

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 43 Number 1 April 2020 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[43巻1号]

会 告 (1)

2020年 4 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そどり 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. 市民公開講座

「テーマ未定」

折茂 武彦 (株式会社レバンガ北海道 代表取締役社長)

7. 一般演題 (口演, 示説), 交流集会, 学会特別企画

8. 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クエージ

〒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

目 次

第45回一般社団法人日本看護研究学会学術集会講演記事

会長講演

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 —

教育実践からみえた暗黙知から実践知・形式知へ 1

大阪医科大学看護学部 泊 祐子

特別講演

質的研究の構築と発展

— 理論から実践へ — 6

京都大学 名誉教授 鯨 岡 峻

基調講演

ケアの科学と政策

..... 17

京都大学こころの未来研究センター 教授 広 井 良 典

教育講演 2

セラピーアイランド淡路島の構築を基盤とした地域活性化と看護教育カリキュラム開発

— 産官学連携により研究成果をつくり，つかい，ひろげるために — 20

関西看護医療大学 江 川 隆 子

教育講演 3

看護ガイドラインの基盤となる研究成果の活用と構築

..... 23

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科 教授 神 田 清 子

シンポジウム 1

まちの人びとと創る新しい看護のカタチ 26

大阪府立大学大学院看護学研究科 三 輪 恭 子

ナースの現場で必要なものを。アイデアから形へ

— 訪問看護師のものづくり，7年目を迎えて思うこと，伝えたいこと 27

株式会社ナースあい 代表取締役

(一財) 神戸医療・介護推進財団 兵庫しあわせ訪問看護ステーション

訪問看護認定看護師 多 田 真寿美

成功事例を時間軸で振り返る方法

～匠の技から，わが地域の強みを知る～ 28

在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表 宇都宮 宏 子

シンポジウム 2

診療報酬で評価されるための研究成果の示し方	30
関西看護医療大学看護学部看護学科 箕浦洋子	
診療報酬につながる研究データの活用と準備	
— 日本がん看護学会の取り組み —	32
公立大学法人横浜市立大学医学部看護学科 渡邊真理	
診療報酬につながる研究データの活用と工夫	
— 日本看護研究学会の取り組み —	34
日本看護研究学会将来構想委員会看保連ワーキングメンバー 横浜市立大学医学部看護学科 教授 叶谷由佳	
— 原 著 —	
対人円環モデルに基づく精神科看護援助特性質問紙の開発とその信頼性・妥当性の検討	37
信州大学学術研究院保健学系 木下愛未 信州大学学術研究院保健学系 下里誠二	
精神疾患を有する母親の育児体験の意味	51
島根県立こころの医療センター 上田明美 島根県立大学看護栄養学部 石橋照子 島根県立大学看護栄養学部 吉川洋子	
介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度の開発	63
日本赤十字秋田看護大学 小野麻由子 東邦大学看護学部 夏原和美	
— 研究報告 —	
介護施設に入所中の高齢者における難聴スクリーニング法の検討	77
大和大学／名古屋市立大学大学院看護学研究科博士後期課程 小出由美 名古屋市立大学大学院看護学研究科 山田紀代美	
長時間夜勤が看護師の表情認知能力に及ぼす影響	87
前香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 前川甘弥 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 乗松貞子	
地域で生活する精神障害者が「自己有用感」を回復するプロセス	99
地方独立行政法人岡山県精神科医療センター 余傳節子 香川県立保健医療大学大学院保健医療学研究科 國方弘子	

—資料・その他—

Nursing Informatics Competency Scale 日本語版 (J-NICS) の開発 109

福岡女学院看護大学看護学部 藤野 ユリ子

福岡女学院看護大学看護学部 豊福 佳代

北海道・東北圏に勤務する助産師の助産実践能力に関する平成24年度実態調査と継続教育への示唆 119

旭川医科大学医学部看護学科 山内 まゆみ

旭川医科大学医学部看護学科 伊藤 幸子

札幌市立大学大学院看護学研究科 中村 恵子

CONTENTS

Original Papers

- Development of Psychiatric Nursing Care Traits Questionnaire Based on the Interpersonal Circumplex Model
-Consideration of Reliability and Validity- 37
Institute of Health Science, School of Medicine and Health Sciences, Shinshu University : Aimi Kinoshita
Institute of Health Science, School of Medicine and Health Sciences, Shinshu University : Seiji Shimosato
- Meaning of Parenting Experiences of Mothers with Mental Illness 51
Shimane Prefectural Psychiatric Medical Center : Akemi Ueda
Faculty of Nursing and Nutrition, The University of Shimane : Teruko Ishibashi
Faculty of Nursing and Nutrition, The University of Shimane : Yoko Yoshikawa
- Development of a Practical Nursing Skills Self-Assessment Scale for
Nursing Staff Working at Long-Term Care Health Facilities 63
Japanese Red Cross Akita College of Nursing : Mayuko Ono
Toho University Faculty of Nursing : Kazumi Natsuhara

Research Reports

- Examination of Deafness Screening Method in Elderly People in Nursing Home Admission 77
Yamato University/Doctoral Course, Nagoya City University Graduate School of Nursing : Yumi Koide
Nagoya City University Graduate School of Nursing : Kiyomi Yamada
- The Impact of Long Night Shifts on Nurses' Ability to Recognize Facial Expressions 87
Former Kagawa Prefectural University of Health Sciences, Department of Nursing,
Faculty of Health Sciences : Aya Maekawa
Ehime University Graduate School of Medicine Nursing and Health Science Course : Sadako Norimatsu
- Recovery of a Sense of Being Useful in People with Psychological Disorders Living in a Community 99
Okayama Psychiatric Medical Center : Setsuko Yoden
Graduate School of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences : Hiroko Kunikata

Preliminary Session

- Reliability and Validity of the Japanese Version of Nursing Informatics Competency Scale 109
Fukuoka Jo Gakuin Nursing University : Yuriko Fujino
Fukuoka Jo Gakuin Nursing University : Kayo Toyofuku

2012 Survey of Actual Conditions Concerning the Practical Ability of Midwives Working in the Hokkaido and Tohoku Regions and Suggestions for Continuing Education	119
School of Nursing Faculty of Medicine, Asahikawa Medical University : Mayumi Yamauchi	
School of Nursing Faculty of Medicine, Asahikawa Medical University : Yukiko Ito	
Graduate School of Nursing, Sapporo City University : Keiko Nakamura	

第 45 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2019年8月20日（火）、21日（水）

学術集会長 泊 祐子

於 大阪国際会議場

注) 掲載に賛同し、入稿された原稿に限定して掲載しています。

◆会長講演◆

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 — 教育実践からみえた暗黙知から実践知・形式知へ

大阪医科大学看護学部 泊 祐子

私の看護師の始まりはNICUであった。その後、小児病棟に異動し、子どもたちの相手をすると、子どもの心理や対応の仕方がわからないと思い、児童教育を学びに大阪市立大学大学院生活科学研究科に進学した。

修士課程での経験 [専門用語のすごさ]

進学した大学院は、児童教育、臨床心理学や児童医学、家族社会学、社会福祉などの領域がある研究科で、そこで学問的な刺激が衝撃だった。学問的な刺激とは、研究室でオーバードクターの方も多く数人でよく議論している場面に会った。その領域の理論や概念を使い、何かについて意見を出し議論していた風景は、看護現場にいた私には新鮮であり、学問が成熟=その領域の専門用語という共通用語でやりとりしているすごさと、日常的にこのような討論を当たり前に行っている院生たちの様子を目の当たりにし、このようにして学問は進むのだなと感じた。

1. 現象学との出会い [病床のリアリティのある描写に驚き]

そんな頃に出会った本が、早坂泰次郎先生の訳されたヴァン・デン・ベルク「病床の心理学」、「人間ひとりひとり」、「現象学への招待」など現象学の書籍であった。

「病床の心理学」の一部を紹介する。

階下から、台所仕事のいろいろな音が寝室に飛び込んできると、子どもたちが「ごはんですよ」と呼ばれている。子どもたちのあわただしい大声が聞こえるが、それは彼らがすぐに学校に出かけなければならないことのしるしである。ハンカチやカバンをそろえなければならないのだ。せわしげな幼い足が階段を上り降りする。そうした物音が、なんと親しみ深く、また同時になんと不思議に感じられることだろう。いま耳にしていることは、私の日々の生き方の始まりなのだ。ただ違うのは、私はいまそこでなんらの働きももっていないことなのだ。ある点では、私は依然階下で起こっていることのなかに完全に住みついている。私は聞こえてくる音にかかわりをもっている。しかし、同時にすべてのことが私のかたわらを通り過ぎていき、すべてのことが、私からは非常に遠くに離れたところで起

こっている。「お父さんは病気なの？」という声が聞こえてくる。

病床の方の心理をリアルにとらえ、表現している文章に驚かされた。患者の気持ちがとても伝わり現象学によって「観察」した描写のすごさ、目に映るような記述と、人の心理のありように、小説を読んでいるかのような感じ。現象を如何に見るのか。相手との対峙に、現象学の間科学的展開、生活世界の現象、事象を見るところに看護現場との近しさを覚えた。

修士論文の研究テーマは、喘息の子どもたちは自分自身の病気をどのようにとらえているのかという子どもに直接かかわる病気イメージにたどり着いた。病床の心理学の訳者の一人である上野轟（ひとし）先生に教えを乞い、助言をいただき、初めて文章を分析するという質的研究を行い、「喘息児の病気像」という論文を仕上げた。

喘息児を対象にした動機は、臨床で目にした情景からであった。喘息発作のために時々入院するいつもの子どもがいた。面会時間に病室のガラス越しに見える親子の様子で、母親がベッドのそばに座っているが周りの面会人たちに気を取られ、子どもが発するシグナルに気づいてないことが、なんとなくしっくりこなかった経験からであった。

そのことを当時の教育担当副看護部長に話すと、田研式親子関係テストで調査した論文「喘息児の親子関係」を持ってきてくれた。数日後に自分が見た親子の様子とこの研究結果がかなり違うという感想を話すと、現場で見る実際と研究結果には違いがあるから、現場をみることは大事よという言葉ももらった。この言葉はその後の「現場を見ること、経験を大切に」という私の信念となった。病床の心理学など現象学に魅かれたのは、自分が経験した看護現象に重ね合わせられたからかもしれない。

このような形で教育研究者の道を歩み始めた。

2. 実践と理論の統合という考え方 [構成概念を掴む]

2004年に着任した岐阜県立看護大学では、領域別看護学実習の前後に行う「看護実践と理論の統合(事前)」「看護実践と理論の統合(事後)」という演習科目が設定され、実習を「実践と理論の統合」と位置付けていた。

1) 実習を挟む「看護実践と理論の統合」

領域別看護学実習と「演習：看護実践と理論の統合」の組み合わせは図1のようなローテーションとなっていた。



図1 実習と実践と理論の統合の組み合わせのローテーション

用語の定義は下記のようにした。

実践：実習中、眼前に見た事実に対する認識を含んだ行為。

理論：今回は、学生がこれまでに授業で学んだ知識とする。

通常、実習開始時のオリエンテーションという説明だけでは、学生は学内での学びを臨場感をもってイメージできないと感じていたので、「看護実践と理論の統合」という用語に魅力を感じた。その後もずっと実践と理論の統合をどのようにすればよいのかは私の研究課題（泊ら，2013：増尾ら，2016）となって現在も取り組んでいる。

それよりずっと以前に同じ問題を感じて行っていた教育実践があったのを紹介する。

2) 〈ひとつの教育実践の報告〉

タイトル：小児看護学の学内実習のまとめに実技テストを取り入れて

1992（平成4）年3月

第6回日本看護研究学会近畿・四国地方会

実習での初期の頃の学生の様子を見ていると、実際の患者を眼の前にしながら、実際の場面で身体を動かさず知識を活かせないで戸惑っている様子が時々気づくことがあった。そこで授業の演習でのまとめに、具体的事例を提示し、その場で判断し行動してみるという経験をするというのではないかと考え、事例に基づく実技テストを取り入れた。

実技テストの場面は、実習室に人形を寝かせ、点滴をつけて患児に見立て、付き添っている母親役は教員が行った。事例の内容は、昨夜、発熱が継続するので、開業医からの紹介で夜間に入院した幼児がいる。点滴をしている。テスト問題は、「あなたは担当看護師です。朝の観察にバイタルサインチェックをして、清拭ができるかどうかを判断しましょう」というものでした。

その実技テスト終了後に学生に模範を示すために、教員が頭の中で考えていることをすべて言葉に出しながら、実施して見せた。その教育実践の方法を評価した研究であった。

この時の発表を聞いてくださった本学会の名誉会員でもある野島良子先生、近田敬子先生が「泊さんこれは、役割

モデルを示しているのよね」と助言をいただいた。「あっ！コア概念は実技テストではなく、「役割モデル」なのか」と目からうろこが落ちる気がした。その場面で看護師がどのように考えて行動するのかを示したという役割モデルという概念でみるとその本質を浮き彫りにできるという示唆を得た。

3) 助言からの学び

助言からの学びは、「コアとなる概念を掴む」ということであった。コアの概念を押さえて、説明するとわかりやすくなることに気づいた。

元のタイトルと修正タイトルを並べるとよくわかる。
元タイトル：小児看護学の学内実習のまとめに実技テストを取り入れて（したことの羅列）



修正タイトル：実習のイメージづくりに役割モデルを提示する演習の評価（わかってほしいことを提示）

元のタイトルは行ったことの羅列だったが、修正したタイトルは聞き手にわかってほしい内容の提示となっている。

ここで、自分が何をしているのか、その全体構造を明確にしていなかったことに気づいた。

気づいたこと → 研究の構成概念（構成要素）を押さえておくこと

*注 気づき：自分の心の動きを自分が意識すること

4) 実施した記憶と役割モデルを比較する重要性＝わかるということ

実際の現場を知っている教員と現場のイメージがない学生では、同じものを見てもできる認識にずれが生じるので、それを補う教育を考える必要性に気づいた。

学生は教員の看護師役割モデルを見ることで、「実技テストで実施した記憶」と「役割モデル」を比較し照合することで違いが判るようになる。わかっていなかったことがわかる。

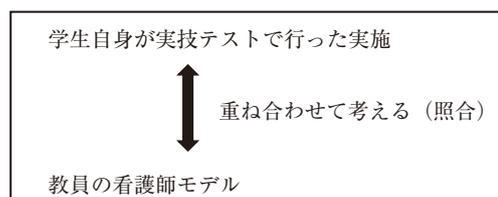


図2 学生の頭の中

実施した自分の行為と比較・区別ができる。そこがデモンストレーションを見る授業とは根本的に異なる。実施しているからこそできる記憶心像との照合ができる。

5) 改めて思考とは

心の働きには大きく2つある。

- ①感情：心の全体的な動きである傾向を表す なんとなく楽しいとか憂鬱など
- ②思考：心像（過去の経験や記憶などから、具体的に心の中に思い浮かべたもの。視覚心像・聴覚心像・嗅覚心像、体感など、すべての感覚に対応した心像がある）
心像は、心が捉えるあらゆる現象。心理的な単位の間に関係を作り上げる働き。感情と違い、ある程度の形あるものを相手にする。

意識にあげるかどうか別にして人は朝から晩まで思考を働かせている。心像は心が捉える主観的現象であり、知覚を介して新しい経験を受け入れることから獲得する。つまり、経験を通して形成される。心像が思考の単位となる。図3に示したように知覚心像と記憶心像が照合されて、区別して同定される（山鳥 重, 2002）。

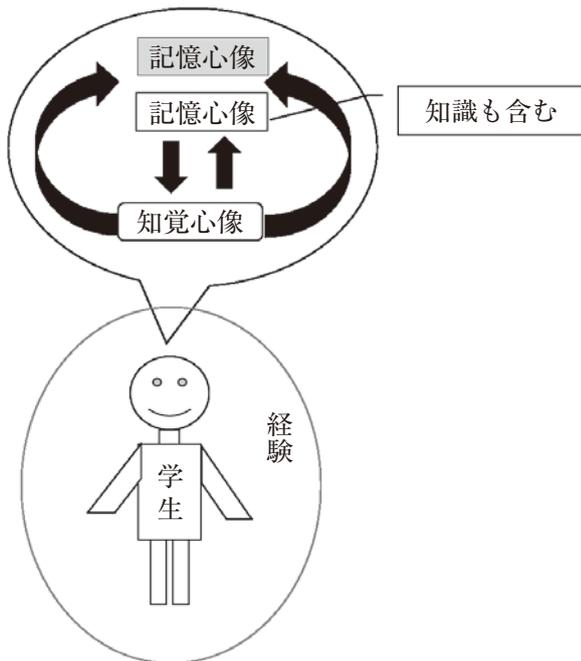


図3 知覚心像を形成し、思考する

6) 研究テーマ：

学生が陥りやすい「小児看護学実習における看護実践と理論の統合」の問題状況

①実践と理論の統合の指導場面

問題状況：1つの情報だけで判断する

思春期にある患児。学生が患児に病気のことを尋ねると患児は「全然知らへん」と答えたことから学生は「病

気のことを分かっていない」と判断。「病気の知識不足」という看護問題をあげ、病気の理解を促せるようパンフレットを用いた指導を行うことを計画した。

指導意図：思春期の患児の発言をそのまま受け止めてよいかどうか、気がついて欲しい。患児を理解するための情報を得て欲しい。

アセスメントを行うときの情報は多方面から行う。患児の行動、記録、関係性からのアセスメントをする必要性の知識を学生はもっているが、ここではその知識が出てこず、教員の「〇ちゃんは本当にわかっていないかな？」という問いかけに、患児の様子を振り返った。

学生自身の日常生活では、相手との関係性や会話の仕方から正直に話してくれたかどうかを判断できるが、学生は普段の生活とは異なる実習の場では、その場の様子を加味できず、知識は動員されなかった。表面的な言葉だけで判断していた。

知識の引き出しが別々で使えない状況となっていた。つまり、記憶心像から呼び出せない状態であった。非常に簡単な知識の応用であるが、場の状況や緊張のためか、単眼的、短絡的な思考（「知らない」ということば⇒病気の知識がない⇒教えればよい）しか働かなかった訳である。

ここでのポイントは、学生の知識・今持っている情報をアセスメントの時に使えなかったことである。教員と学生は同じ場を経験していたが、アセスメントするときの学生の視野は患者だけでした。教員は母親と患者、学生と患者、看護師と患者など全体に視野が広がっている。学生も見ていなかった訳ではないと教員は感じていた。そこで、情報を応用できるように視野を広げられるように、問いかけをする。リフレクティブ、プラクティス（省察的実践）である。

教員の助言：1つには看護師さんの時の態度と学生の時との態度の違い、2つめには母親の会話を聞き、病気への理解はどうかを、これまでの観察した情報から振り返られるように問いかけた。

②今、ここでの体験を意識化させる

役割モデルの提示はデモンストレーションではない。図4に示したように学生と教員では、実践の場に関する知識が圧倒的に違うので、同じ状況を経験しても、見え方や入る情報量が異なる。人は、知覚（五感）を通して情報を取り入れ心像を形成する。

例えば、ベテランの母親や保育士は子どもの機嫌を視る時も、声のトーン、表情、皮膚の色や感触、匂い、相手への目の向け方など様々な情報をとる。

このような観察を通して、学生の思考はプロセスを経て（時間）、実践と理論が結びつくと考えるので、場を共有し

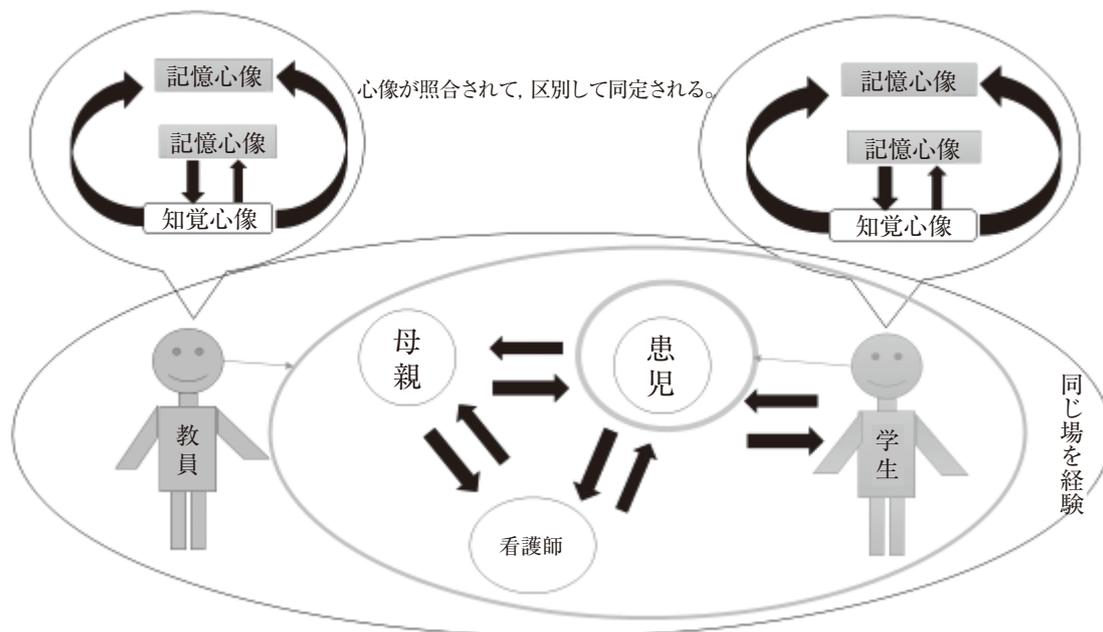


図4 両者それぞれが意識化できた視野の範囲

た教員がタイミングを逃さず思考を深める助言をする必要がある。

3. 大学院における研究指導の事例 [熟練実践者の思考]

大学院生の思考を整理し現象を概念化する指導について述べる。

院生(修士課程)は各々が経験してきた看護実践に潜む看護現象を明確にとらえ、構成する概念とその構造を想像できることが、研究初期の段階では重要と考えている。

それまでの熟練実践者として種々雑多な看護現象を経験してきている。そのため、明らかにしたい研究テーマを話してもらおうと初めはバクっとして大きいことが多い。何を追求したいのか、何をわかりたいのか。思考を整理する作業をしなければならない。その時に自分の経験した看護現象を言葉にしてもらおう。ブレインストーミングのように、ゼミでの討論を通じて思考を深められるようにしている。

1) 暗黙知の言語化 1つの例 ある院生のストーリー

ここでは、臨床経験の豊かな院生が経験した看護現象をとらえ、どういふことを知りたいと思っているのかを言語化し、研究の焦点化をするまでの思考プロセスを紹介する。

なお、「○」は院生の疑問

「→」は院生の疑問を受けての教員の思考 強調文字はその時にとらえた中心テーマである。

〈気になる現象の断片的羅列〉

○呼吸器をつけている重症児に夜間に時間通りに吸引をする。その時に必要かどうかを判断せずに時間が来たから吸

引している。ルーティーンで吸引していないか。

→看護師の吸引の手技が気になるのか。

→今もう吸引が必要かどうかを看護師に考えてほしいということか。

看護師の重症児の呼吸のアセスメント力

○ルーティーンの吸引が児の睡眠を妨げていないか

→吸引されても子どもの深い眠りを確保できているかどうかをわかりたいのか?

重症児の睡眠と吸引

○レスパイトから帰宅すると子どもの調子が崩れるという訴えを母親からよく聞くが、それは子どもが家とは違う環境に気づき、身体が反応しているということだけでも……。

環境への重症児の反応

○言葉が出ない重症児の意思表示を看護師にも把握(アセスメント)してもらいたい。

ぐずっているからどうしたのかなと思ひ背中を触ると汗を掻いていた。交換するとぐずりがなくなった。

重症児のサインの把握

上記のように断片的に出てくる疑問から共通する内容を見つけて共に考える作業を繰り返した。言葉にすることで浮かんでくる思いを並べ直す(再構成)作業である。

言葉が現れ、認識の変更が起こり、新しい意味を探す。

私は、「どうしてかな」「こうかな」と院生の思考に合いの手を入れ、思考の流れを助けているだけだった。

語った内容からキーワードを見つけ、現象の焦点化を図り、文献検討の範囲を明確にする(図5)。研究対象はだ

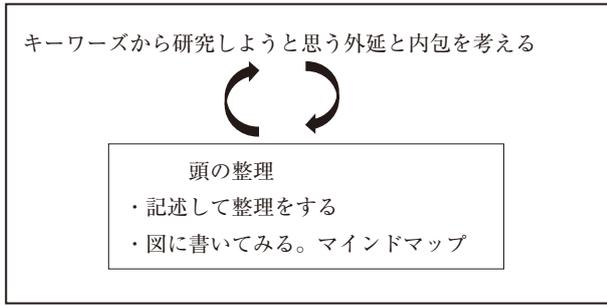


図5 明らかにしたい範囲と構成概念を探す

れか。看護師か、重症児なのか立ち位置がわかれば、現象をみるのはだれの視点かが明確になり、現象もとらえやすくなる。研究対象者が見えると、研究の視点がわかり、その人の何が知りたいかに焦点化できる。

まとまった現象の表現になるまでに時間がかかるが、ゼミで仲間からの意見をもらい、院生が腑に落ちた、そうかと思う小さな経験を積み重ねる。

指導を続けているうちに気づいたことは、院生の言った「重症児の呼吸器や吸引はセルフケアができないから補っているの、病気じゃない。子どもたちには、これが普通なんです。」という言葉に込められた彼女の看護観、世界観である。院生の無意識の前提が出てきたのである。院生自身がわかっている重症児のアセスメントを言葉にしたいけど、十分に表現できない。わかっている気がするが、雰囲気だったり感性だったりすることをもどかしく感じ始めていた。

捉えたい看護現象は、熟練看護師は重症児の何を視て、ケアにつながるアセスメントをしているのか、であったので、まず文献研究へと進んだ。捉えたい看護現象の概念は、「看護師の臨床判断」「成長過程での重症児の体調の変化」「重症児の日常生活の維持のためのケア」の3つであった。そこから主研究テーマへとつながった。

言葉にできなかった熟練看護師の暗黙知を言語化する作業である。こうして形式知へとつながっていった。自分の実践経験を洗練して人に伝える重要性を味わったと思う。

2) CNSの思考方法と類似

CNSコースの修了生が、実習も研究も同じ思考をしていることに気づいたと話しに来てくれた。

いろいろな現象をみて分類をすること、一緒にたにするのではなく、分類して書き、違いをよく考える。分類する。日々の実践をなぜ？どうして？なんでそうなん。それがなぜ今なの？小さいことまで一つずつこく考え、自分の感覚に問う。無意識は昇ってこないから。子どもの様子も、嗅いだり、聞いたり……。そのままにしていると感じているけども感知しない。自分の意識を感じる。⇒それを書き留める。

記録すると、考えがどんどん深まる。楽しい！そしたらスタッフにも伝えられる。

と楽しそうに一気に話してくれた。この内容は知覚心像と記憶心像で区別して働かせ、意識に昇らせるという思考の技を身に付けたのだと感じた。

おわりに代えて

院生等実践家の思考を振り返ると、熟練看護師がもつ、意識に昇りにくい認知（精神）的暗黙知、技術（身体）的暗黙知を埋らさない、眠らさないように手助けをすることが大学院での指導だと思う。日々の実践を意識化してみることで暗黙知ではなく、実践知として言葉にできる。そして形式知として明示できる。ためて、つかえる形式知になることを実感できた。

このように多くの院生が育ってくれたことに感謝している。また、このように育ったことを話してくれたことにも感謝し、これからもあと少し、教育実践に励みたいと思う。

大学院教育においても、教員は研究指導実践を可視化し指導方略を明確にする重要性をこの会長講演を考えているときに初めてひしひしと感じた。

これまで多くの諸先生方や学生諸氏に、たくさんの学びをさせて頂きました。心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

文 献

- ヴァン・デン・ベルク（著）. 早坂泰次郎, 上野 轟（訳）. 病床の心理学, 現代社, 東京, 1975/3.
- 山鳥 重. 「わかる」とはどういうことか—認識の脳科学, ちくま新書, 東京, 2002/4/1.
- 山鳥 重. 「気づく」とはどういうことか, ちくま新書, 東京, 2018/4/6.
- 市川 伸. 考えることの科学—推論の認知心理学への招待, 中公新書, 東京, 1997/2/1.
- 三宮真智子. メタ認知で〈学ぶ力〉を高める: 認知心理学が解き明かす効果的学習法, 北大路書房, 京都, 2018/9/3.
- 荻谷剛彦. 知的複眼思考法, 講談社, 東京, 2011.
- 増尾美穂, 泊祐子, 竹村淳子, 岩間 恵, 西蘭貞子, 山地亚希, 他 5 人. 小児看護学実習における看護実践と理論を結びつけるための指導方法の検討, 日本看護学教育学会誌 第26巻 1号 p79-88, 2016.
- 泊 祐子, 増尾美帆, 竹村淳子, 山地亚希, 大西文子, 神道那実. 学士課程教育における「実践と理論の統合」に焦点をあてた小児看護学実習のストラテジーの検討, 大阪医科大学看護研究雑誌, 第3巻, p186-193, 2013.
- 宇都宮栄子, 泊 祐子. 小児看護学の学内実習のまために実技テストを取り入れて, 第6回日本看護研究会近畿・四国地方会講演集, p38, 1992.

◆特別講演◆

質的研究の構築と発展

— 理論から実践へ —

京都大学 名誉教授 鯨 岡 峻

はじめに

みなさんは質的研究と言われているものがどんなものか、明確なイメージを持っておられるだろうか？データを数字で示し、統計的手法を用いる一般的な数量的研究に該当しない研究、つまり数量的なエヴィデンスを明示しない研究のこと、あるいは、近年ナラティブ研究といわれるようになった、インタビューや聞き取りによる一次資料（プロトコル）を用いてそれに分析を加えた研究（KJ法やグラウンデッド・セオリーなどを用いた研究）、さらには対人場面で得られたエピソードを資料として用いる研究などを思い浮かべるかもしれない。

私は「関与観察とエピソード記述」を研究の方法論として提唱して来た人間なので、それも質的研究の一種だとみなされることが多いのだが、数量的エヴィデンスを示さない研究だから質的研究なのだとは括られてしまうことには強い違和感がある。いま「質的研究」を標榜する研究は数々あるが、私は以下で述べる最低限の基準を満たさない研究は質的研究とは呼べないのではないかと考えている。

私が提唱する関与観察とエピソード記述の方法論は、従来のエヴィデンスを中心にした数量的アプローチでは扱えない領域に踏み込もうとしたからこそ、必要になったものである。客観科学では扱えない領域とは、人が人に接するときに両者のあいだに生まれる心の動きの領域である。確かに、人の心の動きは目に見える行動ではなく、測定することもできない。客観主義パラダイムに沿って研究を進めてきた行動科学は、目に見えない、測定不可能な、したがってエヴィ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、実際に踏み込めなかった。行動科学が「心の科学」を標榜する場合でも、それは行動から推論する限りでの心にとどまっていた、人が人に接する中で感じられる心の動きには全く踏み込めなかっただけでなく、行動科学研究としてはそこに踏み込むことをむしろ禁じる動きさえ見せてきた。

しかし、この感じられるものとしての心の動きの領域は、人と人が関わり合うところで営まれる対人実践には欠かせない領域である。それは証拠が出せないから（数量的エヴィデンスとして示すことができないから）扱わなくてよい、と言えるような領域ではない。というのも、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、そこにさまざま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だ。それに目を塞ぐということは、対人実践の最も重要な部分を失うに等しいのではないだろうか。

この、目に見えない、したがって証拠をだせない、しかし、対人実践には欠かせない心と心の繋がりと途切れが生まれる心の動きの領域は、実践の中身をよりよいものにしたと思う実践の当事者には踏み込まずには済ませられない領域である。だからこそ、これまでの数量的研究のパラダイムとは異なる新しい研究パラダイムが求められるのだ。

私が問題にしたい対人実践の領域には、もちろん看護の領域が含まれる。そして保育や教育の領域、介護、福祉、支援の領域など、対人実践という範疇に含まれるすべての領域が、そこに含まれると考えている。これらの領域はみな、人が人に関わる中で、相手の心の動きやその時の自分の心の動きが問題になる領域である。いま質的研究を標榜する人たちは大勢いるが、この領域に踏み込む覚悟と、そのための方法論と、そのためのパラダイムを考えないような研究、つまり従来の客観主義パラダイムと真っ向から対峙する姿勢を持たない研究が、真に質的研究と呼べるのかどうか、そこをまず考える必要があると思っている。

前置きが長くなったが、私が考える研究が何を目指し、どういう考えの下に構築されてきたのかをお話して、みなさん看護職の方々が、自分の看護実践をよりよいものになろうと思って研究に取り組む際に、何が欠かせない大事なことなのかを改めて考えるきっかけにしていただければと思っている。

I. 客観主義の立場との相違点を明確にする

2016年に出版した『関係の中で人は生きる』（鯨岡、2016）の中で、私は客観主義の枠組みと真正面からぶつかる覚悟で、私の考えが活かされる対人実践領域を広く「接面の人間学」と名付けた。この私の立場は、研究の中に登場する人物について、①人は両義的欲求（自己充実欲求と整合希求欲求）をもち、その充足を目指して正負の心を動かす存在である、②人は対人関係の中で時間軸に沿って

変容していく存在である、という2点をまず出発点に据える。その上で、客観科学との対立点を明確にするために、次の4項目を掲げる。(1) 研究者(実践者)と研究対象(実践対象)を分断して研究をするか、分断しないで研究するか、(2) 研究者(実践者)である自分と研究対象(実践対象)との間に生まれる「接面」を重視するか、しないか、(3) 研究者(実践者)と研究対象(実践対象)の心の動きを取り上げるか、取り上げないか、(4) 研究者(実践者)の当事者性を認めるか、認めないか、の4つの対立軸である。分かりやすいように4つの項を掲げたが、この4項は互いに繋がっていることが以下の議論から分かると思う。

(1) について

「看護する」という営みは、看護師と患者とのあいだの「看護する-看護される」という関係性のもとで、双方にさまざまな心の動きが生まれながら展開していく営みである。ところが、これまでの客観主義の枠組みに立つ看護研究の多くは、研究主体である看護師と、研究対象である患者や看護師との関係性を分断して、例えば多くの患者にアンケート用紙を配って回答を求め、また多くの看護師にアンケート用紙を配って回答を求めるというように、研究主体である自分との関係性を安易に分断したまま、得られた結果からあれこれの言説を導くという研究の進め方をしてきた。

しかしながら、研究主体としての看護師と、研究対象としての患者や看護師との関係性を分断してしまえば、その瞬間に「看護する-される」という動態としての営みは消えてしまう。そして動態としての営みが消える瞬間に、両者のあいだに生まれる双方の心の動きは消失してしまう。客観主義を遵守する立場からは、研究者(実践者)は研究対象(実践対象)の外側にいるという前提であるから、分断するのが当然なのだが、しかしそれをすると動態としての実践の営みが消えてしまう。ここに大きな岐路があることにまず注意を喚起しておきたいと思う。

(2) と (3) について

「接面」については後段で詳しく説明するので、ここでは関係性を分断すれば、接面は生まれえないこと、接面は一方が他方の心の動きを感じ取ることができる必要条件の1つなので、これが生まれなければ(これを問題にすることができなければ)、心の動きを論じる基盤が失われてしまうことを確認するだけで十分である。客観主義の枠組みは、関係性を分断する見方に立つので、「接面」を問題にすることができず、それゆえ、心の動きという対人実践の要の部分に踏み込むことができない。

客観主義の立場からすれば、心の動きにしても、接面にしても、目には見えないものであり、証拠をだせないもの

であるので、それを論じても無意味だとするが、それは客観主義パラダイムに立つところから導かれる主張である。私は対人実践の機微を明らかにするには、この客観主義パラダイムとは異なる接面パラダイムに立つ必要があると考え、「接面の人間学」を提唱することになった。

(4) について

客観科学では、研究の当事者である研究者は研究対象から分断されるばかりでなく、自らの当事者性を排除して、無色透明のまま研究対象を誰が見ても同じように見るという姿勢で臨むことが前提になっている。それが研究者の位置に誰が来ても得られる結果は同じという客観主義の公準を満たすためには欠かせない条件である。

これに対して、「接面の人間学」の立場では研究者(実践者)は研究の(実践の)当事者なので、それを消すことはできない。そして研究者(実践者)は、研究対象との関係性の一方であり、そこに生まれた接面の当事者でもある。そしてそこに生まれる心の動きは、研究者(実践者)であれば誰もが同じように感じ取るものとは限らない。そこには自分(研究する人)の当事者性(経験、学んだ理論、人間性)が込み込んでいるので、他の人と同じようにはなるとは限らない。

看護の立場の研究者が自分と患者とのあいだの「看護する営み」を研究するというとき、まず患者の前に自分がどのような人間として立つかが問われるだろう。同じように患者の目の前に立つとは言っても、そこにその人らしさ(主体性)や人柄が表れてくる。それがその看護するという営みの中で大きな意味合いを持っている。そこに踏み込まないような質的研究があり得るだろうか?

そこに、研究主体(実践主体である看護師)がどのような当事者性を抱えているかを明らかにしつつ、研究対象(患者)と自分との関わりの営みを描く必要が生まれる。そこにこの種の研究ではその接面を研究者(実践者)が生きたときの体験を描き出したものが何よりも重要な資料となることが示唆されるが、これはまた後段で取り上げる。

II. エピソード記述の方法論は、単に自分の経験したある場面の記録ではない

いま各方面の実践領域で私のエピソード記述の方法論に関心が広がってきている。それは私にとっては確かに嬉しいことではあるのだが、しかし、私の提唱するエピソード記述を単なる記録の取り方と理解してその書き方を学ぼうとする人たちが多数いるというのは、提唱者としては困りものである。というのも、エピソード記述は、今まで見てきた従来の学問、特に客観科学を目指す学問の枠組み(パラダイム)とは全く相容れない新しい枠組み(パラダイム)の上に成り立つものだからである。その根本の姿勢を

理解しないまま、ただ書き方を学んでもまず意味がない。

また私の主張する「接面の人間学」はもともと、私が主張する関係発達論を下敷きに生まれたものであった。この関係発達論という私の立場は、単なる発達の理論ではない。先に述べた①と②を踏まえ、(1)～(4)を軸にした1つの人間の見方、人間の理解の仕方が関係発達論だと考えていただければよいと思う。そこには、保育、教育、療育、看護、介護、障害者支援、臨床など、人に関わる実践領域のすべてが包摂されると思われたので、「接面の人間学」と述べたにすぎない。

この①と②、(1)～(4)は関係発達論の哲学と呼んでも構わないだろう。このことを前掲書では図1によって説明している。

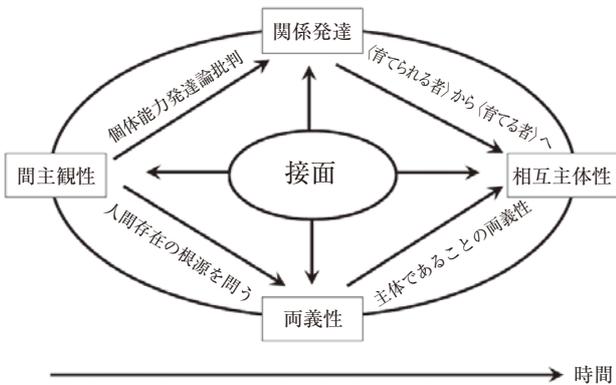


図1 関係発達論の4つの軸となる概念と接面

この図1は私が京都大学を退官する年に書いた『ひとがひとをわかるということ』(鯨岡, 2006年)で紹介した図を、今ようやくたどり着いた「接面」という概念を含めて書き直したものである。これは関係発達論を構成する4つの軸になる概念とその関係を示した理論に関わる図である。これにさらに方法論と、人が生きる現場との関係を示したのが図2である。

この図2が関係発達論の全体像を示すものである。つまり、最上層には理論の構図が示され、中間層にはエピソード記述の方法論が示され、最下層には生活の場や実践の場が示されて、そこに保育、教育、療育、看護、支援、等々、「接面の人間学」に包摂される全ての領域が含まれていることになる。

本日はこの関係発達論、あるいは「接面の人間学」の全体をお話することはもちろんできないが、いま看護実践に関わる皆さんが関心を示しておられるかもしれないエピソード記述という方法論が、単なる記録の取り方ではなく、患者理解のあり方と深く繋がり、また自分の看護実践のありようと深く繋がり、さらには自分自身の生き方も深く繋がることを理解しなければ、この方法論を真に活か

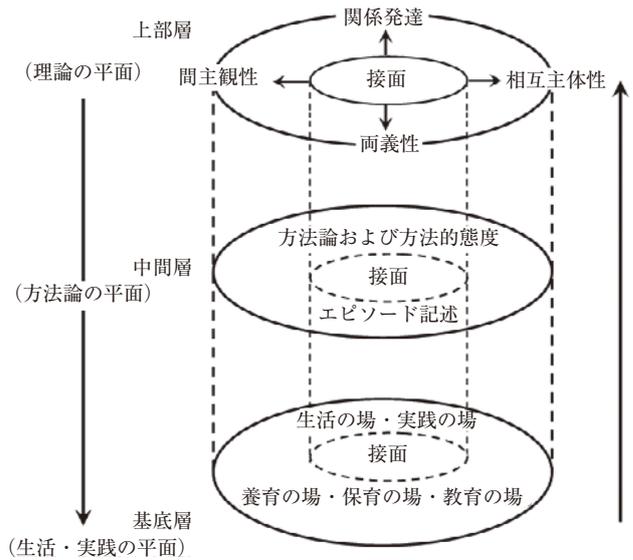


図2 関係発達論の全体像

すことができないということを理解していただきたくて、ひとまずこの関係発達論の全容を示すことにした。

Ⅲ. 客観から間主観へ：患者の心と自分の心を問題にするために

1. 客観科学は人の心の動きを問題にしない(できない)

いま、患者に直接関わる皆さん方にとって、目の前の患者がどのように心を動かして生きているか、また患者に関わる看護師の自分がそこでどのように心を動かすかは、看護実践の中で大きな比重を占めているはずである。ところが、心の動きの問題は客観科学が一貫して避けてきた問題であった。人の心の動きは目に見えないために、物差しを当ててそれを客観的に測定することができない。そのために、客観科学は心を真正面から扱ってこなかった。その客観科学の影響を受けて、看護や介護に関わる実践はもちろん、保育も教育も、また心の動きが問題になるはずの心理臨床の領域においてさえ、目に見える行動だけを問題にして、患者や看護師の心の動きを議論してこなかったのだと思う。

しかし、看護の実践に携わっている人が「人の気持ちは客観的には分からない」という客観科学の言説をそのまま受け入れてしまってよいのだろうか。

2. 客観科学の言説に加担して人の心の動きに目を塞ぐのか、人の心の動きを問題にできる新しい枠組み(パラダイム)を考えるのか

確かに、人の心の動きを、物を測定するように測定することはできないし、目に見えるものではないのでそれを客観的に描き出すことも出来ない。だからそれは客観科学の

枠組みで扱えないのはその通りだが、では実際の対人関係において、心の動きが問題にならないのかといえば決してそうではない。というよりも、相手や自分の心の動きこそ、その対人関係を動かす原動力といってよいはずのものである。実際、人の気持ちが分かるか、分からないかは、対人関係の展開の鍵を握っている。私がこれまで「間主観的に分かる」という表現を用いて心の動きの領域に入り込もうとしてきたのも、それを抜きにしては、対人関係は考えられないと思ってきたからである。

ここに1つの岐路が現れる。つまり、客観科学の言い分に従って、人の心の動きに目を塞ぎ、患者の幸せのためにという善意の思い込みの下で、よかれと思うことを次々に働きかけて、患者の行動を変えることに向かうのか、それとも、患者や自分の心の動きを掴んで営まれる通常の対人関係に立ち還って、人の心の動きを問題にできる新しい枠組みを考え出すか、の岐路である。

私は学問の道に入って以来、終始一貫していまの問いを問い続けてきた。客観科学の枠組みでは人の心の動きに触れる実践の中身に迫れないと考え、実践科学は客観科学をモデルにすべきではなく、心の動きを問題にできる新しい枠組みを用意し、その中で自分たちの実践の中身を議論しなければならぬと考えてきた。エピソード記述という方法も、客観科学の枠組みとは異なる新しい枠組み（パラダイム）に立とうと思うからこそ必要になるものだった。

IV. 心を問題にすることのできる新しい枠組み：接面

1. 実践の場（看護の場）の「接面」ではいったい何が起きているか

「行動中心主義」は確かに実践に携わる人には分かり易いものである。特に自分は何をすればよいのか、関わる患者に何をすればよいのかというように、「なすべき行動」を明確に示すことを求める人、あるいは「なすべき行動のマニュアル」を求める人にとっては、この「行動中心主義」は課題解決の道筋を示すもののようにさえ思われるかもしれない。しかし、目に見える行動だけを取り上げるだけで、人と人の関係の中で生じていることを真に掬い取っていることになるだろうか。ここで、「人と人の接面ではいったい何が起きているのか」と問うてみるとよいと思う。その接面に自分が当事者として関わってみれば、その接面では単に相手がこう言った、こうしたという行動だけでなく、相手の心が動いていることがまず掴みとれ、また自分の内部でさまざまな心が動いていることが実感されるはずである。その接面でのお互いの心の動きこそ、人と人の関係の機微をなしているもののはずである。それを取り上げずに実践の中身を語るだろうか。

ここにも大きな岐路があるが、それは先に見た岐路と同

じものである。つまり、接面で生じている目に見えない心の動きを当事者の立場で捉えて、その関わりを機微に入り込み、そこから人と人が共に生きることを意味を考えようとしていくのか、それとも、その接面に生じていることを無視して、あくまでも人と人の関わりを第三者の観点から行動的相互作用としてしか見ないのかの岐路である。

看護の場は、本来、患者と看護師の接面で生じている心と心の絡み合いの機微から次の展開が生まれていく場である。看護師は患者との接面を構成する当事者として、患者の心の動きを感じ取り、それに応える立場の人である。それなのに、その接面で生じていることを全て無視して、行動と行動の関係に還元する行動科学の影響を、これほどまでに安易に受け入れて行ってよいものだろうか。

1) 接 面

「接面」とはこういうものだと最初から定義することは難しいので、まずは接面が問題になる保育の場面を取り上げて、接面を大まかにスケッチしてみよう。

午睡のエピソード

A 保育士

「3歳児の午睡の部屋で、なかなか寝付けないBちゃんを担任の私が背中をとんとんして寝かせていた。Bちゃんが眠れば全員入眠という状況で、少し離れたところで寝ていると思っていたAくんがむっくり上半身を起こし、私の方を見た。Aくんと目が合った私は、Aくんの「先生、きて、ほくもとんとんして」という思いが掴めたので、「わかったよ、Bちゃんが寝たら行ってあげるからね、もうちょっと待っててね」という思いで無言のまま頷いてみると、それがAくんにも分かったようだった。

この場面で、AくんもA保育士も、一言も言葉を発していない。しかし、A保育士はAくんの思いが掴めたので頷き、AくんもA保育士の思いが掴めたので上半身を起こしたままで先生が来るのを待つことができた。

今の例にみられるように、気持ちを向け合う人と人のあいだには独特の空間、雰囲気生まれる。例えば、母親が子どもを可愛いと思って関わる時にそこに生まれる独特の雰囲気、あるいは今の具体例のように、保育者が子どもの気持ちに寄り添った時にそこに生まれる二人の間の独特の空間、さらには看護師と患者のあいだに生まれる独特の雰囲気や、クライアントとセラピストのあいだに生まれる独特の空間がそれである。それこそが人が人を分る（解釈によってではなく、間主観的に分かる）という出来事が生まれてくる基盤をなしている。

そのような人と人のあいだに成り立つ独特の空間や雰囲気をさしあたり「接面」と呼んでみる。そうするとそれは単なる二者間の物理的な空間という意味での「あいだ」と

は異なるものだということが分かるはずである。

実際、今のエピソードと同じ場面で、B保育士はAくと目が合った瞬間に「Aくん、起きちゃダメでしょ！寝なさい！」と一喝した。このA保育士とB保育士の対応の違いを考えると、先のエピソードでA保育士とAくんのあいだに独特の空間や雰囲気生まれたのは（つまりそこに「接面」が生まれたのは）、少なくともA保育士がAくんに気持ちを向けている（相手を思い遣る気持ちを向けている）からで、B保育士の場合はそのようにAくんに気持ちを向けていなかったために、そこに接面が生まれていなかったから、そのような自分の思いをぶつけるだけの対応になった、と考えることができる。

2) 接面では何が生じているか

接面ではさまざまなことが起こっている。例えば、母親の温かく優しい情の動きが幼児を包み込めば、その子の中に嬉しい気持ちが湧きたつ。関与観察している私には母の優しい情の動きも、子どもの嬉しい気持ちも、そのようなものとして伝わってくる。あるいは看護の場面では、苦しみに耐えようとする患者の思いが看護師である自分に伝わり、安易に「痛み止めを打ちましょうか」という言葉が紡げない気分が陥るといふこともあるだろう。そのように、接面から何が感じられるかによって、その看護する営みの展開が大きく変わってくる。そして看護師の醸し出す雰囲気が、患者の前向き姿勢に繋がるという場合もしばしばあるだろう。

このように、接面では人の喜怒哀楽に関わる情動が行き交うことはもちろん、曰く言い難い独特の雰囲気を含む広義の情動（力動感）が行き交っている。そして一方の情動の動きは他方へと容易に浸透し、しかもそれが双方において交叉することによって、さらに複雑な情動の動きに転化していくこともあるはずだ。

そうした情動の動きは、嬉しい、楽しい、悲しい、腹立たしいといった喜怒哀楽に関わる情動ばかりでなく、広義の情動、私が力動感とよぶ、ワクワク感、ドキドキ感、イライラ感、しっとり感、安心感、不安感など、実に多様な情動の動きもそこに含めて考えてよいと思う。そうした狭義、広義の情動の動きが、一方が他方の気持ちを「分かる」ということの基盤、つまりこれまで相手の気持ちが「問主観的に分かる」と述べてきたことの基盤をなしている。

こうした接面を通して感じ取られてくるものを基盤に、看護師の場合であれば患者の「こうしたい」「こうしたくない」「こうしてほしい」という思いを掴み、それをまずは受け止めて、その後の対応を紡ぎ出していつているはずである。つまり、接面では患者の言動だけでなく、その言動の基になった情動の動きがその接面を通して看護師に把

握されてくる。こうしたことは、子どもと保育者とのあいだでも、子どもと療育者の間でも、さらにはクライアントとセラピストとのあいだでも、要するにありとあらゆる人と人のあいだで起こっているはずである。

そうしてみると、従来、「相手の気持ちが掴めた」「相手の気持ちが身に染みて分かった」「こちらの気持ちが相手に伝わった」というふうに素朴に語られてきことは、接面を通して力動感が相互に相手に浸透するという事情に基づいて、それが言葉になったものだということが分かる。そのためそれらはみな対人関係の展開を左右する大きな意味、というよりもむしろ対人関係を動かして行く原動力といってもよいものだろう。

3) これまで接面について述べてきたことを簡単に整理してみる

時間の都合で、詳しい説明を省かざるをえないが、これまでの私の一連の著書の中で「接面」に関して議論してきたことを箇条書きにして示しておきたいと思う。

- (1) 患者の心の動きは接面を通して初めて看護師に感じ取られる
- (2) 接面で生じている看護師の心の動きは必ず患者に跳ね返っている
- (3) 本来の看護する営みは、接面での患者心の動きに基づいて紡がれるものである
- (4) 接面で生じていることは当事者である看護師にしか把握できない
- (5) 接面から感じ取ったことは、エピソードに描かない限り第三者に伝えられない
- (6) 接面はそれを作ろうと意識すれば作れるものではない
- (7) 接面は看護師が患者に気持ちを向けたときに初めて生まれる
- (8) 接面は瞬時に生まれ、瞬時に消滅する
- (9) 接面の成り立ちには看護師の主体性（人柄、その人らしさ、固有性）が絡む

V. なぜこれまで接面で起こっていることが取り上げられてこなかったのか

対人実践の展開、とりわけ保育や看護や臨床における実践の展開は、「接面」での出来事とその鍵を握っているといってもよいのに、なぜこれまで「接面」は問題にされてこなかったのだろうか。

1. 客観科学のパラダイム（枠組み）が実践に強い影響を及ぼしてきた

先の午睡の例について、客観科学の立場は、Aくんは「本当に来てほしかったのか、ただ起き上がっただけでは

なかったのか、Aくんが本当に来てほしかったという証拠は示せるのか」と問いを突き付けてくる。そしてその証拠を出せないとなると、それは単にその保育者の主観的解釈だと一蹴されてきたのである。

エヴィデンス（証拠）として示すことができなければ、それは科学的研究ではないという客観主義からの論難は、確かに客観主義パラダイムに依拠する限りでは突き崩すのが難しいといえる。しかし、学問はともかく、実践にとって証拠（エヴィデンス）を示さなければ、それは意味がないと言うのはどうだろうか。証拠を示すのは難しいけれども、先の午睡の時の例のように、実践では接面で生じていることに基づいて対応が紡ぎ出されている事実を十分に理解することができるはずである。同じことは看護の世界にも言えるだろう。そしてそれが看護実践の質の議論とも重なるはずである。

私は、証拠としては示すことができなくても、人が人の気持ちを分かる（掴む）ところに対人関係の営みの機微があること、しかもそれは同じ実践の立場に立つ者にとっては相互に了解可能だという認識に立ち、実践は客観科学のパラダイムとは異なるパラダイムに沿って物事を考えるべきではないかと考えるようになった。そして「接面」という概念を思いついて以来、そのパラダイムを接面パラダイムと名付けてきた。そして両者を対比してみると、その考え方の相違がはっきりしてくる。それが図3である。

2. 2つのパラダイムの違い

図3のA、Bを対照してみると、前者のAは接面を消し去ることで客観主義の枠組みを遵守することが可能となり、観察者の代替可能性の条件を満たし、それによって、あくまで研究対象の行動や言動を客観的に明らかにす

ることができる枠組み（パラダイム）であることが分かる。つまり観察者＝研究者は黒衣で、研究者は研究対象の外側にいて、そこでは何も感じないということが前提されている。これは自然科学にとってはきわめて自然な枠組みだが、人が人について研究する際にふさわしい枠組みかどうかは大いに問題である。にもかかわらず、行動科学としての人間科学は客観主義の枠組みを遵守する道を選び、接面で起こっていることを無視ないし排除してきたのであった。

他方、後者Bの「接面パラダイム」は、接面の一方の当事者である研究者自身（実践者自身）がその接面で起こっていることを自らの身体を通して感じ取ることに重きを置く枠組みである。そして後者の接面パラダイムは、関与者＝研究者の位置に実践者がくると考えれば、実践者と実践対象（看護師と患者）との関係にそのまま引き出すことのできる枠組みである。にもかかわらず、看護師の皆さんたちのあいだでも、多くの人は前者の客観主義パラダイムに準拠した行動科学の言説に振り回され、肝心の接面の重要性を見失いかけているように見える。

2つのパラダイムの違いを「接面を無視ないし消去する枠組み」と「接面で生じていることを重視する枠組み」に区別してみると、この2つのパラダイムがいかに相容れなかが分かり、またそこからいろいろなお見えてくるはずである。そして言うまでもなく、「エピソード記述」という私の方法論は、後者の枠組みに立って、目に見えない接面での心の動き（しかし実践者には確かに感じ取ることのできる心の動き）はエピソードに描き出すしか、それを第三者に伝えることができない、というところから導かれるものだということも分かると思う。

いま述べたように、看護実践はまさに図3Bのように「接面」で営まれている。そこで起こっていることを取り

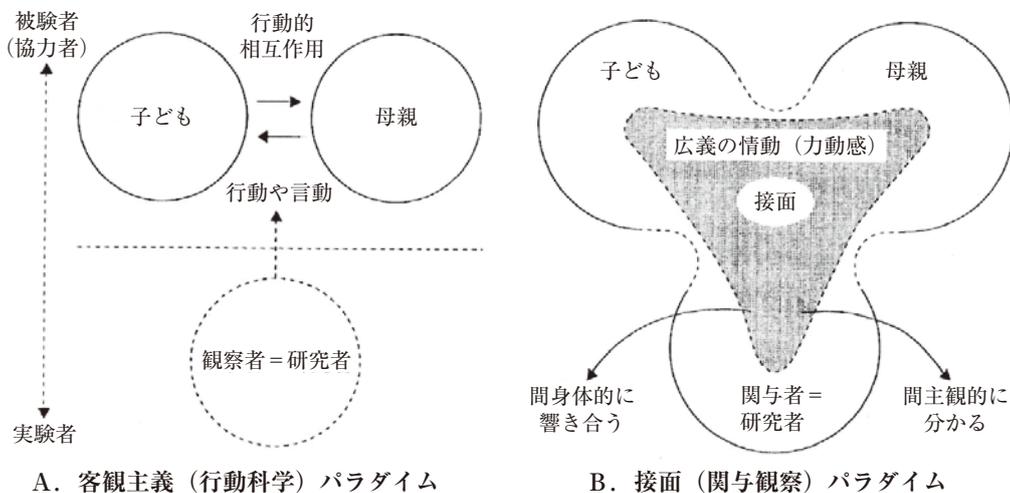


図3 客観科学パラダイムと接面パラダイム

上げようと思うときに、初めて患者の心の動きが問題になる。これまで「患者の気持ちに寄り添う」という表現で語られてきたことが、ここでは図3Bの灰色の三角形部分を創り出すことを意味し、そこで実践者の心に届くものが、患者の心の動きなのである。そして、患者の目に見えない心の動きが看護師に捉えられたとき、それを他の人に伝えるためにエピソードを書く必要が生まれるのだと考えることができる。

これに対して、患者を外側から見て、患者のしたこと、言ったことだけを取り上げるといのように、心を問題にしない接し方が図3Aだと言ってよいだろう。客観科学はもっぱら図3Aで取り組まれてきた。その影響が看護の世界にも持ち込まれて、客観的な記録を取るよという指導に繋がってきたのだが、私の考えでは、その客観科学の姿勢は接面を消す姿勢なので、本来は看護実践とは相容れないものだと思う。

VI. 接面で起こっていることはエピソードに描かない限り他者に伝えられない

これまで、さまざまな対人的場面に生まれる独特の空間や雰囲気「接面」という用語で捉えるべきことについて述べてきたが、注意を要するのは、接面は接面を語る人(当事者)にとっての接面だという点である。言い換えれば、接面は「客観的にそこにある」という性質のものではなく、接面の一方の当事者である主体(看護師)にとってそれが接面といえるものだという点である。

このように、接面は客観的に「ある」といえるものではない。それはAくんの「先生来て、トントンして」という思いが目に見えないものであり、客観的な証拠を出せないというのと同じである。ここに、接面で起こっていることを他者(第三者)に伝えるためには、そこでの出来事をその接面の当事者が丁寧にエピソードに描く必要があるという、エピソードを書く理由(書かなければならない理由)が浮上してくる。このところがしっかり理解されていることがエピソード記述を書くための前提条件として必要なのである。なぜ、エピソード記述は従来の経過記録や観察記録のような記録と違うのか、なぜエピソード記述に「私」という主語が必要なのか、それはみな、接面と接面の当事者がそこで得た体験を描くという問題に結びついているからである。

ここまでみてくれば、看護師が接面で体験した患者の心の動きを他者に伝えるためには、エピソード記述が必要になるということがはっきりするだろう。そして他の看護師が描いたエピソードを読み手として読むということは、書き手が体験したその接面に読み手がその想像力の中で近づき、自分もその接面を体験したかのように思いなして読む

ということを意味する。それを踏まえれば、書き手は読み手がそのように読むことができるようにエピソード記述を書かなければならないということにもなる。

VII. エピソードを読んで理解できるかどうか、接面パラダイムの認識論の要になる

これまで客観科学は厳密な学問をめざして、導かれた言説の一般性、信頼性、妥当性を問題にしてきた(実は信頼性の議論はなされても、妥当性の議論はほとんどなされていないのが実情だろう)。いま私は接面パラダイムを主張しているが、この立場に立つ人がエピソード記述を中心に研究を展開するとして、その研究には意味があるのだろうかという質問がかならず出る。これについてはもう少し時間をかけて議論する必要があるが、時間の制約で、十分に展開する余裕がない。そこで、『エピソード記述を読む』(鯨岡, 2012)という著書の中で取り上げた、エピソードに対する読み手の了解可能性と言う問題を、接面パラダイムにとっての認識論の要であるという議論の一部として簡単に紹介しておきたいと思う。接面パラダイムの認識論については、今の議論に加えて、『なぜエピソード記述なのか』(鯨岡, 2013)と『関係の中で人は生きる』の参考文献を参照してほしい。

そこからまず言えることは、読み手の了解可能性を認めることが、書き手と読み手のあいだでの了解内容の、あるいは読み手同士のあいだでの了解内容の、厳密な同一性を求めることでは必ずしもないということである。そのことについては、つぎのような比喻で理解できるのではないだろうか。

ある人にとって、出会われたある事象は、池に投げ込まれた一つの石のように、その人の「心の池」に波紋を広げる。それがその人のその事象から得た感動や素朴な体験の意味に他ならない。そこでその人は自分の「心の池」の波紋の様子(つまりその感動や意味)を他者に伝えたくなり、それをエピソードに書き表す。それがエピソード記述である。その書かれたエピソード記述は、今度は読み手の「心の池」に投げ入れられる「石」になり、読み手の「心の池」に投げ込まれたその「石」は、そこにその読み手ならではの波紋を広げる。というのも、「心の池」が書き手のそれと読み手のそれとでは形状も大きさも深さも異なっている可能性が多分にあり、また読み手同士のあいだでも相互に違っている可能性があるからだ。年齢の違い、経験の違い、考え方の違い、価値観の違い、人格の違いなどの違い、つまり各自の固有性の違いが、その「心の池」の大きさや形状や深さの違いとしてイメージされもよいかもされない。それが程度似通った池なら、そこに広がる波

紋も似てくるだろうし、池の大きさや形状が大きく異なれば、その波紋も随分違って来るだろう。あるいは、読み手によっては少なくともそのエピソードに関して、その人の「心の池」が蓋をされたままということもあるかもしれない。

そのような比喩を用いれば、ある人の書いたエピソード記述が全く了解されない場合から、いろいろな水準で了解可能な場合まで、かなり広いスペクトラムを想定することができる。そして、その了解の幅を含めて、読み手の「心の池」に何らかの波紋が広がり、それによってその読み手に「何かしら分かる」と了解されれば、それが心理学的に意味あることではないかというのが差し当たりの私の認識論なのである。

VIII. なぜ関係発達看護論なのか

前掲の『関係の中で人は生きる』の中には「関係発達看護論」というスケッチが含まれている。それを以下に再掲しておきたいと思う。関係発達という接頭辞がついているのは、看護師も患者もみな周囲の人との関係の中でその生涯発達過程を進行中の人だからである。

1. 関係発達看護論

看護と一口にいても、近隣の医院で感染症の治療を受けるときに出会う看護師の、医師の指示に従ってきばきと処置する看護する営みと、病棟勤務の看護師のように、患者の枕元で患者に接する看護する営みとを同列に置いて議論することは難しいだろう。関係発達看護論が目指そうとしているのは、言うまでもなく、後者のような患者と看護師との接面におけるケアの中身が問題になる看護する営みである。

ある意味で、「接面の人間学」を最も理解しやすい立場にあるのが患者との接面でケアのありようが問題になる看護職のみなさんだと言って良いはずだが、残念ながらそうはなっていない。医学が客観科学を基盤に築かれたものである分、医師側が看護師に求めるのは当然ながらエヴィデンスである。そのため、接面で感じ取ったもの、つまり証拠の出せないものは医師側からは論外とされることがこれまでは多かったと思う（しかし、それも最近は少し変わりつつあるように見える）。

しかし、もしも看護する側が「エヴィデンスを示せ」という医師側の強い求めに屈することなく、接面で把握されるものこそが看護する営みのエッセンスに通じると自覚し、患者との接面で生じていることをエピソードで描いて、まずは同僚に、次に医師側に、さらには世の中にそれを提示することができれば、そこには看護する側とされる側の複雑な関係の機微が描き出されてくるはずである。そ

してそこに、病を抱えて生きる人の苦悩がはっきりと見えてくるだろう。その苦悩は病そのものであるというより、病を抱えて生きることが、共に生きる人たちの生活に影を落とすからであったり、家族と再び共に暮らしたいという自分の願いが潰えるかもしれないという不安からだったり、まさに患者が個として生きるのではなく関係の中で生きるがゆえに持ってしまう不安や困り感であるはずである。それが患者のQOL（生活の質）に関わることなのだが、それを患者との接面から感じ取らない限り、それに応える看護は望むべくもない。そして、患者一般が病院という場で持つと考えられるニーズ（アンケートなどの結果をまとめたもの）をその患者のQOLと思いなして対応することが、実際の看護では起こりがちである。

そのため、これまでの客観的な看護記録とは異なる、接面での動態としての看護のエッセンスを綴ったエピソードが必要になり、それを同僚と共に振り返ることによって、より良い看護する営みとは何かを考える契機になるのではないだろうか。

そこに描き出される数々のエピソードは、病に苦しむ患者の主体としての思いを、その接面の一方の当事者である看護師自身がその接面から感じ取って描き出す一方で、その患者の思いを我が身に引き受けようとする自分の姿勢の中から、自分の（自分らしい）ケアが生まれてくる事情をも併せて描き出すことになるだろう。それによって、看護師－患者間の「ケアする－される」という関係の機微が明らかになるはずである。自分自身が接面の当事者だからこそ、目に見えない患者の心の動きを接面から感じ取ることができ、またエピソードにそれを描くことができる。

残念ながら、いまのところ看護の側からのエピソード記述に私は出会えていない。しかし、講義や講演を通して、看護の世界でもエピソード記述が必要であることは徐々に認識されつつある。それが看護改革への突破口になる可能性さえあるのではないかと思っている。

かつて看護学は早坂泰二郎の現象学の影響を受けていた時代があった。接面での出来事を丁寧にエピソードに描く試みは、ある意味で現象学の試みに通じている。早坂の主張に見られるように、接面で起こっていることの「ありのまま」を描くことから看護の本質を目指すのが現象学的看護学の方向性だったはずである。早坂はその著書（『現象学を学ぶ』：川島書房、1986年）の中で、一人の患者を取り挙げて、病を治すべきものとして自分から排除しようという考えに囚われていた状態から、病をわが身に引き受け、病を抱えて生きることを目指そうとするようになったという患者の態度変容を明らかにし、それを看護学の中で問題にするべきだというような主旨のことを語っていた。つまり、病そのものと、病を抱えて生きる人とを区別して

考えるべきだということだが、それはとりもなおさず、接面での患者の生き様を看護師がエピソードを通して明らかにすることもあった。

クライマンをはじめとする医療人類学の研究もまた、患者の生の声を聞き届ける必要があると述べている。これらはみな、看護が患者との接面で生じていることを中心に展開されなければならないことを示唆するものである。実際、接面の当事者である看護師が、その接面での出来事をエピソードに描く以外に、そこでの営みを他者に伝えるすべはない。逆に看護師の描くエピソードから、看護の問題を根本に立ち返って振り返る可能性が生まれてくる。患者自身が考えるQOLと医療の立場が患者のために考えるQOLとがずれるのも、後者が接面での患者の声を聞き届けられないままに、医療側の「よかれ」という思い込みからそのQOLを考えてしまうからである。

しかしながら、いま看護の世界では、一方で患者との接面で感じ取られるものに基づいた丁寧な看護が必要だという立場と（それが本来のケアの中身だと思う）、他方で、患者の表向きのニーズへの対処法を考えて、その対処マニュアルに沿って能率・効率のよい看護を目指そうという立場に二分されているように見える。特に最近では後者の立場が強くなりつつあり、社会的スキルトレーニング（SST）や応用行動分析的な対処マニュアルに沿ったケアに流れていきがちになっている。この流れに楔を打ち込むためにも、接面で感じ取られた患者の心の動きとそれへの自分の対応をエピソードに描いて、それを吟味し、よりよい看護とはいかなるものかを考えることが本来の看護に立ち返るためにも必要なことではないだろうか。

さらに看護という営みは、単に病を抱えた人への対処の仕方に則った対応に尽きるものではない。患者と共に接面を生きることであるからこそ、患者の苦しみを我が身に引き受け、患者と共に悩み苦しむことを伴わずには済まないのが看護の営みである。しかし、他方で看護師は一個の主体として自らの関係発達を生きつつある人でもある。それゆえ、一方では患者に寄り添い、患者に共感するがゆえに、いわゆる燃え尽き症候群に引き込まれる危険と、他方では困難な看護の営みを通して病める人を援助するという看護職のプライドとのあいだで引き裂かれる思いにも駆られる。それが看護師の描くエピソードを通して明らかにされ、それを同僚とのあいだで共有して振り返ることができれば、燃え尽きることのない「ほどよい」看護についても、明らかにして行けるのではないだろうか。

さらに看護師は、看護師自身が家庭を持ち、子どもを生き、保育の場に援助を求めて我が子を育てる関係発達の当事者として生きながら、夜勤を含む三交代勤務の難しさを身に引き受け、看護の仕事に従事せざるを得ない。仕事と

家庭の両立と言われていることが最も厳しく問われるのが看護の仕事だと言ってもよいかもしれない。しかも、高齢の患者や慢性疾患患者や不治の病に罹った患者の看護は、常に死と隣り合わせであり、死にゆく人を看取することも看護の重い仕事の1つだろう。その中でいかにして自分の精神的健康を守りながら看護の仕事に従事するかは、並大抵のことではない。このように看護職に従事しながら生きるとはどういうことかという問いも、関係発達看護論が取り組まなければならない課題だろう。

いずれにしても、看護の世界はいままさに接面パラダイムを取るか、客観主義＝エヴィデンスパラダイムを取るかの岐路に立たされているように見える。そのとき、前者のパラダイムに立って、看護とはなにか、看護師として生きるとはどういうことかを煮詰めていこうというのが関係発達看護論の目指すところである。

IX. 医療が関係するエピソード記述から

最後に、医療が関係するエピソードを紹介して締めくくりに代えたいと思う（母親が腎疾患の息子に関わった体験を取り上げたエピソード）。

1. 思春期と容姿への自意識：怠薬

〈背景〉

先入院後、低身長を改善するために予定を早めて免疫抑制剤（シクロスポリン）を使用することになった。以前に比べて身長は少し伸び、ムーンフェイスや肥満は解消されたが、依然として背はとても低かった。Qが11歳（小6）になると、短期間に何度も再発を繰り返すようになった。明らかにおかしな再発だったので、主治医は怠薬を疑っていた。怠薬は思春期の子にはよくあることで、ネフローゼ症候群の場合は「再発するだけだからそれほど問題ない」と主治医は言っていた。薬の管理は既にQに任せていたが、当時、免疫抑制剤も併用しており、ステロイドの量はそれほど多くなかったため、私はQがそれほど薬の副作用について悩んでいるとは思っていなかった。11歳の秋、Qは再発時に腹痛を訴えたので、私は主治医に電話をした。

〈エピソード〉：「何も言わないで、ボクに任せてください」

「先生に電話したら、『たぶん、薬をきちんと飲んでいませんね。でも、お母さん、叱らないでくださいね。何も言わないで、ボクに任せてください』って言われた。でも、『そんなはずない』と思った。毎日薬飲むの見てたし。結局、そのときは入院になって……。」

「すぐに先生から電話があって、『やっぱりきちんと飲んでませんでしたね。怒らないから、薬飲まなかったことがあったら、うんってしてねって言ったら、頷いて……。」

泣かせちゃったけど……』と言われた。先生の前で泣いちゃったって聞いて、それほど辛い思いしてたのか……と、ジーンときた。でも、ちょっとショックだった。私には嘘はつかないだろうって思ったから。偉そうに言っている、結局、他のお母さんたちといっしょじゃないかって、恥ずかしかった。そして、だんだん難しくなるなあと思った。だから、退院して帰ってきたとき、Qに何も言わなかった。Qも何も言わなかった。そのことがあってから、外来ではQに話をさせるようにしたの。私はついで行って、黙ってた。中学からは一人で行かせた。それから、変な再発は1度もない。懲りたみたい。」

〈メタ観察〉

母親は少なからず皆そうかもしれないが、私も「うちの子に限って」と思っていた。私は、怠薬のことはよく知っていたし、思春期の子どもによく見られることも知っていた。しかし、薬を医師の指示通りに飲まないとかえって薬の量が増えることや急にステロイド剤をやめるとショック状態になることについては何度もQに伝えていた。だから、薬を自分の判断で操作することが危険であることについてQは十分理解していると思っていた。おそらくQは、知識としては怠薬の危険を理解していたのであろうが、危険を冒してでも「薬を止めたい」という強い思いがあったのであろう。しかし、そうした思いについて、Qは母親である私に言わなくなっていたので、当時の私にはQの気持ちが分からなかった。Qにとって私は、既に、「分かってもらえない」対象と捉えられていたのかもしれない。

怠薬をしたころは、既に免疫抑制剤を使用しており、肥満やムーンフェイスはほとんど解消していた。だから、私から見たら以前の方がずっと大変であったので、「なんで今さら？」という思いであった。

しかし、Qの身長は確かに低かった。小学校中学年ぐらいからクラスで一番低く、間もなく同学年の男子で一番低くなった。免疫抑制剤の使用を開始してステロイド剤の量は減っていたが、Qの場合、少量でもステロイド剤を飲んでいる時は身長がほとんど伸びなかった。しかし、これ以上改善する方法はなかったの、私は仕方がないと思っていた。しかしQにしてみれば「仕方がない」では済まされない。周囲の友だちは身長が急速に伸びる時期でどんどん背が高くなるのに、自分だけはぜんぜん伸びない。思春期であったこの時期、Qは自意識が高まり、外見について非常に敏感になっていたのかもしれない。

もし、私が思春期にQと同じ状態に置かれたら、ものすごく苦しんだであろうということは、今なら十分に想像できる。しかし、当時の私は、そのような思いをQと同じようには感じていなかった。おそらく私は、そのように想像することを避けて、ただひたすら前を向いて生活していた

のだと思う。

2. 私からのコメント

怠薬がすべて思春期の自意識問題から来ているとまでは言えないにしても、その動機が薬の副作用をどう受け止めるかから来ていることは明らかだ。これに関してこのエピソードの書き手は次のようなエピソードを論文の中で紹介している。

以下はある看護師が小児科病棟で経験したことをもとに書かれたものである。

S君(中学2年生)は小学5年生のとき、ネフローゼ症候群と診断されて入院した。それ以来、何度も再発して入院を繰り返した。中学1年生のときに4回目の入院をした。6ヶ月間の闘病生活の後退院した。しかし6ヶ月後に病状が悪化して再度入院となった。S君はステロイド剤を長期にわたり服用しており、減量すると蛋白尿が出現した。ステロイド剤の副作用であるムーンフェイス(満月様顔貌)が著明で、それを非常に気にしていた。その苦しみに耐えられなくなったのであろう。ある日、毎日記入する食事表の裏に、「嘆き」と題して、次のようなメッセージを書いた。

「なに?退院したらこんな化け物みたいな顔で学校へいけとでもいうの?なんと残酷。この1年どんなに苦しんだことか……。通行人にふりむかれるのはいい。もっと悪くなると指をさされる。もっともっと悪くなると笑って通りすぎられる。この悲劇。かわいそうな私。絶対やせたい。やせたい(顔が)。近頃、こんなわけで、ノイローゼ気味。誰もこの気持ちをわかってくれない。『食べなきゃだめよ』ただそれだけ。そうだ薬がいけないのだ。そうだ、そうだ。しかし、世の中そんなことで納得するとでも思う?あまい!醜いものは醜いのだ!!これだけ安静を守って、一生懸命に病気を治したって、退院をしたら地獄の生活が待っている。あー、やだやだ」。

翌日の食事表の裏にもメッセージが続いた。

「まあね。他人のことだから、なんとでも言えるよね。しかし、自分のことになったら誰だって、こういうことをすると思うよ。ご飯を食べなかったことだって、一種の慰めだった。やせたい。いや、やせなくてもいいからこれ以上太りたくない(顔が)という気持ちのあらわれだった。それなのに誰もかれもが食べる食べると僕の気持ちもしらんと!!結局、太って苦しむのはこの私。副作用の苦しみを皆

に味あわせてやりたい!! もし退院する時点で今より太っていたら、皆のご飯にプレドニン（ステロイド剤）をまぜてやる!! みんなも下ぶくれ顔の醜い姿にしてやる」

おそらくQくんもこのSくんと似た心境だったのではないだろうか。命の危険と本来の自分が壊れる危険、この2つの危険はヤジロベエのようにあちら立てればこちら立たずの関係にあり、その微妙なバランスを図るのが本来の医療のはずなのに、医療側は命の危険を優先して、本来の自分が壊れる危険（それこそが患者のQOLなのに）を軽視している。もちろん命が最優先だが、患児の切実なニーズを受け止める姿勢が見られないとき、本人は自分が壊れる危険を優先して、怠薬に走る可能性が生まれる。確かにそこには思春期特有の問題も被さっていて、自分の容姿への自意識問題だけでなく、他にも思春期問題は山積している可能性がある（例えば性の問題や友人関係の問題など）。それら思春期特有の尽きない悩みが、まるでステロイド剤が諸悪の根源であるかのような思いに繋がって、怠薬に賭

ける気持ちが生まれた可能性もあるかもしれない。

Qくんの場合、この怠薬がどのような意味をもったのか正確には分からないが、いずれにしてもQくんが何らかの心理的危機を抱えていて、怠薬に踏み切らざるを得なかったことは確かなように思う。思春期の子どもが通過する内面の危機はなかなか周りには見えないが、慢性腎疾患の子どもの怠薬という試みに、その一端が現れているように思われ、このエピソードはとても貴重だと私には思われた。

参考文献

- 早坂泰二郎 (1986). 現象学を学ぶ. 大阪: 川島書房.
- 鯨岡 峻 (2005). エピソード記述入門. 東京: 東京大学出版会.
- 鯨岡 峻 (2006). ひとがひとをわかるということ. 京都: ミネルヴァ書房.
- 鯨岡 峻 (2012). エピソード記述を読む. 東京: 東京大学出版会.
- 鯨岡 峻 (2013). なぜエピソード記述なのか. 東京: 東京大学出版会.
- 鯨岡 峻 (2016). 関係の中で人は生きる. 京都: ミネルヴァ書房.

◆基調講演◆

ケアの科学と政策

京都大学こころの未来研究センター 教授 広井良典

看護分野に象徴されるように、「ケア」というテーマの重要性が、高齢化や経済の成熟化といった社会的な文脈からも、また近代科学そのものの歴史的展開と変容という文脈からも、いま大きく浮かび上がっている。ここではそれを、科学史・科学哲学および公共政策の視点を踏まえて広い角度から考えてみたい。

1. 科学の変容——「個体を越えた人間理解」や「関係性」への注目

まず大きく科学の歩みを振り返ると、17世紀のいわゆる「科学革命」を契機に発展した近代科学（ないし西欧近代科学）の基本的な枠組みでは、人間の個体あるいは個人は、それぞれが自己完結的に存在するような独立したものと了解された。

ところが近年に至り、そうした「個体／個人」中心の近代科学的なパラダイムを根本的に問いなおし、個体や個人の間の「関係性」や相互作用——まさに「ケア」そのもの——に注目するような議論や研究が様々な学問分野において“同時多発的”に生じている。

たとえば脳科学の分野においては、他者との相互作用や社会的な関係性こそが人間の脳の形成や機能にとって本質的な意味をもつとする、「ソーシャル・ブレイン」と呼ばれる把握が台頭している（藤井，2009）。また、人間の健康や病気というものを基本的に「個体」に完結したものとみなし、身体内部の物理化学的因果関係によって病気のメカニズムが説明されると考えるのが近代科学ないし近代医学の枠組みだったが、これに対し、「健康の社会的決定要因（social determinants of health）」に注目し、他者との関わり、コミュニティとのつながり、経済格差といった（個体を越えた）要因が、人間の健康あるいは様々な病気の生成において決定的な影響を与えていることを実証的に明らかにする「社会疫学（social epidemiology）」と呼ばれる分野が発展している（ウィルキンソン，2009等）。

これらの他にも、（a）人と人との「信頼」やコミュニティないし関係の質に焦点をあてる「ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）」研究、（b）人間の利他的行動や協調行動等に注目する進化生物学的研究、（c）経済学と心理学ないし脳研究が結びついた行動経済学ないし神経経済学の展開、（d）他者とのつながりを含む、人間の幸福

感やその規定要因に関する「幸福研究」など、「個体を越えたモデル」や人間の関係性・利他性・協調行動等への注目と分析という方向が、科学の各領域において文・理を問わず“百花繚乱”のように展開しつつある（こうした展開が生じる背景について広井（2015）参照）。

そして、「ケア」という言葉ないしコンセプトの意味を、個体と個体の、あるいは人間と自然その他の間の「関係性」を広く指すものとしてとらえたとすれば、以上のような近年の科学の新たな展開は、「ケア」というテーマが文・理を横断して諸科学の中心的概念の1つとして浮上しており、その学際的な探究が求められると同時に、これからの時代の新たな科学の方向を示唆していると言えるだろう。

2. サイエンスとケアの分裂と融合

ところで、看護や福祉、教育、心理などの分野を含め、これまで「ケア」に関する領域は、しばしば「科学」的な厳密性や理論的裏付けに乏しいと考えられ、したがって「ケア」をいかに「科学」に接近させるかということが中心的な課題の1つだった。すなわち「科学としてのケア」の確立という方向である。

そうした方向はもちろんこれからも重要であるが、しかし以上述べたような近年の「科学」の展開あるいは近代科学の歴史的な文脈を踏まえると、今後はむしろ「ケアとしての科学」、つまり科学の側に「ケア」的な視点や自然観・人間観ないし方法論を取り入れ、いわば科学をより人間に寄り添った方向に発展させ、そのことを通じて科学そしてケアの新たな方向を拓いていくという発想が重要になってくるのではないか。

このことを「サイエンス（科学）とケアの分裂と融合」という視点で簡潔に整理すると、それは（表）のようになる。

（表）近代科学における「サイエンス」と「ケア」の分裂

科学（サイエンス）	ケア
対象との切断や自然支配・制御	対象との共感・相互作用
帰納的・経験的な合理性～要素還元主義	対象・出来事の個別性・一回性 関係性・全体性への視点

ポイントは大きく2つあり、第一に、近代科学においては「対象との切断や自然支配・制御」という方向が基調を

なし、この背景には「人間と自然の切らないし自然支配」という人間—自然の関係に関わる理解が存在してきたが、これに対してケアにおいては「対象との共感・相互作用」が本質的な意味をもつ。

第二に、近代科学においては「帰納的・経験的な合理性」ないし「要素還元主義」という方向が基調をなし、この背景には「独立した（要素的）個人」という個人—社会（ないし要素—全体）に関わる理解が存在してきたが、これに対してケアにおいては「対象・出来事の個性・一回性」そして「関係性・全体性への視点」という発想が本質的な意味をもつ。

ここで、いま論じている近代科学の世界観に関わる以上の2つの軸及びその歴史的・社会的な背景をまとめたのが(図)である。17世紀の科学革命以降、こうした枠組みにおいて以上のように「サイエンス」と「ケア」はいったん互いに分岐し疎遠になっていったわけだが、前述のような近年の科学の新たな展開の中で、両者は再び融合し総合化する兆しを見せ始めているように見える。

3. 「ケアとしての科学」と看護

こうした視座を踏まえた上で、先ほど指摘した「ケアとしての科学」のあり方を要約的に示すとすれば、その方向は以下のような論点に整理されるだろう。

第一にそれは「関係性の科学」と呼ぶべき科学の可能性である。その中には個体ないし個人間の社会的関係性やコミュニティはもちろん、人間・自然の相互作用や世代間の継承性といった話題が含まれる。

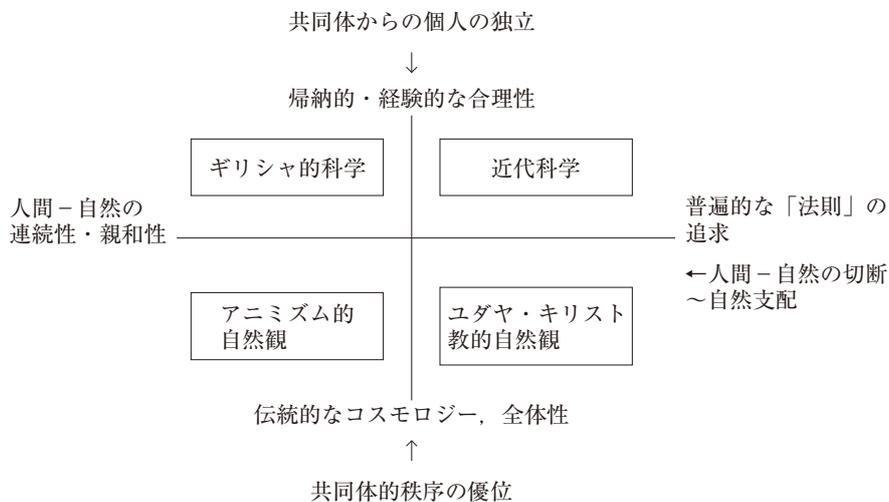
ちなみに、19世紀に「エコロジー」という言葉を作ったドイツの生物学者エルンスト・ヘッケルは、その定義を「有機体とその環境の間の諸関係の科学」とした(『一般形態学』(1866年)。なおヘッケルに関しては佐藤(2015)参

照)。「関係」に注目する科学という発想は、要素や実体に着目する近代科学の中では特異というべきものだったが、先ほどふれた脳研究におけるソーシャル・ブレインにしても、社会疫学、ソーシャル・キャピタル論、進化生物学等々にしても、まさに「関係」が主題となっているのである。

第二は「個性・多様性の科学」という方向である。それは全ての事象を単純に普遍的法則に還元してしまうのではなく、ケアの営みがそうであるように、人間一人ひとりあるいは様々な事象や事物の個性・一回性に注目するとともに、そうした個性や多様性がなぜ生じるかという、その構造の全体を俯瞰的に把握するような科学のあり方と言える。

ここで出てくる難問が、いわゆる「再現性(reproducibility)」をめぐる問題である。再現性とは、文字通り科学論文で示された実験結果などが、同じ方法や手順を踏めば「再現」されることをいい、ある意味で近代科学の根幹をなす考え方とも言える。なぜなら、近代科学は、先に述べたように、時空を超えて成立するような「普遍的な法則」を明らかにするものと考えられているからだ。

しかし、特に生命科学などの分野を中心に、近年そうした「再現性」が“危機”に瀕していると多くの研究者が感じているという調査結果が科学雑誌『ネイチャー』に掲載され、話題を集めた。研究者1,576人からの回答で、52%が(再現性が)「大いに危機的」、38%が「やや危機的」と答えたという内容である(同誌2016年5月26日号)。いわゆるSTAP細胞問題での苦い経験もあり、国内でも、たとえば日本医学会連合が再現性をめぐる問題への提言をまとめるに至っている(日本経済新聞2017年7月31日)。



(図) 歴史の中の近代科学：2つの座標軸

〔「再現性」をめぐる課題——科学の普遍性と個別性〕

このテーマはそもそも「(近代)科学」とは何かという根本に関わるような話題だが、重要と思われる点を以下簡潔に記しておきたい。17世紀の科学革命以降、科学の前線は物理的現象から生命現象、そして人間へと、より複雑で、しかも「個別性」を多分にもった現象へと歩みを進めてきた。言い換えれば近代科学は、1つの数式に還元できるような、普遍性そして再現性がより高い(ある意味でシンプルな)領域から順次取り上げていき、次第に探究の対象を広げてきたのである。

そうした過程で、つまり「科学」の探究が生命現象や人間など、複雑かつ個別性の高い領域に及べば及ぶほど、「再現性」の問題が一筋縄ではいかなくなるのは、ある意味で当然のことである。トートロジー的に言えば、「再現性が困難な現象ないし領域が科学的探究の対象になってきているから、再現性が困難になる」ということになる。

例を考えてみよう。臨床心理学などの領域に関連するが、たとえば不登校だった小学生のある男の子が、周りの人々の様々な関与や、偶然を含む出来事の展開の中で、1年の時間の経過の中で次第に学校に通えるようになったというケースについて、その変化の過程において「何が重要な要因だったか」を探るのは「科学的探究」そのものだが、こうした事例が「再現可能」かという点、それは否だろう。その男の子が置かれた状況ないし条件を100%再現することは不可能だからである。

以上は「人間」に関する例だが、たとえば地震予知などが未だに精度の高いものになっていないのも、地震の発生という現象に(ある場所の様々な「個別的」特性を含めて)無数とも呼べる要因が関与しているからであり、「再現性」は困難に直面する。

こうした状況において、一方で事象の「個別性」や「多様性」に十分な関心を払いつつ、他方で「再現性」あるいはそこで働いている普遍的な原理の追求を単純に放棄してしまうのではなく、その両者を深い次元で総合するのが、ここで述べている「個別性・多様性の科学」としての「ケアとしての科学」の趣旨である。それは先ほど記したように、「人間一人ひとりあるいは様々な事象や事物の個別性・一回性に注目するとともに、そうした個別性や多様性がなぜ生じるかという、その構造の全体を俯瞰的に把握するような科学のあり方」ということだが、それを具体的に展開していくのがこれからの課題と言える。

あらためて言うまでもなく、看護という営みは、患者あるいは病いや悩みを抱えた人間一人ひとりの「かけがえのなさ」に注目することが何よりも求められる領域であると同時に、「サイエンス」としての普遍性や客観性が併せて要請される、象徴的な分野である。

したがって看護学はこの「個別性・多様性の科学」というテーマがもっとも鋭く問われている分野であるとも言えるのである。

「ケアの科学」の特質として、第一に「関係性の科学」、第二に「個別性・多様性の科学」という点を挙げてきたが、最後に第三は「内発性の科学」ともいうべき方向であり、対象や自然を単なる受動的な存在として、機械論的に把握するのではなく、それらがもつ内発的な力を積極的に位置づけていくような科学のありようである。

以上のような「ケアとしての科学」の姿は、全体としてとらえると、いわば「内発性をもった自然・生命・人間が、多様な環境と相互作用しながら生成・発展する」という自然像と重なる。これらはたとえば生命科学におけるエピジェネティクス(=DNAがすべてを決定しているのではなく、環境との相互作用を通じて様々な(個別的な)形質が発現していくととらえる生命理解や分析)、物理学における近年の宇宙論の展開、人類学における環境と文化の多様性をめぐる把握など、様々な科学の領域において近年生成している自然像とも通底すると考えられよう(こうした話題について広井(2015)参照)。

このように見ていくと、看護学に象徴される「ケアサイエンス」というものは、単に「ケアに関するサイエンス」という狭い意味にとどまるのではなく、本稿で「ケアとしての科学」という視点にそくして述べてきたように、むしろ今後の科学全体のあり方やそこでの新たな自然観・人間観に関わる方向であることが示唆される。同時にまた、そうしたケアサイエンスあるいは「ケアとしての科学」の発展を支援するような公共政策の展開が求められており、それは科学の新たな発展や創造性を促すとともに、人々の生活の質の向上や幸福、さらに「持続可能な福祉社会」の実現に寄与していくものと考えられる。

看護という領域についてあらためて述べるならば、言うまでもなく看護という営みは「ケア」を象徴する固有の実践であるとともに、①文・理の間、②医療と生活・社会の間、③サイエンスとケアの間という、多様な分野を橋渡しし統合するような場所に位置する学問領域である。こうした点からも、看護分野が今後の新たな科学のあり方——「ケアとしての科学」——を先導するような役割を果たしていくことが強く期待される。

【文 献】

- ウイルキンソン(2009).『格差社会の衝撃』:書籍工房早山.
- 佐藤恵子(2015).『ヘッケルと進化の夢——一元論,エコロジー,系統樹』:工作舎.
- 広井良典(2015).『ポスト資本主義 科学・人間・社会の未来』:岩波新書.
- 藤井直敬(2009).『つながる脳』:NTT出版.

◆教育講演 2◆

セラピーアイランド淡路島の構築を基盤とした
地域活性化と看護教育カリキュラム開発

— 産官学連携により研究成果をつくり、つかい、ひろげるために —

関西看護医療大学 江川 隆子

はじめに

この項では、関西看護医療大学が平成17年度に文部科学省の「私立大学研究ブランディング事業」に採択された「セラピーアイランド淡路島」の事業について、その背景および計画・実践とその成果について述べます。

この私立大学研究ブランディング事業は、学長のリーダーシップの下、大学の独自色を大きく打ち出し、地域社会の優先課題解決のために研究に取り組む私立大学に、経常費・設備施設費を文部科学省が重点的に支援するものです。

1. 採択までの本学の取り組み

平成28年春、私立大学研究ブランディング事業の存在を知った私（学長）は、教職員と共に知恵を出し合い、事業計画を作りあげ、文部科学省に申請しました。その結果、129校中17校という狭き門をくぐりぬけ、私たちの構想が採択されました。

この発想の土台となったのは、淡路島のセラピー資源を活用し健康という側面から課題解決に向けた活動・研究を推進するため、平成26年4月に「住民と共に創るセラピーアイランド：日本健康・環境セラピー学会」を創設し活動を続けてきたことでした。この研究会の会員は100人前後と少数でしたが、本学および兵庫県立淡路景観園芸学校や関西総合リハビリテーション専門学校の教職員、線香などの香りにかかわる業者の方々、また、俳句や馬、森林、ドルフィンなどを、「癒」と考える住民の方々でした。

この研究会は、1年に2～3回四季折々の淡路島の自然を癒しとして、「基調講演」、「癒しの体験」とポスターセッションの形式で実施してきました。平成28年には研究活動の中心を本学の「看護診断研究センター」に移し、淡路島のまちおこし対策・子育て支援・雇用対策、淡路島の特産を活かした食の研究等も見据えながら、島内のセラピー資源の発掘や、健康関連情報の発信、セラピー体験の場の提供等の事業を展開してきました。そして地域の特性やセラピー資源を活かし、かつ看護学実習の質を担保した独創的な看護教育カリキュラムの構築を目指し、検討を重ねてきました。

2. セラピーアイランド淡路島の目的

この「セラピーアイランド淡路島」の事業目的は、本学を拠点として、淡路島に根付く「癒しのセラピー」の発掘・浸透し、淡路島の健康寿命の実現、雇用の促進を図ることでした。

事業目的：

- 1) 行政・市民・支援団体と一体になり、淡路島の資源（ヒト・自然・文化）を活用した「セラピーアイランド淡路島」の中核拠点を本学に創設する。
- 2) 淡路島に根付く「癒しのセラピー」による地域住民の健康増進・健康長寿の実現を図り、その活動を看護教育カリキュラムに反映させる。
- 3) 島内産業や地域経済の活性化、人的・文化交流の推進により、淡路島の人口増加・雇用促進に寄与する。

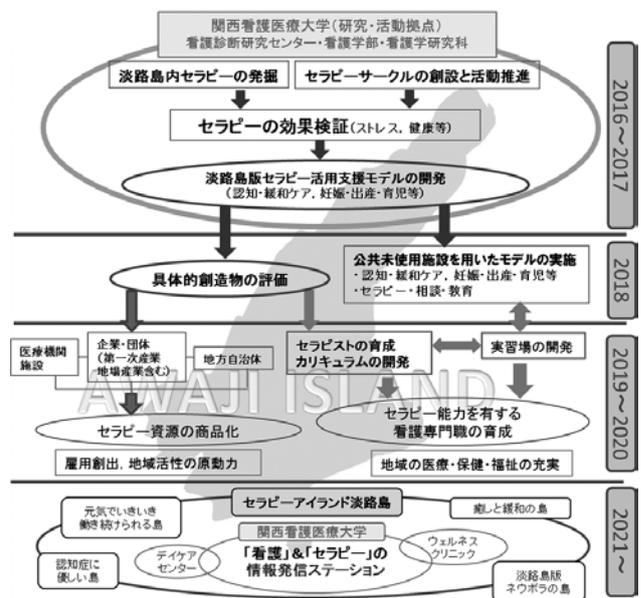


図1 「セラピーアイランド淡路島」の構築

3. 計 画

本事業の推進のために次のロードマップ図-1を作成しました。

4. 実 施

このロードマップをさらに細やかに実施計画におとし、実行に移りました。

最初の計画は、この事業を推進するためにステークホルダーとの連携から取り組みました。まずは行政との連携・協力ということで、行政へ、県庁へは、構想を練る段階から相談に行っておりましたので、「是非頑張るように」とのエールを頂きました。次は淡路島の3市への協力依頼、続いて関連病院や兵庫県立淡路景観園芸学校、関西総合リハビリテーション専門学校への協力依頼をしました。この結果、本学が位置する淡路市からは、地域おこし協力隊の隊員1名をこの事業の協力者として派遣を頂きました。

続いて、民間企業・生産者との連携協力ということで、地元の企業、小売店、枇杷・カレンギユラ・無花果、さつま芋などの農家へ、さらに学生がよく利用するカフェやレストラン、また地域の住民（母児・高齢者など）への協力依頼をし、緊密にコミュニケーションをとるようにしました。

さらに、何よりも重要な本学教職員と学生たちへの周知と協力をお願いしました。活動報告を書く際、学内での教授会や学内メール、さらにはSNS、ホームページにて周知しました。

実際の活動は、大きく①淡路島に根付くセラピーの発掘、豊かな農産物を使用した食品などの開発チーム、②セラピーを取り入れたカリキュラムの開発、③セラピーの効果の検証チームで実施しました。このセラピーの効果検証チームには、今回の事業から開始した、淡路島の自然に合わせたつり、スキューバダイビング、森林、お笑いサークルも含まれています。

この間に学生に協力を呼び掛けて、モデルの学生と共に淡路島のセラピースポットを撮影し、本学の宣伝用動画を作成したり、冊子を作成したりもしました。この撮影は、株式会社電通の日下慶太氏にお引き受けいただきました。また日下氏には、このご縁で令和元年7月から本学のクリエイティブディレクターにご就任頂くことになりました。

5. 成 果

この事業は、文部科学省の諸事情で令和元年にて終了となりました。そこで、本学も本来5カ年計画の事業を4年間に短縮してまとめることとし、次のステップを考えることにしました。

この4年間での成果は、大きく3つ挙げることができます。

その1は、淡路島に根付くセラピーを掘り起こして、マップにまとめたことです。そのマップには、津名フォトクラブの協力を頂き写真を掲載しております。また写真と俳句

を組み合わせ冊子も作成し、イベントなどで配布しました。

さらに淡路島特産の無農薬カレンギユラを使ったフィンアンシェやクッキー、羊羹なども、洋菓子店の協力を得て作成しております。淡路島のカレンギユラは「ルテイン」、「アントシアニン」を多く含み、抗酸化作用が期待できます。さらに、農家の方々の協力を得て無花果や枇杷の発酵茶の生産に取り組んでおります。また、災害時や非常時に役立つ保存食として淡路島の海産物や農産物、牛肉を使った「ナースカレー」も企業と提携して生産しております。その2は、淡路島にある「セラピー」の調査とそのエビデンスの確認です。

この4年間で、倫理委員会に承認を受けたうえで淡路島原産の「淡路島なるとオレンジ」使って香りの効果検証を本学の学生を対象に実施した結果、活気のアップ、疲労感の減少、また、「やる気が起こらない」、「集中できない」といった混乱状態が改善し、自律神経のバランスが整うことも確認されました。また、淡路島に根付いている、文化的なセラピーとしての「俳句」に対して、俳句が精神的健康に及ぼす効果についても検討しています。

この外にも、本学のサークル活動に位置付けているつり、スキューバダイビング、森林、お笑いについても継続的にその効果を検証しています。対照群の関係もあり、今後も継続的に検証を続ける必要があります。

その3は、研究成果に基づき、健康に資する「セラピー」を大学カリキュラムに取り入れる取り組みです。令和2年度の新カリキュラムから、「ベビーヨガ」、「タッチング」、「俳句」も本学の独自の教育内容として取り入れます。

「ベビーヨガ」、「タッチング」などは、その教育にかかわる教員全員にその研修を受けさせ資格を習得させております。

おわりに

これらの活動を基盤に、本学では、さらに活動・研究を加速させ、セラピーアイランド淡路島の地域活性の原動力となり、淡路島がさらに元気に健やかに暮らせる憩いの島となるようこれらの事業を継続していきたいと考えています。

そこで、本学のカリキュラムに導入した「セラピー」の効果を検証し、また、淡路島の特産物を新しい「セラピー」に、また「セラピー関連商品」にどのような効果があるのか、看護診断の研究とあわせて大きな研究の柱として考えています。

さらに、このようなブランディング事業を継続・発展するためには、以下のことにも留意したいと考えています。

- 1) 教職員・学生のモラルのさらなる向上

- 2) 行政との連携・協働の強化, 役割分担の明確化
- 3) 地域企業との協働
- 4) 地域住民との絆の強化

最後になりますが, 穏やかな気候に恵まれ, 緑豊かな山々と美しい海に囲まれた日本遺産淡路島に立地する「関

西看護医療大学」が, 「セラピー」をブランドとする大学として, セラピーブランドを体現する「人材」と「セラピー関連情報」の「発信ステーション」となり, セラピーアイランド淡路島を構築することが私たちの使命であると信じ, 今後も活動を続けていこうと考えています。

◆教育講演 3◆

看護ガイドラインの基盤となる研究成果の活用と構築

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科 教授 神田 清子

はじめに

ガイドラインは質の高い患者ケアや看護実践を遂行するために不可欠である。日本国内において、どの施設や場所に勤務していても共通に標準的な実践を展開する指針を与えてくれる。多職種で関わる場合は、共通言語としての役割を持つ。ガイドラインは特定の看護領域あるいは医療領域において、作成時点で入手可能な最良の研究エビデンスを基盤に作成される。2019年2月に改訂された「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン2019年度版（以下職業性曝露対策ガイドライン）」¹⁾の委員長を担った。その経験から看護ガイドライン作成においては研究を「つくる」「まとめる」作業が必要であり、作成後は「つたえる」「つかう」ことが不可欠であることを実感した。

教育講演3では、研究を「つくる」「まとめる」「つたえる」「つかう」を主軸として看護ガイドラインの概要、ガイドライン作成過程における研究論文の扱い、ガイドラインの活用と研究成果の構築について述べていく。

I. 看護ガイドラインの概要

1. ガイドラインとは

福井・山口(2014)²⁾によれば診療ガイドラインの定義は「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書」であると述べている。これらは意思決定の支援や医療政策の策定において重要な役割をはたしている。

看護・ケアのガイドライン（以下看護ガイドライン）は、看護・ケアの提供者と看護・ケアの受け手（対象者）の安全・安心を保証し、エビデンスに基づく看護・ケアの標準化と質の向上に導く内容を提示した文章であると考えられる。

2. Mindsガイドラインライブラリでの看護ガイドライン

2011年から2018年3月までMedical Information Network Distribution Service (Minds)³⁾では544件のガイドラインを評価し、そのうち300件がAGREE IIの基準を満たした。

またMindsに本文が掲載された診療ガイドラインは282件あり、そのうち「看護」をキーワードに検索すると13件のみがヒットする。それらは冒頭に述べたガイドラインのほか、「NICUに入院している新生児の痛みのケアガイドライン2014」「外来がん化学療法看護ガイドライン 2014年版 抗がん剤の血管外漏出およびデバイス合併症の予防・早期発見・対処」などである。作成団体は、有志による作成と日本がん看護学会、緩和医療学会、日本がんサポーターケア学会など、看護職が属している学術団体である。しかし、看護系の学術団体が中心になり作成しているのはまだまだ少なく、今後の学会活動に期待したい。

II. ガイドライン作成過程における研究論文の扱い

ガイドライン作成にあたっては、まず計画書(SCOPE)と構成案を作成する。その後、臨床疑問(クリニカルクエスション, clinical question: CQ)を設定し、関連する文献を検索していく。すでに研究で「つくられた」成果をシステマティックレビュー(以下, SR)する。CQに対する推奨を作成するのにあたりエビデンスを科学的に示すために実施する。すなわち研究を「まとめ」評価していくことになる。これには専門的知識が必要であり、事前にSRの研修を受けその方法に精通しておく。

研究論文は一定の基準で評価し、二次データとして採択できる論文のみを分析し、アウトカムごとにエビデンス総体におけるエビデンスの強さを決定していく。

本講演では、職業性曝露対策ガイドラインのCQ「HD投与時のルートにCSTDを使用することはCSTDを使用しない場合に比べ推奨されるか」¹⁾を例としてSRの手順を説明した。このCQのアウトカムは①環境汚染、②人への健康障害、③業務量の増加であった。エビデンス評価のためにアウトカム毎にSR(定性・定量)を実施する。文献はPubmed59件、Cochran12件、医中誌29件があり、一次スクリーニングで26件が選ばれ、二次スクリーニングで7件(英文3件、和文4件)が選定された。そしてエビデンスの確実性を評価するために、各研究論文についてバイアスリスク:真実からの偏りの可能性、非直接性:CQに対する回答からの偏りの可能性、不精確性:統計的な信頼性の不足、出版バイアスなどを評価した。

定量的データについてはバイアスや偶然の影響を最小限にするためのSR（メタアナリシス）を実施する。しかし研究論文はコホート研究2件、その他であった。看護で設定したCQにおいて介入研究は殆ど認めずメタアナリシスではできなかった。最終的には定性的・定量的な評価の両方に基づきエビデンスの強さを決定する。

アウトカム①環境汚染に関するエビデンス総体の評価は、バイアスリスク-2、不正確・非直接性・出版バイアスはすべて-1などであり、エビデンスの強さは「非常に弱（D）」であった。②③のアウトカムのエビデンス強さも「非常に弱い」であった。項目においてマイナス（-）因子が多くなるとエビデンスは弱い。次にエビデンス総体としてのエビデンスの強さ（A：強、B：中、C：弱、D：非常に弱）を示していく。この時に、無作為化比較試験（RCT）はA、観察研究はC、症例報告等はDからスタートするため、研究デザインが影響してくる。看護の研究では因子探索の研究が多く、当然エビデンスは「弱」になっていく。曝露の研究においては、対象群（何もしない群）を置く研究ができないので観察研究が多くなっている。本CQのアウトカム毎のエビデンス総体もすべて「非常に弱（D）」になっている。

ガイドラインにおける推奨度²⁾は、エビデンス総体を総括しながら、推奨の強さの判定を決定するための評価項目、すなわち1) 推奨の強さの決定に影響する要因および2) その他推奨の強さに考慮すべき要因で判定する。後者には使用者の価値観や希望、負担の確実さ（相違）に一貫性や確実性があるかどうか、正味の利益がコストや資源に十分に見合ったものか、諸外国の状況などによって決定する。ガイドライン作成時には、先行する諸外国のガイドラインを検索し、吟味しながら活用していくことができる。

我々は、海外の曝露対策に関するガイドライン等として、2016年米国薬局方USP General Chapter <800> Hazardous Drugs - Handling in Healthcare Settings⁴⁾と米国がん看護学会（ONS）のSafe Handling of Hazardous Drugs, 3rd ed⁵⁾、等を活用した。そこでは投与管理において、CSTDは剤型が許す場合、抗悪性腫瘍HD投与には使用しなければならないがうたわれている。また、USP800は2019年12月から法的拘束力を持つことが定められている。これらから、本CQの推奨は「強い」とし、推奨文は「HD静脈内投与時のルートにCSTDを使用することで、HDによる環境汚染が低減される」「HD静脈内投与時のルートにCSTDを使用することを強く推奨する」¹⁾と明記している。

この過程において研究論文から導きだされるエビデンス総体が「強」の場合は、推奨を検討する際、委員の間でも強い推奨として合意が得られやすいが、「弱」「非常に弱」とするとその判断は難しくなる。

ガイドライン作成過程における研究論文の扱いとしては、エビデンスの強弱は研究デザインにより定められており、RCTの研究が不可欠である。

Ⅲ. ガイドラインの活用

根拠に基づいた実践をするにはガイドラインを「つかう」ことが必須となる。ガイドラインを知ることができるサイトは、日本ではMindsガイドラインライブラリ³⁾、世界では英国のイングランドにおける公的機関National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁶⁾、英国のスコットランドにおける公的機関The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)⁷⁾、Cochrane⁸⁾、The Joanna Briggs Institute (JBI)⁹⁾ ジョアンナブリッグス研究所がある。

ガイドラインを発刊後は、作成者は普及に向けた啓発活動や使用状況を監視することが求められる。我々はガイドライン2019年度版の発刊前に「がん薬物療法における職業性曝露対策」に関する調査を実施した。がん医療の中心となる723病院の看護管理者に郵送法で実施し、310件（回収率42.9%）の回答が得られた。合同ガイドライン2015版の設置は約70%であり、また、発刊後施設としてマニュアル等の作成や見直しに取り組んだところが約63%であり、ガイドラインが実践に活用されていることが明らかになっている¹⁰⁾。Mindsの「診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態についての調査・研究—診療ガイドライン活用促進に向けて—」¹¹⁾の報告書では、若い世代の医師は書籍より電子情報に頼る傾向であることが示されている。ガイドラインの公開は冊子体だけでなく電子媒体が求められていることがうかがえる。

Ⅳ. 看護成果研究の構築

看護研究において、因子探索の質的研究が熱心に行われている。看護の体系化、ケアや看護の複雑性を可視化するためには質的研究はとても重要である。しかし、ガイドラインを作成するためには、エビデンスの強さを検討することが求められる。先に記述したように因果仮説検証型研究であるRCTはエビデンスのスタートが「強」であり、質的研究は「非常に弱」になる。

今後は研究を「つくる：創る、重ねる」時に次の4点を期待したい。①質的研究を発展させエビデンスに結びつける ②質の高い観察研究・RCTの研究の蓄積と創出 ③システムティックレビュー（SR：量・質）の研究 ④Meta-Analysis（介入研究 MA）の研究である。また、看護のガイドラインはまだまだ少ない現状がある。看護のエビデンスを創出しながらガイドラインを作成する。看護のCQを立案して、その過程でエビデンスがないことを示し

ていき、研究を促すことが大切である。

職業性曝露対策ガイドラインを作成する過程において、エビデンスが無いので「CQを削除したい」と提案した委員のエピソードを紹介する。CQを立案し、その後のクリティークを踏まえエビデンス総体を提出した委員は、「研究論文やエビデンスがないのでCQを取り下げたい。」と委員会で発言してきた。しかし、そのたび毎にMindsのアドバイザーから「この分野の研究がないと言うことを示すのもガイドライン作成者の役割です。」とたしなめられ当初のCQを掲載した。研究がないからガイドラインができないと考えている皆さんには是非お伝えしたいことがある。看護やケアの標準化に向けて、まずはガイドライン着手に向けて1歩を踏み出すことが重要であると考え。我々はMindsの方法でガイドラインを作成したが、看護やケアガイドラインの作成法を創出していく研究に取り組むのも看護学会の役割であると考え。

まとめ

教育講演3では、筆者が関与した「職業性曝露対策ガイドライン」作成経験から研究を「つくる」「まとめる」「つたえる」「つかう」を主軸として看護ガイドラインの基盤となる研究成果の活用と構築について述べた。

1. ガイドラインはCQへのエビデンスを示し、推奨を提案している。
2. ガイドラインの活用は臨床の実践の質を高める可能性がある。
3. 質の高い研究を積み重ねることは、ガイドラインのCQにエビデンスを示すことである。特にRCTや疫学研究を取り入れた研究に取り組む必要がある。
4. 看護・ケアガイドラインは発展段階にある。ガイドラインを示すことにより研究の課題も明確になる。
5. 看護のガイドライン作成の指針を示すことも必要である。

謝 辞

本講演内容をまとめるにあたりご支援をいただきました日本がん看護学会ガイドライン委員の皆様、合同ガイドライン委員の皆様に感謝いたします。またこのような機会をくださいました日本看護研究学会第45回学術集会の泊 祐子会長をはじめ、関係者各位に深謝申し上げます。

利益相反はありません。

【文 献】

- 1) 日本がん看護学会, 日本臨床腫瘍学会, 日本臨床腫瘍薬学会 (編) (2019). がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン2019年版. 東京: 金原出版.
- 2) 福井次矢他監修 (2014). Minds 診療ガイドライン作成の手引き. 東京: 医学書院.
- 3) 厚生労働省委託事業 公益財団法人日本医療機能評価機構 Mindsガイドラインライブラリ: <https://minds.jcqh.or.jp> (参照2019年7月16日)
- 4) USP General Chapter <800> (2017). Hazardous Drugs—Handling in Healthcare Settings.
- 5) Polovich M, Olsen MM (eds) (2017). Safe Handling of Hazardous Drugs, 3rd ed, Oncology Nursing Society (ONS).
- 6) <https://www.nice.org.uk/guidance> (参照2019年7月16日)
- 7) <https://www.guidelinesinpractice.co.uk/home/the-scottish-inter-collegiate-guidelines-network-sign/305547.article> (参照2019年7月16日)
- 8) <https://www.cochrane.org/> (参照2019年7月16日)
- 9) <https://joannabriggs.org/ebp> (参照2019年7月16日)
- 10) 合同ガイドラインワーキング ガイドライン作成資料および調査研究資料 (未公開)
- 11) 今中雄一他 (2016年10月 Web公開版). 診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態について—診療ガイドライン活用促進に向けて—報告書. (参照2019年7月16日)
- 12) 佐藤康仁 (2017.7.2). 診療ガイドラインの作成方法の概要, システマティックレビューの方法, 推奨作成の方法. 合同ガイドライン システマティックレビュー研修会 資料.

◆シンポジウム1◆

まちの人びとと創る新しい看護のカタチ

大阪府立大学大学院看護学研究科 三輪 恭子

厚生労働省は、「地域共生社会」という概念を打ち出し、地域包括ケアシステムの対象を障がい者や子育て世代などに広げ、介護予防や子育て支援などを住民主体で行うという指針を提示した。このような状況のなか、看護も病院中心から地域でより生活に密着した活動を展開する時代となり、地域包括ケアを担う人材の育成や新たな活躍の場の創造が求められている。

1. よどまちステーションの概要

2018年度まで筆者が活動した「よどきり医療と介護のまちづくり株式会社」（以下、「よどまち」）は、淀川キリスト教病院（大阪市東淀川区）を運営する宗教法人と官民ファンドである地域ヘルスケア産業支援ファンドが共同出資して2015年に設立した。よどまちでは、こぶしネット（東淀川区の在宅医療連携を考える会）や大阪府市との協働体制を軸に、こどもも高齢者も、子育て世代や障害をもつ人々、アクティブシニアなど地域で暮らすあらゆる人々に対して、「健康」と「暮らし」をキーワードにアプローチしながら、ともに生きるまちづくりに取り組んでいる。

よどまちの中心は看護職である。2016年に立ち上げた複合施設「よどまちステーション」において、医療依存度が高い人でも最期まで地域で暮らせる住宅事業としてコミュニティホスピス「かのご庵」、住民が気軽に相談に立ち寄ることができ、ヘルスリテラシー向上の働きかけを行う「よどまち保健室」、多世代多職種が交流するコミュニティスペース「よどまちカフェ」、そして訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を併設し、それぞれの場で看護職が自律的に活動している。

2. よどまち保健室における健康支援

よどまちステーションのなかで、住民に向けたサービス提供の場となっているのが、「よどまち保健室」と「よどまちカフェ」である。約80m²のスペースに、医療・介護に関するパンフレットや各種計測機器、よどまちライブラリー、キッチンを配置し、プライバシーが確保できる面談室を併設している。

よどまち保健室では、看護職が来室者への相談支援や健康チェック、健康講座やイベントの企画・調整・運営を行っている。来室者との何気ない会話や相談ごとから個人・地域の健康課題を把握し、関係機関との連携や企業・大学とコラボイベントを通して、健康支援の実践につなげる。そして、

住民同士のつながりづくりやボランティア活動を通しての生きがいづくり、主体的な健康行動の促進を目指している。

活動を進めていくうえで、地域コミュニティとの協働も欠かせない。商店会や地域活動協議会に積極的に参画し、医療・看護が求められていることやできることを探る。

3. コミュニティ活動の成果

看護職による上記のようなアプローチにより、よどまち保健室・よどまちカフェへの来室者は、月間延べ500名を超える。貸会場としても幼児教室や大学ゼミでの体操教室、商店会イベントなどで活用されており、地域に根付いた場所となりつつある。

また、看護職への相談も、内容は健康、介護、住まい、子育てなど多岐にわたり、住民に限らず地域の関係職種などからも含めると月30件を越す。

住民からは、「夫が亡くなって独りぼっちだったけど、ここで友だちができた」「ここでのボランティア活動が生きがいになっている」「看護師さんに相談できて、体重が減って体調がよくなった」「健康教室で話を聞いて、糖尿病を克服できた」などの声が聞かれ、コミュニティでの看護活動は、住民の健康づくり、つながりづくり、孤立防止、慢性疾患の重症化予防につながっていると言える。

4. 地域のなかで看護ができること

今後求められるのは、人びとの生活の場でのいのちと暮らしをまもり、支え、生活と保健・医療・福祉をつなぐ協働の推進・調整、病気にならないための予防、悪化しないための生活管理、さらに住民やコミュニティとともに「自助」「互助」機能を強化し、つながりづくりから生き心地のいいまちづくりをめざす地域全体の看護だろう。

地域共生社会をめざし、これからは地域のさまざまな場所や場面での看護のさらなる力の発揮が可能だと感じている。多職種連携・協働の要になるマネジメントやコーディネート、クリニックや外来での重症化予防、悪化しない生活管理にもっと介入が必要であり、つながりづくりという観点からの健康問題へのアプローチも看護ができることがあるのではないだろうか。

個への支援を中心にしながら、住民の一人一人が豊かに生きることを目指す地域全体の看護が求められており、看護界全体での取り組みが促進されることを期待している。

◆シンポジウム1◆

ナースの現場に必要なものを。アイデアから形へ

— 訪問看護師のものづくり，7年目を迎えて思うこと，伝えたいこと

株式会社ナースあい 代表取締役

(一財) 神戸医療・介護推進財団 兵庫しあわせ訪問看護ステーション

訪問看護認定看護師 多田 真寿美

はじめに

現在の日本の医療は、超高齢社会における医療費の高騰や、在院日数の短縮、看護師不足からも「病院から在宅へ」、「キュア中心」から「ケア中心」そして「予防医学」「セルフケア」「セルフマネジメント」が、益々重要になるといわれている。私は訪問看護師の活動、また「看護師×ものづくり起業家」としての活動から、今後の社会における看護師の重要な役割のひとつに、医療職でない方への「看護の視点をわかりやすく伝えること」があると考えます。**【株式会社ナースあい】での実践** 起業の契機は平成24年4月からの介護職等の喀痰吸引・経管栄養注入等の医行為が法的に認められたことである。当初約10年担当したALS療養者は、一人につき家族以外に約30名の介護職員が必要であった。兵庫県での介護職員による喀痰吸引等研修は最初の30人の募集に、1,500人の応募があった。その後も何度研修を開催しても、多数の応募で焼け石に水の状態で現場は混乱した。

そこで私は、①解剖が一目瞭然②喉頭蓋や嚥下反射が起きやすい部分の明確化③気管内のカニューレの固定の見える化など医療的ケアの注意事項が介護職の方にもわかりやすいシミュレーターを、開発した。喀痰吸引・経管栄養注入シミュレーターは現在約2,800台が全国で活躍している。

それに続き病院看護部から、新人看護師や研修医のためのリアルで簡便な静脈注射の練習キットの製作依頼を頂いた。今ではバージョン3となり、より細い血管とリアルな刺し感の再現に注力した。また、救急医の中心静脈穿刺等キットの依頼によりCV・PICC・Aライン穿刺カテーテル練習キットの協同開発を行った。実際に救急搬入される中、合間を縫ってCVやPICCなどの訓練を行う研修医の大変さ、またそれらの医療行為の技術習得の重要性を感じた。是非現場で使えるものをと協力させていただいた。

また、私は長年パーキンソン病療養者を担当したり、多くの高齢者の生活に寄り添った。そこで80才を超える高齢者の身体は70代と違い、身長を始め形状、機能面、精神面に大きく変化があることを知った。関節可動域の制限、円背、10cm前後の身長の短縮、局所の冷え、食べこぼしや

うつ傾向などである。利用者が生活する上で衣服が大きな障害となり、脱臼や転倒、介護負担増など自立を阻害する要因になっていると感じた。高齢者の衣服の問題は、ファッション業界だけでは解決できないと感じ、看護の視点を盛り込んだココロにも身体にも優しい衣料を製作した。それぞれ現場の長年の悲痛な困りごとに対し、エビデンスをもって商品開発を行った。

【看護の展望】 看護は、先人が研究を重ねて「看護の視点」ができています。起業し医工連携の機会を得るたびに、看護分野の常識は、他分野では貴重な視点であり、社会が「看護の視点」への大きな期待があることを感じた。病院という枠を超えて療養者を観るとき、身体面・心理面に加え、それに影響を及ぼす全ての要素である「個性のある環境」が看護介入の対象となる。住環境、衣環境、気象、気温、湿度、家族関係、色、音、言葉など様々である。そのような総合的な視野・視点をもって消費者の真のニーズを明らかにすることで、超高齢社会のトップを走る日本の未曾有の問題にも看護の視点が必要とされるのではないかと考える。

また私は、「在宅」は看護師にとってアウェイな環境であり、多職種と連携する中、看護が社会へさらされ評価されていると考える。このような時代こそ、医療職でない方に「看護の視点をわかりやすく伝えること」が重要と考える。在宅療養の現場に携わる職種の間で共通言語を紡ぐのは訪問看護師の役割であり醍醐味であるとも感じている。

【おわりに】 シンポジウムでは「訪問看護の経験」という共通項を持つ3名のシンポジストが社会的問題の取組を熱く語った。また、奇しくも私自身が入院の機会を得、病棟看護師から「熟練したら訪問看護をしたい」「最終的には訪問看護師を目指す」と思いを馳せる声を複数聴いた。私は、利用者は看護師に対して、「完璧さ」より「わかりやすさ」を求め、一緒に困りごとに向き合い、よりよい方法を自身が見つけ出すための「伴奏者」を望んでいると感じている。病院から外へ一歩踏み出す看護師が増えることは、社会に大きな可能性をもたらすと確信している。今後も「看護師×ものづくり起業家」の活動を通じて、「訪問看護」の広報活動を行っていききたい。

◆シンポジウム1◆

成功事例を時間軸で振り返る方法 ～匠の技から、わが地域の強みを知る～

在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表 宇都宮 宏 子

退院支援が必要になる患者は、入院医療を受けたけれど、入院前とは、生活・暮らしが変わる人、医療処置や管理が退院後も必要で、暮らしの場に医療のサポートがないと暮らせない人たちである。

これまで多くの医療機関では、メディカルソーシャルワーカー（以下MSW）が、様々な相談援助の1つとして、退院困難になった患者への転院調整や、社会保障制度を活用しながら、退院調整をおこなっていた。

わが国で介護保険制度が誕生して2年目を迎えようとしていた2002年、訪問看護の現場にいた筆者は、病院内に在宅医療コーディネーターができる看護師がいれば、がんや治療できない病気を抱えてでも、「おうちへ帰りたい」をかなえる事ができるのではないか。そんな思いを抱いて、出身校ではあるが、勤務経験のない大学病院へ戻り、専任看護師として活動を始めた。

着任当時は、2000年開設していた部門（地域ネットワーク医療部）では、少人数のMSWが、病棟医師からの、支援依頼を受け、患者や家族と面談を繰り返しながら、地域の病院への転院調整や、在宅移行に孤軍奮闘で走り回っていた。

現状から、MSW個人の頑張りに頼ってはいけいない。どのような対象患者が退院困難になっていくのか、そしてMSWはどのような支援を実践しているのだろうか。これまでの実践を分析することから、課題を明確にすることから取り組み始めた。

部門が開設以降、すでに支援終了した事例（90人弱）をケースファイルに整理して分析した。分析から見えてきた中で、1つ目に、入院医療提供をしたとしても、入院前と暮らしが変わる、治療継続が厳しい状況にある等で、入院早期から、退院困難が予測できる事例が、7割近くあったということ。2つ目は、在宅医療コーディネーターの前に、患者・家族と医療者が「入院医療の目的、そして治療期の節目での退院時ゴールの共有」ができていなかったのではないかと考え、看護部を中心にしたチームアプローチを推進することへと改革がつながっていった。

2002年着任当初、福祉の専門家であるMSWが、支援を

行いやすいと感じている病棟看護師チームが、神経内科病棟、消化器外科病棟であった。病棟看護師たちの看護記録・医師やリハビリの記録から、退院支援に関連する看護・支援を時間軸で整理していく中で、在宅療養コーディネーターの前に、「疾患の軌道に沿った医療・看護、そして意思決定支援」が丁寧に実践されていること。病棟チームとして、方向性が見えないときに、第三者の立場である退院調整部門に適時に相談をして、協働する姿があった。実践値から支援を可視化し、3段階システムが誕生したのである。

患者が、外来・入院早期から、自分のからだに起きていることを知る、そして、折り合いをつけながら、住み慣れた地域、暮らしの場へ帰ろうと、患者が受けとめ、（意思決定支援）、その上で、最大限に残存能力を引き出し（自立支援）、在宅医療やケアサポート、生活支援を整えていくこと（在宅療養コーディネーター）が、提供されること、可能になること。そして、急性期病棟でも提供できるように仕組み・教育が必要であると考え、看護部を中心に取り組んできた。

【在宅移行支援のプロセス】

入院時：入院前（発症前）の暮らしぶりを知る。

入院目的・治療方針から、退院時の状態像（ゴール）を予測する

治療期：患者・家族の疾患、病状理解・受けとめを把握、受容支援を行う

→医師と共にIC場面設定 患者・家族と今後の方向性を検討する

「大事なこと、どう生きたいか」語りを引き出す看護

移行期：●医療・看護が継続→在宅医療体制の準備・調整

●生活・ケアが必要→環境整備・生活支援・ケア体制の準備・調整

独立してからも大事にしていることが、当事者目線であること、そして匠の技を可視化することである。

退院支援、在宅療養移行支援とは、病や障害を得た人たちが人生を再構築することへの支援である。決してベッド

を空けることや、長期入院患者の収容先を探すことではない。「医療選択の場面」「療養方法・場所の選択」「望む場所での最期の暮らし方」など、病気や老いのさまざまなプロセスにおいて、その人がどう生きるか、どう生ききるかを支えるための「意思決定支援」は、看護師に求められる重要な役割である。病院だけでも、外来受診から終末期に至るまでさまざまな場面において多くの看護師が関わっている。ただ、病院の看護師も、バトンを渡される訪問看護師や介護施設に勤務する看護師も、その時点からの支援にならざるを得ない。そこで、多くの看護師が関わった1人の人の人生を長い時間軸で振り返る方法で、大事な分岐点・看護・支援のあり方を可視化し、組織や地域で一定の質を保障するための教育や仕組みを構築する。

支援過程（プロセス）をリフレクションする時に、①客

観的事実 ②心理的事実を意図的に整理していく。例えば、客観的事実“患者の言葉”から、心理的事実として、場面ごとの支援者の感情・心模様を自己開示、他のメンバーからフィードバックすることで、それぞれの考え・行為の関係づけ、意味付けを多職種、立ち位置の違う看護職が理解、共有する。そして、匠の技から体系化、教訓を知識化していく作業を繰り返していく。

皆さんの組織、地域の埋もれている匠の技、可視化することから始めてみませんか。

参考文献

宇都宮宏子（2019）これからの入退院支援・在宅移行支援「ケアプロセスマネジメント」と「意思決定支援」の視点から、看護管理（医学書院）、P960～961

◆シンポジウム2◆

診療報酬で評価されるための研究成果の示し方

関西看護医療大学看護学部看護学科 箕浦 洋子

はじめに

我が国は、1961年から国民皆保険制度が導入され、現在まで約60年の経過を辿っている。医療に係る制度や費用については、厚生労働省の諮問機関である「中央社会保険医療協議会」で検討され、診療報酬は2年に1回改定されている。時代が求める医療及び未来の医療構想体制を実現するために様々な視点で検討されており、近年は、少子高齢社会の医療提供体制の維持と効率化に重点が置かれたものになっている。看護に係る診療報酬の評価は、チーム医療の活動、重症度、医療・看護必要度による看護人員配置と入院管理料、医療と介護の連携などが評価されている。看護分野からの診療報酬改定への提案は、学会や職能団体などを通じて社会に示されているが、限られた財源をシェアすることは困難を極め、中央社会保険医療協議会において総合的に判断し決定されている。このような状況下で、看護が診療報酬で評価されるためには、エビデンスとアウトカムを明確に示し、社会への価値を示していくことが必要である。本シンポジウムでは、診療報酬評価の現状を踏まえながら、診療報酬で評価されるための研究の示し方について考えてみたい。

I. 診療報酬決定に影響する社会的背景

人口動態の変化による影響が社会の中でより鮮明になってきているが、医療においても大きな変化が現れている。人口は持続的に変化し、少子・高齢社会が進行した結果、「棺桶型」になってくることが予測されている。少子・高齢社会で医療・介護を提供するために、2011年から「地域包括ケアシステム」の導入が進められている。在宅医療をベースに、小・中学校区レベルで医療・介護が連携し、生活を基盤とした医療を提供することを目的に、自治体を中心となり進めている。また、医療施設では、役割分担を明確にして病院機能を分化し、医療・介護との連携強化のもとに、「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」への移行に向かって進んでいる。平成30年診療報酬改定は、この2つの考えを推進しながら、患者の状態に応じて効果的・効率的に適切な医療が提供されることが示されている。

II. 診療報酬に影響するDPC制度と重症度、医療・看護必要度

看護に関わりが深く急性期医療を評価する代表的なものに、DPC制度と重症度、医療・看護必要度がある。急性期医療を客観的に評価する制度及びツールであり、2002～2003年に導入されている。DPC制度は、日本における医療費の定額支払い制度で、DPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) に基づいて評価される入院1日あたりの定額支払い制度である。重症度、医療・看護必要度は、患者の状態から「患者に提供すべき看護の必要量」を考え、必要な看護内容とその量を推定する仕組みである。2002年に特定集中治療室管理料に「重症度」が初めて評価され、その後、入院基本料の施設基準に次々と導入された。これらから得られる、EFファイルデータ (DPCコーディングの診療報酬請求内容) とHファイルデータ (重症度、医療・看護必要度による患者の状態) を中心に、レセプト請求 (診療報酬上の請求)、疾患ガイドラインなどを加味しながら分析すると急性期の患者の状態、状況を客観的に表すことができる。そのデータは、標準化促進するものとなり、クリニカルパスや治療ガイドラインなどが作成される契機となっている。(図1)

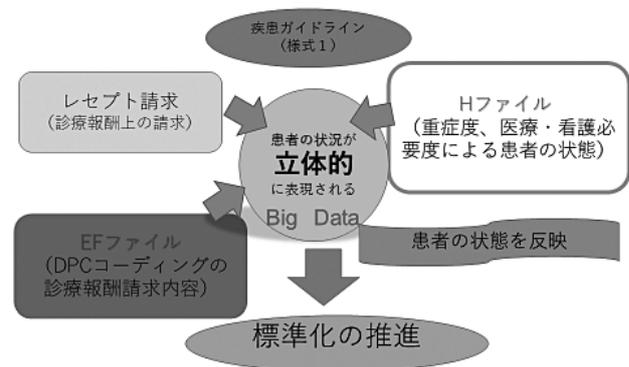


図1 急性期患者の評価と医療の標準化

III. 2018年診療報酬からみる近年の評価傾向

2018年の診療報酬改定は、1. 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 2. 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実 3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革

の推進 4. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化の4つの柱で構成されている。近年の診療報酬で評価内容は、チーム医療を中心に、医療・介護の連携、在宅医療・地域医療の推進、効率化・合理化などが評価されている。(図2)



図2 近年の診療報酬での評価内容

この中で注目するものに、ICUでの多職種による早期リハビリテーションの取り組みに係る評価がある。早期のチーム介入を評価するが、施設基準に、専門性の高い看護師の配置が要件となっている。認知症加算、がんの就労支援などを含め、看護の専門性とチームコーディネート力、

マネジメント力が高く評価されている。

IV. 診療報酬で評価される研究成果の示し方

限られた財源の中で考えられる診療報酬改定の重点課題は、質の高い医療の提供と効率化と将来問題（予防）に向けた新たなシステムの構築である。研究成果を診療報酬に反映するためには、1. 国の動向を視野に入れて、研究の切り口を考えること 2. 研究のプロセスとアウトカムを具体的に示すこと 3. 医療への貢献度を明確に示すこと 4. 看護単体ではなく、チーム医療を中心に考えること、などが考えられる。看護が持つコーディネート力やマネジメント力は、これからの医療を進めて行く上でなくてはならない力である。エビデンスが明解で実践に活用できる提案を考えるためには、研究者と実践家がコラボレーションし、双方の強みを活かしながら研究を進めていくことが必要である。また、研究成果を広く周知させ、学会や職能団体を通じたロビー活動を行い、評価に繋げていくことも重症な活動である。

参考文献

厚生労働省：平成30年診療報酬改定の概要 平成30年3月5日版。
 箕浦洋子：重症度、医療・看護必要度から考える医療の質保証、
 週刊社会保障, 71(2951)：48～53, 2017.

◆シンポジウム2◆

診療報酬につながる研究データの活用と準備

— 日本がん看護学会の取り組み —

公立大学法人横浜市立大学医学部看護学科 渡 邊 眞 理

I. 政策と診療報酬

診療報酬は医療の内容や項目に対する経済的評価を行って、政策誘導を行う仕組みで、4,000項目に及ぶ。保険医療機関等は、医療行為の点数を合計し、換算した金額を患者と診療報酬の支払機関（社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会）から受け取るしくみである。

診療報酬は医療機関の最大の収入源であるため、医療機関は診療報酬の改定動向に敏感に反応し、サービスの内容を変える。

この性格を利用し、推進すべき医療政策に合う点数を重点的にアップさせることで、医療機関はそのようなサービス提供を充実させる。診療報酬の改訂年度の医療現場の病院管理者や医事関連部門は、診療報酬改定内容が公表されると即時、算定項目の見直し、算定要件の確認などを実施し、病院収益への影響をできるだけ少なくする工夫を講じている。

II. 診療報酬決定への流れ

診療報酬は医療の進歩や世の中の経済状況とかけ離れないよう通常2年に1度改定される。厚生労働大臣は政府が決めた改定率を基に諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）に意見を求め、中医協が個々の医療サービスの内容を審議し、その結果に基づいて、厚生労働大臣が決めた公の価格である。学会等の団体は、看護系学会等社会保険連合（看保連）、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）、内科系学会社会保険連合（内保連）を介して、医療技術提案書および要望書を医療技術評価分科会を経て、中医協に提案する。私たち看護職は看護評価の向上に向けて、看護職全体が研究、知識を横断的に共有し、学術的なエビデンスを深め、積極的に政策の場に看護の意見を反映していく必要がある。

III. 日本がん看護学会のがん患者指導管理料Ⅱ（現在の口）の保険収載に向けた取り組み

我が国においてがんは1981年より死因の第1位となった。国のがん対策に関しては、2007年のがん対策基本法やそれに基づいたがん対策推進基本計画が現在第3期に入った。

がん対策基本法に基づいて、都道府県による推薦をもとに厚生労働大臣が指定したがん診療連携拠点病院を392箇所指定している（2019年4月1日現在）。がん診療連携拠点病院は、専門的ながん医療の提供（診療体制や設備）、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を行っている。

私は一般社団法人日本がん看護学会のがん看護技術開発委員会（質の高いがん看護の提供システム・がん看護技術開発に関する事項を審議する委員会）を約8年間担当してきた。がん看護技術開発委員会では、①技術提案書および要望書の作成、②診療報酬に関するニーズ調査、③研修会の企画・運営（年1回）がある。その活動の中で、がん患者指導管理料2（現在の口）の保険収載に携わった。この診療報酬への取り組みの背景に、一定の質が担保されるがん診療連携拠点病院では専門性の高い相談支援が受けられるが、他の病院は限界がある。第2期がん対策推進基本計画（2012年）の「全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の向上」を目指すためには、がん診療連携拠点病院以外の病院にもがん医療に精通した看護師による指導体制の充実が求められると検討をした。

それまでに保険収載されていた、がん患者カウンセリング料では、「医師と看護師の同席」が必要であり、「患者1人ににつき1施設1回限り」とされていた。そこで、がん領域に精通した看護師であれば、医師の指示のもと看護師が対応することで同様の成果を生むことができる。「医師の指示のもと看護師が対応する」ことに適用範囲を拡大し、再発症例などでは繰り返し治療法の意味決定が必要になることに鑑みて回数の要件を拡大するよう提案をした。

がん患者指導管理料の保険収載に関しては、関連学会も同様に提案し、患者団体の賛同を得た。そして2014年4月にがん患者指導管理料2（200点：医師または看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合〔6回に限り〕）が保険収載された。

がん患者指導管理料口（200点）の算定件数は2017年117,888件算定されており、初年度より4年で3.6倍に増加している（社会医療診療行為別調査）。

IV. 診療報酬につながる研究データの活用と準備

診療報酬に技術提案を収載されるには

- ・ 社会のニーズ
- ・ エビデンス
- ・ 普及性

が求められる。

社会のニーズに関しては、医療や看護の受け手である患者や家族にどのようなニーズがあり、今後どのような変化が見込まれるかを予測する力、臨床や地域の現場の現状把握、問題の明確化、解決方法の検討、解決のための調整、交渉の実施・評価が必要となる。まさにマネジメントである。

エビデンスに関しては、筆者が苦勞し、課題と感じていたことでもある。

技術の必要性や表しにくい効果 (outcome) をどのよう

なデータとして表すのかが問われる。

普及性は、技術提供できる体制づくりである。

今後、診療報酬として求められる技術に関するニーズは臨床や地域の現場が把握しやすく、少数の施設での新たな取り組み例も現場だからこそできることである。一方で研究計画や研究方法は大学等の教育機関の強みである。今後ますます臨床看護と大学との協力が求められると考える。

文 献

社会医療診療行為別調査. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/>. 2019年12月.

見藤隆子, 石田昌宏他 (2017). 看護職者のための政策過程入門. 37-50, 東京: 日本看護協会出版会.

◆シンポジウム2◆

診療報酬につながる研究データの活用と工夫

— 日本看護研究学会の取り組み —

(社)日本看護研究学会看保連ワーキングメンバー

横浜市立大学医学部看護学科 教授 叶 谷 由 佳

本ワーキングはワーキングメンバーでもある家族支援専門看護師の訪問看護を提供している中で、家族の要望からボランティアで行っていたサービスのニーズが多く、自分1人だけで対応できるニーズではないという気付きから、「重度障がい児と家族の生活世界を広げる支援プロジェクト」というテーマでプロジェクトを立ち上げた。

プロジェクトでは、2015年度より地域で生活する重度障がい児と家族のQOL向上のために必要な支援に関する調査を行ってきた。まず、児と家族の支援の現状と課題を見出すために2015年度は岐阜県の訪問看護ステーションを対象に、2016年度は全国の小児の訪問を専門に行っている訪問看護ステーションを対象に調査を行った。その結果、例えば、小児専門外来受診時の同席や居宅外の訪問、加算を超える長時間の訪問看護等、診療報酬算定外のサービスが多く行われていること、成長発達を考慮した見通しをもった看護や家族調整を含む家族支援等の小児特有の困難事例を経験していることが明らかとなった。これらの結果より、2018年度の診療報酬介護報酬同時改定では2つの要望を提出した。

- ①小児外来通院時共同指導加算（新設）：訪問看護指示書を出す主治医の診察時に訪問看護師が同席し、主治医との連携強化を図る。
- ②小児を対象とした「定期的訪問看護基本料」の見直し：「訪問看護基本療養費」を小児（20歳未満）においては、手厚くする。

その結果、②の要望が一部取り入れられ、訪問看護基本療養費の乳幼児加算が従来500円であったところ、1,500円に増加したという改定につながった。

また、2017年度は全国の訪問看護ステーション対象の調査を行い今までの調査結果と同様の傾向であるのか確認した。さらにエビデンスを強化する目的で①インタビュー調査と②質問紙による全国調査を実施した。それらの調査より、同様の結果を得た。

看護系学会からの要望を診療報酬改定へ結び付けるには、看護系学会等社会保険連合（看保連）を通じて要望する方法がある。看保連は「科学的・学術的根拠に基づいて、看護の立場からわが国の社会保険の在り方を提言

し、診療報酬体系等の評価・充実・適正化を促進することにより、国民の健康の向上に寄与する」を目的として設立され、2019年現在、51の看護系学会団体が会員となっている。日本看護研究学会もその会員であり、看保連を通じて診療報酬改定について要望を提出している。看保連の中で、診療報酬要望に関連する組織体制として「診療報酬体系のあり方に関する検討委員会」（診療報酬あり方検討委員会）と「看護技術検討委員会」の2つの委員会がある。このうち、本学会は前者の委員会に所属し、この委員会を通じて診療報酬改定について要望している。

看保連による要望の聴取については、改定が行われる2年ほど前より行われるため、改定年の2年前には要望書を作成するための根拠がなければ実質的には要望できない。この要望書は、A4、1枚程度に収める必要があり、この中には、1）要望の要点の説明、2）背景となる課題や要望を設定した根拠について調査結果等を基に述べること、3）要望が通った際の利点、得られるメリットが含まれる必要がある。

これらを記述した要望案を基に看保連の診療報酬あり方検討委員会で議論→それを基に修正した要望案を提出→看保連理事会で議論→それを基に修正した要望案提出→看保連から厚生労働省（厚労省）へ要望書を提出という過程を経て、要望書が厚労省に提出される。その後、中央社会保険医療協議会で要望書が議論される。その過程においては学会に直接厚労省の方から問い合わせがある場合がある。それらの議論を経て要望が採用されるかどうか決定されていく。

これらの診療報酬改定の要望提出から採用までの一連の活動から、診療報酬改定要望には、現状の実態を調査し、エビデンスを明確にすること、診療報酬を改定することによって対象者（訪問看護の場合は利用者）にどのようなメリットがあるのか、汎用性が高いのかをいかに示すかが重要であり、そのようなエビデンスを蓄積するためには、現場で活躍し、現場に詳しい専門職と対象とする看護を多面的に検討できる専門性のある研究者（本ワーキングの場合には小児看護、家族看護、在宅看護の専門分野の専門職と研究者）による学際的な議論のできる研究組織を構築したう

えで進めていく必要があると考える。

※本研究の一部は、平成28～29年度看護系学会等社会保険連合の研究助成を受けて行われた。

参 考

1) 遠渡絹代, 泊 祐子, 竹村淳子, 部谷知佐恵, 市川百香里, 岡田摩理, 赤羽根章子, 濱田裕子, 叶谷由佳 (2017). 診療報酬算定外サービスの訪問看護により支えられる重症児の特徴と課題, 日本看護研究学会第43回学術集会 (東海).

2) 泊 祐子, 竹村淳子, 遠渡絹代, 市川百香里, 部谷知佐恵, 岡田摩理, 赤羽根章子, 叶谷由佳, 濱田裕子, 山崎 歩 (2017). 〈平成30年度の診療報酬・介護報酬にむけてのプロジェクト活動報告〉「診療報酬を獲得できるエビデンスを積み重ねるⅡ」重度障がい児と家族の生活世界を広げる支援プロジェクト, 日本看護研究学会第43回学術集会 (東海).

対人円環モデルに基づく精神科看護援助特性質問紙の 開発とその信頼性・妥当性の検討

Development of Psychiatric Nursing Care Traits Questionnaire Based on the Interpersonal Circumplex Model
-Consideration of Reliability and Validity-

木下 愛未 下里 誠二
Aimi Kinoshita Seiji Shimosato

キーワード：精神科看護，対人円環モデル，看護援助特性
Key Words：psychiatric nursing, interpersonal circumplex, nursing care traits

I. 背景

精神科看護では、力動精神医学を基盤にした言葉と動作といった対人行動を介した患者と看護師との双方のやり取りにより生じる相互作用が重視されてきた（宮本，2003）。なかでも精神科看護師から患者への対人行動は看護援助として患者に役立つものとなるが、一方で患者－看護師間の相互作用を十分に吟味せずに行われた看護援助は、患者にとって意味をなさなかったり、回復を遅延させることもある（Travelbee, 1971/1974, pp.45-54, 173-180）。不適応的な看護援助はこれまで多くの報告があり（O'Toole & Welt, 1989/1996；木村・松村，2010；船木・佐藤・佐藤・丸山，2010），患者からも、「看護師たちが飛びかかってきて保護室に入れられた（大井，2014）」、「その場をおさめるために嘘をつかれた（地域精神保健福祉機構，2014）」などが報告されている。

これらの不適応的な看護援助は、患者－看護師間の相互作用を客観的にとらえることで改善されるといわれており（O'Toole & Welt, 1989/1996），これまでわが国では再構成法（宮本，2003）や事例検討などによる看護援助の振り返りが行われてきた。しかし再構成法や事例検討は容易ではなく、ファシリテーターには豊富な看護援助経験や自己研鑽の累積が求められてきた。一方諸外国では、患者－看護師間の相互作用を簡便にとらえる方法として、対人円環モデル（Interpersonal Circumplex model: IPC）という、人の対人特性を複数領域に分類し円環状に示すモデル（橋本・小塩，2016）が活用されている。これはIPCの分類された領域（因子）と分類された領域（因子）ごとのチェックリストを用いながら、患者の対人行動のパターン（対人特性）や看護援助のパターン（看護援助特性）を分析し、患者－看護師間の相互作用の理解を促すことで、生じてしまっ

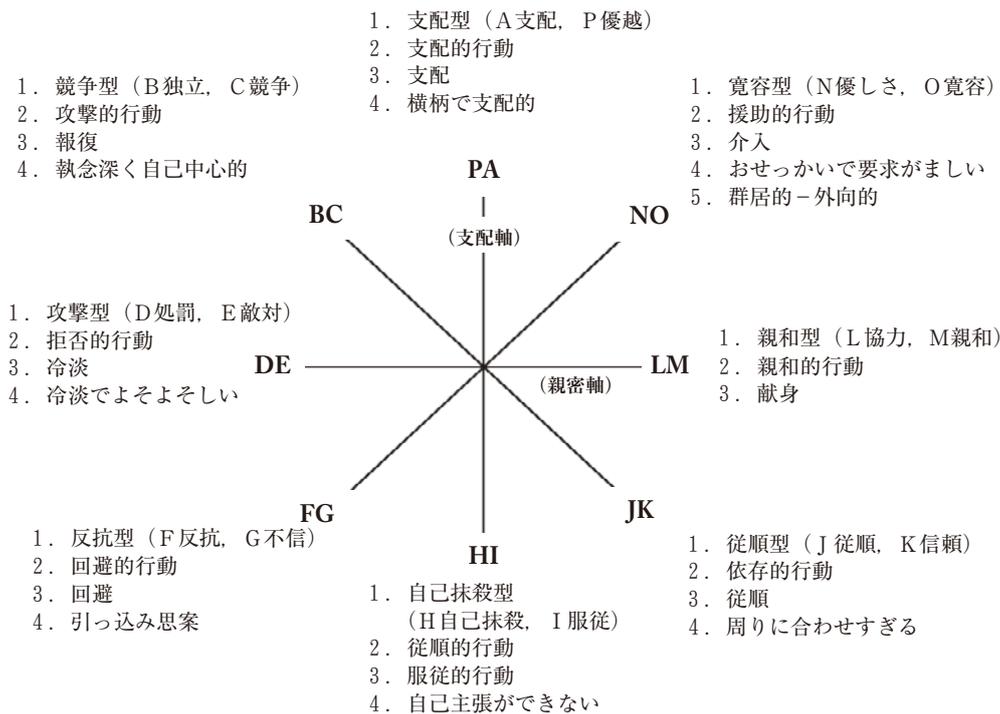
た不適応的な状況を繰り返さないようにするものである。IPCの因子やチェックリストがあることから、系統的かつ網羅的に、加えて客観的で簡便に分析することができるという点で、これまでわが国にはなかった手法である。たとえばイギリスでは独自に作成したIPCの因子とチェックリストを利用した対人力動コンサルテーション（Interpersonal Dynamics Consultation: ID）（Reiss & Kirtchuk, 2009）が行われており、主に司法精神医療の分野で活用されている。IDには多様な用途があるが、患者－看護間の相互作用を理解するためには、看護師からみた患者、看護師からみた看護師自身、患者からみた看護師、患者からみた患者自身という4つの側面を、IPCを用いて複数の他職種とスーパーバイザーを含めて分析することにより理解を促進するという手法がとられている。IDでのIPCには、患者から援助者（看護師）への対人特性版IPCと、援助者（看護師）から患者への援助特性版IPCの2つのIPCがある。これにより患者の対人特性を理解し、看護師自身が自らの看護援助特性に気づき改善することができるのである（Gordon & Kirtchuk, 2017）。したがって、わが国でもIPCを患者－看護師の相互作用の理解のために利用することができれば、より簡便に看護師が患者にとって役立つような適応的な援助を行うことが可能になる。

IPCとは一般的な人の対人特性のすべてを支配軸（支配性－服従性）と親密軸（親和性－拒否性）（齊藤，1990）の2次元軸で表し、1つの円をその2次元軸に基づく8つの領域に分割し各因子を布置するモデルのことである。対人特性を2次元軸で扱うことは、Freud（1950）のいう人間の本能が性と破壊の2つ（水平軸に適応性，垂直軸に力関係）であるという理論をはじめとして、古くから精神医学や心理言語学などの分野で普遍的に見出されてきた（橋本・小塩，2016）。Leary（1957）は2次元軸構造の理論に

基づいて、質問紙から統計的に16因子のIPCを作成した。その後もIPCは1つの円の中で対人特性を網羅的に、かつ因子間の連続性を説明しやすいという利点から諸外国では広く研究されている。たとえば対人特性を測定するIPC質問紙にはInterpersonal Checklist (ICL) (Leary, 1957), Revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R) (Wiggins, Trapnell & Phillips, 1988) やInternational Personality Item Pool-Interpersonal Circumplex (IPIP-IPC) (Markey & Markey, 2009) がある。さらに対人関係上の困難を示すInventory of Interpersonal Problems (IIP) (Alden, Wiggins & Pincus, 1990) や、教師-生徒間のうち教師の対人特性を示すQuestionnaire on Teacher Interaction (QTI) (Wubbels, Cre'ton & Hooymayeres, 1985) のように、対人特性のうち特定の側面を測定するものまである。そして信頼性や妥当性を検証する統計手法の改良もなされ (Acton & Revelle, 2002; 2004), 近年では8因子が主流となっている。わが国においては、ICL日本語版である戸荻 (1976) のIPCを皮切りに、対人感情のIPC (齊藤, 1990) や、IIP日本語版

(白砂・平井, 2005; 鈴木・藤山, 2011), IPIP-IPC日本語版 (橋本・小塩, 2016) があり、それぞれ対人特性や対人関係上の困難を測定する尺度として用いられてきた。

IPCの8因子は頂点から反時計まわりにPA, BC, DE, FG, HI, JK, LM, NOと形式的によれば、それぞれの因子の大まかな概念は共通している。PAは支配性を特徴とする因子、BCは支配性と拒否性に関連し、競争や攻撃などを特徴とする因子、DEは拒否性を特徴とする因子、FGは拒否性と服従性に関連し、拒否や回避を特徴とする因子、HIは服従性を特徴とする因子、JKは服従性と親和性に関連する、尊敬や従順を特徴とする因子、LMは親和性を特徴とする因子、NOは親和性と支配性に関連し、慈愛や介入を特徴とする因子である。8因子のうち、PAとHIが支配軸でそれぞれ支配性と服従性を示し、DEとLMは親密軸でそれぞれ拒否性と親和性を示す。PAとHI、DEとLM、BCとJK、FGとNOのように対角線上の因子は意味内容が相反するという特徴がある。図1にあるようにそれぞれ8因子の構成要素の概念はほぼ同じであるが、因子



[注] 1) 対人円環モデル (Interpersonal Circumplex model: IPC)。
2) 1は戸荻 (1976) で人格特性のIPC因子、2は齊藤 (1990, p.35) で対人行動のIPC因子、3は白砂・平井 (2005)、4は鈴木・藤山 (2011) で対人関係上の問題に関するIPC因子、5は橋本・小塩 (2016) で対人特性のIPC因子である。
3) IPCの8つの因子は頂点から反時計まわりにPA, BC, DE, FG, HI, JK, LM, NOと形式的によばれている。戸荻 (1976) のIPCはPAの因子名に加えて、PとAのそれぞれの因子名が決められていたが、齊藤 (1990)、白砂・平井 (2005)、鈴木・藤山 (2011)、橋本・小塩 (2016) はPとAをあわせた因子名となっている。

図1 日本語版IPC先行研究の因子名称

名はIPCごとに異なり、8因子を構成する質問内容もIPCごとに違う。たとえば因子名について、IDの援助版IPCでは“offend”や“protect”など援助に特徴的な名称が含まれる。他にも質問内容について、QTIのように教師と生徒という指導や教育を通じて上下関係が前提となるなかでの特性を想定する場合には“*This teacher impose silence in class.*”（教師は生徒に授業中静かにさせる）というような、一般的な対人特性上ではあまり起こりえない項目も含まれる。すなわち看護援助を示すIPCの因子名や質問内容においても、一般的な対人特性を示すIPCでは現れない、職業上の立場や、職業的な理念、精神科医療、患者に対する態度や姿勢の影響をふまえる必要がある。そして精神科の医療制度などは国により異なることから、わが国独自の検証が求められる。しかしわが国において、既存のIPCを精神科での看護援助特性に鑑み検証したものはない。

Ⅱ. 目 的

本研究では既存のIPCをもとに、精神科での患者－看護師間のうち、看護師が患者に対して行う援助の特性を示すIPC質問紙である、精神科看護援助特性質問紙（Interpersonal Circumplex for Psychiatric Care: IPC-PC）を作成すること目的とした。これにより精神科の看護援助が明らかとなり、看護師自身の特性を把握することで患者－看護師間の相互作用の理解に役立てるものとする。

なお、本研究では、資格背景の違いにより特性の相違が予測されたため、精神科看護師とは、准看護師、看護補助者を含まない有資格の看護師としている。

本研究において、看護援助とはTravelbee（1971/1974, p.5）の援助の定義から「看護師が患者に対して提供する行動」とし、IDのように適応的・不適応的のどちらも含むものとした。看護援助特性とは、大淵・堀毛（1996, p.24）の対人特性の定義を参考に、「あるタイプの看護援助に向かう個人の傾向あるいは対人スタイル」、すなわち看護援助のパターンを示すものとした。

Ⅲ. 方 法

A. 8因子の構成概念の明確化

IPCの先行研究（Leary, 1957；戸荊, 1976；齊藤, 1990；白砂・平井, 2005；鈴木・藤山, 2011；Markey & Markey, 2009；橋本・小塩, 2016）について各因子（PA～NO）の質問項目や概念を吟味し、各因子の概念を明確に想定したうえで、看護援助特性を示す質問項目を検討した。IPCの8項目のなかにはそれぞれ適応的と不適応的の両方の看護

援助が含まれることを想定した。最初に主軸となるPA－HI（支配性）、DE－LM（親密性）の2軸についてそれぞれの因子の概念を検討し以下のようにした。PAは「患者に従ってもらおうようにする特性」とし、看護援助として治療上の管理や操作、患者教育や指導などの特性を含めた。HIは「患者に従う特性」とし、看護援助として不適応的に患者にあわせたり患者から操作される特性や、患者への指導や患者からの依存を避け、適応的に協働するためにへりくだる特性を含めた。DEは「患者を受け入れず、突き放すような冷たさをもつ特性」とし、看護援助として不適応的に本当に冷たく接する冷淡な特性もあれば、適応的に役割として規則に徹して厳格に接するというような正義としての特性も含めた。LMは「親和的で友好的な関係を築こうとする特性」とし、看護援助として友好的、親和的な特性や、接近し過ぎて過剰に依存的に接してしまう自己犠牲的な特性を含めた。残りの4つの因子についてはそれぞれをあわせた概念とした。BCはPAとDEをあわせて「患者を受け入れず、従ってもらおうようにする特性」、FGはDEとHIをあわせて「患者と距離をおきつつ従う特性」、JKはHIとLMをあわせて「患者を信用し従う特性」、NOはLMとPAをあわせて「患者と友好的な関係を築きつつ、従ってもらおうようにする特性」とした。

B. 質問項目候補（66項目）の作成

先行研究のIPC質問紙の開発手順を検討し、最終的に最も新しく、簡便で実用的な橋本・小塩（2016）のIPIP-IPC-Jと同様の32項目8因子とする予定で、2倍に近い60～70項目程度の質問項目候補を作成することとした。IPCの概念については戸荊（1976）や齊藤（1990）などによって詳細に記述されている。これに基づいて、博士号をもつ精神科看護の専門家にスーパーバイズを受けながら、精神科での看護援助にあてはめて質問項目を作成した。ワーディングや、ダブルバーレルがないかなどの基礎事項についても確認を行った。その後、看護援助を網羅的に含めるために背景の異なる4名の精神科看護師により、作成した質問項目の看護援助の内容妥当性を確認した。この4名は経験年数が5年未満の看護師、5年以上で役職をもたない看護師、5年以上で役職をもつ看護師、5年以上で修士の学位をもつ看護師であった。そして修正後64項目からなるプレ質問紙を作成した。

次にプレ質問紙（64項目）について、「まったくあてはまらない（1点）」から「非常にあてはまる（5点）」までの5件法で、2週間の留め置き法による予備調査を行った。予備調査は2017年7月に、私立精神科単科病院に勤務する看護師44名を対象とした。予備調査ではIPCの各因子の構成や回答の偏りを確認した。IPIP-IPC-Jの作成者、数

理統計の専門家にスーパーバイズを受けて円環を作成したところ、32項目では円環がつくられず、31項目を使用して8因子の円環が作成された。この31項目を再吟味し、質問の内容、質問文を修正、追加し、正式な項目抽出用質問紙(66項目)を作成した。質問の方法は予備調査と同じ5件法とした。

C. 本調査

1. 対象者

2県4病院の精神科に勤務するすべての看護師を対象とした。対象施設は、国公立精神科単科病院、私立精神科単科病院、私立総合病院の精神科などを含め、精神科に携わる看護師の全体的な特徴を示す集団とした。2017年8月から10月までの間の調査期間に在籍していた293名を対象とした。

2. 調査方法

各病院施設の看護部長に研究概要を説明し研究協力を依頼した。同意を得られた病院施設では、看護師長を通して依頼文書および自記式質問紙を対象者に配布した。対象を施設ごとに4群(表1)に分け、群ごとに目的に応じた質問紙に回答してもらった。投函後は他者が見ることができないように設計された鍵付きの回収箱に投函してもらい、2週間の留め置き法で回収した。

3. 質問用紙の構成

1～4群(表1)すべてにおいて、対象者の属性として性別、年齢、精神科臨床経験年数、看護師経験年数、所属部署、さらに予備調査を経て作成した項目抽出用質問紙(66項目)の記載を求めた。

併存妥当性の検証を行う2群と3群は上記の質問に加え、既存のIPCとの比較のために橋本・小塩(2016)が作成したIPIP-IPC-J、もしくはIPC研究で併存性の検証に用いられる5次元モデル(Five Factor Model: FFM)(橋本・小塩2016; 2018)として、並川ほか(2012)が作成したBig Five尺度短縮版の2つを使用した。IPIP-IPC-Jを用

いた理由は、本研究で作成するIPCの質問項目が人の対人特性のうち看護援助に特化したものであることから、IPCの因子概念は対人特性とある程度の相関が推測されたためである。またFFMは人の性格を5次元でとらえ、これまで対人特性を示す円環モデルの併存妥当性の検証に用いられてきたからである(橋本・小塩, 2018)。IPIP-IPC-J、FFMともに信頼性と妥当性が検証されており、それぞれ作成者の許可を得て使用した。

2群で調査する、IPIP-IPC-J(橋本・小塩, 2016)はMarkey & Markey(2009)の作成したIPIP-IPCの日本語版であり、対人特性を測定するIPCである。PA「自信過剰-支配的」、BC「傲慢-打算的」、DE「冷淡-冷たい」、FG「孤独-内向的」、HI「自信のない-服従的」、JK「謙虚-率直」、LM「温和-友好的」、NO「群居的-外向的」の8因子からなり全32項目である。「全くあてはまらない(1点)」から「非常にあてはまる(5点)」の5件法で回答する。

3群で調査する、Big Five尺度短縮版(並川ほか, 2012)はBig Five尺度(和田, 1996)の短縮版である。パーソナリティを「情緒不安定性」「外向性」「開放性」「調和性」「誠実性」の5つからとらえようとするFFMで、全部で29項目ある。「全くあてはまらない(1点)」から「非常にあてはまる(7点)」の7件法で回答する。

4群では、1回目は属性と項目抽出用質問紙(66項目)、2回目は項目抽出用質問紙(66項目)のみの質問紙とした。

4. データの分析方法

IPCの基準は、「8つの因子の個人内相対得点が2次元で説明できること」(支配軸と親密軸の2次元軸構造)、「円環上の位置に応じて下位領域間の相関が隣から順に“正の大きい値から-1に近い値に順次変化し、また正の大きい値に戻る”というパターンを示すこと」(正しい順序)、「各因子が『おおむね等間隔』といえるような配置になること」(等間隔)とされている(白砂・平井, 2005)。IPCはこの3つの基準を確認するためにいくつかの統計的な分析を要する。分析には通常の尺度開発過程とIPCの基

表1 調査群と調査内容

群	施設	n	質問項目
1 項目抽出質問紙のみ群	私立精神科単科病院	24	個人属性、項目抽出用質問紙
2 併存妥当性検証群	公立精神科単科病院	50	個人属性、項目抽出用質問紙、IPIP-IPC-J
3 併存妥当性検証群	国立精神科単科病院	77	個人属性、項目抽出用質問紙、Big Five尺度短縮版
4 再現性検証群	私立総合病院精神科	51	個人属性、項目抽出用質問紙*2～3週間で空けて2回実施

[注] n数は併存妥当性の検証、再現性の検証時に欠損がなく分析できた数を示しているため、項目抽出用質問紙(66項目)からIPC-PC(32項目)を作成する際に分析したn数よりも少ない値となっている。

準の確認をあわせて行い、32項目8因子の抽出と確認、信頼性の検証、併存妥当性の検証、円環構造の確認という4行程を行った。

まず援助特性質問紙において、主成分分析 (principal component analysis: PCA) により32項目、8因子を抽出した。次に確認的因子分析としてすべての因子間に共分散を仮定したモデルで共分散構造分析 (Structural Equation Model: SEM) を行い、さらにはあてはまりのよい項目を吟味してIPC-PCとした。IPCは32項目を観測変数としていることから、SEMの適合度は必然的に悪くなることが考えられる。観測変数が多いとデータの適合度は悪くなるが、内容的妥当性をより重視すべきとされている (飯塚, 2003, p.89)。よって本研究では、SEMでモデルが識別され、先行研究と同程度もしくはよりあてはまりのよい適合度が得られることを目指しつつ、意味内容が妥当であることを優先して分析した。

信頼性の検証では、IPCが原点を挟んで対極の項目は負に相関する性質をもつため、尺度全体 (32項目) でのCronbach' α は算出せず、8因子おのこのCronbach's α のみを算出した。次にNunnally & Bernstein (1978, p.251) の公式 (7-17) を用いて、支配性と親密性の次元軸の信頼性を算出した。これは2次元軸を構成する因子の得点や8因子それぞれの α 係数の分散を用いた多変量回帰分析における残差分析であり、1に近いほうがあてはまりのよいことを示す。本研究では先行研究程度の数値が得られることを目指した。さらに再テスト法として前後のPearsonの相関係数を算出した。

併存妥当性の検証では、まず併存妥当性検証の尺度 (IPIP-IPC-J, Big Five尺度短縮版) の信頼性を確認した。その後2つの尺度とIPC-PCの相関係数を算出した。相関係数はDörnyei & Ushioda (2013, pp.217-218) にならぬ.30以上を相関があるとした。

円環構造の確認として8因子をPCAにかけ、因子負荷量から2因子構造を確認し、8因子の負荷量プロット図から視覚的に順序の正しさや等間隔性を確認した。さらにActon & Revelle (2002; 2004) のGap Test (GT), Fisher Test (FT), Variance Test2 (VT2), Rotation Test (RT), Minkowski Test (MT) の5式による確認を行った。GT, FTはPCAの負荷量から8因子間の距離や原点からの距離の分散や変動係数を算出している。VT2, RT, MTはPA~NOの順序や距離に関するもので、非計量多次元尺度構成法 (MDS) で得られる距離行列から8因子それぞれからの距離や角度に関する変動係数を求める。おのおのは0に近いほうがより正しい順序性を持ち等間隔に8因子が配置する円環構造であることを示す。これらの値が先行研究と同程度となることを目指した。最後に作成された

IPC-PCの質問項目の内容から、2次元軸が支配性軸と親密性軸であることを確認した。

分析には“IBM SPSS Statistics ver. 24.0”および“IBM SPSS Amos ver. 24.0”, “JMP ver. 12.2” (SAS Institute), Microsoft Excelを用いた。

5. 倫理的配慮

研究の実施にあたって、対象者に説明文と質問紙を渡し、口頭で研究参加の任意性、中断の権利、結果の公表について説明した。所要時間は10分程度で心理的苦痛はないこと、さらに無記名のため発表時にも個人が特定されないこと、データは厳重に管理されること等を説明し、そのうえで回答を依頼した。回答をもって同意とみなすが無記名のためいったん提出後は取り下げができないことも説明した。得られた回答はセキュリティー対策を施したコンピュータに入力して統計的に処理した。本研究は信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て行った (承認番号3731)。

IV. 結果

A. 対象者の概要

本調査における研究対象者293名のうち、回答が得られたのは216名であった。このうちIPC-PCを構成する項目に1つでも欠損のある回答を抜いた205名 (有効回答率70.0%) を分析対象とした。対象者の概要は表2に示した。所属部署のその他の中には、医療観察法病棟や児童精神病棟などの専門病棟が含まれていた。

B. IPCの作成

1. 32項目8因子の決定

まず援助特性質問紙66項目をPCAにかけ、負荷量や負荷量プロットによって8因子を構成する32項目を抽出し、SEMによる検討を行った。結果、表3の32項目8因子となった。SEMの結果は、 $\chi^2=779.2$, $df=436$, $p<.000$, CFI=.776, RMSEA=.062, SRMR=.070, AGFI=.776であった。そして選択した32項目のみでPCAにかけ再度負荷量を確認した (表3)。得られた32項目をIPC-PCの質問項目とした。

IPC-PCの8因子は、選択された項目、質問項目作成時の意味内容をふまえて名づけた。PAは譲歩したり甘くしたりしないという態度を示すため【管理】とした。BCは謙虚で献身的な援助とは逆の特性を表すため【利己】とした。DEは冷たくしてしまったり皮肉を言ってしまうという内容であり【拒否】とした。FGは援助に対する不安や他者の意見に流されるという内容を含み【自己

表2 対象者の概要

		全体 (N=205)		m ± SD (max-min) 年
		n	(%)	
性別	男性	64	(31.2)	
	女性	141	(68.8)	
年齢	20代	47	(22.9)	
	30代	40	(20.5)	
	40代	59	(28.8)	
	50代	39	(19.0)	
	60以上	16	(7.8)	
	不明	4	(2.0)	
看護師としての経験年数				13.2 ± 11.38 (0-47)
精神科での経験年数				9.98 ± 8.64 (0-45)
所属部署	急性期閉鎖	77	(37.6)	
	慢性期閉鎖	63	(30.7)	
	訪問・外来・デイケア	24	(11.7)	
	その他	41	(20.0)	

否定】とした。HIは好かれたいためのよい人であろうと振舞うような内容であり【従属】とした。JKは尊敬したり感謝するという内容を表すため【寛容】とした。LMは人権や道徳に配慮したうえで明確な根拠や意図をもって援助するという内容を含む因子と考えられ【確信】とした。NOは自分勝手ではなく自己決定して援助するという内容を含む因子で【自己肯定】とした。

2. 信頼性の検証結果

IPC-PC各項目のCronbach's α を算出したところ、PA【管理】=.54, BC【利己】=.65, DE【拒否】=.79, FG【自己否定】=.67, HI【従属】=.51, JK【寛容】=.67, LM【確信】=.70, NO【自己肯定】=.62であった。

次に2次元の信頼性をNunnally & Bernstein (1978, p.251)の公式を用いて算出した。2次元軸の信頼性は、それぞれ支配軸 .96, 親密軸 .98であった。

再テストとして、2～3週間間隔で実施されたテスト間の相関係数を求めた ($n=51$)。PA【管理】=.35, BC【利己】=.42, DE【拒否】=.54, FG【自己否定】=.39, HI【従属】=.56, JK【寛容】=.36, LM【確信】=.13, NO【自己肯定】=.35であった。LM【確信】のみ .30以下であったが、その他は弱～中程度の相関であった。前後での軸の信頼性は、前が支配軸 .87と親密軸 .88, 後が支配軸 .87と親密軸 .89でほぼ同程度であった。

3. 妥当性の検証結果

本研究におけるIPIP-IPC-JのCronbach's α は $\alpha = .42 \sim .78$ であり、次元軸の信頼性は支配 .98, 親密 .97であった。Big Five尺度短縮版 (FFM) のCronbach's α は全体で

$\alpha = .87$ (下位項目は $\alpha = .83 \sim .90$) であった。

IPC-PCの下位尺度とIPIP-IPC-J ($n=50$) およびFFM ($n=77$)の相関係数を表4に示した。IPC-PCとIPIP-IPC-Jでは、BC=.44, DE=.30, HI=.35, JK=.42, LM=.53で正に相関した。FG=.25, NO=.22, PA=-.07で相関が認められなかった。IPC-PCとFFMにおいて、PA【管理】は情緒不安定性と負に相関 ($r = -.51$) していた。BC【利己】は開放性 ($r = -.30$), 誠実性 ($r = -.34$), 調和性 ($r = -.48$) で負に相関した。DE【拒否】は誠実性 ($r = -.43$) で負に相関した。FG【自己否定】は外向性 ($r = -.32$) で負の相関, 情緒不安定性 ($r = .52$) で正の相関であった。HI【従属】では、情緒不安定性 ($r = .33$) と調和性 ($r = .43$) で正に相関した。JK【寛容】は誠実性 ($r = .41$) と調和性 ($r = .58$) で正に相関した。LM【確信】は外向性 ($r = .32$), 誠実性 ($r = .44$) で正に相関した。NO【自己肯定】とは外向性 ($r = .30$), 調和性 ($r = .32$), 誠実性 ($r = .40$) で正に相関し, 情緒不安定性 ($r = -.40$) で負に相関した。

IPIP-IPC-JとIPC-PCの支配軸, 親密軸とFFMとの相関関係において橋本・小塩 (2016,2018) にならい相関係数の統合を行った (図2)。縦軸は支配軸 (正: PA支配性, 負: HI服従性), 横軸は親密軸 (正: LM親密性, 負: DE拒否性) を示す。IPC-PCでは外向性と開放性が服従性方向にあり, 誠実性が親密方向に強く表れていた。

4. 円環構造の把握

まず抽出した8因子をPCAにかけたところ固有値は2.96, 2.35, 0.71と変化し, 第2主成分までの累計寄与率は66.3%であったことから, 2因子が妥当であると判断され

表3 IPC-PCの32項目の主成分分析と確認的因子分析

(N=205)

項目	主成分分析		確認的因子分析	
	主成分1	主成分2	因子負荷量	
管理 (PA) $\alpha = .54$				
患者さんについて甘くしてしまう	逆	.208	.530	.532
患者さんへの援助ではついお節介を焼いてしまうことがある	逆	.183	.440	.453
患者さんのために自分を犠牲にすることがある	逆	.134	.548	.486
患者さんに譲歩しやすい	逆	.126	.497	.477
利己 (BC) $\alpha = .65$				
患者さんに献身的に尽くす	逆	-.314	.427	.428
患者さんを信じようとする	逆	-.400	.545	.646
患者さんのよいところを考える	逆	-.501	.373	.586
患者さんには謙虚に接する	逆	-.515	.454	.648
拒否 (DE) $\alpha = .79$				
患者さんに冷たく接することがある		-.604	.108	.720
患者さんをつい疑ってしまう		-.563	-.074	.616
患者さんについて皮肉や嫌味を言うてしまうことがある		-.572	.053	.751
患者さんを責めてしまうことがある		-.522	.019	.678
自己否定 (FG) $\alpha = .67$				
自己決定ができない		-.554	-.382	.663
援助が中途半端になることがある		-.568	-.394	.665
患者さんへの援助は周りの人の意見に左右される。		-.413	-.340	.505
患者さんへの援助にいつも不安がある		-.335	-.402	.466
従属 (HI) $\alpha = .51$				
患者さんへの援助を一人で抱え込むことがある		-.017	-.403	.368
患者さんに感情移入をすることがある		-.107	-.475	.440
患者さんから好かれたいと思う		.131	-.537	.585
患者さんにはよい人であるように振舞う		.126	-.404	.512
寛容 (JK) $\alpha = .67$				
患者さんに思いやりをもって接する		.561	-.340	.571
患者さんに感謝の心がある		.441	-.533	.725
患者さんを尊敬する		.415	-.374	.548
患者さんに寛大である		.429	-.331	.486
確信 (LM) $\alpha = .70$				
患者さんへの援助には信念がある		.615	-.046	.621
患者さんへの援助では明確な意図や根拠がある		.598	.098	.669
患者さんに的確な指導をする		.508	.044	.550
患者さんへの管理や制限と、人権侵害や罰について常に考える		.491	-.144	.576
自己肯定 (NO) $\alpha = .62$				
患者さんへの援助ではつい悲観的に考えてしまう	逆	.453	.313	.496
援助行動の理由として自分に都合のよいこじつけをすることがある	逆	.616	.282	.634
患者さんのいいなりである	逆	.490	.366	.589
自分の感情に流されずに援助を行う		.428	.253	.412

[注]「逆」は逆転項目を示す。

た。よって8因子で作成した円環モデルが2次元軸構造であることを確認した。その後8因子の負荷量プロット図から視覚的確認を行った(図3)。なお図3は橋本・小塩(2016)にならぬ、8因子を理論的な位置にするために回転行列を用いて図化したものである。理論上の順序が得られ、視覚上ほぼ等間隔の8因子が得られた。

次にActon & Revelle (2002; 2004)の5式による確認を行った。PCAの結果からGTは.03, FTは.02であった。MDS(図4)の距離行列の結果からVT2は.15, RTは.12であり、MTは.23であった。

表4 IPC-PCの8因子と併存妥当性検証尺度の下位項目との相関係数

		IPC-PC								支配軸	親密軸	ベクトル	角度 (°)
		PA管理	BC利己	DE拒否	FG 自己否定	HI従属	JK寛容	LM確信	NO 自己肯定				
Big Five (n=77)	外向性 (E)	-.08	-.28 *	-.25 *	<u>-.32 **</u>	.13	.21	.32 **	<u>.30 **</u>	<u>-.02</u>	<u>.41 **</u>	.406	357
	調和性 (A)	-.26 *	-.48 **	<u>-.29 *</u>	-.13	.43 **	<u>.58 **</u>	<u>.23 *</u>	<u>.32 **</u>	<u>-.33 **</u>	<u>.47 **</u>	.571	325
	誠実性 (C)	.05	<u>-.34 **</u>	-.43 **	-.27 *	.11	.41 **	.44 **	<u>.40 **</u>	-.02	<u>.56 **</u>	.565	358
	情緒不安定性 (N)	-.51 **	-.21	.12	<u>.52 **</u>	<u>.33 **</u>	.11	-.11	<u>-.40 **</u>	<u>-.55 **</u>	-.21	.589	249
	開放性 (O)	<u>-.05</u>	<u>-.30 **</u>	-.23 *	.22	.13	.20	.27 *	.18	<u>-.06</u>	<u>.34 **</u>	.342	350
IPIP-IPC-J (n=50)	自信過剰-支配的 (PA)	<u>-.07</u>	.18	.08	-.02	-.10	-.08	-.08	-.13				
	傲慢-打算的 (BC)	.15	<u>.44 **</u>	<u>.43 **</u>	-.01	-.21	-.35 *	-.20	-.03				
	冷淡-冷たい (DE)	.16	<u>.39 **</u>	<u>.30 *</u>	<u>.46 **</u>	.00	-.43 **	-.38 **	-.18				
	孤独-内向的 (FG)	.01	-.08	.08	<u>.25</u>	-.04	-.12	-.21	-.16				
	自信のない-服従的 (HI)	-.21	-.19	-.09	<u>.39 **</u>	<u>.35 *</u>	.15	.07	-.03				
	謙虚-率直 (JK)	.04	-.38 **	-.35 *	-.12	.03	<u>.42 **</u>	<u>.40 **</u>	.26				
	温和-友好的 (LM)	-.28	-.48 **	-.28	-.12	.26	<u>.65 **</u>	<u>.53 **</u>	.11				
	群居的-外向的 (NO)	.03	-.09	-.16	-.24	.03	<u>.30 *</u>	<u>.41 **</u>	.22				

[注] 1) *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$ 。
 2) 下線: IPIP-IPC-JとBig Five尺度短縮版で正の相関が得られた項目, 二重下線: IPIP-IPC-JとBig Five尺度短縮版で負の相関が得られた項目。
 3) □はIPC-PC, IPIP-IPC-Jで同じ位置に布置される項目である。

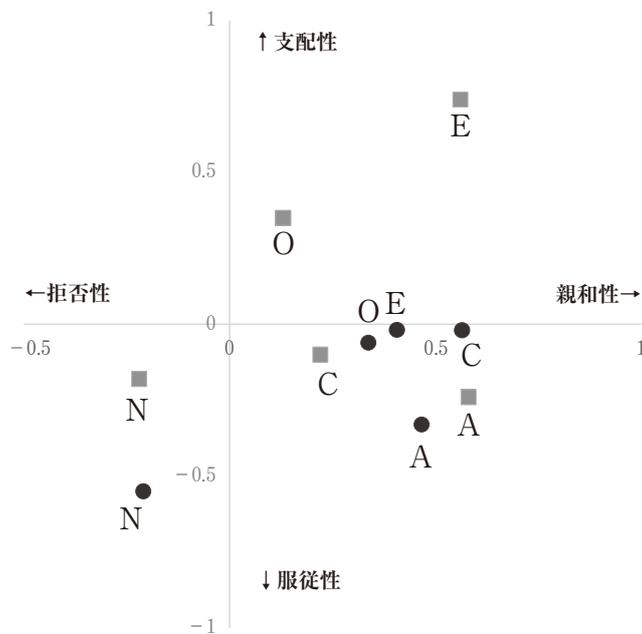


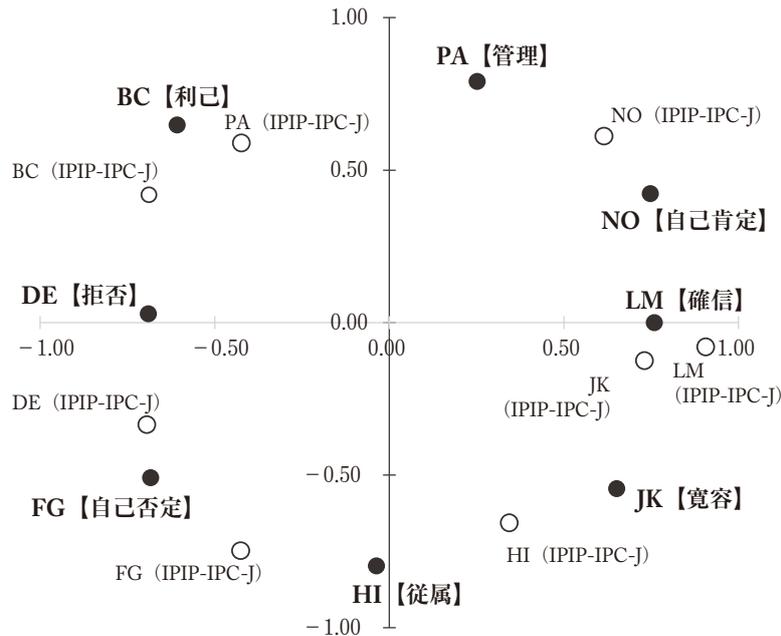
図2 IPC-PCとIPIP-IPC-JそれぞれとFFMの関係
 [注] 1) 縦軸: 支配軸, 横軸: 親密軸。
 2) ●: IPC-PC, ■: IPIP-IPC-J (橋本・小塩, 2016)。
 3) E: 外向性, A: 調和性, O: 開放性, C: 誠実性, N: 情緒不安定性。

V. 考 察

A. IPC-PCの信頼性・併存妥当性

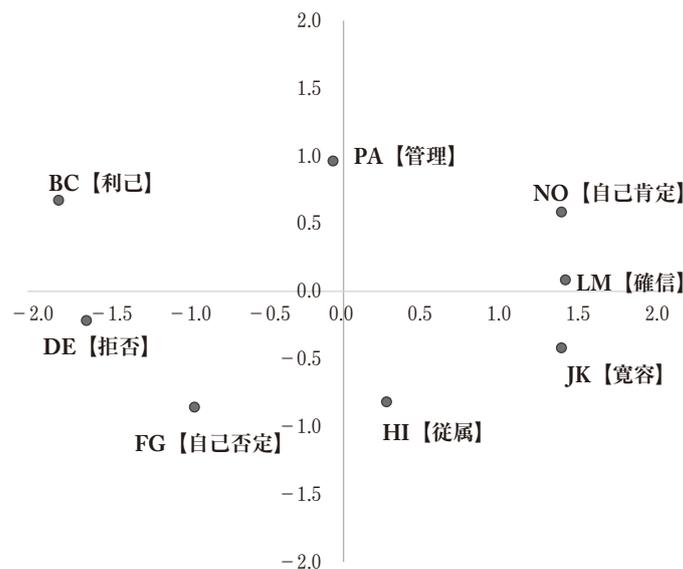
IPC-PCの信頼性において, 2次元軸の信頼性, 8因子それぞれのCronbach's α 係数, 再テスト法による検討を行った。IPCで特徴的な2次元軸は, 橋本・小塩 (2016) の報告 (支配軸と親密軸: .84と.86), Markey & Markey (2009) の報告 (支配軸と親密軸: .80~.89と.82~.86) よ

りも高い信頼性が得られた。本研究での8因子それぞれの α 係数は $\alpha = .51 \sim .79$ であり, 一般的な基準を考慮すると十分とはいえないまでも, 橋本・小塩 (2016) の報告 ($\alpha = .42 \sim .79$) と比較してもおおむね問題ないものと考えられた。再テスト法においては, LM【確信】のみ相関が低い結果であった。LM【確信】は援助の明確な意図や根拠がある, 的確な指導をするという項目であるが, 精神科での医療・看護では医学的な側面だけではなく, 心理学的, 倫理的, あるいは福祉, 社会学的といったさまざまな



[注] 1) ●: IPC-PCの主成分負荷量, ○: IPIP-IPC-Jの主成分負荷量。

図3 IPC-PCとIPIP-IPC-Jの主成分負荷量プロット図



[注] 1) MDS: Multi Dimensional Scaling.
2) 回転行列を用いて回転させている。

図4 IPC-PC 8 因子の多次元尺度構成法 (MDS) の結果

側面から状況を検討する必要がある、さらには個人の価値観に左右され、正しいと判断することがむずかしく葛藤があるといわれている (木村・松村, 2010)。これらが再現性の低さに影響したとも考えられ、今後さらに検証を重ねていく必要がある。

IPC-PCの妥当性において、基準関連妥当性として併存妥当性の検証を行ったところ、IPC-PCとIPIP-IPC-Jの各

8 因子間の相関関係はおおむね妥当といえる結果であった。しかし、IPC-PCとIPIP-IPC-JのPA (支配性) について、明らかな相関関係が得られなかった。これは対人特性としての自己顕示的な支配というより、看護援助として患者のための管理という側面であったからと考えられ、因子妥当性の観点からは妥当な結果であると考えられた。

B. IPC-PCの円環構造について

本研究におけるIPC-PCの最も特徴的である部分は、本質問紙が数学的にも円環構造を示すということである。白砂・平井（2005）による、2次元軸構造であること、正しい順序、等間隔性という円環構造の基準を満たすかどうかを検討した。

まず2次元軸構造であることについては、8項目でのPCAの結果からIPC-PCが2因子で説明される2次元構造であることが確認された。2次元軸は、PCAとSEMから選択された項目の意味内容から、支配軸（PA【管理】-HI【従属】）、親密軸（DE【拒否】-LM【確信】）と考えられた。この2軸構造はNunnally & Bernstein（1978）の式による検討からも信頼性も高いものであった。

円環の順序性については8項目でのPCA、MDSの結果から8因子のすべてが先行研究の順序に則っていることが図示された。主軸の間には先行研究と同様の意味を含む因子が配置されており、順序性も正しいものと考えられた。

円環の順序性を含めた等間隔性については、Acton & Revelle（2002; 2004）の5式（GT, FT, VT2, RT, MT）による確認を行った。PCAの結果からGTは.03であり、Acton & Revelle（2002）の報告（GT=.01~.32）と同程度の数値であった。FTは.02であり、Acton & Revelle（2002）の報告（FT=.04~.16）よりも0に近い数値であった。よってPCAの負荷量を用いて計算するGT, FTはとくに先行研究よりもむしろよい数値が得られた。MDS（図4）の距離行列の結果からVT2は.15〔Acton & Revelle（2002）の報告：VT2=.15~.32〕, RTは.12〔Acton & Revelle（2002）の報告：RT=.04~.18〕であり、先行研究とおおむね同程度の数値が得られた。しかしMTは.23〔Acton & Revelle（2002）の報告MT=.03~.08〕であり、先行研究よりも値が大きかった。これは非計量MDSにおけるユークリッド距離では、それぞれの因子間の距離の等間隔性が先行研究よりも低かったことを意味している。MDSのユークリッド距離モデルの結果では、PA【管理】-HI【従属】の距離とDE【拒否】-LM【確信】の距離が1.5倍程度あり、IPC-PCの各因子は楕円状に布置された。このように視覚的にも等間隔性はやや低かった。非計量MDSは類似性判断の背後に潜む構造を見極めるためにつくられた手法である（Grimm & Yarnold, 2000/2016, p.128）。すなわちIPC-PCで対極に布置されるPAとHIの類似性が、DEとLMと比べて高いことが示唆された。本来IPCはPCAの負荷量プロットで示すものであり（橋本・小塩, 2016）、PCAで相関行列を考慮した場合には、GT, FTの結果からもおおむね等間隔性が保たれていた。よってIPC-PCは内包する構造上で先行研究と同程度の等間隔性は得られ

なかったが、正しい順序性は得られていた。以上により、IPC-PCはIPCとしての円環構造の基準がおおむね確保されているものと判断した。

C. 看護援助特性の構造

IPC-PCによって精神科看護師が患者に対して対人的に示す、態度や姿勢を含む看護援助が円環構造の統計学的妥当性という点から8つの円環上の因子に分類された。SEMによる結果は、橋本・小塩（2016）の報告（ $\chi^2=1670.380$, $df=436$, $p<.001$, CFI=.795, RMSEA=.067, SRMR=.073, AGFI=.819）とほぼ同程度であり、IPC-PCの構造はおおむね妥当であると判断した。

PA【管理】はBCとNOに対して等間隔ではなく、ややNO【自己肯定】に近いところに位置し（図3）、情緒不安定性と負に相関した。もともとPAは支配性を示すものであり、IPC-PCの支配性は看護援助上で、患者の利益のために治療上必要なことは看護師の意思や行動は曲げずに患者に従ってもらおうようにする特性と考えられた。さらに、FFMとIPC-PCの軸の相関係数の統合（図4）で、FFMの外向性はIPC-PCの支配軸とは相関せず、IPIP-IPC-Jとの併存妥当性の検証（表4）でもIPIP-IPC-JのPAとは関連のない概念であった。IPIP-IPC-JのPAは自信過剰であり、自己顕示的な側面を示している。看護援助特性上の支配軸では自己顕示的ではなく、業務上患者に従ってもらおう管理という姿勢であると考えられた。これらのことからIPC-PCのPAでは支配軸の中にある管理という要素を強く表現していると考えられ、当初想定した、「患者に従ってもらおうこと」と合致していると考えられた。一方でPAとは90度に位置することから無相関を示すLMに「患者さんに的確に指導する」という項目と「患者さんへの管理や制限と、人権侵害や罰について考える」とが含まれていたことから、看護援助特性における指導とは管理的側面としてではなく行われていることが示唆された。

HI【従属】は質問項目からは患者からの印象を気にし、一人で抱え込むような特徴をもっていた。自信がなく従属的な特性を示すIPIP-IPC-JのHIと正の相関があり、FFMとも調和性、情緒不安定性と正に相関した。このことからHI【従属】は、患者に調和するような行動をとるが、背景には人に受け入れてほしい、よく思われたいという情緒不安定性をもつものと考えられた。このため患者に従うことという当初想定した内容のうち、不適応的に患者にあわせたり操作されてしまっている特性と合致していると考えられた。一方で当初適応的側面として想定した、患者と協働するための特性はLM寄りのJK【寛容】に含まれていると考えられた。

DE【拒否】は質問項目からは患者への間接的攻撃行動

を示していた。IPIP-IPC-Jの冷淡さを示すDEや傲慢さを示すBCと正の相関が認められ、FFMの誠実性と負に相関したことから、患者を受け入れず、突き放すような冷たさをもつこと、という当初の概念と合致していたと考えられた。しかし、適応的側面として想定した規則を守るために厳格に接するという特性は含まれず、むしろ患者の利益のために治療上必要なことは、看護師の意思や行動を曲げないというPA【管理】に包含する概念と考えられた。

LM【確信】は道徳的、あるいは人権を考える援助を明確な意図をもって行うという姿勢を含む質問項目で構成され、温和というよりもむしろ確信をもって援助する内容であった。またFFMとの関係(図2)をみると、LMではIPC-PCの方がIPIP-IPC-Jと比べて誠実性が親密性方向に強く表れていることが示唆された。患者の幸福追求権の保障(大谷, 1995, pp.32-34)を考えようとすることは精神医療のなかでの看護の基本であり、道徳や人権を考えることは誠実性を示すことである。当初想定していた、親和的で友好的な関係を築こうとするのも誠実さをもつものであり、合致していると考えられた。しかし近年、精神科医療の概念は治療モデルから患者中心のリカバリーモデル(野中, 2005)への転換が叫ばれている。本研究でのLMには「的確な指導をする」という質問項目が採用されているが、これは従来の精神看護の医学モデル寄りの考え方を反映しているとも考えられる。今後、精神科看護師として患者を主体としていかに患者の強みを生かしその希望を叶えていくか(萱間, 2016)ということが重視されていくなかで、IPC-PCのLM概念は変化していく可能性もあると考えられた。

以上のことから、IPC-PCの2次元軸を構成する親密性のDE【拒否】とLM【確信】、支配性のPA【管理】、HI【従属】の意味内容は、おおむね対人特性と合致しながらも精神科における看護援助特性の側面を表すものと考えられた。当初IPC-PCでは項目のそれぞれが適応的な特性と不適応的な特性の両方を含むと想定したが、質問項目をみるとLMが適応的で、DEが不適応な特性を示す結果であった。親密軸のDE-LMは対人特性では親和性-拒否性という軸にあたる。拒否的な対人行動において、通常は相手との距離をとることで適応しようとするが、看護援助に置き換えた場合、距離をとったとしても援助そのものは行わなければならない。このようななかで冷たく接してしまうというような行動が起こるものと考察された。

BC【利己】は、患者を信じようともせず、謙虚に接しないという利己的な内容の質問項目を含むものであった。併存妥当性の結果から、傲慢さを示すIPIP-IPC-JのBCとの概念も関連しており、FFMの調和性のなさ、誠実性のなさ、開放性のなさとも関連が示唆された。当所想定した

BCは患者を受け入れずに従ってもらおう、というものであり、これに合致していたが、より自分本位に行動するという意味の強い内容であると考えられた。こう考えるとBC【利己】は不適応的な援助を行うように思われるが、本研究は自記式質問紙であり、回答するなかで自らの援助について振り返り、ネガティブな部分を客観視し、内省的に回答した結果である可能性もある。精神科看護師として、患者とのかかわりのなかで起こるような陰性感情を伴う葛藤を反映している項目とも考えられ、今後さらに検証が必要であると考えられた。

FG【自己否定】はケアへの不安を中心とした質問項目であった。孤独で内向的なIPIP-IPC-JのFGとは相関せず、FFMの外向性と負に弱い相関を示し、情緒不安定性と中程度で正に相関した。これらのことから、当初想定した患者と距離をおきつつ従うことではなく、どちらかといえば援助に対して不安をもちながらかわるという内容であると考えられた。

JK【寛容】は患者に感謝や尊敬の気持ちを持ち、寛大で思いやりがあるという質問項目であった。併存妥当性の検証において、謙虚さを示すIPIP-IPC-JのJKとは正に相関し、FFMの調和性、誠実性と正に相関した。すなわち当初想定した患者を頼り従うこと、というよりは、患者に対して素直に誠実で寛容な態度を示す行動であると考えられた。

NO【自己肯定】は援助をネガティブにはとらえず、自分に都合のよいこじつけをしないなどの質問項目を含むものであった。FFMの外向性、調和性、誠実性と正に相関し、情緒不安定性とは負に相関した。これは、当初想定した、患者と友好的な関係を築きつつ従ってもらおうというよりは、自分の看護援助を肯定的にとらえて積極的に行動する内容であると考えられた。

これらのことからBC【利己】、FG【自己否定】、JK【寛容】、NO【自己肯定】のそれぞれは、おおむね想定した概念に合致し、2次元軸を形成する因子については統計学的にも精神科の看護援助特性を表す内容といえるものと考えられた。

D. IPC-PCの活用

IPC-PCは精神科での看護援助特性の構造をIPCとして示すために作成されたものである。作成された円環構造をもとに、今後さらに各項目が含む要素を整理してIPCを充実させることで、振り返りや事例検討(Gordon & Kirtchuk, 2017)などで用いるツールとして利用できるものである。もちろんIPC-PCは、統計学的検証を重ねた尺度として看護師個人の援助特性も測定しうる。しかし、個人の比較的安定した特性を測定する一般的なIPCと比較し

て、病棟の環境やケアの対象という状況によって変化する状況依存性があると考えられる。たとえば病棟の特徴として急性期よりも慢性期のほうが、退院支援をする患者を対象とするよりも介護の多い患者を対象とする場合のほうが管理的になりやすかったりする可能性がある。すなわち病院ごと、病棟ごとに看護援助特性が異なる可能性もある。IPC-PCを尺度として使用する際、ある特定の環境の対象に限定した場合に、8因子それぞれの傾向などを示すことができるが、PCAなどでは8因子が再現されない可能性があることには注意が必要である。

VI. 結 論

本研究では、対人特性を表す対人円環モデル（IPC）をもとに、精神科の看護師が患者を援助するという限定的な特性に適用した精神科の看護援助特性質問紙（IPC-PC）の作成を試みた。結果、作成したIPC-PCはおおむね円環構造と信頼性、妥当性が確認され、管理や的確な指導などの精神科看護援助に特徴的な要素を含む構造が示された。

VII. 研究の限界と今後の課題

IPC-PCは精神科看護師から患者への援助特性のみを示

し、精神科以外の病棟に勤務する看護師では検証がなされていない。さらに本研究で作成したIPC-PCは、項目抽出質問紙66項目で再現性の検証を行っており、IPC-PCの32項目のみでの再現性の検証を行ってはいないため今後検証していく必要がある。

謝 辞

本研究においてご指導・ご助言をいただきました早稲田大学の小塩真司先生、帝京短期大学の橋本泰央先生、信州大学の鈴木治郎先生に謹んで感謝の意を表します。また本研究にご協力いただいた看護職者の皆さまにも心から御礼申し上げます。

本稿は平成29年度信州大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程における修士論文の一部に加筆修正をしたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

本研究は、人の対人特性を示す対人円環モデルをもとに、精神科患者への看護援助の特性を示す精神科看護援助特性質問紙（Interpersonal Circumplex for Psychiatric Care: IPC-PC）を作成し、看護援助特性の構造を数理統計的に明らかにすることを目的とした。対人特性を示す先行研究を参考に、独自に66の質問項目を作成し調査した。結果、有効回答は205名であり、主成分分析と確認的因子分析により、管理、利己、拒否、自己否定、従属、寛容、確信、自己肯定の8因子32項目が抽出された。作成したIPC-PCは先行研究と同様の統計手法により、IPC-PCの信頼性、妥当性、円環構造（2次元軸構造、正しい順序、等間隔性）が確認された。8因子は先行研究とほぼ同様の概念をもつ因子であったが、管理や指導の的確さなど、看護師に特徴的な要素を含む構造が示された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the mathematical/statistical structure of psychiatric nursing traits. For this purpose, we developed questionnaire on the psychiatric nursing care traits, namely the Interpersonal Circumplex for Psychiatric Care (IPC-PC), which adopted the Interpersonal Circumplex (IPC) model. On the basis of IPC's previous research, 66 items questionnaire were developed to measure the characteristics of psychiatric nursing, and 205 psychiatric nurses were investigated. We performed the principal component analysis and confirmative factor analysis. A total of 32 items were selected, and the following eight factors were extracted: controlling, selfish, refusing, self-negating, dependent, accepting, confident, and self-affirming. Reliability, validity, and annular structure (two-dimensional axial structure, correct order, and equidistance) of IPC-PC were confirmed by the same statistical method used in the previous research. The eight factors of IPC-PC used in our study had a concept similar to that of the previous study; however, we put more emphasis on the nursing care behaviors, particularly the aspects of psychiatric nursing management and care precision.

文 献

- Acton, G.S. and Revelle, W. (2002). Interpersonal personality measures show circumplex structure based on new psychometric criteria. *Journal of Personality Assessment*, 79(3), 446-471.
- Acton, G.S. and Revelle, W. (2004). Evaluation of ten psychometric criteria for circumplex structure. *Methods of Psychological Research Online*, 9(1), 1-27.
- Alden, L.E., Wiggins, J.S., and Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 521-536.
- Dörnyei, Z. and Ushioda, E. (2013). *Teaching and Researching Motivation*. 2nd ed., 217-218, London: Routledge.
- Freud, S. (1950). Why war? In: Strachey, J., *Collected Papers*. Vol. 5, 71-80, London: Hogarth Press.
- 船木美里, 佐藤幸子, 佐藤大樹, 丸山 史 (2010). 看護師が抱く感情と行動の分析: 精神科看護における対応困難な場面. 日本看護学会論文集 (精神看護), 41, 19-22.
- Gordon, J. and Kirtchuk, G. eds. (2017). *Consulting to Chaos: An Approach to Patient-Centered Reflective Practice*. London: The Harvill Press.
- Grimm, L.G. and Yarnold, P.R. (2000/2016). 小杉考司 (監訳), 研究論文を読み解くための多変量解析入門: 多重解析からメタ分析まで 基礎編. 京都: 北大路書房.
- 橋本泰央, 小塩真司 (2016). 対人円環モデルに基づいた IPIP-IPC-J の作成. *心理学研究*, 87(4), 395-404.
- 橋本泰央, 小塩真司 (2018). 対人特性とビッグ・ファイブ・パーソナリティ特性との関連—メタ分析による検討. *パーソナリティ研究*, 26(3), 294-296.
- 飯塚久哲 (2003). 適合度と項目数. 豊田秀樹 (編), 共分散構造分析 [疑問編]: 構造方程式モデリング. 東京: 朝倉書店.
- 萱間真美 (2016). リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレンジモデル実践活用術. 東京: 医学書院.
- 木村克典, 松村人志 (2010). 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点. *日本看護研究学会雑誌*, 33(2), 49-59.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation*. New York: Ronald Press.
- Markey, P.M. and Markey, C.N. (2009). A brief assessment of the interpersonal circumplex: The IPIP-IPC. *Assessment*, 16(4), 352-361.
- 宮本真巳 編 (2003). 援助技法としてのプロセスレコード: 自己一致からエンパワメントへ. 東京: 精神看護出版.
- 並川 努, 谷 伊織, 脇田貴文, 熊谷龍一, 中根 愛, 野口裕之 (2012). Big Five 尺度短縮版の開発を信頼性と妥当性の検討. *心理学研究*, 83(2), 91-99.
- 野中 猛 (2005). リカバリー概念の意義. *精神医学*, 47(9), 952-961.
- 地域精神保健福祉機構 (2014). 私にとってビックリや疑問一杯な看護師さん. *メンタルヘルスマガジン* ころの元気+, 89, 11-15.
- Nunnally, J.C. and Bernstein, I.H. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd ed., New York: McGraw Hill.
- 大淵憲一, 堀毛一也 (編) (1996). 対人行動学研究シリーズ 5: パーソナリティと対人行動. 東京: 誠信書房.
- 大井暢之 (2014). 今, 改めて隔離・身体拘束を問う: 当事者の立場から. *病院・地域精神医学*, 57(1), 43-45.
- 大谷 實 (1995). 精神科医療の法と人権. 東京: 弘文堂.
- O'Toole, A.W. and Welt, S.R. eds. (1989/1996). 池田明子, 小口 徹, 川口優子, 小林 信, 吉川初江, 尾田葉子 (訳), ベプロウ看護論: 看護実践における対人関係理論, 東京: 医学書院.
- Reiss, D., and Kirtchuk, G. (2009). Interpersonal dynamics and multidisciplinary teamwork. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(6), 462-469.
- 齊藤 勇 (1990). 対人感情の心理学. 東京: 誠信書房.
- 白砂佐和子, 平井洋子 (2005). 円環モデルによる対人関係上の問題の構造把握: 対人問題インベントリー (IIP) を用いて. *パーソナリティ研究*, 13(2), 252-263.
- 鈴木菜実子, 藤山直樹 (2011). IIP-64(対人関係診断目録) 日本語版における信頼性と妥当性の検討. *上智大学心理学年報*, 35, 61-69.
- 戸荻正人 (1976). 対人関係の研究 (1): ICL 性格評定表の作成. *愛媛大学教育学部紀要 (第1部 教育科学)*, 23, 41-56.
- Travelbee, J. (1971/1974). 長谷川浩, 藤枝知子 (訳), *トラベルビー: 人間対人間の看護*. 東京: 医学書院.
- 和田さゆり (1996). 性格特性用語を用いた Big Five 尺度の作成. *心理学研究*, 67(1), 61-67.
- Wiggins, J.S., Trapnell, P., and Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the Revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research*, 23(4), 517-530.
- Wubbels, Th., Cre'ton, H.A., and Hooymayers, H.P. (1985). Discipline problems of beginning teachers, interactional teacher behavior mapped out. Paper presented at the American Educational Research Association annual meeting, Chicago. *Abstracted in Resources in Education*, 20, 12, p.153, ERIC document 260040.

[2019年1月23日受付]
[2019年8月3日採用決定]

精神疾患を有する母親の育児体験の意味

Meaning of Parenting Experiences of Mothers with Mental Illness

上田 明美¹⁾ 石橋 照子²⁾ 吉川 洋子²⁾
Akemi Ueda Teruko Ishibashi Yoko Yoshikawa

キーワード：エンパワメント，精神疾患，母親，育児体験，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
Key Words：empowerment, mental illness, mother, child care experience, modified grounded theory approach

I. 研究の背景

精神疾患患者の増加や精神疾患を抱える人の積極的な社会復帰を目指す動きが進むなか，精神疾患を有しながら妊娠・出産する女性も増加傾向にある。一方で，乳児院に措置されている児のうち，母親の精神疾患等が理由であるものは全体の21.8%であり，その他の施設への入所理由としても母親の精神疾患が高い割合を示す（厚生労働省雇用均等・児童家庭局，2015，p.9）。また，精神疾患を有する母親の行動や子どもとのかかわりが，子どもの発達過程へ影響を与える可能性（Mattejat & Remschmidt, 2008, p.415）も指摘されている。さらに，虐待経験をもつ親には精神疾患の診断がつけられるものが多くある（山下，2013, p.772）ように虐待のハイリスク要因の一つとしても知られている。子育てに関してだけでなく，東京23区における周産期の女性の死因として自殺が多く，その約半数は精神疾患を有していることがわかっている（岡井，2017）ことから，周産期の精神疾患を有する女性への支援体制の強化が求められている。

精神疾患を有する母親に関する研究は少ないが，報告されている研究として，臨床心理学の分野において，うつ病圏や神経症圏の精神疾患を有する母親の育児に関する困難や喜びに焦点を当てた調査があり，児への薬の影響に関する不安，精神疾患に伴う育児困難，人から理解を得られないつらさなどがあげられていた（南・宮岡・内田・広瀬，2009）。統合失調症を有する母親の育児困難に関する調査では，精神症状のコントロールに加え，学校への対応，病気について子どもへの伝え方，子どもの精神疾患発症への不安などが明らかにされていた（工藤，2013）。また，社会福祉学分野では，高機能自閉症スペクトラム障害（ASD）圏の母親の困難とニーズに焦点を当てた研究がなされており，自身の特性に悩むだけでなく，児への抗

精神病薬の影響に関する不安や，子ども・夫・周囲との関係など，多岐にわたる困難が明らかにされていた（岩田，2015）。看護分野では，事例報告が散見される（田淵，2009；野田・森山・伊達・錦織・永瀬，2013；山城ほか，2014）他，支援者側から見た看護困難に関する研究が1件（森川・八木，2016），特徴とサポートの実態を調査した研究が1件（上野・上別府，2010），看護支援プログラムの構築に関する研究（澤田ほか，2011；澤田ほか，2012）がみられた。精神疾患を有する母親の妊娠・出産・育児体験について困難感や課題に焦点を当てた研究がほとんどで，精神疾患を有する母親にとって，妊娠・出産・育児が問題や困難を与えるものととらえられていることが多い。

母親にとって妊娠・出産・育児は，身体的・精神的に，また生活面でも大きな変化を余儀なくされる体験であり，そのなかで母性意識の受容・発展や親意識の取得・形成，自己概念の位置づけ等もされていく過程である。そのため，妊娠・出産・育児は危機であると同時に成長のプロセスでもあるととらえることができる。本研究では，妊娠・出産・育児の体験を成長のプロセスとして，エンパワメントの概念からとらえることにした。エンパワメントは，“人々が他者との相互作用を通して，自ら最適な状況を主体的に選びとり，その成果に基づくさらなる力量を獲得していくプロセス”と定義されるが，評価の視点からは結果でもある（巴山・星，2003，p.15）と考えられている。そして，個人・集団・地域の3つのレベルからなる多次元的概念である。本研究ではエンパワメントを，自らの力を自らが引き出す，エンパワメントの最も基本となるかたちである（安梅，2004，p.20）個人レベルのエンパワメントとしてとらえる。

母親の精神疾患が児童の不応のリスク要因であると結論するのではなく，具体的な心理的な強みとニーズをより明確に強調し，経験に基づいた介入に役立つ研究が，精神

1) 鳥根県立こころの医療センター Shimane Prefectural Psychiatric Medical Center

2) 鳥根県立大学看護栄養学部 Faculty of Nursing and Nutrition, The University of Shimane

疾患を有する母親の助けとなり、それによって母親や子どもにより結果をもたらす (David, Styron & Davidson, 2011, p.4) といわれている。精神疾患を有する母親にとっても、妊娠・出産・育児体験は子どもとともに成長力を獲得できる機会やプロセスであるととらえること、つまりエンパワメントの観点でとらえることで、母親のもつ潜在的な力を引き出し新たな力を獲得し、地域で生活し育児を続けていくことにつながると考えられる。本研究においては、子どもとの相互作用が活発になり、母親の困難感も生じやすい育児期に焦点を当てる。

II. 本研究の目的

本研究は、精神疾患を有する母親の育児体験をエンパワメントの観点からとらえ、どのように意味づけているのかを明らかにすることを目的とする。

III. 用語の定義

精神疾患：“脳の機能的な障害や器質的な問題によって生じる疾患である精神科診断名がつき、継続的に通院加療している状態”と定義した。

エンパワメント：“自分自身や育児を含む生活のコントロールができなくなっている精神疾患を有する母親が、家族や支援者など他者との関係のなかで潜在的な力を取り戻し、パワーを獲得していくこと”と定義した。なお、プロセスでありアウトカムでもあるととらえる。

育児体験の意味：“精神疾患を有する母親が、育児体験をどのようにとらえているのか、また、精神疾患を有する母親にとって育児体験がどのような価値をもっているのか”とする。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

GlaserとStraussの分析法 (Glaser & Strauss, 1967/1996) をより理解、活用しやすいように開発された“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, 1999; 木下, 2003) を使用して分析する。本研究では、精神疾患を有する母親の育児体験のプロセスという限定された範囲での理論生成を志向していること、精神疾患を有する母親と子ども、家族や医療者など周囲の人との社会相互作用が生じている現象であること、その分析結果から、精神疾患を有する母親への支援について、何らかの示唆が得られるような理論を構

築したいという観点から、分析法としてM-GTAが適切であると考えた。

B. 研究参加者

研究参加者の母親の条件は、次のとおりである。①ICD-10で、統合失調症、気分(感情)障害、神経症性障害・ストレス関連障害のいずれかの精神疾患を有する。②十分な語りを得るために外来通院をし、社会生活を送ることができている。③対象施設の施設長および参加者の主治医が、研究同意において自身で判断が可能な状態であると判断した者。④インタビュー時点で、就学前の子育てをしている。

なお、①の疾患については、一般的に長期間の通院・服薬治療を要することを共通としている。育児体験に焦点を当ててインタビューしていることや、社会生活が安定して送ることができている母親を対象としていることから、疾患による差はないと判断した。

リクルートは、主治医に研究目的・方法と倫理的配慮等について説明し、研究協力の同意が得られた後、研究参加者の選定と、研究の説明を研究者から聞くことに同意をした者の紹介を依頼した。紹介を受けたのち、研究者が直接書面と口頭にて研究の目的・方法・倫理的配慮等についての説明をし、同意を得られた者を研究参加者とした。

C. データ収集方法

データの収集は、研究参加者が利用する施設のプライバシーが保護された個室を使用し、半構成的面接法により研究者が行った。インタビューは負担が少ないよう、1名に対し、1回の時間を60分程度とした。インタビュー内容は、インタビューガイド(表1)を参考に妊娠中から現在の育児に関して、経験や思いを自由に語ってもらった。インタビュー内容は、了解を得てICレコーダに録音し、逐語録に起こしたものをデータとした。

D. データ収集期間

2017年5月から2017年9月に対象施設に訪問し、インタビューを実施した。

E. データ分析方法

M-GTAでは、分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマとは、データと密着した分析のために研究テーマから導き出したものである(木下, 2003, pp.131-137)。本研究では、“精神疾患を有する母親は育児体験をどのように意味づけ、どのように乗り越え成長しているのか”とする。

次に、分析焦点者とは分析結果の中心に位置する人間で、分析焦点者の設定とは特定の人間に焦点をおいたデー

タの解釈を意味する(木下, 2003, p.138)。研究者の関心は、精神疾患を有する母親が育児体験をどのように意味づけ不安や困難感・課題を抱き、どのように対処しているのか、また一方で、どのような喜びや成長をしているのかといった母親にとっての体験の意味の明確化であるため、精神疾患を有する母親を分析焦点者とする。

概念の生成について、まず1人のデータを通読し、分析テーマに関連がありそうな箇所をデータの欄外に書き込んでいく。その部分をヴァリエーション(具体例)とする概念を生成し分析ワークシートに記入する。分析ワークシートには、概念名、定義、ヴァリエーション、理論的メモを記載する。分析の偏りを防ぐため、類似例と対極例が豊富にあるかを確認しながら概念を生成していく。このように概念を生成しつつ、同時並行で概念間の関係を考え、概念間のまとまりであるカテゴリーを形成した。最終的に概念とカテゴリーの関係について結果図を作成し、文章化(ストーリーライン)した。本研究のフィールドにおいて、概念とカテゴリーの生成が追加されないと判断し、生成した概念とカテゴリーを用い、分析テーマの現象を説明できることを確認した時点で分析を終了した。

F. 概念生成の提示

本論文における1つの概念生成過程を例示する。以下は、パニック障害の治療をしながら育児中の母親が、ゆっくりと休息がとれないなかでの育児について語っている部

分に着目した。

「まあもう、ね、割り切って、悪いけど、もう〇〇ちゃんのお母さんはいまこんな病気で、こういうお母さんだけ、諦めてって思っただの、成長してもらわんと、他のお母さんと一緒のことが何でできらんの、って言われても、お母さんには無理だっていうことを、言いながら育てていこうと思って」

この部分より、他のお母さんのようにできなくても、無理にするのではなく、割り切って、自分のことを子どもに理解してもらおうと解釈し、「自分の中の可能と不可能を見極め、可能なことは精一杯行い、不可能なことは、子どもを含む周囲の理解を得て、無理をしない自分なりの育児をしていくことに納得すること」と定義し、概念名を〈割り切り〉とした。このように概念を生成し、分析ワークシートを作成した(表2)。他の概念も同様の手順で解釈し、最終的に25の概念を生成した。

G. 分析内容の妥当性の確保

分析テーマの設定から1例目の概念生成で質的研究の指導者からスーパーバイズを受けた。以降も概念生成や結果図とストーリーラインの作成段階等で、継続的にスーパーバイズを受け、内容が妥当か、データと研究者の解釈とを対照させ、概念名や結果図の修正を行った。

H. 倫理的配慮

島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認

表1 精神疾患を有する母親の育児体験に関するインタビューガイド

ご自身について
家族構成, 子どもの人数・年齢, 現在の年齢, ご病気のこと
妊娠中のこと
妊娠判明時の思い, (ご自身, お子さんの) 妊娠中の経過について
出産時のこと
出産時の経過, 出産方法, 思いなど
子育てについて
嬉しかったこと・困ったこと・大変なことなど, 周囲のサポート
保健師・助産師・看護師等 医療者の支援・サポートについて

表2 分析ワークシート例

概念名16	割り切り
定義	自分の中の可能と不可能を見極め、可能なことは精一杯行い、不可能なことは、子どもを含む周囲の理解を得て、無理をしない自分なりの育児をしていくことに納得することを“割り切り”と定義する。
ヴァリエーション(具体例)	まあもう、ね、割り切って、悪いけど、もう〇〇ちゃんのお母さんはいまこんな病気で、こういうお母さんだけ、あの、諦めてって思っただの、成長してもらわんと、他のお母さんと一緒のことが何でできらんの、って言われても、お母さんには無理だって言うことを、言いながら育てていこうと思って。(研究参加者A)
理論的メモ	他のお母さんがするようなことができなくても、無理にできるようになるのではなく、割り切って自分のことを子どもに理解してもらおう。

(承認番号189)を得て行った。さらに、研究参加者が利用する対象施設においては、臨床研究・治験審査委員会の承認(中臨R17-044)を受ける、施設長の承諾を得る等してから実施した。データ収集に先立ち、研究参加者には、研究の主旨と目的、方法、以下の倫理的配慮等について文書と口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

研究への参加は個人の自由意思に基づくものであり、同意しなくても研究参加者の治療・援助とは一切関係なく、医療サービスは保証されていること、研究参加に同意した後でも辞退可能である旨を説明し、語りたくないことは語らなくてもよいことを保障した。プライバシー保護の方法、得られたデータは研究目的以外には使用せず厳密に管理すること、データの分析結果について、個人が特定できないよう配慮し、専門学会等で公表する旨説明した。

V. 結 果

A. 研究参加者の概要

研究参加者は20～40代の女性9名であった(表3)。本研究の参加者条件①には合致しないが、施設責任者から推薦があり、面接内容が本研究に該当すると判断した産後うつ2名の母親も対象に含めた。インタビューに要した時間は、平均50分であった。参加者が不安定になる等の症状が生じることにはなかった。

表3 研究参加者の概要

氏名	年齢	疾患名	対象児の年齢	きょうだいの有無
A氏	40代	パニック障害	2歳	あり
B氏	20代	統合失調症	2歳	なし
C氏	30代	うつ病	3歳	あり
D氏	30代	適応障害	6歳	あり
E氏	30代	産後うつ	1歳	なし
F氏	30代	うつ病	1歳	なし
G氏	30代	うつ病	2歳	なし
H氏	20代	統合失調症	0歳	なし
I氏	30代	統合失調症	3歳	あり

B. 結果図とストーリーライン

分析の結果、25の概念を生成し、9つのカテゴリと、2つの大カテゴリ、1つのコア概念を抽出した。概念間の関係性を整理し、その概要を簡潔に文章化したストーリーラインと結果図：精神疾患を有する母親の育児体験の様相(図1)を作成した。

それぞれの概念は、エンパワメントの観点からみた育児体験の意味であり、エンパワメントやパワーレスの要素とと

らえることができた。結果図は、その概念間の関係性やどのような動きをもっているかを表したものであるため、タイトルを“精神疾患を有する母親の育児体験の様相”とした。

以下にストーリーラインを記述する。なお、概念を〈 〉、カテゴリを【 】, 大カテゴリを[], コア概念を《 》で表し、データ抜粋を「斜体」、/」内の()は研究者の発言や、補足を示す。

本研究の参加者は、精神疾患を有していることで、《元気な母親とは異なる育児》を体験している。それが結果図の2つの円が交差する中心にある。左側の円はパワーレスの状態となっていく循環で「パワーレスサイクル」、右側の円はエンパワメントしていく循環の「エンパワメントサイクル」となっている。精神疾患を有する母親は、育児体験を通して、両方のサイクルを行き来しながら徐々にエンパワメントしていた。

まず、《元気な母親とは異なる育児》について、元気な母親と同じように育児をしなければならないと母親が感じ努力するなかで、その母親にとっての「拠り所との関係」に【揺らぎ】が生じると「パワーレスサイクル」に入り、【固化】し身動きがとれない状態となる。そして「抱え込み」と自尊感情等が低下し精神的・身体的エネルギーが【枯渇】した状態になる。【枯渇】すると、「母親の感情」は【萎縮】していき、《元気な母親とは異なる育児》の体験に戻り、「パワーレスサイクル」の中で悪循環を続けてしまう。

逆向きに、《元気な母親とは異なる育児》について、元気な母親と同じように育児をしなければならないと感じていることで、「プレッシャー」や「不安」となって「母親の感情」を【萎縮】させてしまうと、【枯渇】「抱え込み」【固化】【揺らぎ】という逆回りの「パワーレスサイクル」に入り、このサイクルの中で循環してしまう。

同じ《元気な母親とは異なる育児》を体験していても、周囲を巻き込みながら自分なりの育児をしていこうととらえ努力するなかで、その母親にとっての「拠り所との関係」が【安定】していれば、「エンパワメントサイクル」に入り、固定観念や偏った見方を【解凍】し、一歩踏み出すための【勇断】ができる。そして、経験を糧としその後の育児や治療を含めた生活や人生を【展開】していくことができる。【展開】していくと、「母親の感情」は前向きな感情が【湧出】し、その前向きな感情はエンパワメントしていく力も【湧出】していく。《元気な母親とは異なる育児》を体験しているという実感は常にあるが、「拠り所との関係」が【安定】していれば「エンパワメントサイクル」の中で循環することができる。

逆向きに、《元気な母親とは異なる育児》について、子育てにおいて加わっている制約に対して、周囲の支援への

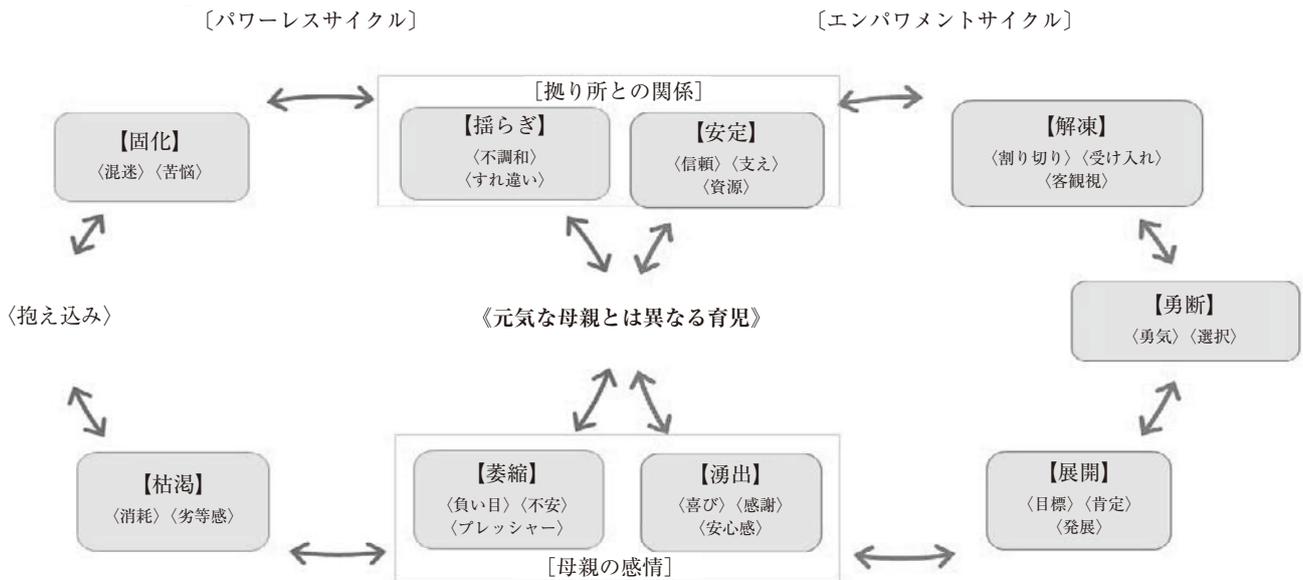


図1 結果図：精神疾患を有する母親の育児体験の様相

〈感謝〉や、子どもの成長に関し〈喜び〉がもてるなど、前向きな感情が「母親の感情」において【湧出】していれば、〈目標〉をもち、生活や人生を【展開】していくことができる。そして、【勇断】【解冻】【安定】という逆回りの「エンパワメントサイクル」の中で循環し続けることができる。

精神疾患を有する母親は、「パワーレスサイクル」で循環していても、「元気な母親とは異なる育児」について、サポートを受けながら自分なりの育児をしていこうととらえることができ、子どもの成長を信じ、〈喜び〉、周囲の人を〈信頼〉し、サポートへの〈感謝〉や〈安心感〉を得ることで、「エンパワメントサイクル」に移行できる。逆に、元気な母親と同じように育児をすべきだと無理したり、支援者と〈すれ違い〉が生じたり、サポートが不十分で頼れず〈不調和〉が生じたりすることで、「エンパワメントサイクル」から「パワーレスサイクル」に移行することもある。「パワーレスサイクル」と「エンパワメントサイクル」の中心には「元気な母親とは異なる育児」という体験があり、精神疾患を有する母親にとっての「拠り所との関係」と「母親の感情」を境に両方のサイクルを行き来しながら、時間経過のなかで徐々にエンパワメントしている。

C. 概念, カテゴリー

各カテゴリーと大カテゴリー、コア概念について説明する。「データ」後の（ ）内には、概念名と研究参加者を示す。例：（不調和：A）

1. コア概念：元気な母親とは異なる育児

“精神疾患を有することにより、子育てにおいて制約が

加わり、専門家や周囲のサポートを必要とすること”と定義した。

研究参加者は精神疾患を有している自分と、有していない母親を対比させて“普通のお母さん”“他のお母さん”などと語っていた。研究参加者らの語りから、精神疾患を有していない状態を“元気な”状態ととらえ、表現した。

本研究における研究参加者は、全員疾患について理解し病識があった。精神疾患を有していることで、治療と育児との両立という課題や、疾患による症状やストレスに対する脆弱性などから育児において制約が加わっている。そのため、専門家や家族など周囲のサポートを必要としている状態にあり、「元気な母親とは異なる育児」体験をしているという共通認識が前提としてあることを確認した。

「下の子ども、私は（パニック障害があるから、子どもが行きたがっても大型店舗へ）絶対連れて行けないけど、上の子どもが車に乗せて、自分の子どものようにいろんなところへ連れて行ってくれるので」（元気な母親とは異なる育児：A）

疾患に伴い育児や行動に制約が加わっていること、また家族による補いを受けて育児していることを語った。

2. 大カテゴリー：拠り所との関係

拠り所とは、母親が頼みとしている家族や医療者、支援者などのサポートや、信じること、心の支えなど軸としているものを指す。これらの母親にとっての「拠り所との関係」についての対極するカテゴリーである、【揺らぎ】と【安定】で構成されていた。

3. 大カテゴリー：母親の感情

「元気な母親とは異なる育児」についてのとらえ方に

よって抱く感情である。対極する2つのカテゴリーである、【萎縮】と【湧出】で構成されていた。

4. パワーレスサイクル

《元気な母親とは異なる育児》から始まる左側の円の中に入っている【カテゴリー】と〈概念〉が表す現象は、[パワーレスサイクル]と集約した。これは、《元気な母親とは異なる育児》について、元気な母親と同じようにしなければならぬという思いが、困難感やストレス、後ろ向きな感情を増大させ、パワーレスの状態となり、精神疾患を有しながらの育児を困難にしていく要素となる〈概念〉や【カテゴリー】を総括するものととらえた。

a. 抛り所との関係：揺らぎ

【揺らぎ】とは、母親にとっての[抛り所との関係]が不安定となり、本人に心の動揺を与え、精神状態や病状、他者との関係に揺らぎを与えるもので、〈不調和〉〈すれ違い〉の2つの概念で構成されていた。

「薬も飲んだるけん、いらん時間に薬が効いて眠くなる。そうすると、自分がせっかくいまだったら寝れるのに、この子が起きとるけん寝られんとか。他のお母さんとはたぶん違う感情。かわいい(可愛くない)わけじゃないんだけど、“あ、この子がおらんかったら、私、ゆっくりいろんなことができとったんだなー”とかね。普通思ったらいけんようなことをね(思ってしまう) (不調和：A)

「2回目に入院した病院は、あなたは病気じゃないと思いますって言われたんですよ、はっきり。薬もどんどん減らしていこうって言われて、で、もう無理もしていこうっていう話になって。だから、無理っていうか、適度なストレスを与えて、育児自体もこれからやっていかにやいけんことだけけん、保育園は認めれない、入れないほうがいいって言われたんですよ、厳しかったんですよ、すごく」(すれ違い：B)

安定した育児を行っていくためにも、服薬治療を行い、自身の症状安定をはかることが必要であるが、自分のペースで服薬ができないことや、薬の効果と子どもの睡眠リズムとがあわないうことで苦痛を感じ、育児と治療両立が困難となり、子どもの存在が枷のように感じてしまう〈不調和〉や、母親に対する治療者の理解や方針と、母親本人の状態や本当に必要としている支援との間に〈すれ違い〉が生じることで、母親の精神状態や人との関係性において【揺らぎ】が生じていた。

b. 固 化

【固化】とは、悩み苦しんだり、見通しがたたない状況に、考え方も凝り固まり、行動面でも身動きがとれなくなってしまう状態のことで、〈混迷〉と〈苦悩〉の2つの概念で構成されていた。

「もう飛びおるとか言ってビルに向かっていったりとか、そ

ういうことが何回もあって、睡眠薬飲んだりとかして。自分をもう消したいって思うんで、子どものとことか主人のところもみれてなかったというか、自分でコントロールができなかったんですかね」(混迷：E)

「自分の状態をすごく、うーん、(子どもは)わかってるんだろうな。でも、悟られていいのかどうかちょっとわかんなくて、自分の状態をどこまで子どもに話せばいいのかもわかんないし」(苦悩：B)

症状が悪化し、育児ができないだけでなく、自己コントロールができず、自分自身の安全を守ることもできなくなり、先のことを何も考えられない〈混迷〉の状況や、自分の病気について、子どもにどこまで説明すべきかわからず〈苦悩〉し、適切な行動に移せない状況が語られた。

c. 抱え込み

〈抱え込み〉は一つの概念であるが、カテゴリーと同等の説明力をもつ概念として扱う。

「やっぱり母とかでも、それでもやってきたっていう世代ですし、やっぱり……何か怒られちゃうんだろうなって、手上げるとか(打ち明けたら)。たぶんこの人に言ったらこう言われるなっていうところは全部たぶん隠してるんだなって。いままで(母には)全部言ってると思ってたんですけど」(抱え込み：C)

「誰にも悩みを相談、打ち明けることもなく。うーん」(抱え込み：D)

相談しても理解してもらえないのではないかという思いや、迷惑や心配をかけたくないなどと相手に気を遣う気持ちから人に相談できない思いが語られた。

d. 枯 渴

【枯渴】とは、精神的・身体的エネルギーや自信、自尊心が低下する・なくなる状態のことで、〈劣等感〉、〈消耗〉の2つの概念で構成されていた。

「ただ自分の状態が悪いから一緒にいれなくて、家に帰れなくてだめな親だなんて思ってるんですけども」(劣等感：B)
「よそのお母さんは、(子どもの)寝顔を見たら、怒ってごめんね、とか思ったりするでしょう。だけど、私の場合は、そういうのもあんまりない。はあー、やっと寝てごいた(くれた)、みたいなの。気持ちに全然余裕がないみたいな。あーやっとで寝たって、その嬉しさだけ」(消耗：A)

家族に子どもをまかせて、あえて育児から離れることは、病状安定をはかるための行動であるが、ダメな母親であるという〈劣等感〉を抱かせていた。また、育児の大変さから、精神的エネルギーが〈消耗〉し、母としての自信やエネルギーが【枯渴】していた。

e. 母親の感情：萎縮

【萎縮】とは、後ろ向きな感情により、物事に対して気後れしたりしり込みしたりしてしまい、母親の心を縮こ

まらせ、元気がなくなる状態のことで、〈負い目〉〈不安〉〈プレッシャー〉の3つの概念で構成されていた。

「結構泣いてばかりおるけん、私と二人でおるのがつまらんで泣いとるんだらうねって皆で言ってたんですよ。家族で。やっぱ（子どもは）外に出たいけど出らん、とかね。何となく」（負い目：A）

「小児科にも聞きに行つて、（自分の）病気のこととかあるので、その影響で成長が遅いのかなと思って相談しに行ったりもしたんですけど」（不安：H）

「結構人間関係に弱くって。保育園に行くときにも、先生に（子どものことを）何か思われなかなとか。変なふうに思われなかなとか」（不安：I）

「それ（成長）と同時に（子どもの）世界が広がるんだなっていうのをすごい最近感じるんで、それに伴って自分が成長していかないと、何か（必要なことか）してやれないというか、そういう不安がすごい出てきたりとか、自分が変わっていかないといけないなと思ったり」（プレッシャー：F）

症状のため、子どもを外に連れ出してやれないことで、子どもに対して〈負い目〉を感じていた。また、自分の疾患が子どもの成長や発達に悪い影響を与えるのではないかとという〈不安〉や、自身の疾患のために、子どもが偏見にさらされるのではないかとという〈不安〉を感じていた。そして、子どもの成長や社会性を感じると同時に、自分自身も変化し苦手としている社会性の拡大をはかっていかなければならないと〈プレッシャー〉を感じ、[母親の感情]は【萎縮】してしまっていた。

5. エンパワメントサイクル

《元気な母親とは異なる育児》から始まる右側の円の中に入っている【カテゴリー】と〈概念〉が表す現象は、[エンパワメントサイクル]と集約した。これは、《元気な母親とは異なる育児》について、自分一人で無理をせず、子どもや周囲の人を信じ、サポートを得ながら育児をすることで、人生をより豊かにするためにはどうしたらよいか考え、目標をもち、母親を成長させ生きる力をつけていく要素となる側面をもつ〈概念〉や【カテゴリー】を総括するものととらえた。

a. 拠り所との関係：安定

【安定】とは、頼みとするところ、芯や軸となるものがあり、その[拠り所との関係]が安定していることで、多少の困難が生じて、ぶれずに母親も安定していられることであり、〈信頼〉〈支え〉〈資源〉の3つの概念で構成されていた。

「普通には育つんだらうな、親がどんなんでも子どもは育つんだらうな。衣食住そろってれば」（信頼：B）

「一番はもう先生です。お子さんも育てておられるというの

で、いままでの先生とは違う。ちゃんと親身になって（話を）聞いていただけてるって思えるので、何でも相談できるし、適切なアドバイスもいただけるし、先生のお陰です」（信頼：H）

「いままでは2人のことだけ考えとったけど、もう（産んだときから）子どものことが優先で、この子のために頑張ろうみたいな意識に変わっていったかな。あ、（自分の）病気も悪化しないようにしたいし、仕事も頑張ろうって思えるし、家事も頑張ろうって思えるし」（支え：H）

「主人がすごい協力的な人なので、私が体調悪ければ料理もしますし、息子の送り迎えもしますし、何でもしてくれるので。すごくサポートしてもらいながら（育児をしている）。主人がだめなら実家の両親が近いので、そこでちょっとお世話になったり」（資源：G）

子ども自身の育つ力を信じ、医療者・専門職者を〈信頼〉し、安心して治療を受けていること、子どもの存在が〈支え〉となっていること、周囲のサポートや〈資源〉があり、それを活用できることで、母親は【安定】できていた。

b. 解凍

【解凍】とは、自分の中の凝り固まった考え方や見方をほどいて答えを見出すことで、〈割り切り〉〈受け入れ〉〈客観視〉の3つの概念で構成されていた。

「いまでもその地獄だった日々の夢を見たりとか、そのとき履いてた靴とか見て、はあって思って捨てたりとか、そういうのもあるんですけど。できるだけ、後ろを振り返るより、いまは子どものことをいっぱい見て、愛情いっぱい育ててあげたいなと思ってます」（割り切り：E）

「産後はちょっとひどくって、病院の中では。結構幻聴（が）、聞こえたりとか、疲れてるのに眠れなかつたりとか。でも、皆と一緒にじゃないと、母子同室じゃないとだめだみたいになって、こう（母子同室で）やってたんですけど。最後のほうは疲れちゃって。預けましようって（医療者に）言われて、わかりましたって言って、ミルクの時間だけ行かせてもらったりして（した）」（受け入れ：B）

「あのたぶんいま私が、ちょっとずつでも（外や社会に）出れるのは、やっぱり薬の影響がちゃんとあって出られているので」（受け入れ：A）

「何かきょうだい格差みたいなのがすごい課題。自分的には気になっていて。だけど抑えられなくて、何か手が震うぐらい（一人の子にだけ）腹が立つというか、異常にヒステリーな、もうぐあって血が上る感じがひどくて、あれ、やっぱり産後うつにいまもなってるのかなっていうので（心の相談に）行ってみたところがスタートです」（客観視：C）

過去や自分にできないことを悔やむのではなく〈割り切り〉、医療者の支援や助言を〈受け入れ〉、また自分の疾患についても受容し、自分の状態を〈客観視〉できることで、

自分の固定観念やよくない状況も【解凍】できていた。

c. 勇 断

【勇断】とは、よくない状態からよい状態へ、またはよりよい状態になるように一歩踏み出そうと決断し行動することで、〈勇氣〉〈選択〉の2つの概念で構成されていた。「保育士の先生にも、あらかじめ自分の病気のこともしゃべって、『人混みはちょっと不安だし嫌なので、失礼ですが欠席させてもらうことが多いと思います』とか、そういうのを初めに全部言ったんです。だけんその点は、気持ちが楽に(なった)」(勇氣：A)

「主人はそういう生活(朝早くから帰りは夜遅い生活)で頼れないし、母はそうやって電話で話してはくれるけれど、やっぱり遠いから実際に助けてもらうっていうことがむずかしいので、結局自分で何かするしかないっていうので電話した感じで」(選択：C)

偏見をもたれるかもしれないという不安やどのように受け取られるか分からない不安がありながらも、〈勇氣〉をもって保育士に打ち明けたり、専門機関に相談したりするという〈選択〉により、一歩踏み出す【勇断】をしていた。

d. 展 開

【展開】とは、次の段階に進もうと前を向き、自分の可能性や人生を広げていこうとすることで、〈目標〉〈肯定〉〈発展〉の3つの概念で構成されていた。

「一つずつ一つずつ、……ちょっとね、50歳くらいを目標に、(薬を)なくしたいなって。やっぱりこれからいま、3歳になる子の育児をしていくのに、(服薬中断して)自分がおかしくなって支障がくると不安だから。減らしながら、少しずつ、あの一、社会復帰まではいけなくても、普通のお母さんみたいに、ある程度のところまでは出かけられる(ようになりたい)」(目標：A)

「この子のお母さんは私でいいんだって思えるように最近はなりました」(肯定：G)

「自分の体調はたまにちょっとね、思い出して。不安になるといよりは、ああいったことを乗り越えたからまあ頑張ろうみたいな感じで、ちょっと励みになってるところもあるし」(発展：E)

育児に伴って、具体的な希望や治療上の〈目標〉をもち、子どもの成長を見て、母としての自分を〈肯定〉でき、つらい体験を乗り越えたことを次につなげていこうと〈発展〉させる力が、今後の育児や人生を【展開】していく糧となっていた。

e. 母親の感情：湧出

【湧出】とは本人から湧き出てくる前向きな感情で、かつ、物事をプラスにとらえたり、前進しようとする力を湧き出させるものであり、〈安心感〉〈感謝〉〈喜び〉の3つ

の概念で構成されていた。

「やっぱりサポート。普通の人に比べたらずっとずっと甘えてるからなんですけど。自分が想像してたよりも安定してやれるから、ほっとしてる気持ち」(安心感：F)

「(夫のサポートが)本当にすごいありがたいんだなって。気づかなかったんですけど。前は私、多分自分がいっぱいいっぱい過ぎて、何でやってくれないのっていう感じで(夫を)攻めてたことが多いと思うので」(感謝：G)

「何でも嬉しいですけど、一つ一つ、この子はこの子なりに毎日何かを吸収して、成長していったんだなって思って嬉しいなって。家に帰ってやんちゃを言われるときも、ここでは言っていない場所なんだなってきつとわかって、やんちゃを言って甘えてくるんだなっていうのも嬉しいですね」(喜び：G)

周囲のサポートを得て安定した育児ができていくことへの〈安心感〉や、そのサポートに対する〈感謝〉、子どもの存在や成長への〈喜び〉が、【湧出】していた。

D. 両サイクルの往来とエンパワメント

参加者らにおいて〔パワーレスサイクル〕と〔エンパワメントサイクル〕の両方を行き来し、徐々にエンパワメントしていく様子が明らかになった。以下に1例をあげる。

上の子の育児では、病気を周囲に隠し、つらい思いを〈抱え込み〉、元気な母親と同じように育児しようと無理をし、〔パワーレスサイクル〕で循環していた。この経験から、下の子の育児から、サポートを受けながら自分なりの育児をしようと《元気な母親とは異なる育児》をとらえられるようになった。自分にできないことは、家族のサポートを受けながら育児ができ、〈感謝〉〈安心感〉をもち〔エンパワメントサイクル〕で循環していた。しかし、親の看病と家事育児との両立の困難さや、親との〈すれ違い〉で【揺らぎ】が生じ、疲弊し、エネルギーが【枯渇】してしまう状況となり、〔パワーレスサイクル〕に入っていた。専門家や周囲のサポートが必要な状態であると自分で再認識できたとき、自ら市役所など〈資源〉にアクセスし、再度サポートを得ながら育児をしていこうと〔エンパワメントサイクル〕に戻ることができた。そして、より安定して育児・生活が送れるよう、保育園の先生や友人に病気について明かす【勇断】をしていた。サポートを得ながら育児するなかで、育児や治療に〈目標〉がもてるようになった。

VI. 考 察

疾患を有していることは、本人を形成している側面の一部に過ぎない。ケア提供者にも、疾患を有する者を一人の生活者、力をもった一人の人としてとらえ、その人が成長

し人生に目標をもち、力を発揮していく過程を支える視点をもって支援することが必要である。精神疾患を有する母親においても同様である。困難感や課題のみに焦点を当て、問題解決について検討するのではなく、育児体験をエンパワメントの観点からとらえることが、精神疾患を有する母親が社会で生活し育児を続ける一助になると考えた。

考察では、A：精神疾患を有する母親の育児体験をエンパワメントの観点からとらえ考察する。そして、B：精神疾患を有する母親が、育児体験をどのように意味づけしているのかを考察し、母親への育児支援のあり方について検討する。

A. エンパワメントの観点からとらえた精神疾患を有する母親の育児体験

1. パワーレス

精神疾患を有する母親が育児をしていくうえでパワーレスに陥りやすくなる要因は、精神疾患を有していることによる課題や困難、不安があげられる。

課題や困難の一つには、育児と治療や生活とのバランスをとっていくことのむずかしさがあげられる。育児と治療とのバランスとは、幼児を連れての受診の大変さ、休養の取り方、服薬と授乳に関する事など治療と育児の両立に関することである。生活とのバランスとは、育児に加えて家事や仕事などの生活上のバランスをとっていくことである。先行研究においても、症状の悪化により家事や子どもの体調管理がむずかしい(工藤, 2013)ことや、精神疾患の症状により、子どもの面倒がみられない、行事への参加がむずかしくなるなど精神疾患により育児ができないことや、元気な母親も感じる家事育児の困難をより強く感じている(南ほか, 2009)ことがあげられていた。本研究においても、ストレスに対する脆弱性、疲れやすさなどから育児と治療や生活とのバランスをとることがむずかしく、精神的バランスも崩れやすく(不調和)をきたしやすいことが明らかになった。

精神疾患を有する母親が感じる(不安)は、自身が精神疾患を有していることによる、子どもへの弊害(不利益)である。具体的には、精神疾患が遺伝的に子どもに影響するのではないかという不安や、症状による行動が子どもの発達に負の影響を与えるのではないかという不安、また他者から偏見にさらされるのではないかという不安があげられた。先行研究においても、自分の病状に対する不安や子どもが自分と同じ病気を発症するのではないかという子どもの今後に対する不安(工藤, 2013)、精神疾患による子どもへの影響を心配する思い(南ほか, 2009)を抱えて育児をしていることが報告されている。本研究においては、それらの不安に加えて、自身の社会性を拡大する等、自分

自身を変革しなければならない(プレッシャー)も、不安要素として明らかになった。

課題や困難、不安にうまく対処できないことでストレスが増強し、症状悪化をきたす。そして、自己コントロール感を失いパワーレス状態に陥るという[パワーレスサイクル]の中で悪循環をしてしまう。

2. エンパワメント

精神疾患を有する母親が育児していくうえで、《元気な母親とは異なる育児》を肯定的にとらえられるかという点が核になる。授乳ができない、症状によって外出しにくい、育児から離れて休息する必要があるなど、精神疾患を有しているために生じる制約が加わる。制約が加わっても、サポートがあれば育児をしていけると、母親が(受け入れ)たり(割り切)たりできないと、《元気な母親とは異なる育児》に(負い目)を感じ、元気な母親と同じように育児しようと無理して頑張ってしまう。その結果、【揺らぎ】や【萎縮】につながりやすい。逆に、《元気な母親とは異なる育児》を(受け入れ)ることができ、支援を受けながら自分なりの育児をしていこうととらえることができれば、【安定】や【湧出】につながり、エンパワメントしていくことが可能であることがわかった。

しかし、初めから肯定的にとらえることができる母親は少ない。周囲のサポートが【安定】してあることや、子どもの成長を(喜び)、周囲に(感謝)できる感性が、《元気な母親とは異なる育児》を肯定的にとらえることにつながっている。精神疾患を有する母親にとってどちらのサイクルに入るか核になるのは《元気な母親とは異なる育児》を肯定的にとらえられるかという点であることが本研究において明らかになった。

《元気な母親とは異なる育児》を母親が受け入れている場合、母親らは自分から活発に人とかかわっていた。それによってサポートを得る、症状悪化時を想定し事前に対処する等、(勇気)をもって(選択)し行動していた。こうしてサポートを得ながら安定して育児を行っていくと、自分自身や自分のとってきた(選択)や行動を(肯定)することができ、自分を信じて目標がもてるようになり、自尊感情は高まっていた。

安梅(2004)はエンパワメントの成果評価指標として、個人レベルでは、「自尊感情やコントロール感の獲得」「問題解決能力の向上」「肯定的な自己概念」「自己決定」などをあげ、対人関係レベルと地域システムレベルでは、「コミュニケーションの増加」「双方向的な支援の拡充」「スタッフとの交流の増加」などをあげている(pp.14-15)。本研究においても、[エンパワメントサイクル]の中で、社会性、問題解決能力、自尊感情が高まっていた。

B. 育児体験の意味

精神疾患を有する母親にとって、育児体験は、〔パワーレスサイクル〕の中では自分に〈劣等感〉を感じさせ、エネルギーを〈消耗〉させるものであり、“この子がいなければ”と否定的な体験としてとらえそうになる母親もいた。

〔エンパワメントサイクル〕で、困難を乗り越えることにより、育児体験は自分を〈発展〉、成長させ、自分に〈目標〉をもたせてくれるものととらえていた。そして、自分自身の力を信じ、〈肯定〉することにつながるものと意味づけていることが明らかになった。

精神疾患を有する母親は、課題や困難を抱えていることから〔パワーレスサイクル〕に入りやすい傾向があるため、〔パワーレスサイクル〕に入らず、〔エンパワメントサイクル〕の中で循環できるように支援することが重要となる。それはつまり、母親が力を発揮できるような環境を整え、提供することである。具体的には、《元気な母親とは異なる育児》を肯定的にとらえられるように支援し、【揺らぎ】や【萎縮】を構成している概念である、〈不調和〉〈すれ違い〉〈負い目〉〈不安〉〈プレッシャー〉を和らげ、【安定】や【湧出】を構成している概念である、〈信頼〉〈支え〉〈資源〉〈喜び〉〈感謝〉〈安心感〉を実感できるようにサポートすることである。

精神疾患を有する母親が〔エンパワメントサイクル〕の中で循環できるように、支援者の姿勢として重要なことは、精神科看護師はパートナーとして、母親は元来能力をもっている人であると信じ、できている部分に注目する視点をもつことである。そして、精神疾患を有する母親にとって、育児は必ずしも疾患に悪影響を及ぼしているわけではなく、自己成長を促し自尊感情を高め、疾病受容や疾病管理を含む自己コントロールを高める役割も果たしている。支援者として、精神疾患を有する母親にとって育児の否定的側面ばかりに注目するのではなく、肯定的にとらえる姿勢が重要である。

エンパワメントを支援する方法の一つに、自己表現できる場の提供があげられている（麻原，2000；巴山・星，2003）。自己表現できる場を提供することは、精神疾患を有する母親の〈抱え込み〉を防ぐだけでなく、《元気な母親とは異なる育児》を肯定的にとらえることにつながり、エンパワメントを支援するうえで有効である。

具体的な自己表現できる場として、母親が専門職者に語る場と、同様に精神疾患を有する母親同士で語る場があげられる。精神科看護師は身近な専門職者として、母親が語りたときに語れる場を提供できる。母親は、看護師に受容・共感・肯定され、客観的・専門的視点から児の成長

や母親の変化をフィードバックされることで、〈喜び〉や〈安心感〉が【湧出】され、《元気な母親とは異なる育児》を肯定的にとらえることにつながる。

精神疾患を有する母親同士で語る場は実際には少ないが、《元気な母親とは異なる育児》の体験を互いに共有することで、自分たちの育児を〈受け入れ〉ることにつながる。村方（2017）も、感情の共有やモデリングになることがピア・エンパワメントへつながる（p.83）と、重要性を示唆している。また安梅（2014）は、エンパワメントには、自分エンパワメント（self empowerment）、仲間エンパワメント（peer empowerment）、組織エンパワメント（community empowerment）の3つがあり、これらを組み合わせて活用することが、継続的で効果的なエンパワメントの実現に必須である（p.7）と述べている。看護師と母親との1対1のかかわりだけでなく、仲間や組織を巻き込んでエンパワメントしていくことが、より効果的である。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究においては、外来通院で社会生活を送ることができている精神疾患を有する母親についてのみ説明力をもつという方法論的限定性のもとに分析を行っているが、さらに継続的なサンプリングを行い、データの質を深めて調査を行っていく必要がある。それにより、複数の疾患による違いが生じる可能性もあり、検証することが重要となる。また、育児体験に限定したが、妊娠期から継続した支援の必要性も高く、今後は妊娠期から育児期にかけての継続した体験をエンパワメントの観点からとらえて分析していきたい。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき、快くご参加くださいましたお母さま方、ご協力いただきました医師、看護師をはじめとする関係機関の皆さまに心より深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、上田明美が島根県立大学大学院看護学研究科修士課程に提出した学位論文の一部に加筆・修正したものであり、内容の一部を日本看護研究学会第44回学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

本研究は、精神疾患を有する母親の育児体験をエンパワメントの観点からとらえ、どのように意味づけているのか明らかにすることを目的とした。外来通院中の精神疾患を有する母親9名に半構成的面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの分析方法に基づき分析した。結果、25の概念を生成し、【安定】【解凍】【勇断】【展開】【湧出】【揺らぎ】【固化】【枯渇】【萎縮】という9カテゴリー、[抱り所との関係][母親の感情]という2つの大カテゴリー、1つのコア概念《元気な母親とは異なる育児》を抽出した。概念とカテゴリーが表す現象を[エンパワメントサイクル][パワーレスサイクル]と集約した。精神疾患を有する母親は、《元気な母親とは異なる育児》を起点とし、そのとらえ方によって[エンパワメントサイクル]と[パワーレスサイクル]を行き来しながら、徐々にエンパワメントしていることが明らかになった。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the meaning of child care experience of mothers with mental illness from the viewpoint of empowerment. A semi-structured separate interview was conducted with each of nine mothers with mental illness during an outpatient visit. We analyzed the interview data based on the analysis method of modified grounded theory approach. As a result, we generated twenty-five concepts which were grouped into nine categories: stability, thaw, resolution, deployment, outbreak, fluctuation, rigidness, depletion, and atrophy. Two major categories, "relation with mother's reference point", and "mother's feeling" were extracted. And, as a core concept, "different child rearing compared with a normal, healthy mother" was also extracted. The phenomena represented by concepts and categories are summarized as "empowerment cycle" and "powerless cycle". In conclusion, mothers with mental illness move back and forth between empowerment cycle and powerless cycle depending on the interpretation of "different parenting from a healthy mother". Eventually these nine mothers were gradually empowered.

文 献

- 安梅勅江 (2004). エンパワメントのケア科学：当事者主体チームワーク・ケアの技法. 14-15, 20, 東京：医歯薬出版.
- 安梅勅江 (2014). いのちの輝きに寄り添うエンパワメント科学：だれもが主人公 新しい共生のかたち. 7, 京都：北大路書房.
- 麻原きよみ (2000). エンパワメントと保健活動：エンパワメント概念を用いて保健婦活動を読み解く. 保健婦雑誌, 56(13), 1120-1126.
- David, D.H., Styron, T., and Davidson, L. (2011). Supported Parenting to Meet the Needs and Concerns of Mothers with Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(2), 137-153.
- Glaser, B.G. and Strauss, A.L. (1967/1996). 後藤 隆, 大出春江, 水野節夫 (訳), データ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか. 東京：新曜社.
- 岩田千亜紀 (2015). 高機能自閉症スペクトラム障害 (ASD) 圏の母親の子育てにおける困難とニーズ：当事者に対する質的研究に基づく分析, 社会福祉学, 56(3), 44-57.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生. 東京：弘文堂.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 131-139, 138, 東京：弘文堂.
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2015). 児童養護施設入所児童等調査結果 (平成25年2月1日現在). p.9. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11905000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Kateifukushika/0000071184.pdf> (参照2016年6月20日)
- 工藤紗弓 (2013). 精神疾患を抱えながら子育てをする者およびその子どもの困難：訪問看護スタッフに対するインタビューを通して. 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 13, 43-54.
- Mattejat, F. and Remschmidt, H. (2008). The Children of Mentally Ill Parents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(23), 413-418.
- 南 智子, 宮岡佳子, 内田里華, 広瀬徹也 (2009). 精神疾患を有する母親の育児における喜びと困難. 跡見学園女子大学文学部紀要, 43, 61-75.
- 森川由美子, 八木彩子 (2016). 助産師が感じる精神疾患合併妊産褥婦の看護における困難. 第46回日本看護学会論文集 (精神看護), 161-164.
- 村方多鶴子 (2017). 精神障害をもつ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験. 精神障害とリハビリテーション, 21(1), 78-84.
- 野田悦子, 森山佐智子, 伊達明子, 錦織礼子, 永瀬洋子 (2013). 訪問看護でストレングスに着目した自立への援助. 日本精神科看護学術集会誌, 56(1), 338-339.
- 岡井 崇 (2017). 妊産褥婦の自殺—東京都の集計及び概略分析. 第3回 新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会資料. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000149769.pdf> (参照2017年8月10日)
- 澤田いずみ, 宮島直子, 吉野淳一, 平塚志保, 今野美紀, 高橋由美子, 野村美樹, 丸山知子, 影山セツ子 (2011). 統合失調症を持つ人の妊娠・出産・子育てへの看護支援プログラムの構築に関する研究. 科学研究費補助金研究成果報告書, <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-19390567/19390567seika.pdf> (参照2017年9月20日)
- 澤田いずみ, 宮島直子, 高橋由美子, 今野美紀, 吉野淳一, 平塚志保, 影山セツ子, 丸山知子 (2012). 子どもを希望する統合失調症患者の看護支援に関するケアガイドの作成と評価. 第42回日本看護学会論文集 (精神看護), 133-136.
- 田淵真衣 (2009). 統合失調症を持ちつつ妊娠・出産した母親への支援を通して. 第40回日本看護学会論文集 (地域看護), 104-106.

精神疾患を有する母親の育児体験の意味

巴山玉蓮, 星 且二 (2003). エンパワーメントに関する理論と論
点. 総合都市研究, 81, 5-18.

上野里絵, 上別府圭子 (2010). 精神疾患を有し子育てをしてい
る女性の特徴およびサポートの実態—主治医による配偶者
への病気説明の有無を含めた検討—. こころの健康, 25(2),
35-43.

山城ひかる, 森田弘美, 比嘉恵子, 我喜屋功, 山田明美, 伊波とし
子, 伊波純子, 知花康江 (2014). 統合失調症患者の妊娠, 出
産, 育児への支援: 訪問看護師の役割. 日本精神科看護学術
集会誌, 57(1), 500-501.

山下 浩 (2013). 精神障害を持つ親とその子どもに対する理解.
小児保健研究, 72(6), 769-776.

[2019年3月10日受 付]
[2019年8月20日採用決定]

—原 著—

介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度の開発

Development of a Practical Nursing Skills Self-Assessment Scale for
Nursing Staff Working at Long-Term Care Health Facilities小野 麻由子¹⁾ 夏原 和美²⁾
Mayuko Ono Kazumi Natsuhara

キーワード：介護老人保健施設，看護職，看護実践能力自己評価尺度

Key Words：long-term care health facilities, nurse, development of a practical nursing skills self-assessment scale

緒 言

わが国では高齢化が急速に進行する中、病院における在院日数は今後さらなる短縮が求められている。これまで急性期の治療が終了した高齢患者に対し、退院する際の受け入れ先となっていたのは介護療養型医療施設である。しかし、「退院後は地域社会へ早期復帰を強化する」国の施策で、介護療養型医療施設は2012年4月に廃止予定とされていた。また、2008年には療養病床再編の一環として、医療機能を強化した介護療養型老人保健施設が新設された。一方で、介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換は、経営面や人員配置などの問題もあり、順調に進んでいるとは言いがたい状況にあった。さらには、介護老人保健施設へも転換が進まない現状を踏まえ、介護療養型医療施設は廃止期限を2017年度末まで延期する運びとなった。その後、2018年の介護報酬改定では、介護保険法施行令が一部改正され、医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設として「介護医療院」を創設する運びとなり、介護療養型医療施設は、経過措置期間を6年間延長し、介護医療院に順次転換することとなった（厚生労働省、2018a）。

このように、急性期病院からの退院の受け皿としての介護療養型医療施設のあり方は二転三転したものの、わが国のめざす地域包括ケアシステムが、住み慣れた地域で自分らしい暮らしをめざすものである限り、介護療養型医療施設にも在宅復帰を担う役割があることになる。2018年の介護報酬改定では、平成29年度の制度改正で介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能をさらに推進する観点から、介護報酬体系の見直しが行われた（厚生労働省、2018b）。

介護老人保健施設は、従来、医療機関と在宅の中間施設として位置づけられており、平成29年度の制度改正により、在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点となる施設であるという役割やリハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設という役割が明確化された（厚生労働省、2017）。その中で、介護老人保健施設の請求事業所数、受給者数は共に増加している（厚生労働省、2017）。

介護老人保健施設数と受給者数の増加に伴い（厚生労働省、2017）、介護老人保健施設の看護職の人数も2007年37,995人から2016年には45,102人と増加した（日本看護協会、2017b）。2018年の介護報酬改定では、在宅復帰・在宅療養支援のさらなる推進が明確化されているが、利用者の重度化や認知症の増加により、入所中はより手厚いケアが求められるとともに、在宅復帰までの過程が多様化、複雑化している。また、家庭状況などにより在宅復帰が難しい状況も多く、特別養護老人ホームなどの待機施設として利用されているという報告もある（畑下、2013）。このように介護老人保健施設の入所者のニーズが多様化している中、在宅復帰をめざす介護老人保健施設のケアサービスの中核を担う看護職には、これまで以上に多岐にわたる看護実践能力が求められるようになってきていることが推測される。

2,500施設を対象とした介護施設等における看護職員に求められる役割とその体制のあり方に関する調査研究事業報告書では、介護老人保健施設に従事する看護職の年齢は50歳以上が48.6%、勤続10年以上のものが34.6%、3年未満が28.2%と示されていた（日本看護協会、2017a）。このデータからも介護老人保健施設の看護職は年齢層が高く、職場に定着している看護職がいる一方で入れ代わりも見られる現状にあるといえる。また、北海道の介護老人保健施設

1) 日本赤十字秋田看護大学 Japanese Red Cross Akita College of Nursing

2) 東邦大学看護学部 Toho University Faculty of Nursing

設の看護師を対象とした限られた調査ではあるが、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設に就業している看護師の5割以上が就業直前に平均5年という長期間の休職期間があり（高橋，2009，p.39），様々な背景を持った看護師が混在していることが推測できる。

山田（2015）は、特定の専門分野や臨床現場に焦点を絞り、実践活動による実情を調査し、看護実践能力を抽出することの重要性を指摘しており、介護老人保健施設における看護師の看護実践能力の特性をコア・カテゴリーと5つのカテゴリーで示した。また、日本看護協会（2016b）では、看護師のクリニカルラダーが公表され、高齢者介護施設における実践例も提示されているが、介護老人保健施設で働く看護職独自の看護実践能力の具体的内容は明確になっていない。このような中、前述したように様々な背景を持った看護師が、介護老人保健施設に求められる多岐にわたるニーズに対応していくには、現状を把握し、課題を見つけるための評価基準が有用である。

そこで、本研究では介護老人保健施設に勤務する看護職の看護実践能力自己評価尺度の開発をすることを目的とした。

I. 本研究における用語の定義

本研究における看護実践能力とは、「看護実践能力の核として必要な4つの力「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」（日本看護協会，2016a）」とした。

II. 方法

A. 研究期間

2014年4月～2017年3月

B. 「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度」項目の原案作成

2008年の介護療養型老人保健施設の導入以前から開設している介護老人保健施設10施設を対象とした。施設側の特徴を考慮し、「在宅強化型」4施設、「在宅復帰・療養支援型」3施設、「一般型」3施設をそれぞれ選定した。さらに、対象10施設の内訳は、地域での在宅医療受け入れ態勢などを加味し、高齢化率上位や過疎化が進む都道府県の4施設、高齢化率下位の都道府県の3施設、大都市に位置する3施設とした。対象者は、各介護老人保健施設に従事する看護管理者と看護師のそれぞれ1名、計20名とした。

1. 項目の原案作成方法

高齢化率1位のA県の退院調整看護師（病院から介護老人保健施設へ送る側）、介護老人保健施設看護管理者・看護師、ケアマネージャー（介護老人保健施設から在宅へ帰す側）の専門家各1名の合計4名と研究者2名で、原案作成担当者会議を開催し、尺度の項目を作成した。会議では、厚生労働省（2004）「新人看護職員の臨床実践能力の向上」による「臨床実践能力の構造」や、松谷ほか（2010）の「看護実践能力：概念、構造、および評価」、高瀬・寺岡・宮腰・川田（2011）の「看護実践能力に関する概念分

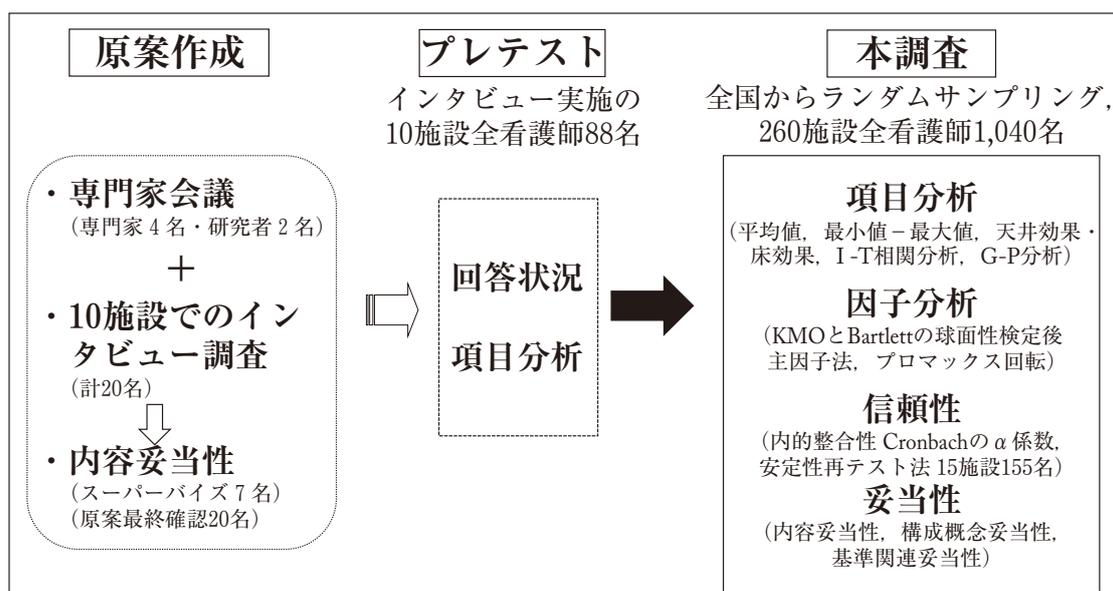


図1 介護老人保健施設に従事する看護師の看護実践能力自己評価尺度開発までのプロセス

析」に加え、介護老人保健施設の看護や高齢者看護に関する先行文献を基盤とした原案をもとに討議し、「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度原案」を作成した。

研究対象者に対して、看護実践能力に関するインタビューを行い、インタビューデータを意味内容ごとにコード化した。その次に、インタビューデータコードと原案作成担当者会議原案のコードを統合した。さらに、質的記述的手法を用いて類似性ごとにカテゴリー化し、再構成した。その後、老年看護学に精通した研究者2名、看護実践能力に精通した研究者1名、尺度の項目開発に精通した研究者2名、実践家2名の合計7名の専門家からスーパーバイズを受け、カテゴリー及び質問内容、評価方法等の内容を修正した。

原案内容の最終確認として、スーパーバイズを経て修正した原案をインタビュー対象者に郵送した。修正原案全項目内容について全ての看護師が回答できるかの検討や質問内容に関する検討も依頼した。

2. プレテスト

インタビューを実施した10施設の全看護師88名を対象とした。

「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度原案」に回答してもらった。回答方法は、1. できない、2. 指導・支援があればできる、3. 1人でできる、4. 自信を持ってできる、5. 他者に指導できる、の5段階のスケールとし、1～5点で得点化した。

プレテストでは、未回答項目や反応分布を確認した。また、項目ごとに回答率、平均値、標準偏差、最小値-最大値による質問項目の修正と項目間相関分析を実施し、「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度原案」として完成させた。

C. 「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度」本調査

1. 対象施設

全国老人保健施設協会ホームページに施設掲載されていた3,594施設の中から260施設をランダムサンプリングした(施設数及び対象人数は、変数数50～60項目に対して5倍とした。さらに、回収率を約4割と想定し決定した)。

2. 対象者

介護老人保健施設に勤務する看護師又は准看護師とし、1施設4名(看護管理者を除く)の計1,040名を対象とした。

3. データ収集方法

作成した「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価質問紙」を用いて、郵送法にて調査を行った。

4. データ分析方法

解析にはSPSS22.0J for Windows, Amos22.0Jを使用した。統計学的有意水準は5%とした。

a. 項目分析

平均値、最小値-最大値、天井・床効果の確認及び、G-P分析、Item-Total相関分析による確認を行った。

b. 信頼性の検証

内的整合性は、Cronbachの α 係数を算出した。安定性では、本調査と同じリストから15施設をランダムサンプリングし、155名を対象として再テスト法を実施した。1か月のインターバルの後、同一の対象者に2回目の調査を行い検証した。

c. 妥当性の検証

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) の標本妥当性の測度と、Bartlettの球面性検定で因子分析妥当性を確認し探索的因子分析を実施した。その結果をもとに、尺度の原案作成と探索的因子分析結果を検討した。さらに、確認的因子分析では、看護実践能力を高次因子として共分散構造分析を実施し因子構造を確認した。適合度指標は、カイ2乗値(CMIN)、自由度、Goodness of Fit Index (GFI)、Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)、Comparative Fit Index (CFI)、Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)、Akaike's Information Criterion (AIC)を基準とした。また、当該看護職が所属する施設の在宅復帰加算状況や看護職本人の経験年数及び研修参加の有無と各尺度得点に有意な関連があると予測し、分析を実施した。

D. 倫理的配慮

日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学研究倫理審査委員会の承認を得た上で本研究を開始した(承認番号26-015)。

研究対象には、1. 個人の人権の擁護、2. 個人情報などの保護、3. 研究の対象となる個人への利益と不利益、ならびに社会への貢献の予測、4. 研究に対する意見や質問は、研究者が対応すること、5. 研究成果の公表、発表について書面にて説明し了解を得た。

Ⅲ. 結 果

以下、カテゴリーは『 』、因子は【 】で示す。

A. 「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度」項目の原案作成

原案作成担当者会議とインタビュー調査結果により、介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力に関するデータを69項目抽出した。69項目は、『1. アセスメントと判断(16項目)』『2. 生活を支えるケア(13項目)』『3. 医療処置に関する技術(12項目)』『4. 家族の理解と援助(9項目)』『5. 専門性の開発(5項目)』『6. 多職種との連携(7項目)』『7. シームレスな支援(7項目)』の7カテゴリーに分類された。その後、専門家からのスーパーバイズ結果を踏まえ、カテゴリーと質問項目の表現方法の修正や統合、質問項目の削除及び新たな項目の追加を行い、質問項目を67項目に改訂した。

さらに、原案の最終確認では、インタビュー対象者で質問紙の返送があったのは10名(有効回収率50.0%)であった。全ての看護師が回答できるかについて、64項目については10名(100%)の対象者全てが回答できており、3項目のみが9名(90%)の対象者からの回答であった。また、項目内容についての意見を踏まえ、質問項目の表現方法の修正、項目の削除及び新たな項目の追加を行い、質問項目を69項目で再構成した。

プレテストでは、返送のあった46名から未回答項目が多かった1名を除き45名(有効回答率51.1%)を分析対象とした。対象者のうち複数名(2名)が答えられなかった1項目に関しては、原案作成担当者会議メンバーとの協議の結果、他の項目と統合し表現内容を修正した。その他に複数名が答えられなかった項目はなかった。また、答えられなかった対象者が1名いた9項目に関しても、再度、原案作成担当者会議メンバーと協議の上、表現の一部を修正した。

項目ごとの回答率は95.7%~100%であり、平均値1.5以下もしくは4.5以上と偏りがある項目や標準偏差0.6未満と識別力が不十分な項目もなかった。最小値-最大値の範囲が1-3もしくは3-5と偏りがある項目が3項目あり、原案作成担当者会議メンバーの看護師と協議の上、2項目は削除し、残りの1項目においては介護老人保健施設の看護職として重要な項目であるため質問項目に残した。項目間相関分析はSpearmanの相関係数が $r \geq .7$ の項目の組み合わせで意味内容が同様と判断された3項目を削除した。さらに、自由記述を参照し、1項目は他の項目と統合し、2項目の表現の一部を修正した。

その結果、質問項目は63項目となり、原案作成担当者会議とインタビュー調査結果から抽出されていた7つのカテゴリーは、『1. 生活を支える援助(22項目)』『2. 医療処置への対応(13項目)』『3. 在宅復帰に向けたシームレ

スな支援(19項目)』『4. 専門性の開発(3項目)』『5. 管理的側面(6項目)』の5カテゴリーに統合した。

B. 「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度」本調査

313名(回答率30.1%)に、再テスト法の1回目の回答者45名を加え、質問項目63項目全てに欠損のなかった321名(本調査282名:有効回答率27.1%,再テスト法1回目39名:有効回答率25.2%)を最終分析対象とした。

再テスト法では、1回目の回答者は70名(回答率45.2%)であった。1回目の質問紙郵送から1か月のインターバルを経て2回目の質問紙を郵送した。2回目の回答者は44名(回答率28.4%)であった。1回目、2回目共に返送のあった40名(有効回収率25.8%)中、欠損のなかった31名を分析対象とした(有効回答率20.0%)。

1. 対象の属性と施設の加算状況

対象の平均年齢と標準偏差は 47.9 ± 9.8 歳であった。職種は看護師が66.0%を占めており、経験年数は6年以上が59.1%であった。また、現在の職場に勤務する前の看護職としての経験が「あり」は96.0%を占めており、経験年数6年以上が70.0%を超えていた。

対象者の施設の在宅復帰加算の状況は、「在宅強化型」が21.2%、「在宅復帰・療養支援型」が36.1%、「一般型」が30.8%、無回答等が11.8%であった。

昨年度の院内研修参加状況では、参加が88.2%、不参加が10.6%であった。また、昨年度の院外研修参加状況では、参加が71.3%、不参加が27.1%であった。

2. 項目分析

平均値1.5以下もしくは4.5以上と偏りがある項目や、最小値-最大値の範囲が1-3もしくは3-5と偏りがある項目はなく、天井効果や床効果を示す値もなかった。I-T相関分析では、一貫性を損なっている項目はなく、G-P分析でも、2群間の得点に有意差があった。

3. 因子構造

63項目で探索的因子分析(主因子法,プロマックス回転)を行った。因子数は初期の固有値1.0以上,スクリープロットの傾斜を基準とし5因子に決定した。質問項目の取捨選択の基準は、共通性が.2以上とした。また、因子負荷量が.4以下及び、所属因子以外の因子負荷量も高値の項目を除いて因子分析を繰り返し、最終的に因子負荷量が.4以下及び、所属因子以外への因子負荷量が.3以上の項目を除外した。その結果、介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度は、第1因子【多様な医療

表1 本調査対象の属性

(n=321)

項目	人数	(%)
年齢10歳区分		
20～29歳	6	1.9%
30～39歳	67	20.9%
40～49歳	106	33.0%
50～59歳	104	32.4%
60歳以上	38	11.8%
職種		
看護師	212	66.0%
准看護師	108	33.6%
無回答	1	0.3%
経験年数		
5年以内	131	40.8%
6年以上10年以内	82	25.5%
11年以上20年以内	91	28.3%
21年以上	17	5.3%
介護老人保健施設に勤務する前の看護職としての経験年数		
5年以内	82	25.5%
6年以上10年以内	71	22.1%
11年以上20年以内	79	24.6%
21年以上30年以内	49	15.3%
31年以上40年以内	24	7.5%
41年以上	4	1.2%
無回答	12	3.7%
施設の在宅復帰加算の状況		
在宅強化型	68	21.2%
在宅復帰・療養支援型	116	36.1%
一般型	99	30.8%
無回答等	38	11.8%
昨年度の院内研修参加状況		
参加	283	88.2%
不参加	34	10.6%
無回答	4	1.2%
昨年度の院外研修参加状況		
参加	229	71.3%
不参加	87	27.1%
無回答	5	1.6%

的ケアへの対応（11項目）】、第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援（12項目）】、第3因子【機能維持・向上への取り組み（6項目）】、第4因子【食への取り組み（3項目）】、第5因子【生活を守る管理的側面（5項目）】の5因子37項目で生成された。

因子別平均得点では、第1因子【多様な医療的ケアへの

対応】が3.83と最も高く、第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】が2.71と最も低かった。

4. 信頼性

尺度全体のCronbachの α 係数は.978であった。第1因子【多様な医療的ケアへの対応】のCronbachの α 係数は

表2 因子分析結果

(n = 321)

因子名 Cronbach α	No.	原案 カテゴリー	項目	因子負荷量					平均点	標準偏差	下位尺度 平均値 (標準偏差)			
				第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子						
第1因子 多様な医療的ケア への対応 Cronbach α = .966	21	2	経口摂取が困難な利用者の胃瘻・腸瘻の管理ができる	1.004	-.020	-.073	-.024	-.077	3.90	0.89	3.83 (0.89)			
	22	2	排尿障害のある利用者の膀胱留置カテーテルの管理ができる	.988	-.031	-.071	-.006	.004	3.97	0.89				
	23	2	排泄障害のある利用者の導尿、浣腸、排便ができる	.969	-.057	-.054	-.040	.072	4.08	0.84				
	20	2	経口摂取が困難な利用者の経鼻経管栄養の管理ができる	.951	-.032	.025	-.039	-.118	3.79	0.99				
	18	2	自力で喀痰喀出困難な利用者の吸引ができる	.905	-.107	-.025	-.057	.116	4.07	0.82				
	25	2	褥瘡のある利用者の褥瘡の処置ができる	.875	-.045	-.008	.017	.012	3.87	0.84				
	24	2	人工肛門を造設している利用者が人工肛門を管理するための援助ができる	.818	.058	-.071	.053	.018	3.75	0.93				
	19	2	薬物療法が必要な利用者の与薬（内服・輸液）の管理ができる	.740	-.009	.000	.000	.177	3.90	0.88				
	17	2	呼吸障害のある利用者に酸素療法の管理ができる	.674	.015	-.068	.141	.077	3.57	0.96				
	26	2	医師の指示のもと急変時の医療処置ができる	.642	.065	.116	-.016	.122	3.59	0.94				
30	2	医師への報告の判断ができる	.507	.105	.062	.050	.223	3.69	0.84					
第2因子 家族へのアプローチを 基盤とした多様な 在宅復帰支援 Cronbach α = .968	49	3	利用者と家族の在宅復帰に関する質問や要請、問題に適切に対応できる	-.114	.925	-.200	.102	.131	2.50	0.93	2.71 (0.96)			
	47	3	在宅で利用できる介護保険サービスの情報を提供できる	-.146	.913	-.152	-.066	.232	2.44	1.01				
	50	3	在宅復帰が難しい場合には次の段階を選択できるような支援ができる	-.162	.881	-.104	.077	.118	2.48	0.94				
	48	3	介護保険・医療保険以外の社会資源を紹介できる	-.194	.873	-.102	-.097	.282	2.21	0.99				
	36	3	家族に対して在宅復帰に向けた動機付けができる	.124	.858	.119	-.048	-.134	2.79	0.97				
	38	3	退所に向けた家族の不安を取りのぞくことができる	.087	.789	.117	-.006	-.088	2.88	0.96				
	35	3	家族と退所時の目標のすり合わせができる	.156	.775	.196	-.051	-.165	2.91	0.95				
	40	3	利用者や家族に退所指導ができる	.129	.771	-.061	.108	.000	2.97	0.95				
	39	3	在宅復帰に向けて家族の介護力を向上させることができる	.059	.743	.206	.087	-.187	2.73	0.95				
	53	3	退所先の場の視点を持った関わりができる	.013	.737	.004	-.053	.227	2.78	1.00				
32	1	在宅復帰のタイミング時期を見極めることができる	.108	.701	.162	-.015	-.029	2.78	0.96					
31	1	家族の介護力をアセスメントできる	.154	.521	.238	.083	-.066	3.08	0.92					
第3因子 機能維持・向上への 取り組み Cronbach α = .909	8	1	車いす使用の利用者の状況に応じて自走ができるよう援助ができる	-.008	-.042	.844	-.019	-.008	3.24	0.90	3.26 (0.89)			
	7	1	レクリエーションを通して利用者の活動範囲を広げることができる	-.124	.116	.831	-.065	-.048	2.99	0.90				
	12	1	機能訓練の結果を日常生活動作の向上につなげることができる	-.074	.074	.783	.014	.019	3.06	0.87				
	11	1	利用者のできる能力を大事にした関わりができる	-.045	-.139	.775	.127	.191	3.41	0.86				
	14	1	認知症利用者の状況に応じて行動を制限せずに見守ることができる	.086	.074	.629	-.114	.167	3.31	0.89				
	6	1	利用者の状況に応じて離床時間が調整できる	.135	-.132	.535	.125	.217	3.52	0.91				
第4因子 食への取り組み Cronbach α = .929	4	1	食事制限のある利用者の状況に応じた食事援助ができる	.040	.079	-.018	.870	-.028	3.31	0.89	3.36 (0.89)			
	3	1	食欲不振のある利用者の状況に応じた食事援助ができる	-.028	.045	.039	.866	.020	3.29	0.88				
	2	1	嚥下困難のある利用者が誤嚥しないよう食事介助ができる	.124	-.030	.059	.797	-.059	3.48	0.89				
第5因子 生活を守る管理的側面 Cronbach α = .919	57	5	感染経路別の対策ができる	.272	.178	.031	-.057	.580	3.32	1.01	3.37 (0.98)			
	56	5	スタンダードプリコーション（標準予防策）が実施できる	.251	.200	.038	-.078	.552	3.30	1.12				
	45	3	他職種との連携がはかれる	.085	.192	.139	-.022	.508	3.43	0.92				
	58	5	転倒転落のアセスメントを行い必要に応じた対策ができる	.154	.155	.114	.148	.424	3.30	0.91				
	54	5	時間効率性を考えて業務の優先順位を決定し行動できる	.223	-.011	.201	.123	.415	3.50	0.93				
項目全体の Cronbach α = .978				因子間相関										
				因子2	.547									
				因子3	.680	.693								
				因子4	.673	.617	.736							
				因子5	.606	.546	.594	.624						

因子抽出法：主因子法

回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

.966, 第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】のCronbachの α 係数は.968, 第3因子【機能維持・向上への取り組み】のCronbachの α 係数は.909, 第4因子【食への取り組み】のCronbachの α 係数は.929, 第5因子【生活を守る管理的側面】のCronbachの α 係数は.919であった。また, 再テスト法では, 1回目の合計点と2回目の合計点との相関は $r=.809$ であった。

5. 妥当性

KMOの標本妥当性の測度は.976, Bartlettの球面性検定は, $\chi^2(df=1953)=23264.942, P=.000$ であった。

原案は最終的に, 『1. 生活を支える援助 (22項目)』『2. 医療処置への対応 (13項目)』『3. 在宅復帰に向けたシームレスな支援 (19項目)』『4. 専門性の開発 (3項目)』『5. 管理的側面 (6項目)』の5つのカテゴリーが抽出されていた。しかし, 探索的因子分析で抽出された因子は, 『1. 生活を支える援助』が, 第3因子【機能維持・向上への取り組み (6項目)】, 第4因子【食への取り組み (3項目)】と細分化された。『2. 医療処置への対応』は多様な医療的ケアを必要とする入所者の背景があることから, 第1因子【多様な医療的ケアへの対応 (11項目)】とカテゴリー名を修正した。また, 『3. 在宅復帰に向けたシームレスな支援』は家族に対する支援が基盤となるため, 第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援 (12項目)】とカテゴリー名を修正した。自己

研鑽や研究活動への取り組みで構成されていた『4. 専門性の開発』は因子として抽出されなかった。さらに, 『5. 管理的側面』は利用者の安全面に関する項目が含まれるため, 第5因子【生活を守る管理的側面 (5項目)】とカテゴリー名を修正した。

以上のように, 介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度項目は集約された。

さらに, 因子構造を確認するために, 確認的因子分析を実施した。探索的因子分析の結果である5つの潜在変数それぞれに影響する高次の因子【看護実践能力】を潜在変数として設定し共分散構造分析を行った。2組の誤差変数間に共分散, 他の因子から観測変数に因果関係があると仮定した6組を加えたモデルの適合度は, カイ2乗値 (CMIN): 1602.932, 自由度: 616 ($p<.01$), GFI: .781, AGFI: .750, CFI: .924, RMSEA: .071, AIC: 1776.932を示していた。

当該看護職が所属する施設の在宅復帰加算状況によって全尺度合計得点及び第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】において有意な差が見られた ($p=.037, p=.017$)。在宅強化型, 在宅復帰・療養支援型, 一般型を比較したところ, 在宅強化型の得点 (中央値) が他の2つの方と比べて有意に高かった。また, 看護職本人の年齢及び経験年数と全尺度合計得点及び各因子には有意な関連はなかったが, 介護老人保健施設に勤務する前の看護職としての経験年数と第2因子【家族へのアプローチを

尺度項目原案 5因子63項目

最終尺度項目 5因子37項目

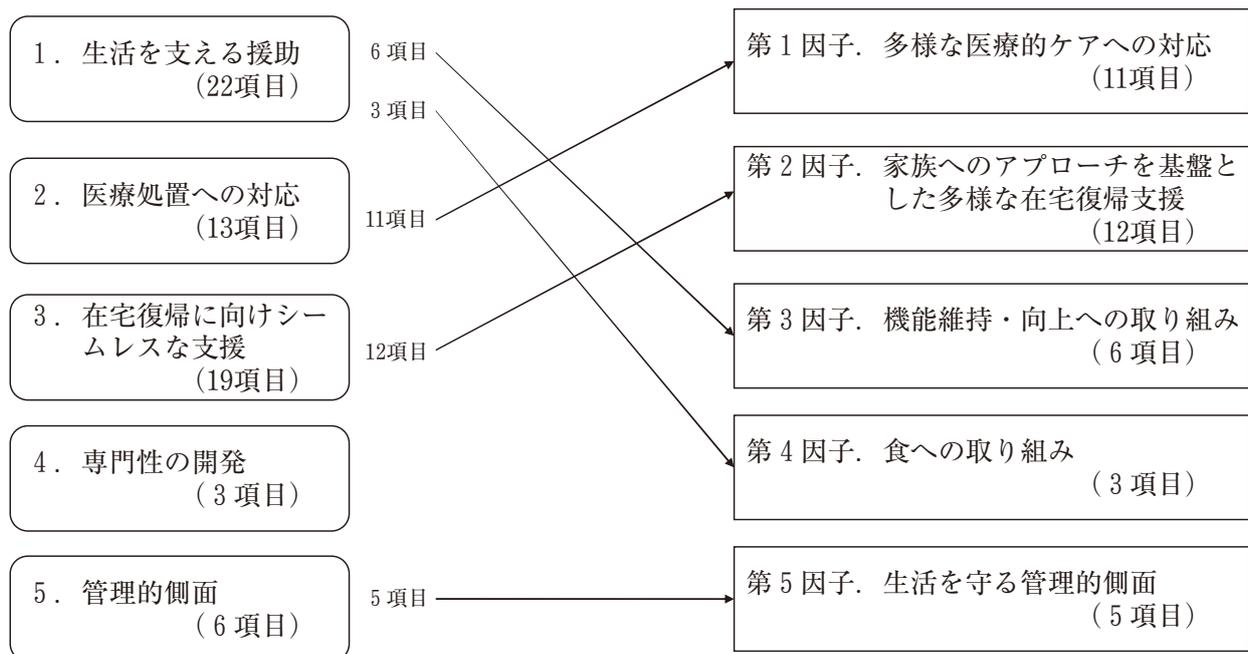


図2 介護老人保健施設に従事する看護師の看護実践能力自己評価尺度項目の集約

介護老人保健施設に就くする看護職の看護実践能力自己評価尺度の開発

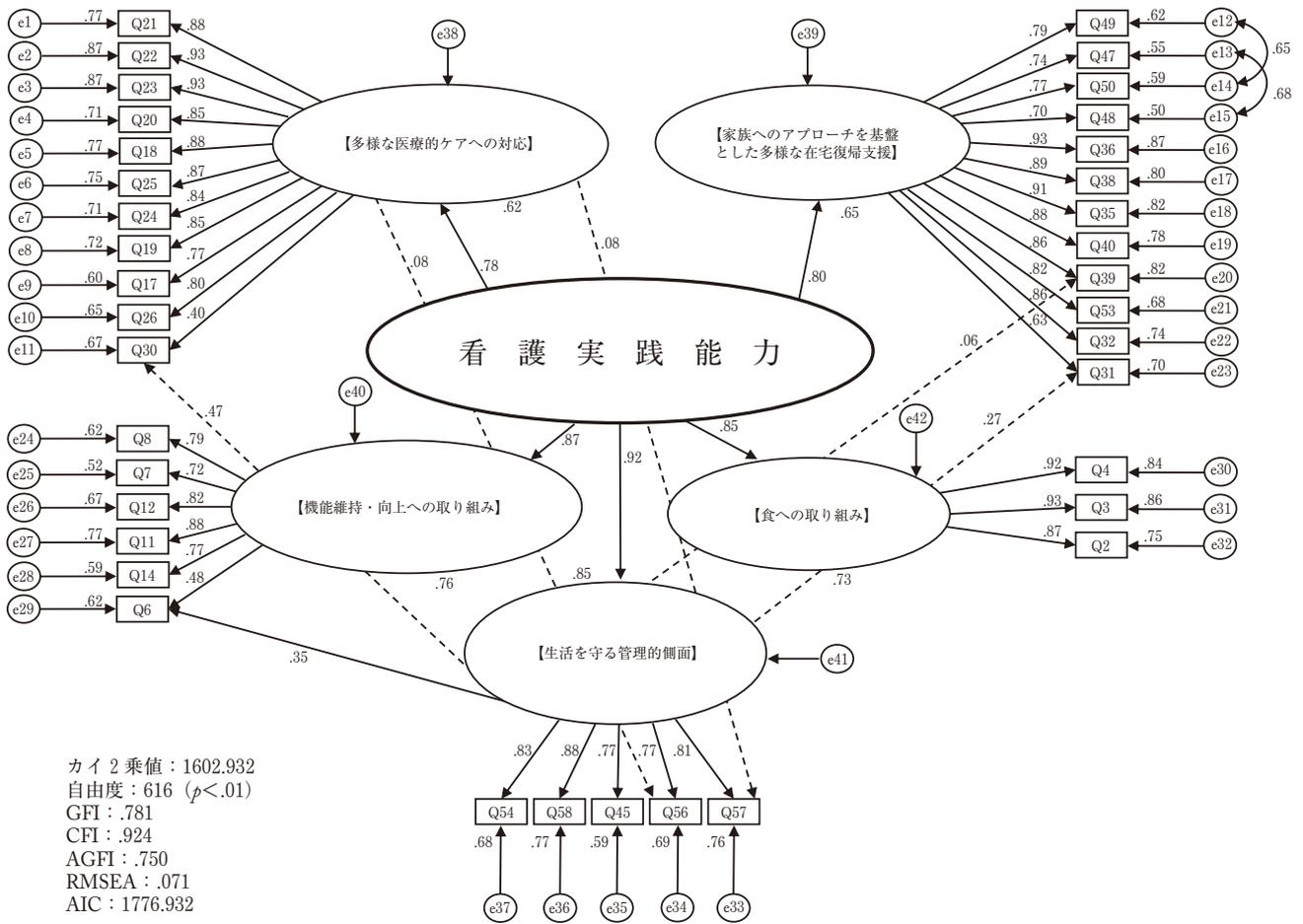


図3 確認的因子分析

表3 在宅復帰加算状況と尺度との関連性

(n = 321)

		度数	中央値	平均値	標準偏差	p値
第1因子から第5因子全体	在宅強化型	68	217.50	220.22	46.022	.037*
	在宅復帰・療養支援型	116	198.00			
	一般型	99	200.00			
第2因子 家族へのアプローチを 基盤とした多様な在宅復帰支援	在宅強化型	68	34.00	36.40	10.339	.017*
	在宅復帰・療養支援型	116	31.00			
	一般型	99	31.00			

* : Kruskal-Wallis検定

** : Bonferroni多重比較検定 $P < .05$

表4 介護老人保健施設に勤務する前の看護職としての経験年数と尺度との関連性

(n = 321)

		度数	中央値	平均値	標準偏差	p値
第2因子 家族へのアプローチを 基盤とした多様な在宅復帰支援	5年以内	82	29.0	30.0	8.7	.011*
	6年以上10年以内	71	31.0			
	11年以上20年以内	79	30.0			
	21年以上30年以内	49	35.0			
	31年以上40年以内	24	33.0			
	41年以上	4	42.0			

* : Kruskal-Wallis検定

** : Bonferroni多重比較検定 = .012

表5 院内研修参加の有無と尺度との関連性

(n = 321)

		度数	中央値	平均値	標準偏差	p値
全因子	参加	283	206.0	208.25	44.1	.001*
	不参加	34	178.0	180.38	37.9	
第1因子	参加	283	43.0	42.62	8.4	.014*
	不参加	34	38.0	38.79	9.0	
第2因子	参加	283	32.0	33.23	10.1	.000*
	不参加	34	25.5	27.09	6.6	
第3因子	参加	283	19.0	19.73	4.4	.014*
	不参加	34	17.5	17.88	4.4	
第4因子	参加	283	10.0	10.19	2.5	.024*
	不参加	34	9.0	9.26	2.6	
第5因子	参加	283	17.0	17.17	4.3	.000*
	不参加	34	15.0	14.38	3.7	

*: Mann-Whitney U検定 $p < .05$

表6 院外研修参加の有無と尺度との関連性

(n = 321)

		度数	中央値	平均値	標準偏差	p値
全因子	参加	229	210.0	212.45	43.8	.000*
	不参加	87	181.0	186.83	40.1	
第1因子	参加	229	44.0	43.10	8.2	.004*
	不参加	87	39.0	39.94	9.0	
第2因子	参加	229	32.0	34.05	10.1	.000*
	不参加	87	26.0	28.77	8.5	
第3因子	参加	229	20.0	19.96	4.4	.005*
	不参加	87	18.0	18.47	4.3	
第4因子	参加	229	10.0	10.38	2.5	.001*
	不参加	87	9.0	9.37	2.4	
第5因子	参加	229	17.0	17.62	4.3	.000*
	不参加	87	15.0	14.97	3.7	

*: Mann-Whitney U検定 $p < .05$

基盤とした多様な在宅復帰支援】において有意な関連が見られた ($p = .011$)。多重比較検定を行ったところ、21年以上30年以内の得点（中央値）が5年以内に比べて有意に高かった ($p = .012$)。さらに、院内・院外研修参加状況で尺度合計得点及び全ての各因子に有意な差が見られ、いずれも参加している方の得点（中央値）が高かった。

IV. 考 察

A. 対象の属性と施設の加算状況

本研究の対象の年齢は50歳以上が44.2%、経験年数は11年以上が33.6%であり、2,500施設を対象とした介護施設等における看護職員に求められる役割とその体制のあり方に関する調査研究事業報告書（日本看護協会, 2017a）の結果（介護老人保健施設の看護職では50歳以上が48.6%、勤

続10年以上が34.6%）とほぼ同様であった。さらに、本研究の対象のうち、院内研修への参加は88.2%、院外研修への参加は71.3%であり、同調査研究事業報告書（日本看護協会, 2017a）の結果（介護老人保健施設施設内における教育・研修の実施率が73.9%、施設外での教育・研修に参加させている率は79.3%）とほぼ類似した結果であり、対象者は現状を反映しており、対象者の選定は妥当であったと考える。

また、対象者の施設は、「在宅強化型」が21.2%、「在宅復帰・療養支援型」が36.1%、「一般型」が30.8%であったため、平成30年度介護報酬改定前における介護老人保健施設の在宅復帰加算全体を網羅していると思われる。

B. 項目分析

平均値に偏りのある項目や、最小値 - 最大値の範囲に偏りがある項目はなく、天井効果や床効果を示す値もなかつ

た。I-T相関分析では、一貫性を損なっている項目はなく、G-P分析でも、2群間の得点に有意差があったため削除項目はないと判断した。

C. 因子得点の検討

因子別平均値では、第1因子【多様な医療的ケアへの対応】が3.83と最も高く、第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】が2.71と最も低かった。

下位尺度平均値で第1因子が最も高かった背景には、本研究対象者の特徴として「現在の職場に勤務する前の看護職としての経験はある」と回答した人が95%を超え、「経験年数」6年以上も70%を超えており、医療的ケアに関して経験の豊富な人が多かったことが、高得点であった理由として考えられる。

第1因子【多様な医療的ケアへの対応】には、医療的ケアの増加に加え、急変時の医療処置や医師への報告の判断が含まれており、介護老人保健施設の看護師は、多様な医療的ケアへの対応が求められているといえる。過去に受け入れた医療処置の実績の調査では、介護老人保健施設895施設の80%以上で実施していたのが、摘便・浣腸、失語、ペースメーカー装着者、片麻痺・失語以外の高次機能障害、導尿カテーテル、胃ろう、ストーマ（人工肛門・人工膀胱）、褥創であった（全国老人保健施設協会，2017）。このように、利用者の高齢化や疾病構造の変化、病院の在院日数の短縮化により、生活の場である介護老人保健施設にも多様な医療的ケアを必要とする入所者が増加している。本尺度の第1因子【多様な医療的ケアへの対応】は医療的ケアを中心として構成されているが、介護老人保健施設の看護職に多様な医療的ケアへの対応が求められている現状を反映したものと思われる。第1因子【多様な医療的ケアへの対応】には、これまで以上に医療的ケアが増加したことに加え、②⑥医師の指示のもと急変時の医療処置ができる、③⑩医師への報告の判断ができる、という項目が含まれていた。これは、多様な医療的ケアに伴った急変時の対応も日常の業務として含まれていることを表していると思われる。介護老人保健施設に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクトの研究では、利用者の急変等の緊急時、自分の判断が利用者の生命に関わるかもしれないという責任の重さが抽出されていた（川田・山脇，2014）。本研究結果でも、②⑥医師の指示のもと急変時の医療処置ができる、③⑩医師への報告の判断ができる、の2項目は2因子内でも平均点が低く、施設基準としては、医師1名が常勤であるものの、夜間、休日の医師不在時の判断や対応についての看護師の負担は大きくなっていることが推測される。今後は、急変時の対応に関する知識や技術の向上のため、研修の企画又は参加が必須であり、夜間を含む看護職の人

員配置基準の検討も課題である。

下位尺度平均値で第2因子が最も低かった背景には、本研究の対象は平均年齢47.9歳で、平成8年度以前に看護基礎教育を受けた40歳以上が約77%を占めていたことがあると思われる。この世代は福祉施設領域や老年看護学を含めた教育を受けていないため、自己評価平均点が低いことが推測できる。本研究と同世代（平均年齢47.1歳）の対象者に対する看護師の役割と認識に関する先行研究でも「在宅復帰支援への取り組み」の因子の得点が最も低い結果であった（丸山・櫛・横尾，2015，p.27）。今後は施設内外を問わず、在宅復帰支援に関する看護実践能力の獲得のための教育が必須になると考える。

第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】では、在宅復帰支援の中でも在宅復帰に向けて受け入れ側の家族へのアプローチを中心に構成されていたことから、在宅復帰支援において家族側の調整が重要課題であることがうかがえる。特に、③⑥家族に対して在宅復帰に向けた動機付けができる、⑤⑨家族と退所時の目標のすり合わせができる、③⑧退所に向けた家族の不安を取りのぞくことができる、は本人が退所先として自宅を希望した場合に、家族も共に自宅への退所を希望できるような家族支援につながる項目という点で特徴があった。介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究（厚生労働省，2014a）によると、退所困難者本人の約20%～30%が退所先の希望を「自宅」と回答しているのに対し、家族が「自宅」を希望しているのは4～9%であった。退所後、自宅の生活が可能となるよう家族への関わり方が重要になることが示唆された。

本人が在宅復帰を希望しているが、家族が病院や施設への入所を希望している理由としては「介護必要度が高い」の割合が最も高かった（厚生労働省，2014a）。これに対しては、③⑩家族の介護力をアセスメントできる、③⑨在宅復帰に向けて家族の介護力を向上させることができる、といった項目により、高い介護必要度に応じていく力を家族につけてもらうとともに、④⑦在宅で利用できる介護保険サービスの情報を提供できる、④⑧介護保険・医療保険以外の社会資源を紹介できる、のような介護保険制度や介護報酬、その他の社会資源などの最新の知識や情報を持ち、それを提供、紹介することが在宅復帰支援の重要なスキルであることも明らかとなった。

また、第2因子では、⑤⑩在宅復帰が難しい場合には次の段階を選択できる、ような支援ができるという項目がある。川越・三浦（2008，p.5-6）は「我が国の高齢者住宅とケア政策」の中で、在宅の範囲を、自宅（狭義の在宅）だけでなく、居住系施設（ケアハウス、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅）等も含めた多様な住まい（広義の在

宅)が想定されると述べている。また、要介護度に関わらず入居できるサービス付き高齢者向け住宅の登録状況は、増加の一途をたどっている。実際に、平成27年度介護報酬改定に向けての資料では、退所者の退所先の23.3%が他の施設だった(厚生労働省, 2014b)。今回抽出された、①家族の介護力をアセスメントできる、③家族と退所時の目標のすり合わせができる、③退所に向けた家族の不安を取りのぞくことができる、といった項目によって自宅への退所が難しいと判断された場合には、次の段階を適切に選択できるような支援も新たな在宅復帰のあり方として存在することが明らかとなった。

D. 信頼性の検討

尺度項目全体のCronbachの α 係数は.978であり、「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度の開発」は、内的整合性による信頼性が認められた。また、再テスト法では、1回目と2回目の合計点に相関($r=.809$)があり、安定性による信頼性が認められた。

E. 妥当性の検討

1. 内容妥当性

先行研究を踏まえた原案作成担当者会議と実践家によるインタビュー調査結果から、介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力に関するデータを抽出し、専門家からのスーパーバイズ結果を踏まえ質問項目を改訂した。

また、原案の最終確認の質問項目に回答できるかについては、64項目については100%の対象者が回答できており、3項目のみが90%の対象者からの回答であり、全ての項目の内容妥当性を確保した。

2. 構成概念妥当性

KMOは.976, Bartlettの球面性検定は、 $\chi^2(df=1953)=23264.942$, $P=.000$ であり標本妥当性が確保されたと判断した。

カテゴリー『1. 生活を支える援助』が、第3因子【機能維持・向上への取り組み】、第4因子【食への取り組み】と細分化された理由について以下に述べる。A県36施設の管理栄養士・栄養士を対象とした摂食・嚥下機能低下者への食形態に関する研究結果では、摂食・嚥下食の提供割合が50%以上の施設で65.7%を占めていると報告されており(水津・大田・田中, 2017)、介護老人保健施設の入所者は食に何らかの問題を抱えていることが多いと考えられる。さらに、同研究結果によると、食事の形態の提案に関与している職種は、管理栄養士、介護員、医師よりも看護師が多かった(水津ほか, 2017)。生活の場である介護老人保健施設において第4因子【食への取り組み】は、看護師に

とって重要な役割であることがわかる。また、介護老人保健施設は、家庭への復帰をめざすために、リハビリテーションによる機能訓練を実施することが特徴の施設である。理学療法士や作業療法士による機能訓練の回復を、在宅へ生活者として戻すためにどう活かすかをアセスメントし実践する看護実践能力が第3因子【機能維持・向上への取り組み】として抽出されたと考えられる。

以上のことから、因子として第3因子【機能維持・向上への取り組み】、第4因子【食への取り組み】が抽出されたことは妥当と判断できる。

本研究では、原案で自己研鑽や研究活動への取り組みで構成されていたカテゴリー『4. 専門性の開発』が因子として抽出されなかった。本来であれば、自らの専門性を高めるために自己研鑽の意識を持ち、介護老人保健施設に関連した制度についての情報を更新することで専門性の開発は可能である。しかし、高山・丸田・遠山(2005)の「老人保健施設のケア提供者の職業的満足度の調査」によると、介護老人保健施設の看護師の職務満足度は低く、求められる仕事量の多さなどが負担になっていると報告されている。このことから、介護老人保健施設に従事する看護職には、入居者の健康管理、生活支援、医療的ケア、退院支援、看取り等、業務が煩雑化する中で、自己研鑽や研究活動への取り組みに関しては十分に実践できていない可能性も考えられ、因子そのものとして抽出には至らなかったと推測する。

探索的因子分析の結果である5つの潜在変数それぞれに影響する高次の因子【看護実践能力】を潜在因子と設定し、2次因子構造モデルとして共分散構造分析を行った結果、適合度としては高くはないものの、設定した【看護実践能力】は探索的因子分析結果の5因子を説明できた。

以上、探索的因子分析と確認的因子分析から、構成概念の妥当性を考える上で、5つの因子間相関は.546~.736と高値ではあるものの、介護老人保健施設の看護職の看護実践能力を自己評価するために必要な5つの異なる能力が抽出できたと判断した。

これら5つの能力は、山田(2015)が明らかにした介護老人保健施設の看護職の看護実践能力の特徴とも整合性が見られた。山田(2015)が示した「1. 総合的な看護の知・技能を活用する力」を細分化、具体化したものが本研究で抽出された第1因子【多様な医療的ケアへの対応】、第3因子【機能維持・向上への取り組み】、第4因子【食への取り組み】、第5因子【生活を守る管理的側面】であり、「2. 高齢者を把握していくための力」「3. 直感的に看取する力」は、本研究の第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】や第3因子【機能維持・向上への取り組み】に含まれる実践力を示していると

考えることができる。このように山田（2015）の明らかにした、介護老人保健施設の看護職の看護実践能力を細分化し、具体化した表現として本研究の尺度項目は構成されており、構成概念は妥当であったと考える。

3. 基準関連妥当性

在宅復帰加算状況と全尺度合計得点及び第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】の関係を見ると、在宅強化型の得点が在宅復帰・療養支援型、一般型に比べて有意に高かった。在宅強化型の算定要件をクリアするためには、第2因子に含まれている在宅復帰支援が必須のスキルであり、在宅復帰率の向上に向けた関わりが必要不可欠である。日々の在宅強化型の看護師が実施しているケアの内容が点数の高さに反映されたと考えられる。

介護老人保健施設に勤務する前の看護職としての経験年数と第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】において、21年以上30年以内の得点が5年以内に比べて有意に高かった。中村（2016）は、在宅復帰に関する要因には家族介護者も含めた心理的要素や教育的要素が含まれていると述べている。本研究の第2因子にも受け入れる側の家族へのアプローチが含まれており、家族を含めた多様な在宅復帰支援を実施するには、各家族の状況に応じた個別的で応用的な関わりが必須であることがうかがえる。在宅ケアチームでの連携と協働は施設での経験や看護活動を長年積んでいく中で、高齢者ケアの神髄や他職種の業務内容の理解が進み、徐々に培われる力である（丸山ほか、2015）ことから、介護老人保健施設に勤務する前の看護職としての一定の経験の影響が大きいと、5年以内の看護職の得点が低かったと考えられる。

さらに、院内・院外研修参加状況と全尺度合計得点及び全ての各因子で、研修に参加している人の得点が高かった。B県の小規模施設（200床以下の病院、診療所、介護保険サービス事業所等）を対象とした研修に関する調査では、研修受講後、看護業務の新たな取り組みをしたと回答したのは21.5%であり、勤務場所別の内訳を見ると介護老人保健施設が30.0%と最も高かったという報告がある（伊豆・三宅・篠原・相馬・小山、2008）。このように、研修の受講は、現状にとどまらず看護実践能力を高めていく意識と結びついていると考えられ、その結果を反映して全尺度合計得点及び全ての各因子で研修未受講者よりも点数が高くなっていたと考えられる。

以上のことから、在宅復帰加算状況や経験年数及び研修参加の有無と各尺度合計得点に有意な関連があり、予測通りの分析結果が得られたため、基準関連妥当性は確認できた。

4. 本研究の限界と意義

本研究では3つの限界がある。まず1つ目は、プレテストでの分析対象看護職数が45名と、探索的因子分析を行うに足る数に達しなかったため、この段階での因子分析を行えなかったことがある。しかし、対象者は、「在宅強化型」が25名、「在宅復帰・療養支援型」が14名、「一般型」が6名と平成30年度介護報酬改定前における介護老人保健施設の在宅復帰加算状況は全体に分散していた。2つ目の限界は、看護師と准看護師共通の尺度だということである。介護老人保健施設の准看護師はおおむね半数前後に相当する（日本看護協会、2017a）ことから、今回の調査では准看護師も対象に含め、看護職全体として取り扱った。今後、本尺度を使用していく中で、看護師、准看護師それぞれの看護実践能力の課題を明確にしていきたい。3つ目の限界としては、医療介護のあり方が急激に変動している中での尺度であることがあげられる。厚生労働省（2018c）の「平成29年 介護サービス施設・事業所調査の概況」をみても、介護老人保健施設の平均要介護度は2013年の3.30から2017年は3.21と年々低くなってきていることから、今後、本尺度を使用していく中で平均介護度も基礎データとして把握することによって、介護度の分布に応じた各施設の看護実践能力の特徴が明らかになると考える。また、今後の介護サービスの状況の変化によっては、尺度の改編が必要になってくることも予測される。

以上の限界はあるものの、本研究で開発した尺度項目の活用により、各施設における看護実践能力の強みと弱みが明確となり、具体的な教育体制や人材育成に反映ができる。また、地域や施設のケアサービスの差も把握できるようになり、介護老人保健施設に求められている在宅復帰支援機能が強化されることが推測される。

V. 結 論

「介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度」は、第1因子【多様な医療的ケアへの対応】、第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】、第3因子【機能維持・向上への取り組み】、第4因子【食への取り組み】、第5因子【生活を守る管理的側面】の5因子37項目で構成され、一定の信頼性と妥当性があることが確認された。

謝 辞

本研究にご協力くださいました皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本論文の内容の一部は、第20回日本看護管理学会学術集会、第37回日本看護科学学会学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、2014年4月から2017年3月の間、JSPS科研費JP26463464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：介護老人保健施設で働く看護職に必要とされる看護実践能力を測定するための、看護実践能力自己評価尺度を開発する。

方法：原案作成担当者会議とインタビュー調査結果から原案を作成し、専門家や実践家の協力を得て内容の妥当性を検証した。その後、プレテストを経て本調査を実施し、因子分析、信頼性・妥当性の検証をした。回答方法は、5段階スケールを用いた。

結果：321名を分析対象とした。尺度は、第1因子【多様な医療的ケアへの対応】、第2因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】、第3因子【機能維持・向上への取り組み】、第4因子【食への取り組み】、第5因子【生活を守る管理的側面】、37項目で構成された。Cronbachの α 係数、再テスト法の相関により信頼性が確認され、確認的因子分析等により妥当性が確認された。

結論：本尺度は、5因子37項目で構成され、信頼性と妥当性があることが確認された。

Abstract

Purpose: To develop a self-assessment scale for measuring the practical nursing skills regarded as necessary for nursing staff working at long-term care health facilities.

Method: A draft self-assessment scale was prepared based on the results of interviews and a meeting of those responsible for preparing the draft, and the validity of the contents of the self-assessment scale were verified with input from experts and practitioners. Subsequently, a preliminary survey was conducted followed by a main survey to analyze factors and verify the reliability and validity. Responses were recorded on a 5-point scale.

Results: In total, 321 subjects were selected for analysis. The scale was composed of 37 items and 5 factors, namely Factor 1 (Response to multiple medical care), Factor 2 (Availability of a variety of home-based support after discharge based on an approach to family), Factor 3 (Efforts to maintain and improve function), Factor 4 (Dietary initiatives), and Factor 5 (Administrative aspects that safeguard lifestyles). Reliability was confirmed by Cronbach's alpha coefficient, and test-retest correlation, while validity was confirmed by methods such as confirmatory factor analysis.

Conclusion: The scale was composed of 5 factors and 37 items, and was confirmed to be reliable and valid.

文 献

畑下嘉之 (2013). 地域包括ケアシステムの構築と在宅復帰. 老健, 12月号, 50-51.

伊豆麻子, 三宅久枝, 篠原裕子, 相馬幸恵, 小山歌子 (2008). 小規模施設に勤務する看護者への効果的研修に関する研究 (第1報). 新潟青陵大学紀要, 8, 51-65.

川越雅弘, 三浦 研 (2008). 我が国の高齢者住宅とケア政策. 海外社会保障研究, 164, 4-16.

川田京子, 山脇京子 (2014). 介護老人保健施設に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクト. 高知大学看護学会誌, 8(1), 3-14.

公益社団法人 日本看護協会 (2016a). 「看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版)」活用のための手引き1. 開発の経緯, https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/ladder/pdf/guidance_int.pdf (参照 2020年1月28日)

公益社団法人 日本看護協会 (2016b). 「看護師のクリニカルラダー

(日本看護協会版)」2. 導入・活用編. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/guidance02.pdf> (参照 2020年1月28日)

公益社団法人 日本看護協会 (2017a). 介護施設等における看護職員に求められる役割とその体制のあり方に関する調査研究事業報告書. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2017/kaigoshisetsu_kangoshoku.pdf (参照 2020年1月28日)

公益社団法人 日本看護協会 (2017b). 「看護統計資料 就業状況」. 日本看護協会出版会. <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei01.pdf> (参照 2019年6月25日)

公益社団法人 全国老人保健施設協会 (2017). 介護老人保健施設における医療提供実態等に関する調査研究事業報告書. http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H28_iryoteikyo_report.pdf (参照 2020年1月27日)

厚生労働省 (2004). 「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/>

- s0310-6.html (参照 2019年10月13日)
- 厚生労働省 (2014a). 介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業 (速報版). 介護給付費分科会—介護報酬改定検証・研究委員会. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000061551.pdf (参照 2017年11月22日)
- 厚生労働省 (2014b). 平成27年度介護報酬改定に向けて (介護老人保健施設, 介護療養型医療施設について). 社会保障審議会, 介護給付費分科会. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000053838.pdf (参照 2017年11月24日)
- 厚生労働省 (2017). 介護老人保健施設 (参考資料). 社会保障審議会 (介護給付費分科会). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000174012.pdf (参照 2018年10月18日)
- 厚生労働省 (2018a). 介護療養病床・介護医療院のこれまでの経緯. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000337651.pdf> (参照 2020年1月27日)
- 厚生労働省 (2018b). 平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について. 社会保障審議会 (介護給付費分科会). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000192302.pdf (参照 2018年10月18日)
- 厚生労働省 (2018c). 平成29年 介護サービス施設・事業所調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/gaikyo.pdf> (参照 2019年6月17日)
- 丸山泰子, 櫛直美, 横尾美智代 (2015). 介護老人保健施設の看護師の役割・認識とやりがい感との関連. 日本看護研究学会雑誌, 38(5), 23-32.
- 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隅香, 奥裕美, 堀成美, 井部俊子, 高屋尚子, 西野理英, 寺田麻子, 飯田正子, 佐藤エキ子 (2010). 看護実践能力: 概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌, 14(2), August, 18-28.
- 中村豪志 (2016). 介護老人保健施設から在宅復帰するための要因. 理学療法科学, 31(5), 765-769.
- 水津久美子, 大田百合恵, 田中志保美 (2017). 介護老人保健施設の摂食・嚥下機能低下者への食形態に関する取り組みの実態. 山口県立大学学術情報, 第10号 (看護栄養学部紀要 通巻第10号), 47-59.
- 高橋優子 (2009). 介護保険施設における看護師の実態と定着への課題: 介護老人福祉施設と介護老人保健施設の看護職員の比較結果. 社会教育研究, 27, 31-46.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子 (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 103-109.
- 高山成子, 丸田香織, 遠山ともみ (2005). 老人保健施設のケア提供者の職業的満足度. 日本看護学会論文集 看護管理, 36, 124-126.
- 山田由紀 (2015). 介護老人保健施設における看護師の経験知から導き出された看護実践能力の特性. 立命館人間科学研究, 31(2), 19-34.

〔2019年3月27日受付〕
〔2019年10月7日採用決定〕

介護施設に入所中の高齢者における難聴スクリーニング法の検討

Examination of Deafness Screening Method in Elderly People in Nursing Home Admission

小 出 由 美¹⁾ 山 田 紀代美²⁾
Yumi Koide Kiyomi Yamada

キーワード：高齢者，難聴，スクリーニング，感度・特異度

Key Words：elderly people, deafness, screening, sensitivity/specificity

はじめに

加齢によってさまざまな感覚機能が低下するなかで、軽度以上の加齢性難聴をもつ高齢者は、内田（2012）の地域住民対象の研究において65歳以上では1,500～1,600万人と推計している（p.222）。さらに、井上ほか（2016）の調査では、介護老人保健施設入所中の高齢者の約90%が難聴であったと報告された（p.127）。難聴高齢者は周囲の人たちとスムーズな会話ができないため、十分なコミュニケーションがとれないという困難を抱えている（橋村，1997，p.716）のみならず、難聴があると理解が不十分なまま行動するため、認知症患者のような扱いを受け、知らず知らずに自尊心を傷つけられるとの報告もある（大前，2005，p.79）。

一方、介護施設において言語聴覚士により作成された在宅の高齢難聴者および要介護高齢者の家族ないしは介護者の聴覚評価のための12項目を用いて、介護スタッフによる難聴高齢者に対する認識を調査したところ、50dB以上の中等度群および70dB以上の高度群においても、音に対する反応や聞き返し、難聴を示唆する態度や行動の有無に対して「いいえ」と回答する介護スタッフが多く認められ、介護スタッフが高齢者の聞こえにくさを認識しがたい現状が明らかになった（鈴木ほか，2016，p.138）。これらの結果は、介護スタッフが日々の介護のなかで高齢者の難聴の有無やその程度を認識・把握することは容易ではないことを示しているといえる。そこで、介護スタッフが施設内でおおよその聴力レベルを把握することが必要になると考える。高齢者の機能をできるだけ早期にまた客観的に把握することにより、高齢者の能力にあったコミュニケーションが早い段階からとれることに加え、高齢者の意思表示の機会にも寄与するものと考えられる。さらに、昨今の地域

包括ケアが推進するなかにおいては、高齢者の状況により生活の場が移動し介護スタッフが変わることも考えられ、客観的な聴力指標であれば、このような場合にも情報を伝達しやすいと考える。

一般的に聴力レベルを把握するためにはオーディオメータが用いられる。しかし、介護施設においてオーディオメータを用い純音聴力検査をすることは、指示に従うことができる知的能力が求められるため、測定が可能な高齢者が限定される。また、器材の購入、防音室の設置に関する経済的な負担、さらに機器を使いこなす技術を習得する人材面での負担も考えられる。

これまで、加齢性難聴のスクリーニング方法として、地域の高齢者を対象に、指こすり・指タップ音聴取検査を検討した研究が行われ、耳からの距離5cm条件と30cm条件で26dB以上の難聴は検出可能と報告された（佐野・森田・奥山・伊藤・長田，2018）。また、小児では指こすり音聴取検査とささやき声聴取検査が3歳児健診に導入され、指こすり音聴取検査においては、1,000～2,000Hz以上の各周波数の聴力レベルがすべて30dB程度以上の難聴は検出可能であるといわれている（中山・荒尾，1994）。加えて、高齢者は電子体温計の終了音が聞こえなくなるといわれており（中川，2015，pp.130-131）、研究結果ではないが、簡便的な指標になるのではないかと考えた。また、日常生活のなかでは、TVの音量が大きくなったことを周りから指摘されることにより聴力の低下に気づくといわれている（鈴木ほか，2002，p.97）。電子体温計の終了音、TV音量が聴力レベルを評価するツールとして利用できれば、施設内にある身近な検査音として有効である。

以上から、主観的な聴取検査法の結果を、純音聴力検査の結果と照合させることで簡易的な方法における聴力評価の妥当性が得られ、難聴の有無をより簡便的に把握するこ

1) 大和大学／名古屋市立大学大学院看護学研究科博士後期課程

Yamato University/Doctoral Course, Nagoya City University Graduate School of Nursing

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

とができる。

今後、介護施設における聴力スクリーニング法として指こすり音、呼びかけ音、電子体温計の終了音、TV音量聴取検査法を活用していくために、今回の調査は意義があることといえる。

そこで、本研究は、介護施設に入所中の高齢者の純音聴力と各聴取検査の聞こえの有無との関係に着目して、効果的な聴力スクリーニング法を検討する目的とした。

I. 対象, 研究期間, 方法

A. 調査対象

対象は医療法人同系列施設の介護老人保健施設（100床）と有料老人ホーム（40床）の2施設に入所中の高齢者である。条件は、純音聴力検査やその他の聴取方法に関する教示に従える者で挙手ができるか発声がある者とした。2施設の全入所者138名（介護老人保健施設98名、有料老人ホーム40名）から寝たきり状態で完全に意思疎通がはかれない者、自己の意思については何らかの方法で表出できるが、その意思に一貫性がなく詳細が不明な者78名（介護老人保健施設63名、有料老人ホーム15名）を除外した。除外の判断は、入所者の普段の状況をよく知る介護老人保健施設においては研究者が、有料老人ホームは相談員が行った。さらに、研究の協力が得られなかった者2名（有料老人ホーム2名）を除外した。その結果、最終の調査対象者は58名となった。

B. 研究期間, 調査場所

調査日は平成29年3月～平成29年6月末であった。調査の場所は、聴力検査の実施を考え、静かな環境が確保できる場所として、介護老人保健施設では診察室、有料老人ホームでは家族面会室にて実施した。両室の室内で測定した騒音の平均値は33.6（±1.9）dBであり、図書館の館内と同じレベル（末岡ほか、2009）であった。ただし、TVの音量を調査する際はTVが設置してある施設フロアにて行った。

C. 研究方法

検査項目は以下のとおりである。

1. 属性

年齢、性別、介護度、入所の主疾患、入所期間、補聴器装着の有無をカルテより情報収集した。

2. 聴力に関すること

a. 純音聴力測定

オーディオメータはリオンの“AA-58”を使用した。研究対象者に純音聴力検査手順について説明し、研究者自身がおよその聴力を知ることと研究対象者がどのような音が確認することを目的に練習を行った。1,000Hz・40dBで音を聞かせ、聞こえた場合は音圧を下げ、聞こえない場合は音圧を上げて最小可聴閾値を確認した。その後、右耳より1,000Hz→2,000Hz→4,000Hz→500Hzと測定し、左耳も同様に行った。聴取判定基準はオーディオメータのボタンを押すか、挙手または発声があれば聞こえたと判定した。なお、調査中は室内の騒音を積分形普通騒音計“NL-06”にて測定した。

b. 聞こえの調査

(1) 指こすり音聴取検査

具体的な調査方法は小児に対する聴力スクリーニング法を参考にした（国島・浅野・荒尾、1998；中山・荒尾、1993；森田、1995）。また、指こすりの位置を2cmと30cmに設定して調査を実施した（佐野ほか、2018）。

研究対象者に指こすり音聴取検査について説明した後、正面から指こすりの音を聞かせて聞こえたら挙手か発声により合図を求め、指こすりの音を研究対象者が確認する機会をつくった。研究対象者の右側耳介から2cmのところまで5～6回指こすりをした後、聴取の有無を確認し、続いて左耳を行った。次に30cmも同様に実施した。聴取判断基準は、研究対象者の挙手または発声があれば聞こえたとして判定し、それを左右聴取可、聴取不可の2群に分類した。なお、事前に測定した検査者自身の指こすりの音圧は5回測定し平均が32.4（±1.82）dBであった。

(2) ささやき音聴取検査

具体的な調査方法は先の小児に対する聴力スクリーニング法を参考に実施した。ただし、小児における方法は、キリンやウマなど動物の名前や、ツミキやボールといった物品名を呼びかけるものであったが、今回は研究者が研究対象者の斜め後ろ1m離れたところから、研究対象者の名前を呼びかけるという方法で実施した。ささやき音に研究対象者の名前を採用した理由は、人の名前には「マ」や「ナ」といった通鼻音が含まれささやき声では聴取しづらい音、あるいは文字数に差があるうえに、ねじれ音や促音が含まれることがあり音韻的な差も発生して統一されていないものの、名前は親和性があるため親しみやすい音だからである。事前に、研究者はささやき声が30～40dBとなるよう練習し実施した。また、NTTアドバンステクノロジーのソフト『音声工房 Custom Ver. 4.0』を使用し、対象者の名前をささやき声で呼びかけた音声について周波数の分析を行い、平均周波数232.6Hz（±54.1）で、名前にさま

ざまな音が含まれていても大きな差がないことを確認した。聴取判定基準は検査者が名前を呼びかけた直後、研究対象者が挙手または発声をすれば聞こえたと判定して、聴取可、聴取不可の2群に分けた。

(3) 電子体温計の終了音聴取検査

体温計はテルモの“ET-P330MZ”〔家庭向けで一番大きな音が出る。音圧は平均90dB、周波数は1,600~2,500Hzである。テルモからの回答(2017)。別紙添付〕と“ET-C205S”〔医療機関でよく使われている。音圧は50dB、周波数は2,700~4,000Hzである。テルモからの回答(2017)。別紙添付〕を使用した。使用した体温計“ET-C205S”の終了音は50dBの音圧であるが、実験者がポロシャツを1枚着た状態で5回測定し平均値は39.8(±3.49)dBであった。

測定手順は、研究対象者に電子体温計の終了音聴取検査について説明して、体温計を腋窩に挿入後体温を測定し、測定終了時の電子音が聞こえたら反対の手を挙手するか発声を求めた。聴取判定基準は研究者が電子音を聴取した際、研究対象者の挙手または発声があれば聞こえたと判定し聴取可、聴取不可の2群に分類した。

(4) TV音量聴取検査

研究対象者にTV音量聴取検査の説明した後、研究者が適当と判断した音量(40~50dB)を聞かせた。テレビから被験者の距離は、一定にする必要があることから、テレビ視聴の際、視覚的によいといわれている画面高(画面の縦軸)×3倍と研究者が定めた。有料老人ホームでは画面高が約50cmであったため1.5m、一方、老健では画面高が約90cmであったため3.0mの位置とした。聴取判定基準は研究対象者が「適当と思った」か、「大きすぎると思った」か、または「小さすぎると思った」か回答を求めた。

なお、番組は特定せずに音楽や字幕がなく男性のアナウンサーないしはコメンテーターが話しているもの(バックに音楽が流れていない)に統一した。

3. 耳垢の状況

耳垢の蓄積状況はウェルチアレンの『ポケットLED耳鏡』を使用し、観察方法は末弘・三重野の研究を参考にして行った(2010, p.51)。耳鏡により外耳道を視診し、鼓膜が見えなくなっている部分の割合を外耳道の閉塞割合とした。閉塞した割合は10%間隔で判定した。さらにそれを『閉鎖なし』は外耳道に耳垢が全くないか、あっても確認できたのが10%以下のもの、『1/3閉鎖』は外耳道に耳垢が20~40%確認できたもの、『1/2閉鎖』とは外耳道に耳垢が50~80%確認できたもの、『完全閉鎖』は外耳道に耳垢が90~100%確認できたものの4分類とした。

4. 認知機能

面接方式によりMMSE(Mini-Mental State Examination)を一般的な検査法に沿って実施した。

D. 分析方法

分析対象者は調査を実施した者と同数の58名116耳であった。純音聴力検査によって得られた500Hz, 1,000Hz, 2,000Hz, 4,000Hzの最小可聴値を合計して4で除す4分法にて平均純音聴力を求めた。算出された左右の平均純音聴力のうち、音圧の低い数値(良聴耳)を平均純音聴力として用いた。さらに平均純音聴力41dB未満を「難聴なし」、41dB以上は「難聴あり」の2群に分けた。この難聴の有無と関連項目との関係を検討するために、年齢、介護度、入所期間、MMSEの得点は t 検定を実施し、耳垢の有無、耳鼻科疾患の有無との関連は χ^2 検定、およびFisherの正確確率検定を実施した。また、各聴取検査による聞こえの有無の2群で平均純音聴力の差を t 検定にて検討した。そのうえで、難聴を検出するスクリーニング法としての有用性を検討するために、難聴の有無と各聴取検査の聞こえの有無から感度、特異度、的中度を算出した。なお、電子体温計の“ET-P330MZ”タイプは研究対象者全員が聴取可能であったため、分析より除外した。統計処理には“IBM SPSS Statistics ver. 22”を使用して、統計学的有意水準を5%未満とした。

E. 倫理的配慮

本研究は、研究者が勤務する施設において、はじめに施設長に研究の趣旨、倫理的配慮に関する説明を実施し研究協力の許可を得た。続いて、研究者から研究協力者に、研究の目的、方法、研究協力は自由意志であり、研究に協力しない場合においても不利益を受けないこと、研究の途中でであっても辞退できること、また、本調査は名古屋市立大学研究倫理委員会の承認を受けた(承認番号:16025-2)ことを記載した依頼書を用い、直接口答にて本人の理解度にあわせていねいに説明し、署名をもって同意とみなした。研究対象者が認知機能の低下に伴い十分な理解ができない場合は代諾者(親族)に承諾を得た。なお、研究者が研究協力施設の職員であることから、研究協力に同意しなければならぬといった圧力を抱かせないため、倫理を含め研究についての説明は、施設指定のユニフォームより研究用に準備したユニフォームに着替え、さらに調査は勤務時間外に行うなどの配慮を行った。

II. 結 果

A. 対象者の概要

1. 対象者の背景 (表 1)

対象者の年齢は82.0 (±8.4) 歳, 男性は14名 (24.1%), 女性は44名 (75.9%) であった。介護度は要介護 1 が 6 名 (10.3%), 要介護 2 が15名 (25.9%), 要介護 3 が19名 (32.8%), で, 平均介護度は3.0 (±1.2) であった。入所のきっかけとなった主疾患は, 精神疾患が22名 (37.9%), 脳血管障害が22名 (37.9%), 認知症が 8 名 (13.8%) の順

に多かった。入所期間は33.8か月 (2年10か月) で1か月の者から14年5か月の者まで幅は広がった。MMSEの平均点は18.7 (±6.9) 点で, 最小が2点, 最大が30点, 中央値は19点あり, 補聴器装着者はいなかった。

2. 対象者の耳に関する状況 (表 1)

耳鼻科の既往歴がある者が16名 (27.6%), ない者が42名 (72.4%) で, 耳に関する疾患は中耳炎11名 (68.8%), 難聴 2 名 (12.5%) であった。耳垢は, 両耳ともに完全閉鎖している者が 3 名 (5.2%), 左右ともに全く耳垢がない者は 6 名 (10.3%) であった。

表 1 対象者の背景

項目		平均値 (±SD)	n	(%)
平均年齢		82.0 (±8.4)		
性別	男性		14	24.1
	女性		44	75.9
介護度	要介護 1		6	10.3
	要介護 2		15	25.9
	要介護 3		19	32.8
	要介護 4		10	17.2
	要介護 5		8	13.8
平均介護度		3.0 (±1.2)		
入所の主疾患	精神疾患		22	37.9
	脳血管障害		22	37.9
	認知症		8	13.8
	循環器疾患		4	6.9
	整形外科疾患		1	1.7
	内分泌系疾患		1	1.7
平均入所期間 (月)		33.8 ± (33.8)		
MMSE 平均得点		18.7 ± (6.9)		
補聴器装着			0	0.0
耳鼻科疾患の既往歴	無		42	72.4
	有		16	27.6
既往疾患名	中耳炎		11	68.8
	難聴		2	12.5
	耳漏		1	6.3
	鼓膜損傷		1	6.3
	耳鳴り		1	6.3
耳垢の有無 (右) ¹⁾	閉鎖なし		15	25.9
	1 / 3 閉鎖		12	20.7
	1 / 2 閉鎖		18	31.0
	完全閉鎖		13	22.4
耳垢の有無 (左)	閉鎖なし		19	32.8
	1 / 3 閉鎖		16	27.6
	1 / 2 閉鎖		14	24.1
	完全閉鎖		9	15.5

[注] ¹⁾ : 『閉鎖なし』=外耳道に耳垢が全くないか, あっても確認できたのが10%以下のもの。『1 / 3 閉鎖』=外耳道に耳垢が20~40%確認できたもの。『1 / 2 閉鎖』=外耳道に耳垢が50~80%確認できたもの。『完全閉鎖』=外耳道に耳垢が90~100%確認できたもの。

3. 純音聴力 (表 2)

平均純音聴力は、44.4 (±12.2) dBで、男女別でみると男性が44.6 (±12.2) dB、女性が47.8 (±12.4) dBであった。年代別の平均聴力はおおむね年代が上がるほど高値となった。

表 2 純音聴力 (n=58)

項目	平均値 (±SD) 単位: dB	
平均純音聴力	44.4 (±12.2)	
男性平均聴力	44.6 (±12.2)	
女性平均聴力	47.8 (±12.4)	
年代別平均聴力	61~ 70歳	40.4 (±11.0)
	71~ 80歳	40.8 (± 9.4)
	81~ 90歳	50.8 (±12.2)
	91~100歳	50.2 (±13.5)

[注] n=58。¹⁾: 聴取不可なものは99とした。

B. 難聴の有無と関連項目との関係 (表 3)

難聴あり群と難聴なし群間でそれに関連すると考えられる項目について比較検討した。

年齢は難聴あり群が84.2 (±8.0) 歳であるのに対し、難聴なし群が79.3 (±8.3) 歳で有意 (p<.029) に難聴あり群が高かった。MMSEの得点は難聴あり群が17.3 (±7.4) 点であるのに対して、難聴なし群が20.5 (±5.9) 点でわずかに有意 (p<.072) な傾向がうかがえた。その他、介護度、入所期間、耳垢の有無、耳鼻科疾患の有無において、

表 3 難聴の有無と関連項目との関係

		難聴		p値
		あり (n=32)	なし (n=26)	
年齢 (歳)	平均	84.2	79.3	
	標準偏差	8.0	8.3	.029
介護度	平均	3.1	2.9	
	標準偏差	1.1	1.3	.585
入所期間 (月)	平均	31.5	36.7	
	標準偏差	31.0	36.7	.573
MMSE 合計点 (点)	平均	17.3	20.5	
	標準偏差	7.4	5.9	.072
耳垢	あり	16 (50.0%)	15 (57.7%)	
	なし	16 (50.0%)	11 (42.3%)	.559
耳鼻科疾患の既往有無	あり	10 (31.3%)	6 (23.1%)	
	なし	22 (68.7%)	20 (76.9%)	.489

[注] 年齢、介護度、入所期間、MMSE平均点はt検定。耳垢、耳鼻科疾患の既往の有無はχ²検定、Fisherの正確確率検定。

難聴あり群、難聴なし群の間で有意な差は認められなかった。

C. 各聴取検査における聞こえの有無 2 群間での平均純音聴力の差の検定 (表 4)

指こすり音 2 cm, 指こすり音30cm, ささやき音, 電子体温計終了音, TV音量すべての聴取検査において、聴取可であった群は、聴取不可であった群の平均純音聴力に比べ有意に低い結果となった。

表 4 各聴取検査における聞こえの有無 2 群間での平均純音聴力の差の検定

		平均聴力 (±SD)	p値
指こすり音 2 cm	聴取不可	54.0 (±10.7)	.001
	聴取可	41.4 (±11.1)	
指こすり音30cm	聴取不可	51.6 (±10.8)	<0.001
	聴取可	37.8 (± 9.5)	
ささやき音	聴取不可	49.7 (±10.5)	<0.001
	聴取可	34.5 (± 8.7)	
電子体温計	聴取不可	49.0 (±10.5)	<0.001
	聴取可	32.3 (± 7.1)	
TV音量	聴取不可	53.6 (± 9.1)	<0.001
	聴取可	35.9 (± 7.8)	

D. 各聴取検査の聞こえの有無から難聴の有無の判別 (表 5)

各聴取検査の聞こえの有無から難聴の有無を判別するた

表5 難聴の有無と各聴取検査における聞こえの有無の感度、特異度

難聴有無 × 指こすり音 2 cm					
	難聴		合計	感度・特異度	
	あり	なし		感度	特異度
聴取不可	12	2	14	.38	.92
聴取可	20	24	44		
合計	32	26	58		
難聴有無 × 指こすり音 30 cm					
	難聴		合計	感度・特異度	
	あり	なし		感度	特異度
聴取不可	23	5	28	.72	.81
聴取可	9	21	30		
合計	32	26	58		
難聴有無 × ささやき音					
	難聴		合計	感度・特異度	
	あり	なし		感度	特異度
聴取不可	30	8	38	.94	.69
聴取可	2	18	20		
合計	32	26	58		
難聴有無 × 電子体温計の終了音					
	難聴		合計	感度・特異度	
	あり	なし		感度	特異度
聴取不可	30	12	42	.94	.54
聴取可	2	14	16		
合計	32	26	58		
難聴有無 × TV音量					
	難聴		合計	感度・特異度	
	あり	なし		感度	特異度
聴取不可	25	3	28	.78	.88
聴取可	7	23	30		
合計	32	26	58		

め感度・特異度を算出した。

感度・特異度それぞれ、指こすり音 2 cmは .38・.92、指こすり音30cmは .72・.81、ささやき音は .94・.69、電子体温計の終了音は .94・.54、TV音量は .78・.88となった。

Ⅲ. 考 察

A. 本研究の対象者

対象者は平均年齢82.0 (±8.4) 歳で、介護施設において聴力に関する調査を実施した過去の研究(飯干, 2012, 飯干・田上・山田・笠井・倉内, 2004; 刈安・奥村, 1992; 川上・福田, 2015, 鈴木・井上・梅原, 2016; 鈴木・岡本・原, 2002; 橋村, 1997)の対象者は平均年齢が80.4 (±8.0) 歳から84.9 (±5.7) 歳であり本研究の対象者はその範囲内の結果となった。男性14 (24.1%) 名、女性44 (75.9%) 名であり男女比に関しては論文(川上・福田, 2015; 鈴木ほか, 2016; 橋村, 1997)により男性の割

合は22.8~43.7%, 女性の割合は56.3~77.1%と幅が広くあるが、いずれにしても本研究と同様男性が女性より少ないことは統一した結果となっている。また、今回の対象者の平均介護度は3.0 (±1.2) であった。もともとは2施設の全入所者の平均介護度は3.43であったが、本研究においてはオーディオメータの調査にあたり、挙手または発声が可能な者である必要があったため、介護度の高い高齢者が除外されたことにより対象者の平均介護度が低くなったことが影響したものと推測された。入所のきっかけとなった疾患に関しては、精神疾患が脳血管障害と並んで58名中22名(37.9%)が占めていた。これは、調査を実施した2施設の母体が精神科の病院であることが影響したのであろう。しかし、表には示していないが、精神疾患がある者と精神疾患がない者を分け、それぞれMMSEの平均点を算出すると、精神疾患がある者は20.8 (±6.0) 点で、精神疾患がない者は17.3 (±7.2) 点であった。この結果より、精神疾患をもつ者であっても、聴取方法に関する教示に従うことができ、調査実施は可能であった。全対象者のMMSEに

については平均点が18.7 (±6.9) 点であり、23点以下の者が37名 (63.8%) であった。有料老人ホームでMMSEを実施した川上・福田の研究 (2015) では、18.4 (±6.7) 点であり、類似した結果となった。本研究の純音聴力は良聴耳の平均が44.4 (±12.2) であり、WHOで定義する難聴者の割合は93.1%であった。これも川上・福田の研究 (2015) の難聴者が91%に及んだという結果とほぼ同様の結果となった。しかし、本研究は全入所者の6割が除外されたため、入所者のほぼ全員を調査した川上・福田の (2015) 研究結果とはあくまでも調査可能であった対象者間での比較結果である。

B. 難聴スクリーニング方法としての妥当性

今回の結果において、各聴取検査の聞こえの有無による難聴スクリーニング法の可能性について考察を行った。

TV音量聴取検査は感度 .78、特異度 .88で、難聴ありの高齢者を約80%、難聴なしの高齢者を約90%選別できる結果を得た。これは家庭において難聴を気づかせるきっかけとしてテレビの音量が大きくなるというこれまでの報告を支持する結果であった。しかし一方、飯干・大森・東・猪鹿倉・三村 (2011) の研究で難聴のある高齢者に口形を提示することで聞こえが良好になることが確認され、さらにこれは認知重症度にかかわらずみられ、とくに平均聴力が41dB以上の中等度および重度難聴に著明であることが報告されていた。本研究の対象者の聴力レベルは中等度難聴から重度難聴の者が60%以上を占めていることから、テレビ画面の話者の口形を見ることで内容の理解を助け、望ましい回答に至った可能性もある。さらに、聞き取れない音があっても、画面に映し出される映像を見てどのような音声か予測しながら、既知の言葉に置き換える音韻修復を行っている可能性もある (中川, 2015)。また、音の特質では、TVの音量は機械によりつくり出されるが、話す内容により、言語音の抑揚や声の音圧を統一することが困難である。さらに、高齢者本人の認知機能、集中力、興味関心の程度も影響するため、今後は、TV音の提示方法や画面選択方法などを工夫する必要がある。

ささやき音聴取検査は感度が .94、特異度 .69であり、難聴ありの高齢者を約95%選別できる結果であった。小児を対象とした結果においては、検査に用いた単語が違うため単純に比較はできないものの、難聴児の選別は約50%であったことから (中山・荒尾, 1993)、ささやき音聴取検査は高齢者を対象とした難聴スクリーニング法としての可能性が明らかになった。ささやき音は30~40dBで統一して実施し、上記の感度と特異度を得ることができたが、本研究の被検者の人数は多くないため、小児の難聴スクリーニング法が、高齢者に対して妥当性を有するかはさらなる

研究が必要である。また、検査音の問題として、ささやき声を上手く出せずに小声になってしまうという欠点がある (中山・荒尾, 1993, p.126)。施設で用いる場合には、ささやき音を一定にするための研修の必要性など、音の安定性に注目すると、若干の課題があるといえる。

指こすり音聴取検査2cmの感度は .38であった。サブレ森田・杉浦・原沢・山田の研究 (2018) では感度71%という結果が出ており、それに比較して本研究では低い結果となった。本研究の対象者の平均純音聴力は44.4 (±12.2) dBであり、サブレ森田ほかの研究対象者の36.4 (±12.8) dBと比較して低かった。それにもかかわらず、難聴でありながら聴取可であった者が多く、感度が低くなった。これは、指こすりを行った位置が、サブレ森田の5cmに対して本研究は2cmだったことから、音源から近いことで50dB以上の難聴者でも聴取が可能となり感度が低くなったのであろう。

一方、指こすり音聴取検査30cmの特異度は .81であり、難聴がない者を真に難聴なしと評価できる。そのため、聞こえている者に対して大声で話しかけることを防ぐことができる。感度のほうは .72であり、これも佐野ほかの研究 (2018) 結果の感度 .941と比較して低くなった。具体的な調査方法をみると、耳介からの距離は同様に30cmであるが、音源である指こすり音は、本研究では約30~35dBであるのに対し、佐野ほかの研究 (2018) では周波数125Hzで6.20dB、250Hzで8.26dB、500Hzで11.85dB、1,000Hzで16.38dB、2,000Hzで27.32dB、4,000Hzで28.32dB、8,000Hzで30.71dBであった。本研究では指こすり音の周波数は測定していないので単純に比較することはできないが、音圧に関しては、佐野ほかの研究と比較して本研究は大きいといえる。音圧が大きくなったことにより、中等度難聴があるにもかかわらず、指こすり音が聴取可であった偽陰性者が増え感度が低くなったと考える。そのため、今後は指こすりの音圧が30dBを超えないように注意する必要がある。

電子体温計終了音聴取検査は感度が .94で、難聴ありの高齢者を約95%選別できた。加えて、電子体温計終了音は機械がつくり出す音であるため、時・場所を選ばず安定性があり検査音として信頼できる。在宅看護においても、簡便な難聴スクリーニング法として使用できることが示唆された。高齢者本人の状況により生活する場所が変化するが、本研究のスクリーニング結果を共通の聴力指標として活用できると考える。

C. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は介護保険施設に入所中の高齢者全体数に対してサンプル数が少なく、また両施設の母体が精神疾患の病院であるため、聴力認知に関して偏りが生じた可能

性があることから、結果の一般化には限界があるものと推察する。

耳垢の有無では、今回の調査で難聴がある32名のうち耳垢ありの者となしの者がそれぞれ16名の半数ずつであった。耳垢除去後で聴覚レベルが平均4 dB改善されたとの研究報告(杉浦ほか, 2012, p.326)があり、今回の調査では耳垢を確認したのみで除去は実施していないため前後の比較はできないが、聴力閾値へ与える耳垢の影響は今後の研究において検討する必要がある。

今回、調査対象施設に入所している高齢者のなかで、研究対象者にならなかったものが約60%にのぼった。今後は、サンプル数を増やし調査を実施して聴力スクリーニング法を確立させたいと考える。そのうえでオーディオメータを用いて純音聴力検査が実施できない意思表示が不明確なあるいは困難な高齢者に対して聴力レベルを評価できる聴取判定方法を検討していきたい。

IV. 結 論

本研究は介護施設に入所中の高齢者を対象に、平均聴力と聴取検査の聞こえの有無との関係に着目して、聴力スクリーニング法の検討をした。その結果、聴取検査

の感度・特異度は、TV音量は.78・.88、ささやき音は.94・.69、指こすり音30cmは.72・.81、電子体温計の終了音は.94・.54であった。これによりTV音量、ささやき音、指こすり30cm、電子体温計の各聴取検査は、介護施設においてオーディオメータに代わる難聴スクリーニング法としての可能性があることが示唆された。

謝 辞

本研究に協力して下さった介護施設に入所中の高齢者の皆さま、またスタッフの皆さまに深く感謝いたします。なお、本論文は名古屋市立大学大学院看護学研究科博士前期課程における修士論文の一部に加筆修正を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的: 平均純音聴力と各聴取検査の聞こえの有無との関係に着目して、難聴スクリーニング法を検討する。

方法: 介護施設に入所中の58名の高齢者を対象に、純音聴力を測定し、TV音量、ささやき音、指こすり音、電子体温計の終了音を用いた聴取検査を実施した。平均純音聴力と各聴取検査の聞こえの有無とを照合させ、感度・特異度を算出した。

結果: 各聴取検査の感度・特異度は、TV音量は.78・.88、ささやき音は.94・.69、指こすり音は.72・.81、電子体温計の終了音は.94・.54であった。

結論: TV音量、ささやき音、指こすり音、電子体温計の終了音を用いた聴取検査は、介護施設においてオーディオメータに代わる、難聴スクリーニング法としての可能性があることが示唆された。

Abstract

Aims: This study aimed to investigate the relationships between mean pure-tone audiometry scores and hearing test results using familiar sounds produced by whispering, finger rubbing, or by common objects, to assess the sensitivity and specificity of alternative, non-pure-tone methods for screening hearing loss.

Methods: Fifty-eight elderly residents of a long-term care facility underwent pure-tone audiometry and subsequently underwent a hearing test that used sounds generated by a television, whispering, finger rubbing, or the beeping of an electric thermometer. We compared mean pure-tone hearing thresholds with results obtained using alternative testing modalities and calculated the sensitivities and specificities of the respective tests.

Results: The sensitivities and specificities of the various tests were the following: television .78, .88; whispering .94, .69; finger rubbing .72, .81, and beep of the electric thermometer .94, .54, respectively.

Conclusion: Alternative audiometric screening methods that used sounds produced by common objects were comparably sensitive and specific to pure-tone audiometry when screening for hearing loss in elderly residents of a long-term care facility.

文 献

- 飯干紀代子 (2012). コミュニケーション支援におけるエビデンスの可能性: 言語聴覚士の立場から自験例を通して. 高次脳機能研究, 32(3), 468-476.
- 飯干紀代子, 大森史隆, 東 慎也, 猪鹿倉忠彦, 三村 将 (2011). アルツハイマー病患者のコミュニケーション障害への対応: 聴覚障害に対する口形提示の効果. 老年精神医学雑誌, 22(10), 1166-1173.
- 飯干紀代子, 田上美年子, 山田弘幸, 笠井新一郎, 倉内紀子 (2004). 介護老人保健施設における言語聴覚障害スクリーニングテストの作成と臨床的有用性. 言語聴覚研究, 1(1), 31-38.
- 井上理絵, 鈴木恵子, 梅原幸恵, 秦 若菜, 清水宗平, 佐野 肇, 岡本牧人 (2016). 要介護高齢者の聴覚評価: 聴力検査. *Audiology Japan*, 59(1), 124-131.
- 菊安 誠, 奥村まみ子 (1992). 老人施設における難聴の実態. *Audiology Japan*, 35(3), 223-227.
- 川上紀子, 福田章一郎 (2015). 老人ホーム利用高齢者の聴力測定と認知機能の関連性についての検討: 高齢認知症者の補聴器装用の手掛かりに向けて. 川崎医療福祉学会誌, 24(2), 157-164.
- 国島喜久夫, 浅野 進, 荒尾はるみ (1998). 6カ月児を対象とした難聴児早期発見システムの検討. *Audiology Japan*, 41(3), 168-175.
- 森田訓子 (1995). 三歳児, 四歳児聴覚検診の実態と問題点. *Otolaryngology Japan*, 5(2), 165-168.
- 中川雅文 (2015). 耳と脳: 臨床聴覚コミュニケーション学試論. 130-131, 東京: 医歯薬出版.
- 中山博之, 荒尾はるみ (1993). 三歳児検診用聴覚検査(保護者による自己検査)についての検討. 平成5年度厚生省心身障害研究「発達障害児のケアシステムに関する研究」研究報告書, 115-131.
- 中山博之, 荒尾はるみ (1994). 指こすり音聴取検査についての検討. *Audiology Japan*, 37(4), 322-332.
- 橋村裕美 (1997). 高齢者の聴力の実態: 老人保健施設入所者における調査. *Audiology Japan*, 40(6), 713-718.
- 大前由紀雄 (2005). 五感の衰えとQOL: 聞こえにくさを中心に. 総合ケア, 15(8), 76-79.
- サブレ森田さゆり, 杉浦彩子, 原沢優子, 山田紀代美 (2018). 高齢糖尿病通院患者における指こすり音聴取法を用いた中等度以上の難聴スクリーニングに関する検討. 老年看護学, 22(2), 40-46.
- 佐野智子, 森田恵子, 奥山陽子, 伊藤直子, 長田久雄 (2018). 加齢性難聴の早期発見に向けた指こすり・指タップ音聴取検査の妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 65(6), 288-299.
- 末岡伸一, 内田英夫, 菊地英男, 鴨志田均, 門屋真希子, 田中 進 (2009). 「騒音の目安」作成調査結果について. 全国環境研会誌, 34(4), 254-261.
- 末弘理恵, 三重野英子 (2010). 施設高齢者における耳垢蓄積の実態とその要因. 老年看護学, 14(1), 51-58.
- 杉浦彩子, 内田育恵, 中島 務, 西田裕紀子, 丹下智香子, 安藤富士子, 下方浩史 (2012). 高齢者の耳垢の頻度と認知機能, 聴力との関連. 日本老年医学会雑誌, 49(3), 325-329.
- 鈴木恵子, 井上理絵, 梅原幸恵, 秦 若菜, 清水宗平, 佐野 肇, 岡本牧人 (2016). 要介護高齢者の聴覚評価: 介護職員の難聴認識と介入前の対応. *Audiology Japan*, 59(2), 132-140.
- 鈴木恵子, 岡本牧人, 原 由紀, 松平登志正, 佐野 肇, 岡本朗子 (2002). 補聴効果評価のための質問紙の作成. *Audiology Japan*, 45(1), 89-101.
- テルモ (2017). お客様サポートからの体温計データについてメール受領. <http://www.terumo.co.jp/consumer/support/inquiry.html> (2017年8月)
- 内田育恵, 杉浦彩子, 中島 務, 安藤富士子, 下方浩史 (2012). 全国高齢難聴者推計と10年後の年齢別難聴発生率—老化に関する長期縦断疫学研究 (NILS-LSA) より. 日本老年医学会雑誌, 49(2), 222-227.

〔2019年4月21日受 付〕
〔2019年8月25日採用決定〕

長時間夜勤が看護師の表情認知能力に及ぼす影響

The Impact of Long Night Shifts on Nurses' Ability to Recognize Facial Expressions

前川 甘 弥¹⁾ 乗 松 貞 子²⁾
Aya Maekawa Sadako Norimatsu

キーワード：長時間夜勤，看護師，表情認知

Key Words：long night shifts, nurse, recognizing facial expressions

緒 言

人間は生来、生物時計いわゆる体内時計の発するサーカディアンリズムに従って、日中に活動し、夜間に休息するという生活を続けてきた。そのため、24時間社会を支える交代制勤務者は、体内時計と社会・環境の時計である体外時計との間のずれが生じ、さまざまな身体・精神機能のバランスの崩れが起こりうるということが明らかになっている。具体的には、3大症状である睡眠障害、疲労感、胃腸障害などに代表される身体疾患や抑うつ・易怒性などの精神症状がみられる（千葉，2008）。看護師においてもそれは例外ではない（日本看護協会，2013）。

現在の日本の看護師の勤務形態には、主に24時間を8時間ずつの3つに分けて勤務する三交代制勤務（以下、三交代）と8時間の日勤と16時間の夜勤の2つに分けて勤務する二交代制勤務（以下、二交代）があり、2000年ごろから二交代に従事する看護師の割合が増加している（日本看護協会，2016）。

看護は「観察で始まり、観察で終わる」といわれている。看護師は患者の身体的・精神的なわずかな変化を察知し、対応しなければならない。そのためには、鋭い観察力とコミュニケーション能力が必要であり、患者の表情から感情を正確に認知する能力は看護師にとって重要であるといえる。Nightingale (1860/2011) は、看護師の基本として、患者が何を感じているかを、患者につらい思いをさせることなく、表情に現れるあらゆる変化から読み取ることができるとをあげている。また平澤（2014）は医療・看護など病者を相手にする職業に携わる人々にとって、意識的に表情に焦点を当てたかわりを展開し、患者の思いや考え、感情を受け止め援助に活かすことが不可欠であると述べている。そこで今回、看護師の観察項目の一つであり、

コミュニケーションにも深くかかわっている人間の表情認知能力に注目した。

表情は心の動き（感情）が顔の筋肉の動きと結びついて生まれる。顔に表れる感情の描写である表情について、古くから多くの人々が関心をもち、表情論として述べてきた。そのなかでもEkman & Friesen (1987/2005) は表情から読み取れる感情は、「驚き」「恐怖」「嫌悪」「怒り」「悲しみ」「喜び」の6種類の基本的感情であり、それらは人種や文化、言語に関係なく判断が一致するという表情論を明示している。さらに、これらの人間の表情を読み取る表情認知過程についてHaxby, Hoffman, & Gobbini (2000) が、顔認知の分散神経機構モデルを提唱している。これによると、ヒトは、目や口といった部位からの情報を利用し、脳の扁桃核、上側頭溝領域、前頭眼窩野・前頭前野内側面などの領域が、相互作用的に表情認知の機能を担うと説明されている。このように表情認知には脳の役割が重要であるが、長時間夜勤による心身の負担が脳にも影響しうる可能性がある。

これまで看護師の交代制勤務に関する研究によって、長時間夜勤により疲労蓄積（久保ほか，2013；上田ほか，2015）や作業能力の低下（Dawson & Reid, 1997; Geiger-Brown, et al., 2012）、ストレスへの影響（原嶋ほか，2007；國井・野村・高山・世良，2017）が確認されている。それらの知見や実態調査をふまえて日本看護協会は2013年に「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」を作成し、その中で夜勤・交代制勤務の心身への負担として睡眠の質の低下、疲労やストレス、健康障害のおそれをあげている（日本看護協会，2013）。しかし、表情認知能力が長時間夜勤に影響を受けて変化するのか、もし影響を及ぼすのであれば、その影響要因は何なのかは明らかにされていない。今回、表情認知能力の影響要因を検討するにあた

1) 前 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

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

2) 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 Ehime University Graduate School of Medicine Nursing and Health Science Course

り、長時間夜勤前後で変化しタイムリーな測定が可能な疲労とストレスに焦点を当てることとした。

これらのことから、本研究の目的は、二交代における長時間夜勤が看護師の表情認知能力に影響を及ぼすのか、長時間夜勤の疲労やストレスが表情認知能力の影響因子として関連するかどうか、検討することとした。本研究は交代制勤務や長時間夜勤による看護師の心身への影響について一つの知見となる。また表情認知能力という看護師にとって重要な能力に関する知見を得ることは意義があるといえる。これは看護師自身や看護管理者の交代制勤務に対する意識や長時間夜勤への向き合い方への一助となり、看護師が心身ともに充実して業務に取り組むことにつながり、ひいては患者・家族への心身のケアの向上に寄与することができると思われる。

I. 用語の定義

A. 長時間夜勤

二交代制勤務で夜勤にあたる、15時15分から翌日8時45分（16時間）の勤務。

B. 表情認知能力

吉田ほか（2009）の開発した「表情識別能力測定プログラム」により算出された、表情識別閾と表情認知時間を指す。

「表情識別能力測定プログラム」には、6種類の基本感情「驚き」「恐怖」「嫌悪」「怒り」「悲しみ」「喜び」が最も特徴的に現れている100%強度の表情から、0%強度の無表情まで1%ずつ変化する表情画像が登録されている。プログラムを開始するとパソコン画面に1枚の表情画像が表示され、対象者が6種類のどの感情を示しているかを選択すると、次の表情画像に切り替わり、それを繰り返す。表示される表情画像は6種類の基本感情のさまざまなパーセンテージのもので、ランダムに表示される。対象者の選択が正答か誤答かにより、表情が読み取れる境目のパーセンテージを算出する。算出されたパーセンテージが、6種類それぞれの基本感情の表情識別閾で、プログラム開始から終了までに要した時間が表情認知時間となる。

II. 方法

A. 研究デザイン

前実験研究（pre-experimental study design）。

対照群、繰り返し測定をもたない、長時間夜勤というイ

ベント前後の比較を行う研究。なお、長時間夜勤は業務ではあるがこれを介入とみなすこととした。

B. 対象者

二交代制勤務を行っているA大学医学部附属病院に勤務する看護師のなかから、下記の条件を満たす20～30歳代の健康な女性28名を対象とした。

1. 看護師経験が3年目以上である者
2. 現在の所属部署に配属されて1年以上経過した者
3. 現在、二交代制勤務をしている者

C. 研究期間

2017年6月～8月。

D. 研究内容および方法

本研究は、長時間夜勤日の勤務前である時間帯（13時30分～14時30分ごろ）、および勤務後である翌日の時間帯（8時45分～10時ごろ）に、所属部署の空調設備の整った静かな個室で、対象者が半袖のユニフォームを着用した状態で机に向かい、椅子に座った状態で実施した。

調査項目は、対象者の属性として年齢、看護師経験年数、所属部署の経験年数、長時間夜勤前日の勤務と睡眠状況、長時間夜勤時の看護師の人数、長時間夜勤中の仮眠状況と忙しさ（4段階）を対象者が自記式で回答した。また、表情認知能力、疲労度、ストレス度、表情認知能力の主観的評価を測定した。一連の所要時間は20分程度であった。研究の流れを図1に示した。以下、具体的な測定方法を説明する。

a. 表情認知能力

吉田ほか（2009）が開発した「表情識別能力測定プログラム」を用いて測定した。このプログラムは、6種類の基本感情「驚き」「恐怖」「嫌悪」「怒り」「悲しみ」「喜び」の表情識別閾を測定するものであり、高村ほか（2010）によって信頼性が確認されている。また、このプログラムを使用した研究は、幼児から大学生、高齢者に至るまでさまざまな年代が対象となっており（吉田・熊田、2011）、本研究の対象者に対してこのプログラムを使用することは妥当であると考えられる。

測定方法としては、まずパソコン画面に6種類の基本感情のいずれか1枚の表情画像が表示され、対象者はそれが「驚き」「恐怖」「嫌悪」「怒り」「悲しみ」「喜び」のどの感情を示すか、または「不明」をマウスのクリックで選択する。クリックすると次の表情画像に切り替わり、その表情を見てまた選択する。プログラムには6種類の基本感情が最も特徴的に現れている100%強度の表情から、0%強度の無表情まで1%ずつ変化する表情画像が登録されている。プログラムを開始すると、まず認識が容易な表情画

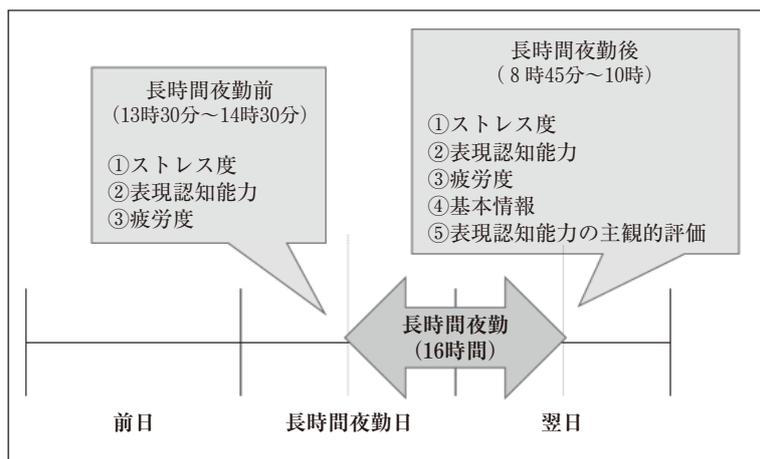


図1 研究の流れ

像から表示されていくが、対象者の選択が正答・誤答により表情画像のパーセンテージが変化してランダムに表示されていく。この作業を繰り返すことで、正答から誤答、あるいは誤答から正答へと変わる境目が反応変換点（％）として記録される。そこで得られた反応変換点のうち、最初の2個を除外した反応変換点の平均値が対象者の表情識別閾（％）となる。反応変換点の数は研究者が設定できるようになっており、吉田・熊田（2011）の行った研究では、反応変換点6個の設定で平均82.0画像、表情認知時間は平均5分58秒であった。これをふまえ、今回も反応変換点を「6個」と設定した。また、プログラム開始から終了までに要した時間は自動的に記録され、表情認知時間となる。この測定を長時間夜勤の前後に実施した。

なお、プログラム実施前には、6種類の基本感情それぞれにおける100％強度の表情画像を対象者に提示し、直感で選択したのでいいことを説明後、調査初日のみプログラムの練習時間を1分程度設けた。

b. 表情認知能力の主観的評価

患者の表情から感情を読み取る能力が夜勤前と比べてどう感じるかについて、「非常に落ちた」「やや落ちた」「変わらない」「ややよくなった」「非常によくなった」の5段階の選択肢において、長時間夜勤後に対象者が自記式で回答した。

c. 疲労度

疲労度は、「自覚症しらべ」（日本産業衛生学会産業疲労研究会，2002）を用いて評価した。この質問紙は、作業に伴う疲労状況の経時的変化をとらえることを目的としている。主観的な疲労の訴えが、Ⅰ群ねむけ感、Ⅱ群不安定感、Ⅲ群不快感、Ⅳ群だるさ感、Ⅴ群ほやけ感の5群にカテゴリー化され、25の下位項目で構成されている。対象者は感覚の強さに応じて、1：「まったくあてはまらない」、2：「わずかにあてはまる」、3：「すこしあてはま

る」、4：「かなりあてはまる」、5：「非常によくあてはまる」の5段階で評価する。長時間夜勤の前後に対象者が自記式で回答した。

d. ストレス度

ストレス度の生理的指標として、唾液アミラーゼ活性値を用いた。唾液アミラーゼ活性は血漿ノルエピネフリン濃度と相関が高いことが広く知られており、ストレス評価における交感神経の指標として利用されている。ストレス値が高まって交感神経が興奮すると、唾液アミラーゼ活性が高まる。このことを利用したストレスマーカーであり、非侵襲、即時、簡便なストレス計測手段として有効である（中野・山口，2011）。

測定には酵素分析装置『ニプロ唾液アミラーゼモニター』を使用した。これは専用のチップを対象者の舌下へ30秒間入れることで唾液が採取され、それを本体にセットすると約1分間で測定できる。今回はデータの信頼性確保のために連続2回測定し、その平均値を唾液アミラーゼ活性値とした。判定基準は、「0～30kIU/L：ストレスがない」「31～45kIU/L：ややストレスを感じている」「46～60kIU/L：ストレスを感じている」「61kIU/L以上：とてもストレスを感じている」で評価した。唾液アミラーゼ活性はストレスサーに対して数分で鋭敏に反応するため、長時間夜勤の前後において、測定が一番最初に実施した。

E. 分析方法

分析は、全対象者28名すべてのデータを使用した。

基本情報の年齢、看護師経験年数、所属部署の経験年数、長時間夜勤前日の睡眠時間、長時間夜勤中の仮眠時間については、平均値と標準偏差を算出し、その他の項目については単純集計を行った。

表情認知能力については、6種類の基本感情の表情識別閾の平均値と標準偏差を算出後、表情識別閾と長時間夜勤

前後による2要因分散分析を行い、主効果と交互作用を認めた場合、単純主効果の検定およびBonferroniによる多重比較を行った。表情認知時間は平均値と標準偏差を算出後、長時間夜勤前後での比較に対応のある*t*検定を行った。

表情認知能力の主観的評価は「非常に落ちた」から「非常によくなった」の5段階の選択肢において単純集計を行った。

疲労度は、「自覚症しらべ」の総合計、5つの各群の平均値と標準偏差を算出後、総合計においては対応のある*t*検定を、5つの各群においては2要因分散分析を行い、主効果と交互作用を認めた場合、単純主効果の検定およびBonferroniによる多重比較を行った。

ストレス度は、唾液アミラーゼ活性値の平均値と標準偏差を算出後、長時間夜勤前後での比較に対応のある*t*検定を行った。

また表情識別閾、表情認知時間、疲労度およびストレス度について、長時間夜勤前後の差と、主観的評価の選択肢による一元配置分散分析、Bonferroniによる多重比較を行った。さらに表情識別閾と疲労度、ストレス度、表情認知時間による相関を、ピアソンの相関係数を用いて分析した。

解析ソフトは、統計パッケージ“IBM SPSS Statistics version 22.0”を用い、有意確率は5%未満とした。

F. 倫理的配慮

対象病院の看護部長に研究協力の同意を得た後、各部署の看護師長に条件に合う対象者の選出を依頼した。選出された対象者に本研究の趣旨、方法および研究参加は自由意思であり、途中で参加を辞退しても不利益は生じないこと、調査は勤務前後の時間帯であり、調査中の気分不良には早急に対応すること、データは本研究以外では使用せず、個人情報ID化し対象者の匿名性を守ること、などについて口頭および文書で説明し、同意書の提出にて同意が得られた者を対象者とした。

なお、「表情識別能力測定プログラム」の使用については、開発者である比治山大学吉田教授に事前に連絡をとり、使用許可を得た。「自覚症しらべ」は日本産業衛生学会産業疲労研究会が作成したもので、使用許可は不要であることを確認した。

本研究は愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号 看28-14)

Ⅲ. 結 果

結果を表記するにあたり長時間夜勤を夜勤と略し、数値は平均値±標準偏差で示した。

A. 対象者の属性

年齢は 26.3 ± 2.8 歳、看護師経験年数は 5.6 ± 2.8 年、所属部署の経験年数は 5.4 ± 2.7 年であった。所属部署の内訳は7部署中4部署が内科系、3部署が外科系であった。夜勤前日の睡眠時間は 9.5 ± 1.9 時間、夜勤中の仮眠時間は 68.2 ± 39.6 分、夜勤時の看護師の人数は3人が22名(79%)、4人が6名(21%)であった。

所属部署による夜勤前日の睡眠時間、夜勤中の仮眠時間、夜勤中の看護師の人数および夜勤中の忙しさに有意差は認められなかった。

B. 表情認知能力

1. 表情識別閾の夜勤前後の比較

今回使用した「表情識別能力測定プログラム」で得られた表情識別閾(%)は、数値が低いほど表情の識別が容易で、数値が高いほど表情の識別が困難であることを示している。

夜勤前の表情識別閾は、数値の低いほうから順に、「喜び」($13.4 \pm 9.4\%$)、「驚き」($15.7 \pm 6.6\%$)、「怒り」($31.2 \pm 19.0\%$)、「悲しみ」($37.6 \pm 18.2\%$)、「嫌悪」($73.3 \pm 24.0\%$)、「恐怖」($78.2 \pm 21.7\%$)であった。夜勤後の表情識別閾は、数値の低いほうから順に、「喜び」($13.3 \pm 8.9\%$)、「驚き」($16.1 \pm 9.9\%$)、「怒り」($24.8 \pm 17.2\%$)、「悲しみ」($34.9 \pm 19.1\%$)、「嫌悪」($59.6 \pm 22.7\%$)、「恐怖」($76.0 \pm 22.8\%$)で、夜勤前と同じ順番であった。

表情の種類($F [3.71, 100.22] = 102.03, p < .05$)と、夜勤前後の表情識別閾($F [1, 27] = 9.80, p < .05$)の主効果は、それぞれ有意であり、有意な交互作用も認められた($F [3.41, 92.37] = 4.20, p < .05$)。夜勤前($F [3.46, 93.33] = 87.490, p < .05$)、夜勤後($F [5, 14] = 78.16, p < .05$)それぞれに単純主効果は有意であり、多重比較を行った。

次に、6種類の基本感情の表情識別閾それぞれにおける夜勤前後の比較では、「怒り」($F [1, 27] = 5.53, p < .05$)と「嫌悪」($F [1, 27] = 12.16, p < .05$)の表情に単純主効果は有意を認め、多重比較の結果、「怒り」「嫌悪」ともに夜勤前と比べて夜勤後に有意に低くなっていた。その他の表情において単純主効果は認められなかった。

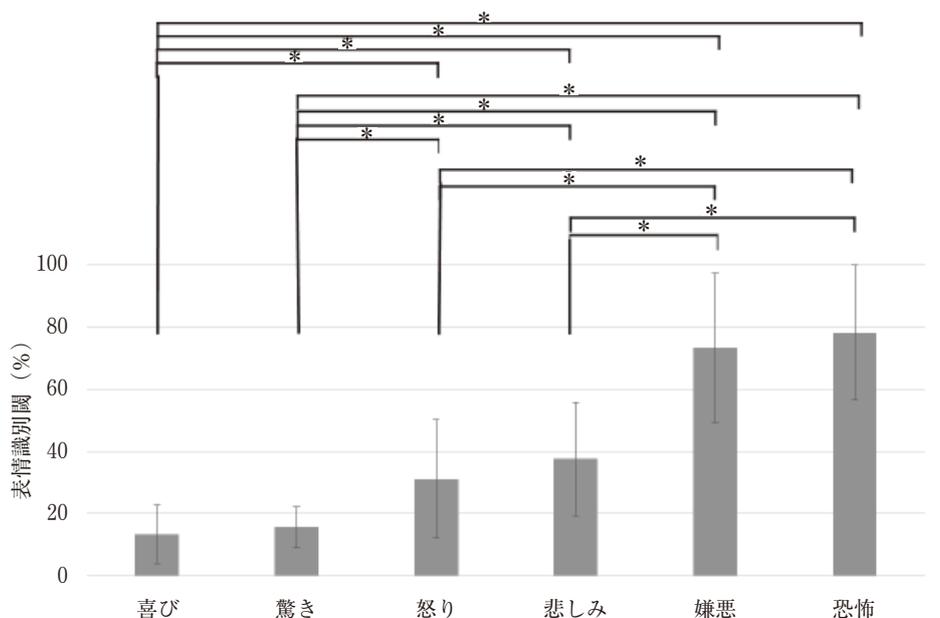
2. 表情認知時間の夜勤前後の比較

「表情識別能力測定プログラム」の開始から終了前までに要した表情認知時間は、夜勤前 398.0 ± 104.0 秒、夜勤後 363.0 ± 106.8 秒であった。夜勤前後の差は、夜勤後に表情認知時間は28名中8名が増加(最大値203秒)し、20名が短縮(最小値-256秒)しており、平均で約35秒短縮していたが、有意差は認められなかった。

表 1 対象者の属性

N=28

		平均 ± 標準偏差 (範囲)
年齢	(歳)	26.3 ± 2.8
看護師経験年数	(年)	5.6 ± 2.8 (3~ 14)
所属部署の経験年数	(年)	5.4 ± 2.7 (3~ 13)
夜勤前日の睡眠時間	(時間)	9.5 ± 1.9 (5~ 13)
夜勤中の仮眠時間	(分)	68.2 ± 39.6 (0~180)
		人数 (%)
所属部署		
血液・免疫・感染症内科		6 (21.4)
泌尿器科・歯科口腔外科		6 (21.4)
消化器腫瘍外科		5 (19.4)
耳鼻科・放射線科・薬物療法・神経内科		4 (14.3)
循環器・呼吸器・腎臓・高血圧内科		3 (10.7)
消化器・内分泌・代謝内科/老年・神経内科		2 (7.1)
整形外科		2 (7.1)
夜勤前日の勤務		
日勤		23 (82)
その他 (遅出)		3 (11)
休み		2 (7)
夜勤時の看護師の人数		
3人夜勤		22 (79)
4人夜勤		6 (21)
夜勤中の忙しさ		
非常に落ち着いていた		2 (7.1)
落ち着いていた		8 (28.6)
やや忙しかった		10 (35.7)
非常に忙しかった		8 (28.6)



2 要因分散分析, Bonferroniによる多重比較

N=28

*p<.05

図 2 夜勤前の表情別表情識別率

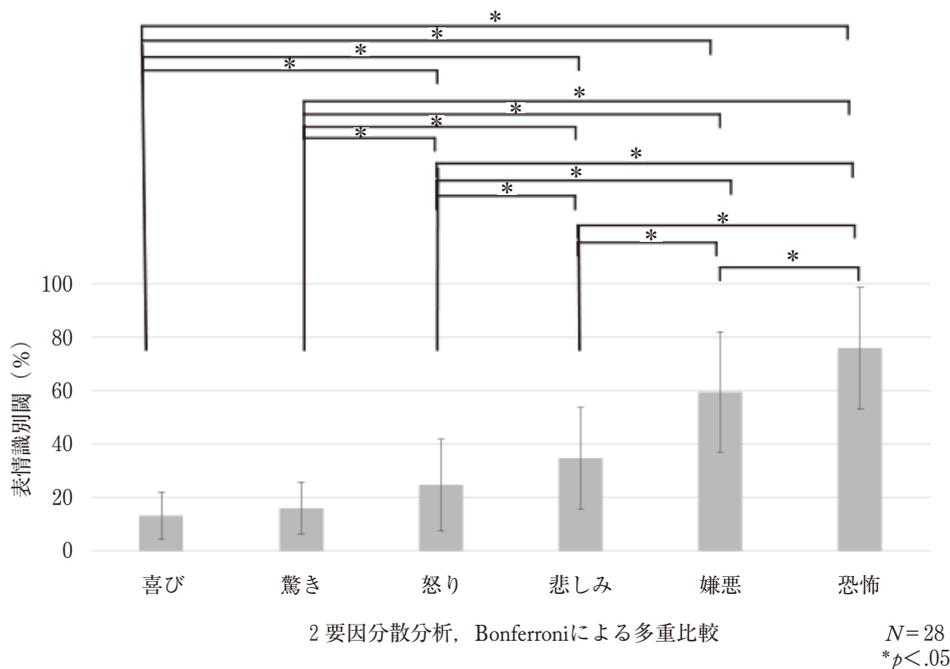


図3 夜勤後の表情別表情識別率

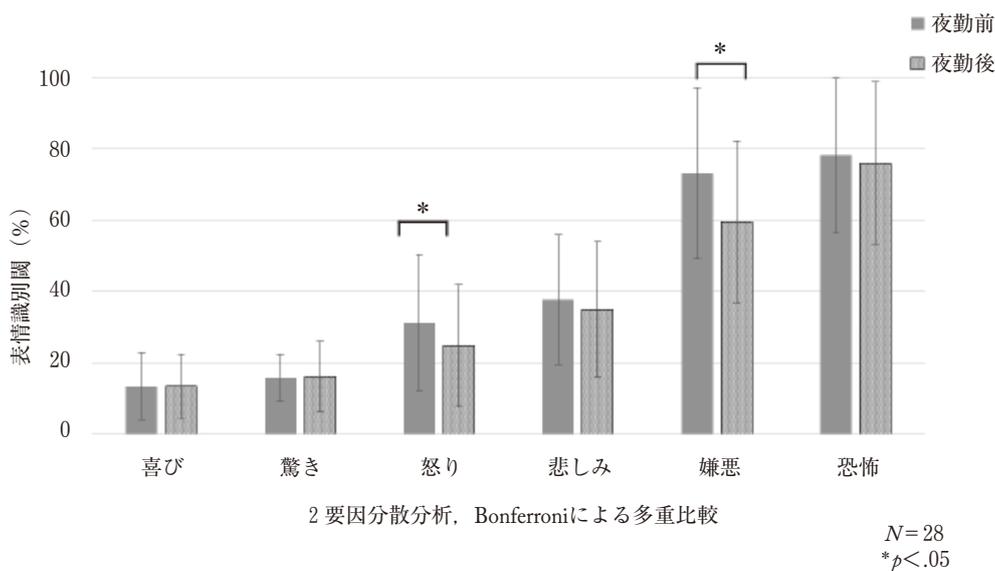


図4 6種類の基本感情の表情識別率における夜勤前後の比較

C. 表情認知能力の主観的評価

1. 夜勤前と比較した表情認知能力の主観的評価

表情認知能力の主観的評価として、「患者の表情から感情を読み取る能力について、夜勤前と比べてどう感じられますか」の問いに対して、多いほうから「やや落ちた」16名(57.2%),「変わらない」6名(21.4%),「非常に落ちた」4名(14.3%),「ややよくなった」2名(7.1%),「非常によくなった」0名(0%)であった。主観的評価の選

択肢と所属部署、夜勤時の看護師の人数、夜勤中の仮眠時間および夜勤中の忙しさに、有意差は認められなかった。

2. 主観的評価の選択肢と各測定指標の夜勤前後の差の比較

主観的評価の選択肢と各測定指標の夜勤前後の差を比較すると、表情認知時間および疲労度の総合計に有意差が認められた($p < .05$)。多重比較の結果、主観的評価が「非常に落ちた」を選択した者は「やや落ちた」を選択した者

に比べて、表情認知時間が夜勤後に有意に増加していた。また主観的評価が「非常に落ちた」を選択した者は、「変わらない」「やや落ちた」を選択した者に比べて、疲労度が夜勤後に有意に増加していた ($p < .05$)。

D. 疲労度

疲労度測定に用いた「自覚症しらべ」(日本産業衛生学会産業疲労研究会, 2002)の測定結果は、得点が高いほど疲労度が高いことを示している。

疲労度の総合計は、夜勤前は 48.7 ± 14.3 点、夜勤後は 72.5 ± 19.6 点であり、夜勤前より夜勤後に有意な増加が認

められた ($p < .05$)。夜勤前後の差は、夜勤後に疲労度は28名中27名が増加(最大値58点)し、1名が低下(最小値-8点)しており、平均で23.8点増加していた。

疲労度を5群のカテゴリー別に比較すると、夜勤前は得点の高いほうからI群ねむけ感(11.5 ± 4.5 点)、II群不安定感(10.3 ± 4.3 点)、V群ほやけ感(9.6 ± 4.0 点)、IV群だるさ感(9.3 ± 3.1 点)、III群不快感(8.1 ± 2.3 点)の順であった。夜勤後は、得点の高いほうからI群ねむけ感(18.8 ± 4.9 点)、V群ほやけ感(15.7 ± 4.7 点)、IV群だるさ感(14.3 ± 4.5 点)、III群不快感(12.5 ± 4.3 点)、II群不安定感(11.3 ± 4.6 点)の順であった。

表2 主観的評価の選択肢と各測定指標の夜勤前後の差の比較

N=28

		主観的評価	夜勤前後の差の平均	標準偏差	P
6種類の基本感情	喜び	やや良くなった	0.600	2.6870	
		変わらない	0.633	6.3172	
		やや落ちた	0.313	6.8274	
		非常に落ちた	1.875	6.5337	
	悲しみ	やや良くなった	6.300	3.5355	
		変わらない	2.100	11.9241	
		やや落ちた	4.106	15.6282	
		非常に落ちた	2.825	6.8706	
	驚き	やや良くなった	0.650	.9192	
		変わらない	1.467	8.1414	
		やや落ちた	0.775	9.4703	
		非常に落ちた	1.875	7.7392	
	怒り	やや良くなった	0.000	5.3740	
		変わらない	8.400	17.0443	
		やや落ちた	7.963	15.7822	
		非常に落ちた	0.950	3.3272	
	嫌悪	やや良くなった	7.500	37.1938	
		変わらない	4.967	13.2689	
		やや落ちた	16.063	19.8280	
		非常に落ちた	27.775	19.8102	
恐怖	やや良くなった	2.350	11.5258		
	変わらない	0.300	6.5648		
	やや落ちた	2.450	21.5680		
	非常に落ちた	6.825	13.1091		
表情認知時間	やや良くなった	95.00	93.338		
	変わらない	64.17	50.165		
	やや落ちた	47.75	94.335	* ┌───┐	
	非常に落ちた	89.25	79.071		
ストレス度	やや良くなった	1.750	6.0104		
	変わらない	6.750	11.0125		
	やや落ちた	3.125	17.1625		
	非常に落ちた	3.500	14.7196		
疲労度	やや良くなった	24.50	31.820		
	変わらない	16.00	16.625	* ┌───┐	
	やや落ちた	19.56	8.587		
	非常に落ちた	52.00	5.715		

[注] * $p < 0.5$ 一元配置分散分析, Bonferroniによる多重比較

疲労度の群 ($F [2.82, 76.20] = 19.00, p < .05$) と、夜勤前後 ($F [1, 27] = 57.55, p < .05$) の主効果がそれぞれ有意であり、有意な交互作用も認められた ($F [4, 108] = 21.897, p < .05$)。

夜勤前後における単純主効果の結果は、疲労度の各群のうちⅡ群不安定感以外の、Ⅰ群ねむけ感 ($F [1, 27] = 71.44, p < .05$)、Ⅲ群不快感 ($F [1, 27] = 55.54, p < .05$)、Ⅳ群だるさ感 ($F [1, 27] = 49.54, p < .05$)、Ⅴ群ほやけ感 ($F [1, 27] = 43.74, p < .05$) に有意を認め、多重比較の結果、それらすべてにおいて夜勤前に比べて夜勤後に有意に得点が高くなっていった。

E. ストレス度

ストレス度の指標として測定した唾液アミラーゼ活性値は、夜勤前は $34.0 \pm 16.2 \text{ kIU/L}$ で「ややストレスを感じている」、夜勤後は $30.4 \pm 16.0 \text{ kIU/L}$ で「ストレスがない」であった。夜勤前後の差は、夜勤後にストレス度は28名中11名が増加（最大値 25.5 kIU/L ）しており、16名が低下（最小値 -42.0 kIU/L ）していた。平均で -3.6 kIU/L であったが、有意差は認められなかった。

F. 表情識別閾と各測定指標の相関

1. 疲労度との相関

夜勤前の疲労度のⅢ群不快感と表情識別閾の「嫌悪」に正の相関 ($r = .43, p < .05$)、Ⅴ群ほやけ感と表情識別閾の「怒り」に弱い正の相関 ($r = .38, p < .05$) が認められた。夜勤後の疲労度と表情識別閾に、相関は認められなかった。

2. ストレス度との相関

夜勤前のストレス度と表情識別閾に、相関は認められなかった。夜勤後のストレス度と表情識別閾の「恐怖」に、正の相関 ($r = .49, p < .01$) が認められた。

3. 表情認知時間との相関

夜勤前の表情認知時間と表情識別閾の「悲しみ」に弱い負の相関 ($r = -.39, p < .05$) が、「怒り」 ($r = -.40, p < .05$)、「嫌悪」 ($r = -.40, p < .05$)、「驚き」 ($r = -.47, p < .05$)、「恐怖」 ($r = -.50, p < .01$) に負の相関が認められた。夜勤後の表情認知時間においては、相関は認められなかった。

IV. 考 察

A. 対象者の属性および夜勤前の表情識別の実態

対象者の看護師経験年数は 5.6 ± 2.8 年、所属部署の経験年数は 5.4 ± 2.7 年であり、Benner (1989/2005) の唱える中堅レベルの熟達度であったと考えられる。夜勤前日の睡眠時間は 9.5 ± 1.9 時間であり、今回睡眠の質については調査していないが、わが国の一般成人の平均睡眠時間である6.6時間（大川, 2012）、先行研究における上田ほか (2015) の二交代に従事する看護師の夜勤前の平均睡眠時間である 6.0 ± 3.1 時間と比べても、睡眠時間は長く確保できている状態であった。夜勤中の仮眠時間は約70分で、病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査（日本看護協会, 2012）や二交代看護師の仮眠についての研究（茅原・谷口, 2014）

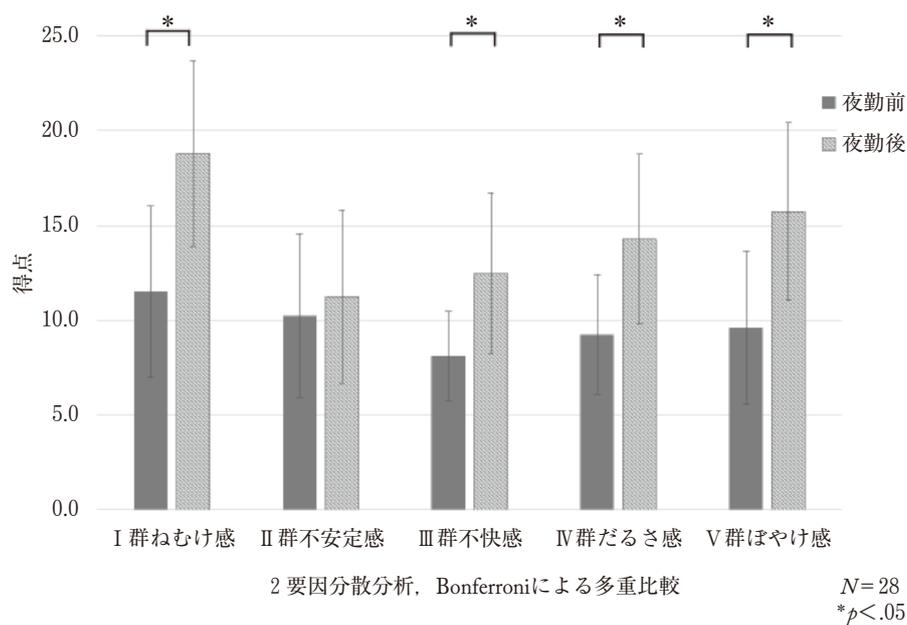


図5 夜勤前後の各群の疲労度の比較

菅原・加藤・市江, 2006) と同等の結果であり, 二交代の現状において一般的な仮眠時間であったと考えられる。夜勤時の看護師の人数は3~4人で, 仮眠や休憩を考慮すると夜勤時の看護師は3人以上が望ましいとされているため(日本医療労働組合連合会, 2017; 佐々木・萱沼・川口・佐藤・小澤, 2011), 夜勤時の人員は確保できていた。また, 所属部署は7部署中4部署が内科系, 3部署が外科系であったが, 所属部署による前日睡眠時間, 夜勤中の仮眠時間, 夜勤時の看護師の人数および夜勤中の忙しさに有意差は認められなかった。

以上のことから今回の研究に参加した対象者は, 現代の二交代で勤務している一般的な中堅看護師であり, 調査時は過酷な勤務状況や労働環境ではなかったと考えられる。

夜勤前における表情識別の実態として表情識別閾は, 「喜び」(13.4±9.4%), 「驚き」(15.7±6.6%), 「怒り」(31.2±19.0%), 「悲しみ」(37.6±18.2%), 「嫌悪」(73.3±24.0%), 「恐怖」(78.2±21.7%)であった。これは高村ほか(2010)がプログラムの信頼性を確認する目的で行った, 成人の男女を対象とした研究と比べても同程度の数値で, 順番も同じであった。

表情別に表情識別閾を比べると, 6種類の基本感情のなかで最も認識が容易な表情は「喜び」と「驚き」, 次いで「怒り」と「悲しみ」, 認識が困難な表情は「嫌悪」と「恐怖」であった。平澤(2014)は, 「喜び」は快の感情, 「驚き」は中性の感情, 「悲しみ」「怒り」「嫌悪」「恐怖」は不快の感情であり, 人間は不快の感情を敏感に察知し反応する, しかし日本人は, とくに「悲しみ」「怒り」「嫌悪」などの否定的な感情を表すことを抑制されているため, 否定的な感情を認識することを得意としないと述べている。今回の結果からも, 6種類の基本感情のうち「怒り」「悲しみ」「嫌悪」および「恐怖」の不快の感情は, 「喜び」の快や「驚き」の中性の感情に比べて認識が困難な表情であると示された。これらは, 今回の調査と同じプログラムを使用している先行研究(熊田・吉田, 2010; 熊田ほか, 2011; 高村ほか, 2010; 吉田ほか, 2009; 吉田・熊田, 2011)と同様の結果であった。

さらに, 熊田・吉田(2010)は表情認識のしやすさの違いを実験し, 「喜び」「驚き」「怒り」「悲しみ」は表情の視覚的な特徴を抽出する『知覚的過程』に, 「嫌悪」と「恐怖」はその抽出した特徴がどのような感情を意味するのかを判断する『意味的過程』に分類できると報告している。このことから, 不快な感情のなかでも「嫌悪」や「恐怖」は, 認識過程において意味的な混乱を生じやすく, とくに認識が困難であると考えられた。

B. 長時間夜勤による表情認知能力への影響

今回の結果は, 6種類の基本感情のうち不快な表情である「怒り」と「嫌悪」が夜勤後に有意に認識が容易になっており, 「恐怖」において有意差はなかった。先行研究では, 睡眠不足の被験者が不快刺激(恐怖表情)を見た際に脳の扁桃体活動が亢進し, 前頭葉内側領域にある腹側前帯状皮質と扁桃体間の機能的結合が低下していた実験結果(Yoo, Gujar, Hu, Jolesz, & Walker, 2007), 睡眠不足時に恐怖を表出している顔写真を見たときは, 扁桃体の活動が大きく増加し, 幸福な顔写真を見たときはわずかな増加しか認められなかった報告(Morris, et al., 1996), 睡眠遮断が脅威に伴う負の感情に対して顕著な神経反応を引き起こしたとの報告(de Almondes, Holanda, & Alves, 2016)があった。脳の機能としては, 情動中枢の一つで情動認知や情動反応の調節に主要な役割を果たしているのが扁桃体であること, 情動刺激を受けた際の扁桃体の過活動を抑止するセーブ機能をもっているのが前頭葉内側領域であることが知られている。つまり扁桃体活動が亢進して, 前頭葉内側領域と扁桃体間の機能的結合が低下するということは, 情動調節の異常が起こることを示している(元村・三島, 2014)。さらに扁桃体は, 6種類の基本感情のなかでもとくに「恐怖」の表情認知に関係する重要な部位といわれている。それは, 「恐怖」の表情が切迫した脅威と遭遇しているシグナルであり, 迅速な検出と逃避等の情動行動が必要となるためである(小岩, 2013)。

これらのことを整理すると, 睡眠不足になると画像を見たときの扁桃体活動や前頭葉内側領域の機能が変化し, 情動認知や情動調節の異常が起こり, 表情認知反応が平常時に比べて敏感になりやすいことが考えられた。とくに扁桃体は「恐怖」に対する反応が起きやすいとされているが, 今回の結果では「恐怖」に有意差がなかった。このことに関しては, 6種類の基本感情のなかでも「恐怖」が最も認識が困難な表情であったことで有意差が出にくかった, あるいは, 先行研究は6種類の基本感情ではなく表情の種類を限定して検討していたことなどの研究の差異が結果に影響していると考えられ, 今後も研究を継続して知見を積み重ねていく必要性が示唆された。

一方, 睡眠不足状態では「幸せそうにしているも, 幸せそうと感じず」「怒っていても, 怒っているとは感じない」というように快と不快の感情の方向性は違えども, それを受け取る感受性が低下するという報告(van der Helm, Gujar, & Walker, 2010)や, 交代制勤務に従事する介護労働者を対象とした研究で, 夜勤後が日勤後と比べて「嫌悪」の表情の表情認知低下を認めたとの報告(久保ほか, 2015), 全睡眠後にポジティブ画像を見た際にも前頭葉領

域の機能的結合が低下していた実験結果 (Gujar, Yoo, Hu, & Walker, 2011) もあった。これらは今回と反対の結果であるが、今回使用した「表情識別能力測定プログラム」とは異なる手法で表情認知能力を測定しており、今回の結果や見解と完全に比較することはむずかしい。

次に表情認知時間においては、夜勤前後で有意差は認められなかったが、主観的評価の選択肢で比べると表情認知能力が「非常に落ちた」と感じた者ほど、表情認知時間が夜勤後に有意に延長していた。de Almondes, et al. (2016) は、睡眠遮断が表情の認識速度を悪化させることを報告しており、今回の結果を支持するものであった。また主観的評価において夜勤前と比べて表情認知能力が低下したと感じていた者の割合は、「非常に落ちた」「やや落ちた」をあわせると7割以上であった。また、疲労度が夜勤後に有意に増加していた者ほど、表情認知能力が低下していると感じていた。

これらのことから、夜勤後に表情認知能力が低下していると感じている対象者が多かったが、実際には表情識別閾は夜勤後に敏感になっており、本人の主観と客観にずれが生じている可能性が確認された。しかし、表情認知能力が低下したと回答した対象者ほど表情認知時間は有意に延長しており、表情を察知するまでに時間がかかることで、表情認知能力が低下したと感じている可能性が考えられた。今回は、表情認知が低下したと感じる理由についての質問はしておらず、今後の研究時に検討を重ねるべき点であると考える。

C. 表情認知能力と疲労度、ストレス度の関連性

夜勤後における疲労度と表情識別閾に、相関は認められなかった。

夜勤後のストレス度と表情識別閾の「恐怖」に正の相関が認められた。扁桃体は、とくに「恐怖」の表情認知に関係する重要な部位といわれている (小岩, 2013)。また、扁桃体は外側視床下部や青斑核などの交感神経核との機能接続があるため、扁桃体活動が亢進すれば交感神経活動も亢進しやすくなり、その結果ストレスホルモンが分泌される (元村・三島, 2014)。今回得られた結果は、これら扁桃体と交感神経系の関係とは異なっていたが、その理由としては、ストレス度の測定指標が一つだけであったこと、また測定した時間帯が夜勤業務すべて終了した後であったため、業務の緊張感から解放されてストレス度はピークの状態を脱していたこと、対象者が少なかったことが考えられた。

唯一「喜び」の表情は、疲労度、ストレス度、表情認知時間において相関関係は認められなかった。熊田ほか (2011) は、大学生と高齢者の表情識別閾を比べ、「喜び」

の表情において加齢の影響を認めなかったことから、「喜び」と「喜び」以外の表情では、その背景にあるメカニズムやそれに対する加齢の影響が異なるのではないだろうか」と述べており、今回の結果を支持するものであった。今回の結果から、6種類の基本感情のなかで「喜び」の表情は他の表情に比べて認識が最も容易であること、夜勤による疲労感、ストレスの影響を受けないことが示された。

以上より、今回測定した表情識別閾は、表情認知が容易な順から「喜び」「驚き」「怒り」「悲しみ」「嫌悪」「恐怖」であり、快の感情より不快の感情のほうが認識が困難であることが確認され、夜勤前後を比較すると、夜勤後のほうが「怒り」と「嫌悪」の感情に敏感になっていた。16時間という長時間夜勤による睡眠不足状態が、脳の扁桃体活動の亢進につながり、情動反応が大きくなったことで、とくに不快な感情に対して敏感になったのだと考えられる。また夜勤は睡眠不足だけでなく、疲労感を自覚することで表情認知能力が低下していると感じやすく、表情認知時間も延長していた。しかし表情識別閾としては夜勤後に敏感になっており、主観的評価と客観的評価にずれが生じている可能性が示唆された。さらに「喜び」は最も認識が容易な表情であり、夜勤による疲労感、ストレスの影響を受けないことが確認できた。

D. 本研究の限界と課題

今回は看護師の表情認知能力に関する初歩的な研究であるが、二交代勤務をしている看護師を対象に、実際の長時間夜勤の現場の実態に踏み込んだ研究であった。しかし対象者は1施設の20～30歳代の女性看護師であり、人数も28名と少人数であったため一般化はむずかしい。さらに今後は対象者の人数を増やして性別や年齢、経験年数の範囲を拡大し、交代制勤務や長時間夜勤に関する心身の影響についての知見を得て、看護師が心身ともに健康な状態で看護業務に取り組むことができるよう、研究を継続する必要があると考える。

結 語

本研究の目的は、二交代における長時間夜勤が看護師の表情認知能力にどのような影響を及ぼすのか、長時間夜勤が看護師の表情認知能力にどのような影響を及ぼすのか、また長時間夜勤による疲労やストレスが表情認知能力の影響要因として関連するのかどうかを明らかにするために、病院で実際に二交代に従事している20～30歳代の中堅女性看護師を対象に、長時間夜勤前後で表情認知能力および疲労度、ストレス度を比較検討した。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 表情識別閾は、数値の低いほうから「喜び」「驚き」「怒り」「悲しみ」「嫌悪」「恐怖」の順で、夜勤前後で同じ順番であった。夜勤後の表情識別閾が有意に低くなっていたのは、6種類の基本感情のうち、「怒り」と「嫌悪」であった。表情認知時間は、夜勤後に短縮していたが有意差は認められなかった。
2. 疲労度は夜勤後に有意な増加が認められ、5つの群のうちⅠ群ねむけ感、Ⅲ群不快感、Ⅳ群だるさ感、Ⅴ群ぼやけ感が、夜勤後に有意に得点が高くなっていた。
3. 夜勤前のストレス度は、「ややストレスを感じている」状態であった。ストレス度を夜勤前後で比較すると、夜勤後のほうがやや低くなっていたが有意差は認められなかった。
4. 表情認知時間の夜勤前後の差は、主観的評価が「非常に落ちた」は「やや落ちた」に比べて有意に延長していた。疲労度の夜勤前後の差は、表情認知の主観的評価が「非常に落ちた」は「変わらない」「やや落ちた」に比べて有意に増加していた。
5. 夜勤後のストレス度と表情識別閾の「恐怖」に正の相

関が認められた。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力していただいた対象者の皆さまと関係者の皆さまに厚く御礼申し上げます。また「表情識別能力測定プログラム」を快く提供いただいた比治山大学の吉田弘司教授に感謝申し上げます。

本研究は、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、第44回日本看護研究学会で一部を発表した。

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

長時間夜勤が看護師の表情認知能力に及ぼす影響を明らかにすることを目的に、二交代に従事している健康な女性看護師28名を対象に、長時間夜勤の前後で表情認知能力を測定した。表情認知能力は、「表情識別能力プログラム」を用いて測定した6種類の基本感情「驚き」「恐怖」「嫌悪」「怒り」「悲しみ」「喜び」の表情識別閾を指し、あわせてストレス度（唾液アミラーゼ活性値）、疲労度（「自覚症しらべ」）も測定した。

結果、夜勤前も後も表情識別が容易なほうから「喜び」「驚き」「怒り」「悲しみ」「嫌悪」「恐怖」で順番は同じだったが、夜勤後のほうが「怒り」と「嫌悪」の認識が有意に容易になっていた。これは長時間夜勤による睡眠不足状態が、表情を見たときの脳の扁桃体活動亢進につながり、情動反応が大きくなった結果によるものと考えられた。「喜び」は最も認識が容易な表情で、夜勤によるストレスや疲労の影響を受けないことが確認された。

Abstract

To clarify the impact of long night shifts on nurses' ability to recognize facial expressions, we recruited 28 healthy female nurses working double shifts and measured their ability to recognize facial expressions before and after long night shifts. A "facial expression discrimination ability program" was used to measure the nurses' recognition of six basic emotions: "surprise," "fear," "hatred," "anger," "sorrow," and "joy." The facial expression discrimination thresholds of these emotions were identified and the nurses' levels of stress (salivary amylase activity level) and fatigue (subjective symptoms of fatigue) were also measured. The results showed that the easiest facial expression to recognize both before and after night shifts was "joy," followed by "surprise," "anger," "sorrow," "hatred," and "fear," in that order. However, after night shifts, the nurses had significantly more ease recognizing "anger" and "hatred." This was likely because sleep deprivation resulting from long night shifts is linked to hyperactivity of the amygdala in the brain when a facial expression is observed, which heightens the emotional response to this facial expression. This study confirmed that "joy" is the easiest expression to recognize and is not affected by night shift-related stress or fatigue.

文 献

Benner, P. (1989/2005). 井部俊子 (監訳). ベナー看護論 新訳版: 初心者から達人へ. 23-26, 東京: 医学書院.

千葉 茂 (2008). シフトワーカーと睡眠障害. 交通医学, 62(5-6), 132-140.

Dawson, D. and Reid, K. (1997). Fatigue, alcohol and performance

- impairment. *Nature*, 388(6639), 235.
- de Almondes, K.M., Holanda, F.W.N. Júnior, and Alves, N.T. (2016). Sleep deprivation and implications for recognition and perception of facial emotions. *Sleep and Biological Rhythms*, 14(1), 13-22.
- Ekman, P. and Friesen, W.V. (1987/2005). 工藤 力 (訳), 表情分析入門: 表情に隠された意味を探る. 30-45, 東京: 誠信書房.
- Geiger-Brown, J., Rogers, V.E., Trinkoff, A.M., Kane, R.L., Bausell, B.R., and Scharf, S.M. (2012). Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiology International*, 29(2), 211-219.
- Gujar, N., Yoo, S.S., Hu, P., and Walker, M.P. (2011). Sleep deprivation amplifies reactivity of brain reward networks, biasing the appraisal of positive emotional experiences. *The Journal of Neuroscience*, 31(12), 4466-4474.
- 原嶋朝子, 岩沢純子, 井上寛隆, 箱石文恵, 小峰伸一, 霜田敏子, 片山博雄 (2007). 看護職者の心理的ストレス反応および夜勤前後の身体的ストレスの変化. 埼玉医科大学短期大学紀要, 18, 13-22.
- Haxby, J.V., Hoffman, E.A., and Gobbini, M.I. (2000). The distributed human neural system for face perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(6), 223-233.
- 平澤久一 (2014). 言葉の向こうのコミュニケーション: 表情看護のすすめ—患者の思い・心を読み取る. 10-25, 大阪: メディカ出版.
- 茅原路代, 谷口知恵子 (2014). 急性期病院看護師の2交代勤務における仮眠時間と主観的疲労感の実態. 第44回日本看護学会論文集: 看護管理, 137-140.
- 小岩信義 (2013). 表情認知とオキシトシンの関係から「絆」を考える. 心身健康科学, 9(1), 15-19.
- 久保智英, 高橋正也, ミカエル・サリーネン, 久保善子, 鈴木初子 (2013). 生活活動と交代勤務スケジュールからみた交代勤務看護師の疲労回復. 産業衛生学雑誌, 55(3), 90-102.
- 久保智英, 東郷史治, 津野香奈美, 高橋正也, 一水 卓, 佐藤悦子, 菊池沙織, 三谷 健, 小松泰樹 (2015). 認知症専用棟で交代勤務に従事する介護労働者における表情認知. 産業ストレス研究, 22(2), 119-126.
- 熊田真宙, 吉田弘司 (2010). 表情に対する感受性の精密測定 (5) —なぜ恐怖と嫌悪は認識が難しいのか?—. 日本心理学会第74回大会発表論文集, 656.
- 熊田真宙, 吉田弘司, 橋本優花里, 澤田 梢, 丸石正治, 宮谷真人 (2011). 表情認知における加齢の影響について: 表情識別閾の測定による検討. 心理学研究, 82(1), 56-62.
- 國井亨奈, 野村智美, 高山裕子, 世良喜子 (2017). 急性期病院の看護師がメンタルヘル스에不調を感じたときの状況. 日本農村医学会雑誌, 66(1), 27-37.
- Morris, J.S., Frith, C.D., Perrett, D.I., Rowland, D., Young, A.W., Calder, A.J., and Dolan, R.J. (1996). A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. *Nature*, 383(6603), 812-815.
- 元村祐貴, 三島和夫 (2014). 睡眠と情動: 情動調節における睡眠の役割. *BRAIN and NERVE: 神経研究の進歩*, 66(1), 15-23.
- 中野敦行, 山口昌樹 (2011). 唾液アミラーゼによるストレスの評価. バイオフィードバック研究, 38(1), 3-9.
- Nightingale, F. (1860/2011). 湯槿ます, 薄井担子, 小玉香津子, 田村 真, 小南吉彦 (訳), 看護覚え書—看護であること・看護でないこと— (改訳第7版). 227-228, 東京: 現代社.
- 日本医療労働組合連合会 (2017). 2017年看護職員の労働実態調査結果報告. <http://irouren.or.jp/research/078cf0cae1596c1abac17d5303ac95503599b3bd.pdf> (参照2018年1月6日)
- 日本看護協会 (2012). 2010年病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査報告書. <https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/chosa/pdf/2010all.pdf> (参照2016年8月10日)
- 日本看護協会 (2013). 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yakin_guideline.pdf (参照2016年8月10日)
- 日本看護協会 (2016). 看護職の夜間勤務に関連する社会と行政の動き. <https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/trend/index.html> (参照2016年9月24日)
- 日本産業衛生学会産業疲労研究会 (2002). 調査ツール: 自覚症しらべ. <http://square.umin.ac.jp/of/service.html> (参照2016年9月24日)
- 大川匡子 (2012). アジアにおける睡眠医療の現状と展望. 保健医療科学, 61(1), 29-34.
- 佐々木ふみ, 萱沼さとみ, 川口智美, 佐藤圭子, 小澤三枝子 (2011). 二交代勤務看護師の疲労度, 満足度に関する文献検討: 三交代勤務との比較. 国立看護大学校研究紀要, 10(1), 49-56.
- 菅原明子, 加藤明美, 市江和子 (2006). 看護師の夜勤における疲労感と仮眠・休息の関連: 二交代勤務と三交代勤務を比較して. 日本看護学会論文集: 看護管理, 37, 472-474.
- 高村真広, 徳永智子, 橋本 翠, 林 俊介, 吉田弘司, 宮谷真人 (2010). 表情に対する感受性の精密測定 (3) —再検査による信頼性の推定—. 日本心理学会第74回大会発表論文集, 654.
- 上田雪子, 新谷幸江, 松本涼太, 安富雅恵, 永末佳子, 山本多賀子 (2015). 看護師の蓄積的疲労: 三交代制勤務と二交代制勤務との比較. 日本看護学会論文集: 看護管理, 45, 402-405.
- van der Helm, E., Gujar, N., and Walker, M.P. (2010). Sleep deprivation impairs the accurate recognition of human emotions. *Sleep*, 33(3), 335-342.
- Yoo, S.S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F.A., and Walker, M.P. (2007). The human emotional brain without sleep: A prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*, 17(20), R877-R878.
- 吉田弘司, 熊田真宙, 橋本優花里, 澤田 梢, 丸石正治, 宮谷真人 (2009). 表情に対する感受性の精密測定 (1) —社会的シグナルに対する新しい認知能力テストの開発—. 日本心理学会第73回大会発表論文集, 702.
- 吉田弘司, 熊田真宙 (2011). 社会的相互作用の分析指標としての個人の表情感受性の定量的評価: 高齢者研究から得られた知見を中心に. 心理相談センター年報, 7, 19-27.

〔2018年6月22日受付〕
〔2019年9月17日採用決定〕

地域で生活する精神障害者が「自己有用感」を回復するプロセス

Recovery of a Sense of Being Useful in People with Psychological Disorders Living in a Community

余 傳 節 子¹⁾ 國 方 弘 子²⁾
Setsuko Yoden Hiroko Kunikata

キーワード：精神障害者，自己有用感，回復

Key Words：People with Psychological Disorders, Sense of Being Useful, Recovery

緒 言

2004年9月に、厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、「入院医療中心から地域生活中心へ」とすることを示した（精神保健福祉対策本部，2004）。この改革ビジョンに基づき、精神保健医療福祉改革を目指した様々な施策が講じられた。しかし、精神科病院における長期入院患者の状況に大きな変化は見られなかった。その理由は、社会的入院が長期入院を引き起こしていることによる（土田，2013；小林，2016）。末安は社会的入院の要因として、疾病特性による要因、受け入れ側の要因、入院医療の限界の3つを指摘した。そして、疾病特性による要因としては、日常生活技能の獲得困難、対人関係困難、通院・服薬中断と悪化の恐れ等がある。受け入れ側の要因として、住まい、収入、職の確保、家族の協力困難、地域生活支援体制の不足などがある。また、入院医療の限界について、リハビリテーションの不備、家族等への働きかけの困難などが存在すると述べている（2007，p.16）。

さらに、精神障害者への偏見も地域生活を困難にする要因の一つであり、精神障害者への偏見は、その処遇の歴史から現在も根強いものがある（西尾，2006；宮沢，2013）。地域住民による精神障害者への差別や偏見により負の表象を引き起こすものを社会的スティグマ、精神障害者本人が自分に持つスティグマをセルフスティグマという。精神障害者の地域での生活のしづらさは疾病特性、社会的不利等によって形成されるが、これら客観的な障害だけでなく、セルフスティグマ等の主観的な障害にも精神障害者は悩まされる。下津（2007，p.353）は、セルフスティグマは自己効力感や自尊感情を低下させ、社会適応を阻害すると述べている。特に長期入院患者は、入院している自己を「精神科の患者」と存在規定する（関根，2010）ことにより、自

分は社会的スティグマを受ける存在であると認識し、自尊感情を低下させている（Berge M. & Ranney M., 2005）。

また、精神症状が自尊感情を低下させる（國方・豊田・矢嶋・沼本・中嶋，2006；山田，2015）こと、精神障害者は精神障害を持たない者に比べ自尊感情が低い（Muhammad Rizwan & Riaz Ahmad, 2015）ことも示されている。

近年、障害者の主体性を大切にする社会復帰、すなわちリカバリー概念が浸透してきた。リカバリーとは、症状や障害の有無にかかわらず精神障害者が自分の可能性を感じ希望や自信を持って人生を送っていくことである（Deegan P.E., 1988）。希望や自信は内面からの欲求である内発的動機づけとなる。それらを持つためには、精神障害者の自己効力感や自尊感情を高めていくことが重要である（國方，2018）。

自己効力感（Self-efficacy）とは、ある行動をどれだけ行えるかと思っているかを示すものであり、個人の能力の推測で感情ではない（江本，2000）。自己の能力評価という点では自尊感情と類似している。また、自尊感情とは、心理学用語のSelf-esteemの訳語として定着した概念である。ローゼンバーグ（Rosenberg, M., 1965）は、自己を評価するあり方として、自らの基準に照らして自分を受容（自己受容）することである「これでよい」という感覚に基づく点を自尊感情とした。

他方で、自尊感情と似た概念に教育学で重要視されている「自己有用感」がある。「自己有用感」とは、他者や集団から役に立った、喜んでもらえた、必要とされたと感じる感情であり、相手の存在なしには生まれぬ感情である（文部科学省国立教育政策研究所，2015）。自尊感情は他者から自分に向けられた評価に影響される。つまり、他者からの肯定的な評価を受けることにより高められる「自己有用感」の獲得が「自尊感情」の獲得につながる。他者なしでも成立する「自尊感情」が高いことが、必ずしも「自己

1) 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター Okayama Psychiatric Medical Center

2) 香川県立保健医療大学大学院保健医療学研究科 Graduate School of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

有用感」の高さを意味しない（文部科学省国立教育政策研究所，2015）。

精神障害者は長期入院により長く社会から切り離されることによって、入院前に培ってきた地域社会との関係が途切れるなど、重要な社会関係の喪失を経験する。精神障害者が地域生活を営むためには、自分と家族や地域の人々との関係や役割の獲得が重要な要素の一つであると考えられる。精神障害者への社会的偏見がある中で、人から役に立った、喜んでもらった、必要とされたという自分と他者、社会との関係を自他共に肯定的に受け入れられることで生まれる「自己有用感」が重要であると考えられる。他者の存在を前提としない自己評価は、社会性に結びつくとは限らない（文部科学省国立教育政策研究所，2015）。長期入院患者は家族や社会とのつながりも少なく、家族や社会の期待に応えた、必要とされた、認められたという「自己有用感」は低下していると考えられる。そのため、「自己有用感」を回復させていくことは、精神障害者の社会性の再獲得につながり、長期入院患者の退院を支援していく上で重要な希望や自信につながる内発的動機づけになると考える。

長期入院患者への退院支援看護について国内での研究を概観すると、退院を支援する看護の検討や構造（石川・葛谷・高橋・松下・北山，2014；田嶋・島田・佐伯，2009）、看護師の困難感（石川・葛谷，2013）、退院意欲への支援（菊池・板橋・吉岡，2016）、退院援助評価スケールの開発（荻野・田代，2010）等が散見される。

一方、精神障害者の「自己有用感」、看護学における「自己有用感」の先行研究は、医中誌、CiNiiによる文献検索の結果では見られなかった。また、医学用語シソーラス、医学英語辞典、教育用語辞典では「自己有用感」という用語はなかった。PubMedで「Sense of Being Useful」「self-usefulness」「sense of self-usefulness」で論文検索したが先行研究はみられなかった。医中誌、CiNiiによる「自己有用感」の文献検索の結果、先行研究は教育学における研究が主であり、タイトルに「自己有用感」が使用されている文献は44件あった（1990年～2018年12月）。それら研究は、異年齢の交流活動の推進（滝，2006；信夫・山本・大谷・佐藤，2018）や生徒会活動（荒木，2009）、ならびにボランティア学習（堤・小泉，2009）による「自己有用感」の向上・育成・獲得であった。また、小学生版自己有用感尺度作成の試み（堤・小泉，2008）や児童生徒を対象とした自己有用感尺度の作成（栃木県総合教育センター，2013）も見られた。これらの研究成果をまとめると、「自己有用感」は、「社会性の基礎となる部分」である「人と関わりたい」という意欲に関わること、自信や意欲の育成、自主的・実践的態度を育てることに関係する機能をもつことであるといえる。

以上のように、看護学の近接領域で明らかにされている「自己有用感」は、社会性の基礎となる「人と関わりたい」という意欲に関わる重要概念である。また、精神看護実践では、社会関係が喪失または縮小している精神障害者を対象としていることから、精神障害者が地域生活を営むための社会性再獲得への支援は重要課題である。したがって、長期入院患者の地域生活を可能にするために、精神看護実践において「自己有用感」の概念を取り入れることは意義のある研究である。

そこで、精神科病院に入院歴があり、退院し地域で生活をしている精神障害者が、他者や集団との関わりで、「自己有用感」を回復していくプロセスを明らかにすることが、長期入院患者の退院を支援する手がかりになると考えた。

なお、本研究において「自己有用感」を他者や集団から役に立った、喜んでもらった、必要とされたという他者からの肯定的な反応で感じる感情と定義した。

I. 研究目的

本研究の目的は、精神科病院に入院歴があり地域で生活をしている精神障害者が、他者や集団との関わりで、「自己有用感」を回復するプロセスを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、地域で生活する精神障害者の「自己有用感」の回復という主観的で過程的な現象を明らかにするために、質的記述的研究デザインとした。

2. 対象者

A精神科病院の外来、デイケア、訪問看護を利用している精神障害者に対して研究参加への募集を行った。A精神科病院は、B県の政令指定都市にある中規模の精神科単科病院である。

対象者の選択基準は、以下のように規定した。（1）過去に1年以上入院歴があり、最終退院後1年以上継続して地域で生活を送っている成人の統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害群を有する精神障害者。（2）自分の体験について語ることが症状悪化を引き起こさないと筆頭研究者が判断した者。（3）自由意思で研究参加の意思を示し、同意を得た者とした。

3. データ収集方法

データ収集は、対象者へのインタビューガイドに基づく半構成的面接にて行った。面接は、A精神科病院のプライ

バシーの保たれる個室で実施した。面接は対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。面接回数は、十分な語りを得るために1名につき1～2回行い、新しい内容のデータが得られなくなったときに終了とした。1回の面接時間は30分～1時間であった。面接内容は現在の生活状況について自由な語りを尊重しながら、「これまでの生活体験を振り返って、家族や周囲の人など他者に対し役に立ったと感じたこと、認められたこと、頼りにされたこと、喜んでもらったこと」「家族や周囲の人など他者に役立った、認められた、頼りにされた、喜んでもらったことを続けるための、やり方やそのいきさつ」「地域社会での生活を続けるために助けになったこと、気をつけてきたこと」について話してもらった。

4. 分析方法

本研究は、地域で生活する精神障害者が、他者や集団との相互作用の中で「自己有用感」を回復するプロセスを明らかにするために、行動の意味、シンボルを読み取るシンボリック相互作用論を理論的基盤とする修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（木下，2003）（Modified Grounded Theory Approach：以下M-GTAとする）を用いた。

M-GTAでは、データとの距離をできるだけ縮め、よりデータに密着した分析をするために分析焦点者と分析テーマを設定する。本研究の分析焦点者は「1年以上入院歴があり、1年以上継続して地域で生活している成人の統合失調症スペクトラムおよび他の精神障害者群を有する精神障害者」とし、データを見ていく視点である分析テーマは「自己有用感を回復するプロセス」とした。

まず録音した面接データの内容をすべて逐語録に起こし、逐語録の内容を何度も繰り返して読み、内容全体の理解や解釈を深めた。分析テーマに関連がありそうな箇所を具体例として分析ワークシートに記入する作業を繰り返して、説明できる概念を生成した。概念を生成する際は対極

例や他の概念との関係性についても検討しながら行った。続いて、概念同士の関係性や意味内容の検討を行いカテゴリーを生成した。さらにカテゴリー同士の関係性を検討しコアカテゴリーを決定した。生成したカテゴリー同士の関係性は図式化し、それを文章化してストーリーラインを作成した。

データの分析は、研究データの個人情報保たれる個室で行った。

分析の真実性を確保するにあたり、分析の全過程で質的研究の研究者から指導を受け合意が得られるまで検討した。また、これ以上の概念が出ない理論的飽和に達するまで対象者との面接を実施し分析を行った。最後に、対象者にストーリーラインを提示し、妥当性の確保に努めた。

5. データ収集期間

データ収集期間は2017年4月～2017年11月であった。

6. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、香川県立保健医療大学倫理審査委員会の承認（承認番号：208）と研究協力施設であるA精神科病院倫理委員会の承諾を得た。対象者に対して、研究者が書面と口頭で研究の趣旨、目的と方法、予測される利益と不利益を説明した。研究参加は自由意思であること、断っても不利益を被ることはないこと、参加中断の権利、匿名性の保護、データの厳密な管理、インタビューの途中で気分不良等が発生した場合の対処などを書面と口頭で説明し、同意書への署名をもって参加の承諾を得た。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要（表1）

対象者は20代から60代の10名（男性5名、女性5名）であった。診断名は統合失調症9名、妄想性障害1名であっ

表1 対象者の概要

	性別	年齢	診断名	病歴	入院回数	入院期間	地域生活継続期間
A氏	男性	60代	統合失調症	29年	2回	13年	2年
B氏	男性	40代	統合失調症	30年	15回	8年	1年半
C氏	女性	50代	統合失調症	42年	3回	6年	3年
D氏	女性	30代	統合失調症	18年	8回	3年	2年3か月
E氏	女性	20代	統合失調症	5年	3回	1年	1年
F氏	男性	50代	統合失調症	5年	2回	2年	2年3か月
G氏	男性	40代	統合失調症	21年	3回	1年	7年
H氏	女性	50代	妄想性障害	7年	2回	4年	1年9か月
I氏	男性	50代	統合失調症	31年	5回	1年	16年
J氏	女性	50代	統合失調症	43年	7回	5年	1年9か月

た。病歴は5年から43年、入院期間は1年から13年、入院回数は2回から15回であった。最終退院後の地域生活継続期間は1年から16年であった。募集の結果、10名が研究参加に応募し、10名すべてが選択基準を満たしたことから対象者となった。

2. ストーリーラインと結果図

分析結果、1つの【コアカテゴリ】、6つの《カテゴリ》と14の〈概念〉が生成された。生成されたコアカテゴリとカテゴリ、概念は用いてストーリーラインを説明する。コアカテゴリは【 】, カテゴリは《 》, 概念を〈 〉で示す。

図1に結果図を示す。

精神障害者は、〈日常の職員からの何気ない声かけ〉〈家族とのたわいない会話〉〈他者からの気遣い〉から《他者から気かけられる喜び》を感じ取り、自分も気かけられる存在であり存在してもよいことを認識していた。このような自己の存在を認識しながら生活する中で、〈わかり合える患者同士の交流〉や〈朋友と悲喜を共にする〉〈地域の人達とのふれあい〉を通し、《他者とつながる安心感》を持ち、つながりの中で自己の存在を確かめていた。《他者から気かけられる喜び》《他者とつながる安心感》の体験があるからこそ〈親の理解〉、〈配偶者の愛情〉や〈親族の助け〉、〈信頼できる職員の支援〉を感じる事が可能になり、《他者からの受容感》を得て、自己も受容していた。《他者から気かけられる喜び》《他者とつながる安心感》《他者からの受容感》の3つの体験を行き来しながら、自己の存在に自信を感じ、受動的から能動的な「自己有用

感」の体験へと変化しながら〈大切な人との絆〉をもつことで、《他者と支え合う自負》を感じ、自己の存在の受容から自己の存在への自信を感じ始めていた。さらに、〈家族の役に立つ〉ことや〈集団の中での役割獲得〉をすることで、《他者や集団の役に立つ満足感》を得て自己の存在意義を確認していた。

一方で、自分の望むことができないことや働けないことへの情けなさを感じながらも《他者や集団の役に立つ満足感》を得ることを繰り返すことで、自己の存在意義を感じながら社会に対しても目が向けられるようになっていた。そして、生きることは社会に迷惑をかけず、社会の役に立ちたいという自分なりの社会的価値を見出していくことである《社会的価値を模索する責任感》を持ちながら生活していた。

以上のプロセスは、精神障害者が僅かなことから自己の存在意義や存在価値を見出していき、自分なりの【生きる意味の集積】をするプロセスであった。

3. プロセスを構成するカテゴリと概念

次に、カテゴリ《 》と概念〈 〉の定義と具体例を示す。カテゴリの定義は[]で、概念の定義は“ ”で示す。また「 」内の文章は対象者の語りである。

(1) 《他者から気かけられる喜び》

[声をかけ気遣ってくれる人がいることで、自分も他者に気かけられる存在であると認識することにより生まれる喜び]と定義した。

このカテゴリは〈日常の職員からの何気ない声かけ〉〈家族とのたわいない会話〉〈他者からの気遣い〉の3つの

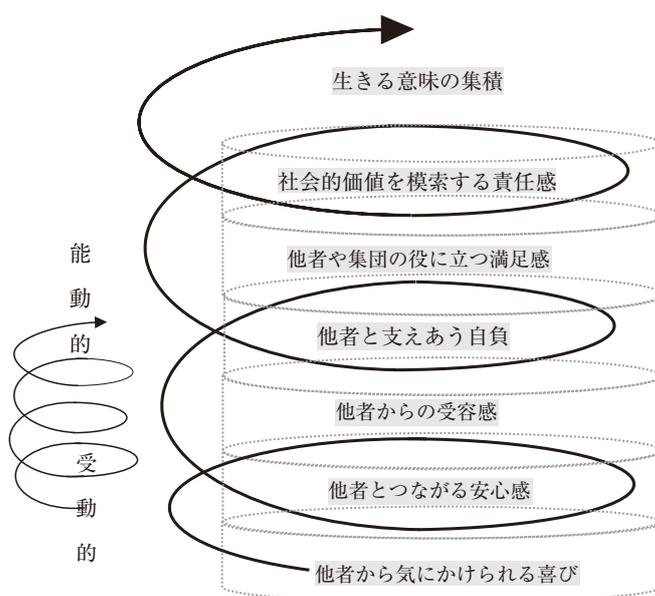


図1 精神障害者が自己有用感を回復するプロセス

概念から構成された。〈日常の職員からの何気ない声かけ〉は“病院職員の声かけにより自分を見てくれている嬉しさを感じる”ことである。「デイケアに行ったときに僕を見たら、職員（病院）の人が『頑張ってるね』と言ってくれるのが嬉しいなあ（A氏）」「〇〇さん（作業所の職員）はフルネームで、ちゃんづけをせずに呼び合うのがブームだったらいいんですけど、私もそんな感じで呼ばれているんです、嬉しいんですよ（D氏）」と語った。病院や作業所の職員が挨拶程度の声かけや普段何気なく言っている言葉で自分のことを意識してくれている、見てくれていると喜びを感じていた。〈家族とのたわいない会話〉は“病気に拒否的な家族とのちょっとした会話で自分が許されていると感じる”ことである。「今までは電話にも出てくれなかった子供が電話に出てくれて、冗談半分、本気半分で『おかあさんも年なんだ……』とか、『いつでも帰ってこい』とか言って気にかけてくれて、そんなたわいのないことが嬉しくて（J氏）」と語った。自分の病気のことで迷惑や心配をかけた家族からの優しい電話での言葉で、少しは自分のことを許してくれていること、関心を持ってくれていたことを確認でき嬉しく思っていた。〈他者からの気遣い〉は“患者仲間の親切的な行動で自分を気にかけてくれる、優しくしてくれることを感じる”ことである。「自分は何も言わなかったけど、足が痛かったとき、ノートを運んでくれた、消しゴムと鉛筆とノートを入れてくれた人がいる、優しいなーと思った（A氏）」「〇〇さんが、おかあさんが来られないときに気にしておやつを毎日持ってきてくれた、いらないと言ったけどずっと持ってきてくれた、『おかあさんを大事にしろ』と言った、心配してくれた、恩がある（B氏）」と語った。自分が困っていた時に親切にしてもらったり優しくしてもらったりしたことで、自分もそこにいていい、気にかけてもらえる、認めてもらえる存在であると認識することで生まれる喜びであった。

(2) 《他者とつながる安心感》

「同じ体験をしている人、友人、地域の人達との付き合いから人とのつながりを感じ、自己の存在を確認することにより生まれる安心感」と定義した。

このカテゴリーは〈わかり合える患者同士の交流〉や〈朋友と悲喜を共にする〉、〈地域の人達とのふれあい〉の3つの概念から構成された。〈わかり合える患者同士の交流〉は“同じ体験をしている仲間との交流により一人ではないと感じる”ことである。「〇〇さんは入院しているときに知り合って気にかけてくれた、私が退院したときから電話してくる、私は話しやすいのかな、けっこう長い付き合いだと思ふよ（C氏）」「デイケアはまあ、友達もいるし、やっぱ行くところもないし、仲間というの、なかなか居心地がいいと思っているから（I氏）」「若い〇〇さんとかと話している

と私の娘みたいで、頼ってもらっているなと思ったり、〇〇さんとは電話すると聞いてくれたり安心します、『お世話になっている』と言ってくれると少しは役に立っているのかなあと思います（J氏）」などと話した。同じ病気を体験した者同士で支え合い、励まし合うことで病気を持っても一人ではないと感じ、相手とのつながりを感じて、自己の存在を確認し安心感を得ていた。〈朋友と悲喜を共にする〉は“朋友と喜びや悩みを分かち合えたと感じる”ことである。「電話で友達と悩みごととか自分も言うんですけど、悩みごととか聞いてあげたりとかして支え合っています、留年したときに出会った人で、その人がすごくいい人で、親切で、心配して、休んだときに『大丈夫?』とか言って気にしてくれて、寂しかったけど、その人に出会えて一人じゃないと思って嬉しかった（E氏）」「働いていた頃のお友達ともつながりがあって食事に行くと、食事を食べさせてもらいました。誘ってもらえると病気のことをわかっていてくれると思ってほっとします（J氏）」と語った。学生時代の友人と悩みを相談し合うことや、たわいのない話をするこゝでつながりを感じ安心していた。〈地域の人達とのふれあい〉は“近所の人達から声をかけられることで、地域で受け入れられていると実感する”ことである。「『元気になったね』と言ってくれます。近所の方に……、気にしてくれているのかなあと思ったり、バスで会ったりとか、買い物に行くときに近所の人に会って話したり……『遊びに来て』と言われるので嬉しいです（H氏）」と語った。地域の偏見がある中で近所の人達から肯定的な声をかけられることで、近所の人達とのつながりを確認し安心感を得ていた。

(3) 《他者からの受容感》

「家族や親族、職員からわかってもらえている、大切にされている、支えられていると感じることにより生まれる他者からの受容感」と定義した。

このカテゴリーは〈親の理解〉〈配偶者の愛情〉〈親族の助け〉〈信頼できる職員の支援〉の4つの概念から構成された。〈親の理解〉は“親の励ましや見守りで、自分や病気についてわかってもらえていると感じる”ことである。「入院ばかりで親に迷惑かけているなと思って、親は『迷惑じゃないよ』って言ってくれて、私もうだめかもしれないと親に言ったら、親は『大丈夫』と言ってくれて……親は理解してくれて、こんな私で、いいのかな……（E氏）」「両親は病気についてわかってくれていて『ぼつぼつでいい』と言ってくれた、感謝しています、それからは、ぼつぼつしています（G氏）」と語った。自分や病気について親が理解して受け入れてくれていると実感していた。〈配偶者の愛情〉は“配偶者からの言葉で大切にされている、愛されていると感じる”ことである。「主人は亡くなる前に、私が仕事を辞めて付き添おうかと言ったときに、自分が亡くなって

その後『どこに勤められるのか』と言ってくれました、主人は私のことを思ってくれ、わかってくれていました(J氏)』と語った。夫が亡くなった後の自分のことを心配してくれている夫の愛情や優しさを感じていた。〈親族の助け〉は“困った時に親族に助けられている、心配されていると感じる”ことである。「甥っ子はよくしてくれるんです、よくしてくれたら、こっちもするよね、頭の中では、おばちゃん頭がおかしいとわかっているけど、それでも時々親切にしてくれたりするんです、よくしてくれるからこんな自分でもいいんだと思う(C氏)」「家族みんなに助けられている、入院しているときとか毎日順番に来てくれたりしていた、嬉しかった、病気の自分でも心配し必要としてくれている、就職も後で何とかなるからと言ってくれたので、焦らないようにしています(E氏)」と話した。困った時に両親や親族が手を貸してくれたり、助けてもらえたりすることで受け入れられていると感じることができていた。〈信頼できる職員の支援〉は“調子の良い時も悪い時も知ってくれている病院職員に支えられている、認められていると感じる”ことである。「おかあさんが他界したら、相談する相手は〇〇さん(職員)しかいない、〇〇さんは悪いこともいいことも知っているから(B氏)」「泣いたときに訪問看護中に、〇〇さん(職員)に『大丈夫だから』ってポンポンとたたいてもらったり、泣いてもどうしようもならなくて、デイケアの〇〇さんに何度も電話したりして、〇〇さんはみんなDさんのことを認めているよと言ってきて、助けてもらいました、みんなに助けてもらっている私なんです(D氏)」と語った。家族や親族に助けを求められない時に、自分の病状や気持ちを理解してくれているのは病院の職員であると感じ、辛い時に優しくしてもらうことで受け入れられていると感じていた。

これら、〈親の理解〉〈配偶者の愛情〉〈親族の助け〉〈信頼できる職員の支援〉の他者からの受容感を得る経験が、自己の受容につながっていた。

(4) 《他者と支え合う自負》

「しんどい時、辛い時お互いに支え合いながら乗り越えてきたことにより生まれる自己の存在への自信」と定義した。

このカテゴリーは〈大切な人との絆〉の1つの概念で構成された。“困難時にお互いに支え合った信頼関係”である。「入院している〇〇さんは僕がいなくなったら困るだろうと思う、〇〇さんにとって僕は大切な存在と思っている、信頼関係ができていると思っている、僕も苦しいときに助けてもらえたから、孤独で寂しいとき、それで余計に今は何かしてあげないといけないと思っている、一番苦しいときに助けてもらったから(I氏)」と自己の存在への自信を語った。

(5) 《他者や集団の役に立つ満足感》

「頼られる、感謝される、礼を言われることで誰かの役に立っていることを実感し、気持ちが満たされることで自己の存在意義を確認することにより生まれる満足感」と定義した。

このカテゴリーは〈家族の役に立つ〉〈集団の中での役割獲得〉の2つの概念から構成された。〈家族の役に立つ〉は“家族の役に立つことで、自分にもできることがあると感じる”ことである。「神様が祭ってあって、仏壇や仏様も、そこにご飯を備えないといけないんです、私しかいないから(C氏)」「お風呂を入れたりとか掃除したあとに、お父さんがじゃがいものあとに牛肉を出していたから、玉ねぎ出して全部作ってあげたよって言ったら、『ありがとな』と言われて嬉しかった(D氏)」「家族みんなに助けられている、それでみんなに何かしてあげたいと思って料理の勉強を始めたんです、喜んでもらえます(E氏)」「父に頼られているという感じです、頼りきっているというか、できないことは全部、私に頼もうというか、私が調子悪くなったら困ると言う(H氏)」と語った。家の中で自分の役割がある、家族に感謝されることで役に立っていることを実感し満足感を得ていた。〈集団の中での役割獲得〉は“デイケアや作業所の中で自分の役割があると感じる”ことである。「朝の会とかで司会をやって〇〇さんから『ありがとう』と言われた、嬉しいです、人の役に立つのは嬉しいです、作業所に通っていた時に、何も不平や不足を言わずに頼まれた仕事は何でも引き受けてやっていた、みんな色々言うんですよ、わがままとか、そんな中で『Gさんは何も言わずにやってくれる、ありがとう』と言われた(G氏)」「『Dさんは箸を入れる作業のほうが好きだろうし、箸があるから午後から来てよ』と言われると、頼りにされていると感じるんですよ(D氏)」と話した。デイケアや作業所で礼を言われる、来てほしいという言葉をかけられることで頼りにされている役割があると自己の存在意義を確認し満足感を得ていた。

(6) 《社会的価値を模索する責任感》

「生きることは、社会に迷惑をかけず、社会の役に立ちたいという自分なりの社会的価値を見出す責任感」と定義した。

このカテゴリーは〈多様な社会的価値の模索〉の1つの概念から構成された。“自分なりの社会的な価値を見つけている”ことである。「早く働きたいです、でも今はなかなか難しいのかなと思い色々と考えを巡らせています、今は作業所で頑張りますけど、社会の役に立ってない自分が嫌だ、みたいなのところがあるので、何か生活保護みたいに国に補助を受けて生きていくみたいなのはよくないなと思っている。だから仕事をしているときは、生き生きしているというのはおかしいですけど、なんか生きていく感じがするんです(F

氏)「社会貢献はなかなか難しいけど、工場とか色々仕事をしたけどなかなか働くことはできないから、家のことも手伝っているし、まあ社会に迷惑をかけないことも社会貢献だと思う(1氏)」と語った。このように、社会の中で、自分にできる価値を見つけないといけないという社会への責任を感じていた。

以上の6つのカテゴリーの中核に流れるものは、他者との些細な関係から自己の存在への自信を感じることで他者や社会の役に立つことを探し、僅かなことから自己の存在意義、存在価値を積み重ねていくことであった。自己の存在について体験を積み重ねていくことは【生きる意味の集積】であり、このことが研究全体に織り込まれていると解釈できた。

IV. 考 察

長期入院患者は、人として当たり前の日常生活を失い、社会と切り離されることにより社会関係を喪失することが多い。そして精神を患う自分であるという苦悩(藤野・脇崎・岡村, 2007)や、自らの存在すら危うくなる絶望感を体験し、社会適応への不安や葛藤を持ちながら生活している。精神障害者が、他者や集団との関係の中で、生きる意味を集積していく「自己有用感」の回復プロセスは、長期入院患者が社会性を再獲得していくために重要である。すなわち、精神障害者が、専門職者が普段見過ごしがちな僅かなことから、自己の存在を認識、確認、受容し、そして自己への自信を持ち、自己の存在意義や存在価値を見出していくプロセスであり、まさに精神障害者の希望を回復するリカバリーへと向かうプロセスでもある。人は誰かの役に立ち、感謝され、必要とされるからこそ、生きている喜びを感じることができる。内発的動機づけとなる「自己有用感」の回復は、長期入院患者が社会性の基礎を回復し、自ら地域生活へと目を向ける出発点となるだろう。

精神障害者が【生きる意味の集積】を体験する「自己有用感」を回復するプロセスは、3段階の受動的体験を経て、生きる意味を模索しながら次の3段階の能動的体験に移行し、行き来しながらも一つ一つ積み重ねられるように構成されていた。

1. 受動的体験のプロセス

第1層の《他者から気かけられる喜び》は、自己の存在を承認していくプロセスのスタートとなる体験である。精神障害者は精神疾患と診断され長期入院することにより、自身に否定的な認識を持ち、家族から迷惑に思われている、受け入れてもらえないなどの思いを抱えている。そのため自分は誰からも関心を寄せられないと感じ、自分はこの世の中に存在してもよいのだろうかとの存在意義

や存在価値を見失っている。《他者から気かけられる喜び》から自分にも声をかけ気遣ってくれる人がいることで、“自分は居てもいい”と思い自己の存在を認識していく。自分は居てもいいという感情が満たされることにより、自分は一人ではない、誰かとつながり安心したいという感情が芽生えてくると考える。統合失調症者の自信を回復させるためには、周囲の人から自己の存在が認められ認識されること、仲間意識をお互いにもてることが大きな支えになっている(天谷、鈴木、柴田、阿部、田中、大迫、板山, 2008)。このように《他者から気かけられる喜び》は【生きる意味の集積】の原点となる。精神障害者は、専門職者が意識していない、普段見過ごされがちな些細なことから自己の存在を認識している。看護職者はこのことを理解し、長期入院患者が自己の存在が認められていると感じられるように、彼らの日常生活での何気ない行動について意識的にかつ戦略的に、繰り返し、気かける看護を実践することの重要性が示唆される。

第2層の《他者とつながる安心感》は、自己の存在の認識から確認へと向かうプロセスである。人が疎外感や孤独感に苛まれた時に求めるものは人の温かさである。誰かのそばにいる、誰かと心がつながっているという《他者とつながる安心感》を持つことである。

人は、家族や近所の人たち、学校や部活動の仲間、会社の同僚、結婚して築く家庭などライフサイクルの各段階に応じて、常に他者とつながり助け合い、他者とのつながりの中で生きていく。精神疾患に対する根強い偏見がある中で、患者同士、友人、地域の人達とつながる安心感は、自己の存在を確認していくことができる。精神障害者は、仲間との出会いを通して精神障害者としての自分を認め、そこから現実の人と人とのつながりの中で未来に向かって生きる術を獲得していく(田中, 2000, p.57)。

孤独感の強い人ほど他者に無関心で自己を過小評価する傾向があり、社会的規範への適応が悪く、社会的順応性に乏しいことが指摘されている(工藤・西川, 1983)。このことから、看護職者は、長期入院患者がこれまで培ってきた家族や社会関係、友人とのつながりを絶たれ(田中, 2010)、孤独感や疎外感を持ちながら病棟生活を送っていることを再認識する必要がある。そして、たとえ、長期入院患者に反応がなくても声をかけ続け、関心を持ち続ける諦めない看護実践が重要である。このことにより看護職者とのつながりを感じ安心感を得ることが可能となり、自分を理解して受容してもらいたいという欲求が芽生えてくると考える。

第3層は《他者からの受容感》である。精神障害者は受け入れてもらいたいと思っている身近な家族や職員から励ましの言葉や、見守る姿勢を持ってもらえることで、病気

の自分が受け入れられていると感じることが可能になる。人は、ありのままの自分を受け入れてくれる他者の存在を感じ、自分はこのままでいいと感じる。病気になった自分でも受け入れてくれていることに感謝し、安心や安堵を感じ自己の存在も受容できるのではないだろうか。「他者からの受容感」や「感謝・安らぎ感」をもつ人は、自己の存在価値意識を自覚できる傾向にある（高井，2001）。

このことから、自己受容に苦悩している精神障害者に対し、病気を持った一人の人間として、ありのままに受け止める看護実践を提供することが、精神障害者の自己受容につながるといえる。そのためには、看護職者自身が人間そのものに対する見方を探究し続けること、つまり人間に対する哲学を深く探求する姿勢が重要となろう。

以上のように、受動的な3層のプロセスは、いずれも受動的ではあるが他者から与えられることを敏感に感じ取りながら【生きる意味の集積】をしていた。

2. 能動的体験のプロセス

受動的なプロセスを踏むことで、少しずつ自己の存在を確認し病気の自分を受容することができる。そして自己を受容することで、心にもゆとりが持て他者の立場にも目を向けることができ、相手に何かを与えることで自己の価値を見出すようになるのではないだろうか。第4層の《他者と支え合う自負》は、自己受容が土台となり、他者と互いに支え合いながら辛い時を乗り越え、自己の存在への自信が持てるようになるプロセスである。

人とつながり、受け入れられ支えられることで、自分も誰かを支えることができるという気持ちが芽生えてくる。受容されるばかりでなく相手を支え、相手との信頼関係を築ける存在であることは、自己の存在への自信になると考える。

そして、第5層の《他者や集団の役に立つ満足感》では、誰かと支え合うことで、それが自己への自信につながる体験となり、今度は自分も誰かの役に立ちたいと思えるようになると考える。

精神障害者は自尊感情が低く（下津，2007，p.355）、自分は病気になってみんなに迷惑をかけていると思い、自分に自信を持ってないでいる。しかし、自己受容し自分に自信が持てるようになることで、何もできないという気持ちから、何か少しでも役に立ちたいという気持ちに変化していくと考える。家の中での些細な手伝いや役割があること、家族に頼りにされていると感じることで満足感や充実感を得て、自己の存在意義を確認していると考えられる。

また、役に立ちたいと思える大切な人や、居場所があることは重要である。自分の居場所は「自分の役割のある場所」である。社会の中で疎外感を感じるのは、自分がいる

場所に自分の居場所がないように感じた時である。「役割」は、仕事の有無、家族の有無に関係なく、社会の中で生きていくことの大きな意味となる。人は人の役に立って時に満足感を得られるのではないだろうか。病院生活の中でも他患者と協力し合ったり、支え合ったりしていることを認める集団力動を活用したり、自らが気づいていない長所や可能性を看護職者から伝えていくストレngths支援、他者や集団の役に立つ満足感が得られるような認知的介入技法や行動的介入技法を積極的に活用していくことが、自己の存在意義や存在価値を確認していくための支援につながると考える。

人は誰かの役に立つ満足感を得ると、広く社会に役立ちたい、貢献したい、社会的なつながりを持ちたいという欲求を持つのではないだろうか。つまり第6層の《社会的価値を模索する責任感》である。一般に、教育機関修了後は就労する。就労により報酬を得るとともに人間形成や、社会とのつながりを持つ。精神障害者は幻聴や妄想、思考や対人関係の障害等により生きづらさを感じており、就労したくても雇用機会がないなどの多くの課題がある。しかし、精神障害者が働くことを考えていないわけではなく、できれば働きたいと願っている人たちも多い。そのなかでもF氏は「仕事をしているときは、生き生きしているというのはおかしいですけど、なんか生きていく感じがするんです」と語っている。

人間が、自分の存在意義や社会的価値を示すためには、働くこと（仕事）を通じて何らかの価値を創造するのが、最もわかりやすい方法である（飯田，2002）。青木（2017）は、「自己有用感」を「社会において、自分が何らかの役割を担っていると感じられると共に、社会から自分が肯定的に捉えられていると実感できている状態」とし、その重要性を述べている。「社会貢献はなかなか難しいけど、まあ社会に迷惑をかけないことも社会貢献だと思う」と話したI氏のように、せめて社会に迷惑や面倒をかけないことが社会貢献であると、社会における自分の役割を見出している。

以上のプロセスは、受動的プロセスを経たのちに生成され、能動的に【生きる意味の集積】をしていた。

地域で生活する精神障害者の自己有用感回復の中心にあったのは、常に生きる意味を模索し、生きる意味を集積していくことであった。精神障害者にとって入院は何らかの外傷体験となり、自己否定としてのメッセージをもって（田中，2000，p.56）。つまり、生きる意義や価値の崩壊としての体験である。入院体験によるセルフスティグマや自己喪失感を抱いた精神障害者が、僅かなことから生きる意味を見出し、生きることと真剣に向き合い、自己の存在意義や価値を取り戻していく「自己有用感」の回復プ

プロセスは、精神障害者の自己の再構築のプロセスでもあり、ひいては社会とつながり地域生活を可能にしていく重要なプロセスである。看護職者は、このような精神障害者自身の自己の再構築の試みを支援していくことが求められる。

「自己有用感」の回復プロセスを明らかにしたことは、長期入院患者の退院促進が課題となる現状を鑑みると、新たな視点を提供するものといえよう。

3. 本研究の限界と課題

本研究の限界は、対象者が限られた施設の外来とデイケア、ならびに訪問看護利用者を対象としていること、対象者の病歴や地域生活継続期間に幅があることから選択バイアスを否定できないことである。今後の課題は、対象者数を増やすとともにネーミングをさらに洗練させていくこと、結果を臨床で実践し完成度を一段と高めることである。

V. 結 論

地域で生活する精神障害者は、《他者から気かけられる喜び》《他者とつながる安心感》を持つことで自己の存在を確認し、《他者からの受容感》を得て、自己も受容していた。これらの体験を行き来しながら《他者と支え合う

自負》を感じ、自己の存在への自信を感じ始めていた。さらに、《他者や集団の役に立つ満足感》を得ることで自己の存在意義を確認し、社会に目を向け《社会的価値を模索する責任感》を持ちながら生活していた。以上の「自己有用感」回復のプロセスは、精神障害者が僅かなことから自己の存在意義や存在価値を見出す自分なりの【生きる意味の集積】であった。

看護職者は、精神障害者が自己有用感を回復するプロセスのどの段階にいるかを把握し、「自己有用感」の回復を支援する看護実践をすることで、精神障害者の地域生活を推進できる可能性を有することが示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様に深く感謝いたします。

本論文は、香川県立保健医療大学大学院修士論文（2019）を一部加筆修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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、最終原稿を確認した。

要 旨

本研究は、地域で生活する精神障害者が他者や集団との関わりで「自己有用感」を回復するプロセスについて明らかにした。地域で生活する精神障害者10名に半構成的面接を行い、M-GTAを用いて分析した。その結果、1つの【コアカテゴリー】と6つの《カテゴリー》が生成された。地域で生活する精神障害者は、《他者から気かけられる喜び》《他者とつながる安心感》を持つことで自己の存在を確認し、《他者からの受容感》を得て、自己も受容していた。この体験を行き来しながら《他者と支え合う自負》を感じ、自己の存在への自信を感じ始めていた。さらに、《他者や集団の役に立つ満足感》を得ることで自己の存在意義を確認し、社会に目を向け《社会的価値を模索する責任感》を持ちながら生活していた。以上の「自己有用感」回復のプロセスは、精神障害者が僅かなことから自己の存在意義や存在価値を見出す自分なりの【生きる意味の集積】であった。

Abstract

This study elucidates the way in which a sense of being useful of people with psychological disorders living in a community is restored through interactions with other individuals. Semi-structured interviews were conducted with ten residents having psychological disorders, and data were analyzed by the M-GTA. One 【core category】 and six 《categories》 were generated from the results. It was found that those with psychological disorders living in a community, were reassured and 《happy to be cared for》 and found 《peace of mind by connecting with others》; thus, by feeling that they were 《accepted by others》, they accepted themselves. They developed 《confidence in themselves and in the mutual support》 that living with others brought. Moreover, they felt a sense of reassurance and contentment by 《being helpful to others》. They explored their value in the community by maintaining 《a sense of responsibilities for exploring societal values》 and paying attention to societal issues. The above-mentioned way of restoring a sense of being useful in those with psychological disorders, illustrates how people discover 【the significance and value of their own existence】 through their experiences.

文 献

- 天谷真奈美, 鈴木麻揚, 柴田文江, 阿部由香, 田中留伊, 大迫哲也, 板山 稔 (2008). 統合失調症者の社会参加自己効力感を促進する要因, 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 6.
- 青木聖久 (2017). 精神障害者が生きづらさを持ちつつも働くことの意義, 日本福祉大学福祉社会開発研究所, 現代と文化: 日本福祉大学研究紀要, (136), 75-92.
- 荒木 充 (2009). 特別活動「評価活動」を生かした生徒会活動の取組について: 「自己存在感」「自己有用感」の創出を目指して, 教育実践研究, 19, 159-164.
- Berge M., Ranney M. (2005). Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: Implications for mental health. *Care Management Journals*, 6(3), 139-144.
- Deegan P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- 江本リナ (2000). 自己効力感の概念分析, 日本科学学会誌, 20, (2), 39-45.
- 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村 仁 (2007). 精神科における長期入院患者の苦悩, 日本看護研究学会雑誌, Vol.30 NO.2, 87-95.
- 飯田史彦 (2002). 働くことの意味がわかる本, p.47, 東京: PHP 研究所.
- 石川かおり, 葛谷玲子 (2013). 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援における看護師の困難, 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 55-62.
- 石川かおり, 葛谷玲子, 高橋未来, 松下光子, 北山三津子 (2014). 精神科長期入院患者の退院を支援する看護の検討, 岐阜県立看護大学紀要, 14(1), 131-138.
- 菊池 淳, 板橋直人, 吉岡一実 (2016). 統合失調症による長期入院患者への退院支援: 退院意欲を引き出すための看護援助の実態, ヒューマンケア研究学会誌, 8(1), 91-95.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い, 東京: 弘文堂.
- 小林純子 (2016). 精神看護学領域における問題提起: 精神科医療制度の現状と課題: 看護の現場から, 法政論叢, 52(2), 231-240.
- 工藤 力, 西川正之 (1983). 孤独感に関する研究 (I): 孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討, 実験社会心理学研究, 22(2), 99-108.
- 國方弘子, 豊田志保, 矢嶋裕樹, 沼本健二, 中嶋和夫 (2006). 統合失調症患者の精神症状と自尊感情の関連性, 日本保健科学学会誌, Vol.9 No.1, 30-37.
- 國方弘子 (2018). 自分を好きになるためのワークブック: シートを使って進める自尊心回復グループ認知行動療法, p.7, 岡山: ふくろう出版.
- 宮沢和志 (2013). 精神障害者に対する差別・偏見を軽減するために歴史を伝えることは有効か: 精神保健福祉行政史を伝えることの有効性をアンケート調査から考察する, 金城学院大学集, 9(2), 102-125.
- 文部科学省国立教育政策研究所 (2015). 生徒指導リーフ「自尊感情」? それとも「自己有用感」?, <http://www.nier.go.jp/shido/leaf/leaf18.pdf> (2016-9-4).
- Muhammad Rizwan, Riaz Ahmad (2015). Self-Esteem Deficits Among Psychiatric Patients, *SAGE journals*, 5(2), doi:10.1177/2158244015581649 (2017-9-3).
- 西尾雅明 (2006). 精神障害に対する偏見をいかに軽減していくか: 求められる視点と取り組み, その効果, 精神神経学雑誌, 108(1), 57-62.
- 信夫辰規, 山本 奨, 大谷哲弘, 佐藤 進 (2018). 学校生活における異年齢集団活動が自己有用感へあたえる影響, 岩手大学大学院教育学研究科研究年報, (2), 125-134.
- 萩野 雅, 田代 誠 (2010). 長期在院精神障害者の退院援助評価スケールの開発と有効性の検証, 日本精神保健看護学会誌, 19(1), 55-62.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-Image*, 16-36, NJ: Princeton University Press, Princeton.
- 関根 正 (2010). 精神障害者にとっての長期入院経験の意味: 精神科病院における「スティグマ」付与の過程, 群馬県立県民健康科学大学紀要, 5, 29-41.
- 精神保健福祉対策本部 (2004). 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について, 厚生労働省ホームページ, <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html> (2016-9-30).
- 下津咲絵 (2007). 精神疾患患者のセルフスティグマが精神疾患の治療や経過に与える影響, 総合病院精神医学, 19(3), 353-357.
- 末安民生 (2007). 精神科における退院調整の必要性と課題. 『実践精神科看護テキスト』編集委員会編, 実践 精神科看護テキスト 第9巻ディスチャージマネジメント, p.16. 東京: 精神看護出版.
- 田嶋長子, 島田あずみ, 佐伯恵子 (2009). 精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造, 日本精神保健看護学会誌, Vol.18 No.1, 50-60.
- 高井範子 (2001). 他者からの受容感と生き方態度に関する研究: 存在受容感尺度による検討, 大阪大学教育学年報, (6) *Annals of Educational Studies* Vol.6, 245-252.
- 滝 充 (2006). 「異学年交流」「地域交流」こそ育成の要諦: 徹したい教師の「学習支援」, CS研レポート, Vol.58, 26-31.
- 田中浩二 (2010). 精神科長期入院患者の生活世界, 日本精神保健看護学会誌, 19(2), 33-42.
- 田中美恵子 (2000). ある精神障害 当事者にとっての病の意味: 地域生活を送るNさんのライフヒストリーとその解釈, 看護研究, 33(1), 37-59.
- 栃木県総合教育センター (2013). 高めよう! 自己有用感: 栃木の子ども達の現状と指導の在り方. https://www.tochigiedu.ed.jp/center/cyosa/cyosakenkyu/h24_jikoyuyokan/pdf/h24_jikoyuyokan_all.pdf (2016-9-4).
- 土田英人 (2013). 地域精神保健医療福祉の現状と課題, 京都府立医科大学雑誌, 122(10), 697-705.
- 堤さゆり, 小泉令三 (2008). PA2-45小学生版自己有用感尺度作成の試み (測定・評価, ポスター発表A), 日本教育心理学会総会発表論文集, 50, 90.
- 堤さゆり, 小泉令三 (2009). PC044ボランティア学習による児童の自己有用感向上の試み, 日本教育心理学会総会発表論文集, 51, 239.
- 山田光子 (2015). 統合失調症患者のセルフスティグマが自尊感情に与える影響, 日本看護研究学会雑誌, 38(1), 85-91.

2019年5月8日受付
2019年10月10日採用決定

Nursing Informatics Competency Scale 日本語版 (J-NICS) の開発

Reliability and Validity of the Japanese Version of Nursing Informatics Competency Scale

藤野 ユリ子 豊福 佳代
Yuriko Fujino Kayo Toyofuku

キーワード：看護情報学, 信頼性・妥当性, 看護師

Key Words : Nursing Informatics, reliability and validity, Nurse

緒言

急速に発展するコンピュータ技術やインターネットの普及に伴い、看護実践の場で働く看護職にも電子カルテをはじめとした電子情報や機器の知識・技術が求められている。医療現場では情報技術に精通しているだけでなく、医療・看護に見識があり医療の質や効率を検討できる人材が求められている。このように医療情報が高度化するなかで、看護職に求められる看護情報に関する知識・技術の内容を明確にすることは重要である。米国看護師協会 (American Nurses Association, 2001) は、1992年に看護情報学を看護の1領域と認め、1995年には看護情報スペシャリストが誕生するなど、看護情報学の確立が進んでいる (太田・猫田, 2008, pp.15-16)。看護情報学とは、看護実践に伴うデータ、情報、および知識を管理しコミュニケーションするために看護学、コンピュータ科学、情報科学を統合する専門分野である (American Nurses Association, 2001)。わが国では、看護情報学を教える看護系大学は少しずつ増加しつつあるが、専門領域として発展するためには共通プログラムが必要であるといわれている (太田・猫田, 2008, p.19)。保健医療システムにおける看護情報を活用し、看護実践の意義を明らかにしていくためには、看護師自身がその情報に関する知識と技術をもつことが必要である。そのため、看護情報学に関する知識や技術をもつ看護師を育成するプログラムが必要であるが、わが国における看護情報学は学問領域としての確立のために関連知識・技術・能力を系統化している段階である。

看護情報学で求められる能力として、米国看護師協会は、コンピュータリテラシー、情報リテラシー、専門性開発に関する知識技術であることを提言している (American Nurses Association, 2001)。Staggers, Gassert, & Curran (2002) は、デルファイ法で看護師の必要な看護情報能力として経験に応じた4段階のコアとなる能力を明らかにしている。

この能力にはコンピュータスキル、情報知識、情報技術が含まれており、多くの研究者はこのリストをもとに研究をしている。

Yang, et al. (2014) は、看護管理者の看護情報能力に影響を与える要因を分析しており、学歴が高く、看護管理者としての経験年数が長く、情報教育を受けている管理者の看護情報能力が高いことを明らかにしている。この尺度の下位尺度はコンピュータスキル、情報知識、情報スキルとしている。また、Elder & Koehn (2009) は、看護学生のコンピュータスキルの自己評価と実践を比較した結果、コンピュータスキルを実際よりも高く自己評価していたため、すぐにフィードバックできる自己評価ツールを開発する必要性を述べている。Choi & Martinis (2013) は、Yoon, Yen, & Bakken (2009) の開発した Self-Assessment of Nursing Informatics Scale を用いて、看護学生と大学院生の看護情報能力の比較を行い、大学院生のほうが「医療情報の役割」「医療情報態度」「ワイヤレス機器の操作」で能力が高いことを示している。Yang, et al. (2014) は、eラーニングと看護情報能力との関係を検証する研究に Jiang, Chen & Chen (2004) の開発した看護情報能力尺度を使用している。この尺度は、内容妥当性検証のために看護情報の専門家による content validity index (CVI) を重ねて開発されており、7つの下位尺度「ハード・ソフト・ネットワーク概念；アプリケーション原理；コンピュータ操作；プログラミング；コンピュータの限界；個人的・社会的問題；コンピュータの志向性」から構成されている。菖蒲沢 (2010) は、看護管理者を対象とした看護情報学教育に必要な項目を同定するための調査をした結果、看護管理者はコンピュータスキルよりも情報の知識や情報倫理、プライバシー・セキュリティに関する知識をもち、具体的にどのような行動をとるべきかを身につける教育が優先される必要性を報告している。

このように、看護情報能力に関する研究はいくつかみら

れるが、看護学生や看護管理者を対象とした研究が多く、信頼性・妥当性を検証された尺度も少ない。また、国内では看護情報能力測定に関する研究報告はみられず、看護情報能力のプログラム開発のためには、看護情報能力の評価ツールの開発は急務である。そのため、本研究では、信頼性・妥当性の検証がなされ、看護職に必要な看護情報能力を測定する尺度として開発されたJiang, et al. (2004) の看護情報能力尺度 (Nursing Informatics Competency Scale: NICS) の日本語版を開発する。

I. 研究目的

本研究の目的は、看護情報能力の必要性が高まるなか、看護情報能力の実態を把握し、教育プログラムに活用できる、Jiang, et al. (2004) の看護情報能力尺度の翻訳とその信頼性と妥当性を再検討することである。

II. 用語の定義

本研究における看護情報能力とは、太田・猫田 (2008) の看護情報学の定義、および Stagers, et al. (2002) の枠組みを参考に、「看護実践に伴うデータ、情報、および知識を管理しコミュニケーションするためのコンピュータ技術・情報に関する知識・技術を統合できる能力」とした。

III. 研究方法

1. NICS日本語版の作成過程

NICS使用は、開発者に翻訳許可を得て、back translation methodに基づき行った。NICS原版は、中国語で作成された尺度であったため、日本語を母国語とし看護領域の中国語に精通した2名、日本在住の中国語を母国語とした日本語に精通した大学院生1名の翻訳者がNICSの順翻訳 (中国語→日本語) を行った。翻訳を依頼した3者から日本語訳を受領後に研究者により項目の突き合わせを行った。3者の翻訳結果に大きな内容・表現の差は認めなかったため、比較的平易な日本語表現になるよう検討し、暫定版J-NICSを作成した。その後、翻訳者とは異なる日本在住の中国語を母国語とした日本語に精通した大学院生が逆翻訳し、中国語に精通した看護師と相違点を討議し適切な表現に修正した。このJ-NICS暫定版は5名の看護師にプレテストし表現の修正を行った (表1)。

2. 日本語版NICSの妥当性・信頼性の検証方法

(1) 研究対象および調査方法

本研究は便宜的標本による無記名式質問紙調査とした。

対象者は、電子カルテを活用している5施設 (大学病院1施設や市中病院4施設) の看護師1,598名であり、対象者の抽出は各施設の管理者に依頼した。また、再テスト法による尺度の再現性と安定性を検証するために150名を対象に2週間後に2回目の調査を実施した。各施設の看護部長へ研究目的・内容を説明し許可を得た後に、質問紙の配布を依頼し、郵送法で回収した。調査期間は、2014年10月～11月であった。

(2) 調査内容

基本属性 (年齢、性別、臨床経験年数、職位、学歴)。看護情報能力の評価には、NICS (看護情報能力尺度) を用いた。この尺度は、Jiang, et al. (2004) の開発した40項目4段階のリッカートスケールであり、すでに信頼性・妥当性が検証された尺度である。本研究では、Jiang, et al. (2004) の開発したNICSの日本語版看護情報能力尺度 (J-NICS) を開発する。J-NICSはオリジナルと同様に4段階のリッカートスケール (「4とてもあてはまる」～「1全くあてはまらない」) で評価し、点数が高いほど看護情報能力が高い尺度である。また、基準関連妥当性を検討するために、小川・武田・山西 (2008) のコンピュータ利用スキル尺度を開発者の許可を得て使用した。「コンピュータ利用スキル尺度」は、5段階4つの下位項目「応用操作 (コンピュータやネットワークの仕組み)」「基本操作 (電子メール、WEB検索)」「応用操作 (WEB作成、ソフトウェアの活用)」「基本操作 (ワープロ、表計算、図表)」から構成され信頼性・妥当性の検証がなされている。本研究では、看護情報能力の下位概念であるコンピュータの原理や操作に関する妥当性が検討できると考えこの尺度を使用した。

3. 分析方法

統計解析には「JMP 11」を使用し、以下の統計解析を行った。なお、有意水準は5%とした。

(1) 項目分析と因子分析

NICS原案の質問ごとに平均と標準偏差を算出して天井・床効果について検討し、Item-Total相関の確認を行った。また、NICS原案の質問項目の一貫性を確認しその構造を明らかにするため、探索的因子分析 (最尤法・プロマックス回転) を実施した。

(2) 信頼性の検討

内的整合性を検討するために、尺度全体および下位尺度ごとに、信頼性係数 (Cronbach's α) を算出した。また、J-NICSへの2回の回答をマッチングし、総得点および下位尺度得点について、2回の回答間の相関係数を算出し再現性を検討した。

(3) 妥当性の検討

基準関連妥当性については、J-NICS総合得点および下

表1 原版 看護情報能力尺度 (NICS)

元下位尺度	項目	mean (SD)	r
ハード・ソフト・ネットワーク概念	1 コンピュータはモニター、ハードディスク、プリンター、キーボード及び他の周辺装置からなるとわかる*	3.5 (.66)	
	2 パソコンのログイン・ログアウト、プリンターの設定、文字入力とマウスの使用などの基本操作ができる*	3.6 (.55)	
	3 メール、ブラウザやMSNなどのようなソフトを使うことができる	3.2 (.76)	.636***
	4 周辺装置とドライバーのインストールやシステムの起動ができる	2.8 (.93)	.676***
	5 ネットワークカード、ネットワークケーブル、無線LANカードのようなネットワークデバイスが分かる	2.6 (.96)	.677***
	6 リムーバブルディスク (USBメモリなど) の使い方が分かる*	3.6 (.62)	
アプリケーション原理	7 マルチメディアを活かして患者に健康教育を行うことができる	2.3 (.95)	.649***
	8 マルチメディア (映画、動画など) を応用して在職看護教育を行うことができる	2.3 (.97)	.612***
	9 PACSシステムはコンピュータ化された医療器械の設備だと分かる	2.1 (.97)	.551***
	10 適切にコンピュータ情報を利用すれば、患者の安全を向上することができる	3.0 (.73)	.527***
	11 適切にコンピュータ情報を利用すれば、看護作業を簡略化することができる	3.1 (.69)	.522***
コンピュータ操作	12 Wordなどを利用して書類を作ることができる*	3.5 (.64)	
	13 EXCELなどを利用してデータを分析することができる	2.7 (.91)	.569***
	14 パワーポイントを利用してスライドを作ったり実行したりすることができる	3.1 (.83)	.568***
	15 電子メールの送受信ができる*	3.5 (.65)	
	16 インターネットの検索エンジンを使って情報を収集することができる*	3.4 (.73)	
	17 病院の情報システムを (Hospital Information System; HIS) 利用して患者の情報を調べることができる*	3.2 (.84)	
	18 病院の情報システムを (Hospital Information System; HIS) 利用して患者の情報を入力することができる*	3.2 (.86)	
	19 看護情報システムを利用して患者の情報を記録することができる*	3.4 (.79)	
	20 デジタル画像をコンピュータに導入することができる	2.2 (.98)	.582***
プログラミング	21 看護作業の必須情報項目を提出することができる	3.1 (.80)	.557***
	22 アプリケーションの画面に関する基本の設定原理が分かる	2.2 (.93)	.718***
	23 アプリケーションの操作画面を利用してシステムを評価することができる	2.1 (.90)	.711***
	24 アプリケーションの効果を通してアドバイスすることができる	1.9 (.88)	.709***
	25 プログラミング言語を利用して簡単なアプリケーションを設計することができる	1.7 (.79)	.581***
コンピュータの限界	26 コンピュータの実行スピードはCPUとRAMの影響を受けると分かる	1.7 (.87)	.612***
	27 コンピュータウィルスの基本原理及び予防方法が分かる	2.0 (.86)	.646***
	28 コンピュータが生み出した情報は間違えた場合もあるとわかる	2.6 (.98)	.494***
	29 コンピュータは故障してフリーズする可能性がある*	3.3 (.79)	
	30 看護情報化の結果は看護師の役割に取って代わることができない	2.9 (.85)	.349***
個人的・社会的問題	31 コンピュータウィルスの予防はネット世界で重要な課題になる*	3.4 (.76)	
	32 インターネットのおかげで、仕事と生活に知識を応用するチャンスが増えてきた	2.9 (.87)	.556***
	33 病院において、多様な情報システム (例: CPOEシステム、看護情報システム) が活用されている	3.1 (.82)	.518***
	34 看護情報システムで多様な情報化 (例: 電子カルテなど) が発展している	3.3 (.65)	.519***
	35 情報安全性はコンピュータ活用で重要である*	3.5 (.65)	
コンピュータの志向性	36 新たなシステムが動作する際、作業の押進めに協力することができる	2.5 (.91)	.609***
	37 看護情報システムを維持・推進することができる	2.5 (.86)	.585***
	38 遠距離教育は一つの重要な学習方法になる	3.1 (.69)	.481***
	39 コンピュータが故障する際、応援を求めて問題を解決することができる	3.0 (.83)	.561***
	40 将来の生活と仕事において、情報技術の発展及び応用はますます重要になるとわかる	3.3 (.68)	.532***

*天井効果による削除項目 r: IT分析相関係数 *** $p < .001$

位尺度得点と小川ほか (2008) が開発した「コンピュータ利用スキル尺度」とのPearsonの積率相関係数を求めた。また、構成概念妥当性を検証するために、属性 (性別・年齢・職位・学歴) との関係性をt検定または一元配置分散分

析およびTukey-Kramer法による多重比較で検討した。

4. 倫理的配慮

質問紙は無記名であり、データはコンピュータで統計的に

処理するため個人は特定できないこと、研究の目的以外ではデータを使用しないこと、研究参加は自由意志であり不参加による不利益がないことを文書にて説明し、質問紙提出にて同意とした。なお、本研究は、福岡女学院看護大学研究倫理委員会の承認を受け実施した（倫理審査No14-3）。

IV. 結 果

1. 回答者の属性

1,598配布した質問紙を982回収し（回収率61.5%）、欠損のある回答を除いた869件を分析対象とした。女性が814名（93.7%）であった。年齢は平均（標準偏差）33.0（9.1）歳、看護師としての経験年数は、平均（標準偏差）10.6（9.0）年であった。職位は、スタッフ772名（88.8%）、副看護師長68名（7.8%）、看護師長29名（3.3%）であり、最終学歴は、専門学校311名（35.8%）、短期大学171名

（19.7%）、大学379名（43.6%）、大学院8名（0.9%）であった。

2. 質問項目の検討と因子分析

NICS原案の各項目における天井・床効果の確認を行ったところ、天井効果を示す項目が12項目あり、内容を確認し削除した。「Wordなどを利用して書類をつくることができる」「病院の情報システムを利用して患者情報を入力することができる」などコンピュータスキルに関するものが多かった。I-T相関分析による項目と総得点との関係では削除すべき項目はなかった。その後、因子分析にあたり、スクリープロットや解釈可能性に従って5因子とし、因子分析（最尤法・プロマックス回転）を行った。共通性の低い項目、因子負荷量.35以上に満たない項目を削除し、5因子22項目をJ-NICSとした。22項目について因子分析したプロマックス回転後の因子パターンを表2に示す。

表2 看護情報力尺度（J-NICS）の因子分析結果と下位尺度

項 目	F1	F2	F3	F4	F5	h ²
第1因子：情報システム志向性と活用（$\alpha = .73$）						
40 将来の生活と仕事において、情報技術の発展及び応用はますます重要になる	.778	-.015	-.026	.014	.004	.593
34 看護情報システムで多様な情報化（例：電子カルテなど）が発展している	.774	-.013	.025	-.054	-.012	.585
33 病院において、多様な情報システム（例：CPOEシステム、看護情報システム）が活用されている	.652	-.016	.093	-.039	-.013	.454
39 コンピュータが故障する際、応援を求めて問題を解決することができる	.590	-.002	.083	.150	-.064	.424
38 遠距離教育は一つの重要な学習方法になる	.559	.009	-.086	.069	.120	.375
32 インターネットのおかげで、仕事と生活に知識を応用するチャンスが増えてきた	.537	.093	.003	.030	.073	.385
21 看護作業の必須情報項目を提出することができる	.446	.213	.171	-.076	-.069	.338
第2因子：アプリケーション活用（$\alpha = .73$）						
23 アプリケーションの操作画面を利用してシステムを評価できる	.006	.991	-.013	-.031	-.010	.930
22 アプリケーションの画面に関する基本の設定原理が分かる	.055	.856	.095	-.047	-.023	.788
24 アプリケーションの効果を通してアドバイスすることができる	.002	.760	-.051	.208	.043	.793
20 デジタル画像をコンピュータに導入することができる	.039	.445	.033	.102	.093	.348
第3因子：周辺機器とアプリケーションの操作（$\alpha = .74$）						
4 周辺装置とドライバーのインストールやシステムの起動ができる	.032	-.028	.858	.040	-.014	.757
5 ネットワークカード、ネットワークケーブル、無線LANカードのようなネットワークデバイスが分かる	-.042	.067	.760	.131	-.037	.697
3 メール、ブラウザやMSNなどのようなソフトを使うことができる	.124	.035	.681	-.087	.065	.568
14 パワーポイントを利用してスライドを作ったり実行することができる	.226	-.057	.393	.000	.155	.352
第4因子：ハード・ソフトウェアの基本原則（$\alpha = .76$）						
26 コンピュータの実行スピードはCPUとRAMの影響を受けると分かる	-.002	.032	.056	.815	-.004	.738
27 コンピュータウイルスの基本原則及び予防方法が分かる	.108	.024	.112	.671	.005	.611
25 プログラミング言語を利用して簡単なアプリケーションを設計することができる	-.048	.333	-.101	.644	-.005	.678
第5因子：コンピュータの看護師業務への活用（$\alpha = .75$）						
10 適切にコンピュータ情報を利用すれば、患者の安全は向上する	.245	.042	-.124	-.019	.640	.555
11 適切にコンピュータ情報を利用すれば、看護作業を簡略化することができる	.334	-.096	-.014	-.003	.552	.531
8 マルチメディア（映画、動画など）を応用して院内教育を行うことができる	-.137	.085	.252	.048	.537	.479
7 マルチメディアを活かして患者に健康教育を行うことができる	-.111	.174	.279	-.012	.492	.501
回転後の負荷量の平方和	5.166	3.933	3.479	2.553	2.528	

〔注〕因子抽出法：最尤法、回転法：プロマックス回転

第1因子は、「将来の生活と仕事において、情報技術の発展および応用はますます重要になる」「看護情報システムで多様な情報化が発展している」などに負荷が高く【情報システム志向性と活用（7項目）】と命名した。第2因子は、「アプリケーションの操作画面を利用してシステムを評価することができる」「アプリケーションの画面に関する基本の設定原理がわかる」などに負荷が高く、【アプリケーション活用（4項目）】と命名した。第3因子は、「周辺装置とドライバーのインストールやシステムの起動ができる」「ネットワークカード、ネットワークケーブル、無線LANなどネットワークデバイスがわかる」などに負荷が高く、コンピュータの周辺機器操作に関する内容であることから【周辺機器とアプリケーションの操作（4項目）】と命名した。第4因子は、「コンピュータの実行スピードはCPUとRAMの影響をうける」「コンピュータウイルスの基本原則および予防方法がわかる」であり、コンピュータの基本的な原理に関する内容であることから【ハード・ソフトウェアの基本原則（3項目）】と命名した。第5因子は、「適切にコンピュータ情報を利用すれば、患者の安全は向上する」「適切にコンピュータ情報を利用すれば、看護作業を簡略化することができる」に負荷が高く、【コンピュータの看護師業務への活用（4項目）】と命名した。

3. 信頼性の検証

J-NICSの5つの下位尺度の平均値を算出した。また、

尺度の内的整合性を示す信頼性係数 α を算出したところ、（尺度全体 $\alpha = .78$, 因子1～5 = .73～.78）であり安定した信頼係数を示した。因子1と因子4は相関が低く、因子1と因子2, 因子4と因子5の関係は、弱い正の相関関係であり（ $r = .33 \sim .37, p < .01$ ）、その他の下位尺度間ではやや強い正の相関を示した（ $r = .45 \sim .63, p < .01$ ）（表3）。

また、調査対象者の72名について2週間の間隔において、テスト/再テスト法による相関係数を算出した（表4）。その結果、J-NICS合計と下位尺度において、2回の回答間にはやや強い～きわめて強い正の相関が認められた（ $r = .60 \sim .84, p < .01$ ）。

4. 併存妥当性の検証

併存妥当性を検証するためにJ-NICSとコンピュータ利用スキル尺度とのPearson相関係数を算出した（表5）。その結果、J-NICSの合計とコンピュータ利用スキル尺度の下位尺度との間に有意な正の相関が認められた。

5. J-NICSの因子と属性との構成概念妥当性の検証（表6）

J-NICS下位尺度と性別との関係では、すべての因子で男性が高く、【アプリケーション活用】【ハード・ソフトウェアの基本原則】【周辺機器とアプリケーションの操作】【コンピュータの看護師業務への活用】で有意に高かった。また、年齢別の比較では、【アプリケーション活用】で40歳台より20歳台が有意に高く（ $p = .022$ ）、【コンピュータの看護師業務への活用】では20歳台・30歳台より50歳台が

表3 J-NICS下位尺度間の相関

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子 情報システム志向性と活用				
第2因子 アプリケーション活用	.33**			
第3因子 周辺機器とアプリケーションの操作	.46**	.48**		
第4因子 ハード・ソフトウェアの基本原則	.27	.63**	.45**	
第5因子 コンピュータの看護師業務への活用	.47**	.46**	.52**	.37**

* $p < .05$ ** $p < .01$

表4 2回の調査におけるJ-NICS総合得点と下位尺度の得点の平均値、各得点間の相関係数

($n = 72$)

	調査1回目 M ± SD	調査2回目 M ± SD	2回の回答間の 相関係数
総合得点	57.0 (10.3)	56.7 (10.1)	.84**
下位尺度得点			
第1因子 情報システム志向性と活用	22.1 (3.7)	22.3 (3.3)	.64**
第2因子 アプリケーション活用	7.8 (3.0)	8.8 (3.1)	.64**
第3因子 周辺機器とアプリケーションの操作	12.1 (2.9)	12.0 (2.6)	.71**
第4因子 ハード・ソフトウェアの基本原則	5.0 (1.8)	5.6 (2.1)	.60**
第5因子 コンピュータの看護師業務への活用	9.9 (2.5)	10.6 (2.4)	.68**

* $p < .05$ ** $p < .01$

表5 J-NICSとコンピュータ利用スキル尺度との相関係数

(n=72)

	応用操作	メール 基本操作	Web作成	ワープロ 表計算	スキル合計
第1因子 情報システム志向性と活用	.436**	.348**	.246*	.458**	.437**
第2因子 アプリケーション活用	.510**	.329**	.418**	.400**	.485**
第3因子 周辺機器とアプリケーションの操作	.599**	.610**	.416**	.625**	.661**
第4因子 ハード・ソフトウェアの基本原則	.623**	.315**	.575**	.327**	.548**
第5因子 コンピュータの看護師業務への活用	.416**	.318**	.240*	.343**	.393**
J-NICS合計	.684**	.520**	.487**	.597**	.675**

* $p < .05$ ** $p < .01$

表6 J-NICSの因子と属性との関係

	n	【情報システム志向性と活用】	【アプリケーション活用】	【周辺機器とアプリケーションの操作】	【ハードソフトウェアの基本原則】	【コンピュータの看護師業務への活用】
性別						
女	814	21.8 (3.8)	8.4 (3.1)	11.7 (2.8)	5.2 (2.1)	10.6 (2.5)
男	55	22.3 (4.2)	10.2 (3.5)	13.6 (2.5)	6.8 (2.5)	11.5 (2.7)
年齢						
20歳台	388	21.8 (3.5)	8.8 (3.0)	11.9 (2.4)	5.2 (2.1)	10.6 (2.4)
30歳台	291	21.8 (3.9)	8.3 (3.2)	11.7 (3.0)	5.3 (2.2)	10.6 (2.5)
40歳台	128	21.9 (4.0)	7.9 (3.4)	11.7 (3.2)	5.3 (2.2)	10.6 (2.8)
50歳台～	61	23.0 (4.3)	8.2 (3.6)	12.0 (3.4)	5.8 (2.5)	11.6 (2.9)
職位						
スタッフ	772	21.7 (3.8)	8.5 (3.1)	11.7 (2.8)	5.2 (2.2)	10.5 (2.5)
副看護師長	68	23.3 (3.3)	8.5 (3.8)	12.6 (2.8)	5.7 (2.3)	11.6 (2.4)
看護師長	29	24.5 (3.0)	8.8 (3.6)	12.7 (2.6)	5.7 (2.6)	12.3 (2.4)
学歴						
専門学校	310	21.3 (4.2)	8.3 (3.3)	11.4 (3.1)	5.2 (2.2)	10.3 (2.7)
短期大学	171	22.4 (3.4)	8.1 (3.1)	11.8 (2.8)	5.4 (2.2)	10.5 (2.5)
大学	379	22.1 (3.6)	8.7 (3.1)	12.0 (2.5)	5.2 (2.1)	11.0 (2.4)
大学院	8	24.5 (3.0)	11.0 (3.5)	14.1 (1.7)	7.3 (2.9)	12.6 (2.9)

* $p < .05$ ** $p < .01$ 有意に高かった ($p = .023$, $p = .023$)。

職位との関係では、【情報システム志向性と活用】においてスタッフよりも副看護師長・看護師長が有意に高かった ($p = .003$, $p < .001$)。【周辺機器とアプリケーションの操作】ではスタッフより副看護師長が高く ($p = .044$)、【コンピュータの看護師業務への活用】では、スタッフよりも副看護師長・看護師長が有意に高かった ($p = .003$, $p < .001$)。

学歴との関係では、【情報システム志向性と活用】で専門学校よりも、短期大学・大学が有意に高く ($p = .018$, $p = .031$)、【周辺機器とアプリケーションの操作】では、専門学校が大学・大学院よりも有意に低かった ($p = .017$, $p = .037$)。【ハード・ソフトウェアの基本原則】では、大学よりも大学院が有意に高かった ($p = .05$)。【コンピュータの看護師業務への活用】は、専門学校よりも大学・大学院が有意に高かった ($p = .002$, $p = .047$)。

V. 考 察

1. J-NICS 日本版翻訳の妥当性

本尺度の原版は中国語であり、翻訳プロセスにおいて、専門分野の異なる中国語を母国語とする大学院生の協力を得ているため、医療現場における ICT (information and communication technology) 化の現状をイメージできず翻訳している可能性がある。そのため本研究では、内容妥当性を中国語に精通した看護師による適切性の判断を受け客観性の確保に努めた。また、病院における情報担当看護師による内容の評価を受けたことで日本における看護情報能力の項目の有用性を高めた。

2. J-NICSの信頼性と妥当性

信頼性の検討においては、信頼性係数は尺度全体で .78、下位尺度で .73以上であり、内的整合性が確認された。ま

た、2週間の間隔をおいてのテスト／再テストの結果、やや強い～きわめて強い正の相関を認め、信頼性も確認された。

項目分析を行い天井効果の見られた12項目を除き、共通性が低く、因子負荷量が.35未満の項目を除き、因子分析を行った。削除された項目は、WordやExcelなどの基本操作や病院情報システムなどに関する項目であり、多くの看護師は基本操作が可能であるため偏りが生じたことが考えられる。原版の尺度が2004年に開発されたものであり、その後の医療情報システムの発展に伴い、看護師の操作技能も向上していたことが背景として考えられる。情報セキュリティに関すること等、現代の看護師が情報技能として必要とされる内容を含めた調査項目の精選の必要性がある。また、本調査対象者は、電子カルテが導入されている病院で実施したため、病院での情報システム環境の違いによる看護情報能力の構成概念は異なることが考えられる。今後、情報システム環境の異なる施設における検証が必要である。

因子分析の結果では、原版のNICSの下位尺度である「個人的・社会的問題」と「コンピュータの指向性」が、J-NICSにおいて「情報システム志向性と活用」として統合された。これは、原版が開発された当初と比べ、コンピュータは日常生活で活用する機会が増えてきたことが影響していることが考えられる。このように、現在の情報環境を加味した項目の検討をすることで本尺度の有用性を高める必要がある。

また、各下位尺度が正の相関関係であったことは、関連しあっている同一性の各側面を測定しているということを示唆するものである。とくに、第2因子【アプリケーション活用】と第4因子【ハードソフトウェアの基本原則】は $r=.63$ とやや強い正の相関関係であった。ハード・ソフトウェアの基本原則はアプリケーション活用の因子と内容が重なる可能性もあるため、今後、尺度の構成を検討する必要がある。

J-NICSとコンピュータ活用スキル尺度との検討において、有意な正の相関が認められたことから看護情報能力の一部であるコンピュータスキルに関する基準関連妥当性が確認された。コンピュータ利用スキル尺度は、メール操作やWeb作成など、アプリケーション操作に関する項目から構成されていたため、第3因子の【周辺機器とアプリケーションの操作】との強い関係が認められたと考える。

3. J-NICSの因子と属性との構成概念妥当性

年代別の比較では、第2因子【アプリケーション活用】で20歳台が有意に高かった。アプリケーションの操作は、スマートフォン等の活用頻度の高い20歳台が高いことが

影響していることが考えられた。一方、第5因子【コンピュータの看護師業務への活用】では50歳台以上が有意に高かった。50歳台以上は、管理的な視点から看護師業務におけるコンピュータ活用による患者の安全や看護作業の簡略化についてとらえており、マルチメディアを応用した院内教育を活用した経験が多いことが影響したと思われる。

職位別の比較では、すべての下位尺度において看護師長が高かった。米国では、ヘルスケアのリーダーは看護情報能力が必要であるといわれており (Westra & Delaney, 2008)、看護管理職への情報科学教育／トレーニングは看護情報能力レベルに影響を及ぼしているとの報告もある (Yang, et al., 2014)。このように、看護情報能力は、職位と共にその求められる能力が高くなることが推察されるため、J-NICSにおける管理職の看護情報能力が有意に高い結果が得られたと考える。一方、Lin, et al. (2007) が実施したNICS原版による登録看護師と、専門看護師との比較では有意差はなかった。この研究では登録看護師は10名と対象数が少ないことや中国における専門看護師が管理職の役割を有するのかなど、国外での看護師制度の違いをふまえた看護情報能力の検証が必要である。

学歴による比較では、専門学校卒がいずれも低かった。Lin, et al. (2007) の調査においても、学位の低い看護師の看護情報能力が低かった。このように、教育課程の相違により看護情報教育を受講する機会が少ないことが看護情報能力へ影響することが推察された。看護情報能力は教育背景の影響を受けることも考えられるため、教育評価および個人評価の指標となる看護情報能力尺度開発は今後精度を高めることが期待される。

4. J-NICS活用の可能性について

医療情報化が発展するなかで多くの情報を取り扱う機会のある看護師は、看護情報を活用する能力が求められている。高見・石垣・水流 (2002) は継続教育における看護情報教育の実態調査から、看護師におけるコンピュータシステムや情報に関連した知識や技術の必要性から看護情報学に関する継続教育の必要性を述べている。このような看護情報能力を向上させるための継続教育におけるプログラム開発するうえで、プログラム評価や受講者自身が自己評価し課題を確認するために本研究で開発したJ-NICSは1つの指標となりえる。

また、菖蒲澤 (2010) は、日本看護協会の認定看護管理者研修では、ファーストレベル、セカンドレベル研修に「看護管理における情報管理」などが含まれており、看護情報学を学ぶ機会が得られるが、すべての看護管理者が認定看護管理者研修を受けることができないことを指摘している。そのため看護管理者向けの看護情報学プログラムの

作成および教育の実施が情報能力の高い看護管理者の育成につながると述べている。このように、看護管理者の情報セキュリティも含めた看護情報能力を育成するための情報提供や研修会等を企画・運営・評価する際にも、J-NICSは活用することが期待される。

VI. 本研究の限界と今後の課題

看護情報能力について、国内における測定尺度を開発されたものは少ないため本研究の調査結果はわが国の看護情報能力の基礎資料となると考える。しかし、原版の尺度は2004年に開発された尺度であるため基本的なコンピュータスキルに関する項目が天井効果を示したことや情報セキュリティに関する項目が入っていないことなど、現代の医療情報化に即した看護情報能力に関する項目の見直しが必要である。今後は開発した尺度をもとに質問項目の内容を検討し、尺度を洗練させることで日本における看護情報能力開発の教育・研修の評価に活用できるツールに発展させることが課題である。

結 論

本研究では、5施設の看護師869名の調査から、看護情報能力尺度—日本版 (J-NICS) を作成しその信頼性と妥当性を検証し、以下の結果を得た。

1. J-NICSは22項目からなり、【情報システム志向性と活

用】【アプリケーション活用】【周辺機器とアプリケーションの操作】【ハード・ソフトウェアの基本原則】【コンピュータの看護師業務への活用】の5因子で構成されていた。

2. J-NICSはCronbach α 係数 .78であり、再テスト法による安定性も確保されていた。妥当性は構成概念妥当性、内容妥当性、併存妥当性による検証しJ-NICS活用の有用性を確認した。一方、現代の医療情報化に即したコンピュータスキルや情報セキュリティに関する項目には課題が残された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました施設および看護師の皆さまにこころより感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、2014年度看護研究学会の助成を受け、第41回日本看護研究学会学術集会において発表した。

著者貢献度

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

要 旨

【研究目的】本研究目的は、Jiang, et al.の看護情報能力尺度 (NICS) 日本版を開発し、信頼性・妥当性を検証することである。

【方法】開発者からの許諾を得て、翻訳・逆翻訳のプロセスを経て暫定版を開発した。質問紙は5施設1,598名に配布し、欠損のない869件を分析対象とした。

【結果】因子分析の結果、22項目5因子【情報システム志向性と活用】【アプリケーション活用】【周辺機器とアプリケーションの操作】【ハード・ソフトウェアの基本原則】【コンピュータの看護師業務への活用】が抽出された。全体の信頼性係数は .78であり、再テスト法による安定性も確認された。コンピュータ利用尺度との適合性もあり基準関連妥当性も認められた。

【結論】J-NICSの信頼性・妥当性は認められたが、現代の医療情報化に即したコンピュータスキルや情報セキュリティに関する項目には課題があり、今後さらなる検証が必要である。

Abstract

【Objectives】The purpose of the present study was to develop a Japanese version of the Nursing Informatics Competency Scale (J-NICS), and to evaluate its reliability and validity.

【Methods】The process to develop the J-NICS included translation into Japanese, professional review, back-translation, and a pretest. A pilot study was conducted and 1,598 anonymous surveys were distributed at 5 hospitals. Eight hundred sixty-nine were analyzed in this study (response rate of 54.4%).

【Results】Five factors were extracted from 22 items by factor analysis. Overall reliability of the J-NICS was verified by

Cronbach's alpha (.78). Analysis of concurrent validity showed significant positive correlations between this scale and computer skill scale.

[Conclusion] Although the results indicate that the J-NICS is a reliable and valid instrument, the items related to computer skills and information security conforming to modern medical informationization remain, and it is necessary to revise this scale.

文 献

- American Nurses Association (2001). *Scope and Standard of Nursing Informatics Practice*. Washington: American Nurses Publishing.
- Choi, J. and De Martinis, J.E. (2013). Nursing informatics competencies: Assessment of undergraduate and graduate nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1970-1976.
- Elder, B.L. and Koehn, M.L. (2009). Assessment tool for nursing student computer competencies. *Nursing Education Perspectives*, 30(3), 148-152.
- Jiang, W.W., Chen, W., and Chen, Y.C. (2004). Important computer competencies for the nursing profession. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 213-226.
- Lin, J.S., Lin, K.C., Jiang, W.W., and Lee, T.T. (2007). An exploration of nursing informatics competency and satisfaction related to network education. *Journal of Nursing Research*, 15(1), 54-66.
- 小川 亮, 武田亘明, 山西潤一 (2008). 情報社会に生きる市民のための7つの能力に関する尺度開発と評価. 富山大学人間発達科学部紀要, 3(1), 121-130.
- 太田勝正, 猫田泰敏 編 (2008). 看護情報学. 15-16, 19, 東京: 医学書院.
- 菖蒲澤幸子 (2010). 看護管理者教育における看護情報学教育項目のデルファイ法による同定. 日本看護管理学雑誌, 14(2), 39-48.
- Staggers, N., Gassert, C.A., and Curran, C. (2002). A Delphi study to determine informatics competencies for nurses at four levels of practice. *Nursing Research*, 51(6), 383-390.
- 高見美樹, 石垣恭子, 水流聡子 (2002). 継続教育における看護情報教育. 医学情報学, 22(5), 399-408.
- Westra, B.L., and Delaney, C.W. (2008). Informatics Competencies for Nursing and Healthcare Leaders. *AMLA Annual Symposium Proceeding Archive*, 2008, 804-808. PMID: 2655955, Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655955/> (accessed 2017-4-10)
- Yang, L., Cui, D., Zhu, X., Zhao, Q., Xiao, N., and Shen, X. (2014). Perspectives from nurse managers on informatics competencies. *Scientific World Journal*, 2014, 391714. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/391714> (accessed 2017-4-10)
- Yoon, S., Yen, P.Y., and Bakken, S. (2009). Psychometric properties of the self-assessment of nursing informatics competencies scale. *Studies in Health Technology and Informatics*, 146, 546-550.

[2017年5月11日受付]
[2019年7月26日採用決定]

北海道・東北圏に勤務する助産師の助産実践能力に関する 平成24年度実態調査と継続教育への示唆

2012 Survey of Actual Conditions Concerning the Practical Ability of Midwives Working
in the Hokkaido and Tohoku Regions and Suggestions for Continuing Education

山内 まゆみ¹⁾ 伊藤 幸子¹⁾ 中村 恵子²⁾
Mayumi Yamauchi Yukiko Ito Keiko Nakamura

キーワード：助産師，看護生涯教育，助産実践能力，国際助産師連盟

Key Words：midwives, nursing lifelong learning, midwife practical skills, International Confederation of Midwives

緒 言

助産師は，母子の健康を保持・増進し，次世代へ命をつなぐことに貢献する役割を担う。同時に助産師は，時代とともに医療の進歩・高度化に見あった助産実践能力を発揮することが求められ，生涯学習し続ける責務を負う。

日本の助産基礎教育は，大学院，大学専攻科・別科，大学，短期大学専攻科，養成所等，多様な教育機関で行われる。そのため，助産基礎教育を修了（卒業）時の助産実践能力の到達度が課題の一つとしてあげられる。厚生労働省（2011）は「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度（案）」を示し，助産師の質を担保する一つの指標への活用を促している。日本は，助産師免許は国家資格取得後に更新する必要がない。そのため，助産実践能力の向上のための学習は，就労施設の努力や，助産師自身の生涯学習能力に頼った自助努力による。

助産の専門性の向上をねらいの一つにかかげる国際的な職業団体である国際助産師連盟（International Confederation of Midwives: ICM）は，助産師について自国で必要な資格を取得したもので，その役割を女性のためだけでなく家族，地域に対しての健康に関する相談や教育を担い，その業務は周産期に限らず，産前教育，親になる準備，女性の健康，性と生殖に関する健康，育児に及ぶと示した（遠藤，2009，pp.6-8）。また，助産実践能力の指標に Essential Competencies for Basic Midwifery Practice（以下，基本的助産業務に必須な能力）を提示し，各国による助産師教育への活用を勧めている（日本看護協会，2009；遠藤，2009，pp.9-17）。「基本的助産業務に必須な能力」の項目を参考に助産基礎教育の卒業時における助産実践能力の得点化を行い評価した報告によれば，周産期にある妊婦，産婦，褥

婦と新生児の支援に必須な助産実践能力について，到達目標にすべて到達した場合を百分率100%の到達と仮定した場合，全国の助産基礎教育課程にある助産学生の到達度が68%であった（山内，2012a，p.32）。また，某大学の助産学を選択した学生と専修学校等1年間の助産基礎教育課程を修了する助産学生との比較では，修了（卒業）直前での学習到達度は専修学校が高いこと，学習到達度を知識項目と技術項目に分けた場合は技術項目における学習到達度が高く，知識項目に差は認めず，坂野・東條（1986）が得点化した一般性セルフエフィカシーによる得点に差はないものの，生涯学習の到達目標の一つとされる自己決定型学習の準備性の日本語版尺度（松浦ほか，2013；松浦・山内・野村，2001）による得点は，助産学を選択した学生のほうが高いと報告した（山内，2012a，p.48）。他にも，ある専修学校の助産学科7年間の修了時点で学習到達度が71%で，自己決定型学習の準備性と有意な正の相関関係が確認されたとの報告もある（山内，2013）。2009年には，保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正がなされたことで，免許取得後にも研修を受けることが明記され，就労施設の「努力義務」として盛り込まれ継続教育の必要性が法的に示された（文部科学省，2009）。これにより，就労施設による研修に向けた取り組みが必要となった。教育機関はその専門性を活かし，助産師の質向上を目的とする継続教育を就労施設と協同していくことが可能と考える。助産実践能力に関する先行研究は，研究者それぞれの評価指標を用いた助産実践能力の評価が報告されている（加藤・賀数・園生・宮城，2005；荒木・岩木・大石，2003；森本・富安・大町，2006）。だが，それらを助産師の継続教育の課題として一般化するには，異なる指標による評価のため限界がある。ICMの「基本

1) 旭川医科大学医学部看護学科 School of Nursing Faculty of Medicine, Asahikawa Medical University

2) 札幌市立大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Sapporo City University

的助産業務に必須な能力」は1996年以降にデルファイ調査による量的研究を経て提示され始め、3年毎に検討が重ねられている（遠藤，2009）ことから、助産実践能力を検討できる信頼性が担保された指標として活用可能と考えた。

I. 研究目的

本研究の目的は、助産師の助産実践能力の実態を調査し、継続教育に関する課題を検討することであった。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

横断型量的記述的研究デザインであった。

B. 調査期間

2012年10月～2013年2月であった。

C. 研究対象者と選定方法

研究対象者は、①北海道・東北圏内の産科施設のうち調査協力が得られた施設の長、②そこに勤務する助産師経験10年目までの助産師とした。調査地区を限定した理由は、予算の都合上、全国調査が困難であった。そこで、研究者が助産基礎教育でかかわることが多い助産学生の出身大学所在地、就労施設所在地が、北海道・東北圏内で90%を占めることからのよった。また、Ericsson & Lehmann (1996) が提唱した、熟達者になる10年ルールの考え方をもとに、助産師経験10年目までを研究対象者とした。

選定方法は2段階によった。①研究協力施設の選定は、インターネットで公開されている「北海道医療機能情報システム」で検索可能な産科関連施設を有する北海道の病院・診療所・助産所131施設（2012年10月1日時点）、および「全国10万件以上のお医者さんガイド」から、診療科を産科として抽出した病院・診療所・助産所460施設（2012年10月1日時点）、計591施設とした。施設長に、依頼文、調査用紙見本、返信用はがきを郵送し、返信用はがきにより研究協力の是非、研究対象者数を確認した。②研究対象者の選定は、①の手続きで研究協力の承諾が得られた施設に勤務する助産師経験10年目までの研究対象者とする。研究の主旨、目的、倫理的配慮、研究協力の同意手続き等を記した表紙を付した調査用紙、返信用封筒、粗品を封筒一式にまとめ、施設長に予定研究対象者数をまとめて郵送し、予定研究対象者への配付を依頼した。調査用紙の回収は、研究対象者から研究者へ調査用紙の返送により行い、回収をもって研究協力の同意を得たと判断した。

D. 調査内容と項目

1. 施設長への調査

返信用はがき裏面に、研究協力承諾の有無、助産師経験10年目までの助産師数、勤務する助産師総数、院内で助産師から看護師への職種変更の有無について「意図的にある」「ない」「本人希望時のみある」「その他」の4択、卒後に行う施設からの教育について「助産師のみで実施中」「看護師とともに実施中」「特別な卒後の教育はない」「必要ない」「その他」の5択、卒後の教育について看護系大学に期待する内容について自由記述で求めた。

2. 助産師への調査

無記名自記式質問調査用紙により、対象者の概要（年齢、看護職の経験月数、分娩介助件数、就労施設の施設規模、職位、従事部門、主なケア提供対象者、勤務経験歴）、基礎教育歴（看護基礎教育歴、助産基礎教育歴、保健師の教育歴）、卒後の学習・教育歴（学会・研修参加歴、助産師で就労時の現任教育歴、就労施設以外で受けた卒後の教育歴）、教育機関で受けた継続教育内容（知識・技術）、専門職としての自覚を問う項目21項目（自作）と、どんな職業に就くにも共通して必要な職業準備性を問う看護職の職業準備性尺度23項目（山内，2012a, p.18-24）、生涯学習能力として日本語版自己決定型学習の準備性尺度（58項目）（松浦ほか，2013）、助産実践能力をICM「基本的助産業務に必須な能力」（2002）（山本，2009）から、明らかに日本の助産師業務範囲外と判断できる項目を削除した以下①～④の項目で作成した。①保健専門職に必要な一般的知識・技術項目（11項目）・応用知識・技術項目（4項目）、②専門職としての態度項目（8項目）、③妊娠前のケア・家族計画の方法に関する知識項目（10項目）・応用知識項目（3項目）・技術項目（6項目）・応用技術項目（3項目）、④周産期の助産実践能力〔妊娠中のケア知識項目（23項目）・技術項目（21項目）、分娩期ケアの知識項目（18項目）・技術項目（24項目）、産褥期ケアの知識項目（8項目）・技術項目（6項目）、新生児のケア知識項目（7項目）・技術項目（7項目）〕計114項目、周産期の応用助産実践能力〔妊娠期中のケアとして知識項目（2項目）・技術項目（10項目）、分娩期のケアとして技術項目（11項目）、産褥期のケアとして知識項目（3項目）・技術項目（5項目）〕計31項目であった。助産実践能力①～④の項目数は計190項目であった。回答は、①の保健専門職に必要な一般的知識・技術項目・応用知識・技術項目（4項目）、②専門職としての態度項目（8項目）を「あてはまる」「ややあてはまる」「あまりあてはまらない」「まったくあてはまらない」の4択、③～④にある知識項目を「すべて説明

できる」「かなり説明できる」「あまり説明できない」「全く説明できない」の4択、③～④にある技術項目を「1人で実施できる」「少しの支援で実施できる」「かなりの支援を要し実施できる」「実施できない」の4択で求めた。

なお、専門職としての自覚を問う項目、どんな職業に就くにも共通して必要な職業準備性を問う看護職の職業準備性尺度への回答は、「あてはまる」を4点、「ややあてはまる」を3点、「あまりあてはまらない」を2点、「全くあてはまらない」を1点の4択で求め、日本語版自己決定型学習の準備性尺度への回答は、「いつでもあてはまる。このように感じる事がほとんどである」を5点、「よくあてはまる。このように感じる事が半分より多い」を4点、「ときどきあてはまる。このように感じる事は半分ぐらいである」を3点、「あまりあてはまらない。このように感じる事は半分より少ない」を2点、「全くあてはまらない。このように感じる事は半分よりすくない」を1点の5択で回答を求めた。

E. 分析方法

分析は、統計解析ソフト“IBM SPSS Statistics 23.0”を使用し、記述的単純集計、およびノンパラメトリック検定を用いて統計学的有意差検定を行った。有意水準は5%とした。

F. 倫理的配慮

調査に先立ち札幌市立大学倫理委員会の承認を得て実施した(2012年1月17日承認。承認番号No. 1134-1)。著作権にかかわる調査項目となるICMの「基本的助産業務に必須な能力」(2002)の活用は、日本看護協会により出典、翻訳元を明記することで許諾を得、自己決定型学習の準備性尺度の使用は著作権保有者からの許可を得た。研究協力施設、および研究対象者への説明は、文書にて研究目的、研究の主旨、研究協力は任意であること、匿名性は無記名の調査用紙であり、回答はデータ化して個人が特定できぬように管理、かつ情報の保護を行うこと、成果発表について、文書に明記して説明した。調査用紙の回収をもって研究対象者の研究協力同意を得られたものとした。

Ⅲ. 結 果

A. 継続教育への取り組み状況

依頼郵送数は591施設(病院・診療所490施設、助産所101施設)、そのうち返信用はがき回収数227施設(病院・診療所194施設、助産所33施設)で回収率38.4%であった。有効回答は設問に記載のあった112施設で有効回答率

49.3%であった。

院内で助産師から看護師への役割交替の有無について、「意図的にある」18.7%(21施設)、「ない」42.8%(48施設)、「本人の希望時のみある」11.6%(13施設)であった。

卒後に行う施設からの教育について「助産師のみで実施中」4.4%(5施設)、「看護師とともに実施中」52.6%(59施設)、「特別な卒後の教育はない」21.4%(24施設)、「必要ない」0.8%(1施設)であった。

卒後の教育で看護系大学に期待する記述があった施設は14.2%(16施設)であった。内容は、経験に基づく実践能力の育成、卒後に活用できる知識の提供、基本・応用技術、危機・管理能力の強化、継続教育のシステムづくり、接遇、コミュニケーション能力、施設外の助産師との交流の場、心(感性)の育成、といった要望を読み取ることができた。

施設に勤務する助産師へ研究協力の承認が得られた施設は88施設(病院・診療所83施設・助産所3施設)で、承諾率14.8%であった。研究協力施設から得た研究対象予定助産師数は549名であった。

B. 助産師の背景、および教育機関に希望する継続教育内容

調査用紙配付数は549部、回収数289部で回収率52.6%であった。そのうち助産師経験月数に記述がないもの4部、ページごと欠損した3部を除く282部のうち、分析対象部数を助産師経験月数120か月までの228部とした。

1. 年齢・助産師経験月数・分娩助産師・勤務施設

平均年齢は29.4歳(SD=5.0)で、21～53歳の範囲であった。助産師経験月数は平均56.6か月(SD=33.5)で約4.7年であった。看護師経験者は116名で平均経験月数が64.3か月(SD=54.5)で約5.3年であった。保健師経験者は6名いた。

分娩助産件数は平均208.1件(SD=243)であり、0から1,200件の件数範囲であった。

就労施設は病院が137名、診療所が32名、助産所0名であった。病院の病床数は平均472.9床(SD=221.8)であった(表1)。

2. 役割・従事部門・主な支援の対象者・勤務経験歴

役割はメンバー業務が最も多く93.4%、次いでリーダー業務48.2%、プリセプター28.5%、看護学実習指導者22.3%、助産学実習指導者10.9%であった。現在の従事部門は、産科病棟77.1%と最も割合が高く、次に周産期センター、産科外来がともに28.0%、助産師外来は13.4%であった。

主な支援の対象者は、すべての助産師が妊産褥婦・新生

表1 年齢・助産師経験月数・分娩介助件数・勤務施設

(n = 228)

項目	対象者数	無回答	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	226	2	29.4	5.0	21	53
助産師経験月数	228	0	56.6	33.5	9	120
看護師経験月数	116		64.3	54.5	3	300
保健師資格あり	81					
保健師経験月数	6	75	34.8	27.0	9	70
分娩介助件数	216	12	208.1	242.0	0	1,200
施設規模病床数		59				
病院	137		472.9	221.8	89	1,000
診療所	32					
助産所	0					

児とした。また周産期にある対象者のうち、正常経過である対象者63.5%、異常経過である対象者36.5%であった。乳児・幼児・思春期・更年期にある対象者は3.9~15.3%の割合に留まった。地域における母子を対象とするものは6.5%であった。

勤務歴のうち最も割合が多かった部門は産科・周産期が96.4%であった。続いて婦人科54.3%、小児科21.9%、内科系20.1%、NICU17.9%、外科系16.6%の順であった。地域との連携部門は2.1%であった(表2)。

3. 基礎教育歴

看護基礎教育歴は、割合の多い順に専修学校48.6%、大学32.4%、短期大学10.5%であった。助産基礎教育歴では、割合の多い順に専修学校59.2%、大学14.4%、短期大学11.4%、大学専攻科7.4%と続いた。保健師の基礎教育歴は、資格を有する81名中96.2%が大学での教育歴であった(表3)。

4. 卒後の学習・教育歴

専門学会参加歴がある者の割合は61.8%で、そのうち毎年参加する者の割合は33.3%であった。講習会や研修会に参加歴がある者の割合は96.0%で、そのうち毎年参加する者は73.0%であった。専門書等の購読歴のある者の割合は97.8%で、そのうち毎年購読する者は89.2%であった(表4)。

受胎調節実施指導員の資格を有する者は64.8%おり、そのうちその資格を業務活用する者は40.8%で、活用しない者は69.1%と、活用しない者が多かった。

就労施設で実施する継続教育を受けたとする者は88.1%おり、そのうち看護師と合同のプログラムとする者は52.2%、助産師に特化したプログラムとする者は29.8%、職種は不明だがを受けたとする者は9.9%であった。継続教育歴なしの者は10.9%であった。

教育機関における継続教育企画の必要性があったとした

者は51.7%おり、就労施設の継続教育で十分だとする者は26.1%、必要性はないとする者は3.0%であった。

5. 教育機関で受けた継続教育内容

教育機関で受けた継続教育で知識と技術をあわせた合計数が多かった項目は、母乳育児、分娩期の異常状態の診断とケア、新生児の緊急・異常への対応と援助、新生児の健康状態・診断とケア、ハイリスク母子に関するケアであった。知識・技術の項目ともに継続教育の希望が最も多かった項目は、母乳育児・乳房に関するケアであった(図1)。

C. 助産実践能力、およびその関連要因

1. 専門職としての自覚、および職業準備行動

専門職としての自覚に関する項目21項目の平均得点を図2に示す。平均3点以上の項目は5項目で「生命に対する尊厳」「病める人を思いやる心の保有」「生涯医療関連の学習を続けようという意志」「地域、へき地住民の医療や福祉への理解」「実践の場で看護倫理の活用ができる」であった。逆に平均点が2点未満と低かった項目は6項目で「看護の仕事が嫌い」「私は研究者」「国際社会に貢献」「生涯研究を継続」「メンバーシップをとることができる」「職業倫理に反する行動をとったことがある」であった。「看護の仕事が嫌い」「職業倫理に反する行動をとったことがある」の項目内容から、得点が低いほど専門職として良好な自覚である。そこでこれら2項目を反転項目とし、21項目の尺度として合計点を示すと、信頼度分析による標準化されたCronbachのアルファ係数.86であり、平均値は52.7点であり、到達度は62.7%であった。

次に職業準備行動項目23項目を図3に示す。23項目中21項目が平均点3点以上であり、3点未満であった項目は「学習、作業遂行に根気がある」「私は自己中心的」のみであった。

23項目を尺度として信頼度分析による標準化された

表2 研究対象者が担う役割・従事部門・支援対象者・勤務歴

(n=228)

	項目	対象者数	(%)
担う役割	メンバー	213	(93.4)
	リーダー	110	(48.2)
	プリセプター	65	(28.5)
	臨地看護学実習指導者	51	(22.3)
	臨地助産学実習指導者	25	(10.9)
	主任	5	(2.1)
	周産期センター	64	(28.0)
	産科病棟	176	(77.1)
従事部門	産科外来	64	(28.0)
	助産師外来	33	(14.4)
	NICU	11	(4.8)
	MFICU	15	(6.5)
	地域との連携部門	2	(0.8)
	妊婦	228	(100)
	産婦	228	(100)
	褥婦	228	(100)
主な支援対象者	新生児	228	(100)
	1歳までの乳児（施設内）	32	(14.0)
	2歳以降の幼児（施設内）	12	(5.2)
	6歳以降の児童（施設内）	9	(3.9)
	地域における母子	15	(6.5)
	思春期にある対象者	24	(10.0)
	更年期にある対象者	35	(15.3)
	周産期にある対象者（正常経過）	145	(63.5)
	周産期にある対象者（異常経過）	122	(53.5)
	産科・周産期	220	(96.4)
	NICU	41	(17.9)
	勤務歴	婦人科	124
小児科		50	(21.9)
外科系		38	(16.6)
内科系		46	(20.1)
手術部門		14	(6.1)
地域との連携部門		5	(2.1)
その他		12	(5.2)

[注] 複数回答あり。

Cronbachのアルファ係数 .91であったため、合計点を算出したところ平均値が74.8点であり、到達度は81.3%であった。

2. 日本語版自己決定型学習の準備性

日本語版自己決定型学習の準備性は、合計点の平均値は193.6 (SD=27.2) 点で、得点の範囲は110~275点であった。

3. 助産実践能力

助産実践能力の到達度は、項目の得点が満点と仮定した合計点を100%と仮定し、合計点平均値を百分率で示し分析した。

a. 保健専門職に必要な一般的知識・技術に関する能力
合計点（11項目）は平均値27.8 (SD=5.0) 点であった。保健専門職に必要な一般的知識・技術の到達度は63.1%であった。応用知識・技術の到達度は49.3%であった（表5）。

b. 専門職としての態度に関する能力
合計点は平均値23.5 (SD=3.9) 点で、到達度は73.4%であった（表5）。

c. 妊娠前のケア・家族計画の方法に関する能力
合計点（16項目）は平均値37.7 (SD=7.4) 点で、到達度は58.9%であった。そのうち知識項目合計点（10項目）の平均値は22.4 (SD=4.3) 点で到達度は56.0%，技術項目合計点（6項目）の平均値は15.2 (SD=4.1) 点で到達

表3 基礎教育歴 (n=228)

項目	対象者数	(%)
看護基礎教育歴		
准看護師進学コース	11	(4.8)
高等学校 (5年一貫)	3	(1.3)
専修学校 (3年課程)	111	(48.6)
短期大学	24	(10.5)
大学	74	(32.4)
その他	1	(0.4)
無回答	4	(1.7)
助産基礎教育歴		
専修学校	135	(59.2)
短期大学専攻科	26	(11.4)
大学	33	(14.4)
大学専攻科	17	(7.4)
大学別科	11	(4.8)
大学院	3	(1.3)
無回答	3	(1.3)
保健師教育歴 (n=81)		
専修学校	2	(2.4)
短期大学専攻科	1	(1.2)
大学	78	(96.2)
大学院	0	0
その他	0	0

表4 卒後の学習・教育歴 (n=228)

項目	あり	(%)	頻度 (%)				なし	(%)	無回答
			毎年	2年毎	3年毎以上	不明			
専門学会参加歴	141	(61.8)	47 (33.3)	31 (21.9)	57 (40.4)	6 (4.2)	86	(37.7)	
講習会・研修会参加歴	219	(96.0)	160 (73.0)	32 (14.6)	16 (7.3)	11 (5.0)	8	(3.5)	0
専門書・専門雑誌の購読歴	223	(97.8)	199 (89.2)	8 (3.5)	5 (2.2)	12 (5.3)	4	(1.7)	
受胎調節実地指導員資格	147	(64.4)	活用する		しない		81	(35.5)	0
			60 (40.8)		87 (59.1)				
就労施設での継続教育歴	201	(88.1)	看護師と同様のプログラム	助産師業務のプログラム	職種不明	無回答	25	(10.9)	2
			105 (52.2)	60 (29.8)	20 (9.9)	43 (21.3)			
教育機関での継続教育企画の必要性	118	(51.7)	わからない		就労施設で十分だ		7	(3.0)	1
			71 (60.1)		31 (26.2)				

[注] 複数回答あり

度は63.3%であった。応用知識項目合計点の平均値は5.9 (SD=1.4) 点で到達度は49.1%、応用技術項目合計点の平均値は5.1 (SD=1.6) 点で到達度は42.5%であった(表5)。

d. 周産期の助産実践能力

周産期の助産実践能力のうち、基礎的能力に関する知識・技術項目を妊娠期、分娩期、産褥期、新生児期4領域を合計した総合点の平均値は375.2 (SD=45.7) 点で、到達度は82.2%であった。知識項目総合点の平均値は174.8

(SD=24.7) 点で到達度は78.0%、技術項目総合点の平均値は200.3 (SD=23.8) 点で到達度は86.3%であった。

領域別では、妊娠期、分娩期、産褥期、新生児期の合計点平均値は139.2 (SD=19.8) 点、140.4 (SD=16.8) 点、46.8 (SD=7.0) 点、48.7 (SD=5.8) 点で、到達度は順に79.0%、83.5%、83.5%、86.9%であった(表6)。

妊娠期、分娩期、産褥期の助産実践能力のうち、应用能力に関する能力について、表7に示す。応用知識項目、応用技術項目合計点の平均値は、妊娠期でそれぞれ5.2点

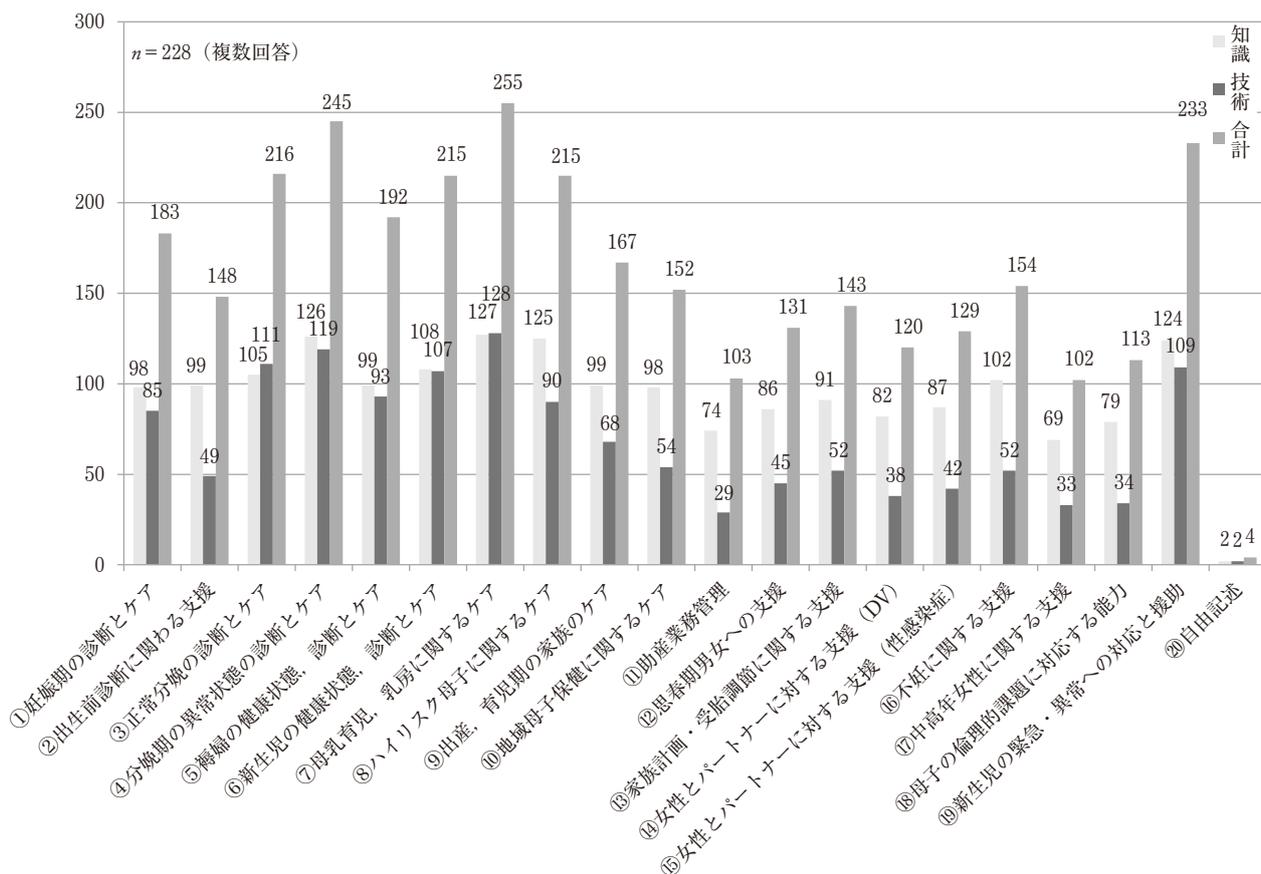


図1 教育機関で受けた継続教育の内容(知識・技術)

(SD=1.3)点, 27.1点(SD=5.2)点で, 到達度が65.0%, 67.7%であった。分娩期は応用技術項目のみであり, 合計点の平均値は23.9(SD=5.3)点, 到達度は54.3%であった。産褥期の応用知識項目, 応用技術項目の合計点の平均値は8.2(SD=2.1)点, 12.1(SD=3.0)点で, 到達度はそれぞれ68.3%, 60.5%であった(表7)。

4. 助産実践能力と関連する要因

a. 各要因と周産期の助産実践能力との関連

(1) 助産師経験月数

助産師経験月数は, 周産期の基礎的な助産実践能力総合点と有意な中程度の正の相関 ($r=.43, p=.000$), 知識項目総合点と有意な弱い正の相関 ($r=.37, p=.000$), 技術項目総合点と有意な中程度の正の相関 ($r=.44, p=.000$)を認めた。

(2) 分娩介助件数

分娩介助件数は, 周産期の基礎的な助産実践能力総合点と有意な弱い正の相関 ($r=.33, p=.000$), 知識項目総合点と有意な弱い正の相関 ($r=.22, p=.000$), 技術項目総合点と有意な弱い正の相関 ($r=.25, p=.000$)を認めた。分娩介助件数は分娩期の応用技術項目合計点と有意な中程度の正の相関 ($r=.41, p=.000$)を認めた。

(3) 専門職としての自覚, 職業準備行動

専門職としての自覚得点は, 周産期の基礎的な助産実践能力総合点と有意な中程度の正の相関 ($r=.55, p=.000$)を, 職業準備行動得点は, 周産期の基礎的な助産実践能力総合点と有意な中程度の正の相関 ($r=.51, p=.000$)を認めた(表8)。

(4) 生涯学習能力

日本語版自己決定型学習の準備性尺度得点は, 周産期の基礎的な助産実践能力総合点と有意な弱い正の相関 ($r=.37, p=.000$)を認めた。

b. 生涯学習能力と関連する要因

日本語版自己決定型学習の準備性尺度得点は, 職業人としての自覚合計点と有意な中程度の正の相関 ($r=.52, p=.000$), 職業準備行動合計点と有意な中程度の正の相関 ($r=.43, p=.000$)を認めた。

IV. 考 察

A. 継続教育の実施状況

北海道・東北圏にある産科施設の5割弱の施設長から得られた結果は, 半数以上の施設において, 助産師業務の継

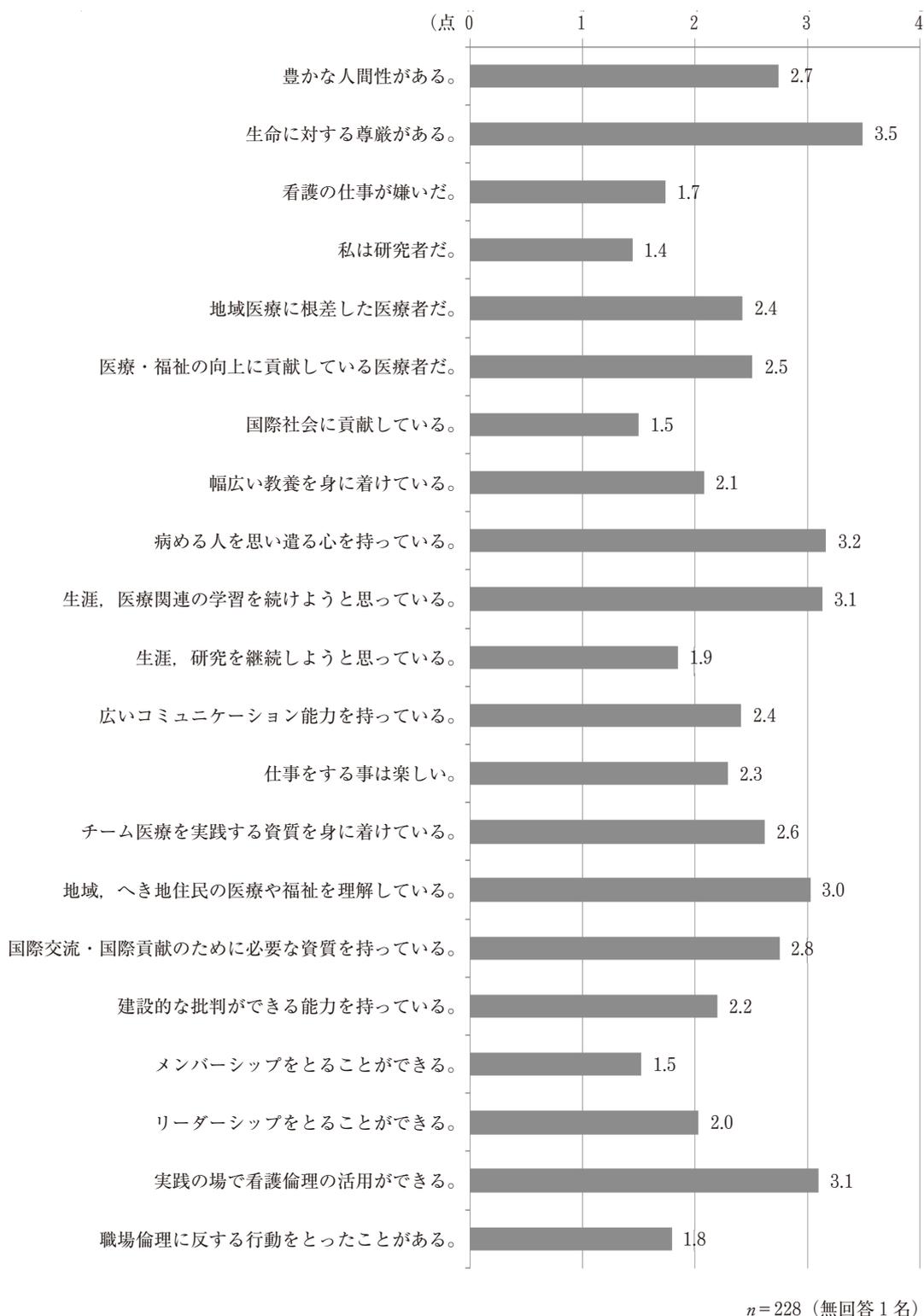


図2 専門職としての自覚 平均得点

続が保証された環境と判断した。しかし2割弱の施設は意図的に職種の変更を行う可能性があり、専門職種への理解がいま以上に望まれる。助産師のキャリア構築は、助産師が看護師と異なる専門職であるという理解と、助産師として就労し続けられる環境の保証が必須と考える。

6割程度の施設は継続教育を実施していた。施設の多くが看護師と助産師合同により行われており、助産師業務の企画による施設は4%と1割に満たなかった。合同の継続教育は、看護師免許取得が必須条件である助産師にとり看護実践能力の構築に大いに役立ち、とくに新人助産師に必

n = 228 (無回答 1 名)

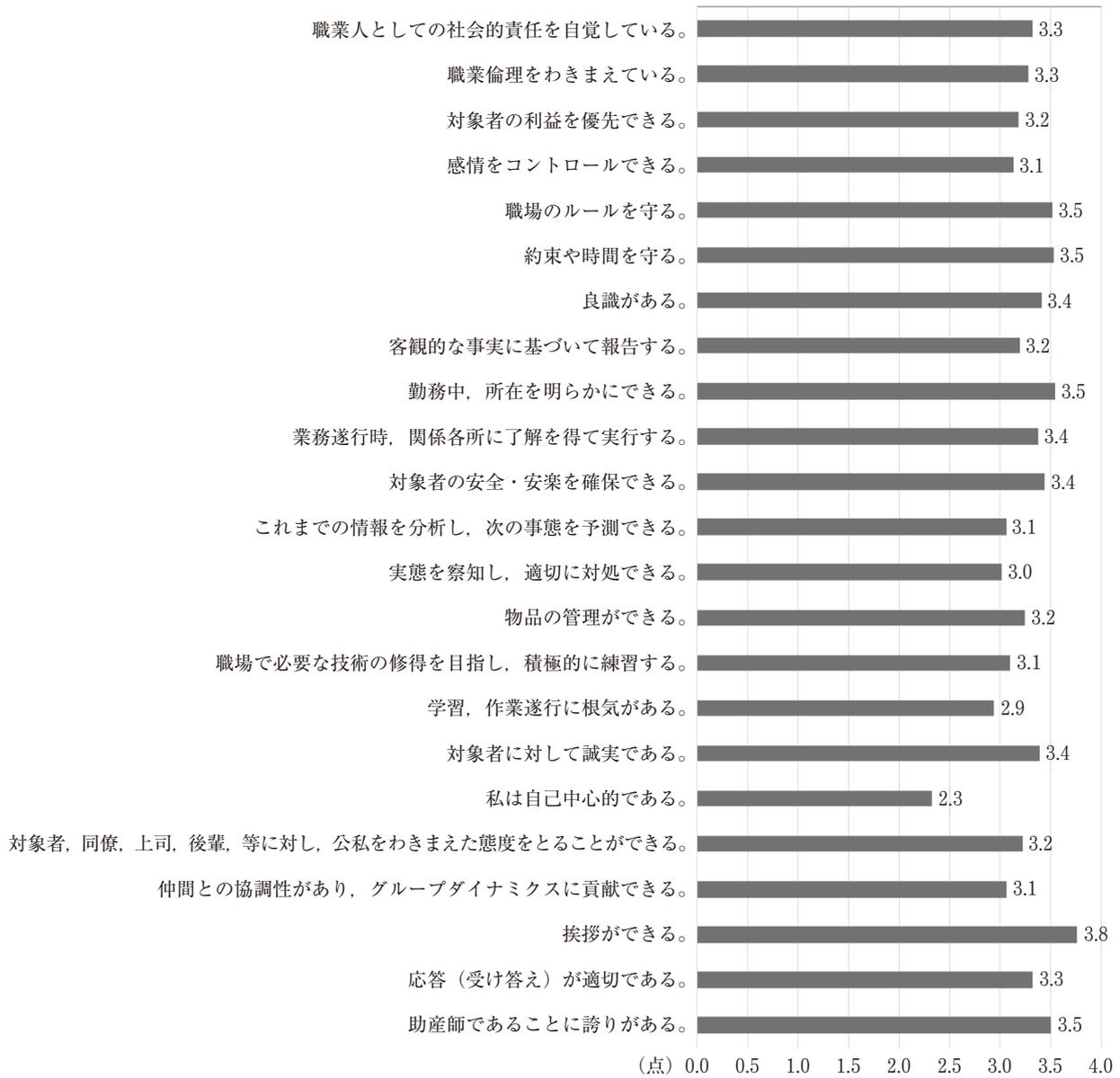


図3 職業準備行動 平均得点

表5 保健専門職に必要な一般的知識、専門職としての態度、妊娠前のケア

(n = 228)

項目	対象者数	無回答	平均値	標準偏差	中央値	最頻値	到達度 (%)
合計点 (項目数)							
保健専門職に必要な一般的知識・技術 (15項目)							
知識・技術項目 (11)	226	2	27.8	5.0	28.0	24.0	63.1
応用知識・技術項目 (4)	226	2	7.9	2.4	8.0	8.0	49.3
専門職としての態度 (8項目)	228	0	23.5	3.9	23.0	24.0	73.4
妊娠前のケア・家族計画の方法に関する項目 (22)							
知識項目 (10)	228	0	22.4	4.3	22.0	20.0	56.0
技術項目 (6)	220	8	15.2	4.1	16.0	18.0	63.3
知識と技術合計 (16項目)	220	8	37.7	7.4	38.0	38.0	58.9
応用知識項目 (3)	228	0	5.9	1.4	6.0	6.0	49.1
応用技術項目 (3)	221	7	5.1	1.9	5.0	3.0	42.5

表6 周産期の助産実践能力のうち基礎的能力

(n=228)

項目	平均値	標準偏差	中央値	最頻値	到達度 (%)
合計点 (項目数)					
総合 (114)	375.2	45.7	376.0	361.0	82.2
知識項目 (56)	174.8	24.7	170.0	167.0	78.0
技術項目 (58)	200.3	23.8	205.0	218.0	86.3
領域別					
妊娠期項目 (44)	139.2	19.8	137.0	131.0	79.0
分娩期項目 (42)	140.4	16.8	141.0	140.0	83.5
産褥期項目 (14)	46.8	7.0	47.0	56.0	83.5
新生児期項目 (14)	48.7	5.8	49.0	56.0	86.9

表7 周産期の応用助産実践能力

(n=228)

項目	平均値	標準偏差	中央値	最頻値	到達度 (%)
合計点 (項目数)					
妊娠期					
応用知識項目 (2)	5.2	1.3	6.0	6.0	65.0
応用技術項目 (10)	27.1	5.2	27.1	27.0	67.7
分娩期					
応用技術項目 (11)	23.9	5.3	23.0	22.0	54.3
産褥期					
応用知識項目 (3)	8.2	2.1	9.0	9.0	68.3
応用技術項目 (5)	12.1	3.0	12.0	11.0	60.5

表8 周産期の助産実践能力と関連要因

	1. 助産師在職期間 (月数)	2. 専門職としての 自覚合計点	3. 職準備行動合計点	4. 周産期の助産 実践能力総合点	5. 自己決定型学習 の準備性尺度得点
相関係数		.251**	.249**	.430**	.198**
1 有意確率 (両側)	-	.000	.000	.000	.003
度数		223	227	228	227
相関係数			.605**	.549**	.526**
2 有意確率 (両側)		-	.000	.000	.000
度数			223	223	222
相関係数				.514**	.439**
3 有意確率 (両側)			-	.000	.000
度数				227	226
相関係数					.377**
4 有意確率 (両側)				-	.000
度数					227
相関係数					
5 有意確率 (両側)					-
度数					

[注] 相関係数: Spearmanの ρ 。**: 相関係数は1%水準で有意 (両側)。

要な教育といえる。一方で、助産師業務を支援する継続教育がほとんど企画されない現状が明らかとなり、助産実践能力の維持・向上を目的とした継続教育の実施が課題である。本調査時期は、看護職免許取得後の研修の努力義務化が保健師助産師看護師法に明記されてから3年後である。したがって助産師を対象とした現在の継続教育状況は、調

査時期より整備されていると推察する。

B. 助産師が支援する対象者

助産師が支援する対象者は、妊産褥婦・新生児で正常な経過をたどる者が6割、異常な経過にある者が5割、乳児から幼児、思春期、更年期にある者が1割前後であった。

従事する部門は、ほぼ産科の病棟・外来や周産期センターであり、周産期の対象者にかかわる場であった。日本の法的規定から解釈できる助産は、分娩開始から終了までの正常分娩の介助やそれに付随する処置や産婦・新生児の世話であり、国際社会で求められる助産師の業務は、周産期の範囲にとどまることなく、産前教育や親になる準備、女性の健康、性と生殖に関する健康といった日本の現状より広域に及ぶ(岡本, 2017)。本結果は、日本の法的規定を遵守する結果といえる。国際社会が求める助産師の業務範囲を考慮すると、今後日本でも活躍の場と役割の拡大をはかる必要がある。

C. 学習の機会

専門学会等への参加歴がある助産師は6割おり、講習会・研修会への参加歴がある助産師は9割以上、専門雑誌の購読割合が8～9割と、ほとんどの助産師は何らかのかたちで専門職としての学習を実施していた。

教育機関で継続教育を望む助産師は5割程度おり、その理由を自己の能力や技術の向上をはかるため、臨床現場からの学びでは限界がある、専門職としての義務などと考えており、専門職として学び続けようとする意欲が確認できた。希望する教育内容は、正常分娩の診断やケア、異常分娩やハイリスク母子の診断やケア、新生児の健康状態、緊急・異常への対応とケア、母乳育児、乳児のケア、不妊に関するケアに関する知識や技術と多岐にわたっていた。助産師のこれまでの業務経験により、向上したい助産実践能力が異なることがわかる。看護職の職業団体である日本看護協会により開発された助産実践能力習熟段階のレベルⅢを認証する第三者機関認証制度は、2015年から開始され、助産実践能力の質向上のため継続的な自己啓発が期待されている(堀内, 2017)。日本看護協会によれば、助産実践能力習熟段階レベルⅢに達する助産師経験年数の目安が7年目程度である(日本看護協会, 2013, p.33)。そこで、それ以前の経験年数にある助産師に対しての継続教育の充実も重要と考える。

D. 専門職としての自覚と職業準備行動

専門職としての自覚に相当する項目について、自覚が高いと評価できるのは、命に対する尊厳や病める人を思いやる心があり、生涯医療関連の学習を続けようという意志をもち、地域や僻地住民の医療や福祉への理解があり、実践の場で看護倫理の活用ができる、といった内容である一方で、研究に関する意識や国際社会への貢献には消極的と自覚していた。

平均年齢が29歳で助産師経験年数5年程度の助産師は、「職場のルールを守る」「約束や時間を守る」等、どんな職

業に就くにも必要な職業準備性は到達度80%以上で一定の評価ができるといえる。一方、平均合計得点は74.8点であり、先行研究では、卒業直前に調査した助産学生の職業準備性が80.8点(山内, 2012a, p.32)、某大学を同窓で卒業した看護職者は77.6点であった(山内, 2012b, p.15)。本研究の調査項目から評価した職業準備行動では、本結果を含め、就労中の看護職者より助産学生のほうが職業上身につけるべき基本的な態度や行動を実施できているともいえる。助産基礎教育課程では、助産学実習において意図的に職業準備行動を修得できるよう指導を受ける可能性が高く、職業準備行動に対する助産学生の意識が高い時期の調査結果である可能性がある。これらについては、今後も調査を重ねながら分析を継続していく必要がある。

E. 自己決定型学習の準備性

自己決定型学習の準備性は193点であった。自己決定型学習の準備性は、年齢が高いほうが、教育年数が長いほうがより高くなる(Herbeson, 1991; Field, 1989)。某大学を卒業し平均年齢27歳で、経験年数4年程度の助産師と看護師がそれぞれ203点、196点、経験年数3年程度の保健師が204点(山内, 2012b)、平均年齢23歳で看護師経験2年までの看護師が185点との報告がある(松浦, 2008)。自己決定型学習の準備性がより高いことは、学習に取り組もうとする能力の高さでもあるため、助産師の生涯学習能力として重要と考える。助産師教育と自己決定型学習の準備性の関係については、さらなる研究を重ねる必要がある。

F. 助産実践能力

1. 周産期に関連する助産実践能力

周産期(妊産褥婦・新生児)の支援に必要な助産実践能力の到達度は82%で、助産師経験月数と周産期の支援に必要な助産実践能力との間に有意な中程度の正の相関を示した。知識と技術に分けた到達度の評価はそれぞれ78%と86%であり、助産師経験月数と知識の到達度に有意な弱い正の相関を、技術の到達度に有意な中程度の正の相関を認めた。助産基礎教育が終了する卒業直前の助産学生の到達度68%(山内, 2012b)と比較すると、助産師経験月数の増加により、知識よりも技術の到達度から助産実践能力を向上させていくキャリア構造と推察する。また、関連性は弱から中程度であったことは、助産実践能力が経験の蓄積だけで向上するものではないともいえる。分娩件数と周産期の支援に必要な助産実践能力の関連性はあるものの、有意な弱い正の相関であったことから、分娩介助件数が助産実践能力を向上させることは確認できたが、強い関係性を確認できなかったことから、周産期に関連する助産実践能力は、分娩介助数の増加だけで向上するわけではない

ともいえる。

妊娠期、分娩期、産褥期の助産実践能力のうち、異常な事象に対応する能力といった応用能力の到達度は5割から6割程度であった。周産期の支援に必要な基本的な助産実践能力と比較して、これら応用能力は今後、向上をねらうべき能力と評価する。

2. 国際社会で求められる広義の助産実践能力

保健専門職業務に必要な業務範囲は、周産期にとどまることなく、産前教育や親になる準備、女性の健康、性と生殖に関する健康といった広域に及ぶ。保健専門職に必要な一般的知識や技術に関する能力は6割、専門職としての態度に関する能力は7割、妊娠前に必要な支援や家族計画に関する知識や技術に関する能力は6割程度の到達度であった。これら広義の助産実践能力は国際社会で求められており、日本においても継続教育の到達目標として扱っていく必要がある。

G. 継続教育への示唆

助産師の継続教育状況は、看護実践能力だけで終わることなく、助産実践能力に対する施設内現任教育の充実が必要であることがわかった。助産実践能力のうち、正常な経過をたどる対象者への周産期に関連する能力は一定のレベルに達していると評価できるが、異常な経過に対応できる能力には課題があった。出産年齢の高齢化、それに伴うハイリスクな妊産褥婦・新生児の増加等は、難易度の高い事象に対する助産診断能力が必要であり、助産師経験年数や分娩介助件数が少なかったとしても対応する能力が求められる。助産実践能力習熟段階のレベルⅢに至る以前でも周産期に関連した助産実践能力の向上をはかるための継続教育を企画する意義は大きい。さらに、国際社会が求める広義の助産実践能力の向上が可能な継続教育を企画していくことも助産師の質の向上につながると考えられる。生涯学習し続けていくことが専門職として必要であることを考慮すると、継続教育の企画においては生涯学習能力の継続・向上も視野に入れた内容ですすめていく必要がある。

V. 結 論

1. 北海道・東北圏に勤務する助産師経験10年目までの助産師を対象に、自記式質問紙を用いて助産実践能力を調査した。分析対象228名の平均年齢は29歳、助産師経験平均月数は56か月（4年7か月）、分娩介助平均件数は208件であった。
2. 助産実践能力の到達度を百分率で得点化した結果、周産期に関連する助産実践能力は82%であった。これは、

助産基礎教育終了時に比較して正常な経過を支援する能力は高まっており、一定の到達度にあると評価した。周産期のうち、妊娠期に必要な応用能力は66%、分娩期は54%、産褥期は64%であり、応用能力の向上を目的とした継続教育は必要である。

3. 国際社会で求められる広義の助産実践能力について、保健専門職に必要な一般的知識や技術に関する能力は63%、専門職の態度に関する能力は73%であった。また、妊娠前のケアや家族計画の方法に関する能力は58%で、内訳は知識関連能力56%、技術関連能力63%であった。今後は、これらの能力が向上するための継続教育の工夫が必要である。
4. 産科施設のうち2割は助産師職の変更を意図的に実施する可能性があり、専門職種へのさらなる理解が望まれる。また、産科施設の6割は継続教育を実施していたが、看護師と助産師合同による企画が多く、助産実践能力の継続教育を意図した企画は希少であった。
5. 助産師の継続教育は、助産実践能力の向上を意図した内容・方法を早急に工夫し、教育機関と産科施設が協同して企画可能である。

本研究の限界と今後の展望

調査対象者は北海道・東北圏で助産師経験10年目までの助産師に限定したため、日本の助産師の助産実践能力としての一般化には限界がある。

アドバンス助産師の認証制度を開始した2015年以降は、本調査時期より助産実践能力の向上が期待できる。そのため2015年以降に再調査を施行し助産実践能力を再度把握することで、調査地域に勤務する助産師への継続教育については、さらなる充実をはかっていくことが可能である。

ICMが示す「基本的助産業務に必須な能力」は3年ごとに検討が行われており、現在は「基本的助産業務に必須なコンピテンシー2010年改訂2013年」として日本看護協会・日本助産師会・日本助産学会誌が示されている（福井, 2017）。2012年に実施した本調査は、あえて先行研究との比較が可能となるように「基本的助産業務に必須な能力」（2002）を活用した。そのため再調査では「基本的助産業務に必須なコンピテンシー2010年改訂2013年」から助産実践能力を検討することで、継続教育の充実に向けた新たな示唆を得られる可能性がある。

謝 辞

調査にご協力いただいた施設、および助産師の皆さまに深く御礼申し上げます。とくに、調査時期が東日本大震災後の復興時期と重なり、ご心労が続くお忙しいなかにもかかわらず、調査へのご協力や貴重なご助言を賜りましたこ

とを改めて感謝申し上げます。また、本研究は、2013年第39回日本看護研究学会学術集会、2013年第54回日本母性衛生学会学術集会、2014年第16回日本母性看護学会学術集会、2014年第55回日本母性衛生学会学術集会、2014年第40回日本看護研究学会学術集会、2016年日本看護研究学会第26回北海道地方学術集会で報告したものに加筆・修正を行ったものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP23593302の助成を受けて実施した研究の一部である。

著者貢献度

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

要 旨

2012年度に北海道・東北圏に勤務する助産師経験10年目までで、平均年齢が29歳、助産師経験平均月数が56か月、分娩介助平均件数が208件の助産師228名は、周産期に関する助産実践能力の到達度が82%であり、正常経過の支援に必要な能力の到達度は良好と評価した。周産期のなかでも応用能力の到達度は妊娠期66%、分娩期54%、産褥期64%であり、国際社会で求められる広義の助産実践能力の到達度は保健専門職に必要な一般的知識や技術に関する能力が63%、専門職の態度に関する能力73%、妊娠前のケアや家族計画の方法に関する能力58%であった。産科施設や教育機関は、応用能力や広義の助産実践能力を扱う継続教育を協同して行う必要がある。産科施設の6割は継続教育を実施したが、その多くが看護師と合同で行う看護実践能力への企画であった。助産師に行う産科施設は1割未満で、助産実践能力に関する継続教育を増やす必要がある。

Abstract

As many as 228 midwives up to their 10th year of midwifery experience working in the Hokkaido and Tohoku regions in 2012, with an average age of 29, 56 average number of months of midwifery experience, and an average of 208 assisted deliveries, had a perinatal period midwifery practical ability attainment level of 82%, which was evaluated as a favorable level for skills necessary to support normal procedures. In the perinatal period, the achievement level for applied skills was 66% in the pregnancy period, 54% at the time of delivery, and 64% postpartum. Concerning the level of achievement for broad-ranging midwife abilities required internationally, ability concerning the general knowledge and skills required for health professionals was 63%, that for professional attitude was 73%, and the ability for pre-pregnancy care and family planning methods was 58%. Obstetrics facilities and educational institutions must cooperate in continuing education for applied skills and broad-ranging midwife ability. While 60% of obstetrics facilities conducted continuing education, most of these were for nursing practical ability and were conducted jointly with nurses. Less than 10% of such facilities conduct continuing education for midwives, and it is therefore necessary to increase this type of learning for midwife practical skills.

文 献

- 荒木美幸, 岩木宏子, 大石和代 (2003). 卒後3年目までの助産師の実践能力習得に関する調査: 周産期(妊娠・分娩・産褥・新生児期)の助産師業務における実態. 日本助産学会誌, 16(3), 160-161.
- 遠藤俊子 (2009). 第1章 助産師とは. 山本あい子(編), 助産師基礎教育テキスト第1巻: 助産概論. 東京: 日本看護協会出版会.
- Ericsson, K.A. and Lehmann, A.C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273-305.
- Field, L. (1989). An investigation into the structure, validity, and reliability of Guglielmino's self-directed learning readiness scale. *Adult Education Quarterly*, 39(3), 125-139.
- 福井トシ子 (2017). 資料6. 福井トシ子(編), 新版 助産師業務

要覧 第3版 [I基礎編]2018年版. pp.248-255, 東京: 日本看護協会出版会.

- Herbeson, E. (1991). Self-directed learning and level of education. *Australian Journal of Adult and Community Education*, 31(3), 196-201.
- 堀内成子 (2017). 第3章4 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー-CLoCMIP®) レベルⅢ認証制度の意義. 福井トシ子(編), 新版 助産師業務要覧 第3版 [Ⅲアドバンス編] 2018年版. p.96, 東京: 日本看護協会出版会.
- 加藤尚美, 賀数いづみ, 園生陽子, 宮城万里子 (2005). 助産師資格取得後の助産師業務到達度: 卒後1~2年の助産師を対象として. 日本助産学会誌, 18(3), 242-243.
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (参照2017年9月13日)
- 松浦和代 (2008). 日本語版「自己決定型学習のレディネス測定

- 尺度」の看護学教育における信頼性と妥当性の検証：学位論文内容の要旨（博士論文）. https://www2.lib.hokudai.ac.jp/gakui/2008/8899_matsuura.pdf
- 松浦和代, 阿部典子, 良村貞子, 神成陽子, 升田由美子, 阿部修子, 浜めぐみ (2013). 日本語版SDLRSの開発：信頼性と妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 26(1), 45-53.
- 松浦和代, 山内まゆみ, 野村紀子 (2001). 日本語版SDLRSの再テスト法による信頼性の検討. 医学と生物学, 143(6), 167-170.
- 文部科学省 (2009). 保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律要綱. http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/attach/1282564.htm (参照2017年9月13日)
- 森本知佐子, 富安俊子, 大町福美 (2006). 全国助産師教育協議会調査助産師資格取得後助産業務達成度に関する調査：助産師とその当該評価者助産師を対象として. 日本助産学会誌, 19(3), 194-195.
- 日本看護協会 (2009). 国際情報：国際助産師連盟 (ICM) とは. <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/about/index.html> (参照2019年2月7日)
- 日本看護協会 (2013). 助産実践能力習熟段階 (クリニカルラダー) 活用ガイド. 29-37, 東京：日本看護協会.
- 岡本喜代子 (2017). 第1章1 助産師の定義. 福井トシ子 (編), 新版 助産師業務要覧 第3版 [I基礎編] 2018年版. pp.2-4, 東京：日本看護協会出版会.
- 坂野雄二, 東條光彦 (1986). 一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12(1), 73-82.
- 山内まゆみ (2012a). 学士課程の助産選択学生における職業準備行動とその関連要因. 平成19・20年度科学研究費補助金 (基盤研究C：課題番号19592479) 研究成果報告書.
- 山内まゆみ (2012b). 看護系大学卒業生のキャリアに関する実態調査研究成果報告書. p.19, 札幌：札幌市立大学.
- 山内まゆみ (2013). 専修学校に在学する助産師学生の成人学習能力に関する一考察. 医学と生物学, 157(6), 892-898.
- 山本あい子 (2009). 助産師基礎教育テキスト第1巻 助産概論. P.220-225, 東京：日本看護協会出版会.

〔2019年4月9日受付〕
〔2019年9月19日採用決定〕

一般社団法人
日本 看護 研究 学会
会報

第 115 号

(2020年4月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 第6回評議員・理事選挙(2019年度)報告	1
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第2回理事会 議事録	3
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度会員総会 議事録	7
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第1回臨時理事会 議事録	10
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第2回臨時理事会 議事録	11
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第3回理事会 議事録	12
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第3回臨時理事会 議事録	18

一般社団法人日本看護研究学会
 第6回評議員・理事選挙(2019年度)報告

一般社団法人

日本看護研究学会選挙管理委員会

委員長 村 井 文 江

委員 北 川 公 子

委員 小長谷 百 絵

第6回評議員および理事選挙を無事に終え、評議員70名および理事候補者10名を、北海道、東北、関東、東京、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州・沖縄の地区毎で会員数に応じ選出いたしました。評議員の数等については、末尾の表でご確認ください。新評議員の方々には、2020年度定時総会にご出席いただき、その場で理事の選任手続きとなります。

前回の評議員・理事選挙から引き継いだ選挙に関する課題が2つほどありました。1つは、投票率、2つめは白票数についてです。これらについて振り返ってみることとします。

投票率については、今回、評議員選挙27.6%、理事選挙76.4%でした。前2回の投票率をみますと、第4回評議員・理事選挙は、評議員選挙16.6%、理事選挙68.2%、第5回評議員・理事選挙は、評議員選挙24.3%、理事選挙61.0%であり、回を追うごとに投票率が上昇しています。第5回評議員・理事選挙を終えての報告では、評議員選挙における投票率30%を目指すというような具体的な数値を掲げて方策をとる必要があるのではないかということが記されています。この報告を踏まえ、今回は戦略的にすべきところでしたが、実際は、評議員選挙で2回、理事選挙で1回のリマインドメールを送ったにとどまっています。したがって、この投票率の増加は、選挙管理委員会の工夫というよりは、会員の選挙に対する意識が高くなってきている現れと考えます。しかし、国政や地方選挙では、投票率が50%を割ると問題視されています。選挙方法も異なるため、単純に参考にはできませんが、学会における選挙の妥当な投票率の検討とそ

の投票率確保に関連する要因を探る必要はあると考えます。

もう一つの課題、白票率ですが、今回の評議員選挙では3,786票（40.8%）でした。第5回は3,490票（39.4%）とほぼ同じ割合です。各地区には、評議員の定数があり、その数を投票するという投票様式になっており、定数の投票ができないと白票は多くなります。看護系大学が増える中、知っている会員の割合が少なくなっている可能性もあります。今後の動向を見ながら、選挙方法について検討することも必要と考えます。

投票率などの選挙結果は、選挙期間だけで大きく変わるものではありません。学会への期待の表れであり、学会活動の成果の1つと考えられます。同時に、会員にとって、本学会がどのような意味を持っているのかというのも大きいのではないのでしょうか。例えば、研究発表、論文公表の場と考える人、自分たちの仕事、特に研究のしやすい環境をリードしてくれる場と考える人などがいるのかと思います。したがって、選挙についての周知と共に、学会の推進力や発信力が一層、発揮されることが次の選挙結果になるように期待していきたいと考えます。

オンライン投票になり、その作業の全てを学会事務局が担っております。リマインダーメールについてのご提案もいただきました。今回、このようにスムーズに選挙ができましたことは、事務局をはじめとする関係者のみなさまのお陰です。最後になりましたが深く感謝申し上げます。

評議員選挙（2019年度）報告

一般社団法人日本看護研究学会
(2019年11月30日施行)

定数		選挙人	投票者	投票率	投票数	有効投票数	白票数	
北海道	3	北海道	148	50	33.8%	150	143	7
東北	4	東北	182	62	34.1%	248	225	23
関東	6	関東	275	82	29.8%	492	344	148
東京	9	東京	402	91	22.6%	819	473	346
東海	12	東海	537	143	26.6%	1,716	1,053	663
近畿・北陸	16	近畿・北陸	759	223	29.4%	3,568	1,916	1,652
中国・四国	11	中国・四国	492	128	26.0%	1,408	766	642
九州・沖縄	9	九州・沖縄	386	98	25.4%	882	577	305
合計	70	合計	3,181	877	27.6%	9,283	5,497	3,786

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第2回理事会 議事録

日 時：2019年8月19日（月） 15：30～17：00

会 場：大阪国際会議場 8階 801会議室

出 席：宮腰由紀子，安藤詳子，深井喜代子，阿部幸恵，宇佐美しおり，岡美智代，岡田由香，
神田清子，工藤せい子，工藤美子，国府浩子，鈴木みずえ，祖父江育子，高見沢恵美子，
任和子，山口桂子，山勢博彰，吉沢豊予子，良村貞子（以上，常任理事・理事19名），
西田真寿美，渡邊順子（監事2名），
泊祐子（第45回学術集会会長），城丸瑞恵（第46回学術集会会長）

欠 席：石川ふみよ，佐藤洋子，吉田澄恵

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

議事進行：理事長 宮腰由紀子

書 記：岡田由香

（順不同・敬称略）

配布資料：

1. 会員動向報告
2. 編集委員会資料
3. 東海地方会役員選挙報告
4. 奨学会委員会資料
5. 回収資料：入会申込理事会承認一覧

番号なし

2019年度第1回理事会議事録（案）

2019年度定時社員総会議事録（案）

日本看護研究学会 2019年度会員総会資料

日本看護研究学会 第46回学術集会チラシ

回収資料：大規模災害支援事業応募者一覧

宮腰由紀子理事長挨拶

宮腰理事長より，挨拶があり，議事が開始された。

議事録の確認

2019年度第1回理事会ならびに2019年度定時社員総会の議事録の確認が行われた。

加筆修正がある場合は後日メールで事務局に連絡することとなった。

報告事項

- 1) 会員数の動向（深井喜代子副理事長） 資料1

資料1に沿って，2019年8月14日現在，会員総数6,050名（名誉会員15名，評議員148名，一般会員

5,887名)であること、2019年度新入会員数259名、入会待機者47名、退会者数32名であること、会費納入率は79.98%であることが報告された。

2) 委員会報告

(1) 編集委員会 (委員長: 高見沢恵美子理事) 資料 2

- ・ 4月20日に42巻1号、6月20日に42巻2号、42巻3号は7月31日 第45回学術集会抄録集として発行した。
- ・ 9月20日に42巻4号を発行予定で、掲載巻号未決定論文18編(うち早期公開済み4件)のうち数編を掲載する予定である。
- ・ 2019年8月8日現在の2019年度投稿総数は32編である。
- ・ 英語論文の編集作業を依頼できる方を探していること、次回委員会でCOIに関する投稿規程・原稿執筆要領の変更と査読委員の依頼について検討することなどが報告された。

(2) 奨学会委員会 (委員長: 神田清子理事) 資料 4

2020年度奨学会研究募集について、後からの審議事項で提案する旨報告された。

(3) 学会賞・奨励賞委員会 (委員長: 工藤せい子理事) 資料なし

新たな報告はないことが報告された。

(4) 将来構想検討委員会 (宮腰由紀子理事長) 資料なし

- ・ ニュースレターを作成し配布したことの報告があった。
- ・ 地方会支援の充実、学術集会にあてる経費、大型研究費の獲得について検討を行っていることが報告された。

(5) 研究倫理委員会 (委員長: 山勢博彰理事) 資料なし

- ・ 第45回学術集会での企画: 学会特別企画「質的看護研究における倫理」北素子氏の講演を企画したことが報告された。
- ・ 倫理審査について、現在の申請受付はないことが報告された。

(6) 国際活動推進委員会 (委員長: 吉沢豊予子理事) 資料なし

- ・ 第45回学術集会での企画: 学会特別企画「在留外国人・訪日外国人増大において看護はどこに向かうのか?」で国際活動のためのキックオフミーティングの開催予定が報告された。

(7) 大規模災害支援事業委員会 (委員長: 山口桂子理事) 回収資料: 大規模災害支援事業応募者一覧

2019年度大規模災害支援事業支援金支給について6名応募あり、後からの審議事項で提案する旨報告された。

(8) 渉外・広報 (ホームページ) (安藤詳子副理事長) 資料なし

関連会議に再掲

(9) 看保連ワーキング (山口桂子理事) 資料なし

関連会議に再掲

3) 関連会議 資料なし

① 日本看護系学会協議会 (JANA) (安藤詳子副理事長)

47学会で構成された協議会の社員総会が6月23日行われ、会費の値上げは次年度にゆだねられたこと、選挙で理事長に小松浩子氏が選出され、新役員と監事が承認されたことが報告された。

② 日本看護系学会協議会 災害看護連携会議 (安藤詳子副理事長)

JANAから随時提供される情報については、適宜周知を行っている。また、防災についての各学会の取組みに関する調査が実施された。結果、18学会から回答があり、6学会が災害や防災に関する予算を組んでいることが報告され、今後防災連携等について検討していくことが報告された。

③看護系学会等社会保険連合（山口桂子理事）

2020年度の診療報酬改定にむけて、泊祐子氏を中心となってすすめているワーキンググループで作成した案の最終修正案を提出しているところであることが報告された。

④日本学術会議（安藤詳子副理事長）

24期学術会議において、看護学分会では、高度実践看護班と地元創成看護班に分かれて活動している。マスタープラン2020に関して、看護系ではガイドライン開発について申請中である旨の報告があった。

4) 第45回学術集会について（第45回学術集会会長 泊祐子氏）

会長から学術集会開催に向けてのご挨拶と事前参加予約が1,000名を超えたこと、当日の参加を400名程度予定しているとの報告があった。また、本日開催する学術集会プレ研究セミナーについて150名定員のところ191名の参加があったこと等の報告があった。

5) 第46回学術集会について（第46回学術集会会長 城丸瑞恵氏）

第46回学術集会チラシのとおり2020年8月27日、28日に札幌コンベンションセンター（札幌市）にて開催予定であることが報告された。また、各委員会企画の主要プログラムについて5枠設定の方針が確認された。

第45回学術集会会長 泊祐子氏から学術集会での発表演題におけるCOIの規定について今後検討する必要があるとの意見があり、これに対して研究倫理委員会の山勢博彰委員長から発表についての倫理規定を早急に検討する旨提案があり、承認された。

6) 地方会の活動について

各地区別の活動報告がされ、下記以外の地方会は新たな報告がないことが報告された。

東海：山口桂子理事より資料3に基づき、5月に総会を行い地方会世話人が選挙により15名選出されたこと、付帯事業の実施やセミナーを予定通り行うことの報告があった。

中国・四国：山勢博彰理事より3月に地方会を開催する予定であること、その際の学生の研究発表についての可否は本部からの結果を待って計画することの報告があった。

九州・沖縄：国府浩子理事より11月に地方会学術集会を開催する予定であること、会報が郵送からホームページ掲載に変更するため予算が削減されたことなどの報告があった。

7) 会員総会について（宮腰由紀子理事長） 資料：2019年度会員総会資料

会員総会の議事次第および資料について確認された。

8) その他

特になし

審議事項

1) 2020年度奨学会研究募集について（委員長：神田清子理事） 資料4

資料4-1～4-5について、「奨学会研究」の用語を統一したこと、応募の資格・期間・方法等の説明があり、承認された。

応募する際は、奨学会規定第5条（義務）における条件（研究成果を2年以内に日本看護研究学会学術集会において口頭発表することおよび原著レベルの論文として誌上発表する）を分かったうえで書類提出するよう、募集案内に「応募の際は奨学会規程を必ずお読みくださるようお願いいたします」の文章を追加したことの説明があり承認された。

2) 2019年度大規模災害支援事業支援金支給について（委員長：山口桂子理事）

回収資料：大規模災害支援事業応募者一覧

2019年度大規模災害支援事業支援金支給について6名応募あり（新規申請3名、前年度から引き続き申請3名）、回収資料に沿って申請者の被災状況（支援希望理由）と支給額、支給額の合計105万（資料の合計額115万を105万に修正）など説明があり、資料案通りで承認された。

回収資料について、今後支援の適応範囲が分かるよう明記するよう提案があった。

今後の課題として、大規模災害の適応は豪雨だけでなく噴火も考えて検討することとなった。

3) その他

①入会申込理事会承認（深井喜代子副理事長） 資料5 回収資料：入会申込理事会承認一覧
57名の入会希望があり、異議なく入会について承認された。

②その他

・地方会における学術集会の学部生の発表について（宮腰由紀子理事長）

指導教員が学会員であることを条件に発表を可とすること、地方会のセミナーは毎年開催が必須ではないことが確認された。

・将来構想委員会の検討課題について（宮腰由紀子理事長）

この数年学術集会は協賛金が集まりにくくなっている状況から、学術集会担当者の負担を軽減するために、本会からの招へい講演や教育講演などの費用の負担を行ったほうがよいのではないかという意見がでていいる。今後将来構想検討委員会で学術集会の経費の負担軽減について検討することとなった。

また、大型予算の応募や研究体制の在り方についても検討することが承認された。

・奨学会研究委員会から（委員長：神田清子理事）

奨学会規定第5条（義務）における条件で「原著レベルの論文として誌上発表する」とあるが、2012年から発表遅延の傾向にある。投稿しても査読段階でリジェクトされ、他学会誌へ発表する傾向もある。「原著レベル」は研究報告や資料でも良しとするのかなど「原著レベル」の中身を明文化する必要がある。委員会で申し合わせ事項を作成し、次回の理事会で提案したい旨説明があり、承認された。これに対し、宮腰由紀子理事長から学術的に価値がある論文で奨学会論文として報告することを目指し、編集委員会と奨学会委員会とで検討するよう意見があった。

以上

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度会員総会 議事録

日 時：2019年8月20日（火） 16：30～17：30

会 場：大阪国際会議場 大ホール（第1会場）

理事長挨拶

会員総会をはじめに当たり、宮腰由紀子理事長から挨拶があった。

議長：定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）

3. 会員総会の議長は、その年度の学術集会会長が当たる。

第45回学術集会会長 泊 祐子氏

書記の任命

引き続き、評議員から2名の書記の推薦・任命が行われた。

片山 由加里 評議員

岡田 由香 評議員

総会成立の確認

定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）4. 会員総会は会員の10分の1以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。に基づき、会員総会成立の確認がなされた。

会員総数 6,037名（8/20現在）

欠席委任状 1,718名（8/20現在）

当日出席者 80名

出席者と欠席委任状の総数は1,798名で、会員の10分の1（604名）以上の出席（欠席委任状含む）があった。

議事事項

報告事項

1. 会員数の動向について

宮腰由紀子理事長より、2019年8月14日現在、一般会員総数6,050名。内、新入会員は259名で2018年度の449名と比べ減少していること、2019年度会費納入率が約80%であるとの報告があった。

2. 2018年度事業報告

宮腰由紀子理事長と各委員会委員長より、資料2～3頁に基づき事業報告があった。

3. 2018年度決算報告

1) 会計報告

任 和子会計担当理事より、資料4～27頁について会計報告があった。7頁の一般会計正味財産増減について、プラス要因として学会誌J-Stageに過去の学術集会抄録の登録をしたこと、ホーム

ページのリニューアルに伴う関連経費の説明があった。

2) 監査報告

渡邊順子監事より、資料28頁に基づき、2018年度決算について適正であった旨の監査報告があった。監査意見として、昨年度からの課題に引き続き取り組むこと、昨今の会員動向や学術集会の参加者数・演題数などの状況を鑑み、本学会の具体的なミッション、特徴ある活動を明確化し、本学会の活性化に向け具体的な施策を期待する旨が報告された。

また、資料29頁にある税理士の金子和寛氏による会計調査報告書について、西田真寿美監事の代読にて報告された。

4. 2019年度事業計画について

宮腰由紀子理事長から資料30頁に基づいて事業計画の報告があった。

5. 2019年度予算について

任 和子会計担当理事より、31～37頁に基づいて予算報告があった。

6. 奨学会研究助成について (2019年度)

奨学会委員会委員長 神田清子理事より、2019年度奨学研究助成授与者として、北尾良太氏が選考されたことが報告された。

7. 学会賞・奨励賞選考について (2018年度)

学会賞・奨励賞委員会委員長 工藤せい子理事より報告があった。

1) 2018年度学会賞について：1名が選考された。

2) 2018年度奨励賞について：5名が選考された。

8. 第45回学術集会について

泊 祐子学術集会会長より、参加人数について事前予約が1,000名を超え、当日の参加を400名程度予定しているとの報告があった。また、学術集会前日の研究セミナーを開催し、予約数を超えた参加があり盛況に終了したことの報告があった。

9. 第46回学術集会について

城丸瑞恵学術集会会長より、2020年8月27日、28日に札幌コンベンションセンター（札幌市）にて開催予定であることが報告された。

10. その他

・日本学術会議について

安藤詳子副理事長より、看護分科会としてマスタープラン2020案やNP育成のための提言を検討していることの報告があった。

・日本看護系学会協議会の活動について

安藤詳子副理事長より、2019年度の社員総会で理事長選挙が行われ、小松浩子氏が選出されたこと、協議会の活動として防災、医療安全の検討を進めていくとの報告があった。また、会費改訂について本年度は値上げせず、今後再検討される予定であることが報告された。

・看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について

山口桂子担当理事より、役員の変更に伴い新体制で、資料3頁にある2020年度の診療報酬・介護報酬同時改訂にむけて2つのプロジェクト活動について報告があった。

・地方会の活動について

宮腰由紀子理事長より、北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州・沖縄の各地方において、活発に活動が行われている旨が報告された。

審議事項

1. 第48回（2022年度）・第49回（2023年度）学術集会会長について

宮腰由紀子理事長より、第48回（2022年度）・第49回（2023年度）学術集会会長について、理事会で推薦された愛媛県立医療技術大学の中西純子氏（第48回）・横浜市立大学の叶谷由佳氏（第49回）が報告され、学術集会会長としていずれも承認された。

2. 名誉会員の承認

安藤詳子副理事長より理事会において推薦された中木高夫氏が報告され、承認された。

3. その他 特になし

以上

会員総会終了後に以下の事項が行われた。

・第46回（2020年度）学術集会会長挨拶

城丸瑞恵氏（札幌医科大学）より、第46回（2020年度）学術集会について、2020年8月27日、28日に札幌コンベンションセンター（札幌市）にて開催することの説明がされた。

・名誉会員の証授与

宮腰由紀子理事長より、中木高夫氏に名誉会員の証が授与された。

・2019年度奨学会奨学金授与

宮腰由紀子理事長より、北尾良太氏に奨学金目録が授与された。

・2018年度学会賞表彰

宮腰由紀子理事長より、菊地沙織氏に学会賞の表彰がされた。

・2018年度奨励賞表彰

宮腰由紀子理事長より、丸山純子氏、奥田 淳氏、宮城島恭子氏、久保典子氏、江口 瞳氏に5名の奨励賞の表彰がされた。

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第1回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2019年10月9日（水） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】宮腰由紀子理事長，安藤詳子副理事長，深井喜代子副理事長，阿部幸恵理事，
石川ふみよ理事，宇佐美しおり理事，岡美智代理事，岡田由香理事，神田清子理事，
工藤せい子理事，工藤美子理事，国府浩子理事，佐藤洋子理事，鈴木みずえ理事，
祖父江育子理事，高見沢恵美子理事，任和子理事，山口桂子理事，山勢博彰理事，
吉沢豊予子理事，吉田澄恵理事，良村貞子理事
【監事】西田真寿美監事，渡邊順子監事

議 案：

第1号 本理事会は「2019年九州北部大雨」「2019年台風15号」等被災者への大規模災害支援事業実施について承認する

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：鈴木みずえ

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第2回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2019年11月13日（水） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】 宮腰由紀子理事長，安藤詳子副理事長，深井喜代子副理事長，阿部幸恵理事，
石川ふみよ理事，宇佐美しおり理事，岡美智代理事，岡田由香理事，神田清子理事，
工藤せい子理事，工藤美子理事，国府浩子理事，佐藤洋子理事，鈴木みずえ理事，
祖父江育子理事，高見沢恵美子理事，任和子理事，山口桂子理事，山勢博彰理事，
吉沢豊予子理事，吉田澄恵理事，良村貞子理事
【監事】 西田真寿美監事，渡邊順子監事

議 案：

第1号 本理事会は「2019年台風19号」「2019年台風21号」被災者への大規模災害支援事業実施について承認する

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：鈴木みずえ

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第3回理事会 議事録

日 時：2019年12月15日（日） 13：30～16：30

場 所：東京八重洲ホール 611会議室

出席者（敬省略）：

宮腰由紀子，安藤詳子，深井喜代子，石川ふみよ，宇佐美しおり，岡田由香，神田清子，
工藤せい子，工藤美子，国府浩子，佐藤洋子，鈴木みずえ，祖父江育子，高見沢恵美子，
任和子，山口桂子，山勢博彰，吉沢豊予子，良村貞子（以上，常任理事・理事19名），
西田真寿美，渡邊順子（監事2名），
城丸瑞恵（第46回学術集会会長）

欠席者（敬称略）：阿部幸恵，岡美智代，吉田澄恵

陪席（敬称略）：竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 宮腰由紀子

書 記：岡田由香

資料

1. 会員動向報告
2. 2019年度上半期決算書
3. 第6回評議員選挙（2019年度）報告資料
4. 編集委員会資料
5. 奨学会委員会資料
6. 研究倫理委員会資料
7. 2019年度大規模災害支援事業実施要領
8. 第46回学術集会資料
9. 国内旅費規程（案）
10. 入会申込理事会承認一覧（回収資料）
11. 第45回学術集会決算書案

番号なし

- ・2019年度第2回理事会議事録（案）
- ・2019年度会員総会議事録（案）
- ・2019年度第1回 臨時理事会議事録（確定）
- ・2019年度第2回 臨時理事会議事録（確定）

宮腰由紀子理事長挨拶

宮腰理事長より，挨拶があり，議事が開始された。

議事録の確認（宮腰理事長）

2019年度第2回理事会ならびに2019年度会員総会議事録の確認が行われ、氏名表記の修正（小松ひろ子→小松浩子）が報告された。

引き続き、臨時理事会議事録についての確認が行われた。

審議事項

1. 旅費規程の改定について（宮腰理事長） 資料9

資料9ならびに参考1および2について説明があり、昨今の物価の状況に合わせ、旅費規程第3条「理事・委員会委員の宿泊費」を上限1万円から1万5千円に増額支給することを含めた旅費規程改定案の提案があり、承認された。

2. COI規程について（山勢研究倫理委員長） 資料6

- ・利益相反に関する指針について本学会で新たに作成することとなり、他学会のCOI規程を参考に案（資料6）を作成した。今回方針を確認し、次回の理事会で最終審議する旨説明された。
- ・資料6について説明があり、資料中の下線部分について審議、下記の通り承認された。

2. 対象者

- 4) 「地方会会長」, 「各委員会委員長」とし、地方会は会長だけとし、事務職員、評議員は含めないこととなった。

6. 実施方法

- 1) は案通り「全ての研究者」で承認された。それに伴い、スライド資料1枚目「COI開示」の内容も「研究責任者」→「全ての研究者」に変更し、整合する。

- 4) 「COI状態を審査する委員会」は研究倫理委員会の中にCOIを審査する新たな小委員会を設置し、審査する。

別紙「利益相反報告対象と報告基準」の2.「受けている利益による項目毎の報告基準の基準となる金額」について、研究費：200万以上→100万以上、奨学寄附金：200万以上→100万以上に修正し、その他の金額は案通り。

これらを受けて、申告書等の様式も文言をすべて整合する。

- ・なお、利益相反を自己申請する際は、Web上で申請書をダウンロードして必要事項を記入後PDF書式に変換してWeb上で提出する。この際の自著は必ず手書きとし、それをスキャンあるいは複写してからPDF書式に変換して申請することを確認した。
- ・城丸次期学術集会会長からこの規程の適用について、第46回学術集会は1月から発表演題のエントリーが開始するが適用となるかとの質問があった。これに対し、次回理事会で規程が承認されれば、スケジュール的に適用可能であることが確認された。なお、学術集会では利益相反の状態をスライドなどで報告するが、その内容については審査しないこととなった。
- ・利益相反を審査するのは、投稿論文においてCOIがある際に報告内容に疑義がある場合、編集委員会から研究倫理委員会に審査依頼を行い、研究倫理委員会がCOI審査小委員会を設置し、審査することとする。
- ・今回確認、承認された方針で編集委員会と倫理審査委員会で規定等を整理し、次回理事会の最終承認に向け、引き続き検討することとなった。

3. 雑誌投稿規程・原稿執筆要項の改定について（高見沢編集委員長） 資料4-2～4-4

- ・委員長より2のCOI規程の審議結果を受けて、原稿執筆要項の利益相反の開示（資料4-3 10の赤字部分）についても、利益相反がある場合と利益相反がない場合とに分け、明確にわかるよう例示を新たに追加した。
- ・資料4-3の14「英語論文について」今まで誤記載があったことが判明したため、訂正することが提案された。14の2）「原稿が刷り上がりで1頁は5,700wordsに相当する」から「原稿は本文5,000words程度とする」に修正する案が提示されたが、この内容と12「原稿用紙および原稿の長さ」が整合する必要性の指摘を受け、引き続き委員会で検討し、次回理事会に改めて提案することとした。
- ・資料4-2, 資料4-4の雑誌投稿規定 8.「利益相反自己申告書」の修正案について、2のCOI規程で承認された結果を受け、内容が整合するように利益相反自己申告書の提出方法の内容を修正し、次回理事会に提案することとなった。

4. 専任査読委員の委嘱について（高見沢編集委員長） 資料4-5

- ・委員長より資料4-5について以下の通り説明があり、承認された。
専任査読委員は過去の査読状況の実績を鑑みて編集委員会で決定しているが、査読を断る委員が現状11人いるため、この11人は今後専任査読委員から除外すること。

専任査読委員を受諾いただくにあたり「過去に論文（共著を含む）を10本以上執筆している（自己申告）ことを条件」とする内容を前回同様に、新たに委嘱する依頼文および継続依頼文、オンライン査読の就任依頼文に記載する。

また、オンライン登録の画面 設問3の内容がわかりづらいという意見があったため、表現を資料の下線部の内容に修正した。

- ・オンライン登録の画面上、「複数選択可 1個まで」とあるのはシステムの仕様によるもので、可能であればシステム修正することが確認された。

5. 奨学会委員会 申し合わせ事項の改定（神田委員長） 資料5, 規程集12ページ

- ・平成24年度から平成28年度までの奨学金授与者6名の進捗状況について資料5に基づいて以下の通り報告があった。

平成24年度授与者は、資料では「未投稿」になっているが、2020年1月に投稿予定である。現状では2名が未投稿である。

- ・委員長より先の常任理事会で検討した結果をうけて、以下の通り修正・追加案の説明があり、承認された。

前回の理事会からの継続検討事項であった「奨学会規程」（規程集12ページ）第5条（義務）2）について、「原著レベルの論文として誌上発表する」から「論文として誌上発表する」に修正する。同様に「奨学金授与者 申し合わせ事項」変更案（資料5の2枚目赤字記載部分）についても、1. 研究進捗状況の把握2）を「原著論文レベルの論文投稿」から「論文投稿」に修正する。また、この際の「論文」とは、論文種別を原著論文に特定せず研究報告や資料を含む論文としている。

3）については追加する。資料赤字部分を「誌上発表は日本看護研究学会学会誌とする。投稿時、カバーレターに本学会奨学金授与者であることを明記する。その投稿論文査読者には奨学会委員1名を含む」に訂正（以降3）の赤字部分は削除）する。

なお、施行日は2020年12月15日からとなった。

6. 地方会・学術集会への個人情報の提供について（宮腰理事長） 資料なし

地方会や学術集会の案内を本学会員に連絡する際に本学会員のメールアドレスを電子媒体で、地方会や学術集会に提供することについて先の常任理事会で検討した結果、地方会や学術集会それぞれの事務局で個人情報活用の協力依頼を会員にメールで募る場合の1回に限り本部から一斉メール配信をする。それ以降は地方会や学術集会それぞれの事務局で了承が得られた会員に限って直接情報発信をすることが提案され、承認された。

併せて、会員へ郵便で連絡する場合は、従来通りの方法で個人情報を本部事務局から提供することが確認された。

7. 大規模災害支援事業について（山口委員長） 資料7

第45回学術集会後に震災が立て続けに起きたことを受け、メールでの臨時理事会審議後から申請を受けているが、第1回締め切り期日12月5日を過ぎても申請者0名である。周知が不十分なこともあるため、申請期間を延長し、支援申請第3回を追加し、その期日を1月末日と設定したい旨提案があり承認された。また、各理事からも被災した学生がいる場合は申請の周知をしてほしい旨依頼された。

8. その他

1) 第6回評議員選挙について（宮腰理事長） 資料3

評議員選挙の結果、資料3の通り定数70名の新評議員が決定した事の報告があった。

資料3の理事定数について、継続評議員75名と新評議員70名の計145名の内、選挙による理事は継続・新規あわせて20名となるが、各地区の選挙人が多い地区からは2名選出となる。したがって継続理事は近畿・北陸と中国・四国、新理事は東海と近畿・北陸に各2名ずつの枠とし、それ以外の地区は1名枠で選出することが承認された。

2) 第45回学術集会決算について（宮腰理事長） 資料11, 資料11別紙

第45回学術集会決算案について資料11に基づき、経常収益の予算2,199万円に対して決算額は2,760万円となったことが報告された。なお、未払金の未確認があり、学術集会長に再度の最終決算を計上することを説明することとなった。その上で最終的に余剰金が生じた場合の対応を討議し、学会本部へ返還する方針で検討することを確認した。

3) 将来構想検討委員から（宮腰理事長） 資料なし

学術集会、地方会などで講師の謝金等が必要な場合、申請すれば補助できるよう検討して、次回提案する。

4) 広報委員会について（宮腰理事長） 資料なし

ニュースレターを2回発行したが、新理事会になっても継続できるように方法を検討し、次回提案する。

また、ニュースレターのファイリングを会員へすすめてほしい旨、ニュースレター作成担当の深井副理事長から依頼があった。

報告事項

1. 会員数の動向（宮腰理事長） 資料1

資料に沿って説明された。会員総数6,126名、会費納入率85.55%、会員数の動向をみると入会者数が2017年から2018年の間に戻っているため、今後の入会者数の増加を期待したい。

2. 2019年度上半期 決算・会計監査報告（任委員長） 資料2-1～2-4

資料に沿って一般会計，奨学会特別会計，選挙事業積立金特別会計，災害支援金特別会計について報告があり，確認した。

今後，会費の入金方法をクレジット払い，コンビニ決算できるよう今後検討する旨説明があった。

3. 編集委員会報告（高見沢委員長） 資料4-1，4-6

資料にある掲載巻号未決定の9論文をなるべく早く掲載できるよう進めていること。

報告事項①COIに関する投稿規程・原稿執筆要領の変更案の作成 ③査読委員の査読状況の検討 ④来年度の査読委員依頼文案作成については先に審議済み。②投稿簡易版マニュアルを検討し，資料4-6の通り本学会のホームページのスカラールワンにアップしたこと等報告があった。

4. 奨学会委員会（神田委員長）資料なし

来年度の応募を行い3名応募者があった。1月の委員会で決定した結果を推薦候補者として次回理事会に提案する旨報告があった。

5. 学会賞・奨励賞委員会（神田委員 工藤委員長代理）資料なし

2019年度学会賞・奨励賞候補について1月の委員会で検討した結果を次回理事会に提案する旨報告があった。

6. 国際活動推進委員会（吉沢委員長）資料なし

第45回学術集会での委員会企画の交流会が盛況に終わり，その内容をホームページに掲載したい。掲載するスライド内容は講師の方々が既に編集しており，いつでもアップできるが，どのようにアップできるか委員長から相談があった。今後委員会が継続的に情報をアップするのであれば国際活動推進委員のページをつくる，またはトップページの〈お知らせ〉で載せるか検討した結果，まずは〈お知らせ〉に掲載することとなり，事務局と相談することとなった。国際活動推進委員のページをつくるかどうかは，会員サービス方法を含めて改めて今後検討することとなった。また，アップしている旨をメールやニュースレターで会員へ周知することとなった。

7. 渉外広報（ホームページ）・関連会議 資料なし

・日本看護系学会協議会（安藤副理事長）

最新情報などは理事会メンバーに随時メールで情報を発信している通り，現在は医療安全や災害について取り組んでいる。また，2020年マスタープランの大型研究の検討が進んでいる。日本学術会議・連携会員の候補者に深井喜代子副理事長を選任したことが報告された。

・看保連ワーキング（山口委員長）

現在取り組んでいる2つの研究チームについて，1つは重症心身障害児の研究プロジェクトの調査が終わり，公表するための準備または1編公表中である。今後は2年後に日本小児学会と連携してエビデンスを引き続き追求していく。2つ目は高齢者の身体拘束を減らす取組みとして，文献レビューからエビデンスを構築している段階にある事が報告された。

・看護系学会等社会保険連合（山口委員長）

2月17日 介護報酬のあり方検討会，3月16日 情報交換会・17日 技術検討会 等順次開催されている。情報交換会は参加可能で詳しくは看保連のホームページに掲載してある。令和2年から総会開催の時期が4月から6月に変更する。また，毎年看保連が研究助成をする際に学会から推薦しているが締め切り期間がいつも短いため，今回はあらかじめ募集し，すぐに対応できるような方法を検討し次

回理事会に提案する。等報告があった。

8. 第46回学術集会の進捗状況について（城丸次期学術集会長） 資料 8

資料に沿って学術集会のプログラム，懇親会，参加費，一般演題募集期間，交流集会募集期間，学術集会特別会計・懇親会特別会計等について報告された。

学会特別企画は5つの交流集会の枠を計画している。交流集会を企画している委員長は企画の有無及びその内容を事務局経由で3月末までに回答する旨の依頼があった。

9. 入会申込理事会承認（宮腰理事長） 回収資料

理事長と総務で確認している旨説明され承認された。

今後の会議日程

2020年度総会日程について，2020年5月24日社員総会開催。

第4回常任理事会・理事会 2020年2月23日開催。

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第3回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2020年2月7日（金） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】 宮腰由紀子理事長，安藤詳子副理事長，深井喜代子副理事長，阿部幸恵理事，
石川ふみよ理事，宇佐美しおり理事，岡美智代理事，岡田由香理事，神田清子理事，
工藤せい子理事，工藤美子理事，国府浩子理事，佐藤洋子理事，鈴木みずえ理事，
祖父江育子理事，高見沢恵美子理事，任和子理事，山口桂子理事，山勢博彰理事，
吉沢豊予子理事，吉田澄恵理事，良村貞子理事
【監事】 西田真寿美監事，渡邊順子監事

議 案：

第1号 本理事会は2019年度大規模災害支援事業 支援金申請（2020年1月10日締切分）に対する支援金額を別添一覧（全3件 支援金合計500,000円）のとおり承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：鈴木みずえ

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

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

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

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

■ミスコンダクト

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

■断片的投稿

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

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

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

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

8. 利益相反自己申告書

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

9. 原稿の受付

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

10. 投稿論文の採否

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

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

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

* 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。

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。

— 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下記の例を参考に、「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。

《利益相反のある場合》

(和文)

- 本研究は資金の提供を [企業名] から受けた。
- [該当する著者名] らは、[企業名] から報酬を受領している。
- 本研究は、[該当する著者名] が所属する [企業名] の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by [企業名] .
- XXX, YYY, and ZZZ [該当する著者名] received honorarium from [企業名].
- AAA, BBB, and CCC [該当する著者名] are employees of [企業名].

《利益相反のない場合》

(和文)

- なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

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頁以下の場合には、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

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

事務局便り

1. 2020年度会費納入のお願い

2020年度会費納入のお願いをお送りしております。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・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨 1-24-1 4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日: (平日)月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第43巻 1号

無料配布

2020年4月20日 印刷

2020年4月20日 発行

編集委員長

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)	島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部
上野栄一 (会員)	福井大学学術研究院医学系部門
岡田淳子 (会員)	県立広島大学保健福祉学部
勝山貴美子 (会員)	横浜市立大学医学部
木立るり子 (会員)	弘前大学大学院保健学研究科
工藤美子 (理事)	兵庫県立大学看護学部
國方弘子 (会員)	香川県立保健医療大学保健医療学研究科
古賀明美 (会員)	佐賀大学医学部
清水安子 (会員)	大阪大学大学院医学系研究科
出口禎子 (会員)	元北里大学教授
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)	元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

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

