

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 42 Number 5 December 2019 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[42巻5号]

会 告 (1)

2019年12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

記

一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会

メインテーマ：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 札幌市白石区東札幌6条1丁目1番1号

TEL：011-817-1010 FAX：011-820-4300

URL：https://www.jsnr46-2020.org

【プログラム】

1. 会長講演：「当事者ととともに創る看護の知」
城丸 瑞恵（札幌医科大学 保健医療学部 看護学科 教授）
2. 特別講演：「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—」
三成 美保（奈良女子大学 副学長・教授 日本学術会議 副会長）
3. 教育講演
 - 1) 当事者の専門知に学ぶ
向谷地生良（北海道医療大学 看護福祉学部 臨床福祉学科 教授）
 - 2) 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—
湯浅万紀子（北海道大学 総合博物館 教授）
4. シンポジウム
 - 1) がんとともに生きる当事者が望む暮らしを支える
竹生 礼子（北海道医療大学 看護福祉学部 看護学科 教授）
下倉 賢士（医療法人徳洲会 ホームケアクリニック札幌 医療相談室）

医療ソーシャルワーカー係長)

大島寿美子 (北星学園大学 文学部 心理・応用コミュニケーション学科 教授)

2) 『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—

松田 哲子 (日本赤十字社 旭川赤十字病院 看護副部長)

前野 宏 (医療法人徳洲会 札幌南徳洲会病院 総長)

スーディ 神崎和代 (医療創生大学 看護学部 看護学科 教授)

3) 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—

平野 憲子 (NPO法人 北海道若年認知症の人と家族の会 事務局長)

岡田 京子 (認知症対応型デイサービスいろどり 責任者)

5. 研究方法セミナー

1) 当事者研究のためのミックスドメソッド入門

高木 廣文 (天使大学 副学長・特任教授)

2) 当事者の語りをつむぐ—ナラティブ分析への誘い—

宮坂 道夫 (新潟大学大学院 保健学研究科 教授)

3) 統計手法の基本から質問紙調査の実際まで

樋之津史郎 (札幌医科大学 医学部 教授)

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

7. その他 (ランチョンセミナー, 企業展示, 書籍展示 他)

【懇親会】

日 時: 2020年 8月27日 (木)

場 所: 札幌コンベンションセンター 1階 「レストランSORA」

会 費: 5,000円

【参加費】

	事前	当日
会 員	10,000円	12,000円
非会員	12,000円	13,000円
学 生	(事前受付なし)	3,000円

※事前参加申し込みは, 2020年 2月 3日 (月) ~ 6月30日 (火) までです。

※「学生」は、当日の参加登録のみとなります。

大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

※「学生」料金には、学術集会抄録集を含みません。

申し込みは学術集会ホームページ(<https://www.jsnr46-2020.org>) よりお申し込みください。

【一般社団法人日本看護研究学会 第46回学術集会運営事務局】

札幌コンベンションセンター内

株式会社コンベンションリンケージ

〒003-0006 札幌市白石区東札幌6条1丁目1番1号

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

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

一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会 一般演題・交流集会募集

一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会は、下記の要領で募集いたします。多数の方々のご参加をお待ちしております。

2019年12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

[一般演題募集要項]

■募集期間

2020年1月20日（月）正午～3月13日（金）正午まで

■演題募集の受付

演題登録は原則として学術集会ホームページ（<https://www.jsnr46-2020.org>）からのオンライン登録に限ります。期間中は何回でも演題登録内容の確認および修正ができます。

*なお、郵送による応募は受けませんのでご注意ください。

■演題登録資格

- ・発表者、共同演者を含めて全員が本学会会員であることが必要です。
- ・発表者の方は、ご自身を含め共同演者全員の会員番号および2020年度の会費納入をご確認ください。学会発表時まで2020年度会費未入金の方がありますと発表できません。
- ・未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続き（入会金の納入）と2020年度会費の納入を済ませてください。
- ・大学、短期大学、専修学校在学中の学生は本会には入会できませんが、2020年3月末卒業予定の学生の方は、演題申し込みまでには入会手続きをしてください。（会員資格の発効は2020年4月以降になりますが、会員番号は入会承認が下りた時点でお知らせします。演題登録画面には発行された会員番号をご入力ください。）
- ・万が一、入会手続きが間に合わない場合は一般社団法人日本看護研究学会事務局へご相談ください。

※入会申し込み方法・会員番号確認方法

- ・入会申し込みは、日本看護研究学会ホームページ「入会のご案内」から手続きしてください。
- ・会員番号は、受領される封筒の宛名部分の右下に記しておりますので、ご確認ください。
- ・お問い合わせは

一般社団法人日本看護研究学会事務局（株式会社ガリレオ内）へお願いします。

FAX：03-5981-9852 E-mail：g027jsnr-support@ml.gakkai.ne.jp

■演題登録方法

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

■発表形式

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

◆口演発表の形式

- ・発表時間は1演題10分間（発表7分間、質疑3分間）を予定しています。
- ・会場に準備するPCのOSは、Windows10です。アプリケーションソフトは、「Windows版PowerPoint 2010/2013/2016」となります。
- ・Power Pointに標準搭載されているフォントのみ使用可能です。
- ・発表者専用表示の発表者ツールは使用できません。
- ・動画、音声の使用はできません。静止画を使用する場合はJPEG形式としてください。
- ・発表データはUSBフラッシュメモリーにてご持参ください。
- ・発表データはPC受付でご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。

◆示説発表の形式

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

■登録項目

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

■演題区分

申し込み演題の区分を以下から選択してください。

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

■図表の挿入

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

■採否の通知

- ・ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。査読の結果、抄録の修正をお願いする場合があります。
- ・最終的な採否の結果は、会長に一任願います。最終的な採否の結果、一般演題プログラム番号、発表時間等は学術集会ホームページ上に掲載します。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また、ご入力いただいた個人情報は、必要なセキュリティー対策を講じ、厳重に管理いたします。

■お問い合わせ

①第46回学術集会運営事務局

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運営事務局
TEL：011-817-1010 FAX：011-820-4300
担当 武部 E-mail：jsnr46@c-linkage.co.jp

②事前参加および演題登録に関すること

(株) 正文舎
担当 蛭名 E-mail：sanka@jsnr46-2020.org

③入会、会員登録に関すること

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

*お問い合わせは2020年3月13日（金）正午までをお願いいたします。土・日曜日は業務時間外のため、お問い合わせへの対応がしかねますことをご了承ください。

[交流集会募集要項]

■募集期間

2020年1月20日（月）正午～3月13日（金）正午まで

■応募資格

- ・発表演者、共同演者を含めて全員が本学会会員であることが必要です。
- ・未入会の方は、交流集会の申し込みまでにあらかじめ、入会手続き（入会金の納入）と2020年度会費の納入を済ませてください。

■交流集会申し込み方法

- ・発表者全員の氏名・所属・会員番号、代表者の連絡先、交流集会のテーマ、1,200文字以内の抄録を、学術集会ホームページ (<https://www.jsnr46-2020.org>) の「交流集会募集」ページよりダウンロードした申込用紙に入力してください。
- ・申込用紙は、下記の学術集会運営事務局宛にE-mailでお送りください。
- ・ファイル名は「JSNR46交流集会応募_代表者氏名」としてください。
- ・オンラインによる応募は受け付けておりませんのでご注意ください。

※交流集会申し込み先

第46回学術集会運営事務局 E-mail : sanka@jsnr46-2020.org

■実施方法

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

■採否の結果

- ・ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。査読の結果、抄録の修正をお願いする場合があります。
- ・最終的な採否の結果は、会長に一任願います。最終的な採否の結果、日時などの連絡は、全て代表者のE-mail宛に送付いたします。
- ・E-mailアドレスが変更になった場合は、(株)正文舎までE-mail (sanka@jsnr46-2020.org) にてご連絡ください。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。

会 告 (2)

日本看護研究学会雑誌42巻3号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P319・542 演題取下げのため削除

示説 137 テキストマイニングによる看護系大学の初年次教育の傾向分析

○一ノ山 隆司¹, 境 美砂子¹, 上野 栄一²

¹金城大学 看護学部, ²福井大学 学術研究院医学系部門

P323・559 演題取下げのため削除

示説 169 治療期にある造血器腫瘍患者とパートナーのパートナーシップの形成プロセス

○光井 綾子

川崎医療福祉大学

P333・608 演題取下げのため削除

示説 264 高齢者施設における感染対策の質向上を目指して (I)

—A県内の感染対策に関する現状と課題—

○邊木園 幸, 武田 千穂, 栗原 保子, 勝野絵梨奈

宮崎県立看護大学

目 次

一原 著一

筋ジストロフィー患者のセクシュアリティに対する看護者の性役割態度と倫理的行動 851

弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻看護学領域（博士後期課程）／

弘前医療福祉大学保健学部看護学科 工 藤 千賀子

弘前大学大学院保健学研究科 工 藤 せい子

看護系女子学生からみた母親の養育態度における青年期後期でのコーピング、精神的健康との関連 861

摂南大学看護学部 坂 本 結美子

名古屋市立大学大学院看護学研究科 香 月 富士日

一研究報告一

中国の中堅看護師における専門職的自律性と看護研究活動との関連 871

千葉大学大学院看護学研究科 路 璐

千葉大学大学院看護学研究科 北 池 正

千葉大学大学院看護学研究科 池 崎 澄 江

回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先への影響要因 881

聖路加国際大学大学院看護学研究科看護情報学分野／

富山大学大学院医学薬学研究部老年看護学講座 青 木 頼 子

聖路加国際大学大学院看護学研究科看護情報学分野 中 山 和 弘

脳卒中発症により急性期病院に入院となった高齢患者の子が抱く思い 889

島根大学大学院医学系研究科 岩 佐 由 貴

島根大学医学部看護学科 加 藤 真 紀

島根大学医学部看護学科 原 祥 子

2011年の保健師養成所指定規則改正以降の保健師教育に関する研究動向と課題 899

大阪医科大学看護学部 仲 下 祐美子

滋賀県立大学人間看護学部 河 野 益 美

退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程 911

岡山大学病院 湯 浅 香 代

岡山大学病院 三 宅 茉里奈

岡山大学大学院保健学研究科 森 本 美智子

一総 説一

日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討 921

名古屋学芸大学 白 砂 恭 子

名古屋大学大学院医学系研究科 瀧 田 英津子

—資料・その他—

救急外来における家族看護実践の程度と関連要因 933

トヨタ記念病院 鷺 尾 和
日本赤十字豊田看護大学 東 野 督 子
日本赤十字北海道看護大学 西 片 久美子

CONTENTS

Original Papers

- Nurses' Sex-Role Attitudes and Ethical Behaviors Toward the Sexuality of Muscular Dystrophy Patients 851
Doctoral Course, Division of Nursing Sciences, Hirosaki University
Graduate School of Health Sciences /
Hirosaki University of Health and Welfare School of Health Sciences, Department of Nursing : Chikako Kudo
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Seiko Kudo

- Association between Maternal Childrearing Attitudes Perceived by Female Nursing Students
and Their Stress-Coping Strategies / Mental Health in Late Adolescence 861
Faculty of Nursing Setsunan University : Yumiko Sakamoto
Nagoya City University Graduate School of Nursing : Fujika Katsuki

Research Reports

- The Relationship between Professional Autonomy and Nursing Research Activities
in Mid-Level Nurses in China 871
Chiba University Graduate School of Nursing : Lu Lu
Chiba University Graduate School of Nursing : Tadashi Kitaike
Chiba University Graduate School of Nursing : Sumie Ikezaki

- Factors Affecting Discharge Destinations of Elderly Stroke Patients at
a Recovery Phase Rehabilitation Ward 881
Department of Nursing Informatics, St. Luke's International University
Graduate School of Nursing /
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Science for Research,
Gerontological Nursing, University of Toyama : Yoriko Aoki
Department of Nursing Informatics, St. Luke's International University
Graduate School of Nursing : Kazuhiro Nakayama

- Sentiments Found in Adult Children of Elderly Patients Hospitalized in
Acute Hospitals Due to the Onset of Cerebral Strokes 889
Shimane University Graduate School of Medical Research Master's Course : Yuki Iwasa
Shimane University Faculty of Medicine School of Nursing : Maki Kato
Shimane University Faculty of Medicine School of Nursing : Sachiko Hara

- Research Trends and Issues Regarding Public Health Nursing Education
after Revised Regulation of Training Institution for Public Health Nurses in 2011 899
Faculty of Nursing, Osaka Medical College : Yumiko Nakashita
School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture : Masumi Kono

Thought Process of Discharge Support Nurses	
Who Aim to Provide Appropriate Discharge Support for Patients	911
	Okayama University Hospital : Kayo Yuasa
	Okayama University Hospital : Marina Miyake
	Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Michiko Morimoto
General Remark	
The Review on the Condition can Continue Living Healthy Elderly People Living Alone	921
	Nagoya University of Arts and Sciences : Kyoko Shirasuna
	Nagoya University Graduate School of Medicine : Etsuko Fuchita
Preliminary Session	
Practicing Family Care at Emergency Department and Factors Related to the Practice	933
	Toyota Memorial Hospital : Chika Washio
	Japanese Red Cross Toyota College of Nursing : Tokuko Higashino
	Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Kumiko Nishikata

—原 著—

筋ジストロフィー患者のセクシュアリティに対する 看護者の性役割態度と倫理的行動

Nurses' Sex-Role Attitudes and Ethical Behaviors Toward the Sexuality of Muscular Dystrophy Patients

工藤 千賀子¹⁾ 工藤 せい子²⁾
Chikako Kudo Seiko Kudo

キーワード：性役割態度，倫理的行動，性的健康，筋ジストロフィー患者，看護者

Key Words：sex-role attitudes, ethical behaviors, sexual health, muscular dystrophy patients, nurses

Introduction

Muscular dystrophy is progressive, with poor prognosis, and involves severe disability with no established treatment. According to Theadom & Balalla (2014, p.262), “the prevalence of muscular dystrophy is in the range of 19.8 to 25.1 per 100,000 population, with myotonic dystrophy seen in 0.5–18.1/100,000, Duchenne-type dystrophy 1.7–4.2/100,000, and facial scapula Brachial muscular dystrophy in 3.2–4.6/100,000.” Furthermore, Yoshida et al. (2007, pp.676-677) reported that in a nationwide survey on predictive genetic testing of late-onset refractory neurological diseases in Japan, a prognostic genetic test is most commonly required in patients with myotonic dystrophy. Kieny, Chollet, Delalande, Le Fort, Magot, Pereon, & Perrouin Verbe (2013, p.445) reported that in recent years, life expectancy for patients with Duchenne muscular dystrophy was 22.16 years without respiratory management and 36.23 with ventilator assistance, a difference of more than 15 years. Aoki (2015, p.12) said, “In Japan, Duchenne muscular dystrophy accounts for the largest number of patients; they showed severe symptoms and usually died before attaining age 30.” However, Research Team for Standard Medical Dissemination of Muscular Dystrophy (2017) said that, “...recently their lifespan has increased by about 10 years through advances in respiratory management.” Therefore, as per Yada (2015), average life expectancy is now 55 years in most adults with myotonic dystrophy (p.16), and it is possible to live the lives of men and women of marriage as adults with muscular dystrophy. However, with the progress of symptoms, the adolescent period when secondary sexual signs appear must be spent in the institution. In addition, the sexual

life by marriage may be interrupted by admission to a facility. Kieny et al. (2013, p.443) stated that patients with muscular dystrophy should be guaranteed and provided with a satisfying quality of life (QOL). This entails that, from adolescence to adulthood, they should not forego sexual development. Sexual health is a developmental problem for all children, adolescents, and adults with this disease. Nurses need to support this aspect of care and advise patients, family members, and other caretakers on patients' sexuality (Dewinter, Vermeiren, Vanwesensbeek, & Van Nieuwenhuizen, 2013, p.3467).

Nishida (2018, p.13) stated that nursing is a form of expressive behavior through which the nurse conveys his or her “wishes and thoughts to others.” Nishida (2018, p.13) suggested that it is impossible to separate thought from practice; this concept is expressed here as providing assistance while considering patient sexuality. Regarding the recognition of sexuality in medical care and welfare, Miyasaka (2005, p.146) stated, “if one is involved with a patient for a long time, one will come to be deeply in touch with the patient's sexuality. Patients have sexual desires, and it is important to recognize that this is an important element in their quality of life.” Based on the recognition, nurses are represented by actions of nursing practice. The Japanese's “sexual recognition” caught in a dark image that seized sex with “obscene sex” or “hidden sex” is considered to make it difficult for nurses to respect patient sexuality. According to previous studies on the relationship between human actions and attitudes (Huskinson & Haddock, 2006, pp.453-468; Price, 2015, pp.50-57), attitudes are precedence factors that cause behavior, and it has been revealed that it includes influences of different levels of recognition and emotion. In nursing practices

1) 弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻看護学領域 (博士後期課程)

Doctoral Course, Division of Nursing Sciences, Hirosaki University Graduate School of Health Sciences

弘前医療福祉大学保健学部看護学科 Hirosaki University of Health and Welfare School of Health Sciences, Department of Nursing

2) 弘前大学大学院保健学研究科 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences

related to sexuality, personal factors such as gender, sexual learning experience, religion, etc. are involved in addition to emotional factors and knowledge of nurses' sexuality (Kaas, 1978, pp.372-378; Lewis & Bor, 1994, pp.251-259). Therefore, the conceptual framework of this study was made as follows (see Figure 1).

Therefore, in this study, we focus on nurses' sex-role attitudes and ethical behaviors in practice in relation to the sexuality of muscular dystrophy patients, and on clarifying the relationship between them in the Japanese context.

Part of this research was presented at the 44th Annual Meeting of the Japanese Society for Nursing Research.

Working definition of terms

In this study, "sexuality" is defined as "sexual behavior as indicated by interaction between nurse and patient (including communication and physical contact)." "Nurses" include hospital nurse (registered nurse/associate nurse) and care worker.

I. Methods

1. Study period

The study was conducted from August 2017 to January 2018.

2. Subjects

The study participants included hospital nurse (registered nurse/associate nurse) and care worker as controls who worked at the hospitals with a ward where muscular dystrophy patients are hospitalized.

3. Questionnaire distribution

We sent a "request for research cooperation" document to the director of each target hospital and the director of each nursing department. If the institution agreed to cooperate, they replied with a "research cooperation letter" signed by the person responsible for consent. The questionnaire was given to the institution's head nurses by the nurse director and then distributed to the respondents. The purpose of the research and voluntary nature of cooperation were stated in the questionnaire. A total of 434 copies of the questionnaire were distributed to the seven facilities that agreed to cooperate.

4. Survey procedure

We used an anonymous, self-administered questionnaire survey. The questionnaire included the scales developed by Suzuki (1994) (Scale of Egalitarian* Sex Role Attitudes-Short Form, hereinafter referred to as SESRA-S) and Ode (2014) (Ethical Behavior Scale).

SESRA-S was created as a more convenient form of the 40-item SESRA (full form) which was also developed by Suzuki (1987, 1991). SESRA-S consists of 15 items: seven items on "views on marriage/men and women" (attitudes toward male-female relationships and role-sharing), three items on "views on education" (having children, child-rearing, attitudes toward education of children), and five items on "views on careers" (attitude toward women's employment). Cronbach's alpha (α) for SESRA-S is .91. Responses have a scale of 1 to 5: 1. Strongly disagree, 2. Moderately disagree, 3. Neither disagree nor agree, 4. Moderately agree, and 5. Strongly agree. Simple scores are added for a total score range of 15 to 75 points. Higher scores indicate egalitarianism in terms of sex roles, whereas lower

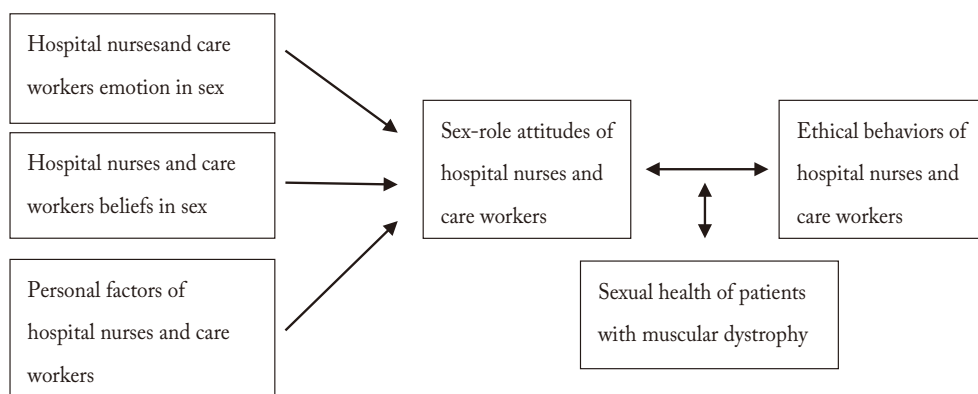


Figure 1 Conceptual framework

*SESRA was named "Feminism Scale" by Suzuki in 1987. However, the scale has been changed to "egalitarian sex role attitudes", which represents the consciousness of gender equality, just like feminism, so as not to give prejudice to the survey subjects.

scores indicate conservatism. Equality as measured on this scale is “gender equality at the individual level,” whereby individuals achieve gender equality in families, within marriage, education, child-rearing, and occupation; we did not measure the equality of men and women in general (i.e., gender equality at the social level; Suzuki [1996, p.150]) because this measurement requires a cross-section of society, beyond the individual.

Ethical behavioral measures were the basis for the development of the Ethical Behavior Scale (Ode, 2014) in compliance with four principles of bioethics described by Beauchamp and Childress (2001/2009), namely, “Respect for autonomy,” “Non-maleficence,” “Beneficence,” and “Justice.” As a result of factor analysis, the concept of “Non-maleficence” and “Beneficence” are approximated, Ode (2014) made it one with “do no harm, do good.” The 22-item Ethical Behavior Scale is subdivided into three categories: “respect for autonomy” to the patients (9 items; $\alpha = .78$), “justice for all patients” (4 items; $\alpha = .77$), and “do no harm, do good” (9 items, $\alpha = .80$). To include care worker, we changed the wording of some of the items, with the approval of the author. Responses were on a scale from 1 to 6, as follows: 1. Does not apply to me at all, 2. Does not much apply to me, 3. Neither applicable nor inapplicable, 4. Applies slightly to me, 5. Applies considerably to me, and 6. Highly applicable to me. The total score ranges from 22 to 132 points. Higher scores indicate higher levels of ethical behavior at the clinical site, and lower scores indicate lower levels of ethical behavior.

Demographic attributes included gender, educational background, age, number of offspring, and years of nursing job experience; Asakura (2003) considered these to be important variables predicting sex-role attitudes. We regarded mailing the return envelope to represent a participant’s consent to participate. The study was approved by the review board of the Graduate School of Health Sciences, Hirosaki University (Reference No. 2017-013).

5. Data analysis

For statistical analysis, we used IBM SPSS Statistics 25; the significance level was set at 5%.

All quantified data, scale scores, etc. were tested for normality using the Shapiro-Wilk test.

(1) Respondent attributes

The response ratio attributed to each item was calculated as a percentage.

(2) Status of sex-role attitudes and ethical behaviors

Descriptive statistics were compiled for total SESRA-S scores, Ethical Behavior Scale scores, and the total scores and average

values for each of the three subscales.

(3) Relationship among sex-role attitudes, ethical behaviors, and attributes

To compare SESRA-S scores and Ethical Behavior Scale scores, we conducted a one-way ANOVA and applied the Mann-Whitney U-test and Kruskal-Wallis tests. Group differences between two groups were tested with the Mann-Whitney U-test, and between three groups with a one-way analysis of variance for parametric data, and the Kruskal-Wallis test for nonparametric data.

Our classifications were based on Benner’s perspective (2001/2005), who defined the stages of thinking about one’s nursing practice as based on one’s conscious long-term goals and progress (after about two or three years of experience) and on the idea that one can be expected to grow as an experienced nurse if one has, typically, more than ten years’ experience.

In this study, we classified the “less experienced group” as those with less than three years’ experience, the “moderately experienced group” as those with three to ten years’ experience; and the “highly experienced group” as those with more than ten years’ experience.

(4) Relationship between sex-role attitudes and ethical behaviors

SESRA-S scores and Ethical Behavior Scale scores were *t*-tested on independent samples for differences between the hospital nurse and care worker groups and between genders.

Pearson’s product-moment correlation coefficient was calculated for the correlations between SESRA-S, the total Ethical Behavior Scale, and the three ethical behavior subscale scores.

To determine the variables affecting the SESRA-S score, it was entered as the dependent variable and the three subscale scores of the Ethical Behavior Scale were entered as independent variables. For each group (hospital nurse and care worker), we performed a stepwise multiple regression analysis.

To determine whether being a nurse was associated with attributes such as SESRA-S score, Ethical Behavior Scale scores, gender, age, educational background, and years of job experience, a multiple logistic regression analysis was performed. The variable increase method with likelihood ratio test was used to select variables.

II. Results

1. Sex-role attitudes and ethical behaviors of nurses

We collected 159 questionnaires (recovery rate 36.6%) and analyzed 157 (effective response rate 98.7%).

(1) Attributes

The 157 respondents comprised 126 hospital nurses and 31 care workers. By gender, there were 131 females and 26 males, with 56 people in their 20s, 47 in their 30s, 32 in their 40s, and 22 in their 50s. Based on educational background, there were 120 who received diploma, 3 semi-bachelor degree, 23 bachelor degree, 2 master's degree, and 9 semi-diploma. Sixty-five nurses had children and 92 people did not (see Table 1).

(2) Relationship between sex-role attitudes and ethical behaviors by attributes

Gender. The mean SESRA-S score was 57.53 ± 6.16 (mean \pm standard deviation, hereinafter, $M \pm SD$) in women and 53.92 ± 7.76 in men; the score was significantly higher in women ($p < 0.05$). Ethical Behavior Scale scores did not differ significantly between women (94.60 ± 10.85) and men (91.31 ± 12.43), but the subscale score for “justice for all patients” was 15.37 ± 3.35 for women and 13.69 ± 3.59 for men (significantly higher for women; $p < 0.05$).

Age. The mean SESRA-S scores were 56.66 ± 5.98 for respondents in their 20s, 56.38 ± 6.21 for those in their 30s, 57.34 ± 7.78 for those in their 40s, and 58.18 ± 7.04 for those in their 50s; there were no significant differences. Similarly, Ethical Behavior Scale scores were not significantly different, at 91.66 ± 10.17 for respondents in their 20s, 92.72 ± 11.68 for those in their 30s, 95.94 ± 10.13 for those in their 40s, and 100.23 ± 11.78 for those in their 50s. Among the three subscales, “do no harm, do good” scores were 39.73 ± 4.74 for respondents in their

20s, 41.04 ± 4.73 for those in their 30s, 42.00 ± 4.24 for those in their 40s, and 44.23 ± 4.09 for those in their 50s; the scores for those in their 50s were significantly higher than for respondents in their 20s ($p < 0.01$).

Educational background. Evaluation of the SESRA-S scores, the Ethical Behavior Scale scores, and the three subscale scores by educational level revealed no significant differences.

Presence or absence of children. SESRA-S scores, Ethical Behavior Scale scores, and the three subscale scores were as follows, based on whether respondents had or did not have children. The SESRA-S scores were 57.17 ± 6.54 for those with children and 56.76 ± 6.61 for those without children, showing no significant difference. The overall Ethical Behavior Scale scores were 96.55 ± 12.76 for those with children and 92.28 ± 9.55 for those without children ($p < 0.05$). For two of the three subscale scores, “justice for all patients” was 15.88 ± 3.67 for those with children and 14.54 ± 3.17 for those without children ($p < 0.05$), while “do no harm, do good” was 42.46 ± 5.33 for those with children and 40.34 ± 4.10 for those without children ($p < 0.01$); all scores were significantly higher for those with children. There was no significant difference in the “respect for autonomy” to the patients scale.

Years of experience. SESRA-S scores did not differ significantly, at 54.86 ± 1.17 for the less experienced group, 57.15 ± 0.90 for the moderately experienced group, and 57.04 ± 0.74 for the highly experienced group. Among the scores for the Ethical Behavior Scale and the three subscales, the less experienced group

Table 1. Subjects attributes

		n = 157		
		Total number (n = 157)	Hospital nurses (n = 126)	Care workers (n = 31)
		n (%)	n (%)	n (%)
Job category	registered nurse	126 (80.3)	124 (79.0)	—
	associate nurse		2 (1.3)	
	care worker	31 (19.7)	—	31 (19.7)
Gender	female	131 (83.4)	112 (88.9)	19 (61.3)
	male	26 (16.6)	14 (11.1)	12 (38.7)
Age	20s	56 (35.7)	47 (37.3)	9 (29.0)
	30s	47 (29.9)	33 (26.2)	14 (45.2)
	40s	32 (20.4)	25 (19.8)	7 (22.6)
	50s	22 (14.0)	21 (16.7)	1 (3.2)
Educational background	vocational school	120 (76.4)	101 (80.1)	19 (61.3)
	junior college	3 (1.9)	2 (1.6)	1 (3.2)
	university	23 (14.6)	20 (15.9)	3 (9.7)
	graduate school	2 (1.3)	2 (1.6)	0
Presence of children	high school	9 (5.7)	1 (0.8)	8 (25.8)
	yes	65 (41.4)	47 (37.3)	18 (58.1)
	no	92 (58.6)	79 (62.7)	13 (41.9)

scored 40.59 ± 4.68 , the moderately experienced group scored 39.95 ± 4.42 , and the highly experienced group scored 42.32 ± 4.84 on the “do no harm, do good” scale; these differences were significant ($p < 0.05$). To test the difference between the levels of experience regarding “do no harm, do good” in more detail, *post hoc* multiple comparisons were performed using the Tukey method. There was a significant difference between the moderately experienced group and the highly experienced group: the result for the latter was significantly higher ($p < 0.05$) (see Table 2).

(3) Relationship between sex-role attitudes and ethical behaviors

The respondents' mean SESRA-S score was 56.93 ± 6.54 and the Ethical Behavior Scale score was 94.14 ± 11.14 . Pearson's correlation coefficients between SESRA-S, Ethical Behavior Scale, and the three subscales were as follows: for Ethical Behavior Scale, $r = .31$ ($p < 0.01$); for “respect for autonomy” to the

patients, $r = .34$ ($p < 0.01$); for “justice for all patients,” $r = .17$ ($p < 0.05$); and for “do no harm, do good,” $r = .24$ ($p < 0.01$); these correlations were weakly positive. In contrast, separate analyses of these relationships for hospital nurses and care workers revealed that for hospital nurses, there was a positive correlation between SESRA-S and Ethical Behavior Scale and all three subscales. The correlation between SESRA-S and Ethical Behavior Scale was $r = .30$ ($p < 0.01$); between SESRA-S and “respect for autonomy” to the patients, $r = .34$ ($p < 0.01$); between SESRA-S and “justice for all patients,” $r = .18$ ($p < 0.05$); and between SESRA-S and “do no harm, do good,” $r = .20$ ($p < 0.05$). For care workers, there was no correlation between SESRA-S and “justice for all patients.” The correlation between SESRA-S and Ethical Behavior Scale was $r = .38$ ($p < 0.01$); between SESRA-S and “respect for autonomy” to the patients, $r = .36$ ($p < 0.01$); and between SESRA-S and “do no harm, do good,” $r = .41$ ($p < 0.05$) (see Table 3).

Table 2. Results of one-way ANOVA of each experience group, the ethical behavior scale, and the three subscales
n = 154

Scale	Classification	n	Mean	SD	Result
Ethical behavior	Less experienced group	22	93.59	10.23	ns
	Moderately experienced group	59	91.61	10.48	
	Highly experienced group	73	95.77	11.59	
“respect for autonomy” to the patients	Less experienced group	22	37.91	5.10	ns
	Moderately experienced group	59	37.37	4.83	
	Highly experienced group	73	37.88	5.01	
“justice for all patients”	Less experienced group	22	15.27	3.04	ns
	Moderately experienced group	59	14.36	3.73	
	Highly experienced group	73	15.58	3.24	
“do no harm, do good”	Less experienced group	22	40.59	4.69	Highly experienced group > Moderately experienced group*
	Moderately experienced group	59	39.95	4.42	
	Highly experienced group	73	42.32	4.84	

Multiple comparison by Tukey's method

* $P < 0.05$

ns: not significant

Table 3. Correlations between sex-role attitudes (as determined by SESRA-S) and ethical behavior and its subscales
n = 157

	SESRA-S	Ethical behavior	Subscale		
			“respect for autonomy” to the patients	“justice for all patients”	“do no harm, do good”
All subjects (n = 157)					
SESRA-S	–	0.31**	0.34**	0.17*	0.24**
Hospital nurses (n = 126)					
SESRA-S	–	0.30**	0.34**	0.18*	0.20*
Care workers (n = 31)					
SESRA-S	–	0.38**	0.36**	0.15	0.41*

** $P < 0.01$

* $P < 0.05$

(4) A comparison of hospital nurses and care workers of the sex-role attitudes and ethical behaviors

SESRA-S scores and Ethical Behavior Scale scores did not differ between the two groups (hospital nurses and care workers).

To examine the influence of the three subscale scores of ethical behavior on sex-role attitudes, a stepwise multiple regression analysis was performed for hospital nurses and care workers. Among hospital nurses, the standard partial regression coefficient (β) for the effect of ethical behaviors on sex-role attitudes was 0.34 ($p < 0.01$) in terms of “autonomous respect”; thus, the standard deviation in terms of “justice for all patients” and “do no harm, do good” of ethical behaviors with regard to sex-role attitudes was not significant.

Among care workers, β for the effect of sex-role attitudes on ethical behaviors was 0.41 ($p < 0.05$) for “do no harm, do good,” whereas the effects of “justice for all patients” and “respect for autonomy” to the patients on ethical behavior were not significant (see Table 4).

Education level, the presence or absence of children, years of job experience, and years of experience caring for patients with muscular dystrophy were chosen as variables affecting

the respondents, irrespective of whether they were hospital nurses. The odds ratio for educational level was 1.958 (95% confidence interval 1.226 to 3.126), for the presence or absence of children was 0.065 (95% confidence interval 0.018 to 0.235), for number of working years, 0.965 (95% confidence interval 0.949 to 0.982), and for years of experience caring for patients with muscular dystrophy, 1.047 (95% confidence interval 1.025 to 1.070). The significance of the effect of the variables was $p < 0.01$ for all four items. The Hosmer-Lemeshow test result of this model was shown to be compatible with $p = 0.243$, and the discriminant predictive value between the predicted value and the measured value was 88.3% (see Table 5).

III. Discussion

1. Characteristics of the respondents

Analysis of the hospital nurses and their attributes compared with those of care workers revealed that a higher proportion of the hospital nurses were women; they were also more likely to be graduates of vocational schools and have no children.

Previous SESRA-S testing of sex-role attitudes has revealed that variables with high scores are more likely to be connected

Table 4. Causal relationships between sex-role attitudes and ethical behavior

n = 157

Explanatory variable	Hospital nurses			Care workers		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
“respect for autonomy” to the patients	0.52	0.15	0.38**	0.05	0.38	0.05
“justice for all patients”	0.14	0.19	0.07	-0.07	0.35	-0.04
“do no harm, do good”	-0.14	0.18	-0.09	0.41	0.35	-0.41*
R^2	.13*			.17*		

Dependent variable: Sex-role attitude (as determined by SESRA-S)

B: unstandardized regression coefficient

β : standardized regression coefficient

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

Table 5. Logistic regression analysis of factors related to being hospital nurses rather than care workers

n = 157

	B	SE	Wald	df	Significance probability	Odds ratio	95% CI	
							LL	UL
Educational background	0.672	0.239	7.923	1	0.005	1.958	1.226	3.126
Presence or absence of children	-2.733	0.655	17.390	1	0.000	0.065	0.018	0.235
Years of work experience	-0.035	0.009	16.400	1	0.000	0.965	0.949	0.982
Years of muscular dystrophy work	0.046	0.011	17.763	1	0.000	1.047	1.025	1.070
constant	2.145	1.138	3.555	1	0.059	8.542		

Model chi-squared test, $P < 0.01$; Hosmer-Lemeshow test, $P = 0.243$; discriminative hit ratio, 88.3%

CI = confidence interval

LL = lower limit

UL = upper limit

with women and/or graduates from a 4-year university or graduate school course; moreover, for women in this role, as age increases, the score decreases (Suzuki, 1994, pp.38-39). The SESRA-S scores obtained for women in our study approximated Suzuki's results (1994, p.38) for an educational level of four years of university or higher. However, there were many diploma course graduates among the hospital nurses; our finding that their SESRA-S scores were high made it difficult to assert that educational attainment was a factor that raised SESRA-S scores.

The high SESRA-S score for women was partly attributable to the fact that, in 1999, the *Basic Law for a Gender-Equal Society* (Act No.78 of 1999) in Japan came into force and policies promoting a gender-equal society were drafted. However, in a study of sex-role attitudes among university students, Morinaga (1993, p.101) revealed that female students of egalitarianism were more likely to seek intellectual stimulation. Sugiyama (2006, p.38) reported that female college students who were highly oriented toward equality tended to emphasize the content aspect of their courses, namely, the ability to take on responsibility and demonstrate their skills. Our analysis of the SESRA-S scores of the respondents revealed that females had higher scores than males, indicating that women tended to be egalitarian, and men tended to be traditionalistic. In our target groups, both hospital nurses and care workers sought intellectual stimulation as professionals, took responsibility, and demonstrated their own abilities at work.

2. Factors affecting SESRA-S scores

There were weak positive correlations between the SESRA-S scores and the Ethical Behavior Scale scores of our respondents. This meant that respondents (hospital nurses and care workers) supporting muscular dystrophy patients recognized and encouraged ethical behaviors when they needed to supply assistance, and believed that men and women are equal. By nurturing other people, they nurtured their own ability to evaluate or confirm their own recognition of their ethical behaviors. In scenarios where workers amply support patients while taking their sexuality into consideration, ethical behaviors is related to caring, which forms the foundation of ethics, as Fry (1994/1998, p.39) stated, and it is believed that nurses see the patient first as a human being rather than as belonging to a particular gender. Nishida (2018, p.12) asserted that it is important for nurses to gain practical knowledge by reviewing their own nursing practices. The act of evaluating and checking can be considered a form of introspection, involving careful observation of one's own nursing practice and consideration

of one's personal insights. In other words, in a scenario where nurses are dealing with a patient's sexuality, those who assist the patient tend to personalize the patient's privacy or pretend not to notice negative emotions, such as feelings of aversion, within themselves. Instead of merely practicing aid, nurses should be encouraged to review and consider their practice, which will increase their awareness of ethical behavior leading to the recognition of new sex-role attitudes-because sex is not restricted to genital or sexual intercourse; it covers a wide scope in human lives.

The sex-role attitudes of the hospital nurses among the respondents were based predominantly on "respect for autonomy" to the patients, whereas those of the care workers were influenced predominantly by the "do no harm, do good" concept.

The fact that "respect for autonomy" to the patients influenced the nurses' sex-role attitudes indicates that they drew on, and respected, the autonomy of patients by seeing them as self-directed individuals with sexual aspects; this attitude likely fostered the protection of dignity. Miyasaka (2005, p.140) stated that the minimum principle that must be maintained when considering ethical issues around sexuality is respect for autonomy. This means that, in the relationship between healthcare workers and patients, a mutual relationship that respects each other's sexuality must be established, as well as a reciprocal equal relationship as human beings. Therefore, health professionals must have no prejudice against patients' sexuality and must not impose their own values. Miyasaka (2005, p.140) also stated that, in terms of the principle of autonomy, we cannot conclude that we must always respect sexual aid and respect a patient's right to self-determination while disregarding the medical and ethical circumstances. Medical professionals, including nurses, have an obligation to respond to the needs of patients seeking medical support. However, because medical professionals also have the right to self-determination that respects their own sexuality, it is unlikely that patient sexual aid can be included in the range of compensatory obligations. Austin, Bergum, and Dossetor (2003/2006, p.93) stated that being a professional involves attempting to establish a connection with the person being cared for. We believe that, for professional nurses, it is even more important to make a humble effort to build patient relationships in which there is mutual respect for each other's sexuality.

Because the "do no harm, do good" motive had a major influence on care workers' sex-role attitudes, it is clear that care workers are strongly conscious of the matter of maximizing possible benefits without harming patients. As Ikegami (2009,

p.212) said, in their relationship with patients who have physical disabilities, caregivers are in an overwhelmingly more powerful position. It is undeniable that superiority or inferiority occur in human relations. Care workers realize that they hold the power in the relationship and are thus in a superior position compared to those they care for; consequently, they work to create good outcomes without harming the patient. Miyasaka (2005, p.142) stated that with respect to satisfaction of sexual desires, physically disabled patients are much weaker than caregivers. Rendtorff (2002) advocated the principle of vulnerability as one of the four European normative ethical theories or principles: we need to reach out to those who are weak and ensure that their lives are not limited by their social or physical weaknesses. This principle can be interpreted to imply that a healthcare worker in a favorable position should respond to the request of a patient in a weaker position. However, in some cases, medical personnel may be subjected to sexual violence or harassment from patients. In such cases, caregivers are in a vulnerable position, and measures need to be taken to avoid such risks. Austin et al. (2003/2006, p.94) stated that, "If health care professionals suffer from their own weaknesses, the gap between these experts and patients is lost and the possibility of involvement increases," suggesting that, in the relationship between patients and hospital nurses/care workers, each needs to maintain the other's human dignity.

Our multiple logistic regression analysis revealed that there were four independent variables associated with hospital nurse vs. care worker respondents: their educational level, the presence or absence of children, their years of job experience, and their years of experience caring for patients with muscular dystrophy. In other words, the expertise of the hospital nurses and care workers who were the respondents in this study was influenced by personal factors, especially their years of experience caring muscular dystrophy patients and their educational levels. The fact that SESRA-S scores and Ethical Behavior Scale scores were not selected implies that there is a commonality between nurses' sex-role attitude recognition and ethical behaviors, and that nurses recognize sexuality as a personal human thing. These findings also suggest that nursing or caring is recognized as a kind of paid work and not as a response to individual patients' needs.

To the best of our knowledge, in the Japanese context, no other study has used multivariate analysis to analyze or extract factors that may affect the sexuality of long-term care patients. Nakayama (2018, p.101) stated that when studying diverse groups of human beings, even if the statistical association is

weak, identifying the relationship is a research purpose. In this study, the association between sex-role attitude scores and personal attributes was weak, but our finding that individual attributes were likely to influence the respondents' type of job (hospital nurses or care workers) suggests that recognition of sex-role attitudes is a matter of individual difference.

Study limitations

We defined sexuality based on a conceptual analysis in the field of health care in Japan; however, it is not clear whether this definition is suitable for the clinical nursing field of muscular dystrophy patients to which we applied it. Furthermore, we hope that the study can provide insights to hospital nurses or care workers supporting patients in medical care nursing wards. However, we acknowledge that these findings cannot be generalized outside Japan; further research is required in other countries/cultures to confirm their generalizability across other contexts. Finally, although we limited the independent variables in this study, future research should expand analyses to consider additional independent variables that influence sexuality.

Conclusion

There were positive correlations between the respondents' SESRA-S scores, Ethical Behavior Scale scores, and the three subscale scores. For hospital nurses, positive correlations were found between SESRA-S scores and scores on the Ethical Behavior Scale and all three subscales, whereas care workers showed positive correlations between SESRA-S scores and scores on all scales other than "justice for all patients." In addition, nurses' sex-role attitudes were significantly affected by "respect for autonomy" to the patients and care workers' sex-role attitudes were affected by "do no harm, do good." Furthermore, four independent variables were adopted in the comparison of the hospital nurse and care worker groups: educational level, presence/absence of children, years of job experience, and years of experience working with muscular dystrophy patients in medical care nursing wards. Sex-role attitudes and ethical behaviors recognition were not selected, as they did not significantly differ between these groups. This study demonstrated that sex-role attitudes show a common trend among those who support muscular dystrophy patients. By ensuring that these workers respect patients as human beings requiring aid, that is, enhancing their ethical behavior recognition it is possible to provide assistance that respects patients' sexuality.

Acknowledgments

We thank all the study participants. We would like to thank Editage (www.editage.jp) for English language editing.

CONFLICTS of INTEREST

The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

All authors approved the final version of the manuscript and agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

要 旨

本研究は、筋ジストロフィー患者をケアする看護者の性役割態度認識と倫理的行動の関係を明らかにすることを目的とする。対象者は、筋ジストロフィー患者が入院している病棟を有する病院に勤務する看護者とし、無記名自記式質問紙調査で、「平等主義的性役割態度スケール短縮版 (SESRA-S)」と「倫理的行動尺度」を用いた。対象者は、看護師126名、介護士31名であった。看護師では「SESRA-S」と「倫理的行動」および下位尺度のすべてに、介護士では「公正」以外の尺度と正の相関がみられた。看護師・介護士別の比較の結果、独立変数「性役割態度」は採択されなかった。性役割態度は、筋ジストロフィー患者をケアする看護者に共通した傾向を持ち、患者をひとりの人間として尊重し、倫理的行動認識を高めることによって、患者のセクシュアリティを尊重したケアができる可能性が示唆された。

Abstract

This study aims to clarify the relationships between recognition of sex-role attitudes and ethical behaviors of nurses who support muscular dystrophy patients. An anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted with nurses who worked at the hospitals with a ward where muscular dystrophy patients are hospitalized. The questionnaire included the SESRA-S (Scale of Egalitarian Sex Role Attitudes-Short Form) and the Ethical Behavior Scale. The respondents were 126 hospital nurses and 31 care workers. For hospital nurses, there was a positive correlation between the SESRA-S score and scores on the Ethical Behavior Scale and each of its subscales (“respect for autonomy” to the patients, “justice for all patients,” and “do no harm, do good”). For care workers, “respect for autonomy” to the patients and “do no harm, do good” showed a positive correlation. Differences in “sex-role attitudes” between hospital nurses and care workers were not significant. Nurses’ sex-role attitudes show a common trend regardless of occupation. The study results suggested that, by respecting patients as human beings and raising ethical awareness, it was possible for nurses to aid with respect to patients’ sexuality.

References

- Aoki, Y. (2015). Duchenne type dystrophy exon skipping therapy (in Japanese). In H. Kaitani (Ed.), *Kin Jisutorofii- no subete* [All of muscular dystrophy] (p.12). Chiba: Nihon Life Planning Center.
- Asakura, K. (2003). Factors affecting nurses’ attitude towards sexuality (in Japanese). *Kango Kenkyu* [Nursing Research], 36(6), 71-77. doi: 10.11477/mf.1681100223
- Austin, W., Bergum, V., & Dossetor, J. (2003). 5. Ethics of relationships: Behavioral ethics as the foundation of health care. In Tschudin, V. (2003)/ Ibe, T. (Supervisor of translation) (2006), (Daitou, S. Trans.), *Approaches to ethics: Nursing beyond boundaries* (in Japanese). pp.93-94. Tokyo: Elsevier Japan.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001)/Tachiki, N. & Adachi, T. (2009). *Principles of biomedical ethics 5th ed* (in Japanese). pp.14-18. Chiba: Reitaku University Press.
- Benner, P. (2001)/Ibe, T. (Supervisor of translation) (2005). *From novice to expert* (New translation version) (in Japanese). pp.11-32. Tokyo: Igaku-Shoin Ltd.
- Dewinter, J., Vermeiren, R., Vanwesenbeeck, I., & Van Nieuwenhuizen, C. (2013). Autism and normative sexual development. A narrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3467-3483. doi: 10.1111/jocn.12397
- Fry, S.T. (1994)/Katada N. & Yamamoto A. (1998). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making* (in Japanese). pp.45-49. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Company, Ltd.
- Ikegami, T. (2009). Ethics of aging and caregiving (in Japanese). *Iwanami kouza Testugaku 12, Sei/ai no tetugaku*. 212, Tokyo: Iwanami-Shoten.
- Kaas, M.J. (1978). Sexual Expression of the Elderly in Nursing Homes, *The Gerontologist*, 18(4), 372-378.
- Kieny, P., Chollet, S., Delalande, P., Le Fort, M., Magot, A., Pereon, Y., & Perrouin Verbe, B. (2013). Evolution of life expectancy of patients with Duchenne muscular dystrophy at AFM Yolaine de Kepper Centre between 1981 and 2011. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(6), 443-445. doi: 10.1016/j.rehab.2013.06.002
- Lewis, S. & Bor, R. (1994). Nurses’ knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 251-259.
- Miyasaka, M. (2005). *Iryou rinrigaku no houbou* [Methods of medical ethics] (in Japanese). 139-142, Tokyo: Igaku-Shoin Ltd.

- Morinaga, Y. (1993). Gender differences in work values among Japanese college students (in Japanese). *Japanese Journal of Social Psychology*, 9(2), 101.
- Nakayama, K. (2018). *Kangogaku no tameno ta henryou kaiseki nyumon* [Introduction to multivariate analysis for nursing science] (in Japanese). 101, Tokyo: Igaku-Shoin Ltd.
- Nishida, E. (2018). Perspectives for basic theory of “Caring” in nursing: What is the “Caring” (in Japanese). *Journal of Japanese Nursing Ethics*, 10(1), 12-13.
- Ode, J. (2014). Developing an ethical behavior scale for nurses (in Japanese). *Journal of Japanese Nursing Ethics*, 6(1), 3-11.
- Price, B. (2015). Understanding attitudes and their effects on nursing practice. *Nursing Standard*, 30(15), 50-57.
- Rendtorff, J.D. (2002). Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability - towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 235-244. doi: 10.1023/A:1021132602330.
- Research Team for Standard Medical Dissemination of Muscular Dystrophy. (2017, August 19). Muscular dystrophy (Designated intractable disease 113) (in Japanese). *Japan Intractable Disease Information Center*. Retrieved from <http://www.nanbyou.or.jp/>;2017.
- Sugiyama, S. (2006). Formation of career awareness and equality orientation (in Japanese). *Otaru Shouka Daigaku Zinbun Kenkyuu* [Otaru University of Commerce Humanities research], 111, 38.
- Suzuki, A. (1987). Construction and validation of a feminism scale (in Japanese). *Japanese Journal of Social Psychology*, 2(2), 45-54.
- Suzuki, A. (1991). Egalitarian sex role attitudes: Reliability and validity of SESRA (English form) and comparison of American and Japanese women (in Japanese). *Japanese Journal of Social Psychology*, 6(2), 80-87.
- Suzuki, A. (1994). Construction of a short-form of the scale of egalitarian sex role attitudes (SESRA-S) (in Japanese). *The Japanese Journal of Psychology*, 65(1), 34-41.
- Suzuki, A. (1996). Relationship between egalitarian sex role attitudes and the employment of young women: Work experiences and the desired patterns of career and promotion (in Japanese). *Japanese Journal of Social Psychology*, 11(3), 150.
- Theadom, A., & Balalla, S. (2014). Prevalence of muscular dystrophies: A systematic literature review. *Neuroepidemiology*, 43, 259-268. doi: 10.1159/000369343
- Huskinson, T.L.H. & Haddock, G. (2006). Individual Differences in attitude structure and the accessibility of the affective and cognitive components of attitude. *Social Cognition*, 24(4), 453-468.
- Yada, E. (2015). Perspective of treatment using iPS cells (in Japanese). In H. Kaitani (Ed.), *All of muscular dystrophy*. (p.16). Chiba: Nihon Life Planning Center.
- Yoshida, K., Wada, T., Sakurai, A., Wakui, K., Ikeda, S., & Fukushima, Y. (2007). Nationwide survey on predictive genetic testing for late-onset, incurable neurological diseases in Japan. *Journal of Human Genetics*, 52, 676-677. doi: 10.1007/s10038-007-0170-1

[2018年11月28日受 付]
[2019年6月19日採用決定]

—原 著—

看護系女子学生からみた母親の養育態度における 青年期後期でのコーピング，精神的健康との関連

Association between Maternal Childrearing Attitudes Perceived by Female Nursing Students
and Their Stress-Coping Strategies / Mental Health in Late Adolescence

坂本 結美子¹⁾ 香月 富士日²⁾
Yumiko Sakamoto Fujika Katsuki

キーワード：養育態度，コーピング，精神保健，看護学生，青年期
Key Words：attitudes, coping, mental health, nursing students, adolescent

はじめに

大学生の年代にあたる青年期後期は，職業人としての自己，性的な存在としての自己を確立するうえで，勉学，就職，恋愛の悩みなどストレス要因は多い（内田，2010）。また，青年は自己の身体的変化に戸惑いつつも，行動的になっていく半面，自己の内面に目が行きがちとなり，自己の大人としての内的な葛藤に悩み，心理的な不安定さがみられる（作宮，2008）。そういった青年期後期は，危機の時期ともいわれ，無理にパーソナリティを統合しようとして，適応に失敗したり，自我を变形させてしまい，それが，精神病やパーソナリティ障害のような重症の精神病理のもととなったりする（山本，2010）。現在，大学生の精神的健康はいろいろな尺度を用いて測定されている。前垣・滋野（2011）や畑・小野寺（2013）の調査によると，一般の大学生の精神的健康はやや不良であることを報告している。さらに，筆者がこれまで接してきた同世代の看護学生において，同じ尺度を用いて精神的健康を測定した南（2003）や江上（2008）の調査によると，看護学生の精神的健康は一般の大学生よりも不良であることが示唆された。しかも，女性はうつ病の発症リスクが高く，男性が7～12%であるのに対し，女性は20～30%である（Stuart & Laraia, 2005/2007, p.459）。したがって，女性が大半を占め，青年期後期にある看護学生は精神的健康のハイリスク状態であることが予想され，メンタルヘルスの必要性が高いと考える。

メンタルヘルスに関するモデルの一つに，心理学的ストレスモデルがある。このモデルでは，潜在的ストレスラーによって人はストレスラーであるか否かを評定し，その体験をふまえてコーピングを選択し，対処できなければスト

レス反応を呈し，さらには精神的健康状態となって現れる（小杉ほか，2002）。看護学生の精神的健康をこのモデルに照らし合わせると，メンタルヘルス対策への示唆を得るには，看護学生の精神的健康に関連するストレスラーやコーピング選択の傾向を知ることが必要であるといえる。

看護学生を対象とした精神的健康に関する先行研究としては，岩永・後藤・宮崎・増本（2007）が学部教育における看護学生のメンタルヘルスに関する研究において，消極的対処行動，実習ストレス，仲間意識が精神的不健康の関連要因であると指摘した。また，自己教育力が高い看護学生は精神的健康が良好であることが報告され（遠藤・米澤・石綿・鈴木・錦織，2011），精神的健康に関連する要因を報告する研究が多かった。これらは，前述にある看護学生の精神的健康に強く関連するストレスラーであるといえる。さらに，同世代の大学生を対象とした先行研究では，次のような報告があった。心療内科外来受診患者は同年代の健常大学生と比べて，「甘やかされて育った」など親の養育態度に関することが病気発症に有意な影響を及ぼし（増田ほか，2004），対人緊張や赤面恐怖から人見知りなどが認められる「対人恐怖の心性」が母親の養育態度との関連が報告されている（山崎・吉野・木下・小野，2012）。このように，大学生として過ごす時期というのは，個人と社会の関係性の「脆さ」が最も現れやすい時期であり（古橋・ヌーヴェール・パトリス・クララク，2013），身近な社会である親との関係性からの影響を受け，メンタルヘルスに関連していると考えられる。しかし，親の養育態度と精神的健康との関連について，看護学生を対象とした研究は見当たらない。

一方，看護学生のコーピングに関する研究では，Yamashita, Saito, & Takao（2012）が報告している。看護学生がもっと

1) 摂南大学看護学部 Faculty of Nursing Setsunan University

2) 名古屋市立大学大学院看護学研究科 Nagoya City University Graduate School of Nursing

も使用する一般的なコーピングは「受容」「気晴らし」「道具的サポートの利用」の3つであり、学生の精神的健康に影響を与えるコーピングとして、「自己非難」「行動的諦め」「積極的コーピング」「受容」を明らかにした。また、上地・細名(2012)は、看護学生のコーピング状況について、「放棄・諦め」「責任転嫁」「気晴らし」という回避型の消極的なコーピングをとる傾向にあると報告している。このように、先行研究では、看護学生が用いるコーピング傾向は示唆されているが、看護学生の精神的健康にかかわる要因とコーピングとの関連まで明らかにした研究はない。

そこで、本研究では、精神的健康のハイリスク集団である看護系女子学生のメンタルヘルス対策の示唆を得るため、看護系女子学生からみた母親の養育態度に着目し、青年期後期にある学生のコーピング、精神的健康との関連を明らかにすることを目的とした。

I. 用語の操作的定義

青年期後期：大学生の時期にあたり、家族への依存と家族に対する独立の葛藤を体験しながら、アイデンティティを確立し、精神社会的に親からの自立を目指す時期である(作宮, 2008)。本研究では、この時期を18~29歳に位置づけ、精神的な不安定さとアイデンティティの形成のために対処しようとする強さの両方をあわせもつ時期であると定義する。

コーピング：コーピングとはストレスとなる問題に対する個人の対処行動である(谷口・福岡, 2006)。コーピングには特性的コーピングと状況的コーピングがあり(谷口・福岡, 2006)、本研究では、コーピングの日常一般的な傾向を意味する特性的コーピングをコーピングと定義する。

II. 本研究の枠組み

小杉ほか(2002, p.36)の心理学的ストレスモデルを採用して、母親の養育態度、コーピング、精神的健康までの流れを図1のように枠組みを仮定した。本研究では、看護学生からみた母親の養育態度によって、葛藤してきた出来事や状況が学生の選択するコーピングへと影響し、それが学生自身の精神的健康に影響すると考えた。さらに、母親の養育態度と学生の精神的健康とが関連する先行研究が多数、報告されているため、本研究では、母親の養育態度から直接、精神的健康に影響すると考え、枠組みに加えた。

III. 研究方法

1. 研究対象者

本研究では、対象の選択基準として、3年課程の看護専門学校に通学する女子学生であること、年齢は29歳以下とすること、1, 2年生であることとした。東海地区A県と関西地区B府にある3年課程の看護専門学校のうち、研究協力への承諾が得られた7校において648人の看護学生に質問紙を配布した。

2. 調査時期

調査の実施時期は、2015年7月中旬から9月末とした。この時期は看護専門学校の夏期休暇の前後にあたり、実習期間と重なりがない。また、対象である1, 2年生の学生にとって学校にも慣れ、生活習慣が確立してきた時期であると考えた。

3. 調査手順および倫理的配慮

本研究は無記名自己記入式の質問紙による調査を行った。最初に、3年課程の看護専門学校の代表者に対して、文書を用いて研究の趣旨について説明し、研究協力の承諾を文書にて得た。学生への説明の場には、学校関係者が立

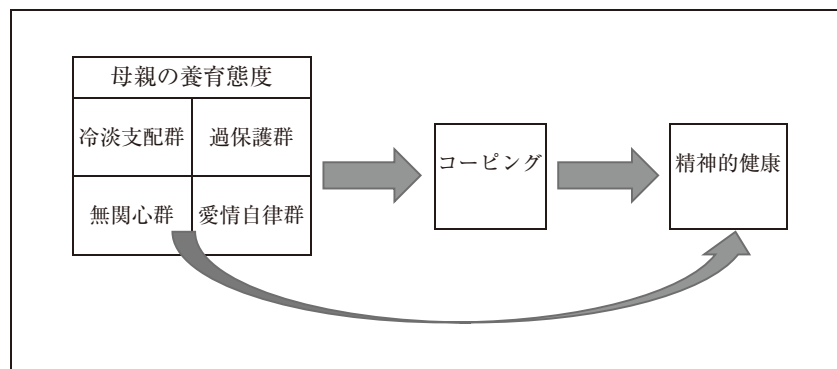


図1 研究枠組み

ち合わない状況とし、研究者が直接調査を依頼した。調査票への回答するおおよその時間を明示し、回答する場所や時間は研究対象者が自由に選択して回答できるようにした。調査票の回収は、学校内に回収箱を設置し、約2週間の留置法とした。調査に対しては、対象者に研究参加は自由意思であること、協力が得られなくても不利益を被ることはないこと、調査票は無記名による自己記入式であり、個人が特定されないこと、調査票から得たデータは研究目的以外には使用しないことを口頭および説明書で説明した。さらに、対象者が母親の養育態度を想起することで負担を感じるなど中断したくなった場合は、いつでもやめることができることを説明の際、強調した。また、調査票の回答をもって本研究への協力受諾とした。なお、本研究は、名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会で承認を得て実施した（承認番号：15008-2）。

4. 調査内容

本研究の調査内容は、基本属性と3つの尺度から構成している。

1) 基本属性

性別、年齢、学年、生活状況、結婚の有無、学費を支払うためのアルバイトの有無、就労経験について尋ねた。

2) 母親の養育態度の測定：PBI (Parental Bonding Instrument) 日本語版

PBIはParker, Tupling, & Brown (1979) が1979年に作成した、子どもからみた16歳までの親の養育態度の自覚的評価尺度である。本研究では、小川 (1991) が1991年にParker, et al. (1979) の25項目4件法を翻訳したPBI日本語版を用いた。この尺度は養護項目と過干渉項目の2つの下位尺度で構成されている。採点は「まったく違う」「どちらかといえば、違う」「どちらかといえば、そうだ」「非常にそうだ」の4件法で行われ、0点から3点で配点し、逆転項目を含んだ25項目中、12の養護項目と13の過干渉項目の合計得点を算出した。母親の養育態度におけるカットオフ値は、Parker, et al. によって養護項目合計27点を高養護、27点未満を低養護、過干渉項目合計13.5点を高過干渉、13.5点未満を低過干渉と定めている。そこで、養護項目と過干渉項目との組み合わせにより、母親の養育態度を次の4群に分けた。高養護かつ低過干渉を愛情自律群、高養護かつ高過干渉を過保護群、低養護かつ低過干渉を無関心群、低養護かつ高過干渉を冷淡支配群とした。

尺度の信頼性において、クロンバック α 係数は.83～.92であり、原本と同様の信頼性が確認されている。本研究で得られた回答について信頼性分析を行った結果、養護項目と過干渉項目のクロンバック α 係数はそれぞれ.91、.84であった。

3) コーピングの測定：日本語版Brief COPE

Brief COPEは、Carver (1997) が多くの尺度を組み合わせた調査などに使用するためにCOPEの短縮版として1997年に作成した尺度である。本研究では、大塚 (2008) が2008年にCarver (1997) の28項目4件法を翻訳した日本語版を用いた。下位尺度は、「気晴らし」「積極的コーピング」「否認」「アルコール・薬物使用」「情緒的サポートの利用」「道具的サポートの利用」「行動的諦め」「感情表出」「肯定的再解釈」「計画」「ユーモア」「受容」「宗教・信仰」「自己非難」の14の項目で構成されている。1下位尺度あたり2項目、合計28項目の質問で構成され、「1点：まったくそうしない」「2点：あまりそうしない」「3点：だいたいそうする」「4点：いつもそうする」の4件法で回答を求めた。そして、14の下位尺度ごとに得点を算出した。この尺度は、回答者が生活上で困った出来事やいやな出来事に直面したときに、いつもどのように対応するかを測定するため、得点が高いほど、その下位尺度であるコーピングを実行していることを示す。

尺度の信頼性において、下位尺度のクロンバック α 係数は.46～.91であり、再検討すべき下位尺度が存在すると大塚 (2008) が述べている。しかし、日本語版Brief COPEは世界各国で使用頻度の高いコーピング尺度のなかでも、無料で使用することができ、しかも14の下位尺度を測定できることを考慮し、本研究で使用することとした。本研究で得られた回答について信頼性分析を行った結果、「気晴らし」「積極的コーピング」「否認」「アルコール・薬物使用」「情緒的サポートの利用」「道具的サポートの利用」「肯定的再解釈」「計画」「行動的諦め」「ユーモア」「受容」「感情表出」「宗教・信仰」「自己非難」のクロンバック α 係数はそれぞれ.40、.45、.73、.93、.69、.83、.61、.63、.76、.75、.69、.61、.47、.82であった。

4) 精神的健康の測定：K6日本語版

K6は、Kessler, et al. (2002) が2002年に項目反応理論に基づき提案した精神疾患のスクリーニング尺度である。本研究では、古川・大野・宇田・中根 (2003) が作成した6項目5件法 (K6) を用い、「0点：全くない」「1点：少しだけ」「2点：ときどき」「3点：たいてい」「4点：いつも」で採点した。この尺度は世界的に用いられ、GHQ (General Health Questionnaire) よりも検出力が高いことが確認された (古川ほか, 2003)。カットオフ値としては、5点以上の者を精神的健康の不良群とした (川上・近藤・柳田・古川, 2005; 川上・土屋・井上・今村, 2009)。本研究で得られた回答について信頼性分析を行った結果、K6尺度合計のクロンバック α 係数は.91であった。

5. 分析方法

PBI尺度の養護項目合計と過干渉項目合計により、カットオフ値で愛情自律群（高養護かつ低過干渉）、過保護群（高養護かつ高過干渉）、無関心群（低養護かつ低過干渉）、冷淡支配群（低養護かつ高過干渉）の4群に分けた。また、Brief COPE尺度の各下位尺度合計における母親の養育態度4群間での比較には、クラスカル・ウォリス検定を行った。なお、正規性の確認にはシャピロ・ウィルク検定を用いたうえで、ノンパラメトリック法を選択した。次に、Brief COPE尺度の各下位尺度合計における母親の養育態度4群間での比較のため、スティール・ドゥワス法による多重比較を行った。このスティール・ドゥワス法はノンパラメトリック法に基づく多重比較法であり、すべての対比較を同時に検定できるため、本研究にて用いた。さらに、精神的健康の良・不良群を従属変数とし、母親の養育態度の各4群をダミー変数に変換し、独立変数とした。ただし、コーピングを評価する尺度であるBrief COPEの各14下位尺度については、精神的健康の良・不良群の2群間でマン・ホイットニーU検定を行い、有意差のない尺度を除外したうえで、中央値を算出し、中央値以下の値を低群、それ以外を高群とし、独立変数とした変数増加法（尤度比）によるロジスティック回帰分析を行った。なお、ホスマー・レメシヨウの適合度検定において、回帰式は適合し（ $\chi^2=8.548$, $p=.29$ ）、判別正解率は70.8%であった。また、多重共線性の存在がないことを確認した。得られたデータの集計ならびに解析には“IBM SPSS Statistics version 24.0”を用いた。ただし、スティール・ドゥワス法による多重比較はSPSSにはプログラムされていないため、“EZR (Easy R)”を用いた。EZRはRおよびRコマンドの機能を拡張した統計ソフトウェアであり、自治医科大学附属さいたま医療センターのホームページで無償配

布されている。有意水準は、 $p<.05$ とした。

IV. 結果

1. 対象の基本属性

調査票を配布した648人のうち、557人から回答を得た（回収率86.0%）。選択基準を満たし、回答に欠損値のない者487人を分析対象とした（有効回答率75.2%）。対象の基本属性は表1に示した。

表1 対象の基本属性

		(N=487)	
項目		n	(%)
年齢(歳) (M±SD)		19.7±2.2	
学年	1年生	223	(45.8%)
	2年生	264	(54.2%)
生活状況	一人暮らし	18	(3.7%)
	宿舎・寮生活	86	(17.7%)
	親・兄弟と同居	367	(75.4%)
	その他	16	(3.3%)
結婚の有無	未婚	478	(98.2%)
	既婚	9	(1.8%)
学費のためのアルバイト	有	134	(27.5%)
	無	353	(72.5%)
就労経験	無	80	(16.4%)
	派遣・契約職員	399	(81.9%)
	常勤職員	35	(7.2%)
	その他	12	(2.5%)

[注] 就業経験は複数回答であるため、N数に対する割合を示した。

2. 3つの尺度による測定結果

母親の養育態度群の割合については、図2に示した。愛情自律群（高養護かつ低過干渉）が265人（54.4%）と

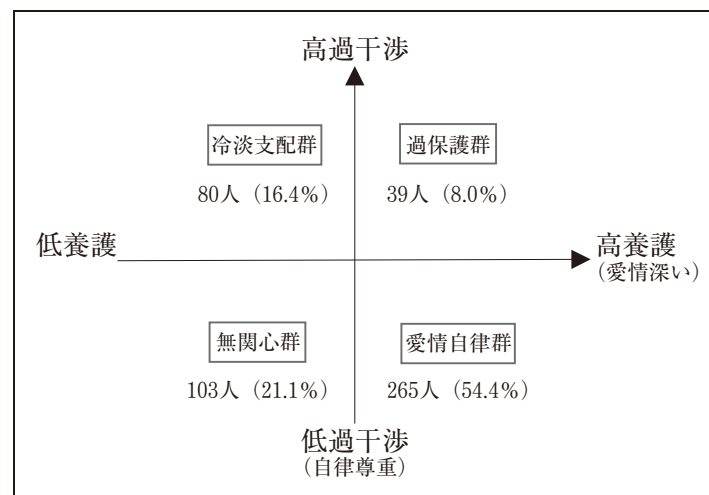


図2 母親の養育態度群の人数と割合 (N=487)

とも多く、次に無関心群（低養護かつ低過干渉）が103人（21.1%）、冷淡支配群（低養護かつ高過干渉）が80人（16.4%）、過保護群（高養護かつ高過干渉）が39人（8.0%）であった。

コーピングについては、14の下位尺度のなかで「道具的サポートの利用」が 6.0 ± 1.5 ともっとも平均が高く、次に「気晴らし」が 5.9 ± 1.2 、「受容」が 5.9 ± 1.2 であった。平均がもっとも低い下位尺度は「アルコール・薬物使用」が 2.9 ± 1.4 であり、次に「否認」が 3.2 ± 1.2 、「宗教・信仰」が 3.4 ± 1.4 であった。

精神的健康を測定したK6尺度合計の平均は 7.7 ± 6.1 、中央値7.0であった。K6尺度合計のヒストグラムでは、精神的健康の最良である0点の占める人数が50人ともっとも多く、精神的健康の最不良である24点の5人に向かってほぼ直線的に減少する分布となった。さらに、K6尺度合計が5点未満の者を良群、5点以上の者を不良群の2群に分けると、良群が180人（37.0%）、不良群が307人（63.0%）であった。

3. 母親の養育態度4群の精神的健康

母親の養育態度の各群における精神的健康の良・不良群の割合は図3に結果を示した。愛情自律群が良群127人（47.9%）、不良群138人（52.1%）ともっとも良群の占める割合が多く、次に無関心群が良群30人（29.1%）、不良群73人（70.9%）、過保護群が良群11人（28.2%）、不良群28人（71.8%）、冷淡支配群が良群12人（15.0%）、不良群68人（85.0%）であった。

4. 母親の養育態度4群間でのコーピング比較

母親の養育態度4群間において、コーピングを評価する尺度であるBrief COPEの14の下位尺度合計を比較するために、クラスカル・ウォリス検定を行った。その結果、表2に示すとおり、「積極的コーピング」($\chi^2=28.06, p<.001$)、「計画」($\chi^2=9.00, p=.02$)、「道具的サポートの利用」($\chi^2=14.06, p=.003$)、「情緒的サポートの利用」($\chi^2=19.65, p<.001$)、「受容」($\chi^2=11.95, p=.008$)、「ユーモア」($\chi^2=8.22, p=.04$)、「否認」($\chi^2=14.15, p=.003$)、「行動的諦め」($\chi^2=22.63, p<.001$)、「宗教・信仰」($\chi^2=10.85, p=.01$)、「アルコール・薬物使用」($\chi^2=21.17, p<.001$)、「自己非難」($\chi^2=19.82, p<.001$)の11の下位尺度において有意差がみられた。

さらに、コーピングの14の下位尺度において、母親の養育態度4群間の差を検証するため、スティーラー・ドゥワス法による多重比較を行った。その結果、表2に示すとおり、「積極的コーピング」は4群すべてにおいて、それぞれ有意差があり($p<.001$)、愛情自律群>過保護群>冷淡支配群>無関心群の順位であった。「計画」は愛情自律群と無関心群との2群間で有意差がみられ、愛情自律群が無関心群に比べて有意に高かった($p=.02$)。「道具的サポートの利用」では、愛情自律群が冷淡支配群に比べて有意に高く($p=.02$)、また、無関心群に比べて有意に高かった($p=.009$)。「情緒的サポートの利用」においても、愛情自律群は冷淡支配群に比べて有意に高く($p=.009$)、また、無関心群に比べて有意に高かった($p=.001$)。「受容」では、愛情自律群が冷淡支配群に比べて有意に高かった($p=.005$)。「否認」では、愛情自律群が冷淡支配群に比べ

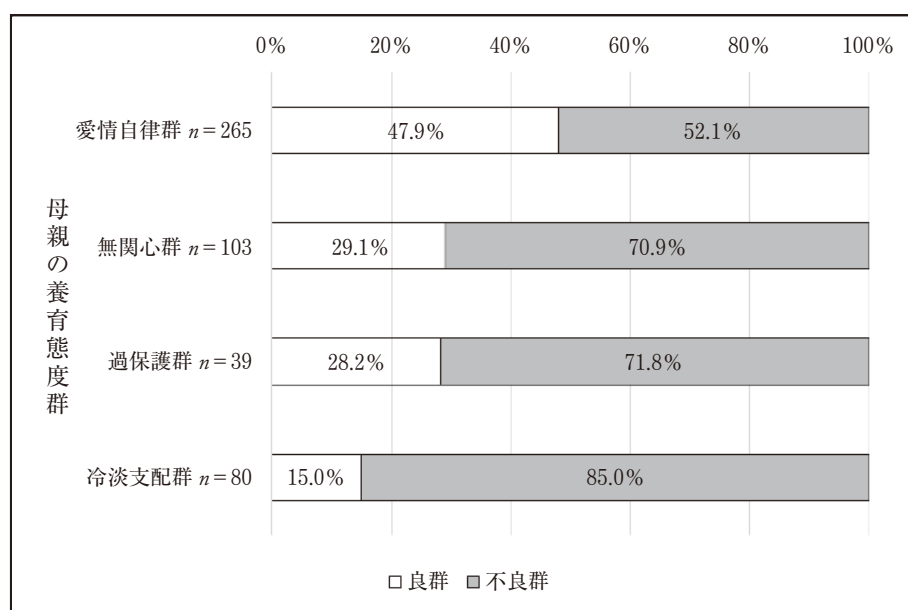


図3 母親の養育態度群における学生の精神的健康（良群・不良群）割合

て有意に低かった ($p=.003$)。「行動的諦め」では、愛情自律群が冷淡支配群に比べて有意に低く ($p=.02$)、また、無関心群に比べて有意に低かった ($p<.001$)。「宗教・信仰」では、愛情自律群が無関心群に比べて有意に低かった ($p=.03$)。「アルコール・薬物使用」では、愛情自律群が冷淡支配群に比べて有意に低く ($p<.001$)、また、過保護群に比べて有意に低かった ($p=.03$)。「自己非難」では、愛情自律群が冷淡支配群に比べて有意に低く ($p<.001$)、また、無関心群に比べて有意に低かった ($p=.01$)。

5. 学生の精神的健康に影響する母親の養育態度およびコーピング

分析対象 ($N=487$) において、精神的健康の良・不良群を従属変数とした。独立変数はダミー変数に変換した母親の養育態度の各4群と、精神的健康の良・不良群の2群間でマン・ホイットニー U 検定を行い、有意差のない尺

度を除いたBrief COPEの11下位尺度とした。そこで、変数増加法 (尤度比) によるロジスティック回帰分析を行った。表3にその結果を示した ($p<.001$)。コーピングである11下位尺度のうち、独立変数として抽出されたのは、「自己非難」 ($\beta=1.76, p<.001$)、「アルコール・薬物使用」 ($\beta=0.52, p=.02$)、「宗教・信仰」 ($\beta=0.55, p=.01$)、「気晴らし」 ($\beta=0.55, p=.02$) であった。さらに、母親の養育態度では、「冷淡支配群」 ($\beta=0.78, p=.04$)、「愛情自律群」 ($\beta=-0.69, p=.004$) が抽出された。オッズ比では、コーピングの「自己非難」が5.82ともっとも高く、次に、母親の養育態度である「冷淡支配群」が2.19、「愛情自律群」が0.50、「アルコール・薬物使用」が1.68、「宗教・信仰」が1.73、「気晴らし」が1.74であった。

表2 コーピングにおける母親の養育態度4群間の比較

($N=487$)

コーピング (Brief COPE) 下位尺度	母親の養育態度 中央値 ($M\pm SD$)				χ^2 値	p 値	多重比較 (ステイール・ ドゥワウス法)
	a: 愛情自律群 ($n=265$)	b: 冷淡支配群 ($n=80$)	c: 過保護群 ($n=39$)	d: 無関心群 ($n=103$)			
積極的コーピング	6.0 (5.9 \pm 1.1)	5.0 (5.4 \pm 1.1)	6.0 (5.5 \pm 1.0)	5.0 (5.3 \pm 1.1)	28.06	$p<.001$	a > c > b > d
計画	6.0 (5.8 \pm 1.3)	6.0 (5.6 \pm 1.4)	6.0 (5.7 \pm 1.2)	5.0 (5.4 \pm 1.2)	9.00	.02	a > d
道具的サポートの利用	6.0 (6.2 \pm 1.4)	6.0 (5.6 \pm 1.7)	6.0 (6.0 \pm 1.5)	6.0 (5.6 \pm 1.6)	14.06	.003	a > b, d
情緒的サポートの利用	6.0 (6.0 \pm 1.4)	5.0 (5.4 \pm 1.6)	6.0 (6.0 \pm 1.4)	6.0 (5.4 \pm 1.4)	19.65	$p<.001$	a > b, d
感情表出	5.0 (5.2 \pm 1.4)	6.0 (5.5 \pm 1.5)	6.0 (5.7 \pm 1.4)	5.0 (5.2 \pm 1.5)	6.02	.11	
受容	6.0 (6.0 \pm 1.2)	6.0 (5.6 \pm 1.1)	6.0 (5.9 \pm 1.3)	6.0 (5.9 \pm 1.0)	11.95	.008	a > b
肯定的再解釈	5.0 (5.2 \pm 1.4)	5.0 (4.9 \pm 1.3)	5.0 (4.9 \pm 1.5)	5.0 (4.9 \pm 1.3)	7.48	.05	
ユーモア	4.0 (3.9 \pm 1.5)	4.0 (4.2 \pm 1.5)	4.0 (4.1 \pm 1.4)	4.0 (4.3 \pm 1.5)	8.22	.04	
気晴らし	6.0 (6.0 \pm 1.2)	6.0 (5.8 \pm 1.3)	6.0 (6.0 \pm 1.2)	6.0 (5.8 \pm 1.3)	1.92	.58	
否認	3.0 (3.0 \pm 1.2)	3.0 (3.6 \pm 1.4)	4.0 (3.3 \pm 1.2)	3.0 (3.3 \pm 1.1)	14.15	.003	b > a
行動的諦め	4.0 (3.9 \pm 1.2)	4.0 (4.4 \pm 1.4)	4.0 (4.3 \pm 1.2)	4.0 (4.5 \pm 1.1)	22.63	$p<.001$	b, d > a
宗教・信仰	3.0 (3.2 \pm 1.4)	4.0 (3.6 \pm 1.3)	3.0 (3.5 \pm 1.6)	4.0 (3.6 \pm 1.3)	10.85	.01	d > a
アルコール・薬物使用	2.0 (2.7 \pm 1.2)	3.0 (3.4 \pm 1.7)	2.0 (3.5 \pm 1.9)	2.0 (2.9 \pm 1.3)	21.17	$p<.001$	b, c > a
自己非難	5.0 (5.0 \pm 1.7)	6.0 (5.8 \pm 1.4)	6.0 (5.5 \pm 1.6)	6.0 (5.6 \pm 1.6)	19.82	$p<.001$	b, d > a

[注] クラスカル・ウォリス検定。

表3 学生の精神的健康に影響する母親の養育態度およびコーピング

($N=487$)

独立変数項目	偏回帰係数	p 値	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間	
				下限	上限
自己非難	1.76	$p<.001$	5.82	2.96	11.449
冷淡支配群	0.78	.04	2.19	1.03	4.62
愛情自律群	-0.69	.004	0.50	0.32	0.80
アルコール・薬物使用	0.52	.02	1.68	1.07	2.65
宗教・信仰	0.55	.01	1.73	1.12	2.66
気晴らし	0.55	.02	1.74	1.11	2.72
(定数)	-0.01				

[注] 変数増加法 (尤度比) によるロジスティック回帰分析。

V. 考 察

1. 対象者の特徴

本研究における対象者は平均年齢が 19.7 ± 2.2 歳という未成年者を含む年齢層で構成され、ほぼ未婚者であった。また、生活状況においては、親・兄弟との同居が約8割を占め、家族と生活をともにする環境にある学生が多い特徴を示した。さらに、学生のアルバイト状況においては、約3割の学生が学費のためのアルバイトをしており、岩田(2013)による専門学校学生調査の結果に準じた状況を示していた。

学生からみた母親の養育態度を測定した結果、今回の対象者は愛情自律群の割合が約半数を超え、次に無関心群、冷淡支配群、過保護群の順であった。大学生を対象とした山崎ほか(2012, pp.676-678)の研究結果($N=442$)と比較すると、今回の対象者は構成割合の大きい順は一致するものの、愛情自律群の割合が多く、過保護群の割合が少ないという特徴を示した。

コーピングの測定では、「道具的サポートの利用」がもっとも使用され、次に「気晴らし」「受容」であった。コーピングとしてもっとも使用されなかったのは「アルコール・薬物使用」であり、次に「否認」「宗教・信仰」であった。看護学生を対象としたYamashita, et al. (2012)の研究($N=1,324$)と照合すると、ほぼ同じ分布を示した。そのなかでも、下位尺度の「受容」「気晴らし」「道具的サポートの利用」が平均で高いコーピングとして上位を占め、看護学生がもっとも用いたコーピングであることも一致した。

精神的健康の測定では、K6尺度合計の平均が 7.7 ± 6.1 であり、K6尺度合計のヒストグラムからも、精神的健康の最良である0点を頂点とし、最不良である24点までの広がりのある対象であったことを示した。さらに、カットオフ値5点以上で良群・不良群に分けると、不良群が307人(63.0%)を占め、精神的健康の低い割合が過半数を超える対象であったことを示した。このことは看護学生を対象とした南(2003)や江上(2008)の調査と同様の結果となった。さらに、同じ尺度を使用した一般大学生を対象とした足立ほか(2015)の研究($N=3,414$)やターミナルケアにあたる看護師を対象とした門田・香月(2011)の研究($N=523$)と比べても、精神的健康が不良であるという特徴を示した。

2. 対象者からみた母親の養育態度とコーピングとの関連

14の下位尺度であるコーピングにおいて、母親の養育態度の群間を比較した結果、「自己非難」「アルコール・薬物使用」「宗教・信仰」「行動的諦め」「否認」では、愛情自律群がその他の群に比べて有意に低く、愛情自律群である

学生は、実行しにくいことが示唆された。これらのコーピングはいずれも、問題から逃避する傾向にあるコーピングであり、逆に、冷淡支配群および無関心群、過保護群で実行しやすいことを示した。反面、「積極的コーピング」「計画」「受容」「道具的サポートの利用」「情緒的サポートの利用」では、愛情自律群がその他の群に比べて有意に高く、実行しやすいコーピングであることが示唆された。これらのコーピングはいずれも、問題解決に向かう傾向にあるコーピングである。つまり、母親から愛され、自分の意思を尊重されて養育されたと認識した学生は問題解決に向かう傾向にあるコーピングを実行しやすく、逆に、問題から逃避する傾向にあるコーピングの実行は少ないと解釈できる。

3. 母親の養育態度、コーピングが学生の精神的健康に与える影響

精神的健康の良・不良群を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った結果、表3が示すオッズ比により、冷淡支配群である学生が精神的健康の不良群になる確率が約2.2倍であることを示した。一方、愛情自律群である学生は精神的健康の良群になる確率が約2.0倍($1 \div$ オッズ比 $0.50 = 2$ と換算)であることを示した。つまり、母親の愛情に乏しく、学生の行動にまで干渉する養育環境であると学生が認識して育つことが学生の精神的健康の不良への影響要因の一つとして考えられ、精神的健康のリスクファクターであることが示唆された。その反面、母親から愛され、学生の行動について学生自身を尊重する養育環境であると学生が認識して育つことが学生の精神的健康の良好への影響要因の一つとして示唆された。

図3の結果においても、冷淡支配群である学生では不良群が85.0%を占め、愛情自律群である学生では52.1%であった。一方、無関心群および過保護群である学生においては、不良群が約7割を占めており、精神的健康の不良予備群の可能性を示している。小林(2011)は、父親と母親の養育態度を比較した場合、母親の影響力が強く、母親の統制的な養育態度は学生の自己否定感を高め、自信・自律性の追求を低下させることを指摘している。また、Hall, Peden, Rayens, & Beebe(2004)は、母親の養護は学生の精神的健康にもっとも強く影響を与え、PBI尺度の高養護かつ低過干渉(本研究での愛情自律群に相当)の養育態度で育った女子大生は他の養育態度で育った学生よりも、自尊心が高く、ネガティブ思考とならないうえ、抑うつ症状が少ないと述べている。本研究の結果は母親の養護や過干渉という養育態度が精神的健康へ影響するという点で先行研究を支持したものとなった。

一方、母親の養育態度群以上に、学生の精神的健康に強

く影響した要因として抽出されたのはコーピングの下位尺度であった。なかでも、下位尺度の「自己非難」は、オッズ比より、「自己非難」を実行しやすい高群である学生は低群の学生に比べて、精神的健康の不良群になる確率が約5.8倍であった。その他に抽出された下位尺度である「アルコール・薬物使用」は約1.7倍、「宗教・信仰」は約1.7倍、「気晴らし」は約1.7倍であり、下位尺度の「自己非難」は、精神的健康の不良群に対してもっとも強い正の影響要因であった。西村・小野（2010）によると、自己非難をしたり、腹を立てたり、怒ったり、人に八つ当たりするといった内容で構成された情動焦点型コーピングが学生の精神的健康へ悪影響を与える可能性が示され、とくに女性において顕著なることを指摘している。今回の研究においても、女子学生を対象としており、「自己非難」が精神的健康に悪影響を及ぼす要因であるという点で一致した。

さらに、本研究の分析対象が青年期後期の学生に限定したことも、研究結果に影響したと考える。企業に勤務する40歳前後の従業員を対象とした鬼頭・堀・大塚（2009）の研究と本研究の「自己非難」の平均値を比較した。すると、鬼頭ほか（2009, p.178）の研究では、 4.5 ± 1.5 ($N=36$, 平均年齢 40.8 ± 9.1 歳)であり、本研究では、 5.3 ± 1.6 ($N=487$, 平均年齢 19.7 ± 2.2 歳)であった。以上の結果より、対象の平均年齢が20歳前後である本研究は、40歳前後である鬼頭ほか（2009）の研究に比べて、「自己非難」の平均値が高く、中年期の対象に比べて、青年期後期の対象のほうが「自己非難」を実行しやすいことを示している。したがって、本研究において、青年期後期は「自己非難」を実行しやすいことで、精神的健康の危機を招きやすく、容易に精神的健康が不良な状態に陥りやすい時期であることが示唆された。ゆえに、学生の精神的健康の不良群へと影響の大きいコーピングである「自己非難」を実行しやすい学生は、メンタルヘルス支援の必要性が高いと考える。

また、母親の養育態度である冷淡支配群の学生は、「自己非難」というコーピングを実行しやすく、精神的健康の不良群となりやすいことが示唆された。このように、「冷淡支配群」の学生であり、かつ「自己非難」を実行する学生は、精神的健康にとって、より強いリスクファクターをもつことになり、メンタルヘルスの必要性が高い学生として認識することが求められる。したがって、看護学生へのメンタルヘルス支援としては、母親の養育態度である「冷淡支配群」で育ったと認識し、かつ「自己非難」を実行している学生を優先して支援することが有効であると示唆された。また、精神的健康の不良群である学生であっても、母親の養育態度である「愛情自律群」で育ったと認識していれば、自分の力で精神的健康の良群になる確率が高く、慌てて介入せずに、見守る体制をとりながら、支援するこ

とも可能であることが示唆された。ただし、学生にとって、親の養育態度に関する情報はとても繊細であり、プライバシーにかかわることである。ゆえに、これらの支援を実施する場合は、学生への倫理的配慮を十分に行い、支援する側の守秘義務や個人情報の取り扱いの徹底などを勘案して実施することが不可欠である。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は横断研究である。そのため、1, 2年生の夏期休暇前後の時点での要因間の関連にとどまり、要因前後の因果関係までは明らかになっていない。今後は、青年期後期の学生の精神的健康に関する要因の因果関係についても検討していく必要がある。また、研究に用いたBrief COPE尺度の14の下位尺度のうち、「気晴らし」「積極的コーピング」「宗教・信仰」のクロンバック α 係数は日本語版Brief COPEと同様に低く、信頼性や妥当性に課題が残った。今後は、取り扱うデータなどを改めて吟味し、研究を蓄積することで、学生のメンタルヘルス研究の精度を高めていく必要がある。

一方、本研究では東海地区A県と関西地区B府にある3年課程の看護専門学校（私立）に通学する1, 2年生の女子学生で年齢を29歳までに限定した対象に対する結果となった。したがって、看護学生の一般化はできないが、今後は多数の地域におけるさまざまな看護学校における検証が必要である。さらに、本研究では、看護学生における精神的健康の関連要因とされる学生の間関係などとの関連を明らかにできていない限界がある。今後、関連要因の妥当性の検証を重ねる必要がある。

結 論

青年期後期の看護系女子学生を対象とした本研究の結論は、以下の4点である。

1. 「愛情自律群」で育ったと認識する学生は、「積極的コーピング」「計画」「道具的サポートの利用」「情緒的サポートの利用」「受容」というコーピングにおいて、他の群に比べて有意に高く、実行しやすいコーピングであることが示唆された。
2. 「愛情自律群」で育ったと認識する学生は、「否認」「行動的諦め」「宗教・信仰」「アルコール・薬物使用」「自己非難」というコーピングにおいて、他の群に比べて有意に低く、実行しにくいコーピングであることが示唆された。
3. コーピングの「自己非難」を実行しやすい学生は、精神的健康の不良群になる確率が約5.8倍であった。次に、

母親の養育態度の「冷淡支配群」である学生は、精神的健康の不良群になる確率が約2.2倍であり、「愛情自律群」である学生は逆に、精神的健康の良群になる確率が約2.0倍であった。

4. 看護学生へのメンタルヘルス支援としては、母親の養育態度である「冷淡支配群」で育ったと認識し、かつ「自己非難」を実行している学生を優先して支援することが有効であると示唆された。また、精神的健康の不良群である学生であっても、母親の養育態度である「愛情自律群」で育ったと認識していれば、慌てて介入せず、見守る体制をとりながら、支援することも可能であることが示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、質問紙調査に快くご協力くだ

さいました看護専門学校の学生の皆さまおよび学校関係者の皆さまに、心よりお礼を申し上げます。本論文は2016年の名古屋市立大学大学院看護学研究科精神保健看護学専攻の修士論文（指導：香月富士日）の一部に加筆・修正を加えたものであり、本研究は第42回日本看護研究学会学術集会（2016年8月つくば）において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：看護系女子学生の精神的健康を効果的に支援するため、学生からみた母親の養育態度に着目し、青年期後期にある学生のコーピング、精神的健康との関連を明らかにした。

方法：3年課程看護専門学校に通学する1、2年生の女子学生648人を対象とし、無記名自記式質問紙を用いて横断研究を行った。

結果：本対象は同年代である大学生に比べて、精神的健康の低下が示された。精神的健康の良群と不良群を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った結果、コーピングの「自己非難」を実行しやすい学生は、精神的健康の不良群になる確率が5.8倍であり、母親の養育態度群である「冷淡支配群」の学生は精神的健康の不良群になる確率が2.2倍であった。

結論：看護系女子学生へのメンタルヘルス支援において、母親の養育態度を冷淡支配群として認識し、かつ、「自己非難」を実行しやすい学生を優先して支援することが有効であると示唆された。

Abstract

Purpose: This study focused on how to effectively support the mental health of female nursing students according to their perspectives on their mothers' childrearing attitudes, and also aimed to clarify the association between childrearing styles and the stress-coping strategies / mental health conditions of these students.

Methods: A cross-sectional study was conducted using anonymous self-report questionnaires completed by 648 female students in the 1st and 2nd grades of a 3-year nursing school program.

Results: Participants indicated poorer mental health conditions compared to age-matched students in other schools. Logistic regression analysis with mental health condition as a dependent variable showed that students who used "self-accusation" as a coping strategy were 5.8 times more likely to have poor mental health, and students whose mothers were "cold-authoritative" were 2.2 times more likely to have poor mental health.

Conclusion: Results suggest that it would be effective to preferentially provide mental health support to female nursing students who perceive their mothers' childrearing attitudes as "cold-authoritative" and who use "self-accusation" as a coping strategy.

文 献

足立由美, 水田一郎, 工藤 喬, 足立浩祥, 谷 向仁, 壁下康信, 石金直美, 竹中菜苗, 守山敏樹, 瀧原圭子 (2015). 新入生健診におけるメンタルヘルスチェック尺度の検討: UPI, K6, レジリエンス尺度の比較. *CAMPUS HEALTH*, 52(2), 149-153.

Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

江上千代美 (2008). 看護学生の首尾一貫感覚と精神健康度との関係. *心身健康科学*, 4(2), 43-48.

- 遠藤恭子, 米澤弘恵, 石綿啓子, 鈴木明美, 錦織正子 (2011). 看護学生の自己教育力と精神的健康との関係. 獨協医科大学看護学部紀要, 5(2), 35-50.
- 古橋忠晃, ステファニー・ヌーヴィエール, ミシェル・パトリス, コリス・クラック (2013). 日仏の大学生のメンタルヘルス: フランスにおける青年の自殺問題とその対策などを通して. *こころの科学*, 172, 2-7.
- 古川壽亮, 大野 裕, 宇田英典, 中根允文 (2003). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 川上憲人 (主任研究者), 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 平成14年度研究協力報告書, 127-130. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2002&jigyoid=000202&bunkenNo=200200097A&pdf=200200097A0007.pdf> (参照2015- 7 - 7)
- Hall, L.A., Peden, A.R., Rayens, M.K., and Beebe, L.H. (2004). Parental bonding: A key factor for mental health of college woman. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(3), 277-291.
- 畑 潮, 小野寺敦子 (2013). 大学生のエゴ・レジリエンスと自我同一性および精神的健康の関係. *目白大学心理学研究*, 9, 37-51.
- 岩永喜久子, 後藤有紀, 宮崎晴佳・増本絢子 (2007). 学部教育における看護学生のメンタルヘルスと関連要因. *保健学研究*, 20(1), 39-48.
- 岩田弘三 (2013). 第4章 専門学校学生調査からみた学生の経済的支援の現状. 平成25年度生涯学習施策に関する調査研究「専修学校における生徒・学生支援等に対する基礎調査」調査研究報告書. 90-112, http://pari.u-tokyo.ac.jp/unit/fsu_h25.pdf (参照2015-12- 2)
- 門田真小代, 香月富士日 (2011). 一般病棟におけるターミナルケアにあたる看護師の精神的健康: 一般住民データとの比較. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 10, 15-21.
- 上地翔子, 細名水生 (2012). 看護学生のストレス状況と性格およびコーピングとの関連. *日本医学看護学教育学会誌*, 21, 11-17.
- 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑, 古川壽亮 (2005). 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 上田 茂 (主任研究者), 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 平成16年度分担研究報告書, 147-156. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2004&jigyoid=043141&bunkenNo=200400766A&pdf=200400766A0008.pdf> (参照2015- 7 - 7)
- 川上憲人, 土屋政雄, 井上彰臣, 今村幸太郎 (2009). うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討: 産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発. 秋山 剛 (研究代表者), リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 平成20年度分担研究報告書, 23-35. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2008&jigyoid=083131&bunkenNo=200833055A&pdf=200833055A0002.pdf> (参照2015- 7 - 7)
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E.E., and Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- 鬼頭愛子, 堀 匡, 大塚泰正 (2009). ポジティブ日記を記した労働者向け介入の効果評価: ポジティブ感情の機能に着目して. *産業ストレス研究*, 16(3), 173-182.
- 小林 真 (2011). 中学校時代の両親の養育態度が青年期の友人関係のあり方に及ぼす影響: 自己概念を媒介変数として. *とやま発達福祉学年報*, 2, 21-28.
- 小杉正太郎, 大塚泰正, 島津明人, 田中健吾, 田中美由紀, 種市康太郎, 林 弥生, 福川康之, 山崎健二 (2002). ストレス心理学: 個人差のプロセスとコーピング. 36-58, 東京: 川島書店.
- 前垣綾子, 滋野和恵 (2011). UPIによる大学生の精神的健康の実態. *北海道文教大学研究紀要*, 35, 115-126.
- 増田彰則, 平川忠敏, 山中隆夫, 志村正子, 武井美智子, 古賀靖之, 鄭 忠和 (2004). 思春期・青年期の心身症およびその周辺疾患の発症に及ぼす家族機能と養育環境の影響. *心身医学*, 44(5), 370-378.
- 南 好子 (2003). 対人ケア専門職を目指す学生の心の健康状態. *大阪健康福祉短期大学紀要*, 1, 14-20.
- 西村千尋, 小野久江 (2010). コーピングが大学生の精神的健康に及ぼす影響について. *臨床教育心理学研究*, 36, 9-14.
- 小川雅美 (1991). PBI (Parental Bonding Instrument) 日本版の信頼性, 妥当性に関する研究. *精神科治療学*, 6(10), 1193-1201.
- 大塚泰正 (2008). 理論的作成方法によるコーピング尺度: COPE. *広島大学心理学研究*, 8, 121-128.
- Parker, G., Tupling, H., and Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- 作宮洋子 (2008). 青年期のこころの健康と保健看護活動. *旭川医科大学研究フォーラム*, 9(1), 2-10.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2005/2007). 安保寛明, 宮本有紀 (監訳). 看護学名著シリーズ: 精神科看護—原理と実践 (第8版). 370-498. 東京: エルゼビア・ジャパン.
- 谷口弘一, 福岡欣治 (2006). 対人関係と適応の心理学ストレス対処の理論と実践. 19-39. 京都: 北大路書房.
- 内田千代子 (2010). 21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子: 予防への手がかりを探る. *精神神経学雑誌*, 112(6), 543-560.
- 山本 晃 (2010). 青年期のこころの発達: プロスの青年期論とその展開. 92-93, 東京: 星和書店.
- Yamashita, K., Saito, M., and Takao, T. (2012). Stress and coping styles in Japanese nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 489-496.
- 山崎久美子, 吉野真紀, 木下利彦, 小野純平 (2012). 大学生における対人恐怖的心性, ふれあい恐怖的心性と両親の養育態度について. *心理臨床学研究*, 29(6), 673-682.

2018年10月26日受付
2019年7月3日採用決定

中国の中堅看護師における専門職的自律性と看護研究活動との関連

The Relationship between Professional Autonomy and Nursing Research Activities in Mid-Level Nurses in China

路 璐 北 池 正 池 崎 澄 江
Lu Lu Tadashi Kitaike Sumie Ikezaki

キーワード：専門職的自律性，看護研究活動，中堅看護師

Key Words：professional autonomy, nursing research activities, mid-level nurse

I. 序 論

看護専門職の目標は、患者に提供するケアサービスの効果を最大限にすることにある。そのためには、日々の看護実践、つまり看護師の行うケアの質向上を不断にはかっていくことが求められる。言い換えれば、私たちが行っている看護実践の基礎となる科学的知識体系を発展させていく専門職集団としての責務があるということである。そして看護研究は、この看護実践の基礎となる科学的知識体系を発展させていくためには必須（黒田，2012）だといわれている。近年、中国においても、患者の看護師に対するサービスの要求がますます高くなり、看護師は自身の資質と管理水準を高めるように努力しなければならなくなってきた。また、医療の高度化や高齢・重症患者の増加、在院日数の短縮などにより、ますます量・質ともに高い看護を要求されてきている。

これまでの中国における看護師養成は、中等専門学校を主体にしながら専門学校、大学という多様な教育方法で行われてきた。その結果、2015年までに登録看護師の人数は205万人になり、2005年より152%増えたうえに、約半数の看護師は専門学校以上の学歴をもっていることになった。しかし、人数は増え、学歴は高くなったが、管理的な視点や研究に対する教育は十分に行われていないため、中国の衛生部は5年計画である《中国看護事業発展の企画綱要（2011-2015年）》を公布し、看護師の人数を充実するとともに、優秀な資質を身につけ、臨床看護能力を全面的に高め、看護師リーダーの育成を進めることによって看護管理の水準を高める活動を行うことを目標にした。具体的には、中国の看護師の院内の継続教育と管理職の継続教育制度を整え、看護師のリーダー育成と看護管理の水準を高めることに取り組んでいる。

中国では、リーダーや管理者になるためには、「職名」をとる必要がある。中国の専門技術者には、職位のほかに

《職名制度》により規定された「職名（职称）」という肩書きが存在している。職名は専門技術職務に従事する資格と規定され、専門技術者の能力の承認であり、専門技術あるいは学術水準のレベルを反映するものである。そのため、中国では職名のレベルに応じて職位が決まっているということである。職名は、護士（护士）、護師（护师）、主管護師（主管护师）、副主任護師（副主任护师）、主任護師（主任护师）という5つがあるが、それに従い、職位も、看護師（护士）、看護師長（护士长）、科看護師長（科护士长）、看護部副部長（护理部副主任）、看護部長（护理部主任）という5つがある（潘，2001；謝，2004；陳，2012；高須・西川，2007）。看護師の職名と職位の関係を図1に示す。また、職名については、護士と護師は初級で、主管護師は中級、副主任護師以上は高級の職名に分けられている。もっている職名より高い職名をとるためには、それぞれに条件が設定されている。たとえば、中級（主管護師）から高級（副主任護師）に昇進するには、主管護師として臨床経験が5年を要するほかに、地域の省（県に相当）のレベルの看護雑誌で2～3篇の論文を発表する必要がある。すなわち、中国の中堅看護師はリーダーや管理職になるためにはまずは高級の職名をとる必要があり、臨床の経験を積み重ねるとともに、看護研究をしなければならないということである。

また、看護の質あるいは管理水準を高めるため、看護師自身の能力を高める必要があると考える。看護師の能力のなかには、問題を識別する能力や、看護実践において正しい判断を下すことも含まれている。これらの能力は看護師の責任のうえに成り立っているが、責任は看護職が自律的に活動することによって生じるものである。先行研究でも、菊池・原田（1997）は看護活動での状況認知や判断能力、実践能力の程度が、看護専門職としての自律の程度を表しているほか、米国医学協会は、看護師が実証に基づいた（evidence-based）実践の方法を利用し、自律

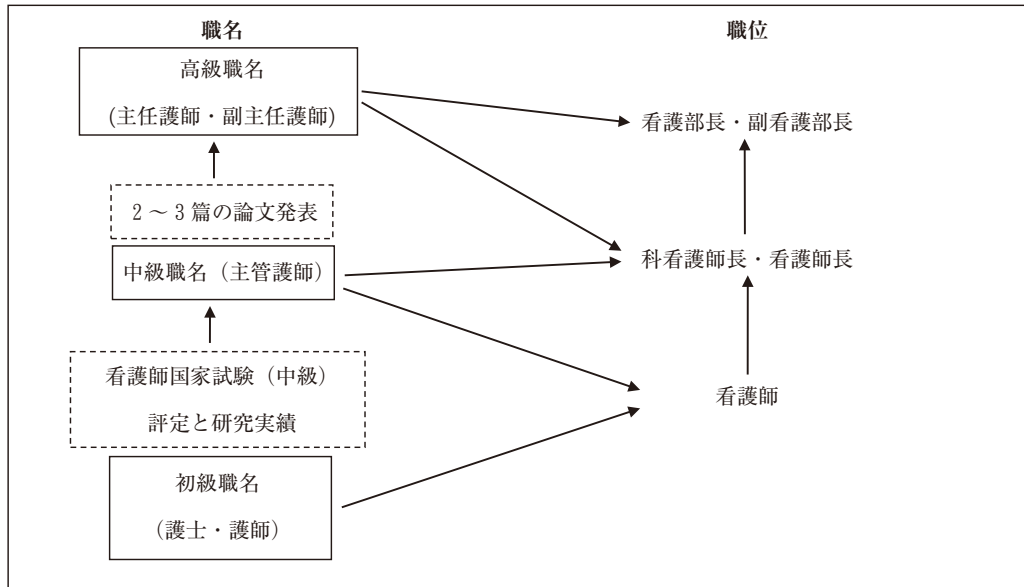


図1 中国の看護師の職位と職名の関係

的に患者のケアを判断することを推奨している (Institute of Medicine, 2004)。これまでの看護職の自律性に関連している要因としては看護方式, 専門領域, 過去の経験や知識, さらに自己概念, 自尊感情, 仕事の充実感や満足感などの結果が得られている (Alexander, Weisman, & Chase, 1982; Hamers, Abu-Saad Huijjer, & Halfens, 1994; Luker & Kenrick, 1992; 志自岐, 1996)。

そして, 臨床で働く看護師の研究活動の経験および研究意欲が看護専門職としての自律性に与える影響も実証されている (菊池, 2000) ことに加え, これまで臨床で働く看護師の研究活動に対する意識については, 参加者の多くが達成感を得ていることや, 看護研究に自己啓発や看護の科学的根拠を求める傾向があることが報告されている (倉ヶ市・西田・小寺・金谷, 1999; 西田・倉ヶ市・小寺・金谷, 1999)。これらの結果から, 臨床で生じる問題を発見して自ら解決方法を見つけるという研究活動を通して, 問題解決能力と科学的思考能力が培われ, それらが看護師の自律性を高めることにつながったと考えられる。看護研究は, 体系的知を獲得するためにもっとも重要なツール (道具もしくは手段) であると述べられている (Polit & Beck, 2012)。そのため, 看護研究を行うことで, 体系的な知識を獲得することができ, 専門性を十分に理解し, よりよい看護ケアを提供することができると考えられる。したがって, 看護師は臨床で働きながら自律性を獲得するだけでなく, ケアの質や実践能力の向上のためにも看護研究を行うことは専門職として不可欠の要素であるといえる。

以上より, 中国の中堅看護師の専門職的自律性を高めるために, 看護研究に取り組んだ経験, 研究方法を使う能力, 研究に関する認識の実態を把握し, 看護研究活動と専

門職的自律性の関連性を明らかにすることが必要であると考える。

II. 用語の定義

本研究では用語を以下のように定義した。

中堅看護師: ベナーは, 中堅レベルは, その場の一時的な視点ではなく, 全体的な視点でとらえられ, 格率をもとに実践を行うとしている。格率とは行為や論理の規則を意味する。このレベルの看護師は長期目標をふまえて状況の意味を認識しているため, 考え抜いて得るものではなく, 経験や状況から判断して実践できるレベルである。小山田 (2009) は日本の文献では, 臨床経験年数を用いた定義が多く, 臨床経験5年目は多くの定義を包含されて, 能力に関して, 「臨床実践力」「自律度」「臨床判断力」「自己認識」という観点があったことを指摘した。一方, 中国の《衛生技術人員職名および昇進条例 (試行)》によると, 主管護師は, 「臨床実践の能力」「臨床判断力」「研究成果活用能力」「外国語力」「業務指導能力」を有し, 臨床経験年数が5年以上のものを規定している。よって, 本研究では, 中堅看護師とは, 中級職名 (主管護師) を得た看護師とした。

III. 研究目的

本研究の目的は, 中国の中堅看護師の看護研究に取り組んだ経験, 研究方法を使う能力, 研究に関する認識を明らかにすることと, これらの看護研究活動と専門職的自律性との関連を明らかにすることとした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

横断研究（無記名自記式質問紙調査）。

2. 調査対象者

対象施設の選定基準は、多くの看護師が看護研究に取り組んだ経験がある病院であることを考慮し、中国のC大学の附属病院2施設を選定した。対象施設は同じ市で同じ大学の附属病院で、省の基幹となる病院である。管理理念、経営理念と人員、病棟の構成がほとんど同じである。A病院は、病床数が2,249床で、1日の外来数が8,000~10,000人程度の総合病院である。病院の看護師総人数は1,648名、そのなかで看護師長は87名であった。B病院は、病床数が5,706床、1日の外来数が10,000人程度の総合病院である。病院の看護師の総人数は3,088名、そのなかで看護師長は115名であった。

対象者の選定基準は、中級職名の取得に際して、論文発表の経験が審査項目の一つにあり、さらに、高級職名を取得するために研究をしなければならないことから、看護研究に取り組むことが期待されている最近3年以内に中級職名を取得した看護師を選定した。

以上から、この2施設に従事している常勤職員で、2012年以降中級職名を取得した中国人看護師111名を対象とした。

3. 調査方法

2015年7月に研究依頼書と無記名自記式質問紙を施設責任者から各部署に配布してもらい、その後、各部署から対象者に調査票を配布してもらった。回収は回収箱を設置し、その中に投函してもらった。

4. 調査項目

(1) 基本属性

年齢、経験年数、職位、所属部署の4項目について回答を得た。

(2) 看護研究活動の測定

看護研究活動は研究に取り組んだ「研究経験」、よく用いられる研究方法として使った経験からみる「研究方法を使う能力」および看護研究の重要性への理解からみる「研究認識」の3つからとらえるため、質問紙を作成した。詳細は以下のとおりである。

研究経験：自律性尺度で測定できるのは現時点の自律性レベルであり、最近も研究活動を行っていることが望ましいと考え、2012年以降中級職名をとった後、看護研究に取り組んだ経験の有無について回答を得た。

研究方法を使う能力：事例研究、アンケート調査、インタビュー調査、資料分析、介入研究の5つの研究方法が実施できる程度を質問した。各方法に対し、実施できると思う程度を1（全然できない）、2（知識があるが、実践していない）、3（使ったことがある）の3件法で回答を尋ねた。得点が高いほど、研究方法を使う能力が高いと評価した。

研究認識：〔学問として体系づけるため必要である〕〔疑問を解決するために必要である〕〔専門職としての当然の責任である〕〔看護業務の改善に役立つことである〕の4つの側面から看護研究の重要性への認識の程度を質問した。各側面に対し、1（そう思っていない）~3（全くそう思う）の3件法で回答を尋ねた。得点が高いほど、研究認識が高いと評価した。

(3) 専門職的自律性の測定

Schutzenhofer (1987) によって開発された尺度を中国人看護師に適合するよう改訂された中国語版専門職的自律性尺度〔中国語版Nursing Activity Scale (1992): NAS〕（平井ほか, 2009）を用いた。NASは、看護専門職としての新たな活動の開始、看護専門職としての活動の展開、看護専門職としての活動の改善、看護専門職としての責任、看護専門意識に基づく判断の5つの下位因子からなり、計30項目で構成される。各項目について看護専門職としての判断を求められる状況に対し、実施すると思う程度を1（全くそうではない）~4（全くそうである）の4件法で尋ね、項目ごとに高い自律性が必要とされるものから、3倍、2倍、1倍に重み付けが課され、全項目の得点を合計して算出した。得点は「高い（181~240点）」「中間（121~180点）」「低い（60~120点）」の3レベルに分け、得点が高いほど自律性が高いことを意味している。NASの信頼性・妥当性については、作成者である平井ほか（2009）によって、十分な信頼性が得られたという結果が確認されている。

5. 分析方法

統計解析はIBM SPSS Statistics ver. 22を用いて、有意確率は5%未満、両側検定を採用した。看護研究活動間の比較は、*t*検定、または一元配置分散分析と多重比較を行った。また、NASの正規性を確認した。

6. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て（受付番号：27-14）行った。調査への参加は自由意思によること、質問紙の回収をもって同意とみなす旨を明記した。回答は無記名で行い、対象者自身が個別の封筒に入れ、封をして病棟内に設置した回収箱に入れてもら

い、締切日に研究者が回収箱を回収したことで、看護部長からの強制力を回避し、個人が特定できないようにした。そして、回答するかどうかを対象者が決めることができ、回答しない場合でも、不利益が生じることがないこと、アンケートを回答する途中でやめることも自由ということを依頼書で明示した。

V. 結 果

質問紙の回収率は98.2% (109部/111部)であった。このうち、1ページ以上回答漏れのある1名と、主管護師の取得時期が2012年以前のため対象者ではない1名を除外した107名を分析対象とした。

1. 基本属性 (表1)

対象者の平均年齢は36.1±2.7歳で、30歳代が99名 (92.5%)と最も多かった。平均経験年数は16.0±3.6年で、10～19年が87名 (81.3%)と最も多く、次いで20～29年の14名 (13.1%)であった。所属は、外科系が18名 (16.8%)

表1 基本属性

		(n=107)	
項目	n	%	
年齢	30代	99	92.5
	40代	6	5.6
	50代	1	0.9
経験年数	10年未満	6	5.6
	10～19年	87	81.3
	20～29年	14	13.1
所属	外来	18	16.8
	内科系	11	10.3
	外科系	18	16.8
	混合病棟	1	0.9
	産婦人科	10	9.3
	小児科	3	2.8
	ICU系	3	2.8
	NICU系	2	1.9
	手術室	17	15.9
その他	23	21.5	
職位	看護師	70	65.4
	看護師長	37	34.6

と外来の18名 (16.8%)でもっとも多く、手術室は17名 (15.9%), 内科系は11名 (10.3%), 産婦人科は10名 (9.3%)であった。職位は、看護師が70名 (65.4%)で、看護師長は37名 (34.6%)であった。

2. 看護研究活動の実態

2012年以降中級職名をとった後、研究に取り組んだ経験がある者は23名 (21.5%)であった。

研究方法を使う能力の結果を表2に示した。事例研究を「使ったことがある」と回答した者が51名 (47.7%)であり、もっとも多かった。また、他の4つの研究方法も「使ったことがある」と回答した者がいずれも28.0%を超えていた。一方、介入研究を「全然できない」と回答した者が22名 (20.6%)で多かった。

研究認識の結果を表3に示した。[学問として体系づけるため必要である][疑問を解決するために必要である][専門職として当然の責任である][看護業務の改善に役立つことである]のすべての項目において、「全くそう思う」「ややそう思う」と回答した者はそれぞれ89%以上を占めていた。

3. 専門職的自律性の得点

専門職的自律性の得点と自律性レベルを表4に示す。専門職的自律性得点は正規分布をしており、平均値は191.4±18.1点で、最小値は158点、最大値は238点であった。自律性得点レベルは、「高い」が70名 (65.4%), 「中間」が37名 (34.6%), 「低い」が0名であった。

表2 研究方法を使う能力

(n=107)			
項目	使ったことがある (%)	知識があるが、実践していない (%)	全然できない (%)
事例研究	51 (47.7)	44 (41.1)	12 (11.2)
アンケート調査	34 (31.8)	64 (59.8)	9 (8.4)
インタビュー調査	30 (28.0)	64 (59.8)	13 (12.1)
資料分析	43 (40.2)	46 (43.0)	18 (16.8)
介入研究	39 (36.4)	46 (43.0)	22 (20.6)

表3 研究の重要性への認識

(n=107)			
項目	全くそう思う (%)	ややそう思う (%)	そう思っていない (%)
学問として体系づけるため必要である	50 (46.7)	51 (47.7)	6 (5.6)
疑問を解決するために必要である	57 (53.3)	46 (43.0)	4 (3.7)
専門職として当然の責任である	43 (40.2)	53 (49.5)	11 (10.3)
看護業務の改善に役立つことである	48 (44.9)	55 (51.4)	4 (3.7)

4. 看護研究活動と専門職的自律性との関連

中級職名取得後の看護研究の経験において、「研究経験あり」群の自律性得点の平均値は195.4点で、「研究経験なし」群は190.3点であり、研究経験の有無と専門職的自律性とは関連性がみられなかった。

研究方法を使う能力と専門職的自律性との関連の結果を表5に示した。「アンケート調査」($p=.002$), 「インタビュー調査」($p=.000$), 「資料分析」($p=.000$), 「介入

研究」($p=.039$) それぞれにおいて、研究方法を使う能力が高い者は低い者に比べて有意に自律性得点が高かった。Tukey法による多重比較の結果は、[アンケート調査][インタビュー調査][資料分析]の自律性得点について、「使ったことがある」群は「知識があるが、実践していない」群や「全然できない」群と比べ、自律性得点の平均値が有意に高い傾向を示した。

研究認識と専門職的自律性との関連の結果を表6に示

表4 専門職的自律性の得点と自律性レベル

($n=107$)

レベル	n	%	mean \pm SD (中央値)	最小値	最大値
低い	0	0			
中間	37	34.6	191.4 \pm 18.1 (188.0)	158	238
高い	70	65.4			

表5 研究方法を使う能力と専門職的自律性との関連

($n=107$)

	n	a. 使った ことがある	b. 知識がある が、実践して いない	c. 全然 できない	F 値	p 値	多重比較
事例研究	n	51	44	12	0.6	.567	
	mean	193.3	190.0	188.6			
	SD	18.7	18.1	16.3			
アンケート調査	n	34	64	9	6.6	.002	a > b** a > c*
	mean	200.0	188.1	188.6			
	SD	19.3	16.5	13.6			
インタビュー調査	n	30	64	13	10.6	.000	a > b** a > c***
	mean	201.9	189.1	178.2			
	SD	17.8	16.9	12.0			
資料分析	n	43	46	18	9.5	.000	a > b*** a > c**
	mean	200.0	185.6	185.5			
	SD	19.3	15.1	14.4			
介入研究	n	39	46	22	3.3	.039	
	mean	197.2	188.2	187.7			
	SD	19.5	15.7	18.4			

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$, One-way ANOVA (多重比較: Tukey法)。

表6 研究認識と専門職的自律性との関連

($n=107$)

	n	a. 全くそう 思う	b. ややそう 思う	c. そう思っ ていない	F 値	p 値	多重比較
学問として体系づけるため必要である	n	50	51	6	17.3	.000	a > b*** a > c*** b > c*
	mean	201.7	183.9	169.7			
	SD	17.6	12.9	8.1			
疑問を解決するために必要である	n	57	46	4	21.0	.000	a > b*** a > c**
	mean	200.1	182.0	175.8			
	SD	17.1	14.2	3.5			
専門職として当然の責任である	n	43	53	11	28.6	.000	a > b*** a > c***
	mean	204.0	184.6	174.2			
	SD	16.6	13.2	13.5			
看護業務の改善に役立つことである	n	48	55	4	28.5	.000	a > b*** a > c***
	mean	203.2	182.4	174.2			
	SD	16.5	13.0	13.2			

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$, One-way ANOVA (多重比較: Tukey法)。

した。研究認識では、〔学問として体系づけるため必要である〕($p=.000$)、〔疑問を解決するために必要である〕($p=.000$)、〔専門職として当然の責任である〕($p=.000$)、〔看護業務の改善に役立つことである〕($p=.000$) それぞれにおいて、研究認識が高い者は低い者に比べて有意に自律性得点が高かった。Tukey法による多重比較の結果は、すべての項目の自律性得点について、「全くそう思う」群は「ややそう思う」群や「そう思っていない」群と比べ、自律性得点の平均値が有意に高い傾向を示した。

VI. 考 察

1. 看護研究活動の実態

本研究の結果では、最近3年間に研究経験がある看護師がわずか2割であった。《職名制度》によって、中級職名を取得するためだけに研究を行って、取得後は研究をしていない看護師が存在することがわかった。そのため、中級職名を取得した中堅看護師が、研究を続ける動機ややりがいということを持続する必要があると考える。

研究方法を使う能力は研究方法が実施できる程度を用いて測定し、研究方法を使うことができる者は研究方法を使う能力が高いと評価した。その結果、事例研究について「使ったことがある」と回答した者は51名(47.7%)と他の研究方法と比較してもっとも多かった。坂下ほか(2013)は全国100床以上の1,116病院を対象とし、もっともよく実施されている研究方法を複数回答で調査した結果は、36.2%の病院は事例研究を実施しているということであった。また、中国の看護研究の現状として、第7回日中看護学会論文集より、中国の看護職者の報告による38題では、12題(31.6%)は事例研究だという結果が報告されている(原・早崎・奥村・小野, 2002)。これらより今回の分析対象は、先行研究と比較して積極的に事例研究に取り組んでいたことがわかった。それは、本研究の対象者が大学附属病院の中堅看護師のため、研究方法全体の実施数が高かった可能性があると考えられる。

看護師の研究認識について、本研究では研究の重要性を認識していたという結果がみられた。これは、易・刘・何・曾・邓(2005)の看護研究への認識について調査した「知識が不足しているために、研究に取り組むことが看護師個人にとってむずかしい現状があるものの、看護師は看護研究が看護実践に対して重要だと意識していた」という結果と同様の結果が得られた。これは、中堅看護師の特徴として、看護研究の重要性を認識しているものの、個人の実践能力および研究環境により実施することがむずかしいということと考える。

2. 専門職的自律性について

本研究における自律性得点の平均値は191.4点で、「高い」レベルが半数以上であった。平井ほか(2009)は中国の山西省にある総合病院の看護職320人を対象とし、NASを用いてアンケート調査を実施した。その結果、自律性得点は、平均184.2±16.6点で、専門職的自律性は「高い」レベルを示した。今回の調査対象の自律性得点とほぼ同様であったものの、先行研究のほうが少し低い結果であった。人数、平均年齢の大きな違いはなかったが、本研究の対象者は中級職名以上で、また10年以上の臨床経験がある看護師は8割を超えていた。自律性得点が高かった原因は、経験年数が高い看護師の自律性が高い(菊池, 2000; 菊池・原田, 1997)という研究からも経験年数の影響が考えられる。また、于(2011)は中国の北京市にある総合病院の看護職110人を対象とし、NASを用いてアンケート調査を実施した。その結果、自律性得点は、平均172.9±21.6で「中間」レベルを示した。この結果は本研究の結果と比べて低かった。これは、于の調査は、職位で看護師がほとんどであり、本研究は看護師長が3割以上いたためと考える。したがって、本研究の対象者は自律性が高く、独自に問題を発見し、患者の問題を解決する看護活動での状況認知や判断能力、実践能力が十分に身につけている現状がわかった。

3. 看護研究活動と専門職的自律性との関連

最近3年間の研究経験があった者は、ない者と比べて、自律性得点が高かったものの、有意な関連はみられなかった。これは、研究経験があった者が少ないことも影響していると考えられる。

最近3年間の研究経験にかかわらず、「アンケート調査」「インタビュー調査」「資料分析」が実施できる者は、できない者に比べて、自律性得点が高かったという結果であった。研究活動に参加した看護師の多くが達成感を得て、自律性としての判断能力や実践能力が高くなったということが報告されている(木村ほか, 2000; 西田ほか, 1999)ことが今回の結果を支持していると考えられる。これは、研究に取り組むための文献検討や、研究を通して自分が考えた結果が出たことなどから、看護師が判断能力や実践能力をより高く育成できるのではないと思われる。

次に、研究認識が高い看護師の自律性が高いということであった。先行研究では、研究意識と研究に取り組む活動との関連があり、そして、専門職者として新しい知識の探求、洞察力、判断力、創造力をもっているために、自律性が高いという報告がなされており(木村ほか, 2000)、本研究もこの結果を支持するものである。これは、研究認識が高い看護師の研究意欲やキャリアアップへの期待感が高

く、より積極的に研究に取り組むことができるため、自律性が高くなるのではないかと考えられる。

4. 今後の研究支援

本研究の結果により、中堅看護師は、看護研究の重要性を十分に理解することに始まり、テーマに則して多様な研究方法を実践することが専門職的自律性の向上につながる事が明らかとなった。そのため、病院は事例研究のように実施割合が高い研究方法について、より一層取り組みを推進していく必要があると考える。

また、中国の看護の特徴と現状、および中堅看護師の特徴を理解したうえで、院内の看護研究の支援対策を充実する必要があると考える。

中国の看護の特徴として、附属病院の管理職が大学の教育者として兼任していることが多いため、臨床実践と教育がつながっていると考えられるが、院内の継続教育における看護研究を支援する制度はまだ整っていないという現状である。看護管理者は個人の能力あるいは臨床の仕事を重視し、看護研究に関する交流会や研修会にスタッフを参加させることが少なく、看護研究に投入した資金も不足しているという現状があった(王・黄, 2005)。また、病院では、看護研究の体制を整えておらず、看護研究の実施および研究課題の申請などを指導できる研究指導者がいない状況である(陳・吳・李・田, 2005)という先行研究もみられている。そして、日本の病院のような院内看護研究発表会や勉強会がなく、看護師が個人の活動として研究に取り組むことが多いため、院内で研究を実施するチームをつくるという支援が有効と考える。中国はこの形式のチームがなかったため、米国の病棟ベースの研究支援プログラム(Gawlinski, 2008)や、日本の研究チームのメンバーが支援者として機能している支援体制(加藤・沼館・佐藤・佐々木, 2011)などが参考にできる。このように、中堅看護師は個人の活動として研究を行っていくのではなく、院内で承認される業務の一部として研究に取り組むことになり、研究を継続することが期待される。

また、専門職的自律性と関連がある研究活動について、研究の重要性に関する認識を高めるため、研究指導上内発的動機づけへのアプローチが重要であると述べている(杉下・交野, 1994)。それは、「研究は看護業務の改善に役立つ」ということを十分に理解することが大切であると考えられる。病院内での発表会を通して、看護研究と実践業務のつながりを研究者だけでなく、管理者や看護師全員が理解することができると思う。

5. 本研究の限界と課題

本研究は大学附属病院の看護師のみが対象者であるた

め、一般化には留意が必要である。加えて、横断調査のため、研究経験、研究方法を使う能力や研究認識と自律性の関連を厳密に言及することには限界を有する。これら限界があるものの、中国の中堅看護師の院内研究を支援するための教育プログラムを検討するための資料として用いられることを期待する。

VII. 結 論

本研究は、中国の大学附属病院に勤務する中堅看護師111名に、専門職的自律性と看護研究活動の実態について調査し、その関連性を分析し、今後の研究支援の方向性を検討した。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 最近3年間に看護研究に取り組んだ経験がある者は約2割であった。研究方法を使う能力は、〔事例研究〕を実施したことがあると回答した者は4割以上でもっとも多く、一方、〔介入研究〕が全然できないと回答した者は2割以上であった。また、研究の重要性を認識していた者は4項目すべてで8割を超えていた。
2. 中国語版Nursing Activity Scale (1992)で測定した専門職的自律性は、「高い」レベルが6割を超えていた。
3. 最近3年間の看護研究経験の有無と専門職的自律性との関連性は見られなかった。
4. 〔アンケート調査〕〔インタビュー調査〕〔資料分析〕〔介入研究〕それぞれにおいて、研究方法を使う能力が高い者は低い者に比べて有意に自律性得点が高かった。
5. 研究認識の〔学問として体系づけるため必要である〕〔疑問を解決するために必要である〕〔専門職として当然の責任である〕〔看護業務の改善に役立つことである〕において、「全くそう思う」群が「ややそう思う」群や「思っていない」群に比べて、自律性得点の平均値が有意に高かった。

以上のことから、中国の中堅看護師がリーダーや管理者として成長するためには、研究の重要性を十分に認識し、多様な研究方法による研究を継続することで、専門職的自律性を高めていく必要があることが示唆された。そのため、中国ではまだ十分な取り組みがされていない研究チームの育成や院内発表会の開催など、看護研究に対する支援体制を構築することが今後の課題になると考える。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆さま、病院関係者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

本研究は、日本看護研究学会第42回学術集会で発表した。千葉大学看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：中国の中堅看護師の看護研究活動の実態を把握し、看護研究活動と専門職的自律性の関連を明らかにした。

方法：中国の大学病院に勤務し、2012年以降中級職名を取得した中堅看護師111名を対象に質問紙調査を2015年7月に実施した。専門職的自律性はNursing Activity Scaleで測定し、研究方法を使う能力は5つの研究方法の理解の程度で測定し、また、研究への認識について回答をもらった。

結果：有効回答107名で、臨床経験年数は16.0±3.6年、自律性得点は191.4±18.1点と高かった。中級職名を取得して研究経験がある者は21.5%であった。研究方法を使う能力がある者は79%以上であった。研究の重要性は89%以上が認識していた。これら2因子が高い看護師は、自律性が有意に高かった。

結論：中国の中堅看護師に対し、専門職的自律性を高めるためには、実践能力の向上に加え、研究活動への支援が必要なことが明らかになった。

Abstract

Purpose: To assess the actual situation of the nursing research activities and explore the relationship between the nursing research activities and the professional autonomy of mid-level nurses in China.

Method: Nurses with mid-level professional title after 2012 in the university hospital were subjected to a questionnaire survey. Professional autonomy was measured using the nursing activity scale (Chinese Version), and the ability using study method was assessed on the basis of extent of understanding of five research methods.

Result: In total, 107 valid responses were obtained. The average years of experience was 16.0 ± 3.6. The average autonomy score was 191.4 ± 18.1 points, which was high. In addition, 21.5% nurses reported research experience after the mid-level professional title. Over 89% of the nurses recognized the importance of research. The extent of understanding of research method was over 79% for all items. These two factors had significantly positive effects of autonomy.

Conclusion: Our findings clearly emphasize that research activities are critical in raising the level of professional autonomy among mid-level nurses as well as to improve their practice abilities.

文 献

- Alexander, C.S., Weisman, C.S., and Chase, G.A. (1982). Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts. *Nursing Research*, 31(1), 48-52.
- 陈 长香, 吴 庆文, 李 建民, 田 喜凤 (2005). 教学医院临床护理人员护理科研现状调查与分析. *护士进修杂志*, (03), 253-255.
- 陳 秀琴 (2012). 中国の医療従事者の教育養成制度：中国看護師資格管理制度に関する歴史沿革及び現状. *日中医学*, 27(3), 61-63.
- Gawlinski, A. (2008). The power of clinical nursing research: engage clinicians, improve patients' lives, and forge a professional legacy. *American Journal of Critical Care*, 17(4), 315-326.
- Hamers, J.P.H., Abu-Saad Huijjer, H., and Halfens, R.J.G. (1994). Diagnostic process and decision making in nursing: A literature review. *Journal of Professional Nursing*, 10(3), 154-163.
- 原 敦子, 早崎幸子, 奥村美奈子, 小野幸子 (2002). 中国の看護研究の現状：第7回日中看護学会論文集の分析を試みて. *岐阜県立看護大学紀要*, 2(1), 69-75.
- 平井さよ子, 賀沢弥貴, 上田智子, 鈴木英子, 李 燕萍, 石 貞仙, 佐藤千史 (2009). 第二報 中国語版Nursing Activity Scale (1992) の信頼性・妥当性の検証：中国の臨床看護職における専門職的自律性. *日本保健福祉学会誌*, 15(2), 13-20.
- Institute of Medicine (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. *ISNA Bulletin*, 30(2), 1-6.
- 加藤亜紀江, 沼館紀子, 佐藤美幸, 佐々木和美 (2011). 院内看護研究における支援体制方法の検討. *仙台市立病院医学雑誌*, 31, 87-92.
- 菊池昭江 (2000). 看護専門職における自律性と研究活動との関連. *Quality Nursing*, 6(4), 321-327.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. *静岡大学教育学部研究報告：人文・社会科学篇*, 47, 241-254. doi:info:doi/10.14945/00008224.
- 木村紀美, 大串靖子, 阿部テル子, 鈴木光子, 米内山千賀子, 工藤せい子, 花田久美子, 葛西敦子 (2000). 研究活動に関する看護職員の意識の因子：北海道・東北6県について. *日本看護研究学会雑誌*, 23(2), 19-28.
- 倉ヶ市絵美佳, 西田直子, 小寺 妙, 金谷美紗子 (1999). K病院における看護研究活動に関する研究：活動状況および環境条件を中心に. *京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要*, 9(1), 65-72.

- 黒田裕子 (2012). 黒田裕子の看護研究 Step by Step (第4版). 東京: 医学書院.
- Luker, K.A. and Kenrick, M. (1992). An exploratory study of the sources of influence on the clinical decisions of community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(4), 457-466.
- 西田直子, 倉ヶ市絵美佳, 小寺 妙, 金谷美紗子 (1999). K病院における看護研究活動に関する研究: 看護研究の意味づけと仕事に対する考え方と研究の認知との関係. 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 9(1), 13-23.
- 小山田恭子 (2009). 我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討. 日本看護管理学会誌, 13(2), 73-80.
- 潘 娜 (2001). 中国の看護体制の現状. 日中医学, 16(4), 22-26.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- 坂下玲子, 北島洋子, 西平倫子, 宮芝智子, 西谷美保, 太尾元美 (2013). 中・大規模病院における看護研究に関する全国調査. 日本看護科学会誌, 33(1), 91-97.
- Schutzenhofer, K.K. (1987). The measurement of professional autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 3(5), 278-283.
- 志自岐康子 (1996). 看護職の専門職的自律性: その意義と研究. 看護, 48(7), 78-88.
- 杉下知子, 交野好子 (1994). 臨床看護者が看護研究に取り組む姿勢. 看護展望, 19(7), 781-788.
- 高須美香, 西川隆久 (2007). 中国の看護・看護師の紹介. 日中医学, 22(3), 37-40.
- 王 逸如, 黄 华兰 (2005). 16所地市级医院护理人员护理科研现状及需求的调查. 护理研究, (07), 586-588.
- 謝 海棠 (2004). 中国における看護教育および看護管理. 日中医学, 18(6), 32-37.
- 于 洋 (2011). 护士专业自主性及其相关因素调查. 护理学杂志, (16), 77-78. doi:10.3870/.
- 易 美玲, 刘 丽萍, 何 岳梅, 曾 欣荣, 邓 利平 (2005). 护理人员科研知识认知现状调查与分析. 现代护理, (07), 517-518.

[2018年7月12日受 付]
[2019年7月3日採用決定]

回復期リハビリテーション病棟における 脳卒中高齢者の退院先への影響要因

Factors Affecting Discharge Destinations of Elderly Stroke Patients at
a Recovery Phase Rehabilitation Ward

青木 頼子¹⁾ 中山 和弘²⁾
Yoriko Aoki Kazuhiro Nakayama

キーワード：脳卒中，意思決定，退院支援，回復期リハビリテーション病棟，高齢者
Key Words：stroke, decision-making, discharge support, recovery phase rehabilitation ward, Elderly people

緒 言

回復期リハビリテーション病棟は2000年に新設されて以降、急性期病院から在宅に向けた自立支援の一翼を担う役割が期待され、その病棟届出数は1,804病棟、80,814床（回復期リハビリテーション病棟協会，2016）と増加の一途をたどっている。とくに脳卒中高齢者の場合、障害を伴いながらの生活の再構築を必要とし、初めて福祉サービスを利用したり、療養環境や介護について戸惑う者も多く、家族や専門職といっしょに考えていく必要がある。そのため、退院支援・調整の体制の整備が喫緊の課題であり、2016年度診療報酬改定に伴う退院支援加算により、ますますその取り組みが促進されている。

これにより、高齢者の転帰先に影響する要因に関しては、過去に多くの研究がなされている。高齢者の転帰先に影響する高齢者側の要因としてactivities of daily living (ADL) がもっともあげられており、具体的なADLの項目として、トイレ動作の自立（渡辺・高橋，2011，p.3；岡本・増見・山田・有久・兒玉，2012，p.105），食事動作の自立（河野・成瀬，2012，pp.94-95），移動能力（浅川・居村・白田・菅谷・可見，2008，p.548）が高いほうが自宅に転帰していた。その他にも、認知機能が高い（大島・白坂・山崎，2012，p.30），介護の構成人数が多い（小島・白石，2015，p.13），独居でない（河野・成瀬，2012，pp.94-95），年齢が若い，回復期リハビリテーション病棟への移行期間が短い（井上・山路・石川・丸井，2011，p.258），入院期間が短い（上山・内田・小泉，2011，p.54）

ほど自宅に転帰していたと報告されている。

さらに家族介護者側の視点から、自宅を選択した理由として、転院では経済的に困難、転院させたい病院がない、在宅で介護をしてきた経験があるため介護する抵抗がない、要介護者への責任と恩などを明らかにしていた（飯塚・富永・尾白，2004，pp.23-24）。一方で、家族が非自宅を選択した理由として、杉浦らは、状態悪化による胃瘻造設、家族要因、「病前と同じような生活ができる」などの家族が望む高いADL能力を獲得できなかったこと（2014，p.781），柏木は、トイレの未自立，屋内歩行の未自立，コミュニケーション能力の低下，認知機能の低下，病前の家族関係の状況をあげていた（2011，p.308）。さらに家族が、非自宅から自宅退院に転換した理由として、柏木は、本人・家族の自宅退院希望，歩行機能向上，経済的理由，食形態改善と摂食機能向上をあげていた（2011，p.308）。

以上のことから、脳卒中高齢者の退院先に影響する要因として、ADLのとくにトイレ，食事，移動能力，認知機能，家族構成，家族関係などがあげられた。しかし、統一した見解は得られておらず、急性期，回復期，維持期の各病院の機能が異なることや、病期や生活背景など対象者の多様な特性によって影響する要因は異なることが示唆された。

よって本研究は、退院先選択の意思決定を早期から求められる可能性の高い回復期リハビリテーション病棟の脳卒中高齢者に焦点を当て、カルテレビューから、退院先への影響要因を明らかにすることを目的とした。これにより、

1) 聖路加国際大学大学院看護学研究科看護情報学分野

Department of Nursing Informatics, St. Luke's International University Graduate School of Nursing
富山大学大学院医学薬学研究部老年看護学講座

Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Science for Research, Gerontological Nursing, University of Toyama

2) 聖路加国際大学大学院看護学研究科看護情報学分野

Department of Nursing Informatics, St. Luke's International University Graduate School of Nursing

回復期リハビリテーション病棟に入院している脳卒中高齢者の特性を知り、ニーズを見出す一助となると考えた。

I. 用語の定義

回復期リハビリテーション病棟：脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、廃用症候群などの病気で急性期を脱しても、まだ医学的・社会的・心理的なサポートが必要な患者に対して、多くの専門職種がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻ることを目的とした病棟（回復期リハビリテーション病棟協会、2016）。

II. 研究方法

1. 研究対象

研究対象施設は、県リハビリテーション支援センターに指定されているA病院1施設である。A病院は、回復期リハビリテーション病棟の施設基準でもっとも高い入院料1を取得しており、県下で最大病床数100床を有するリハビリテーションの中核施設である。研究対象は、65歳以上の脳卒中患者の最近5か月間（2016年4月～9月）の退院・転院時看護要約、リハビリ総合実施計画書、医療ソーシャルワーカーの記録とした。

2. データ収集方法

データ収集期間は、2016年10～11月に行った。まず、2016年4月～9月に退院した患者のうち、65歳以上の脳卒中患者を選出し、研究補助者2名が電子カルテ内にある研究対象記録からデータ収集を行った。その後、看護局長から入力内容のチェックを受け、個人を特定できるような情報を取り除いたデータを研究者が取り扱った。

3. 調査内容

(1) 基本属性

年齢、入院期間、性別、疾患、実際の退院先（自宅、非自宅）、感染症、アレルギー、家族構成、キーパーソン（今回の入院の責任を伴う第1連絡先となった者）、介護保険の有無。

(2) ADL

functional independence measure (FIM) の総合点、運動項目・認知項目の総合点、食事、整容、入浴、更衣上半身、更衣下半身、トイレ、排尿管理、排便管理、移乗車椅子、移乗トイレ、移乗浴槽、移動歩行、移動車椅子、階段、理解、表出、社会的交流、問題解決、記憶の各項目について、入院時と退院時を「1点：全介助」から「7点：

完全自立」までの7段階で評価した。さらにFIMの変化量として、退院時から入院時の差し引いた点数で調査した。

(3) 障害

日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、mini mental state examination (MMSE) の点数、さらに意識障害、見当識・記憶力障害、認知症、運動障害、感覚障害、関節可動域制限、筋力低下、半側空間無視、注意力障害、構成障害、失認、失行、摂食障害、構音障害、失語、排泄障害、呼吸・循環器障害、疼痛について、「あり」「なし」の2値にて調査した。

(4) 環境

経済状況（年金収入）、社会参加、趣味、家屋概要（持ち家）、交通手段、住宅改修、福祉機器、退院後の主介護者、家族構成の変化、家族内役割の変化、家族の社会活動の変化について、「あり」「なし」の2値にて調査した。

(5) 看護課題

退院・転院時看護要約の記述から入院中の経過や過去の出来事の削除を行い、具体的内容が反映されるように集約を行い、「あり」「なし」の2値に数値化した。

(6) 本人と家族の入院時の希望

本人の入院時の退院先希望は、非自宅希望がなかったため、「希望不明確（希望なし、空欄、希望を発することができないような意識レベルの低下などの状態を含む）」「自宅希望明確」の2群に対象者を分類し、家族の入院時の退院先希望は、「希望不明確（希望なし、空欄を含む）」「自宅希望明確」「非自宅希望明確」の3群に対象者を分類し、「あり」「なし」の2値に数値化した。

4. 分析方法

まず、回復期リハビリテーション病棟に入院している脳卒中高齢者の特性を明らかにするために、単純集計を行った。次に看護師がとらえた退院時における看護課題および患者・家族がとらえた退院先希望に関する質的記述を類似した内容にまとめてカテゴリー化を行い、課題や希望の有無で2値に分類を行った。また、退院先の影響要因を検討するために、 t 検定、 χ^2 検定、Mann-Whitney U 検定による2変量解析、さらに、多重ロジスティック回帰分析による多変量解析を実施した。解析モデルは先行研究や多重共線性を考慮し、実際の退院先を従属変数、性別、FIM退院時の更衣（下半身）、FIM退院時の移乗（車椅子）、関節可動域制限、摂食障害、福祉機器、家族の退院先希望を独立変数とし、各変数の強制一括投入を行った。なお、統計処理には“IBM SPSS Statistics 24 for Windows”を用い、統計学的有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

研究参加に対する同意は、研究目的と意義、研究方法、研究への参加は自由意思であること、個人情報保護、研究者の連絡先などを含めたポスターの掲示を行った。なお、聖路加国際大学、富山大学、富山県リハビリテーション病院・こども支援センターにおける倫理審査委員会の承認（承認番号：16-A024, 臨28-63, No.31）を受けて実施した。

Ⅲ. 結 果

研究対象者は、2016年4月～9月の間にA病院を退院した65歳以上の脳卒中患者106名分のカルテデータのうち、

脳梗塞の再発、敗血症、肺癌末期の急性増悪にて再度急性期病院への転院をした3名を除いた計103名分を研究対象とした。

1. 研究対象者の概要（表1）

研究対象者の概要として、年齢は全体で75.1±7.3歳で、自宅が75.0±7.7歳、非自宅が75.2±6.2歳であった。また、男性の脳梗塞が多く、74.8%が自宅、25.2%が非自宅に転帰していた。入院期間では、全体が86.1±44.3日で、自宅が81.4±39.3日に比べ非自宅が100.1±55.2日と長かった。家族構成では、全体では二世帯世帯が31名（32.0%）ともっとも多く、自宅でも二世帯世帯28名（37.3%）が多

表1 対象者の概要

(n=103)

調査項目		全体 人数 (%)	自宅 人数 (%)	非自宅 人数 (%)
年齢		75.1± 7.3	75.0± 7.7	75.2± 6.2
性別	男性	62 (60.2)	46 (59.7)	16 (61.5)
	女性	41 (39.8)	31 (40.3)	10 (38.5)
疾患	脳梗塞	74 (72.6)	54 (71.1)	20 (76.9)
	脳出血	25 (24.5)	20 (26.3)	5 (19.2)
	くも膜下出血	3 (2.9)	2 (2.6)	1 (3.9)
実際の退院先		103 (100.0)	77 (74.8)	26 (25.2)
入院期間		86.1±44.3	81.4±39.3	100.1±55.2
家族構成	単独世帯	22 (22.7)	11 (14.7)	11 (50.0)
	夫婦のみの世帯	25 (25.7)	19 (25.3)	6 (27.3)
	二世帯世帯	31 (32.0)	28 (37.3)	3 (13.6)
	三世帯世帯	19 (19.6)	17 (22.7)	2 (9.1)
キーパーソン	配偶者	44 (50.0)	39 (59.1)	5 (22.7)
	子ども	44 (50.0)	27 (40.9)	17 (77.3)
介護保険	なし	10 (9.9)	9 (12.0)	1 (3.8)
	申請中	14 (13.9)	10 (13.3)	4 (15.4)
	あり	77 (76.2)	56 (74.7)	21 (80.8)
ADL (FIM ^a 総合点)	入院時	60.3±27.0	67.4±23.9	39.2±24.8
	退院時	88.0±31.8	96.5±26.3	63.3±33.9
	変化量	28.1±18.3	29.5±17.3	24.1±20.7
日常生活自立度	J-1, 2, A-1, 2	31 (35.2)	30 (45.5)	1 (4.5)
	B-1, 2, C-1, 2	57 (64.8)	36 (54.5)	21 (95.5)
認知症の日常生活自立度	自立	26 (29.6)	23 (34.8)	3 (13.6)
	I	23 (26.1)	20 (30.3)	3 (13.6)
	II -a, b	30 (34.1)	17 (25.8)	13 (59.2)
	III以上	9 (10.2)	6 (9.1)	3 (13.6)
住宅改修	なし	33 (37.5)	17 (26.6)	16 (66.7)
	あり	55 (62.5)	47 (73.4)	8 (33.3)
福祉機器	なし	12 (14.0)	8 (13.1)	4 (16.0)
	あり	74 (86.0)	53 (86.9)	21 (84.0)
MMSE ^b (23点がカットオフポイント)		23.3± 5.8	23.7± 5.8	21.2± 6.0
認知症	なし (MMSE 24点以上)	40 (56.3)	34 (58.6)	6 (46.2)
	あり (MMSE 23点以下)	31 (43.7)	24 (41.4)	7 (53.8)

[注] 平均値±標準偏差, 人数(%). 各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

^a: FIM: functional independence measure, ^b: MMSE: mini-mental state examination.

かったが、非自宅では単独世帯が11名（50.0%）ともっとも多かった。キーパーソンでは、全体において配偶者と子どもの比率は同じであったものの、自宅では配偶者39名（59.1%）、子ども27名（40.9%）であるのに対し、非自宅では配偶者5名（22.7%）、子ども17名（77.3%）であった。ADL（FIM総合点）では、自宅、非自宅ともに入院時より退院時のADL自立度が高い状態で退院していた。しかし、自宅では入院時67.4±23.9点、退院時96.5±26.3点であるのに対し、非自宅では入院時39.2±24.8点、退院時63.3±33.9点と非自宅のほうが入院時、退院時ともに低いADLの状態であった。とくに日常生活自立度においては、B-1、2、C-1、2レベルが自宅では54.5%であるのに対し、非自宅では95.5%であり、非自宅のほうが自立度が低かった。住宅改修では、自宅の73.4%が必要としている一方で、非自宅の66.7%が必要としていなかったが、福祉機器は自宅の86.9%、非自宅の84.0%の両者とも必要とされていた。認知機能（MMSE）では、自宅、非自宅に有意差は認められなかった。

2. 看護課題、高齢者本人と家族の希望欄からの記述

看護師が記載している退院・転院時看護要約の看護課題の記述を集約したところ、「セルフケア不足」「障害」「認知機能の低下」「身体損傷・転倒のリスク」「症状悪化・疾病管理」「意思疎通困難」「排泄コントロール」「介護力不足」が抽出された。

また、医療ソーシャルワーカーが入院時に記載している高齢者本人と家族の希望欄にある記述を集約したところ、両者に共通して「杖・歩行自立」「運転再開」「円滑なコミュニケーション」「排泄自立」「趣味再開」「日常生活動作の改善」「日中自宅独居可能」「経口摂取の確立」があげられた。

3. 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：2変量解析（表2）

2変数の関連の分析を行った結果、自宅、非自宅間に有意差を認めた変数は、基本属性では、「家族構成」（ $p < .01$ ）、「キーパーソン」（ $p < .01$ ）、ADLでは、入院時と退院時の「FIMの総合点」「運動項目総合点」「認知項目総合点」「食事」「整容」「入浴」「更衣（上半身）」「更衣（下半身）」「トイレ」「排尿管理」「排便管理」「移乗（車椅子）」「移乗（トイレ）」「理解」「表出」「社会的交流」「問題解決」「記憶」（ $p < .01$ ）、「移乗（浴槽）」（入院時 $p < .05$ 、退院時 $p < .01$ ）、「移動（歩行）」（入院時 $p < .05$ 、退院時 $p < .01$ ）と退院時のみの移動（車椅子）（ $p < .05$ ）であった。また障害では、「日常生活自立度」（ $p < .01$ ）、「認知症高齢者の日常生活自立度」（ $p < .05$ ）、「関節可動域制限」（ $p < .01$ ）、「半側空間

無視」（ $p < .05$ ）、「失行」（ $p < .05$ ）、「摂食障害」（ $p < .05$ ）、「排泄障害」（ $p < .05$ ）の項目において有意差を認めた。さらに環境では、「住宅改修」（ $p < .01$ ）、「看護課題の記述から、「セルフケア不足」（ $p < .05$ ）、「家族の希望から、「円滑なコミュニケーション」（ $p < .05$ ）、「家族の退院先希望（希望不明確、自宅退院明確、非自宅退院明確）」（ $p < .01$ ）の項目において有意差を認めた。

4. 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：多変量解析（表3）

多重ロジスティック回帰分析の結果、非自宅に対する自宅のオッズ比（95%信頼区間）は、「FIM：退院時の更衣（下半身）」1.78（1.11–2.85）で有意に高く、「摂食障害」.19（.04–.96）、「家族の退院先希望（非自宅退院明確）」.08（.02–.38）で有意に低かった。

IV. 考 察

脳卒中高齢者の退院先への影響要因として、自宅退院へは退院時の更衣（下半身）のADLが高いこと、摂食障害がないこと、入院時の家族の非自宅希望が明確でないことが関連していた。ADLはこれまでの先行研究でも転帰先に影響すると報告されており、本研究で認められた下半身の更衣は、ズボン、下着の他にも靴下、靴や義肢の着脱動作、衣服の準備も含むセルフケアの1つである。立位保持や着座に影響する動作（浅沼・小向・高橋、2016、p.26）であり、麻痺によりバランスを崩しやすくなったり、入棟後早期の転倒に影響する因子（Teranishi, et al., 2018, pp.12-13）でもあり、危険を伴いやすい。よって、トイレや入浴動作など日常生活に頻回にあるADLであり、さらに整容から外出などの外見や社会参加、再転倒への恐れにも繋がる動きであるため、高齢者本人と家族にとって退院先を意思決定するうえで重要な要素となりうると考えられた。先行研究では、ADLのとくにトイレ（渡辺・高橋、2011、p.3；岡本ほか、2012、p.105）や移動能力（浅川ほか、2008、p.105）、その他にも認知機能（大島ほか、2012、p.30）が影響要因としてあげられているものが多い。しかし本研究において、ADLのトイレや移動能力は、2変量解析では有意となるものの、多変量解析の強制一括投入を行う前の独立変数探索時に、下半身の更衣と同時に投入を試みた場合、有意なオッズ比は認められなかった。これは、これらの能力は相互に関連しているものの、もっとも直接的に退院先に影響していたのは、下半身の更衣であったと解釈できる。また認知機能面では、自宅、非自宅に有意差はなく、これは平均年齢が75歳前後と比較的若く、MMSEの点数も高い軽度な認知機能の低下の患者が、

表2 退院先(自宅, 非自宅)への影響要因: 2変量解析

(n=103)

調査項目	全体 (n=103)	自宅 (n=77)	非自宅 (n=26)	p値 ^a	
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)		
家族構成	単独世帯	22 (22.7)	11 (14.7)	11 (50.0)	< .01
	夫婦のみの世帯	25 (25.7)	19 (25.3)	6 (27.3)	
	二世帯世帯	31 (32.0)	28 (37.3)	3 (13.6)	
	三世帯世帯	19 (19.6)	17 (22.7)	2 (9.1)	
キーパーソン	配偶者	44 (50.0)	39 (59.1)	5 (22.7)	< .01
	子ども	44 (50.0)	27 (40.9)	17 (77.3)	
ADL (FIM ^b)	総合点 (入院時)	60.3±27.0	67.4±23.9	39.2±24.8	< .01
	総合点 (退院時)	88.0±31.8	96.5±26.3	63.3±33.9	< .01
	運動項目総計 (入院時)	40.3±20.0	45.5±18.3	25.0±17.8	< .01
	運動項目総計 (退院時)	63.7±25.0	70.1±21.2	45.0±26.2	< .01
	認知項目総計 (入院時)	20.0± 8.3	21.9± 7.5	14.2± 7.8	< .01
	認知項目総計 (退院時)	24.3± 8.0	26.4± 6.8	18.4± 8.4	< .01
	食事 (入院時)	4.6± 2.0	5.1± 1.7	3.2± 2.2	< .01
	食事 (退院時)	5.7± 1.8	6.1± 1.5	4.4± 2.2	< .01
	整容 (入院時)	3.7± 1.9	4.2± 1.7	2.3± 1.9	< .01
	整容 (退院時)	5.3± 2.0	5.8± 1.7	3.9± 2.3	< .01
	入浴 (入院時)	2.0± 1.3	2.2± 1.4	1.4± 1.1	< .01
	入浴 (退院時)	4.0± 1.9	4.4± 1.7	2.9± 2.0	< .01
	更衣 (上半身) (入院時)	3.4± 1.9	3.8± 1.8	2.1± 1.8	< .01
	更衣 (上半身) (退院時)	5.2± 2.2	5.8± 1.8	3.5± 2.3	< .01
	更衣 (下半身) (入院時)	3.0± 2.0	3.5± 2.0	1.7± 1.7	< .01
	更衣 (下半身) (退院時)	4.9± 2.5	5.5± 2.1	3.1± 2.5	< .01
	トイレ (入院時)	3.0± 2.0	3.5± 1.9	1.6± 1.4	< .01
	トイレ (退院時)	4.8± 2.4	5.4± 2.1	3.0± 2.3	< .01
	排尿管理 (入院時)	3.4± 2.4	4.0± 2.3	1.8± 1.8	< .01
	排尿管理 (退院時)	4.9± 2.5	5.6± 2.1	2.9± 2.3	< .01
	排便管理 (入院時)	3.7± 2.3	4.3± 2.1	1.8± 1.7	< .01
	排便管理 (退院時)	5.0± 2.3	5.6± 1.9	3.2± 2.4	< .01
	移乗 (車椅子) (入院時)	3.6± 1.9	4.0± 1.7	2.2± 1.6	< .01
	移乗 (車椅子) (退院時)	5.3± 1.9	5.7± 1.7	4.0± 2.0	< .01
	移乗 (トイレ) (入院時)	3.4± 1.9	3.8± 1.8	2.0± 1.6	< .01
	移乗 (トイレ) (退院時)	5.1± 2.0	5.6± 1.7	3.7± 2.2	< .01
	移乗 (浴槽) (入院時)	2.2± 1.6	2.4± 1.6	1.5± 1.2	< .05
	移乗 (浴槽) (退院時)	4.3± 1.9	4.7± 1.7	3.0± 1.9	< .01
	移動 (歩行) (入院時)	2.5± 2.1	2.8± 2.1	1.4± 1.5	< .05
	移動 (歩行) (退院時)	4.7± 2.4	5.3± 2.0	2.8± 2.3	< .01
	移動 (車椅子) (退院時)	4.3± 2.2	4.7± 2.1	3.5± 2.3	< .05
	理解 (入院時)	4.2± 1.8	4.6± 1.6	2.9± 1.7	< .01
理解 (退院時)	5.0± 1.6	5.4± 1.4	3.9± 1.8	< .01	
表出 (入院時)	4.2± 1.9	4.6± 1.7	3.0± 1.8	< .01	
表出 (退院時)	5.0± 1.8	5.4± 1.6	3.9± 2.1	< .01	
社会的交流 (入院時)	4.3± 1.9	4.7± 1.8	3.0± 1.8	< .01	
社会的交流 (退院時)	5.3± 1.8	5.8± 1.6	4.0± 1.8	< .01	
問題解決 (入院時)	3.4± 1.7	3.8± 1.6	2.4± 1.6	< .01	
問題解決 (退院時)	4.2± 1.8	4.6± 1.6	2.9± 1.9	< .01	
記憶 (入院時)	3.9± 1.8	4.3± 1.7	3.0± 1.7	< .01	
記憶 (退院時)	4.8± 1.7	5.2± 1.5	3.7± 1.8	< .01	
日常生活自立度	J-1, 2, A-1, 2	31 (35.2)	30 (45.5)	1 (4.5)	< .01
	B-1, 2, C-1, 2	57 (64.8)	36 (54.5)	21 (95.5)	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	26 (29.6)	23 (88.5)	3 (11.5)	< .05
	I	23 (26.1)	20 (87.0)	3 (13.0)	
	II -a, b	30 (34.1)	17 (56.7)	13 (43.3)	
	III以上 (III -a, b, IV, M)	9 (10.2)	6 (66.7)	3 (33.3)	
関節可動域制限	なし	78 (75.7)	64 (83.1)	14 (53.8)	< .01
	あり	25 (24.3)	13 (16.9)	12 (46.2)	
半側空間無視	なし	77 (74.8)	62 (80.5)	15 (57.7)	< .05
	あり	26 (25.2)	15 (19.5)	11 (42.3)	
失行	なし	95 (92.2)	74 (96.1)	21 (80.8)	< .05
	あり	8 (7.8)	3 (3.9)	5 (19.2)	
摂食障害	なし	69 (67.0)	57 (74.0)	12 (46.2)	< .05
	あり	34 (33.0)	20 (26.0)	14 (53.8)	
排泄障害	なし	77 (74.8)	63 (81.8)	14 (53.8)	< .05
	あり	26 (25.2)	14 (18.2)	12 (46.2)	
住宅改修	なし	33 (37.5)	17 (26.6)	16 (66.7)	< .01
	あり	55 (62.5)	47 (73.4)	8 (33.3)	
看護課題	セルフケア不足なし	58 (56.3)	48 (62.3)	10 (38.5)	< .05
	セルフケア不足あり	45 (43.7)	29 (37.7)	16 (61.5)	
家族の希望	円滑なコミュニケーションなし	87 (88.8)	68 (94.4)	19 (73.1)	< .05
	円滑なコミュニケーションあり	11 (11.2)	4 (5.6)	7 (26.9)	
家族の退院先希望	希望不明確	69 (70.4)	57 (79.2)	12 (46.2)	< .01
	自宅退院明確	12 (12.2)	10 (13.9)	2 (7.6)	
	非自宅退院明確	17 (17.4)	5 (6.9)	12 (46.2)	

[注] 平均値±標準偏差, 人数(%). 各項目の人数および%は, 欠落者(無回答)を除外して集計した。^a: p値: ADLはt検定, 家族構成と認知症高齢者の日常生活自立度と家族の退院先希望はMann-Whitney U検定, その他は χ^2 検定。^b: FIM: functional independence measure.

表3 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：多変量解析

調査項目		オッズ比 (95% CI ^a)	p値
性別	男性	1.00 (ref. ^b)	
	女性	.51 (.13 - 1.95)	.32
FIM ^c ：退院時の更衣（下半身）		1.78 (1.11 - 2.85)	< .05
FIM：退院時の移乗（車椅子）		.59 (.31 - 1.14)	.12
関節可動域制限	なし	1.00 (ref.)	
	あり	.24 (.06 - 1.02)	.05
摂食障害	なし	1.00 (ref.)	
	あり	.19 (.04 - .96)	< .05
福祉機器	なし	1.00 (ref.)	
	あり	.25 (.03 - 2.07)	.20
家族の退院先希望	希望不明確	1.00 (ref.)	
	自宅希望明確	2.56 (.30 - 21.82)	.39
	非自宅希望明確	.08 (.02 - .38)	< .01

[注] 解析モデルは、実際の退院先を従属変数、性別、FIM：退院時の更衣（下半身）、FIM：退院時の移乗（車椅子）、関節可動域制限、摂食障害、福祉機器、家族の退院先希望を独立変数として調整し、各変数の強制一括投入を行った。^a：オッズ比は自宅の非自宅に対するオッズ比であり、95% CIは95%信頼区間（下限-上限）、^b：ref.: reference（参照基準）、^c：FIM: functional independence measure。

回復期リハビリテーション病棟に転院して集中的なリハビリを受けることが可能であるという施設の特徴も考えられる。さらに、認知機能の低下の症状である記憶障害や注意障害などは、高次脳機能障害と似た症状を呈するため、リハビリによってその低下が抑えられた可能性があると推測された。

また、脳卒中高齢者に摂食障害がある場合、実際の退院先は非自宅となる傾向が認められた。脳卒中は、運動障害や筋力低下に伴う機能的障害や、覚醒不良、高次機能障害に伴う記憶障害、失認、失行、注意障害などの影響から摂食障害に陥りやすい。そのため、自助具の選定、食事形態や内容の工夫、食事環境も含めた介助方法や人工水分・栄養補給（artificial hydration and nutrition: AHN）など多岐にわたる介護者の知識や技術の習得に加え、配食サービスやヘルパーの派遣といった社会サービスを考慮する必要がある。西森（2012, pp.13-15）は、食事の工夫の必要がなく、食事介助にかかる時間が短く、食事に対する不安や大変さを感じていないほうが自宅退院を選択していたと報告している。そのため、入棟中から医師、看護師、リハビリセラピスト、栄養士といっしょに、患者に適した“食べることの確立”に向けたチームアプローチが早期から必要である。

さらに、家族の入院時の希望が非自宅の場合、実際の退院先も非自宅となる傾向が認められた。これは、入院時の転帰先意向が最終的な転帰先に反映されるという杉浦らの報告（2014, p.781）と同様であった。脳卒中は突発的な発症から意思疎通がむずかしくなり、家族が医療的意思決定の代理人となることが多い。また、その病巣が脳内にあるため、家族は眠っているようにしか見えず、見た目か

ら重症なことを想像できない（青木・竹内・新鞍, 2017, p.8）といった現状とのギャップを伴いやすい。入院期間の短縮により、ますます回復期入棟までの期間は短くなっており、患者が、家族が望む高いADL能力を獲得できなかった場合には非自宅に傾きやすい（杉浦ほか, 2014, p.781）との報告もある。そのため、家族に対して定期的なリハビリの見学を促したり、様子を伝えたり、コミュニケーションを促進するなどして、患者の状態の理解をいっしょに日々更新していく努力が必要である。家族参加型のリハビリは、家族の介護不安の軽減や患者の活動を促進させる（平野ほか, 2015, pp.9-12）ことや、家族の希望と実際の差がなければ自宅に傾きやすい（渡辺・高橋, 2011, p.3）との報告もある。このことから、高齢者本人も含めて家族と専門職者の目標を同じ方向にすることで、先の見通しを立てたり、退院先の折り合いがつけやすくなるのではないかと考えられた。

V. 研究の限界と今後の課題

看護課題は、退院・転院時の看護要約の看護師の判断で記載されている内容であり、記載されていないものは課題がないものと判断した。また、本人と家族の希望は、記入欄への記述がない場合や、希望がない場合も希望不明確とした。今後は、実際に高齢者本人や家族、退院を支援する専門職の双方からニーズ把握を行う必要がある。

VI. 結 論

脳卒中高齢者の74.8%が自宅、25.2%が非自宅に退院しており、その影響要因として、自宅退院へは退院時の更衣(下半身)のADLが高いこと、摂食障害がないこと、入院時の家族の非自宅希望が明確でないことが関連していた。

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JP15K20759の助成を受けたものである。

著者貢献度

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

要 旨

目的: カルテレビューから、回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先への影響要因を明らかにする。

方法: 研究対象は、65歳以上の脳卒中患者の退院・転院時看護要約、リハビリ総合実施計画書、医療ソーシャルワーカーの記録とした。調査内容は、基本属性、ADL、障害、環境面、さらに看護課題、患者と家族の希望欄の記述の数値化を行った。分析方法は、単純集計、2変数の関連の分析と多重ロジスティック回帰分析を行った。

結果: 脳卒中高齢者の非自宅に対する自宅のオッズ比(95%信頼区間)は、「FIM:退院時の更衣(下半身)」1.78(1.11-2.85)で有意に高く、「摂食障害」.19(.04-.96)、「家族の退院先希望(非自宅退院明確)」.08(.02-.38)で有意に低かった。

考察: 摂食障害や更衣(下半身)へのチームアプローチの強化、家族の希望と折り合う必要性が示唆された。

Abstract

Objective: This study aimed to identify factors affecting discharge destinations of elderly stroke patients at a recovery phase rehabilitation ward.

Procedure: We reviewed nursing summaries, comprehensive rehabilitation plans, and medical social worker records at discharge/transfer for stroke patients aged ≥ 65 years. Basic characteristics, activities of daily living (ADL), disabilities, environmental factors, nursing issues, and descriptions of patient/family preferences were quantified. Data were analyzed using simple tabulation, bivariate analysis, and multiple logistic regression analysis.

Results: Relative to non-home destinations, the odds ratio (OR) of being discharged home was significantly higher for those who could change clothes at discharge (lower half of the body; Functional Independence Measure) (OR: 1.78; 95% confidence interval (CI): 1.11-2.85), and significantly lower for those with eating disorders (OR: .19; 95%CI: .04-.96) and when the family's explicit preference was non-home discharge (OR: .08; 95%CI: .02-.38).

Conclusion: Our findings highlight the need to strengthen the team approach for dietary composition, ADL (particularly the ability to change clothes of the lower half of the body), and to work in line with family preferences.

文 献

- 青木頼子, 竹内登美子, 新鞍真理子 (2017). 急性期病院で意思疎通が困難な脳血管疾患患者の代理意思決定を行った高齢配偶者の体験. 日本保健科学学会誌, 20(1), 5-12.
- 浅川育世, 居村茂幸, 白田 滋, 菅谷公美子, 可児佑子 (2008). 回復期リハビリテーション病棟に入院した脳血管障害者の転院に影響をおよぼす因子の検討: FIM総得点90点以下の症例を対象に. 理学療法科学, 23(4), 545-550.
- 浅沼貴広, 小向邦明, 高橋佑馬 (2016). 脳血管疾患患者の退院先に影響を及ぼす日常生活動作と運動機能の検討: FIMとFBSに着目して. 岩手理学療法科学, 8, 24-28.
- 平野恵健, 池田 誠, 新田 収, 西尾大祐, 皆川知也, 木川浩志 (2015). 入院時からの家族参加型自主練習が脳卒中片麻痺患者の在宅生活と家族の介護不安に及ぼす影響. 日本保健科学学会誌, 18(1), 5-15.
- 飯塚恵美, 富永 晶, 尾白浩子 (2004). 退院後の療養環境を決定する因子についての調査. 磐田市立総合病院誌, 6(1), 23-28.
- 井上智貴, 山路義生, 石川 誠, 丸井英二 (2011). 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の自宅退院に関する因子の検討: 脳卒中1,505例の多変量解析による病型別検討. 順天堂医学, 57(3), 257-262.
- 回復期リハビリテーション病棟協会 (2016). データ資料集. <http://www.rehabili.jp/sourcebook.html> (参照2018-5-9)
- 上山真美, 内田陽子, 小泉美佐子 (2011). 脳血管疾患患者の退院計画実施後の評価と転院となる要因: 自宅退院群と転院群の比較. 群馬保健学紀要, 32, 51-59.
- 柏木潤一 (2011). 患者・家族から見た回復期リハビリテーション病棟から自宅退院となる要因の検討. リハビリナース, 4(3),

305-309.

- 河野由美子, 成瀬優知 (2012). 大学病院の回復期リハビリテーション病棟退院患者における退院時と1年後の療養場所選択に影響する要因. 日本在宅ケア学会誌, 16(1), 92-99.
- 小嶋健一, 白石成明 (2015). 脳卒中リハビリテーション患者の自宅退院と関連する因子の検討: リハビリテーション患者データバンク登録データを活用して. 日本福祉大学健康科学論集, 18, 9-17.
- 西森旬恵 (2012). 摂食・嚥下障害のある脳卒中患者の自宅退院に影響する要因. 愛媛県立医療技術大学紀要, 9(1), 11-16.
- 岡本伸弘, 増見 伸, 山田 学, 有久恵美子, 兒玉隆之 (2012). 回復期リハビリテーション病院におけるFIMを用いた自宅復帰因子の検討. 理学療法科学, 27(2), 103-107.
- 大島 峻, 白坂智英, 山崎 亮 (2012). リハ入院前診療から学ぶ (第3報): 自宅退院を妨げる因子. 北海道リハビリテーション学会雑誌, 37, 27-31.

- 杉浦 徹, 櫻井宏明, 杉浦令人, 岩田研二, 木村圭祐, 坂本己津恵, 松本隆史, 金田嘉清 (2014). 回復期退院時の移動手段が車椅子となった脳卒中患者に求められる自宅復帰条件: 家族の意向を踏まえた検討. 理学療法科学, 29(5), 779-783.
- Teranishi, T., Kondo, I., Okuyama, Y., Tanino, G., Miyasaka, H., and Sonoda, S. (2018). Investigation of factors involved in patient falls during the early stage of hospitalization in a *Kaifukuki* rehabilitation ward. *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science*, 8, 10-15.
- 渡辺浩太, 高橋純平 (2011). 回復期リハビリテーション病棟患者の退院時ADLと家族希望ADLの差が退院転帰に与える影響. 東北理学療法学, 23, 1-5.

[2019年3月13日受 付]
[2019年7月17日採用決定]

脳卒中発症により急性期病院に入院となった高齢患者の子が抱く思い

Sentiments Found in Adult Children of Elderly Patients Hospitalized in
Acute Hospitals Due to the Onset of Cerebral Strokes岩佐由貴¹⁾ 加藤真紀²⁾ 原祥子²⁾
Yuki Iwasa Maki Kato Sachiko Hara

キーワード：脳卒中，急性期，高齢患者，家族看護

Key Words：stroke, acute phase, elderly patient, family nursing

はじめに

日本における65歳以上の推計入院患者数は、脳血管疾患の138,200人が最も多い（厚生労働省，2015）。また，介護が必要となった主な原因では，認知症に次いで脳血管疾患が多く，要介護度が高くなるほど脳血管疾患が占める割合が高くなっている（厚生労働省，2017）。これらの調査から，多くの高齢者が脳血管疾患に罹患，入院しており，要介護状態となっていることがわかる。

脳血管疾患のなかでも脳卒中は突然に発症するとともに，その後の生活や人生に影響を及ぼす障害を生じ，患者の生活が変容することも多い。そのような状況にある脳卒中者自身の体験を明らかにしている先行研究はいくつかあり，脳卒中者の障害の認識過程やそれに伴う体験は時間経過や人との関係性などの周囲の環境が影響している（Doolittle, 1992；百田，2009；高山，1997；登喜・蓬莱・山下・高田・柴田，2005）ことが明らかにされている。後遺症を伴うことが多い脳卒中は，患者本人だけではなく家族への影響も大きく，池添（2002）は，脳卒中者とその妻が生活を再構築していくなかで，妻は脳卒中者への情や夫婦の絆の深まりを再認識することを明らかにしている。また，梶谷・太湯・白岩（2004）は，脳卒中者とその妻が互いのつらさを共有できるか否かが罹患後の脳卒中者の生活の質（QOL）に影響することを明らかにしている。さらに，脳卒中患者の回復意欲には，患者に対する家族の理解の程度や，患者と家族の人間関係が重要である（千田・飯田，1997）ことも報告されている。これらの結果は，脳卒中発症が家族のそれまでの日常生活や関係を脅かす大きな要因であり，新たな生活と関係性の構築に向かう出来事であることや，脳卒中罹患後における家族との関係性のありようが脳卒中者のQOLに影響するため，患者の家族を含

めた看護援助が重要であることを示している。

急性期病院に入院している脳卒中患者の多くは高齢者であり，患者の配偶者も高齢であることが多いため，高齢脳卒中患者においてはその子が治療方針やその後の療養生活の決定などにかかわるキーパーソンとなることも多い。早期から自宅復帰が推進され，入院期間の短縮化が進む現状において，キーパーソンとなる子は，高齢の親の脳卒中発症間もない時期から親の入院生活やさまざまな決定に関与することが求められる。親の病気により親子の関係性には急激な変化が起こり，徐々に互いの関係性はつくりなおされていくが，それは容易なことではない（無藤，2008）とされる。つまり，脳卒中急性期はキーパーソンとなった子がさまざまな問題に直面し対処しなければならないうえに，親子の関係性が急激に変化する時期でもあり，急性期における子への支援の重要性は高いと考えられる。これまで，急性期にある脳卒中患者の家族のストレスにかかわる研究（峠，2008）や回復期・慢性期にある脳卒中患者とその家族（大西，2011），あるいは患者の配偶者に焦点を当てた研究（梶谷ほか，2004；池添，2002）が報告されている。しかし，急性期の高齢脳卒中患者とそのキーパーソンとなった子に着目した研究は十分になされているとは言い難い。高齢脳卒中患者の治療やその後の療養生活の決定にかかわるキーパーソンとなる子の思いを理解して支えることは，高齢脳卒中患者のQOLを支えることでもあり，看護者の重要なかわりとなる。高齢の親が突然の脳卒中罹患により入院することで，その子は親に対しどのような思いを抱いたのかを明らかにし，高齢脳卒中患者の子への看護援助のあり方を検討する。

1) 島根大学大学院医学系研究科 Shimane University Graduate School of Medical Research Master's Course

2) 島根大学医学部看護学科 Shimane University Faculty of Medicine School of Nursing

I. 目的

本研究は、初発脳卒中中で急性期病院に入院した高齢患者の子が、親の入院中に抱く思いを明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

思い：高齢の親が脳卒中中で入院したことによってキーパーソンとなった子に生じる、脳卒中中で親が入院したことやその状況に対する認識や感情、気がかり、願いとす。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、急性期病院に入院した高齢脳卒中患者のキーパーソンである子が抱く思いをその子の語りを通して探索し、記述することを目的としているため、質的記述的研究デザインを用いた。

2. 研究対象者

対象者は急性期病院に入院した65歳以上の初発脳卒中患者のキーパーソンとなっている子とした。脳卒中は繰り返し発症することも多いが、突然の罹患による衝撃がもっとも強いと考えられる初発であることとし、急性期病院に入院した高齢脳卒中患者のキーパーソンとなった子の思いを多角的にとらえるため、疾病の重症度や家族の属性は限定しなかった。

3. データ収集方法

研究協力施設の該当病棟の看護師長に研究対象候補者を選定してもらい、主治医の許可を得た後に看護師長から研究対象候補者に、研究者が研究に関する説明に伺ってもよいかを尋ねてもらった。承諾を得られた候補者について、研究者が口頭と文書で研究概要を説明し、診療記録閲覧の許可および面接実施の同意を得た。

データ収集は、半構造化面接で行った。面接を行う前に、対象者の属性（年齢、脳卒中高齢者との続柄、同居の有無）、脳卒中高齢者の属性（年齢、性別、主疾患、主な障害、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、既往歴）について診療記録より情報を得た。要介護認定に係る調査結果等を含む診療記録の情報をふまえ、本研究の面接時点での障害高齢者の日常生活自立度および認知症高齢者の日常生活自立度を研究者らが判断した。面接では、インタビューガイドを用いて、親が脳卒中と診断されたときの思い、脳卒中中で入院となった親に対する思いや気がかり、脳卒中発症後の親の障害や言動をど

のように感じるかということを中心に尋ねた。面接は、患者の病状が落ち着き、次の療養先を検討しているか決定している時期または退院直後に、1回につき30～60分程度で1～2回、病棟のカンファレンス室などの対象者のプライバシーが保たれる場所で行った。データ収集期間は、平成28年12月～平成29年3月であった。

4. データ分析方法

面接内容を録音したデータから逐語録を作成し、データを繰り返し読むことで語りの全体を把握した。次に、親が脳卒中に罹患し入院したことやその状況に対してキーパーソンである子が抱いた思い（認識や感情、気がかり、願い）について語っている部分を意味のあるまとまりごとに抜き出した。まとまりの意味内容を解釈して簡潔な表現にまとめることでコード化した。コード化する際には、文脈の意味が損なわれないように配慮し、可能な限り対象者である子の言葉を用いた。次に、コード間の意味の相違性と類似性の比較検討を通して、サブカテゴリーとして分類し、抽象度を上げながら共通する意味内容ごとにまとめ、そのまとまりをカテゴリーとした。

分析結果の妥当性の確保のために、一連の分析過程において、老年看護の臨床経験をもつ専門家とともにディスカッションを実施し、継続的に検討を行った。加えて、老年看護学および質的研究の指導者からのスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は、島根大学医学部看護研究倫理委員会（承認番号：第276号）、および研究協力施設の倫理委員会の承認も得て実施した。

研究協力にあたって、病院の管理者と看護管理者、該当病棟の医師、看護師長に研究趣旨と方法について文書と口頭で説明し、病院の管理者の署名にて実施許可を得た。研究対象候補者には研究の趣旨と内容、研究協力は自由意思であること、研究協力を撤回する権利の保障、協力を拒否した場合や途中辞退した場合にも一切不利益は生じないこと、個人情報の保護等について、文書を用いて口頭で説明した。研究対象候補者が説明を十分に理解し納得できた場合に、同意書への署名をしてもらい研究協力の同意を得た。

IV. 結果

1. 対象者と脳卒中高齢者の概要

対象者は10名で、年齢は30歳代後半から70歳代後半であり、長男が6名、次男が2名、長女が2名であった（表1）。

表1 対象者と脳卒中高齢者の概要

対象	年齢	脳卒中 高齢者 との続柄	同居 有無	脳卒中高齢者の状況							面接時の 入院または退院後 日数	総面接 時間
				年齢	性別	主疾患	主な障害	障害高齢者 の日常生活 自立度	認知症 高齢者の 日常生活 自立度	既往歴		
A	60代 前半	長男	無	80代 後半	男	脳梗塞	失行症 失語症 注意障害 遂行機能障害	B2	IV	大腸がん 腸閉塞	入院 24日目	62分
B	30代 後半	長女	無	70代 前半	女	脳梗塞	左不全麻痺 左半側空間無視	C1	IV	高血圧 僧房弁狭窄症 拡張型心筋症 肝硬変	入院 17日目	46分
C	50代 後半	長男	無	70代 後半	女	脳梗塞	右不全麻痺 嚥下障害	B1	II	高血圧 糖尿病 痔核	入院 15日目	58分
D	40代 後半	長女	有	70代 前半	女	脳出血	右不全麻痺 嚥下障害 失行症	A1	I	変形性股関節症 白内障 下肢静脈瘤 腰椎圧迫骨折	退院 14日目	125分
E	60代 後半	次男	無	90代 後半	女	脳出血	右麻痺 嚥下障害	C2	IV	変形性膝関節症 大腿骨頸部骨折 大腿骨顆上骨折	退院 23日目	66分
F	50代 後半	長男	有	70代 後半	女	脳梗塞	左麻痺 嚥下障害	C2	III	虫垂炎	入院 45日目	74分
G	70代 後半	長男	有	90代 後半	女	脳梗塞	右不全麻痺 嚥下障害 失語症	C2	IV	高血圧 狭心症 腸閉塞 緑内障 胸椎圧迫骨折	入院 26日目	80分
H	50代 後半	長男	有	90代 後半	女	脳梗塞	右麻痺 嚥下障害 失語症	C2	IV	高血圧 狭心症 右聴神経腫瘍	入院 36日目	81分
I	40代 前半	次男	有	70代 後半	女	脳出血 脳梗塞	左不全麻痺 失行症 失語症 記憶障害 認知症	A2	III	高血圧 高脂血症	入院 20日目	61分
J	60代 後半	長男	有	90代 後半	男	脳梗塞	左不全麻痺 嚥下障害 構音障害	A2	II	高血圧 心筋梗塞	入院 27日目	84分

2. 脳卒中発症により急性期病院に入院となった高齢患者の子が抱く思い

高齢患者の子が抱く思いとして6つのカテゴリと19のサブカテゴリが抽出された(表2)。

高齢脳卒中患者の子は、親がある日突然に【脳卒中になったことに衝撃を受ける】思いを抱いていた。そして、親の命が危機にさらされることで改めて【親の生は尊い】と思い、親が脳卒中を発症したことや障害を負うといった変えがたい事実と直面して【自分にはどうしようもないから心が痛む】思いをもっていた。それでもやはり、親には少しでも脳卒中発症前の【もとの姿を取り戻してほしい】と願い、治療を受けながら、リハビリテーションに取り組む親に対して【子としてできることをしてあげたい】が、障害を負って生きていく親とその生活を支える自分の【今後の生活が悩ましい】と思っていた。

以下、カテゴリごとに代表的な語りを引用しながらサ

ブカテゴリを用いて述べる。なお、カテゴリは【 】, サブカテゴリを〈 〉, 代表的な対象者の言葉は「 」内に示し、前後の文脈で理解しにくい箇所は()内に言葉を補って示した。アルファベットは対象者を表す。

(1) 【脳卒中になったことに衝撃を受ける】

このカテゴリは、高齢の親が突然に脳卒中を発症したことに伴い、親に命の危険があることや今後の生活に影響を与える障害が残る可能性があることに、緊張がはしるような感じを受けるとともに動揺する思いを表している。子にとっては、〈思いがけない突然の脳卒中〉であり、そのために〈親が脳卒中になったことに動揺する〉とともに、〈親に命の危険が迫っている〉や、〈大変な障害を負うかもしれない〉という思いを抱いていた。

(a) 〈思いがけない突然の脳卒中〉

脳卒中の危険因子である高血圧がある母親について、「(脳梗塞発症前日は) デイサービスに行って、風呂に入っ

表2 脳卒中発症により急性期病院に入院となった高齢患者の子が抱く思い

カテゴリー [6]	サブカテゴリー [19]	代表的なコード (対象者)
脳卒中になったことに衝撃を受ける	思いがけない突然の脳卒中	・前日まで普通に過ごしていた母親が脳梗塞になったのはびっくりした (G) ・何かが起こることは覚悟していたが、まさか脳梗塞になるとは夢にも思わなかった (A)
	親が脳卒中になったことに動揺する	・入院当初は何も感じないほどあわててどうなるかと思った (F) ・最初は脳梗塞がどんな感じかわからなかったが、親族が呼び出されたことで、ただごとではないと思う (A)
	親に命の危険が迫っている	・これまで母親の老いを感じてきたが、脳出血により初めて意識がなくなった母親を見てその死が近いと思う (E) ・(医療用の) 機械がいっぱいあり、どこを見ていいかわからず、これだけしないといけないくらい状態が悪い (F)
	大変な障害を負うかもしれない	・脳出血により麻痺が出たり、認知症になったりして普通の状態に戻らなかったらどうしよう (D) ・脳梗塞ということになると、麻痺がどの程度起こるのか心配 (J)
親の生は尊い	障害があっても親には生きてほしい	・母親には障害があってもいいから、もっと長生きしてほしい (F) ・高齢であるため体力的、精神的には若い人とは違うのはしょうがないが、もう2~3年頑張ってもらいたい (G)
	厳しい状況を乗り切った親を労いたい	・カテーテル治療が成功したことは奇跡であり、母親の運命でよく助かってくれた (H) ・重症だったときから回復した母親は本当によく頑張った (F)
	改めて親の大切さが身にしみる	・母親はいるだけで会話が生まれ、改めて家族にとって重要な存在であることを感じる (D) ・父親は先立っており、母親はたった一人の親なので改めて大切な存在だと思う (I)
自分にはどうしようもないから心が痛む	どうなったとしても親の運命なので仕方がない	・持病や食生活への心配もあったので、脳梗塞になることはしょうがない (B) ・カテーテル治療を受けてダメならそれは母親の寿命 (H)
	親の歯がゆさがよくわかるから切なくてたまらない	・母親の表情を見て、身体が動かないことに苛立ちがありそうだがどうしようもない (H) ・言葉が出ず、うまく伝わらないことを父親がすごく悔しいと思っていることがわかる (A)
	発症前と変わってしまった親の姿がやるせない	・元気なときの母親の姿を知っているだけに障害が残ったことはもう戻らないと思うと残念 (F) ・負けず嫌いだった母親が「もうすぐ死にそう」など気弱なことを言うのはいい気がしない (I)
もとの姿を取り戻してほしい	少しでもよくなってほしい	・これから元気になる姿や回復して喜ぶ母親の姿を期待している (F) ・父親のもどかしい気持ちを感じるから、少しでも治るといいと思う (A)
	もとの親の姿が少しでもあることに安堵する	・家にいるときのように食欲があり、病院食をほとんど完食したうえに間食まで食べる父親にほっとする (J) ・思いのほか口は達者で、発症前の母と差がなくてよかった (C)
	回復の兆しが見えることが今後への希望	・栄養摂取ができるようになり、今後は経口摂取ができるまでに回復することを願っている (G) ・最悪を考えていたなかで日々の回復をとらえると嬉しく今後への希望になる (H)
子としてできることをしてあげたい	いまこそ親孝行をするとき	・これまで長男である自分を好きようにさせてくれた父親には、自分が帰ってきて入院に付添うことが最初で最後の親孝行 (A) ・息子として母親の手となり足となることは母親への恩返し (F)
	親のもつ力を信じてあげたい	・父親本人がリハビリテーションをやろうとする気はあるようなので、実はまだ望みがあると信じている (A) ・強い精神力をもっていた父親が弱気になるほどの状況から挽回してきたから、やはり強い父だと信じている (J)
	親の残された能力が生かせるようにしてあげたい	・これまで父親の行動を見守ることはしていなかったが、退院したら目の届く範囲で自分ができることはやってもらいたい (J) ・母親がやりたいと思うことや母親自身でできることはできるようにさせてあげたい (D)
	できるだけ不自由がないようにしてあげたい	・母親に障害が残ったことはしょうがないが、できるだけ不自由を取り除いてあげたい (G) ・父親が脳梗塞になってできなくなったことはカバーするのが当然 (J)
今後の生活が悩ましい	今後の親の生活が悩ましい	・元の自宅に帰ることを理想としているが、一人暮らしとなる母親の転倒や冬場の環境の厳しさが心配 (C) ・自宅退院を見据えて自宅の環境をどうしたらいいのか (F)
	今後の自分の生活が悩ましい	・母親が脳出血になり、家で看ないといけないのか、自分が仕事を続けられるかが気になる (D) ・脳梗塞がどんな感じかわかってきたが、父親がこのまま変わらず何年か経ったら自分自身どうしようと思う (A)

たら血圧が上がって休んでいたみたいです。帰るときには（血圧は）普通に帰っていたし、その夜も、（普段と）違う感じもなかったの、普通だな……と思ったんですけど。（翌日の）朝にどうもそういう状況だった（脳梗塞になった）もんでね。とてもびっくりしたんですけど……。〈G〉と、高齢である母親の多少の体調の変動は気にしつつも、突然に脳卒中を発症したことに驚いていた。

（b）〈親が脳卒中になったことに動揺する〉

親が突然に脳卒中を発症したことを「ほんと最初はどうかと思いましたがよ。いやもう……だからもう……ほんととすごく……どう感じたかもあんまり感じない。あわてて。（F）」と、どう感じたかもわからないと表現するほど動揺していた。

（c）〈親に命の危険が迫っている〉

入院当初の様子について、「（これまで他の病気で）動けなくなったことは何回もあるけど、いままでずっと意識がしっかりしていましたから。だから、あそこまで意識がなくなったのは初めてでしたね。ああ、もう……いつかなあという感じ。だから、私の姉にも全部連絡して。（母親が）生きていうちに会いに来て。（E）」と、脳卒中によって意識障害をきたすほどの重大な事態となっていることから、親の死が近いかもしれないという緊張がはしるような感じを受けるとともに、命に危険が迫っているとらえていた。

（d）〈大変な障害を負うかもしれない〉

脳卒中の後遺症について、「どうなるんだろうとか、すぐに手術とか考えて。麻痺が残ったりとか、認知症が入ったりとか。普通の生活に戻れないというのを聞いていたとか。そういう情報しかなかったの。脳出血イコール普通の状態には戻らないと思っていたので、どうしようって考えて……。〈D〉」と、今後の生活に大きな影響を及ぼすような身体機能障害や高次脳機能障害などの障害を親が負うかもしれないという子の思いがあった。

（2）【親の生は尊い】

このカテゴリーは、親の命の危険を覚悟しなければならない状況やそこから回復してきた親に対して、障害があっても生きてくれていることだけでも価値があるという思いが表されていた。多少の〈障害があっても親には生きていてほしい〉と願い、命の危険がある状況を脱して〈厳しい状況を乗り切った親を労いたい〉と思っていた。また、親が脳卒中を発症したことで〈改めて親の大切さが身にしみる〉という思いを抱いていた。

（a）〈障害があっても親には生きていてほしい〉

脳卒中によって床上での生活が中心となった親に対して「もっともっと長生きしてほしい。障害があってもいいから。（F）」のように、重度の障害は残ったが長生きしてほ

しいと願っていた。

（b）〈厳しい状況を乗り切った親を労いたい〉

血栓回収術で、「（血栓が）とれたってということが、この人の運命だと。もうこれ自体が僕らのなかでは奇跡なわけです。だから、本当におふくろの運命ってこうなんだと思って。よく助かってくれたと思って。（H）」、「重症だったときから回復した母は本当によく頑張った。（F）」と、脳卒中による生命の危機を何とか乗り越えたことに対する親の耐える力の強さを感じるとともに親を労いたい思いがあった。

（c）〈改めて親の大切さが身にしみる〉

親が入院する前後の自宅や家族の状況を比較して、「なんか母がいるとやっぱり（家族に）会話が生まれる。だからやっぱり家族にとって（母親が）重要な存在というか、いるだけで……。〈D〉」と、自分や家族にとって親が大切な存在であるという思いを改めて抱いていた。

（3）【自分にはどうしようもないから心が痛む】

このカテゴリーは、親が脳卒中になってしまったことやそれによって命にかかわるかもしれないこと、脳卒中によって障害を負ったことは変えがたい事実であり、子である自分にはどうしようもないという思いを表している。〈どうなったとしても親の運命なので仕方がない〉と思い、障害を負った親のそばにいて〈親の歯がゆさがよくわかるから切なくてたまらない〉や、〈発症前と変わってしまった親の姿がやるせない〉という思いを抱いていた。

（a）〈どうなったとしても親の運命なので仕方がない〉

心臓病がある親について、「心臓に持病をかかえてましたので。そこから（脳梗塞に）なったのかな、と。普段から（生活の様子）を見ていて、いつかはこうなるんじゃないか、みたいな危険要素がいっぱいあったので。食事では塩分も味付けも濃いものばかりだし、何かで倒れるだろうとは思っていたけど。しょうがないですね……。〈B〉」と、日ごろから親の持病や生活習慣が気になっており、脳卒中を発症するかもしれないことについて想定内のようであったが、子である自分にはなんともしょうがないという思いがあった。

（b）〈親の歯がゆさがよくわかるから切なくてたまらない〉

親のちょっとした表情や行動から「本人は（身体が動かないことに）相当苛立ってると思います。何かしゃべろうとしてるじゃないですか。あれは絶対文句だって、（妻と）2人で言ってるんですけどね。身体が動かん、何とかしろ、っていうことだと思うんですけど。僕らにはどうしようもないけど……。〈H〉」と、障害が残ったために不自由そうにする親の様子や状況から歯がゆさを感じとり、子である自分ではどうもできない事態であるからなおさら切ない思いを抱いていた。

(c) 〈発症前と変わってしまった親の姿がやるせない〉

脳卒中による障害をもった親に対して「(脳卒中になって) 残念だなと思います。母親の元気なときの姿を知っているので。あ～(元気なときには) 戻らないんだなって思うんですけど。(F)」や、脳卒中発症後に気弱になってしまった親に対して「(変わったのは) 気弱なことを言うことですかね。(もと) 負けず嫌いなって言うのもあるもんでね。(脳卒中になった後は) しょっちゅう『もうすぐ死にそう』とか言われますけど……。あんなことを言われるとあまりいい気がしません……。 (I)」と、脳卒中発症前の親の姿を知っているだけに、発症後の親の変化、なかでもとくに失われた親らしさにやるせない思いを抱いていた。

(4) 【もとの姿を取り戻してほしい】

このカテゴリーは、親が脳卒中により命の危険にさらされて障害も負ったが、少しでも発症前の姿に戻ってほしいという思いが表されている。親に〈少しでもよくなってほしい〉と願い、障害があっても発症前と変わらない親の〈もとの親の姿が少しでもあることに安堵する〉や、少しでも〈回復の兆しが見えることが今後への希望〉と抱いていた。

(a) 〈少しでもよくなってほしい〉

「また元気になる姿を見せてくれるんじゃないですか。楽しみにしてる。一つひとつできるようになって、それを見てる僕らもうれしいじゃないですか。(F)」のように、親に付き添いながら、少しずつ、そしてどんなにわずかであってもよくなってほしいという願いをもっていた。

(b) 〈もとの親の姿が少しでもあることに安堵する〉

脳卒中発症前と同じくらいに食欲を取り戻した様子に「いまは、ほっとしたところですね。(病院食は) ほとんど完食状態ですし。おまけに、そのうえにまた何か食べたりなんかして。家にいるときからわりと食欲がありましてですね。(J)」のように、脳卒中発症後も以前と変わらぬ親の姿が残っていることや、発症前と変わらないくらいまで回復してきたことに安堵を覚える思いであった。

(c) 〈回復の兆しが見えることが今後への希望〉

栄養摂取方法が徐々に変わっていくことについて「いまは、(状態が) よくなってきて。経管栄養で入れたものも吸収しているようだから、非常にいいと思っているところですよ。リハビリを続けて、どろどろとしたものからでも口から入るようになっていくといいけどな、というふうに願っているところだけだね。(G)」と、治療やリハビリテーションの過程で少しでも親の回復がみえることが、今後のさらなる回復への願いにつながっていた。

(5) 【子としてできることをしてあげたい】

このカテゴリーは、脳卒中を発症して障害を負った親に対して自分にできることをしてあげたいという思いを表している。脳卒中を発症するという親の一大事は〈いまこそ親孝行をするとき〉であり、これまでの親の人となりや人生を知っているからこそ〈親のもつ力を信じてあげたい〉、〈親の残された能力が生かせるようにしてあげたい〉と思い、親には〈できるだけ不自由がないようにしてあげたい〉という思いをもっていた。

(a) 〈いまこそ親孝行をするとき〉

長い間、親と離れて暮らしていたというA氏の「これ(入院に付き添うこと) が最初で最後の親孝行になって、思ってるんですけど。早くよくなってもらいたい。(A)」のように、脳卒中になって入院した親に付き添うことがいまの自分にできる親孝行ととらえていた。

(b) 〈親のもつ力を信じてあげたい〉

親のちょっとした様子や雰囲気をとらえて「本人がどれだけやろうとするかよくわかってないけど……。なんか(リハビリテーションを) やろうとする気はあるみたいなんです。まだ、望みはあるかな、と実は思ってますけど。(A)」と、脳卒中による心身機能の低下はあるが、親のもつ回復への力を信じてあげたいという思いを抱いていた。

(c) 〈親の残された能力が生かせるようにしてあげたい〉

麻痺が残った親について、「退院して自宅に帰ったときには、かなりの面をカバーしないとイケないと思います。いままでは、私が見守るということはしていませんでしたけども、(自分の) 目の届く範囲で(親には) 自分ではできることはやってもらおうと思っていますけどね。(J)」と、残されている能力を生かして親ができることはできるようにさせてあげたいという思いをもっていた。

(d) 〈できるだけ不自由がないようにしてあげたい〉

今後の親の生活について、「それはもうこっちが介護をして、できるだけ不自由を取り除いてやりたいなと思っておりますけど。(G)」のように、脳卒中による生活機能低下のために、できないことが増えることは致し方ないとして、親ができないことは子である自分が介護をすることで、できるだけ不自由がないようにしてあげたいという思いを抱いていた。

(6) 【今後の生活が悩ましい】

このカテゴリーは、脳卒中による後遺症が親と子双方の今後の生活に影響を及ぼす可能性があることについて悩ましいという思いを表している。高齢の親が障害を負ったことで、〈今後の親の生活が悩ましい〉のはもちろんであるが、子自身についても〈今後の自分の生活が悩ましい〉という思いを抱いていた。

(a) 〈今後の親の生活が悩ましい〉

親の退院について、「自宅に戻ることは常に理想として持っているんですけど。ちょっとしたささいなところで転んだりとかいうのがちょっと。(自宅は山間部なので)冬場は(転倒などが)怖かったりするもんで。あとは気温差であったり。(C)」と、親にはこれまでどおり自宅での生活をさせてあげたいが、親の自宅の環境を考えると現実的にはむずかしいと悩ましく思っていた。

(b) 〈今後の自分の生活が悩ましい〉

親に介護が必要な状況において、子自身の生活を変化させなければならない可能性について、悩ましく思っていた。なかでも、仕事を有する子は「(自分が)仕事を続けられるかどうかとか。家で(親を)看なくちゃいけないとか、いろんなことを考えながら。(D)」と、仕事の継続ができるかどうかを悩ましく思っていた。

V. 考 察

1. 脳卒中急性期に抱くどうしようもなさ

親が脳卒中を発症したことや、それに伴って高齢である親の生死にかかわったり、障害を負う可能性があったりすることなど、子は心の準備もないままに、起こってほしくなかった現実が突然に起こることに衝撃を受けるとともに動揺していた。菊地・神田(2017)は、難治性がん患者の配偶者が患者の身体状態が悪化しているという事実を認めることは家族が今後生活していくうえで重要であるとしながらも、そのむずかしさを指摘している。本研究においては、親が脳卒中を発症したことや障害を負う可能性があるという、認めざるをえない事実がある。その事実を認めることは、やるせなさや切なさなどの心の痛みを伴っていることが、子の【自分にはどうしようもないから心が痛む】思いに表れているといえる。

また、古賀・井上(2007)は、集中治療中の脳卒中による意識障害患者の家族を対象とした研究で、緊急入院・手術に続く集中治療中の患者家族は、依然として続く患者の生命や予後への不確かさを感じていると報告している。本研究においても、親の生死や治療の成否について、生命の危機を脱しても〈大変な障害を負うかもしれない〉という不確かさを感じていることが明らかになった。さらに、脳卒中発症という親の突然の生命の危機と予後への不確かさがあるなかで、子は【親の生は尊い】と痛感し、他方では、高齢であることを踏まえると〈どうなったとしても親の運命なので仕方がない〉とも思っていた。つまり、子は高齢の親の運命または寿命であると思うようにして、脳卒中発症という、子自身ではどうしようもない心苦しい事実や急性期の不確かな状態に、自分自身を納得させて折り合

おうとしているのではないかと考えられた。

2. 脳卒中発症に伴う急激な親の姿の変化に対峙する子の思い

集中治療中の意識障害患者の家族を対象とした研究(古賀・井上, 2007)で、家族は「患者のイメージがぐらつく」という体験をしていることを明らかにしている。本研究でも、突然の脳卒中発症に伴う急激な親の姿の変化に対して、子は【もとの姿を取り戻してほしい】と願い、もとの親の姿を見出そうとしていた。小此木(1979)は、物質的な喪失とは異なり、その人の中で起こる内面的な対象喪失を、内的対象喪失としている。子は、親の脳卒中発症に伴い、これまでとは違った様子の親を目の当たりにして、自分を養育してくれた親の姿への内的対象喪失を体験し、親のイメージが揺らぐ体験をしていると考えられる。

脳卒中は、認知機能や運動機能の低下を招き、介護が必要となる場合が多いため、親の脳卒中の発症をきっかけに、子における親のイメージの変化とともに親子の関係性のつくり直しが起こることが予想される。無藤(2008)は、成人子と高齢の親との関係性は、病気をきっかけに急激な変化を起こし、これまでの親のイメージを変化させ、親子の関係性がつくり直されるとしながらも、それは容易ではないとしている。また、池添(2002)は、脳卒中急性期を経た在宅療養期の脳血管疾患患者とその妻が、生活を再構築するために夫婦の関係性を変化させながら深めていくことを示唆している。本研究では、脳卒中発症後の急性期において、これまでとは変わってしまったようにみえる親に対峙しながらも、発症前の〈もとの親の姿が少しでもあることに安堵する〉子の姿が見出され、急性期から回復期にかけて、時間の経過とともに親に起こった事実を徐々に受け止めるとともに、親子の関係性も親が子を養育する関係から子が親を介護する関係へとつくり直されていくのではないかと考えられる。

3. キーパーソンである子が抱く親への扶養意識

治療を受けながら、リハビリテーションに取り組む親に対して【子としてできることをしてあげたい】と思う一方で、障害がありながら生活していく親やその生活を支える子は、親と自分の【今後の生活が悩ましい】という現実的な悩ましさを抱いていた。日本においては、成人した子が老親を扶養するという規範的な意識が比較的安定しており、家族が何らかのかたちで老親の扶養にかかわるといふ考え方は根強い(西岡, 2000)とされている。したがって、【子としてできることをしてあげたい】は、高齢の親が脳卒中を発症するという一大事であるからこそ〈いまこそ親孝行をするとき〉だと、老親に対して子の役割を果た

そうという思いだといえるだろう。また、本研究の対象者は、高齢脳卒中患者のキーパーソンとなっている子であり、治療方針や療養先、介護サービスの決定等にかかわり、さらには直接、在宅介護にかかわる立場となる可能性もある。高齢脳卒中患者の子は、親に対して子としての役割を果たさなければならないという意識がある一方で、現実的な今後の問題に目を向け、【今後の生活が悩ましい】という苦悩を抱いていると考えられる。

4. 急性期の高齢脳卒中患者の子への看護援助のあり方

前述をふまえると、脳卒中急性期は、脳卒中を発症した親のイメージを変化させ、親子の関係性に変化を生じさせる過程が始まる時期であることが示唆される。そして、急性期にある高齢脳卒中患者の子は、脳卒中を発症した親の生を大切に思う一方で、親が脳卒中を発症したことや障害を負ったことによって、親の姿が変わってしまうことによる内的対象喪失を経験しており、どうしようもない事実について自分自身を納得させることへの困難さを抱えている時期であることも示唆された。したがって、看護師はそのような時期にある高齢脳卒中患者の子が抱える困難さを理解したうえで、それを軽減できるようにかかわることが重要なのではないかと考える。池添（2002）は、脳卒中患者とその妻が、在宅での生活を構築するうえで脳卒中発症前と変わらない患者らしさをとらえることが生活の再構築につながることを示唆している。急性期における高齢脳卒中患者の子においても、脳卒中を発症する前と変わらない親の姿を求めていることが明らかになっており、脳卒中を発症し障害を負った親が、もとの姿を完全には取り戻せないまでも、もともと親がもつ気質は変わっていないことや、回復に伴って以前と変わらない親の姿をわずかでも確認できれば、子が親の変化を受けとめながら、親子の関係性をつくり直していくことにつながっていくのではないかと考える。したがって、看護師は、子が抱く親のイメージや親への思いを理解し、共感的に寄り添う姿勢や子の感情を表出できるようなかかわりをもつことが必要であると考えられる。齋藤・岸本（2003）は、「語る」という行為は、行為と出来事を描写する外交的な行動であると同時に自己反省と自己理解を可能にする内省的な行為でもあるとし、それゆえに物語ることは人生に意味を与えうる、と述べている。子が感情を表出し、言語化することは、親が脳卒中を発症して障害を負ったという事実を描写すると同時に、子自身が内省して心の整理をしていくことを通して事実を受けとめることにつながるのではないかと考える。しかし、子が事実を受けとめ、親子の関係性のつくり直しのプロセスを進んでいくには、親子の関係性のつくり直しは容易ではない（無藤、2008）といわれていることから、一定程度

の時間が必要になるであろう。そこで、そのプロセスに伴走する介入が必要であり、患者の療養の場の移行に沿いながら、親と子のそれぞれの生活を継続的に支援していくことが求められる。

本研究で対象とした高齢脳卒中患者の子は、治療上のキーパーソンであるがゆえに今後の生活などの現実的な問題に直面せざるをえず、脳卒中を発症した親と、自分自身や自分の家族の今後の生活の悩ましさを抱えていた。一方で、高齢脳卒中患者の子は、キーパーソンとしてだけでなく、老親の子としての役割を果たそうとしている思いも明らかにされた。したがって、高齢脳卒中患者の子がキーパーソンとして現実的な問題に対処できるように支援するとともに、いまだからこそ子として自分ができたいことをしてあげたい、子としての役割を果たしたいという思いを実現できるような方法をいっしょに考えながら提案していくことも必要であろう。その際には、キーパーソンである子以外の家族の思いを確認し、実際に介護を担う家族の心身の負担を考慮するなど、家族の調和をはかりながら支援を進めることが重要であると考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、急性期病院に入院した65歳以上の初発脳卒中患者を親にもち、治療上のキーパーソンである子ということを中心としており、本研究結果は多様な背景をもつ対象者の語りに基づいている。そして、突然の脳卒中発症により急性期病院に入院となった高齢患者の子が抱く思いを多角的に明らかにしたものである。今後は、脳卒中高齢者の障害の種類や程度、子の背景などのさまざまな状況による違いや特徴を明らかにすることによって、脳卒中高齢者とキーパーソンとなった子の状況に応じた、よりきめ細やかな援助につなげていくことが課題である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究対象者の皆さまと病院関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は平成29年度鳥根大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：初発脳卒中で急性期病院に入院した高齢患者の子が親の入院中に抱く思いを明らかにする。

方法：急性期病院に入院した65歳以上の初発脳卒中患者の子10名に半構造化面接を行い質的記述的に分析した。

結果：高齢脳卒中患者の子は、親が突然に【脳卒中になったことに衝撃を受ける】思いを抱いていた。親の命が危機にさらされることで改めて【親の生は尊い】とし、親が脳卒中を発症したことや障害を負ったことに【自分にはどうしようもないから心が痛む】と思っていた。それでもやはり、親には脳卒中発症前の【もとの姿を取り戻してほしい】と願い、治療にのぞむ親に対して【子としてできることをしてあげたい】が、障害を負った親と自分の【今後の生活が悩ましい】という思いを抱いていた。

考察：看護師は高齢脳卒中患者の子が抱く思いを理解し、衝撃や苦悩を和らげるとともに、子としての役割を果たせるよう支援することの重要性が示唆された。

Abstract

Objective: To clarify the sentiments found in adult children of elderly patients hospitalized in acute hospitals due to the onset of cerebral strokes.

Method: Semi-structured interviews were conducted to 10 adult children of elderly patients hospitalized in acute hospitals due to a new onset of strokes, and the results were analyzed by a qualitative descriptive method.

Results: It was found that the adult children of elderly patients with strokes had a sentiment of [strokes had a sentiment of impact] that suddenly struck their parents. The adult children renewed their [awareness of the preciousness of their parents' life] when they saw that their parents' life was at risk, and they experienced [emotional pain because of their helplessness] regarding their parents' onset of strokes or development of impairments. All the same, they hoped for [recovery of their parents' former state] before their onset of strokes, and showed [willingness to do whatever possible as family members] as their parents received treatments, while they also had a sentiment of [concern over future life] of parents and themselves.

Discussion: The results suggest that it is important for nurses to understand the sentiments observed in adult children of elderly patients with strokes.

文 献

- 千田みゆき, 飯田澄美子 (1997). 脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因. 日本看護科学会誌, 17(2), 43-53.
- Doolittle, N.D. (1992). The experience of recovery following lacunar stroke. *Rehabilitation Nursing*, 17(3), 122-125.
- 百田武司 (2009). 脳卒中患者の維持期における体験. 日本赤十字広島看護大学紀要, 9, 1-10.
- 池添志乃 (2002). 脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵. 日本看護科学会誌, 22(4), 44-54.
- 梶谷みゆき, 太湯好子, 白岩陽子 (2004). 在宅療養を希望する脳血管障害後遺症をもつ男性患者と配偶者と発症後3か月の心理プロセスと関係性に関する研究. 家族看護学研究, 10(1), 10-20.
- 菊地沙織, 神田清子 (2017). 難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 40(5), 759-770.
- 古賀雄二, 井上智子 (2007). 意識障害患者のICU退室により生じる家族の困難と看護支援に関する研究. 日本クリティカルケア看護学会誌, 3(2), 34-42.
- 厚生労働省 (2015). 平成26年 (2014) 患者調査の概況: 統計表3 総数—入院—外来・年齢階級・傷病大病別. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/toukei.pdf> (参照2019-3-17)
- 厚生労働省 (2017). 平成28年国民生活基礎調査の概況: 表20 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因 (上位3位). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf> (参照2019-3-17)

- 無藤清子 (2008). 老年期の家族——老いを迎える家族. 中釜洋子, 野末武義, 布柴靖枝, 無藤清子, 家族心理学: 家族システムの発達と臨床的援助. 136-137, 東京: 有斐閣.
- 西岡八郎 (2000). 日本における成人子と親との関係: 成人子と老親の居住関係を中心に. 人口問題研究, 56(3), 34-55.
- 小此木啓吾 (1979). 対象喪失: 悲しむということ. 東京: 中央公論新社.
- 大西康史 (2011). 回復期リハビリテーション病棟で展開される家族の物語: 重症脳卒中患者の家族へのインタビューを通して. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 34(3), 195-202.
- 齋藤清二, 岸本寛史 (2003). ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 15-30, 東京: 金剛出版.
- 高山成子 (1997). 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究: グラウンデッドセオリーアプローチを用いて. 日本看護科学会誌, 17(1), 1-7.
- 登喜和江, 蓬萊節子, 山下裕紀, 高田早苗, 柴田しおり (2005). 脳卒中者が体験しているしびれや痛みの様相. 日本看護科学会誌, 25(2), 75-84.
- 峠美恵子 (2008). 急性期にある高齢脳卒中患者をもつ家族のストレスに関する研究: ストレッサーの構造とストレス反応との関連. 日本保健科学学会誌, 10(4), 224-232.

〔2019年3月27日受 付〕
〔2019年7月24日採用決定〕

2011年の保健師養成所指定規則改正以降の 保健師教育に関する研究動向と課題

Research Trends and Issues Regarding Public Health Nursing Education
after Revised Regulation of Training Institution for Public Health Nurses in 2011

仲下 祐美子¹⁾ 河野 益美²⁾
Yumiko Nakashita Masumi Kono

キーワード：保健師，公衆衛生看護学，学生，教育，研究動向

Key Words：public health nurse, public health nursing, student, education, research trend

緒 言

保健師教育において，養成機関は従来，専修学校等が中心であったが，1992年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の施行以降，看護系大学が急増し，今日では約9割を占めている（文部科学省，2018；厚生労働省，2018a）。一方，保健師教育課程は，2011年の「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」（文部科学省，2011）の改正以降，看護師免許取得後に保健師に特化して教育を行う上乗せ教育の課程として，1年間で教育を行う養成所もしくは短大専攻科と2年間で教育を行う大学院，看護師教育と保健師教育を同時に行う統合教育の課程では，4年間の養成所の統合カリキュラムと大学における全員必修もしくは選択制の計5タイプ（厚生労働省，2018b）となり，多様化している。

保健師教育に関する研究では，わが国のすべての保健師養成機関を対象に教育内容や方法に関する調査が行われ，保健師教育全体の課題と各教育課程特有の課題があったことが報告されている（全国保健師教育機関協議会，2018a）。実習での経験・学びの分析や技術到達度の評価を行った研究（野原・若林・山口・照沼，2013；鈴木ほか，2016）では，一大学あるいは複数の大学の学生を対象に調査研究がされ，教育内容の工夫や改善点に言及されていた。文献研究では，地区診断の教育方法（牛尾，2014）や卒業時の到達度（仲下，2018）について現状と課題の整理が行われていた。しかし，保健師教育に関する研究内容の報告はなく，年次別にどのように推移しているか，研究対象は誰か，研究テーマにはどのようなものがあるか調べた研究もない。そのため，現行の保健師教育に関する研究の対象や方法，テーマを概観し，動向をとらえることによっ

て，今後の保健師教育に関する研究上の示唆が得られると考えた。

そこで，本研究は，保健師教育課程が現在の5タイプとなった2011年以降に報告された保健師教育に関する教育実践報告および研究報告をもとに，研究内容が最も端的に表されたといえる研究表題から研究の動向を整理し，今後の研究上の課題を明らかにすることを目的とした。これにより，保健師教育の質向上に向けた研究の検討に資することができると考えた。

I. 研究方法

1. 論文の抽出

論文は日本で発表されたものとし，検索には，『医中誌Web』（ver.5）（以下，医中誌）および『NII学術情報ナビゲータ』（以下，CiNii）のデータベースを用いて検索した。検索式を決定するために，まず，保健師教育について，医中誌を用いて「保健師教育」「公衆衛生看護学教育」の検索語を論理演算子ORでつなぎ，原著論文を検索した。また，「地域看護学教育」の検索語でも原著論文を検索し，抽出される論文は先述した検索語での結果に包含されること確認した。次に，抽出された論文のうち研究テーマの異なるものを複数採用した。そして，本文記載のキーワードと医中誌におけるシソーラスを検討し，本研究における検索語は「保健師」「公衆衛生看護」「学生」と決定した。検索式は，医中誌では「保健師」「公衆衛生看護」の検索語を論理演算子ORでつなぎ，「学生」はANDで掛け合わせた。「学生」の検索語は，基礎教育と現任教育を識別するために用いた。CiNiiにはシソーラスがないため「保健師・学生」「公衆衛生看護・学生」とした。検索条件は，保健師

1) 大阪医科大学看護学部 Faculty of Nursing, Osaka Medical College

2) 滋賀県立大学人間看護学部 School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

教育課程が現在の5タイプとなった2011年以降に発表された論文を検索するため出版年を2011年～2018年12月末までの8年間、対象をヒトとし、会議録は除くこととした。ただし、CiNiiでは検索条件の設定が可能であった出版年のみを設定した。検索年月日は2019年1月4日である。

論文の採用条件は本研究の目的に照らし合わせ、全著者によってプロトコルを作成し、選定基準を決定した。まず、採択基準は、①論文の種類は原著に限定せず報告や資料などを含める、②研究テーマは保健師教育に関するもの、③研究対象のうち学生は、先述した現在の保健師教育課程5タイプのいずれかに該当するもの、④分析が行われているものとし、研究デザインは限定しなかった。除外基準は、①書籍、総説・解説・特集、会議録、②保健師教育に関する内容でないと判断できるもの、③分析が行われていないものとした。本研究において保健師教育とは、指定規則（文部科学省、2011）に沿い、公衆衛生看護学、疫学、保健統計学、保健医療福祉行政論、臨地実習のいずれかの内容とし、科目名は指定規則改正前の名称の場合も含むこととした。

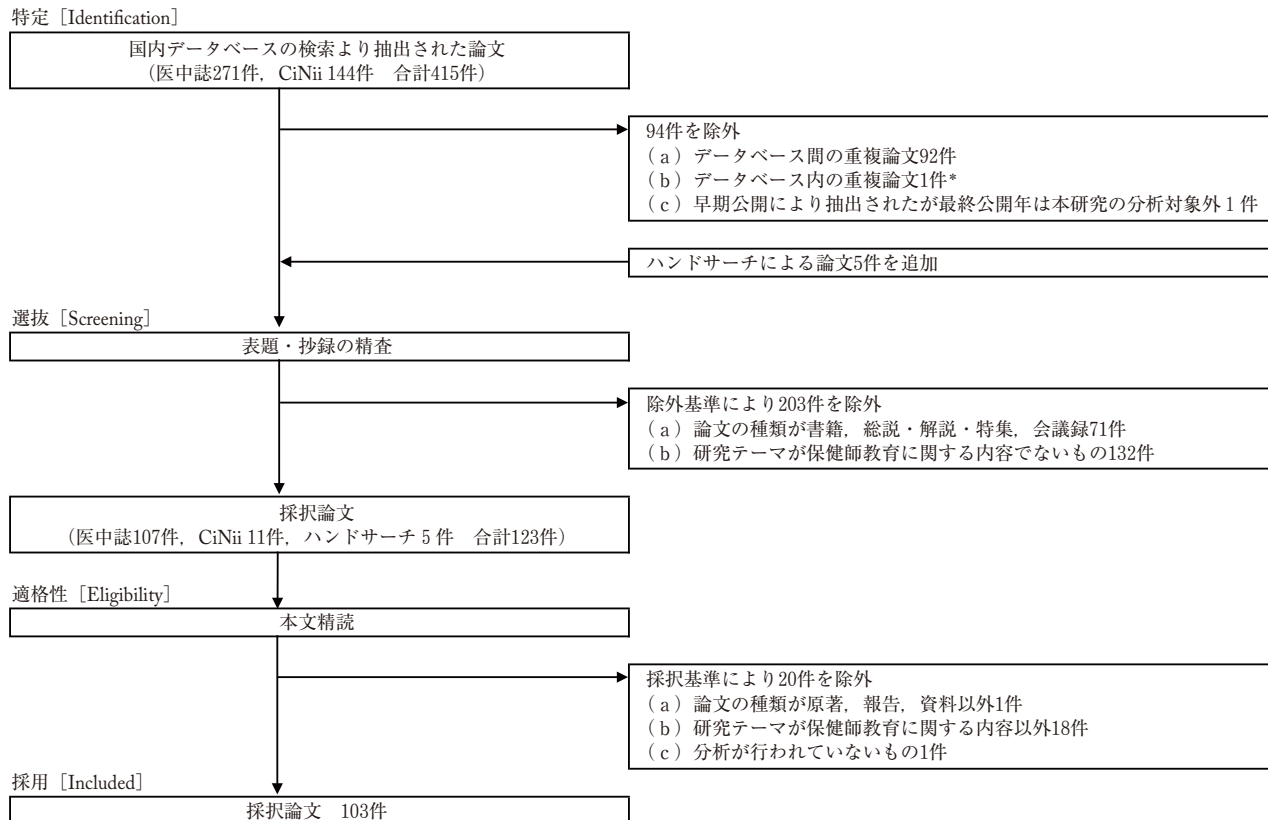
2. 論文の選択

論文採択のプロセスは、PRISMA 声明（Moher, et al., 2009）

のフローチャートを参考にした（図1）。データベース検索により抽出された415件（医中誌271件、CiNii 144件）から、データベース間およびデータベース内で重複した論文など94件を除外した。次に、抽出した論文の引用文献と“Google Scholar”の検索結果からハンドサーチによって論文を5件追加した。前述の除外基準を用いて、表題および抄録の精査を行い、203件を除外した。残りの123件の論文について、前述の採択基準を用いて本文を精読し、採択基準を満たさない20件を除外して、最終的に103件の論文を採択した。以上の作業は、第1著者がデータベース検索を行い、全著者がスクリーニングについて同じ作業を別々に行い、採択の判断が一致しない論文については協議のうえで論文の採否を決定した。

3. データの分析方法

論文は発行年次、研究対象、研究方法、保健師教育課程について、それぞれの数を集計した。保健師教育課程は、研究対象の匿名性が担保されており詳細な分類は困難であることから、研究表題をもとに学士等と修士に分類した。研究テーマの分析方法は、研究内容が最も端的に表されたといえる研究表題を文字データとして、計量テキスト分析ソフト“KH Coder”を用いたテキストマイニング法



[注]*：CiNiiにおいて抽出されたが同定処理が行われ、現在、重複はみられない（最終検索日2019年2月12日）。

図1 本研究における論文採択のためのフローチャート

による構文分析を行った。テキストマイニングとは、テキストデータを単語などに分割し、その出現頻度や関係性などを解析する分析方法である(早川, 2012)。この手法を用いることにより、研究表題という1つの文章を定量的に分析でき、その結果から特徴や傾向をとらえることができると考えた。本研究では、樋口らが開発したテキストマイニングのソフトウェアである“KH Coder”を用いて分析を行った。“KH Coder”は質問紙調査の自由記述、インタビュー記録、新聞記事など、社会調査によって得られる様々なテキスト型データを計量的に分析するために開発されたものである(樋口, 2019)。分析の手順は、次のとおりである。まず、語解析を行い、分析対象である研究表題を単語の単位に区切り、各単語の品詞を判別した。次に、保健師教育の分野で用いられる語が1語として抽出されるよう「健康教育」「家庭訪問」「地域診断」などのように語を指定した。最後に、単語頻度分析で出現回数を分析し、“どのような研究テーマ”を“どうしたか”をとらえるために、構成要素(語句)の目的語と他動詞となる語の分析結果を用いた。目的語とは動詞の表す働きを受ける名詞であり、他動詞とは動詞のうち目的語をとるものである。研究テーマの動向の分析方法は、分析対象論文103件が発行された年月の順に並び替え、中央値で発行年次の前半群と後半群の2群に分類し、頻出語を比較した。本研究で分析対象とした論文は著作権法で定められた範囲内で用いた。

II. 結 果

分析対象論文の発行年次と第1著者、研究表題は表1に示した。発行年次別にみた論文数は6~20件(中央値13.5, 平均値12.9)であった。年次別の論文数の推移は、2016年をピークに減少しているものの各年次で増減があり、8年間での一定の傾向はみられなかった。研究対象は学生87件(84.5%)、実習指導者もしくは保健師7件(6.8%)、教員4件(3.9%)であった。学生・教員・実習指導者等の組み合わせは3件(2.9%)であり、内訳は教員と実習指導者、学生と教員および保健師、学生と実習指導者がそれぞれ1件であった。文献検討は2件(1.9%)であった。研究方法は質的研究52件(50.5%)、量的研究43件(41.7%)であり、量的アプローチと質的アプローチを併用した研究が8件(7.8%)であった。教育課程をみると、学士等の教育課程での研究がほとんどであり、修士課程での教育に関するものは2件(1.9%)であった(表2)。

研究テーマに関する出現上位10語は、目的語では「実習」「学習・学び」「到達・到達度」「演習」「技術・技術項目」「地域診断・地区診断・地区視診」「講義・授業」「健

康教育」「実践能力」「家庭訪問」であり、他動詞となる語では「評価」「検討」「比較」「分析」「導入」「活用」「構築」「展開」「開発」「育成」であった(表3)。研究テーマの動向は、発行年次の前半群と後半群を比較すると、後半群での研究テーマの新たな頻出語は「講義・授業」「実践能力」「アクティブ・ラーニング」「導入」「構築」「育成」であった(表4・5)。

III. 考 察

保健師教育に関する研究テーマは実習に関連したものが多く、学生を対象に実習での到達度や学びを評価・検討した研究が多数みられた。臨地実習は、指定規則改正(文部科学省, 2011)により単位数が4単位から5単位に増え、臨地での教育の充実が求められている。これらを背景に、行政実習、産業保健実習、学校保健実習などで体験した実習内容や学び(久保・嶋澤・高橋・笹井, 2013; 野原・若林・山口・照沼, 2013; 吉村・栃本・片倉, 2016)、実習での家庭訪問や健康教育からの学び(平澤ほか, 2017; 成田・小林・齋藤, 2015)、実習目標の到達度(魚里・森田・中世古・神山, 2011)、技術項目や実践能力の到達度(橋橋ほか, 2013; 若杉・鈴木・入江・仲村・伊藤, 2016)が報告されていた。このように、実習での教育成果をはかり、教育のあり方を検討しようとする研究が多数みられ、実践能力向上を目指したさまざまな研究が行われ続けていることが明らかとなった。

実習と到達度との関係については、講義・演習後と実習後の到達度を比較した研究(柿元・八田, 2016)で、実習が到達度を向上させることに重要な役割を担ったことが報告されている。また、到達度については、学生が主体的に実施する機会があると、学生は到達すべき内容やレベルが具体的にイメージできるようになり、自立して実施できるレベルは高く設定されたことが報告されていた(波田・山下・藤本・都筑, 2017)。本研究で、研究表題に技術項目や実践能力の語句を含むものをみると、学生の自己評価が用いられた研究が散見された(鈴木・新井・津野・美ノ谷・杉本, 2011; 林・横山・藤村・村井・芝田, 2014; 丸岡・島田, 2017)。到達度の評価方法について、学生の自己評価は、教員や保健師よりも高く、学生は実習体験が不足し、保健師の活動に関する理解が十分ではないまま、実力以上の評価をする傾向にあることが指摘されている(鈴木ほか, 2015)。よって、学生の到達度および実践能力に関する今後の研究では、評価方法の検討が課題と考える。自己評価は、学生が自分がどの程度、到達できたのかを自ら確認することで不十分な学びを認識し、学習課題を明確化する機会となると考える。また、講義や演習、実習の過

表 1 - 1 保健師教育に関する研究の表題

発行年次	著者	研究表題
2011年	千田ほか	家庭訪問のロールプレイング演習の効果と課題：母親の不安解消につながる関わりとその難しさの分析
	臺ほか	地域看護学教育における健康危機管理演習の試み：地域看護診断を基礎にした災害時要援護者への支援
	藤丸ほか	地域看護学実習における学生の学びの到達度の検討
	久井・二重	地域看護学実習における学生の学びと課題：保健師のベストプラクティスとの比較から
	前田・徳永	保健所・市町村実習における実習前演習による実習イメージ化と自信獲得
	二重・久井	地域看護学実習の学生の学びと保健師のベストプラクティスの比較：成人・高齢者の保健事業実習と家庭訪問実習より
	野原ほか	本学における地域看護学の授業展開：地域診断の授業方法の評価
	岡久ほか	看護大学生が生活行動記録体験後のロールプレイを通して理解した保健指導方法
	岡本ほか	保健師教育における臨地実習の内容に関する実態
	鈴木ほか	学生による「保健師教育における技術項目と卒業時の到達度」に基づく自己評価
魚里ほか	統合カリキュラムにおける地域看護学実習の学習成果と課題	
2012年	綾部ほか	保健師志望学生が望む保健師教育のあり方：A大学4年生の意見を通して
	大橋ほか	地域看護学実習において学生がとらえた保健師の活動と役割
	下村ほか	地域看護学実習での体験を通して得られた学生の学び：市町村および保健所における実習に焦点をあてて
	田中ほか	捉えにくい保健師の専門性に着目した実習生の学習過程
	横山ほか	保健師教育の質を保證する地域看護学実習モデルの構築：4単位実習モデル
	吉岡ほか	地域看護学実習Ⅱにおける実習経験内容と今後の課題
	平澤・飯吉	大学での保健師教育における地域診断の教育方法の課題：保健師就業中の卒業生のインタビュー調査から
2013年	本田ほか	地域保健看護学実習における学習の実態：福祉分野における保健師の役割について
	今松ほか	自治体でのフィールドワークを用いた地域看護診断演習・実習プログラムの開発と評価
	石井ほか	「保健師教育における技術項目と卒業時の到達度」の自己評価と地域看護学実習の課題
	上平ほか	産業保健実習の成果に関する検討：製造現場からの学び
	久保ほか	行政・産業・学校保健実習での学生の学びの特徴
	橋橋ほか	A大学における保健師教育の課題と効果的な教育方法の検討：「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」に対する学生の自己評価から
	野原・若林・山口	看護学生の保健所・市町村保健センター実習：実習経験と自己評価からの分析
	野原・若林・山口・照沼	地域看護学実習の展開方法の検討：学生の実習経験と自己評価からの分析
	野尻ほか	地域看護学実習Ⅱにおける学生の目標到達に関わる要因の検討：実習終了時の経験録の分析より
	佐伯ほか	学士課程における保健師教育強化モデルコースの教育実践：統合カリキュラムから大学院教育への過渡期の形態として
	清水	コーチングを活用した保健指導演習の学生の学び
	白木ほか	地域看護学実習における実習指導の課題：保健師の評価を受けて
	田中ほか	地域看護学実習でのHIV／エイズ予防普及啓発活動から得た学び
2014年	綾部ほか	学校保健実習を履修した学生の学び
	藤田ほか	A大学看護学部看護学生の地域看護学実習における学生の学び
	林ほか	「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」における学生の自己評価：実習形態の違いによる到達度の比較
	倉林	保健師教育における技術教育：地域の高齢者サロンでの健康教育実践からの学生の学び
	目良・中田	地域看護活動論実習の現状と課題：離島実習終了後の学生アンケートの分析結果より
	成相ほか	公衆衛生看護学実習にICTを導入したeラーニングの活用
	岡本ほか	学生が単独で行う継続した家庭訪問における学習内容：地域看護学実習の記録の分析から
	奥野ほか	公衆衛生看護を学ぶ学生のためのケースメソッド演習の開発とその効果に関する研究
	高嶋ほか	保健師教員による疫学教育の実践と評価
	田中ほか	看護学生が行った大学生へのエイズ啓発活動におけるピアエデュケーションの効果
	津野ほか	「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価による実習日数別の到達度の検討
	牛尾	学士看護学基礎教育課程における地区診断の演習・実習教育の現状
	牛尾ほか	公衆衛生看護教育を担当する大学教員が「地区診断」の教育において重視していた教授内容
	山下ほか	地域と共同で実施した地域担当制の地域看護学実習の評価
2015年	馬場ほか	地域診断に関する学生の理解度の検討：実習前後の比較から
	上平ほか	地域看護学実習で実施する住民への健康教育に関する一考察
	成田ほか	地域看護学実習における健康教育の学習評価と教育方法の検討：学生の自己評価からの分析
	清水・永井	フィールドワークを取り入れた地域診断演習における学生の学び
	鈴木ほか	東京都特別区における保健師学生の技術到達度に関する学生・教員・保健師による評価
	田中ほか	「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」における学生の自己評価：地域看護学実習形態別の個人／家族を対象とした到達度の比較
	種本ほか	地域診断演習における学生の学びと教授方法の検討
	塚本	岩手看護短期大学保健師養成課程における放射能・放射線に関する教育実践
	吉田ほか	保健師の専門性の学びを深める選択実習の成果：健康なまちビジョン、計画立案をととして

表1-2 保健師教育に関する研究の表題

発行年次	著者	研究表題		
2016年	足立・土井 藤田ほか 今松ほか 柿元・八田	本学における保健師教育内容の評価：本学を卒業した新任保健師のインタビュー調査から保健師教育課程を選択した学生の産業保健実習での学びと今後の課題 看護基礎教育におけるActive Learningの手法を用いた公衆衛生学教育の試み（第1報） 保健師に求められる実践能力の獲得経過を明らかにする：学生自己評価から講義等後と実習後の到達レベル比較検討		
	神山ほか 金井ほか 金屋ほか 森山ほか	A大学学生の地域看護学実習における地域保健施設での学び：実習レポート「地域看護の特性」の分析から 地域看護実習における個別支援（家庭訪問）の評価と今後の課題 臨地実習における地域診断のプロセスを通して保健師学生が得た学び 地区視診における具体的観察項目の構築に向けて		
	仲里ほか 西村 大宮ほか 榎原ほか 島田ほか 鈴木ほか 武田ほか 田中ほか	公衆衛生看護学におけるより効果的な健康教育実習を目指した指導法の展開：対象者の特性把握のためのグループワークに着目して 保健師を目指す学生の家族援助の事例検討からの学び 保健師教育課程の選択制導入前後における「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価の比較 地域看護学実習指導者による学習効果を高めるための指導上の工夫 産業保健実習における実習事前課題に関する検討：産業保健師（看護職）養成のための学習内容についての考察 保健師選択制導入前後における学生の技術到達度と実習体験に関する評価 公衆衛生看護管理論において施策化能力の育成をめざした演習等教育方法の効果 保健師ポートフォリオを活用した臨地実習指導者による学習支援とその効果		
	牛尾ほか 若杉ほか 矢庭ほか 吉村ほか	地域診断の実習・演習における教員の評価視点：ルーブリック開発のためのパフォーマンス評価の規準となる内容の探索 公衆衛生看護技術論演習及び実習のカリキュラム改正における保健師学生の実践力向上効果：ミニマム・リクワイアメンツを活用して ミニマム・リクワイアメンツ全国保健師教育機関協議会版（2014）から捉えたA大学看護学部の保健師教育における課題（第1報） 公衆衛生看護学実習における学生の学びの分析		
	2017年	波田ほか 平野ほか 平澤ほか 廣金・岡本 今松ほか 古角 丸岡・島田 三輪ほか 永井ほか 西田ほか 斉藤ほか 鈴木ほか 多田ほか 田中 榎本ほか 渡邊ほか	「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価による保健師教育の評価：新旧カリキュラムにおける到達度の比較 実習施設との協働による実践能力向上を目指した修士課程における公衆衛生看護学実習構築のプロセス：学士課程をもとに再構築した実習 公衆衛生看護学実習における学生の継続訪問実習の学び 保健師基礎教育における学校実習の現状（第1報）—実習意義、実習目標・実習項目に対する教員の認識— 看護基礎教育におけるActive Learningの手法を用いた公衆衛生学教育の試み（第2報） 看護学生が受講する「学校保健論」におけるLTD学習の効果：アクティブ・ラーニングによる授業の試み A大学保健師選択制実習の取り組みと課題「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価より A大学における学士課程保健師選択制教育の現状と課題：選抜学生の意見を通して 保健師基礎教育における放射線教育の意義と効果 A大学の保健師選択制導入後における学生の臨地実習体験の実態と技術到達度との関連 保健師教育課程選択制導入前後の保健師による学生実習の技術到達度評価の比較 A大学における保健師学生の地域診断能力の評価：ミニマム・リクワイアメンツを活用して 実習前後における「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」に関する学生の自己評価 看護学生の「健康教育」実践力を育成する教授方法の検討：授業・演習・実習別の学び認識の比較 公衆衛生看護学実習における理解度に関する研究 ケースメソッドを取り入れた公衆衛生看護技術演習の効果と課題	
		2018年	平野ほか 金屋 叶ほか 中島ほか 仲下 西田ほか 野原ほか 大西ほか 佐藤 志野 高橋ほか 田村ほか 田中	修士課程における新たな公衆衛生看護学実習：現場との協働による構築 学校保健実習を通して保健師学生が得た学び 個別事例と保健統計データを用いた地域診断演習における学生の学び 保健師学生の家庭訪問体験における対象理解に関する研究：社会資源の活用に関わる分析 看護系大学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の自己評価に関する文献レビュー A大学における公衆衛生看護学実習体験と技術到達度の実態：実習年度と実習地域による比較 保健師基礎教育における健康教育の授業展開：アクティブラーニングによる学生の学び 中山間地域におけるフィールドワークの取り組みの成果（第1報） 「保健師課程（選択性）」における効果的な保健師教育についての検討 医療者教育におけるアクティブ・ラーニング導入の質的評価：公衆衛生看護学演習の授業実践の成果 公衆衛生看護学実習の到達度を高める教育方法に関する研究：実習前後の学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」自己評価の変化から 学士課程の講義・演習における「保健師の家庭訪問」の教育内容・方法の特徴 看護学生の「健康教育」実践力を実習で育成する方法 公衆衛生看護学実習における学生・指導保健師の評価比較

表2 発行年次別にみた論文数および研究対象と研究方法、保健師教育課程

発行年次	論文数	研究対象					研究方法			教育課程	
		学生	教員	実習指導者・ 保健師	学生・教員・ 実習指導者等	文献	量的研究	質的研究	量的・ 質的研究	学士等	修士
2011年	11	11	0	0	0	0	2	9	0	11	0
2012年	6	5	0	0	1 ^a	0	0	5	1	6	0
2013年	14	13	0	1	0	0	8	4	2	14	0
2014年	14	12	1	0	0	1	8	6	0	14	0
2015年	9	8	0	0	1 ^b	0	4	4	1	9	0
2016年	20	16	1	3	0	0	8	11	1	20	0
2017年	16	13	1	2	0	0	9	6	1	15	1
2018年	13	9	1	1	1 ^c	1	4	7	2	12	1
計	103	87	4	7	3	2	43	52	8	101	2
%		84.5%	3.9%	6.8%	2.9%	1.9%	41.7%	50.5%	7.8%	98.1%	1.9%

[注]^a：教員，実習指導者，^b：学生，教員，実習受入れ施設の保健師，^c：学生，実習指導者。

表3 研究テーマに関する頻出上位10語

(n=103)

順位	目的語		他動詞となる語		
	抽出語	出現回数	順位	抽出語	出現回数
1	実習	86	1	評価	32
2	学習・学び	33	2	検討	14
3	到達・到達度	27	3	比較	12
4	演習	17	4	分析	10
5	技術・技術項目	15	5	導入	6
6	地域診断・地区診断・地区視診	12	5	活用	6
7	講義・授業	7	7	構築	5
8	健康教育	7	8	展開	4
8	実践能力	7	9	開発	3
10	家庭訪問	6	9	育成	3

表4 発行年次が前半群の研究テーマに関する頻出上位10語

(n=52)

順位	目的語		他動詞となる語		
	抽出語	出現回数	順位	抽出語	出現回数
1	実習	45	1	評価	11
2	学習・学び	19	2	検討	9
3	到達・到達度	11	3	分析	7
4	演習	9	4	比較	5
5	地域診断・地区診断	7	5	開発	2
6	技術・技術項目	5	5	活用	2
7	実践	4	5	実施	2
7	経験	4	5	展開	2
9	健康教育	3		—	
9	家庭訪問	3		—	

[注] 抽出語の出現回数は2以上を採用。

表5 発行年次が後半群の研究テーマに関する頻出上位10語 (n=51)

順位	目的語		他動詞となる語		
	抽出語	出現回数	順位	抽出語	出現回数
1	実習	41	1	評価	21
2	到達・到達度	16	2	比較	7
3	学習・学び	14	3	検討	5
4	技術・技術項目	10	3	導入	5
5	演習	8	5	構築	4
6	講義・授業	6	5	活用	4
7	実践能力	5	7	育成	3
7	地域診断・地区視診	5	7	分析	3
7	アクティブ・ラーニング*	5	9	展開	2
10	健康教育	4		-	

[注] *: 英語表記や中点がない語句は「アクティブ・ラーニング」に統一。抽出語の出現回数は2以上を採用。

程で学生が自己評価することは、到達すべき目標とその到達度を意識化でき、結果として卒業までに実践能力を向上させることにつながるのではないかと考えられる。そのため、自己評価の方法を用いる今後の研究では、学びの到達度を経時的にとらえ、学生個々の変化や学生全体の推移を評価・検討することで、実践能力の育成とその強化をはかるカリキュラムの検討もできるのではないかと考える。

保健師の実践能力について、保健師は従来より、社会のニーズや行政施策の変遷と直結して健康課題に取り組んできた公衆衛生看護専門職であり（井伊ほか，2018）、ライフスタイルや価値観の多様化、健康課題の複雑化に加えて、今後はより一層、予測不能な事態や変化にも対応できる実践能力が求められると考える。保健活動の実践には、保健活動の対象である個人や集団のアセスメントが必須であるが、保健活動に必要な情報は広範に必要であり、看護の専門知識だけでなく一般的な社会知識も求められるため、疾患をもつ患者を対象としたアセスメントとは扱う情報の種類や範囲が異なることが指摘されている（石井ほか，2013）。本研究で、職業生活や社会生活でも必要な汎用的技能（中央教育審議会，2008）に着目した研究テーマはみられず、今後は、専門職としての実践能力とこれらの技能との関連の検証も研究上の課題にあがるのではないかと考えた。

近年の研究テーマで新たに出現した語の一つに「アクティブ・ラーニング」があり、授業実践の成果として学生の学びが報告されていた（野原・小林・渡辺，2018；今松ほか，2016）。アクティブ・ラーニングとは、教員による一方向的な講義形式の教育とは異なり、学修者の能動的な学修への参加を取り入れた教授・学習法の総称である（文部科学省，2012）。看護学生を対象とした経験型学習についての研究では、学生は自分で考える学習を楽しいと感

じ、同時に反省的体験や戸惑いが生じたことが主体的な学習への意識や学びにつながったことが報告されている（西岡・中谷，2013）。保健師としての資質・能力を獲得するための学修内容とその到達レベルがまとめられた「公衆衛生看護学教育モデル・コア・カリキュラム」では、各保健師養成機関は、特色ある取り組みや授業内容の改善と、その実現に向けた教職員の教育能力の向上や環境整備の必要性が述べられている（全国保健師教育機関協議会，2018b）。よって、教員は講義や演習などをおして知識や技術の教授のみならず、学生自らの思考や経験から学びが得られるよう、今後は、能動的な学修を促す方法やその評価方法について研究を行い、知見を深めていくことで、教育能力を向上させることができるのではないかと考える。

研究対象については、学生を対象とした研究が多く、教員や実習指導者・保健師が対象の研究はわずかであり、学生・教員・保健師の3者を研究対象とした研究は1件みられた（鈴木ほか，2015）。教員や実習指導者等を対象とした研究は、近年に複数の研究発表があり、その研究テーマは講義・演習での教育内容や方法（田村・山崎・時田・安田，2018）、実習の構築に関するもの（平野・佐伯・本田・水野，2017）などであった。保健師教育で、養成したい保健師像の一つを「公衆衛生看護の理論に基づいた実践を志向できる人」とすると、保健師教育の成果は、学生を対象とした研究で評価・検討するだけでなく、教育担当者である教員や実習指導者の教育内容・方法を検討することも必要と考える。今後の研究では、これらの知見を蓄積することで、教育の見直しや再検討が進むと考えられ、現在の保健師教育の質をより向上させることができると考える。

本研究の限界として、分析対象論文を日本語での発表論文に限定したことがあげられる。そのため、わが国の保健師教育に関する論文すべてを含んでいない可能性がある。

しかし、諸外国の保健師活動は国家・認定資格のもとでの実践や看護業務の一部であり、教育制度についても入学資格などさまざまである（日本看護協会，2008）。このような状況から、わが国の保健師教育に関して外国語で発表された論文数は限られていると推測され、本研究で得られた知見への大きな影響はないと考える。

IV. 結 論

わが国の保健師教育課程が現在の5タイプとなった2011年以降の8年間に日本で発表された保健師教育に関する研究において、研究テーマは実習に関連したものが多く、学生を対象に実習での到達度や学びを評価・検討した研究が多数みられた。近年の研究テーマでは、専門職としての実践能力の育成やその強化を目指した検討や能動的な学修に関する検討が増えていることが明らかとなった。研究対象は学生が多く、研究対象が教員や実習指導者の研究はわず

かであった。保健師教育の成果は、学生を対象とした研究で評価・検討するだけでなく、今後の研究では、教員の教授方法や実習指導者などの教育的かかわりに関する研究知見を蓄積し、両側面から検討することが必要である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究の結果の一部は、日本看護研究学会第45回学術集会にて発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・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：わが国における保健師教育に関する研究の動向を整理し、今後の研究上の課題を明らかにする。

方法：『医中誌Web』および『NII学術情報ナビゲータ』を用いて「保健師」「公衆衛生看護」「学生」をキーワードに、2011年～2018年末の発表論文を検索した。分析対象論文は103件とした。

結果：研究テーマに関する頻出上位語は「実習」「学習・学び」「到達・到達度」「演習」「技術・技術項目」「評価」「検討」「比較」「分析」「導入」であり、近年の新たな頻出語は「講義・授業」「実践能力」「アクティブ・ラーニング」「構築」「育成」であった。研究対象は学生が84.5%であり、教員や実習指導者の研究はわずかであった。

結論：保健師教育の成果は学生を対象とした研究で評価・検討するだけでなく、今後の研究では教員の教授方法や実習指導者などの教育的かかわりなど、両側面から検討することが必要である。

Abstract

Purpose: To analyze trends in research on public health nursing education in Japan and identify issues related to future research.

Methods: Using “public health nurse”, “public health nursing”, and “student” as key words, we searched articles published between 2011 and 2018 in the Japan Medical Abstracts Society and NII Scholarly and Academic Information Navigator, and 103 articles were extracted and analyzed.

Results: The most frequently used terms related to the research theme were “practical training”, “studying / learning”, “attainment / attainment level”, “practice”, “skill / skill item”, “assessment”, “examination”, “comparison”, “analysis”, and “introduction”. Those that were newly used “lecture / class”, “nursing competencies”, “active learning”, “introduction”, “establishing”, and “nurturing” in recent years. As study subjects, 84.5% of the articles involved students, but only a few involved teachers and training instructors.

Conclusions: In addition to assessing and examining the results of public health nursing education in the research targeting students, it is necessary to examine teaching methods of teachers and educational involvement of training instructors in future research.

文 献

足立安正, 土井有羽子 (2016). 本学における保健師教育内容の評価：本学を卒業した新任保健師のインタビュー調査から。

兵庫医療大学紀要, 4(2), 17-26.

綾部明江, 富岡実穂, 木下由美子 (2012). 保健師志望学生が望む保健師教育のあり方：A大学4年生の意見を通して。茨城県

- 立医療大学紀要, 17, 51-58.
- 綾部明江, 鶴見三代子, 長澤ゆかり, 山口 忍 (2014). 学校保健実習を履修した学生の学び. 茨城県立医療大学紀要, 19, 109-116.
- 馬場 文, 飯降聖子, 小林孝子, 小島亜未, 川口恭子 (2015). 地域診断に関する学生の理解度の検討: 実習前後の比較から. 人間看護学研究, 13, 59-70.
- 千田みゆき, 荒川博美, 松岡由美子, 菊池チトセ, 山路真佐子, 加藤基子 (2011). 家庭訪問のロールプレイング演習の効果と課題: 母親の不安解消につながる関わりとその難しさの分析. 埼玉医科大学看護学科紀要, 4(1), 25-31.
- 中央教育審議会 (2008). 学士課程教育の構築に向けて (答申). http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2008/12/26/1217067_001.pdf (参照2019年5月20日)
- 臺 有桂, 田高悦子, 今松友紀, 糸井和佳, 河原智江, 田口理恵 (2011). 地域看護学教育における健康危機管理演習の試み: 地域看護診断を基礎にした災害時要援護者への支援. 横浜看護学雑誌, 4(1), 34-41.
- 藤丸知子, 岩永洋子, 裨園砂千子, 吉原麻由美, 中尾八重子 (2011). 地域看護学実習における学生の学びの到達度の検討. 長崎県看護学会誌, 7(1), 27-34.
- 藤田彩見, 金山時恵, 矢庭さゆり (2014). A大学看護学部看護学生の地域看護学実習における学生の学び. 新見公立大学紀要, 35, 112-118.
- 藤田彩見, 金山時恵, 矢庭さゆり (2016). 保健師教育課程を選択した学生の産業保健実習での学びと今後の課題. 新見公立大学紀要, 37, 115-120.
- 波田弥生, 山下 正, 藤本優子, 都筑千景 (2017). 「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価による保健師教育の評価: 新旧カリキュラムにおける到達度の比較. 神戸市看護大学紀要, 21, 37-47.
- 早川和生 (2012). 看護研究の進め方 論文の書き方 (第2版). 62-67, 東京: 医学書院.
- 林 知里, 横山美江, 藤村一美, 村井智郁子, 芝田ゆかり (2014). 「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」における学生の自己評価: 実習形態の違いによる到達度の比較. 大阪市立大学看護学雑誌, 10, 1-10.
- 樋口耕一 (2019). KH Coder. <http://kxcoder.net/> (参照2019年2月8日)
- 久井志保, 二重佐知子 (2011). 地域看護学実習における学生の学びと課題: 保健師のベストプラクティスとの比較から. 兵庫大学論集, 16, 161-167.
- 平野美千代, 佐伯和子, 本田 光, 水野芳子 (2017). 実習施設との協働による実践能力向上を目指した修士課程における公衆衛生看護学実習構築のプロセス: 学士課程をもとに再構築した実習. 日本公衆衛生看護学会誌, 6(3), 288-296.
- 平野美千代, 水野芳子, 本田 光, 佐伯和子 (2018). 修士課程における新たな公衆衛生看護学実習: 現場との協働による構築. 保健師教育, 2(1), 78-85.
- 平澤則子, 飯吉令枝 (2013). 大学での保健師教育における地域診断の教育方法の課題: 保健師就業中の卒業生のインタビュー調査から. 新潟県立看護大学紀要, 2, 16-22.
- 平澤則子, 飯吉令枝, 井上智代, 藤川あや, 片平伸子, 高林知佳子 (2017). 公衆衛生看護学実習における学生の継続訪問実習の学び. 日本地域看護学会誌, 20(2), 73-79.
- 廣金和枝, 岡本玲子 (2017). 保健師基礎教育における学校実習の現状 (第1報): 実習意義, 実習目標・実習項目に対する教員の認識. 畿央大学紀要, 14(2), 41-50.
- 本田順子, 大田桂子, 村下志保子, 塚本紘美, 片田信子, 三徳和子 (2013). 地域保健看護学実習における学習の実態: 福祉分野における保健師の役割について. 旭川荘研究年報, 44(1), 85-87.
- 井伊久美子, 荒木田美香子, 松本珠実, 堀井とよみ, 村嶋幸代, 平野かよ子 (2018). 新版 保健師業務要覧 第3版2018年版. 2-7, 東京: 日本看護協会出版会.
- 今松友紀, 田高悦子, 有本 梓, 田口 (袴田) 理恵, 臺 有桂, 宮崎絵梨子, 紅林奈津美 (2013). 自治体でのフィールドワークを用いた地域看護診断演習・実習プログラムの開発と評価. 横浜看護学雑誌, 6(1), 29-34.
- 今松友紀, 藤田美江, 横山史子, 奥山みき子, 安藤里美, 奥井淳子, 根本正史 (2016). 看護基礎教育における Active Learning の手法を用いた公衆衛生学教育の試み (第1報). 創価大学看護学部紀要, 1, 25-36.
- 今松友紀, 藤田美江, 横山史子, 奥山みき子, 安藤里美, 東裕利子, 渡辺孝子, 吉場 舞, 根本正史 (2017). 看護基礎教育における Active Learning の手法を用いた公衆衛生学教育の試み (第2報). 創価大学看護学部紀要, 2, 9-21.
- 石井敦子, 岡本光代, 谷野多見子, 前馬理恵, 山田和子, 原田茂美, 神前一美, 内山 薫 (2013). 「保健師教育における技術項目と卒業時の到達度」の自己評価と地域看護実習の課題. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 9, 51-62.
- 柿元美津江, 八田冷子 (2016). 保健師に求められる実践能力の獲得経過を明らかにする: 学生自己評価から講義後と実習後の到達レベル比較検討. 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, 20, 11-19.
- 上平公子, 堀 希好, 橋本廣子, 山田小夜子, 宮田延子, 岩田明恵 (2013). 産業保健実習の成果に関する検討: 製造現場からの学び. 岐阜医療科学大学紀要, 7, 53-61.
- 上平公子, 田島 愛, 橋本廣子, 道林千賀子 (2015). 地域看護学実習で実施する住民への健康教育に関する一考察. 岐阜医療科学大学紀要, 9, 71-80.
- 神山幸枝, 会沢紀子, 岡本菜穂子, 石川由美子, 落合道子 (2016). A大学学生の地域看護学実習における地域保健施設での学び: 実習レポート「地域看護の特性」の分析から. 獨協医科大学看護学部紀要, 9, 47-59.
- 金井優子, 永吉ルリ子, 比嘉憲枝, 島袋尚美, 松田めぐみ (2016). 地域看護実習における個別支援 (家庭訪問) の評価と今後の課題. 名桜大学紀要, 21, 149-155.
- 金屋佑子, 藤井広美, 杉崎紀子 (2016). 臨地実習における地域診断のプロセスを通して保健師学生が得た学び. 了徳寺大学研究紀要, 10, 219-226.
- 金屋佑子 (2018). 学校保健実習を通して保健師学生が得た学び. 了徳寺大学研究紀要, 12, 75-80.
- 看護師等の人材確保の促進に関する法律 (1992). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000103788.pdf> (参照2019年5月20日)
- 叶多博美, 眞崎由香, 若林千津子, 山本かほる (2018). 個別事例と保健統計データを用いた地域診断演習における学生の学び. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 9(1), 29-38.
- 古角好美 (2017). 看護学生が受講する「学校保健論」におけるLTD学習の効果: アクティブ・ラーニングによる授業の試み. 大和大学研究紀要 (保健医療学部編), 3, 43-53.
- 厚生労働省 (2018a). 医療関係職種養成所情報. <https://youseijo.mhlw.go.jp/> (参照2019年5月20日)
- 厚生労働省 (2018b). 第3回 看護基礎教育検討会 議事録.

- https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212876_00001.html (参照2019年2月26日)
- 久保善子, 嶋澤順子, 高橋郁子, 笹井靖子 (2013). 行政・産業・学校保健実習での学生の学びの特徴. 東京慈恵会医科大学雑誌, 128(3), 109-119.
- 倉林しのぶ (2014). 保健師教育における技術教育: 地域の高齢者サロンでの健康教育実践からの学生の学び. 高崎健康福祉大学紀要, 13, 43-51.
- 前田則子, 徳永龍子 (2011). 保健所・市町村実習における実習前演習による実習イメージ化と自信獲得. 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, 15, 43-48.
- 丸岡紀子, 島田 昇 (2017). A大学保健師選択制実習の取り組みと課題: 「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価より. 群馬医療福祉大学紀要, 5, 39-49.
- 目良宣子, 中田智子 (2014). 地域看護活動論実習の現状と課題: 離島実習終了後の学生アンケートの分析結果より. 看護教育, 55(10), 954-959.
- 三輪真知子, 高畑陽子, 上田晴美, 西内恭子, 河村圭子 (2017). A大学における学士課程保健師選択制教育の現状と課題: 選抜学生の意見を通して. 梅花女子大学看護保健学部紀要, 7, 1-15.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., and PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med, 6(7), e1000097. <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf> (参照2019年2月26日)
- 文部科学省 (2011). 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について (通知). http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1305957.htm (参照2019年2月26日)
- 文部科学省 (2012). 新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ～ (答申). http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1325047.htm (参照2019年2月26日)
- 文部科学省 (2018). 文部科学大臣指定 (認定) 医療関係技術者養成学校一覧. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2019/02/22/1353400_02.pdf (参照2019年5月20日)
- 森山浩司, 長谷川幹子, 今村恭子 (2016). 地区視診における具体的観察項目の構築に向けて. 姫路大学看護学部紀要, 8, 1-6.
- 永井智子, 小西恵美子, 小林真朝, 梅田麻希, 小野若菜子, 三森寧子, 麻原きよみ (2017). 保健師基礎教育における放射線教育の意義と効果. 日本放射線看護学会誌, 5(1), 39-46.
- 中島富志子, 市原千里, 永井健太, 平塚久美子, 照沼正子 (2018). 保健師学生の家庭訪問体験における対象理解に関する研究: 社会資源の活用に関わる分析. 東都医療大学紀要, 8(1), 31-39.
- 仲下祐美子 (2018). 看護系大学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の自己評価に関する文献レビュー. 大阪医科大学看護研究雑誌, 8, 73-83.
- 仲里良子, 櫻井しのぶ, 中山久子, 岡本美代子, 原田静香, 堀内朋子 (2016). 公衆衛生看護学におけるより効果的な健康教育実習を目指した指導法の展開: 対象者の特性把握のためのグループワークに着目して. 医療看護研究, 13(1), 34-42.
- 橋本明子, 尾形由起子, 山下清香, 小野順子, 手島聖子, 野見山美和 (2013). A大学における保健師教育の課題と効果的な教育方法の検討: 「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」に対する学生の自己評価から. 福岡県立大学看護学研究紀要, 10(2), 73-82.
- 成相恵子, 中谷久恵, 勅使河原薫, 廣野祥子 (2014). 公衆衛生看護学実習にICTを導入したeラーニングの活用. 広島大学保健学ジャーナル, 12(2), 51-57.
- 成田太一, 小林恵子, 齋藤智子 (2015). 地域看護学実習における健康教育の学習評価と教育方法の検討: 学生の自己評価からの分析. 新潟大学保健学雑誌, 12(1), 105-113.
- 二重佐知子, 久井志保 (2011). 地域看護実習の学生の学びと保健師のベストプラクティスの比較: 成人・高齢者の保健事業実習と家庭訪問実習より. 近大姫路大学看護学部紀要, 3, 91-97.
- 日本看護協会 (2008). 諸外国の看護基礎教育と規制について. <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/kyoikukisei.pdf> (参照2019年2月26日)
- 西田洋子, 富田早苗, 石井陽子, 波川京子 (2017). A大学の保健師選択制導入後における学生の臨地実習体験の実態と技術到達度との関連. 川崎医療福祉学会誌, 27(1), 39-49.
- 西田洋子, 富田早苗, 石井陽子, 波川京子 (2018). A大学における公衆衛生看護学実習体験と技術到達度の実態: 実習年度と実習地域による比較. 川崎医療福祉学会誌, 27(2), 521-533.
- 西村潤子 (2016). 保健師を目指す学生の家族援助の事例検討からの学び. 白鳳女子短期大学研究紀要, 11, 81-88.
- 西岡久美子, 中谷信江 (2013). 「学生を巻き込む」を取り入れた授業を受講した学生の受講体験に関する現象の検討. 日本医学看護学教育学会誌, 22, 7-11.
- 野原真理, 照沼美代子, 若林千津子, 村山正子 (2011). 本学における地域看護学の授業展開: 地域診断の授業方法の評価. 医療保健学研究, 2, 87-106.
- 野原真理, 若林千津子, 山口綱世 (2013). 看護学生の保健所・市町村保健センター実習: 実習経験と自己評価からの分析. 日本看護学会論文集 (地域看護), 43, 159-162.
- 野原真理, 若林千津子, 山口綱世, 照沼美代子 (2013). 地域看護学実習の展開方法の検討: 学生の実習経験と自己評価からの分析. 医療保健学研究, 4, 27-39.
- 野原真理, 小林れい子, 渡辺羊子 (2018). 保健師基礎教育における健康教育の授業展開: アクティブラーニングによる学生の学び. 聖徳大学研究紀要, 28, 119-126.
- 野尻由香, 下園美保子, 麻生保子, 望月由紀子, 岸恵美子 (2013). 地域看護学実習Ⅱにおける学生の目標到達に関わる要因の検討: 実習終了時の経験録の分析より. 帝京大学医療技術学部紀要, 2, 27-35.
- 大橋裕子, 白石知子, 小塩泰代, 藤丸郁代, 山口知香枝, 石黒美穂, 鈴木寛之, 宮武真生子, 大島圭恵, 城 憲秀, 玉利玲子 (2012). 地域看護学実習において学生がとらえた保健師の活動と役割. 中部大学生命健康科学研究所紀要, 8, 44-48.
- 岡久玲子, 多田敏子, 藤井智恵子, 松下恭子 (2011). 看護大学生が生活行動記録体験後のロールプレイを通して理解した保健指導方法. 日本地域看護学会誌, 14(1), 71-77.
- 岡本光代, 石井敦子, 谷野多見子, 土橋まどか, 山田和子, 前馬理恵 (2011). 保健師教育における臨地実習の内容に関する実態. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 7, 77-85.
- 岡本光代, 石井敦子, 谷野多見子, 山田和子, 前馬理恵 (2014). 学生が単独で行う継続した家庭訪問における学習内容: 地域看護実習の記録の分析から. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 10, 41-51.
- 奥野ひろみ, 五十嵐久人, 高橋宏子, 山崎明美, 石田史織, 成田太一 (2014). 公衆衛生看護を学ぶ学生のためのケースメソッド演習の開発とその効果に関する研究. 信州公衆衛生雑誌, 8(2), 73-79.
- 大宮朋子, 丸山美知子, 鈴木良美, 中島梨枝子, 津野陽子 (2016).

- 保健師教育課程の選択制導入前後における「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価の比較. 東邦看護学会誌, 13, 23-30.
- 大西昭子, 高藤裕子, 野村美紀, 坂本 結, 森本美佐子 (2018). 中山間地域におけるフィールドワークの取り組みの成果 (第1報). 高知学園短期大学紀要, 48, 15-34.
- 佐伯和子, 平野美千代, 本田 光 (2013). 学士課程における保健師教育強化モデルコースの教育実践: 統合カリキュラムから大学院教育への過渡期の形態として. 北海道公衆衛生学雑誌, 27(2), 197-201.
- 斉藤恵美子, 鈴木良美, 岸恵美子, 澤井美奈子, 掛本知里, 中田晴美, 五十嵐千代, 麻原きよみ, 永田智子, 森 豊美, 栗原せい子 (2017). 保健師教育課程選択制導入前後の保健師による学生実習の技術到達度評価の比較. 日本公衆衛生看護学会誌, 6(2), 150-158.
- 榎原 文, 小笹美子, 福岡理英 (2016). 地域看護学実習指導者による学習効果を高めるための指導上の工夫. 鳥根大学医学部紀要, 38, 55-61.
- 佐藤公子 (2018). 「保健師課程 (選択性)」における効果的な保健師教育についての検討. 保健師ジャーナル, 74(3), 239-246.
- 島田 昇, 丸岡紀子, 佐藤京子 (2016). 産業保健実習における実習事前課題に関する検討: 産業保健師 (看護職) 養成のための学習内容についての考察. 日本ヘルスサポート学会年報, 2, 45-53.
- 清水美代子 (2013). コーチングを活用した保健指導演習の学生の学び. 愛知総合看護福祉専門学校紀要, 3, 342-344.
- 清水美代子, 永井道子 (2015). フィールドワークを取り入れた地域診断演習における学生の学び. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 10(1), 123-134.
- 下村聡子, 安田貴恵子, 酒井久美子, 御子柴裕子, 柄澤邦江, 松原智文 (2012). 地域看護実習での体験を通して得られた学生の学び: 市町村および保健所における実習に焦点をあてて. 長野看護大学紀要, 14, 35-49.
- 志野泰子 (2018). 医療者教育におけるアクティブ・ラーニング導入の質的評価: 公衆衛生看護学演習の授業実践の成果. 大和大学研究紀要 (保健医療学部編), 4, 23-29.
- 白木裕子, 浦橋久美子, 齋藤澄子, 松原智文 (2013). 地域看護学実習における実習指導の課題: 保健師の評価を受けて. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 4(1), 57-65.
- 鈴木知代, 若杉早苗, 入江晶子, 仲村秀子, 伊藤純子 (2017). A 大学における保健師学生の地域診断能力の評価: ミニマム・リクワイアメンツを活用して. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 25, 19-28.
- 鈴木良美, 新井優紀, 津野陽子, 美ノ谷新子, 杉本正子 (2011). 学生による「保健師教育における技術項目と卒業時の到達度」に基づく自己評価. 東邦看護学会誌, 8, 36-42.
- 鈴木良美, 斉藤恵美子, 澤井美奈子, 岸恵美子, 掛本知里, 中田晴美, 五十嵐千代, 三好智美, 麻原きよみ, 永田智子, 森 豊美, 神楽岡澄 (2015). 東京都特別区における保健師学生の技術到達度に関する学生・教員・保健師による評価. 日本公衆衛生雑誌, 62(12), 729-737.
- 鈴木良美, 斉藤恵美子, 澤井美奈子, 岸恵美子, 掛本知里, 中田晴美, 五十嵐千代, 麻原きよみ (2016). 保健師選択制導入前後における学生の技術到達度と実習体験に関する評価. 日本公衆衛生雑誌, 63(7), 355-366.
- 多田美由貴, 岡久玲子, 松下恭子, 岩本里織 (2017). 実習前後における「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」に関する学生の自己評価. 四国公衆衛生学会雑誌, 62(1), 115-121.
- 高橋秀治, 松本憲子, 中村千穂子, 小野美奈子, 中尾裕之 (2018). 公衆衛生看護学実習の到達度を高める教育方法に関する研究: 実習前後の学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」自己評価の変化から. 保健師教育, 2(1), 66-77.
- 高嶋伸子, 辻よしみ, 小島千明, 合田加代子, 林 佳子, 平尾智広 (2014). 保健師教員による疫学教育の実践と評価. 地域環境保健福祉研究, 17(1), 27-34.
- 武田道子, 辻 京子, 吉村尚美 (2016). 公衆衛生看護管理論において施策化能力の育成をめざした演習等教育方法の効果. 四国大学紀要 (自然科学編), 43, 9-13.
- 田村須賀子, 山崎洋子, 時田礼子, 安田貴恵子 (2018). 学士課程の講義・演習における「保健師の家庭訪問」の教育内容・方法の特徴. 保健師ジャーナル, 74(1), 48-54.
- 田中美延里, 奥田美恵, 豊田ゆかり, 野村美千江 (2012). 捉えにくい保健師の専門性に着目した実習生の学習過程. 四国公衆衛生学会雑誌, 57(1), 85-92.
- 田中美延里, 奥田美恵, 窪田志穂, 入野了士, 野村美千江 (2016). 保健師ポートフォリオを活用した臨地実習指導者による学習支援とその効果. 日本地域看護学会誌, 19(1), 40-47.
- 田中小百合, 松川泰子, 徳重あつ子 (2013). 地域看護学実習でのHIV/エイズ予防普及啓発活動から得た学び. 明治国際医療大学誌, 9, 23-28.
- 田中小百合, 松川泰子, 徳重あつ子 (2014). 看護学生が行った大学生へのエイズ啓発活動におけるピアエデュケーションの効果. 明治国際医療大学誌, 10, 15-18.
- 田中富子, 兼田啓子, 綱島公子 (2015). 「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」における学生の自己評価: 地域看護学実習形態別の個人/家族を対象とした到達度の比較. 吉備国際大学研究紀要 (医療・自然科学系), 25, 67-75.
- 田中富子 (2017). 看護学生の「健康教育」実践力を育成する教授方法の検討: 授業・演習・実習別の学び認識の比較. インターナショナル *Nursing Care Research*, 16(4), 61-71.
- 田中富子 (2018). 看護学生の「健康教育」実践力を実習で育成する方法: 公衆衛生看護学実習における学生・指導保健師の評価比較. 川崎医療福祉学会誌, 27(2), 545-553.
- 種本 香, 原田小夜, 安孫子尚子, 大籠広恵 (2015). 地域診断演習における学生の学びと教授方法の検討. 聖泉看護学研究, 4, 55-66.
- 栃本千鶴, 吉村 隆, 片倉和子 (2017). 公衆衛生看護学実習における理解度に関する研究. 中京学院大学看護学部紀要, 7(1), 1-13.
- 塚本恭正 (2015). 岩手県看護短期大学保健師養成課程における放射能・放射線に関する教育実践. 岩手公衆衛生学会誌, 26(2), 21-30.
- 津野陽子, 丸山美知子, 鈴木良美, 大宮朋子, 美ノ谷新子, 杉本正子 (2014). 「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価による実習日数別の到達度の検討. 東邦看護学会誌, 11, 1-7.
- 魚里明子, 森田智子, 中世古恵美, 神山幸枝 (2011). 統合カリキュラムにおける地域看護学実習の学習成果と課題. 関西看護医療大学紀要, 3(1), 18-28.
- 牛尾裕子 (2014). 学士看護学基礎教育課程における地区診断の演習・実習教育の現状. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 21, 37-49.
- 牛尾裕子, 松下光子, 飯野理恵 (2014). 公衆衛生看護教育を担当する大学教員が「地区診断」の教育において重視していた教

- 授内容. 日本地域看護学会誌, 16(3), 82-89.
- 牛尾裕子, 松下光子, 塩見美抄, 宮芝智子, 飯野理恵, 嶋澤順子, 小巻京子, 竹村和子 (2016). 地域診断の実習・演習における教員の評価視点: ループリック開発のためのパフォーマンス評価の規準となる内容の探索. 日本地域看護学会誌, 19(3), 6-14.
- 若杉早苗, 鈴木知代, 入江晶子, 仲村秀子, 伊藤純子 (2016). 公衆衛生看護技術論演習及び実習のカリキュラム改正における保健師学生の実践力向上効果: ミニマム・リクワイアメンツを活用して. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 24, 17-31.
- 渡邊路子, 田辺生子, 伊豆麻子, 坪川トモ子 (2017). ケースメソッドを取り入れた公衆衛生看護技術演習の効果と課題. 新潟青陵学会誌, 9(1), 53-62.
- 山下清香, 尾形由起子, 小野順子, 手島聖子, 楢橋明子, 野見山美和 (2014). 地域と共同で実施した地域担当制の地域看護学実習の評価. 福岡県立大学看護学研究紀要, 11(2), 53-61.
- 矢庭さゆり, 金山時恵, 藤田彩見 (2016). ミニマム・リクワイアメンツ全国保健師教育機関協議会版 (2014) から捉えたA大学看護学部の保健師教育における課題 (第1報). 新見公立大学紀要, 37, 145-154.
- 横山美江, 松本珠実, 藤山明美, 岡本里美, 岡島さおり, 鎌田久美子, 佐伯和子, 佐藤美佐子, 多田敏子, 野口久美子, 藤丸知子, 松井通子, 大場エミ, 森岡幸子 (2012). 保健師教育の質を保証する地域看護学実習モデルの構築: 4単位実習モデル. 保健師ジャーナル, 68(3), 226-234.
- 吉田礼維子, 針金佳代子, 若山好美, 小澤涼子 (2015). 保健師の専門性の学びを深める選択実習の成果: 健康なまちビジョン, 計画立案をとおして. 天使大学紀要, 15(2), 1-13.
- 吉村 隆, 栃本千鶴, 片倉和子 (2016). 公衆衛生看護学実習における学生の学びの分析. 中京学院大学看護学部紀要, 6(1), 17-28.
- 吉岡幸子, 野尻由香, 望月由紀子, 麻生保子, 岸恵美子 (2012). 地域看護学実習IIにおける実習経験内容と今後の課題. 帝京大学医療技術学部看護学科紀要, 3, 85-99.
- 全国保健師教育機関協議会 (2018a). 保健師学校養成所における基礎教育に関する調査. 平成29年度 厚生労働省医政局看護職員確保対策特別事業報告書. <http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h30-kisokyouiku-chousa.pdf> (参照2019年2月26日)
- 全国保健師教育機関協議会 (2018b). 公衆衛生看護学教育モデル・コア・カリキュラム (2017). <http://www.zenhokyo.jp/work/doc/core-curriculum-2017-houkoku-3.pdf> (参照2019年5月20日)

〔2019年4月4日受 付〕
〔2019年8月1日採用決定〕

退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程

Thought Process of Discharge Support Nurses Who Aim to Provide Appropriate Discharge Support for Patients

湯 浅 香 代¹⁾ 三 宅 茉 里 奈¹⁾ 森 本 美 智 子²⁾
 Kayo Yuasa Marina Miyake Michiko Morimoto

キーワード：質的研究, 思考過程, 退院支援, 看護師

Key Words : qualitative research, thought process, discharge support, nurse

緒 言

わが国では超高齢社会が進んでおり、医療を取り巻く状況も変化している。総務省統計局人口推計によると65歳以上の高齢者人口は急速に増え、総人口に占める割合は28.1%となっている（総務省, 2018）。高齢化の進展は、疾病構造に変化をもたらした。悪性新生物をはじめとする慢性疾患の増加は長期的な治療や継続療養を必要とする人々の増加をきたしており（厚生労働省, 2018）、医療ニーズと介護ニーズをあわせもつ患者の増加へとつながっている。なお、60歳以上の男女とも療養場所としては、自宅を希望する者が最も多く、50%を超える人が最期を自宅で迎えることを望んでいる（内閣府, 2017）。これは、人々が住み慣れた環境でできるだけ長く過ごしたいという希望をもって示すものである。医療は、治癒や社会復帰を前提とした病院完結型から患者の住み慣れた地域や自宅での生活を支える地域完結型を目指しており（日本看護協会, 2015）介護との連携や多職種協働を強化しながら、在宅療養への積極的な移行を推進している。これは住み慣れた環境でできるだけ長く過ごしたいという人々の希望と合致するものである。

退院支援・退院調整は、在院日数短縮とあいまって医療システムのなかで複雑な課題を抱える患者・家族に対してより活発に行われる傾向にあり、150床以上の病院の67.1%が退院調整部門を設置している（日本訪問看護振興財団, 2011）。厚生労働省は、退院支援の必要性が高まっているを受け、2016年にこれまでの退院調整加算に代わって退院支援加算を新設した。これは、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を維持できるように、病棟への退院支援職員の配置や入院早期での患者・家族との面談など、積極的な退院支援を促進することを目的としたものである（厚生労働省, 2016）。現在、

地域・在宅療養への移行を効率的に行うことは非常に重要な案件となっており、看護師には患者が在宅療養へと円滑に移行できるように、入院早期から患者の病態や治療状況を把握したうえで、患者・家族のニーズを把握し、多職種と連携しながら支援を行うことが求められている。

退院支援看護師の活動内容としては、退院調整を必要とする患者のスクリーニング、患者・家族との面談などがある（藤澤ほか, 2006）。病棟看護師が退院支援にかかわることも多いが、患者の入院前の生活状況や家族の介護力について情報を得にくく、病棟看護師は患者の在宅生活のイメージをもちにくい現状にあることが報告されている（川嶋・森・松宮・磯邊, 2015）。退院支援看護師の役割には、病棟看護師が患者に対し生活者という視点をもってかかわれるように教育的に病棟看護師にかかわる必要性（楠本・川崎, 2008；田中・伊藤・真野, 2012）もある。また訪問看護師が退院支援看護師に期待することとしては、患者・家族の退院への意向を尊重することや訪問看護につながるタイミングの見極めがあるとされる（樋口・大木・田代, 2008）。本人の思いに寄り添った退院支援を展開していくには、多職種と連携して地域定着につなげていくことが課題であり、重要となっていることも報告されている（正井, 2016）。しかし、退院支援活動についてはその流れを示した報告はあるものの（山梨県看護協会, 2015）、退院支援看護師が実際にどのような意識や考えをもって支援を行っているのか、その思考過程を検討した報告は希少である。退院支援は、患者の権利擁護、患者と家族の関係調整、ニーズにあう地域資源の探索などさまざまな活動が同時に行われていく複雑な過程である（石橋ほか, 2011）。退院支援看護師がその過程のなかで何を思考しているのか、その思考過程を検討することは、患者が在宅療養へと円滑に移行できるようにするための支援に関する理解を深めることにつながると考える。患者にとってよい退院支援

1) 岡山大学病院 Okayama University Hospital

2) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Okayama University

を行うための看護師の意識や考えを明らかにすることは、退院支援を促進するうえでの基礎資料にもなりうると考えた。

本研究は、退院支援看護師が終末期や要介護状態、高齢の患者をスクリーニングし、患者が実際に地域で暮らしていくまでの支援において、どのような意識や考えをもち支援を行っているのか、その思考過程を説明するモデルを探索的に生成し、その特徴をふまえたうえでよりよい退院支援を行うためのさらなる課題を検討することを目的とした。

I. 本研究における用語の定義

退院調整および退院支援：宇都宮・三輪（2011）を参考に、「退院支援」とは「患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援」と定義した。また、退院調整とは「患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向をふまえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程」とした。退院支援看護師とは、「退院調整部門に所属し、主に退院支援業務を担う看護師」とした。なお本研究における、「よい退院支援」とは、川嶋ほか（2015）、田中ほか（2012）の退院支援に対する考え方を参考に「患者が安心して療養の場を移し、患者・家族が納得のいく療養や生活を維持できること」と定義した。

思考：思いや考えをめぐらせること。結論を導き出すなど、一定の状態に達しようとする過程において、筋道や方法などを模索する知的な精神活動、結論を導き出す心の働きを指す。本研究では、「患者が安心して療養の場を移し、患者・家族が納得のいく療養や生活を維持できることを目指した退院支援の流れのなかで、筋道や方法などを模索しつつ看護師が考えたり、思ったりしていること」とした。

II. 研究方法

1. 研究参加者

A県県庁所在地O市近郊の特定機能病院もしくは地域医療支援病院に承認されている400床以上を有する総合病院で、退院支援看護師としての実務経験（退院調整部門：総合患者支援センター、地域医療連携室、医療連携室、患者支援センターでの勤務）が1年以上ある看護師（常勤・非常勤は問わない、役職が管理職である者は除く）のうち研究参加の同意が得られた者を対象とした。

2. データ収集期間

2017年9月から10月。

3. データ収集方法

特定機能病院1か所と地域医療支援病院に承認されている400床以上を有する総合病院6か所のうち3か所の計4か所の病院の看護部長に依頼書を送付し、研究協力が得られる場合は対象者の紹介を得た。対象者には、インタビュー内容に関する文書を所属先に事前に郵送し、スムーズな語りが促されるように工夫をした。そのうえで、インタビュー当日、インタビューガイドをもとにした半構造化面接を行った。面接は対象者の希望する日時・場所で行い、個人のプライバシーが守られる個室を使用した。面接内容は対象者の同意を得て、ICレコーダに録音した。

4. 調査内容

対象者の概要については、年齢、性別、看護師としての経験年数、退院支援看護師としての経験年数を尋ねた。

退院支援に関しては、支援業務の流れをまず尋ねて話しやすくする工夫をしたうえで、〔対象患者のスクリーニングに関してどのような視点から情報収集や評価を行っているか〕〔患者・家族と面談する際、どのような情報を得ようとするか〕〔情報を集めるために対象者に対する接し方や、観察を行ううえで意識していることは何か〕〔退院カンファレンスやケア会議等で退院支援看護師の立場からどのような情報を発信・収集しようとするか〕について質問した。そのうえで、全体を通して退院支援を行ううえで重要になってくる視点や考え方・自分なりに大切にしていることを尋ねた。

5. 分析方法

データの分析には、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）（木下，2007）を参考とした質的分析法を用いた。本研究においてM-GTAを参考にすることにより、退院調整部門で勤務する看護師が支援を行う際の思考の過程を一つのモデルとして説明することができると考えた。分析テーマは〈退院支援看護師が患者にとってよい退院支援を行うための思考過程〉とし、分析焦点者は〈終末期・要介護状態・高齢の患者の退院支援を行う退院調整部門で勤務する看護師〉とした。まず、一番多彩な内容が語られたデータを最初の分析焦点者に設定し、分析テーマと関連する箇所に注目し、その意味を忠実に表現するように命名して概念を生成した。概念ごとに分析ワークシートを作成した。分析ワークシートには概念名・定義・ヴァリエーション（具体例）・理論的メモを記入した。同時並行的に、それぞれの概念のヴァリエーションを他の分析焦点者のデータから追加した。また、他の研究参加者から新たな概念が生み出されないか検討した。生成された概念は、概念同士で比較を繰り返して解釈

の偏りを防ぎ、関係のある概念同士でカテゴリーを生成した。概念同士の関係と退院調整の流れを考慮し、結果図とストーリーラインを作成した。分析に関しては、真実性を確保するために、その過程において質的分析法による研究経験をもつ研究者にスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

研究参加依頼は、各病院の看護部長に本人の同意を得たうえで該当者を紹介してもらい、該当者には事前に目的や倫理的配慮について記載した説明書と同意書を送付した。面接調査時にも研究目的および方法について説明したうえで、同意書への署名をもって研究協力への受諾とした。面接は参加者の都合のよい日時に行うようにした。なお、本研究は岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会の承諾を得て実施した (U17-50)。

Ⅲ. 結 果

特定機能病院1か所と地域医療支援病院に承認されている400床以上を有する総合病院2か所の退院支援看護師4名が研究参加者であった。4名の看護師としての経験年数は17年以上であったが、退院支援看護師としての経験は1年6か月から3年であった (表1)。

分析の結果、19の概念と10のカテゴリーが生成された (表2)。概念やカテゴリー同士の関係を検討しながら〈退院支援看護師が終末期・要介護状態・高齢の患者にとってよい退院支援を行うための思考過程〉を研究参加者が語った退院調整の流れに沿って結果図 (図1) として表し、ストーリーラインを記述した。なお、【 】はカテゴリー、《 》は概念、「 」はヴァリエーションを示した。

1. 〈退院支援看護師が終末期・要介護状態・高齢の患者にとってよい退院支援を行うための思考過程〉のストーリーライン

退院支援看護師は、まずスクリーニングの際に【退院支援が必要な人を取りこぼさない】ようにしていた。また、退院にかかわる問題点の明確化と目標の共有や退院前カンファレンスの実施時には、【家での暮らしをイメージして支援につなげる】【家族のサポート力を見極める】ことを

考えていた。これらは、【療養先を見据えて社会資源に目を向ける】ことにもつながっていた。【療養先を見据えて社会資源に目を向ける】際には【医療者のみに限らずまわりの人々の知識や経験を取り込む】ことも重要視され、取り込むことで【自分のなかに新たな視点を加える】ことができていた。さらに、退院調整の一連の流れを通して【病棟の看護師を“退院支援”に巻き込む】ことも意識していた。

退院支援を行うにあたって《患者が満足する退院支援を行いたいという強い思い》が【常に根底にある思い】であった。その思いから、中核となる考えとして【本人と家族の情報をすりあわせて支援の方向を探る】ために《本人の思いを一番大切にすることや《本人の気持ちばかり優先せず、家族の状況も考える》ようにしていた。また《納得できるゴールを目指す》が、《患者にとってよい退院支援を行うことにむずかしさを感じる》ことで【見えない結果への葛藤】も起きていた。

2. 各カテゴリーと概念の説明

生成されたカテゴリーを概念と具体例で説明する。

1) 【退院支援が必要な人を取りこぼさない】

このカテゴリーは、《退院支援が必要な人をいつでもすくいあげる》《支援が本当に必要なのか再度関係者で話し合う》という2つの概念から構成された。一度スクリーニングしていても患者の状態にあわせて臨機応変に再度スクリーニングを行い《退院支援が必要な人をいつでもすくいあげる》ことを考え、スクリーニングシートによる評価だけでなく《支援が本当に必要なのか再度関係者で話し合う》ことで退院支援が必要な人を取りこぼさないようにしていた。

「まだちょっとどっちになるかはわからないけど、でももしかしたらすんなりは帰れなさそう、やっぱり、一応退院支援を入れとこうかな、っていうところを担当のプライマリーの看護師と退院調整看護師と連携室の看護師とで再度話し合っ (D氏)」

2) 【家での暮らしをイメージして支援につなげる】

このカテゴリーは、《サポートが必要かどうか生活の動線をイメージしようとする》《家での暮らしを他者の力を借りて思い描く》という2つの概念で構成された。《サ

表1 研究参加者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏
年齢	30歳代	60歳代	40歳代	40歳代
性別	女性	女性	女性	女性
看護師としての経験年数	17年	40年	21年	18年
退院支援看護師としての経験年数	1年10か月	1年6か月	3年	2年

退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程

表2 退院支援看護師が患者にとってよい退院支援のためにやっている思考のカテゴリー

カテゴリー	概念		定義
		ヴァリエーションの例	
退院支援が必要な人を取りこぼさない	退院支援が必要な人をいつでもすくいあげる	状況や状態にあわせて、臨機応変にスクリーニングをしようとする	
	例)「スクリーニングかけても途中でまた変化する部分があります。予想外のことが発生して。そしたらその時点で新たにスクリーニングはかけられるので、いつでもいいんです」		
家での暮らしをイメージして支援につなげる	サポートが必要かどうか生活の動線をイメージしようとする	移動の距離や家の造りから実際の生活の場をイメージして、物品やサービスの利用が必要か検討しようとする	
	例)「家の前に石段がゴツゴツあったら歩けないだろう、とか玄関に入るまでにたとえば何段かあるんです、とかだったら家だけの造りじゃなくて車を停めてそこから家に入るまでのアプローチからスタートして聞いていかないと落とし穴があるというか」		
家族のサポート力を見極める	患者に必要な医療処置のサポートが家族で可能か見極める	継続的な医療処置が在宅で可能か、家族の協力の程度と照らし合わせて考える	
	例)「医療処置のところでは、物品とかの購入場所とか(中略)誰がどのようにして購入してお家で生活できるか」		
療養先を見据えて社会資源に目を向ける	看護師の立場から、今後の療養先を見極める	専門職として、現在の状況から適切な療養先を判断すること	
	例)「自分自身の看護師としての経験とか知識とかを活かしてアセスメントし、その情報をもとに療養先の検討を進めていくとか」		
医療者のみに限らずまわりの人々の知識や経験を取り込む	患者に沿った社会資源を手探りで探し、働きかける	患者が在宅で安全安楽に療養できるように、あらゆるサービスのなかから必要とされ、利用できるものを探し活用すること	
	例)「IADL(手段的日常生活活動)の部分の内容を聞いてサポートするのが、たとえばヘルパーさんが入るだけで生活できるな、とか、いろんなサービスが入ってやったら(支えたら)、(家に帰ることが)できるから」		
自分のなかに新たな視点を加える	退院後の生活で困らないように、入院中からできる準備をチームで考える	事前に困りそうなことを聞いたり、状態から予測して入院中から話し合うこと	
	例)「病院と在宅で看護していくみんなが集まっている場なので、何かが発信されても「じゃあそれに対してどうする」っていうのはその場で話が進めていけるので(中略)事前にご家族さんに退院後の生活についてどういうことが困りそう、とかいう話は聞いて」		
病棟の看護師を退院支援に巻き込む	病棟看護師の退院支援に関する意識を変えていきたい	病棟でも「退院支援」を行っている、と自覚してかわれるように関心を喚起したいこと	
	例)「私たちが情報をとるんですけど、現場の看護のほうも、入院して医療をするだけじゃなくて、この人を退院に向けてどうするかといった意識の変化を。現場の看護師さんにも意識を変えてもらわないといけないので」		
本人と家族の情報をすりあわせて支援の方向を探る	本人の思いを一番大切に	患者自身がどうしたいかということを優先して考えること	
	例)「ご本人がどうしたいのかが一番大事だな、と思うし大切にしたいと思っています」		
見えない結果への葛藤	本人の気持ちばかり優先せずに家族の状況も考える	患者自身がどうしたいかということだけに沿って考えるのではなく、患者の家族にどの程度の介護力、協力、時間があるか客観的に理解すること	
	例)「実際行き来したりお世話するのは家族なので、本人さんのことにはばかり寄り添ってしまうと、ちょっとむずかしくなっていくこともあるんですけど」		
退院支援が必要な人を取りこぼさない	患者にとってよい退院支援を行うことにむずかしさを感じる	これまでの退院支援を振り返ったときに「本当によかったのか」と不安になったり簡単ではないと感じること	
	例)「自分のなかでこれがよかったなとかこのケースはできたなとか思ったことは一回もなくって、お家で過ごしてよかったと思うのは、患者さんだから、私が思うことじゃなくって、私は一生懸命知識とか他のスタッフとかと比べて考えてそのときはベストとかと思ってしているけれども、その人にとってベストかどうかはその方にしかわからなくて」		

退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程

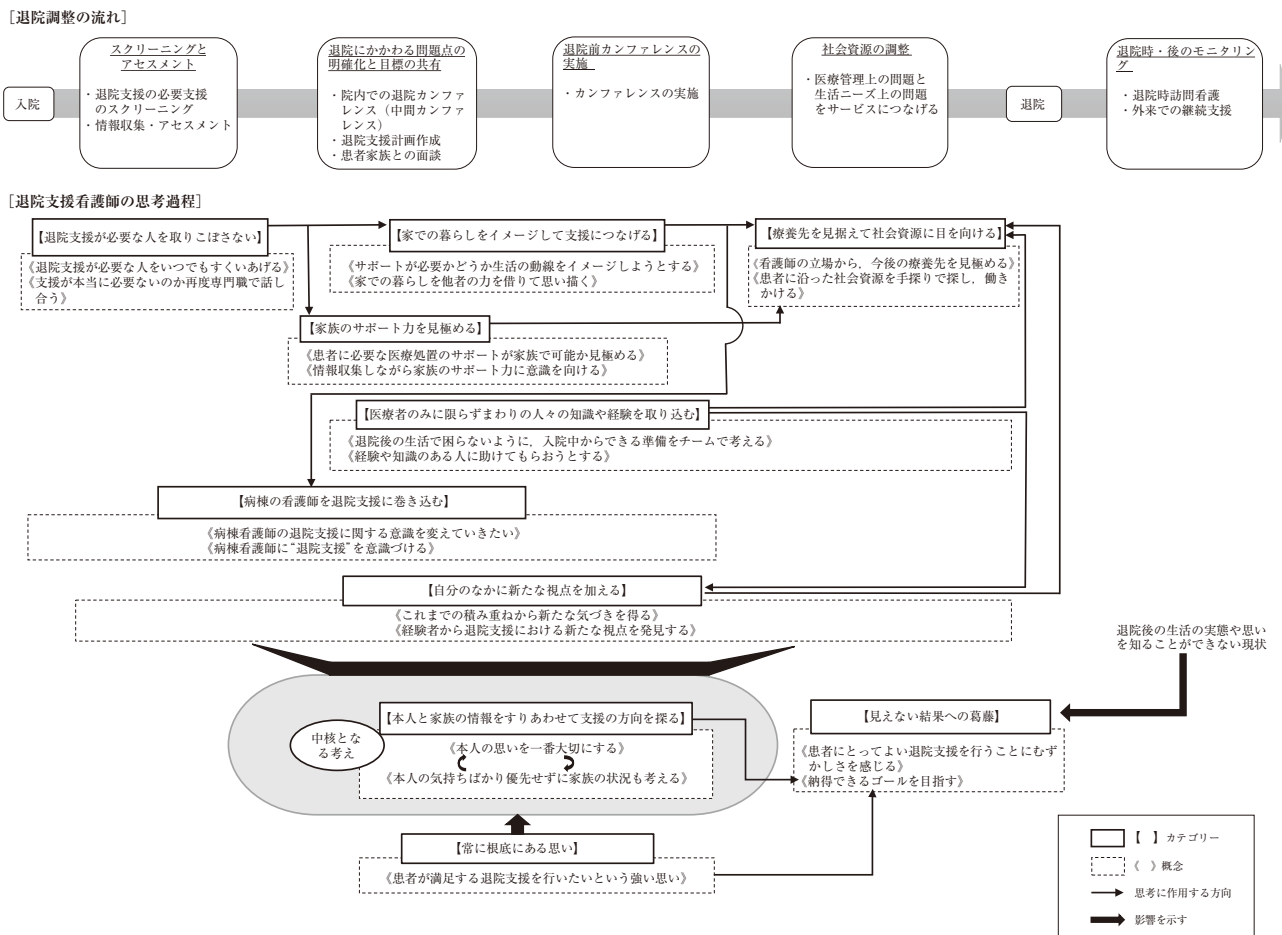


図1 退院調整の流れとそこで行われる退院支援看護師の思考過程

ポートが必要かどうか生活の動線をイメージしようとする》ことで、生活の場をより具体的にイメージして、サービスの利用を検討しようとしていた。また、入院中にはわからない患者の自宅や地域での様子を、患者本人やケアマネジャー、地域のヘルスボランティア等から情報を得て、《家での暮らしを他者の力を借りて思い描く》ことをしていた。

「玄関に入るまでにとたとえば何段（B氏）」「ベッドからトイレまで何メートル（D氏）」

3) 【家族のサポート力を見極める】

このカテゴリーは、《患者に必要な医療処置のサポートが家族で可能か見極める》《情報収集しながら家族のサポート力に意識を向ける》という2つの概念から構成された。自宅で継続した医療処置が必要な場合もあり、退院支援看護師は家族の協力の程度と照らし合わせて、輸血のために病院に連れて行くことが可能か、経管栄養といった知識・技術・物品の管理を家族が継続的にできるかなど、《患者に必要な医療処置のサポートが家族で可能か見極める》ことをしていた。また、病態の変化も想定したうえで《情報収集しながら家族のサポート力に意識を向ける》こ

とがされていた。

「（病気が悪化するといった）そういう状況になったときにこの人が生活していけるかどうか、ご家族がサポートしていけるか、っていうのを情報収集しながら考えている（A氏）」

4) 【療養先を見据えて社会資源に目を向ける】

このカテゴリーは、《看護師の立場から、今後の療養先を見極める》《患者に沿った社会資源を手探りで探し、働きかける》という2つの概念で構成された。療養先については、専門的な知識を用いて、客観的に情報をアセスメントして《看護師の立場から、今後の療養先を見極める》ことをしていたが、一方で、知識と経験を活用して《患者に沿った社会資源を手探りで探し、働きかける》ことで、在宅療養を可能にしようとしていた。

「IADL（手段的日常生活活動）の部分の内容を聞いて、たとえばヘルパーさんが入るだけで生活できるな。介護力が足りないような方でも、訪問診療入って、訪問看護入っただけで生活できるようにした。いろんなサービスが入ってやったら（支えたら）、（家に帰ることが）できるから（B氏）」

5) 【医療者のみに限らずまわりの人々の知識や経験を
取り込む】

このカテゴリーは、《退院後の生活で困らないように、入院中からできる準備をチームで考える》《経験や知識のある人に助けてもらおうとする》という2つの概念から構成された。退院支援看護師は、医療者だけでなく他の専門職の知識や技術、経験を支援に活かそうと、多職種会議で発信を行い、《退院後の生活で困らないように、入院中からできる準備をチームで考える》ようにしていた。看護師一人の力だけでどうにかしようとはせずに、《経験や知識のある人に助けてもらおうとする》ことを考え、専門以外の部分はその分野に長けている人の知識や経験で補っていた。

「事前にご家族さんに退院後の生活についてどういうことが困りそう、とかいう話は聞いて (D氏)」

6) 【自分のなかに新たな視点を加える】

このカテゴリーは、《これまでの積み重ねから新たな気づきを得る》と《経験者から退院支援における新たな視点を発見する》という2つの概念から構成された。退院支援看護師としての経験や直面してきた問題から、病棟での看護経験では気に留めなかったところに注意が向くようになり、《これまでの積み重ねから新たな気づきを得る》ことでそれを次に役立てようとしていた。また、他職種から自分になかった考え方を取り入れ、《経験者から退院支援における新たな視点を発見する》ことをしていた。これらは、看護師自身の経験や知識を豊かにするために考えられていた。

「いろんな経験を積み重ねることで看護の面でもそうですけど、退院支援の面でも役立つかなと思っている (B氏)」

7) 【病棟の看護師を退院支援に巻き込む】

このカテゴリーは、《病棟看護師の退院支援に関する意識を変えていきたい》《病棟看護師に“退院支援”を意識づける》という2つの概念から構成された。よい退院支援をするためには、自分たちだけではなく病棟看護師も一緒に調整を行っていると思っかかわってほしいと、《病棟看護師の退院支援に関する意識を変えていきたい》と考えていた。また病棟看護師も退院支援を行っていることを感じられるようにと《病棟看護師に“退院支援”を意識づける》ことで、退院支援への積極的な関心を高めることを考えていた。

「現場の看護の方 (看護師) も、入院して医療をするだけじゃなくて、この人を退院に向けてどうするかといった意識の変化を (B氏)」 「一番近くで見るのは病棟 (看護師) だからどんな感じですかっていう参加ができるような働きかけっていうのは、常に心がけている内容 (C氏)」

8) 【常に根底にある思い】

《患者が満足する退院支援を行いたいという強い思い》という概念がカテゴリーに移行された。《患者が満足する退院支援を行いたいという強い思い》は、患者の満足感が得られる退院支援を提供したいという強い意思を常にもって支援を行っていることを表していた。

「私が何をすれば退院調整がうまくいくか (B氏)」 「本人さんの思いってところと、それを叶えてあげるためにどう働きかけたら、誰に働きかけたら実現するか (D氏)」

9) 【本人と家族の情報をすりあわせて支援の方向を探る】

このカテゴリーは、《本人の思いを一番大切にすること》と《本人の気持ちばかり優先せずに、家族の状況を考える》という2つの概念から構成された。退院支援看護師はまず患者本人がどうしたいか、《本人の思いを一番大切にすること》を考えていた。一方で、退院後自宅で生活する場合は、実際に通院や在宅での世話や介護を担うのは家族であるので患者の思いばかりに寄り添うのはむずかしいと、《本人の気持ちばかり優先せずに家族の状況も考える》こともしていた。【本人と家族の情報をすりあわせて支援の方向を探る】は、患者本人の思いと家族の状況、この折り合いがつく部分を探し出そうとしていることを表していた。

「ご本人がどうしたいのかっていうのが一番大事、大切にしたい (A氏)」 「本人さんが一番の思い、どうしたいか、患者さん本人がどうしたいか、どういう生活を送りたいかということが基本にはなる (B氏)」

10) 【見えない結果への葛藤】

このカテゴリーは、《納得できるゴールを目指す》《患者にとってよい退院支援を行うことにむずかしさを感じる》という2つの概念から構成された。退院支援看護師は患者本人や家族が望む療養の場で過ごせるように、納得できたうえで在宅看護や施設入所ができるように職種間で連携して《納得できるゴールを目指す》ことを目標としていた。その一方で、退院後の生活の実態や思いを知ることができない現状があることに加えて、よい退院支援であったかどうか、看護師が評価するのは難しいことから《患者にとってよい退院支援を行うことにむずかしさを感じる》こともあり、【見えない結果への葛藤】となっていた。

「よかったと思うのは (中略) 私が思うことじゃなくて (中略) その人にとってベストかどうかはその人にしかわからなくて (C氏)」

IV. 考 察

退院支援看護師は《患者が満足する退院支援を行いたいという強い思い》を根底にもち、患者と家族の情報をすり

あわせて支援の方向性を探り、双方が納得できるゴールを目指していた。また、【家族のサポート力を見極める】【家での暮らしをイメージして支援につなげる】ことをしながら、【療養先を見据えて社会資源に目を向ける】ために、まわりの人々の経験や知識を取り込んで、新たな視点に加えていることが明らかとなった。これが、患者にとってよい退院支援を行うために、退院調整の流れのなかで退院支援看護師が行っている思考過程であった。一方で、よい退院支援ができたかどうかについては、評価しにくさを抱えていた。これらの特徴をふまえつつ、退院支援を行ううえでの課題について考察をする。

1. 患者と家族の情報をすりあわせて支援の方向性を探り、双方が納得できるゴールを目指す

退院支援看護師は、【本人と家族の情報をすりあわせて支援の方向性を探る】と、患者の思いを最も大切にしながらも家族の状況を考えて、退院調整の方向性を探っていた。在宅で患者を看病・介護する役割を引き受けた家族にとっては、そこに生じる問題を引き受け、24時間対峙しなければならない。終末期がん患者の場合、全人的苦痛や診療行為の多さといった在宅ケア上のむずかしさがある（堀井・光木・寫田・大西，2008）。家族の介護力や医療処置の必要性は、患者本人のADLや経済面と並んで退院リスクとしてあげられており（田中ほか，2012）、在宅療養への支援には家族の介護力の見極めが重要であることがうかがえる。しかし、豊田・八代（2015）は、退院支援看護師が支援の方向性を示すとき、それを善いと判断する根拠のひとつが“患者の思い”であると報告している。退院支援看護師は、患者のこれまで営んできた日常を思い、残された人生へどのように繋いでいくことが善い選択となりうるのかと悩み、移り行く状況のなかで患者のこれからに責任と責務を負って行動している（豊田，八代，2015）。本研究においても、退院支援看護師は患者の思いを最も大切にしていたが、患者の思いを大切にしながらも、通院や在宅での世話や介護を担うのは家族であり、家族の状況を考えて、これらをすりあわせて方向性を探っていた。病棟看護師は、退院支援に際して意向の違いなど患者と家族の調整が難しいと感じていることが報告されている（藤村ほか，2015）。在院日数が短縮されているなかで、双方が納得できるゴールを目指すためには、このすりあわせをいかに的確に行えるかが重要であり、患者・家族にとって納得のいく療養や生活を維持する支援にもつながると推察される。なお、退院支援を行うときには、患者・家族との合意形成が重要であることがわかっており、それができていなければ、医療者主導になってしまう可能性もある（柏木，2013）。また、影山・浅野（2015）は、家族や医療者といった多くの人々

が患者の退院に関する意思決定にかかわることは、複数の意見から最善の決定を導ける可能性もあるが、患者の意思が尊重されにくいといったことが起こる可能性も考えられると述べている。退院支援看護師が患者の病状や状態を把握しつつ、家族の状況も把握して、その情報をすりあわせて方向性を探ることは、患者・家族にとってお互いの折り合いをつけた最善の決定をするために重要な思考であると考えられた。

2. まわりの人々の経験や知識を取り込んで、新たな視点に加える

2008年の退院調整加算の導入により、150床以上の病院の67.1%が退院調整部門を設置しており（日本訪問看護振興財団，2011）、2016年の診療報酬改定もあり、現在、退院支援看護師は増加していることが推察される。しかし、退院調整部門で勤務する看護師は、看護師としての経験年数は長いものの退院支援看護師としての経験年数は比較的短い者が多い現状にある（日本訪問看護振興財団，2011）。本研究の参加者も退院支援看護師としての経験年数は3年以下であった。病棟看護師を対象とした報告ではあるが、酒井（2018）は看護ケア能力と退院調整能力は正の関係にあるものの強くない（ $r=.379$ ）ことを示している。退院支援も看護実践の一部であるが、この報告は看護ケアを展開する能力が高くても退院調整能力が必ずしも高まっているとはいえないことを意味する。退院調整部門で退院支援にかかわる看護師は、関係機関との調整・連携のむずかしさなど、病棟で看護ケアを行っている際には直面することの少ない問題を抱えることもある。だからこそ、【医療者のみに限らずまわりの人々の知識を取り込む】ことで【自分のなかに新たな視点を加える】。それを退院支援に活かすことをしており、それがよい退院支援を行ううえでも重要になるのだと考えられた。本研究参加者の所属する退院支援部門には、専門性の高い人から助言を得て、自分のもっていない視点を他者から取り入れやすい環境・体制が整っていたことが推察される。たとえばソーシャルワーカーは、退院支援過程において患者を含む家族員全体の関係性に着目しながら、医療的判断に社会面や経済面の要素を盛り込み実現可能な退院支援策を検討する特徴がある（石橋ほか，2011）が、退院調整看護師とソーシャルワーカーは、異なる視点や支援方法をもちつつも共通の目標を掲げて退院支援に取り組める職種である。それぞれの職種が体験から得た豊富な資源の結び付けや見極めを共有できる体制があれば、それぞれの職種が相互に育てられ、弱い部分が教育・強化され、双方ともにより質の高い支援ができるようになるのではないかと指摘もある（石橋ほか，2011）。退院支援看護師は、さまざまな職種から情報を得

て、弱い部分を強化しようとしており、このような他職種の観点や思考を取り入れること、視点を広げることが、質の高い支援へとつながるものと考えられた。これは、常に根底にある“患者が満足する退院支援を行いたい”という強い思いに支えられているものと考えられる。

3. よりよい退院支援を行うためのさらなる課題

退院支援看護師は、よりよい退院支援を行うために病棟の看護師を退院支援に巻き込むことも意識しており、病棟看護師の退院支援に関する関心を高めていくことは重要な課題の一つであると考えられた。木場・齋藤（2017）は、退院支援看護師と積極的に協働している看護師は、普段から病棟での退院支援を積極的に実施している。協働の推進が、病棟看護師の退院における支援を活性化し、患者の退院後の暮らしにつながる可能性を示唆している。本研究においても、退院支援看護師が病棟の看護師を退院支援に巻き込もうとしていることが示されたが、病棟看護師が退院支援に積極的に関心をもてるように、あるいは知識を獲得できるように院内の研修会の企画や実施など退院支援看護師が教育活動を積極的に行っていくことも必要になるであろう。退院支援看護師が、実践で培ってきたノウハウ（まわりの人々の経験や知識を取り込んで、加えた新たな視点）を実践知として広げていくことは、患者にとってよりよい支援につながると考えられる。

また、今回の研究結果から退院支援看護師は、退院後の生活や思いを知ることができないために《患者にとってよい退院支援を行うことにむずかしさを感じる》ことが明らかになった。実際に今回の面接調査時には病院の看護師が自宅訪問をして退院後のモニタリングを行っていると言った看護師もいた一方で、対象の患者数が多いため退院後のモニタリングや評価を行うことに関して時間や人員を割くことがむずかしい、という語りもあり、病院ごとで退院後の評価への取り組み状況は異なっていた。退院支援は、退院後の生活を予測し計画立案・実践・評価していく一連のケアプロセスである（篠田, 2007）ため、ケアの質を保ち、維持していくためには実践したケアの評価が重要である（楠本・川崎, 2008）。したがって、退院後のモニタリング・評価という流れの体制を整え、退院支援看護師自らが、行った支援に対する評価をできるよう組織的な体制作

りも求められるのではないかと考える。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究では、退院支援看護師がどのような意識や考えをもって支援を行っているのか、その思考過程を説明するモデルを探索的に生成し、その特徴をふまえたうえでよりよい退院支援における課題を検討することを目的とした。そのため、地域環境の類似した特定機能病院と地域医療支援病院に承認されている総合病院に勤務する退院支援看護師を対象としており、限定された結果である。退院支援看護師全般の思考過程を示すには、さらなる研究への取り組みが必要である。

結 論

退院支援看護師は、患者が満足する退院支援を行いたいという強い思いをもち、支援の方向を探り、納得できるゴールを目指していた。納得できるゴールのためには、退院支援看護師自身が多く知識や経験を得ようとする意識が必要であった。また、退院支援看護師はよりよい退院支援を行うために病棟の看護師を退院支援に巻き込むことも意識していた。一方で、退院後の患者の生活の実態が十分に見えていないことによって、行った退院支援に対する評価ができていないことが課題としてあげられた。退院後のモニタリングを行い評価しやすい体制を整えることで、看護師のより質の高い退院支援看護実践につなげることができるのではないかと考えられた。

謝 辞

本研究の実施にあたり、面接調査にご協力いただきました参加者の皆さまに心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：退院支援看護師が退院支援を行う際の思考過程を明らかにし、よりよい退院支援を行うためのさらなる課題を検討することである。

方法：退院調整部門で勤務する看護師4名に対し半構造化面接を行い、データ分析には質的分析法を用いた。

結果：退院支援看護師は、患者が満足できる退院支援を行いたいという【常に根底にある思い】をもち、【本人

と家族の情報をすりあわせて支援の方向を探る】ことをしながら、患者・家族が納得できるゴールを目指していた。また、よりよい退院支援を行うために、【医療者のみに限らずまわりの人々の知識や経験を取り込む】ことや【病棟の看護師を退院支援に巻き込む】ことを意識していた。退院支援看護師には、退院後の患者の生活の実態を知ることのできない現状に葛藤もあった。

結論：退院後のモニタリング・評価の体制を整えること、病棟看護師の退院支援に関する関心を高めていくことが課題である。

Abstract

Purpose: To explore the thought process of discharge support nurses, and to consider issues for appropriate discharge support.

Method: Semi-structured interviews were conducted with four nurses who work in the discharge coordination department. As the method of analysis, qualitative data analysis was used.

Result: Discharge support nurses aim to help patients and their families reach a consensus. Therefore, the nurses “keep in mind” their hope to provide appropriate support for patients and “assess patients and their families to determine the direction of support”. For appropriate discharge support, the nurses are conscience of two things: “learning from others, not just medical staff” and “involving floor nurses in discharge support”. One difficulty faced by discharge support nurses is that it is impossible to know how patients live after discharge.

Conclusion: It is necessary to establish an evaluation system after discharge, and raise awareness of discharge support for ward nurses.

文 献

- 藤澤まこと, 普照早苗, 森 仁美, 黒江ゆり子, 平山朝子, 川井恵理子 (2006). 退院調整看護師の活動と退院支援における課題. 岐阜県立看護大学紀要, 6(2), 35-41.
- 藤村史穂子, 上林美保子, 蘇武彩加, 田口美喜子, 岩淵光子, 松川久美子, 工藤朋子, 三浦まゆみ, 松本知子, 千葉一枝, 兼田昭子 (2015). 退院支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難とその対処. 岩手県立大学看護学部紀要, 17, 1-12.
- 樋口キエ子, 大木正隆, 田代孝雄 (2008). 訪問看護師が期待する退院支援に関する研究 (平成19年度学長特別共同プロジェクト研究報告書), 順天堂医学, 54(4), 527.
- 堀井たづ子, 光木幸子, 寫田理佳, 大西早百合 (2008). 在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究. 京都府立医科大学看護学科紀要, 17, 41-48.
- 石橋みゆき, 吉田千文, 木暮みどり, 津野祥子, 丸谷美紀, 雨宮有子, 樋口キエ子, 諏訪部高江, 佐瀬真粧美, 葛西好美 (2011). 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴. 千葉看護学会誌, 17(2), 1-9.
- 影山葉子, 浅野みどり (2015). 家族への退院支援に関する国内文献レビュー (第1報): 退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて. 家族看護学研究, 20(2), 93-105.
- 柏木ゆきえ (2013). 機能障害を来した患者の退院支援における看護師の家族への関わりに関する研究. 日本赤十字秋田看護大学紀要・日本赤十字秋田短期大学紀要, 18, 27-35.
- 川嶋元子, 森 昌美, 松宮 愛, 磯邊厚子 (2015). 病棟看護師の退院支援の現状と課題: 患者が地域へ安心して戻るために. 聖泉看護学研究, 4, 29-38.
- 木場しのぶ, 斎藤智江 (2017). 急性期病院におけるがん患者への退院支援: 病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性. 日本看護科学会誌, 37, 298-307.
- 木下康仁 (2007). 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) の分析技法. 富山大学看護学会誌, 6(2), 1-10.
- 厚生労働省 (2016). 平成28年度診療報酬改定の概要. <https://www.jshp.or.jp/cont/16/0304-1.pdf> (参照2017年9月27日)
- 厚生労働省 (2018). 平成29年 (2017) 患者調査の概況: 結果の概要 1 推計患者数. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/01.pdf> (参照2019年6月26日)
- 楠本順子, 川崎浩二 (2008). 満足度調査による退院支援の評価. 日本医療マネジメント学会雑誌, 9(2), 322-326.
- 正井美佳 (2016). 退院に否定的な長期入院患者への退院支援: 多職種のかかわりによって行動変容が生じた事例からの学び. 日本精神科看護学術集会誌, 59(2), 107-111.
- 内閣府 (2017). 平成29年版高齢社会白書 (全体版): 平成28年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/sl1_2_3.html (参照2018年7月18日)
- 日本訪問看護振興財団 (2011). 退院調整看護師に関する実態調査. 日本看護協会委託事業報告書. <http://www.jvnf.or.jp/taian.pdf> (参照2017年9月27日)
- 日本看護協会 (2015). 2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン~いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護へ. <https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf> (参照2017年9月18日)
- 酒井久美子 (2018). 大学病院で退院調整に関わる病棟看護師の退院調整能力と看護ケア能力との関連. 日本医療マネジメント学会雑誌, 18(4), 238-241.
- 篠田道子 (2007). ナースのための退院支援・調整: 院内チームと地域連携のシステムづくり. 10-15, 東京: 日本看護協会出版会.
- 総務省 (2018). 統計トピックスNo.113: 統計からみた我が国の高齢者 (65歳以上): 「敬老の日」にちなんで. <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi1131.html> (参照2018年9月16日)
- 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子 (2012). 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要, 6(1), 65-71.
- 豊田智子, 八代利香 (2015). 高齢者の退院に関わる退院調整・支援看護師の意思決定の拠り所. 日本看護倫理学会誌, 7(1),

17-25.
宇都宮宏子, 三輪恭子 (2011). これからの退院支援・退院調整 : ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 10, 東京 : 日本看護協会出版会.

山梨県看護協会 (2015). 一人ひとりの看護師が行う 退院支援マネジメントガイドライン. <https://www.yna.or.jp/wp-content/uploads/2015/06/4f5d4dc71e5315b81b2a79fd9b0518ff.pdf> (参照 2017年 9月27日)

[2019年 1月 5日受 付]
[2019年 8月 7日採用決定]

日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討

The Review on the Condition can Continue Living Healthy Elderly People Living Alone

白 砂 恭 子¹⁾
Kyoko Shirasuna瀧 田 英 津 子²⁾
Etsuko Fuchita

キーワード：高齢者，独居，健康

Key Words：elderly people, live alone, good health

緒 言

日本の高齢化率は、2017年10月時点において27.7%（内閣府，2018）に達しており、2065年には38.4%になる見込みである。また、2016年以降は団塊の世代が高齢期に入り、前期高齢者（65～74歳）人口は減少傾向となるが、後期高齢者（75歳以上）は増加傾向であることから、今後も高齢化率は上昇すると推計されている。日本人の平均寿命は、男性80.98年、女性87.14年と過去最高を更新する一方で、日常生活に制限のない期間を指す健康寿命と平均寿命の差は、男性で約9年、女性で約12年に及ぶ（厚生労働省，2018）。加えて、要介護状態がおおよそ9～12年の期間になることや、2065年には平均寿命が男性84.95年、女性91.35年に達する可能性があることから、健康寿命の延伸が重要である（厚生労働省，2019）。

厚生労働省の高齢期の暮らしに関する意識調査（厚生労働省，2016a）によれば、40歳以上の男女のうち70%以上の人は、高齢期に自宅での生活を希望している半面、病気や介護が必要になったときに不安であることが示されている。一方で、高齢者は、加齢や疾病により虚弱な状態や障害を抱えた状態になりやすい。そのため、高齢者自身が独居生活を希望しても、三世同居の減少、生涯未婚率の増加（内閣府，2018）により、自宅に独居生活を継続することが困難となる状況が生じると考える。また、要介護認定者の割合は、後期高齢者が約20%、超高齢者が約60%という現状があり（厚生労働省，2016b）、家族や地域といった周囲からのサポートにより独居生活を継続できる可能性がある反面、周囲からのサポートが不足すれば、孤立や認知症の進行といった問題が生じる可能性がある。

地域社会は、高齢者がその人らしく独居生活を送りながら、日常生活において人々と交流し、支え合う相互扶助の場であり（厚生労働省，2008）、その相互扶助に対するサ

ポートが整備されることで高齢者の不安軽減につながると考える。しかし、都市型地域では近隣関係が希薄化しており（遠山，2016，p.209）、相互扶助が成立しにくい場合もある。日本においては、独居高齢者が増加していることから、独居高齢者が加齢や疾病による影響に対処しつつ、健康に生活を送るためには、地域社会における相互扶助や生活の不安軽減が重要になるといえる。

以上のことから、加齢や疾病などの影響を受けやすい高齢者が健康に生活を送れる条件の検討は、高齢者本人、家族や医療者、地域社会にとって喫緊の課題といえる。加えて、高齢者が希望する人生や生活の継続、支援する側の身体的・精神的・経済的な負担軽減が見込まれることから、高齢者と支援する側の双方において、生活の質の向上につながると考える。独居高齢者を対象とした健康に関する研究は、社会参加の頻度と国際生活機能分類における要因との関連（多次・北岡・渡部・別所，2016，p.105）や単身高齢男性の健康課題（横山ほか，2012，p.12）が報告されている。しかし、高齢者が健康に独居生活を送れる条件は明らかになっていない。そのため、本研究では、日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件を検討することを目的とする。

I. 研究方法

A. 文献の選定

医学中央雑誌のWeb版ver. 5を用いて、「ひとり暮らし or 独居生活 or 独居」and「高齢者」and「健康」を検索語とし、2008～2017年の原著論文を検索した結果、90件が抽出された。抽出された90件の本文を精読し、高齢者の健康的な生活に関する内容でない研究を除外した。具体的には、物を対象とした研究13件、看護師や看護学生などが対象の

1) 名古屋学芸大学 Nagoya University of Arts and Sciences

2) 名古屋大学大学院医学系研究科 Nagoya University Graduate School of Medicine

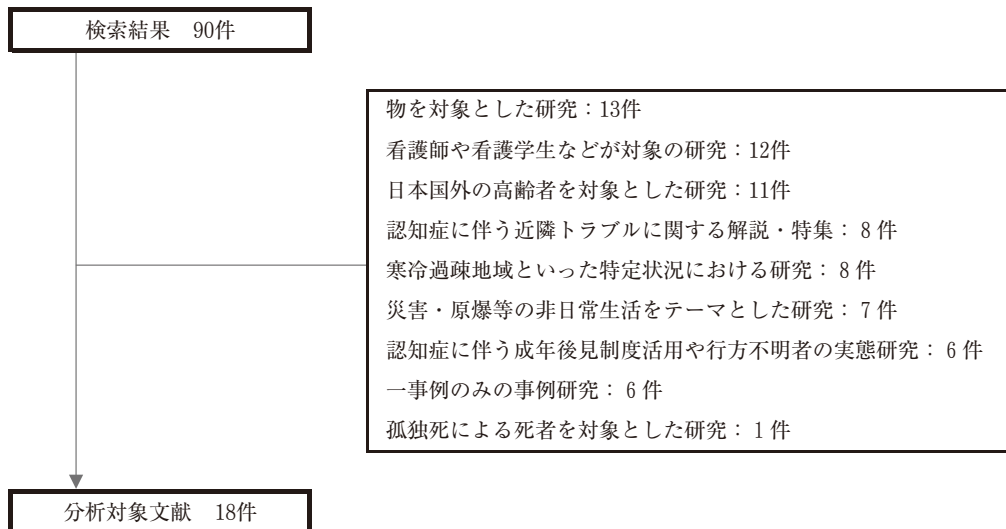


図1 文献の選定過程

表1 分析対象文献一覧

著者、発行年	タイトル	目的	対象	研究の種類	結果
1	橋本ほか、2017 独居高齢者の配偶者関係からみた類型別の高次生活機能および精神的健康状態の比較：首都圏高齢者の地域包括的孤立予防研究	独居高齢者を配偶者関係から類型化し、高次生活機能および精神的健康状態との関連を明らかにする	2013年に東京都A区の65歳以上の独居住民757名	量的研究	・世帯年収が高い群ほど、老研式活動能力指標総得点が高い。 ・世帯年収が高い群ほどWHO-5-J得点が高い。 ・独立別居群においては、別居者がいない場合とくにWHO-5-J得点が高く、別居者がいる群がとくに低い。
2	安孫子・原田、2017 自主グループ活動に参加する独居高齢者の継続参加への意味づけ	自主グループ活動に参加する独居高齢者の継続参加への意味づけを明らかにする	介護予防の自主グループ活動に1年以上参加する65歳以上の独居高齢者8名	質的研究	・独居高齢者の継続参加の意味づけは、【独居高齢者の自己決定による活動の参加】を実行し、活動継続により【独居高齢者の参加を支える存在】に出会い、【地域住民との交流のひろがり】を楽しみながら活動に参加することが【独居生活を継続するための自立への一助】となった。
3	藤井ほか、2017 独居高齢者における地域活動への参加と抑うつとの関連性	独居高齢者における地域活動への参加と抑うつとの関連性を明らかにする	有効回答のあった9,004名	量的研究	・抑うつ傾向の割合は男女とも「独居かつ地域活動不参加群」「非独居かつ地域活動不参加群」で有意に高い。「非独居かつ地域活動参加群」で有意に低い。
4	森ほか、2015 北海道内A町における単身の高齢者の健康関連要因の特徴	単身高齢者の特徴を明らかにする	単身高齢者375例（男性163例、女性212例）	量的研究	・単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、過去1年間の通院の経験がある者の割合が小さい。 ・単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、女性でやせの割合が大きい。 ・単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、過去1年間の通院の経験がある者の割合が小さい。 ・単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、男性でかかりつけ医をもっている割合が小さい。
5	吉業ほか、2015 埼玉県在住一人暮らし高齢者の食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連	地域在住一人暮らし高齢者を対象に、食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連を明らかにする	2013年9月に、埼玉県A市在住の一人暮らしの高齢者4,348人	量的研究	・主観的食料品店アクセスで、「少し大変、とても大変」と感じる者は、「とても容易」と感じる者に比べて食品摂取の多様性得点が低い。 ・女性ではソーシャルサポート（近所や親戚から、食物をもらうこと）ならびに食行動の夕食の準備（自分でつくって食べるか）について有意な関連があり、食品摂取の多様性得点低群の関連が低い。
6	角田ほか、2015 新興住宅地の開発がすすむ地域における高齢者の心の健康に関連する要因：コミュニティ感覚、居住環境を含む検討	高齢者のコミュニティ感覚や近隣効果尺度等が心の健康に関連する要因であることを検証する	2011年8月～9月、A市老人クラブに所属もしくは元気デイ参加者の65歳以上男女820人	量的研究	・抑うつの改善因子は、「主観的健康観」「趣味活動」「美観」「社交性」であった。 ・抑うつの危険因子は、「一人暮らし」「神経症性」「ストレス」であった。
7	杉浦ほか、2015 高齢者の日常生活状況に関する各種要因の解析（第I報）：老研式活動能力指標およびうつ傾向評価に関する因子の抽出	高齢者の活動能力指標および精神的な健康状態に関する因子を抽出する	65歳以上のアンケート回答者4,149名	量的研究	・高齢者の活動能力に対しては「毎日するべき仕事の有無」「田畑の世話」「趣味の有無」「ボランティアの協力意向」「話し相手」が関与する。 ・精神的な健康状態も「趣味の有無」「ボランティアの協力意向」「話し相手」が関与する。 ・田畑の世話など毎日するべき仕事の有無や趣味の有無は大きく関与する。 ・地域活動への参加や外出機会を増やすこと、話し相手をもつことは男女とも大きなプラス要因となる。 ・男性の独居や日中独居、孤食は女性以上にうつ傾向のマイナス要因となる。

日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討

著者, 発行年	タイトル	目的	対象	研究の種類	結果
8 大嶋ほか, 2015	独居男性高齢者2事例の自主グループ活動継続理由 健康意識の高まりと自分の居場所があること	自主グループ活動に継続参加する理由を明らかにする	A市の介護予防自主グループ活動に継続参加している独居男性2名	質的研究	・【人との関係性】【自主グループにおける自分の役割】【自らの健康意識の高まり】というカテゴリーが生成された。
9 花里ほか, 2014	都市部における要介護独居高齢者の主観的健康感に関連する要因	都市部における要介護独居高齢者の主観的健康感に影響する要因を明らかにし, 在宅生活の継続という観点から支援方法を検討する	東京都内に住み, 要介護認定を受け, 介護保険サービスを利用している65歳以上の要介護独居高齢者64名	量的研究	・子どもがいる者, 相談できる家族がいる者, 精神的自立性が高い者ほど主観的健康観が有意に高い。
10 Kikutaniら, 2013	地域在住要介護高齢者における栄養状態と咬合との関連 (Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people)	虚弱高齢者における栄養失調のリスクを判断する	日本の8都市に在住する要介護高齢者716名	量的研究	・天然歯の咬合の欠損は栄養不良の危険因子である。
11 小笹ほか, 2013	地域のひとり暮らし後期高齢者の交流頻度	ひとり暮らし後期高齢者の家族や親戚, 近隣の友人との交流頻度を明らかにする	31名 (男7名, 女24名)	量的研究	・交流頻度は女性のほうが男性より有意に高い。 ・女性が男性より友人と交流する頻度が有意に高い。 ・女性の交流得点が男性よりも有意に高い。 ・女性が男性よりも友人サポートが有意に高い。 ・女性は家族親戚に対する提供するソーシャルサポート, 友人から提供されるソーシャルサポートが男性に比べて有意に高い。
12 中村ほか, 2012	地域独居高齢者における介護予防に関する介入効果: 全身運動を組み合わせた咬合力アップ運動の効果と有用性について	咬合力や咀嚼力と運動の関連性に着目し, 咬合力アップ運動を導入して, その効果とQOLの維持および向上を目指す	70歳以上の独居高齢者で, 運動に参加した者10名と, 運動に参加しなかった者の中から無作為に抽出された者31名	介入研究	・地域高齢者において, 咬合力アップ運動は, 握力, 咬合力, 咀嚼力の維持および向上に対して効果的である。
13 中村ほか, 2012	地域独居高齢者における全身運動を組み合わせた咬合力アップ運動の効果と有用性について	咬合力や咀嚼力と運動の関連性に着目し, 咬合力アップに伴うQOLの維持および向上をめざす	咬合力アップ運動に参加した12例と, 参加しなかった者の中から無作為に抽出した31例	介入研究	・地域高齢者において, 咬合力アップ運動は, 咬合力, 咀嚼力の維持および向上に対して効果的である。
14 山下, 2011	高齢者の世帯別にみる食と生活 男性高齢者ひとり暮らしの特徴	男性高齢者の食物摂取頻度より社会的要因, 身体的要因を独居と夫婦世帯で比較検討する	鹿児島県M市に在住している高齢者148名	量的研究	・近所付き合いで独居男性は有意に低い。 ・独居男性の「穀類」「野菜・緑黄色野菜」の値が夫婦世帯男性の値より有意に低く, 「油脂類」は有意に高い。
15 斉藤ほか, 2012	同居者のいる住民基本台帳上の一人世帯高齢者の特性	名目独居高齢者の基本特性および心理的健康度について分析する	同居者のいる住民基本台帳上の一人世帯高齢者2,644人	量的研究	・名目独居 (実際には同居者がいるが台帳上は一人世帯) は, 実質独居よりも将来の不安は少なく, 一般同居と同程度である。 ・名目独居は一般同居よりも抑うつ傾向にあるが, 実質独居と同程度の水準である。
16 小林ほか, 2011	孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康 同居者の有無と性別による差異	孤立者が抱える生活・心理面での課題と, そのような課題が同居者の有無や性別によってどのように異なるかを明らかにする	独居群948人, 同居群1,426人	量的研究	・独居男性は42%が孤立に該当し, 独居女性 (17%) と大きな差がある。 ・私的サポート入手不能, サービス相談相手なし, 地域包括支援センターの非認知, 抑うつ傾向あり, 将来への不安の高さについていずれも「対面接触あり」に対する孤立者のオッズ比は有意に高い。
17 高野ほか, 2010	家族形態別高齢者のQOLと社会的支援の状況	地域高齢者を, 家族形態別に比較して高齢者の生活の質 (QOL) の課題および, 社会的支援について検討する	名古屋市K区K学区在住の65歳以上高齢者2,875人	量的研究	・一人暮らし高齢者のQOL尺度状況では, 生活活動力の, 買い物, 食事のしたく, 金銭管理, 身のまわりのことが自分でできないが有意に低率である。 ・一人暮らしの高齢者は, 朝食を食べない, 日頃スポーツをしないが有意に高率である。 ・人的サポート満足度は, 家族との付き合いに満足していないが有意に高い。
18 北野ほか, 2010	熊本県一農山村に居住する高齢者の健康状態と食・生活習慣との関連について	高齢者の日常生活状況や食生活状況ならびに歯科状況の実態を明らかにする	70歳以上の高齢者で, デイサービスを受けている494例, 80歳の者の歯の本数・栄養摂取・日常生活状況の把握をするための調査対象の190例, 81歳以上の独居老人, 夫婦のみ世帯の者412例	量的研究	・口腔状態の満足度は男女とも残存歯数20本以上の者が有意に高い。 ・よく眠れる者, 外出する者の割合は残存歯数20本以上の者が他群より有意に高い。

研究12件、日本国外の高齢者を対象とした研究11件、認知症に伴う近隣トラブルに関する解説・特集8件、寒冷過疎地域といった特定の状況における研究8件、災害・原爆等の非日常生活をテーマとした研究7件、認知症に伴う成年後見制度活用や行方不明者の実態研究6件、一事例のみの事例研究6件、孤独死による死者を対象とした研究1件を除外し、18件を分析対象文献とした。

B. 用語の定義

本研究において、健康とは、WHO憲章（世界保健機関、1948）と大辞泉（松村、1995、p.853）を参考に、「身体的にも精神的にも社会的にも調和のとれ、その人が望む生活に対して折り合いががついている状態とした。なお、調和のとれた状態とは、日常生活を送るために必要な最低限度の基本的日常生活活動（BADL）と手段的日常生活活動（IADL）が自立しているという身体的健康が維持され、自分の言葉で意思を表現できる精神的健康や、他者や社会との交流がある社会的健康が維持されている状態」と定義した。

C. 分析方法

18件の文献を精読し、用語の定義に記載してある健康の定義に適合していることを確認したうえで、高齢者が健康に独居生活を送れる条件となりうる記述内容を抜き出し、コードとした。次に、コードの類似性・相違性からサブカテゴリ、カテゴリ、コアカテゴリを作成し、健康的な生活を送るために必要となる事象を条件として抽出した。また、条件は、高齢者自身に備わっている事象と、高齢者を取り巻く状況や環境で整理した。さらに、健康の種類と独居高齢者の健康との関連を確認するため、健康の定義をもとにコードを身体的・精神的・社会的健康に分類した。文献は、検討すべき文献の全体像が一覧できるとされる大木（2013、p.75）のマトリックス方式を参考に整理した。なお、分析の過程において、老年看護学の研究者や実践者と議論を行った。倫理的配慮として、論文の著作権を尊重し、原論文に忠実であることに努めた。

II. 結 果

A. 研究の種類

18件の文献は、量的研究14件、介入研究2件、質的研究1件、事例研究1件であった。

B. 高齢者が健康に独居生活を送るための条件

18件の文献から独居高齢者が健康に生活を送るための記

述として、66のコードが抜き出された。コードの類似性と相違性を検討した結果、44サブカテゴリ、13カテゴリ、5コアカテゴリに分類され、2条件が抽出された。以下、コードを『 』、サブカテゴリを「 」、カテゴリを〈 〉、コアカテゴリを〔 〕、条件を【 〕と記載する。

2条件は、〔個人の特性〕〔意図した活動〕〔日常生活活動の維持〕からなる【高齢者自身の条件】と、〔孤独との向き合い方〕〔安心できる生活環境〕からなる【高齢者を取り巻く条件】が抽出された。

〔個人の特性〕は、〈性差〉〈性格〉〈経済的安定〉の3カテゴリ、「男性」「女性」「社交性」「神経症性」「世帯年収（300万円以上）」の5サブカテゴリからなる。〈性差〉は、他者との交流頻度や他者に頼る状況が男女で異なる傾向がみられた。〈性格〉は、社交性があることで抑うつ改善因子となる反面、神経症性の性格であると抑うつの危険因子となりうることが示された。〈経済的安定〉は、「世帯年収（300万円以上）」が目安であることがあげられた。

〔意図した活動〕は、〈自分の意思〉〈目的が明確な活動〉の2カテゴリ、「自分で一人暮らしの退屈さをしのぐ」「自ら独居生活の継続を目指す」「参加を自主的に決意」「自らの健康意識の高まり」「精神的自立性」「ボランティアの協力意向」「毎日すべき仕事の有無」「田畑の世話」「趣味活動」「地域活動（サークル、高齢者クラブ、ボランティア等）へ参加）」の10サブカテゴリからなる。〈自分の意思〉として、「自分で一人暮らしの退屈さをしのぐ」「自ら独居生活の継続を目指す」という目的があり、自主グループの参加や活動継続というニーズにつながっていることが示された。また、〈目的が明確な活動〉として、「毎日すべき仕事の有無」「田畑の世話」「趣味活動」という生きがいに関するサブカテゴリが多く示された。

〔日常生活活動の維持〕は、〈身体機能の維持〉〈身体機能の維持向上の取り組み〉〈手段的日常生活活動の維持〉の3カテゴリ、「栄養摂取エネルギー量」「天然歯の咬合の欠損」「残存歯数20本以上」「習慣的な活動」「身体への変化を実感」「継続的に取り組める運動」「咬合力アップ運動」「自分で雑事を実施」「自己で買い物をする」「自分で食事を準備」「自己で金銭管理」の11サブカテゴリからなる。〈身体機能の維持〉は、「栄養摂取エネルギー量」や「残存歯数20本以上」といった身体機能の状態は健康な生活に関与することが示された。〈身体機能の維持向上の取り組み〉は、「習慣的な活動」「継続的に取り組める運動」などの、高齢者自身で取り組める内容があげられた。また、高齢者が健康に生活するためには、高齢者の生活習慣、価値観を生かした運動や活動が必要であり、それらを能動的に実施することが、身体機能の維持に影響していた。さらに、〈手段的日常生活活動の維持〉として、「自分で雑事を実施」

表2 高齢者が健康に独居生活を送るための高齢者自身の条件

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
個人の特性	性差	男性	独居男性の「穀類」「野菜・緑黄色野菜」の値が夫婦世帯男性の値より低い。 独居男性の主観的健康観は「良くない・あまり良くない」が独居女性より高い。 男性の独居は、うつ傾向のマイナス要因となる。 独居男性は、友人や頼れる人がいない割合が独居女性より多い。 独居男性は、近所付き合いが女性より少ない。 単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、男性でかかりつけ医をもっている割合が小さい。	
		女性	家族親族との交流頻度は、女性が男性より高い。 友人との交流頻度は、女性が男性より高い。 家族親戚に提供するソーシャルサポート（心配事や悩みを聞く）は、女性のほうが高い。 友人から提供されるソーシャルサポート（心配事や悩みを聞く）は、女性のほうが高い。	
	性格	社交性	「社交性」は、抑うつの改善因子である。	
		神経症性	「神経症性」は、抑うつの危険因子である。	
	経済的安定	世帯年収（300万円以上）	世帯年収が高いほど、高次生活機能の指標（老研式活動能力指標）が高い。 世帯年収が高いほど、精神的健康の指標（WHO-5-J得点）が高い。	
	意図した活動	自分の意思	自分で一人暮らしの退屈さをしのぐ	〈一人暮らしの退屈さをしのぐ〉ため、自主グループ活動への参加を継続する。
			自ら独居生活の継続を目指す	介護予防の自主グループ活動で、自立した独居生活の継続を目指す。
			参加を自主的に決意	介護予防の自主グループ活動への参加を、自主的に決意する。
			自らの健康意識の高まり	〈自分自身の病気〉から健康意識が高まり、自主グループ活動への参加を継続する。
		目的が明確な活動	精神的自立性	精神的自立性が高い者ほど主観的健康観が高い。
ボランティアの協力意向			高齢者の活動能力に対しては「ボランティアの協力意向」が関与する。 精神的な健康状態は「ボランティアの協力意向」が関与する。	
毎日すべき仕事の有無			高齢者の活動能力は「毎日すべき仕事の有無」が関与する。	
田畑の世話			高齢者の活動能力に対しては「田畑の世話」が関与する。	
趣味活動			高齢者の活動能力に対しては「趣味の有無」が関与する。 「趣味活動」は、抑うつの改善因子である。 精神的な健康状態は「趣味の有無」が関与する。	
地域活動（サークル、高齢者クラブ、ボランティア等）へ参加			男女とも、独居で地域活動に参加しない人は、抑うつ傾向が高い。	
日常生活活動の維持	身体機能の維持	栄養摂取エネルギー量	単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、女性でやせの割合が大きい。	
		天然歯の咬合の欠損	天然歯の咬合の欠損は栄養不良の危険因子である。	
		残存歯数20本以上	残存歯数20本以上の者は、口腔状態の満足度が高い。 残存歯数20本以上の者は、よく眠れる者の割合が高い。 残存歯数20本以上の者は、外出する者の割合が高い。	
		身体機能の維持向上の取り組み	習慣的な活動 介護予防の自主グループ活動が、生活習慣の一部になっている。	
	身体機能の維持向上の取り組み	身体への変化を実感	介護予防の自主グループ活動の運動で、身体の変化を実感できる。	
		継続的に取り組める運動	介護予防の自主グループ活動で行われる運動は、継続的に取り組める内容である。	
		咬合力アップ運動	地域高齢者において、咬合力アップ運動は、握力、咬合力、咀嚼力の維持および向上に対して効果的である。 地域高齢者において、咬合力アップ運動は、咬合力、咀嚼力の維持および向上に対して効果的である。	
	手段的日常生活活動の維持	自分で雑事を実施	一人暮らし高齢者の生活活動力として、身のまわりのことが自分でしづらい。	
		自分で買い物をする	一人暮らし高齢者の生活活動力として、買い物が自分でしづらい。	
		自分で食事を準備	女性では食行動の夕食の準備（自分でつくって食べるか）が低い人ほど、食品摂取の多様性（10食品群の摂取頻度）得点が低かった。 一人暮らし高齢者の生活活動力として、食事のしたくが自分でしづらい。	
自分で金銭管理		一人暮らし高齢者の生活活動力として、金銭管理が自分でしづらい。		

表3 高齢者が健康に独居生活を送るための高齢者を取り巻く条件

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
孤独との向き合い方	孤立による影響	孤立に対するサポート	孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、サービス相談相手なしが高い。 孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、私的サポート入手不能が高い。 孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、地域包括支援センターの非認知が高い。	
		孤立による精神状態	孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、抑うつ傾向が高い。 孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、将来への不安が高い。	
	孤独感	名目独居 ^{*1}	名目独居は、実質独居よりも将来の不安は少ない。 名目独居は一般同居よりも抑うつ傾向にある。	
		孤食	男性の孤食は、うつ傾向のマイナス要因となる。	
安心できる生活環境	他者の存在	相談できる家族	相談できる家族がいる者ほど主観的健康観が高い。	
		子どもがいる	子どもがいる者ほど主観的健康観が高い。 独居で、子がいる場合は精神的健康の指標（WHO-5-J得点）が低い。	
		食物を提供する近所や親戚	女性ではソーシャルサポート（近所や親戚から、食物をもらうこと）が低い人ほど、食品摂取の多様性（10食品群の摂取頻度）得点が低かった。	
		話し相手	高齢者の活動能力に対しては「話し相手」が関与する。 精神的な健康状態は「話し相手」が関与する。	
		グループ活動の継続を推奨する人	介護予防の自主グループ活動では、活動継続を推奨する人が存在する。	
		他者との良好な関係性	活動メンバーとのなじみの関係	介護予防の自主グループ活動では、活動メンバーとのなじみの関係である。
			自主グループ参加者とのつながりを実感	〈自主グループ参加者とのつながり〉を感じるため、自主グループ活動への参加を継続する。
			人（活動メンバー）との交流拡大	介護予防の自主グループ活動では、人との交流を拡大できる。
			活動メンバーから独居者に対する気遣い	介護予防の自主グループ活動では、独居者に対する気遣いがある。
		身近に安心して利用できる場	主観的食料品店へのアクセス（買い物の利便性）	活動メンバーとの語らいを継続する楽しみ
主観的食料品店へのアクセス（買い物の利便性）	主観的食料品店アクセス（買い物の利便性）で、「少し大変、とても大変」と感じる者は、「とても容易」と感じる者に比べて食品摂取の多様性（10食品群の摂取頻度）得点が低い。			
グループ活動に無理なく通える場所	介護予防の自主グループ活動の場所は、無理なく通える場所である。			
グループ活動における自己の居場所	介護予防の自主グループ活動の場所では、自分の定位置がある。			
		独居生活に役立つ情報が取得できる場	介護予防の自主グループ活動の場所で、住む地域の情報が得られる。	

[注] ^{*1}：名目独居：実際には同居者がいるが台帳上は一人世帯。

「自己で買い物をする」などが関与し、基本的日常生活活動（BADL）と手段的日常生活活動（IADL）が、独居高齢者が健康に生活するうえでともに重要であることがあげられた。

〔孤独との向き合い方〕は、〈孤立による影響〉〈孤独感〉の2カテゴリ、「孤立に対するサポート」「孤立による精神状態」「名目独居」「孤食」の4サブカテゴリからなる。〔孤独との向き合い方〕は、サービスに関する相談が他者にできず、高齢者の抑うつ傾向や将来の不安が〈孤立による影響〉としてあげられた。また、〈孤独感〉という高齢者の思いや感覚を知ったうえで「孤立に対するサポート」が重要であることが示された。高齢者自身が孤立や孤独感

とどう向き合うかが、健康に独居生活を送ることに関係していた。

〔安心できる生活環境〕は、〈他者の存在〉〈他者との良好な関係性〉〈身近に安心して利用できる場〉の3カテゴリ、「相談できる家族」「子どもがいる」「食物を提供する近所や親戚」「話し相手」「グループ活動の継続を推奨する人」「活動メンバーとのなじみの関係」「自主グループ参加者とのつながりを実感」「人（活動メンバー）との交流拡大」「活動メンバーから独居者に対する気遣い」「活動メンバーとの語らいを継続する楽しみ」「主観的食料品店へのアクセス（買い物の利便性）」「グループ活動に無理なく通える場所」「グループ活動における自己の居場所」「独居生

表4 高齢者が健康に独居生活を送る記述内容の健康分類

健康分類			コード
身体	精神	社会	
○			独居男性の「穀類」「野菜・緑黄色野菜」の値が夫婦世帯男性の値より低い。
	○		独居男性の主観的健康観は「良くない・あまり良くない」が独居女性より高い。
	○		男性の独居は、うつ傾向のマイナス要因となる。
		○	独居男性は、友人や頼れる人がいない割合が独居女性より多い。
		○	独居男性は、近所付き合いが女性より少ない。
		○	単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、男性でかかりつけ医をもっている割合が小さい。
		○	家族親族との交流頻度は、女性が男性より高い。
		○	友人との交流頻度は、女性が男性より高い。
		○	家族親戚に提供するソーシャルサポート（心配事や悩みを聞く）は、女性のほうが高い。
		○	友人から提供されるソーシャルサポート（心配事や悩みを聞く）は、女性のほうが高い。
	○		「社交性」は、抑うつの改善因子である。
	○		「神経症性」は、抑うつの危険因子である。
○			世帯年収が高いほど、高次生活機能の指標（老研式活動能力指標）が高い。
	○		世帯年収が高いほど、精神的健康の指標（WHO-5-J得点）が高い。
		○	〈一人暮らしの退屈さをしのぐ〉ため、自主グループ活動への参加を継続する。
		○	介護予防の自主グループ活動で、自立した独居生活の継続を目指す。
		○	介護予防の自主グループ活動への参加を、自主的に決意する。
		○	〈自分自身の病気〉から健康意識が高まり、自主グループ活動への参加を継続する。
	○		精神的自立性が高いほど主観的健康観が高い。
	○		高齢者の活動能力に対しては「ボランティアの協力意向」が関与する。
	○		精神的な健康状態は「ボランティアの協力意向」が関与する。
	○		高齢者の活動能力は「毎日するべき仕事の有無」が関与する。
	○		高齢者の活動能力に対しては「田畑の世話」が関与する。
	○		高齢者の活動能力に対しては「趣味の有無」が関与する。
	○		「趣味活動」は、抑うつの改善因子である。
	○		精神的な健康状態は「趣味の有無」が関与する。
	○		男女とも、独居で地域活動に参加しない人は、抑うつ傾向が高い。
○			単身の高齢者は同居者のいる高齢者と比べて、女性でやせの割合が大きい。
		○	天然菌の咬合の欠損は栄養不良の危険因子である。
	○		残存歯数20本以上の者は、口腔状態の満足度が高い。
	○		残存歯数20本以上の者は、よく眠れる者の割合が高い。
		○	残存歯数20本以上の者は、外出する者の割合が高い。
		○	介護予防の自主グループ活動が、生活習慣の一部になっている。
		○	介護予防の自主グループ活動の運動で、身体の変化を実感できる。
		○	介護予防の自主グループ活動で行われる運動は、継続的に取り組める内容である。
○			地域高齢者において、咬合力アップ運動は、握力、咬合力、咀嚼力の維持および向上に対して効果的である。
		○	地域高齢者において、咬合力アップ運動は、咬合力、咀嚼力の維持および向上に対して効果的である。
		○	一人暮らし高齢者の生活活動力として、身のまわりのことが自分でしづらい。
		○	一人暮らし高齢者の生活活動力として、買い物で自分でしづらい。
		○	女性では食行動の夕食の準備（自分でつくって食べるか）が低い人ほど、食品摂取の多様性（10食品群の摂取頻度）得点が低かった。
		○	一人暮らし高齢者の生活活動力として、食事のしたくが自分でしづらい。
		○	一人暮らし高齢者の生活活動力として、金銭管理が自分でしづらい。
		○	孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、サービス相談相手なしが高い。
		○	孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、私的サポート入手不能が高い。
		○	孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、地域包括支援センターの非認知が高い。
	○		孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、抑うつ傾向が高い。
	○		孤立者（対面・非対面接触とも週1回未満）は、将来への不安が高い。
		○	名目独居は、実質独居よりも将来への不安は少ない。
		○	名目独居は一般同居よりも抑うつ傾向にある。
		○	男性の孤食は、うつ傾向のマイナス要因となる。
		○	相談できる家族がいる者ほど主観的健康観が高い。
		○	子どもがいる者ほど主観的健康観が高い。
		○	独居で、子がいる場合は精神的健康の指標（WHO-5-J得点）が低い。
○			女性ではソーシャルサポート（近所や親戚から、食物をもらうこと）が低い人ほど、食品摂取の多様性（10食品群の摂取頻度）得点が低かった。
	○		高齢者の活動能力に対しては「話し相手」が関与する。
	○		精神的な健康状態は「話し相手」が関与する。
		○	介護予防の自主グループ活動では、活動継続を推奨する人が存在する。
		○	介護予防の自主グループ活動では、活動メンバーとのなじみの関係である。
		○	〈自主グループ参加者とのつながり〉を感じるため、自主グループ活動への参加を継続する。
		○	介護予防の自主グループ活動では、人との交流を拡大できる。
		○	介護予防の自主グループ活動では、独居者に対する気遣いがある。
		○	介護予防の自主グループ活動は、活動を継続する楽しみがある。
○			主観的食料品店アクセス（買い物の利便性）で、「少し大変、とても大変」と感じる者は、「とても容易」と感じる者に比べて食品摂取の多様性（10食品群の摂取頻度）得点が低い。
		○	介護予防の自主グループ活動の場所は、無理なく通える場所である。
		○	介護予防の自主グループ活動の場所では、自分の定位置がある。
		○	介護予防の自主グループ活動の場所で、住む地域の情報が得られる。

活に役立つ情報が取得できる場」の14サブカテゴリからなる。〈他者の存在〉は、家族・親族といった身内に限定せず、近隣やグループ活動支援という地域に存在する人も重要他者であることが示された。また、重要他者との関係が良好であることが、独居高齢者が健康に生活を継続できることに関与していた。さらに、〈身近に安心して利用できる場〉は、高齢者の活動範囲に合致した利便性や自己の居場所があるという安心感が関連していた。

C. 高齢者が健康に独居生活を送る記述内容の健康分類

高齢者が健康に独居生活を送る記述内容は、19の身体的健康、20の精神的健康、27の社会的健康に分類され、人や社会とのつながりに関係する社会的健康が多く示され、身体機能や活動に関連する身体的健康が少なかった。

身体的健康は、『単身の高齢者は同居者のいる高齢者に比べて、女性でやせの割合が大きい』といった食事・栄養状態、『残存歯数20本以上の者は、よく眠れる者の割合が高い』といった歯・口腔状態、『高齢者の活動能力に対しては「話し相手」が関与する』といった活動に関する内容があげられた。

精神的健康は、『男性の独居は、うつ傾向のマイナス要因となる』といったうつ、『独居男性は、友人や頼れる人がいない割合が独居女性より多い』といった支援に関する不安、『世帯年収が高いほど、精神的健康の指標が高い』といった精神的健康の関連因子、『子供がいる者ほど主観的健康感が高い』『精神的な健康状態は「話し相手」が関与する』といった健康観・満足感に関することが示された。

社会的健康に関しては、『〈一人暮らしの退屈さをしのぐ〉ため、自主グループ活動への参加を継続する』といった自主グループ活動の促進、『家族親族との交流頻度は、女性が男性より高い』といった他者との交流、『孤立者は、サービス相談相手なしが高い』といった孤立、『残存歯数20本以上の者は、外出する者の割合が高い』といった外出機会に関するものがあげられた。

Ⅲ. 考 察

A. 高齢者自身の条件

高齢者自身の条件として〈性差〉や〈性格〉〈経済的安定〉といった〔個人の特性〕が関与していた。高齢者の〈性差〉に関して、男性高齢者は、配偶者以外の他者との交流が乏しく（藤堂ほか，2014），セルフケアや生活習慣に課題を有し（田高，2014，p.49），孤立しやすい（斉藤・冷水・武居・山口，2010，p.475）と指摘されている。一

方、女性は家族親族や友人との交流頻度は高いことが示されている（小笹ほか，2013，p.95）。つまり、高齢者自身がそれまでの人生で、地域社会や家族、親族、友人との間で、どのような人間関係を築いてきたかが〔個人の特性〕に影響していると考えられる。また、高齢者の心の健康に関連する要因として、神経症性は抑うつの危険因子である（角田・桂・星野・臼井，2015，p.140）との報告がある。本研究結果においても、〈性格〉の社交性は抑うつの改善因子、神経症性は抑うつの危険因子であることが示された。これは、ストレスを感じる出来事に遭遇した際、不安や心配で眠れなくなる人もいるため、抑うつ傾向と関連したと考える。〈経済的安定〉は、生活や健康へ何らかの影響をもたらす（今野・大友，2017，p.75）ことや経済状態が悪いほど受診をしていない傾向がある（相田ほか，2017，p.271）ことから、日常生活を営むうえで経済的安定は必要であると推察される。以上のことから、〈性差〉や〈性格〉〈経済的安定〉が、独居高齢者が健康に生活を送れる高齢者自身の条件に関係したと考える。

高齢者自身の条件として、他に〔意図した活動〕〔日常生活活動の維持〕が抽出された。〔意図した活動〕は、高齢者が「自分で一人暮らしの退屈さをしのぐ」や「参加を自主的に決意」といった〈自分の意思〉が関与していた。安孫子・原田（2017，p.16）は、自主グループ活動の参加において、独居高齢者の自主的な決意があるとしており、健康に独居生活を継続するうえでも、自分の意思で能動的に物事を決定することが大切であるといえる。また、廣瀬・杉山・武内・馬場崎（2009，p.30）は、独居高齢者が、なんらかの生きがいや楽しみをもって生活していることを明らかにしている。「田畑の世話」「趣味活動」といった〈目的が明確な活動〉を実行できることは、高齢者が能動的に自分のニーズを満たし、楽しみや生きがいを感じて健康に生活を継続できることにつながると推察される。加えて、〔日常生活活動の維持〕には〈身体機能の維持〉も重要となると考える。中村・高橋・前田・田中・谷野（2012，p.312）は、運動機能の維持・向上によって独居高齢者が多少なりともは長く自立した生活を営むことが可能になると述べており、〈身体機能の維持向上の取り組み〉や〈手段的日常生活活動の維持〉が健康に独居生活を継続することに関与したといえる。一方、〔日常生活活動の維持〕状況は、高齢者の価値観や生活習慣などによって大きく異なる。高齢者はいくつになっても健康でいたいという思い（今野・大友，2017，p.74）や、健康への願い（島田ほか，2007，p.42）があり、それが〈習慣的な活動〉や〈自分で金銭管理〉といった能動的な活動につながっていると推察される。以上のことから、高齢者自身の条件は、生活習慣や価値観などが影響し個々で大きく異なるた

め、高齢者自身が物事を能動的に決定できることが健康な生活を送ることに関係していると考えられる。

B. 高齢者を取り巻く条件について

高齢者を取り巻く条件は、〔孤独との向き合い方〕と〔安心できる生活環境〕が抽出された。〔孤独との向き合い方〕には、〈孤立による影響〉〈孤独感〉が含まれていた。これは、他者との交流頻度という孤立している状態が健康な独居生活の条件ではなく、高齢者自身の感覚的なものが影響していることを示している。斉藤ほか（2010, p.477）は、社会的孤立に陥りやすい軌道の一つとして、高齢期に重要な子どもとの関係が得られないことをあげており、高齢者と子どもの関係性が不安やうつ傾向に影響することが推察される。また、〔孤独との向き合い方〕は、〈他者の存在〉〈他者との良好な関係性〉〈身近に安心して利用できる場〉という〔安心できる環境〕と関係していると考えられる。本研究において、他者との関係は、家族・親族に限らず、近隣者との関係や趣味やサークル仲間など多岐にわたっていた。つまり、高齢者の独居を支えるのは、家族・親族といった限られた範囲の人ではなく、高齢者の生活に関係する隣人・友人などあらゆる人とのつながりやネットワークが大切であり、他者との関係性がしっかり結ばれていることが重要である（合田, 2006, p.49）と推察される。以上のことから、他者との関係性や生活環境が健康に独居生活を送れる条件といえる。

C. 社会的健康の重要性

高齢者が健康に独居生活を送る記述内容の健康分類は、社会的健康が多く示された。高齢者が健康に独居生活を送るためには、他者や社会と建設的で良好な関係を築けることが重要であると考えられる。独居であっても、高齢者が他者との関係を築き、社会とのネットワークのなかで生活していくことは必要である。船木（2014, p.11）は、高齢者が一人暮らしに上手く適応するためには、個人的要因だけでなく、周囲のサポートやネットワークの構築が必要であると述べており、社会的健康の重要性を示唆している。また、社会とのかかわりの状況は、健康寿命の保持や介護予防の有力な要因である（村山ほか, 2009, p.31）ことから、他人や社会との関係性を維持することが独居高齢者の健康に関与していると推察される。以上のことから、高齢者が健康に独居生活を送るためには人や社会とのつながりが重要であるといえる。

IV. 結 論

独居高齢者が健康に生活を送るためには、高齢者自身の条件として、〔個人の特性〕〔意図した活動〕〔日常生活活動の維持〕、高齢者を取り巻く条件として、〔孤独との向き合い方〕〔安心できる生活環境〕が抽出された。高齢者自身の条件である生活習慣や価値観などは、個々で大きく異なる。高齢者自身が物事を能動的に決定できることが健康な生活の継続に関係していると推察された。また、高齢者を取り巻く条件は、他者との関係性や生活環境が要因になると考える。一方、健康に独居生活を送る記述内容の健康分類は、19の身体的健康、20の精神的健康、27の社会的健康に分類された。社会的健康が多く分類されたことから、高齢者が健康に独居生活を送るためには人や社会とのつながりが重要であることが示唆された。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、国内の文献を用いて高齢者が健康に独居生活を送れる条件を検討した。検討に用いた文献は、国内に居住する独居高齢者を対象としたものであり、疾病や介護の必要性の有無に関する文献は含まれていない。また、独居高齢者が健康に生活を送れる条件を検討することが重要と考え、年齢区分の設定を設けずに文献検討を行った。高齢者は、年齢を重ねることで、疾患の合併や身近な人との別れ、退職といった喪失を経験する。前期高齢者より後期高齢者のほうが、加齢に伴う衰退の影響があり、身体機能の低下は顕著である一方で、幸福感や肯定的な思考が維持されている可能性も考えられる。そのため、年齢区分を分けて高齢者が健康に独居生活を送れる条件を検討することは重要であるといえる。今後は、年齢区分を分けて高齢者に半構造化インタビューを行い、本研究で示された独居高齢者が健康に生活を送れる条件と比較検討することが課題と考える。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件を検討する。

方法：『医中誌Web』で検索し、18件を分析対象文献とした。

結果：高齢者自身の条件である〔個人の特性〕〔意図した活動〕〔日常生活活動の維持〕と、高齢者を取り巻く条件である〔孤独との向き合い方〕〔安心できる生活環境〕が抽出された。高齢者が健康に独居生活を送る記述内容は、19の身体的健康、20の精神的健康、27の社会的健康に分類された。

結論：高齢者自身の条件は、生活習慣や価値観などは個々で大きく異なるため、高齢者自身が物事を能動的に決定できることが健康な生活の継続に関係していると推察された。また、高齢者を取り巻く条件は、他者との関係性や生活環境が要因になると考えられた。さらに、社会的健康が多く分類されたことから、高齢者が健康に独居生活を送るためには人や社会とのつながりが重要であることが示唆された。

Abstract

Purpose: This study examines methods for elderly people who live alone to continue living in good health.

Method: We researched the topic in “medicine average web” and analyzed 18 documents.

Result: The results looked into the various aspects of the living conditions of the elderly, including the characteristics of the individuals themselves, the activities that were expected of the individuals, how daily activity levels were maintained, and how they faced loneliness. The factors that influence continuing life in good health were classified into 19 physical health, 20 mental health, and 27 social health categories. Social health was the largest category and social health was found to most influenced by how connected a person was with the society.

Conclusion: When it comes to continuing a healthy life where the elderly could decide things for themselves, the lifestyles and values were found to be different across individuals. In addition, it was thought that relationships and living with others were the factors that most influenced the condition of an elderly person. Furthermore, it was suggested that it is important to connect with other persons and the society for the elderly to stay healthy and continue staying alone.

文 献

- 安孫子尚子, 原田小夜 (2017). 自主グループ活動に参加する独居高齢者の継続参加への意味づけ. 聖泉看護学研究, 6, 9-18.
- 相田 潤, 深井穂博, 古田美智子, 佐藤遊洋, 嶋崎義浩, 安藤雄一, 宮崎秀夫, 神原正樹 (2017). 歯科医院への定期健診はどのような人が受けているのか—受診の健康格差: 8020推進財団「一般地域住民を対象とした歯・口腔の健康に関する調査研究」. 口腔衛生学会雑誌, 67(4), 270-275.
- 船木 祝 (2014). 独居高齢者の社会的・精神的状況に関わる倫理原則の一考察. 北海道生命倫理研究, 2, 10-19.
- 合田加代子 (2006). 脆弱化後期高齢者の『我が家』で一人暮らしを支える要因に関する研究. 地域環境保健福祉研究, 9(1), 1-6.
- 廣瀬春次, 杉山沙耶花, 武内あや, 馬場崎美絵 (2009). 独居高齢者の生きがいに関する研究. 山口県立大学学術情報, 2, 26-31.
- 厚生労働省 (2008). 地域における「新たな支え合い」を求めて—住民と行政の協働による新しい福祉—. これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0331-7a.html> (参照2019年6月3日)
- 厚生労働省 (2016a). 平成28年版厚生労働白書(第1部 人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える: 第2章). <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-02.pdf> (参照2018年2月4日)
- 厚生労働省 (2016b). 平成29年度介護給付費等実態調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/16/index.html> (参照2018年2月4日)
- 厚生労働省 (2018). 第1特集: 自分で守り・つくるヒントがある! 考えてみよう 私自身の健康生活. 広報誌『厚生労働』, 3. https://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/kouhou_shuppan/magazine/2018/03_01.html (参照2019年5月14日)
- 厚生労働省 (2019). 健康寿命のあり方に関する有識者研究会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000495323.pdf> (参照2019年5月5日)
- 今野多美子, 大友芳恵 (2017). T市で暮らす在宅高齢者の生活ニーズ—語りの分析を通して—. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 13(1), 67-76.
- 小笹美子, 前堂沙也加, 當山裕子, 宇座美代子, 古謝安子, 外間知香子 (2013). 地域のひとり暮らし後期高齢者の交流頻度. 日本看護学会論文集: 老年看護, 43, 94-97.
- 松村 明 (監) (1995). 大辞泉. 853, 小学館.
- 村山くみ, 嘉村 藍, 小関久恵, 宮本雅央, 山下匡将, 早川 明, 島谷綾郁, 志水 幸 (2009). 島嶼地域における中高年者の社会とのかかわりとライフスタイルとの関連. 松本短期大学研究紀要, 18, 31-36.
- 内閣府 (2018). 平成30年度版高齢社会白書概要版. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/gaiyou/30pdf_indexg.html (参照2018年10月21日)
- 中村早緒里, 高橋志乃, 前田佳予子, 田中弥生, 谷野永和 (2012). 地域独居高齢者における介護予防に関する介入効果: 全身運動を組み合わせた咬合力アップ運動の効果と有用性について. 老年歯科医学, 27(3), 311-322.
- 大木秀一 (2016). 文献レビューのきほん. 75, 医歯薬出版.
- 齊藤雅茂, 冷水 豊, 武居幸子, 山口麻衣 (2010). 大都市高齢者の社会的孤立と一人暮らしに至る経緯との関連. 老年社会科学, 31(4), 470-480.
- 世界保健機関 (1948). Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/mission/en/> (参照2018年8月2日)

- 島田広美, 谷本真理子, 黒田久美子, 田所良之, 北島美奈, 高橋良幸, 菅谷綾子, 正木治恵 (2007). 高齢者の健康の特質に関する文献検討. 老年看護学, 11(2), 40-47.
- 角田英恵, 桂 敏樹, 星野明子, 臼井香苗 (2015). 新興住宅地の開発がすすむ地域における高齢者の心の健康に関連する要因: コミュニティ感覚, 居住環境を含む検討. 日本農村医学会雑誌, 64(2), 140-154.
- 田高悦子 (2014). 健康長寿を支えるケアのあり方: 男性独居高齢者の生活習慣と社会的交流をめぐって. 日本老年医学会雑誌, 51(1), 49-52.
- 多次淳一郎, 北岡英子, 渡部月子, 別所遊子 (2016). 大都市における一人暮らし高齢者の外出による社会参加の頻度と関連要因: 地縁組織活動への参加に焦点をあてて. 東海公衆衛生雑誌, 4(1), 103-109.
- 藤堂恵美子, 樋口由美, 今岡真和, 北川智美, 平島賢一, 石原みさ子, 上田哲也, 安藤 卓, 水野稔基 (2014). 男性高齢者と外出目的地との関連. 理学療法学, Supplement 2013(0), 0160.
- 遠山景広 (2016). 大都市における子育て家族の社会的孤立要因: SSP2015を用いた地域信頼度の分析より. 北海道大学大学院文化研究科研究論集, 16, 209-230.
- 横山美江, 岸本ゆき江, 二神満寿美, 門林順子, 松本珠実, 朽木悦子, 松本健二 (2012). 大阪市あいりん地区の単身高齢男性の健康課題の分析. 大阪市立大学看護学雑誌, 8, 9-15.

[2019年3月12日受 付]
[2019年7月16日採用決定]

救急外来における家族看護実践の程度と関連要因

Practicing Family Care at Emergency Department and Factors Related to the Practice

鷺尾 和¹⁾ 東野 督子²⁾ 西片 久美子³⁾
Chika Washio Tokuko Higashino Kumiko Nishikata

キーワード：家族看護，看護実践の程度，関連要因，救急外来

Key Words：family nursing, degree of nursing practice, related factors, emergency department

はじめに

救命救急センターに搬送される重症患者は、突然の発症や事故、慢性疾患の急性増悪により生命の危機状態に陥る。そのような患者の状況に家族は衝撃を受け、状況の危機状態に陥る。患者の意識がないことや外傷などによる外見の変貌、見慣れない各種の医療機器が置かれているという環境は、家族にとって脅威である。また、情報がないまま長時間待合室で待たされることや患者の生命や予後にかかわることについて即座に決断すべき状況などが、混乱と不安を招きよりいっそう危機的な状況となる。家族の不安やストレスは、患者への対応に影響するため、救急外来における家族ケアは重要となる。

森木・明石（2011）は、救急患者の家族に対して救急外来の看護師（以下、救急看護師という）は、「家族の余裕のなさを理解する」「家族援助の手がかりをつかむ」「家族に伝える情報をコントロールする」ことを実践していると述べており、京角・曾根・四十竹・八塚（2010）は、救急看護師の存在を示し、予測的かわり、意思決定の調整が、家族に対するケアの特徴であったと報告している。また、山勢・山勢・立野（2013）の調査によると、救急・クリティカルケア領域における認定看護師および専門看護師の家族看護実践は「信頼関係構築」「情報提供」が高く、家族の周囲の環境を整え、心理的危機状況にある家族に情報と情緒支援の提供を行い、十分な時間がないなかで、意思の尊重と行動支援をするということを明らかにしている。

しかし、多くの救急看護師は危機状況にある患者家族に対する看護実践に困難感をもっており（竹安・櫻井・荒木・出口・蓬田，2011），その要因として家族の情動，多忙のなかでの時間・業務管理，知識・経験不足，価値観，

対応スキルなどの看護師の個人特性と、コミュニケーション不足による家族と看護師の相互作用などが報告されている（林ほか，2011；竹安ほか，2011；上澤・中村，2013；棚橋・金井・中村，2006）。佐藤（1997）は、看護師が衝撃や不安のなかにある家族の心理状況を理解していないことや、家族と看護師の関係が構築されていないことから、家族への情報提供が適切でないこと、表面的な対応により、家族の不安を軽減していないなどの問題点を指摘している。医療者が医療処置を最優先にし、家族への説明や配慮が不足した結果、家族のニーズを充足できていないこと（黒川ほか，2011），救命処置を優先することにより家族に接する時間が限られることや衝撃を受けた家族との関係を構築するむずかしさが影響して、家族の存在を保障するニーズのケア実践ができていないと看護師がとらえていることが報告されている（中谷・黒田，2010）。また、田口・木村・中原・井上・若井（2004）は、処置の優先やマンパワー不足などにより、看護師が認識しているよりも家族が感じている看護実践度が低いことを明らかにしている。このような家族看護に影響を与える要因としては、看護師の年齢や経験年数，看護師のパーソナリティ，コミュニケーションスキル，救急外来の人的・物理的要因，チームとしてのかかわりやスタッフ教育としての職場環境，家族の性別や役割，家族のニーズ，患者の緊急度や症状などが報告されている（福田・黒田，2007；中谷・黒田，2010；細川・佐藤・川村・高杉・玄，2010；岩井・石川・畠中・谷口，2005；川上・松岡・瀧，2004；團，2013）。救急場面での家族看護を可能にする体制づくりとして、千明（2005）は、チームとして家族援助の必要性・重要性を認識して取り組む職場風土のあり方を述べているが、その内容については明らかにされていない。

以上のことから、救急看護師は、限られた時間やスタッ

1) トヨタ記念病院 Toyota Memorial Hospital

2) 日本赤十字豊田看護大学 Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

3) 日本赤十字北海道看護大学 Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

フ、特殊な環境のなかで、初対面である家族といかに信頼関係を構築するかを意識し、情報提供、意思決定支援などの看護実践をしていることがわかった。しかし、家族看護実践を調査した研究は、少人数を対象にした調査やエキスパートを対象にした調査で、対象が限定されており、一般の救急看護師が患者家族へどのような看護実践をどの程度行っているのか調査した研究はなかった。家族看護に関連する要因として、看護師の個人特性、人的・物理的要因、組織風土、家族看護に関する看護師の認識、患者要因、家族要因が報告されているが、対象が限定されており、実践の程度との関連について検討された調査はなかった。救急患者の家族への看護実践の程度を調査することは、救急看護師が家族看護の実践の必要性をどのようにとらえているのか、どの部分の看護実践が実施できていて、どの部分の看護実践ができていないのか、その実態を明らかにすることができると考える。さらに、家族看護実践に影響を及ぼす要因について探究し関連要因を明確にすることにより、実践の程度の高い看護師の特徴が明らかとなり、救急外来における看護実践の程度を高めるための示唆を得ることができる。このことによって、危機的状況にある患者家族の不安や混乱を軽減し、対応しなければならないさまざまな問題をもつ家族の問題解決に向けての看護援助ができるようになると思われる。

I. 研究目的

救急外来における救急患者の家族に対する看護実践の実態を明らかにするとともに、家族看護実践に関連する要因を検討する。次に、家族看護実践の得点の高い施設や看護師の特徴を明らかにし、救急外来における家族看護実践を向上させるための示唆を得る。

II. 用語の操作的定義

1. 家族

Friedman (1986/1993) の定義を参考に、本研究では、家族を「患者が救急車で救急外来に来院した際に付き添ってきた、または後で来院した、患者と絆を共有し、情緒的な親密さで結びついており、家族であると自覚している人」とした。

2. 救急外来

救命救急センターに併設されていて、患者が来院して最初に患者の診察・治療を行う部署をいう。救命救急センターとは一般的には、急性心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷など、二次救急で対応できない複数診療科領域の重篤な患者

に対し高度な医療技術を提供する三次救急医療機関のことである。本研究では、救命救急センターとして登録されており、三次のみの救急医療機関と、一次から三次のすべてを診察するER型救急医療機関の両者を含む。

3. 家族看護実践

救急外来において、救急看護師が救急患者の家族に対して行う看護実践のことである。山勢ほか(2013)によって明らかにされた、「救急・クリティカルケア領域における家族看護の構造を示すモデル」で使用された「看護実践カテゴリーと質問内容」で測定される。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

関連検証型デザイン

2. 研究の枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示す。救急外来における患者家族への看護実践の程度は、先行文献から「看護師の個人特性」「人的・物理的環境」「職場風土」「家族看護に対する看護師の認識」「患者要因」「家族要因」の6つの要因に関連すると考えた。

しかし、「患者要因」「家族要因」については、今回の調査では要因を絞り込むために、「患者要因」の一部である「患者の重症度の割合」を「人的・物理的環境」の中に含めた。また、家族要因の一部として「家族が表出する情緒的反応に関する看護師の認識」として「家族に対する看護師の認識」の中に含めた。

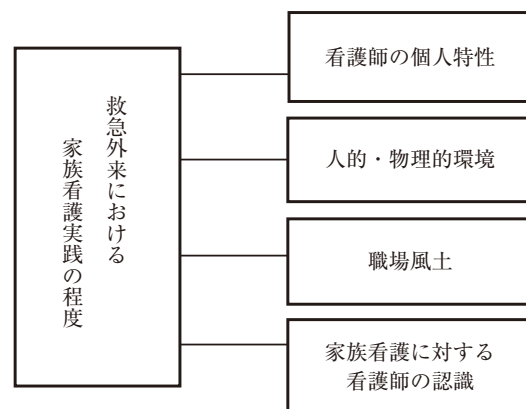


図1 本研究における概念枠組み

3. 仮説

概念枠組みに基づいて、以下の4つの仮説を設定した。

①救急外来における家族看護実践の程度は、救急看護師の

個人特性に関連している。

- ②救急外来における家族看護実践の程度が高いほうが人的・物理的環境が整備されている。
- ③救急外来における家族看護実践の程度が高いほうが、職場風土がよい。
- ④救急外来における家族看護実践の程度が高いほうが、家族看護に対する看護師の認識が高い。

4. 研究対象

A地方4県内の救命救急センターのうち、研究者が所属する施設を除く全38施設の救急外来に勤務する看護師約500名とし、看護師長やそれに準ずる救命救急センター看護管理者の役割を担っている看護師は除外した。同時に38施設の救急外来の師長、またはそれに準ずる救命救急センター看護管理者には、施設の概要の調査を実施した。

5. 調査内容

救急看護師には、個人特性や家族看護などに関する質問で107項目、救急外来の師長、またはそれに準ずる救命救急センター看護管理者には、施設の概要に関する質問で13項目を設定した。

1) 救急外来における患者家族への看護実践の程度

山勢ほか(2013)によって明らかにされた、「救急・クリティカルケア領域にける家族看護の構造を示すモデル」で使用された「家族看護実践カテゴリーとその質問項目42項目」を使用した。回答は「まったくしていない」から「いつもしている」の5段階リッカートスケールを用いている。

この家族看護実践カテゴリーとその質問項目は、尺度ではないが、米国の大規模研究によって開発された重症患者家族援助プログラムの8つの目的と、山勢ほか(2003a; 2003b)が、開発し信頼性・妥当性が検討されているCNS-FACEから導き出された概念をもとに作成されている。また、データをもとに7つの家族看護実践カテゴリーを用いて共分散構造分析を行い、適合性が確認され、家族看護は「周囲の環境調整」「情報と情緒支援の提供」「意思の尊重と行動支援」という順序性をもった構造モデルであることが明らかにされている。この構造モデルは、救急外来から緊急入院した患者家族に対するもので、救急外来でも使用できる家族実践カテゴリーであり、妥当性が確保されていると考え、本研究で使用することにした。

「家族看護実践カテゴリーと質問項目」の使用については、作成者より文書にて使用承諾を得た。

2) 看護師の個人特性

性別、年齢、看護師経験年数、救急・クリティカルケア領域経験年数、救急外来経験年数、職位、資格、最終学

歴、研修会への参加経験(救急領域・家族看護領域)の有無と回数、家族看護の教育を受けた経験の有無の11項目を設定した。

3) 職場風土

Litwin & Stringer (1974)を参考に、職場風土は、救急外来で働いている人によって、直接的・間接的に認知され、その人のやる気や看護実践に影響を及ぼす職場の特性を意味する。職場の雰囲気、目標の共有、同僚・上司との信頼関係、同僚・上司の支援、コミュニケーション、医師との協働関係、仕事に対するやる気など17項目を「全くあてはまらない」から「非常にあてはまる」の5段階のリッカートスケールで質問した。

4) 家族看護に対する看護師の認識

救急看護師の家族看護を実践するための知識・理解や家族看護に関する考え方のことである。家族看護の困難さ、家族ニーズの把握、家族への援助、家族とかわる時間、家族を意識した援助の実施、家族へのかかわり方について、家族の心理状況と看護実践について、特徴的な心理状態の家族へのかかわりについて、家族看護の興味の度合い、家族看護の重要性の15項目を「非常にそう思う」から「全くそう思わない」の5段階リッカートスケールで質問した。

5) 人的・物理的環境

救命救急センターの体制、施設の病床数、救命救急センターの病床数、救急処置室のベッド数、昨年の救急外来受診者総数、昨年の救急車搬送台数、昨年の救命救急センター入院総数、看護師の体制、救命救急センター看護師総数、救急外来看護師数、救急外来に来院する患者の重症度、勤務体制、勤務帯ごとの平均的勤務者数、救急車来院時の平均スタッフ数、規定の休憩時間の取得状況、先月の残業時間、救急外来の忙しさ、救急車来院時の家族対応できるスタッフ数、家族待機室の有無、救急外来の認定看護師や専門看護師の有無、家族看護のガイドラインの有無、家族看護に関する教育システムの有無、家族看護に関する勉強会の有無を質問した。

6) 関連要因について

関連要因である「職場風土」「家族看護に対する看護師の認識」「人的・物理的環境」についての質問項目は、使用可能な尺度がないため、先行研究をもとに、研究者が質問内容を作成した。作成にあたっては、先行研究を基盤に、指導教員、および同じ領域の学生とディスカッションしながら作成し、妥当性の確保に努めるようにした。

6. 調査方法

研究協力の同意の得られた施設へ必要な調査票数を郵送し、看護部門管理者より対象となる看護師へ調査用紙、本

調査研究概要と倫理的配慮を記載した文書および返信用封筒を配布してもらった。回収は、対象者が指定期日までに各自返信用封筒に厳封し投函するという個別郵送法にて行った。調査期間は2014年7月から10月である。

7. データ分析方法

看護師長に実施した施設概要に関する回答と各施設の看護師の回答を連結させて分析した。最初に、記述統計量を算出した。救急外来における家族看護実践の程度42項目のクローンバック α 係数を算出し、正規性の検定を行い、得点化した。

救急外来における家族看護実践カテゴリーとその質問内容42項目の合計得点（210点満点）の高得点群と低得点群の特徴を知るために、四分位で上位25%を高得点群、下位25%を低得点群として、 t 検定、 χ^2 検定、Mann-Whitneyの U 検定を実施し、2群間の比較を行った。統計分析ソフトには、“IBM SPSS Statistics ver. 22”を使用し、有意水準は5%を採用した。

8. 倫理的配慮

日本赤十字豊田看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2602-2号）。

研究の協力を求める施設代表者に研究依頼書の郵送を電話にて事前に連絡後、研究依頼書を郵送し、施設としての研究参加の協力を依頼し、同意を得た。研究協力者には、研究の目的、意義、方法、倫理的配慮について文書を用いて説明を行った。研究の承諾は、研究協力者の自由意思によって同意を得るものであること、研究協力者が承諾を拒否したことによる不利益を生じないことを保証した。研究の協力と同意が得られた場合、調査票に記入後、返送した時点で同意が得られたと判断した。自記式質問紙は、プライバシー保護のため無記名とし、得られたデータは統計的に処理し研究のみに使用することを文書で伝えた。

IV. 研究結果

38施設に調査協力を依頼し、24施設から承諾が得られた。それらの施設の救急外来の看護師長24名に質問紙を配布し18名（75.0%）の回答があり、有効回答は17名（94.1%）であった。また、救急外来に勤務する看護師277名に質問紙を配布し167名（60.3%）の回答があり、有効回答は100%であった。

1. 看護師の背景と施設の概要

看護師の背景を表1に示した。看護師の年齢は、平均は37.5歳（SD=7.2）、看護師経験年数は平均14.5年（SD=

表1 対象者の背景

項目	(n=167)	
	人	%
性別	男性	27 16.2
	女性	138 82.6
	無回答	2 1.2
年齢	20歳代	17 10.2
	30歳代	88 52.6
	40歳代	48 28.8
	50歳以上	12 7.2
	無回答	2 1.2
看護師経験年数	5年以下	10 6.0
	6～10年	50 29.9
	11～15年	42 25.1
	16～20年	32 19.2
	21年以上	33 19.2
	無回答	1 0.6
救急外来経験年数	1年未満	17 10.2
	1～5年	90 53.9
	6～10年	49 29.3
	11～15年	7 4.2
	16年以上	2 1.2
	無回答	2 1.2
職位	副看護師長	1 0.6
	主任・係長	25 15.0
	スタッフ	140 83.8
	無回答	1 0.6
資格	救急看護認定看護師	15 9.0
	小児救急看護認定看護師	2 1.2
	なし	149 89.2
	無回答	1 0.6

7.3)、救急外来経験年数は平均4.7年（SD=3.9）であった。

職位は、スタッフが約8割を占めていた。救急看護認定看護師の資格を有すると回答した看護師は15名（9.0%）、小児救急看護認定看護師の資格をもつと回答した看護師は2名（1.2%）であった。

救命救急センターの救急医療体制は、三次救急が10施設（58.8%）、全次救急が7施設（41.2%）で、過去1年間の救急外来受診者は1日平均67.6名（SD=34.8）、救急車搬送患者は1日平均16.4名（SD=5.4）、救急外来からの入院患者は1日平均12.1名（SD=5.4）であった。救急外来の看護師の勤務体制は、救急外来専任の看護師のみで救急外来を運用している施設は4施設（23.5%）であり、救命救急センターの病院部門と兼務している施設が6施設（35.3%）、外来などの他部門の看護師が混在している施設が7施設（41.2%）であった。救急外来に勤務する看護師数は、平均34.7名（SD=29.3）であった。

2. 家族看護実践の程度

家族看護実践の程度を表2に示した。家族看護実践の程度42項目のクロンバック α 係数は.943であった。Shapiro-Wilkの正規性の検定では、 $p=.603$ となり、家族看護実践の程度42項目は正規分布であることが仮定された。このため、家族看護実践の程度42項目を5段階のリッカートスケールとして得点化した。「全くしていない」を1点から「いつもしている」を5点として、合計点を算出した。実践度が高いほど高得点となる。210点満点で、平均135.0点 (SD=21.5)、合計得点の範囲は、69点から197点であった。

7つのカテゴリ別に得点を見ると、環境調整7項目は平均2.8点 (SD=0.6)、チーム調整5項目は平均2.5点 (SD=0.6)、情緒支援6項目は平均3.4点 (SD=0.7)、情報提供8項目は平均3.7点 (SD=0.6)、意思決定支援6項目は平均3.0点 (SD=0.8)、患者ケアへの参加5項目は平均3.3点 (SD=0.7)、信頼関係構築5項目は平均3.7点 (SD=0.7)であった。

3. 家族看護実践の高得点群と低得点群の比較

救急外来における家族看護実践の程度42項目の合計得点(210点満点)の高得点群と低得点群の特徴を知るために、四分位にて上位25%を高得点群、下位25%を低得点群として2群間の比較を行った。上位25%の総得点は150点以上で、家族看護実践平均160.59点 (SD=11.48)、44名の看護師が含まれていた。下位25%の総得点は121点以下で、平均107.85点 (SD=11.95)、41名の看護師が含まれていた。

1) 看護師の個人特性と家族看護実践の得点群による比較

看護師の個人特性と家族看護実践の得点群による比較は、表3に示した。年齢、看護師経験年数、クリティカルケア看護師領域経験年数、救急外来経験年数では、高得点群と低得点群に有意な年齢差・年数差は認められなかった。職位については、スタッフと比較して主任・係長のほうが高得点群の割合が多く (Fisherの直接確率検定法、 $p=.041$)、資格では、認定看護師の資格をもっていると回答した看護師のほうがないと回答した看護師より高得点群の割合が多かった (Fisherの直接確率検定法、 $p=.029$)。研修会の参加は、救急看護領域の研修会参加の有無による差を認めなかったが、家族看護領域の研修会では、参加している看護師のほうが高得点群の割合が多く (Fisherの直接確率検定法、 $p=.001$)、学習経験では、経験のある看護師のほうが実践の程度が高かった ($\chi^2=5.78$, $df=1$, $p=.016$)。各種経験の内容としては、専門書による学習経験 ($\chi^2=4.28$, $df=1$, $p=.039$)、先輩・上司からの学習経験 ($\chi^2=3.72$, $df=1$, $p=.046$) において高得点の割合が高かったが、基礎教育での学習経験では、有意差を認めなかった。

表2 家族看護実践の程度42項目の得点

質問項目	平均 \pm SD
環境調整	2.8 \pm 0.6
家族の生活に配慮した面会時間の調整	2.8 \pm 1.2
面会時の椅子の準備やベッド周囲の設備	4.3 \pm 0.7
家族専用の待機スペースの確保	2.7 \pm 1.3
家族専用の設備やサービスの案内	2.1 \pm 1.0
家族同士で支えあえているかの確認	2.8 \pm 1.0
家族内の問題を、家族で解決できるような場の設定	2.3 \pm 1.0
家族間での意見相違時の調整	2.6 \pm 0.9
チーム調整	2.5 \pm 0.6
家族の問題に関するカンファレンスの開催	2.0 \pm 0.8
家族が同席したカンファレンスの開催	1.3 \pm 0.6
家族の問題の他医療職者への相談	2.9 \pm 0.9
経済的問題の他職種との連携	3.3 \pm 1.0
家族と他の医療者との連絡調整	3.1 \pm 0.9
情緒支援	3.4 \pm 0.7
不安や訴えの傾聴	3.8 \pm 0.8
家族の精神状態に応じた付き添い	3.4 \pm 0.8
家族の感情表出の受容	3.6 \pm 0.8
感情表出の促進	2.9 \pm 1.0
家族の要求の表出促進	3.0 \pm 0.9
家族の観察と声かけ	3.8 \pm 0.8
情報提供	3.7 \pm 0.6
入院・入室時のオリエンテーション	4.0 \pm 1.3
初回面会時の患者や周囲の状況説明	3.8 \pm 1.0
患者の状態や処置の説明	4.2 \pm 0.7
医師による病状や治療説明後の補足	3.7 \pm 0.8
看護についての説明	3.6 \pm 0.9
面会時に患者の変化を説明	3.6 \pm 0.8
治療や看護についての疑問の説明	3.6 \pm 0.8
長時間の検査や処置時の途中で患者の状況説明	3.7 \pm 0.8
意思決定支援	3.0 \pm 0.8
医師からの説明時に同席	3.0 \pm 0.7
代理意思決定内容の確認	2.9 \pm 1.1
代理意思決定に必要な情報の説明	2.6 \pm 1.0
代理意思決定時に最善の方法で決定するための助言と支援	2.5 \pm 1.0
家族の意思の尊重	3.8 \pm 0.8
代理意思決定後にその決定を肯定	2.9 \pm 1.2
患者ケアへの参加	3.3 \pm 0.7
家族のケア参加の提案	2.7 \pm 1.1
家族ができる援助の実施	2.7 \pm 1.0
家族への接近を促進	3.5 \pm 1.0
患者と家族だけの空間の提供	3.5 \pm 0.9
臨終時家族だけの別れの時間確保	4.1 \pm 0.9
信頼関係構築	3.7 \pm 0.7
家族の質問への誠実な回答	4.1 \pm 0.8
最善の治療とケアの提供を説明	3.7 \pm 0.8
看護師が相談に応じられることの説明	3.6 \pm 0.9
共感的態度での対応	4.1 \pm 0.7
看護師は家族の味方であることの説明	3.1 \pm 1.1
家族看護実践の程度42項目	3.2 \pm 0.5

表3 看護師の個人特性と家族看護実践の得点群による比較

(n=84)

	n (人)	家族看護実践の程度				t値 または χ^2 値	df	p	
		n (人)		平均±SD					
		低得点群	高得点群	低得点群	高得点群				
年齢 ^a	84	41	43	38.20±6.14	36.33±6.27	1.38	82	.171	
看護師経験年数 ^a	84	41	43	15.80±5.95	13.60±6.14	1.67	82	.099	
救急外来経験年数 ^a	84	41	43	4.95±2.95	4.40±3.09	0.84	82	.402	
職位 ^c	主任・係長	13	3	10					
	スタッフ	71	38	33				.041	
資格 ^c	認定看護師	11	2	9					
	資格なし	73	39	34				.029	
研修会の参加	救急看護領域 ^b	あり	61	26	35				
		なし	23	15	8				3.41
	家族看護領域 ^c	あり	19	3	16				
		なし	65	38	27				.001
学習経験	学習経験 ^b	あり	50	19	31				
		なし	34	22	12				5.78
	基礎教育での学習経験 ^b	あり	27	12	15				
		なし	57	29	28				0.30
	専門書による学習経験 ^b	あり	23	7	16				
		なし	61	34	27				4.28
先輩・上司からの学習経験 ^b	あり	20	6	14					
	なし	64	35	29				3.72	

[注] ^a: t検定, ^b: χ^2 検定, ^c: Fisherの直接確率検定

2) 人的・物理的環境と家族看護実践の得点群との比較

救命救急センターの特徴と家族看護実践の得点群による比較を表4に示した。過去1年間の救命救急センターの病床数の平均は、高得点群のほうが多く〔 $t(40.98) = -3.01, p=.004$ 〕, 救命救急センターの看護師数の平均も、低得点群より高得点群のほうが多かった〔 $t(42.37) = -2.17, p=.036$ 〕。一方、救急外来の看護師の人数による差はなかった。

救急外来で、日勤に勤務している医師、準夜帯に勤務している看護師、深夜帯に勤務している看護師の平均勤務者数は、低得点群より高得点群のほうが多かった〔 $t(69.56) = -2.79, p=.007$; $t(80) = -2.87, p=.005$; $t(81) = -2.85, p=.006$ 〕。救急車搬送患者、入院患者では、高得点群のほうが、看護師が1人あたり受け持つ平均患者数が少なかった〔 $t(41.34) = 2.40, p=.021$; $t(64) = 2.31, p=.024$ 〕。

家族待合室では、他の家族と同じ待合室よりも個室のほうが高得点群の割合が高かったが ($\chi^2=4.82, df=1, p=.028$)、家族対応スタッフの存在、患者周囲のプライバシーが配慮された空間の存在、認定看護師の存在、家族看護に関する教育システムや勉強会の有無には差を認めなかった。

各勤務帯における休憩時間の取得状況は、準夜帯では高得点群のほうが休憩時間を取得できているが ($z=3.38,$

$p=.001$)、日勤帯、深夜帯では差がなかった。

また、残業時間と各勤務帯における救急外来の忙しさには差がなかった。

3) 職場風土と家族看護実践の得点群による比較

職場風土と家族看護実践の得点群による比較を表5に示した。17項目のなかで、「私は担当患者に時間を費やせる」「患者へのケアについて医師と意見交換を行っている」「職場にはモデルとしたい人がいる」の3項目に差が認められた ($z = -2.41, p=.016$; $z = -2.62, p=.009$; $z = -1.97, p=.049$)。

4) 看護師の認識と家族看護実践の得点群による比較

看護師の認識と家族看護実践の得点群による比較を表6に示した。15項目のなかで「看護師は家族のことも援助しなければならぬ」「家族の心理状況は家族看護の実践に影響を与える」「家族への援助には興味がある」「救急外来における患者の看護には家族は重要である」の4項目以外の11項目に有意差が認められた。

表4 人的・物理的環境と家族看護実践の得点群による比較

項目	家族看護実践の程度	n	平均 ± SD	t値	df	p	
病院の病床数 (人)	低得点群	31	690.45 ± 126.37	-0.96	66	.340	
	高得点群	37	723.30 ± 151.09				
救命救急センターの病床数 (床)	低得点群	31	24.00 ± 8.42	-3.01	40.98	.004	
	高得点群	37	41.81 ± 34.77				
救命救急センターの看護師数 (人)	低得点群	31	62.97 ± 17.01	-2.17	42.37	.036	
	高得点群	37	86.03 ± 61.93				
救急外来の看護師数 (人)	低得点群	31	33.16 ± 24.27	0.24	58.87	.811	
	高得点群	37	31.84 ± 20.42				
救急外来の勤務者数 (人)							
日勤帯	医師	低得点群	41	4.20 ± 1.54	-2.79	69.56	.007
		高得点群	43	4.44 ± 1.87			
	看護師	低得点群	41	3.99 ± 1.93	-1.72	82	.090
		高得点群	43	4.70 ± 1.86			
準夜帯	医師	低得点群	41	4.20 ± 1.54	-0.64	80	.521
		高得点群	41	4.44 ± 1.87			
	看護師	低得点群	41	3.59 ± 1.09	-2.87	80	.005
		高得点群	41	4.37 ± 1.36			
深夜帯	医師	低得点群	41	3.83 ± 1.38	-0.49	81	.624
		高得点群	42	4.00 ± 1.75			
	看護師	低得点群	41	2.90 ± 1.11	-2.85	81	.006
		高得点群	42	3.52 ± 0.86			
看護師1人が受け持つ患者数 (人)							
受診患者数/看護師1人	低得点群	31	6.02 ± 1.82	-0.16	64	.870	
	高得点群	35	6.09 ± 2.05				
救急車搬送患者数/看護師1人	低得点群	31	1.86 ± 0.86	2.40	41.34	.021	
	高得点群	35	1.45 ± 0.41				
入院患者数/看護師1人	低得点群	31	1.37 ± 0.59	2.31	64	.024	
	高得点群	35	1.09 ± 0.39				
重症患者数/看護師1人	低得点群	21	0.428 ± 0.23	-1.08	50.82	.285	
	高得点群	32	0.511 ± 0.33				

[注] t検定

表5 職場風土と家族看護実践の得点群による比較

(n=85)

項目 家族看護実践の程度 得点群による比較 (低得点群 n=41, 高得点群 n=44)	人数 (%)					p
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる	
私は担当患者に時間を費やせる	低得点群 3 (7.3)	9 (22.0)	20 (48.8)	6 (14.6)	3 (7.3)	.016
高得点群 1 (2.3)	4 (9.1)	20 (45.5)	14 (31.8)	5 (11.4)		
患者へのケアについて医師と意見交換を行っている	低得点群 1 (2.4)	7 (17.1)	18 (43.9)	14 (34.1)	1 (2.4)	.009
高得点群 1 (2.3)	6 (13.6)	7 (15.9)	24 (54.5)	6 (13.6)		
職場にはモデルとしたい人がいる	低得点群 2 (4.9)	7 (17.1)	17 (41.5)	14 (34.1)	1 (2.4)	.049
高得点群 4 (9.1)	3 (6.8)	12 (27.3)	17 (38.6)	8 (18.2)		

[注] Mann-WhitneyのU検定

表6 家族看護に対する看護師の認識と家族看護実践の得点群による比較

(n=85)

項目		人数 (%)					p
家族看護実践の程度 得点群による比較 (低得点群 n=41, 高得点群 n=44)		非常に そう思う	やや そう思う	どちら でもない	あまりそう 思わない	全くそう思 わない	
患者の看護が優先で、家族のことまで援助できない	低得点群 高得点群	9 (22.0) 0	19 (46.3) 11 (25.0)	5 (12.2) 8 (18.2)	4 (9.8) 18 (40.9)	4 (9.8) 7 (15.9)	.000
家族のニーズをとらえることはむずかしい	低得点群 高得点群	9 (22.0) 0	20 (48.8) 17 (38.6)	7 (17.1) 14 (31.8)	4 (9.8) 12 (27.3)	1 (2.4) 1 (2.3)	.001
看護師は家族のことも援助しなければならない	低得点群 高得点群	13 (31.7) 24 (54.5)	27 (65.9) 13 (29.5)	1 (2.4) 4 (9.1)	0 2 (4.5)	0 1 (2.3)	.256
家族とかかわりをもつ時間をつくれぬ	低得点群 高得点群	11 (26.8) 3 (6.8)	27 (65.9) 15 (34.1)	3 (7.3) 15 (34.1)	0 9 (20.5)	0 2 (4.5)	.000
家族を意識した援助を行っている	低得点群 高得点群	2 (4.9) 9 (20.5)	10 (24.4) 23 (52.3)	18 (43.9) 10 (22.7)	11 (26.8) 2 (4.5)	0 0	.000
家族へのかかわり方がわからない	低得点群 高得点群	3 (7.3) 1 (2.3)	13 (31.7) 4 (9.1)	13 (31.7) 9 (20.5)	10 (24.4) 21 (47.7)	2 (4.9) 9 (20.5)	.000
家族の心理状況は家族看護の実践に影響を与える	低得点群 高得点群	10 (24.4) 13 (29.5)	23 (56.1) 23 (52.3)	6 (14.6) 4 (9.1)	2 (4.9) 4 (9.1)	0 0	.708
動揺・困惑の強い家族はかかわりにくい	低得点群 高得点群	9 (22.0) 2 (4.5)	17 (41.5) 13 (29.5)	9 (22.0) 17 (38.6)	6 (14.6) 7 (15.9)	0 5 (11.4)	.003
不安の強い家族はかかわりにくい	低得点群 高得点群	8 (19.5) 2 (4.5)	18 (43.9) 9 (20.5)	9 (22.0) 17 (38.6)	5 (12.2) 11 (25.0)	1 (2.4) 5 (11.4)	.000
自責の念を抱いている患者家族はかかわりにくい	低得点群 高得点群	7 (17.1) 2 (4.5)	21 (51.2) 9 (20.5)	7 (17.1) 17 (38.6)	6 (14.6) 12 (27.3)	0 4 (9.1)	.000
患者の死により悲嘆反応が強くみられる家族はかかわりにくい	低得点群 高得点群	7 (17.1) 3 (6.8)	18 (43.9) 7 (15.9)	9 (22.0) 17 (38.6)	7 (17.1) 12 (27.3)	0 5 (11.4)	.001
怒りや叱責などの言動がみられる家族はかかわりにくい	低得点群 高得点群	18 (43.9) 11 (25.0)	13 (31.7) 15 (34.1)	6 (14.6) 8 (18.2)	4 (9.8) 8 (18.2)	0 2 (4.5)	.034
パニック状態の家族はかかわりにくい	低得点群 高得点群	15 (36.6) 7 (15.9)	11 (26.8) 13 (29.5)	10 (24.4) 11 (25.0)	5 (12.2) 9 (20.5)	0 4 (9.1)	.015
家族への援助には興味がある	低得点群 高得点群	11 (26.8) 18 (40.9)	11 (26.8) 12 (27.3)	13 (31.7) 10 (22.7)	5 (12.2) 2 (4.5)	1 (2.4) 2 (4.5)	.369
救急外来における患者の看護には家族は重要である	低得点群 高得点群	19 (46.3) 20 (45.5)	17 (41.5) 23 (52.3)	3 (7.3) 1 (2.3)	2 (4.9) 0	0 0	.171

[注] Mann-WhitneyのU検定

V. 考 察

1. 救急外来における救急患者の家族に対する看護実践の程度

家族看護実践の7カテゴリーのなかで、平均点が高かったカテゴリーは「信頼関係構築」、次いで「情緒支援」であり、平均点が一番低かったカテゴリーは「チーム調整」であった。これは、山勢ほか(2013)の報告とも一致する。

「信頼関係構築」は、看護の基本となるものである。「看護者の倫理綱領」の条文3(日本看護協会, 2003)やTravelbee(1971/1974)は、効果的な看護実践を行い、看護の目的を達成するためには人間関係の構築が不可欠であると述べている。患者・家族に対して質の高い看護を実践していくためには、知識・技術のみでなく信頼関係の構築

により、人と人との関係を円滑に進めていくことが重要である。とくに救急外来においては、患者・家族と看護師は初対面であることが多いことに加え、患者の急激な発症や病態の重篤さ、事故などにより家族は心理的に不安定な状態となり、不安、怒り、自責の念などのいろいろな感情を表出する。そのため、家族との対人関係を円滑に進めていくことがむずかしいと考えられるが、救急看護師は、そのような家族の心理状況を察し、意識的にできるだけ早く家族と信頼関係を構築しようと共感的態度で接している結果ではないかと考える。これは、山勢ほか(2013)の報告とも一致する。すなわち、家族への看護にあたって、山勢らの研究対象であったエキスパートナースも、本研究の対象である一般看護師も、信頼関係構築において同じように重要と考え実践していたと考えられる。

「情報提供」は、家族の不安を軽減させる1つの手段である。救急外来では、家族は患者に対する情報が少ないか、全くないまま救急外来に来院し、不確かな情報のまま医療者からの対応を待つことになる。このことは、家族の動揺や混乱を招き、ストレスや不安を増強させる。少ない情報や正確に情報を理解できないことによる混乱は、さらに家族の不安を助長させ（橋田・大森, 2006; 佐藤, 2000）、患者と隔離された環境により、患者の状態が分からないため、不安が増強し、加えて看護師側の説明・関わり不足の問題があることが明らかにされている（山本ほか, 2010）。正確な情報を早い時期に提供すること、事実に基づいて現状を正確に説明することは不安の増強を防止し、不安を軽減させることが期待できる。このことを看護師が認識し、家族の不安を軽減させるために、意図的に家族とかかわり、看護師が伝えられる情報を選択的に家族に説明していることが多いため、「情報提供」の実践が高いという結果になっていると考える。

一番平均点の低かった「チーム医療」のカテゴリーの項目をみると、カンファレンスの開催に関する得点が低かった。救急外来では、刻一刻と患者の状況が変化していくなかで、時間的な制約もあり、医療者で相談することはあっても、カンファレンスを開催することはむずかしく、カンファレンスの開催についての得点が低いことが「チーム医療」全体の得点を下げていたと考えられる。

カテゴリーのなかで得点差のあった質問項目を確認すると、「環境調整」のなかの面会時の椅子の準備やベッド周囲の設備は得点が高かったが、家族専用の設備やサービスの案内は得点が低かった。これは、椅子やベッド周囲の環境調整はすぐに実践できる援助であるのに対して、施設設備の問題は個人ですぐに解決できないために、得点が低かったと考えられる。

「意思決定支援」では、家族の意思の尊重の得点は高かったが、代理意思決定時に最善の方法で決定するための助言と支援の得点は低かった。救急医療では、急激に生命の危機状態に陥ったとき、患者の生命や予後にかかわることについての意思決定が、患者の状態により精神的危機状態にある家族に委ねられる。救急看護師にとって、そのような家族に対して、患者または家族にとっての最善を実現するために、家族の負担を軽減する方法を探し、両者にとってのよりよい決定になるよう配慮するケア提供を限られた時間で、信頼関係が構築されていない状況で実践することは、高度な看護実践能力が必要である。そのため、得点が低かったと考えられるが、一方、家族の考え方や気持ちを考慮して、家族が決めた意思を尊重し、寄り添うケアは看護師が容易にできる援助であるため、得点が高かったと考えられる。

「患者ケアへの参加」については、臨終時家族だけの別れの時間確保の得点が高く、家族のケア参加提案や、家族ができる援助の実施が低かった。患者と家族が別れの時をもてるように配慮することは、臨終時の看護の基本であるため、得点が高かったと考えられる。一方、救急外来では、検査や処置の介助といった診療の補助が多く、日常生活援助などの家族が介入できるケアが少ないために実践の程度が低かったと推察できる。

2. 家族看護実践と看護師の個人特性

看護師の個人特性のなかで、家族看護実践の程度と関連があったものは、認定看護師資格、職位、家族看護領域の研修会参加、家族看護に関する学習経験であった。

先行研究では、年齢・経験年数との関連が報告されていたが、本研究は相関が認められなかった。心肺停止状態にある患者家族の看護実践を調査した中谷・黒田（2010）の研究やICUでの家族看護実践の研究をした松浦ほか（2006）の報告では、経験年数との関連が認められたが、これは心肺停止患者やICUに入室する重症患者の家族の支援には、人生経験や看護師経験が求められるために差が認められたと考える。本調査対象の外来に来院した約70%は軽症患者であり、家族は心配ごとがありながらも、危機的状況になることが少ないため、本研究の結果とは異なっていたと考える。

認定看護師の資格をもっているほうが看護実践の程度が高かった。これは、認定看護師の教育課程で、家族看護に関する教育が含まれているため、専門的かつ高度な家族看護に関する知識・技術を活かし、患者のみでなく家族を常に視野に入れ意識して看護実践を行っていることが、家族看護実践の程度に有意差をもたらしたのではないかと考える。

職位において、主任・係長のほうがスタッフ看護師より高得点群の比率が高かった。これは、スタッフ看護師が生命の危機的状態にある患者の看護に全力を注ぐことに対して、主任・係長はケアの偏りが生じていないか確認し、適切なケアへ導くといった役割があるため（寺岡, 2011）、診療しているチーム全体をみて、忘れられがちになりやすい家族看護の部分に介入し、患者・家族を含めた包括的な看護実践が行われるように調整的な役割を果たしていることから、主任・係長の家族看護実践の程度が高くなっていると考えられる。

家族看護に関する研修会参加や学習経験があるほうがない場合よりも家族看護実践の程度が高かった。学習別にみると、専門書による学習経験の有無では、有意差が認められた。これは、看護師になってから実践のなかで家族看護に関心をもち、主体的に研修会参加や専門書で学習してい

き、学習した内容を実践のなかで確認することを繰り返すことにより、家族看護実践に結びつき、家族看護実践の程度が高くなったのではないかと考える。同様に、先輩・上司からの学習経験でも有意差が認められた。日々の家族看護実践のなかで、家族と接して具体的な経験から自分の家族看護を振り返り、困難なことやジレンマなどを先輩・上司に相談していくことや、先輩・上司をロールモデルとして、実際に危機的な状況にある家族と先輩・上司とのかかわりを見ることで学び、自分の家族看護実践に取り込んでいくことにより、どう対応していけばよいかのわかるようになる。このような学習経験を重ねることで、家族が表出するさまざまな情緒的反応に対して、予測して冷静にとらえ、対応していくことができるようになると思う。

3. 家族看護実践と人的・物理的環境

人的・物理的環境のなかで、家族看護実践の程度と関連があったものは、救命救急センターの病床数、救命救急センターの看護師数、救急外来の勤務者数、看護師1人あたりが受け持つ患者数、休憩時間の取得状況、家族待合室の有無であった。

救急外来の混雑を解消し、看護師が家族看護を実践できる時間を確保することは、家族看護実践の程度が高くなると推測できる。後方支援となる救命救急センターの病床数と看護師数が多いと、入院の受け入れが容易で、救急外来の混雑を防ぐことができると考える。また、準夜帯・深夜帯では、限られた看護師数で勤務しており、日勤帯に比べると多忙時の応援もなく勤務している状況が、看護師の人数が多いほうが救急外来の混雑を防ぎ、家族看護実践の程度が高いことにつながったと推測される。看護師1人が受け持つ救急車搬送患者や入院患者が多ければ、検査や処置が多くなり看護師の業務量は拡大し、家族看護実践の程度が低下すると考えられる。川野・石田・林(2013)は、救急外来の混雑の主な指標として救急外来滞在時間を調査し、救急外来で1時間以上入院を待っている患者が1人増えるごとに平均9分間、他の患者の滞在時間が増えたことや、救急医師が1人増えるごとに1時間に2.8分、研修医が増えるごとに1分、看護師が1人増えるごとに7分ずつ、救急外来を受診している患者の滞在時間が減少することを報告している。この報告からも、患者をいち早く移動させるための後方病棟の受け入れシステムが充実していること、救急外来の勤務者数で特に看護師が多いほうが、救急外来の混雑を解消し、看護師が家族看護を実践できる時間を確保することにつながると考えられた。

規定の休憩時間を取得できているほうが、日勤帯、準夜帯において家族看護実践の程度が高かった。休憩時間の取得状況は、救急外来の忙しさを反映する客観的なデータで

あると考える。したがって、休憩時間が取得できないことは、救急外来が忙しいことを推測させ、忙しいほど家族看護実践の程度は低くなる。千代(2013)の報告によると、準夜帯では、救急車で搬送される患者のみでなく、自分、あるいは家族に連れられて来院する患者も増加する。しかし、深夜帯においてはいずれの患者も減少する。そのため深夜帯では、家族看護実践に費やせる時間的な余裕が生じ、休憩時間の取得状況による家族看護実践の程度に有意差はなかったと考えられる。忙しさが家族とのかかわりに影響していることを示す量的研究は見当たらなかったが、今回は、休憩時間の取得状況が家族看護実践に影響しているということが確認できた。

4. 家族看護実践と職場風土

家族看護実践の程度の高得点群と低得点群の比較では、高得点群に「私は担当患者に時間を費やせる」「患者へのケアについて医師と意見交換を行っている」「職場にモデルとしたい人がいる」と思っている看護師が多いことがわかった。

「私は担当患者に時間を費やせる」は、患者に看護実践を行う時間的な余裕があるということであり、患者に十分な時間を費やせていると感じられる程度に人材が充足していることを示していると考えられる。このことは、量的にも質的にも患者に提供したいと考える看護の実践につながり、家族看護実践の程度にも影響を与えていると考える。

「患者へのケアについて医師と意見交換を行っている」と回答した看護師の家族看護実践の程度は高かった。医師と患者のことについて意見交換が行える看護師は、専門的な知識やこれまでの経験をもとに患者の状態を判断し、患者にとって最適なケアは何かを、常に考えているのではないかと考える。すなわち、自分の判断や看護実践に責任をもつことができる看護師であるということがいえる。したがって、このような看護師は、家族看護実践の程度も高いのではないかと考える。

「職場にはモデルとしたい人がいる」と回答した看護師の家族看護実践の程度が高かった。よいモデルと考えられている人は、患者に対する看護のみならず、家族看護実践に対しても質の高い看護を提供し、家族からも信頼を得ている看護師ではないかと推測する。質の高い看護実践を行っている看護師が職場内にいるということは、その看護師と家族とのかかわりをみて学び、自分もその看護師のように実践し家族から信頼を得たいという意識や行動が、家族看護実践の程度を高めたのではないかと考える。

5. 家族看護実践の程度の高い看護師・施設の特徴

家族看護実践の程度の高い看護師・施設の特徴をとらえ

るために、家族看護実践の程度の高得点群と低得点群の比較を行ったが、家族看護に対する看護師の認識15項目中11項目に有意差が認められた。すなわち、家族看護実践の程度の高い看護師は、家族のニーズをとらえることや家族のかかわり方に困難を感じていなかった。なかでも、強い情緒的反応を示す家族のかかわりは、すべての項目においてかかわりにくいとは思っていなかった。かつ、家族とかかわる時間を持ち、家族を意識した看護を行っていた。

家族看護実践の程度の高い看護師は、家族のニーズをとらえることや家族のかかわり方に困難を感じていなかったが、実践の程度の低い看護師との間にこの認識の差をもたらしたものは教育ではないかと考える。学習経験、認定看護師、ロールモデルの存在が、家族看護実践の程度に影響していたが、これは、家族看護を学ぶ場があり、職場内にロールモデルとしたいような質の高い看護実践を行える人材がいるということである。家族看護を学ぶことができる学習環境を提供し、家族看護を実践のなかで指導・教育する人材を育成していく体制を整えることができれば、家族看護実践は高くなると考える。

また、家族看護実践の高い看護師が、家族とかかわる時間があると多く答えたのは、人員の充足が影響を及ぼしていると考えられた。救急外来の時間帯による人数や救命救急センターの人数が、家族看護実践に影響を及ぼしていたことと同様である。各施設における人員の確保は、質の高い看護を実践していくうえでの重要な課題である。各施設により、各勤務帯における人員の状況や、時間帯別救急車搬送台数、外来患者数などの救急統計、救急外来への人員の応援体制は異なるため、自施設に見合った人員確保の検討が必要である。本研究では、準夜帯・深夜帯の勤務者数と家族看護実践の程度に関連があったこと、休憩時間の取得状況が日勤帯・準夜帯の家族看護実践に影響していたこと、救急統計上、準夜帯に救急車搬送台数、外来数が多いことをふまえると、とくに、準夜帯における人員の確保が家族看護実践の程度を高めるためにきわめて重要であると思われる。しかし、人員が充足していれば家族看護実践の程度が高くなるかといえば、それだけでは不十分である。その勤務帯に見合った十分な看護師の人数がいたとしても、家族を意識し、家族のニーズをとらえ、そのニーズを充足しようとする看護師の認識がなければ、家族看護実践を高めることはできないと考える。救急外来で働く看護師全員が家族も看護の対象であると認識し、質の高い看護を提供できる看護師とともに、家族に対する援助を考え、実践を振り返り、経験を積むことにより、家族看護実践の程度は高くなるであろう。そのうえで、人員が充足していれば、患者の看護のみならず家族看護を実践する時間や心の余裕ができるとともに、看護実践能力の高い看護師による

指導や教育を行いやすい環境になると考える。組織全体が意識して、環境を整えることは家族看護実践の程度を高めるうえで重要である。

本調査より、家族看護実践の程度の高い看護師・施設の特徴として、施設に見合った人員の充足ができていないこと、自主的に学ぶ看護師、ロールモデルの存在、そして、学習環境の整備、質の高い看護実践を提供できる人材の育成、教育システムの構築を行うことによって、家族看護実践を高めることができることが示唆された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、救急外来における家族看護実践の程度を明らかにするとともに、家族看護実践に関連する要因を検討した。しかし、研究の限界として、A地方4県の救命救急センターに限定したサンプリングであったことがあげられる。

家族看護実践の程度に関連する要因として4つの要因を準備したが、先行文献より「患者要因」「家族要因」も家族看護実践の程度に関連すると考えられた。今後は、患者の重症度や受傷機転、患者の発達段階などの「患者要因」、患者と家族の関係性や来院形態、家族の情緒的反応などの「家族要因」なども検討していく必要がある。

今回、家族看護実践の程度と家族看護実践に影響を与えられる要因との関連性を分析したのみで、要因間の交絡因子の分析は実施していない。今後多変量解析を実施し、各要因の重みづけまで行うことで家族看護実践の程度を高めるための示唆を得る必要がある。

結 論

本調査は、救急外来における家族看護実践の実態を明らかにするとともに、家族看護実践に関連する要因を検討し、家族看護実践の得点が高い施設・看護師の特徴を得ることができた。

1. 救急外来の看護師は、信頼関係構築や情報提供の看護実践が高かった。カンファレンスの開催や家族によるケア参加などの救急外来では実践しにくいケアや、高度な看護実践能力が必要な代理意思決定時の支援、すぐには対応困難な施設の設備に関する看護実践の程度が低かった。
2. 家族看護に関する教育や研修参加、学習経験のある看護師、職位のある看護師の家族看護実践の程度が高かった。
3. 救急外来の混雑を防ぐことができる人的・物理的環境の看護師の家族看護実践の程度が高かった。
4. 担当患者に費やせる時間があり、医師と意見交換がで

き、職場にモデルとしたい人がいるような職場風土の家族看護実践の程度が高かった。

5. 家族看護実践の程度の高い看護師は、家族のニーズをとらえることや、家族のかかわり方に困難を感じておらず、家族を意識した看護実践を行っていた。
6. 各施設の救急統計や救急外来の状況に基づいた人員の充足とともに、教育的立場から、家族看護を学ぶ場を提供することや、家族看護を実践していくなかで、指導・教育ができる人材を育成する体制を整えることの重要性が示唆された。

謝 辞

本研究の趣旨を理解し、快く協力して頂きました救急外

来の看護師長、看護師の皆さまに深く御礼申し上げます。なお本論文は、日本赤十字豊田看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、本研究の一部は、第17回日本赤十字看護学会学術集会で発表しました。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

本研究の目的は、救急外来における救急患者の家族に対する看護実践の実態を明らかにするとともに、家族看護実践に関連する要因を検討することである。救急救命センターの救急外来に勤務する看護師と看護師長を対象に自記式質問紙調査を実施した。看護師167名と、看護師長17名を分析対象とした結果、救急外来における家族看護実践の程度の高いカテゴリーは、「信頼関係構築」「情報提供」であった。家族看護実践の程度に関連する要因は、認定看護師や職位のある看護師、自主的に学ぶ看護師、ロールモデルの存在、救急外来の混雑を防ぐことができる人的・物理的環境であった ($p < .05$)。家族看護実践度の高い看護師は、家族のかかわり方に困難を感じておらず、家族を意識した看護実践を行っていた。家族看護実践の程度を高めるには、家族看護を学ぶ場の提供、人材育成システムの整備、人員の充足、とくに準夜帯での充足が重要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to clarify how families of emergency patients at an emergency department are being cared for and to examine factors related to such nursing practices for families. A self-reporting questionnaire study was conducted targeting nurses and head nurses working at the emergency outpatient department of emergency and critical care centers. Responses of 167 nurses and 17 head nurses were analyzed. Categories of more often practiced care were trust-building and information provision. Factors related to caring for families included: certified nurses or nurses with a job title; nurses who are motivated to learn; presence of a role model; assignment of adequate human resources and a physical environment designed to prevent congestion at the emergency department ($p < .05$). Nurses who frequently care for families did not find it difficult to interact with them and they always had the families in mind. It was suggested that important factors to improve the level of caring for families include: facilitating the opportunity to learn family care; development of personnel training system; and placement of a sufficient number of nurses, particularly for the evening shift.

文 献

- 千明政好 (2005). 救急場面での家族看護を可能にする体制づくり. 家族看護, 6, 36-43.
- 千代孝夫 (2013). 当センター救急活動の概要. http://www2.kankyo.ne.jp/nisseki-w/web-content/kyukyu/kyukyu_gaiyo.pdf
- 團たまみ (2013). 救命救急センター看護師が患者家族への関わりの際に抱くジレンマと関連する要因の検討. 看護教育研究集録: 教員・教育担当者養成課程, 38, 306-313.
- Friedman, M.M. (1986/1993). 野嶋佐由美 (訳). 家族看護学: 理論とアセスメント. 12, 東京: へるす出版.
- 福田和明, 黒田裕子 (2007). 重症患者家族のニーズに関する看護師の認識の実態と関連要因の探索. 日本クリティカルケア看護学会誌, 3(2), 56-66.
- 橋田由史, 大森美津子 (2006). 救急重症患者家族の思いと行動: 搬入前・初療時・入院後. 日本クリティカルケア看護学会誌, 1(3), 46-59.
- 林 見佳, 石田陽子, 横井誠子, 中田 陸, 田中晶代, 藤井美子 (2011). 急性期グリーンケアを困難にする要因分析. 香川労災病院雑誌, 17, 87-90.
- 細川 大, 佐藤典子, 川村京子, 高杉明子, 玄 真澄 (2010). 救急外来の患者家族に対するコミュニケーションの課題. 市立千歳市民病院医誌, 6(1), 31-34.
- 岩井智子, 石川ふみよ, 畠中敏江, 谷口清美 (2005). 急性期における頭部外傷患者の家族のニーズ. 日本救急看護学会雑誌, 6(2),

- 23-29.
- 川上千普美, 松岡 緑, 瀧 健治 (2004). 救急外来受診患者の家族の不安に影響を及ぼす要因に関する研究. 福岡醫學雑誌, 95(3), 73-79.
- 川野貴久, 石田 浩, 林 寛之 (2013). 救急外来滞在時間に影響を与える因子の同定. 平成24年度(財)救急振興財団調査研究助成事業. <http://www.fasd.or.jp/tyousa/pdf/h24taizai.pdf>
- 黒川雅代子, 村上典子, 中山伸一, 小澤修一, 鶴飼 卓, 村本洋子, ...坂口幸弘 (2011). 病院到着時心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズと満足度. 日本臨床救急医学会雑誌, 14(6), 639-648.
- 京角修治, 曾根京子, 四十竹美千代, 八塚美樹 (2010). 救急救命センターの初療室における家族へのケアの特徴. 日本救急看護学会雑誌, 11(1), 33-40.
- Litwin, G.H. and Stringer Jr., R.A. (1974). *Motivation and Organizational Climate*. 3rd ed., Harvard University Press.
- 松浦恒仁, 吉村不二子, 高田奈緒, 尾崎智子, 下ノ村由夏 (2008). 集中治療室における看護師の家族援助とICU経験年数との関連. 富山大学看護学会誌, 7(2), 1-5.
- 森木ゆう子, 明石恵子 (2011). 救急患者の家族に対する看護師の援助の意味. 日本救急看護学会, 13(2), 10-18.
- 中谷美紀子, 黒田裕子 (2010). 看護師が重要と認識しながらニーズを満たすケア実践ができない心肺停止状態にある患者の家族ニーズと関連要因の探索. 日本クリティカルケア看護学会誌, 6(1), 42-49.
- 日本看護協会 (2003). 看護師の倫理綱領. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf
- 佐藤美幸 (1997). 救急外来における看護婦と患者家族の相互作用: 看護婦の陥りやすい傾向を探る. 山口県立大学看護学部紀要, 1, 21-30.
- 佐藤美幸 (2000). 救急外来を受診する患者家族の心理状況に関する研究: 1次, 2次救急で受診した患者の家族へのインタビューから. 山口県立大学看護学部紀要, 4, 64-73.
- 小代聖香 (1989). 看護婦の認知する共感の構造と過程. 日本看護科学学会誌, 9(2), 1-13.
- 田口和恵, 木村真津子, 中原ユカ, 井上智美, 若井和子 (2005). 救急初療で死亡された患者家族への援助: 家族のニーズと援助の現状. 第35回日本看護学会論文集: 成人看護 I, 106-108.
- 竹安良美, 櫻井絵美, 荒木知絵, 出口雅貴, 蓬田 淳 (2011). 救急患者が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感. 日本救急看護学会雑誌, 13(2), 1-9.
- 棚橋美紀, 金井美樹, 中村美鈴 (2006). 看護師が認識する救急重症患者の家族ニーズと家族援助の実態. 日本救急看護学会雑誌, 7(2), 17-26.
- 寺岡三左子 (2011). 主任看護師が捉えた主任としての役割. 日本看護管理学会誌, 15(2), 158-165.
- Travelbee, J. (1971/1974). 長谷川浩, 藤枝知子 (訳), 人間対人間の看護, 223-235, 東京: 医学書院.
- 上澤弘美, 中村美鈴 (2013). 初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由. 日本クリティカルケア看護学会誌, 9(1), 6-18.
- 山本昌弘, 舟橋康成, 浜田久子, 川西英子, 田梅有香, 江木美峰 (2010). 救急外来における患者家族の心理分析: 家族看護の課題を明確にするために. 尾道市立市民病院医誌, 26(1), 15-20.
- 山勢博彰, 山勢善江, 石田美由紀, 佐藤憲明, 菅原美樹, 瀬川久江, ...西尾治美 (2003a). 重症・救急患者家族アセスメントツールの開発: 完成版CNS-FACEの作成プロセス. 日本集中治療医学会雑誌, 10(1), 9-16.
- 山勢博彰, 山勢善江, 石田美由紀, 佐藤憲明, 菅原美樹, 瀬川久江, ...西尾治美 (2003b). 完成版CNS-FACEの信頼性と妥当性の検証. 日本救急看護学会雑誌, 4(2), 29-38.
- 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子 (2013). 救急・クリティカルケア領域における家族看護の構造モデル. 山口医学, 62(2), 91-98.

〔2019年1月23日受付〕
〔2019年7月13日採用決定〕

一般社団法人
**日本 看護
 研究 学会**
会報

第 114 号

(2019年12月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

「一般社団法人日本看護研究学会 第45回学術集会を終えて」…………… 1

一般社団法人日本看護研究学会
 第45回学術集会印象記 …………… 4

一般社団法人日本看護研究学会
 第45回学術集会印象記 …………… 6

一般社団法人日本看護研究学会
 第45回学術集会印象記 …………… 7

「一般社団法人日本看護研究学会 第45回学術集会を終えて」

一般社団法人

日本看護研究学会第45回学術集会

会長 泊 祐 子

(大阪医科大学看護学部)

一般社団法人 日本看護研究学会第45回学術集会を2019年8月20日(火)～21日(水)の2日間にわたり、大阪国際会議場にて開催させていただきました。早朝の一時的大雨はありましたが日中は両日ともお天気に恵まれ、全国から1,600人を超える皆様にご参加をいただき活気に満ちた2日間を無事終了することができました。学術集会を企画・開催する素晴らしい機会をいただきました一般社団法人日本看護研究学会宮腰由紀子理事長をはじめ、理事・会員、ご協賛いただきました企業の皆様、ボランティアなど様々な形でご支援いただきました皆様に心から感謝申し上げます。

第45回学術集会のメインテーマを検討するにあたり、本学会発足の経緯を見直しました。本学会前身の四大学看護研究学会は4つの国立大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程の教員の先生方の勉強会から発足した日本で最初の看護の学会です。その経緯から、「若手研究者の育成」を使命としていました。現在、看護学基礎教育の大学化が当たり前となっていますが、発足当時、看護系大学数は一桁でした。約半世紀を過ぎ、看護職の専門性の強化や役割拡大が求められ、大学院教育も発展し、すでに専門看護師(CNS)養成も20年を過ぎています。確かな実践知や多くの研究成果が積み重ねられていますが、それらの看護実践や研究成果がどのように社会に評価されるようにできるのか、社会への貢献を可視化したいと思い、メインテーマを『研究成果をためる、つかう、ひろげる—社会に評価される看護力—』として、プログラムを企画しました。

学術集会の趣旨をご理解いただきました演者の方々の講演、会員の皆様のご発表、ご参加をいただきました皆様とのそれぞれの場面での討論は学術集会の目的を十分に深める有意義な時間となりました。演者

の皆様、ご参加の皆様にご心からお礼申し上げます。

今回の企画の中では、看護職が研究においては客観性が求められ、苦慮してきた数値では説明ができない患者との関係性など人の心の動きの実践について、特別講演として鯨岡峻先生（京都大学名誉教授）に「質的研究の構築と発展—理論から実践へ—」のご講演をいただきました。講演では、保育実践における場面を用いて「接面」の概念を詳述されました。その内容は、看護職者には看護実践において身近にひとがひとをわかるとき、了解しあえる現象が目には浮かぶように共感でき、参加者の看護職はこれまでの看護実践を研究にして説明できるという大きな自信をもてたと感じました。基調講演では、広井良典先生（京都大学こころの未来研究センター教授）には、「近代科学」が客観性を追求してきたが、一般的法則性に還元できない対象の個性への配慮が重要となる「ケア」と対立すること、現代の医療保険制度のシステムにおけるケアの持つ課題について言及されました。高齢化社会でのこれまでの医療では行き届かない問題をケアと都市政策の視点を持ち込み、看護学からのアプローチに期待を述べられた。参加者がケアについての幅広い視点から検討できる機会であったと思いました。

教育講演Ⅰでは、新谷歩先生（大阪市立大学大学院教授）には質の高いエビデンスの蓄積と活用をご紹介いただくために「臨床研究データの集積と活用法—Research Electronic Data Capture (REDCap)—」についてお話いただきました。実際のREDCapの利用実績や多施設臨床研究や疾患レジストリ研究などにおけるREDCapの活用事例から介入研究のデータの扱い方に力強いヒントをいただきました。

教育講演Ⅱと教育講演Ⅲは、看護学研究成果に視点にプログラムを組みました。教育講演Ⅱの江川隆子先生（関西看護医療大学学長）に「セラピーアイランド淡路島の構築を基盤とした地域活性化と看護教育カリキュラム開発」について、教育講演Ⅲには、神田清子先生（高崎健康福祉大学保健医療学部）にがん看護における「看護ガイドラインの基盤となる研究成果の活用と構築」をご講演いただきました。この2本の教育講演では、まさに研究成果の活用・展開・拡大のモデルといえ、具体的プロセスのご説明をいただき、同じような研究課題を温めている参加者には見通しがもてたと感じました。

シンポジウムⅠでは、特に、社会に見える形での実践活動を「社会にひろげる看護の成果・知恵・経験」として、多田真寿美先生（株式会社ナースあい代表取締役）には、訪問看護の実践から必要と感じたものづくりのために起業し医工連携での実践をお話いただきました。宇都宮宏子先生（在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス代表）には、「匠の技」を可視化するプロセスと、起業後の組織を超えての研修や地域の強みを見出すサポートについてお話いただきました。

三輪恭子先生（大阪府立大学大学院看護学研究科教授）には、前職での「よどきり医療と介護のまちづくり株式会社」でのこどもも高齢者、障がいのある方も、アクティブシニアもともに生きるまちづくりの具体的活動をお聞きし、保健・医療・福祉、行政や企業における看護師の専門性を確認することができました。討論の中で正にアクティブな看護活動に参加者は勇気づけられ、自分たちもと感じられたと思います。

シンポジウムⅡでは、研究成果をもとに我々が提供している看護技術や看護ケアが正当に評価されるためには、今後どのような取り組みが必要なのかを改めて考える場として「診療報酬につながる研究成果の示し方、つかい方」を企画いたしました。箕浦洋子先生（関西看護医療大学教授）には診療報酬を審査する側から、渡邊真理先生（横浜市立大学医学部教授）にはがん看護学会の委員会活動での研究成果の作り方を、叶谷由佳先生（横浜市立大学医学部教授）に、私も共同に取り組んでいる本学会での研究プロセス

を紹介していただきました。研究成果を診療報酬につなげエビデンスの出し方は診療報酬の考え方にマッチする必要があります。診療報酬の獲得は、社会に評価されるひとつの方法であり、看護職が人々の健康に貢献している看護力をもっと一般の方に知っていただけることを願っています。

以上のプログラムは学会誌に寄稿いただきますので、是非ご覧ください。

本学術集会でも、市民公開講座を開催しました。大阪医科大学が地域住民の健康促進の貢献に取り組んでいる健康寿命をのばす「たかつきモデル」にちなみ、市民の皆様の健康増進の一環に2日目に寺井陽彦先生（大阪医科大学医学部）に「ちょっとしたコツで変わるオーラルケア—古くて新しい方法—」を日常の習慣を少しの見直しで口腔の健康を保てるコツをお話しいただきました。歯磨き時に少し思い出していただければ幸いです。

大阪での学術集会の開催は第29回に続き、2回目となります。大阪をアピールするものはないかと話し合い、ポスターに大阪城を描き石垣に人の顔、石垣の間に大阪の名物のたこ焼きや食い倒れ太郎、かに、太陽の塔などを覗かせ大阪の笑いを潜ませました。ご参加いただけましたことが笑いと言学的刺激で心地よい思い出になりましたことを願っております。皆様の笑顔があふれる2日間となりましたことを本当にありがとうございました。

最後に労を惜しまず縁の下の力持ちをしてくださいました企画・運営委員、実行委員の皆様に御礼を申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会 第45回学術集会印象記

兵庫医療大学

橋本 ころこ

日本看護協研究学会第45回学術集会は2019年8月20日、21日の2日間にわたり、グランキューブ大阪において開催されました。学術集会長は、泊祐子先生（大阪医科大学看護学部教授）が務められました。本学術集会のテーマは「研究成果をためる、つかう、ひろげる—社会に評価される看護力—」であり、臨床で埋没している正当な看護力を可視化し、それを一過性に終わらせず、継続させていくためには、どのようにすればよいのかを考え、社会に評価される確かな看護力を次世代に伝えていきたいという思いが込められていました。2日間に聴講し、興味深かった一部について紹介します。

【特別講演】鯨岡峻先生（京都大学 名誉教授）の「質的研究の構築と発展—理論から実践へ—」についてです。鯨岡先生は、「関与観察とエピソード記述」を研究の方法論として提唱されており、従来のエビデンスを中心とした数量的アプローチでは行うことはできず、人と人が接するときには両者のあいだに生まれる「接面」から感じ取られる心の動きの領域であり、下記のように述べられました。目に見えない、測定不能なエビデンスに繋がらない、この心の動きの領域には踏み込もうとしてこなかったし、実際に踏み込めませんでした。しかし、人と人がことで営まれる対人実践には欠かすことがない領域であり、数量的エビデンスとして示すことができないから扱わなくてよいと言える領域ではありません。対人実践の最も重要な局面は、相手の心の動きと自分の心の動きが繋がったり途切れたりしながら、そこに様々な感情が双方に生まれ、それが相互に変容していくところにあるからです。エピソード記述を中心とした質的研究において①関係性を分断しないこと②接面を重視すること③心の動きを重視すること④書き手（研究者）の当事者性を自覚することと述べられていました。鯨岡先生の講演を聴講し、看護研究における質的研究について理解を深めることができました。また、改めて看護実践や看護研究について考えるきっかけとなりました。特に、看護研究においては、看護実践が対人実践で行われるため、数量的に測定することが困難であることが多いですが、理論値に変えていくために研究を続けていく必要があると実感しました。

【交流集会10】村井文江先生（常盤大学）、石原あや先生（兵庫医療大学）、石村佳代子先生（一宮研伸大学）、山田律子先生（北海道医療大学）、鈴木明子先生（城西国際大学）、山本裕子先生（畿央大学）の「若手看護系大学教員のキャリア開発支援：看護系大学教員“不足”の解決策を探る」についてです。

はじめに、①看護系大学の实態②若手教員が経験する教育遂行上と研究遂行上の困難と対処③看護教員となるまでの主なキャリア経路について研究結果の報告がありました。近年、看護系大学教員を取り巻く環境や状況について理解を深めることができました。また、グループディスカッションでは、若手教員（勤務経験が5年未満の助手・助教）と若手教員を支援する側に分かれて「若手教員をどう育てるか！若手教員のキャリア開発支援を考える」をテーマに意見交換を行いました。実際に同じような立場にある方々との意見交換は、私自身も悩み困っている話題が多く、大変興味深いものでした。看護教育の発展のためにも、若手教員のキャリア開発支援が必須であるということを改めて認識できました。そのために、実際に組織的に取り組みを行っている具体的な方法について知ることができました。組織の理解や協力を

得ない状況での若手教員のキャリア開発が困難であると改めて感じると共に、若手教員自身も個々の取り組みにおける努力が必要であると痛感しました。

【交流集会14】カルデナス暁東先生（大阪医科大学）、田中克子先生（大阪医科大学）の「すべての女性への新たな看護ケア～その人らしく生きることを応援する岩井式メイクセラピーの臨床への応用～」についてです。メイクアップは対象者の免疫系の亢進等の身体的側面への効果以外に、リラクゼーションや積極性の向上等の精神心理的側面の効果、対人関係の改善や社会性の発達等の社会的側面の効果、また生活リズムを調整する効果もあるといわれています。岩井式メイクセラピーは、心理カウンセリングの手法を取り入れたメイクアップ技法で、メイクアップスキルの指導のみでなく、その人が「なりたい自分像」を日常メイクで表現し、女性に自分に関心、自信をもたせるという関わりをすることが特徴とされている。実際に、大会長である泊先生の「なりたい自分像」と服装や雰囲気に合わせて、カルデナス先生が顔の半分にメイクを行い、さらに半分にメイクを行いフルメイクが完成しました。私は泊先生と初めてお会いしたのですが、フルメイクを終えた泊先生は、凛と強く自信に満ち溢れ、女性らしい優しい雰囲気が伝わってきました。日々、当たり前のように行っているメイクについて、看護師が行うケアとして興味や関心を強く持ちました。また、疾患だけでなく、その人らしく過ごすことができるための支援として、高齢者へのケアの可能性を強く感じました。

【ランチョンセミナー】児島ひで美氏（東京アカデミー講師）の「看護師国家試験 学生はどこに、なぜ、どのように躓いているのか～躓きからの脱出法を東京アカデミートップ講師が最新の本試験問題を使い、解説します～」についてです。セミナー会場に入って印象的だったのが、学生の方も多く参加されていたことです。近年の国家試験問題の傾向や解答を間違える学生の学習傾向についてのお話がありました。国家試験が不合格となる学生は、国家試験対策に取り組みを始めるのが遅く、1～2年の成績も思わしくないことが多く、基本的な解剖生理学などが理解できていないという傾向がある。また、状況設定問題の出題傾向として、状況設定を説明する文章が長くなり、検査データなど多くの情報が記載されているため、文章の読解力や問題に応じて必要な情報を適切に選択することが求められています。実際の問題を解きながら、解き方のコツや学習方法を知ることができました。今後、学生と関わる際には、全員が国家試験に合格できるように早い段階から関わっていきたく強く思いました。

私事ではありますが、看護の基礎教育を教えていただいた先生方や大学の同級生に会うことができ、少しの時間ではありますが会話することができたことは喜びであり、頑張っている姿を見ることで私自身も頑張っていこうという思いを持つことができました。最後に、泊先生をはじめ、学術集会の運営に携わられた多くのスタッフの皆様、ご配慮いただきありがとうございました。

一般社団法人日本看護研究学会 第45回学術集会印象記

甲南女子大学大学院
看護研究科博士前期課程
小西知子

真夏のピークを越え、少し蒸し暑さが残る8月20日・21日、大阪国際会議場で開催されました日本看護研究学会第45回学術集会に参加しました。

学会テーマ「研究成果をためる、つかう、ひろげる—社会に評価される看護力—」から教育、診療報酬、実践など様々な面からの講演、交流集会、一般演題がプログラムに盛り込まれており、スケジュール調整に悩みつつ参加しました。

私が参加した企画の中で関心があったのは、交流集会「明日からの実践のヒントを得る—急性・重症患者看護、精神看護、家族支援専門看護師の家族看護実践—」でした。私自身、日頃は産科病棟／NICU病棟に勤務しており、褥婦や新生児のケアを行っています。産後、初産婦さんは初めて新生児との生活、経産婦さんは上のお子さんと新生児を迎えての育児に戸惑いつつ、退院後の生活が始まります。日頃、1週間足らずの入院期間に褥婦や家族の考えや役割を確認しながらも、十分な話し合いができないまま退院を迎えることもあり、次回健診まで健康で、楽しい産後の生活を送ってほしいと思いつつ送り出すこともあります。

交流集会では演者の八尾さんから少ない情報を基に救急という緊急性の高い患者の医療処置や治療の援助を行い、緊迫した状況の中でも家族と向き合い、動揺する家族のケアも行う場面を聞かせていただきました。救急看護という患者の処置や治療が優先され、家族は待機する場面が想像されますが、混乱している家族の存在を意識して「関わる」重要性を感じました。

安藤さんは母親と相反する父親と父方両親との希望に板挟みとなり思い悩む母親を支え、思いが異なる家族の関係性を壊さず、家族の思いの着地点を探りながら、忍耐強く寄り添う看護を学びました。また患児の病状が明らかになる中、揺れる家族の思いに看護師が翻弄されるのではなく、個人の気持ちを大切にしつつ「家族」を客観的に捉えて判断する必要性を理解しました。

松本さんは余命宣告をされた患者家族と接し、家族の意向が集約できない場合、患者家族1人ひとりの気持ちや役割を確認した後、アプローチする方法としてリフレーミングの重要性が紹介されました。「決めきれない」「どうしたらいいのか」と混迷する家族の気持ちに対して、捉え方に変化を起こすことで新たな視点をもって意思決定に向けて進んでいける、滞っていた考えに変化が起こることが理解できました。

3人の演者の方から患者家族も看護の対象者として捉え、個人を尊重する一方、家族を体系的なアセスメントから捉えていく実践を伺い、臨床現場での家族看護により深みを持たせるよう励んでいこうと感じました。

交流集会で発表者が各々の立場で家族と向き合った経験の発表は、どの場面も共感・理解ができ、これからは患者と共に家族にも関わっていきたくて励みになりました。時間があれば、揺れ動く家族に寄り添う看護者の苦悩や看護者間の意見調整などもお伺いしたいと思いました。

1日しか参加できませんでしたが充実した学術集会を経験できました。

一般社団法人日本看護研究学会 第45回学術集会印象記

大阪医科大学

看護学部4年生

星野聖菜

今回、学会に初めて参加して、また裏方としての仕事を務めました。「学会に参加しない？」と先生から声をかけていただいた時は、率直に驚きましたし、学生生活では触れられないことに触れられる良い機会だと思いました。当日、詳細を知らないまま会場に着き、まず裏方のスタッフ（先生方や学生）の多さに驚き、規模の大きさを目の当たりにしました。

私は誘導係でした。1Fのエレベーター誘導や、ポスター会場や口演が行われる各会場の誘導でした。誘導の仕事を通じて、参加者層の広さを感じました。「日本看護研究学会」といっても男性の参加者も多く、ぶら下げているネームタグには日本全国色々な県の方がおられました。学生が自ら参加している姿も見ました。参加者を見ても幅広い層がこの学会に興味をもっていることを実感しました。

誘導の仕事の空き時間には、各会場を見学することができました。ポスター会場と同じフロアの企業展示には多くの企業が来られていて、私達が演習で使う人形や採血の練習をする用具から睡眠センサー付きのマットレスといった最先端の技術を活かした物品の展示、ドライシャンプーの展示まで、本当に様々な展示がされていて、色々なブースを回るだけでもすごく面白く感じました。

講演も3つほど聴かせてもらえましたが、看護の幅が広いように講演内容の幅も広く、また同じ時間帯に他の会場では他の講演が行われていて、自分の興味に合わせて講演を聴きに行けるため、1日を非常に楽しく過ごすことができました。

学生時代に貴重な経験ができたので、次は参加する側になれるよう色々なことに興味を持ってアンテナを貼って、臨床の現場で頑張りたいと思います。ボランティアができたことに感謝しています。

会長講演



一般演題・示説



一般演題・口演



企画運営委員・実行委員・ボランティア



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「投稿原稿執筆および利益相反開示**」の詳細を要求することがある。

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

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

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

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

■ミスコンダクト

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

■断片的投稿

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

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

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

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

8. 利益相反自己申告書

利益相反自己申告書で、著者全員が研究内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を記載し、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受け付けているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

10. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てを1回に限りすることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

11. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

12. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

13. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 16) 平成30年11月23日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会 (American Psychological Association, APA) が発行している『Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.』(2010)／『APA論文作成マニュアル第2版』[2011, 医学書院]に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。論文に必要な不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。
Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること(可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい)
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する(「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること)。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「, (全角コンマ)」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。(全角句点)」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中(文献は除く)で用いられる数字(「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く)および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文(例:A施設, B氏, 方法X, など)の場合は全角文字とする。また、量記号(サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号)に対しては、欧文書体のイタリック体(斜体)を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均 (標準偏差)	信頼区間	数	平均 (標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05 (.08)	[.02, .11]	18	.14 (.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05 (.07)	[.02, .10]	12	.17 (.15)	[.08, .28]
高度	16	.11 (.10)	[.07, .17]	14	.28 (.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり（漢字、仮名遣いを一部変更）。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するの必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意: 和文の場合は斜字体にしない)。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪: 研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合:

必要な書誌情報とその順序: 原著者名 (原著発行年) / 訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地: 出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005) / 中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京: 医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学 II (pp.123-146). 東京: 研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

－著者名（投稿・掲載の年月日）. Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から、自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果、希望する種別では不採用となったり、採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード（5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること）, 本文枚数, 図枚数（用紙1枚につき1つ）, 表枚数（用紙1枚につき1つ）, 写真点数（用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける）, 著者氏名（著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所（連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス）を入力する。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内とし, 原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。

10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

11. 著者貢献度

著者貢献度（Author Contributions）について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

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

12. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する（2,400字）。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。

- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦），の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第42巻

[原著]

山本孝治, 中村光江: 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築, *Rebuilding of the Life of Middle-Aged Pre-Adolescence-Onset Crohn's Disease Patients*, 42(1), 17-29, 2019.

今井多樹子, 岡田麻里, 高瀬美由紀: 新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を実践するうえでの取り組み — KJ法を活用した面接内容の構造化から —, *Efforts of Newly Graduated Nurses in Dealing with More than One Patient Simultaneously: Analyzing Data Collected through Interviews with Newly Graduated Nurses, Using the KJ Method*, 42(1), 31-42, 2019.

澁谷 幸: 看護師にとっての清拭の意味 — 清拭のエスノグラフィー —, *The Significance of Bed Baths to Nurses: An Ethnographic Study of Bed Baths*, 42(1), 43-51, 2019.

岡西幸恵, 當日雅代: 化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月までの病気体験のプロセス, *Experience of Patients with Head and Neck Cancer who Received Chemoradiotherapy, from Cancer Onset to 1 Month Post-Discharge*, 42(1), 53-64, 2019.

青木恵美子, 荒木田美香子: 看護基礎教育に携わる看護学教員の学習支援のためのコミュニケーションスキル尺度の開発, *Development of the Communication Skills Scale for Supporting Learning of Nursing Teacher to Engage in Basic Nursing Education Program*, 42(2), 161-173, 2019.

勝山 愛, 細田泰子, 紙野雪香: 新人期看護師の主体性にかかわる職場における経験, *Workplace Experiences that Relate to the Self-Direction of Novice Nurses*, 42(2), 175-183, 2019.

吉成 舞, 江守陽子, 川口孝泰: 性周期における嗅覚感受性とにおいに対する嗜好の変化, *Changes in Olfactory Sensitivity and Odor Preference During the Sexual Cycle*, 42(2), 185-193, 2019.

井上里恵, 藤原奈佳子, 郷良淳子: 病院に勤務する認定看護師が訪問看護師のケアの質を補完する遠隔看護支援システムの有用性の検証, *Usefulness of a Remote Nursing Support System in Which Certified Nurses in Japanese Hospitals Complement the Care of Visiting Nurses*, 42(2), 195-210, 2019.

小山沙都実, 三吉友美子, 水野暢子, 皆川敦子: 看護師再就職者用職場サポート尺度の開発 — 信頼性・妥当性の検討 —, *Development of Workplace Support Scale for Nurses Re-Employed: A Study of its Reliability and Validity*, 42(2), 211-217, 2019.

野中光代, 古田加代子, 柴 邦代: 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*, 42(4), 725-734, 2019.

杉浦将人, 盛田麻己子, 萩本明子: 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*, 42(4), 735-747, 2019.

光岡由紀子：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, The Correlations of the Sense of Authenticity and Emotional Labor with the Professional Identity of Nurses, 42(4), 749-761, 2019.

多喜代健吾, 北宮千秋：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, 42(4), 763-773, 2019.

小島徳子：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, 42(4), 775-786, 2019.

田中聡美, 布施淳子：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, Development of a Decision-Making Model of Job Change in Nurses Based on the Theory of Planned Behavior, 42(4), 787-802, 2019.

工藤千賀子, 工藤せい子：筋ジストロフィー患者のセクシュアリティに対する看護者の性役割態度と倫理的行動, Nurses' Sex-Role Attitudes and Ethical Behaviors Toward the Sexuality of Muscular Dystrophy Patients, 42(5), 851-860, 2019.

坂本結美子, 香月富士日：看護系女子学生からみた母親の養育態度における青年期後期でのコーピング, 精神的健康との関連, Association between Maternal Childrearing Attitudes Perceived by Female Nursing Students and Their Stress-Coping Strategies / Mental Health in Late Adolescence, 42(5), 861-870, 2019.

[研究報告]

近藤由香, 中村美香, 今井裕子：がん患者への受動的筋弛緩法の介入による指標と主観による評価, Physiological and Subjective Assessments of Passive Muscle Relaxation Intervention in Cancer Patients, 42(1), 65-73, 2019.

唐田順子, 市江和子, 濱松加寸子, 山田和子：産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」を他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス — 子ども虐待の発生予防を目指して (第1報) —, The Processes by Which Midwives at Maternity Clinics Recognized “Parents and Children of Concern” and Decide Pass on This Information to Other Institutions: with an Aim to Preventing Child Abuse (Report 1), 42(1), 75-85, 2019.

齋藤嘉宏, 鳩野洋子：在宅認知症者の介護者がうつ状態に至る要因における性差, A Study of Differences between the Sexes on the Caregiver's Depression Factors for People with Dementia at Home, 42(1), 87-98, 2019.

富田亮三, 細田泰子：初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングの様相とその効果 — フォーカスグループインタビューによる分析 —, The Nature and Effects of Peer Coaching for Nurses During the Initial Career-Development Period: Analysis Using a Focus Group Interview, 42(1), 99-109, 2019.

櫛 直美, 尾形由起子, 江上史子：家族介護者の介護力構造因子における関連要因と介護負担感への影響, Influence of Relevant Factors among the Structural Factors Associated with Care Capacity on the Sense of Care Burden of Family Caregivers, 42(1), 111-122, 2019.

唐田順子, 市江和子, 濱松加寸子, 山田和子：産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」の情報を提供してから他機関との連携が発展するプロセス — 子ども虐待の発生予防を目指して (第2報) —, Developmental Process of Cooperation with Other Institutions through the Provision of Information “Parents and Children of Concern” by Midwives at Maternity Clinics: with an Aim to Preventing Infant Abuse (Report 2), 42(2), 219-230, 2019.

路 璐, 北池 正, 池崎澄江: 中国の中堅看護師における専門職的自律性と看護研究活動との関連, *The Relationship between Professional Autonomy and Nursing Research Activities in Mid-Level Nurses in China*, 42(5), 871-879, 2019.

青木頼子, 中山和弘: 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先への影響要因, *Factors Affecting Discharge Destinations of Elderly Stroke Patients at a Recovery Phase Rehabilitation Ward*, 42(5), 881-888, 2019.

岩佐由貴, 加藤真紀, 原 祥子: 脳卒中発症により急性期病院に入院となった高齢患者の子が抱く思い, *Sentiments Found in Adult Children of Elderly Patients Hospitalized in Acute Hospitals Due to the Onset of Cerebral Strokes*, 42(5), 889-897, 2019.

仲下祐美子, 河野益美: 2011年の保健師養成所指定規則改正以降の保健師教育に関する研究動向と課題, *Research Trends and Issues Regarding Public Health Nursing Education after Revised Regulation of Training Institution for Public Health Nurses in 2011*, 42(5), 899-910, 2019.

湯浅香代, 三宅茉里奈, 森本美智子: 退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程, *Thought Process of Discharge Support Nurses Who Aim to Provide Appropriate Discharge Support for Patients*, 42(5), 911-920, 2019.

[総説]

佐藤美紀子, 原 祥子, 福間美紀, 加藤真紀: 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*, 42(4), 803-818, 2019.

白砂恭子, 淵田英津子: 日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討, *The Review on the Condition can Continue Living Healthy Elderly People Living Alone*, 42(5), 921-931, 2019.

[資料・その他]

庄司正枝, 叶谷由佳, 本多由起子: 東日本大震災で被災した災害救援者の経時的ストレス反応, *Time-Course Stress Response among the Disaster-Relief Workers Affected by the Great East Japan Earthquake*, 42(1), 123-133, 2019.

森本眞寿代, 前原宏美, 佐藤繭子: わが国の家庭で親が行う性教育に関する研究の動向 — 看護関連の文献のエビデンスレベル —, *Trends of Research on Home Sex Education by Japanese Parents: Evidence Level of Nursing Related Literature*, 42(2), 231-240, 2019.

路 璐, 北池 正, 池崎澄江: 千葉県内の病院における看護研究の支援状況の実態と課題, *The State of Nursing Research Implementation and Support at Hospitals in Chiba Prefecture*, 42(2), 241-248, 2019.

東海林美幸, 古瀬みどり, 森鍵祐子, 小林淳子: 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*, 42(4), 819-828, 2019.

鷺尾 和, 東野督子, 西片久美子: 救急外来における家族看護実践の程度と関連要因, *Practicing Family Care at Emergency Department and Factors Related to the Practice*, 42(5), 933-945, 2019.

2. 著者索引

あ

青木 恵美子 42(2) 161
 青木 頼子 42(5) 881
 荒木田 美香子 42(2) 161

い

池崎 澄江 42(2) 241, 42(5) 871
 市江 和子 42(1) 75, 42(2) 219
 櫛 直美 42(1) 111
 井上 里恵 42(2) 195
 今井 多樹子 42(1) 31
 今井 裕子 42(1) 65
 岩佐 由貴 42(5) 889

え

江上 史子 42(1) 111
 江守 陽子 42(2) 185

お

岡田 麻里 42(1) 31
 尾形 由起子 42(1) 111
 岡西 幸恵 42(1) 53

か

香月 富士日 42(5) 861
 勝山 愛 42(2) 175
 加藤 真紀 42(4) 803, 42(5) 889
 叶谷 由佳 42(1) 123
 紙野 雪香 42(2) 175
 唐田 順子 42(1) 75, 42(2) 219
 川口 孝泰 42(2) 185

き

北池 正 42(2) 241, 42(5) 871
 北宮 千秋 42(4) 763

く

工藤 せい子 42(5) 851
 工藤 千賀子 42(5) 851

こ

河野 益美 42(5) 899
 郷良 淳子 42(2) 195
 小島 徳子 42(4) 775
 小林 淳子 42(4) 819
 小山 沙都実 42(2) 211

近藤 由香 42(1) 65

さ

齋藤 嘉宏 42(1) 87
 坂本 結美子 42(5) 861
 佐藤 繭子 42(2) 231
 佐藤 美紀子 42(4) 803

し

柴 邦代 42(4) 725
 澁谷 幸 42(1) 43
 庄司 正枝 42(1) 123
 白砂 恭子 42(5) 921

す

杉浦 将人 42(4) 735

た

高瀬 美由紀 42(1) 31
 多喜代 健吾 42(4) 763
 田中 聡美 42(4) 787

と

東海林 美幸 42(4) 819
 當目 雅代 42(1) 53
 富田 亮三 42(1) 99

な

仲下 祐美子 42(5) 899
 中村 美香 42(1) 65
 中村 光江 42(1) 17
 中山 和弘 42(5) 881

に

西片 久美子 42(5) 933

の

野中 光代 42(4) 725

は

萩本 明子 42(4) 735
 鳩野 洋子 42(1) 87
 濱松 加寸子 42(1) 75, 42(2) 219
 原 祥子 42(4) 803, 42(5) 889

ひ

東野 督子 42(5) 933

ふ

福岡 美紀 42(4) 803
 藤原 奈佳子 42(2) 195
 布施 淳子 42(4) 787
 淵田 英津子 42(5) 921
 古瀬 みどり 42(4) 819
 古田 加代子 42(4) 725

ほ

細田 泰子 42(1) 99, 42(2) 175
 本多 由起子 42(1) 123

ま

前原 宏美 42(2) 231

み

水野 暢子 42(2) 211
 光岡 由紀子 42(4) 749
 皆川 敦子 42(2) 211
 三宅 茉里奈 42(5) 911
 三吉 友美子 42(2) 211

も

森 鍵祐子 42(4) 819
 盛田 麻己子 42(4) 735
 森本 眞寿代 42(2) 231
 森本 美智子 42(5) 911

や

山田 和子 42(1) 75, 42(2) 219
 山本 孝治 42(1) 17

ゆ

湯浅 香代 42(5) 911

よ

吉成 舞 42(2) 185

る

路 璐 42(2) 241, 42(5) 871

わ

鷺尾 和 42(5) 933

3. 事 項 索 引

あ		看護生涯教育	42(2)	241
足湯	42(4)	関連要因	42(5)	933
い		き		
育児参加	42(4)	嗅覚感受	42(2)	185
育児参加要因	42(4)	救急外来	42(5)	933
意思決定	42(5)	急性期	42(5)	889
う		急変対応	42(4)	735
受け持ち患者	42(1)	教育	42(5)	899
うつ状態	42(1)	共分散構造分析	42(1)	87
え		筋弛緩法	42(1)	65
エスノグラフィー	42(1)	筋ジストロフィー患者	42(5)	851
遠隔看護	42(2)	く		
お		クローン病	42(1)	17
親	42(2)	け		
か		計画的行動理論	42(4)	787
介護者	42(1)	経験	42(2)	175
介護負担感	42(1)	KJ法	42(1)	31
介護力	42(1)	研究動向	42(5)	899
改訂出来事インパクト尺度	42(1)	健康	42(5)	921
回復期リハビリテーション病棟	42(5)	こ		
化学放射線治療	42(1)	効果	42(1)	99
学習支援	42(2)	公衆衛生看護学	42(5)	899
学生	42(5)	高齢患者	42(5)	889
家族介護者	42(1)	高齢者	42(5)	881, 42(5) 921
家族看護	42(5) 889, 42(5) 933	コーピング	42(5)	861
家庭	42(2)	子ども虐待	42(1)	75
看護学教員	42(2)	コミュニケーションスキル	42(2)	161
看護学生	42(5)	困難	42(4)	819
看護技術	42(1)	さ		
看護研究	42(2)	サーモグラフィ	42(4)	775
看護研究活動	42(5)	災害救援者	42(1)	123
看護師	42(1) 99, 42(2) 241, 42(4) 787, 42(5) 911	再就職	42(2)	211
看護実践	42(1)	在宅	42(1)	87
看護実践の程度	42(5)	産科医療機関	42(1)	75, 42(2) 219
看護師の専門性	42(1)	産褥早期	42(4)	775
看護者	42(5)			

し

思考過程	42(5)	911
実習指導	42(4)	819
質的研究	42(5)	911
児童虐待	42(2)	219
自分らしさ	42(4)	749
自閉症	42(4)	725
尺度開発	42(2)	161, 42(2) 211
周産期	42(1)	75
修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	42(1)	75, 42(2) 175
	42(2)	219, 42(4) 725
主体性	42(2)	175
受動的筋弛緩法	42(1)	65
小児病棟看護師	42(4)	735
初期キャリア形成期	42(1)	99
職業的発達段階	42(4)	749
職場	42(2)	175
職場サポート	42(2)	211
新人看護師	42(1)	31
新人期看護師	42(2)	175
人的資源活用	42(2)	195

す

ストレス反応	42(1)	123
--------	-------	-----

せ

生活の再構築	42(1)	17
性教育	42(2)	231
清拭	42(1)	43
性周期	42(2)	185
成熟女性	42(2)	185
精神保健	42(5)	861
性的健康	42(5)	851
青年期	42(5)	861
性役割態度	42(5)	851
セルフマネジメント	42(4)	803
専門職的自律性	42(5)	871

そ

ソーシャルサポート	42(2)	211, 42(4) 763
-----------	-------	----------------

た

退院支援	42(5)	881, 42(5) 911
他機関連携	42(2)	219

ち

地域包括ケアシステム	42(2)	195
父親	42(4)	763
知的障害	42(4)	725
中堅看護師	42(5)	871
中年期	42(1)	17

て

T&T オルファクトメーター	42(2)	185
転職	42(4)	787

と

頭頸部がん	42(1)	53
独居	42(5)	921

に

におい嗜好性	42(2)	185
乳汁分泌	42(4)	775
乳房皮膚温	42(4)	775
認知症	42(1)	87
認定看護師	42(2)	195

の

脳卒中	42(4)	803, 42(5) 881
	42(5)	889

は

発生予防	42(1)	75, 42(2) 219
母親	42(4)	725

ひ

ピア・コーチング	42(1)	99
東日本大震災	42(1)	123
肥満	42(4)	725
病気体験	42(1)	53

ふ

不安	42(4)	735
複数患者	42(1)	31
文献レビュー	42(4)	803

ほ

訪問看護	42(2)	195
------	-------	-----

訪問看護師 42(4) 819

保健師 42(5) 899

や

役割演技 42(4) 749

よ

養育態度 42(5) 861

り

リラクセーション 42(1) 65

倫理的行動 42(5) 851

A			
acute phase	42(5)	889	
adolescent	42(5)	861	
anxiety	42(4)	735	
Ashiyu	42(4)	775	
attitudes	42(5)	861	
authenticity	42(4)	749	
autism	42(4)	725	
B			
Bed Baths	42(1)	43	
breast skin temperature	42(4)	775	
C			
care burden	42(1)	111	
care capacity	42(1)	111	
caregiver	42(1)	87	
certified nurse	42(2)	195	
chemoradiotherapy	42(1)	53	
child abuse	42(1)	75, 42(2) 219	
communication skills	42(2)	161	
cooperation	42(2)	219	
coping	42(5)	861	
covariance structure analysis	42(1)	87	
Crohn's disease	42(1)	17	
D			
decision-making	42(5)	881	
degree of nursing practice	42(5)	933	
dementia	42(1)	87	
depression	42(1)	87	
difficulty	42(4)	819	
discharge support	42(5)	881, 42(5) 911	
disease experience	42(1)	53	
E			
early-stage postpartum period	42(4)	775	
education	42(5)	899	
effects	42(1)	99	
elderly patient	42(5)	889	
elderly people	42(5)	881, 42(5) 921	
emergency department	42(5)	933	
ethical behaviors	42(5)	851	
ethnography	42(1)	43	
experience	42(2)	175	
F			
factors of parenting participation	42(4)	763	
family caregivers	42(1)	111	
family nursing	42(5)	889, 42(5) 933	
father	42(4)	763	
G			
good health	42(5)	921	
H			
head and neck cancer	42(1)	53	
home	42(1)	87, 42(2) 231	
human resources management	42(2)	195	
I			
Impact of Event Scale Revised (IES-R)	42(1)	123	
initial career-development period	42(1)	99	
intellectual disabilities	42(4)	725	
K			
KJ method	42(1)	31	
L			
lactation	42(4)	775	
learning support	42(2)	161	
literature review	42(4)	803	
live alone	42(5)	921	
M			
maternity clinics	42(1)	75, 42(2) 219	
mature female	42(2)	185	
mental health	42(5)	861	
M-GTA	42(4)	725	
middle-age	42(1)	17	
mid-level nurse	42(5)	871	
modified grounded theory approach	42(2)	175	
Modified Grounded Theory Approach (M-GTA)	42(1)	75, 42(2) 219	
more than one patient/multiple patient	42(1)	31	
mother	42(4)	725	
muscle relaxation	42(1)	65	
muscular dystrophy patients	42(5)	851	

N			
newly graduated nurses	42(1)	31	
novice nurse	42(2)	175	
nurse	42(1)	99, 42(2) 241	
	42(4)	787, 42(5) 911	
nurses	42(5)	851	
nursing career education	42(2)	241	
nursing faculty	42(2)	161	
nursing practice	42(1)	31	
nursing professionalism	42(1)	43	
nursing research	42(2)	241	
nursing research activities	42(5)	871	
nursing skill	42(1)	43	
nursing students	42(5)	861	
O			
obesity	42(4)	725	
occupational developmental stage	42(4)	749	
odor preference	42(2)	185	
olfactory sensitivity	42(2)	185	
P			
parenting participation	42(4)	763	
parents	42(2)	231	
passive muscle relaxation	42(1)	65	
patient in charge	42(1)	31	
pediatric nurses	42(4)	735	
peer coaching	42(1)	99	
perinatal period	42(1)	75	
practical training	42(4)	819	
prevention	42(1)	75, 42(2) 219	
professional autonomy	42(5)	871	
public health nurse	42(5)	899	
public health nursing	42(5)	899	
Q			
qualitative research	42(5)	911	
R			
rebuilding of the life	42(1)	17	
recovery phase rehabilitation ward	42(5)	881	
recovery workers	42(1)	123	
re-employment	42(2)	211	
regional comprehensive care system	42(2)	195	
related factors	42(5)	933	
relaxation	42(1)	65	
remote nursing	42(2)	195	
research trend	42(5)	899	
responding to the sudden change	42(4)	735	
role acting	42(4)	749	
S			
scale development	42(2)	161, 42(2) 211	
self-direction	42(2)	175	
self-management	42(4)	803	
sex education	42(2)	231	
sex-role attitudes	42(5)	851	
sexual cycle	42(2)	185	
sexual health	42(5)	851	
social support	42(2)	211, 42(4) 763	
stroke	42(4)	803, 42(5) 881	
	42(5)	889	
student	42(5)	899	
T			
T&T olfactometer	42(2)	185	
The Great East Japan Earthquake	42(1)	123	
the stress response	42(1)	123	
The Theory of Planned Behavior	42(4)	787	
thermography	42(4)	775	
thought process	42(5)	911	
turnover	42(4)	787	
V			
visiting nurse	42(4)	819	
visiting nursing	42(2)	195	
W			
workplace	42(2)	175	
workplace support	42(2)	211	

事務局便り

1. 2020年度会費納入のお願い

2019年12月中に2020年度会費納入のお願いをお送りいたします。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。
会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。
また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<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 5号

無料配布

2019年12月20日 印刷

2019年12月20日 発行

編集委員 委員長

高見沢恵美子 (理事)	関西国際大学看護学研究科
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

