

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 44 Number 2 July 2021 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第44巻 第2号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会2021年度定時社員総会が2021年6月6日(日)13時00分から、一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

2021年6月6日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深井喜代子

記

報告事項：1. 会員数の動向について
2. 第47回学術集会について
3. 第48回学術集会について
4. 地方会の活動について
北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄

審議事項：第1号議案 2020年度事業報告について
第2号議案 2020年度一般会計・特別会計決算, 監査報告について
第3号議案 2020年度学会賞・奨励賞について
第4号議案 選挙管理委員会委員の選出について
第5号議案 名誉会員の推薦について
第6号議案 学生会員の設置について(定款・定款施行細則改定)

理事会報告：1. 2021年度事業案について
2. 2021年度予算案について
3. 奨学会研究費授与について
4. 第50回(2024年)～第52回(2026年)学術集会会長推薦について
5. その他
・「日本看護研究学会における利益相反に関する指針」「利益相反に関する指針運用のための細則」の改定について
・英文オープンアクセスジャーナル *Journal of International Nursing Research (JINR)* の創刊について

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り2021年度奨学会研究が決定いたしました。

2021年6月6日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

記

清水 三紀子 氏

研究課題「非侵襲的な測定機器を用いた産褥期におけるヘモグロビン値の経時的変化と影響因子」

以上

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、2021年度定時社員総会において、2020年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

2021年6月6日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

記

学 会 賞

筆頭著者名：磯村 由美

受賞対象論文：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

日本看護研究学会雑誌43巻2号, pp.177-187, 2020

奨 励 賞

受賞対象論文：3か月以内に再入院した統合失調症患者に対する地域定着に向けた中堅・熟練病院看護師の支援プロセス

The Process of the Support by the Proficient and Expert Hospital Nurses for the Community Settlement of the Discharged Schizophrenia Patients Who Were Readmitted within Three Months

日本看護研究学会雑誌41巻4号, pp.713-722, 2018

筆頭著者名：牧 茂義

共同著者名：永井 邦芳, 安藤 詳子

受賞対象論文：子どもの見方を変えていくしなやかさ：療育教室に参加する母親と看護師との対話を通じた協働的な学び

“Flexibility” for Understanding Children: Cooperative Learning Through Dialogs Between Mothers and Nurses Participating in Rehabilitation Classes

日本看護研究学会雑誌41巻5号, pp.863-874, 2018

筆頭著者名：山本 真実

共同著者名：浅野 みどり

受賞対象論文：計画的行動理論に基づく看護師の転職意思決定モデルの構築

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

日本看護研究学会雑誌42巻4号, pp.787-802, 2019

筆頭著者名：田中 聡美

共同著者名：布施 淳子

受賞対象論文：青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築

Rebuilding of the Life of Middle-Aged Pre-Adolescence-Onset Crohn's Disease Patients

日本看護研究学会雑誌42巻1号, pp.17-29, 2019

筆頭著者名：山本 孝治

共同著者名：中村 光江

受賞対象論文：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

日本看護研究学会雑誌43巻1号, pp.51-62, 2020

筆頭著者名：上田 明美

共同著者名：石橋 照子, 吉川 洋子

以上

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会第7回評議員選挙・役員選挙(2021年度)のため、本学会定款第4章11条及び、評議員選出規程第8条に従って、2021年度定時社員総会において評議員の互選により、下記の3名が選挙管理委員として選出されましたので、選挙管理委員を委嘱し選挙管理委員会を組織しました。

2021年6月6日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深井喜代子

記

一般社団法人日本看護研究学会第7回評議員選挙・役員選挙(2021年度) 選挙管理委員

委員 小長谷 百絵 氏 上智大学

委員 塚本 尚子 氏 上智大学

委員 森 真喜子 氏 国立看護大学校

任期は、2021年度選挙業務終了までとする

以上

会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会第7回評議員選挙・役員選挙(2021年度) 選挙管理委員会 選挙管理委員長について、評議員選出規程第8条2.により、委員長を下記のとおり委嘱しました。

2021年6月6日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深井喜代子

記

委員長 小長谷 百絵 氏

任期は、2021年度選挙業務終了までとする

以上

会 告 (6)

2021年度大規模災害支援事業を下記要領で実施いたします。

2021年6月22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

記

2021年度 一般社団法人日本看護研究学会 大規模災害支援事業 —新型コロナウイルス感染症による経済的困窮者への支援実施要領—

新型コロナウイルス感染症が未だ終息をみないなか、対策に日々献身的に尽力くださっている会員を含む医療従事者の皆様には、心から敬意と感謝を申し上げます。

さて、一般社団法人日本看護研究学会では、委員会規程第2条(目的)、第4条(活動事項)に基づき、被災された看護学生の修学継続ならびに本学会会員の看護学研究者の研究継続を支援するため、大規模災害支援事業を実施しており、その対象を自然災害として参りました。しかし、長引くコロナ禍において、保護者の家計収入や自らのアルバイト収入が減少し、多くの学生が休学や退学を余儀なくされたり日々の生活にも困窮している現状が明らかになってきました。そこで、本学会では、このたび、コロナ禍により経済的困窮に陥っている看護学生ならびに本学会会員も支援の対象に加え、事業を実施することといたしました。

実施要領は以下のとおりです。該当する本学会会員の方はどうぞ自己申請をしてください。看護学生の申請には会員の皆様の推薦が必要です。お手数をおかけしますが、ご配慮くださいますようお願い申し上げます。また、学生たちに広く情報提供されますよう、会員の皆様には、ご所属機関の学生支援部門や周囲の方々へ本事業に関わる情報提供をしていただけますよう重ねてお願い申し上げます。

◆実施要領

1. 支援額と選考方法

- ・ 1人あたりの支援額：1律5万円 支援総額：300万円(最大60名)
- ・ 申請者数が上限を超える場合は経済的困窮状況等を勘案し、理事会にて選考する。

2. 申請の方法

1) 看護学生(非会員の大学院生を含む)の場合

- ・ 本学会会員からの推薦により申請する。
- ・ 別紙申請書(様式1)に必要事項を記入し、推薦者、受給候補者とも署名・押印のうえ、以下の必要書類を添えて事務局(本委員会委員長宛て)へ郵送で申請する。

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

- 在籍証明書（学生証のコピーで可）
- 収入減を証明できる書類（振込口座記録, 領収書, 給与明細等のコピー）

2) 本学会会員の場合（大学院生を含む）

- ・新型コロナウイルス感染症発生時にすでに会員であったことを条件とし, 自己推薦により申請する。
- ・別紙申請書（様式2）に必要事項を記入し, 署名・押印のうえ, 以下の必要書類を添えて事務局（本委員会委員長宛て）へ郵送で申請する。
 - 大規模災害支援事業支援金申請書（様式2 / Word形式ファイルまたはPDF形式ファイル）
 - 収入減を証明できる書類（振込口座記録, 領収書, 給与明細等のコピー）

3. 郵送先住所

〒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

一般社団法人日本看護研究学会事務局

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

※ 推薦者は, 受給希望の理由（自己申告）欄を読んで, 本人の記載事項に虚偽がないかよく確認し署名してください。

※ 看護学生, 本学会会員いずれも, 申請書類に虚偽があった場合は支援金を返納していただきます。

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

4. 締切日: 2021年8月31日

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

以上

会 告 (7)

2021年7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

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）

※オンライン会場は8月21日（土）10時に開場いたします。

※オンデマンド配信のコンテンツは9月3日（金）まで視聴することができます。

【開催形式】オンライン開催：ライブ配信およびオンデマンド配信

【プログラム】

オンデマンド配信

1. 会長講演：「脳とこころのケアとサイエンス」

塩飽 仁（東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授）

オンデマンド配信

2. 特別講演

1) 「心のケアにおける科学的理解の重要性と限界」

生地 新（北里大学大学院医療系研究科医療人間科学群発達精神医学 教授，日本精神分析学会 前会長）

2) 「脳とこころの健康のためにDOHaDを理解する」

大隅 典子（東北大学大学院医学系研究科発生発達神経科学分野 教授，東北大学副学長）

オンデマンド配信

3. 東日本大震災10周年講演

1) 「災害後のこころの反応とその支援」

福地 成（みやぎ心のケアセンター センター長，東北医科薬科大学医学部精神科学教室 病院准教授）

2) 「東日本大震災 子どもの居場所づくりと心のケア 10年間の活動から見てきたもの」

柴田 滋紀 (特定非営利活動法人にじいろクレヨン 代表)

・インタビュアー 佐藤 穂波 (東京大学医学部附属病院)

※東北大学医学部保健学科看護学専攻 2012年度卒業生

ライブ配信

4. 奨学会研究発表: 「日本語版 Weight Efficacy Life-Style Questionnaire の開発」

石川 恵子 (2020年度奨学会奨学金授与者, 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系
専攻看護科学コース 博士後期課程)

(リアルタイム・ライブ配信 (Zoom ウェビナー))

オンデマンド配信

5. 共催セミナー: 「脳に効く薬の不思議」 (共催: 日本薬理学会, 看護薬理学公開セミナー)

西 昭徳 (久留米大学医学部薬理学講座 教授)

オンデマンド配信

6. 次期会長あいさつ

一般社団法人日本看護研究学会第48回学術集会会長

中西 純子 (愛媛県立医療技術大学 教授)

ライブ配信

7. 交流集会

交流集会演題 14題 (リアルタイム・ライブ配信 (Zoom ミーティング))

8. 一般演題

ライブ配信 口演演題 11群44題 (リアルタイム・ライブ配信 (Zoom ウェビナー))

オンデマンド配信 示説演題 116演題 オンラインポスター掲示+電子掲示板による質疑

【参加費】

参加登録期間 2021年8月22日16時まで

※会期中もご登録いただければ, すぐにご参加いただけます。

参加区分	参加費
会 員	11,000円
非会員	13,000円
学 生 [*]	1,000円

※「学生」は, 大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

●参加登録／お支払い方法

- ・参加登録と参加費のお支払いは、学術集会のweb siteで行ってください。
- ・参加登録と参加費のお支払いは、Peatix（ピーティックス）社のシステムを使用いたします。Peatix社でのお支払いは、クレジットカード・コンビニ・ATMがお使いいただけます。
お支払いの確認後に視聴のためのチケットが配布されるため、コンビニ・ATM払いでのお支払いをご希望される方は、8月19日（木）までにお支払いをお願いいたします。
- ・領収書は、Peatix社のシステムにログイン後に「領収データを表示」から画面に表示、印刷してご利用ください。領収書発行は9月3日（金）18時までご利用が可能です。
- ・教育機関等で一度に複数の参加者登録を行いたい場合は、下記の運営事務局にお問い合わせください。

◆運営事務局

株式会社ソノベ E-mail : jsnr47@sonobe.co.jp

【オンライン会場へのアクセス方法】

参加登録と参加費のお支払いが完了すると、Peatix社より登録したメールアドレスにメールが届きます。メールにはオンライン会場に入場するボタン「イベント視聴ページに移動」が表示されています。このボタンをクリックし、ログインしてご入場ください。

【参加証の発行】

会期中に学術集会web siteでご案内いたします。

【一般社団法人日本看護研究学会 第47回学術集会事務局】

〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2番1号

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内

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

E-mail : 47am@jsnr.or.jp

目 次

《コロナ禍関連研究論文》

－研究報告－

北海道におけるCOVID-19感染拡大防止策が高齢者に与えた生活への影響：

外出自粛要請下における高齢者の健康行動と生活の困りごと 185

札幌市立大学看護学部 市 戸 優 人

北海道科学大学保健医療学部看護学科 大 内 潤 子

北海道科学大学保健医療学部看護学科 林 裕 子

北海道科学大学保健医療学部看護学科 福 良 薫

北海道科学大学保健医療学部看護学科 松 原 三智子

北海道科学大学保健医療学部看護学科 宮 田 久美子

北海道科学大学保健医療学部看護学科 山 本 道 代

《研究論文》

－原 著－

新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す主要因子：

KJ法を活用した看護管理者の面接内容の構造化から 195

安田女子大学看護学部看護学科 今 井 多樹子

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 岡 田 麻 里

安田女子大学看護学部看護学科 高 瀬 美由紀

Hybrid法による急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念の明確化：

急性期看護における日常生活ケアの理論化に向けて 211

東京医療保健大学東が丘看護学部 高 橋 智 子

看護学教師の看護学実習における病態教授活動のプロセス 223

埼玉医科大学保健医療学部看護学科 本 谷 久美子

川崎市立看護短期大学看護学部 荒木田 美香子

老年期クローン病患者の療養生活の実際：

加齢による影響，心理的变化，ニーズに焦点をあてた分析 237

日本赤十字九州国際看護大学看護学部看護学科 山 本 孝 治

－研究報告－

看護専門学校教員の量的論文に対する「論文講読方略尺度」と「論文講読効力尺度」の開発 251

熊本大学大学院保健学教育部 山 本 麻起子

熊本大学大学院生命科学研究部 松 本 智 晴

熊本大学大学院生命科学研究部 前 田 ひとみ

一般病院における看護職のキャリア・プラトーの影響要因及びキャリア開発意識への影響	263
秋田大学医学部附属病院看護部	高山 賢路
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻	佐々木 真紀子
慢性疾患患者の退院指導で臨地実習指導者が捉えた看護学生の困難と困難に対する指導者の工夫	275
独立行政法人国立病院機構呉医療センター附属呉看護学校	福嶋 洋子
日本看護系大学協議会	小山 真理子
日本赤十字広島看護大学看護学部	村田 由香
看護基礎教育の臨地実習における実習指導者の持つコンピテンシー	285
聖泉大学看護学部	馬場 好恵
滋賀県立大学人間看護学部	本田 可奈子
滋賀医科大学医学部看護学科	中西 京子
一 総 説	
我が国における一般病床に入院する高齢者に対する 身体拘束を予防，軽減する看護に関するスコーピングレビュー	299
将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト	菅野 真綾
将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト	白井 咲耶
将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト	星 美鈴
将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト	吉田 香
将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト	叶谷 由佳

CONTENTS

《Research papers related to the coronavirus pandemic》

Research Report

- Impact of COVID-19 Prevention Measures on Community-Dwelling Older Adult Residents of Hokkaido:
Focus on Health Behaviors and Daily Problems Encountered/Experienced Under Self-Restraint 185
- Sapporo City University, Hokkaido, Japan : Yuto Ichinohe, MA, RN
Hokkaido University of Science, Hokkaido, Japan : Junko Ouchi, MA, RN
Hokkaido University of Science, Hokkaido, Japan : Yuko Hayashi, PhD, RN
Hokkaido University of Science, Hokkaido, Japan : Kaoru Fukura, PhD, RN
Hokkaido University of Science, Hokkaido, Japan : Michiko Matsubara, PhD, RN
Hokkaido University of Science, Hokkaido, Japan : Kumiko Miyata, PhD, RN
Hokkaido University of Science, Hokkaido, Japan : Michiyo Yamamoto, PhD, RN

《Research papers》

Original Article

- Factors that Lead to Errors When Newly Graduated Nurses Multitask
by Simultaneously Caring for More Than One Patient:
Analyzing Interview Data of Nursing Managers Using the KJ Method 195
- School of Nursing, Faculty of Nursing, Yasuda Women's University, Hiroshima, Japan : Takiko Imai, RN, PHN, Ph.D
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of
Health Sciences, Kagawa, Japan : Mari Okada, RN, PHN, Ph.D
School of Nursing, Faculty of Nursing, Yasuda Women's University, Hiroshima, Japan : Miyuki Takase, RN, Ph.D
- A Clarifying Concept of Daily Living Care
within the Context of Acute Nursing Using a Hybrid Method for Theory Construction:
A Study for the Theory Development of Daily Living Care in Acute Nursing 211
- Tokyo Health Care University, Tokyo, Japan : Tomoko Takahashi, PhD, RN
- The Instruction Process for Pathophysiology Education in the Practical Training of Nurses 223
- Saitama Medical University School of Nursing, Saitama, Japan : Kumiko Motoya, RN, MA
Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan : Mikako Arakida, PhD, RN, PHN
- Medical Care of Elderly Patients with Crohn's Disease:
The Effects of Aging, Psychological Changes, and Needs 237
- Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing, Fukuoka, Japan : Koji Yamamoto, MSN, RN, PHN

Research Report

- Development of a Reading Strategy Scale and a Reading Self-Efficacy Scale
for Nursing School Teachers and Investigation of its Reliability and Validity** 251
Doctoral Program of Nursing, Graduate School of Health Sciences,
Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Makiko Yamamoto, MSN, RN, PHN
Department of Nursing, Faculty of Life Sciences,
Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Chiharu Matsumoto, PhD, RN
Department of Nursing, Faculty of Life Sciences,
Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Hitomi Maeda, PhD, RN
- Relationship Between Factors Affecting Career Plateau and
Career Development Awareness Among Nurses in General Hospitals** 263
Nursing Department, Akita University Hospital, Akita, Japan : Masamichi Takayama, MSN, RN
Akita University Graduate School of Health Sciences, Akita, Japan : Makiko Sasaki, PhD, RN
- Nursing Student Difficulties Perceived by Clinical Practicum Instructors in Providing Discharge Instructions
for Chronic Phase Patients and Resourcefulness in Guidance Regarding Such Difficulties** 275
Nursing School Attached to National Hospital Organization
Kure Medical Center, Hiroshima, Japan : Yoko Fukushima, MSN
Japan Association of Nursing Programs in Universities, Tokyo, Japan : Mariko Koyama, RN, PhD
Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Yuka Murata, PhD
- Competencies of Nurses Supervising Clinical Training in Basic Nursing Education** 285
Seisen University of Nursing, Shiga, Japan : Yoshie Baba, MSN, RN
The University of Shiga Prefecture, Shiga, Japan : Kanako Honda, PhD, RN
Shiga University of Medical Science, Shiga, Japan : Kyoko Nakanishi, MSN, RN
- General Remark**
- A Scoping Review of Nursing to Prevent and Reduce the Need for Physical Restraints
for Elderly Patients in General Hospitals of Japan** 299
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Maya Kanno, MSN, RN, PHN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Sakuya Usui, BSN, RN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Misuzu Hoshi, BSN, RN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Kaori Yoshida, BSN, RN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN

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

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

英文オープンアクセスジャーナル! **第4報**

論文受付
開始

JINR

Journal of
International
Nursing Research

投稿規程はJINR誌のウェブサイト
(<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>)で公開中!

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN
Online ISSN: 2436-1348
Print ISSN: 2436-3448
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>



日本看護研究学会は、国際英文ジャーナル
Journal of International Nursing Research
(JINR) を2021年12月に創刊いたします。
JINR誌は、看護学に関連する論文 (Review
Article, Original Research, Practice
Guidelines, Technical Report, Brief Report)
を募集しております。
論文受付は2021年5月23日より開始いたしました。

- 日本看護研究学会が発行する国際英文ジャーナル
- 看護学に関連する幅広い分野の研究がスコープ
- アクセプトされた論文はオープンアクセスにて迅速公開
- 要件が整い次第、Pub Medに掲載予定
- 筆頭著者が日本看護研究学会会員であれば論文掲載料は無料
- 『日本看護研究学会雑誌』で公表した論文の二次出版が可能

Volume 1 | Number 1
December 2021

発信日: 2021年7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 編集委員長: 法橋尚宏
問い合わせ先 (JINR編集事務局): jinr@kyorin.co.jp

NR
Japan Society of Nursing Research

コロナ禍関連研究論文

北海道における COVID-19 感染拡大防止策が 高齢者に与えた生活への影響： 外出自粛要請下における 高齢者の健康行動と生活の困りごと

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 185-192
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210309113>

市戸優人¹, 大内潤子², 林 裕子², 福良 薫², 松原三智子²,
宮田久美子², 山本道代²

¹札幌市立大学看護学部, ²北海道科学大学保健医療学部看護学科

要 旨

目的：地域在住の生活が自立している高齢者が、感染防止対策として講じられた外出自粛要請下において、健康を保持するために取り組んだ健康行動や生活上の困りごとを明らかにすることである。方法：65歳以上の高齢者201名を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、自由記載を質的帰納的に分析した。結果：健康行動では、【身体活動】、【健康管理行動】、【認知機能トレーニング】、【趣味活動】、【ストレス解消や気分転換】、【感染対策の実施】の6カテゴリーが生成された。生活上の困りごとでは、【趣味・娯楽活動が実施できない】、【身体活動量の減少】、【日常生活が制限されている】、【社会活動が実施できない】、【衛生材料が入手できない】、【受診や見舞いができない】の6カテゴリーが生成された。結論：高齢者は身体活動や感染対策などの健康行動に取り組む一方で、公共施設の閉鎖などにより社会活動に参加できないことに困っていることが明らかになった。

キーワード

高齢者, 健康, 生活, 新型コロナウイルス感染症

責任著者：市戸優人. Email: y.ichinohe@scu.ac.jp

はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）の感染拡大は、公衆衛生上の重大危機となっている。北海道では、2020年2月中旬より全道の幅広い地域で多数の感染者が確認されたことを受け、同年2月28日から3月19日までの期間で、独自の「緊急事態宣言（お願い）」を発表した（北海道庁、2020）。この緊急事態宣言において、道知事は、感染拡大を防ぐために不要不急の外出自粛を道民に対して要請した。

外出自粛は、飛沫や接触による感染拡大防止に効果的な公衆衛生上の対策である。一方で、外出自粛により生じる社会的孤立は、精神的健康に影響を与え、死に繋がる危険因子として注視すべきとされている（McPeake & Pattison, 2020）。感染への不安や恐怖を抱きながら制限された日常生活を送ることは、人々の心身の健康に大きな影響を及ぼす可能性があり、特に高齢者では、フレイルの進行により生活機能に障害が生じる可能性がある。

我が国では、高齢者に対する介護予防支援事業の一つとして、「通いの場」の構築を進めてきた（厚生労働省、2017）。しかし、COVID-19の感染拡大による公共施設の休館などに伴い、通いの場の多くが閉鎖された。社会参加の場をなくした高齢者は、活動量の減少や閉じこもりによる身体機能の低下、精神的な不安定を引き起こす可能性がある。これまで国内では、様々な自然災害による健康危機を経験しているが、COVID-19の感染拡大とそれに伴い講じられた外出自粛などの対策は、直面したことのない未曾有の事態である。そのため、COVID-19の感染予防に留意した新しい生活様式と併せて、高齢者が心身の健康を保持するための新しい対策の検討が重要である。高齢者の心身の健康保持に向けた対策の検討には、外出自粛要請下における高齢者の健康行動や生活状況を明らかにする必要がある。国外では、COVID-19の感染拡大下における高齢者の社会的孤立が、孤独感や抑うつを高めていること（Krendl & Perry, 2021）、高齢者の孤独感と精神症状の関係には主観的年齢が影響している（Shrira, Hoffman, Bodner, & Palgi,

2020) ことなどが明らかにされている。しかし、我が国では、COVID-19の感染拡大下における高齢者の健康や生活への影響に関する研究は行われておらず、現状が明らかになっていない。

そこで、本研究は、地域在住の生活が自立している高齢者を対象に、感染防止対策として講じられた外出自粛要請の中で、健康を保持するために実践した健康行動や生活の困りごとを明らかにすることを目的とした。本研究の結果は、COVID-19の感染拡大防止策を講じる中で高齢者の健康保持に向けた新しい対策を検討するために役立つことが期待される。

I. 研究方法

1. 用語の定義

本研究で用いる用語は、以下のように操作的に定義した。

- ・健康行動：COVID-19の感染拡大により外出自粛が要請されている中で身体的、心理的、社会的健康を保持するために取り組んだ行動
- ・生活の困りごと：COVID-19の感染拡大により外出自粛が要請されている中で生じた生活の困りごと

2. 対象者

北海道内のA市に在住し、生活が自立している65歳以上の高齢者であり、B大学が実施している「健康・体力調査」に参加した経験がある201名であった。

3. 調査方法及び調査期間

無記名自記式質問紙を用いた横断的調査を行った。2020年4月1日に自記式質問紙調査用紙を対象者に郵送し、4月15日までに同封した返信用封筒で返送するよう依頼した。

4. 調査内容

調査内容は、緊急事態宣言により外出自粛が要請されている中で健康のために取り組んだことや取り組みたいと考えていること、また、緊急事態宣言により外出自粛が要請されている中で、それに関連する生活の困りごとの有無を回答してもらい、「あり」と回答した方には、それぞれ具体的な内容を自由記載してもらう形式とした。対象者の属性は、年齢、性別、世帯構成とした。

5. 分析方法

対象者の属性は、単純集計を行った。自由記載は、外出自粛要請下における健康のための取り組みや外出自粛の中

で生じた生活の困りごとについて、記述された部分を質的帰納的に分析した。分析は自由記載を精読し、コード化を行った。共通の意味内容や関係性に考慮しながらサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。自由記載の内容は、データの意味を正しく読み取った分析を行うため、研究者間での検討を繰り返し行い、妥当性を確保した。

6. 倫理的配慮

北海道科学大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(第461号)。質問紙調査は無記名とし、書面で調査の目的や方法、個人情報の保護などについて説明し、調査用紙上で研究参加の同意を得た。

II. 結果

質問紙を201名に送付し、175名(回収率87.1%)から回答があった。回答があった対象者の平均年齢は74.5±5.1歳、性別は男性77名(44.0%)、女性98名(56.0%)であった。世帯構成は、独居19名(10.9%)、夫婦のみ99名(56.6%)、子ども等と同居52名(29.7%)、その他5名(2.9%)であった。

1. 外出自粛要請の中で高齢者が取り組んだ健康行動(表1)

健康のために取り組んだことが「ある」と回答した方は、136名(77.7%)であった。このうち、自由記述のあった134名の記述内容を分析対象とした。この内容から、今後取り組みたいことを示すデータは確認できなかったことから、すべてのデータを高齢者が取り組んだ健康行動として分析した。分析の結果、6カテゴリー、19サブカテゴリーが生成された(表1)。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉で表す。

【身体活動】では、屋外や自宅内のできる〈ウォーキングやストレッチ〉、〈買い物や犬の散歩〉など、日常生活の中で感染対策に留意しながら身体活動に取り組んでいた。また、対象者が参加している〈健康教室で習った体操やラジオ体操〉を独自に実施していた。

【健康管理行動】では、〈食生活に気を付けること〉や〈水分摂取を心がけること〉など、健康面に留意した〈規則正しい生活を送ること〉をしていた。また、健康管理として〈体温・血圧測定を行うこと〉に取り組んでいる方もいた。

【認知機能トレーニング】では、〈脳トレーニングに取り組むこと〉を健康への取り組みとして行っていた。

【趣味活動】では、自宅でできる趣味活動として、〈カラオケや楽器演奏〉、〈裁縫や縫物をする事〉に取り組んでいた。また、〈普段は忙しくて取り組めない片付けや読書

表1 外出自粛要請の中で高齢者が取り組んだ健康行動

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
身体活動	ウォーキングやストレッチ	毎日一万歩歩くことを心がけている 室内でストレッチ
	買い物や犬の散歩	少しでも毎日体を動かすこと, 近くの買い物は歩くか, 自転車を利用 犬の散歩の他に自転車や散歩で商店を回ったり本屋に立ち寄る
	健康教室で習った体操やラジオ体操	朝のラジオ体操を(テレビを見て)毎日実施している 健康体操教室で習った体操
健康管理行動	食生活に気を付けること	免疫力を高める食事をするを心がけている 食事には一層気を付けている
	水分摂取を心がけること	水を, 1日2L飲むようにしている
	規則正しい生活を送ること	軽い体操, 規則的な生活を心がけている (COVID-19の感染拡大は)長引きそうなので, 運動, 食事, 睡眠には気を付けて暮らそうと前向きに頑張っている
	体温・血圧測定を行うこと	一日一回の体温血圧測定
認知機能トレーニング	脳トレーニングに取り組むこと	脳トレーニング(色々な雑誌やパズル)をしている
趣味活動	カラオケや楽器演奏	カラオケルームに行けないのでYouTubeによる歌の練習 オカリナ練習
	裁縫や縫物をする	趣味の裁縫などをしている 小物などの縫物をし, 下手ながらも満足している
	普段は忙しくて取り組めない片付けや読書などをする	書籍や雑誌で今まで読んでいなかったところを読んでいる 普段はやらない家の中の整理
	庭や畑の手入れをする	家庭菜園, 花畑の手入れ 畑の手入れ
ストレス解消や気分転換	食事や遠出をして気分転換すること	自転車で少し遠くまで出かけ, 気分転換を図っている 好きな果物を食べて気を紛らわしている
	勉強すること	精神衛生のために1年間のラジオ講座の総復習をしている
	友人と電話やメールをすること	友達と毎日電話やメールをしている
	疲労を溜めないようにすること	時間があるので, 精神的に疲れた感じの時は, 本を読んだりして昼寝をするようにしている
感染対策の実施	手洗い・うがい・マスクの着用	外出時にマスクをすること, 手をアルコール消毒すること 外に出た場合, 何回でも30秒以上の手洗いをしている
	室内の換気や掃除	家の中の換気を気にするようにしている モップと掃除機, ふき掃除, ドア, トイレの周囲はアルコールのぞうきんを使用する
	3密を避けた生活	できるだけバス・地下鉄・JRを使わない, 中心部に出かけない 基本的な対策を守ること, 外出はするが目的のみで終わるとすぐ帰ってくる

などをする)や(庭や畑の手入れをする)など, 外出できない自粛期間を利用して活動していた。

【ストレス解消や気分転換】では, (食事や遠出をして気分転換すること)や(勉強すること), (友人と電話やメールをすること)により, 外出自粛によるストレスや(疲労を溜めないようにすること)を心がけていた。

【感染対策の実施】では, (手洗い・うがい・マスクの着用)や(室内の換気や掃除)など, 普段から取り組んでいる掃除や感染対策に加え, COVID-19の感染対策として国が啓発している(3密を避けた生活)を心がけていた。

2. 外出自粛要請の中で高齢者に生じた生活の困りごと(表2)

困りごとが「ある」と回答した方は64名(36.6%)であった。自由記載があった64名の記載内容を分析した結

果, 6カテゴリー, 13サブカテゴリーが生成された(表2)。

【趣味・娯楽活動が実施できない】では, 様々な予定や催しが中止になるなど, (趣味や楽しみの機会の減少)を挙げていた。また, (サークルやサロンの中止), (図書館や体育館などの公共施設が利用できない)など, 活動の場がないことや, (友人や仲間と交流できない)ことが挙げられた。

【身体活動量の減少】では, 屋内で過ごす時間が増えたことから(運動不足)や(体重の増加)が挙げられた。

【日常生活が制限されている】では, 外出自粛に伴い(自由に買い物へ出かけることができない), (理美容室に行けない), (公共交通機関の使用を控えざるを得ない)など, 普段の生活に支障をきたしていることが挙げられた。

【社会活動が実施できない】では, (町内の集まりが開催

表2 外出自粛要請の中で高齢者に生じた生活の困りごと

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
趣味・娯楽活動が実施できない	趣味や楽しみの機会の減少	演奏会も中止になり楽しみが減った 近くの居酒屋や食事に行けない
	サークルやサロンの中止	サークル、同好会の集まりが中止になっている 参加していたカルチャー教室、体操教室の講座中止に伴う外出機会の激減
	図書館や体育館などの公共施設が利用できない	体育館が閉館だったので卓球ができず困った 公共施設等の休館により図書館で本が借りられない、体育館で運動ができない
	友人や仲間と交流できない	友人と直接会って会話できない 友達との交流が全くなく退屈
身体活動量の減少	運動不足	TV、DVDを観る時間が長くなり、動くことが少なくなっている 行動範囲が狭くなり、生活が単調になっている
	体重の増加	引きこもり生活、筋肉の劣化、体重増加による体の不調で家事が辛い 暇なので食べるばかりにエネルギーが行き、体重も増えて困っている
日常生活が制限されている	自由に買い物へ出かけることができない	日常生活の買い物を週一回に減らし、人ごみが少ない時間に行く デパートなど町の中心に行かない
	理美容室に行けない	3か月美容室に行けていない 理髪に行かない
	公共交通機関の使用を控えざるを得ない	病院に行くときは公共交通機関をやめ、マイカーで通院した 公共交通機関を利用しての行動ができず、遠くへ出かけるのに不自由を感じる
社会活動が実施できない	町内の集まりが開催できない	年度始まりの町内会、老人会等の総会が中止になっている 町内の行事や会議が全く開催できない
衛生材料が入手できない	マスクなどの衛生材料が手に入らない	マスクが購入できないので、日常生活に不安がある 毎日のように薬局にマスクを求めて並ぶこと
受診や見舞いができない	通院や受診による感染の不安	バスや電車による通院には不安がある 通院時は、主人に自家用車で送迎をしてもらっているが、主人が待ち時間を院内で過ごすことが不安である
	親族や友人の見舞いに行けない	入院中の母の見舞いに行けないこと 入院している主人の見舞いに行けないこと

できない)が挙げられた。

【衛生材料が入手できない】では、感染防止対策に必要な〈マスクなどの衛生材料が手に入らない〉が挙げられた。

【受診や見舞いができない】では、公共交通機関を利用して医療機関へと向かうことや医療機関内で過ごすことによる〈通院や受診による感染の不安〉、医療機関等の面会制限による〈親族や友人の見舞いに行けない〉ことが挙げられた。

Ⅲ. 考 察

1. 外出自粛要請の中で高齢者が取り組んだ健康行動

対象者の8割弱が健康のための取り組みを実施しており、具体的な取り組み内容は、【身体活動】や【健康管理行動】、【趣味活動】、【認知機能トレーニング】などであった。対象者は、不要不急の外出自粛や公共施設の閉鎖に伴う運動サークルや教室の中止により、自宅や屋外で実施することができる〈健康教室で習った体操やラジオ体操〉や〈ウォーキングやストレッチ〉などに取り組んでいた。これらの活動の多くは、外出自粛が要請される以前から取り組んでいた行動を感染対策に留意した方法に変えて継続し

ているものであった。吉田ら(2017)は、継続的な運動習慣が高齢者の身体面のみならず、抑うつ予防にも効果があることを報告している。感染拡大により外出自粛が要請される中においても、高齢者が身体的・精神的健康を保持するためには、運動などの健康への取り組みを継続する必要がある。具体的な対策としては、サークルや教室など、仲間が集まり集団で行っていたものを、自宅においても個人で取り組むことができるように、体操などのDVD配布やインターネット上での配信など、外出自粛要請下でも健康行動を継続できるような対策が求められる。また、健康への取り組みを支援するために、保健師などの専門職から電話やオンラインでフィードバックが受けられるアプローチなどがあると、健康的な行動の継続に効果的であると考える。

対象者は、健康への取り組みとして、外出自粛によるストレスに対し、食事や勉強、友人との電話など、様々な方法で【ストレス解消や気分転換】を行っていた。Troutman-Jordan & Kazemi (2020)は、社会的隔離は感染症から命を救う一方で、メンタルヘルス不調を引き起こすリスクがあるとし、特に高齢者の精神的健康を注視しなければいけないとしている。感染対策と並行して、地域在住高齢者の精神的健康をサポートするためのメンタルヘルス対策などの取り

組みについても、今後検討していく必要があると考える。

また、対象者は、【感染対策の実施】として、〈手洗い・うがい・マスクの着用〉などの基本的な感染対策や、〈3密を避けた生活〉など、COVID-19の感染対策に努めた行動をとっていた。Muto, Yamamoto, Nagasu, Tanaka, & Wada (2020) が、2020年3月に国内で行った調査では、全世界への感染拡大や大型客船における集団感染をきっかけに、対象者の8割以上が手洗いなどの感染対策を励行していたことを報告している。また、Machida et al. (2020) は、65歳以上の高齢者は、65歳以下の者より手洗いや咳エチケットなどの個人予防策を講じていることも報告している。我が国では、手洗いやうがいが生活文化に根付いていることが、個人予防策を生活の中に取り入れやすかった一つの要因であると考えられる。COVID-19の終息が見通せない中、基本的な個人予防策の取り組みの啓発活動を継続していくことが重要であると考えられる。

2. 外出自粛要請の中で高齢者に生じた生活の困りごと

対象者は、外出自粛が求められたことや、それに伴い自主活動の場である公共施設などが閉鎖されたことにより、〈サークルやサロンの中止〉や〈町内の集まりが開催できない〉ことなど、【趣味・娯楽活動が実施できないこと】や【社会活動が実施できないこと】に困っていた。高齢者にとって、趣味・娯楽活動や社会活動が実施できない不活発な生活が継続することは、【身体活動量の減少】に繋がり、運動機能などを低下させる可能性がある。辻本・山田・森岡 (2017) は、サークルに参加している高齢女性は、非参加の高齢女性と比較して、身体的、精神的、社会的健康状態が良好であったことを報告している。また、本田ら (2010) は、高齢者の自主活動への参加が、心理社会的健康の低下を抑制していることを報告している。本調査では、多くの対象者が身体的健康を維持するための【身体活動】を実践している一方で、心理社会的健康の維持に向けた取り組みは、【ストレス解消や気分転換】のみであった。国内におけるCOVID-19の感染拡大に歯止めがかからず、社会活動や交流への制限が続く中で、高齢者の身体的健康と心理社会的健康を維持するために、新しい社会参加の創出が求められる。

次に、対象者は外出自粛に伴い、〈自由に買い物へ出かけることができない〉ことや〈理美容室に行けない〉ことなど、【日常生活が制限されている】ことに困っていた。外出自粛が求められる中で、食料品や日用品などのショッピングや娯楽や教養などのコンテンツ利用、行政手続きなど、日常生活のオンライン化が進み、人々の生活様式は大きく変化した。しかし、オンライン上でのサービス利用に馴染みのない高齢者にとっては、利用が難しいサービスも

多く、日常生活の制限を強く感じている可能性がある。コロナ禍において生活のオンライン化が加速する中で、デジタル・デバイドが生活の質に格差を生じさせることのないように、すべての地域住民が感染対策に留意しながら、不自由のない日常生活を送ることができるような対策やシステムづくりが必要であると考えられる。

また、対象者は、医療機関への通院・受診による感染の不安や医療福祉施設が部外者の面会や立ち入りを禁止していることなどから、【受診や見舞いができない】ことに困っていた。これらを解決するために、非対面式のオンライン診療やオンライン面会の普及が急務であると考えられる。国は、COVID-19の感染拡大により、オンライン診療や服薬指導をより便利に活用できるよう、収束までの時限的且つ特例的措置を提示している (厚生労働省, 2020)。また、国は部外者の立ち入り禁止が続いている病院や高齢者住宅に対し、テレビ電話などを活用したオンライン面会などの取り組みを推奨しており (厚生労働省, 2020)、各地の自治体や施設では、実際に導入が進められている。高齢者がICTの活用により大きく変化する医療を受け入れ、不安なく利用するためにも、分かりやすく使いやすいデザインや仕組みを構築し、安心して利用できる環境を整える必要がある。

3. 高齢者の健康保持増進に向けたこれからの取り組み

我が国は、フレイル状態になりやすい特性を持つ高齢者の健康増進や健康寿命の延伸に向けて、保健事業と介護予防の一体的な取り組みを目指している。具体的には、高齢者の社会参加の場として機能する「通いの場」の充実や健康課題が特定された高齢者への「アウトリーチ支援」などの取り組みを推進している (厚生労働省, 2019)。しかし、通いの場やアウトリーチ支援などの取り組みが困難となり、高齢者は、【趣味・娯楽活動が実施できない】、【社会活動が実施できない】などの困りごとを抱え、活動ができないことに付随する【身体活動量の減少】も生じていることが明らかになった。このような現状の中で、高齢者の健康の保持増進に向けたアプローチとして、自宅に居ながらオンライン上でカフェやサロン、サークル活動などの社会的交流ができる通いの場の創出や、地域包括支援センターや行政に所属する保健医療福祉専門職がオンライン上で定期的に訪問活動を行うオンラインアウトリーチ活動など、新しい手法を用いたアプローチの検討が必要であると考えられる。これらは、感染に対する不安なく、活動に参加することができ、心理社会的健康の向上に効果的な取り組みであると考えられる。これらの取り組みには、高齢者宅のオンライン通信環境の整備、高齢者のデジタルリテラシーに合わせたシステムの開発など課題は多いものの、高齢者の介護予

防や健康増進に向け、ICTを取り入れた新しい手段として検討していく価値があると考えます。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、B大学の健康・体力調査に参加経験がある高齢者を対象としているため、研究対象者は、健康意識が高い方であったと考える。そのため、外出自粛下における困りごとが少なく、健康行動に取り組んでいる方が多かった可能性がある。

また、本調査は、全国的な緊急事態宣言前の感染拡大初期における、横断的調査として実施した。そのため、COVID-19との共存に向けた生活が提言されている現状と比較すると、高齢者の生活状況が大きく異なっている可能性がある。今後の課題として、高齢者が感染対策に留意しながら、健康を保持、増進するための具体的な支援を検討していく必要がある。

おわりに

本研究は、COVID-19の感染拡大防止に伴い発表された、北海道独自の緊急事態宣言下における高齢者の健康行動や生活の困りごとを明らかにすることを目的に実施した。北海道内A市に居住し、B大学の健康・体力調査に参加経験のある高齢者を対象に調査を行った結果、以下の知見を得ることができた。

1. 健康行動として、これまで日常的に実践していた運動などに継続的に取り組んでいた。また、マスクの着用や3密回避など感染対策に留意した行動をとっていた。
2. 生活の困りごととして、公共施設などの閉鎖に伴い社会活動に参加できないこと、日常生活が制限されることなどが挙げられた。
3. 高齢者の社会参加が制限されている中で、身体的、精神的、社会的健康を維持するために、ICTを活用した社会参加の場の創出など、新しい対策が求められる。

なお、本研究は、大内ら(2021)と同じ2020年4月の調査で得られた結果を使用しているが、研究目的や分析手法が異なることから、それぞれが独立した知見を得ている。また、本研究は2020年4月の調査で回答が得られた175名を研究対象としている一方で、大内ら(2021)は、縦断データの分析を行うため、2019年3月及び8月の調査を含めた3時点で回答が得られたものを研究対象としていることから、対象者数に相違が生じている。

謝 辞

本研究の趣旨に賛同し、調査にご協力いただきました北海道内A市の皆さまに感謝申し上げます。また、本調査

は、北海道科学大学寒地未来生活環境研究所の研究資金によって実施した。著者の申告すべき利益相反はない。

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、すべての論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

文 献

- 北海道庁(2020年2月28日). 緊急事態宣言【2月28日発表】. これまでの緊急事態措置・宣言等. <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/kak/0228kinkyuuzitaisengen.pdf> (参照 2020年6月29日)
- 本田春彦, 植木章三, 岡田 徹, 江端真伍, 河西敏幸, 高戸仁郎, 犬塚 剛, 荒山直子, 芳賀 博(2010). 地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関係. *日本公衆衛生雑誌*, 57(11), 968-976.
- 厚生労働省(2017年3月). 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き 都道府県による市町村支援・総合事業展開編. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000166415.pdf> (参照 2020年6月20日)
- 厚生労働省(2020年4月10日). 新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/R20410tuuchi.pdf> (参照 2020年6月22日)
- 厚生労働省(2020年5月15日). 高齢者施設等におけるオンラインでの面会の実施について(事務連絡). <https://www.mhlw.go.jp/content/000631175.pdf> (参照 2020年6月22日)
- 厚生労働省(2019年10月). 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン改定[2版]. <https://www.mhlw.go.jp/content/000605505.pdf> (参照 2020年8月26日)
- Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), e53-e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Machida, M., Nakamura, I., Saito, R., Nakaya, T., Hanibuchi, T., Takamiya, T., Odagiri, Y., Fukushima, N., Kikuchi, H., Kojima, T., Watanabe, H., & Inoue, S. (2020). Adoption of personal protective measures by ordinary citizens during the COVID-19 outbreak in Japan. *International Journal of Infectious Diseases: IJID: Official publication of the International Society for Infectious Diseases*, 94, 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.014>
- McPeake, J., & Pattison, N. (2020). COVID-19: Moving beyond the pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2447-2449. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.14438>
- Muto, K., Yamamoto, I., Nagasu, M., Tanaka, M., & Wada, K. (2020). Japanese citizens' behavioral changes and preparedness against COVID-19: An online survey during the early phase of the pandemic. *PLoS ONE*, 15(6), e0234292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234292>
- 大内潤子, 林 裕子, 松原三智子, 宮田久美子, 山本道代, 市戸優人, 真田博文(2021). 新型コロナウイルス感染症の感染

拡大防止策が地域在住高齢者の活動および主観的な健康に与えた影響：北海道の感染第1波における検討. *日本看護研究学会雑誌*. オンライン先行出版. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210322114>

Shrira, A., Hoffman, Y., Bodner, E., & Palgi, Y. (2020). COVID-19-Related Loneliness and Psychiatric Symptoms Among Older Adults: The Buffering Role of Subjective Age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1200-1204. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.018>

Troutman-Jordan, M., & Kazemi, D. M. (2020). COVID-19's impact on the mental health of older adults: Increase in isolation, depression, and suicide risk. An urgent call for action. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 37(5), 637-638. <https://doi.org/10.1111/phn.12774>

辻本宏美, 山田和子, 森岡郁晴 (2017). 運動サークルに参加する高齢女性の特徴および健康状態と生活機能の変化. *日本衛生学雑誌*, 72(1), 66-76.

吉田祐子, 岩佐 一, 熊谷 修, 鈴木隆雄, 粟田主一, 吉田英世 (2017). 精神医学のフロンティア 高齢者における継続的な運動習慣と抑うつに関連. *精神神経学雑誌*, 119(4), 221-226.

[2020年11月4日受 付]
[2021年3月9日採用決定]

Impact of COVID-19 Prevention Measures on Community-Dwelling Older Adult Residents of Hokkaido: Focus on Health Behaviors and Daily Problems Encountered/Experienced Under Self-Restraint

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 185-192
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210309113>

Yuto Ichinohe, MA, RN¹, Junko Ouchi, MA, RN²,
Yuko Hayashi, PhD, RN², Kaoru Fukura, PhD, RN²,
Michiko Matsubara, PhD, RN², Kumiko Miyata, PhD, RN²,
Michiyo Yamamoto, PhD, RN²

¹Sapporo City University, Hokkaido, Japan, ²Hokkaido University of Science, Hokkaido, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the health behaviors and difficulties encountered in the daily lives of community-dwelling elderly people who were requested to refrain from leaving their homes to prevent COVID-19 infection. **Methods:** We conducted an inductive and qualitative analysis of free description through an anonymous self-administered questionnaire survey of 201 community-dwelling elderly individuals/older adults in Hokkaido, aged ≥ 65 years. **Results:** The survey identified the following health behaviors: “physical activity,” “health management behaviors,” “cognitive training,” “hobbies,” “stress relief and variety/diversity of activities,” and “implementation of infection control.” Daily problems that were encountered by the elderly were as follows: “unable to perform hobbies and recreational activities,” “decreased physical activity,” “restricted daily life,” “unable to participate in social activities,” “unable to obtain materials for hygiene control,” and “unable to receive medical examinations or visit a hospital.” **Conclusions:** While the elderly engage in health behaviors such as physical activity and infection prevention measures, they are concerned by their inability to participate in social activities as a result of the closure of public institutions and amenities/facilities.

Key words

elderly, health, life, COVID-19

Correspondence: Y. Ichinohe. Email: y.ichinohe@scu.ac.jp

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 総 説

新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す主要因子：KJ法を活用した看護管理者の面接内容の構造化から

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 195-209
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200812109>

今井多樹子¹, 岡田麻里², 高瀬美由紀¹

¹安田女子大学看護学部看護学科, ²香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

要 旨

目的：新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す主要因子を看護管理者の視点で抽出した。方法：管理者7名に半構造化面接を行い、KJ法で構造化した。結果：新人は【チームの中で段階的に育つ存在】ではあるが、【基礎教育と臨床現場のギャップ】が放つ過酷な看護実践の現実、新人の【主体性が欠如した表面的学習】【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】という実践以前の個人的な課題を露呈させていた。特に、【主体性が欠如した表面的学習】は【医学的知識と看護実践がつかない状況】を招き、実践レベルでの【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】を惹起し、複数患者の看護と多重課題対応の弊害となった。これには新人自身の【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】が複雑に絡み、新人教育において【先輩による教育・指導の限界】にまで発展していた。結論：新人の学び方を精練させることが不可欠と考えられた。

キーワード

新人看護師, 複数患者, 多重課題, 看護実践能力, KJ法

責任著者：今井多樹子. Email: imai-t@yasuda-u.ac.jp

はじめに

一般的に、新人と呼ばれる人は、職場の支援なしに一人では仕事ができない。ゆえに、新人を受け入れ、教育する立場にある職場の上司、すなわち管理者は、多様な策を講じて新人の成長を支援する。その支援に応えるべく、多くの新人は、かつて経験したことがない仕事を通して、自己の成長課題に向き合うこととなる。そうした仕事を通して露呈する新人の主要な成長課題の一つとして、多重課題への対応力が挙げられる。多重課題とは、文字通り「2つ以上の作業が同時に発生すること」であり、これには優先順位を瞬時に判断することが求められ（三上・藤野, 2017, p.3）、看護においては複数患者の看護を遂行する上で避けて通ることはできない。加えて、看護師による優先順位の判断は、患者の生命に関わるものといえ、その根拠となる疾患や治療、そして看護をめぐる専門的な知識の活用が不可欠である。それゆえ、看護業務を遂行する上で、多重課

題への対応力は必須の看護実践能力（以下、実践力）であり（石井, 2017, pp.12-16）、職場適応においては不可欠である（今井・岡田・高瀬, 2019）。

新人看護師（以下、新人）に目を向けると、彼らは、基礎教育（臨地実習）では一人の患者を受け持ち、その看護を中心に学んできた。これに対して、臨床では医療チームの一員として複数患者を同時に受け持ち、複数の看護業務を同時進行で行わなければならない（厚生労働省, 2007）。つまり、新人が複数患者の看護を遂行するのは就業後、すなわち仕事を通してである。その上さらに、複数患者の看護はもちろんのこと、その過程で直面する多重課題に対応するには、ある程度の経験と実践力が必要である。それゆえ、複数患者の看護をめぐる多重課題への対応力の育成は、基礎教育で修得することは困難といわれた（厚生労働省, 2004）。そして、2009年実施のカリキュラム改訂に於いては、基礎教育修了後の多重課題への対応力を向上させることを目的に統合分野が新設され（山田・横山・荒川・

吉岡, 2009), 複数患者の看護が推奨された。しかし, 複数患者の看護をめぐる多重課題への対応力の育成は, 今なお新人看護職員研修(厚生労働省, 2014)や職場の支援体制(今井・高瀬, 2017)に委ねられる現状にある。とはいえ, 臨床では, 新人は仕事を通して学ぶ性質上, 患者看護が第一に優先され, 教育や学習が後回しになり得る現状もある(小林, 2015, pp.90-98)。言い換えれば, 臨床では, 職場の看護管理者(以下, 管理者)が講じた新人のための研修や支援体制が必ずしも功を奏するとは限らない場面も多々存在する。事実, 新人が複数患者の看護を遂行する上で, [看護業務優先度の判断困難]や[報告の不得手]などにより多重課題への対応不全を惹起していることが, 複数の研究(今井・岡田・高瀬, 2020; 片岡・藪田・伊藤・大柳・秋本・玉川, 2012; 川西ほか, 2012)で報告されている。このように, 新人が複数患者の看護を遂行する上で多重課題への対応不全に陥る背景には, 新人自身が抱える課題も存在する。

新人が抱える課題に目を向けると, 例えば[過去の実習姿勢のまずさ][勉強が上手くできない][病態と症状, 治療が繋がらない][人間関係の不全]などが挙げられ, 新人自身の学生時代から継続する, つまり学生時代に解決できなかった/残された学習や人間関係における課題が, 多重課題への対応不全, ひいては実践力の未熟さを生み出している様が見て取れる(今井ほか, 2020)。この現状は, 看護技術の不確かさ, コミュニケーション能力の不足, メンタル面の弱さ, そして専門職としての自覚の低さなどが指摘される近年の新人(若者)の特徴(箕浦, 2018, pp.190-195)ともいえ, 臨床ではヒューマンエラーが懸念される(日本看護協会, 2013)。ゆえに, 新人を医療チームの一員として受け入れ, 支援する立場にある管理者や先輩看護師は, 看護の質を担保すべく, 多重課題への対応力がない新人に対して, これまで以上に手厚く教育的に支援している現状である(今井・高瀬, 2017)。そして, 新人もまた, 臨床(職場)の支援体制のなかで, 専門的な知識不足の自覚を媒介として, 実践力の獲得努力に取り組んでいる(今井ほか, 2019)。その取り組みを支えるのは, 臨床側の新人に対する強力な支援体制に他ならない。しかし, 全ての新人が等しく, 実践力の獲得努力に取り組むことができるとも限らない。新人にとって, 一人の患者の看護を中心に学んできた基礎教育(臨地実習)とは明らかに異なる複数患者の看護実践は, 自己の実践力の未熟さ・困難を如実に実感させられる経験となり得る(今井ほか, 2019)。このストレスフルな辛く苦しい経験の意味づけは, 個々の新人で異なり, 肯定的であれば職場適応/成長感の獲得へ(堀田・杉江, 2013), 逆に否定的であれば早期離職へ進む可能性を孕んでいる。

したがって, 新人が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題への対応不全を生み出す主要因子は, 新人のリアリティ・ショックや早期離職と密接に関わるものといえ, 人材育成のみならず, 人材確保の観点から, 検討すべき重要な課題である。事実, 受け持ち患者の多さや看護業務の多忙さによって, 新人は自身の実践力と仕事で求められる実践力との狭間で役割葛藤を抱え, この試練がリアリティ・ショックの一因となり, 早期離職を惹起している実態が報告されている(Bisholt, 2012; Cubit & Ryan, 2011; Fink, Krugman, Casey, & Goode, 2008; 平賀・布施, 2007; Parker, Giles, Lantry, & McMillan, 2014; 佐居ほか, 2007)。このように, 先行研究では, 新人からみた複数患者の看護や多重課題への対応について, リアリティ・ショックや早期離職の一因として論じられてきた。そして, 希少ながら徐々に, 新人の複数患者看護への実践力や, 多重課題への対応力にも目を向けられるようになり, 那須(2008)による文献を初出として, 新人の多重課題場面での行動や困難(片岡ほか, 2012; 川西ほか, 2012)が報告されている。さらに, これらの実態調査を上回るかたちで, 基礎教育(岡田ほか, 2017)や臨床(谷川・岸・堀井・谷浦, 2015)では複数患者の看護を想定した多重課題演習が行われ, その成果が報告されている。

しかしながら, そもそも新人が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題への対応不全を生み出す主要因子とは何か, そしてこれを乗り越える過程での新人自身の取り組みと, それを支援する臨床(職場)の支援体制の実態は, 不確かであった。そこで, 本研究では新人を対象とした調査から, 自他ともに複数の先行研究で, 新人が多重課題に上手く対応できない主要因子として優先順位を判断できないことが挙げられるなかで, さらにその主要因子が[過去の実習姿勢のまずさ]にあり, そこから[勉強が上手くできない]状況が未だに生み出され, 複数患者を受け持つ上で弊害となる[看護業務優先度の判断困難]などの実践力の未熟さに発展していること(今井ほか, 2020)が把握できた。そして, この状況を乗り越えるべく新人自身もまた, [先輩の指導に従順]であることと[機会ある毎の振り返り]を軸に, [経験による新たな知識・技術の習得]などに奮闘していること(今井ほか, 2019)も把握できた。これらの研究からは, 新人自身が多重課題への対応不全を通して露呈した自己の成長課題に向き合い, 克服する過程で, 自己による懸命な取り組みと, それを支援する先輩看護師の存在の大きさが浮き彫りとなった。こうした現状は, 新人教育に精通した看護管理者を対象とした調査でも見受けられ, 多重課題への対応力がない新人に対する職場の支援体制が[受け持ち患者の看護を中心とした先輩追従による段階的な業務支援]を柱に強化されているこ

と(今井・高瀬, 2017)が把握できた。しかし, これらの研究からは, 臨床で新人教育に関わる看護師が指摘するような, 新人の自己評価の高さや, 自分に問題があると考えないなど, 姿勢・態度面の問題(箕浦, 2018, pp.190-193)はみえてこなかった。そして, 新人が多重課題に上手く対応できない主要因子においては, 新人と, 彼らを支援する立場の看護師との間に認識の差があることが考えられた。

特に, 我々の一連の研究(今井・高瀬, 2017; 今井ほか, 2019; 今井ほか, 2020)から浮かび上がった新人教育における先輩看護師の存在の大きさを鑑みれば, 新人の姿勢・態度面の問題(箕浦, 2018, pp.190-193)は, 新人が多重課題に上手く対応できない主要因子となり得る可能性が高い。例えば, 新人の自己評価の高さは, 先輩看護師の指導を素直に受け入れられなかったり, 「わからない」ことを表現できず, 危険な行為に走るなど, 医療事故につながり得る(箕浦, 2018, pp.190-193)。また, 自分に問題があると考えない新人は, 仕事が思うようにいかない場合, 「自分に問題がある」のではなく「周囲や指導する先輩に問題がある」と責任を転嫁し, 自己内省ができず, それ以上の成長が阻まれ得る(箕浦, 2018, pp.190-193)。以上の新人における問題(現状)は, 他者からみたものであり, 新人自身の知覚, つまり新人本人を対象とした調査では把握できない可能性が高い。

以上から, 本稿では, 管理者からみた「新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す主要因子」を提示し, 本研究と同じ研究目的で新人を対象とした先行研究(今井ほか, 2020)と比較・検討した。このように, 新人と, 彼らの現状を熟知し, 新人教育に精通した管理者との双方の結果を比較・検討することで, 新人が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全について, 新人自身が気づけない部分, つまり自覚できない弱点を明確にできるなど, より深く洞察することができ, 貴重な教育的示唆が得られるものと考え, 本研究に着手した。

I. 用語の定義

「多重課題対応不全」: 広辞苑では「多重」とは「幾つも重なる」ことを, 「課題」とは「課せられた問題」を, そして「不全」とは「機能が発達に欠ける所, 弱い所などがあること」を意味する。以上を踏まえ, 本研究で述べる「多重課題対応不全」とは, 新人が複数患者を同時に受け持つ体制下で, 看護を遂行する際に直面する幾つも重なる業務(課題), すなわち多重課題に上手く対応できないことを意味する。

II. 研究目的

管理者からみた「新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す主要因子」を明らかにすることを目的とした。その上で, 本研究と同じ研究目的で新人を対象とした先行研究(今井ほか, 2020)と比較・検討した。

III. 研究方法

本研究は半構造化面接を基にしたKJ法(川喜田, 1970)による質的記述的研究である。

1. 調査期間

平成25年12月～平成26年2月

2. 対象者

経済産業省(2008, p.18)が示す社会人基礎力の育成と評価(他者評価)に則っていえば, 管理者(上司)の認識(他者評価)には, 新人の行動を他者の目を通して, 社会的な評価軸の上に位置付けるという意味がある。例えば, 新人の認識(自己評価)と他者評価の結果の食い違いには大きな意味があり, 他者評価が低ければ(新人の自己評価が高ければ)新人の「もっと成長しなければ」という意識改革や行動改革を促す契機となり, 逆に他者評価が高ければ(新人の自己評価が低ければ)新人はその力に自信を持ち, 今後の業務でその強みを存分に発揮しようとする積極性につながり得る。以上を前提として, 本研究の対象者は次の通りであった。

対象者の所属施設は, ①看護系大学の実習施設であり, ②学生の就職状況から新人看護師の採用・教育力を有すると判断できる地域医療支援病院(急性期病院)とし, 研究に同意が得られた3病院(総病床数226～715床)とした。対象者の所属施設を②としたのは, 我々教員の就職指導経験および卒業生(新人看護師)の就職状況からみて, 圧倒的多数の新人看護師が就職していることによる。

次に, 対象者は, 看護部長, 看護副部長, 看護師長, 看護副師長, 主任であり, 新人看護師の現状を熟知し, 新人教育に精通した看護管理者とした。その上で, 看護部長に対象者の選定を依頼し, 同意が得られた者を対象者とした。対象者数は, 後に記すKJ法の一技法である「探検ネット」の全体感から, データの質のバラエティーが, テーマをめぐって偏向なく出尽くしたと考えられる段階で決定した。なお, 本研究の対象者に, 異なる立場ではあるが, 昨今の新人の現状を熟知した管理者が選定されたことと, 上記のようなデータの確認によって, 本研究の目的を達成す

る上で、信憑性のある貴重なデータを得ることができたものとする。

3. 調査内容

研究者がインタビュアーとなり、インタビューガイドに基づき、近年の若者である新人の多重課題に対する対応力の欠ける所、弱い所、ひいては上手くいかない状況を招く問題、つまり多重課題対応不全たらしめる因子は何か、具体的な事例を挙げながら、管理者の視点で語ってもらった。インタビュー内容は、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音し、後に逐語録に起こした。面接調査は1時間以内とし、対象者の所属施設の個室で1名のインタビュアーが1名の対象者に対して行った。

4. KJ法の活用

KJ法を活用し、次の手順でデータを図解化・叙述化した。KJ法の採用理由は、渾沌としたデータ全体を背景として、研究者の恣意的な解釈に陥らずに、「データそれ自身をして語らしめよ」(川喜田, 1970)という手法の下で、個々のデータが研究者に象徴的に訴えかけてくる質(KJ法では「志」と呼ぶ)を、創造的に発想・統合することによって、データ全体の構造を明らかにできることである。これにより、対象者自身にも隠された真実、つまり、語られた内容にどのような真実や根源的な問題点が潜んでいるのかという本質的な因子を、対象者の個別性・固有性を超えて、本研究ならば「新人看護師」という抽象度で、明らかにすることが可能となる。そのため、データの構造化によって得られた知見を、臨床での教育・指導(継続教育)に活用しやすいと考えた。

KJ法の活用の際に、本研究ではKJ法教育者の研修を受講すると共に、本研究では、質的データの図解化(構造化)において個別指導を受け、その結果を、複数の研究者(博士[看護学])間で吟味し、結果における真実性の確保に尽くした。

(1) ラベル作り

逐語録を熟読し、管理者の語りから「複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す主要因子」に関係のある部分を、適切に単位化・圧縮化してラベル化した。この際、文脈や語り手の意図を歪めない範囲で表現を整えた。次に、全てのラベルを模造紙に配置した「探検ネット」を作成し、ラベル群の全体感を捉えた。そして、「多段ピックアップ」という技法により、「探検ネット」上のラベル群から、研究者自身の理屈や既成概念で選択基準を設定しない発想を大切に、「なんだか気にかかる」と感じられたシンボリックなラベルを段階的にピックアップし、これを繰り返した。精選したラベル(元ラベ

ル)を用いて、次のグループ編成(統合)を行った。

(2) グループ編成(統合)

まずは全ての元ラベルを拡げて熟読し(ラベル拡げ)、ラベル群の全体感を背景とした相対的な「志」の近さを吟味し、他のどのラベルよりも「志」に近いラベル同士を2~5枚ずつ集めた(ラベル集め)。この時、同一の単語にとらわれて分類したり、論理的なストーリーでつなぐようにセットにしないことを心がけた。セットになった複数のラベルを見比べて情念的に浮かび上がった中核的なイメージ、つまり、それら複数のラベルの統合概念を「表札」として記す作業を行った(表札作り)。なお、後の図で示すように、表札に記した文章末尾の○付き数字は、何段階目の統合時の表札であるかを示す(①:グループ編成第一段階の表札, ②:グループ編成第二段階の表札)。また、セットにならないラベルは「一匹狼」と呼んだ。後の図で示すように、●は「一匹狼」の印であり、●の数は、何段階目の統合で一匹狼になったかを示す。第二段階では、第一段階で作成した表札と、その時にいずれの島にも統合されなかった「一匹狼」のラベルを用いて第一段階と同様の作業を行い、第一段階よりも抽象度の高い表札を作る(本研究では、図解上で、各島において最も外側に記された表札を「最終表札」、それ以外の表札を「下位の表札」と称した)。

以上の「グループ編成」は、最終的にラベルが10束以内になるまで繰り返した。本研究では、二段階の統合により、最終的に9個のグループ(ラベル群)に統合された。このグループ(ラベル群)は、「島」と呼ばれ、最終統合の各島には島のイメージを端的かつ象徴的に表す「シンボルマーク」と呼ばれる象徴概念を記した。

(3) 図解化と叙述化

図解化では、新人が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全について、各島のイメージを基に、そこには「どのような本質的な問題点が潜んでいるのか」「それらの因子はどのような構図となり得るか」という視点で島同士の関連性を検討した。その上で、9個の島の配置と移動を繰り返し、試行錯誤しながら論理的に落ち着きの良い空間配置(川喜田, 1970)を見出し、統合のプロセスがわかるように図解化した。9個の島には、各々シンボルマークを記し、島同士の関係を関係線(波及、生起順[あるいは因果関係]、関係有り、図参照)で示した。次に、叙述化では、図解を基にシンボルマークを用いて図解の構造の概略を述べ、さらに各島の詳細を叙述し、最後に図解全体のイメージを表すタイトルを記した。この際、シンボルマークを【】、最終表札を下線、下位の表札を〈〉、元ラベル(逐語録から作成し、多段ピックアップで精選されたラベル群、つまり原文)を『』で示した。なお、図

解上で最終的に統合された島の表札（最終表札）は、各島の最上部に配置して下線を付した上で、各島のシンボルマークを【 】で示した。それ以外の表札は太い線の四角内に、元ラベル（原文）は細い線の四角内に記した。

5. 倫理的配慮

本研究は、県立広島大学研究倫理委員会の承認（承認番号：第13MHO45号）を受けて実施した。研究協力機関の看護部長には、研究の趣旨を口頭と文書で説明し、承諾書で研究参加への同意を得た。その上で、対象者の選定基準を満たし、本研究に同意が得られた管理者の紹介を受けた。対象者本人には口頭と文書で本研究の趣旨を説明し、研究協力の諾否を同意書で求め、自由意思の尊重と匿名性を遵守した。

IV. 結 果

対象者は全て50歳代の女性で、看護部長1名、副看護部長3名、看護師長2名、主任1名の延べ7名であった。看護師総経験年数の平均は約32年間（範囲24～38年間）で、面接の平均時間は約39分間（範囲27～54分間）であった。逐語録から作成したラベルの合計は939枚で、多段ピックアップにより35枚を精選し、2段階の統合を経て9個の島（グループ）に統合された（図）。

次に、図解全体の構造についてシンボルマークを用いて簡略に述べる。

はじめに、図解から顕著に把握できるのは、【基礎教育と臨床現場のギャップ】が放つ過酷な看護実践の中で、新人は【チームの中で段階的に育つ存在】という必然的な立場にあるということであった。ゆえに、新人に対して教育的支援を講じる立場にある看護管理者は、新人を一人では成長できない【チームの中で段階的に育つ存在】と捉え、やがて訪れる新人の成長・独り立ちを待ち望んでいた。ところが、【基礎教育と臨床現場のギャップ】が放つ過酷な看護実践の現実、新人が有する【主体性が欠如した表面的学習】【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】という看護実践以前の個人的な課題を露呈させていた。これらの課題の影響は看護実践にも波及し、特に【主体性が欠如した表面的学習】は、患者の病状把握、つまり看護アセスメントを困難にする【医学的知識と看護実践がつかない状況】を招き、実践レベルで【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】というように、複数患者を受け持つ上で、つまり多重課題に対応する上で弊害となる状況を生み出してもいた。これには、現代の若者の特徴ともいえる新人自身の【対人関係力の弱さ】【自

分本位さ】が複雑に絡み合いながら、新人教育において【先輩による教育・指導の限界】にまで発展していた。その結果、従来の教育・指導が今の新人には通用しない困難の感触を看護管理者に与え、人材育成が深刻であるという構図が浮き彫りとなった。

以上から、新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す主要因子間の関連（構造）を示す図解のタイトルを「過酷な看護実践の現実と成長過程にある未熟な実践力の狭間で露呈する新人自身の個人的な成長課題を媒介とした人材育成の難しさ」とした。各島の詳細は、次の通りであった。

【基礎教育と臨床現場のギャップ】

最終表札は、新人は、基礎教育では遭遇したことのない複雑な問題を抱える患者・家族との関わりや、複雑な看護業務への対応を迫られ、時には一人で対応しなければならぬ現状もあり、強い衝撃を受ける②であった。新人は、基礎教育では教員の指導下で、また整えられた学習（実習）環境下で、一人の受け持ち患者の看護を中心に学修してきた。一方、臨床では新人とはいえ、医療チームの一員として、複数の受け持ち患者の看護を実践するため、そこには自ずと基礎教育と臨床現場のギャップが存在する。『今の患者・家族は、色んな問題を抱え、看護、看護師への要望も強く、対応が難しくなっている』『看護業務自体が煩雑であり、看護師は限られた時間の中で、検温、清拭、与薬（点滴）、検査など、多様な業務を実行しなければならない』という言葉が示すように、臨床現場における患者・家族の抱える看護問題や、看護業務がこれまで以上に複雑になっており、これには自ずと多重課題への対応力が必要である様子が捉えられた。しかし、多忙を極める病棟では『（臨床では）指導が手薄になることもあるため、新人とはいえ、ある程度は一人で対応しなければならないこともある●』というように、新人にもある一定の対応力が求められる。この現状の中で、新人は『（今の新人は）実習で経験していないことが多すぎるため、（就職して）みる、やる、全て初めてで、ショックを受ける』『学生時代は、教員・指導者の指導下で、一人の患者を受け持ち、ゆっくりと時間をかけて看護にあたるが、（実際の臨床では）そういうわけにはいかない』『自分ができると思い込んでいる新人は意外と多く、実際に（看護実践が）できないと、そのギャップに落ち込み、辞める新人もいる』というように、自ずと基礎教育と臨床現場のギャップに苦しむこととなる。

【先輩による教育・指導の限界】

最終表札は、先輩に追従する他ない新人の実践力は、先

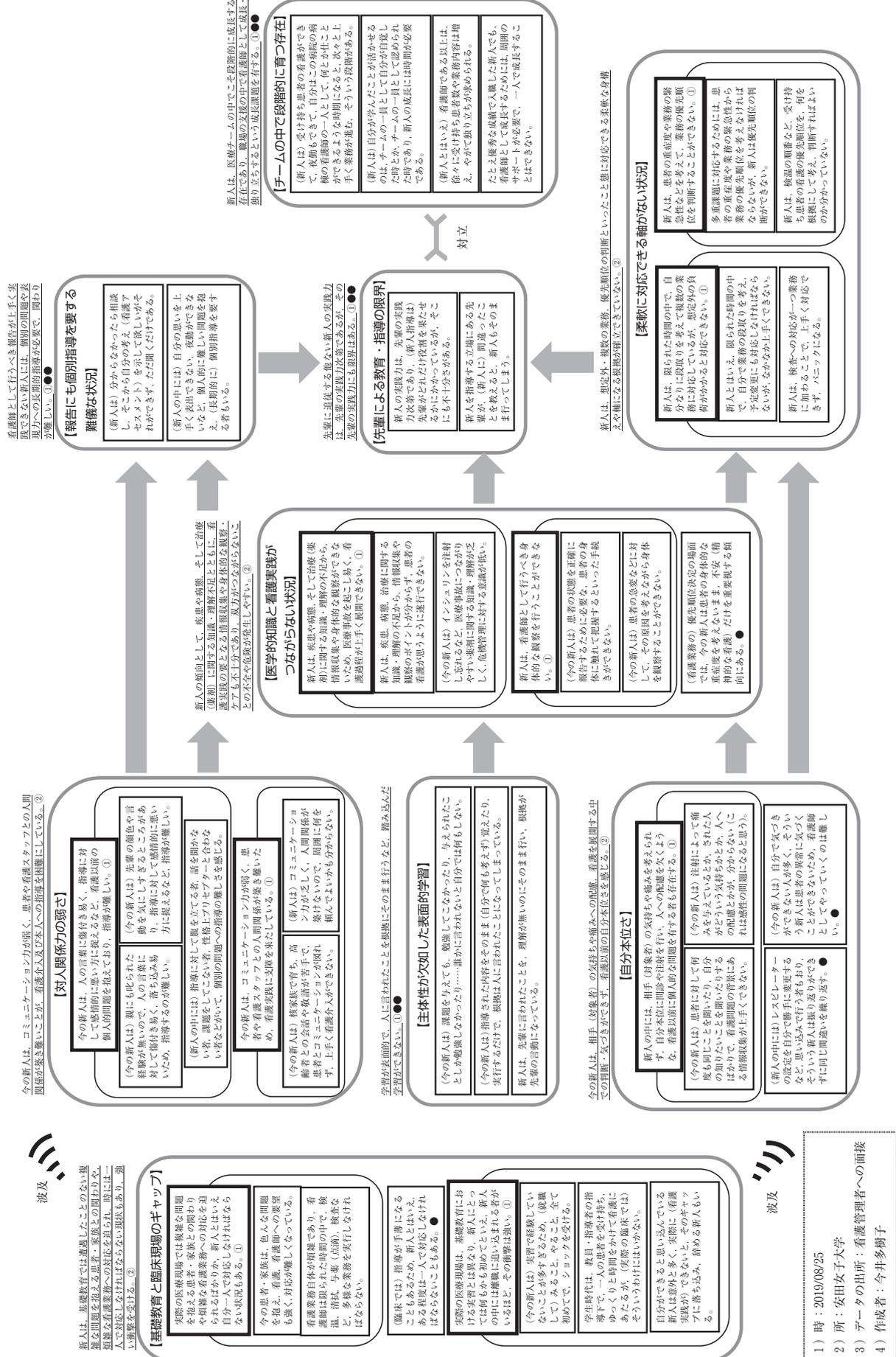


図 KJ法図解: 過酷な看護実践の現実と成長過程にある新人自身の個人的な成長課題を媒介とした人材育成の難しさ

輩の実践力次第であるが、その先輩の実践力にも限界はある①●●であった。そもそも新人は、職場の教育的支援なしに一人では看護を実践することはできない。つまり、新人は一人では成長できない存在であり、職場の同僚・上司（先輩看護師）による教育的支援を受けながら成長する存在といえる。ゆえに、『新人を指導する立場にある先輩が、（新人に）間違っただけを教えると、新人もそのまま行ってしまう』という言葉が示すように、新人は、先輩看護師の実践力と教育力の影響を良くも悪くも受ける。そこには『新人の実践力は、先輩の実践力次第であり、（新人指導は）先輩がどれだけ役割を果たせるかにかかっているが、そこにも不十分さがある』というように、先輩看護師による新人教育に限界が存在することから、管理者が先輩看護師による教育・指導が機能し難い現状、つまり限界を感じている様子が捉えられた。

【主体性が欠如した表面的学習】

最終表札は、学習が表面的で、人に言われたことを根拠にそのまま行うなど、踏み込んだ学習ができない①●●であった。看護が専門職である以上、看護師には高度な専門的能力が求められる。しかし、『（今の新人は）課題を与えても、勉強してこなかったり、与えられたことしか勉強しなかったり…誰かに言われないと自分では何もしない』という言葉が示すように、看護師になった今でも、主体性に欠ける学習スキルの未熟さが課題となっている。そこには『（今の新人は）指導された内容をそのまま（自分で何も考えず）覚えたり、実行するだけで、根拠は人に言われたことになってしまっている』『新人は、先輩に言われたことを、理解が無いのにそのまま行い、根拠が先輩の言動になっている』というように、人に言われたことを根拠とし得る、主体性が欠如した学習面の課題が深刻である様子が捉えられた。

【医学的知識と看護実践が繋がらない状況】

最終表札は、新人の傾向として、疾患や病態、そして治療（薬剤）に関する知識・理解不足とともに、看護実践の要となる情報収集や身体的な観察・ケアも不十分であり、双方が繋がらないことの不全や危険が発生しやすい②であった。臨床では、個々の患者の疾患（病態）・治療、つまり医学知識を踏まえた看護アセスメント力が求められる。しかし、『新人は、疾患、病態、治療に関する知識・理解不足から、情報収集や観察のポイントが分からず、患者の看護が思うように遂行できない』という言葉が示すように、新人においては看護アセスメント力に必要な医学的知識の獲得・理解の不足による情報収集や身体的観察・ケアの不十分さが課題となっている。これにより『（今の新

人は）インシュリンを注射し忘れるなど、医療事故につながりやすい薬剤に関する知識・理解が乏しく、危機管理に対する意識が低い』というように、医療事故に直結する危険性を孕んでいる様や、『（看護業務の）優先順位決定の場面では、今の新人は患者の身体的な重症度を考えないまま、不安（精神的な看護）だけを重要視する傾向にある●』というように、看護の優先度を判断する力が弱い様が捉えられた。

【柔軟に対応できる軸がない状況】

最終表札は、新人は、想定外・複数の業務、優先順位の判断といった事態に対応できる柔軟な身構えや軸になる根拠が確立できていない②であった。複数患者を同時に受け持つ体制下にある以上は、自ずと何らかの業務・課題が同時に発生し、多発することもあり得るため、看護師には看護業務の優先度を判断する力が求められる。しかし、『多重課題に対応するためには、患者の重症度や業務の緊急性から業務の優先順位を考えなければならないが、新人は優先順位の判断ができない』という言葉が示すように、新人は複数患者や業務に対して、看護の優先度を判断することができない。さらに、『新人とはいえ、限られた時間の中で、自分で業務の段取りを考え、予定変更にも対応しなければならないが、なかなか上手くできない』というように、予定されていた業務が変更になった場合に、柔軟に対応できない。その理由として、『新人は、検温の順番など、受け持ち患者の看護の優先順位を、何を根拠にして考え、判断すればよいのか分かっていない』というように、看護の優先度を判断するために必要な根拠が分からない様が捉えられた。

【対人関係力の弱さ】

最終表札は、今の新人は、コミュニケーション力が弱く、患者や看護スタッフとの人間関係が築き難いことが、看護介入及び本人への指導を困難にしている②であった。『（新人は）コミュニケーション力が乏しく、人間関係が築けないので、周囲に何を頼んでよいかも分からない』という言葉が示すように、今の新人看護師のコミュニケーション力の弱さが職場での人間関係の確立の妨げとなり、結果的に自身の看護実践の障壁となっている様が捉えられた。新人が看護業務を遂行するには、職場の教育的支援が不可欠である。そして、彼らにとって先輩看護師は、最も身近な頼れる存在であり、良き相談者といえる。しかし、『（今の新人は）先輩の顔色や言動を気にしすぎるところがあり、指導に対して感情的に悪い方に捉えるなど、指導が難しい』『（新人の中には）指導に対して腹を立てる者、話を聞かない者、課題をしてこない者、性格上プリセプターと

合わない者などがいて、個別の問題への指導の難しさを感じる』というように、新人の先輩との人間関係の築きにくさが教育の難しさに直結している様子が捉えられた。こうした新人看護師の対人関係力の弱さには、『(今の新人は) 核家族で育ち、高齢者との会話や敬語が苦手で、患者とコミュニケーションが図れず、上手く看護介入ができない』というように、直ぐには克服しがたい根深い原因があり、実践レベルで深刻といえる。

【自分本位さ】

最終表札は、今の新人は、相手(対象者)の気持ちや痛みへの配慮、看護を展開する中での判断・気づきができず、看護以前の自分本位さを感じる②であった。看護においては、患者に対する気遣い・配慮を前提として、異常の早期発見(気づき)、そして患者の苦痛緩和は極めて重要である。ゆえに、『(今の新人は) 自分で気づきができない人が多く、そういう新人は患者の異常に気づくことができないため、看護師としてやっていくのは難しい●』という言葉が示すように、気づきができなければ、看護師の役割を果たすことができない。そして、『(今の新人は) 患者に対して何度も同じことを聞いたり、自分の知りたいことを聞いたりするばかりで、看護問題の背景にある情報収集が上手くできない』というように、新人の自分本位なところが患者の負担となり得る様子が捉えられた。中には、『(新人の中には) レスビレーターの設定を自分で勝手に変更するなど、思い込みで行う者もあり、そういう新人は振り返りができずに同じ間違いを繰り返す●』というように、医療事故に直結する危険性を孕んでいるケースも見受けられ、新人の自分本位さが深刻である様子が捉えられた。

【報告にも個別指導を要する難儀な状況】

最終表札は、看護師として行うべき報告が上手く実践できない新人には、個別の問題や表現力への長期的指導が必要で、関わりが難しい①●●であった。多忙を極める臨床では、医療チームの一員として手際よく報告する力が求められる。これにより、実践力が未熟な新人のフォローや、安全で適切な看護提供にもつながらなければならない。『(新人の中には) 自分の思いを上手く表出できない、夜勤ができないなど、個人的に難しい問題を抱え、(長期的に) 個別指導を要する者もいる』という言葉が示すように、新人が自分の考えを言葉にして相手に伝える力は、夜勤導入や看護実践において重要な要素といえ、ある一定のレベルに到達していなければ、指導の対象となる。しかし、『(新人は) 分からなかったら相談し、そこから自分の考え(看護アセスメント)を示して欲しいがそれができず、ただ聞くだけである』というように、新人が上手く報告できないことが

深刻である様子が捉えられた。

【チームの中で段階的に育つ存在】

最終表札は、新人は、医療チームの中でこそ段階的に成長する存在であり、職場の支援の中で看護師として成長・独り立ちするという成長課題を有する①●●であった。『たとえ優秀な成績で入職した新人でも、看護師として成長するためには、周囲のサポートが必要で、個人一人で成長することはできない』という言葉が示すように、新人は、職場の支援なしに(一人では)仕事はできない。『(新人は) 受け持ち患者の看護ができて、夜勤もできて、自分はこの病院の病棟の看護師の一人として、何とか仕事ができるような時期になると、次々と上手く業務が進む、そういう段階がある』『(新人は) 自分が学んだことが活かせるのは、チームの一員として自分が自覚した時とか、チームの一員として認められた時であり、新人の成長には時間が必要である』というように、新人は医療チームの一員として、役割を果たしながら、時間をかけて段階的に成長する存在である。言い換えれば、新人である以上は、職場の支援なしに、看護師としての役割を果たすことはできない。

以上の9個の島が成す(管理者が考える)新人の多重課題対応不全を生み出す主要因子は、過酷な看護実践と成長過程の狭間で露呈する新人自身の看護以前の個人的な問題を媒介として、新人教育において【先輩による教育・指導の限界】という困難の感触へと収斂する構図が指し示された。

V. 考 察

本研究では9個の島に統合・構造化されたKJ法図解から、新人が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全(以下、対応不全)を生み出す構造を管理者の視点で顕在化することができた。その本質は、図解タイトルに示すように、「過酷な看護実践の現実と成長過程にある未熟な実践力の狭間で露呈する新人自身の個人的な成長課題を媒介とした人材育成の難しさ」といえ、新人自身が有する課題の深刻さが浮き彫りとなった。また、本研究と同じ研究目的で、新人を対象とした先行研究(今井ほか、2020)と比較してみると、表現上の違いから言及が難しい部分もあるが、本研究との相違性、つまり新人では見出されなかった管理者の語りから、患者への配慮を欠く新人の【自分本位さ】と、新人教育における【先輩による教育・指導の限界】が浮かび上がった。以下では、新人自身もたらす対応不全と、人材(先輩)が作り出す職場環境もたらす対応不全を基に考察を述べたい。

1. 新人自身がもたらす対応不全から

まず、新人自身の個人的な課題から、多重課題への対応不全を生み出す因子（以下、不全因子）を考えてみたい。【チームの中で段階的に育つ存在】という新人の必然的な立場、すなわち看護師としての未熟さは、自ずと一人前の看護師に成長するまでの時間と、臨床（医療チーム）における教育的支援の必要性を示唆するものといえ、不全因子としては必然であった。事実、臨床では、新人に対して教育的な支援体制が講じられ（今井・高瀬, 2017）、その支援に応えるべく、新人も基礎教育（臨地実習）では経験がない、複数患者を同時に受け持つ体制下で、困難を乗り越えて成長する存在である（今井ほか, 2019; 今井ほか, 2020）。しかし、新人の誰もが等しく確実に成長できるわけではない。なぜなら、新人が【チームの中で段階的に育つ存在】であるためには、【基礎教育と臨床現場のギャップ】が放つ過酷な看護実践を耐え抜く素地が必要であり、これには臨床側の教育的支援のみならず、新人自身の取り組み（今井ほか, 2019）によるところが大きいからである。その意味では、管理者が語った新人自身の個人的な課題の存在は、多重課題への対応、ひいては看護実践を左右する、つまり解決に時間を要する不全因子といえ、複数患者を受け持つ上で、また多重課題に対応する上でも弊害となり得た。

(1) 看護実践以前の個人的な課題から

なかでも特に、【主体性が欠如した表面的学習】【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】は、看護実践以前の個人的な課題といえ、基礎教育、あるいはそれ以前の段階で新人自身が自覚し、取り組むべき長期的な成長課題であった。管理者の立場からすれば、このような看護実践以前の個人的な課題は、基礎教育の段階で（入職前に）ある程度は克服しておいてほしいものである。しかし、【主体性が欠如した表面的学習】は、大学生の学修時間の希少さ（中央教育審議会大学分科会大学教育部会, 2012）という点で、また【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】は人間関係構築が不得手／コミュニケーション能力の不足／気持ちに寄り添えないなどの社会人基礎力（箕浦, 2018, pp.190-195）という点で、現代の若者の傾向を反映した根深い社会問題でもあり、直ぐに解決できる課題ではない。特に、このような姿勢・態度面を中心とした資質の部分での課題は、これまでに新人自身が育った環境の影響を受けるため、個人差が大きく、教育が難しい点も指摘されている（寺田, 2015, pp.37-44）。

本研究と同じ研究目的で、新人を対象とした先行研究（今井ほか, 2020）と比較してみると、【主体性が欠如した表面的学習】【対人関係力の弱さ】については、本研究との類似性があり、新人自身も「勉強が上手くできない」

【人間関係の不全】を自覚し（今井ほか, 2020）、【主体的で柔軟な職場学習】【経験による新たな知識・技術の習得】【先輩との人間関係の構築】などに取り組んでいる（今井ほか, 2019）ことが分かった。このことから、【主体性が欠如した表面的学習】【対人関係力の弱さ】は、個人差を孕みつつも、継続教育と職業的発達（杉森・舟島, 2012, pp.1-3）を通して、新人自身が自覚可能であり、自らの成長課題を明確にした上での取り組み（今井ほか, 2019）が可能であることが考えられた。一方、【自分本位さ】については、本研究との相違性があり、新人では見出されなかった。つまり、管理者が語った新人の【自分本位さ】は、新人自身が課題を自覚し難く、自身での取り組みが難しい内容と考えられた。

特に、【自分本位さ】は、『…レスピレーターの設定を自分で勝手に変更する…』『…患者の異常に気づくことができないため、看護師としてやっていくのは難しい』という語りが示すように、深刻な医療事故に直結する問題も孕んでいた。新人の【自分本位さ】をめぐる教育は、新人自身が自覚できない可能性を視野に入れ、対話を通して、なぜその態度が重要なのかといった根拠を示しながら、望ましい態度に基づく行動に気づかせ（寺田, 2015, pp.37-44）、その上で相手の立場で考える思考を育てる必要がある。そして時には、教えたい態度を身につけている人（先輩）を観察させ、その行動の背景にある理由を新人自身に考えさせるように支援する（寺田, 2015, pp.37-44）ことも必要である。特に、教育が難しいとされる姿勢・態度面を中心とした資質の部分での教育は、教育者側に時間をかけて育てる覚悟が求められる一方で、必ずしも教育者側の期待通りの成果が得られないケースもあり、限界がある。とはいえ、基礎教育では、学生自身が【自分本位さ】に気づけるように、すなわち自己の成長課題として自覚できるように、機会ある毎に教育・指導をすることが必要である。そしてさらに、医療事故に関する事例検討を通して、看護師としてすべきこと・すべきではないことを考える力や危機意識を高めるべく、教育・指導をすることの必要性が考えられた。

(2) 実践レベルでの個人的な課題から

次に、【医学的知識と看護実践が繋がらない状況】【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】は、実践レベルでの個人的な課題といえ、基礎教育から継続教育にかけて新人自身が克服しなければならない長期的な成長課題であった。我々の教育経験からみても、これらの課題は、基礎教育（臨地実習）の段階から見受けられる学生自身の課題とも類似するものであった。その意味では、これらの実践レベルでの課題は、個人的とはいえ、新人自身も自覚可能といえる。事実、本研

究と同じ研究目的で、新人を対象とした先行研究（今井ほか、2020）と比較してみると、【医学的知識と看護実践がつながらない状況】【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】はどれも本研究との類似性があり、新人自身も「病態と症状、治療がつながらない」「報告の不手際」「看護業務優先度の判断困難」を自覚し（今井ほか、2020）、「病態理解と情報収集に尽力」「看護専門職として行うべき報告・相談の創意工夫」「先を見越した業務の段取り」などに取り組み、「先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦」していること（今井ほか、2019）が分かった。このことから、【医学的知識と看護実践がつながらない状況】【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】は、個人差を孕みつつも、継続教育と職業的発達（杉森・舟島、2012, pp.1-3）を通して、新人自身が自覚可能であり、成長課題としてはみえやすいため、取り組み（今井ほか、2019）が可能であることが考えられた。

しかし、これらの実践レベルでの課題は、看護実践以前の課題に端を発しているため、克服し難い複雑な課題でもあった。なかでも特に、患者の病状把握を困難にする【医学的知識と看護実践がつながらない状況】の背景には、【主体性が欠如した表面的学習】という現代の若者の傾向を反映した根深い課題が存在した。KJ法図解から、『…誰かに言われないと自分では何もしない』『…根拠は人に言われたことになってしまっている』という【主体性が欠如した表面的学習】は、看護実践に不可欠な疾患や病態、そして治療に関する知識・理解不足に直結し、【医学的知識と看護実践がつながらない状況】によって看護アセスメントを困難にしていることが把握できた。この状況はさらに、【柔軟に対応できる軸がない状況】【報告にも個別指導を要する難儀な状況】をもたらししているところを見ると、【医学的知識と看護実践がつながらない状況】は、実践レベルでの中核的な課題であることが考えられた。

当然のことながら、患者の病状把握ができなければ、看護業務の優先順位を判断することも、自分のアセスメントを他者に伝えること、つまり看護専門職として他者に報告することさえもできない。新人看護師が複数患者の看護を遂行する上で、「看護業務優先度の判断困難」や、「報告の不得手」などにより、多重課題への対応不全を惹起していることは既に複数の研究（今井ほか、2020；片岡ほか、2012；川西ほか、2012）で報告されている。本研究でも【柔軟に対応できる軸がない状況】は「看護業務優先度の判断困難」を、また【報告にも個別指導を要する難儀な状況】は「報告の不得手」を示しており、複数の先行研究と一致していた。実際に、多重課題への対応においては、業務の優先順位を見極め、優先度の高いものから実施し、自

己の力量（知識・技術の習得度）の限界を超えるようであれば、他者への報告・連絡・相談を通して、分からないことを解決したり、協力を要請することが不可欠となる。本研究では、これらの実践を阻み、多重課題への対応を困難にする主要な不全因子は、【主体性が欠如した表面的学習】に端を発していることが考えられた。【主体性が欠如した表面的学習】は、自ずと「看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める」（日本看護協会、2003）という専門職としての責任（倫理）に関わる課題といえる。

新人の【主体性が欠如した表面的学習】を克服するには、基礎教育、もしくはそれ以前からの学習スキルを見直す必要がある。看護が専門職である以上は、新人とはいえ、早い段階から自分で学習する方法と姿勢を身に付け、常に学び続けなければならない（中井、2015, pp.90-98）。しかし、我々の教育経験からみても、主体的に学習する方法や姿勢は、基礎教育の段階から年々弱体化している。例えば、箕浦（2018, pp.190-195）は、「卒業時も『国家試験に合格すれば立派な看護師』であるかのように錯覚し、その後の専門職としてのあるべき姿とはかけ離れた『決められたことを単にこなす看護師』になっている人も見受けられる」という現状を指摘し、学生時代に専門職であるという自覚を持つことで卒業後の看護職として進むべき方向性を見出し、努力する姿勢につなげることの必要性に言及している。特に、実践力向上には、学習者（学生／看護師）自身が学習テーマに興味・関心を持ち、そのテーマを理解しようと意欲的に学習し、学習によって得られた知識を他の状況や既習の知識と関連付けることができる深層的な学習アプローチ（Deep Approach to Learning: DAL）が必要である（Sternberg & Zhang, 2001）。主体的な学習においては、新人自身がその価値（重要性）に気づき、意図的に行動につなげ、習慣化することが期待される（小林、2015, pp.21-28）。この点を踏まえて、新人の教育・指導では、基礎教育の段階から専門職であるという自覚を持たせた上で、学習に対するモチベーションを高め、深層的な学習アプローチをとらせることが前提となる。その上で、臨床では、深層的な学習アプローチを習慣化させるべく、対話を通して、新人の学習目標を明確にし、それを内省支援（中原、2012, pp.131-138）や即時フィードバック（中井、2014）などの教育的手段によって到達に導く支援が求められる。新人の主体的な学習に関わる課題は、新人自身の取り組みと、それを支援する者（上司・先輩）の教育・指導が上手く噛み合うことが重要である。

2. 人材（先輩）が作り出す職場環境がもたらす対応不全から

次に、人材（先輩）が作り出す職場環境から、多重課題の不全因子を考えてみたい。【基礎教育と臨床現場のギャップ】に目を向けると、『学生時代は、教員・指導者の指導下で、一人の患者を受け持ち、ゆっくりと時間をかけて看護にあたるが、（実際の臨床では）そういうわけにはいかない』という語りが示すように、一人の受け持ち患者の看護を通して看護過程を展開する実習が主流である基礎教育とは明らかに異なり、臨床では、複数患者を同時に受け持ちながら多重課題に対応しなければならない（厚生労働省, 2007; 厚生労働省, 2014）。そしてさらに、『（臨床では）指導が手薄になることもあるため、新人とはいえ、ある程度は一人で対応しなければならないこともある』という語りが示すように、臨床では、看護が第一に優先され、看護師への教育は後回しになる場面もあり得る（中井, 2014, pp.2-11）。これらの臨床の現状は、新人とはいえ、ある程度の多重課題は自分一人で対応しなければならないことを示唆するものであり、不全因子としては必然である。事実、臨床では、新人に対する支援体制が講じられつつも、臨床独自の多忙さに伴い、新人とはいえ、ある程度は自立した行動が求められている（今井・高瀬, 2017）。この現状に対応すべく、新人自身も自分で業務の段取りを考え、先を見越して早めに行動し、それでも自身の能力の限界を超えるようであれば、主体的に先輩に相談し、協力を求めるなど、[先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦]している（今井ほか, 2019）。

しかし、【基礎教育と臨床現場のギャップ】が放つ過酷な臨床看護の現実、新人が基礎教育と臨床の違いに戸惑い、リアリティ・ショック、ひいては早期離職に追い込まれるという点で、四半世紀以上前から続く根深い問題（井部・上泉, 1986; Kramer, 1974, pp.1-8）である。そして今なお、新人は【基礎教育と臨床現場のギャップ】を軸に、複数患者を同時に受け持ちながら対応不全、ひいては実践力の未熟さに直面している。事実、【基礎教育と臨床現場のギャップ】は、新人に自身の実践力の未熟さを自覚させると同時に、新人の職場定着を困難にしている主要因でもある（日本看護協会中央ナースセンター事業部, 2005; 厚生労働省, 2007）。本研究でも、管理者の語りから、新人自身の個人的な課題は、看護実践以前のものから実践レベルのものに至るまで、【基礎教育と臨床現場のギャップ】に端を発していた。この構図は、本研究と同じ研究目的で、新人を対象とした先行研究（今井ほか, 2020）とも一致しており、新人に自らの実践力の未熟さを如実に味合わせる構図を呈していた。臨床現場に目を向けると、今後も医療技術が発展し、加速する人口の高齢化と複雑な健康問

題を有する患者の増大は、これまで以上に看護師にも高度な知識と技術が求められることを意味している。この現状は今後も続くことから、【基礎教育と臨床現場のギャップ】は、基礎教育（臨床実習）で複数患者の看護を経験できるように臨床に即した体制を講じるなどの抜本的な策を講じ、学生の学習スキル/卒業生（新人）の実践力を高められない限り、拡大の一途を辿ることが推察できる。言い換えれば、【基礎教育と臨床現場のギャップ】が克服されない限り、新人の対応不全は、今後も続く。ゆえに、新人の対応不全は、リアリティ・ショックと同様に、新人期における一種の通過儀礼（勝原, 2007, pp.36-43）といえ、新人を直接指導する立場にある先輩にも、これまで以上に高度な実践力と教育力が求められることを示唆している。

管理者が語るように、新人には【チームの中で段階的に育つ存在】という必然的な立場がある。実践力が未熟な新人に対して、臨床では[受け持ち患者の看護を中心とした先輩追従による段階的な業務支援]を柱に、新人に対する支援体制が講じられている（今井・高瀬, 2017）。この新人の支援体制の担い手は、上司を含め先輩に他ならない。事実、実践力が未熟な新人は、複数患者の看護を実践するために、[先輩の指導に従順]であることを軸に、[先輩との人間関係の構築]に努めながら[先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦]している（今井ほか, 2019）。このように、看護師になると、キャリアの初期は、先輩の看護を見学したり、共に実践してみるなど、先輩から直接学ぶことが多い時期にある（中井, 2015, pp.90-98）。この時期、新人は、先輩による業務支援や精神的支援、そして内省支援に至るまで、多様な教育的支援を受ける（今井ほか, 2019; 中原, 2012, pp.131-138）。言い換えれば、新人は先輩の支援なしに複数患者の看護を実践することも、多重課題に対応することもできない。それゆえ、新人は、先輩に教えてもらわなければ、自分一人では何もできないという困難感を抱いている（今井ほか, 2020）。こうした現状は、新人の看護実践が、先輩の実践力と教育力の影響を大きく受けることを示唆している。

その一方で、管理者は【先輩による教育・指導の限界】と捉え、先輩の新人に対する教育的支援に対して不十分さを語っていた。本研究と同じ研究目的で、新人を対象とした先行研究（今井ほか, 2020）と比較してみると、【先輩による教育・指導の限界】については、本研究との相違性があり、新人では見出されなかった。このことから、管理者が語る【先輩による教育・指導の限界】は新人としては自覚し難く、盲目的に先輩追従による看護を実践していることが考えられた。この状況は、【主体性が欠如した表面的学習】を成す『新人は、先輩に言われたことを、理解が無いのにそのまま行い、根拠が先輩の言動になっている』

という語りにも表れていた。確かに、先輩の経験年数によっては、【先輩による教育・指導の限界】は十分に考えられる問題である。例えば、「ゆとり教育」(佐藤, 2012)と呼ばれる学習指導要領で学んだ世代に対して、基本的な学修能力の低下が激しく指摘されたのは最近のことではない。この現状を鑑みれば、その世代の新人が、先輩として後輩(新人)の指導・教育に貢献できる実践力と教育力をどれほど備えているのか証明できるものはない。その上さらに、新人が有する課題が顕著であればあるほど、これを指導・教育する立場にある先輩の実践力と教育力が求められるのは必然である。それゆえ、管理者は『新人の実践力は、先輩の実践力次第であり、(新人指導は)先輩がどれだけ役割を果たせるかにかかっているが、そこにも不十分さがある』というように、先輩自身の実践力や教育力の未熟さを懸念していることが考えられた。

加えて、管理者が語った【先輩による教育・指導の限界】の背景には、先輩自身の実践力や教育力の未熟さのみならず、新人自身の課題の影響がある。例えば、新人に対する支援体制が手厚すぎると先輩に対する新人の依存を生み出し、逆に新人を指導する立場にある先輩の課題が如実に感じられることもあり得る。管理者が【先輩による教育・指導の限界】を感じる背景には、新人自身の先輩を通じた学び方にも問題があることを忘れてはならない。特に、先輩から直接学ぶことが多いキャリアの初期にある新人は、看護師として良くも悪くも先輩の影響を多大に受けており、過去に先輩から受けた指導内容を継承している部分が多い(岡本・西地・今井, 2017)。新人は自身が臨床経験を通して、先輩からどのように学ぶのか、自己の学び方を精錬させる必要がある。その意味では、学び方を知らない新人の【主体性が欠如した表面的学習】は【先輩による教育・指導の限界】をもたらす深刻な課題でもある。それゆえ、新人は先輩に依存した受身の学習を乗り越え、自身にとって必要な学習はどのような内容なのか、それをどのように学習するのか、その学習は上手くいっているのか、などについて、自分で主体的に考えていく習慣を持つ必要がある(中井, 2015, pp.90-98)。

人の成長を決める要素の比率を示した70/20/10の法則(Lombardo & Eichinger, 2010)によれば、成人における学びの70%は自分の仕事の直接的な経験から得られている(松尾, 2011, pp.48-65)。このように、看護師の学習は、臨床での経験によるところが極めて大きい。さらに、看護師の学習に目を向けると、例えば「実践を通じた学習」「フィードバックによる学習」「研修参加を通じた学習」「他者からの学び」「省察を通じた学習」が挙げられる(高瀬, 2015)。この知見に則って、新人の学び方についてその教育を考えると、先輩は、新人が実践や他者(先輩)、

そして研修を通して学ぶ過程で、看護実践のみならず、学習方法・姿勢にも目を向け、省察(内省支援)とフィードバックを駆使して、新人の学びを堅固に仕上げる教育的役割を担っている。先輩は、この点を踏まえて、新人の成長課題を見定め、実践を通じた学び方、ひいては新人の看護業務に対する行動姿勢を、看護専門職に値するものに上げていかなければならない。そして、新人も自身の成長課題を自覚し、受身の学習を乗り越え(中井, 2015, pp.90-98)、実践や他者(先輩)、そして研修を通じた学び方を精錬させ、看護専門職として成長しなければならない。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、新人看護師の看護実践について、これまで知見が希少であった複数患者の受け持ち体制と多重課題への対応力に着目し、対応不全を生み出す主要因子と、因子間の関連(構造)を提示できた点において学術的意義は大きいと考える。しかし、KJ法では研究者が異なれば新たな発想が生まれる可能性があり、本研究における研究者のみの発想到限界はある。今後の研究では、同じ研究課題に対して、別の研究者の研究との生産的でダイナミックな討論を通して研究を継続させ、定量調査により検証する必要がある。その上で、本研究成果を基に、新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題への対応力向上に資する教育プログラムを開発することが今後の課題である。そして同時に、臨床では新人看護師を指導する立場にある先輩看護師の教育力向上に資する教育プログラムの開発も望まれる。

VII. 結 論

1. 管理者は、新人を【チームの中で段階的に育つ存在】と捉えていたが、【基礎教育と臨床現場のギャップ】が放つ過酷な看護実践の現実、新人が有する看護実践以前の【主体性が欠如した表面的学習】【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】という個人的な課題を露呈させていた。特に、【主体性が欠如した表面的学習】は【医学的知識と看護実践が繋がらない状況】を招き、さらなる実践レベルでの【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】を惹起し、複数患者の看護と多重課題対応の弊害となった。これには、新人自身の【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】が複雑に絡み合い、新人教育において【先輩による教育・指導の限界】にまで発展していた。その結果、従来の教育・指導が今の新人には通用しない困難の感触を看護管理者に与え、人材育成が深刻であるという構図が浮き彫りと

なった。

2. 新人は【チームの中で段階的に育つ存在】【基礎教育と臨床現場のギャップ】という必然的な状況と立場を通して、自身の個人的な課題に直面する。これらの課題は、【主体性が欠如した表面的学習】を中核とした【対人関係力の弱さ】【自分本位さ】という看護実践以前の課題と、【医学的知識と看護実践が繋がらない状況】を中核とした【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】という実践レベルでの課題から成り立つ構図が示された。
3. 本研究と同じ研究目的で、新人を対象とした先行研究(今井ほか, 2020)との比較から、管理者が語った【主体性が欠如した表面的学習】【対人関係力の弱さ】【医学的知識と看護実践が繋がらない状況】【報告にも個別指導を要する難儀な状況】【柔軟に対応できる軸がない状況】は、個人差を孕みつつも新人自身が自覚可能であり、自身で成長課題を明確にした上での取り組みが可能と考えられた。一方、管理者が語った【自分本位さ】【先輩による教育・指導の限界】は、新人自身が自覚し難く、自身での課題への取り組みが難しい内容と考えられた。
4. 【主体性が欠如した表面的学習】は、【先輩による教育・指導の限界】という状況をもたらす深刻な課題であることが考えられるなど、新人の対応不全を生み出す強力な主要因子であることが考えられた。新人は自身が臨床経験を通して、また先輩を通して、どのように学ぶのか、自己の学び方を精練させることが不可欠と考えられた。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力くださいました施設ならびに対象者の皆さま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。

文 献

- Bisholt, B.K. (2012). The professional socialization of recently graduated nurses: Experiences of an introduction program. *Nurse Education Today*, 32(3), 278-282.
- 中央教育審議会大学分科会大学教育部会 (2012). 予測困難な時代において生涯学び続け主体的に考える力を育成する大学へ。

https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/houkoku/1319183.htm (参照2019年8月15日)

- Cubit, K.A., Ryan, B. (2011). Tailoring a graduate nurse program to meet the needs of our next generation nurses. *Nurse Education Today*, 31(1), 65-71.
- Fink, R., Krugman, M., Casey, K., Goode, C. (2008). The graduate nurse experience: qualitative residency program outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(7-8), 341-348.
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007). 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 30(1), 97-107.
- 堀田 亮, 杉江 征 (2013). 挫折体験の意味づけが自己概念の変容に与える影響. *心理学研究*, 84(4), 408-418.
- 井部俊子, 上泉和子 (1986). 新卒看護婦のリアリティショック. *看護展望*, 11(6), 8-14.
- 今井多樹子, 高瀬美由紀 (2017). 新人看護師の看護実践の質向上に資する職場の支援体制: KJ法による看護管理者の面接内容の構造化から. *日本職業・災害医学会会誌*, 65(3), 111-117.
- 今井多樹子, 岡田麻里, 高瀬美由紀 (2019). 新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を実践するうえでの取り組み: KJ法を活用した面接内容の構造化から. *日本看護研究学会雑誌*, 42(1), 31-42.
- 今井多樹子, 岡田麻里, 高瀬美由紀 (2020). 新人看護師が複数の患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題対応不全を生み出す因子: KJ法を活用した新人看護師の面接内容の構造化から. *質的心理学研究*, 19, 141-157.
- 石井恵利佳 (2017). 第1章 臨床現場・看護教育における多重課題とは: 臨地実習・臨床現場の多様さと実践能力の身につけ方. 三上剛人, かたおか藤野智子(監修), *できるナースの動き方がわかる 多重課題クリアノート* (pp.12-16). 東京: 学研プラス.
- 片岡陸子, 藪田素子, 伊藤由紀枝, 大柳 薫, 秋本洋子, 玉川 緑 (2012). 新人看護師の多重課題場面における行動の実態: 統合分野新設後の初回卒業生を対象に. *中国四国地区国立病院附属看護学校紀要*, 8, 56-68.
- 勝原裕美子 (2007). *看護師のキャリア論: 多くの節目を越えて生涯にわたる成長の道筋を見出すために*. 36-43, 神奈川: ライフサポート社.
- 川喜田二郎 (1970). *続・発想法: KJ法の展開と応用*. 東京: 中央公論新社.
- 川西美佐, 眞崎直子, 山村美枝, 村田由香, 中信利恵子, 笹本美佐, 小園由味恵, 奥村ゆかり, 中村もとゑ (2012). 新人看護師が困難になる多重課題場面: 看護管理者への調査から. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 12, 89-95.
- 経済産業省編 (2008). 今日から始める社会人基礎力の育成と評価: 将来のニッポンを支える若者があふれ出す!. <https://www.kokuyo-st.co.jp/stationery/shukatsustyle/img/item01/2008kyoukara.pdf> (参照2020年4月9日)
- 小林忠資 (2015). 第4部 学習とキャリア開発 11章 看護師としての学習を理解する. 中井俊樹, 小林忠資(編), *看護のための教育学* (pp.90-98). 東京: 医学書院.
- 小林忠資 (2015). 第1部 人の発達と学習 3章 学習の原理を理解する. 中井俊樹, 小林忠資(編), *看護のための教育学* (pp.21-28). 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2004). 「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html> (参照2019年8月15日)
- 厚生労働省 (2014). 新人看護職員研修ガイドライン [改訂版].

- https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf (参照2019年8月15日)
- 厚生労働省 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (参照2019年8月15日)
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. 1-8, California: Mosby.
- Lombardo, M.M., Eichinger, R.W. (2010). *The Career Architect: Development Planner*, Minneapolis: Lominger International.
- 松尾 陸 (2011). 職場が生きる 人が育つ「経験学習」入門, 48-65, 東京: ダイアモンド社.
- 三上剛人, 藤野智子 (2017). できるナースの動き方がわかる 多重課題クリアノート. 3, 東京: 学研プラス.
- 箕浦とき子 (2018). Ⅲ部 [看護基礎教育] 看護学生が卒業までに身につけたい社会人基礎力 看護職になる 仕事をしていく 1章 臨床での活躍に求められる力の意識的な育成 臨床・基礎教育をつなぐ指標としての社会人基礎力 1 看護技術以前・以外の「もっと根本的なもの」. 箕浦とき子, 高橋 恵 (編), *看護職としての社会人基礎力の育て方: 専門性の発揮を支える3つの能力・12の能力要素* [第2版]. 東京: 日本看護協会出版会.
- 中原 淳 (2012). *経営学習論: 人材育成を科学する*. 131-138, 東京: 東京大学出版会.
- 中井俊樹 (2014). *看護現場で使える教育学の理論と技法*, 2-11, 大阪: メディカ出版.
- 中井俊樹 (2015). 第4部 学習とキャリア開発 11章 看護師としての学習を理解する. 中井俊樹, 小林忠資 (編), *看護のための教育学* (pp.90-98). 東京: 医学書院.
- 那須淳子 (2008). 新卒看護師の看護ケア上の多重課題に関する実態調査. *東京医科大学病院看護研究集録*, 28, 72-76.
- 日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf (参照2019年8月15日)
- 日本看護協会 (2013). 医療安全推進のための標準テキスト. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/text.pdf> (参照2019年8月15日)
- 日本看護協会中央ナースセンター事業部 (2005). 2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書. https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801_S1701.html (参照2019年8月15日)
- 岡田麻里, 今井多樹子, 井上 誠, 近藤美也子, 土路生明美, 船橋真子, 永井庸央, 松森直美 (2017). 既修の知識と技術を統合する多重課題演習とシャドウイング実習から得られた3年次看護学生の学び. *日本看護科学学会誌*, 37, 446-455.
- 岡本亜也佳, 西地真祈子, 今井多樹子 (2017). プリセプターを担う若手看護師のプリセプターシップに先輩看護師がもたらした影響. *日本看護学会論文集. 看護教育*, 47, 163-166.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., McMillan, M. (2014) New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today*, 34(1), 150-156.
- 佐居由美, 松谷美和子, 平林優子, 松崎直子, 村上好恵, 桃井雅子, 高屋尚子, 飯田正子, 寺田麻子, 西野理英, 佐藤エキ子, 井部俊子 (2007). 新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方. *聖路加看護学会誌*, 11(1), 100-108.
- 佐藤年明 (2012). いわゆる「ゆとり教育」に対する学生の認識の検討. *三重大学教育学部研究紀要 教育科学*, 63, 239-254.
- Sternberg, R.J., Zhang, L. (2001). *Perspectives on thinking, learning, and cognitive styles*, 73-102, New York: Routledge.
- 杉森みどり, 舟島なをみ (2012). *看護教育学 第5版*, 1-3, 東京: 医学書院.
- 高瀬美由紀 (2015). 学習経験と看護実践能力との関係性の検証: 「学習経験尺度」の開発を通して. *平成26年度研究報告書*.
- 谷川 茜, 岸 宏美, 堀井菜緒子, 谷浦葉子 (2015). 新人看護師に対する看護技術研修の報告: 模擬患者とのコミュニケーションを含めた多重課題シミュレーション. *大阪大学看護学雑誌*, 21(1), 41-47.
- 寺田佳孝 (2015). 第2部 指導の基本 5章 指導を設計する. 中井俊樹, 小林忠資 (編), *看護のための教育学* (pp.37-44). 東京: 医学書院.
- 山田里津, 横山トヨミ, 荒川真知子, 吉岡譲治 (2009). *新・教務必携: 看護学校の運営と管理*, 133-134, 東京: 日本看護学校協議会共済会.

[2019年12月9日受付]
[2020年8月12日採用決定]

Factors that Lead to Errors When Newly Graduated Nurses Multitask by Simultaneously Caring for More Than One Patient: Analyzing Interview Data of Nursing Managers Using the KJ Method

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 195-209
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200812109>

Takiko Imai, RN, PHN, Ph.D¹, Mari Okada, RN, PHN, Ph.D²
Miyuki Takase, RN, Ph.D¹

¹School of Nursing, Faculty of Nursing, Yasuda Women's University, Hiroshima, Japan

²Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences, Kagawa, Japan

Abstract

Objective: From the viewpoint of nursing managers, we study the factors leading to errors when newly graduated nurses multitask by simultaneously caring for more than one patient. **Methods:** Using semi-structured interviews, data were collected from seven nursing managers. The KJ method was employed for the analysis. **Results:** Newly graduated nurses “grow up in stages,” but the reality of nursing practice, due to “the gap between basic nursing education and clinical practice,” entails personal challenges prior to nursing practice, such as “surface learning that lacks independence,” “weak interpersonal skills,” and “selfishness.” Surface learning especially invites the situation of “inability to connect medical knowledge to nursing practice” and causes “difficulty of individual guidance on reporting methods” and “lack of a flexible shift” at a practical level. Moreover, there have been negative effects of nursing more than one patient at the same time and simultaneously dealing with multiple tasks. This involves “weak interpersonal skill” and “selfishness,” which develops into “limited education and guidance from senior nurses.” **Conclusions:** It was considered necessary to refine the learning method of newly graduated nurses.

Key words

newly graduated nurses, more than one patient, multitasking problem, practical nursing abilities, KJ method

Correspondence: T. Imai. Email: imai-t@yasuda-u.ac.jp

Hybrid法による急性期看護における 日常生活ケアにかかわる概念の明確化： 急性期看護における日常生活ケアの 理論化に向けて

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 211-222
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201124115>

高橋智子

東京医療保健大学東が丘看護学部

要 旨

目的：急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明確にする。方法：理論の相・フィールドワーク（FW）の相・統合の相から成るHybrid法を用いて日常生活ケアにかかわる概念を検討した。理論の相では文献から看護における生活の視点を明確にして作業的定義を行った。FWの相では看護師が急性期患者へ実践する日常生活ケア場面の参加観察とインタビューから実践における概念の用いられ方を明確にし、統合の相で結果を統合した。結果：理論の相を通して、看護における生活の視点は生命活動・生活行動・暮らしの3つに概念化された。FWの相を通して急性期の患者の状況5つ、急性期看護における日常生活ケアの実践内容8つ、日常生活ケアの反応や効果5つの概念が見出され、統合の相で急性期看護における日常生活ケアが定義された。結論：理論的な検討およびFWの検討を統合し、急性期看護にかかわる日常生活ケアの概念が示された。

キーワード

ハイブリッドモデル, 理論構築, 概念, 日常生活ケア, クリティカルケア看護

責任著者：高橋智子。Email: to-takahashi@thcu.ac.jp

緒 言

近年、医療の高度化や経済性、効率性が求められる中で、急性期医療では診療の補助のための看護がクローズアップされるようになってきている。一方、患者の高齢化や健康問題の複雑化などが進み、急性期医療においても、治療を離脱し、生活を取り戻すためのより専門的な日常生活ケアが患者の回復に果たす役割は大きい。これまで、急性期看護に関する研究の多くは、患者の生命活動を安定化させる看護師の専門的判断に焦点が当てられており（朝倉・籠, 2013）、日常生活ケアを主題とした研究は少ない。しかし、高度医療を受ける患者の治療と援助のバランスを図って回復を促したり、神経を研ぎ澄まして体位変換を行ったりするなど、看護師が専門的な日常生活ケアを実践しているとする知見もある（Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011/2012；矢富, 2012）。このような実践について、急性期看護の文脈における特徴とともに記述し、その効果との関連のもとに説明することができれば、急性期の日常生活ケアの価値や専門性を示すことにつながる。また、看護師がケアの方向性を共

有しながら実践することができ、看護として貢献できる範囲も広がるものと考えられる。

理論化するためには、まずはその基本構造である概念を明確にすることが必要である。食事や排泄などの生活行動を整える日常生活ケアは、これまでも看護理論の主要な概念であり、それ自体は目新しいものではない。しかし、Henderson（1969/2016）やAbdellah, Beland, Martin, & Matheny（1961/1963）によって基本的ニードや看護問題として概念化された日常生活ケアは、現代とは違って日常生活ケアが中心的業務であった時代の文脈のもとにつくられており、機能分化や効率化が進んでいる現在の急性期医療の状況のもとで実施される日常生活ケアのありようを考慮したものではない。加えて、日常生活ケアの実践やそれがもたらす効果については明示されていない。急性期看護における日常生活ケアを理論化するためには、現在の急性期医療の状況において実践される日常生活ケアがどのような状況で生み出され、どのように行われているのか、またその効果を含めて日常生活ケアにかかわる概念を明確にし、それをふまえて定義する必要がある。

I. 研究目的

本研究の目的は、急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明確にすることである。

II. 用語の定義

急性期看護：本研究において急性期とは、病気が突発発症あるいは急性増悪して患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとし、急性期看護とはそのような状態にある患者に対して行われる特徴的な看護とした。

III. 研究方法

理論とは、2つ以上の概念を関連づける命題によって構成される関連立言であり、文脈やプロセスを含むものである (Walker & Avant, 2014)。本研究は、今日の急性期看護における日常生活ケアについて理論化することを前提としている。したがって、本研究では現在の急性期医療において実践される日常生活ケアやその効果を含めて日常生活ケアの概念を明確にする必要がある。その方法として、本研究はHybrid Model (Schwartz-Barcott & Kim, 2000) を用いた。Hybrid Modelは実践での概念の用いられ方を示すことに特徴をもつ概念分析の手法であり、理論の相・フィールドワークの相・分析の相から構成される。理論の相では、知見をもとに概念の定義を示し、フィールドワークでその概念の現れ方を検討し、分析の相で結果を分析しながら精緻化するというプロセスを辿る。本研究は、実践に即した方法で概念を見出すことからこの手法を用いて概念を明確にすることが有効であると考えた。一方、本研究は理論化することを想定し、古くからある日常生活ケアの概念の刷

新を目指している。したがって、本研究では結果を統合する際、Hybrid Modelの分析の相を「統合の相」と位置づけ、結果を統合し、洗練させる方法を用いた (図1)。

A. 第1段階：理論の相

1. 関係資料の選定

中心的概念は日常生活ケアとした。日常生活ケアは生活を支えることを基盤とし、どのような状態の患者にも実践されるケアである。したがって、急性期看護における日常生活ケアの概念においても看護における「生活」の捉え方が基盤になると考え、看護学や社会学、経済学などで「生活」について言及している文献を関係資料とした。また、「日常生活ケア」について言及している看護理論・テキストなどの文献を関係資料とした。

生活に関する文献はCiNii・医学中央雑誌WEB版を用い、「生活」「概念」をキーワードにして得られた本多 (1998)・中木・谷津・神谷 (2007) の文献とその参考文献を対象とした。日常生活ケアに関する文献は医学中央雑誌WEB版・CINAHLを用い、タイトルに日常生活ケア・日常生活行動援助・生活行動援助・日常生活援助・生活援助・療養上の世話・basic care・fundamentals of care・daily living careを含み、看護師のケアについて言及している文献とその参考文献を対象とした。テキストはNDL Searchで検索された基礎看護学のテキストを対象とした。看護理論は日常生活ケアが基本的ニードに深くかかわっていることから、ニードに着目しケアの分類をしているNightingale (1860/2011)、Henderson (1969/2016)、Abdellah, et al. (1961/1963)、Orem (2001/2005)、Roper, Logan, & Tierney (2002/2006) の理論を対象とした。

2. 急性期看護における日常生活ケアの作業的定義 (working definition)

関係資料から生活および日常生活ケアの定義・用法につ

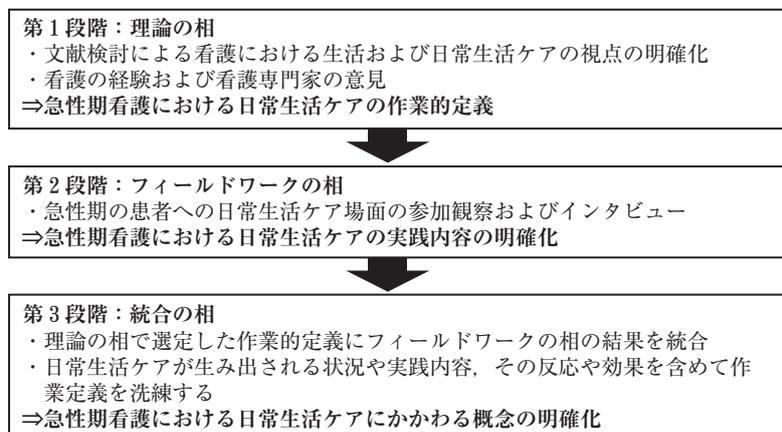


図1 Hybrid法による急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明確にするプロセス

いて記述されている部分を抽出した。次に、看護における生活の視点を明確にし、急性期看護における日常生活ケアについて、看護の経験および専門家の意見をふまえて作業的定義を選定した。この作業的定義とは、既存の定義の一致・不一致および自己の考えを検討し、洗練させていくための仮の定義を意味する (Schwartz-Barcott & Kim, 2000)。理論化を目指す本研究の概念生成においては、これまでの日常生活ケアの定義に合致する部分と合致しない部分を明らかにし、今後フィールドワークの相を通じて洗練させていくための仮定義とした。

B. 第2段階：フィールドワークの相

1. 研究フィールドおよび研究参加者

研究フィールドは、首都圏内の7:1の看護体制をとる急性期病院2施設とした。A施設は病床数700床、B施設は300床程度であった。患者の平均在院日数はA施設8.6日、B施設11.5日であった。研究参加者は、急性期看護の臨床経験が5年以上ある看護師とした。

2. データ収集方法およびデータ収集期間

研究参加者が急性期の患者に実践する日常生活ケア場面の参加観察を実施し、それに基づく半構成的インタビューを15~40分程実施した。データ収集期間は、2017年5月~2018年3月であった。

3. 分析方法

参加観察した日常生活ケア場面は、フィールドノートと逐語録を合わせて場面を再構成し、1つの事例とした。これらの事例を質的に分析し、看護師のかかわりやその意図・患者の反応や効果が記述されている部分を抽出し、内容の類似性に合わせて分類し、カテゴリ化した。分析過程では2名の質的研究に精通した研究者よりスーパービジョンを受けるとともに、研究参加者に解釈を確認して信用性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認(2017-056)および対象施設の倫理審査会の承認(201722)・承諾を得て実施した。研究協力依頼は研究者が直接文書および口頭で同意を得た。患者・家族に対する参加観察への依頼は、参加観察可能な状態であることを研究参加者に判断してもらった後、研究者が直接文書および口頭で行った。

C. 統合の相

統合の相では、理論の相で選定した作業的定義にフィー

ルドワークの相の結果を統合して洗練させ、実践に即した形で急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明確にした。具体的には、作業的定義に日常生活ケアを生み出す患者の状況や日常生活ケアの実践内容、効果や反応を含めて概念化した。

IV. 結 果

A. 第1段階：理論の相

1. 看護における生活の視点

「生活」は広義には生きる全ての営みが含まれ(今, 1971), そこには代謝や消化など生命を維持する細胞レベルの営み(Cannon, 1932/1981), 食べる・排泄するなどの生活行動の営み(富田, 1977), 仕事や家庭など社会的な営み(今, 1971; 松原, 1971)など多様な側面が含まれ, その捉え方は学問によって異なる。看護は対象者の多くが, 病気などの影響により習慣的な営みでさえも困難となることから, 生活の中でも「生活行動」に焦点を当て, 健康という側面から個人を主体として捉えてきた(小板橋, 1990)。

日本において看護における生活の概念が着目されたのは1985年であり, 生活には人としての共通性と個性があるという共通の見解が示された(川島, 1985; 薄井, 1985)。また, 下村・河口・林・土方・大池(2003)は, 生活には①生命, 生存, ②生活習慣, 社会的活動, 生計, 暮らしむき, ③価値観, 信条, 生き方の側面があると定義し, 生活には生き方や暮らしが含まれることを示した。中木ほか(2007)も生活の概念には食事や排泄などの基本的ニードを満たすための習慣化された行動の他, 自らの生命過程を営む過程で生じる出来事とその意味付け, 自分が価値をおく行動とその行動様式などを包含する「生きる営み」という特性があることを示し, 生命活動や価値を含むことを示した。

これらの結果は, 看護における生活が個人を中心に健康という側面から捉えられること, 生活行動を支えることが中心であるが, その根底には生命維持があり, 生き方や価値を含む暮らしが含まれ, 生命活動・生活行動・暮らしの視点で捉えられる可能性を示した。

2. 急性期看護における日常生活ケアの作業的定義の検討

a. 看護理論・テキスト・文献における日常生活ケア

日常生活ケアの源流は古代ギリシャの養生法にあると考えられ, これらは1860年代にNightingaleによって看護と名づけられ, 1960年代にHendersonによって看護の独自機能とされてきた。初期の看護理論において, 日常生活ケア

は基本的ニードとの関連で捉えられ、生命に直結する営みから社会的な営みを支えることまでが含まれる。その目的はニードを充足させ健康回復や自立を促す (Abdellah, et al., 1961/1963; Henderson, 1969/2016) ことから主体的にケアすることまで拡がりがある (Orem, 2001/2005; Roper, et al., 2002/2006) が、効果については十分に明らかになっていない。

基礎看護学のテキスト (深井, 2017; Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2012; 茂野ほか, 2016; Timby, 2017) や文献において、生活行動を支えるかかわりは basic care・fundamentals of care・日常生活の援助・療養上の世話など様々に表現されている。また、その定義は基本的なケア (Potter, et al., 2012; 鈴木・米澤・石綿・遠藤・錦織, 2011; Timby, 2017)・看護の独自性の機能 (秋葉・石津, 2014)・基本的ニーズに対するケア (徳原・山村・小西, 2017; 矢富, 2012)・回復意欲や可能性を発現するケア (矢富, 2012)・健康回復や機能向上に向けたケア (鈴木ほか, 2011; 矢富, 2012) に大別されるが明確にはなっていない。日常生活ケアとして共通しているのは、環境調整や食事、活動・休息、清潔、衣生活、排泄などの「生活行動」を整えること (深井, 2017; Potter, et al., 2012; 茂野ほか, 2016) であるが、そこには生活の概念がもつ多義性が反映され、複数の次元の要素が含まれている (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, & Robertson-Malt, 2010)。

b. 急性期看護における日常生活ケア

急性期看護における日常生活ケアの実践として、看護師は特に生命活動が不安定な患者の生活行動を整える際には、血圧やモニターなどの変化を観察しながら体位変換するなど、神経を研ぎ澄ませて生活行動を整えるかかわりを行っている (Benner, et al., 2011/2012; 矢富, 2012)。また、看護師は侵襲的な処置が多い状況下であっても、清拭時に呼吸のリハビリになる要素を取り入れるなど、治療の中にケアを組み込んだり (矢富, 2012)、安静度を拡大できるように医師に提案したりする (朝倉・籠, 2013) など生活行動を拡大するようにかかわっている。さらに、患者のちょっとしたサインを見逃さずに代弁する、身体の触れ方に気をつける (矢富, 2012) など人間としての尊厳を大事にかかわっている。加えて、看護師はその人の生活習慣や癖、こだわりといったその人の生き方に着目して、退院後の生活をイメージできるように意識していることが示されている (荒川・井上, 2015; 徳原ほか, 2017)。これらの結果は、急性期看護における日常生活ケアが、生命活動の安定化を図り、暮らしを見据えつつ、生活行動を支える実践であることを示している。

このような日常生活ケアの効果として、患者に闘病の合間にほっとする時間や心地よさをもたらすことが示されて

いる (繩, 2016; 矢富, 2012)。これは、日常生活ケアが免疫力や自己再生力を向上させ、生命の活性化に寄与する可能性を示している。また、患者の好みや価値など個別性を考慮したかかわりは、これまで個別性・individualized care・patient-centred careなどの視点で明らかにされ、その効果は主に患者や看護師の満足度を高めることが示されている (Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2008)。しかし、看護師が患者の暮らしを考慮して生活行動を支えることは、単に満足感を高めるだけではなく、生活の質にも関係し、生活の豊かさに寄与するのではないかと考えられる。また、その人の日々の営みを考慮したモーニングケアが患者の身体回復に影響することが示されており (Ohashi, 2014)、日常生活ケアは生命活動の活性化にも影響する可能性も示唆される。

以上の検討をふまえ、急性期看護における日常生活ケアの作業的定義を「生命活動の安定化や活性化を図り、将来の暮らしを見据えつつ、生活行動の自立を支えるかかわりである。このかかわりは、患者に心地よさや人間としての尊厳を保つことをもたらして健康回復を促し、その人の暮らしの豊かさにまで波及する効果をもたらす」とした。

B. 第2段階：フィールドワークの相

1. 研究参加者および患者の背景

研究参加者9名は全員女性であり、平均年齢は35.7歳、看護師経験の平均年数は13.8年 (7年-22年)であった。研究参加者がかかわった患者 (仮名) は男性14名、女性3名であり、平均年齢は70.8歳であった。研究参加者および患者の背景を表1に示す。

2. 急性期看護における日常生活ケア

参加観察した日常生活ケアは食事援助・清潔ケア・歩行援助などの25場面であった。これらの場면을分析した結果、急性期の患者の状況5カテゴリ、日常生活ケアの実践内容を示す8カテゴリ (表2)、日常生活ケアがもたらす反応や効果5カテゴリが見出された。以下、〈 〉は急性期の患者の状況、【 】は日常生活ケアの実践内容、《 》は日常生活ケアがもたらす反応や効果を示し、遊ゴシック体は参加観察した場面を示す。

a. 急性期の患者の状況

急性期の患者の状況として見出された5カテゴリは、看護師が急性期の患者への日常生活ケアの実践を生み出す背景であり、〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自身を気遣う余裕がない〉〈自己のコントロールを失いやすい〉〈一進一退で先行きが見えない〉〈病気に向き合うようになる〉から構成される。

看護師は患者の状況に合わせて日常生活ケアを実践して

表1 研究参加者と患者の概要

研究参加者	看護師経験	患者(仮名)	年齢	患者の疾患および状態
A看護師	10-15年	黒沢さん	40歳代	糖尿病ケトアシドーシスで緊急入院し4日目/症状は改善しているが両目が見えづらい
		川村さん	70歳代	胃がん術後2日目/洞不全症候群あり/離床が進んでいない
		須崎さん	70歳代	大腸がん穿孔にてストーマ造設術後5日目/胸水・腹水貯留し倦怠感が強い
		山中さん	80歳代	胃がん術後4日目/前日同室者のいびきで眠れず離床が進んでいない
B看護師	10-15年	富永さん	60歳代	肝臓がん再手術後5日目/呼吸や血圧が変動しやすく全身状態が不安定
		山崎さん	70歳代	大腿骨頸部骨折術後13日目/腹水貯留があり倦怠感が強く何かする気になれない
C看護師	10年未満	原口さん	80歳代	頸椎脱臼骨折術後20日目/創部痛が強く、固定用カラーで身動きが取りにくい
D看護師	10年未満	木島さん	30歳代	小児麻痺水頭症にてシャント感染ドレーン管理入院7日目/ベッド上安静
		志田さん	80歳代	背部・右足皮膚の腫瘍術後10日目/軽度の認知症、状態は改善傾向にある
E看護師	20-25年	木島さん	30歳代	小児麻痺水頭症にてシャント感染ドレーン管理入院14日目/前日痙攣あり
		志田さん	80歳代	背部・右足皮膚の腫瘍術後7日目/軽度の認知症、疼痛が軽減しつつある
		本木さん	80歳代	腎盂癌からの出血によるショック状態入院4日目/不安と倦怠感があり臥床して過ごす
F看護師	20-25年	中田さん	70歳代	膝がん術後5日目/疼痛と腹部の張りが強く臥床して過ごす
G看護師	15-20年	大塚さん	70歳代	心不全・腎不全・狭心症/せん妄が強く意識レベルにムラがある/臥床して過ごす
		村野さん	80歳代	右足第2指変形症プレート埋め込み術後1日目/昨日痛みで身動きが取れない
		木川さん	70歳代	閉塞性動脈硬化症右大腿腋窩動脈人工血管バイパス術後1日目/疼痛が強い
H看護師	10-15年	石川さん	70歳代	心筋梗塞で入院しICUで集中管理後1週間経つ/腎不全あり透析中
I看護師	10年未満	森さん	90歳代	胸水CO ₂ ナルコーシスにて入院14日目/在宅用の人工呼吸器使用中ベッド上で過ごす
		安井さん	60歳代	心不全・下肢静脈血栓・蜂窩織炎で緊急入院し4日目/倦怠感が強くベッド上で過ごす

おり、この状況は動脈ラインがある、ドレーンがあるというような特定の身体的な状況ではなく、患者が抱く心身の不安定さや自己のコントロールの失いやさきなどであった。急性期の患者は医学的管理下の治療を経て回復に向かいつつあってもなお、動くだけでも血圧が低下したり、呼吸が乱れたりするなど〈心身が不安定で変化しやすい〉状態が続き、それに伴う苦痛や不安、倦怠感から身体と気持ちがついていかずに〈自身を気遣う余裕がない〉状況であった。また、患者は予期せぬ入院で、それまでの暮らしとは異なる環境に身を置かなければならず、「何がなんだかかわからない」と〈自己のコントロールを失いやすい〉状況であった。さらに状態が思うように回復せずに〈一進一退で先行きが見えない〉状況に、不安や焦りも生じていた。一方で、入院を機に〈病気に向き合うようになる〉患者もいた。

以上の状況は、すべての急性期の患者に当てはまるものではないが、看護師はこれらの状況に引き込まれることで個別的な意味合いをもつケアを生み出していた。

b. 日常生活ケアの実践内容

(1) 【心身の回復の度合いを見て無理をさせない】

このカテゴリは、看護師が患者の心身の両側面から回復の程度を判断し、患者が回復へ向けて十分なエネルギーを蓄えられるように休息を図る、無理をさせないなどの働きかけを意味する。この例としてA看護師と須崎さんのかかわりをあげる。須崎さんはもともと狭心症や腎障害があり生命の危機的な状態で手術を受けた。手術後も腹水や胸水

が貯留しており倦怠感が強かった。A看護師は須崎さんがベッドにぐったりと横になっていることを気にかけて、清拭する前に呼吸や脈圧などの身体的な状況を慎重に見極めていた。清拭時、須崎さんは仰向けのまま、だるそうに目を閉じたまま「うん」と気のない返事をする程度であった。次に示すのは看護師が無理に起こそうとはせず清拭した場面である。

A看護師:「背中、こすってもいいですかね?」

須崎さん:目を開き眉間にしわを寄せる。「起きるのは面倒臭いからいいよ……。」

A看護師:「横を向いてもらうだけで、すみませけど……。」一旦提案する。

須崎さん:「(やらなくて) いいよ。」面倒臭そうに眉間にしわを深く寄せる。

A看護師:「じゃあ、今日はやめておきましょうね。」拭ける範囲を素早く拭く。

須崎さん:目を閉じたまま、やや硬い表情だが眉間のしわは薄くなる。

A看護師:(中略)「こっこの洗う用のオムツで洗っちゃいましょう。」

須崎さん:「洗う用のなんてあるの?」関心を示し、頭を挙げて確認する。陰部洗浄中、少し冗談っぽく軽い感じで「まな板の鯉だな……。」とつぶやきながらも一瞬笑みがこぼれる。

この場面において看護師は汗で汚れた背中を拭こうと一旦は横向きになることを勧めた。しかし、須崎さんの反応

表2 急性期看護における日常生活ケアの実践内容

カテゴリ	サブカテゴリ	具体的なかかわりの例
1. 心身の回復の度合いを見て無理をさせない	身体の回復の度合いに合わせて休息を図る	栄養状態がよくない中で消化・吸収の妨げにならない時間を確保し清拭する 患者の回復の度合いを見て、動くことよりも休息をとることを優先する
	身体状況と患者の気持ちを汲み無理はさせない	倦怠感が強い中での清拭において患者の応答性を確認しながら無理させない 身体状況と患者のためらいを見ながら無理のない範囲でバルーン抜去を勧める 血圧が維持しにくい患者の頑張りたい気持ちを汲みつつ頑張らせすぎない
2. 動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する	動かしながら心身の安定性を見てケアを進める	せん妄があっても応答を見て動かし、呼吸や意識レベルの安定性を見ながらケアを進める 清拭をしながら皮膚の状態や痛み状態、息づかいや表情を確認しながらケアを進める 段階をふみながら慎重に動くことを進める中で心身の安定性を見てケアを進める
	患者の姿勢や思いを汲みながらケアの働きかけ具合を判断する	患者の着替えたい思いを汲み、清潔ケアをしながら心身の安定性を見てケアを進める メニューを見て蓋に手を伸ばす姿勢から自発性を感じとり、押し具合を判断する
3. 身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める	身体的に厳しい状態であっても患者と相談しながら段階を進める	高齢で厳しい状態であってもやりとりができる人として捉え相談しながら段階を進める 動くことのリスクをある程度伝えつつも患者と相談しながら段階を進める
	患者にとってよい時間を考慮しながらケアを提案する	患者にとってよい時間を考慮して清潔ケアを促す 1日の流れとその人にとってよい時間を考慮して清拭を提案する
4. 苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる	苦痛や制限を受ける辛さなどの心情を汲み安心できる環境を整える	思うように動けない身体への戸惑いや辛さを汲み、安心できる環境を整える 制約を受けている心情を汲み、普段と同様に食事できることを大事にする 患者の動きたい思いを大事にして段階をふんで動けるように環境を整える 髭剃りを促すやりとりの中で本人の手伝ってもらいたい心情を汲み手伝う 失禁した患者の気持ちを推し測り、ダメージを拡げないように休息を促す 自らあまり訴えない患者の動きたいという思いを尊重する 痛みなく座って食事ができる時間を見計らい食事を提供する 清潔ケアが苦痛を伴うことへの理解を示し、気を紛らわす
	快刺激を取り入れ気持ちを和らげる	眠れずにイライラする心情を察し、足浴を通して快刺激を取り入れる 清潔ケアを通して辛い中でもユーモアを取り入れにっこりできるような機会をつくる
	身体を丁寧に扱いながらケアする	術後の痛みを気遣い丁寧に身体を扱い清拭する 傷ついている身体を丁寧に扱いながら清拭する
5. よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける	よくなっていることを言葉で伝える	よくなっていることを伝え、今の状況の中でも楽しむことを大事にして力づける ケアの中で身体に触れながらよくなっていることを伝える よくなっている状況を伝え、少しずつ段階を上げて動く方向に導く
	ケアの促しやケアを通じて気持ちを乗せる	髭剃りを通じて重症というイメージを持たせすぎずに回復に向かっていくことを伝える 一方的ではなく歩いて大丈夫なんだと思える促し方で気持ちを乗せる
6. 馴染みある行為をきっかけにして日常感覚や潜在的な力を引き出す	日常的な感覚・動きをもどすきっかけとしてのケア	日常のリズムを取り戻すきっかけとして洗髪する せん妄のある状態でも馴染みのある髭剃りを促す 馴染みある髭剃りをきっかけに単調な日々メリハリをつける 食べることをきっかけにその人が時間の感覚を取り戻せるように働きかける
	馴染みある行為をきっかけに何かしようという思いを引き出す	腹満感が強く動く気になれない状況の中で動くきっかけとして洗髪を取り入れる 彩りや見た目に左右される感覚に働きかけ食べようという思いを引き立てる 歯磨きや歩行のタイミングを見計らい、気持ちを乗せるように促す 言葉に頼らずにさりげない動作で食べるきっかけをつくる 回復の度合いを見ながらその人が日常的に行っていた髭剃りや歯磨きを試しに促す 気持ちが少しでも食事に向けばという思いで患者の馴染みある食べ物を探り当てる
7. 自身でケアしていくことの大事さをメッセージにじませる	手を出さずに見守る	最初の一步を踏み出すきっかけとして手を出さず待つ
	言葉や動作を用いて自身でケアすることの大事さをメッセージで伝える	感覚を確かめたり習慣を確認したりして自身に関心をもてるような促しをする 清拭の中でできることをさりげなく促し、自身でケアすることの大事さを伝える 患者が今できることを簡単な言葉で説明し気持ちを鼓舞する 厳しい身体状況の中でも自ら動くことの大切さを伝える 足浴を通じて生命の危機は今後の人生を豊かにするチャンスであることを伝える
8. 患者という枠組みではなくその人となりをつかんで像を描く	ケアを通じてその人となりをつかむ	患者という枠組みではなくその人を知る場として清潔ケアを活用する 髭剃りや歯磨きのケアをきっかけにその人なりを知る 足浴を通してその人の人となりを探り、何をどこまで説明するかを判断する

※ 網掛けは本文中で紹介した例を示す

が肯定的ではなかったことから、辛い中で無理に押し進めるべきではないと判断した。A看護師が無理をさせず自分の辛さを汲んでくれたことや素早い清拭で負担が少なかったことが彼の心に余裕をもたせ、陰部洗浄の提案に応じることにつながっていた。このように看護師の働きかけは、清潔ケアでさえも面倒で目を閉じてやり過ごしていた患者の気持ちを和ませ、最後には笑みをもたらしていた。

(2) 【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】

このカテゴリは、患者の状態が不安定な場合であっても、看護師が患者の身体を動かしながら心身の安定性を見てどこまで本人に行ってもらおうか、その働きかけ具合を判断するかかわりを意味する。この安定性とは呼吸状態や痛み程度の程度、心情の変化などが含まれていた。この例としてI看護師と森さんのかかわりをあげる。森さんはCO₂ナルコースで在宅用の人工呼吸器を用いて治療していたが呼吸や循環状態が不安定になりやすく、ベッド上で安静に過ごしていた。森さんは食事の時間が苦痛であり、いつも眉間にしわを寄せていた。看護師は普段同様に全介助で食事援助しようと考えていたが、彼の動きから潜在的な力を感じてかかわり方を変えた。次に示すのはこのような場面である。

森さん : 自らメニューを見て、食事の蓋に手を伸ばして蓋を開ける。

I看護師 : 「おっ。」森さんが蓋に手を伸ばしたことに驚くが、彼の動きに合わせてスプーンを試みに渡し、彼の握る力を感じて支えていた手を離す。

森さん : スプーンを口元に運び「ん……」と声を漏らして2〜3口摂取する。「それは何？」と関心をみせる(食器の中が見えづらい様子)。

I看護師 : 「メロンですよ、食べますか。」器を傾けてスプーンにのせやすくする。「野菜は……? 青梗菜はどうですか? 野菜……嫌いです?」

森さん : 首を横に振るだけで返答はせず、メロンを摂取している。

I看護師 : 小さな声で独り言のように「後にするか……」とつぶやく。

森さん : 食後ににっこりすることはなかったが、どこか誇らしげな表情を見せる。

この場面において、看護師は森さんの微妙な動きや手から彼の意欲を感じとり、その動きに合わせて働きかけ具合を判断して変えていた。結果として森さんは看護師が思っていた以上に状態が安定し、自力で摂取した。看護師はもっと食事の調整ができれば退院につながると考え、好みを聞いて押し進めようとした。しかし、森さんの反応から看護師の都合で話しかけるのはその人のペースを守る食事

とは違うと考え直し、見守ることにした。

このように、看護師が動かしながら安定性を見て、その時その場やかかわり方を変えることが自ら食べようという気にはなれなかった患者の食べてみようという思いを引き立てていた。この活力は食事を終えた彼の誇らしげな表情に表れていた。

(3) 【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】

このカテゴリは、呼吸や血圧などが不安定な状態であっても医療者側の判断で段階を進めず、患者の思いを大事にして相談しながら活動レベルの段階を上げたり、ケアを提案したりすることを意味する。看護師は身体的に厳しい状況であっても自分の意思を表出できる人として患者を捉え、かかわっていた。

例えば、大腿部頸部骨折で手術をした山崎さんは、もともと肝機能障害を患っており、肺炎を併発して状態が不安定で倦怠感が強く、何かしようという気になれない状況であった。看護師は清拭をする際、この日、山崎さんに検査や処置など多くの予定があることを考慮するとともに「食後の肝庇護は図りたいというのと、結構ダラダラするのが好きなんですよ。なので、少し休憩する時間も作って」と語り、山崎さんがある程度まとまった時間休めるようにしていた。B看護師が山崎さんに「創の処置とかあるので少し休めるように、着替えは今しまししょうか」と提案すると、彼は「うん」と明るい声色で返答した。

このように看護師は不安定な状態の患者であっても主体は患者であるため、1つ1つ患者に相談しながら進めていた。このような看護師の配慮が患者に伝わり、倦怠感が強くあまり乗り気にならない患者の気持ちをケアへと向かわせていた。

(4) 【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】

このカテゴリは、苦痛が強く、安静を強いられる環境に身を置かなければならない患者の心情を汲み、環境を整える・快刺激を取り入れるなどして苦痛や不安を和らげることを意味する。その方法は多岐にわたっており、多くの事例に見られていた。

例えば、心不全の治療後に足の手術を受けた村野さんは、痛みが強く、動きたくてもどのように身体を扱ったらよいかわからず離床できずにいた。G看護師は村野さんの身体を丁寧に扱い、痛みが増強しないよう注意を払いながら拭いた。このかかわりにより村野さんは「気持ちいい」と頬を紅潮させ、術衣からパジャマに着替えると「やっと人間らしくなった」と言葉に出して笑みをこぼした。

このように看護師が患者の思いや苦痛を気遣い、身体を丁寧に扱うことが結果的に患者の表情と心を緩ませ、心地

よさやほっとした時間をもたらしていた。

(5) 【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】

このカテゴリは、患者が回復を実感できるように、回復を言葉にして伝えたり、ケアを通じて気持ちを乗せたりして励ます働きかけを意味する。看護師は患者が回復への意欲やその後の生きる糧を失わないように働きかけていた。この例として先に述べたB看護師と山崎さんのかかわりをあげる。彼は状態が不安定で倦怠感が強く、自ら何かしようとする気にはなれない状況であった。B看護師は清拭をしながら、ケアの中で彼の進歩を認める働きかけをしていた。次はその場面である。

B看護師：「少し肩を回せますか？そう、ちょっと回して……。」

山崎さん：言葉かけに合わせ肩を上げ回す。しっかり回すことができる。

B看護師：パジャマの上着を渡して山崎さん自身に着てもらおう。「よくなっていますね。腕も少し動かしたからありがとうございます。」笑顔を交えて励ます。

山崎さん：「そう？」笑みはないが腕を回した後、上着の袖に手をすっと通す。

このように、看護師はその人の痛みを引き受けつつ、よくなっていることを言葉にして伝えていた。その結果、患者は肩を回すなど身体を動かしてみようという気持ちになっていた。また、肩を回した後に「そう？」と言いながら自ら袖に手を通していった姿からは何かしようという意欲が引き出されていたようだった。

(6) 【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】

このカテゴリは、髭剃りや食事などその人が暮らして培ってきた馴染みある行為をきっかけに、時間の感覚や習慣的な身体の動きなどの潜在的な力を引き出そうと働きかけることを意味する。このようなかかわりは多くの事例で見られ、その人の日常的な感覚を取り戻すことにつながったり、人間らしさを取り戻したりすることにつながっていた。

看護師のリードの仕方は必ずしも言葉に頼るものではなく、ときにはさりげない動作で行う場合もあった。例えば、術後の創部の痛みと動きにくさから食欲も湧かず、食事が目の前に運ばれても手をつけようとしなかった患者の原口さんに対して、C看護師はそっと食器の蓋をあけた。その結果、原口さんは箸を持ち、器を手にとって食べ始めた。

このように、看護師は言葉で無理に勧めるのではなく、自分では食べる気になれない患者の辛さを受けとめて、そっと蓋をあける動作によってその辛さを理解しているこ

とを示し、患者が食べてみようと思えるきっかけをつくって、食べる気力を引き立てていた。

(7) 【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】

このカテゴリは、患者が自らケアしていくことの大事さを看護師が言葉や動作で伝えることを意味する。看護師はその人がどのように病気を受けとめているかを知ろうとかかわり、手を出さずに待ったり、簡単な言葉で伝えたりするなど患者が嫌にならないような方法で「ケアをするのはあなた自身」というメッセージをにじませていた。

例えば、皮膚がんの移植手術を受けた患者の志田さんが自由に動けるようになって靴を履こうとした際、なかなか履けずにいた。志田さんは軽度の認知障害を患っていたが、もともと日中は1人で過ごせていた。D看護師は、あえて言葉をかけたり手を貸したりせず、彼の様子を離れたところから見守り、靴が履けた際に「履けました？」と声をかけた。その結果、彼は「うん」と口元を緩ませて誇らしげな表情になっていた。

この場面においてD看護師は「こっちでやるのは簡単ですけど、自分でやって帰れるようにしないとお家で困っちゃうのは彼なので」と一歩引いた状態で見守る姿勢を貫き、これならできるかもしれないという感覚を患者自身に持ってもらえるように働きかけていた。このように、看護師は最初の一步に手を出さずに待ち自身でケアしていくことの大事さを伝えることで、患者の潜在的な力が引き出されていた。

(8) 【患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く】

このカテゴリは、看護師が日常生活ケアの場を活用し、病気に焦点を当てた患者ではなく、その人の人となりをつかもうとすることを意味する。看護師は急性期の患者の「人となり」を知る場として髭剃りや清拭、足浴などの日常生活ケアを活用しており、つかんだ人となりの特徴を次のケアに活かしていた。

例えば、心不全を悪化させて入院した石川さんは血圧が不安定でベッド上安静の日々を過ごしていた。また倦怠感が強く、自ら何かしようとは思えない状況で多くの時間を寝て過ごしていた。H看護師は伸びきっていた石川さんの髭を剃った後、彼の口の周りのみタオルで拭くと、それまで看護師に任せがちであった石川さんが「あれ、顔拭くタオルは？」とタオルを欲し、自ら顔を拭いて「ふうー」と声をあげた。この反応を見て、看護師は石川さんには清潔にしたいという思いがあり、それを伝えられる人なのだとこと知り、歯磨きを自身で行うように促し方を変えていた。

このようなかかわりによって患者は何かしようという生

活行動への意欲や活力を取り戻していた。また、自分の状況を理解し自身に関心を向けることにつながっていた。

c. 日常生活ケアがもたらす反応や効果

日常生活ケアがもたらす反応や効果として見出された5カテゴリは、看護師が実践する日常生活ケアが急性期の患者にもたらした反応や効果を示したものであり、《回復状況に合わせて段階を進む》《人間らしさや自己を取り戻す》《生き返った心地を味わう》《活力が湧き出る》《自身に関心が向く》から構成される。

前項の急性期看護における日常生活ケアの実践内容の例で示したように、看護師の実践する日常生活ケアによって、急性期の患者は状態が不安定にならずに適切なタイミングで活動レベルを上げるなど《回復状況に合わせて段階を進め》たり、時間や身体感覚が呼び起こされ《人間らしさや自己を取り戻し》ていた。また、患者は苦痛から解放され《生き返った心地を味わ》ったり、何かしようという思いが引き立てられるなど《活力が湧き出》たりしていた。さらに、看護師は日常生活ケアを通して自身でケアすることの大事さを伝えることによって患者が《自身に関心が向く》きっかけをつくっていた。

C. 第3段階：統合の相

理論的な相では、文献検討を中心に急性期看護における日常生活ケアの概念について作業的な定義を行い、フィールドワークの相を通して、現在の急性期医療における実態をふまえた日常生活ケアにかかわる概念が具体的に示された。ここでは、フィールドワークの相の結果をふまえて作業的な定義を修正した点を述べる。

作業的な定義において、急性期看護における日常生活ケアは、「生命活動の安定化や活性化を図り、将来の暮らしを見据えつつ、生活行動の自立を支えるかかわり」としていた。しかし、フィールドワークの相で示されたのは【心身の回復の度合いを見て無理をさせない】【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】など看護師がその人の生命活動の「安定化」を図る方向だけではなく、「回復」に向けてエネルギーを高めるかかわりもしていることであった。このかかわりには生活行動を拡大するタイミングの掴み方や患者の意欲の引き出し方に卓越性があった。さらに、看護師は【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】など「自立や依存」というよりも、その人自身が「生活行動を取り戻せる」ようにかかわっていることが示された。加えて、【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】【患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く】など、看護師は個を重視し、

「将来の暮らしを見据える」というよりも「人となりや生活習慣」を考慮していた。したがって、社会や他者との関係性を含む「暮らし」という概念は、急性期の患者の生活を捉える視点として適切ではなかった。

日常生活ケアの効果として作業的な定義では、「患者に心地よさや人間としての尊厳を保つことをもたらして健康回復を促し、その人の暮らしの豊かさにまで波及する効果をもたらす」としていた。フィールドワークの相では、日常生活ケアがもたらす反応や効果として《人間らしさや自己を取り戻す》《活力が湧き出る》などその人全体の回復をもたらすことが確認されたが、暮らしの豊かさまで波及するかどうかは判断できなかった。また、看護師が急性期の患者への日常生活ケアの実践を生み出す背景には、患者が抱く心身の不安定さや苦痛などがあることが示された。

以上より、急性期看護における日常生活ケアは「心身の不安定さや苦痛などがある患者に対し、生命活動の回復や活性化を図り、人となりや生活習慣を考慮しながらその人自身が生活行動を取り戻せるように支えるかかわりである。このかかわりは、病気からの回復のみならず人間らしさや自己を取り戻すなど全体的な回復をもたらす」と定義された。

V. 考 察

A. 急性期看護における日常生活ケアの実践の特徴

本研究の結果、急性期看護における日常生活ケアは、生活行動を支えることを中心に位置づけながらも生命活動やその人の人となりや生活習慣を考慮した視点で行われていることが示され、急性期看護における日常生活ケアの実践から8つの概念が明らかになった。このうち、【心身の回復の度合いを見て無理をさせない】かかわりは、患者の心身の回復状況を判断し、無理をさせずに回復に必要なエネルギーを蓄えることを意味している。この内容は、Nightingale (1860/2011) が重視していた「患者の生命力の消耗を最小に整えること」と類似する。このようなかかわりに加え、本研究では【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】という回復過程を促す働きかけもしていることが示された。先行研究でもICUの看護師が急性期の患者に対して、治療とケアのバランスを図る(矢富, 2012)、行動しつつ考えながら日常生活ケアを実践する(Benner, et al., 2011/2012)など生命活動の安定化を図りながら生活行動を拡大できるように働きかけていることがいくつか示されている。以上は、急性期看護における日常生活ケアの実践には、看護師が積極的に患者を動かしながら生命活動の回復を促すという特徴があることを示している。

また、本研究で示された【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】かわりには急性期の患者であっても人として尊重するかわりであることを示しており、先行研究（徳原ほか，2017；矢富，2012）の結果を強めるものとなった。これに加え、本研究では【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】など、患者を主体と考え、意向を大事にしてケアを実践するという特徴も示された。

さらに、先行研究では患者の生活習慣などに着目し、ケアに活かそうと看護師が意識していることが示されていた（徳原ほか，2017）。本研究の結果である【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】というかわりには、状態が不安定な患者であっても、その人自身が生活行動を取り戻せるようなかわりを急性期の早い段階から実施している実態を示していた。これは、急性期の患者への日常生活ケアが生命活動の安定化のみならず、人となりも考慮して行われるという特徴を示したものと見える。このような特徴を明らかにしたことは、急性期看護における日常生活ケアの理論化に向けた示唆となる。

B. 日常生活ケアが生み出される背景と日常生活ケアがもたらす反応や効果

本研究により見出された急性期の患者の状況を示す5つの概念は、看護師がケアを生み出す患者の状況を明らかにした点に特徴がある。これまで急性期の患者の特性は、患者の重症度や看護必要度という観点で、治療の必要性やADLから評価されることが多く（久松，2018）、看護がかわる患者の状況は概念化されていない。本研究は、急性期の患者が抱く心身の不安定さや苦痛などを看護師が捉え、それがケアを生み出す背景となることを明らかにした。これらは急性期にある患者の体験（井上，2005；矢富，2012）と一致する部分が多くあった。例えば、井上は急性期の患者・家族の体験として「生命の危機に対する激しい不安」や「多様で強度の苦痛」を生じていること、「見通しの立たない不確実さ」に脅威があることを示している。また、矢富は、日常生活ケアを受けるICUの患者の体験として、過酷な状態で「生きているだけで精一杯」な中で自分なりに「なんとか耐え忍ぶ」経験をしていることを明らかにしている。これらの結果は、急性期の患者が苦痛の強い状況であることを示し、本研究で示された〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自身を気遣う余裕がない〉〈一進一退で先行きが見えない〉と類似する。このことは、看護師が患者の特定の疾患に注目するのではなく、急性期

の患者が体験している状況性に着目し、ケアを生み出していることを示唆している。

本研究では、これまで十分に示されていなかった日常生活ケアが急性期の患者にもたらす反応や効果として5つの概念を明らかにした。これまでも、清潔ケアなどがその人全体にもたらす効果は知られていたが、日常生活ケア全体として捉えることが難しく、その効果は明確にされていなかった。いくつかの文献によって日常生活ケアが急性期の患者の回復に寄与していることが示されていた。例えば、術後の背部温罨法が痛みを軽減させ、自律神経活動のバランスを整える作用がある可能性（縄，2002）やその人の生活の流れに合わせたモーニングケアが術後の食事を増加させるなど身体回復に寄与する可能性である（Ohashi，2014）。しかしこれらの研究は、日常生活ケアのある一部のケアに着目しており、日常生活ケアがもたらす効果については十分に明らかにされていなかった。

本研究は急性期看護における日常生活ケアの実践に着目したことにより、その効果が《回復状況に合わせて段階を進む》のように病気からの回復のみならず《人間らしさや自己を取り戻す》《活力が湧き出る》などその人の全体的な回復をもたらしていることを示した。また、《生き返った心地を味わう》は、日常生活ケアが患者に闘病の合間のほっとする時間や心地よさを提供するという先行研究の結果（縄，2016；矢富，2012）と類似し、《自身に関心が向く》は、辛い状況の中でも周囲に目を向けようとする急性期の患者の体験（矢富，2012）と類似する内容であったことから、急性期の日常生活ケアがもたらす効果について先行研究の結果を裏付け、概念化することにつながったと考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明確にしたが、概念間の関係性は示せていない。今後は理論化に向け、日常生活ケアとその効果との関係性を説明するモデルを構築し、概念を洗練させることが課題である。また本研究では、参加観察場面が限られていたことから多様な場面での検証を行い、概念のさらなる検討が必要である。

結 語

Hybrid法を用いて急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明確にした結果、急性期の患者の生活を捉える視点は生命活動・生活行動・人となりや生活習慣の3つで概念化され、日常生活ケアのかかわる概念として、急

性期の患者の状況5つ, 日常生活ケアの実践内容8つ, 日常生活ケアがもたらす反応や効果5つの概念が示された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師・患者の皆様へ感謝申し上げます。本研究は, 日本赤十字看護大学大学院博士論文の一部に加筆修正を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Abdellah, F.G., Beland, I.L., Martin, A., & Matheny, R.V. (1961) / 千野静香 訳 (1963). *患者中心の看護*. 東京: 医学書院.
- 秋葉沙織, 石津みえ子 (2014). 中堅看護師の職業的アイデンティティと「療養上の世話」への認識との関連. *北日本看護学会誌*, 16(2), 11-21.
- 荒川祐貴, 井上智子 (2015). 看護ケア発展に向けたキュアとケアを融合した看護実践の内的構造の分析. *日本看護学会誌*, 35, 72-81.
- 朝倉京子, 籠 玲子 (2013). 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. *日本看護科学会誌*, 33(4), 43-52.
- Benner, P.E., Hooper-Kyriakidis, P.L., & Stannard, D. (2011) / 井上智子監訳 (2012). *ベナー看護ケアの臨床知: 行動しつつ考えること 第2版*. 東京: 医学書院.
- Cannon, W.B. (1932) / 館 隣, 館 澄江訳 (1981). *からだの知恵: この不思議なはたらき*. 東京: 講談社学術文庫.
- 深井喜代子 (2017). *新体系看護学全書 基礎看護学3 基礎看護技術II*. 東京: メヂカルフレンド社.
- Henderson, V. (1969) / 湯槇ます, 小玉香津子訳 (2016). *看護の基本となるもの 再新装版*. 東京: 日本看護協会出版会.
- 久松桂子 (2018). 急性期患者の特性に着目した「重症度, 医療・看護必要度」に関する研究の系統的レビュー. *国際医療福祉大学学会誌*, 23(1), 62-73.
- 本多 勇 (1998). 「生活」概念の検討と整理: 「生活」研究のレビュー. *国際医療福祉大学紀要*, 3, 13-23.
- 井上智子 (2005). 蓄積から挑戦へ. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 1(1), 15-19.
- 川島みどり (1985). 意識的な条件づけが過去の生活習慣や生活の記憶を再生した事例から. *日本看護学会誌*, 5(2), 12-15.
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423-434.
- 小坂橋喜久代 (1990). *病者の生活行動と看護*. 東京: メヂカルフレンド社.
- 今和次郎 (1971). *生活学 今和次郎集*. 東京: ドメス出版.
- 松原治朗 (1971). 生活体系論の展開. 青井和夫, 松原治朗, 副田義也編, *生活構造の理論* (pp.95-138). 東京: 有斐閣双書.
- 中木高夫, 谷津裕子, 神谷 桂 (2007). 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. *日本赤十字看護大学紀要*, (21), 42-54.

- 縄 秀志 (2002). 婦人科外科患者における術前・術後1週間の気分, 痛み, 自律神経活動の変化. *日本看護技術学会誌*, 1(1), 28-35.
- 縄 秀志 (2016). 「気持ちのいいケア」は, 患者と看護者のその人らしさを支える!. *看護教育*, 57(5), 338-345.
- Nightingale, F. (1860) / 湯槇ます, 薄井坦子, 小玉香津子, 田村真, 小南吉彦訳 (2011). *看護覚え書 改訳第7版*. 東京: 現代社.
- Ohashi, K. (2014). Effects of early morning care, named “Comfort upon Rising” care, on postoperative orthopedic ambulation and morning activity. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(4), 268-280. doi:10.1111/jjns.12028.
- Orem, D.E. (2001) / 小野寺社紀訳 (2005). *オレム看護論: 看護実践における基本概念 第4版*. 東京: 医学書院.
- Potter, P.A., Perry, A.G. Stockert, P., & Hall, A. (2012). *Fundamentals of nursing (8th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A.J. (2002) / 久間圭子訳 (2006). *ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル: 生活行為に基づくイギリスの看護*. 東京: 日本看護協会出版会.
- Schwartz-Barcott, D., & Kim, H.S. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In Rodgers B.L. & Knaf, K.A. (Eds.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (pp.129-159). New York: W.B. Saunders.
- 茂野香おる, 吉岡京子, 林 千冬, 益加代子, 玉田雅美, 岩本里織, 柳澤理子, 大野かおり (2016). *系統看護学講座 専門分野I 基礎看護学 [1] 看護学概論 第16版*. 東京: 医学書院.
- 下村裕子, 河口てる子, 林 優子, 土方ふじ子, 大池美也子 (2003). 看護が捉える「生活者」の視点: 対象者理解と行動変容の「かぎ」. *看護研究*, 36(3), 199-211.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843-860.
- 鈴木明美, 米澤弘恵, 石綿啓子, 遠藤恭子, 錦織正子 (2011). 看護師の自己充實的達成動機の強さによる生活行動援助の認識(職務特性)の比較. *獨協医科大学看護学部紀要*, 5(2), 87-101.
- Timby, B.K. (2017). *Fundamental nursing skills and concepts*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- 徳原典子, 山村文子, 小西美和子 (2017). 急性期病院に勤務する中堅看護師の実践と課題: 生活援助に焦点をあてて. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 24, 79-91.
- 富田 守 (1977). 生活行動の人類学. 人類学講座編纂委員会編, *人類講座13生活* (pp.7-54). 東京: 雄山閣出版.
- 薄井坦子 (1985). 生活概念を教える立場から: 個別な生活の特徴を浮きぼりにする生活概念の形成を. *日本看護学会誌*, 5(2), 20-21.
- Walker, L.O., & Avant, K.C. (2014). *Strategies for theory construction in nursing*. (5th ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- 矢富有見子 (2012). クリティカルケア看護師における日常生活行動援助の特性に関する研究. *お茶の水看護学雑誌*, 7(1), 1-19.

2020年4月25日受 付
2020年11月24日採用決定

A Clarifying Concept of Daily Living Care within the Context of Acute Nursing Using a Hybrid Method for Theory Construction: A Study for the Theory Development of Daily Living Care in Acute Nursing

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 211-222
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201124115>

Tomoko Takahashi, PhD, RN

Tokyo Health Care University, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the concept of daily living care in acute nursing. **Methods:** Using a hybrid method consisting of theory, fieldwork, and integration phases, the concept was compared to previous studies. In the theoretical phase, the author examined the interpretation of living in nursing based on the literature and developed a working definition for daily living care. In the fieldwork (FW) phase, the use of concept in practice was established from field observations in which nurses provide daily living care for acute patients, as well as from interview data. The results were integrated in the integration phase. **Results:** In the theoretical phase, living in nursing was conceptualized into three activities: “vital activities of living,” “activities of daily living,” “personal living (kurashi in Japanese).” Through the FW phase, the author identified five categories of situations of patients in the acute phase, eight categories of daily living care processes in acute nursing, and five categories of the effects of living in acute nursing. In the integration phase, daily living care in acute nursing was defined. **Conclusions:** As a result of the integration of theoretical and fieldwork studies, the concept of daily living care in acute nursing was clarified.

Key words

Hybrid Model, theory development, concept, daily living care, critical care

Correspondence: T. Takahashi. Email: to-takahashi@thcu.ac.jp

看護学教師の看護学実習における 病態教授活動のプロセス

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 223-236
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201202119>

本谷久美子¹, 荒木田美香子²

¹埼玉医科大学保健医療学部看護学科, ²川崎市立看護短期大学看護学部

要 旨

目的：看護学教師の看護学実習における病態教授活動のプロセスを明らかにする。方法：看護系大学における成人看護学の実習指導に携わる教師12名に半構造的面接を行い、M-GTAで分析を行った。結果：実習前に解剖生理や病態の学習を促し、学生が受け持つ対象の看護問題を予測し《病態にねらいを定める》ことで【病態を教授するための準備を万全にする】。病態を掘り下げて説明し、《患者の症状に焦点をあてる》ことで思考を拓げ看護を考えやすくする。また、学生の理解が不十分な場合は病態の範囲を絞り込み《指導を仕切り直す》ことで【病態理解の深化をめざし看護への着想を促す】。さらに、看護計画の根拠に病態が記されているかを確認し【看護実践を病態で裏付ける】。結論：病態教授活動のプロセスは病態の理解が看護に結びつくための学習支援の過程であり、看護専門科目でも繰り返し病態を教授する教育体制が必要である。

キーワード

看護学教師, 病態, 教授, 看護学実習, 修正版グラウンデッド・セオリー

責任著者：本谷久美子。Email: kmotoya@saitama-med.ac.jp

緒 言

近年の医療技術の進歩に伴い、患者の高齢化、疾病の重症化・複雑化、在院日数短縮など看護を取り巻く環境が大きく変化し、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。また、看護教育の大学化に伴い、社会からは看護学教育の質の保証にも大きな関心が寄せられている。しかしながら、看護学生（以下、学生）の看護実践能力の不足がいわれ（小山，2007）、看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーに生物学的かつ生活者としての視点で人間を包括的に理解する能力が新たに追加された（日本看護系大学協議会，2018）。特に、生物学的な存在として人間の正常な構造と機能、人間の心身の変調やそれに伴う心身の反応がいわれ（日本看護系大学協議会，2018，p.15）、これらは看護学士課程カリキュラムにおける専門基礎科目に相当する知識である。

我が国の看護基礎教育の歴史をみると、専門基礎科目、とりわけ解剖学、生理学、病態学の教育は、長年、看護学の枠組みをもたないまま臨床医に委ねられてきた。そのために専門基礎科目と看護学との教育に乖離が生じ（菱沼，2000）、専門基礎科目の学修が看護学へとつながって

いないことが指摘されている（坂下・内布・桐村・加治，2004）。

文部科学省（以下、文科省）は、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」において、看護の対象理解に必要な基本知識として、人の生活行動と健康状態、疾病、健康障害、回復過程、いわゆる解剖学、生理学、病態学に関する学修目標と項目を明示した（2017，pp.23-33）。また、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」および「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」の改正案においても、「人体の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」の科目単位数をこれまでの15単位から1単位増やすことが提案されている（厚生労働省，2019，pp.9-10）。このように、看護学教育における解剖学、生理学、病態学の教育の充実がいわれ、それらの科目は対象理解のみならず、看護実践の根拠や方法の明確化、臨床判断能力の基盤になるものと考えられ、将来看護職者になる学生にとっては修得すべき不可欠な知識であるといえる。

看護基礎教育における専門基礎科目に関する先行研究はきわめて少ない。それでも解剖学や生理学は、菱沼・大久保（2011）の形態機能学のように生活行動の枠組みに再編する試みがなされ、人体解剖や実験的な演習を取り入れるなど（原田・伊吹・横原・福田・赤瀬，2019；近藤・江

上・田中, 2016), 学生の学習理解と看護へつなげるための様々な取り組みがされてきた。ところが, 病態学では病態をどのように教授するかといった報告はほとんどみられない。海外においても, 医師や看護師を対象にした病態生理の重要性を明らかにしたもの (Birks, Ralph, Cant, Chun Tie, & Hillman, 2018; Birks, Ralph, Cant, Hillman, & Chun Tie, 2015), 病態生理学の授業にTBL (Team-Based Learning: チーム基盤型学習), シミュレーション教育, アクティブラーニングを導入した報告はあるものの (Branney & Priego-Hernández, 2018; Hnatyshyn, 2018; Sharpnack & Madigan, 2012), その数は多いとはいえず, 看護へつなげるための病態の教授法が具体的に示されているとはいえない。

一方, 看護学教育における看護学実習 (以下, 実習) では, 多くの看護専門領域において看護の対象となる患者を受け持ち, 看護過程を展開するという実習の方法をとっている (日本看護系大学協議会, 2019a, p.8)。看護実践能力の育成においては, 実践と思考の連動を図ることが重要であるといわれており (厚生労働省, 2011), 実習では看護過程の展開により情報収集・アセスメント, 看護上の問題の明確化, 看護計画立案, 実施, 評価の思考過程を踏みながら看護を実践する。学生は疾病や既往症, 症状, 検査データ, 治療などの情報から身体的な側面をアセスメントし, 心理社会的な側面を含め, 対象を全人的に捉え, 必要な看護を見出していく。そう考えると, 学生が対象の身体的な側面をアセスメントするために, 看護学教師 (以下, 教師) は実習で病態を教授していることになる。つまり, 実習指導場面においては教師の病態教授活動を具体的に示すことができるのではないかと考えた。

そこで本研究では, 教師の実習における病態教授活動のプロセスを明らかにし, これまで明らかにされてこなかった病態教授のあり方を示唆することを目的とする。

I. 研究目的

教師は実習において病態をどのように教授しているのか, その病態教授活動のプロセスを明らかにする。

II. 用語の定義

病態: 「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」(文科省, 2017), 「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」(日本看護系大学協議会, 2018)を参考に, 「疾病や治療によって引き起こされる身体の構造や機能の変調およびそれに伴い生じる身体の反応」と定義し, それには解剖学, 生理学, 病理学などの内容も含むこととする。

教授活動: 教授とは「専門の知識・技能を教えること」(松村, 2012, pp.944-945)であり, 「教師が看護学に必要な知識・技術を教えるための行動」と定義し, その行動には準備から評価までを含むこととする。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は, 教師の実習における病態教授活動のプロセスを, 修正版Grounded Theory Approach (以下, M-GTA) (木下, 2003; 木下, 2007)を用いて明らかにする質的帰納的研究である。

B. 研究参加者およびデータ収集方法

東京近郊の看護系大学 (短期大学を含む) の看護学部長もしくは看護学科長宛に, 本研究の協力依頼書および承諾書を郵送した。研究参加者の基準を, 成人看護学領域に所属し, 成人看護学の実習指導に携わる教師で, ①教育経験5年以上, ②講師以上, ③病態に関する知識が豊富で, かつ実習等の授業評価において患者理解につながる指導が学生から高く評価されていることとし, 研究協力の承諾とともに該当する教師の推薦を依頼した。52校の看護系大学に研究協力を依頼し, 9校から承諾が得られ, 18名の教師の推薦を得た。そのうち3名は「成人看護学の実習指導に携わっていない」「助教」という理由で研究参加者の基準を満たしていなかったため除外した。また, 推薦を得た15名に連絡を試みたものの, そのうちの3名の教師からは返信が得られなかった。最終的に, 12名の研究参加者には, 書面を用いて研究の目的・概要・倫理的事項について直接説明し, 同意書による同意を得た。

原則1回60分程度のインタビューガイドを用いた半構造的面接を実施した。主な面接内容は, 実習における病態教授活動のプロセスについて, 実習前の準備, 実習時および実習後の具体的な指導, 指導場面で考えたことなどを自由に語ってもらった。面接で語られた内容は研究参加者の承諾を得て, ICレコーダーによる録音を行った。

C. データ分析方法

本研究で明らかにする現象は, 実習という時間の経過のなかで教師が病態をどのように教授しているかであり, 教師と学生, あるいは周囲との相互作用を含めた動的なプロセスである。そのためプロセス性のある現象を捉えることのできる, 木下の提唱するM-GTAが適切と考えた。以下, 分析の手順である。なお, 分析ワークシートの一例を表1に示した。

表1 分析ワークシート (一例)

No.	10
概念名	[症状をとりかかりにして学生の思考を刺激するような発問をする]
定義	患者に現れている症状を取り上げ、どういう症状か、なぜ症状が起こるのか、どうすれば症状を軽減させることができるのかなど、学生が様々な思考を巡らせることができるように発問を繰り返すこと
ヴァリエーション (具体例)	<p>「学生が一番食いつきやすい症状。じゃあどういう症状が出て、なんでなのっていうところから入っていかないと、じゃあこの患者さんは今いったい何が一番症状として辛くて、何が本人の中で一番改善してほしいと思っているのかっていうところから入って行って、結局この病気だからこれになってるんだよねっていうふうな逆に戻すように教えてるかなって思いますね。(E氏)」</p> <p>「なんでこの人こんなに足むくんでいるのって。なんとかしてあげたいよねって、してあげたいですっていう思いがあればじゃあなんでなってるのか考えようよって言うとか考えるんですよ。その足がむくんで辛いねって言うてるのをなんとかしてあげようよねってなると必死で考えるんですよ学生って。そうするとそこの病態だけはわかるようになる。(E氏)」</p> <p>「動いたことによって、不整脈が出たりすることが、モニター上、出てきた時に、自分が足浴してる時とか、清拭してる時に、その変化が出たっていうことがあって。これだけ動くことが、負荷がかかっていて、それで、心臓の回復がまだ不十分だっという理解をしていくってというのがすごくあって。一見、しゃべると元気そうに見えますもんね、患者さんはね。(I氏)」</p>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学生が食いつきやすい症状とはどのような症状をいうのか。メジャーな？外見上わかりやすいもの？難しすぎないもの？ ・ 症状をとりかかりにしながら、それが起こる原因を探ることで、病態のメカニズムを理解することにつながりやすいと考える。症状から疾患や解剖生理へと拡げていく考え方は、学生にとって興味をもちやすくわかりやすいかもしれない。 ・ 症状について考えるという点では、概念13の「学生が患者の身体面の辛さを想像できるよう促す」と類似しているか？しかしこの概念は、例えば胸部レントゲン写真の画像を見せて、肺野全体に広がる白い陰影を見せることで患者の呼吸困難の程度を理解させることであり、症状から拡げるといよりは、その症状が患者にとってどれほどの苦痛であるかを理解させることであるから、類似しているとはいえない。 ・ カンファレンスなどグループで考えさせる場合にも有効かもしれない。

- 1) 逐語録を作成し、分析焦点者を「成人看護学実習の実習指導に携わる教師」、分析テーマを「実習において教師は病態をどのように教授しているのか」と設定した。
- 2) 1人の研究参加者のデータをもとに、分析焦点者と分析テーマの観点からヴァリエーション(具体例)を抽出し、類似例や対極例の検討を行いながら、分析ワークシートを作成して概念を生成した。
- 3) 1人の研究参加者から得られた複数の概念を軸に、2人目以降の分析を継続的に進めた。
- 4) 新たな概念の生成とともに、既に生成した概念に具体例を追加することで概念の完成度を高め、同時にデータとの継続比較を行い概念と概念の関係についても検討した。
- 5) 9人目以降は、新たな概念が生成されなくなったため、12名でプロセスが説明できると判断した。
- 6) スーパービジョンのもと、ヴァリエーション(具体例)、概念名の一致を確認、検討し、最終的な概念を生成した。
- 7) 概念同士の関係やカテゴリ間関係を検討し、結果図とストーリーライン(分析結果を簡潔に記述したもの)を作成した。
- 8) 作成した結果図とストーリーラインは、大学院の指導教授および院生のゼミにて検討を重ね修正を繰り返した。

D. データ収集期間

2019年12月～2020年3月

IV. 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号19-Ig-122)。

看護系大学(短期大学を含む)の看護学部長もしくは看護学科長宛に、研究協力依頼書および承諾書を郵送し、内諾を得るとともに研究参加者の基準に従い、該当する教師の推薦を依頼した。推薦された教師には、研究の目的、概要、倫理的事項について文書および口頭で直接説明し、同意書による同意を得た。研究協力は自由意思であること、研究途中で拒否することができること、研究に協力しない場合でも不利益を被ることがないこと、その他個人情報の守秘および管理、匿名性の確保、研究成果の公表の可能性などについても文書および口頭で説明を行った。また、推薦された教師の研究協力への同意の有無、インタビューで語られた内容は、所属教育機関の看護学部長もしくは看護学科長に報告することがないことを保証した。

V. 結 果

研究参加者は、成人看護学領域に所属する教師12名（すべて女性）で、教授5名、准教授3名、講師4名であった（表2）。インタビュー時間は40～78分で、平均56.1分であった。

分析の結果、生成された概念は30概念であり、そのうち28概念からは10サブカテゴリが生成され、残りの2概念はサブカテゴリと同等の説明力をもつ概念であった。また、【病態を教授するための準備を万全にする】、【病態理解の深化をめざし看護への着想を促す】、【看護実践を病態で裏付ける】の3つのカテゴリが生成された。

以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》, 概念を[]で表し、結果図（図1）とストーリーラインを示す。

A. ストーリーライン

教師は、これまでの解剖学や生理学、病態学の授業と実習とのつながりがもてるように指導計画を立て、解剖生理や病態の学習を促し《学生の学習成果を上げるための下準備をする》。患者の症状や状況の予測を立て、基本的には学生自身に患者選択を任せるものの、必要に応じて調整を図る。受け持ち患者が決定すると、情報収集を行ったうえで、患者の看護問題を予測し《病態にねらいを定める》。これらは、【病態を教授するための準備を万全にする】段階であり、その準備は実習開始前より進められる。

そして、教科書や授業資料を用いて、わかりやすく《病態を掘り下げて説明する》。あるいは、病態関連図を用いて学生の思考を整理する。また、疾患ではなく切り口を変えて、学生と一緒に患者の症状を観察し、画像を確認するなどして、《患者の症状に焦点をあてる》ことで患者の身体面の辛さを想像する、あるいは症状緩和に有効な手立てを考えるように促す。このことは病態理解を促進し、さら

には心理面や生活への影響など《病態とつながりのある側面の思考へと広げる》ことにもなり、必要な看護を着想しやすくする。

実習中は、つねに実習指導者と連携を図り、タイミングを見て記録指導を行うなど《状況に応じて指導を調整する》。そして、学生が病態を理解できているかどうかを査定し、学生の学習状況によっては病態の範囲を絞り込み、知識不足を補填するなどして《指導を仕切り直す》。必要に応じて、他の教師や看護師に支援を要請し、さらなる病態の理解をめざす。また、病態の学習は学生にとって難解で困難を伴いやすいことから、学生の学習意欲や努力、グループメンバー間の協力など、いつでも《学生の主体的学習を奨励する》。これらは【病態理解の深化をめざし看護への着想を促す】段階であり、病態の理解が生活する人全体の理解へと浸透することで必要な看護が見出されている。

必要な看護が見出されると、学生の立案した看護計画の根拠を確認し、学生と一緒にケアに参加する。そして《病態を根拠とした看護実践を促進する》ことで、病態を重要なものとして価値づける。このように病態の理解は看護実践をより強固なものにし、最終的に【看護実践を病態で裏付ける】段階に至る。さらに、教師は学生の病態アセスメントや看護実践の様子を評価の指標にしなが、学生の意見を取り入れつつ《自己の実習指導を内省する》ことで、今後の病態教授活動に生かそうとする。

以上より、病態教授活動のプロセスは段階的に積み上げられ、病態の理解が看護へと結びつき、どのような看護が必要か、その根拠や方法を確認するものにするための学習支援の過程を成している。

B. カテゴリ・サブカテゴリ・概念の説明

カテゴリ・サブカテゴリ・概念を、代表的な研究参加者

表2 研究参加者の背景

No.	職位	教育経験年数	インタビュー時間
A	准教授	17年	59分
B	講師	8年	40分
C	教授	17年	53分
D	准教授	11年	56分
E	教授	27年	78分
F	教授	24年	51分
G	講師	9年	57分
H	講師	11年	56分
I	講師	25年	54分
J	教授	26年	51分
K	教授	30年	62分
L	准教授	13年	56分

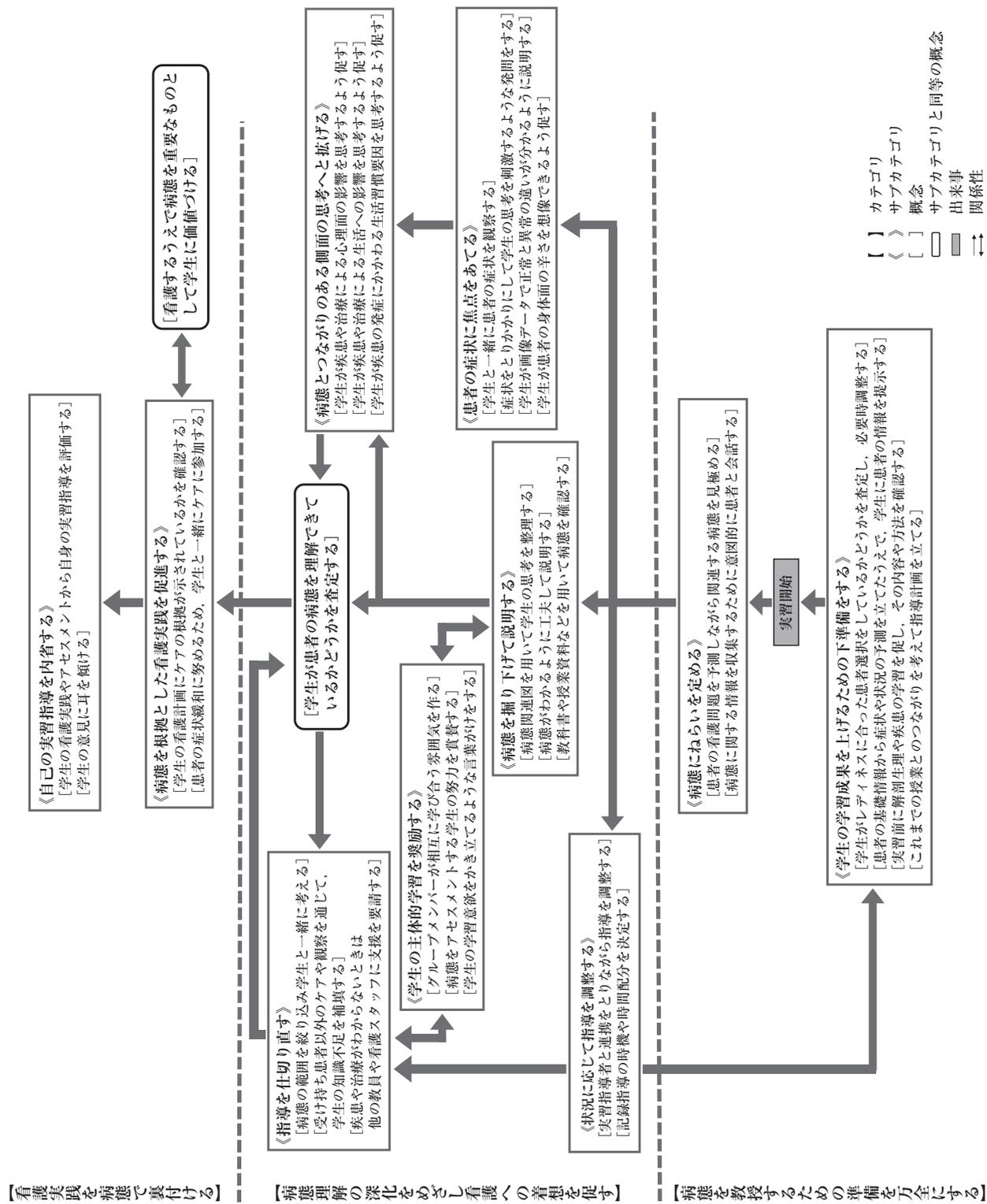


図1 看護学教師の看護学実習における病態教授活動のプロセス

の語りを用いて説明する。文中のアルファベットA~Lは研究参加者であり、語りは「斜体」に、語りの意味がより伝わるように研究者が補足した言葉を（ ）で示した。

1. 【病態を教授するための準備を万全にする】

このカテゴリは、病態を教授するための教師の準備行動を示し、実習中に病態の学習を無理なく進めるための学生

側の準備に関するもの、学生に教授する病態を特定するための教師側の準備に関するものであった。《学生の学習成果を上げるための下準備をする》、《病態にねらいを定める》の2サブカテゴリと6概念から構成される。

a. 《学生の学習成果を上げるための下準備をする》

【これまでの授業とのつながりを考えて指導計画を立てる】は、解剖学や生理学、病態学、あるいは看護学の授業

で学生がどのように学んできたかを確認し、それらの学習内容をできるだけ実習に生かすことができるように指導計画を立てること、と定義した。

「実習で初めてっていうわけではないじゃないですか。1年生の時、2年生の時に学習している内容なので、じゃあどういふ病態を、授業の中で何をどうやってきたのかっていうところを確認して、実習ではそれを振り返りながら、つなげられるように指導するようにはしています。(C氏)」

「実習前に解剖生理や疾患の学習を促し、その内容や方法を確認する」は、実習前に、診療科に関係する解剖生理や疾患の学習を学生に促し、どのように学習しているか、その内容や方法を確認すること、と定義した。

「こういう援助が必要な人が入院してきてますよって。例えば、消化器疾患が多いので、胃がんとか、食道がんとか、そういう病態に関すること、治療、疾患に関することを(学習するように)提示しているんですけど。(H氏)」

「疾患、治療、症状とか看護っていうところですけども深い浅いがあったりポイントがずれてたりっていうところは、もう一度一般的な知識として整理して学習するように促しています。(J氏)」

「患者の基礎情報から症状や状況の予測を立てたうえで、学生に患者の情報を提示する」は、患者の年代、疾患、治療といった限られた情報をもとに、起こるかもしれない症状や考えられる状況の予測を立てたうえで、学生に患者の情報を提示すること、と定義した。

「この段階ではまだカルテが見れないので、疾患名と治療と、あと薬剤からこんな状態が起きてるかもしれないとか、病状としてこういうのが起きてるかもしれないから、そこの関連を調べておくといいいんじゃないって、今の患者さんの状況が分かるように(学生に)話すようにはしています。(A氏)」

「学生がレディネスに合った患者選択をしているかどうかを査定し、必要時調整する」は、学生がこれまでの実習の経験や学習課題をふまえて患者を選択しているかどうかを査定し、必要に応じてその調整を図ること、と定義した。

「4年生の時は、3年生までの課題で、自分がどういふことを課題としてるかっていうのを聞いて選定してもらうので、そういう4年間、限られた回数ではあるけど、学生のニーズとか、必要な体験ができてるかっていうのは、やっぱり積み重ねてきてるかどうかっていうのを確認しながら。(H氏)」

b. 《病態にねらいを定める》

「患者の看護問題を予測しながら関連する病態を見極める」は、患者の状況から考えられる看護問題を予測し、そ

れに関連する病態を吟味し決定すること、と定義した。

「腎臓にしる、心臓にしる、いろんな臓器の中で、どこどこを押さえればこの臓器の働きが理解できて、そして臨床症状と看護っていうふうに結びつかってところを。例えば、心臓を理解するには、冠動脈と刺激伝導系と全身の血液の流れだよっていう、その3つの運営をちゃんと学んでないと、3つがちゃんとうまく働いて心臓が動くんだよっていう。(I氏)」

「呼吸器合併症は(看護問題として)出るんですけど、もっと細かいところで気管挿管して人工呼吸でやっているんで肺胞が虚脱してると。気管の線毛運動ができなくなると。それによって痰が。手術のときに痰が出ないように注射を打つんですけど手術が終わったらその解除するわけですね。そうすると痰がいっぱい出てくると。そのときに私たちはどういうケアをしなくちゃいけないかと、その根拠が分かってないといっぱい出てきたぞみたいな、そうじゃないんですよって。そういうポイントを。やっぱりそれはエビデンスっていうか病態ですよ。(K氏)」

「病態に関する情報を収集するために意図的に患者と会話する」は、患者の状態や状況を知るために患者と直接会話し、それらの情報を収集すること、と定義した。

「私たちも病態知ってその患者さんの状況知って何を学生に聞かせたらいいかとか、患者さんが何を言いたがっているのかっていうことをキャッチしとかないと大変かなって。だからあいさつに行ったらきにちよこちよこ話をして、何がこの人は今こっちに言いたいのかなってということ探りながら。(E氏)」

2. 【病態理解の深化をめざし看護への着想を促す】

このカテゴリは、学生の病態理解を促進し看護を着想するまでの教師の教授行動を示す。患者の病態だけでなく、心身の苦痛や生活の変化などの包括的な視点で対象を捉え、どのような看護が必要なのかを学生が考えられるように促すことであった。また、教授した成果を確認し、病態のねらいや指導方法を適宜修正し変更しながら病態の理解をめざすことであった。《病態を掘り下げて説明する》、《患者の症状に焦点をあてる》、《病態とつながりのある側面の思考へと広げる》、《指導を仕切り直す》、《状況に応じて指導を調整する》、《学生の主体的学習を奨励する》の6サブカテゴリと19概念から構成される。

a. 《病態を掘り下げて説明する》

「病態がわかるように工夫して説明する」は、できるだけ平易な言葉で、絵を描く、ジェスチャーや具体例で示すなど工夫して、学生が病態を理解できるように説明すること、と定義した。

「それこそほんとに、一般の人に説明するような話し方というか、専門用語じゃなくかみ砕いて。(B氏)」

「絵を描いて、これがこうでとか。やっぱり絵なんですよ。イメージが湧きやすい。なかなか覚えられない(学生)は、文字で浮かぶって言うから。(B氏)」

「教科書をなぞるだけじゃなくって、例えば整形外科だと、なるべく手とか足とか動かしながら、自分自身も動かしながらとか学生にも立ってもらって動かしながら、やるようにしてるんですけどね。(C氏)」

「教科書や授業資料などを用いて病態を確認する」は、教科書や授業資料にいったん立ち返り、学生と一緒に病態を確認し理解を促すこと、と定義した。

「プリントとか、教科書とか、まず教科書、あと授業資料とかを取り出してもらって。で、もう1回、その場で一緒に見ながら指導をするっていうこともあるし。(B氏)」

「病態関連図を用いて学生の思考を整理する」は、患者の疾患、治療、既往歴、症状、検査データなどの情報を病態関連図に示しながら、その情報間の関係性を確認し整理すること、と定義した。

「けっこう(病態関連図を)ばらばらに書いてくるので、このこととこのことは、1番と1番と1番で同じだよなって。これとこれは2番で固まるよなってというような感じですかね。そこを、やってあげないとなかなか整理できないっていう。(I氏)」

b. 《患者の症状に焦点をあてる》

「学生と一緒に患者の症状を観察する」は、実際に患者のベッドサイドへ行き、学生と一緒に症状を観察すること、と定義した。

「例えば、気管切開を取って、呼吸リハをしている時に、呼吸状態の観察とか、歩行距離をどう調整するかっていう点では、観察が不十分で、ご本人が、大丈夫って言っちゃうと、行っちゃったりとかしちゃうんで。いや、そうじゃなくってって感じで。(I氏)」

「症状をとりかかりにして学生の思考を刺激するような発問をする」は、患者に現れている症状を取り上げ、なぜ症状が起きているのか、どうすれば症状が軽減できるのかなど学生の思考を促し、必要な看護が見出されるように発問を繰り返すこと、と定義した。

「学生が一番食いつきやすい症状。じゃあどういう症状が出て、なんでなのってところから入っていかないと、病気が入るとどうしても医者みたいな感じで終わっちゃうんですよ。こういう疾患だからこれが原因でこうなったんですって。じゃあこの患者さんは今いったい何が一番症状とし

て辛くて、何が本人の中で一番改善してほしいと思っているのかっていうところから入ってって、結局この病気だからこれになってるんだよねっていうふうにならざるを得ないように教えるかなって思いますね。(E氏)」

「[学生が画像データで正常と異常の違いがわかるように説明する]は、画像データの正常と異常の例を学生に見せ、その違いがわかるように説明すること、と定義した。

「いいときはどういうふうな像になってるんだとか、じゃあもっと悪かったときはどうのって、説明して、こっちはこんなきれいなんだよねみたいなことを。(A氏)」

「[学生が患者の身体面の辛さを想像できるよう促す]は、疾患から生じる症状を把握するだけでなく、その症状が患者にとってどれほど辛いものであるかを学生が想像できるように促すこと、と定義した。

「間質性肺炎で、CTの画像とか見て、こんなふうに蜂の巣状に肺泡がなって見えてる像を見て、これだとほんとに苦しいよねみたいな、黒い部分が、正常な部分がこれしかなくて、こんな白い部分があつたらこういう症状も出るよねみたいなところで、特にそういう画像データとかを見せながら、話すようには。(A氏)」

c. 《病態とつながりのある側面の思考へと広げる》

「[学生が疾患や治療による心理面の影響を思考するよう促す]は、疾患や治療が患者の心理にどのような影響をもたらすかを学生が考えられるように促すこと、と定義した。

「卵巣を全摘するとかっていうような方の場合には、学生もそれなりに大変な病気なんだっていうふうな思うんですけども、円錐切除とかっていう状況の患者さん、結構多いんですね。そうすると、分かってはいても、学生自身がその重大さっていうか、そのあとが予測ができないってところで、治療とかに関しても説明を全部しないと分からないってところがありますね。だから患者さんの身体的な面だけでなく心理的な面と結びつけて今のこの患者さんの状況っていうのを分かってもらわないと、難しいんだっていうのがありますかね。(F氏)」

「[学生が疾患や治療による生活への影響を思考するよう促す]は、疾患や治療が患者の生活にどのような影響をもたらすのかを学生が考えられるように促すこと、と定義した。

「がんは全部取ればよかったらそういうわけじゃないじゃないですか。取ったからってってじゃあ延命したから生活どうなるのってということもあるわけですよ。取りすぎちゃって、そのあともう寝たきりってということもある。だ

から手術をした後の患者さんの生活ってどうなるのっていう、病気は治ったけどその後生活が全部崩れてしまうっていう、そういうことがあり得るよねっていうのがあるので。(E氏)」

〔学生が疾患の発症にかかわる生活習慣要因を思考するよう促す〕は、患者の生活習慣を把握し、その生活習慣と疾患の発症とのつながりについて学生が考えられるように促すこと、と定義した。

「高血圧、心不全、脳梗塞。そうすると、やっぱりそこにも目を向けてかないといけないですよ、今の疾患だけ見ても。そこは学生も結構大変。もう考えるのに、こんなに考えなきゃいけないなんて。 (H氏)」

d. 〔学生が患者の病態を理解できているかどうかを査定する〕

〔学生が患者の病態を理解できているかどうかを査定する〕は、学生が患者の病態を適切にアセスメントしているかどうかを評価し、指導の必要性を判断すること、と定義した。

「やっぱり記録が止まっていたりとか、行動計画とか看護師さんに報告してたりとかいる場面を見ると、観察したところでたぶん病態を理解してないからこういう症状、症状の観察とかもつながってないっていうのは分かり始める。(D氏)」

「だいたい表情でわかる。返事はしてるんだけど、これちょっとわかってないなみたいなときは、もう聞いちゃうことが多いですね。今のこと、頭に入る？ 残る？ って聞くと、うーんって結構言うので。(I氏)」

e. 《指導を仕切り直す》

〔病態の範囲を絞り込み学生と一緒に考える〕は、学生の学習状況や実習の進行状況によっては、看護するうえで必ず押さえないければならない病態だけに絞り込んで、学生と一緒に考えながら理解を促すこと、と定義した。

「できない子は、じゃあ、ここだけはしっかり押さえてやろうっていう。その一番の疾患と、それに関する既往歴があるところとか。最低限のっていうところ。病態に関しては、社会的、心理的っていうのはまた別っていうか、考えてはほしいんですけど、最低限はそこですよ。(B氏)」

〔受け持ち患者以外のケアや観察を通じて、学生の知識不足を補填する〕は、学生の受け持ち患者を通じた経験だけでは病態の学習に限界があるため、他の患者のケアに参加するなどの観察を通じて、病態に関する知識不足を補うこと、と定義した。

「患者さんによっては、ケアの経験が多くなる学生と、そうじゃない学生が。そうすると、2人で行ったりとか。もともとはほかの学生を受け入れてる患者さんなので、1人でも2人でもいいよって言うってくれるし、見学だけじゃなくても、

少し手伝わせてもらえることもあるので。(G氏)」

〔疾患や治療がわからないときは他の教員や看護スタッフに支援を要請する〕は、疾患や治療でわからないことがあったときは、他の教員や看護スタッフに支援を要請し、知らない情報や新たな知識を教わり、必要時に指導を代わってもらうなどすること、と定義した。

「自分の知らないことは、その時点で調べて、あとはもう分からなかったら現場の方に教えてもらったりとか。あとは身近に臨床の人たちがいるので、そういう人たちに、例えばこういうことを教えるんだけどこのままでいいのかとか、こってこついうふうに変ったって聞いたんだけど実際どうなの？っていうようなところを、現場とすり合わせだったりとか。(L氏)」

f. 《状況に応じて指導を調整する》

〔実習指導者と連携をとりながら指導を調整する〕は、実習中は、教員と実習指導者の相互で学生の学習状況を把握し、役割を分担するなどして、つねに指導の調整を図りながら実習指導を行うこと、と定義した。

「臨床の指導者が結構見てくれるんです。自然と役割分担みたいなのができていて。呼吸音とかフィジカルな観察とか、オペ後の観察って全部指導者さんたちと行くので。一緒に行って一通りやってくるので、今これ観察してきたからなみたいな感じで。(ナースステーションに) 帰ってきてからのフィードバックが活かされてるんですよ、すごく。(G氏)」

「臨床のケアは、1週目は指導者さんと分けて患者さんのところにだいたい行ってますかね。で、もうオッケー、もういいですね、身体の観察ももうほぼ大丈夫なっていうところを指導者さんと確認して、この学生はいいですねって確認できたらもう1人で行っていいよって。(J氏)」

〔記録指導の時機や時間配分を決定する〕は、学生の学習状況に応じて、実習時間内外を含めた記録指導の時機と時間配分を考え決定すること、と定義した。

「あんまり個別にやっちゃうと学生も劣等感みたいなのを持っちゃうのもちょっと気になるので、みんなに満遍なく分かってもらいたいこととかは、意識的にそのカンファレンスとかを利用して言ったりします。(G氏)」

「学校に戻ってきてからもう1回そこを個別指導したりとか。やっぱり個での対応が必要になってくる。どうしても、なかなか追いつかない学生に対してはどうしたら理解ができるかっていうことを、一緒に、何が困ってるのかっていうことと、何が分かってないのかっていうのをできるだけ早い段階で確認をして、本人に伝えたり、一緒に学習をしたりっていうことをやってはいる。(L氏)」

g. 《学生の主体的学習を奨励する》

「グループメンバーが相互に学び合う雰囲気を作る」は、実習グループの学生同士が意見を出し合い、わからないところを尋ねるまたは教えるような雰囲気を作ること、と定義した。

「(胃がんの胃切除について) 前に調べてたよ、聞いてみたらとか、この辺どういうふうにケア考えたか聞いてみたらとか、突つきながら、ちょっと教えてあげて、さっき(術式のこと) 聞いてたよねとか言って。私が言うって言うよりは、学生が学び合うような。同じところはあるじゃないですか。合併症にしても。(H氏)」

「病態をアセスメントする学生の努力を賞賛する」は、病態をアセスメントしようとする学生なりの努力を認め誉めること、と定義した。

「事前学習に、先に病態を書きながら、患者さんの情報をあとで入れよう、ここについていうところを空けておいて、やってきた子がいて。合わせてどうかっていうのが、アセスメントできてる子がいたので、それは、頑張ったねみたいな話をしたんですけど。(B氏)」

「学生の学習意欲をかき立てるような言葉がけをする」は、学生が病態に興味をもって学習意欲を奮起させるような言葉がけをかけること、と定義した。

「カンファレンスのときとかも、(疾患の影響について理解すると) 今日ちょっといい学びをしたりとかしたら、ちょっと言ったらいいんじゃないですか。そうすると、やってみる楽しさっていうかね。評価までは行かなくても、手応えっていうか、そういうのがちょっとあると、それはすごいモチベーションになってるのかなって。(H氏)」

3. 【看護実践を病態で裏付ける】

このカテゴリは、看護実践を病態の知識で証拠立てるための教師の教授行動を示す。また、実習を通して病態教授がどうであったかを振り返る、教師の評価行動までを含む。《病態を根拠とした看護実践を促進する》、《自己の実習指導を内省する》の2サブカテゴリと5概念から構成される。

a. 《病態を根拠とした看護実践を促進する》

「患者の症状緩和に努めるため、学生と一緒にケアに参加する」は、患者の症状緩和を図るために学生と一緒にケアに参加し、実践したケアの効果を確認すること、と定義した。

「患者さんとこに行つて清拭とか、やりますねって言って。一緒に(学生を)連れて行って私が主導で清拭したり足浴やったりして。そうすると患者さんが、なんか足むくんでた

のよくなったよね、って言って。学生はやっていいかどうか分からないかって。(E氏)」

「学生の看護計画にケアの根拠が示されているかを確認する」は、行動計画や看護計画に、なぜそれをするのか、どのような方法であるのかといった根拠が病態に照らして記されているかを確認し、必要に応じて学生に発問すること、と定義した。

「患者さんがオペ前だったんですけど、お風呂に入れない、オペ後もドレーンが抜けるまで入れないって説明を聞いてお風呂に入りたいって言ってたので。じゃあ、やりましょうって言ってやったときに、すごく恐る恐るやってる感じがして、足浴って割と力強くやったほうが気持ちいいんじゃないかなと思って、そういうアドバイスをしたんですね。そしたら、患者さんは浮腫があると。皮膚が脆弱しているから、優しく洗ったほうがいいって。病態のこととか、体のこととかが分かると、ケアの方法だったり、どういうケアが今のニーズに一番適してるかっていうことも考えるっていう思考になってくと思うんですね。(G氏)」

「やっぱり病態を理解してケアするってところで、例えば血小板の低い方に血圧一つ測るときもどういう注意が必要とか、体を拭くときにどういう注意が必要とか自分で行動してもらったときに打撲をしないとか転倒はもちろんなんですけど。そういったところで配慮ができるかどうかってところはチェックするようにはしています。(J氏)」

b. 【看護するうえで病態を重要なものとして学生に価値づける】

「看護するうえで病態を重要なものとして学生に価値づける」は、病態はなぜそれをするのか、どのようにするのかといった看護の目的や方法を根拠づけるものであるから、看護するうえで十分にその知識を身につけておく必要があると学生に伝えること、と定義した。

「患者さんを看護する上では病態が土台だと思うので、私はそこすごく大事に。病態が分かんないとほんとに患者さんを見るってことはできないと思っているので。学生にもその大切さが分かるようにってことで。(D氏)」

「実習を大事にしてって言うてるんですね。患者さんの病態とケアにつながるって、病態は病態じゃなくてね。患者さんのケアにつなげるための観察で。ここに痰がたまってるのが聞こえるとじゃあ体位変換するのか、この患者さん心臓(の病気)だから負担かけないように吸引して(痰を)取るのかどっちなんだみたいな。そういうところの判断やケアにつながっていくんですね。(K氏)」

c. 《自己の実習指導を内省する》

「学生の看護実践やアセスメントから自身の実習指導を評価する」は、学生の看護実践に病態の知識が生かされて

いるか、学生が口頭や記録などを通して病態をアセスメントできているかどうかを確認し、その学習成果に照らし、自己の実習指導を評価すること、と定義した。

「学生がどうアウトプットしてるかっていうところですよ。それいかなですよ。記録なり、発言なり、最終的なレポートなりで、彼女たちの言葉で表現できてたら、ああ、伝わってたなって思いますし、そこでやっぱり不十分さがあつたりすると十分ではなかったんだなって思っ。(G氏)」

「次の学習にどうつながったかっていうのを見ようかなって、いつも思っていて。結構その場で説明して、わかった、わかったっていうふうに、すごく理解してくれてるんだなって思っても、実はあまり反応がいいだけのことであって、あんまり伝わってなかったんだなってことはあるんですね。でも、それが関連することを違う場面で聞いた時に、さっき説明したことっていうか、その学びがここにつながっていたんだってという時が、結構いいかなと思いますね。(I氏)」

〔学生の意見に耳を傾ける〕は、実習ではできるだけ学生の意見や質問に耳を傾けようと努めること、と定義した。

「最終的には学習の成果として最終日の評価面接のときに私がもし引っかかりがあったときは、自分の教え方がどうだったかっていうのを学生に確認したりとか、もっとどんなふうに言ったら分かりやすかったかなっていうのは、学生にちょっとコメントいただくようにしています。(L氏)」

VI. 考 察

A. 看護学教師の看護学実習における病態教授活動の様相

本研究では、病態をわかりやすく教えられる教師を対象に、インタビュー調査を行い、教師の実習における病態教授活動のプロセスを明らかにした。以下、教師の病態教授活動の特徴について考察する。

看護学教育のカリキュラムにおいては、実習は重要な科目として位置づけられ、学内の講義や演習で学んだ知識・技術と実習での実践の統合により、学生の看護実践能力の修得をめざしている。日本看護系大学協議会(2018)の「コアコンピテンシーに基づく看護学士課程教育の構造」においても、学内の講義・演習と実習は密接に関係し、相互のフィードバックにより実践能力が深化・発展していくことが示されている。低学年次の講義や演習を、学生がどのように学習してきたのか、どこまで知識を修得しているのかを意識し、〔これまでの授業とのつながりを考えて指導計画を立てる〕ことは、学生の看護実践能力の育成に有用であると考え。特に、解剖生理や病態といった学習内容は学生にとって難解であり(梶原・清村・鹿嶋, 2008)、

その科目の授業だけでは知識修得が難しく、実習において当該科目の知識を繰り返し確認していくような指導が必要である。

実習における病態教授活動は、実習の開始前から進められていた。その教授活動は、解剖生理や疾患、治療に関する学生の知識不足をできるだけ補填して実習に備えようとするもの、学生に病態を教授するための教師自身の準備に関するものであった。教師は、実習診療科に関係する解剖生理や疾患、症状、検査・診断・治療といった多くの学習内容のなかから、必要最低限の内容、いわゆるミニマム・エッセンシャルズ(minimum essentials)(細谷・奥田・河野・今野, 1990)を見極めたうえで、実習前の課題を決定し学生に学習を促していた。教育効果を図るためには、学生が理解しておくべき必要最低限の内容を明確に示す必要がある(日本看護系大学協議会, 2019b)。実習前に診療科の基礎となる学習内容を学生自身で調べるまたは確認することで、実習で受け持つ対象の病態を学習しやすくなる。また、教師自らが対象の病態を捉えるために情報を収集し、〔患者の看護問題を予測しながら関連する病態を見極める〕行動は、なにを、どこまで教授すればよいのかといった指導にねらいをつけるものであった。病態に関する知識を有し、その知識をもとに対象の病態をアセスメントし、予測される看護問題を見出す。実習という限られた状況において効果的な学修とするために、実習開始時に教授する病態の範囲あるいは優先度を明らかにする行動は、教師の教授活動の特徴であると考えられる。

一般的に、対象の身体的な側面は疾患の学習を出発点とすることが多い。しかし教師はそうではなく、患者の症状や苦痛に着目させることで病態教授の突破口としていた。例えば、対象が苦痛に感じている症状と一緒に観察し、胸部レントゲン写真やCTの画像を見せるなどすることで、学生たちの興味や関心を引き出していた。看護学は、そもそも人間の反応を扱う学問である(アメリカ看護婦協会, 1980/1984)。このように、症状をとりかかりにしながら疾患や解剖生理へと下ろし対象の全体を把握しようとする教授法は、学生にとって対象を捉えやすく、かつ看護を導きやすくするのではないかと考えられる。関山(2006)も、医学は疾患に注目するのに対して、看護は疾患をもつ人に注目し、からだの部分に起きた異常の全体に及ぼす影響を知り、どのように対応するかを考えることであると述べている(pp.18-25)。そう考えると、疾患という異常により患者にもたらされた症状、いわゆる患者の身体的な反応に焦点をあてて思考を刺激する方法は、看護を着想するうえで有効な教授法であると考え。

一方、患者の高齢化や疾患の重複、生活習慣の多様化、治療技術の高度化および集学的治療、多剤投薬など、病態

に關係する情報が複雑に絡み合い、対象の病態理解はますます困難をきわめている。教師は、病態の理解が進まない場合には学生の学習状況を査定し、つまづいている原因を探り、必要に応じて病態の範囲を絞り込む、あるいは教師自らがモデルを示すなど《指導を仕切り直す》ように柔軟な対応を見せていた。学生の学習状況を的確に査定し、それに応じて適切な指示、アドバイス、励ましなど、学習が困難な場合には教師の教授方法を変容させなければならない(大浦, 1990, p.95)。学生がなににつまづいているのか、どこまで理解しているのかを把握し、病態が理解できるように一緒に学習を進めること、すなわち教師には学生と伴走することが求められる。Schön (1983/2001) は、反省的实践家について、状況との対話にもとづく「行為の中の省察 (reflection in action)」と、実践の事後に出来事を振り返り検討する「行為についての省察 (reflection on action)」を必要とし、特に「行為中の省察は複雑で多様な問題に対応する実践家の技法 (art) である」と説明している (p.107)。実習という動的で複雑な学習状況下において、病態教授活動を行いながら学生の学習状況を査定し自身の教授活動を評価・内省し、教授後も学生が病態を理解したかどうか、理解した病態の知識を看護実践に裏付けることができたかどうかについて自らの教授活動を内省する姿は、まさに教師の専門家としての実践であると考えられる。

そして対象の病態を理解することが、対象の生活者としての側面や精神面を理解することにつながり、対象の全人的な理解へとつながっていくものと考えられる。対象を全人的に理解できると、対象のどのような問題に看護が介入する必要があるのか、いわゆるなぜ (why) が見え、病態をふまえてどのような方法 (how) をとるかが看護の根拠として見えてくるはずである。しかしながら、実習において学生が立案する看護計画には病態の知識が活用されることが少ない(坂本, 2009)。「学生の看護計画にケアの根拠が示されているかを確認する」で示されたように、教師は対象の苦痛緩和あるいは回復の促進を目標に据え、病態で裏打ちされた看護を実践していくために、実習において病態教授活動を行っていると考えられた。

B. 看護学教育における病態教授への提言

教師は、実習開始前より準備を進め、学生が看護の対象を理解するために、【病態を教授するための準備を万全にする】、【病態理解の深化をめざし看護への着想を促す】、【看護実践を病態で裏付ける】の3つのプロセスを段階的に踏みながら病態教授活動を行っていた。これらの教授活動は身体的な側面の理解に終わらず、対象を全人的に理解し、必要な看護を見出し、その看護の目的や方法を病態で

裏打ちして、実際に看護を実践するまでを目標に据えたものである。解剖生理や病態の知識は、低学年次の専門基礎科目の「人体の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」の科目のなかで教授されるが、看護学士課程カリキュラムのなかでそれらの科目がなぜ必要なのかを考えた時、対象を全人的にアセスメントするためには解剖学や生理学、病態学の知識が不可欠となるからである(文科省, 2017, p.8)。また臨床判断能力の基盤を強化するためには、人の正常な体や病態といった身体的な側面の理解が必要となる(厚生労働省, 2019, pp.9-10)。このことから、病態の知識は当該科目のみで教授するのではなく、看護学の科目においても講義・演習・実習で既習知識を確認し教授する必要があると考える。専門基礎科目と看護専門科目、看護専門科目の看護学領域間といった相互の垣根を越えて連携し、看護学教育のなかでそれらの知識を継続的に教授し確認していけるような教育体制を整えていく必要がある。

また、教師は看護の対象理解に必要なミニマム・エッセンシャルズを見極め、学生に病態を教授していた。対象の病態理解が看護へとつながっていくためには、なにを、どこまで必要とするのかという教育内容の精選が必要であり(坂下・内布・桐村・加治, 2005)、そのため教師には病態に関する豊富な知識と、対象の状態や状況を理解し判断できる臨床実践能力が必要であると考えられる。研究参加者の語りに「自分の知らないことは、その時点で調べて、あとはもう分からなかったら現場の方に教えてもらったりとか。(中略)」とあるように、教師は新しい治療や薬剤などの情報を自ら収集し、周囲の専門家に直接尋ねるなど、病態の知識修得のために日々研鑽を重ねていた。我が国の看護基礎教育では教育現場と看護の実践現場が分離されることが多いため、教師には医療・治療などの最新の状況を把握して、臨地における実践力を維持・向上させる努力が必要である(日本看護系大学協議会, 2019, p.4)。さらに、看護の対象を理解するという点のみならず、教師は学生の学習状況を査定し、判断し、教授する能力、いわゆる教授活動に関わるコンピテンシー (competency) を身につけておく必要もある(本谷・荒木田, 2020)。実習という人・時間・状況が複雑に交錯する学習過程において、教師が学生の学習状況を見極めながら対象の病態をどのように教授していくのか、病態理解をいかにして看護の実践に結びつけていくのかといった教師の病態教授活動に関わるコンピテンシーの必要性が示唆された。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、実習目的・目標に対象の病態理解が含まれるという観点から、成人看護学の実習指導に携わる教師を

対象にインタビュー調査を行い、実習における病態教授活動のプロセスを明らかにした。実習という場に限定した教授活動であり、看護学領域の専門性、実習の方法や実習指導体制により病態教授のあり方が異なることも考えられる。また研究参加者の基準に、臨床経験年数や経験分野、病態学の受講経験など、病態の知識をどれほど有しているかといった点を考慮していないことも本研究の限界であると考えられる。

今後は、看護学領域の幅を広げるとともに、実習以外の講義や演習における教師の病態教授活動を明らかにする必要がある。さらに、本研究で明らかとなった病態教授活動のプロセスについて、教師が実習でどの程度実践しているのかを量的な調査で明らかにすることも課題である。

結 論

成人看護学の実習指導に携わる教師12名に半構造的面接を実施し、実習における病態教授活動のプロセスについて、M-GTAを用いて分析した結果、【病態を教授するための準備を万全にする】、【病態理解の深化をめざし看護への着想を促す】、【看護実践を病態で裏付ける】の3つのカテゴリが明らかとなった。

1. 【病態を教授するための準備を万全にする】は、病態を教授するための教師の準備行動であり、実習中に病態の学習を無理なく進めるための学生側の準備に関するもの、学生に病態を教授するための教師側の準備に関するものであった。
2. 【病態理解の深化をめざし看護への着想を促す】は、学生の病態理解を促進し看護を着想するまでの教授行動であり、これには学生の学習状況を査定し、指導のねらいや方法を適宜修正し変更するといった行動も含まれていた。
3. 【看護実践を病態で裏付ける】は、学習して得られた病態の理解を看護へつなげるための教授行動であり、教師はそれを看護の実践に生かすことで病態を価値づけていた。

謝 辞

本研究にご協力くださいました研究参加者の皆様、また本研究への協力を内諾し研究参加者をご推薦くださいました看護学部長・看護学科長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。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP20K10645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。

文 献

- アメリカ看護婦協会 (1980) / 日本看護協会出版会編 小玉香津子・高崎絹子 訳 (1984). *看護の社会的役割に関する方針声明書：いま改めて看護とは*. 東京：日本看護協会出版会.
- Birks, M., Ralph, N., Cant, R., Chun Tie, Y., Hillman, E. (2018). Science knowledge needed for nursing practice: A cross-sectional survey of Australian registered nurses, *Collegian*, 25(2), 209-215.
- Birks, M., Ralph, N., Cant, R., Hillman, E., Chun Tie, Y. (2015). Teaching science content in nursing programs in Australia: A cross-sectional survey of academics. *BMC Nursing*, 14(1), 1-9.
- Branney, J., Priego-Hernández, J. (2018). A mixed methods evaluation of team-based learning for applied pathophysiology in undergraduate nursing education, *Nurse Education Today*, 61, 127-133.
- 原田夏子, 伊吹 愛, 榎原弘子, 福田真佑, 赤瀬智子 (2019). 看護学科1年次生に対するマウスを用いた解剖学実習の学習効果と課題についての検討. *横浜看護学雑誌*, 12(1), 55-60.
- 菱沼典子 (2000). 看護学の望む人体構造学の内容と人材の育成. *Quality Nursing*, 6(8), 56-58.
- 菱沼典子, 大久保暢子 (2011). 看護形態機能学とは. *ナーシング・トゥデイ*, 26(4), 44-47.
- Hnatyshyn, T. (2018). Teaching Pathophysiology Using a Card Set: An Active Learning Strategy. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(2), 129-130.
- 細谷俊夫, 奥田真丈, 河野重男, 今野喜清 編 (1990). *新教育学大事典*. 6, 328-329, 東京：第一法規出版.
- 梶原江美, 清村紀子, 鹿嶋聡子 (2008). 看護形態機能学の知識習得に関連したバリエーションの構造. *西南女学院大学紀要*, 12, 37-46.
- 木下康仁 (2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い*. 東京：弘文堂.
- 木下康仁 (2007). *ライブ講義 M-GTA：実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて*. 東京：弘文堂.
- 近藤美幸, 江上千代美, 田中美智子 (2016). 「人体の構造と機能」の理解を深めるための実験実習の取り組み. *福岡県立大学看護学研究紀要*, 13, 119-128.
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (参照2020年10月19日)
- 厚生労働省 (2019). 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (参照2021年5月7日)
- 小山真理子 (2007). 新カリキュラムがめざすこと：「看護基礎教育の充実に関する検討会」を終えて. *看護教育*, 48(7), 555-562.
- 松村 明 監修 (2012). *大辞泉 第2版*. 944-955. 東京：小学館.
- 文部科学省 (2017). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指

- した学修目標～. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm (参照2020年10月19日)
- 本谷久美子, 荒木田美香子 (2020). 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. *日本看護研究学会雑誌*, 43(5), 877-890.
- 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. <https://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf> (参照2020年10月19日)
- 日本看護系大学協議会 (2019a). 看護学実習ガイドライン. https://www.mext.go.jp/content/20200114-mxt_igaku-00126_1.pdf (参照2021年5月7日)
- 日本看護系大学協議会 (2019b). 2019年度重点事業計画. <https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2019/06/document2-1.pdf> (参照2020年6月10日)
- 大浦 猛 編 (1990). 教職教養 教育学Ⅲ 教育の方法・技術. 95, 東京: 山文社.
- 坂本祐子 (2009). 看護基礎教育における病態生理学: 科学的根拠に基づいた実践に向けて, 指導要領の改正から考える. *日本病態生理学会雑誌*, 18(1), 57-60.
- 坂下玲子, 内布敦子, 桐村智子, 加治秀介 (2004). 看護教育研究: 学生が求める看護形態機能学教育. *看護教育*, 45(12), 1094-1099.
- 坂下玲子, 内布敦子, 桐村智子, 加治秀介 (2005). 看護形態機能学における教育方法の検討: 模擬授業にみる受講生の反応から. *兵庫県立大学看護学部紀要*, 12, 23-36.
- Schön, D.A. (1983) / 佐藤 学・秋田喜代美 訳 (2001). 専門家の知恵: 反省的実践家は行為しながら考える. 107. 東京: ゆみる出版.
- 関山伸男 (2006). 器官レベルでの病態の把握 (1) 病気を看護の視点で捉える. *総合看護*, 41(3), 18-25.
- Sharpnack, P.A., Madigan, E.A. (2012). Using low-fidelity simulation with sophomore nursing students in a baccalaureate nursing program. *Nursing Education Perspectives*, 33(4), 264-268.

[2020年8月1日受付]
[2020年12月2日採用決定]

The Instruction Process for Pathophysiology Education in the Practical Training of Nurses

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 223-236
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201202119>

Kumiko Motoya, RN, MA¹, Mikako Arakida, PhD, RN, PHN²

¹Saitama Medical University School of Nursing, Saitama, Japan

²Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan

Abstract

Objective: To elucidate the instructional process for pathophysiology education in the practical training of nurses. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 12 teachers involved in the practical training of adult nursing students and analyzed using the modified grounded theory approach (M-GTA). **Results:** Encouraging the study of anatomy, physiology and pathophysiology prior to training, anticipating the nursing issues of the subjects that students will oversee, and “targeting the pathophysiology” [fully prepared instructors to teach pathophysiology]. Delving deep into explanations of pathophysiology and “focusing on the patient’s symptoms” expanded thinking and facilitated considering nursing care. When students’ understanding was insufficient, focusing on the pathophysiology and “revisiting the basics” helped to [deepen the understanding of pathophysiology and promote nursing concepts]. Furthermore, the description of pathophysiology in the rationale for the nursing plan was verified, and [nursing practice was substantiated through pathophysiology]. **Conclusions:** The instruction process constitutes practical training support that ties pathophysiological understanding to nursing care. Further, it requires an educational system that allows for the repetitive study of specialized nursing subjects in teaching pathophysiology.

Key words

nursing faculty, Pathophysiology, teaching, Practical Training of Nursing, Modified Grounded Theory Approach

Correspondence: K. Motoya. Email: kmotoya@saitama-med.ac.jp

老年期クローン病患者の療養生活の実際： 加齢による影響，心理的变化， ニーズに焦点をあてた分析

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 237-249
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201204112>

山本孝治

日本赤十字九州国際看護大学看護学部看護学科

要 旨

目的：老年期クローン病患者の療養生活の実際として，加齢による影響，心理的变化，ニーズについて明らかにすることを目的とした。**方法：**65歳以上の老年期クローン病患者8名を対象とし，半構成的面接から得られたデータを質的に分析した。**結果：**加齢による影響では6つのカテゴリー，心理的变化は8つのカテゴリー，ニーズでは6つカテゴリーが抽出された。本研究の対象者は平均年齢が68.8歳であった。加齢により身体および認知機能が低下してきたことに自覚はあったが，生活や療養への大きな支障はみられなかった。しかしこの先，さらなる機能低下を起こし，生活や療養に影響することを予期し，ADLを維持させる対策を取っていた。**結論：**寛解期では表立った支援は必要としていなかったが，地域の専門病院や社会保障制度の情報取得に対するニーズがあった。患者が加齢による影響を踏まえ，療養を継続できるための支援の必要性が示唆された。

キーワード

クローン病，老年期，加齢，心理的变化，ニーズ

責任著者：山本孝治. Email: k-yamamoto@jrckicn.ac.jp

はじめに

クローン病は肉芽腫性炎症性疾患であり，小腸・大腸を中心に全消化管に浮腫や潰瘍を認め，腸管狭窄や瘻孔などの特徴的な病態を生じる（藤谷・高後，2011）。原因は不明で根治的な治療法がなく，再燃と寛解を繰り返すことから特定疾患医療費助成制度の対象疾患に指定されている。世界的に患者数は増加しており，本邦においても2016年度特定医療費受給者証所持数による患者数は41,068人（厚生労働省，2017）で，10年前の約2倍となった。このうち60代以降の患者数は5,306人で全体の11.95%を占める。40代以降では全体の55.27%を占めており，今後クローン病患者の高齢化がすすむことが予測される。

クローン病と潰瘍性大腸炎を含めた炎症性腸疾患（Inflammatory Bowel Disease；以下，IBD）の老年期における病態の特徴として，非定型の症状や合併症の併発，重症化をきたしやすいことが指摘されている（Younge & Ipenburg, 2019）。本邦ではIBD患者の高齢化を踏まえ，高齢者潰瘍性大腸炎の治療指針が策定され（難治性炎症性腸管障害に関する調査研究（鈴木班，2019），加齢による身体機能の特徴を踏まえた診療の必要性が明記されている。

一方，クローン病に特化した老年期患者に対する治療指針やガイドラインはもとより看護指針については明確にされていない。クローン病は10代後半から20代に好発しやすいことから，多くの研究では成人期の患者を対象にしており，食事や排泄，就労といった生活への影響とQuality of Life（以下，QOL）の低下についての報告がある（山本・中村，2017；大日向・中村，2013；富田，2008）。未だ完治は望めず，寛解期においても継続した治療は必須で，患者は永続的な療養が必要であるため長期的な視点をもち発達段階を踏まえ，患者のセルフケア向上と寛解維持に向けた支援が重要となる。著者は，中年期クローン病患者の生活の再構築として，病気や療養のバランスを保つ術を身に着け安定した生活を過ごすようになるが，加齢による影響を実感し，老後を踏まえ対処していることを明らかにした（山本・中村，2019）。他方，老年期では，高齢発症のIBD患者の経過（Charpentier, et al., 2014）やQOL（Velonias, et al., 2017）に関する研究はあるが，クローン病患者に特化した療養生活の実際やニーズについては明らかにされていない。老年期にある慢性疾患患者の看護研究では，糖尿病や心不全患者を対象に病気の進行と加齢変化から重複してリスクが生じやすく，セルフケアにおいて内服管理や食

事療法の困難さや症状があっても適切な行動をとらずに悪化をきたしやすいとの報告がある（光岡・平田，2015；中尾・住吉，2014；谷本他，2007）。クローン病も長期罹患により合併症併発のリスクが高まることやさらには加齢によってセルフケアの実践に影響をきたすことも推測され、老年期患者特有の支援が必要になると考えられる。

以上のことから、本研究では老年期クローン病患者の療養生活の実際として、加齢による影響、心理的变化、どのようなニーズをもっているのかを明らかにしたいと考えた。

I. 用語の定義

老年期：Levinson（1978/1992，pp.73-80）は60歳から老年への過渡期を迎え、その後の65歳以上を老年期と設定し、衰えのときであると同時に社会とのかかわりおよび自分自身とのかかわりに新しい形のバランスを見つけ、さらに成長する好機の時期であると述べている。本研究では、65歳以上を老年期と定義する。

II. 研究の方法と対象

A. 研究デザイン

老年期クローン病患者が実際にどのような療養生活を送っているのか、現在の生活さらには将来におけるニーズを明らかにすることを目的としているため、質的記述的研究デザインを用いた。

B. 研究対象者

1. 対象者の選定条件

下記の条件をすべて満たすクローン病患者を研究対象とした。

- ①インタビュー時点で65歳以上の者
- ②外来に通院中で寛解期にある者
- ③言語的コミュニケーションに問題がなく、これまでの病歴を含んだ過去のことを語れる者
- ④ICレコーダーの録音を承諾した者

2. 対象者の選定

本研究では、IBDセンターを設置しており、クローン病患者が多く通院する医療施設に研究協力を依頼した（以下、研究協力施設）。研究協力施設の消化器内科および看護の責任者に研究の目的と方法、倫理的配慮、対象者の条件について口頭および文書で説明し、研究の協力と研究対象候補者の紹介を依頼した。施設側より選出された候補者に対し主治医より研究者への紹介の是非について確認がな

され、承諾した候補者のみ紹介を受け、研究者より研究の詳細について説明をし、同意が得られた者を研究対象者とした。

C. データ収集方法

インタビュー内容を主要データとした。

主要なデータ収集は、半構成的面接により行った。面接はインタビューガイドに従って進め、「病気を発症した当時と比較して変化したこと」、「年齢を重ね、生活で変化したこと、またそれに対処していること」、「病気とともに今後どのように生活していきたいか」について質問し、その後は会話の流れに沿って進め自由に語ってもらった。面接は1名につき1回で時間は30～60分程度をめぐらし、日時は対象者の希望により調整した。プライバシーが確保できる個室をインタビューの場所として確保した。対象者の許可を得て、ICレコーダーに録音した。

データ収集期間は、2018年3月から同年9月であった。

D. データ分析

データ分析は谷津（2010）による質的看護研究の分析手順に準じた方法で行った。

1. 分析の手順

- ①録音したICレコーダーから逐語録を作成した後、繰り返し読み、可能な限り対象者の言葉を使用しながら、加齢による影響、心理的变化、ニーズに関する文節あるいは項目をとりだしコード化した。
- ②コード化したものを文節、文脈を考慮しながら類似性・相違点を比較しながら同じような特徴をもつものを個人ごとに、加齢による影響、心理的变化、ニーズに分類をし、サブカテゴリーとして抽出した。
- ③個人ごとに加齢による影響、心理的变化、ニーズについて抽出されたサブカテゴリーを全対象者で類似性・相違点を比較し、さらに抽象化したカテゴリーを抽出した。
- ④サブカテゴリー、カテゴリーの名称については、老年期クローン病患者である対象者が実際に語った言葉や概念を用いて表現した。

E. 分析の真実性・妥当性

サブカテゴリーおよびカテゴリーの抽出にあたっては、文脈からの逸脱がないかデータに戻りつつ、解釈内容の妥当性を確認し、解釈を深める解釈学的循環の手法をとった。解釈学的循環として、真実性の確保の観点からも対象者の語りを大切にして、実際に語られた言葉や概念とカテゴリー、サブカテゴリーの名称との比較を行った。また、分析の経過について適切に記録に残し、データの解釈につ

いて質的研究に精通した専門家のスーパーバイスを受けた。また、クローン病の専門病院に勤務する看護師4名と検討会を行い、妥当性の確保に努めた。検討会に参加した看護師4名中3名は本研究における研究協力施設に勤務する者でなく、1名が研究協力施設に勤務する看護師であった。なお、1名は研究協力施設であったが、日ごろ対象者と接触がある外来所属の看護師でない者であった。検討会で配布する資料には対象者が特定されないよう対象者の概要が分かる、個別の年齢や性別、発症年齢、罹患年数をまとめた表や個人ごとの逐語録および個人ごとのコード化されたデータは提示せず、サブカテゴリー、カテゴリーのみを示し、配布した資料は検討会終了後回収をした。研究対象者には、データ分析において検討する場を設けるがその際はデータの匿名化を厳重に行ったうえで実施することを説明し、同意を得ていた。

F. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫理委員会（承認番号：17-006-①）、および研究協力施設の医に関する倫理審査委員会（承認番号：R17-039）の承認を得た。本研究では対象者について研究協力施設の主治医から紹介を受けたため、研究への協力について断りづらい状況が生じる可能性が考えられた。そのため、紹介を受けた後、研究者より研究の目的および方法ともに参加は自由意思であり拒否する権利があること、承諾後の辞退も自由であり、参加を拒否しても診療や治療および看護に一切影響しないことを説明した。また、プライバシーおよび匿名性、秘密が保護される権利について、逐語録やインタビュー内容のデータはパスワードのかかった電子保存媒体に保存し、記録物は鍵のかかった場所に保管すること、研究の目的以外に用いることはないこと、個人が特定できないようにデータ処理を行い学会及び学術雑誌へ公表することを説明した。上記の内容について文書を用いた口頭での説明をした後、同意を受けて同意書に署名を受けた。

Ⅲ. 結 果

A. 研究対象者の概要

対象者は男性7名、女性1名の計8名であった（表1）。平均年齢は68.8歳（65-77歳）、発症年齢の平均は41.8歳（25-60歳）、平均罹患年数は27.0年（8-45年）であった。

実施したインタビュー時間は平均43.4分であった。

B. 分析結果

分析の結果、加齢による影響では6つのカテゴリー、心

表1 対象者の概要

性別	男性	7
	女性	1
平均年齢（歳）		68.8 (65-77)
発症年齢の平均（歳）		41.8 (25-60)
平均罹患年数（年）		27.0 (8-45)
実施したインタビュー時間の平均（分）		43.4 (25-75)

理的变化では8つのカテゴリー、ニーズは6つのカテゴリーを抽出した（表2-1, 2-2, 2-3）。以下、文中ではカテゴリーを〔 〕, サブカテゴリーを「 」として示した。対象者の語りについては“ ”内に斜体で表記し、（ ）内に対象者A～Hを示した。個人の特定を避けるため、方言の一部は話の筋を変えずに標準語に修正した。

C. 抽出されたカテゴリーの説明

1. 加齢による影響

老年期クローン病患者の加齢による影響では、[衰え感じて自力歩行目指して足腰を維持させる], [療養に影響をきたし始めて認知症の対策をとる], [運転での通院はやめた], [クローン病と他疾患を共存], [定期検査とお腹の具合で体調を見極める], [食事と成分栄養剤の調整で体力温存と寛解維持]の6つのカテゴリーから構成された。

a. [衰え感じて自力歩行目指して足腰を維持させる]

このカテゴリーは、下肢筋力低下を防止して自力で歩行できる状態を維持させておくことを示しており、8つのサブカテゴリーから構成される。対象者は「衰えを自覚して用心する」, 「膝が痛くて動きが鈍くなった」のようにすでに筋力低下を実感しており、筋力維持のための運動をすでに始めていた。クローン病患者にとって排泄を自力で行えることは重要で、「自分でトイレまで行けるようにスローで足腰鍛えておく」必要があった。

“体力がこうジワーっと落ちてきましたね、下痢もするしお腹は痛いし……（中略）……もう走るダッシュがきかんのよ（いざという下痢の時が）だから怖いよね……あんまりしないけど、今は歩いて、スローで体力つけるとか……。”（G）

“ようするにやっぱり弱ってるもんね（体力が）、こうして今は立てるけど、もうちょっとしたら立てないようになるから……そうならんような太もものストレッチとか……そういうあれ（運動）をします。そういう予防を頑張っている……（中略）……もう、寝たきりにならないために……（中略）……そのために自分が頑張っています。要するに100歳までは無理にしてもさ……100歳としたときの……自分で歩いてトイレも自分で行って、その自分で。”（G）

b. [療養に影響をきたし始めて認知症の対策をとる]

このカテゴリーは、この先、認知症や認知機能低下によ

表 2 - 1 老年期クローン病患者の療養生活の実際（加齢による影響）

カテゴリー	サブカテゴリー
衰え感じて自力歩行目指して 足腰を維持させる	衰えを自覚して用心する (C)
	膝が痛くて動きが鈍くなった (D)
	自分でトイレまで行けるようにスローで足腰鍛えておく (G)
	足腰の衰え防止の運動を実践 (A)
	体力低下を感じてウォーキングをはじめたい (B)
	筋力衰えて運動考える (E)
	体力に変化なくても腰にきてる (F)
療養に影響をきたし始めて 認知症の対策をとる	健康管理して体力と足腰を維持する (H)
	薬を飲み忘れるようになった (G)
	ヒュミラを打ち間違えないよう工夫する (G)
	認知症対策でラジオ英会話をはじめ (H)
運転での通院はやめた	クローン病で認知症になったらどうするか考える (E)
	認知症予防で資格の勉強で努力する (G)
クローン病と他疾患を共存	年を感じ運転での通院はやめた (G)
	ポートによる肺高血圧を乗り越えた (G)
	高血圧とヘルニアは薬飲んで様子みる (A)
	炎症はクローン病以外の可能性も考える (A)
	膝炎も一緒に経過をみていく (D)
	高血圧になっても変化はない (E)
	クローン病で成人病が防御できる (G)
クローン病と事前に申し出て膝の手術を受けた (H)	
定期検査とお腹の具合で 体調を見極める	検査の数値で体調の変化を判断する (G)
	定期的な内視鏡検査を受ける (D)
	お腹が曇り空のような感じ (H)
	便とお腹の具合をアンテナにする (G)
	カメラの定期検査は欠かさない (A)
食事と成分栄養剤の調整で 体力温存と寛解維持	悪い検査値を気にする (H)
	詰まりやすい繊維類は控える (C)
	下痢にあわせて繊維物を調整する (D)
	調子悪いと食事の切り替え (E)
	バランスよく肉魚野菜を摂って体力の温存 (B)
	無添加と無農薬で気を遣う (D)
	命につながるED (成分栄養剤) は続けていく (F)
	寛解が続くよう無理ない食事制限へ切り替え (A)
	腸がよじれた経験から食事を調整するようになった (F)
	寝てる間にエレンタール* (G)
腸閉塞の経験で用心して食の工夫 (G)	
繊維に注意と食事量を調整する (H)	

() 内は対象者ID
*エレンタール：成分栄養剤の商品名

て病気や療養に影響をきたすのではないかを考え対策をとっていることを示しており、5つのサブカテゴリーから構成される。対象者は内服や成分栄養剤の摂取など多くの療養を日常的に行っているが、「薬を飲み忘れるようになった」りと療養への影響が出始めていた。また、生物学的製剤であるヒュミラの自己注射を実施する対象者は、現時点で注射の手技に問題は無いが、今後「ヒュミラを打ち間違えないよう工夫する」ことが必要だと話した。療養への影響とともに自分らしく年をとれるように「認知症対策でラ

ジオ英会話をはじめ」などの対処する行動をとっていた。
 「ヒュミラも注射するの忘れた時がありますよ。先週注射するの忘れたからどうしようって…… (中略) ……だから暦にね、二重丸で必ずつけるようにしてる。こう注射する場所を決めている、1回目はどこまでするか、2回目はどこまでっていう風に (手順) 決めている、だから間違えなくなった。」 (G)
 「やっぱり頭を使っておかないとね…… (中略) ……自分で努力できる場所はして……認知症は怖い、確かに。自分の

表 2 - 2 老年期クローン病患者の療養生活の実際 (心理的变化)

カテゴリー	サブカテゴリー
老化と病気, 介護の不安	10年20年後の老化の不安 (G) 他の病気, 介護の不安はあるが対策まで考えない (F) 30年経って将来の不安はなくなった (H)
無理なく仕事続けて 張り合い感じて長生きする	定年してもアルバイトを続ける (A) 余裕ある老後のために無理せずバイトは続ける (F) 仕事が張り合いになる (E) 仕事を続けて健康保持と社会に貢献する (C) 現役で仕事できるありがたさ (C) フレキシブルに働き続ける (C) 仕事を続けて長生きする (G)
生きがいの趣味実践で 楽しく過ごす	生きがいの酒を調整して楽しむ (H) 季節を楽しみながら細々と家庭菜園をはじめ (H) 家庭菜園で気持ちも晴れて病気が落ち着く (B) 仕事から家庭中心になっても外に出むく (B) 遊びに旅行してよく食べる (D) 家庭菜園しながら楽しむ (F)
人との繋がりですのプラスの刺激	外に出て若い人から刺激受ける (E) 話してスツとなれる (C) 人と繋がり輪ができて互いにプラス (C) 人と接して気持ちが楽で好影響 (F)
病気と共存しながら 無理をしない対処力を身に着ける	病気を特別視せず冷静に対処する (A) 疲労感があると少し休む (E) スローペースで病気と共存共栄していく (C) ストレス認知と対処力は変化する (C) 疲れたら帰って休む (D) 負担をかけずに自分を守る (F) 苦勞を得て今を大事にする (G)
家族の状況変化に応じて 支え合う	妻は見守り支えてくれる存在 (B) 子どもの結婚で環境が変わる (D) 妻の負担を考え料理をはじめた (G) 妻を介護して恩返し (E) 妻と一緒に80歳まで過ごしていく (E) 家族は何も言わずサポート (D) 親の介護役目感じて楽しむ (G) 妻と互いに陰で支え合う (H) 親の介護で妻不在となり家事を行う (H)
リタイア目指して着陸態勢	リタイア目指してちょっとずつ着陸 (C) 80歳を目標に過ごしていく (G)
居直って調子が安定	気持ち次第で体調は安定する (D) 居直って定年迎えて調子が安定 (E)

() 内は対象者ID

する仕事がいっぱいあるからね, これは認知になれないなっ
て……” (G)

c. [運転での通院はやめた]

このカテゴリーは, 年齢を重ねて老いを自覚し, 遠方から
であっても車を運転して病院へ通院することをやめたこと
を示しており, 同名のサブカテゴリーから構成される。視
力聴力の低下により遠距離運転は危険であると考え, 公共
交通機関を利用して通院するようになったことが語られた。

“若い時は車で来てたけど, 要するに安全面ね, 目も衰え
てくる, 耳も衰えてくると……やっぱり事故率が…… (中
略) ……安全策とすると電車で来る。” (G)

d. [クローン病と他疾患を共存]

このカテゴリーは, 加齢によりクローン病以外の疾患に
すでに罹患していたり今後新たに発症する可能性も考え
共存していくことを示しており, 7つのサブカテゴリーから
構成される。罹患した疾患は「ポートによる肺高血圧を乗

表 2 - 3 老年期クローン病患者の療養生活の実際 (二ーズ)

カテゴリー	サブカテゴリー
症状安定していたら 相談や希望する支援はない	今は不便さなく看護師に相談することはない (B)
	表立って看護師にしてほしいことはない (G)
	症状がなければ医療者の相談は必要ない (A)
	落ち着いているから新薬情報は不要である (F)
信頼できる病院に診てもらおう	看護師への特別相談はない (H)
	定期受診で先生の顔見て安心 (D)
	悪くなったら先生に相談して考える (D)
近隣専門医の情報を知りたい	信頼する病院で診てもらおう (E)
	専門病院を探すのは大変 (C)
指定難病や障害者制度の 情報を得て安心して 治療を受けたい	この先遠方から通院は難しく、近くの専門医の情報を知りたい (B)
	専門病院にかかりつつ近隣の情報を得たい (F)
	指定難病が外されて医療費の負担が増えた (D)
	再燃による難病の再認定と費用負担への不安 (A)
	進歩する医療情報を提示してもらい自分で選びたい (G)
	特定疾患外れても再燃したら再認定が必要 (E)
継続可能な自分にあった 食事栄養療法について 相談したい	クローンで障害者がとれた (G)
	病院に障害者の情報を教えてほしかった (G)
	指定難病でも医療費負担は増加傾向にある (H)
	定期的に栄養指導を受け続ける (G)
	自分にあう食事療法を相談したい (F)
若い患者への経験伝承と 充実した医療、社会制度を願う	毎日 ED (成分栄養剤) を続ける工夫を教えてください (F)
	食事で悪い影響するものを聞きたい (B)
	経験を若い患者に伝えたい (F)
	病気でも仕事が続けられる社会と制度が必要 (E)
	若い人に十分な医療を提供してほしい (E)
	これまでの御礼で役に立ちたい (G)
	若い人の治療でIPS細胞が活用されることを期待する (H)

() 内は対象者ID

り越えた」のようにクローン病に関連したもの、「高血圧とヘルニアは薬飲んで様子みる」のように関連がないものもあったが、いずれも慢性的な経過を辿る疾患であった。また、A氏のように「炎症はクローン病以外の可能性も考える」のようになり症状や検査データの異常について、他疾患への罹患を想定する対象者もいた。

“血圧が高かったもんですから、それで病院に行きなさいって…… (中略) ……極端に高いって言われて紹介状をもらって…… (中略) ……今は落ち着いていますから特別これといったのではありません。若干年もいってますから、散歩したりとかは意識的にやるようにはしてます。” (A)

“炎症がですね…… (中略) ……ただそれはクローンからでてるのか、他の何かがでてるのか、例えば肺だとか、風邪だとか何かのあれから出てる可能性もあるけど、わからないですね。” (A)

e. [定期検査とお腹の具合で体調を見極める]

このカテゴリーは、定期的な検査を受けるとともにお腹の具合をアンテナにして体調をコントロールしていくことを示しており、6つのサブカテゴリーから構成される。対

象者は血液「検査の数値で体調の変化を判断する」とともに「定期的な内視鏡検査を受ける」ようにしていた。また検査データに頼るのではなく、「お腹が曇り空のような感じ」のように感覚を大切に「便とお腹の具合をアンテナにする」ことを実践していた。

“お腹が……うん、何となくすっきりしないと言うか……こういうのがだいたい多いんですね。痛みっていうよりはこうスッキリしない、もう曇り空みたいな感じ。でたまに、曇りからちょっと上に上がって痛いような感じ?” (H)

“(内視鏡は) 2年に1回しています。先生からしてないよーって言われたらする感じでしたけど、どんな風に変化したかをね見ないと思ってこないでは自分から言いました。…… (中略) ……昔は怖いから避けてたんですけど……。” (D)

f. [食事と成分栄養剤の調整で体力温存と寛解維持]

このカテゴリーは、成分栄養剤や食事を自分の体調にあわせてコントロールをして体力を温存し寛解維持させていくことを示しており、11のサブカテゴリーから構成される。「詰まりやすい繊維類は控える」のように長期療養のなかで制限が必要となる食品を見つけるとともに、「下痢にあ

わせて繊維物を調整する」ことや「調子悪いと食事の切り替え」を実践していた。また制限食に限らず、「バランスよく肉魚野菜を摂って体力の温存」や、食事全般で「無添加と無農薬で気を遣う」ようになっていた。一部の対象者は「命につながるED（成分栄養剤）は続けていく」と話し、寛解維持には栄養療法は欠かせないと考えていた。

“調子が悪い、下痢しているってなると、パッともう食事を変える、絶食するか。そういう風な切り替えをする。絶食して調子が良くなってきたら、お粥を食べてっていう。あとは菓をちゃんと飲んでね。”(E)

2. 心理的变化

老年期クローン病患者の心理的变化では、[老化と病気、介護の不安]、[無理なく仕事続けて張り合い感じて長生きする]、[生きがいの趣味実践で楽しく過ごす]、[人との繋がりでプラスの刺激]、[病気と共存しながら無理をしない対処力を身に着ける]、[家族の状況変化に応じて支え合う]、[リタイア目指して着陸態勢]、[居直って調子が安定]の8つのカテゴリから構成された。

a. [老化と病気、介護の不安]

このカテゴリは、老後が現実となり病気や介護の問題に直面することになったことを示しており、3つのサブカテゴリから構成される。老年期となり身体機能の衰えを感じ、これから迎える「10年20年後の老化の不安」をもったり、「他の病気、介護の不安はあるが対策まで考えない」とした対象者もいた。一方で若年期に比べ、発症から「30年経って将来の不安はなくなった」と話した対象者もあり、個々の経験により不安の感じ方が異なっていた。

“自分の老化だからね。内臓も若い時に比べたらそういう消化能力も落ちてきてるでしょうだから、そういう風な感じでは……(中略)……10年20年した時に不安はあります。元氣じゃないからね”(G)

“30年近くたって、もう残りももう段々見えてきているなかにおいては、その辺の40代で感じていたもの(将来の不安)は全くなくて、もうこんなもんかと……クローン病はっていうようなそういうったところですけどね。”(H)

b. [無理なく仕事続けて張り合い感じて長生きする]

このカテゴリは、仕事を続けることで張り合いをもち健康を維持して長生きしていきたいことを示しており、7つのサブカテゴリから構成される。「定年してもアルバイトを続ける」のようにフレキシブルで負担にならない「余裕ある老後のために無理せずバイトは続ける」働き方を実践していた。また、働くことは収入を得るだけでなく「仕事が張り合いになる」のように、「仕事を続けて健康保持と社会に貢献する」ことの実感につながっていた。

“何かしたいの、社会に貢献したいの……(中略)……小

遣いくらいで、何か好きなものを買えるくらいで。何もしないのはきつい、健康のためにも悪い……。だから何か見つけられたい、ゼロじゃいかん、自分が惨めになる”(C)

c. [生きがいの趣味実践で楽しく過ごす]

このカテゴリは、生きがいとなるような趣味をもつことで楽しんで気持ち良く過ごしていくことを示しており、6つのサブカテゴリから構成される。対象者は「生きがいの酒を調整して楽しむ」ことや「季節を楽しみながら細々と家庭菜園をはじめる」のように老年期を迎え新たな趣味を見つけて、日々の生活を楽しく過ごしていた。また、打ち込める趣味を持ち、「家庭菜園で気持ちも晴れて病気が落ち着く」のように体調に良い影響をもたらすことを実感する対象者もいた。

“退職して1～2年してから、土地を借りて家庭菜園をしてますね……(中略)……きつけど楽しい、畑に出ると気持ちが晴れるというかすがすがしい。これ(家庭菜園)が病気が今落ち着いている1つにはあるかもしれませんね。”(B)

d. [人との繋がりでプラスの刺激]

このカテゴリは、外に出て人と繋がりをもちことで刺激を受けることを示しており、4つのサブカテゴリから構成される。家に引きこもるのではなく「外に出て若い人から刺激受ける」ようにして、人と「話してスツとなれる」ことを経験していた。誰かに話をする機会をなるべく持つことで「人と繋がりが輪ができて互いにプラス」になったり、「人と接して気持ちが楽で好影響」になることを実感していた。

“いろんな方と接するでしょ、いろんな話をするじゃないですか、世間話とか……、そういうのがかえって好影響して自分的に気持ちが楽になってるみたい……(中略)……家に閉じこもってテレビばかり、音楽ばかり聴いてるような状態なら、病気は確かに悪くなるような気がしますね。”(F)

e. [病気と共存しながら無理をしない対処力を身に着ける]

このカテゴリは、長年の療養を経て病気と共存するようになり、無理はしないでスローペースで過ごすようになったことを示しており、7つのサブカテゴリから構成される。対象者は長期療養を経たことで「病気を特別視せず冷静に対処する」ことを認識するようになっていた。また、「疲労感があると少し休む」のように無理はせずに、「スローペースで病気と共存共栄していく」ことを実践していた。

“年齢とともに進行は遅くなると……がんと一緒ですね。そういう意味ではスローペースで病気も一緒に共存共栄というか……(中略)……死ぬことはないと……なら上手に(病気と)付き合って生きる以外にはないじゃないってこういう風になる……(中略)……自分の生活が出来ればいいわけだ

から、平凡で普通でいいの。この病気くらいなら心配ないって……。”(C)

f. 【家族の状況変化に応じて支え合う】

このカテゴリーは、年齢を重ねる家族にも状況の変化が起きるが、支え合って生きていくことを示しており、9つのサブカテゴリーから構成される。「妻は見守り支えてくれる存在」のように家族はこれまで対象者の療養をサポートしてきた。家族も年齢を重ねており、「子どもの結婚で環境が変わる」ことや、妻や親への介護が始まったりと家族の状況も変化していた。対象者は「妻の負担を考え料理をはじめたり」、「妻を介護して恩返し」をしたりして、「妻と一緒に80歳まで過ごしていく」のように家族と支え合い生きていこうとしていた。

“今(妻は)要介護になってますから、今全部、家事のことやら何やら私が全部食わしていかないかんわけですから……(中略)……そりゃもう食事面であつたり(妻が)色々(これまで)気を遣ってくれていたからね、だから今はその恩返しっていうかね、ということですかね……(中略)……妻と一緒に過ごしていくってところですかね。”(E)

g. 【リタイア目指して着陸態勢】

このカテゴリーは、この先年齢を重ね、リタイアすることを想定して少しずつ準備しておくことを示しており、2つのサブカテゴリーから構成される。現在の仕事はできるところまで続け、「リタイア目指してちょっとずつ着陸」していきたいことが語られた。

“仕事はできるとこまでです、でもできないようにはなっていくでしょうね。それはしょうがないさ……飛行機で言えば、着陸しようかーっていう話だから、うまいことちょっとずつ降りていこうって今しよるわけ、徐々に徐々に。”(C)

h. 【居直って調子が安定】

このカテゴリーは、病気に対し居直る気持ちをもつことで体調が安定していくことを示しており、2つのサブカテゴリーから構成される。年齢を重ねたことで「気持ち次第で体調は安定する」ことを実感し、定年を迎え居直る気持ちをもったことで調子がよくなったことが語られた。

“定年になって、そうするともうこっちは居直る訳ね。もう仕事はしなくていいから、息子も独立したからということで、それからだいぶ調子が良くなった……(中略)……気持ちのモチようはもう楽だからね、もういつでも辞めてもいいと(仕事)思うから全然違うよね。病気もそれで安定している。”(E)

3. ニーズ

老年期クローン病患者のニーズとして、[症状安定していたら相談や希望する支援はない]、[信頼できる病院に診てもら]、[近隣専門医の情報を知りたい]、[指定難病や

障害者制度の情報を得て安心して治療を受けたい]、[継続可能な自分にあった食事栄養療法について相談したい]、[若い患者への経験伝承と充実した医療、社会制度を願う]の6つのカテゴリーから構成された。

a. 【症状安定していたら相談や希望する支援はない】

このカテゴリーは、体調が落ち着いている現時点では表立ってお願いしたい支援はないことを示しており、5つのサブカテゴリーから構成される。対象者は現在寛解期にあるため、「今は不便さなく看護師に相談することはない」ことが語られた。病気や薬の情報についても図書やインターネットで得ることができ、「表立って看護師にしてほしいことはない」と話した。

“今表立ってこう(看護師に)してほしいっていうのは思い当たらない。今はねどっちかっていうと、調べようと思ったら自分で調べられるでしょう。”(G)

b. 【信頼できる病院に診てもら]】

このカテゴリーは、クローン病の専門の病院で信頼できる医師の診療を受け続けることを示しており、3つのサブカテゴリーから構成される。対象者と医師の間には「定期受診で先生の顔見て安心」、「悪くなったら先生に相談して考える」のように信頼関係ができていた。また、対象者にとってクローン病専門で「信頼する病院で診てもら]」ことは安心感につながるものであった。

“(調子が)良くてても病院にはずっと通っておかないといけないうっていうのがそこにはあるわけですよ……(中略)……悪くなってもいざっていう時に対応してもらえる訳だから。他のところに行つたってね……。もう何年も診てもらってるからね……(中略)……僕なんかは何年もずっとここ通ってる訳だから信頼して……。”(E)

c. 【近隣専門医の情報を知りたい】

このカテゴリーは、近隣で通院可能なクローン病を専門に診療できる医師の情報を知りたいことを示しており、3つのサブカテゴリーから構成される。対象者にとって専門医の診察を受けることは重要であったが、「専門病院を探すのは大変」であることが語られた。専門病院が近隣にはなく、「この先遠方から通院は難しく、近くの専門医の情報を知りたい」と話した対象者もいた。

“地方でクローン病の専門っていうのはあるんでしょうかね……(中略)……ここ(病院)まで来るのに1時間くらいかかる、今は安定してるから通院は2~3か月に1回だけ……年とると運転もねーどうなるか……そういう専門医とか、あの(検査・治療に)対処できる病院の一覧とかがあればいいですよ。”(B)

d. 【指定難病や障害者制度の情報を得て安心して治療を受けたい】

このカテゴリーは、最新の指定難病や障害者に関する制

度について情報を知りたいことを示しており、7つのサブカテゴリから構成される。新たな医療費助成制度が始まったことで、「指定難病が外されて医療費の負担が増えた」のように、現在寛解しており軽症であるため認定されなかった対象者もいた。しかし「再燃による難病の再認定と費用負担への不安」をもっており、この際の手続きを含めた対応を知っておきたいニーズがあった。また、障害者の制度を含め様々な医療や社会保障制度に関する情報が対象者にとって複雑で分かりにくく、「進歩する医療情報を提示してもらい自分で選びたい」といったニーズも語られた。

“難病指定からはずれたんですよ……(中略)……再燃しなければ(金額も)低いけど、発症すればどれくらい費用がかかるのか正直わかりませんので……(中略)……再燃すれば不安っていうのが、認定がされてないとあります……(中略)……再燃した時が、また申請できるのかとか、再燃した時に申請して通るか通らんかとか、わかるでしょうからね。”(A)

e. 【継続可能な自分にあった食事栄養療法について相談したい】

このカテゴリは、病気のコントロールのために自分に合った食事、栄養療法について相談したいことを示しており、4つのサブカテゴリから構成される。対象者にとって食事や栄養療法の実践は、病気のコントロールには欠かせないとして、「定期的に栄養指導を受け続ける」ことや「自分にあう食事療法を相談したい」ニーズをもち、自分なりの療養法の実践につなごうとしていた。また、「毎日ED(成分栄養剤)を続ける工夫を教えてください」対象者もあり、自分の病状や生活に即した栄養療法を継続していきたいニーズもあった。

“一番はやっぱり食事のことですかね。食事の影響でしょうね、ひどくなった時は今食べているものでも悪い影響をする可能性があるのはどれかとかを聞いてみたいです。”(B)

f. 【若い患者への経験伝承と充実した医療、社会制度を願う】

このカテゴリは、自らの病気や療養の経験を若い世代に伝えたい思いと充実した医療や社会制度の整備への願望を示しており、5つのサブカテゴリから構成される。長年の療養「経験を若い患者に伝えたい」思いをもち、患者同士で接点をもつことが大切であると語る対象者もいた。また、自らの経験を踏まえ、若年の患者が「病気でも仕事が続けられる社会と制度が必要」とし、医療と社会制度の充実を願っていた。

“今はほとんど同病の人との関わりはないですね……(中略)……以前は「今の症状はどうだとか、そういう場合はこうした方がいいじゃないか」とか言ったりね……。ある意味経験していますからね、それを伝えていくっていうのも大事ですね。”(F)

“若い人たちがこの病気で職を変わらないといけないわけよね。それが何とかならんもんかになって、自分の経験から言ってね……(中略)……調子が悪くなくても仕事を辞めずに続けられるっていうのかな、そういうのがあるといいね。”(E)

IV. 考 察

A. 加齢を踏まえたセルフケアの実践

本研究の対象者の平均年齢は68.8歳であり、インタビューの時点では加齢によるADLの支障はほとんどなく、老年期IBD患者のQOLに関する報告(Velonias, et al., 2017)と同じく成人期と比べても身体活動に著しい低下をきたしていなかった。しかしながら、「膝が痛くて動きが鈍くなった」のように身体機能の低下による衰えを実感し、足腰を維持させる対策をとっていた。これは「自分でトイレまで行けるようにスローで足腰鍛えておく」のように患者は、機能低下をきたし自力歩行でトイレまで行けなくなることや間に合わない懸念を抱いているものと推察できる。中年期クローン病患者においても、老後の排泄に対する不安をもっていたが(山本・中村, 2019)、老年期になると排泄に関する問題はより現実味を帯びてくると考える。老年期に限らず多くのクローン病患者は漏便を経験し、トイレに間に合わない心配を常に抱いており(Wahlin, Stjernman & Munck, 2019)、老年期IBD患者の健康上の問題では便失禁が報告されている(Charpentier, et al., 2014; Younge & Ipenburg, 2019)。本研究では、漏便や便失禁の実態は明らかにされなかった。排泄について語ることは羞恥心を伴うことから、患者との関係性構築は欠かせず、単回のインタビュー調査で明らかにすることには限界があると考えられる。しかしながら、患者は身体機能衰えの実感から自力歩行を目指し足腰維持の対策にすでに取り組んでいることは明確になった。高齢者の特性として身体機能の低下について複数の要素が混ざり合ってセルフケア課題全体に影響しやすくなるため(関, 2008)、老年期クローン病患者における排泄に関するセルフケア支援においても、下痢症状や漏便の有無や程度といった排泄機能、下肢筋力やADLといった身体機能と排泄セルフケア実行状況など複合的なアセスメントが必要だと考える。

本研究の対象者はクローン病の平均罹患年数が27年であり、長期療養で培った「定期検査とお腹の具合で体調を見極める」のようなコントロールする感覚や「食事と成分栄養剤の調整で体力温存と寛解維持」にある調整力を発揮したセルフケアを実践していた。しかしその一方で、「薬を飲み忘れるようになった」のように加齢によるセルフケアへの影響がみられ、生物学的製剤の自己注射の手技の難し

さから「ヒュミラを打ち間違えないよう工夫する」のように自分なりの対処を行い、「認知症対策でラジオ英会話をはじめ」のように認知機能低下を防止する行動をとっていた。平均年齢が68.8歳で寛解期にあったことから、体力と身体活動能力は保持されており、加齢による支障に対してセルフケアを発展させて実践していると考えている。加えて、クローン病以外の疾患の罹患や合併症を併発した経験があり、「ポートによる肺高血圧を乗り越えた」のように複数の疾患に対する治療や療養を実践し、「クローン病と他疾患を共存」していた。「炎症はクローン病以外の可能性も考える」のように新たな疾患や合併症を早期に発見して対処しようとしていることが伺え、看護師による観察においてもクローン病に伴う症状だけでなく、感覚器や認知機能の評価や心理面などセルフケアに影響をきたす要因がないかアセスメントすることが重要といえる。

また、老年期クローン病患者の特徴として「生きがいの趣味実践で楽しく過ごす」ことや「人との繋がりプラスの刺激」をもつことを実践していた。Levinson (1978/1992, pp.73-80) は老年期について、社会や自分自身とのかかわりに新しい形のバランスを見つけようとするとしており、対象者は加齢による影響という新たな課題について、これまで培った経験を発揮させてバランスをとり自分らしさを実現しようとしているものと考えている。患者が何に価値をおき、生きがいをもっているのかを捉え、生活やセルフケアの状況を一緒に考えるといった関わりも有用である。

老年期クローン病患者の療養において、家族はこれまで長期療養において患者を支えてきたサポーター的な存在であった。しかし家族も患者同様に年齢を重ねており、「子どもの結婚で環境が変わる」、「妻を介護して恩返し」のように家族内における状況も変化していた。老年期患者の療養において家族の協力は患者の自己管理を促進させるという報告があるが(中尾・住吉, 2014)、本研究では「家族の状況変化に応じて支え合う」のように今後起きうる新たな問題や状況の変化に対し、家族と共に乗り越えようとする姿が浮き彫りとなった。患者への支援において、家族の健康状態やサポートできる状況にあるかをアセスメントしていくことが必要である。

B. 老年期クローン病患者のニーズ

本研究において老年期クローン病患者の場合、「症状安定していたら相談や希望する支援はない」ことが明確になった。これは、対象者が寛解期にあることから生活や療養において自らコントロールが可能であり、表立った支援ニーズは明確化されなかったものと考えている。しかしながら、「指定難病や障害者制度の情報を得て安心して治療を受けたい」のように、再燃して入院が必要になった場合に難病

医療費助成制度が活用できるのか、再認定の仕組みを知りたいニーズをもっていた。寛解を維持する老年期患者では、表立って相談や希望する支援についてニーズとして顕在化されにくい特徴があり、悩みや不安をもっている患者自ら看護師に積極的に相談しにくい可能性も考えられる。

また、難病医療費助成制度や身体障害者手帳といった患者が利用できる社会資源の制度については時代とともに変遷し複雑になってきており、老年期患者にとって解りにくい仕組みになっている。難病医療費助成制度については、現在寛解を維持できているため「指定難病が外されて医療費の負担が増えた」対象者もおり、この先「再燃による難病の再認定と費用負担への不安」を感じる者もいた。近年クローン病の再燃時における治療では生物学的製剤を使用することが主流となったが、薬剤費が高額であることから、助成制度を申請していない場合、治療を躊躇してしまう可能性も考えられる。こうした懸念を患者がもつことなく寛解期においても安心して治療が受けられるように再申請に関する情報を含め、患者が得たい情報を適切に提供できる支援体制をつくることが大切である。

クローン病を含めたIBD診療における専門医の存在意義について、薬剤や治療法を適切に行える専門性が重要視されており、地域診療では専門医が不足し都市部における治療との格差が広がっていることが指摘されている(中村, 2006)。本研究においても、「信頼できる病院に診てもらおう」ことが重要としながら、「この先遠方から通院は難しく、近くの専門医の情報を知りたい」とする対象者もいた。加齢による影響から安全面を考慮して「運転での通院はやめた」のようにこの先年齢を重ねると、遠距離の通院が困難になることを予測し、通院可能な近距離で安心して診察が受けられる病院および専門医について情報を得たいと考えていた。今後、患者が安心して専門的な診療、治療を受けることができる医療体制の構築は急務といえる。

本研究では老年期クローン病患者の特徴的なニーズとして、「若い患者への経験伝承と充実した医療、社会制度を願う」が明確になった。Erikson (1997/2001, pp.87-95) は老年期の発達課題として自我の統合をあげ、人生に関する回想的な評価を含み、良く生きたとして自分の人生を受け容れるかどうか、その人が経験する嫌悪や絶望の程度を決定すると述べた。療養を含めた人生を振り返り、苦勞をして乗り越えてきた「経験を若い患者に伝えたい」ニーズであり、同病の若年患者が病気であっても社会にでて働くなど自分が望む生き方をしてほしいと願っているものと考えている。これらは老年期となり病気や療養を含めこれまでの長い人生を振り返ったことで芽生えた次世代に向けた継承の想いといえ、未だ根本的な治療法が確立されていないクローン病の特徴的なニーズであると考えられる。

C. 老年期クローン病患者への看護援助のあり方

老年期クローン病患者は、加齢による影響に対処しながらこれまで培ってきたセルフケアを実践しており、残存機能を発揮し出来る限りセルフケアが継続できるように、状況によっては家族を含めた支援の検討も必要である。老年期クローン病患者に対する支援において、再燃を繰り返したり重症化に至り、自立が低下しないことを目標にして支援することが必要である。そのためには患者による主観的の症状だけでなく、客観的観察を重要視し、的確なアセスメントを行う必要がある。疾患に加え、加齢による影響、心理的側面やセルフケアの実践、家族のサポート状況などアセスメントの視点も老年期の特徴として加味する必要がある。

漏便や便失禁といった排泄に関する悩みについて患者は相談しにくい特徴があるため、継続的に関わり関係性を構築し、プライバシーを配慮して尊厳をもった支援ができるように個室の確保といった環境整備とエビデンスのある情報提供ができる体制づくりが必要である。

老年期クローン病患者は寛解期にあっても、再燃や入院が必要になった場合の対処について不安を抱きやすいが、顕在化しにくい特徴が明らかになった。そのため患者が困った時にいつでも相談ができるような外来での患者相談窓口を開設するなどの体制の整備が必要である。また、患者との関係性能構築をはかり、表情や言動から心理的側面を捉え、普段との変化を察知したら声をかけ悩みを表出できる関わりが重要である。特に指定難病に関しては制度が複雑化しており、難病医療費助成制度に認定されているかを把握しておき、再燃した際は再認定に向けた申請方法を提示できる準備をしておく必要がある。

老年期患者には次世代の若年患者が安心して医療を受けてほしいという願いをもっていたが、直接的な交流はなかった。一方で認知機能低下防止のために人との繋がりを大切にしており、クローン病患者による世代間の交流ができる機会をつくり、情報交換や思いや考えを共有することも重要である。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では65歳以上の老年期クローン病患者を対象にし、その療養生活の実際を語りに基づき老年期特有の加齢による影響と心理的变化、ニーズの3つの側面について明らかにした。しかしながら、寛解期にあるという研究対象者の条件であったことから、再燃により入退院を繰り返し重症化している老年期患者の場合、療養生活の様相は異なることが考えられる。また年齢についても70歳代が1名で

他7名は60歳代で平均年齢68.8歳であったことから、75歳以上とされる後期高齢者の療養生活の実際について言及されない部分がある。対象者については一施設に通院する患者8名であり、そのうち男性7名で女性は1名のみであったことから、性別による違いが老年期クローン病患者の療養生活の実際に影響するか詳細に示すことには限界があった。以上を踏まえ、条件をひろげ対象者を増やしデータ分析し、より具体的かつ実践的な支援を検討していくことが今後の課題である。

VI. 結 論

- A. 老年期クローン病患者は、加齢により身体および認知機能の低下について自覚はしており、これまで培ってきたセルフケアを実践し寛解を維持していた。
- B. 老年期患者は、自立した排泄行動ができなくなる不安やセルフケアに影響をきたすことを予期し対処する行動をとっていた。
- C. 病気や介護に関する問題に直面するが、生きがいや人との繋がりをもち、これまで培った経験を發揮して自分らしさを実現しようとしていた。
- D. 寛解期にある場合、近距離で通院可能な専門医や社会保障制度の情報を得たいといったニーズがあったが、顕在化しにくい特徴があった。
- E. 老年期クローン病患者が加齢による影響を踏まえ、これまで培ってきた療養が継続できるように家族を含めた支援を行う必要性が示唆された。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、快くインタビューに応じてくださいました対象者の皆様にご心よりお礼申し上げます。またご指導を賜りました日本赤十字九州国際看護大学の中村光江教授、研究にあたり助言を頂きました皆さまに深く感謝申し上げます。

なお、本研究は第9回日本炎症性腸疾患学会学術集会(京都)および、第45回日本看護研究学会学術集会(大阪)で発表をした内容に一部加筆・修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費17K18304の助成を受けたものである。

文 献

- Charpentier C, Salleron J, Savoye G, Fumery M, Merle V, Laberrenne JE, Vasseur F, Dupas JL, Cortot A, Dauchet L, Peyrin-Biroulet L, Lerebours E, Colombel JF & Gower-Rousseau C. (2014). Natural history of elderly-onset inflammatory bowel disease: A population-based cohort study, *Gut*, 63(3), 423-432.
- Erikson, E.H., & Erikson, J.M. (1997) / 村瀬孝雄, 近藤邦夫 (2001). *ライフサイクル, その完結 (増補版)*, (pp.87-95). 東京: みすず書房.
- 藤谷幹浩, 高後 裕 (2011). III. 炎症性腸疾患の診断 クロウン病 診断基準と重症度. 渡辺 守. *IBD(炎症性腸疾患) を究める* (pp.72-73). 東京: メジカルビュー社.
- 厚生労働省平成29年度 (2017年度) 衛生行政報告例. (第10章. 難病, 小児慢性特定疾病, 2. 特定疾患医療受給者証所持者数, 年齢階級・対象疾患別) <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&stat=000001031469&cycle=8&class1=000001120396&class2=000001120397&class3=000001120398> (参照2020年3月28日)
- Levinson, D.J. (1978) / 南博訳 (1992). *ライフサイクルの心理学 (上)*, (pp.73-80). 東京: 講談社.
- 光岡明子, 平田弘美 (2015). 高齢の慢性心不全患者の自己管理に関連した文献検討. *人間看護学研究*, 13, 81-91.
- 中村光江 (2006). IBD (Inflammatory Bowel Disease) をもつ人々の経験—専門科の少ない地域での療養生活に焦点をあてて. *日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report*, 5, 84-90.
- 中尾美幸, 住吉和子 (2014). 高齢2型糖尿病患者の自己管理に影響する感情. *インターナショナル Nursing Care Research*, 13(3), 139-144.
- 難治性炎症性腸管障害に関する調査研究 (鈴木班) (2019). 潰瘍性大腸炎治療指針 supplement—高齢者潰瘍性大腸炎編—. <http://www.ibdjapan.org/pdf/doc02.pdf#search=%27%E6%BD%B0%E7%98%8D%E6%80%A7%E5%A4%A7%E8%85%B8%E7%82%8E%E6%B2%BB%E7%99%82%E6%8C%87%E9%87%9D+sppliment%27> (参照2020年3月28日)
- 関利志子 (2008). 慢性心不全で通院する後期高齢患者のセルフケアの課題と看護援助. *老年看護学*, 13(1), 40-48.
- 大日向陽子, 中村美知子 (2013). クロウン病患者の心のゆとりと食事摂取状況の特徴: 潰瘍性大腸炎患者との比較. *山梨大学看護学会誌*, 12(1), 1-8.
- 谷本真理子, 黒田久美子, 田所良之, 北島美奈, 高橋良幸, 島田広美, 正木治恵 (2007). 看護援助を通して見出される高齢者の健康の特質と要素: 慢性病の増悪により入院している高齢患者を対象に (実践報告). *老年看護学*, 12(1), 109-116.
- 富田真佐子 (2008). クロウン病患者におけるQOL関連要因の探索とモデルの構築. *四国大学紀要. A, 人文・社会科学編*, 30, 215-226.
- Velonias G, Conway G, Andrews E, Garber JJ, Khalili H, Yajnik V, & Ananthakrishnan A.N. (2017). Older age and health-related quality of life in inflammatory bowel diseases, *Inflammatory Bowel Diseases*, 23(2), 283-288.
- Wählin M, Stjernman H, Munck B. (2019). Disease-related worries in persons with Crohn disease: An interview study, *Gastroenterology Nursng*, 42(5), 435-442.
- 山本孝治, 中村光江 (2019). 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築. *日本看護研究学会雑誌*, 42(1), 17-29.
- 山本孝治, 中村光江 (2017). 就労を試みる中年期クローン病患者の経験. *日本難病看護学会誌*, 21(3), 203-210.
- Younge, L. & Ipenburg, N. (2019). Part V The Patient in... 27 Elderly. Sturm, A. & White, L. Editor (Eds.). *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual* (pp.249-255). Switzerland: Springer.
- 谷津裕子 (2010). *Start Up 質的看護研究*. 103-145, 東京: 学研メディカル秀潤社.

[2020年5月8日受 付]
[2020年12月4日採用決定]

Medical Care of Elderly Patients with Crohn's Disease: The Effects of Aging, Psychological Changes, and Needs

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 237-249
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201204112>

Koji Yamamoto, MSN, RN, PHN

Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing, Fukuoka, Japan

Abstract

Objective: This study elucidated the current state of medical care for elderly patients with Crohn's disease in accordance with the effects of aging, psychological changes, and needs. **Methods:** Participants included eight elderly patients aged ≥ 65 years. Data were obtained through semi-structured interviews and qualitatively analyzed. **Results:** Six categories were extracted from the effects of aging, eight from psychological changes, and six from needs. The patients' mean age was 68.8 years. While the patients noticed their physical and cognitive function declining with age, it did not greatly impair their life or medical treatment. However, assuming that their physiological and psychological functions would continue to decline in the future, and thus, eventually affect their lives and medical treatment, countermeasures were adopted to maintain daily activities. **Conclusions:** While no formal support was necessary during periods of remission, the patients needed to obtain information about local specialized hospitals and the social security system. Furthermore, based on the effects of aging, it was suggested that patients need support to continue effective medical treatment.

Key words

Crohn's disease, elderly, Aging, psychological changes, needs

Correspondence: K. Yamamoto. Email: k-yamamoto@jrckicn.ac.jp

看護専門学校教員の量的論文に対する 「論文講読方略尺度」と 「論文講読効力尺度」の開発

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 251-261
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200729120>

山本麻起子¹, 松本智晴², 前田ひとみ²

¹熊本大学大学院保健学教育部, ²熊本大学大学院生命科学研究部

要旨

目的：看護専門学校教員の量的論文に対する「論文講読方略尺度」と「論文講読効力尺度」を作成し、信頼性・妥当性を検討した。方法：協力の承諾が得られた48施設の看護専門学校教員350名を対象に、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。尺度原案項目は、面接調査と文献をもとに作成した。結果：回収した174名（回収率 49.7%）の内、欠損値のない147名（有効回答率 84.4%）を分析対象とした。因子分析の結果、「論文講読方略尺度」は、【理解方略】、【協同的方略】、【整理方略】の3因子9項目で構成された。「論文講読効力尺度」は、【文献検索・論文理解への自信】、【論文講読維持・発展への自信】の2因子12項目で構成された。各々の尺度の内的整合性、安定性、構成概念妥当性、基準関連妥当性が確認できた。結論：看護専門学校教員の論文講読方略と論文講読効力を測定する尺度を作成し、信頼性・妥当性が確認できた。

キーワード

看護専門学校教員, 講読方略, 講読効力, 尺度

責任著者：山本麻起子. Email: makikomatsunaga1.15@gmail.com

緒言

看護師を目指す者の半数が看護専門学校で学んでいることから、看護師育成における看護専門学校教員が果たす役割は大きい。根拠に基づいた質の高いケアを患者に提供するためには、研究や実践等によって得られた最新の知見を活用する必要がある。論文講読は重要である。しかし、押領司ほか（2016, pp.35-41）は、専門学校教員を対象とした研究活動の実態調査から論文講読に対する教員の自己評価が低かったことを報告しており、井上・永谷（2013, pp.119-130）も教員の教育評価から文献精読の困難さが示されたことを報告している。

論文講読支援の一つに抄読会やジャーナルクラブといわれるものがある。論文講読支援については、医師・薬剤師を対象とした研究（Linzer, Brown, Frazier, DeLong, & Siegel, 1988；榎本・南, 2014；桑原, 2016）があり、抄読会によってクリティーク能力や臨床実践への論文活用、知識量や講読習慣、満足度に変化が見られたことが報告されている。しかし、論文講読の継続性については当番制や指導者とペアを組んだ講読、インターネットの活用など様々な工夫がなされているものの、難しいことが多くの研究で

示されている（榎本・南, 2015；桑原, 2016；Linzer, et al, 1988；Tam, et al, 2011；林, 2015）。

人間の行動を引き起こす中核的な要因として自己効力感がある（Bandura, 1977）。自己効力感とは、学習者自身が能動的に学習過程に関与し、学習目標を達成しようとするメカニズムを示した自己調整学習理論において、中心的な役割を果たすものであり、学習方略の選択に影響し、行動の継続に作用する（Schunk & Ertmer, 2000）。Zimmerman & Martinez（1990, pp.51-59）は、学習方略を適用し、学習課題が達成できれば、その結果として自己効力感が促されることで、さらなる学習への動機づけがなされると述べている。このことから、効果的な方略を使用して論文講読を行い、講読に対する効力に繋がれば、論文講読への動機づけがなされ、自律的な講読を導くことが推測できる。

論文講読初心者の挫折要因として、論文中の専門用語や様式に馴染みがないことが挙げられる（Burns & Grove, 2005/2007, p.672）。論文で使われている用語等に馴染みがないことは、これまで使用していた論文講読のための方略が働かないために挫折が生じ、論文講読に対する苦手意識に繋がる。そして、この苦手意識は論文講読に対する効力を低下させ、論文講読への動機づけも低下させると考えら

れる。そこで、論文を読み進めるのに効果的な論文講読のための方略を活用でき、論文講読の成果が得られれば、論文講読に対する苦手意識が消失し、継続的な論文講読に繋がるといふ仮説を立てた(図1)。この仮説を検証するにあたり、先行研究において看護専門学校教員の論文講読に対する方略や自己効力感を測定できるツールを確認することはできなかった。なお、量的研究と質的研究では、クリティークの視点が異なることから、論文講読のための方略が異なる可能性がある。そこで本研究では、まず看護専門学校教員における、量的研究の「論文講読方略尺度」と「論文講読効力尺度」を作成し、信頼性・妥当性を検討することを目的とした。

I. 用語の定義

本研究では「論文講読」を、教育の質を高めるために必要な論文の文意を読み取り、教育実践に役立つ知識を系統的に整理することと定義した。さらに「論文講読方略」を、論文の文意を読み取り、知識を整理するための戦略、「論文講読効力」を、自分には論文の文意を読み取り、知識を整理できる力があるという自信と定義した。

II. 研究方法

1. 調査対象と方法

(1)調査対象, 調査期間, 調査方法

日本看護学校協議会に所属する419校(2017年12月)の看護専門学校を6ブロックに分け、各ブロックの学校数の比率に応じて北海道・東北地方36校、関東地方65校、中部地方28校、関西・近畿地方48校、中国・四国地方29校、九州・沖縄地方44校を、乱数表を用いて無作為に抽出した。

抽出された教育機関の学校責任者に調査を依頼し、協力の承諾が得られた250校の教育機関に所属する看護教員に、平成30年3月から5月の期間で、郵送法による無記名式自記式質問紙調査を実施した。学校長・副学校長は管理職として教育実践から離れていると考えられるため、調査対象者から除外した。

(2)調査内容

質問内容は、基本属性(性別、年代、最終学歴、臨床看護師経験年数、看護教員経験年数、職位)、「論文講読方略尺度原案」、「論文講読効力尺度原案」、「論文講読への苦手意識」で構成した。なお、「論文講読への苦手意識」については「論文を読むことは、苦手である」という質問に対し、「非常にそう思う」(5点)から「まったくそう思わない」(1点)の5件法で回答を求めた。

2. 質問項目作成のプロセス

「論文講読方略尺度原案」と「論文講読効力尺度原案」の質問項目は、先行研究とラダーに看護研究を入れている4病院の看護師の面接調査から、文献検討における困難として示された内容(山本・前田, 2018, p.239)を抽出した。そして、意味内容の類似性に従って整理し、項目を作成した。項目作成の過程において、2名の研究者で、意見が一致するまで検討を繰り返した。さらに、看護研究経験年数1-32年の研究者12名に項目の内容妥当性について確認してもらった。

(1)「論文講読方略尺度原案」の作成

「論文講読方略尺度原案」作成の初回プールは、PubMedで「learning strategy」, 「journal club」, 「evaluation」をキーワードに抽出できた5件の論文のうち、ジャーナルクラブの評価を示した2文献(Davis, et al, 2014; Sánchez, Morales,

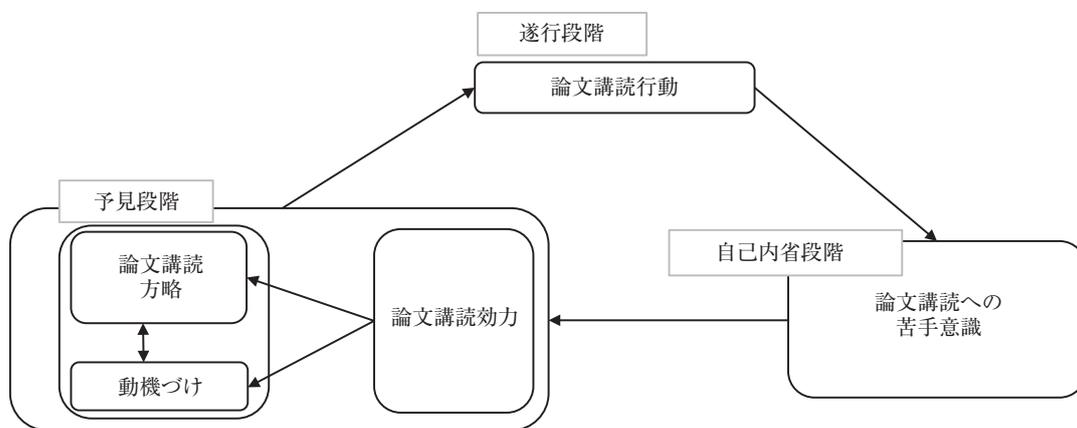


図1 研究の枠組み

Torruco, & Varela, 2015) から10項目, NII 学術情報ナビゲータ (CiNii) で, 「方略」, 「学習」, 「尺度」をキーワードに抽出できた89文献のうち, 文章読解に対する方略を示した4文献 (市原・新井, 2005; 森, 2004; 井口, 2016; 篠ヶ谷, 2010) から19項目, 動機づけと学習方略で構成される A Manual for the Use of the Motivated Strategies for Learning Questionnaire (Pintrich, Smith, Garcia, & McKeachie, 1991) の学習方略から38項目を抽出した。なお, 日本語への翻訳については, 研究者2名で翻訳内容に差がないか検討した。さらに, 看護師の面接調査から抽出できた9項目を加えた合計76項目を意味内容の類似性によって整理し, 「論文講読方略」の定義に合わせて質問を作成し, 最終的に12項目の「論文講読方略尺度原案」を作成した。

回答方法は, 方略使用の頻度を測定するため「いつもそうである」(5点) から「全くしない」(1点) の5件法とした。

(2)「論文講読効力尺度原案」の作成

「論文講読効力尺度原案」の作成の初回プールは, PubMed で「self efficacy」, 「critical appraisal skills」それぞれと「journal club」, 「evaluation」をキーワードに抽出できた41文献とその関連文献のうち, ジャーナルクラブを評価した8文献 (Linzer, et al, 1988; Stern, Linzer, O'Sullivan, & Weld, 1995; Green, & Ellis, 1997; Akhund, & Kadir, 2006; Sánchez, et al, 2015; Billingsley, Rice, Bennett, & Thibeau, 2013; Momary, & Lundquist, 2017; Kovacevic, Baroletti, Galal, & Szumita, 2018) から, 37項目, NII 学術情報ナビゲータ (CiNii) で, 「自己効力感」, 「学習」, 「尺度」をキーワードに抽出できた63文献のうち, 論文作成に向けての自信を示した1文献 (山本・岩元・原口, 2012) から6項目を抽出した。さらに, 看護系論文に対するクリティーク指標を示した2文献 (黒田, 2006, p.203; 南, 2008, pp.206-208) を基にクリティーク項目を整理し, 論文講読効力を測定する項目として47項目を作成し, 看護師の面接調査から抽出できた21項目を加え, 合計111項目を作成した。これらの項目を意味内容の類似性によって整理し, 最終的に33項目の「論文講読効力尺度原案」を作成した。

回答方法は, どのくらい確実に遂行できるかという自信の強さ (主観的確率) を測定するため, 「かなりよくできると思う」を100%, 「全くよくできないと思う」を0%として, 20%ずつに分けた6段階とした。

3. 分析方法

尺度の作成にあたり, 項目分析として, Shapiro-Wilk検定により正規性の確認, 天井・床効果を検討した。そして, Spearmanの順位相関を用いて項目間相関を確認した。続いて

主因子法, プロマックス回転を用いて探索的因子分析を行った。因子分析の妥当性については, Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度 (KMO値 .5以上) と, Bartlettの球面性検定 ($p < .001$) で確認した (対馬, 2008, p.188)。さらに, 信頼性の確認のため, 探索的因子分析により抽出された項目を基に, Cronbach's α 係数, Item-Total相関係数を求めた。 α 係数については, 小塩 (2004, p.129) が .70以上で内的整合性が高いと述べていることから, .70を判断基準とした。また, 安定性の検証のため, データを無作為に2群に分け, 2群間の尺度総得点・下位尺度得点の有意差を求めた。その際, 2群間の対象者背景 (年代, 臨床看護師経験年数, 看護教員経験年数, 最終学歴) に差がないことを確認し, 解析を実施した。その後, 因子妥当性の確認として, 確認的因子分析を行った。モデルの適合度は, GFI, AGFI, CFIおよびRMSEAの指標を用い, GFI, AGFI, CFIは .9以上, RMSEAは .1以下 (豊田, 2007, p.18) を判断基準とした。係数は5%水準で有意と判断した。

「論文講読への苦手意識」を外的基準とした基準関連妥当性の確認は, 「論文講読方略」得点並びに「論文講読効力」得点の各平均値を基準に, 高得点群, 低得点群に分け, 2群間の「論文講読への苦手意識」得点の差について Mann-WhitneyのU検定を行った。

以上の統計解析は, IBM SPSS Statistics ver. 23とIBM SPSS Amos ver. 25を用いて分析した。

4. 倫理的配慮

本研究は熊本大学大学院生命科学研究部倫理審査委員会の承認を得て実施した (第1491号)。調査実施において, 研究対象施設の責任者に研究の趣旨・目的・方法と研究協力の依頼を記した文書を送付し, 承諾書の返信をもって調査協力の承諾を得た。調査対象者には, 研究の趣旨・目的・方法, 研究参加は自由意思であること, 収集する質問紙は無記名とすること, 質問紙は研究者に個別に郵送してもらうこと, 回答の郵送をもって同意が得られたとみなすこと, 回収データは厳重に管理すること, 結果は研究として公表されることを文書で説明した。なお, 質問がある場合に備え, 説明文書には研究者への問い合わせ先なども併記した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要 (表1)

調査依頼を行った250機関のうち, 48機関 (19.2%) から研究協力の承諾が得られた。これらの48機関の350名の看護専門学校教員に対し, 質問紙調査を郵送し, 174

名(49.7%)から回答を得た。このうち欠損値のない147名(84.4%)を有効回答として分析を行った。対象者の内訳や概要は、表1に示す通りで、平均年齢47.5歳(SD=6.8)、臨床看護師経験平均年数14.0年(SD=6.8)、看護教員経験平均年数9.4年(SD=6.5)であった。対象者の研究経験に関しては、昨年1年間の学会参加平均回数は1.1回

表1 対象者の概要

	人数	(%)
(n=147)		
性別		
女性	138	(93.8)
男性	9	(6.1)
年代		
30代	19	(12.9)
40代	64	(43.5)
50代	61	(41.4)
60代	3	(2.0)
最終学歴		
看護専門学校(2年課程)	16	(10.8)
看護専門学校(3年課程)	52	(35.3)
短期大学	10	(6.8)
大学	33	(22.4)
保助専攻科	10	(6.8)
大学院(博士前期課程)	25	(17.0)
大学院(博士後期課程)	0	0.0
無回答	1	(0.6)
臨床看護師経験年数		
10年未満	42	(28.5)
10年以上20年未満	69	(46.9)
20年以上30年未満	32	(21.7)
30年以上	4	(2.7)
看護教員経験年数		
10年未満	84	(57.1)
10年以上20年未満	48	(32.6)
20年以上30年未満	12	(8.1)
30年以上	3	(2.0)
職位		
教務部長	3	(2.0)
教務主任	17	(11.5)
教務課長	1	(0.6)
専任教員	123	(83.6)
専任教員助手	2	(1.3)
教育活動調整者	1	(0.6)
昨年の学会参加数		
0回	48	(32.6)
1-2回	87	(59.1)
3-4回	8	(5.4)
5回以上	4	(2.7)
過去5年間の研究発表の有無		
有	34	(23.1)
無	113	(76.8)

(SD=1.1)で、過去5年間で研究発表を実施した者は34名(23.1%)であった。

2. 「論文講読方略尺度」の作成

項目分析および因子構造

「論文講読方略尺度原案」の項目分析を行ったところ、すべての項目において正規性は認められず($W=.765\sim.904$, $df=147$, $p=000$)、天井・床効果が生じている項目もなかった。また、全項目間の相関分析の結果、 $r=.7$ 以上を示す項目もなかった。続いて、探索的因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行った。因子負荷量は.4以上を設定基準に設け、基準に満たない3項目を削除し、最終的に3因子9項目を抽出した(表2)。因子分析における累積寄与率は69.3%であった。KMOの標本妥当性の測度は.778、Bartlettの球面性検定は $p<.001$ で有意であり、因子分析における十分な適合性が確認された。

さらに、因子構造の妥当性を検討するために探索的因子分析により抽出された3因子9項目を確認的因子分析により検討した。その結果、 $GFI=.953$, $AGFI=.911$, $CFI=.974$, $RMSEA=.057$ であり、すべてのパス係数は統計学的に有意であった(図2)。

因子の命名と解釈としては、第1因子は論文に書かれている内容を的確に理解するための項目が示されていたことから【理解方略】、第2因子は論文内容について他者と話し合ったり、相談したりする項目が含まれていたことから【協同的方略】、第3因子は文献をクリティークチェックリストや文献カードを用いて整理する項目が含まれていたことから【整理方略】と命名した。

3. 「論文講読効力尺度」の作成

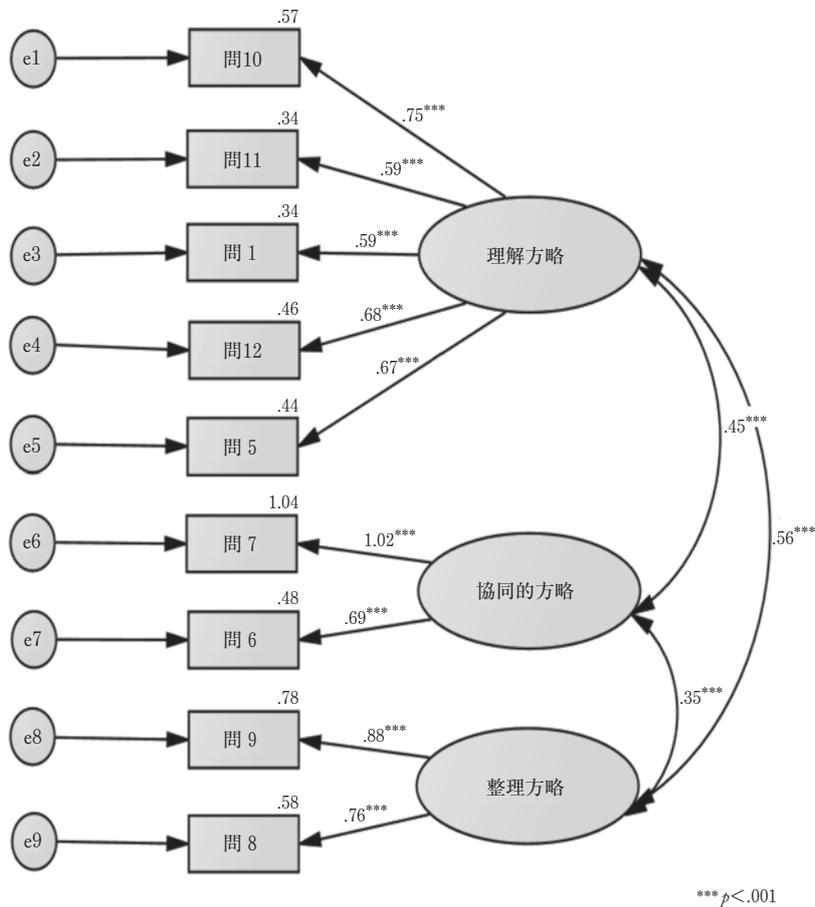
項目分析および因子構造

「論文講読効力尺度原案」の項目分析を行ったところ、すべての項目において正規性は認められなかった($W=.811\sim.934$, $df=147$, $p=000$)。天井・床効果を検討した結果、床効果が1項目認められたため、この項目を削除した。続いて、全項目の相関分析により $r=.7$ 以上を基準に相関のあった18項目を削除した。さらに探索的因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行い、因子負荷量.4以上の設定基準に満たない1項目を削除した。最終的に2因子12項目を抽出した(表3)。因子分析における累積寄与率は66.6%であった。KMOの標本妥当性の測度は.930、Bartlettの球面性検定は $p<.001$ で有意であり、因子分析における十分な適合性が確認された。

さらに、因子構造の妥当性を検討するために探索的因子分析により抽出された2因子12項目を確認的因子分析により検討した。その結果、 $GFI=.906$, $AGFI=.861$,

表2 「論文講読方略尺度」の探索的因子分析結果 $n=147$ (主因子法・プロマックス回転)

項目	全体のCronbach's $\alpha = .816$	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子 「理解方略」 Cronbach's $\alpha = .781$				
10. 私は論文を読む際, その論文に関連する他の文献も読む		0.713	0.079	-0.020
11. 私は自身の教育実践と論文内容とを関連づけて読んでいる		0.707	-0.134	-0.035
1. 私は論文を読むときは, 論文に集中して取り組む		0.659	-0.131	0.049
12. 私は論文を読む時間を確保するよう努力している		0.579	0.063	0.090
5. 私は読んでいる論文に関して分からないことがあった場合自分で調べる		0.548	0.259	-0.041
第2因子 「協同的方略」 Cronbach's $\alpha = .821$				
7. 私は読んでいる論文の内容について他者(上司や同僚や知人など)と話し合う		-0.010	0.870	0.051
6. 私は読んでいる論文に関して分からないことがあった場合他者(上司や同僚や知人など)に相談する		-0.062	0.838	-0.047
第3因子 「整理方略」 Cronbach's $\alpha = .806$				
9. 私は論文を読む際, クリテイクチェックリストを使用している		-0.038	0.056	0.877
8. 私は論文を読む際, 文献カードを作成している		0.063	-0.065	0.759
	因子寄与率	41.259	15.762	12.262
	因子間相関行列: 第1因子	-	0.440	0.544
	第2因子		-	0.338
	第3因子			-



GFI = .953, AGFI = .911, CFI = .974, RMSEA = .057

図2 論文講読方略尺度の確認的因子分析

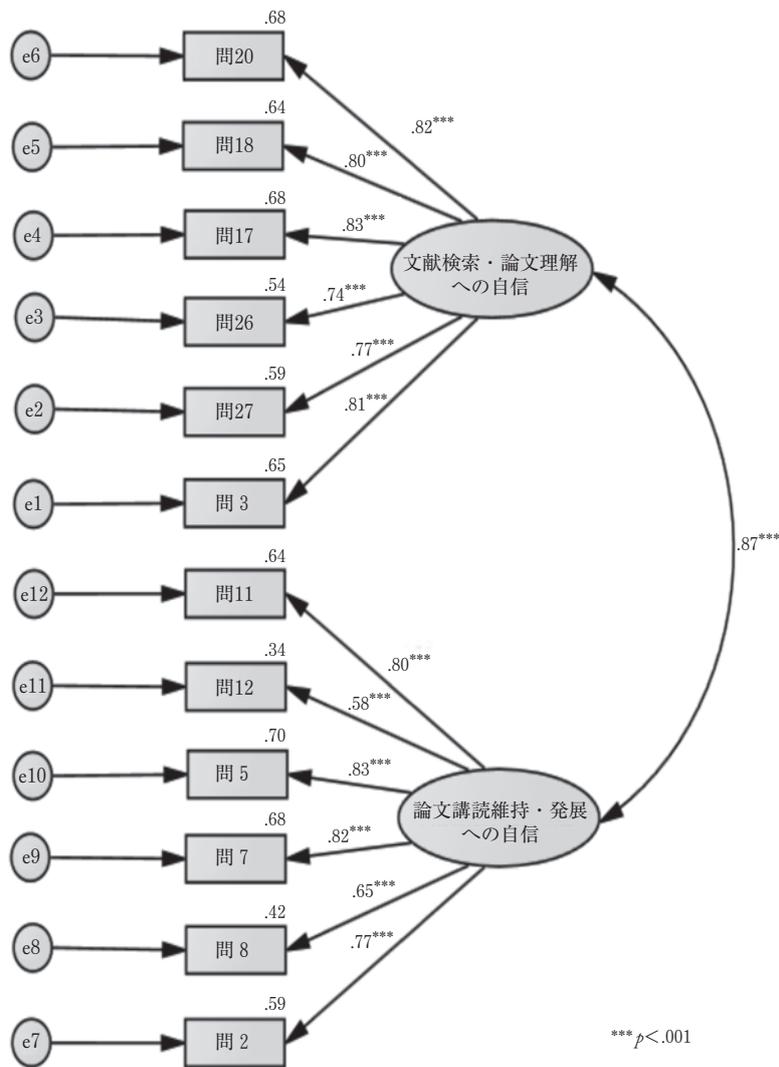
CFI = .956, RMSEA = .080であり, すべてのパス係数は統計学的に有意であった(図3)。

因子の命名と解釈としては, 第1因子は文献検索や要約, 統計解析の理解といった文献検索や論文理解への自

信を示していることから【文献検索・論文理解への自信】, 第2因子は論文を理解するために, 分からない点を自分で調べたり, 他者と相談したり, あきらめずに読むといった, 論文講読行動を維持するための対処と論文内容理解から論

表3 「論文講読効力尺度」の探索的因子分析結果 $n=147$ (主因子法・プロマックス回転)

項目	全体の Cronbach's $\alpha = .933$	第1因子	第2因子
第1因子 「文献検索・論理解への自信」 Cronbach's $\alpha = .912$			
20. 私は読んだ論文を要約できる		.920	-.105
18. 私はインターネットを使って文献を検索できる		.864	-.107
17. 私は文献を検索するためのキーワードを見つけることができる		.770	.060
26. 私は論文に書かれている倫理的配慮を評価することができる		.700	.027
27. 私は論文に用いられている統計手法を理解できる		.620	.189
3. 私は自身の教育実践と論文内容とを関連づけて読むことができる		.598	.231
第2因子 「論文講読維持・発展への自信」 Cronbach's $\alpha = .875$			
11. 私は読んでいる論文の中で分からないことがあったら、自分で調べて解決することができる		.052	.822
12. 私は読んでいる論文の中で分からないことがあったら、他者(上司や同僚や知人など)に相談することができる		-.201	.762
5. 私は難しい論文でも、あきらめずに読むことができる		.096	.751
7. 私は論文に集中して読むことができる		.311	.538
8. 私は必要であれば、興味のない論文でも読むことができる		.130	.527
2. 私は先行研究と比較しながら、論文を読むことができる		.309	.503
	因子寄与率	57.954	8.686
	因子間相関行列: 第1因子	-	0.771
	第2因子	-	-



GFI = .906, AGFI = .861, CFI = .956, RMSEA = .080

図3 論文講読効力尺度の確認的因子分析

文比較段階へと進む発展的な読みへの対処が含まれていることから、【論文講読維持・発展への自信】と命名した。

「論文講読方略尺度」の総得点は9～38点の範囲にあり、中央値は26点（四分位22-29）で、下位因子の【理解方略】の中央値は17点（四分位14.5-19）、【協同的方略】の中央値は6点（四分位4-7）、【整理方略】の中央値は3点（四分位2-4）であった。また、「論文講読効力尺度」の総得点は40～1,200点の範囲で、中央値は580点（四分位420-740）で、下位因子の【文献検索・論文理解への自信】の中央値は320点（四分位240-400）、【論文講読維持・発展への自信】の中央値は260点（四分位180-340）であった。

4. 「論文講読方略尺度」および「論文講読効力尺度」の信頼性の検討

「論文講読方略尺度」全体のCronbach's α 係数は.816、各因子では【理解方略】は.781、【協同的方略】は.821、【整理方略】は.806であった。「論文講読効力尺度」全体のCronbach's α 係数は.933、各因子では【文献検索・論文理解への自信】は.912、【論文講読維持・発展への自信】は.875であった。また、I-T相関を算出したところ、「論文講読方略尺度」は.664～.853、「論文講読効力尺度」は.927～.935であった。無作為に2群分けしたデータ間の両尺度総得点、両下位尺度得点の差においては、すべて有意な差は認められなかった。

5. 外的基準を用いた妥当性の検討

「論文講読方略」得点の平均値は25.4点、「論文講読効力」の平均値は577.5点であった。「論文講読方略」、「論文講読効力」の各平均得点で高得点群、低得点群に分け「論文講読への苦手意識」を比較した結果、「論文講読方略」、「論文講読効力」とともに、高得点群の方が、「論文講読への苦手意識」得点が低く、有意な差が認められた ($p = .001$, $p < .001$) (表4)。

IV. 考 察

本研究の対象者は、大学院博士前期課程修了者が17.0%であり、過去5年間に研究発表をした人が23.1%、昨年1

年間に学会に参加したことがない人が32.6%であったことから、研究の初心者が多いことが推察できる。

1. 「論文講読方略尺度」と「論文講読効力尺度」の信頼性・妥当性について

「論文講読方略尺度」、「論文講読効力尺度」のKMO値、Bartlettの球面性検定は基準値を満たしていたことから、両尺度ともに探索的因子分析の妥当性が確認できた。確認的因子分析においても、「論文講読方略尺度」、「論文講読効力尺度」とともに適合度指標の基準値を満たしており、モデルの妥当性は確保できていると判断できた。また、「論文講読への苦手意識」を外的基準とした検討の結果、「論文講読方略」、「論文講読効力」のそれぞれにおいて、低得点群よりも高得点群の方が「論文講読への苦手意識」が低かったことから、基準関連妥当性も確保されていると判断できる。

信頼性に関しては、両尺度の α 係数は.781～.933であり、I-T相関の結果からも内的一貫性は確保できていると考えられた。また、折半した2群間の両尺度総得点、両下位尺度得点には有意な差が認められなかった。これにより、同じ属性間の測定値の一致度を確認することができ、安定性を確保できていると考えられた。

以上のことから、本尺度は一定の信頼性・妥当性を備えた尺度であると判断できる。

2. 「論文講読方略尺度」と「論文講読効力尺度」の内容について

看護専門学校教員の「論文講読方略尺度」は、【理解方略】【協同的方略】【整理方略】の3つの下位尺度で構成された。【理解方略】には、論文に関連する他の文献を読む情報収集項目、教育実践と論文内容とを関連づける精緻化項目、分からない内容を自分で調べる認知方略項目が含まれていた。Knowles (1980/2002, p.30) は、成人学習は経験の蓄積が学習への豊かな資源となり、教科中心的なものから課題達成中心の方向性を持つと述べている。看護専門学校教員は論文を理解するために、これまでの経験を基に、実践的に論文を講読する方略を用いていることが考えられた。また、論文を読むときに集中し、読む時間を確保

表4 「論文講読方略尺度」と「論文講読効力尺度」高低得点群による「論文講読への苦手意識」の比較

n = 147

		論文講読への苦手意識得点	
		中央値 (第1四分位 - 第3四分位)	Mann-WhitneyのU検定
論文講読方略尺度	高得点群 (n=78)	3 (2-3)	$p = .001$
	低得点群 (n=69)	3 (3-4)	
論文講読効力尺度	高得点群 (n=76)	3 (2-3)	$p < .001$
	低得点群 (n=71)	3 (3-4)	

するといった、情緒的・時間的なコントロールを伴う注意集中方略も含まれていた。伊藤（1996）は、学習方略下位尺度ごとの内部相関の違いから、注意集中方略が独自の機能を有した因子であることを示し、情緒的・時間的側面に対する自己統制要素を含むため、成熟した発達段階にない活用に至らないとしている。さらに、学歴差と方略活用において、高学歴の方が注意集中方略などの高水準方略の活用が多いことを示し、豊かな学習経験によって活用方略は洗練されていくと述べている（伊藤，2009，pp.68-76）。これらを踏まえると、看護専門学校教員が、成熟した発達段階にあり、多くの教育経験を活かしながら活用方略を洗練させていることが推察された。

【協同的方略】には、論文の内容について他者と話し合う、分からないことは他者に相談するといった項目が含まれていた。援助要請を行う方略は既存の学習方略にも含まれ（伊藤・神藤，2004；石川・向後，2017），自律的な学習に有効とされている（Ryan & Shin，2011；中谷・伊藤，2013，pp.13-14）。齊藤・天野（2009）は、看護専門学校教員の研究活動尺度を作成し、他者と意見交換を行うこと、上司から助言を得る機会をつくること、職場での支援的環境づくりが研究活動の実施に繋がることを示している。一方で、看護教員の研究活動を阻害する要因として、気軽に聞けない、全般的に相談できる人がいないなどの人的資源不足の現状が指摘されている（深堀ほか，2015）。これらを踏まえると、論文講読方略を使用するためには、論文講読における環境調整や人的資源づくり、さらには、自律的な協同関係の構築などに留意する必要があると考える。

【整理方略】は、クリティークチェックリストや文献カードを用いる方略で構成されていた。クリティークチェックリストの活用は、分析的、批評的な読みを促し、論文の理解を深める（南，2008，pp.205-210）。また、文献カードは、文献を整理し、複数論文の系統立てた理解のために有効である（南，2008，pp.43-46）。これらを用いることは、明示的で、系統立てた講読への熟達過程を促し、読みの視点を増やすことに繋がる。犬塚（2002）は読解方略として、理解の深さという観点から「部分理解方略」「内容学習方略」「理解深化方略」の3因子構造を示している。この3因子は、熟達程度や背景知識の違いによって段階性を持ち、読みの視点におけるレパートリーを豊かにするという意味での発達過程とされている。このように、犬塚の示す方略の発達とクリティークチェックリストや文献カードを用いた講読は、読みの視点を増やすという意味での方略発達において共通性があると考えられる。看護専門学校教員は【整理方略】を活用し、論文の背景知識を深め、読みの視点におけるレパートリーを増やす中で、講読への熟達過程を踏んでいることが推察された。また、このような明示的方略を用

いることは、看護専門学校教員自身の読解の改善や向上への具体的な取り組みを促すものと考えられる。

以上より、本研究で導かれた「論文講読方略尺度」は、看護専門学校教員の教育実践に即し、情緒的・時間的な自己統制、援助要請、そして論文理解を深める方略項目で構成されたと考える。

次に、「論文講読効力尺度」においては、第1因子に【文献検索・論文理解への自信】第2因子に【論文講読維持・発展への自信】が抽出された。Burns & Grove（2005/2008，pp.672-675）は量的論文のクリティークプロセスについて①理解、②比較、③分析、④評価、⑤概念的群化の5つの段階を示している。「理解」とはクリティークプロセスの第1段階で、ある1つの研究に対し、研究プロセスの要素を明らかにし、これらの要素の性質、意義、そして意味の掌握と同様に、論文の中の用語や概念を理解することである。「論文講読効力尺度」で導かれた第1因子【文献検索・論文理解への自信】には、論文の要約、倫理的配慮に対する評価、用いられている統計手法の理解、自身の教育実践と論文内容とを関連づけて読むことへの自信が導かれた。これらは研究プロセスの要素を明らかにし、各要素における用語の理解や評価、自身の実践と結び付けた研究意義の検討を含み、「理解」段階における自信と考えられた。また、インターネットを用いた文献検索、文献検索キーワードの抽出への自信についても、主題に関連する資料の特定という論文講読を始める上で必要な文献検索への効力と考えられた。

第2因子の【論文講読維持・発展への自信】には、論文中の分からない内容を自分で調べて解決する、他者に相談するといった、分からない内容に対する対処への自信の項目が導かれた。また、難しい論文でもあきらめずに読む、集中して読む、必要であれば興味のない論文でも読むといった、講読を維持することへの効力が導かれた。これらは看護専門学校教員が論文中の分からない内容に対処し、忍耐強い講読維持を要する初期段階での講読と捉えることができた。さらに、先行研究と比較しながら論文を読むといった項目は、論文クリティーク第2段階の「比較」に相当する自信であり、第1段階の「理解」段階からの発展的講読と捉えることができた。以上より、今回作成した看護専門学校教員の「論文講読効力尺度」は、論文クリティークの最初の段階である「理解」「比較」への自信によって構成されていた。このことは、本研究の対象者の特徴から、論文講読初心者の評価として妥当な項目と考える。

V. 研究の限界と今後の課題

伊藤（2009，pp.19-21）は、学習支援の際は、より具体

的な内容を含む学習方略に働きかけることが容易であり、有効であると述べている。そこで本研究では、まず論文講読方略、そして、自己調整過程に大きく影響を与える論文講読効力に着目し、この2つの尺度を開発することができた。自己調整学習は、動機づけと学習方略で構成されることから、学習方略のみに働きかけることが、論文講読の継続に繋がるのかをさらに検証する必要がある。

結 論

看護専門学校教員の量的な論文に対する「論文講読方略尺度」と「論文講読効力尺度」を作成し、内的整合性、安定性、構成概念妥当性、基準関連妥当性を確認した。また本研究で導かれた「論文講読方略」は、看護専門学校教員の教育実践に即しており、注意集中方略、援助要請方略、そして論文理解を深める方略項目で構成されていた。「論文講読効力」においては論文講読初期水準における自信が導かれた。これらを踏まえ、本尺度は信頼性・妥当性が確保された尺度であり、教育実践に即した論文講読の初期段階で使用できる評価であることが示された。

謝 辞

本研究の調査にご協力いただいた看護専門学校教員の皆さまに心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- Akhund, S., Kadir, M.M. (2006). Do community medicine residency trainees learn through journal club? An experience from a developing country. *BMC Medical Education*, Aug, 6. Article43. doi: 10.1186/1472-6920-6-43. (accessed 2017-11-20)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037//0033-295X.84.2.191 (accessed 2019-6-8)
- Billingsley, L., Rice, K., Bennett, M., Thibeau, S. (2013). Using a multiuser virtual environment to facilitate nursing journal clubs: a mixed-methods study. *Clin Nurse Spec*. May-Jun, 27(3), 146-154. doi: 10.1097/NUR.0b013e31828c8408. (accessed 2017-11-20)
- Burns, N., Grove, S.K. (2005)／黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 逸見 功監訳 (2007). *バーンズ&グローブ看護研究入門：実施・評価・活用*, 東京：エルゼビアジャパン。
- Davis, C., Hendry, I., Barlow, H., Leonard, A., White, L.A., Coetzee,

- M. (2014). Journal club: Integrating research awareness into postgraduate nurse training. *Curationis*, 37(2). Article1244. doi: org/10.4102/curationis.v37i2.1244 (accessed 2017-11-20)
- 榎本真宏, 南 宏尚 (2015). 抄読会評価表を活用した論文の読み方とプレゼンテーションに関する卒後医師教育. *愛仁会医学研究誌*, 46, 23-28.
- 深堀浩樹, 宮下光令, 大山裕美子, 跡上富美, 岡谷恵子, 柏木聖代, 河野あゆみ, 高見沢恵美子, 奈良間美保, 吉沢豊予子 (2015). 若手看護学研究者の研究活動の阻害要因と日本看護科学学会に求める支援の関連要因. *日本看護科学会誌*, 35, 203-214. doi: 10.5630/jans.35.203 (accessed 2019-7-1)
- Green, M.L., Ellis, P.J. (1997). Impact of an evidence-based medicine curriculum based on adult learning theory. *Journal of General Internal Medicine*, 12(12), 742-750. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.07159.x (accessed 2017-11-20)
- 林 寛之 (2015). 楽しく学ぶ、汗と涙の福井式ジャーナルクラブ：福井大学ER総診&福井県キャリアアップコース（ER総合診療医）. *治療*, 97(1), 114-118.
- 市原 学, 新井邦二郎 (2005). 中学生用数学・国語の学習方略尺度の作成. *筑波大学心理学研究*, (29), 99-107.
- 井口あずさ (2016). 中学校国語科の「書くこと」における地域教材・学習材と指導の開発：小中接続に対応するメタ認知方略尺度を用いて. *比治山大学紀要*, (23), 1-13.
- 井上由紀子, 永谷智恵 (2013). 「看護研究Ⅱ」教育評価の検討：学生と教員の自己評価より. *北海道文教大学研究紀要*, 37, 119-130.
- 犬塚美輪 (2002). 説明文における読解方略の構造. *教育心理学研究*, 50(2), 152-162.
- 石川奈保子, 向後千春 (2017). 大学通信教育課程の社会人学生における自己調整学習方略間の影響関係の分析. *日本教育工学会論文誌*, 40(4), 315-324.
- 伊藤崇達 (1996). 学業達成場面における自己効力感, 原因帰属, 学習方略の関係. *教育心理学研究*, 44(3), 340-349.
- 伊藤崇達 (2009). *自己調整学習の成立過程：学習方略と動機づけの役割*. 京都：北大路書房。
- 伊藤崇達, 神藤貴昭 (2004). 自己効力感, 不安, 自己調整学習方略, 学習の持続性に関する因果モデルの検証：認知的側面と動機づけの側面の自己調整学習方略に着目して. *日本教育工学雑誌*, 27(4), 377-385.
- Knowles, M.S. (1980)／堀 薫夫・三輪建二監訳 (2002). *成人教育の現代の実践：ペダゴジーからアンドラゴジーへ*. 30, 東京：鳳書房。
- Kovacevic, M.P., Baroletti, S, Galal, S.M., Szumita, P.M. (2018). Journal Club Standardization Tool: Helping participants get the JIST. *Curr Pharm Teach Learn*, Mar, 10(3), 367-372. doi: 10.1016/j.cptl.2017.11.012. (accessed 2017-11-20)
- 黒田裕子 (2006). *黒田裕子の看護研究 step by step 第3版*. 東京：学研メデイカル秀潤社。
- 桑原秀徳 (2016). エビデンスのアップデート法：薬剤師の新たな取り組み：ジャーナルクラブの実践. *薬局*, 67(1), 15-19.
- Linzer, M., Brown, J.T., Frazier, L.M., DeLong, E.R., Siegel, W.C. (1988). Impact of a medical journal club on house-staff reading habits, knowledge, and critical appraisal skills. A randomized control trial. *JAMA*, Nov, 260(17), 2537-2541.
- 南 裕子 (2008). *看護における研究*. 東京：日本看護協会出版会。
- Momary, K.M., Lundquist, L.M. (2017). Student pharmacists' preparedness to evaluate primary literature pre- and post-Advanced Pharmacy Practice Experiences. *Curr Pharm Teach Learn*. May, 9

- (3), 468-472. doi: 10.1016/j.cptl.2017.02.002. Epub 2017 Feb 23. (accessed 2017-11-20)
- 森 陽子 (2004). 大学生の自己効力感と英語学習方略の関係. *日本教育工学会論文誌*, 28, 45-48.
- 中谷素之, 伊藤崇達 (2013). *ピア・ラーニング: 学びあいの心理学*. 13-14, 東京: 金子書房.
- 小塩真司 (2004). *SPSSとAmosによる心理・調査データ解析: 因子分析・共分散構造分析まで*. 129, 東京: 東京図書.
- 押領司民, 森川三郎, 小俣たか子, 外川 忍, 河西光子, 中込英莉香, 茅野久美, 磯野千江, 原口真樹, 田代匡純, 井出克明, 加々見一枝, 渡辺なおみ (2016). 看護専門学校専任教員の研究活動に関する研究 研究発表の有無による研究活動の比較. *甲府看護専門学校紀要*, 3, 35-41.
- Pintrich, P.R., Smith, D.A.F., Garcia, T., McKeachie, W.J. (1991). *A Manual for the Use of the Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ)*. MI: University of Michigan, National Center for Research to Improve Postsecondary Teaching and Learning. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED338122.pdf>. (accessed 2017-11-2)
- Ryan, A.M., Shin, H. (2011). Help-seeking tendencies during early adolescence: An examination of motivational correlates and consequences for achievement. *Learning and Instruction*, 21(2), 247-256. doi: org/10.1016/j.learninstruc.2010.07.003 (accessed 2017-11-20)
- 齊藤茂子, 天野雅美 (2009). 看護専門学校教員の研究活動尺度の開発. *看護教育研究学会誌*, 1(2), 3-14.
- Sánchez, M., Morales, C., Torruco, G., Varela, R. (2015). Eight years' experience with a Medical Education Journal Club in Mexico: a quasi-experimental one-group study. *BMC Medical Education*, Dec, 15, Article222. doi: 10.1186/s12909-015-0499-7. (accessed 2017-11-20)
- Schunk, D.H., Ertmer, P.A. (2000). Self-regulation and academic learning: Self-efficacy enhancing interventions. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.) *Handbook of self-regulation*. CA: Academic Press, 631-649.
- 篠ヶ谷圭太 (2010). 高校英語における予習方略と授業内方略の関係: パス解析によるモデルの構築. *教育心理学研究*, 58(4), 452-463.
- Stern, D.T., Linzer, M., O'Sullivan, P.S., Weld, L. (1995). Evaluating medical residents' literature-appraisal skills. *Academic Medicine*. Feb, 70(2), 152-154.
- Tam, K.W., Tsai, L.W., Wu, C.C., Wei, P.L., Wei, C.F., Chen, S.C. (2011). Using vote cards to encourage active participation and to improve critical appraisal skills in evidence-based medicine journal clubs. *J Eval Clin Pract*. Aug, 17(4), 827-31. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01711.x (accessed 2018-6-7)
- 豊田秀樹 (2007). Amos(編), *共分散構造分析: 構造方程式モデリング*. 18, 東京: 東京図書.
- 対馬栄輝 (2008). *SPSSで学ぶ医療系多変量データ解析*. 188, 東京: 東京図書.
- 山本麻起子, 前田ひとみ (2018). 中規模病院の院内研究支援者が抱く文献検討支援上の困難. *日本看護研究学会学術集会抄録集*, 41(3), 239.
- 山本 登, 岩元澄子, 原口雅浩 (2012). 卒業論文作成に対する自己効力感と重要性認知が一般性自己効力感に与える影響. *久留米大学大学院心理学研究科紀要*, (11), 91-101.
- Zimmerman, B.J., Martinez, P.M. (1990). Student differences in self-regulated learning: Relating grade, sex, and giftedness to self-efficacy and strategy use. *Journal of Educational Psychology*, 82(1), 51-59.

[2019年8月9日受 付]
[2020年7月29日採用決定]

Development of a Reading Strategy Scale and a Reading Self-Efficacy Scale for Nursing School Teachers and Investigation of its Reliability and Validity

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 251-261
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200729120>

Makiko Yamamoto, MSN, RN, PHN¹, Chiharu Matsumoto, PhD, RN²
Hitomi Maeda, PhD, RN²

¹Doctoral Program of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

²Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to develop a reading strategy scale and a reading self- efficacy scale to assess article reading among nursing school teachers and to test the scales' reliability and validity. **Methods:** A questionnaire survey was administered to 350 teachers and 147 valid responses were obtained. The original items of the scales were created from interviews and literature reviews. **Results:** As a result of factor analysis, the "reading strategy scale" consisted of 9 items under 3 factors (understanding strategy, cooperative strategy, and arranging strategy). The "reading self-efficacy scale" consisted of 12 items under 2 factors (confidence in searching and understanding article, and confidence in continuing and promoting article reading performance). Both the scales were found to have internal consistency, stability, construct validity, and criteria-related validity. **Conclusions:** The reading strategy scale and the reading self-efficacy scale for nursing school teachers with the reliability and the validity were developed.

Key words

nursing school teachers, reading strategy, reading self-efficacy, scale

Correspondence: M. Yamamoto. Email: makikomatsunaga1.15@gmail.com

一般病院における看護職の キャリア・プラトーの影響要因及び キャリア開発意識への影響

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 263-273
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200914108>

高山賢路¹, 佐々木真紀子²

¹秋田大学医学部附属病院看護部, ²秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

要旨

目的：看護職のプラトーの影響要因及びキャリア開発への影響を明らかにする。方法：全国400床以上の一般病院194施設776名に調査をした。質問項目は、個人的・組織的背景、階層プラトー化、内容プラトー化、看護職者の職業キャリア成熟測定尺度を使用した。これらの関連性を検討するために重回帰分析を行った。結果：階層プラトー化を有意に促進する項目は年齢であり、昇進願望や昇進機会の満足感は抑制する項目であった。内容プラトー化では促進する項目はなかった。抑制する項目は上司との人間関係の満足感、昇進機会の満足感、キャリア相談部門などであった。またプラトーの得点が低いほど、職業キャリア成熟測定尺度の各下位尺度の得点が有意に高かった。結論：組織的には年齢の影響を考慮し、昇進機会を公平にすることや、各看護師がキャリアの方向性を見出せるような職場環境を整備することが重要であると考えられた。

キーワード

キャリア・プラトー, キャリア開発, 看護職

責任著者：高山賢路. Email: takayama@hos.akita-u.ac.jp

序論

看護職は、医療が高度化、複雑化する中で、より専門性が求められている。そのような中で、これまでの自己の行動を振り返り、組織での自身の役割や立場を理解し、主体的にキャリア開発していくことが必要である。しかし、長い職業生活においては、自身のキャリア開発に主体的に取り組むことができず、停滞を感じる時期もある。このキャリア開発の停滞にある状況は、キャリア・プラトー（以下、プラトー）といわれる。プラトーには組織内における管理職位不足のため、昇進が困難になることによる停滞である「階層プラトー化」と、長期間同一の職務を担当しその職務をマスターし新たな挑戦や学ぶべきことが欠けている状態による停滞である「内容プラトー化」がある（Bardwick, 1986/1988, pp.25-27）。プラトーは誰しも陥る状況であると考えられるが、プラトーの時期が長引くことは、個人の自尊心の低下や組織の生産性の低下を招くことが指摘されている（Bardwick, 1986/1988, p.183）。一方でプラトーは、踏み出すためのきっかけの模索の時期（関, 2015）、自分をリフレッシュさせ、自己認識と自己容認の意識を高め、新たな価値観をつくり出す時期（Bardwick,

1986/1988, p.9）ともいわれており、この停滞した時期の過ごし方が看護職の成長発達に大きな影響を与えることが考えられる。そのため、看護職のキャリア発達を考える上では、このプラトーに影響を与える要因を明らかにし、どのような支援が必要なのかを明らかにすることが重要であると考えられる。

プラトーの影響要因について、Milliman（1992）は学生、医療従事者、会社員などを対象とした調査結果から、個人要因として、成長欲求、教育レベル、年齢、性別、職務満足などがあり、組織要因には組織的成長率、部門の影響力、昇進頻度、昇進基準などがあることを明らかにしている。またSalami（2010）は、公務員を対象とした調査において、プラトーは消極的な仕事満足度と組織コミットメントや離職意向と相関していることを明らかにしている。

わが国の看護職におけるプラトーの影響要因に関する研究では、松下ほか（2010）は個人要因として、年齢、経験年数、一般学歴、専門学歴、経験病院数、組織理念へのコミットメント、看護職であることの誇り、昇進機会の公平性、昇進願望、職務業績、自律的キャリア開発の意識、組織要因として、常勤看護師数、認定看護師数、看護管理者数、大卒者数などが、プラトーと関係していることを報告

している。さらに杉山・田中・松下(2016)は、中間管理職を対象に、プラトールを階層プラトール化と内容プラトール化の視点から要因を調査している。階層プラトール化には、年齢、職位が促進要因となり、メンターの存在、認定看護師資格の使用は抑制要因となること、内容プラトール化は、メンターの有無、認定看護師資格の使用、結婚の有無が抑制要因となることや、退職意思を高めること、を報告している。

以上のことから、看護職におけるプラトールの個人要因としては、年齢や学歴、職位、昇進願望などがあり、組織要因としては、昇進基準、常勤看護師数、メンターの存在などが明らかになっている。しかしながら、部署異動回数や自部署での担った役割など、これまで個人として積み重ねてきたキャリアの視点や、研修参加の支援、教育プログラムの有無など組織におけるキャリア支援体制の在り方もプラトールに影響を与えると考えるが、それらの項目がプラトールへ影響を与えているかは明らかになっていない。また、プラトールの時期はその後の看護職のキャリア開発にも影響があると考えられるが、看護職のキャリア開発意識に対してプラトールがどのような影響を与えているかについても明らかにはなっていない。そこで、本研究では、全国の一般病院に勤務する看護師を対象とし、階層プラトール化、内容プラトール化の側面から個人として積み重ねてきたキャリアの視点や、組織におけるキャリア支援体制の在り方が、プラトールの影響要因となっているのかを明らかにすること、プラトールがキャリア開発意識へ与える影響を明らかにすることにした。これらを明らかにすることで、キャリア開発の方向性に悩む看護職への具体的支援や個人のキャリア開発を促進するための示唆を得ることができると考える。

I. 用語の定義

1. キャリア開発

看護専門職として生涯働き続けていく過程で、職務において自己の目標達成のために、主体的に看護職の能力の向上に取り組むことと定義する。

2. キャリア・プラトール

キャリア開発を進めていく中で、次の目指すべき方向を明確化できず停滞感を生じることと定義する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

関係探索型研究。質問紙調査法(郵送法)。

2. 調査期間

2016年12月10日～2017年2月28日。

3. 研究対象

調査対象施設は、医療機関の医療情報センターウェルネスで公開されている2次医療圏データベースから(<http://www.wellness.co.jp/index.php>)病院リストを作成した。対象病院は、400床以上の一般病院664施設とした。対象者への調査票の配布は、調査協力の得られた施設の看護部長へ依頼した。配布に当たっては、新人看護師、副看護部長、看護部長は除く、20代～50代の各年代から1名の看護職とした。

4. 調査内容

(1) 対象者の背景

個人的背景として、年齢、全臨床経験年数、現部署臨床経験年数、部署異動回数、性別、職位、学歴、看護職関連資格、昇進願望、昇進機会の公平性、キャリアの方向性(看護管理者、更なる専門性など)、配置部署の考慮、給料の満足感、上司との人間関係の満足感、昇進機会の満足感、研修(学会)参加意欲、キャリア開発の停滞感の自覚、キャリアの停滞を感じる時に組織に求める支援の有無と求める支援(自由記述)について回答を求めた。

組織的背景としては、病床数、全看護師数、設置主体、教育プログラム、資格認定制度、昇進選考試験制度、キャリア相談部門、上司との相談機会、研修参加支援体制(金銭的支援・勤務調整)について回答を求めた。

(2) キャリア・プラトールの測定

キャリア・プラトールは山本ほか(2013)の作成した階層プラトール化尺度と内容プラトール化尺度を用いて調査した。階層プラトール化尺度は5項目で、「私はより高い地位を獲得する見込みはない」、「私の昇進の機会は限られている」などで構成されている。内容プラトール化尺度は5項目で、「私は現在の仕事で多くのことを学び成長する機会がある(R)」、「私の仕事上の責任は明らかに高まってきた(R)」などで構成されている。(R)は逆転項目である。

測定尺度は各尺度とも「1:よくあてはまる」～「5:全くあてはまらない」の5段階リッカート尺度で評価してもらい、5点～1点の配点をした。逆転項目には「全くあてはまらない:1点」～「よくあてはまる:5点」を配点した。各尺度とも合計得点が低いほど、プラトールにあることを示す。

(3) キャリア開発意識の測定

キャリア開発意識は、狩野ほか(2012)が看護職のキャリア成熟を測定することを目的に開発した「職業キャリア成熟測定尺度」を用いた。この尺度は、坂柳(1999)が、成人が自己のこれからの人生や生き方、職業生活、余暇生

活について、どの程度成熟した考えを持っているかを測定することを目的に開発した「成人（勤労者用）キャリア成熟尺度」を基に開発されたものである。なお、坂柳（1991, p.274）は、尺度開発にあたりキャリア成熟をキャリアの選択・決定やその後の適応への個人の準備性（レディネス）ないし取り組み姿勢と定義していることから、本研究で明らかにしたい看護職のキャリア開発意識を推察できると考え使用することにした。

なお、職業キャリア成熟測定尺度は、キャリア関心性、キャリア自律性、キャリア計画性の3因子、各因子4項目で全12項目からなる。キャリア関心性の項目は、「看護に役立つ情報を積極的に収集するようにしている」などであり、自己のキャリアに積極的な関心を持っているかに関するものである。キャリア自律性の項目は、「自分の職業生活を主体的に送っている」などであり、自己のキャリアへの取り組み姿勢が自律的であるかに関するものである。キャリア計画性の項目は、「これからの看護師生活について自分なりの見通しを持っている」などであり、自己のキャリアに対して将来の展望を持ち計画的であるかに関する項目である。各項目とも「4：よくあてはまる」～「0：全くあてはまらない」の5段階リッカート尺度で評価してもらい、4点～0点までの配点をした。逆転項目は「よくあてはまる：0点」～「全くあてはまらない：4点」を配点した。各因子の合計得点が高いほど、キャリア成熟が高いことを示す。

5. 分析方法

個人的・組織的背景項目及び各尺度の基本統計量を算出した。名義変数については、以下のように再分類した。キャリアの方向性は、看護管理者・更なる専門性・教育研究分野・看護職以外の職種への転職を「方向性あり」とし、「考えているが決められない」「考えていない」の3群に再分類した。給料の満足感、上司との人間関係の満足感、昇進機会の満足感は、満足している・まあまあ満足しているを「満足」、あまり満足していない・満足していないを「不満足」の2群に再分類した。研修（学会）参加意欲は、進んで参加したい・勧めがあれば参加したいを「参加したい」、勧めがあっても参加したくない・参加したくないを「参加したくない」の2群に再分類した。キャリア開発の停滞感の自覚は、大いにある・少しあるを「有り」、あまりない・全くないを「無し」の2群に再分類した。研修参加支援体制での勤務調整は、得られる・まあまあ得られるを「得られる」、あまり得られない・得られないを「得られない」の2群に再分類した。

次に重回帰分析における多重共線性の危険性を排除するため、独立変数の相関分析を実施した。高い相関係数を示

す項目は、重回帰分析への投入変数からは除外した。その後、階層プラトー化及び内容プラトー化を従属変数、個人的・組織的背景を独立変数とした単回帰分析を実施した。なお、名義変数は、ダミー変数に変換した。次に単回帰分析で標準偏回帰係数（ β ）が $p < .05$ の属性の項目を独立変数とし、従属変数を階層プラトー化及び内容プラトー化とした重回帰分析（ステップワイズ法）を実施した。その後、キャリア開発意識とプラトーの関連を確認するため、階層プラトー化及び内容プラトー化を独立変数とし、キャリア成熟測定尺度の下位尺度の「キャリア関心性」「キャリア自律性」「キャリア計画性」を従属変数とした重回帰分析を実施した。いずれにおいても、有意水準は5%とした。また重回帰分析においては独立変数の多重共線性がないことをVIF（Variance Inflation Factor）値で確認した。分析にはSPSS Ver. 24を使用した。キャリアの停滞を感じる時に組織に求める支援が有りと回答したものの自由記述内容は、内容の類似性に従って分類しカテゴリーを抽出した。

6. 倫理的配慮

秋田大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した（医総第1867号）。調査に使用する各尺度は、開発者に使用許諾を得た。調査協力依頼に当たっては、調査対象施設の看護部長に調査目的、方法、情報の保護について文書で説明した。対象者へは文書により、質問紙調査への参加は、本人の自由意思であること、調査協力を撤回してもいかなる不利益も生じないこと、回答したくない項目に無理に回答する必要がないことを明記した。また、質問紙は無記名で個別に研究者あてに郵送してもらい、個人が識別されることがないように、匿名性を遵守した。調査用紙への返信をもって調査に同意したとみなすことを明記した。

Ⅲ. 結 果

1. 回答者数・分析対象

調査協力が得られた194施設の合計776名の看護職に調査票を配布し、回答は456名から得られた（回収率58.8%）。その内、尺度に欠損値がある14名を除いた442名を分析対象とした（有効回答率57.0%）。

2. 対象の背景

回答者の平均年齢は 39.5 ± 10.2 歳、全臨床経験の平均年数は 16.8 ± 10.0 年、現部署での平均臨床経験年数は 4.0 ± 4.1 年、部署異動の平均回数は 3.1 ± 2.9 回であった。昇進願望の無いものが319名（72.2%）、キャリアの方向性があるも

のが185名(41.8%)、昇進機会に満足しているもの301名(68.1%)であった(表1)。回答者の所属施設の平均病床数は 536.6 ± 190.8 床、全看護師数は 501.8 ± 277.1 名であった。教育プログラムがあるものは427名(96.6%)、キャリア相談部門が無いものは319名(72.2%)であった(表2)。

3. キャリア・プラトール尺度・職業キャリア成熟測定尺度の平均値及び信頼性係数

キャリア・プラトール尺度において、各プラトール尺度の信頼性係数 α は、階層プラトール化($\alpha = .775$)、内容プラトール化($\alpha = .769$)であった。各プラトールの平均得点 \pm 標準偏差(最小値-最大値)は、階層プラトール化は 12.65 ± 4.05 点(5-24)、内容プラトール化は 19.57 ± 3.12 点(5-25)であった。

職業キャリア成熟測定尺度において、下位尺度の信頼性係数 α は、キャリア関心性($\alpha = .673$)、キャリア自律性($\alpha = .690$)、キャリア計画性($\alpha = .779$)であった。下位尺度の平均得点 \pm 標準偏差(最小値-最大値)は、キャリア関心性が 10.98 ± 2.54 点(4-16)、キャリア自律性が 9.90 ± 2.86 点(2-16)、キャリア計画性が 8.91 ± 2.82 点(0-16)であった(表3)。

4. キャリア・プラトールと個人的・組織的背景との関係

階層プラトール化及び内容プラトール化と個人的・組織的背景の各項目について単回帰分析を行った結果、階層プラトール化と有意に関連がみられた項目は、年齢、全臨床経験年数、現部署臨床経験年数、部署異動回数、性別、看護職関連資格、昇進願望、昇進機会の公平性、キャリアの方向性、上司との人間関係の満足感、昇進機会の満足感、上司との相談機会の12項目であった。

内容プラトール化と有意に関連がみられた項目は、職位、昇進願望、昇進機会の公平性、キャリアの方向性、配置部署の考慮、給料の満足感、上司との人間関係の満足感、昇進機会の満足感、研修(学会)参加意欲、キャリア開発の停滞感の自覚、キャリア相談部門、上司との相談機会、研修参加支援体制(勤務調整)の13項目であった。

5. 階層プラトール化及び内容プラトール化を規定する影響要因

階層プラトール化及び内容プラトール化を従属変数とし、単回帰分析で有意に関連がみられた項目を独立変数として重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。単回帰分析により、階層プラトール化では12項目で有意に関連が認められたが、年齢と全臨床経験年数で高い相関係数($r = .940$)を示したため、全臨床経験年数を除く、11項目を投入した。

内容プラトール化では13項目で有意に関連がみられたが、キャリア開発の停滞感の自覚を除いた。除外した理由とし

て、キャリア開発の停滞感の自覚は、プラトール尺度の構成概念に関連する可能性が高いため投入しなかった。単回帰分析では有意に関連がみられなかったが、先行研究で、プラトールと関連のあった年齢、性別を加えた14項目を投入した。

階層プラトール化では、重相関係数 R は.508、調整済み決定係数 R^2 は.250であった。有意な変数として確認された4項目の標準偏回帰係数 β は、昇進願望は $\beta = .282$, $p < .01$ 、年齢は $\beta = -.253$, $p < .01$ 、キャリアの方向性は $\beta = .196$, $p < .01$ 、昇進機会の満足感は $\beta = .157$, $p < .01$ であった(表4)。

内容プラトール化では、重相関係数 R は.465、調整済み決定係数 R^2 は.203であった。有意な変数として確認された6項目の標準偏回帰係数 β は、昇進機会の満足感は $\beta = .226$, $p < .01$ 、職位は $\beta = .146$, $p < .01$ 、キャリアの方向性は $\beta = .138$, $p < .01$ 、上司との人間関係の満足感は $\beta = .152$, $p < .01$ 、研修(学会)参加意欲は $\beta = .140$, $p < .01$ 、キャリア相談部門は $\beta = .125$, $p < .01$ であった(表5)。

6. キャリア・プラトールがキャリア開発意識に与える影響

職業キャリア成熟測定尺度(キャリア関心性、キャリア自律性、キャリア計画性)を従属変数とし、階層プラトール化及び内容プラトール化を独立変数とした重回帰分析を行った。キャリア関心性、キャリア自律性、キャリア計画性のいずれにおいても、内容プラトール化が階層プラトール化に比べ、強く影響していた(表6)。

7. キャリアの停滞を感じる時に組織に求める支援(自由記載)

キャリアの停滞を感じる時に組織に求める支援があると回答したのは177名(40.0%)であった。そのうち、支援内容の記載のあったものは140名であった。記述内容を151に切片化し、31の小カテゴリー、7のカテゴリーに分類した(表7)。以下、カテゴリーは《 》、小カテゴリーは〈 〉で示す。《相談できる部門や情報提供の整備》に関する支援内容は45件あり、〈相談できる場所や機会〉、〈上司との面接〉などであった。《研修に参加しやすい環境整備》は43件あり、〈金銭的・経済的な支援〉、〈休暇・休職制度〉などであった。《働きやすい職場環境づくり》は30件あり、〈勤務の調整〉、〈雇用条件の改善〉などであった。《個々に合わせた具体的なキャリアの方向性の提示》は23件あり、〈具体的な方向性の提示〉、〈個々に合わせた学習機会の提供〉などであった。

表1 個人的背景

		全体 n=442	
		n	平均 ± 標準偏差
年齢(歳)		441	39.5 ± 10.2
全臨床経験年数(年)		435	16.8 ± 10.0
現部署臨床経験年数(年)		440	4.0 ± 4.1
部署異動回数(回)		437	3.1 ± 2.9
		n	(%)
性別	女性	324	(73.3)
	男性	118	(26.7)
職位	職位あり	182	(41.2)
	職位なし	260	(58.8)
学歴(複数回答)	専門学校	347	(78.5)
	短大	39	(8.8)
	看護系大学・大学院修士課程	63	(14.2)
	看護系以外の大学・大学院修士課程	27	(6.1)
看護職関連資格	有	79	(17.9)
	無	355	(80.3)
	無回答	8	(1.8)
昇進願望	有	118	(26.7)
	無	319	(72.2)
	無回答	5	(1.1)
昇進機会の公平性	公平	199	(45.0)
	不公平	45	(10.2)
	わからない	195	(44.1)
	無回答	3	(0.7)
キャリアの方向性	方向性あり	185	(41.8)
	考えているが決められない	114	(25.8)
	考えていない	125	(28.3)
	その他(訪問看護など)	8	(1.8)
	無回答	10	(2.3)
配置部署の考慮	考慮されている	275	(62.2)
	考慮されていない	161	(36.4)
	無回答	6	(1.4)
給料の満足感	満足	227	(51.4)
	不満足	214	(48.4)
	無回答	1	(0.2)
上司との人間関係の満足感	満足	348	(78.7)
	不満足	91	(20.6)
	無回答	3	(0.7)
昇進機会の満足感	満足	301	(68.1)
	不満足	124	(28.1)
	無回答	17	(3.8)
研修(学会)参加意欲	参加したい	396	(89.6)
	参加したくない	28	(8.6)
	無回答	8	(1.8)
キャリア開発の停滞感 の自覚	有り	278	(62.9)
	無し	162	(36.7)
	無回答	2	(0.4)
キャリアの停滞を感じる ときに組織に求める支援	有	177	(40.0)
	無	221	(50.0)
	無回答	44	(10.0)

表2 組織的背景

		全体 n=442	
		n	平均 ± 標準偏差
病床数 (床)		424	536.6 ± 190.8
全看護師数 (人)		372	501.8 ± 277.1
		n	(%)
設置主体	国	108	(24.4)
	公的医療機関	201	(45.5)
	社会保険関係団体	2	(0.5)
	医療法人	74	(16.7)
	その他 (学校法人, 公益財団法人など)	50	(11.3)
	無回答	7	(1.6)
教育プログラム	有	427	(96.6)
	無	12	(2.7)
	無回答	3	(0.7)
資格認定制度	有	274	(62.0)
	無	128	(29.0)
	無回答	40	(9.0)
昇進選考試験制度	有	212	(48.0)
	無	217	(49.1)
	無回答	13	(2.9)
キャリア相談部門	有	98	(22.2)
	無	319	(72.2)
	無回答	25	(5.7)
上司との相談機会	有	351	(79.4)
	無	82	(18.6)
	無回答	9	(2.0)
研修参加支援体制 (金銭的支援)	有	275	(62.2)
	無	155	(35.1)
	無回答	12	(2.7)
研修参加支援体制 (勤務調整)	得られる	381	(86.2)
	得られない	58	(13.1)
	無回答	3	(0.7)

表3 キャリア・プラトー尺度・職業キャリア成熟測定尺度の平均値及び信頼性係数

		n=442	
		平均 ± 標準偏差 (範囲)	信頼係数 α
キャリア・プラトー尺度	階層プラトー化	12.65 ± 4.05 (5-24)	.775
	内容プラトー化	19.57 ± 3.12 (5-25)	.769
職業キャリア成熟測定尺度	キャリア関心性	10.98 ± 2.54 (4-16)	.673
	キャリア自律性	9.90 ± 2.86 (2-16)	.690
	キャリア計画性	8.91 ± 2.82 (0-16)	.779

IV. 考 察

本研究では、看護職のキャリア・プラトーの影響要因及び、キャリア・プラトーがキャリア開発意識へ与える影響について明らかにすることを目的とした。

プラトーの影響要因では、階層プラトー化には、年齢がポジティブ（促進）に影響し、昇進願望、キャリアの方向

性、昇進機会の満足感は、ネガティブ（抑制）に影響した。内容プラトー化には、ポジティブ（促進）に影響する項目はなかった。昇進機会の満足感、職位、キャリアの方向性、上司との人間関係の満足感、研修（学会）参加意欲、キャリア相談部門は、ネガティブ（抑制）に影響した。

キャリア開発意識への影響については、階層プラトー

表4 個人的・組織的背景が階層プラトリー化に与える影響
n = 442

変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
年齢	-.253**	1.023
昇進願望	.282**	1.131
キャリアの方向性	.196**	1.114
昇進機会の満足感	.157**	1.023
重相関係数R	.508	
調整済みR ²	.250	
F	32.718**	

重回帰分析 (ステップワイズ法)
VIF : Variance Inflation Factor

[注] **p < .01。変数が名義データの場合は、各カテゴリーをダミー変数に置き換え投入した。昇進願望 (有1, 無0), キャリアの方向性 (有1, 無0), 昇進の機会 (満足1, 不満足0) とした。

表5 個人的・組織的背景が内容プラトリー化に与える影響
n = 442

変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
昇進機会の満足感	.226**	1.162
職位	.146**	1.067
キャリアの方向性	.138**	1.060
上司との人間関係の満足感	.152**	1.156
研修参加意欲	.140**	1.079
キャリア相談部門	.125**	1.005
重相関係数R	.465	
調整済みR ²	.203	
F	16.483**	

重回帰分析 (ステップワイズ法)
VIF : Variance Inflation Factor

[注] **p < .01。変数が名義データの場合は、各カテゴリーをダミー変数に置き換え投入した。昇進機会 (満足1, 不満足0), 職位 (有1, 無0), キャリアの方向性 (有1, 考えているが決められない0, 考えていない), 上司との人間関係 (満足1, 不満足0), 研修参加意欲 (有1, 無0), キャリア相談部門 (有1, 無0) とした。カテゴリー数が3あるキャリアの方向性は、多重共線性を避けるため、「考えていない」は除外した。

表6 キャリア・プラトリー化がキャリア開発意識に与える影響

n = 442

変数	標準偏回帰係数 (β)		
	キャリア関心性	キャリア自律性	キャリア計画性
階層プラトリー化	.115**	.143**	.195**
内容プラトリー化	.359**	.541**	.426**
重相関係数R	.401	.591	.508
調整済みR ²	.157	.346	.255
F	42.093**	117.895**	76.465**

重回帰分析 (ステップワイズ法)
VIF : Variance Inflation Factor

[注] **p < .01。VIFは全て1.057。

化, 内容プラトリー化とともに, キャリア関心性・キャリア自律性・キャリア計画性への影響がみられた。プラトリー化では無いほど, キャリア関心性・キャリア自律性・キャリア計画性が高いことを示した。

以下に, プラトリー化の影響要因及びキャリア開発意識への影響について考察する。

1. 看護職の個人的・組織的背景がキャリア・プラトリー化に与える影響要因

(1) 階層プラトリー化への影響要因

階層プラトリー化は, 組織内における昇進が困難になることで生じる状況である。すなわち, 主任, 副看護師長, 看護師長, 看護部長という職位を目標としても就けないことで陥る状況である。昇進には, 組織内でのポストの数や組織の昇進選考基準があると考えられ, 本人の努力だけでは

達成できない要因も影響している。

本調査で明らかになった「年齢」, 「昇進願望」, 「キャリアの方向性」, 「昇進機会の満足感」の項目は, 先行研究と同様の項目であった。その中で「年齢」は階層プラトリー化を促進し, 「昇進願望」, 「キャリアの方向性」, 「昇進機会の満足感」は, 抑制することがわかった。杉山ほか (2016) の調査では, 中間看護管理者 (看護師長・副看護師長) を対象とし, 年齢と職位が促進因子として働き, メンターの存在と認定看護師資格の使用が抑制因子として働いたと報告している。松下ほか (2010) の調査では, 階層プラトリー化か内容プラトリー化かの分類はせずに, 3年目以上の看護師を対象とし, 職位在任期間5年以上を客観的プラトリー, 5年未満を客観的ノンプラトリーとし, 影響要因として年齢, 経験年数, 経験病院数, 退職意思を明らかにしている。本調査では, 対象者を中間管理者や職位年数で限

表7 キャリアの停滞を感じるときに組織に求める支援

(記載者数140名, 総記述件数151件)

カテゴリー	支援内容	小カテゴリー
相談できる部門や情報提供の整備 (45)	<ul style="list-style-type: none"> 相談できる場所や機会 (18) 上司との面接 (9) キャリアの体験談を聞く機会 (8) キャリア支援室などの相談部門の設置 (6) 相談できる担当者をつくる (2) キャリアアップの情報支援 (2) 	
研修に参加しやすい環境整備 (43)	<ul style="list-style-type: none"> 金銭的・経済的な支援 (26) 休暇, 休職制度 (9) 研修に参加しやすい環境の整備 (4) 院内研修体制の充実 (3) 希望者すべてが支援を受けられる環境 (1) 	
働きやすい職場環境づくり (30)	<ul style="list-style-type: none"> 勤務の調整 (8) 雇用条件の改善 (4) 働き方の希望を選択 (4) 働きやすい組織風土 (3) ワークライフバランスが保てる職場環境 (3) ゆとりのある看護業務 (2) モチベーションの維持向上 (2) 看護師不足にならないような適正配置と補充 (2) 意見が述べやすく反映される環境 (2) 	
個々に合わせた具体的なキャリアの方向性の提示 (23)	<ul style="list-style-type: none"> 具体的な方向性の提示 (11) 個々に合わせた学習機会の提供 (9) キャリア開発の意識づけ (2) 承認や動機づけをしてもらう時間 (1) 	
子育て中の看護師への支援 (5)	<ul style="list-style-type: none"> 保育室, 託児所の設置 (4) 研修時間の考慮 (1) 	
客観的, 平等な人事評価 (3)	<ul style="list-style-type: none"> 努力すれば報われるような人事評価システム (1) 客観的な評価 (1) 平等であること (1) 	
ロールモデルの存在 (2)	<ul style="list-style-type: none"> 目標となる先を行く人の存在 (1) ロールモデル (1) 	

[注] () 内の数字は件数を表す。

定していないが、「年齢」は階層プラトー化を促進する項目として示された。福井 (2009, p.20) は、従来の人事制度は能力考課に潜在能力をも考課基準として含めるため、しばしば年齢や勤続年数を考課結果に用いられたため年功的傾斜を招いたとしている。昇進には年功的基準があるため、年齢が進み経験年数が増すことで昇進につながると考えるが、自身の期待通りには昇進できないことで、階層プラトー化につながると考える。一方で、「昇進願望」、「キャリアの方向性」、「昇進機会の満足感」は、階層プラトー化を抑制した。山本・松下・田中・吉田 (2012) は、キャリア目標を持っている方がプラトーを抑制したと報告している。また、片桐 (2008, p.215) は、キャリア目標があるものはキャリア開発行動につながっていることを報告して

いる。昇進願望を持つこと、キャリアの方向性が明確であることは、自身の目標に向かっての取り組みが明確であると考えられることから、階層プラトー化には陥りにくいと考える。昇進機会の満足感、自身の取り組みが組織に認められ昇進につながるという実感があることで、階層プラトー化を抑制すると考える。

(2) 内容プラトー化への影響要因

内容プラトー化は、長期間同一の職務を担当することで、その職務をマスターし、新たな挑戦や学ぶべきことが欠けている状況である (Bardwick, 1986/1988)。看護職においては、同じ病棟に長く勤務することや同じ職位を長期間在任することで引き起こされると考える。本調査で明らかになった「昇進機会の満足感」「職位」の項目は、先行

研究と同様の項目であったが、「キャリアの方向性」「上司との人間関係の満足感」「研修(学会)参加意欲」「キャリア相談部門」は、本調査で新たな影響要因として明らかになった。いずれの項目も内容プラトロー化を抑制することがわかった。杉山ほか(2016, p.85)の調査では、内容プラトロー化を抑制する因子として、メンターの存在、認定看護師資格の使用、既婚を報告し、山本ほか(2012, p.153)は、キャリア目標を持っている方がプラトローを抑制したと報告している。「上司との人間関係の満足感」や「キャリア相談部門」については、他者からの支援という点において先行研究にあるメンターの存在と近い項目ではあるが、一人でキャリアについて考えるだけでなく、周囲からのキャリアに対する支援があることで、次なる自分の役割を意識できることから内容プラトロー化を抑制すると考える。また、「キャリアの方向性」は、自身の進むべきキャリアの方向性が明確化していることは、行動化をしやすくと考えるため内容プラトロー化を抑制すると考える。

Schein(1978/1991)はキャリア発達について階層次元、職能次元、中心性次元からなる組織の3次元モデルで説明している。その中で、職能次元は、専門的知識や才能と技術の混合を示し、専門的分野に進むものと仕事の分野を変えたりするものの水平的な動きを示している。また中心性次元は、組織の上司たちから信頼され、責任を引き受けるにつれ、部内者化といった組織の核(中心)へ向かう移動を示しており内容プラトロー化は、職能次元や中心性次元での停滞に当てはまると考えられる。そのため、専門看護師や認定看護師などの資格取得や自身の働く領域の専門性を高めるための研修参加への行動、組織内での役割行動などは、「研修(学会)参加意欲」につながるため内容プラトロー化を抑制したと考える。「昇進機会の満足感」は、職能次元や中心性次元でのキャリア開発を行う中で、昇進につながることで内容プラトロー化を抑制するのではないかと考える。「職位」が内容プラトロー化を抑制したことは、同じ部署や同じ役割を続けていても、職位が変わることで、与えられる権限、委員会や会議の場が異なり、新たな課題が見出されるためと考える。「キャリア相談部門」があることは、身近な上司だけではなく、自身のキャリアについての悩みなどを相談できる環境があることであり、内容プラトロー化を抑制したと考える。

2. キャリア・プラトローのキャリア開発意識への影響

階層プラトロー化、内容プラトロー化ともに、職業キャリア成熟測定尺度の下位尺度(キャリア関心性、キャリア自律性、キャリア計画性)といずれも関連がみられた。プラトローでは無いほど、キャリア関心性・自律性・計画性が高かった。このことは、プラトローでは無いほど、自己のキャ

リアに積極的な関心を持ち、キャリアへの取り組み姿勢が自律的であり、将来の展望を持ち計画的に考えていることがわかった。その中でも、内容プラトロー化が階層プラトロー化よりも職業キャリア成熟測定尺度に強く影響していた。このことは、プラトローを抑制する上では、昇進を意識したキャリア開発をするよりも、日々の看護実践の中で看護の専門性を深め、看護の質を高められる取り組みをしていくことの重要性を示唆している。萩原・野田部・大儀・坂口(2014, p.39)は、看護職のキャリア自律を「自らのキャリア・アンカーの明確な認識に基づき、看護職としての職業的キャリアを主体的に形成し、かつ環境変化に適応させながら、自身のキャリア開発に継続して取り組むこと」と述べている。プラトローの中でも、内容プラトロー化が進むことは、よりキャリア開発に影響を及ぼすことが示唆された。そのため、昇進のみを意識した行動よりも、看護の専門性を深めるための取り組みを意識した行動が重要となる。看護管理者は、看護の取り組みを正當に評価し、その上で昇進や重要な役割を与えることで、プラトローを防ぐことができ、その後のキャリア開発につながる と考える。

Bardwick(1986/1988, pp.183-184)は、「プラトローを無視することは、疎外感を生み、自尊心の低下を招き、能力の劣っている人や力のない人はますます能力が劣っていく。そのため新たな機会を与えることで満足感や生産性を高められる」と述べている。キャリア開発は自身で行っていくものとするが、未知なものに対する不安は大きいと考える。組織に求める支援の自由記載にあるように、キャリアの方向性に対する具体的な提示や、キャリア支援室のような相談窓口を設置することで、プラトローにある人が次のステップへ進むための後押しになるような組織環境の構築が必要と考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では全国の400床以上の病院に勤務する20代~50代の看護師を対象とした。同意が得られた病院は全体の29.2%であったことから、全国的な傾向を述べるには限界がある。またプラトローに関心のあるものが回答した可能性といったバイアスも考えられる。更に看護職以外を対象として行われた先行研究では学歴や性別が階層プラトロー化の影響要因であることが報告(Milliman, 1992)されているが、本調査結果では学歴は回答者の約8割が専門学校、性別は約7割が女性であり回答者に偏りがあったことから、これらが結果に影響を与えた可能性もある。また看護職以外を対象とした研究では現職位在位年数がプラトローの影響要因(Milliman, 1992; 山本, 2014)であったが、本研究では職位とその年数を問う質問であったことから、スタッフの年数が欠損値となり重回帰分析の独立変数として投入

できなかった。今後は同職位の在位年数を正確に問うことで、プラトーの影響要因となるかを確認する必要がある。更に本研究ではライフイベントとの関連は検討していない。キャリアの発達論的な視点からはライフイベントとの関連も重要であると考えられることから、今後はこれらについても明らかにしていくことが課題である。

結 論

一般病院に勤務する看護職のキャリア・プラトーの影響要因及びキャリア開発意識への影響を検討した結果、以下の結論を得た。

1. 看護職の階層プラトー化には、年齢がポジティブ（促進）に影響した。昇進願望、キャリアの方向性、昇進機会の満足感は、ネガティブ（抑制）に影響した。
2. 内容プラトー化には、ポジティブ（促進）に影響する項目は検出されなかった。昇進機会の満足感、職位、キャリアの方向性、上司との人間関係の満足感、研修（学会）参加意欲、キャリア相談部門は、ネガティブ（抑制）に影響した。
3. 階層プラトー化、内容プラトー化ともに、キャリア関心性・キャリア自律性・キャリア計画性に影響を与えていた。また、プラトーでは無いほど、キャリア関心性・キャリア自律性・キャリア計画性が高かった。

謝 辞

本研究にお忙しい中ご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。本論文は、秋田大学大学院医学系研究科に提出した修士論文を加筆修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想及びデザイン、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。

文 献

Bardwick, Judith M. (1986)／江田順子訳 (1988). *仕事に燃えなくなったときどうするか*. 東京：TBSブリタニカ.

- 福井直人 (2009). 日本企業における能力考課基準の変容：職務遂行能力からコンピテンシーへ. *北九州市立大学商経論集*, 44 (1・2・3・4), 19-41.
- 萩原桂子, 野田部恵, 大儀律子, 坂口桃子 (2014). わが国における看護師のキャリア自律の概念に関する文献検討. *大阪市立大学看護学雑誌*, 10, 35-40.
- 狩野京子, 李 志嬉, 中島 望, 實金 栄, 山口三重子, 中嶋和夫 (2012). 看護職者の「職業キャリア成熟測定尺度」に関する構成概念妥当性の検討. *岡山県立大学保健福祉学部紀要*, 19, 19-29.
- 片桐由香理 (2008). 看護師のキャリア開発意識・行動とそれを支える組織の支援. *看護教育研究収録. 教員養成課程. 看護教員養成コース／神奈川県立保健福祉大学実践教育センター編*, 33, 209-216.
- 松下由美子, 田中彰子, 吉田文子, 杉本君代, 雨宮久子, 山本 寛 (2010). 看護師のキャリア・プラトー化に影響を及ぼす要因：A県内の病院で働く看護師を対象に. *日本看護学会論文集 (看護管理)*, 41, 25-28.
- Milliman, John F. (1992). *Causes, consequences, and moderating factors of career plateauing*. 1-228, Los Angeles, California; University of Southern California.
- 坂柳恒夫 (1991). 進路成熟の測定と研究課題. *愛知教育大学教科教育センター研究報告*, 15, 269-280.
- 坂柳恒夫 (1999). 成人キャリア成熟尺度 (ACMS) の信頼性と妥当性の検討. *愛知教育大学研究報告*, 48, 115-122.
- Salami, Samuel O. (2010). Career plateauing and work attitudes: Moderating effects of mentoring others with Nigerian employees. *Europe's Journal of Psychology*, 6(4), 71-92.
- Schein, E.H. (1978)／二村敏子・三善勝代訳 (1991). *Career Dynamics: Matching individual and organizational needs* キャリア・ダイナミクス：キャリアとは、生涯を通しての人間の生き方・表現である. 39-41, 東京：白桃書房.
- 関 美佐 (2015). キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討. *日本看護科学会誌*, 35, 101-110.
- 杉山千里, 田中彰子, 松下由美子 (2016). 中間看護管理者のキャリア・プラトー化に関連する要因. *日本看護学会論文集 (看護管理)*, 46, 84-87.
- 山本 寛, 松下由美子, 田中彰子, 吉田文子 (2012). 看護職のキャリア目標の設定とキャリア・プラトー化との関係：内容的プラトー化との比較の観点から. *産業・組織心理学研究*, 25(2), 147-159.
- 山本 寛, 松下由美子, 田中彰子, 吉田文子, 杉本君代, 雨宮久子 (2013). 専門職のキャリア・プラトー化と退職との関係におよぼすエンプロイアビリティと専門性コミットメントの影響. *産業・組織心理学会. 第29回大会発表論文集*, 54-57.
- 山本 寛 (2014). *昇進の研究 [増補改訂版]—キャリア・プラトー現象の観点から—*. 48-60, 東京：創成社.

2019年8月30日受 付
2020年9月14日採用決定

Relationship Between Factors Affecting Career Plateau and Career Development Awareness Among Nurses in General Hospitals

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 263-273
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200914108>

Masamichi Takayama, MSN, RN¹, Makiko Sasaki, PhD, RN²

¹Nursing Department, Akita University Hospital, Akita, Japan

²Akita University Graduate School of Health Sciences, Akita, Japan

Abstract

Objective: The purpose of this study was to spell out the factors influencing the career plateau of nurses and their relationship with career development. **Methods:** The participants were 776 nurses working at 194 general hospitals with more than 400 beds. The survey items included personal attributes, organizational attributes, career plateauing, content plateau, and career maturity scale for nurses. Multiple regression analysis was conducted for these associations. **Results:** Age was significantly associated with career plateaus and significantly suppressed satisfaction with promotions and opportunities. No item promoted a content plateau. Satisfaction with promotion opportunities, satisfaction with bosses, and the establishment of a career counseling department were negatively associated with content plateau. Scores on each subscale of the Occupational Career Maturity Scale were also negatively associated with career plateau scores. **Conclusions:** To control career plateau, it is important to consider the influence of age, provide fair promotion opportunities, and create a work environment where nurses can explore directions for their careers.

Key words

career plateau, career development, nurse

Correspondence: M. Takayama. Email: takayama@hos.akita-u.ac.jp

慢性疾患患者の退院指導で 臨地実習指導者が捉えた 看護学生の困難と 困難に対する指導者の工夫

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 275-284
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201215118>

福嶋洋子¹, 小山真理子², 村田由香³

¹独立行政法人国立病院機構呉医療センター附属呉看護学校

²日本看護系大学協議会, ³日本赤十字広島看護大学看護学部

要 旨

目的：看護学生が行う慢性期の患者の退院指導において、実習指導者が捉えた学生の困難と困難に対する指導の工夫を明らかにする。方法：300床以上の8施設の総合病院に勤務する実習指導者11名を対象に、インタビューガイドを用いて半構造化面接を行い、面接内容を質的記述的に分析した。結果：指導者が捉えた学生の困難は、退院後の患者の生活をイメージすること、患者の個性を捉えた指導、患者とのコミュニケーションであった。指導者は退院後の生活のイメージを促す発問、学生が情報収集や他職種の意見を参考にできる場づくり等の工夫を行っていた。個性を捉えた指導ができるように指導場面の実際の提示等の工夫をしていた。結論：生活者の視点を重視した慢性疾患患者に対する退院指導への実習指導として、早期に地域・在宅で生活する療養者に触れる体験を持つこと、他職種の意見を参考にできる場づくり等が重要である。

キーワード

慢性疾患患者, 退院指導, 臨地実習指導者, 看護学生

責任著者：福嶋洋子. Email: fyoko0424@gmail.com

緒 言

在院日数の短縮化に伴い医療依存度の高い在宅療養者は確実に増加しており、在宅で療養生活を続けるための退院支援がより重要となる。看護基礎教育における慢性期の実習では、看護学生（以下、学生）が退院指導を体験することが多く、臨地実習指導者（以下、指導者）は退院指導の内容を十分考慮して教育的活動を行う必要がある。

学生は退院指導を行う際に患者を生活者として捉えることを知識としては理解しているが、個性に欠けた画一的な退院指導になりやすく、退院指導に対して困難感や困惑を感じている。先行研究では、退院支援・患者指導における学生の困難として、個性に沿った効果的な実践を行うことの難しさ（桑村・田村・南川・市原・森本, 2005, p.28; 村山・三上・木村・福士・一戸, 2018, p.24）や、学生が知識提供に傾倒しやすく患者への指導を継続すること等の困難があることが報告されている（山本・牧野・土居・池田・田原, 2005, p.8）。また、疾患を抱えて地

域で生活する療養者のイメージがつきにくいこと（吉田, 2009, p.14）、退院指導などの体験が単に難しいという体験で留まっていることが報告されている（大庭・谷村・野口・森本, 2009, p.29）。一方で、学生の退院指導における学び（堂本・実藤, 2014; 白鳥・浅井・広瀬・阿部・佐藤, 2014; 吉田・峰村, 2012; 吉田・峰村, 2014）が明らかにされており、生活者の理解を高める演習や実習指導を含めた教育方法の必要性について指摘されている（宇多・成瀬, 2014, pp.79-88; 吉崎・太田, 2012, pp.42-45）。近年、患者指導で患者のイメージを深化させるために模擬患者や事例を活用した演習や実習の効果について報告があり（室田ほか, 2018; 山本・池田・今戸・土居, 2006; 山本ほか, 2017）、健康教育の参加など知識提供以外のアプローチや方法を学ぶ機会として教育的に意義があったと述べている（工藤・北島・倉内・井瀧・富澤, 2011, p.44）。このように、学生が行う退院指導への教育は重要であり、学生の学びに対する教育の示唆や教育方法の工夫について述べた研究はある。さらに、最近では学生に対して地域連

携室における指導者の学習支援の特徴について述べている(鶴飼・畑吉, 2019, pp.27-30)。しかし, 慢性疾患患者の退院指導において指導者が学生の困難をどのように捉え, それらの困難に対してどのように工夫して指導をしているのかを明らかにした研究は少ない。指導者は日々のケアを通して患者の生活を把握しているからこそ退院指導の教育を強化することができる。また, 指導者の工夫を効果的に実践の場に適用することによって, 多種多様な患者のニーズに対応でき, 看護実践に還元できるため意義があると考ええる。

本研究の目的は, 学生が行う慢性疾患患者の退院指導において, 指導者が捉えた学生の困難と困難に対する指導者の工夫を明らかにし, 退院指導における実習指導への示唆を得ることである。

I. 用語の定義

慢性疾患患者: 不可逆的で治癒が望めず, 長期にわたり疾病の管理や観察およびケア, 生活の調整を必要とする患者
退院指導: 病院から在宅へ移行する患者が, 生活者として退院後の環境により良い状態で適応できるように看護師・看護学生が行う生活指導や療養指導

臨地実習指導者: 看護学生の实習指導にあたる看護職者で, 実習指導者講習会を修了し, 慢性期の患者の退院指導について実習指導を行った経験がある者

学生の困難: 慢性疾患患者の退院指導で臨地実習指導者が捉えた看護学生が認識している困難

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究参加者

慢性疾患患者に対する退院指導について学生に3年以上実習指導をした経験がある看護師で, 実習指導者講習会を修了し, 研究への参加に同意が得られた臨地実習指導者

3. データ収集期間

2014年8月29日～2014年10月8日

4. データ収集方法

中国地方の300床以上の総合病院で承諾を得られた8施設の看護部長に, 本研究の目的・方法・協力内容について文書または口頭で説明し, 調査協力を依頼した。看護部長の承諾を得たのち, 参加者に研究計画書及び研究同意書入

りの封筒を配布するよう依頼した。研究協力の同意は, 研究参加者から研究者へ直接返送した。

データ収集は半構造化面接により, 研究者の作成したインタビューガイドに沿って行った。インタビュー内容は, 「対象者の属性」「慢性期の患者の退院指導における学生への指導方法」「患者に自己管理の支援を指導する際の学生が認識している困難と指導の工夫」「患者を生活者として捉えられるような指導の工夫」「学生が行う退院指導において, 指導者が大事にしていること」であった。インタビューは, 1名の研究者が1人60分程度で1人1回行った。インタビュー内容は参加者の同意を得て, ICレコーダーに録音した。

5. データ分析方法

インタビューにより得られた研究参加者の語りのデータを逐語録にし, 学生の困難と指導者の工夫に該当すると思われる部分を逐語録から抽出し, 参加者の語りの意味を変化させないように要約してコード化した。コード化したものを, その意味内容の類似性・相違性を明らかにしながら分類してサブカテゴリーにし, さらに, 類似したサブカテゴリーを統合してカテゴリーにした。分析は個人で分析案を作成し, それを3名で合意を得るまで再分析した。また, 分析の信頼性・真実性を確保するため, 分析の全過程で2名の質的研究に精通した研究者からスーパーバイズを受けて実施した。

6. 倫理的配慮

本研究への参加は自由意思であること, 研究参加者から途中で参加を取り消すことができること, 参加・不参加によってその後の仕事上の不利益を被ることはないことを, 参加者に対して文書と口頭で説明した。インタビューの場所は, 対象者が落ち着いて回答ができ, インタビュー内容が他の人に漏れることのないプライバシーが確保できる施設内の個室を使用して行った。個人情報の保護に十分配慮し, 個人が特定できない形で分析して匿名性に配慮した。得られたデータは本研究以外では使用せず, 録音したデータは研究者の責任のもと研究期間中は厳重に保管, 管理を行った。データの保存期間は, 本研究の看護系の学会発表, 論文投稿が終了するまでとし, 本研究が終了した時点でICレコーダーに録音されたデータは全て消去し, 逐語録は裁断破棄処分することを保障した。研究結果は看護系の学会発表, 論文投稿を予定していることを説明し, 同意を得た。本研究は日本赤十字広島看護大学研究倫理審査委員会の承認を得た後に実施した(承認番号:M-1402)。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の背景

本研究の同意が得られた研究参加者は、慢性疾患患者の退院指導について学生に実習指導をした経験がある指導者11名（8施設）であった。指導者としての経験年数は平均7.1年（3～13年）、看護師の経験年数は平均15.4年（5～26年）であった。実習指導の1年間の平均回数は10.6回（1～50回）であった。実習指導をした病棟は内科が多かった（表1）。

2. 退院指導において指導者が捉えた学生の困難

慢性疾患患者の退院指導で指導者が捉えた学生の困難は、【退院後の患者の生活をイメージすること】【患者の個別性を捉えた指導】【患者とのコミュニケーション】の3カテゴリーが抽出された（表2）。なお、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉, コードは「 」で示す。

(1) 【退院後の患者の生活をイメージすること】

指導者が捉えた学生の困難として【退院後の患者の生活をイメージすること】には、〈退院後の患者の生活をイメージできない〉、〈祖父母との同居の体験がなく生活のイメージが難しい〉の2サブカテゴリーが含まれた。指導者は、学生が退院指導で患者の生活を考慮できないのは、「在宅に帰ってからの患者の具体的なイメージ化ができない」からであると感じていた。イメージができない具体的な内容には、「在宅での生活環境や経済面が、病院とは異なることが想像できない」があった。さらに、近年の核家族化等による背景から、学生は「祖父母との同居や生活体験が少ないのでイメージが難しい」ことや、「祖父母と一緒に暮らしていないので老年期の患者について実感しにくい」など高齢者との同居体験が少なく、在宅での生活をイメージすることが難しいと考えていた。

表1 研究参加者の背景

対象者	年齢	実習指導者の経験年数	看護師の経験年数	慢性期の退院指導における実習指導の回数（年間）	慢性期の退院指導において実習指導をした病棟
A	30代	5年	12年	2回	内分泌科
B	20代	3年	5年	5回	心臓血管内科, 腎臓内科
C	20代	3年	5年	3回	心臓血管内科, 腎臓内科
D	40代	7年	21年	35回	呼吸器内科, 循環器内科
E	50代	4年	26年	1回	内科, 整形外科
F	30代	8年	11年	50回	循環器内科, 内分泌科
G	30代	12年	18年	1回	整形外科
H	40代	8年	17年	5回	内科
I	30代	10年	10年	2回	呼吸器内科, 血液内科
J	40代	5年	21年	10回	呼吸器内科
K	40代	13年	23年	3回	腎臓内科, 糖尿病代謝科

n=11（人）

表2 慢性疾患患者の退院指導において臨地実習指導者が捉えた学生の困難

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（例）
退院後の患者の生活をイメージすること	退院後の患者の生活がイメージできない	・在宅に帰ってからの患者の具体的なイメージ化ができない ・在宅での生活環境や経済面が、病院とは異なることが想像できない
	祖父母との同居の体験がなく生活のイメージが難しい	・祖父母との同居や生活体験が少ないのでイメージが難しい ・祖父母と一緒に暮らしていないので、老年期の患者について実感しにくい
患者の個別性を捉えた指導	患者の個別性を捉えた支援が難しい	・学生は行動変容の指導がわからず、テキスト通りの媒体を作って戸惑う ・個別性という言葉をよく使うが個別性を今一つ理解していない
	個別的な指導の必要性がわからない	・学生は患者に指導したことは行えて、やるのが当たり前という考えが少し強い ・患者が自己管理ができないことを見抜けず、指導をすればすぐにできると思う
患者とのコミュニケーション	コミュニケーションが難しい	・コミュニケーションが難しく、何を話したらよいかかわからない ・コミュニケーション自体が難しい
	コミュニケーションによる情報収集が十分でない	・コミュニケーションが難しく、情報収集が浅い ・患者の生活状況や家族関係の情報を引き出すのが難しい

(2) 【患者の個別性を捉えた指導】

【患者の個別性を捉えた指導】には、〈患者の個別性を捉えた支援が難しい〉、〈個別的な指導の必要性がわからない〉の2サブカテゴリーが含まれた。指導者は「学生は行動変容の指導がわからず、テキスト通りの媒体を作って戸惑う」のように、学生が行う退院指導が個別的な支援に繋がらなかったケースを何度も経験し、「個別性という言葉をよく使うが、個別性を今一つ理解していない」等と感じていた。さらに、「学生は患者に指導したことは行えて、やるのが当たり前という考えが少し強い」のように、指導者は画一的な指導で患者を行動変容できるとする学生を捉えていた。また、学生は退院指導の経験が少ないことから「患者が自己管理できないことを見抜けず、指導をすればすぐにできると思う」ことがあり、指導者は患者の個別性をふまえた指導を学生が行うことは難しいと感じていた。

(3) 【患者とのコミュニケーション】

【患者とのコミュニケーション】には、〈コミュニケーションが難しい〉、〈コミュニケーションによる情報収集が十分でない〉の2サブカテゴリーが含まれた。指導者は、患者や家族との関わりから「コミュニケーションが難しく、何を話したらよいかわからない」という学生を目の当たりにし、「コミュニケーション自体が難しい」と実感していた。また、指導者は、退院指導を行う以前に「コミュニケーションが難しく、情報収集が浅い」と捉え、具体的には「患者の生活状況や家族関係の情報を引き出すのが難しい」ことから、退院後の生活など踏み込んだ情報収集ができないと考えていた。

3. 学生の困難に対する指導者の工夫

学生の困難の中でも特に【退院後の患者の生活をイメージすること】に対して、指導者は様々な工夫を試みている。以下、指導者が捉えた学生の困難それぞれに対する指導者の工夫について述べる。

(1) 退院後の患者の生活をイメージする難しさに対する指導者の工夫

学生が退院後の患者の生活をイメージする難しさに対する指導者の工夫は、【退院後の生活のイメージを促す発問】【学生が情報収集できるような場づくり】【退院指導につながる情報の提示】【患者の自己管理を思索する発問や機会の提供】【他職種の意見を参考にするための場づくり】の5カテゴリーがあった(表3)。

【退院後の生活のイメージを促す発問】には、〈退院後の生活のイメージにむけた発問〉、〈退院後の生活を患者の立場で考えさせる発問〉の2サブカテゴリーが含まれた。指導者は、退院後の生活をイメージすることが困難な学生に対して、「退院後の患者の生活動作で学生が考えない所を

刺激し発問する」ことや、「患者の1つずつの生活行動を捉えて発問する」ことで、退院後の生活をイメージ化できるような発問をしていた。また、「今までの患者の生活を自分に置き換えて考えさせる」や「患者が家に帰る場合、自分だったらどう思うのかを発問する」のように、学生が患者の目線で退院後の生活を考えることで、患者の立場で考えさせる発問を工夫していた。

退院指導において情報収集が重要と考えている指導者は多く、学生自らが情報収集できるようなきっかけを作る【学生が情報収集できるような場づくり】を試みている。このカテゴリーには、〈学生が情報収集できるような調整〉、〈情報収集のため学生と指導者が共に行動〉の2サブカテゴリーが含まれた。例えば、「在宅でのイメージができるように、患者と指導者の会話に学生が入れるようにする」だけでなく、「情報を聴く合図を出し、学生が聴きやすい話の流れを作る」のように、学生自らが患者との対話の中で、退院後の生活においてポイントとなる情報を収集できるような調整を行っていた。また、指導者は「学生と一緒に情報収集の方法を示し、必要な情報を取ってもらう」のように、情報収集方法のモデルを学生に示していた。さらに、指導者は「学生と一緒に日常生活援助をして、患者の生活状況を会話から引き出す」ことで、自然なコミュニケーションや援助から学生が必要な情報を引き出せるよう共に行動していた。

学生は退院指導に必要な情報が何なのかかわからないことが多いため、指導者は重要な情報はあらかじめ学生に提供するという【退院指導につながる情報の提示】を行っていた。このカテゴリーには、〈必要な情報を事前に提供〉と〈学生の情報収集を指導に関連づけ〉の2サブカテゴリーがあった。指導者は、学生が退院指導に必要な情報をタイムリーに収集することは困難であると考え、事前に「学生に気づいてほしい情報は、できる限り先に言って考えさせる」ことや、「患者の良い情報や特性を教える」ことで、重要な情報を学生に提供して考えさせ、円滑に退院指導ができるようにしていた。また、指導者は学生の情報収集における気づきを大切にして関わっており、「学生が情報収集から引き出したヒントを、退院指導に繋げる」ことや、「学生の情報収集から、他に関連する情報を取るように伝える」ことをしていた。指導者は、学生の情報収集を指導に関連づけ、学生の経験を通して退院指導を学ばせていた。

【患者の自己管理を思索する発問や機会の提供】には、〈患者の自己管理を促す支援について発問〉、〈患者が自己管理できない理由や状態の悪化を確認〉、〈自己管理を患者と共に考える機会の提供〉の3サブカテゴリーが含まれた。指導者は、慢性疾患患者の自己管理を漠然と捉えて

表3 看護学生が退院後の患者の生活をイメージする難しさに対する指導者の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (例)
退院後の生活のイメージを促す発問	退院後の生活のイメージにむけた発問	・退院後の患者の生活動作で学生が考えない所を刺激し発問する ・患者の1つずつの生活行動を捉えて発問する
	退院後の生活を患者の立場で考えさせる発問	・今までの患者の生活を自分に置き換えて考えさせる ・患者が家に帰る場合, 自分だったらどう思うのかを発問する
学生が情報収集できるような場づくり	学生が情報収集できるような調整	・在宅でのイメージができるように, 患者と指導者の会話に学生が入れるようにする ・情報を聴く合図を出し, 学生が聴きやすい話の流れを作る
	情報収集のため学生と指導者が共に行動	・学生と一緒に行って情報収集の方法を示し, 必要な情報を取ってもらう ・学生と一緒に日常生活援助をして, 患者の生活状況を会話から引き出す
退院指導につながる情報の提示	必要な情報を事前に提供	・学生に気づいてほしい情報は, できる限り先に言って考えさせる ・患者の良い情報や特性を教える
	学生の情報収集を指導に関連づけ	・学生が情報収集から引き出したヒントを, 退院指導に繋げる ・学生の情報収集から, 他に関連する情報を取るよう伝える
患者の自己管理を思索する発問や機会の提供	患者の自己管理を促す支援について発問	・患者が在宅で実際に自己管理できるか発問する ・患者が在宅の生活で何が不足か考えると, 自己管理への支援に繋がる
	患者が自己管理できない理由や状態の悪化を確認	・患者が実施できる方法や, やりたくない理由を学生と一緒に確認する ・患者が自己管理をできない場合どんな結果に陥るのか, 危機感を持ってもらうため説明する
	自己管理を患者と共に考える機会の提供	・患者と学生が在宅で自己管理できる方法を一緒に考える ・学生に患者が毎日行う自己管理を一緒にやってもらう
他職種の意見を参考にするための場づくり	他職種の意見を活かす調整	・他職種の意見を活かせるように, 指導者が連携をとり調整する ・指導上の困難点について学生と一緒に, 他職種に聞きに行く
	他職種カンファレンスへの参加	・学生が他職種との合同カンファレンスに入れるよう調整する ・学生が退院前カンファレンスの司会を行うため, 情報提供の準備を支える

いる学生に対して、「患者が在宅で実際に自己管理できるか発問する」ことで学生に自己管理の重要性を気づかせていた。そして、「患者が在宅の生活で何が不足か考えると, 自己管理への支援に繋がる」のように, 患者の自己管理を促す支援について発問し, 現実的な自己管理について考えさせる機会を持っていた。また, 指導者は, 学生の自己管理に対するイメージをより膨らませるため, 「患者が実施できる方法や, やりたくない理由を学生と一緒に確認する」ことや, 「患者が自己管理をできない場合どんな結果に陥るのか, 危機感を持ってもらうため説明する」ことで, 患者が自己管理できない理由や状態の悪化を確認していた。さらに, 指導者は「患者と学生が在宅で自己管理できる方法を一緒に考える」ことや, 「学生に患者が毎日行う自己管理を一緒にやってもらう」ことで, 学生が自己管理を患者と共に考える機会を提供していた。

【他職種の意見を参考にするための場づくり】には, 〈他職種の意見を活かす調整〉と〈他職種カンファレンスへの参加〉の2サブカテゴリーが含まれた。指導者は他職種の専門的な知識を必要とする場合, 「他職種の意見を活かせ

るように, 指導者が連携をとり調整する」ことや, 「指導上の困難点について学生と一緒に, 他職種に聞きに行く」ことで, 学生と他職種をつなぐ橋渡しの役割を担い, 学生が他職種の意見を活かす調整をしていた。また, 他職種カンファレンスの内容を学生の退院指導に反映してもらいたいと考え, 「学生が他職種との合同カンファレンスに入れるよう調整する」ようにしていた。さらに, 「学生が退院前カンファレンスの司会を行うため, 情報提供の準備を支える」のように, 他職種との退院前カンファレンスの司会を, 指導者が十分にフォローした上で学生に体験させていた。

(2) 患者の個別性を捉えた指導を行う難しさに対する指導者の工夫

学生が個別性を捉えた退院指導を行う難しさに対する指導者の工夫は, 【指導場面の実際を提示】【患者が治療を継続できるような工夫のアドバイス】の2カテゴリーがあった(表4)。

【指導場面の実際を提示】する指導者の工夫には, 患者の個別性に対する気づきを促すような〈指導場面の見学を推進〉, 〈学生の指導場面でポイントの提示や補足〉の2サ

ブカテゴリーが含まれた。指導者は、学生のモデルになることの重要性を理解しており、「学生に指導場面を見せることが必要で、機会があれば必ず呼ぶ」ことや、「社会的・精神的にケアを求めている患者の指導の実際を見学してもらおう」のように、個別的な指導場面の見学を推進し、指導の実践を学ばせるような工夫を試みていた。また、「学生の指導場面に一緒に行き、不足を補ったり、ポイントを示す」ことや、「学生の指導場面に立ち会い、指導後患者に確認と補足を行う」ことで、学生の指導場面でポイントの提示や補足をしていた。すなわち、学生に退院指導を体験させた上で意味づけを行い、学生の学びを保証するような指導を行っていた。

【患者が治療を継続できるような工夫のアドバイス】には、〈患者がわかりやすい媒体を使うことのアドバイス〉、〈治療が継続できるような工夫のアドバイス〉の2サブカテゴリーが含まれた。指導者は「媒体を使う際、患者の年齢を考慮した指導内容や方法を指導する」ことで対象に応じた媒体を考えさせ、「患者が一目でわかるような媒体を学生と一緒に確認する」ことで、患者の年齢や五感を考慮したわかりやすい媒体についてアドバイスしていた。さらに、「病院と同じ時間帯に体重等を測定することや患者にできることを伝える」ことや、「患者が退院後も治療を継続できるような工夫をアドバイスする」など、患者の生活習慣を尊重して退院後の治療が継続できるような工夫をアドバイスしていた。

(3) 患者とのコミュニケーションの難しさに対する指導者の工夫

指導者は、退院指導における学生のコミュニケーションの難しさに対して、【学生が情報収集できるような場づくり】を行っていた。このカテゴリーは、退院後の患者の生活をイメージする難しさに対しても指導者が行っていた工夫である。指導者は、学生が自然なコミュニケーションを通して必要な情報収集が行えるように関わっていた。

IV. 考 察

本研究の結果、指導者が捉えた学生の困難は、【退院後の患者の生活をイメージすること】【患者の個性を捉えた指導】【患者とのコミュニケーション】であった。先行研究でも、退院支援・患者指導で学生が認識している困難として、疾患を抱えて地域で生活する療養者のイメージがつきにくいこと（吉田, 2009, p.14）や、個性に沿った効果的な実践を行うことの難しさ（桑村・田村・南川・市原・森本, 2005, p.28；村山・三上・木村・福士・一戸, 2018, p.24）について述べている。退院指導で学生が認識している困難と、本研究で指導者が捉えた学生の困難は同じであることが明らかになった。このことは、本研究の成果として意義がある。

また、退院指導での学生の困難に対して、指導者は学生の困難にあわせた指導の工夫を行っていた。以下、本研究の結果をふまえながら、A. 退院後の患者の生活をイメージする難しさに対する実習指導、B. 患者の個性を捉えた退院指導の難しさに対する生活者の視点を重視した実習指導について考察する。

1. 退院後の患者の生活をイメージする難しさに対する実習指導

指導者は、学生が【退院後の患者の生活をイメージすること】の難しさに対して、【退院後の生活のイメージを促す発問】の他に、【患者の自己管理を思索する発問や機会の提供】のような具体的な発問を行っていた。指導者が退院後の患者の生活について学生に発問することは、患者や家族が退院後の生活で不安に感じていること等をイメージできるように促し、学生がどのように退院指導をする必要があるのか理解を深めるきっかけとなる。実習における発問について、安酸は、学生が自分で経験した事実や現象を素材にした方が学習意欲も高まるため、教師が気づいてほしいことは発問などを使って、できるだけ学生が気づいた

表4 看護学生が患者の個性を捉えた指導を行う難しさに対する指導者の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (例)
指導場面の実際を提示	指導場面の見学を推進	・学生に指導場面を見せることが必要で、機会があれば必ず呼ぶ ・社会的・精神的にケアを求めている患者の指導の実際を見学してもらおう
	学生の指導場面でポイントの提示や補足	・学生の指導場面に一緒に行き、不足を補ったり、ポイントを示す ・学生の指導場面に立ち会い、指導後患者に確認と補足を行う
患者が治療を継続できるような工夫のアドバイス	患者がわかりやすい媒体を使うことのアドバイス	・媒体を使う際、患者の年齢を考慮した指導内容や方法を指導する ・患者が一目でわかるような媒体を学生と一緒に確認する
	治療が継続できるような工夫のアドバイス	・病院と同じ時間帯に体重等を測定することや患者にできることを伝える ・患者が退院後も治療を継続できるような工夫をアドバイスする

と感じるようにしたいと述べている (2001, p.21)。指導者が患者の退院後の生活について、学生が気づいていないことや学生自身だったらどう思うのかを発問することで、学生は退院後の患者の生活を幅広い視点で患者の立場に立って考えることができる。これらのことは、患者が退院後に活用できる退院指導に近づくため、少しでもより良い看護を提供したいと考えている学生の学習意欲を高めることにつながると考える。従って、指導者が学生の体験する慢性期の患者の退院指導において、患者の退院後の生活や自己管理への支援を教材として具体的に発問することが望まれる。

また、指導者は【学生が情報収集できるような場づくり】を行っていた。このことは、指導者が退院後の生活においてポイントとなる情報を収集できるきっかけを作り、学生が主体的に情報収集できるような工夫をしていたといえる。さらに、指導者は学生に対して【退院指導につながる情報の提示】をしており、学生のレディネスに応じて退院指導に必要な情報を助言し、学生の学びが促進するよう関わっていた。指導者は、学生に何かを教え込むのではなく、学生の自己決定を尊重し、学生の主体的な学びが進んでいくように助言したりモデルになったり、学習環境を整えたりする (安酸, 2001, p.15) ことが必要である。指導者が学生と一緒に患者や他職種のもとに行き情報収集するきっかけをつくり、学生が自然な形で情報収集をしていけるように支援すること、学生の情報収集の状況に応じて退院指導に必要な情報を助言することは、学生の主体的な学びを促進させるために重要である。

さらに、指導者は、他職種の専門的な意見からイメージを膨らませるような【他職種の意見を参考にするための場づくり】の工夫を行っていた。在院日数の短縮化に伴って在宅医療が推進され、地域で治療を継続していくために他職種との連携がより重要である。実習では、施設内外においてチームケアの学習に効果的な実例や多様な社会資源に触れる機会を実習の担当者と教師が意図的に作る等の教育上の工夫を行い、具体的にイメージ化させ関心を高めるような学習の場のデザインを教師が行うことでかなりの“認識”の育成に繋がると述べている (峰村・吉田・宮崎・丸山, 2008, p.17)。指導者や教員が、他職種の意見を参考にできるような場を設定したり連携することは、学生がチーム医療や社会資源の実践を学ぶ機会となり、学生の具体的なイメージ化や関心を高めることに繋がるため重要であると考えられる。

学生は、退院後の患者の生活をイメージするために、臨地実習で地域や在宅で生活する療養者に触れる機会を持つことが効果的である。先行研究では学生が病院と地域の施設で行う早期体験実習の効果について述べており (神庭ほ

か, 2008; 皆川ほか, 2006; 桜井・山口, 1999), 職種の連携や生活者としての対象理解につながっていたことを明らかにしている (久川・吾妻・菅原, 2007)。また、地域の医療機関を含めた早期体験実習における学生の対象理解として、身体、心理、社会的側面をもつ統合体であり、あらゆる健康レベルや成長発達段階の生活者としての人間が看護の対象であるという学びができていたと述べている (皆川ほか, 2006, p.42)。看護教育の内容と方法に関する検討会報告書によると、看護基礎教育の効果的な教育方法として、現在は講義を受けた後に実習を行うという演繹的な学習方法が多いが、実習における看護実践の経験から学習課題を明確にし、問題解決的に学習していく帰納的な方法も思考力や判断力を養うために必要な学習方法であると述べている (厚生労働省, 2011, p.13)。これらのことから、学生が早い段階に実習を通して地域や在宅で生活する療養者に触れる体験を持ち、患者の個別的な生活を学ぶことで、退院後の患者の生活がイメージしやすく、効果的な退院指導につながると期待できる。

以上のように、退院後の生活のイメージを促すような発問や指導場面の提示、指導者や他職種の意見から情報収集ができる場づくりは、臨床で患者を把握している指導者だからこそできる効果的な学習の支援であり重要である。指導者が指導の工夫をして学ばせた退院指導の体験を、看護教員は学生と一緒に振り返り、意味づけをして学習を促進していくことが必要である。

2. 患者の個別性を捉えた退院指導の難しさに対する生活者の視点を重視した実習指導

指導者は学生の【患者の個別性を捉えた指導】の難しさに対して、【指導場面の実際を提示】する工夫をしていた。金井・楠見 (2012) は、実践知を経験から実践の中に埋め込まれた暗黙知の獲得と捉え、「Brown, J. S., Collins, A. & Duguid, P (1989) によれば、実践知は他者との相互作用における対話や教え合い、情報のやりとりによって学習され、学習者は仕事場の実践コミュニティに参加することを通して、他者、道具などのリソースを利用し、スキルや知識を獲得していく」と述べている (p.42)。退院後の患者の生活をふまえた個別的な指導を促すために、指導者が指導場面を学生に見せたり、学生への発問を通して対話することは、退院指導の実践力を育成することにつながり重要であると考えられる。換言すれば、学生は指導者に指導の実際を示してもらったり発問による対話によって、退院指導の実践を学習し、慢性疾患患者の退院指導の知識や技能を獲得することにつながっていたと考える。指導者が、慢性疾患患者の退院指導の実践が学生にわかるように、指導場面の実際や発問を示していたことは、学生の実践力を育

成していくことにつながり重要である。

また、金井・楠見（2012）は、実践知獲得のための学習として、「熟達者が（中略）初心者のためのモデルとなつて、優れた実践活動を示し初心者が模倣し、それに対して熟達者が結果の知識としてフィードバックを与え、初心者が修正するという観察学習とコーチングからなる」と述べている（p.42）。指導者は、指導場面の実際を示し、自己管理の支援について発問や説明をして学生と対話を重ね、退院指導ができるように、コーチングを活用したプロセスを経ていた。指導者が指導場面の実際を示した上で、学生にコーチングを行うことは、退院指導の実践知を学生が獲得していくために重要であると考えられる。

さらに、学生は臨地実習で対象者の地域生活の場や入院生活の場で生活に直接触れ、語ってもらふ機会に恵まれる機会が多いため、自分と違う生活を知り、生活者としての理解が促進される。しかし、いざ援助の実際になると生活者としての情報を活かせず個性のない援助計画になってしまうことがある。学生にとって、生活者としての個別情報を援助に活かすために、臨床の現場で看護師が捉えている患者の生活そのものの事実が、その人にとってどのような意味があるかを話し合い、援助につなげていく検討を重ねていくことは、確実に「生活者に関する知識・技術」を向上させることができると述べている（下村・河口・林, 2003, p.205）。指導者は、学生は臨地での経験が少ないため【患者の個別性を捉えた指導】の難しさがあると述べており、慢性疾患患者の退院指導で体験した実践事例を学生が共有できるように実習のカンファレンスや振り返りの場で意見交換させていた。患者の生活が意味することや退院後に治療が継続できる援助について学生が意見交換を行うことは、個別的な退院指導の技術を向上させることにつながるため、生活者としての個別情報を活かした意見交換を行う機会を積極的にもつことが必要である。

V. 結 論

- A. 慢性疾患患者の退院指導で指導者が捉えた学生の困難は、退院後の患者の生活をイメージすること、患者の個別性を捉えた指導、患者とのコミュニケーションであった。
- B. 退院後の患者の生活をイメージする難しさに対する指導者の工夫は、退院後の生活のイメージを促す発問をすること、学生が情報収集できるような場づくりをすること、退院指導につながる情報を提示すること、患者の自己管理を思索する発問や機会の提供をすること、他職種の意見を参考にするための場づくりをすることであった。また、患者の個別性を捉えた指導を行う難しさに対

する指導者の工夫は、指導場面の実際を提示すること、患者が治療を継続できるような工夫のアドバイスをすることであった。

- C. 生活者の視点を重視した慢性疾患患者に対する退院指導への実習指導として、早い段階で地域・在宅で生活する療養者に触れる体験を持つこと、他職種の意見を参考にするための場づくり等が重要である。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、慢性疾患患者に対する退院指導について学生に3年以上実習指導をした経験がある看護師で、実習指導者講習会を修了した臨地実習指導者を対象としたインタビュー調査であった。指導者の背景や実習指導する学生のレディネスを統一していないことは本研究の限界である。今回得られた結果をより一般化するため、今後、対象者の人数を増やし、指導者の背景や実習指導する学生の学校・学年を考慮した研究を重ねる必要がある。また、本研究は指導者の認識を通じた研究であり、学生と指導者の相互作用や双方の関係性については、今後さらに研究を深める必要がある。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました研究参加者の皆様、研究参加候補者をご紹介くださいました所属機関看護部の方々に深謝いたします。なお本研究は、日本赤十字広島看護大学大学院の修士論文に一部の加筆・修正したものである。また、本研究の一部は日本看護学教育学会第26回学術集会（東京）で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 堂本 司, 実藤基子 (2014). 看護過程の紙上患者事例からみた看護学生の退院支援に関するアセスメントの視点. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 14, 55-64.
- 久川洋子, 吾妻知美, 菅原邦子 (2007). 基礎看護学早期体験実習の効果 看護学生および体験学習施設からの評価. *天使大学紀要*, 7, 67-76.
- 神庭純子, 松下延子, 藤生君江, 伊藤幸子, 上坂良子, 小林貴子, 中村貴子, 橋本廣子, 下井勝子, 宮田延子 (2008). 4年生看護基礎教育課程の1年次「ふれあい実習」の教育効果 (1

- 報) : 学生の自己評価を分析して. *岐阜医療科学大学紀要*, 2, 107-114.
- 金井壽宏, 楠見 孝 (2012). *実践知 エキスパートの知性*. 42, 東京 : 有斐閣.
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (参照2015年9月16日)
- 工藤うみ, 北島麻衣子, 倉内静香, 井瀧千恵子, 富澤登志子 (2011). 糖尿病患者へのセルフマネジメントサポートプログラムにおいて学生が捉えた患者教育. *日本看護学教育学会誌*, 20(3), 37-45.
- 桑村由美, 田村綾子, 南川貴子, 市原多香子, 森本忠興 (2005). 臨地実習で糖尿病患者を受け持った学生の学びの分析. *The Journal of Nursing Investigation*, 4(1), 26-33.
- 皆川敦子, 北村真弓, 三好陽子, 世古留美, 倉田亮子, 三吉友美子, 福田峰子, 藤原 郁, 船橋香緒里, 栃本千鶴, 箭野育子, 足立はるゑ (2006). 早期体験実習における看護学生の学びの早期体験実習後におけるレポートからの分析. *日本看護医療学会雑誌*, 8(2), 33-43.
- 峰村淳子, 吉田久美子, 宮崎歌代子, 丸山美知子 (2008). 病院看護師の在宅支援の看護についての研究 第4報 : 3施設の看護師の認識と行動の実態分析. *東京医科大学看護専門学校紀要*, 18(1), 1-34.
- 村山志津子, 三上ふみ子, 木村千代子, 福士裕紀, 一戸とも子 (2018). 看護学生の成人看護学実習 慢性期における患者指導の実際と困難. *青森中央学院大学研究紀要*, 29, 21-34.
- 室田昌子, 岩脇陽子, 滝下幸栄, 山本容子, 光本かおり, 中村順子, 松岡知子 (2018). 退院支援事例をアセスメントする学習を取り入れた成人看護学実習の効果. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 28, 43-48.
- 大庭桂子, 谷村千華, 野口佳美, 森本美智子 (2009). 成人 (慢性) 看護学実習体験における学生の関心事象 : 課題レポートの内容分析より. *日本看護学教育学会誌*, 19(2), 23-32.
- 桜井礼子, 山口真由美 (1999). 看護教育における初期体験実習の経験と意義. *大分看護科学研究*, 1(1), 20-26.
- 下村裕子, 河口てる子, 林 優子, 土方ふじ子, 大池美也子, 患者教育研究会 (2003). 看護が捉える「生活者」の視点 : 対象者理解と行動変容の「かぎ」(焦点 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み). *看護研究*, 36(3), 199-211.
- 白鳥孝子, 浅井美千代, 広瀬由美子, 阿部恭子, 佐藤まゆみ (2014). 慢性期患者へのセルフマネジメント支援に関する学生の学び 外来実習の記録分析から. *千葉県立保健医療大学紀要*, 5(1), 65-70.
- 鶴飼知鶴, 畑吉節未 (2019). 地域連携室における指導者の学習支援の特徴. *日本看護学会論文集 (在宅看護)*, 49, 27-30.
- 宇多みどり, 成瀬和子 (2014). 地域住民による教育ボランティアを導入した看護演習の効果 : 生活者を支える在宅ケアのイメージを高めるために. *日本看護学教育学会*, 24(1), 79-88.
- 山本容子, 岩脇陽子, 滝下幸栄, 室田昌子, 松岡知子, 光本かおり, 中村順子, 小城智圭子 (2017). 看護学士課程1年生から開始する在宅ケアに向けた継続看護の効果的な教育方法の検討. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 27, 71-76.
- 山本裕子, 池田由紀, 今戸美奈子, 土居洋子 (2006). 模擬糖尿病患者を利用した慢性看護学演習の効果と課題. *大阪府立大学看護学部紀要*, 12(1), 1-10.
- 山本裕子, 牧野信裕, 土居洋子, 池田由紀, 田原美奈子 (2005). 卒業前看護学生の捉えた慢性病患者に対する患者教育. *大阪府立看護大学紀要*, 11(1), 7-15.
- 安酸史子, 藤岡完治, 村島さい子, 中津川順子 (2001). 学生とともに創る臨床実習指導ワークブック第2版. 15-21. 東京 : 医学書院.
- 吉田久美子 (2009). 地域看護学実習における課題レポートに関する分析 : 生活者として捉えることの意味. *東京医科大学看護専門学校紀要*, 19(1), 13-19.
- 吉田久美子, 峰村淳子 (2012). 看護基礎教育における在宅支援の看護の教育の実態についての研究 : 他領域の看護学との連携を踏まえた教育の検討. *東京医科大学看護専門学校紀要*, 22(1), 1-9.
- 吉田久美子, 峰村淳子 (2014). 在宅看護論実習における退院調整部門実習の学習効果と教育方法の検討. *東京医科大学看護専門学校紀要*, 24(1), 25-30.
- 吉崎文子, 太田節子 (2012). 高齢者看護学実習 I における看護学生の学びの特徴 : 生活者である施設利用者との関わりを通して. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 10(1), 42-45.

〔2020年3月27日受付〕
〔2020年12月15日採用決定〕

Nursing Student Difficulties Perceived by Clinical Practicum Instructors in Providing Discharge Instructions for Chronic Phase Patients and Resourcefulness in Guidance Regarding Such Difficulties

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 275-284
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201215118>

Yoko Fukushima, MSN¹, Mariko Koyama, RN, PhD²,
Yuka Murata, PhD³

¹Nursing School Attached to National Hospital Organization Kure Medical Center, Hiroshima, Japan

²Japan Association of Nursing Programs in Universities, Tokyo, Japan

³Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan

Abstract

Objective: To elucidate the difficulties encountered by nursing students when providing discharge instructions to chronic phase patients as perceived by clinical practicum instructors, and the steps taken by the instructors to alleviate such difficulties. **Methods:** Semi-structured interviews using an interview guide were conducted on 11 clinical practicum instructors working at eight general hospitals with a capacity of ≥ 300 beds. The interview data were then subjected to a qualitative descriptive analysis. **Results:** The instructors perceived students to be experiencing difficulties in visualizing patients' post-discharge lives, tailoring instructions to their individual needs, and communicating with their patients. The steps taken by the instructors to alleviate these difficulties included asking questions that encouraged students to visualize patients' post-discharge lives. Further, they provided opportunities for students to gather information and to learn from people in other professions. The instructors also demonstrated the actual provision of discharge instructions to enable students to tailor instructions to patients' individual needs. **Conclusions:** Critical clinical practice measures for teaching discharge instructions to patients with chronic diseases include enabling students to gain early experience in interacting with patients living at home and in the community, focusing on patients' perspective.

Key words

chronic phase patients, providing discharge instructions, clinical practicum instructors, Nursing student

Correspondence: Y. Fukushima. Email: fyoko0424@gmail.com

看護基礎教育の臨地実習における 実習指導者の持つコンピテンシー

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 285-297
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201222117>

馬場好恵¹, 本田可奈子², 中西京子³

¹聖泉大学看護学部, ²滋賀県立大学人間看護学部

³滋賀医科大学医学部看護学科

要旨

目的: 看護基礎教育における臨地実習において、実習指導者が持つコンピテンシーを明らかにすることである。
方法: 実習指導者4名の実習指導場面の参加観察及び半構成的面接を行い、質的記述的に分析した。**結果:** 臨地実習における実習指導者のコンピテンシーとして【学生を本当の実践の場の一員として導く】【周囲を巻き込みながら臨地に学生中心のネットワークをつくる】【看護師のロールモデルとして行動できる】【学生の経験を学びに変える】の4つが明らかとなった。**結論:** 実習指導者がコンピテンシーの根源的特徴として、優れた実践家としての価値観や対人関係能力を持っていることが明らかとなった。4つのコンピテンシーの獲得には、経験値の高い熟練性と、of-the jobでの系統だった研修会等の受講は必要不可欠である。

キーワード

臨地実習, 実習指導者, コンピテンシー, 参加観察

責任著者: 馬場好恵. Email: baba-y@seisen.ac.jp

はじめに

看護基礎教育では、急速に進展する人口の超高齢化や少子化、医療技術の高度化や社会の医療ニーズの多様化といった、保健医療福祉を取り巻く状況の変化に対応した看護を提供できる人材の育成が求められている（日本看護系大学協議会, 2018）。とくに臨地実習では、多様な場、多様な人が対象となる臨地の場で、対人関係能力や倫理観を養うとともに、看護専門職として自己の在り方を省察する能力の育成が求められている。学生は臨地実習での看護の体験の過程で、看護に対する関心と意欲が芽生え自己の看護観を確立していく。このような学生の看護の体験に指導的立場で関わる実習指導者の教育的役割は重要である（松澤・休波, 2009）。しかし、実習指導者は、現在の保健医療福祉における医療提供体制の見直しが進む実習環境に加え、看護系大学の急増により教育課程や実習内容の違いについて十分な理解がないまま臨地実習を受け入れざるを得ない状況に困惑している（氷見・出石・村口・平野・小野, 2015）。実習施設の実習指導者は、学生の看護実践や学習意欲への支援だけでなく実習指導の準備、実習環境の整備、病棟スタッフや教員との連携等様々な役割を期待されており（山田, 2010）、臨地実習において重要な位置にある（堀・大塚, 2013）。わが国の実習指導者の育成

は、240時間の保健師助産師看護師実習指導者講習会（以下、講習会）を通して行われる。この講習会では、受講者が看護教育における実習の意義、指導者の役割を理解し、効果的な実習指導を可能にするために必要な知識・技術の習得を目的とされ、実習指導者自身が教育観、看護観を見直し、臨床での教育の意味を学ぶ（屋宜・目黒, 2009）。しかし、所属施設の状況や病棟スタッフ数の余裕のなさから、全ての実習指導者が講習会を受講しているとは限らず施設の院内教育による短時間の研修のみで実習指導者となっている現状がある（二十軒, 2017）。実習指導者は講習会を受講してもその後の活動において、指導上の困難や自身の力量に関する課題（志田・袖山・望月, 2011）を抱えており、学習の機会を要望している（酒井ほか, 2015）。さらに病院看護職にとって実習指導者という役割は、長期に固定された役割ではなく一時期の任務であり、キャリア形成の段階に組み込まれているため、常に新たな実習指導者を育成し続けることが必要となる（屋宜・目黒, 2009）。また、実習指導者には看護師経験年数の規定がなく施設によって多様な背景をもっているため、指導能力に差があることが推察される。したがって、近年の急速に進展する保健医療福祉の変化に対応した看護を提供できる人材を育成する（日本看護系大学協議会, 2018）ためには、実習指導者自身もこのような変化に対応した看護を提供できること

が前提にあり、実習指導者への教育の質を担保することが重要である。以上のことから実習指導者への系統的教育や研修は一層重要と考えられ、実習指導者の資質や能力向上を目指していく必要がある。

そこで、近年人材能力の育成において導入されているコンピテンシー (McClelland, 1973) という概念に着目した。コンピテンシーは、1970年代米国経済の低迷をきっかけに、高業績者の要因を明らかにすることで人材の能力開発に取り組んだことが起源とされている。さらに Spencer & Spencer (1993/2001) は、氷山モデルと呼ばれるコンピテンシーの範囲図を作成し、水面下にある特性や自己概念などの部分と、水面上にある知識やスキルで構成されると説明した。国内では1990年代、多くの企業においてコンピテンシー・モデルが作成され、これを基盤としたマネジメントが展開されている。看護界においても、医療をとりまく環境が激変したことをきっかけに、優れた看護管理者の養成が急務となったことから能力開発のツールとしてコンピテンシーの概念が導入された。看護におけるコンピテンシーの研究では、看護管理者 (虎ノ門看護部, 2013; 倉岡ほか, 2016) や中堅看護師 (細田・星・藤原・石井, 2011)、諸外国においても看護管理者の competency 評価モデルの開発 (Kvas, SELJAK, & STARE, 2013) が行われている。また、看護基礎教育では、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ている。また、大崎・志村・恵美須 (2014) は、助産教員が実習指導者に求めるコンピテンシーとして「実践者としての助産ケア指導力」「学生理解を基にした実習目標達成志向」「学生の状況に応じた指導の創造性」「状況に応じた人的資源の活用と調整力」「自己コントロールと指導の向上意欲」の5つであることを明らかにした。特に平野 (2010) の「状況認知力」では、看護教員は学生が体験した現象を概念化していることや、大崎・志村・恵美須 (2014) の「状況に応じた人的資源の活用と調整力」では、学生の学習環境を多面的に調整していることを明らかにした。しかし、これらは看護教員が求める教員や実習指導者のコンピテンシーであり、臨地実習において実際に実習指導者がどのようなコンピテンシーを用いて指導しているのか明らかにされていない。さらに、臨床現場という即時的で複雑な状況下において、患者の安全を守り、ケアの質をおとさずに学生の実習の継続を保障し、実習目的を達成するという優れた実習指導者の指導の行動や思考の特性を明らかにすることは、実習指導者の育成を支援する基礎的資料となる。そこで本研究では、臨地実習における実習指導者が持つコンピテンシーを明確にすることを目的とし、実

習指導者の資質・能力向上を目指す教育支援のあり方への示唆を得る。

I. 研究の目的

看護基礎教育における臨地実習において、実習指導者が持つコンピテンシーを明らかにすることである。

II. 用語の定義

1. 実習指導者

保健師助産師看護師実習指導者講習会 (以下、講習会) を受講し、指導経験1年以上かつ看護師経験5年目以上の看護師とし、実習指導に専従している者とした。

2. コンピテンシー

Spencerら (1993/2001) は、「職務または状況において基準に照らして効果的または高い業績をあげることのできる根源的特性」(p.11) と定義している。本研究では、臨地実習において実習指導者が学生の実習目的・目標達成に向けて行う行動や思考の特性とした。

3. 臨地実習

本研究では、看護学士課程を対象に一般病棟 (救急・集中治療部・手術室・外来・母性・精神科を除く、以下、一般病棟とする) で行われる実習とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

帰納的アプローチによる質的記述的研究とした。

2. 研究参加者

看護学士課程の臨地実習を受け入れている滋賀県に所在する病床数400床以上の入院基本料7対1の看護体制を取る施設で、本研究の趣旨に同意が得られた2施設の実習指導者4名とした。研究参加者の抽出方法および協力の依頼方法は、研究協力機関の施設長ならびに看護管理者に対し研究の趣旨を説明し、研究参加に同意を確認した施設より研究参加者の紹介を受けた。選定基準は講習会を受講していること、一般病棟で実習指導を担当していること、実習期間中は実習指導に専従している者とした。講習会を受講しても指導経験が1年未満の者や配属部署での実習指導が1年未満の者は除外するよう依頼した。

3. データ収集場所およびデータ収集期間

データ収集場所は、研究参加者が勤務している病棟とした。データ収集期間は、2017年9月から2018年2月であった。

4. データ収集方法

本研究では、参加観察法と面接法によってデータを収集した。実習指導者は実習指導の場面における言動のすべてを言語化できるとは限らない。そこで、研究者が臨床現場に身を置き、現象を構成する実習指導者の行動をありのまま観察する参加観察と観察場面の解釈を補完する目的で面接を合わせて行う方法を選択した。参加観察について舟島(2007)は、参加型と非参加型の観察法があると述べている。このうち非参加型は、研究者自身が調査対象となっている集団に部外者として参加し、そこに生起する事象の多角的な側面を観察するものである。したがって、本研究では、現象の中に巻き込まれることなく、データの客観性を維持できる可能性が高いとされる非参加型の観察法を用いた。参加観察は1名につき1～2日間で、時間帯は実習開始の8時30分から実習終了の16時とした。実習指導や学習活動の妨げにならないように研究者の立つ位置や視線に注意し、観察者として白衣を着用しフィールドへ入った。観察場面において、研究参加者の表情や言動や行動をデータとしてフィールドノートへ記載した。原則看護行為や指導行為は一切行わないが、患者の安全に関わるような状況によって看護行為が必要な時は、所属部署の責任者の下で実施することとした。参加観察中は、研究参加者の精神的負担や時間的制約、プライバシーに十分配慮して行った。また、負担となるような事態が生じた場合はいつでも申し出てもらい、研究を一時的に中断あるいは中止することが可能であることを保証した。観察場面を補完するための面接は1名につき1時間程度とし、面接内容は研究参加者の承諾を得た上でICレコーダーに録音した。面接は、研究参加者のプライバシーが保持できる個室で行った。

5. 分析方法および分析結果の真実性の確保

参加観察で得られたフィールドノートと面接の逐語録について、グレッグ・麻原・横山(2016)の分析方法を参考に以下の手順で分析を行った。フィールドノートと逐語録を繰り返し読み、研究参加者ごとのデータを基に整理し、実習指導者が指導場面の中での働きかけや行動で、実習指導者のコンピテンシーを表していると考えられる部分を抽出し、コード化を図り、意味内容の類似性、相違性に従って分類し、サブカテゴリーを生成した。さらに複数のサブカテゴリーを集約して抽象度を高めながら、カテゴリーを生成した。研究の分析過程では、研究参加者によるメン

バーチェックングを依頼し、質的研究の経験者のスーパーバイズを受け、研究者2名で内容を検討し真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

研究協力機関の施設長ならびに看護管理者に対し研究の趣旨を説明し、研究参加に同意が得られた研究協力機関の施設長ならびに看護管理者に研究参加者の紹介を受けた。研究参加者には、研究の趣旨、内容、倫理的配慮を説明し、自由意思のもと同意書への署名をもって同意を得た。対象実習の看護大学実習責任者と学生、患者への研究協力依頼については、研究協力機関の施設長ならびに看護管理者より紹介を受け、事前に研究の趣旨、プライバシーの保護、得られたデータが実習評価や治療に関わることがないことを研究者が直接文書および口頭にて説明し、同意を得た。本研究は、滋賀医科大学倫理審査委員会で審議され学長の許可を得て実施した(番号:29-015)。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

4名の研究参加者の年齢は30代で、看護師年数は平均14.7年(12年～17年)、実習指導年数は平均4.5年(3年～6年)であった。参加観察の所要時間は平均1.6日(最長2.5日、最短1日)、参加観察後の面接時間は平均56分/日(最長65分、最短45分)であった。研究参加者の担当実習は、基礎看護学実習または成人看護学実習であった(表1)。なお、2日以上各参加者の参加観察について、A実習指導者(以下、指導者)は基礎看護学実習期間のうち1日、成人看護学実習期間のうち同じ実習グループに対して連続して1.5日の参加観察を行った。また、C指導者は基礎看護学実習期間のうち同じ実習グループに対して連続して2日の参加観察を行った。

2. 研究参加者の参加観察を行った場面

参加観察を行った場面の総数は79場面であった。学生の行動計画確認が6場面、受け持ち患者の援助前に目的や方法の確認が21場面、援助を実施している学生の確認から援助後のフィードバックが28場面、学生へ実技指導が11場面、他職種との関わりが6場面、病棟スタッフへの伝達が5場面、患者や家族との関わりが2場面であった。なお、研究参加者と参加観察の概要を表1に示した。

3. 臨地実習における実習指導者のコンピテンシー

参加観察を行った79場面のうち、学生の実習目的・目標達成に向けて行う実習指導者の行動や思考の特性を表して

表1 研究参加者と参加観察の概要

	A指導者	B指導者	C指導者	D指導者
年齢	30歳代	30歳代	40歳代	30歳代
看護師年数(年)	14	16	17	12
指導者年数(年)	5	6	3	4
実習領域	基礎・成人	成人	基礎	成人
観察場面数(学生数)				
行動計画確認	2(2)	1(1)	2(2)	1(1)
方法・目的確認	11(13)*	2(2)	5(6)*	3(3)
フィードバック	9(10)*	4(4)	12(12)	3(3)
実技指導	4(6)*	2(2)	3(3)	2(2)
他職種との関わり	1(1)	2(2)	2(4)*	1(1)
病棟スタッフとの関わり	2(2)	0(0)	2(2)	1(1)
患者や家族との関わり	1(1)	0(0)	0(0)	1(1)
調査時間(日)	2.5	1	2	1
面接時間(分)	130	45	120	65

*観察場面数よりも学生数が多いのは一場面に学生数2名を含むため

いる一連の連続した場面を22場面抽出し、19個のコード、10個のサブカテゴリー、4個のカテゴリーを生成したものを表2に示した。参加観察を行った場面から抽出した場面の選択基準については、実習指導中に一連の連続した指導行為が中断された場面やスタッフ業務を行った場面を除外した。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉、コードを《》とし、代表的な場面について参加観察後の面接内容を斜体、文章の補足は()として示した。

a. 【学生を本当の実践の場の一員として導く】

(1) 〈実習の序盤に短時間で学生像を捉える〉

B指導者は、実習の序盤から学生の看護記録を確認することを通して、学生個々の考えや思いを理解しようと《実習序盤に集中して学生の特徴をよみとる》、また、C指導者は、実習前半はバイタルサイン測定に同行し、学生の特徴を活かした指導につなげて《実習の前半で学生の行動を予測できる》行動をとっていた。

B指導者：できるだけ早い時期に指導者が学生のことを理解することが重要だと思っています。記録は、学生がちゃんと患者さんと関わっているかな、悩んでないかなというのを知るために、学生個々を見る大事な指標としています。

C指導者：実習1週目、バイタルサイン測定の場面の指導の中で学生の考えを聞くことを通して、しばらく付き添いかいる、一人で進めていけると感覚的なものですが、学生の特徴というか状況を予測できるようになりましたね。

これらのことから、実習指導者は、〈実習の序盤に短時間で学生像を捉える〉ことができていた。

(2) 〈ダイナミックな状況の中に学生が参加できることを保証する〉

A指導者は、学生は援助時に想定外のことが起こるとパ

ニックになると予測していたため、援助中は、学生と患者の行動に目をやりながらその様子を見守り、うまく進まない時は、学生と交代して更衣の援助を行い、《学生が臨床に参加できることを保証する》行動をとっていた。また、A指導者は、援助中に突然の患者の危険な行動に対し驚いた学生に対して、ケアが中断せず継続されるように《状況の流れをとめることなく学生をその場に参加させる》支援を行っていた。

A指導者：学生は手技に必死だったので、私が注意して患者の行動を見ていればいいかと思っていました。患者の突然の行動に学生は手を止めその場で固まってしまったので、学生の気持ちを切り替えるために「次はどうする？」と声をかけました。

このことから、実習指導者は、変化が大きい〈ダイナミックな状況の中に学生が参加できることを保証する〉行動をとっていた。

b. 【周囲を巻き込みながら臨地に学生中心のネットワークをつくる】

(1) 〈周囲を巻き込みサポートを獲得する〉

B指導者は、朝のカンファレンスの時間を利用して、病棟スタッフへ学生の実習状況を伝えていた。また、C指導者は、学生が行う援助に全て入ることは時間的にも難しいと考えており、病棟スタッフに学生の学習状況を丁寧に伝えて《事前に病棟スタッフに協力を依頼する》行動をとっていた。このような事前の調整によって、実習指導者は、病棟スタッフから処置や援助時に声をかけられ、《学生を病棟全体で育てていこうという雰囲気形成する》ことができていた。

B指導者：病棟スタッフにも学生が今どんなことを学んでいるのか知ってもらおうことで、実習指導がスムーズにいくと思います。

表2 臨地実習における実習指導者の持つコンピテンシー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	対象	場面	学生の行動	実習指導者の行動	面接内容
学生を本当の実践の場の一員として導く	実習の序盤に短時間で学生像を捉える	実習序盤に集中して学生の特徴をよみとる	A指導者 B指導者	看護記録の確認		・実習序盤から指導の合間に看護計画に目を通す時間を作る。(A) ・学生の看護計画、看護記録に目を通し、学生を呼び止めて記録の内容を確認する。(B)	・時間をかけて学生の記録を確認するのは学生の理解や考え、思いや性格を知るためである。(A) ・実習期間のうち、できるだけ早い時期に学生が考えていることを理解することは重要だと思っている。(B) ・記録は、学生が患者と関わっているか、悩んでいないか、学生個々を見る大事な指標である。(B)
			C指導者	バイタルサイン測定	バイタルサイン測定の実施と実施後の振り返りを行っている。	バイタルサイン測定に同行する。学生が測定している様子を無言で見守っている。測定後、ステーションに戻り学生に声をかけて振り返りの機会を作る。	・実習の前半は、バイタルサイン測定やその時の患者との関わりを通して、学生の特徴を捉えるようにしている。学生を知ることで今後の指導に活かしている。(C) ・学生は一人でやれる、患者と関われると思う、学生のそばで何も声をかけず見守っていた。(C)
ダイナミックな状況の中に学生が参加できることを保証する	学生が臨床に参加できることを保証する	学生が臨床に参加できることを保証する	A指導者	全身清拭の計画確認	ナースステーションにて立案した看護計画について質問を受け返答している。 学生は、質問に対して言葉を詰まらせながらも一つ一つ返答していた。	全身清拭の場面において、実施前にステーションにて学生が立案した看護計画に目をやっていた。傍に立っていた学生に「衣服を脱がすと書いてあるけど、これは右側から？左側から？実施者はどこに立つの？」と質問した。Aさんは、学生の言葉に頷いて聞きながら、加えて「患者さんはどちらを向いてもらうの？」と質問を続けていた。学生の看護計画の内容を確認してから30分経過していた。	・患者へ援助する時は、事前に学生に確認することが大切だと思っている。実際に援助すると、想定外のことが起こり学生は焦りパニックになるので、実施のイメージがつくように看護計画を念入りに確認する。(A) ・学生が考えた方法で実施できるように見守ることを意識している。ただ、私の中にも見守るというのはボーダーラインがあって、患者の安全が第一。そこのボーダーが満たされない時には学生にもストップをかける。(A)
			A指導者	全身清拭の実施	患者の衣服(上着)の着脱がスムーズにできない。	学生の実施状況を1分程度見守っていたが、患者から「痛い」という発言があったため、学生に声をかけて学生と交代し上着の着脱を行った。再び学生と立ち位置を交代し、学生の全身清拭の実施を見守った。	・衣服の着脱が進まないことや、学生のどうしようという表情をみて、何とかしたいと思いき手をだした。実際に更衣をすることで、学生も気づくと思った。見守るだけでは、患者に苦痛を与えるだけだ。(A)
状況の流れをとめることなく学生をその場に参加させる	学生が臨床に参加できることを保証する	学生が臨床に参加できることを保証する	A指導者	全身清拭の実施	下肢の弾性ストッキング着脱を実施していた。患者が突然挿入中のNGチューブを握ろうとしたため、Aさんの言葉に、立ち止まり動揺した表情を見せた。	学生が弾性ストッキングの着脱をしている様子を見守りながら、患者へも視線をやっていた。患者が左手で挿入中のNGチューブを握ろうとしたため、「あっ」と声を出し、患者の枕元へ移動し、患者の左手と握手した。静まり返った場の中で、動揺した学生の表情に視線をやり、「次はどうする？」と声をかけた。	・学生は手技に必死だったので、私が注意して患者の行動を見ていれればいいかと思っていた。患者の突然の行動に学生は手を止めその場で固まってしまったので、学生の気持ちを切り替えるために「次はどうする？」と声をかけた。(A)
			B指導者 C指導者	朝のカンファレンス 陰部洗浄実施前	朝のカンファレンスに参加している。 病棟スタッフから声をかけられる。	朝のカンファレンスの時間を利用して、病棟スタッフへ学生の実習状況を伝えている。 陰部洗浄実施前に、2名の病棟スタッフへ学生とペアで実施してもらったように声をかけた。病棟スタッフは、戸惑う様子もなく、Cさんの言葉に頷きながら、ペアを組む学生に声をかけていた。	・病棟スタッフにも学生が今どんなことを学んでいるのか知ってもらうことで、実習指導がスムーズにいくと思っている。(B) ・ケアを実施する前には、指導経験のあるスタッフへ学生とペアを組んでもらえるように声をかけている。学生の見てほしい所や伝えてほしい内容について朝に病棟スタッフに伝えている。(C) ・学生の援助にすべて入れるといいが時間的にも難しいので依頼している。(C)
周囲を巻き込みながら臨地に学生中心のネットワークをつくる	周囲を巻き込みサポートを獲得する	事前に病棟スタッフに協力を依頼する	B指導者 C指導者	朝のカンファレンス 陰部洗浄実施前	朝のカンファレンスに参加している。 病棟スタッフから声をかけられる。	朝のカンファレンスの時間を利用して、病棟スタッフへ学生の実習状況を伝えている。 陰部洗浄実施前に、2名の病棟スタッフへ学生とペアで実施してもらったように声をかけた。病棟スタッフは、戸惑う様子もなく、Cさんの言葉に頷きながら、ペアを組む学生に声をかけていた。	・病棟スタッフにも学生が今どんなことを学んでいるのか知ってもらうことで、実習指導がスムーズにいくと思っている。(B) ・ケアを実施する前には、指導経験のあるスタッフへ学生とペアを組んでもらえるように声をかけている。学生の見てほしい所や伝えてほしい内容について朝に病棟スタッフに伝えている。(C) ・学生の援助にすべて入れるといいが時間的にも難しいので依頼している。(C)
学生を病棟全体で育てていこうという雰囲気形成する	学生が臨床に参加できることを保証する	学生が臨床に参加できることを保証する	C指導者	病棟スタッフが指導者に声をかける	ナースステーションでCさんに声を掛けられる。	病棟スタッフがCさんへ患者のガーゼ交換を実施すると声をかける。Cさんは病棟スタッフへ学生にも見せてあげてほしいと頼み、急いでステーションにいる学生を呼び戻す。	・病棟スタッフも学生を意識してくれているため、処置やケアがあると声をかけてくれる。(C) ・一人だけでは実習指導が難しいので、事前に実習に対する協力を依頼している。指導経験のある先輩や病棟スタッフから実習指導の理解を得て協力してもらっている。(C)

表2 臨地実習における実習指導者の持つコンピテンシー (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	対象	場面	学生の行動	実習指導者の行動	面接内容
	患者、家族と学生の間を取り持つ	学生がいなくて患者・家族の本音をきく	A指導者	足浴後学生が退室した後	足浴後、物品を片付けに退室する。	足浴後学生が退室したのを確認し、受け持ち患者と家族に声をかける。 患者・家族の言葉にAさんは安堵した表情を見せて退室する。	・学生の受け持ち患者や家族に対して、実習が負担になっていないか聞くようにしている。 こちらが理解しておくことで学生も実習をやりやすくなる。(A)
		学生に患者・家族の思いをフィードバックする	A指導者	足浴の片づけ後ステーションで学生に声をかける	片づけ後ステーションに戻る。	ステーションに戻ってきた学生に声をかけ、患者から聞いた言葉を学生に伝えている。	・患者や家族の思いについて特に良いことは学生に伝える。(A) ・学生がいなくて本音を指導者に言われることもあるのでじっくり話を聞いて理解する。(A)
他職種力を活用できる	他職種とのやりとりをできる場面をつくる		B指導者	学生が作成したパンフレットの確認	Bさんとパンフレットの項目について確認している。	学生が作成したパンフレットの内容を確認しながら、医師や栄養士に声をかけている。	・学生が患者指導をする前には丁寧にパンフレットの内容を確認するようにしている。医師や栄養士にもその内容を確認する。(B)
			A指導者	可動域の観察を行うために学生と訪床	下肢の可動域をどのように観察すればいいか返答できない。理学療法士が行う移乗方法を見学している。	看護計画の観察項目について「下肢の可動域の観察」方法について学生に確認している。学生の返答がないため実際に患者の所へ行く。理学療法士が訪室したため、移乗状況を学生に見学させてほしいと声をかける。	・昨日までは全介助で体位変換を行っていた患者が、実際に移動する場面を見て、学生は患者のイメージが変わると思う。リハビリの場面が見られるのは、学生にとっては大きいと思う。(A)
		D指導者	病院全体を巻き込んで学生の実習環境を調整する	手術時間の確認	手術室より連絡があり手術見学に行った。	電子カルテにて学生の受け持ち患者の手術時間を確認している。手術室より連絡を受け、学生へ手術室に行くように声をかけている。手術後は、ICUへ行き観察するように声をかけた。	・手術室の看護師にも、学生が見学することを事前に伝えておく。病棟と手術室、ICUと手術見学の流れがある。前日に手術室とICUには連絡してその流れを確認している。病棟看護師だけでは完結しない。色々な部署の看護師が関わっているため調整が重要だと考えている。(D)
実習中も看護教員と常に連携をとって指導する	看護教員に学生のレディネスを確認しながら指導する	D指導者	患者の離床介助	看護計画で不足している内容について、Dさんより質問され口頭で返答している。	学生が立案した離床の看護計画をナースステーションで目を通して見ている。看護教員を呼び止めて学生の立案した看護計画を見せ、看護援助の実施の可否を相談している。学生に近寄り、不足している内容を口頭で確認した。口頭で学生が返答できることを確認した後、病室へ行き、患者の起き上がりの方法を学生に見せた。	・看護計画の内容を見て、事前に(大学)教員とも話して、この学生は記録に書くことが難しいという情報を聞いたので、口頭で言えたら実施してもらおうことになった。学生の状況を相談できたことは良かった。学生の力量を把握している(大学の)教員からの情報は大事である。(D)	
看護師のロールモデルとして行動できる	看護実践の中に自己の看護観を学生に示す	患者のそばに学生の視線をもっていく	A指導者	「疼痛」について観察方法の確認	「疼痛の有無」に関して観察方法の返答ができない。	観察項目の内容について学生に質問したが学生の返答がないため、実際に患者の所に行き確認しようと声をかけて患者のもとへ移動した。	・観察するといっても、観察項目だけではなく、実際に自分が実施する姿を学生に見せてイメージできるように指導するように心がけている。(A)
		自分が大事にしている関わりを示す	A指導者	患者の状態を観察する	指導者と患者の関わりを見ている。	患者に仰臥位になるよう声をかけた。昨日よりも動いていることを伝えて患者と喜んでた。次に、患者の腸骨部に手を当てて、コルセットの位置を確認し、患者に巻く強さを確認しながら、衣服のしわを伸ばした。	・学生には患者の動きを単に観察するだけではなく、コルセットのずれや衣服のしわに気づいて直したり、観察の場を通して患者の思いを聞いたり伝えたり、私自身が大切にしていることを学生に伝えたいと考えている。(A)
患者の変化を洞察しながら看護実践を示す	今変化している患者を捉え学生に気付かせる	A指導者	陰部洗浄後の振り返り	指導者の質問に答えようとするが言葉につまり返答できない。	陰部洗浄後学生と振り返っていた。患者の状態を学生に確認する。学生の反応をうかがいながら、無言で学生のそばで立っていた。しかし、返答がなく沈黙が続いたため、患者の離床が進んでいることなど昨日の状況からの変化について学生に説明し始めた。	・学生が患者に実施できたことは大きいことだが、今の患者にとって適したやり方で必要なケアだったのか、状況を伝えながら、計画に結び付けて考えてもらえるように指導している。離床が進んでいる患者に、どうすればよかったのか一緒に考えていけるといいなと思う。(A)	

表2 臨地実習における実習指導者の持つコンピテンシー (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	対象	場面	学生の行動	実習指導者の行動	面接内容
			D指導者	全身清拭の実施を患者へ説明する	手術後の受け持ち患者へ全身清拭の実施を説明しに訪床した。 患者の返答に戸惑い無言のままであった。 Dさんの質問に、しばらく考え込む姿を見せたが言葉にならなかった。	学生が手術後の受け持ち患者に全身清拭の実施について説明する場面へ同行した。Dさんはしばらく患者へ説明する内容に耳を傾けていた。患者は「しんどい」と全身清拭を拒否した。 無言の学生の様子を見ていた。患者へ「どこがしんどいか」尋ねると、患者は「昨日眠れていない」と返答した。患者に昨日の手術に対して労いの言葉をかけ、時間をあけて何うことを説明し学生と共に退室した。退室後、学生へ「なんで、患者さんは断られたんだろう?」と声をかけた。 学生の様子を見て、「こちらは全身清拭をしないといけないという思いがあったけど、昨日手術を受けた患者さんの状態を見てどうしたらいいか考えながらできると良かった」「しんどいという患者さんの言葉を大事にしてほしい」と声をかけた。	学生は術後1日目は全身清拭をしないといけないという思いがある。しかし、患者から発せられた言葉とか表情とか、なんで拒否されたんだろう、そのなんでってというのが患者さんに寄り添うことやと思う。そういった些細なことを(学生に)キャッチしてほしいと思っている。(D)
学生の経験を学びに変える	学生の経験を教材化できる	実践の場を教材として切り取る	A指導者	介護浴前に看護計画の確認	看護計画の内容についてAさんからの質問に返答できない。	介護浴前に看護計画の内容を確認していた。見学という形であるが、ただ見るだけではなく、どういう所を見るのか、何のために見るのか、立案した看護計画の内容を具体的にしながら見学に行くように学生に声をかけた。 Aさんは看護計画に学生と一緒に目をやった。「実際に、介護浴中どこを観察するの」と観察する視点を一つ一つ確認していた。	「見学」一つでもただ見て終わる人もいるが、「介護浴」一つ見るのも、前後からのスタッフの動きや流れ、患者の状態もあり、そこから得られる情報もある。(A)
		選択した実践の場を学生の学びの経験に変化させる	C指導者	介護浴後学生との振り返り	Cさんに呼び止められる。Cさんの言葉に耳を傾ける。 質問に返答できない。 メモを取り聞いている。	介護浴の見学後の学生にCさんは「全介助の患者を一人で観察することは難しい。介護浴の場面を使って全身の状態を観察できる」と声をかけた。加えて、介護浴前になぜ吸引を実施していたか学生に目的を確認した。 しばらく学生の様子をみていたが無言のままであったため、加湿され痰の量が増加し誤嚥の危険があることを説明した。	一つ一つのケアには目的があって、介護浴という場面ではあるが、清潔目的だけではなく今回のように痰が増えたり、色々と観察しないとけないこともあって、その後の患者の状況も予測しながら関わっていかないとけないことを伝えている。(C)
学生の実習経験に学習する機会をつくる	学生の体験を通して学生の気づきを引き出す		C指導者	陰部洗浄終了後	退室しようとしたところCさんに声をかけられ立ちすくむ。 はっとした表情を浮かべて、「ナースコールですね」と返答した。 その言葉に、コントローラーを使用しベッドの高さを下げた。	陰部洗浄後退室しようとした学生に声をかけた。学生はその場に立ちすくんだため、「患者さんの身の回り大丈夫かな」と声をかけた。 学生の返答にうなづいていた。続けて「あとは?」と学生に尋ね、1分程度待ったが無言のままであったため、「ベッドの高さはどう?」と助言した。	陰部洗浄の手法ができることも大切であるが、患者にとって何が必要か考えてほしい。実習は実際に患者を目の前にしてやるから、色々と考える必要があるし、退室まで患者の環境に配慮してほしいと考えている。(C)
		学生個々の持つ能力を把握しながら学生の学びを深める	D指導者	学生が作成したパンフレットの内容確認	パンフレットの内容についてうなづきながらDさんからの助言を聞いている。	学生が作成したパンフレットの内容について学生と確認していた。「もう一步、患者さんの生活を見てみよう。不安の強い患者に、禁止されることばかりやと余計不安になる」と声をかけた。続けて「リハビリでやっていることは?家に帰ってから続けてもらえるようにパンフレットを修正しよう」と学生に提案した。	脱臼予防について、単に動作ができることだけではなく患者はどんな生活を送っていて、どんな動作をとることが多いのか、患者のこともっと考えてほしい。この学生は今回でパンフレット2回目の修正になるが、今あるものよりも良いものが作成できる、もっと考えを深められると思いい実施の許可を出さなかった。(D)

C指導者：学生のごういふ所を見てほしいとか、その日の朝にはスタッフへ伝えてあります。(学生の援助に) 全て入れるといいのですが、時間的にも難しいので、そこは依頼するようにはしていますね。

これらのことから、実習指導者は、〈周囲を巻き込みサポートを獲得する〉ことで円滑な実習指導につなげていた。

(2) 〈患者、家族と学生の間を取り持つ〉

A指導者は、《学生がいなくて患者・家族の本音をきく》行動をとり、実習に対する患者や家族の疑問に答えたり、何を感じているのか確認して、学生が実習を円滑に進めていけるように調整していた。さらに患者や家族からの実習に対する良い反応は、《学生に患者・家族の思いをフィードバックする》ことを行っていた。

A指導者：患者や家族からの思いは学生にはできるだけ伝えてあります。(患者や家族は) 学生がいなくて指導者に本音を言われることもあるので、じっくりと話を聴いて理解しようとは考えています。

これらのことから、実習指導者は、患者と家族、学生とコミュニケーションをとりながら〈患者、家族と学生の間を取り持つ〉行動をとり、患者と家族、学生との橋渡しをしていた。

(3) 〈他職種の力を活用できる〉

B指導者は、他職種が患者と関わる時に、例えば理学療法士に声をかけて、リハビリテーションの場を学生が見学できる機会を作ったり、学生が患者に栄養指導を実施するときには、その内容について医師や栄養士に声をかけ学生とともに確認したりするなど《他職種とのやりとりをできる場面をつくる》行動をとっていた。また、D指導者は、手術見学の前日には、病棟と手術室、ICUの実習指導者とが実習の流れを確認し、実習病棟だけでなく、他部署も巻き込んだ《病院全体を巻き込んで学生の実習環境を調整する》ことを行っていた。

B指導者：学生が患者指導をする前には、丁寧に医師や栄養士にもパンフレットの内容を確認してから実施するようにしています。

D指導者：前日に手術室とICUには連絡して、手術見学についての流れを確認しています。病棟看護師だけでは完結しない実習なので、調整が重要だと考えています。

これらのことから、実習指導者は、実習指導の中に〈他職種の力を活用できる〉行動をとっていた。

(4) 〈実習中も看護教員と常に連携をとって指導する〉

D指導者は、学生の立案した看護計画をナースステーションで目を通したあと、看護教員に学生の情報を確認し、ケア実施の判断を相談してから指導方法を変更するなど《看護教員に学生のレディネスを確認しながら指導す

る》行動をとっていた。

D指導者：事前に(大学) 教員と話していて、この学生は記録に書くことが難しいという情報を聞いたので、口頭で言えたら実施してもらうことにしました。学生の力量を把握している(大学の) 教員からの情報は大事ですね。

このことから、実習指導者は、〈実習中も看護教員と常に連携をとって指導する〉ことを意図的に行っていた。

c. 【看護師のロールモデルとして行動できる】

(1) 〈看護実践の中に自己の看護観を学生に示す〉

A指導者は、実際に実践する姿を学生に見せるために、患者の所へ訪室することを提案し《患者のそばに学生の視線をもっていく》行動をとった。また実習指導者は、手術後の患者に労いの言葉をかけながら、患者の腸骨部に手を当ててコルセットをまき直し、その強さを患者に確認しながら、衣服のしわを伸ばすなど、観察の場を患者とのコミュニケーションを取る機会とし、《自分が大事にしている関わりを示す》行動をとっていた。

A指導者：学生には患者の動きを単に観察するだけでなく、コルセットのずれや衣服のしわに気付いて直したり、観察の場を通して私自身が大切にしていることを伝えていけるようにと思っています。

このことから、実習指導者は、援助場面を通して〈看護実践の中に自己の看護観を学生に示す〉ことを実践していた。

(2) 〈患者の変化を洞察しながら看護実践を示す〉

A指導者は、陰部洗浄後の振り返りの中で、現在の患者の状況を学生がどのように捉えているのか確認しながら、患者にとって適したやり方で必要な援助だったのか、《今変化している患者を捉え学生に気付かせる》行動をとっていた。また、D指導者は、手術後に全身清拭に拒否的な反応を示した患者の振り返りで、拒否的な反応を示した患者の言葉の意味を考えることこそが、患者に寄り添うことだと伝え《刻々と変化する患者の状況を感じとる看護を学生に示す》行動をとっていた。

A指導者：今の患者にとって適したやり方で必要なケアだったのか、状況を伝えながら、計画に結び付けて考えてもらえるように指導しています。離床が進んでいる患者に、どうすればよかったのか一緒に考えていけるといいなと思います。

D指導者：患者から発せられた言葉とか表情とか、なんで拒否されたんだろ、そのなんでっていうのが、患者さんに寄り添うことだと思うんです。そういった些細なことを(学生に) キャッチしてほしいと思っています。

これらのことから、実習指導者は、学生が実際に目にする〈患者の変化を洞察しながら看護実践を示す〉ことを指導の中に取り入れていた。

d. 【学生の経験を学びに変える】

(1) 〈学生の経験を教材化できる〉

A指導者は、客観的な立場で学習できる介護浴の見学を、観察点を学習するために、《実践の場を教材として切り取る》行動をとっていた。また、C指導者は、介護浴の見学から戻った学生に、全介助の患者について、清潔だけではなく全身の状態を観察する機会であること、介助浴後の患者の状況も予測しながら関わる必要性を伝え、介護浴を通して観察から予測という学びの抽象度をあげて《選択した実践の場を学生の学びの経験に変化させる》ように指導していた。

A指導者：介護浴を見学するのも、前後からのスタッフの動きや流れ、患者の状態もあり、そこから得られる情報もあると考えています。

C指導者：介護浴は清潔にすることだけではなく色々と観察しないといけないこともあって、その後の患者の状況も予測しながら関わっていかないといけないことを伝えていきます。

これらのことから、実習指導者は、学生が体験した援助を通して〈学生の経験を教材化できる〉行動をとっていた。

(2) 〈学生の実習経験に学習する機会をつくる〉

C指導者は、陰部洗浄終了後、退室しようとした学生をあらためて呼び止め、患者の環境を見渡すように声をかけ、助言することで《学生の体験を通して学生の気づきを引き出す》行動をとっていた。また、D指導者は、学生が作成したパンフレット内容を受け止め、さらにリハビリの状況や自宅での生活についても考えを深めてほしいことを伝え、《学生個々の持つ能力を把握しながら学生の学びを深める》ように指導していた。

C指導者：実習は実際の患者さんを目の前にしてやるから、色々と考える必要もありますし、今回も退室まで患者の環境にも配慮してほしいと思いました。

D指導者：(学生が作成したパンフレットの)脱臼予防について、今回の学生には患者はどんな生活を送っていてどんな動作をとることが多いのか、今あるものよりも良いものを作成できると思い実施の許可を出しませんでした。

これらのことから、実習指導者は、患者の援助の中に〈学生の実習経験に学習する機会をつくる〉ことを意図的に取り入れて指導していた。

V. 考 察

1. 臨地実習における実習指導者の持つコンピテンシー

a. 【学生を本当の実践の場の一員として導く】

臨地実習は、限られた時間の中で学生が実習到達目標の達成に向かい学びを深める場である。しかし、臨床現場

での学習は、学生にとってはじめて体験する未知の世界であり、臨床現場に入ることそのものが、学生にとって大きな壁といえる。佐伯(1995)は、「学び手(I)が外界(they世界)の認識を広げ、深めていくときに、必然的に二人称の世界(you世界)との関わりを経由する」(p.66)と述べている。学生が臨床現場へと認識を広げ、学びを深めていくためには、実習指導者との関わりがなければ成立せず、実習指導者には臨床現場へと学生を導く役割があるといえる。そのため、臨地実習開始後すぐに〈実習の序盤に短時間で学生像を捉える〉ことを行い、短時間で学生との人間関係を確立し、効果的な実習指導へとつなげているものと考えられる。

全身清拭の場面では、実習指導者は、学生の援助を見守りながらも患者のとっさの行動に動揺した学生に対して、手を差し伸べたり言葉をかけたりするなどして、最後まで全身清拭の援助が終えられるように導いていた。このように状況に応じた実習指導者の行為は、学生が〈ダイナミックな状況の中に学生が参加できることを保証する〉ことにつながる。これは、平野(2010)の看護教員のコンピテンシーの研究では抽出されなかったコンピテンシーである。

Lave & Wenger(1991/1993)による正統的周辺参加論では、学習者が実際の共同体の働きに関わり、従事することでその組織の中でのアイデンティティが形成され、学習していくものとしている。臨床現場は、今この場で起きていることが一度限りのものであり、二度と同じことは起きることはない。このような状況に実習指導者自身が「共同参加者」として学生を現場に導くことこそが実習指導者の役割であると考えられる。そして、臨地の世界に学生を参加させることが、学生の学習につながり、学生の職業的アイデンティティの形成にも影響を与えるものといえる。また永谷(2011)は、臨地実習での成功・失敗体験とそれに伴う感情的反応がその後の学習意欲や看護師としての自己イメージの形成にとって非常に大きな影響を与えていると述べている。したがって、学生に成功体験を感じさせることは、学生がその場に参加できることを保証することと同時に、看護への動機づけや看護の価値への確信を強化しているといえる。

b. 【周囲を巻き込みながら臨地に学生中心のネットワークをつくる】

〈周囲を巻き込みサポートを獲得する〉、〈患者、家族と学生の間を取り持つ〉、〈他職種の力を活用できる〉このような特徴的行動をもって実習指導者は、周囲を巻き込みながら臨地に学生中心のネットワークをつくっていた。さらに、実習指導者は〈実習中も看護教員と常に連携をとって指導する〉行動をとっていた。このネットワークをつくるには情報の共有が重要となる。情報共有について吉川ほか

(2017) は、学生が看護の学びを深めるためには、看護教員と実習指導者が共通認識していくことの重要性を、伊勢根・舟島・中山 (2017) は、学生、教員のみならず、患者の診療と生活に関わる人々が学習について情報を共有する必要があると述べている。本研究でも病棟スタッフや、患者・家族、そして他職種や看護教員とタイミングをはかりながら情報の共有に努めていた。これを可能にするには周囲の病棟スタッフからの信頼や高度な対人関係能力が必要となる。つまり実習指導者は、この対人関係能力を用いて実習のネットワークをつくっていたと考える。大崎・志村・恵美須 (2014) の教員の求める実習指導者のコンピテンシーでも人的資源の活用と調整力があげられたが、それはこの高度な対人関係能力によって可能となると考える。

c. 【看護師のロールモデルとして行動できる】

冨田・仙田 (2012) は、実習指導者の看護観が明確であり、学生に語り伝えられることは、実習指導者の指導能力の重要な基盤であると述べている。患者の観察場面において《自分が大事にしている関わりを示す》ことは、熟練看護師である実習指導者の看護観を学生が臨床の患者を通して受け取ることにつながり、看護のアイデンティティの成長に強い影響を与えるものである。しかし、看護師が臨床で用いている「知」は、暗黙知のまま無意識的に使われているものと、意識化されて形式知へと変換されて用いられているものがある (佐藤, 2007)。この実習指導者の場合、観察したことをまず意識し直し、それをさらに言語に変換し、いわゆる形式知として目にみえる形にして学生に示していたといえる。学生は、看護基礎教育で学習した知識のほかに、モデルになるような看護師の実践や、経験を積んだ看護師の助言などを通して看護師の個人的知識を形成していく (佐藤, 2007)。本研究において実習指導者が、学生に自己の看護観を示したことや、実習指導者が学生の体験を通して〈患者の変化を洞察しながら看護実践を示す〉ことを行ったことは、看護のロールモデルを示すとともに、実践者としての行動や思考を学生に見える形で示すこととなり、教育的な関わりとして重要であるといえる。

d. 【学生の経験を学びに変える】

臨床現場は、生身の患者と学生が関わるため様々なことが生起するため看護学の知識や技術を習得するための学習素材の宝庫といえる (安酸, 2017)。そこで、実習指導者はこれらの素材の中から学生が学習内容を体験できるように指導場面の中から選択し、学習の場を形成していたと考える。つまり《実践の場を教材として切り取る》ために実習指導者は、多様な現象のなかで問題を見つけ出し、今まさにそこにある現象が学生の教材となることを見分けていた。本研究では、実習指導者は、介護浴のその部分を教材とした後、学生の体験を振り返りその現象に意味づけを行

い、数秒で患者の問題の解決方略と学生への教育支援の両方を同時に考え対処していた。これは、学生の経験した現象を概念化していたといえ、平野 (2010) のいう現象を抽象化する力にあてはまる。実習指導者にはこの概念化する力を持つことが重要であると考えられる。また安酸 (2017) は、専門家教育において、省察と判断を繰り返していく学習プロセスは学びの広がりにつながるとしている。つまり、学生が看護を経験したあとに行う実習指導者のやりとりは、学生にとって自身の考えや行動の理由、意味を振り返る機会となり学生の学びを引き出すことにつながるといえる。したがって、実習指導者は学生が自らの体験を探究できるように〈学生の実習経験に学習する機会をつくる〉ことを意図的に行い、学生の主体性や判断能力を向上できるように支援していくことが必要である。

2. 看護基礎教育における実習指導者のコンピテンシー育成への示唆

本研究では、【学生を本当の実践の場の一員として導く】【周囲を巻き込みながら臨地に学生中心のネットワークをつくる】【看護師のロールモデルとして行動できる】【学生の経験を学びに変える】の4つのコンピテンシーが明らかになった。臨地実習は、学生が学内で体験することのできない看護実践を学生自身の身体で体感し、修得するための重要な場である (新井, 2015)。さらには、優れた看護が実践されている状況や卓越した看護職者の存在そのものが最良の教育となる (文部科学省, 2002)。つまり、本研究で見出した4つのコンピテンシーをもつ実習指導者により、学生は安全で安心できる臨地での学習が可能となり、看護のアイデンティティも育むことができる。しかし、このコンピテンシーをもつには、その実習指導者によって患者の安全と質をさげずにケアが継続されることが前提にある。臨地において学習者として学生を参加させるためには、俯瞰して臨床現場をみられる卓越した臨床実践能力をもち、ネットワークを作るために信頼を得られる卓越した対人関係能力とリーダーシップが必要である。さらには、ロールモデルであるための看護観をそなえ、臨床状況から看護の本質を見極めて暗黙知を形式知として教材化できなくてはならない。松澤・休波 (2009) は、実習指導者の教師効力は、臨床経験年数、指導経験年数が高くなるほど教師効力も高くなる傾向があること、舟越ほか (2003) は、実習指導者が学生の行動を意味づけ、看護の意味を説明できるようになるには、相応の年月と研修が必要であることを述べている。本研究の対象者は10年以上の経験をもち、全員が講習会を受講しており、その後3年以上の指導歴があった。いわば対象者の熟練性によりこのようなコンピテンシーが得られたともいえる。さらに佐々木 (2015) は、

実習指導者の準備性として、研修会で教育原理・発達心理など広範囲に学ぶことは、学生の気質を知り指導に当たる上で重要であると述べている。

以上のことから、実習指導者の育成は看護師としての熟練性を高めることが必須であり、また教育力の育成には、熟練性や個人の主体的学習だけでなく、保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講など、of-the jobでの系統だった研修会等の受講は必要不可欠であると考えられる。さらには、実習指導者の指導力を向上するために、実践の評価やフィードバックの機会を設けるなど各施設での継続した取り組みが必要である。現状ではすべての実習指導者が講習会を受講しているとは限らず、看護師経験年数の規定もない。この4つのコンピテンシーを念頭においた研修プログラムの開発が望まれる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、実習指導者4名の指導場面において参加観察を行った。しかし研究参加者4名の結果では、看護基礎教育の実習指導者の持つコンピテンシーの一部を表現できたに過ぎない。臨地実習のなかで実習指導者の参加観察を行ったため本研究で明らかとなったコンピテンシーは、データ収集における時間的制限があること、実習領域が限られており学生のレディネスや研究参加者の指導年数の差異等から結果に偏りがある可能性は否めない。今後は、対象者や対象実習の拡大を図るとともに、まだ明らかになっていないコンピテンシーを継続的に探求し、量的研究で検証を行うなどさらなる研究の積み重ねが必要である。

結 論

臨地実習における実習指導者の持つコンピテンシーとして、Spencer & Spencer (1993/2001) のコンピテンシーの概念をもとに参加観察と面接を通して、4つのコンピテンシーを明らかにした。【学生を本当の実践の場の一員として導く】ことや【学生の経験を学びに変える】ことから、実習指導者は省察的学習を実践できることが明らかとなった。【周囲を巻き込みながら臨地に学生中心のネットワークをつくる】ことや【看護師のロールモデルとして行動できる】ことから、実習指導者がコンピテンシーの根源的特徴として、優れた実践家としての価値観や対人関係能力を持っていることが明らかとなった。今後の課題として、看護基礎教育における実習指導者のコンピテンシーを探求するとともに、4つのコンピテンシーをもとに継続教育の体制を整える必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究参加者の皆様、研究施設の皆様に厚く御礼申し上げます。

付 記

なお本稿は、滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程に提出した修士論文の一部に加筆、修正を施したものである。また、本研究の一部は、日本看護研究学会第44回学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 新井紗樹子 (2015). 臨地実習指導者による看護実践のロールモデル行動. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 11(1), 19-26.
- 舟越和代, 齋藤静代, 吉本知恵, 橋田由吏, 吉村敬子, 古川京美 (2003). 臨地実習指導者の指導に関する意識. *香川県立医療短期大学紀要*, 5, 59-68.
- 舟島なをみ (2007). *質的研究への挑戦*. 第2版. 東京: 医学書院.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2016). *よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして*. 第2版. 東京: 医歯薬出版.
- 水見純子, 出石幸子, 村口孝子, 平野裕美, 小野晴子 (2015). 新設A看護大学の成人看護学実習における臨地実習指導者の思い—4課程の実習指導経験から大学教育の実習を受けるにあたって—. *鳥取看護大学・鳥取短期大学研究紀要*, 72, 1-7.
- 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. *日本看護学教育学会誌*, 20(1), 25-35.
- 堀 理江, 大塚真代 (2013). 成人看護学領域における実習指導者の指導観. *ヒューマンケア研究学会誌*, 5(1), 19-26.
- 細田泰子, 星 和美, 藤原千恵子, 石井京子 (2011). 施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシー. *大阪府立大学看護学部紀要*, 17(1), 37-44.
- 伊勢根尚美, 舟島なをみ, 中山登志子 (2017). 看護学実習指導に携わる看護師の行動に関する研究—病院をフィールドとする実習に焦点を当てて—. *看護教育学研究*, 26(1), 39-54.
- 倉岡有美子, 井部俊子, 佐々木菜名代, 笠松由佳, 澤邊綾子, 武村雪絵, 吉田千文, 手島 恵 (2016). コンピテンシーを基盤とした看護管理者研修プログラムの開発と評価 (第一報). *日本看護管理学会誌*, 20(1), 26-37.
- Kvas, A., Seljak, J., and Stare, J. (2013). The use of competency models to assess leadership in nursing. *Iranian Journal Public Health*, 42(9), 988-995.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991) / 佐伯胖訳 (1993). *状況に埋め込まれた学習: 正統的周辺参加*. 東京: 産業図書.
- 松澤由香里, 休波茂子 (2009). 臨地実習指導者の教師効力に関連する要因の検討. *日本看護学教育学会誌*, 18(3), 35-45.

- McClelland, D.C (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- 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. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm (参照2019年4月15日)
- 永谷実穂 (2011). 臨地実習における自己効力感の変化に関する研究. *静岡県立大学短期大学部研究紀要*, 24, 1-12.
- 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. <http://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf> (参照2019年4月15日)
- 二十軒温美 (2017). 看護学先行研究からみた臨地実習指導者の現状と課題. *園田学園女子大学論文集*, 51, 53-60.
- 大崎博子, 志村千鶴子, 恵美須文枝 (2014). 助産教員が分娩介助実習指導者に求める能力. *日本助産学会誌*, 28(2), 196-206.
- 佐伯 胖 (1995). 「学ぶ」ということの意味. 東京: 岩波書店.
- 酒井禎子, 中澤紀代子, 石田和子, 飯吉令枝, 加賀美亜矢子, 小林綾子, 山田真衣, 後田 穰, 岡村典子, 高塚麻由, 河野優子, 菊地美帆, 櫻井信人 (2015). 看護学実習指導者が感じている指導上の困難と学習ニーズ. *新潟県立看護大学紀要*, 4, 12-16.
- 佐々木史乃 (2015). 看護学生の実習指導における臨床看護師の体験. *日本看護学教育学会誌*, 24(3), 27-38.
- 佐藤郁哉 (2002). フィールドワークの技法—問いを育てる, 仮説をきたえる. 東京: 新曜社.
- 佐藤紀子 (2007). 看護師の臨床の『知』—看護職生涯発達学の視点から. 235, 東京: 医学書院.
- 志田久美子, 袖山悦子, 望月紀子 (2011). 実習指導者が指導者としての役割を遂行していく過程とその影響要因. *新潟医療福祉学会誌*, 10(2), 18-23.
- Spencer, L.M., Spencer, S.M. (1993) / 梅津祐良, 成田 攻, 横山哲夫訳 (2001). *コンピテンシー・マネジメントの展開: 導入・構築・活用*. 東京: 生産性出版.
- 富田幸江, 仙田志津代 (2012). 看護基礎教育における実習指導のエッセンスを伝える実習指導者講習会 (その1) 実習指導に望まれる指導者としての力量. *看護教育*, 53(3), 212-218.
- 虎ノ門病院看護部 (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.
- 屋宜譜美子, 目黒 悟 (2009). *教える人としての私を育てる—看護教員と臨地実習指導者*. 東京: 医学書院.
- 山田聡子, 大田勝正 (2010). 看護教員が期待する臨地実習指導者の役割—フォーカスグループインタビューに基づく検討—. *日本看護学教育学会誌*, 20(2), 1-10.
- 安藤史子 (2017). *経験型実習教育—看護師をはぐくむ理論と実践*. 33-38, 東京: 医学書院.
- 吉川明美, 橋本笑子, 加藤かすみ, 渡邊玲子, 山田 円, 大柳 薫 (2017). 看護学実習において実習指導者と連携するうえで看護教員が感じている困難の実態. *中国四国地区国立病院附属看護学校紀要*, 13, 60-72.

2019年11月9日受 付
2020年12月22日採用決定

Competencies of Nurses Supervising Clinical Training in Basic Nursing Education

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 285-297
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201222117>

Yoshie Baba, MSN, RN¹, Kanako Honda, PhD, RN²,
Kyoko Nakanishi, MSN, RN³

¹Seisen University of Nursing, Shiga, Japan, ²The University of Shiga Prefecture, Shiga, Japan

³Shiga University of Medical Science, Shiga, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to explore and describe the competencies of clinical training practicum supervisors in basic nursing education. **Methods:** A qualitative description was used to analyze data collected by observing participants and semi-structured interviews were conducted with four practicum supervisors. **Results:** The analysis indicated that practicum supervisors in the clinical training had four competencies. First, they could train students as if they were actual members of the practice setting. Second, they could involve others in the clinical setting while building a student-centered network. Third, they could act as role models for nursing students. Fourth, they could turn students' experiences into teachable moments. **Conclusions:** The characteristics shown to be fundamental in the competencies of practicum supervisors were the values and interpersonal skills that made them excellent practitioners. This study suggests that mastery through experience and receiving systematic on-the-job and on-site training is essential to acquire these four competencies.

Key words

Clinical Training, Practicum Supervisor, Competency, Participant Observation

Correspondence: Y. Baba. Email: baba-y@seisen.ac.jp

我が国における一般病床に入院する 高齢者に対する身体拘束を予防、軽減する 看護に関するスコーピングレビュー

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 299-308
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200928116>

菅野眞綾, 臼井咲耶, 星 美鈴, 吉田 香, 叶谷由佳
将来構想委員会看護連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト

◆要旨

目的：我が国における一般病床に入院する高齢者の身体拘束を予防、軽減するための看護を明らかにすることを目的とした。方法：医学中央雑誌web版を用いてスコーピングレビューを実施した。結果：326文献が検出され、設定した適格基準に基づき、18文献が対象となった。先行研究の知見を統合した結果、【患者が安心して入院生活を送るための関わり】【安全への配慮】【身体拘束解除時期の適時検討】【普段の生活に沿ったケアの検討】【認知症ケア体制の構築】【心身の状態に配慮した意思決定支援】の6のカテゴリーが生成された。結論：看護師による基本的ケアの徹底と管理者による教育、文化の構築が一般病床に入院する高齢者に対する身体拘束を予防、軽減する看護のために必要であることが示唆された。

◆キーワード

身体抑制, 高齢者, 総合病院, 入院患者

責任著者：菅野眞綾. Email: mkan@yokohama-cu.ac.jp

緒言

わが国は高齢化率28.1%と超高齢社会となり（内閣府, 2019）、入院患者の73.2%が65歳以上である（厚生労働省, 2017）。高齢者は加齢や疾病の影響により、入院すると身体・認知機能が低下しやすく（相川・泉・正源寺, 2012）、ルート類の抜去や転倒等の事故の危険があるため身体拘束の対象となりやすい。身体拘束は身体的、心理的、社会的な弊害が生じ（Evans, Wood, Lambert, & Fitzgerald, 2002；厚生労働省, 2001）、死亡率、院内感染率、転倒率の上昇、入院期間の延長をもたらす（Evans, et al., 2002）。介護保険施設では身体拘束が禁止され、①切迫性、②非代替性、③一次性の3要件を満たす場合のみ、やむを得ないとされた。病院においても、この3要件に則って身体拘束の実施を判断しているが、90%以上の一般病床で身体拘束が実施されている（公益社団法人全日本病院協会, 2016）。その背景として、安全に確実に治療を行う必要がある一般病床では、治療を優先させる特性があり、医療事故予防のための安全対策として、しばしば身体拘束が行われることが挙げられる（Hamers & Huizing, 2005）。厚生省令40号において、介護保険施設では身体拘束について規定されているが、一般病床では法律や明確な規定がない。しかし、平成

28年度診療報酬改定にて「認知症ケア加算」が新設され、身体拘束が行われた日は減算されることとなり、平成30年度診療報酬改定では、夜間看護加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えることが要件として明記された。これらの内容は、身体拘束を廃止、または最小限とする看護が求められていると言える。

介護保険施設だけではなく、一般病床においても、身体拘束は原則行わないという意識をもつ必要があり、日本老年看護学会（2016）は、「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」という立場表明のなかで、「身体拘束を当たり前としない医療・ケア」を打ち出した。この内容を受け、一般病床においても高齢者に対する身体拘束廃止や軽減に関する症例研究をはじめとする記述的研究や、解説などが報告されてきている。しかし、これらは個別的な報告のみであり、複数の情報や知見を統合した結果は示されていない。そこで、既存の研究について、研究分野の主要な概念や利用可能なエビデンスの概観を示すことを目的とした手法であるスコーピングレビュー（Arksey & O'Malley, 2005）を用い、我が国における一般病床に入院する高齢者の身体拘束を予防、または軽減するための看護について、先行研究の知見を統合することとした。

I. 方 法

本研究は、我が国における一般病床に入院する高齢者の身体拘束を予防、または軽減するための看護について概観するため、スコーピングレビューを実施した。スコーピングレビューとは、研究テーマに関する性質を大枠で捉え、研究デザインにとらわれずに既存の知見を統合し、既存の研究結果における差異や不足をマッピングする手法である。具体的な枠組みとしては、(1) リサーチクエスションの特定、(2) 関連研究の特定、(3) 研究の選択、(4) データのチャート化、(5) 結果の統合、要約、報告である (Arksey & O'Malley, 2005)。本研究は、これらの枠組みを踏まえてスコーピングレビューを行った。

1. 文献検索の方法

(1) リサーチクエスションの特定

急性期病院の身体拘束の現状をもとに本研究におけるリサーチクエスションを特定し、P (対象): 一般病床に入院している高齢患者 (65歳以上)、I (介入): 身体拘束予防対策、身体拘束軽減対策、C (対照): 通常ケア、O (アウトカム): 身体拘束率の削減 (以前使用した身体拘束の撤回)、身体拘束防止 (新規の身体拘束導入の防止) と設定した。

(2) 関連研究の特定

医学中央雑誌web版を用い、2019年3月5日に文献検索を実施した。

検索するキーワードの設定に際して、「身体拘束」を網羅的に検索するためのキーワードを検討した。「身体拘束ゼロへの手引き」における身体拘束禁止の対象となる具体的行為 (表1) を参考に設定し、表2の流れで検索式を構築した。

2. 研究の選択

スコーピングレビューにおける研究の選択では、研究開始前に適格基準を設定し、2人のレビューアーが独立して文献の採択の可否を判断するため (Arksey & O'Malley, 2005)、本研究においても同様の手順を踏まえて実施した。適格基準は、設定したPICOに従い、①研究テーマが65歳以上の高齢者に関連している、②身体拘束予防または軽減の看護に関する記載がある、③研究実施場所が一般病床、とし、研究の種類、質は問わなかった。ただし、総説、解説、文献研究は年齢の記載がなくても高齢者として述べられているものは対象とした。検索された文献は、一次スクリーニングとして、研究者2名が独立して論文題名、要旨から適格基準を満たしているか確認し、2名の結果を照合し、2名の意見が異なる場合には研究者間で協議し、採択の可否を判断した。また、明確に判断できない場合は採択した。二次スクリーニングでは、全文を入手して研究者2名が独立して適格基準を満たしているか確認し、2名の意見が異なる場合には研究者間で討議し、最終的に採択する文献を決定した。

3. 分析方法

(1) データのチャート化

データのチャート化は主要な問題とテーマに沿って主要な項目について図表を作成することである。Arksey & O'Malley (2005) は、著者、出版年、研究実施場所、対象、研究目的、方法論、介入内容、介入期間、アウトカム指標、介入による効果について整理しており、山縣ほか (2018) は、著者、出版年、デザイン、対照者群の有無、ランダム化の有無、研究実施場所、介入期間、介入対象、アウトカム指標、介入による効果について整理していた。対象文献は体系化された研究方法を用いていない研究が多く、また個別の症例報告が多かったために意図的な介入期

表1 「身体拘束ゼロへの手引き」における身体拘束禁止の対象となる具体的行為

1	徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
2	転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
3	自分で降りられないように、ベッドを柵 (サイドレール) で囲む。
4	点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
5	点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
6	車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
7	立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
8	脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣 (つなぎ服) を着せる。
9	他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
10	行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
11	自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

(厚生労働省: 身体拘束ゼロへの手引き, 2001)

表2 文献検索にて用いた検索語

	検索式	検索結果数	備考
#1	身体抑制/TH or 身体抑制/AL or 身体拘束/AL	5,631	
#2	(身体/TH or 身体/AL) and (拘束/AL)	2,406	
#3	#1 or #2	6,079	① “身体拘束” の検索式
#4	行動制限/AL	952	
#5	(行動制御/TH or 行動制御/AL)	6,138	
#6	(患者隔離/TH or 患者隔離/AL)	2,602	
#7	#4 or #5 or #6	8,789	② “行動制限” の検索式
#8	(4点柵/AL) or (離床センサー/AL) or (ベッド柵/AL) or (縛る/AL) or (繋ぐ/AL) or (拘束帯/AL) or (腰ベルト/AL) or (車椅子テーブル/AL or 車いすテーブル/AL) or ((手袋/TH or 手袋/AL) or ミトン/AL) or (介護衣/AL)	4,908	③ “身体拘束に関連するキーワード” の検索式
#9	#3 or #7 or #8	14,754	④ ①, ②, ③の掛け合わせ検索 (身体拘束の検索式完成)
#10	(入院/TH or 入院/AL)	238,196	
#11	(ベッド/TH or 病床/AL)	13,258	
#12	入院患者/TH	21,631	
#13	#10 or #11 or #12	248,244	⑤ “入院患者” の検索式
#14	#9 and #13	1,839	⑥ ④, ⑤をAND検索
#15	(#14) and (CK=高齢者(65~), 高齢者(80~))	410	⑦ ⑥の検索結果を絞込条件(CK)で高齢者指定
#16	高齢/AL	1,312,639	
#17	#14 and #16	486	⑧ ⑥の検索結果にキーワードで“高齢”を追加
#18	#15 or #17	486	⑨ ⑥の検索結果を“高齢者”で絞り込み
#19	(精神看護/TH or 精神看護/AL)	26,480	
#20	精神科/AL	104,900	
#21	#19 or #20	116,711	⑩ “精神科” の検索式
#22	#18 not #21	363	⑪ ⑨の検索結果から⑩の“精神科”を除く
#23	(#22) and (PT=会議録除く)	326	⑫ ⑪から会議録を除く

間が設けられておらず記載されていないことが多かった。そのため、先行研究を参考に、著者、出版年、研究デザイン、研究実施場所、対象、介入内容、アウトカム指標、介入による効果についてデータを整理した。

(2) 結果の統合, 要約, 報告

スコopingレビューにおける結果の統合では、データの質的統合を行う (Arksey & O'Malley, 2005)。検索結果から得られた本文を全て精読し、一般病床に入院する高齢者に対する身体拘束を予防、軽減するための看護に関する研究結果の記述を抽出した。抽出した研究結果を意味のあるまとまりごとに、その意味内容を損なわないように一文で表すことによってコード化した。コードの相違性、共通性に基づきグループ化し、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。分析の妥当性を確保するため、上記過程においてコード、サブカテゴリー、カテゴリーの生成について整合性があるか著者ら全員で確認し、全員のコンセンサスを得た。

生成されたカテゴリー全体を通じた概要について考察し、身体拘束廃止を先駆的に達成した病院の取り組みと本研究の結果とを比較することで抽出された看護の妥当性を検討した。

II. 結果

1. 対象文献の概要

文献検索の結果、326文献が検索され、一次スクリーニングにて205文献が除外され、121文献が抽出された。さらに、二次スクリーニングにて、103文献が除外され、最終的に18文献が対象となった (図1, 表3, 4)。

対象文献の研究デザインの分類に関しては、「医学的研究のデザイン」(Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2013/2014) にて用いられている研究デザイン名を用いて分類した。ただし、記述的研究のなかでも患者の特徴を記述している研究は症例研究とした。症例研究が9件、記述的研究が2件、非ランダム化群間比較デザインが1件、解説が6件であった。研究は2005年から2016年に出版されたものが対象となり、すべて単施設で実施されていた。研究対象は、65歳以上の高齢患者、その家族、高齢者看護に携わる看護師であった。データ収集方法は観察、記録、日本語版NEECHAM混乱・錯乱状態スケール (J-NCS) によるせん妄評価、マット型睡眠計、アンケート調査、聞き取り調査であった。身体拘束の有無、身体拘束時間、離床セ

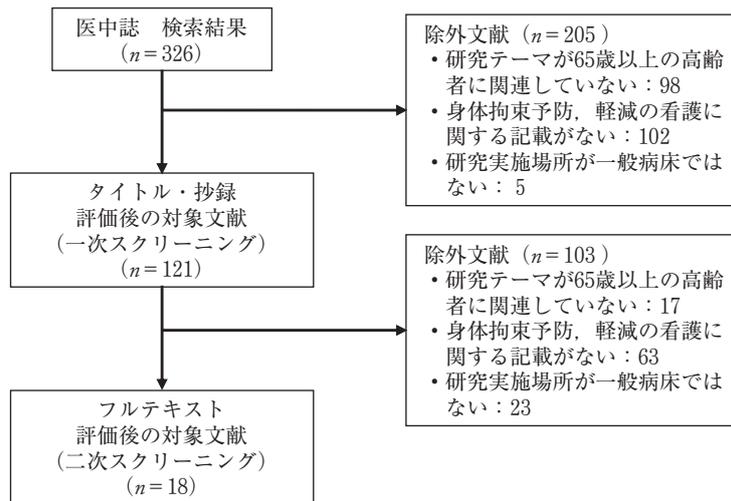


図1 文献選定フロー

ンサーの作動回数, 不穏行動の減少, ADLや言動の変化, J-NCS得点の変化, 睡眠状態の変化, せん妄の有無や経過, 患者, 家族の反応をアウトカム指標として, 介入により不穏行動・暴力行為の減少, せん妄予防, 睡眠の改善, 身体拘束の軽減, 廃止の効果があると述べられていた(表3)。

解説については, 2011年から2018年に出版されたものが対象となり, 認知機能が低下, あるいは認知症のある高齢者や転倒・転落リスクのある高齢者を対象に効果のある介入内容が紹介されていた(表4)。

2. 介入内容

表3, 4の文献から抽出された介入内容をコードとして, 6のカテゴリー, 16のサブカテゴリーが生成された(表5)。以下, カテゴリーを【】, サブカテゴリーを〔〕, コードを〈〉で示す。コード数の多い順にカテゴリーを説明する。【患者が安心して入院生活を送るための関わり】は, 〈患者にミトンを装着している経緯を説明〉, 〈処置に関して事前にしっかり説明を行い介入〉など4コードを含む〔状況を理解できるように説明〕, 〈ナースコールを押せばスタッフがすぐに来てくれるという安心感を与える〉, 〈感情を表出しているときに支持的に関わる〉など4コードを含む〔患者が安心するような対応〕, 〈家族の協力を得て日中の面会時間を増やし, 身体拘束している時間を減少〉, 〈家族に, 面会時は身体拘束を解除できること, 少しでも身体拘束を解除することで患者の精神的な安楽につながることを説明〉など3コードを含む〔患者が安心して家族と過ごせるように協力を依頼〕, 〈不穏, 認知能力が低い患者の見守り〉, 〈動こうとする高齢者に「どうしましたか」と声をかける習慣〉の2コードを含む〔患者の行動への寄り添い〕, 〈家族の時間が持てるように環境を調整〉, 〈家族の協力を得て, 面会時間の制限をなくし毎日朝

から夕方まで面会)の2コードを含む〔患者が安心して家族と過ごせるように調整〕で構成された。【安全への配慮】は, 〈低床ベッドの活用〉, 〈ベッドは壁面に寄せて使用〉など6コードを含む〔転倒・転落予防のための環境整備〕, 〈尿留置カテーテルの早期抜去〉, 〈医師と協力し, 早期に各種ラインを抜去〉など4コードを含む〔適切なライン類の抜去時期の検討〕, 〈家族がいるときは身体拘束を解除〉, 〈看護師が近くにいる場合は一時的にでも身体拘束を解除〉など6コードを含む〔人がそばにいるときは身体拘束を解除〕で構成された。【身体拘束解除時期の適時検討】は, 〈カンファレンスで患者のADLや認知力, 危険行動について評価〉, 〈アセスメント表を用いてせん妄状態を評価〉など6コードを含む〔経過から患者の身体拘束解除を検討〕と〈日中1回以上は看護研究メンバーが中心となり, 20分間身体拘束を外し, 動作の観察〉, 〈落ち着いている様子の時はミトンを解除〉など3コードを含む〔その場で患者の身体拘束解除を検討〕で構成された。【普段の生活に沿ったケアの検討】は, 〈嗜好品(ぬいぐるみ)をそばにおく〉, 〈時計やカレンダーを患者が見える位置に配置〉など3コードを含む〔普段の生活に近づける介入〕と〈毎朝病室のカーテンを開け, 体調に合わせて午前中にデイルームで明るい日差しを浴びる〉, 〈1日3回の食事をデイルームで摂り, 散歩〉など4コードを含む〔生活リズムを整える介入〕によって構成された。【認知症ケア体制の構築】は, 〈病棟において予防ケアの推進役割を担う看護師を選定し介入活動を行う〉, 〈認知症ケアマニュアルの整備〉など3コードを含む〔認知症ケアや身体拘束に関する知識の啓発〕, 〈せん妄に特化した多職種医療チームによる活動〉, 〈認知症ケアチームと連携し, 状況にあった最善のケアを共に考案〉など3コードを含む〔せん妄, 認知症ケアチームとの連携〕で構成された。【心身の状態に配慮した意思

表3 解説以外の対象文献の要約(発行年順, ただし同一年の場合は著者名のアルファベット順)

著者(年)	研究デザイン	研究実施場所	対象	データ収集方法	介入内容	アウトカム指標	介入による効果
鎌倉舞(2016)	症例研究	脳神経外科病床	70歳代女性 脳卒中患者で自己体動があり、意思疎通が可能で家族の協力が得られた患者1名	N/A	・嗜好品(ぬいぐるみ)をそばにおく	離床センサーの作動回数 不穏行動の減少	・離床センサー感知回数が減少 ・不穏行動が徐々に減少 ・日中は体幹抑制や離床センサーを外すことができた
上川知広(2016)	症例研究	救急病床	70歳以上 救急外来から救急病床に入院した3名	・観察	・尿留置カテーテルの早期抜去 ・処置に関して事前にしっかり説明を行い介入	せん妄の有無	・せん妄の誘発因子を減らしせん妄を予防する介入に繋がった ・比較的落ち着いた入院生活を過ごすことができた
佐々木佐智江(2016)	症例研究	一般病床	78歳±7.8歳 会話が可能で認知面の評価(HDS-R)が軽度以上と判定され、研究開始時に身体拘束をされていた患者4名	・診療録 ・日本語版NEECHAM混乱・錯乱状態スケール(J-NCS)によるせん妄評価 ・マット型睡眠計による夜間の睡眠	・毎朝病室のカーテンを開け、体調に合わせて午前中にデイルームで明るい日差しを浴びる ・1日3回の食事をデイルームで摂り、散歩 ・時計やカレンダーを患者が見える位置に配置 ・日中の排泄はできるだけトイレ誘導するなどADLを拡大	ADLや言動の変化 J-NCS得点の変化 睡眠状態の変化	・表情が穏やかになり、夜間の叫びが消失した ・「よく眠れた」という言葉は聞かれた ・J-NCSの点数が改善した ・睡眠の深さと睡眠効率が上昇した
木佐俊郎(2015)	非ランダム化群間比較デザイン	リハビリテーション病回復期リハ病床	78歳±9.3歳 身体拘束を行った持続的経鼻胃経管栄養法(CNG)群 20例と間欠的経口経管栄養(IOC)群21例	N/A	・IOCの導入	身体拘束時間	・IOC群では身体拘束時間が有意に短縮した ・総身体拘束時間はIOC群が有意に短かった
遠間愛子(2012)	症例研究	一般病床	90歳代女性 緊急入院による環境の変化や胸腔ドレーン挿入などの身体侵襲によりせん妄になってしまった患者1名	N/A	・家族が面会に来るたびにミトンを解除 ・患者にミトンを着している経緯を説明 ・落ち着いている様子の時はミトンを解除	せん妄の有無	・状態が落ち着きミトンを解除することができた ・退院まで危険行動や転倒転落を起こすことなく過ごすことができた ・落ち着いている状態が続いたため、ミトンを解除することができた
中向弥生(2011)	症例研究	回復期病床	80歳代男性 脳出血により右麻痺・構音障害となった患者1名	・看護記録 ・診療記録	・ナースコールを押せばスタッフがすぐに来てくれるという安心感を与える ・靴をフックにかけることから靴を取る動作をなくすようにする ・家族の時間が持てるように環境を調整 ・感情を表出しているときに支持的に関わる ・自己の存在価値を見出せるように関わる	危機の有無	・移乗が自立したためセンサーマットの使用は中止になった ・信頼関係が構築され危機に陥ることなく歩く訓練を行うことができた
関山亜美(2010)	記述的研究	急性期一般病床	看護スタッフ26名 リハビリスタッフ33名 65歳以上 身体拘束中の患者7名	・アンケート ・入院診療録	・バイタルサイン測定、おむつ交換、体位交換の時間も意識して身体拘束部位の皮膚観察と同時に身体拘束解除 ・日中1回以上は看護研究メンバーが中心となり、20分間身体拘束を外し、動作の観察 ・家族の協力を得て日中の面会時間を増やし、身体拘束している時間を減少 ・アセスメント表を用いてせん妄状態を評価	身体拘束解除の有無	・7名中4名の患者が、経管栄養チューブの自己抜去がなく身体拘束を解除することができた
河津恵子(2009)	症例研究	一般病床	88歳男性 ルートの自己抜去がみられ、身体拘束が行われていた患者1名	N/A	・3回(初日, 30日目, 47日目)の抑制カンファレンスを実施 ・看護師が近くにいる場合は一時的にでも身体拘束を解除 ・昼間の経管栄養時には、車椅子に移させ、経管栄養を実施 ・家族がいるときは身体拘束を解除 ・看護師や家族などが働いているときは身体拘束を解除し、なるべく拘束されている時間が長くないように配慮 ・頻回に訪室して患者の訴えを共感的態度で傾聴	せん妄の経過	・抑制をしない看護介入によって、患者のせん妄状態が改善し意識レベルの向上が得られた ・家族の身体拘束に対する不安を軽減できた
大平麻美(2009)	症例研究	一般病床	84歳女性 ターミナル期にある患者1名	N/A	・家族に面会時間を増やしてもらい、患者と接する時間を多くしてもらえよう協力を依頼 ・家族に、面会時は身体拘束を解除できること、少しでも身体拘束を解除することで患者の精神的な安楽につながることを説明	身体拘束解除の時間	・身体拘束を解除する時間を長くし、家族の協力を得て患者の精神的な安楽に繋がったことにより、暴力行為や暴言が少なくなった
大森美重(2007)	記述的研究	回復期リハビリテーション病床	回復期リハ病棟スタッフ20名(看護師11名, 准看護師1名, 介護福祉士2名, 介護職員4名, 看護補助2名) 70歳代 何らかの身体拘束を実施していた患者2名	N/A	・勉強会の実施(厚生労働省発行の「身体拘束ゼロへの手引き」を参考に身体拘束の定義・弊害、身体拘束をせずに行うケアについて)	身体拘束の有無	・1名は全ての拘束を解除できた ・1名は体幹抑制、車いす安全ベルトの使用はなくなった
山下圭蔵(2006)	症例研究	一般病床	70~77歳 身体拘束の経験がある患者4名とその家族	・聞き取り調査	・患者・家族とともに転倒リスク評価表による危険度を評価 ・面談シートを用い、患者の要望、転倒リスク、問題点、対策を確認 ・面談シートの内容を実践し、患者・家族とともに評価 ・カンファレンスで患者のADLや認知力、危険行動について評価	患者、家族の反応 身体拘束の有無	・行動を制限せず見守りながら生活してもらったことで、顔色もよく表情も出てきて精神的に安定した ・4点柵を解除しても転倒なく過ごすことができ、本人の励みになった ・4点柵はせず端坐位コールを導入したことで、圧迫感がなく本人の変化も非常によくわかるようになった ・転倒せず体力が向上した
永井みち(2005)	症例研究	循環器・脳神経外科混合病床	69歳男性 看護師を蹴ったり、たたいたり、噛み付く行動がみられ、器質性精神障害と診断され、入院時より四肢抑制をしている患者1名	N/A	・医師と協力し、早期に各種ラインを抜去 ・家族の協力を得て、面会時間の制限をなくし毎日朝から夕方まで面会 ・低床ベッドの活用 ・ベッドは壁面に寄せて使用 ・ベッド脇の床へ衝撃緩和マットレス設置	身体拘束の有無	・四肢の身体拘束から片足のみの身体拘束へ変更した

表4 対象解説の要約（発行年順、ただし同一年の場合は著者名のアルファベット順）

著者（年）	対象	介入内容
深堀浩樹 (2018)	転倒・転落のリスクのある、認知症高齢者や認知機能が低下している高齢者	<ul style="list-style-type: none"> ・環境整備や高齢者の欲求を満たすケアといった、ベッド柵やサイドレール以外の方法で転倒・転落を予防する ・ベッド柵などの使用を検討する場合、身体拘束の3要件、高齢者本人・家族の希望、自立度・移動能力、認知機能などを判断する ・必要性を判断したうえで使用する場合、事故の予防や不必要な使用の中止に努める
柿沼久美子 (2018)	認知症高齢者	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームと連携し、状況にあった最善のケアを共に考案 ・認知症ケアマニュアルの整備 ・身体拘束カンファレンスの実施（週1回） ・認知症ケアチームの院内ラウンドに同行し自部署の認知症ケアを振り返る
長谷川美智子 (2017)	高齢者	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者自身が思い出せるように、治療をしている理由を書いた用紙の作成 ・起き上がるときに持つ場所にナースコールを置く ・本人に確認しながらケアを実施する ・動こうとする高齢者に「どうしましたか」と声をかける習慣 ・各病棟でリハビリスタッフと協働し、転倒・転落と身体拘束についてディスカッションする場を設ける
小栗智美 (2016)	認知症高齢者	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束を最小限にできないか、できる病状かを考える ・最小限にできない状況である場合はいつ最小限にできるか見通しを立てておく
長谷川真澄 (2015)	入院高齢者	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟において予防ケアの推進役割を担う看護師を選定し介入活動を行う ・現場の複雑な看護問題を持つ患者のコンサルテーションを受けて問題解決・直接的ケア・倫理的課題の検討の実施 ・せん妄に特化した多職種医療チームによる活動
森本七重 (2011)	不穏や認知を伴う患者や高齢患者	<ul style="list-style-type: none"> ・不穏、認知能力が低い患者の見守り ・見守り看護師のいるときは安全帯を外す ・会話や散歩の付き添いなどの原則として医療行為以外の介入

決定支援】は、〈ベッド柵などの使用を検討する場合、身体拘束の3要件、高齢者本人・家族の希望、自立度・移動能力、認知機能などを判断する〉、〈現場の複雑な看護問題を持つ患者のコンサルテーションを受けて問題解決・直接的ケア・倫理的課題の検討の実施〉の2コードを含む〔心身の状態をアセスメントし、患者・家族の意思について検討〕と〈患者・家族とともに転倒リスク評価表による危険度を評価〉〈面談シートを用い、患者の要望、転倒リスク、問題点、対策を確認〉など3コードを含む〔患者・家族のニーズに沿ったケアの検討〕によって構成された。

Ⅲ. 考 察

今回のスコーピングレビューの結果、6つのカテゴリーが抽出された。そのうち、【安全への配慮】、【患者が安心して入院生活を送るための関わり】、【普段の生活に沿ったケアの検討】、【心身の状態に配慮した意思決定支援】、【身体拘束解除時期の適時検討】は、認知機能が低下しやすい高齢者への看護における基本的ケアである。一般病床では、治療を安全に施行することが優先されやすく、認知機能が低下し、医療行為の必要性が理解できない高齢患者に対しては、転倒予防やルート類の自己抜去の目的で身体拘束が実施されやすい。しかし、身体拘束は事故予防になら

ず、むしろ転倒や事故のリスクを高めることが示されている（Frank, Hodgetts & Puxty, 1996）。一方で、転倒やマンパワー不足がある場合はやむを得ないとして、身体拘束廃止に取り組む病院においても身体拘束を実施している現状がある（星野・中尾, 2004）。看護師は高齢患者の身体拘束に関して、「治療の遂行と安全」、「看護の優先度」、「高齢患者看護の特性」のジレンマを抱えており（Yamamoto, Izumi & Usui, 2006）、高齢患者の安全と身体拘束の必要性の間で苦慮していることが推察される。業務内容や人員配置の見直し、身体拘束に関する正しい知識や老年看護に対する理解を深める必要があると考える。また、卒業後の認知症看護に関する研修参加の有無（森野・平田, 2018）、臨床倫理ガイドラインの導入（友竹・浅井・内山・小野, 2017）が身体拘束の軽減につながるとの報告があり、〔認知症ケアや身体拘束に関する知識の啓発〕といった教育が必要であると考えられる。また、身体拘束の最小化には、職員の有効な話し合い、職員の考え方が要因となっており（法隆・内藤, 2016）、身体拘束をしない看護に対するスタッフの高い意識や積極的に参画できる状況が要点である。以上より、身体拘束をしないための基本的ケアを実践するためには、組織的な教育、文化が必要であると考えられる。

身体拘束廃止を達成した金沢大学附属病院においては、看護部にて身体拘束を減少させるという目標を掲げ、倫理

表5 一般病床に入院する高齢者に対する身体拘束予防, 軽減のための看護

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者が安心して入院生活を送るための関わり	状況を理解できるように説明	患者にミトンを装着している経緯を説明 処置に関して事前にしっかり説明を行い介入 高齢者自身が思い出せるように, 治療をしている理由を書いた用紙の作成 本人に確認しながらケアを実施する
	患者が安心して家族と過ごすように協力	ナースコールを押せばスタッフがすぐに来てくれるという安心感を与える 感情を表出しているときに支持的に関わる 自己の存在価値を見出せるように関わる 頻回に訪室して患者の訴えを共感的態度で傾聴
	患者が安心して家族と過ごすように協力を依頼	家族の協力を得て日中の面会時間を増やし, 身体拘束している時間を減少 家族に, 面会時は身体拘束を解除できること, 少しでも身体拘束を解除することで患者の精神的な安楽につながることを説明 家族に面会時間を増やしてもらい, 患者と接する時間を多くしてもらえるよう協力を依頼
	患者の行動への寄り添い	不穏, 認知能力が低い患者の見守り 動こうとする高齢者に「どうしましたか」と声をかける習慣
	患者が安心して家族と過ごすように調整	家族の時間が持てるように環境を調整 家族の協力を得て, 面会時間の制限をなくし毎日朝から夕方まで面会
	安全への配慮	転倒・転落予防のための環境整備
適切なライン類の抜去時期の検討		尿留置カテーテルの早期抜去 医師と協力し, 早期に各種ラインを抜去 必要性を判断したうえで使用する場合, 事故の予防や不必要な使用の中止に努める 間欠的経口経管栄養 (IOC: 栄養剤や薬などの注入を要するときのみカテーテルを口腔から食道または胃腔に挿入し, 注入が終了すればカテーテルを抜去する方法) の導入
人がそばにいるときは身体拘束を解除		家族がいるときは身体拘束を解除 看護師が近くにいる場合は一時的にでも身体拘束を解除 看護師や家族などがそばにいるときは身体拘束を解除し, なるべく拘束されている時間が長くないように配慮 家族が面会に来るたびにミトンを解除 バイタルサイン測定, おむつ交換, 体位交換の時間も意識して抑制部位の皮膚観察と同時に身体拘束解除 見守り看護師のいるときは安全帯を外す
身体拘束解除時期の適時検討	経過から患者の身体拘束解除を検討	カンファレンスで患者のADLや認知力, 危険行動について評価 アセスメント表を用いてせん妄状態を評価 3回 (初日, 30日目, 47日目) の拘束カンファレンスを実施 最小限にできない状況である場合はいつ最小限にできるか見通しを立てておく 身体拘束カンファレンスの実施 (週1回) 各病棟でリハビリスタッフと協働し, 転倒・転落と身体拘束についてディスカッションする場を設ける
	その場で患者の身体拘束解除を検討	日中1回以上は看護研究メンバーが中心となり, 20分間身体拘束を外し, 動作の観察 落ち着いている様子の時はミトンを解除 身体拘束を最小限にできないか, できる病状かを考える
普段の生活に沿ったケアの検討	普段の生活に近づける介入	嗜好品 (ぬいぐるみ) をそばにおく 時計やカレンダーを患者が見える位置に配置 会話や散歩の付き添いなどの原則として医療行為以外の介入
	生活リズムを整える介入	毎朝病室のカーテンを開け, 体調に合わせて午前中にデイルームで明るい日差しを浴びる 1日3回の食事をデイルームで摂り, 散歩 昼間の経管栄養時には, 車椅子に移させ, 経管栄養を実施 日中の排泄はできるだけトイレ誘導するなどADLを拡大
認知症ケア体制の構築	認知症ケアや身体拘束に関する知識の啓発	病棟において予防ケアの推進役割を担う看護師を選定し介入活動を行う 認知症ケアマニュアルの整備 勉強会の実施 (厚生労働省発行の「身体拘束ゼロへの手引き」を参考に身体拘束の定義・弊害, 身体拘束をせざるにケアについて)
	せん妄, 認知症ケアチームとの連携	せん妄に特化した多職種医療チームによる活動 認知症ケアチームと連携し, 状況にあった最善のケアを共に考案 認知症ケアチームの院内ラウンドに同行し自部署の認知症ケアを振り返る
心身の状態に配慮した意思決定支援	心身の状態をアセスメントし, 患者・家族の意思について検討	ベッド柵などの使用を検討する場合, 身体拘束の3要件, 高齢者本人・家族の希望, 自立度・移動能力, 認知機能などを判断する 現場の複雑な看護問題を持つ患者のコンサルテーションを受けて問題解決・直接的ケア・倫理的課題の検討の実施
	患者・家族のニーズに沿ったケアの検討	患者・家族とともに転倒リスク評価表による危険度を評価 面談シートを用い, 患者の要望, 転倒リスク, 問題点, 対策を確認 面談シートの内容を実践し, 患者・家族とともに評価

委員会の設置、倫理カンファレンスや事例検討会の開催、臨床倫理コンサルティングチームを設置し、ラウンドやコンサルテーションの実施といった活動を行った（小藤, 2018）。内科病棟では、患者が穏やかに過ごせる工夫や、胃管などを嫌がる原因について、カンファレンスで話し合い、患者の行動を見張るのではなく、患者が落ち着いて休めるように環境を整え、ICUでは、身体拘束をしないケア方法について協議するため、他部署のスタッフや医師とカンファレンスを実施し、身体拘束廃止を達成したとの報告がある（竹内, 2018；辻, 2018）。また、身体拘束廃止を達成した地域包括ケア病棟および回復期リハビリ病棟を有する大誠会内田病院では、パーソンセンタードケアを基本とした対応や患者が落ち着くような環境調整、患者本人の意向や気分に応じたスケジューリングなどを行っていた（田中, 2018）。これらの先駆的な取り組みは、本研究結果における【認知症ケア体制の構築】や【患者・家族のニーズに沿ったケアの検討】にあたる取り組みであり、身体拘束を予防、軽減する看護として妥当なカテゴリーが生成されたと考える。本研究結果は、一般病床における身体拘束廃止のための看護として妥当な内容が抽出されており、我が国において同領域で看護研究、看護介入を実践する際の示唆を与えると考える。以上より、看護師が基本的ケアを実践できるよう、管理者は身体拘束の軽減、廃止に向けた教育、文化を作り上げることが必要である。それらを実現できる管理の内容を示し、標準化していく必要があると考える。

IV. 結 論

一般病床に入院する高齢者に対する身体拘束を予防、軽減するための看護についてスコーピングレビューし、先行研究の知見を統合した結果、【患者が安心して入院生活を送るための関わり】【安全への配慮】【身体拘束解除時期の適時検討】【普段の生活に沿ったケアの検討】【認知症ケア体制の構築】【心身の状態に配慮した意思決定支援】の6のカテゴリーが生成された。以上より、看護師による基本的ケアの徹底と管理者による教育、文化の構築が一般病床に入院する高齢者に対する身体拘束を予防、軽減する看護のために必要であることが示唆された。今後の研究としては、基本的ケアの実践が実現できる管理の内容を示し、標準化していく必要がある。

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。

本研究は、日本看護研究学会将来構想委員会看護系保険連合ワーキングの「急性期病院における高齢者への安全な医療・看護提供検討プロジェクト」の一環として行われた。

文 献

- 相川みづ江, 泉キヨ子, 正源寺美穂 (2012). 一般病院に入院中の高齢者における生活機能の変化に影響する要因, *老年看護学*, 16(2), 47-56.
- Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodol*, 8(1), 19-32.
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L., Fitzgerald, M. (2002). Physical restraint in acute and residential care: A systematic review. *Adelaide, The Joanna Briggs Institute*.
- Frank, C., Hodgetts, G., Puxty, J. (1996). Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence. *Canadian Family Physician*, 42, 2402-2409.
- 深堀浩樹 (2018). 意外に知られていない高齢者の事故 本当は怖い〇〇の話 (第8回) 本当は怖い“ベッド柵”の話, *看護技術*, 64(9), 897-901.
- Hamers, J.P., Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.
- 長谷川真澄 (2015). 入院高齢者のせん妄症状に対する身体拘束をめぐる看護師の困難とその対応策, *北海道生命倫理研究特集号*, 6-14.
- 長谷川美智子 (2017). 【退院後の生活を見据えた高齢者ケア：包括的アセスメントと健康障害へのアプローチ】(第1章) 退院後の生活を見据えた高齢者ケアのための知識 4. 高齢者ケアにおける倫理的課題と対応, *看護技術*, 63(12), 1137-1142.
- 法隆理子, 内藤奈津美 (2016). 行動制限最小化に対する病棟意識の変化：隔離・拘束ゼロへの道のり, *日本精神科看護学術集会誌*, 59(2), 238-241.
- 星野典子, 中尾久子 (2004). 高齢者の抑制廃止の取り組みに関する研究 すでに取り組んでいる施設の調査を通して. *山形県立大学看護学部紀要*, 8, 69-74.
- Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grady, D.G., Newman, T.B. (2013) / 木原雅子, 木原正博 (2014). *医学的研究のデザイン：研究の質を高める疫学的アプローチ* 第4版, 東京：メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 柿沼久美子 (2018). 【看護師長のための「地域分析」入門】実践報告 JCHO埼玉メディカルセンターの取り組み：急性期病院における認知症ケアへの取り組み：身体抑制のないケアを目指して, *看護管理*, 28(9), 806-809.
- 鎌倉 舞, 藤林安子, 高崎桃子, 穴水ひとみ, 岡上知香, 谷岡 香 (2016). 不穏がある脳疾患患者の不穏行動を減少させるための関わり：嗜好品を取り入れたケア. *中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌*, 12, 217-220.
- 上川知広, 中里さかえ, 杉田恵美, 衛藤正昭, 研井礼子 (2016). 緊急入院患者に対するせん妄予防の取り組み. *福岡赤十字*

- 護研究会集録, 54(30), 5-7.
- 柏崎郁子, 佐々木晶世, 碓井瑠衣, 叶谷由佳 (2017). 看護師による身体拘束に関する最高裁平成22年1月26日判決と一般病床の身体拘束ガイドラインに着目した文献検討. *老年看護学*, 22(1), 98-106.
- 河津恵子, 中井可奈子, 奈良愛由, 中西順子, 坂本陽子, 三成都由子 (2009). 身体抑制時間短縮による譫妄の軽減事例. *愛仁会医学研究誌*, 40, 349-350.
- 木佐俊郎, 三谷俊史, 中島美鈴 (2015). 間欠的経口経管栄養法 (IOC) 導入にともなう身体拘束時間の軽減. *島根医学*, 35(2), 68-72.
- 公益社団法人全日本病院協会 (2016). 「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業」報告書. https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/160408_2.pdf (参照2019年7月8日)
- 小藤幹恵 (2018). 【「身体拘束をしない看護」急性期病院の挑戦】高度急性期医療の場での抑制しない看護へのチャレンジ. *看護*, 70(2), 70-75.
- 厚生労働省 (2017年10月1日). 患者調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/toukei.pdf> (参照2020年4月9日)
- 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」(2001年3月). 身体拘束ゼロへの手引き: 高齢者ケアに関わるすべての人に. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf (参照2019年7月8日)
- 森本七重, 山崎由美子, 中井弘美, 岡田さか枝 (2011). 看守り看護師の貢献: 7対1入院基本料取得に伴う看護師, 実看護時間数の確保. *看護管理*, 21(5), 393-396.
- 森野美由紀, 平田弘美 (2018). 一般病棟における看護師の教育背景と高齢患者への身体拘束に対する認識との関係. *人間看護学研究*, 16, 27-34.
- 永井みち, 齋藤澄子 (2005). 症例から学ぶケアのヒント: 器質性精神障害を合併した患者の転落防止のための援助. *ハートナーシング*, 18(7), 703-707.
- 中向弥生 (2011). 転院後の行動制限にストレスを感じている患者の看護: Aguileraの危機モデルを用いた分析. *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 23, 84-86.
- 内閣府 (2019). 令和元年版高齢社会白書 (全体版). https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (参照2020年4月9日)
- 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会 (2015年8月31日). 身体拘束予防ガイドライン. http://jne.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf (参照2019年10月5日)
- 日本老年看護学会 (2014年11月26日). 老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした『入院認知症高齢者へのチーム医療』の実態調査報告書. 1-80.
- 日本老年看護学会 (2016年8月23日). 「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明 2016. <http://www.rounenkango.com/> (参照2019年7月8日)
- 大平麻美 (2009). ターミナル期において心理的安寧をはかることができた事例: 家族の協力を得て. *長岡看護福祉専門学校紀要*, 5, 21-23.
- 大森美重, 中野智子, 吉澤恵一, 佐藤 実, 鈴木伸子 (2007). 回復期リハビリテーション病棟における取り組み: 身体拘束解除に向けて. *日本看護学会論文集: 老年看護*, 38, 79-81.
- 小栗智美 (2016). 【一般病棟における認知症高齢者へのケア: 認知症高齢者の世界を知り, 適切な支援を探る】(第2章) 入院中の認知症高齢者への対応 7. 身体拘束, *看護技術*, 62(5), 483-487.
- 佐々木佐智江, 中野裕美, 山岸弥希, 木村静香, 前川幸穂, 内藤里美, 有田広美 (2016). 高齢患者へのせん妄ケアの取り組みとその効果. *日本看護学会論文集: 急性期看護*, 46, 168-171.
- 関山亜美, 玉寄さやか, 山城千草, 金城 朗 (2010). 抑制解除に対する看護師の意図的な関わり: 抑制の意識調査と実態調査の検討. *沖縄県看護研究学会集録*, 25, 47-50.
- 竹内弘美 (2018). 【「身体拘束をしない看護」急性期病院の挑戦】(報告3) 内科病棟での取り組み: 患者の思いや行動を尊重しながらの「抑制ゼロ」定着. *看護*, 70(2), 80-81.
- 田中志子 (2018). 大誠会スタイル 病棟において認知症のある患者を身体拘束しない看護. *認知症ケア研究誌*, 2, 51-57.
- 遠岡愛子 (2012). せん妄となった患者への抑制による悪影響を最小限にする関わり: 説明することの大切さ. *川崎市立川崎病院看護部事例研究集録*, 14, 43-45.
- 友竹千恵, 浅井さおり, 内山孝子, 小野光美 (2017). 臨床倫理ガイドライン導入の取り組み: 看護管理者の取り組みと看護管理者・チームの認識や行動の変化. *日本看護倫理学会誌*, 9(1), 22-30.
- 辻 千芽 (2018). 【「身体拘束をしない看護」急性期病院の挑戦】(報告1) 集中治療部での取り組み: 「安全」とのジレンマに悩みながらも乳児の抑制解除を検討. *看護*, 70(2), 76-77.
- 山縣千尋, 廣岡佳代, 菅野雄介, 田口敦子, 松本佐知子, 宮下光令, 深堀浩樹 (2018). 高齢者ケア施設におけるエンド・オブ・ライフケアのIntegrated Care Pathwayに関する介入・実装研究: スコーピングレビュー. *Palliative Care Research*, 13(4), 313-327.
- Yamamoto, M., Izumi, K., Usui, K. (2006). Dilemmas facing Japanese nurses regarding the physical restraint of elderly patients. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(1), 43-50.
- 山下圭蔵 (2006). 身体拘束廃止を患者・家族と共有することの優位性. *北海道勤労者医療協会看護雑誌*, 32, 75-77.
- 吉川悠貴, 加藤伸司 (2007). 【高齢者虐待防止システム】介護施設における身体拘束の防止. *老年社会科学*, 28(4), 538-544.

〔2020年1月8日受付〕
〔2020年9月28日採用決定〕

A Scoping Review of Nursing to Prevent and Reduce the Need for Physical Restraints for Elderly Patients in General Hospitals of Japan

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(2), 299-308
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200928116>

Maya Kanno, MSN, RN, PHN, Sakuya Usui, BSN, RN,
Misuzu Hoshi, BSN, RN, Kaori Yoshida, BSN, RN,
Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: The purpose of this scoping review was to clarify nursing care in order to prevent and reduce the need for physical restraints for older patients in general hospitals throughout Japan. **Methods:** We made use of the Japan Medical Abstracts Society's database, identifying 326 relevant studies. Ultimately, 18 studies met the criteria of this review and were included. **Results:** By reviewing the selected abstracts, we were able to create six categories: "involvement for hospitalized patients to comfortably spend time in," "consideration of patients' safety", "assessment for the timely withdrawal of physical restraints," "assessment of care based on daily life," "the construction of a dementia care system," and "decision-making support to consider physical and mental states." **Conclusions:** Preventing and reducing the need for physical restraints for older patients requires thorough basic care by nurses and the development of relevant education and culture by administrators.

Key words

Restraint, Physical, Aged, Hospitals, General, Inpatients

Correspondence: M. Kanno. Email: mkan@yokohama-cu.ac.jp

一般社団法人
日本 看護 研究 学会
会報

第 119 号

(2021年7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
 2021年度第1回理事会 議事録 1

一般社団法人日本看護研究学会
 2021年度第2回理事会 議事録 3

一般社団法人日本看護研究学会
 2021年度定時社員総会 議事録 8

一般社団法人日本看護研究学会
 2021年度第1回理事会 議事録

日 時：2021年4月29日（木・祝） 15：00～17：30
 会 場：オンライン会議システム（Zoom）によるオンライン会議

出席者（敬称略）：

深井喜代子，浅野みどり，鈴木みずえ，阿部幸恵，岡美智代，川口孝泰，工藤せい子，
 小松万喜子，佐藤正美，塩飽仁，祖父江育子，高見沢恵美子，法橋尚宏，前田ひとみ，
 森千鶴，矢野理香，若村智子（以上，常任理事・理事17名）
 稲垣美智子，西田真寿美（以上，監事2名）

欠席者（敬称略）：

工藤美子，国府浩子，佐藤洋子，中西純子，布施淳子（以上，常任理事・理事5名）

陪席（敬称略）：

海老根潤，竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 深井喜代子

配布資料：資料1. 学生会員について

資料2. 利益相反管理指針・細則・様式の改定について

【審議事項】

1. 利益相反管理指針・細則・様式の改定について（資料2）

研究倫理委員会委員長 高見沢恵美子理事より，本会の利益相反管理指針等を2021年3月24日に公表された日本看護系学会協議会（JANA）の「COI管理ガイドライン」に基づき一部改定を実施した

い旨が説明された。

研究倫理委員会より提出された改定案について、下記を修正することで承認された。

- ①様式2 『日本看護研究学会雑誌』利益相反自己申告書の最下段に、現行の様式2と同様にその他の欄を追加し、責務相反に関する記載をする。
- ②様式2, 3, 4 各申告書の「株」の欄について金額の記載を修正する
(変更前) 100万円以上 全株式の5%以上
(変更後) 公開株式の5%以上または未公開株の保有
- ③その他、誤字脱字の修正

なお、2021年度より発刊予定の国際英文ジャーナル用の利益相反自己申告書については、次回理事会にて議論を行うことで合意した。

2. 学生会費について(資料1)

前回理事会にて継続審議となった学生会員の設置について、深井喜代子理事長より資料に基づいて説明がなされた。

これまでの将来構想委員会での討議、前回理事会での審議およびその後の意見聴取での理事・監事からの意見を整理、再検討したうえで、下記内容で学生会員の設置が承認された。

- ・学生会員設置の目的：若い研究者を受け入れ、学会活動を通して優秀な研究者を育成していくことも、本学会の目的達成のための有効な手段と言える。早期からの若手研究者育成を目的とし、研究意欲旺盛な学生の入会を歓迎すべく、会員種別に「学生会員」を設置する。
- ・学生会員の定義(年限)：大学院生(博士前期課程2年間、博士後期課程3年間)および、その他高等教育機関の学生(各教育機関の最短修了年数が上限)
- ・入会時の確認方法：学生証の写しに指導教員のサインを付し、入会申込時に提出する。従来の会員同様に評議員の推薦は必須。
- ・権利の制限：役員の実選権及び被選挙権はなし
- ・年会費：入会金 一律3,000円
年会費 大学院生 3,000円、その他高等教育機関の学生 1,000円

上記の承認事項をもとに事務局にて定款および定款施工細則の改定案を作成し理事会および社員総会に諮ることとする。なお、従来の「会員」については「正会員」と名称を変更する。

【報告事項】

1. 第47回学術集会について

塩飽仁第47回学術集会会長から、演題募集状況(4月2日締切)について報告があった。

一般演題166演題、交流集会11件(うち委員会企画5件)の登録があり、査読および発表資格の確認をすすめているところである。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：鈴木みずえ

一般社団法人日本看護研究学会 2021年度第2回理事会 議事録

日 時：2021年5月23日（日） 10：00～12：15

会 場：オンライン会議システム（Zoom）によるオンライン会議

出席者（敬称略）：

深井喜代子，浅野みどり，鈴木みずえ，阿部幸恵，岡美智代，川口孝泰，工藤せい子，
国府浩子，小松万喜子，佐藤正美，佐藤洋子，塩飽仁，祖父江育子，高見沢恵美子，
中西純子，布施淳子，法橋尚宏，前田ひとみ，森千鶴，矢野理香，若村智子

（以上，常任理事・理事21名）

稲垣美智子，西田真寿美（以上，監事2名）

欠席者（敬称略）：

工藤美子（理事）

陪席（敬称略）：

海老根潤，竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 深井喜代子

書 記：森千鶴

配布資料：資料1：会員数の動向

資料2：編集委員会報告・審議

資料3：看保連ワーキング報告

資料4：関連会議報告

資料5：第48回学術集会 進捗状況

資料6：会計報告

－ 0：2020年度決算報告書（内訳表）

－ 1：2020年度決算報告書（一般会計）

－ 2：2020年度決算報告書（奨学会）

－ 3：2020年度決算報告書（選挙）

－ 4：2020年度決算報告書（第46回学術集会）

－ 5：2020年度決算報告書（災害支援）

－ 6：2020年度決算報告書（第47回学術集会）

資料7：2020年度会計監査報告

資料8：2021年度予算案

資料9：地方会2020年度活動報告・決算報告，2021年度活動計画案・予算案

資料10：2021年度大規模災害支援事業案

資料11：学生会員の設置に伴う定款および定款細則の改定について

資料12：年会費支払オンラインクレジット決済の導入について

資料13：入会申込理事会承認一覧

追加資料：実践研究活動推進ワーキング報告事項

深井喜代子理事長挨拶

【議事録の確認】

2021年度第1回理事会議事録は承認された。

【報告事項】

1. 会員数の動向（資料1）

資料1に基づいて総務担当の鈴木副理事長より報告があった。

2. 委員会報告

①編集委員会

資料2に基づいて編集委員長の法橋理事より報告があった。

②奨学会委員会

奨学会委員長の阿部理事より、2020年度奨学会奨学金授与者の石川恵子氏が第47回学術集会で発表することが報告された。

③学会賞・奨励賞委員会からは特に報告事項はなかった。

④将来構想委員会

深井理事長より学生会員についての検討や実践研究活動推進ワーキングの活動推進などを積極的に行っている旨、報告があった。

⑤研究倫理委員会

研究倫理委員長の高見沢理事より、前回理事会審議の際の意見に従いCOI規程を修正した旨、報告があった。

日本看護協会よりWEBサイト掲載の「看護職のための自己学習テキスト」に本会の「日本看護研究学会 研究倫理原則」のPDFを掲載したいとの依頼があり、現在転載許可申請を依頼している（理事会后追記：5月25日に申請書が届き、同意（許諾）書を提出した）。

また、第47回学術集会で交流集会を開催する。

⑥国際活動推進委員会

国際活動推進委員長の岡理事より、次回発行のニュースレターに、前号に引き続き委員の英文投稿の体験談についての記事を掲載する旨、報告があった。

2月に開催したオンライン講演会が好評だったため、今年度も企画して開催していく予定である。また、第47回学術集会で交流集会を開催する。

⑦大規模災害支援事業委員会

大規模災害支援事業委員長の中西理事より、2020年度に追加募集した7月豪雨の被災者2件への支援金支払が完了した旨、報告があった。

⑧広報委員会

広報委員長の塩飽理事より、学会ホームページについては依頼に基づき随時更新を行っていること、またJINRについてバナーを作成し掲載した旨、報告があった。

ニュースレター第5号の発行準備中である。

⑨看保連ワーキング

資料3に基づいて看保連ワーキンググループ長の浅野副理事長より報告があった。

⑩実践研究活動推進ワーキング

追加資料に基づいて実践研究活動推進ワーキンググループ長若村理事より報告があった。

第47回学術集会で交流集會を開催する旨、報告があった。

3. 関連会議**①日本看護系学会協議会**

資料4に基づき浅野副理事長より報告があった。

②日本看護系学会協議会災害看護連携会議について、報告はなかった。**③看護系学会等社会保険連合について、報告はなかった****④日本学術会議**

資料4に基づき浅野副理事長より報告があった。

4. 第47回学術集會について

塩飽学術集會会長より以下の報告があった。

- ・ハイブリッド開催予定であったがCOVID-19の影響でオンライン開催になる見込みで、そのためプログラムの組み替えをしている。
- ・演題164題応募があり、2題取り下げ、162題となった。現在査読中である。
- ・上記内訳：口演44題、ポスター103題、どちらでもよい15題
- ・交流集會13題、このうち委員会企画は6題
- ・上級演題6～7題
- ・現在のところ事前参加登録が少ないため、全体のプログラム公開後広報をすすめていく予定である。

5. 第48回学術集會について

資料5に基づき中西学術集會会長より説明があった。

6. 地方会の活動については、報告事項はなかった。**【審議事項】****1) 2020年度決算について**

資料6-0～6-6に基づき、会計担当の国府理事より説明があり、審議の結果、承認された。

2) 2020年度会計監査報告について

資料7に基づき、西田監事より説明があり、審議の結果、承認された。

3) 2021年度予算案について

資料8に基づき、会計担当国府理事より説明があり、審議の結果、承認された。

4) 地方会 2020年度活動報告・決算報告、2021年度活動計画案・予算案について

・北海道地方会について資料9に基づき、矢野理事より説明があり、審議の結果承認された。

・東海地方会について資料9に基づき、鈴木副理事長より説明があり、審議の結果、承認された。

・近畿・北陸地方会について資料9に基づき、鈴木副理事長より説明があり、審議の結果承認された。

・中国・四国地方会について資料9に基づき、祖父江理事より説明があり、審議の結果、承認された。

・九州・沖縄地方会について資料9に基づき、国府理事より説明があり、審議の結果承認された。

5) 2021年度大規模災害支援事業案について

資料10に基づき、大規模災害支援事業委員長中西理事より新型コロナウイルス感染症による経済的困窮者への支援実施について説明があり、審議の結果、以下の確認事項を踏まえ承認された。

・300万円の予算、学生の食費2ヶ月分相当 1人5万円、60人分

・今年度は8月31日で締め切り、希望者が多い場合には、委員会で選考する

・収入減少を証明する添付書類は、申請者によって異なるが、書類や本人の申し立てを以て優先順位を決定する。

・収入減少を証明する添付書類には、通帳の写し、給与明細表、源泉徴収票などが考えられるが特定はできないので、募集要領に例を記載する

6) 学生会員設置に伴う定款および定款施行細則の改定について

資料11に基づき深井理事長より説明があり、審議の結果、承認された。

7) 編集委員会

資料2に基づき編集委員長法橋理事より下記について説明があり、審議の結果、承認された。

・『日本看護研究学会雑誌』の原稿執筆要項の一部改正について

・『日本看護研究学会雑誌』編集委員会委員の追加について

成人系、基礎系の論文が多いので、これらの領域の担当者を追加する

・*Journal of International Nursing Research* (JINR) のCOIについて

日本人以外は、基準が異なるため詳細を入力しない仕様となっていることが確認された。

8) 年会費支払クレジット決済の導入について

資料12に基づき会計担当国府理事より、説明があり審議の結果、承認された。

郵便振替とクレジット決済といずれかの方法で年会費を支払うことができることが確認された。

9) その他

①入会申込者について

資料13に基づき、深井理事長より説明があり審議の結果、承認された。

②その他 理事会の日程について、以下のように提案され、承認された。

第3回理事会 7月25日(日)

第4回理事会 11月28日(日)

第5回理事会 2月20日(日)

一般社団法人日本看護研究学会 2021年度定時社員総会 議事録

日 時：2021年6月6日（日） 13：00～13：30

会 場：一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室
(〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1-4F)

議事進行：理事長 深井喜代子

陪 席（敬称略）：浅野みどり，鈴木みずえ，矢野理香，海老根潤，竹下清日

書 記：鈴木みずえ

資 料：2021年度定時社員総会資料

I. 開 会

1. 会議成立の報告

開会に際し，議長により本社員総会に対する書面表決による出席者数が141名（総社員数145名）となっていることが報告され，定款第27条の規定により出席した社員の議決権の過半数（特別決議においては総社員の2／3以上）をもって決議を行うことが宣言された。

II. 議 事

《報告事項》

1. 会員数の動向について
2. 第47回学術集会について
3. 第48回学術集会について
4. 地方会の活動について（北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州・沖縄）

上記報告事項1～4について，社員からの書面による意見・質問等の確認を行った。東北での地方会の活動ないこと，地方会のハイブリッドでの実施やアーカイブの全国公開など，さらなる情報共有を期待するという意見が1件寄せられており，今後の地方会の活動に活かしていけるよう意見を共有し，活動計画に役立てていくことが確認された。

《審議事項》

第1号議案 2020年度事業報告について

書面表決を集計の結果，賛成141名，反対0名となり，過半数の賛成をもって本議案は可決された。なお，社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことも確認された。

第2号議案 2020年度一般会計・特別会計決算，監査報告について

書面表決を集計の結果，賛成141名，反対0名となり，過半数の賛成をもって本議案は可決された。なお，社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことも確認された。

第3号議案 2020年度学会賞・奨励賞について

書面表決を集計の結果、賛成141名、反対0名となり、過半数の賛成をもって本議案は可決された。なお、社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことも確認された。

第4号議案 選挙管理委員会委員の選出について

書面表決を集計の結果、賛成141名、反対0名となり、過半数の賛成をもって本議案は可決された。なお、社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことも確認された。

第5号議案 名誉会員の推薦について

書面表決を集計の結果、賛成141名、反対0名となり、過半数の賛成をもって本議案は可決された。なお、社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことも確認された。

第6号議案 学生会員の設置について（定款・定款施行細則改定）

書面表決を集計の結果、賛成140名、反対1名となり、総社員の2/3以上の賛成をもって本議案は可決された。なお、社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことも確認された。

《理事会報告》

1. 2021年度事業案について
2. 2021年度予算案について
3. 奨学会研究費授与について
4. 第50回（2024年）～第52回（2026年）学術集会会長推薦について
5. その他

・「日本看護研究学会における利益相反に関する指針」「利益相反に関する指針運用のための細則」の改定について

・英文オープンアクセスジャーナル *Journal of International Nursing Research* (JINR) の創刊について

上記報告事項1～5について、社員からの書面による意見・質問等はなかったことが確認された。

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参与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

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

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

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

■ミスコンダクト

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

■断片的投稿

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■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 α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

第2階層：Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ. ……………：中央揃え

第3階層：A. B. C. ……………：左端揃え

第4階層：1. 2. 3. ……………：左端揃え

第5階層：a. b. c. ……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる

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

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

- 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 —

- 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。
- 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 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 —

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

- 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 —

- ……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)。
- ……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。

- 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。

- 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。

- 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。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合, 掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は, 所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書, 音声, 高解像度画像, 動画などのファイルで, 著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば, 開発した尺度のpdfファイル, データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお, これらのファイルには, コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて, ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル (Supplementary Files)」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は, 合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナル Journal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

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。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 2021年度会費納入のお願い

2021年度会費納入のお願いをお送りしております。会費未納の方は、ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

2021年7月より、年会費の納入にオンラインクレジット決済のご利用が可能となりました。下記2. に記載の「会員情報管理システム」よりご利用ください。

年会費納入口座

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

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

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

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉
 〒170-0002 東京都豊島区巢鴨 1-24-1 4F
 (株)ガリレオ学会業務情報化センター内
 TEL：03-3944-8236 FAX：03-5981-9852
 E-mail：g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp
 開所曜日：(平日)月～金曜日 開所時間：9：30～18：00

日本看護研究学会雑誌

第44巻 第2号

無料配布

2021年7月20日 印刷

2021年7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) 日本赤十字広島看護大学
- 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) 滋賀医科大学医学部看護学科
- 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

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

