

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 43 Number 5 December 2020 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[43巻5号]

## 会 告 ( 1 )

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会規程第 3 条 4 . に基づいて、編集委員に下記の 5 名が追加で選任されましたのでお知らせいたします。

2020年10月12日

一般社団法人日本看護研究学会  
理事長 深 井 喜代子

### 記

荒木田 美香子 氏 ( 川崎市立看護短期大学看護学部 )  
岡 美智代 氏 ( 群馬大学大学院保健学研究科 )  
小 澤 三枝子 氏 ( 国立看護大学校 )  
辻 村 真由子 氏 ( 千葉大学大学院看護学研究科 )  
八 尋 道 子 氏 ( 佐久大学看護学部 )

以上

## 会 告 ( 2 )

2020年度一般社団法人日本看護研究学会会員総会は、第46回日本看護研究学会学術集会会期中に学術集会会場にて開催の予定でしたが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響により、学術集会をウェブによるオンデマンド方式で開催することといたしましたため、学術集会会場での開催が不可能となりました。

検討の結果、今回は一般社団法人日本看護研究学会定款第29条2項の審議事項に該当する議案がないことから、書面による報告をもって会員総会に代えることといたしました。会員の皆さまにはその旨を郵送にてご案内のうえ、2020年9月11日付で学会ウェブサイト会員総会資料を公開いたしました。

現時点で、会員の皆さまからのご質問・ご意見はございませんことご報告いたします。

2020年12月1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 ( 3 )

2020年8月7日付会告にてお知らせいたしましたとおり、「令和2年7月豪雨」の被災看護学生及び本会会員を対象に、2020年10月末を締め切りに支援希望者を受け付けておりましたが申請はありませんでした。教育現場も医療現場もコロナ禍に翻弄され多忙を極めておられることから必要な方に情報が届いていないことも考えられ、今しばらく、申請受付期間を延長することといたしました。

新たな締め切り日は2021年1月29日です。実施要領は締切日以外変更ありません。実施要領は本学会ウェブサイト (<https://www.jsnr.or.jp/outline/disaster-relief/guide.html>) をご参照ください。

本事業は会員が所属していない養成機関の看護学生も支援の対象ですので、被災地の会員の方には近隣の看護学校等にも情報提供をお願いいたします。

2020年12月3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委員長 中 西 純 子

## 会 告 ( 4 )

一般社団法人日本看護研究学会第47回学術集会を、下記のとおりオンラインで開催しますのでお知らせいたします。

2020年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会  
第47回学術集会

会 長 塩 飽 仁  
(東北大学大学院医学系研究科 教授)

記

### 一般社団法人日本看護研究学会第47回学術集会

メインテーマ：脳とこころのケアとサイエンス

【会 期】2021年8月21日(土)・22日(日)

【会 場】オンライン・ハイブリッド開催

※ハイブリッド開催となる企画での現地会場

東北大学星陵キャンパス 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2番1号

※ハイブリッド開催の企画は、仙台会場での集合してのセッションに加えてライブ配信と後日のオンデマンド配信を計画しておりますが、COVID-19流行状況により集合してのセッションは中止になる可能性があります。集合して開催する際は、厳重な感染予防対策を行い、人数を制限して行います(公募のうえ希望者多数の場合は、抽選でご参加いただくことになります)。

【プログラム】

1. 会長講演
2. 特別講演
3. 教育講演
4. シンポジウム
5. セミナー(委員会企画)
6. 一般演題(口演, 示説), 交流集会

※プログラムの詳細は決まり次第、学術集会ホームページでお知らせいたします。

【一般演題および交流集会募集要項】

一般演題および交流集会の募集要項は、学術集会ホームページで詳細をお知らせいたします。

一般演題および交流集会の募集は、学術集会ホームページで行います。

**【参加費】**

詳細は決まり次第、学術集会ホームページでお知らせいたします。

参加登録のお申し込みは学術集会ホームページよりお申し込みください。

**【懇親会】** 開催いたしません。

◆学術集会ホームページ <https://www.jsnr.or.jp/am/47/>

◆学術集会事務局（プログラム・演題・座長・演者・講演等内容に関する問い合わせ先）

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻家族支援看護学講座小児看護学分野

〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2番1号

E-mail：47am@jsnr.or.jp

◆運営事務局（参加登録、オンデマンド動画配信に関する問い合わせ先）

株式会社ソノベ

〒980-0014 仙台市青葉区本町1丁目12-12 GMビルディング7F

TEL：022-261-7497

E-mail：jsnr47@sonobe.co.jp

以上



# 目 次

## —原 著—

- 自主避難を継続する母親が福島第一原発の事故で拡散した放射性物質に対してもつ認識 ..... 815  
長崎大学原爆後障害医療研究所国際保健医療福祉学研究分野  
佐賀大学医学部統合基礎看護学講座国際保健看護学領域 松 永 妃都美
- 未治療の未破裂脳動脈瘤を持つ人の病気の不確かさとその関連要因 ..... 823  
獨協医科大学看護学部 林 幸 子  
東京都立大学人間健康科学研究科看護科学域 習 田 明 裕
- 地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値 ..... 835  
大阪市立大学大学院看護学研究科精神看護学領域 松 田 光 信  
大阪市立大学大学院看護学研究科精神看護学領域 河 野 あゆみ

## —研究報告—

- 気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンス ..... 847  
三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 大 江 真 人  
金沢大学医薬保健研究域保健学系 田 中 浩 二  
関西医科大学看護学部 川 崎 絵里香  
石川県立看護大学看護学部 大 江 真 吾  
金沢医科大学看護学部 長 山 豊
- 死産により亡くした子どもに会い共に過ごす父親の体験 ..... 857  
社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院 十 河 由 紀

## —総 説—

- 医療事故の当事者となった医療従事者のサポートに関する文献レビュー ..... 869  
熊本大学大学院保健学教育部博士後期課程  
熊本赤十字病院 友 岡 史 沙  
熊本大学大学院生命科学研究部看護学講座 前 田 ひとみ
- 看護学教師の教授活動に関わるコンピテンシーの研究の動向と課題 ..... 877  
埼玉医科大学保健医療学部看護学科 本 谷 久美子  
国際医療福祉大学小田原保健医療学部 荒木田 美香子

# CONTENTS

## Original Papers

- Recognition of Radionuclides were Released from Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident:  
Mothers who Continue Voluntary Evacuation ..... 815

Department of Global Health, Medicine and Welfare,  
Atomic Bomb Disease Institute, Nagasaki University :

Division of International Health and Nursing, Department of Integrated Basic Nursing,  
Faculty of Medicine, Saga University : Hitomi Matsunaga

- Uncertainty in Illness of Sufferers with Untreated Unruptured Intracranial Aneurysm and Its Related Factors ..... 823

Department of Nursing, Dokkyo Medical University : Sachiko Hayashi

Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences,  
Tokyo Metropolitan University : Akihiro Shuda

- Status and Values of Support for Community-Dwelling People with Mental Disorders in

- Home-visit Nursing from the Perspective of Service Users ..... 835

Psychiatric & Mental Health Nursing, Osaka City University Graduate School of Nursing : Mitsunobu Matsuda

Psychiatric & Mental Health Nursing, Osaka City University Graduate School of Nursing : Ayumi Kohno

## Research Reports

- Resilience in Workers Who Return to Work After Taking Leave Due to Mood Disorders ..... 847

Course of Nursing Science, Graduate school of Medicine, Mie University : Masato Oe

Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Science, Kanazawa University : Koji Tanaka

Faculty of Nursing, Kansai Medical University : Erika Kawasaki

School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University : Shingo Oe

School of Nursing, Kanazawa Medical University : Yutaka Nagayama

- Fathers' Experiences on Encountering their Stillborn Babies ..... 857

Aiiku Hospital : Yuki Sogo

## General Remark

- A Review of the Literature Concerning Support for Healthcare Professionals Involved in Medical Errors ..... 869

Doctoral Program in Nursing, Graduate School of Health Sciences, Kumamoto University :

Japanese Red Cross Kumamoto Hospital : Misa Tomooka

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

Trends and Issues in Research on Competency Related to Teaching Activities of Nursing Faculty ..... 877  
School of Nursing, Saitama Medical University : Kumiko Motoya  
International University of Health and Welfare : Mikako Arakida



—原 著—

## 自主避難を継続する母親が福島第一原発の事故で 拡散した放射性物質に対してもつ認識

Recognition of Radionuclides were Released from Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident:  
Mothers who Continue Voluntary Evacuation

松 永 妃都美  
Hitomi Matsunaga

キーワード：放射性物質，福島第一原子力発電所事故，認識，母親

Key Words：radionuclides, Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident, recognition, mother

### 緒 言

2011年3月11日の東日本大震災に続発した東京電力福島第一原子力発電所（以下、福島第一原発）の事故では、環境中に放射性物質（以下、物質）が拡散した。しかしこの事故で拡散した物質の種類や量、物質による内部被ばく、外部被ばく線量は様々な調査で明らかであり、物質からの放射線健康影響は考えにくいことが示されている（UNSCEAR, 2013；UNSCEAR, 2017）。さらに物質で汚染された地域では除染の進捗等に伴い被ばく線量が低減しており、この事故で避難を強いられた住民の帰還に向けた包括的な支援が進められている現状にある（福島復興ステーション, 2019）。しかし一方で、避難が指示されなかった地域からの避難者（以下、自主避難者）が避難を継続していることは明らかであり（吉田, 2016；復興庁, 2019）、自主避難者を対象とした支援をどのように行うかが重要な課題である。

自主避難者の調査においては、対象者の避難元が福島県にとどまらず、福島県外からの避難が行われていたこと。また自主避難の特徴として、母子で避難した世帯や未就学児を養育する世帯が少なくないことが報告されている（乾・山崎・田中, 2013；高橋, 2016）。さらに母子で避難した世帯では、夫との別離生活に伴う夫婦関係の問題や二重生活に伴う経済的な問題、母子生活に伴う母親の育児負担による虐待などの深刻な問題が報告されており（山根, 2013；紺野・佐藤, 2014；廣本, 2016）、自主避難を継続する母親に特化した支援を検討する必要性が高いことが考えられた。しかし自主避難を継続する母親の多くが“物質を直接的な原因とした健康影響は考えにくい”として対応

する専門家や医療者への不信があり、自主避難者を対象とした関わりは非常に難しいことが報告されてきた（関・廣本, 2014, p.66；吉田, 2016, pp.189-214）。そこで本研究では、自主避難を継続する母親が福島第一原発の事故で拡散した物質に対してもつ認識を明らかにすることを目的とした。これを明らかにすることで、母親が物質に対してもつイメージや恐怖を理解した看護への示唆を得ることができると考えた。

### I. 方 法

#### 1. 研究対象者

福島第一原発の事故当時、乳幼児（0から6歳）であった子どもと自主避難し、データ収集期間（2014年5月～2015年6月）も避難を継続していた母親を対象とした。

#### 2. データ収集方法

東日本大震災の被災者への相談対応を担っていた九州内の行政や支援団体の窓口（計7か所）から研究依頼文を送付していただいた。そして研究参加の申し込み先は佐賀大学の研究者とし、面接は佐賀大学のカンファレンスルームや研究対象者が希望する施設などで実施した。データ収集は調査票および半構造化面接で行った。調査票では年齢、性別、被災地（避難元）、子どもの数や子どもの年齢を収集した。面接ではインタビューガイドを設定し、福島第一原発の事故当時の状況や物質による日常生活への影響や変化を聴取した。面接は研究対象者の同意を得て録音し、逐語録を分析データとした。

長崎大学原爆後障害医療研究所国際保健医療福祉学研究分野

Department of Global Health, Medicine and Welfare, Atomic Bomb Disease Institute, Nagasaki University  
佐賀大学医学部統合基礎看護学講座国際保健看護学領域

Division of International Health and Nursing, Department of Integrated Basic Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

### 3. 分析方法

分析は『母親が福島第一原発の事故で拡散した物質に対してもつ認識』の語り部分を、文脈を損なわないように抽出し、意味内容を端的に表現する1つの短文とした(データ)。そして意味内容の類似性で比較分類し、共通する意味内容のデータを集めてコードと命名した。コードは1つであっても切り捨てることなく採用した。次に意味内容が類似したコードを集めてサブカテゴリーを作成し、他のサブカテゴリーとの類似性、相違性を比較しながら端的にコードの内容を表すデータをサブカテゴリーと命名した。さらにサブカテゴリーを意味内容で類型化しながら集約し、他のカテゴリーとの類似性、相違性を比較して抽象度を高め、コード、サブカテゴリーの意味内容を端的に示す一文としてカテゴリーと命名した。

データの解釈においては、妥当性を確保するために放射線看護領域の専門家からのスーパーバイズを受けた。データの分析においては、信用性を確保するために、データ抽出、サブカテゴリー、カテゴリー命名の各段階で災害看護学や質的看護の研究者と検討を行った。

### 4. 倫理的配慮

本研究は佐賀大学医学部倫理審査委員会の承認を得て着手した(承認番号27-41)。本研究対象者の全員が、研究協力依頼文の発送をお願いした行政や団体からの支援を受けていたことを考慮し、自由意思での調査協力を保証するため研究に関わる手続きのすべてを支援に関わらなかった研究者が実施した。本研究参加者は被災経験者であった。そのためデータ収集の前後に面接やメール、電話で心身状態を確認する機会を設けた。また心療内科医や臨床心理士との連携体制を整え、フラッシュバックなどの不測の事態に備えた。研究参加者には研究の趣旨や方法、録音データの取り扱い、話したくないことは話さなくてよいこと、研究への協力は自由意思でありいつでも中止できること、研究協力や拒否による不利益は生じないこと、個人情報取り扱いおよびデータの管理と使用方法、そして研究成果の公表とその意義について1回目の面接で十分に説明し、2回目の面接で同意書にサインを頂けた方を研究対象者とした。

## II. 結 果

### 1. 研究対象者の概要

研究対象者を募集した結果27名からの申し出が得られ、心身状態の事前確認の結果27名全員を研究対象者(以下、母親)とした。母親の年齢は20歳代1名、30歳代6名、40歳代20名であり、避難元は山形県1名、福島県5名、茨城県1名、群馬県2名、東京都8名、千葉県8名、神奈川県

2名であった。避難を実行したときに養育していた乳幼児は各世帯1名から3名であった。研究対象者27名のうち12名が母子で避難した世帯、もしくはその経験世帯であった。また面接中、面接終了直後および面接数日後において心身の不調を訴えた者はいなかった。面接の所要時間は106分~187分であった。

以下、結果を【カテゴリー】、〔サブカテゴリー〕、〈コード〉、対象者の語りの一部を斜字(対象者のID)として記述した。さらに、対象者の語りの中で意味が通じにくいと思われる部分には( )内で説明を補った。

### 2. 分析結果

母親の物質への認識は、【健康に悪影響する】【世間との受け止め方が異なる】【生活環境を破壊する】【一定範囲に留まらない】【長期間影響し続ける】【環境により偏在する】【影響を低減できる】の7つのカテゴリーであった。

#### (1) 【健康に悪影響する】

このカテゴリーは、〔様々な健康影響を引き起こす〕〔健康影響を予測できない〕〔子どもの健康に悪影響する〕〔生殖に悪影響する〕〔悪影響が遺伝する〕の5つのサブカテゴリーから構成された。

〔様々な健康影響を引き起こす〕は、物質が癌や白血病、感染症や呼吸器、消化器、循環器など(あらゆる疾患の原因になる)、鼻血や咳が出る、〈目がチカチカする〉〈足がだるくなり疲れやすくなる〉など(検査では検出できない影響がおこる)という認識や、〈体調を悪化させる〉あらゆる症状を引き起こすという認識が表現されていた。

もう敏感に反応しちゃう人だとかゆーいってなったりとか、咳が出たりとかいう話も聞くし。(避難元)で心筋梗塞だー、脳卒中だー、甲状腺がんだーって聞いたら、(物質)のせいなんじゃないかなあって思っています(20)。

〔健康影響を予測できない〕は、〈何年後に健康影響がおこるかわからない〉〈被ばくを五感で感じることができない〉のように、物質を原因とした健康影響がいつ、だれに発症するのか予測ができないという認識が表現されていた。

(被ばくが)目に見えてわかるならいいけど。(物質)の影響って今後どのぐらい、どんな風に出るかわかんないじゃないですか(24)。

〔子どもの健康に悪影響する〕〔生殖に悪影響する〕〔悪影響が遺伝する〕は、物質が〈流産の原因になる〉〈健康

表1 自主避難を継続する母親が福島第一原発の事故で拡散した放射性物質に対してもつ認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (一例)
健康に悪影響する	様々な健康影響を引きおこす	あらゆる疾患の原因になる 目がチカチカする 足がだるくなり疲れやすくなる 検査では検出できない影響がおこる 体調を悪化させる
	健康影響を予測できない	何年後に健康影響がおこるかかわからない 被ばくを五感で感じることができない
	子どもの健康に悪影響する	大人より子どもの健康に影響する 子どもを病気にして生命を奪う
	生殖に悪影響する	流産の原因になる 不妊の原因になる 健康異常のある子どもが産まれてくる
	悪影響が遺伝する	子や孫に遺伝する健康影響がおこる 健康への影響が代々に遺伝する
世間との受け止め方が異なる	公的情報を不確かにする	国からの情報は真実でない インターネットに正しい情報がある 食品検査はほとんど行われていない
	子どもの将来に悪影響する	子どもの結婚に影響を及ぼす 子どもの就職に影響を及ぼす
	危険という共通理解が得られない	影響を心配すると孤立する 危険性を説明しても理解されない
生活環境を破壊する	自然を破壊する	海を暖める 空気を汚染する 植物を異常成長させる
	食品を摂取不可にする	野菜や魚に付着して浸透する 食品に濃縮される 農作物の遺伝子を変化させる 流通食品に含まれている
一定範囲に留まらない	自然環境を移動する	空気中を漂い広がる 隙間から出たり入ったりする 身体や食品に付着して移動する
	避難指示地域に留まらない	避難元地域に存在している 東日本地域のすべてに存在している 物質を含んだ食品が全国に流通している
長期間影響し続ける	除染できない	今も環境中に拡散し続けている 理論的に取り除くことが不可能 何百年も環境に残り続ける
	蓄積する	臓器や骨に蓄積する 植物や土壌に溜まり続ける
環境により偏在する	蓄積しやすい場所がある	累積する量や種類に地域差がある 凹みがあるところや水場に多い 屋内よりも屋外に多い
	環境条件に左右される	風向きで変化する 雨の日に多い
	侵入を防ぐことができる	肌を覆い侵入を防ぐことができる 隙間を防ぎ侵入を防ぐことができる
影響を低減できる	流すことができる	水で洗い流すことができる 尿・便から排泄される
	減らすことができる	うがい薬で影響を減らすことができる EM菌で低減できる 浄水器でろ過できる

異常のある子どもが生まれてくる〉〈健康への影響が代々に遺伝する〉のように、生殖や出産に悪影響するほか〈子どもを病気にして生命を奪う〉、物質の影響で〈子や孫に遺伝する健康影響がおこる〉という認識が表現されていた。

やっぱり遺伝子への影響とか。放射線で修復されない遺伝子が出来てくるとか考えます。うち女の子なんですけど、うちの子に何もなくても、孫になんかあったらヤだなーとか、漠然とだけ考えます(12)。

### (2) 【世間との受け止め方が異なる】

このカテゴリは、〔公的情報を不確かにする〕〔子どもの将来に悪影響する〕〔危険という共通理解が得られない〕の3つのサブカテゴリから構成された。

〔公的情報を不確かにする〕は、物質の〈国からの情報は真実でない〉、〈インターネットに正しい情報がある〉という認識が示され、物質に関する公的な情報について母親と【世間との受け止め方が異なる】という認識が表現されていた。

いろんなところで騙されているんですよ多分。市役所とか消防署とかで、放射線量がいくつですみたいな掲示板、あれもね実際にその場所で(線量を)測った人が何人もいて。ぜんぜんっ数値が違うんですよ、そういうのがYouTubeとかに載ってるんですけど、もう全然数値が違うし(4)。

〔子どもの将来に悪影響する〕は、物質で被ばくしたことを公表することで〈子どもの結婚や就職に影響を及ぼす〉認識が示され、母親が認識する子どもの将来と【世間との受け止め方が異なる】という認識が表現されていた。

福島県産の食べ物が危ないよといわれると、だんだん福島県生まれのうちの娘が危険だよって言われているような気がして。友達も、今は考えが全然違うだろうけど、結婚できるとしても同じ福島県の人としか結婚できないだろうって(12)。

〔危険という共通理解が得られない〕は、物質の〈影響を心配すると孤立する〉〈危険性を説明しても理解されない〉という認識であり、物質に対する価値観やリスク意識について母親と【世間との受け止め方が異なる】という認識が表現されていた。

頭がおかしいと思われるのが嫌でしたね。今は〇〇に住んでいて、こちら辺はすごい避難の人が多から。たとえ

ば八百屋さんで(物質)気にしててって言っても“あー多いですもんね、そういう人”って言われる感じですけど。それこそ(避難)当初は“えっ東京で避難?(物質)とか気にしてるの?大丈夫?”みたいな、“ノイローゼでしょ”みたいな感じだったから。理解してくれる人がいないというのが、それがしんどかったですね。わたし、頭がおかしいのかなというのが一番しんどくて、鬱々として(10)。

### (3) 【生活環境を破壊する】

このカテゴリは、〔自然を破壊する〕〔食品を摂取不可にする〕の2つのサブカテゴリから構成された。

〔自然を破壊する〕は、物質が〈海を暖める〉〈空気を汚染する〉〈植物を異常成長させる〉のように、物質が自然環境に悪影響を及ぼすという認識が表現されていた。

また〔食品を摂取不可にする〕は、物質が〈野菜や魚に付着して浸透する〉〈食品に濃縮される〉〈農作物の遺伝子を変化させる〉、〈流通食品(総菜や加工品等)に含まれている〉という認識が表現されていた。

やっぱりこっち(避難先)にいると見えてこないですよ。そんな生活のことまでは。それこそ復興庁の集まりの時に当事者の方が“福島野菜は売れない”って言ってたんですけど、売れないんじゃなくて遺伝子やられてるからもう食べられないんですよ(27)。

### (4) 【一定範囲に留まらない】

このカテゴリは、〔自然環境を移動する〕〔避難指示地域に留まらない〕の2つのサブカテゴリから構成された。

〔自然環境を移動する〕は、物質が〈空気中を漂い広がる〉、建物の〈隙間から出たり入ったりする〉ほか、〈身体や食品に付着して移動する〉という認識が表現されていた。

〇県で保養した時に保養団体の方から、(保養地に)着いたらまず靴を脱いで、洋服はすべて着替えてって言われました。あと布団は持ち込まないとか、いろいろ条件があつて。それほどのモノなんだって思います。服も靴もそのままだったら、要はそこが汚染されるから(27)。

〔避難指示地域に留まらない〕は、物質が〈避難元地域に存在している〉、〈東日本地域のすべてに存在している〉、〈物質を含んだ食品が全国に流通している〉という認識が表現されていた。

気にしない人が多いのが逆にビックリだよ。東日本の土地すべてが汚染されて住んじやいけない食べちゃいけないになっているのにさ。食べて応援って……食べてたらご

めんなさい。いや食べてね、トイレに行って流して川が汚れて川も土地も汚す。それで食べて応援って……。もう食べること自体からおかしくさせているのにその想像力のなさっていうのがね、ちょっと理解できない (15)。

#### (5) 【長期間影響し続ける】

このカテゴリーは、〔除染できない〕〔蓄積する〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔除染できない〕は、物質が〈今も環境中に拡散し続けている〉、壁に塗り固められたり、土壌に付着しており〈理論的に取り除くことが不可能〉、〈何百年も環境に残り続ける〉という認識が表現されていた。

無理だもん。除染できんってあれは。除染しても山から風吹いたらまた元に戻るじゃん (1)。

〔蓄積する〕は、物質が〈臓器や骨に蓄積する〉、〈植物や土壌に溜まり続ける〉という認識であった。

キノコには(物質が)溜まりやすいついていうから、うちではいっさいキノコ料理はない。食事って毎日のことだから、食べたたらどどん体溜まっていくでしょう (5)。

#### (6) 【環境により偏在する】

このカテゴリーは、〔蓄積しやすい場所がある〕〔環境条件に左右される〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔蓄積しやすい場所がある〕は、〈累積する量や種類に地域差がある〉〈凹みがあるところや水場に多い〉〈屋内よりも屋外に多い〉という認識であった。

〔環境条件に左右される〕は、〈風向きで変化する〉、〈雨の日に多い〉という認識であり、物質の量が天候で左右されるという認識が表現されていた。

福島の風がこう来ますってスイスの気象庁が出してくれていて、それを毎日毎日見るのが(物質を)気にしている人の日課だったんです。今日は東京に来るからその日は外遊びしないと (12)。

#### (7) 【影響を低減できる】

このカテゴリーは、〔侵入を防ぐことができる〕〔流すことができる〕〔減らすことができる〕の3つのサブカテゴリーから構成された。

〔侵入を防ぐことができる〕は、マスクや衣服で〈肌を覆い侵入を防ぐことができる〉〈隙間を防ぎ侵入を防ぐことができる〉という認識が表現されていた。

〔流すことができる〕は、〈水で洗い流すことができる〉のほか、放射能が少ない地域の生活で〈尿・便から排泄される〉デトックスができるという認識があった。

〔減らすことができる〕は、物質を〈うがい薬で影響を減らすことができる〉〈EM菌で低減できる〉〈浄水器でろ過できる〉という認識であった。

爆発してピンってきた人はヨウ素剤買って飲んでるんですよ。関東でもメバリをしたりとか、防御していた方もいらっしやっただのに。私は、ぼかんと感じて(物質が)来たと聞いて、あつやばい……そんな感じだったんです。(中略)小学校の池にメダカが住んでいて、その池を子どもがすごい触っていたんですよ。だからどうにか(物質に汚染された)水を浄化できないものかと思って、EM菌をまきに行ったりとか、日曜日に (12)。

### Ⅲ. 考 察

#### 1. 母親の物質への認識の特徴

本研究の結果、母親は物質に対して【健康に悪影響する】、【世間との受け止め方が異なる】、【生活環境を破壊する】、【一定範囲に留まらない】、【長期間影響し続ける】、【環境により偏在する】、【影響を低減できる】という認識をもっていたことが明らかになった。

特に、母親がもつ物質への認識として特徴的であると考えられたのは、以下の2点であった。1点目は、物質が〈避難元地域に存在している〉という認識であった。本研究の対象者は、福島第一原発の事故後も一般住民が居住していた地域から自主避難をした母親であった。本研究で明らかになった“物質で健康影響や遺伝的な影響が起こる”という認識や、“物質が一定範囲にとどまらず長期間影響し続ける”という認識は、一般的な人々も抱く典型的な認識とされている(加藤, 2012)。しかし健康や生活を脅かす物質が〈避難元地域に存在している〉という認識は、避難元を離れ帰還をためらう主要な理由とされており(吉田, 2016)、自主避難を継続する母親に特徴的な認識であると考えられた。

2点目は、物質を肯定的に捉えた【影響を低減できる】という認識であった。母親は避難先での日常生活を工夫することで物質の影響を和らげ、避けることができるという肯定的な認識をもっていた。先行研究においては、自主避難を実行した母親は物質に否定的なイメージをもつと報告されてきた(吉田, 2016)。このような報告がある中で、母親が物質に対して肯定的な認識をもっていたことは、非常に興味深いことであった。福島第一原発を契機とした自主避難の多くが防護の3原則である“物質からの距離をとることで被ばく影響を低減できる”という知見から実行されたことが報告されている(五十嵐ほか, 2017)。**【影響を低減できる】**は、自主避難を継続することで物質からの距

離を保つことができる。さらに、避難先での日常生活を工夫することで物質の【影響を低減できる】という母親の自主避難や避難生活の意義が反映された特徴的な認識であると考えられた。

母親に物質が〈避難元地域に存在している〉という認識や、自主避難の継続で物質の【影響を低減できる】という認識がある時、どのような困難があらうと子どものために避難生活を継続しようとする母親の心理を理解できる。ほとんどの自主避難を経験した母親が、その実行と継続の過程で様々な苦難を経験していた（松永，2018a，2018b）。さらに低線量被ばくから引き起こされるかもしれない健康影響と比較して、避難生活を継続することのストレスや物質へのネガティブなイメージの方が心身の健康に悪影響を与えることが示唆されている（Suzuki, et al., 2015）。母親を対象とした放射線看護においては、物質からの健康影響や物質の現存状況をわかりやすく説明することや、適切な情報源にアクセスできる環境を整えることが有益な看護支援になると考えられる。これらのことから本研究結果から示唆されることは、母親の“子どものためにほんのわずかな被ばくでも避けたい”と願う心理や、“避難を継続することでしか物質との折り合いがつけられない”というような複雑な心理を理解することである。そして、自主避難の継続を希望する母親の決断を否定しない柔軟な対応を行うことも重要である。さらに母子避難においては、避難元との二重生活に伴う経済的な問題が非常に深刻な課題であるとされている（吉田，2016）。避難先生活における養育のサポートや社会資源の活用など、母親の経済的な負担を軽減できる実質的なサービスを調整することも、自主避難を継続する母親を対象とした看護の重要な視点であり、看護職の重要な役割であると考えられた。

## 2. 母親の食品や環境被ばく汚染への認識

2011年の福島第一原発の事故ではチェルノブイリ原発事故など過去の原子力発電所事故の教訓から、事故後に早期の食品モニタリング調査およびその基準値を超えた食品の流通が制限されてきた（安村，2014）。そのため国内市場に流通している食品は安全であるといえ、さらにこのような食品モニタリング検査の結果や情報はメディアやインターネットを通じて詳細に公開されてきた（福島県，2017）。しかし本研究の母親は、〈物質を含んだ食品が全国に流通している〉と認識し、特定地域の食品を避けていたことが明らかになった。このような被災地で生産・採取された食品の購入や摂取を避ける被ばく回避行動は、国内のみならず国際的にも確認されており（Kim, et al., 2014）、風評被害の観点からの深刻な問題として解決が急がれてきた（水産庁，2019）。日本ではこれらの問題を克服するた

め、環境中の被ばく線量や食品汚染の状況などの科学的な情報を共有し、理解を得ることを進めてきた（首相官邸，2014）。しかしながら残念なことに、母親は〔公的情報は不確か〕であり、被災地の食品を危険と伝える〈インターネットに正しい情報がある〉と認識していたことが明らかになった。つまり被災地の食品を不安に思う住民の放射線防護や健康管理の意思決定を促すためには、情報源としての信頼を得ることが最も重要な条件であることがわかる。原子力災害の被災地においては、その急性期から国民全体へ情報を発信し、被ばく線量や食品汚染の状況など科学的な知見を共有することが非常に重要である。さらに食の安全において住民と信頼関係を築くために必要なことは、“頭では理解できるが何となく嫌である、完全に納得できない”という心理を十分に理解して対応することであるとされている（Lee, et al., 2017）。特に母親に関しては“自分が摂取するのは良いが、子どもに摂取させるのには不安”という認識が強いことが明らかであり（五十嵐ほか，2017）、母親は科学的な知見だけでは納得できないという現実があることを理解し、母親の価値観を尊重した対応を行うことが望ましいと考えられた。

また本研究の母親は、物質で被ばくした過去を明らかにすることで自分の子どもが社会的な弱者になるという認識をもち、就職や結婚などにおける子どもの将来を案じていた。福島県での生活を継続していた母親を対象としたItoらの調査においては、母親の約40%以上が放射線被ばくに伴う偏見や差別への不安を持っていたとされている（2018）。さらに本研究では、“福島県産の食べ物がないといわれると、だんだん福島県生まれのうちの娘が危険だよって言われているような気がして”というように、母親が物質に関する様々な情報や流言から不安や劣等感を抱いていたことが明らかになった。放射線の健康影響に関する偏見や差別は被災者の婚姻や出産などのライフイベントにおいて深刻な課題になるとされており、原子力災害の被災国が積極的に取り組むべき重要課題の1つとされている（Maeda, Oe, Suzuki, 2018）。原子力災害を経験した日本においては、子孫への放射線健康影響など、物質に関連した倫理面への対策を十分に整備することが非常に重要な課題であるといえる。

本研究の限界として、本成果のすべてを自主避難経験者や、自主避難を継続する母親の認識とすることは避けなければならない。本研究の成果はあくまでも自主避難を継続していた本研究対象者の物質への認識であり、本研究結果の解釈には慎重を要する。

#### IV. 結 論

1. 母親は福島第一原発の事故で拡散した物質に対して【健康に悪影響する】【世間との受け止め方が異なる】【生活環境を破壊する】【一定範囲に留まらない】【長期間影響し続ける】【環境により偏在する】【影響を低減できる】という認識をもっていたことが明らかになった。
2. 物質への懸念をもつ母親への看護や関わりを行う際には、母親が物質からの健康影響のみならず、物質の能力や特徴、性質や社会的な影響など多様な懸念を抱いていることを理解し、ほんのわずかな被ばくでも避けたいと願う母親の心理や、折り合いのつけられない物質への不安や恐怖への理解者となることが重要である。

#### 謝 辞

福島第一原発事故後のお辛かったお気持ちやご状況を細やかにお話し下さった研究対象者の皆様に心から感謝申し上げます。また本研究の一部は、第6回日本放射線看護学会にて発表しました。

#### 研究助成情報

本研究は、平成27-29年度JSPS科研費15K21227の助成を受けたものである。

#### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

#### 要 旨

**目的：**自主避難を継続する母親が福島第一原発の事故で放出された放射性物質に対してもつ認識を明らかにした。

**方法：**避難指示区域外からの自主避難を継続していた母親27名を対象とした半構造化面接で得られたデータを質的に分析した。

**結果：**母親は放射性物質に対して【健康に悪影響する】【世間との受け止め方が異なる】【生活環境を破壊する】【一定範囲に留まらない】【長期間影響し続ける】【環境により偏在する】【影響を低減できる】という認識をもっていた。

**結論：**放射性物質への懸念をもつ母親への看護や関わりを行う際には、母親が物質に対して多様な認識をもっていること、そしてほんのわずかな被ばくでも避けたいと願う心理や、折り合いのつけられない物質への不安や恐怖の理解者となることが重要である。

#### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to reveal the recognition of radiation materials to the mothers who continue voluntary evacuation.

**Methods:** Semi-structured interviews were conducted with twenty-seven mothers. Data were analyzed using content analysis.

**Results:** Recognition of radiation materials released by the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident were classified into seven categories: "Materials was negative effects on our health" "My perception of materials different from laypeople" "Materials destroyed natural environment" "Materials didn't stay one spot" "Materials negative effects were continue for a long time" "Materials was not equally exist by each environment" "Materials effects can be reduced".

**Discussion:** To support the mothers who have anxiety about radionuclides, it is essential to considering they had various recognition about radionuclides. Furthermore, it is important to deeply understand the wishes that they want to avoid even slightly exposure of their children due to Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident.

#### 文 献

- 福島復興ステーション (2019.4.10). 避難地域12市町村の詳細. 避難指示区域の状況. <https://www.pref.fukushima.lg.jp/site/portal/list271-840.html> (参照2019-7-21)
- 福島県 (2017.7.21). 検査体制について. 福島県農林水産物・加工食品モニタリング情報. <https://www.new-fukushima.jp/top> (参照2019-7-21)
- 復興庁 (2019.11.29). 全国の避難者の数 (所在都道府県別・所在施

- 設別の数). 避難者の数. <https://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2/sub-cat2-1/hinanshasuu.html> (参照2019-12-2)
- 廣本由香 (2016). 福島原発事故をめぐる自主避難の〈ゆらぎ〉. *社会学評論*, 67(3), 267-284.
- 五十嵐世津子, 西沢義子, 野戸結花, 北島麻衣子, 小倉能理子, 笹竹ひかる, 扇野綾子, 細川洋一郎 (2017). 福島第一原子力発電所事故による避難中の母親の子育て・放射線不安とQOL. *日本放射線看護学会誌*, 5(1), 3-11.

- 乾 康代, 山崎古都子, 田中宏子 (2013). 東日本大震災による茨城県の県外避難者の避難実態. *茨城大学地域総合研究所年報*, 46, 49-59.
- Ito, S., Goto, A., Ishii, K., Ota, M., Yasumura, S., Fujimori, K., for the Pregnancy and Birth Survey Group of the Fukushima Health Management Survey. Overview of the pregnancy and birth survey section of the Fukushima Health Management Survey: Focus on mothers' anxieties about radioactive exposure (2018). *Journal of the National Institute of Public Health*, 67(1), 59-70.
- 加藤直哉 (2012). 放射線心身症? : 福島原発放射線より日常にあるはるかに恐ろしいもの. 46-51, 東京: 医療科学社.
- Kim, NH., Cho, TJ., Kim, YB., Park, BII., Kim, HS., Rhee, MS (2014). Implications for effective food risk communication following the Fukushima nuclear accident based on a consumer survey. *Food Control*, 50, 304-312. doi: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2014.09.008>
- 紺野 祐, 佐藤修司 (2014). 東日本大震災および原発事故による福島県外への避難の実態 (1) 母子避難者へのインタビュー調査を中心に. *秋田大学教育文化学部研究紀要教育科学*, 69, 145-157.
- Lee, D., Seo, S., Song, MK., Lee, HK., Park, S., Jin, YW (2017). Factors associated with the risk perception and purchase decisions of Fukushima-related food in South Korea. *PLOS ONE*, 12(11). e0187655. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187655>
- Maeda, M., Oe, M., Suzuki, Y (2018). Psychosocial effects of the Fukushima disaster and current tasks: Differences between natural and nuclear disasters. *Journal of the National Institute of Public Health*, 67(1), 50-58. doi: [https://doi.org/10.20683/jniph.67.1\\_50](https://doi.org/10.20683/jniph.67.1_50)
- 松永妃都美 (2018a). 乳幼児を養育していた母親が福島第一原子力発電所事故の放射線被ばく回避を目的として自主避難を実行するまでのプロセス. *日本地域看護学会誌*, 21(2), 14-21.
- 松永妃都美 (2018b). 福島第一原子力発電所の事故を契機に自主避難をした母親が避難先地域との関わりの中で母子避難を継続していくプロセス. *日本看護科学会誌*, 38, 107-114.
- 関 礼子, 廣本由香 (編) (2014). 鳥栖のつむぎ: もうひとつの震災ユートピア. 66, 東京: 新泉社.
- 首相官邸 (2014.12.25). 復興におけるリスクコミュニケーションと合意形成のポイント. *東電福島原発・放射能関連情報*. [http://www.kantei.go.jp/saigai/senmonka\\_g57.html](http://www.kantei.go.jp/saigai/senmonka_g57.html) (参照2019-7-21)
- 水産庁 (2019.4.12). 韓国による日本産水産物等の輸入規制に関するWTO上級委員会の報告書について (農林水産大臣談話). <http://www.jfa.maff.go.jp/j/press/kakou/190412.html> (参照2019-11-3)
- Suzuki, Y., Yabe, H., Yasumura, S., Ohira, T., Niwa, S., Ohtsuru, A., Mashiko, H., Maeda, M., Abe, M., and on behalf of the Mental Health Group of the Fukushima health management survey. Psychological distress and the perception of radiation risks: The Fukushima health management survey (2015). *Bulletin of the World Health*, 93(9), 598-605. doi:10.2471/blt.14.146498
- 高橋若菜 (2016). 原発広域避難者の実情の量的考察: 福島隣接5県における広域避難者アンケート調査を題材として. *環境と公害*, 45(3), 54-60.
- UNSCEAR (2013). UNSCEAR 2013 Report: "Sources, effects and risks of ionizing radiation": Annex A. Retrieved from [https://www.unscear.org/docs/publications/2017/UNSCEAR\\_2017\\_WP\\_Attach.pdf.pdf](https://www.unscear.org/docs/publications/2017/UNSCEAR_2017_WP_Attach.pdf.pdf) (accessed 2019-7-24)
- UNSCEAR (2017). UNSCEAR 2017 Report: "Sources, effects and risks of ionizing radiation": Annex B. Retrieved from [https://www.unscear.org/docs/publications/2017/UNSCEAR\\_2017\\_Annex-B.pdf](https://www.unscear.org/docs/publications/2017/UNSCEAR_2017_Annex-B.pdf) (accessed 2019-7-24)
- 山根純佳 (2013). 原発事故による「母子避難」問題とその支援: 山形県における避難者調査のデータから. *山形大学人文学部研究年報*, 10, 37-51.
- 安村誠司 (編) (2014). 原子力災害の公衆衛生: 福島からの発信. 12-17, 東京: 南山堂.
- 吉田千亜 (2016). *ルポ 母子避難: 消されゆく原発事故被害者*. 189-214, 東京: 岩波新書.

〔2019年8月6日受 付〕  
〔2020年5月8日採用決定〕

—原 著—

## 未治療の未破裂脳動脈瘤を持つ人の病気の不確かさとその関連要因

Uncertainty in Illness of Sufferers with Untreated Unruptured Intracranial Aneurysm and Its Related Factors

林 幸子<sup>1)</sup> 習田明裕<sup>2)</sup>  
Sachiko Hayashi Akihiro Shuda

キーワード：未破裂脳動脈瘤，病気の不確かさ，ストレス対処能力，看護

Key Words：unruptured intracranial aneurysms, uncertainty in illness, sense of coherence, nurse

## 緒 言

未破裂脳動脈瘤（Unruptured Intracranial Aneurysm；以下UIA）を持つ人の約半数は、積極的な予防的治療を行わず、経過観察をしている（森田・UCAS II研究者グループ、2011, p.486）。未治療のUIAを持ちながら生活する人は、生きられる時間が不透明な中で生きる意味を自己に問いながら生活していること（山本・登喜・澁谷・矢田、2011, pp.152-153）、拭い去れない不安感を抱きつつも、変化がないことや同病者の体験から経過観察という選択をしたことを納得するに至っていること（藤島・井上、2010, p.8）が報告されている。そして、破裂のリスクを最小限にするために血圧管理や嗜好品を制限する（藤島・井上、2010, p.9；益田、2012, p.8）、動脈瘤が破裂しない確率を高く見積もる（山本ほか、2011, p.149）など、自分なりの対処行動をとっていることが報告されている。しかし、未治療のUIAを持つ人を対象とした研究は少なく、どのような心理状態で生活しているのかは十分に明らかになっているとは言い難い。

こうしたUIAを持ちながら生活する人の心のありようを捉える一つの手がかりとして、病気の不確かさという概念がある。病気の不確かさに関してMishel（1988）は、不確かさは病気に関連した出来事の意味づけができないことであり、十分な手がかりの欠如から出来事を適切に構造化または分類することができない時におこる認知状態であると定義している（p.225）。病気の不確かさは不安やネガティブな感情などと正の相関があることが示されている（Davis et al., 2010, p.2324；Lin et al., 2013, p.2804）ため、不確かさを持ちながら生活することは患者にネガティブな影響を与えると考えられる。しかし、未治療のUIAを持つ人がどのような病気の不確かさを抱えているのかについ

て質的に明らかにしたものは散見されるが、定量的に明らかにしたものは見当たらない。

病気の不確かさに関連する要因として、Mishel（1988, pp.225-228）は、最初の段階では、症状のパターン、出来事への熟知度、出来事の一貫性、情報処理能力、信頼できる専門家、社会資源、教育レベルに影響を受けて認知されると述べている。そして、認知された不確かさは、評価プロセスを通して危険または好機のいずれかに評価される（Mishel, 1988, pp.225-228）。危険と評価された不確かさは、減らすまたは維持するために情報収集をするなどの動員方略や、希望的観測をするなどの感情調整方略がとられ、好機と評価された不確かさはその状態を維持するため、選択的無関心などの緩衝方略がとられると報告されている（Mishel, 1988, pp.230-231）。一方で、森谷・鈴木（2008, p.173）は、病気の不確かさは個人の背景的要因によって異なるため、疾患の特性と患者の個人的背景を包括的に考慮する必要があると述べている。これは、病気の不確かさが個人の背景要因によって異なるためMishelのモデルでは十分に説明できないこと、他の要因が関与していることを示唆している。また、藤島・戸ヶ里・山崎（2009）は、UIAの経験における対処行動にSense of Coherence（以下、SOC）が機能していることを示している。SOCが機能することによって、UIAの保持というストレスフルな状況に落ち着いて向き合うことができ、不確かさの認知や評価に影響を与える可能性があると考えられる。

以上のことから、本研究では未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさと、それに関連する要因を明らかにすることを目的とする。それによって、無症状であるがゆえに、健康上に何の問題もなく見えるUIA患者の認知を理解する一助になることが期待される。さらに、病気の不確かさに関連する要因を明らかにすることで、不確かさが高い人

1) 獨協医科大学看護学部 Department of Nursing, Dokkyo Medical University

2) 東京都立大学人間健康科学研究科看護科学域

Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

を推測することができ、看護支援の必要性の高い人々に対するスクリーニングや看護支援につながると考える。

## I. 研究の概念枠組み

### 1. 概念枠組み

本研究では、Mishelの病気の不確かさ理論(1988, 1990)とUIAを有する患者に関する文献検討を基に概念枠組みを構成した(図1)。さらに、本研究では、筆者らの臨床経験に基づき、先行研究において必ずしも有意な関連ではなかった要因についても変数として設定した。『未治療のUIA患者が認知する病気の不確かさ(以下、病気の不確かさ)』に関連すると推測される要因として、「UIAの大きさ」や「診断からの時間(山本ほか, 2005)」など11項目からなる『基本属性』、「検査への慣れ(Mishel, 1988)」や「身近な同病者の存在(Mishel, 1988)」など7項目からなる『不確かさの先行要因』、『ストレス対処能力(Antonovsky, 1987/2001; 藤島ほか, 2009)』、「破裂のリスクに対する行動(活動制限)(藤島・井上, 2010)」や「破裂にそなえる(益田, 2012)」など13項目からなる『不確かさに対するコーピング』の4つの枠組みが考えられた。これら4つが病気の不確かさに関連する要因であるのかを検証した。なお本研究では、概念枠組みを『 』, 尺度を【 】, 下位尺度を〈 〉, 変数を「 」で示す。

### 2. 用語の操作的定義

本研究で使用する用語を次のように定義する。

#### (1) 病気の不確かさ

前述したMishel(1988, p.225)の病気の不確かさの定

義を用いる。質的な概念である病気の不確かさを定量的に測定するために、Mishelの定義に基づき開発された【療養の場を問わず使用できる病気の不確かさ尺度(以下、病気の不確かさ尺度)】(野川, 2012)を用いた。

#### (2) ストレス対処能力

ストレスラーに対処し健康の維持増進を図る能力のことであり、それを示すSOC(Antonovsky, 1987/2001)を用いる。本研究においてストレスラーはUIAの存在であり、いつ破裂するかわからないというストレスフルな状況に耐え、成功的に処理できる能力を指す。本研究では、Antonovsky(1987/2001)によるSOCの概念の定義を反映させた尺度である【SOC3-UTHS】(戸ヶ里, 2008)を用いてストレス対処能力を測定した。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

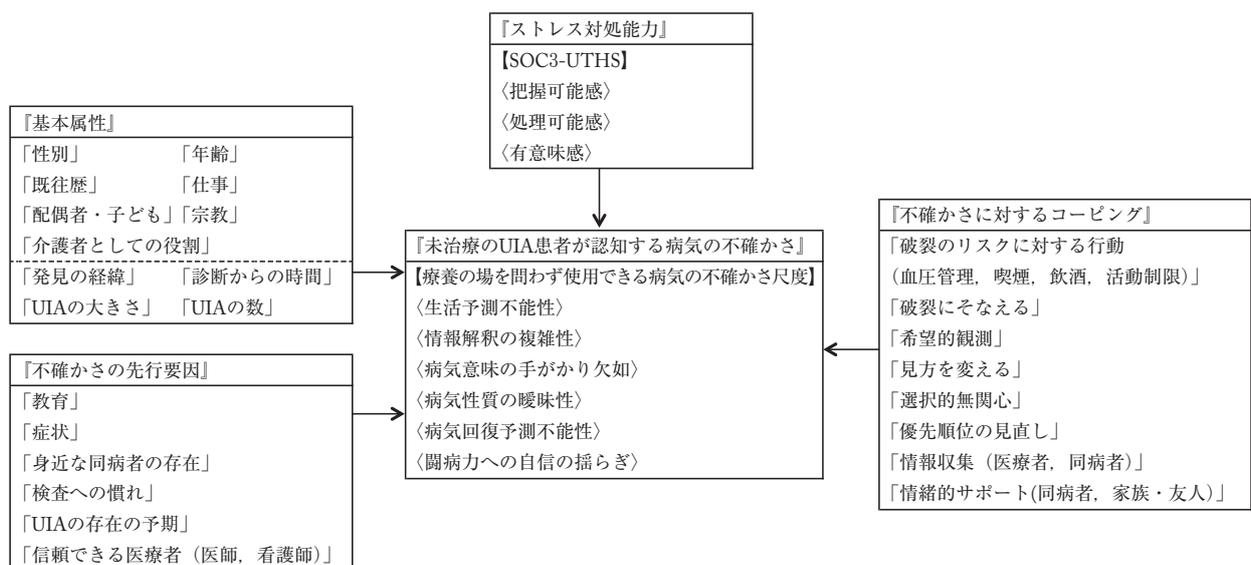
量的記述的研究デザインとした。

### 2. 研究対象施設・対象者

便宜的に抽出した首都圏にある2つの病院の脳神経外科外来に通院する未治療のUIAを持つ患者を対象者とした。研究対象施設は、病床数が約800床の地域の総合病院と大学病院であり、UIAの診断から治療まで行える。また、患者は必要時、外来看護師によるサポートを受けることができる体制が整っている施設である。

### 3. データ収集方法・期間

診察終了後、外来担当医師から患者に、診察とは無関係



\*矢印の向きの因果関係を検証するものではない。

図1 本研究の概念枠組み

な調査に関する話を聞く意思があるか尋ねてもらい、聞く意思がある患者に対し、研究者が診察室とは別の場において、研究概要の説明と研究協力の依頼を行った。自宅などで説明文書を熟読後、研究参加の可否を決定できることを説明し、説明文書および無記名の自記式質問紙調査票を受け取ることを承諾した患者にのみ必要な書類を配布した。なお、調査票は郵送法にて回収した。データ収集期間は平成26年6月～平成27年3月とした。

#### 4. 調査内容

質問紙は、概念枠組みに基づき、『病気の不確かさ』、『基本属性』、『不確かさの先行要因』、『ストレス対処能力』、『不確かさに対するコーピング』を問う60項目によって構成された質問紙を使用した。『病気の不確かさ』、『ストレス対処能力』は尺度を使用し、それ以外は設問項目を設定し回答してもらった。尺度はすべて開発者の承諾を得て使用した。

【病気の不確かさ尺度】(野川, 2012): 6下位尺度, 26項目で構成される。尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数は .94, 下位尺度は .93～.79であり高い内的整合性が確認されている(野川, 2012, p.7)。併存的妥当性は野川(2012, p.9)によって確認されている。下位尺度は、〈病気性質の曖昧性〉4項目、〈情報解釈の複雑性〉4項目、〈病気回復予測不能性〉3項目、〈生活予測不能性〉8項目、〈闘病力への自信の揺らぎ〉3項目、〈病気意味の手がかり欠如〉4項目で構成される。回答は5件法で、尺度全体の合計得点は26～130点であり、得点が高いほど病気の不確かさが高いことを意味する。

【SOC3-UTHS】(戸ヶ里, 2008): 〈把握可能感〉, 〈処理可能感〉, 〈有意味感〉の3下位尺度, 3項目で構成される。尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数は .86～.83を示しており、内的一貫性が保たれている(戸ヶ里, 2008, pp.5-6)。妥当性も概ね検討されている(戸ヶ里, 2008, pp.5-7)。回答は7件法であり、各項目スコアを逆転したうえで合計し、尺度全体の合計得点は3～21点である。得点が高いほどストレス対処能力が高いことを示す。

#### 5. データ分析

各変数の基本統計量を算出した後、【病気の不確かさ尺度】を従属変数とし、『基本属性』、『不確かさの先行要因』、『SOC3-UTHS』、『不確かさに対するコーピング』を独立変数として単変量解析を行った。さらに、【病気の不確かさ尺度】を目的変数、関連がみられた変数を説明変数として多変量解析を行った。

分析には、SPSS Statistics Japan 22.0 for Windowsを使用し、有意水準は5%未満とした。

### Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は著者所属機関である首都大学東京研究安全倫理委員会(承認番号:14057)および研究協力施設の倫理・個人情報保護委員会(受付番号:1)、臨床研究審査委員会(受付番号:26-223 7728)の承認を得た。

研究協力依頼は患者の診察終了後に診察室とは別室で行った。その際、筆者らは看護師資格をもつが研究者であり、本調査は診察とは一切関係のない調査であること、調査協力は自由意思であり協力をしないことでの不利益は一切生じないこと、質問紙を持ち帰っても協力しなくてもよいことを研究協力依頼書および口頭で説明した。また、研究対象施設には、調査により精神的負荷が生じた場合は、対象者から研究者に連絡をしてもらい、精神的負荷により生じた症状や訴えを傾聴し、必要時担当医に伝えること、また、病状や治療等についての質問があった場合や看護支援の必要性を感じた場合は担当医師や外来看護師に伝えることを事前に説明し、その場合の対応を依頼した。また、質問紙は無記名とし匿名性を確保した。質問紙の返送をもって研究協力への同意とみなした。

### Ⅳ. 結果

#### 1. 研究対象者

首都圏にある2つの病院の脳神経外科に通院する未治療のUIAを持つ対象者303名に質問紙を配布し、195名から回答を得た(回収率64.4%)。記入不備30名を除く165名を分析対象とした(有効回答率84.6%)。

#### 2. 未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさ

【病気の不確かさ尺度】を用いて、未治療のUIAを持つ人の『病気の不確かさ』を測定した結果を表1に示す。合計得点は $72.1 \pm 22.9$ (平均値 $\pm$ 標準偏差, 以下同様)であった。平均値は、高いほうから順に〈病気性質の曖昧性〉 $3.3 \pm 1.0$ , 〈生活予測不能性〉 $3.0 \pm 1.0$ , 〈闘病力への自信の揺らぎ〉 $2.7 \pm 1.2$ , 〈病気回復予測不能性〉 $2.6 \pm 1.2$ , 〈情報解釈の複雑性〉 $2.5 \pm 1.1$ , 〈病気意味の手がかり欠如〉 $2.3 \pm 1.2$ であった。尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数は .95であり、各下位尺度は .92～.78であった。

#### 3. 未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさと各変数との関連

【病気の不確かさ尺度】を従属変数とし、『基本属性』、『不確かさの先行要因』、『SOC3-UTHS』、『不確かさに対するコーピング』を独立変数として単変量解析を行った。従属変数は記述統計量から非正規分布として扱い、独立変

表1 【病気の不確かさ尺度】の基本統計量

n = 165

病気の不確かさ尺度 (合計得点)		Item		subscale		
		mean <sup>**1</sup>	SD	mean <sup>**2</sup>	SD	
				mean	SD	
				72.1	22.9	
病 気 性 質 の 曖 昧 性	1	病気がどんな経過をたどるのか読めない	3.9	1.1	3.3	1.0
	2	自分の病気がどれくらい重いかわからない	3.3	1.3		
	3	病気がよくなっているのか、悪くなっているのか判断できない	3.2	1.4		
	4	病気が何故よくなるかと思う	2.7	1.5		
情 報 解 釈 の 複 雑 性	5	本を読んでも病気について詳しくわからない	2.6	1.3	2.5	1.1
	6	情報があっても自分の病気とどう関係するのかわからない	2.9	1.4		
	7	検査値が何を意味するのかわからない	2.2	1.3		
	8	欲しい情報をどうやって手に入れるのかわからない	2.5	1.3		
病 気 回 復 予 測 不 能 性	9	病気が思うようによくならない	2.6	1.4	2.6	1.2
	10	このつらさがいつまで続くのかと思う	2.6	1.5		
	11	努力しても病気は一向によくならない	2.5	1.4		
生 活 予 測 不 能 性	12	今後、自分がどうなっていくのかイメージできない	3.2	1.4	3.0	1.0
	13	今後、他の人のように普通に生活していけるのかと思う	3.3	1.3		
	14	今後、自分一人でやっていけるのかと思う	3.2	1.3		
	15	今の仕事や役割を続けていけるかわからない	2.8	1.4		
	16	今後、どれくらい家族に負担をかけることになるのかと思う	3.3	1.4		
	17	これから家族や大切な人がどう生きていくのかと思う	3.3	1.4		
	18	病気のせいで、将来の計画が立てられない	2.3	1.3		
	19	どこまで自分らしさを保って生きていけるのだろうかと思う	2.8	1.4		
自 信 の 揺 ら ぎ	20	自分はこの病気と闘っていけるのだろうかと思う	2.8	1.4	2.7	1.2
	21	自分がどの程度この病気に耐えられるのだろうかと思う	2.7	1.3		
	22	この先、自分の気力がもつのかと思う	2.5	1.3		
手 が か り 欠 如 の 病 気 意 味	23	病気になった原因をあれこれ考える	2.5	1.4	2.3	1.2
	24	自分は何故この病気で苦しまなければならないのかと思う	2.4	1.4		
	25	自分が病気になるような何か悪いことをしたのかと思う	2.1	1.4		
	26	自分は病気によって試されているのかと思う	2.0	1.2		

※1 リッカート得点 1点：違う, 2点：やや違う, 3点：どちらともいえない, 4点：ややそうだ, 5点：そうだ

※2 下位尺度得点を項目数で割った値

数が定量データの場合はKendallのTauB検定を用いた。また、独立変数が定性データの場合は、2群間比較はMann-WhitneyのU検定、多群間比較はKruskal-Wallis検定を用いた。

## (1) 基本属性と病気の不確かさ (表2)

未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさは、脳ドック以外で発見された人のほうが脳ドックで発見された人より高く (有意確率; 以下 $p < .01$ )、診断からの時間が短いほ

表2 【基本属性】と【病気の不確かさ尺度】との関連

n = 165

		n	%	【病気の不確かさ尺度】		相関係数	有意確率	検定方法
				得点	mean			
性別	男	52	31.5	67.6	21.8		.083	#1
	女	113	68.5	74.1	23.1			
既往歴	あり	109	66.1	72.1	23.1		.720	#1
	なし	56	33.9	72.1	22.5			
仕事	パート・アルバイト	25	15.2	80.1	23.0		.060	#2
	会社員	30	18.2	68.8	22.2			
	自営業	29	17.6	63.4	20.8			
	無職	81	49.1	73.9	23.0			
配偶者・子ども	いる	147	89.1	72.4	22.5		.653	#1
	いない	18	10.9	69.6	26.4			
宗教	あり	17	10.3	69.3	25.7		.491	#1
	なし	148	89.7	72.4	22.6			
介護者としての役割	あり	24	14.5	71.6	22.4		.952	#1
	なし	141	85.5	72.1	23.0			
発見の経緯	脳ドック	41	24.8	63.1	23.4		.005**	#1
	脳ドック以外	124	75.2	75.0	22.0			
診断からの時間	1カ月未満	16	9.7	83.4	21.9	-.12	.031*	#3
	1カ月～3カ月未満	11	6.7	64.8	26.7			
	3カ月～半年未満	5	3.0	74.9	25.5			
	半年～1年未満	14	8.5	79.8	31.6			
	1年～3年未満	39	23.6	70.9	20.8			
	3年～5年未満	33	20.0	75.3	18.3			
UΙΑの数	1個	133	80.6	70.4	22.4		.191	#2
	2個	24	14.5	77.0	25.9			
	3個以上	5	3.0	87.0	14.0			
	不明	3	1.8	83.7	18.4			
		mean ± SD						
年齢		63.0 ± 10.8				.03	.581	#3
UΙΑの大きさ (不明7名除く)		3.8 ± 1.6				.12	.029*	#3

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$ 

#1: Mann-Whitney U検定, #2: Kruskal-Wallis検定, #3: Kendall's TauB検定

うが高く (Kendallの順位相関係数  $\tau = -.12$  (以下,  $\tau$ ),  $p < .05$ ), UΙΑが大きい人ほど高かった ( $\tau = .12$ ,  $p < .05$ )。

### (2) 不確かさの先行要因と病気の不確かさ (表3)

未治療のUΙΑを持つ人の病気の不確かさは、症状のある人のほうがない人より高く ( $p < .01$ )、身近な同病者がいない人のほうがいる人より高く ( $p < .05$ )、検査に慣れていない人のほうが慣れている人より高かった ( $\tau = -.16$ ,  $p < .01$ )。一方で、「信頼できる医療者 (医師)」 ( $\tau = -.04$ ,  $p \geq .05$ )、「信頼できる医療者 (看護師)」 ( $\tau = .01$ ,  $p \geq .05$ ) とは関連がみられなかった。

### (3) ストレス対処能力と病気の不確かさ (表4)

ストレス対処能力を示す【SOC3-UTHS】の合計得点は  $14.7 \pm 4.1$ であった。各下位尺度は得点が高いほうから順に〈処理可能感〉  $5.2 \pm 1.5$ 、〈把握可能感〉  $4.9 \pm 1.6$ 、〈有意味感〉

$4.6 \pm 1.6$ であった。【SOC3-UTHS】全体のCronbach's  $\alpha$ 係数は .86であった。未治療のUΙΑを持つ人の病気の不確かさはストレス対処能力が低い人ほど高かった ( $\tau = -.32$ ,  $p < .001$ )。

### (4) 不確かさに対するコーピングと病気の不確かさ (表5)

未治療のUΙΑを持つ人の病気の不確かさは、大量飲酒をしない人はする人より高く ( $p < .05$ )、活動制限をする人はしない人より高く ( $\tau = .21$ ,  $p < .01$ )、選択的に無関心になれない人はなれる人より高く ( $\tau = -.20$ ,  $p < .01$ )、優先順位の見直しをしなかった人はした人より高く ( $\tau = -.12$ ,  $p < .05$ )、同病者からの情報収集をする人はしない人より高く ( $\tau = .21$ ,  $p < .01$ )、同病者から情緒的サポートを受けていると感じている人は感じていない人より高かった ( $\tau = .24$ ,  $p < .001$ )。

表3 『不確かさの先行要因』と【病気の不確かさ尺度】との関連

n = 165

		n	%	【病気の不確かさ尺度】		相関係数	有意確率	検定方法
				得点	mean			
教育	中学	14	8.5	72.3	19.3	.008**	#2	
	高校	55	33.3	73.2	23.2			
	専門・短大	42	25.5	76.9	22.7			
	大学・大学院	54	32.7	63.5	21.6			
症状	あり	18	10.9	86.5	22.3	.006**	#1	
	なし	147	89.1	70.3	22.4			
身近な同病者の存在	いる	52	31.5	66.5	23.9	.026*	#1	
	いない	113	68.5	74.6	22.0			
検査への慣れ	あてはまらない	24	14.5	78.5	19.6	-.16	.008**	#3
	あまりあてはまらない	37	22.4	76.6	17.9			
	少しあてはまる	39	23.6	71.0	24.6			
	あてはまる	65	39.4	67.7	24.8			
UIAの存在の予期	予想していた	7	4.2	63.7	14.9	.275	#1	
	予想していない	158	95.8	72.4	23.1			
信頼できる医療者(医師)	あてはまらない	1	0.6	46.0	0.0	-.04	.529	#3
	あまりあてはまらない	2	1.2	72.0	9.9			
	少しあてはまる	19	11.5	77.4	21.3			
	あてはまる	143	86.7	71.5	23.2			
信頼できる医療者(看護師)	あてはまらない	4	2.4	46.0	13.6	.01	.821	#3
	あまりあてはまらない	13	7.9	73.2	20.3			
	少しあてはまる	30	18.2	74.9	18.3			
	あてはまる	118	71.5	72.1	24.0			

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$ 

#1: Mann-Whitney U検定, #2: Kruskal-Wallis検定, #3: Kendall's TauB検定

表4 【SOC3-UTHS】と【病気の不確かさ尺度】との関連

n = 165

	mean ± SD	相関係数	有意確率
合計得点	14.7 ± 4.1	-.32	< .001***
〈把握可能感〉	4.9 ± 1.6	-.33	< .001***
〈処理可能感〉	5.2 ± 1.5	-.27	< .001***
〈有意味感〉	4.6 ± 1.6	-.26	< .001***

\*\*\* $p < .001$ 

Kendall's TauB検定

#### 4. 未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさの関連要因

多変量解析では、UIAの大きさを知らないと回答した7名を除いた158名を分析対象者とした。単変量解析で、有意な差あるいは関連があった変数のうち、変数間に相関が認められた「UIAの大きさ」と「UIAの時間」、「情報収集(同病者)」と「情緒的サポート(同病者)」などについて多重共線性を疑い、一方の変数を除いた。結果として7つの変数を説明変数とし、【病気の不確かさ尺度】の合計得点を目的変数とし、カテゴリカル回帰分析を行った結果を表6に示す。未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさは、『基本属性』である「発見の経緯」、「UIAの大きさ」、「不

確かさの先行要因』である「身近な同病者の存在」、『ストレス対処能力』を示す【SOC3-UTHS】、『不確かさに対するコーピング』である「選択的無関心」、「情緒的サポート(同病者)」、「破裂のリスクに対する行動(飲酒)」によって43%を説明することができた。

## V. 考 察

### 1. 対象者の特性

対象者の年齢は63.1 ± 10.8歳、男性31.5%、女性68.5%、UIAの大きさは3.8 ± 1.6mmであった。日本において5,720

表 5 - 1 『不確かさに対するコーピング』と【病気の不確かさ尺度】との関連

n = 165

		n	%	【病気の不確かさ尺度】得点		相関係数	有意確率	検定方法
				mean	SD			
血圧管理 (破裂のリスク に対する行動)	あてはまらない	10	6.1	74.3	21.3	.05	.382	#3
	あまりあてはまらない	17	10.3	61.5	20.7			
	少しあてはまる	51	30.9	73.3	22.4			
	あてはまる	87	52.7	73.2	23.5			
喫煙 (破裂のリスク に対する行動)	吸わない	98	59.4	72.2	22.2	.00	.973	#3
	以前吸っていたがやめた	52	31.5	71.1	22.0			
	吸っているが診断後減った	10	6.1	76.8	29.7			
診断前と変わらず吸っている	5	3.0	70.4	34.5				
飲酒 (破裂のリスク に対する行動)	ビール中瓶 7 本または日本酒 7 合または焼酎 3 合以上の大 量飲酒	14	8.5	58.6	25.6		.042*	#1
	大量飲酒未満または飲まない	151	91.5	73.3	22.3			
活動制限 (破裂のリスク に対する行動)	あてはまらない	55	33.3	64.7	21.1	.21	.001**	#3
	あまりあてはまらない	43	26.1	72.1	24.8			
	少しあてはまる	49	29.7	74.3	16.7			
あてはまる	18	10.9	88.3	29.1				
破裂に そなえる	あてはまらない	30	18.2	66.4	27.1	.06	.286	#3
	あまりあてはまらない	45	27.3	74.5	22.2			
	少しあてはまる	58	35.2	72.0	20.0			
あてはまる	32	19.4	74.0	24.6				
希望的観測	あてはまらない	19	11.5	68.2	23.7	.02	.692	#3
	あまりあてはまらない	55	33.3	70.6	22.1			
	少しあてはまる	68	41.2	76.8	22.8			
あてはまる	23	13.9	64.7	22.6				
見方を変える	あてはまらない	13	7.9	76.4	27.2	-.02	.708	#3
	あまりあてはまらない	20	12.1	73.6	16.9			
	少しあてはまる	71	43.0	70.9	20.9			
あてはまる	61	37.0	72.0	25.9				
選択的無関心	あてはまらない	49	29.7	75.9	24.4	-.20	.001**	#3
	あまりあてはまらない	53	32.1	77.5	19.6			
	少しあてはまる	42	25.5	70.4	21.6			
あてはまる	21	12.7	52.7	19.6				

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ 

#1 : Mann-Whitney U 検定, #3 : Kendall's TauB 検定

名のUIAの医学的な臨床経過を明らかにした大規模調査では、対象者の年齢 $62.5 \pm 10.3$ 歳、女性66.5%、脳動脈瘤の大きさは $5.7 \pm 3.7$ mmであった (The UCAS Japan Investigators, 2012, p.2478)。先行研究と比較すると、年齢、性別の割合はほぼ同じであり、UIAの大きさは本研究のほうが小さかった。したがって、本研究の対象者は、概ねUIA患者を反映した集団であるが、UIA患者の中でも小さなUIAを持つ集団であると考えられる。

## 2. 病気の不確かさ

未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさを測定するために本研究で使用した不確かさ尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数

は.95であり、各下位尺度は.92～.78であったことから、合計得点、下位尺度のそれぞれにおいて信頼性は確保できたと考えられる。未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさの得点は $72.1 \pm 22.9$ であり、他の疾患をもつ人と比較すると、2型糖尿病の患者 ( $73.9 \pm 22.5$ ) (伊藤・野川, 2015, p.29)、慢性疾患患者 ( $72.8 \pm 21.8$ ) (野川, 2012, p.7) と近い得点であった。また、未診断の疾患をもつ患者 ( $81.0 \pm 18.8$ )、悪性腫瘍患者 ( $77.8 \pm 22.4$ )、自己免疫疾患患者 ( $80.0 \pm 21.7$ ) (野川, 2012, p.7) より低い得点であった。対象者は、ともすれば生命を脅かす疾患を引き起こす状態であるにもかかわらず、病気の不確かさはそれほど高くなかった。Mishel (1988, p.226) は症状のパターンが構成されてい

表5-2 『不確かさに対するコーピング』と【病気の不確かさ尺度】との関連

n = 165

		n	%	【病気の不確かさ尺度】得点		相関係数	有意確率	検定方法
				mean	SD			
優先順位の見直し	あてはまらない	74	44.8	76.6	23.6	-.12	.041*	#3
	あまりあてはまらない	46	27.9	70.3	20.3			
	少しあてはまる	34	20.6	66.5	20.3			
	あてはまる	11	6.7	66.0	31.3			
情報収集(医療者)	あてはまらない	6	3.6	70.4	29.3	-.07	.232	#3
	あまりあてはまらない	16	9.7	71.2	14.3			
	少しあてはまる	34	20.6	79.6	18.8			
	あてはまる	109	66.1	69.9	24.4			
情報収集(同病者)	あてはまらない	98	59.4	68.0	23.7	.21	.001**	#3
	あまりあてはまらない	49	29.7	75.7	20.6			
	少しあてはまる	16	9.7	84.4	19.5			
	あてはまる	2	1.2	81.9	12.9			
情緒的サポート(同病者)	あてはまらない	52	31.5	63.8	26.0	.24	<.001***	#3
	あまりあてはまらない	47	28.5	69.6	18.9			
	少しあてはまる	37	22.4	81.9	16.5			
	あてはまる	29	17.6	78.3	24.2			
情緒的サポート(家族・友人)	あてはまらない	13	7.9	67.3	26.6	-.03	.601	#3
	あまりあてはまらない	11	6.7	74.8	17.2			
	少しあてはまる	29	17.6	76.8	19.7			
	あてはまる	112	67.9	71.1	23.7			

\*p < .05 \*\*p < .01 \*\*\*p < .001

#1: Mann-Whitney U検定, #3: Kendall's TauB検定

表6 未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさの関連要因

n = 158

	病気の不確かさ	
	β	p
基本属性		
発見の経緯	.16	.018*
UIAの大きさ	.09	.428
不確かさの先行要因		
身近な同病者の存在	.15	.043*
ストレス対処能力		
SOC3-UTHS	-.44	<.001***
不確かさに対するコーピング		
破裂のリスクに対する行動(飲酒)	.09	.198
選択的無関心	-.25	<.001***
情緒的サポート(同病者)	.23	.003**
決定係数		.47
自由度調整済み決定係数		.43

β = 標準偏回帰係数, p = 有意確率

\*p < .05 \*\*p < .01 \*\*\*p < .001

ないときに不確かさが認知されると述べている。また、再燃や増悪を繰り返すような不安定な病状が不確かさの認知に影響することが示されている(野川・佐々木, 2004, p.298)。こうしたことから、UIAは病状の増悪や再燃がなく同じような身体的状態が続くこと、積極的な治療をして

いないため治療による合併症がないことが、UIA患者の不確かさがそれほど高くなかった一因であると考えられる。

下位尺度得点は、〈病気性質の曖昧性〉が最も高く、次いで〈生活予測不能性〉、〈闘病力への自信の揺らぎ〉、〈病気回復予測不能性〉、〈情報解釈の複雑性〉、〈病気意味の手

がかり欠如)の順であり、UIAを持つ人の病気の不確かさの所在と性質が明らかとなった。〈病気性質の曖昧性〉が最も高い理由の一つとして、本研究の対象者の89.1%が無症候性であるように身体的な変調がないにもかかわらず、命に関わる症状を引き起こしかねない状態にあるという、自覚している身体的状態と客観的に診断された状態に乖離を抱えていることが影響していると考えられる。また、定期受診の間隔が多く患者は半年～1年に1回であり、UIAの増大などの疾患の進行が見えないことから、日々の生活においても疾患の状態を把握することは困難である。疾患の存在や進行を予期させるような出来事がないため、捉えどころのない、コントロール可能感をもてないことが病気性質の曖昧性の認知に影響していることが推察された。

### 3. 病気の不確かさの関連要因

#### (1) 基本属性

UIA発見の経緯別では、脳ドック以外で発見された人のほうが脳ドックで発見された人よりも病気の不確かさが有意に高かった。疾患の特性上、自覚症状がないことが多いため、脳ドック以外で発見された人は、予期せず発見された可能性が高いことが考えられる。一方で、脳ドック受検者は健康意識が比較的高いことや受検者の約半数は何らかの身体的健康不安を抱えている(山本・津田・石川・矢田, 2005)ことが報告されているように、脳ドックを受検する人は脳疾患について関心や懸念があり、ある程度の知識を持っていることが推測できる。つまり、自身の健康に関心をもっていることが、UIAの存在を適切に認識できることにつながり、不確かさを減少させていると考えられる。しかし、予期せず発見された人は、脳ドック受検者に比べて脳疾患に関しての関心や知識が少ないことが推測され、それによりUIAの発見の意味を見出せないことで不確かさが高まると考える。

また、診断からの時間が短いほど病気の不確かさが高いことが示された。特に、診断後1カ月未満は $83.4 \pm 21.9$ と他の時期と比較して高かった。先行研究においても、血管内治療を選択したUIA患者の病気の不確かさは診断から治療選択の時期に最も高いことが示されており(益田, 2012)、治療の有無にかかわらず診断早期に不確かさが高いことが示唆された。診断早期は疾患や治療に関する知識がないということに加え、いつ破裂するかわからないという今後の成り行きが予測できない状況に突如置かれることで不確かさが高まると考えられる。

また、UIAの大きさと病気の不確かさとの関連では、先行研究では関連は認められなかったが(益田, 2012, p.7)、本研究ではUIAが大きいほど病気の不確かさを認知する人が多い( $\tau = .12, p < .05$ )ことが示唆された。UIAが

大きいほど破裂の可能性が高まることから、予後や自分の人生に関する予測不可能性が高まると考えられる。

これらのことから、脳ドック以外での発見、診断後早期、大きなUIAを持つ人は病気の不確かさが高いことが推測される。病気の不確かさは不安(Davis, et al., 2010, p.2324)やQOLの低下(Parker, et al., 2013, pp.1124-1125)、心理社会的適応を妨げること(Anema, Johnson, Zeller, Fogg, & Zetterlund, 2009, p.15)が示されていることから、不確かさを軽減する必要がある。益田(2012, p.11)は、UIA診断直後の患者が認識する不確かさを軽減するための看護指針として、UIAと治療に関する正しい理解と混乱の予防を挙げている。看護師は、患者の受診までの経過やUIAの大きさを事前に把握し、診断時や診断後の早い段階から不確かさが高い可能性を視野に入れ、患者に支援を行う必要がある。

#### (2) 不確かさの先行要因

症状がある人のほうがない人よりも有意に病気の不確かさが高かった。先行研究において病気の不確かさと症状の出現は正の相関関係が示されており(Anema, et al., 2009, p.15; Kim, Lee, & Lee, 2011, p.1018)、本研究でも同様の結果であった。症状のコントロールによって不確かさの認知が軽減すると考えられる。しかし、UIAは多くが無症候性であることから、UIAに起因しない頭痛やめまいなど軽微な身体的変調を病気の症状と認識していることも考えられる。そのため、医療者は患者の話をよく聞き、症状について説明することで不確かさが軽減される可能性がある。一方で、症状の程度に関わらず、症状がもたらす不安感などを丁寧に聴き、理解者として接することも重要であると考える。

また、身近に同病者がいないことが病気の不確かさを高める可能性が示唆された。Mishel(1988, pp.226-227)は、出来事に精通していると認識されたとき、その出来事の意味づけができ、不確かさが減ると述べている。身近な同病者がモデルとなり、どのような経過をたどるのか、UIAを持ちながらどのように生活を送っていたのかなどの情報を得ていることで、今後をある程度予測でき、UIAに関する事柄への理解が深まり、疾患や生活についての曖昧性が低下すると考えられる。よって、医療者が疾患の成り行きや全体像、他のUIA患者の情報を伝えることで今後の見通しを立てることができ、不確かさの軽減につながることを期待できる。

一方で、信頼できる医療者(医師、看護師)の存在は病気の不確かさと関連がみられなかった。信頼できる医療者がいると回答した対象者は9割を超えているが、その医療者の存在が不確かさを軽減するに至っていない可能性が窺えた。さらに、先行研究において、UIAを持つ患者から

は、看護師による支援を求める声が聞かれていることが報告されている（藤島・井上，2010）ことや、治療選択の過程に看護師の役割が不在であることが報告されている（藤島・井上，2010；山本ほか，2005）ように、診断後早期に外来患者のニーズを満たすような看護支援はほとんど行われていないのが現状であろう。これらのことから、外来においてUIA患者に対する看護支援体制は十分に整っていない可能性が示唆されると考える。特に動脈瘤を頭の中に有しているという事実を適切に捉えられていない、いわば混乱しているとも言える患者が自ら支援を求めることは困難であることが推察できる。そのため、看護師は、診察に同席することや診察時間以外にも患者とコミュニケーションをとる機会を設けることで、患者が支援を求めてくるのを待つのではなく、看護支援の必要性をスクリーニングし、必要な看護支援を行えるようにする必要がある。

### (3) ストレス対処能力

【SOC3-UTHS】全体のCronbach's  $\alpha$  係数は.86であったことから信頼性は確保できたと考えられる。

ストレス対処能力が低い人ほど病気の不確かさは有意に高かった。UIAの経験における対処行動にストレス対処能力が機能していることが質的研究によって示されているが（藤島ほか，2009），本研究も同様の傾向がみられた。加えて、多変量解析の結果から、病気の不確かさへのストレス対処能力の影響度が高いこと（ $\beta = -.44, p < .001$ ）が示された。このことから、病気の不確かさを減らすためには、ストレス対処能力を高めることが有効であると考えられる。Antonovsky（1987/2001）は、ストレス対処能力を増進するうえで、出来事が自分にとって意義があるとみなせる、あるいは、挑戦とみなせる感覚である有意味感へ働きかけることが重要であると述べている。患者がUIAの存在というストレスラーによって、いつ破裂するかもしれないという不安や恐怖ばかりにとらわれるのではなく、破裂予防行動がとれるという側面に目を向け、UIAを発見した意義を見出せるように支援していく必要があるといえる。さらに、Antonovsky（1987/2001, p.107）は、この有意味感を増進するためには自律性と意思決定への参加を含む結果形成への参加という経験が重要であるとも述べている。このことから、看護師は患者が治療方針などの意思決定への参加を十分に行えるよう、UIA発見の捉え方や思いを傾聴し、患者の気持ちの揺れや迷いに寄り添うことや情報の理解を助けることなどの支援を行うことが重要である。また、外来の場においては、個々の患者のストレス対処能力の程度を推測するため、ストレス対処能力を測定できる簡便なツールを使用することで、看護支援の必要性をスクリーニングすることも効果的であると考えられる。

### (4) 不確かさに対するコーピング

活動を制限している人ほど不確かさが高いことが示された。破裂を予防するために外出制限といった過度な活動制限を行う患者が少なからずいることが報告されている（藤島・井上，2010, p.9）。UIAの破裂予防のために、喫煙や大量飲酒を避けること、高血圧の治療（脳卒中合同ガイドライン委員会，2009, p.235）、ストレスを避けることなどが推奨されている。一方、活動制限は、破裂の確率を最大限低くするために、患者自身が考え、行っていることであり、特に推奨されていない。こうした行動によって余計なストレスがかかることや、逆に不確かさを増加させてしまうといった悪循環に陥ることが考えられる。

以上のことから、看護師は、不必要あるいはUIAの破裂を助長する恐れのある行動を避け、破裂予防行動と病気の不確かさへの対処行動のバランスがとれたコーピング方略がとれるよう患者を導いていくことが必要である。その際には、破裂を予防するための適切な行動を伝えるだけでなく、活動制限など過度な破裂予防行動をとるほどの病気の不確かさを抱えている患者に寄り添い、思いを傾聴することも必要だと考える。

また、選択的無関心ではない人ほど病気の不確かさが高いことが示された。つまり、「頭の中の時限爆弾（Towgood, Ogden, & Mee, 2005, p.858）」とたとえられるUIAの存在に関心を向けずに生活することは、病気の不確かさが高い人ほど困難であると言える。Mishel（1990, pp.258-260）は、不確かさは一つの揺らぎであり、その揺らぎが大きくなることで生活が混乱し不安定になるが、確率的な思考により揺らぎを自然なリズムとして受け入れられるようになると、人生に対する新しい見方が形成されると示唆している。そして、医療提供者が予測可能性や確実性を求めず、不確かさの自然な存在を承認することにより、新しい人生の見方の形成を促進できると述べている（Mishel, 1990, p.260）。これらのことから、看護師はUIAが破裂するかしないかに重きを置くのではなく、その不確実な中でどう生きていくか、どう生きたいかという視点で患者と向き合い、援助の方向性を見出していく必要があると考える。それにより、患者はUIAを持ちながら生きることを自然なこととして受け入れ、UIAの存在に意識が支配されずに生活できることが期待できる。

さらに、同病者からの情報収集や情緒的サポートを受けている人ほど、不確かさが高い傾向にあることが示された。因果関係は明確ではないが、Mishel（1988, p.231）は、不確かさが危険と評価された場合には情報収集を行い、不確かさを排除または減らすというコーピングが選択されると述べていることから、逆に不確かさが要因となって周囲にサポートを求めていると考えられる。しかし、経

過観察をしている人は同病者と会う機会は半年～1年に1回の外来時だけであり、患者会などのピアサポートの機会もほとんどない。さらに、無症候性であることが多いことから、UIAを抱える苦しみは周囲から見えづらい。不確かさから生じる混乱感と同じ体験に直面している人との関わりによって減らすことが可能であること (Mishel, 1988, p.228) や、UIAを持ちながら長生きしている同病者の体験から経過観察という選択をしたことを納得するに至っている (藤島・井上, 2010, p.8) ことが明らかになっている。そのため、看護師がコーディネーター役を担い、看護専門外来などの場で、同病者が交流し体験や思いや情報を共有する機会を提供する必要があると考える。

#### 4. 本研究の限界と課題

本研究は首都圏の2つの病院という限られた施設に通院する患者を対象者としている。また、診断後早期など精神的ショックを受けている時期や治療選択をする時期には質問紙調査に参加する精神的余裕がないことが推察できる。そのような対象者の病気の不確かさは、本研究では測定できなかった。さらに、本研究では既存の尺度を使用しており、病気の不確かさに関連する要因は先行研究を基に筆者らの臨床経験から推察されたものを加え、設定した。不確かさが個人の背景要因によって異なることが指摘されているように (森谷・鈴木, 2008, p.173)、不確かさ尺度では見えてこない他の不確かさの要素や関連要因の存在が多変量解析の結果からも考えられる。以上のことより、本研究を一般化することには限界がある。しかし、対象施設が限られているとはいえ、未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさを定量的に測定し、不確かさの43%を説明できたことはUIA患者の認知を理解する一助になったとすることができ、今後さらに、対象施設や対象者を増やすことが結果の一般化につながると考えられる。

## 結 論

未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさと、それに関連

する要因を検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさを、【病気の不確かさ尺度】を用いて測定した結果、【病気の不確かさ尺度】の合計得点は、 $72.1 \pm 22.9$ であった。これは、2型糖尿病患者や慢性疾患患者と近似し、悪性腫瘍患者や自己免疫疾患患者より低かった。UIAは病状の増悪や再燃がなく同じような身体的状態が続くこと、積極的な治療をしていないため治療による合併症がないことが要因として推察された。
2. 未治療のUIAを持つ人の病気の不確かさに関連する要因は、「発見の経緯」、「UIAの大きさ」、「身近な同病者の存在」、「SOC3-UTHS」、「破裂のリスクに対する行動 (飲酒)」、「選択的無関心」、「情緒的サポート (同病者)」であった。また、これら7つの変数によってUIAを持つ人の病気の不確かさの43%が説明され、特にストレス対処能力の影響度が高いことが示されたことから、看護師は、積極的に同病者との交流の機会を提供しながら、患者がUIA発見の意義を見出し、治療方針など意思決定への参加ができるよう支援していく必要性が示唆された。

## 謝 辞

突然の研究協力依頼にもかかわらず研究の趣旨をご理解いただき、疾患に向き合い質問紙にご回答いただきました対象者の皆様に心より感謝致します。また、研究の趣旨をご理解いただき、貴重な時間を割いて研究の遂行に多大なるご協力をいただきました研究協力施設の皆様に深く感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 要 旨

未治療の未破裂脳動脈瘤 (Unruptured Intracranial Aneurysm; 以下UIA) を持つ人の病気の不確かさとその関連要因を明らかにすることを目的に、未治療のUIAを持つ165名を対象に、【療養の場を問わず使用できる病気の不確かさ尺度 (以下、病気の不確かさ尺度)】を用いて自記式質問紙調査を実施した。その結果、不確かさ尺度の平均得点は $72.1 \pm 22.9$ であり、悪性腫瘍患者より高いことが明らかになった。【不確かさ尺度】を目的変数、【基本属性】、【不確かさの先行要因】、【ストレス対処能力】、【不確かさに対するコーピング】を説明変数として単変量解析を行い、有意な関連を認めた【SOC3-UTHS】、「情緒的サポート (同病者)」など7つの変数を用いてカテゴリカル回帰分析を行った。その結果、未治療のUIAを持つ人の不確かさの43%が説明され、UIA患者

がUIAの存在を知った意味を見出せるように支援する必要性が示唆された。

## Abstract

The purpose of this study was to clarify “uncertainty in illness” (Mishel, 1988) and its factors related to untreated unruptured intracranial aneurysms (UIA), so the Universal Uncertainty in Illness Scale (UIIS) was used in a self-reported questionnaire that was distributed to 165 patients having untreated UIA. As a result, the average total-UIIS score was  $72.06 \pm 22.86$ . A univariate analysis was conducted with UIIS as the dependent variable and the four independent variables of “basic attributes”, “antecedent variables of uncertainty”, “coping with uncertainty”, and “SOC3-UTHS”, which represents the sense of coherence. A categorical regression analysis was conducted using seven variables. It found statistically significant correlations in the univariate analysis, for example SOC3-UTHS and “emotional support from others with the same disease”. The conclusion is that these factors explain 43% of uncertainty in illness in the subjects and suggest the necessity of nursing support for UIA patients for finding awareness of UIA and to creating environments where they can share their experiences and feelings with people suffering from the same disease.

## 文 献

- Anema, C., Johnson, M., Zeller, J. M., Fogg, L., & Zetterlund, J. (2009). Spiritual well-being in individuals with fibromyalgia syndrome: Relationships with symptom pattern variability, uncertainty, and psychosocial adaptation. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 8-22.
- Antonovsky, A. (1987) / 山崎喜比古・吉井清子訳 (2001). *健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム*, 東京：有信堂高文社.
- Davis, M., Ventura, J. L., Wieners, M., Covington, S. N., Vanderhoof, V. H., Ryan, M. E., Koziol, D. E., Popat, V. B., Nelson, L. M. (2010). The psychosocial transition associated with spontaneous 46, XX primary ovarian insufficiency: Illness uncertainty, stigma, goal flexibility, and purpose in life as factors in emotional health. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2321-2329. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.12.122 (accessed 2014-1-4)
- 藤島麻美, 井上智子 (2010). 未破裂脳動脈瘤を持つ人々の体験と看護支援に関する研究：自然経過観察を選択した人々の生活体験. *日本看護科学会誌*, 30(3), 3-12.
- 藤島麻美, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2009). 未治療の病いをもちながら生きる体験：SOC理論を用いた質的データ分析の試み. *看護研究*, 42(7), 527-537.
- 伊藤千春, 野川道子 (2015). 2型糖尿病患者の病気の不確かさと関連要因. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 11(1), 27-35.
- Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. S. (2011). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: Differences by treatment trajectory. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 1014-1023. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03896.x (accessed 2014-1-4)
- Lin, L., Chiang, H.-H., Acquaye, A. A., Vera-Bolanos, E., Gilbert, M. R., & Armstrong, T. S. (2013). Uncertainty mood states, and symptom distress in patients with primary brain tumors: Analysis of a conceptual model using structural equation modeling. *Cancer*, 119(15), 2796-2806. doi: 10.1002/cncr.28121 (accessed 2014-1-4)
- 益田美津美 (2012). 血管内手術を選択した未破裂脳動脈瘤患者が抱く不確かさの構造と経時的変化に基づく看護支援の検討. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 8(3), 1-14.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- 森田明夫, UCAS II 研究者グループ (2011). UCAS II における未破裂脳動脈瘤治療成績：中間報告：日本における未破裂脳動脈瘤治療の現状とスタンダードの追求. *脳神経外科ジャーナル*, 20(7), 484-490.
- 森谷利香, 鈴木純恵 (2008). Mishelのモデルに基づいた「不確かさ」の看護研究の分析：海外文献から見えた難病患者の「不確かさ」への課題. *日本難病看護学会誌*, 13(2), 166-176.
- 野川道子 (2012). 療養の場を問わず使用できる病気の不確かさ尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 32(1), 3-11.
- 野川道子, 佐々木栄子 (2004). 自己免疫疾患患者の病気の不確かさとその関連要因. *日本難病看護学会誌*, 8(3), 293-299.
- 脳卒中合同ガイドライン委員会 (2009年8月). 未破裂脳動脈瘤の治療. *脳卒中治療ガイドライン2009*, 235-240. [https://www.jsts.gr.jp/guideline/235\\_240.pdf](https://www.jsts.gr.jp/guideline/235_240.pdf) (参照2014年3月14日)
- Parker, P. A., Alba, F., Fellman, B., Urbauer, D. L., Li, Y., Karam, J. A., Tannir, N., Jonasch, E., Wood, C. G., Matin, S. F. (2013). Illness uncertainty and quality of life of patients with small renal tumors undergoing watchful waiting: A 2-year prospective study. *European Association of Urology*, 63(6), 1122-1127. doi: 10.1016/j.eururo.2013.01.034 (accessed 2014-1-4)
- The UCAS Japan Investigators. (2012). The natural course of unruptured cerebral aneurysms in a Japanese cohort. *The New England Journal of Medicine*, 366(26), 2474-2482. doi: 10.1056/NEJMoa1113260 (accessed 2014-1-4)
- 戸ヶ里泰典 (2008). 大規模多目的一般住民調査向け東大健康社会学版SOC3項目スケール (University of Tokyo Health Sociology version of the SOC3 scale: SOC3-UTHS) の開発. 東京大学社会科学研究所 パネル調査プロジェクト ディスカッションペーパーシリーズNo.4. [https://csrda.iss.u-tokyo.ac.jp/panel/dp/PanelIDP\\_004togari.pdf](https://csrda.iss.u-tokyo.ac.jp/panel/dp/PanelIDP_004togari.pdf) (参照2014年2月20日)
- Towgood, K., Ogden, J. A., Mee, E. (2005). Psychosocial effects harboring an untreated unruptured intracranial aneurysm. *Neurosurgery*, 57(5), 858-864.
- 山本直美, 登喜和江, 澁谷 幸, 矢田眞美子 (2011). 無症候性未破裂脳動脈瘤の診断に対し, 予防的手術を選択しなかった患者の体験. *日本脳神経看護研究学会誌*, 33(2), 147-155.
- 山本直美, 津田紀子, 石川雄一, 矢田眞美子 (2005). 予防的医療における無症候性脳血管障害患者の看護ケアモデル開発に関する基礎的研究 第4章 予防的医療における脳ドック受診者の実態：受診時および受診後3か月の質問紙調査 (未発表の博士論文). 神戸大学. 兵庫県.

〔2019年8月30日受 付〕  
〔2020年5月28日採用決定〕

—原 著—

## 地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値

Status and Values of Support for Community-Dwelling People with Mental Disorders in  
Home-visit Nursing from the Perspective of Service Users

松田 光信 河野 あゆみ  
Mitsunobu Matsuda Ayumi Kohno

キーワード：精神障害者，訪問看護

Key Words：People with Mental Disorders, Home-visit Nursing

### 序 論

わが国の精神保健医療福祉は、精神障害者本人の意向に応じて生活を支える精神医療提供体制への再編と、精神障害者本人の経験や体験から学ぶ姿勢に立ち支援する方向へと改革が進められている（厚生労働省，2009，pp.1-49）。このように、在宅医療に力点を置く今日の精神保健医療福祉においては、一層の強化が必要な医療機能として訪問看護への期待が高まっている（厚生労働省，2009，pp.4-53）。

精神科訪問看護は、日常生活の維持・拡大、対人関係の構築、家族関係の調整、精神症状の管理、他職種との連携、対象者のエンパワメント等の援助を提供するものであり（萱間，1999；瀬戸屋ほか，2008），精神障害者の再入院阻止力が強く（澤，2017），再発予防効果が高い（緒方ら，1997）と報告されている。しかしながら、全国の訪問看護ステーション（以下、ステーション）のうち精神障害者に対応可能なステーションは47.7%に過ぎない（全国訪問看護事業協会，2010，p.6）。その背景には、精神障害者本人による訪問拒否や突然のキャンセルをはじめとする援助関係に関する問題（船越・宮本・萱間，2006；林・内田・田中，2010）や、精神科看護に関するスタッフの知識および経験の不足（新井・中野・梶原・大向，2011；井上・林，2012）等、実践上の課題が挙げられる。よって、精神障害者本人が必要とする訪問看護を展開するには、精神障害者本人の意思や希望に沿う支援を提供する（下平・山口・伊藤，2013）とともに、精神障害者が望む支援と専門職が必要と捉える支援の差を縮める努力が必要である。

精神科訪問看護の利用者を対象にした既存の研究によると、利用者は精神科訪問看護を受けることで心が落ち着き元気になる、自立心が生まれる、希望を見つける、考え方や見方が広がる等、自己の肯定的な変化を認識しているこ

と（橋本・安藤・山岡・太田・有田，2016）や、訪問看護師から日常生活の援助、話し相手、励まし、身体疾患への対応、社会資源の提供、連携、住居の相談等の援助を受けていると認識し、毎週の訪問を期待していることが報告されている（遠藤，2015）。さらに、松岡（2018）によると、利用者が求める精神科訪問看護による援助には、安心して楽しめる対話、利用者の考えや可能性を尊重した聴く態度、日常生活の困りごとの手伝い、身体的健康について一緒に考える等があると報告されている。しかし、これらの研究は、一部のステーションを利用する少数の精神障害者にインタビューしたものであり、一定圏域にある全てのステーションとそのステーションを利用する全ての精神障害者を対象にしたものではない。さらに、利用者が訪問看護師からどのような支援を受けていると捉え、それを受けることにどのような価値付けをしているかに焦点を合わせて実施された研究でもない。そこで、精神科訪問看護を利用して地域生活を送るより多くの精神障害者に協力を求めることによって、精神科訪問看護からどのような支援を受け、それによってどのような価値を見出しているのかを精神障害者の視座から把握することができれば、精神障害者の役に立つ支援を展開する際の貴重な資料になり得ると考えた。

### I. 研究目的

本研究の目的は、精神障害をもちながら地域で暮らしている当事者が、訪問看護師からどのような支援を受け、その支援を受けることでどのような価値を見出しているかを明確にすることである。

## II. 研究方法

### A. 用語の定義

価値とは、精神障害者が認識する精神科訪問看護による支援を受けることの利点および値打ちを指す。

### B. 研究デザイン

質的帰納的研究

### C. 対象選定

対象者は、政令指定都市を有する近畿地方の2県に設置されたステーションを利用している精神障害者とした。なお、多様な対象者からの多様な回答を求めめるために、対象者の診断名、病期、精神状態、認知機能の程度については不問とした。

### D. 調査方法

#### 1. 調査内容

調査票は、対象者の基本情報と自由記載を求める設問からなる無記名自記式質問紙とした。対象者の基本情報の内容は、年齢、性別、家族構成、精神科訪問看護の利用期間と一週間あたりの利用回数、利用者満足度、リカバリーステージとした。また、自由記載を求める設問は、「訪問看護師から受けている支援内容」「訪問看護を利用して良かったと感じること」とした。なお、利用者満足度およびリカバリーステージの把握には、次の尺度を使用した。

##### a. 利用者満足度

利用者満足度の測定には、日本語版利用者満足度調査票 (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ8-J) (立森・伊藤, 1999) を使用した。この尺度は、精神医療に関する患者の満足度を問う8項目について、4段階のリッカートスケール「よくない(1点)」「とてもよい(4点)」で回答を求めるものであり、得点が高いほど満足度が高いことを示す(範囲8~32)。この尺度は、内部一貫性による信頼性 (Cronbach  $\alpha = 0.83$ ) と併存妥当性が検証されている (立森・伊藤, 1999)。

##### b. リカバリーステージ

リカバリーステージの測定には、日本語版 Self-identified stage of recovery Part-A (SISR-A) (千葉・宮本・川上, 2011) を使用した。この尺度は、精神障害者のリカバリーステージを説明する5つの文章の中から1つ選択することを求め、「モラトリアム期」から「成長期」までの5つの中からステージを特定するものである。この尺度は、再テスト法による信頼性 (Cohen's  $\kappa = 0.40$ ) と併存妥当性が検証されている (Chiba, Kawakami, Miyamoto & Andresen, 2010)。

### 2. 調査手順

協力依頼に先立ち、精神障害者に対応可能なステーションを特定することは困難であるため、本研究の実施においては、日本訪問看護事業団に加盟している当該ステーション(1,128ヵ所)に研究概要および調査票を添付して本研究への協力依頼を行い、諾否および配付可能な対象者数の確認を行った。次に、承諾の得られたステーションに、調査票および返信用封筒を郵送し、それらをステーションの看護師を介して対象者へ配付した。なお、データ収集期間は、2019年4月から9月であった。

### E. 分析方法

対象者の基本情報は、記述統計を行った。自由記載の内容については、受けている支援内容と良かったと感じることを表す記述内容に大別し、前者は訪問看護師の行為に、後者は精神科訪問看護を受けることの価値に焦点を合わせ、それぞれを表しているセンテンス毎にコード化した。次に、それぞれのコードを共通性と相違性の観点から比較し、類似性のあるコードを探索してカテゴリー化した。また、カテゴリー化の過程では、カテゴリー間の関係性を検討し、段階的にカテゴリーの抽象度をあげた。なお、本論文ではカテゴリーという表現を使用せず、項目、種類、類型という表現を用いて抽象度を示したほか、カテゴリー名を付与する際は、当事者が訪問看護師からどのような支援を受けていると認識しているかを端的に示すために、訪問看護師による支援内容の行為を表現した。本研究の分析過程においては、調査票が返送される度に順次データを加えて比較分析を行い、質的研究のトレーニングを受け執筆経験を有する研究者間で緻密な分析を目指すことで、分析結果の真実性および信憑性の確保に努めた。具体的には、第一著者による分析結果を第二著者へ提示し、それを第二著者が検討および修正して第一著者に提示することを両者が合意するまで繰り返すこととした。

### F. 倫理的配慮

対象者には、研究協力依頼書により本研究の説明を行った。研究協力依頼書には、本研究の趣旨および目的と方法を記載したほか、研究協力は自由意思によること、答えたくない項目には回答しなくてもよいこと、研究に協力しない場合でも不利益を被らないこと、匿名性が確保されること、結果の公表を予定していることについて明示した。本研究は、大阪市立大学大学院看護学専攻倫理審査委員会の承認を得た(承認番号30-6-4)。

### Ⅲ. 結 果

#### A. 対象の特徴

研究への協力依頼を行ったステーションのうち、227カ所のステーションから諾否はがきが返送され、承諾の得られたステーションは57カ所であった。また、調査票を配付した対象者数は664名であり、回答者は231名（回収率34.8%）であった。さらに、調査票で自由記載を求めた設問に未記入であるか、「特になし」「分からん」等だけの記載がある場合は、欠損データとして扱い分析対象外とした（図1）。最終的に、本研究では138名の調査票を分析対象とした。

対象者は、平均年齢55.3歳であり、40歳代から60歳代が76%を占めていた。男女の割合は、男性39.9%、女性60.1%、世帯の状況はひとり暮らし60.1%、配偶者と同居15.2%、親と同居13.8%、その他17.4%であり、ひとり暮らしの者が多くを占めた。また、精神科訪問看護利用期間は63.9ヵ月（SD=60.1）で約5.3年であり、精神科訪問看護利用回数は一週間あたり1.6回（SD=1.1）、精神科訪問

看護への満足度は25.9点であり高い満足度を示した。さらに、リカバリーステージは、モラトリアム期18.8%、気づき期17.3%、準備期27.1%、再構築期22.6%、成長期14.3%であり、準備期から再構築期と回答した者が約半数を占めた（表1）。

#### B. 当事者の視座による精神科訪問看護の支援内容とその価値

地域で暮らす当事者は、精神科訪問看護を利用することによって【安心と尊厳を保障する支援】【生活力を高める支援】【生活を充実させる支援】を受け、【安心の獲得】と【人生の好転】という価値を見出していた（図2）。なお、本論文では、類型に【 】, 種類に[ ], 項目に〈 〉を付けて区別した。

##### 1. 精神科訪問看護から受けている支援内容

当事者が記述した訪問看護師から受けている支援の内容は、【安心と尊厳を保障する支援】【生活力を高める支援】【生活を充実させる支援】に分類された。【安心と尊厳を保障する支援】では、〈24時間電話で対応する〉を含む〔安

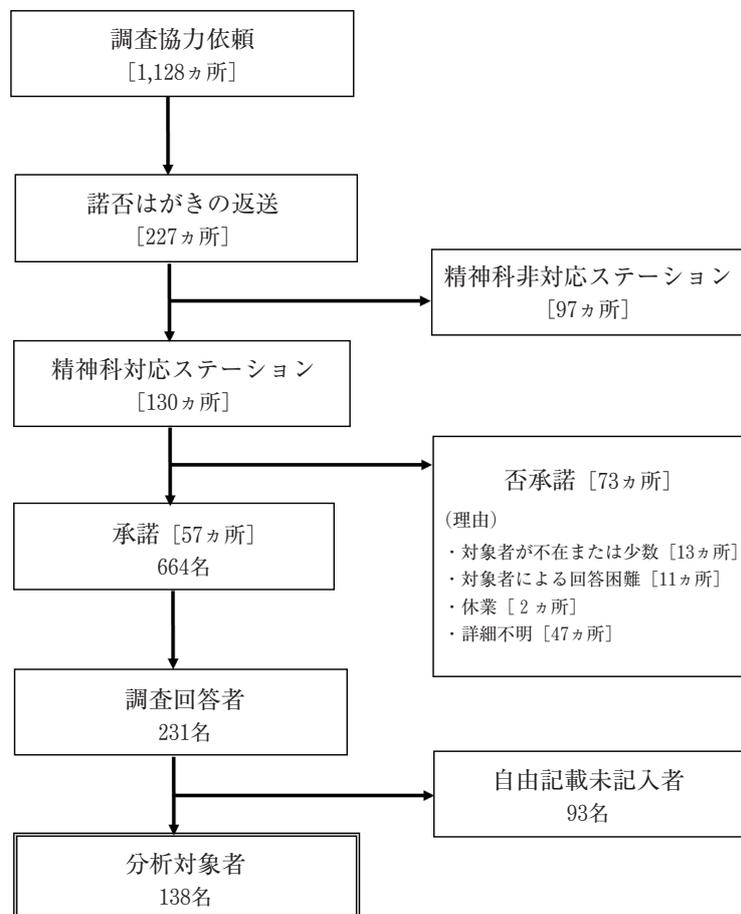


図1 対象選定のフロー

表1 対象者の特徴

n = 138

	n	%	欠損値
年齢			0
Median (Range)	55	(28-86)	
20代	3	2.2%	
30代	11	8.0%	
40代	33	23.9%	
50代	38	27.5%	
60代	34	24.6%	
70代	17	12.3%	
80代	2	1.4%	
性別			0
男性	55	39.9%	
女性	83	60.1%	
世帯の状況 (複数回答)			2
ひとり暮らし	83	60.1%	
配偶者と同居	21	15.2%	
親と同居	19	13.8%	
その他 (内訳)	24	17.4%	
子	12	8.7%	
きょうだい	3	2.2%	
義母	1	0.7%	
娘婿	1	0.7%	
他人	1	0.7%	
グループホーム	4	2.9%	
老人ホーム	1	0.7%	
ペット	1	0.7%	
訪問看護利用期間 (月数)			13
Mean ± SD	63.9 ±	60.1	
訪問看護利用回数 (週数)			2
Mean ± SD	1.6 ±	1.1	
訪問看護への満足度 (CSQ)			0
Mean ± SD	25.9 ±	5.0	
リカバリーステージ (SISR-A)			5
モラトリアム期: 精神の病気から回復できるとは思わない	25	18.8%	
気づき期: 精神の病気から回復できるということに気づいた	23	17.3%	
準備期: どのようにして病気を乗り越えていけるか学び始めている	36	27.1%	
再構築期: わりとうまく病気に対処することができる	30	22.6%	
成長期: 自分の健康や人生をコントロールしている	19	14.3%	

心感の提供], 〈親身に話を聞く〉を含む [誠実な対応], 〈褒める〉を含む [力づける] という3種類の支援に分類された。また, 【生活力を高める支援】は, 〈対人交流の練習を行う〉を含む [生活行動の練習] と 〈物事の捉え方を

提案する〉を含む [助言と提案] という2種類の支援に分類された。さらに, 【生活を充実させる支援】は, 〈屋外に連れ出す〉を含む [新鮮な刺激の提供], 〈諸手続きを手伝う〉を含む [生活行動の補助], 〈受診のタイミングを判断

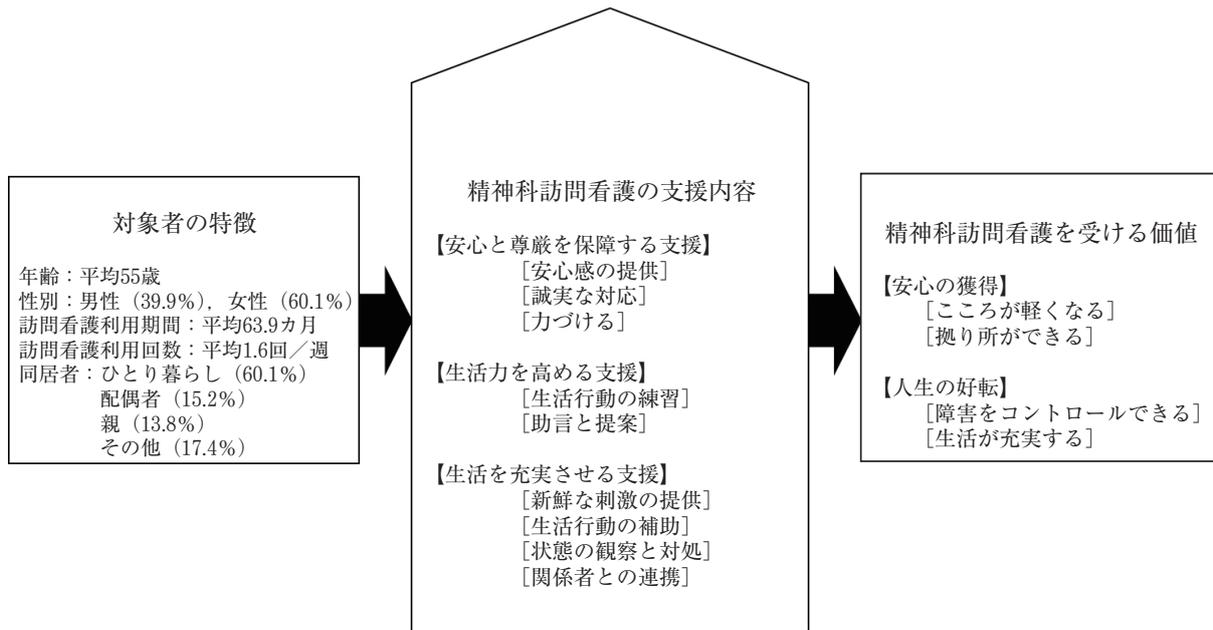


図2 当事者の視座による訪問看護の支援内容とその価値

する)を含む「状態の観察と対処」,〈医療機関に仲介する)を含む「関係者との連携」からなる4種類の支援に分類された(表2)。

## 2. 精神科訪問看護を利用することの価値

精神障害者にとって精神科訪問看護を利用することの価値は、【安心の獲得】と【人生の好転】をもたらすところにあった。【安心の獲得】は、〈明るい気持ちになれる〉〈不安が軽減する〉を含む「こころが軽くなる」と、〈いつでも連絡できる〉〈何でも言える〉を含む「抱り所ができる」という2種類の価値に分類された。一方、【人生の好転】は、〈適切に服薬できる〉〈引きこもりを克服できる〉を含む「障害をコントロールできる」と、〈外出の機会が増える〉〈入院しなくてすむ〉を含む「生活が充実する」という2種類の価値に分類された(表3)。

## IV. 考 察

### A. 対象者の特徴

本研究の対象者は、平均年齢55.3歳、ひとり暮らし60.1%、精神科訪問看護への満足度25.9点であり、精神科訪問看護利用者の実態調査で示された平均年齢50歳、ひとり暮らし50.0%、精神科訪問看護への満足度25.5点(羽間・佐竹, 2011; 萱間・瀬戸屋・角田, 2009)と比較するとほぼ同様の傾向を示していた。このことから、本研究の対象者は、地域で暮らす精神障害者の平均的な集団であったと

考えられる。また、本研究におけるリカバリーステージのモラトリアム期から成長期までの各期を占める割合は、それぞれ18.8%、17.3%、27.1%、22.6%、14.3%であったことに比べ、既存の研究結果ではそれぞれ8.0%、22.0%、30.1%、28.5%、11.4%であった(福嶋・伊藤, 長谷川, 2018)。このことから、本研究の対象者は、リカバリーステージの各期において著しい偏りのない標準的な当事者の集団であったと考えられ、本研究では、多様な対象者からの多様な回答を収集することができたと考える。

### B. 当事者の視座による精神科訪問看護の支援内容

当事者が認識していた精神科訪問看護による支援の内容は、【安心と尊厳を保障する支援】【生活力を高める支援】【生活を充実させる支援】という3つの類型によるものであった。

【安心と尊厳を保障する支援】は、地域で暮らすことに戸惑いや悩み、苦しみや不安を抱える当事者が、地域で暮らすことへの自信をもち、安心して生活することができるように働きかける訪問看護師の行為に対する当事者の認識と解釈された。当事者は、人間関係の希薄さや社会的な偏見が存在する社会での暮らしに自信がもてず苦悩を抱えている(藤野・脇崎・岡村, 2007)。とりわけ、精神障害者へのスティグマあるいはセルフスティグマは、当事者の社会参加を阻み(山口・米倉・周防・岩本・三野, 2011)、自尊感情や自己効力感を低下させる(Maharjan & Panthee, 2019)。さらに、自己効力感や自尊感情(後藤・岡村, 2018; Nakamura, Watanabe & Matsushima, 2014)、あるいは分かっ

表2 訪問看護から受けている支援内容

類型	種類	項目	コード
安心と尊厳を保障する支援	安心感の提供	24時間電話で対応する	不調時に24時間電話で対応してくれる
		緊急時に対応する	救急時に駆けつけて付き添ってくれる
		状況に合わせる	訪問日時を調整してくれる
		夜間に対応する	夜間の電話に快く対応してくれる
		安否を確認する	安否の確認をしてくれる
		約束を守る	決まった時間に訪問してくれる
	誠実な対応	一緒に考える	適切な言い方を一緒に考えてくれる
		気にかける	様子を見守ってくれる
		親身に話を聞く	心にたまったものを吐き出して泣いても黙って聞いてくれる
		相談に乗る	料理や買い物の相談に乗ってくれる
		対等に話す	自分の体験からくる深い話しをしてくれる
		配慮して話す	負担をかけない言葉を選び助言してくれる
力づける	一緒に喜ぶ	短歌の入選を一緒に喜んでくれる	
	タッチングをする	混乱した時に手を強く握ってくれる	
	励ます	励ましてくれる	
	話し相手になる	楽しかった出来事を聞いてくれる	
	褒める	褒めてくれる	
	勇気づける	勇気をくれる	
生活力を高める支援	生活行動の練習	対人交流の練習を行う	世間話をして円滑な人間関係が結べるように気づかせてくれる
		服薬自己管理を手伝う	薬を入れる所を見してくれる
	助言と提案	健康指導をする	食事について様々なアドバイスをしてくれる
		ストレス対処法を提案する	一人で抱え込み悩まないことを教えてくれる
		生活情報を提供する	ヘルパー利用制度について教えてくれる
		生活スケジュールを提案する	月間スケジュールを立ててくれる
		悩み事に助言する	悩みを打ち明けると適切にアドバイスしてくれる
		病気や治療の説明をする	病気の説明を具体的にしてくれる
		物事の捉え方を提案する	自分のためだけに時間をもらう体験が、自分を守り大切に する方法だと教えてくれる
		対人関係上の助言をする	対人関係に関する状況を客観的に教えてくれる
新鮮な刺激の提供	屋外に連れ出す	楽しい食事に連れて行ってくれる	
	新風を吹き込む	週に一度、外の風を運んでくれる	
	楽しむ機会を作る	食事会とカラオケ大会で一緒に楽しむ機会を作ってくれる	
	生活行動の補助	家事を手伝う	育児でできない家事を手伝ってくれる
		身体を清潔にする	足浴で清潔を保ってくれる
		車で送迎する	通院や買い物に車で連れて行ってくれる
生活を充実させる支援	状態の観察と対処	受診に付き添う	状態が悪化した時に病院に連れて行ってくれる
		諸手続きを手伝う	役所の手続きをしてくれる
		できないことを補う	できないところをサポートしてくれる
	関係者との連携	受診のタイミングを判断する	直ぐに受診すべきか意見をくれる
		精神状態を判断する	精神状態の悪化に気づいてくれる
		体調を観察する	顔を見ただけで心身の調子を把握し声掛けしてくれる
		からだをケアする	足の処置をしてくれる
	関係者との連携	体調不良時に対応する	体調が不良なときに適切に対応してくれる
		バイタルサインを測定する	血圧や脈拍を測ってくれる
	関係者との連携	医療機関に仲介する	入院先を手配してくれる
関係者と連絡を取る		ヘルパーと連絡して環境を整えてくれる	

てくれる人や話を聞いてくれる人を含む居場所感（大場・米山，2014）は、当事者にとっての生活の質に大きな影響を与える。これらのことから、本研究によって見出された

「誠実な対応」や「力づける」という訪問看護師による支援は、当事者を一人の生活者として尊重する姿勢に基づいた情緒的支援だといえ、これらの支援を当事者は、苦悩の軽

表3 訪問看護を利用することの価値

類型	種類	項目	コード
安心の獲得	こころが軽くなる	明るい気持ちになれる	明るい気持ちになれるような工夫をしてくれる
		気分転換になる	ストレス解消にもなるし気分転換もできる
		気が紛れる	訪問看護師が来てくれるだけで気がまぎれる
		気持ちが穏やかになる	気分がよくなる
		気持ちが楽になる	電話で状態を聞いてもらうだけでも気分的に楽になる
	抛り所ができる	精神的に安定する	精神の安定に欠かせないありがたい存在
		不安が軽減する	不安が直ぐに解消される
		安心して話せる	すごく安心して話せる
		いつでも連絡できる	何かあればいつでも助けが呼べる
		心の支えになる	大きな支えになる
人生の好転	障害をコントロールできる	相談できる	病気の相談ができる
		何でも言える	しんどいときに素直にその症状を話せる
		気軽に話せる	気軽に話せることがよい
	生活が充実する	障害に対処できる	自分の障害を理解して自分で対応できるようになる
		適切に服薬できる	処方どおりに薬が飲めるようになる
		引きこもりを克服できる	引きこもりの現状を打破できる
		外出の機会が増える	ガイドヘルパーを紹介してもらい、外出の機会が増える
		規則正しい生活が送れる	訪問看護師が来ることで、規則正しい生活が送れる
		最低限の生活ができる	最低限必要な生活を送ることができる
		楽しみができる	週に1回の楽しみになる
入院しなくてすむ	入院しなくてすむ		

減に役立つ支援だと認識していると考えられた。

わが国の地域精神医療を発展させるには、当事者が精神症状に伴う苦痛、不安、淋しき等にさいなまれる状況に対応し得る精神科救急医療の充実が必要だといわれている(澤, 2002)。本研究で見出された「安心感の提供」は、何かあれば24時間いつでも頼ることができ、約束を守ってくれる訪問看護師が存在すると当事者に認識されることで、支援として成立するものだと考えられる。このような支援は、精神症状を抱えながら地域生活を送る当事者にとって、不安の軽減や精神的な支えになり得るものと考えられた。このことから、【安心と尊厳を保障する支援】は、当事者に病気と付き合う自信と支援者の存在の確信を与える支援が重要だとする先行研究との類似性が高いと考えられた(土岐・畦地・野嶋, 2014)。しかしながら、本研究で見出された24時間対応や夜間対応、あるいは緊急時対応等のステーション運営体制が、当事者に安心感を与えることを報告した論文は見当たらない。

本研究の対象者は、6割の者がひとり暮らしであり、かつ多様なリカバリーステージにあった。リカバリーとは、復元ではなく変化を意味し、新しい自分になるための過程、自分の限界を見つける過程、限界が新たな可能性を広げることを見出す過程(Brown, 2001/2012, p.30)を意味する概念であり、その過程においては、時にくじけたり、後退したり、振り出しに戻ったりすることがある

(Deegan, 1988)とされている。このことから、24時間対応や緊急時対応等の精神科訪問看護による支援は、当事者が紆余曲折しながらも夢や目標に向かって取り組む過程において、安心して暮らすことを支えるケアシステムだと認識されたものと考えられる。

【生活力を高める支援】は、刻々と変化する動的な地域において、当事者が社会性を広げるための生活スキルや、遭遇するストレスフルな出来事への対処法の習得に向けて働きかける訪問看護師の行為に対する当事者の認識と解釈された。とりわけ統合失調症をもつ当事者は、他者に依頼したり他者からの依頼を引き受けたりする対人関係スキルが低いために、社会生活を送るうえで様々な困難を伴う可能性がある(安喰・堀内, 2015)。また、当事者の生活技能の高低は、自尊感情の高低に影響するだけでなく(國方・中嶋, 2006)、リカバリーの段階にも影響を及ぼす(安喰・堀内, 2015)。本研究で見出された「生活行動の練習」は、対人交流や服薬自己管理という基本的な社会生活スキルの習得を促す支援、すなわち心理社会的アプローチを受けていると当事者が認識した結果であると考えられた。

一方、【助言と提案】は、当事者が抱える悩みごと等の軽減や、物事に対する認識の変更を促すための働きかけに対する当事者の認識と解釈された。その項目に含まれた「物事の捉え方を提案する」という認知に働きかける支援は、既存の文献において見当たらない。本研究の対象者の

3割を占めたリカバリーステージの「モラトリアム期」と「気づき期」にある者は、物事の捉え方に極端な偏りがみられる認知の歪みによる生活のしづらさを経験していると推察されることから、〈物事の捉え方を提案する〉という精神科訪問看護による支援が生活力の向上に役立つと認識したものと考えられた。

【生活を充実させる支援】は、地域生活を送る当事者が日々の暮らしに張り合いをもち、充実した暮らしを継続することができるように働きかける訪問看護師の行為に対する当事者の認識と解釈された。地域生活を送る当事者は、部屋の掃除、役所での手続き、車の運転等に困難を感じる人が多いといわれている（初瀬，2016）。本研究で見出された【生活行動の補助】は、当事者にとって苦手な家事、諸手続き、移動を助ける支援であり、当事者が地域生活の中で感じる不自由さを補い、困りごとを軽減する支援だと考えられた。特に、受診時の付き添いや車での送迎は、移動手段をもち合わせない当事者にとって、交通の便が悪い場所に開設されていることの多い精神科病院への通院継続を支える重要な役割を果たしていると考えられた。また、精神障害をもつ当事者は、精神症状や生活障害によって生活維持機能、対人機能、移動機能を低下させ、引きこもり等の状態を呈することが少なくない（下原，2012）。よって、本研究で見出された〈車で送迎する〉ことや【新鮮な刺激の提供】は、これまでの研究の中で報告されていないが、当事者に楽しむ機会や屋外に出かける機会を与え、引きこもり状態を改善する支援として、また、楽しみをもたらす支援として当事者の認識に上ったと考えられる。

さらに、【状態の観察と対処】や【関係者との連携】は、心身の状態を医療の視点で観察し、受診のタイミングを判断するとともに、その時々々の当事者の状態に応じて関係機関との連絡を図る行為であることから、地域における良質な暮らしを維持することに役立つ支援として当事者に認識されたものと考えられた。しかし、医療行為を含めた支援を表す【状態の観察と対処】は、その項目においてバリエーションが見られなかった。精神科訪問看護は、身体疾患をもつ人への訪問看護のような医療機器や薬剤を用いる医療行為が殆どなく、心理社会的側面への支援が中心となる。本研究の結果は、そのような精神科訪問看護の特徴的な支援を当事者が妥当に捉えていたことによると考えられた。

### C. 当事者にとっての精神科訪問看護を利用することの価値

当事者が記述した精神科訪問看護を利用することの価値は、【安心の獲得】と【人生の好転】に分類された。【安心の獲得】に分類された、気持ちが紛れ、楽になり、精神的

に安定する等の【こころが軽くなる】という価値や、専門家にいつでも連絡でき、何でも気軽に安心して話せる等の【拠り所ができる】という価値は、訪問看護師から受ける【安心と尊厳を保障する支援】や【生活力を高める支援】によって形成されたものと考えられた。これらの結果は、当事者が看護師との相互作用を通して、安心する、本音と言える、焦りが緩和することで元気になるという既存の文献（橋本ほか，2016）と類似するが、その文献に比して多様な項目が示されたといえるであろう。

一方、【人生の好転】に含まれる【障害をコントロールできる】という価値は、訪問看護師による【生活力を高める支援】を受けることによって形成されたのであろうと考えられた。精神障害者が心理的・身体的・社会的に生活のしやすさを実感するには、自身の病気をコントロールし生活を主体的に送る力を習得することが必要となる（藤森・國方・藤代，2016）。また、当事者の強い自己効力感や内的統制感、服薬アドヒアランスの向上に繋がる（Harrow, Hansford & Astrachan-Fletcher, 2009）。加えて、精神科訪問看護においては、自らの生活がうまくいっているという実感や自信を当事者が取り戻せるように支援することが重要となる（藤枝・江口，2017）といわれている。このことから、本研究の対象者は、精神科訪問看護を利用することで、精神疾患がもたらす症状あるいは障害が改善していることや、自らのリカバリーが進展していることを認識していると考えられた。

一方、外出の機会が増え、楽しみができ、入院を回避することができる等の【生活が充実する】という価値は、訪問看護師による【生活を充実させる支援】によって形成されたのであろうと考えられた。本研究によって見出された〈外出の機会が増える〉〈楽しみができる〉等の価値は、当事者が認識していた【新鮮な刺激の提供】等の精神科訪問看護からの支援によって、充実した生活を送ることができると価値付けられたものとする。特に、リカバリーステージが低い当事者の場合は、生活を充実させるために自らが考えて行為することに難しさを抱えていると推察されることから、当事者は精神科訪問看護を利用することによって、【障害をコントロールできる】あるいは【生活が充実する】という価値、さらには【人生の好転】をもたらすことができるという価値を見出していると考えられた。これらのことから、精神科訪問看護は、心理社会的側面に働きかける無形の支援が中心となるが、その支援は利用者の成長をもたらす、利用者の生き方に関与していると推察された。

### D. 研究の限界と今後の課題

本研究は、精神科訪問看護の支援内容とその価値を当事

者の視座から把握するために、無記名自記式質問紙への自由記載を中心に求めたものである。本研究は、特定の圏域における一時点の調査であり、記述内容の詳細さにばらつきがみられたことから、分析結果の網羅性に限界がある。また、本研究は、精神障害をもつ当事者による記述内容を、当事者の視座から分析したものであるため、看護師が実際に提供している支援内容や意図と必ずしも合致するものではない。しかし、当事者の主観を理解しなければ当事者のニーズに沿った支援は行えない（辻・巽・野村・酒井, 2015）と考えるならば、多数の当事者による協力を得た本研究の結果は、ステーションを利用する当事者への調査が稀少な現状において社会的に意義深いと考える。今後の課題は、①全国のステーションとその利用者を対象にした大規模調査を実施する、②分析結果の飽和を目指す、③都道府県別の特徴を明確化する、といった3点に取り組むことである。

## V. 結 論

当事者が訪問看護師から受けている支援は、【安心と尊厳を保障する支援】【生活力を高める支援】【生活を充実させる支援】に類型化され、当事者はその支援を受けることによって、【安心の獲得】と【人生の好転】という価値を

見出していた。これからの精神科訪問看護は、訪問看護師がどれだけ当事者の視座を尊重し、本人の意向に応じた支援を展開できるかに加え、当事者が精神科訪問看護を利用することの価値を見出すことできるような支援を展開できるかを探求し続ける必要があると考える。

## 謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、ご協力を賜りました訪問看護ステーションの皆様および利用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。

## 研究助成情報

本研究は、公益財団法人ユニバーサル財団2018年度研究助成およびJSPS科研費JP18H03117の助成を受けて実施したものである。

## 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・分析及び解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

## 要 旨

**目的：**精神障害をもちながら地域で暮らす当事者が、精神科訪問看護からどのような支援を受け、その支援を受けることでどのような価値を見出しているのかを明確にすることである。

**方法：**精神科訪問看護を利用している当事者を対象として、自由記載による回答を中心に求める無記名自記式質問紙調査を実施し、その内容を質的帰納的に分析した（分析対象者138名）。

**結果：**地域で暮らす当事者は、精神科訪問看護による【安心と尊厳を保障する支援】【生活力を高める支援】【生活を充実させる支援】を受けることによって、【安心の獲得】と【人生の好転】という価値を見出していた。

**結論：**当事者は、精神科訪問看護を暮らしに役に立つ支援と認識していた。これからの精神科訪問看護は当事者の視座から学び、当事者を尊重した支援を充実させる必要がある。

## Abstract

**Objective:** To clarify the status and values of support for community-dwelling people with mental disorders in home-visit psychiatric nursing services from the perspective of service users.

**Methods:** An anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted, involving community-dwelling people with mental disorders using home-visit psychiatric nursing services. The questionnaire mainly consisted of questions to be answered in a free-description style. Responses were quantitatively and inductively analyzed (number of respondents: 138).

**Results:** Receiving [support that ensures security and dignity], [support to improve life skills], and [support for life-fulfillment] through home-visit psychiatric nursing, the community-dwelling people with mental disorders realized its values, represented by [a sense of security] and [change of life for the better].

**Conclusion:** The respondents considered home-visit psychiatric nursing as a useful support approach for their daily lives. Home-visit psychiatric nursing should be improved from the perspective of people with mental disorders, and provide effective support approaches centered upon them.

## 文 献

- 安喰智美, 堀内 聡 (2015). 統合失調症患者のリハビリに関与する心理社会的要因の検討. *精神障害とリハビリテーション*, 19(2), 203-209.
- 新井香奈子, 中野康子, 梶原理絵, 大向征栄 (2011). 管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 18(2), 109-118.
- Brown, C. (2001) / 坂本明子監訳 (2012). *リハビリ：希望をもたらすエンパワーメントモデル*. (p.30). 東京：金剛出版.
- Chiba, R., Kawakami, N., Miyamoto, Y., Andresen, R. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the self-identified stage of recovery for people with long term mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 195-202. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00656.x.
- 千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人 (2011). 地域で生活する精神疾患をもつ人の, ピアサポート経験の有無によるリハビリの比較. *精神科看護*, 38(2), 48-54.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- 遠藤りら (2015). 単身生活を送る精神障害者の訪問看護に対する認識. *順天堂大学保健看護学部順天堂保健看護研究*, 3, 1-14.
- 藤枝由美子, 江口 聡 (2017). これからの生活臨床 (第1土曜特集 統合失調症UPDATE: 脳・生活・人生の統合的理解にもとづく“価値医学”の最前線)—(生活: 保健・医療・福祉・教育の統合). *医学のあゆみ*, 261(10), 1023-1028.
- 藤森由子, 國方弘子, 藤代知美 (2016). 地域で生活する精神障がい者が自分にとって調子のいい状態を獲得するプロセス. *日本看護科学会誌*, 36, 114-120.
- 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村 仁 (2007). 精神科における長期入院患者の苦悩. *日本看護研究学会雑誌*, 30(2), 87-95.
- 福嶋美貴, 伊藤俊弘, 長谷川博亮 (2018). 安定した地域生活を継続している統合失調症をもつ者のリハビリの特徴と関連要因. *精神障害とリハビリテーション*, 22(1), 61-67.
- 船越明子, 宮本有紀, 萱間真美 (2006). 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. *日本看護科学会誌*, 26(3), 67-76.
- 後藤満津子, 岡村 仁 (2018). 地域で生活する統合失調症者の社会との関係とQOL, 自己効力感との関連. *広島都市学園大学雑誌: 健康科学と人間形成*, 4(1), 35-45.
- Harrow, M., Hansford, B.G., Astrachan-Fletcher, E.B. (2009). Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis -- A 15-year longitudinal study. *Psychiatry research*, 168(3), 186-192. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.002. (accessed 2019-12-1)
- 橋本友美, 安藤幸子, 山岡由実, 太田由美, 有田麻理 (2016). こころの病いをもつ人と訪問看護師の相互作用による両者の認識および行動の変化. *神戸市看護大学紀要*, 20, 61-68.
- 初瀬記史 (2016). 精神障害者の生活状況や医療ニーズについての報告: 大規模な地域家族会参加者への自記式アンケート調査から. *日本社会精神医学会雑誌*, 25(1), 8-18.
- 林 裕栄, 内田恵美子, 田中敦子 (2010). 訪問看護ステーションにおける在宅精神障害者の援助実態とその困難性. *訪問看護と介護*, 15(1), 42-46.
- 羽間京子, 佐竹直子 (2011). 精神科退院患者の地域生活支援のニーズおよび満足度の調査: 支援形態が異なる多職種チームのアウトリーチサービス2事業所の利用者を対象として. *精神障害とリハビリテーション*, 15(2), 197-206.
- 井上智可, 林 一美 (2012). 精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの困難に関する文献レビュー. *石川看護雑誌*, 9, 121-130.
- 萱間真美 (1999). 精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術: 保健婦, 訪問看護婦のケア実践の分析. *看護研究*, 32(1), 53-76.
- 萱間真美, 瀬戸屋希, 角田 秋 (2009). 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) 精神障害者の退院促進と地域生活のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究 (H20-障害-一般-004). 分担研究: 精神科訪問看護のケア内容と効果に関する研究. [https://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/act21\\_kayama.pdf](https://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/act21_kayama.pdf) (参照2020年3月12日)
- 厚生労働省 (2009年9月24日). 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> (参照2019年4月1日)
- 國方弘子, 中嶋和夫 (2006). 統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係. *日本看護研究学会雑誌*, 29(1), 67-71.
- Maharjan, S., Panthee, B. (2019). Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 7; 19(1): 347. doi: 10.1186/s12888-019-2344-8 (accessed 2019-12-1)
- 松岡純子 (2018). 精神科訪問看護において利用者が求める看護援助. *日本精神保健看護学会誌*, 27(1), 52-62.
- Nakamura, H., Watanabe, N., Matsushima, E. (2014). Structural equation model of factors related to quality of life for community-dwelling schizophrenic patients in Japan. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(32). doi: 10.1186/1752-4458-8-32. (accessed 2019-12-1)
- 緒方 明, 三村孝一, 今野えり子, 福田美香, 山本哲生, 藤田英介, 平田耕一, 樺島 智 (1997). 精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討. *精神医学*, 39(2), 131-137.
- 大場禮子, 米山奈奈子 (2014). 地域で生活している精神障害者の居場所感と主観的Quality of Lifeとの関連. *厚生指針*, 61(12), 20-27.
- 澤 温 (2002). 精神科救急とリハビリテーション. *日本社会精神医学会雑誌*, 11(2), 241-246.
- 澤 温 (2017). 民間精神科病院によるアウトリーチ支援. *臨床精神医学*, 46(2), 135-143.
- 瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀, 安保寛明, 林亜希子, 沢田 秋, 船越明子, 小市理恵子, 木村美枝子, 矢内里英, 瀬尾智美, 瀬尾千晶, 高橋恵子, 秋山美紀, 長澤利枝, 立石彩美 (2008). 精神科訪問看護で提供されるケア内容: 精神科訪問看護師へのインタビュー調査から. *日本看護科学会誌*, 28(1), 41-51.
- 下平美智代, 山口創生, 伊藤順一郎 (2013). 日本における精神障害者の地域生活支援: 千葉県市川市の取り組み (特集 精神障害者地域生活支援の国際比較). *海外社会保障研究*, (182), 4-15.
- 下原美子 (2012). 地域で生活する統合失調症患者の主観的QOLの実態と精神科訪問看護との関連. *日本精神保健看護学会誌*, 21(1), 1-11.
- 立森久照, 伊藤弘人 (1999). 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学*, 41(7), 711-717.
- 土岐弘美, 畦地博子, 野嶋佐由美 (2014). 統合失調症をもつ人の社会復帰への準備性. *高知女子大学看護学会誌*, 40(1), 77-86.

辻 陽子, 巽 絵理, 野村恭代, 酒井ひとみ (2015). 精神障害者が利用する自立支援サービス事業種別によるニーズの相違について: 大阪府A市における事業所利用者のアンケート調査より. *総合福祉科学研究*, (6), 13-24.

山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 岩本華子, 三野善央 (2011). 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. *精神障害とリハビリテーション*, 15(1), 75-85.

全国訪問看護事業協会 (2010年3月). 平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 (障害者自立支援調査研究プロジェクト) 精神科医療の機能強化に関する調査研究事業報告書. 全国訪問看護事業協会編, [https://www.mhlw.go.jp/bunya/shou-gaihoken/cyousajigyou/jiritsushien\\_project/seika/research\\_09/dl/result/07-06a.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/shou-gaihoken/cyousajigyou/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/07-06a.pdf) (参照2019年4月1日).

[2020年1月20日受 付]  
[2020年5月28日採用決定]



## — 研究報告 —

## 気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンス

## Resilience in Workers Who Return to Work After Taking Leave Due to Mood Disorders

大江 真人<sup>1)</sup> 田中 浩二<sup>2)</sup> 川崎 絵里香<sup>3)</sup>  
 Masato Oe Koji Tanaka Erika Kawasaki  
 大江 真吾<sup>4)</sup> 長山 豊<sup>5)</sup>  
 Shingo Oe Yutaka Nagayama

キーワード：気分障害，レジリエンス，休職，復職

Key Words：mood disorders, resilience, leave of absence, return to work

## はじめに

厚生労働省の調査（2013）によると，メンタルヘルス不調により連続1か月以上休職または退職した労働者がいる事業所の割合は，300人以上の事業所では6割以上，1,000人以上では9割以上である。また，精神疾患による休職者の平均休職期間は，他の疾患を理由とする休職期間の2倍以上である（Muto, et al., 1999, p.247）。休職者の精神疾患の分類では，6割以上がうつ病をはじめとした気分障害であり（島，2006，p.1056；杉本，2011，p.322），復職後に約半数が再休職を取得する（堀・香月・守田・吉村・中村，2013；Endo, et al., 2015）。また，その休職の要因は，業務負荷，職場の対人関係，異動，昇進などの業務上の要因が業務外の要因よりも多いことが報告されている（島，2006）。さらに，休職者は復職後の再適応を目指す過程で休職前と同様の心理的・身体的ストレスを経験する可能性があり，復職後に適切な対処がなされない場合は再発や再休職が繰り返されることも問題であると述べられている（中村ほか，2013）。

気分障害を持つ労働者への復職・就労継続支援では，特に復職支援において抑うつや非機能的尺度の改善（衛藤ほか，2013），抑うつや社会適応能力の改善（原田ほか，2014）などの有効性が認められている。また，うつからの復職において産業看護職が「従業員が自信回復を図るためのプロセス」の支援を行っていたことが報告されている（畑中，2016）。しかし，復職をめぐる職場健康管理システムが全ての労働者に十分に提供されておらず，特に職場復帰以降の支援が不十分であると指摘されている（秋山・富

永・酒井・岡崎・河村，2006）。その一方で，海外の調査では，職場での問題に特化した認知行動療法により復職や就労継続に効果があったこと（Reme, Grasdahl, Løvvik, Lie, & Øverland, 2015, pp.748-750），復職前よりも復職後の就労環境での支援が有効であること（Burns, et al., 2007）が報告されている。以上のことから，就労継続支援においては，復職支援のみではなく，復職後に労働者が職場で休職以前に抱えていた課題を克服していくことにより就労継続につなげることが重要であると考えられる。

気分障害を持つ労働者の就労継続を目標とした場合，休職という逆境に直面しながらも，それらを就労環境において克服する力に着目した支援について検討していく必要がある。それらの力はレジリエンスとして位置付けられる。レジリエンスとは，多様な発達段階にある個人が逆境に直面した時に内的・外的保護要因との相互作用の中で適応的な結果を導く動的な過程であり，個人の持つ弾力性や抵抗力，現実を再構成する力などの自我の力やさらには回復の結果までを包含する広い概念である（Lawrence & Richard, 2006/2014）。

レジリエンスは，Grotberg（1999）によって「私」を主語とした環境要因の「I Have」，個人内要因の「I Am」，獲得要因の「I Can」の3つの要素から包括的に説明されており，様々な背景を持つ患者のレジリエンス（仁尾・石河，2013；河上，2009）が明らかにされている。さらに患者のレジリエンスを引き出す看護職者の支援（石井ほか，2007；田中・長谷川・吉野，2017）にも活用されている。

精神疾患を持つ人のレジリエンスについては，うつ病を持つ高齢者のレジリエンス（田中・長谷川，2016），統合

1) 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 Course of Nursing Science, Graduate school of Medicine, Mie University

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

3) 関西医科大学看護学部 Faculty of Nursing, Kansai Medical University

4) 石川県立看護大学看護学部 School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

5) 金沢医科大学看護学部 School of Nursing, Kanazawa Medical University

失調症を持つ人の回復過程を促進する力としてのレジリエンス（富川・野嶋，2015）などの研究が行われている。しかし，気分障害を持つ人の就労に関連するレジリエンスおよびその支援については明らかにされていない。

そこで本研究では，気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンスを明らかにすることを目的とした。それによって，気分障害による休職から復職した労働者の復職および就労継続支援への示唆が得られると考える。

## I. 用語の定義

### A. 気分障害

本研究では，「気分障害」を「ICD-10（厚生労働省，2015）において気分（感情）障害に分類される精神疾患ならびに，DSM-5（American Psychiatric Association，2013/2014）において双極性障害および関連障害，抑うつ障害群に分類される精神疾患」とする。

### B. レジリエンス

本研究では，「レジリエンス」を「労働者が，気分障害の発病・症状悪化，休職というネガティブライフイベントを逆境として体験しながらも，復職・就労継続という適応に至る過程でその過程を促進する力」とする。

## II. 研究方法

### A. 研究デザイン

研究デザインは，質的記述的研究である。質的記述的研究は，事例における事実をそうした出来事が存在している日常の中で使用する言葉を用いて包括的に要約して現象を率直に記述するための方法であり，関心ある現象の自然な文脈の破壊を最小限にする方法で探究し，研究参加者の言葉を用いた濃厚な記述によって現象の理解を伝えるという特徴がある（北・谷津，2009）。そのため本研究では，気分障害を理由とする休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンスについて，当事者の語りからリアリティのある記述が可能である質的記述的研究が適していると考えた。

### B. 研究参加者

気分障害を理由とする休職後に復職・就労継続している労働者とした。なお，就労継続期間については，復職後6か月以降に再休職するか否かの差があること（杉本，

2013；堀ほか，2013）から，復職後6か月以上経過している労働者を就労継続していると判断した。

### C. データ収集方法

データ収集期間は，2016年8月～2017年7月であった。研究協力の依頼は次の方法で行った。はじめに精神保健・看護の専門家が運営している1つの気分障害者の当事者グループに研究協力を依頼した。次に，当事者グループのメンバーのうち，気分障害を理由とする休職を経験し，復職後6か月以上経過しているメンバーに研究協力を依頼した。そして，研究参加の同意が得られたメンバーを研究参加者とした。

研究参加者につき1回，60分～90分の半構造化面接を実施した。面接では，休職から復職・就労継続に至るまでには自分にどのような特性，力，資源があったと考えているか，就労継続における病気との折り合いのつけ方などを質問した。面接内容は許可を得て録音し，逐語録としたものをデータとした。

### D. データ分析方法

逐語録を繰り返し精読し，気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンスに該当すると考えられる部分に着目し，データを意味が損なわれない単位で区切り，コード化した。次に，コードの類似性・差異性に基づいてサブカテゴリーとしてまとめた。さらにサブカテゴリー同士を比較・分類しカテゴリーを抽出した。なお分析の過程においては，精神看護学の専門家ならびに質的研究の研究者間で分析内容を検討した。

### E. 倫理的配慮

研究の実施について，同志社女子大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認を得た（2016-7）。研究参加者に研究の目的および方法，研究の参加および中断の自由，プライバシー保護の方法，結果公表の予定，研究への参加と当事者グループへの参加には関連がないこと等を説明した上で，同意書を回収して研究参加の同意を得た。面接時は，研究参加者の感情の変化や疲労，身体的状況に配慮した。

## III. 結果

### A. 研究参加者の背景

研究参加者は8名（男性5名，女性3名）で，年齢は30～50歳代（平均年齢42.9±8.8歳）であった（表1）。

表1 研究参加者の概要

ID	年齢	性別	診断	職業	休業期間 (回数)	就労継続期間
A	40歳代前半	男性	大うつ病性障害	会社員	1年間 (2), 2年間 (1)	4年間
B	30歳代後半	男性	双極Ⅱ型障害	自営業	3年間 (1)	7年間
C	30歳代前半	女性	大うつ病性障害	会社員	6か月間 (1)	4年6か月間
D	50歳代後半	男性	大うつ病性障害	公務員	3か月間 (1), 1年間 (2)	2年間
E	50歳代前半	女性	大うつ病性障害	会社員	2年間 (1)	2年10か月間
F	30歳代後半	男性	大うつ病性障害	会社員	3週間 (1)	4年間
G	30歳代後半	女性	大うつ病性障害	会社員	3か月間 (1)	7か月間
H	40歳代前半	男性	双極Ⅱ型障害	公務員	1か月間 (1), 6か月間 (2), 3年6か月間 (1)	6か月間

## B. 気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンス

気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンスについて得られたデータを分析した結果、55のコード、13のサブカテゴリー、4のカテゴリーを抽出した(表2)。以下、カテゴリーごとにサブカテゴリーを用いて説明する。次に、サブカテゴリーの代表的な事例とその事例を語った研究参加者を示しながら、サブカテゴリーを説明する。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、データを「 」で表現する。なおコードは表で提示する。

### 1. 【就労継続を重視した病気との折り合い】

研究参加者は、気分障害の症状やそれに伴う苦悩を体験しながらも、それらを持ちながら就労していかなくてはならないという現実を認め、〈体調不良を許容できる〉という力を持っていた。そして、気分障害の症状に対して〈体調安定のための工夫ができる〉ことで体調の安定を保とうとしながら、不調時には〈体調不良時に対処ができる〉ことで就労継続が可能となっていた。さらに、〈回復への希望を持ち続ける〉ことで気分障害への対処は一時的なものであり、病気から回復した状態で就労継続するための前段階であるという認識をしながら、就労継続と病気との折り合いをつけていた。

#### a. 〈体調不良を許容できる〉

Bさんは、病気から十分に回復していない状態で就労継続していることについて、「休んできて、休んで完全に良くなるのであれば休むでしょうけど、休んでも完全には良くなるって言う頭があるので、それだったらやりながらもいいんじゃないかっていう。」と、体調が悪い状態でも就労継続していくことを受け入れている様子を語っていた。

#### b. 〈体調安定のための工夫ができる〉

Cさんは、気分障害の症状の改善のための工夫について、「常にとりあえず良くなりたいて思いが強かったし、

病気にいいと思うことはとりあえずやってみる。それが自分に合うか合わんかみたいな、それが合わんかったら止めるし、合うなら続けるし。それは辛い時はそれが普通って思って、コントロールできなかったし、とりあえず目の前のことはやらないと、一つずつこなすっていうことしかできなかつたから。(Cさん)」と、就労継続しながら様々な工夫を行っている様子を語っていた。

#### c. 〈体調不良時に対処ができる〉

Gさんは、「例えば、前の職場の時は、自分がそういう病気やったことを気付いてなかったから、出勤の時に、自分でも分からんぐらい涙出てきたりとかしたことあって、別に何も悲しいことも、悔しいこともないし、何も考えてないのに、涙が出てきた時があって。でも、その時って何も病気のこととか知らんから、『何やろう』っていう感覚で、ずっと勤務してきて。で、今の仕事になって、同じように泣きはせんけど、うるってなるときがあった時に、『あ、これ、あの時と似とるな。病気なんか』っていうふうに考えられるようになったから、何ていうの、吹っ切れるっていうか、『ああ、こんなもんなんや』みたいな。」と、不調を病気の症状ととらえて対処している様子を語っていた。

#### d. 〈回復への希望を持ち続ける〉

Eさんは、「うつの人に、なぜ、なぜ、なぜ病気とかって、それって思ってほしくないですね。なぜじゃなくって、なるものはなってしまった。(中略)期待はしなくても諦めないでほしいみたいなことは言いたいです。」と、気分障害からの回復について、過度の期待はしなくても諦めることもせずに回復を待ちながら就労継続してきた体験を語っていた。

### 2. 【就労の意味のリフレーミング】

研究参加者は、就労継続するためには、気分障害の発病や休職以前と比較して、〈仕事に向き合う姿勢を和らげる〉ことが大切であると考えていた。また、仕事をするこの意味について、〈生活するための手段として就労継続をと

表2 気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンス

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
就労継続を重視した病気との折り合い	体調不良を許容できる	体調が安定しない状態に慣れる 波があって体調が悪いことは仕方ないと受け入れる 体調の不安を抱えていることを特別視しない 仕事を続けることを重視しながら回復を待つ 不調時は薬でコントロールできれば良しとする
	体調安定のための工夫ができる	体調の変化の予測・把握・振り返りをしている 病気の回復につながりそうなことの努力を続けている 病気に関する情報を収集している 助言に基づいて行動している
	体調不良時に対処ができる	体調の悪化時は仕事を続けられない方がいいと理解できる 体調が悪いときは休養する 周囲の目を気にせずに休養する 無理をしない習慣が身につけている 体調が悪い時に回復を待つことができる
	回復への希望を持ち続ける	回復したいという思いを持ち続けている いつかは回復すると考えている
就労の意味のリフレーミング	仕事に向き合う姿勢を和らげる	体調を崩してまで仕事を続ける必要はない 役職へのこだわりを捨てている 責任があることだけが仕事のやりがいではない 全力で仕事に向き合うことをやめた 以前と比較して所得と時間のバランスが取れている
	生活するための手段として就労継続をとらえる	仕事をすることで生活を安定できれば良い 給与が減っても時間があることの方が大切だ 収入を得て家族を守りたいという思いがある 経済的な理由が就労継続のエネルギーになる
	休職の体験を教訓にできる	職場の問題を自分の責任と考えていた 体調が悪化する原因探しをしていた 周囲の目を気にして過剰に頑張り過ぎていた 体調が悪いことで精いっぱいだった 休職中に体調の回復状況を考えることができる 長時間労働や業務内容の負荷がかかると体調が悪化する
就労継続可能な環境の調整	職場や業務内容を選択できる	やりたい仕事ではなく自分のできる仕事を選択する 自分にとって負担の少ない仕事を選択できた 自由に発言できる雰囲気のある職場である 時間的拘束が少ない職業を選択する 人間関係の問題を生じさせない工夫が必要だ
	就労環境の変化をネガティブにとらえない	就労につながる知識・技術の獲得のための努力ができる 就労につながる情報収集をしている 一つの仕事を続けることへのこだわりがない 転職することを肯定的に考える
	職場の人間関係に過度に気を使わない	病気を持つことを伝えて採用されている 病気を持つことを周囲に話すことができた 病気を持つことが周囲にすんなり受け入れられた 職場で理解してもらえないことを気にせず受け入れる 体調を理解してもらうことにエネルギーを使わない 職場での人間関係に期待しない
	支えになる人との交流を活用する	理解してくれる人が支えになる 助言をしてくれる人の意見が参考になる 同病者と語り合うことで気持ちが楽になる 同病者の回復する様子が参考になる
就労継続での肯定的な側面の認識	就労継続している事実を評価する	仕事を続けること自体をモチベーションに変える 目の前の仕事に集中して一つ一つを積み重ねる
	新しい就労への向き合い方でのやりがいを見出す	自分に合った働き方を考えながら働いている 無理のない仕事を選択すると向上心が芽生える 無理のない仕事でも評価されるとうれしい

らえる」という考え方に改めていた。その際には、気分障害を理由とする休職という体験から得たエピソードを振り返り、〈休職の体験を教訓にできる〉という力も活用されていた。

a. 〈仕事に向き合う姿勢を和らげる〉

Cさんは、仕事に全力で向き合っていた過去と現在を比較して「これだけしかしてなくてもいいのかなっていうのはあったけど。周りを見たらそれ以上にしていないしって

ということがあったし、これでいいわ、私十分やったわって思ったりとか。これだけで良かったんだっていうか、もう少し周りを見るといふか。あんまり自分を戒めないように。確かにそう思うようなことがあったかな。言い方は正しいかわからないけど、上ばかり見ていたから、下を見るようになっていふことかな。」と、仕事に向き合う姿勢が和らいだことを語っていた。

**b. 〈生活するための手段として就労継続をとらえる〉**

Aさんは、休職以前には全力で仕事の成果を挙げなくてはならないと考えていたことを振り返り、「まずは自分が生きること、次は家族が生きることって、その順番で素直に考えてきましたね。となると、こんなことしてたらまずいぞって。お金もないし、こんな休んでばかりだったら、家族も暗くなりますからね、うつって。そこから脱却しましょうと素直に考えましたね。」と、休職時と就労継続しながら家族のために収入を得ることができている現在の考え方との違いを語っていた。

**c. 〈休職の経験を教訓にできる〉**

Gさんは、「今思えばやけど、役職就いて、ほんと最高責任者ってなったときに、前の人ができてなくて、嫌になって思ってたところを、自分は絶対やりたいって思ってたところから始まって。それをやるためとなっていくと、もう普通の出勤してるときはもちろんやけど、休みの日も全部出勤をして。それは、何っていうのかな、休日出勤とかの扱いではなく、個人で行ったっていう感じのことではできないとか、間に合わないっていうのがあって、そうやって追いつめていったのかな、とは思う。」と、休職に至ったエピソードを冷静に振り返っていた。

**3. 【就労継続可能な環境の調整】**

研究参加者は、気分障害による休職を体験する以前には、仕事の内容や職場での人間関係などを自分が納得できるレベルで完璧なものとしなければいけないと考えていた。しかし、気分障害の症状を持ちながら就労継続する上では、そのような考えを持ち続けることが困難であることも体験していた。その結果、〈職場や業務内容を選択できる〉ことや〈就労環境の変化をネガティブにとらえない〉ことが可能となり、気分障害を持ちながらも就労継続しやすい環境を得ることができていた。また、職場での人間関係への意識も変化し、〈職場の人間関係に過度に気を使わない〉、〈支えになる人との交流を活用する〉といったことが可能となることでストレスを軽減し、就労継続に必要な環境を整えていた。

**a. 〈職場や業務内容を選択できる〉**

Aさんは、「結局楽しい職場、毎日通って来れる職場、それしかも目指さないですすね。『頑張って働け。働か

ない者は許さんぞ』とかって、そんな雰囲気では絶対しないと。自分なら辞めるねって話で。働いていても、やりがい感じて楽しく働くにはどうしましょうか、としか考えないようにはなりましたね。それは、人に考えているようで、結局自分のためにもなるんですけど」と、就労継続しやすい職場の条件について語っていた。

**b. 〈就労環境の変化をネガティブにとらえない〉**

Cさんは、「周りの人たちも、病気になった時の環境って年下ばかりだったけど、それで今は年上ばかりだけど。どっちもどっちで、問題点っていうのはあるけど、今は当たり障りなくってという感じで。」と、就労環境の変化について肯定的にとらえている例を語っていた。

**c. 〈職場の人間関係に過度に気を使わない〉**

Eさんは、職場での人間関係について「今は言いたいことを言える自分になりましたからね。本当に。『これっておかしいんじゃない』って言ったら、相手どう思うとかってそういうピクピク感の自分もいたんだけど、今は『これっておかしいです』っていうこともはっきり言えるし。だから、病気に薬もいらなくなったのかもしれない。」と振り返り、職場の人間関係に過度に気を使わずに自分の意見を言えるようになったことが就労継続につながっていると考えていた。

**d. 〈支えになる人との交流を活用する〉**

Aさんは、「周りの理解は必要ですすね。たまたますんなりと理解されたっていう。理解されている中での職場に飛び込んでいるんで、楽でしたけどね、そこは。」と、現在の職場での人間関係が就労継続に役立っている体験について語っていた。

**4. 【就労継続での肯定的な側面の認識】**

研究参加者は、気分障害による休職以前とは異なる職場環境や考えを持ちながら就労継続していた。それらは以前の研究参加者であれば、受け入れられない状況であったかもしれないが、〈就労継続している事実を評価する〉ことや〈新しい就労への向き合い方でのやりがいを見出す〉ことで就労継続の肯定的な側面を認識していた。

**a. 〈就労継続している事実を評価する〉**

Gさんは、「働くときは働くっていう、私は常に働けるようになりたいっていうのが目標やったし。でも、何て言うんだらう。ずっと行ける自信もないし。行けたとしても、また来週休むかもしれないって不安は、ずっとつきまとうけど。」と、就労継続できている事実を肯定的に評価する様子を語っていた。

**b. 〈新しい就労への向き合い方でのやりがいを見出す〉**

Aさんは、「とりあえずは、自分のやりたい仕事から自分ができる仕事に変わったということは一つですすね。

やっぱりできる仕事のほうが無理はないですし、やりた  
いって内容じゃなくてもできれば、やっぱりそれなりに人  
は評価されるので、それでやっぱり心は満たされますし。」  
と、新しい向き合い方での就労継続の過程でやりがいを見  
出す様子について語っていた。

#### IV. 考 察

##### A. 気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンスの特徴

研究参加者の語りから明らかになった【就労継続を重視した病気との折り合い】、【就労の意味のリフレーミング】、【就労継続可能な環境の調整】、【就労継続での肯定的な側面の認識】という4つのレジリエンスは、いずれも気分障害を持ちながらの就労継続を促進する力となった。先行研究では、復職の成功のためには、休職に至った理由へ対応できるかどうかを考慮する必要があり、職場で対応可能な業務負荷だけでなく、現実的な対応としては実施されにくい職場での人間関係への配慮が重要となることが明らかにされている（原口・清水・山内・伊豫，2009）。そのため、就労継続のためには、休職の要因となった業務負荷や人間関係について、復職後に自分自身の環境をどのように認識するかが重要である。本研究の結果からは、研究参加者が就労継続の過程で不安定な体調を受け入れながら【就労継続を重視した病気との折り合い】をつけ、仕事への向き合い方の変化により【就労の意味のリフレーミング】を行い、休職以前とは異なった価値観で【就労継続での肯定的な側面の認識】へとつなげていたことが就労継続に有効であったと考える。さらに、職場での人間関係などの就労環境についても、研究参加者が置かれている状況での人間関係や職場や業務の特性を理解したり、活用したりすることによって【就労継続可能な環境の調整】へとつなげていたことも就労継続を促進したといえるだろう。Grotberg（1999）はレジリエンスについて、他人からの支えや周囲から提供される活用資源で、安定した家族関係やソーシャルサポートなどのような環境要因の「I Have」、肯定的な自己概念・個人の資質としての要因で、自律性や自尊心、内的統制の所在、楽観性などのような個人内要因の「I Am」、個人が獲得している感情や衝動のコントロール、ストレス耐性、問題解決能力やソーシャルスキルなどのような獲得要因の「I Can」の3つの「私」を主語とした構成要素を明らかにしている。その一方で、資質的側面と獲得的側面の変化を検討した結果から、レジリエンスは生涯を通じて各発達段階において経験される課題や出来事を介して上昇していく可能性も指摘されている（上野・平

野・小塩，2018）。本研究の結果で明らかになった4つのレジリエンスでは、【就労継続を重視した病気との折り合い】の際に研究参加者が本来持っていた〈体調不良を許容できる〉という力が体調管理や回復への希望を持つことにつながっていたり、【就労の意味のリフレーミング】では、〈休職の体験を教訓にできる〉ことが仕事への向き合い方を考えるきっかけとなったりしていた。それらは、研究参加者が元々持っていた力と気分障害を持ちながら就労継続する過程での課題や出来事を介して獲得した力の相互の影響により生じていた力であると考えられ、その点は本研究結果の特徴といえるだろう。

さらに研究参加者は、気分障害を持ちながら就労継続していくうちに体調不良をマネジメントしながら【就労継続を重視した病気との折り合い】をつけ、休職時を振り返ってそれらの意味付けをしながら【就労の意味のリフレーミング】を行っていた。それらは気分障害の発症時や休職に至る過程においても本質的には損なわれていないレジリエンスであり、発病と休職という逆境にあっても、潜在的には保たれている苦悩に耐える力や生き抜く力が基盤に存在すると考えられる。このような内なる力が、気分障害を持ちながら就労していることを受け入れて回復の可能性を信じるという【就労継続を重視した病気との折り合い】というレジリエンスを生み出すことにつながったのではないだろうか。Grotbergの3つの構成要素を用いた先行研究（仁尾・石河，2013）においても、「病気をもつ自分を受け入れる」、「将来に希望をもつ」が明らかにされており、病気に耐え、受け入れながら生活をしていけるという力が様々な疾患のレジリエンスに共通すると考える。

また和泉（2006）は、症状を長期にわたって効果的にマネジメントしていくためには、その症状を体験している患者本人が症状マネジメントに積極的に参加することが不可欠であり、そのためには患者自身の対処能力やセルフケア能力を高めていくことが重要であると述べている。本研究では、研究参加者が体調マネジメントに向けた工夫や対処を行うことで回復への希望を持たせたことが、【就労継続を重視した病気との折り合い】へとつながっていたと考える。加えて【就労の意味のリフレーミング】では、休職時の状況から症状悪化時の自身の体験を踏まえて就労継続の在り方を検討することができており、そのことが症状マネジメントにもポジティブな影響を与えていたといえるだろう。さらに永田（2016, p.103）は、「自分の業務遂行能力の低下を自覚できずに上司への不満を抱いたり、病気を理由に特別な配慮の継続を求める一方、低評価は受け入れられずに他罰的になり、人間関係の問題が発生する」ことを再休職要因に挙げている。そのようなケースと比較すると、本研究では研究参加者が【就労継続を重視した病気と

の折り合い】により、気分障害を持ちながら就労していることを受け入れて希望を持ち、気分障害の症状として体験していたと予想される業務や対人関係での困難感や自尊心の低下にとらわれることなく、【就労の意味のリフレーミング】や【就労継続可能な環境の調整】を行い、【就労継続での肯定的な側面の認識】につなげたことも就労継続につながったと考える。

## B. 就労継続支援におけるレジリエンスの活用

本研究の結果から、【就労継続を重視した病気との折り合い】、【就労の意味のリフレーミング】、【就労継続可能な環境の調整】、【就労継続での肯定的な側面の認識】という4つのレジリエンスが相互に影響し合いながら、就労継続が可能となっていることが明らかとなった。このような特徴を理解した上で、気分障害の症状の回復や就労の段階に応じながら【就労継続を重視した病気との折り合い】や【就労継続可能な環境の調整】を行いながらも、【就労の意味のリフレーミング】や【就労継続での肯定的な側面の認識】が可能となるような支援が必要である。具体的には、実際に就労継続しながら症状マネジメントスキルの獲得や就労に向き合う姿勢や職場の人間関係の意味の検討、就労環境への肯定的な認知などを促せる機会を設ける支援が有効であるといえるだろう。特に、中井・山口(2001, pp.161-163)は、うつ病患者の性格傾向として、他人にとって自己は何かという役割同一性に価値を置くという特徴があると述べている。そのため、【就労継続可能な環境の調整】のうち、〈支えになる人との交流を活用する〉、〈職場の人間関係に過度に気を使わない〉は、研究参加者が他者との情緒的な交流の中で自己の生き方を変えて自然な自分でいられるようになるという意味で、就労継続におけるレジリエンスとして重要であったといえる。さらに阿久津・中村(2014, p.9)は、レジリエンスを支える要因として共通していることは「肯定的な考え」と、家族や友人を含めた周囲のサポート、ソーシャルサポートの存在であったと述べている。以上のことから具体的な支援としては、就労継続する上で自分の存在を受け止めてくれる理解者について話し合い、他者の存在について肯定的な認識ができる

よう援助を行うことも有効であると考ええる。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、対象者数が十分ではなく、疾患およびその重症度や回復過程、休職期間、家族構成、性差などの背景に応じた分析は行っていないため、気分障害を抱える労働者のレジリエンスについて、全ての休職者への適応は困難である。また本研究は、方法論的な特徴上、研究者自身のデータ収集・分析能力が結果に影響を与えている。今後は、気分障害を持つ人の背景別に研究を継続していくことが課題である。

## 結 論

気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者8名を対象に半構造化面接を実施し、データを質的記述的に分析した結果、【就労継続を重視した病気との折り合い】、【就労の意味のリフレーミング】、【就労継続可能な環境の調整】、【就労継続での肯定的な側面の認識】の4つのカテゴリーが明らかとなった。そして、気分障害による休職後の就労継続支援においては、症状マネジメントスキルの獲得、就労に向き合う姿勢や職場の人間関係の意味を検討すること、就労環境への肯定的な認知を促す機会を提供するという支援の方向性が示唆された。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP16K20844の助成を受けたものである。

## 著者貢献度

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

## 要 旨

**目的：**気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンスを明らかにする。

**方法：**気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者8名を研究参加者とし、半構造化面接により収集したデータを質的記述的に分析した。

**結果：**研究参加者は、【就労継続を重視した病気との折り合い】をつけ、【就労の意味のリフレーミング】や【就労継続可能な環境の調整】によって就労することの意味や就労環境に対する認識を変化させていた。また、就労継続できていることや新たな就労への向き合い方により【就労継続での肯定的な側面の認識】が可能となり、就

労継続していることが明らかとなった。

**結論：**気分障害による休職後の就労継続支援においては、症状マネジメントスキルの獲得、就労に向き合う姿勢や職場の人間関係の意味を検討すること、就労環境への肯定的な認知を促す機会を提供するという支援の方向性が示唆された。

## Abstract

**Objective:** This study sought to identify resilience on the part of Japanese workers who returned to work after taking a leave of absence due to mood disorders.

**Method:** Semi-structured interviews were conducted with eight participants who returned to work after taking a leave of absence because of a mood disorder, after which the interview transcripts were subjected to qualitative descriptive analysis.

**Results:** The participants “came to terms with their illness in a way that prioritized continuous employment,” and adapted their awareness of the meaning of employment and of the employment environment by “reframing the meaning of employment” and “making adjustments to facilitate a sustainable work environment.” Moreover, it became clear that their success at returning to continuous employment and the way they approached their new positions made it possible for them “to recognize the positive aspects of continuous employment” and to continue working.

**Conclusion:** In terms of supporting employees’ continued employment after taking mood disorder-related leaves of absence, the acquisition of symptom management skills, the examination of attitudes toward work and the meaning of workplace relationships, and the provision of opportunities to promote positive awareness in the workplace environment were suggested as directions for support.

## 文 献

- 秋山 剛, 富永真己, 酒井佳永, 岡崎 渉, 河村代志也 (2006). 復職をめぐる職場健康管理システムの現況, 問題点と対応策. *臨床精神医学*, 35(8), 1069-1078.
- 阿久津美代, 中村美鈴 (2014). レジリエンスをめぐる看護研究に関する文献レビュー. *自治医科大学看護学ジャーナル*, 12, 3-11.
- American Psychiatric Association (2013) / 高橋三郎, 大野 裕監訳 (2014). *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*. (pp.123-186). 東京: 医学書院.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rossler, W., Tomov, T., Busschbach, J. V., White, S., Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(9593), 1146-1152.
- Endo, M., Muto, T., Haruyama, Y., Yuhara, M., Sairenchi, T., Kato, R. (2015). Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: a two-year cohort study among Japanese employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(1), 75-83.
- 衛藤暁美, 平島奈津子, 黒沢顕三, 長井友子, 吉澤 徹, 長谷川澄 (2013). 在職うつ病男性を対象とした集団認知療法の効果とその要因. *認知療法研究*, 6(2), 157-158.
- Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*, 1-9 Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- 原田修一郎, 大類真嗣, 長谷川淳子, 野田承美, 森谷郁子, 高橋由里, 本庄谷奈央, 佐々木妙子, 伊藤真理子, 林みづ穂 (2014). うつ病による休職者を対象とした復職デイケアの実践: 復職と社会適応能力の関係を中心に. *精神科治療学*, 29(12), 1601-1608.
- 原口 正, 清水栄司, 山内直人, 伊豫雅臣 (2009). うつ病治療後に職場復帰が成功するための条件因子についてのアンケート調査. *産業医学ジャーナル*, 32(6), 88-93.
- 畑中純子 (2016). うつにより休業した従業員の職場復帰における産業看護職の支援の構造. *産業衛生学雑誌*, 58(4), 109-117.
- 堀 輝, 香月あすか, 守田義平, 吉村玲児, 中村 純 (2013). うつ病勤労者の復職成功者と復職失敗者の差異の検討. *精神科治療学*, 28(8), 1063-1066.
- 石井京子, 藤原千恵子, 河上智香, 西村明子, 新家一輝, 町浦美智子, 大平光子, 上田恵子, 仁尾かおり (2007). 患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析. *日本看護研究学会雑誌*, 30(2), 21-29.
- 和泉成子 (2006). 看護師による症状マネジメントモデル: がん患者を主体とした症状体験の理解と看護師の方略. *看護研究*, 39(3), 167-179.
- 河上智香 (2009). 在宅中心静脈栄養法を施行している学童期の子どもと親のレジリエンス. *看護研究*, 42(1), 27-35.
- 北 素子, 谷津裕子 (2009). 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション. 27-33, 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2013). 平成24年「労働安全衛生特別調査(労働者健康状況調査)」の概況. [www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h24-46-50\\_05.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h24-46-50_05.pdf) (参照2018年9月13日)
- 厚生労働省 (2015). 疾病, 障害及び死因の統計分類. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/> (参照2018年11月13日)
- Lawrence, G. C., Richard, G. T. (2006) / 宅香葉子, 清水 研監訳 (2014). *心的外傷後成長ハンドブック* (1). (pp.31-65), 東京: 医学書院.
- Muto, T., Sumiyoshi, Y., Sawada, S., Momotani, H., Itoh, I., Fukuda, H., Taira, M., Kawagoe, S., Watanabe, G., Minowa, H., Takeda, S. (1999). Sickness absence due to mental disorders in Japanese workforce. *Industrial Health*, 37(2), 243-252.
- 永田頌史 (2016). メンタルヘルス不調による再休業に関連した要因と再休業予防策. *産業ストレス研究*, 23(2), 101-110.
- 中井久夫, 山口直彦 (2001). *看護のための精神医学*, 161-163, 東京: 医学書院.
- 中村聡美, 秋山 剛, 酒井佳永, 沼 初枝, 岡田佳詠, 北村文昭 (2013). うつ病再休職者における職場ストレス要因の検討: 初回休職者との比較調査. *日本社会精神医学会雑誌*, 22(1), 10-19.

- 仁尾かおり, 石河真紀 (2013). 思春期・青年期にある先天性心疾患患者のレジリエンス構成要素. *日本小児看護学会誌*, 22(2), 25-33.
- Reme, S. E., Grasdahl, A. L., Løvrik, C., Lie, S. A., Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745-752.
- 島 悟 (2006). 「うつ病」による病休・休職者の復職をめぐる精神医学的諸問題：復職後のうつ病再発の問題. *臨床精神医学*, 35(8), 1053-1057.
- 杉本洋子 (2011). メンタルヘルス不調で休職していた従業員の復職後の就労継続に影響を与える要因の検討. *産業ストレス研究*, 18(4), 319-328.
- 杉本洋子 (2013). メンタルヘルス不調で休職していた従業員の職場復帰：エビデンスに基づいた効果的な復職支援. *日本労働研究雑誌*, 635, 70-82.
- 田中浩二, 長谷川雅美 (2016). 老年期うつ病者のレジリエンス：病いと回復のストーリーから. *日本看護科学会誌*, 36, 93-102.
- 田中浩二, 長谷川雅美, 吉野暁和 (2017). 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケア. *看護実践学会誌*, 29(2), 18-30.
- 富川順子, 野嶋佐由美 (2015). 統合失調症を持つ人のresilience：回復過程を促進する力. *高知女子大学看護学会誌*, 40(2), 20-30.
- 上野雄己, 平野真理, 小塩真司 (2018). 日本人成人におけるレジリエンスと年齢の関連. *心理学研究*, 89(5), 514-519.

[2019年9月13日受付]  
[2020年4月8日採用決定]



## — 研究報告 —

## 死産により亡くした子どもに会い共に過ごす父親の体験

Fathers' Experiences on Encountering their Stillborn Babies

十 河 由 紀

Yuki Sogo

キーワード：死産, グリーフケア, 周産期喪失, 父親, 体験

Key Words : stillborn, stillbirth, grief care, perinatal loss, father, experience

## はじめに

死産により子どもを亡くした父親は、母親同様に大きな衝撃と悲しみを体験する (Samuelsson, Rådestad, & Segesten, 2001; Worth, 1997)。さらに、男として、夫として、父親としての意識から、自らの悲しみを隠し、パートナーや家族を守ること、社会的な役割を果たすことを自ら課し、社会からもその期待を受けるといふ母親とは異なった状況に置かれることにより、父親の悲嘆過程は阻害されやすい (McCreight, 2004; Samuelsson, et al., 2001; Worth, 1997)。また、父親の死産に対する衝撃は母親に比べ少ないという研究結果 (Turton, et al., 2006) がある一方で、父親が悲しみを表出することを奨励しない社会風土の影響により、父親の悲嘆過程は母親に比べ長期化する可能性も指摘されている (Stinson, Lasker, Lohmann, & Toedter, 1992)。死産を経験した父親には、母親とは置かれる状況や特徴の異なる悲嘆反応があることから、母親だけではなく父親に対しても、悲嘆が重症化しない支援の提供が必要である。

死産を経験した両親に対し、悲嘆作業の促進につながる支援として、1970年代後半から、Lewis (1976, 1979) をはじめ Morris (1976) や Klaus & Kennell (1982/1985, pp.415-417) らにより、死産児に会い、抱いたりすることや写真などの遺品を残したり、名づけることなど、亡くなった子どもとの具体的な記憶を残すことが推奨され、現在、子どもを死産した両親がその子どもに会うことを促すケアは、欧米をはじめ日本においても多くの施設で行われている (Cacciatore, Rådestad, & Frøen, 2008; 岡永, 2005; Rådestad, Nordin, Steineck, & Sjögren, 1996)。近年では、亡くなった子どもとの十分な関わりが、母親の不安症状 (Rådestad, et al., 1996)、頭痛や不眠などの身体症状の発生を抑える (Rådestad, et al., 2009) とする肯定的な研究結果が報告されている。しかし、傷ついた子どもを見ることの恐怖や、子どもと一緒に過ごす間に強い不信感、気持ちの

解離という感情を体験する母親が存在することも明らかになっている (Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-McHarg, & Horsch, 2014)。さらに、死産した子どもに会うことや触れること、遺品を残すことをした母親は、次回妊娠時のうつ傾向や不安、PTSDの症状を有する割合が高いという研究結果もある (Hughes, Turton, Hopper, & Evans, 2002; Cacciatore, et al., 2008)。このように、死産により亡くなった子どもに会うことや抱くことによる母親への影響は、欧米諸国を中心に研究がなされており、子どもと対面した時の衝撃や次回妊娠時の精神的な悪影響など、否定的な結果も報告されているが、母親にとって有益であるとする研究結果が多くを占めている (Kingdon, Givens, O'Donnell, & Turner, 2015)。また、父親に対しても、死産した子どもに会うことや抱くことは、自分が父親であることを認識させる体験である (Worth, 1997) という肯定的な報告がある一方で、突然亡くなった子どもを手渡されたときの衝撃について語られている研究 (McCreight, 2004) もあり、母親同様に死産した子どもに会うことを促すケアの是非に関して、一貫した結論は示されていない。

日本においては、母親が死産した子どもに会うことについて、母親はそれを肯定的に受け止め (大井, 2001)、母親としての実感を持つ体験であること (蛭田, 2009)、亡くなった子どもの母親になるプロセスを生じさせる体験であること (能町・村井, 2017) などの研究結果が得られており、さらに、死産を経験した母親には、子どもと共に過ごし、母親として子どもと関わりたいというニーズがあることも報告されている (太田, 2006)。亡くなった子どもに会うということに焦点を当てて、父親の死産という体験を検討した研究はないものの、日本の医療現場では、父親に対しても、死産後に亡くなった子どもに会うことを促すケアが広くなされていることから、父親が死産した子どもに会うことをどのように受け止め、それが父親にとってどのような体験であるのかを明らかにする必要がある。

## I. 研究目的

本研究の目的は、父親が死産により亡くした子どもと会い共に過ごすことがどのような体験であるのかを明らかにすることである。また、本研究において、死産した子どもに会うことは、子どもを見ることや触れること、抱くことを含む。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究のデザインは質的記述的研究である。

### 2. 研究参加者

研究参加者は、日本語を話すことができ、妊娠12週以後の死産を経験した父親で、記憶の風化によるバイアスを考慮し、死産後の経過年数が5年以内であることを目安に募集し、研究の趣旨を説明し同意を得られた者6名である。研究参加者の募集は、死産体験者の自助グループの協力を得て行い、自助グループ5団体の代表者に研究参加者の紹介を依頼するとともに、2団体の自助グループのウェブページ上に研究参加者募集についての文書を掲載し研究参加者を募った。研究参加者の中で自助グループの活動に定期的に参加している父親はおらず、自助グループの活動に参加している妻を通して研究に関する情報を得た、もしくはウェブページ上の研究参加者募集の掲示を目にしたことで研究を知り、参加に至った。

### 3. データ収集

データ収集は、基本情報の聞き取りと半構成面接法により実施し、平成29年9月から平成29年11月に行った。基本情報（年齢、家族構成、死産からの経過期間、死産した子どもの数、死産した妊娠週数もしくは妊娠月数）は、面接の最初に口頭で確認し、それをもとに、死産までの経過や死産に至った状況、死産した子どもに会い、共に過ごした状況とその時に感じていた思い、死産した子どもとの別れの状況とその時感じていた思い、医療者のケアとそれに対する思い、および、死産という経験や死産した子どもに会い共に過ごした経験に対する面接時点における思いについてインタビューガイドを用いて半構成面接によりデータ収集を行った。面接回数はA氏、C氏、F氏の3名は1回、B氏、D氏、E氏の3名は2回であり、死産で子どもを亡くした父親の体験がより明らかになるよう、1回目の面接後に研究者が面接内容を確認し、不足している事柄や確認したい事柄がある場合は2回目の面接を行った。

### 4. データ分析

逐語録を繰り返し読み、父親の語りの内容から子どもとの対面時から本研究面接実施時までの体験を分析し、一事例ごとに父親が死産により亡くなった子どもと会う体験を明らかにした。その後6名の父親の死産した子どもに会い共に過ごす体験の共通性を検討しながら類型化を行い、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。データの解釈や分析は、母性看護学領域に精通した研究者に確認しながら行った。

### 5. 倫理的配慮

自助グループの代表者から紹介があった研究対象者または、ウェブページを見て研究協力の意向を示す連絡があった研究対象者には、研究者が直接会い、研究の主旨、方法、倫理的配慮について文書を用いて説明し、同意書への署名を受け同意を得た。研究協力に同意した後も、いつでもそれを撤回でき、その時点で得られた情報は全て破棄すること、面接では話したくないことは話さなくても良いこと、面接の中断、中止はいつでも可能であることを十分に説明した。さらに、死産時のことを想起し回顧的に語ることで悲しみが深くなる可能性があるため、インタビューガイドは心的負担になる表現や内容ではないかを事前に母性看護学領域の研究者等に確認した上で作成し、不愉快な印象を与えないよう言葉遣いや口調に留意した。面接の過程で、研究参加者の表情や言動を観察し、面接中止の必要性があると判断した場合には、休息を促すなどの対応をとった。面接終了後に、不安、気分の落ち込み、不眠などの症状が現れた場合は、研究者に連絡するよう説明し、連絡を受けた場合には状況に応じて、個別カウンセリングや電話相談を行っている自助グループ、医療機関など研究参加者が利用可能な資源について情報提供する準備があることを研究依頼書に記載し、口頭でも説明した。本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て実施した（申請番号：修士4、2017年6月20日承認）。

## III. 結果

### 1. 研究参加者の概要

死産を経験し研究協力に同意を得た父親は6名である。研究参加者の属性と死産経験の状況、子どもと会い共に過ごした状況を表1に示す。年齢は30代前半から50代前半で、死産経験後6ヶ月から5年9ヶ月が経過していた。死産時の妊娠週数または月数は、F氏が最も早く4ヶ月（12-16週）であり、A氏、D氏は正期産となる時期を迎えていた。死産経験時に子どもがいたのはB氏のみであ

る。面接時、B氏は死産経験後第四子が生まれ1年が経過しており、D氏は面接実施期間に第二子が生まれ、E氏は面接時妻が妊娠中であった。死産に至った経緯は、A氏およびD氏は分娩中に胎児機能不全となり、その後子宮内胎児死亡が確認され、B氏は第二子、第三子ともに子宮内胎児死亡が確認された後、分娩となった。C氏は妊娠5ヶ月(16-20週)時に子宮口開大により胎胞形成が見られ、人工死産となった。E氏は双胎妊娠であったが、頸管無力症のため妊娠19週で自然死産し、F氏は妊娠4ヶ月(12-16週)時に胎児共存奇胎(双胎の一児が胞状奇胎の状態)と診断され、妊娠継続によるリスクを考慮し人工死産となった。研究参加者6名全員が子どもに会い、子どもと過ごした期間は、表1に示すように1日から10日間であったが、期間の記憶が定かではない事例も見られた。

## 2. 死産により亡くした子どもに会い共に過ごす父親の体験

研究参加者6名の父親が死産により亡くした子どもに会い共に過ごす体験を分析した結果、66のサブカテゴリー、23のカテゴリーが導き出された。さらに、対面時から火葬までの体験から得られた18カテゴリーは『子どもを知り子どもとつながる』、『子どもの死と向き合う』の2つのコアカテゴリー、火葬後から面接時までの体験から得られた5カテゴリーは、『亡くなった子どもの父親として生きる』のコアカテゴリーにまとめられた(表2)。以下、コアカテゴリーごとに父親が死産により亡くなった子どもに

会い共に過ごす体験を記述する。記述中の『』はコアカテゴリー、【】はカテゴリー、《》はサブカテゴリー、『斜字体』は研究参加者の語りを示し、( )内のアルファベットは該当する研究参加者を示す。

### (1) 子どもを知り子どもとつながる

父親たちは、亡くなった子どもと対面し子どもに触れ、子どもと過ごす時間を通して『子どもを知り子どもとつながる』体験をしており、【子どもの存在が確認でき嬉しい】、【子どもを可愛いと感じる】、【子どもの重みや感触を捉える】、【子どもの特徴を捉える】、【看護師や妻に導かれ子どもと関わる】、【親子としての時間を過ごす】、【子どもの愛おしさに惹きつけられる】、【子どもへの愛情が芽生える】の8カテゴリーから成る。

緊急帝王切開となったD氏を除き5名の父親が分娩に立ち会い、子どもの娩出とともに子どもと対面し、D氏は妻が手術室から病室に帰室しもなく子どもと対面した。D氏、F氏は、妊娠中は想像の中だけで存在していた子どもを実際に目にすることで、【子どもの存在が確認でき嬉しい】と感じ、B氏、D氏、E氏、F氏は、初めて見た子どもの姿に【子どもを可愛いと感じ(る)】ていた。また、実際に子どもに触れ、子どもを抱くことにより、正期産や正期産に近い週数で分娩となったA氏やB氏(第二子)、D氏は、しっかりした子どもの重みや柔らかい子どもの感触を捉えており、早い週数で分娩となったE氏は想像していたよりもしっかりした子どもの感触を捉え、B氏(第

表1 研究協力者の属性と死産時の状況

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏
年齢	30代前半	30代後半	40代前半	30代後半	30代後半	50代前半
家族構成	妻	妻 長女(6歳) 次女(1歳)	妻	妻 長男 (1ヶ月)	妻 (妊娠中)	妻
死産後の期間	6ヶ月	3年2ヶ月 /2年5ヶ月	1年1ヶ月	1年8ヶ月	8ヶ月	5年9ヶ月
死産時の妊娠週数または月数	39週	34週 /19週	5ヶ月 (16-20週)	40週	19週	4ヶ月 (12-16週)
子どもと過ごした期間	3日	数日	1日	7日	10日	5-9日
子どもとの過ごし方	妻と子どものいる部屋に何度も通いながら、子どもと過ごす期間にできることをできる限り行い、病院の中で火葬までの時間を過ごした。	入院中は看護師の勧めで妻と共に沐浴をしたり写真や手型・足型を残して過ごし、退院してから火葬までの間、自宅に連れて帰りドライブをするなど家族の時間を共に過ごした。	火葬を出産翌日に決め、それまでの間、妻が子どもに会いたい時に子どもを病室に連れて行くことを繰り返した。火葬当日の朝には妻と3人で写真を撮りして過ごした。	妻の入院中は、子どもに会いた時に病室に連れてきてもらい沐浴などをした。火葬前日に自宅に子どもを連れて帰り、一緒にお風呂に入るなど家族の時間を過ごした。	病院では沐浴をしたり病室で子どもと一緒に寝たりして過ごした。火葬までの間は自宅に連れて帰り、友人や親戚に子どもを披露したり、子どもの世話をしながら過ごした。	病院では看護師の勧めで子どもを両親と対面させ、退院後火葬までの間は自宅に連れて帰り、一緒にテレビを見る、スーパーに行くなど普段の生活を一緒に過ごした。
死産の経緯	胎児機能不全→子宮内胎児死亡	子宮内胎児死亡	切迫流産(胎胞形成)→人工死産	胎児機能不全→子宮内胎児死亡	双胎妊娠、頸管無力症→自然死産	胎児共存奇胎→人工死産

死産により亡くした子どもに会い共に過ごす父親の体験

表2 コアカテゴリー・カテゴリー・サブカテゴリー一覧表

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	
子どもを知り 子どもとつながる	子どもの存在が確認でき嬉しい	対面して子どもの存在が確認でき嬉しい (D, F)	
	子どもを可愛いと感じる	初めて見た子どもを可愛いと感じる (B, D, E, F)	
	子どもの重みや感触を捉える		子どもを抱き子どもの重みを感じる (B, D)
			子どもの柔らかい感触を捉える (A, D)
			想像よりもしっかりしている (E)
	子どもの特徴を捉える		重みのない子どもを感じる (B, F)
			自分たち夫婦に似ている子どもの特徴を捉える (A, D, E)
	看護師や妻に導かれ子どもと関わる		子どもそれぞれの特徴を捉える (E)
			妻に導かれ子どもと関わる (A, C)
			看護師から子どもとの過ごし方や見送り方を教わり実践する (B, C, D, E, F)
	親子としての時間を過ごす		生きて生まれた子どもと同様に接する看護師の対応に子どもとの関わりを後押しされる (B, D, E, F)
			家族の一員として子どもと普段の生活を共にする (B, D, E, F)
			上の子どもと同様に子どもと過ごす (B)
	子どもの愛おしさに惹きつけられる		上の子と同様に子どもと過ごす (B)
		親として子どもにしてあげたいことをする (D, E)	
		子どもは愛おしく一緒にいると不思議と安らぐ (A)	
子どもへの愛情が芽生える		子どもを目の前にすると不思議と悲しみはなくなったただ嬉しく幸せ (D)	
		子どもと一緒にいるときは現実から逃れることができ楽しい (E)	
		子どもと接するうちに愛情が芽生える (C, F)	
子どもの死と 向き合う	子どもの死を感じる	子どもが泣かず子どもの死を実感する (B)	
	生きて生まれた子どもと変わらない姿を捉える		難渋する分娩に子どもの死を感じる (C)
			まるで生きていたかのような子どもの姿を捉える (A, B)
	生きて生まれた子どもとは異なる姿を捉える		生きて生まれる子どもと同様に成長していた (C, E, F)
			生きて生まれた子どもとは異なる姿 (A, B, C)
	子どもに触れることをためらう		生まれてくるには早すぎた (B, E, F)
			子どもを傷つけそうで触れることが怖い (B, E)
	情を移してはいけないと葛藤しながら過ごす		十分頑張った子どもを休ませてあげたいと抱くことを躊躇する (C)
			子どもに情を移してはいけないと思いつつ子どもと過ごす (C)
	子どもを失った現実を突きつけられ苦しむ		他の子どもの泣き声が聞こえ辛い (A, B)
			「可哀想」と言われ現実を見せられた気持ちになり涙が溢れる (F)
			子どもを見て悲しさと申し訳なさでいっぱいになる (B)
	子どもの姿を見て苦しむ		妻に元気な子どもを抱かせてあげられなかったと心が張り裂けそうになる (C)
			姿が変わっていく子どもに申し訳なさを感じる (B)
		姿が変わっていく子どもの姿を悲しむ (F)	
死後の変化が進まないよう工夫して過ごす		子どもの姿が変わってしまわないように長時間一緒に過ごすことを避ける (C, D)	
		子どもの姿が変わってしまわないように工夫して一緒に過ごす (B, E)	
		姿が変わっていく子どもを見て別れなければならないと感じる (E, F)	
変化する姿に別れなければならないと感じる		火葬の何が何より一番辛い (A, C, D)	
		子どもと離れ難い (A, B, D)	
		最後に子どもが頑張る姿を見届けようと必死の思いで見送る (A)	
子どもとの別れを耐え難く思う		何事もなく誕生を心待ちにしていた頃の楽しい記憶が蘇り涙がこみ上げる (E)	
		遺骨だけになった子どもの姿に辛くなる (E)	
		妻や家族が小さな遺骨を必死に探す光景にいたたまれない (F)	
子どもと共に過ごした時間に満足する		子どものためにしてあげられたことに満足する (A, C, F)	
		子どものためにしていたことで自分たちが癒されていた (F)	
		妻にとっても子どもと過ごした時間は大切だった (C, D)	
子どもの存在を感じながら共に生活する		子どもと過ごし子どもとの思い出を残せたことに満足する (A, D, E, F)	
		子どもの存在が感じられるものを側に置き続ける (A, B, C, D, E, F)	
		ぬいぐるみを子どもの代わりにして一緒に過ごす (A, D, E)	
亡くなった子どもの 父親として生きる		子どもの供養を続ける (A, C, D, F)	
		子どもの生まれた日を祝う (A, B, C, D)	
		子どもにプレゼントを買う (C, D)	
子どもを思い続ける		子どもの名前を呼ぶ (C)	
		妻と子どもへの思いや思い出を共有する (D)	
		次子から亡くした子どもの存在を感じる (D)	
一人の子として存在を認められることに喜びを感じる		子どもが写る写真や動画を見て苦しむ (A, B, C, F)	
		その子が存在していたことを認めて欲しい (A)	
		周囲の人が子どもの存在を認め大切に思ってくれることが嬉しい (D)	
子どもを思い続ける		子どもが家族の一員として認められていることが嬉しい (B, C)	
		子どもが生きていればと想像する (B, D, F)	
		亡くなっていても自分の子どもの一人である (B, D)	
子どもを思い続ける		今も変わらず子どもを愛している (E)	
		姿は変わってもいつでも子どもと一緒にいる (E)	
		子どもを忘れることはない (C, D)	
子どもを思い続ける		良い父親であろうと日々過ごすことでその子の父親になっていると実感する (A)	
		子どもがくれた使命だと思いつつ頑張る (A)	
		子どもたちにとって恥ずかしくない自分を心がける (E)	

三子)やF氏はとても小さくて重みのない子どもを感じ、【子どもの重みや感触を捉え(る)】ていた。そして、A氏やD氏、E氏は、自分たち夫婦に似ている子どもの顔や身体の特徴を確認することで自分の子どもであることを実感し、双胎である子どもを死産したE氏は、二人の子どもそれぞれの異なる顔や身体の特徴を見つけており、【子どもの特徴を捉え(る)】ていた。

子どもとの対面から火葬までの時間の中で、「全く予想もしてないことだし、死産で亡くなった子どもってというのはどういう扱いなのかはよくわからない(D)」、「もう(子どもは)人知れず処理されるぐらいに思ってた(F)」というように父親たちは、対面後まもなくは亡くなった子どもにどう接すればいいのかわからない状況にあり、全員が【看護師や妻に導かれ子どもと関わ(る)】っていた。A氏とC氏は、《妻に導かれ子どもと関わ(る)》り始め、A氏は夜通し子どもに何ができるのかを調べた妻の導きにより、子どもを抱き、写真やビデオを残すなどの思い出作りをしながらできる限り子どもと過ごした。C氏は、子どもに愛情を感じてしまうことで妻の悲しみが深くなると心配した義父母の思いを知り、C氏自身も子どもに愛情が湧いてはいけなさと後ろめたさを感じながらも、子どもに会いたいという妻の望みを叶えたいと子どもを何度も妻の元に連れて行くことを繰り返して子どもと過ごす時間を作り、生きているかのように子どもに接する妻にとことん付き合った。また、A氏以外の5名の父親は、看護師からの提案や促しにより、子どもに触れ子どもを抱き、手型・足型、写真などを残すことや沐浴をするなど子どもの世話、子どもの服作り、家に連れて帰り一緒に過ごすことを決定し、《看護師から子どもとの過ごし方や見送り方を教わり実践(する)》していた。さらに、B氏、D氏、F氏は看護師が生きている子どもと同じように声をかけたり、接したりする対応を目にすることで、「死産でもそこまでしてあげてもいいんだ(F)」と《生きて生まれた子と同様に接する看護師の対応に子どもとの関わりを後押しされ(る)》ていた。

【看護師や妻に導かれ子どもと関わ(る)】っていたB氏、D氏、E氏、F氏は、自宅に連れて帰り一緒に過ごす時間の中で、子どもにしてあげたいことをするなどして【親子としての時間を過ご(す)】していた。その過ごし方は、一緒にテレビを見る、一緒にスーパーに行く、一緒に風呂に入る、同じ布団で一緒に寝るなど、《家族の一員として子どもと普段の生活を共に(する)》したり、第二子、第三子を死産で亡くしたB氏は家族でドライブをしたり、亡くなった子どもにも家族共通の文字で始まる名前をつけたりするなど《上の子と同様に子どもと過ごす》ことであった。また、D氏は絵本を読み聞かせ、用意しておい

たベビー服を着せベビーベッドに寝かせ、E氏は自分の生活している街並みや働いている場所を見せ、子どもを親族や友人に披露し一緒に写真を撮り、母乳やミルクを口に含ませるなどして、《親として子どもにしてあげたいことを(する)》していた。

亡くなった子どもと過ごす時間の中で、A氏やD氏、E氏は、《子どもは愛おしく一緒にいると不思議と安らぐ(A)》、《子どもを目の前にすると不思議と悲しみはなくなったただ嬉しく幸せ(D)》、《子どもと一緒にいるときは現実から逃れることができ楽しい(E)》という感情を持ち、子どもと接し子どもと共に過ごすことにより、父親は子どもを亡くした現実から逃れ、悲しみを忘れられるほど【子どもの愛おしさに惹きつけられ(る)】ていた。

また、C氏やF氏は、子どもに触れ子どもと共に過ごすことで、【子どもへの愛情が芽生え(る)】ていた。C氏は、前述の通り、子どもに愛情を感じてしまうことで妻の悲しみが深くなると心配した義父母の思いを知り、子どもと共に過ごすことに後ろめたさを感じながらも、妻の子どもに会いたいという思いを叶える中で、徐々に【子どもへの愛情が芽生え(る)】た。F氏も人工死産が決まり悲しみにくれる妻の力になりたいと子どもを迎える準備と一緒に始め、「その(一緒に過ごしている)時は、動いてないんやけど、もうほんまに我が子やんね。やっぱり喋りかけて触ってたら、最初はね、一つの物みたいなやったけど、やっぱりかわいいなーって(F)」と子どもに接し一緒に過ごす中で徐々に愛情が芽生え、我が子となったと語った。

## (2) 子どもの死と向き合う

父親たちは、子どもとの対面から子どもが火葬されるまでの間に『子どもを知り子どもとつながる』と同時に『子どもの死と向き合(う)』っており、『子どもの死と向き合う』のコアカテゴリーは、【子どもの死を感じる】、【生きて生まれた子どもと変わらない姿を捉える】、【生きて生まれた子どもとは異なる姿を捉える】、【子どもに触れることをためらう】、【情を移してはいけなさと葛藤しながら過ごす】、【子どもを失った現実を突きつけられ苦しむ】、【子どもの姿を見て苦しくなる】、【死後の変化が進まないよう工夫して過ごす】、【変化する姿に別れなければならないことを感じる】、【子どもとの別れを耐え難く思う】の10カテゴリーから成る。

B氏(第二子)、C氏は分娩に立ち会うことで【子どもの死を感じ(る)】ていた。B氏は、妻のお腹がまだ大きなままであることや、病院で妻の出産を待つ間に他の児が生きて生まれてきている状況を目の当たりにし、自分の子どもも大丈夫なのではないかという思いを持ったまま分娩に立ち会ったが、第一子の時とは異なり生まれても泣き声

をあげない子どもを見て亡くなっていることを感じた。C氏は分娩に立ち会い、医師が子どもを娩出させることに難渋している様子を見て子どもはもう亡くなっているのだろうと感じていた。

父親たちは子どもと対面し、【生きて生まれた子どもと変わらない姿を捉える】と同時に【生きて生まれた子どもとは異なる姿を捉え(る)】ていた。A氏、B氏、C氏、E氏、F氏は、子どもを見て子どもに触れて子どもを抱くことにより、【生きて生まれた子どもと変わらない姿を捉え(る)】ていた。正期産や正期産に近い週数で死産となったA氏やB氏(第二子)は、「普通に寝ているような感じ(A)」、「普通に動いてもおかしくないという感じ(B)」と《まるで生きているかのような子どもの姿を捉え(る)》、子どもが亡くなっていることが信じられないという感覚を持っていた。妊娠20週未満の早い週数で死産となったC氏やE氏、F氏は、小さいけれどもちゃんと人の姿に成長している子どもを見て《生きて生まれる子どもと同様に成長していた》と感じ、【生きて生まれた子どもと変わらない姿を捉え(る)】ていた。その一方で、A氏は子どもの唇が紫色であること、B氏やC氏は産声がないことや動かないことなど《生きて生まれた子どもとは異なる姿を捉え(る)》、週数が早く分娩となったB氏(第三子)やE氏、F氏は、子どもがあまりにも小さいことや、性別がはっきりわからないこと、目は線があるだけでまだ開かないなど身体的な構造がまだ完成していないことから子どもは《生まれてくるには早すぎた》と感じており、【生きて生まれた子どもとは異なる姿を捉え(る)】てもいた。そして、生きて生まれた子どもとは異なる姿や状況を目の前にして、B氏、C氏、E氏は、【子どもに触れることをためら(う)】っていた。B氏やE氏は子どものあまりにも小さな身体に対し《子どもを傷つけそうで触れることが怖い》と感じ、難渋する分娩の様子を目の当たりにしたC氏は《十分頑張った子どもを休ませてあげたいと抱くことを躊躇(する)》していた。C氏はさらに、前述の通り、妻の悲しみが増すことを心配した義父母の思いと、子どもに会いたいと願う妻との間で板挟みになり、自分自身も子どもに【情を移してはいけなさと葛藤しながら過(す)】していた。また、病院の中で他の子どもが泣いている声を聞くこと(A、B)や、亡くなった子どもを見た家族から可哀想と言われたこと(F)は、【子どもを失った現実を突きつけられ苦しむ】体験となっていた。さらに、【子どもの姿を見て苦しくなる】父親もいた。B氏は、亡くなっている子どもの姿を目の前にすると《子どもを見て悲しさと申し訳なさでいっぱいにな(る)》り、C氏は《妻に元気な子どもを抱かせてあげられなかったと心が張り裂けそうにな(る)》っていた。そして、子どもの死後の変化を

見ることによりB氏やF氏は、《姿が変わっていく子どもに申し訳なさを感じる(B)》、《姿が変わっていく子どもの姿を悲しむ(F)》という体験もしていた。また、長時間冷蔵庫の外に出しておくことや何度も触れたりすることは良くないという看護師の助言を受け、C氏やD氏は《子どもの姿が変わってしまわないように長時間一緒に過(す)ことを避け(る)》、B氏やE氏は保冷剤を使って子どもの体を冷やすことや暖房を使わないなど、《子どもの姿が変わってしまわないように工夫して一緒に過(す)》し、子どもの【死後の変化が進まないよう工夫して過(す)】していた。そして、E氏、F氏は、【変化する姿に別れなければならないと感じ(る)】ており、妊娠20週未満で死産した子どもと5日以上共に過(す)中で徐々に変化する子どもの姿を目の当たりにし、「それ(子どもの姿が変わっていること)をそのままにするのはやっぱ親のエゴなので、諦められないですけど諦めなくちゃいけない。(E)」と子どもとはずっと一緒にはいられないことを感じていた。

子どもを火葬する瞬間は全ての父親にとって【子どもとの別れを耐え難く思う】体験であり、子どもと対面し、子どもとの時間を過ごしてきた父親にとって《火葬の時が何より一番辛い(A、C、D)》のものであった。A氏は棺を何度も開けてもらい子どもの姿を見てはなかなか離れることができず、B氏は「なんとかならないのか(B)」という思いで火葬に立ち会い、D氏は子どもが炉に入る瞬間を決められず「お願いしますってなかなか言えなかった(D)」と語り、《子どもと離れ難い》とも思っていた。そして、子どもが炉に入る時には《最後に子どもが頑張る姿を見届けようと必死の思いで見送(る)(A)》ってもいた。また、E氏は火葬の間、《何事もなく誕生を心待ちにしていた頃の楽しい記憶が蘇り涙がこみ上げ(る)》、火葬された後には、《遺骨だけになった子どもの姿に辛くな(る)》っていた。さらに、F氏は《妻や家族が小さな遺骨を必死に探す光景にいたたまれない》気持ちになっていた。

### (3) 亡くなった子どもの父親として生きる

『亡くなった子どもの父親として生きる』は、火葬後から本研究面接時までの体験から得られたコアカテゴリーであり、【子どもと共に過ごした時間に満足する】、【子どもの存在を感じながら共に生活する】、【子どもを失った現実に触れ苦しむ】、【一人の子として存在を認められることに喜びを感じる】、【子どもを思い続ける】の5カテゴリーから成る。

父親たちはそれぞれ面接時には死産で子どもを亡くして6ヶ月から5年9ヶ月経過していたが、子どもと共に過ごした体験を肯定的に語り、【子どもと共に過ごした時間に満足(する)】していた。A氏やC氏、F氏は父親として

子どもに何かをしてあげられた、子どもにできる限りのことは全てしてあげられたと《子どものためにしてあげられたことに満足(する)》し、F氏は《子どものためにしていたことで自分たちが癒されていた》と振り返っていた。また、C氏やD氏は妻の悲しみからの回復の過程を側で見ることで《妻にとっても子どもと過ごした時間は大切だった》と感じ、A氏やD氏、E氏、F氏は今手元に子どもを思い出せる写真や手型・足型などの形見の品や子どもとの思い出を残せていることが自分自身にとっても救いになっていると語り、《子どもと過ごし子どもとの思い出を残せたことに満足(する)》していた。

また、父親全員が【子どもの存在を感じながら共に生活(する)】しており、全ての父親が《子どもの存在が感じられるものを側に置き続け(る)》、子どもの写真や手型・足型、へその緒、母子手帳、遺骨などを自宅のリビングなど生活の場に保管していた。また、A氏やD氏、E氏は生まれた時の子どもの身長や体重と同じ大きさのぬいぐるみや子どもの顔によく似たぬいぐるみを側に置き、《ぬいぐるみを子どもの代わりの姿として一緒に過ご(す)》し、一緒に出かけたり、日々そこに子どもがいるかのように話しかけたりしていた。さらに、子どもの仏壇や子どもの遺骨を置くスペースに花やお菓子を供えることを習慣にし《子どもの供養を続け(る)(A, C, D, F)》、子どもの命日でもある日を誕生日として月命日や命日には《子どもの生まれた日を祝(う)(A, B, C, D)》い、旅行に行った時などに《子どもにプレゼントを買(う)(C, D)》い、《子どもの名前を呼(ぶ)(C)》んだり、《妻と子どもへの思いや思い出を共有(する)(D)》しながら日常を過ごしていた。また、死産後に次子が誕生したD氏は、亡くなった子どもにそっくりな次子の育児をしながら亡くなった子どもを思い出し、《次子から亡くした子どもの存在を感じ(る)》ていた。

その一方で、死産後時間が経っても【子どもを失った現実に触れ苦しむ】父親もいた。亡くなった子どもが写る写真や動画は子どもの存在した証として大切に保管されていたが、A氏は「写真は見れるけど、動画は全部を思い出してしまいそうで怖くてまだ見れない(A)」と語り、B氏、C氏、F氏は「思い出したりアルバムを見ると悲しくなり涙が出る(B)」、「3人で撮った写真を見るたびに自分に何ができたんだろうと思う(C)」、「写真はリアルで懐かしいというよりもやはり痛い、ズキッとする感じ(F)」と子どもの写真を目にした時の思いを語り、子どもの写真や動画は子どもを思い出すものであると同時に死産した当時の悲しみや辛さを思い出させるものでもあった。

さらに、死産で子どもを亡くした父親たちは、戸籍には記されない子どもは自分の子として認められず、その存

在も知られていないという社会で生活しており、その中で【一人の子として存在を認められることに喜びを感じ(る)】ていた。A氏は死産であるために戸籍にも残らなかったことが納得できず、子どもの存在を否定されているように感じており、《その子が存在していたことを認めて欲しい》と思っていた。また、D氏は次子の妊娠をきっかけに第一子を死産した病院に通い始め、そこで病院スタッフから亡くなった子どもの名前を呼ばれたことや話ができただけで子どもの存在を覚えていてくれたと《周囲の人が子どもの存在を認め大切に思ってくれることが嬉しい》と感じていた。B氏は第一子が亡くなった第二子、第三子を自分自身の妹・弟として認識しその二人を含む家族の絵を描いてくれることや第四子に亡くなった二人の存在を伝えている姿を見て嬉しく感じ、C氏は両親が実家で子どもの供養を続けていてくれたことを知り、《子どもが家族の一員として認められていることが嬉しい》という体験をしていた。

そして、全ての父親は、【子どもを思い続け(る)】ており、生活のふとした瞬間に《子どもが生きていればと想像する(B, D, F)》ことや《亡くなっても自分の子ども一人である(B, D)》と感じていること、《今も変わらず子どもを愛している(E)》、《姿は変わってもいつでも子どもと一緒にいる(E)》、《子どもを忘れることはない(C, D)》という思いを持って生活していた。また、A氏は《良い父親であろうと日々過ごすことでその子の父親になっていると実感する》と子どもが亡くなった後の生活の中で自分自身が父親になっている実感を持ち、《子どもがくれた使命だと思い頑張る(A)》、《子どもたちにとって恥ずかしくない自分を心がける(E)》というように、死産で亡くなった子どもを思い続けその子のために日々を過ごしていた。

#### IV. 考 察

##### 1. 死産により亡くした子どもに会い共に過ごす父親の体験の意味

妊娠が母親の身体の中で起こるといふ身体的な理由から、男性にとって子どもの存在が完全に現実的に捉えられるのは子どもとの対面後であり、自分や家族との類似点を見つけ自分の子どもであるという実感が増し、自宅に迎え共に過ごし子どもの世話を通して徐々に父親としてのアイデンティティは形成されると言われている(Jordan, 1990)。本研究の中で導き出された『子どもを知り子どもとつながる』という父親の体験において、父親たちは子どもと対面することでその存在を確認し、自分たちに似ている特徴を捉えることで自分の子どもである実感が増し、子

子どもと関わりながら子どもへの愛情が芽生える体験や子どもの愛おしさに惹きつけられる体験をしており、それは火葬後の『亡くなった子どもの父親として生きる』という体験につながっていた。また、Worth (1997) は、死産した子どもに会うことや抱くことは父親にただの子どもではなく自分の子どもであることを認識させるが、子どもに一度も会わなかった父親だけは自分を父親として認識することに難しさを感じていたと報告していることから、子どもに会うことや共に過ごす体験は、死産であったとしても父親が子どもを実在として捉え、その子どもの父親としてのアイデンティティを形成する一助になると言える。さらに、死産した子どもと一緒にいる時には愛おしさや安らぎ、幸福感、楽しさを感じ、子どもを亡くした現実から逃れ悲しみを忘れられるほど【子どもの愛おしさに惹きつけられる】体験をしている父親がいた。Greenberg (1985/1994, pp.43-44) は、生まれたばかりの子どもと関わる中で父親が感じる喜びや魅惑、幸福感を「engrossment (のめり込み)」と表現し、父親は自分では制御できない力によって生まれたばかりの我が子に引き寄せられ、釘を打たれたような状態になると述べている。本研究の父親が子どもと過ごす中で体験した愛おしさや安らぎ、幸福感という感情は「engrossment (のめり込み)」の現象と類似しており、死産であったとしても父親にとって子どもと過ごす時間は、悲しみから逃れ心が安らぎ癒しを感じる時間にもなり得ることが示唆された。

一方で、亡くなった子どもと対面し共に過ごすことは父親にとって『子どもの死と向き合う』体験でもあり、父親は様々な場面で子どもの死と対峙していた。これまでも、死産を経験した母親や父親は亡くなった子どもに会うことで子どもが生きてはいないという現実を理解していくことが報告されている (能町・村井, 2017; Ryninks, et al., 2014; Worth, 1997)。さらに、能町・村井 (2017, p.104) は死産した母親は子どもの死後の身体的変化を見て子どもが亡くなっていることを確認し子どもを側に置くことを諦め、別れの儀式に関わることで子どもの死を受け入れ始めていたと述べている。本研究においても子どもが泣かないことや動かないこと、生まれてくるには早すぎたと感じる子どもの姿を目の当たりにし【生きて生まれた子どもとは異なる姿を捉える】ことにより、父親たちはその子が生きていないことを理解していた。そして、子どもの死後変化を確認することは子どもを側に置き続けることへの諦めをもたらし、【変化する姿に別れなければならないことを感じ(る)】させ、火葬の場に立ち会った全ての父親が【子どもとの別れを耐え難く思う】体験をしていた。これらのことから、本研究の父親たちが死産で亡くなった子どもと対面し共に過ごすことで『子どもの死と向き合う』体験

は、我が子の死と我が子との別れを実感させ、それを受容することにつながるものであったと言える。すなわち、死産で子どもを亡くした父親は、子どもと会い子どもと過ごす時間を通して、子どもの死という現実と向き合い子どもの死を受容していくとともに、その子どもを実在として捉え、その子の父親としてのアイデンティティを形成する過程を経て、『亡くなった子どもの父親として生きる』のであり、死産した子どもと出会い別れるまでには、複雑で激しく動く心の様相を呈する。

『亡くなった子どもの父親として生きる』という体験は、死産で子どもを亡くした父親たちが、子どもと過ごした時間を肯定的に捉え、火葬により子どもの実在がなくなった後も、日々子どもの存在を感じ子どもを思いながら生活し、その子の父親であり続けていることを示している。竹内 (2004, p.112) は、“記憶”としてそこに戻りきっかけや場所、思い出、写真・足型などの手がかりがあることは、その後の人生を新たに歩んでいく上でとても大切であり、死産で亡くなった子どもとしっかり向き合うことができなければそれが後々まで尾をひく可能性があることを指摘している。さらにNeimeyer (2002/2006, p.78) は死別体験者が亡くなった人の存在を感じ続けて生活することは自然な形の悲嘆反応であり、愛する人の思い出を遠ざけるのではなく大切にすることや、故人との関係を目に見える身体的な存在から目に見えない“象徴的な絆”に移行させることが悲嘆過程を歩む上で必要であると述べている。死産は子どもとの出会いと別れが同時に訪れる特殊な死別体験であり、亡くなった子どもとの思い出や遺品を残す時間は限られているが、本研究の父親たちは、子どもに会い共に過ごすことにより、子どもの確かな印象や感触、子どもとの思い出を記憶に残し、手型・足型や写真などの子どもの実在した証を残すことができていた。そしてそれらはいつでも子どもと過ごした時間に立ち返り、思い出すことができるきっかけを作っていた。子どもの遺品や子どもとの思い出は、実在がなくなってからもその子どもとの新たな絆を形成し維持する手がかりとなるため、父親の悲嘆過程を進める上で重要であると言える。一方で、本研究参加者の父親の中には、子どもの姿が映った写真や動画を通して死産した当時の悲しみや辛さを思い出し【子どもを失った現実に触れ苦しむ】体験をする父親もいた。死産した子どもの姿やその時の情景に直面させる写真や動画などは、子どもや子どもとの思い出だけではなく、一時的ではあるが死産時の悲しみや辛さなどの心情を思い返すきっかけとなる可能性があることも示唆される。それゆえ、子どもの姿を写した写真や動画などが与える影響は父親それぞれに異なると考えられるため、それらの保管場所や取り扱いの方法には留意が必要であると言える。

## 2. 死産により子どもを亡くした父親への看護のあり方

本研究において、子どもに初めて会った時の衝撃や困惑を述べた父親はいなかった。しかし、McCreight (2004, p.345) の研究によると、父親たちはしばしば何の準備もなく突然に亡くなった子どもを手渡され、手にした子どもをどう扱っていいのか困惑したり、傷ついた子どもの姿に衝撃を受けたりすると述べている。本研究の父親は、分娩に立ち会いその場で自然な形で子どもと対面していたり、ベビー服を着るなどした状態の子どもと会っており、McCreight (2004) の報告にある父親とは異なる状況にあった可能性はある。死産した子どもとの対面の前には、両親の準備性や希望を把握し、両親が衝撃を受けないような配慮を行った上で子どもと会う場を提供する必要がある。さらに、本研究の父親たちは、死産で亡くなった子どもとどう接すれば良いのかわからない状況の中で、妻や看護師の導きにより子どもとの関わりを始め、子どもと過ごす時間を通して子どもにしてあげたいことをしようという能動的な親としての関わりを行うようになっていた。蛭田 (2009, pp.68-69) は、死産した母親は子どもと一緒に過ごす時間を得たとしても子どもはあくまでも“死んだ子ども”として目の前に存在し母親として子どもに何ができるかわからず戸惑うことを報告し、面会を設定するだけでなく母親として子どもにできることを提案することに大きな意義があると述べている。本研究の父親たちは、看護師から生きている子どもの父親同様に子どもとの接し方を教えられ、生きている子どもと同様に接している看護師の対応を見ることで、“死んだ子ども”ではなく、生きて生まれた子どもの父親として子どもに関われば良いと感じることができたと考えられる。看護者は、子どもと面会する場を設定するだけでなく、子どもとの関わり方を具体的に提案するとともに、生きている子どもと同様に尊厳ある大切な存在として子どもに接し関わることで、父親が自然と子どもに向き合い関わることでできる雰囲気を作り出すことも重要である。

また、C氏は死産した子どもに会うことで子どもに情が湧き悲しみがより深くなることを心配した家族の思いが影響し、子どもに会うことや関わることに後ろめたさを感じ、子どもに愛情を持つてはいけなさと葛藤を抱えながら子どもと過ごしていた。欧米において死産児と両親の対面を支援するケアが推奨され始めた1970年代後半まで、母親の悲嘆は亡くなった子どもに会わなければ防ぐことができるという考えから、死産児や亡くなっていく子どもは母親から遠ざけられていた (Koopmans, Wilson, Cacciatore, & Flenady, 2013)。日本においては、死産児と両親の対面を支援する歴史はそれよりも浅く、C氏の義父母も我が子である母親を心配する思いから亡くなった子どもを母親から

遠ざけようとしていたと考えられる。C氏のように、子どもを亡くした両親を思う家族や周囲の気持ちが子どもと会うという選択や過ごし方に影響を与えることがあるため、看護者は子どもと会うことや一緒に過ごすことに対する両親の望みや捉え方を確認し、周囲の考えやその影響も把握した上で、望むだけの時間を確保し納得できる過ごし方ができるよう調整する役割も担う必要がある。

加えて、子どもに会い共に過ごす中で残した子どものイメージや感触などの記憶や、写真や手型・足型などの証は、子どもの存在を感じ続けるための手がかりとなり、火葬後も父親の悲嘆過程を支えていた。蛭田 (2009, pp.64-70) は、死産を経験した母親にとって、出会った時に既に死者であるということが子どもの写真や思い出の品を残す行動を躊躇させ、それらが必要であると思った時には子どもの実態は既に存在せず後悔する母親がいることを報告している。看護者は、死産した両親の記憶に残る思い出を作ることや写真などの子どもが存在した証となる品を残すことの必要性を理解し、両親が子どもと過ごすことのできる短い時間の中でそれらを残せるよう支援することも重要である。また、前述の通り、子どもの映った写真や動画など子どもの姿や死産時の情景に直面させる遺品を目にすることで一時的にその当時の悲しみや辛さを思い出し苦しむ父親も存在する。そのため、写真などの実在した証を残すことの重要性とともに一時的に悲しみの感情を思い起こす父親がいること、保管方法や写真などに触れるタイミングには留意が必要であることも認識しておく必要がある。

## 3. 本研究の限界と課題

本研究は、死産で子どもを亡くし子どもと会い共に過ごす体験をし、自ら語る意思を持って語ることでできた6名の父親からのデータに基づくものである。今後、死産した子どもに会わない選択をした父親など状況の異なる父親の体験も含み、父親が死産した子どもに会い共に過ごす意味を検討していく必要がある。

## 結 語

死産で子どもを亡くした父親はその子どもに会い共に過ごすことにより、『子どもを知り子どもとつながる』体験と同時に『子どもの死と向き合(う)』っており、子どもが火葬されその実在が失われてからも『亡くなった子どもの父親として生き(る)』ていた。本研究結果より、死産で子どもを亡くした父親がその子どもに会い共に過ごす体験は、その子どもの父親であるというアイデンティティ形成と子どもの死や子どもとの別れの受容を支える意味を持ち、子どもと会い共に過ごした記憶や思い出の品は、死産

後時間が経過してからも父親が亡くなった子どもの存在を感じる手がかりになることが示唆された。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり、快くご協力いただきお子様との思い出やお子様への思いを丁寧に語っていただきました6名のお父様をはじめ、自助グループの代表者様、関係者

の皆様へ心よりお礼申し上げます。また、本研究の全過程においてご指導下さいました兵庫県立大学の工藤美子教授に感謝いたします。なお、本研究は2017年度兵庫県立大学修士論文の一部に加筆修正したものである。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 要 旨

本研究の目的は、父親が死産により亡くした子どもと会い共に過ごすことがどのような体験であるのかを明らかにすることである。死産を経験した6名の父親に半構成面接を行い、得られたデータを質的に分析した。その結果、父親が死産により亡くした子どもと会い共に過ごす体験は、66のサブカテゴリー、23のカテゴリーから成り、『子どもを知り子どもとつながる』、『子どもの死と向き合う』、『亡くなった子どもの父親として生きる』の3コアカテゴリーで構成された。父親は、死産した子どもに会い共に過ごすことで、父親としてのアイデンティティ形成が促されると同時に子どもの死や子どもとの別れの受容が促され、子どもと過ごした記憶や思い出の品は子どもの実在が失われた後も子どもを感じる手がかりとなり父親の支えになることが示唆された。父親に限られた時間の中で子どもと関わり子どもとの思い出や遺品を残せるよう支援することが重要である。

## Abstract

In this study, we aimed to clarify fathers' experiences when they encounter their stillborn babies. Semi-structured interviews were conducted with six fathers who experienced the loss of their babies due to stillbirth, and the data thus obtained were qualitatively analyzed. The experiences of fathers encountering their stillborn babies could be classified into 23 categories and 66 subcategories, with three core categories as follows: knowing and connecting with one's child, facing the death of one's child, and living as fathers of children who had died. Encountering their stillborn babies encouraged fathers to develop their identity as fathers and simultaneously accept their child's death and parting with their child. Furthermore, memories and material reminders of the child provided fathers with indications of the presence of the child, even after the loss of their child and provided support to the father. Thus, it is important for the medical staff to support fathers to spend time with their babies and to retain memories of the limited time spent together.

## 文 献

- Cacciatore, J., Rådestad, I., Frøen, J.F. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*, 35(4), 313-320.
- Greenberg, M. (1985) / 竹内 徹 訳 (1994). 父親の誕生. (pp.43-44). 大阪: メディカ出版.
- 蛭田明子 (2009). 死産を体験した母親の悲嘆過程における亡くなった子どもの存在. *日本助産学会誌*, 23(1), 59-71.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., Evans, C.D.H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet*, 360(9327), 114-118.
- Jordan, P.L. (1990). Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. *Nursing Research*, 39(1), 11-16.
- Kingdon, C., Givens, J.L., O'Donnell, E., Turner, M. (2015). Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *Birth*, 42(3), 206-218.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H. (1982) / 竹内 徹, 柏木哲夫, 横尾京子 訳 (1985). 親と子のきずな. (pp.415-417). 東京: 医学書院.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 6. Art.No.:CD000452. doi: 10.1002/14651858.CD000452.pub3. (accessed 2017-3-18)
- Lewis, E. (1976). The management of stillbirth: coping with an unreality. *Lancet*, 2(7986), 619-620.
- Lewis, E. (1979). Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Archives of Disease in Childhood*, 54(4), 303-306.
- McCreight, B.S. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 326-350.
- Morris, D. (1976). Parental reactions to perinatal death. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 69(11), 837-838.
- Neimeyer, R.A. (2002) / 鈴木剛子 訳 (2006). 〈大切なもの〉を失ったあなたに: 喪失をのりこえるガイド. (pp.67-82). 東京: 春秋社.
- 能町しのぶ, 村井文江 (2017). 死産した母親が亡くなった子どもと関わることで生じる体験. *臨床死生学*, 22(1), 98-107.
- 大井けい子 (2001). 胎児または早期新生児と死別した母親の悲哀過程: 死別に関する母親の行動 (第2報). *母性衛生*, 42(2), 303-315.
- 岡永真由美 (2005). 流産・死産・新生児死亡にかかわる助産師によるケアの現状. *日本助産学会誌*, 19(2), 49-58.
- 太田尚子 (2006). 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見

- たケア・ニーズ. *日本助産学会誌*, 20(1), 16-25.
- Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G., Sjögren, B. (1996). Stillbirth is no longer managed as a nonevent: A nationwide study in Sweden. *Birth*, 23(4), 209-215.
- Rådestad, I., Surkan, P.J., Steineck, G., Cnattingius, S., Onelöv, E., Dickman, P.W. (2009). Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*, 25(4), 422-429.
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14: 203. doi: 10.1186/1471-2393-14-203 (accessed 2017-4-13)
- Samuelsson, M., Rådestad, I., Segesten, K. (2001). A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*, 28(2), 124-130.
- Stinson, K.M., Lasker, J.N., Lohmann, J., Toedter, L.J. (1992). Parents' grief following pregnancy loss: A comparison of mothers and fathers. *Family Relations*, 41, 218-223.
- 竹内正人 (2004). 第6章 医療現場での取り組み. 竹内正人 (編), *赤ちゃんの死を前にして: 流産・死産・新生児死亡への関わり方とところのケア* (pp.112). 東京: 中央法規出版.
- Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S., White, S. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *British journal of psychiatry*, 188, 165-172.
- Worth, N.J. (1997). Becoming a Father to a Stillborn Child. *Clinical Nursing Research*, 6(1), 71-89.

[2019年11月7日受 付]  
[2020年4月30日採用決定]



## 医療事故の当事者となった医療従事者のサポートに関する文献レビュー

## A Review of the Literature Concerning Support for Healthcare Professionals Involved in Medical Errors

友岡 史沙<sup>1)</sup> 前田 ひとみ<sup>2)</sup>  
Misa Tomooka Hitomi Maeda

キーワード：医療事故，サポート，医療従事者，当事者

Key Words：medical error, support, healthcare professionals, second victim

## 緒 言

日本国内において、医療安全が注目されるようになった契機として、1999年と2000年に相次いだ重大な医療事故が挙げられる。厚生労働省は2001年を「医療安全推進年」とし、医療安全対策整備への取り組みを始めた（厚生労働省、2012）。時を同じくし、欧米でも1999年に米国医学研究所（Institute of Medicine: IOM）から、全米では年間約4万4千人～9万8千人が医療におけるエラーによって死亡していることが報告され（Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999）、医療安全への機運が高まった。

Wuは医療事故の当事者となった医師らのその後の変化について調査を行った結果、当事者となった医療従事者もまた医療事故によって傷を負った‘second victim（第二の被害者）’であると定義した（2000）。その後、欧米を中心としてsecond victim現象やそのサポートに関する研究が増加した。医療事故に関わった医療従事者（以下、当事者）の調査から、当事者は、医療事故に対する罪悪感や精神的苦悩を抱き（Wu, Folkman, McPhee & Lo, 1991；Venus, Galam, Aubert & Nougairède, 2012；Harrison et al., 2015；深野・七井・芳賀, 2008；戸田, 2014）、抑うつ（Wu & Steckelberg, 2012；Schwappach & Boluarte, 2009）や睡眠障害を体験し（Venus et al., 2012；Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser & Levinson, 2003）、時にはPost Traumatic Stress Disorder（PTSD）のような症状を来し（Wu & Steckelberg, 2012）、結果として離職を考え始める（Scott et al., 2009；奥田, 2006）ことが報告されている。このように国内外を問わず第二の被害者と捉えるに足る当事者の現状がある。しかし、日本における研究の多くは、医療事故の現状、要因分析、防止のためのシステムや教育、取り組みに関するものであり、当事者となった医療従事者や当事者サポート

に関する研究は少ない。当事者が第二の被害者とならないためのサポートの在り方を見出していくためには、サポートが医療事故後の当事者にもたらす効果や当事者に対するサポートの実態を明らかにする必要がある。

## I. 目 的

本研究の目的は、国内外の文献から当事者サポートの実態を明らかにすることで、日本において当事者が第二の被害者とならないためのサポート体制への示唆を得ることである。

## II. 研究方法

## 1. 用語の定義

## (1) 医療事故

医療事故とは、「医療や看護を提供する過程で生じた医療過誤を含み、患者に全く影響が無かったヒヤリ・ハットから影響のあったインシデント、アクシデント、患者の転倒・転落等を含む」と定義する。

## (2) second victim（第二の被害者）

second victimとは予期せぬ患者の有害事象や、医療事故、患者の関連する負傷に関わり、その出来事によってトラウマを感じ、苦しんでいる医療従事者のことである。しばしばsecond victimは予期せぬ患者の結果に対し個人的に責任を感じ、まるで患者を裏切ったように感じて自分の臨床実践能力や知識を疑うことがある。（Scott et al., 2010）

## (3) 当事者

当事者とは、過失の有無や過失の大小を問わず医療事故に関わったすべての医療従事者を指す。

1) 熊本大学大学院保健学教育部博士後期課程 Doctoral Program in Nursing, Graduate School of Health Sciences, Kumamoto University  
熊本赤十字病院 Japanese Red Cross Kumamoto Hospital  
2) 熊本大学大学院生命科学部看護学講座 Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University

## 2. 文献の抽出

分析対象とした海外文献はCINAHL, MEDLINE, PubMedを用い、検索年は指定せず「(second victim OR medical error) AND support」の検索式にてヒットした51件の文献から、主に当事者のサポートについて論じている文献26件を抽出した。日本語文献は、医学中央雑誌Web版を用いて、検索年は指定せず「second victim」を検索したところ原著論文の検索結果が0件であったため、日本では用語の浸透が無いものと考えられた。そこで、「医療事故 AND (サポートOR対応)」の検索式を用いてヒットした267件の原著論文から、患者や家族のサポートを対象としたものを除き、医療従事者である当事者のサポートについて論じている文献16件を抽出した。

## 3. 分析の視点

当事者サポートの実態から効果的なサポートを抽出するために、「1. 医療事故後の当事者への影響にサポートが与える効果」「2. 当事者の求めるサポート内容・提供者」「3. 国内外の組織的な当事者サポート体制の現状」の3つの視点で分析を行った。

## Ⅲ. 結 果

対象とした文献のうち、論文の概要、主なサポート希求先と実際の提供者、サポートの実態・効果についてを表1-1, 1-2にまとめた。

海外文献では当事者に医師を含む文献が26件中17件と多かったが、日本語文献は16件中1件のみで、看護師を対象とした文献が多かった。

### 1. 医療事故後の当事者への影響にサポートが与える効果

当事者にとって、サポートを受けることは医療事故から受ける衝撃や混乱を軽減する効果 (Arndt, 1994; Van Gerven et al., 2016b; Harrison et al., 2015) に加え、ミスからの学びを促し (林・鈴木・横手・森本, 2012), より注意を払うようになる, アドバイスを求めるようになる等のポジティブな変化である建設的行動変容へ繋がる効果がある (Wu et al., 1991; Meurier, Vincent & Parmar, 1997, 上脇・丹羽, 2011)。Plews-Oganほか (2016, p.239) は、医療事故を経験した医師らが仲間のサポートを受けたことで、ポジティブな成長を遂げたプロセスを示し、医療事故の場面においても「外傷後成長 Posttraumatic growth (PTG)」の概念が適用できると述べている。このような建設的行動変容に繋がる効果のあるサポートとしては、批判せず個人の責任の受け止めを促す、医療事故についてのディスカッション、先輩同職者の支持的な対応が示されて

いた (Wu et al., 1991; Meurier et al., 1997)。

一方で、当事者は医療事故と似た状況を避けたり、ミスを秘めるようになる、離職意向といったネガティブな変化である防衛的行動変容を示すことがある (Wu et al., 1991; Meurier et al., 1997; 鈴木・宮下・数間, 2004; 上脇・丹羽, 2011)。当事者がサポートを受けられず悲嘆が生じる場合や (Van Gerven et al., 2016a, p.8), 周囲からの非難や叱責、噂話などの非支持的な対応によって医療事故そのものから受けているダメージに加え、対応がもたらす二次的な苦悩を体験することも報告されていた (奥田, 2006; Wu & Steckelberg, 2012; Venus et al., 2012; Scott et al., 2009; Ullström, Andreen Sachs, Hansson, Ovreteit & Brommels, 2014; 福田, 2009; 児玉ほか, 2012)。

また、組織の文化や風土が当事者サポートに与える影響性の大きさについて述べた論文が4件あった。支持的で尊敬し合う文化 (Van Gerven et al., 2016b) や、医療事故後に建設的なフィードバックを行い、相互批評を大切にす文化 (Aasland & Førde, 2005) は医療事故の衝撃を緩和すること、伝統自由・組織活発型の組織風土は当事者の建設的行動変容に関連があること (上脇・丹羽, 2011), ミスに対して非懲罰的な文化の下では、事後のサポートの効果がより高まることが報告されていた (Quillivan, Burlison, Browne, Scott & Hoffman, 2016)。反対に、責める文化の下では、当事者の医療事故による衝撃は増加する上、医療事故が噂や非難の対象となり、医療事故の報告や支援の要請を阻んでいることが報告されていた (Van Gerven et al., 2016b)。

### 2. 当事者の求めるサポート内容・提供者について

医療事故の深刻度と当事者の心理的ダメージの関連は低く (Wolf, Serembus, Smetzer, Cohen, H. & Cohen, M., 2000; 林・鈴木・山本・横手, 2010; Van Gerven et al., 2016a), 患者に影響が無いニアミスの場合でも当事者はsecond victimとなりうる (Burlison, Scott, Browne, Thompson & Hoffman, 2014) ことから、すべての当事者にサポートが必要であることが示されていた。医療事故後に当事者は、同僚や仲間、上司、家族や友人などの様々な対象にサポートを求めたり、受けたりしていることが明らかとなった (Ullström et al., 2014; McCready & Russell, 2009)。しかし家族や友人が医学的な背景を持ち合わせていない場合は、知識を有しないため理解が得られずサポートとなりにくいことや (Van Gerven et al., 2016a) 医療に関する見地から理解してくれる者のサポートが有用であることが述べられていた (Plews-Ogan et al., 2016)。当事者が望み、また実際に受けたサポートの中で多かったものは、同僚や先輩医師・看護師らのインフォーマルなサポートであった (Harrison et al.,

表 1 - 1 医療事故の当事者サポートに関する論文の概要

著者 (年)	調査国	研究方法	研究対象	主なサポート希求先・提供者 ----- 主なサポート内容	サポートの実態・効果
Wu, A.W. 他 (1991)	米	量的研究	医師254名		責任を受け止めることを支援したり、ディスカッションを促すサポートが医師のミス後の建設的な行動変容に有用であった。
Arndt, M. (1994)	独 スコットラ ンド	質的研究	看護師12名 看護師12名 看護師 6名	似た状況を体験した同僚 ----- 体験を共有すること	看護師が医療事故が発生した現実を受け止め、向き合うことが個人的成長のために重要だった。医療事故の衝撃は、同僚のサポートによって、緩和されていた。
Meurier, C.E. 他 (1997)	英	量的研究	看護師175名		先輩看護師の反応が支持的である場合ミスをした看護師の防衛的变化は減っていた。ミスの責任を受け止めることができるようなサポートが必要である。
山内桂子他 (1999)	日本	質的研究	看護師60名	----- 道具的サポート/情緒的サポート	道具的サポートは求められていたが、情緒的サポートについては、受けた人もいれば、受けたくない人もいた。
Wolf, Z.R. 他 (2000)	米	量的研究	医師・看護師を含む 医療者402名	友人/家族/同僚 -----	管理者や医師よりも友人、家族、職場の同僚が最もサポートを提供していた。
Gallagher, T.H. 他 (2003)	米	質的研究	患者52名 医師46名	信頼できる同僚/重要な他者 ----- ミスについて話すこと/ カンファレンスで話し合う	多くの医師が重要な他者や信頼できる同僚とミスについて話し合うことで慰めを得ており、カウンセラーや心理士の介入を求めたと報告したものはなかった。
山内桂子他 (2004)	日本	質的研究	看護師 6名 看護師長 4名	----- 情報共有	事故関与者や師長には話を聞いてもらう相手が少なかった。事故についての情報共有がサポート提供の重要な要因である。
鈴木琴江他 (2004)	日本	量的研究	看護師1,659名		ミス後に安全な看護行為への努力が促されるためには、当事者に対し病院管理者が支持的であり、引責態度を強化するだけでなく当事者の反応に配慮した慎重な対応が求められる。
Aasland, O.G. 他 (2005)	ノルウェー	量的研究	医師1,318名	同僚 ----- ディスカッション/互いに批評し合う	当事者は、医療事故後に倫理的・専門的な内容について同僚とディスカッションしたり、批評を受けることは冷酷な対応ではなく、同僚からのサポートとして受け止めていた。
West, C.P. 他 (2006)	米	量的研究	研修医219名		縦断的調査の結果、精神的苦悩が高い医師では、以後のミスの発生率が高かった。有効な事故後のサポート・メカニズムの解明が望まれる。
奥田清子 (2006)	日本	質的研究	看護師 5名		インシデントレベルのような患者の生命にはほとんど影響がない場合であっても、当事者は恐怖心や自己への無力感、孤立感などを感じていた。インシデントレベルでの適切な対応やサポートがその後の事故防止や自身の成長に繋がる可能性が示唆された。
Van Pelt, F. (2008)	米	量的研究	手術室スタッフ78名	----- インフォーマルな情緒的サポート	当事者の中で、フォーマルなサポートを使用したのは10%であった。ピアサポートサービスでは、当事者に安心して話すことができる場を保証し、フォーマルなサポートへの偏見を避けることで、精神的サポートを可能にしている。
McCready, S. 他 (2009)	英	量的研究	産科麻酔科医1,104名	同僚/配偶者/組織 ----- インフォーマルなサポート	妊産婦の死亡等に関わった医師の60%がサポートの提供を受けておらず、利用可能なサポートについて情報提供を受けたものは5%であった。
Scott, S.D. 他 (2009)	米	質的研究	医師・看護師を含む セカンド・ビクティ ム31名	同僚や指導者/友人/家族 ----- 情緒的サポート	セカンド・ビクティムはその衝撃からの回復過程において、信頼関係のある同僚や、指導者、友人や家族といった個人から情緒的サポートを求めている。
山本君子他 (2009)	日本	量的研究	看護師800名		当事者が上司に望むサポートは、医療事故を起こしたとき優先的にどのような対応が必要なのかを適切に、具体的にアドバイスしてもらうことだった。
Scott, S.D. 他 (2010)	米	量的研究 質的研究	医師・看護師を含む 5,300名 の医療者	同僚/仲間/上司/家族 ----- 1対1の安心させる行為/ 事故の振り返り	セカンド・ビクティムの60%が部署レベルの応急処置的なサポートで、十分なサポートを入手でき、さらに教育を受けたピアサポーターによるサポートで残りの30%が十分なサポートを入手できる。
林千加子他 (2010)	日本	質問紙調 査	看護師1,051名		医療事故による心理的ダメージは年齢、経験年数、事故概要に関連が無いことから、事故当事者の個人特性、事故レベルにかかわらず、すべての人にサポートが必要。
Edrees, H.H. 他 (2011)	米	量的研究	医師・看護師を含む 医療者350名	仲間や同僚 ----- 迅速な報告会・ ディスカッションの機会	殆どの対象者が医療事故後に同僚や仲間からサポートを受けていたが、組織や心理士、精神科医からのサポートを受けたものはごく少数だった。
上脇優子他 (2011)	日本	量的研究	看護師238名		看護師長による評価的サポートによる当事者へのポジティブな評価が建設的な変容へ有用である。
Pratt, S. 他 (2012)	米	量的研究			それぞれが詳しいステップや参考資料、参考例含む10のモジュールから成るツールキットを開発した。このツールキットは医療事故による精神的ダメージに苦しむ医療者を支援するサポートプログラム設立に役立てることが出来る。
Venus.E. 他 (2012)	仏	質的研究 量的研究	研修医392名 研修医10名	現場の仲間 ----- ミスについてのオープンな ディスカッション	研修医はミスの再発予防の為に、公なトレーニングよりもグループディスカッションで仲間と経験を共有することを望んでいた。
児玉由美子他 (2012)	日本	質的研究	医師・看護師を含む 医療者45名		メンタルサポート体制の活用は少なく、インフォーマルな場で対応されていた。業務調整、周囲の人の励ましや傾聴により、事故と向き合い乗り越える契機になっていた。
瀬川玲子他 (2012)	日本	量的研究	看護職1,375名	先輩看護師/同僚 -----	事故を経験した当事者には看護師長よりも先輩や同僚が多く対応しており、医療安全管理者や看護師長のみでなくスタッフレベルの看護師も支援者として考慮すべきである。
林千加子他 (2012)	日本	量的研究	看護職6,460名	職場の先輩/同僚 ----- 原因追究/問題点指摘/励まし/傾聴	医療事故後のサポートは心理的ダメージ軽減ばかりでなく安全学習にも寄与する可能性があることが示唆された。

表 1 - 2 医療事故の当事者サポートに関する論文の概要

著者 (年)	調査国	研究方法	研究対象	主なサポート希求先・提供者	サポートの実態・効果
				主なサポート内容	
Ullström, S. 他 (2014)	スウェーデン	質的研究	医師・看護師を含む医療者21名	同僚/家族 傾聴/共感	組織的なサポートが欠落しており、インフォーマルなサポートを受けていた。当事者のニーズには、情緒的サポートに加え、事故を理解し、そこから学習したいというニーズがあった。
林千加子他 (2013)	日本	量的研究	看護職者6,460名		事故当時にPTSDハイリスク状態にあり、調査時点で心理的ダメージが改善していた群では、安全学習得点が高く、その理由として事故直後の衝撃の大きさから事故の振り返りや周囲のサポートによる学習への転化によると考えられた。
Burlison, J.D. 他 (2014)	米	量的研究	医師・看護師を含む医療者983名	尊敬できる同僚 事故の詳細を話し合う	組織がセカンド・ビクティムをサポートするためのプログラムを作成するためには、組織の現状についての正確な情報が必要である。その組織におけるセカンド・ビクティム体験や組織に備わるサポート資源の程度を測定するための尺度としてSVESTを開発し信頼性と妥当性を確認した。
Harrison, R. 他 (2015)	英・米	量的研究	医師・看護師265名	信頼できる同僚 同僚による組織的サポート	同僚とコンタクトをとり、エラーについてディスカッションした者では、事故後の気持ちの混乱が少なかった。組織からのフォーマルサポートよりも、信頼できる同僚からのサポートが好まれた。
戸田知恵子 (2014)	日本	質的研究	看護師 3 名		効果的サポートのためには、信頼関係の構築と当事者が安心して話すことが出来る環境作りが重要である。
Plews-Ogan, M. 他 (2016)	米	質的研究	深刻なミスを経験した医師61名	支持的な同僚 ミスについてオープンに話し合う/ 体験の共有	抑圧的な反応を避けるためには仲間や患者やその家族とオープンにミスを話し合うことが重要。気持ちを受け止めてくれる支持的な同僚が医師のコーピングを助けていた。
Quillivan, R.R. 他 (2016)	米	量的研究	看護師358名		医療事故に対し、非懲罰的な文化の下では、当事者の精神的、身体的、職業的苦悩が有意に低減され、事後のサポートの効果が高まっていた。
Van Gerven, E. 他 (2016)	ベルギー	質的研究	看護師を含む医療者 31名	同僚/指導者 「ただ話すことが出来る」という インフォーマルサポート	家族や友人にサポートを求めるが医学的な背景の無い人からのサポートは望まれなかった。医療事故後に心理的応処置となる情緒的サポートを受けられなかった場合は、悲嘆が増加していた。
Van Gerven, E. 他 (2016)	ベルギー	量的研究	医師・看護師を含む医療者913名		インシデントの衝撃度は、受けたサポート、支持的な文化が存在した場合に低減した。責める文化の下では、衝撃が増加していた。
水嶋真帆他 (2016)	日本	質的研究	看護師 3 名	情緒的/道具的/評価的サポート	インシデントを経験した当事者の感情は時間とともに変化し、その経時的な変化に対応したソーシャルサポートの必要性が示唆された。

2015 ; Gallagher et al., 2003 ; Schwappach & Boluarte, 2009 ; Wolf et al., 2000 ; Sirriyeh, Lawton, Gardner & Armitage, 2010 ; Edrees, Paine, Feroli & Wu, 2011 ; Scott et al., 2010 ; Ullström et al., 2014 ; Burlison et al., 2017 ; McCready & Russell, 2009 ; 林ほか, 2012 ; 瀬川・大西・武内・永田, 2012 ; 児玉ほか, 2012)。Gallagherほか (2003, p.1005) は、当事者は信頼できる仲間にサポートを求め、カウンセラーや心理士へのサポートを求めた事例は無かったと述べている。

当事者が求めているサポートの内容は、共感などの情緒的サポート (Edrees et al., 2011 ; Van Gerven et al., 2016a ; Scott et al., 2009 ; Ullström et al., 2014 ; Van Pelt, 2008 ; 水嶋・後藤・天野・鈴木, 2016) と、医療事故の内容についてのディスカッション (Wu & Steckelberg, 2012 ; Venus et al., 2012 ; Gallagher et al., 2003 ; Schwappach & Boluarte, 2009 ; Sirriyeh et al., 2010 ; Scott et al., 2010 ; Burlison et al., 2017 ; 山内・高木, 2004) であり、サポートは医療事故に遭遇した後、直ちに提供されることが求められていた (Scott et al., 2010 ; Scott et al., 2009 ; Ullström et al., 2014 ; McCready & Russell, 2009 ; Van Gerven et al., 2016b)。

### 3. 組織的な当事者サポート体制の現状

当事者に対する組織的なサポートとして、2006年に米国の Brigham and Women's Hospital でピアサポートプログラム

が開発された。このプログラムは信頼できる同僚をピアサポーターとして育成し、当事者に秘密厳守の精神的サポートを迅速に提供するというものである (Van Pelt, 2008)。Scott et al. (2010) は当事者の90%が部署のスタッフによるサポートとピアサポーターによるサポートにより十分なサポートを得ることが出来るとした。現在、ピアサポートプログラムは世界25か所で展開されていることが報告されている (Shapiro & Galowitz, 2016)。さらに、2010年には医療事故の当事者を支援するNPO団体がモジュール式ツールキットをWeb上で公開し、各施設のサポートシステム構築に活用されている (Pratt, Kenney, Scott & Wu, 2012)。このように当事者を支援する組織的なサポート体制の必要性が指摘される中 (Gallagher et al., 2003 ; Schwappach & Boluarte, 2009 ; Edrees et al., 2011 ; Ullström et al., 2014 ; Quillivan et al., 2016 ; Van Gerven et al., 2016b ; 上脇・丹羽, 2011 ; 児玉ほか, 2012 ; 安藤, 2011), 日本では組織的な取り組みとしては、病院管理者による当事者サポートマニュアルの報告が1件のみであった。また、サポートの提供者が看護管理者である前提とした研究が多く (深野ほか, 2008 ; 鈴木ほか, 2004 ; 上脇・丹羽, 2011 ; 山本・天野・入江, 2009), 当事者サポートに関する教育も医療安全管理者や看護管理者を対象に実施されており、スタッフには行われていないことが示されていた (瀬川ほか, 2012)。

#### IV. 考 察

当事者にとって医療事故は大きなストレスであると言える。ラザルスはストレス理論において、ストレスに対する対処として、回避、最小化、遠ざかる等の「情動中心の対処」と、問題の所在を明らかにし、解決しようとする等の「問題中心の対処」があるとしている。先行研究で示されていたネガティブな変化は「情動中心の対処」やその結果、ポジティブな変化は「問題中心の対処」やその結果にあてはまると考えることが出来る。Cohen & Wills (1985) はストレス理論にサポートの概念を加え、ソーシャルサポートは二段階でストレスを緩衝するとし、第一のソーシャルサポートは普段からの支持的な対人関係が存在すること、第二のソーシャルサポートは実行されたサポートの受容であると述べている。当事者が受けた事後のサポートによって、ストレスが軽減していた実態は、この第二のソーシャルサポートの効果であると捉えることが出来る。同時に、支持的な文化、非懲罰的な文化が当事者に与えていた好影響は、「支持的な対人関係の存在」である第一のソーシャルサポートに関連し、ストレスを緩衝した可能性が推察できる。事後のサポートには、受け手と送り手の関係性 (Van Gerven et al., 2016a; 戸田, 2014) や、個人特性により不快に受け止められる可能性 (山内・山内, 1999; Van Gerven et al., 2016a) が指摘されており、事後のサポートの限界であると考えられる。このことから、第一のソーシャルサポートの効果に着目することはサポートを考える上で有用だと言える。

当事者が求めているサポートの提供者や内容には国内外で違いは無かった。同僚や先輩にサポートが求められることは、同僚は、当事者への最初の対応者になる可能性が高い (Wu & Steckelberg, 2012) ことが一因であると考えられる。一方で、心理士や専門家へのサポートがあまり求められない理由としては、公のサポート利用には信用失墜の恐れや、恥ずかしい、不名誉だと感じる等の障壁がある (Harrison et al., 2015; Edrees et al., 2011; Van Pelt, 2008) ことが明らかになった。

欧米では当事者のニーズと一致した同僚によるサポート体制を組織的に確立するなど、インフォーマルサポートへと繋ぐためのフォーマルな体制が整えられていると考えられた。また、今回対象とした海外文献では、事故後の当事者のストレス要因として訴訟の恐れが頻出していた (Van Gerven et al., 2016a; Venus et al., 2012; Quillivan et al., 2016; McCready & Russell, 2009; Scott et al., 2009; Wu & Steckelberg, 2012; Gallagher et al., 2003; Shapiro & Galowitz, 2016)。医療訴訟が多く、訴訟に関連するストレス要因が多いという背景は、組織的な当事者サポート体制

を必要とした一因と考えられる。特に、海外文献の当事者に医師が含まれる場合が多かったが、このことは米国で内科系医師の75%、ハイリスクの外科系医師に至っては99%が65歳までに訴訟に直面するという報告 (Jena, Seabury, Lakdawalla & Chandra, 2011) と関連していると考えられる。一方、国内の研究では、訴訟の恐れというストレス要因は挙げられていなかった。しかし、日本においても近年医療訴訟件数が緩やかに増加する傾向 (最高裁判所, 2017) にあることから、医療訴訟というストレス要因を想定したサポートについて考えておく必要がある。

欧米では当事者の精神的苦悩と将来の医療事故発生件数の関連が指摘されており (West et al., 2006, p.1076), 当事者のサポートは医療事故防止のための重要な因子であると考えられていた (Quillivan et al., 2016)。当事者だけでなく、患者の安全を守るための手段として、当事者サポートを捉えられていたこともサポート体制発展の理由のひとつとして考えられる。

欧米とは対照的に、日本では管理職者がサポートを提供することが前提となっている研究やマニュアル作成が多く、サポートに関する教育も管理職対象に留まっていた。このような現状は、看護の分野において医療安全が看護管理に位置づけられていることが一因であると推察された。

#### V. 結 論

当事者への効果的かつニーズに対応したサポートとしては、同僚や先輩によるインフォーマルな場での、共感や傾聴、医療事故の内容について話し合うなどのサポートがある。事後のサポートだけでなく、組織の文化背景はサポートのひとつとして機能する。欧米では同僚によるサポート体制が確立していた一方、国内では組織的な取り組みが不足し、サポートの提供者が管理職者である前提の研究が多かった。日本においても当事者も第二の被害者であるという認識のもと、管理職者だけでなく、同僚や先輩といったスタッフが必要なサポートに関する正しい知識を獲得し、スタッフ間のサポート力を高める教育や組織の文化背景にアプローチする組織的な体制が求められる。

#### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

#### 著者貢献度

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

## 要 旨

**目的：**国内外の文献から医療事故後の当事者サポートについて考察し、日本における効果的な当事者サポート体制への示唆を得る。

**方法：**医中誌Web版を用い「医療事故」「サポート」「対応」をキーワードに抽出した和文献16件、CINAHL、MEDLINE、PubMedを用い「second victim」「support」「medical error」をキーワードに抽出した英文献26件を分析した。

**結果：**当事者は同僚や先輩によるインフォーマルなサポートを求めており、当事者の安寧や成長に繋がっていた。欧米では同僚によるサポートプログラムの研究が進んでいたが、日本では管理者によるサポート研究が主であった。

**結論：**医療事故後のサポートとともに組織の文化的背景が当事者に与える影響も大きかった。同僚であるスタッフへの当事者サポート教育や、組織の文化背景へアプローチするサポート体制が求められる。

## Abstract

**Objective:** This review examines the present state of overseas and Japanese support systems for healthcare professionals involved in medical errors, commonly desired forms and sources of support, as well as the effects of such support, in order to advance the discussion concerning effective support structures in Japan.

**Methods:** A total of 42 studies (26 in English and 16 in Japanese) were identified from the Medline, CINAHL, PubMed and Ichu-shi databases using keywords such as 'second victim', 'medical error' and 'support'.

**Results:** The findings suggested that the most commonly desired forms and sources of support correspond in Japan and other countries. Among the forms of support, support from peers or senior colleagues was the most desired, with informal support provided by peers shown to foster positive growth in medical professionals. While peer support programs are common overseas, in Japan, focus has remained on support provided by administrative staff, with a lack of focus on peer support.

**Conclusion:** Post adverse event support was found to have as significant an impact on medical professionals as organizational culture. Implementation of training to enhance support skills among on-site staff and to address organizational culture is needed in Japan.

## 文 献

- Aasland, O.G., Førde, R. (2005). Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: The importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care*, 14(1), 13-17.
- 安藤幸枝 (2011). 国内文献にみる医療事故に関わった看護師へのサポートの現状. *武蔵野大看紀*, (5), 31-39.
- Arndt, M. (1994). Nurses' medication errors. *J Adv Nurs*, 19(3), 519-526.
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., Hoffman, J. M. (2014). The second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf*, 90(00), 1-10.
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98(2), 310-357.
- Edrees, H. H., Paine, L. A., Feroli, E.R., Wu, A. W. (2011). Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn*, 121(4), 101-108.
- 深野久美, 七井裕子, 芳賀克夫 (2008). 医療事故当事者サポートマニュアル. *医療マネジメント会誌*, 9(2), 364-368.
- 福田紀子 (2009). 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献レビュー. *日精保健看会誌*, 18(1), 87-93.
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., Fraser, V. J., Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *J Am Med Assoc*, 289(8), 1001-1007.
- Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G., Shapiro, J. (2015). Emotion and coping in the aftermath of medical error: A cross-country exploration. *J Patient Saf*, 11(1), 28-35.
- 林千加子, 鈴木千絵子, 山本奈奈, 横手芳恵 (2010). 看護職者の医療事故当事者経験に伴う心理的ダメージとその影響要因の検討. *医療の質・安全学会誌*, 5(1), 41-46.
- 林千加子, 鈴木千絵子, 横手芳恵 (2013). 医療事故当事者(看護職者)の医療事故経験による安全学習尺度(Medical Safety Learning Scale): 交差妥当性と心理的ダメージの経時的変化との関連. *医療の質・安全学会誌*, 8(1), 11-24.
- 林千加子, 鈴木千絵子, 横手芳恵, 森本寛訓 (2012). 看護職の医療事故の経験による安全学習とサポートの関連についての検討. *岡山県立大保健福祉紀*, (19), 9-18.
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., Chandra, A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*, 365(7), 629-636.
- 上脇優子, 丹羽さよ子 (2011). 看護ミス発生後における当事者の建設的行動変容への影響要因. *日集中医誌*, 18(4), 591-598.
- 児玉由美子, 村田尚恵, 猪狩圭介, 木下美佐子, 田中由利子, 矢野いづみ, 松本洋美 (2012). 事故当事者が直面した体験からみたサポートのあり方についての研究. *医療マネジメント会誌*, 12(4), 229-235.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 31, Washington DC: Institute of

- Medicine, National Academic Press.
- 厚生労働省 (2012). 主な医療安全関連の経緯, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/keii/> (参照2017年8月22日)
- ラザルス・リチャード・S., フォルクマン・スーザン (1984) / 本明 寛・春木 豊・織田正美訳 (1991). ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究. 154-164, 東京: 実務教育出版
- McCready, S., Russell, R. (2009). A national survey of support and counselling after maternal death. *Anaesthesia*, 64(11), 1211-1217.
- Meurier, C. E., Vincent, C. A., Parmar, D. G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *J Adv Nurs*, 26(1), 111-119.
- 水嶋真帆, 後藤京子, 天野 梓, 鈴木美賀 (2016). インシデントを体験した看護師の感情とソーシャル・サポートに関する考察. *日看会論集: 看管理*, 46, 251-254.
- 奥田清子 (2006). インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験. *日赤看大紀*, (20), 43-53.
- Plews-Ogan, M., May, N., Owens, J., Ardel, M., Shapiro, J., Bell, S. K. (2016). Wisdom in medicine: What helps physicians after a medical error?. *Academic Medicine*, 91(2), 233-241.
- Pratt, S., Kenney, L., Scott, S. D., Wu, A. W. (2012). How to develop a second victim support program: A toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 38(5), 235-240.
- Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., Hoffman, J. M. (2016). Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 42(8), 377-386.
- 最高裁判所. 医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間, [http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms\\_1f/29052601heikinshinri.pdf](http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms_1f/29052601heikinshinri.pdf) (参照2017年11月10日)
- Schwappach, D. L., Boluarte, T. A. (2009). The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly*, 139(1-2), 9-15.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*, 18(5), 325-330.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., Hall, L. W. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36(5), 233-240.
- 瀬川玲子, 大西麻未, 武内龍伸, 永田文子 (2012). インシデントを体験した看護職が周囲から受けた対応の実態と当事者の認識. *日看評価会誌*, 2(1), 1-8.
- Shapiro, J., Galowitz, P. (2016). Peer support for clinicians: A programmatic approach. *Academic Medicine*, 91(9), 1200-1204.
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., Armitage, G. (2010). Coping with medical error: A systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care*, 19(6), e43. doi: 10.1136/qshc.2009.035253 (accessed 2017-8-22)
- 鈴木琴江, 宮下光令, 数間恵子 (2004). ミスを経験した看護職者の行動変容とその要因: 再発を防ぎ, 看護行為の安全性を向上させる対応を求めて. *看護管理*, 14(5), 401-406.
- 戸田知恵子 (2014). インシデントを体験した看護師に対する効果的サポート: 実際のサポートと感情の変化に焦点をあてて. *神奈川保健福大看教研録*, (40), 1-8.
- Ullström, S., Andreen Sachs, M., Hansson, J., Ovretveit, J., Brommels, M. (2014). Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*, 23(4), 325-331.
- Van Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., Vanhaecht, K. (2016a). Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Rev Calid Asist. Suppl* 2, 34-46.
- Van Gerven, E., Bruyneel, L., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., Vanhaecht, K. (2016b). Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open*, 6(8), e011403, doi: 10.1136/bmjopen-2016-011403 (accessed 2017-10-10)
- Van Pelt, F. (2008). Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care*, 17(4), 249-252.
- Venus, E., Galam, E., Aubert, J. P., Nougairde, M. (2012). Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf*, 21(4), 279-286.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071-1078.
- Wolf, Z. R., Serembus, J. F., Smetzer, J., Cohen, H., Cohen, M. (2000). Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin Nurse Spec*, 14(6), 278-290.
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*, 320(7237), 18, 726-727.
- Wu, A. W., Folkman, S., McPhee, S. J., Lo, B. (1991). Do house officers learn from their mistakes?. *JAMA*, 265(16) 2089-2094.
- Wu, A. W., Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?. *BMJ Qual Saf*, 21(4), 267-270.
- 山本君子, 天野雅美, 入江慎治 (2009). 看護師が医療事故を起こしたとき上司に望むサポート. *看教研会誌*, 1(1), 25-44.
- 山内桂子, 高木安雄 (2004). 医療事故に関わった看護師の業務継続に伴うストレスとサポートの検討. *病院管理*, 41(1), 37-46.
- 山内桂子, 山内隆久 (1999). 患者・医療者へのサポート: 医療事故の影響とその回復過程. *看管理*, 9(8), 621-626.

〔2019年10月3日受付〕  
〔2020年4月8日採用決定〕



## 看護学教師の教授活動に関わるコンピテンシーの研究の動向と課題

Trends and Issues in Research on Competency Related to Teaching Activities of Nursing Faculty

本 谷 久美子<sup>1)</sup> 荒木田 美香子<sup>2)</sup>  
 Kumiko Motoya Mikako Arakida

キーワード：コンピテンシー，看護学教師，教授活動  
 Key Words：Competency, Nursing faculty, Teaching activities

## 緒 言

日本の看護系大学数は急速に増加し、その数は272校に及ぶ（文部科学省，2019）。看護教育の大学化に伴い、社会からはこれまで以上に確かな知識・技術の修得と、質の高い実践力を有する看護職者の育成が期待されている（厚生労働省，2019）。しかしながら、看護系大学の急増を背景とする看護学教師（以下、教師）の質・量の確保の問題が指摘され（厚生労働省，2008）、看護基礎教育の充実に向けた教師の教育力の維持・向上は喫緊の課題となっている。またこれをうけ、厚生労働省（以下、厚労省）は2010年2月「今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書」をまとめ、各教育機関において教師の教育力や専門性を高めるための方策の必要性を打ち出した。

看護基礎教育において看護学生（以下、学生）が看護専門職に必要な知識・技術・態度を修得するためには、カリキュラムという枠組みのなかで、教師が学習場面に応じてどのように教授していくかが重要になってくる。教師は学生の看護実践能力の修得において重要な役割を果たし、教育の準備、実施、評価するための知識・技術・態度を持ち合わせている必要がある。すなわち教師としての教授活動のコンピテンシーが求められる。

そもそも、コンピテンシー（competency）は米国心理学者のMcClelland（1973）が“Testing for Competence Rather Than for Intelligence”の論文でコンピタンス（competence）を使用したことが始まりであり（高橋・金井，2001）、日本には1990年代に入って持ち込まれた概念である。近年、経営学や教育学など広い分野で使われているものの、翻訳者によって様々な解釈がなされ、いまだ共通理解に至っていない（加藤，2011）。看護学分野においても看護師の採用・適正配置などの人事管理、看護師の能力開発・評価などの人材開発に多く活用されている（日本看護管理学会，

2016；日本看護協会，2019；虎の門病院看護部，2013）。

海外では、WHO（World Health Organization：世界保健機関，2016）やNLN（National League for Nursing：全米看護連盟，2005）が看護師の育成に必要な看護教育者のコンピテンシーを報告している。また、コンピテンシーの開発に関する研究は多くなされているものの、現行の教師の役割を反映していないものや、対象者数が少なく十分に検証されたものでないことが指摘されている（Staykova，2012；Guy, Taylor, Roden, Blundell, & Tolhurst，2011）。日本においてはコンピテンシーの代用語として「能力」「資質」が用いられることが多く、教師の教育能力が具体的にどのようなものであるか、教師の価値観、態度、知識、スキル、いわゆるコンピテンシーが十分に明らかにされているとはいえない。

そこで、本研究では国内外の文献の知見を整理し、教師の教授活動に関わるコンピテンシーの動向と課題を明らかにすることを目的とした。

## I. 用語の定義

本研究において、以下の用語を定義する。

コンピテンシー：Spencer, L. M. & Spencer, S. M. (1993/2001)を参考に、「優れた成果につながる行動特性」とし、そこには価値観、態度、知識、スキルが含まれることとする。

教授活動：「専門の知識・技能を教えること」（大辞泉）とし、そこには教授するための準備から評価までが含まれることとする。

1) 埼玉医科大学保健医療学部看護学科 School of Nursing, Saitama Medical University

2) 国際医療福祉大学小田原保健医療学部 International University of Health and Welfare

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 検索方法

海外文献は、文献検索データベースCINAHL Plus with Full Text, PubMedを用いて、「nursing faculty」「teaching」「education」「competency」をキーワードに検索を行った（2019年7～9月）。文献の種類は会議録を除外し、原著論文の他にレビュー文献や実践報告も対象とした。

国内の文献は、データベース医学中央雑誌Web版, CiNii, J-STAGEを用いて、「看護教員or看護教師」を固定し「能力」「資質」「コンピテンシー」の検索語句をかけ合わせて検索し、文献の種類を原著論文に絞り込み、看護文献に限定した。

文献の抽出基準は研究目的に照らし、以下の3つを満たすものとした。

- ①教師を対象としているもの
- ②看護基礎教育に関するもの
- ③教授活動の能力やコンピテンシーに関するもの

なお検索開始年は、これまで我が国の看護教育が文部科学省（以下、文科省）（2002）や厚労省（2003）の報告書を根拠としてその方向性が示されてきたことを考慮し、報告書が多く出された2000年以降の文献を対象とした。

### 2. 対象文献の選択

検索の結果、海外文献は、CINAHL Plus with Full Textによる検索で222件、PubMedで103件であった。国内の文献は、医学中央雑誌による検索で157件、CiNiiで89件、J-STAGEで108件であった。これらのうち上記①～③の採用条件を満たさないもの、研究タイトルや抄録・本文によるスクリーニングと重複文献を除いた、海外文献24件、国内文献28件に絞り込んだ。さらに、海外のレビュー文献の引用文献リストからハンドサーチを行い、2件を追加した。最終的に、合計54件を対象文献とした。なお、文献の抽出プロセスについては図1に示した。

### 3. 分析方法

文献はレビューシートを作成し、研究筆頭者と出版年・国名、研究タイトル、研究目的、研究方法（対象者、研究デザイン、分析方法）、研究結果、考察の内容を分類・整理した。研究結果を精読し、内容の類似性に基づいてカテゴリ化し、さらに抽象度を上げてテーマを生成した。なお海外文献の国名については、調査実施場所、研究筆頭者の所属機関、論文の内容から判断した。

## Ⅲ. 結果

分析対象の54件の文献レビューを表1に示した。文献の年次推移は、国内外の文献ともに2010年以降から増加がみられた。研究デザイン別の文献数は、質的研究14件、量的研究16件、ミックスメソッド（Mixed Methods）3件、文献レビュー2件、尺度開発11件、実践報告8件であった。国内文献の検索ではコンピテンシーの語が用いられている文献は1件であり（平野，2010）、統制語として専門能力、臨床能力が用いられていた。海外文献の国別の文献数は、アメリカが18件で最も多く、韓国・シンガポール・フィンランド・インド・カナダ・メキシコ・スペイン・バーレーンがそれぞれ1件であった。

分析の結果、教師の教授活動に関わるコンピテンシーは、4テーマ、14カテゴリが生成された（表1）。以下、【 】はテーマ、〈 〉はカテゴリを示す。

### 1. 【教授活動のコンピテンシーの属性】

#### (1) 〈コンピテンシーの構成要素〉

教授活動のコンピテンシーの構成要素に関する文献は8件であり、それらは教師の教授活動全体に関するコンピテンシー、講義や実習の教授活動に関するコンピテンシーであった。

平野（2010）は、Spencerらのコンピテンシー・クラスターに基づき、「インパクトと影響力」「関係性構築力」「職務達成志向」「状況認知力」「個人の効果性」の5つのコンピテンシーを明らかにし、そのうち「状況認知力」は教師が指導場面で学生が体験している状況について情報を集め、分析し、学生の体験を概念化する能力であると報告した。また中川・山内・小西（2019）は、新任教師のコンピテンシーを、「学生理解」「臨地実習指導における指導力と調整力」「コミュニケーション能力」「看護教員の自己研鑽力」「看護教員としての看護技術力と看護実践能力」「授業力」「看護学教育全体の理解」「看護教員としての教育観・看護観」の8つであることを明らかにした。Carlson（2016）は、VANA（Veteran Affairs Nursing Academy）教師のコンピテンシーについて、「正しい評価」「ケアと共感」「文化的な能力」「信頼性の構築」「協調性」の5つの概念を明らかにした。

講義や実習の教授活動に関するコンピテンシーでは、後藤・舟島・中山（2010）は、「目標達成に向けた授業計画全容の概説」「授業計画に即した知識の提供による看護実践教示」「目標達成度査定による授業計画進行と変更」「臨床状況描写に向けた看護実践の演示と機会提供」「教具の緊張による知識の視覚化と確実な情報交換」「発言肯定と待機による学生発言推奨」「学生回答査定による適切さの

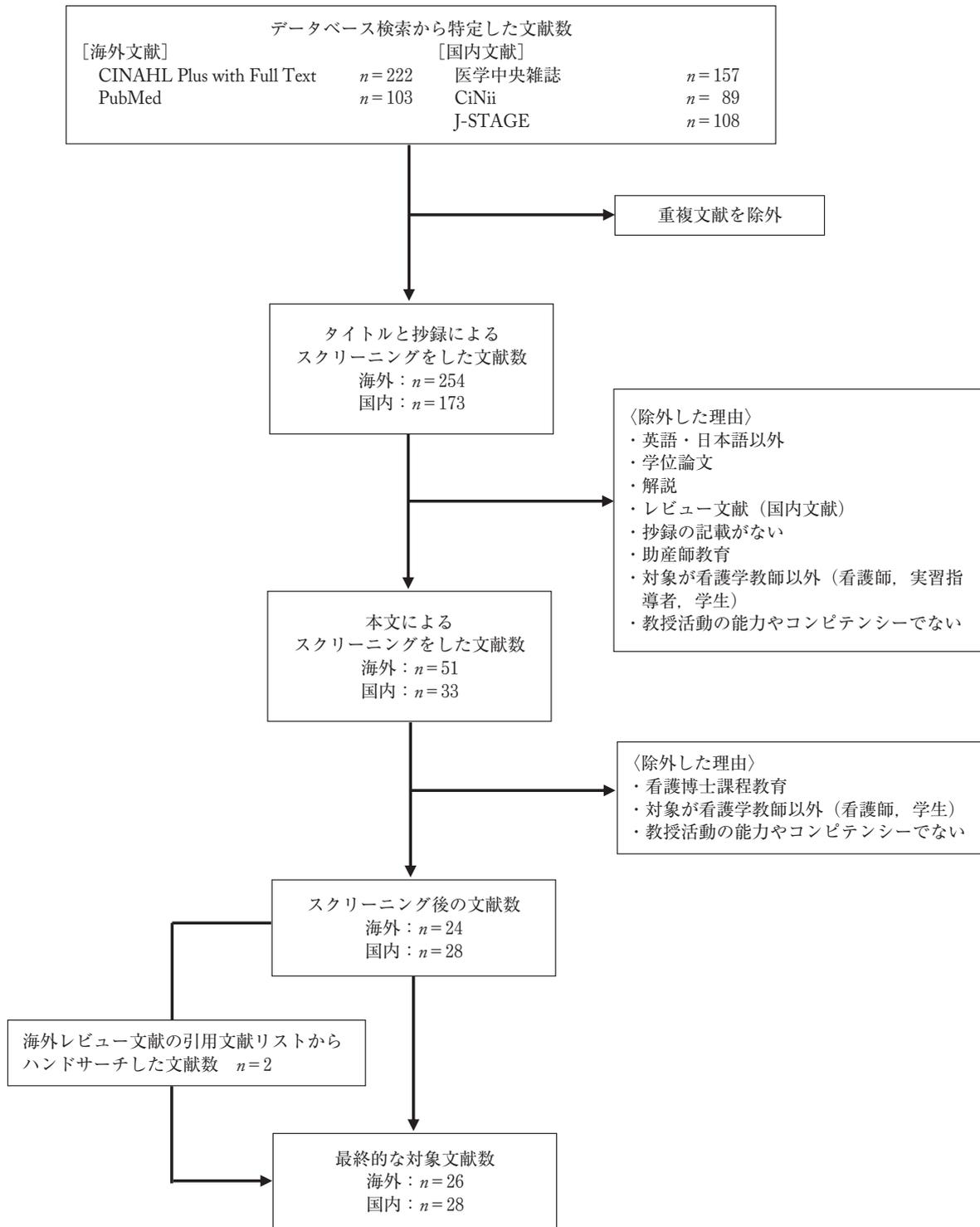


図1 文献抽出のプロセスと文献数

承認と不適切さの指摘」「学生・他教員への協力要請による授業の進行と授業の質査定」「学生の緊張緩和に向けた雰囲気演出」「問題発生による授業一時中断と即時対応による授業再開」「失念知識の補填に向けた支援獲得と支援獲得不可」「授業不参加学生への参加誘導と不参加状態看過」「課外学習推奨と課外学習のための資源提示」「プライバシー尊重による学生情報披瀝回避」の14の講義活

動のコンピテンシーを明らかにした。またThornlow & McGuinn (2010) は患者ケアの質改善と安全性に関わるコンピテンシー, Kinnunen, Rajalahti, Cummings, & Borycki (2017) はシミュレーション教育や電子システムの使用に関わる情報科学のコンピテンシーが教師には必要であることを報告した。

田村ほか (2010) は, 教師の実習教授活動のコンピテン

表1 看護学教師の教授活動に関わるコンピテンシーの文献レビュー

テーマ	カテゴリ	著者名(発表年)・国名	研究の種類	研究対象者/研究参加者	測定尺度、分析/データ収集、分析	結果
【教授活動のコンピテンシーの属性】	〈コンピテンシーの構成要素〉	中川ら (2019)	質的研究	看護大学の新任教員11名	半構造的インタビュー 質的帰納的分析	・新任看護系大学教員の教育実践能力は、【学生理解】【臨床実習指導における指導力と調整力】【コミュニケーション能力】【看護教員の自己研鑽力】【看護教員としての看護技術力と看護実践能力の形成】【授業力の形成】【看護学教育全体の理解】【看護教員としての教育観・看護観の形成】の8カテゴリであった。
		Kinnunen, et al. (2017)・フィンランド	実践報告			・看護師や看護教育者は情報科学のコンピテンシーが不足していた。 ・シミュレーション教育、電子システムの使用など、大学教員は新しい情報科学の知識を修得する必要がある。
		Carlson (2016)・アメリカ	質的研究	教育経験5年以上の教員12名	フォーカス・グループインタビュー、 内容分析	・VANA教員のコンピテンシーは、「正しい評価」「ケアと共感」「文化的な能力」「信頼性の構築」「協調性」の5つであった。
		後藤ら (2010)	質的研究	看護教員8名	参与観察、概念創出法	・講義を展開する教員の教授活動は14概念で表出された。
		平野 (2010)	質的研究	教員経験5年以上の看護専門学校教員3名	参与観察・インタビュー 質的帰納的分析	・看護教員のコンピテンシー・クラスターは、【インパクトと影響力】【関係性構築力】【職務達成志向】【状況認知力】【個人の効果性】の5つであった。【状況認知力】はSpencerらの「認知コンピテンシー」に類似し、看護教員が指導場面で、学生が体験している状況について情報を集め、分析を加え、学生の体験を概念化して捉える能力であった。
		田村ら (2010)	質的研究	教員経験8~12年の看護教員4名	参与観察 M-GTA	・教員の実習教授活動は、看護観と教育観に支えられ、伴走者としての役割には、「叱咤激励」「歩調を合わせた学習」「看護師としてのアイデンティティの形成」「ともに看護の意味を考える」「看護実践に向けた支援」の5カテゴリがあった。
	Thornlow, et al. (2010)・アメリカ	実践報告			・看護教員はQIの教育に必要な知識・技能に欠けていた。 ・看護教員はQIの内容をカリキュラムに盛り込むことを38%が切望しているが、実際に組み入れていたのはわずか10%であった。	
	松田ら (2005)	質的研究	文献3件	メタ統合	・実習目標達成に向け、学生・患者・教員間研究により創出された7概念、学生・教員間研究により創出された8概念、カンファレンス研究により創出された6概念を統合し、13の教授活動が明らかになった。	
	〈コンピテンシーに対する教師の認識〉	石塚ら (2009)	量的研究	n=472 専門学校の看護教員	単純集計	・教員の力量形成について、「学生を捉える目や理解する力」「学生の成長を導く人格的素質」「教える教科内容についての専門的知識」「教育活動に情熱をもって取り組む」「自己研鑽をし、新しいことへチャレンジする気持ち」と認識していた。
	【教授活動のコンピテンシーに関する測定ツールの開発】	〈講義・演習の教授活動〉	坂ら (2018)	尺度開発	n=583 看護教員	探索的因子分析、項目分析、共分散構造分析、Pearsonの積率相関係数
宮芝ら (2015)			尺度開発	1次 n=652, 2次 n=71 看護教員	相関分析、因子分析	・(1) 目標達成に向けて講義計画の全容を説明する、(2) 知識を提供し看護を教示する、(3) 看護の知識を視覚化し確実に伝える、(4) 学生が発言しやすい場を作り出す、(5) 学生の回答を査定し結果を伝える、(6) 目標達成度を査定し授業計画を進行・変更する、(7) 講義中の問題発生を未然に防ぐと共に発生した問題に対処する、(8) 学生が講義に集中できるよう誘導する、(9) 予習・復習を推奨する、の9下位尺度36項目。
酒井 (2013)			尺度開発	n=517 看護教員	相関分析、因子分析	・(1) 全体像とアセスメント、看護診断、(2) 目標、計画・実施、評価、(3) 看護理論、(4) 臨床との連携、の4下位尺度37項目。
柴ら (2015)		尺度開発	1次 n=340, 2次 n=194 看護教員	項目分析、因子分析、 相関分析	・(1) 介入アセスメント、(2) ケア行動円滑化支援、(3) 接近行動促進支援、(4) 言語的コミュニケーション、の4因子42項目。	
清水ら (2015)		尺度開発	n=424 看護系大学で臨床実習指導担当教員	項目分析、因子分析	・坪井ら(2001)の「教師効力尺度」と臨床実習指導に関する文献を参考に、調査票を作成。 ・4因子17項目。(1) カンファレンスを進める自信、(2) 実習指導を行う自信、(3) 学生を尊重する自信、(4) 看護実践ができる自信、の4因子17項目。	
〈臨床実習の教授活動〉		中山ら (2004)	尺度開発	n=1,216 看護教員	記述統計、項目分析、 相関分析、因子分析	・【教材・教授技術の活用による看護、問題解決・学習方法の理解促進】【実習状況査定による目標達成度の評価と伝達】【問題の未然防止と解決への支援】【実習計画推進のための教授技術駆使と病棟状況変化による実習計画変更】【学生心情の受容と共感】【複数学生個別指導のための好機・適所の探索・確保】【医療現場への配慮を伴うスタッフへの支援要請と獲得】【効果確認による指導の評価と修正】【看護の質保証に向けた学生の受け持ち患者への看護実践】の9下位尺度36項目。
坪井ら (2001)		尺度開発	n=433 看護系大学で看護系大学教担当教員	項目分析、因子分析	・(1) カンファレンスを実施できる自信、(2) 看護実践能力を活用できる自信、(3) 学習者として学生を尊重できる自信、(4) 学びを深めるために技法を活用できる自信、(5) 実習教育の準備ができる自信、(6) 学生の状況を判断できる自信、(7) 学生の学びを促進できる自信、の7因子28項目。	
青木ら (2019)		尺度開発	n=1,544 経験3年以上の看護学教員	因子分析、相関分析	・【主体的な学びにつなげる支援スキル】【学習・実習環境の調整スキル】【保護者との関係性の形成スキル】【会話をひきだすための情報収集スキル】【支援の必要な学生の発見スキル】【学びの理解を深めるための説明スキル】【学びが共有できる場づくりスキル】【感情表出を促すための支援スキル】の8因子48項目。	
村上ら (2010)		尺度開発	1次 n=826, 2次 n=76 看護教員	相関分析、因子分析	・教員が自己の道徳的規範に基づき「善」と判断しとった行動を収集し、44の倫理的行動を明らかにした。	

表1 看護学教師の教授活動に関わるコンピテンシーの文献レビュー (続き)

テーマ	カテゴリ	著者名 (発表年)・国名	研究の種類	研究対象者／研究参加者	測定尺度、分析／データ収集、分析	結果
【教授活動のコンピテンシーに関する測定ツールの開発】	〈教師の態度・姿勢〉	舟島ら (2006)	尺度開発	n=1,577 看護教員	相関分析、因子分析	・【学生の学習環境を整え、質の高い教授活動を展開する】【研究成果の産出により社会貢献を目指す】【組織における多様な役割を適切に果たす】【主体的に学習を継続して専門性の向上を目指す】【自己の信念・価値観に基づき自律した職業活動を展開する】【部下・後輩の育成による組織の維持・発展を目指す】の6下位尺度30項目。
		舟島ら (2002)	尺度開発	n=1,457 看護教員	項目分析、相関分析、因子分析	・【職業活動の発展を志向し続ける行動】9項目、【学生を尊重し、誠実に対応する行動】8項目、【看護実践・看護職の価値を具体的に示す行動】7項目、【成熟度の高い社会性を示す行動】6項目、【熱意をもち質の高い教授活動を志向する行動】5下位尺度35項目。
	〈コンピテンシーの評価〉	Ambrose, et al. (2018)・インド	量的研究	教員 (人数は不明)	IFPL・FSPI ピアソンの相関分析	・教員の個別の能力は90%が高く評価し、学術的な能力は52%が乏しい程度と評価、組織における貢献は64%が高い評価であった。 ・教員の個別の能力と学術的な能力の間に肯定的な低い相関、個別の能力と組織上の貢献の間に否定的な非常に低い相関がみられた。
		Ahn, et al. (2018)・韓国	量的研究	n=184 大学教員	不明 t検定・分散分析・ピアソンの相関分析・重回帰分析	・教員の患者安全教育のコンピテンシーは、安全教育の認識度より低く、平均スコアは3.52±0.67であった。 ・教員の患者安全教育のコンピテンシーは、教員の臨床経験年数、安全教育の経験の有無と有意な差があった。
		Marzilli (2016)・アメリカ	mix methods	n=89 看護教員／看護教員10名	NCCS・PMCC 記述統計 半構造的インタビュー GTA	・教員の文化的コンピテンシーの総得点は81～197で、特に文化的な知識と技能の得点が低かった。 ・質的な調査では、NCCSの下位尺度に代表されるPMCCの12のドメインと関係があり、PMCCモデルは文化的コンピテンシーの教育に有効なスケールであることが示唆された。
		Allen, et al. (2012)・カナダ	量的研究	n=46 教員	EQ-i:S短縮版、NCTEI スピアマンの順位相関分析	・教員の感情的な能力 (EI) のスコアは高かった。 ・EQ-i:SスコアとNCTEIの総得点、下位尺度の間に、有意な相関がみられた。
		Kardong-Edgren (2007)・アメリカ	量的研究	n=319 看護教員	IAPCC-R t検定	・移民と州の人たちを階層化し、文化的コンピテンシーを調査した。 ・すべての教員が文化的コンピテンシーをもち、文化的な理解や能力を有していた。
		Issel, et al. (2006)・アメリカ	量的研究	n=214 公衆衛生看護教員46名と保健師168名	C/PHN Scale 相関分析	・看護教員と保健師のコンピテンシーの順位はほぼ同じであったが、平均スコアは教員の方が高かった。 ・コンピテンシーの9のドメインのうち、評価、研究、政策・計画スキルの間に非常に強い相関がみられた。
		McNeil, et al. (2003)・アメリカ	mix methods	看護教員 (n=672)／不明	クロス集計 エスノグラフィ	・情報技術のコンピテンシーでは、学生が看護教員に教えられたと報告した内容は「電子的なアクセス」、「インフォメーションシステムの倫理上の使用」、「コンピュータベースの患者記録」の順であった。学生たちは、看護教員を情報技術の初心者レベルと評価していた (39%)。 ・質的な調査結果は今後報告の予定。
		新井ら (2018)	質的研究	教員経験1～3年未満の新人教員8名	半構造的インタビュー 質的帰納的分析	・新人教員の教育的思考と手段の獲得過程は、事例を整理する段階の【不消化な経験の整理】、熟達教員との事例検討段階の【事例を基に教育の視点と手段のシミュレーションを繰り返し発見する】、事例検討から現在までの実践の【看護教員としての視点や手段を使って学生の変化を確認】の3つの段階であり、新人教員は熟達教員の支援を必要としていた。
【教授活動のコンピテンシーの実態】	〈コンピテンシーの形成過程〉	大池 (2016)	質的研究	看護大学の教授5名	半構造的インタビュー ライフストーリー論に基づく分析	・看護教員としての自己形成過程は、【臨床と教育の経験を蓄積し活用する】【自分を活用し力をつける】【伝えるべきことをみだし続ける】【関係をつくり環境を変える】の4つのテーマと11のサブテーマであり、経験を積み重ねながら教員としての能力や役割を獲得していく過程であった。
		田中ら (2016)	質的研究	熟達看護教員 (教員経験10年以上) 11名	半構造的インタビュー M-GTA	・熟達看護教員は、【新人：逆境に遭遇し内省する】経験を積み重ね、学びの共同体の中で【一人前・中堅：協働し学び続ける】ことを通して、【熟達：役割を自覚し自身がモデルを示す】在り方へと力量を形成していた。
	芥川ら (2007)	質的研究	成人看護学実習の実習指導を担当する教師2名	プロセスレコード分析 (2005) が提唱する経験型実習教育の8つの能力をもとに分析	・教師は、学習的雰囲気や患者理解、学生理解の能力は育てられていたが、学生の学習能力への信頼と、言語能力、状況把握能力、臨床教育判断能力、教育技法は指導能力に困難さがみられた。	
	Joyce, et al. (2018)・アメリカ	mix methods	n=204 公衆衛生看護教員／公衆衛生看護教員12名	PHN/CAI 分散分析 現象学のアプローチ	・公衆衛生看護教員のコンピテンシーを知識・技能・態度・応用力で測定。公衆衛生教育経験と技能、専門準備と応用力に有意な差がみられた。 ・質的な調査では、「分析的、査定の技能」「政策開発とプログラム計画」「コミュニケーションスキル」「文化的な能力の技能」「実践のコミュニティの次元」「公共の保健科学の技能」「財政と経営の能力」「指導力と組織的思考」のコンピテンシーが見いだされた。	
小林ら (2015)	量的研究	n=106 看護教員	不明 t検定、分散分析	・教員の教育能力のうち、「倫理観」「人間性」の自己評価は高く、今後身につけたい能力は「研究能力」が最も高かった。 ・大学教員は、専門学校・短大の教員に比べて、教育能力の自己評価が高く、教育経験年数が長いほど教育能力の自己評価が高かった。		

表1 看護学教師の教授活動に関わるコンピテンシーの文献レビュー (続き)

テーマ	カテゴリ	著者名 (発表年)・国名	研究の種類	研究対象者／研究参加者	測定尺度、分析／データ収集、分析	結果
【教授活動のコンピテンシーの実態】	〈コンピテンシーと教育経験年数との関連〉	竹元 (2012)	量的研究	n=383 講師、助教、助手	不明 $\chi^2$ 検定、 <i>t</i> 検定、分散分析	看護学教員は、「学生を尊重し、誠実に対応する行動」の低位尺度の得点が最も高く、低位尺度項目の「優しさと厳しさをバランスよく保つ」(看護現象を理解するために理論を活用している)が課題であり、職位別では助手により多くの課題が見いだされた。
		大津ら (2006)	量的研究	n=1,019 専門学校の見習教員	不明 重回帰分析、Probit分析	看護教員の力量形成には、看護教員経験年数と職位が有意に関連していた。 教員養成講習会の受講者は、未受講者よりも、「教授方法」「学習者の理解」「管理運営」「自己啓発」のカテゴリで得点が有意に高かった。
	〈コンピテンシーと教育機関との関連〉	廣瀬ら (2008)	量的研究	n=90 看護教員	不明 相関分析、因子分析、 <i>t</i> 検定	専門学校教員の場合、「ベッドサイドケア能力」「健康生活支援能力」「自己研鑽能力」「医療支援能力」「健康問題査定能力」に高い相関、特に「ベッドサイドケア能力」は強い相関がみられた。 大学教員の場合、「医療支援能力」のみ相関がみられた。 短大教員の場合、すべての因子において相関関係はみられなかった。
【教授活動のコンピテンシーの育成】	〈コンピテンシーと職務充実感との関連〉	Wang, et al. (2015)・メキシコ	量的研究	看護教員 (n=35629)	NSOPF: 04 多変量解析、ロジスティック解析	教員の職務充実感は、4年の教育課程、フルタイム、白人が高かった。 充実感と最も関連していたのは雇用状態であり、次いで制度上のサポートであった。その他、「給料」「利益」「職位」「最近の出版物/学術的な作品」「週末の教育総時間」などであった。
	〈臨床スタッフから教育者への役割移行〉	Gilbert, et al. (2012)・アメリカ	実践報告			熟練看護師のコンピテンシーと、初心教育者のコンピテンシーは途切れないラインで示され、さらにその外側に熟練教育者のコンピテンシーが示された。 研修は、対話型のセッション、インストラクターのプレゼンテーション、シナリオの提供と討議、試験による評価が行われた。
		McDonald (2010)・アメリカ	文献レビュー	文献数は不明	不明	臨床実践家から看護教育者への移行の個人的経験(教訓)には、「知識不足」「文化と支援」「給料と作業量」の3つのカテゴリが抽出された。 初心教育者は臨床の専門知識をもっているが、新しい教育の組織、アカデミックな看護教育者、病院での教育について学ぶ必要があり、教員からの支援が必要である。
	〈新しい教授方法に対する教師の認識〉	Beres (2006)・アメリカ	文献レビュー	看護文献、看護のアメリカ大学協会、全米看護連盟(NLN)、ニュースレター 文献数は不明	不明	看護教育者には教育経験、教育の準備、臨床の専門知識をもつ必要があり、そのことが看護プログラムの構築、学生の教育に繋がる。特に、臨床の知識は学生の教育に不可欠である。 臨床スタッフから看護教育者への移行では、教育哲学、批判的思考、教授と学習方略を指導できる体制を整えておく必要がある。
		Obizoba (2018)・アメリカ	質的研究	OSCEを実施する、大学教員10名	参与観察・半構造的インタビュー Colaizzi (1978)の分析方法を参考	教員は、OSCEの課題について、管理上・専門的なサポート、臨床インストラクターの活用、教員に対するOSCE教育の必要性、すべてのコースにおける教員間の必要とされる技能の確証の限界を認識していた。
	〈新たな教育プログラムの導入と成果〉	Solà, et al. (2017)・スペイン	質的研究	カタロニアの8の看護大学(公立・私立)の教員15名不明	半構造的インタビュー 内容分析	教員はOSCEに対して、人格形成と評価の側面という2つの目的をもち、学習のフィードバックが可能でカリキュラムの終盤に行われる臨床技能を評価する理想的なテストであると認識していた。
		Kowitlaku, et al. (2014)・シンガポール	質的研究	教育経験2年以上の看護教員7名	参与観察・半構造的インタビュー 内容分析	EHRNEソフトウェアを使用した教授活動について、教員は価値・挑戦という「刷新」、過渡期であるという「変化」、サポートと時間が必要であるという「統合」といった認識を抱いていた。 教員にとってEHRNE使用は新しい経験であり、一部の教員は看護教育に有用であると考え挑戦的であるが、多くの教員はEHRNEに親しみがなく自信がなかった。
	〈新たな教育プログラムの導入と成果〉	R.Martin, et al. (2016)・アメリカ	実践報告			リーダーシップ能力を育成する方法として、シミュレーションが用いられ、「ポストマラソンの爆撃シミュレーション」のシナリオが作成された。特に、災害への準備として、リーダーシップとマネジメント、知識に焦点があてられ、マラソン中に爆撃をうけ怪我を負った人(擦傷はあるが歩くことが可能な年配者、あえぎ苦しむ血液にまみれた子どもなどの数例を設定)をトリアージし応急手当をするという設定で、グループは3~4人の小グループ。
		前田ら (2016)	量的研究	看護系大学の助教助手の教員5年未満6名	単純集計	FD・SD推進委員会が「助教助手の会」を企画・実施し、(1)交流会の実施、(2)情報交換会、(3)学習会の実施、(4)心理相談員による講義の内容であり、研修会後の調査では、役立ち度は肯定的な意見が多く、活用度も自分の領域内外で活用したなど肯定的な意見が多かった。
		Orta, et al. (2016)・アメリカ	量的研究	n=20 教員	ACE-ERI <i>t</i> 検定	オンラインのEBP教育の介入前後で、知識に有意な差はなかったが増加の傾向がみられた。 コンピテンシーは介入後に有意な差がみられ、主に「研究前の主要な文献データの検索」「臨床の知をエビデンスのガイドラインに分類」「エビデンスに基づいたケアの実践」であった。
Bryer, et al. (2014)・アメリカ		量的研究	n=17 看護教員	QSEN 記載なし(記述統計)	ワークショップ開催前後のコンピテンシーは、安全性12%、質向上64%、EBP57%、患者中心のケア12%、チームワークと協力42%、情報科学29%のすべてにおいて増加していた。	
	Barnsteiner, et al. (2013)・アメリカ	量的研究	n=1,100 教員	QSEN $\chi^2$ 検定	看護の質と安全の教育(QSEN)に関するワークショップの評価は、開催前と1年後、2年後の間で有意な差があった。 ワークショップの開催は各大学カリキュラムへのQSEN能力の統合に貢献していた。	

表1 看護学教師の教授活動に関わるコンピテンシーの文献レビュー (続き)

テーマ	カテゴリ	著者名 (発表年)・国名	研究の種類	研究対象者／研究参加者	測定尺度、分析／データ収集、分析	結果
【教授活動のコンピテンシーの育成】	〈新たな教育プログラムの導入と成果〉	徳本 (2013)	質的研究	文献 8 件	研究目的・対象・結果に着目した記述の抽出 質的分析	・文献の対象、結果の変化は、(1) 学生の教育事例の検討から学びを抽出し構造化した、(2) カンファレンス事例を対象とし、学生を学習目標に向かわせる指導の全過程と、教員の役割を抽出し構造化した、(3) 新人看護教員の事例検討を対象とし、新人と経験教員の視点の違いと対処の違いを明らかにし、新人教員の視点や指導の特徴が明らかとなった、の3つに分けられた。
		佐藤 (2012)	量的研究	n=13 研修会に参加した看護教員 7 名、看護師 6 名	なし t検定	・研修会は、看護学を教授する基本として、根拠に基づいて人々の健康レベルを系統的に的確に査定する技術を修得することを目的に、人の頭からつま先までを45分間で診査し、正常・異常の判断ができることを目標とした。 ・教育後は、「筋・骨格のアセスメント」を除く14項目の平均点が「ややできる」の3.0以上を示し、すべての項目において教育前の平均点より高かった。
			Hutchinson, et al. (2011)・アメリカ	実践報告		・新しい臨床教員を対象とした、2日間(16時間)、包括的なオリエンテーションプログラムを開発した。プログラムは、実地に特定された教育と訓練で、対話型で、詳細な助言が与えられた。 ・すべての臨床教員にBSNの最低レベルを取得、数学能力テストの合格あるいは包括的な数学テストを含むオンライン学習モジュールの完了が求められた。
			Awadhalla, et al. (2018)・バーレーン	実践報告		・バーレーンの看護教育の転換が必要で、医学モデルのカリキュラムから看護のカリキュラムへと移行した。新しいカリキュラムは、能力・技能・知識・判断・態度、学生中心の教育と学習過程、問題解決アプローチを重視した。 ・カリキュラムの開発に必要なものとして、①協力と連携、②コンピテンシーに基づいたカリキュラム(CBE)、③ケースベースの学習カリキュラム(CBL)、④専門職連携の学習、⑤情報技術とeラーニング、⑥臨床の教育と学習、⑦資金供給のアプローチ、⑧教育の質と認可であった。
			Cuellar, et al. (2008)・アメリカ	実践報告		・看護学士課程カリキュラムに文化的なコンピテンシーを統合させるための青写真を提示した。 ・文化的なコンピテンシーは知識・技能・態度で評価し、各学年に応じた目標と学習内容で様々な教育方略が用いられた。
			Latimer, et al. (2006)・アメリカ	実践報告		・看護大学カリキュラムの老年看護学の発展に関する積極的な態度を促進するために、各大学の様々な取り組みが紹介された。老年看護学の発展のために、(1) 指導すべき担当者を選出し、教員に老年看護学を受け入れるように説得する、(2) 教員がカリキュラムの変化プロセスに参画するように意欲を獲得する、(3) 教員の老年看護学の知識を評価する、(4) 最先端の知識と研究を含む教員開発ワークショップを開催する、(5) 学部長の支援とトレーニングの機会を引き出す、(6) 老年看護学の内容をコースに統合するための多くの優れた資源を使う、といった実践例が紹介された。

ACE-ERI : Academic Center for Evidence-based practice inventory  
 C/PHN : Public health Nursing Competency Scale  
 EQ-is : Emotional Quotient inventory short  
 FSPi : Faculty Scholarly Productivity Index  
 IAPCC-R : Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare professionals-Revised  
 IFPL : Individual Faculty Productivity Level  
 NCCS : Nurse's Cultural Competence Scale  
 NCTEI : Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory  
 NSOPF : National Study of Postsecondary Faculty  
 PHN/CAI : Public Health Nursing Competency Assessment Instrument  
 PMCC : Purnell Model of Cultural Competence  
 QSEN : Quality and Safety Education for Nurses

シーは看護観と教育観に支えられ、「叱咤激励」「歩調を合わせた学習」「看護師としてのアイデンティティの形成」「ともに看護の意味を考える」「看護実践に向けた支援」の5つであることを示した。また松田ほか(2005)は、教師は看護学実習の目標達成に向けて、「多様な現象に潜む看護学の本質を見極め学生の既習の知識と関連付ける」「学生の未熟さや実習による学生の心身への影響を理解する」「成熟した社会性を発揮する」「看護師として優れた実践能力と倫理観を持ち続ける」「多様な情報を収集、組織化し、指導の優先順位を適切に判断する」の5つのコンピテンシーを発揮することを明らかにした。

## (2) 〈コンピテンシーに対する教師の認識〉

教授活動のコンピテンシーに対する教師の認識は1件の文献であり、教師は「学生を捉える目や理解する力」「学生の成長を導く人格的素質」「教える教科内容についての専門的知識」「教育活動に情熱をもって取り組む」「自己研鑽をし、新しいことへチャレンジする気持ち」を教授活動のコンピテンシーとして認識していることを明らかにした(石塚・佐藤・山崎, 2009)。

## 2. 【教授活動のコンピテンシーに関する測定ツールの開発】

教授活動のコンピテンシーの測定ツールに関する文献では、国内文献のみであり海外文献は存在しなかった。

## (1) 〈講義・演習の教授活動〉

講義・演習の教授活動のコンピテンシーに関する測定ツールは3件であった。宮芝・舟島・後藤(2015)は、講義の教授活動として、「目標達成に向けて講義計画の全容を説明する」「知識を提供し看護を教示する」「看護の知識を視覚化し確実に伝える」「学生が発言しやすい場を作り出す」「学生の回答を査定し結果を伝える」「目標達成度を査定し授業計画を進行・変更する」「講義中の問題発生を未然に防ぐと共に発生した問題に対処する」「学生が講義に集中できるよう誘導する」「予習・復習を推奨する」の9下位尺度36項目からなる自己評価尺度を開発した。また酒井(2013)は、「全体像とアセスメント、看護診断」「目標、計画・実施、評価」「看護理論」「臨床との連携」の4下位尺度37項目からなる看護過程教授自己評価尺度を開発した。坂・原田・末永(2018)は、授業設計における教師の思考を自己評価する尺度を開発し、それは「教授方略」「学生のレディネス」「教育観」「学生への期待」「看護教員としての経験」の5因子31項目から構成されていた。

## (2) 〈臨地実習の教授活動〉

臨地実習の教授活動のコンピテンシーに関する測定ツールは4件の文献であった。中山・亀岡(2004)は、「教材・教授技術の活用による看護、問題解決・学習方法の理解促進」「実習状況査定による目標達成度の評価と伝達」「問題の未然防止と解決への支援」「実習計画推進のための教授技術駆使と病棟状況変化による実習計画変更」「学生心情の受容と共感」「複数学生個別指導のための好機・適所の探索・確保」「医療現場への配慮を伴うスタッフへの支援要請と獲得」「効果確認による指導の評価と修正」「看護の質保証に向けた学生の受け持ち患者への看護実践」の9下位尺度36項目からなる看護学実習教授活動自己評価尺度(SCTB)を開発した。

実習の教師効力に関する測定ツールは2件あり、坪井・安酸(2001)の「カンファレンスを実施できる自信」「看護実践能力を活用できる自信」「学習者として学生を尊重できる自信」「学びを深めるために技法を活用できる自信」「実習教育の準備ができる自信」「学生の状況を判断できる自信」「学生の学びを促進できる自信」の7因子28項目からなる教師効力尺度であった。また清水・出井・太湯・中嶋(2015)は、坪井・安酸(2001)の尺度と臨地実習指導の先行研究を参考に「カンファレンスを進める自信」「実習指導を行う自信」「学生を尊重する自信」「看護実践ができる自信」の4因子17項目からなる教師効力尺度を開発した。さらに、柴・山口・大津(2015)の小児看護学実習における学生と患児との関係形成支援教授活動尺度は、「介入アセスメント」「ケア行動円滑化支援」「接近行動促進支援」「言語的コミュニケーション」の4因子42項目からな

る測定ツールであった。

## (3) 〈教師の態度・姿勢〉

教師の態度・姿勢に関する測定ツールは4件であった。村上・舟島・三浦(2010)は教師が自己の道徳的規範に基づき「善」と判断しとった行動を収集・分析し、44の倫理的行動を明らかにした。また舟島・定廣・亀岡・鈴木(2002)は、「職業活動の発展を志向し続ける行動」「学生を尊重し、誠実に対応する行動」「看護実践・看護職の価値を具体的に示す行動」「成熟度の高い社会性を示す行動」「熱意をもち質の高い教授活動を志向する行動」の5下位尺度35項目からなる教師のロールモデル行動自己評価尺度を開発した。さらに教育ニードアセスメントツール(FENAT)は、「学生の学習環境を整え、質の高い教授活動を展開する」「研究成果の産出により社会貢献を目指す」「組織における多様な役割を適切に果たす」「主体的に学習を継続して専門性の向上を目指す」「自己の信念・価値観に基づき自律した職業活動を展開する」「部下・後輩の育成による組織の維持・発展を目指す」の6下位尺度30項目からなる測定ツールであった(舟島・村上・亀岡・三浦・山下, 2006)。青木・荒木田(2019)は、教師の学習支援のためのコミュニケーションスキル尺度を開発し、「主体的な学びにつなげる支援スキル」「学習・実習環境の調整スキル」「保護者との関係性の形成スキル」「会話をひきだすための情報収集スキル」「支援の必要な学生の発見スキル」「学びの理解を深めるための説明スキル」「学びが共有できる場づくりスキル」「感情表出を促すための支援スキル」の8因子48項目であった。

## 3. 【教授活動のコンピテンシーの実態】

## (1) 〈コンピテンシーの評価〉

教授活動のコンピテンシーの評価に関する文献は7件であり、ある特定の教授活動のコンピテンシーを測定した結果であった。Ahn, Lee, & Jang(2018)は、教師は患者の安全教育の重要性を認識しているものの、安全教育に対する自信(self-confidence)のスコアが低く、教師の安全教育のコンピテンシーを強化していく必要性を報告した。また、Ambrose, Ranjith, Malarvizhi(2018)はIFPL(Individual Faculty Productivity Level), FSPI(Faculty Scholarly Productivity Index)の評価から教師のアカデミックなコンピテンシーの不足を指摘し、学内外の教授活動に積極的に参加していく必要性についても報告している。

Kardong-Edgren(2007)は、IAPCC-R(Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare professionals-Revised)を用いて教師の文化的コンピテンシーを測定し、教師は文化的な技能・能力・認識に優れていることを明らかにした。しかしMarzilli(2016)は、教師の文化的コンピテンシーについてNCCS(Nurse's

Cultural Competence Scale) を用いて評価し、文化的な知識と技能のスコアが低いことを報告している。それは主に、情報伝達や労働力問題、エコロジー、危険性の高い行動などの内容であり、質的な調査でも同様な結果であった。教師の情報科学のコンピテンシーでは、教師が“教えた”と認識する情報技術の技能は、インターネットによる文献検索、図書館での文献検索、インターネットとWebの使用にとどまり、教師の情報技術が初心者レベルであることが報告されている (McNeil, et al., 2003)。

さらに、Allen, Ploeg, & Kaasalainen (2012) は、教師の感受性のコンピテンシー (EI: emotional intelligence) について報告し、教師のEIのスコアは高く、NCTEI (Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory) とEIの総得点との間に有意な相関があること、EIのうち対人関係、ストレスマネジメント、順応性、一般的な気分と肯定的な関係があることを明らかにした。Issel, Baldwin, Lyons, & Madamala (2006) は、C/PHN (Public health Nursing Competency) Scaleを用いて公衆衛生看護教師のコンピテンシーは保健師よりも平均のスコアが高く、特に評価、研究、政策・計画スキルの間に非常に強い相関があることを明らかにした。

#### (2) <コンピテンシーの形成過程>

教授活動のコンピテンシーの形成過程に関する文献は4件であった。大池 (2016) は、教師としての自己形成過程は【臨床と教育の経験を蓄積し活用する】【自分を活用し力をつける】【伝えるべきことをみだし続ける】【関係をつくり環境を変える】の4つのテーマで、臨床経験を活用しながら教育の場へとつなげていくことで教師としての自己を形成していることを明らかにした。また田中・岡崎 (2016) は、【新人：逆境に遭遇し内省する】経験を積み重ね、学びの共同体の中で【一人前・中堅：協働し学び続ける】ことを通して、【熟達：役割を自覚し自身がモデルを示す】在り方へと教師の力量形成していく様相を明らかにした。

新井・徳本・黒田 (2018) は、新人教師の教育的思考と手段の獲得は、【不消化な経験の整理】【事例を基に教育の視点と手段のシミュレーションを繰り返し発見する】【看護教員としての視点や手段を使って学生の変化を確認】の3つの段階からなり、教育実践での判断の視点と教育的思考が獲得されていない新人教師は多くの困難を感じていることと、手段獲得のために熟達教師の支援が必要であることを報告した。また実習教授活動では、「学生の学習能力への信頼」「言語能力」「状況把握能力」「臨床教育判断能力」「教育技法」の5つのコンピテンシーの形成が困難であることが示された (芥川・奥・安酸, 2007)。

#### (3) <コンピテンシーと教育経験年数との関連>

教授活動のコンピテンシーと教育経験年数に関連した文

献は4件であり、教師の教育経験年数が長いほど教育能力の自己評価が高かった (小林・竹尾・七田, 2015)。また教師の力量形成は看護教員経験年数と職位が有意に影響し (竹元, 2012)、教員養成講習会の受講者は未受講者よりも、「教授方法」「学習者の理解」「管理運営」「自己啓発」の得点が有意に高いことを報告した (大津・望月・足立・渡邊, 2006)。Joyce, et al. (2018) は、公衆衛生看護教師のコンピテンシーを量・質の両側面から明らかにした。PHN/CAI (Public Health Nursing Competency Assessment Instrument) を用いた量の調査では、公衆衛生看護教師の教員経験年数と「知識」「技能」との関連が有意に高く、質的な調査でも教師の「知識」「技能」「態度」の特定の現象が描写され現象学的アプローチにより実証された。

#### (4) <コンピテンシーと教育機関との関連>

教授活動のコンピテンシーと教育機関に関連した文献は1件であった。教師の看護実践能力は、専門学校では「ベッドサイドケア能力」「健康生活支援能力」「自己研鑽能力」「医療支援能力」「健康問題査定能力」に高い相関がみられ、大学では「医療支援能力」のみ、短大ではすべてにおいて相関がみられなかったことを報告した (廣瀬・齋藤・高橋, 2008)。

#### (5) <コンピテンシーと職務充実感との関連>

教授活動のコンピテンシーと職務充実感に関連した文献は1件であった。Wang & Liesveld (2015) は、NSOPF (National Study of Postsecondary Faculty) の尺度を用いて教師の職務充実感が雇用状態、サポート体制、給料、職位、最近の出版物／学術的な作品などに関連していることを報告した。

### 4. 【教授活動のコンピテンシーの育成】

#### (1) <臨床スタッフから教育者への役割移行>

臨床スタッフから教育者への役割移行に関する文献は3件であり、教育者への移行を促進する要因や教育プログラムについてであった。

Beres (2006) は、文献レビューから教育者には「教育経験」「教育の準備」「臨床の専門知識」を有することが必要であり、特にインストラクターや継続教育プログラムの参画などの教育経験をもつ臨床スタッフは教育者への移行がスムーズであることを明らかにした。また、McDonald (2010) は臨床実践家が看護教育者に移行するうえでの個人的経験を文献レビューより明らかにし、初心教育者は知識不足、教職の文化と支援、給料と作業量を課題としていた。

Gilbert & Womack (2012) は、臨床の熟練スタッフが教育者への役割移行を果たすための有効な教育プログラムを開発し、シナリオに基づいた討議を中心とした対話型のセッションであった。そのなかで看護師・教育者のコンピ

テンシーの関係が示され、熟練看護師から初心教育者、熟練教育者へと順にコンピテンシーが発展していくことを報告した。

### (2) 〈新しい教授方略に対する教師の認識〉

新しい教授方略の認識に関する文献は3件であった。Kowitlawakul, Chan, Wang, L., Wang, W. (2014) は、EHRNE ソフトウェア (Electronic Health Records for Nursing Education software) の使用に対する教師の認識は、革新的であるという「刷新」、過渡期であるという「変化」、サポートと時間を必要とするという「統合」の3つであることを明らかにし、教師はソフトウェアを使用した授業に自信がもてないと認識していることを報告した。またOSCE (客観的臨床能力試験) に対する教師の認識では、OSCE は評価的側面だけでなく人格形成の側面をもち、良し悪しのフィードバックが可能であり、カリキュラム終盤の実施が望ましい臨床技能試験であると認識していた (Solà, et al., 2017)。また、Obizoba (2018) は、OSCE の課題として「管理・専門的なサポート」「評価者となるインストラクターの使用」「教員のOSCE教育」「教員の専門的な実践と技能」「教員間の協力」をあげ、①基本的な技能から始める、②利用可能な人的資源の確認と演習設計、③既存の資源の活用、④評価の検討が方策として示された。

### (3) 〈新たな教育プログラムの導入と成果〉

新たな教育プログラムの導入と成果に関する文献は8件であった。Bryer & Peterson-Graziose (2014) は、教師を対象にした、ケアの質と安全教育に関するワークショップを開催し、その成果について報告した。ワークショップは、エビデンスに基づいた革新的な教授方略で、安全性12%、質向上64%、EBP57%、患者中心の看護12%、チームワークと協力42%、情報科学29%がそれぞれ増加したことを報告した。またOrta, et al. (2016) は、オンラインサービスを使ったEBP教育を行い、教育介入前後でACE-ERI (Academic Center for Evidence-based practice inventory) を用いて教師の知識とコンピテンシーを測定した。知識は介入前後で有意な差はなかったものの、コンピテンシーは20項目中4項目で有意な増加がみられたことから、オンラインのEBP教育が教師のコンピテンシーを増大させる可能性を報告した。佐藤 (2012) は、教師と看護師を対象にしたフィジカルアセスメント教育を実施し、「価値観・信条や生活背景を持つ人の理解」「必要な情報の収集・分析」「健康問題の判断」などの8項目において教育後の自己評価が教育前のそれよりも有意に高かったことを報告した。徳本 (2013) は、教師の教育実践能力を鍛える目的で専門職講座を開催し、そこでの事例検討の内容を研究的に分析した結果、教師が事例検討を通じて自己の教育指導の意識化・自覚化を促していることを明らかにした。

Barnsteiner, et al. (2013) は、ケアの質と安全教育 (QSEN: Quality and Safety Education for Nurses) についてカリキュラムに統合するための方略を学ぶために、教師を対象にしたワークショップを開催した。縦断的な調査により開催前と1年後、2年後との間で有意な差があったことを明らかにし、ワークショップの開催は各大学カリキュラムにおけるQSEN能力の統合に貢献していることを報告した。

Martin, et al. (2016) は、学生のリーダーシップ能力を育成する教育プログラムとして、“ボストンマラソンの爆撃シミュレーション”のシナリオに基づいた演習を設計した。演習は3~4名の小グループ編成で、怪我を負った人のトリアージと応急手当の内容であり、教師にはシミュレーション教育の演習設計に関わるコンピテンシーが必要であることを報告した。Hutchinson, Tate, Torbeck, & Smith (2011) は、臨床教員を対象にした包括的プログラムを開発し、その内容と方法は2日間 (16時間) の実地の教育と訓練で、特定の教育者との対話と助言から、診断、薬物、患者・家族ケアの介入などを学ぶ内容であった。前田・柏崎・八木 (2016) は、FD活動の一環として大学の助教助手を対象にした研修会を開催し、交流会、情報交換会、学習会、心理相談員による講義などを通じて参加者からは肯定的な意見が多く、教師の教育力向上に向けた組織的な取り組みの必要性を報告した。

### (4) 〈カリキュラム開発のコンピテンシー〉

カリキュラム開発のコンピテンシーに関する文献は3件であった。Latimer & Thornlow (2006) は、看護学士課程カリキュラムにおける老年看護学の教育の質改善にむけて、各大学の老年看護学のカリキュラムの実例を紹介し、「教育担当者の選出」「カリキュラム変更に対する教師の意欲の獲得」「老年看護学に関する教師の知識の評価」「最新の知識と研究を含むワークショップの開催」「サポートとトレーニングの機会」「資源の活用」が必要であることを報告した。また、Cuellar, Brennan, Vito, & de Leon (2008) は看護学士課程カリキュラムに文化的なコンピテンシーを統合させるための青写真を提示した。文化的なコンピテンシーは知識・技能・態度で評価し、各学年に応じた目標と学習内容で様々な教育方略が用いられた。Awadhalla, Al-Mohandis, & Al-Darazi (2018) はバーレーンの医学モデルから看護モデルに移行した看護教育の転換例を紹介し、カリキュラムの質保証のために、教師の健康職業教育プログラムの経験と、①協力と連携、②コンピテンシーに基づいたカリキュラム (CBE)、③ケースベースの学習カリキュラム (CBL)、④専門職連携の学習、⑤情報技術とe-ラーニング、⑥臨床の教育と学習、⑦資金供給のアプローチ、⑧教育の質と認可、が必要であることを報告した。

#### IV. 考 察

本研究では、54件の国内外文献の知見を整理し、教師の教授活動に関わるコンピテンシーの研究の動向と課題を明らかにした。

文献の年次推移は2010年以降に増加がみられたが、これは文科省や厚労省の報告書、あるいは海外文献の大半がアメリカであったことからNLNの報告書が影響し文献数が増加したものと考えられる。

教授活動のコンピテンシーの構成要素については、文献数が8件と最多で多く関心が向けられていた。その要素は、「専門的知識」、「学生理解」、「授業力や実習指導力」、「関係性構築」、「看護実践能力」などといったように国内文献で共通性がみられ、厚労省（2010）の「今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書」で示された看護教員に求められる能力と類似していた。特に平野（2010）の「状況認知力」は学生が体験している状況の情報を収集し、教材化し、その体験を概念化することであり、学習内容に照らして臨床状況を描写し学生に伝えることや、実習の様々な現象から看護学の本質を見極め教材化することは、教師の教授活動に欠かせないコンピテンシーであると考えられる。また、後藤ほか（2010）や松田ほか（2005）にあるように、講義や実習は、学生の理解度や反応、質問に応じてつねに修正・変更をかけながら展開される教授活動である。教師は専門的知識や臨床状況の把握のみならず、学生の学習状況を査定し、それに見合った適切な教授方略を選択・活用することが求められる。

海外文献では、患者ケアの質改善と安全性に関するコンピテンシー、情報科学のコンピテンシーが教師に必要なコンピテンシーとして報告されていた。近年の医療制度の進歩に伴い、IOM（Institute of Medicine, 2003）は医療の質改善（QI: Quality improvement）のため、安全性（safety）、適時性（timeliness）、有効性（effectiveness）、効率性（efficiency）、患者中心のケア（patient-centered care）を打ち出し、すべての医療専門家にエビデンスに基づいた実践、質改善のアプローチと情報科学の必要性を強調している。看護教育カリキュラムにおいても患者ケアの質改善と安全性に関するプログラムの必要性がいわれており（日本看護系大学協議会, 2018）、今後教育の充実を図るうえではシミュレーション教育や電子システムの使用、e-Learningの活用といった学習が積極的に導入されていくものと考えられる。しかし教師は、安全教育の必要性を認識する一方でその自信がなく、情報科学の技能も初心者レベルであることから、新しい教授法の導入に消極的な姿勢を示していた。教師にとってこれらのコンピテンシーを獲得していくことが課題となるであろう。

教師は感受性のコンピテンシーが高く、このことは教授の有効性と関連があった。教師が学生、あるいは学生の受け持つ対象の状況を共感的に受け止め思いやることは、双方の関係形成につながり、そのことが教授活動を円滑にさせ学習内容を浸透しやすくすると考える。また、教師の文化的なコンピテンシーは文献により見解の相違はあるものの低い結果であった。看護学は疾病をもち治療・生活する人の反応を捉えてアプローチする学問である。看護師には対象の人権を尊重し、すべての人々の生活様式や文化を受け入れケアすることが求められる。このことは看護学を教授する教師にもいえることであり、教師は教育および看護実践における異文化間そして学際的なコンピテンシーを持ち合わせている必要がある（WHO, 2016, P14）。

教師の教授活動のコンピテンシーの獲得では、教育経験年数や職位が教授活動のコンピテンシーに影響していた。臨床実践家から教育者に移行し、新人教師（初心教育者）は教育者としての様々な経験を積み重ね、内省し、学び続け、初心から一人前そして熟達へと力量形成していくものと考えられる。このことから教授活動のコンピテンシーの形成において、教師として教育経験を積むことの重要性が示唆された。また教授活動のコンピテンシーは職務充実感とも関連することから、教師が教授活動のコンピテンシーを積み重ねていくことは教師であり続けることとも深く関係するのではないかと考えられた。

以上より、教師の教授活動のコンピテンシーを明らかにしようとする試みや測定ツールの開発、教授活動のコンピテンシーの評価とその関連要因、コンピテンシー育成のための実践報告など幅広い内容で研究がされていた。

我が国の看護教育の課題として、教師のコンピテンシーの育成を目的としたワークショップの開催や教育プログラムの導入がされているものの、その多くが評価報告にとどまっている。海外では教育プログラムを計画し、介入・評価・検証を行い、その成果を実装するといった研究がいくつか報告されていた。今後は、教師のコンピテンシー育成において実装研究を積極的に行っていくことが課題である。

#### V. 結 論

教師の教授活動に関わるコンピテンシーの文献は2010年以降に増加し、国内ではコンピテンシーの構成要素やツールの開発に関する研究、海外ではコンピテンシーの評価や育成のための実践報告が多くみられた。文献内容の分析から、【教授活動のコンピテンシーの属性】【教授活動のコンピテンシーを測定するツールの開発】【教授活動のコンピテンシーの実態】【教授活動のコンピテンシーの育成】の

4テーマと14カテゴリが生成された。教師の教授活動に関わるコンピテンシーの育成では、エビデンスに基づいた教育計画を立案・介入・評価し、その成果を実装していくことが今後の課題である。

### 研究の限界

本研究における文献の抽出基準に合致する文献のみの結果である。

### 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、国内外の文献を通して、看護学教師（以下教師）の教授活動に関わるコンピテンシーの研究の動向と課題を明らかにすることである。文献は、CINAHL Plus with Full Text, PubMed, 医学中央雑誌Web版, CiNii, J-STAGEを用いて「看護学教師」「コンピテンシー」「教授活動」などのキーワードを組み合わせて検索を行った。最終的に海外文献26件、国内文献28件が抽出された。

文献は2010年以降に増加していた。文献内容の分析から、【教授活動のコンピテンシーの属性】【教授活動のコンピテンシーを測定するツールの開発】【教授活動のコンピテンシーの実態】【教授活動のコンピテンシーの育成】の4テーマと14カテゴリが生成された。今後教師の教授活動のコンピテンシー育成に向けて、エビデンスに基づいた教育計画を立案・介入・評価し、その成果を実装していくことが課題である。

## Abstract

**Purpose:** This research clarifies the direction and issues of research on competency related to the teaching activities of nursing science professors (hereinafter “professors”) through a review of domestic and foreign literature.

**Method:** CINAHL Plus with Full Text, PubMed, Ichushi- (Igaku Chuo Zasshi) Web, CiNii and J-STAGE databases were used to find literature using a combination of keywords such as “nursing faculty”, “competency” and “teaching or education”. Ultimately, 26 foreign references and 28 domestic references were sampled.

**Results:** Literature after 2010 has increased. Through an analysis of reference materials, we created fourteen categories and the following four themes: Characteristics of Teaching Competency, Development of Tools for Measuring Competency of Teaching Activities, Actual State of Competency for Teaching Activities, and Cultivation of Competency for Teaching Activities.

**Conclusion:** The creation, adaption and evaluation of evidence-based educational plans and implementing findings remain a challenge in fostering teaching competency among professors in the future.

## 文 献

- Ahn, S., Lee, N. J., Jang, H. (2018). Patient safety teaching competency of nursing faculty, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(6), 720-730.
- 芥川清香, 奥 祥子, 安酸史子 (2007). 成人看護学実習における教師の実践的力量的の検討. *福岡県立大学看護学研究紀要*, 5(1), 9-18.
- Allen, D. E., Ploeg, J., Kaasalainen, S. (2012). The relationship between emotional intelligence and clinical teaching effectiveness in nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 231-240.
- Ambrose, N. S., Ranjith, J., Malarvizhi, R. (2018). Productivity of nursing faculty in selected nursing institutes, Bangalore, Karnataka. *International Journal of Nursing Education*, 10(4), 90-92.
- 青木恵美子, 荒木田美香子 (2019). 看護基礎教育に携わる看護学教員の学習支援のためのコミュニケーションスキル尺度の開発. *日本看護研究学会雑誌*, 42(2), 161-173.
- 新井麻紀子, 徳本弘子, 黒田るみ (2018). 新人看護教員の教育的思考と手段の獲得過程：事例検討を通して. *保健医療福祉科学*, 7, 40-45.
- Awadhalla, M., Al-Mohandis, B., Al-Darazi, F. (2018). Transformation of nursing education: The experience of Bahrain. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(9), 959-964.
- Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., McGuinn, K., Chappell, K., Swartwout, E. (2013). Diffusing QSEN competencies across schools of nursing: The AACN/RWJF faculty development institutes. *Journal of Professional Nursing*, 29(2), 68-74.
- Beres, J. (2006). Staff development to university faculty: Reflections of a nurse educator. *Nursing Forum*, 41(3), 141-145.
- Bryer, J., Peterson-Graziose, V. (2014). Integration of quality and safety competencies in undergraduate nursing education: A faculty development approach. *Teaching and Learning in Nursing*, 9(3), 130-133.
- Carlson, J. (2016). Baccalaureate Nursing Faculty competencies and teaching strategies to enhance the care of the veteran population: Perspectives of veteran affairs nursing academy (Vana) faculty.

- Journal of Professional Nursing*, 32(4), 314-323.
- Cuellar, N. G., Brennan, A. M. W., Vito, K., de Leon Siantz, M. L. (2008). Cultural competence in the undergraduate nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 143-149.
- 大辞泉 <https://daijisen.jp/digital/> (2019/12/25)
- 舟島なをみ, 定廣和香子, 亀岡智美, 鈴木美和 (2002). 看護学教員ロールモデル行動自己評価尺度の開発: 質的帰納的研究成果を基盤として. *千葉大学看護学部紀要*, (24), 9-14.
- 舟島なをみ, 村上みち子, 亀岡智美, 三浦弘恵, 山下暢子 (2006). 教育ニードアセスメントツール—看護学教員用— (FENAT) の開発. *看護教育*, 47(4), 350-355.
- Gilbert, C., Womack, B. (2012). Successful transition from expert nurse to novice educator?: Expert educator: It's about you!, *Teaching and Learning in Nursing*, 7(3), 100-102.
- 後藤佳子, 舟島なをみ, 中山登志子 (2010). 看護学の講義を展開する教員の教授活動の解明: 看護実践の基盤となる講義に焦点を当てて. *看護教育学研究*, 19(1), 60-73.
- Guy, J., Taylor, C., Roden, J., Blundell, J., and Tolhurst, G. (2011). Reframing the Australian nurse teacher competencies: Do they reflect the 'REAL' world of nurse teacher practice? *Nurse Education Today*, 31(3), 231-237.
- 平野加代子 (2010). 臨地実習指導場面における看護教員のコンピテンシー. *日本看護学会教育学会誌*, 20(1), 25-35.
- 廣瀬信子, 齋藤孝子, 高橋幸子 (2008). 看護学教員の看護実践能力の自己評価と教員特性との関連性に関する研究. *共立女子短期大学看護学科紀要*, (3), 95-102.
- Hutchinson, P. J., Tate, M.A., Torbeck, J.M., Smith, (2011). "Know worries!" a clinical faculty orientation model. *Nurse Educator (NURSE EDUC)*, 36(2), 59-61.
- Institute of Medicine. (2003). *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- 石塚淳子, 佐藤道子, 山崎準二 (2009). 看護教師の力量形成に関する研究 (その1): 看護専門学校に所属する看護教師を対象とした調査報告. *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, (17), 27-38.
- Issel, L. M., Baldwin, K. A., Lyons, R. L., Madamala, K. (2006). Self-reported competency of public health nurses and faculty in Illinois. *Public Health Nursing*, 23(2), 168-177.
- Joyce, B. L., Harmon, M., Johnson, R. G.H., Hicks, V., Brown-Schott, N., Pilling, L., Brownrigg, V. (2018). Community/public health nursing faculty's knowledge, skills and attitudes of the quad council competencies for public health nurses. *Public Health Nursing*, 35(5), 427-439.
- Kardong-Edgren, S. (2007). Cultural competence of baccalaureate nursing faculty. *Journal of Nursing Education*, 46(8), 360-366.
- 加藤恭子 (2011). 日米におけるコンピテンシー概念の生成と混乱 (組織流動化時代の人的資源開発に関する研究: 組織間協力と組織間人材移動をふまえた人材開発・育成・活動の問題を中心として). *産業経営プロジェクト報告書/日本大学経済学部産業経営研究所編*. 34(2), 1-23.
- Kinnunen, U. M., Rajalahti, E., Cummings, E., Borycki, E.M. (2017). Curricula challenges and informatics competencies for nurse educators. *Studies in Health Technology and Informatics*, 41-48.
- 小林 陸, 竹尾恵子, 七田恵子 (2015). 看護教員としての能力とその自己評価に関する研究. *佐久大学看護研究雑誌*, 7(1), 45-54.
- 厚生労働省 (2003). 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書.
- 厚生労働省 (2008). 看護基礎教育のあり方に関する懇談会論点整理.
- 厚生労働省 (2010). 今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書.
- 厚生労働省 (2019). 看護基礎教育検討会報告書.
- Kowitlawakul, Y., Chan, S. W. C., Wang, L., Wang, W. (2014). Exploring faculty perceptions towards electronic health records for nursing education. *International Nursing Review*, 61(4), 499-506.
- Latimer, D. G., Thornlow, D. K. (2006). Incorporating geriatrics into baccalaureate nursing curricula: Laying the groundwork with faculty development. *Journal of Professional Nursing*, 22(2), 79-83.
- 前田陽子, 柏崎純子, 八木絵里子 (2016). 若手教員の教育力向上を目的とした助教助手の会の活動評価. *第46回 日本看護学会論文集 看護教育*, 127-130.
- Marzilli, C. (2016). Assessment of cultural competence in Texas nursing faculty. *Nurse Education Today*, 45, 225-229.
- 松田安弘, 中山登志子, 亀岡智美, 舟島なをみ, 横山京子, 鈴木恵子, 本郷久美子, 小川妙子 (2005). 看護学実習の目標達成に必要な不可欠な教授活動の解明: 質的研究3件のメタ統合を通して. *看護教育学研究*, 14(1), 51-64.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- McDonald, P. J. (2010). Transitioning from clinical practice to nursing faculty: Lessons learned. *Journal of Nursing Education*, 49(3), 126-131.
- McNeil, B. J., Elfrink, V. L., Bickford, C. J., Pierce, S. T., Beyea, S. C., Averill, C., Klappenbach, C. (2003). Nursing information technology knowledge, skills, and preparation of student nurses, nursing faculty, and clinicians: A U. S. survey. *Journal of Nursing Education*, 42(8), 341-349.
- 宮芝智子, 舟島なをみ, 後藤佳子 (2015). 教授活動自己評価尺度—看護学講義用—の開発: 自律的なファカルティ・ディベロップメントに向けて. *千葉看護学会会誌*, 21(1), 23-31.
- 文部科学省 2019年度看護系大学に係る基礎データ. [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/\\_icsFiles/afieldfile/2019/05/27/1417062\\_4\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2019/05/27/1417062_4_1.pdf) (2019/12/25)
- 文部科学省 (2002). 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて 看護学教育のあり方に関する検討会報告.
- 村上みち子, 舟島なをみ, 三浦弘恵 (2010). 看護学教員としての倫理的行動自己評価尺度の開発. *看護教育学研究*, 19(1), 35-45.
- 中川名帆子, 山内豊明, 小西真人 (2019). 新任看護系大学教員に必要な教育実践能力に関する質的研究: ベテラン教員と新任看護系大学教員の意見に焦点をあてて. *岐阜聖徳学園大学看護学研究誌*, (4), 1-13.
- 中山登志子, 亀岡智美 (2004). 看護学実習教授活動自己評価尺度 (SCTB) の開発: 看護教育における基盤研究発展型応用研究として. *看護研究*, 37(3), 237-251.
- National League for Nursing (2005). *The scope of practice for academic nurse educators*. New York: National League for Nursing.
- 日本看護管理学会 学術活動推進委員会編 (2016). *看護管理用語集 第2版*. 126-127, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本看護系大学協議会 (2018). 看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標.
- 日本看護協会クリニカルラダー. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/ladder/index.html> (2019/10/1)
- Obizoba, C. (2018). Mitigating the challenges of objective structured clinical examination (OSCE) in nursing education: A phenomenological research study. *Nurse Education Today*, 68, 71-74.
- 大池美也子 (2016). 高等教育化時代における看護教員としての自

- 己形成過程に関するライフストーリー研究. *日本医学看護学教育学会誌*, 25(1), 44-53.
- Orta, R., Messmer, P. R., Valdes, G. R., Turkel, M., Fields, S. D., Wei, C. C. (2016). Knowledge and competency of nursing faculty regarding evidence-based practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(9), 409-419.
- 大津廣子, 望月章子, 足立みゆき, 渡邊亜希子 (2006). 看護教員の力量形成に影響を与える要因分析. *日本看護医療学会雑誌*, 8(1), 21-30.
- R. Martin, D., B. Furr, S., Hayes Lane, S., Bramlett, M. (2016). Integration of leadership competencies in a community health simulation. *British Journal of Nursing*, 25(14), 792-794.
- 坂美奈子, 原田広枝, 末永陽子 (2018). 授業設計における看護教員の思考自己評価尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 38, 356-364.
- 酒井志保 (2013). 臨地実習での看護過程教授活動自己評価スケールの作成. *日本赤十字看護学会誌*, 13(1), 1-9.
- 佐藤富美子 (2012). 看護大学教員・看護師を対象としたフィジカルアセスメント教育の効果. *東北大学医学部保健学科紀要*, 21(1), 25-32.
- 柴 邦代, 山口桂子, 大津廣子 (2015). 小児看護学実習における学生と患児との関係形成支援教授活動尺度の開発. *日本看護研究学会雑誌*, 38(4), 47-59.
- 清水暁美, 出井涼介, 太湯好子, 中嶋和夫 (2015). 臨地実習指導における看護系大学教員の教師効力測定尺度の開発. *ヒューマンケア研究学会誌*, 6(2), 1-7.
- Solà, M., Pulpón, A. M., Morin, V., Sancho, R., Clèries, X., Fabrellas, N. (2017). Towards the implementation of osce in undergraduate nursing curriculum: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 49, 163-167.
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M, *Competence at Work*, Wiley, (1993) / 梅津祐良・成田 攻・横川哲夫訳 (2001). コンピテンシー・マネジメントの展開. 東京: 生産性出版.
- Staykova, M. P. (2012). A pilot Delphi study: Competencies of nurse educators in curriculum design. *Teaching and Learning in Nursing*, 7(3), 113-117.
- 高橋 潔, 金井壽宏 (2001). 元気の出る経営行動科学 (1) コンピテンシーとは何なのか: その測定と学習に見る米国型モデルと日本型モデル. *一橋ビジネスレビュー*, 49(3), 92-107. 東洋経済新報社. 東京.
- 竹元恵子 (2012). 看護系大学看護教員歴5年未満の講師, 助教, 助手のロールモデル行動に関する研究. *教師学研究*, 11, 47-57.
- 田村美子, 清水暁美, 内田史江, 荒井葉子, 西岡美作子, 橋本和子 (2010). 臨地実習での教員の教授活動: 教員の伴走者モデル. *看護・保健科学研究誌*, 10(1), 183-192.
- 田中千尋, 岡崎美智子 (2016). 経験の語りにもみる熟達看護教員の力量形成過程. *日本看護学教育学会誌*, 26(2), 29-41.
- Thornlow, D. K., McGuinn, K. (2010). A necessary sea change for nurse faculty development: Spotlight on quality and safety. *Journal of Professional Nursing*, 26(2), 71-81.
- 徳本弘子 (2013). 看護教員の教育実践能力を鍛える公開講座の成果: 教育事例の検討を継続して得られる教育実践能力. *埼玉県立大学紀要*, 15, 35-42.
- 虎の門病院看護部編 (2013). *看護管理者のコンピテンシー・モデル: 開発から運用まで*. 東京: 医学書院.
- 坪井桂子, 安酸史子 (2001). 看護系大学教師の実習教育に対する教師効力尺度の検討. *日本看護科学会誌*, 21(2), 37-45.
- Wang, Y., Liesveld, J. (2015). Exploring job satisfaction of nursing faculty: Theoretical approaches. *Journal of Professional Nursing*, 31(6), 482-492.
- World Health Organization (2016). *Nurse Educator Core Competencies*. 1-30.

〔2020年1月17日受 付〕  
〔2020年4月8日採用決定〕

一般社団法人  
日本 看護  
研究 学会  
会報

第 117 号

(2020年12月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

「一般社団法人日本看護研究学会 第46回学術集会を終えて」	1
一般社団法人日本看護研究学会 第46回学術集会印象記	3
一般社団法人日本看護研究学会 第46回学術集会印象記	5
第47回学術集会開催のご挨拶	8
一般社団法人日本看護研究学会 2020年度第1回臨時理事会 議事録	10
学会誌と学術集会プログラム集・講演集の ページ数相違に関するお詫び	11

「一般社団法人日本看護研究学会 第46回学術集会を終えて」

一般社団法人

日本看護研究学会第46回学術集会

会長 城 丸 瑞 恵

一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会は、2020年8月27日（木）～8月28日（金）に札幌コンベンションセンターで開催予定でした。しかし新型コロナウイルス感染症の影響を考え9月28日（月）～11月8日（日）Web開催に変更いたしました。Web開催は、事務局一同、経験したことのない開催形態のため、当初は不安でした。何をどのように準備したらよいのか、予算はどのようになるのか、当日はどうしたらよいのか、頭の中は“はてなマーク”が占有していました。しかし、先行して他の学会でもWeb開催を計画しており、ホームページなど参考にさせていただきました。そのため、徐々にのおおよそのイメージをもつことができ助かりました。オンデマンド方式のため、会場開催日であった8月27日（木）～28日（金）に、講演・研究法セミナー・市民公開講座などの収録を行い、シンポジウム実施時のシンポジスト間の距離、各講演後の消毒など感染対策に注意を払いました。事務局、スタッフ各自が携行用のアルコール除菌ウェットティッシュを持参していましたが、さすがに看護系学会だと感心しました。遠隔で講義・セミナーに参加する方との画像・音量の調整など、会場開催とは異なる事前準備もありました。この2日間の札幌は空が青く澄みわたり、この空の青さとともに忘れられない2日間になりました。

さて、本学術集会のテーマは、「当時者とともに創る看護の知」であり、このテーマを軸にプログラムを企画しました。おかげさまで、テーマにそった講演、シンポジウムであったと参加者の方々から評価をいただくことができました。特別講演に日本学術会議副会長 三成美保氏から「人生100年時代における『ケアの権利』—日本学術会議『未来からの問い』が展望するジェンダー平等社会—」と題してご講演をいただきました。ジェンダー学の専門家として、また日本学術会議の副会長のお立場から、新型コロナウイルス感染症による社会的情勢を鑑みながら人生100年時代のケアの権利についてお話しいただき、今後

の看護職が目指す方向性と勇気を与えてくださいました。

教育講演1では北海道医療大学教授 向谷地生良氏から「当事者の専門知に学ぶ」をテーマにご講演をいただきました。当事者の方々も参加していただき、当事者から学ぶ必要性・重要性について理解を深める機会になりました。また教育講演2では北海道大学総合博物館教授 湯浅万紀子氏から「思い出を未来に紡ぐ博物館—博物館体験の長期記憶の語りから探る博物館の意味—」をテーマにご講演をいただき、博物館の魅力とともに研究手法について示唆をいただきました。

シンポジウム1では「がんとともに生きる当事者が望む暮らしを支える」をテーマに竹生礼子氏（北海道医療大学）、下倉賢士氏（ホームケアクリニック札幌）、大島寿美子氏（北星学園大学）、シンポジウム2では「『自分らしく生きぬく』を支える—その人の願いと意思をかなえる終焉—」をテーマに松田哲子氏（旭川赤十字病院）、前野宏氏（札幌南徳洲会病院）、スーディ神崎和代氏（医療創生大学）、シンポジウム3では「若年認知症の当事者の思いを紡ぎ、ともに考える支援—家族会や介護事業所の実践、そして家族の経験を通して—」をテーマに平野憲子氏（NPO法人北海道若年認知症の人と家族の会）、岡田京子氏（認知症対応型サービスいろいろ）に講師をお願いして研究者・実践者の立場からご講演いただきました。各シンポジウムでは、がんや若年性認知症とともに生きる当事者・ご家族の方をシンポジストにお招きして、当事者・ご家族の方々と看護の知をどのように創るのか、積極的な意見交換が行われました。体験された内容の重さに心が揺さぶられ、自分自身を振り返る貴重な時間となりました。

この他、“看護の知を創る”ための研究方法に関して、研究方法セミナー1は「当事者研究のためのミックスドメソッド入門」を高木廣文氏（天使大学）、研究方法セミナー2は「当事者の語りをつむぐ—ナラティブ分析への誘い—」を宮坂道夫氏（新潟大学大学院）、研究方法セミナー3は「統計手法の基本から質問紙調査の実際まで」を樋之津史郎氏（札幌医科大学）にご講演いただきました。3人の方々の研究に関する具体的なお話は、今後研究をする上でとても参考になると感じました。市民公開講座として、バスケット界のレジェンドといわれる株式会社レバンガ北海道の折茂武彦氏に「年齢と身体能力の限界を超えて 北海道の為に選手として経営者として」と題しご講演いただきました。折茂氏はバスケット選手として、経営者としてどのように歩んできたのか、大事にしていることは何かを熱く語ってくださいました。前向きな姿勢が人生を豊かにしてくれることを教えていただきました。

2日間の収録において会場は関係者のみでしたが、オンデマンド方式で多くの方々と時間や空間をこえて様々なことを共有できたのではと考えています。

最後に、会場開催からWeb開催となり、会員の皆様にはご心配やご迷惑をおかけしたと思います。ここでお詫び申し上げます。最終的に1,100名以上の方々のご参加をいただくことができ、事務局一同感謝の気持ちでいっぱいです。ご協力に心から感謝申し上げます。

## 一般社団法人日本看護研究学会 第46回学術集会印象記

北海道文教大学

木村 恵美子

2020年8月27・28日、札幌では気温が30℃を超えた暑さと澄んだ青空が広がっていました。この日は、日本看護研究学会第46回学術集会在札幌で開催される予定でした。しかし2019年12月、中国において原因不明の肺炎が確認され、翌2020年1月、後にCOVID-19と命名される新型コロナウイルス感染症が世界中に急激な勢いで広がりました。この影響により私たちは、新たな生活様式を余儀なくされましたが、今もなお感染拡大は収まっていません。そのような状況の中、楽しみにしていた本学会も参加者の安全を考慮し、Webによるオンデマンド方式で開催することになりました。道外の研究者の皆さんに、8月の札幌を体感していただきたかったと残念に思いました。

9月28日からWebによるオンデマンド配信が始まりました。会長講演、教育講演、研究方法セミナーなど、内容も豊富で充実した講演をすべて視聴できました。各先生の講演が繰り返し視聴できることは、Webによる学会開催ならではの良さであると新たな発見でした。当初残念に思っていた私でしたが、食い入るように各講演を拝聴しました。はじめに第46回学術集会の会長講演で城丸瑞恵先生は、看護者が当事者とともに学ぶことの重要性を述べられました。看護者がヘルスケアを深く理解するための知識の一つとして、健康、病気、治療、ケアの提供を、“人々がどのように経験しているか”に着目することについて深く考えさせられました。

今回の学会テーマである「当事者とともに創る看護の知」を考える上で、当事者がどのように病いを経験しているのかしっかり学ぼうと思い、続けてシンポジウムを拝聴しました。私は緩和ケア認定看護師として、またNPO法人がんサポート北海道の理事として多くのがん患者やその家族と関わっています。そのため、シンポジウム1「がんとともに生きる当事者が望む暮らしを支える」は、関心をもって拝聴しました。北海道医療大学の竹生礼子先生は、在宅ホスピスボランティアグループの活動を紹介されました。自宅で過ごすがんを有する人々やその家族にとってボランティアの存在は価値ある出会いとなり、支援の一つになると感じました。またホームケアクリニック札幌の下倉賢士先生は、死を目前に様々な苦悩を抱えている人々へのソーシャルワークについて、実際の対話をもとに報告されました。がん体験者である森中かおりさんは、がんと告知された瞬間から普通の暮らしがどのように変化したのかを語っていました。自身ががんであることを子供に話すとき、治療によって爪がはがれていくときなど、森中さんの実体験を通してがんが人々に与える影響について考えさせられる機会となりました。最後に北星学園大学の太田寿美子先生は、“支援をする人・支援される人という上下関係ではなく、お互いに学びあえる平等な関係が重要である”と話されました。この言葉のとおり、看護者と患者・家族の関わりについて示唆に富んだ内容でした。続けて、シンポジウム3「若年認知症の当事者の思いを紡ぎ、共に考える支援—家族会や介護事業所の実践、そして家族の経験をとおして—」を拝聴しました。NPO法人北海道若年認知症の人と家族の会の平野憲子先生は、会の活動を紹介され、若年者だからこそ抱える困難の理解と、支える家族どうしの交流の場の重要性などを述べられました。平野先生の法人会員である当事者家族の方は、若年認

知症を患っている旦那さまとの生活をご講演されました。“旦那さまが家の外に出ると近所の方が家の中に入ってしまふ”というエピソードはとても印象強く残っています。ご家族も話されていましたが、個人的な支援とともに地域で支援する取り組みが求められることを実感しました。ライフケア彩りの岡田京子先生は、若年認知症の方々が抱える不安や苦悩、家族への支援の重要性についてご講演され、周囲が認知症を正しく理解することの重要性について述べられました。これらのシンポジウムを拝聴し、患者・家族一人ひとりの経験を大切にすることを痛感しました。

次に、特別講演である三成美保先生の「教育研究におけるジェンダー主流化と日本学術会議の取り組み」を拝聴しました。今回のコロナ禍の前後で人々の意識や考え方、生活状況が大きく変化していることを話された後、ジェンダー視点からケアに着目した「ケアの権利」について述べられました。特に最後に話された看護学への期待は強く印象に残っています。先生は、看護学教育にもジェンダー視点を取り入れ、女性のケア力を自明視せず、男性のケア力を育てて欲しいと話されました。今回、一般演題でもLGBTに対する看護学生への理解の促進についてご発表されており、今後の看護学教育を考えるうえで非常に興味深いご講演でした。

研究方法セミナー2「当事者の語りをつむぐ—ナラティブ分析への誘い—」では、宮坂道夫先生がリスマンによるナラティブ分析の分類をはじめ、基礎から応用までとても丁寧に解説していただきました。特に医療・看護分野で多くみられる疑問について、事例を用いて説明していただき、ナラティブ分析を理解する機会となりました。

教育講演2「思い出を未来へと紡ぐ博物館—博物館体験の長期記憶の語りから探る博物館の意味—」では、湯浅万紀子先生が北海道大学総合博物館を事例に、大学博物館の歴史や博物館の意義などについてご講演されました。特に博物館の意義の一つとして、博物館の中を観覧するだけではなく、博物館に行くまで、そして観覧した後までの一連の過程を「博物館体験」として人々の語りを分析されていることに興味を抱きました。私は、湯浅先生のご講演に影響され、北海道大学博物館に行ってみました。11月の北海道大学は、イチョウ並木が黄色に色づき、映画のワンシーンのようでした。歴史に触れながら家族とした会話も私の「博物館体験」として記憶に残っていくのだろうと感じました。

最後になりましたが、Webによる学術集会の準備は大変なご苦労があったかと想像します。今回、オンデマンド方式で学術集会の開催を決断していただいた第46回学術集会会長 城丸瑞恵先生をはじめ、本学会実行委員の皆様にご心より感謝申し上げます。また、新型コロナウイルス感染症が早期に終息し、皆様と学術集会で議論を交わせることを願います。

## 一般社団法人日本看護研究学会 第46回学術集会印象記

札幌医科大学附属病院

牧野夏子

第46回学術集会は、2020年8月27日・28日に札幌コンベンションセンターにおいて開催される予定でしたが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の収束のめどが立たない状況から、Webによるオンデマンド方式にて開催されました。学術集会長である城丸瑞恵先生（札幌医科大学保健医療学部教授）は、かつてご指導いただいた先生であり、運営・実行委員の先生方にも北海道という土地柄、様々なご縁で繋がりがご指導賜りました。本学術集会開催にあたり大変なご準備をいただいたことと思います。心より感謝いたします。本学術集会での理事長挨拶で深井喜代子先生が述べられた第46回学術集会の演題はすべて新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の前に計画され実施された研究であり、これからはアフターコロナ、ウィズコロナにパラダイムシフトされていく、というお言葉が印象的でした。日本看護研究学会学術集会でのご講演、交流集会、一般演題は研究者として研鑽が必要な私にとって刺激を受け、新たな視点をいただく機会です。本学術集会を拝聴した一部を印象記に記したいと思います。

本学術集会のテーマは「当事者とともに創る看護の知」でした。まず大会長である城丸瑞恵先生による会長講演「当事者とともに創る看護の知」を拝聴いたしました。先生は、当事者の経験に向き合うこと、看護の知を当事者とともに創る過程、看護の知を当事者とともに創る方法、当事者・家族が看護職に期待することを主軸としてご講演されました。その中で、先生が開催されている患者会「ベニバナの会」についてご紹介され、当事者の方々が語られた治療に必要なはずの弾性ストッキングによる新たな苦痛を緩和されるための研究についてご紹介くださいました。また、アーサー・クラインマンのケアの相互性をご紹介され看護の対象である患者・家族に向き合い語りに耳を傾けることの重要性を述べられました。ご講演を拝聴し、時に私たちは看護師のペースで進めようとしていないかと顧みる機会になりました。かつてご指導賜った時に「患者さんはどう考えているのか」「ご家族はどのような思いなのか」と聞いてくださったことを思い出しました。

会長講演に続き、向谷地生良先生の教育講演1「当事者の専門知に学ぶ」を拝聴いたしました。向谷地先生は北海道浦河町のべてるの会の当事者の方々とともにご講演くださいました。向谷地先生のご経験を基に精神医療の世界との出会いからべてるの会の当事者の方々と数十年間に渡るご活動を研究として発展された過程をご講演くださいました。ご講演のなかで前向きな「無力さ」についてご紹介され、誰も正しい知識を持っている人はいない、という当事者研究における対話の可能性について述べられました。また、ご講演いただいた看護師の方が関東からべてるにいらした感想を「病院のルールや法律という枠組みで困っていたことが、今はゼロから考えられる」と述べられたのが印象的でした。そのような場をつくられた向谷地先生のご尽力に大変感動するとともに、私自身、日常での看護における姿勢を問い直す機会となりました。

次にシンポジウム2「自分らしく生きぬく」を支える—その人の願いと意思をかなえる終焉—を拝聴いたしました。人生の最終段階における意思決定支援をテーマにシンポジストの方がそれぞれのお立場

でご発表されました。松田哲子先生は訪問看護のお立場から事例紹介を通して、前野宏先生は緩和ケア医師のお立場から、スーディー神崎和代先生は教育研究者としてのお立場から研究活動を通してご講演されました。また、看取りを経験されたご遺族の立場から当事者家族の方がご講演くださいました。人生最終段階における意思決定は現代社会において重要なテーマであり課題を抱えているにも関わらず、解決策を模索していると考えます。松田先生の患者の意向を尊重された倫理調整の実際やスーディー神崎先生の研究を通して得られた課題は非常に参考になりました。専門職として患者の希望を実現するための具体的なご示唆は看護の基盤であり、また明日からの実践に活かせるヒントをいただきました。前野先生が述べられた我が国の死に対する議論を積極的に行ってこなかった背景から生じる問題点と現在までの緩和ケアの変遷は、改めて知見を得る機会となりました。当事者家族の方のご講演では「満足する選択をすることは容易ではない」「最期の時にも手続きが多く意思決定が求められることの辛さ」と述べられ、とても胸を打たれました。ご経験からの語りを看護師として忘れてはならないと強く感じました。座長である上田順子先生、村中沙織先生との意見交換も非常に有益であり、医療者としての誠実性やライフイベントを含めた対象者の尊重というご発表から改めて其々の立場から人生の最終段階における意思決定支援に議論を重ねていく必要性を感じました。

最後に研究方法セミナー1・2・3を拝聴いたしました。例年、学術集会の研究に関するセミナーは新たな知見を得られる貴重な機会です。しかし、時間が重複することもありすべてを拝聴することが難しく残念な思いをすることもありました。本学術集会ではミックスドメソッドから質的研究、量的研究と著名な先生方がご講演くださるということで、学術集会のプログラムが発表されてから楽しみに、またどの研究方法セミナーを拝聴しようかと思ひ悩んでおりました。Webによるオンデマンド方式開催となることですべての研究方法セミナーを拝聴でき、Web開催の利点を実感いたしました。

末筆ではございますが、本学術集会では一般演題と交流集会にて発表の機会をいただきました。共同研究者と研究を進め演題を登録できた時には達成感があり、プログラム集・講演集を手にしたときには喜びがありました。貴重な機会をいただきましたことに感謝申し上げます。本学術集会の企画・準備から開催にあたり携われました城丸瑞恵大会長、運営・実行委員の先生方をはじめすべての方々に改めて深謝申し上げます。



## 第47回学術集会開催のご挨拶

一般社団法人

日本看護研究学会第47回学術集会

会長 塩 飽 仁

(東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻

小児看護学分野 教授)

このたび、一般社団法人日本看護研究学会第47回学術集会の会長を拝命いたしました、東北大学の<sup>しわく</sup>塩飽です。

2021年8月21日(土)、22日(日)の2日間、第47回学術集会をオンラインで開催させていただくこととなりました。

テーマは「脳とこころのケアとサイエンス」といたしました。

私の看護師としての最初の臨床現場は手術部でした。そこで同じ重症の火傷の子供の手術を何度も担当し、火傷は徐々に治っていても心が荒れていくことを目の当たりにしました。その経験を出発点にして、大学院では子供のメンタルケアを学びました。その後約30年にわたってがんや発達障害の子供やご家族のメンタルケアに実際にかかわってきたなかで実感したことは「人間はこころによって成り立っている生き物だな」ということでした。

そして1996年に出版されたある論文を読んで、脳とこころは連動することを知りました。その論文は“Ana María Magariños, Bruce S. McEwen, Gabriele Flugge and Eberhard Fuchs: Chronic Psychosocial Stress Causes Apical Dendritic Atrophy of Hippocampal CA3 Pyramidal Neurons in Subordinate Tree Shrews. The Journal of Neuroscience, 16(10): 3534-3540, 1996 (<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.16-10-03534.1996>)”です。この論文は、慢性的な心理社会的ストレスを与えられたネズミの脳では、海馬の脳神経細胞の先端で特異的に萎縮がおきるという内容でした。目に見えないストレスは脳にダメージを与えることが実験によって示されていました。

人間はこころによって生きている、という私の感覚とこの論文の内容は相通ずるところがあり、それ以来こころと脳と体の関連に興味を持つようになりました。また一方で、脳とこころの関係性が多くの研究者によって明らかにされるようになり、それらの生体としての反応が遺伝的にプログラムされていることは、今では常識になりました。

人間の脳とこころの活動は相互に強く影響し合い、また体内外のストレスに応じて、ダメージを受けたり耐えたり回復したりしています。適切なケアの提供は、脳とこころを修復し、さらに以前よりたくましくなる変化をもたらすこともあります。

これらのメカニズムについて学び、それらの知見をケアに生かす時代がやってきたと思います。今回の学術集会のテーマはこのような考えから定めたものです。

2021年は東日本大震災から10年の節目を迎える年でもあります。予測が困難な様々な災害やCOVID-19という困難に直面させられる今の情勢だからこそ、脳とこころのケアとサイエンスを皆様とともに学び活かしていきたいと思っております。

第47回学術集会は、COVID-19の影響を考慮して、講演演題は事前に収録した動画を参加される皆様のご都合に合わせて視聴していただくオンデマンド配信とし、一般演題の発表やシンポジウム、交流集会、学会委員会企画等で意見交換を行っていただく企画については、双方向のライブ配信での開催を準備しております。

また、感染の流行や予防接種の普及と効果などの状況に応じてですが、仙台の会場にお集まりいただき実施するプログラムをライブ配信し、後日オンデマンドでもご視聴いただくハイブリッド形式を取り入れる計画もあります。

本学会としては初の新しい学術集会開催形式にチャレンジし、New Normalの基盤となるよう尽力したいと考えております。

今後、詳細な開催情報は、学術集会ウェブサイトで順次お知らせしてまいります。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

●一般社団法人日本看護研究学会第47回学術集会ウェブサイト

<https://www.jsnr.or.jp/am/47/>

## 一般社団法人日本看護研究学会 2020年度第1回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2020年10月12日（月） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】 深井喜代子理事長，浅野みどり副理事長，鈴木みずえ副理事長，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，若村智子理事

【監事】 稲垣美智子監事，西田真寿美監事

議 案：

第1号 本理事会は編集委員会委員として、別添名簿の5名を追加することを承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：矢野理香

別 添：名簿

編集委員会 追加委員名簿 （任期：承認日～2022年度定時社員総会終結の時まで）

氏名	所属	研究分野	役員など	備考
荒木田 美香子	川崎市立看護短期大学	地域, 在宅	評議員 (2024年まで)	
小 澤 三枝子	国立看護大学校	基礎	評議員 (2024年まで)	
岡 美智代	群馬大学大学院保健学研究科	成人	理事 (2022年まで), 評議員 (2022年まで)	国際活動推進委員会委員長兼任
八 尋 道 子	佐久大学看護学部	基礎	評議員 (2024年まで)	
辻 村 真由子	千葉大学大学院看護学研究科	在宅	会員申請中	編集委員任期開始は入会手続完了後

## 学会誌と学術集会プログラム集・講演集の ページ数相違に関するお詫び

一般社団法人日本看護研究学会  
理事長 深井 喜代子

第43回学術集会から第46回学術集会で発行したプログラム集において、ページ下の柱が日本看護研究学会雑誌となっており、ノンブル（ページ数）がその内容を収載した学会誌と異なっておりました。また、第43回学術集会と第44回学術集会で発行した講演集において、ページ下の柱が日本看護研究学会雑誌となっており、ノンブル（ページ数）がその内容を収載した学会誌と異なっておりました。関係各位にご迷惑をおかけしましたことを深くお詫び申し上げます。今後、学術集会が発行するプログラム集と講演集において、柱に学会誌名を使用しないことにいたします。

# 一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

## 1. 投稿者

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

## 2. 著者および研究貢献者

### 1) 著者

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

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

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

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

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

### 2) 研究貢献者

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

## 3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

#### ■原著論文

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

#### ■研究報告

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

#### ■技術・実践報告

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

#### ■総説

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

#### ■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

### 4. 研究倫理

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

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

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

#### ■ミスコンダクト

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

#### ■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿 (こま切れ投稿) は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えと同時に、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。

## ■投稿の際の注意点

著者の都合により投稿論文を取り下げる場合は、理由を添えて編集委員長宛に願い出てください。取り下げた後、修正版を新規論文として投稿できますが、その機会は1回に限ります。再投稿時に、取下げ論文の論文IDをカバーレターに明記してください。

## 5. 投稿手続きおよび採否

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

## 6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

## 7. 投稿前チェックリスト

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

<https://www.jsnr.or.jp/contribution/docs/checklist.pdf>の中の英文抄録は250ワード以内

## 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

原稿は随時受けつけているが、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」となった論文の再投稿は認めない。「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。
- 18) 令和2年11月29日 一部改正実施する。

# 原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

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

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会 (American Psychological Association, APA) が発行している『Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)』(2020) 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・文系にまたがる場所があるが、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  $\alpha$ では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

### 3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる

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

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

### 5. 図について

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

### 6. 引用について

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

## 著作権法

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

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

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

## 7. 引用形式について

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

### ■本文中の引用

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

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

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

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

— 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する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 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编者（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)
- ◆shortDOI, 短縮URL
 

DOI, URLが長かったり, 複雑な場合は, shortDOI, 短縮URLを用いる。

## 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250ワード以内とする。構造化された形式とし, Objective, Methods, Results, Conclusionsの見出しをつける。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。構造化された形式とし, 目的, 方法, 結果, 結論の見出しをつける。

## 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。
- 17) 令和2年11月29日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦），の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

# 1. 論文目録

## 第43巻

### [原著]

木下愛未, 下里誠二: 対人円環モデルに基づく精神科看護援助特性質問紙の開発とその信頼性・妥当性の検討, Development of Psychiatric Nursing Care Traits Questionnaire Based on the Interpersonal Circumplex Model -Consideration of Reliability and Validity-, 43(1), 37-49, 2020.

上田明美, 石橋照子, 吉川洋子: 精神疾患を有する母親の育児体験の意味, Meaning of Parenting Experiences of Mothers with Mental Illness, 43(1), 51-62, 2020.

小野麻由子, 夏原和美: 介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度の開発, Development of a Practical Nursing Skills Self-Assessment Scale for Nursing Staff Working at Long-Term Care Health Facilities, 43(1), 63-76, 2020.

加藤まり, 門間晶子, 山口知香枝: 知的障害を伴わない自閉症スペクトラム障害 (ASD) がある母親の子育て— 中学生までの子どもを育てる経験 —, The Characteristics of Child-Rearing by Mothers Who Have Autism Spectrum Disorder (ASD) Without Intellectual Disability: Experience of Raising Children Under Junior High School, 43(2), 163-175, 2020.

磯村由美, 堤 雅恵, 永田千鶴: 意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス, The Process of Enhancing the will of Elderly Individuals with Declined Ability to Communicate and Develop Assistance Used by Nurses, 43(2), 177-187, 2020.

中山元佳, 香月富士日: 看護管理職の役割ストレス・労働負荷とバーンアウトとの関連, The Relationships among Role Stress, Work Overload and Burnout of Nurse Managers, 43(2), 189-198, 2020.

阿部香織, 鹿村真理子, 水田真由美: 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, 43(4), 693-704, 2020.

大橋佳代, 稲垣美智子, 多崎恵子, 堀口智美: 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”, Qualitative Analysis of Cancer Patient Dialogue with Their Families Using a Phenomenological Approach, 43(4), 705-713, 2020.

森田公美子, 近藤真紀子: Coping Process Against Familial Breast Cancer by Second Patients within Blood Relatives, 43(4), 715-731, 2020.

山本真実, 浅野みどり, 野村直樹: 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”, 43(4), 733-744, 2020.

松永妃都美: 自主避難を継続する母親が福島第一原発の事故で拡散した放射性物質に対してもつ認識, Recognition of Radionuclides were Released from Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident: Mothers who Continue Voluntary Evacuation, 43(5), 815-822, 2020.

林 幸子, 習田明裕: 未治療の未破裂脳動脈瘤を持つ人の病気の不確かさとその関連要因, *Uncertainty in Illness of Sufferers with Untreated Unruptured Intracranial Aneurysm and Its Related Factors*, 43(5), 823-834, 2020.

松田光信, 河野あゆみ: 地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値, *Status and Values of Support for Community-Dwelling People with Mental Disorders in Home-visit Nursing from the Perspective of Service Users*, 43(5), 835-845, 2020.

#### [ 研究報告 ]

小出由美, 山田紀代美: 介護施設に入所中の高齢者における難聴スクリーニング法の検討, *Examination of Deafness Screening Method in Elderly People in Nursing Home Admission*, 43(1), 77-85, 2020.

前川甘弥, 乗松貞子: 長時間夜勤が看護師の表情認知能力に及ぼす影響, *The Impact of Long Night Shifts on Nurses' Ability to Recognize Facial Expressions*, 43(1), 87-98, 2020.

余傳節子, 國方弘子: 地域で生活する精神障害者が「自己有用感」を回復するプロセス, *Recovery of a Sense of Being Useful in People with Psychological Disorders Living in a Community*, 43(1), 99-108, 2020.

山本直美, 登喜和江, 杉浦圭子, 日坂ゆかり, 山居輝美, 岩佐美香: 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の看護活動の実際, *Actual Situation of Nursing Activity of Certified Nurses in Stroke Rehabilitation Nursing*, 43(2), 199-210, 2020.

西田千夏: 発達支援を要する子どもとその親への看護実践に看護師の内省が関与する過程, *The Process through Which Nurse Reflections Contribute to Nursing Practice for Children Requiring Developmental Support and for Their Parents*, 43(2), 211-219, 2020.

岡田摩理, 泊 祐子, 遠渡絹代, 市川百香里, 部谷知佐恵, 赤羽根章子, 叶谷由佳, 濱田裕子: 小児専門訪問看護ステーションの管理者がとらえた診療報酬上の課題と経営上の工夫, *Problems with Medical Fees and Ingenuity for the Management Caught by Child-Exclusive Home Visit Nursing Stations' Managers*, 43(2), 221-229, 2020.

小沼美加, 京田亜由美, 藤本桂子, 神田清子: 参加観察を用いた終末期がん療養者と家族に対する訪問看護師のケア行動内容の時間割合の分析, *Care Behavior Analysis of Visiting Nurses for Terminally Ill Cancer Patients and Their Families Using Participatory Observation*, 43(2), 231-244, 2020.

濱野初恵, 稲垣美智子, 多崎恵子, 松井希代子, 堀口智美: 高齢血液透析患者における健康情報を活用するプロセス, *The Process of Using Health Information by Elderly Hemodialysis Patients*, 43(2), 245-253, 2020.

鈴木美佐, 泊 祐子: 「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"*, 43(4), 745-756, 2020.

林 諒子, 市村久美子, 川波公香: ICU中堅看護師のリハビリテーション看護の実際, *Practice of Rehabilitation Nursing of ICU Middle-Class Nurse*, 43(4), 757-767, 2020.

伊山聡子, 前田ひとみ, 松本智晴, 南家貴美代, 児玉栄一: 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, 43(4), 769-777, 2020.

大江真人, 田中浩二, 川崎絵里香, 大江真吾, 長山 豊: 気分障害による休職後に復職・就労継続している労働者のレジリエンス, Resilience in Workers Who Return to Work After Taking Leave Due to Mood Disorders, 43(5), 847-855, 2020.

十河由紀: 死産により亡くした子どもに会い共に過ごす父親の体験, Fathers' Experiences on Encountering their Stillborn Babies, 43(5), 857-867, 2020.

#### [ 総説 ]

友岡史沙, 前田ひとみ: 医療事故の当事者となった医療従事者のサポートに関する文献レビュー, A Review of the Literature Concerning Support for Healthcare Professionals Involved in Medical Errors, 43(5), 869-875, 2020.

本谷久美子, 荒木田美香子: 看護学教師の教授活動に関わるコンピテンシーの研究の動向と課題, Trends and Issues in Research on Competency Related to Teaching Activities of Nursing Faculty, 43(5), 877-890, 2020.

#### [ 資料・その他 ]

藤野ユリ子, 豊福佳代: Nursing Informatics Competency Scale 日本語版 (J-NICS) の開発, Reliability and Validity of the Japanese Version of Nursing Informatics Competency Scale, 43(1), 109-117, 2020.

山内まゆみ, 伊藤幸子, 中村恵子: 北海道・東北圏に勤務する助産師の助産実践能力に関する平成24年度実態調査と継続教育への示唆, 2012 Survey of Actual Conditions Concerning the Practical Ability of Midwives Working in the Hokkaido and Tohoku Regions and Suggestions for Continuing Education, 43(1), 119-132, 2020.

辻 麻由美, 吉田浩二: テキストマイニングを用いた日本の論文の事前指示に関する質問項目内容の可視化, Content Visualization of Advance Directives in Japanese Articles Using Text Mining, 43(2), 255-264, 2020.

## 2. 著 者 索 引

### あ

赤羽根 章 子 43(2) 221  
 浅野 みどり 43(4) 733  
 阿部 香 織 43(4) 693  
 荒木田 美香子 43(5) 877

### い

石橋 照 子 43(1) 51  
 磯村 由 美 43(2) 177  
 市川 百香里 43(2) 221  
 市村 久美子 43(4) 757  
 伊藤 幸 子 43(1) 119  
 稲垣 美智子 43(2) 245, 43(4) 705  
 伊山 聡 子 43(4) 769  
 岩佐 美 香 43(2) 199

### う

上田 明 美 43(1) 51

### え

遠渡 絹 代 43(2) 221

### お

大江 真 吾 43(5) 847  
 大江 真 人 43(5) 847  
 大橋 佳 代 43(4) 705  
 岡田 摩 理 43(2) 221  
 小野 麻由子 43(1) 63

### か

香月 富士日 43(2) 189  
 加藤 まり 43(2) 163  
 門間 晶 子 43(2) 163  
 叶谷 由 佳 43(2) 221  
 川崎 絵里香 43(5) 847  
 川波 公 香 43(4) 757  
 神田 清 子 43(2) 231

### き

木下 愛 未 43(1) 37  
 京田 亜由美 43(2) 231

### く

國方 弘 子 43(1) 99

### こ

小出 由 美 43(1) 77

河野 あゆみ 43(5) 835

児玉 栄 一 43(4) 769

小沼 美 加 43(2) 231

近藤 真紀子 43(4) 715

### し

鹿村 真理子 43(4) 693

下里 誠 二 43(1) 37

習田 明 裕 43(5) 823

### す

杉浦 圭 子 43(2) 199

鈴木 美 佐 43(4) 745

### そ

十河 由 紀 43(5) 857

### た

多崎 恵 子 43(2) 245, 43(4) 705

田中 浩 二 43(5) 847

### つ

辻 麻由美 43(2) 255

堤 雅 恵 43(2) 177

### と

登喜 和 江 43(2) 199

泊 祐 子 43(2) 221, 43(4) 745

友岡 史 沙 43(5) 869

豊福 佳 代 43(1) 109

部谷 知佐恵 43(2) 221

### な

永田 千 鶴 43(2) 177

中村 恵 子 43(1) 119

中山 元 佳 43(2) 189

長山 豊 43(5) 847

夏原 和 美 43(1) 63

南家 貴美代 43(4) 769

### に

西田 千 夏 43(2) 211

### の

野村 直 樹 43(4) 733

乗松 貞 子 43(1) 87

### は

濱田 裕 子 43(2) 221

濱野 初 恵 43(2) 245

林 幸 子 43(5) 823

林 諒 子 43(4) 757

### ひ

日坂 ゆかり 43(2) 199

### ふ

藤野 ユリ子 43(1) 109

藤本 桂 子 43(2) 231

### ほ

堀口 智 美 43(2) 245, 43(4) 705

### ま

前川 甘 弥 43(1) 87

前田 ひとみ 43(4) 769, 43(5) 869

松井 希代子 43(2) 245

松田 光 信 43(5) 835

松永 妃都美 43(5) 815

松本 智 晴 43(4) 769

### み

水田 真由美 43(4) 693

### も

本谷 久美子 43(5) 877

森田 公美子 43(4) 715

### や

山居 輝 美 43(2) 199

山内 まゆみ 43(1) 119

山口 知香枝 43(2) 163

山田 紀代美 43(1) 77

山本 直 美 43(2) 199

山本 真 実 43(4) 733

### よ

吉川 洋 子 43(1) 51

吉田 浩 二 43(2) 255

余傳 節 子 43(1) 99

### 3. 事 項 索 引

い		教授活動	43(5) 877
育児体験	43(1) 51		
意思伝達能力の低下	43(2) 177	く	
一人前レベル看護師	43(4) 693	熊本地震	43(4) 769
遺伝性	43(4) 715	グリーフケア	43(5) 857
医療事故	43(5) 869		
医療従事者	43(5) 869	け	
医療的ケア	43(2) 221	血液透析	43(2) 245
		健康情報	43(2) 245
え		減災	43(4) 769
ASD	43(2) 163	現象学	43(4) 705
M-GTA	43(2) 163		
エンパワメント	43(1) 51	こ	
		高齢者	43(1) 77, 43(2) 177, 43(2) 245, 43(2) 255
お		国際助産師連盟	43(1) 119
親	43(2) 211	子育て	43(2) 163
		子ども	43(4) 745
か		コミュニケーション	43(4) 733
介護老人保健施設	43(1) 63	コンピテンシー	43(5) 877
概念分析	43(4) 745		
回復	43(1) 99	さ	
家系	43(4) 715	再発	43(4) 705
家族	43(4) 705	サポート	43(5) 869
家族性乳がん	43(4) 715		
がん	43(2) 231, 43(4) 705	し	
看護	43(5) 823	時間の言葉	43(4) 733
看護援助特性	43(1) 37	自己有用感	43(1) 99
看護学教師	43(5) 877	死産	43(5) 857
看護活動	43(2) 199	事前指示	43(2) 255
看護管理職	43(2) 189	質的記述的研究	43(4) 693
看護師	43(1) 87, 43(1) 109, 43(2) 211	周産期喪失	43(5) 857
看護実践	43(2) 211, 43(4) 757	修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	43(1) 51, 43(2) 177
看護実践能力自己評価尺度	43(1) 63	集中治療室	43(4) 757
看護生涯教育	43(1) 119	終末期	43(2) 231
看護情報学	43(1) 109	終末期医療・介護	43(2) 255
看護職	43(1) 63	小児在宅ケア	43(2) 221
感度・特異度	43(1) 77	情報活用	43(2) 245
		助産師	43(1) 119
き		助産実践能力	43(1) 119
気分障害	43(5) 847	信頼性・妥当性	43(1) 109
休職	43(5) 847	診療報酬	43(2) 221

<b>す</b>		母親	43(1) 51, 43(2) 163,
スクリーニング	43(1) 77		43(5) 815
ストレス対処能力	43(5) 823		
<b>せ</b>		<b>ひ</b>	
精神科看護	43(1) 37	病院被害	43(4) 769
精神疾患	43(1) 51	病気認知	43(4) 745
精神障害者	43(1) 99, 43(5) 835	病気の不確かさ	43(5) 823
成長	43(4) 733	表情認知	43(1) 87
専門性の認識	43(4) 693	<b>ふ</b>	
<b>た</b>		福島第一原子力発電所事故	43(5) 815
体験	43(5) 857	復職	43(5) 847
対人円環モデル	43(1) 37	<b>ほ</b>	
対話	43(4) 705, 43(4) 733	防災	43(4) 769
多声性	43(4) 733	放射性物質	43(5) 815
<b>ち</b>		訪問看護	43(2) 221, 43(2) 231,
チーム医療	43(4) 693		43(5) 835
父親	43(5) 857	<b>ま</b>	
長時間夜勤	43(1) 87	慢性疾患	43(4) 745
<b>て</b>		<b>み</b>	
テキストマイニング	43(2) 255	未破裂脳動脈瘤	43(5) 823
<b>と</b>		<b>や</b>	
当事者	43(5) 869	役割ストレス	43(2) 189
<b>な</b>		<b>り</b>	
内省	43(2) 211	リハビリテーション看護	43(4) 757
難聴	43(1) 77	<b>れ</b>	
<b>に</b>		レジリエンス	43(5) 847
乳がん看護	43(4) 715	<b>ろ</b>	
認識	43(5) 815	労働負荷	43(2) 189
認定看護師	43(2) 199		
<b>の</b>			
脳卒中看護	43(2) 199		
<b>は</b>			
バーンアウト	43(2) 189		
発達支援を要する子ども	43(2) 211		

<b>A</b>		<b>G</b>	
advance directives	43(2) 255	grief care	43(5) 857
autism spectrum disorder	43(2) 163	Growth	43(4) 733
<b>B</b>		<b>H</b>	
breast cancer nursing	43(4) 715	health information	43(2) 245
burnout	43(2) 189	healthcare professionals	43(5) 869
<b>C</b>		hemodialysis	43(2) 245
cancer	43(2) 231, 43(4) 705	hereditary	43(4) 715
Certified Nurses	43(2) 199	Home visit nursing	43(2) 221
child care experience	43(1) 51	Home-visit Nursing	43(5) 835
child-rearing	43(2) 163	hospital damage	43(4) 769
children	43(4) 745	<b>I</b>	
Children Requiring Developmental Support	43(2) 211	ICU	43(4) 757
chronic illness	43(4) 745	illness perception	43(4) 745
Communication	43(4) 733	Information utilization	43(2) 245
Competency	43(5) 877	International Confederation of Midwives	43(1) 119
competent nurse	43(4) 693	interpersonal circumplex	43(1) 37
concept analysis	43(4) 745	<b>K</b>	
<b>D</b>		Kumamoto earthquakes	43(4) 769
deafness	43(1) 77	<b>L</b>	
declined ability to communicate	43(2) 177	leave of absence	43(5) 847
development of a practical nursing skills self-assessment scale	43(1) 63	long night shifts	43(1) 87
dialogue	43(4) 705	long-term care health facilities	43(1) 63
Dialogue	43(4) 733	<b>M</b>	
disaster mitigation	43(4) 769	Medical care	43(2) 221
disaster prevention	43(4) 769	medical error	43(5) 869
<b>E</b>		Medical fee	43(2) 221
elderly	43(2) 177	mental illness	43(1) 51
elderly people	43(1) 77, 43(2) 245	M-GTA	43(2) 177
empowerment	43(1) 51	midwife practical skills	43(1) 119
end of life	43(2) 231	midwives	43(1) 119
experience	43(5) 857	modified grounded theory approach	43(1) 51, 43(2) 163
<b>F</b>		mood disorders	43(5) 847
familial breast cancer	43(4) 715	mother	43(1) 51, 43(2) 163,
family	43(4) 705		43(5) 815
family line	43(4) 715	<b>N</b>	
father	43(5) 857	nurse	43(1) 63, 43(1) 87,
Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident	43(5) 815		43(5) 823

Nurse	43(1) 109, 43(2) 211	sense of coherence	43(5) 823
nurse manager	43(2) 189	sensitivity/specificity	43(1) 77
nursing activity	43(2) 199	stillbirth	43(5) 857
nursing care traits	43(1) 37	stillborn	43(5) 857
Nursing faculty	43(5) 877	Stroke Nursing	43(2) 199
Nursing Informatics	43(1) 109	support	43(5) 869
nursing lifelong learning	43(1) 119		
Nursing Practice	43(2) 211	<b>T</b>	
nursing practice	43(4) 757	Teaching activities	43(5) 877
		team care	43(4) 693
<b>O</b>		terminal care	43(2) 255
old adults	43(2) 255	text mining	43(2) 255
		Time as Language	43(4) 733
<b>P</b>			
Parents	43(2) 211	<b>U</b>	
Pediatric home care	43(2) 221	uncertainty in illness	43(5) 823
People with Mental Disorders	43(5) 835	unruptured intracranial aneurysms	43(5) 823
People with Psychological Disorders	43(1) 99		
perinatal loss	43(5) 857	<b>V</b>	
phenomenology	43(4) 705	visiting nursing	43(2) 231
Polyphony	43(4) 733		
psychiatric nursing	43(1) 37	<b>W</b>	
		work overload	43(2) 189
<b>Q</b>			
qualitative descriptive methodology	43(4) 693		
<b>R</b>			
radionuclides	43(5) 815		
recognition	43(5) 815		
recognition of expertise	43(4) 693		
recognizing facial expressions	43(1) 87		
Recovery	43(1) 99		
recurrence	43(4) 705		
Reflections	43(2) 211		
rehabilitation nursing	43(4) 757		
reliability and validity	43(1) 109		
resilience	43(5) 847		
return to work	43(5) 847		
role stress	43(2) 189		
<b>S</b>			
screening	43(1) 77		
second victim	43(5) 869		
Sense of Being Useful	43(1) 99		

# コロナ禍関連研究を 推進するために

# Call for papers

JOURNAL OF  
JAPAN SOCIETY OF  
NURSING RESEARCH

Volume 52, Number 1, April 2020

日本看護研究学会雑誌



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

# 事務局便り

## 1. 2021年度会費納入のお願い

2020年12月中に2021年度会費納入のお願いをお送りいたします。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。  
会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。  
また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

### 年会費納入口座

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

## 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

## 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 東京都豊島区巢鴨 1-24-1 4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto: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 5号

無料配布

2020年12月20日 印刷

2020年12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  
荒木田美香子 (会員) 川崎市立看護短期大学看護学部  
今井多樹子 (会員) 安田女子大学看護学部  
岡 美智代 (理事) 群馬大学大学院保健学研究科  
小澤三枝子 (会員) 国立看護大学校  
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  
辻村真由子 (会員) 千葉大学大学院看護学研究科  
本田 育美 (会員) 名古屋大学大学院医学系研究科  
前田 樹海 (会員) 東京有明医療大学看護学部  
八尋 道子 (会員) 佐久大学看護学部  
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 東京都豊島区巢鴨  
1-24-1 4F

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<https://www.jsnr.or.jp/>

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto:g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp)

### 発行者 印刷所

深井 喜代子

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6



