

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 43 Number 4 September 2020 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[43巻 4号]

会 告（１）

2019年度事業 評議員・役員選挙の結果、下記の方々が選出されました。

任期は、2020年定時社員総会の日より平成2024年社員総会前日まで（ただし、理事として選出された評議員の任期は、2024年社員総会終結のときまで）。

2020年 7 月 5 日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 深 井 喜代子

記

選挙会告時の地区登録による所属です。ただし、それ以降本人より所属変更の申出があった場合、所属は変更しております。

評 議 員 地 区 別 名 簿

（敬称略）

北海道地区（３名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
岩本 幹子	北海道大学保健科学研究院基盤看護学分野	矢野 理香	北海道大学大学院保健科学研究院
三国 久美	北海道医療大学看護福祉学部		

東北地区（４名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
遠藤 恵子	山形県立保健医療大学	高橋 和子	宮城大学看護学群
小林 淳子	山形大学大学院医学系研究科看護学専攻	布施 淳子	山形大学大学院医学系研究科看護学専攻 基礎看護学

関東地区（６名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
北池 正	千葉大学大学院看護学研究科	田中 裕二	千葉大学大学院看護学研究科生体看護学専門領域
齊藤やよい	城西国際大学	森 千鶴	筑波大学医学医療系
茂野香おる	淑徳大学看護栄養学部看護学科	山下 暢子	群馬県立県民健康科学大学

東京地区（9名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
小澤三枝子	国立看護大学校	野崎真奈美	順天堂大学大学院医療看護学研究科
佐藤 正美	東京慈恵会医科大学医学部看護学科	村上 好恵	東邦大学看護学部がん看護学研究室
真田 弘美	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 老年看護学／創傷看護学分野	森 真喜子	国立看護大学校看護学部
下里 誠二	信州大学医学部保健学科	八尋 道子	佐久大学看護学部
塚本 尚子	上智大学総合人間科学部看護学科		

東海地区（12名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
浅野みどり	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻	白尾久美子	日本福祉大学看護学部
荒木田美香子	川崎市立看護短期大学看護学部	須賀 京子	朝日大学保健医療学部看護学科
市江 和子	聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部	服部 淳子	愛知県立大学看護学部小児看護学
片岡 純	愛知県立大学看護学部	藤井 徹也	豊橋創造大学保健医療学部看護学科
小松万喜子	愛知県立大学看護学部	箕浦 哲嗣	愛知県立大学看護学部
篠崎恵美子	人間環境大学看護学部・看護研究科	脇坂 浩	三重県立看護大学看護学部成人看護学

近畿・北陸地区（16名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
荒木 孝治	大阪医科大学看護学部看護学科	當日 雅代	同志社女子大学看護学部看護学科
池西 悦子	大阪医科大学看護学部看護学科	法橋 尚宏	神戸大学大学院保健学研究科 家族看護学分野
石川 倫子	石川県立看護大学看護学部看護学科	細田 泰子	大阪府立大学大学院看護学研究科
稲垣美智子	金沢大学医薬保健研究域保健学系	町浦美智子	武庫川女子大学看護学部
加藤真由美	金沢大学保健学系	水田真由美	和歌山県立医科大学保健看護学部
河原 宣子	京都橘大学看護学部	安酸 史子	関西医科大学
河野あゆみ	大阪市立大学大学院看護学研究科精神看護学領域	吉田 智美	滋賀県立総合病院
田中 京子	大阪府立大学看護学部	若村 智子	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

中国・四国地区（11名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
赤松 公子	愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻	黒田寿美恵	県立広島大学保健福祉学部看護学科
石橋 照子	島根県立大学看護学部	竹田 恵子	川崎医療福祉大学保健看護学科
伊東美佐江	山口大学大学院医学系研究科保健学専攻	堤 雅恵	山口大学大学院医学系研究科
沖中 由美	岡山大学大学院保健学研究科	中西 純子	愛媛県立医療技術大学
折山 早苗	広島大学大学院医歯薬保健学研究院基礎看護開発学	深田 美香	鳥取大学医学部保健学科
掛田 崇寛	関西福祉大学看護学部看護学科		

九州・沖縄地区（9名）

氏 名	所 属	氏 名	所 属
荒尾 博美	熊本保健科学大学保健科学部看護学科	前田ひとみ	熊本大学大学院生命科学研究部
尾形由起子	福岡県立大学看護学部	三重野英子	大分大学医学部看護学科
木下由美子	宮崎大学医学部看護学科	村田 節子	福岡看護大学看護学部看護学科
鳩野 洋子	九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野	脇 幸子	大分大学医学部看護学科
藤野ユリ子	福岡女学院看護大学看護学部		

（合計 70名）

理事地区別名簿

（敬称略）

地 区	氏 名
北 海 道	矢 野 理 香
東 北	布 施 淳 子
関 東	森 千 鶴
東 京	佐 藤 正 美
東 海	浅 野 みどり
東 海	小 松 万喜子
近畿・北陸	法 橋 尚 宏
近畿・北陸	若 村 智 子
中国・四国	中 西 純 子
九州・沖縄	前 田 ひとみ

以上

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会2020年度定時社員総会が2020年7月5日(日)13時00分から、一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

2020年7月5日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 深 井 喜代子

記

報告事項：1. 会員数の動向について

2. 第6回評議員・役員選挙(2019年度)について

3. 第46回学術集会について

4. 第47回学術集会について

5. 地方会の活動について

北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄

審議事項：第1号議案 2019年度事業報告について

第2号議案 2019年度一般会計・特別会計決算, 監査報告について

第3号議案 2019年度学会賞・奨励賞について

第4号議案 役員の選任について

・再任理事・監事の信任決議

・新理事候補の承認

・理事長・副理事長の承認

・理事長推薦理事の承認

・常任理事の承認

・新監事の承認

理事会報告：1. 2020年度事業案について

2. 2020年度予算案について

3. 奨学会研究費授与について

4. 広報委員会規程について

以上

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り2020年度奨学会研究が決定いたしました。

2020年7月5日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 深 井 喜代子

記

石川 恵子氏

研究課題「日本語版 Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (WEL) の開発」

以上

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、2020年度定時社員総会において、2019年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

2020年7月5日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 深 井 喜代子

記

学 会 賞

受賞対象論文：質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性

— 新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から —

Usefulness of Mixed Analysis Method in Combination with Text Mining in Qualitative Data:

Analysis of Free-Answer Comments about Turnover Factors of Newly Graduated Nurses

日本看護研究学会雑誌41巻4号, pp.685-700, 2018

筆 頭 著 者 名：今井 多樹子

共 同 著 者 名：高瀬 美由紀, 佐藤 健一

奨 励 賞

受賞対象論文：訪問看護師を対象としたデルファイ法による日本版バリューズヒストリーの開発

Development of the Japanese Version of Values History Using the Delphi Method with Visiting Nurses

日本看護研究学会雑誌40巻5号, pp.771-782, 2017

筆 頭 著 者 名：高橋 方子

共 同 著 者 名：菅谷 しづ子, 鈴木 康宏, 石津 みゑ子, 布施 淳子, 高橋 和子

受賞対象論文：看護学臨地実習における看護大学生の自己調整学習に関する研究

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

日本看護研究学会雑誌41巻5号, pp.833-840, 2018

筆 頭 著 者 名：伊山 聡子

共 同 著 者 名：前田 ひとみ

受賞対象論文：呼吸筋訓練による健康成人女子の換気機能と呼吸筋力への影響

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

日本看護研究学会雑誌41巻 5 号, pp.891-898, 2018

筆頭著者名：中村 真弓

共同著者名：玉田 章

受賞対象論文：「看護師ヒューマンスキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討

Developing a Human Skills Scale for Nurses and Testing its Reliability and Validity

日本看護研究学会雑誌41巻 4 号, pp.637-649, 2018

筆頭著者名：真鍋 知香

共同著者名：當目 雅代

受賞対象論文：看護師にとっての清拭の意味 — 清拭のエスノグラフィー —

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

日本看護研究学会雑誌42巻 1 号, pp.43-51, 2019

筆頭著者名：澁谷 幸

以上

会 告（５）

一般社団法人日本看護研究学会定款第５章役員第12条（役員）第13条（役員の選任）により、深井喜代子氏が理事長に決定いたしました。

任期は、2020年定時社員総会の日より2022年定時社員総会まで。

2020年 7 月 5 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

会 告（６）

一般社団法人日本看護研究学会定款第５章役員第12条（役員）第13条（役員の選任）２．により、理事長指名理事に、川口孝泰氏、塩飽仁氏が決定いたしました。

任期は、2020年定時社員総会の日より2022年定時社員総会まで。

2020年 7 月 5 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

会 告（７）

一般社団法人日本看護研究学会定款第５章役員第12条（役員）第13条（役員の選任）および理事・監事選出規程第９条により下記の方を監事に決定いたしました。

任期は、2020年定時社員総会の日より2024年定時社員総会まで。

2020年 7 月 5 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

記

監事 稲垣美智子 氏

以上

会 告（８）

一般社団法人日本看護研究学会定款第５章役員12条（役員）第13条（役員の選任）により，理事会を下記の通り構成しました。

2020年 7 月 5 日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 深 井 喜代子

記

理 事 役 職 名	氏 名
理 事 長	深 井 喜代子
副 理 事 長	浅 野 みどり
副 理 事 長	鈴 木 みずえ
理 事	阿 部 幸 恵
理 事	岡 美智代
理 事	川 口 孝 泰
理 事	工 藤 せい子
理 事	工 藤 美 子
理 事	国 府 浩 子
理 事	小 松 万喜子
理 事	佐 藤 正 美
理 事	佐 藤 洋 子
理 事	塩 飽 仁
理 事	祖父江 育 子
理 事	高見沢 恵美子
理 事	中 西 純 子
理 事	布 施 淳 子
理 事	法 橋 尚 宏
理 事	前 田 ひとみ
理 事	森 千 鶴
理 事	矢 野 理 香
理 事	若 村 智 子
監 事	稲 垣 美智子
監 事	西 田 真寿美

（五十音順）

以上

会 告 (9)

一般社団法人日本看護研究学会定款第10章 第33条（委員会）により下記の通り委員会を構成しました。
2020年 7 月26日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

記

理事役職名・委員会名	氏 名
理 事 長	深 井 喜代子
副理事長・総務担当理事（長）〈兼任〉	鈴 木 みずえ
総務担当理事	矢 野 理 香
副理事長・渉外担当理事（長）〈兼任〉	浅 野 みどり
渉外担当理事	川 口 孝 泰
会計担当理事（長）	国 府 浩 子
会計担当理事	佐 藤 洋 子
会計担当理事	布 施 淳 子
編集委員会委員（長）	法 橋 尚 宏
編集委員会委員	工 藤 美 子
編集委員会委員	今 井 多樹子
編集委員会委員	清 水 安 子
編集委員会委員	本 田 育 美
編集委員会委員	前 田 樹 海
編集委員会委員	亀 井 智 子
編集委員会委員	吉 永 尚 紀
編集委員会委員	涌 水 理 恵
奨学会委員会委員（長）	阿 部 幸 恵
奨学会委員会委員	工 藤 せい子
奨学会委員会委員	小 松 万喜子
奨学会委員会委員	佐 藤 正 美
奨学会委員会委員	前 田 ひとみ
学会賞・奨励賞委員会委員（長）	工 藤 せい子

理事役職名・委員会名	氏 名
学会賞・奨励賞委員会委員	阿 部 幸 恵
学会賞・奨励賞委員会委員	小 松 万喜子
学会賞・奨励賞委員会委員	佐 藤 正 美
学会賞・奨励賞委員会委員	前 田 ひとみ
将来構想委員会委員（長）	深 井 喜代子
将来構想委員会委員	鈴 木 みずえ
将来構想委員会委員	浅 野 みどり
将来構想委員会委員	矢 野 理 香
将来構想委員会委員	川 口 孝 泰
将来構想委員会委員	国 府 浩 子
研究倫理委員会委員（長）	高見沢 恵美子
研究倫理委員会委員	祖父江 育 子
研究倫理委員会委員	森 千 鶴
研究倫理委員会委員	脇 坂 浩
国際活動推進委員会委員（長）	岡 美智代
国際活動推進委員会委員	若 村 智 子
国際活動推進委員会委員	中 平 み わ
国際活動推進委員会委員	中 本 五 鈴
大規模災害支援事業委員会委員（長）	中 西 純 子
大規模災害支援事業委員会委員	竹 田 恵 子
大規模災害支援事業委員会委員	深 田 美 香
広報委員会委員（長）	塩 飽 仁
広報委員会委員	井 上 由紀子
看保連ワーキング（長）	浅 野 みどり
看保連ワーキング	叶 谷 由 佳
看保連ワーキング	泊 祐 子
実践研究活動推進ワーキング	浅 野 みどり
実践研究活動推進ワーキング	佐 藤 正 美
実践研究活動推進ワーキング	深 井 喜代子
実践研究活動推進ワーキング	前 田 ひとみ
実践研究活動推進ワーキング	若 村 智 子
監事	西 田 真寿美
監事	稲 垣 美智子

以上

会 告 (10)

2020年大規模災害支援事業を下記要領で実施いたします。

2020年 8 月 7 日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

大規模災害支援事業委員会
2020年度委員長 中 西 純 子

記

2020年度 大規模災害支援事業実施要領

「令和2年7月豪雨」におきまして被災された皆様ならびに関係者の皆様に、心よりお見舞い申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会では、委員会規程第2条（目的）、第4条（活動事項）に基づき、被災された看護学生（経済的支柱となっている保護者の被災を含む）の修学継続ならびに本学会会員の看護学研究者の研究継続を支援するため、大規模災害支援事業を実施しております。支援金の種類等は、1. 看護実践・教育・研究・修学支援金、2. 本学会年会費および本学会学術集会参加費 です。

実施要領は以下のとおりです。該当する本学会会員の方はどうぞ自己申請をしてください。看護学生は会員の皆様の推薦により申請ができます。会員の皆様には、ご所属機関の学生支援部門や周囲の方々へ本事業に関わる情報提供をしていただき、学生たちに広く情報提供されますようお願い致します。

◆実施要領

I 申請の方法

1. 看護実践・教育・研究・修学支援金

1) 看護学生（非会員の大学院生を含む）の場合

- ・災害発生時にすでに会員であった本学会会員からの推薦により申請する。
- ・別紙申請書（様式1）に必要事項を記入し、推薦者、受給候補者とも署名・押印のうえ、以下の必要書類を添えて事務局（本委員会委員長あてに）へ郵送で申請する。

■ 大規模災害支援事業支援金申請書（様式1 / Word形式ファイルまたはPDF形式ファイル）

■ 在籍証明書等 必要書類（4. 添付書類参照）

2) 本学会会員の場合（大学院生を含む）

- ・災害発生時にすでに会員であったことを条件とし、自己推薦により申請する。
- ・別紙申請書（様式2）に必要事項を記入し、署名・押印のうえ、以下の必要書類を添えて事務局（本委員会委員長あてに）へ郵送で申請する。

■ 大規模災害支援事業支援金申請書（様式2 / Word形式ファイルまたはPDF形式ファイル）

■ 在籍証明書等 必要書類（４．添付書類参照）

2. 本学会年会費 および 本学会学術集会参加費

- ・災害発生時にすでに会員であったことを条件とし、自己推薦により申請する。
- ・別紙申請書（様式２）に必要事項を記入し、署名・押印のうえ、以下の必要書類を添えて事務局（本委員会委員長あてに）へ郵送で申請する。

■ 大規模災害支援事業支援金申請書（様式２／Word形式ファイルまたはPDF形式ファイル）

■ 在籍証明書等 必要書類（４．添付書類参照）

3. 郵送先住所

〒170-0002

東京都豊島区巣鴨 1-24-1 4F

株式会社 ガリレオ 学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会事務局

4. 添付書類（(1)(2)はいずれも共通、(3)は、年会費・学術集会参加費の支給を希望する場合のみ）

- (1) 在籍又は在職証明書
- (2) 罹災証明書または罹災届出証明書、被災証明書または被災届出証明書でもよい。
- (3) 本学会2020年度年会費、本学会第46回学術集会の参加費については、支払いを証明する書類

※必要書類の添付が遅れる、または不可能な場合は、その理由を様式の「その他」に具体的に記載することによって、提出を省略することができる。

※推薦者は、被災による学業生活（経済面）への影響について、本人からの情報によってできるだけ詳細に記述すること。

※書類に記載された個人情報につきまして、厳重に管理し、本事業の目的以外には使用しません。

5. 締切日： 2020年10月31日

Ⅱ. 支援金の種類と支給額

1. 看護実践・教育・研究・修学支援金

- ・被災状況に応じて配分し、最高額を20万円とする。
- ・同一の災害による被災に対しては、年度ごとの支給を可能とする。ただし、同一年度内での同一者に対する複数回の支給はしない。

2. 本学会年会費、および 本学会学術集会参加費

- ・原則として、それぞれの全額とする。

Ⅲ. 受給者の選考と決定

- ・委員会は申請書に記載された被災状況と推薦または受給希望理由によって審議し、支給が適当と判断される候補者を選考し、支給額とともに理事会へ推薦する。

- ・ 理事会は委員会からの推薦を基に，受給者を決定する。
- ・ 受給者数は申請状況，支援金の状況に応じて決定する。以後，適宜，募集を行う。

●申請関連様式等は，学会ウェブサイト <https://www.jsnr.or.jp/outline/disaster-relief/> 参照

以上

会 告 (11)

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

2020年9月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

記

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

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

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

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

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

第5条 (義 務)

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

2) 奨学会研究の成果を論文として誌上発表する義務を負うものとする。

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

第6条 (授与者の報告)

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第7条（罰 則）

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

第8条（募 集）

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第9条（中断・中止）

第5条3項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成29年4月23日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成31年3月2日に一部改正し、実施する。

この規程は、令和元年12月15日に一部改正し、実施する。

2021年度一般社団法人日本看護研究学会 奨学会研究募集要項

1. 応募方法

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

2. 応募資格

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

3. 応募期間

2020年9月23日（水）から2020年12月4日（金）の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 阿部 幸恵 理事（東京医科大学医学部看護学科）
委員 工藤 せい子 理事（弘前大学）
小松 万喜子 理事（愛知県立大学看護学部）
前田 ひとみ 理事（熊本大学大学院生命科学研究部）
佐藤 正美 理事（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）

6. 奨学金の交付

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

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0002

東京都豊島区巢鴨1-24-1-4F

（株）ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 阿部 幸恵

（註1）

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

以上

目 次

－原 著－

一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識	693
------------------------------------	-----

関西医療大学保健看護学部保健看護学科 阿 部 香 織
和歌山県立医科大学保健看護学部 鹿 村 真理子
和歌山県立医科大学保健看護学部 水 田 真由美

再発や増悪を経験したがん患者が“家族と対話し難い体験”	705
-----------------------------------	-----

滋賀医科大学医学部附属病院看護部／金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 大 橋 佳 代
金沢大学医薬保健研究域保健学系 稲 垣 美智子
金沢大学医薬保健研究域保健学系 多 崎 恵 子
金沢大学医薬保健研究域保健学系 堀 口 智 美

Coping Process Against Familial Breast Cancer by Second Patients within Blood Relatives	715
---	-----

岡山大学大学院保健学研究科 森 田 公美子
元岡山大学大学院保健学研究科 近 藤 真紀子

療育教室に通う子どもの成長を時間のことばで語る

－『等価な時間』というポリフォニー－	733
--------------------------	-----

浜松医科大学医学部看護学科 山 本 真 実
名古屋大学大学院医学系研究科 浅 野 みどり
名古屋市立大学大学院人間文化研究科 野 村 直 樹

－研究報告－

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の概念分析	745
------------------------------	-----

聖泉大学看護学部 鈴 木 美 佐
大阪医科大学看護学部 泊 祐 子

ICU 中堅看護師のリハビリテーション看護の実践	757
--------------------------------	-----

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 林 諒 子
秀明大学看護学部 市 村 久美子
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 川 波 公 香

災害時の業務継続に向けて取り組むべき対策

－熊本地震による病院被害と診療体制への影響の分析－	769
---------------------------------	-----

元熊本大学大学院 伊 山 聡 子
熊本大学大学院生命科学研究部 前 田 ひとみ
熊本大学大学院生命科学研究部 松 本 智 晴
熊本大学大学院生命科学研究部 南 家 貴美代
東北大学災害科学国際研究所災害感染症学分野 児 玉 栄 一

CONTENTS

Original Papers

Recognition of the Role of Nursing Expertise in Team Care by Competent Nurses	693
---	-----

Health and Nursing Science, Kansai University of Health Sciences : Kaori Abe

Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Mariko Shikamura

Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Mayumi Mizuta

Qualitative Analysis of Cancer Patient Dialogue with Their Families Using a Phenomenological Approach	705
---	-----

Nursing Department, Shiga University of Medical Science Hospital/

Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University : Kayo Ohashi

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,

Kanazawa University : Michiko Inagaki

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,

Kanazawa University : Keiko Tasaki

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,

Kanazawa University : Tomomi Horiguchi

Coping Process Against Familial Breast Cancer by Second Patients within Blood Relatives	715
---	-----

Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Kumiko Morita

Formerly of Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Makiko Kondo

Narrating about the Growth of Children with Developmental Challenges in Time as Language:	
---	--

Polyphony as "Equivalency of time"	733
--	-----

Hamamatsu University School of Medicine, Faculty of Nursing : Mami Yamamoto

Nagoya University Graduate School of Medicine : Midori Asano

Nagoya City University Graduate School of Humanities and Social Sciences : Naoki Nomura

Research Reports

Concept Analysis of "Illness Perception in Children with Chronic Illness"	745
---	-----

Faculty of Nursing, Seisen University : Misa Suzuki

Faculty of Nursing, Osaka Medical University : Yuko Tomari

Practice of Rehabilitation Nursing of ICU Middle-Class Nurse	757
--	-----

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences,

Ibaraki Prefectural University of Health Sciences : Ryoko Hayashi

Faculty of Nursing, Shumei University : Kumiko Ichimura

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences,

Ibaraki Prefectural University of Health Sciences : Kimika Kawanami

Necessary Measures for Continuing Medical Treatment after an Earthquake:

Analysis of Damage to Hospitals and Impact on Medical Treatment following

the 2016 Kumamoto Earthquake 769

Ex-Course of Nursing, Graduate School of Life Sciences,

Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Satoko Iyama

Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Hitomi Maeda

Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Chiharu Matsumoto

Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Kimiyo Nanke

Division of Infectious Diseases, International Research Institute of Disaster Science,

Tohoku University, Sendai, Japan : Eiichi N Kodama

—原 著—

一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識

Recognition of the Role of Nursing Expertise in Team Care by Competent Nurses

阿 部 香 織¹⁾ 鹿 村 真理子²⁾ 水 田 真由美²⁾
 Kaori Abe Mariko Shikamura Mayumi Mizuta

キーワード：一人前レベル看護師，専門性の認識，チーム医療，質的記述的研究

Key Words：competent nurse, recognition of expertise, team care, qualitative descriptive methodology

はじめに

近年，医療の質や安全性の向上及び高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応するため，チーム医療の推進が求められている（厚生労働省，2011）。チーム医療には，各職種がその専門性を追求し，一人の患者を複眼的にみること，患者全体をくまなくみることができるという特性がある。チーム医療において，看護師は診療の補助から療養上の生活支援まで幅広い業務を担っていることから「チーム医療のキーパーソン」としての役割を多職種から期待されている（厚生労働省，2010）。また，多職種の個々の働きを統合し，安全な患者ケアを保障する責務を担っている（川島，2011，p.34）。

看護の専門性については，日本看護協会（2003）の「看護者の倫理綱領」において，看護実践について専門職として引き受ける責任の範囲を，社会に対して明示している。看護は，人々の普遍的なニーズに応え，健康的な生活の実現に貢献することや，人々の生命，尊厳および権利を尊重することが求められているとしている。さらに，田村（2015）は，少なくとも療養上の世話については，看護師には判断能力があり，判断してよい領域であると指摘している。また，看護師にしか行えない業務は，療養上の世話または診療の補助であるとしている。これらから，看護の専門性は，人権を尊重し，患者の療養生活のケアにおいて責任を持ち，適切な医療が受けられるように支援するとともに，より健康な生活が送れるように援助することであると捉えられる。

さらに，チーム医療における看護の専門性については，チーム医療における看護師の役割として，多崎・稲垣・松井・村角（2011，pp.65-67）は，「患者の生命と生活の質を守ることを認め合い専門性を発揮する」，「患者の生活の中の迷いや声を聞き取り生活の実像を意味づけして示す」，

「患者の代弁者であることを示す」，「看護師の仕事に自信を持ち形あるものにして示す」，「専門職として他職種を尊重していることを基盤とした信頼関係を築く」，「患者目線に立つチーム作りに意図的に取り組む」，「他職種の力を信頼し委ねる」を報告している。松崎ほか（2016，pp.33-35）は，小児の訪問看護では，「小児と家族についての情報共有」，「小児と家族のための退院支援」，「在宅での支援方法の決定」，「多職種の専門性を活かしたケア提供」，「小児のニーズに応じて専門職を巻き込む」と報告している。チーム医療を推進するために看護師に必要な能力については，遠藤・岡崎・神谷・吾妻（2011，p.19）は，「人間関係」，「効果的なコミュニケーション」，「立場や権限を使う」，「経験を役立てる」，「折衝」，「課題に向かう」，「チーム育成」，「成果を出す」，「問題解決」を報告している。柴崎（2016，p.99）は，「日常の栄養状態を把握して在宅の栄養療法が軌道にのるように整備する」，「チームやネットワークの調整役になる」と報告している。これらの先行研究は，看護師がチーム医療を他職種と協働し実践するために必要な役割と能力について述べている。つまり，看護師がチーム医療において実践していることの内容を示している。したがって，チーム医療における看護の専門性について言及しているものと考ええる。よって，前述した先行研究（遠藤ほか，2011，p.19；松崎ほか，2016，pp.33-35；柴崎，2016，p.99；多崎ほか，2011，pp.65-67）よりチーム医療における看護の専門性を検討すると，「患者の生命と生活の質を尊重する責務があること」，「患者の代弁者であること」，「多職種間の調整をすること」，「他職種を尊重し信頼関係を築くこと」，「多職種と協働し問題解決すること」が見られた。これらの先行研究は，看護師経験年数5年以上やチーム医療の参加経験3年目以上を対象とし，中堅レベル以上の看護師が中心である。看護経験が3，4年目の一人前レベル看護師はチーム医療における参加経験が

1) 関西医療大学保健看護学部保健看護学科 Health and Nursing Science, Kansai University of Health Sciences

2) 和歌山県立医科大学保健看護学部 Health and Nursing Science, Wakayama Medical University

少なく、先行研究とは対象者がやや異なっている。そのため、一人前レベル看護師が、チーム医療における看護の専門性をどのように捉えているかは明らかではない。

一人前レベル看護師の段階について、Benner, Tanner, Chesla (2009/2015, p.105) は、医師やその他の医療者に自己の臨床判断をどのように報告するか、過剰な責任感や戸惑いがあると指摘している。このことから、一人前レベル看護師のアセスメント能力はまだ不十分な段階にある。また、看護師の卒後教育について、一人前レベル看護師は、チームや自分の仕事の性質について理解が深まり支援を求める時期であり、積極的な教育的介入の重要性を指摘している (Benner, et al., 2009/2015)。したがって、一人前レベル看護師は、看護という仕事の理解が深まる一方で、能力に対して不安もあるために、教育的な支援を求めているといえる。チーム医療を推進していく上で、一人前レベル看護師の看護の専門性を高めるための教育的介入が重要となる。そこで、本研究において、一人前レベル看護師がチーム医療における看護の専門性をどのように捉えているのか、その認識を明らかにし、教育への示唆を得ることとした。

I. 用語の定義

A. チーム医療

患者を中心に各種の医療専門職が、共通の理念を基盤に、それぞれの専門性を生かし、共有した目標に向かって協働して医療を実践すること (川島, 2011, pp.29-30)。

B. 看護の専門性

患者の療養生活のケアにおいて責任を持ち、適切な医療が受けられるように支援するとともに、より健康な生活が送れるように援助すること。

C. 一人前レベル看護師

ベナーの技能習得モデル (Benner, 2001/2005) における一人前レベルであり、看護師経験 3 ～ 4 年目に相当する。さらに、日本看護協会が開発したクリニカルラダーレベル II (日本看護協会, 2016a) のレベルにあるもの。

II. 研究目的

本研究の目的は、一人前レベル看護師が、チーム医療を実践する上で、看護の専門性をどのように認識しているかをインタビューで得た内容から明らかにすることである。さらに、その結果を卒後教育の一資料とする。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

研究デザインは質的記述的研究とした。チーム医療における経験を語ってもらい、そこから、どのように看護の専門性をとらえているかを、研究参加者の語った言葉を用いて解釈し、記述することで、一人前レベル看護師の認識を明らかにできると考えた。

B. 標本抽出法

目的のサンプリングを用いた。

研究参加者の選定に際して、大阪府においてチーム医療を推進している病院に依頼するため、ホームページでチーム医療の推進を掲げていることを確認し、看護部長に対し、協力依頼をした。同意を得た病院で、看護師経験年数 3 ～ 4 年目で、クリニカルラダーレベル II の段階にある看護師を紹介してもらった。

C. 研究参加者

大阪府に所在する 2 施設 (340 ～ 380 床を有する急性期病院) に勤務し、看護師経験年数 3 ～ 4 年目で、クリニカルラダーレベル II に相当する看護師 10 名を対象とした。他施設での看護師経験のあるものは除外した。

D. データ収集期間

2017 年 2 月 ～ 3 月

E. 調査方法

プライバシーの確保できる個室にて、研究参加者 1 名につき 20 ～ 30 分程度の半構造化面接を実施した。面接内容は、同意を得て、IC レコーダーによる録音を行った。インタビューが円滑に行えるように、事前に対象者以外の協力者に対し、模擬インタビューを行った。対象者が答えやすいように、チーム医療での看護体験から想起できるように質問の順番を工夫した。

F. 調査内容

1. 属性についての質問

a. 配属部署, b. 臨床経験年数, c. 年齢, を尋ねた。

2. チーム医療における看護の専門性についての認識を確認するための質問

チーム医療にかかわった体験から、看護の専門性を考えられるように以下の内容を尋ねた。

a. チームで一人の患者にかかわるとき、良い点は何であ

ると考えるか。

- b. その良かった事例について、どのような場面であったか。
- c. チームで一人の患者にかかわるとき、欠点は何であると考えるか。
- d. その欠点であると感じたのは、どのような場面であったか。
- e. チーム医療にかかわるときに大切にしていること、大切にしなければならないことはどのようなことだと考えるか。
- f. チーム医療における看護の専門性をどのように考えるか。

G. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、全体の文脈を把握した後、チーム医療における看護の専門性について語られた部分を、研究参加者の表現を保ったまま取り出した。取り出した言葉の意味、内容を保ったまま簡潔な表現に変換したものをコードとした。コードの意味内容の共通性を解釈してまとめたものに名前を付け、それらを比較検討しながら、類似したものを統合し、サブカテゴリーとした。さらに、サブカテゴリーを比較検討しながら類似したものを統合し、その意味を適切に表現する名前を付け、カテゴリーとした。なお、本研究の真実性の確保のために、分析過程を明確にし、データ収集および分析過程において看護管理や看護教育を研究する複数の専門家のスーパーバイズを受けた。さらに、メンバーチェックを実施した。

H. 倫理的配慮

本研究は、和歌山県立医科大学倫理審査委員会から承認（番号：1951）後に実施した。研究参加者の所属病院の看護部長に研究協力の承認を得た後、参加者に研究の主旨を説明した。権利を保護するために、研究への参加は自由意思であり辞退した場合でも不利益を被ることがないこと、インタビュー中であっても中止できることを説明した。さらに、プライバシー保護の観点から、個人が特定されるような情報は、厳重に保護され、外部に出されることがないこと、研究終了後の資料は復元できない状態にした上で破棄すること、個人が特定されない形で、本研究の結果が、論文として公表されることなどについて、文書と口頭にて、説明し、文書にて同意を得た。

IV. 結 果

A. 研究参加者の概要

研究参加者は、臨床経験3年目5名、4年目5名であった。性別は、男性2名、女性8名であった。平均年齢と標準偏差は、 24.7 ± 0.82 歳であった。面接時間は、平均21分であった。概要は、表1に示した。

表1 研究対象者の概要

	年齢 (歳)	性別	経験 (年)	配属部署
1	24	男	3	循環器病棟
2	25	男	4	循環器病棟
3	25	女	4	循環器病棟
4	24	女	3	外科混合病棟
5	25	女	4	外科混合病棟
6	26	女	4	外科混合病棟
7	25	女	4	脳外科病棟
8	23	女	3	消化器内科病棟
9	25	女	3	内科外科混合病棟
10	25	女	3	整形外科病棟

B. データ分析結果

一人前レベル看護師の語りを通して、チーム医療における看護の専門性についての認識を分析した結果、69のコードが抽出され、これらを分類した結果、19のサブカテゴリー、6のカテゴリーが生成された。カテゴリーは、【患者・家族の一番身近にいてニーズの把握】、【患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践】、【些細な変化にも気づける多角的なアセスメント能力】、【チームで患者に良い援助ができる情報の共有】、【チーム内での人間関係づくりの推進】、【他職種の専門性を尊重した活用】であった（表2）。

本文中のカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、コードを『 』、看護師の語りは「斜体」で示した。

1. 患者・家族の一番身近にいてニーズの把握

このカテゴリーは、〈他職種より患者・家族と一番かわり共感できる〉、〈相談を受けたり患者・家族の訴え・希望を聴くことができる〉の2つのサブカテゴリーから成立していた。

〈他職種より患者・家族と一番かわり共感できる〉は、「めっちゃ家族の人と本人共に一番かわれる存在で」、「看護師は患者をずっとベッドサイドで看てる分患者さんに感情移入しやすい」、「メンタル的なフォローも、ほかの職種の人は多分あまりできない。」などの語りから生成された。

表2 一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者・家族の一番身近にいてニーズの把握	他職種より患者・家族と一歩 かわり共感できる	看護師は、家族や患者と一番かわる存在である
		看護師はベッドサイドですっと見ていて、患者に共感できる
		他職種があまりかわることのできない、精神的な支援を行う
		患者の思いに寄り添い、代弁する
患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践	相談を受けたり患者・家族の 訴え・希望を聴くことができる	看護の視点は患者を継続的に看ている
		患者だけでなく家族の思いも尊重し、看護師が考えて寄り添えているかが大事だと思う
		看護師には家族が不安に思っていること、医療処置などの詳しい質問をする
		患者の訴え、希望などを聴くことができるのは看護師だけだと思う
	患者が療養生活を安楽に 過ごせるようにケアを実践する	栄養士から指導を受けたが守れそうにないと相談を受けた
		日常生活でセルフケア不足の場所をサポートする
	治療を受ける患者にとって 一番良いことは何かを考える	患者が安楽に過ごせるように介入する能力が必要である
		今この患者にとって何が一番良いことなのか考える
	個別性のあるケアを実践する	患者の倦怠感が増強しないように、点滴につながられる時間を必要最低限にした
		予後が短いなら、早く家に帰してあげたい
些細な変化にも気づける 多角的なアセスメント能力	入院中から今後の生活を 予測した支援をする	プライマリー看護師が情報収集して個別性のあるケアを行っている
		医師からの指示をどう実施するのかも看護師の必要な専門性である
		その日の患者の状態に合わせたケアを実施する
		患者が安心して入院生活を過ごし、不安なく退院できるように支援することが大事な看護である
	患者のおかれた状況を多角的に 捉えられる能力が必要である	帰宅するためには、輸液の管理が必要になるから妻に指導した
		患者の入院時、術後、その後の経過についてケアの方向性を示すことができる
	アセスメント能力が未熟なため 他職種への報告に迷いがある	薬剤から栄養、リハビリテーション、病態すべてに関してオールマイティじゃないといけない
		術後は点滴が多く、患者の意欲が低下しているとかわかるのは看護師だと思う
	常に観察し患者の些細な変化に 気づくことができる	外出は無理なのでいろいろ考えて、車いす乗れるようにと目標を立てた
		臨床経験3年目でもアセスメントがまだ不十分である
チームで患者に良い援助が できる情報の共有	チームで患者に 良い援助ができるように 他職種と情報を共有する	今患者に起きていることを医師にどう報告するか迷った
		専門の領域しかわからないので、他の分野についても勉強しないとイケない
		今は優先順位が高いものと考えられる
		バイタルサインやモニターに異常はないか、常に観察するのが看護師の役割である
	情報の伝達を確実に行うことが 大切である	患者の全身状態を見て、そこでアセスメントする
		看護師は数値に現れない患者の変化にも気づき、その情報を提供できる
	カンファレンスでの 積極的な発言が必要である	患者が痛いときやそのパターンも知る必要がある
		他職種は別の情報を得ている可能性がある
	チームで患者に良い援助が できる情報の共有	チームで関わるので、自分の持っている情報は提供する
		他職種には、今日の患者の全身状態、夜間の状態などを情報提供している
チーム内での人間関係づくりの 推進	看護師から他職種の 連携を促進する	気になる患者がいれば、その日のうちにカンファレンスする
		情報共有できていなければ患者に良い援助ができない
		訪問看護や介護者に注意点、観察点などを情報提供した
		患者のADLから自宅退院は可能であるとの情報提供をPTからうけた
	コミュニケーションを大切に 他職種との関係づくりを行う	リーダーをするようになったら他職種にもっと聞く必要がある
		患者について気になることを報告する
	多職種で尊重し合うことが 信頼関係につながる	多職種のカンファレンス時に患者の情報を共有する
		情報提供があったことは、ワークシートに残るように記録している
	患者・家族と他職種の 間を調整する	患者の情報を端的に言葉で伝える
		記録にも残してほしい
他職種の専門性を 尊重した活用	他の専門職の役割について 十分な理解が必要である	家族背景や、本人の希望、ADLなどを看護サマリーを作成し、伝達する
		何もなくてもリハビリテーションの状況など口頭で教えてほしい。
		個人的になら話せても、カンファレンスになると発言できない
		指名されて発言しているの、自分から発言しないのは欠点である
	患者の問題に合わせて他職種に 介入を依頼する	患者を中心にして、看護師が他職種に連携していくのもいいと思う
		患者や他職種、看護師に対しても順位はなく誰に対しても接遇の手を抜いてはいけない
	各職種の専門性を尊重する	他職種とのコミュニケーションも、看護師から働きかけるのもよいと思う
		経験を重ねて知っている人が増えると、話しかけやすくなる
	多職種の専門性を尊重する	コミュニケーションがとりにくいことで指示が遅くなることがある
		お互いの重要性を分かり合えるようになった

〈相談を受けたり患者・家族の訴えや希望を聴くことができる〉は、「家族が今不安に思っていること、点滴とかどうしたらいいのかとか、家族の切羽詰った質問を私らに家族はぶつけてくる」、「患者さんの言ったこと、訴えとか、希望とかは、逃さないようにできるのはきっと看護師やなってる」、「栄養指導受けて、栄養士さんこんなこと言ってたけど、塩分こんなに控えられないとか」などの語りから生成された。

2. 患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践

〈患者が療養生活を安楽に過ごせるようにケアを実践する〉、〈治療を受ける患者にとって一番良いことは何かを考える〉、〈個性のあるケアを実践する〉、〈入院中から今後の生活を予測した支援をする〉の4つのサブカテゴリーから成立していた。

〈患者が療養生活を安楽に過ごせるようにケアを実践する〉は、「日常生活の足りないところを手伝ったりしますけど」、「やっぱり安楽に過ごせるように介入できたらいいなって、そういう能力は必要」という語りから生成された。

〈治療を受ける患者にとって一番良いことは何かを考える〉は、「今、この患者にとって一番何がいいのだろう」、「点滴につながれている時間を最低限にしよう、ルートにつながれてる時間を少しでもなくして」などの語りから生成された。

〈個性のあるケアを実践する〉は、「プライマリー看護師が情報収集して個性を出すっていうのはぎりぎり補えている」、「昨日、まったく歩かれへんかった人が、今日歩けた。今日歩けたのは、この日の担当看護師だと思うし、ほんまに（患者の状態は）日々違うのでそれは担当看護師がやってることかな」という語りから生成された。

〈入院中から今後の生活を予測した支援をする〉は、「患者さんにとって、入院生活を安心して過ごしてもらって、退院するにあたって不安なく帰られるようにお手伝いすることが私たちにとっては大事」、「高カロリー輸液の投与を一緒にやって、毎回奥さんが来たら指導して、それが退院に必要なってなったから指導した」などの語りから生成された。

3. 些細な変化にも気づける多角的なアセスメント能力

〈患者のおかれた状況を多角的に捉えられる能力が必要である〉、〈アセスメント能力が未熟なため他職種への報告に迷いがある〉、〈常に観察し患者の些細な変化に気づくことができる〉の3つのサブカテゴリーから成立していた。

〈患者のおかれた状況を多角的に捉えられる能力が必要である〉は、「薬から栄養からリハビリから、病態からすべてに対してオールマイティじゃないといけない」、「術後は、点滴が多くて意欲が落ちてるとかわかるのは看護師やと思

う」などの語りから生成された。

〈アセスメント能力が未熟なため他職種への報告に迷いがある〉は、「3年目なんでまだアセスメントがちょっと。ぜんぜん」、「今起きていることをどう医師に報告するかであたふたする」などの語りから生成された。

〈常に観察し患者の些細な変化に気づくことができる〉は、「バイタル測って異常がないか、モニターを見ながら異常波形が出てないか、常に観察できるのが看護師の役目」、「今日は食欲がないとか、ちょっと元気がないとか、数値に表れるっていうよりも患者さん全体からのいつもと違うっていう看護師の情報」などの語りから生成された。

4. チームで患者に良い援助ができる情報の共有

〈チームで患者にとって良い援助ができるように他職種と情報を共有する〉、〈情報の伝達を確実に行うことが大切である〉、〈カンファレンスでの積極的な発言が必要である〉の3つのサブカテゴリーから成立していた。

〈チームで患者にとって良い援助ができるように他職種と情報を共有する〉は、「他職種だったら別の話、別の情報を得てる可能性とか」、「意識したことないけど、みんなでかわっていくので、自分が持ってる情報は共有して」、「他職種へは、今日の患者の状態とか。今日のバイタルの状態とか情報提供してる」、「その日の情報はその日に共有する」、「（情報共有できていなければ）患者さんを良い風に持っていきたいのに進まない」などの語りから生成された。

〈情報の伝達を確実に行うことが大切である〉は、「記録って毎日のものなので、記録はさかのぼらないとみるのができないので、ワークシートってあるんですけど、そこに残るように記録してる」、「カルテにも書きますけど、先生たちがカルテをみてるときに（患者の情報を）さっと口頭で言えるように準備してる」などの語りから生成された。

〈カンファレンスでの積極的な発言が必要である〉は、「個人的になら喋れても、カンファレンスになると若手は喋れない」、「ふられて、ふられてやっとこさ意見が出る感じ。自分から発言ができないのが欠点」という語りから生成された。

5. チーム内での人間関係づくりの推進

〈看護師から他職種への連携を促進する〉、〈コミュニケーションを大切にしてお互いの関係づくりを行う〉、〈多職種で尊重し合うことが信頼関係につながる〉、〈患者・家族と他職種の間を調整する〉の4つのサブカテゴリーから成立していた。

〈看護師から他職種への連携を促進する〉は、「患者さんがいて、私がいて。私から他職種に（連携が）広がっていく感じもいいのかと思う」という語りから生成された。

〈コミュニケーションを大切にしてお互いの関係づく

りを行う〉は、「接遇は、絶対手を抜いちゃいけない。患者にも他職種に対しても、看護師に対しても。順位とがなく、みんなにです」、「一緒にコミュニケーションもあっちからだけでなく、私から発信でやっていくのもいいかなと思う」、「経験を重ねて、知ってる方が増えてきたから話しかけやすいですし」などの語りから生成された。

〈多職種で尊重し合うことが信頼関係につながる〉は、「先生もこの指示を聞くことは、急ぎなんやなとわかってくれるし、私も急ぎじゃなかったら後に回すし、お互いの重要度を分かり合えるのがうまくなった」、「情報を持ってかわることは、患者さんやスタッフとの信頼関係につながると思う」という語りから生成された。

〈患者・家族と他職種の間を調整する〉は、「患者の思いを聞いてから他職種との調整をするのが看護師の一番の役割かな」、「私は、こんなこと言ってきましたよって、そして家族の介護状況がどうであるのか主治医とかに報告して調整とかする」という語りから生成された。

6. 他職種の専門性を尊重した活用

〈他の専門職の役割について十分な理解が必要である〉、〈患者の問題にあわせて他職種に介入を依頼する〉、〈各職種の専門性を尊重する〉の3つのサブカテゴリーから成立していた。

〈他の専門職の役割について十分な理解が必要である〉は、「各職種についてはほんわりしか知らない。栄養士はカロリー計算する人、リハは、運動する人とか」、「薬のことを説明したくても、作用・副作用をわかっているかっていうたら、そうでもないところもある」などの語りから生成された。

〈患者の問題にあわせて他職種に介入を依頼する〉は、「MSWとは退院が近くなってきた人でなかなか独居の人で、退院後自分で生活するのが難しいなと思ったり、家族さんから転院の希望をされたときには、MSWさんに相談して、そこから病院とか調整してくれるのでお願いします」、「それ（PTの助言）を看護師が活かして今はそういう工夫をしたことで、痛みがなく、穏やかに過ごせてるとか」などの語りから生成された。

〈各職種の専門性を尊重する〉は、「それぞれが専門職なので専門性を尊重するようにしている」、「（他職種の視点がさまざまなことは）そこは、患者さんにとって利益かなって思う」などの語りから生成された。

V. 考 察

本研究の結果、一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識について、6つのカテゴリーが見出

された。それぞれのカテゴリーについて考察する。さらに、一人前レベル看護師の認識を、先行研究で述べられているものと比較し、卒後教育の課題を考察する。

A. 一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識

1. 患者・家族の一番身近にいてニーズの把握

このカテゴリーでは、一人前レベル看護師は、どの職種よりも患者や家族の一番身近にいる存在であることから、患者・家族のニーズを逃さず、把握することがチーム医療における専門性と認識していた。

異儀田（2016, pp.112-115）は、チーム医療において看護師は、患者の身近な存在であり、他職種からもそのように認識されていると報告している。沖（2008, pp.73-77）も、看護師は多職種チームの中でも最も患者の身近に存在し、患者を全人的、長期的な視点で捉えていると報告している。また、日本看護協会（2007）の看護の概念的定義において、看護職は保健医療福祉の他の職種に比べ、24時間を通して患者に最も身近にかかわることのできる専門職であるとしている。これらから、看護師は他職種に比べて対象者の身近に存在していると述べていることと一致する。さらに、かかわりだけでなく、〈他職種より患者・家族と一番かかわり共感できる〉と認識していた。

また、日本看護協会（2007）の看護の概念的定義においては、看護の特質は、看護職が対象となる患者やその家族等の身近で支援できるという強みを生かすかかわり方にあり、苦痛や苦悩を取り除く等の対象者のニーズに気づくことができることとしている。このことから、看護の専門性は、対象者のニーズを把握することであり、〈相談を受けたり患者・家族の訴えや希望を聴くことができる〉との結果と一致する。

2. 患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践

このカテゴリーでは、患者の生活の質を大切に、今ある健康問題に合わせた療養生活のケアと入院中から退院後の生活を予測した支援を実践することがチーム医療における看護の専門性であると認識していた。

日本看護協会（2007）の看護の機能の概念定義において、看護師が実践する日常生活への支援は、対象者の苦痛を緩和し、ニーズを満たすことを目指して、看護職が直接的に対象者を保護し支援することであり、保健師看護師助産師法第5条の「療養上の世話」に相当するとある。療養上の世話は、看護師の主体的判断による業務である。当然のことながら看護師の専門性が問われるところであり、〈患者が療養生活を安楽に過ごせるようにケアを実践する〉と認識していた。

多崎・稲垣・松井・村角（2011, p.65）は、経験豊富な看護師の認識する糖尿病チーム医療における看護の役割は、多職種と共に患者の生命と生活の質を大切にケアするという役割があると報告している。また、日本看護協会（2003）の看護者の倫理綱領の第1条に看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重するとあり、〈治療を受ける患者にとって一番良いことは何かを考える〉は、患者を尊重し、倫理的規範に則ることであると認識していたといえる。

國方・名越・南（2008, p.22）は、一般病棟での看護師の専門性について、臨床経験5年目までの看護師の認識は、患者の状態に適した生活支援と捉えていたとしている。また、日本看護協会（2016b）の看護業務基準において看護職は、誰もがその人らしい生活を送れるように支援する専門職として、看護職に寄せられている期待は大きいとある。このことから、看護の専門性は、〈個性のあるケアを実践する〉ことであり、本研究における看護師の認識と一致する。

近年の高度化・複雑化した医療、在院期間の短縮に対応して、対象者の回復過程に応じた療養の場が変更し、必要な医療・福祉が切れ目なく行き届くことが必要であるため、より高いQOLの実現に向けた長期展望を持ち、その時間軸上に現在を位置づけ、未来志向の調整を行うことが必要（近藤, 2017, pp108-117; 笹木, 2017, p.306）である。このことから、看護の専門性は、継続看護の視点を持ち〈入院中から今後の生活を予測した支援をする〉ことであり、本研究における看護師の認識と一致する。

3. 些細な変化にも気づける多角的なアセスメント能力

このカテゴリーでは、患者の些細な変化を察知し異常の早期発見ができる能力と、患者の全体像を捉える多角的なアセスメント能力がチーム医療における看護の専門性であると認識していた。しかし同時に、アセスメントすることの困難さも認識していた。

小山（2011, pp.2-8）は、看護師は、観察能力、相手に合わせたコミュニケーション能力、判断力、問題解決能力などさまざまな能力が必要になると指摘している。このことは、看護師が患者の状況を的確に捉えるためには、〈患者のおかれた状況を多角的に捉えられる能力が必要である〉ということであり、本研究における看護師の認識と一致する。

さらに、Benner, et al. (2009/2015, p.105) が、一人前レベルの看護師では、患者の状況を全体像として捉えることや、何が重要であるかを認識するには、経験不足な段階であると指摘していることは、本研究の看護師の認識である〈アセスメント能力が未熟なため他職種への報告に迷いが

ある〉ことと一致していた。

また、杉本・堀越・高橋・齋藤（2005, pp.125-127）は、看護師が、患者の異常を些細な変化から察知するときのアセスメントは、疾患だけでなく、病を持ちながら生活している患者を24時間観察している視点であり、その視点は、医師とは違う看護の専門性であり、経験を積み重ねることで発展させられると報告している。日本看護協会（2007）の看護の概念定義において、看護職の身体的支援には五感を働かせ対象者の異常を早期に発見することが前提にあるとしている。これらから、〈常に観察し患者の些細な変化に気づくことができる〉のは、他職種にはできない看護師の役割であることを認識していたと考える。

そして、Benner, et al. (2009/2015, p.105) は、一人前レベル看護師の段階は、新たな経験的知識を獲得している時期であり、医師やその他の医療者に自己の臨床判断をどのように報告するか、その報告の仕方が臨床判断に影響力を持つかもしれないことを認識しているため、過剰な責任感や戸惑いがあると指摘している。この一人前レベル看護師のアセスメント能力への責任感や戸惑いの認識と、本研究における認識は一致する。

4. チームで患者に良い援助ができる情報の共有

このカテゴリーでは、チームで患者に良い援助を提供するためには、多職種間のカンファレンスにおいて、積極的な発言によって情報を伝達し共有することが、チーム医療における看護の専門性であると認識していた。

高山（2002）は、チーム医療のメンバー内での情報伝達の失敗が、患者のケアの質に影響を及ぼすことになると指摘している。また、川島（2011, p.97）は、患者にとって安全であり、安楽な療養生活を保障するためには、各専門領域の機能を理解し、常に最新の情報を踏まえることが必要不可欠と指摘している。これらから、対象者に対しチームで良い援助を行なうためには、情報の共有が重要となる。そのために、看護師が的確な情報を捉えていくことにその専門性があり、〈チームで患者にとって良い援助ができるように他職種と情報を共有する〉ことを認識していたと考える。

異儀田（2016, pp.112-115）は、他職種との連携においては、看護師が他職種の判断をサポートするための情報提供を意図的に行っていることや、他職種の役割にあわせて、必要な情報を選択して伝える工夫をしていたと報告している。石鍋ほか（2000, pp.141-149）や袖山・志田・小林・北谷（2012, pp.44-45）は、多職種が一番連携を図っているのは看護師であり、患者の療養生活の状況や症状、全身状態についての情報を各専門職から求められる立場にあることを報告している。よって、看護師が中心となっ

て、他職種への確実な情報を伝達することは、看護の専門性であり、〈情報の伝達を確実に行うことが大切である〉と認識していたと考える。

さらに、遠藤ほか（2011, pp.23）は、必要な情報を交換する能力、必要な情報を的確に収集する能力は、経験年数を重ねることによって発揮できると報告している。他職種に対して、情報を発信し情報を交換することは看護師の役割である。しかし、その役割を担えるようになるには、経験を重ねる必要がある。看護の専門性として、〈カンファレンスでの積極的な発言が必要である〉ことや、情報交換能力の重要性を認識していたが、その一方で、必要な情報を発信する能力が不十分であることも認識していたことが明らかになったと考える。

5. チーム内での人間関係づくりの推進

このカテゴリーでは、チーム医療において、多職種が尊敬し合い連携するためには、コミュニケーションを大切にしていって人間関係づくりを推進することが必要であり、この推進する力が患者・家族と他職種との調整役として求められていることを認識していた。

杉田・黒田（2006, p.41）は、それぞれの職種とのコミュニケーションの要として、看護師が情報を集め、それぞれの当事者に還元していく必然的な中継者として、チーム医療の要にあるという認識が強いと報告している。看護師は、対象者の最も身近な存在として、他職種と連携・協働しながらチーム医療を遂行していくキーパーソンとしての役割があると考え。一人前レベル看護師は、〈看護師から他職種の連携を促進する〉ことをチーム医療における看護の専門性であると認識していたといえる。

さらに、中井・中村・菅原（2015, p.17）や岡崎ほか（2013, pp.5-8）は、多職種と連携・協働する上で、チームの人間関係やコミュニケーションを大切にすることが、看護師には必要な能力であると報告している。また、瀧口、井上、佐々木（2013, p.7）は、看護師の多職種チームの調整機能について、患者の個性を反映するために患者・家族を含めたチームづくりを行い、患者とチームを適合させるハブの役割があることを報告している。これらのことにより、看護師の患者や他職種との人間関係づくりは、チーム医療には欠かせないものである。〈コミュニケーションを大切にしていって他職種との関係づくりを行う〉ことを看護の専門性であると認識していたといえる。

中井・中村・菅原（2015, pp.12-15）や岡崎ほか（2013, pp.5-8）は、多職種の専門性や価値観を尊重することが、看護師に必要な能力だと報告している。多崎ほか（2011, pp.65-67）は、看護師は、同等のチームメンバーとして他職種を尊重し、偏らないよう、対立しないよう意識しな

がら、信頼関係を築くことを努力していたと報告している。また、細田（2012）は、多職種が対等な立場で尊敬し合い、協力して業務を行うという協働がチーム医療の要素であると述べている。これらのことからチーム医療において看護の専門性を発揮するためには、〈多職種で尊重し合うことが信頼関係につながる〉ことを認識していたと考える。

そして、異儀田（2016, pp.112-115）は、すべての他職種から、看護師の他職種にかかわる役割を、患者・家族と医療者の橋渡しと認識されていると報告している。また、川島（2011, p.12）は、この役割は、全体を見る目が要求されるため、調整役として最もふさわしい立場にるのが看護師であると述べている。これらのことから、看護の専門性は、患者・家族の全体像を把握し、それを他職種に情報提供し、〈患者・家族と多職種の間を調整する〉役割があるといえる。

6. 他職種の専門性を尊重した活用

このカテゴリーでは、一人前レベル看護師の看護の専門性の認識は、日頃からチーム内での人間関係づくりを推進しながら、患者に良い援助ができるように他職種間での情報共有を行い、他職種の専門性を尊重し活用していくことについて認識していた。しかし、患者のおかれた状況を的確にアセスメントし他職種に報告することの困難感、多職種間カンファレンスでの積極的な発言が難しいこと、さらに他職種の専門性の理解についての不十分さを認識していた。

松崎ほか（2016, p.35）や、杉田・黒田（2006, pp.40-41）は、看護師が、患者中心のチーム医療の実践には、他職種の専門領域を十分に見極め、理解することが必要となると報告している。また、一人前レベル看護師に相当する日本看護協会（2016a）による看護師のクリニカルラダーレベルⅡの看護師は、患者を取り巻く他職種の立場や役割の違いを理解した上でそれぞれと積極的に情報交換ができる段階としている。さらに、Benner, et al.（2009/2015, pp.83-84）は、一人前レベル看護師は、他職種の専門性を識別し介入を依頼する段階としている。これらから、他職種の専門性について理解できる段階にあることを望まれている。しかし、「各職種についてはほんわりしか知らない」などと語っていることから、他職種の専門性についての理解は不十分であると認識していた。

したがって、チーム医療の実践において看護の専門性を働かせるためには、〈他の専門職の役割について十分な理解が必要である〉が、その理解が不十分であると認識していることが明らかとなったと考える。

また、細田（2009）は、チーム医療において、患者の必

要性に応じて、他職種の専門性を考慮し、調整することは、看護の専門性であると述べている。これは、〈患者の問題に合わせて他職種に介入を依頼する〉ことを看護の専門性であると認識していたといえる。

そして、岡崎ほか（2013, pp.7-8）は、チーム医療を行う上で看護師は、他職種の専門性や価値観を尊重する姿勢を大切にしていると報告している。鷹野（2002, pp.103-104）は、多職種の専門性や多様な価値観を認め、多職種を尊重しつつ連携を行っていくことが必要であると報告している。これらのことにより、チーム医療において看護師は、〈各職種の専門性を尊重する〉ことが看護の専門性であると認識していたと考える。

B. 一人前レベル看護師の認識とチーム医療における看護の専門性の先行研究との比較

先行研究では、チーム医療における看護の専門性について、患者の生命と生活の質を尊重する責務があること、患者の代弁者であること、多職種間の調整をすること、他職種を尊重し信頼関係を築くこと、多職種と協働し問題解決することが述べられていた（遠藤ほか, 2011; 松崎ほか, 2016; 柴崎2016; 多崎ほか, 2011)。そのため、それらについての一人前レベル看護師の認識を比較し、考察する。

1. 患者の生命や生活の質を尊重する責務がある

患者の生命を尊重するに関しては、【些細な変化にも気づける多角的なアセスメント能力】というカテゴリが見出され、一人前レベル看護師は多角的なアセスメント能力について認識していた。しかし、〈アセスメント能力が未熟なため他職種への報告に迷いがある〉のサブカテゴリのように、アセスメント能力の未熟さを認識していた。

患者の生活の質を尊重するについては、【患者・家族の一番身近にいてニーズの把握】、【患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践】というカテゴリが見出され、一人前レベル看護師は認識できていた。

2. 患者の代弁者である

患者の代弁者であることについては、〈他職種より患者・家族と一番かかわり共感できる〉のサブカテゴリのコードに、『患者の思いに寄り添い、代弁する』がある。また、〈情報の伝達を確実に行うことが大切である〉のサブカテゴリのコードに、『家族背景や、本人の希望、ADLなどの看護サマリーを作成し、伝達する』がある。さらに、〈患者・家族と他職種の間を調整する〉のサブカテゴリのコードに、『患者の思いを聞き、他職種と調整するのが看護師の役割である』がある。これらから一人前レベル看護師は代弁者の役割を認識していたことがわかる。

3. 多職種間の調整をする

多職種間の調整をすることについては、【チーム内での人間関係づくりの推進】のサブカテゴリに、〈患者・家族と他職種の間を調整する〉が見出されている。しかし、【チームで患者に良い援助ができる情報の共有】のサブカテゴリに、〈カンファレンスでの積極的な発言が必要である〉が抽出されている。このことから一人前レベル看護師は多職種間の調整をすることを、看護の専門性であると認識できても、実際に調整を行う段階には至っていないと考える。

4. 他職種を尊重し信頼関係を築く

他職種の尊重については、【他職種の専門性を尊重した活用】というカテゴリが見出されている。他職種との信頼関係を築くことについては、【チーム内での人間関係づくりの推進】のサブカテゴリに、〈多職種で尊重し合うことが信頼関係につながる〉が見出されている。しかし、【他職種の専門性を尊重した活用】のサブカテゴリに、〈他の専門職の役割について十分な理解が必要である〉がある。このことから、他の専門職の専門性について理解不足なため、一人前レベル看護師は信頼関係を成立させる段階には至っていないと考える。

5. 多職種と協働し問題解決する

多職種と協働し問題解決することについて、直接的には語られていない。他職種との関係性については、【チームで患者に良い援助ができる情報の共有】、【他職種の専門性を尊重した活用】、【些細な変化にも気づける多角的なアセスメント能力】というカテゴリが見出されている。これらは、チーム医療における情報共有や他職種を活用することの認識はあるが、チーム医療における看護の専門性として、多職種と協働し問題解決するまでの認識に至っていないものと考えられる。日本看護協会（2016a）の看護師のクリニカルラダーでは、対象者に合わせたケアを提供するために多職種連携を進めていくことができるのは、レベルⅢ以上の看護師とされている。そのため、ラダーレベルⅡに相当する一人前レベル看護師から、「多職種で協働し問題解決すること」が認められなかったと考える。

C. 一人前レベル看護師の卒後教育への示唆

チーム医療における一人前レベル看護師の看護の専門性に対する認識の検討から、看護の専門性を高めていくために、一人前レベル看護師に対する卒後教育において、以下の点について教育していく必要性の示唆を得た。

1. 対象者を的確に捉えるために、アセスメント能力をさらに高める必要がある。そのためには、対象者について

の良かったかわかり、不足している情報と判断に用いるための知識などについて、病棟カンファレンスを通して振り返りをする機会を持つ必要がある。

2. 多職種間の調整をすることが、チーム医療における看護の専門性であると認識できていても、実際に調整できる段階には至っていない。その前段階として、他職種に的確な情報がわかるように伝えることのできる能力を育てる必要がある。そのためには、多職種によるディスカッションやプレゼンテーションを行うなどの機会を設け、発信力を高めていく必要がある。
3. 他職種の専門性について十分な理解ができていない。そのため、新人研修の段階から多職種連携教育を進め相互理解を深めていく必要がある。また、チームカンファレンスなどを活用し、対象者の状況や実施する治療、ケア、リハビリテーションなどの目標を共有し意見を交換することで、他職種の専門性の理解を促す機会を設ける必要がある。
4. 多職種で協働し問題解決することが、チーム医療における看護の専門性であるとの認識に至っていない。しかし、多職種で協働し問題解決することは、チーム医療の目的である。そのため、メンバーシップを育て、チームで対象者のケアにかかわることの意義を実感する機会が必要となる。多職種で共同の研修を実施し意見交換するなど、日頃からコミュニケーションをとる機会を増やす必要がある。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、一人前レベル看護師10名によって語られたチーム医療における看護の専門性の認識であり、一人前レベル看護師全体の傾向とするには限界がある。今後は、一般化に向けてさらに対象者を増やすなど、さらなる研究を進めていくことが課題となる。

結 論

一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識は、【患者・家族の一番身近にいてニーズの把握】、【患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの

実践】、【些細な変化にも気づける多角的なアセスメント能力】、【チームで患者に良い援助ができる情報を共有】、【チーム内での人間関係づくりの推進】、【他職の専門性を尊重した活用】の6つのカテゴリから形成されていた。

一人前レベル看護師は、チーム医療における看護の専門性について、患者・家族の一番身近に存在していることで、そのニーズを逃さず把握し、患者にとっての最善を見出し、生活に考慮したケアを実践することと認識していた。また、患者の些細な変化にも気づける多角的なアセスメント能力を発揮し、日頃からチーム内での人間関係づくりを推進しながら、患者に良い援助ができるように他職種間での情報共有を行い、他職種の専門性を尊重し活用していくことについても認識していた。しかし、患者のおかれた状況を的確にアセスメントし他職種に報告することの困難感、多職種間カンファレンスでの積極的な発言が難しいこと、さらに他職種の専門性の理解についての不十分さを認識していた。

よって、チーム医療における看護師の専門性を向上させるためには、一人前レベルの時期に教育的介入を実践することが重要となる。さらに卒後教育については、教育プログラムの開発などのシステムづくりの必要性和他職種と協働し問題解決するための能力を育成する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に参加して下さった看護師の方々に心より感謝申し上げます。また、研究協力施設として快く本研究をお引き受けくださいました皆さまに厚くお礼申し上げます。なお、本研究は、和歌山県立医科大学大学院2017年度修士論文を一部加筆、修正したものであり、日本看護研究学会第44回学術集会（熊本）で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：一人前レベル看護師が、チーム医療における看護の専門性をどのように認識しているかを明らかにする。

方法：臨床経験3～4年目の看護師10名を対象に半構造化面接を実施し質的記述的研究法で分析した。

結果：一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識として、【患者・家族の一番身近にいてニーズの把握】【患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践】【些細な変化にも気づける多角的なア

セメント能力】【チームで患者に良い援助ができる情報の共有】【チーム内での人間関係づくりの推進】【他職種の専門性を尊重した活用】の6つのカテゴリーを見出した。サブカテゴリーからは他職種への報告の困難感、カンファレンスでの発言の困難さ、他職種の専門性の理解の不十分さを見出した。

結論：一人前レベル看護師への卒後教育プログラムの開発と他職種と協働し問題解決する能力を育成する必要性が示唆された。

Abstract

Objective: To ascertain how competent nurses view nursing expertise as part of team care.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 10 nurses with 3-4 years of clinical experience, and their responses were analyzed using a qualitative descriptive methodology.

Results: The ways in which competent nurses viewed nursing expertise as part of team care were classified into 6 categories: Ascertaining the needs of the patient and his or her family through close interaction, Identifying what is best for the patient and providing care in line with the patient's lifestyle, The ability to perform a multi-faceted assessment that identifies even subtle changes, Sharing information that allows the team to better assist the patient, Encouraging the development of interpersonal relationships among team members, and Drawing upon the valued expertise of other professionals. Based on subcategories, competent nurses sensed The challenge of reporting to other professionals, Difficulty speaking out during conferences, and A lack of understanding of one's expertise on behalf of other professionals.

Conclusion: Results suggested that postgraduate training programs for competent nurses need to be developed and that nurses need to be trained in the ability to address issues that may arise when collaborating with other professionals.

文 献

Benner, P. (2001)／井部俊子訳 (2005). ベナー看護論 新訳版. (pp.11-31). 東京：医学書院.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009)／早野 ZITO 真佐子訳 (2015). ベナー 看護実践における専門性：達人になるための思考と行動. (pp.83-140). 東京：医学書院.

遠藤圭子, 岡崎美晴, 神谷美紀子, 吾妻知美 (2011). チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力の検討：多職種と連携する看護師への調査から一. 甲南女子大学研究紀要, 6, 17-29.

細田満和子 (2009). チーム医療の理念と現実：看護に生かす医療社会学からのアプローチ. (pp.69-70), 東京：日本看護協会出版会.

細田満和子 (2012). 「チーム医療」とは何か：医療とケアに生かす社会学からのアプローチ. (pp.32-43), 東京：日本看護協会出版会.

異儀田はづき (2016). 精神科チーム医療において他職種が認識する看護師の役割. 東京女子医科大学雑誌, 86(臨増1), 109-119.

石鍋圭子, 野々村典子, 吉田真季, 奥宮暁子, 宮腰由紀子, 土屋陽子, 川波公香, 穂積恵子 (2000). リハビリテーション医療における職種間連携の実態と看護婦の役割：各専門職種を対象とした全国アンケート調査より. リハビリテーション連携科学, 1(1), 141-149.

川島みどり (2011). チーム医療と看護：専門性と主体性への問い. 東京：看護の科学社.

近藤真紀子 (2017). 術後の継続看護. 中島恵美子, 山崎智子, 竹内佐智恵 (編), ナーシング・グラフィカ 成人看護学 (4) 周手術期看護 第3版 (pp.108-117). 大阪：メディカ出版.

厚生労働省 (2010). チーム医療の推進に関する検討会 報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> (参照2016年7月18日)

厚生労働省 (2011). チーム医療推進方策検討ワーキンググループ. チーム医療推進のための基本的な考え方と実践の実例集. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r>

9852000001ehgo.pdf (参照2019年7月7日)

小山真理子 (2011). 看護学基礎テキスト第2巻 看護の対象. 2-8, 東京：日本看護協会出版会.

國方美佐, 名越民江, 南 妙子 (2008). 一般病棟に勤務する看護師が認識する看護の専門性に関する研究：臨床経験年数に焦点をあてて. 香川大学看護学雑誌, 19-26.

松崎奈々子, 阿久澤智恵子, 久保仁美, 今井 彩, 青柳千春, 下山京子, 佐光恵子, 金泉志保美 (2016). 小児の訪問看護の際に訪問看護師が行った他機関・多職種との連携. 日本小児看護学会誌, 25(2), 31-37.

中井夏子, 中村恵子, 菅原美樹 (2015). 救急看護師が外傷看護実践において重要視している看護に関する研究. 日本救急看護学会雑誌, 17(1), 9-21.

日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf (参照2019年9月29日)

日本看護協会 (2007). 看護にかかわる主要な用語の解説 概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈 (p.11). <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf> (参照2019年9月29日)

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). <http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/pdf/ladder.pdf> (参照2016年7月20日)

日本看護協会 (2016b). 看護業務基準 2016年改訂版. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/kijyun/pdf/kijyun2016.pdf> (参照2019年9月29日)

岡崎美晴, 江口秀子, 吾妻知美, 神谷美紀子, 遠藤圭子, 服部兼敏 (2013). チーム医療を実践している看護師が多職種と連携・協働する上で大切にしている行為：テキストマイニングによる自由記述の分析. 甲南女子大学研究紀要, 8, 1-11.

沖 律子 (2008). 呼吸ケアにおけるチーム医療：看護師の役割. 呼吸器ケア, 6(12), 73-77.

笹木織絵 (2017). 手術後の回復を促進するための看護. 矢永勝彦, 高橋則子 (編), 系統看護学講座 別巻 臨床外科看護総論

- (pp.306). 東京：医学書院.
- 柴崎美紀 (2016). 地域における栄養サポートチームの多職種連携と発展要件. 杏林医学会雑誌, 47(2), 91-112.
- 袖山悦子, 志田久美子, 小林由美子, 北谷幸寛 (2012). 高齢者ケアを実践している専門職の専門性・弱点に関する認識と多職種連携. 新潟医療福祉学会誌, 12(2), 41-47.
- 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 齋藤やよい (2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. The KITAKANTO Medical Journal, 55(2), 123-131.
- 杉田久子, 黒田裕子 (2006). 集中治療室におけるチーム医療に対する看護師の認識. 日本クリティカルケア看護学会誌, 1(3), 35-45.
- 鷹野和美 (2002). チーム医療の教育：患者中心のチーム医療をめざして. 鷹野和美 (編), チーム医療論 (pp.103-104). 東京：医歯薬出版.
- 高山智子 (2002). チーム医療における患者医療者関係. 鷹野和美 (編), チーム医療論 (pp.11-24). 東京：医歯薬出版株式会社.
- 瀧口千枝, 井上智子, 佐々木吉子 (2013). 人工呼吸器装着患者の管理における看護師の多職種チーム調整機能の構造. 日本クリティカルケア看護学会誌, 9(3), 1-12.
- 田村やよひ (2015). 私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法, 第2版 (pp.42-51). 東京：日本看護協会出版会.
- 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 村角直子 (2011). 看護師がとらえる糖尿病チーム医療における役割：経験豊富な看護師の認識から. 金沢大学つるま保健学会誌, 35(2), 63-69.

〔2019年4月4日受付〕
〔2020年2月5日採用決定〕

—原 著—

再発や増悪を経験したがん患者が“家族と対話し難い体験”

Qualitative Analysis of Cancer Patient Dialogue with Their Families Using a Phenomenological Approach

大 橋 佳 代¹⁾

Kayo Ohashi

稲 垣 美智子²⁾

Michiko Inagaki

多 崎 恵 子²⁾

Keiko Tasaki

堀 口 智 美²⁾

Tomomi Horiguchi

キーワード：がん，家族，対話，再発，現象学

Key Words：cancer, family, dialogue, recurrence, phenomenology

I. 研究背景

わが国において2015年にがんで死亡した人は37万346人にのぼり，男性では4人に1人，女性では6人に1人が生涯でがんで死亡する可能性がある（国立研究開発法人国立がん研究センター，2017）。

がん患者は常に再発や転移の不安を抱えており（楠葉ほか，2012；市川・山口，2016），そうした患者が実際にがんの再発や転移，がんの増悪などを経験することは，患者にとって自身の死を予期させる出来事であると考えられる。患者は死を意識したとき，自己の消滅と他者との関係の断絶に意識を向け，世界をよそよそしいものだと感じたり，他者との隔たりを感じ孤独に陥るとされている（村田，2003）。そして，終末期にあるがん患者の孤独感と，家族のサポート及び感情を共有できる能力が相関することが報告されている（Çiraci, Nural, Saltürk, 2016）。また，がん患者が再発，転移後に希望を見出す要因の一つとして「家族のためにがんばる」が報告されている（田中，2012）。つまり，再発や増悪を経験したがん患者が，死を感じて孤独に陥らず希望を見出すためには，家族との関係性が重要であると推察される。

小林・辻川・杉野・坂口（2016）は，緩和ケア病棟に入院しているがん患者と家族が思いを伝え合い，会話の深まりを感じることで患者のQOLが向上することを明らかにしており，患者と家族の関係性を支えるものとして「対話」が重要であると考えられる。しかしながら，がん家族を亡くした遺族は，患者にしてあげたかったこととして「対話」を挙げることで報告されており（部川・小山田・松田・小神，2013；鈴木・土屋・西尾，2013），がん患者と家族にとっての十分な「対話」がなされていない現状があることが考えられる。臨床現場において，がん患者

と家族ががんの再発や増悪というシビアな状況下にあるとき，何となくよそよそしくなり，互いの思いを伝え合うことができていないように感じることもある。荒井（2009）は，再発を体験したがん患者が「家族に支えられたいが負担をかけたくない苦悩」を抱くことを報告しており，再発や増悪を経験したがん患者は，病状の現実と家族との狭間で様々な思いを抱えているのではないかと考えた。一方家族は，患者の真意を知るすべなく踏み込むことができないまま，両者はよそよそしくなってしまうのではないかと考えた。

これまでに，このような再発や増悪を経験したがん患者が家族と対話することが難しい状況に関して探究した研究は報告されておらず，がん患者と家族の対話について考えるために，まずはこうした患者の体験を理解する必要があると考えた。

したがって本研究では，再発や増悪を経験したがん患者が，家族に自分自身の思いを話すことができない状況や，話はしていても会話に深まりを感じることでできない状況を「家族と対話し難い体験」とし，質的に記述することで，それがどのようなものであるか明らかにすることとした。そして，体験の意味を理解することでがん患者が家族に対して抱く思いを理解し，患者及び家族に対する看護の示唆を得ることができると考える。

なお，本研究における「家族」は患者が家族と認識している人とし，「対話」とは，人と人とが向かいあって話し，会話の深まりを感じることできた状態を示すこととする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の目的は，これまで明らかにされていない，再発

1) 滋賀医科大学医学部附属病院看護部 Nursing Department, Shiga University of Medical Science Hospital

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系 Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

や増悪を経験したがん患者が家族と対話し難い体験を記述し、その意味を理解することである。したがって、そこで起きている現象や出来事を記述しそれがなんであるかを探究する質的研究デザイン (Diers, 1979/1984) を採用した。

さらに、本研究で探究する体験は、がん患者が再発や増悪を経験する中で病状の現実と家族との狭間で様々な思いを抱え、対話をするのが難しい状況にあるのではないかとこの研究者の考えに基づいている。

Merleau-Pontyは、一定の特徴を備えた身体を授かり、特定の人間関係の中で生きていく個人として人間の存在を捉えようとした。そして、個々の人間存在に注目し、その人の語りを紡ぎだすことで科学理論では捉えきれない経験や、経験のあいだの複雑な葛藤や衝突などを救い出し記述することを重要視した (松葉・西村, 2014)。

本研究は、がんの再発や増悪の経験という特徴を持った患者が、家族との関係の中で対話し難いと感じる体験について、その体験における患者の葛藤や衝突などの思いも含めて明らかにするため、Merleau-Pontyの現象学的思想を基盤とした現象学的アプローチを用いることとした。

2. 研究対象

研究対象は、調査施設に入院あるいは外来通院するがん患者で、初回治療後に再発や増悪によって複数回の入院を経験しており、現在の病状について説明を受けている者とした。また、認知機能に障害がある者、会話でのコミュニケーションが不可能な者、面接を行うことが身体・心理的に難しい者は除外した。

調査施設はA県内の特定機能病院1施設であり、一般病棟の入院患者及び外来通院患者で上記の条件に当てはまる者を、施設の看護師長が選出した。

3. データ収集方法

(1) 調査及び面接手順

調査期間は、平成29年1月から7月であった。研究者は調査施設の看護師長から紹介を受けた患者に対し、文書と口頭で研究について詳しく説明し、同意を得たうえで非構造化面接を実施した。面接は既成の概念や先入観をできるだけ棚上げし、事象そのものに立ち返る現象学的態度で臨んだ。はじめに「ご病気の体験をしている中でご家族の方に対して気持ち的に話すことが難しいことはありますか」という質問から始め、自由に語ってもらった。研究者は参加者の体験世界に没入できるよう最大の関心を持って十分に話を聴き、感じたことや語りの意味として捉えたことをその都度伝え、確認することで参加者の意識に上っていなかったことに関しても語れるようにした。面接回数は、1名につき1回で、時間は30分から120分、平均60分であっ

た。内容はICレコーダー及びメモにて記録した。参加者11名のうち、9名はICレコーダーの録音許可を得ることができたが、2名は録音することへの承認を得られなかったため、話した内容をメモすることに同意を得た。

(2) 診療記録の閲覧

データ分析の参考にするため、書面による参加者の同意を得て、年齢、性別、疾患名、治療状況、罹病期間、家族構成といった基礎情報を診療記録より収集した。

4. 分析方法

データ分析は、Merleau-Pontyの思想に基づいた現象学的アプローチを用いて研究を行っている西村の方法を参考に以下の手順で行った (松葉・西村, 2014)。

1. インタビューの音声データまたはメモから逐語録を作成した。
2. 逐語録を何度も読み返し、全体的な印象をつかんだ。同時に、読み返ししながら気が付いたことや分析の視点をマークし研究者の解釈を加えてメモした。
3. 分析の視点を手掛かりに体験の語られ方を意味単位としてまとめ、体験の成り立ちを分析した。
4. 体験の成り立ちから潜在的なテーマを捉えた。
5. 各テーマがどのようなものであるかを記述した。

5. 真実性の確保

研究の全過程において、質的研究の経験が豊富であり、現象学の知識と経験に富むスーパーバイザーから定期的に指導を受けた。また、現象学的態度を身につけるため、現象学について時間をかけ学習し、データ収集を始める前に面接のロールプレイを行った。その際、研究者は自分自身の持つ先入観や思考の傾向を理解し、括弧入れできるよう努めた。

6. 倫理的配慮

参加の依頼は、プライバシーの保たれる場所で研究者が個別に行い、文書と口頭で研究目的と意義、具体的な方法について説明した。参加は自由意思であり、いつでもとりやめることができること、参加の有無が治療やケアには一切関与しないと保証すること、話したくないことは話さなくてよいこと、得られた情報は研究以外の目的に使用しないこと、論文等で公表する場合個人を特定できないようにすること、今回話した内容が家族に知られることは一切ないことを説明した。そして、同意書への署名をもって研究参加とした。面接中は、参加者の身体・心理状況に細心の注意を払い、必要時のフォローへの協力を調査施設の看護師長に依頼し体制を整えた。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会にて承認された (承認番号726-2)。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は男性 5 名、女性 6 名の計 11 名であった。年齢は 45 歳から 75 歳、平均 64.6 歳であった。疾患の種類は、肺がん・すい臓がん各 3 名、血液疾患・肝がん各 2 名、卵巣がん 1 名であった。罹病期間は 3 か月から 9 年であり、再発経験者が 3 名、8 名は転移やがんの進行により治療方針の変更や、転移部位の治療のため複数回の入院を経験していた。家族構成は、同居家族では配偶者のみが 3 名、配偶者と子供が 4 名、配偶者の親との 3 世代、孫との 3 世代が 1 名ずつであった。独居は 2 名であり、そのうち 1 名は未婚で子供もいなかった。

2. 再発や増悪を経験したがん患者が家族と対話し難い体験

患者の語りから家族と対話し難い体験の意味としていくつかの意味単位を捉えた。さらに意味単位から体験の成り立ちを理解し、5 つの中心的テーマが描き出された。以下に、テーマ及びその説明、意味単位とそれを構成する患者の体験を示す。テーマは【 】、意味単位は〔 〕で表す。研究参加者の語りは「 」で挿入し、その際、研究者が補った言葉は（ ）、中略箇所は……で表す。

テーマ 1) 【積み重ねてきた家族だからこそ口にしないでいい】

患者は、家族のことを語る際これまでのことを振り返りながらいとおしく感じていた。そして自分自身も家族の一員として家族を守り、育て、積み重ねてきたことに誇りを持っていた。そうした患者と家族の間には目には見えない絆があり、言葉にしなくとも本当に大切な思いは伝わっていると確信していた。

意味単位 (1) [言葉をを超えて伝わる気持ち]

I さん (60 代女性) はがんであっても親としての責任を全うし、家族を守り積み上げてきたことに誇りを持っていた。そしてそうして育ててきた子供たちの愛情や心配を十分に感じていた。患者と家族は言葉がなくとも互いの気持ちを感じており、言葉にすることがかえって余計でわざとらしく感じられるようだった。「私は自分の家族を積み上げてきたから。……そんなんいわん。わざわざ体調悪いなんて。……娘が心配してすぐアンテナ張ってるのがわかる。(それに対して何も) 言わない。それは思いやりだから。感謝はしてるけど、一回一回ありがととは言わない。顔見たらわかるし。」

意味単位 (2) [言葉ではなく生きざまで残す]

B さん (70 代男性) は、家長としての自分に誇りを持っており、家族もそうした自分の姿を見てきていると思っていた。そして家長である自分が納得し受け入れているがん

という現実、家族も当然納得して受け入れ、余計なことを言わなくても自分自身の生きざまを見て学び、やっていってくれると信じていた。「はじめこの病気の宣告されたときには……まあ、普通に女房に話して、がん。で肺がん。それもステージⅣ。はっきり言いましたよ。……それはもう医者の方のことだから、こっちはもう受けるしかないわいね。そやろ。何っちゅうことないわいね。別に。自分で治すんかってそんなことできるわけないし。……あとは、まあ、女房に、一日でも長生きするわと。それだけや。それだけや。それだけしか言うたらんもん。うん、あとは、そんなうちの中がガタガタするようなこともないし、私今まで生きてきて、まーはじめ、高校卒業して、うちの銭湯をついで、60、65、6 までしたんかな。その間、30 歳から 60 歳までサラリーマン生活。2 足わらじでできたん。はい。2 足わらじで生活。うん。でうちも 2 軒たてました。……今までの生きざまを、なんちゅうんかな、うーん。息子ら見とるさかいに、まあ納得ちゅうか、しとるんじゃないかなと。改めて聞いたことないけど。」

テーマ 2) 【がんとの闘いは一人きりと自覚する】

患者にとってがんは、医療者に頼るしかないものでありながらも自分の身に降りかかったものであり、体感し、闘っていくのは自分一人だと感じていた。患者は先の見えない不安の中に佇んでいるようであり、その世界はいくら家族であっても理解できないと思っていた。一方で、家族と一緒にその世界に引きずり込むようなことをしてはいけないとも思っていた。

意味単位 (1) [いくら家族でも理解できない]

G さん (60 代女性) は、がんはなった人にしかわからない苦しみがあると感じていたため、家族であってもありのままの思いは話をしても伝わらないと思っていた。「まあ、この病気は本人にしかわからない。だからまあ、このつらさっていうかあの、大変さっていうのは、まあ自分しかわからないし、自分しか乗り越えることができないと思っているので、うん、だからそういう部分では、なかなか、ありのまんま、もう私の今の思いを伝えるっていうのはやっぱりこの、こういう病気になった人じゃないと、うん、わかりづらいなあって。いくら家族でも。」

意味単位 (2) [家族に背負わせることはできない]

H さん (50 代女性) は、自分自身の状況を子供に背負わせたくない思いから、つらい姿をなるべく見せないようにし、がんという重い荷物を一人で背負いこんでいた。「病状の話はあんまり、子供とはしてない、ね。……子供たちが背負ったらかわいそうだなっとは思いますが……自分からは病名の話、あんまり、病気の話はしたことがなく、ママ一時退院で帰ってこれたよとかとか、あよかったよかった一みたいな。うん。……まあいい話だけはして。」

テーマ3)【家族の中の自分の姿が不確かであることに苦悩する】

患者は家族のことを語る際、対面し向き合う家族とその家族の目に映る自分自身を思い浮かべていた。患者は病気の体験を契機に、家族の中における自分自身の存在意義や意味を見つめなおしていた。しかしながら、がんになったことで家族の中の自分の姿が浮き彫りになり、それを快く思えない一面もあった。

意味単位(1) [家族の中の自分の価値をがんによって奪われる恐さ]

Kさん(60代女性)は、家族の面倒を見ることが自分自身の役割と捉え家族から見ると自分の姿は最後まで面倒を見ていく立場の姿でありたいと願い、命よりも価値を置いていた。そのため病気のことを伝えることは辛く、病気によって逆に人の助けを得なくてはならない自分を救えないようだった。そして、自分自身が抱く家族の中の自分の姿と実際の姿との差に苦悩していた。「そんなとき(自分の体調が悪いとき)に兄が肺がんだったんです。……それ(兄の看病)はとてももう自分にとっては使命やと思ってるから……その一などで(自分が病気だということを)言えなかったんだろうね。ふふふ。今考えると、まあこれで人生これで終わってもいいかなあという思いがあったのかもしれない。……もしものことがあって、命があの一、終焉をむかえて、その方が、まだあの一兄弟に見送ってもらえると思ったのかもしれない。ある意味では。……私がやっぱり、自分が面倒見なくちゃというのはあったんだと思います。だから、そういう人たちに、病気の話を、ああ私病気になって入院しなあかんのよって、あの一いうときはつらかったですね。再発のときは。」

意味単位(2) [自分がいなくとも新しい形でまとまっていく家族]

Fさん(60代女性)は、自分がいなくてもまとまりを見せる家族に寂しさを抱いていたが、家族は自分のために協力してくれていることから、話し難く感じていた。「二人で、主人と息子と二人で台所でなんか一生懸命、ああやこや言いながら作とったりするのを見ると、あー私いなくても大丈夫かなって思うようなそんな場面も時々見るから。ちょっと寂しいときがある。ふふふ。勝手なもんやね、ちゃんとやってほしいと思うとらんに。(そうした寂しい思いは)言えません。」

意味単位(3) [家族が捉える自分の姿に不満を抱く]

Eさん(40代女性)は再発をし、移植を控えていた。そんな状況にもかかわらず、夫に変わってほしいところはそのままであり、命を懸けている自分の姿が夫の心に響いていないことを不本意に感じていた。しかし夫も夫なりに気遣ってくれていることはわかっていたため、話し難く感じ

ていた。「主人に対して、痛い思いするのは結局自分やから、あんたも同じ思いしてみって思うときがあるけど、それは言えませんね。……私も命懸けで移植するんだから、変わってほしいと思う。私がしんどそうなのを見て、なんちゅうんだろう、自分も変わらないといけないくらいの気持ちを持ってほしいです。……病気になったから、いたわってくれるようになったっていうのはあると思うんです。……そういう風に優しくなったのはいいんだけど、私からしたら本当に変わってほしいところは別のところなんですけどね。」

意味単位(4) [家族に映る自分がこれまでと全く同じでないことに気づく]

Aさん(70代男性)は家族とフランクで気を遣わない関係でいることを求め、ユーモアを持って話していた。がんになってからもそういった冗談に付き合ってくれる関係性を求めていたが、妻が冗談を受け止めきれないことから患者のがんを深刻に捉えていることを感じ、気を遣って自分に合わせてくれていることにどこかバツの悪いような思いを抱いていた。家族と向き合う自分はどうしてもがん患者であることを自然な会話の中でも否応なく感じてしまうことを不本意に思っていた。「まただ、その一(妻が冗談に対して)ぶっきらぼうにしてなお神経つかつとるかなって思うときも無きにしも非ずやけどね。……今ごろやつとわかったみたいやけど、(妻は冗談を)まともにとることが結構ある。……冗談で返してくれるようになったからいいんすて。僕はそういう風なんを待とるんやけど。……病気が頂点になつとって、話題の中心になつて、そこにみんなが集まってきて仲良くなったつても情けない話やけど。まどつちか言うたらそれはあると思うね。……まああの、そういう付き合いについては、あえてべたべたしたくもないし、冷たくしたくもないし……まあだからそりゃ僕も……何も考えずにブラック(ユーモア)言うとるわけでもないし。冗談言うとるわけでもないんやけど、まあその限度がたまにわからんことがあると思うけど。でもまー自然体でお付き合いしたり、まあ今、今日のテーマ(家族に話し難いこと)についてもそういう自然体でいきたいなという努力はしてるね。」

テーマ4)【がんが家族という地平上にのしかかるのを感じる】

患者は、自分も含めた家族全員が一つの地平上に乗っており、がんはその上にのしかかるように感じていた。そのため家族にできる限り負担をかけたくない思いで必死だった。また、患者は自身も沈み込まないように自分で自分を守る必要もあった。

意味単位(1) [互いに抱えきれぬ重さを超えない暗黙のやりとり]

Cさん(50代男性)は、妻が内心では自分の病状を重く受け止め不安を抱えていることを言葉の端々から感じてお

り、あえてフランクに話すことで病状や今後について伝えなくてはならない事実を、相手が抱えきれぬ程度の重さで届けていた。それは結果的に、自分自身をも楽にする方法であった。これは、患者と家族の会話の中で言葉に現れていない思いを敏感に感じ取りながら、暗黙のうちに作られた、相手と自分を守るためのコミュニケーションのわざであった。「会話の端々にまあほんなん（妻の不安）出てきますわね。それは、まあね。改めて、深刻に、そういうことについてじゃあ今から話しようとかそんなことはないけども。うん、だから、なんやろ、もう自然体に。改まってなんかこう、深刻に構えとか、ほんなんじゃなくて。ごくごく普通についてというのが、平時の姿。……そりゃま、お互いにたぶん内心では重く受け止めとる、でしょうけど、自分もそうやし家内もきつとそうやと思うんやけど、あんまりなんかそういう風に重く受け止めすぎて、なるよりは、やっぱ自然にいったほうが。っていうなんかこれが暗黙のあれかな。……ほんとはあんまりそんな生き方っていうのはあー望ましくないんかしらんけども、その場その場。今。うん、そのほうが（自分も）気が楽なんじゃないかな。」

意味単位（２）[自分の病状で浮き沈む家族の中で立ち通す]

Hさん（50代女性）は病気に関して不安な気持ちを夫に吐露したが、夫も受け止められず病気の話をしたくないようだった。そうした反応を見た患者は、不安だという気持ちで向き合って手を取り合えばより深く沈んでしまう気がしたため、振り絞って大丈夫と言い、できる限りいいことだけを話すようにしていた。患者は、浮き沈む家族をこれ以上脅かさないように、そして自分自身も足を取られてしまわないように、進むまでの力はなくともぐっとこらえて立ち続けていた。「その病気でこんなだよっていう紙見たときに……すごく不安になって、そんなときにちょっと主人になんかこの頭なんだろうねみたいな話はしてたんだけど、主人もなんかこのことには触れたくないみたいな感じで……お互い二人で心配し合ってた、ちょっと口に出せない感じだったんです。……お互いにちょっと探り合ってたっていうか、心配なんだけど、うーん、心配やっていうことを、二人でどん底にこうやって、喋っていくうちに落ちてくから、そういう話ができない感じだった。……しばらくはこう、（夫が）落ち込んでるのがすごいわかったし、ふふ、私、余計だから自分が落ち込んだら駄目だなみたいな。感じになってくるんで……やっぱり、あの心持が大事なかっていうのはものすごくあるので。」

テーマ５）【思いや言葉を超えて迫りくる死をただ見つめる】

患者は、がんによって死を予感し、身近な人の死を思い返していた。そのことを振り返ると残された悲しみや悔しさで胸がいっぱいになり、その辛さをわかっているがゆえ

に今度は自分が残していかなければならない立場であることは考えられなかった。また、どんなにあらがっても死はやってくるものであり、死んでしまえばもう家族に何も伝えることはできないとわかっていた。そのため、自分がいなくなった後家族がどのように過ごしていくのか、そこに関わることをできないむなしさや寂しさを感じ、あきらめるしかないと思っており、家族との対話には至らなかった。

意味単位（１）[確実に姿を現した死を見つめ言葉をなくす]

Jさん（60代男性）は、8年前に妻を白血病で亡くしており、その経験から自分自身の死を現実的に想像し、打ちひしがれていた。思いや言葉は出しても意味がないと患者の心の奥底に沈んでいるようで、子どもの思いにも背を向け、向き合うことはしていなかった。「……今これで考えたところで治るわけでもなし、うん。人に話したところで治るわけでもなし、うん。まあまあ子どもらまあまあ、それなりに受け止めとるだろ。うちの女房のときのこともそれなりにわかつとるさかい。うちの女房はいわゆる別にあの弱音とかなんも言わなんだなって思って。けど実際自分になってみりゃやっぱり同じような心境ってのか、同じような感じやな。言うたところでしゃーないし、実際にそんなこと言おうとも思わないし、うん。……子ども自身もまあまあそれはそれでしかたないって考えでおるんじゃないんかなって思うけど。（治療に関して）まあまあいろいろ考えてくれたみたいやけど。ないんやもん、実際に治療方法としては。あるわけないもん。……うちのやつもそうやけど、最期はもう、もう、臓器全部だめみたいにしてやっぱ抗がん剤で。……あんまり痛がったらほんときはあの、お母さんのときみたいにしてくれやって、こないだも話したんやけど。まあ子どもらにそういう話すると嫌がるけど、嫌がತ್ತる様子やけども、えー、言うこと言つとかないと。」

意味単位（２）[死にゆく者として故人の世界に浸る]

Iさん（60代女性）は、亡くなった夫を思い、夫との世界の中で生きているようだった。Iさんは“死を考えない者は生を考えない”と捉えており、死という世界を常に目の前に広げ、その中で自分自身の生を感じていた。さらにがんによってより死を近くとらえていたが、それは患者と夫との世界の中で完結しており、そこに娘たちは入っていなかった。「（家族とは）大好きな人の子ども。……娘に言うたらふつう逆やろ、子どもが一番やろって言われるけど。夫は私と子どもを幸せに守るために生まれてきたって言うてくれて。本当にそのように生きてくれました。なくなるまでね。……仏教の言葉で、死を考えない者は生を考えないっていう言葉があって、だから死を考えることはどう生きるかを考えることなんです。人間いつかは死ぬから、それが夫みたいに突然なんか、私みたいに病気で死ぬんかの違い。」

意味単位（３）「死を迎えたあと何を残せるのかという漠然とした不安」

Ｊさん（60代男性）は自分がいなくなった後の空っぽの家を想像し、娘たちに何を残していけるのか考えられずにいた。「そんなつまらんこと言うつもりはないけど……ただ、あの一子供たちもほら、家に自分たちのもん沢山置いてってあるもんで……整理してもってかなあかんでとは言ってるんやけど……そうしないと、全部まとめて、あの一処分してしもうぞっちゅうてあるんやけど。……右から左に処分できるとは思ってもおらんけど、ほんでも、空にしなあかんでな。」

Ⅳ. 考 察

本研究は、再発や増悪を経験したがん患者が家族と対話し難い体験を、質的に記述し明らかにした。再発を経験したがん患者は家族に対して「家族に支えられたいが負担をかけたくない苦悩」を抱くことが荒井の研究（2009）にて報告されている。本結果においても同様の思いが明らかになったが、本研究ではがん患者と家族の「対話」に着目したことで、患者は、がんである自身をどのように捉え、また患者にとって家族はどういった存在であるがゆえに「負担をかけたくない」と考えているのかが明らかになったと考える。

以下の３点よりその詳細を述べる。

１．患者にとっての“重要他者”である家族の存在

本研究において、患者は家族を、これまで共に過ごし、家族としての関係を積み重ねてきたものとして大切に語っており、【積み重ねてきた家族だからこそ口にしないでいい】と感じていた。飯野・河井は、がん患者と家族は病気によって家族の絆が再構築されたと実感し、それを病気の恩恵ととらえていることを報告している（2009）。本研究においても、患者と家族は絆を感じ「言葉を超えて伝わる気持ち」を共有し、【言葉ではなく生きざまに残す】ことで、患者はがんに侵されながらも必死で生きる姿を家族に見せ、力を与えることに病の意味を見出していたと推察される。Norbertは、自分の人生は有意義だという感覚と、自分は他の人々に、また他の人々は自分にとって意味があり重要だという思いの間には関連があると述べている（Norbert, 1982/1990）。つまり、患者にとって家族は人生に意味をもたらす重要な存在であり、患者はがん罹患したことをきっかけとして、家族という重要他者の存在を改めて認識していた。そして、患者はこれまで自分自身が家族に対してもたらしてきた意味と、病気という危機のもたらす意味の再発見を試みていたと考えられる。

２．がん患者の身体の両義性

がん患者は【がんとの闘いは一人きりと自覚する】【家族の中の自分の姿が不確かであることに苦悩する】体験をしていた。この体験はMerleau-Pontyの身体の両義性という思想に基づき解釈することができる。

Merleau-Pontyは、我々は身体を持つて世界に存在し、また世界によって身体を認識するとしている（Merleau-Ponty, 1942/2009；木田, 1984）。例えば、我々は右手で自分自身の左手を触ることで、自己の存在を感じることができる。また、自分以外の他者に呼びかけられることでも自己の存在を感じることができる。つまり、人間は対自的存在であると同時に対他存在でもあるということであり、こうした身体の両義性により、がん患者は家族と対話し難い体験をしていたと考える。

患者は、がんやその治療による苦痛を感じる身体を持つ、「がん罹患した自己」を認識していた。そしてそれは【いくら家族でも理解できない】ものであると感じていた。ただしそれは孤独という感情だけで理解できるものではなく、患者はがんである苦しみを【家族に背負わせることはできない】と考えており、苦しみを受けるのはがんに侵された身体を持つ自分自身だけであることに、ある意味では安心していた。それは、１）で述べた、患者にとって家族は重要な他者であり、そのような家族を守ることに患者は、意味を見出していたためと考えられる。患者は家族との関わりから、「家族の中にいる自己」を認識しており、家族を守る役割を果たしている身体を持つ自己の姿を、大切にしたいと考えているのではないかと推察した。

そのことについては【家族の中の自分の姿が不確かであることに苦悩する】結果からも支持できる。患者は、これまでの家族との関わりの中でそれぞれの役割を果たすことで、「家族の中にいる自己」を認識していた。しかしながら、がんによりその役割を果たせなくなっている身体を実感しており、【自分がいなくとも新しい形でまとまっていける家族】を目の当たりにし、【家族の中の自分の価値をがんによって奪われる恐さ】を抱いていた。

また、家族からの心配や気遣いを受けることで、患者は【家族に映る自分がこれまでと全く同じでないことに気づく】ことがあり、家族から見た自己の姿はこれまでと同じではなく、「がん罹患した身体を持つ者」であることを感じさせられていた。そして、家族から見た自分自身の姿と、自分自身が実際に感じる姿との違いから【家族が捉える自分の姿に不満を抱く】こともあった。

つまり患者は、がんを闘う身体を持つ対自的存在の自己と、家族を守る役割を果たす身体を持つ対他存在の自己の両義性を持つがゆえに、対話し難さを感じていたと考えられる。また、家族からも、がん罹患した身体を持つ者とし

て認識されていることに気が付かされ、大切にしたい対他的自己の姿が失われているのではないかと感じ、自己の存在の不確かさに苦悩し、対話し難さを感じていたと考えられる。

3. 死の性質

本研究において、患者は【がんが家族という地平上にのしかかるのを感じる】ことがあった。患者は、家族が病気のことを深刻に考えていることを言葉の端々から感じ取り、必要以上に脅かさないように「互いに抱えきれぬ重さを超えない暗黙のやりとり」を用い、また自分自身も落ち込む家族に足を取られないよう、「自分の病状で浮き沈む家族の中で立ち通す」姿が明らかとなった。加藤・清板は、がんの進行に伴い生じてくる患者・家族間のコミュニケーションについて、家族が患者をかばって守ってやらなければならない存在として認識することによって家族間の相互扶助的関係に変容が生じ、両者のコミュニケーションに乖離が生じるとしている（2013）。本研究においては、患者もまた家族を、病気や死に関するすべてを受け止めきれない弱い存在として捉えることで話し難さを感じていた。藤田は、家族とは「分かち合う関係存在」としてなる集団の一つであり、感情も分かち合っているとしている。そして人は、他者の苦しみを自己の苦しみとして受けとることで、「やさしさ」を持つため、「苦しみ」と「やさしさ」は切り離せないものであるとも述べている（藤田, 1993）。患者と家族は互いの「苦しみ」を分かち合うことで「やさしさ」を持っていた。そしてそこには、死が関連していたと考えられる。患者は、自分自身の病状から【思いや言葉を超えて迫りくる死をただ見つめる】ことをしており、「確実に姿を現した死を見つめ言葉をなくす」しかなかった。また、患者は死を想起するときに故人と重ねて語り、「死にゆく者として故人の世界に浸る」ことをしていた。Merleau-Pontyは、我々は身体を持って世界に存在することから、肉体の死は存在の死を意味するのであり、私は私の死を経験することはできないと述べている（1942/2009）。またLévinasは、私の死ならざる経験は誰かの死の経験であると述べている（1993/1994）。つまり、人は自分自身の死を経験することはできず、自身の死を想像する際には、これまで経験した誰かの死を思い浮かべるということである。したがって患者は、自分が死するとき、家族が受ける悲しみは、かつて自分が経験してきたものと同様ののだと感じているからこそ、必死で家族を守ろうとしていたのだと考えられる。鷺田は、死に近づきつつある側も、実は「死なれる」側への思いで胸が張り裂けそうになっていると述べている（2013）。患者は、残されてきた辛さを想起しながらも、死は避けられない事実であること

から、どうしようもない無力感の中で残される家族のことを心の中でそっと思ひながら、「死を迎えたあと何を残せるのか」という漠然とした不安を抱いていた。

4. 患者にとって家族との対話の意味と看護への活用

鷺田は、コミュニケーションを動機づけているものは、他者と自己の存在を認識することとしている（1999）。本研究結果より再発や増悪を経験したがん患者が家族と対話するとき、がんであり、死に近づきつつある自己を感じるとともに、自分にとって重要な存在であり守らなければならない家族の存在を見出しており、それゆえ対話し難い体験が生じていたと考えられる。つまり患者は自己と家族の存在を見出し、その見出し方によって苦痛を感じたり、愛情を感じたりしていたと考えられる。

Norbertは死を間近に控えた人間が「まだ生きているのに一周囲の人々にとって自分はもはやほとんど何の意味も持っていないのだと感じなければならないような事態に身を置くとき、その人は真に孤独であると述べている（1982/1990）。上記でも述べたように、患者が家族と対話することは、自己の存在と家族の存在を見出すことであり、それゆえ、がんである厳しい状況を突き付けられもするが、患者は対話によって「今ここ」に愛する家族と確かに存在する自己を感じるのではないだろうか。そうした意味を持つ限りにおいて患者と家族との対話は重要なものであろう。したがって、患者が「家族と対話し難い」という矛盾した感情世界の中にあるがゆえに、家族との対話ができなくなり、だれとも話すことのない真の孤独に陥ることは避けねばならない。

研究背景において家族は、患者の真意を知るすべなく、踏み込むことができないまま両者はよそよそしくなってしまうのではないかと考えた。したがって、本研究によって患者の思いが明らかになったことは、今後家族から患者に歩み寄るための一助となるのではないかと考える。本研究で明らかになった患者の思いを、いかに家族に伝えていくについては今後検討が必要であると考え、まずは本研究で明らかになった患者の体験世界を十分に理解し、患者と家族の「対話」に関心を寄せることが重要であると考ええる。

V. 結 論

本研究は、再発や増悪を経験したがん患者が家族と対話し難い体験をありのまま記述することを目的に現象学的アプローチを用い、質的記述的研究を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

患者はがんの再発や増悪を経験し、死を予感しており、

その中で家族をこれまで積み重ね築き上げてきたかけがえのない存在として、また自分自身のことを誰よりも心配してくれる存在として感じていた。また患者は、がんである苦しみを確かに感じ、家族にさえも理解されない自己、家族の中でこれまで果たしてきた役割を全うできず、新たな役割も獲得しきれない自己を感じ、自分自身の存在の不確かさに苦悩していた。患者は苦悩を抱きながらも大切な家族のために一人で背負いこみ、家族を守ろうとする一方で、家族に不満を抱くこともあり、あらがえない死という現実にくるたえ口を閉ざすこともあった。

こうした矛盾した世界にある患者にとって家族との「対話」は、患者に厳しい現実を突きつけるものである一方で、愛する家族と今ここに確かに存在する自己を認識するものでもあったと考えられた。患者が「対話し難い」体験をしているがゆえに家族との「対話」ができず、孤独に陥る

事態を避ける必要があると考えられた。したがって、本研究で描き出された体験世界を十分に理解することが重要であるといえる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究参加者さまならびに関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

本研究の目的は、再発や増悪を経験したがん患者が家族と対話し難い体験を質的に記述することである。Merleau-Pontyの現象学的思想を哲学的基盤とした現象学的アプローチを用い、がんの再発あるいは増悪を経験している患者11名に非構造化面接を実施し、得られたデータを分析した。

結果、【積み重ねてきた家族だからこそ口にしないでいい】【がんと闘いは一人きりと自覚する】【家族の中の自分の姿が不確かであることに苦悩する】【がんが家族という地平上にのしかかるのを感じる】【思いや言葉を超えて迫りくる死をただ見つめる】の5つのテーマが描き出された。患者は、家族を積み重ねてきたものと大切に思い、その中で自分自身の存在意義を感じる一方で、自分自身を、家族を脅かす、死にゆく者であると捉え、自己の存在の不確かさに苦悩しており、家族をそっと思いながらも口にできない思いを抱えていた。

Abstract

The purpose of this study was to qualitatively describe the difficulties that cancer patients experience during recurrence and the resulting exacerbation of their condition when discussing their thoughts and feelings with their family. We conducted unstructured interviews with 11 cancer patients and analyzed the data utilizing the phenomenological approach based on Merleau-Ponty's phenomenology of perception.

We extracted five themes based on the analysis: I do not need to express my feelings to my family because we have already experienced many difficult times together; I realize I must work through my cancer myself; I am anxious about my family's real thoughts about me; I feel the pressure caused by the significant burden that my cancer has placed on my family; and I continue to feel the ominous threat of death hanging over me regardless of the feelings and thoughts I share with my family. While patients consider their families to be precious, and they continue to find meaning and strength from their presence, they also perceive themselves as threats to their families because they are dying. The uncertain situation forced upon them by their illness foments great pain and prevents them from expressing their true feelings to their families.

文 献

- 荒井春生 (2009). がん再発体験者のスピリチュアルニーズの変容：心を支える生き方。死の臨床, 32(1), 103-110.
- 部川玲子, 小山田理恵, 松田亜美, 小神菜々 (2013). 一般病棟で最期を迎えたがん患者のend of life careにおける遺族の思いとcareの検討。北見赤十字病院誌, 1(1), 15-19.
- Çiraci, Y., Nural, N., Saltürk, Z. (2016). Loneliness of oncology patients at the end of life. *Support Care Cancer*, 24(8), 3525-3531-5.

- Diers, D. (1979)／小島通代, 岡部聰子, 金井和子訳 (1984). 看護研究：ケアの場で行なうための方法論。東京：日本看護協会出版会。
- 藤田隆正 (1993). 「分かち合い」と「やさしさ」の倫理学序説：共生の倫理学をめざして。東京：勁草出版サービスセンター。
- 市川裕美子, 山口千賀 (2016). 外来で化学療法を受けているがん患者の気がかりの内容。八戸学院大学紀要, (53), 37-45.
- 飯野矢住代, 河井千恵子 (2009). がん患者と家族ががんという病

- 気を通して体験した様相. 日本医学看護学教育学会誌, (18), 39-44.
- 加藤恵子, 清板芳子 (2013). がんの進行に伴い生じてくる家族—患者間のコミュニケーションの乖離プロセスに関する研究: 家族の視点から. 家族看護学研究, 18(2), 95-108.
- 木田 元 (1984). メルロ＝ポンティの思想, 東京: 岩波書店.
- 小林さゆり, 辻川真弓, 杉野早也佳, 坂口美和 (2016). 終末期がん患者・家族が思いを伝え合うことによるQOLへの影響. 死の臨床, 39(1), 180-184.
- 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター: 最新がん統計. 国立がん研究センターがん情報サービス. http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html, 23, 10, 2017.
- 楠葉洋子, 橋爪可織, 中根佳純, 宮原千穂, 土屋暁美, 芦澤和人, 福島卓也, 澤井照光, 浦田秀子 (2012). 外来化学療法を受けているがん患者の気がかりとそのサポート. 保健学研究, 24(1), 19-25.
- Lévinas, E. (1993) / 合田正人訳 (1994). 神・死・時間. (pp16-18). 東京: 法政大学出版局.
- 松葉祥一, 西村ユミ (2014). 現象学的看護研究: 理論と分析の実際 (第1版). 東京: 医学書院.
- Merleau-Ponty, M. (1942) / 中島盛夫訳 (2009). 知覚の現象学 (新装版). 東京: 法政大学出版局.
- 村田久行 (2003). 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア: アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. 緩和医療学, 5(2), 61-69.
- Norbert, E. (1982) / 中居 実 訳 (1990). 死にゆく者の孤独. 東京: 法政大学出版局.
- 鈴木さやか, 土屋慧里子, 西尾昌子 (2013). 一般病棟で家族を亡くしたがん患者遺族の心残り. 日本看護学会論文集. 看護総合, 43, 151-154.
- 田中いずみ (2012). 再発・転移後のがん患者が見いだす希望とその希望を見いだすための要因. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 8(1), 39-47.
- 鷺田清一 (2013). 〈ひと〉の現象学. 東京: 筑摩書房.
- 鷺田清一 (1999). 「聴く」ことの力: 臨床哲学試論. 大阪: 阪急コミュニケーションズ.

[2019年6月6日受付]
[2020年2月20日採用決定]

—原 著—

Coping Process Against Familial Breast Cancer by Second Patients within Blood Relatives

森 田 公美子¹⁾ 近 藤 真紀子²⁾
Kumiko Morita Makiko Kondo

キーワード：乳がん看護，家族性乳がん，家系，遺伝性

Key Words：breast cancer nursing, familial breast cancer, family line, hereditary

Introduction

Women with a family history of breast cancer are at increased risk of developing breast cancer themselves. Having one first-degree relative (i.e., a parent, child, brother, or sister) who has experienced breast cancer increases the risk by 1.8 times relative to the risk with no first-degree relative; with two and three first-degree relatives, the risk is increased by 2.9 and 3.9, respectively (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2001).

Breast cancer is classified into three types according to heritability: hereditary breast cancer, caused by gene mutation in a reproductive cell; familial breast cancer, experienced by multiple blood relatives, regardless of heredity; and sporadic breast cancer, which is neither hereditary nor familial. Familial breast cancer accounts for 15%–20% of all breast cancers (Ochi & Yamauchi, 2017). Of those with familial breast cancer, 26.7% test positive for the BRCA gene (a breast cancer susceptibility gene located at the 17th chromosome) and are diagnosed with hereditary breast cancer (Sugano et al., 2008). Approximately 70% of BRCA1-positive breast cancers are triple-negative, in which the cancer cells test negative for estrogen and progesterone receptors and excessive human epidermal growth factor receptor type 2 (HER2) (Nakamura, 2012). Triple-negative breast cancer is highly malignant and difficult to treat because its growth is not supported by hormones, so hormone therapy is ineffective. Triple-negative breast cancer is, in general, highly malignant and difficult to treat because hormone therapy or HER2-targeting drugs are ineffective. Furthermore, this type of breast cancer is often found in women younger than 34 years old, whose prognosis is poorer compared to those older than 35 years (Ohno, 2013). Women with hereditary breast and ovarian

cancer syndrome (HBOC), a predisposition to a hereditary cancer caused by BRCA1/BRCA2 gene mutation, have 6 times the risk of developing breast cancer during their lifetime than women without the syndrome (Ochi & Yamauchi, 2017).

Thus, the characteristics of familial breast cancer include having multiple breast cancer patients among blood relatives, and those for hereditary breast cancer include development at a younger age and often high levels of pathological malignancy, such as with triple-negative breast cancer. An important issue with familial breast cancer is the need to support healthy female blood relatives of the patient because of their relatively high risk of developing the cancer. This is especially important for cancers that occur in young adults or have high malignancy. Early detection and treatment is important, because this makes the planning treatment strategy easier and reduces mortality, which is especially important for young women who may be about to experience life events such as marriage, pregnancy, and child-rearing. When a patient is identified as having familial breast cancer, therefore, we should consider the whole family line that shares the patient's genetic information.

When a second patient among blood relatives is diagnosed with breast cancer, familial breast cancer should be suspected. Familial breast cancer is defined either by three or more breast cancer patients among first-degree relatives or by two breast cancer patients among first-degree relatives of whom one is aged <40 years (early-onset), exhibits bilateral breast cancer, or has metachronous multi-organ duplication cancer (Nomizu, 1996). The diagnosis of a second breast cancer patient within blood relatives does not necessarily imply familial breast cancer, but the possibility of familial breast cancer is increased, and support for the patient's relatives should start on that basis so that the relatives receive the information and clarification they need as

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

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

soon as possible. The second, second patient within blood relatives were watched proband's fighting life as her family, and she is cancer patients. When a patient understands that her cancer is not sporadic breast cancer, she can inform the appropriate information to relatives within her blood family line. Because the second patient to be diagnosed has a three-way standing position, as a member of the cancer-prone family, a cancer patient and an educator to persons who are yet to be diagnosed, she is key to the preventive approach for the family. We must therefore understand the experience of the second patient to be diagnosed and support her as a key person for protecting other family members.

There has been recent progress in genome medicine for hereditary breast cancer. The U.S. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines recommend genetic counseling about the screening criteria, genetic testing, the surveillance of high-risk patients, preventive risk reduction surgery, and preventive drug administration (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, 2019). In Japan, companion diagnostic tests (a type of genome testing) are being applied to investigate the effectiveness of poly (ADP-ribose) polymerase (PARP) inhibitors against the recurrence or metastasis of BRCA-positive breast cancers.

Although researchers understand the effectiveness of genome medicine for hereditary breast cancer, for the present study we focused on familial breast cancer, which is broader than hereditary breast cancer to inform the patients' relatives about their increased risk of familial breast cancer, and to provide them with support. There are three reasons for approach. First, addressing hereditary breast cancer patient requires genetic testing and a diagnosis of heritability, which can bring psychological difficulties. As of 2019 in Japan, companion diagnostics for PARP inhibitors is covered by medical insurance (AstraZeneca., 2019), whereas genetic testing for the patient and family is not. The genetic testing can therefore be an economic burden and can take time, but also until the results are obtained, this can present psychological difficulties for the family members. Because there is the possibility that the familial cancer is early onset and/or of high malignancy, the process of informing and supporting the relatives should be started as soon as possible. The second reason is that the NCCN's screening criteria for genetic counseling includes 'containing pancreatic cancer within blood relatives'; this is based on medical and professional evidence, but it may be difficult to understand for a patient without professional knowledge, especially if she is the first to be diagnosed and may be unsure why her family members are suspected of being at risk of heritability. Conversely, the heritability risk is easier to understand when a second family

member receives a diagnosis of breast cancer, even for patients with little medical knowledge, and family members are generally more ready to receive information. The third reason is that, although there have been rapid advances in genome medicine, all genes related to breast cancer may not yet have been discovered. Thus, it may be important to immediately support the second patient who bears a higher risk for familial breast cancer in order to reduce missing patients potentially at risk from these undiscovered mutations.

The final goal of our project is to establish support for family members at risk of familial breast cancer. It is important for family members to develop coping strategies to enhance their adaptability so that the family line including healthy members can overcome demerits by taking over the gene and can continue. For this purpose, it is necessary to investigate nursing strategies based on the experience of the second family members to be diagnosed who have a three-way standing position. However, there have been few previous studies about such experience in familial and hereditary breast cancer, including the studies on a young daughter (Johnson & Pascal, 2016), sisters (Metcalf et al., 2013; Phillips & Cohen, 2011), and female family members (Hartman et al., 2015; Lancaster, 2005; Chalmers et al., 2003; Martin & Degner, 2006; Neise et al., 2001). In addition, there have been reports of the experience of suffering among blood relatives (Metcalf et al., 2013), the meaning of heritability (Maheu, 2009), and the relationship between risk, preventive behavior, and coping (Lancaster, 2005; Martin & Degner, 2006; Neise et al., 2001; Hartman et al., 2015; Cabrera et al., 2009). However, there have been no previous studies about the experiences of the second patient who has a three-way standing position; therefore, this new study was designed to evaluate the experiences of such family members.

Purpose of the study

The purpose of the study is to clarify the coping process against familial breast cancer by the second patient within blood relatives to be diagnosed with breast cancer, and to discuss nursing strategies to enhance adaptation in a consanguineous family through support of the second patient.

Methods

I. Definition of terms

1. Second patient in a consanguineous family: The second patient

among first-degree relatives to be diagnosed with breast cancer and with no evidence of a third patient.

2. Familial breast cancer: Familial breast cancer was used to include the suspected cases of it.
3. Proband: The first person to be diagnosed with breast cancer in our participants' consanguineous family.
4. Non-patient relatives: Healthy females in a participants' family with possible familial breast cancer.
5. Coping process: According to the Cambridge dictionary (2019), "attitude" is defined as how you think or feel about something, and "coping" is defined as doing something well in a difficult situation. The term "coping process" thus refers to how one should think or feel in a certain situation (attitude), how one should eventually do something well in a difficult situation (coping), and how these change over time. Thus, in this study, the coping process is presented as a sequence of attitude and coping categories with proband's and own cancer.

II. Participants

Patients were selected based on the following four criteria.

1. The second breast cancer patient among first-degree relatives.
2. Survivors entering the plateau phase without recurrence or metastasis. Survivors in plateau are defined as those that have completed initial treatment and follow-up, or if hormone receptor-positive, patients on continued endocrine therapy. Recurrent and metastatic patients were excluded because we wanted to focus on attitude and coping with familial breast cancer rather than thoughts of death and experiences associated with declining physical condition.
3. Patients with the cognitive capacity to describe/discuss their own experiences.
4. They were Japanese. Because this was a qualitative study, it was important for the participants to be able to understand the language, context, medical system, and cultural background. The Japanese researcher interviewed all the participants in Japanese.
5. Agreeing to participate in the study and providing written consent.

III. Data collection

1. Participant enrollment

The doctor in charge at the research cooperation facility introduced the researchers to candidates for this study. The researcher confirmed with the doctor that there had been no significant change in the patient's pathological conditions, and then explained to the candidate about the purpose and

methods of the study, and ethical consideration. In addition, we explained to the candidate that if she wished not to participate or subsequently to withdraw from the study, but she felt unable to say this to the researcher, there were other people she could inform about this. We guaranteed she would not be under any disadvantage if she did not participate or withdrew.

2. Method of data collection

Data was collected via semi-structured interview by researcher's native language. We listened with empathy using an interview guide to promote openness and truthfulness of the participants. We added open-ended questions to allow elaboration by the speaker beyond direct answers. We made word-for-word recording with participants' permission. Interviews were carried out from August 2016 to December 2017.

3. The interview guide questions

- 1) Before breast cancer diagnosis, what were your attitudes toward breast cancer, and how did you cope? Why did you do so?
- 2) What were your attitudes toward the proband's breast cancer, and how did you cope? Why did you do so?
- 3) What were your attitudes toward your own breast cancer, and how do you cope? Why do you do so?
- 4) What were your attitudes toward becoming multiple breast cancer patients in your family, and how do you cope? Why do you do so?

IV. Analysis

Qualitative and inductive analysis methods were applied. We read the word-for-word records thoroughly and conducted a three-step analysis by researcher's native language: 1) analysis of attitude, 2) analysis of coping, and 3) combining the attitude and coping categories of the second patients and outlining the second patient's coping process. Finally, we performed a back translation to check the context was correctly understood and that the categories had been translated accurately from Japanese to English.

1. Analysis of attitude for multiple patients with breast cancer within blood relatives

- 1) Point-of-view about attitude analysis and answering the question, "How does the second patient think or feel about her own cancer, the proband's cancer, and about multiple people within blood relatives being diagnosed with breast cancer?"

After careful reading, we extracted statements regarding the

point-of-view of analysis from all participants' word-for-word records.

- 2) We gathered sentences with similar meanings and made sub-categories.
- 3) We then gathered sub-categories with the same meanings and made categories. In this document, categories of attitude are shown as [1.***] [2.***].

2. Analysis of coping for multiple patients with breast cancer within blood relatives

- 1) Point-of-view about coping analysis is to answer the question, "How does the second patient cope with her own cancer, with the proband's cancer, and with the fact that multiple people within blood relatives might be diagnosed with breast cancer?"
- 2) After careful reading, we extracted statements regarding the point-of-view of analysis from all participants, and made sub-categories and categories. Procedure of analysis of coping was same as that for analysis of attitude. In this document, categories of coping are shown as <A.***> <B.***>.

3. Synthesizing the attitude and coping categories and outlining the second patient's coping process

- 1) After careful categorization of the attitude and coping categories separately, we associated [category of attitude] and <category of coping> to explain the point-of-view and illustrated the relevance in diagrams. Point-of-view about process analysis is to answer the question "How does the second patient think/feel and cope with multiple people being diagnosed with breast cancer in her consanguineous family? How can we change the second patient's thinking/feeling and coping in time axis?"
- 2) We identified some relevance of categories in diagrams, which had larger meanings and explained certain process. We extracted and named the meanings as core categories. Core categories are shown in italics and underlined, for example, *I.****, *II.****.
- 3) We then constructed story lines by expressing core categories and diagrams, using [category of attitude] and <category of coping>.
- 4) We then reassessed the word-for-word records to check whether all participants' experiences can be explained by core categories and the diagram. If we could not, we discarded the diagram and repeated steps (1) to (3) until a completed diagram was obtained.

4. Back translation from Japanese categories to English categories

The data gathering and analysis for this study were conducted in Japanese, the researchers' mother tongue, to ensure the meanings and essence of the participants' responses were properly understood. However, the results will be published in English so they can be shared internationally. We therefore performed a back translation following the steps listed below to ensure the categories were accurately expressed in English. The back translation was applied to the categories and core categories. In addition, back translation was applied to the discussion of the characteristics of the coping processes of the second patients among blood relatives in the Discussion section. The back translation was performed by the academic translation company Ulatas Worldwide (Crimson Interactive Pvt. Ltd).

The back translation process used the following steps:

- 1) The researchers translated the core categories, categories of attitude, and categories of coping from Japanese into English, and these were checked by native English speakers.
- 2) A professional translator then translated them from English into Japanese.
- 3) A different professional translator compared the original Japanese categories and the back-translated Japanese categories, and corrected the English categories accordingly.
- 4) The researchers calculated the concordance rate between the original Japanese categories and the back-translated Japanese categories.

V. Validation of analysis

An expert on qualitative and inductive research supervised the entire process.

VI. Ethical considerations

This study was performed in accordance with The Declaration of Helsinki.

We explained the study goals and obtained written and oral consent from all participants. After explaining the purpose and methods of the study, we informed participants that they were free to join or not and that refusal conferred no disadvantage. Also, we stressed that participants were not compelled to discuss anything they were not comfortable revealing. We assessed participants' physical and psychological conditions between and after interviews and stopped interviews for nursing care if patients appeared stressed or requested a rest. The study proposal was approved by the Ethics Committee of the Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Okayama University (No.

2016 March 23, D15-05), and Yodogawa Christian Hospital (2016 August 30, no individual approval number).

Results

I. Overview of participants

Sixteen breast cancer patients at two hospitals in Japan participated in this study (average age 55.2 ± 10.8 years), one of which had cancer in both breasts. Eleven had received total mastectomy and five partial mastectomy. Three patients were in Stage 0, five in Stage I, seven in stage II, and two in stage III (including the one bilateral patient).

The proband is the second patient's mother in eight cases, the second patient's older sister in five cases, and the second patient's younger sister. The proband is alive in 10 cases and is dead in six cases. (Table 1).

The hospitals were breast cancer specialty hospitals located in a large city in west Japan; one was a general hospital, the other a clinic. They have no genetic counseling, and the patients who wanted to receive genetic testing were referred to other medical facilities. At the general hospital, three certified oncology nurse specialists and one certified nurse for breast cancer provides specialist care. At the clinic, one highly specialized nurses with more than 10 years of experience of breast cancer nursing provides specialist care.

Table 1 Overview of participants

Case	age	operative method	endocrine therapy	simultaneity/ metachronous breast cancer	Stage	proband			alive persons into first-degree affinity person
						relationship	alive/ dead	period from proband's diagnosis to now (year)	
A	Early 60s	left: Bt + AX right: Bt + SLNB	○	simultaneity and both sides breast cancer	left: II right: 0	mother	alive	20	mother, small sister, first daughter
B	Late 40s	Bp + SLNB	○	none	I	mother	alive	15	father, mother, old sister
C	Early 60	Bt + SLNB	○	none	I	old sister	dead	7	mother, small brother, first daughter, second daughter, first son
D	Late 40s	Bp + SLNB		none	0	old sister	alive	10	old sister, four people of old brother, first daughter
E	Late 60s	Bt + AX		none	III	old sister	dead	7	first daughter, second daughter
F	Early 40s	Bp + SLNB	○	none	II	mother	dead	7	father, small sister
G	Early 40s	Bp + AX	○	none	II	mother	alive	4	father, mother, old brother, first son
H	Early 50s	Bt + SLNB	○	none	II	mother	alive	8	mother, small sister
I	Late 60s	Bt + SLNB	○	none	II	mother	dead	45	old sister, first son
J	Late 60s	Bt + AX		none	III	old sister	alive	5	2 people of old sister, old brother
K	Early 50s	Bt + SLNB	○	none	I	small sister	alive	4	father, mother, small sister, first son
L	Early 50s	Bt + SLNB	○	none	II	mother	dead	7	first daughter, second daughter
M	Early 70s	Bp + SLNB		none	I	small sister	alive	1	small sister, first son, first daughter
N	Early 40s	Bt + SLNB	○	none	I	small sister	alive	5	father, mother, small sister
O	Late 60s	Bt + SLNB		none	0	old sister	alive	2	2 persons of old sister, 2 persons of old brother
P	Late 40s	Bt + AX		none	II	mother	dead	9	father, small sister, small brother

note: Bt; whole breast, Bp; part of breast, Ax; axillary lymph nodes, SLNB; Sentinel lymph node biopsy

II. Overview of analysis

Based on the narratives of sixteen participants, nine categories of second patients' attitude for people within blood relatives who were diagnosed with breast cancer as well as 12 categories of their coping were extracted. Then, when these attitude and coping categories were integrated, five core categories indicating the second patients' coping process against familial breast cancer were obtained.

By back translation, the concordance rate between the original and back-translated Japanese categories was 78% for the nine attitude categories; of these, four showed complete concordance, two showed concordance but needed modification for more sophisticated expression, and three needed modification because of a partial mismatch. Similarly, the concordance rate for the 12 coping categories was 83%; of these, four showed complete concordance, six showed concordance but needed modification for more sophisticated expression, and two required modification because of partial mismatch. The concordance rate for the five core categories was 60%; three showed complete concordance, none needed modification for more sophisticated expression, and two required modification because of partial mismatch.

III. Categories of second patients' attitude for multiple people within blood relatives being diagnosed with breast cancer

Attitude of breast cancer by the second patient was summarized into nine categories and 22 sub-categories (Table 2). The nine categories are described below.

1. [1. Encountering proband's breast cancer and warning about own breast cancer risk]

In many cases, second patients reported touching the lump and seeing the surgical wound after the proband's mastectomy. The second patient reported thinking that they may also soon develop breast cancer and regarded the proband's cancer as a warning.

2. [2. Assume no relationship between proband's breast cancer and personal risk]

In some cases, the second patient thought that the proband's cancer was unrelated to her risk and that she would not develop breast cancer.

3. [3. Proband's breast cancer enters own subconscious and raises instinctive suspicion over small breast abnormalities]

Some second patients forgot about the proband's caution and did not regularly think about breast cancer in daily life prior to diagnosis. However, noticing any small breast

abnormality brought back memories of touching or seeing the proband's breast cancer, and made these women realize that they may also develop breast cancer.

4. [4. Realizes that heredity influences breast cancer onset]

When some second patients were diagnosed with breast cancer, they believed that heredity influenced their breast cancer development because they and their proband share the same DNA.

5. [5. Prognosis prediction and comparison of breast cancer based on the proband's illness]

Many second patients believe that they will have the same experience as the proband due to shared susceptibility. If the proband died, the second patient fears her own death, or if proband is alive, she believes she will survive.

6. [6. Proband rescued me and she is irreplaceable]

Many second patients appreciate the proband because they were encouraged to seek breast cancer treatment early by the proband. Thus, the proband's advice is supportive and effective.

7. [7. Worries about relatives who are at high risk of breast cancer]

The second patient now knows that breast cancer risk is enhanced in close relatives (daughters, sisters, and nieces), and worries that they will also develop breast cancer.

8. [8. Deny uniqueness of the family with two members who are breast cancer patients]

Although the second patient knows her own family may have familial breast cancer, she still thinks her family tree is not abnormal as there are a lot of patients in the world.

9. [9. Provide enlightenment about breast cancer beyond own family]

Many second patients seek to enlighten not only close relatives but also acquaintances about breast cancer.

IV. Categories of second patients' coping with multiple people within blood relatives being diagnosed with breast cancer

Second patient's strategies for coping with breast cancer was gathered into 12 categories and 19 sub-categories (Table 3).

1. <A. Memory of proband's breast cancer as a shock>

Second patients often coped by remembering the proband's illness, which became a cautionary story.

2. <B. Expect to develop breast cancer because of proband>

Second patients expected to develop breast cancer based on the proband's breast cancer.

3. <C. Effort for early detection of breast cancer>

Many second patients coped by employing preventive

Table 2 Second patients' attitudes of breast cancer

[Category]	
Sub-category	case
[1. Encountering proband's breast cancer serves and warning about own breast cancer risk]	
1 I cannot forget the feeling of the proband's breast cancer lump when I touched it at the first time.	C, J
2 I was shocked when I saw the proband's surgical wound and chest without mammary tissue.	D
3 Because breast cancer might be genetic and I have proband in my family, I am determined that I will now have breast cancer.	G, K, O
[2. Assume no relationship between proband's breast cancer and personal risk]	
4 Although I understand there is proband in my family, I believe I will not have breast cancer because my family does not have hereditary cancer.	A, E, J
5 There is no relationship between me and breast cancer even if my relative has breast cancer.	A, N
[3. Proband's breast cancer enters own subconscious and raises instinctive suspicion over small breast abnormalities]	
6 I realized I had breast cancer intuitively, when I noticed small abnormal changes in my breast.	A, C, N, P
[4. Realizes that heredity influences breast cancer onset]	
7 Proband thinks that I inherited breast cancer from her and feels guilty for me.	D, F, G
8 The reason for my breast cancer is heredity.	B, I
9 There are two types: heredity test is beneficial for coping against breast cancer; heredity test is not beneficial and brings fear.	A, N
[5. Prognosis prediction and comparison of breast cancer based on the proband's illness]	
10 I am fearful that my destiny will be same as the proband's and my illness process will be like the proband's illness process.	E, I, L, P
11 I think that mine and the proband's disease process are the same because I and the proband share the same gene. But this thought is biased; our processes are different. Therefore, I must correct the bias.	A, N
[6. Proband rescued me, and she is irreplaceable]	
12 I am lucky that I detected breast cancer early due to proband's breast cancer.	D, F, G, O
13 I and proband share bonds because we experience sufferings of breast cancer together.	F, K, M, N, P
14 I have seen how proband faced breast cancer. Therefore, I am not too fearful of breast cancer.	B, C, D, G
15 I understand proband's suffering of breast cancer only after experiencing it myself.	I, N, P
[7. Worries about relatives who are at high risk of breast cancer]	
16 A healthy woman in my family has more serious anxiety than me because she has two patients (proband and me) in family although I have only proband.	E, F, H, P
17 I hope healthy women with hereditary risk in my family will practice preventive behavior.	B, C, D, E, F, G, O, P
18 It is difficult to know how to advise healthy women in my family.	A, B, C, D, H, J,
19 I was helped and I thank the non-relatives's solicitude and kindness.	B, L, P
[8. Deny uniqueness of the family with two members who are breast cancer patients]	
20 There are numerous breast cancer patients in the world. Two patients in my family tree is not a unique thing.	G, I, K, M, P
[9. Provide enlightenment about breast cancer beyond own family]	
21 Reports by mass media are significant for enlightenment on breast cancer and promote other person's empathy against patients.	A, B, D, I, M, N, O, P
22 I hope to enlighten not only my family but also the society because I am the second patient in my family.	G, I, M, N, O, P

behaviors. By expecting own breast cancer, the second patient acted to prevent its occurrence.

4. <D. I worry about onset of breast cancer, but I do not take any action>

Some second patients coped by not behaving (i.e., accepting it as inevitable). The second patient expects to develop breast cancer, and so does not act to prevent it.

5. <E. Disconnect from breast cancer>

Other second patients coped by disconnection. Although the second patient expects to develop breast cancer, she does not have the will to confront it, so she detaches herself from breast cancer,

even though she knows there is breast cancer into her family.

6. <F. Small abnormalities cause suspicion of breast cancer onset>

Some second patients cope by utilizing caution. Based on the proband's caution, when the second patient notices even small abnormalities, she believes these are signs of breast cancer.

7. <G. Accept breast cancer by heredity as destiny>

Other second patients cope by acceptance. The second patient accepts that breast cancer is her destiny by belonging to this family as it is hereditary. However, her understanding of heredity as being transmitted to the next generation is different from the precise medical definition of "heredity."

Table 3 Second patient's coping strategies

Category	Case
Sub-category	
〈A. Memory of proband's breast cancer as a shock〉	
a. I remember proband's breast cancer with high shock.	A, C, D
〈B. Expect to develop breast cancer because of proband〉	
b. Breast cancer is familial because of the example set by the proband, and I expect I will develop breast cancer.	H, I, K, O
〈C. Effort for early detection of breast cancer〉	
c. I practice self-exams and receive medical exams because of my relative's breast cancer.	D, K, L
〈D. I worry about onset of breast cancer, but I do not take any action〉	
d. I know breast cancer is hereditary, but a medical exam has been delayed because of my busy daily life.	H, I, K
〈E. Disconnect from breast cancer〉	
e. I have a relative with breast cancer, but I believe I will not develop breast cancer, so I forget about it in daily life.	A, E, F, N
〈F. Small abnormalities cause suspicion of breast cancer onset〉	
f. From memory of the proband's breast cancer, when I notice a small breast abnormality, I undoubtedly believe that it is breast cancer.	A, C, D, G, K, P
〈G. Accept breast cancer by heredity as destiny〉	
g. I realize that my breast cancer is hereditary, so I will inherit the disease.	B, I
〈H. Superimpose own and proband's experience〉	
h. Because of the same blood line, I superimpose my illness process and proband's illness process.	E, P
〈I. Appreciation for the proband and empathizing with them〉	
i. I appreciate proband's comfortable attitude and share experiences of breast cancer with her.	M, N, O
j. Due to warnings from the proband, they found breast cancer early and started treatment early.	D, F, G, O, P
k. I regret not to have noticed proband's suffering.	I, P
〈J. Encouraging prevention according to each healthy relative's condition〉	
l. I gave advice to a young close relative against breast cancer. The reason is that my family tree has a risk of heredity because there are 2 breast cancer patients in my family.	C, D, F, M, O
m. Because I hope my close young relatives have knowledge of and prevent breast cancer, I showed my surgical wound to them.	E, D, P
n. I explained my illness to close relatives. But after that, I checked that they do not fear breast cancer and watch over their lives.	A, C, H, D
o. I approach close relatives to promote the prevention of breast cancer, and I think about how to approach according to each relative's characteristics; for example, their personality and age.	A, B
p. I help close relatives cope with breast cancer and to find it early for oneself because we have two patients in the family.	E, F, H, P
〈K. Hesitate and choose to receive genetic testing〉	
q. I was influenced by the report of an actress with heredity cancer and decided to undergo heredity testing to cope with heredity breast cancer.	N
r. I did not undergo heredity testing because I feared knowing the result of high risk.	A, H
〈L. My persuasive enlightenment as a second patient in my family〉	
s. My advice is persuasiveness because I am the second patient in my family.	C, F, G, M, N

8. 〈H. Superimpose own and proband's experience〉

Second patients also coped by comparing themselves to the proband. Second patients know about the proband's illness and expect their illness to resemble that of the proband.

9. 〈I. Appreciation for the proband and empathizing with the proband〉

Some second patients coped by appreciating, empathizing, and sharing. Second patients appreciated the proband as she facilitated early detection of breast cancer. The second patient and proband share suffering and empathize with each other. If

the proband had died already, the message left tightened the bond.

10. 〈J. Encouraging prevention according to each healthy relative's condition〉

Many second patients coped by protecting blood relatives.

There is no uniform method for prevention of breast cancer, so the second patient uses a trial and error approach depending on each blood relatives' personality.

11. 〈K. Hesitate and choose to receive genetic testing〉

Some second patients coped by decision-making. Second

patients recognize that female relatives are also at risk and weigh the merits and demerits of clarifying whether the family harbors a breast cancer risk gene. The second patient often worries and hesitates before deciding.

12. ⟨L. My persuasive enlightenment as a second patient in my family⟩

Second patients also coped by enlightenment. The second patient spreads her concern from her own family to other people. As the second patient has unique experience, she can

be persuasive.

V. Synthesis of attitude and coping categories, and outlining the second patients' coping process against familial breast cancer

9 of [category of attitude] and 12 of <category of coping> were associated according to the point-of-view about process analysis, the second patients' coping process was illustrated by the diagram (See Fig.1). This analysis yielded five core

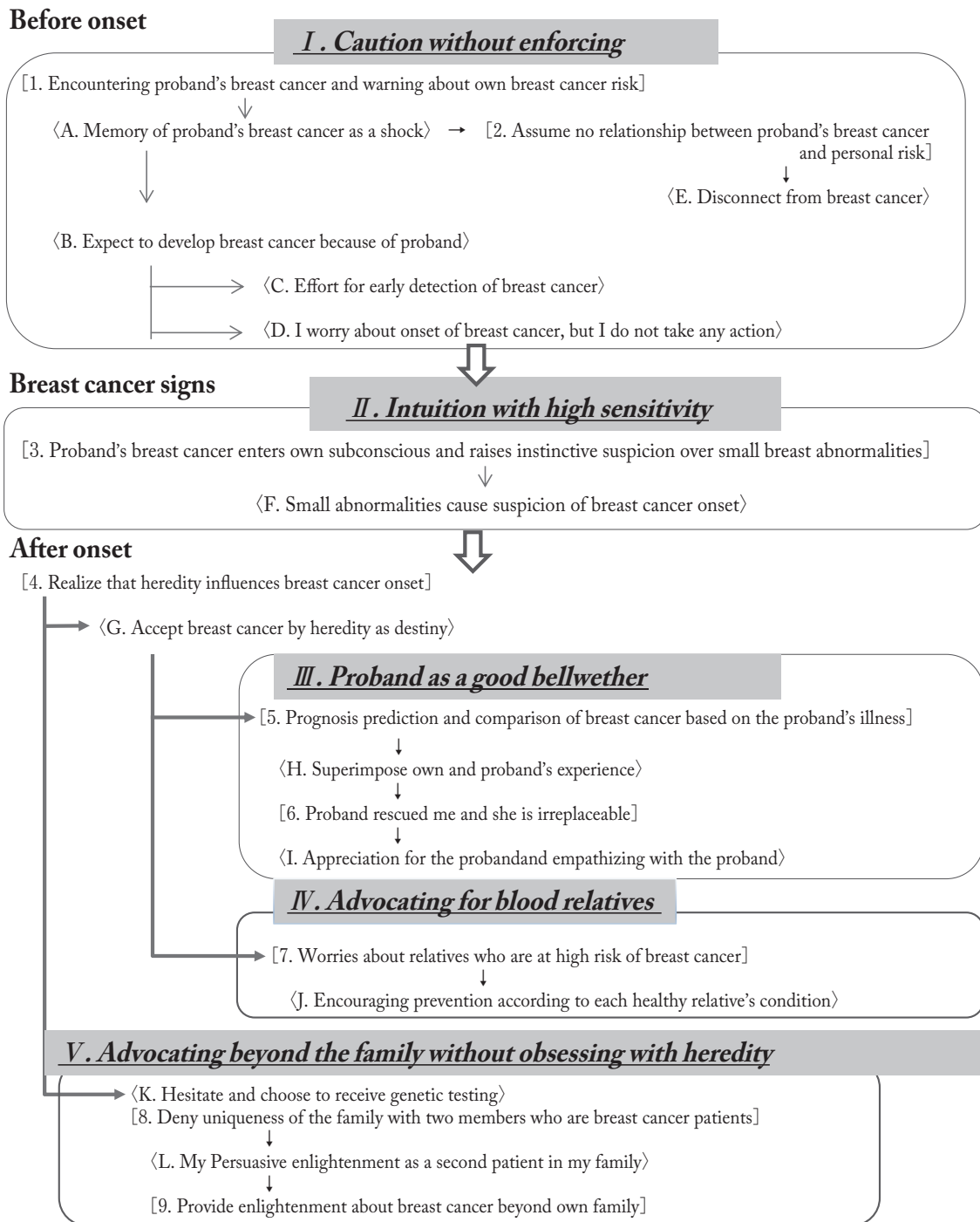


Fig.1 Synthesis of attitude and coping categories, and outlining second patients' coping process against familial breast cancer

categories; I. Caution without enforcing, II. Intuition with high sensitivity, III. Proband as a good bellwether, IV. Advocating for blood relatives, and V. Advocating beyond the family without obsessing with heredity. We show the story lines below.

1. Before onset: I. *Caution without enforcing*

The second patient stating [1. Encountering proband's breast cancer and warning about own breast cancer risk] has <A. Memorized the proband's breast cancer as a shock>.

Second patients who have <A. Memorized proband's breast cancer as a shock>, may also [2. Assume no relationship between proband's breast cancer and my risk] and <E. Disconnect from breast cancer> in daily life.

On the other hand, second patients who <B. Expect to develop breast cancer because of proband> were divided into two patterns: <C. Effort for early detection of breast cancer> and <D. I worry about onset of breast cancer, but I do not take any action>.

2. Appearing at first signs of breast cancer: II. *Intuition with high sensitivity*

When the second patient notices signs, [3. Proband's breast cancer enters own subconscious and raises instinctive suspicion over small breast abnormalities], and she <F. Small abnormalities cause suspicion of breast cancer onset>.

3. After onset (1): III. *Proband as a good bellwether*

After developing breast cancer, the second patient [4. Realizes that heredity influences breast cancer onset] and <G. Accepts breast cancer by heredity as destiny>. She also thinks that [5. Prognosis prediction and comparison of breast cancer based on the proband's illness], and <H. Superimposes own and proband's experience>, so she expects and copes with difficulties of treatment and symptoms. As the proband provided useful information and understanding, and facilitated early detection, the second patient thinks that the [6. Proband has rescued me, and she is irreplaceable] and she has an <I. Appreciation for the proband and empathizes with the proband>.

4. After onset (2): IV. *Advocating for blood relatives*

The second patient, who [4. Realizes that heredity influences breast cancer onset] and <G. accepts breast cancer by heredity as destiny>, then [7. Worries about relatives who are at high risk of breast cancer] because risk is heightened by the appearance of two patients in one family. She thus tries to prevent breast cancer in her blood relatives by <J. Encouraging prevention according to

each healthy relative's condition>.

5. After onset (3): V. *Advocating beyond the family without obsessing with heredity*

Second patients who [4. Realize that heredity influences breast cancer onset] waver over whether to have genetic testing <K. Hesitate and choose to receive genetic testing>, because she worries that knowing will negatively impact younger blood relatives. Although she [4. Realizes that heredity influences breast cancer onset], she [8. Deny uniqueness of the family with two members who are breast cancer patients] and disregards or ignores whether or not her family has hereditary breast cancer.

On the other hand, she continues <L. My Persuasive enlightenment as a second patient in my family>, and her actions are spread [9. Provide enlightenment about breast cancer beyond own family], and she becomes an advocate to all women.

Discussion

Coping process against familial breast cancer by a second patient within blood relatives is explained by five core categories: I. *Caution without enforcing*, II. *Intuition with high sensitivity*, III. *Proband as a good bellwether*, IV. *Advocating for blood relatives*, and V. *Advocating beyond the family without obsessing with heredity*. In this section, we discuss 1) characteristic experiences of the second patient (See Fig.2), 2) nursing strategies to enhance the coping ability in the consanguineous family through the second patient's support, and 3) limitations of the study.

I. Characteristic experiences of the second patients

1. Forgetting breast cancer in health, working intuition for coping at contingency

The core category before onset was I. *Caution without enforcing*. In other words, although the second patient accepted the proband's breast cancer with impact and recognized this event as an indication for "caution," only some actively coped through behavior promoting early detection, while others denied the relation between the proband cancer and their risk, or regarded cancer/health as inevitable regardless of actions. On the other hand, when the second patient saw potential signs of breast cancer, it retrieved memories of touching or seeing the proband's cancer. The second patient thus understands having cancer by intuition, and seeks diagnosis as soon as possible (II. *Intuition with high sensitivity*).

Why do some second patients not make the connection between caution and preventive action? Japan has been

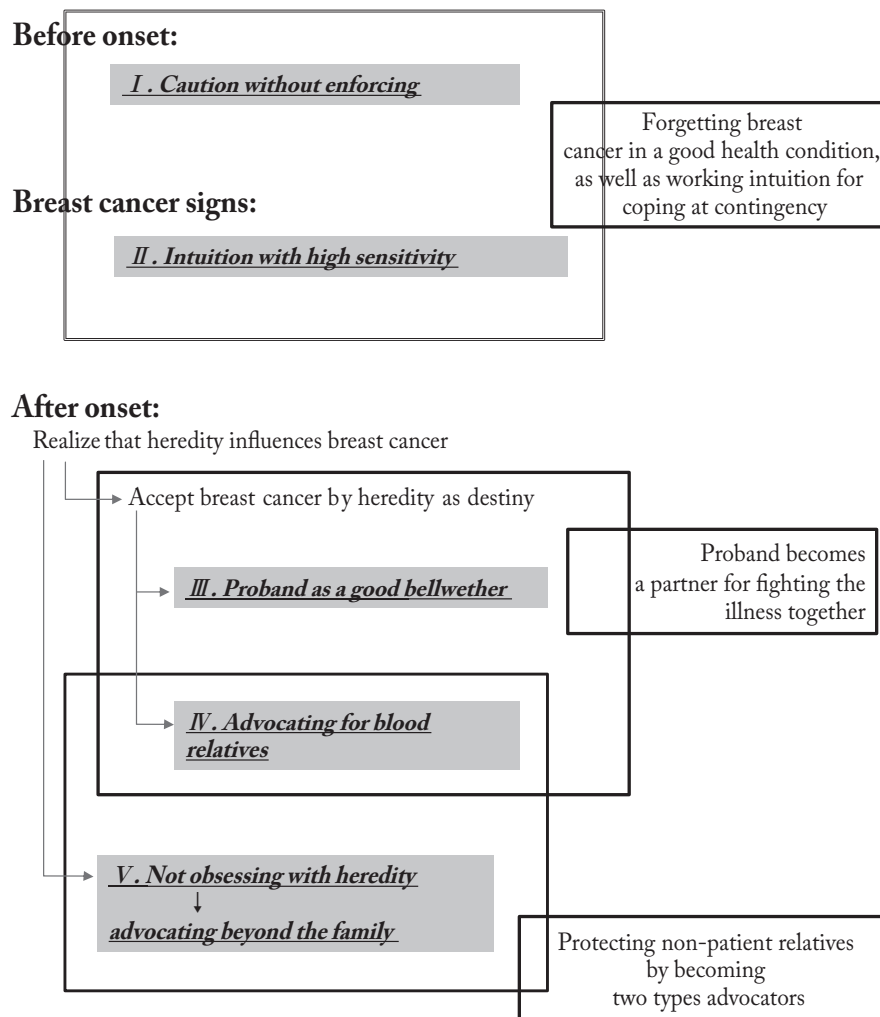


Fig.2 Characteristics of Second Patients' coping process against familial breast cancer

experiencing several megathrust earthquakes since ancient times. Although citizens understand that mega-earthquake will occur, we do not think about them in daily life. But if one does occur, we are able to cope as individuals and institutions (local and central governments).

Non-patients in families with at least two breast cancer patients also understand that they are at high risk, and can cope with a personal diagnosis. However, continuing to practice preventive behavior forces the second patient to confront the reality that they are in a high-risk family as well as the other negative aspects of cancer. This situation may cause suffering in non-patients because like an earthquake, breast cancer may or may not occur, and if it occurs, it may be next year or 30 years in the future. In addition, non-patients have expectations or plans such as falling in love, marriage, and having children. Despite the real possibility of breast cancer, making future decisions on the assumption of developing breast cancer will interfere with having a fulfilling life.

Neise et al., (2001) found that increased risk perception had negative effects on participation in recommended breast cancer screening, and our study provides a plausible explanation. Thus, appropriate care for non-patients should not stress excessive caution and stoke anxiety, but rather should increase sensitivity to enhance natural suspicion and the ability to cope with breast cancer as soon as abnormalities are noticed.

2. Proband becomes a partner for fighting the illness together

After disease onset, two of three core categories are *III. Proband as a good bellwether* and *IV. Advocating for blood relatives*. Based on the example of the proband, the second patient may achieve early detection and receive useful information from the proband. Further, the second patient and proband may provide mutual support to each other and may together try to protect the other healthy females within blood relatives from breast cancer. Therefore, the proband is a pioneer and bellwether for the

second patient.

A diagnosis of idiopathic breast cancer has a strong impact, as the patient will experience anxiety and uncertainly compounded by lack of knowledge about breast cancer (“the previously invisible”) (Mehrabi et al., 2016). Indeed, the idiopathic breast cancer patient is usually the first patient in her family, and she does not have a role model. Therefore, she feels fearful and helpless stepping into an unknown world. On the other hand, the second patient has such a role model in the proband. The proband provides an example of the disease process and the associated suffering and worry that must be overcome. If the proband survives without recurrence, the second patient will tend to think positively regarding their own chances of survival. By adopting the proband as bellwether, the second patient is receiving guidance and direction.

Second, our data showed that the second patient superimposes their own illness on that of the proband's. The proband's illness influences attitude by the second patient. Familial and hereditary breast cancer are characterized by earlier onset and high aggression, so the second patient sees the suffering and possible death of the proband, which may be an additional source of trauma. Research on healthy women with a family history of breast cancer or having high risk of heredity has revealed maternal absence distress (Johnson & Pascal, 2016) and grief over actual and potential familial loss (Underhill et al., 2012) as major traumas.

On the contrary, our results did not show suffering and trauma from proband's dying and death in spite of 6 of 16 participants experiencing the proband's death and some of these participants reporting that “maybe I will die.” The reasons provided by our participants were “proband was too late, but I can find it early,” “when (the proband) died, she did not show her suffering to the second patient intentionally,” or “I do not remember proband's death, because my concern was low before my breast cancer.” In other words, some of our participants were not aware of the proband's true suffering. Therefore, although second patients probably suffered because of the proband's death before completing the process of grief, but our study cannot explain them and we cannot arrive at a theoretical saturation against the point. Although the proband's illness and death may be traumatic to the second patient, she may also draw strength by regarding the proband as a bellwether and pioneer. Moreover, the bellwether's coping strategies and knowledge can accumulate among family members, and multiple patients within the family can cooperate. To become good bellwethers, the first and second patient must have some positive experiences. Therefore, medical staff should

be aware of non-patients within the family and provide care that minimizes the trauma to these healthy relatives.

3. Protecting non-patient relatives by becoming two types of advocates

After disease onset, many second patients started *IV. Advocating for blood relatives* and (or) *V. Advocating beyond the family without obsessing with heredity*.

The first form of advocacy involves accepting breast cancer as destiny by heredity. In this case, the patient copes by attempting to protect non-patient relatives (who are at statistically higher risk than the second patient was before diagnosis) using a flexible strategy for promoting prevention according to each relative's age and personality. The coping strategy aims to decrease non-patient relatives' fear against breast cancer and to prevent negative influence of the disease on life events, such as falling in love, marriage, and raising children.

This strategy is similar to *I. Caution without enforcement* and *II. Intuition with high sensitivity*, as explained by the earthquake analogy (Discussion Section 1). Before onset, the second patient accepted the proband's cancer with impact, but did not continue to think often about breast cancer. At the first sign of breast cancer, however, her intuition compels her to seek treatment as soon as possible. Both protecting non-patients and coping with the proband's cancer can minimize negative influences on non-patient relatives and help them prepare for a crisis. This attitude of forgetting breast cancer and enjoying life in health but “preparing for war” if cancer appears may be handed down from the proband and second patient to subsequent generations to facilitate coping with crisis while still allowing for a meaningful life.

The second patient was often hesitant to have a genetic test, and denied the singularity of the family despite two breast cancer patients. To cope, the second patient would become an advocate beyond her own family to enlighten other women about breast cancer. A positive genetic test means that the family must confront the fact that it harbors a breast cancer risk gene. Denying the influence of heredity and the uniqueness of the family as high risk are ways of avoiding and overcoming by generalization. By informing other women beyond the immediate family, the second patient can still enlighten and protect non-patient relatives without perceiving them as high risk or passing on this fear of risk to these relatives.

If heredity is clarified, non-patient relatives may let the fear of breast cancer interfere with their life aims. Nonetheless, they must be prepared for crisis because breast cancer risk is high. To resolve this conflict, the second patient may avoid clarifying

whether the family harbors a breast cancer risk gene and attempt to enlighten all non-patients regardless of blood relation. This is a positive, constructive, and realistic coping strategy for a high-risk family and is in accord with a previous study on the decision-making of healthy women testing positive for a BRCA mutation. They want to be logical and reduce their cancer risk, but emotions often complicate their decision-making due to the emotional desires of motherhood (Dean, 2017). Clarifying heredity risk will force her to incorporate the possibility of breast cancer into her life plans. Therefore, certainty over gene risk may influence not only the woman but also her husband, parents, and children, as if she develops cancer and dies during child rearing her family will suffer (Kondo & Sato, 2011; Kondo & Sato, 2007). If she decides not to get married and not to bear any children to avoid the sufferings of her children and husband due to her breast cancer and possible death, there is an increased possibility of the breakdown of the consanguineous family and cutting off of the family line.

In Japan, genetic testing is not as popular as in the USA (Sugano et al., 2008), likely because patients think this knowledge may have negative impacts on healthy relatives. Other possible reasons are that 1) breast cancer risk is also influenced by environmental and lifestyle factors such as diet, breast-feeding, and childbirth, 2) Japanese women may prefer the uncertainty to facing the reality of increased breast cancer risk, 3) genetic testing does not completely exclude the possibility of familial breast cancer because the family may harbor genetic factors not yet associated with breast cancer risk, and 4) the scarcity of testing sites and genetic counselors in Japan.

Given the coping strategies demonstrated by second patients who do not wish certainty regarding genetic risk (Discussion Section 1), we do not support medical staff pressuring patients to submit to genetic testing. Rather, medical staff should support the patient's decision and start considering the needs of the entire family (including healthy female relatives) when the possibility of familial breast cancer is increasing, whether or not they seek genetic testing. Support after obtaining positive results is outside the scope of this study but warrants additional investigation.

As mentioned, the second patient often attempts to minimize the negative impact on non-patient relatives by either advocating specifically (encouraging regular examination, etc.) or to all women (beyond the family). Medical staff should support these efforts and also support non-patient relatives directly and through the second patient whether or not the second patient is willing to undergo genetic testing for familial/hereditary breast cancer.

II. Nursing strategies to enhance adaptation in a consanguineous family and to prevent cutting off of the family line through support of the second patient

The second patients' coping strategies should be spread among the entire consanguineous family to reduce the anxiety of non-patients and minimize negative impacts on life decisions while still preparing against crises (breast cancer). In this way, coping strategies of the proband (bellwether) and second patient are accumulated among family members. For these coping strategies to work for the family, it is critical to support the second patient, as she is the initial indicator of elevated genetic risk. Therefore, suitable support for second patients is support for the entire family at increased risk of familial breast cancer. We list specific recommendations for improving nursing as follows (See Table 4).

III. Limitations and future research projects

In this study, we did not select second patients with recurrence, metastasis, or terminal breast cancer to eliminate the influences of these burdens and focus on attitude and coping strategies. The second patients also had mixed experiences regarding the proband, who passed away in six cases. However, none of the 16 participants experienced severe trauma from the proband's death. Third, only one second patient had bilateral breast cancer. Fourth, we did not focus on breast cancer patients who had received clarification by genetic testing; rather, the focus was on patients and families with possible increased risk of familial breast cancer. Fifth, the participants of the study were Japanese outpatients in two Japanese hospitals.

Thus, although our result can explain the coping processes of second patients who were in good condition and did not feel trauma as a result of the first family member's death, they cannot explain these strategies in families with clarity regarding hereditary breast cancer, a high probability of hereditary breast cancer, early onset cancer, or frequent metachronous breast cancer. Conversely, our results cannot sufficiently explain patients who determine hereditary breast cancer by genetic test, and family tree contained young adult patients and bilateral breast cancer patients and multi-organ multiple cancer. In addition, when researchers from other countries apply our results, they should consider how to take account of different nationalities, races, medical systems, and cultural backgrounds and should decide accordingly their applicability.

Further research must address the following issues. 1) We must examine how these strategies are disseminated among

Table 4 Nursing strategies to enhance adaptation as consanguineous family

1) Provide good palliative care for proband and second patient, because their sufferings will increase non-patient relatives's fear against cancer.	• Support proband's and second patient's decision making with no regret. • Gather information on the mental condition of non-patient relatives. If proband or second patient dies, provide them with grief care. • If proband or second patient has young or have children, get to ask oncology clinical nursing specialists, and to educate general nurses about the suffering of cancer patients with children (Kondo & Sato, 2011), the suffering of her a cancer patient's husband (Kondo & Soto, 2007), and grief care for children who have lost their mother (Forrest et al., 2006)
2) Explain the significance of articulating and expressing in words these experiences to allow the non-patient relatives to inherit the bellwether's and second patient's coping strategies.	• Explain non-patient relatives about proband's and second patient's a path to cope with the illness. Through their example, suggest that non-patient relatives should recognize the negative as well as the hopeful aspects of their illness. • Support communicating the proband's and second patient's coping strategy, because in certain cases, the proband and second patient cannot precisely define their coping strategy or gauge its effectiveness. • Explain the importance of passing on these coping strategies to healthy relatives and the significance of accumulating these coping strategies within the consanguineous family for future generations.
3) Support second patients for becoming two types of advocates.	• If the second patient cannot decide whether they should undergo genetic testing, this should be taken as another means to protect non-patient relatives from stress and anxiety. • If the second patient wants to enlighten women beyond her consanguineous family, she should be provided the necessary medical information. • Gather information about awareness activity for non-patient relatives, and consult the second patient how to communicate and conduct awareness activity without fear and stress.
4) Start actively supporting non-patient relatives regardless of whether the second patient selects genetic testing.	• Explain to general nurses the significance of screening high-risk families against familial breast cancer. • Explain to them the importance of constructing a family line. However, also explain the importance of protecting the patients' privacy and stress that patients may not want to answer certain questions or share some information with others in the family. • Explain to general nurses that familial breast cancer should be suspected when a second patient in the consanguineous family is diagnosed with breast cancer. Patients as well as non-patient relatives should be supported. • Explain that bilateral cancer or both breast cancer is a sign of familial breast cancer; therefore, the nurse should gather information about non-patient relatives. When gathering information, the nurse should listen with empathy, and pay attention to his/her own attitude so the proband's fear does not increase.
5) Minimize negative influence in the life events and important decision-making situations of non-patient relatives.	• Provide information and care without causing anxiety in non-patients. • Gather information from the second patient about whether specific information may negatively impact the lives and decisions of non-patient relatives regarding marriage and family. • Support the second patient in her efforts to reduce these negative impacts on her female relatives. • If the second patient worries that non-patients might not take preventive actions against breast cancer, explain the difficulty of maintaining caution in daily life and the significance of working intuition when small breast abnormalities are noticed. In addition, explain to second patients the significance of narrowing down and providing non-patients with the essential information to promote working intuition as a measure to seek timely treatment. • Our methods of support to non-patients should consider age and personality.
6) Support the decision of the second patient with respect to genetic testing.	• Consider whether genetic testing is in the family's best interests and provide advice according to the wishes of the second patient. • If the second patient cannot decide, advise that proband or second patient should discuss this issue with the consanguineous family considering both positive and negative impacts on specific family members. If a family member wants to talk to medical staff, listen and provide counseling to deepen and organize her thinking. • Perform careful assessment of family history, current medical history of the proband and second patient (for example, bilateral breast cancer or other type of cancer), the proband's prognosis, malignance level, age of onset, etc. This allows prediction of familial breast cancer without genetic testing. • This study alone is insufficient to provide decision-making support for genetic testing, so care after a positive result should consider the best research evidence (Dean & Rauscher, 2017; Scherr et al., 2016; Maheu, 2009; Cabrera et al., 2010) and involve trained genetic counselors.

family members. While their statements suggested that these coping strategies will be inherited from former patient to subsequent patient, we did not directly examine inherited coping strategies among healthy relatives or subsequent (third) patients. We will conduct additional interviews of the proband as well as third and later patients to clarify how these strategies are passed on to the next generation. 2) We must also describe unique coping strategies of third and later patients in families as these patients are at even greater risk. 3) We need to examine how the proband's death impacted the second and subsequent patients as continued grief counseling may be required. Indeed, the second or third patients may have poor prognosis. 4) We need to study ways to support families with positive results. 5) Finally, we need to conduct an interventional study to confirm whether the nursing methods suggested by these results can actually improve coping strategies among family members with possible familial breast cancer.

Conclusion

The central goal of the project is to provide coping strategies for a consanguineous family to cope with familial breast cancer so that they can compensate for the disadvantages associated with familial breast cancer and can develop the discontinuation of the family line. Although our target for support is a consanguineous family, as a first step, we focused on second patients within blood relatives. Because the reasons are the emergence of these cases increases the possibility of the disease being familial breast cancer, and the second patient within blood relatives to be diagnosed with breast cancer is thus the key

person from whom the consanguineous family can assimilate coping strategies against family breast cancer.

Coping process against increased risk of familial breast cancer by second patients within blood relatives are explained as five core categories; Caution without enforcement, (before onset), Intuition with high sensitivity (at signs of breast cancer), Proband as a good bellwether, Advocating for blood relatives, and, Advocating beyond the family without obsessing with heredity (after onset). The second patients characteristically protect non-patients by cooperating with the proband and by becoming two types of advocates. Based on these results, we suggest that consanguineous families may benefit by accumulating coping strategies that prepare for crisis while minimizing non-patient's fear and negative impacts on future life decisions (such as marriage and having children).

Research on support for families with heritable breast cancer is just beginning. Focusing on the second patient, whose breast cancer increases the possibility of familial breast cancer, may reveal novel strategies for improved treatment of both patients and healthy high-risk family members.

CONFLICTS of INTEREST

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

AUTHOR CONTRIBUTION

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

要 旨

目的：家系で2人目の乳がん患者は、適応力を高め家系の存続を図る中核となる。本研究では、家系で2人目の患者の家族性乳がんへの対処過程を明らかにし家系を守る支援を検討する。

方法：対象者16名に半構造化面接を行い、質的帰納的に分析した。

結果：発端者の闘病を目の当たりにした2人目患者は、乳がん発症前には強制力を伴わない警告と捉え深刻さを和らげる一方、発症時には感度の高い直観が働き迅速な受診行動をとった。発症後は、発端者ががん適応の良き導き手となると共に、発症リスクの高い未発症者を守る血族アドボケートとなり、さらには遺伝性にとらわれず家系を越えた啓発者となった。

考察：家族性乳がんの家系を守る支援は、未発症者の危機への備えを怠ることなく平時の不安を和らげ、女性のライフイベントへの悪影響を最小限にし、発端者と2人目発症者が獲得した対処方法を家系の知恵として蓄積、共有することが示唆された。

Abstract

Purpose: When the second patient is diagnosed with breast cancer, there is a high possibility that the disease is familial, and her ability to cope with the disease is essential for the family to adapt to the presence of familial breast cancer. This study aimed to understand the coping process of the second patient within blood relatives who has been diagnosed with familial breast cancer to identify effective nursing strategies.

Method: Data were gathered using semi-structured interviews based on an interview guide and analyzed using qualitative and inductive research methods.

Result: Sixteen patients were enrolled (age range: 40-72 years). Core categories were Caution without enforcement (before onset), Intuition with high sensitivity (at first breast cancer signs), Proband as a good bellwether, Advocating for blood relatives, and Advocating beyond the family without obsessing with heredity (all after diagnosis).

Discussion: Nursing strategies to enhance adaptation to familial breast cancer in a consanguineous family are 1) to reduce the anxiety of non-patients and to minimize the negative impacts on life decisions while still preparing against crises (breast cancer) and 2) to accumulate the coping strategies of the bellwethers among the consanguineous family.

References

- AstraZeneca., (2019). Lynparza Tablets pharmaceutical package insert. *Medi Channel*. <http://med.astrazeneca.co.jp/product/LYN.html>. (accessed 2019 December 10)
- Cabrera, E., Blanco, I., Yagüe, C., Zabalegui, A., (2010). The impact of genetic counseling on knowledge and emotional responses in Spanish population with family history of breast cancer. *Patient Education and Counseling*. 78, 382-388. doi:10.1016/j.pec.2009.10.032. (accessed 2019 May 16)
- Cambridge Dictionary, (2019). *Cambridge University Press 2019*. <https://dictionary.cambridge.org/ja/dictionary/english/> (accessed 2019 May 16)
- Chalmers, K., Marles, S., Tataryn, D., Scott-Findlay, S., Serfas, K., (2003). Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*. 12, 81-90. doi:10.1046/j.1365-2354.2003.00330.x. (accessed 2019 May 16)
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, (2001). Familial Breast Cancer: Collaborative Reanalysis of Individual Data From 52 Epidemiological Studies Including 58,209 Women With Breast Cancer and 101,986 Women Without the Disease. *Lancet*. 358 (9291), 1389-1399. doi:10.1016/S0140-6736(01)06524-2. (accessed 2019 December 10)
- Dean, M., Rauscher, E.A., (2017). It was an emotional baby: Previvors' family planning decision-making styles about hereditary breast and ovarian cancer risk. *Journal of Genetic Counseling*. 26, 1301-1313. doi:10.1007/s10897-017-0069-8. (accessed 2019 May 16)
- Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., Stein, A., (2006). Breast cancer in the family--children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: qualitative study. *BMJ*. 332, 998-1003. doi:10.1136/bmj.38793.567801.AE. (accessed 2019 May 16)
- Hartman, S.J., Dunsiger, S.I., Marinac, C.R., Marcus, B.H., Rosen, R.K., Gans, K.M., (2015). Internet-based physical activity intervention for women with a family history of breast cancer. *Health Psychology*. 34S, 1296-1304. doi:10.1037/hea0000307. (accessed 2019 May 16)
- Johnson, N., Pascal, J., (2016). Relational distressed and maternal absence: Young women's lived experience of familial breast cancer. *Illness, Crisis & Loss*. 26, 200-222. doi:10.1177/0271054137316659419. (accessed 2019 May 16)
- Kondo, M., Sato, R., (2007). Sufferings of middle-aged men with minor children who have lost their spouses to cancer. *Journal of Chiba Academy of Nursing Science*. 13, 94-101.
- Kondo, M., Sato, R., (2011). The sense of defeat felt by middle-aged dying mothers with cancer. *Japanese Journal of Clinical Thanatology*. 16, 90-101.
- Lancaster, D.R., (2005). Coping with appraised breast cancer risk among women with family histories of breast cancer. *Research in Nursing & Health*. 28, 144-158. doi:10.1002/nur.20066. (accessed 2019 May 16)
- Maheu, C., (2009). Implications of living with a strong family history of breast cancer. *Canadian Journal of Nursing Research*. 41: 100-112.
- Martin, W., Degner, L., (2006). Perception of risk and surveillance practices for women with a family history of breast cancer. *Cancer Nursing*. 29, 227-235.
- Mehrabi, E., Hajian, S., Simbar, M., Hoshyari, M., Zayeri, F., (2016). The lived experience of Iranian women confronting breast cancer diagnosis. *Journal of Caring Sciences*. 5, 43-55. doi:10.15171/jcs.2016.005. (accessed 2019 May 16)
- Metcalfe, K.A., Quan, M.L., Eisen, A., Cil, T., Sun, P., Narod, S.A., (2013). The impact of having a sister diagnosed with breast cancer on cancer-related distress and breast cancer risk perception. *Cancer*. 119, 1722-1728. doi:10.1002/cncr.27924. (accessed 2019 May 16)
- Nakamura, S., (2012). Historical background and further issues, In Nakamura, S. (Ed.), *Basic and clinical knowledge hereditary breast cancer and ovarian cancer*. (pp.3-7), Tokyo: Shinohara publishing.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, (2019). BRCA1/2 Testing Criteria. *Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian*. Retrieved from https://www2.trikobe.org/nccn/guideline/gynecological/english/genetic_familial.pdf (accessed 2019 December 10)
- Neise, C., Rauchfuss, M., Paepke, S., Beier, K., Lichtenegger, W., (2001). Risk perception and psychological strain in women with a family history of breast cancer. *Onkologie*. 24, 470-475. doi:10.1159/000055128. (accessed 2019 May 16)
- Nomizu, T., (1996). Clinic of familial breast cancer, In Nomizu, T., & Tsuchiya, A. (Eds.), *Familial breast cancer*. (pp.7-16). Tokyo: Shinohara-publishing.
- Ochi, T., Yamauchi, H., (2017). Hereditary breast cancer. *The journal of adult diseases*. 47(7), 855-860.
- Ohno, S., (2013). Juvenile breast cancer. *Ministry of Health, Labor and Welfare, Support program of survivorship for juvenile breast cancer patient*, Retrieved from <http://www.jakunen.com/index.html/> (accessed 2019 May 16)
- Phillips, J., Cohen, M.Z., (2011). The meaning of breast cancer risk for

- African American women. *Journal of Nursing Scholarship*. 43, 239-247. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01399.x. (accessed 2019 May 16)
- Scherr, C.L., Christie, J., Vadaparampil, S.T., (2016). Breast cancer survivors' knowledge of hereditary breast and ovarian cancer following genetic counseling: An exploration of general and survivor-specific knowledge items. *Public Health Genomics*. 19, 1-10. doi:10.1159/000439162. (accessed 2019 May 16)
- Sugano, K., Nakamura, S., Ando, J., Takayama, S., Kamata, H., Sekiguchi, I., Ubukata, M., Kodama, T., Arai, M., Kasumi, F., Hirai, Y., Ikeda, T., Jinno, H., Kitajima, M., Aoki, D., Hirasawa, A., Takeda, Y., Yazaki, K., Fukutomi, T., Kinoshita, T., Tsunematsu, R., Yoshida, T., Izumi, M., Umezawa, S., Yagata, H., Komatsu, H., Arimori, N., Matoba, N., Gondo, N., Yokoyama, S., Miki, Y., (2008). Cross-sectional analysis of germline BRCA1 and BRCA2 mutations in Japanese patients suspected to have hereditary breast/ovarian cancer. *Cancer Science*. 99, 1967-1976. doi:10.1111/j.1349-7006.2008.00944.x. (accessed 2019 May 16)
- Underhill, M.L., Lally, R.M., Kiviniemi, M.T., Murekeyisoni, C., Dickerson, S.S., (2012). Living my family's story: Identifying the lived experience in healthy women at risk for hereditary breast cancer. *Cancer Nursing*. 35, 493-504. doi:10.1097/NCC.0b013e31824530fa. (accessed 2019 May 16)

〔2019年 8 月26日受 付〕
〔2020年 2 月26日採用決定〕

— 原 著 —

療育教室に通う子どもの成長を時間のことばで語る

—『等価な時間』というポリフォニー—

Narrating about the Growth of Children with Developmental Challenges in Time as Language:

Polyphony as “Equivalency of time”

山 本 真 実¹⁾ 浅 野 みどり²⁾ 野 村 直 樹³⁾
 Mami Yamamoto Midori Asano Naoki Nomura

キーワード：多声性，時間の言葉，対話，成長，コミュニケーション

Key Words：Polyphony, Time as Language, Dialogue, Growth, Communication

緒 言

本稿では，時間を広い意味での言語として見ていく立場から，療育教室に通う子どもの母親が語る我が子の成長を，時間のことばとして記述することによって，子どもの成長をナラティブとして理解することを試みる。筆者らは，療育教室に通う子どもの母親が，子どもを理解するための親子としての考え方を見つけ，子どもの見方を変えるしなやかさを身につけていくことを報告した（山本・浅野，2018）。本稿では，子どもの成長を理解することに焦点をあて，母親が，対話においてしなやかに子どもの見方を変えるために，どのような親子としての考え方を身につけていくのかを検討する。

療育教室は，成長発達上の課題をもつ就園前の子どもとその親が参加する教室である。この教室では，親子で行う活動を通して，親が子どもを理解することを助け，子どもの育ちと親の子育てを支えることを目指している。コミュニケーションの困難さをもつ子どもの親が，我が子を理解することについては，発達障がいや自閉症スペクトラムといった視点から報告されてきた。母親は，葛藤を抱えながら，その子にあった子育てを見つけ，育児の姿勢や母親としてのあり方を柔軟に変化させ（今西，2013；柳楽・吉田・内山，2004；Safe, Joosten, & Molineux, 2012；渡邊，2014；山本・門間・加藤，2010），自閉症であることの意味を見出すコーピングストラテジーを身につけていく（Marshall & Long, 2010）。母親は，子育てにおいて，子どもや子育ての見方を変える機会に出会い，見方を柔軟に変えるための考え方を学んでいく。

コミュニケーションの困難さを抱える子どもが療育教室

に参加する経緯としては，多くの場合，1歳6か月児健康診査などにて，ことばの発達の遅れ，やりとりの不自然さ，気持ちを共有する難しさ，落ち着きのなさ等があるとされ，手厚い支援が必要となり，健診事後教室などを経て療育教室に参加となる。つまり療育教室に通うという出来事は，それ自体が子どもの成長発達に何かしらの課題があるというメッセージをもつ。母親は，子育てへの期待や願望と，我が子の育ちの現実との間にギャップを感じざるをえなくなる（渡邊，2014）と報告されるように，療育教室に参加する母親達は，我が子の成長について考えることを迫られている。我が子の成長をどのように理解するかは，療育教室に参加する母親達にとって切実な問題である。

療育教室にて子どもの成長が語られるとき，しばしば時間のことばが用いられる。子どもの成長自体が，量的・質的な充実に向かう一連の変化であり，時間概念を内包するため，時の刻み方に意識を向けて成長が語られることは自然なことである。療育教室における対話では，子どもの成長は，ひとつの時間のことばではなく，刻み方の違いからくる多様な時間のことばで語られている。成長を語る時間のことばに注目し，子どもの成長がどのような刻み方の時間のことばで語られ，時間のことば同士がどのように関わり合うのかを記述することで，対話を通じた成長の見方や見方の変化に関わる考え方，つまり成長の理解の仕方を明らかにできる。対話における変化として成長を見ることは，個人ではなく相互作用という関係性を単位（ユニット）として子どもの成長を考えることであり，ナラティブ（双方向の語り）として子どもの成長を理解することである。

本稿の目的は，療育教室に参加する子どもの母親が語る時間のことばを記述し，母親が，周囲の人々との対話を通

1) 浜松医科大学医学部看護学科 Hamamatsu University School of Medicine, Faculty of Nursing

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

3) 名古屋市立大学大学院人間文化研究科 Nagoya City University Graduate School of Humanities and Social Sciences

して学ぶ子どもの成長の理解を明示するとともに、子どもの成長をナラティブとして理解するための考え方を提案することである。本稿では、1名の母親を取り上げる。なお本稿は、療育教室に通う子どもと母親のコミュニケーションの有り様を、相互の関係性や意味の変化として記述し、対話を通した親子のコミュニケーションの協働的理解に取り組んだ質的記述的研究の一部である。

本稿に取り組む意義は2つある。1つ目は、子ども個人の変化として語られやすい子どもの成長を、子どもと他者とのあいだの変化として語ることが可能となる点である。2つ目は、時間のことばという新たな視点から子どもの成長を記述することで、成長の見方そのものではなく見方の多様さに注目でき、成長を理解するための対話を充実できる点である。療育教室において、親が子どもの成長を理解するための支援は重要であり、看護活動において子どもの成長は、対話を重ねつつ、親と支援者とが共に理解していくものでもある。成長を多様な見方から理解し、また対話における成長の見方の変化を追っていくことは、母親が、自分達親子としての成長の理解を見つけるための対話的支援の検討に役立つ。

I. 理論的視座と成長の考え方

A. ナラティブ・対話

ナラティブの源流となったのは、Bateson (1972; 1972/2000) のコミュニケーション理論^{註1)}である。ベイトソンは、観念や考え方は相互作用するユニット全体に生じると述べた。ナラティブにおいてもこの考え方は基盤になっている。ナラティブは、「現実とは、人と人との関係し合い社会的につくられるもの (Hoffman, 1992/1997, p.28)」と考える社会構成主義に基づく。ナラティブとは、語りであり、語られる物語 (野口, 2002) であり、対話によって人々がつくる意味の社会システム、言語的／会話的領域を表す。語りと物語は相互的で連続的な関係 (野口, 2002, p.21) にあり、「意味と理解は、対話を通してインターサブジェクティブに得られていく (Anderson, Goolishian, 野村, 2013, p.30)」とされる。そのため、本稿が注目する成長を語る時間のことばは、母親だけに内在するのではなく、母親と周囲の人々との対話という相互作用全体に生じると考える。そして対話とは、物語を紡ぐ行為であり、お互いに影響し合いながら、相互作用に生じる意味を追っていくこととする。対話とは、意味を見出し理解しようとする努力 (Anderson et al., 2013, pp.51-52) とされるように、ことばを交わすことが重要なのではなく、そのやりとりが非言語的、あるいは雰囲気との共有であっても、何かし

ら新たな意味が生じる可能性を信じ、互いに意味を理解しようとする関係にあることが重要となる。

B. 成長を時間のことばで語る

時間は唯一のもの、客観的なものと思われがちであるが、ナラティブという立場に立つと、時間は、すでにあるものではなく、相互作用により社会的に刻まれ、つくられるものになる。対話において時間は、社会的経験を語る言語である。岸本 (2013) が報告した緩和ケア病棟において一瞬一瞬がかけがえのない時として鮮明となり、今現在が強調される時間体験である「患者時間」、樽味 (2006) が報告した治療者と病者という関係を離れ、話し手と聴き手という関係となり相手の語りに自然に聞き入ってしまう「素の時間」は、他者とのあいだで刻まれる時間であり、社会的経験を語る時間のことばである。時間は多様であり^{註2)}、対話において時間は、時間のことばごとに1つ1つ異なり、独特のテンポ、独特の声をもつ。対話には、相互作用がつくる刻み方によって多様な時間のことばがある。

子どもの成長は、対話において様々な時間のことばで語られ、語られる時間のことばによって成長の見方は異なる。例えば、「1歳6か月になると単語を話すようになる」と語る対話では、多くの子どもが達成するマイルストーンが刻む時間のことばで成長は語られる。一方、「以前に比べてことばが増えた」と語る対話では、その子の変化が刻む時間のことばで成長は語られる。どちらも成長を語っているが、成長を語る刻み方、時間のことばは異なり、対話における成長の見方は異なる。さらに、異なる時間のことば同士をどのような関係として語るかによって、成長の見方を理解するスタンスは異なる。

II. 方 法

A. 研究デザイン

対話における成長の時間は、語られることば、身振り、表情だけではなく、声の調子、間の取り方、雰囲気、距離感、療育教室における暗黙の了解、母親やスタッフの成長の見方などと影響し合ってつくられており、対話に参加することで、感覚を通して知ることができる。そのため対話における成長の時間を知るためには、調査現場に参加して五感を使ってその場を観察し (佐藤, 2015, p.151)、日常的な対話や、質問をしなくても相手が話してくれた「問わず語り」 (佐藤, 2015, p.166) も含めた観察を行う参与観察が必要となる。また成長の理解は、日頃の生活においては意識されにくく、対話を通してことばになり、協働的に理解していくものである。そのため療育教室での参与観察

と、母親と私の対話によるデータ収集が必要となる。

1名の母親を取り上げて議論する理由は以下の通りである。母親は、子どもの変化を、周囲の人々との多様な対話で語っており、成長がどのような時間として語られるかは、そのときの対話によって変わる。成長は、日常的に語られ、また対話自体が変化に富むものであるため、あらかじめ場面を設定したり、対話の内容をコントロールしたりすることはできない。様々な影響を受け制御ができない事象を取り扱い、その有り様を明らかにする研究では、ケース・スタディが有効とされる (Yin, 1994/2011)。事例を取り上げた研究の一般化可能性としては、文脈依存的な知の生成、知識の飛躍、理論の拡大、一般的な理解の反証、そして多面的で、複雑で、時に矛盾し合う様々なストーリーによる深い洞察 (Riessman, 2008/2014) が挙げられている。そのため、本稿にて取り上げる母親は、母集団を代表する標本としてではなく、事例を詳細に分析することで新たな理解を教えてもらうための事例として扱う。

B. 扱うデータとデータ収集

研究を始める前に、第一著者（以下、私とする）は、療育教室の目的、参加する親子の様子、雰囲気や活動の流れを知るために、週1回程度の頻度で約1年間、ボランティアスタッフとして療育教室に参加した。ボランティア参加時には、私の大学院生という立場、親子のコミュニケーションに関心があることを自己紹介した。

本稿においてこの母親を取り上げる理由は、子どもの成長という療育教室に参加する多くの母親に共通する関心が、母親と私の対話の直接的なテーマであったこと、そして療育教室にて継続的に会うことができ、私と対話を重ねる機会が多くあり、参与観察と対話のデータが豊富であったことが挙げられる。母親と私は、約1年間、週2回程、療育教室にて会い、加えて、母親の自宅にて3～6か月に1回、2～3時間程度の対話を2年間行った。母親の自宅での対話は、母親から子育てについて自由に話してもらうことを基本とし、その日に母親が語りたいことについて話し合うこととした。療育教室での母親と他者との対話や、母親の気持ちや考えなど詳しく教えて欲しい内容は対話の流れに配慮して尋ねた。対話では、ナラティブ・アプローチにて提示されている「無知の姿勢 (Not-Knowing)」(Anderson & Goolishian, 1992/1997, p.68; Anderson & Goolishian, 1992, p.29; 野口, 2002, p.96) を心がけ、相手の生きる世界について、全てを理解することはなく無知であり、対話においてまだ語られていない物語があるとする姿勢を大切にした。母親との自宅での対話は、母親の了解を得てICレコーダーに録音し、録音記録は速やかに逐語化した。

療育教室の様子として、活動内容や参加人数、私が感じ

た教室の特徴や雰囲気は、フィールドノーツに記録した。また母親と子どものやりとり、母親と私、母親と他者の対話は、語られたことば、身振りや表情、話し方、雰囲気、対話の参加者について記録した。母親の自宅で行った母親と私との対話では、対話の雰囲気、傍で過ごした家族の状況について記載した。これらの記録は、療育教室の合間、療育教室終了直後、あるいは母親との対話直後に、私の印象も含めてメモをとり、速やかにフィールドノーツを作成した。またフィールドワークにおいて、私が印象に残ったことや気になったこと、なぜそう感じたのかという考察、私自身の成長の理解とその変化、対話における迷いや疑問、観察点の変化についても継続的に記録した。フィールドノーツの作成においては、参与観察後に印象をメモすること、観察の記載と研究者の解釈を区別すること、そして進行中の調査プロセスを反省し記録すること、フィールドワークにおける問題や課題を記述すること (Flick, 1995/2002) が勧められており、これらの点を踏まえて作成した。

C. データ分析の方法

データ分析は、データ収集開始から6か月後、データがある程度集まり解釈が可能となったところで開始した。分析はデータ収集と併行して行い、具体的な対話や場面に戻りながら分析を進めた。分析を進める中で注目した視点や疑問については、意識的にデータを集めたり母親に尋ねたりした。分析の手順は以下のとおりであり、分析を進めながら、あるいは新たなデータを追加するたびに、以下の手順を行き来して検討した。

分析では、まず母親と私の対話における全体的なテーマを探った。母親と私は、対話において、成長の理解を巡る悩みや葛藤、大切にしていることを語り合っており、またフィールドノーツの記載では、療育教室にて、母親が、他の母親、保育士やボランティアスタッフとよく話題にしていることも子どもの成長であった。そのため母親と私の対話のテーマを、子どもの成長の理解とした。振り返ってみると、研究参加を依頼したときにも母親は、研究への参加により「子どもの成長を話したい」と話しており、母親が成長について語ることを求めていることが裏付けられた。全体的なテーマの検討と同時に、母親の子育ての経験、子育てにおける印象深い出来事について、時系列に並べて記述し、子育ての状況について把握した。

次に、フィールドノーツと逐語録から、テーマに関連する対話や場면을拾い上げた。具体的には、子どもの成長に関わる対話や場面、母親が子育てや子どもとの関わりで大切にしたいことに纏わる対話や場面であった。またフィールドノーツと逐語録を読み直すことで、母親は、子どもの

変化だけではなく、親子関係の変化からも子どもの成長について語っていることがわかった。そのため、母親と子どものやりとり、親子関係の変化に関する対話や場面も加えることとした。

その後、拾い上げた対話や場面において、子どもの成長が、どのようなことばで語られるのか、何が時間を刻むのか、時間を語ることは同士はどのように関わり合うのかに注目し、対話や場面ごとに語られる時間のことばを記述した。また成長を語るそれぞれの時間のことばについて、語られた日時順に並べたり、療育教室のスケジュールに合わせて配置したりし、その特徴を洞察した。親子としての考え方を明らかにするため、記述した対話や場面について、対話における時間の刻み方の親しさと相違を継続的に比較し、時間のことば同士の関係の有様によって整理した。

データ分析の厳密性（rigor）として以下を行った。親子のやりとり、母親と他者との対話の内容、私の解釈を記した記述は、母親に伝え、記述と母親の感覚の相違の有無を尋ねた。また対話の全体的なテーマなど分析内容への意見を聴いた。そして母親からの意見を反映させて分析を修正した。また広い視点から事象を理解し、偏った視点からの分析とならないために、看護学を専攻する大学院生や看護学研究者が集まる場にて、分析内容を報告し、意見交流を行った。コミュニケーションやナラティブについて学ぶ他学問領域の大学院生との意見交流も行い、新たな視点に気づくことにも心がけた。

D. 倫理的配慮

研究を行うにあたり、療育教室の長と母親それぞれに、研究の目的、研究方法、研究参加や参加中断の自由、匿名化の方法、プライバシー保護の方法、研究参加による利益と不利益について紙面を用いて口頭で説明し、研究参加の承諾を得た。母親の自宅での対話が2時間を超えた場合には、母親に負担の有無を尋ね、実施日時は親子や家族の都合を優先した。長期にわたる研究参加の負担について定期的に尋ね、途中で研究参加をやめる自由やそれによる不都合が生じないことを説明した。本研究は、名古屋大学医学部生命倫理委員会の審査を受け、承認を得て実施した（承認番号：9-177）。

なお本稿における研究参加者の氏名、教室名、施設名は全て仮名である。

Ⅲ. 結 果

A. 療育教室と母親の紹介

1. 「さくらクラス」の紹介

さくらクラスは、本稿で取り上げる母親とその子どもが参加していた療育教室であり、児童発達支援センターひばり学園（以下、ひばり学園）の一室で行われていた。さくらクラスには、おおよそ1歳6か月から就園前の子どもが通っており、この教室は、1歳6か月児健康診査や3歳児健康診査、子育て相談などの機会に、子どもの成長発達上の課題に保健師が気づくことや、家族からの相談をきっかけに紹介されていた。子ども達は、さくらクラス卒業後、幼稚園、保育園、ひばり学園など様々な場所に就園していった。

ひばり学園は、本稿で取り上げる母親と子どもが利用していたときには、知的障害児通所施設ひばり学園であったが、児童福祉法改正を受け、2012年4月1日に児童発達支援センターひばり学園となった。

2. さつきさんの紹介

本稿で取り上げる母親であるさつきさんは、日頃から子育てについてさくらクラスや近所の母親達と話す機会が多い女性であった。さつきさんの家族は、さつきさんと夫、さくらクラスに通う一樹君、一樹君の姉の4人であり、研究に参加したとき、さつきさんは30代、一樹君は2歳5か月であった。

さつきさんと一樹君は、一樹君が1歳11か月のとき、さくらクラスに通い始めた。さつきさんは、一樹君が、自分から手を伸ばして食べようとしないこと、一樹君の手を振る動作が相手に向けて手を振っている感じがしないことに違和感をもっていた。一樹君は、さくらクラスに通っているあいだに広汎性発達障害がいと診断を受けた。一樹君は、声を出すことは少なく、単語を言うことはないが、楽しいときや嬉しいときには自然に声をあげて笑い、体を動かして自分の気持ちを表現していた。さくらクラス参加以前、さつきさんは、「手がかからない、というか、手がかかけられない」「一樹と向き合える時間をつくりたい」と感じていた。

B. 成長を語る時間のことば

さつきさんは、多様な時間のことばから我が子の成長を語った。さつきさんが身につけた我が子の成長の理解を示すため、時間のことば同士の関係性ごとに成長の時間を提示する。成長の時間は、時間のことば同士の関係の有様により、1. 別々に語られる時間のことば、2. 相反する時間のことばがせめぎ合う葛藤、3. 全ての時間を等価に

語る時間のことば、として整理された。

以下に、成長を語る時間のことばを示す。フィールドノート、逐語録の内容は斜体文字、文中におけるさつきさんの語りは「 」, 対話における表情や声の調子、雰囲気、意味がわかりやすいように補ったことば、対話において私が考えたことは（ ）で示す。

1. 別々に語られる時間のことば

別々に語られる時間のことばでは、時間のことば同士は関わり合うことなく語られた。別々に語られる時間のことばには、a. その子の行動の変化、b. 入園に向けた準備段階の変化、c. 親子のつながり感の変化、によって刻まれる3つの時間のことばがあった。

a. その子の行動の変化

その子の行動の変化は、一樹君ができるようになったことにより刻まれる時間のことばであった。この時間のことばで成長が語られるとき、一樹君の成長は、「個性」、「持ち味」、「のんびり屋さん」、「大きくなった」と表現された。

さくらクラスでは、参加している母親やボランティアスタッフが、その子ができるようになったことを敏感に捉え、それを認めて褒めるという対話が数多くみられた。その子の行動の変化が刻む時間のことばは、さくらクラスの母親、保育士やボランティアスタッフといった、ある期間を一樹君と共に過ごした人々と、さつきさんが共有でき、皆が見てわかる刻み方であった。

2010年8月

おやつ時間が終わり、さつきさんは一樹君に絵本を読んでいた。その絵本は一樹君が好きな絵本で、お弁当のおかずが名前を呼ばれて返事をするという場面が何度か登場する。おかずが返事をする場面になり、さつきさんが、絵本のセリフを真似て「一樹くん！」と一樹君の名前を呼んだ。すると一樹君はタイミングよく手を挙げた。私は、初めて見る一樹君の姿に驚いて、思わず拍手した。周りにいた母親達も「おお!!」「一樹君すごーい!」と歓声を上げた。少し離れた場所にいた母親も振り返って笑顔で拍手をした。さつきさんは嬉しそうに笑い、一樹君を抱きしめ、一樹君の頭をなでた。そして一樹君も嬉しそうに笑った。

b. 入園に向けた準備段階の変化

入園に向けた準備段階の変化は、入園を迎える4月までに、排泄行動や更衣の自立、ことばの理解といった集団生活のために必要な行動ができ、準備が整うことによって刻まれる時間のことばであった。この時間で成長が語られるとき、一樹君の変化は、「支援が必要」、「遅れ」、「障がい」、「発達障がい」と表現された。未就園児を対象としたさくらクラスにおいては、入園というタイムリミットは強

く意識されており、入園までに、集団生活を送るための準備がどこまで進んでいるかは、さつきさんが重視する刻み方のひとつであった。この時間のことばは、ひばり学園に入園した先輩の母親、相談先の専門職者など、限られた相手との対話において語られた。

2011年4月

さつきさんは、さくらクラスの先輩の母親であるサラさんと園庭で話している。サラさんの子どもは、昨年度はさくらクラスに通っており、4月からひばり学園に入園した。サラさんは、「発達相談室はどうだった?」とさつきさんに尋ねた。発達相談室とは、発達障害者支援法に基づく公的な機関であり、主に、子どもの発達検査や発達障がいに関連した相談を行い、成長発達の支援や子育て支援を行っている。さつきさんは、発達検査の結果をサラさんに伝え、全体的な発達が年齢に対して遅れていることを説明した。そして入園先の保育園について、保育士の加配のある園を考えるよう伝えられたと話した。サラさんは、真剣な表情でさつきさんの話を聞いていた。さつきさんとサラさんが真剣に話し合う姿は、この後、6月頃まで何度か見られた。

入園に向けた準備段階の変化は、さくらクラスでは語られにくい時間のことばであった。さくらクラスでは、入園に向けた準備段階の変化は、関心を向けられていても慎重に扱われる時間のことばであり、「発達障がい」「遅れ」といった表現で成長を語ることは意識的に避けられていた。さくらクラスで成長を語るためには、ことばを吟味し、入園に向けた準備段階の変化という時間のことばで成長を語っていることを曖昧にしておく工夫や技が必要とされていた。この時間のことばについて、さつきさんは以下のように語った。

「さくらクラスでは、あまり込み入った話はしない。発達障がいという言い方をしないように、ある意味オブラートに包んで話さなくてはいけない。」

c. 親子のつながり感の変化

親子のつながり感の変化は、さつきさんと一樹君が、一緒に笑い合うためのルールをつくることで実感していく、親子のつながり感の変化によって刻まれる時間のことばであった。この時間のことばで成長が語られるとき、一樹君の成長は、「笑い合っている」、「今と一緒に楽しめている」、「わかり合っている」、「つながった」と表現された。

さつきさんは、さくらクラスに参加する以前から一樹君が笑顔になる遊びを探しており、親子で笑い合える瞬間を丁寧に積み重ねることで、親子だけのルールをつくっていた。約6か月間(2011年4月～2011年9月)30回のさくらクラスにおいて、さつきさんと一樹君が笑い合う場面を整理し、さくらクラスの日課に沿って配置すると、親子が笑い合える場面はさくらクラスの日課に合わせておおよそ決

まっており、決まった活動や遊び、園庭の決まった場所、決まったやりとりで多く見られ、ふたりのあいだには親子だけがわかるルールがつくられていた(表1)。ルールをつくりながら親密になっていく変化について、さつきさんは以下のように語った。

2011月5月

さつきさん：このとき(一樹君がうたう歌がわかったとき)は、ああ考えてることが、ちょっと合ってたという(中略)考えてることが、ああつながったって、まあ人差し指一本分くらい？(笑う)(両手の人差し指をくっつける動作をする)で！えーと、一緒に笑うワクワク感は、だいふ、もうこう(両手を組む)手と手がつながって。ああつながった！っていう(感じ)。(中略：“つながっている”感覚の変化を幾つか話す)1つレベルアップしてるんだと思うんですけど。

2. 相反する時間のことばがせめぎ合う葛藤

別々に語られる時間のことばでは、時間のことばは関わり合うことはなく、相容れない時間のことばの狭間ではせめぎ合いが生じた。さつきさんは、一樹君の入園先の決定を巡り、その子の行動の変化、入園に向けた準備段階の変化という異なる時間のことばの狭間で、時間のことば同士がせめぎ合う緊張感を抱えることになった。この葛藤は、幾つかの時間のことばが相容れず、しかも時間のことば同士の関係を考えずにはいられない、という時間のことばの衝突であり、せめぎ合う時間のことばを親子としてどのように理解すればよいのか、という問いを伴っていた。

2010年7月

私が、ひばり学園への入園を決めたことについてさつきさんに尋ねると、さつきさんは、一樹君も姉と同じ幼稚園への入園を考えていたが、幼稚園では日々の活動についていけないと思っていると話した。また保育園の加配では、保育士が常に一樹君についているわけではないので、一樹君が一人で過ごし、活動に参加できない時間も多くなるだろうと話した。

さつきさん：最低3歳、年少の年は、行ってるだけ(強調して言う)にさせるのは、私は嫌なので(きっぱりと言う)。何も身につかないで1年間過ごすっていうのは、成長の妨げにもなるし、嫌だと思ったので、(中略)手をかけてくれるひばり学園の方がいいなって、思ったんですね。

私：(さつきさんの強い思いと、決断の苦悩を感じて頷く)

さつきさん：正直、ひばり(学園)は、障害児通所施設ってふうに(名称が)ついてるので、障がい児ってということばには、ちょっとこう、心にズシンとかかるものがあるんだけど、ひばり(学園)に入れること自体は否定しないというか、反対はしない。で、それで一樹の成長がちょっとでも伸ばせるんだったら、そっちでもいいんじゃないかなっていう話は(夫とも)してて。まあそっちにしようかって。(中略：さつきさんが夫とも話し合ったと話す)まあちょっと、次々決めるの早いかしら？とも思った。さくらクラスに申し込むのとかも、私、早いかしら？って思う。

私：ああ。決断するのがですか？

さつきさん：(そうそう！と同意して)その、そうだな。個性として、障がいがあるんじゃないくて、個性としておおらかに見てあげた方がよかったのか。すごい、いっつも迷ってて。

その子の行動の変化、入園に向けた準備段階の変化、という相反する時間のことばがせめぎ合う狭間で、さつきさんは、どのように優先する時間のことばを考えればよいのか？と繰り返し自問し、葛藤していた。それは、どちらの時間のことばを優先させても納得できない矛盾が生じる葛藤であった。その子の行動の変化という時間のことばを優先させるならば、一樹君の特性を障がいではなく、個性や持ち味とすることができると、一樹君には年齢相応に、多くの子どもと同じようにできることが求められ、特性に合わせた十分な支援は受けられない。一方、入園に向けた準備段階の変化という時間のことばを優先するならば、一樹君の特性に合わせた支援を受けることができるが、障がいがあることを引き受けなくてはならない。対話の中でさつきさんは、優先させる時間のことばを選ぶために納得できる考え方を探していた。

3. 全ての時間を等価に語る時間のことば

全ての時間を等価に語る時間のことばでは、時間のことば同士は関係し合い、どんな時間のことばも対話において選ばれる価値を等しくもつ、ひとつひとつの声として語られた。全ての時間を等価に語る時間のことばは、さつきさんが、自分達親子としてどのように成長の時間を考えるか、という親子としての考え方を語るためのことばでもあった。以下に、全ての時間を等価に語る時間のことばとして、a. “お風呂のコミュニケーション”、b. 時間のことばを選んでいくプロセス、によって刻まれる2つの時間のことばを示す。

表1 さくらクラスにてさつきさんと一樹君が笑い合う場面

さくらクラスの活動		さつきさんと一樹君の行動 *多く見られる行動を記載する。 *親子が笑い合う場面を太字・下線で示す。
9:30	朝の支度 シール帳に出席シールを貼り、参加費を缶に入れる。	さつきさんが手を添えて誘導し、一樹君がシールを貼り、参加費を缶に入れる。一樹君がさつきさんを見ることはない。
	自由遊び 室内のおもちゃで自由に遊ぶ。	一樹君は決まったおもちゃで遊び、さつきさんは隣で見守る。親子が一緒に遊ぶことはない。
	片付け 保育士の「おしまーい」という掛け声を合図におもちゃを片付ける。	さつきさんは一樹君に「おしまーい」と声をかける。このとき、一樹君がさつきさんを見ることはない。さつきさんが一樹君の手を引いて片付けをする。
10:10	行進 輪になり、音楽に合わせて手を叩いたり、親子で手をつないだりして歩く。	一樹君は、輪の中心で皆が歩く姿を眺めたり、一人でおしりを振ってダンスしたりして過ごす。さつきさんは一樹君を笑顔で見守る。
	体操 音楽に合わせて体操をする。 半年程度は同じ体操を行う。	<u>一樹君の好きな動作(たかいたかいなど)を行うフレーズになると、一樹君がさつきさんのところに駆け寄ってくる。さつきさんと一樹君が一緒に笑い合う。</u>
	親子ふれあい遊び 歌をうたいながら、手遊びなどのふれあいや、抱っこやおんぶなど体を使った遊びを親子で行う。3ヶ月程は同じ遊びを行う。	一樹君は笑顔で過ごすことが多い。一樹君が好きなふれあい遊びでは、 <u>一樹君とさつきさんが、大きな声で一緒に笑い合う。</u> 一樹君は、ふれあい遊びのときには、自分からさつきさんの傍にやってくることもある。
	朝の会 保育士を囲んで子どもが椅子に座り、親は子どもの後ろに座る。保育士の進行で、朝の歌、挨拶、呼名、今日の活動の紹介を行う。	さつきさんが一樹君に声をかけ、活動に誘う。一樹君は椅子に座って参加するが、笑うことはない。朝の歌をうたう場面では、一樹君とさつきさんが笑い合うことがある。
10:30	主活動 園庭遊び、水遊び、室内遊び(ボールプール・新聞遊び・小麦粉粘土)、工作などを行う。	園庭遊びでは、 <u>一樹君は、多くの場合、砂場、ドーム、東屋に走っていく。それぞれの場所には、さつきさんと一樹君が笑い合うことができる決まった遊びがある。</u> 室内遊びでは、一樹君が笑うことはほとんどない。
11:00	おやつ 椅子に座っておやつを食べる。	お菓子の袋を開けると、さつきさんは、一樹君の手を取り、「あーけーて」と言葉を添え、お願いをするときのやりとりを教える。その際、一樹君がさつきさんを見ることはない。
	自由遊び 室内で、絵本・パズルで遊ぶ。	一樹君は自分で絵本をめくって過ごすことが多く、さつきさんは隣で見守る。 <u>さつきさんが、一樹君の好きな本を読んだ時には、一樹君が呼びかけに応じて、笑い合う様子が見られる。</u>
11:35	帰りの会 保育士を囲んで子どもが椅子に座り、親は子どもの後ろに座る。保育士が、ペープサートをしたり、絵本を読んだりし、その後、帰りの歌、帰りの挨拶をする。	さつきさんが一樹君に声をかけ、活動に誘う。稀に、歌をうたう場面では、一樹君とさつきさんが笑い合うことがある。
11:45	終了 帰り支度をして帰宅。	さつきさんが声をかけながら帰り支度をし、一樹君はさつきさんに従う。上着に手を通すなど、一樹君が協力することはほとんどない。

a. “お風呂のコミュニケーション”

“お風呂のコミュニケーション”は、その子の行動の変化と親子のつながり感の変化、という2つの異なる時間のことばを行き来しながら語ることで、双方の時間が相乗的に深まって刻まれていく時間のことばであった。お風呂

は、さつきさんにとっては、やらなければならない家事を一旦脇に置くことができ、一樹君にとっては、繰り返さずにはいられない行動から一旦離れることができ、お互いが、親子のやりとりに集中できる場所となっていた。

2010年11月

私：一樹君と過ごして、一番好きなときって
どんなときですか？

さつきさん：好きなときですか？（考える）正直、私、
楽しいとか嬉しいとかじゃないですけど、
一番、お風呂入ってるときは、やっぱり、
一樹やお姉ちゃんとスキンシップ。それこ
そ本当のスキンシップ（強調して言う）っ
ていうか。話したり、歌ったりっていうの
が、一番しやすい場所だと思って。（中
略：さつきさんが、お風呂は、コミュニ
ケーションが取れる場所であり、お風呂で
遊んでいるときが一番楽しいと話す）

私：ああなるほど。どんな感じなんでしょうね。
（考えを巡らせてことばを切る）

さつきさん：なんとなくね、その興味とかの出し方も、
お風呂の中でもちょっとずつ違ってきて
て。（中略：お風呂での石鹸で泡を作る
遊びを例にあげ、石鹸の泡を見ているだ
けだった一樹君が、さつきさんの掌の泡
に、自分の手を伸ばすようになるというた
変化を話す）徐々に徐々に（強調して言
う）、変化をしながら（一緒に）遊べる遊
びがお風呂の中で増えていって！（お風呂
での遊びを、お風呂ではない）違うところ
でやりだしたりするから、「ああお風呂で
やったこと覚えてたなあ」って思いながら、
ちょっと成長が嬉しかったり（しみじみと
言う）。（中略）狭い空間の中にいて、子
どもと私しかなくて。で、ことばでのコ
ミュニケーションができなくても、なんと
なくその成長がみえる場所？っていう意味
で、楽しみでもあるし、嬉しい場所でもあ
るし。

（中略）

私：そっかあ。そのお風呂で細かい成長を感じ
ると、そうするとどんな気持ちになるん
ですか？

さつきさん：ああそのときはね、「何々？泡が欲しい
の？はいどうぞ」っていう程度なんですけ
ど、やっぱりこうやって山本さんと話して
て「今お風呂でこういう遊びしてるん
ですよ」っていう話をすると、「ああこう
いうこと成長なんだな」っていうのが。そ
ういう意味で人と話して「あっ！こんなこ
ともそういえば一樹できるようになった
んだな」って感じる。

b. 時間のことばを選んでいくプロセス

時間のことばを選んでいくプロセスは、別々に語られる
時間のことばから成長を語り、時間のことばの狭間の葛藤
を繰り返しながら、その時々で親子として納得できる時間
のことばを選んでいく、という一連のプロセスによって刻
まれる時間のことばであった。時間のことばを選んでいく
プロセスでは、時間のことばの狭間の葛藤や、時間を決め
きれずにいる状態をも内含したプロセスとして成長が語ら
れていた。次の対話は、一樹君がひばり学園に入園した
後、私からさつきさんに、これまでの対話の内容を伝え、
一緒に振り返ったときのものである。

2012年5月

私がさつきさんとの対話の内容を文章にまとめたものを
渡すと、さつきさんは読み終えて「懐かしい」と笑い、今
も変わらず就学先について、あれこれと悩んでいると話
した。「先の事はわからないのだから今から考えてもし
ょうがないと思いつつも、夜になると考えてしまう」と話
す。「眠れてる？」と私が心配して尋ねると、さつきさん
は、「眠い方が勝ってくると、もういいやって。（中略）イ
ンターネットの障がい児のコミュニティとかを見ても、結
局、答えになるものはなくて、だんだん眠くなって寝ちゃ
う。明日もあるしって思って。朝は1日忙しく始まって考
える間もないから、前の晩に見てたことは忘れてしまう」
と笑って答えた。さつきさんは、今でもひばり学園の保育
士や先輩の母親達に葛藤を語り、相談していると話した。
私が「あのとき（入園先を決めるとき）もそうだったけど、
今も複雑なモヤモヤがあるんですね」とさつきさんの語り
を聴いた感想を言うと、さつきさんは、頷き笑った。さ
つきさんは、相変わらず幾つかの時間から成長を語り、時
間のことばの狭間の葛藤も語った。

IV. 考 察

本稿では、母親が語る時間のことばを記述し、母親が対
話を通して学んでいく成長の理解を提示した。ここでは、
子どもの成長をナラティブとして理解することで広がる視
野、対話を通じた支援について考察する。そして子どもの
成長をナラティブとして理解する考え方として『等価な時
間』を提案する。

A. 成長を語る時間のことば

母親は、対話において、我が子の成長を幾つかの時間の
ことばで語っていた。成長は、その子の行動の変化、入園
に向けた準備段階の変化、という時間のことばだけではなく、
親子のつながり感の変化という時間のことばからも語
られており、母親にとって我が子の成長とは、親子のあい

だの変化としても理解されていた。親子のつながり感の変化は、母親と子どもの同調によって刻まれる時間のことばである。つながり感という母親と子どものあいだの質的な変化として成長を理解するとき、成長は、母親と子どもと一緒につくるものになる。母親は、子どもをわかりたいと思い、間主観的に身体に響き合うものを感じとり、気持ちがつながれる瞬間を子どもがわかったとして喜ぶ（山崎、2009）とされる。親子のつながり感の変化という時間のことばで成長を語り合うことは、母親が、子どもとわかり合える実感を持ち、親子をユニットとした成長の考え方に気づいていくことを支えたと考える。

また対話における時間のことばの関係性から見ると、成長は、別々に語られる時間のことばだけではなく、どんな時間のことばも等価である、という時間のことば同士の関係性としても語られていた。時間のことば同士が関係し合うという理解の仕方は、成長を語る時間のことばはひとつではなく、複数であるとわかることであり、幾つもの時間のことばを包括的に理解するための考え方があると気づくことである。母親は、それぞれの時間のことばを理解することだけではなく、複数の時間のことばをどのように考えるのか、時間のことば全体の考え方を理解する、という質的に異なる成長の理解を身につけている。母親は、周囲の人々との対話を通じて、我が子の成長を語る異なる時間のことばに出会い、そして、時間のことばの狭間の葛藤を経て、時間のことば同士の関係性として、その親子としての時間の理解の仕方を見つけていくと考える。

療育教室では、子どもの成長への不安、療育教室参加や入園先決定における迷い、子どもの成長を理解するときの葛藤など、子どもの成長について母親と支援者が語り合う機会は多い。療育教室に通う親子への対話を通じた支援とは、母親が出会う時間のことばを多様にし、幾つもの時間のことばをその親子としてどのように理解して語るのか、その親子が成長を語るためのことばを探すことである。子どもの成長について母親と語り合うとき、母親と子どものあいだで充実していく親子のつながり感の変化や、時間のことば同士の関係性の理解まで対話の視野を広げること、母親が、その親子としての成長を語る時間のことば、つまり親子としての成長の理解を見つめることを助けると考える。

B. 鍵を握る“親子のあいだの変化”を語る時間のことば

“お風呂のコミュニケーション”という時間のことばでは、母親と子どもの相互作用として成長を語ることで、成長は、その子の行動の変化と親子のつながり感の変化という2つの時間のことばを自然に行き来しながら語られていった。佐藤（1984）は、理解する対象が、相手ではな

く、自分が参加する相互作用となることにより、対象を知ろうとしながらも、自分がどのように対象を知ろうとしているのかという自分の知り方にも関心が向かうと論じている。“お風呂のコミュニケーション”という時間のことばで成長を語ることで、理解の対象である子どもの成長は、子どもだけの変化ではなく、母親自身が参加する相互作用の変化となる。母親自身が参加する相互作用の変化として成長を語ったことにより、母親の関心は、成長を理解するための母親自身の考え方へと向かっていったのではないかと考える。さつきさんと私の対話は、なぜ“お風呂のコミュニケーション”が楽しいのか、“お風呂のコミュニケーション”において我が子の成長をどのように見ているのか、とさつきさんが、成長の考え方を自分自身に問いかける機会となり、“お風呂のコミュニケーション”という新しい考え方から成長を捉え直す機会になった。それにより、その子の行動の変化、親子のつながり感の変化という異なる時間のことばは、“お風呂のコミュニケーション”として語り直されることになり、関係し合いながら語られていったと考える。さつきさんは、「そういえば」ということばを何度も繰り返し、対話をすることで今気づいたこととして子どもの変化を語った。これは、“お風呂のコミュニケーション”として捉え直してみることで、別々だった時間のことば同士が関わり合い、新しい成長の見方に気づいていったためであると言える。

これまで多くの継続的な治療やセラピーが母子関係の構築や充実を目指して取り組んできた。継続的な治療やセラピーにより、子どもと母親に笑顔が見られ（篠倉・小田・富永、2000）、親子が顔を見合わせて笑い合う場面など、お互いが楽しんでいるという温かな情緒交流が感じられ（関根・中野、2005）、情動を共有するコミュニケーションがつくられることが報告されている（山本・浅野、2012）。こうした治療やセラピーに加え、療育教室に通う母親への子育て支援として、親子のつながり感や親子にとって大切なやりとりといった、親子のあいだの変化を語る時間のことばで成長を語り合う対話が重要である。親子の変化を語る時間のことばでの対話は、母親が、自分を含めた時間のことばで成長を語り直す機会をつくり、親子としての成長の考え方を見つける一助となり得る。また、さつきさんと一樹君のように、お風呂、決まった遊び、決まった場所など、親子のつながり感が生じる機会はその親子ごとにユニークである。対話を通じて、母親が、親子のつながりを実感できる機会を見出すことも、母親と支援者が共に子どもの成長を理解することにつながる。

C. 『等価な時間』という時間のことばのポリフォニー

本稿では、ナラティブとして成長を理解する考え方とし

て、『等価な時間』を提案する。『等価な時間』とは、どんな時間のことばも選ばれる価値を等しくもつとする考え方である。さつきさんが、“お風呂のコミュニケーション”として、あるいは時間のことばを選んでいくプロセスとして我が子の成長を語るとき、時間のことば同士の関係は、「どちらかが正しい」のではなく、「どちらも必要」となった。それにより、成長を語る時間のことばは、子どもの状況、親子の生活、親子を取り巻く人々により、対話において選んでいくものとして理解されたと考える。『等価な時間』は、異なる時間のことばが衝突することなく混在でき、それぞれの時間のことばが独自の声として響き合う、時間のことばのポリフォニー（多声性）である。

『等価な時間』は、子どもの成長を巡って不安や迷いが生じ、成長を理解すること自体を振り返るときに役立つ。実際に、療育教室では、語られやすい時間のことばと、語られにくい時間のことばがあった。その子の行動の変化は、多くの参加者が共有しやすい時間のことばである一方で、入園に向けた準備段階の変化は、慎重に扱われ、語る相手を選ぶ時間のことばであった。療育教室に通う子どもの成長発達上の課題は、その現れ方も程度も様々である。そのため、時間のことばの狭間では葛藤が生じやすく、どちらの時間のことばが正しいかという文脈となりかねない。療育教室に参加する子どもの母親達にとって時間のことばの狭間の葛藤は非常に身近なものであり、衝突が起こりやすい時間のことばを避けて対話を進めることは、納得できる時間のことばを探し葛藤している相手への気遣いであり、療育教室での対話において必要な配慮であった。『等価な時間』は、この考え方に至ることが望ましいということではなく、母親が、子どもの成長を理解することについて考えを深め、親子としての考え方を探そうとするときに役立つ概念である。よりメタな考え方から子どもを理解していくこの変化では、「矛盾の衝撃をやり過ごす抜け穴がいつも用意されている」(Bateson, 1972/2000, p.411)とされるように、常にこの変化が必要となるわけではない。療育教室に参加する母親達は、子どもの成長に対する漠然とした不安や焦燥感、子どもとの間で感じる違和感を抱えている。自分の気持ちに折り合いをつけ、納得できる理解の仕方を探していくための対話において、『等価な時間』という成長の理解は有効であると考えられる。

『等価な時間』という考え方は、子育て支援における対話の目的を広げる。『等価な時間』という考え方を支援者が意識することで、対話は、成長を語る時間のことばをひとつに定めることなく、今の親子が納得できる時間のことばを母親と一緒に探すための機会となる。そして、何かしらの矛盾や葛藤が生じるたびに、どんな時間のことばも等価になっていく納得できる時間のことばや、ことばと

ことばの関係を探して、“対話が続くこと”を目指すことになる。『等価な時間』という考え方により、対話は、成長の見方を多様にする機会、ひとつひとつの成長の見方が等しい価値をもって響き合う機会となり得る。そして、時間のことばのポリフォニーを目指して対話を続ける、という新たな対話を通した子育て支援を検討できると考える。

D. 限界と今後の展望

本稿で取り上げた母親は、療育教室という場に参加しており、子どもの成長に関心を寄せる人であった。『等価な時間』という時間のことばのポリフォニーが、療育教室に参加しない親達や広く子育て中の親達にとってどのように役立つのか、さらに検討が必要である。そして『等価な時間』という理解には、親子の相互作用について語り合うことが鍵になると考えられ、親子のつながりを創るコミュニケーションについて検討することも必要であると考えられる。

V. 結 論

本稿では、時間を言語として見ていく立場を採用し、療育教室に参加する子どもの母親が、どのような時間のことばでもって我が子の成長を語るのか、周囲の人々との対話を通して母親が学ぶ親子としての成長の理解とはどのようなものを明らかにした。そしてナラティブとして成長を理解するための考え方を提案した。

母親はいくつかの時間のことばでわが子の成長を語り、それらは、①別々に語られる時間のことば、②相反する時間のことばがせめぎ合う葛藤、そして ③全ての時間を等価に語る時間のことば、という3つの時間のことばで語られた。母親は、“どんな時間のことばも、選ばれる価値を等しくもつ”とする『等価な時間』という視座を獲得し、それに沿って我が子の成長を理解していった。『等価な時間』とは、子どもの成長をナラティブとして理解するための考え方であり、子どもの成長に不安や迷いが生じ、これまでの成長の理解を考え直すときに役立つ時間のことばのポリフォニーのことである。

註1) Bateson (1972; 1972/2000) のコミュニケーションの理論

Batesonは、差異を生む差異 (a difference that makes a difference) が、相互作用するユニット内を次々と変換しながら伝わっていくもの、それが情報あるいは観念 (アイディア) の基本単位である (Bateson, 1972; Bateson, 1972/2000) と論じた。「差異を生む差異」とは、差異を選ぶときの選び方である。これは、土地と地図を例に説明されており、土地にある多くの差異のうち選ばれた差異が地

図に描かれるとして、差異を選ぶときの選び方こそが情報であると述べている。「差異を生む差異」とはコンテキストであり、コンテキストとは、「連続する事象の流れを区切ってまとめる、そのまとめ方 (the way of punctuating)」(Bateson, 1972, p.300; Bateson, 1972/2000, p.408), 「基礎的信号を分類するメタメッセージ」(Bateson, 1972, p.289; Bateson, 1972/2000, p.394) であるとされる。例えば、成長を語る対話であれば、子どもが示すあらゆる変化(差異)から、何かしらの変化(差異)が選ばれて語られていき、その選ばれ方を感じ取ることで、その対話におけるコンテキスト、つまり成長を語る視点や考え方が伝わる。成長の見方や考え方は、対話を交わす人と人のあいだでつくられ、相互作用するローカルなユニットに存在する。

註2) 時間の多様性

時間を「変化」の系列(シリーズ)にとらえて、McTaggart (1927) は、異なる時間系列としてA系列、B系列、C系列という3つの時間を提唱した。一方、野村(2010,2018) は、さらにこれに加え、対話的、相互作用的に創られる時間としてE系列という時間を提案した。野村は、時を刻む、間を区切る区切り方の違いが、時間のもつ意味の違いを生むとして、時間を物語、ナラティブとして論じている。時間は、系列の文法、時計の種類、計時の方法、計時者という視点から、A系列からE系列の5つの系列で示される(野村・橋元・明石, 2015; 野村, 2018)。A系列とは自分または主体を中心に考えた時間であり、過去、現在、未来という時制をもった連続した時間である。B系列とは時計に代表される客観的な時間であり、前後関係がある。経験とは関係がなく、外在的で、外部指標となる時間である。C系列とはメトロノームのようにただ刻まれ、時制も前後関係もなく、配列のみの時間である。そし

てE系列の時間は、対話的、相互作用的に創られる時間であり、同期・同調することにより時間が進む同期進行(synchroactive)の時間であるとされる(野村, 2010; 野村ほか, 2015; 野村, 2018)。E系列の時間は、その時その場でのローカルな同期、同調を求めて試行錯誤、相互調整する時間のことである。対話的關係において相手と同期、同調を達成するために両者がタイミング合わせを試行するその区切りと区切りのあいだを、共創の時狭間(ときはざま)(野村, 2018)としている。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、長期にわたって対話を続けてくださったさつきさん、共に時間を過ごした一樹君、ご家族、また療育教室のスタッフの皆様にご心よりお礼申し上げます。

本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期課程看護学専攻に提出した学位論文の一部に加筆・修正を加えたものです。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究の一部は、日本看護医療学会第2回研究助成を受けて行われた。

著者貢献度

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

要 旨

本稿では、時間を言語として見る立場から、療育教室に通う子どもの母親が語る我が子の成長を、時間のことばとして記述することにより、対話を通じ母親が理解する成長とはどのようなものか、成長をナラティブとして理解するとはどのようなことかを議論する。筆者(山本)は、母親との対話と療育教室での参与観察を行い、成長がどのような刻み方(punctuation)を有した時間で語られるかに注目した。母親が語る時間のことばには、①別々に語られる時間のことば、②相反する時間のことばがせめぎ合う葛藤、③全ての時間を等価に語る時間のことば、があった。母親は、どんな時間も選ばれる価値を等しく持つとする『等価な時間』という視座を獲得し、それに沿って成長を理解していった。『等価な時間』とは、成長をナラティブとして理解するための考え方であり、これまでの成長の理解を見つめ直すときに役立つ時間のことばのポリフォニーのことである。

Abstract

The present study, involving a mother who is attending a school for children with special needs, examined the process in which she learns methods for understanding the growth of her child, and suggested concepts that are necessary to recognize

the growth of a child as narratives. The mother described the growth of her child in terms of several different language of time. (1) Some narratives were spoken individually and the different sequences of time did not interact with each other, and (2) the different sequences of time conflicted with each other. (3) The different time sequences interacted with each other. After describing the development of her child in terms of different sequences of time, she learned that “any sequence of time is equally worth being selected,” which was called the “equivalency of time”. The “equivalency of time” is a concept used to understand the child development as narratives. Understanding the growth of children based on “equivalency of time” helps parents learn that their narratives improve their recognition of the growth of their children, and that views regarding their growth are developed through interactions.

文 献

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992)／野口裕二・野村直樹訳 (1997). クライアントこそ専門家である：セラピーにおける無知のアプローチ. McNamee, S. & Gergen, K. J. (編), ナラティブ・セラピー：社会構成主義の実践 (pp.59-88). 東京：金剛出版.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In McNamee, S. & Gergen, K. J. (Eds.), *THERAPY AS SOCIAL CONSTRUCTION*, (pp.25-39). London, California, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.
- Anderson, H., Goolishian, H., 野村直樹 (2013). 協働するナラティブ：グーリションとアンダーソンによる論文「言語システムとしてのヒューマンシステム」. 東京：遠見書房.
- Bateson, G. (1972). *STEPS TO AN ECOLOGY OF MIND*, 279-308, Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Bateson, G. (1972)／佐藤良明訳 (2000). 精神の生態学 改訂第2版. 東京：新思泉社.
- Flick, U. (1995)／小田博志・山本則子・春日 常・宮地尚子訳 (2002). 質的研究入門：〈人間の科学〉のための方法論. (pp.211-218). 東京：春秋社.
- Hoffman, L. (1992)／野口裕二・野村直樹訳 (1997). 家族療法のための再帰的視点. McNamee, S., & Gergen, K. J. (編), ナラティブ・セラピー：社会構成主義の実践 (pp.23-57). 東京：金剛出版.
- 今西良輔 (2013). 発達障害児を育てる父親の生活体験：3人の父親と息子達の歩み. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 9(1), 27-34.
- 岸本寛史 (2013). 緩和医療における時間：患者時計. ころと文化, 12(1), 31-37.
- Marshall, V. & Long, C. B. (2010). Coping Process as Revealed in the Stories of Mothers of Children With Autism. *Qualitative Health Research*, 20(1), 105-116.
- McTaggart, J. E. (1927). The nature of existence Vol.2. Cambridge University Press.
- 柳楽明子, 吉田友子, 内山登喜夫 (2004). アスペルガー症候群の子どもを持つ母親の障害認識に伴う感情体験：「障害」として対応しつつ、「この子らしさ」を尊重すること. 児童青年精神医学とその近接領域, 45(4), 380-392.
- 野口裕二 (2002). 物語としてのケア：ナラティブ・アプローチの世界へ. 14-16, 95-98, 東京：医学書院.
- 野村直樹 (2010). ナラティブ・時間・コミュニケーション. 104-127, 東京：遠見書房.
- 野村直樹 (2018). 共創の時狭間（ときはざま）：素（す）の時間，二人称の時間，E系列の時間. ころと文化, 17(2), 142-148.
- 野村直樹, 橋元淳一郎, 明石 真 (2015). E系列の時間とはなにか：「同期」と「物語」から考える時間系. 時間学研究, 5, 37-50.
- Riessman, C. K. (2008)／大久保功子・宮坂道夫監訳 (2014). 人間科学のためのナラティブ研究法. (pp.364-369). 東京：クオリテイクア.
- Safe, A., Joosten, A., Molineux, M. (2012). The experience of mothers of children with autism: managing multiple roles. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(4), 294-302.
- 佐藤郁哉 (2015). 社会調査の考え方 下. 141-189, 東京：東京大学出版会.
- 佐藤良明 (1984). バイトソンのおけいこ. 現代思想, 12(6), 140-149.
- 関根 恵, 中野 茂 (2005). ビデオ・ホーム・トレーニングを用いた自閉症児とその母親のコミュニケーションの促進. 北海道医療大学心理科学部研究紀要, 1, 31-38.
- 篠倉敏彦, 小田浩伸, 富永良喜 (2000). 自閉症児の母子相互交渉に及ぼす動作法の効果. 発達心理臨床研究, 7, 39-52.
- 樽味 伸 (2006). 臨床の記述と「義」：樽味伸論文集. 23-42, 東京：星和書店.
- 渡邊充佳 (2014). わが子が「自閉症」と診断されるまでの母親の経験の構造と過程：自閉症児の母親の葛藤のストーリー. 社会福祉学, 55(3), 29-40.
- 山崎徳子 (2009). 自閉症児の母親はいかに子どもを「分かる」か：対話から探る自閉症児への向かい方. 応用心理学研究, 34(2), 182-192.
- 山本真実, 浅野みどり (2012). 自閉症スペクトラム障害 (ASD) の子どもと母親のコミュニケーションに関する国内文献レビュー. 家族看護学研究, 17(2), 75-84.
- 山本真実, 浅野みどり (2018). 子どもの見方を変えていくしなやかさ：療育教室に参加する母親と看護者との対話を通じた協働的な学び. 日本看護研究学会雑誌, 41(5), 863-874.
- 山本真実, 門間晶子, 加藤基子 (2010). 自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 21-30.
- Yin, R. K. (1994)／近藤公彦訳 (2011). 新装版ケース・スタディの方法 第2版. (pp.12-13). 東京：千倉書房.

〔2019年7月1日受付〕
〔2020年2月28日採用決定〕

— 研究報告 —

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の概念分析

Concept Analysis of “Illness Perception in Children with Chronic Illness”

鈴木 美 佐¹⁾ 泊 祐 子²⁾
Misa Suzuki Yuko Tomari

キーワード：病気認知，子ども，慢性疾患，概念分析

Key Words：illness perception, children, chronic illness, concept analysis

はじめに

近年，子どもの権利を尊重しながら医療・看護を提供することの重要性について認識が広がってきたことや，慢性疾患とともに成長・発達する子どもが増加していることを背景に，医療の主体としての子どもの存在に着目し，子ども自身の病気に伴う体験や病気に対する認識を明らかにしようとする研究への関心が高まりつつある。

「illness」「病気」「病い」という概念は，「痛みや，その他特定の症状や患うことの経験」であり，「症状や能力低下を認識し，それとともに生活しそれらに反応するのかを示すもの」(Kleinman, 1988/1996)，「患者の体験や主観的な受け取り方を重視した言葉」(片山・小玉・長田, 2009)であるとされ，生物学的な構造や機能の変化に着目した治療者の視点による「disease」「疾患」とは根本的に異なる用語として扱われている (Kleinman, 1988/1996)。Leventhal, Meyer, & Nerenz (1980) は，患者が「illness」をどのように受け止め，解釈し (認知的反応)，対処および評価するのかについてのプロセスを「病者自己調節モデル」として示し，さらにその認知的側面については，「病気認知」(illness perception)と表現して，「病者自己調節モデル」における病気への対処行動の前段階ととらえている。橋本 (2013) は「病気認知」(illness perception)について，患者がセルフケア行動を効果的に行えるかを規定する際の主要な要因であるとしており，患者の日常生活行動や病気の治療，自己管理行動をどのように遂行するかに関係していることが示されている。

病気認知に関する研究の多くはLeventhalらの病気認知の概念 (Leventhal et al., 1980) に基づき成人期の慢性疾患患者を対象に行われており，糖尿病患者の病気の認識は個人的信念・文化的信念に影響を受け療養計画の遵守に影響を及ぼすこと (Barnes, Moss-Morris & Kaufusi, 2004)，糖

尿病患者の病気認知は患者のセルフ・エフィカシーに関連していること (橋本・森・荒木, 2014)，血液透析患者の病気認知に含まれるポジティブな感情表象は患者としての病気適応にプラスに影響していること (片山・小玉・長田, 2010) が報告されている。これらの研究により，患者の病気の世界としての病気認知の視点から慢性疾患患者への支援が検討される重要性が示されている。

一方，子どもの病気認知について，Walker, Papadopoulos, Lipton & Hussein (2006) は，小児期と成人期の患者の病気認知や対処行動などを含む自己調節モデルの構造に根本的な違いはなく，子どもにおいてもLeventhalの示した自己調節モデルの枠組み (Leventhal et al., 1980) を用いることができると述べながら，そのプロセスには子ども特有の認知の特性や発達段階，子どもの経験が大きな影響を与えている可能性があることを報告している。慢性疾患をもつ子どもの病気認知に関する先行研究の多くは，思春期以降の認知発達段階にある患者を対象としており，思春期のてんかん患者 (足立・高野・三宅, 2013) やキャリーオーバーする先天性心疾患をもつ中学生・高校生 (仁尾・藤原, 2006；仁尾, 2008a；仁尾, 2008b) はいずれも，病気をもつ自分を前向きにとらえ対処行動をとる半面，友人との関係性や進路選択など思春期特有の様々な体験を通して病気による制限につらさを感じるなど，相反する認知の合間に葛藤を抱えていることが報告されている。

また思春期以降の慢性疾患患児 (者) では，慢性疾患の治療を自らコントロールできるという信念とセルフマネジメントに関連があること (Law, Tolgyesi & Howard, 2014) など，病気認知と病気のセルフマネジメントや自我同一性の獲得といった発達課題との関連に着目した研究が報告されている。

思春期以前の子どもを主な対象とする病気の問題に関する研究については，これまでその主な関心を，病気の因果

1) 聖泉大学看護学部 Faculty of Nursing, Seisen University

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

関係の理解にまつわる病因認知に向けられてきた (Bibace & Walsh, 1980; 石川・小畑, 2006; Myant & Williams, 2005; 外山, 2015)。慢性疾患をもつ子どもの病気のとらえ方としての病気認知に関する研究においては、幼児期から学童期の子ども自身の認知発達の特徴から病気体験を思考し言語的に表現することの難しさ、さらにそれらを評価する方法論上の問題もあり (石川・小畑, 2006)、幼児期・学童期を含む思春期以前の子どもを対象とする病気認知に関する研究報告は少なく (深谷, 2009)、子どもの病気のとらえ方に関する文献で用いられている概念も、病気認知 (illness perception) (Walker et al., 2006)、病気表象 (illness representation) (Paterson, Moss-Morris & Butler, 1999) など様々であり、それぞれの概念定義は十分に提示されていない。

先天性心疾患や1型糖尿病、気管支喘息などの子どもの慢性疾患の多くは、先天性や幼少期に発症するものである。そのような慢性疾患をもちながら成長・発達していく子どもが、幼児期から自己概念およびアイデンティティ形成に至る思春期までの成長・発達の過程の中で、認知発達などの発達の特徴や養育者の姿勢、病気体験等をふまえ、自身の病気にどのように気づき、対処行動に向かうのか、慢性疾患をもつ子どもの病気認知の概念分析を通して明らかにすることは、小児期の慢性疾患患児の健康を維持・促進するための適切な対処行動やセルフケア獲得に向けた看護支援を検討するにあたって重要な課題であると考えられる。

I. 研究目的

本研究の目的は、幼児期から思春期までの慢性疾患をもつ子どもに着目し、「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の概念分析を行い、その特性を明らかにすることである。

II. 研究方法

本研究は、Rodgersの概念分析の手法 (Rodgers, 2000) を参考に行った。Rodgersは概念を、時間や状況の変化に伴い変化するものであるという哲学的視点を基盤としてとらえている。またRodgersの概念分析の方法は、文献から概念がどのように用いられているかを分析し、その概念の属性 (概念のもつ特性)、先行要件 (概念に先立ち起こっているもの)、帰結 (概念の後、結果として生じるもの) を抽出することで、概念の特性を明らかにするものである。慢性疾患をもつ子どもは成長・発達する存在であること、慢性疾患の特性としての長期的な経過をもつこと、子どもや家族を取り巻く社会の状況、医療は常に変化しており、子どもの病気認知の概念も変化していることが推察さ

れるため、この手法を参考に概念分析を行うこととした。

1. 用語の定義

本研究における慢性疾患とは、慢性的な経過をもち長期にわたる何らかの治療・養護を必要とするものとした。

2. データ収集方法

概念分析の対象概念は「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」とした。「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の概念分析に用いる文献を収集する学問領域は、看護学、医学、心理学、教育学領域とした。データベースは医学中央雑誌 Ver. 5, CiNii, PubMed, CINAHL Plus with full text を使用した。キーワードは英語文献で「Child」, 「Illness Perception」, 「Illness Cognition」, 和文献で「子ども」, 「病気認知」, 「病気知覚」とし、幅広く子どもの病気認知に関する文献を収集するために発表年は限定せずに検索を行った (検索日2018年8月1日)。対象となる子どもの発達段階については、幼児期から発達の大きな転機となる15歳頃の思春期までの大枠の中で病気認知のプロセスを大きくとらえることを目的に、Piaget (1970/2007) が示した認知発達段階のうち前操作期にあたる幼児期後期から形式的操作期にあたる15歳頃までとした。文献の選定条件として、それらの年齢を含む慢性疾患をもつ子どもを対象としている文献であることとし、条件を満たす文献を分析対象とした。さらにハンドリサーチで選定した文献を加え、最終的に英文献12件、日本語文献27件、計39件を分析対象文献とした。

3. 分析方法

分析にあたっては、幼児期から15歳頃までの「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の用いられ方に着目して、文献検索を行う対象・学問分野を特定し、文献を選定した。文献中の、子ども自身が自分の経験を自らの言葉で表現している箇所、および親・医療者・研究者などが、子どもの様子をみて表現・解釈している箇所から病気認知に関する内容を抽出し、「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」を構成する属性、「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」に先立って生じる先行要件、「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」に後続して生じる帰結に該当する記述内容を抽出し、コーディングシートに記載した。次に内容を短い言葉のコードにし、類似性と相違性に基づき分類してカテゴリ化を行った。さらに得られたカテゴリの関連性を構造化し、概念を定義した。なお、分析の妥当性、真実性の確保のために、分析の過程において、研究者間で意見交換を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 文献の学問分野と慢性疾患の内容

検索した文献の研究分野で最も多いのは看護学24件であり、他に医学8件、教育学2件、栄養学1件、心理学3件、リハビリテーション学1件であった。

対象としていた文献別の子どもの慢性疾患は、単独の疾患では先天性心疾患を対象としたものが最も多く（11件）、次いで気管支喘息（6件）、糖尿病（5件）、食物アレルギー（2件）となっていた。また、複数の慢性疾患（糖尿病、腎疾患、気管支喘息、血友病、潰瘍性大腸炎、全身性エリテマトーデスなど）を対象としている文献（8件）や、小児がん・血液疾患（3件）、湿疹・喘息など複数のアレルギー疾患（2件）、病弱児（気管支喘息、腎臓病、筋ジストロフィーなど）（2件）のように対象を単独の疾患に限らないものが見られた。

2. 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の構成概念

分析により明らかになった、属性、先行要件、帰結を述べる。なお文中において、カテゴリを【 】で、サブカテゴリを〈 〉で示す。

1) 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の属性（表1）

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の属性として【身体感覚による病気知覚】【制限・制約による病気知覚】【病気情報の不確かな解釈】【病気の意味づけ】の4つのカテゴリが抽出された。

(1) 【身体感覚による病気知覚】

【身体感覚による病気知覚】は2つのサブカテゴリ〈病気を身体感覚で感じる〉〈自分の病気をあたりまえに感じる〉から構成された。

〈病気を身体感覚で感じる〉は「学習する前から臓器を認識する」（久保・中島・中澤，2015）、「どんな感じかは説明できないけどちょっと苦しいのが外からやってくる」（深谷，2009）や、「息苦しさを恐怖と捉えている」（深谷，2009）、「疾患独自の経験や症状から臓器を感じる」（Salter，1988/1992）、「病気を感覚状態で表す」（Campbell，1975）、「実感を伴うものを「病気」ととらえる」（松尾・中野・来生・加藤・片田，2004）などから抽出した。子どもは様々な症状を、身体や臓器の名称・位置・はたらきなどについて親や学校教育から学ぶ以前より、身体の中で起こる身体感覚の実感や音、またそれらの変化、それに伴う負の感覚である苦痛や恐怖と合わさった形として実感としてとらえ、表していることが示されていた。

〈自分の病気をあたりまえに感じる〉は、先天性疾患など、幼いころから慢性的な症状が常に自分と共にあるなど「もの心ついた時からあたりまえとして感じる」（青木，

2009）ために、「症状を自然現象のように捉えている」（益森，1997）、「病気をもつことと普通の区別がつかない」（松尾ほか，2004）など、身体感覚による病気知覚が際立つことがなく、また自身から切り離されることなくあたりまえとして認識していることが示されていた。

(2) 【制限・制約による病気知覚】

【制限・制約による病気知覚】は2つのサブカテゴリ〈身体的な制限から病気をとらえる〉〈社会的な制約から病気をとらえる〉から構成された。

〈身体的な制限から病気をとらえる〉は、気管支喘息に伴う息苦しさによって「息苦しさは自分ではどうすることもできない」（深谷，2009）と感ずることや、先天性心疾患による身体的症状や安静度の制限によって「思い通りに活動できない・したいことがさげられる」（青木，2005）など、身体的能力上の理由により自分のからだを思うようにコントロールできない状況に陥り、日常的な活動に制限を生じるという体験そのものを病気としてとらえていることが示されていた。

〈社会的な制約から病気をとらえる〉は、身体的症状や身体的能力による制限そのものに続いて、「友達と同じようにしたいができない」（益森，1997）、「病気による縛られた日常生活」「仲間たちのいる世界を失う」（中内，2001）という日常的かつ社会的な活動の制約や、「やろうとしてもやる前に禁止される」（青木，2009）といった、周囲の人に病気を慮られることによってこうむる活動の制約といった、制約による体験そのものを病気としてとらえていることが示されていた。

(3) 【病気情報の不確かな解釈】

【病気情報の不確かな解釈】は3つのサブカテゴリ〈親から受け取る病気情報の解釈〉〈不確かな病気の理解〉〈不確かな病気の予測の理解〉から構成された。

〈親から受け取る病気情報の解釈〉は、「親の感情的な反応を見て不安に感じる」（Allen, Affleck, Tennen, McGrade & Ratzan, 1984）、「大人の保護によって自分の問題だと認識しにくい」（仁尾・石河・藤澤，2014）など病気情報に対する親の反応や、親自身の病気情報の管理の下で病気情報を受け取り解釈することが示されていた。

〈不確かな病気の理解〉は、「病気の理解が混沌としている」（仲井，1994）など、病気の複雑さや、知識のあいまいさ、情報の乏しさによって、疾患によって起こっている症状と、自身の内的な体験がつながりきらず、あいまいで不確かな病気の理解となっていることが示されていた。

〈不確かな病気の予測の理解〉は、「病気の悪化が予測できない」「悪化する要因、良くなる要因について知識がない」（Walker et al., 2006）、「どうすれば治るのかわからない」（仲井，1994）など、病気に今後起こりうる変化の予

表1 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の属性

カテゴリ	サブカテゴリ	コードの例
身体感覚による病気知覚	病気を身体感覚で感じる	病気を感覚状態で表す (Campbell, 1975) 学習する前から臓器を認識する (久保ほか, 2015) 疾患独自の経験や症状から臓器を感じる (Salter, 1988/1992) 臓器への研ぎ澄まされた感覚 (青木, 2005) 具体的な表現 (上野ほか, 1976), 身体感覚としての苦痛 (上野ほか, 1976) 身体で感覚で定義する (上野ほか, 1976) 実感を伴うものを「病気」ととらえる (松尾ほか, 2004) 息苦しさを恐怖と捉えている・魂が抜けるような変な音がする (深谷, 2009) どんな感じかは説明できないけどちょっと苦しいのが外からやってくる (深谷, 2009), 病気は突然くる (稲田ほか, 1993) 病気は隠れている (石川, 2017)
	自分の病気をあたりまえに感じる	もの心ついた時からあたりまえとして感じる (青木, 2009) 症状は当たり前で自分そのもの (益森, 1997) 症状を自然現象のように捉えている (益森, 1997) 病気をもつことと普通の区別がつかない (松尾ほか, 2004)
制限・制約による病気知覚	身体的な制限から病気をとらえる	息苦しさは自分ではどうすることもできない (深谷, 2009) 欲求が満たされない状況 (上野ほか, 1976) 経験・制限から病気を自覚する (久保ほか, 2015) 思い通りに活動できない・したいことがさえぎられる (青木, 2005) 不都合さを実感する (青木, 2009)
	社会的な制約から病気をとらえる	やりたいことができない (上野ほか, 1976) 活動の制限こそが病気 (Callery, et al., 2003) 病気による縛られた日常生活 (中内, 2001) やろうとしてもやる前に禁止される (青木, 2009) 仲間たちのいる世界を失う (中内, 2001) 友だちや同胞との差を感じ立場が崩れる・友達と同じようにしたいができない (益森, 1997)
病気情報の不確かな解釈	親から受け取る病気情報の解釈	親の感情的な反応を見て不安を感じる (Allen, et al., 1984) 大人の保護によって自分の問題だと認識しにくい (仁尾・石河・藤澤, 2014)
	不確かな病気の理解	病態の複雑さが妨げる病気の理解 (Moons, 2001) 病気の理解が混沌としている (仲井, 1994) 理解が進むにつれて心配になる (Allen, et al., 1984) 病気の意味が分からず不確か (伊庭, 2005)
	不確かな病気の予測の理解	病気の悪化が予測できない (Walker, et al., 2006) 悪化する要因・良くなる要因について知識がない (Walker, et al., 2006) 予測できない病気について知識がない (Walker, et al., 2006) どうすれば治るのかわからない (仲井, 1994)
病気の意味づけ	病気の否定的な意味づけ	病気は足かせ (青木, 2009), 病気そのものはいやなもの (中内, 2001) 喘息軽症群が重症中等症群より症状や病因をより否定的にとらえている (泊, 1984)
	病気の肯定的な意味づけ	病気のおかげで友達が増えた (上野ほか, 1976) 病気をもつ自分の成長に気づく (中内, 2001) 病気に肯定的な意味づけ (泊, 1984), 病気利得 (泊, 1984) 病気によって得をすることもある (高橋, 2002)

測について、理解があいまいで不確かであることが示されていた。

(4) 【病気への意味づけ】

【病気への意味づけ】は2つのサブカテゴリ〈病気の否定的な意味づけ〉〈病気の肯定的な意味づけ〉から構成された。

〈病気の否定的な意味づけ〉は、「病気は足かせ」(青木, 2009)と、文字通り自身の行動の妨げとなるものとして病気を意味づけしていることであった。

〈病気の肯定的な意味づけ〉は、病気による体験を通して「病気のおかげで友達が増えた」(上野・三宅・渡部・

海藤, 1976), 「病気をもつ自分の成長に気づく」(中内, 2001), 「病気利得」(泊, 1984), 「病気によって得をすることもある」(高橋, 2002)など、病気によって得られたメリットに気づき、意識化することによって病気を肯定的な側面から意味づけし、とらえていることであった。

2) 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の先行要件 (表2)

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の先行要件は【子どもの個人特性】【疾患・治療の特性】【病気の子どもに対する養育者の養育姿勢】【子どもが受け取る病気に関する情報】の4つのカテゴリが抽出された。

表2 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の先行要件

カテゴリ	サブカテゴリ	コードの例
子どもの個人特性	病気の経験	病気の経験 (Salter, 1988/1992) 病気の理解に症状の経験があることが関連している (Crisp, et al., 1996) 症状があるときとないときがある (仲井, 1994) 症状の経験がない (内田, 1987), 症状経験の回数 (内田, 1987)
	認知発達段階	認知の特性 (病気の原因は自分にある) (上野ほか, 1976) 子どもの病気の概念がピアジェの認知発達理論と一致する体系的かつ予測可能な順序で進化している (Burbach & Peterson, 1986) 病気の理解に年齢が関連している (Crisp, et al., 1996) 言語によって自己感が客体化される (青木, 2009) 疾患理解は年齢による差がある (久保ほか, 2015) 健康信念は小児期に形成される (Moss-Morris & Paterson, 1995) 認知の特性 (病気の概念よりも予防などの概念は理解しにくい) (Paterson, et al., 1999)
	不確かな疾患の知識	病名は知っていてもどんな病気かわからない (石川, 2017) 何も考えずどんな病気かわからない (仲井, 1994) 何が起きているかわからない (Moons, et al., 2001)
疾患・治療の特性	疾患の特性	病気による痛み・身体的苦痛 (上野ほか, 1976) 病気の複雑さ (Moons, et al., 2001) 疾患の重症度の軽度の子どものほうが重症群よりも疾患を具体的に理解 (久保ほか, 2015) 症状の重症度が高い子どものほうが軽症群よりも病気を肯定的にとらえる (泊, 1984) 疾患のもつ重症度と症状の予測可能性 (Jones, et al., 2014)
	治療の特性	治療・療養による制限, 治療の複雑さ (Moons, et al., 2001)
病気の子どもに対する養育者の養育姿勢	疾患に対する養育者の感情・疾病感	親が病気の管理について心配していることで, 感情的な反応を示す (Allen, et al., 1984) 親が心配することによって不安について話すことができない (Allen, et al., 1984) 治療への過剰な危惧, または依存 (仲井, 1994) 親のショックの大きさを感じとる (中村ほか, 1999)
	病気の子どもに対する養育者の姿勢	子どもの抱く身体認識への養育者の反応 (Salter, 1988/1992) 養育者が病気の子どものボディイメージの基盤を理解し, 肯定的な反応を子どもに伝える (青木, 2009) 病気の結果に対して遮蔽されていたほうがよいと親は考えている (Eiser, 1990) 家族の抱えている自責の念が強いと, 家族の責任感や義務感を助長し, 子どもの自己管理を妨げる (仲井, 1994) 子ども自身によって病気を意識することを家族が拒む・子どもの自己管理の代行・疾患に対する適切な判断力の低下 (仲井, 1994) 子どもの身体認識は, 子どもの身体への好奇心や探究に対する養育者の反応によって意味づけを深める (Salter, 1988/1992) 病気の子どもへの制限や保護・病気をもつ子どもへの養育姿勢 (青木, 2009)
子どもが受け取る病気に関する情報	養育者から受け取る病気に関するあいまいな情報	不完全な情報や不正確な情報の提供 (Salter, 1988/1992) 病気であるというだけの情報・情報提供がない (青木, 2009) 家族の考えで病気の説明を子どもに十分行わない (仲井, 1994) 母親から説明されていない・母親に病気のことを聞いても教えてもらえない (伊庭, 2005)
	養育者から受け取るコントロールされた情報	養育者による病気に対する情報のコントロール (益森, 1997) これまでの情報との食い違いがないように提供される病気に関する情報 (益森, 1997) 将来への見通しを含めたイメージできる情報 (青木, 2009)
	「医療者が行う親を中心とした説明」から受け取る情報	医療者から受ける病気の説明 (廣瀬ほか, 2010) 診察時の医師と母親の会話を聞く (伊庭, 2005) 見たり聞いたりしたことを記憶する (伊庭, 2005)

(1) 【子どもの個人特性】

【子どもの個人特性】は3つのサブカテゴリ〈病気の経験〉〈認知発達段階〉〈不確かな疾患の知識〉から構成された。

〈病気の経験〉は前提条件として慢性疾患に子どもが罹

患していること, 罹患期間, 子ども個人の病気の重要度や症状の程度とした。また1型糖尿病など, 大人によって行われる治療や予防によって子どもの病状が何事もないように落ち着いている場合や, 普段の知覚する身体症状が目立たない場合では, 「症状の経験がない」(内田, 1987) とと

らえていることや、子どもに自覚のある「症状経験の回数」(内田, 1987)によっても病気による個人の経験が異なる状況があることが含まれた。

〈認知発達段階〉は、「子どもの病気の概念がピアジェの認知発達理論と一致する体系的かつ予測可能な順序で進化している」(Burbach & Peterson, 1986)こと、認知発達理論(Piaget, 1970/2007)でいう前操作期にある2～6歳の幼児は、「病気の原因は自分にある」(上野ほか, 1976)と病気を自分が悪いことをした罰としてとらえやすいなどといった特性が報告されていること、また今まで起こっていない事柄について予測し、今後起こり得ることを防ぐという予防の概念の理解は幼児には難しい(Paterson et al., 1999)ことなど、「疾患理解は年齢による差」(久保ほか, 2015)があり、小児期独特の認知発達の特徴が存在することが含まれた。

〈不確かな疾患の知識〉は、「病名は知っていてもどんな病気かわからない」(石川, 2017)、「何が起きているかわからない」(Moons et al., 2001)など、罹患している“疾患”に関して、子ども自身がもっている情報や知識が不確かであることが含まれた。

(2) 【疾患・治療の特性】

【疾患・治療の特性】は2つのサブカテゴリ〈疾患の特性〉〈治療の特性〉から構成された。

〈疾患の特性〉は、「病気による痛み・身体的苦痛」(上野ほか, 1976)や「病気の複雑さ」(Moons et al., 2001)、治療への反応性の程度や症状などの「重症度」(泊, 1984)など、disease (疾患)の側面としての「疾患の特性」が含まれた。

また〈治療の特性〉として「治療の複雑さ」「治療・療養による制限」(Moons et al., 2001)といった治療の側面としての特性が含まれた。

(3) 【病気の子どもに対する養育者の養育姿勢】

【病気の子どもに対する養育者の養育姿勢】は2つのサブカテゴリ〈疾患に対する養育者の感情・疾病感〉〈病気の子どもに対する養育者の姿勢〉から構成された。

〈疾患に対する養育者の感情・疾病感〉は、養育者自身が抱く疾患に対する親の「感情的な反応」(Allen et al., 1984)、「治療への過剰な危惧・または依存」(仲井, 1994)とした。

〈病気の子どもに対する養育者の姿勢〉は、「病気の結果を子どもに遮蔽する」(Eiser, 1990)、「家族の抱えている自責の念が強いと、家族の責任感や義務感を助長し、子どもの自己管理を妨げる」「子ども自身によって病気を意識することを家族が拒む」(仲井, 1994)、「病気の子どもへの制限や保護」(青木, 2009)などといった、子どもを病気から遠ざける姿勢や、反対に、病気に関する子どもの好奇心や探究に養育者が応えることにより「子どもの身体へ

の好奇心や探究に対する養育者の反応によって子どもは身体認識への意味づけを深める」(Salter, 1988/1992)などといった、子どもの認知をフォローする養育者の養育姿勢が含まれた。

(4) 【子どもが受け取る病気に関する情報】

【子どもが受け取る病気に関する情報】は3つのサブカテゴリ〈養育者から受け取る病気に関するあいまいな情報〉〈養育者から受け取るコントロールされた情報〉〈医療者が行う親を中心とした説明〉から受け取る情報から構成された。

〈養育者から受け取る病気に関するあいまいな情報〉として、「家族の考えで病気の説明を子どもに十分行わない」(仲井, 1994)、「親から受け取る情報が不完全であったり不正確である」(Salter, 1988/1992)、「ただ病気であるという事実だけを提供されている」(青木, 2009)などが含まれた。

〈養育者から受け取るコントロールされた情報〉は、「これまでの情報との食い違いがないように子どもへの情報提供をコントロールする」(益森, 1997)、「将来への見通しを含めたイメージできる情報」(青木, 2009)を提供するなどが含まれた。

〈医療者が行う親を中心とした説明〉から受け取る情報は直接的に「医療者から受ける病気の説明」(廣瀬, 倉科美穂子, 倉科美穂子, 金子てる, 2010)や、間接的に「診察時の医師と母親の会話を聞く」(伊庭, 2005)ことによって医療者から情報を得ていることを示した。また幼いころから医療場面で「見たことや、聞いたりした体験の記憶」(伊庭, 2005)といったあいまいな情報を受け取っていることが示された。

3) 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の帰結 (表3)

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の帰結として、【病気をもつことによる葛藤】【自己概念への病気の浸透】【病気への自分なりの対処行動を決める】の3つのカテゴリが抽出された。

(1) 【病気をもつことによる葛藤】

【病気をもつことへの葛藤】は2つのサブカテゴリ〈病気をもつことによる自分の中でのジレンマ〉〈他者との違いへの葛藤〉から構成された。

〈病気をもつことによる自分の中でのジレンマ〉は、自己概念について思い悩む時期になると「病気をもつ自分を知りたいけど知りたくない」(高橋, 2002)、「気遣ってほしいけれども特別扱いされたくない」(金丸・中村・荒木・中村・佐藤, 2005)と、両相性の感情を抱くことが示された。

〈他者との違いへの葛藤〉は、自己の病気を認識するこ

表3 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の帰結

カテゴリ	サブカテゴリ	コードの例
病気をもつことによる葛藤	病気をもつことによる自分の中でのジレンマ	ジレンマとの駆け引き (青木, 2009) 気遣ってほしいけれども特別扱いされたくない (金丸ほか, 2005) 病気をもつ自分を知りたい・知りたいけれども知りたくない・病気をもつ自分を知りたくない (高橋, 2002) 病気である自分を受け入れたくない (高橋, 2002)
	他者との違いへの葛藤	他者と違う特性をもつ自分自身の存在に気づく・友達と違うことへの不安 (伊庭, 2005) 特別視されるのがいや (中川原・三浦, 2014) 特別視されたくない (金丸ほか, 2005) わかったような口をきかれるのがいや (中川原・三浦, 2014) みんなから尋ねられたくない (伊庭, 2005) 同じじゃないから気になる・ともだちと同じようにしたい (益森, 1997) 他者への同化を試みる・他者への同化にこだわる (青木, 2009)
自己概念への病気の浸透	病気をもつ自己の肯定的な自意識の芽生え	病気によって鍛えられた・病気をもつ自分の成長に気づく (中内, 2001) 喘息とともに自分の健康がある (仲井, 1994) 病気をもっている自分 (伊庭, 2005), 私の病気 (中内, 2001) 自分らしいあたりまえさを再構築する (青木, 2009) 病気であることは普通・病気は自分の特徴 (高橋, 2002) 病気は私の生活 (中内, 2001)
	病気をもつ自己の否定的な自意識の芽生え	病気のため健康な自分ではなくなった・病気である私 (中内, 2001) グレーゾーンの私 (青木, 2009) 自分に烙印を押し、ボディイメージ形成を妨げる (青木, 2009) 低いセルフエスティーム (金丸ほか, 2005) 人との違いから負い目を感じる (中村ほか, 1999)
病気への自分なりの対処行動を決める	病気を自分なりに判断する	ヒュー音の違いを指標にして病院受診の判断を行っている (深谷, 2009) 喘息児なりの健康感をもち自分の健康を評価する (仲井, 1994) 症状のないときには健常児と変わりなく過ごせるが、健康ではない (仲井, 1994) わかるにつれて治らないことを知る (Allen, et al., 1984) 体験とむすびつけて判断する (伊庭, 2005)
	不確かな対処行動をとる	根拠があいまいなまま生活の仕方を決める・自己管理を不確かなまま捉える (金丸ほか, 2005) 間違った根拠に基づいて行動する (金丸ほか, 2005)
	病気に対して大人の力を借りて対処する	大人に気付いてくれるのを待つ (深谷, 2009) 自己管理の必要性を感じず、家族に任せる (仲井, 1994) 親や他者に依存する・親からのサポートをうける・自己管理を受け身にとらえる (金丸ほか, 2005) 周囲からのサポートにより助けられている (仁尾・石河・藤澤, 2014) 病気がもたらす結果を脅威と評価し、病気を自分自身の問題だと実感しないようにする (仁尾・藤原, 2003) 与えられた治療方針、療養行動に従うだけ (松尾ほか, 2004) 病気のことは母親が決める (松尾ほか, 2004) 母親にまだ依存したい (伊庭, 2005)
	病気に対して自分なりの行動をとる	まずひとりで楽になろうと努力する・ひとりで何とかしようともがく (深谷, 2009) 疾患を意識しないまま子どもなりの行動をとる (伊庭, 2005) 病気による制限と現実の折り合いをつける (金丸ほか, 2005) 学校で目立たないように対処する (中村ほか, 1999) 体内の調整力の発揮・思い通りになっている (青木, 2009) 友だちと同じようになりたいくてがんばる・ひとりでがんばる (益森, 1997), 誰にも相談しないと決める (中村ほか, 1999) 徐々に自分の健康に関する責任を自覚する (仲井, 1994) 病気から逃げる・病気と闘う (小学校低学年)・病気を眺める (小学校高学年) (中内, 2001) やり場のない思いに向き合う・病気をわかりたい・病気と付き合っていく (中内, 2001) 病気の考えの結果としての行動 (吉田ほか, 1983) 自分のことを話す・ともだちや周囲の人に病気の説明ができる (仁尾・石河・藤澤, 2014) 友達の助けを得る (中村ほか, 1999) 自分のからだは自分で守る (伊庭, 2005)

とによって「他者と違う特性をもつ自分自身の存在に気づく」(伊庭, 2005), 「他者と違うことへの不安」を感じ(伊庭, 2005), 病気について「みんなから尋ねられたくない」(伊庭, 2005), 「特別視されるのがいや」(中川原・三浦, 2014), 「他者への同化にこだわる」「他者への同化を試みる」(青木, 2009) などといった, 他者と違う自分に気づき葛藤しているさまであった。

(2) 【自己概念への病気の浸透】

【自己概念への病気の浸透】は2つのサブカテゴリ〈病気をもち自己の肯定的な自意識の芽生え〉〈病気をもち自己の否定的な自意識の芽生え〉から構成された。

〈病気をもち自己の肯定的な自意識の芽生え〉は, 「病気によって鍛えられた」「病気をもち自分の成長に気づく」(中内, 2001), 「喘息とともに自分の健康がある」(仲井, 1994) など, 病気をもち自身の肯定的な自意識が芽生えることであった。

〈病気をもち自己の否定的な自意識の芽生え〉は, 「病気のため健康な自分ではなくなった」(中内, 2001) と自身の存在をとらえ, 「病気である私」(中内, 2001), 「グレーゾーンの私」「自分に烙印を押し, ボディイメージ形成を妨げる」(青木, 2009), 「低いセルフエスティーム」(金丸ほか, 2005) など病気である自分の否定的な側面に焦点化し自意識が芽生えることとして示された。

(3) 【病気への自分なりの対処行動を決める】

【病気への自分なりの対処行動を決める】は4つのサブカテゴリ〈病気を自分なりに判断する〉〈不確かな対処行動をとる〉〈病気に対して大人の力を借りて対処する〉〈病気に対して自分なりの行動をとる〉から構成された。

〈病気を自分なりに判断する〉は, 幼少期からの気管支喘息発作の際の自身の病気知覚や, その際の周囲の大人による判断や対処に触れる中で, 自分にしかわからない「ヒュー音の違いを指標にして病院受診の判断」(深谷, 2009) を行ったり, 「喘息児なりの健康観をもち自分の健康を評価する」(仲井, 1994), 「症状のないときには健常児と変わりなく過ごせるが, 健康ではない」(仲井, 1994), 「わかるにつれて治らないことを知る」(Allen et al., 1984) など, 自分なりの具体的な病気への判断基準や健康観, 時間的な見通しを培っていること, またその判断は, 子どもの成長・発達の中で体験のとらえ方や理解の仕方を発展させながら変化していること, また大人に説明されていないことであっても自分の体験と結び付けて判断していることが示されていた。

〈病気に対して大人の力を借りて対処する〉は, 「大人に気付いてもらえるのを待つ」(深谷, 2009), 「与えられた治療方針, 療養行動に従うだけ」(松尾ほか, 2004) などのように, 疾患の重症度や複雑さ, 子どもの認知発達に影響を受け, 病気を脅威ととらえた(仁尾・藤原, 2003) 場合などでは, 自分で行動するのではなく「母親に(まだ)依存」(伊庭, 2005) し, 大人の力を借りて対処することを意識的・無意識的に選択していることが示された。

〈病気に対して自分なりの行動をとる〉は, 喘息などの症状出現場面における行動と, 長期的な経過における病気に対する姿勢の2側面が含まれていた。

症状出現場面における〈病気に対して自分なりの行動をとる〉では, 子どもは, これまでに何とか自分一人で乗り切ったと感じている経験に基づく自分なりの判断をしながら, 症状の増悪時には「まずひとりで楽になろうと努力する」「ひとりで何とかしようともがく」(深谷, 2009) と, 自分なりに状況の改善に向かえるような行動にチャレンジしていることが示された。

長期的な病気の経過の中における, 病気に対する姿勢としての〈病気に対して自分なりの行動をとる〉では, 「疾患を意識しないまま子どもなりの行動をとる」(伊庭, 2005) や「病気を眺める」「病気から逃げる」「病気と闘う」「病気と付き合っていく」(中内, 2001) というように子どもの年齢によって病気に対する姿勢は変化していること, またその中で「やり場のない思いに向き合う」「病気をわかりたい」(中内, 2001), 「病気の考えの結果としての行動」(吉田・草場・梶山, 1983), 「自分のことを話す」「ともだちや周囲の人に病気の説明ができる」(仁尾ほか, 2014), 「病気と付き合っていく」(中内, 2001), 「自分のからだは自分で守る」(伊庭, 2005) といった, 年齢や子どもの個々の認知発達段階によって変化する自分なりの行動がみられていることが示された。

3. 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の定義

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の属性に含まれたカテゴリから, 「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」とは「疾患に伴う症状の変化を身体感覚として知覚し, 病気に伴う制限・制約そのものを包含した体験を病気としてとらえながら, 病気に伴う不確かであいまいな情報を意味づけ解釈すること」と定義した。

IV. 考 察

1. 慢性疾患をもつ子どもの病気認知への影響要因

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の先行要件として, 【子どもの個人特性】【疾患・治療の特性】【病気の子どもの対する養育者の養育姿勢】【子どもが受け取る病気に関する情報】が抽出され, 子どもの病気認知の影響要因になることが示された。病気認知(illness perception)は, 病者の自己調節モデル self-regulatory model (Leventhal et

al., 1980) のなかで、モデルの第一段階である病気への認知的反応である「解釈」として示されている。Walkerら (Walker et al., 2006) は、小児期の慢性疾患患児の病気認知や対処行動を含むプロセスの構造に成人期の患者との根本的な違いはなく、子どもの病気認知についても病者の自己調節モデル (Leventhal et al., 1980) を用いて考えることができると述べている。病者の心身の状態は、本研究における病気認知概念の構成要素である先行要件であり、またそれらを病的であると「解釈」し、健康な状態へと戻そうと動機づけを行うことは病気認知の属性として、さらに「対処」および「評価」を行うことは病気認知の帰結としてそれぞれ説明できる。子どもの特性として子どもの認知発達段階は常に変化し続けていることや、子どもが得る病気・疾患に関する情報は多くの場合、医療者や養育者からコントロールされていることは、子どもの「解釈」としての病気認知に大きな影響を与えていることが考えられる。また養育者の養育姿勢や、養育者自身がどのように子どもの病気をとらえ、子どもに情報を提供しようとしているのかは、当然ながら疾患に関する情報の伝達内容そのものだけではなく、子どもの病気に関するとらえ方について影響を及ぼすことが考えられる。養育者としての有能感が高い親は肯定的な情動を基盤とした親子間の相互作用を作りやすいことが報告されている (Bornstein, 2015)。養育者に関する要因は子どもの病気認知にも影響を与えることが予想される。

2. 慢性疾患をもつ子どもの病気認知の属性

「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の属性として、【身体感覚による病気知覚】【制限・制約による病気知覚】【病気情報の不確かな解釈】【病気の意味づけ】があげられた。

Kleinman (1988/1996) は、“illness” (病気・病い) を、患者の主観的な受け取り方を重視した言葉とし、「病気であること」について「どのように症状や能力低下を認識し、それと共に生活し、それらに反応するかということの意味する」と述べている。小児における病気認知の“認知”の部分については、これまで小児の認知発達の未熟さに伴う知識不足・理解不足としてとらえられていた側面があるが、疾患や障害の慢性的な経過のなかで、主観的な受け取り方としての子どもの病気認知は、彼らの認知発達の特性に強い影響を受けながら、変化し続けている特性をもつことが考えられた。

また、経験する主体としての自己の感覚は、胎児期に既に形づけられている (Lecanuet & Schaal, 1996) とされているが、本人しか直接感じる事のない身体感覚である痛みや不快感についての概念化は、出生後、他者との間接的な体験の共有のプロセスを経て進んでいく。これらのこと

から最も身近な養育者の養育態度が子どもの身体感覚の表出や意味づけとしての病気認知に先行要件として影響し続けることは明らかであろう。

身体感覚としての症状の知覚は大小の変化に伴い感じられるものではあるが、先天性の疾患や幼少期発症の慢性疾患の場合、基点としての正常性が知覚できないことから、それらの疾患をもつ子どもの病気認知は成人とは異なる特性をもつといえる。

【制限・制約による病気知覚】については、自己の病気によって生活にどのような制限・制約が及ぶのかについてとらえ考えることであり、成人期の病気認知構造の一部とされている病気への認知的反応と同様と考えられた (Leventhal et al., 1980; 片山・小玉・長田, 2009)。しかしながら、慢性疾患をもつ子どもの発達の特性から見ると、病気による制限・制約は症状の予防や症状悪化の予測といった幼少期の子どもには理解しにくい概念をベースに行われる事柄であること、慢性疾患の特性としての症状の不安定さや一貫性の無さにより常に病気を知覚しているわけではない状況の中での悪化要因を取り除くための制限・制約であるという因果関係性の理解の困難さがあること、病気の存在に伴う制限・制約を自己と他者との違いの中で自覚することなどが、子どもの病気認知概念における属性としての【制限・制約による病気知覚】の特徴であるといえる。

また子どもが幼少期にある場合や、慢性疾患の重症度が高い場合には特に、家庭・病院・保育所・学校など、子どもの過ごす全ての場所において、養育者や医療者・保育士・教師等の支援者による、子どもの症状等の管理を目的とする日常生活全般における制約は強化される傾向にある。自身の症状に伴う身体的な制限によって思い通りの日常生活や活動ができないことや、それらをベースにして社会の側で形成された制約は、双方向に影響を与え合う形で存在しており、子どもはそれらを合わせて課されることによる体験を病気知覚としてとらえていることが考えられた。

【制限・制約による病気知覚】は、子どもが日常生活や社会生活上の様々な活動に際して“病気のために～ができない”といった経験を繰り返すことを通して認知する病気の側面であり、その後の子どもの対処行動や他者への関わり方・自己概念・アイデンティティ形成にも大きな影響を及ぼすものと考えられた。

病気認知の属性としての、身体の内からの症状に伴う実感としての感覚である【身体感覚による病気知覚】と、内なる病気の存在および、それに重なる形で外部の他者から課されることで自覚する【制限・制約による病気知覚】は相互に関連し合い、慢性疾患の特性としての症状の不安定さや複雑さ・一貫性のとらえにくさによる混沌とした状況

の中で、子どもの認知発達の特性を通して認識されることによって【病気情報の不確かな解釈】【病気の意味づけ】につながっていると示唆された。

3. 病気の対処行動やセルフケア獲得のプロセスに影響する病気認知

子どもの病気認知の帰結は、【病気をもつことによる葛藤】【自己概念への病気の浸透】【病気への自分なりの対処行動を決める】の3つであった。

帰結で示されたこれらは、思春期までの子どもの発達段階的特徴が反映されたものであるといえる。これらは幼少期からの様々な病気体験を通して形成されてきた思春期までの子どもの病気認知の帰結であると同時に、自己概念やアイデンティティ形成時期である思春期以降も疾患をもち続け生活する子どもの病気認知における、次の発達段階につながる先行要件としての意味合いも包含していると考えられた。

また【病気への自分なりの対処行動を決める】に含まれる〈病気を自分なりに判断する〉〈不確かな対処行動をとる〉〈病気に対して大人の力を借りて対処する〉〈病気に対して自分なりの行動をとる〉には、子ども自身が病気に伴う体験を脅威としてとらえた場合に、自身の力のみで対処することを避け、対処資源として信頼できる大人の力を借りて対処するパターンが含まれることがみうけられた。これは子どもが病気にまつわる状況について、対処可能か否か、認知評価を行い、対処の検討・決定を行っているといえることから、ストレスコーピング理論（Lazarus & Folkman, 1984/1991）における認知的評価の側面として考えられることが示唆された。

さらに【病気への自分なりの対処行動を決める】について、〈病気を自分なりに判断する〉〈不確かな対処行動をとる〉〈病気に対して自分なりの行動をとる〉の判断や療養行動としての内容は、慢性疾患に関する適切な判断や適応した療養行動とはいえないものも含まれる。しかしながらこれらは、自己概念・アイデンティティ形成や、慢性疾患に対する適切な療養行動の自立・自律に向かうまでに必要な前段階であり、病気に伴う様々な経験や葛藤の中、ストレス認知的評価を重ねていくことを通して、変化していくものであるととらえられる。

これらのように子どもの病気認知が、すべての側面において発達段階による影響を受けていることや、それが動的な変化を伴いながら次の発達課題に連動していることは、慢性的な経過をもつ子どもの病気認知における特性であるといえる。

今回、「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の定義を明確化することによって、その特徴が疾患の特性・発達の特性をふまえて描き出され、幼児期以降の慢性疾患児とその養育者への支援の方向性の示唆が得られたと考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究における病気認知の先行要件に含まれる疾患・治療の特性は、個人の経験に大きな影響を与える要因である。本研究は、病期としての慢性疾患を包括した文献を対象として概念分析を行っていることから、個別の疾患・治療の特性については結果へ十分に反映されていないことが考えられる。

病気認知はその後の病気の対処行動やセルフケア獲得のプロセスにおいて、極めて重要な意味を有する。慢性疾患をもつ子どもは、心理社会的問題を抱えやすいことが報告されている（小柳, 2012）。個々の疾患や様々な治療に伴う体験、子どものより詳細な発達段階と養育者の姿勢等、子どものもつ属性や慢性疾患をもつ子どもの病気認知の特性が、子どもの周囲の世界とどのように関係し合っているのかなど、対象疾患のさらなる検討や、個々の疾患の比較検討による子どもの病気認知の特徴について、今後は検討していく必要がある。

V. 結 語

Rodgers (2000) の概念分析の手法を参考に「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の概念分析を行った。その結果、4つの属性、4つの先行要件、3つの帰結を抽出し、「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」について「疾患に伴う症状の変化を身体感覚として知覚し、病気に伴う制限・制約そのものを包含した体験を病気としてとらえながら、病気に伴う不確かであいまいな情報を意味づけ解釈すること」と定義した。「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の特性として、先行要件・属性・帰結全てが発達段階による影響を受けていること、慢性的な経過の中で動的な変化を伴いながら次の発達課題につながっていることがあげられた。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

本研究の目的は「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」の概念分析を行い、構成要素と定義を明らかにすることである。

Rodgersの概念分析の手法を用いて39件の文献を分析した結果、「慢性疾患をもつ子どもの病気認知」について「疾患に伴う症状の変化を身体感覚として知覚し、病気に伴う制限・制約そのものを包含した体験を病気としてとらえながら、病気に伴う不確かでありまいな情報を意味づけ解釈すること」と定義した。慢性疾患をもつ子どもの病気認知の特性として、先行要件・属性・帰結全てが発達段階による影響を受けていること、慢性的な経過の中で動的な変化を伴いながら次の発達課題につながっていることがあげられた。

今回、慢性疾患をもつ子どもの病気認知の構成要素を明確化したことにより、幼少期からの慢性疾患児とその養育者への支援の方向性の検討への示唆が得られたと考える。

Abstract

The aim of this research was to conduct a concept analysis of “illness perception in children with chronic illness” to reveal its components and definition. Using Rodgers’ concept analysis method, 39 articles were analyzed, subsequently resulting in the extraction of four attributes, four antecedents, and three consequences. “Illness perception in children with chronic illness” was defined as “perceiving physical sensations because of changes in the symptoms in one’s illness, perceiving the various restrictions on activities because of the illness as one’s illness, and interpreting uncertain and ambiguous information and perceiving such information as one’s illness.” The characteristics of “illness perception in children with chronic illness” were “antecedents, attributes, and consequences all influenced by developmental stage” and “illness perception both accompanies dynamic change in the chronic course and leads to the next developmental task.” This research led to suggestions for investigating the direction of support for children with chronic illness from early childhood and their caregivers.

文 献

- 足立 綾, 高野政子, 三宅希実 (2013). 思春期のてんかん患者の病気認知に関する研究. 看護科学研究, 11(2), 42-47.
- Allen, D. A., Affleck, G., Tennen, H., McGrade, B.J., & Ratzan, S. (1984). Concerns of children with a chronic illness: a cognitive-developmental study of juvenile diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 10(4), 211-218.
- 青木雅子 (2005). 先天性心疾患の子どものボディイメージの構成要素—社会で生活する青年たちの語りから. 日本小児看護学会誌, 14(2), 16-22.
- 青木雅子 (2009). あたりまえの創造—ボディイメージの形成過程からとらえた先天性心疾患患者の小児期における自己構築. 日本看護学会誌, 29(3), 43-51.
- Barnes, L., Moss-Morris, R., & Kaufusi, M. (2004). Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. *The New Zealand Medical Journal*, 117(1188), 1-9.
- Bibace, R., & Walsh, M.E. (1980). Development of children’s concepts of illness. *Pediatrics*, 66(6), 912-917.
- Bornstein, M.H. (2015). Children’s parents. In Lerner, R.H. (Ed.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science. Ecological and processes in developmental systems* (seventh edition) (pp.55-132). New York: Wiley & Sons.
- Burbach, D.J., & Peterson, L. (1986). Children’s concepts of physical illness: A review and critique of the cognitive-developmental literature. *Health Psychology*, 5(3), 307-325.
- Callery, P., Milnes, L., Verduyn, C., & Couriel, J. (2003). Qualitative study of young people’s and parents’ beliefs about childhood asthma. *British Journal of General Practice*, 53(488), 185-190.
- Campbell, J.D. (1975). Illness Is a Point of View: The Development of Children’s Concepts of Illness. *Child Development*, 46(1), 92-100.
- Crisp, J., Ungerer, J.A., & Goodnow, J.J. (1996). The impact of experience on children’s understanding of illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(1), 57-72.
- Eiser, C. (1990). Chronic Childhood Disease. *An Introduction to Psychological Theory and Research*, 42-58, New York: Cambridge University Press.
- 深谷基裕 (2009). 気管支喘息をもつ学童の「息苦しさ」の体験. 日本看護学会誌, 29(4), 51-59.
- 橋本 空 (2013). 慢性疾患患者における病気認知およびアドヒアランスの研究動向. 江戸川大学紀要, 23, 161-167.
- 橋本 空, 森 和代, 荒木 厚 (2014). 病気認知の特徴に基づく糖尿病患者の分類. 桜美林大学心理学研究, 4, 97-109.
- 廣瀬幸美, 倉科美穂子, 金子てる (2010). 心疾患をもつ学童のQOLと背景要因—自己評価および代理評価による検討—. 家族看護研究, 16(2), 81-90.
- 伊庭久江 (2005). 先天性心疾患をもつ幼児・学童の“自分の疾患のとらえ方”. 千葉看護学会誌, 11(1), 38-45.
- 稲田 浩, 菅原猛行, 斎藤滋子, 金 太章 (1993). アレルギー疾患児の疾患と健康に関する概念の検討. 第3回日本小児保健学会, 101-104.
- 石川慶和, 小畑文也 (2006). 子どもの病因認知における発達的变化. 小児保健研究, 65(2), 298-305.
- 石川由美香 (2017). 血液腫瘍疾患をもつ前思春期の子どもの病気の捉え方とヘルスプロモーション (第1報) サバイバーの病気の捉え方と親の関わり. 千葉看護学会誌, 22(2), 11-19.
- Jones, C.J., Smith, H.E., Frew, A.J., Toit, G.D., Mukhopadhyay, S., & Llewellyn, C.D. (2014). Explaining adherence to self-care behaviour amongst adolescents with food allergy: a comparison of the health belief model and the common sense self-regulation model. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 65-82.
- Kleinman, A. (1988) / 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳 (1996).

- 病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学. (pp.3-12). 21. 東京: 誠信書房.
- 金丸 友, 中村伸枝, 荒木暁子, 中村美和, 佐藤奈保, 小川純子, 遠藤数江, 村上寛子 (2005). 慢性疾患をもつ学童・思春期患者の自己管理およびそのとらえ方—質的研究 meta-study を用いて—. 千葉看護学会会誌, 11(1), 63-70.
- 片山富美代, 小玉正博, 長田久雄 (2009). 日本語版病気認知質問紙の作成と信頼性・妥当性の検討—血液透析患者による検証—. 健康心理学研究, 22(2), 28-39.
- 片山富美代, 小玉正博, 長田久雄 (2010). 血液透析患者の病気認知が病気適応に及ぼす影響. ヒューマン・ケア研究, 11(1), 21-31.
- 小柳憲司 (2012). 小児慢性疾患の生活指導 慢性疾患が子どもの心に及ぼす影響とその対応. 小児科臨床, 65(4), 547-552.
- 久保瑠子, 中島弘道, 中澤 潤 (2015). 小, 中学生の先天性心疾患患児の疾患理解—患児の「年齢」と疾患の「重症度」による疾患理解の比較—. 日本小児循環器学会雑誌, 31(1-2), 52-60.
- Law, G.U., Tolgyesi, C.S., & Howard, R.A. (2014). Illness beliefs and self-management in children and young people with chronic illness: A systematic review. *Health Psychology Review*, 8(3), 362-380.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) / 本明 寛・春木 豊・織田正美訳 (1991). ストレスの心理学. (pp.25-51). 東京: 実務教育出版.
- Lecanuet, J.P., & Schaal, B. (1996). Fetal sensory competencies. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 68(1-2), 1-23.
- Leventhal, H., Mayer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In Rachman, S (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol.2, pp.7-30). New York: Pergamon Press.
- 益森かつぎ (1997). 先天性心疾患の子どもの体験に関する研究—民族看護学の研究方法を用いて—. 看護研究, 30(3), 233-244.
- 松尾ひとみ, 中野彩美, 来生奈巳子, 加藤令子, 片田範子 (2004). 小児期特有の疾患をもちながら生活してきた患者が, 小児期から成人期へ移行する過程の体験. 兵庫県立看護大学紀要, 11, 85-99.
- 三浦浩美, 小川佳代, 舟越和代, 猪下 光 (2002). 学童期の病気の認知と Health Locus of Control との関連. 香川県立医療短期大学紀要, 4, 113-120.
- Moons, P., Volder, E.D., Budts, W., Geest, S.D., Elen, J., Waeytens, K., & Gewillig, M. (2001). What do adult patients with congenital heart disease know about their disease, treatment, and prevention of complications? A call for structured patient education. *Heart*, 86(1), 74-80.
- Moss-Morris, R., & Paterson, J. (1995). Understanding Children's Concepts of Health and Illness: Implications for Developmental Therapists. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 14(3-4), 95-108.
- Myant, K.A., & Williams, J.M. (2005). Children's concepts of health and illness: understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 805-819.
- 中川原康子, 三浦綾子 (2014). 成長過程における食物アレルギー児と非食物アレルギー児の疾患知識と意識の関連性. 日本食育学会誌, 8(1), 29-39.
- 仲井美由紀 (1994). 気管支喘息児の自己管理における認識に関わる要因—学童後期から思春期前期の子どもたちとその家族との面接調査から—. 岐阜大学医療技術短期大学部紀要, 1, 96-108.
- 中村伸枝, 兼松百合子, 今野美紀, 二宮啓子, 内田雅代, 武田淳子 (1999). 小児期発症のインスリン非依存型糖尿病患者の病気および療養行動に対する認識と, 自尊感情, ソーシャルサポートとの関連. 千葉大学看護学部紀要, 21, 17-24.
- 中内みさ (2001). 病弱児の病気体験のとらえ方の発達的变化と心理的援助. 特殊教育学研究, 38(5), 53-60.
- 仁尾かおり, 藤原千恵子 (2003). 先天性心疾患をもつ思春期の子どもの病気認知. 小児保健研究, 62(5), 544-551.
- 仁尾かおり, 藤原千恵子 (2006). 先天性心疾患をもちキャリアオーバーする高校生の病気認知. 小児保健研究, 65(5), 658-665.
- 仁尾かおり (2008a). 先天性心疾患をもって成長する中学生・高校生のレジリエンス (第2報). 小児保健研究, 67(6), 834-839.
- 仁尾かおり (2008b). 先天性心疾患をもちキャリアオーバーする中学生・高校生の病気認知の構造と背景要因による差異. 日本小児看護学会誌, 17(1), 1-8.
- 仁尾かおり, 石河真紀, 藤澤盛樹 (2014). 学童期から青年期にある先天性心疾患患者の“病気体験に関連したレジリエンス”アセスメントツールの開発. 日本小児循環器学会雑誌, 30(5), 543-552.
- Paterson, J., Moss-Morris, R., & Butler, S.J. (1999). The effect of illness experience and demographic factors on children's illness representations. *Psychology and Health*, 14(1), 117-129.
- Piaget, J. (1970) / 中垣啓訳 (2007). ピアジェに学ぶ認知発達の科学. (pp.50-69). 京都: 北大路書房.
- Rodgers, B.L. (2000). Concepts analysis: An Evolutionary View. In Rodgers, B.L., & Knafl, K.A. (Eds), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications* (second Edition) (pp.77-102). Philadelphia: Saunders Company.
- Salter, M. (1988) / 前川厚子訳 (1992). ボディ・イメージと看護. (pp.42-61). 東京: 医学書院.
- Sonney, J.T., Gerald, L.B., & Insel, K.C. (2016). Parent and child asthma illness representations: A systematic review. *Journal of Asthma*, 53(5), 510-516.
- 高橋清子 (2002). 先天性心疾患をもつ思春期の子どもの“病気である自分”に対する思い. 大阪大学看護学雑誌, 8(1), 12-19.
- 泊 祐子 (1984). 喘息児の病気像について. 日本看護科学会誌, 4(2), 52-53.
- 外山紀子 (2015). 病気の理解における科学的・非科学的信念の共存. 心理学評論, 58(2), 204-219.
- 上野 轟, 三宅康之, 渡部 勝, 海藤史朗 (1976). 病弱児の現象学的理解 1: 病気像 (Disease Image) の発達の様相—病気像を構成する意味体験カテゴリーの年令的推移からの検討. 特殊教育学研究, 14(2), 28-36.
- 内田雅代 (1987). 糖尿病児のインスリン注射・血糖測定技術, 低血糖の自覚について サマーキャンプ中の変化および1年後の状況. 日本看護学会集録集 18回小児看護, 156-158.
- Walker, C., Papadopoulos, L., Lipton, M., & Hussein, M. (2006). The importance of children's illness beliefs: the Children's Illness Perception Questionnaire (CIPQ) as a reliable assessment tool for eczema and asthma. *Psychology Health & Medicine*, 11(1), 100-107.
- 吉田由美, 草場ヒフミ, 梶山祥子 (1983). 「子ども自身の病気の認知」に関する研究 (人間科学編). 千葉県立衛生短期大学紀要, 2(1), 77-84.

2018年12月9日受 付
2020年1月20日採用決定

—研究報告—

ICU中堅看護師のリハビリテーション看護の実践

Practice of Rehabilitation Nursing of ICU Middle-Class Nurse

林 諒子¹⁾ 市村 久美子²⁾ 川波 公香¹⁾
 Ryoko Hayashi Kumiko Ichimura Kimika Kawanami

キーワード：集中治療室, リハビリテーション看護, 看護実践

Key Words: ICU, rehabilitation nursing, nursing practice

はじめに

近年, 集中治療の発展と共にICUにおける重症患者の救命率は上昇しているものの, ICU退室後の身体機能低下・精神認知障害等が指摘されている(Herridge, et al., 2011, pp.1293-1304; Pandharipande, et al., 2013, pp.1306-1316)。ICUでは, 生存率・人工呼吸器装着期間・ICU入室期間などといった生命予後を中心とする短期的なアウトカムの評価において実績をあげてきたが, 近年は生命予後だけでなく, QOLや日常生活動作(Activities of Daily Living: ADL), 認知・身体機能, 職場復帰などの, 人生予後である長期的なアウトカムが求められている(長谷川, 2014, pp.192-196)。ICU重症患者に対する早期からのリハビリテーションは, 短期的にも長期的にも患者予後を改善する効果があると報告されている(Schweickert, et al., 2009, pp.1874-1882)。また, 人工呼吸器装着患者のせん妄・ICU関連筋力低下(ICU-acquired weakness: ICU-AW)の診断と治療を目的に考案されたABCDEバンドルの中には, Early mobilization(早期離床)が含まれており(Pandharipande & Banerjee & McGrane & Wesley, 2010, p.157), ICUにおける早期からのリハビリテーションが重要視されている。今後さらに, 医療費抑制や在院日数の短縮, 2025年問題に向けた地域包括ケアシステム構築など, 日本の社会背景としても患者の早期からの機能回復・維持が求められている。

2017年に日本集中治療医学会より「ガイドライン：集中治療における早期リハビリテーション：根拠に基づくエキスパートコンセンサス～」(以下, エクスパートコンセンサスとする)が発表され, 早期リハビリテーションの定義や開始基準, 各職種の役割等が示された(高橋ほか, 2017, pp.255-303)。翌年には診療報酬改定により, 多職

種による早期離床の取り組みへの評価が追加され, 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取り組みが「早期離床・リハビリテーション加算」(以下, 早期離床加算とする)として新たに算定されることになった。早期離床加算, エクスパートコンセンサスの指す早期リハビリテーションとは, リハビリテーションチームにより作成された計画のもとに早期離床の取り組みを実施することである。このように, 近年エキスパートコンセンサスの作成や早期離床加算の新設など, ICUにおいて多職種チームによる早期リハビリテーション実施の体制が整備されてきている。

ICU患者のADL・QOLといった長期的なアウトカムを求め, 多職種チームによる早期リハビリテーションが重要視されている中で, ICU看護師は患者の入室時から関わり, リハビリテーション看護を実践している。ICUにおけるリハビリテーション看護は患者の生活復帰に向けたICU看護師の重要な看護実践であり, またICU看護師は多職種チームで早期リハビリテーションを進めるにあたって重要な役割を担っている。リハビリテーション看護とは「疾病・障害・加齢等による生活上の問題を有する個人や家族に対し, 障害の経過や生活の場に関わらず, 可能な限りADLの自立とQOLの向上を図る専門性の高い看護である」と定義されており(NPO法人日本リハビリテーション看護学会, 2011), これまで, 具体的なリハビリテーション看護の機能や役割等については様々な検討がされてきた。これまで検討されてきたリハビリテーション看護の共通点として, 「セルフケアの確立」, 「退院後の生活・社会参加への支援」, 「家族を含めて対象を捉えること」, 「多職種連携」などがある(石鍋・福屋, 1997, pp.13-23; 佐藤・風岡・大塚, 2001, pp.45-55)。また, 松本・片山(2017)による回復期リハビリテーション病棟に勤務する

1) 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

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

2) 秀明大学看護学部 Faculty of Nursing, Shumei University

看護師を対象にした調査では、「退院後の生活を見据えた情報を入院時より得る」、「リハビリテーションが効果的に行えるよう心身のコンディショニングを整える」、「生活の再構築に向けて目標を管理する」など、10項目のコンピテンシーが抽出されているが（pp.17-29）、これは回復期におけるリハビリテーション看護に関する検討であった。

ICUにおいては、リハビリテーション看護を具体的に検討した先行研究は見当たらなかった。石川（2016, pp.7-10）は、急性期のリハビリテーション看護において看護師に期待する役割を「情報の提供」、「全身管理」、「ADLの評価と援助」、「家族への対応」の4つであると述べている。しかしこれは急性期全体を示すものであり、ICUに限定したものではない。道又（2008, pp.2-6）は、クリティカルケア看護師に求められる能力として「早期回復への看護援助」があり、その中で「廃用症候群の予防」、「荷重側肺障害と呼吸筋力の低下に対するケア」、「身体的・精神的苦痛の軽減」等を示している。その他のクリティカルケア看護師に求められる能力としては「家族の援助」、「医療チームのコーディネート」などもあり、先に示した回復期におけるリハビリテーション看護と共通する部分であった。エキスパートコンセンサスの中では、ICU看護師の役割は「安全かつ効果的に早期リハビリテーションを行うための環境を整備し、患者の日常生活を支援することである」とし、具体的には「適応の判断と準備を高める援助」、「患者教育と心理的援助」、「多職種連携の調整」、「安全性の配慮」、「早期リハビリテーションとしての日常生活援助行動の支援」の5つが示されている（高橋ほか, 2017, pp.291-292）。エキスパートコンセンサスは、早期リハビリテーションにおけるリハビリテーションチームの中の、ICU看護師のリハビリテーション看護の実践・役割を示しているといえる。

急性期におけるリハビリテーション看護には回復期におけるリハビリテーション看護と共通する部分もあるが、「退院後の生活・社会参加への支援」、「セルフケアの確立」の部分は急性期においては明記されていない。また、急性期のリハビリテーション看護においては、「対象者の将来と生活を見据えた実践」と患者の将来について触れられていたが、クリティカルケア看護・エキスパートコンセンサスでは明記されていない。このようにこれまでリハビリテーション看護について様々な検討がされてきているが、ICUにおけるリハビリテーション看護についての具体的な検討はなされていないのが現状である。何をリハビリテーション看護と捉えているかは看護師によって異なる可能性があることも指摘されており（下野・小柳, 2011, pp.7-10；山本・百田, 2017, pp.11-18）、まずはICU看護師が実践しているリハビリテーション看護の実践を明

らかにする必要がある。またICU看護師はリハビリテーションに対して不安・苦手意識・負担感を持っていることから（高波ほか, 2016, p.1402；Holdsworth et al., 2015, pp.1243-1250）、リハビリテーション看護の具体的な実践内容を見いだすことでICU看護師のリハビリテーション看護の実践の意味付けが明確になると考えた。

ICUにおいてリハビリテーションチームによる早期リハビリテーションが推進され注目されてきている中、チームの一員であるICU看護師のリハビリテーション看護の実践を明らかにすることで、ICUにおけるリハビリテーション看護の質向上となり、リハビリテーションチームにおけるICU看護師の役割について示唆が得られると考える。

研究目的

ICU看護師が臨床現場で、リハビリテーションの視点でどのような看護を実践しているのかを明らかにする。

研究方法

1. 研究デザイン

半構成的面接法を用いた質的帰納的研究。

2. データ収集期間

2018年8月～10月。

3. 研究協力者

対象は、ICUにおける看護経験が5年以上あり、直接患者の看護ケアを行っている看護師とした。5年以上の経験がある看護師は中堅者から達人看護師にあたるとされており（Benner, 2001/2005, pp.23-29）、その場の一時的な視点ではなく長期的な幅広い視点で患者を捉えることができると考えた。本研究では、ICUの選定基準として特定集中治療室管理料の算定を受けていること、また本研究では、近年、医学中央雑誌刊行会が運営する「医中誌Web」において、ICUにおけるリハビリテーション看護について複数の紙上報告している施設を積極的にリハビリテーション看護に取り組んでいる施設とみなし、協力依頼をした。

4. データ収集方法

同意の得られた研究協力者に対し、インタビューガイドを用いて1人40～60分程度の半構成的面接を行った。まず、研究協力者の基本属性（看護師経験年数、ICU経験年数、他部署の経験の有無、等）、所属施設（ICU入室状況、早期離床加算の有無、医師・セラピストとの協働状況、等）について尋ねた。次に、リハビリテーション看護の定

義は伝えずにICUでの看護経験の中で印象に残っている症例について語ってもらい、その中でリハビリテーションの視点で実践していたことを尋ね、自由に語ってもらった。

5. データ分析方法

ICレコーダに録音したデータから逐語録を作成し、研究協力者がリハビリテーションの視点で実践していることを「ICU看護師のリハビリテーション看護の実践」とし、それに関わるデータを抽出しコード化した。抽出されたコードの類似性・共通性を検討しながらカテゴリー化を行い、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーを導き出した。分析の過程において、共同研究者と検討・修正を繰り返しデータ解釈の妥当性を確認した。また真実性・妥当性確保のために、研究協力者に分析結果を郵送し、語られた内容が忠実にデータ化されていたか、妥当な解釈であったかを確認してもらった。

6. 倫理的配慮

本研究は、茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：826）。まず、選定基準を満たす施設の施設長・看護部長に本研究の概要を文書にて説明し研究協力の同意を得た。研究協力者に対し、研究概要、研究協力の任意性と撤回の自由、個人情報保護、データの管理方法について、文書と口頭で説明を行い、署名にて同意を得た。

結 果

1. 研究協力者の背景

研究協力者は、4施設7名、看護師経験年数は平均11.1年、ICU経験年数は平均10.1年、7名中5名が女性、2名が男性であった。他部署の経験がある者は1名であり、他6名はICUのみの経験であった。2名が集中ケア認定看護師の資格を有していた（表1）。

研究協力者の所属する4施設すべてが2018年4月に新設された早期離床加算の算定を受けており、また、集中ケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師が部署内もし

くは院内に勤務していた。4施設中2施設がセミクローズドICU（集中治療専門医がICUに入室するすべての患者に介入し、主治医と共に集中治療を行うICU）であり、麻酔科医が集中治療専門医としてICUに専従していた。

2. ICU看護師のリハビリテーション看護の実践

ICU看護師のリハビリテーション看護の実践として273のコードが抽出され、65のサブカテゴリー、23のカテゴリー、7のコアカテゴリーから構成された（表2）。以下、コアカテゴリーを《 》、カテゴリーを〈 〉、サブカテゴリーを【 】、研究協力者の語りを「 」で示す。

(1) 《ICUにいる時点だけでなく患者の今後を見据えた援助》

《ICUにいる時点だけでなく患者の今後を見据えた援助》は、〈入院前の患者の生活を把握する〉、〈患者の生活を長期的に考えICUで今できることを考える〉、〈看護体制の異なる後方病棟でも継続できるようにつなげる〉の3つのカテゴリーから構成され、協力者7名中、他部署の経験のある1名を含む6名から語られた。

〈入院前の患者の生活を把握する〉では、「家でどういう生活をしていたか、家でのADLって意外とICUにいる時は気にしなかったりする。退院後の生活を考えたときに、元々のADLとかそういった情報を家族から得るようにしている」と、【患者・家族から元のADL・生活背景・家族のサポート等の情報を収集する】実践をしていた。患者・家族だけでなく、【他職種からICU入室前の患者に関する情報を収集する】と他職種からの情報収集も抽出された。〈患者の生活を長期的に考えICUで今できることを考える〉では、【患者の今後をイメージしてそれに向けてできることを考える】や、「RST（Respiration support team）などの活動で病棟を回るときICUを退室した患者さんもみるので、ICUを出た後が長いんだ、まだ課題があって大変なんだって目にするようになって、じゃあICUでできることってなんだろうって考えるようになりました」と、【実際にICU退室後の患者を見て振り返りICUでできることを考える】などが抽出された。ICUでリハビリテーション看護を完結させるのではなく、〈看護体制の異なる後方病棟でも継続できるようにつなげる〉実践もしていた。

表1 研究協力者の基本属性

研究協力者	A	B	C	D	E	F	G
性別	男	女	女	男	女	女	女
看護師経験	8年	13年	8年	13年	11年	18年	7年
ICU経験	8年	13年	8年	13年	11年	11年	7年
認定資格の有無	無	有 〔集中ケア CN〕	無	無	有 〔集中ケア CN〕	無	無

表2 ICU看護師のリハビリテーション看護の実践

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
ICUにいる時点だけでなく 患者の今後を見据えた援助	入院前の患者の生活を把握する	患者・家族から元のADL・生活背景・家族のサポート等の情報を収集する 他職種からICU入室前の患者に関する情報を収集する
	患者の生活を長期的に考えICUで今できることを考える	長期的にみて患者が今どの段階にいるのか見極める 患者の今後をイメージしてそれに向けてできることを考える
		実際にICU退室後の患者を見て振り返りICUでできることを考える
	看護体制の異なる後方病棟でも継続できるようにつなげる	後方病棟の状況をふまえて退室後の実践方法を検討する ICU退室後もリハビリが継続できるようにPTに働きかける
		患者・家族の情報やICUでの実施状況を後方病棟の看護師へ申し送る
臥床患者の機能維持・ 全身状態の調整	活動・休息のバランスをとり栄養管理を行う	活動・休息のバランスをとる 栄養状態を整える
	鎮静・鎮痛管理が必要な患者の生活リズムを整える	患者が日中覚醒できるように鎮静管理を行う 気管挿管等の治療による苦痛をとるために鎮痛管理を行う
	適切なリスク管理のもと介入方法を判断する	集中治療による安静制限を把握する 全身状態を統合的にアセスメントしてタイミング・方法を考える
		日常生活援助の中でさりげなく体を動かす 関節拘縮予防のためにROM訓練・ポジショニングなどを行う
	拘縮予防・筋力維持のためにベッド上で他動運動を行う	筋力維持のためにベッド上でできる運動を行う 肺を広げるために体位を工夫する
		痰の排出を促すために体位ドレナージを行う 人工呼吸器装着患者にSBTを行う
	人工呼吸器等の治療による合併症予防に呼吸リハビリテーションを行う	人工呼吸器等の治療による合併症予防に呼吸リハビリテーションを行う
集中治療下であっても 患者のできることを促す援助	患者の状態・機能をみてできることを判断する	患者の全身状態が活動できる状態であるか評価する 患者が自分でできる力があるか評価する
	日常に近い動作ができるよう環境を整える	ライン類の整理・物品の配置を工夫する 看護師が手を出すのではなくできる動作は患者に行ってもらう
		挿管患者のコミュニケーション方法として筆談やジェスチャーをしてもらう 余暇活動に関連づける
	日常生活に関連付けて患者のできることを活かす	できるセルフケアを増やす 患者の状態をアセスメントして早期離床の可否を判断する
		早期離床のタイミングに合わせて患者の心身の準備状態を整える 患者状態・生活に合わせて早期離床の時間を調整する
早期離床の実施	早期離床を安全かつ効果的に実施するための準備を整える	安全な離床ができるように環境を整える 早期離床による状態変化や苦痛を伴いやすい患者の観察・アセスメントを行う
		早期離床による苦痛・不安を取り除くために鎮痛鎮静管理・声掛けなどを行う 早期離床による事故が起きないようにリスク管理する
	患者が苦痛なく安全に早期離床ができるように支援する	早期離床プロトコルを活用して離床を進める 患者の現状認識を促す
		意思表示ができない患者のコミュニケーション方法を考える 家族の思いを汲み取れるようにコミュニケーションをはかる
	患者・家族と積極的に関わり希望・意思を把握・尊重する	患者・家族の意思を尊重した目標を設定する 患者・家族の目標を達成するためのプランを考える
患者・家族の 心理的援助	患者が主体的に取り組めるように意欲を高める	患者が目的と具体的な方法を理解できるように伝える 患者自身がこれからどうなるのかイメージできるように伝える 患者に励まし声かけをする 患者が回復の実感を持ち自信が持てるように働きかける
		患者の気持ちをみて実施のタイミングを見計らう 面会制限がある中でも家族と過ごす時間を作る 家族から患者に励まし・労いの言葉をかけてもらう
		家族の面会時に患者の1日の様子や離床状況を伝える 患者状態に不安を抱く家族に今後の見通しを伝える
		家族が患者の離床を見られるように調整する
	患者の離床を通して家族を安心させる	同じ認識でリハビリを進めるために目標を共有する リハビリに関する多職種カンファレンスを行う
		早期離床プロトコルを作成する 各職種の専門性を活かして役割分担をする
	他職種・看護師間の協働	医師・PT・臨床工学技士などと共に早期離床を行う ICUのうちから退院支援を開始するためにMSW [®] と協働する
		看護師がチームの中心となり多職種をつなげる 患者に必要なものを考え他職種に相談・依頼する
ICU看護師への リハビリテーション 看護の強化	ICU看護師の強化意識を高める	多職種で情報を共有できるように記録に残す 自分一人ではなくCNや他のICU看護師みんなで考える
		ICU看護師間の共有 患者に継続した関わりができるように共通認識のもと統一した看護を提供する
	ICU看護師が積極的に行えるように働きかける	ICUのリハビリテーションに関するトピックスを取り入れる リスク管理について周知する
		ICU看護師が積極的に進めていくことを伝える ICU看護師の不安を解消できるようにまず手本を見せる 具体的な方法やルールを提案する

※医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker）

「病棟に出たらしかしたらリハビリが進んでないんじゃないかって気にしている部分もある。病棟のマンパワーや状況を踏まえてリハビリ方法を病棟看護師と検討します」と、【後方病棟の状況をふまえて退室後の実践方法を検討する】ことも行っていた。

(2) 《臥床患者の機能維持・全身状態の調整》

《臥床患者の機能維持・全身状態の調整》は、〈活動・休息のバランスをとり栄養管理を行う〉、〈鎮静・鎮痛管理が必要な患者の生活リズムを整える〉、〈適切なリスク管理のもと介入方法を判断する〉、〈拘縮予防・筋力維持のためにベッド上で他動運動を行う〉、〈人工呼吸器等の治療による合併症予防に呼吸リハビリテーションを行う〉の5つのカテゴリーから構成された。

ここでは疾患や集中治療の影響で日常からかけ離れてしまう患者の生活を整え、臥床による弊害を回避する実践が抽出された。【患者が日中覚醒できるように鎮静管理を行う】、【気管挿管等の治療による苦痛をとるために鎮痛管理を行う】など鎮静・鎮痛管理を行い〈鎮静・鎮痛管理が必要な患者の生活リズムを整える〉と患者の全身状態を整え、【集中治療による安静制限を把握する】など〈適切なリスク管理のもと介入方法を判断する〉実践をしていた。〈拘縮予防・筋力維持のためにベッド上で他動運動を行う〉は、協力者全員から語られた。「上肢の運動とか……、肩も拘縮するとそのままかたまっちゃったり、そのまま動けなかったり肩痛っていう人もいます」と【関節拘縮予防のためにROM訓練・ポジショニングなどを行う】実践や、「リハビリってリハビリの時間ではなくて常日頃行われているものなんじゃないかなって、普段の人間の動きの中でやることを意識してさりげなくケアに取り入れています」と【日常生活援助の中でさりげなく体を動かす】実践をしていた。ICUでは人工呼吸器管理中の患者が多く〈人工呼吸器等の治療による合併症予防に呼吸リハビリテーションを行う〉実践も抽出された。

(3) 《集中治療下であっても患者のできることを促す援助》

《集中治療下であっても患者のできることを促す援助》は、〈患者の状態・機能をみてできることを判断する〉、〈日常に近い動作ができるよう環境を整える〉、〈日常生活に関連付けて患者のできることを活かす〉の3つのカテゴリーから構成された。

〈患者の状態・機能をみてできることを判断する〉と、患者の状態をアセスメントしたうえで、〈日常生活に関連付けて患者のできることを活かす〉実践をしていた。〈日常生活に関連付けて患者のできることを活かす〉実践は協力者全員から語られた。「ポジショニングで脇に枕を入れるとき、自分たち（看護師）で腕あげて入れちゃうけど、手上がりしますか？って聞くのもリハビリの一つになると思

う」と【看護師が手を出すのではなくできる動作は患者に行ってもらおう】実践、「家族が来たときは抑制をはずして、ジェスチャーで手を動かすのもリハビリテーションだと思うので」と【挿管患者のコミュニケーション方法として筆談やジェスチャーをしてもらう】実践などもあり、様々な動作にリハビリテーション看護に関連づけていた。〈日常に近い動作ができるように環境を整える〉では、「色々入っていると動かしにくいじゃないですか。どちらかの手はフリーにして、効き手の方はできる限り、握るとか手をあげるとかはできるように。Aラインは入ってるんですけど、サチュレーションプローブを効き手じゃない方につけたりします。」と、治療のために行動が制限されている患者が、少しでも自身で生活動作ができるよう環境を整えていた。

(4) 《早期離床の実施》

《早期離床の実施》は、〈早期離床を安全かつ効果的に実施するための準備を整える〉、〈患者が苦痛なく安全に早期離床ができるように支援する〉の2つのカテゴリーから構成された。

〈早期離床を安全かつ効果的に実施するための準備を整える〉では、【患者状態をアセスメントして早期離床の可否を判断する】や【患者状態・生活に合わせて早期離床の時間を調整する】など、早期離床を実践する前の準備をしていた。「食事の時間に合わせて座っていられるように11時くらいからリハビリをすとか、患者さんのスケジュールに合わせてPT（理学療法士、以下PTとする）さんと時間を調整します」などと語られた。また【早期離床による状態変化や苦痛を伴いやすい患者の観察・アセスメントを行う】では、「PTさんって体を動かすところは専門家だと思うけど、痛みとかバイタルの変動とか苦痛はどうかとか、その判断はナースかなって思っている」と〈患者が苦痛なく安全に早期離床ができるように支援する〉実践などが抽出された。

(5) 《患者・家族の心理的援助》

《患者・家族の心理的援助》は、〈混乱状態にある患者の平静を取り戻す〉、〈患者・家族と積極的に関わり希望・意思を把握・尊重する〉、〈患者が主体的に取り組めるように意欲を高める〉、〈患者の離床を通して家族を安心させる〉の4つのカテゴリーから構成された。

〈混乱状態にある患者の平静を取り戻す〉では、「ずっと寝たまままでどこかもわからないで、朝か昼かもわからないっていうのは……。日時や場所を言ってあげるだけでも不安の軽減につながるのかなって思います。」と【患者の現状認識を促す】実践を行っていた。〈患者・家族と積極的に関わり希望・意思を把握・尊重する〉には、【患者・家族の意思を尊重した目標を設定する】などの実践があった。

〈患者が主体的に取り組めるように意欲を高める〉実践は協力者全員から語られ、「12歳以下は面会できないんですけど、面会許可を出してもらって、子どもに会えたことで頑張れたって感じですよ」と、【面会制限がある中でも家族と過ごす時間を作る】ことや、【患者が回復の実感を持ち自信が持てるように働きかける】などの実践により患者の意欲を高めていた。患者が体を動かしているということが家族の心理的援助にもなっており、〈患者の離床を通して家族を安心させる〉実践が抽出された。「体を動かしました、リハビリしましたっていうと元気になったって認識してくれるので、言うようにしています」と語られた。

(6) 《他職種・看護師間の協働》

《他職種・看護師間の協働》は、〈多職種で情報を共有しリハビリ内容を検討する〉、〈他職種と共にリハビリを行う〉、〈看護師がチームの中心となり多職種をつなげる〉、〈ICU看護師間の共有〉の4つのカテゴリから構成された。

〈多職種で情報を共有しリハビリ内容を検討する〉では、「PTや麻酔科医と話すことで妥当性とかもう少しいいよねとか、よりアセスメントできるようになったと思います」と語られ、【リハビリに関する多職種カンファレンスを行う】実践などがあつた。4施設中2施設が、早期離床加算をきっかけに多職種カンファレンスを導入していた。〈看護師がチームの中心となり他職種をつなげる〉実践だけでなく、「PTと看護師と……、呼吸器がついていたら麻酔科医もつきます。体外循環を付けながらだとME（臨床工学技士、以下MEとする）も一緒にします」、【PTのいない土日は、どういうリハビリをしたら良いかPTがカルテに申し送りを残してくれるので、それを見ながら看護師だけでします】と〈他職種と共にリハビリを行う〉という、共に患者に介入する実践も抽出された。〈ICU看護師間の共有〉では、多職種チームだけでなく看護師のチームとして「例えば体位変換のときに患者さんに腰を上げてもらいましょうとか、そういうルールを看護指示に入れます」と【患者に継続した関わりができるように共通認識のもと統一した看護を提供する】などの実践も行っていた。

(7) 《ICU看護師へのリハビリテーション看護の強化》

《ICU看護師へのリハビリテーション看護の強化》は、〈ICU看護師のリハビリテーション意識を高める〉、〈ICU看護師が積極的に行えるように働きかける〉の2つのカテゴリから構成された。

〈ICU看護師のリハビリテーション意識を高める〉実践では、「CN（認定看護師、以下CNとする）としてICUのトピックスを敏感に考えて取り入れて、そこに必ずリハビリは出てくるので」と【ICUのリハビリテーションに関するトピックスを取り入れる】実践、他には【リスク管理に

ついて周知する】実践が、CNだけでなく複数の協力者から語られた。〈ICU看護師が積極的に行えるように働きかける〉では、「オーダーがなくてもベッドサイドで始められることっていっぱいあるので、そのあたりの（看護師に対する）教育とか仕方をものすごく考えます」と【ICU看護師が積極的に進めていくということを伝える】ことを意識していた。

考 察

1. 患者の今後を見据えた実践

《ICUにいる時点だけでなく患者の今後を見据えた援助》が抽出され、ICU看護師は今現在のことだけでなく患者を入院前から退院後まで長期的に捉え、患者の今後を見据えた実践をしていた。ICUは在室期間が短く患者の出入りが激しいという特徴や、まずは救命・生命維持のための集中治療が求められる場であるということなどから、ICUではなかなか患者の今後を見据えて考えることが難しい。しかし、本研究の協力者は患者の今後を長期的に見据えた実践をしていた。橋本・星本・山床・西山・川内（2016）の報告においても、ICUは生命の危機に直面している患者が多く、患者の今現在の状態を重要視してしまう傾向にあるが、超急性期である今、ICU看護師は退院後の生活を見据えたうえで看護として何ができるのかという点も考えていた（pp.37-39）、とあり、本研究の協力者たちも同様の視点を持って実践していた。協力者の中には、横断的活動によりICU退室後の患者をみることで、自分達のリハビリテーション看護を振り返りICUでの実践を考えている者もいた。リハビリテーション看護とは患者のADL自立とQOL向上を図る専門性の高い看護（NPO法人日本リハビリテーション看護学会、2011）であり、長期的な広い視野で患者を捉える力が必要である。退室後の患者をみることで患者の今後を見据える視点を持つことができ、ICUでの実践に活かされていた。患者の今後を見据える視点を持つには、ICU退室後の患者を看る機会のある他部署の経験が影響すると考えたが、他部署の経験がある看護師だけでなく、ICUのみの経験の看護師からも《ICUにいる時点だけでなく患者の今後を見据えた援助》が抽出された。他部署での経験の有無は関係なく、医師やセラピスト達からICU退室後の患者の様子を聞いたり病院内でICU退室後の患者とすれ違ったりするなど、偶発的にでもICU退室後の患者を知るといった経験が、ICU看護師の患者の今後を見据える視点に大きく影響するのではないかと考える。ICUでの看護の振り返りのために退室後訪問を実施している施設もあり（鹿・中柴・中野・片岡、2013、pp.121-124；和田・矢野・吹田、2013、p.193）、ICUで行った看護の振り

返りや、ICU看護師の達成感やモチベーションにつなげるためにも、退室後訪問は有効であると考え。その他にも、後方病棟の看護師や他職種を含めて症例検討をするなど、偶発的ではなくICU看護師がICU退室後の患者を知る機会を作ること、一般病棟・他職種と連携できるシステム作りが必要である。

また〈入院前の患者の生活を把握する〉は、回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師のコンピテンシー（松本・片山，2017，pp.17-29）である「退院後の生活を見据えた情報を入院時より得る」と共通していた。回復期とは異なり、ICUでは患者本人が意思表示できない場合が多いことや、集中治療下で患者の生活がイメージしにくい中でも、ICU看護師は意識的に情報収集を行い今後につなげていた。ICUにいるうちから患者・家族への施設等の社会資源についての情報提供や、患者の生活背景や状況に合った目標設定が重要であり、回復期と同様に、ICU看護師も患者が次に進む場所への継続看護という視点を持った実践をしていた。ICU入室時からの情報収集や後方病棟へつなげる実践は、エキスパートコンセンサスの看護師の役割には示されていない、ICU看護師の重要なリハビリテーション看護の実践である。リハビリテーションチームで共通の目標や認識を持つためにも重要な役割である。

急性期リハビリテーション看護においては「対象者の将来と生活を見据えた実践」と患者の将来について触れられていたが、クリティカルケア看護・エキスパートコンセンサスでは明記されていなかった。本研究では、ICU看護師は集中治療が求められる特殊な環境下であっても、患者を入院前から退院後まで長期的に捉えて今後を見据えた看護実践を行っていた。これはQOLの向上につながるリハビリテーション看護の実践である。

2. 日常生活援助をリハビリテーション看護と捉えた実践

ICU看護師は《臥床患者の機能維持・全身状態の調整》、《集中治療下であっても患者のできることを促す援助》、《早期離床の実施》を行っており、そこでは日常生活援助をリハビリテーション看護と捉えた実践がなされていた。

《臥床患者の機能維持・全身状態の調整》は、全身状態が安定せずベッド上で過ごす患者が多いICUにおいて、患者がICUに入室したとき、離床が始まる前の段階からの実践であった。エキスパートコンセンサスの看護師の役割の中では、「適応の判断」として離床開始を判断するアセスメントについては触れられているが、拘縮予防・筋力維持・呼吸機能維持などの床上訓練を看護師が直接行い、離床に備える役割については触れられていなかった。ベッド上での臥床時間が長ければ長いほど、患者が自身の力で動き出すときに苦痛があったり、スムーズに離床が進めら

れなかったりする可能性がある。このようなことを防ぐためにもICU看護師は床上訓練を実践していた。疾患や治療により患者自身で日常生活を送ることができないために、患者は看護師に自分の生活を委ね、ICU看護師は患者の生活のほとんどに介入することになる。自ら動けない受動的な患者に対する看護師の介入が患者に与える影響は大きく、ICU看護師の責任も大きい。だからこそ、ICU看護師は自分たちの援助の影響を認識して、日常生活援助の中にリハビリテーション看護の実践が多くみられたと考える。ICUにいる患者は、集中治療のために鎮静下で人工呼吸器管理が行われているなどの治療が多くなされている。近年はABCDEバンドルや、人工呼吸器を装着したままの早期離床も積極的に行われており、日中は鎮静剤投与を中断し患者を覚醒させて管理することがスタンダードになっている。本研究でも、〈鎮静・鎮痛管理が必要な患者の生活リズムを整える〉実践をしており、同様の実践が抽出された。治療により乱れたサーカディアンリズムを整える実践は、ICUのリハビリテーション看護の特徴であると考え。エキスパートコンセンサスの看護師の役割にある「準備を高める援助」では、環境調整や鎮静・鎮痛管理などの実践にとどまっていたが、本研究ではそれだけではなく、〈拘縮予防・筋力維持のためにベッド上で他動運動を行う〉や〈人工呼吸器等の治療による合併症予防に呼吸リハビリテーションを行う〉など直接患者に介入する実践が多く抽出された。

患者が臥床状態を脱しても、疾患や治療の影響により患者自身で日常生活動作を行うことが困難な場合が多く、患者は日常生活動作の大部分を看護師に委ねることになる。その中でもICU看護師は、患者の体位変換など些細な動作が必要なときなどに、その動作一つ一つをリハビリテーション看護と認識して《集中治療下であっても患者のできることを促す援助》を実践していた。山本・百田（2017）は、看護師は日常生活援助とリハビリテーション看護は別の視点で評価している可能性があり、結果として日常生活援助の中で急性期リハビリテーション看護が行えているとはいえなかった（pp.11-18）と述べている。また野口・井上（2016）では、「人工呼吸器装着患者の任せてもらえない身の回りのことを自分でやりたいが、看護師がすべて介助してしまう」という体験が語られていた。しかし本研究では、協力者全員が日常生活援助をリハビリテーション看護と関連付けて患者の主体性を尊重したりリハビリテーション看護の実践をしていた。衛藤・荒井・金子（2004）は、急性期リハビリテーション看護において看護師が日常行っている体位変換、ポジショニング一つ一つがリハビリテーションであり、日常生活援助そのものがリハビリテーションの一つであるということを認識したケアを実施していく

必要性を述べている (pp.214-216)。特にICUでは治療のために多くのラインにつながっていたり、抑制帯による行動制限が行われていたり、患者の自由を奪いできることを制限してしまう環境にある。ICU看護師はこのことを理解し、少しでも日常に近づけられるようきめ細やかなリハビリテーション看護の実践を行っていた。

臥床状態から全身状態を整え離床の準備を始め、自分でできることを促し、そして《早期離床の実施》をしていた。ICU看護師は患者の状態をアセスメントして早期離床の時間やタイミングなどの調整役を担い、患者の生活の中に早期離床が組み込まれるように調整していた。中堅看護師ということが他職種との調整など連携をするうえでも強みになっており、患者の一番そばにいて患者の生活をよく理解している看護師だからこそ、生活の中に早期離床を取り込むことができるのだと考える。

ICU看護師が行うこれらのリハビリテーション看護の実践は、患者が生活を取り戻す第一歩として非常に重要なものである。救命・治療の場であるICUにおいて、協力者全員が「患者の生活」を常に念頭に置き、ADLの自立・QOLの向上をはかっていた。

3. 患者・家族の心理的援助の実践

ICUに入室する患者は、緊急入院や集中治療のために麻薬を使用したり、人工呼吸器管理をしたりするなど、特殊な治療環境が患者の混乱状態を引き起こすことが多い。また生命の危機状態にある患者の家族は、患者の明らかに普段と違う危機的な状態を目の当たりにすることで、激しい動揺と強い不安、恐怖、悲嘆などの感情を呈して精神の危機状態に陥ることも多い (山勢, 2002, p.242-248)。特殊な治療環境におかれる患者・家族のICUにおけるQOLを向上させるためにも、ICU看護師は《患者・家族の心理的援助》をリハビリテーション看護の一つとして行っていた。

まず、意思表示が難しい患者とのコミュニケーション方法を考えていた。そして患者の主体性を大事にするために、〈患者が主体的に取り組めるように意欲を高める〉実践を行っていた。ICUという特殊な環境においても患者が家族と過ごせる時間を作ることは、患者の意欲を高めるだけでなく、患者が少しでも日常を取り戻せる安心感につながる実践である。野口・井上 (2016, pp.39-48) の報告では、「説明のない状況で感覚を駆使して状況を捉える」、「見知らぬ環境や人に囲まれ無防備な状態でさらされる」といった人工呼吸器装着患者の体験が語られ、患者は医療者からの説明を求めており「状況を捉える」サポートをICU看護師は行う必要がある。患者が状況を理解し家族と過ごし日常に近づくことで、QOLの向上につながってい

ると考える。患者と家族が共に過ごす時間は、患者だけでなく家族にとっても大切な時間である。ICUでは治療・処置や感染予防、安静保持のためなどの理由で面会制限を設けている施設が多い (百田・木村・中山, 2014, pp.19-27; JSEPTIC 離床研究委員会, 2014)。面会者の年齢や人数、面会時間などの制限が多くあるICUの特徴から、患者が早期離床をしているときに家族が面会できる可能性は低い、ICU看護師は面会調整をして早期離床の場を家族にみせることで、家族の安心と患者の意欲向上に働きかけていた。家族にとって患者が体を動かすということは、患者が前に進んでいるというポジティブなものであり、家族の安心感につながる実践である。

家族は患者にとって重要な支援者であり、患者は家族の存在に支えられている (高橋ほか, 2017, pp.291-292; 野口・井上, 2016, pp.39-48)。ICU看護師は患者だけでなく家族も含めた実践により患者・家族間の相互作用を活用し、患者の意欲を高めADLの自立と患者・家族双方のQOLの向上につなげていた。

4. リハビリテーションチームメンバーとの協働

《他職種・看護師間の協働》、《ICU看護師へのリハビリテーション看護の強化》を行っており、ICU看護師はチームで患者にアプローチすることを意識していた。

〈多職種で情報を共有しリハビリ内容を検討する〉では、多職種カンファレンスが行われていた。多職種で患者の目標が共有されていたが、前述したICU看護師の〈入院前の患者の生活を把握する〉実践が目標設定やリハビリ内容の検討に活かされており、リハビリテーションチームにおいても重要な実践であった。また、研究協力者の所属施設すべてが算定を受けている早期離床加算の算定条件の中に「入室48時間以内に介入し、当該チームの計画書の作成と定期的な評価」とあり、4施設のうち2施設が早期離床加算の導入をきっかけに多職種カンファレンスをはじめていた。他職種と情報を共有し意見交換をする機会があることでICU看護師のチームアプローチの認識も高まり、各専門性を活かしたより良いリハビリテーションが患者に提供できることにつながると考える。今回は早期離床加算が開始したばかりであったが、今後はさらにICU内に多職種によるリハビリテーションチームが浸透して、より質の高いチームアプローチが実践されていくことが期待される。

ICUにおいてリハビリテーションを実施する際には、患者の全身状態をみながら装着物や機器類の管理を行う必要があり、〈他職種と共にリハビリを行う〉実践の中で協働する職種は、主治医・麻酔科医・PT・作業療法士・臨床工学技士など多岐にわたっていた。また、MSW (医療ソーシャルワーカー) とも協働した退院支援を開始してお

り、早期から患者の退院後に関する検討や情報提供が行われていた。佐藤ほか（2001, pp.44-55）の報告でも、リハビリテーション看護の具体的役割として「他職種との連絡調整」と多職種連携に関することはあがっているが、内容は情報提供・共有にとどまっていた。エキスパートコンセンサスの看護師の役割にある「多職種連携の調整」においても同様であった。ICU看護師は連絡調整だけでなく、各職種の専門性を活かして役割分担しながら、共に早期離床を行っており、これはICUリハビリテーションチームにおける看護師の役割として特徴的な部分であると考えられる。患者が重症であるからこそ、ICU看護師が患者を観察・アセスメントし、苦痛を伴いやすい患者の苦痛を取り除き、不安定な全身状態にある患者のリスク管理を行う役割を担いながら他職種と共に実践していた。

ICUにおけるリハビリテーションは、患者が重症であることや生命維持装置などがついたまま行われることなどから大きなリスクを伴うため、多職種の専門性を活かしたチームアプローチが必要となる。特定集中治療室管理料をとる条件として、「専任の医師が常時特定集中治療室内に勤務していること」、「専任の臨床工学技士が常時院内に勤務していること」があり、ICUが多職種協働しやすい環境であることも、ICU看護師がチームアプローチを意識していることに影響していると考えられる。

他職種や患者・家族を含めたチームでリハビリテーションを進めることももちろんだが、ICU看護師間の協働である〈ICU看護師間の共有〉や、《ICU看護師へのリハビリテーション看護の強化》も実践していた。ICU看護師は他看護師とディスカッションをしたり、CNからのアドバイスを受けていたりして、ICU看護師みんなで患者に最適リハビリテーション看護を考え提供していた。そして、統一されたりリハビリテーション看護を継続的に提供するために、体位交換の際にはどの動作を患者自身で行ってもらうのかなど、詳細に看護計画を立案し看護師同士で共有して、かつそれが他職種とも共有できるよう看護記録に残すなどの実践をしていた。金築・岡本・西谷・坂本・吉岡（2011）は、看護計画に体位変換や清拭と合わせてROM訓練を行うことを立案し実施することで看護師個々のROM訓練の認識が高まり、ROM訓練以外にも良肢位、ギャッジアップ座位、端坐位の練習も行えるようになってきたと報告している（p.243）。患者のできることを促す看護計画を立案することで、計画を共有した他の看護師の《集中治療科であっても患者のできることを促す援助》の認識が高まり、ICU全体でリハビリテーション看護の実践が充実していくと考えられる。ICUにおけるリハビリテーション看護はまだ広く認識されているものではなく、《ICU看護師へのリハビリテーション看護の強化》を行い、患者・家族にリハ

ビリテーション看護を提供するだけでなく、ICU看護師に対しても働きかけていた。

5. まとめ

今回の研究協力者はICUにおける看護経験が平均10.1年とICUにおける豊富な経験を持つ中堅看護師で、7名中6名がICUのみの経験であり、また集中ケア認定看護師の資格を有する者も2名いた。また、組織やICU看護師に教育・指導的に働きかける力を持つ看護師であり、研究協力に自ら参加意思を示したりリハビリテーション看護に興味・関心がある対象であった。これらの特徴から、患者の今後を見据えた実践、日常生活援助をリハビリテーション看護と捉えた実践、患者・家族の心理的援助の実践、リハビリテーションチームメンバーとの協働、といった充実した実践が抽出されたと考える。ICU看護師は早期リハビリテーションのみに焦点を当てているのではなく、エキスパートコンセンサスや早期離床加算にある内容以外にも多くのリハビリテーション看護の実践をしていた。

結 論

今回ICU看護師のリハビリテーション看護の実践として抽出されたのは、《ICUにいる時点だけでなく患者の今後を見据えた援助》、《臥床患者の機能維持・全身状態の調整》、《集中治療下であっても患者のできることを促す援助》、《早期離床の実施》、《患者・家族の心理的援助》、《他職種・看護師間の協働》、《ICU看護師へのリハビリテーション看護の強化》の7つであった。

ICU看護師は患者をICU入室前から退院後まで長期的に捉え、生活に密着したりリハビリテーション看護の実践をし、特殊な治療環境下にいる患者・家族の心理的援助を行っていた。今回抽出されたりリハビリテーション看護の実践は、リハビリテーションチームにおけるICU看護師の役割を示唆するものになり得ると考える。

本研究の限界と課題

本研究では、ICU中堅看護師によるリハビリテーション看護の実態を捉えることができたが、一部の対象における実践が明らかになったに過ぎない。今後ICUにおけるリハビリテーション看護の実践やリハビリテーションチームにおけるICU看護師の役割に関する示唆を得るためには、対象者選定のさらなる検討が必要である。また、リハビリテーション看護の捉え方は看護師により異なるため、それをふまえてICU看護師の具体的な役割や実践を検討し整理する必要がある、今後さらなる研究の蓄積が必要である。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究協力者の皆様、ならびに協力施設の皆様に深く感謝いたします。なお本研究は、茨城県立医療大学大学院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

本研究の目的は、ICU看護師のリハビリテーション看護の実践を明らかにすることである。ICUにおけるリハビリテーション看護に積極的に取り組む施設で、ICUでの看護経験が5年以上ある看護師7名を対象に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。ICU看護師のリハビリテーション看護の実践として、《ICUにいる時点だけでなく患者の今後を見据えたICUでの援助》、《臥床患者の機能維持・全身状態の調整》、《集中治療下であっても患者のできることを促す援助》、《早期離床の実施》、《患者・家族の心理的援助》、《他職種・看護師間の協働》、《ICU看護師へのリハビリテーション看護の強化》の7つのコアカテゴリーが抽出された。ICU看護師は、患者の今後を見据えて、生活に密着したリハビリテーション看護を実践しており、これらの実践はリハビリテーションチームにおけるICU看護師の専門性であり大きな役割であるといえる。

Abstract

This study aimed to shed light on rehabilitation nursing practices among ICU nurses. Semi-structured interviews were performed with seven nurses with ICU nursing experience of five or more years in an institution where rehabilitation nursing in the ICU is actively implemented. Subsequently, a qualitative inductive analysis was performed. Regarding the practice of rehabilitation nursing among ICU nurses, seven categories were identified: support in the ICU, which focuses not only on time in the ICU but also on the patient's future; maintenance of functioning and regulation of general physical condition in bedbound patients; support that promotes the independence of the patient, even as they are undergoing intensive care; implementation of early mobilization; psychological support for the patient and family; collaboration with other occupations and between nurses; and strengthening of ICU nurses' competence in rehabilitation nursing. ICU nurses focus on their patient's future and practice rehabilitation nursing that is closely related to the patient's life; these items indicate the expertise and important role of ICU nurses on the rehabilitation team.

文 献

- Benner, P. (2001)／井部俊子訳 (2005). ベナー看護論：初心者から達人へ. (pp.23-29). 東京：医学書院.
- 衛藤圭子, 荒井淳子, 金子早苗 (2004). 急性期リハビリテーションに対する看護師の認識と今後の課題：集中治療室スタッフへの意識調査と現状の看護を振り返って－. 日本看護学会論文集1 成人看護I, (35), 214-216.
- 長谷川隆一 (2014). ABCDEバンドルの実践：医師の立場から－. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 24(2), 192-196.
- 橋本麻里衣, 星本みなみ, 山床亜文, 西山幸子, 川内サユリ (2016). ICU看護師の人工呼吸管理患者の離床場面における判断. 医療の広場, 56(10), 37-39.
- Herridge, M.S., Tansey, C.M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, A., Guest, C.B., Mazer, C.D., Mehta, S., Stewart, T.E., Kudlow, P., Cook, D., Slutsky, A.S., Cheung, A.M.; Canadian Critical Care Trials Group (2011). Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *The new England journal of medicine*, 364(14), 1293-1304.
- Holdsworth, C., Haines, K.J., Francis, J.J., Marshall, A., O'Connor, D., Skinner, E.H. (2015). Mobilization of ventilated patients in the

intensive care unit: An elicitation study using the theory of planned behavior. *Journal of Critical Care*, 30(6), 1243-1250.

- 百田武司, 木村勇喜, 中山 奨 (2014). 日本の集中治療室における面会の実態調査 (第1報) 面会の機会拡大に向けての検討. 日本赤十字広島看護大学紀要, 14, 19-27.
- 石川ふみよ (2016). 急性期からのリハビリテーションにおける看護のエビデンス. *MEDICAL REHABILITATION*, (201), 7-10.
- 石鍋圭子, 福屋靖子 (1997). リハビリテーション看護の「専門的機能」と「専門的技術」の検討：領域別看護婦の意識調査から. 筑波大学リハビリテーション研究, 6(1), 13-23.
- JSEPTIC離床研究委員会 (2014). 簡単アンケート第34弾：ICUにおける面会制限 (2014年3月実施). http://www.jseptic.com/rinsho/pdf/questionnaire_140230.pdf (参照2018.12.10)
- 金築由利子, 岡本 恵, 西谷有子, 坂本栄美子, 吉岡典子 (2011). 急性期領域におけるリハビリに対する看護師の認識と行動変容. 日本救急看護学会雑誌, 13(3), 243.
- NPO法人日本リハビリテーション看護学会 (2011). リハビリテーション看護の定義. <https://www.jrna.or.jp/> (参照2018.12.11)
- 松本志保子, 片山はるみ (2017). 回復期リハビリテーション看護に従事する看護師のコンピテンシー. 日本看護管理学会誌,

- 21(1), 17-29.
- 道又元裕, 中田 諭, 尾野敏明, 浅香えみ子, 野口信子, 北村愛子, 木下佳子, 足羽孝子, 佐藤憲明, 濱本実也 (2008). 系統看護学講座 別巻 クリティカルケア看護学. 2-6, 東京: 医学書院.
- 野口綾子, 井上智子 (2016). Light sedation (浅い鎮静) 中のICU人工呼吸器装着患者の体験. 日本クリティカルケア看護学会誌, 12(1), 39-48.
- Pandharipande, P., Banerjee, A., McGrane, S., Ely, E.W. (2010). Liberation and animation for ventilated ICU patients: the ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Critical Care*. 14(3), 157.
- Pandharipande, P, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, Brummel NE, Hughes CG, Vasilevskis EE, Shintani AK, Moons KG, Geervarghese SK, Canonico A, Hopkins RO, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW; BRAIN-ICU Study Investigators. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*, 369, 1306-1316.
- 佐藤紀久江, 風岡たま代, 大塚邦子 (2001). 看護基礎教育におけるリハビリテーション看護についての一考察. 日本看護研究学会雑誌, 24(4), 45-55.
- Schweickert, W.D., Pohlman, M.C., Pohlman, A.S., Nigos, C., Pawlik, A.J., Esbrook, C.L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G.A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K.E., Hall, J.B., Kress, J.P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373(9678), 1874-1882.
- 鹿 恵, 中柴比佐香, 中野和美, 片岡秀樹 (2013). 看護の振り返りに有効な退室後訪問用紙の検討. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 41(1), 121-124.
- 下野千春, 小柳葉子 (2011). 急性期リハビリに対する看護師の意識変化: 清拭時の関節可動域運動を行って一. 岐阜赤十字病院医学雑誌, 22(1), 7-10.
- 高橋哲也, 西田 修, 宇都宮明美, 安藤守秀, 飯田有輝, 尾崎孝平, 小幡賢吾, 神津 玲, 小松由佳, 山下康次, 有蘭信一, 岩田健太郎, 卯野木健, 尾山陽平, 金井香葉, 栗山直英, 齊藤正和, 櫻本秀明, 笹沼直樹, 嶋先 晃, 高橋正浩, 田代尚範, 野々山忠芳, 花田匡利, 平澤 純, 福家良太, 松本良介, 森沢知之, 山田 亨, 横山仁志; 日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会 (2017). 集中治療における早期リハビリテーション: 根拠に基づくエキスパートコンセンサス. 日本集中治療医学会雑誌, 24(2), 255-303.
- 高波綾乃, 百石仁美, 永山晴香, 村上真琴, 高橋裕司, 笠井史人 (2016). 急性期リハビリテーションに対するICU看護師の意識調査. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, JARM2016, 1402.
- 上原みずき, 小金澤幸子, 荻原綾子, 長野 忍 (2015). ICU-AWと早期離床に対する救命救急センター看護師の認識調査. 日本救急看護学会雑誌, 17(3), 194.
- 薄葉恭至, 平柳和奈, 堀越英治, 山本由美 (2015). 早期リハビリテーションプロトコル導入による実際と今後の課題. 全国自治体病院協議会雑誌, 54(6), 925-930.
- 和田直子, 矢野優子, 吹田奈津子 (2013). ICU看護師に与える退室後訪問の効果. 日赤医学, 65(1), 193.
- 山本義昭, 百田武司 (2017). 急性期病院に勤務する看護師の, 脳卒中急性期リハビリテーション看護の実践度と, 看護実践能力, および意識との関連. 日本ニューロサイエンス看護学会誌, 4(1), 11-18.
- 山勢博彰 (2002). ICU・CCUにおけるメンタルケア: 看護にかす危機理論 (11) 家族への危機介入. ハートナーシング, 15(3), 242-248.

〔2019年4月23日受 付〕
〔2020年2月20日採用決定〕

— 研究報告 —

災害時の業務継続に向けて取り組むべき対策

— 熊本地震による病院被害と診療体制への影響の分析 —

Necessary Measures for Continuing Medical Treatment after an Earthquake:
Analysis of Damage to Hospitals and Impact on Medical Treatment following the 2016 Kumamoto Earthquake

伊 山 聡 子¹⁾ 前 田 ひ と み²⁾ 松 本 智 晴²⁾
Satoko Iyama Hitomi Maeda Chiharu Matsumoto
南 家 貴 美 代²⁾ 児 玉 栄 一³⁾
Kimiyo Nanke Eiichi N Kodama

キーワード：熊本地震，病院被害，減災，防災

Key Words：Kumamoto earthquakes, hospital damage, disaster mitigation, disaster prevention

緒 言

日本は地震多発地帯であり，これまでに直下型地震や甚大な津波被害を起こす大震災を繰り返し経験している。平成28年4月に発生した熊本地震は，内陸活断層の活動により短期間に2回の震度7の地震，そして，九州を横断する広範囲な余震の継続といった，これまでに前例のない震災であった。小林ほか（2017）は，多くの病院が熊本地震によるライフラインや構造体，医療設備の被害によって診療体制に不具合が生じただけでなく，災害時に拠点となる医療施設でもインフラの破綻から災害マニュアルどおりの体制を整えることができなかったと報告している。

地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供する医療機関は，地域住民の健康に対する医療への期待および他の医療機関との連携など幅広い医療を担う役割がある。そのため，災害が発生しても業務を停止することなく，災害直後から変化する災害のフェーズに対して円滑な診療を提供し，病院の被災状況や地域住民が求めるニーズの変化に耐えうるものでなければならない。厚生労働省（2012）は，「災害時における医療体制の充実強化について」のなかで，医療機関が自ら被災することを想定した災害対策マニュアルと業務継続計画（Business Continuity Plan：以下BCPとする）の作成を求めている。BCPは，震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補うための「非常時優先業務」を効果的に開始することを目的としている。その内容は，指揮命令系統を確立させ，必要な人材・資源の配分を準備・計画し，タイムラインに乗せて確実に遂行する

計画であり，病院機能維持のための準備体制，方策をまとめたものである（小井土ほか，2013）。また，被災患者が安心できる継続的な診療を可能にする準備・計画が不可欠であり，災害対策マニュアルの実効性も高める必要がある。そのなかでも職員数の大半を占める看護部の看護管理者は，災害時に必要な機能が停止した際の施設管理および運営能力や，医療スタッフの配置ならびに健康管理といった様々な側面での判断と決断力が求められる。熊本地震では，発生直後から，災害医療を担う大規模な医療機関が中心となり，地域医療連携ネットワークを活かした患者の搬送や受け入れ，中規模な医療機関への支援活動が迅速に開始されていたものの，一部の医療機関は，病院閉鎖や再建を迫られる状況が3年経過後も継続している。今後は首都圏直下型地震や南海トラフ地震が想定されていることから，医療機関はこれまでの震災の教訓を活かし，想定外の災害対策について独自および共通の検討をすべき状況にある。災害を経験した医療機関の被害の特徴を把握することは，各医療機関が災害時の医療設備や診療体制，支援体制を見直す機会となり，リスク管理に対する意識変化や，次に起こりうる災害時における地域を超えた医療連携と教育体制の確立につながる。そこで本研究では，熊本地震を経験した医療機関の被害状況の特徴や診療体制，支援体制への影響をもとに，災害時の業務継続に必要な取り組みを考察することを目的とした。

1) 元熊本大学大学院 Ex-Course of Nursing, Graduate School of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

2) 熊本大学大学院生命科学部 Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

3) 東北大学災害科学国際研究所災害感染症学分野

Division of Infectious Diseases, International Research Institute of Disaster Science, Tohoku University, Sendai, Japan

I. 方 法

1. 研究方法

(1) 調査対象

熊本地震による被害が大きかった地域の病院で病床数100床以上を保有する病院の看護部長と医療設備の担当者を対象とした半構造化面接法によるインタビューを実施した。

直下型地震による被害は、活断層に近いことが被害を大きくする要因とされていることから、熊本県内においても被害状況は様々であった。したがって、サンプル数については、熊本県内の病院214施設（平成28年4月現在）のうち、被害の大きかった地域である熊本市、益城町、阿蘇市地域を対象とし、患者の受け入れなどを考慮したうえで、病床数100床以上を保有する9施設に調査を依頼した。

(2) 調査内容

インタビューガイドを決定するにあたり、小林らの行った熊本地震による医療施設調査項目を参考にした（小林ほか、2017）。その理由として、小林らの調査項目は、医療建築・設備学、看護学の専門家によって作成されており、医療機関の被害状況や診療体制、支援体制への影響を把握できる内容であると判断したからである。以下の質問項目について、半構造化面接を行った。

- 1) 医療施設の震災被害による診療や看護への影響
- 2) 震災前に作成していた災害対策マニュアルとBCPの活用状況並びに課題
- 3) 周辺医療施設を含む地域や災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team; DMAT）等からの支援や災害時連携
- 4) 医療スタッフに対する対応と健康管理
- 5) 今後の課題や改善すべき内容

また、調査対象病院へ震災当時の施設状況の写真（もしくは被害の残っている現場の写真撮影）や、震災時に時系列でまとめている資料等の提供を依頼した。

(3) 研究期間

2016年12月～2017年3月

2. 分析方法

録音したインタビューの音声から逐語録を作成し、①震災による診療・看護への影響、②施設のライフライン、建築・医療設備の被害状況、③災害対策マニュアルとBCPの活用状況、④医療スタッフへの対応と健康管理の観点から分析した。これらの結果をもとに今後の課題を抽出し、施設特有の課題と共通する課題に分類した。結果の分析は研究者5名で研究者全員の意見が一致するまで話し合い、検討した。

熊本地震は、4月14日の前震、本震（2回目：4月16日）と言われることから、本研究においても前震、本震とし、日付は省略した。

3. 倫理的配慮

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部倫理審査委員会の承認を得て実施した（第1290号）。

事前に病院の責任者へ研究概要、研究目的・方法、倫理的配慮を文書と口頭で説明し、文書による承諾を得た。調査研究の対象者へは研究の目的・方法、研究協力に対する任意性、研究協力への承諾後の撤回の権利、研究協力が得られなくても不利益を被らないことを説明し、個人情報や所属機関が特定できる方法で面接内容を公表しないことや得られたデータは研究以外の目的には使用しないこと、面接における回答内容をデータとして整理した後は録音内容を消去することを説明した。調査後に作成する逐語録については、厳重に保管することや本研究結果をまとめた後、破棄することを説明した。

II. 結 果

調査を依頼した9施設のうち、4施設から調査協力が得られた。各施設の震災時の病床数はA施設198床、B施設142床、C施設222床、D施設410床であった。

1. 震災による診療・看護への影響

全施設とも震災被害による患者負傷はなかった。認知症高齢者は、ひと塊に避難させるといった東日本大震災時の避難所における対応を参考にした施設もあり、精神疾患や認知症患者においても大きな混乱はなかった。

全てのインフラが停止したA施設では、自家発電機の燃料確保も難しかったことから早急にDMATを要請し、人工呼吸器装置が必要な患者4名を県外の病院へ搬送した。保清については、入浴ができる状況になるまで約1ヶ月を要した。人員不足と水不足はあったが口腔ケアを継続させ、本震2日後の電気の復旧後は電子レンジで温タオルを作成し清拭を行った。また、通常外来ができるまでの約10日間は、医師・看護師・医療スタッフ各1名の3人一組で避難所をまわり、避難者の健康診査を行った。

熊本市内中心部に立地していたB施設では、地域指定避難所ではなかったが近隣住民が殺到したため1階を開放し避難を受け入れた。また、本震の翌日から通常通りの診療が可能となったが、受診後、怖くて帰れない帰宅困難者が多数、病院の廊下で寝泊まりしていた。さらに、B施設と関連する介護老人保健施設が倒壊する恐れがあったことから施設入所者150名も受け入れた。その結果、病床数142床

のB施設は、一時期、職員を含め729名が入院・避難している状況であり、集団感染の発生が危惧された。早期にマットレスを敷き詰め、段ボールベッドを依頼・配置し、アルコールによる手指消毒を徹底したことで集団感染は発生しなかった。また、B施設では通常、入院患者に対し、ディスポザオルやオムツ、口腔ケアに使用するスポンジブラシ等が入った入院セットを使用していたため震災時、在庫を活用することができた。高齢者に対しては、避難に伴う関節拘縮や筋力低下、環境の変化に伴う認知機能への影響が考えられたことから、看護師や理学療法・作業療法士職員により毎日、避難フロアでのリハビリを実施した。

C施設は、250台収容可能な施設駐車場があり、震災直後から井水使用のトイレが使えたことから多くの地域住民が車で避難していた。そのため、避難住民同士の場所取りや駐車場内での騒音、近隣車の照明が眩しいことや支援物資の食糧がもらえないことへの苦情などのトラブルが多数あり、職員はクレーム対応に追われた。また、外来用トイレのみ使用するといった外部利用者も多かったことからトイレ汚染が酷く、衛生面の問題が多発し、早朝から時間ごとの清掃を実施しなければならなかった。居宅支援部門では、電話や訪問によって全利用者の安否確認や住まいの状況確認を行い、地区の民生委員・自治会長などからの情報収集や食糧・オムツなど支援物資の配布、避難所で対応困難となった利用者への対応、自宅の片付けなどの支援体制をとった。

D施設では、一部の病棟でスプリンクラーの配管破損による激しい漏水があり、患者約200名を本館ロビーと他病棟に移動する作業に追われた。それと同時に近隣の避難住民が殺到し、一時混乱状況となったことから災害対策本部の立ち上げが遅れた。他院への患者搬送については、施設の建て替え途中時期で、新設された2つの病棟が使用できる状態になっていたため、早期に地域のクレーン業者・運送業者へ協力を依頼し、漏水した病棟のベッドをクレーンで移動・搬入することで院外へ患者を搬送せずに対応できた。患者には、避難したフロアで震災直後からリハビリを行うとともに、全患者へ下肢血栓の有無を確認するための超音波検査を実施し、避難環境に伴う深部静脈血栓症の予防を行った。通常の診療体制に戻ったのは震災3日後であったが、入院患者と避難住民の対応で余裕がなく、他院からの転院は受け入れることができなかった。外来患者への薬の処方、薬剤不足を考慮し、処方期間を通常より短縮する体制をとった。

全施設ともに、食材や飲用水が不足するなかFacebookへの書き込みによって食糧、水、オムツ、着替えなどのあらゆる支援物資が届いた。しかし、C施設では、「Facebookに投稿したのは私だから……」と支援物資を独り占めする

避難者や、知人からの支援物資の送付先にC施設を指定する避難者がおり、その対応に非常に困惑した状況が述べられた。また、B・C施設では、インターネットやテレビなどのメディアを通して看護師や理学・作業療法士、介護士、保育士などのボランティア支援があったが、A施設は、県の看護協会に連絡したものの、看護協会自体も被害を受けており迅速な人材支援が受けられなかった。「県内はどこも被害を受けているから自分たちで乗り越えなければ……」と思い、施設職員のみで対応した。しかし、後日、他施設が受けた様々な支援内容を知り、管理職として支援要請の声をあげることの重要性を感じたことが述べられた。

2. 施設のライフライン、建築・医療設備の被害状況

各施設のライフライン、建築・医療設備の被害状況の詳細は表1に示した。震源地および活断層近辺であったA施設は、施設と施設周辺の被害状況が大きく、前震から全てのライフラインとエレベーターの運用が停止となり、支援物資も迅速に届かない状況であった。

(1) 水道

飲用水については、全施設とも約3日分の備蓄があり地震発生後から患者に配布できていたが、職員の分まで備蓄していた施設はなかった。また、C施設は、取引会社から本震の夜には飲料水20リットルタンク数個の支援があり、飲料水の不足はなかった。B・C・D施設は通常から井水を使用しており、震災後もトイレや手洗いなどの雑水として使用できた。一方、A施設も井水を使用していたが、井水を汲み上げるポンプが損傷したうえに2つの貯水槽のうち1つが破損、さらに給排水する配管の断裂が多数起きたことから、電気復旧後も給排水ができず、すぐに水不足となった。A施設の周辺道路は、震災被害により寸断されたことから迅速な支援が受けられず、職員は約3日間、十分な食事と水分補給ができなかった。職員はトイレで使用する雑水確保のために農業用のローリータンクに井水を繰り返し汲みに行く作業に追われた。

(2) ガス

全施設が供給停止の状況となった。ガスの施設内全面復旧までの期間は施設によって異なり、短かったA施設で3日、長かったC施設では16日間を要した。ガスの供給停止の期間でも、ガス会社からの移動用簡易ガス交換機の支援により、厨房のみ部分的に使用できる状態となり、患者へ温かい食事の配布が可能となった。しかし、度重なる余震のためガスの使用を躊躇する場面が頻回にあったことが述べられた。

(3) 電気

B・C・D施設は前震では停電がなく、本震発生直後に

表1 各施設のライフラインと建築・医療設備の被害状況

	水道	ガス	電気	構造体	什器・家具類	エレベーター	通信設備
A施設	前震から全インフラ停止					前震から運用停止	
	2つの貯水槽のうち1つは損傷し使用不可 給水・給湯・排水の配管断裂が多数あった 3日分の飲用水の貯蓄があったが、水不足にて18日まで職員は我慢した 給水車の支援が届かず、職員が農業用水を汲みにいき、トイレなどの雑水に使用した	復旧：19日 復旧後も余震が続き、一部制限があったが調理した給食を再開することができた	地震による病院までの道路、橋、交通状況の問題から自家発電装置の燃料確保が困難であった 人工呼吸器装着患者4名を県外の病院に転送 復旧：17日 中国電力による支援にて、18日から送電再開	大型変圧器の傾斜、電気配線の断線、空調機器の落下・損傷、空調配管の断裂 柱脚・外壁の剥落・亀裂、ひび割れ多数箇所あり ホール等大部屋の天井落下、内壁の崩落、窓枠・ドアのゆがみ 建物接合部（エキスパンション）の段差、建物周辺の地盤沈下・亀裂	物品の転倒、資料の散乱あり 給湯器落下による看護師の熱傷あり 窓ガラスの破砕（20数ヶ所）	閉じ込めなし 復旧：18日 余震が多く震度4以上は自動停止。5月まで物品移動時のみ使用 メーカーの担当者の常駐はなかったが停止のたびに連絡し対応してもらった 人力で給食の搬送をした	前震から全インフラ停止のため、地震直後から電話交換機使用不可、通信手段なし
	復旧：5月2日						
B施設	前震：断水なし 井水：濁りがあったため雑水として使用 本震：断水あり 井水：全てトイレに使用 復旧：21日 県の災害対策本部に飲料水要請。2時間後に支援補給水4,000リットル届く 災害時は売店から払い出す契約をしていた。福岡の契約会社に16日8時に連絡、午前中のうちに物資が届いていた	前震：問題なし 本震：供給停止 4月22日に西部ガスへ移動用簡易ガス交換機を要請、15時に設置し厨房の調理に対応 復旧：25日	前震：停電なし 本震：1時間30分の停電 自家発電で対応、その後、復旧	外壁のクラック（多数） 屋上給湯循環ポンプからの漏水、屋上貯湯槽取付ボルト破損、屋上電線フレーム破損変形 浴室タイル割れ、窓枠の変形（施錠不可）、観察室壁ボード亀裂 正面玄関天井ジョイントカバーの外れ	コイン式乾燥機転倒破損 給茶器（サーバー）転倒破損、配管破損 病棟の物品転倒	4台のうち1台が自家発電と繋がっているため使用できたがメーカーから運用停止の連絡あり 閉じ込めなし 余震が多く震度4で自動停止 メーカーの担当者は常駐はなかったが要請したたびに対応してくれた 人力での給食の搬送	一時不安定になったが、ネットは使用できた 通常の一斉メールが使用不可 職員（育休中スタッフも含め）の安否確認や連絡はLINEを使用した
C施設	前震：ボイラーポンプからの漏水 本震：大量の水が5階から1階まで漏水、配管バルブの全館停止まで長時間漏水 前震、本震とも井水を雑水として使用 市水は濾過機・各箇所配管漏れを修理、水質検査後、27日から使用可 飲用水は3日間の備蓄あり 16日に厨房委託会社や県からの支援補給水にて対応できた	前震：問題なし 本震：供給停止 20日、厨房のみガス点検後に使用可 全館復旧：5月2日	前震：停電なし 本震：1時25分から5時まで停電したが自家発電装置が作動したため問題なし	前震：各階の保管棚や備品等の一部破損があった程度 本震：院内内部の壊滅的被害 5階のリハビリテーションセンターの天井が崩落、各階配管破損、外壁、内装などの破損、本館と別館渡り廊下のエキスパンションのズレ（2ヶ所）あり 配管破損23ヶ所あり	給湯器転倒、ボイラーと消化水槽の転倒により配管破損 浴室リフト2台、製水機、給湯器、給茶器等転倒 病棟のPC、プリンター、複合コピー機、ロッカー、保管庫等転倒 当直室、病室のテレビ2台、その他掛け時計、下駄箱や電話等の被害多々あり	本震から運用停止 4台全て停止、閉じ込めなし メーカー担当者の常駐はなかったが、問題発生の際、その都度対応してもらった リハスタッフを中心に6～8名による担架搬送、給食の搬送 27日に1号機復旧 物品等のみ移送 全復旧：6月13日	携帯電話や固定電話が使用不可 安否確認のための通常連絡網が使用できず、LINEを使っている職員のみに連絡することができた 職員全員の安否確認に2日間かかった
D施設	100%井水使用 震災後、上水用1本に濁りあり 濁りが治まった後、水質調査し問題はなかった 念のため16日は備蓄水にて対応した 上水用貯水槽2本は問題なかったため、17日より通常通り使用	前震：供給停止なし 本震：供給停止 約10日後、復旧 19日：移動用簡易ガス交換機設置 プロパンガスが使用できたため、患者の食事は17日から通常通り出すことが可能であった	前震：停電なし 本震：施設敷地内1時間30分停電非常用電源で対応 非常用電源装置の重油も継続して補給した ※施設敷地内停電については、施設周辺は停電していなかったため、施設の安全装置の作動が原因で停電した可能性あり	建物自体に大きな被害なし 建築年数の古い建物は壁の亀裂等あり 施設全体が増築を繰り返したつくりとなっているため、棟を繋ぐエキスパンションが破損し、建物の亀裂が生じた	病棟内の棚などの転倒がかなりあった	本震から運用停止 閉じ込めなし 余震により一部のエレベーター停止 メーカー担当者の常駐はなかったが、問題発生の際、その都度対応してもらった 給食の人力搬送あり 17日に8台稼働（全館20台あり） 余震が続くため、配膳車・ベッドなどの移送のみに使用した患者はマットレスと車椅子にて人力搬送	電話が使用できた

停電したが約4時間で完全復旧していた。A施設は前震から停電し、自家発電機が作動した。しかし、周辺道路の液化や橋の寸断等による通行の問題から自家発電装置の燃料確保が困難であった。

(4) 構造体、什器・家具類

全施設ともに揺れによる施設壁の亀裂、配管の破損、天井の崩壊、建物接合部（エキスパンション）の段差発生や地盤沈下に伴う構造体への被害が生じた。また、コイン式乾燥機や浴室リフト、製氷機などの転倒破損、窓ガラスの破碎や病室のテレビ、掛け時計の破損が生じた。

(5) エレベーター

全施設とも震災時の患者や職員の閉じ込めはなく、前震または本震から運用停止となった。震災後、メーカー担当者の常駐はないものの、要請したたびに対応してもらえ、本震2日後には運用が再開できた。しかし、震度4以上の余震が起こるたびに自動停止したため、全施設とも物品等の移送のみに使用し、患者移送や給食は全職員で協力しながら人力搬送した。

(6) 通信設備

前震から全インフラ停止となったA施設は、地震直後から電話交換機が使用できず、それ以外の通信手段がなかったため、地震発生直後は職員の安否確認ができなかった。B・C・D施設は通信状況が一時不安定になったが、インターネットが使用できたことからLINEアプリを利用し、育休スタッフも含め全職員の安否確認を行うことができた。しかし、通常の一斉メールが使用できなかったことから、LINEを使用するスタッフのみへの連絡に留まり、全職員の安否確認に2日間要した施設もあった。

3. 災害対策マニュアルとBCPの活用状況

全施設が災害対策マニュアルを作成していたが、震災後に使用されることは一度もなかった。その理由として、地震発生直後にマニュアルを見る余裕がなかったことや、マニュアル内容が複雑すぎて活用するに至らなかったことがあげられた。また、災害対策マニュアルがあること自体を知らなかった職員がいた施設もあった。災害訓練に関しては、全施設とも火災を想定した避難訓練は行っていたが、自然災害による大規模災害を想定した訓練は行っていなかった。

BCPを作成していた施設が1施設あったが、今回のような地震は想定しておらず「自主参集して活動しよう」といった震災初期の段階までしか作成していなかった。

4. 医療スタッフへの対応と健康管理

全施設の職員のうち自宅が全壊・半壊・一部損壊した人

は390名であった。そのような状況でも、地震発生直後から翌朝までにはほとんどの職員が施設に自主参集していた。地震発生時、施設内の給湯器落下により熱傷を負った看護師がいたが、受傷後も患者避難と看護業務を続けた。また、家族を避難所に置いてきていることを不安に思いながら、業務に従事した職員が多数いた。地震発生後の勤務体制については、看護管理者が職員の勤務を3交代制に変更することや、他地域からの医療スタッフの支援、看護・福祉系大学生のボランティアを募ることで対応できた施設もあった。しかし、人員不足は顕著であり、施設に泊まり込みで業務を行う職員もいた。職員の子供に対しては、学校や保育園が休校になったため、全施設が院内保育所で対応していた。1施設はもともと院内保育所を持っていたが、3施設は臨時で受け入れ体制を整えた。受付の際には、アレルギーの確認を行い、保育士や読み聞かせボランティア、時には小・中学生の兄弟の力を借りながら対応した。

震災後、全施設の看護管理者は看護職員への面談や精神科医師に相談できる環境づくり、ストレスチェックを実施するといった精神面での健康管理を行い、自宅全壊の職員には約1ヶ月間、院内に場所を確保し宿泊できる対応をとっていた。震災後のフラッシュバックや恐怖等による退職者はいなかったが、地震被害に伴う通勤問題や「家族を中心に考えたい」という理由で退職した職員もいた。

Ⅲ. 考 察

熊本地震を経験した医療機関の被害状況の特徴や診療体制、支援体制への影響から、災害時の業務継続に向けた体制を整備するために、今後、取り組むべき対策として①使える災害対策マニュアル・BCPの作成、②災害に対する社会が持つ脆弱性を考慮した防災教育・訓練の実施、③業務継続に伴う職員の健康管理対策および平常時の地域・広域施設との連携の強化の3つが考えられた。

1. 使える災害対策マニュアル・BCPの作成

今回調査した全施設が大規模災害を想定した災害対策マニュアルおよびフェーズに沿ったBCPを作成しておらず、自主参集ルールや災害時の通信手段、医療機器装置の電力維持、水道・ガス配管の強化など、病院機能を維持するための明確なプロセスが決められていなかった。また、スプリンクラーの配管破損による激しい漏水と同時に近隣住民が一気に避難してきたため、早急に指揮系統命令機能が立ち上がり、組織のフォロー体制が行き届かなかったことは、熊本地震が想定外の災害であったとはいえ、災害時の病院機能維持に必要な準備体制、方策が確立されてい

かったことを明白にした。

国は、医療機関が自ら被災することを想定した災害対策マニュアルとBCPの作成を求めているが、内閣府（2013）の「特定分野における事業継続に関する実態調査」では、医療施設・福祉施設におけるBCPの策定済みは7.1%にとどまり、施設規模が小規模なほど策定状況が低い結果であったことを示している。また、BCPを知らなかった施設は、大規模施設15.2%、中規模施設26.0%、その他の施設31.9%であり、BCPの認知度の低さが報告されている。今後、想定されている巨大災害は、首都直下地震や東南海・南海地震、中部・近畿活断層地震だけでなく大規模水害（利根川洪水氾濫）などがあり（武田・林・佐藤，2011）、それに伴う二次災害も考慮しなければならない。各医療機関は被災経験を活かし、災害時の医療設備や診療・支援体制を見直すと共にリスク管理に対する意識変化のもと、早急に災害対策マニュアルおよびBCPの作成に取り組む必要がある。

また、本調査において、全施設ともに既存の災害対策マニュアルを使用しなかったのは、「内容が複雑すぎて活用できなかった」ことが理由の一つであった。本調査の結果から、ライフラインが寸断された時でも各部門のスタッフが迅速に対応できるフローチャートのようなマニュアル整備や、誰が見ても分かる施設内の市水配管やバルブ位置、災害備品配置等の図面作成が必要であることが示された。

2. 災害に対する社会が持つ脆弱性を考慮した防災教育・訓練の実施

全施設が火災を想定した避難訓練は行っていたが、施設自体が被災し、全てのライフラインが停止することを想定した防災訓練はどの施設も行っていなかった。災害には、災害の引き金となる自然による外力の異常性の災害誘因と、外力の影響を受けた当該社会が持つ災害に対する脆弱性を指す災害素因がある。災害誘因となる地震や豪雨そのものを防ぐことはできないが、社会が持つ災害に対する脆弱性を見直し、被害を極小化することは可能である（林1995）。本調査において、スプリンクラーの配管破損による激しい水漏れのあった施設や被災した関連施設から150名を受け入れた施設、避難住民同士のトラブルに対するクレーム対応など想定外の問題によって業務遂行が妨げられた施設があった。今後も地震だけでなく人的・物的被害が極めて大きい大規模災害が想定されていることから、各医療機関は施設の持つ脆弱性のみでなく社会の脆弱性も見直した災害への備えが求められる。社会が持つ脆弱性には、人命保護や迅速な医療活動、行政・情報通信機能の確保、経済活動、インフラの早期復旧、二次災害の発生など幅広い観点があるが（国土強靱化推進本部，2018）、地域にお

いて適切な医療を提供しなければならない医療機関は、人命保護や迅速な医療活動に関連する内容を優先すべき観点として捉えておく必要がある。人命保護を最大限に図るためには、施設周辺地域の人口密度や高齢者数などの人口構造、ならびに、大都市や地方部など地域環境の特性を把握しておくことが重要である。例えば、電力や公共交通等に依存度が大きい大都市では、災害によって大量の帰宅困難者やそれに伴うパニックの発生から二次災害につながる可能性があり、地方部に広がる集落では、災害による孤立から救急救助活動の困難さが考えられる。また、大都市と地方部に共通する急速な高齢化は、災害時の避難に支援を要する高齢者が多いことや、地域コミュニティの共助となる担い手不足により地域の防災力を低下させている要因となっているため、これらを背景とした災害への備えを考慮するべきである。そのためには、医療機関単独だけでなく、災害に強い地域づくりとして区や市町村、周辺地域との連携も含め、地域の人口構造や環境の特性に沿った防災教育・訓練に取り組む必要がある。医療機関として大規模災害で経験したことを地域住民に語り、防災・減災について考えてもらう機会や各住民の避難施設を確認できる地図の作成などを通して災害に対する意識を高めてもらえるよう地域住民への防災教育に関わることも重要である。

また、地震災害は、発災の時間・季節および気候条件によって被害状況に違いがあるとされ、冬の早朝、夏の昼食時、冬の夕方、春・秋の朝8時の4タイプと風速3m、風速15mを設定した結果、「冬の夕方・風速15m」の地震被害が最も厳しいことが報告されている（中林・瀬野，2007）。本調査でも、熊本地震とは違う季節や時間を想定した訓練の必要性や大規模災害が生じた場合、発災地域および県内だけで対応するには限界があると認識している施設があった。これらのことから、防災訓練については、施設自体が被災し、全てのライフラインが停止した設定で県境を超えた連携システムや企業・公的組織を巻き込んだ内容まで検討しておくことや、発災の時間・季節・気候条件を変え、設定に応じた対策を検討する必要がある。そして、震災復旧・復興の流れを想定したうえでの非常電源を利用したシミュレーションや周辺道路状況の把握と交通規制に関する情報の収集・処理などの防災対策の構築も重要である。そのためには、効果的な指揮系統命令が実践できる教育および定期的な訓練が不可欠であり、防災専門家を交えた持続発展可能な防災訓練を計画し、実践していく必要がある。

3. 業務継続に伴う職員の健康管理対策および平常時の地域・広域施設との連携の強化

調査した施設の職員は、自宅が被害にあったにもかかわ

らず地震発生直後から自主参集し、なかには、負傷しても患者避難と看護業務を続けた看護師がいた。大規模災害時の職員は、業務継続に不可欠な人的資源であると同時に被災者でもある。東日本大震災発生時に被災地域で業務を継続した看護師の8割は、親戚や友人を亡くしたり、自宅が津波で流されるなどの被害を受けながらも、大切な家族や自身を二の次にして患者の支援業務を継続したことが報告されている（山崎，2013）。調査した全施設の職員の勤務体制は、震災直後から3交代に変更されたが、職員が施設に泊まり込みで業務を継続しなければならないほど人員不足であった。阪神・淡路大震災を経験した医療従事者は（神戸赤十字病院，2000），震災後3日間は不眠不休の災害医療活動に対し、高揚感をもって励むことができるが、震災後1週間で疲労感が増強し、この活動がいつまで続くのかと疑問に思うようになっていたと述べている。震災直後でも医療ニーズは存在し、医療機関は通常業務に加え、災害業務と復旧業務に追われ一気に負担が増加するため、職員の心身は徐々に疲弊していく。そのようななか、調査した全施設が院内保育所を設けたり、もともと保育所があった施設では契約のない職員の子供も臨時に預かるといった対応をしており、被災者でありながらも避難所に子供を残して働くことを不安に思う職員とその家族の不安軽減につながった重要な一対策であったといえる。大規模災害時の業務継続に不可欠な職員一人ひとりの能力を有効に活用するため、被災者でもある職員の避難生活に対する支援体制を整えておくことは重要である。医療機関は、職員の避難所が遠方になることや、道路寸断等による通勤の困難が生じる可能性などを想定しておかなければならない。職員家族に施設内のスペースを提供するだけでなく、平常時から施設近隣の避難所や車中泊が可能な場所、一時的に利用できる賃貸物件の有無などを確認しておくことは災害時の職員の健康管理のために重要な対策の一つと考える。

また、大規模災害時は、震災から復旧・復興まで長期化するため、他施設からの早期の人的支援は大きな支援力となる。熊本地震では震災直後、熊本県看護協会に人員の応援を依頼したが、熊本県看護協会自体も被災しており支援を受けられなかったことが述べられていた。このような状況に対し、日本看護協会は、4月17日より災害支援ナースを熊本県内に派遣（レベル1）し、18日には近隣県看護協会からの派遣（レベル2）、そして、21日には全国の看護協会からの派遣（レベル3）を決定し、避難所を中心に活動し大きな役割を果たした（日本看護協会，2016）。それに加え、他地域からの医療スタッフや学生などのボランティアの支援を活用できた施設があった一方で、「ボランティアを受け入れるノウハウがなかった」と述べた施設もあった。東日本大震災を経験した佐々木・江川・高田・山

内（2016）も、人・物の支援があっても被災して限られた時間と人手のなかではこれらを十分に活用できなかったことから、「受援計画」の必要性を痛感したと報告している。医療機関は施設外からの支援力を有効に活用できる受援計画について策定しておく必要があり、その計画には、震災直後の管理職が不在の状態でも指揮命令系統を確立し、誰もが的確な支援配置の判断ができるような教育・訓練も並行して行うことが望ましい。そして、支援側になることも想定したうえで、医療機関の間で災害時の相互支援に対し共通した認識を持つておく必要がある。

調査した全施設は、患者用の食糧・水を3日分備蓄していた。しかし、職員の分を備蓄していた施設はなく、前震から全てのライフラインが停止し、周辺道路が寸断された施設の職員は約3日間、十分な水と食事が取れない状況で業務を継続していた。業務継続において、職員の食糧・水の備蓄は優先すべき事項である。交通網の遮断などにより、災害発生からしばらくの間は、被災地域内の資源または近隣からの援助のみで対応しなければならない状況も生じる。今回の調査対象施設では、県を超えた幅広い災害時相互支援協定を結んでいる施設はなく、震災後早期に支援があった機関は、日頃から取引する会社や管理職・職員の個人的なつながりがある他業種であった。関東および西日本の病院を対象にした医療機関における受援計画に関するアンケート調査において、「他の医療機関との間で災害時相互支援協定を結んでいる医療機関」は18.1%であるのに対し、「取引のある他業種との災害協定を結んでいる医療機関」は31.8%であったとされ、「全病院避難の必要性が生じた際の患者受け入れが決まっている医療機関」は10.4%と少なかったことが報告されている（佐々木ほか，2016）。大規模災害時の患者受け入れや医療スタッフの補充などの連携については、個人レベルのつながりでは限界があるため、被害を最小限に留める減災対策としても職能団体や学会など大きな組織・集団との幅広い連携も求められる。医療機関は、入院患者の避難を容易にするために選択判断基準の作成を行うとともに、県内外の他地域病院・施設と災害時相互支援協定を結び、平常時から情報交換を行い、様々な災害パターンを想定した連携体制をとっておく必要がある。また、大規模災害は、人的・物的被害が極めて大きいため、診療に必要な物資が確保できるよう医薬品・医療機器・福祉用具事業者とも連携し、搬送ルートや補充手段など具体的に検討しておくことも重要である。

IV. 結 論

熊本地震を経験した医療機関の被害状況の特徴や診療体制、支援体制への影響から、災害時の業務継続に向けた取

取り組むべき対策として以下の3つが明らかになった。

1. 作成していた災害対策マニュアルは内容が複雑であったり、ライフラインの確保などの病院機能を維持するためのプロセスが示されていないことから、医療設備や地域性を考慮した使える災害対策マニュアル・BCPの作成が必要である。
2. 施設の全ライフラインが停止するような大規模災害を想定した防災訓練を行っていなかったことや、近隣住民への対応も含め想定外のことが起こり業務遂行能力の低下につながったことから、災害に対する社会が持つ脆弱性の観点として、地域の人口構造や環境の特性を考慮した防災教育・訓練の実施に取り組むべきである。
3. 災害時の業務継続に不可欠な人的資源であり被災者でもある職員の健康管理を維持すべく、県を越えた幅広い災害時相互支援協定を結ぶ必要があることから、業務継続に伴う職員の健康管理対策および平常時の地域・広域施設との連携の強化の重要性が示された。

本研究の限界と今後の展望

本調査の時期は、熊本地震後の復旧・復興中であり、調査依頼した際も全国のメディアおよび調査団などのインタビューや調査への対応が続いていた。調査協力を得ることが難しい時期であったことから、対象となった医療機関が少なかったことは本研究の限界である。しかし、発災

後、半年から1年後という、災害の記憶が新しいながらも復興に向かう時期で得られたデータは、災害時の業務継続に向けた体制作りを検討するにあたって貴重な資料だと考える。今後は、本研究で明らかになった内容を活かせるよう、被災した医療機関とともに防災・減災の教育についても追究していきたい。

謝 辞

熊本地震後の復旧・復興のご多忙のなか、本調査にご協力いただきました医療機関の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究の一部はTNMC & WANS International Nursing Research Conference 2017にて発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、平成28・29年度東北大学災害科学国際研究所リソースを活用した共同研究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

本研究は、2016年の熊本地震を経験した医療機関の被害状況の特徴や診療体制、支援体制への影響をもとに、災害時の業務継続に必要な取り組みを考察することを目的とした。熊本地震被害の大きかった地域で、病床数100床以上の病院の看護部長と医療設備担当者を対象に半構造化面接法によるデータ収集を行った。①震災による診療・看護への影響、②施設のライフライン、建築・医療設備の被害状況、③災害対策マニュアルとBCPの活用状況、④医療スタッフへの対応と健康管理について分析した。災害時の業務継続に向けた取り組むべき対策として、医療設備や地域性を考慮した「使える災害対策マニュアル・BCPの作成」、「災害に対する社会が持つ脆弱性を考慮した防災教育・訓練の実施」、「業務継続に伴う職員の健康管理対策および平常時の地域・広域施設との連携の強化」の重要性が示された。

Abstract

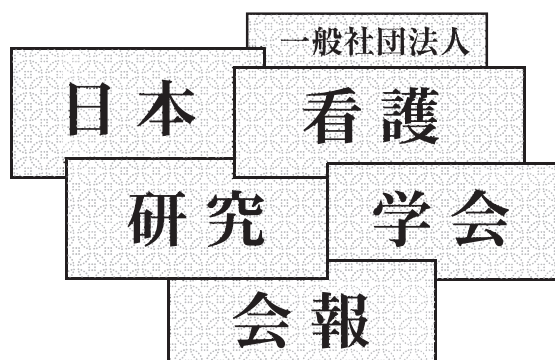
This study examined measures that need to be implemented to allow medical treatment to be performed following a major earthquake. It analyzed damage to health-care facilities in Kumamoto Prefecture after the major earthquake there in 2016 and the damage exerted on medical treatment. The study participants were head nurses and equipment managers in hospitals having 100 or more beds. Data were obtained using semi-structured interviews. The data were analyzed from the following four perspectives: first, the impact of the earthquake on medical treatment and nursing services; second, the damage to lifelines, structures, and medical equipment of facilities; third, the situation regarding disaster response manuals and business continuity plans (BCPs); and fourth, support and health management for medical staff. The results suggested that for a medical facility to continue operations after a major earthquake, it is necessary to implement the following measures, taking into account the equipment and local characteristics of the facility: creating practical disaster response manuals and BCPs;

providing disaster prevention education and training, taking into account the inherent disaster vulnerability of the local community; and enhancing staff health management while maintaining operations and collaborating with local and regional facilities during normal times.

文 献

- 林 春男 (1995). 阪神・淡路大震災における災害対応：社会科学の検討課題. 実験社会心理学研究, 第35巻, 第2号, 194-206.
- 小林健一, 寛 淳夫, 小菅瑠香, 境野健太郎, 中山茂樹, 山下哲郎, 巖 爽 (2017). 熊本地震による医療施設の被害状況に関する調査研究報告書. https://www.jiha.jp/wpweb/wp-content/uploads/2018/05/H28kadai_iryuu.pdf#search=%27%E5%B0%8F%E6%9E%97%E5%81%A5%E4%B8%80%EF%BC%882017%EF%BC%89%EF%BC%8E%E7%86%8A%E6%9C%AC%E5%9C%B0%E9%9C%87%E3%81%AB%E3%82%88%E3%82%8B%E5%8C%BB%E7%99%82%E6%96%BD%E8%A8%AD%E3%81%AE%E8%A2%AB%E5%AE%B3%E7%8A%B6%E6%B3%81%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%EF%BC%8E%27 (検索日2019年9月13日)
- 神戸赤十字病院 (2000). 震災から5年：災害医療の現場から. <http://www.lib.kobe-u.ac.jp/directory/eqb/book/10-328/03/3-1.htm> (検索日2019年9月15日)
- 小井土雄一, 本間正人, 堀内義仁, 近藤久禎, 大友康裕, 森野一真, 阿南英明, 中山伸一 (2013). 平成24年度厚生労働科学研究東日本大震災における疾病構造と死因に関する研究. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000089048.pdf#search=%27%E5%B0%8F%E4%BA%95%E5%9C%9F+2013+BCP+%E8%AB%96%E6%96%87+%E7%97%85%E9%99%A2%E6%A9%9F%E8%83%BD%E7%B6%AD%E6%8C%81%E3%81%AE%E3%81%9F%E3%82%81%E3%81%AE%E6%BA%96%E5%82%99%E4%BD%93%E5%88%B6%EF%BC%8C%E6%96%B9%E7%AD%96%E3%82%92%E3%81%BE%E3%81%A8%E3%82%81%E3%81%9F%E3%82%82%E3%81%AE%27> (検索日2019年9月13日)
- 国土強靱化推進本部 (2018). 脆弱性の評価の結果. https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokudo_kyoujinka/pdf/h3008_hyouka.pdf (検索日2020年1月10日)
- 厚生労働省 (2012). 災害時における医療体制の充実強化について. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saigai_iryuu/dl/saigai_iryuu01.pdf (検索日2019年9月13日)
- 内閣府 (2013). 特定分野における事業継続に関する実態調査：〈参考〉医療施設・福祉施設. http://www.bousai.go.jp/kyoiku/kigyuu/topics/pdf/jigyuu_keizoku_03.pdf (検索日2019年9月13日)
- 中林一樹, 瀬野徹三 (2007). 首都圏直下型地震と地震被害想定から見た震災像. 地学雑誌, 116(3/4), 313-324.
- 日本看護協会 (2016). 平成28年熊本地震における日本看護協会の取り組み (報告書). <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/kumamoto/pdf/report.pdf> (検索日2019年9月14日)
- 佐々木宏之, 江川新一, 高田洋介, 山内 聡 (2016). 医療機関における「受援計画」に関するアンケート調査結果報告書. <http://www.irides-icdm.med.tohoku.ac.jp/pdf/a2016-02-19.pdf> (検索日2019年9月13日)
- 武田文男, 林 春男, 佐藤翔輔 (2011). 巨大災害に対する法整備に関する考察：首都直下地震対策を中心に. 自然災害科学 J.JSND, 30(1), 105-122.
- 山崎達枝 (2013). 被災しながら業務を遂行した看護職への惨事ストレスの支援. 産業精神保健, 21(1), 4-8.

[2019年11月8日受付]
[2020年2月26日採用決定]



第 116 号

(2020年9月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会	
2019年度第4回理事会 議事録	1
一般社団法人日本看護研究学会	
2020年度第1回理事会 議事録	6
一般社団法人日本看護研究学会	
2020年度定時社員総会 議事録	11
一般社団法人日本看護研究学会	
2020年度第2回理事会 議事録	15

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第4回理事会 議事録

日 時：2020年2月23日（日） 13：30～16：00

会 場：東京八重洲ホール 611会議室

出席者：宮腰由紀子，安藤詳子，深井喜代子，阿部幸恵，石川ふみよ，宇佐美しおり，
岡美智代，岡田由香，工藤せい子，工藤美子，佐藤洋子，鈴木みずえ，高見沢恵美子，
任和子，山口桂子，山勢博彰，吉田澄恵，良村貞子（以上，常任理事・理事18名），
西田真寿美，渡邊順子（監事2名）

欠席者：神田清子，国府浩子，祖父江育子，吉沢豊予子（以上，常任理事・理事4名），
城丸瑞恵（第46回学術集会会長）

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. 第6回評議員選挙選出評議員名簿・理事候補者選挙投票状況サマリー
3. 編集委員会資料
4. 奨学会委員会資料
5. 学会賞・奨励賞委員会資料
6. 広報委員会規程（案）
7. 研究倫理委員会資料
8. 第45回学術集会決算書案
- 9 - 1, 9 - 2. 2019年度事業報告・2020年度事業計画 資料

10-1, 10-2. 2020年度予算案 資料

11. 学術集会一覧

12. 入会申込理事会承認一覧（回収資料）

13. 第6回評議員・役員選挙選出 理事候補者リスト

番号なし

- ・2019年度第3回理事会議事録（案）
- ・2019年度第3回臨時理事会議事録（確定）

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3回理事会議事録の確認が行われ、確認された。

審議事項

1. 2020年度奨学会奨学金授与者について（神田奨学会委員長 代理 阿部委員） 資料4
資料に基づき公募期間中に3名の応募があり、応募資格や研究内容について奨学会委員で厳正に審査を行い、選考した結果 石川恵子氏 1名を推薦することが説明され、案通り承認された。
2. 2019年度学会賞・奨励賞推薦について（工藤委員長） 資料5
資料に沿って学会賞1名、奨励賞5編の推薦について説明があり、案通り承認された。
3. 広報委員会規程について（宮腰理事長） 資料6
広報委員会を立上げるにあたり、委員会規程（案）の目的、委員会、活動事項の内容について資料に沿って説明があった。また第2条の目的「…についての情報を広く周知する…」中の「広く」を削除することが報告された。
第2条の目的で周知する対象を明記しない理由についての質問に対して、周知する対象は会員だけでなく会員以外にも情報を周知することを意図している事が説明され、案通り承認された。
2020年度より広報委員会を立ち上げる。
4. COI規程について（山勢研究倫理委員長） 資料7
 - ・前回の理事会での意見を反映し、利益相反に関する指針・指針運用のための細則・利益相反報告対象と報告基準・利益相反自己申告書（様式2～4）・学術集会HP記載例・COI開示スライドひな型等のVer2案についてそれぞれ説明があり、案通り承認された。
 - ・今後はレイアウト上の体裁を整えた後、事務局からホームページにアップする。また、現理事および次期学術集会会長、地方会会長にはCOI開示について連絡し、申請様式のフォーマットを伝え、提出していただくこととなった。
 - ・また、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旨併せて連絡することとなった。
 - ・なお、12月に行われた日本看護系学会協議会（JANA）の総会で、今後COI開示について看護学会

等で統一する方針が発表されたため、来年度の開示に向けて内容を変更する可能性もあることが報告された。

- ・施行日は案どおり 2 月 23 日となった。

5. 第45回学術集会決算について（宮腰理事長） 資料 8

審議に先立ち、資料 8 について訂正（経常収益のプレカンファレンス・市民公開講座、懇親会の備考欄にある括弧中の内訳をすべて削除、経常費用の雑費備考欄にある 2 か所の括弧をいずれも削除）の説明後、第45回学術集会決算案について資料に基づき説明された。

経常収益の予算2,199万円に対して決算額は約2,760万円となり、収益の約182万円を災害支援特別会計に繰り入れて欲しいとの学術集会事務局からの希望が報告され、承認された。

6. 学術集会関連情報の会員向一斉メール配信の費用について（宮腰理事長） 資料なし

学術集会に関して本会全体に関係する内容で全国の会員に一斉発信している場合のメール配信費用は本会から支出すること。地方会独自の情報発信の場合は本会の関与はしないことが提案され、承認された。

なお、メール配信費用について現状は 1 回ごとに料金が発生しているが、今後この費用を事務費用に含むかどうか方針を会計担当で検討し、次回の理事会に提案することの説明があり、承認された。

7. 各委員会の2019年度事業報告と2020年度事業案について 資料 9 - 1

1) 編集委員会（高見沢委員長） 補足資料 3

資料に沿って説明があり承認された。

2) 奨学会委員会（神田委員長代理阿部委員） 補足資料 4

資料に沿って説明があり承認された。

3) 学会賞・奨励賞委員会（工藤委員長）

資料に沿って説明があり承認された。

4) 研究倫理委員会（山勢委員長）

資料に沿って説明があり、事業報告および事業計画に以下の内容を追加することで承認された。

事業報告 3. COI 開示の手続き、倫理委員に委嘱する COI 小委員会の立ち上げ

事業計画 4. COI 小委員に対する審査

なお、資料の修正について以下の通り確認された。

事業計画 1. 「本会の COI に関する規程と臨床倫理」中の「臨床」→「研究」

2. COI に関する規定 → COI に関する規程

5) 国際活動推進委員会（吉沢委員長代理宮腰理事長）

資料に沿って説明があり、事業報告および事業計画に以下の内容を追加することで承認された。

事業報告 3 行目「・・・パネリストの講演と討議を行った。またその内容をホームページにアップした。」下線部の内容を追加する。

事業計画「国際活動を深めるための検討」を追加し、2 項目を立てる。

6) 大規模災害支援事業委員会（山口委員長）

資料について、事業の周知方法・申請する際の罹災証明の大学や地方自治体による内容の偏り・判断基準等、現状の課題とともに今後整理していくことの説明があり承認された。

7) 将来構想委員会（宮腰理事長，山口委員長）

広報活動について、2020年度から広報委員会を立上げ、資料の計画に沿って活動する旨理事長から説明があり、承認された。

看保連ワーキングについて、山口理事から資料に沿って説明があり、承認された。

8. 2019年度事業報告および2020年度事業案（宮腰理事長）資料9-2，別紙

資料9-2に沿って2019年度事業報告および2020年度事業計画の説明があり、承認された。

将来構想委員会の2020年度計画について、別紙に沿って①看保連支援研究 ②学術集会における招聘講演などの支援 ③地方会における研修会等への支援の説明があり、承認された。これを受けて来年度予算についても反映できるよう次回理事会へ任委員長から提案することとなった。

学術集会が災害等で開催できなくなった場合の損害補償金についての質問に対し、本会で450万円ほど損害補償として積み立てていることが報告され、適用対象となった場合の運用が可能であることが理事長から説明された。

9. 2020年度予算案について（任委員長）資料10-1，10-2

各委員会の予算（資料10-1）および本会の予算（資料10-2）の一般会計，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資料に沿って説明があった。なお，一般会計については先の将来構想検討委員から提案承認された①看保連支援研究 ②学術集会における招聘講演などの支援 ③地方会における研修会等への支援費用等を再度検討するため一部修正があることを前提に承認された。

事務局より決算は3月に確定するため，最終決算については改めて書面理事会で承認を得た後，5月の総会での承認手続きを行うことが説明された。

10. 第50回（2024年）学術集会会長推薦について（宮腰理事長）資料11

第50回学術集会は周年記念となることを考慮し，資料の会場都市を参考に関西地方で学術集会長を依頼する旨説明があった。関西地方での学術集会長候補者に，理事長から打診することの説明があり承認された。

11. 名誉会員の推薦について（宮腰理事長）資料なし

今年は候補者がいないことが報告された。

12. 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。

報告事項

1. 会員数の動向（深井副理事長）資料1

資料に沿って，会員総数6164名，2019年度新入会員数は待機含め例年通りの動向で，会費納入率88%となっていることの報告があった。

2. 第6回評議員選挙・理事候補者選挙（2019年度）報告（宮腰理事長）資料2・資料13

選挙の結果，評議員70名（資料2）およびその中から理事候補者を各地区の定数に則り10名（資料13）を互選にて選出したことの報告があった。

3. 委員会報告

1) 編集委員会（高見沢編集委員長）資料3

資料に沿って以下のことが報告された。

掲載巻号未決定が19論文ある。査読委員の査読状況を検討し、2回以上の査読依頼を100%辞退した査読委員13名を除いた、残りの査読委員に来年度の査読委員継続受諾依頼を行う。また選挙で選出された新評議員にも査読受諾依頼を行う。2020年度学術集会での編集委員会企画は中止する。5月に不採択の意義申し立てをした投稿者から再度その理由を問い合わせるメールがあり、理事会で決定したルールに則り対応した。

4. 関連会議

1) 日本看護系学会協議会 (JANA) (安藤副理事長) 資料なし

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、2020年マスタープランの大型研究の検討が引き続き進んでいる。日本学術会議・連携会員の候補者に安藤詳子副理事長と法橋尚宏次期理事候補の2名を改めて選任したことが報告された。

2) 日本学術会議 (安藤副理事長) 資料なし

2月24日開催予定であった公開シンポジウムが新型コロナ肺炎感染拡大予防のため中止となり、学術フォーラムが3月30日に開催予定である。また、日本学術会議委員への推薦について本会に依頼があり、委員基準のハードルが高いが今後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 (山口委員長) 資料なし

研究助成の推薦について事後報告となったが、昨年12月に案内があり期限までに2件の申請があった。理事長と副理事長の3名で評価基準にそって2件を審査し、3名一致で1件の申請について本会が推薦したことの報告があった。

5. 第46回学術集会について (城丸次期学術集会長代理宮腰理事長)

予定どおり一般演題および交流集会を募集していることの報告があった。

6. 地方会の活動について

1) 中国四国地方会 (山勢理事)

3月8日開催予定の地方会集会について、新型コロナ肺炎による感染拡大の予防を考慮して中止とし、Web会議となった。発表方法や参加費などの運営方法の詳細について、今後地方会で検討し実施することの報告があった。

2) 東海地方会 (山口理事)

3月20日開催予定の地方会集会について、抄録集はすでに印刷済であるが、開催の判断は今後の様子をみて決定することの報告があった。

7. その他

2020年度学術集会における委員会企画の交流集会開催の有無について、連絡していない委員長は3月末までに事務局へ連絡する旨依頼があった。

今後の会議日程

次回理事会および新理事会：2020年度定時社員総会前に開催予定。

定時社員総会日程 2020年5月24日(日) 開始時間は後日決定

一般社団法人日本看護研究学会 2020年度第1回理事会 議事録

日 時：2020年6月14日（日） 13：00～16：00

会 場：オンライン会議システムによるWeb開催

出席者：宮腰由紀子，安藤詳子，深井喜代子，阿部幸恵，岡美智代，神田清子，工藤せい子，
工藤美子，佐藤洋子，鈴木みずえ，任和子（途中出席），山勢博彰，
吉沢豊予子（以上，常任理事・理事13名），渡邊順子（監事1名），
城丸瑞恵（第46回学術集会長）

欠 席：石川ふみよ，宇佐美しおり，岡田由香，国府浩子，祖父江育子，高見沢恵美子，山口桂子，
吉田澄恵（以上，常任理事・理事8名），
西田真寿美（監事1名）

議事進行：理事長 宮腰由紀子

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

書 記：鈴木みずえ

（順不同・敬称略）

資料：

1. 会員数の動向
2. 日本看護研究学会雑誌掲載編数
- 3 - 1. 日本看護系学会協議会社員総会資料
- 3 - 2. 日本看護系学会協議会社員総会議決書
4. 第46回日本看護研究学会Web開催案
- 5 - 0. 2020年度決算報告書（内訳表）
- 5 - 1. 2020年度決算報告書（一般会計）
- 5 - 2. 2020年度決算報告書（奨学会特別会計）
- 5 - 3. 2020年度決算報告書（選挙事業積立金特別会計）
- 5 - 4. 2020年度決算報告書（第45回学術集会特別会計）
- 5 - 5. 2020年度決算報告書（災害支援金特別会計）
- 5 - 6. 2020年度決算報告書（第46回学術集会特別会計）
6. 会計監査報告
7. 2020年度予算案
- 8 - 1. 北海道地方会資料
- 8 - 2. 東海地方会資料
- 8 - 3. 近畿・北陸地方会資料
- 8 - 4. 中国・四国地方会資料
- 8 - 5. 九州・沖縄地方会資料
9. 地方会支援金申し合わせ
10. 学術集会支援金申し合わせ

- 11- 1. 雑誌投稿規定新旧対照表
- 11- 2. 原稿執筆要項新旧対照表
- 12- 1. 社員総会開催方法について顧問弁護士意見書
- 12- 2. 社員総会開催案
- 12- 3. 社員総会資料掲載用事業報告・事業計画
- 13. 入会申込理事会承認一覧

番号なし

- ・一般社団法人日本看護研究学会理事会資料

追加資料

- ・申し送り事項

理事長挨拶

宮腰理事長より、挨拶があり、議事が開始された。

1. 審議事項

1) 第46回学術集会開催方法の変更について（資料4）

- ・第46回学術集会城丸瑞恵学術集会会長より新型コロナウイルス対策のために開催をWEB開催にすることなど、資料4を用いて報告された。なお、配信方式はオンデマンドとなったが、予算の関係で公開期間は当初案の9月28日～11月30日から、9月28日～11月8日に短縮されることが説明され、承認された。

2) 地方会 2019年度活動報告・決算報告, 2020年度活動計画案・予算案について

- ・宮腰由紀子理事長より、各地方会について北海道（資料8-1）、東海（資料8-2）、近畿・北陸（資料8-3）、中国・四国（資料8-4）、九州・沖縄（資料8-5）の順に説明された。
- ・新型コロナウイルスの影響を受けて3月以降の学術集会、セミナーは中止となった地方会もあったことが報告され、内容は理事会で承認された。

3) 地方会が企画する学術集会または研修会における講演への支援金に関する申し合わせについて（資料9）

- ・宮腰由紀子理事長が、既に設置の承認を得ていた、地方会が会員の研究力向上への寄与目的で企画する学術集会または研修会における講演を実施しやすくするための支援金に関して、申し合わせ文書案を、資料を用いて説明した。
- ・支援金は、1件30万円程度とし全体で年間100万円以内とすること、支援申請書類には理事会で検討するために必要なテーマ・講師・予算などを明記するが、書類の形式は特に定めないことなどを確認し、書類に決定日を本日理事会日として記載することとして、申し合わせ文書を承認された。

4) 学術集会における講師費用の全会負担に関する申し合わせについて（資料10）

- ・宮腰由紀子理事長が、既に設置の承認を得ていた、本会学術集会が企画する特別講演等の講師費用への支援金に関して、申し合わせ文書案を、資料を用いて説明した。
- ・全会負担となる支援金は、100万円程度とすること、支援申請書類には理事会で検討するために必要なテーマ・講師・予算などを明記するが、書類の形式は特に定めないことなどを確認し、書類に決定

日を本日理事会日として記載することとして、申し合わせ文書を承認された。

5) 編集委員会雑誌投稿規程・原稿執筆要項の改定について(資料11-1, 11-2)

- ・編集委員会委員長高見沢恵美子理事が欠席のために工藤美子理事が代理で(資料11-1, 11-2)を用いて説明した。利益相反の自己申告書の提出に関する文言の修正および、和文・英文それぞれの原稿の長さについて具体的表記の追加、英文原稿本文の長さの目安を5000 wordsとして修正したことが説明された。表記について指摘されたが、内容に関しては承認された。訂正:「800 Words → 800 words」「14 英語論文のとおり → 14.英語論文についてのとおり」「5000words→5000 words」

6) 第50回(2024年度)学術集會会長推薦について

- ・宮腰由紀子理事長から、前回、近畿・北陸地区から推薦したい旨が提案され、候補者に打診して内諾を得ているが、最終確認を行った上で、次期の理事会で決定することが提案され、承認された。

7) 2020年度社員総会について(資料12-1~12-3)

- ・宮腰由紀子理事長から、資料12に基づいて開催日時を2020年7月5日(日)13時~、開催場所を一般社団法人日本看護研究学会事務局として、新型コロナウイルス感染症予防のために社員総会に出席しない社員が書面または電磁的方法によって議決権を行使することができるものとする、開催2週間前までに社員宛て開催通知および資料を送付(メールおよび会員マイページなどを利用)することが提案され、承認された。

8) その他

- ・入会申し込みについて承認された。
- ・2019年第4回理事会議事録について承認された。

9) 次期の理事会に向けての申し送り事項(追加資料)

- ・宮腰理事長から次期理事会に向けての申し送り事項について提案があり、承認された。
- ・本部事業関係、ニュースレターの発行については2020年度の第1号で第46回学術集會案内などを入れる必要がある。
- ・理事会・委員会についても、今後、WEB会議を検討する必要がある。
- ・災害時の対策として、社員総会の方法、各委員会構成員の安否確認作業方法、諸記録(現在は事務局に一括保管)の保管方法など、今後、検討が必要である。
- ・積み残し引継ぎ事項としては、本部事業関係としては、地方会区割り見直しが必要である。
- ・社会貢献活動となりうる学会主導の調査プロジェクトの創設なども必要である。

10) 2019年度決算について(資料5-0~5-6)

- ・会計担当委員長 任和子理事から本会の決算(資料5-0~5-6)の一般会計(資料5-1)、奨学会特別会計(資料5-2)、選挙事業積立金特別会計(資料5-3)、第45回学術集會特別会計(資料5-4)、災害支援金特別会計(資料5-5)、第46回学術集會特別会計(資料5-6)について説明があり、承認された。

11) 2019年度会計監査報告について(資料6)

- ・渡邊順子監事から会計監査に関して、新型コロナウイルス対策のために事務所では行わず、監事に書類が送付され、監査が行われたことが説明された。会計内容に関して無事会計監査が終了したことが報告された。
- ・会計報告そのものは承認されたが、今後、本学会の資産を学術的な発展と社会貢献など新たな要請に

寄与する学術活動に期待したいと報告された。

12) 2020年度予算案について (資料 7)

- ・会計担当委員長任和子理事から予算2020年度予算案について、資料 7 を用いて説明された。管理費支出において、理事会など今後の開催形式の変更を踏まえての予算案が提出され、承認された。

2. 報告事項

- ・宮腰由紀子理事長から 5 月に良村貞子理事 (北海道大学) がご逝去されたことが報告された。

1) 会員数の動向

- ・深井喜代子副理事長から会員の動向について (資料 1) 報告された。会員数は、今後の増加が期待される。

2) 委員会報告

・奨学会委員会

第46回学術集会にて、奨学金を受けている近藤由香氏、北尾良太氏の 2 名が研究発表の報告を希望しているが学術集会がWEB開催となったため、城丸瑞恵学術集会会長と発表方法について、検討する。

・編集委員会 (資料 2)

編集委員長の高見沢恵美子理事が欠席のために工藤美子理事から (資料 2) を用いて学会誌の発行状況および論文投稿状況が報告された。

・学会賞・奨励賞委員会

学会賞・奨励賞委員会委員長工藤せい子理事から前回の理事会で承認された内容に関して変更はないことが報告された。

・研究倫理委員会

研究倫理委員会委員長山勢博彰理事から、第46回学術集会で、COIセミナーを開催予定であると報告された。

・国際活動推進委員会

国際活動推進委員会委員長吉沢豊予子理事から札幌では交流会の開催は難しいことなど報告された。

・大規模災害支援事業委員会

大規模災害支援事業委員会委員長山口桂子理事が欠席のために宮腰由紀子理事長から、2018年、2019年の大規模災害に係る継続支援を行ったが、2020年度は継続支援はしていないこと、今後、新型コロナウイルス対策も含めて検討していく必要があると報告された。

3) 関連会議

①日本看護系学会協議会 (資料 3 - 1, 3 - 2)

- ・深井喜代子副理事長が 6 月 7 日 (日) に開催された意見交換会に出席したことが報告された。社員総会の議案についてはすべて承認するものとし、本会からの意見として、会費については活動が十分できる会費にする必要があることを申し送ることとした。

②看保連

- ・渉外担当理事の山口桂子理事が欠席であり、安藤詳子副理事長が報告した。新型コロナウイルス対策のための 3 月以降、予定のセミナーや会合が中止になっており、総会の予定も未定である。また、看

保連の研究助成へ申請したが、結果の採否は届いていない。

- ・看保連ワーキングのプロジェクトは、46回の学術集会で報告予定、交流集会としての演題登録済みであり、成果の公表については、本学会誌での公表の手続きが進んでいる。

③日本看護系学会協議会 災害看護連携会議

- ・安藤詳子副理事長から日本看護系学会協議会からはシンポジウムなど様々な企画があったが、今後、大規模研究費の構想として、マスタープラン2020 ケア・イノベーションなどが計画されていることが報告された。

4) 次期役員候補者について

- ・深井喜代子副理事長から、指名理事2名（川口孝泰先生、塩飽仁先生）を含む次期理事会の体制案が報告された。渡邊監事より、次期理事長は他の一般社団法人の某看護系学会 理事長に昨日、選任されたが、法人格間の理事長兼任は、利益相反および日本看護系学会協議会における意思表示に支障があることが懸念されると指摘された。理事長の兼任については、某学会も当学会も共に定款には明示されていない。そこで、他学会の理事長との重複についてこれまでの経緯を確認するとともに、懸念される状況下の活動についても検討された。その結果、理事会では報告された体制案が承認された。なお、7月5日の社員総会では説明を行った上で決議に移る。

一般社団法人日本看護研究学会 2020年度定時社員総会 議事録

日 時：2020年7月5日（日） 13：00～14：00

場 所：一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室

社員（評議員）155名のうち、出席4名、書面表決39名、欠席委任98名、合計141名で、定款第27条の評議員の過半数（78名）以上の出席により、本会は成立することが確認された。

議 長：理事長 宮腰由紀子

書 記：鈴木みずえ

宮腰理事長の挨拶

報告事項

下記報告事項1～5について、宮腰理事長より資料に基づいて説明された。また、評議員からの書面による意見・質問等はなかったことが確認された。

1. 会員数の動向について（資料p.1）
2. 第6回評議員・役員選挙（2019年度）について（資料p.3）
3. 第46回学術集会について（資料p.5）
4. 第47回学術集会について（資料p.5）
5. 地方会の活動について
北海道（資料p.6）、東海（資料p.12）、近畿・北陸（資料p.19）、中国・四国（資料p.25）、九州・沖縄（資料p.29）

審議事項

第1号議案2019年度事業報告について（資料p.34-35）

宮腰理事長から資料に基づいて、以下の説明がなされた。

1. 第45回学術集会（大阪）
2. 編集委員会の運営（学会誌42巻の編集発行、学会特別企画など）
3. 奨学会の運営（2019年度奨学金授与 北尾良太氏、2020年度奨学研究募集・選考）
4. 学会賞・奨励賞の運営（2018年度学会賞 菊地沙織氏、奨励賞 丸山純子氏、奥田淳氏、宮城島恭子氏、久保田典子氏、江口瞳氏の5論文、2019年度学会賞・奨励賞選考）
5. 地方会の運営（北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州・沖縄）
6. 評議委員・役員選挙
7. 研究倫理（第45回学術集会中学会特別企画「質的看護研究における倫理」、COIに関する規程作成）

8. 国際活動推進事業（第45回学術集會中学會特別企画「在留外国人の・訪日外国人の増加において看護はどこに向かうのか？」）
9. 将来構想に関する組織・整備事業（学会ネットワーク環境の整備と会員の情報発信の強化，利益相反に関する指針等の準備，学術集會と地方会の支援強化，理事会・委員会のWEB會議化，看保連ワーキングの2つのプロジェクトの活動）
10. 社会貢献事業（大規模災害支援事業，市民公開講座）
11. 関係学術団体との連携・提携
12. 広報活動（ホームページによる情報提供・更新と運用，ニュースレターの発行年2回）

書面表決・委任を含めて集計の結果，賛成140名となり，出席者の過半数（71名以上）の同意をもって本議案は可決された。なお，評議員からの意見・質問等についても確認され，書面により寄せられた意見・質問はなかったことが確認された。

第2号議案2019年度一般会計・特別会計決算，監査報告について（資料p.36-60）

宮腰理事長から資料に基づいて，以下の説明がなされた。

- ・一般会計決算は全体的に黒字決算であり，他会計の繰り越しも含めて，本学会会計は全体的に良好に運営されたことが報告された。
- ・2名の監事から監査報告が提出され，2019年の会計に関して適正な運営が行われたこと，本学会の学術的發展と社会貢献などの新たな要請に寄与する学術活動に期待する旨が報告された。会計士の会計監査報告においても適正な運営であったことが報告された。

書面表決・委任を含めて集計の結果，賛成140名となり，出席者の過半数（71名以上）の同意をもって本議案は可決された。なお，評議員からの意見・質問等についても確認され，書面により寄せられた意見・質問はなかったことが確認された。

第3号議案2019年度学会賞・奨励賞について（資料p.61）

宮腰理事長から資料に基づいて，学会賞・奨励賞委員会より推薦された学会賞 今井多樹子氏 1名，奨励賞 高橋方子氏，伊山聡子氏，中村真弓氏，真鍋知香氏，澁谷幸氏の5論文について，理事会にて審議した旨が報告された。

書面表決・委任を含めて集計の結果，賛成140名となり，出席者の過半数（71名以上）の同意をもって本議案は可決された。なお，評議員からの意見・質問等についても確認され，書面により寄せられた意見・質問はなかったことが確認された。

第4号議案役員の選任について（資料p.62）

宮腰理事長から資料に基づいて，役員の選任について説明があった。また，理事長の選任に際し，理事会において，本学会の理事長と法人格のある他学会理事長との兼任は，業務執行上（利益相反の可能性や他団体における学会としての意思表示の際など）懸念があるのではないかと指摘があったが，学会の顧問弁護士にも相談し検討した結果，支障がないと判断されたことが報告された。

書面表決・委任を含めて集計の結果，下記の通りの賛成数となったため，出席者の過半数（71名以上）

の同意をもって本議案は可決された。

- 1) 1期目が終了した理事10名・監事1名の再任について(賛成140名)
- 2) 2019年度選挙で選出された新理事候補者10名の理事就任について(賛成140名)
- 3) 理事長推薦の新理事候補者2名の理事就任について(賛成139名)
- 4) 理事長・副理事長・常任理事について(賛成138名)
- 5) 新監事候補者1名の監事就任について(賛成140名)

理事会報告

1. 2020年度事業案について(資料p.63-64)

宮腰理事長から資料に基づいて、以下の説明がなされ承認された。

- (1) 第46回学術集会開催：城丸瑞恵学術集会長 第46回学術集会はCOVID-19の対応としてオンデマンド形式の学会開催になることが報告された。
- (2) 編集委員会の運営：学会誌発行43巻、J-STAGE登載などを行う。
- (3) 奨学会運営：2020年度奨学金授与、2021年度奨学研究募集・選考、奨学金授与者に対する支援を行う。
- (4) 学会賞・奨励賞の運営：2019年度学会賞・奨励賞授与、2020年度学会賞・奨励賞選考
- (5) 地方会の運営：北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州・沖縄
- (6) 研究倫理に関する啓発事業：研究倫理審査の申請があった場合の審査の実施、利益相反に関する指針等の整備など。研究倫理委員会企画「本会の利益相反に関する指針と倫理」(仮)の開催(第46回学術集会中)。
- (7) 国際活動推進事業：国際活動を深めるための検討を継続する。
- (8) 将来構想に関する組織・整備事業：学会内ネットワーク環境の整備と会員への情報発信の強化、選挙地区割りおよび地方会の位置づけに関する検討、日本学術振興会賞への論文推薦、研究活動支援の検討(実践活動研究ワーキングの立ち上げなど)、各種災害発生等の緊急事態下における活動についてはCOVID-19の対応も含めた検討、看護系学会等社会保険連合ワーキング(2022年度の診療報酬・介護報酬同時改定にむけての2プロジェクト活動)を行う。

〈資料修正〉

- ①下記の2行について、体裁の修正 各行1文字頭を上げる

選挙地区割りおよび地方会の位置づけに関する検討

日本学術振興会賞への論文推薦

- ②研究活動支援の検討について ワーキング名の修正

(修正前) 実践活動研究ワーキング

(修正後) 実践研究活動推進ワーキング

- (9) 社会貢献事業：大規模災害支援事業、市民公開講座などを行う。
- (10) 関係学術団体との連携・提携
- (11) 広報活動：広報委員会活動の開始、ホームページによる情報提供、ニュースレターの発行などを行う。

2. 2020年の予算案について（資料p.65-70）

宮腰理事長から資料を用いて説明された。新会員400名、会員5,800名として2020年度の予算を計上した。

3. 奨学会研究授与について（資料p.71）

宮腰理事長から石川恵子氏「日本語 Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire（WEL）の開発」に決定したことが報告された。

4. 広報委員会規程について（資料p.72）

宮腰理事長より広報委員会規程を作成し、理事会にて承認されたことが報告された。2020年度から広報委員会の活動を開始する。

上記理事会報告事項1～4について、評議員からの書面による意見・質問等はなかったことが確認された。

以上

一般社団法人日本看護研究学会 2020年度第2回理事会 議事録

日 時：2020年7月26日（日） 13：00～16：30

会 場：オンライン会議システムによるWeb開催

出席者：深井喜代子，浅野みどり，阿部幸恵，岡美智代，川口孝泰，工藤せい子，国府浩子，
小松万喜子，佐藤正美，佐藤洋子，塩飽仁，鈴木みずえ，祖父江育子，高見沢恵美子，
中西純子，法橋尚宏，前田ひとみ，森千鶴，矢野理香，
若村智子（以上，常任理事・理事20名），稲垣美智子，西田真寿美（監事2名），
城丸瑞恵（第46回学術集会長）

欠 席：工藤美子，布施淳子（以上，理事2名）

議事進行：理事長 深井喜代子

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

書 記：小松万喜子

（順不同・敬称略）

資料

1. 会員動向報告
2. 日本看護研究学会編集委員会資料（2020年7月24日）
3. 2020年度日本看護系学会協議会（JANA）利益相反（COI）検討
4. 防災学術連携体が主催する「令和2年7月豪雨の緊急集会」（7.15）報告
5. 第46回学術集会について
6. 委員会委員の選任について
- 7 - 1. 2021年度一般社団法人日本看護研究学会 奨学会研究募集要項 案
- 7 - 2. 2021年度奨学会研究募集案内 案
- 7 - 3. 会告（2021年度奨学会研究募集）
- 7 - 4. 2021年度一般社団法人日本看護研究学会奨学会研究申請書
- 8 - 1. 2020年度大規模災害支援事業実施要領
- 8 - 2. 大規模災害支援事業実施に伴う支援金ご寄附のお願い
- 8 - 3. 一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業支援金申請書（様式1）
- 8 - 4. 一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業支援金申請書（様式2）
- 8 - 5. 一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会施行細則
9. 日本看護研究学会 国際活動推進委員会規程について
10. 一般社団法人日本看護研究学会入会申込理事会承認一覧

番号なし

- ・一般社団法人日本看護研究学会2020年度第1回理事会議事録
- ・一般社団法人日本看護研究学会2020年度定時社員総会議事録

理事長挨拶

深井喜代子理事長より挨拶があり、日本看護技術学会理事長との兼任となることについて説明されたのち、議事が開始された。

1. 報告事項

1) 第46回学術集会について（資料5）

- ・城丸瑞恵第46回学術集会会長から資料5にそって9月28日～11月8日の期間にオンデマンド配信で開催となること、参加登録者数は7月22日421件で、演題368件、交流集会16件の登録状況、収入予定が少ない状況が報告された。深井喜代子理事長より、ホームページなどの広報を積極的に行い参加者増に努めたい旨の補足があった。

2) 会員数の動向（資料1）

- ・鈴木みずえ副理事長から会員の動向について報告された。

3) 委員会報告

・編集委員会（資料2）

編集委員会委員長法橋尚宏理事から、学会誌編集の進捗状況および発行予定、査読委員243名の名簿と増員予定であること、任期終了査読者および臨時査読委員を学会誌に掲載すること、校正を依頼する個人のテクニカル・エディターとネイティブチェックができるテクニカル・エディターの必要性が報告された。

・奨学会委員会

奨学会委員会委員長阿部幸恵理事から、学術集会がWeb開催となることから会員総会での奨学会研究の表彰ができないため郵送とすること、2021年度奨学会研究募集要項を見直したことが報告された。

・学会賞・奨励賞委員会

学会賞・奨励賞委員会委員長工藤せい子理事から、学術集会がWeb開催となることから会員総会での表彰と記念品授与ができないため郵送すること、年間の委員会スケジュールを確認した旨が報告された。

・将来構想検討委員会

将来構想検討委員会委員長深井喜代子理事長より、メンバーが決定した旨と委員会の方針について説明された。

・研究倫理委員会（資料3）

研究倫理委員会委員長高見沢恵美子理事から、「日本看護系学会協議会（JANA）利益相反（COI）検討」の目的と検討方法・スケジュールが説明された。また、本学会から1名の参加が求められ、高見沢恵美子委員長が参加することが報告された。

・国際活動推進委員会

国際活動推進委員会委員長の岡美智代理事から、英文論文の執筆推奨と啓発活動を中心に活動することとし、具体的には、ホームページやニュースレターへの英文執筆経験者の経験談の掲載、海外トップジャーナルのエディターの講演などを考えていることが報告された。

深井喜代子理事長より定款の国際活動は、人間的な交流とも、研究の交流とも解釈できるが、研究の交流に力を入れる委員会活動をしていただきたいとの言及があった。

・大規模災害支援事業委員会（資料4）

大規模災害支援事業委員会委員長中西純子理事から、防災学術連携体が主催する「令和2年7月豪雨の緊急集会」について団体の設置趣旨・背景とともに集会の概要が説明された。

・広報委員会

広報委員会委員長塩飽仁理事から、新しい体制で立ち上がった委員会であり、今後の仕事量を見ながら委員を追加していくこと、活動内容として、Webサイトの更新、ニュースレターの編纂（年2回）をしていくことが説明された。

現在までに、法令に従いホームページに貸借対照表、内訳表などを掲載したこと、新理事長挨拶の更新をした。今後は、8月下旬にニュースレター第1号、12月に第2号を発刊予定である。また、学会でWebサーバーを確保しているので、その中に学術集会サイトを準備するなど、学会内で完結できる方向で検討していきたい旨の報告があった。

・看保連ワーキング

看保連ワーキング委員長浅野みどり副理事長から、前回に引き続き、叶谷由佳委員、泊祐子委員に各プロジェクトを担当していただくこと、看保連の社員総会は書面による議決権の行使を行った旨の報告があった。

4) 関連会議

①日本看護系学会協議会

・浅野みどり副理事長から、厚生労働省からJANAに積極的疫学調査メンバーを募る依頼があり、各学会に手上げ者の名簿作成が求められたが、本学会は感染症の専門性に特化していないため専門性の高い他学会に委ねるとの理事長判断で推薦しなかっ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

・浅野みどり副理事長から、昨年度から災害関係の情報ページを充実させ更新していること、新型コロナウイルス関係情報が掲載されていること、シンポジウムが1回開かれたことが報告された。

③看護系学会等社会保険連合

・（先に報告した通り）

④日本学術会議

・渉外担当川口孝泰理事より、正式な会議は8月23日の予定であることが報告された。看護中心の分科会には看護学分科会（高度実践看護班、地元創成看護班）、少子高齢社会におけるケアサイエンス分科会の2つがあり、各班で提言をまとめているが査読が厳しいこと、川口理事はロボット分科会にも入っており、このロボット分科会から提言「より良い近未来創造のためのロボット／AIの理解と人材育成」が書面で出されたことが説明された。

・浅野みどり副理事長より、子どもの成育環境分科会で提言まとめの作業をしている旨が報告された。

5) 第47回学術集会について

・塩飽仁第47回学術集会会長から、詳しくは審議事項で述べるが、新型コロナウイルスのために根本的な見直しをはかっていることが報告された。

6) 地方会の活動について

・事務局竹下清日氏より、各理事には所属する各地方会に関する情報や、理事会で諮る必要のある検討事項があれば、今後の理事会で提示してほしい旨の説明があった。

- ・九州地方会はオンラインで役員選挙を実施中であることが報告された。
- ・深井喜代子理事長から理事は各地方会に必ず入ることとなっている旨の説明があった。

7) その他

- ・なし

2. 審議事項

1) 委員会委員の選任について(資料6)

資料6にそって各委員会委員が承認された。

・編集委員会

深井喜代子理事長より、委員は会員・評議員から構成するものであるが、学会をより活発にしていくために、非会員にも入会していただいて委員会を構成していくこと、編集委員として適任者がいれば推薦してほしいこと、そのため入会手続き中の方がいるが承認してほしい旨の説明があり承認された。

・研究倫理委員会

承認された。

・国際活動推進委員会

承認された。

・大規模災害支援事業委員会

承認された。

・広報委員会

承認された。今後状況により増員することも承認された。

・看保連ワーキング

承認された。

2) 実践研究活動推進ワーキンググループの設置について

- ・深井喜代子理事長から、活動内容と構成理事について説明があり、将来構想委員会規程第3条5のワーキンググループとして設置することが提案され、設置が承認された。

3) 会員総会の開催方式について

- ・深井喜代子理事長から、会員総会では「名誉会員の承認及び学術集会長の選出」を審議することになっているが(定款第29条2)、今年は名誉会員の該当がなく、学術集会長の選任もないため、報告事項のみとなることが説明された。
- ・学術集会がWeb開催となったことにより、学術集会における会員総会の集合開催ができないため、会員に郵送で「書面による報告とすること」を連絡し、Webサイトまたは会員マイページから会員総会報告資料を確認してもらうことが承認された(会員マイページは全員に設定されておりメールアドレス登録の有無に関係なくアクセスできる)。
- ・総会報告資料の閲覧確認、会員の意見の収集については、資料を読んだら会員マイページなどで「みました」とチェックし、「意見」があればその下に入力してもらう方法とすることや、郵送による応答とするなどの意見が出され、最終的には将来構想検討委員会で検討することとなった。

4) 第47回学術集会の開催方式について

- ・塩飽仁第47回学術集会会長から、2021年8月21日、22日開催予定で仙台国際センターを予約している

が、新型コロナウイルス感染症、オリンピック延期に伴う宿泊・移動（新幹線、飛行機）の困難に関する懸念があり、学術集会側としては最大限のリスクの回避のためWeb開催にしたいと考えていること、学術集会の日程と開催方法、安全策を講じる方策に関する学会の方針を決めていただきたいことが説明された。

- ・全対面の開催ではなく、Web開催かハイブリット開催（人数制限など感染防止策を講じて一部企画を対面で開催し、Web視聴も可能な方法）がよいという意見が出され、同日程で、一部現地集合という方法を取り入れる可能性を含めて基本的にはオンライン開催とすることが決定した。
- ・深井喜代子理事長から、同じ学術集会で参加方法による参加費の差が生じるのは望ましくないこと、Web参加によるメリットがあれば、現地集合に参加できずWeb参加となっても参加費は同じでもよいのではないかという見解が示された。

5) 編集委員会の活動計画について（資料2の審議事項）

・編集委員の増員について

編集委員会委員長法橋尚宏理事（以下、法橋尚宏委員長）から編集委員として適任者の増員をはかることが説明され承認された。

・利益相反（経済的利益相反と責務相反）の修正について

法橋尚宏委員長から、本学会の利益相反は経済的利益相反のみの内容になっているが、論文投稿にあたっては責務相反に関する懸念もあることから、責務相反の内容を「『日本看護研究学会雑誌』利益相反自己申告書」に追記したいことが説明された。

研究倫理委員会委員長高見沢美恵子研究倫理委員会委員長から、責務相反の審査は基準が難しいことから、本学会の自己申告書は経済的利益相反に絞った経緯があることについて説明があった。また、「有」とする基準を投稿者にわかりやすく提示する必要があること、「有」と書かれた場合に審査するためには具体的な責務相反の説明が必要であると意見があった。これに対して、法橋尚宏委員長から自己申告書の「利害関係の存在やその発生が懸念される事項など」の説明書きがこれに該当するであろうことと、その判断は各大学によって異なるため具体例の記載は難しいこと、明らかに論文の内容を歪曲するような内容があれば審議すること、「有」の場合は、その内容を自己申告書の右列に具体的に記載する欄があるので、これで対応できるのではないかと回答があった。高見沢恵美子理事からは、「利害関係の存在やその発生が懸念される事項など」の内容を申告者がわかるようにもう少し丁寧に書いてほしいと要望があった。

学会として責務違反の自己申告を求めることは重要であることから、その定義や審査基準の詳細については編集委員会と研究倫理委員会が協議して検討することとして、自己申告書の修正は承認することとなった。修正文については後日、法橋尚宏委員長から提示される。

・「新型コロナウイルス感染症と看護学」の論文募集について

法橋尚宏委員長から新型コロナウイルス感染症に関する研究成果を速やかに公表するために、事例研究を含めて新型コロナウイルス感染症に関連する論文を急募して、迅速な査読のもとに掲載したいことが承認された。

雑誌投稿規程に「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」とあること、今回の取り組みは学会が企画する特集論文の募集として扱うことから、これを準用して、筆頭者以外は非会員であっても可とする提案があり、承認された。

・オンライン英文誌の発刊について

法橋尚宏委員長より、PubMedへ掲載される英語論文を増やすために、PubMedへの掲載を目的とした学会発行の英文誌を2021年度に発刊する必要があること、PMCへの申請代行サービスは2社に絞って検討していること、それらの遂行のためには2021年度補正予算としてオンライン英文誌の発刊経費（最低でも約200万円）を確保したいことが説明され、本取り組みを進めることが承認された。

・紙面変更（44巻1号から）について

法橋尚宏委員長から、PubMedへの掲載に備えて2021年度（44巻1号）から英文を最終頁にまとめて掲載し、doiの表示形式を変更するなど紙面変更の提案があり、承認された。

6）2021年度奨学会研究募集について（資料7-1～4）

・奨学会委員会委員長阿部幸恵理事から2021年度の奨学会研究募集要項案、会員宛の案内文、募集の会告、申請書の修正点（提出部数変更など）について説明があり、承認された。

7）2020年度大規模災害支援事業の実施について（資料8-1～5）

・大規模災害支援事業委員会委員長中西純子理事から、「令和2年7月豪雨」災害に対する大規模災害支援事業実施要領と、前委員長の山口桂子理事から引き継いだ課題として、本事業を必要とする看護学生に事業の情報が届いていないと思われる点があり、会員から周辺の学生や学生支援部門への情報提供を依頼する文章を追加したことが説明され、実施要領が承認された。

・申請書について、応募者から提出書類が多いと意見があり、審査する側からは罹災状況が分かりにくいという指摘があったことから様式を見直した旨の説明ののちに修正案が提案され、「7. 推薦理由」に「収入減・支出増に関する状況等に照らして」を追加することが承認された。また、罹災者（地）が保護者（保護者居住地）である場合に書きにくい項目があるため、申請様式の添付書類の状況「②居住地証明」を削除して罹災者（地）との関係を記載してもらうよう選択肢を変更するなど修正したいこと、この修正は委員会に一任されたいと説明があり、承認された。

・申請期日は、罹災証明書などの発行手続きができる時期を見越して10月末とし、11月理事会で1回目の決定を行い、以降はその後の状況に応じて承認を受けていくことが説明され承認された。

・提出書類の「居住地域証明書」を削除することに伴い、「大規模災害支援事業委員会施行細則」の必要書類の該当箇所も修正することが承認された。

・会員宛の「大規模災害支援事業実施に伴う支援金のご寄附のお願い」についての文案が提示され、承認された。寄付依頼は急がないので8月末の会員総会の案内郵送時に払込票と一緒に同封し会員に送付する。

8）国際活動推進委員会規程の改定について（資料9）

・国際活動推進委員会委員長岡美智代理事から3条4の文言を「委員に欠員が生じた場合、これを補充し」から「委員に欠員が生じた場合、これを補充することができるが、」に変更する提案があり、承認された。

・深井喜代子理事長から、他の委員会規程の同内容の文面をあわせて改定する提案があり、編集委員会、研究倫理委員会、広報委員会の委員会規程を改定することが承認された。

9）オンライン会議システムの契約について

・前回理事会で宮腰由紀子理事長から提案があったオンラインミーティングシステムを学会として契約する件について検討し、承認された。

10) その他

①入会申込理事会承認（資料10）

- ・深井喜代子理事長から38名の入会申請者リストの説明があり，承認された。資料は各自でシュレッダーで破棄することが依頼された。

②その他

- ・会員数減少対策について

深井喜代子理事長から，会員数が2015年4月をピークに，その後徐々に減少していることについて課題があるとの考えが示され，これに伴い，年会費の値上げ，若い人に入ってもらえるように学生会費の新設などについて検討したい旨の説明があった。

学会費だけでなく，会員に還元される学会活動を活発にするなど将来構想とともに検討する必要があるとの意見があり，将来構想とともに検討することが承認された。

第3回理事会予定 2020年11月29日（日）13：00～

第4回理事会予定 2021年2月28日（日）13：00～

以上

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステ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と同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

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

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

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティヴ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

8. 利益相反自己申告書

研究の成果のバイアスがかかっているかを判断する材料となるよう利益相反（Conflict of Interest：COI）の開示が必要である。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について、利益相反自己申告書を記載し署名の上スキャンし、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。
- 17) 令和2年6月14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」になつたものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

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

1. 投稿の際の電子書式等について

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

2. 文体ならびに句読点について

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

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる

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

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

5. 図について

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

6. 引用について

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

著作権法

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

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

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

7. 引用形式について

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

■本文中の引用

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

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

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

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

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

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

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

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

① 雑誌の場合：

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

— 例 —

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

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

② 書籍の場合：

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

— 例 —

研究太郎 (1995)．看護基礎科学入門．23-52，大阪：研究学会出版．

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

③ 翻訳書の場合：

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

— 例 —

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

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合：

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

— 例 —

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

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

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

- －著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

- －著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. <http://www.xxxxxxx>（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

- －著者名（出版年）. 書籍名. doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

- －著者名（出版年）. 書籍名. <http://www.xxxxxxx>（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

- －著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

- －著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx>（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

- －著者名（投稿・掲載の年月日）. Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx>（参照 年-月-日）
- － Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から、自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果、希望する種別では不採用となったり、採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード（5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること）, 本文枚数, 図枚数（用紙1枚につき1つ）, 表枚数（用紙1枚につき1つ）, 写真点数（用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける）, 著者氏名（著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所（連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス）を入力する。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内とし, 原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。

10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を下記の例を参考に、「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. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字、英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。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。但し、英語論文の本文については、14. 英語論文についてのとおりとする。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 本文（abstract, reference, tables and/or figuresは含まない）は、5,000 words程度（刷り上がり6頁程度）とする。
- 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。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。

理事会承認の上, 24巻5号会報57号でお知らせしましたように, 任期終了に伴い査読者のご氏名については, 本号で以下のように公表させていただきます。

日本看護研究学会査読委員

(アイウエオ順)
(2018年5月20日～2020年7月5日)

青木きよ子	青山ヒフミ	青山美智代	赤澤 千春	赤瀬 智子	秋元 典子	朝倉 京子
浅野みどり	東 ますみ	阿曾 洋子	足立 久子	阿南あゆみ	阿部 祝子	阿部 幸恵
網島ひづる	荒川 満枝	荒木 孝治	荒木田美香子	安藤 詳子	飯村 直子	池崎 澄江
池田 清子	石井智香子	石井 範子	石垣 恭子	石川ふみよ	市江 和子	一戸とも子
市村久美子	井手知恵子	伊東美佐江	井上 都之	井上 智子	井上真奈美	今留 忍
岩脇 陽子	宇座美代子	宇佐美しおり	内田 宏美	内野 聖子	宇都由美子	浦田 秀子
江藤 真紀	遠藤 英子	大西美智恵	大野かおり	大森美津子	岡 美智代	岡崎美智子
岡田 由香	岡田 佳詠	岡山 久代	岡山 寧子	奥 祥子	小笹 美子	越智 百枝
小幡 光子	蛸崎奈津子	掛田 崇寛	掛橋千賀子	片岡 純	片岡 三佳	片山由加里
片山 陽子	加藤 真紀	角濱 春美	門間 晶子	金井 一薫	叶谷 由佳	鎌田佳奈美
神里みどり	茅島 江子	川口 孝泰	川西千恵美	河原 宣子	川本利恵子	神田 清子
岸 恵美子	岸田 泰子	北 素子	北川 公子	北島 謙吾	北村 愛子	北村 有子
城戸 滋里	清村 紀子	吉良 淳子	草間 朋子	楠葉 洋子	工藤せい子	久米弥寿子
グライナー智恵子	黒田 (佐藤) 裕子	桑原 ゆみ	小泉美佐子	河野あゆみ	国府 浩子	小竹久実子
小長谷百絵	小西美和子	小林 淳子	小林 康司	小林 優子	小山 幸代	近藤 暁子
近藤 浩子	近藤真紀子	近藤 由香	紺家千津子	斎藤 真	佐伯 由香	酒井 明子
榮 玲子	坂梨 薫	佐々木くみ子	佐々木真紀子	佐藤 香代	佐藤 正美	佐藤 幸子
佐藤 洋子	真田 弘美	篠崎恵美子	島袋 香子	生野 繁子	城生 弘美	城丸 瑞恵
塩飽 仁	末次 典恵	末弘 理恵	須釜 淳子	菅原 京子	杉浦 太一	杉浦美佐子
杉田 聡	鈴木 啓子	鈴木みづえ	鈴木 幸子	鈴木 玲子	鷺見 尚己	陶山 啓子
關戸 啓子	祖父江育子	高島 尚美	高嶋 伸子	高橋 眞理	高橋由起子	滝内 隆子
多喜田恵子	竹内久美子	竹熊 千晶	武田 利明	田中 愛子	田中マキ子	田中美智子
谷口 千絵	田淵 紀子	玉田 章	樗木 晶子	千葉 邦子	塚本 尚子	津島ひろ江
土屋八千代	堤 雅恵	堤 由美子	津本 優子	登喜 和江	泊 祐子	富田 美加
長家 智子	中尾 久子	中嶋恵美子	中島美津子	中西 純子	中根 薫	永野みどり
長弘 千恵	中山 和弘	名越 民江	名越 恵美	行田 智子	植木野裕美	西片久美子
西沢 義子	西田 佳世	西田 直子	西田真寿美	西村 ユミ	新田 紀枝	新田 真弓
猫田 泰敏	野口 眞弓	野崎真奈美	野戸 結花	乗越 千枝	乗松 貞子	長谷川雅美
簀持知恵子	服部 淳子	鳩野 洋子	濱園 環	濱田真由美	早川 和生	林 裕栄
林 みよ子	原 祥子	原田 千鶴	原田 広枝	東野 督子	日高紀久江	人見 裕江
百田 武司	平 典子	平松 知子	平元 泉	廣瀬 幸美	深井喜代子	深田 順子
深田 美香	福岡 美紀	藤井 徹也	藤村 一美	布施 淳子	二渡 玉江	舟越 和代

古瀬みどり	古田加代子	細田 泰子	堀田 法子	堀口 雅美	本田 彰子	前田ひとみ
眞茅みゆき	真嶋由貴恵	榊本 妙子	町浦美智子	松浦 江美	松下由美子	松下由美子
松田たみ子	松田 宣子	松田 光信	松本 賢哉	眞鍋えみ子	丸岡 直子	丸山マサ美
實金 栄	三木 明子	三国 久美	水田真由美	光木 幸子	箕浦 哲嗣	三橋 睦子
宮腰由紀子	宮園 真美	宮林 郁子	宮脇美保子	村井 文江	村岡 宏子	村上 好恵
望月 留加	森 一恵	森 恵子	森 千鶴	森本美智子	屋宜譜美子	安田 智美
柳澤 理子	山内 栄子	山口 桂子	山口みのり	山口 曜子	山勢 博彰	山勢 善江
山田 一朗	山田紀代美	山内 一史	山本 恭子	結城美智子	吉沢豊予子	良村 貞子
米澤 純子	米田 昌代	李 節子	和賀 徳子	若村 智子	渡邊タミ子	渡邊 順子
渡部 節子						(敬称略) (288名)

臨時査読委員

(アイウエオ順)
 (2018年5月20日～2020年7月5日の期間中)
 (敬称略) (3名)

伊部 亜希 狩谷 恭子 本田 順子

コロナ禍関連研究を 推進するために

JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH

Volume 53 Number 1 April 2020

日本看護研究学会雑誌



Call for papers

一般社団法人日本看護研究学会発行の
『日本看護研究学会雑誌 (Journal of Japan Society of
Nursing Research)』では、新型コロナウイルス感染症
に関連する看護の論文を幅広く募集中です。

- ☑ コロナ禍関連研究であれば、事例報告を含み、あらゆる研究を歓迎します。
- ☑ 論文(日本語もしくは英語)は、特別に迅速査読、迅速出版(オンラインファースト)します。
- ☑ 特例として、ファーストオーサーが会員であることのみを投稿者資格とします。
- ☑ 投稿にあたり、コロナ禍関連研究であることをカバーレターに明記してください。

一般社団法人日本看護研究学会

理事長：深井 喜代子

編集委員会委員長：法橋 尚宏

問い合わせ先：naohiro@hohashi.org



<https://www.jsnr.or.jp/>

発信日：2020年8月1日

COVID-19

事務局便り

1. 2020年度会費納入のお願い

2020年度会費未納の方は、ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスで登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨 1-24-1 4F

(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 4号

無料配布

2020年9月20日 印刷

2020年9月20日 発行

編集委員

委員長 法橋 尚宏 (理事) 神戸大学大学院保健学研究科
委員 今井多樹子 (会員) 安田女子大学看護学部
亀井 智子 (会員) 聖路加国際大学大学院看護学研究科
工藤 美子 (理事) 兵庫県立大学看護学部
清水 安子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科
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
吉永 尚紀 (会員) 宮崎大学医学部看護学科
涌水 理恵 (会員) 筑波大学医学医療系

(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨
1-24-1 4F
株式会社ガリレオ
学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<https://www.jsnr.or.jp/>

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 深井 喜代子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町 1-10-6

