JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 45 Number 2 July 2022 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

［第45巻 第2号］

Japan Society of Nursing Research

会　　告（1）

2021年度事業　評議員・役員選挙の結果，下記の方々が選出されました。

任期は，2022年定時社員総会の日より2026年社員総会前日まで（ただし，理事として選出された評議員の任期は，2026年社員総会終結のときまで)。

2022年 6 月 4 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

記

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

評議員地区別名簿

（敬称略）

北海道地区（ 3 名）

氏　　名	所　　属	氏　　名	所　　属
長谷川真澄	札幌医科大学保健医療学部看護学科	山田　律子	北海道医療大学看護福祉学部看護学科
樋之津淳子	公立大学法人札幌市立大学看護学部		

東北地区（ 4 名）

氏　　名	所　　属	氏　　名	所　　属
蛎崎奈津子	岩手医科大学看護学部	佐藤　幸子	山形大学医学部看護学科
角濱　春美	青森県立保健大学	塩飽　　仁	東北大学大学院医学系研究科保健学専攻

関東地区（ 6 名）

氏　　名	所　　属	氏　　名	所　　属
岡田　佳詠	国際医療福祉大学成田看護学部看護学科	行田　智子	群馬県立県民健康科学大学
岡山　久代	筑波大学医学医療系	森　　恵美	千葉大学大学院看護学研究科
高井ゆかり	群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科	吉田　澄恵	東京医療保健大学千葉看護学部臨床看護学

東京地区（9名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
會田　信子	信州大学学術研究院医学保健学域保健学系	平林　優子	信州大学医学部保健学科
遠藤みどり	山梨県立大学看護学部	福田美和子	目白大学看護学部看護学科
柏木　公一	国立看護大学校	水野恵理子	順天堂大学大学院医療看護学研究科
岸　恵美子	東邦大学看護学部	渡邊　知映	昭和大学保健医療学部看護学科
西村　ユミ	東京都立大学大学院人間健康科学研究科		

東海地区（12名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
安藤　詳子	一宮研伸大学学部看護学部	佐藤　美紀	愛知県立大学看護学部
大川　明子	三重県立看護大学	島袋　香子	北里大学
大西　文子	日本赤十字豊田看護大学	白水眞理子	姫路大学看護学部
勝山貴美子	横浜市立大学医学部看護学科	髙植　幸子	椙山女学園大学看護学部
門間　晶子	名古屋市立大学看護学部	三吉友美子	藤田保健衛生大学医療科学部看護学科
叶谷　由佳	横浜市立大学医学部看護学科老年看護学	山田　聡子	日本赤十字豊田看護大学看護学部

近畿・北陸地区（16名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
東　ますみ	神戸女子大学看護学部	關戸　啓子	宝塚医療大学和歌山保健医療学部看護学科
伊丹　君和	滋賀県立大学人間看護学部	内藤知佐子	愛媛大学医学部附属病院総合臨床研修センター
宇佐美しおり	四天王寺大学看護学部精神看護学	任　和子	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
片山由加里	同志社女子大学看護学部	武用　百子	大阪大学大学院医学系研究科看護実践開発科学講座
久米弥寿子	武庫川女子大学看護学部看護学科	本田可奈子	滋賀県立大学人間看護学部人間看護学科
紺家千津子	石川県立看護大学看護学部	松下由美子	甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科
作田　裕美	大阪公立大学大学院看護学研究科	松田　光信	大阪公立大学大学院看護学研究科（阿倍野キャンパス）
杉本　吉恵	公立大学法人大阪　大阪公立大学看護学部	光木　幸子	同志社女子大学看護学部

中国・四国地区（11名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
秋山　　智	広島国際大学看護学部	名越　恵美	岡山県立大学保健福祉学部看護学科
吾郷美奈恵	島根県立大学看護栄養学部大学院看護学研究科	原　　祥子	島根大学医学部看護学科
佐伯　由香	愛媛大学大学院医学系研究科　看護学専攻	百田　武司	日本赤十字広島看護大学看護学部老年看護学領域
佐々木新介	岡山県立大学保健福祉学部看護学科	森本美智子	岡山大学学術研究院保健学域
田中　愛子	山口大学大学院医学系研究科	山勢　博彰	山口大学大学院医学系研究科
田中マキ子	山口県立大学看護栄養学部		

九州・沖縄地区（9名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
清村　紀子	大分大学医学部看護学科	藤野　成美	佐賀大学医学部看護学科
黒田　裕美	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻看護実践科学分野	三橋　睦子	久留米大学医学部看護学科
長家　智子	第一薬科大学看護学部	山勢　善江	湘南医療大学
中尾富士子	熊本県立大学総合管理学部総合管理学科	分島るり子	純真学園大学保健医療学部看護学科
濵田　裕子	第一薬科大学看護学部		

（合計　70名）

理事地区別名簿

（敬称略）

地　区	氏　名
北海道	長谷川　真　澄
東北	塩　飽　　仁
関東	岡　山　久　代
東京	遠　藤　みどり
東海	叶　谷　由　佳
近畿・北陸	宇佐美　しおり
近畿・北陸	作　田　裕　美
中国・四国	山　勢　博　彰
中国・四国	佐　伯　由　香
九州・沖縄	三　橋　睦　子

以上

会　　告（2）

一般社団法人日本看護研究学会2022年度定時社員総会が2022年 6 月 4 日（日）10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。

2022年 6 月 4 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

記

報 告 事 項：1．会員数の動向について
2．第 7 回評議員・役員選挙（2021年度）について
3．第48回学術集会について
4．第49回学術集会について
5．地方会の活動について
北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州・沖縄

審 議 事 項：第 1 号議案　2021年度事業報告について
第 2 号議案　2021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　2021年度学会賞・奨励賞について
第 4 号議案　役員の選任について
・再任理事・監事の信任決議
・新理事候補の承認
・理事長・副理事長の承認
・理事長推薦理事の承認
・常任理事の承認
・新監事の承認
第 5 号議案　名誉会員の推薦について

理事会報告：1．2022年度事業案について
2．2022年度予算案について
3．奨学会研究費授与について

以上

会　　告（3）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により，下記の通り2022年度奨学会研究が決定いたしました。

2022年 6 月 4 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

記

田丸　朋子氏
研究課題「臥床患者への採血における学生の全身姿勢と血管穿刺成功率との関係」

以上

会　　告（4）

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により，2022年度定時社員総会において，2021年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

2022年 6 月 4 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

記

学　会　賞

筆頭著者名：髙橋　智子

受賞対象論文：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
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
日本看護研究学会雑誌44巻 2 号，pp.211-222，2021

奨　励　賞

受賞対象論文：無床診療所で医療安全に取り組んでいる看護師の安全文化：無床診療所におけるエスノグラフィー
Safety Culture of Nurses Working on Medical Safety in Non-Objective: Bed Clinics
日本看護研究学会雑誌44巻 1 号，pp.87-98，2021

筆頭著者名：小林　美雪

共同著者名：小村三千代

受賞対象論文：地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値
Status and Values of Support for Community-Dwelling People with Mental Disorders in Home-visit Nursing from the Perspective of Service Users
日本看護研究学会雑誌43巻 5 号，pp.35-845，2020

筆頭著者名：松田　光信

共同著者名：河野あゆみ

受賞対象論文：化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後 1 か月までの病気体験のプロセス
Experience of Patients with Head and Neck Cancer who Received Chemoradiotherapy, from Cancer Onset to 1 Month Post-Discharge
日本看護研究学会雑誌42巻 1 号，pp.53-64，2019
筆頭著者名：岡西　幸恵
共同著者名：當目　雅代

受賞対象論文：病院に勤務する認定看護師が訪問看護師のケアの質を補完する遠隔看護支援システムの有用性の検証
Usefulness of a Remote Nursing Support System in Which Certified Nurses in Japanese Hospitals Complement the Care of Visiting Nurses
日本看護研究学会雑誌42巻 2 号，pp.195-210，2019
筆頭著者名：井上　里恵
共同著者名：藤原奈佳子，郷良　淳子

受賞対象論文：自閉症を伴う在宅重度知的障害者に対する母親の肥満容認プロセス
Obesity Acceptance Process of Mothers Who are Taking Care of Their Adult Children, with Severe Intellectual Disabilities and Autism
日本看護研究学会雑誌42巻 4 号，pp.725-747，2019
筆頭著者名：野中　光代
共同著者名：古田加代子，柴　邦代

以上

会　　告（5）

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条（役員）第13条（役員の選任）により，浅野みどり氏が理事長に決定いたしました。

任期は，2022年定時社員総会の日より2024年定時社員総会まで。

2022年6月4日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

会　　告（6）

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条（役員）第13条（役員の選任）2．により，理事長指名理事に，安藤詳子氏，勝山貴美子氏が決定いたしました。

任期は，2022年定時社員総会の日より2024年定時社員総会まで。

2022年6月4日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

会　　告（7）

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

任期は，2022年定時社員総会の日より2026年定時社員総会まで。

2022年6月4日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

記

監事　任　和子　氏

以上

会　　告（8）

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

2022年6月4日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　浅　野　みどり

記

理事役職名	氏　　名
理　　事　　長	浅　野　みどり
副　理　事　長	安　藤　詳　子
副　理　事　長	前　田　ひとみ
理　　事	宇佐美　しおり
理　　事	遠　藤　みどり
理　　事	岡　山　久　代
理　　事	勝　山　貴美子
理　　事	叶　谷　由　佳
理　　事	小　松　万喜子
理　　事	佐　伯　由　香
理　　事	作　田　裕　美
理　　事	佐　藤　正　美
理　　事	塩　飽　　仁
理　　事	中　西　純　子
理　　事	長谷川　真　澄
理　　事	布　施　淳　子
理　　事	法　橋　尚　宏
理　　事	三　橋　睦　子
理　　事	森　　千　鶴
理　　事	矢　野　理　香
理　　事	山　勢　博　彰
理　　事	若　村　智　子
監　　事	稲　垣　美智子
監　　事	任　　和　子

（五十音順）

以上

会　　告（9）

2022年 7 月20日

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

記

一般社団法人日本看護研究学会第48回学術集会

メインテーマ：実践と研究の往還で紡ぐ看護の知

【会　　期】2022年 8 月27日（土）・28日（日）

【会　　場】松山市総合コミュニティセンター （愛媛県松山市湊町七丁目 5 番地）

【開催方法】現地開催とオンライン配信を併用したハイブリッド形式

※感染状況によっては，会場への来場者数を制限させていただく場合があります。さらに完全WEB開催に変更となる可能性がありますことをご了承ください。
変更につきましては学術集会ホームページ及び会員メールですみやかにお知らせいたします。

【プログラム】

1．会長講演 「看護の知を紡ぐ：実践と研究の往還で一歩先へ」
中西　純子（愛媛県立医療技術大学保健科学部　教授）

2．特別講演 「子規・病牀六尺の世界とチームケア」
竹田　美喜氏（松山市立子規記念博物館　総館長）

3．教育講演

Ⅰ 「臨床現場から看護実践の知を創り出す事例研究」
山本　則子氏（東京大学大学院医学系研究科　教授）

Ⅱ 「異文化の地に分け入るフィールドリサーチ　―ヴァヌアツ共和国の無医村・無文字社会にて―」
内藤　真帆氏（東北大学大学院文学研究科　准教授）

Ⅲ 「看護学における多変量解析による現象の解明へのアプローチ」
中山　和弘氏（聖路加国際大学大学院看護学研究科　教授）

4．シンポジウム 「実践や研究における事例／症例の価値・意義」

酒向　正春氏（ねりま健育会病院　院長）

相模　健人氏（愛媛大学教育学部　教授）

雑賀　正彦氏（聖カタリナ大学人間健康福祉学部社会福祉学科　助教）

5．リレートーク 「語り合おう！看護の知と看護実践」

西谷　　恵氏（愛媛県立中央病院　緩和ケア認定看護師）

吉田美由紀氏（愛媛大学大学院医学系研究科　助教／地域看護専門看護師）

重見美代子氏（医療法人朝陽会　美須賀病院　総師長）

6．市民公開講座 「人類とウイルスの共存」

安川　正貴氏（愛媛県立医療技術大学　学長）

7．中学生向け企画 「Nursing talk & talk：伝えます，看護の魅力！」

8．一般演題（口演・示説）197題，交流集会10題

9．委員会企画

・編集委員会：「看護学の新たな知の構築：受理される論文執筆のために何が必要か」

・国際活動推進委員会：「Becoming an author: An introduction to writing to publish for Japanese nurses」

・看護実践研究活動推進ワーキング：「仲間と研究をつなごう！」

・将来構想検討委員会看護保険連合ワーキング（障害児プロジェクト）：「医療的ケア児と家族を支える多職種チームのあり方と課題」

10. 看護薬理学公開セミナー（日本薬理学会と本学術集会の共催）

「高齢者の薬物治療の注意点」

茂木正樹氏（愛媛大学大学院医学系研究科薬理学講座　教授）

11. アトラクション：高校書道パフォーマンスの発祥と言われている愛媛県立三島高等学校書道部生による「書道パフォーマンス」の実演

【参加費】

	参加方法	会員	非会員	学生（大学院生は除く）
一次参加登録（早期事前） 2022年 2月1日（火）～7月22日（金）	会場参加 （LIVE＋オンデマンド） or オンライン参加 （LIVE＋オンデマンド）	11,000円	13,000円	3,000円
二次参加登録 8月8日（月）～8月20日（土）	オンライン参加 （LIVE＋オンデマンド）	12,000円	14,000円	3,000円
当日受付 8月27日（土）～8月28日（日）	会場参加 （LIVE＋オンデマンド）	12,000円	14,000円	3,000円

※会場参加をご希望の方は，7月22日までに参加登録するか当日受付をご利用ください。
※参加方法によって一部ご参加になれないセッションがありますので，登録方法を含め，詳細は第48回学術集会ホームページでご確認ください。
※「学生」とは，大学生と看護専門学校生とし，大学院生は含みません。大学院生の方は，「会員」または「非会員」でお申し込みください。

【懇親会】

感染予防対策として開催いたしません。

【第48回学術集会ホームページ】https://www.jsnr48.com

【問い合わせ先】

学術集会事務局：愛媛県立医療技術大学　保健科学部　看護学科（事務局長：松井美由紀）
〒791-2101　愛媛県伊予郡砥部町高尾田543
E-mail：NR48@epu.ac.jp
運営事務局：（株）歳時記屋　〒780-0072　高知県高知市杉井流19番地2
TEL：088-882-0333　FAX：088-882-0322　E-mail：info@jsnr48.com

会　　告（10）

日本看護研究学会雑誌44巻 3 号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P346、391　発表者の削除

細川 陸也（京都大学大学院医学系研究科 人間健康科学専攻）

(2) 以下の通り訂正いたします。

P351、410　演題取り下げのため削除

O-08　転倒転落アセスメントスコアシートを活用した離床センサー解除項目の明確化

○村田　彩華

医療法人喬成会 花川病院

(3) 以下の通り訂正いたします。

P352、414　共同発表者削除

藤井 聡

(4) 以下の通り訂正いたします。

P352、415　演題取り下げのため削除

O-19　回復期リハビリテーション病棟看護師のやりがいの実態

～ワーク・モチベーション尺度を用いての調査～

○梶原　志保, 衛藤　愛

医療法人社団健育会 竹川病院

(5) 以下の通り訂正いたします。

P354、424　演題取り下げのため削除

O-33　チームリーダーがチームワークに与える影響

～効果的なカンファレンスを活用して～

○丹野　梨絵

医療法人常磐会 いわき湯本病院

(6) 以下の通り訂正いたします。

P355、429　演題取り下げのため削除

O-43　看護・介護職種における終末期カンファレンスと終末期ケア態度との関連

○丸石　寛奈

医療法人社団 健育会 熱川温泉病院

(7) 以下の通り訂正いたします。

P356、434　共同発表者削除

岩﨑　幸恵[2)]

(8) 以下の通り訂正いたします。

P358、443　共同発表者削除

世俵　智恵子，本多　利枝

(9) 以下の通り訂正いたします。

P360、452　共同発表者削除

齊藤　史恵

(10) 以下の通り訂正いたします。

P366、482　共同発表者削除

野添　華[2)]

(11) 以下の通り訂正いたします。

P366、482　所属削除

2）香春町保険健康課 健康づくり係

(12) 以下の通り訂正いたします。

P366、482　所属番号変更

誤）田中　美智子[3)]

正）田中　美智子[2)]

誤）3）宮崎県立看護大学 看護学部

正）2）宮崎県立看護大学 看護学部

(13) 以下の通り訂正いたします。

P487　共同発表者削除、所属先削除

菊池　洋子[2)3)]

2）久留米総合病院，3）佐賀大学大学院

(14) 以下の通り訂正いたします。

P487　所属先番号変更

誤）古野　貴臣[1)]，藤野　成美[1)]，藤本　裕二[1)]

正）古野　貴臣，藤野　成美，藤本　裕二

誤）1）佐賀大学 医学部 看護学科

正）佐賀大学 医学部 看護学科

目　　次

《総説（質的研究方法論）》

ー総　説ー

Virginia Braun and Victoria Clarkeによる再帰的テーマティック分析を中心とした
テーマティック分析の概要と分析プロセス …… 145

群馬大学大学院保健学研究科　岡　　美智代
獨協医科大学大学院看護学研究科看護学部　石　川　純　子
群馬大学大学院保健学研究科　上　星　浩　子
群馬大学大学院保健学研究科　松　本　光　寛
群馬大学大学院保健学研究科　高　橋　さつき
桐生大学医療保健学部看護学科　伊　藤　美　鈴

エスノグラフィックリサーチの方法と研究事例 …… 159

神戸大学大学院保健学研究科家族看護学分野　法　橋　尚　宏
神戸大学大学院保健学研究科家族看護学分野　太　田　浩　子
神戸大学大学院保健学研究科家族看護学分野　林　　綺　婷
神戸大学大学院保健学研究科家族看護学分野　和　辻　雄　仁

テキストマイニングを援用した看護研究の動向：
分析方法を中心に …… 177

日本赤十字広島看護大学　今　井　多樹子
日本赤十字広島看護大学　川　畑　貴　寛

質的研究における質的データ分析ソフトウエアの活用状況の実態 …… 201

川崎市立看護大学看護学部　荒木田　美香子
川崎市立看護大学看護学部　豊　増　佳　子
産業医科大学産業保健学部看護学科　仲　野　宏　子

《研究論文》

ー原　著ー

療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセス …… 215

淀川キリスト教病院看護部　坂　井　真　愛
山口大学大学院医学系研究科保健学専攻　伊　東　美佐江
川崎医療福祉大学　山　本　加奈子

セクシュアル・ハラスメントを受けた男性看護師が働き方を構築するプロセス …… 231

東邦大学看護学部精神看護学研究室　後　藤　喜　広
東邦大学看護学部精神看護学研究室　伊　藤　桂　子

男性看護師が経験するセクシュアル・ハラスメントに関する研究 …… 245

東邦大学看護学部精神看護学研究室　後　藤　喜　広

女子看護系大学生のBroad Autism Phenotypeの状況とコミュニケーション・スキル，看護実践能力との関連 …… 261
京都橘大学看護学部　川　村　晃　右
京都橘大学看護学部　松　本　賢　哉
和歌山県立医科大学保健看護学部　森　岡　郁　晴

－研究報告－
訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者への支援 …… 271
東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域　濱　谷　雅　子

The Structure of “Staying Power,” The Set of Skills that Empower Nurses’ Long-Term Continuation in the Profession
長く働き続けることができる看護師が獲得した働き続けるための「心の強さ」の構造 …… 283
徳島大学大学院医歯薬学研究部地域看護学分野　中　野　沙　織
徳島大学大学院医歯薬学研究部看護教育学分野　岩　佐　幸　恵
徳島大学大学院医歯薬学研究部女性の健康支援学分野　岸　田　佐　智

－技術・実践報告－
フィリピン出生結核患者用リスクアセスメント票の開発
—リスク項目の内容妥当性の検討— …… 297
日本福祉大学看護学部　森　　礼　子
愛知県立大学看護学部　柳　澤　理　子

－総　説－
脳卒中後のアパシー（apathy）に関する国内外の文献レビュー …… 311
島根県立大学　佐　藤　美紀子
日本赤十字広島看護大学　百　田　武　司

－資料・その他－
不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス …… 327
中京学院大学看護学部看護学科　宮　良　淳　子
中部学院大学看護リハビリテーション学部看護学科　柴　　裕　子
聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部　市　江　和　子

がん疼痛のある外来患者に対するオピオイド鎮痛薬の服薬指導および看護ケアの実態調査
—がん診療連携拠点病院と一般病院の比較— …… 339
天理医療大学医療学部看護学科　山　中　政　子
大阪医科薬科大学看護学部　鈴　木　久　美

CONTENTS

《General Remark (Methodology of qualitative research)》
General Remark

Overview and Procedure of Thematic Analysis Focusing
on Reflexive Thematic Analysis by Virginia Braun and Victoria Clarke 145
Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan : Michiyo Oka, PhD, RN
Dokkyo Medical University Graduate School of Nursing, Tochigi, Japan : Junko Ishikawa, PhD, RN
Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan : Hiroko Joboshi, PhD, RN
Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan : Mitsuhiro Matsumoto, MNS, RN, CNS
Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan : Satsuki Takahashi, PhD, RN
Kiryu University Faculty of Health Sciences Department of Nursing, Gunma, Japan : Misuzu Ito, MSN, RN

Procedures for Conducting Ethnographic Research and Research Case Studies 159
Division of Family Health Care Nursing, Graduate School of Health Sciences,
Kobe University, Kobe, Japan : Naohiro Hohashi,
PhD, RN, PHN, LSN, HS, FAAN
Division of Family Health Care Nursing, Graduate School of Health Sciences,
Kobe University, Kobe, Japan : Hiroko Ota, MS, RN
Division of Family Health Care Nursing, Graduate School of Health Sciences,
Kobe University, Kobe, Japan : Qiting Lin, MS, RN
Division of Family Health Care Nursing, Graduate School of Health Sciences,
Kobe University, Kobe, Japan : Taketo Watsuji, BS, RN, PHN

Trends in Nursing Research Using Text Mining in Qualitative Data:
Focus on Analysis Methods 177
Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Takiko Imai, PhD, RN, PHN
Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Takahiro Kawabata, RN

Usage Status of Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software in Qualitative Research 201
Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan : Mikako Arakida, PhD, RN, PHN
Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan : Keiko Toyomasu, MSN, RN, PHN
University of Occupational and Environmental Health, Fukuoka, Japan : Hiroko Nakano, PhD, RN, PHN

《Research papers》
Original Article

Finding Purpose in Home Care of an Elderly Family Member with
Cancer after their Involuntary Discharge from the Hospital 215
Yodogawa Christian Hospital, Osaka, Japan : Mana Sakai, MNS, RN, PHN
Yamaguchi University, Yamaguchi, Japan : Misae Ito, PhD, MNS, RN, MW
Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan : Kanako Yamamoto, PhD, MNS, RN

Work Style Development Processes of Male Nurses Exposed to Sexual Harassment 231
Faculty of Nursing Toho University, Tokyo, Japan : Yoshihiro Goto, PhD, RN, PHN
Faculty of Nursing Toho University, Tokyo, Japan : Keiko Ito, PhD, RN, CPP

Sexual Harassment Experienced by Male Nurses 245
Faculty of Nursing, Toho University, Tokyo, Japan : Yoshihiro Goto, PhD, RN, PHN

Status of the Broad Autism Phenotype Among Female Nursing University Students:
Relationships to Communication and Nursing Practice Skills 261
Kyoto Tachibana University, Kyoto, Japan : Kosuke Kawamura, PhD, RN, PHN
Kyoto Tachibana University, Kyoto, Japan : Kenya Matsumoto, PhD, RN
Wakayama Medical University, Wakayama, Japan : Ikuharu Morioka, PhD, MD

Research Report

Home Visiting Nurses' Support for People who Believe they Need not Care for Foot Lesions 271
Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences,
Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan : Masako Hamatani, PhD

The Structure of "Staying Power," The Set of Skills that Empower Nurses'
Long-Term Continuation in the Profession 283
Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences
Department of Community Health Nursing, Tokushima, Japan : Saori Nakano, MSN, RN
Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences
Department of Nursing education, Tokushima, Japan : Yukie Iwasa, PhD, RN
Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences
Department of Female Support Nursing, Tokushima, Japan : Sachi Kishida, MSN, CNM

Technical Report

Development of a Risk Assessment Sheet for Philippine-Born Patients with Tuberculosis:
Examination of the Validity of Risk Items 297
Faculty of Nursing Department of Nursing, Aichi, Japan : Reiko Mori, PhD, RN, PHN
Aichi Prefectural University School of Nursing & Health, Aichi, Japan : Satoko Yanagisawa, PhD, RN, PHN

General Remark

A Review of Japanese and Foreign Literature Regarding Post-Stroke Apathy 311
The University of Shimane, Shimane, Japan : Mikiko Sato, MSN, RN, PHN
Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Takeshi Hyakuta, PhD, RN, PHN

Material and Others

Process of Deciding to Return to School for Students with Continuous School Attendance Refusal 327
Chukyo Gakuin University Faculty of Nursing, Gifu, Japan : Junko Miyara, MSN, RN
Chubu Gakuin University Faculty of Nursing & Rehabilitation Sciences, Gifu, Japan : Yuko Shiba, MSN, RN
Seirei Christopher University Faculty of Nursing, Shizuoka, Japan : Kazuko Ichie, PhD, RN

A Survey of Opioid Analgesic Medication Guidance and Nursing Care for Outpatients with Cancer Pain: Comparison between Designated Cancer Hospitals and General Hospitals 339
Department of Nursing Science, Faculty of Health Care,
Tenri Health Care University, Nara, Japan : Masako Yamanaka, PhD, RN
Faculty of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University, Osaka, Japan : Kumi Suzuki, PhD, RN

総説（質的研究方法論）

責任編集：
荒木田美香子
岡　美智代
辻村真由子

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 145-158
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211222158

Virginia Braun and Victoria Clarkeによる再帰的テーマティック分析を中心としたテーマティック分析の概要と分析プロセス

岡美智代[1]，石川純子[2]，上星浩子[1]，松本光寛[1]，高橋さつき[1]，
伊藤美鈴[3]

[1]群馬大学大学院保健学研究科，[2]獨協医科大学大学院看護学研究科看護学部
[3]桐生大学医療保健学部看護学科

要　旨

テーマティック分析は，質的研究方法の中でも多く使われているが，わが国ではほとんど紹介されていない。本稿の目的は，欧米で多く使われているBraunとClarkeによる再帰的テーマティック分析を中心に，その概要やデータの分析プロセスなどについて紹介することである。Braun & Clarkeは，テーマティック分析を3つのタイプに分けており，両研究者によるものは再帰的テーマティック分析と名付けている。そして，再帰的テーマティック分析とはデータ全体に含まれる意味のパターン（テーマ）を体系的に特定し，整理し，洞察するための方法であり，あらゆるリサーチクエスチョンに対処できる方法とされている。再帰的テーマティック分析による分析プロセスは，6フェーズで構成されており，チェックリストも示されている。今後は，再帰的テーマティック分析が変更されることも予測されるが，本法が質的事象の解明において有用であることには変わりないといえよう。

キーワード

テーマ，コード，テーマティック分析，再帰的テーマティック分析，質的研究法

責任著者：岡美智代．Email: michiyooka@gunma-u.ac.jp

はじめに

質的研究の方法は種々あるが，近年急速に使われるようになった方法の一つにテーマティック分析（thematic analysis，以下TA）がある。邦訳本も出版されている書籍である‘Nursing Research’（Polit & Beck，2021，pp.48-49）では，主要な質的研究として，グラウンデッド・セオリー，現象学そして民俗学的方法を挙げている。これらの研究についてPubMedで検索すると2020年では，グラウンデッド・セオリーが155件，現象学が805件，そして民俗学的方法が6,853件ヒットする。それに対してTAは7,013件と，3つの主要な質的研究よりも多くヒットする。TAは，このように国際的には質的研究方法の中でも多く使われている方法である。

本稿では，心理学者であるVirginia BraunとVictoria Clarkeによる再帰的テーマティック分析（reflexive thematic analysis，以下，再帰的TAとする）を中心に紹介する。その理由は，近年のTAを活用した研究では，Braun & Clarkeが提唱している方法を目にすることが多いためである。また，わが国ではTAのうちでもBoyatzisの方法については，土屋（2016. pp.13-26）がその著書で詳細をすでに紹介しているが，Braun & Clarkeの方法については紹介されていない。これらの理由から，本稿では両研究者の再帰的TAを中心に紹介することとする。

なお，Braun, Clarke, Hayfield, & Terry（2019a，pp.843-849; 2019b）によると，両研究者が提唱しているTAを他のTAと区別をするために，2019年から再帰的TAと呼ぶようになっている。そのため，本稿では再帰的TAを中心に記述しているが，Braun & Clarkeが以前からTAとして述べていた内容も含むことを補足しておく。また，Braun & Clarkeが，今まで述べてきたTAと再帰的TAの相違について明らかに論述している文章は見当たらず，Braun & Clarkeも‘(reflexive) thematic analysis’と，‘reflexive’を（　）付で表記しながらTAを説明するなど，TAと再帰的TAを併記していることもある。そのため，本稿ではTAと再帰的TAの両方を指すという意味で，「TAおよび再帰的TA」または「TA/再帰的TA」と表記する。また，医学中央雑誌で「テーマ分析」というキーワードで検索すると，Boyatzisの方法を使っている研究もあれば，精神症状を呈

したクライエントの回復を促進するための援助方法として行う自分史分析としてのテーマ分析などさまざまな研究が抽出される。そのため，本稿ではオリジナルの名称である「テーマティック分析」と記載することとする。

本稿の目的は，Braun & Clarkeによる，再帰的TAを中心にTAおよび再帰的TAに関する概要，再帰的TAによるデータの分析プロセスについて紹介することである。具体的には，テーマティック分析および再帰的テーマティック分析の目的などに関する概要，再帰的 TA の 6 つのフェーズによる分析プロセス，優れた再帰的 TA を行うための基準や落とし穴について述べる。

Ⅰ．テーマティック分析および再帰的テーマティック分析の概要

A．テーマティック分析について

1．テーマティック分析と他の質的研究との相違

Braun & Clarke（2006）とBraun, Clarke, Hayfield, & Terry（2019c）は，TAと他の質的研究との相違について，例えばHutchby & Wooffittの会話分析，Smith & Osbornの解釈的現象論的分析（interpretative phenomenological analysis，以下IPA）などを引用して，これらは特定の理論に基づいてデータ収集や分析を行うため，フレームワークに基づいた方法論であるが，TAはあくまでも方法であると述べている。IPAは現象学，解釈学，個性記述学の考え方に基づき，個人の生きられた経験がどのようなものであるかを理解し，特定の現象（出来事や過程）とその人の関係や関わり方を明らかにしようとしており，それに適合的なデータの収集法やデータの分析法を採用する（伊賀，2014）。しかし，TAは単にデータを収集したり分析するための手法であるという訳である。TAとIPAにはこれらの違いはあるが，データを現象論的枠組みでTA/再帰的TAを行った場合，IPAとの結果が類似することはある（Braun, et al., 2019c）。

では，IPAとTA/再帰的TAのどちらを選択すべきかについてどのように考えればよいのだろうか。IPAは一人一人の参加者が有する特性に焦点を合わせるのに役立つが，それとは対照的にTAは研究者がデータ全体のパターンを特定するのに役立つものである。そのため，少ない対象者でより個性記述的（idiographic）な観点に焦点をしぼりたい場合はIPAを選択して，多少多い人数を対象にしてデータセット全体のパターン化された意味に焦点を当てたい場合はTAを使用することを奨励するとされている（Braun, et al., 2019c）。

また，GlaserやStrauss & Corbinらのグラウンデッド・セオリー，Burman & Parkerらの談話分析，MurrayやRiessmanらのナラティブ分析は，特定の方法に基づいて分析していくが，TAはサンプリングに特定の要件はなく，ほとんどの種類の質的データ（インタビュー，フォーカスグループ，日記，質的調査，二次資料など）の分析に使用できる（Braun & Clarke, 2006；Braun, et al., 2019c）。さらに，グラウンデッド・セオリーは理論を開発しようとするが，TAは理論開発を目的としていない。

ただし，文脈を尊重するグラウンデッド・セオリーと，文脈を尊重して分析した場合のTAの結果は，かなり類似する可能性がある。社会的プロセスや影響要因に焦点を当てていない研究や，面接以外の方法を使用する場合，ならびに質的研究に不慣れな場合は，グラウンデッド・セオリーよりもTAを推奨するとされている（Braun, et al., 2019c）。TAは，グラウンデッド・セオリーなどのようにアプローチに関する詳細な理論的・技術的知識を必要としないため，質的研究に取り組み始めた人々にとって，よりアクセスしやすい分析を提供することができる（Braun & Clarke, 2006）。

そのため，これらの内容を筆者なりにまとめると，TAが他の質的研究と異なる点は，TAは方法論ではなく方法であること，分析枠組みが特定の理論にとらわれないこと（TAと理論の関係は「5．テーマティック分析ならびに再帰的テーマティック分析の特徴」の「a．TAならびに再帰的TAと理論の関係」を参照），分析データは日記なども含むあらゆる質的データを活用できることなどといえよう。

2．テーマティック分析の 3 つのタイプ

Braun & Clarke（2019, pp.589-597；2021a）によると，TAには，「コーディングの信頼性」TA（‘Coding reliability’ TA），「コードブック」TA（‘Codebook’ TA），そして両研究者による「再帰的」TA（‘Reflexive’ TA）の 3 つのタイプがあると提唱している。それらの特徴について，**表 1** に紹介する。ここで強調したいことは，「再帰的」TAでは，「コーディングの信頼性」TAで行うコンセンサスコーディングやコーディングの信頼性測定やテーマの飽和，「コードブック」TAで行うコードブックとコーディング枠組みの使用などは行わないということである。Braun & Clarke（2021a）は，「読者のみなさん，（これらのことは）私たちはしません！」と感嘆符をつけて強調している。そのため，私たちが今後TAによる研究を行う場合，3 つのうちのどのTAを活用したのかを明確に述べることが重要である。

表1　テーマティック分析（TA）の3つのタイプ

	特徴	「再帰的」TAとの関係
「コーディングの信頼性」TA	・構造化されたコードブックの使用と何人かの独立した分析者によるコーディングの精度またはCohen's Kappaなどを使った信頼性の測定を行う（Braun, et al., 2019c）。 ・分析したデータには客観性と先入観が入り込まないことを重視している論理実証主義者（neopositivist）のアプローチである（Braun & Clarke, 2021a）。	・別の分析者とデータをコーディングすることはアイデイアを反映させるのに役立つ可能性はあるが，これは必ずしもより正確で信頼性の高いコーディングにつながるとは限らないため，Boyatzis，Guestら，Joffeらが行っているコーディングの信頼性アプローチなどの評価者間の信頼性スコアの計算を推奨しない（Braun, et al., 2019c）。
「コードブック」TA	・コーディングの信頼性を計算するという論理実証主義者の影響は受けていないが，構造化されたコードブックを使う（Braun, et al., 2019c）。	・コードブックは実用的な点では認めるが，コードブックを使わなくても，テーマは帰納的な方法と分析プロセスを通じて改良したり新しいテーマを開発したりできるため，再帰的TAでは使用しない（Braun, et al., 2019c）。
「再帰的」TA	・Braun & Clarkeが今まで提唱してきたTAと「再帰的」TAは，基本的には同じ位置づけであり，「コーディングの信頼性」TAと「コードブック」TAとの違いを明確にするために，2019年に再帰的TAと命名した（Braun, Clarke, Hayfield, & Terry, 2019a, pp.843-849；2019b）。 ・「再帰的」TAと，「コーディングの信頼性」TA，ならびに「コードブック」TAとの混同を避けてほしいと強調している（Braun & Clarke, 2021a）。 ・質的研究の価値と，分析者の主観的に分析するスキルを使う解釈的なアプローチであるため，評定者間の信頼スコアを出すための研究チームは必須ではなく，むしろ再帰的TAの質を保つためにも望ましいものではない（Braun & Clarke, 2021）。 ・コーディングは有機的で，コーディングの枠組みは使用せず，テーマはデータコーディングと再帰的なテーマ開発の最終的な結果でなければならない（Braun & Clarke, 2021a）。	

B．テーマティック分析ならびに再帰的テーマティック分析について

1．BraunとClarkeによるテーマティック分析と再帰的テーマティック分析の関係

Braun & Clarkeが2006年に発表したTAは，方法論的理論に制約されないため，柔軟で有用なツールとして社会科学や健康科学で質的研究のアプローチとして広く使用されている（Braun & Clarke, 2014, pp.1-2）。しかし，両研究者が提唱したTAの使用が拡大し多様化するにつれて，2006年の論文の出版以来発表されたTA研究の中には，いくつかの概念の不一致や混乱が生じた（Braun & Clarke, 2021a）。そのため，Braun & Clarkeは前述のような「2．テーマティック分析の3つのタイプ」を提唱し，自分たちのTAについては再帰的TAと名乗るようになった。Braun & Clarkeの著作物には，今まで両研究者が論じてきたTAと再帰的TAの相違について明示したものは見当たらない。Braun & Clarke（2019）は，自分たちのアプローチが他のTAアプローチとどのように異なるのかを正確に区別するために再帰的TAと「ラベル付けした」と述べているだけである。また，本稿の後半で紹介する分析手順も2019年以前と以降でも6つのフェーズを経ることに変わりはない。後述の理論との関係でも述べているように，TAと理論との関係は2006年に比べて，近年少しずつ変化しているものの，再帰的TAになったから変わったという訳ではない。

以上のことから，Braun & Clarkeが今まで提唱してきたTAと再帰的TAは，基本的には同じ位置づけであり，「コーディングの信頼性」TAと「コードブック」TAとの違いを明確にするために再帰的TAと命名したものといえる。

2．テーマティック分析ならびに再帰的テーマティック分析とは

TA/再帰的TAは広く使用されているが，TAとは何か，またその方法について明確な合意はないといわれている（Braun & Clarke, 2006）。定義や方法を1つにまとめることは困難であるため，Braun & Clarkeによる説明を列記してみる。

Braun & Clarkeは2006年の論文において（Braun & Clarke, 2006），「TA分析は，データ内のパターン（テーマ）を識別，分析，および報告するための方法である。データセットを最小限に整理し，（豊富で）詳細に記述する。しかし，それはしばしばこれよりもさらに進んで，研究トピックのさまざまな側面を解釈することがよくある」と，Boyatzisを引用して述べている。

その後，Braunらが開設しているオークランド大学のTA/再帰的TAのウェブサイトでは，「TAは，多くの分野や質的データを分析するために普及している方法であり，沢山の方法で，沢山のデータセットに適用して，沢山のリサーチクエスチョンに対処できる！」と述べている（Braun, et al., 2019b）。当初のTAの説明はBoyatzisと同様であったが，現在のTAは沢山のデータややり方，そして沢山の研究テーマで活用できる分析方法であるということ

を，かなり強調しながら説明している。

また，2021年10月に電子版で先行出版され，2022年に冊子体で出版される書籍（Braun & Clarke, 2021b, p.292）では，再帰的TAとは，コーディングとテーマ開発における研究者の積極的な役割や，これらの分析プロセスにおける研究者の必然的な主観性，および研究者の仮説と実践を反映させることの重要性，そしてこれらがデータ分析をどのように形作り，区切るかを前面に打ち出すものであると述べている。

これらのBraun & Clarkeによる説明をまとめると，TA/再帰的TAとはデータ全体に含まれる意味のパターン（テーマ）を体系的に特定し，整理し，洞察するための手法ならびに方法であり，分析の際には研究者の主観によってデータが形作られていく，あらゆるリサーチクエスチョンに対処できる方法であるといえよう。

3．テーマティック分析ならびに再帰的テーマティック分析の目的

TA/再帰的TAの目的について，両研究者の2012年の著書では，特定のリサーチクエスチョンに答えるために必要なパターンを特定することであると述べている（Braun & Clarke, 2012, p.57）。また，オークランド大学のウェブサイトでは（Braun, et al., 2019b），TAの目的は，対象となるリサーチクエスチョンに対する回答を提供する，データセット全体の意味のパターンを特定することである。パターンは，データの習熟，データのコーディング，テーマの開発と改訂の厳密なプロセスを通じて確認されると述べられている。

健康・看護領域で再帰的TAを用いた研究として，食事や運動などに関する可能な限り最良な自己介入に，人々がどのように関与し利用したかを明らかにしている研究がある（Gibson, Umeh, Davies, & Newson, 2021）。結果は，参加者の経験や意味の感覚として，ホリスティックヘルスとコントロールという2つのテーマが明らかになっている。この研究では，参加者の経験，認識，意味の構築を明らかにするのに，再帰的TAが最も適しているために選択したと述べられている。

これらのことから，TA/再帰的TAの目的は，リサーチクエスチョンに対して，質的データによるデータセットから，意味のあるパターンとしてのテーマを特定することといえよう。

4．テーマティック分析ならびに再帰的テーマティック分析で使われている用語

TA/再帰的TAでは，この方法で使われているいくつかの用語がある。方法の説明の前に，これらの用語について説明する。

a．データセット（data set）：これは特定の分析に使用されている資料からのすべてのデータを指しており（Braun & Clarke, 2006），データ資料（data corpus）から抽出される。

b．データ資料（data corpus）：これはデータセットのもとになる，特定の研究プロジェクトのために収集されたすべてのデータを指す（Braun & Clarke, 2006）。

c．コード（code）：コードはテーマよりも具体的なことが多い。これらは，データセットから生成され，リサーチクエスチョンに関連したデータを識別する簡潔なラベルで構成される。コードは，テーマを作成するブロックであるため，通常，TA/再帰的TAのプロセス中に，複数のコードを組み合わせてテーマを作成する（Braun, et al., 2019c）。

d．サブテーマ（subtheme）：テーマの傘下に存在するもので，テーマと同じ中心的概念を共有しているが，ある注目すべき特定の要素に焦点を当てている（Braun, et al., 2019c）。

e．テーマ（theme）：TAでは，概念を中心にクラスター化されたデータセット全体で共通の繰り返しパターンに焦点を当てる。テーマは，その特異なアイデアのさまざまな側面を説明するものであり，データセット内のパターンを示す（Braun, et al., 2019c）。TA/再帰的TAでは，最終的な研究結果として提示されることが多い。

f．テーマ図（thematic map）：データパターンの全体的な概念化と，それらの間の関係を図にしたものである（Braun & Clarke, 2006）。テーマに関連するものから連想されるアイデアや情報を線でつなげながら，分岐させるように放射状に展開する図を一般的にはマインドマップというが，TA/再帰的TAでは，明らかになったテーマとサブテーマの関係を図にしたものを，テーマ図と言っている。

5．テーマティック分析ならびに再帰的テーマティック分析の特徴

ここでは，TA/再帰的TAの特徴として，理論との関係，帰納的・演繹的アプローチを中心に述べる。本項では記述しないが，「2．テーマティック分析の3つのタイプ」で述べたように，再帰的TAでは他のTAのように，コンセンサスコーディング，コーディングの信頼性の測定，データまたはテーマの飽和などは行わないことも特徴として挙げられる。

a．TAならびに再帰的TAと理論の関係

まず，TA/再帰的TAの特徴の1番目として，理論との関係について述べる。Braun & ClarkeによるTA/再帰的TA

は，先に述べたように，分析の際に理論が関係しないわけではないが，IPAなどのような理論的枠組みには制約されず，比較的柔軟であることが特徴といえよう。両研究者（Braun & Clarke，2006）は，TAは分析のための特定の理論は提示されておらず，TAは理論にとらわれずに柔軟であると以前は述べている。しかし，2019年ころから，質の高いTAはデータを探求するためのある程度の理論的知識が必要だと述べている（Braun, et al., 2019a, p.857）。

また，TA/再帰的TAの理論的柔軟性については，データを反復して分析するにつれ，意味のある知識生成に関するパラダイム的および認識論的仮説（paradigmatic and epistemological assumptions）によって多かれ少なかれ制約されると述べている（Braun, Clarke, Hayfield, & Terry, 2019d）。これは，TA/再帰的TAではデータが分析者の主観的な認識によって意味づけされるため，その認識によって理論的関与が生じることを意味しているようである。Braun & Clarke（2021a）は，TA/再帰的TAに固有の理論的規定が無いため，TA/再帰的TAが理論的でないと誤解されることがよくあり，これを問題視していると述べている。研究者はデータが何を意味しているのか，これらのデータから何が主張できるのかについて推測する際に，例えば参加者の発言が社会的な影響を受けているのかなど理論的な情報に基づいて分析することで，仮説や結果につながると言っている（Braun & Clarke, 2021a）。

つまり，TA/再帰的TAは，分析の際に理論的基盤に制約されるわけではないため理論的には比較的柔軟ではあるが，理論と無関係というわけではなく，研究者の認識論などの影響を受けることが特徴といえよう。

b．TAならびに再帰的TAの分析方法における帰納的または演繹的アプローチについて

TA/再帰的TAの特徴の2番目として，TA/再帰的TAはデータのコーディングと分析の際に演繹的アプローチも帰納的アプローチも使えるということが挙げられる。帰納的アプローチはボトムアップのアプローチであり，データに何があるかに基づいて行われる（Braun & Clarke, 2012, p.58）。帰納的アプローチの場合は比較的理論的に柔軟である。演繹的アプローチは理論的枠組みが構築主義的であることが多く，収集されたデータに影響を与えている考えや仮説を検証する（Braun & Clarke, 2012, p.59）。

実際には，コーディングと分析には，両方のアプローチを併用することが多い。純粋に帰納的になることは不可能であり，分析する際には常にデータに何かを加えることになる。また，特定の理論的要素のために演繹的にコーディングする際に，元のデータの意味的内容を完全に無視することはほとんどない。しかし，どちらかが優勢になる傾向があり，帰納的または演繹的アプローチへのこだわりは，参加者やデータに基づく意味，または研究者や理論に基づく意味など，どれを優先かという全体的な方向性に影響される（Braun & Clarke, 2012, pp.59-60）。

Ⅱ．再帰的TAによるデータの分析プロセスについて

A．再帰的TAの6つのフェーズとは

Braun & Clarke（2006）は，再帰的TAのアプローチにおける6つのフェーズを概説し，作業例を使って説明している。この6つのフェーズとは，いわば再帰的TAを使ったデータの分析プロセスである。

これらのフェーズは連続しており，それぞれが前のフェーズの上に構築されているが，分析は通常，異なるフェーズ間を行き来する再帰的なプロセスとなっている。これらは厳格に従うべきルールではなく，むしろデータの調査と関与の厳格なプロセスを促進するために分析をガイドする，一連の概念的および実践的な「ツール」である（Braun, et al., 2019a, p.852）。

以下，各フェーズについて述べる。

1．フェーズ1：データに精通する（Familiarizing yourself with the data）

最初のフェーズでは，データの読み取りと再読み取りを行い，その内容に没頭して親密になる（Braun, et al., 2019b）。その目的は，データセットの内容を熟知し，リサーチクエスチョンに関連する可能性のある事柄に気付き始めることであり，コーディング（coding，フェーズ2で詳述）を開始する前に，データセット全体を少なくとも1回は読み取り，データの内容を熟知したと感じられるようになる必要がある（Braun & Clarke, 2006；Braun & Clarke, 2012, p.61）。

音声データは，文字に書き起こす。TAでは話し言葉を書き起こすためのガイドラインはないが，聞こえた音声をそのまま書き起こすことが推奨され，文法的な修正や話し始めの「えー」「あー」などや，言い淀み，間，「ちょっと」「まぁ」といった意味を持たない相槌やしゃべり癖，ちょっとした言い間違いなどを取り除くことは，一般的に推奨しない。書き起こすことでデータをより完全に理解できるようになり，データを分析するために必要な詳細な読み取りと解釈のスキルを促進する可能性がある（Lapadat & Lindsay, 1999）。

データの繰り返し読み取りは，小説や雑誌を読むようなページ上の言葉の表面的な意味を単に吸収するのではなく，積極的，分析的，批判的に言葉を読み，データの意味について考え始めることを意味する（Braun & Clarke,

2012, pp.60-61)。そのためBraun & Clarke（2012, pp.60-61）は，次のような問いかけを提示している：「対象者は自身の経験をどのように理解しているのか？」「対象者の話を通して，どのような世界が見えてくるのか？」と。再帰的TAは，データに焦点を当てることを目的としているので，とにかく自身が精通している知識や考え・関心などの範囲で，データに没頭することが重要である（Braun & Clarke, 2006）。

データの読み取りを行う際は，興味がありそうなデータに下線を引いたり，コメントを書き込んだり，コーディングのアイデアになりそうな箇所にマークを付けたり，メモを取ったりする（Braun & Clarke, 2006）。個々のデータだけではなく，データセット全体についてもメモを取る。メモは洗練された文章というよりは，意識の流れや雑然としたアイデアの奔流のようなもので，分析のプロセスを支援するために，自分のためだけに書かれたもの（せいぜい，研究チームのメンバー間で共有する程度）であり，記憶の助けになり，コーディングと分析のきっかけになる（Braun & Clarke, 2012, p.61）。

2．フェーズ2：コーディング（Coding）

2番目のフェーズでは，リサーチクエスチョンへの回答に関連する可能性のあるデータの重要な機能を識別する簡潔なラベル（コード）を生成し，データ全体にわたってコーディングを行い，すべてのコードに関連するすべてのデータを抽出・照合する（Braun, et al., 2019b）。コードは分析の構成要素であり，分析対象が瓦屋根のあるレンガ造りの家であれば，テーマは壁や屋根で，コードは個々のレンガや瓦である（Braun & Clarke, 2012, p.61）。コードは，データの一部を簡潔に要約したりデータの内容を記述したり（記述的または意味的なコード），データの解釈を提供（解釈的または潜在的なコード）し，リサーチクエスチョンへの回答に関連する簡潔なコード（数語または短いフレーズ）として生成する（Braun & Clarke, 2012, p.61；Braun, et al., 2019b）。

再帰的TAでは，コーディングする際のデータの分割方法を規定しておらず，コーディングは大きな塊でも小さな塊でも可能であり，全くコーディングしない塊もある（Braun & Clarke, 2012, p.62）。手動でコーディングを行う場合は，分析するテキストに書き込んだり，蛍光ペンや色ペンを使ってデータやコードを強調したり，付箋などを使用して書き出したりし，パソコンで行う場合は，各データ項目内のテキストの選択にタグを付けて名前を付けることによってコーディングする（Braun & Clarke, 2006）。コード数に制限はなく，全データの多様性とパターンを十分に把握するのに十分な数でよく，コードは複数のデータにまたがって現れることもある。リサーチクエスチョンに関連する可能性のあるものを見つけたら必ずコーディングし，データの一部が関連しているかどうか確信が持てない場合でも，コーディングしておく（Braun & Clarke, 2012, p.62）。

再帰的TAでは，他のTAで用いられるコードブックやコーディングフレームは使用しない。Braun & Clarke（2012, pp.62-63）は，コーディングの進め方を次のように説明している：最初のコードを作成したら，次に関連する可能性のある抜粋を特定するまでデータを読み続ける。次に，すでに作成したコードが適用できるか，そのデータを捉えるために新しいコードが必要かどうかを判断する。このプロセスを，各データ・全データで繰り返す。また，コーディングが進むにつれて，作成したコードを修正して新しい内容を取り入れることもできる。コードはコーディング中に発展していく可能性があり，最初にコーディングした内容を再検討するのはよい考えである。このようにコーディングは直線的なプロセスではなく，データに没頭する中でコードを作成・修正し，或いは分割・統合・再コーディングを繰り返す。**表2**に，Braun & Clarke, 2006で紹介されているコーディングの例を示した。

再帰的TAのコーディングは，一人の研究者が行うことができる。Braun, et al.（2019c）は，その理由を次のように説明している：再帰的TAでは研究者の主観性を前景化するという観点から，コーディングは正しいことも間違っていることもないため，行われたコーディングが正確であるか信頼できるか同意できるかどうかの確認はしない。コーディングは常に研究者の主観を反映しており，他の人，別の人の主観は正しくない。複数の研究者でコーディングを行うときはコンセンサスを形成するためではなく，研究者全員の個々の結果に基づいてコードを作成する。再

表2　Braun & Clarke, 2006, p.88で紹介されているコーディングの例

データ抽出	コード化
大変な作業のようです。フリッピンの名前を変更するために，どれだけの紙に署名する必要があるかを意味します。気にしないでください，それは大変な仕事のようです。（ケイトF07a）	1．パートナーと話し合った 2．名前を変更するのが面倒すぎる

筆者注：この表は，Clarke, Burns & Burgoyne（2008）における同性愛者間の命名の実際についての話の分析時に作成されたもの

帰的TAにおける研究者間の信頼性は，各分析者が同じ方法でデータをコーディングするように訓練されていることを示す（Braun & Clarke, 2019）。よって，「2．テーマティック分析の3つのタイプ」で述べたように，再帰的TAではコンセンサスコーディング，コーディングの信頼性の測定，データコーディング前のテーマの開発，データまたはテーマの飽和，テーマの頻度の測定と報告，一定の比較分析などは行わない（Braun & Clarke, 2021a）。

さらにBraun, et al.（2019c）は，次のような説明を加えている。データのコーディングで行っている仮定や見落としている可能性があることを考えると，経験豊富なスーパーバイザーとコーディングを共有してデータのコーディング方法を振り返る機会とするのはよい考えである。より経験豊富な研究者と協力することで，コーディングとテーマ開発のスキルを伸ばすことができる。

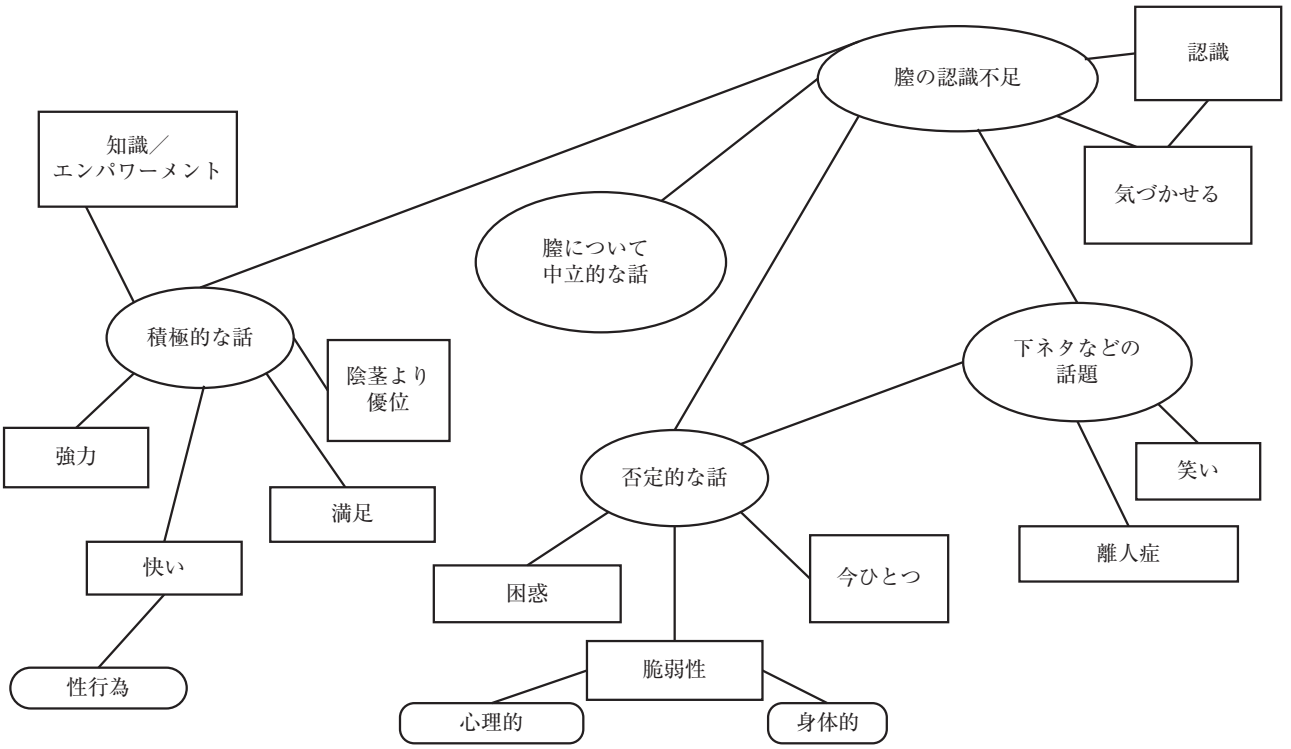
フェーズ2は，データが完全にコード化され，各コードに関連するデータが照合され，すべてのデータがコード別のグループにまとめられたら終了する。

3．フェーズ3：初期テーマの生成（Generating initial themes）

3番目のフェーズでは，コードと照合されたデータを調べて意味の重要で幅広いパターン（潜在的なテーマ）を特定し，次に，コードを潜在的なテーマに照合し，各潜在的なテーマに関連するすべてのデータを収集する（Braun & Clarke, 2006；Braun, et al., 2019b）。

Braun & Clarke（2012, pp.63-65）は，このプロセスを次のように説明している。まず，コード化されたデータを確認し，コード間の類似性と重複する部分を特定する。そして，コードが集まっている大まかなトピックや問題を特定する。基本的なプロセスは，何らかの統一的な特徴を共有していると思われるコードを，データの一貫性のある意味のあるパターンを反映して記述するように，折り畳んだり，クラスタリングしたりする。多くのコードが複数のテーマにまたがっているのは望ましくなく，リサーチクエスチョンを念頭に置いて再考すべきである。また，テーマ間の関係性を探り，テーマがどのように連携してデータの全体像を語るかについても検討し始める。優れたテーマは独特で，ある程度は独立しているが，全体としても機能する必要がある。テーマはジグソーパズルのピースのようなもので，それらを組み合わせることでデータの意味のある明快な画像が得られる。

コードを潜在的なテーマに分類する際は，表やテーマ図（Braun & Clarke, 2006で紹介されている初期段階のテーマ図の例を**図1**に示す）を作成したり，付箋に各コードの名前などを書いてそれを潜在的なテーマ別に山にするなどの方法を用いる。一部のコードは潜在的なテーマを形成する場合があるが，他のコードはサブの潜在的なテーマを形成



筆者注：この図は，Braun & Wilkinson（2003）における女性の膣についての話の分析時に作成されたもので，筆者らが和訳した。

図1　Braun & Clarke, 2006, p.90で紹介されている最初のテーマ図

する場合があり，どこにも属していないように見えるコードがある場合（その際は，一時的に「その他」というようなテーマを作成してそこに含め，破棄しないでおく）もある（Braun & Clarke, 2006）。

Braun & Clarke（2012, p.63）はフェーズ 3 での探索について，次のように説明している：再帰的TAにおけるテーマの探索は能動的なプロセスであり，テーマを発見するのではなく，生成または構築することを意味する。考古学者のように，データ内に隠されているテーマを探し回るようなものではなく，彫刻家のように，石ころ（生データ）をどのように形作り，芸術作品にするか（分析）を選択する。このことは，明らかにされるのを待っているデータが「内部」にあること，そして研究者がその意味を明らかにするための中立的であることを示唆している。対照的に，分析は，データ，研究者および研究自体のコンテキストの両方を反映した，状況に応じた対話的なプロセスとして概念化されている。このような理由で，再帰的TAは『データから「テーマが出現した」』という概念に批判的であり（Braun, et al., 2019c），2018年にフェーズ 3 のネーミングを「テーマの検索（searching for themes）」から現在の「初期テーマの生成（generating initial themes）」に変更した。

フェーズ 3 は，潜在的なテーマとこれに関連するコード化されたデータのすべてを抽出したら，終了する（Braun & Clarke, 2006）。テーマの数は，データ，調査の質問，分析レポートの長さ，および分析の焦点に依存するため，正確な公式規定はないが，一般に8,000～10,000語の英語論文で通常 2 ～ 6 個のテーマを報告している（Braun, et al., 2019c）。

4．フェーズ 4 ：テーマの開発とレビュー（Developing and reviewing themes）

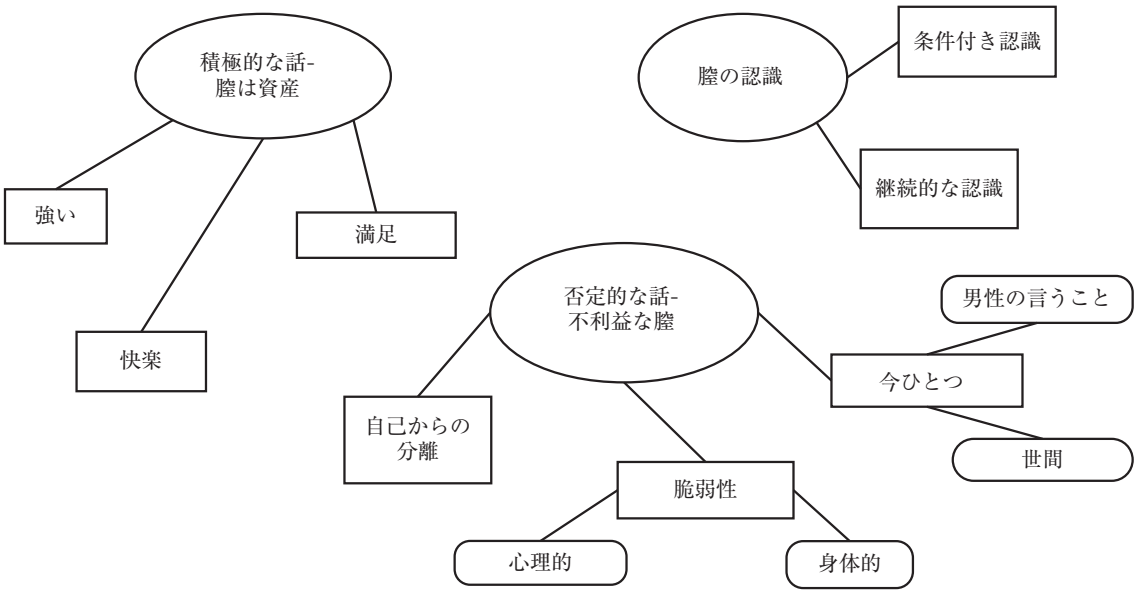
このフェーズでは，開発中のテーマをコード化されたデータやデータセット全体に関連させ確認，再検討をするという再帰的なプロセスを行う。レビュープロセスの最初の段階は，照合されたデータの抽出に対してテーマをチェックし，そのテーマがデータと関連して機能しているかどうかを探る。研究者は各テーマのコード化されたデータ抽出をレビューして，それらが一貫したパターンを形成しているかを検討する。個々のテーマの妥当性は，テーマがデータセット全体で明らかな意味を正確に反映しているかどうかで判断する（Braun & Clarke, 2006）。次に候補のテーマがデータセットと適合していない場合は，テーマ自体に問題があるかどうか，またはテーマ内のデータ抽出の一部が適合しないのかを検討する必要がある。その場合はテーマを作り直して，新しいテーマを作成するか，既存のテーマに再配置できるかを検討する。また，テーマの境界線を引き直して，関連するデータをより意味のある形で取り込むこともできる。これらの調整がうまくいかない場合は，テーマを完全に破棄してやり直す必要がある。ただし，分析を無理に一貫性のあるものにするべきではない。テーマを検討する際の主なポイントを示す。①これはテーマなのか（単なるコードの場合もある）？，②テーマである場合，そのテーマの質はどうか（データセットとリサーチクエスチョンについて有益なことを示しているか）？，③このテーマの境界は何か（何を含み，何を除くか）？，④このテーマをサポートするのに十分な（意味のある）データがあるか（テーマは浅いか深いか）？，⑤データが多様で多岐にわたっているか？である（Braun & Clarke, 2012, p.65）。

コード化されたデータの抽出物に関連して，機能する特徴的で一貫性のあるテーマのセットができたら，レビュープロセスの第 2 段階，つまりデータセット全体に関するテーマをレビューする作業を行う。これは，テーマがデータセット全体またはその一部を意味のある形で捉えているかどうかを判断するために，すべてのデータを最後に読み直す作業である。目指しているのは，リサーチクエスチョンに関連してデータの最も重要で関連性の高い要素とデータの全体的な状態を捉えたテーマになっているかである。すべてのテーマがコード化されたデータの輪郭を適切に捉えているか，一貫性のあるパターンを形成しているか確認しテーマ図を作成する。Braun & Clarke（2006）で紹介されている 3 つの主要なテーマを示すテーマ図を**図 2** に示す。テーマ図が全データを把握していることを確認できたら次の段階に進むことができる。そうでない場合は，データを適切に把握するために，さらに新しいテーマや別のテーマに充てられるか精査と見直しが必要である。テーマ図は，視覚的に（Braun & Clarke, 2006），場合によってはテキストベースで（Frith & Gleeson, 2004），開発中の分析の側面をマッピングし，メインテーマ，サブテーマ，テーマやサブテーマ間の相互関係を識別するためのツールである。

5．フェーズ 5 ：テーマの磨き上げ，定義と命名（Refining, defining and naming themes）

第 5 フェーズでは，各テーマの詳細な分析を繰り返し継続し，各テーマの範囲と具体的内容および分析が語る全体的な「ストーリー」の中でどう位置づくか，分析の中心となるテーマの特徴を明確に定義し，命名する。最新の書籍（Boulton, 2021, pp.110-114）では，磨き上げ（Refining）という言葉も追記しており，何度も繰り返しテーマを検討することを強調している。

これは，各テーマの本質を数文にまとめられるかどうかで判断できる。優れたTAでは，①テーマは理想的には単



筆者注：この図は，Braun & Wilkinson（2003）における女性の膣についての話の分析時に作成されたもので，筆者らが和訳した。

図 2　Braun & Clarke, 2006, p.90 で紹介されている3つの主要なテーマを示すテーマ図

一の焦点を持つべきであるため，多くのことを述べようとしすぎないこと，②関連性はあるが重複していない，以前のテーマを基にしているが反復していないこと，③リサーチクエスチョンに直接対応していることが挙げられる。各テーマは，明確な焦点，範囲，目的を持ち，それぞれが前のテーマを基にして発展していき，テーマをまとめることでデータに関する一貫した全体像を示すことができる。場合によっては，1つのテーマの中にサブテーマを設けることもできる（Braun & Clarke, 2012, pp.66-67）。サブテーマは特に大きくて複雑なテーマの構造をあてる場合やデータ内の意味の階層を示す場合に役立つ（Braun & Clarke, 2006）。これらのテーマは，リサーチクエスチョンに関連してデータに1つまたは2つの包括的なパターンがあるが，それぞれがさまざまな方法で展開されている場合に有効である。テーマを定義する際には分析を深く，細かく形にしていくことが重要になる。このフェーズでは，提示・分析する資料を選択し，その資料を中心に各テーマのストーリーを構築していく。引用・分析に適したデータとは，分析のポイントを明確に示すような生き生きとした説得力のある例を指す。また，1つのデータだけではなく，テーマの網羅性を示すために，複数のデータから抜粋するとよいと言われている（Braun & Clarke, 2012, p.67）。

Braun & Clarkeは，テーマ名はパンチの効いたものにする必要があり，すぐに読者にテーマの内容を理解させる必要があると提案している（Braun & Clarke, 2006）。

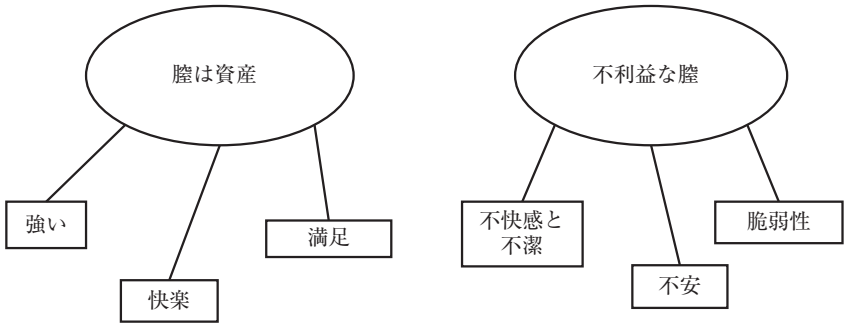
最終的なテーマ名は，読者がそのテーマから何を読み取ることができるかを簡潔に示し，分析を読みたいと思わせるものがよい。テーマ名と定義がリサーチクエスチョンの関連するデータの意味を明確に，包括的に簡潔に捉えていることを確認し分析の完了に近づく（Braun, et al., 2019a, p.856）。そしてテーマがどのように組み合わされ，データの全体的なストーリーを語っているか，テーマが重複していないかどうか確認し，最終テーマ図へと移行する。

Braun & Clarke（2006）で紹介されている最終のテーマ図を**図 3** に示す。

6．フェーズ 6 ：報告書の作成（Writing up）

この最終段階は，主要なテーマに沿って分析したストーリーとデータを織り合わせて，リサーチクエスチョンや既存の文献に関連づけ分析結果を学術的なレポートとしてまとめることである。しかしこれは量的調査のように，データの分析を終えてから執筆するわけではなく，質的研究ではノートやメモといったインフォーマルなものから，分析や報告書の作成といったフォーマルなものまでを書くことと分析することが結びついている。フェーズ 6 では作成されたテーマの最終的な分析と，分析に裏付けられた報告書の作成までが含まれる。報告書の目的は，分析結果に基づいて，データに関する魅力的なストーリーを作成することであり，そのストーリーは，説得力のある明確なものであると同時に複雑で学術的な分野に根ざしたものでなければならない（Braun & Clarke, 2012, p.69）。

テーマは論理的かつ意味のある形でつながり，必要に応じて前のテーマを基にして，データについての首尾一貫したストーリーを語る。データの抜粋は，各テーマを裏付ける生き生きとした説得力のある例示を選択し，データのどこが興味深いのか，それはなぜかを解釈しその意味を読者



筆者注：この図は，Braun & Wilkinson（2003）における女性の膣についての話の分析時に作成されたもので，筆者らが和訳した。

図 3　Braun & Clarke, 2006, p.91 で紹介されている最後の主要なテーマを示す最終的なテーマ図

に伝えられるとよい。

Braun & Clarke は，TA/再帰的TAの論文を評価する査読者および編集者のためのガイドライン（Guidelines for reviewers and editors evaluating thematic analysis manuscripts）を提示している（Braun & Clarke, 2021a；Braun, et al., 2019d）。これは一貫性のある質の高いTAを容易にするための編集者や査読者のためのチェックリストであり，概念的および方法論（conceptual and methodological discussion）の適切な選択と分析の結果の評価（practice and analytic output）に分かれて記載されている。質の高いTA/再帰的TAを行うことや論文の報告の際にはこのガイドラインを参考にするとよいであろう。

最後に，報告書の作成にあたり，Braun & Clarkeは，TAの方法や信頼性の確保においていくつかの異論をQ & A（Braun, et al., 2019c）で述べているので紹介する。フェーズ 3 でも述べたが，データから「テーマが出現した」という概念は使用しないと述べている。再帰的TAでは，テーマをデータから「出現」するものとして概念化しておらず，テーマが問題を抱えているという考えが明確である。つまりテーマはデータやコーディングから「出現」するものではなく，創造的，解釈的に作り上げるものである。よって「出現」するという表現は，再帰的TAの特徴である研究者が常にテーマを特定，選択し，報告する際の積極的な役割を否定してしまうことにつながる。対照的に，分析をデータと研究者の立場の両方を反映した位置的で相互作用的なプロセスである。その理解を考えると，テーマが能動的に出現するのではなく，テーマが単純に「出現」するプロセスを想起させるのは無意味なことであると述べている（Braun & Clarke, 2019c）

近年，論文を報告する際に報告ガイドラインが求められていることが多く，医学雑誌における学術研究の実施，報告，編集，および出版への推奨としても報告ガイドラインも示されている（中山，津谷，2016，pp.2-23）。質的研究におけるガイドラインとしては，COREQ（Tong, Sainsbury, & Craig, 2007）　やSRQR（O'Brien, Harris, Beckman, Reed, & Cook, 2014）があるが，再帰的TAを使って分析した論文を概観しても，「研究の透明性の確保のためにCOREQやSRQRを使用した」という内容が論文内に記載されているものが多くなってきた（e.g. Jennings, et al., 2021；Nowell, Norris, White, & Moules, 2017）。データ収集と論文作成プロセスにおける透明性確保のための項目として，COREQやSRQRの報告基準を用いることも必要であると考える。

B．優れた（質の高い）再帰的TAを行うには

再帰的TAは柔軟な手法であるが，研究者は今行っている処理がどのフェーズにあるのか明確にしておく必要があり，フェーズを進めていくうえでデータとテーマや，説明内容と分析内容に一貫性が必要である。ここでは，より質の高い再帰的TAが実施できたかを簡潔に確認することができるチェックリスト（Braun & Clarke, 2006）を紹介する（**表 3**）。このチェックリストを用いることで，全体の手順（ 6 つのフェーズ）が正しく行えているかが確認できる。

C．再帰的TAを進める際の落とし穴

再帰的TAは，質的分析の方法の中でも理解しやすい形式であり，前述したように談話分析や内容分析などのような理論的・技術的知識を必要としない。例えば，質的手法を学び始めたばかりの人でも，質的データに対して再帰的TAを行うことは比較的容易である。ただし，再帰的TAは方法が比較的容易で理解しやすい反面，各フェーズでの分析が不十分になる可能性が高いため，ここではBraun & Clarke（2006）が紹介している，再帰的TAを進める際の落とし穴を 5 つ紹介しておく。

1 つ目の落とし穴は，データを適切に分析していないことが挙げられる。再帰的TAは，データを集めただけであったり，データを単純にテーマに置き換えたり言い換え

表3　優れた再帰的TAの15の基準チェックリスト（Braun & Clarke，2006）

プロセス	基準
書き起こし	1．データは適切（詳細）に音声データから書き起こされ，書き起こされたデータは熟知されている。
コーディング	2．コーディングの過程では，データ全体に注意が払われている。
	3．テーマは，いくつかの例（逸話的）から生成されたものではない。コーディングの過程（フェーズ2）が徹底されており，コードは繰り返し確認されている。
	4．各テーマに関する全てのデータが照合されている。
	5．各テーマは繰り返し，元のデータセットとチェックされている。
	6．各テーマは，一貫性がある。
分析	7．データは単なる言い換えや記述ではなく，研究者によって分析（解釈・意味づけ）されている。
	8．分析内容とデータは互いに一致している。データが分析の説明（主張）と一致している。
	9．分析内容は，データとテーマについて，説得力のあるストーリーを語っている。
	10. ストーリーとデータのバランスが取れている。
全体	11. 分析における6つのフェーズを適切に完了するためには，十分な時間を割り当てる必要がある。各フェーズを急ぐ事なく，一度だけで終わらせることなく，繰り返し分析をおこなっている。
報告書	12. 各テーマ別に分析内容や具体的な方法が説明されている。
	13. 研究者が説明（主張）していることと，分析内容との間には一貫性がある。
	14. 報告書で使用されている言語や概念が，分析過程での認識と一致している。
	15. 研究者は，研究プロセスにおいて積極的に参加している。テーマは単に「出現」するだけではない。

るものではない。再帰的TAは，研究者がデータ分析上のポイントをテーマとして説明するものである。テーマを検討する際はデータの意味を繰り返し確認し，データが何を意味するのか，あるいは意味する可能性があるのかを理解しなくてはならない。

2つ目は，データ収集時の質問（インタビューガイドなど）を，そのまま報告する「テーマ」として使用してしまうことである。このような場合，テーマを特定するためのデータ分析やデータセットの内容を理解するといった作業が行われていない。

3つ目は，テーマが機能していないことである。テーマが機能していないとは，テーマ間のデータ重複が多すぎたり，テーマが首尾一貫していないというような，説得力のない分析のことを示す。この落とし穴は，全体のデータを捉えることができていないことや，分析データの側面について十分に解釈できていないことが影響する。

説得力のない分析は，全体のデータから適切なテーマを示すことができていないことが起因しており，例えば1つのテーマに対して，1つのデータしかない場合などが挙げられる。「分析」についてFoster & Parker（1995，p.204）は，「研究者による意図的かつ自己意識的に芸術的創作であり，議論の妥当性について読者を説得するために構造化されなければならない」と述べている。6つのフェーズに沿った適切な分析を行うことで「質的研究の逸話主義」を避けることができる。

4つ目は，データとテーマとの間の不一致である。このような（根拠のない）分析では，テーマをデータで裏付けることができず，データの抽出内容が別のテーマを示唆していたり，説明内容（主張）と矛盾することにつながる。研究者は，データの解釈やテーマを設定したポイントがデータの抽出内容と一致しているかどうかを繰り返し（再帰的に）確認する必要がある。各テーマの形成へ使用したデータ分類が100%完全であるということはほとんどない。説得力のあるテーマを示すには，十分な説明が必要であり，説明が不十分であれば，研究自体が疑わしいものと誤解されることになる。

5つ目は，TAで理論を使用した場合，その理論と分析内容の説明との不一致，あるいはリサーチクエスチョン（または研究の問い）と使用したTAの形式の不一致である。優れた再帰的TAでは，データの解釈が理論的な枠組みと一致していることを確認する必要がある。どんなに優れた総合的な分析であっても，その理論的根拠を明らかに

していなかったり，どのようにして，何の目的で行われたのかを明確にできなければ，必要な情報に欠けていることになり，その研究は失敗となる（Holloway & Todres, 2003, pp.345-357）。

これら5つの潜在的な落とし穴を確認することで，再帰的TAの質を高めることができるであろう。

おわりに

本稿では，欧米で多く使われているBraun & Clarkeによる再帰的テーマティック分析を中心に，その概要やデータの分析プロセスなどについて紹介してきた。先に述べたように，Braun & Clarkeは，両研究者によるTAを再帰的テーマティック分析と名付け，他の2つのTAと混同してほしくないと強調している。混同を避けるために，Braun & Clarkeは，ここ数年の間に再帰的テーマティック分析と理論との関係について新たな説を提唱するなど，急激にTAから再帰的TAへの論調を変えてきている。そのため，本稿で追いきれない内容があったり，今後もすぐに何か変更されたりすることも十分予測される。

しかし，再帰的TAを活用することによって，データに含まれるテーマを体系的に特定し，整理し，洞察することが可能となり，質的事象の解明がさらに進むことには変わりないといえる。そのため，この方法をさらに活用し，看護現象の新たな見識を明らかにすることは，看護界において多くの事柄に貢献できると考える。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は，本総説の構想，文献収集・読解，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

Boulton, E.（2021）. *Precision matters: Refining, defining and naming themes（phase five）*. In V. Braun, & V. Clarke,（Eds.）, *Thematic analysis: A practical guide*（pp.110-114）. London: SAGE. Retrieved from https://read.amazon.co.jp/?asin=B093QLB9XS（accessed 2021-10-15）

Braun, V., & Clarke, V.（2006）. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V.（2012）. *Thematic analysis*. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher（Eds.）, *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*（pp.57-71）. Washington: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/13620-004

Braun, V., & Clarke, V.（2014）. What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers?. *International Journal of qualitative studies on health and well-being*, *9*, 26152. https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152

Braun, V., & Clarke, V.（2019）. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589-597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Braun, V., & Clarke, V.（2021a）. One size fits all? What counts as quality practice in（reflexive）thematic analysis?, *Qualitative Research in Psychology*, *18*(3), 328-352. https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238

Braun, V., & Clarke, V.（2021b）. *Thematic analysis: A practical guide*, 292, London: SAGE. Retrieved from https://read.amazon.co.jp/?asin=B093QLB9XS（accessed 2021-10-15）

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G.（2019a）. *Thematic analysis*. In P. Liamputtong（Eds）, *Handbook of research methods in health social sciences*, 843-860, Singapore: Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G.（2019b）. *Thematic analysis. The University of Auckland*. Retrieved from https://www.psych.auckland.ac.nz/en/about/thematic-analysis.html（accessed 2021-10-1）

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G.（2019c）. *Answers to frequently asked questions about thematic analysis. The University of Auckland*. Retrieved from https://cdn.auckland.ac.nz/assets/psych/about/our-research/documents/Answers%20to%20frequently%20asked%20questions%20about%20thematic%20analysis%20April%202019.pdf（accessed 2021-10-1）

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G.（2019d）. *Guidelines for reviewers and editors evaluating thematic analysis manuscripts. The University of Auckland*. Retrieved from https://cdn.auckland.ac.nz/assets/psych/about/our-research/documents/Checklist%20for%20reviewers%20and%20editors%20evaluating%20thematic%20analysis%20manuscripts.pdf（accessed 2021-10-1）

Braun, V., & Wilkinson, S.（2003）. Liability or asset? Women talk about the vagina. *Psychology of Women Section Review*, *5*(2), 28-42.

Clarke, V., Burns, M., & Burgoyne, C.（2008）. 'Who would take whose name?' Accounts of naming practices in same-sex relationships. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 18*(5): 420-439. https://doi.org/10.1002/casp.936

Foster, J. J., & Parker, I.（1995）. *Carrying out investigations in psychology: Methods and statistics*, 204, New Jersey: Wiley-Blackwell.

Frith, H., & Gleeson, K.（2004）. Clothing and embodiment: Men managing body image and appearance. *Psychology of Men & Masculinity*, *5*(1), 40-48. https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.1.40

Gibson, B., Umeh, K., Davies, I., & Newson, L.（2021）. The best possible self-intervention as a viable public health tool for the prevention of type 2 diabetes: A reflexive thematic analysis of public experience and engagement. *Health expectations: An international journal of public participation in health care and health policy*, *24*(5), 1713-1724. https://doi.org/10.1111/hex.13311

Holloway, I., & Todres, L.（2003）. The status of method: Flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research*, *3*(3), 345-357. https://doi.org/10.1177/1468794103033004

伊賀光屋（2014）. 解釈的現象学的分析（IPA）の方法論. *新潟大学教育学部研究紀要. 人文・社会科学編*, *6*(2), 169-192.

Jennings, S., Anstey, S., Bower, J., Brewster, A., Buckman, J., Fenlon, D., Fitzsimmons, D., & Watts, T.（2021）. Experiences of cancer immunotherapy with immune checkpoint inhibitors（ExCIm）—insights of people affected by cancer and healthcare professionals: A qualitative study protocol, *BMJ Open*, *11*(5), e043750. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043750

Lapadat, J. C., & Lindsay, A. C.（1999）. Transcription in research and practice: From standardization of technique to interpretive positionings. *Qualitative Inquiry*, *5*(1), 64-86. https://doi.org/10.1177/107780049900500104

中山健夫・津谷喜一郎（2016）. *臨床研究と疫学研究のための国際ルール集 Part 2. 2-23*, 東京：ライフサイエンス出版.

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J.（2017）. Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, *16*(1), 1-13. https://doi.org/10.1177/1609406917733847

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A.（2014）. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *89*(9), 1245-1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388

Polit, D., & Beck, C.（2021）. *Nursing research*, 11th edition, 48-49, Philadelphia PA: Wolters Kluwer.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J.（2007）. Consolidated criteria for reporting qualitative research（COREQ）: A 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349-357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

土屋雅子（2016）. *テーマティック・アナリシス法：インタビューデータ分析のためのコーディングの基礎*. 13-26, 京都：ナカニシヤ出版.

［2021年10月25日受　　付
2021年12月22日採用決定］

General Remark

Overview and Procedure of Thematic Analysis Focusing on Reflexive Thematic Analysis by Virginia Braun and Victoria Clarke

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, *45*(2), 145-158
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211222158

Michiyo Oka, PhD, RN[1], Junko Ishikawa, PhD, RN[2],
Hiroko Joboshi, PhD, RN[1],
Mitsuhiro Matsumoto, MNS, RN, CNS[1],
Satsuki Takahashi, PhD, RN[1], Misuzu Ito, MSN, RN[3]

[1]Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan
[2]Dokkyo Medical University Graduate School of Nursing, Tochigi, Japan
[3]Kiryu University Faculty of Health Sciences Department of Nursing, Gunma, Japan

Abstract

Thematic analysis is an often used qualitative research method, yet it is rarely utilized or acknowledged in Japan. This study provides an overview and procedure of reflexive thematic analysis by Braun and Clarke, which is widely used internationally. Braun and Clarke classify thematic analysis into three types, one of which refers to reflexive thematic analysis. Reflexive thematic analysis is utilized for systematically identifying, organizing, and offering insight into patterns of meaning (themes) across a data set. The analytic procedure used in reflexive thematic analysis consists of six phases and provides a checklist of criteria. Although such analysis is expected to be modified in the future, it remains useful in elaborating qualitative research in nursing.

Key words

theme, code, thematic analysis, reflexive thematic analysis, qualitative research method

Correspondence: M. Oka. Email: michiyooka@gunma-u.ac.jp

総　説

エスノグラフィックリサーチの方法と研究事例

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 159-175
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220519160

法橋尚宏，太田浩子，林　綺婷，和辻雄仁
神戸大学大学院保健学研究科家族看護学分野

要　旨

エスノグラフィックリサーチは，“エスノグラフィックインタビューと参加観察を主とするフィールドワーク（現地調査）によって，イーミックとエティックな視点から対象の生活世界で起きている現象や文化を記述する方法論”である。これは方法のトライアンギュレーションであり，フォーマルインタビュー，インフォーマルインタビュー，参加観察，質問紙調査，既存の書籍・文献・ウェブサイト資料の収集，写真撮影，映像撮影などを行う。データ収集と分析を繰り返しながら，問いや仮説を精緻化する。信用可能性，確認可能性，脈絡に応じた意味，反復的パターン形成，飽和，転用可能性などを質的評価基準として，信憑性を保証する。すべてのデータは定性化してフィールドノーツに記述し，コーディングを行い，コードの類似性と相違性の観点からカテゴリー化した後，テーマにそってストーリー化して報告書にまとめる。

キーワード

エスノグラフィックリサーチ，エスノグラフィー，イーミック，エティック，文化

責任著者：法橋尚宏．Email: naohiro@hohashi.org

Ⅰ．エスノグラフィックリサーチの定義

1．エスノグラフィックリサーチと文化

エスノグラフィックリサーチは，“エスノグラフィックインタビューと参加観察を主とするフィールドワーク（現地調査）によって，イーミックとエティックな視点から対象の生活世界で起きている現象や文化を記述する方法論”である（法橋，2020a；Hohashi, 2020）。イーミックは“当事者（外部）の視座”，エティックは“外部者（内部）の視座”である。以下で紹介するように，研究者によってエスノグラフィー，エスノナーシングリサーチなど，さまざまな呼称が使われるが，エスノグラフィックリサーチと総称することを提案する。なお，本稿で用いた用語解は，**表1**に示した（法橋，2020a；法橋・本田・島田・道上，2016；Leininger & McFarland, 2006, pp.35-71）。

質的研究の方法論のひとつとして考えられているエスノグラフィックリサーチは，文化人類学分野で研究が始まった。文化人類学におけるエスノグラフィーには，フィールドワークの成果をまとめた報告書，フィールドワークという調査の方法あるいはその調査プロセスそのものという2つの意味がある（本田・法橋，2010；小田，2010，p.9）。また，エスノグラフィーは“ひとびとから学ぶことによって，ひとびとについて学ぶ研究プロセス”であり，研究者は，ある集団のひとびとが行っていることの理由を理解し，記述するためにこのアプローチを使用する（Roper & Shapira, 2000, p.1）。すなわち，エスノグラフィーは，研究方法論（Hohashi, 2020）であり，特定の集団／組織のひとびとのことを理解するために行うプロセスである。

文化の定義はさまざまであるが，看護学における文化の定義は，“環境に適応するために，ある集団／組織の構成員間で共有されたビリーフと価値観（潜在文化），それらに規定される行為様式（顕在文化）”である（Hohashi, 2019）。ひとびとが活動と環境との相互作用／交互作用の結果として習得し，多様性に富んだ文化が形成される。集団／組織の潜在文化の所産として顕在文化があり，潜在文化の理解なくして顕在文化の理解はできない。潜在文化は思想，宗教など外部から観察できないものであるが，顕在文化は言葉，衣食住など外部から容易に観察できるものである。すなわち，ひとびとがどのように思考しているのか，行為をしているのかを理解するために，特定の集団／組織の顕在文化のみならず潜在文化も明らかにしなければならない。

さらに，文化には，ダイバーシティ（多様性）とユニバーサリティ（普遍性）がある（法橋，2020a；法橋，

表1　エスノグラフィックリサーチの用語解

用語	説明
方法論［methodology］，方法［method］	方法論は“思考のためのツール”，方法は“行為のためのツール”である。したがって，研究方法論とは，質的研究，量的研究などのことである。一方，研究方法とは，質問紙法，面接法，実験などのことである。たとえば，エスノグラフィーが方法論であり，観察や面接などが方法にあたる。
エスノグラフィックリサーチ［ethnographic research］	“エスノグラフィックインタビューと参加観察を主とするフィールドワーク（現地調査）によって，イーミックとエティックな視点から対象の生活世界で起きている現象や文化を記述する方法論”である。すなわち，方法論としてエスノグラフィーを使った研究である。この用語は，法橋が提唱した。なお，筆者らは，ビデオ会議ソフトウェア（Zoomなど）やソーシャルソフトウェア（LINEなど），360度撮影できる全方位ビデオカメラや広角レンズ搭載ビデオカメラを使用し，接続時間無制限のヴァーチャルフィールドワークにより，遠隔地からヴァーチャルエスノグラフィックリサーチを実践している。
トライアンギュレーション［triangulation］	“同一研究内での2つ以上のデータ源，調査者，理論，方法論，方法，分析法の組み合わせ”である。
エスノグラフィックデータ［ethnographic data］	“エスノグラフィックインタビューデータ，参加観察データ，写真，映像，質問紙調査データ，既存の書籍・文献・ウェブサイト資料など，エスノグラフィックリサーチで多角的に収集したすべてのデータ”である。
エティック［*etic*］，イーミック〈エミック〉［*emic*］	エティックは“外部者（外部）の視座”，イーミックは“当事者（内部）の視座”である。
準構造化面接〈半構造化面接〉［semi-structured interview，SSI］	“質問項目や質問順序が決められている構造化面接でもなく，質問項目が決まっていない非構造化面接でもない形の面接”である。準構造化面接では，質問項目の大枠は用意するが，被面接者の応答により，ある程度の自由度をもって進める。“semi-structured interview”の訳語には，“半構造化面接”“半構成化面接”などがある。しかし，接頭辞の“semi-”には，“半分”“準”などの意味があり，“半構造化面接”は構造化面接の半分の意味ではないので，“準構造化面接”が正しい訳語である。
参加観察〈参与観察〉［participant observation，participatory observation］	“調査者が，対象者の社会や集団に参加する（生活や活動を共にする）ことを通して観察データを得る調査方法”である。
フィールドワーク〈現地調査〉［field work］	“現場（現地）に入り，参加観察，インタビュー調査，質問紙調査，資料収集などを行い，多角的に生のデータを収集する調査技法”である。
ダイバーシティ〈多様性〉［diversity］，ユニバーサリティ〈普遍性〉［universality］	多様性〈異質性〉は“異なる群が存在する性質”である。これは，性質が類似した群が形成されていることであり，さまざまな性質があることとは異なる。普遍性〈共通性〉は“すべてに共通する性質”であり，多様性を貫いて存在していることである。
文化［culture］	“環境に適応するために，ある集団／組織の構成員間で共有されたビリーフと価値観（潜在文化），それらに規定される行為様式（顕在文化）”である。潜在文化には思想，宗教など，顕在文化には言葉，衣食住などがある。
ビリーフ［beliefs］	“ひとの物事のとらえ方”である。ビリーフは，持続してもつ主観的な認識であり，物事をみるときのフィルターとなる。
フィールドノート〈野帳〉［field note］	“フィールドに携行して記入するための手帳（ノートブック）”である。野帳という訳語が示すように，エスノグラファーが，フィールドにおいて見たもの，聞いたもの，感じたものといったすべてのデータを書きとめるための手帳（ノートブック）である。複数形のフィールドノーツとは区別する。
フィールドノーツ［field notes］	“フィールドノートに書き留められている文章ないしその内容（テキスト）”である。事実の記述（事実ノーツ），事実の意味の解釈（解釈ノーツ），その後の計画（計画ノーツ），研究者自身の意見・コメント（個人ノーツ）に分けられる。1冊のフィールドノートに，この4種類のフィールドノーツを区別して書く。単数形のフィールドノートとは区別する。
フィールドノート［Family Environment Observation/Interview-Field Note，FEO/I-FN］	“フィールドノートの様式”である。観察，インタビュー／ミーティングなどを実施するときは常に携行し，リアルタイムで見聞きしたことなどを書き留める現場ノートである。原則として，FEO/I-FNは水色，FEO/I-RJは桃色のA5サイズの用紙に必要部数を片面コピーして区別し，2穴バインダーに綴じて使用する。FEO/I-FNレフィルは市販されている。
省察日誌［Family Environment Observation/Interview-Reflective Journal，FEO/I-RJ］	“省察日誌の様式”である。ブリーフィング／デブリーフィングにおいて計画や反省などをまとめたり，協議事項や決定事項などを書き留める記録帳である。原則として，FEO/I-FNは水色，FEO/I-RJは桃色のA5サイズの用紙に必要部数を片面コピーして区別し，2穴バインダーに綴じて使用する。FEO/I-RJレフィルは市販されている。
フィールドメモ［Family Environment Observation/Interview-Field Memo，FEO/I-FM］	“フィールドメモの様式”である。現場で限られた記録しかできない場合，一時的なメモをとる必要があり，そのメモをフィールドメモという。フィールドメモへの記入は，単語の羅列でもかまわないが，時間が経つと意味がわからなくなりやすい。記入した当日のうちに，フィールドメモをFEO/I-FNに文章で書き直して整理しておく。とくに，固有名詞と数値に関しては，後で再現するのは難しいので，確実に現場でメモをとるようにする。FEO/I-FMパッドは市販されている。

表1　エスノグラフィックリサーチの用語解（続き）

用語	説明
エスノグラファー［ethnographer］	“エスノグラフィーの実践者”である。
情報提供者〈インフォーマント〉［informant］	“フィールド調査などで研究者にデータを提供するひと”である。
主要情報提供者〈キーインフォーマント〉［key informant］	“研究者が関心をもっている調査領域〈DOI〉について最も知識をあると，慎重かつ意図的に選ばれたひと”である。
一般情報提供者［general informant］	“調査領域〈DOI〉について通常十分な知識をもっていないが，一般的な考えをもち，進んで研究に参加するひと”である。
ゲートキーパー［gatekeeper］	“エスノグラファーとフィールドをつなぐ特定のひと／ひとびと”である。
マドリン・M・ライニンガー［Madeleine M. Leininger］	“多様性と普遍性の文化ケア理論［Theory of Culture Care Diversity and Universality］”などを提唱したアメリカの看護学者である（1925年 7 月13日－2012年 8 月10日，享年87）。日本語では，レイニンガーとも書かれることもある。
エスノナーシングリサーチメソッド［ethnonursing research method，ERM］	“ひとびとの身近な環境における多様な文化とケアの要因を研究し，文化を考慮したケアサービスを目指すためにケアと文化の相互関係に焦点をあてる，厳密で体系的，深く掘り下げる方法”である。この用語は，ライニンガーが提唱した。
イネブラー〈達成手段〉［enabler］	“ライニンガーが開発したエスノナーシングの研究ガイドとなるもの”である。1）サンライズイネブラー，2）見知らぬひとから信頼できる友人へのイネブラー，3）観察・参加・リフレクションイネブラー，4）準構造化質問ガイドイネブラー，5）文化変容におけるヘルスケアアセスメントイネブラー，6）ライニンガー・テンプリン・トンプソンのエスノグラフィー記述のコーディングイネブラー，7）ヘルスケアの生活史イネブラーなどが開発されている。
探求領域［domain of inquiry，DOI］	“調査中の現象または研究の主な焦点”である。
信憑性〈トラストワージネス〉［trustworthiness］	“質的研究において，どこまで信頼できる解釈であるかの程度”である。
信用可能性〈信用性，クレディビリティー〉［credibility］	“研究者によって表現された知見が，研究参加者がもつ真実と一致しているかどうかの程度（質的評価基準）”である。これは，長期にわたる参加観察，否定事例分析，メンバーチェックなどで確定できる。量的研究の内的妥当性［internal validity］に対応する概念であり，量的研究で用いるvalidity（妥当性）と区別するためにcredibilityを信用可能性という。
確認可能性〈確証性，コンフォーマビリティ〉［confirmability］	“研究しようとする現象に関して聞いたこと，見たこと，経験したことを情報提供者に再確認できる程度（質的評価基準）”である。量的研究における客観性［objectivity］に対応する概念である。
脈絡に応じた意味〈ミーニングインコンテキスト〉［meaning-in-context］	“情報提供者が，慣れ親しんだ自然な環境において理解，解釈できるデータになっていること（質的評価基準）”である。
反復的パターン形成〈リカレントパタニング〉［recurrent patterning］	“特定の行動，思考などが反復的にみられ，パターン化されること（質的評価基準）”である。特定の行動，思考などが繰り返しみられることが，この評価基準を実証できる。
飽和〈サチュレーション〉［saturation］	“これ以上新たに収集したデータを分析しても，研究しようとする現象に直結した新しい知見が得られないと判断される状態（質的評価基準）”である。飽和に達したことは，特定の現象について理解できる意味を余すところなく検討したことであり，データ収集を打ち切る基準となる。
転用可能性〈転移可能性，トランスファラビリティー〉［transferability］	“特定の脈絡や研究参加者を対象として得られた知見が，異なる脈絡や研究参加者に対しても適用可能であるかどうかの程度（質的評価基準）”である。量的研究の外的妥当性［external validity］に対応する概念である。質的研究は，一般化をもたらすことではなく，深い所見を得ることが目的である。
厚い記述〈濃い記述〉［thick description］	“脈絡を壊さずに知見を記述すること”である。厚い記述は，できる限り詳しく知見を記述することではない。厚い記述を提示することにより，その状況を知らないひとでも，その知見がよく理解できるようになり，得られた結果の信憑性を担保できる。
シンボル〈象徴記号，象徴〉［symbol］	“コード（ラベル）の内容のエッセンスを凝縮した象徴的な表現”である。記号論では，記号表現と指示物とがコード（言語）で関連付けられたものをシンボル（象徴）という。
オーバーラポール［over rapport］	“時間の経過とともにラポール形成が深まりすぎて，研究者が対象者と過度に親密化したり，同一化することで，客観的なデータを得ることができない状態”である。

引用（一部改変）：法橋尚宏（2020a）．文化を考慮した最善の家族ケア／ケアリング／ヒーリング．*文化看護学会第12回学術集会プロシーディング*，20-23.；法橋尚宏，本田順子，島田なつき，道上咲季（2016）．*家族同心球環境理論への招待：理論と実践*．法橋尚宏（編集）．東京：エディテクス.；Leininger, M.M., McFarland, M.R.（2006）. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*（2nd ed.）. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

注：山括弧〈　〉は言い換え，角括弧［　］は英語を示す。一対のダブルクォーテーション“　”は，文字・記号・用語などをとくに明らかにする必要がある場合に用いる。スラッシュ／は，“または”か“および”を意味する。

2020b；法橋，2021）。ユニバーサリティは“すべてに共通する性質”であり，多様性を貫いて存在している。ダイバーシティは“異なる群が存在する性質”である。ユニバーサリティとダイバーシティは相互補完関係にあり，ダイバーシティのなかでユニバーサリティが成立する。エスノグラフィーは，潜在文化と顕在文化を理解し，そのダイバーシティとユニバーサリティを明らかにする重要なプロセスである。

2．ライニンガーによるエスノナーシング

エスノグラフィーを看護学分野に初めて応用したのは，ライニンガー（Madeleine M. Leininger）であった。1960年代，ライニンガーは看護における文化のダイバーシティとユニバーサリティに焦点をあてて看護現象を明らかにするため，エスノナーシングリサーチメソッドという看護学における質的研究法論を開発した（筒井，2020）。その開発の経緯は，ライニンガーが1954年から1960年に看護師としてアメリカの小児精神科病棟で働いていたときに，こどもが個別に望む看護と実際の違い，看護師が対応しきれなかった姿に気づいたことに始まる。そして，こどもの行為が文化によって組み立てられていること，それがこどもの望む看護に影響に与えていることを感じた（Leininger, & McFarland, 2006, pp.2-5；筒井，2020，pp.193-194）。看護職者は，ヒューマンケアに関する看護独自の視点をもつために，科学的，人間的，認識論的，存在論的な基盤を確立するための研究方法を必要としている（Leininger, 1969）。そして，1965年に，ライニンガーは文化人類学の博士号を取得し，文化人類学にもとづく看護学研究の方法論としてエスノナーシングを開発した。エスノナーシングでは，ひとびとの身近な環境における多様な文化とケアの要因を研究し，文化を考慮したケアサービスを目指すためにケアと文化の相互関係に焦点をあて，厳密で体系的に，深く掘り下げる（Leininger, & McFarland, 2006, pp.35-71）。

ライニンガーは，エスノナーシングを開発した後，これを用いた研究を精力的に実施した。数多の論文を発表し（代表的な掲載ジャーナルは*Journal of Transcultural Nursing*），30冊余の著書も出版している。代表的な著書は，『*Nursing and anthropology: Two worlds to blend*』『*Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*』『*Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*』である。ライニンガーの貢献は論文と書著に限らず，ヒューマンケアと文化のダイバーシティとユニバーサリティを世界と共有するため，1974年にはTranscultural Nursing Society（TNS），1978年にはInternational Association for Human Caring（IAHC）の創設などにも尽力した。さらに，看護学教育者として，アメリカの大学で多くの修士課程，博士課程の学生を指導した。1995年に退職後，アメリカのみならず，海外の大学でも客員教授を務め，ワークショップや講演などを世界中で行った。

日本でも，最善の看護実践を構築するために，文化に焦点をあてた研究が増えている（赤木・法橋，2006；Hohashi & Honda, 2011；本田・法橋，2007；Honda & Hohashi, 2015；Irie, Hohashi, Suto, & Fujimoto, 2022）。現在，エスノナーシング，エスノグラフィックスタディ，エスノグラフィックメソッドなどの用語が使われているが，エスノグラフィーは看護学に限らず，多分野（社会学，医療学，人類学などを含む）において，研究方法論として使用されている。法橋は，このような用語を検討したうえで，方法論としてエスノグラフィーを使った研究をエスノグラフィックリサーチとして用語を定義している。

Ⅱ．エスノグラフィックリサーチの方法

1．研究計画の立案

エスノグラフィックリサーチは，エスノグラフィックインタビュー，参加観察，質問紙調査，既存の書籍・文献・ウェブサイト資料の収集，写真撮影，映像撮影など，複数の方法を併用することが特徴である（**図1**）。エスノグラフィックリサーチは，質的研究に分類されるが，量的研究方法を含むさまざまな方法でデータを収集するデータトライアンギュレーションである。トライアンギュレーションを使用すること，研究計画書のデザインとその方法に量的要素を追加することは，研究を強化し，結果を強める可能性を与える（Roper & Shapira, 2000, pp.29-31）。たとえば，グラウンデッドセオリーアプローチにもとづいて得られたインタビューデータとエスノグラフィーにもとづいて得られたインタビューデータのように，異なる方法論にもとづいて行われた同じ方法から得られたデータを統合する場合でも，トライアンギュレーションとなる。エスノグラフィックリサーチでは，フィールドワーク期間中は，データを収集しながら分析し，さらにデータを収集する。フィールドワークは，問いを見つけ出し，それを研究設問へと練り上げていく過程としても捉えられる（小田，2010，p.68）。

また，多角的にデータを収集する過程では，データ同士の一貫性に対して交差確認を行い，データの信憑性（trustworthiness）を高めることができる。質的データは主観的になりやすいと指摘されるが，データトライアンギュレーションによってそれを最小限に抑えることができる。また，複数のエスノグラファーでフィールドワークを行えば，研究者同士の交差確認となり，さらにデータの信憑性を高めることができる。

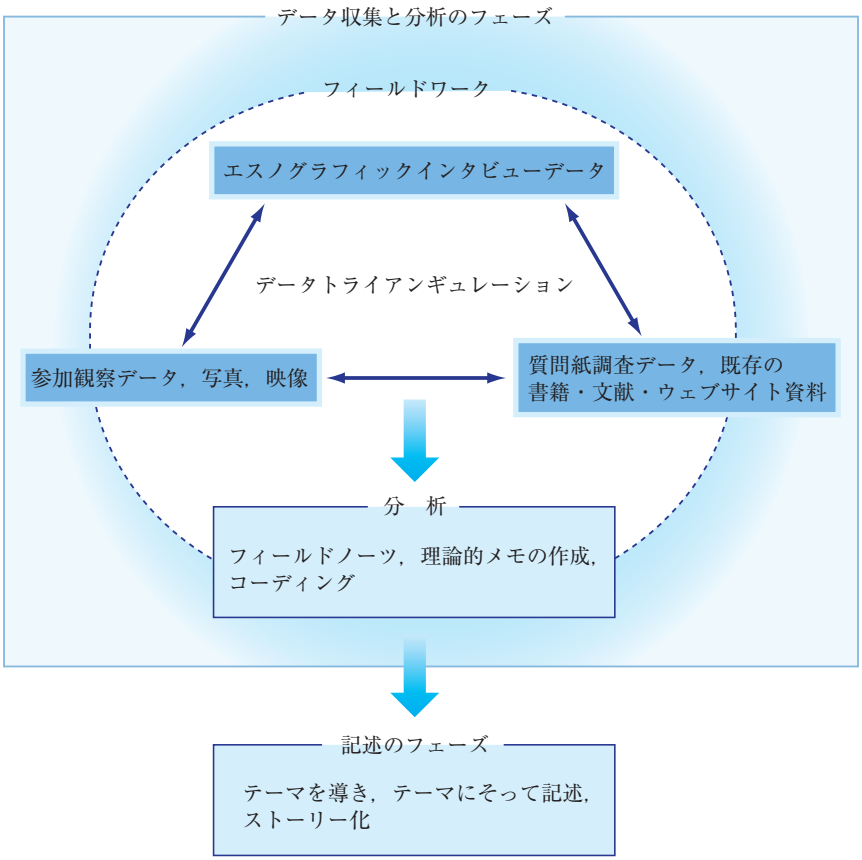


図1　エスノグラフィックリサーチの方法

ライニンガーのエスノナーシングリサーチの段階を表2に示す。エスノナーシングリサーチでは，調査している現象または研究の主な焦点が探求領域（domain of inquiry, DOI）となる。エスノナーシングリサーチの目的は，DOIに関連することを見つけ出すことを重視するが，エスノナーシングリサーチの目標は，行為または実践を指向するようにし，関連する場面に結果を適用することを重視する。研究実施にあたり，DOIを明らかにするためのインタビューの質問を準備し，研究の意義を記述し，文献検討により研究の目的や目標などを修正する。とくに理論的概念化において，エスノナーシングリサーチは，文化ケア理論（Cultural Care Theory，CCT）とともに使用する（Wehbe-Alamah & McFarland，2020）。CCTは，文化ケアのダイバーシティとユニバーサリティを明らかにし，文化を考慮したケアを提供する方法を述べている。焦点を絞ったエスノグラフィーは，計画書に特別な注意が必要であり，研究のフェーズを明らかにして規定すること，研究の実施および参加観察の使用に関する理論的根拠を説明すること，研究に対する弱みと信憑性の論点を示すことは，計画書を優れたものにし，承認の見込みを高める（Roper & Shapira，2000，p.53）。

2．データ収集と信憑性

エスノグラフィックリサーチでは，研究テーマに即した場所をフィールドとし，フィールドワークによってデータ収集を行う。エスノグラフィックリサーチによって多角的に収集したすべてのデータをエスノグラフィックデータという（図1）。フィールドワークは，実地調査という意味だけではなく，このようなすべての方法が含まれる。フィールドワークは，さまざまな方法で見たり，聞いたり，話したり，考えたり，行為することを学んだひとびとにとって，世界はどのようなものであるかに関する統制のとれた研究を含み，エスノグラフィックリサーチは，ひとびとを学ぶというよりも，ひとびとから学ぶことである（Spradley，1979，p.3）。フィールドとは，ひとが，何らかの活動を行っている場所であればどこでもよい（箕浦，1999，p.42）。看護学分野では，病棟もフィールドである。フィールドワークの強みは，対象となるひとびとの生活に密着して調査を行うことによって，出来事が起こるまさにその現場で，それをまるごと観察し，理解できる点にある（佐藤，2006，p.141）。

エスノグラファーは，フィールドのなかのある対象の生活に参加し，交流し，イーミック［emic］な見方とエティック［etic］な見方の両方で包括的に生活を観察し，

表 2　ライニンガーのエスノナーシングリサーチの段階

1．研究する現象の範囲，探求領域（DOI），研究課題に焦点をあてながら，自分の研究の一般的な意図もしくは目的を明確にする。
2．看護の知識と実践を発展させるうえで，その研究のもつ潜在的な重要性を明確にする。
3．研究しようとしている領域もしくは現象について，入手可能な文献を検討する。
4．次のような一般的な段階または順序を念頭において，全体の研究計画を考える。
（a）現象を研究するための場所，地域，ひとびとを考える。
（b）インフォームドコンセントの問題に対処する。
（c）研究を行う地域，病院，国について調べ，正式な許可を得たうえで徐々にそこに入っていく。
（d）ゲートキーパー，言語，政治的指導者，場所，その他の要因に関する潜在的な阻害因子と促進因子を予測する。
（e）研究過程に関するエスノナーシングリサーチのガイド（たとえば，ライニンガーの見知らぬひとから信頼できる友人へのイネブラー，観察・参加・リフレクションイネブラーなど）を選択し，適切に使用する。研究者は自分の研究に必要なガイドを自分で開発することもできる。
（f）主要情報提供者と一般情報提供者を選ぶ。
（g）望ましくない事態が起こるのを防ぐため，エスノナーシングリサーチの指導者と相談しながら，ひとびとと信頼できる好ましい関係を維持する。
（h）観察，インタビュー，参加体験などによりデータを収集し，確認する（これは研究の最初から最後まで続く連続的な過程であり，信憑性を確認するために質的評価基準を使用することが要求される）。
（i）フィールドノートをもとに分析と確認を繰り返し，研究指導者とも討論をしながら，コンピュータで継続的にデータを処理する。ライニンガー・テンプリン・トンプソンのソフトウェアは，多量の質的データを処理するのに役立つ。
（j）結果の信用可能性と確認可能性を確認するため，頻回に研究対象のひとびとに結果を示し，再確認する。
（k）フィールドや地域を去り，情報提供者と別れる計画を前もって立てておく。
5．研究が終了したら直ちに最終分析を行い，研究結果を執筆する。
6．カンファレンスで結果を発表する用意をする。
7．結果に興味をもつ看護職者とともに結果を議論する。
8．この領域あるいは新しい領域に関する研究を計画する。

引用（一部改変）：Leininger, M.M.（1991）／稲岡文昭監訳（1995）．*レイニンガー看護論：文化ケアの多様性と普遍性*（第 1 版）．東京：医学書院.

データ収集と分析を繰り返しながら，リサーチクエスチョンや仮説を精緻化する。

エスノグラフィックリサーチの目的は，文化集団のメンバーの見方から自らの経験世界を観察して理解し，それから説明や解釈を行うことである。エスノグラフィックリサーチの参加観察で得られるイーミックとエティックな見方の相互作用によって，深く豊かな洞察が可能となる（Roper & Shapira, 2000, pp.2-5）。異なる文化についての文化ケアの知識を，イーミックな見方，すなわちひとびとを基盤にした見方から見つけ出し，その知識を看護職者のエティックな見方，すなわち専門的な見方から研究する（Leininger, 1991/1995）。

エスノグラフィックリサーチで行うインタビュー（面接）は，とくにエスノグラフィックインタビューとよび，通常のインタビューとは異なり，フィールドワーク中にリラックスした雰囲気のなかで行われる日常会話も含む。エスノグラフィックインタビューは，インタビューガイドを作成して行うようなフォーマルインタビュー，気さくな会話のなかで問わず語り（ひとがたずねないのに，自分から話すこと）のようなやり方を用いるインフォーマルインタビューに分けることができる。エスノグラフィックリサーチでの質問は，“記述的質問”“構造的質問”“対照的質問”の 3 つに分類でき（Spradley, 1979, p.60），エスノグラフィックインタビューの構成要素は**表 3** に示すとおりである。

観察者の参加の度合いによって，“完全な参加者”“観察者としての参加者”“参加者としての観察者”“完全な観察者”という 4 つの次元がある。“完全な参加者”は，調査者の存在が当事者に気付かれない参加観察，“観察者としての参加者”は，参加に重きをおいた参加観察，“参加者としての観察者”は，観察に重きをおいた参加観察である。観察に徹して活動に参加しない“完全な観察者”は，参加観察ではない。家族エスノグラフィーの段階に応じて 4 つの次元を柔軟に行き来しながら，参加観察を続けていく。なお，ライニンガーの観察・参加・リフレクションイネブラーでは，4 つのフェーズが示されている（**表 4**）。イネブラーは，理論の主要な考え方や研究対象となる DOI を明らかにするファシリテーターであり（Wehbe-Alamah, 2018a, p.64），研究のガイドとなる。

フィールドワークは，体験したさまざまなできごとを観察し，少しずつ描いてみることから始まる。エスノグラファーがフィールドで見たもの，聞いたもの，感じたものなど，すべてがエスノグラフィックデータとなりう

表 3　エスノグラフィックインタビューの構成要素

1．挨拶
2．エスノグラフィーの説明
　1）計画の説明
　2）質問の説明
　3）記録の説明
　4）使用言語の説明
　5）インタビューの説明
3．エスノグラフィッククエスチョン
　1）記述的質問
　2）構造的質問
　3）対照的質問
4．非対称的な話者交替（エスノグラファーが聞き手，情報提供者が話し手になること）
5．関心の表出
6．文化に関する無知の表出
7．繰り返し
8．情報提供者の言葉の言い換え
9．情報提供者の言葉の組み込み
10．仮説的状況の形成
11．談笑
12．終了

引用（一部改変）：Spradley, J.P.（1979）. *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

表 4　ライニンガーの観察・参加・リフレクションイネブラーの 4 フェーズ

第 1 フェーズ　主として観察と積極的傾聴（積極的に参加しない）
第 2 フェーズ　主として限定的な参加をした観察
第 3 フェーズ　主として継続的な観察をした参加
第 4 フェーズ　主として情報提供者への結果のリフレクションと再確認

引用（一部改変）：Leininger, M.M.（1991）／稲岡文昭監訳（1995）．*レイニンガー看護論：文化ケアの多様性と普遍性*（第 1 版）．東京：医学書院.
Leininger, M.M., McFarland, M.R.（2006）. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*（2nd ed.）. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

る。エスノグラフィックリサーチでは，エスノグラファーのコミュニケーション力，観察力などが問われる。情報提供者とのラポールを形成し，問わず語りの会話のなかで，現象を捉えるようにする。フィールドワークで得られたデータは，すべてフィールドノートに記入し，フィールドノーツを作成する。なお，フィールドノートとフィールドノーツという用語は区別して用いる（**表 1**）。エスノグラフィックリサーチで携行するフィールドノートだけではなく，たとえば，病院で使用している看護記録もフィールドノートに該当する（法橋・本田，2015）。フィールドノーツは，1）事実ノーツ，2）解釈ノーツ（理論ノーツを含む），3）計画ノーツ（指針ノーツを含む），4）個人ノーツに分けられる（**表 1**）。筆者らの実際のフィールドノーツの例を**表 5** に示した（法橋・本田，2015）。文字だけでは十分に書き表すことができない内容もあるため，イラストを多用して記すようにする。実際には，フィールドノーツの分類によって，3 色で記入を行う。フィールドノートの様式である FEO/I-FN（Family Environment Observation/Interview-Field Note）（**図 2**），省察日誌の様式である FEO/I-RJ（Family Environment Observation/Interview-Reflective Journal）（**図 3**），フィールドメモの様式である FEO/I-FM（Family Environment Observation/Interview-Field Memo）（**図 4**）がある。FEO/I-FN レフィル，FEO/I-RJ レフィル，FEO/I-FM パッド，FEO/I-FM レフィルなどを綴じて携行するための Fieldnotes リングバインダーなどは市販されている（法橋・本田，2015）。

筆者らは，インタビューを行う際，情報提供者の許可を得て，できる限りインタビュー内容を IC レコーダに録音し，それをもとに逐語録を作成している。参加観察やインフォーマルインタビューにおいては，手帳サイズ（A5判）

表5　フィールドノーツの分類と記入例

分類	内容	記入例（ターミナル期にある夫とその妻の家族ケース）
事実ノーツ［fact notes，FN］	客観的事実に関する内容である。観察ノーツを含む。できるだけ具体的に，幅広い現象を網羅して客観描写する。必要時，フィールドノーツに記入する前に“FN：”を付けておく（筆者らは，黒色で記入するようにしている）。	FN：H[a)]が語っている間，W[b)]はHの表情をじっと見ている。時折，深く頷く。Hは「なぜ私が？　納得できない。」と言う。
解釈ノーツ［interpretation notes，IN］	事実を解釈したり説明できそうな理論や仮説，または関連する思いつきや着想に関する内容である。理論ノーツを含む。必要時，フィールドノーツに記入する前に“IN：”を付けておく（筆者らは，青色で記入するようにしている）。	IN：キューブラー・ロスの“怒り”の段階か？
計画ノーツ［agenda notes，AN］	観察と解釈から論理的に判断し，次に何を行うべきかという計画に関する内容である。指針ノーツを含む。必要時，フィールドノーツに記入する前に“AN：”を付けておく（筆者らは，赤色で記入するようにしている）。	AN：Wがもつ心配事をアセスメントする。Wには，別途，Hとは別にインタビューをしたほうがよい。
個人ノーツ［personal notes，PN］	自分が考えたことのなかでも，自分の個人的な思いや感情に関する内容である。必要時，フィールドノーツに記入する前に“PN：”を付けておく（筆者らは，青色で記入するようにしている）。	PN：WはHが自分の状況を受け入れられていないと感じているのだろうか？　心配そうにHを見つめているが，何を心配しているのだろうか？

注：[a)] Hは，夫（husband）を意味している。[b)] Wは，妻（wife）を意味している。
引用（一部改変）：法橋尚宏，本田順子（2015）．*FEO/I-J（家族環境観察／インタビュー）のアセスメントガイド*．法橋尚宏（編）．10，東京：エディテクス．

のフィールドノートを常に持ち歩き，見たものや聞いたもの，自分の印象やその場の雰囲気などを書き留める。また，イラストや絵を描いたり，デジタルビデオカメラやデジタルカメラを用いて，視覚的なデータも収集する。

フィールドワークの期間中は，日々のフィールドワークの結果をまとめ，次のデータ収集に生かすようにする。フィールドノーツは見聞きしたことをそのまま丸写ししたものではないので（法橋・本田，2015），フィールドを離れてフィールドノーツを書くという行為そのものが，フィールドで体験したことを相対化，客観化するのを助ける（箕浦，1999，p.54）。筆者らは，1日の終わりにフィールドワークの結果をまとめ，新しい知見や疑問を明らかにし，翌日のフィールドワークにつなげるために研究日誌を作成している（法橋・本田，2015）。複数のエスノグラファーがフィールドワークを行っている場合は，全員でデブリーフィングを行い，新しい知見や疑問を議論しながら研究日誌を作成することで，研究者のトライアンギュレーションが可能となる。フィールドワークでそのつど沸き起こったアイデアから，データを分析していくための新しいカテゴリが生まれたり，理論の萌芽になることもあるし，何度も繰り返し出てくるアイデアは研究者にとってこだわりのある新しいテーマである場合もあるので，思いついたことは何でも記録しておく（箕浦，1999，p.54）。

エスノナーシングリサーチメソッドでは，情報提供者の選択基準とインタビューの考慮事項として，DOIに関連する主要情報提供者と一般情報提供者を選択するための基準を作成し，インタビューの頻度と期間を検討しなければならない。また，マキシ／マクロなエスノナーシングリサーチでは，12名から15名の主要情報提供者と，その約2倍の人数の一般情報提供者が必要である。ミニ／ミクロなエスノナーシングリサーチでは，6名から8名の主要情報提供者と，12名から16名の一般情報提供者が必要である（Leininger, 1991/1995）。

フィールドワークをいつ終了するか，明確な終わりはない（本田・法橋，2010）。研究費助成期間の終了や論文執筆などの期限がある場合は，その締め切りに間に合うようにフィールドワークを終了させるかもしれない。しかし，このような期限設定がない場合は，フィールドワークが継続され，研究成果を公表しないまま時間が過ぎてしまう可能性がある。期限に合わせてフィールドワークを切り上げるのがよいとは一概にはいえないが，研究結果はある程度のまとまりごとに成果として公表すべきであろう。また，その結果をフィールドに返し，研究結果の信憑性を確保しながら，問い（リサーチクエスチョン）や仮説を精緻化していく過程も必要である。なお，エスノナーシングリサーチメソッドにおける飽和は，特定の現象について全般的に知ることあるいは理解することができるすべての情報の意味を，包括的かつ網羅的に余すところなく考慮したことである。すなわち，研究者は研究課題について余すところなく調査を終えており，もはや情報提供者からも観察からもそれ以上データや洞察が得られないことを意味する（Leininger, 1991/1995）。フィールドを離れることは，研究の終わりではない。これは，データを分析し，報告書を書き上げるという作業の始まりである（Roper & Shapira, 2000, p.89）。

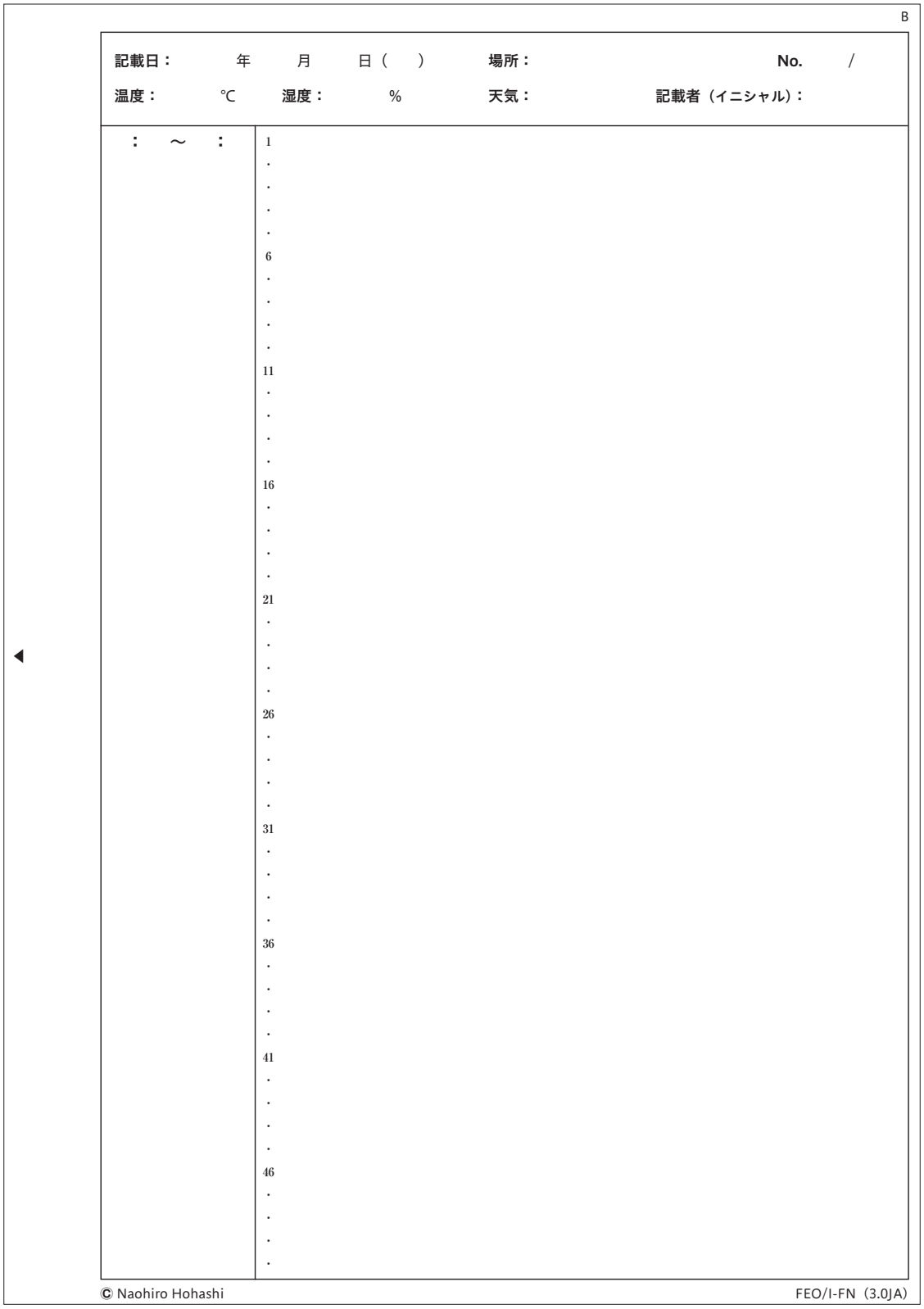


図 2　フィールドノートの様式（FEO/I-FN）

3．倫理的配慮

今日議論されている倫理的配慮の多くは，看護学研究にも適応されているが，エスノグラフィックリサーチではその特徴的な性質から厳格に適応するのは難しい。実際のフィールドワークでは，ガイドラインだけでは処理できないような問題に直面することが少なくない（佐藤，2006，p.271）。研究者は，最終的に社会一般に対して，自分が研究した地域社会の姿を提示するが，それは住民にとっては

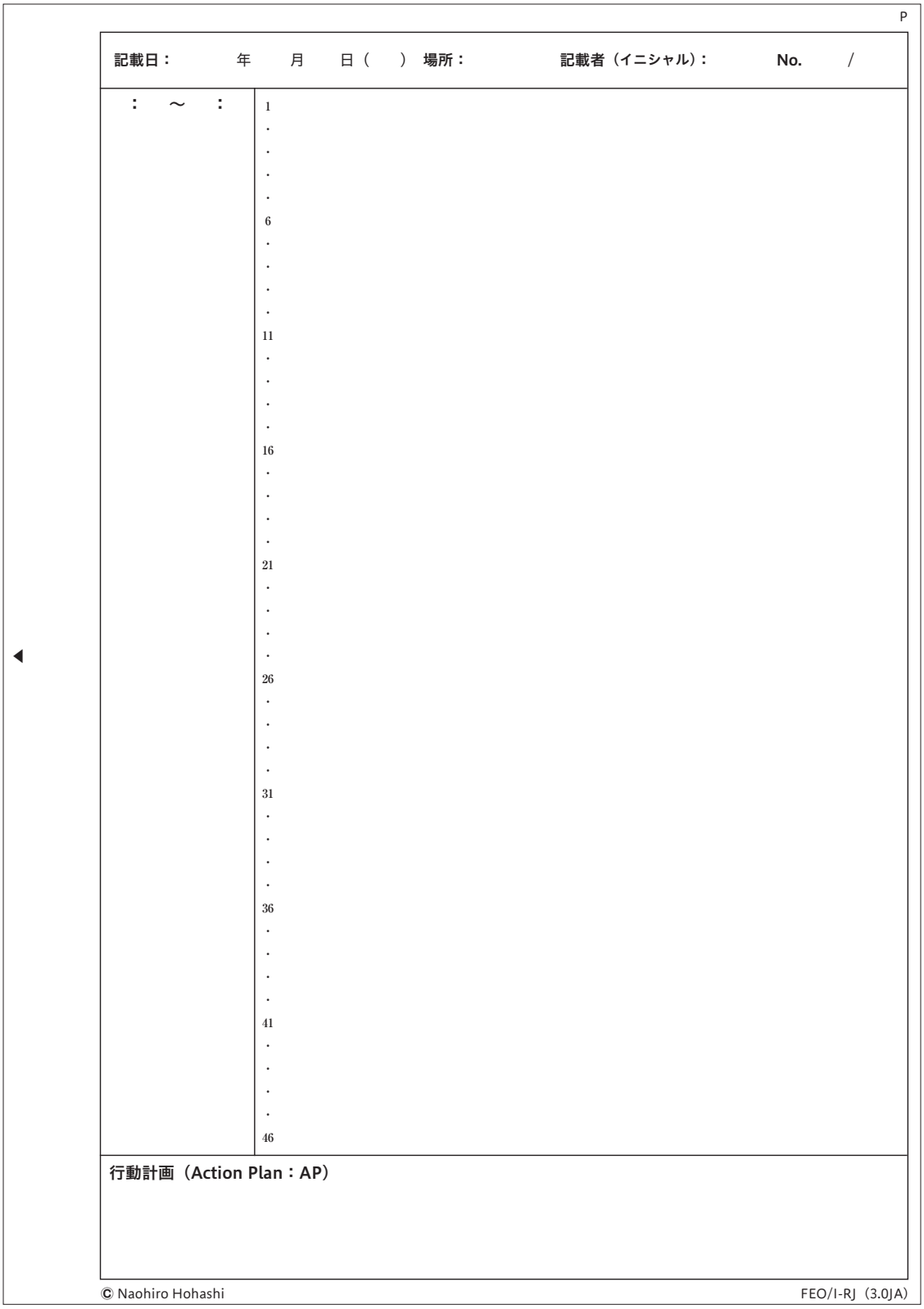


図 3　省察日誌の様式（FEO/I-RJ）

利益になることもあれば不利益になることもある。研究者は参加観察の倫理に関する厳格なルールを守ることが礼儀となる（Kiefer, 2007/2010, p.100）。

研究対象となるひとびとの権利と安全を守るためにも，研究者は倫理審査委員会などの公式的な承認手続きを経る必要がある。エスノグラフィックリサーチにおける倫理的配慮として，インフォームドコンセントに加え，身体的・心理的な不快感を与えないこと，プライバシーの保護，匿

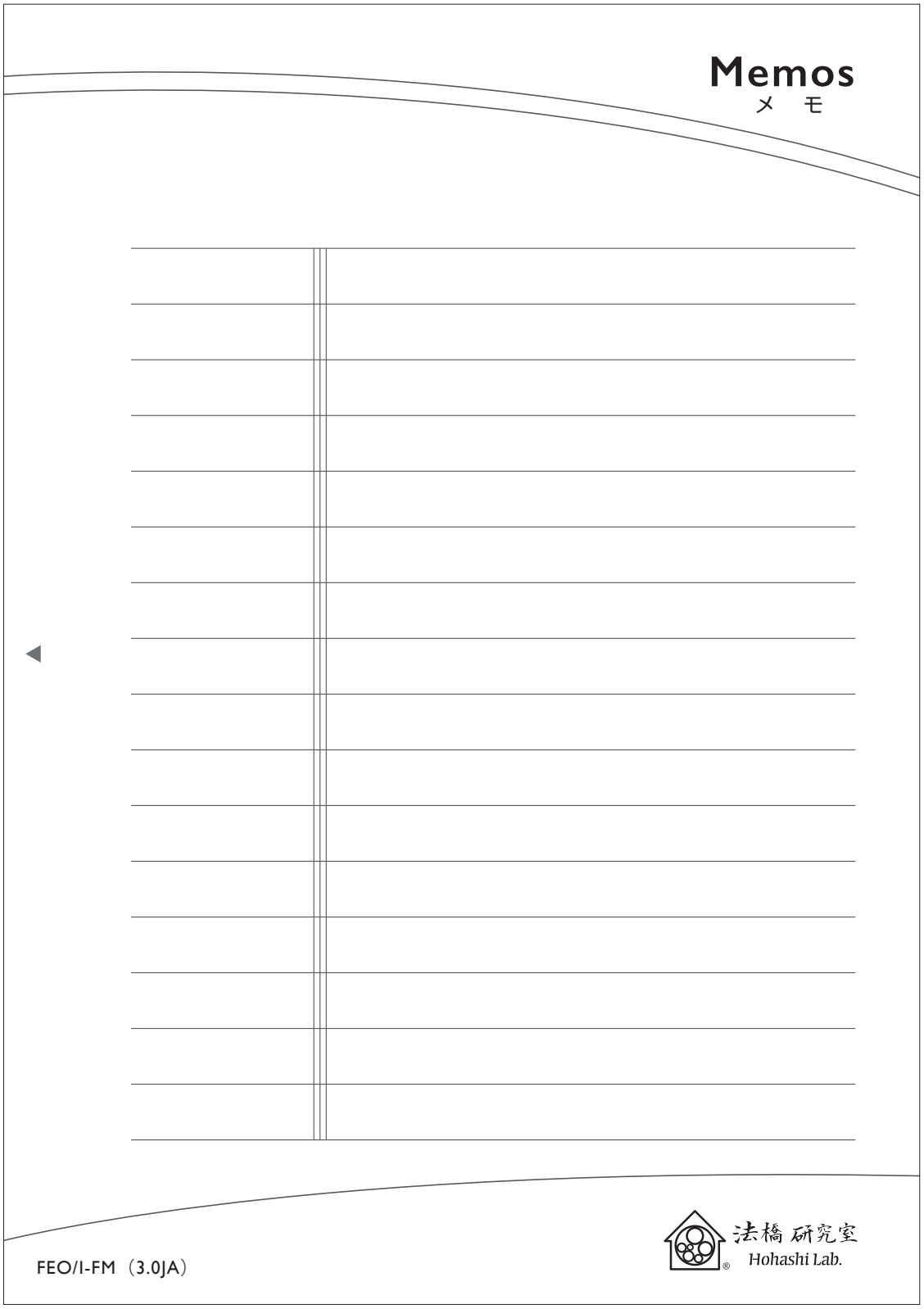


図4　フィールドメモの様式（FEO/I-FM）

名性，秘密の保持など，研究者は対象の人権を保護するための配慮に敏感になる必要がある（金川・田高，2011，p.75）。参加観察を行う場合，施設や代表者に研究の目的や内容，倫理的配慮について説明し，同意を得ることは可能であるが，公共の場などではフィールドにいる一人ひとりから同意を得ることは難しく，個人が特定されないデータの場合は正式な手続きを踏んで同意を求めることはできない。エスノグラフィックリサーチでは，対象者の文化に

配慮した同意書を作成して交渉すること，代替案を考慮しておくこと，必要に応じて，写真撮影，映像撮影，インタビューの録音を行うための許可を取得しなければならない。

また，エスノグラフィックリサーチでは，エスノグラファーがフィールドに深く関与する。これは，研究者という立場を超えて，一般的な人間関係としても関係が深まることを意味し，オーバーラポールとして指摘されている。たとえば，在日フィリピン人の生態に関する研究をしているうちに，対象のフィリピンパブ従業者と恋愛関係になったように，ある集団について調べるために，その集団の一員となってフィールドに入り，フィールドワークを行っているうちにエティックな見方を失い，そのまま単なるその集団の一員となってしまうようなことである。エスノグラファーは，フィールドに深く入ったとしても，研究者としての立場や目的を見失うことなく，インフォームドコンセントやプライバシーの保護など，可能な限り倫理的配慮に努めなければならない。

4．分　析

エスノナーシングリサーチの過程において，情報提供者に深く掘り下げ，開放型のインタビューを促すために，オープンクエスチョンガイドイネブラーが開発されている（McFarland, Mixer, Webhe-Alamah, & Burk, 2012）。これは，CCTとサンライズイネブラーの構成要素にもとづいており，DOIとリサーチクエスチョンに応じて各研究において変更する。開発されている一般的なイネブラーは，サンライズイネブラー，見知らぬひとから信頼できる友人へのイネブラー，観察・参加・リフレクションイネブラー，準構造化質問ガイドイネブラー，文化変容におけるヘルスケアアセスメントイネブラー，ライニンガー・テンプリン・トンプソン（Leininger, Templin, Thompson, LTT）のエスノグラフィー記述のコーディングイネブラー，ヘルスケアの生活史イネブラーなどがある。エスノナーシングの研究者は，上記のほとんどのイネブラーを使用することが多いが，研究の焦点に応じて使い分ける。

文化ケアを見出すためのサンライズイネブラーは，CCTの認識地図であり，個人，家族，グループ，コミュニティ，または施設のケア，健康（ウェルビーイング），障害，病気，死と死に影響を与える傾向のあるさまざまなホリスティックな要因を自然な環境下でみたり，アセスメントするための視覚的な補助ツールである（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.60-62）。見知らぬひとから信頼できる友人へのイネブラーは，正確で深掘りした信憑性のあるデータを得るため，研究者がどのように見知らぬひとから信頼できる友人に移行するかを示すガイドである（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.62-64）。

観察・参加・リフレクションイネブラーは，研究者が情報提供者のもとに入り，研究の遂行を可能にする，最も有用かつ不可欠なガイドとして繰り返し使用される。このイネブラーを使って，研究者は，観察者や聞き手の役割から，情報提供者や研究対象の現象への参加者や内省者の役割へと徐々に移行する。イネブラーは，情報提供者に焦点をあて，研究者が積極的に聞き役に徹しながら，研究対象の状況や現象の全体を観察するように促す（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.64-65）。文化ケアと健康をアセスメントするための準構造化質問ガイドイネブラーは，エスノナーシングリサーチにおいて，主要情報提供者や一般情報提供者との文化アセスメントやインタビューを行う際に使用される。

イネブラーにもとづいて集められたデータは文字として記述し，観察内容やインフォーマルな会話はフィールドノーツに書き留めるため，これらのテキストデータを分類するためにコード化が必要となる。分析には，ライニンガーのデータ分析イネブラーの4フェーズを用い，研究者は研究初日からデータ分析を開始し，研究終了まで定期的にコーディングと分析を継続する。分析を繰り返すことにより理論的考察が深まるため，理論的メモとして，そのときの考えやアイデアを残しながら分析を進めるとよい。

ライニンガーのデータ分析イネブラーの第1フェーズは，生データの収集，記述，コンピュータへの記録である。研究者は目的，DOI，研究中の疑問に対して，データを収集，記述，記録し，分析を開始する。この段階では，主要情報提供者や一般情報提供者へのインタビューの録音データ，参加観察の記録，脈絡に応じた意味の同定，シンボルを特定する。シンボルとは，“コード（ラベル）の内容のエッセンスを凝縮した象徴的な表現”である（**表1**）。主にイーミックな見方で対象となるDOIや現象に関連するデータを記録する。エティックな見方にも注意してデータを記録し，フィールドで得たデータは直接コンピュータで処理，コード化し，分析の準備ができる（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.68-78）。

大量な研究データをコード化するために，ライニンガー・テンプリン・トンプソンのエスノグラフィー記述のコーディングイネブラーが開発されており，コーディング過程を簡略化できる。カテゴリは，カテゴリⅠ（統合文化的，ホリスティックなDOI），カテゴリⅡ（文化的，社会構造データの領域（規範となる価値，パターン，機能，対立を含む）），カテゴリⅢ（ひとびとと専門家の生活様式とシステムのケア，キュア，健康（ウェルビーイング），病い），カテゴリⅣ（ヘルスケア，社会機構施設／システム（脈絡に応じた意味をもつ行政規範，ビリーフ，行為を含む）），

カテゴリⅤ（世代間および世代内のパターンをもつライフサイクル（宗教的儀式，ビリーフ，式典を含む））の5つに分類できる（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.73-78）。

データのカテゴリ化とコード分類には，Microsoft Excelを活用してマトリックスを作成したり，QDA（qualitative data analysis，質的データ分析）ソフトウエアを活用すると分類しやすい（本田・法橋，2010）。QDAソフトウエアには，MAXQDA，NVivo，Ethnographなどがある。ただし，これらのQDAソフトウエアは，データの分類や整理の補助的な手段である。

第2フェーズは，記述と構成要素の明確化，カテゴリ化であり，データをDOIやリサーチクエスチョンに関連して分類，コーディングを行い，カテゴリ化する。イーミックな記述とエティックな記述の脈絡のなかで，類似性と相違性を明らかにする。ここでは，繰り返し構成要素の意味を探求する。

第3フェーズは，パターンと脈絡の分析であり，データを精選し，アイデアの飽和状態や類似した意味の繰り返しやパターンを探す。これは，一般的な法則を見出す段階ともいえ，構成概念や理論にもとづく分析が必要となる。この段階でCCTを活用することにより，ケアの普遍的な意味と多様な意味の両方を明らかにできる（McFarland, et al., 2012）。情報提供者から得られる価値，ビリーフ，実践のパターンを，脈絡や環境データとともに特定することに重点を置き，データを検証することで脈絡に応じた意味に関連するパターン化を確認でき，明らかにしたことを確認し，信憑性を深める。

第4フェーズは，主要なテーマ，研究結果，理論の説明，課題の明確化である。研究者は，結果の統合を行い，主要なテーマ，ケアに関する行為や決定，新たな理論的説明などの提示が必要となる。理論体系に照らして新たな所見を得ることに重点を置き，情報提供者に説明，確認して，信憑性を高めることも必要である（McFarland, et al., 2012）。ライニンガーは，データ分析が直線的ではなく，4つのフェーズすべてに関与していることに留意する必要があると述べている（Leininger，2002）。

研究者は，特定の集団の価値観やビリーフがひとびとの日々の行為にどのように影響するかについて，観察と解釈を同時に経験している。そのため，観察と解釈を分けてフィールドノーツに記録することが求められる。フィールドノーツを書くには，事実を記述するだけでなく，調査者としての解釈も必要となる。これらのすべての解釈が解釈ノーツとなる。調査対象の文化的世界に関する知見を一般化するために，参加者のイーミックな意味や世界観と，研究者のエティックな解釈との間に関連を見出し，両方の視点を考慮に入れた理論的理解を行う必要がある（Roper & Shapira, 2000, pp.91-119）。

5．記　述

研究終了後直ちに最終的なデータ分析を行い，研究結果を確定し，報告書や論文を記述する。研究者は，データ分析のフェーズの最終点検において，最終的なテーマが，分析のすべてのフェーズで明らかになったデータによって裏付けられているかどうかを再確認する。最終報告書には，理論（仮定の前提）やDOIが実質的な根拠によって立証または反証されたかどうかを記述する（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.79-83）。

質的評価基準として，信用可能性（credibility），確認可能性（confirmability），脈絡に応じた意味（meaning-in-context），反復的パターン形成（recurrent patterning），飽和（saturation），転用可能性（transferability）などがある（**表1**）。このような評価基準は，質的研究を開始する前に検討すべきである（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.78-79）。また，これらの基準は，研究をとおして明らかになった内容を確認・再確認し，最終的な分析や結果の解釈の際にも再確認するものである（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.78-79）。質的評価基準を確認しながら，DOIの研究で明らかになった理論やテーマについて，報告書を記述することも重要である。これらの評価は，研究の最後まで待つのではなく，データの収集と分析を行いながら，異なる脈絡と所見を記録するために日々用いるべきである（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.78-79）。転用可能性の基準は，研究の最後に検討され，結果が同様の状況に転用可能かどうかを判断するために，慎重な検討が必要である（Wehbe-Alamah, 2018a, pp.78-79）。

主要な研究結果の要約を，まず関係者（情報提供者や共同研究者など）と共有する。エスノナーシングリサーチにおいて，情報提供者が知見の内容に関心を持ち，公に発表される前に知っておく必要があるため，結果を共有することが不可欠である。研究結果の要約は，研究現場の近くで発表するために，簡単な報告書にする。その後，研究者は研究結果の詳細を，原稿，地域・国内・国際的なプレゼンテーションの形で公表し，広めていく（Wehbe-Alamah, 2018a, p.82）。

一方，Flick（2007/2011, pp.505-507）は，研究結果を提示する方策として，データとその解釈から理論を開発すること，研究者が見出した事象や意味の関連を引き出すことを目指す“フィールドからのストーリー”について説明している。また，佐藤（2008，pp.160-166）は，報告書の作成は分析をストーリー化する最終段階に位置付けているが，データ分析の段階での厚い記述，すなわち報告書や論文の信憑性を担保するために，早い段階から分析をはじめ，比較検討，メモ，脈絡に目を向けることが重要である

としている。箕浦（2009，pp.44-48）は，分析結果は中核部分であり，テーマごとに導入部，引用，分析，小結に分けて分析結果を述べること，テーマにそった分析のエッセンスを示すようなエピソードがある場合は，論文に挿入することで析出した分析概念がフィールドの日常のなかでどのように表れるかを読者に示すことができると述べている。また，データ収集や分析の段階から理論的枠組みをもとに分析し，概念モデルのダイアグラム（図式表示）の作成やストーリー化を検討し，伝わりやすい表現を検討することも必要である。このように，分析結果を事象や関連のあるストーリーとして読み手に伝えることにより，より深く理解できるようになる。

フィールドにおいて集められた豊富なデータは，理論的背景にもとづいて分析し，報告書としてまとめられることによって，多様な文化やケアに活用するための新しい知見や知識を生み出すことができる。エスノナーシング，エスノグラフィーによって，ケア，ウェルビーイング，ホリスティックヘルス，障がい，病気，死，そして，文化的知識に関連するほとんど知られていない，あるいは漠然と知られている複雑な看護現象を明らかにできる（Wehbe-Alamah，2018a，pp.79-84）。さらに，研究者がひとびとの文化世界に入り込むことで，人間のケアと健康に関するビリーフ，価値，経験，生活様式，ケアの意味，表現，実践，シンボルやメタファーに関する知識を深く学ぶもしくは明らかにすることにつながり，結果的に看護実践，看護学研究，看護教育における潜在的な意義を明らかにし，学術，実践，研究の分野で看護学の知識体系を前進させることにつながる（Wehbe-Alamah，2018a，pp.79-84）。

Ⅲ．エスノグラフィックリサーチの事例

ここでは，Irie, et al.（2022）のエスノグラフィックリサーチを紹介する。本論文は，日本の中山間地域で暮らす高齢者がもつ文化的な価値／ビリーフ，それらが健康活動とどのような関係があるのかを明らかにすることを目的とし，ライニンガーのエスノナーシングを用いて研究を行った。ライニンガーの文化ケアのダイバーシティとユニバーサリティ理論（Leininger's theory of culture care diversity and universality）を理論的枠組みとして用いている。この理論的枠組みにしたがって，高齢者の機能障害を予防する視点から，地域健康活動を推進する際に，高齢者がもつ文化的な価値観／ビリーフをどのように考慮できるのかを明らかにした。

データ収集と分析は，ライニンガーのエスノナーシングにおけるデータ分析のイネーブラー（**表6**）にしたがって行った（Wehbe-Alamah，2018b，pp.111-130）。これには4つのフェーズがあり，第1フェーズは，フィールドでの観察，インフォーマルインタビュー，人口統計データの収集である。人口統計データでは，フィールドの65歳以上の人口が総人口の50％を超えた超高齢社会であった。また，10年以上前から地域に根ざしたグラウンドゴルフというコミュニティスポーツ活動が広く普及していることがわかった。

そこに，見知らぬひとから信頼できる友人へのイネブラーの方法で，研究者の知り合いであるゲートキーパーをとおして，スノーボールサンプリングで研究対象者を探した。本研究のゲートキーパーは，現地で勤務している保健師であった。フィールドでの観察では，7ヵ月にわたって週2日，現地にあるコミュニティスポーツクラブに参加した。観察とインフォーマルインタビューは，1）観察者としての参加者，2）参加者としての観察者，3）インフォーマルインタビュー，4）主要情報提供者へのインタビューのリフレクションの4つのレベルで行った。観察者が聞いたこと，見たこと，感じたこと，考えたことなどをメモに記した。また，写真，図，絵などの視覚データも収集した。これらのデータをまとめてフィールドノートを作成した。

参加観察を開始してから約4ヵ月後に，主要情報提供者にフォーマルインタビューを行った。また，フォーマルインタビューは，2名のインタビュアーが同席し，イーミックとエティックの役割を分担し，合計14名に対して実施した。

エスノナーシングリサーチの質的評価基準（Wehbe-

表6　ライニンガーのデータ分析イネブラーの4フェーズ

第1フェーズ	フィールドでの観察，インフォーマルインタビュー，人口統計データの収集を行った。
第2フェーズ	主要情報提供者へのインタビューから逐語録を作成した。データを収集しながら分析を行った。インフォーマルインタビューと主要情報提供者へのインタビューのコードからカテゴリを作成した。
第3フェーズ	カテゴリ化した後に，テーマとパターンを作成した。
第4フェーズ	各テーマを効果的に表現している代表的な会話を選択した。

引用（一部改変）：Irie, Y., Hohashi, N., Suto, S., Fujimoto, Y.（2022）. Culturally congruent health activities for the prevention of functional disabilities among older adults in Japan's forest communities. *Journal of Transcultural Nursing*, *33*(1), 16-25. https://doi.org/10.1177/10436596211042072

Alamah, 2018a, p.78）を検討した。信用可能性は，エティックとイーミック，デブリーフィングの段階で検討した。確認可能性と脈絡に応じた意味は，ライニンガーの観察・参加・リフレクションイネブラーとライニンガーの見知らぬひとから信頼できる友人へのイネブラーにもとづき，慣れ親しんだ自然な文化的脈絡のなかで調査を行って成し遂げた。転用可能性と反復的パターン形成は，2名のゲートキーパーによって分析結果が参加者の経験や生き方と一致することを確認することで達成した。最後に，飽和は，観察やインタビューから新しい情報が得られなくなったことで確認した。

インフォーマルインタビューを行いながら，並行して逐語録を作成し，分析を行った。分析結果は，ゲートキーパーに確認してもらい，データが飽和していることもゲートキーパーに確認した。フィールドノーツと逐語録の内容をコーディングし，カテゴリ化した後にテーマと特定のパターンを作成した。最後に，各テーマを効果的に表現している代表的な会話を選択し，例示した。

ライニンガーの文化ケアのダイバーシティとユニバーサリティ理論を理論的枠組みとして，4つのテーマ（ダイバーシティとユニバーサリティは各2つ），10パターン，10カテゴリ，30サブカテゴリが明らかになった。ユニバーサリティの視点では，1）高齢者が健康活動に参加し続けるか否かは，コミュニティアイデンティティと関係していること，2）コミュニティを基盤とした健康活動は，コミュニティメンバーの凝集力とコミュニティのキャパシティーにつながることであった。ダイバーシティの視点では，1）異なるコミュニティにおいても一緒に過ごす時間を楽しむこと，2）“our（自分たち）”と“my（自分）”のコンピテンシーは，コミュニティに根ざした健康活動を生み出すことであった。そして，ダイバーシティとユニバーサリティの視点から，文化的な価値観／ビリーフと文化に適応した健康活動は関連があることが明らかになった。これらの価値観／ビリーフは，健康活動をめぐる重層的なネットワークを構築し，高齢者の機能障害を予防することが示された。

看護実践への示唆としては，文化的なダイバーシティは健康活動に影響を与えており，医療従事者は，トップダウンアプローチで健康活動を指導するのではなく，コミュニティにおける高齢者自身が自らの文化的価値観／ビリーフにもとづいた健康活動において主導的な役割を果たすべきであると考えられた。

Ⅳ．エスノグラフィックリサーチの意義

エスノグラフィックリサーチでは，現場主義を貫き，対象の生活世界で起きている現象や文化を探索し，言葉にできない暗黙知の理解を可能にする。文化は，ビリーフと価値観（潜在文化），それらに規定される行為様式（顕在文化）を含む（Hohashi, 2019）。

エスノグラフィックリサーチは，エスノグラフィックインタビュー，参加観察，質問紙調査，既存の書籍・文献・ウェブサイト資料の収集，写真撮影，映像撮影など，方法のトライアンギュレーションにより，多角的に生のデータを収集でき，現象に対して誤った認識をもつことを防ぐことができる。とくにエスノグラフィックインタビューは，フォーマルインタビューだけではなくインフォーマルインタビューがあり，気さくな会話のなかでのインフォーマルインタビューだからこそ語られる真実がある。研究者の解釈枠組みの押しつけを避けることができ，対象のありようそれ自体を発見するために有効である。さらに，信用可能性，確認可能性，脈絡に応じた意味，反復的パターン形成，飽和，転用可能性などにより，分析の信憑性を確保できる。

また，研究者は研究の道具として，エティックな視座から現象を解釈することが，エスノグラフィックリサーチの醍醐味である。対象にとってあまりにも当り前で，語ることも意識に上がることさえもないようなデータでも，エティックな視座から発見し，収集できるのである。このように，エスノグラフィックリサーチは，既存の方法論からは予測し得なかったデータを得ることが可能であり，DOIを深く解明できる強力な方法論といえる。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は，論文の作成に関与し，最終原稿を確認した。

文　献

赤木純子，法橋尚宏（2006）．ファミリーサポートハウスの現在のありようと課題に関する研究：日本とアメリカにおけるエスノグラフィーによる検討．*日本小児看護学会誌*，*15*(1)，1-8. https://doi.org/10.20625/jschn.15.1_1

Flick, U.（2007）／小田博志監訳，山本則子，春日　常，宮地尚子訳（2011）．*質的研究入門：〈人間の科学〉のための方法論*（新版）．(pp.505-507)．東京：春秋社．

Hohashi, N.（2019）. A Family Belief Systems Theory for transcultural family health care nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, *30*(5), 434-443. https://doi.org/10.1177/1043659619853017

法橋尚宏（2020a）．文化を考慮した最善の家族ケア／ケアリング／ヒーリング．*文化看護学会第12回学術集会プロシーディング*，20-23.

法橋尚宏（2020b）．グローバルにみた家族文化の多様性．文

化看護学会誌, *12*(1), 1_38-1_40. https://doi.org/10.24658/bunkakango.12.1_1_38

Hohashi, N.(2020). Meeting the challenge of creating family culture-congruent nursing studies. *Proceedings of the Transcultural Nursing Society Conference in Japan 2020*, 24-28.

法橋尚宏(2021). 文化を考慮した最善の家族ケア／ケアリング／ヒーリング. *文化看護学会誌*, *13*(1), 59-64.

Hohashi, N., Honda, J.(2011). Development of the Concentric Sphere Family Environment Model and companion tools for culturally congruent family assessment. *Journal of Transcultural Nursing*, *22*(4), 350-361. https://doi.org/10.1177/1043659611414200

法橋尚宏, 本田順子(2015). *FEO/I-J(家族環境観察／インタビュー)のアセスメントガイド*. p.10. 東京：EDITEX.

本田順子, 法橋尚宏(2007). 子育て期にある香港人家族の家族機能のエスノグラフィー：家族機能遂行の方略に焦点をあてて. *家族看護学研究*, *13*(1), 45-52.

本田順子, 法橋尚宏(2010). エスノグラフィー. 法橋尚宏(編集), *新しい家族看護学：理論・実践・研究*. pp.399-404. 東京：メヂカルフレンド社.

法橋尚宏, 本田順子, 島田なつき, 道上咲季(2016). *家族同心球環境理論への招待：理論と実践*. 法橋尚宏(編集). 東京：エディテクス.

Honda, J., Hohashi, N.(2015). The environment and support needs of Japanese families on temporary work assignments in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, *26*(4), 376-385. https://doi.org/10.1177/1043659614526248

Irie, Y., Hohashi, N., Suto, S., Fujimoto, Y.(2022). Culturally congruent health activities for the prevention of functional disabilities among older adults in Japan's forest communities. *Journal of Transcultural Nursing*, *33*(1), 16-25. https://doi.org/10.1177/10436596211042072

金川克子, 田高悦子(2011). *地域看護診断*(第2版). p.75. 東京：東京大学出版会.

Kiefer, C.W.(2007)／木下康仁(2010). *文化と看護のアクションリサーチ：保健医療への人類学的アプローチ*.(pp.100-102). 東京：医学書院.

Leininger, M.M.(1969). Conference on the nature of science in nursing. Introduction. *Nursing Research*, *18*(5), 388–389.

Leininger, M.M.(1991)／稲岡文昭監訳(1995). *レイニンガー看護論：文化ケアの多様性と普遍性*(第1版). 東京：医学書院.

Leininger, M.M.(2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, *13*(3), 189-201. https://doi.org/10.1177/10459602013003005

Leininger, M.M., McFarland, M.R.(2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*(2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

McFarland, M.R., Mixer, S.J., Webhe-Alamah, H., Burk, R.(2012). Ethnonursing: A qualitative research method for studying culturally competent care across disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*, *11*(3), 259–279. https://doi.org/10.1177/160940691201100306

箕浦康子(1999). *フィールドワークの技法と実際：マイクロ・エスノグラフィー入門*. pp.42-54. 京都：ミネルヴァ書房.

箕浦康子(2009). *フィールドワークの技法と実際Ⅱ：分析・解釈編*. pp.44-48. 京都：ミネルヴァ書房.

小田博志(2010). *エスノグラフィー入門：〈現場〉を質的研究する*. pp.9-68. 東京：春秋社.

Roper, J.M., Shapira, J.(2000). *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

佐藤郁哉(2006). *フィールドワーク：書を持って街へ出よう*(増訂版). pp.141-271. 東京：新曜社.

佐藤郁哉(2008). *質的データ分析法：原理・方法・実践*. pp.145-166. 東京：新曜社.

Spradley, J.P.(1979). *The ethnographic interview*. pp.3-60, New York: Holt, Rinehart and Winston.

筒井真優美(2020). マドレン M. レイニンガー：文化ケアの多様性と普遍性. 筒井真優美(編), *看護理論家の業績と理論評価*(第2版), pp.193-194. 東京：医学書院.

Wehbe-Alamah, H.B.(2018a). The ethnonursing research method: Major features and enablers. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah(Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*(4th ed.). pp.57-84. New York: McGraw-Hill.

Wehbe-Alamah, H.B.(2018b). Cultural assessments and transcultural communication for culturally congruent care. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah(Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*(4th ed.). pp.111-130. New York: McGraw-Hill.

Wehbe-Alamah, H., McFarland, M.(2020). Leininger's ethnonursing research method: Historical retrospective and overview. *Journal of Transcultural Nursing*, *31*(4), 337–349. https://doi.org/10.1177/1043659620912308

2022年4月7日受　付
2022年5月19日採用決定

General Remark

Procedures for Conducting Ethnographic Research and Research Case Studies

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, *45*(2), 159-175
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220519160

Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, LSN, HS, FAAN,
Hiroko Ota, MS, RN, Qiting Lin, MS, RN,
Taketo Watsuji, BS, RN, PHN
Division of Family Health Care Nursing, Graduate School of Health Sciences, Kobe University, Kobe, Japan

Abstract

Ethnographic research is “a methodology for describing phenomena and cultures occurring in the living world of subjects from *emic* and *etic* perspectives, performed through fieldwork that consists primarily of ethnographic interviews and participant observation.” This is conducted through a triangulation of methods: formal and informal interviews, participant observation, questionnaire surveys, collection of existing books, literatures, website materials, photography and video recording. Questions and hypotheses are refined through repeated data collection and analysis. Trustworthiness is ensured by criteria to evaluate qualitative research studies, including credibility, confirmability, meaning-in-context, recurrent patterning, saturation, transferability. All data are qualitatively described in fieldnotes, encoded, categorized in terms of similarities and differences in codes, after which it is summarized in a narrative report on stories in accordance with a theme.

Key words

ethnographic research, ethnography, emic, etic, culture

Correspondence: N. Hohashi. Email: naohiro@hohashi.org

総　説

テキストマイニングを援用した看護研究の動向：分析方法を中心に

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 177-199
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220411161

今井多樹子，川畑貴寛
日本赤十字広島看護大学

要　旨

本稿はText mining（TM）の概要，TMを援用した看護研究（学術論文）の動向，TMを援用した看護研究の主な分析方法を述べた。医学中央雑誌Webにより，キーワード「テキストマイニング」による主題検索を行った結果，学術論文57件を分析対象とした。TMを援用した論文は，大学に所属する研究者による【看護教育】に関する調査研究が多い傾向にあった。データ収集源は，質問紙（自由記述）が最も多かったが，サンプル数からTMが得意とする大量のデータ処理とはいえない傾向にあった。最も援用されたTMソフトウェアは，KH Coderであった。TMを援用した主な分析方法は，言及頻度分析，言葉同士の関係，多変量解析（主成分分析，クラスター分析）であり，TMの中心的な分析手法であった。特に，多変量解析は，構成概念化の一助として行われていた。【看護教育】【看護管理】関連の研究は，TMとの親和性が高いことが考えられた。

キーワード

テキストマイニング，看護研究，分析方法，研究動向，質的研究

責任著者：今井多樹子．Email: ti11191@jrchcn.ac.jp

序　論

看護学の分野では，看護の対象を全ての人として，医学的な診断や治療，すなわち健康問題をめぐる当事者や家族，ひいては健康の保持・増進に取り組む人の反応に目を向ける。そして，人の日常生活上のニーズがどのような影響を受けているのか考察し，そこから個別性に応じた最善の看護支援を見出し，展開する過程に重きを置く。当然のことながら，この過程では，人の理解が不可欠である。それゆえ，看護職者は，人の認識や性格的な特性などの非認知能力（中室，2015，pp.85-98），いわゆる数値化・構造化し難いものにも目を向けなければならない。ゆえに，看護研究では，数値ではなく人が語る言葉やストーリーを重視する，いわゆる人の主観的経験の意味が研究の対象となる質的研究（Liamputtong，2010/2012，pp.9-10）が積極的に用いられている。そして，看護の臨床家の間では，面接によってテキストデータを抽出する研究技法も積極的に用いられている（服部，2010，p.3）。しかし，この質的研究は，主観的であるがゆえに，数値を重視する，いわゆる事象の測定とバイアスの排除，ひいては客観性と秩序に重きを置く量的研究と比較され，そうした観点での信頼性や妥当性の低さから，恣意的で非科学的である（藤井，2005a，p.19；Liamputtong，2010/2012，pp.9-10）という批判が付きまとう。そもそも人々を記述し理解するような文脈的解釈（人の経験の意味や解釈）による質的研究は，信頼性（再現性）と妥当性を保証する，いわゆる標準的な研究方法に厳密に従って一般化を目指すような量的研究とは相容れない概念である（Liamputtong，2010/2012，pp.9-10）。とはいえ，質的研究では分析が恣意的・独断的とならないように，分析の客観性を高める努力がなされている（大谷，2008）。その一手法として，近年では内容分析（神原，2014）やKJ法（田垣，2009）やグラウンデッド・セオリー・アプローチ（稲葉・抱井，2011；稲葉・抱井，2016）という従来の質的研究の分析方法，いわゆる人手による質的帰納的分析に，コンピュータ処理によるテキストマイニング（Text Mining：TM）を併用し，相補的に分析結果の信憑性を高めるべく混合研究法（Mixed Methods Research：MMR）が注目されている。

TMは，コンピュータ処理（TMソフトウェア）によって言葉から抽出したキーワードを数量化し，多変量解析などを用いることで，看護研究で積極的に行われている構成概念化も可能である（林，2002，pp.11-12）。ゆえに，テキストデータから人の洞察では明らかにできない定量的かつ客観的な結果を導き出すことができる唯一の手法といえ

る。さらに，分析過程は明示的で再現性を有することから，研究者が異なれば結果も異なるという従来の質的研究の問題点を解決できる利点もある（藤井，2005a，pp.14-28）。それゆえ，TMは，一見すると質的研究の救世主のようにもみられがちだが，幾つかの限界もある。例えば，TMでは，キーワードを言葉から抽出する際に，形態素解析[*1]によってテキストデータを形態素（意味を持つ最小の言語単位）に分解した後に，それらを数量化し，統計解析を用いて形態素間の関連性を掘り起こす作業（分析）に入る。この過程では，TMソフトウェア自体が文脈のなかで言葉の意味を解釈しながら分析することはできないため，本来分解すべきでない形態素，つまり文脈のなかでしか解釈できない／意味をなさない言葉まで切り離して分解してしまうという問題が起こり得る（藤井，2005a，pp.26-27）。この問題への最大のアプローチは，人手による確認に他ならない。このため，TMソフトウェアには，機種によって用語が異なるが，例えばコンコーダンス機能と呼ばれる特定のキーワードを含む文だけを抽出する検索機能が備わっており，主要語（キーワード）を含む原文に戻りながら，つまり文脈のなかで言葉の意味を解釈しながら分析することができる。その意味では，TMとはいえ，人手による定性的な部分は払拭できない。この作業は，研究結果に重要な意味を持つデータクリーニング（準備）から結果の解釈に至るまで不可欠である。したがって，TMは定性的かつ定量的な分析方法といえる。

以上のように，一長一短あるTMだが，テキストデータの分析においては，人手による質的研究にはない強みを有する側面もある。加えて，近年はデータ処理速度向上から，TMの学術的な活用への期待が一層高まっている。現行では，TMは，上記で述べたような質的帰納的分析に併用して行われる混合分析というよりは，単独で活用されるケースが圧倒的に多い。しかしながら，そもそもTMを援用した看護研究は，その分析方法としての活用実績は2003年以降と日が浅く（今井・高瀬・佐藤，2018），人手による質的帰納的分析に比べると，学術論文[*2]における活用実績が圧倒的に少ないため，有用性が不透明といえる。そこで，本稿では，TMとは何か，その概要と，TMを援用した看護研究（学術論文）の動向を示し，代表的な分析方法を明らかにした上で解説を加えた。

Ⅰ．テキストマイニングの概要

コンピュータの可能性が拡大すると同時に，インターネットの普及により，膨大な量の情報が行き来する中で，一説では世の中に蓄積されているデータの8割以上が文章形式であるともいわれ，そこから有益な情報を引き出すには，基本的には人が読むしかない（那須川・諸橋・長野，1999）。しかし現実的には，文章形式で蓄積された膨大な情報を全て，人が読むのは不可能であり，矛盾した状況が生じ得る。これは学術的にも例外ではない。例えば，質問紙を用いた調査研究に目を向けると，多くの場合，対象者に文章での記述を求める自由回答欄が設けられるが，質問紙の回収率や有効回答率が高まると共に，記述された文章，すなわちテキストデータの分析ができなければ，結果的にデータを活用しきれないことになり得る。こうした現状を打開すべく期待が寄せられた主たる分析方法の一つが，大量（数多くの研究対象者数）のテキストデータ処理を得意とするTMである。

江戸時代から高い識字率を誇り，文書による記録や出版物の流通などが盛んに行われてきたという文化的背景や，また1980年代から機械翻訳を中心とした自然言語処理の研究が盛んに進められた研究基盤的背景などの現状から，日本におけるTMは世界的に見て高い技術レベルにあるとされる（那須川，2014，p.22）。その一方で，テキストを統計的に分析する手法は，TMという用語が使われるはるか前から文体を計量的に分析する計量文体学の分野で用いられつつも，TMはデータマイニングの派生語として，1990年代の後半に用いられるようになった新しい言葉でもある（金，2009，pp.3-4）。現在に至っても，このTMという言葉の解釈には多様性があり，比較的曖昧なかたちで諸説存在する。それゆえ，TMには一般的な定義が存在しないという見方もあるが，テキストデータからの知識の発見ということでは一致しており（那須川ほか，1999；喜田，2008，p.27），大量のテキストデータを活用するための技術である（那須川，2014，p.24）。さらに，もう少し踏み込んだ定義として，那須川（2006，p.9）は，大量の文書に記述されている内容の相関や傾向を分析する技術をTMとしている。そもそもTMの「Text」には「原文，原典，本文，文章（Leech，2007，p.1758；新村，2018，p.1994）」「人が語り，書き，そして話すなど，言葉によるコミュニケーションを文字化したもの（藤井，2005a，p.8）」としての，また「Mining」には「採掘（Leech, 2007，p.1040）」としての意味がある。つまり，TMとは文字化したデータの中から，金鉱脈とたとえられるように，有益な知識を発見することと解釈できる。当然のことながら，大量の文書を分析し，そこから有益な言葉，すなわち知識を発見するには，人手ではなく，TM専用のソフトウェアによって複数のテキストデータの内容を総合的に捉える必要がある。その意味では，TMはコンピュータで行う内容分析の技術ともいわれる（樋口，2020，pp.1-10；喜田，2008，p.27；那須川，2006，p.1）。

コンピュータで行う内容分析の技術という観点では，

TMにはデータマイニングの一種という考え方がある。喜田（2014）によれば，TMは内容分析などと同様に言語分析の一種という考えの下で「テキストデータを，言語処理技術を用いて構造化データ・変数に変換し，それをもとに知識発見，仮説検証を行う手法」と定義している。ここで述べられている構造化データとは，数値化を意味する。このように，データマイニングと内容分析との関連では，TMソフトウェアのフリーソフトとして有名なKH Coderの開発者である樋口（2020，pp.1-13）は，TMという言葉は用いていないものの，内容分析の分野における蓄積を活かしたテキスト型データ分析法として，新たに「計量テキスト分析」を提案している。そして，この分析の最も簡単な説明として，秋庭・川端（2004，pp.235-236）らの著書を引用して「インタビューデータなどの質的データ（文字データ）をコーディングによって数値化し，計量的分析手法を適用して，データを整理，分析，理解する方法である」と述べている（樋口，2020，p.15）。これらの定義は，テキストデータ（非構造化データ）を数値化，すなわち数値（構造化データ）に変換し，統計的に分析する点において一致している。

このように，一つの考え方として，TMが対象とするテキストデータにおいて構造化できるのであれば，データマイニングとして用いることが可能である。ゆえに，TMはデータマイニングの一種とみなされ，数値データとテキストデータを共に用いる場合では「混合マイニング」ともいわれる（喜田，2008，pp.26-28；喜田，2014）。TMとデータマイニングの根本的な違いは，言葉と数値というように，扱うデータの性質にある（那須川，2006，p.43）。その意味では，テキストデータ（非構造化データ）を数値化しない，すなわち数値（構造化データ）に変換しないで行うTMは，データマイニングとは一線を画し，自然言語処理の研究をベースにテキスト分類や情報検索を発展させてテキスト集合から知識発見に繋げることを目指している（喜田，2014）。以上のように，多様性があるTMの定義を理解する上で，TMにはデータマイニングの一種であるとする立場と，そうではないTMが独自であるとする立場があり（喜田，2008，p.25），これらの違いを理解しておく必要がある。

そして，こうしたTMによる有益な知識の発見にいち早く着目したのは，ビジネス業界で，特にマーケティングの分野での消費者ニーズ（顧客の声）の抽出であった。それゆえ，TMは，実務界の経営課題を解決するための商業的な利用が多いとみられるが，その一方で研究課題を解決するための学術的な利用もある（喜田，2008，pp.9-13）。学術的な利用としては，例えば，経営学，心理学，社会学などの分野でTMを援用した論文（藤井，2003；喜田，2006；川端・樋口，2003）はもとより，これらの論文の著者によって書かれたTMに関する書籍（藤井，2005a；樋口，2020；喜田，2008）も刊行されている。このような学術的な傾向は，看護学の分野にも見受けられ，専門誌『看護研究』でTMの有用性が解説されている（服部・鷲田，2008；いとう，2013）。こうした現状は，TMにおける研究課題を解決するための学術的な利用への期待の高さを示唆している。

事実，TMは，医療の分野にも広がり，学術的にも積極的に用いられている（日和，2013；李・下高原・峰・田松・緒方，2020）。これは，長年にわたる広範な分野の研究の膨大な知見の蓄積によって実用化されたTMソフトウェアの普及（服部，2010，p.12）によるところが大きい。その意味では，TMとは，TMソフトウェアを用いて，テキストデータから知識を発見する分析方法（喜田，2008，p.27；大隅・横原，2004）ともいえる。しかしながら，日本でTMソフトウェアが普及したのは，諸外国に比べて日が浅く，学術的なTMの活用としては，1990年代から2000年前後といえ，人手による質的帰納的分析と比べると，現段階の活用実績としては圧倒的に少ない。その背景には膠着語という文法体系に分類されるなど，日本語の特質（服部，2010，pp.12-14；津曲，1995）が起因しているという指摘もある。そもそも日本語は，和語（日本本来の言葉）に限らず，漢語，洋語，そして混種語という語種で成るため，複雑である上に欧米語のような分かち書き（形態素［意味をもつ最小の言葉単位］に言葉や文章を分解すること）を必要としない（津曲，1995）。例えば，欧米語は一つひとつの単語が一文節として独立している（単語と単語の間にスペースが存在する）が，日本語の場合では語句・単語がどこで切れているのかはっきりしない特質がある。このように，欧米語とは異なる語句・単語が連なった（分かち書きされない）日本語（膠着語）の特質は，TMにおける解析時の処理単位が不明瞭であるため，そのまま分析に投入することができない（大隅・横原，2004）ことを意味する。つまり，日本語をTMで分析するには，日本語処理に適した形態素解析を可能とするTMソフトウェアを用いる必要があり，この課題解決（日本語専用のTMソフトウェアの開発）に至るまでに時間を要した点が，学術的なTMの活用に遅れを生じた大きな理由であることが指摘されている（服部，2010，pp.12-14）。

形態素解析とは，言葉や文章を単語単位に切り分け，品詞の情報を加えるなどの作業のことである（金，2009，p.12）。TMは，この形態素解析によって分かち書きされたテキストデータを基に分析する（服部，2010，p.14）。しかし，分析者からみれば，現段階でも形態素解析は万能ではなく，昨今はTMソフトウェアのデータ処理技術が向

上してきたとはいえ，日本語の特質上，複数の単語で構成されてはじめて意味を成す言葉や文章まで分解してしまうケースも未だ起こりうる（藤井，2005a，pp.26–27）。これはTMの限界でもある。このため，TMでは，分析者自身が分かち書きを確認し，データをリファインする，いわゆるデータクリーニングと呼ばれる初期作業は極めて重要である（藤井，2005b，pp.96-113）。この作業では，人手による確認が不可欠で，分析者はTMの初期の出力結果（分かち書き・形態素解析の結果）を確認し，TMソフトウェアに備わるコンコーダンス機能により，主要語（キーワード）を含む原文に戻りながら，つまり文脈のなかで言葉の意味を解釈しながら分析を進め，主要語を分析に使用できるように精錬させなければならない。このように，分析者が原文に戻り，言葉の解釈をしながら分析を進める作業は，データクリーニング（準備）から結果の解釈に至るまで不可欠で，分析結果に重要な意味を持つ。その意味では，TMは定性的かつ定量的な分析方法でもあり，分析者の力量も問われる。

TMを援用した看護研究に目を向けると，わが国の論文の初出としては，入江・横井・比嘉（2003）による「精神看護実習をおこなう看護学生の眺める『風景』の視覚化：データマイニングとその活用」の紀要論文を契機として，佐川・岡田・青木（2004）による「学生の看護研究抄録におけるテキストマイニング法の検討」や，入江・横井・松本（2004）による「精神看護実習における看護学生への介入に関する一考察：統合失調症および気分障害患者の症状のプロフィールと看護学生の眺める『風景』に焦点をあてて」などに遡る（今井ほか，2018）。これらの研究は，目的は異なるものの，いずれも看護教育の分野でTMを援用し，看護学生の学びの様を示す特徴的な語，すなわちキーワードを抽出したものである点で一致している。このようなキーワードの抽出は，TM独自の強みでもある。以後，これらの研究を契機に，近年に至るまで，TMを援用した看護研究としては，臨地実習を中心とした学修状況の把握や，新人看護師の実態解明など，看護教育の分野での活用が目立つ（今井ほか，2018；李ほか，2020）。しかし，TMを援用した看護学の分野の論文としては，ほぼ2004年以降に発表されたものであることから，先に述べたTMの活用実績の少なさに比例して，必然的に論文数としても希少となり得る。

看護学のように，主として健康問題をめぐる人を対象とした研究では，そのアプローチ方法として，数値には還元できない感情や認識，そして考え方を帰納的に明らかにできる質的研究との親和性は根強い（Holloway & Wheeler, 1996/2004，pp.3-9；岡村，2004）。ゆえに，質的研究では，言葉を数値に変換しないで人手で行う質的帰納的分析が主流である。しかし，質的帰納的分析の場合，研究者自身の深い洞察に基づく性質上，人の視点や判断，解釈が無意識のうちに入る可能性がある。従来の質的研究では，このように研究者の主観や恣意によるところが，研究結果の反復（再現性）を困難にし，分析の信憑性が担保し難い点が指摘されてきた（瀬畠・杉澤・大滝・前沢，2001；藤井，2005a，pp.14-28；Burns & Grove，2005/2007，pp.577-618）。一方，言葉を数値に変換してコンピュータ処理で行うTMは，従来の質的帰納的分析では払拭できなかった恣意的・独断的という問題点を極力排除できる（藤井，2005a，p.23；今井ほか，2018）。それゆえ，質的研究，すなわち言葉の分析におけるTMへの期待は高いものと考えられた。しかし，実際は，TMを援用することで，研究者の主観に偏ることなく，恣意的・独断的という問題点を極力排除できるのかといえば，限界もある。その理由として，そもそも①テキストデータ自体が（人の言葉である以上は）データとして曖昧であること，②形態素解析において文章自体のもつ意味合いを考慮しなければならないこと，③テキストデータだけでは回答者の意図や真意は把握できないこと，が挙げられ（藤井，2005a，pp.26-27），データ収集から分析に至るまでの過程には，人の言葉独自の曖昧さが存在する（日和，2013）。それゆえ，先に述べたように，TMではデータの準備（データクリーニング）から結果の解釈に至るまで，研究者自身が原文に戻り，言葉の解釈をしながら分析を進める必要がある。この部分には，TMとはいえ，人の洞察に基づく質的研究に通じる難しさがある。例えば，小木（2015）は「TMは魔法の杖で使えば何でもうまくいく，といった勘違いからTMに対する期待が一気に膨らんだ時期もあった。しかし実際はうまくいかないことも多く，TMへの期待は大きく失われ，実社会への適応がいったんすたれる傾向が見受けられた」というように，TMへの期待が一転した現状を指摘している。日本でTMが学術的に活用されはじめ，今日に至るまでの約20年間に，看護学の分野の学術論文をみると，その数の希少さから，小木（2015）の指摘に通じる部分が少なからず存在することは否定できない。そして，この背景には，TMソフトウェア自体の操作上の難しさはもちろんのこと，TMとはいえ，大量／少量を問わず文書を分析する過程では，研究者自身が原文に戻る作業が不可欠であり，全てをコンピュータ処理に依存しきれない点が少なからず起因することが考えられる。その一方で，昨今においては，巨大になりがちなテキストデータの分析において，ハードウェア並びに高速化技術によるデータ処理速度向上から，TMの活用にあたり，新たな展開が進んでいる（小木，2015）。そ

もそもTMとは大量のテキストデータを活用するための技術であり（那須川，2014，pp.24-25），蓄積された膨大なテキストデータを何らかの単位（文字，単語，フレーズ）に分解し，これらの関係を定量的に分析することである（金，2009，pp.3-4）。ゆえに，TMは，検索や分類集計の範囲を超えた知識発見の実現を志向するもので，個々のテキストを読んだだけでは得られない知識を獲得する技術である（那須川，2014，pp.24-25）。したがって，TMの学術的な活用の進展は，期待と分析の難しさと表裏一体の関係にあるといえる。

Ⅱ．テキストマイニングを援用した看護研究（学術論文）の動向

TMを援用した看護研究は，論文数としては未だ希少とはいえ，確実に増えている。李ほか（2020）の文献レビューによれば，『医学中央雑誌』（医中誌）にTM関連の論文が初めて登場したのは2004年で，医学系文献の中でも論文数が最も多いのは看護学の分野であった。以下では，TMを援用した看護研究（学術論文）の動向を概観し，TMにおける研究課題を解決するための学術的な利用状況を明らかにした。その上で，TMソフトウェアを援用した代表的な分析方法を明らかにし，説明を加えたい。

A．文献検索と分析対象文献（学術論文）の選定

本研究では，TMソフトウェアを援用した分析方法がターゲットである性質上，学術論文を分析対象文献とした。分析対象文献の選定にあたり，まず医学中央雑誌Webをデータベースとし，検索可能な1986年から2021年10月末日を検索対象期間とした。その上で，キーワードを「テキストマイニング」とし，「原著論文」「看護文献」「会議録除く」に絞り込んで主題検索を行った。選定基準は「学術論文としての形式が整っている」「分析方法としてTMを援用した論文である」の条件を満たす文献とした。次に，学術論文の選定にあたり，先に選出した分析対象文献の中から日本学術会議協力学術研究団体[*3]（日本学術会議，2005）の指定を受けた団体（学会）発行の学術誌を最終的な分析対象文献とした。

TMの援用に際して，テキストデータが日本語である上は，日本語専用のTMソフトウェアを援用する必要がある。このため，日本語をTMソフトウェアで分析したことが明確な和文誌を対象とした。加えて，今回はTMを援用した分析方法がターゲットであることから，分析対象文献の抽出にあたり，予め表題（タイトル）やキーワードにTMという言葉，すなわち分析方法が用いられていないケースもあり，自ずと限界がある点を考慮されたい。

B．分析対象文献（学術論文）の分析

学術論文は，マトリックス方式（Garrard, 2011/2012, pp.81-96）により，出版年，筆頭著者（所属先），タイトル（目的），掲載誌，主な研究方法（対象，サンプル数，データ収集源，TMソフトウェア，分析方法）および構成概念化の有無と手法を抽出・分類・整理し，全体感を捉えた。次に，タイトルについては，その目的を勘案して，内容の類似性に基づいて分類し，『　』を付して命名した。

C．結果（表1-1，1-2，1-3）

1．出版年，筆頭著者（所属先），タイトル（目的），および掲載誌

検索の結果，選出した分析対象文献，すなわちTMを援用した看護研究は，入江ほか（2003）による紀要論文「精神看護実習をおこなう看護学生の眺める『風景』の視覚化：データマイニングとその活用」を初出として，以後今日に至るまで延べ407件であった。これらの内，医学中央雑誌で確認できた学術論文は佐藤（2009）による「自由記載型看護計画に記載された具体策と標準的な看護介入分類との比較：テキストマイニングを用いた検証（博士学位論文）（No42）」を初出として，今日に至るまで延べ57件であった。

学術論文の出版年は2009年：1件（No42），2010年：0件，2011年：2件（No17，44），2012年：1件（No32），2013年：5件（No1，9，20，45，52），2014年：1件（No53），2015年：7件（No10，21，26，27，28，43，54），2016年：4件（No11，18，22，33），2017年：3件（No34，40，55），2018年：6件（No2，19，23，46，47，48），2019年：12件（No3，4，5，6，12，24，25，29，30，37，38，49），2020年：9件（No7，13，14，39，41，50，51，56，57），2021年：6件（No8，15，16，31，35，36），というように，一定とは言い難いが希少ながら増加傾向にあった。筆頭著者の所属先は大学：52件，医療機関：5件（No19，29，35，43，45）というように，大学に所属する研究者の占める割合が圧倒的に多かった。さらに，筆頭著者が医療機関所属の論文5件の内4件（No19，29，35，45）の共著者には大学に所属する研究者も含まれており，これらの内2件（No29，45）は修士論文の一部であった。つまり，看護の分野でTMを援用した学術論文には，ほぼ大学に所属する研究者が関与していた。

次に，学術論文は，そのタイトルと目的の類似性から，3つのカテゴリー【看護教育】【看護管理】【当事者理解】に分類できた。最も多かった【看護教育】に関する論文は57件中25件（約44％）で6つのサブカテゴリー：〈講義／演習／実習の基礎教育の成果〉（8件）（No1，2，3，4，5，

表 1 - 1　テキストマイニングを援用した看護研究（学術論文）：【看護教育】に関する論文（25件）

内容（分類名）	No	出版年	筆頭著者	タイトル	掲載誌	TM ソフトウェア	データ収集源										対象						サンプル数（名）	分析方法						構成概念化	
							質問紙・自由記述	面接	参加観察	レポート	実習記録	文献	WEBサイト	既存データ	著書		学生	教員	看護職	医師	患者・当事者	事業所		言及頻度分析	評判・特徴語分析	言葉同士の関係	対応分析	主成分分析	クラスター分析	構成概念化	手法
講義／演習／実習の基礎教育の成果	1	2013	小平　朋江	ナラティブ教材を用いた精神看護学授業での統合失調症のイメージの変化：テキストマイニングによる特徴語と評価語の分析	日本精神保健看護学会誌	Text Mining Studio	●										●						595	●	●						
	2	2018	石舘　美弥子	医療処置を受ける幼児に使用するオノマトペのテキストマイニング分析：小児看護学実習前後における看護学生のことばの変化	日本健康医学会雑誌	Text Mining Studio	●										●						154	●	●						
	3	2019	川久保　悦子	老年看護学演習におけるアクティビティケア体験の成果：絵画療法と音楽療法を用いた演習による学生レポートの分析	老年看護学	SPSS Text Analytics for Surveys				●							●						93	●		●					
	4	2019	李　慧瑛	看護大学生の臨地実習前後におけるクリティカル・シンキング：学習状況との関連とCT使用状況	医学教育	Text Mining Studio	●										●						実習前175 実習後177		●	●				●	ことばネットワーク分析・図
	5	2019	藤田　あけみ	看護学生の臨地実習における家族についての学び：教育課程別の特徴	日本ヒューマンケア科学会誌	User Local テキストマイニングツール	●										●						179	● 重要度	●	●	●				
	6	2019	合田　友美	小児看護学実習における外来実習での看護学生の学びの実態：テキストマイニングによる実習記録の解析から	日本小児看護学会誌	KH Coder					●						●						23	●		●					
	7	2020	薄井　嘉子	周術期実習において看護大学生が学んだ倫理的内容	日本健康医学会雑誌	Text Mining Studio				●							●						32 G	●		●					
	8	2021	馬場　才悟	呼吸器疾患患者の看護演習に20m シャトルランの体験を取り入れた学習内容：患者理解の学習内容を示す主要語と構成概念のテキストマイニングによる分析	日本看護学教育学会誌	SPSS Text Analytics for Surveys	●										●						144	●		●		●		●	主成分分析
臨床で必要とされる基礎教育で学ぶべき内容	9	2013	今井　多樹子	「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の知識の概念化	日本看護研究学会雑誌	PASW Modeler・Text Mining for Clementine		●										●	●	●			12	●		●		●	●	●	主成分分析・非階層クラスター分析（K-Means法）
	10	2015	今井　多樹子	ICU，CCU，および救命救急センターに配属される新人看護師に必要な基礎教育内容：テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から	日本看護学教育学会誌	PASW Modeler・Text Mining for Clementine	●												●				先輩203 新人32	●				●	●	●	主成分分析・非階層クラスター分析（K-Means法）
	11	2016	松井　弘美	指導を担う臨床助産師が学生に期待する分娩介助10例における学び	母性衛生	Word Miner		●											● 指導者				12	●		●			●	●	構成要素のクラスター化
	12	2019	Sato Mika	基礎看護教育における災害看護教育の内容の考察：効果的な放射線災害看護において必要とされる知識と実際の能力（英語）	弘前医学	KH Coder		●											●				14				●		●	●	共起ネットワーク分析・図
看護の専門性／能力	13	2020	中山　静和	保育所看護職が専門職として目指していること：アンケート調査自由記述のテキスト分析から	保育と保健	KH Coder	●												●				267	●		●				●	共起ネットワーク分析・図
	14	2020	古賀　佳代子	地域包括支援センター保健師の専門性に関する研究：テキストマイニング分析を用いた内容分析から	日本農村医学会雑誌	KH Coder		●											● 保健師				8	●			●		●	●	階層的クラスター分析
	15	2021	今井　多樹子	看護実践能力向上に不可欠な臨床看護師の学習行動の探求	質的心理学研究	PASW Modeler・Text Mining for Clementine	●												●				156	●				●	●	●	主成分分析・階層クラスター分析（Ward法 ユークリッド平方距離）
	16	2021	山田　恵子	看護職が認識する社会的責任を構成する要素	日本看護学教育学会誌	KH Coder	●												●				2,314	●		●				●	共起ネットワーク分析・図
看護師／患者を対象とした教育プログラムの検討	17	2011	大高　庸平	精神障害者の自助の心理教育プログラム「当事者研究」の構造と精神保健看護学への意義：「浦河べてるの家」のウェブサイト「当事者研究の部屋」の語りのテキストマイニングより	日本精神保健看護学会誌	Text Mining Studio							●								●		16事例	●		●				●	ことばネットワーク分析・図
	18	2016	撫養　真紀子	中堅看護師へのAppreciative Inquiryに基づく教育プログラムの開発と有用性の検証	社会医学研究	IBM SPSS Text Analytics for Surveys	●												●				26	●		●				●	単語の出現頻度単語間の関係・図
	19	2018	武藤　雅子	新人看護師のリフレクション支援に向けたプリセプター育成プログラムの検討	日本看護科学会誌	Text Mining Studio			●										●				2組	● 変化							

注：表中では「●：該当」「○：該当と思われるがやや不明瞭（本文の解釈上の限界）」を意味する。なお上記「サンプル数」においては有効回答数を示した。

表1 - 1　テキストマイニングを援用した看護研究（学術論文）：【看護教育】に関する論文（25件）（続き）

内容（分類名）	No	出版年	筆頭著者	タイトル	掲載誌	TMソフトウェア	データ収集源									対象						サンプル数（名）	分析方法						構成概念化	
							質問紙・自由記述	面接	参加観察	レポート	実習記録	文献	WEBサイト	既存データ	著書	学生	教員	看護職	医師	患者・当事者	事業所		言及頻度分析	評判・特徴語分析	言葉同士の関係	対応分析	主成分分析	クラスター分析	構成概念化	手法
学生／新人看護師の特徴	20	2013	今井　多樹子	ICU，CCU，および救命救急センターに配属された新人看護師における就業時の看護実践上の困難：テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から	日本看護学教育学会誌	PASW Modeler・Text Mining for Clementine	●											●				先輩203 新人32	●				●	●	●	主成分分析・非階層クラスター分析（K-Means法）
	21	2015	三輪　のり子	ゆとり世代の看護学生における高齢者観の特徴：「普段みたり聞いたりする像」「将来なりたい像」「将来なりたくない像」「自分にとっての存在」の視点から読み解く	老年看護学	RMeCabおよび和布無	●									●						180	●			●				
	22	2016	今井　多樹子	新人看護師が「離職を踏み止まった理由」：テキストマイニングによる自由回答文の解析から	日本職業・災害医学会会誌	PASW Modeler・Text Mining for Clementine	●											●				32	●				●	●	●	主成分分析・非階層クラスター分析（K-Means法）
教育／研究の動向	23	2018	今井　多樹子	質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性：新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から	日本看護研究学会雑誌	PASW Modeler・Text Mining for Clementine	●											●				39	●				●	●	●	主成分分析・階層クラスター分析（Ward法 ユークリッド平方距離）
	24	2019	仲下　祐美子	2011年の保健師養成所指定規則改正以降の保健師教育に関する研究動向と課題	日本看護研究学会雑誌	KH Coder						● 論文										103 論文	●							
	25	2019	大河原　知嘉子	東京都の訪問看護事業所における教育・研修の実態と事業所規模との関連：テキストマイニングを用いた混合研究法による分析	日本プライマリ・ケア連合学会誌	Text Mining Studio								●							●	311	●			●				

注：表中では「●：該当」「○：該当と思われるがやや不明瞭（本文の解釈上の限界）」を意味する。なお上記「サンプル数」においては有効回答数を示した。

表 1 - 2　テキストマイニングを援用した看護研究（学術論文）：【看護管理】に関する論文（18件）

内容（分類名）	No	出版年	筆頭著者	タイトル	掲載誌	TM ソフトウェア	データ収集源									対象									サンプル数（名）	分析方法							構成概念化	
							質問紙・自由記述	面接	レポート	文献・報告書	WEBサイト	著書	電子カルテ・記録	音声	問診票	学生	教員	看護職	医師	介護職	相談員	看護管理者	患者・当事者	家族・他		言及頻度分析	単語の重要度	特徴語分析	言葉同士の関係	対応分析	主成分分析	クラスター分析	構成概念化	手法
看護・介護業務の特徴	26	2015	髙柳　智子	回復期脳血管疾患患者の移乗時見守り解除の意思決定方法とそれに対する看護師のとらえ方	日本看護研究学会雑誌	PASW Text Analytics for Surveys　IBM SPSS Statistics	●											●							1,233	●						●	●	上位10語句について階層的クラスター分析
	27	2015	趙　敏廷	在日コリアンと日本人がともに暮らす高齢者施設における包摂的な介護実践：京都・大阪・神戸の3施設の共通性と地域による相違性	日本看護福祉学会誌	KH Coder		●												●	●	●			15	●			●	●		●	●	階層的クラスター分析
	28	2015	小木曽　加奈子	ケア実践者が認識する認知症高齢者のその人らしさを大切にした関わり：介護老人保健施設の看護職と介護職に着目をして	日本看護福祉学会誌	PASW Text Analytics for Surveys	●											●		●					49				●				○	主な内容からサブカテゴリー・カテゴリー化
	29	2019	菅野　範子	がん患者の手術療法の意思決定を支援する外来看護師の認識と実践	日本プライマリ・ケア連合学会誌	KH Coder		●										●							8	●			●				○	共起ネットワーク分析・図　質的記述的研究（コード・サブカテゴリー・カテゴリー）
	30	2019	中谷　こずえ	介護老人保健施設における日常生活の選択的支援ケア実施頻度と必要性の認識	高齢者虐待防止研究	Text Mining Studio	●											●		●					390	●								
	31	2021	田中　康雄	ユニット型・従来型の介護老人福祉施設における介護業務の特徴の差異：施設形態別の介護職員の離職防止対策に向けて	日本看護福祉学会誌	KH Coder	●													●					1,023	●				●		●	●	階層的クラスター分析
看護職者が直面する困難・課題	32	2012	武田　啓子	女性看護師の腰痛の有無と身体・心理・社会的姿勢に関連する因子とその様相	日本看護研究学会雑誌	KH Coder		●										●							8	●			●				●	共起ネットワーク分析・図
	33	2016	原田　博子	ワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ事業報告書から新規参加施設の課題設定における内容分析	日本医療・病院管理学会誌	KH Coder				●								●							236施設	●			●				○	抽出したキーワードを意味の類似性と相違性に着目し，コード名を付け，その意味内容の類似性と相違性に着目し，カテゴリー名を命名
	34	2017	大村　光代	特別養護老人ホームでの看取りにおける職員の精神的負担に対する看護管理者の対応	日本看護科学会誌	KH Coder	●															●			130	●			●				●	共起ネットワーク分析
	35	2021	加納　恭子	NPPVマスクによるMDRPU予防を実践する看護師が抱く困難感	日本褥瘡学会誌	KH Coder KWIC Finder	●											●							128	●			●				●	共起ネットワーク分析・図
	36	2021	久米　絢弓	医療機関における外国人対応困難事例のテキストマイニング分析による探索的検討	日本ウーマンズヘルス学会誌	KH Coder	●											●							52	●			●			●	●	階層的クラスター分析

注：表中では「●：該当」「○：該当と思われるがやや不明瞭（本文の解釈上の限界）」を意味する。なお上記「サンプル数」においては有効回答数を示した。

表1 - 2　テキストマイニングを援用した看護研究（学術論文）：【看護管理】に関する論文（18件）（続き）

内容（分類名）	No	出版年	筆頭著者	タイトル	掲載誌	TMソフトウェア	データ収集源									対象									サンプル数（名）	分析方法							構成概念化	
							質問紙・自由記述	面接	レポート	文献・報告書	WEBサイト	著書	電子カルテ・記録	音声	問診票	学生	教員	看護職	医師	介護職	相談員	看護管理者	患者・当事者	家族・他		言及頻度分析	単語の重要度	特徴語分析	言葉同士の関係	対応分析	主成分分析	クラスター分析	構成概念化	手法
臨床における介入プログラムの検討	37	2019	岩佐　由美	質問紙調査で見た兵庫県内在宅パーキンソン病患者の災害に対する備えの現状分析：防災対策の標準化に向けた課題と対策の検討	日本難病看護学会誌	KH Coder	●																●会員		110	●							○	2回以上出現していた語から意味の近い語をまとめ，研究者で相談してカテゴリーを生成
	38	2019	井上　里恵	病院に勤務する認定看護師が訪問看護師のケアの質を補完する遠隔看護支援システムの有用性の検証	日本看護研究学会雑誌	Text Mining Studio		●										●							4	●							○	質的帰納的分析
	39	2020	土田　敏恵	創傷・オストミー・失禁（WOC）専門外来モデル構築のための全国調査報告	日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌	KH Coder					●											●施設WOCN			271施設	●			●					
看護実践の動向	40	2017	李　慧瑛	論文表題におけるがん看護研究と対がん政策との関連：テキストマイニングを用いた過去46年間の時代的変遷の分析	日本看護医療学会雑誌	Text Mining Studio KH Coder				●								○論文							12,030論文	●		●	●			●	●	階層的クラスター分析
	41	2020	辻　麻由美	テキストマイニングを用いた日本の論文の事前指示に関する質問項目内容の可視化	日本看護研究学会雑誌	KH Coder				●												○論文	○論文	19文献	●				●			●	
看護記録の内容分析	42	2009	佐藤　ひとみ	自由記載型看護計画に記載された具体策と標準的な看護介入分類との比較：テキストマイニングを用いた検証	北海道医学雑誌（博士学位論文）	JUST SYSTEM社 CBMaket Intelligence							●					○看護計画					○網膜剥離術後		患者49 看護師17 看護計画	○	●					●		
	43	2015	岡本　康幸	看護記録のテキストマイニングによる転倒・転落事故の重症度に関連するキーワードの検討	日本医療マネジメント学会雑誌	統計解析環境R上でMeCabを利用							●					○看護記録							462転倒転落事例	●	●影響度							

注：表中では「●：該当」「○：該当と思われるがやや不明瞭（本文の解釈上の限界）」を意味する。なお上記「サンプル数」においては有効回答数を示した。

表1 - 3　テキストマイニングを援用した看護研究（学術論文）：【当事者理解】に関する論文（14件）

内容（分類名）	No	出版年	筆頭著者	タイトル	掲載誌	TMソフトウェア	データ収集源									対象										サンプル数（名）	分析方法							構成概念化	
							質問紙・自由記述	面接	レポート	文献・報告書	WEBサイト	著書	電子カルテ・記録	音声	問診票	学生	教員	看護職	医師	介護職	相談員	看護管理者	患者・当事者	家族・他		言及頻度分析	単語の重要度	特徴語分析	言葉同士の関係	対応分析	主成分分析	クラスター分析	構成概念化	手法
健康問題をめぐる当事者の体験・特徴	44	2011	小平　朋江	統合失調症の闘病記の分析：古川奈都子『心を病むってどういうこと？：精神病の体験者より』の構造のテキストマイニング	日本精神保健看護学会誌	Text Mining Studio						●											○ 患者闘病記		闘病記伝記分析	●		●		●				
	45	2013	栗原　サキ子	A病院における医師が行った患者・家族へのインフォームド・コンセント内容の分析	日本看護管理学会誌	トレンドサーチ2008								●					●						5事例	●	●		●					
	46	2018	三木　佳子	炎症性腸疾患患者の主観的セクシュアルウェルビーイングと属性別にみた特徴：テキストマイニングによる自由回答の分析	日本看護科学会誌	Text Mining Studio	●																● 患者		88	●		●	●				○	グラウンデッドなTM・アプローチ法を参考に係り受けの類似性と相違性を検討
	47	2018	小磯　京子	東日本大震災後福島県からの県外避難家庭のメディア報道に関する質問紙票自由記載の形態素解析による質的分析	日本災害看護学会誌	KH Coder	●																● 避難者		326				●			●	●	●階層的クラスター分析
	48	2018	瀬戸口　ひとみ	地域で生活する統合失調症者の病いとの「折り合い」のつけ方：テキストマイニング分析を用いて	日本健康医学会雑誌	トレンドサーチ2015		●															● 患者		9	●	●		●					
	49	2019	吉田　和樹	福島県福島市における1歳6か月の子どもをもつ両親の体調：両親ともに体調不良の頻度と背景要因および育児状況との関連	小児保健研究	KH Coder									●									● 保護者	体調不良45 体調良好560	●			●	●				
	50	2020	木村　由美	統合失調症を持つ人の家族の体験の様相	日本精神保健看護学会誌	KH Coder				●														● 家族	34手記	●			●				●	共起ネットワーク分析・図
	51	2020	南部　泰士	農村地域高齢者の生活機能向上に向けた地域づくり指標の開発と検証（第1報）：「地域についての思い」の計量テキスト分析	日本農村医学会雑誌	KH Coder	●																● 高齢者		362	●			●	●			●	共起ネットワーク分析・図
健康問題をめぐる当事者の苦痛・課題	52	2013	武田　江里子	産後1か月の母親のストレスの本質の探索：テキストマイニング分析によるストレス内容の結びつきから	母性衛生	SPSS Text Analytics for Surveys	●																	● 母親	166	●			●				●	頻度ベース（カテゴリー作成方法）サークルレイアウト図
	53	2014	井田　歩美	乳児をもつ母親の予防接種に関する疑問や不安：ソーシャルメディアにおける発言のテキストマイニングによる分析	母性衛生	Text Mining Studio					● 発言													● 母親	42,325				●				○	係り受け頻度解析 ことばネットワーク分析 質的帰納的分析
	54	2015	井田　歩美	新生児をもつ母親の育児上の不安や疑問：ソーシャルメディアにおける発言のテキストマイニングによる分析	母性衛生	Text Mining Studio					● 発言													● 母親	2,017	●			●				○	コード・サブカテゴリー・カテゴリー
	55	2017	藤岡　奈美	高齢初産婦が母親役割獲得過程に抱く育児ストレス：テキストマイニングによる産後1か月間のストレス言動分析	母性衛生	IBM SPSS Text Analytics for Surveys	●																● 初産婦		35	● 変化			●					
	56	2020	田原　裕希恵	離床センサーを使用している患者の苦痛：一般病床に勤務する看護師の自由記述についての計量テキスト解析	看護理工学会誌	KH Coder	●											●							498	●			●				●	共起ネットワーク分析・図
	57	2020	藤川　君江	豪雪地域の一人暮らし男性高齢者が居住継続のための生活課題：消滅危惧集落の80歳以上高齢者を対象として	日本看護福祉学会誌	KH Coder		●															● 高齢者		18	●			●			●	●	階層的クラスター分析

注：表中では「●：該当」「○：該当と思われるがやや不明瞭（本文の解釈上の限界）」を意味する。なお上記「サンプル数」においては有効回答数を示した。

6，7，8），〈臨床で必要とされる基礎教育で学ぶべき内容〉（4件）（No9，10，11，12），〈看護の専門性／能力〉（4件）（No13，14，15，16），〈看護師／患者を対象とした教育プログラムの検討〉（3件）（No17，18，19），〈学生／新人看護師の特徴〉（3件）（No20，21，22），〈教育／研究の動向〉（3件）（No23，24，25）に分類できた（**表1-1**）。【看護管理】に関する論文は57件中18件（約32%）で4つのサブカテゴリー：〈看護・介護業務の特徴〉（6件）（No26，27，28，29，30，31），〈看護職者が直面する困難・課題〉（5件）（No32，33，34，35，36），〈臨床における介入プログラムの検討〉（3件）（No37，38，39），〈看護実践の動向〉（2件）（No40，41），〈看護記録の内容分析〉（2件）（No42，43）に分類できた（**表1-2**）。【当事者理解】関連は57件中14件（約25%）で2つのサブカテゴリー：〈健康問題をめぐる当事者の体験・特徴〉（8件）（No44，45，46，47，48，49，50，51），〈健康問題をめぐる当事者の苦痛・課題〉（6件）（No52，53，54，55，56，57）に分類できた（**表1-3**）。

以上の学術論文の主な掲載誌を，2件以上のものに着目して論文数の多い順にみると，日本看護研究学会雑誌（7件）（No9，23，24，26，32，38，41）を筆頭に以下，母性衛生（5件）（No11，52，53，54，55），日本看護学教育学会誌（4件）（No8，10，16，20），日本精神保健看護学会誌（4件）（No1，17，44，50），日本看護福祉学会誌（4件）（No27，28，31，57），日本看護科学会誌（3件）（No19，34，46），日本健康医学会雑誌（3件）（No2，7，48），老年看護学（2件）（No3，21），日本農村医学会雑誌（2件）（No14，51）などであった。

2．研究方法

a．データ収集源，対象，サンプル数

以上の論文はいずれも調査研究といえ，主なデータ収集源は，質問紙（自由記述文）28件（約49%）（No1，2，4，5，8，10，13，15，16，18，20，21，22，23，26，28，30，31，34，35，36，37，46，47，51，52，55，56）を筆頭に以下，面接10件（No9，11，12，14，27，29，32，38，48，57），文献・報告書5件（No24，33，40，41，50），Webサイト4件（No17，39，53，54）などであった。その他，希少ながら【看護教育】に関する論文ではレポート2件（No3，7），参加観察1件（No19），実習記録1件（No6），既存データ（厚生労働省老健局より行政文書情報開示請求［2016年3月実施］より得た介護サービス情報公表制度システムのデータベース）1件（No25），また【看護管理】に関する論文では電子カルテ2件（No42，43），さらに【当事者理解】に関する論文では著書1件（No44），音声1件（No45），問診票1件（No49）であった。なお，最多であった質問紙（自由記述文）のなかには，回答形式を文章完成法（No15，16）や穴埋め式（No21）で求めているものもあった。

以上のように，TMを援用した看護研究の主なデータ収集源は，質問紙による自由記述文といえ，次いで多かった面接を含めると，57件中38件に及び全体の約67%を占めた。それらのサンプル数をみると，質問紙では26名（No18）を最少，2,314名（No16）を最多とし，全体として二桁（100名未満［範囲26-88］）が7件（No18，22，23，28，36，46，55），三桁（100名以上1,000名未満［範囲110-595］）が18件（No1，2，4，5，8，10，13，15，20，21，30，34，35，37，47，51，52，56），四桁（1,000名以上［範囲1023-2314］）が3件（No16，26，31）であった。以上の主な対象者は，学生9件（No1，2，3，4，5，6，7，8，21），看護職者26件（No9，10，11，12，13，14，15，16，18，19，20，22，23，26，28，29，30，32，33，35，36，38，40，41，42，56［内3件はNo40：論文，No42：看護計画，No43：看護記録］），介護職者4件（No27，28，30，31），患者・当事者11件（No17，37，42，43，44，46，47，48，51，55，57［内3件はNo41：論文，No42：看護計画，No44：闘病記］），家族・他6件（No41，49，50，52，53，54［内1件はNo41：論文］）などであった。

また，面接では4名（No38）を最少，18名（No57）を最多とし，全体として一桁（10名未満［範囲4-9名］）が5件（No14，29，32，38，48），二桁（20名未満［範囲12-18名］）が5件（No9，11，12，27，57）であった。以上の主な対象者は，看護職者7件（No9，11，12，14，29，32，38［内1件はNo9：教員，医師を含む］），患者・当事者2件（No48，57）などであった。

加えて，サンプル数が1,000以上だったものを論文全体でみると，57件中6件（No16，26，31，40，53，54）に過ぎず，それらのデータ収集源は，質問紙や文献（論文），ソーシャルメディア上に書き込まれた発言であった。具体的には，【看護教育】に関する論文では，山田・中島（2021）は，看護職が認識する社会的責任を構成する要素を2,314名の看護師を対象に質問紙で調査した（No16）。【看護管理】に関する論文では，髙柳（2015）は，回復期リハ病棟での脳血管疾患患者のベッド・車椅子間移乗における見守り解除の意思決定方法の実態を1,233名の看護師を対象に質問紙で調査した（No26）。田中（2021）はユニット型・従来型の介護老人福祉施設における介護業務の特徴の差異を1,023名の介護職員を対象に質問紙で調査した（No31）。李ほか（2017）は，がんに関連する看護研究の分析を通して，日本におけるがん看護の研究動向を12,030件の論文を対象に調査した（No40）。

【当事者理解】に関する論文では，井田・猪下（2014）

は乳児をもつ母親の予防接種に対する不安・疑問の様相をソーシャルメディア上（株式会社ベネッセコーポレーションが管理する口コミサイト）に書き込まれた乳児をもつ母親の発言42,325件を対象に調査した（No53）。さらに同氏（井田・猪下，2015）は新生児をもつ母親の育児上の不安・疑問を同ソーシャルメディア上に書き込まれた新生児をもつ母親の発言2,017件を対象に調査した（No54）。以上のように，サンプル数が最多だったのは，ソーシャルメディア上に書き込まれた発言をデータ収集源とした井田・猪下（2014）（No53）のWeb調査であった。

一方，サンプル数が10未満だったものを論文全体でみると57件中6件に過ぎなかったが，それらは面接（No14，29，32，38，48）や参加観察（No19）など，従来の質的研究で多く用いられているデータ収集源であった。具体的には，【看護教育】に関する論文では，古賀・木村・西尾・久木原（2020）は，地域包括支援センターに勤務する保健師の専門性を8名の当該領域の保健師を対象に面接で調査した（No14）。武藤・前田（2018）は，新人看護師のリフレクション支援を目指したプリセプター育成プログラムの有効性を76名の大学病院のプリセプターを対象に自己評価質問紙で評価した（単一対象への介入研究）。さらに，同意が得られた2組の新人とプリセプターを対象に実際のリフレクション支援場面（会話内容）を参加観察で調査した（No19）。

【看護管理】に関する論文では，菅野・後藤・佐藤・川原・畠山（2019）は，がんと診断された患者が手術療法を決定する際に，外来看護師が患者の意思決定支援をどのように認識し実践しているのかを8名の当該領域の外来看護師を対象に面接で調査した（No29）。武田・渡邉（2012）は，女性看護師の腰痛の有無と身体・心理・社会的姿勢に関連する因子を8名の女性看護師（2組のグループ［腰痛有：4名，腰痛無：4名］）を対象に面接で調査した（No32）。井上・藤原・郷良（2019）は，病院勤務の認定看護師が訪問看護師のケアを補完する遠隔看護支援の有用性を402名の訪問看護師を対象に自記式質問紙で調査した。さらに，皮膚・排泄ケア認定看護師（WOCN）による遠隔看護支援を行い，4名の訪問看護師を対象に面接を，また3名のWOCNを対象にフォーカスグループインタビューで調査した（No38）。

【当事者理解】に関する論文では，瀬戸口・糸嶺・町田・鈴木（2018）は，地域で生活する統合失調症者の病との「折り合い」のつけ方を9名の当該患者を対象に面接で調査した（No48）。

b．TMソフトウェアおよび分析方法

⑴ 主なTMソフトウェア

援用された主なTMソフトウェアは，KH Coder：24件（No6，12，13，14，16，24，27，29，31，32，33，34，35，36，37，39，40，41，47，49，50，51，56，57）（約42%）を筆頭に，以下Text Mining Studio：14件（No1，2，4，7，17，19，25，30，38，40，44，46，53，54），PASW/SPSS Text Analytics for Surveys：7件（No3，8，18，26，28，52，55），PASW Modeler・Text Mining for Clementine：6件（No9，10，15，20，22，23）などで，これら上位4機種が57件中50件（約88%）を占めた。最も援用されたKH Coderは，樋口（2017）が開発し，Web上で公開しているテキストデータを統計的に分析するためのフリーソフトウェアである。また，Text Mining StudioはNTTデータ数理システムが，PASW/SPSS Text Analytics for SurveysおよびPASW Modeler・Text Mining for ClementineはIBM・SPSS社が開発・販売している商用のTMソフトウェアである。

⑵ TMソフトウェアによる主な分析方法

TMソフトウェアによる主な分析方法は，言及頻度分析51件（No1，2，3，5，6，7，8，9，10，11，13，14，15，16，17，18，19，20，21，22，23，24，25，26，27，29，30，31，32，33，34，35，36，37，38，39，40，41，43，44，45，46，48，49，50，51，52，54，55，56，57）（約89%）を筆頭に以下，言葉同士の関係（係り受け解析・共起分析）36件（No3，4，5，6，7，8，9，11，13，16，17，18，27，28，29，32，33，34，35，36，39，40，41，45，46，47，48，49，50，51，52，53，54，55，56，57）（約63%），クラスター分析18件（No9，10，11，12，14，15，20，22，23，26，27，31，36，40，41，42，47，57）（約30%），対応分析10件（No5，12，14，21，25，27，31，44，49，51）（約16%），主成分分析7件（No8，9，10，15，20，22，23）（約12%），などであった。言葉同士の関係は，TMソフトウェア自体が可視化機能を備えている性質上，表現の仕方に違いはあれど，殆どの論文で分析結果が図と共に示される傾向にあった。さらに，同じ分析方法とはいえ，例えば言及頻度分析では単語頻度分析，また言葉同士の関係では，KH Coderでは共起ネットワーク分析／共起ネットワーク図，Text Mining Studioではことばネットワーク分析／ことばネットワーク図，PASW/SPSS Text Analytics for SurveysではカテゴリーWEB／サークルレイアウト，PASW Modeler・Text Mining for Clementineでは係り受け解析／WEBグラフなどというように，援用するTMソフトウェアによって表現上の違いがあった。以上の分析方法は，言及頻度分析が筆頭とはいえ，単独で行われるというよりは，多くの論文で，言葉同士の関係や構成概念化などの分析手法が併用して行われていた。

（a）言及頻度分析

言及頻度分析としては，例えば，今井・高瀬（2016）は，新人看護師の離職要因を279名の新人看護師を対象に質問紙（自由回答文）で調査した。そして，32名の新人看護

師による自由回答文から「離職を踏み止まった理由」を抽出し，言及頻度分析を行った。その結果，出現頻度が上位5位以内の主要語（名詞）は【同期】を筆頭に，以下【職業】【患者】【今】【3年】【看護師】【先輩看護師】【次】【離職】【1年目】【同僚】であることを明らかにし，【同期】【患者】【先輩看護師】【同僚】は人との関係性を，【職業】【看護師】は職業的価値を，【今】【3年】【次】【離職】【1年目】は，離職時期を表している点を考察した(No22)。さらに，この研究では，出現頻度が上位の51種類語を用いて，主成分分析とクラスター分析による類型化によって7つの構成概念：〈辛いことを理由に1年で仕事を辞めることに対する抵抗感〉〈今後について，先輩看護師・同期と話せたこと〉〈離職したいほど辛いのは当然という思い〉〈患者の感謝と励ましに多々支えられたこと〉〈同僚も自分と同じ状況にあると感じたこと〉〈3年間は生活の為に働く〉〈看護という職業に対する思い〉を明らかにした。

（b）言葉同士の関係

言葉同士の関係としては，例えば，薄井・中村・鈴鹿(2020)は，周術期において看護大学生が学んだ倫理的内容を，学生（32グループ）によるグループレポート（文章）で調査した。単語頻度分析の結果，出現頻度が上位20位以内の主要語は【患者】を筆頭に，以下【行う】【説明】【手術】【看護師】などの順で，ことばネットワーク分析で【患者】には【理解】【不安】【安全】など，患者の置かれた状況を示す単語との繋がりがみられた結果から，学生は周術期実習を通して，患者が抱える不安や安全を求める心理を学んでいたことを考察した（No7)。

（c）対応分析

対応分析としては，例えば田中（2021）は，ユニット型・従来型の介護老人福祉施設における介護業務の特徴の差異を，1,023名の介護職員を対象に質問紙（自由記述）で調査した。頻出語を用いた対応分析では，介護業務のデメリットとして「利用者」「多い」「介護」「不足」はどちらの施設形態にも共通する単語であり，ユニット型では「職場」「人間」「関係」，従来型では「プライバシー」「個別」「居室」が特徴的な単語で，差異があることを把握した。また，介護業務のメリットとして「介護」「利用者」「関わる」はどちらの施設形態にも共通する単語であり，ユニット型では「深い」「10人」，従来型では「見守る」「多く」が特徴的な単語で，差異があることを把握した（No31)。さらに，この研究では，階層的クラスター分析（Ward法）によって，介護業務のデメリットとして，ユニット型では〈個別対応の限界〉など6要因，従来型では〈職員不足による過度な効率性の追求〉など6要因を明らかにした。また，介護業務のメリットとして，ユニット型では〈個別ケア追及の容易さ〉など6要因，従来型では〈チームアプローチの有効性〉など6要因を明らかにした。

（d）構成概念化

多変量解析としては，主に主成分分析とクラスター分析が行われており，いずれも構成概念化を目的としていた。構成概念化にあたっては，TMソフトウェアによって分析方法に特徴（違い）がみられた。主な分析方法としては，①主成分分析，②主成分分析とクラスター分析，③クラスター分析，④共起ネットワーク分析（構造），⑤ことばネットワーク分析（係り受け解析），⑥その他（TMの出力結果を参考にした／参考にしない人手）などであった。TMソフトウェアの種類別にみた，構成概念化の研究例は次の通りであった。

TMソフトウェアに着目すると，まず①主成分分析による構成概念化にはSPSS Text Analytics for SurveysおよびSPSS Staticsが用いられていた（No8)。例えば，馬場・森・仙波・山本・花田（2021）は，演習受講後に患者理解につながる内容を144名の学生を対象に質問紙（自由記述）で調査した。そして，学生が「息切れ・呼吸困難の症状のある患者の理解に近づけたか」に対して記述した内容から，主成分分析によって5つの構成概念を抽出した。その結果，学生は〈呼吸のきつさを思い出す息切れ体験〉を通して，〈呼吸困難は苦しくて辛いこと〉が分かり，〈(患者が)常に（感じる思い)〉を〈自分で感じ体験することで症状の理解に近づける〉という学びにつながり，〈(症状が)続くことできつい日常生活〉という知の応用に至ることを説明した。さらに，この分析では，カテゴリーネットワーク図（回答者が多いほどカテゴリー名の丸印が大きくなり，多くの共通回答がされるほど，カテゴリー間の線が太くなる［結びつきが強い］ことを表す図）を，構成概念の解釈の一助とした。

次に②主成分分析とクラスター分析による構成概念化には，PASW Modeler・Text Mining for ClementineおよびIBM SPSS Staticsが用いられていた（No9，10，15，20，22，23)。例えば，今井・高瀬（2021）は，看護実践能力向上に不可欠な看護師の学習行動を156名の看護師（看護師歴5年目以上の中堅・熟練看護師）を対象に質問紙（文章完成法）で調査した。そして，看護師が「私が考える【看護実践能力向上に不可欠な臨床看護師の学習行動】とは＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿である」に対して記述した内容から，主成分分析とクラスター分析による類型化によって6つの構成概念：〈患者看護の実践を通した学習〉〈調べる・聞く行為を通した学習〉〈知識・技術・コミュニケーションを通した学習〉〈積極的な事前学習〉〈上司・先輩看護

師が放つ職場環境下での学習〉〈失敗を通した学習〉を明らかにした（No15）。この分析では，構成概念を抽出するために，言及頻度分析の結果から出現頻度が 4 回以上の主要語をフラグ変数化し，主成分分析から得られた成分負荷行列に階層クラスター分析（抽出法はWard法，測定方法はユークリッド平方距離）を施し（李，2005a，pp.90-93；Tajunisha & Saravanan，2011），各クラスターを構成する主要語から構成概念を解釈した。さらに，主成分分析の結果を基に，特徴的な主要語を特定し，その語を構成要素とした〈調べる・聞く行為を通した学習〉は，看護実践能力向上に不可欠な看護師の学習行動を考える上で，最も特徴的で重要と考え，結論付けた。

次に，③クラスター分析による構成概念化（No14，27，31，36，40，47，57）と，④共起ネットワーク分析（構造）による構成概念化（No12，13，16，32，34，35，50，51，56）には，いずれもKH Coderが用いられていた。③クラスター分析による構成概念化では，例えば，古賀ほか（2020）は，地域包括支援センターに勤務する保健師の専門性を 8 名の当該領域の保健師を対象に面接で調査した。そして，インタビューデータから，階層的クラスター分析（デンドログラム）によって 5 つの構成概念：〈相談を受け，関係性を大事にし，判断する能力〉〈認知症高齢者や精神疾患，医療的知識，在宅生活を知ることが必要〉〈介護予防事業の支援〉〈保健師が訪問してサロンに行って皆と一緒に活動〉〈地域で包括的に保健指導等の活動を求められる仕事〉を明らかにした（No14）。

また，④共起ネットワーク分析（構造）による構成概念化では，例えば，山田・中島（2021）は，看護職が認識する社会的責任を構成する要素を2,314名の看護職者を対象に質問紙（文章完成法）で調査した。そして，「私にとって看護者としての社会的責任とは」で始まる刺激文による文章完成法によって得た回答から，共起ネットワーク分析によって語と語の結びつきを確認し，その描画を基に，関連する記述された文章を熟読し，それらの意味内容から 9 つの構成概念：〈安全な医療と看護〉〈命に関わる専門職としての自覚と行動〉〈心身が安らぐ環境の調整〉〈守秘義務〉〈尊厳・倫理〉〈多様な人々への健康支援〉〈地域・社会への貢献〉〈看護の質の追求〉〈サービス提供者としての対応〉を明らかにした（No16）。

次に，⑤ことばネットワーク分析（係り受け解析）の構造による構成概念化（No4，17）には，Text Mining Studioが用いられていた。例えば，李・下髙原・緒方（2019）は，実習前後における看護大学生のクリティカル・シンキング（Critical Thinking：CT）を測定し，学習状況との関連を175名の学生を対象に質問紙で調査した。そして，臨地実習中CTを用いると上手くいった／上手くいかなかったという状況とその理由（つまり，臨地実習中にCTを用いる状況）に関する自由記述データから，ことばネットワーク分析（係り受け解析）によって 5 つの構成概念：〈問題解決〉〈意見交換〉〈患者理解〉〈看護展開〉〈内省〉を明らかにした（No4）。

次に，⑥その他（TMの出力結果を参考にした／参考にしない人手）による構成概念化（No28，29，33，37，38，46，53，54）に目を向けると，前者のTMの出力結果を参考にした人手による構成概念化としては，例えば，原田（2016）は，日本看護協会より出版された看護職のワーク・ライフ・バランス（Work-Life Balance：WLB）推進ワークショップ事業報告書に記載された文章から，新規参加した236施設の課題解決に向けた取り組みを，KH Coderを用いて内容分析した。この研究では，抽出したキーワードの意味の類似性と相違性に着目し，仮のコーディングルールを作成しながらコーディング名（課題設定）をつけた。この分析過程では，コーディングルールの精度を高めるために，抽出語を厳選・抽出し，一致率が86～97％になるまで繰り返した。そして，課題設定を意味の類似性と相違性に着目し，4 つのカテゴリー名（構成概念）：〈WLB基礎部分〉〈WLBの取り組み〉〈取り組み方法〉〈成果を視野に入れた取り組み〉を抽出した（No33）。この研究では，TM（KH Coder）により報告書の内容を分析しているが，クラスター分析による構成概念化は行われていない。また，カテゴリー化した課題設定間の関係性（出現パターンが似通った課題設定間の関係性）を，共起ネットワーク分析（構造）により可視化した。

一方，後者のTMの出力結果を参考にしない人手による構成概念化としては，例えば，井上ほか（2019）は，病院に勤務する認定看護師がICT（Information and Communication Technology）を活用して遠隔看護支援を行うことにより，訪問看護師が行うケアの質を補完し訪問看護の質向上に繋がることを検証するための評価をPhase1～3の段階で行った。Phase3では，遠隔看護支援による訪問看護の質への影響と，遠隔看護システムの実現性を，遠隔看護支援を体験した訪問看護師 4 名と皮膚・排泄ケア認定看護師（Certified Nurse in Wound, Ostomy and Continence Nursing：WOCN）3 名を対象に面接で調査した。そして，訪問看護師は個別インタビュー，WOCNはフォーカスグループインタビューのデータから，Krippendorffの内容分析手法を参考に一文を記録単位としてコード・サブカテゴリー・カテゴリー化，すなわち質的帰納的分析によって 7 つの構成概念：〈ICTの活用〉〈判断の熟考〉〈看護実践の

心理的サポートと呼応〉〈WOCNの補完による訪問看護実践の変化〉〈訪問看護師・WOCN・家族の協働〉〈遠隔看護支援の利点〉〈遠隔看護支援の課題〉を明らかにした（No38）。この研究では，TM（Text Mining Studio）によりインタビューデータを俯瞰し，単語頻度分析によって特徴的な単語を確認する一方で，逐語録の分析（構成概念化）では，単語の出現数にとらわれず文脈を考慮した方法が妥当だと考え，質的帰納的分析を行った。

以上の，論文の中には，研究デザインとして「質的データである自由回答の内容に対してTMで量的統計的分析を行う変換型ミックスデザイン（三木・前川・法橋，2018）（No46）」「量的研究と質的研究のミックス法（井上ほか，2019）（No38）」「混合研究（李ほか，2019）（No4）」「テキストマイニングを用いた混合研究法による収斂デザイン（大河原・森岡・柏木・緒方，2019）（No25）」というように，混合研究であることを明示したものも見受けられたが，少数派であった。

D．考　察

1．TMを援用した看護研究の動向から

TMを援用した看護研究の初出としては，入江ほか（2003）の紀要論文に遡るが，学術論文の初出としては佐藤（2009）（No42）の【看護管理】に関する論文：〈看護記録の内容分析〉であった。看護職者の間で研究に質的方法を用いることに高い関心が寄せられたのは1970年代である（Holloway & Wheeler，1996/2004）。その間に，例えば，KJ法を活用したわが国の看護研究の初出が，川端・藤山（1986）の商業誌『看護展望』に掲載された論文であることを鑑みれば，看護研究におけるTMの援用は未だ新しい分析方法といえる。このように，TMを援用した看護研究においては，学術論文の数としては希少であった現状から，分析方法としてのTMの妥当性や，結果の記述と解釈の信憑性など，質の担保が課題といえる。特に，TMを援用した看護研究（学術論文）には，ほぼ大学に所属する研究者が関与していた。この状況からも，TMは看護の臨床家にはアクセスし難い分析手法といえ，臨床の看護研究にはTMに精通した研究者のサポートが不可欠となり得ることが考えられた。例えば，TMは大量の（数多くの研究対象者数）のデータ処理を強みとする性質上，【看護管理】に関する論文では，大量のテキストデータの代表例といえる既存の看護記録を分析のターゲットとしたものが多いことが推察された。しかし，既存の学術論文としては〈看護記録の内容分析〉に関する2件（No42，43）に過ぎず，看護記録をターゲットにTMを援用した論文はそれほど多くはなかった。事実，TMを援用し看護記録を分析した論文は，電子カルテ上の看護記録の内容分析による特徴語の特定（Kushima, Araki, Suzuki, Araki, & Nikama，2011；Kushima, Yamazaki, & Araki，2019）や精度（Chang, Huang, Hou, Liu, Li, & Chiou，2019）に関するものが国内外で散見されるが，国際的にみても看護研究としては希少といえる。長年にわたり累積された看護記録には，最善の看護を追求する上で，有益な知見が潜んでいることが考えられる。それゆえ，この状況は，TMの援用を含めて，看護の臨床家への研究サポートの必要性を示唆するものと考えられた。

TMを援用した看護研究（学術論文）としては，【看護教育】に関する論文が多い傾向にあった。この傾向は，今井ほか（2018）や李ほか（2020）の報告とも一致していた。その一因として，TMの援用には大学に所属する研究者が関与していることや，【看護教育】に関する研究におけるTMとの親和性の高さが考えられた。また，研究内容としては，【看護教育】に関する論文では〈講義／演習／実習の基礎教育の成果〉などが，【看護管理】に関する論文では〈看護・介護業務の特徴〉〈看護職者が直面する困難・課題〉などが，そして【当事者理解】に関する論文では〈健康問題をめぐる当事者の体験・特徴〉などが比較的多い傾向にあった。これらの研究例から，TMを援用した看護研究は，主として現状を記述・解釈し，そこから教育や臨床への示唆を得ようとする傾向にあることが考えられた。この傾向は，従来の質的研究と等しい部分といえる。

一方，TMを援用した看護研究が，従来の質的研究と異なる部分を，論文数でみると，【看護教育】や【看護管理】に関する論文に比べて，【当事者理解】に関する論文が少ない傾向にあった。事実，【当事者理解】に関する論文では，そもそも患者を対象とした研究自体が少なかった。この状況から，【看護教育】や【看護管理】に関する研究は，【当事者理解】に関する研究よりもTMとの親和性が高いことが考えられた。その一因として，健康問題をめぐる当事者の言葉には文脈のなかで言葉の意味を解釈しなければならない（行間を読む必要がある）心情が色濃く現れる性質上，TMよりも人手による質的帰納的分析との親和性が高いことが考えられた。これは，TMの最大の弱みでもある。

TMを援用した看護研究において分析のターゲットとなった主なテキストデータは，自由記述文であった。自由記述文の分析は，TMの代名詞ともいえる代表的な活用例である（小木・天坂，2007）。このデータ収集源をみると，質問紙が最も多く用いられ，次いで多かった面接を含めると，全体の約67％を占めた。このデータ収集源の現状から，データクリーニングの重要性と，サンプル数の傾向か

ら，幾つかの課題もみえてくる。

まず，データクリーニングは，言葉のもつ性質と切り離して考えることはできない。そもそも質問紙（自由記述文）や面接（逐語録）では，人が用いた言葉を分析のターゲットとする以上は，その言葉自体にもともと曖昧な性質がある。さらに，多数の人（研究対象）によって記述された／語られたテキストデータには，多様な表現が入り混じっている。このような言葉のもつ性質は，自ずとTMにおけるデータクリーニングの重要性かつ複雑さに通じるものである。

一般的に，TMではテキストデータを分かち書きし，形態素（意味をもつ最小の言葉単位）に分解した後に，それらの形態素（単語）を数値化し，主成分分析やクラスター分析などの多変量解析を行うことができる（林，2002，pp.11-12）。しかし，収集したテキストデータを，そのままTMソフトウェアに投入するだけで分析を進めることはできない。特に，TMの初期の出力結果は，分析に使用出来るほど精錬されたものではない。このため，TMでは，本格的な分析に先立ち，何度もデータの原文に戻りながら，TMソフトウェアから出力された分かち書き処理と形態素解析の結果を確認し，テキストデータをリファイン（藤井，2005b，pp.96-113）する作業，すなわちデータクリーニングが不可欠である。この過程では，話し言葉特有の表記を，TMが読み取れるように，ある程度フォーマルな書き言葉に改めなければならない。そしてさらに，これにはTMソフトウェアに備わる辞書機能を活用し，研究目的に関係のない単語の制御や同種の単語を同一の単語に置換する作業，そして未知語として判定された（TMソフトウェアが読み取れない）単語を登録する作業も不可欠となる。このように，原文の確認の下で，辞書機能を活用したデータクリーニングは，正確であればあるほど確実にTMにおける分かち書きの精度を向上させると同時に，出力結果をも精錬させる。そして最終的には，この辞書機能を活用したデータクリーニング後に，言及頻度分析の結果（単語の出現頻度）と品詞情報により分析に採用する単語の基準を決定する（今井ほか，2018）。その意味では，辞書機能を活用したデータクリーニングは分析結果の信憑性に関わる最も重要な部分である。したがって，この辞書機能を活用し，単語辞書を充実させることは研究上非常に重要である（小木，2015）。

以上のようにTMでは，形態素解析，分かち書き処理，データクリーニングを交互に繰り返し行いながら，幾度となくテキストデータの原文を見直し，精錬させる作業が不可欠である。しかし，この作業は，対象者が用いた言葉自体が曖昧で，多様な表現が入り混じっていると自ずと大変難しいものとなり得る。特に，そのデータ収集源が質問紙（自由記述文）や面接となれば，そのリスクは高まる。そのリスクを回避するための一つの打開策として，質問紙の場合では，回答形式を定型型質問（李，2005b，p.32）により文章を完成してもらう方法もある。今回の学術論文では，今井・高瀬（2021）（No15）や山田・中島（2021）（No16）が文章完成法を，また三輪・金原（2015）（No21）が穴埋め式を用いていたが，論文全体でみると少数派であった。

次に，サンプル数に目を向けると，データ収集源として最も多く採用された質問紙では26名を最少，2,314名を最多とし，研究によって多様性はあるものの，全体的には三桁（100名以上1,000名未満［範囲110-795］）が多い傾向にあった。つまり，TMを援用したとはいえ，看護研究におけるサンプル数としては，大量のテキストデータとはいえない傾向にあった。TMの強みは，大量（数多くの研究対象者数）のデータ処理を得意とする点にあるが，今回，サンプル数が四桁に及んだのは質問紙では3件（1,000名以上［範囲1023-2314］）（No16，26，31）に過ぎず，質問紙以外では文献（論文）（No40）やソーシャルメディア上に書き込まれた発言（No53，54）をデータ収源としたものであった。これらのデータ収集源から，数多くの研究参加者が見込めるのは，大規模な質問紙調査や，文献調査，そしてソーシャルメディア上で大量のデータにアクセスできるWeb調査といえる。

看護の臨床家の間では，面接によってテキストデータを抽出する研究技法も積極的に用いられている（服部，2010，p.3）。TMを援用した看護研究においても，面接や参加観察など，従来の質的研究で多く用いられているデータ収集源が用いられていた。面接をデータ収集源とした場合，その対象者数は多くても20名前後で，自ずと小規模となり得る。事実，TMを援用したとはいえ，現行の看護研究では，比較的小規模のサンプル数で調査・分析が行われる傾向にあった。そもそもTMの利点は，①大量（数多くの研究対象者数）のデータ処理が可能であること，②形態素を数値に置き換え，統計解析を用いて処理するため，研究者によるデータの恣意的な解釈を回避できること，③バラバラにみえるデータから共通性を見出すことが可能であること，などが挙げられ，研究者の解釈では明らかにすることができなかった事柄を導き出せるところにある（日和，2013）。これらのTMの利点を鑑みれば，現行のTMを援用した看護研究では，大量のデータ処理というよりは，質的研究における恣意的で非科学的であるという量的研究の観点からみた弱み（Liamputtong，2010/2012）を低減できる一手法としての期待が高いことが考えられた。

さらに，今回対象となった人は，看護職者を筆頭に，学生が多い傾向にあったが，その一方で，患者・当事者が少ない傾向にあった。これは，大学に所属する研究者がアクセスしやすい対象が学生を含めて，看護職者であることや，先に述べたように，TMが【看護教育】や【看護管理】に関する研究との親和性が高いことが考えられた。

2．TMを援用した看護研究の主な分析方法から

援用された主なTMソフトウェアは，フリーソフトとして有名なKH Coderを筆頭に，以下Text Mining Studio，PASW/SPSS Text Analytics for Surveys，PASW Modeler・Text Mining for Clementineであった。以上のTMソフトウェアは，いずれもデータマイニングを可能とし，比較的知名度が高く，各々実際の分析例を基に操作方法を記した概説書が存在する。特に，KH Coderが最も採用された理由は，本来高額なTMソフトウェアが無料であることに尽きるが，KH Coderの開発者である樋口（2017）が述べているように，フリーソフトとしての公開にあたり，マニュアルの中で処理内容を詳細にわたって開示している点も大きいといえる。このように，価格や知名度はもとより，操作方法の分かり易さや，データマイニングを可能とする分析の汎用性は，TMソフトウェアの採用基準としては重要であることが考えられた。

以上のTMソフトウェアによる主な分析方法は，言及頻度分析，言葉同士の関係，対応分析，多変量解析（主成分分析，クラスター分析）で，いずれもTMの中心的な分析方法であった。特に，多変量解析は構成概念化の一助として行われていた。これらの分析方法を，喜田（2014）を参考に，TMをデータマイニングの一種とみなす立場でみると，その種類・段階は①可視化：言及頻度分析やウェブ分析，そして共起，②TMの結果を基にした統計的な分析方法による研究課題の達成，③予測的分析（クラスター化などによる分類）によって説明できる。さらに現行の看護研究では，希少ではあるが，先に示した馬場ほか（2021）や今井・高瀬（2021）の研究例のように，TMの結果を基にした主な統計的な分析は，主成分分析といえ，いずれも構成概念化を目的としたものであった。

以下では，さらに言及頻度分析，言葉同士の関係，構成概念化について考察を進めながら，説明を加えたい。

a．言及頻度分析

今回，57件中51件（約89%）の看護研究で行われた言及頻度分析は，TMにおいて最も基本的な方法である。この言及頻度分析は，頻度分析などとも呼ばれ，ある言葉（以下，単語）がどの程度言及されているか，テキストデータ内の各単語の出現頻度を調べる方法であり，頻度順，時系列順，品詞別などに分類・整理することで，テキストデータの特性を知ることができ，研究枠組みの方向性を決めるのにも役立つ（喜田，2014；下平，2019）。この言及頻度分析の結果を基に，各単語を出現頻度が高い順に並べてみると，先に示した今井・高瀬（2016）の研究例（No22）のようにキーワードになる／特徴的な主要語が把握できる。「文中に出現する語の傾向（Zipfの法則）」によれば，テキストデータにおける単語の出現頻度にはバラツキがあり，出現頻度が特に高い少数の語と，頻度の低い多数の語から構成されるという傾向が確実にみられる。そして，出現頻度が高い単語は数が限られており，傾向や特徴を捉える上では頻度の低い単語は分析対象としてあまり意味がないとされる（金，2009，pp.52-53；那須川，2006，pp.175-176）。この傾向から，言及頻度分析では，出現頻度が高い限られた数の単語を明らかにし，解釈することに意味がある。

さらに，頻度順，品詞別などの情報を基に，その後のより詳しい分析に用いる単語を決定し，その単語が対象者の発言や記述などの元のテキストデータの中にあれば「1」，なければ「0」というように2値に数値化し，構造化データに変換（これをフラグ変数化とも呼ぶ）することで（喜田，2008，p.73），共起性や多変量解析などのより詳しい分析，すなわちデータマイニングが可能となる（喜田，2014）。このように，TMがテキストデータのみならず数値データ，ひいては統計解析にも適用できる特徴は，TMをデータマイニングの一種とする考え方に通じる部分でもある。

加えて，TMを援用した分析では，概念が対象となる（喜田，2008，p.151）。このため，言及頻度分析にあたっては，予め研究目的に応じて変数として使用する概念を決定しておく必要がある。概念の決定は，研究者の判断に委ねられるが，通常は形態素解析を基に，その品詞情報と出現頻度が判断基準になる（李，2005a，p.82）。例えば，喜田（2008，p.151）では，「概念」は「名詞」にほかならないとした上で「独立した意味を成す名詞」が分析対象となっている。しかし，分析対象（品詞）は「名詞」に限らず，「動詞」「形容詞」なども含まれ，各々研究目的によって異なる。最も重要なのは，言及頻度分析の結果を基に，言葉（単語）の品詞情報と出現頻度から，分析者にとって意味のある語彙を見出し確定することである。

以上のように，言及頻度分析は，簡単にいえば文章に含まれる単語の数を数える分析だが，テキストデータの構造化のベースになる分析ともいえ，TMでは必ず最初に行う分析である。形態素解析と，この言及頻度分析を行うだけ

でも，TMといえる（小木，2016）。その意味では，TMを援用した研究例では，殆どの場合，はじめに言及頻度分析が行われる傾向にあったのは必然である。

b．言葉同士の関係（係り受け解析・共起分析）

今回，57件中36件（約63％）の看護研究で行われた係り受け解析や共起分析もまた，TMにおいて基本的な方法である。言及頻度分析で明らかになった出現頻度の高い言葉（キーワード）は，さらに言葉同士の関係を分析することで，その言葉が語られた／記述されたテキストデータの特徴を明らかにすることができる。TMソフトウェアによって用語が異なる部分もあるが，今回の学術論文では主に，係り受け解析や共起分析が行われていた。TMでは，一連の文字列を形態素解析や構文解析を通して構造化し，係り受け解析によってどの語とどの語が関係しているのか，また共起分析によって一緒に／同時に出現する可能性が高い（つまり共起している）語を明らかにすることができる（喜田，2014；那須川，2006，p.29；下平，2019）。これにより，概して対象者によって何に対して評価・判断が行われているのか，係る語と受ける語の関係からそのパターンを読み取ることが可能になる（内田・川嶋・磯崎，2012，pp.39-43）。

以上のようなテキストデータにおける単語の共起パターンは，重要な情報（分析結果）となり得る。さらに，その関係性を分析する手法としては，ネットワーク分析とも呼ばれ，その視覚的な考察を助けるのがネットワーク図である（下平，2019）。今回対象とした学術論文では，先に示した薄井ほか（2020）（No7）の研究例のように，言葉同士の関係性（繋がり・結び付き）から，内容（学生の学び）を解釈したケースが，これに当たる。さらに，踏み込んだケースでは，先に示した山田・中島（2021）や李ほか（2019）の研究例のように，共起ネットワーク分析や，ことばネットワーク分析（係り受け解析）によって構成概念化を行ったケースもみられた。TMソフトウェアによって用語が異なる部分もあるが，これらの意味するところは，データの特性の可視化という点で一致している。TMは言及頻度分析や共起関係，もしくはTMの結果と属性との関係を可視化するのに用いられ（喜田，2018），構成概念として示すことも可能である。

今回，57件中10件（約18％）の看護研究で行われた対応分析もまた，言葉同士の関係を示す分析方法である。この対応分析は，コレスポンデンス分析とも呼ばれる統計的方法の一つで，数量化理論Ⅲ類とも呼ばれる（金，2009，pp.154-155）。この分析では，二次元の散布図を通じて，言葉同士の相関関係が高いほど近くにプロットされる。これにより，布置される場所が近い言葉同士の関連が強いことを，視覚的に読み取ることができる（樋口，2020，pp.42-43）。対応分析では，先に示した田中（2021）の研究例（No31）のように，2つの施設の業務上の利点と欠点の各々の差異など，特徴的な主要語を視覚的に把握することができ，構成概念化の解釈をさらに深めることもできる。

c．構成概念化

看護研究では，数値では捉えきれない人の認識や気持ちといった，人の経験によって構築された抽象的な内容を表象する構成概念（田崎，2008，pp.14-16）を構築することが多い。この傾向は，TMを援用した看護研究（学術論文）の動向にも通じるものがあり，57件中29件（約51％）で構成概念化が行われていた。演繹的に数値化されたデータでは語れない有益な知見を見出すべく，面接や記述文を基に，構成概念を見出す研究アプローチは，質的研究の醍醐味といえ，看護研究でも従来的に行われてきたことだが，TMでも可能である。今回の学術論文の動向から，明らかになった構成概念化の主な方法は，TMソフトウェアによる特徴（違い）はあれど，①主成分分析，②主成分分析とクラスター分析，③クラスター分析，④共起ネットワーク分析（構造），⑤ことばネットワーク分析（係り受け解析），⑥その他（TMの出力結果を参考にした／参考にしない人手）などであった。これらの分析方法の多様性から，構成概念化を目的としたTMの援用にあたっては，研究者自身がTMソフトウェアの特徴（違い）を理解しておく必要がある。

さらに，同じTMソフトウェアでも，例えばKH Coderにおいては，先に示した古賀ほか（2020）の研究例ではクラスター分析が，また山田・中島（2021）の研究例では共起ネットワーク分析（構造）が行われており，分析方法が異なった。また，原田（2016）や，井上ほか（2019）の研究例のように，TMの出力結果を参考にする／しないの程度に差はあれど，人手による質的帰納的分析が行われたケースも見受けられた。その理由は不明だが，クラスター分析とはいえ，分析結果の精度を高めるには，テキストデータを準備する段階でのデータクリーニングと，分析に投入する主要語の選定基準が重要な要素となる。この準備段階の作業が不十分だと研究結果にも影響する。例えば，クラスター分析による統計的な結果が，研究者の意に反する場合もあり得る。さらに，テキストデータによっては，コンピュータ処理よりも人手による分析が適していることも多々ある。TMをめぐるこうした状況は，データクリーニングを主とした人による確認が不十分で，コンピュータ処理による自動出力の傾向が強くなればなるほど起こり得る。その意味では，テキストデータの構成概念化では，TMソフトウェアの理解と，データクリーニングの精度，人による確認の重要性，および出力結果の限界を踏まえて，分析

を進める必要がある。

TMとはいえ，構成概念化の過程では，確認（原文に立ち返る作業）や構成概念の命名はもちろんのこと，人による作業は終始不可欠であり，定性的かつ定量的な側面がある。そうした性質をもちながらも，TMを援用して必要な手続きを踏み，精錬された元データを上手く構造化（数値化）できれば，人の認識や解釈を超えた数学的／統計的な処理が可能となり，そのデータベースを保存しておけば，正確にプロセスや結果を再現することも可能である。TMによる構成概念化は，TMソフトウェアによる違いはあれど，特徴的な言葉（キーワード）を抽出し，その上で，言葉同士の関係性を調べ，構成概念を構築する定性的かつ定量的な手続きに基づくものである。こうしたTMの特徴は，従来の質的研究とは異なる独創的な結果をもたらすことも期待できよう。

以上のように，TMソフトウェアとはいえ，同じ分析ができるわけではない。また，TMによる自動解析は，これ自体ではあまり意味を持たない（下平，2019）。さらに，TMには，この方法で分析すればよい結果が得られるという王道もない（小木，2015）。これらのことは，TMソフトウェアを，研究目的と分析内容に応じて選定し，投入するテキストデータから何を抽出したいのかを明確にした上で，テキストデータを精錬し，データベース化する作業の重要性を意味する。

本研究の限界と今後の課題

本稿では，TMを援用した分析方法をターゲットに論じる趣旨から，厳しい査読を通過した学術論文を基に論じた。これにより，TMを援用した看護研究の動向を示し，代表的な分析方法を明らかにすることで，現状と課題が把握できた。とはいえ，学術論文の選定にあたっては，日本学術会議協力学術研究団体の指定を受けた団体（学会）発行の学術誌掲載の論文としたが，良質な論文はこの限りではない。また，分析対象文献の抽出にあたり，予め表題（タイトル）やキーワードにTMという言葉，すなわち分析方法が用いられていないケースもあり，自ずと限界がある。さらに，数あるTMソフトウェアのなかで，限られた機種による言及に留まるという限界もある。今後は，看護学の枠を超えた，多様な専門分野の動向を踏まえた追求の余地を残す点が課題である。

結　論

本稿では，TMを援用した看護研究の動向から，次のことが把握できた。

1．【看護教育】や【看護管理】に関する研究は，【当事者理解】に関する研究よりもTMとの親和性が高いことが考えられた。これらの研究は，主として現状を記述・解釈し，そこから教育や臨床への示唆を得ようとする傾向にあった。

2．TMを援用した看護研究（学術論文）には，ほぼ大学に所属する研究者が関与していた。研究の対象は看護職者が多い傾向にあった。大学に所属する研究者がアクセスしやすい対象が学生を含めて，看護職者であることが考えられた。

3．主なデータ収集源は質問紙（自由記述文）であったが，面接や参加観察などもあり，従来の質的研究と類似した傾向にあった。サンプル数としては，比較的小規模であり，大量のテキストデータとはいえない現状にあった。数多くの研究参加者による調査では，希少ながら大規模な質問紙調査や，文献調査，そしてソーシャルメディア上で大量のデータにアクセスできるWeb調査であった。現行のTMを援用した看護研究では，大量のデータ処理というよりは，質的研究における恣意的で非科学的であるという量的研究の観点からみた弱みを低減できる一手法としての活用が考えられた。

4．援用された主なTMソフトウェアは，フリーソフトとして有名なKH Coderを筆頭に，以下Text Mining Studio，PASW/SPSS Text Analytics for Surveys，PASW Modeler・Text Mining for Clementineであった。主な分析方法は，言及頻度分析，言葉同士の関係，多変量解析（主成分分析，クラスター分析）で，いずれもTMの中心的な分析方法であった。特に，多変量解析は構成概念化の一助として行われていた。構成概念化の主な方法は，TMソフトウェアによる特徴（違い）はあれど，①主成分分析，②主成分分析とクラスター分析，③クラスター分析，④共起ネットワーク分析（構造），⑤ことばネットワーク分析（係り受け解析），⑥その他（TMの出力結果を参考にした／参考にしない人手）などであった。TMを援用した構成概念化では，TMソフトウェアの理解と，データクリーニングの精度，人による確認の重要性，および出力結果の限界を踏まえて，分析を進める必要がある。その上で，従来の質的研究とは異なる独創的な結果をもたらすことも期待できる。

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。

注

*1 **形態素解析**：TMでは，形態素解析によって分かち書きされたテキストを分析することになる（服部，2010，p.14）。形態素解析とは，文を構成している一連の文字列を，文法的に意味のある構成要素（最小の言語単位），すなわち形態素に分割し（文を単語単位に切り分け），各要素の品詞などの文法的素性を決定する（品詞情報を加える）処理である。さらに形態素解析で分割された文の要素は，構文解析（係り受け解析）によって，文法的・意味的関係でまとめ上げられ，要素間の関係が決定される。形態素解析結果を利用して，文書データ中に記述されている名詞や動詞などの単語を抽出することができる（金，2009，pp.10-12；那須川，2014，pp.30-31）。これにより，TMでは分析に用いる形態素（単語）を決定する。以上のように，形態素解析は，TMでは初めに行う分析で，構文解析で拠り所とする文法的な品詞情報を，品詞と品詞の繋がりの規則性を利用して決定するための非常に重要な役割を持つ技術である（林，2002，p.11）。

*2 **学術論文**：『図書館情報学用語辞典』（日本図書館情報学会用語辞典編集委員会，2020，pp.32-33）によれば，学術論文とは，新しい研究成果を内容とし，一定の構成を持った論文のことで，一般に，論文名，著者名，序論，方法と結果，考察と結論，引用文献リストから構成される。通常は，学術雑誌に掲載されたものを学術論文と呼んでいる。また，学術雑誌とは，狭義には査読制度を採用し，独創性のある最新の研究成果を伝える投稿論文を掲載する雑誌であり，広義には学術的な内容の記事を掲載する雑誌である。

*3 **日本学術会議協力学術研究団体**：日本学術会議協力学術研究団体は，学術研究の向上発達を主たる目的として，学術研究（論文等）を掲載する機関誌，すなわち主に査読付きの投稿論文等を掲載した論文誌を年１回継続して発行しているなどの学術研究活動を行っている構成員（個人会員）が100人以上（研究者の割合が半数以上）で成る（日本学術会議，2005）。

文　献

秋庭　裕，川端　亮（2004）．*霊能のリアリティへ：社会学，真如苑に入る*．235-236，東京：新曜社．

馬塲オ悟，森　雄太，仙波洋子，山本真弓，花田妙子（2021）．呼吸器疾患患者の看護演習に20mシャトルランの体験を取り入れた学習内容：患者理解の学習内容を示す主要語と構成概念のテキストマイニングによる分析．*日本看護学教育学会誌*，*30*(3)，115-125.

Burns, N.A., & 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*（pp.577-618）．東京：エルゼビア・ジャパン．

Chang, H.M., Huang, E.W., Hou, I.C., Liu, H.Y., Li, F.S., Chiou, S.F.（2019）. Using a text mining approach to explore the recording quality of a nursing record system. *The Journal of Nursing Research*, *27*(3), e27. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000295.

藤井美和（2003）．大学生のもつ「死」のイメージ：テキストマイニングによる分析．*関西学院大学社会学部紀要*，*95*，145-155.

藤井美和（2005a）．テキストマイニングで広がる福祉・心理・看護研究の世界／テキストマイニングと質的研究．藤井美和，小杉考司，李　政元（編），*福祉・心理・看護のテキストマイニング入門*（pp.8-28）．東京：中央法規出版．

藤井美和（2005b）．テキスト分析のためにデータを洗練する：大学イメージ調査への対応分析の適用．藤井美和，小杉考司，李　政元（編），*福祉・心理・看護のテキストマイニング入門*（pp.96-113）．東京：中央法規出版．

Garrard, J.（2011）／安部陽子訳（2012）．*看護研究のための文献レビュー：マトリックス方式*．（pp.81-96）．東京：医学書院．

原田博子（2016）．ワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ事業報告書から新規参加施設の課題設定における内容分析．*日本医療・病院管理学会誌*，*53*(2)，121-129.

服部兼敏，鷲田万帆（2008）．【テキストマイニングの有効性を考える・1】学際的技術としてのテキストマイニング：その意義と看護における可能性．*看護研究*，*41*(3)，239-248.

服部兼敏（2010）．*テキストマイニングで広がる看護の世界*．1-16，京都：ナカニシヤ出版．

林　俊克（2002）．*Excelで学ぶテキストマイニング入門*．11-12，東京：オーム社．

樋口耕一（2020）．*社会調査のための計量テキスト分析　第２版：内容分析の継承と発展を目指して*．1-50，京都：ナカニシヤ出版．

樋口耕一（2017）.計量テキスト分析およびKH Coderの利用状況と展望．*社会学評論*，*68*(3)，334–350.

日和恭世（2013）．ソーシャルワーク研究におけるテキストデータ分析に関する一考察．*評論・社会科学*，*106*，141-155.

Holloway, I., & Wheeler, s.（1996）／野口美和子訳（2004）．*ナースのための質的研究入門：研究方法から論文作成まで*．（pp.3-9）．東京：医学書院．

井田歩美，猪下　光（2014）．乳児をもつ母親の予防接種に関する疑問や不安：ソーシャルメディアにおける発言のテキストマイニングによる分析．*母性衛生*，*55*(2)，471-478.

井田歩美，猪下　光（2015）．新生児をもつ母親の育児上の不安や疑問：ソーシャルメディアにおける発言のテキストマイニングによる分析．*母性衛生*，*56*(1)，56-65.

今井多樹子，高瀬美由紀（2016）．新人看護師が「離職を踏み止まった理由」：テキストマイニングによる自由回答文の解析から．*日本職業・災害医学会会誌*，*64*(5)，279-286.

今井多樹子，高瀬美由紀，佐藤健一（2018）．*質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性：新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から*．*41*(4)，685－700.

今井多樹子，高瀬美由紀（2021）．看護実践能力向上に不可欠な臨床看護師の学習行動の探求．*質的心理学研究*，*20*(1)，100-113.

稲葉光行，抱井尚子（2011）．質的データ分析におけるグラウンデッドなテキストマイニング・アプローチの提案：がん告知の可否をめぐるフォーカスグループでの議論の分析から．*政策科学*，*18*(3)，255-276.

稲葉光行，抱井尚子（2016）．混合研究法としてのグラウンデッドなテキストマイニング・アプローチ．*看護研究*，*49*(1)，25-36.

井上里恵，藤原奈佳子，郷良淳子（2019）．病院に勤務する認定看護師が訪問看護師のケアの質を補完する遠隔看護支援システムの有用性の検証．*日本看護研究学会雑誌*，*42*(2)，195-210.

入江　拓，横井麗子，比嘉勇人（2003）．精神看護実習をおこなう看護学生の眺める「風景」の視覚化：データマイニングとその活用．*聖隷クリストファー大学看護学部紀要*，*11*，35-48.

入江　拓，横井麗子，松本浩幸（2004）．精神看護実習における看護学生への介入に関する一考察：統合失調症および気分障害患者の症状のプロフィールと看護学生の眺める「風景」に焦点をあてて．*聖隷クリストファー大学看護学部紀要*，*12*，1-16.

いとうたけひこ（2013）．【看護研究におけるテキストマイニング（Ⅰ）】テキストマイニングの看護研究における活用．*看護研究*，*46*(5)，475-484.

神原裕子（2014）．新人看護師教育に関わる看護師が認識するリフレクションの効果．*日本看護学教育学会誌*，*23*(3)，47-58.

菅野範子，後藤あや，佐藤恵子，川原礼子，畠山とも子（2019）．がん患者の手術療法の意思決定を支援する外来看護師の認識と実践．*日本プライマリ・ケア連合学会誌*，*42*(2)，78-84.

川端　亮，樋口耕一（2003）．インターネットに対する人々の意識：自由回答の分析から．*大阪大学大学院人間科学研究科紀要*，*29*，162-181.

川端寿美子，藤山トキ（1986）．2年課程におけるKJ法の利用による夏期研修の成果．*看護展望*，*11*(3)，358-364.

喜田昌樹（2006）．アサヒの組織革新の認知的研究：有価証券報告書のテキストマイニング．*組織科学*，*39*(4)，79-92.

喜田昌樹（2008）．*テキストマイニング入門：経営研究での活用法*．1-171，東京：白桃書房．

喜田昌樹（2014）．データマイニングの視点から見たテキストマイニングの三つの利用法．*日本情報経営学会誌*，*35*(1)，4-18.

喜田昌樹（2018）．データサイエンスの中のテキストマイニング．*組織学会大会論文集*，*7*(2)，209-214.

金　明哲（2009）．*テキストデータの統計科学入門*．3-158，東京：岩波書店．

古賀佳代子，木村裕美，西尾美登里，久木原博子（2020）．地域包括支援センター保健師の専門性に関する研究：テキストマイニング分析を用いた内容分析から．*日本農村医学会雑誌*，*68*(5)，634-642.

Kushima, M., Araki, K., Suzuki, M., Araki, S., Nikama, T.（2011）. Text Data Mining of in-patient Nursing Records Within Electronic Medical Records Using KeyGraph. *IAENG International Journal of Computer Science*,*38*(3), 215-224.

Kushima, M., Yamazaki, T., Araki, K.（2019）. Text Data Mining of the Nursing Care Life Log from Electronic Medical Record. *Proceedings of the International MultiConference of Engineers and Computer Scientists 2019*, *2239*, 257-261.

Leech, G.（2007）／池上嘉彦編（2014）．*ロングマン英和辞典*．東京：桐原書店．

李　慧瑛，下髙原理恵，深田あきみ，新橋澄子，緒方光重，上野栄一（2017）．論文表題におけるがん看護研究と対がん政策との関連：テキストマイニングを用いた過去46年間の時代的変遷の分析．*日本看護医療学会雑誌*，*19*(2)，60-71.

李　慧瑛，下髙原理恵，緒方重光（2019）．看護大学生の臨地実習前後におけるクリティカル・シンキング：学習状況との関連とCT使用状況．*医学教育*，*50*(2)，160-168.

李　慧瑛，下髙原理恵，峰　和治，田松裕一，緒方重光（2020）．医学系文献データベース情報を使ったテキストマイニングの将来展望．*情報の科学と技術*，*70*(10)，515-521.

李　政元（2005a）．「茶筌」とEXCELを使って多変量解析用データをつくる．藤井美和，小杉考司，李　政元（編），*福祉・心理・看護のテキストマイニング入門*（pp.76-93）．東京：中央法規出版．

李　政元（2005b）．テキストデータの収集と分析単位．藤井美和，小杉考司，李　政元（編），*福祉・心理・看護のテキストマイニング入門*（pp.30-43）．東京：中央法規出版．

Liamputtong, P.（2010）／木原雅子・木原正博訳（2012）．現代の医学的研究方法：質的・量的方法，ミクストメソッド，*EBP*.（pp.9-10）．東京：メディカル・サイエンス・インターナショナル．

三木佳子，前川厚子，法橋尚宏（2018）．炎症性腸疾患患者の主観的セクシュアルウェルビーイングと属性別にみた特徴：テキストマイニングによる自由回答の分析．*日本看護科学会誌*，*38*，46-55.

三輪のり子，金原京子（2015）．ゆとり世代の看護学生における高齢者観の特徴：「普段みたり聞いたりする像」「将来なりたい像」「将来なりたくない像」「自分にとっての存在」の視点から読み解く．*老年看護学*，*19*(2)，47-57.

武藤雅子，前田ひとみ（2018）．新人看護師のリフレクション支援に向けたプリセプター育成プログラムの検討．*日本看護科学会誌*，*38*，27-36.

中室牧子（2015）．*「学力」の経済学*．85-98，東京：ディスカヴァー・トゥエンティワン．

那須川哲哉，諸橋正幸，長野　徹（1999）．テキストマイニング：膨大な文書データの自動分析による知識発見．*情報処理*，*40*(4)，358-364.

那須川哲哉（2006）．*テキストマイニングを使う技術／作る技術：基礎技術と適用事例から導く本質と活用法*．1-187，東京：東京電機大学出版局．

那須川哲哉（2014）．テキストマイニングとは何か．菰田文男，那須川哲哉（編），*ビッグデータを活かす技術戦略としてのテキストマイニング*（pp.21-37）．東京：中央経済社．

日本学術会議（2005）．日本学術会議協力学術研究団体規程．Retrieved from https://www.scj.go.jp/ja/scj/kisoku/16.pdf（参照2021年10月30日）

日本図書館情報学会用語辞典編集委員会（2020）．*図書館情報学用語辞典*．32-33，東京：丸善出版．

小木しのぶ，天坂格郎（2007）．テキストマイニングの現状と発展性に関する一考察：研究事例を通したText Mining Studioの有効性．*横幹連合コンファレンス予稿集*，*103*.

小木しのぶ（2015）．テキストマイニングの技術と動向．*計算機統計学*，*28*(1)，31-40.

小木しのぶ（2016）．テキストマイニングで行うアンケート分析．*日本計算機統計学会大会論文集*，*30*，45-46.

大隅　昇，横原　東（2004）．テキスト・マイニングが目指すもの：最近の動向，そしていま何を必要とするか．*マーケティングジャーナル*，*23*(3)，4-17.

大谷　尚（2008）．質的研究とは何か：教育テクノロジー研究のいっそうの拡張をめざして．*教育システム情報学会誌*，*25*(3)，340-354.

岡村　純（2004）．質的研究の看護学領域への展開：社会調査方法論の視点から．*沖縄県立看護大学紀要*，*5*，3-15.

大河原知嘉子，森岡典子，柏木聖代，緒方泰子（2019）．東京都の訪問看護事業所における教育・研修の実態と事業所規模との関連：テキストマイニングを用いた混合研究法による分析．*日本プライマリ・ケア連合学会誌*，*42*(2)，85-91.

佐川輝高，岡田ルリ子，青木光子（2004）．学生の看護研究抄録におけるテキストマイニング法の検討．*看護と情報：日本看護協会会誌*，*11*，36-41.

佐藤ひとみ（2009）．自由記載型看護計画に記載された具体策と標準的な看護介入分類との比較：テキストマイニングを用いた検証．*北海道医学雑誌*，*84*(1)，19-28.

瀬畠克之，杉澤廉晴，大滝純司，前沢政次（2001）．質的研究の背景と課題：研究手法としての妥当性をめぐって．*日本公衆衛*

生雑誌, *48*(5), 339-343.
瀬戸口ひとみ, 糸嶺一郎, 町田貴絵, 鈴木英子（2018）. 地域で生活する統合失調症者の病いとの「折り合い」のつけ方：テキストマイニング分析を用いて. *日本健康医学会雑誌*, *27*(3), 266-273.
下平裕之（2019）. 経済学史研究におけるテキストマイニングの導入：その手法と意義を中心に. *経済学史研究*, *61*(1), 104-123.
新村　出（2018）. *広辞苑 第七版*. 東京：岩波書店.
田垣正晋（2009）. 市町村障害者基本計画のニーズ調査の自由記述回答に対するKJ法とテキストマイニングの併用のあり方. *社會問題研究*, *58*, 71-86.
Tajunisha, N., Saravanan, V.（2011）An efficient method to improve the clustering performance for high dimensional data by principal component analysis and modified k-means. *International Journal of Database Management Systems*, *3*(1), 196-205.
髙柳智子（2015）. 回復期脳血管疾患患者の移乗時見守り解除の意思決定方法とそれに対する看護師のとらえ方. *日本看護研究学会雑誌*, *38*(2), 23-32.
武田啓子, 渡邉順子（2012）. 女性看護師の腰痛の有無と身体・心理・社会的姿勢に関連する因子とその様相. *日本看護研究学会雑誌*, *35*(2), 113-122.
田中康雄（2021）. ユニット型・従来型の介護老人福祉施設における介護業務の特徴の差異：施設形態別の介護職員の離職防止対策に向けて. *日本看護福祉学会誌*, *26*(2), 9-18.
田崎勝也（2008）. *社会科学のための文化比較の方法：等価性とDIF分析*. 14-16, 東京：ナカニシヤ出版.
津曲敏郎（1995）. 世界の中の日本語. *言語センター広報 Language Studies*, *3*, 71-76.
内田　治, 川嶋敦子, 磯崎幸子（2012）. *SPSSによるテキストマイニング入門*. 39-43, 東京：オーム社.
薄井嘉子, 中村眞理子, 鈴鹿綾子（2020）. 周術期実習において看護大学生が学んだ倫理的内容. *日本健康医学会雑誌*, *29*(3), 303-308.
山田恵子, 中島美津子（2021）. 看護職が認識する社会的責任を構成する要素. *日本看護学教育学会誌*, *30*(3), 13-25.

［2021年12月 8 日受　　付
2022年 4 月11日採用決定］

General Remark

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(2), 177-199
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220411161

Trends in Nursing Research Using Text Mining in Qualitative Data: Focus on Analysis Methods

Takiko Imai, PhD, RN, PHN, Takahiro Kawabata, RN

Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan

Abstract

This paper (1) presents an overview of Text Mining (TM), (2) describes trends in nursing research (academic papers) using TM, and (3) discusses typical methods of analysis in nursing research using TM. A subject search was performed with Igaku Chou Zasshi (Ichushi Web) using the keyword "text mining," finding 57 academic papers in the nursing literature for analysis. Many academic papers using TM tended to be on "nursing education" and were by university researchers. Questionnaires (free description) were the most common data source, but the samples were small. TM is good for big-data analysis, but the possibility of analyzing a large amount of data was low. The most widely used TM software was KH Coder. The main methods of analysis using TM were reference frequency analysis, relationships between words, and multivariate analysis (especially principal component analysis and cluster analysis), which are core TM analytical methods. In particular, multivariate analysis frequently served as a method for extracting categories. Research on "nursing education" and "nursing management" was considered highly compatible with TM.

Key words

Text Mining, Nursing Research, Analysis Method, Research Trend, Qualitative Research

Correspondence: T. Imai. Email: ti11191@jrchcn.ac.jp

総　説

質的研究における質的データ分析ソフトウエアの活用状況の実態

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 201-212
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220411159

荒木田美香子[1]，豊増佳子[1]，仲野宏子[2]
[1]川崎市立看護大学看護学部，[2]産業医科大学産業保健学部看護学科

要　旨

目的：本論文はコンピュータ支援質的データ分析ソフトウエア（CAQDAS）の使用状況と，使用経験のある研究者の経験を読者に提供することを目的とした。**方法**：CAQDASを使用した質的研究を医中誌WebとJ-STAGEから抽出し，発行年や研究分野を分析した。さらに，CAQDASの使用年数が異なる2名の研究者が体験談を報告した。**結果**：2010～2021年に発行された質的研究からCAQDASを使用した論文を95件抽出した。医学・保健学，教育学，看護学の各15の研究論文がCAQDASを使用しており，「Nvivo」が最も多く使用されていた。2名の研究者は，分析プロセスを記録して保存する機能により解析作業が向上すること，効率的な再分析が可能になり結果の信頼性が向上したと報告した。**結論**：CAQDASは様々な研究分野で使用されており，質的研究の分析作業の効率と信頼性の向上が期待される。

キーワード

質的研究，質的データ分析ソフトウエア，活用状況，分析作業への効果

責任著者：荒木田美香子．Email: arakida-m@kawasaki-nursing-c.ac.jp

はじめに

質的研究方法は看護学のみならず多様な研究分野で実施されている。The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research（Glaser & Strauss, 1967）が発刊され，グラウンデッド・セオリー・アプローチが広く用いられるにつれて，文章をデータとして取り込みコード・カテゴリー化していくための質的データ分析ソフトウエア（CAQDAS：Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software，以下，CAQDAS）の活用が進んでいる（大谷，2014，p.180）。CAQDASには有償・無償のものがあるが，ATLAS.ti, MAXQDA，NVivo, WeftQDAなど多様なものが頒布されている。また，KH Corder，Text Mining Studio等のテキストマイニングのソフトウエアもいくつか公開されている。それに伴い，CAQDASの活用に関する本や活用例，活用方法の紹介も増えてきている（古川，2019；佐藤，2008，pp.47-56；佐藤，2015，pp.81-96）。

しかし，まだCAQDASを使用したことがない研究者としては，CAQDASがどのようなデータを分析するために使われているのかという疑問を抱く。そこで，本稿ではCAQDASを使用した質的研究の分析を行い，CAQDASの活用状況について傾向を確認すること，また，CAQDASを使用した2名の研究者の体験を伝えることで，CAQDASに関する情報を読者に提供することを目的とした。

本稿は，第1部としてCAQDASを使用した質的研究の分析，第2部として研究者の体験談という構成になっている。

Ⅰ．第1部　CAQDASを活用した質的研究の分析

A．リサーチ・クエスチョン

先行研究よりCAQDASを使用した質的研究を抽出し，下記のリサーチ・クエスチョンに基づき，分析を行った。

（1）論文の掲載年によってCAQDASの利用に違いはあるのか
（2）CAQDASはどのような研究分野で活用されているのか
（3）CAQDASはどのような研究方法で活用されているのか
（4）どのようなCAQDASが使用されているのか
（5）どのような資料・データがCAQDASを用いた分析に使われているのか

B．分析対象文献の抽出の手続

医中誌WebとJ-STAGEにおいて文献検索を行った。CAQDASの使用状況がここ数年で増加していることを考慮し，両データベースともに2010年から2021年に掲載・公開されたものを検索対象とした。検索日は2021年10月5日であった。

CAQDASを抽出するための検索語として，当初はqdaを使用していた。MAXQDAやNVivoを抽出できる場合もあったが，NVivoが漏れてしまう場合もあったため，vivoと，解説論文（大谷，2014，pp.177-184）などを参考にatlasも検索語として追加した。

医中誌Webでは，会議録は除いて検索し，「質的」and「qda」で7件，「質的」and「nvivo」で11件，「質的」and「atlas」で6件の文献が該当した。このうち，CAQDAS等の解説記事を扱ったものを除外し，16件を分析対象論文とした。

J-STAGEでは，検索対象を「ジャーナル」として検索したところ，「質的」and「qda」で87件，「質的」and「nvivo」で68件，「質的」and「atlas」で45件が該当した。早期公開の論文も含めた。これらの全文を読みながら，質的データを取り扱った研究を行っている90件を抽出した。両方のデータベースから抽出された11文献を除外して，95件を分析対象論文とした。なお，上記の抽出の際にテキストマイニングソフトウエアであるKH Corderが抽出され，分析対象には含めたが，テキストマイニングは新たな研究分野と考えることができるため，今回はテキストマイニングソフトウエアを検索語に追加しなかった。

これらの文献について，抄録などの文献情報および文献をPDFでダウンロードし，EndNoteに保存した。その後，EndNoteからNVivoに文献情報をインポートし，NVivoにて，上記の（1）～（5）のリサーチ・クエスチョンに基づいて，コーディング作業を行った。研究領域は専門誌名，論文名，筆頭著者の所属などから判断して分類した。分析方法は論文内に記載されている方法に基づいて分類した。例えば現象学的記述研究と記載されている場合は現象学に分類した。また，「コーディングから継続的比較検討によりカテゴリを作成し」というように，分析方法名が記載されていないものは帰納的方法にコーディングした。また，分析方法と研究方法の分類は分離しがたいものもあった。例えば，研究方法については，混合研究法が4件あったが，この場合は混合研究法のうち，質的データの分析方法を記載した。分析に使用したCAQDASについては1件のみ名称が記載されていない論文があった。また，1つの研究でKH CorderとNVivoといったように，複数の分析ソフトを使用している研究が3件あった。

これらのデータを**表1～5**のクロス表にまとめたが，各項目の件数が少ないため，%は表示していない。

C．分析結果

1．年による掲載数の違い（表1）

2010～2013年では2～4件程度であったが，2014年ごろより増加傾向となり，2019年には20件となった。

表1　掲載年と研究領域のクロス集計

N=95

掲載年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	合計
医学・保健学	0	0	0	0	0	3	0	0	2	5	4	1	**15**
栄養学	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**
園芸学	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**
環境学	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**
看護学	1	0	0	1	3	1	1	1	0	4	2	1	**15**
観光学	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**
教育学	1	0	1	1	0	0	1	1	2	5	2	1	**15**
経営学	0	0	1	0	0	3	1	0	0	4	2	0	**11**
言語学	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	**5**
工学	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	**3**
国際関係論	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	**1**
作業療法学	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	**4**
社会学	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	**5**
社会福祉学	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	**4**
情報学	0	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	**5**
心理学	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	**3**
体育・スポーツ学	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	**3**
都市学	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	**1**
保育学	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
合計	**4**	**2**	**3**	**4**	**6**	**11**	**7**	**7**	**8**	**20**	**14**	**9**	**95**

2．研究領域（表1）

多様な研究領域でCAQDASが使用されていた。教育学，医学・保健学，看護学がそれぞれ15件と最も多く，次いで経営学が11件と多かった。

3．研究方法・分析手法（表2・表6）

混合研究法の4件については，1件は帰納的分析とテキストマイニングを実施し，3件は主題分析2件，帰納的分析1件であったため，重複コーディング（5件）した。さらに4件の事例研究（分析方法として帰納的分析3件，事例研究1件）のうち3件を重複コーディングした。テキストマイニングは（4件のうち，帰納的分析1件，内容分析1件，テキストマイニング2件）2件を重複コーディングした。その他に，ライフストーリーを行い帰納的に分析していたものが1件，および演繹的分析と帰納的分析の両方を行っていたものが1件あったため，論文合計数95件に加えて12件を重複コーディングし，合計数が107件となっている。

分析方法としては，帰納的方法が41件と最も多く，次いでグラウンデッド・セオリー・アプローチが18件と多かった。

4．使用されていたCAQDAS

KH CorderとMAXQDAあるいはNVivoを使用している研究が3件あったため，合計数が98件となっている。NVivoが60件と最も多く，次いでMAXQDAが22件で，この2つのCAQDASで83.7％を占めていた。NVivoは2015年以降徐々に増えている傾向にあった。一方，ATLAS.tiとWeftQDAの使用状況は減少傾向にある（表3）。

研究領域とCAQDASとの関係において，NVivoは，医学・保健学では15件中12件，看護学では15件中10件と多かった。教育学ではMAXQDAが8件と最も多く，次いで

表2　掲載年と研究方法・分析方法のクロス集計

掲載年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	合計
GTA	2	0	1	2	1	1	3	1	1	3	2	1	18
KJ法	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	4
M-GTA	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	5
主題分析	0	0	0	0	0	0	2	1	1	3	3	0	10
テキストマイニング	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	5
フレームワークメソッド	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ライフストーリー	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
演繹的分析	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	4
帰納的方法	2	1	1	0	2	6	1	3	4	8	6	7	41
現象学	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3
言説分析	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
混合研究法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
事例研究	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	4
内容分析	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	1	6
合計	4	2	4	4	6	12	7	8	11	20	18	11	107

GTA：グラウンデッド・セオリー・アプローチ
M-GTA：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
＊研究方法と分析方法を重複コーディングしているものがあるため，合計数が107件となっている

表3　掲載年と使用された質的研究分析ソフトウエア

掲載年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	合計
ATLAS.ti	2	1	0	1	2	2	1	1	0	0	0	0	10
KH Corder	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
MAXQDA	1	0	1	1	2	1	2	3	2	6	2	1	22
NVivo	1	0	1	2	2	7	4	3	6	14	12	8	60
QDA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
WeftQDA	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
合計	4	2	3	4	6	11	7	7	9	20	15	10	98

QDA：ソフトウエア名の記載がなかったもの
＊質的研究分析ソフトウエアを複数使用している場合は重複コーディングしているため，合計数は98件となっている

NVivo 7 件と多かった（**表 4**）。

研究方法・分析方法では，帰納的方法41件中26件（63.4%）が，グラウンデッド・セオリー・アプローチ18件中10件（55.6%）がNVivoを使用していた（**表 5**）。

5．分析対象とした資料やデータの種類

95件中，8 件が何らかの定性的データを複数使用して分析を行っていた（**表 6**，**分析資料 2**）。個別インタビューが61件と最も多く，その他にも，アンケートの自由記載等，グループインタビュー，記録物・新聞記事・ネット記事・裁判記録等（新聞記事・記録物）などが分析対象となっていた。

表 4　研究領域と使用された質的研究分析ソフトウエア

研究領域	ATLAS.ti	KH Corder	MAXQDA	NVivo	QDA	WeftQDA	合計
医学・保健学	0	0	3	12	0	0	15
栄養学	0	0	0	1	0	0	1
園芸学	0	1	0	1	0	0	2
環境学	0	0	0	1	0	0	1
看護学	2	0	3	10	0	0	15
観光学	1	0	0	0	0	0	1
教育学	0	0	8	7	0	0	15
経営学	0	0	1	9	1	0	11
言語学	0	1	1	4	0	0	6
工学	1	0	1	1	0	0	3
国際関係論	0	0	0	1	0	0	1
作業療法学	0	1	1	3	0	0	5
社会学	0	0	1	4	0	0	5
社会福祉学	2	0	2	0	0	0	4
情報学	1	0	0	3	0	1	5
心理学	2	0	0	1	0	0	3
体育・スポーツ学	1	0	1	1	0	0	3
都市学	0	0	0	1	0	0	1
保育学	0	0	0	0	0	1	1
合計	10	3	22	60	1	2	98

QDA：ソフトウエア名の記載がなかったもの
＊質的研究分析ソフトウエアを複数使用している場合は重複コーディングしているため，合計数は98件となっている

表 5　研究方法・分析方法と使用された質的研究分析ソフトウエア

研究・分析方法	ATLAS.ti	KH Corder	MAXQDA	NVivo	QDA	WeftQDA	合計
GTA	3	0	4	10	0	1	18
KJ法	1	0	2	1	0	0	4
M-GTA	1	0	2	2	0	0	5
主題分析	0	0	1	9	0	0	10
テキストマイニング	0	3	0	2	0	0	5
フレームワークメソッド	0	0	0	1	0	0	1
ライフストーリー	0	0	0	0	1	0	1
演繹的分析	1	0	2	1	0	0	4
帰納的方法	5	0	9	26	0	1	41
現象学	0	0	0	3	0	0	3
言説分析	0	0	0	1	0	0	1
混合研究法	0	0	1	3	0	0	4
事例研究	0	0	1	3	0	0	4
内容分析	0	0	2	4	0	0	6
合計	11	3	24	66	1	2	107

GTA：グラウンデッド・セオリー・アプローチ
M-GTA：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
＊研究方法と分析方法を重複コーディングしているものがあるため，合計数が107件となっている

表 6　分析対象論文の概要

N=95

論文の表題	掲載年	研究領域	CAQDAS1	CAQDAS2	研究・分析方法 1	研究・分析方法 2	分析資料 1	分析資料 2
1：「ブランド経験」概念の意義と展開：日本的ブランド経験尺度開発に向けて	2016	経営学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
2：2 つの民族的背景を持つ人々の両背景を統合したアイデンティティ	2014	心理学	ATLAS.ti		帰納的		個別インタビュー	
3：A systematic review of the factors affecting the cyclone evacuation decision process in Bangladesh	2016	社会学	NVivo		主題分析		学術論文	
4：Awareness about anaemia and weekly iron-folic acid supplementation (WIFAS) among school-going adolescent girls and parents in East Java and East Nusa Tenggara, Indonesia	2020	栄養学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	グループインタビュー
5：Controlling environmental harm: assessing criminal law enforcement on haze pollution using content analysis of court decisions in Indonesia	2018	環境学	NVivo		内容分析		新聞記事・記録物	
6：Data at risk initiative: Examining and facilitating the scientific process in relation to endangered data	2014	情報学	NVivo		帰納的		グループインタビュー	
7：Development and validation of the acculturative hassles scale for Chinese students (AHSCS): An example of mainland Chinese university students in Hong Kong	2010	心理学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
8：Examining the self-perceived development of cultural intelligence (CQ) in a blended learning environment	2019	教育学	NVivo		テキストマイニング		アンケートの自由記載	
9：Experienced challenges when implementing collaborative robot applications in assembly operations	2021	工学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	新聞記事・記録物
10：Family caregivers' perspectives for the effect of social support on their care burden and quality of life: A mixed-method study in rural and sub-urban central Japan	2019	医学・保健学	NVivo		主題分析		アンケートの自由記載	
11：Fatigue risk management for cabin crew: The importance of company support and sufficient rest for work-life balance—A qualitative study	2020	医学・保健学	NVivo		主題分析		グループインタビュー	
12：O2Oにおける広告コミュニケーションの機能と役割	2015	経営学	NVivo		内容分析		新聞記事・記録物	
13：Perceived barriers and facilitators for return to work among colorectal cancer survivors: Malaysian healthcare professionals experience-A qualitative inquiry	2015	医学・保健学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	
14：Profiling the development of a Japanese EFL Learner's interactional competence: A dynamic assessment of requesting-in-interaction	2018	言語学	NVivo		帰納的	事例研究	個別インタビュー	
15：Psychological characteristics of children at two years after the Great East Japan Earthquake: Analyses of telephone consultation records	2019	医学・保健学	NVivo		テキストマイニング	帰納的	個別インタビュー	
16：Role of Kansei experience for the active use of ICT among the elderly	2013	工学	MAXQDA		M-GTA		個別インタビュー	
17：Self-reported seasonal symptoms and diseases and primary healthcare utilization among rural elderly women in Sylhet District, Bangladesh	2020	医学・保健学	NVivo		主題分析	混合研究法	個別インタビュー	
18：Studying and complying dimensions, indicators and variables related to a happy city	2021	都市学	NVivo		帰納的	混合研究法	アンケートの自由記載	
19：Tasks and prospects of psychiatric occupational therapy in South Korea	2017	作業療法学	NVivo		主題分析		個別インタビュー	
20：The impact of Japanese university students' EFL writing class community on their peer review activities and learning of EFL writing	2021	教育学	NVivo		帰納的		新聞記事・記録物	
21：Toward an ecological systems understanding of motivational dynamics among Japanese learners of English	2017	言語学	NVivo		GTA		アンケートの自由記載	
22：Why businesses give: A case of foundation's long-term disaster relief	2021	社会学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
23：イギリスのECEC政策にみる連続のなかの変革：「漸進的変化」に着目して	2017	社会福祉学	ATLAS.ti		演繹的	帰納的	個別インタビュー	
24：イクメン言説の消費	2015	経営学	QDA		帰納的	ライフストーリー	個別インタビュー	
25：インターネットを活用した異文化間の協働を促す学習環境デザイン：実践共同体の組織化の視座から	2010	教育学	MAXQDA		GTA		新聞記事・記録物	
26：カスタマー・アドボカシー志向尺度の開発	2020	経営学	MAXQDA		帰納的		個別インタビュー	

＊新聞記事・記録物：記録物・新聞記事・ネット記事・裁判記録等

表 6　分析対象論文の概要（続き）

N=95

論文の表題	掲載年	研究領域	CAQDAS1	CAQDAS2	研究・分析方法 1	研究・分析方法 2	分析資料 1	分析資料 2
27：コーディングによる質的解析を用いた予習方法に関する研究：専門英語科目「薬学英語入門」における意識調査	2020	教育学	NVivo		帰納的		アンケートの自由記載	
28：セネガル共和国における農村部女性の自宅分娩の理由	2018	医学・保健学	MAXQDA		主題分析		個別インタビュー	
29：ターゲット型健康増進プログラムに示唆を与える，学業優秀な大学生における健康行動ならびにモバイルヘルスアプリケーションについての捉え方	2019	医学・保健学	NVivo		主題分析		グループインタビュー	
30：チェーン薬局に勤務するエリアマネジャーの経営管理に関する一考察	2019	経営学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	
31：トレイルランニングイベントにおける主催者のリスクマネジメント：質的研究によるリスクとリスク対策の検討	2020	体育・スポーツ学	NVivo		M-GTA		個別インタビュー	
32：ネオリベラリズムの生命力：世界金融危機後のアメリカにみるネオリベラリズムの行為遂行的効果	2017	国際関係論	NVivo		言説分析		学術論文	
33：バングラデシュのシレット地区農村部の高齢者女性を対象とする季節的症状と疾病の自己評価及びプライマリケアの利用	2020	医学・保健学	NVivo		主題分析	混合研究法	個別インタビュー	
34：ユーザーとの共創によるイノベーション：Apple distinguished educator programの事例	2019	経営学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
35：ロールプレイを活用した研修の企画・運営能力向上のための研修効果の検討	2020	看護学	NVivo		帰納的		アンケートの自由記載	
36：育児支援における4コママンガの活用：しつけと虐待の境界に焦点を当てて	2019	看護学	NVivo		内容分析		アンケートの自由記載	
37：栄養（食・口腔機能）・運動・社会参加の包括的フレイルチェックによる高齢者の行動変容に関する質的研究	2018	医学・保健学	NVivo		演繹的		アンケートの自由記載	
38：英国のサイバーセキュリティ戦略 ― 脅威からリスクへの認識変化と組織的対応 ―	2013	情報学	NVivo		GTA		新聞記事・記録物	
39：外国人介護人材の受け入れに関する課題と支援に関する動向：KH coderとMAXQDAを用いた新聞記事の分析から	2021	作業療法学	KH Corder	MAXQDA	テキストマイニング	内容分析	新聞記事・記録物	
40：学校および留学生・日本人学生が直面した留学交流に関する令和2年の課題（4月末から5月にかけてのアンケート調査報告）	2020	教育学	NVivo		テキストマイニング		アンケートの自由記載	
41：学校における多文化教育に資するイギリスの学校主導型教員養成カリキュラム：SCITT（School-centred Initial Teacher Training）の比較ケース分析を通して	2019	教育学	MAXQDA		内容分析		個別インタビュー	
42：学生のプレゼンテーション時における回答困難な質問への対応	2018	教育学	MAXQDA		帰納的		個別インタビュー	
43：学生の満足度の高い臨床実習の実践の在り方：卒業時学生のインタビューから	2020	作業療法学	NVivo		帰納的		グループインタビュー	
44：看護系大学生が認識する教育学習環境のシビリティとインシビリティ：フォーカス・グループインタビューデータの質的分析	2019	看護学	NVivo		帰納的		グループインタビュー	
45：技術者倫理教育における学生の態度変容の研究：第1フェーズの成果から（自由論題）	2012	教育学	MAXQDA		帰納的	事例研究	新聞記事・記録物	
46：教科教育研究者の社会的責任の果たし方：教育学に背景を持たない3名の欧州研究者の多様性と共通性	2019	教育学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
47：教師教育者の成長過程に関する質的研究：TAの経験はアイデンティティ形成にどのように影響を与えるか	2018	教育学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
48：熊本地震で被災した事業場に所属する産業保健専門職の経験からとらえた災害時に必要な産業保健専門職のコンピテンシー	2021	医学・保健学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	
49：経腟触診による骨盤底筋訓練の有用性：褥婦からの評価	2019	看護学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	アンケートの自由記載
50：言語景観のエスノグラフィー：明治神宮の日英語掲示物比較を事例として	2016	言語学	NVivo		KJ法		フィールドワーク	
51：公共図書館における利用者の情報探索行動：インタビュー記録の質的分析による概念と理論の生成	2011	情報学	ATLAS.ti		M-GTA		グループインタビュー	
52：更年期を迎えた女性の月経に対する認識の変化	2016	看護学	NVivo		主題分析		個別インタビュー	

＊新聞記事・記録物：記録物・新聞記事・ネット記事・裁判記録等

表 6　分析対象論文の概要（続き）

N=95

論文の表題	掲載年	研究領域	CAQDAS1	CAQDAS2	研究・分析方法 1	研究・分析方法 2	分析資料 1	分析資料 2
53：高校での反転授業導入の留意点とその手立てに関する研究：日本史での実践を事例として	2019	教育学	MAXQDA		KJ 法		個別インタビュー	
54：高等教育機関に在籍する聴覚障害学生が支援に対する態度を変えた契機	2016	社会福祉学	ATLAS.ti		GTA		個別インタビュー	
55：高齢者介護の現場における介護目標の検討と課題	2010	看護学	ATLAS.ti		帰納的		個別インタビュー	
56：高齢男性の心理が社会的交流に与える影響：質的手法による探究	2015	医学・保健学	MAXQDA		M-GTA		個別インタビュー	
57：国際ボランティアの参加者は活動を通して何を学んでいるのか：実践の共同体を視点として	2016	社会学	MAXQDA		GTA		個別インタビュー	
58：採用1年次の若手教員の図画工作科を含む実技教科授業の導入部における発話の有効性について	2019	教育学	MAXQDA		演繹的		映像等	
59：災害時のメンタルヘルスと自殺予防	2020	医学・保健学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
60：作業療法士養成教育における学生の求めるリメディアル教育：フォーカス・グループ・インタビューによる入学前教育課題の振り返りから	2021	作業療法学	NVivo		帰納的		グループインタビュー	
61：支援学校教師の主体的な行動を促す外部人材との連携に関する研究：テレプレゼンスロボットの活用を事例として	2017	教育学	MAXQDA		KJ 法		個別インタビュー	
62：出産・育児を経験した日本の女性精神科医の,医師として活動するための対処行動とニーズに関する質的研究	2019	医学・保健学	MAXQDA		帰納的		個別インタビュー	
63：初めての出産，育児をしている女性の生きられた体験	2020	看護学	NVivo		現象学		個別インタビュー	
64：助産実習と助産師教育の課題：学士課程助産学生の視点から	2015	看護学	NVivo		現象学		個別インタビュー	
65：小学校教師の体育授業に対するコミットメントを促す要因の質的研究	2013	教育学	NVivo		M-GTA		個別インタビュー	
66：小児期，AYA 期発症がん経験者の初めての就職活動における病気開示の意思決定への影響要因と採用面接担当者の反応	2019	医学・保健学	NVivo		主題分析		個別インタビュー	
67：少子化,過疎化が地方小規模自治体の保育者の成長に与える影響	2012	保育学	WeftQDA		GTA		個別インタビュー	
68：冗長性を活かした大学英語読解授業活動を学習者はどのように捉えているか	2020	言語学	KH Corder	MAXQDA	テキストマイニング 帰納的	混合研究法	新聞記事・記録物	
69：生徒の主体的な言語使用につながる英語授業：質的データ分析から見えてきた本質と課題	2018	言語学	NVivo		帰納的	事例研究	参与観察	記録物
70：静かなる流出：ポスト3.11における日本人高度人材の豪州への移住	2021	社会学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	
71：脊髄損傷者のライフストーリーから見る中途肢体障害者の障害の意味の長期的変化：両価的視点からの検討	2014	心理学	ATLAS.ti		KJ 法		個別インタビュー	
72：組織ルーティン研究における社会物質性の視座：スポーツ・トレーニング組織の比較分析	2019	経営学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	映像 参与観察
73：相互作用プラットフォームを通して価値がどのように生まれるか：中国ネット番組視聴者の「弾幕」利用を事例として	2020	経営学	NVivo		GTA		個別インタビュー	
74：多重課題シミュレーション研修時の看護師の割り込み業務への対処方法の分析	2014	看護学	MAXQDA		演繹的		映像等	
75：体育離れのジェンダー・ポリティクス：当事者へのインタビュー調査から	2019	体育・スポーツ学	MAXQDA		GTA		個別インタビュー	
76：大学図書館における利用者とのコンタクト・ポイント：大学院学生を対象としたインタビュー調査に基づく分析	2015	情報学	NVivo		帰納的		グループインタビュー	
77：大卒新人看護師のリアリティ・ショック：スムーズな移行を促す新たな教育方法の示唆	2014	看護学	NVivo		現象学		個別インタビュー	
78：大腸がん生存者の職場復帰への阻害・促進要因：マレーシアの保健医療従事者についての質的調査	2015	医学・保健学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	
79：中国メディアによる「批判報道」:『南方週末』の事例	2015	社会学	NVivo		帰納的		新聞記事・記録物	

＊新聞記事・記録物：記録物・新聞記事・ネット記事・裁判記録等

表 6　分析対象論文の概要（続き）

N=95

論文の表題	掲載年	研究領域	CAQDAS1	CAQDAS2	研究・分析方法 1	研究・分析方法 2	分析資料 1	分析資料 2
80：電子出版企業の中国市場参入にみるビジネスモデルの組織化 A case study from Japanese e-book venture	2015	経営学	NVivo		事例研究		個別インタビュー	新聞記事・記録物
81：日本の教育システムにおける評価と画一化：MAXQDAを用いた学校教師へのインタビュー分析を通して	2016	教育学	MAXQDA		帰納的		個別インタビュー	
82：日本語学習におけるエンゲージメントの役割	2019	経営学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	
83：日本人住民からみた外国人街の観光地化：群馬県大泉町ブラジル人タウンを例に	2015	観光学	ATLAS.ti		GTA		個別インタビュー	
84：認知システム工学的アプローチによる社会デザイン	2010	工学	ATLAS.ti		帰納的		個別インタビュー	
85：発達障害が疑われる児童生徒に対するスクールソーシャルワーカーの有効な関わりについての調査：スクールソーシャルワーカーへのインタビュー調査の結果と考察	2017	社会福祉学	MAXQDA		帰納的		個別インタビュー	
86：発達障害児の母親の精神面の健康と育児上の気がかりに関する Framework matrix を用いた質的研究	2019	看護学	NVivo		フレームワークメソッド		個別インタビュー	
87：比較分析：グローバルソフトウエアサポート組織の機能別多国籍チームにおける集団意識とダイバーシティ認識	2012	経営学	NVivo		内容分析		個別インタビュー	
88：風景イメージスケッチ手法による日常生活圏内の自然を対象とした風景体験の類型化	2018	園芸学	KH Corder	NVivo	テキストマイニング	帰納的	アンケートの自由記載	
89：複数判定者によるコミュニティ QA の良質回答の判定	2011	情報学	WeftQDA		帰納的		新聞記事・記録物	
90：Seeking a progressive relationship for learning: A theoretical scheme about the continuity of the student-educator relationship in clinical nursing education	2014	看護学	MAXQDA		GTA		個別インタビュー	参与観察
91：ハンセン病回復者の差別体験の語りによる内面化したスティグマ：質的データ分析ソフト NVivo を用いて	2021	看護学	NVivo		帰納的		個別インタビュー	
92：看護専門課程で学ぶ学生の経験学習と仕事の信念に関する質的研究	2017	看護学	MAXQDA		帰納的		個別インタビュー	
93：中年期における運動・スポーツ実施の行動変容ステージに影響を及ぼす要因の質的研究	2015	体育・スポーツ学	ATLAS.ti		帰納的		個別インタビュー	フィールドワーク
94：通所介護による個別機能訓練で行われる情報共有の構造　混合研究法による知見統合	2019	社会福祉学	MAXQDA		帰納的		個別インタビュー	
95：ATLAS.ti による時短の看護職母親にみる仕事と子育ての構造	2013	看護学	ATLAS.ti		GTA		個別インタビュー	

＊新聞記事・記録物：記録物・新聞記事・ネット記事・裁判記録等

D．本調査の限界

今回は対象とした期間に実施された質的研究数が膨大なため，調べきれていない。そのため，質的研究数全体を分母としたときの CAQDAS を使用した研究の割合を検討することはできなかった。また，抽出語として公開されている CAQDAS の名称を網羅できていないため，今回取り上げたソフトウエア以外を使用した研究が抽出できていない可能性がある。

しかしながら，J-STAGE を活用したため，看護や医学以外の CAQDAS の活用状況が明らかになったことは，今後の看護学における質的研究の推進に寄与すると考える。

Ⅱ．第 2 部　CAQDAS を活用した研究者の体験談

質的研究を数多く行い，また複数の CAQDAS の使用経験のある豊増佳子（以下，豊増）と，初めて質的研究を行う際に CAQDAS を使用した仲野宏子（以下，仲野）にそれぞれ体験談を依頼した。両者ともに博士の学位を持つ看護学研究者である。豊増は看護情報学を専門とし，仲野は公衆衛生看護学を専門としている。

A．豊増の体験

1．質的研究の経験

質的データは，口頭データ：対象者の具体的な語り（ナラティブ），視覚データ：観察によって得られるデータや写真，映像によるデータ，記述データ：すでに文章化されている文献・資料や質問紙における自由記述などである（Flick，2009/2011；寺下，2011，p.413）。豊増は，これらほとんどの種類の質的データを分析する研究を経験してきた。

記述データとしては，集中治療室実習の導入や早期体験

学習に関する質問紙調査，看護師の夜勤体制に関わる質問紙調査，医療への患者参加を促進する情報提供，カルテ開示に関わる質問紙調査，遠隔看護に関わる質問紙調査などで，その自由記述データを分析してきた。また，看護管理教育のカリキュラム開発のための現行のカリキュラムデータの収集や，e-learningを実施している米国の看護系大学院のWeb上にある教育内容等の記述データの収集と分析を行った。その他，先行論文や資料等のような記述データは，研究を行う背景として研究課題やリサーチ・クエスチョンを明確化するためにも整理・分析する必要があるが，これらも質的なデータの一種として捉え，分析してきた。口頭データとしては，新人看護師の卒業後早期の職場体験における語りのデータからの職場風土分析や，在宅緩和ケアのための遠隔医療体験者へのインタビュー，Ⅰ型糖尿病患者の携帯情報端末機器を利用したケアサポートシステム開発のためのニーズアセスメント，ゲームを使ったⅠ型糖尿病患者の学習体験に対するインタビュー，地域包括支援センターの情報通信技術活用に向けたニーズに関わるグループインタビュー，看護学実習におけるコミュニケーション科目の知識転移や学習に関するインタビュー，遠隔看護に関するインタビューなどの収集・分析を行ってきた。視覚データとしては，多重課題シミュレーション研修時の看護師の割り込み業務への対処場面の言動をビデオで撮影し，データを収集し分析した。

以上のように，豊増の過去の研究目的や質的データの種類は様々である。その様々な質的データをどのような哲学的な立ち位置で分析するのか，研究目的達成のための分析手法や客観性・妥当性の担保方法に悩みながらではあるが，質的研究に関する学びも深めつつ取り組んできた。1990年前後の研究を始めた早期には，まだノート等に手書きしたデータを１人で分析し作業した。KJ法を援用するようになってからは黒板・白板や模造紙を使って研究メンバーと合宿して分析するなどした。今ほど簡単に写真や動画撮影ができない時代で，分析の経過や結果そのものの保管も困難だったため，短期間に集中して分析する必要があったからだ。付箋紙が安価に入手できるようになるまでは，手書き作業でのカテゴリ抽出，カテゴリ間の関係性の再分析や再整理は困難で，その分析の根拠や証拠を残すことも難しかった。しかし今では，アナログデータからデジタルデータに移行する中で，コード表作成や分析の成果報告にMicrosoft社のExcelやWordの利用は欠かせないが，テキスト分析の今までの様々な苦労を解決しサポートしてくれる日本語対応のCAQDASが登場してきた。豊増がCAQDASを活用するようになった主な理由は，質的データ分析上の客観性・妥当性の担保であり，研究結果の報告までの効率化・迅速化への期待である。

２．CAQDASの活用と他ツールの援用

豊増は，CAQDASがまだ存在しなかった，またはその存在を知らなかったころには，質的データの分析に自分の主観が見え隠れして自信が持てずにいた。分析の根拠となる方法を探していたことからテキスト分析そのものにも興味を持つようになった。当時はテキストマイニングツールもまだ高価だったため，無料の茶筅（形態素解析ツール）を使い，頻出語を可視化できただけでも興奮したのを思い出す。最近ではテキストマイニングの無料ツールも提供され始め，形態素解析だけでなく単語や助詞を含む文節やテキスト間の関係性の可視化や図式化も可能である。このような他の分析の思考過程を付加することで，コード化やカテゴリ分析の過程における客観性をより高められる可能性も感じるようになった。

CAQDASを豊増が初めて活用したのは，インタビューの口頭データの分析時だった。当時のCAQDASは今ほど多くの機能を有してはいなかったが，豊増もすべての機能を使いこなせてはいなかった。そのため，CAQDASを活用する豊増の主軸は，素データをソフトウエアに落とし込み，分析したコードやカテゴリの根拠づけと分析過程の記録に置かれていた。しかし，分析プロセスを記録・保存して効率的に再分析を可能にするCAQDASの根幹部分の機能は，豊増の分析結果への自信を高めた。さらに豊増は当時，CAQDASのみでなくテキストマイニングツールも別に援用し，より客観的で再現可能な分析を目指して，分析結果の確認を続けていた。データを別ツールで俯瞰することによってキーワードの見落としを防ぎ，頻出語の意味，主語・述語の意味の分析も目指して，複合的な分析を心がけるためである。ただ最近のCAQDASには，テキストマイニングのような機能なども付加され，大きく発展してきている。豊増が過去に行ってきたように，コード化やカテゴリの分析結果を，他ツールの分析結果も併用して簡便に見直すことが可能になってきた。

最近では，写真や動画データもCAQDAS内に直接取り込むことができ，CAQDAS内に取り込んだ会話などの音声データをテキスト化するサービスも併せて利用できるようになった。豊増が過去にビデオデータを分析していたころは，ビデオデータの読み取りツールを使って動画場面を見ながら言動をテキスト化したうえで，CAQDASでそのテキストを読み込んで分析・記録を行うなど，ツールを段階的・複合的に活用していた。その当時を考えるとCAQDASは劇的に進歩しており，多機能を有した分析・記録ツールを活用することで，分析の効率化や質向上もより期待できるようになった。それゆえ研究者としては，大きく進歩したツールの多くの機能の意味や分析のアルゴリズムを不明・曖昧なままに放置せず，研究の結果や考察の

根拠不足にならないよう注意しながら活用することが肝要である。

B．仲野の体験

1．Nvivoで質的研究に取り組むきっかけ

博士論文では，プロダクティブな活動を行っている地域住民が実感している疲労に関連する要因や，蓄積的疲労状態に至るプロセスの検討を目的に，フォーカスグループインタビューを実施した。質的研究初心者の仲野にとって，分析のハードルは高く，期限内に分析結果をまとめることができるのかとても不安だった。

調査の準備をしている時期に，指導教員から大学院生にNVivoの紹介があった。仲野は自分でも活用できそうだという期待から，CAQDASにすがるような思いでNVivoを購入した。その後は取り扱い業者が主催する研修会に参加した。受講者は，仲野のように初めてNVivoを使う人や数年来使いこなしている人など，使用歴や研究分野が様々であった。研修では，初歩的なことから応用まで学ぶことができた。

2．CAQDASを使用したことによるメリット

a．インタビューデータのインストールが容易だった

インタビュー実施後の逐語録を見て，いよいよ分析を始める状況になったと感じ，もう引き返せないことを実感した。時間もないため，とにかく分析に取り込んで，まずはNVivoを使ってみるという時間との闘いともいえる状況だった。データは，研修で学んだ通りの手順を踏めば初心者でもスムーズに取り込むことができた。それは，発言者ごとに見出しを振っておくなど，ソフトウエアに取り込むうえでのちょっとしたコツを研修でつかんでいたことがポイントだったと思う。無駄な時間をかけることなくスムーズに前に進むことができた。

b．インタビューデータの分析中に生データに戻ることができた

分析では，切片化したインタビューデータをNVivoでノードといわれる箱に保存し，その後コーディング作業を行った。切片化，コード化も1人で行うのは初めてだったが，漏れや間違いがないかを何度も指導教員と確認した。その際にも，NVivoの画面上では，ワンクリックでインタビューデータに戻れるため，作業がスムーズに行えた。また，NVivoのコーディングストライプ機能では，インタビューデータとコーディング箇所が並べて示される。インタビューデータを見ながら，該当箇所のコーディングが視覚的に示されることは，分析の漏れや間違いを防ぐことにつながった。

c．少数意見も見落とさずに分析ができる

1つの画面上で，インタビュー本文とコーディング画面の確認がスムーズに行えることは，分析上の見落としを防ぐだけでなく，少数意見の見落としも減らせることにつながると感じた。

d．インタビューデータの上書きや切り取りの心配がない

分析中にNVivoにインタビューデータを取り込んだ後は，インタビューデータそのものを切り取りや上書きなどで加工することはなく，強調表示などすべての作業がNVivo上で可能となる。インタビューデータが当初のままの状態で保管されることで，データが消えるというリスクがなくなり，安心して作業ができた。また，仲野はNVivoの自動保存機能を利用していたため，分析結果を保存し損なうというリスクもなく，データ管理上も安心して分析に集中できた。

e．抽出したコード，カテゴリを本文に添付するのが容易だった

論文作成時にカテゴリ表の掲載が必要な場合は，従来のようにエクセルで作表する作業は不要で，NVivoではワンクリックでエクセルの作表ができた。また，論文へのインタビューデータの掲載時も，カテゴリ表とインタビューデータの画面との行き来が簡単にできることから，インタビューデータを本文に記載する際の時間短縮につながった。

f．抽出したリファレンスの数が自動的に示される

NVivoではコード，カテゴリの抽出過程において抽出したリファレンスの数が自動的にカウントされる。リファレンスの数が自動的に示されることは，分析の全体像を把握することにもつながり，分析作業中は心強かった。

g．階層化が簡単に行える

カテゴリの階層化作業においても，ドラッグすることで統合され，またそれを修正することもワンクリックで簡単にできた。

このように，分析に必要な作業が一つのCAQDASの中でスムーズに行えたことで，分析に集中でき作業の効率化につながったのだと考えられる。カテゴリとインタビュー本文をワンクリックで確認できることは，確実な分析につながり，かつ時間短縮にもつながることが大きな強みであるといえる。

結語：CAQDASの活用に向けて

今回，質的研究におけるCAQDASの使用状況を調査して，まず，多様な研究領域で多くの質的研究が行われ，その研究方法・分析方法も多様であることが分かった。看護学では質的研究が大きな研究領域となっている

ため，看護学でのCAQDASの使用が多いと予想していたが，教育学での使用が先行していた。また，医学・保健学では2015年以降に増加し，結果的に最も多くなっていた。CAQDASを使用した研究の増加はソフトウエア自体の改良，解説論文の存在（萱間，2019a，pp.128-138；萱間，2019b，pp.216-224；萱間・杉浦，2019，pp.380-388；萱間，2020，pp.208-219），取り扱い業者や研究会（質的データ分析研究会）による使用方法の研修会の開催，大学院で研究指導をしている教員の存在，使用した研究者の効果の実感等が関係していると考えられる。

時代はアナログからデジタルに大きく変化しているが，科学的研究においても量的に測定できない事象は多く存在する。研究目的に応じて客観的な質的データ分析を目指すためには，CAQDASを活用しての研究の効率化や質保証への期待は高い。今後，看護学が発展するためには，研究の迅速な発表と活用は欠かせないため，分析アルゴリズムがより明確で使い勝手の良いCAQDASの発展を望んでいる。

謝　辞

本稿をまとめるにあたり，多くのアドバイスとご支援をくださいました藤田千春氏に感謝申し上げます。

利益相反の開示

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。

著者貢献度

すべての著者は，本稿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

Flick.U.（2009）／小田博志監訳（2011）．［新版］質的研究入門：〈人間の科学〉のための方法論．東京：春秋社．

古川亮子（2019）．看護研究のためのNVivo入門．東京：新曜社．

Glaser, B.G., Strauss, A.L.（1967）. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Chicago: Aldine Publishing.

萱間真美（2019a）．インタビューデータ分析の質向上のためのNVivo活用術・1 NVivoの概要とデータを取り込む作業まで．*看護研究*，*52*(2)，128-138.

萱間真美（2019b）．インタビューデータ分析の質向上のためのNVivo活用術・2 発言者別のデータからカテゴリを生成する．*看護研究*，*52*(3)，216-224.

萱間真美，杉浦寛奈（2019）．インタビューデータ分析の質向上のためのNVivo活用術・3 概念間の関連の分析を深めてコアカテゴリをつくる．*看護研究*，*52*(5)，380-388.

萱間真美（2020），インタビューデータ分析の質向上のためのNVivo活用術 4 NVivoを活用した文献検討：文献整理ソフト「EndNote」との連携で論文執筆に活かす．*看護研究*，*53*(3)，208-219.

大谷順子（2014）．質的アプローチを用いた研究手法：健康教育分野への適用．*日本健康教育学会誌*，*22*(2)，177-184.

佐藤郁哉（2008）．*実践 質的データ分析入門：QDAソフトを活用する*．47-56，東京：新曜社．

佐藤郁哉（2015）．質的データ分析の基本原理とQDAソフトウエアの可能性．*日本労働研究雑誌*，*57*(12)，81-96.

寺下貴美（2011）．第7回　質的研究方法論：質的データを科学的に分析するために．*日本放射線技術学会雑誌*，*67*(4)，413-417.

［2021年12月5日受　　付
2022年4月11日採用決定］

General Remark

Usage Status of Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software in Qualitative Research

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, *45*(2), 201-212
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220411159

Mikako Arakida, PhD, RN, PHN[1],
Keiko Toyomasu, MSN, RN, PHN[1],
Hiroko Nakano, PhD, RN, PHN[2]

[1]Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan
[2]University of Occupational and Environmental Health, Fukuoka, Japan

Abstract

Objective: This article aimed to provide readers with information regarding the usage status of Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS) and the experience of researchers with this software. **Methods:** Papers regarding the usage status of CAQDAS were extracted from Ichushi Web and J-STAGR. Then, the year of publication and research fields were analyzed. Additionally, two researchers with different years of CAQDAS usage reported their experiences. **Results:** A total of 95 papers using CAQDAS were extracted from qualitative studies published from 2010 to 2021. There were 15 research articles each pertaining to medicine/health science, business administration, and nursing. "NVivo" was the most used CAQDAS. Researchers with more experience in qualitative research stated that the ability to note and store analytical processes (the core function of CAQDAS) enabled efficient reanalysis, thereby increasing the reliability and accuracy of the results. Researchers with less experience also felt that the smooth analysis promoted and improved work efficiency. **Conclusions:** CAQDAS has been used in various research fields. Its utilization is expected to increase the efficiency and reliability of analytical works in the qualitative research field.

Key words

Qualitative Research, CAQDAS, Actual Conditions of the Utilization, Effect on analytical work

Correspondence: M. Arakida. Email: arakida-m@kawasaki-nursing-c.ac.jp

研 究 論 文

・原　　著
・研究報告
・技術・実践報告
・総　　説
・資料・その他

原　著

療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセス

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 215-229
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210608157

坂井真愛[1]，伊東美佐江[2]，山本加奈子[3]
[1]淀川キリスト教病院看護部，[2]山口大学大学院医学系研究科保健学専攻
[3]川崎医療福祉大学

要　旨

目的：療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が，家で自分が看る意味を見出していくプロセスを明らかにする。**方法**：同意の得られた13名に半構造化面接を行い，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。**結果**：本プロセスは，家族の【なんとなくの看るづもり】が，医師からの【療養場所の移行宣告】を受け，〈家で自分が看る思いの巡らせ〉に変化し，【サポート家族の後押し】と〈プロスタッフの周り固め〉により，【看るぞスイッチオン】に至った。【看るぞスイッチオン】した家族は，〈頑張りすぎないペースを見出（す）〉していき，〈サポート家族の後ろ盾〉や〈プロスタッフの伴走〉により，最終的に〈難儀の中の幸せ感〉に至った。すべての変化には〈家族の絆〉が基盤にあった。**結論**：看護師は，家で自分が看る思いを巡らせる家族の葛藤を理解し，専門職者間で共有し絶え間ない安心感を提供していくことが必要である。

キーワード

がん患者，家族，療養場所の移行，看る意味，意思決定

責任著者：坂井真愛．Email: s.manamana@gmail.com

緒　言

わが国において，2018年のがん死亡数は37万人を超えており，1981年に死因の第１位となり，増加を続けている（国立がん研究センター，2017）。高齢になるほど死亡数と罹患数ともに高く，がん診療拠点病院におけるがん登録患者の施設別平均年齢も2009年の67.2歳から2015年は68.5歳へと2009年以降徐々に高くなっており，高齢化が進んでいる。2007年にがん対策推進基本計画が策定され，がん患者を含めた国民が，様々ながんの病態に応じて，安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して，2017年から「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」を全体目標として設定している（厚生労働省，2018）。また，2014年の診療報酬改定で，重点課題として，「医療機関の機能分化・強化と連携」「在宅医療の充実」を挙げている（厚生労働省保険局医療課，2014）。急性期から亜急性期，回復期等まで，患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう，急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し，入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに，受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要があると述べている。そのなかで，がん終末期患者は，患者本人に残された時間が限られているため，時機を逸することなく，療養体制を整えることが重要である（渡邉・佐藤・眞嶋，2015）。がん終末期患者の療養場所の決定には，患者の意向表出と家族からの意向表出が関連しており（松原，2017），療養場所をどこに決定するかは本人だけではなく，家族の意向も重要となる。

家族は患者の希望を叶えたいが，自分たちだけで家に連れて帰ることを負担に感じており（吉岡・加藤・吾郷，2017），がん患者の家族は生活とのバランス，患者の希望，家族の看病できる力を考えながら，療養場所を決定している（柳原，2008）。療養場所の選択における意思決定は，患者の意思と家族の意思が相互に関連しあい，その力動で決定される（東・永木・吉本・河崎，1997）。療養場所をどこにするべきか意思決定を迫られた際に，患者だけでなく家族も複雑な思いを抱え，自分が看るという責任を感じながら選択を考えており，患者とともに家族に対する適切な支援も求められている。

また，加利川・小河（2013）は，積極的治療をしている

がん患者が，治療目的を治癒以外の方向に転換していく時期での療養場所の移行の際に，家族との意向の相違があると，支援する看護師が困難を抱くことを指摘している。そこで，療養場所の移行に際して，患者と家族の相互関係を明らかとし，患者と家族が納得した意思決定支援の示唆を得ることは喫緊の課題であると考える。しかし，家族が患者や医療者などとの相互作用の中で，経験や思いをどのように変化させながら療養場所の決定に至り，在宅療養を継続しているのか，家族の視点からは明らかとなっていない。

以上のことから，高齢がん患者の家族が療養場所の移行を迫られた際に，家族が抱く思いや不安，体験している他者とのやりとりなどを通して，在宅療養を決定し，在宅療養の意味を見出していく現象を明らかにする必要がある。

Ⅰ．研究目的

病院から療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が，在宅療養を決定し，家で自分が看る意味を見出していくプロセスを明らかにすることを，研究目的とする。

Ⅱ．研究方法

A．用語の定義

1．家で自分が看る意味

高齢がん患者の家族が，家で自分が患者をケアする理由や経験を通して得られる価値とした。

2．サポート家族

患者や研究参加者（以下，参加者とする）と血縁関係にあり，本研究の参加者とともに患者を支える存在である家族とし，参加者である家族と区別するための定義とした。

B．研究デザイン

質的因子探索的研究

C．研究参加者

在宅療養している高齢がん患者の家族で，参加者の選定基準は以下の通りである。

1．患者と同居しており，患者の病院から療養場所の移行に関する意思決定に参加している家族
2．自分の身の回りのことはすべて可能だが軽い家事ができない状態から全く動けないベッド上での療養が想定される患者であり，訪問看護または訪問診療を受けている患者の家族
3．研究参加時，病院から在宅へ移行した65歳以上のがん患者の家族
4．日常的な会話が可能な方

D．データ収集方法

訪問看護ステーション，及び訪問診療をしている医院から，研究に協力及び同意が得られた16施設に参加者の紹介を依頼した。

在宅療養している高齢がん患者の家族に対して，インタビューガイドに基づいて半構成的面接を実施した。主な質問は，「医師から退院について説明をされたとき，どのような療養場所を考えましたか」「療養場所の選択を迫られた時点から在宅療養に決定した時点までの経過や思いは何ですか」であり，基本的には話の流れを壊さないよう自由に語っていただいた。面接時間は一人あたり60分程度とし，一人1回のみ実施した。面接内容は参加者の同意を得てICレコーダーに録音し，逐語録を作成した。また患者・参加者の年齢，患者・参加者の性別，患者と参加者の関係，同居の有無，就業の有無を質問紙で記入していただいた。データ収集期間は，2017年3月～同年10月であった。

E．データ分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（木下，2020；木下，2003）（Modified Grounded Theory Approach：以下，M-GTA）を用いて行った。M-GTAに適した研究領域は，人間と人間とが直接的にやりとりをする社会的相互作用に関わる領域，ヒューマンサービス領域が適切であり，研究対象とする現象がプロセス的特性を持っていることである。本研究は，患者や他の家族，医師や看護師との直接的なやりとりである社会的相互作用があり，家族が療養場所の移行を迫られた時点から，家で自分が看る意味を見出していくことに至るまでのプロセス的特性があることから，M-GTAが適切であると判断した。

具体的な分析手順としては，録音した面接データから逐語録を作成し，分析テーマを「療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセス」とし，分析焦点者を「病院から在宅に移行した高齢がん患者の家族」とした。データ量の豊富な事例から分析を開始した。分析テーマと分析焦点者に照らして，データの関連箇所に着目し，それを一つの具体例（ヴァリエーション）とし，かつ，他の類似具体例をも説明できると考えられる，説明概念を生成した。概念を生成する際，概念名，定義，ヴァリエーション，理論的メモから成る分析ワークシートを作成した。新たな概念を生成し，分析ワークシートは個々の概念ごとに作成した。新たな概念を生成することと同時並行で，分析ワークシートのヴァリ

エーション欄に追加記入しながら分析を進めた。データから新たな概念が生成されないと判断するまで継続的比較分析を行なった。概念とカテゴリーの関係から分析結果をまとめ，結果図ならびにそれを簡潔に文章化したストーリーラインを作成した。

F．信憑性と確実性の確保

データの分析過程において，看護系教員で質的研究の経験もある研究者から継続的にスーパーバイズを受け，分析結果の信憑性の確保に努めた。また，M-GTAの分析手法にそって分析ワークシートを用いて，概念の成立過程及び，分析過程を明らかにし，定期的にM-GTAを用いた質的研究に精通した研究者からスーパーバイズを受けることで確実性の確保に努めた。

G．倫理的配慮

本研究は，川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号16-092）。参加者に対して，同意説明書を用いて，文書と口頭で研究趣旨や方法，目的，面接調査後のデータの取り扱いについて説明を行った。また，研究協力は自由意思であり，一旦研究に同意した後でも撤回可能であること，断っても不利益がないことを説明し，調査協力を依頼した。得られたデータは，情報の保護に努め，研究目的以外では使用しないこと，個人が特定されない形で学会や論文等に公表すること，回収した調査用紙を研究終了後破棄すること，また，施設スタッフへも個人が特定されるデータが漏洩されないことを説明し同意を得た。インタビューは参加者の意見を尊重し，実施日時・場所及び時間等を設定し，プライバシーを保護できる場所を確保した。インタビュー内容をICレコーダーに録音させていただく際には，個人情報を漏洩しないことを説明したうえで同意を得た。データは匿名化しパスワード管理したUSBメモリに保存し，個人が特定されないように配慮した。

Ⅲ．結　　果

A．参加者と患者の概要

訪問看護ステーション及び訪問診療を行っている医療機関に研究への参加者紹介を依頼し，協力が得られた16施設のうち，10施設から参加者13名の紹介を受けた。事前に協力施設から参加者に研究の説明を行い，内諾が得られた後，紹介を受けた。紹介を受けた13名に同意を得て面接を実施した。

本研究の参加者と患者の概要を**表1**に示す。参加者の年齢は40代後半から80代前半で，平均年齢は68.0歳（標準偏差11.3歳）であった。性別は男性5名，女性8名であった。患者との関係は妻6名，夫3名，長男2名，長女2名であった。患者の年齢は60代～90代で平均年齢は75.8歳（標準偏差7.9歳）であった。

表1　参加者と患者の概要

参加者						患者			
ID	年齢	性別	患者との関係	参加者との同居者	就業の有無	年齢	性別	疾患	面接時点での在宅療養期間
A	60歳代	女性	妻	子	なし	60歳代	男性	口腔底がん	1年
B	60歳代	女性	妻	なし	あり	70歳代	男性	下咽頭がん 肺転移	1年
C	50歳代	男性	長男	配偶者，子	なし	70歳代	女性	乳がん	3年
D	80歳代	女性	妻	なし	なし	80歳代	男性	尿管腫瘍 膀胱がん	5か月
E	60歳代	女性	長女	配偶者，子	なし	90歳代	男性	肺がん	1か月未満
F	80歳代	男性	夫	なし	なし	70歳代	女性	大腸がん 肝転移 肺転移	1か月未満
G	70歳代	女性	妻	なし	なし	70歳代	男性	口腔底がん	1か月
H	60歳代	男性	夫	子	あり	60歳代	女性	乳がん	1か月未満
I	60歳代	女性	妻	なし	あり	60歳代	男性	前立腺がん	1年
J	50歳代	女性	長女	配偶者，子	あり	80歳代	男性	肺がん	1か月未満
K	80歳代	男性	夫	なし	なし	80歳代	女性	膵臓がん 肝転移	1か月未満
L	40歳代	男性	長男	配偶者，子	あり	70歳代	女性	乳がん 骨転移 肺転移	1か月未満
M	70歳代	女性	妻	子	なし	70歳代	男性	脳の悪性リンパ種	1か月未満

B．全体像としてのストーリーライン

分析の結果，34の概念が生成され，5つのサブカテゴリーと8つのカテゴリーを抽出した。カテゴリーは〈　〉，サブカテゴリーは《　》，概念は【　】を用いて表記した。なお，各概念の定義は**表2**に示す。

療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセスは，【なんとなくの看るづもり】，〈家で自分が看る思いの巡らせ〉，【看るぞスイッチオン】，〈頑張りすぎないペースを見出す〉，〈難儀の

表2　カテゴリー・概念・定義の一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
		なんとなくの看るづもり	何かあったときは自分が看るという思いを持っていること
		療養場所の移行宣告	医師から療養先の移行を告げられること
家で自分が看る思いの巡らせ	自分が看る意識化	帰りたい気持ちの重んじ	患者の家に帰りたいという思いを尊重すること
		命の先の実感	段々と最期のときが近いことを実感すること
		感謝のお返し	これまで患者にしてきてもらったことに感謝して，お返ししたいと思うこと
		できる限りの協力	患者の希望を叶えるために，できる限りの協力をすること
	決めきれない家で看る思い	なんとかなるさ感	自分でなんとか家で看ることができるだろうと思うこと
		24時間看る気がかり	自分が24時間そばにいて，看ることができるか気がかりであること
		自分が対処できない不安	何が起こるかわからない状況に，対処できないのではないかと不安であること
		看れるバロメーター	患者の状態の変化によって家に帰れるかどうか判断すること
病院の制約		病院にいる気の毒さ	病院という普段とは違う場所にいる患者のことを気の毒に思うこと
		病院にいられない	今いる病院にはずっとはいられないのだと思うこと
		サポート家族の後押し	自分が看ると決めたことに，サポート家族が同意してくれること
		看るぞスイッチオン	他に任せるのではなく，患者は家で自分が看るぞと決意すること
頑張りすぎないペースを見出す	ベクトル合わせ	サポート家族との歯車のかみ合い	サポート家族との段取りが安定していくこと
		本人とのリズム合わせ	患者と生活のリズムや頑張る気持ちのリズムを合わせること
		できないこと委託	自分でできないことは周りの人に頼むこと
		ペースの段取れなさ	患者の行動の段取りができず，思った通りの動きができないこと
サポート家族の後ろ盾		一人じゃない安心感	サポート家族が自分を支えてくれることで，患者を看ていることは自分だけではないと安心すること
		サポート家族の理解のありがたさ	家で看ることをサポート家族が理解してくれたことに感謝すること
難儀の中の幸せ感	日々の幸せ感	ホッとするひととき	日々の過ごしの中に幸せを感じ，心がやすらぐこと
		心の通い合い	家に帰った患者の様子を見に来てくれる友人や親戚とつながること
		“ありがとう”の好循環	患者の“ありがとう”に疲れが取れ，自分もしてあげようという思いが起こること
	生活の難儀	普段がたいへん	患者にとっては普段通りのことが，たいへんだと思うこと
		つらさの同化	患者のつらい姿を見ると，自分もつらくなること
		秘めたはがゆさ	誰にも言えないはがゆさを感じること
プロスタッフの周り固め		在宅医療の知らせ	在宅でも医療が受けられることを聞き，在宅医療の存在を知ること
		お任せ準備	家に帰る準備を専門分野にお任せすること
		汲み取りサポート	患者や自分の気持ちを汲み取ってくれること
プロスタッフの伴走		ナースホットライン	訪問看護師に連絡したら，いつでもすぐに来てくれることにホッとすること
		いつでもの受け皿	患者や自分のことを分かってくれている医師や看護師がいつでも病院で受け入れてくれることによる安心感
		生活理解者の存在	訪問看護師は生活を分かったうえで，話し合って決められる存在であること
家族の絆		苦楽の共有	楽しいことや苦しいことの経験を共有すること
		信頼の積み重ね	患者と苦楽を共にしてきた経験から信頼が積み重なっていくこと

斜字：カテゴリーと同等の説明力を持つ概念

中の幸せ感〉の5つの段階と〈家族の絆〉が基盤にあることが明らかとなり，カテゴリー，サブカテゴリー，概念間の関連について図式化した結果図（**図1**）と以下に示すストーリーラインを作成した。

家族の【なんとなくの看るづもり】は，医師からの【療養場所の移行宣告】を受け，〈家で自分が看る思いの巡らせ〉に変化する。なお，〈家で自分が看る思いの巡らせ〉の中の《自分が看る意識化》は〈病院の制約〉から影響を受けており，さらに《決めきれない家で看る思い》と影響し合っている。そして，【サポート家族の後押し】と〈プロスタッフの周り固め〉に影響を受け，【看るぞスイッチオン】に至る。

【看るぞスイッチオン】は〈サポート家族の後ろ盾〉の影響がある中で，〈頑張りすぎないペースを見出す〉に変化していく。そして，〈サポート家族の後ろ盾〉や〈プロスタッフの伴走〉からの影響を受け，最終的に〈難儀の中の幸せ感〉に至っていた。

これらの変化には継続的な〈家族の絆〉が基盤にあり，影響を与えている。また，〈プロスタッフの周り固め〉は時間を経て〈プロスタッフの伴走〉へ移行し，《決めきれない家で看る思い》から〈難儀の中の幸せ感〉までの変化に影響している。

C．プロセスを構成する要素

分析の結果を図式化した結果図（**図1**）に沿って，構成要素であるカテゴリー，サブカテゴリー，概念を【なんとなくの看るづもり】，〈家で自分が看る思いの巡らせ〉，【看るぞスイッチオン】，〈頑張りすぎないペースを見出す〉，〈難儀の中の幸せ感〉，〈家族の絆〉の項目に沿って説明する。なお，概念を生成する根拠となった語りを「*斜字体文字*」で示し，語りの中で核となる部分を下線で示す。（アルファベット）は参加者とした。

1．【なんとなくの看るづもり】

【なんとなくの看るづもり】は，「*うーん，その何かあったら看ていこうって。一生懸命走るしかないかなって*」（L）のように療養場所の決定という経験をする以前から家族が持っている思いであり，〈家族の絆〉から形成された。

2．〈家で自分が看る思いの巡らせ〉

〈家で自分が看る思いの巡らせ〉は，【療養場所の移行宣告】によって，【なんとなくの看るづもり】から変化していた。

〈家で自分が看る思いの巡らせ〉は，《自分が看る意識化》と《決めきれない家で看る思い》という2つのサブカテゴリーから構成される。家族は，《自分が看る意識化》と《決めきれない家で看る思い》を巡らせており，互いに影響し合っていた。患者には帰りたいという気持ちがあるために，家族は家という療養場所を考え自分が看ることを意識する。そして，家で看ることができるかどうかを考えるときには，家族の看たい気持ちと看ることができるかどうかわからないという気持ちの葛藤がありながら，思いを巡らせていた。

a．《自分が看る意識化》

《自分が看る意識化》は，【命の先の実感】【感謝のお返し】【帰りたい気持ちの重んじ】【できる限りの協力】という4つの概念から構成される。「*食事はできない，トイレはオムツになっていく。そうすると段々とまあ，先が見えてくるようになるが。もういっぺんは家に連れて帰って，私ができるまで，範疇まで家におらして*」（F）のように，患者の命の先を実感することで，家族は「*夫婦じゃもんな。やから，それのお返しをしてやりたいと思ってね。家連れて帰るいうことはね，他の理由はないわけよ*」（F）と患者への感謝の気持ちを持ち，患者の帰りたいという希望を尊重し，自分たちのできる限りのことはしてあげたいという思いから，自分が看ることを意識していた。「*やっぱりどうしても病院に入ると，家に帰りたい帰りたいっていうと，あーそうだよなー，やっぱり家が一番だよな，私がそうなってもきっとそうだよなって思うと，できるところまで看ていくかっていうことで*」（J）や「*家族いうものは，本人が家に帰りたいと言えば，協力してやりたいなと思うでしょ*」（H）と語っていた。

《自分が看る意識化》は〈病院の制約〉から影響を受けていた。そして，〈病院の制約〉は【病院にいる気の毒さ】と【病院にいられない】という2つの概念から構成される。「*病院で目を開ければ天井しか見えない，横を見れば壁しか見えない。じゃあ窓の外の景色が見えるかというたら，階によっては全然見えない，反対見れば廊下のドアしかない。そういうとこで一日，また長ければ1年でも何年でもおらないといけない*」（H）のように入院生活という制限された空間や自由がないことで，家族は，入院している患者の姿を見て気の毒に思うことや「*病院で3ヶ月ぐらいしたら変わるんだよーって聞くから，あー，まだうちこんな調子じゃけど，どっかへ転院される，したほうがいいって言われるかと思ったりして，いつも3ヶ月したらひやひやしてたんですよ*」（A）と入院期間を意識し，病院にいられないことを感じていた。

b．《決めきれない家で看る思い》

《決めきれない家で看る思い》は，【24時間看る気がかり】【自分が対処できない不安】【看れるバロメーター】【なんとかなるさ感】という4つの概念から構成される。家族は，「*自分の病気と自分が向き合ってくれて，折り合い*

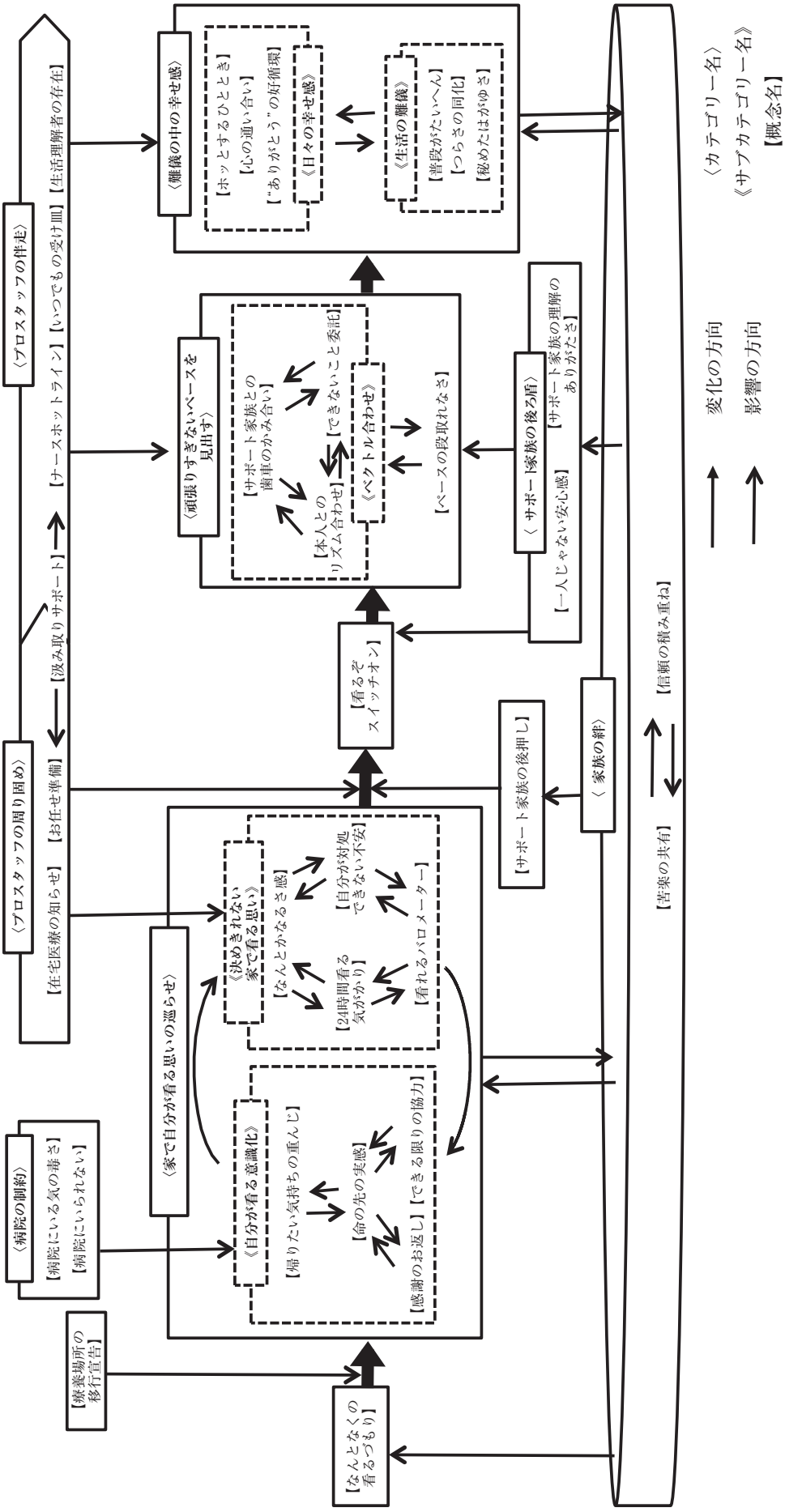


図1　療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセス

つけてもらわんと，そこは私はどうにもできんから。ずっとしんどい，何もできん，ずっと動けないってなったら，その状態で帰って来られても，私が24時間こうやってみてるわけにいかないので」（L）や「一番の不安っていうのは，ほんとに，ウチでなんかあったらどうしようって実際思います」（J）という語りのように，家で看ることを想像すると，家で看ることはできないのではないかと不安や気がかりを感じていた。他方で家族は，家での生活は可能なのかについて，「退院にあたっては，排便ができた時点で，ああいけるかもしれないということですね」（C）の語りのように，入院中の患者の排泄や食事の状態から判断したり，「まあなんとかなるかなって，わからない，ほんとわからないですから」（E）と患者を家で看ることはなんとかできそうだという思いも抱いており，家で看ることが決めきれない状態であった。

《決めきれない家で看る思い》には，〈プロスタッフの周り固め〉が影響していた。プロスタッフとは，看護師だけではなく，医師や理学療法士，訪問介護員（ホームヘルパー），ケアマネジャーが含まれ，在宅への移行，そして在宅へ移行後も患者や家族に介入し，それぞれの立場から患者や家族を支援していた。〈プロスタッフの周り固め〉は【在宅医療の知らせ】【お任せ準備】【汲み取りサポート】という3つの概念から構成される。「病院で，ある看護師さんから，地元のほうでもこういう大きな病院があって，そこでバックアップしてもらったら，在宅の医療もできますよというのを聞いて。それで私が普通の医院さんに行って，相談したら，バックアップこういう病院がしてもらえるならいいですよいうことになって」（H）と語っているように，入院中に看護師などから在宅でも病院と同じように医療を受けることができるということを聞き，新たな情報を得ていた。「まあ一応いろいろ手続きせんにゃいけんからいうて。（中略）だいたいそういうふうに決めてくださったんです。こっちは全然わからないから，もうみな任せて」（A）とプロスタッフに全てを任せる中で，「それは本当に，うれしかったです。もちろん家族の気持ちも汲んでくださって，本人の気持ちをすごく考えてくださってたので。本当にありがたいなと思って。感謝しました。温かく診ていただいてるなって。不安が一変して，もう本当に安心」（J）のように，患者や自分の気持ちを汲み取ってくれることで，不安な気持ちが安心に一変するほどのサポートを受けていた。

3．【看るぞスイッチオン】

〈家で自分が看る思いの巡らせ〉は，〈プロスタッフの周り固め〉と【サポート家族の後押し】によって，「これをほかの誰かがしたら，私よりも問題があるというか，つらいだろうなとか，うまくできないだろうなとかいうことを思えば，その人にさせるよりは自分がしたほうがいいわけですよね」（C）のように他の人に任せるのではなく，自分が看るという【看るぞスイッチオン】に変化した。サポート家族は「それはお父さんの考えでええって」（F）と子どもが納得し，退院前には自分を応援してくれる存在となっていた。

4．〈頑張りすぎないペースを見出す〉

〈頑張りすぎないペースを見出す〉は，【ペースの段取れなさ】という1つの概念と《ベクトル合わせ》という1つのサブカテゴリーから構成される。患者本人とサポート家族と訪問看護師や訪問介護員（ホームヘルパー）が協力し，家で生活することに対して，力を合わせて行動することで，自分なりのペースを見出していた。【ペースの段取れなさ】は，「仕事の段取りいうのは前もってできる。でも彼女の段取りいうのは，その場その場で段取りはできんのですよ。物の支度いうのはできますけどね。行動いうのはその場でないといけんから」（H）のように患者との生活のペースを段取りすることの難しさを感じながらも，《ベクトル合わせ》をしていた。

《ベクトル合わせ》は【本人とのリズム合わせ】【サポート家族との歯車のかみ合い】【できないこと委託】という3つの概念から構成される。「家にいたいんだったら，もうちょっと自分でできるように元気にならんとダメよって言って。【本人とのリズム合わせ】では，そのへんは本人と話をしながら，相談しながら，さしてもらってるんですけど」（L）と自分の生活と患者の生活のリズムを合わせるために，患者本人と相談しながら決めていた。【サポート家族との歯車のかみ合い】では，「みんなで少しずつ，っていうふうにしないと続かないですよね。10は10，じゃなくて，みんなが3とか4とかぐらいで，10に近い数字に，その時その時の割合を変えながらもっていうかたちですよね」（L）とサポート家族がそれぞれの役割で動いてくれることができるようになってきたことを語られている。【できないこと委託】は，「今はまだできるけど，無理を乗り越えないで，少し余裕をおいといて，介護のほうのヘルパーさんの日数，回数ですよね，こんなのを徐々に自分の経済的に許す限り増やしていって，自分もお父さんを守る体でいたらいいかなと思いましたよ」（D）のように自分ができないことを頼むことで，自分の体を守り，患者を看ていける健康状態を維持していた。また，〈頑張りすぎないペースを見出す〉には〈サポート家族の後ろ盾〉があることによって支えられていた。

〈サポート家族の後ろ盾〉は，【一人じゃない安心感】と【サポート家族の理解のありがたさ】という2つの概念から構成される。「一人だけだったら，大変ですわ。だけど，

そういうサポートがあるからできるんだろうけどね」（F）のように，一人で患者を看ているのではないという安心感と「*ただうちの場合は家族が理解，結局理解はしてくれたと，感謝はしてますね*」（H）のように，家で看ることをサポート家族が理解してくれたことに感謝することである【サポート家族の理解のありがたさ】によって，患者だけではなく，自分も支えられていた。

5．〈難儀の中の幸せ感〉

〈難儀の中の幸せ感〉は《生活の難儀》と《日々の幸せ感》という2つのサブカテゴリーから構成される。家族にとって，家で自分が看る意味は《生活の難儀》がありながらも，《日々の幸せ感》があることであり，家でよかったと感じていた。

a．《生活の難儀》

《生活の難儀》は，【普段がたいへん】【つらさの同化】【秘めたはがゆさ】という3つの概念から構成される。「*ただ本人は動けない，動けないから，みんなが動かんといけん，という大変なとこもありますよね*」（H）という語りに代表されるように，家で患者と生活することは，日常生活を支える大変さがあり，「*本人もつらいだろうし，こちらもこう一緒にその生活の場にいるものも同時につらいですよね*」（C）のように，患者のつらい表情に自分もつらくなり，他人には言えないはがゆさを感じていた。また，「*やるべきことの，日々やるべきことのほうが，大きかったかもしれないんですかね。こなせたら，わずかな部分だけ楽になれるんですよ。いろんなこと考えて，プラスのほうに持っていけてたら，それはいいですよね。でも，プラスに持ってったとしても，日々介護したり，世話をすることからは逃れられないんですよ。基本的にそれも楽になるかっていったら，ならないんですよ*」（C）と日々の介護から逃れられない気持ちや，自分の人生は介護で終わっていくのかなどと考えることに疲弊していた。

b．《日々の幸せ感》

《日々の幸せ感》は，【“ありがとう”の好循環】【心の通い合い】【ホッとするひととき】という3つの概念から構成される。「*同じするんやったら。相手の顔が喜ぶ顔を見るほうがいいでしょ。だから今は何してもありがとう，何してもありがとうってすぐ言いますよ。だからわざわざ余計にこれしてやろうかって*」（H）と患者からの「ありがとう」という一言に嬉しさを感じ，自分も気持ちよく相手にしてあげることができると認識していた。また，「*Mさんこれ持ってきたよー。私今日作ったけ，これ持って帰りんさいって。だからそこは家で看る良さかなと思ったり。物のやり取りじゃないんじゃけど，心の。心が通い合っとる*」（M）のように，そこには心が通い合った交流があると感じていた。「*日々日々一個一個やってることをちゃんとクリアしたら，ほんのわずかだけど，楽な部分があるんですよね。だからその楽になったりとか，あーよかった，あー今ふっとできるわっていったところが，毎日の中にわずかだけどあるのも，これはこれで楽しい。楽しいというか救われてもいた。だからそっちのことをたぶん思ってたと思います*」（C）と日々のやるべきことはやらなければならないが，一つやり終えたあとの安堵できる瞬間に心がやすらいでいた。また，患者の苦痛が和らいだ姿を見ることによって，自分も安心できることが語られた。

〈頑張りすぎないペースを見出す〉と〈難儀の中の幸せ感〉は〈プロスタッフの伴走〉から影響を受けながら，患者とともに生活していた。

〈プロスタッフの伴走〉は【ナースホットライン】【いつでもの受け皿】【生活理解者の存在】という3つの概念から構成される。「*夜でも問わずに。だから心配はないね。救急車呼ばなくていいし。呼ぶ必要は一切ないですよって先生が。あれだけ聞いてもう本当ホッとしたから。あの人らにお任せして，来てくれてやからね。ホッとしてます。はっきり言うたら，神様みたいなもんじゃわ，わたしらにしたら*」（G）という語りのように在宅療養でも同様にいつでも，すぐに連絡してよいことや，何かあれば訪問看護師に電話したらよいという声かけにより家族は安心していた。また，「*一旦帰って，悪かったり，難儀が出たら，すぐ出てきなさいっていうことで。最期は病院で看取ってあげるからいうことで*」（K）のように，患者や自分のことを分かってくれている医師や看護師がいつでも病院で受け入れてくれることによる安心感があり，「*ああやってね，気さくに声かけてくださって，おばあさん（Jの実母）も安心できるしね。いろんなことを話聞いてもらうだけでも，たぶん気持ち楽だと思う*」（J）と語っているように訪問看護師を患者と家族の生活を支えてくれる存在として認識していた。

6．〈家族の絆〉

〈家族の絆〉は【苦楽の共有】【信頼の積み重ね】という2つの概念から構成される。今回の変化の基盤には継続的な〈家族の絆〉があり，これまでの家族の人生とつながっており，すべての変化に影響していた。「*所詮死ぬまでね，手綱おっていかんといけんですから。良い時ばっかじゃない，悪い時も*」（H）や「*基本的には，家に連れて帰るいうのは，その前につながっとるいうことよ。結局結婚してからな，楽しいことばっかりもないわな，つらいときもあるけど，その積み重ねの上に成り立っとるということじゃ。ここで生活したものはお互いほんとに何にも心配せずに，お互いが信頼し合って生活してきた場じゃからな。それは伏線としては，結婚して以来のな，長い月日というものがあるが，それがベー*

スになっとるいうことな」（F）と語っており，【苦楽の共有】が，【信頼の積み重ね】となり，また【信頼の積み重ね】の中に【苦楽の共有】を経験しており，家族という基盤は変わらず存在していた。

Ⅳ．考　察

本研究では，療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が，家で自分が看る意味を見出していくプロセス，特に家で自分が看ることを意識していない時点から自分が看る決意をし，意味を見出していくプロセスの全容を示した。そのプロセスは，【なんとなくの看るづもり】から〈家で自分が看る思いの巡らせ〉，【看るぞスイッチオン】，〈頑張りすぎないペースを見出す〉，〈難儀の中の幸せ感〉に至ることが明らかとなった。家で自分が看る意味を見出していくプロセスを段階に分けて考察し，臨床への応用を述べる。

A．療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセスの様相

1．家族を支えようと【なんとなくの看るづもり】から〈家で自分が看る思いの巡らせ〉の時期

家族という集団は，お互いに影響し合っており，情緒的な結びつきは強いことから，家族が危機的状況になったときには支え合う存在である（大西・飯野，2011）。本研究でも，【なんとなくの看るづもり】にあるように，家で自分が患者を介護することを現実的に想定しているわけではないが，家族として何かあったときに配偶者や親を支えていくことの認識があった。今回の参加者は患者と同居しており，患者との日々の生活を共にしてきていることから，配偶者や親を支えていくことは無意識の中にあった。日本では，介護が必要になった場合，自宅での介護を希望している割合は73.5％である（内閣府，2018）。また，介護者の続柄は介護している家族と同居している人が主な介護者となっており，配偶者や子による家族の介護が半数を占めている（厚生労働省，2016）。また，日本では「老親を看る」という価値観があること（Knight & Sayegh, 2010）が明らかとなっており，同居している配偶者や子どもが看ることは日本特有の文化的背景が影響していることから，分析結果で明らかとなったプロセスが【なんとなくの看るづもり】から始まったと考えられる。

自分の身の回りのことは可能かもしれないが，軽い家事ができない高齢がん患者を家で自分が看ていくことを決意するまでの過程において，家族は，医師からの療養場所の移行を告げられることによって，家で自分が看る《自分が看る意識化》と，実際にこのような状態にある患者を在宅で看ることができるのかわからない，《決めきれない家で看る思い》が思い巡らせていることが明らかとなった。患者が帰りたいという気持ちを叶えるために，家という療養場所を考え，同時に家で患者を看ることができるかどうかを考えており，家族は療養場所の移行を迫られ，看たい気持ちと看ることができるかどうかわからないという葛藤状態に変化した。家族にとって，患者はがんの疾患を抱えているかいないかに関わらず，家族の一員であるという認識がある。そのため，家族としてどう患者と共に過ごしていくかを考え，家族として協力することは自分が看ていくことであると《自分が看る意識化》が起こったと考えられる。吉岡・加藤・吾郷（2017）は，病院から在宅への移行では，患者にとっての退院の望みは残された時間の中で生まれている特別な願いであると家族が認識し，在宅へ移行していると述べている。よって，この段階は，家族が在宅療養を決意するきっかけであったと考えられる。

他方で，家族は《決めきれない家で看る思い》にあるように，家で患者を看ることができるかどうかという気がかりや不安がありながらも，家族の視点で，患者の状態を判断し，家で看ることが自分でもできそうだという思いが共存しており，家族は在宅療養を決めきれない状態であった。これは訪問看護や訪問介護を利用しながら在宅療養している参加者であったことから，がんに伴う症状に対する管理や介護を必要とするため，家族は戸惑いを感じていたと推察される。大川・吉田・藤田・森下・鈴木（2007）は，在宅への移行において，家族は病状悪化時の対処方法がわからない家族の自信のなさ，病状の変化を怖がるといった家で看ることへの不安は移行を阻んでいる要因と述べている。本研究においても，【24時間看る気がかり】や【自分が対処できない不安】は家で自分が看ることへの葛藤の段階にあり，家で看ることを決められない家族の要因であると考える。

在宅療養を決めきれない家族の思いの中に，患者が少しでも食べられ，自分で排泄する患者の姿から家で自分が看ることができるかを判断していた。【看れるバロメーター】は患者を家で看ることができるかという可能性を模索していた。また，なんとか家で看ることができると現状を受け入れている家族の思いもあった。よって，《決めきれない家で看る思い》を抱える家族は，家で看ることに対する不安と家で看ることへの可能性が混在していた。そして，患者の時間の有限性や希望を叶えたいとの思いを抱いている家族の《自分が看る意識化》と影響し合っていた。つまり，〈家で自分が看る思いの巡らせ〉は，患者の希望を叶えようとする家族の患者への思いと，家で看ることをイメージし，気がかりや不安を抱き，家でできる可能性を見出していくことの間で，家族が家で自分が看ることを決

意する前の準備状態として揺れていることが明らかとなった。決意の前段階において，思いを巡らせる葛藤は，自分が看るというケアの責務を一人で抱え込み，決意できない家族のストレスにつながる可能性がある。よって，家族の意向を確認するだけではなく，家族の患者への思いから自分が看ることを意識することや家で看ることが決めきれないことの段階に応じた支援が必要である。

わが国では，2003年の診断群別分類に基づく包括支払制度の導入によって，医療費の削減，在院日数の短縮化が図られている。本研究において家族は治療のため入院していても，ずっと【病院にいられない】と家族は焦りを感じていた。また，病院が治療する場であり，生活する場とは異なる環境であることで，患者に【病院にいる気の毒さ】を感じていた。家族は，患者が病院にいることは家族として24時間何があっても対応してくれる安心感があった。他方，【病院にいる気の毒さ】は患者の希望を尊重するきっかけとなり，家族として【できる限りの協力】をしていく気持ちが強くなっていた。中村・大西（2006）によると，大学病院に入院する療養環境について終末期がん患者の家族は患者へ不憫さを感じていることから，病院の規則だけではなく，患者や家族が感じる病院の雰囲気は療養場所の選択に影響していると考えられる。よって，〈病院の制約〉は家族の葛藤している状況に負担を与える可能性があるが，家族の《自分が看る意識化》を促進させることもあるため，看護師は退院支援を行う際には，家族の焦りを理解した上で関わっていくことが必要と考えられる。

2．家で看る決意【看るぞスイッチオン】の時期

〈家で自分が看る思いの巡らせ〉状態であった家族は，サポート家族から家で看ることに対して共感してもらうことで，励まされ，決意に至っていた。また，在宅医療とはどのようなものなのかを知らなかった家族が多く，療養場所を選択するときに，在宅医療のことを医療者から聞き，新たな選択肢の一つとなっていた。そして，在宅療養に関する情報提供だけではなく，家族の気持ちを汲んでくれる医療スタッフの声かけに安心感を得ており，決意に大きく影響していた。そして，家で自分が看る決意に至るまでには，葛藤しながらも，家族としての責任や患者の希望を叶えたい思いから家で自分が看る思いに変化していた。家族が在宅療養の決意に至るまでの変化には，サポート家族も家族と同じ気持ちであること，また，医療者からの情報提供や声かけによる安心感が，決意への契機となることが明らかとなった。同様のことについて，がん患者を在宅で看取った家族は，サポートしてくれる家族や友人，援助者の人々の協力によって支えられ，在宅で看取る決意を持ってはじめて意思決定ができると大西（2015）は述べている。よって，【サポート家族の後押し】や〈プロスタッフの周り固め〉は，家族が決意するためのきっかけになるとともに，その決意を揺るがないものとして支えていくものになると考えられる。そして，家で自分が看る決意を持って，療養場所の意思決定を可能にするための力になるのではないかと考える。

3．〈頑張りすぎないペースを見出す〉時期

家族には，在宅へ移行後に排泄の介助や食事の準備など患者の普段を支えることは予測できないことであり，段取りをして動ける訳ではないという難しさを感じていた。家族が家で看ることの段取りは，仕事のように段取りを考えながらできない。そのため，患者を自宅に連れて帰っても，患者の行動は段取りができるものではなかったため，家族は段取りができないことに戸惑いを感じていた。しかし，そのような戸惑い状況の中で家族は，患者本人と相談しながら生活リズムを決めたり，サポート家族が手伝ってくれることと折り合いをつけたり，自分でできないことは周りの人に助けてもらうことにより，自分なりの頑張りすぎないペースを見出していた。また，サポート家族や訪問看護師や訪問介護員との関わりにおいて，家族は自分のできることとできないことを明確にし，患者を支えるために調整し折り合いをつけていた。そして，患者が一日でも長く家で生活するため，自分が患者を看ることができる健康状態でいることが大事であると認識していた。

また，家族自らの介護力を見極めながら，患者との生活や気持ちのペースを合わせ，サポート家族と合わせて各自ができる支援をしながら協力することで，家族全体のつながりのバランスが保たれるように調整していた。長戸（2007）による家族のマネジメント力とは，「病気から派生するさまざまな影響を緩和し，それらを家族の日常生活に統合して家族にとって普通のライフスタイルを達成するために，家族の内部・外部に対して，個々の家族で，あるいは家族全体で認知的・行動的な取り組みを行っていく力（pp.24-29）」である。本研究で明らかになった〈頑張りすぎないペースを見出す〉は，高齢がん患者を家族の一員として存在する日常生活と統合させ，家族という集団としてのライフスタイルを確立させようと取り組む家族の力，家族のマネジメント力に相当すると考える。このように，家族は家族のマネジメント力を高めながら，家で自分が看る意味を見出していくのではないかと推察できる。

〈頑張りすぎないペースを見出す〉ことが維持されるためには，【一人じゃない安心感】や【サポート家族の理解のありがたさ】という〈サポート家族の後ろ盾〉が影響していた。すなわち，サポート家族が自分のことを気遣ってくれ，自分が看ることを理解してくれるという情緒的サ

ポートを受け，安心感を得ながら，高齢がん患者の在宅療養を支えていた。ここでの療養継続を促す要因の一つは，家族の絆という家族の関係性が影響すること（堀井・光木・嶌田・大西，2008），サポート家族からの協力があること（大西，2015）と同様のことである。今回の分析で分かった〈サポート家族の後ろ盾〉は，高齢がん患者の家族が家で自分が看ることの大きな支えとなり，家で看る決意を継続させる力となったと考えられる。よって，家族のマネジメント力に加え，〈サポート家族の後ろ盾〉があることは，〈難儀の中の幸せ感〉への変化を促進する力になると考えられる。

4．〈難儀の中の幸せ感〉を感じながら家で看ている時期

〈頑張りすぎないペースを見出す〉ことを通して，生活する中での苦労を感じながらも，患者から感謝され，友人や親戚とつながり，ホッとするひとときを感じていた。家族は家で自分が看ることで，高齢がん患者と生活することに苦労を感じながらも，心がやすらぐひとときを感じられることで，医療者が状態の悪化と考える場合であっても，家族は一日でも今の状態が続けばと願い，家で自分が看ることを肯定的に捉えることが起こっていた。患者を家で支えることには，誰にも言えない苦労や患者のつらさを受け取ることで自分もつらくなることからは逃れられず，なくなるものではない。しかし，このような苦労やつらさの中に，少しでも心がやすらぐひとときを感じられることに家族は家で自分が看ることの価値をおいていた。そこには，家族の一員である患者の存在を改めて感じ，患者との時間を大切にしていく家族の思いがあった。同様に，大川ら（2002）は家族が患者の死を意識したときの反応として，患者との日常に感動する，患者の存在の価値を感じる，周りの人々のつながりという相互作用を通して当たり前のことの大事さに気づくことを指摘している。本研究における〈難儀の中の幸せ感〉がある家族は，患者の時間の有限性を意識しながら，日々のなかで【ホッとするひととき】があり，【心の通い合い】や【“ありがとう”の好循環】のように，友人や親戚とのつながりがあることや患者からの感謝の言葉に喜びを感じて生活していた。また，高齢がん患者を家で看ていく家族が，家で自分が看る経験を通して，家にいる患者を今まで通り感じ，日々の生活の大事さに気づいていた。看護師は，家族にとって患者の在宅療養を支える日々にも意味があることを理解し，家で自分が看ることを肯定的に捉えることができるように支援することの必要性が示唆された。

在宅へ移行後，家族は訪問看護師との関わりにおいて，いつでも相談でき，いざというときに病院で受け入れてくれる保証があるという安心感で支えられていた。家で看ている家族にとって，看護師は専門職として，病院と在宅をつないでくれる存在であるとともに，患者や家族の生活状況を把握して相談できる生活の理解者であった。訪問看護師は病院の看護師とは役割が異なり，生活を支える役割があると家族は考えており，訪問看護師に生活を支えてくれるサポートを求めていた。在宅看護では生活の場が療養の場となるため，生活者としての対象者を捉えることが重要であり，患者だけではなく，家族の生活環境や生活習慣，社会関係を含めた援助を行うことが大切である（和泉，2010）。訪問看護師は，患者や家族の生活の伴走者となり，サポートしていくことが必要である。

5．全プロセスに影響を及ぼす〈家族の絆〉

家族の変化には，患者を含めた家族としての集団の絆が基盤にあり，影響を与えていた。絆とは，人と人との断つことのできないつながりであり，家族の特性として「絆」が情緒的基盤となり家族が家族として成立している（野嶋，2005）。入院前から患者と同居していた家族は，家族のこれまで歩んできた患者とのつながりが療養場所の意思決定を促し，家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセスに影響していることが明らかとなった。そして，退院後も患者と生活する中で，家族の絆を再確認しながら生活していた。家族の絆は，目に見えず，流動性が高く捉えがたいものであるが，がん患者と家族の間には確実に存在し，がん患者と家族には感じ取れているものである（山手，2010）。よって，過去と未来という時間軸の中での現在において，家族は家で自分が看ることを【苦楽の共有】や【信頼の積み重ね】として感じ取り，家族の絆は強まり，これからも続いていく高齢がん患者との生活の基盤となるものと考えられる。

B．療養場所の選択における意思決定支援と在宅療養支援への示唆

療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくためには，家で自分が看ていくことを家族が決意するまでの〈家で自分が看る思いの巡らせ〉を支える看護が重要であることが本研究から明らかとなった。そこで，まず看護師に求められる支援は，家族が患者の時間の有限性を感じ，患者の希望を叶えるために自分が看るという思いだけではなく，実際に家で看ることをイメージすることで抱く不安と葛藤によって，決意の前に気持ちが揺れることを理解することである。このような気持ちの揺れがある中で，《自分が看る意識化》は【看るぞスイッチオン】のための原動力となり，決意後も在宅療養を支える思いとなるため，看護師は患者だけではなく，家族の思いにも寄り添いながら，思いを整理する時間を確

保していくことが大切である。本研究で抽出された【自分が対処できない不安】に関して，急変時や何か相談したいことが生じた時に連絡する窓口をはっきりさせることと，本人や家族が希望した時には再び入院できることを保証することが重要である（山本，2007）。家族が思いを整理する時間に，病棟看護師は訪問看護師と協働し，窓口の保証をしていくとともに，家族の患者への思いや家で自分が看ることへの思いも共有していくことが，看護師間の連携として必要な支援である。患者の療養場所の選択では，退院支援を強化し，退院支援加算により，看護師が退院支援に参加することは不可欠となっている。今回の結果からは，【在宅医療の知らせ】や【お任せ準備】，【汲み取りサポート】という退院支援があることが明らかとなった。退院支援は患者を病院から退院させるための関わりではなく，患者が病気や障害を持ってどう生きるかを支える看護そのものである（宇都宮，2008）。よって，看護師は，社会資源の情報提供だけではなく，家族がどのように患者との生活を営むかを家族とともに考え，抱いた思いは前述した専門職者間で共有していくことで，家で自分が看る決意を汲んだ退院支援になると考える。

家族のマネジメント力を高め，決意を振り返り，患者にもたらされた変化に気づくことが，家で自分が看る意味を見出していくことであった。葛西（2006）によると，訪問看護師は病院から在宅への移行期において，家でよかったという患者や家族の反応から家で過ごすことの意味を捉えている。そして，本研究結果から，家で自分が看る意味を見出していれば，在宅療養を継続できることが明らかとなったことから，在宅へ移行後に，家族が患者の肯定的変化に気づくことができるように，看護師は，傾聴や共感の姿勢で関わっていく必要がある。

病院では，療養場所についての情報提供や家族から言われる前に予測できる準備を整えるなどの支援によって家族は安心することができる。これに対し，在宅へ療養場所が移行すると，生活を共に支えてくれる，そしていつでも助けを出せる存在がいることの安心感を家族は抱いていた。安心感とは，心配や不安がなく，心が安らぐと感じることであるが，本研究においての安心感はサポート家族の同意や理解により得られた安心感，医療者に準備を任せられる安心感，いつでも帰ってきてよいという声かけによる安心感，医療者にいつでも連絡や相談ができる安心感，本人や自分のことを理解してくれる医療者の存在による安心感であった。家族はサポート家族や医療者からの支援によって得られる安心感により在宅療養を決意しており，家で自分が看る意味を見出していくプロセスの支援としては，安心感を提供することが重要であることが明らかとなった。小野・麻原（2007）は，「ともにある関係性」は家族の気持ちの揺れを感じ，それを共有することができる共同体的関係性を示しており，家族に共にいる誰かを感じさせ，心強さや安心感を与えると述べている。よって，看護師は家族に対して常に共にいることを保証し，家族が家で自分が看る意味を見出していくことを支える伴走者として，療養場所が移行しても絶え間ない安心感を提供していくことが必要である。そして，療養場所が移行しても，病棟看護師と退院調整看護師，訪問看護師は，同じ看護職としての視点から患者や家族の立場を理解できる存在として，患者や家族を支えていく（大槻・大槻・五十嵐，2017）ことで，家族の安心感を強化できるのではないかと考え，家族への継続看護として必要な支援であることが示唆された。そして，今回明らかとなったプロセスは，患者本人とサポート家族と医療者それぞれとの相互関係の中で，家で自分が患者を看る意味を見出していくことへと至っていた。さらに，サポート家族は後押しだけではなく，その後も後ろ盾として家族を支えていることが明らかとなった。よって，看護師は，サポート家族にも目を向け，サポート家族が患者や家族に与える影響力の度合いも理解する必要がある。

結　論

療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が，家で自分が看る意味を見出していくプロセスを明らかにすることを目的として本研究を実施した。

療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が，家で自分が看る意味を見出していくプロセスは，【なんとなくの看るづもり】から〈家で自分が看る思いの巡らせ〉，【看るぞスイッチオン】，〈頑張りすぎないペースを見出す〉，〈難儀の中の幸せ感〉に至ることが明らかとなった。また，プロセスの中では，次のようなことが分かった。

1．高齢がん患者の家族は，配偶者や親を支えていくことが無意識の中にあり，【なんとなくの看るづもり】がプロセスの始まりにあった。

2．〈家で自分が看る思いの巡らせ〉は，家で自分が看ることを決意する前の葛藤状態であり，自分が看るというケアの責務を一人で抱え込まないよう，決めきれない家族の思いを理解する必要がある。

3．【サポート家族の後押し】や〈プロスタッフの周り固め〉は，家族が家で自分が看るという決意を揺るがないものとして支える力となる。

4．〈頑張りすぎないペースを見出す〉ことは，家族という集団の生活を確立させようと取り組む家族の力である。〈難儀の中の幸せ感〉への変化は〈サポート家族の後ろ盾〉や〈プロスタッフの伴走〉からの安心感により，促進される。

5．〈難儀の中の幸せ感〉は，家で自分が看る経験を通して，家にいる患者を今まで通り感じ，日々の生活の大事さに気づくことである。

6．家族は家で自分が看ることを【苦楽の共有】や【信頼の積み重ね】として感じ取り，家族の絆は強まり，これからも続いていく高齢がん患者との生活の基盤となる。

以上のことから，看護師は，家で自分が看る思いを巡らせる家族の葛藤を理解し，抱いた思いは専門職者間で共有していくことが必要である。また，病棟看護師と退院調整看護師，訪問看護師が連携し，患者や家族の立場を理解できる存在として，患者や家族を支えていくことで，療養場所が移行しても絶え間ない安心感を提供していくことが必要である。

本研究の限界と今後の課題

本研究の参加者が，現在も在宅療養を継続し，研究に同意を得られた方であったことから，家で自分が看ることを肯定的に捉えることができる結果に影響している可能性がある。また，日常生活の制限（Performance Statusなど）の程度，疾患の重症度，医療依存度，在宅療養期間が様々であり，条件にばらつきの可能性があったことが本研究の限界である。続柄や性差によっても結果が異なる可能性があるため，今後はさらにこのような影響要因を検討し，家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセスを探求していく必要がある。

謝　辞

本研究において貴重な経験を語ってくださいました参加者の皆様，参加者のご紹介をいただきました訪問看護ステーションの皆様に深く感謝申し上げます。本研究の分析の確実性にあたり，ご指導いただきました川崎医療福祉大学の長崎和則教授に深謝致します。

本編は2018年川崎医療福祉大学大学院に提出した修士論文に修正・加筆を加えたものである。本研究の一部は日本看護研究学会第44回学術集会において発表したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文　献

東　清巳，永木由美子，吉本美浦子，河崎秀美（1997）．在宅癌終末患者の自己決定，家族の意思決定の内容と意味―在宅死の転帰をとった7事例の分析から―．*熊本大学教育学部紀要*，*46*，127-138.

堀井たづ子，光木幸子，嶌田理佳，大西早百合（2008）．在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究．*京都府立医科大学看護学科紀要*，*17*，41-48.

和泉比佐子（2010）．*第7章　対象者への生活支援*．波川京子，三徳和子（編），在宅看護学，第1版，(pp.210-217)．東京：クオリティケア．

加利川真理，小河育恵（2013）．ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ．*ヒューマンケア研究学会誌*，*4*(2)，7-16.

葛西好美（2006）．末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断．*日本がん看護学会誌*，*20*(2)，39-50. https://doi.org/10.18906/jjscn.2006-20-2-39

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：グラウンデッド・セオリー・アプローチシリーズ*．東京：弘文堂．

木下康仁（2020）．*定本M-GTA：実践の理論化をめざす質的研究方法論*．東京：医学書院．

Knight, B.G., & Sayegh, P.（2010）. Cultural Values and Caregiving: The Updated Sociocultural Stress and Coping Model. *The Journals of Gerontology*: Series B, *65B*(1), 5-13. https://doi.org/10.1093/geronb/gbp096

国立がん研究センター（2017）．がん登録・統計：最新がん統計．国立がん研究センターがん情報サービス．https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html（参照2020年4月10日）

厚生労働省（2016）．平成28年国民生活基礎調査の概況．https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf（参照2020年6月16日）

厚生労働省（2018）．がん対策推進基本計画．がん対策推進基本計画（第3期）https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196973.pdf（参照2020年2月8日）

厚生労働省保険局医療課（2014）．平成26年度診療報酬改定の概要．http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf（参照2020年2月8日）

松原貴子（2017）．がん治療終了後の療養場所移行に関連する因子の分析後ろ向き研究．*帝京医学雑誌*，*40*(4)，179-190.

長戸和子（2007）．家族の力を支える看護　家族の力に着目した看護の視点　家族の力　家族マネジメント力．*家族看護*，*5*(1)，24-29.

内閣府（2018）．平成30年版高齢社会白書（全体版）．https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/pdf/1s2s_02_01.pdf（参照2020年2月8日）

中村喜美子，大西和子（2006）．大学病院に入院する終末期がん患者の家族の思いに関する研究．*三重看護学誌*，*8*，21-31.

野嶋佐由美（2005）．*家族エンパワーメントをもたらす看護実践*．中野綾美（編），東京：へるす出版．

小野若菜子，麻原きよみ（2007）．在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観．*日本看護科学会誌*，*27*(2)，34-42. https://doi.org/10.5630/jans.27.2_34

大川宣容，藤田佐和，宮田留理，東郷淳子，豊田邦江，吉田亜紀子，鈴木志津枝（2002）．終末期がん患者の家族の死への気づきに対する反応．*高知女子大学紀要看護学部編*，*51*，1-12.

大川宣容，吉田亜紀子，藤田佐和，森下利子，鈴木志津枝（2007）．終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻

む要因―看護師が捉える家族側の要因―. *高知女子大学紀要 看護学部編*, *56*, 1-9.
大西和子, 飯野京子（2011）. *がん看護学―臨床に活かすがん看護の基礎と実践―*. 東京：ヌーヴェルヒロカワ.
大西奈保子（2015）. がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因. *日本看護科学会誌*, *35*, 225-234. https://doi.org/10.5630/jans.35.225
大槻久美, 大槻　文, 五十嵐ひとみ（2017）. A大学病院におけるがん患者の退院支援について：病院看護師と訪問看護師の連携に焦点をあてて. *東北文化学園大学看護学科紀要*, *6*(1), 31-40.
宇都宮宏子（2008）. 病棟看護師への働きかけが鍵　退院支援のシステムづくり（特集　退院調整看護師（ディスチャージナース）の活躍と退院支援システムの構築）. *看護*, *60*(11), 48-53.
渡邉美和, 佐藤まゆみ, 眞嶋朋子（2015）. 終末期がん患者と配偶者の相互作用に関する研究. *千葉看護学会会誌*, *20*(2), 31-39.
山本　亮（2007）. いろいろな場での家族ケア　3病院と在宅をつなぐ家族ケア. *緩和ケア*, *17*, 125-128.
山手美和（2010）. 在宅で生活する終末期がん患者と家族の“家族の絆”. *日本がん看護学会誌*, *24*(1), 44-51. https://doi.org/10.18906/jjscn.2010-24-1-44
柳原清子（2008）. がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究―ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて―. *ルーテル学院研究紀要*, *42*, 77-96.
吉岡理枝, 加藤由希子, 吾郷ゆかり（2017）. がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識. *高知女子大学看護学会誌*, *42*(2), 71-78.

2020年10月8日受　　付
2021年6月8日採用決定

Original Article

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(2), 215-229
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210608157

Finding Purpose in Home Care of an Elderly Family Member with Cancer after their Involuntary Discharge from the Hospital

Mana Sakai, MNS, RN, PHN[1], Misae Ito, PhD, MNS, RN, MW[2], Kanako Yamamoto, PhD, MNS, RN[3]

[1]Yodogawa Christian Hospital, Osaka, Japan
[2]Yamaguchi University, Yamaguchi, Japan
[3]Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan

Abstract

Objective: The objective of this study is to investigate the experiences of a family that found its purpose in caring for an elderly family member suffering from cancer, after the patient's involuntary transfer from an acute care hospital to home care. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 13 family members. The data were analyzed using continual comparative analysis, a modified grounded theory approach. **Results:** The family's "Unintentional wish to care" changed to them 'Reflecting on caregiving at home' due to the "Declaration of transfer to place of recuperation" by the doctor. Such reflection developed into their "Determination to care" due to the "Backing of supportive family" and the 'Support from professional staff.' A family with "Switch on care" have 'Found a caregiving pace that does not involve them working too hard,' and finally obtained a 'Sense of happiness in the difficulty' with the 'Backing of a supportive family' and the 'Co-operation of professionals.' 'The family bond" was based on this process. **Conclusions:** The findings of this study suggest that it is necessary for nurses to understand the apprehensiveness exhibited by family members in providing home care to elderly cancer patients, and discuss it with professional staff to provide the families with reassurance.

Key words

cancer patient, family, transition of care location, meaning of caring, decision making

Correspondence: M. Sakai. Email: s.manamana@gmail.com

原　著

セクシュアル・ハラスメントを受けた男性看護師が働き方を構築するプロセス

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 231-244
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210810155

後藤喜広，伊藤桂子
東邦大学看護学部精神看護学研究室

要　旨

目的：総合病院で働く男性看護師が看護師からのセクシュアル・ハラスメント（以下，SH）被害を受けたのち，働き方を構築するプロセスを明らかにする。**方法**：SH被害経験のある男性看護師14名に対して半構造化面接を行った。得られたデータを逐語録に起こし修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの手順で分析を行った。**結果**：分析の結果，21の概念が抽出された。男性看護師は自身の経験から，性被害・加害の両義的な当事者性がわかると，強者であらねばならない女性看護師を理解するに至り，職場でSHが発生する意味を捉えられるようになっていった。**結論**：男性看護師は加害者との社会的相互作用によって対処行動が培われたり，職場内の力関係を把握したりするようになっていった。SHを経験した男性看護師が働き方を構築するプロセスとは，女性優位の職場環境において権力構造を理解し自己の成長へと昇華する防衛機制であった。

キーワード

男性看護師，セクシュアル・ハラスメント，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者：後藤喜広．Email: yoshihiro.gotou@med.toho-u.ac.jp

緒　言

わが国における職場でのセクシュアル・ハラスメント（以下，SH）として，1989年に提訴された福岡雑誌出版社SH事件（乙部，2013）は，加害者と被害者の個人間の問題だけではなく，企業の問題であることを明確に判断したリーディングケースとなった（山田・菅谷，2008）。この訴訟を契機に，女性に対する重大な人権侵害の問題が社会に認知され（戒能・棚村・後藤・角田，2012），1980年代末から1990年代初めにかけて，労働現場においてSHの実態の把握が進んだ。1997年には，男女雇用機会均等法が改正され，事業主のSHに対する配慮義務が定められた（江原・山田，2008）。そして2007年の男女雇用機会均等法の改正により，女性のみならず男性に対するSHも同法の規制の対象となった。SHが発生する要因の1つに，男女の固定的な性観念や性別役割分担意識の存在がある。また男女間の権力の違い，すなわち，男女間の従属関係の存在もSH発生の要因と指摘されている（柏﨑，2014）。日本における看護職の男女の権力関係について考えたとき，朝倉（2011）は，男性看護師の立場について，マイノリティには2つの意味があるとし，1つ目を少数派，2つ目を弱者であるとしたうえで，男性看護師は明らかな少数派ではあるが，弱者とは言い切れないと述べている。その理由として，日本社会において支配的な（dominant）性別は男性であることから，看護界が女性中心であっても，それを取り巻く日本社会が男性中心であることにより，男性看護師が看護界で優位な立場に立つことは比較的容易と考えられるとして，日本の社会背景と看護界の権力構造について対比させることで，男性看護師の立場についての見解を述べている。また，松田ほか（2004）は，看護職集団の性別構成が女性優位の不均衡状態にあることを周知の事実とし，看護における性の異なる少数者が，女性優位の性別構成にある環境において，性別に対する意識を高め，多数者との性差を明瞭に自覚し，それに基づき自己の状況を知覚することや，他者の行動を解釈する可能性を示すと述べている。そして，看護における性の少数者の経験として，男性看護師の経験を，集団内の少数者が不合理だと感じていても，多数者の反応に影響を受けながら行動するとし，少数者であることに起因する多数者からの不合理な反応を自然に受け入れながら活動を継続していたと報告している。看護師が就労する場である病院という組織に関して，佐藤（1996）は，病院は院長を頂点とする古典的なピラミッド型の管理

構造になりやすいと述べ，「特に医学的知識や技術を産出しながら，そこに絶対の価値と権威を置く医大（医学部）付属の大型病院や総合病院と呼ばれるような施設では，そうした管理体制が整い易い」と指摘している。そして管理化が進めば，弱い立場にある者への差別的な意識が生まれやすく，差別をすることで，さらに組織としての管理傾向を自ら強化していくと述べている。

筆者は男性看護師が経験するSHに関する研究（後藤，2017）において，総合病院で働く男性看護師9名を対象にインタビュー調査を行い，男性看護師が経験するSHの内容や対処行動など，その特徴を明らかにする研究を行った。そのなかで，男性看護師へのSHの加害者として，同僚である看護師が多数関わっていたことに着目し，問題提起をしている。日本社会において支配的な性別は男性であるが，その男性が看護の職場に足を踏み入れた途端，権力構造的には劣位にあるという状況が存在するのであれば，同僚である看護師からSHを受けた（受けている）男性看護師が，その被害を経験したことで看護師としての働き方を構築していくプロセスとはどのようなものなのか。今回の研究ではそれを明らかにしたいと考えた。

Ⅰ．研究目的

本研究は，総合病院で働く男性看護師が，看護師からのSH被害を受けたのち，働き方を構築するプロセスを明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．研究方法

A．用語の定義

本研究におけるSHとは，広辞苑（2008）を参考に「職場で相手の意に反して，不快・苦痛な状態へと追い込み，人間性を傷つけたり，尊厳を奪ったりする性的なことばや行為および，優越した地位や立場を利用した性的な内容を含むいやがらせ」と定義した。

B．研究デザイン

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach：以下，M-GTA）を用いた質的記述的研究デザインを採用する。

C．研究参加者

本研究における研究参加者の募集にあたっては，二つの募集方法を採用した。

①日本病院会のHPを参照し，東京都，大阪府，愛知県の日本三大都市圏における500床以上の総合病院，81病院（2018年，4月現在）の看護部長宛てに，本研究の目的や方法，内容を記載した病院宛依頼文を送付した。研究協力の得られた8つの病院，全361名の男性看護師に対して，本研究内容が記載された資料および研究者の連絡先の入ったパンフレットを同封した書類一式を厳封し，各病院で勤務する男性看護師に対して厳封された書類が届けられるよう依頼した。研究参加者は，本人の自由意思により同意が得られた，健康に問題のない男性看護師を対象とした。

②定期的に男性看護師の研修会および交流会を開催しているA団体に対して，本研究の目的や方法，研究内容を口頭および文書で説明し，研究への協力を依頼し，承諾を得て研究参加者の募集を行った。募集の方法として，A団体が保有するソーシャル・ネット・ワーキングサービス（以下，SNS）に，研究参加者募集パンフレットの掲載依頼を行い，A団体会員およびA団体のSNSをリンク先として登録している男性看護師を対象に，任意による研究参加者の募集を行った。研究参加者は，男女雇用機会均等法の改正によって，男性へのSHも規制の対象となった2007年以降に，総合病院において看護師からのSH被害を受け，現在も総合病院に勤務をしている男性看護師14名であった。

なお，本研究では，多数の男性看護師の就労が見込まれる総合病院を対象としたが，精神科で働く男性看護師は対象から除外した。理由としては，就業環境における看護師の男女比率が総合病院の一般診療科と精神科では異なること，また，田辺（2009），藤田ほか（2014）の精神科の院内暴力に関する先行研究を参考に，総合病院で発生する院内暴力としてのSHの発生率および内容の違い等を考慮したためである。

D．調査期間

調査期間は2018年4月から2019年6月とした。

E．データ収集方法

男性看護師の経験を自由に語ってもらうためにインタビューガイドを作成し，半構造化面接を行った。インタビューガイドは，①あなたが経験したSHの内容，発生した場所，状況を具体的にお話しいただけますか，②SHの被害の後に，ご自身のなかで何か変化はありましたか，③SHを受けた後に，就労を継続する理由としてどのようなものがありますか，④SHの被害を自分自身が受けるということを，入職前に想定していましたか，⑤看護師間でSHが発生する理由をあなたは何故だと考えますか，などとした。また，年齢，臨床経験年数，所属部署，役職（管理職）の有無，既婚か未婚かという属性についてもインタビュー内で確認を行った。インタビューを行う場所は，プ

ライバシーが保たれることを前提に，参加者が指定した公共交通機関の駅近くに位置する公共の会議室および民間の会議室を主に利用した。インタビューの日時は，参加者の希望に沿うよう調整し決定した。インタビュー時のICレコーダーへの録音の同意は，インタビューの同意書と同時に得た。またインタビューの直前にも口頭で同意を得てから行った。

F．分析方法

被害を受けた男性看護師の個別のケースによるSHの内容やその複雑性，SH行為に対しての男性看護師の解釈や対処行動は多様であり，個人差があると考えた。そこで，人間の経験をできるだけ自由に語ってもらったディテールの豊富な内容のデータを，その文脈性を重視して扱うM-GTA（木下，2003，2005，2007，2014，2020）の手法に基づいて分析を行うこととした。また，本研究における分析テーマの決定においては，木下康仁M-GTA研究会のスーパーバイザーから直接指導を受けた。その結果，分析焦点者を「看護師によるSH被害を経験し，現在も看護師として就労を続けている男性看護師」と設定し，分析テーマを「看護師集団と対等に働くようになるプロセス」と設定した。

G．倫理的配慮

本研究は，東邦大学看護学部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：29024）。インタビューにあたって，調査目的，質問項目，自由意思での参加であること，答えたくない質問には答えなくてよいこと，録音データは研究目的以外には使用しないこと，匿名性を保つ配慮を行うことを説明し，同意が得られた協力者のみインタビューを行った。インタビューには真摯な態度で臨み，セカンドハラスメントの防止に努めた。また，研究協力中のどの段階でも，研究協力撤回の申し入れがあった場合には，速やかにそれを受け入れることとし，研究対象者の体調面の負担にならないことを基本とした。万全の注意を払ってインタビューに努めるが，対象者に体調不良が生じた場合の対処として，本研究の研究目的とその内容を把握し対応を了解している経験値の高い精神保健指定医２名への紹介が可能であることを告げたうえで，インタビューを実施した。

Ⅲ．結　　果

A．研究参加者の概要

研究参加者の年齢は，20歳代から40歳代で，経験年数は２年～25年未満，14名中２名が主任以上の管理職で，５名が既婚者であった。インタビューの平均時間は62分（41～87分）で，研究対象者のなかには，現在もSHの経験が継続している者と，過去に経験して現在に至っている者が混在していた。本研究内容が，SHの被害経験というデリケートな内容を扱うことから，事例内容の一致により個人が特定される可能性を排除するため，対象者の属性等を一覧で提示することは控える。さらに，複数のインタビューデータの照合によって個人が特定されないよう，インタビューデータにはデータ番号を付さないこととする。なお，結果として示すインタビューデータは，意味が崩れないよう慎重に簡略化するよう努め記載した。

B．SHを受けた男性看護師の働き方の構築

分析の結果，１つのコアカテゴリー，６つのカテゴリー，３つのサブカテゴリー，21の概念が生成された。全体像としてのストーリーラインと結果図（**図１**）を示す。なお，コアカテゴリーは【　】，カテゴリーは［　］，サブカテゴリーは〈　〉，概念は（　）で示した（**表１**）。

１．ストーリーライン

男性看護師は，職場の内外で発生した自身のセクシュアリティに関する出来事を（公私の区別なくうわさ話にされ情報共有される）ことや，それらの内容が（悪目立ちすると烙印を押される）ことで仕事に支障をきたすという経験を通し，自身のセクシュアリティを含んだ情報は職場内で〈うわさ話として共有されることを学習〉する。そして，患者の看護介入場面の許可など（セクシュアリティの判断基準が女性看護師に独裁される）ことで，（多数派の道理に従わないと報復があることがわかる）ため，〈偏った価値基準に従う〉ことを覚える。このような経験から，［看護の職場は女性看護師の価値基準に倣って評価がされる］ことがわかると，男性性が否定的に扱われたり，傷つけられたりする経験をする。一方で，自身の判断によって女性看護師に頼ることができるようになると，［男性の優位性からの離脱］を経験する。また，男性同士のコミュニティにおいて，羞恥心を伴う（男同士の強制力が働くノリに付き合わされる）なかで，男性間の縦社会の構造がわかると，［職場の権力構造を理解する］ことになる。そして，女性看護師から必要以上に力仕事を依頼されるといった場面において，（都合よく求められそれに応える）といったジェンダー役割に過剰適応することや，（感情の表出より仕事上の関係性維持を優先する）など，男性看護師は被害を受けても職場での業務が円滑に進むよう，基本的には他者との関係性を荒立てないといった［対処行動を確立させる］。そして，自身の（被害者経験を経て他のセクシュアリティに関する被害に目が向く）ことや，（加害者意識の

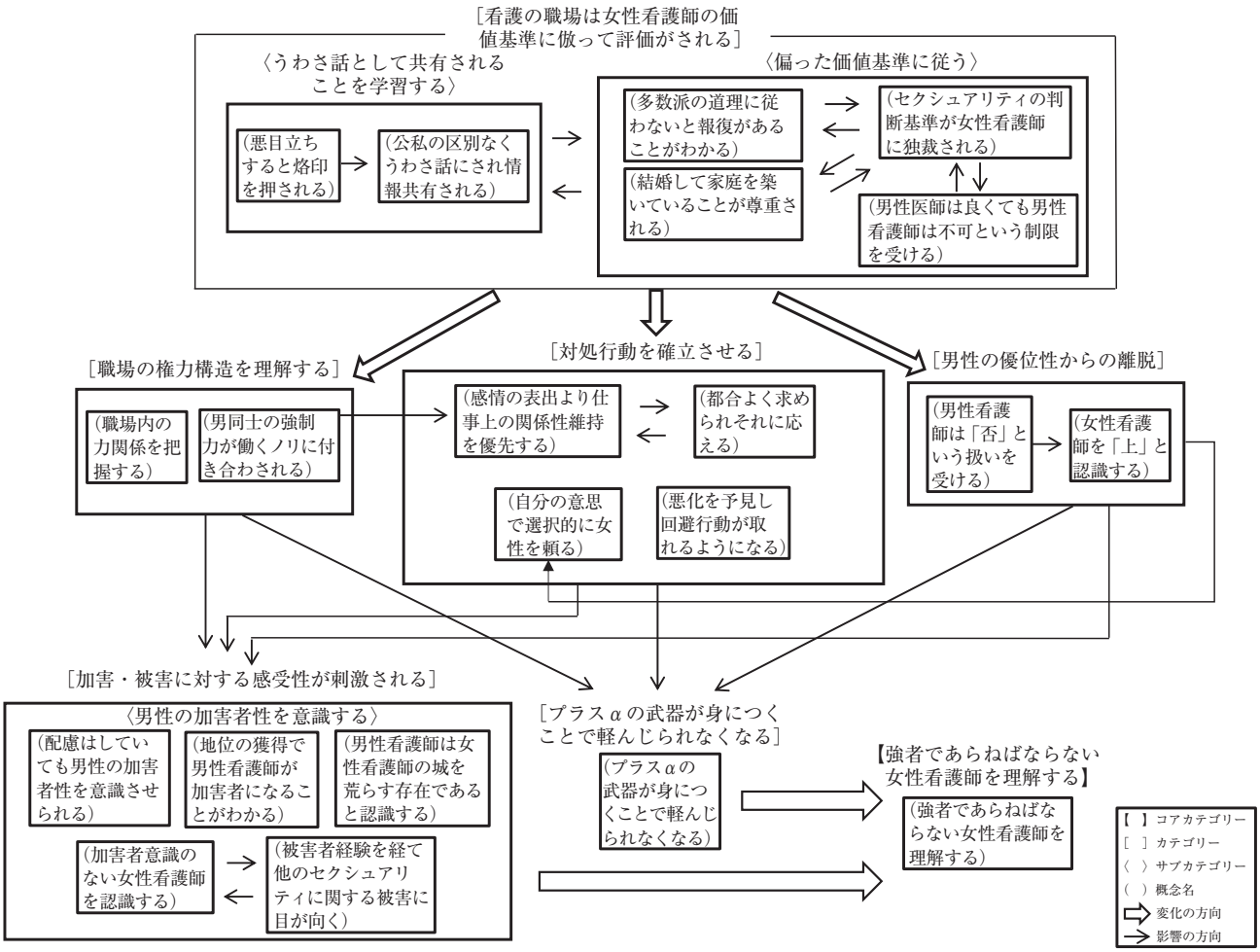


図1　結果図：看護師集団と対等に働くようになるプロセス

ない女性看護師を認識する）なかで，男性看護師の被害だけではなく，〈男性の加害者性を意識する〉など，［加害・被害に対する感受性が刺激される］ことで，加害者性および被害者性を多面的に捉えるようになる。また男性看護師は，自身の専門的な知識や技術が磨かれることや，資格の取得，管理職になるなど［プラスαの武器が身につくことで軽んじられなくなる］と，SHの被害の対象から外れることを知る。男性看護師が力を養い，他者との差別化を図ろうとすると，これまで築かれてきた看護の職場の構造や秩序に少なからず影響を与えること，また，日本社会の男性優位の構造と同様に，男性が不当に権力を行使する可能性に対抗するため【強者であらねばならない女性看護師を理解する】ことができるようになり，職場においてSHが発生する意味を捉えられるようになる。

こうした結果から，SHを受けた男性看護師が看護師集団と対等に働くようになるプロセスとは，SH被害への対処からその経験を俯瞰し，職場で発生するSHの構造を客観的に捉えることで，他者や組織が変化することを期待するのではなく，自身の立ち位置を向上させられるように，意識や行動を変化させ職場での働き方を構築することであるといえる。

2．男性看護師の働き方構築のプロセスを構成する要素

男性看護師の働き方構築のプロセスを構成する，1つの【コアカテゴリー】と6つの［カテゴリー］について，概念を示しながら詳細に記載する。

a．【強者であらねばならない女性看護師を理解する】

複雑な病院組織のヒエラルキー構造のもとで発生する，看護師からのSHへの対処や感情の動きを経験することで，男性看護師は，【強者であらねばならない女性看護師を理解する】ようになっていった。

「男性が入ってくることに，例えばまあ脅威じゃないですけど，持っている人はいるんじゃないかなって思いますけど。女性の社会を作りたいんですよ。そこに男性を入れ込まない，排他するっていうのがあって。」

「男性は男性で『俺の方が上だぞ』みたいなのはありますからね。『俺の言うことが聞けねえのか？』みたいな人がいましたけどね。」

表1　カテゴリー・概念・定義の一覧

コアカテゴリー・カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
【強者であらねばならない女性看護師を理解する】		（強者であらねばならない女性看護師を理解する）	男性看護師が地位の獲得や力を養うことにより，看護界の女性中心の権力構造や秩序が脅かされること，男性が不当に権力を行使する可能性に対抗することで，女性看護師が強者である必要があることに理解を示す。
［看護の職場は女性看護師の価値基準に倣って評価がされる］	〈偏った価値基準に従う〉	（セクシュアリティの判断基準が女性看護師に独裁される）	男性看護師によるセクシュアリティに関する場面への介入の判断基準が，女性看護師の価値判断基準によって独裁される。
		（多数派の道理に従わないと報復があることがわかる）	多数派である女性看護師集団の意に沿わない態度や行動を示した場合は，何かしらの報復があることがわかる。
		（男性医師は良くても男性看護師は不可という制限を受ける）	セクシュアリティを扱う業務において，同じ男性であっても，男性医師の介入は良くても男性看護師の介入は認められないといった，男性看護師という職業が制限を受ける。
		（結婚して家庭を築いていることが尊重される）	結婚して家庭を築いているということが，職場内において肯定的な意味で評価される経験をする。
	〈うわさ話として共有されることを学習する〉	（悪目立ちすると烙印を押される）	失態や醜態により悪目立ちすると，悪い印象は消すことのできないスティグマとして残り，その内容は女性看護師間で共有される。
		（公私の区別なくうわさ話にされ情報共有される）	女性看護師間で個人の公私に関する情報が共有され，人に伝わって拡散される経験をする。
［対処行動を確立させる］		（感情の表出より仕事上の関係性維持を優先する）	自身の感情の表出を抑え，業務に支障をきたさないように他者との関係性維持を優先する。
		（都合よく求められそれに応える）	男性であることを理由に，体力や腕力，暴力性への対応に関して，女性看護師から都合よく求められ，それに応える。
		（自分の意思で選択的に女性を頼る）	ある場面において，女性看護師の介入が望ましいと自ら判断し，意識的に女性看護師を頼る。
		（悪化を予見し回避行動が取れるようになる）	未来の展開を予見し，加害者の言動や行動がそれ以上悪い方向に進展しないよう，回避行動をとる。
［職場の権力構造を理解する］		（職場内の力関係を把握する）	管理的な地位ではなく，職場内で誰が力を持った存在かという意味での権力構造を把握する。
		（男同士の強制力が働くノリに付き合わされる）	男性看護師間のヒエラルキーが存在することで，男同士のセクシュアリティに関するノリに強制的に付き合わされる。
［男性の優位性からの離脱］		（男性看護師は「否」という扱いを受ける）	看護の職場において，属性としての男性という性別が，拒否的，否定的な扱いを受ける。
		（女性看護師を「上」と認識する）	看護の職場において，女性看護師の方が男性看護師より上である，と認識する。
［加害・被害に対する感受性が刺激される］	〈男性の加害者性を意識する〉	（配慮はしていても男性の加害者性を意識させられる）	男性という属性に，セクシュアリティに関する加害者性が無条件に帯びさせられ，それを意識する。
		（地位の獲得で男性看護師が加害者になることがわかる）	男性看護師が権力を持つことで，セクシュアル・ハラスメントの加害者になるということがわかる。
		（男性看護師は女性看護師の城を荒らす存在であると認識する）	男性は女性主体の組織体制を荒らす存在であるということを，男性看護師自身が認識する。
		（加害者意識のない女性看護師を認識する）	女性看護師は，セクシュアリティを含む言葉や態度で他者に負の感情を抱かせていることに無自覚であるということを認識する。
		（被害者経験を経て他のセクシュアリティに関する被害に目が向く）	自身が被害者になるという経験をしたことで，女性のセクシュアリティに関する被害や，職場のLGBT差別など，多面的なセクシュアリティ被害に目が向く。
［プラスαの武器が身につくことで軽んじられなくなる］		（プラスαの武器が身につくことで軽んじられなくなる）	何かしら，一目置かれるものを身につけることで他者から軽んじられなくなる。

「女性は『出る杭は早めに打っておこう』ってなると思うんですよ。」

「『このラインを越えられるのは怖い』ってのがあるんですかね？女性がこれまで培ってきた部門に男性が進出することを，良く思わない人もいるんじゃないんですかね。」

b．［看護の職場は女性看護師の価値基準に倣って評価がされる］

看護師が他の看護師のセクシュアリティに関する話題について公然とうわさ話をすることに対して，男性看護師は警戒心を示していた。（公私の区別なくうわさ話にされ情報共有される）ことや（悪目立ちすると烙印を押される）という経験から，〈うわさ話として共有されることを学習する〉ことで，特に性に関する話題については他者に対して開示する範囲を自分のなかで狭く設定し，女性看護師間とは違う立ち位置にいることを自覚したうえで，分別のある会話を心がけていた。

「新卒の時，ドクターと若い女性看護師が病院の忘年会などで露出の高い催しをするってことが伝統的にあったんですけど，それを受けて，若い男性看護師も露出の高いことをしなくてはいけなくなって。女性看護師はドクターからの誘いなので，それがうまくいくと，その後の仕事上の円滑な関係が築けることがある。男性看護師は，飲み会の場での醜態が後々にも残って『あの子そういうことやっていたものね』って共有化されます。」

「アナウンス力っていうところなんでしょうけど，女性はなんでも言いふらすし，だから相談しようと思わない。プライバシーを守らなきゃいけない職業ではあっても，患者さんの事は守れたりするとは思うんですけど，看護師間ではもう，プライバシーがないっていう風に僕は考えているから，プライベートな話とかはしたくない。」

そして，職場において，セクシュアリティへの介入場面の制限や，その判断基準が女性看護師の〈偏った価値基準に従う〉ことを強いられることになる。とりわけ，女性患者の身体接触を伴うケアや，育児休暇取得に際して，女性看護師からの否定的な言動を耳にすることがあった。

「なぜ男性看護師が女性患者の診察の介助についたのかが，後々，同僚から突っ込まれることがあります。尿道カテーテルの挿入とかあるじゃないですか。で，『なんで看護師でやったの？医者に任せればいいじゃん』って。看護師ができる手技だから，って思ってはやってはいるんですけど，もちろん患者の了承を得たうえでやるようにはしてますが，そういった場面で女性をなぜ呼ばなかったのか，ってことを言われることがあります。逆のパターンで男性患者に対して女性が介助にあたる，だったら何も言わないんですよ。」

「ノックして副看護部長室に入ったら，僕が女性の看護師だと思ったと思うんですけど，副看護部長が着替え中だったんですよ。そういうことも女の中の社会だとしちゃうんですよね。鍵もかけずに，いろんな人が来る場でそういうことがやれてしまっていた環境が女の社会だからあったと思うんですよね。病棟の休憩室で男性看護師が更衣を始めたら，『ちょっと！』ってなると思うんですよね，そういう意味で。」

「女の人が育休を取ることに対してはみんなすごく優しいけど，男だと『えっ？』ってなることが圧倒的に多いです。男の先輩が『育休取る』って言ったらものすごく病棟がざわついて。『なんで育休取るの』って。揉めましたよ。最終的には育休は取れたんですけど，文句言われていました。『男なんだから育休取らずに働いていればいいんだって』っていう人がいっぱいいたし，『こんなに忙しい病棟で育休取って何？』みたいな。」

「師長はご自身が今も子育てしながら仕事をされているという事で，そういうステータスがあるから，結婚しない男性に対して指導的な場面の時に『結婚して家庭を築いて，そうすると意識が変わるから』っていうような話をしてしまうんだと思います。」

c．［対処行動を確立させる］

仕事のパートナーである他の看護師に対して，男性看護師は（都合よく求められそれに応える）など（感情の表出より仕事上の関係性維持を優先する）ことで波風を立てないことや，（悪化を予見し回避行動が取れるようになる）術を身につけ自己防衛に努めていた。また，（自分の意思で選択的に女性を頼る）といった他者との関係性を築いていた。

「SHがしつこい時は，『ちょっとごめんなさい』という感じでその場から消えていく感じです。場から去る，笑顔でごまかしていく感じです。」

「普通に感情で返したりすると周りの場を乱すってのがあるし，相手にすると，逆に思う壺じゃないけど，反応することで相手が余計に面白がって，っていうのが増すと思うので。無視するようにしています。ムキになると余計にエスカレートする可能性があるから，ってところですね。」

「調子の悪い患者さんが暴れたりっていうとき，女性看護師って男性が強いタイプの看護師の方が楽じゃないですか。ざっくばらんに言うと看護師が患者さんになめられる時，力が弱い男性看護師との組み合わせの場合，女性看護師が『あの人だったから頼りなかった』みたいなことを言うんですよ。だから男の心理としては，『自分が率先して行かなきゃ』ってなるんですよね。」

「夜勤の仮眠中に，体重が50kgくらいの患者さんがベッドから転落したという場面で，コンコンコンと仮眠室をノックされたので『急変ですか？』って言ったら，『○○さんが転んじゃったので，引き上げいい？』って言われて。他にも夜勤者がいるので，患者さんの体型や状況的に，複数で関われば

無理なレベルではないって思ったんです。『これ，寝ている俺を起こす必要はあったのかな』っていう。」

「威圧的な態度の男性看護師に対する苦情は，その男性看護師と同等か，それよりも上の女性看護師に相談するようにしています。」

d．［職場の権力構造を理解する］

職場内において女性看護師の管理者，非管理者という上下関係だけではなく，実権として誰が力を持った存在か，といった（職場内の力関係を把握する）ことは，男性看護師にとって，自身と他者との関係性を維持することに影響を及ぼすため重要であった。また，男性看護師間における年功序列のヒエラルキーは存在しており，（男同士の強制力が働くノリに付き合わされる）ことがあり，そのような関係性も含めて職場の権力構造を理解していた。

「ある女性看護師は少なくとも主任よりは強かったと思います。強くて，師長は一歩離れた場所にいるので，師長にもガツガツ言っていく，自分の意見を持っている方なので，ある意味，権力としては師長よりもあったのかもしれませんね。」

「派閥はありますよね，女性看護師の派閥。２つ３つに分かれていて，男性はそれに属さない。男性が一人いるとギスギス感が和らぐってことは言われたことはあります。」

「自分と同年代とか自分より上の男性看護師，40代の方とかは体育会系のノリなのかもしれないですね。延々説教に付き合わされるとか，『なんか芸やれよ』みたいな。息抜き程度で集まるならいいですけどね，組織的な強制力が働くとややこしくなるかなって。」

「男性間っていうところだと，集まって飲むときにキャバクラに連れて行かれるのが苦痛でしょうがない。あと旅行があって，風俗とか行かされるのも苦痛でしょうがない。」

e．［男性の優位性からの離脱］

男性看護師は看護の職場において，（男性看護師は「否」という扱いを受ける）ことや，女性看護師から侮蔑されることで，（女性看護師を「上」と認識する）ようになっていった。

「『男なんてバカなんだから』っていうようなことを，仕事場だけじゃなく，プライベートも含めてですけど口にされたりすることで，学生の時よりも『女性は強いんだな』，って思うようになりました。」

「師長にとって，『男は雑だから』っていうのはあるみたいで，僕だけではなく，他の男性看護師のことも『雑だから』って言われます。」

「女友達と一緒に派遣社員として登録していたことがあって，女友達のところには仕事依頼がたくさんくるんです。派遣会社に問い合わせたんですけど，『女の人でお願いします，っていう事業所が多いんです』ってことなんですよ。男女雇用機会均等と言っても，自分には入浴介助しか依頼が来なかった。『そういうのあるんだな』って思いました。」

f．［加害・被害に対する感受性が刺激される］

男性看護師は，（配慮はしていても男性の加害者性を意識させられる）ことや（地位の獲得で男性看護師が加害者になることがわかる）こと，（男性看護師は女性看護師の城を荒らす存在であると認識する）ことで〈男性の加害者性を意識する〉ようになっていた。そして男性看護師は，自身のSH（被害者経験を経て他のセクシュアリティに関する被害に目が向く）ようになり，（加害者意識のない女性看護師を認識する）ことで，多面的なセクシュアリティ被害について意識する機会を得ていた。

「加害者の男性上司は，病棟勤務中も『今日は○○さんとエッチしようかなぁ』みたいなことを言う人なんです。でも患者のフィジカルな部分をみるとか，ドクターと対等に話せるっていう知識，技術を持っているので，実力はある人で頼りにはなるんです。」

「管理職として，例えば生理痛を理由に欠勤があるという電話に対して，そういうときは『あ，そうなんだ』って言います。復唱はしない。なかには言葉にされることを『絶対嫌だ』って思っている人がいるだろうから，自分からはそのワードは出さない。」

「最初見たときは衝撃だったんですけど，女性看護師の肩とか腰とかに手回して，ある日，僕にも同じことしてきたんですよ。もうなんかみんなが『しょうがない』って，なって。みんなも，あの先生（男性医師）は『しょうがない』って許していて。」

「男性っていうものはその構築された組織体制を引っ掻き回すっていう感じになると思うんですよ。男性が入ることによってその構造が壊れることがあるとは思うんですよね。意識せざるを得ないっていう，敵対意識を持つという。」

「自分がSHの被害者になることは考えていなかったです。女性社会なので，もし僕が女性で男性社会に入っていくとなったらわかるんですけど，僕が男で相手が女性なんで，想定はしていなかったです。」

「その人は体も触ってきます。いやらしい感じではないんですが，肩とか腰とか，それで触った後に他の看護師に『あんまり触るとセクハラになっちゃうよね』と言って笑っている。管理職の人なんですが。普段は別にいい人なんですけど。セクハラ受けるときは面倒くさいけど，入職した時から仕事を教えてくれた人だから，ほんとその時だけ，って感じです。その時だけは面倒くさいなって思うけど……。」

「自分がされていることが逆の立場だったら，『絶対セクハラだよな』，って思っていた。受けないと思っていたけど，まあ，やっぱり女性の世界っていうんですか。世の中でそういうことが言われるようになって気づきに変わっていったって

いうか。だから，一回されるだけだったらそこまで神経質にならないけど，何回も繰り返しってなると，気分害するし，自分が気にしていることを面白がって言ってくるところが不快ですよ。」

「LGBTの女性の入院患者さんに『あれ絶対カップルだよね』っておもしろおかしく，笑いのネタというか，興味の話題としてしまうというのは，『看護師としてどうなんだろうな』っていうのは経験としてあるので。」

「管理職者に，『あなたは女の子が好きなんですか？男の子が好きなんですか？私はどっちでもあなたを受け入れるけど』ってみんなの前で言われて。僕自身はそういう話に触れられたくなかったので，それはちょっとショックだったかなってことがありました。」

「（元々LGBTであるということを疑っている）女性看護師が僕に，病棟で患者が聞いているなかで，笑い話にするような感じで『結婚しないの？』って。僕が結婚したことでハラスメントはなくなった。」

g．［プラスαの武器が身につくことで軽んじられなくなる］

男性看護師は，（プラスαの武器が身につくことで軽んじられなくなる）ことを自覚するようになっていった。

「ある一定の時期までは女性看護師は上からものを言う感じだった。押さえつける，駄目出しばっかりしていたのに，僕のポジションが上がってきたときには，気遣いみたいな，お伺いみたいな感じになってきたんですよ。根拠を持って喋られると，相手を認めざるを得ないってことになってくるんですよね。」

「教える立場になってきているのもあるし，セクシャル的なものとか，悪口とか指摘とか，若い時は教えを請う立場だったわけじゃないですか。今の立場だと，相談されることが多いから，変なことを言われる時間もないっていう。そういう空気感にならない。」

Ⅳ．考　　察

結果では，SHを受けた男性看護師が「看護師集団と対等に働くようになるプロセス」の分析結果について詳述した。男性看護師がSHの被害を受けることは，性別による差別や性被害に対する加害者，被害者の両義的な当事者性を理解する経験であった。女性優位の職場環境において男性看護師は，男性であるが故の性的な区別や差別を受け，劣位に置かれる男性性を経験し，加害者をはじめとする他者との社会的相互作用によって自身の対処行動が培われたり，状況を理解したりすることで，新たな認識を獲得するに至っていた。また，男性看護師は自身の被害者経験により，俯瞰的な立場から男性の加害者性を認められるようになっていたことから，ここでは「看護の職場環境における権力構造の理解と男女協働の健全化」を軸に，A．「女性看護師の協力が不可避な男性看護師と強者であらねばならない女性看護師の協働」，B．「SH被害を受けた男性看護師の自己完結した働き方の構築」，C．「複合差別論の視点から構造的弱者に置かれる男性看護師と女性看護師の立ち位置」，D．「抑圧の移譲による男性看護師間における縦社会圧力の強化」，E．「男女の対等な関係を目指すための組織社会化」について考察する。

A．女性看護師の協力が不可避な男性看護師と強者であらねばならない女性看護師の協働

男性看護師は，病院組織の複雑な構造におけるヒエラルキーのもとで発生するSHによって，自身が被害者になる経験から得たものを総括すること，そして，男性看護師が地位を得ると，SHの加害者になることを目の当たりにすることで，強者であらねばならない女性看護師を理解するようになっていった。日本の看護界に，後発的に参入した男性看護師が増加する現状は，これまで女性が築き上げてきた女性主体の看護界の構造が変化することを意味している。男性看護師は，女性看護師がそのような状況を容易に受け入れられないことを理解することで，病院組織内の権力構造下において，強くならざるを得ない女性看護師を認識し，男性看護師がSHの対象になることの意味がわかるようになっていったと考える。そのような状況において，日本社会における男性の優位的立場を職場環境に持ち込むことがなじまないということは経験則によって判断できるため，自分自身が変化することで自身を納得させられる，という考えに及ぶ。その結果，男性看護師は，管理職になることや他者に認められる実力を身につけるといった，プラスαのスキルを模索し，それが身につくことで周囲から軽んじられなくなるという働き方を構築すると考えることができた。一般的な職場においては，多くの人にとって「セクシュアリティ」とみなされることが職場に持ち込まれれば即SHとなるのに対して，看護の職場においては，持ち込まれただけではSHとはならない（室伏，2008）。理由としては，業務上，身体や性器の露出が伴うといった特殊な労働環境がある。男性看護師は，女性患者への対応や羞恥心を伴うケアの場面において，患者からの拒否（木許・福田・赤澤，2012）や，患者から女性看護師への交替（前川・末村・栗田・橿村，2014）を希望されるなど，性差という自助努力では解決できない業務上の困難を経験し，女性看護師との協働なくしては業務が遂行されないことを理解していく。しかし，そのような業務上での協働関係を女性看護師が悪用し，SHという形態で男性看護師に負荷をかけるとき，男性看護師はジェンダー役割に

とらわれない（もしくはより専門的なジェンダー役割に特化した）プラスαのスキルの習得や模索に拍車をかける可能性が示唆された。男性看護師が女性看護師からSHを受けるという経験は，自身の被害経験や看護職に付随する様々な不条理な感情を飲み込み耐え忍ぶなか，攻撃的欲動などの衝動を超自我の要請に応じて社会的に認められる形に変え満足させ（川野，2017），昇華する防衛機制であったと考えた。

B．SH被害を受けた男性看護師の自己完結した働き方の構築

分析結果において男性看護師は，SH被害を受けながらも加害者との関係性の維持や，状況の悪化を防ぐために予防的な対処行動を確立させることにより就労を継続していた。SHの被害を受けた男性看護師は，自身が成長を遂げることによって，被害対象から外れるという自己完結した働き方を構築するという特徴があった。ここで，労働者が働き方を構築するプロセスに関連した先行研究の内容と比較してみたい。うつ病のために長期休職した男性労働者の視点からみた，心理社会的な職場復帰のプロセスを明らかにすることを目的とした山岡（2012）の研究において，男性労働者は，休職することで将来に向けた新たな自己像を再構築し，より適応的な働き方という行動変容につなげていた可能性を示唆している。本研究結果においても，男性看護師は，SHという被害経験を通して，職場の権力構造やこれまで気づかなかった就労環境下における被害者性，加害者性に関する意識および他者理解など，新たな価値観を獲得し働き方を構築していた。SHは決して許容される行為ではないことは自明であるが，その被害経験が，新たな価値観の獲得に影響を及ぼしていたことも本研究結果により示された。一方，がん患者が治療をしながら復職することを決め，どのように治療と就労を継続させていくのかというプロセスを明らかにする研究において，がん患者は，職場の管理者には復職前からがんの経過や治療の見通しを伝えることや，復職にあたっての要望を示すこと，また，がん罹患について把握している上司や同僚からのさりげない気遣いなど，多種多様なインフォーマルなサポートを受け入れることをしながら，治療と就労を継続させていたという報告もある（廣川ほか，2020）。本研究結果における男性看護師は，加害者が上司であることもその理由につながると考えるが，自身のSH被害に関して，積極的に他者に相談することや情報を共有することをしていなかったことから，他からの直接的な支援を得るといった働き方の構築には至らなかったものと考える。故に，男性看護師のSH被害は表面化せず，対応されないまま，個人管理された問題として放置されているという解釈が可能であった。

C．複合差別論の視点から構造的弱者に置かれる男性看護師と女性看護師の立ち位置

上野（1996）は複合差別論について，「社会的な存在としての個人は，多くの文脈を同時に生きており，ひとつの文脈で差別をうけている弱者が，べつな文脈のなかでは強者であることはいくらでもある」と述べている。また，「差別を受けている人々は，社会的な弱者として，しばしば複数の差別を同時に経験していることが多い。だが，その複数の差別のあいだの関係は，当事者個人のアイデンティティのなかでも複綜し，葛藤を起こしている場合がある」と述べている。複合差別は単に複数の差別が蓄積された状態を指すのではなく，複数の差別が，それを成り立たせる複数の文脈のなかでねじれたり，葛藤したり，ひとつの差別が他の差別を強化したり，補償したりという複雑な関係にあるとしている。SH被害の多数派は女性であり，また，病院環境において発生するSHも限定的な加害者を除けば，被害者の多くは女性看護師である。近年，＃MeToo運動（現代思想，2018）の世界的な広がりも手伝って，SHは改めて，深刻な人権侵害として認知されるようになった。上野（1996）は，差別の持っている深刻な問題性は，差別が外在的に存在するだけではなく，内在的にも存在すること，すなわち支配的価値の内面化が起きると，差別による『人間的尊厳の侵害』を主張する以前に，当事者が自尊の感情を持てないことが，差別が被差別者にもたらす破壊的な効果のひとつであると述べている。男性看護師のインタビューにおいて，*「『男なんてバカなんだから』っていうようなことを，仕事場だけじゃなく，プライベートも含めてですけど口にされたりすることで，学生の時よりも『女性は強いんだな』，って思うようになりました。」*といった，男性に対する差別的発言を思わせる語りが聞かれた。神原（2015）は，複合差別の重要な点は，被差別者同士の間で，一方が加差別者，もう一方が被差別者になりうるという事実であり（中略），「複合差別」の実態を明らかにしなければ，最も弱い立場にある人に最もしわ寄せがいっている事態を放置したままになることが問題であると言及している。インタビュー結果で示した，*「女性看護師の肩とか腰とかに手回して（中略）みんなも，あの先生（男性医師）は『しょうがない』って許していて。」*というデータや過去の研究でも触れられているように，患者や医師による女性看護師へのSHに関する被害はすでに周知されている。女性看護師は，性暴力による被差別者であることが明らかであり，その被害者性にのみ焦点が当たることで，加害者性が看過されると，男性看護師が女性看護師から被害を受けるSHは放置された問題になりかねないと考える。男性看護師に関する問題は看護職全体の問題であることから，現

在の日本の看護の現場に問うべき課題は，日比野（2009）が言うように，看護師に対するSHの問題を，看護師のメンタルヘルスや病院の職場環境の問題だけに矮小化するべきではなく，看護職の地位の問題として，あるいは社会におけるジェンダー構造や女性全般の地位の問題という，広い視野からも論じるべきだと考える。

D．抑圧の移譲による男性看護師間における縦社会圧力の強化

看護の現場において女性看護師が主として男性（患者や医師を中心とする）からの不当な権力行使によるSHの被害は根絶できない。そして，被害者である女性看護師が男性看護師に対してSHの加害行為をはたらき，それを受けた男性看護師がさらに後輩の男性看護師に害を加えるという負の連鎖の構図は，上からの圧迫感を下への恣意の発揮によって順次に移譲していくことによって全体のバランスを維持する，丸山（1995）の「抑圧の移譲」の原理と一致している。男性看護師にとって男性のみの属性で構成される会への参加は，会が持つ圧力の度合いによって参加に強制力が働いていた。職場では，女性看護師が優位的立場を保持しており，男性看護師はSHを受けることによって自身の男性としての社会的優位性を喪失していた。そのような状況下で男性同士が集まり，奔放な会話や愚痴がこぼせる会の場においても，先輩から後輩に向けてSHという形態が用いられ，男性間における優位性，支配性の誇示が行われているものと考えた。

Connell（1995）は著書において，複数形としての男性性という概念を提示し，男性性の間には権力関係が存在することを指摘している。複数の男性性は並列的に存在しているのではなく，幾つかの階層で構成されており，この概念は，多くの男性学に関する著書のなかで重要なパートとして扱われている（多賀，2006，2016；田中，2009）。Connellは，文化や組織において，権威と結びつき，優位な地位を持つ特殊な男らしさのパターンが見られるとして，これを「ヘゲモニックな男性性」（hegemonic masculinity）と名付けているが，ヘゲモニックな男性性は，他のタイプの男性性との差異によっても定義される。ヘゲモニックな男性性が権威や権力と結びついているならば，それとの差異によって定義される他のタイプの男性性は，必然的にヘゲモニックな男性性に対して従属し劣位に置かれることになる。したがって，こうした「従属的男性性」（subordinated masculinity）は，自ずと女性性に近い意味を帯びることになる。主導的な男らしさの最も重要な特徴は，結婚制度と密接に結びつく異性愛に求められる。この点で，従属的な男らしさがとるひとつの主要形態に，同性愛があげられると述べている（Connell, 1995）。今回，研究の対象とした男性看護師は，他のスタッフがいる状況で先輩からセクシュアリティに関するからかいや，アウティングを強要されたり，人前で性的指向をネタにされたりするという経験をしていた。Connell（1995）によれば，男子集団におけるいじめやいやがらせでは，女子集団とは異なる方法として，その男子を女性化するという方法があるという。また，多賀（2016）は，男性支配の社会構造において，男性性／女性性の二項対立は，優位／劣位，支配／服従といった二項対立に対応しており，したがってある男性を「女性化」するという実践は，男性内に差異を構築し，一方を「真の男」として優位に位置づけ，他方を「不完全な男」として劣位に位置づけるため，最も容易に利用可能な方法であると述べている。男性看護師が集う会のなかにヘゲモニックな男性性が持ち込まれるとき，そのヒエラルキーにおいて必然的に従属的男性性の存在が必要とされる。本人のキャラクターやパーソナリティとは関係なく，新人の男性看護師はこの従属的男性性に位置づけられ，ヘゲモニックな男性看護師の権力誇示の材料にされる可能性は否めない。本来的には，特に若い男性看護師の逃げ場や安心の場であることが望ましいと思われる男性看護師が集う会がSHの温床と化すとき，抑圧の移譲によって劣位に置かれる男性看護師は逃げ場をなくし，圧迫された状態を維持せざるを得ない可能性が示唆された。

E．男女の対等な関係を目指すための組織社会化

尾形（2013）によると，組織社会化（organizational socialization）とは，社会学の領域で扱われる社会化（socialization）の概念を組織行動論に援用したものであり，社会化とは，ひとびとが社会規範への同調を習得する過程，すなわち社会の存続を可能にし，世代間の文化の伝達を可能にする過程を表している。組織に参入したばかりの新人が，いかに当該組織で用いられる特殊な言語を覚え，組織の文化を理解し，仕事を覚え，当該組織の構成員らしく振る舞うことができるようになるのかを論じたものであると述べている。宗方・渡辺（2002）は，組織の内部に入った個人は，その瞬間から「試用期間」にあるものとみなされ，この期間内に，個人は組織の一員として，最低限の要求水準を充たせるかどうかを組織に試されることになる。そのために個人は，自らに与えられた職務を遂行し，周囲の同僚や上司と良好な人間関係を築き，組織文化（organizational culture）および規範を受け入れ，組織の一員としてふさわしい属性を組織に対して示し，適応の度合いをアピールしていかなければならないと述べている。組織社会化の期間は，一般には組織参入（入社）前の「予期的社会化」と，組織参入の時点から始まる「組織内社会化」の2つの時期に大別される。予期的社会化は，個人の

組織内社会化の成否を占ううえで重要な意味を持ち，この時期に個人が参入後の課題を明確に予測し，できるかぎりの準備を行えば，組織内社会化プロセスにおける課題達成の負担度は少なくなる。逆に，この時期に明確な課題予測や準備に失敗すれば，自分の予測・期待と組織の現実とのギャップに苦慮し，課題達成は困難なものになるとされている。

現在の日本における看護学校，看護大学教育は，ほぼすべてが女性多数の環境であることから，看護学生としての数年間は女性多数の環境に慣れるという予期的社会化の時期であり，他の文化的課題，役割的課題，技術的課題においても，学生時代にあらゆるかたちで予期的社会化が可能であると考えられる。予期的社会化プロセスにおいて重要なのは，参入すべき組織・遂行すべき職務・果たすべき役割について，組織の現実を的確に反映した情報を与えることである。組織による参入支援施策のうち最も有効なのが「現実的職務予告」（Realistic Job Preview: RJP）であるといわれており，これは組織参入前の内定者に対して，組織の職務の現実的情報を「うすめて」与え，参入前の予想・期待と現実とのギャップ（現実ショック　reality shock）を可能なかぎり小さくすることを目的とした一連の施策のことである。現実そのままではなく，「うすめた現実」を，あたかもワクチンを投与するかのように与えることでショックをやわらげ（ワクチン効果　Vaccination effect），過剰な期待を抑えさせ，現実的な態度で組織参入とその後の組織社会化につなげていくことが重要であると宗方・渡辺（2002）は述べている。本研究のインタビュー結果の，*「自分がされていることが逆の立場だったら，『絶対セクハラだよな』，って思っていた。受けないと思っていたけど，まあ，やっぱり女性の世界っていうんですか。世の中でそういうことが言われるようになって気づきに変わっていったっていうか。だから，一回されるだけだったらそこまで神経質にならないけど，何回も繰り返しってなると，気分害するし，自分が気にしていることを面白がって言ってくるところが不快ですよ。」*という語りにあるように，男性看護師は，予期していなかった被害者になる経験を通して，SHは性別にかかわらず，誰もが加害者にも被害者にもなるという認識を持つようになっていたが，仮に「SHは女性が男性社会に入っていくことで発生する」といった一方向的な認識を持ち続けることになれば，入職後，いわゆるリアリティ・ショックを受けるリスクが上昇することが考えられる。藤本（2018）の調査では，入社直後のネガティブなリアリティ・ショックの経験が，その後の本人の成長を左右するという内容において，リアリティ・ショックがなかった人はハイパフォーマーになりやすく，リアリティ・ショックがあった人はその逆であったと結論づけ，さらに技術職と事務職に分けても，この割合はほとんど変わりなかったという結果を提示している。このことを踏まえると，看護学生という予期的社会化の時期を活用し，RJPによるロールプレイを導入するなど，看護職のSH問題について，すべての学生を対象とした教育機会を持つことで，公平な当事者性の理解と認識につなげられるのではないかと考えられる。

Ⅴ．実践への示唆

研究結果から，看護師による男性看護師へのSH加害により，被害を受けた男性看護師が他者との差別化を図る意識が醸成される可能性が示唆された。また，新人の男性看護師は，性別を問わず先輩看護師からSH被害を受ける可能性が高いことが推察されたため，管理者による定期的な面談において，早期に事実確認を行い，対応につなげることが望ましいと考える。しかし，インタビュー内容から，加害者が管理者であることもしばしばあるため，管理職を対象とした，アンコンシャス・バイアス（無意識の偏見）に関する実践教育の実施を推奨する。また，相談者がその組織における個人情報の守秘義務の遵守に対して疑いを持つと，ハラスメントの相談窓口は利用されない可能性が高いと考えられるため，情報管理の徹底と，窓口の設置場所についても検討すべきである。SHは，被害者だけでなく加害者も離職することがあるため，それを未然に防ぐための対策が重要になるといわれているが，職場内のうわさ話の流布に対する職員間における守秘義務違反についても厳罰化する必要があると考える。さらにSHの予防教育，ジェンダー・LGBT教育に関しては，就職前である看護学校，看護大学，もしくはそれより早い段階で教育的介入を行うことで，職場環境における差別，偏向に対する予防につながるものと考える。

Ⅵ．研究の限界と今後の課題

本研究は多数の男性看護師の就労が見込まれる日本三大都市圏の総合病院を主な対象とした調査であったため，職場における男性看護師の比率に違いがあるなどの要因によって，インタビュー内容が異なった可能性がある。また，リクルート方法および本研究の募集時期が#MeToo運動などの世界的なSH報道の過熱時期と合致したことで，研究協力の依頼を受けた病院および男性看護師が，研究に参加することで所属組織に迷惑が及ぶのではないかといった，参加意思決定の判断に影響があった可能性があり，より多様な背景を持つ複数の総合病院に勤務する男性看護師を研究の対象にできなかったことが今回の研究の限界である。課題として，女性看護師および男性看護師を対象に本

研究結果に基づいた問題提起から，グループインタビュー等の機会を持つことで，看護の職場環境において発生するSHの社会的相互作用の動きを説明できる概念の生成，理論化が可能になると考える。個々の病院や施設で同様の研究を行う場合，被害者および加害者の特定につながる可能性が高いことから，個人情報が保護されるかたちで研究結果を提示するよう工夫するなど，配慮に努めることが重要である。

結　論

男性看護師がSHの被害を受ける経験とは，性差別や性被害に対する加害者，被害者の両義的な当事者性を理解する経験であった。女性優位の職場環境において，男性看護師は男性であるが故に性的な区別や差別を受け，劣位に置かれる男性性を経験するなかで，加害者との社会的相互作用によって対処行動が培われたり，状況を経験したりすることで，新たな認識を獲得するに至っていた。SH被害を経験した男性看護師が働き方を構築するプロセスとは，女性優位の職場の権力構造を理解し，自己成長へと昇華する防衛機制であった。

謝　辞

本研究に協力してくださった男性看護師の皆様，研究協力の受け入れを許可してくださった病院およびA団体の皆様に心より感謝申し上げます。また，M-GTAの主に分析焦点者・分析テーマの設定においてご指導をくださった，金沢医科大学の長山豊先生に感謝申し上げます。なお，本研究は東邦大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の内容と，第39回日本看護科学学会学術集会で一部発表した内容に加筆，修正をしたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文　献

朝倉京子（2011）. 男性看護者の“サバイバル”論：ジェンダーの視点から考察する. *看護教育*, *52*(4), 285-289.

Connell, R. W.（1995）. *Masculinities*. 78-79, Cambridge: Polity Press.

江原由美子，山田昌弘（2008）. *ジェンダーの社会学　入門*. 127, 東京：岩波書店.

藤本雅彦（2018）. *若手社員を一人前に育てる：「スタンス」と「スコープ」が人を変える！*. 96-97, 東京：産業能率大学出版部.

藤田　茂，瀬戸加奈子，北澤健文，芳賀香代子，松本邦愛，長谷川友紀（2014）. 看護師のストレス反応と関連する院内暴力とその環境要因の関係. *日本医療マネジメント学会雑誌*, *15*(3), 171-176.

現代思想（2018）. *特集＝性暴力＝セクハラ：フェミニズムとMeToo*. *46*(11), 東京：青土社.

後藤喜広（2017）. 男性看護師が経験するセクシュアル・ハラスメントに関する研究（第2報）：女性から受けるセクシュアル・ハラスメント被害に焦点を当てて. *東邦看護学会誌*, *15*(1), 36.

日比野由利（2009）. 看護職の地位とセクシュアル・ハラスメント. *日本予防医学会雑誌*, *4*(1), 7-10.

廣川恵子，渡辺陽子，大石昌美，岩田尚子，平松貴子，山下絹代（2020）. 外来治療が必要ながん患者が復職し治療と就労を継続させていくプロセス. *川崎医療福祉学会誌*, *29*(2), 305-314.

戒能民江，棚村政行，後藤弘子，角田由紀子（2012）. *講座 ジェンダーと法　第3巻　暴力からの解放*. 51, 東京：日本加除出版.

神原文子（2015）. *重複差別：被差別部落の子づれシングル女性の場合*. 74-91, 現代社会研究.

柏﨑洋美（2014）. *労働者へのセクシュアル・ハラスメントに関する紛争解決手続：新たな位置づけの検討～カナダ法とイギリス法を中心として*. 11-12, 東京：信山社.

川野雅資編（2017）. *精神看護キーワード：多職種間で理解を共有するために知っておきたい119語*. 213, 東京：日本看護協会出版会.

木許実花，福田里砂，赤澤千春（2012）. 男性看護師が抱える悩みや問題の現状と職務キャリアの関係（第1報）：女性多数の職場において男性看護師が抱える悩みや問題の現状について. *京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要　健康科学*, *7*, 75-80.

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*. 7-257, 東京：弘文堂.

木下康仁（2005）. *分野別実践編　グラウンデッド・セオリー・アプローチ*. 16-261, 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*. 7-306, 東京：弘文堂.

木下康仁（2014）. *グラウンデッド・セオリー論*. 7-176, 東京：弘文堂.

木下康仁（2020）. *定本　M-GTA：実践の理論化をめざす質的研究方法論*. 2-374, 東京：医学書院.

広辞苑　第六版（2008）. 東京：岩波書店.

前川寿徳，末村　任，栗田富佐江，橿村香利（2014）. ジェンダー法学会（編）. 男性看護師の声から考えた職場環境の支援策：職務上での悩みやストレスに対する面接を通して. *日本看護学会論文集. 看護管理*, *44*, 71-74.

丸山眞男（1995）. 松沢弘陽，植手通有編（1995）. *丸山眞男集　第三巻　1946-1948*, 32-33, 東京：岩波書店.

松田安弘，亀岡智美，山下暢子，鈴木美和，野本百合子，舟島なをみ（2004）. 看護における性の異なる少数者の経験：男子看護学生と男性看護師の経験の統合. *看護研究*, *37*(3), 253-262.

久村恵子，坂爪洋美，高橋弘司，藤本哲史（2002）. 宗方比佐子・渡辺直登編. *キャリア発達の心理学：仕事・組織・生涯発達*. 31-33, 東京：川島書店.

室伏圭子（2008）. 女性看護師が男性患者から受けるセクシャル・ハラスメントに関する研究：事例および対処方法. *獨協医科大学看護学部紀要*, *2*, 24-34.

尾形真実哉（2013）. 上司・同僚・同期による組織社会科プロセ

ス．金井壽宏，鈴木竜太（編）．*日本のキャリア研究　組織人のキャリア・ダイナミクス*．198, 東京：白桃書房．
乙部由子（2013）．*ライフコースからみた女性学・男性学：働くことから考える*．65-66, 京都：ミネルヴァ書房．
佐藤登美（1996）．ケア・システムの差別構造 医療サービスのなかの“ケア”の葛藤．栗原　彬（編），*講座差別の社会学 2 日本社会の差別構造*．275, 東京：弘文堂．
多賀　太（2006）．*男らしさの社会学：揺らぐ男のライフコース*．21-26, 京都：世界思想社．
多賀　太（2016）．*男子問題の時代？：錯綜するジェンダーと教育のポリティクス*．37-49, 東京：学文社．
田辺有理子（2009）．精神科看護師が患者から受ける暴力の経験と報告に関する認識．*岩手県立大学看護学部紀要*，*11*，13-22.
田中俊之（2009）．*男性学の新展開*．47-71, 東京：青弓社．
上野千鶴子（1996）．複合差別論．井上　俊，上野千鶴子，大澤真幸，見田宗介，吉見俊哉（編）．*岩波講座　現代社会学15差別と共生の社会学*．203-204, 東京：岩波書店．
山田秀雄，菅谷貴子（2008）．*弁護士が教えるセクハラ対策ルールブック*．*32*, 東京：日本経済新聞出版社．
山岡由実（2012）．うつ病により長期休職した男性労働者の心理社会的な職場復帰のプロセス：職場復帰リハビリテーションプログラムを受けた 3 名の事例を通して．*聖路加看護学会誌*，*16*(1)，1-8.

［2021年 4 月22日受　　付
2021年 8 月10日採用決定］

Original Article

Work Style Development Processes of Male Nurses Exposed to Sexual Harassment

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, *45*(2), 231-244
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210810155

Yoshihiro Goto, PhD, RN, PHN, Keiko Ito, PhD, RN, CPP
Faculty of Nursing Toho University, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study aims to clarify the process by which male nurses working in a general hospital develop their work styles after being sexually harassed. **Methods:** We conducted semi-structured interviews with 14 male nurses, who were victims of sexual harassment. The data obtained were transcribed verbatim and analyzed using a modified grounded theory approach. **Results:** The analysis presented 21 concepts, explaining the process by which sexually harassed nurses dealt with abuse at the workplace. When male nurses came to understand the nature of sexual victimization and perpetration through their own experiences, they gained insights into the situation encountered by female nurses, who out of necessity were compelled to act as figures of authority, thus enabling them to understand the implications of sexual harassment occurring in the workplace. **Conclusions:** Male nurses who experienced sexual harassment developed coping mechanisms in their social interaction with the perpetrator, and recognized the power dynamics and relationships in the workplace. Thus, their working style was developed through defense mechanisms that identified the power structure in a female-dominated work environment. This understanding was applied to their lives and experiences, to allow for personal growth in the face of abuse.

Key words

male nurse, sexual harassment, Modified Grounded Theory Approach

Correspondence: Y. Goto. Email: yoshihiro.gotou@med.toho-u.ac.jp

原　著

男性看護師が経験するセクシュアル・ハラスメントに関する研究

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 245-259
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210925149

後藤喜広
東邦大学看護学部精神看護学研究室

要　旨

目的：総合病院に勤務する男性看護師が経験するセクシュアル・ハラスメント（以下SHと略す）の内容の類型，およびSHに対する対処行動について類型，分析し，その特徴を明らかにする。**方法**：A団体に所属する総合病院で働く男性看護師9名を対象に，半構造化面接で得られたデータを質的に分析した。**結果**：男性看護師が経験するSHの内容は【看護業務が発生に起因する】【男性性が意識されて発動する】【身体が軽々に扱われる】【経過のなかで加害者が複数化する】の4つのカテゴリー，SHに対する対処行動は，【個人のみで行う対処行動】【他者が介在する対処行動】の2つのカテゴリーに分類された。**結論**：看護師の業務の特殊性および権力構造を背景としたSHが発生していたことから，看護の職場環境においては，性別および被害者，加害者という一義的な立場ではなく，双方的，多面的な立場の理解が得られるような倫理教育の必要性が示唆された。

キーワード

男性看護師，セクシュアル・ハラスメント，権力構造

責任著者：後藤喜広．Email: yoshihiro.gotou@med.toho-u.ac.jp

緒　言

職場におけるセクシュアル・ハラスメント（以下SHと略す）は，働く人の個人としての尊厳や人格を不当に傷つける社会的に許されない行為であるとともに，働く人が能力を十分に発揮することの妨げにもなる。それはまた，企業にとっても，職場秩序の乱れや業務への支障につながり，社会的評価に悪影響を与えかねない問題である（厚生労働省，2018）。

SHという言葉が考案されたのは1970年代であるが，1986年にアメリカ連邦最高裁判所がヴィンソン事件で，SHがアメリカ1964年公民権法第7編の性差別に当たるとする（山﨑，2013）判決を下したことを契機に，各国で法整備が進んだ。わが国では1999年（平成11年）の男女雇用機会均等法により，職場におけるSHの防止措置が事業主に義務付けられた（厚生労働省，2017）。当初は，SHを雇用の場における女性差別の問題としていたことから，女性労働者に対するSHのみが対象とされていた。しかし，男性に対するSH被害も少数ながら存在すること，男性ならではの深刻な事態もあることから（養父・牟田，2008），2007年の男女雇用機会均等法改正において，被害の対象は女性労働者のみならずすべての労働者（厚生労働省，2015）に拡大された。看護の現場においては，1998年に「対人援助職として働く医療従事者は，職場で暴力を受けやすい労働者である」と国際労働機関（ILO）が指摘して以来，医療現場における暴力が社会的な問題として認識されるようになったという経緯があり，この「暴力」の定義のなかにSHが含まれている（室伏，2013）。また，日本看護協会が2006年に作成した，「保健医療福祉施設における暴力対策指針：看護者のために」（社団法人日本看護協会，2006）において，SHは「意に添わない性的誘いかけや好意的態度の要求等，性的ないやがらせ行為」と明文化されたことを受け，看護師へのSHは暴力の一形態として，組織的に取り組むべき課題となっている。2014年に都道府県労働局雇用均等室に寄せられた職場におけるSH相談件数は，女性労働者が6,725件であったのに対し，男性労働者は618件（公益財団法人21世紀職業財団，2015）と，男性労働者からの相談が全体の約1割を占めていることが報告されており，2018年度，2019年度においては，相談内容としてSHが最も多い（厚生労働省，2020a）ことが明示されている。そして，2020年には，男女雇用機会均等法等及び育児・介護休業法において，SHや妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントに係る規定の改正があり，今までの職場でのハラスメント防止対策の措置に加えて，相

談したこと等を理由とする不利益取扱いの禁止や国，事業主及び労働者の責務が明確化される（厚生労働省，2020b）など，わが国における職場のハラスメント防止対策は年々強化されている。

日本の男性看護師に関するSHに関連した研究を概観すると，矢原（2004）の看護職とジェンダーの関わりを再考する必要性に触れた研究において，看護師のSHの経験に関する内容として，「患者からSHを受けたことがある」と回答した女性看護師が26.9％だったのに対し男性看護師は7.7％，「同僚（上司・部下を含む）からSHを受けたことがある」では，女性看護師が4.6％だったのに対し，男性看護師は6.2％と，女性看護師は患者からのSH被害では男性看護師に比べ3倍強の経験をしていたが，同僚間におけるSH被害では女性看護師よりも男性看護師の方が被害を受けている状況について報告している。また，高橋・高橋・大山（2019）が患者からSHを受けた看護師の対処行動の実態を質的にまとめた研究において，看護師12名のインタビュー結果のなかに3名の男性看護師に関するSHの概要の記載をしているが，SHを受けた年齢として，3名の被害経験年齢が20-30歳代であったこと，SHの内容としては「身体的特徴を揶揄される」，「性的接触をされる」，「身体的接触を求められる」，「病室前で待ち伏せにあう」といったものであった。しかし，男性看護師に特化したSH被害経験としての考察およびまとめはされておらず，患者から受けたSHに対する看護師の対処行動に関する結果とそれに対する考察を中心に報告がされていた。そして，富田ほか（2018）の訪問看護ステーションにおける男性看護師の就業状況と役割期待に関する研究において，訪問看護ステーションの施設長が期待する男性看護師への役割期待として，「女性看護師がSHの被害対象になった時に対応してほしい」，といった内容の提示があり，男性看護師は，SH被害が発生した際に他者の代替になるという役割期待がされることで，医療現場におけるハラスメント対策としてその存在が求められている，といった考察がされていた。

一方，海外の男性に関するSHの報告状況としては，米国雇用機会均等委員会（Equal Employment Opportunity Commission：以下EEOCとする）の発表を例に，2010年度に提出されたSH訴訟のうち，全体の約16％は男性からのものであり，その数字は2019年度までの間，おおよそ16-17％前後の割合で推移（EEOC，2019）していることから，一定数の男性がSHの被害対象になっていることがわかる。また，研究においても，Cogin & Fish（2009）がオーストラリアの8つの病院の看護師を対象に行った調査において，直近2年間のSHの被害経験をたずねたところ，女性看護師は全体の60％，男性看護師は34％で被害経験ありと回答し，その加害の中心的人物は，患者と医師が多かったことについて報告している。

看護師はSHに遭いやすい職業と言われているが，その理由のひとつとして，女性職業である看護師に対する根強い性差別と偏見に基づいている（日比野，2009）という考え方が存在している。近年，わが国では，看護職に従事する男性が増加しているが，男性看護師のなかにも女性看護師と同様に，SH被害を経験し就労を続けている者がいることが想定される。しかし，彼らの経験の詳細は明らかにされていないことから，日本の社会構造下において，女性が経験するSH被害と同様に，男性が被害者となるSHについて，個々の職場の特徴を踏まえその実情を明らかにし，対策を講じることが課題であると考えた。

Ⅰ．研究目的

本研究は，総合病院に勤務する男性看護師が経験するSHの内容の類型，およびSHに対する男性看護師の対処行動について類型し分析することによって，男性看護師が経験するSHの特徴を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．研究方法

A．用語の定義

SHについて「職場で相手の意に反して，不快・苦痛な状態へと追い込み，人間性を傷つけたり，尊厳を奪ったりする性的なことばや行為および，優越した地位や立場を利用した性的な内容を含むいやがらせ」と定義した。

B．研究デザイン

質的記述的研究

C．研究対象者

2016年度，X県内において定期的に研修や親睦を目的とした男性看護師が集う会を開催している2つの団体（A団体およびB団体）に研究協力を依頼した結果，A団体から協力の承諾を得た。A団体に所属する男性看護師に対して，研究背景，研究内容が記載されたポスターおよび研究計画書を，中身が見えない状態で厳封し，A団体の研究担当者に交流会等の機会を利用して，配布を依頼した。ポスターに書かれた研究者の連絡先に，任意での協力参加があった研究対象候補者よりメールおよび電話があった時点で，研究者から研究内容の詳細な説明をメールおよび電話にて研究対象候補者に対して行い，同意が得られた9名の男性看護師（20代1名，30代7名，40代1名）を本研究の

研究対象者とした。

なお，就業環境における看護師の男女比率が総合病院と精神科では異なること，また，田辺（2009），藤田ほか（2014）らの精神科の院内暴力に関する先行研究を参考に，総合病院で発生する院内暴力としてのSHと，精神科におけるSHの内容の違い等を考慮し，本研究では，総合病院で働く男性看護師のみを研究対象とした。

D．データ収集期間

2016年5月～8月

E．調査方法

インタビューを行う場所は，プライバシーが保たれることを前提に，参加者が指定した公共交通機関の駅近くに位置する公的会議室を主に利用した。インタビューの日時は，参加者の希望に沿うよう調整を行い決定した。また，インタビューは，インタビューガイドを作成し，半構造化面接にて行った。インタビュー時の録音の同意は，インタビューの同意書と同時にとり，インタビューの直前にも口頭で同意を得てから行った。

F．調査内容

1．属性についての質問

a．年齢，b．臨床経験年数，c．所属部署，d．役職（管理職）の有無

2．インタビューガイド

本研究の目的であるSHの内容，対処行動を明らかにするため，以下の内容についてインタビューを行った。また，SHを複数回経験している対象者からは，複数のエピソードについて，話せる範囲で語ってもらった。

〈インタビューガイド内容〉

a．いつ，どこで，誰からSHを受けたのか。
b．SHが発生するまでのエピソードについて。
c．SHを受けた時，どのような感情を抱いたか。
d．その時，どのように対処する行動をとったか。
e．自分が経験したSHについて誰かに話したり，相談したりしたか。
f．今振り返ってみて，その出来事をどのように思うか。

G．分析方法

インタビューガイドを用いて半構造化面接にてインタビューを行い，逐語録を作成した。SHの内容および対処行動の内容を抽出，コード化し，コードを意味内容の類似性，相違性によって比較し，類似するコードを集めてサブカテゴリーを作成した。さらに，類似したサブカテゴリーを類型化し，カテゴリーとした。なお，データ収集および分析過程において，総合病院において男性看護師として就労経験のある複数名の男性の看護大学教員から意見を得たこと，また，ジェンダー学および看護管理に精通した教員からの助言を受け，分析結果を検討した。

H．倫理的配慮

研究対象者のプライバシーおよび個人情報を保護するため，得られた情報は個人が特定されないよう，インタビュー時，データに起こす際に匿名性を確保した。また，研究対象者募集の時点でSHによる精神的被害が著しい者，過去にSHやその他の出来事が原因で，心的外傷性ストレス障害（PTSD）やうつ病などの精神疾患に既往のある対象者および，SH裁判において係争中，または，病院組織等においてハラスメント対策委員会に対して訴えを申請している者は研究対象として除外する旨，ポスターに明記し募集を行った。研究協力にあたって強制力が働かないよう，研究募集のポスターは封書を厳封した状態でA団体に所属する男性看護師（100-200名を対象，A団体の判断により入職一年目の男性看護師を除く）に配布を行った。研究に参加・協力することによる不利益な事項として，インタビューにおける拘束時間と自身の感情を語ることにより様々な感情が誘発される可能性があることについて，研究対象者用の研究計画説明書に明示し，研究への参加を募った。研究目的および方法に関しては，研究計画説明書に記載し，口頭でも十分に説明を行い，対象者が納得のうえ，研究参加に関する意思決定ができるように努めた。研究への参加・不参加は自由意思であり，途中で辞退することも可能であること，いずれの場合においても不利益を被ることはないことについて研究計画説明書にも記載し，口頭でも説明を行った。また，研究以外の目的には使用しないことと，研究データは施錠できる場所で厳重に管理し，学会発表・論文投稿後には読解できない状態にして破棄することを保障する旨を研究計画説明書に記載し，口頭でも説明を行った。さらに，インタビュアーとして細心の注意を払ってインタビューを行うが，研究への参加中および参加後に，研究者にSHの経験を語ったことを理由として体調不良が生じた場合，精神科専門医の紹介が可能であることを研究協力者にはインタビュー前に伝えた。専門医には，東日本大震災後の被災者のPTSD，メンタルケアに尽力した経験を持つ精神保健指定医に事前に研究について研究計画書を用いて説明，協力を依頼し同意を得て本研究を行った。本研究は，東邦大学看護学部倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号27034）。

Ⅲ．結　　果

A．研究対象者の概要

研究対象者の年齢は20代が1名，30代が7名，40代が1名であり，看護師としての臨床経験年数は平均8.3年（1-5年が2名，6-10年が4名，11年-15年が2名，16-20年が1名）であった。管理職者は9名のうち1名であった。研究対象者の属性と事例番号を図表などで提示することは，対象者の背景と複数の事例のマッチングによる個人の特定を避けることを理由として本研究では行わない。

B．データ分析結果

本研究においては男性看護師が経験した，多くの事例の抽出に主眼を置いたため，研究対象者には，看護師になってから経験した記憶に残っているSH事例をすべて語れる範囲で語ってもらった。以下，SHの内容の類型（**表1**），対処行動，発生した場面および場所，加害者の背景の一覧（**表2**），SHの対処行動の類型（**表3**）を提示するが，SHの加害者（複数の属性の異なる加害者が存在する重複の事例あり）には，女性看護師が関わっていたという事例が16事例，男性看護師が5事例，女性患者が6事例，男性患者が2事例，女性の医療従事者が1事例，女性の売店販売員が1事例，その他が2事例であった。また，事例内容とSH経験時の臨床経験年数の照合を避けるため，事例番号の提示は避けるが，SH被害経験を受けた臨床経験年数が，入職した初年度であったという事例が3事例含まれていた。

1．SHの内容の類型

男性看護師の語りを通して，SHの内容について分析した結果，29のコードが抽出され，これらを分類した結果，8のサブカテゴリー，4つのカテゴリーが生成された。カテゴリーは【看護業務が発生に起因する】【男性性が意識されて発動する】【身体が軽々に扱われる】【経過のなかで加害者が複数化する】であった（**表1**）。本文中のカテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉，代表的なコードを『　』で示した。

a．看護業務が発生に起因する

このカテゴリーは〈夜勤業務が発生に関係する〉〈看護・医療技術の提供が発生の発端となる〉の2つのサブカテゴリーから形成されていた。〈夜勤業務が発生に関係する〉は*「夜勤のラウンド中，年配の女性患者から『今日一晩添い寝して』って本気の口調で言われた。頭がしっかりしている患者だったので，『絶対に寝るものか』って思いながら『今日は夜勤なのでよろしくお願いしますね』と，笑顔で部屋を出た。」*，*「先輩の女性看護師から食事に何度も誘われた。毎回のように断っていたが，同じ夜勤で話をしている時，強引に日にちを決められ，渋々食事に行くことになった。一軒目で帰ろうとしたら，ホテルに誘われて，拒否したらものすごくキレられて，その翌日から無視されるようになった。仕事中の無視が続き，患者の報告も他の人を介して行うなど，業務への支障が大きくなった。上司の判断で女性看護師が部署移動をした。」*などの語りから形成されていた。〈看護・医療技術の提供が発生の発端となる〉は*「患者さんの清拭や陰部洗浄のあと，一緒にケアに入った女性看護師から『あんたのサイズはどれくらいなの』と局部のサイズを聞かれた。その人は，病棟でボス的な存在の看護師だったので，嫌われたら終わりだと思い，笑いを取るつもりで，『○○（小さいを表す形容）』と表現したら，翌日から『○○くん』とあだ名で呼ばれるようになった。」*，*「女性患者の膀胱留置カテーテルの挿入を一人で行う場面で，尿道口が見つけづらかったため，『留置できませんでした』と，先輩の女性看護師に報告すると，『まだ女の体を知らないのか』と笑い者にされた。その後，尾ひれはひれがついて噂が広がり，他の女性看護師にもからかわれた。」*の語りから形成されていた。

b．男性性が意識されて発動する

このカテゴリーは〈身体の特徴を称賛する言動が伴う接触がある〉〈性差が強調される〉の2つのサブカテゴリーから形成されていた。〈身体の特徴を称賛する言動が伴う接触がある〉は*「患者さんの移乗の後とか，ケアで力を使ったりした後，同世代や年配の女性看護師が『筋肉すごいね』『体格いいよね』とか言って，腕とか胸とか触ってくる。」*，*「中堅の女性看護師が，スタッフステーションで他の女性看護師を相手に『男の精子は若い方がいい』という話をしていた。自分は食事中だったので席を立つことができなかった。男は自分しかいないのがわかっていて，わざとそういう会話に自分を入れようとしたのがわかった。気持ち悪かった。」*などの語りから形成されていた。〈性差が強調される〉は*「雑穀米のコンビニ弁当を食べたり野菜ジュースを飲んでたりすると，わざわざ皆の前で『女子力が高い』と言ってくる先輩の女性看護師がいる。患者の周辺を綺麗に掃除しても，『女子力が高い』と言ってくる。とにかくしつこい。『女子力が高い』って言葉の裏には『男のくせに』って意味が潜んでいるように感じる。」*，*「反社会勢力に属する患者が入院してきたり，クレームが多い患者の受け持ちを『男が見て当然』と，男性看護師限定で担当させるリーダー級の女性看護師がいる。チームが違うのにそういう患者の担当をさせられることもあった。」*などの語りから形成されていた。

c．身体が軽々に扱われる

このカテゴリーは〈臀部が選ばれ触られる〉〈脱ぐという行為が軽視される〉の2つのサブカテゴリーから形成されていた。〈臀部が選ばれ触られる〉は*「デスクワーク時，*

表1　セクシュアル・ハラスメントの内容の類型

カテゴリー	サブカテゴリー	セクシュアル・ハラスメント事例（コード）	事例番号
看護業務が発生に起因する	夜勤業務が発生に関係する	夜勤のラウンド中，年配の女性患者から「今日一晩添い寝して」って本気の口調で言われた。頭がしっかりしている患者だったので，「絶対に寝るものか」って思いながら「今日は夜勤なのでよろしくお願いしますね」と，笑顔で部屋を出た。	①
		先輩の女性看護師から食事に何度も誘われた。毎回のように断っていたが，同じ夜勤で話をしている時，強引に日にちを決められ，渋々食事に行くことになった。一軒目で帰ろうとしたら，ホテルに誘われて，拒否したらものすごくキレられて，その翌日から無視されるようになった。仕事中の無視が続き，患者の報告も他の人を介して行うなど，業務への支障が大きくなった。上司の判断で女性看護師が部署移動をした。	②
		周囲にゲイであることをカミングアウトをしている男性看護師が夜勤時に，若い男性看護師が仮眠中の部屋の前に立って「入っていい？」って言っていた。聞いていたみんなは笑っていたけど，自分は怖くなって，それ以降，仮眠中は必ず鍵をかけるようになった。	③
		先輩の女性看護師に告白されて断ったが，勤務が終わるのを待たれたり，準夜勤の後に家の前で待ち伏せされたりということが続いた。どんどん行動がストーカー的になり怖くなってきて自分では解決できないと判断して，上司に相談したことで相手の職場（部署）が変更になった。	④
		夜勤のラウンド中，高齢で軽度の認知症女性患者がベッドサイドで私の股間を指さし「それをちょうだい」と言ってきた。何を言っているかよくわからなかったので聞き直すと，再度，股間を指差して「それをここにちょうだい」って「自分の口に」ってジェスチャーされた。	⑤
	看護・医療技術の提供が発生の発端となる	患者さんの清拭や陰部洗浄のあと，一緒にケアに入った女性看護師から「あんたのサイズはどれくらいなの」と局部のサイズを聞かれた。その人は，病棟でボス的な存在の看護師だったので，嫌われたら終わりだと思い，笑いを取るつもりで，「○○（小さいを表す形容）」と表現したら，翌日から「○○くん」とあだ名で呼ばれるようになった。	⑥
		陰部洗浄時，高齢の男性患者から「すみません，元気になっていませんか？」と言われた。その後，患者の安静度が上がってセルフケアができるようになったのに，陰部洗浄を依頼されることがあった。	⑦
		病室で患者の話を聞いているとき，高齢の女性患者にはよく，「既婚か未婚か」を聞かれる。「自分は結婚をしている」というと「子どもはまだか」と聞かれる。離婚しているのでいちいちそれを答えるのが嫌なので「結婚していない」と言うこともあったが，そうすると「早く結婚しなさい」と言われて鬱陶しい。	⑧
		受け持ちとして担当した若い女性の患者が退院した後，ラブレターやマフラーなど，いろいろなものが病院に送られてきた。ストーカーみたいですごく怖かった。	⑨
		女性患者の膀胱留置カテーテルの挿入を一人で行う場面で，尿道口が見つけづらかったため，「留置できませんでした」と，先輩の女性看護師に報告すると，「まだ女の体を知らないのか」と笑い者にされた。その後，尾ひれはひれがついて噂が広がり，他の女性看護師にもからかわれた。	⑩
男性性が意識されて発動する	身体の特徴を称賛する言動が伴う接触がある	患者さんの移乗の後とか，ケアで力を使ったりした後，同世代や年配の女性看護師が「筋肉すごいね」「体格いいよね」とか言って，腕とか胸とか触ってくる。	⑪
		移乗時とかに「いい体しているね」と言って，女性の患者さんが体を触ってくる。腕を触られることが多い。	⑫
		中堅の女性看護師が，スタッフステーションで他の女性看護師を相手に「男の精子は若い方がいい」という話をしていた。自分は食事中だったので席を立つことができなかった。男は自分しかいないのがわかっていて，わざとそういう会話に自分を入れようとしたのがわかった。気持ち悪かった。	⑬
		売店の年配の女性（販売員）が，僕が買い物に行くたびに「かっこいい」を連発する。「あ，いい男がきた」って毎回言われて恥ずかしい。	⑭
		ステーションにいる時に「○○さんのお尻，気持ちいいよ」みたいな感じで同僚の女性看護師が触ってきて，他の後輩とかを呼んで触らせようとする。「私血管フェチなんです」って言って，浮き出た血管を触りにくる女性看護師もいる。	⑮
	性差が強調される	入職時，他の同期は全員女性だったけど，私だけ「出来が悪い」と女性看護師（管理職／リーダー級）から強く当たられた。「あなたは雑」と言われるのではなく，「男は雑」と言われることが続いた。周囲から「あの人は男が嫌いなんだよ」と教えてもらった。	⑯
		雑穀米のコンビニ弁当を食べたり野菜ジュースを飲んでたりすると，わざわざ皆の前で「女子力が高い」と言ってくる先輩の女性看護師がいる。患者の周辺を綺麗に掃除しても，「女子力が高い」と言ってくる。とにかくしつこい。「女子力が高い」って言葉の裏には「男のくせに」って意味が潜んでいるように感じる。	⑰
		反社会勢力に属する患者が入院してきたり，クレームが多い患者の受け持ちを「男が見て当然」と，男性看護師限定で担当させるリーダー級の女性看護師がいる。チームが違うのにそういう患者の担当をさせられることもあった。	⑱
身体が軽々に扱われる	臀部が選ばれ触られる	男女問わず，患者が冗談で尻を触ってくることがある。	⑲
		デスクワーク時，年配の女性看護師にすれ違いざまやカルテ入力時に尻を触られる。立位でいても座位でいても触られる。その人のキャラクターを理解するまでは「セクハラ」だと思っていた。	⑳
		年配の女性事務職員がステーション内の狭い通路ですれ違う際「ちょっとごめんなさい」と言って尻を触ってくる。両手で触ってくることもある。	㉑
	脱ぐという行為が軽視される	男性看護師だけの飲み会で記念写真を撮ることになり，先輩（管理職／リーダー級）から「じゃあ，全員脱げ」っていう声がかかったため，半裸で写真を撮ることになった。尻を出している人や，パンツを脱いでいる人もいて，自分にも被害が及ぶのではないかと思い焦った。	㉒
		男子更衣室が機材庫の場所を間借りしたもので，清掃業者の人が使う物置と同じ場所なので，着替え中，パンツ一丁でいるところに女性の清掃員が入ってくる。同性ならまだいいけど，異性が入ってくるのは恥ずかしい。	㉓
		忘年会とか納涼会とかで，芸能人の真似をして半裸みたいな格好の芸を強要してくる先輩の男性看護師がいる。本人は脱いでいるんだけど，脱げない人は下着をつけるなどで対応させられている。巻き込まれたくないし，「やらない人のノリが悪い」みたいな空気をつくられる。	㉔
経過のなかで加害者が複数化する	行為と笑いが結束する	OP着姿の時，「細いねー」って腰とか体を触られることがある。一人の女性看護師（管理職／リーダー級）が触ると，「あ，私もー」みたいに，他の女性看護師も混ざって，セクハラギャグみたいな感じになって触られる。	㉕
		休憩中，先輩の男性看護師がアダルトビデオの話で「どういうの見てるの？」とか頻繁に聞いてくる。その人がその話を始めると，年配の女性看護師も会話に加わってきて，その後，その女性看護師が「またセクハラしちゃった」って事をみんなの前で言うことで笑いが起きる。「今のはセクハラだよね？」って僕に確認をとることで，さらに周囲の笑いが起きる。	㉖
		懇親会の場で同僚の男性看護師から「女性に興味がないのか」とニヤニヤした顔で言われた。自分とは違うテーブル席でも噂され「えー，そうなんだ」という声が聞こえてくるなど，事実と違う噂を流された。場を盛り上げるためにネタとして使われた感じ。	㉗
	噂話で他者との関係を悪化させられる	他部署に所属する女性看護師のプライベートの相談に乗っていたら，その女性看護師に「私（男性側）がホテルに行こうなどと誘ってきて困っている」という噂を周囲に流された。噂になった後，男女の先輩看護師の方々の自分へのあたりが厳しくなった。	㉘
		先輩の女性看護師からのセクハラ発言に対して，おもしろおかしく返答したことが原因で，病棟中が「え，あの人そんなことを言うの？」という空気になり，噂が広まって，それまで関係が良好だった女性看護師たちから避けられるようになった。	㉙

表 2　対処行動，発生した場面および場所，加害者の背景の一覧

事例番号	対処行動	発生した場面（場所）	加害者の背景
①	病室を出た後，ネタ的な笑い話として一緒の夜勤の看護師に話をした。内心は気持ち悪いし，本心としては担当を変えてほしいとも思った。	夜勤帯ラウンド時（患者の病室）	年配の女性患者
②	円満に関係修復したかったので，加害者と話ができるサバサバした女性の先輩看護師に相談した。相談後，その人が上司に報告してくれて相手が移動になった。	夜勤帯を含む会話時（ステーション内および病院外部）	女性の先輩看護師
③	他の男性看護師とは（話題を）共有した。自分も含めて，他の男性看護師も，仮眠室の鍵を閉めて休憩するようになった。	夜勤帯談笑時（ナースステーション）	男性の先輩看護師
④	女性看護師の上司に報告して対処してもらった。その上司が師長に報告して，師長が対応したことで，ストーカー行為はなくなった。	準夜勤後を含む他者からの好意の提示への対応後（病院外部）	女性の先輩看護師
⑤	患者に「ダメですっ」って自分で言っておきながらすごく恥ずかしくなった。同じ夜勤の看護師に「今こんなこと言われた」と笑って話した。	夜勤帯ラウンド時（患者の病室）	年配の女性患者
⑥	加害者を「敵に回したらいけない，気に入られなくては」と思ったので，おもしろおかしく返答した。師長には相談したが，加害者の性格が強いため，注意できていない印象。	患者の陰部洗浄・清拭後（ナースステーション）	女性の先輩看護師（管理職／リーダー級）
⑦	生理現象は仕方ないと思うけど，今は自立している患者の陰部洗浄は「トイレで自分でしましょう」と促すようにしている。	患者の陰部洗浄時（患者の病室）	年配の男性患者
⑧	しつこい時は「頑張っているけど子供できないんですよ」っていうと，センシティブな会話になるため，相手が会話を諦めてくれるよう仕向ける。	日勤帯ラウンド時（患者の病室）	年配の女性患者
⑨	師長に報告し，患者に直接注意してもらった。その後，その行為はなくなった。	患者への看護技術提供後（場所不明）	若い女性の患者
⑩	定期面談の際師長に相談したが，「あの人はああいう人だから」と取りあってもらえなかった。	患者への膀胱留置カテーテル挿入ができなかった後（ナースステーション）	女性の先輩看護師（管理職／リーダー級）
⑪	ただ笑っている。相手が自分に好意があると思った時は話を打ち切る。話題を変えて違う話にもっていく。「まあまあまあ」みたいな感じ。	患者の移乗時，ケア時（患者病室およびナースステーション）	同僚の女性看護師および先輩の女性看護師
⑫	特に何もしない。ただ触られている。	患者の移乗時	女性の患者
⑬	一切目を合わせず「その会話には参加しません」という意思表示を態度で示した。この件以降，その人とはうまく付き合えていない。	休憩室での談笑時（ナースステーション）	女性の先輩看護師
⑭	「またか」という残念な態度をしてみせる。それを見て他の販売員（年配の女性）が，その女性店員に注意をしてくれる。	売店利用時（病院売店）	年配の女性の売店販売員
⑮	戸惑うけど拒否したら「つまんない」と思われるのが嫌なので，普通に会話に付き合う。相手との信頼関係が成立していればボディタッチは許容している。	勤務中談笑時（ナースステーション）	女性の看護師
⑯	パワハラの要素が強いと思ったが上司が相手なので相談できるわけもなく，ひたすら仕事をやりきることに努めた。	上司からの指導時（ナースステーション）	女性の先輩看護師（管理職／リーダー級）
⑰	絶対に笑いに転換させないようにする。エスカレートするのがわかるので。会話を直ちに終わらせるよう，言葉と態度を選んで怒っているところを見せる。	休憩時の飲食時，患者の病室環境整備時（ナースステーションおよび患者の病室）	女性の先輩看護師
⑱	男性看護師同士で「まただよ」って愚痴ったりはする。女性看護師は受け持ちを代ってはくれないが，日常の業務を助けてくれることはある。	受け持ち患者の選定時（ナースステーション）	女性の先輩看護師（管理職／リーダー級）
⑲	特に何も対処しない。	勤務時（病棟）	男女の患者
⑳	最初はその都度「やめてくださいよ」と言って反応していた。次第にその人のキャラがわかってくると何も感じなくなり，今は無反応でいる時もある。	デスクワーク時（ナースステーション）	女性の先輩看護師
㉑	（接触が）はじまった経緯は覚えていない。あまりにも業務が忙しいとリアクションできないこともあるが，基本は笑って対応している。	勤務時（ナースステーション）	年配の女性の医療従事者
㉒	とりあえず一緒になって服を脱いだ。「嫌です」って言えなかったし，「空気読もうかな」って思って脱いだ。撮影後，素早く服を着た。	職場仲間との飲み会時（病院外部）	男性の先輩看護師（管理職／リーダー級）
㉓	上司に訴えているが場所の変更はなく，今も清掃の方と同じ空間で更衣をしている。	更衣時（病院更衣室）	病院管理者
㉔	同調圧力的なノリが苦手で大勢になると嫌なので，「男性看護師の会」みたいなものには参加しないようにしている。	職場仲間との飲み会時（病院外部）	男性の先輩看護師
㉕	「最近，腹出てきたんですよ」と言って笑った。相手のテンションに合わせる。	複数名で会話時（オペ室スタッフ控え室）	女性の先輩看護師（管理職／リーダー級）
㉖	質問には答えず，無言で笑って話題に付き合った。	複数名で休憩時（病院内スタッフルーム）	男女の先輩看護師女性の先輩看護師
㉗	会終了後に腹を立てていることを同僚の男性看護師に伝えた。話題に触れるのも嫌なので他者には相談していないが，サバサバした女性の先輩に愚痴った。	職場仲間との飲み会時（病院外部）	男女の看護師，他部署の同僚および先輩の医療従事者
㉘	仕事をただただ真面目にこなして，他者に認めてもらえるよう努めた。次第に噂はなくなった。	不明（特定ができない）	女性の看護師
㉙	病棟には他に男性看護師はいなかったが若い男性医師が話を聞いてくれて，同性の立場として気持ちをわかってくれたので慰めになった。	複数名で会話時（ナースステーション）	女性の先輩看護師

表3　セクシュアル・ハラスメントの対処行動の類型

カテゴリー	サブカテゴリー	対処行動（コード）	事例番号（複数該当あり）
個人のみで行う対処行動	拒否していることが分かりにくい態度を提示する	何もしない	⑫ ⑮ ⑲ ⑳
		笑う	⑪ ㉑ ㉕ ㉖
		従う	⑥ ㉒
	他者に何かしらを期待した態度を提示する	仕事を真面目にこなすように努める	⑯ ㉘
		相手が諦めるよう仕向ける	⑦ ⑧
		会話を打ち切る	⑪ ⑰
		話題を変える	⑪
	拒否を提示する	否定的な感情を態度で示す	⑬ ⑭ ⑰
		拒否を言葉にする	⑳
他者が介在する対処行動	話すという行為で情報を共有する	上司に報告する	④ ⑥ ⑨ ⑩ ㉓
		サバサバした女性の先輩看護師に話す	② ㉗
		一緒に勤務している看護師に話す	① ⑤
		他の男性看護師（男性）と話題を共有する	③ ⑱ ㉙

*年配の女性看護師にすれ違いざまやカルテ入力時に尻を触られる。立位でいても座位でいても触られる。その人のキャラクターを理解するまでは『セクハラ』だと思っていた。」，「年配の女性事務職員がステーション内の狭い通路ですれ違う際『ちょっとごめんなさい』と言って尻を触ってくる。両手で触ってくることもある。」*の語りから形成されていた。〈脱ぐという行為が軽視される〉は*「男性看護師だけの飲み会で記念写真を撮ることになり，先輩（管理職／リーダー級）から『じゃあ，全員脱げ』っていう声がかかったため，半裸で写真を撮ることになった。尻を出している人や，パンツを脱いでいる人もいて，自分にも被害が及ぶのではないかと思い焦った。」，「男子更衣室が機材庫の場所を間借りしたもので，清掃業者の人が使う物置と同じ場所なので，着替え中，パンツ一丁でいるところに女性の清掃員が入ってくる。同性ならまだいいけど，異性が入ってくるのは恥ずかしい。」*の語りから形成されていた。

d．経過のなかで加害者が複数化する

このカテゴリーは〈行為と笑いが結束する〉〈噂話で他者との関係を悪化させられる〉の2つのサブカテゴリーから形成されていた。〈行為と笑いが結束する〉は*「OP着姿の時，『細いねー』って腰とか体を触られることがある。一人の女性看護師（管理職／リーダー級）が触ると，『あ，私もー』みたいに，他の女性看護師も混ざって，セクハラギャグみたいな感じになって触られる。」，「懇親会の場で同僚の男性看護師から『女性に興味がないのか』とニヤニヤした顔で言われた。自分とは違うテーブル席でも噂され『えー，そうなんだ』という声が聞こえてくるなど，事実と違う噂を流された。場を盛り上げるためにネタとして使われた感じ。」*の語りから形成されていた。〈噂話で他者との関係を悪化させられる〉は*「他部署に所属する女性看護師のプライベートの相談に乗っていたら，その女性看護師に『私（男性側）がホテルに行こうなどと誘ってきて困っている』という噂を周囲に流された。噂になった後，男女の先輩看護師の方々の自分へのあたりが厳しくなった。」，「先輩の女性看護師からのセクハラ発言に対して，おもしろおかしく返答したことが原因で，病棟中が『え，あの人そんなことを言うの？』という空気になり，噂が広まって，それまで関係が良好だった女性看護師たちから避けられるようになった。」*の語りから形成されていた。

2．対処行動の類型

男性看護師の語りを通して，SHの対処行動について分析した結果，13のコード（同一のSH事例に対して，その時々で異なる対処方法が選択されるということもあった）が抽出され，これらを分類した結果，4つのサブカテゴリー，2つのカテゴリーが生成された。カテゴリーは【個人のみで行う対処方法】【他者が介在する対処方法】であった（表3）。本文中のカテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉，代表的なコードを『　』で示す。なお，代表的なコードには対応する事例番号を提示した。

a．個人のみで行う対処行動

このカテゴリーは〈拒否していることが分かりにくい態度を提示する〉〈他者に何かしらを期待した態度を提示する〉〈拒否を提示する〉の3つのサブカテゴリーから形成されていた。〈拒否していることが分かりにくい態度を提示する〉は*「戸惑うけど拒否したら『つまんない』と思われるのが嫌なので，普通に会話に付き合う。相手との信頼関係が成立していればボディタッチは許容している*（何もしない）。事例⑮*」，「質問には答えず，無言で笑って話題に付き合った（笑う）。事例㉖」，「とりあえず一緒になって服を脱いだ。『嫌です』って言えなかったし，『空気読もうかな』って思って脱いだ。撮影後，素早く服を着た*（従う）。事例㉒」

などの語りから形成されていた。〈他者に何かしらを期待した態度を提示する〉は「仕事をただただ真面目にこなして，他者に認めてもらえるよう努めた。次第に噂はなくなった（仕事を真面目にこなすように努める）。事例㉘」，「しつこい時は『頑張っているけど子供できないんですよ』っていうと，センシティブな会話になるため，相手が会話を諦めてくれるよう仕向ける（相手が諦めるよう仕向ける）。事例⑧」，「絶対に笑いに転換させないようにする。エスカレートするのがわかるので。会話を直ちに終わらせるよう，言葉と態度を選んで怒っているところを見せる（会話を打ち切る）。事例⑰」，「ただ笑っている。相手が自分に好意があると思った時は話を打ち切る。話題を変えて違う話にもっていく。『まあまあまあ』みたいな感じ（話題を変える）。事例⑪」などの語りから形成されていた。〈拒否を提示する〉は「『またか』という残念な態度をしてみせる。それを見て他の販売員（年配の女性）が，その女性店員に注意をしてくれる（否定的な感情を態度で示す）。事例⑭」，「最初はその都度『やめてくださいよ』と言って反応していた。次第にその人のキャラがわかってくると何も感じなくなり，今は無反応でいる時もある（拒否を言葉にする）。事例⑳」などの語りから形成されていた。

b．他者が介在する対処行動

このカテゴリーは〈話すという行為で情報を共有する〉の１つのサブカテゴリーから形成されていた。「女性看護師の上司に報告して対処してもらった。その上司が師長に報告して，師長が対応したことで，ストーカー行為はなくなった（上司に報告する）。事例④」，「円満に関係修復したかったので，加害者と話ができるサバサバした女性の先輩看護師に相談した。相談後，その人が上司に報告してくれて相手が移動になった（サバサバした女性の先輩看護師に話す）。事例②」，「病室を出た後，ネタ的な笑い話として一緒の夜勤の看護師に話をした。内心は気持ち悪いし，本心としては担当を変えてほしいとも思った（一緒に勤務している看護師に話す）。事例①」，「他の男性看護師とは（話題を）共有した。自分も含めて，他の男性看護師も，仮眠室の鍵を閉めて休憩するようになった（他の男性看護師《男性》と話題を共有する）。事例③」などの語りから形成されていた。

Ⅳ．考　　察

本研究の結果，男性看護師が経験するSHの内容は４つのカテゴリーによって分類され，SHに対する対処行動は２つのカテゴリーによって分類された。それぞれのカテゴリーについて考察する。

A．男性看護師が経験するSHの内容に関する考察

１．看護業務が発生に起因する

このカテゴリーでは，看護師という職業の特殊性がSHの発生に起因していたことが明らかとなった。夜勤帯の限られた人員構成下では，日勤帯に比べ，他者の目が行き届きにくくなる状況や，密室性が発生することにより，個人の不用意な発言および行動が活発化する可能性が考えられた。また，患者に対する看護や医療技術の提供を引き金として，卑猥な言動や，職場では不適切と考えられる会話が発生することや，看護師として患者の話に耳を傾けることおよび，プライマリーナースとしての業務遂行の結果として，患者による男性看護師個人への関心が高まることによって，逸脱した言動や行動が醸成された可能性が考えられた。SHが日勤帯に比べ夜勤帯に多く発生することについては，室伏（2013）が複数のSHの先行文献を参考に行なった研究の結果において触れているが，看護師の夜勤帯業務には，患者の就寝状況の観察や，看護師自身の仮眠や休憩の際に臥位姿勢がとられることにより，性行動を想起させる言動や態度の発動につながった可能性が考えられた。室伏（2009）は，一般的な職場では，身体や性器を異性の他者の前で呈示するという行為は，まずありえないが，看護の現場では，排泄介助やシャワー浴の介助は日常的に行われており，女性看護師が男性患者の身体や性器を目にしただけではそれをSHととらえることはない，ということから，看護の現場はセクシュアリティが持ち込まれるだけではSHにならない，と述べている。このような特殊な背景があることを踏まえ，看護師間においては，業務を遂行するうえで必要性のある患者の性に関する情報の取り扱いが日常的に行われるなかで，その延長線上に脱線したセクシャリティの表現が提示されたとしても，「看護・医療行為に付随する」という大義名分が盾となることで，職場内では特に問題視がされず，許容されている可能性があると考えられた。開田（2015）が訪問看護師のハラスメント体験について行った調査では，訪問看護師の24％がSHを経験していることを明らかにしており，加害者としては療養者が一番多く，次いで職場の同僚からのSHの被害が，患者の家族からの被害と同率で発生していたことを報告している。また，和田・太田・黒田・三木（2011）が東京都の医療機関において，看護職と事務職が経験した職員間の暴言，暴力，SH行為の現状を明らかにすることを目的とした研究においては，半年以内に一度以上の職員間のSH行為を経験しているかという問いに，女性看護職のSH被害は7.3％であったのに対し男性看護職は13.3％，女性事務職が1.7％であったのに対し男性事務職は3.0％と，職員間においては男性がSH被害を高率で受けていること

を報告している。さらに研究結果のなかで，女性看護師が「あなたもすぐにあの患者さんの様に前立腺肥大になるのよ」という内容を，男性が被害を受けたSHの事例として紹介しているが，本研究結果においても，「導尿行為」や「陰部洗浄」といった性生殖器系への看護・医療行為の会話をきっかけとして，男性看護師に対するSHが発生していたことから，“患者への看護に関する内容”という予防線が会話時に張られることで，SHと判断されてもおかしくないような言動および態度においても，問題提起されにくい状況が発生している可能性が考えられた。看護・医療の職場においては，特に業務を起因とするセクシュアル言動および態度に関する倫理教育および，女性看護師と同様に，男性看護師に対する患者からのSH行為への対策の必要性が明らかとなった。

2．男性性が意識されて発動する

このカテゴリーでは，男性看護師の男性性が意識されることによってSHが発動することが明らかとなった。SHが発生する要因の1つには，男女の固定的な性観念や性別役割分担意識の存在があると言われている。これが，日常生活や職場において「女は家庭に，男は仕事に」という固定的な意識を作り出している。また，男女間の権力の違い，すなわち，男女間の従属関係の存在がSH発生の要因と指摘されているが，この従属関係は，肉体的・経済的・組織的に優位な立場にある男性が，その立場を濫用して女性を従属させようとするものである（柏﨑，2014）ということが言われている。看護の職場においては，男性看護師の肉体的優位性は時として，「いい体」，「筋肉がすごい」など，それ自体が嬉々として弄ばれることや，一方では「女子力」という女性性と対比されることで，揶揄されることがあった。そして，「かっこいい」といった，外見的な特徴に対する肯定的な言葉とともに，何らかの接触を試みられる行為は，男性側が拒否することを困難にするのと同時に，職場内における外見至上主義（ルッキズム）的な声かけが許容されているとも解釈が可能であった。肯定的な意味合いを含んで発せられた言葉や態度であっても，受け手がどのように捉えているかがSHの問題点であり，医療の現場においては男性看護師に対して，深慮無く日常的な会話としてルッキズム的な言動および態度が示されることについても，誰もが肯定的には捉えないという可能性を，言動および態度を発する側が理解する必要があると考える。一方，看護の職場の男女間の権力の違いという観点において，石原・井上・松村（2011）は，男性看護師と女性看護師の性役割パーソナリティの特性から，男性看護師と女性看護師の関係性を，男性優位の一般社会における男性優位－女性劣位とは異なり，女性優位－男性劣位になっていると考察している。男性看護師では，女性が大多数を占める職業において，円滑な組織社会化による組織コミットメントを高めていくために，協調性を積極的に取り入れていることが考えられるとし，女性が大多数を占める職業に男性が入っていくために，協調性などを取り入れることが男性看護師にとっては，男性であることの確信が大きく揺さぶられ，過重な課題になっている可能性について指摘している。本研究結果においても，性差を理由とした都合の良い仕事の押し付けや区別ではなく，差別的な性差の強調が繰り返し行われていたことおよび，臨床経験が浅い新人看護師時代に被害を受けたという事例が複数存在していたことからも，特に権力構造的に弱い立場にある若年の男性看護師がSHに遭遇しやすい可能性が推察された。

3．身体が軽々に扱われる

このカテゴリーでは，男性看護師の身体の扱われ方がSHの発生に起因していたことを明らかにしている。男性看護師は，患者，医療従事者からの身体接触がされる部位として，臀部を挙げている。女性看護師が被害を受けるSHの先行研究においても，臀部への接触（藤田ほか，2014；金崎，2010；和田，2012）はSHを受けやすい部位であることが，研究結果として明らかにされているが，今回の研究結果から，男性看護師は患者のみならず，医療スタッフからも故意的に身体を触られるという状況があった。男性患者からのSH的行為に対する女性看護師の認識を扱った調査（室伏，2011）では，上腕における血圧測定時の腕の伸展時に，患者により，故意的に女性看護師の胸部への接触の試みがあるという事例が提示されているが，本研究結果では，病棟内のすれ違いざまや狭い通路において公然と男性看護師の臀部が触られるという状況が発生していた。さらに，服を脱ぐという行為に関しては，他者が存在する可能性がある場所において，脱衣を強いられる状況があることから，男性看護師が「脱ぐ」という行為自体が軽微に捉えられている可能性が考えられた。男性看護師の更衣室問題に関しては，整備が滞っていることが過去の研究結果（澤井ほか，2006）においても指摘されているが，男性看護師が増加傾向にある近年の状況においてもなお，病院環境によっては配慮がされず，放置され続けている状況がある可能性が考えられた。また，男性看護師が集まる「男性看護師会」の場においても，羞恥心を伴う格好で写真撮影を強制させられるといった，いわゆる「体育会系のノリ」または「男性間のヒエラルキーの構造」が持ち込まれることで，SHが発生している可能性があった。一般的に，SHの加害者の動機は，相手が性という極めてプライベートなところでも自分の言いなりになるというところが快感であり，動機は性欲ではなく，支配欲ということ

になる（沼崎，2007）と言われている。SHが起こる背景には，権力関係の存在のほかに，人権意識の希薄さ，縦型社会における権力志向の傾向，社会における性別役割分業の固定化，人事・評価の密室性などが考えられる（辻村，2016）とされていることから，本来，男性看護師会などの男性看護師間の交流や情報交換を行うことを目的とした友好的な場であっても，その会によって覇権的な権力の行使や序列を過度に重んじた組織構造が支持されるようなことがあれば，ハラスメントの発生が強化されることが考えられた。

4．経過のなかで加害者が複数化する

このカテゴリーでは，男性看護師がSH被害を受ける場面において，加害者が複数名存在していることが明示された。SHの加害行為が個人対個人による単独のものであっても，時間経過のなかで複数化していくという特徴が見出された。SHの〈行為と笑いが結束する〉ということは，つまり，職場において男性看護師へのSHは「ネタ」として扱われる側面があり，第三者が巻き込まれるかたちで笑いが誘発されることで，看護師間のコミュニケーションに利用されている，と推察することができた。このことから，男性看護師に対するSHは，周囲が加害に巻き込まれることで主犯者の匿名化が助長されることが考えられ，それによって問題がより潜在化する恐れがあることが示唆された。岩崎（2009）は，「男性だから性被害に遭わない」，「女性から性的強要をされても男性は傷つかない」といったステレオタイプなジェンダーの捉え方は，結局はすべての人々を傷つける危険性をその内に孕んでいるということを指摘している。そして性暴力を例に，「男性は加害者」，「女性は被害者」という一元的な図式が立てられやすく，事実，性暴力は加害者の大多数が男性であり，被害者の多くが女性であることは過去の実態調査からも明らかではあるが，割合としては少なくても，男性の被害者，女性の加害者がいることも事実であることに触れている。宮地（2015）は，男性や男児が性暴力の被害者になることを認識し，その対応について検討する必要性について，男性の被害は決してまれなことではなく，性的虐待のほか，友達同士で遊びと称し，性的なからかいがされたり，部活動など上下関係の中で性的なことを無理やりされたりということがあることを指摘している。そして，本研究結果においては，職場における性に関する噂話によって，他者との関係を悪化させられるという内容の事例があったが，厚生労働省（2018）には，男女雇用機会均等法上の「性的な言動」とは，性的な内容の発言と性的な行動を指すことが提示されており，性的な内容の発言の例として，性的な事実関係を尋ねること，性的な内容の情報（噂）を流布すること，性的な冗談やからかい，食事やデートへの執拗な誘い，個人的な性的体験談を話すことなど，が明示されている。この「性的な内容の情報（噂）を流布すること」の具体例について戸塚（2012）は，職場の中で，「あの人は不倫している」「あの人の異性関係は乱れている」などと噂をすれば，名誉毀損罪（刑法230条）か侮辱罪（刑法231条）が成立し，SH行為の際に暴行が伴っていれば，暴行罪（刑法208条）や傷害罪（刑法204条）が成立，また，SHの加害者は，民事上の責任を負うこともあり，具体的には，不法行為（民法709条）にもとづく損害賠償責任として，加害者は被害者が被った損害を賠償する必要があることを弁護士の知見から提示している。看護の職場環境においては患者のみならず，職員の個人情報の取り扱いに関しても法的な罰則に抵触する可能性を踏まえ，教育が必要であるということが示唆された。

B．男性看護師のSHに対する対処行動

1．個人のみで行う対処行動

このカテゴリーでは〈拒否していることが分かりにくい態度を提示する〉〈他者に何かしらを期待した態度を提示する〉〈拒否を提示する〉といった対処行動がとられていた。〈拒否していることが分かりにくい態度を提示する〉の対処行動として「従う」では，病棟内において絶対的権力を持っているひとりの女性看護師から，性生殖器に関する倫理観が疑われるようなSHを受けた際，男性看護師はその後の女性看護師との関係性を考慮し，自身の感情と反して従うことで，女性看護師の機嫌を損ねないような行動をとっていた。本研究の多くの事例内容から，男性看護師に対する環境型のSHは頻発していることが推察されたが，チーム職である看護職において，他者との関係性を維持することは「協働」するうえでの重要課題であり，関係悪化を理由に一緒に作業ができない，看護をさせてもらえないという男性看護師の立ち位置を，権力者がわかったうえで権力構造に従属させるような構図が存在するのであれば，新たな「対価型SH」の不利益事例として，対策を講じる必要がある。朝倉（2011）は，女性看護師は自らが女性として社会から受ける差別的な扱いを，そのまま男性看護師に向けてしまうことがある，と述べており，Lee（2000）はSHについて，「報復の恐怖が，人々が偏見や差別に対する懸念を表明する代わりに沈黙する第一の理由である」と，述べている。男性看護師が看護師からのSH加害に対して事を荒立てない対処行動をとることは，看護師間の関係性を維持するためのものであったが，夜勤業務や休日業務など，少数人員での構成でシフト制がとられる看護の職場環境において，特定の他者と「ペアが組めない」「一緒の勤務帯では働けない」といった業務配置への支障

を生じさせることは，個人の評価にもつながりかねないことから，男性看護師は不快であってもそれ提示せず，拒否をしていることが分かりにくい態度を示す可能性が考えられた。また，SHの加害者が職場の管理職者やリーダー級の看護師である（**表2**．加害者の背景参照）ケースを散見することから，病院としてハラスメント対策委員会を設置していても，男性看護師が直属の上司や先輩に相談することすらできず，SH被害を，個人として潜在的に管理する問題としている可能性が示唆された。そして，ハラスメント事案について，看護部を通して被害を申告する必要がある場合など，男性看護師は管理職者間で自身の被害情報が共有されることを嫌ったり，ハラスメント対策委員会に報告すること自体が悪い評価につながりかねないことを恐れたりすることで，問題が表面化しない可能性が考えられた。次に，〈他者に何かしらを期待した態度を提示する〉では，一般的にはSHとみなされる行為に対して，「これはSHである」と認識することを看護師がためらう背景には，看護という職業が感情労働（Hochschild, A.R., 1983/2000）であることが影響していると考えられている。離婚歴のある男性看護師が，高齢の女性患者に「既婚か未婚か」「子どもはいるのか」と度々問われるなかで，患者の追求に埒が明かないと判断した場面において，あえてセンシティブな会話に展開させることで「相手が（会話を）諦めるよう仕向ける」といった対処行動をとっていた。三井（2006）は，ホックシールドが「感情労働を行う人は自分の感情を誘発したり抑圧したりしながら，相手のなかに適切な精神状態を作り出すために，自分の外見を維持し，感情労働者が自身の感情をコントロールして，顧客のなかに適切な心的状態を作り出す」と述べている。日比野の研究（2005）において女性看護師は，SHを不快と感じても，現実的な対応として，「患者の気持ちや患者理解を優先する」，「女性らしさを損なわない対応をする」といった方法を取っていることが報告されている。男性看護師においても，患者の気持ちや自尊心を損なわないかたちで対応しようと試みた結果，相手が諦められるように会話を先導し，対応していたと考えることができた。〈拒否を提示する〉においては，雑穀米の弁当や野菜ジュースを摂取したり，患者の環境整備を丁寧に行ったりする男性看護師に対して，女性看護師が繰り返し「女子力が高い」と発することに対して，被害者が笑いに転換されないように努めようとする背景には，「からかい」のターゲットにならない工夫のなかで，加害者をエスカレートさせない術として，攻撃を回避する対処行動をとっていたと考えることができた。江原（1985）は「からかい」の構造を相互行為の一形態であり，それを一方の側から捉えたものであるとし，「からかい」は，「からかう側」から「からかわれる側」に向けられた行為である，と述べている。また，からかいという行為に伴う言葉が，遊びの文脈に位置づいていることから，からかいの言葉を真面目に受け止めてはいけないというルールが要請されるとし，最良の策は「からかい」を全く無視すること（江原，1985）と述べている。被害者であっても，加害者が期待する性的なからかいへの反応を示すことは，事例（事例㉙）にもあるように，「先輩の女性看護師からのセクハラ発言に対して，おもしろおかしく返答したことが原因で，病棟中が『え，あの人そんなことを言うの？』という空気になり，噂が広まって，それまで関係が良好だった女性看護師たちから避けられるようになった」といった内容を例に，その場に居合わせた第三者に対して，意図せずとも被害者であるはずの自分が加害者にもなるということについても注意を払う必要がある。医療の環境特性および男性看護師が経験したSHの事例を考えるにあたり，このような状況は患者の前でも起こりうるため，性別に関係なく，ハラスメントの被害者・加害者の立場については誰でも経験しうるものとして，病院研修などを通して教育介入がされることの重要性が示唆された。

2．他者が介在する対処行動

このカテゴリーでは，男性看護師が他者から一方的な好意を抱かれた結果，仕事に支障が出るといった状況や，ストーカー被害に遭うなど，自分では対処できないと判断したときに〈話すという行為で情報を共有する〉という対処行動を選択していた。加害者の逸脱した倫理観や望まない好意への対処など，自分では解決できないと判断した場合，男性看護師は他者に相談をして解決につなげるといった行動をとっていた。女性看護師からの性的要求を拒絶した結果，関係性が悪化し，業務の申し送りを直接聞いてもらえなくなるという状況が発生した事例では，男性看護師は話す相手として，「サバサバした女性の先輩看護師」を選んでいた。自分では問題を解決できないと判断し，相談する相手として信頼できる女性看護師を選択することで，その後の円満な関係の修復をはかった，ということが考えられた。内藤（2009）は，構造的に対等ではない集団に属するものが向き合う時，二人の関係は一個人対一個人の関係を超えた力関係を帯び，個人対個人の関係のなかに，それぞれが属する集団の力関係，いわば構造的力関係がもちこまれる，と述べている。男性看護師は自分では対処が困難と思われるSH事例において，自身にとって信頼できる女性看護師を相談相手として頼ることで，加害者個人だけではなく，背後にある女性看護師がもつ構造的力関係を先見的に考慮し，円満な関係性の維持をはかる努力をしていたと考えることができた。一方で，夜勤時に密室性の高い患者の部屋で，患者からの性的要求に男性看護師が

遭遇した際，羞恥心や嫌悪を感じたにもかかわらず，一緒に勤務している看護師に笑い話として自身の体験を話すといった行動をとっていたが，現実的な外的ストレス因子に由来する不安をコントロールして精神的な安定を得ようとする自動的な心理過程である防衛機制（尾崎・三村・水野・村井，2018）を発動させたと考えることができた。また，自身が他の勤務者にSHの加害者としての疑念の目を向けられることを事前に打ち消すため，自分の身に起きた事の経緯を，予防的に説明したと解釈することもできた。高橋（2015）は，女性患者が羞恥心を感じるケアに対して，男性看護師がとっている対処行動の特徴を明らかにする研究において，男性看護師が女性患者に関わることで招く誤解を避けたい意識が働いているという考えを「SHを回避する」ための行為として報告をしている。女性患者のケアに際して男性看護師は，「女性の羞恥心や誤解予防に気を配り，女性看護師と2人で（ケアに）入る」など，言動に気を配るという対処行動をとっていたことを報告している。海外（MacWilliams BR, Schmidt B, Bleich, MR, 2013; O'Lynn. & Tranbarger, 2007）においても，男性看護師や男子看護学生が患者に触れることは専門性よりも，むしろ性的関心として受け入れられることを恐れていることや，看護師として本質的な判断を必要とする場面においては，女性からの助けを探求する傾向にあるということが述べられている。性に関する暴力は，男性が加害者，女性は被害者という一元的な図式が立てられることや，男性が女性に支配されること自体が恥とされ，笑い話として受け取られかねず，男性が受ける性被害については，共感がされにくいことが指摘されている（伊藤・牟田，2006）。女性が多数を占める看護の現場では，このような構図がより鮮明になることで，男性看護師のSH被害が放置される結果につながっている可能性が示唆された。このような背景を踏まえ，病院組織としてのハラスメント相談窓口と相談方法の検討の必要性があることが示唆された。

研究の限界と今後の課題

本研究において研究の協力が得られた団体が一つの団体に限られたこと，また，男性看護師が経験した多くのSH事例の抽出に主眼を置いたため，過去にSHを経験した年数を具体的に設定しなかったことで，男性への性差別の禁止が謳われた2007年の男女雇用機会均等法改正前の内容が含まれている可能性は否定できない。加害者が，男性への性差別に対して問題意識を持たないなかで行った事例と，性差別が禁止された以降に発生した事例が混在している可能性があることが，本研究の結果としての限界である。わが国におけるハラスメントに関する対策の強化は年々，法整備が進むとともに，その対策を強化することが要望されていることからも，今後は，近年の男性看護師のSHの被害経験に限定をし，その特徴を明らかにすることや，対象人数を増やすことで研究の質，量ともに深化させていくことが課題である。

結　論

1．総合病院に勤務する男性看護師が経験するSHの内容は【看護業務が発生に起因する】【男性性が意識されて発動する】【身体が軽々に扱われる】【経過のなかで加害者が複数化する】の4つのカテゴリー，そして，SHに対する男性看護師の対処行動は，【個人のみで行う対処行動】【他者が介在する対処行動】の2つのカテゴリーに分類された。

2．総合病院で働く男性看護師が経験するSHは，医療現場という環境の特殊性を背景に発生することを考慮し，セクシュアル言動および態度に関する倫理教育，また性別および加害者，被害者という一義的な立場ではなく，双方的，多面的な立場の理解を得られるようなSHに関する教育が必要であることが示唆された。また，性別による差別およびヒエラルキー構造を背景とした，権力の乱用によってSHが発生することから，病院内外において，特に若年の男性看護師に対するSH被害の予防を強化する必要性が考えられた。そして，チーム職である看護職において男性看護師は，他者との友好な関係性を維持することを優先するため，SHの被害に対して，自己で対処できない事例以外においては，不快であっても明らかな拒否の姿勢を示さないことから，病院組織においてはSHの実態調査と，ハラスメント相談窓口および相談方法の検討をする必要があると考える。男性優位の日本社会における権力構造とは異なり，ピンクカラージョブの代表格である看護の職場環境において，今後，男性のSH問題に取り組むことは多様なセクシャリティ問題の解消の一助となることが期待される。

謝　辞

本研究に協力してくださった男性看護師の皆様および，研究協力の受け入れを許可くださったA団体の皆様に心より感謝申し上げます。なお，本研究は東邦大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の予備研究の内容に加筆・修正をしたものである。また，本研究の一部は，一般社団法人日本看護管理学会第21回学術集会および，東邦看護学会第17回学術集会にて発表した。

利益相反の開示

本研究は，平成28年度額田奨学金（東邦大学）の助成を受けたものである。

研究助成情報

本研究における利益相反は存在しない。

文　献

朝倉京子（2011）．男性看護者の“サバイバル”論：ジェンダーの視点から考察する．*看護教育*，*52*(4)，285.

Cogin, J., Fish, A.（2009）. Sexual harassment: A touchy subject for nurses. *Journal of Health Organization and Management*, *23*(4), 442-462.

江原由美子（1985）．*女性解放という思想*．*176*．188，勁草書房．

Equal Employment Opportunity Commission（2019）. Charges Alleging Sex-Based. Harassment FY 2010-FY 2020. https://www.eeoc.gov/statistics/charges-alleging-sex-based-harassment-charges-filed-eeoc-fy-2010-fy-2020（accessed 2021-8-10）

藤田　茂，瀬戸加奈子，北澤健文，芳賀香代子，松本邦愛，長谷川友紀（2014）．看護師のストレス反応と関連する院内暴力とその環境要因の関係．*日本医療マネジメント学会雑誌*，*15*(3)，171-176.

日比野由利（2005）．看護師に対するセクシュアル・ハラスメント．*北陸公衛誌*，*32*(1)，27.

日比野由利（2009）．看護職の地位とセクシュアル・ハラスメント．*日本予防医学会雑誌*，*4*(1)，7. 7-10.

開田ひとみ（2015）．訪問看護の場におけるハラスメントと看護倫理．*性とこころ*，*7*(1)，45-60.

Hochschild, A.R.（1983）／石川　准・室伏亜希訳（2000）. The managed heart: Commercialization of human feeling, 管理される心：感情が商品になるとき．世界思想社．

石原留美，井上明子，松村惠子（2011）．性役割パーソナリティ特性からみた看護専門職者の男性と女性の関係性の特徴：一般男性・女性との自己比較からの分析．*香川母性衛生学会誌*，*11*(1)，33-44.

伊藤公雄，牟田和恵編（2006）．*ジェンダーで学ぶ社会学*［新版］，133，世界思想社．

岩崎直子（2009）．男児／男性の受ける性的行為に関する意識調査．*小児の精神と神経*，*49*(4)，347-354.

金崎洋子（2010）．看護の場における迷惑行為：看護の場における迷惑行為の実態調査から．*中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌*，*6*，165-168.

柏﨑洋美（2014）．*労働者へのセクシュアル・ハラスメントに関する紛争解決手続*，*6*，信山社．

公益財団法人21世紀職業財団（2015）．*新・職場におけるセクシュアルハラスメント防止のために*，3.

厚生労働省（2015）．都道府県労働局雇用均等室　事業主の皆さん　職場のセクシュアルハラスメント対策はあなたの義務です!!．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/00.pdf（参照2021年 8 月10日）

厚生労働省（2017）．職場におけるハラスメント対策マニュアル　～予防から事後対応までのサポートガイド～　妊娠・出産等に関するハラスメント セクシュアルハラスメントを起こさないために．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000181888.pdf（参照2021年 8 月10日）

厚生労働省（2018）．職場におけるセクシュアルハラスメント対策や妊娠・出産・育児休業・介護休業等に関するハラスメント対策は事業主の義務です!!．https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137178.html（参照2021年 8 月10日）

厚生労働省（2020a）．令和 2 年度都道府県労働局雇用環境・均等部（室）での男女雇用機会均等法，労働施策総合推進法，パートタイム労働法，パートタイム・有期雇用労働法及び育児・介護休業法に関する相談，是正指導，紛争解決の援助の状況について．https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000799643.pdf（参照2021年 8 月10日）

厚生労働省（2020b）．職場におけるパワーハラスメント対策が事業主の義務になりました！ ～～セクシュアルハラスメント対策や妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント対策とともに対応をお願いします～～．https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000611025.pdf（参照2021年 8 月10日）

Lee, D.（2000）. Hegemonic masculinity and male feminisation: The sexual harassment of men at work. *Journal of Gender Studies*, *9*(2), 141-153.

MacWilliams, B.R., Schmidt, B., Bleich, M.R.（2013）. Men in Nursing. *American Journal of Nursing*, *113*(1), 43-45.

三井さよ（2006）．看護職における感情労働．*大原社会問題研究所雑誌*，No. 567，15-16.

宮地尚子（2015）．精神科医から見た性暴力被害の実態．日本弁護士連合会　両性の平等に関する委員会（編），性暴力被害の実態と刑事裁判（pp.41-69）．，*日本弁護士連合会　両性の平等に関する委員会 編*，41-69，信山社．

室伏圭子（2009）．女性看護師が男性患者から受けるセクシャル・ハラスメントに関する研究：事例および対処方法，*獨協医科大学看護学部紀要*，*2*，24-25.

室伏圭子（2011）．男性患者からのセクシュアル・ハラスメント的行為に対する女性看護師の認識に関する研究．*獨協医科大学看護学部紀要*，*5*(1)，63-73.

室伏圭子（2013）．看護師が患者から受けるセクシュアル・ハラスメント予防および解決のための予備的研究．*獨協医科大学看護学部紀要*，*7*，40.

内藤和美（2009）．女性・家族・暴力．天野正子，伊藤公雄，伊藤るり，井上輝子，上野千鶴子，江原由美子，大沢真理，加納実紀代（編），*新編　日本のフェミニズム 6　セクシュアリティ*（p.134）．岩波書店．

沼崎一郎（2007）．なぜ男はセクシュアル・ハラスメントを「選ぶ」のか：セクハラ加害者の実像と対策．*女も男も*，*2007年春・夏号*，*109*，54.

O'Lynn, C.E., Tranbarger, R.E.（2007）. *Men in nursing: History, challenges, and opportunities*, Springer Publishing Company, 136.

尾崎紀夫，三村　將，水野雅文，村井俊哉（2018）．*標準精神医学*．*172*，医学書院．

澤井秀子，能戸昭子，酒井桂子，北みゆき，北崎直美，北浜まさみ，佐藤禮子，林みどり，北岡和代（2006）．一県内［石川県］看護師養成機関における男子学生への看護教育現場での配慮（第 1 報）管理・臨地実習現場における実習調整の実態．*日本看護学会論文集*，*看護教育*，*37*，72-74.

社団法人日本看護協会（2006）．保健医療福祉施設における暴力対策指針：看護者のために．https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/bouryokusisin.pdf（参照2021年 8 月10日）

高橋郁恵，髙橋桃香，大山一志（2019）．患者からセクシュアルハラスメントを受けた看護師の対処行動の実態．*日本看護学会論文集*，*看護教育*，*49*，239-242.

高橋順子（2015）．女性患者の「羞恥心を伴うケア」における男性看護師の対処行動：グループインタビューの結果から，*母性*

衛生, *56*(2), 407-414.
田辺有理子（2009）. 精神科看護師が患者から受ける暴力の経験と報告に関する認識. *岩手県立大学看護学部紀要*, *11*, 13-22.
戸塚美砂（2012）. *事業者必携　管理者のためのセクハラ・パワハラ・メンタルヘルスの法律と対策*. *172*, 三修社.
富田　元, 山口大輔, 増田雄太, 藤井　仁, 下久保亮太, 藤野泰平, 髙木仁美, 鈴木正子（2018）. 訪問看護ステーションにおける男性看護師の就業状況と役割期待：愛知県全域・施設長への質問紙調査. *日本看護学会論文集*, *看護管理*, *48*, 149-152.
辻村みよ子（2016）. *概説 ジェンダーと法：人権論の視点から学ぶ〔第2版〕*. *167*, 信山社.
和田耕治, 太田　寛, 黒田梨絵, 三木明子（2011）. 東京都の医療機関における暴力の現状（その2）職員間での暴言, 暴力, セクハラ行為. *安全医学*, *7*(1), 33-40.
和田由紀子（2012）. 病院内で発生する暴力に対する看護職の認識と対応の枠組み. *新潟青陵学会誌*, *4*(*3*), 21-31.
矢原隆行（2004）. 看護職におけるジェンダー体制の今日的状況：看護職者の意識と現状に関する調査から. *看護管理*, *14*(2), 163-165.
山﨑文夫（2013）. *セクシュアル・ハラスメント法理の諸展開*. *4*, 信山社.
養父知美, 牟田和恵（2008）. *知っていますか？セクシュアル・ハラスメント　一問一答　第3版*. *7*, 解放出版社.

［2021年2月26日受　　付
2021年9月25日採用決定］

Original Article

Sexual Harassment Experienced by Male Nurses

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, *45*(2), 245-259
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210925149

Yoshihiro Goto, PhD, RN, PHN
Faculty of Nursing, Toho University, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: To classify, analyze, and reveal features of sexual harassment (SH) experienced by male nurses who worked at general hospitals and their SH coping behaviors. **Methods:** Data obtained from semi-structured interviews with nine male general hospital nurses who belonged to Organization A were qualitatively analyzed. **Results:** SH experienced by male nurses were classified into four categories: caused by performing nursing duties, triggered by awareness of masculinity, their body was treated frivolously, and the number of harassers increases over time. SH coping behaviors were classified into two categories: coping behaviors performed by the individual and coping behaviors mediated by others. **Conclusions:** SH was found to occur due to the unique characteristics of nurses' work and power structure. This suggests the need for ethics education in the nursing work environment that gives nurses an understanding of both sides and multiple perspectives, rather than unequivocal victim-perpetrator or male-female perspectives.

Key words

male nurses, sexual harassment, power structure

Correspondence: Y. Goto. Email: yoshihiro.gotou@med.toho-u.ac.jp

原　著

女子看護系大学生の Broad Autism Phenotypeの状況とコミュニケーション・スキル，看護実践能力との関連

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 261-269
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211011153

川村晃右[1]，松本賢哉[1]，森岡郁晴[2]
[1]京都橘大学看護学部，[2]和歌山県立医科大学保健看護学部

要　旨

目的：本研究の目的は，女子看護系大学生のBroad Autism Phenotype（BAP）の状況とコミュニケーション・スキル，看護実践能力との関連を明らかにすることである。**方法**：看護系大学 4 年生の女子199名に質問紙調査を行った（有効回答率78.0%）。内容は属性，BAPQ-J，ENDCOREs，看護実践力尺度とした。BAPQ-Jの得点を用いて階層クラスター分析を行い，群の判別にはROC曲線を用いた。群別に各尺度の得点を比較した。**結果**：対象者は，正常型，境界型，BAP傾向の高い型に，さらにBAP傾向の高い型は，打ち解けなさの低い型と高い型に区分された。BAP傾向が高い型はENDCOREsが，打ち解けなさの高い型は看護実践力尺度が有意に低かった。**結論**：BAP傾向が高い学生はコミュニケーション・スキルが低く，打ち解けなさの高い学生は看護実践能力の修得も困難であるため支援が重要となる。

キーワード

広範な自閉症発現型，女子看護系大学生，コミュニケーション・スキル，看護実践能力，クラスター分析

責任著者：川村晃右．Email: kawamura-k@tachibana-u.ac.jp

緒　言

発達障害には，他人の気持ちを推測できない，配慮ができない，暗黙のルールが理解できないなどの対人関係の質的異常をもつ自閉症スペクトラム障害や，不注意や多動性，衝動性をもつ注意欠如・多動性障害などがある（本田，2018，pp.379-383）。近年では，このような発達障害に気付かないまま成長し，生活ストレスの負荷によって抑うつや不安などの精神症状を呈する成人が急増している（本田，2018，p.373）。2016年の障害者差別解消法により，行政機関等および事業者に対し，発達障害のある者に対する不当な差別的扱いの禁止と合理的配慮の提供が定められた（内閣府，2015，pp.3-6）。大学においても，発達障害のある学生への指導経験がある教員のうち 9 割以上が合理的配慮を行っている（内野，2017，pp.40-41）。

全大学生に占める発達障害のある学生の割合は0.2%であるが（2019年度），前年度と比較しても増加傾向にある（日本学生支援機構，2020，pp.7-10）。看護師養成機関において，発達障害と診断された学生は研究対象機関の全学生のうち0.1%であった（山下・徳本，2016，p.14）。しかし，発達障害などで学習が著しく困難であった看護学生は2.3%であったとする報告もあり（池松，2012，p.2），臨地実習における学習が最も難しかったとされる。臨地実習では，患者との関係構築にとどまらず，援助を必要とする患者のニーズを引き出すコミュニケーション能力が重要となる（今留・横森・谷岸・長島・安達，2018，p.13）。そのため，教員は学生の人々・状況を理解する力，人々中心の看護ケアを実践する力，看護の質を改善する力を統合した看護実践能力を育成することが肝要である（松谷ほか，2010，pp.19-22）。しかし，発達障害は，患者の思いに寄り添うことや論理的に思考することなどに影響を及ぼすため（川村・伊藤・十倉，2020，pp.127-129），発達障害のある者は援助的な関係構築や看護実践能力の修得が困難である。その結果，約 7 割の教員が，発達障害のある学生は看護師としての資質に問題があると捉えている（戸部，2018，p.169）。

一方，自閉症スペクトラム障害は重症者から軽症者まで境界を引かず連続しており，健常者との境界に位置する

者は広範な自閉症発現型（Broad Autism Phenotype: BAP）とされる。BAPは，臨床的には問題視する必要のない個人の特性で，発達障害と診断されることもない（鷲見，2009，p.118）。BAPの者は発達障害のある者よりも多いといわれるため（杉山・高貝・涌澤，2014，p.39），学習が著しく困難な看護学生のなかにはBAPの者が内在している可能性がある。BAPの者は発達障害の診断を受けていないため，学習が困難であっても学業不振や怠慢と判断され（花村・柴田，2020，p.4），教育上の配慮が受けづらくなるおそれがある。しかし，BAPに関する研究はまだほとんどなく，それによるコミュニケーション・スキルや看護実践能力への影響については明らかになっていない。

そこで，本研究では，看護学生におけるBAPの状況と，コミュニケーション・スキルや看護実践能力との関連を明らかにし，BAPの学生に対応した看護教育の示唆を得ることを目的とする。

Ⅰ．研究方法

1．研究対象者

近畿圏にある2大学の看護系学部に在籍する4年生255名とした。

2．調査期間

2019年10月および2020年8月とした。

3．調査方法

無記名の自記式質問紙調査を実施した。質問紙の内容は，属性，BAP，コミュニケーション・スキル，看護実践能力とした。

属性は，年齢と性別を尋ねた。

BAPの評価には，Broad Autism Phenotype Questionnaire日本語版（酒井ほか，2014）を用いた。BAPを評価できる日本語版の尺度は，Broad Autism Phenotype Questionnaire日本語版（BAPQ-J）以外になく，項目を確認したところ看護学生に確認できる内容であると判断した。本尺度は，打ち解けなさ（12項目），特異な言語使用（12項目），融通の利かなさ（12項目）の36項目から構成されている。質問項目に対して，1（ほとんどない）から6（とてもよくある）などの6段階で回答を求め，得点を算出する。また，逆転項目の，1（ほとんどない）は6に，6（とてもよくある）は1に置き換えた。先行研究（酒井ほか，2014）と同様に，全項目と下位尺度における平均点を求めることとした。平均点が高いほどBAP傾向が高い。BAPQ-JはBAP傾向をみるもので，得点基準などによりBAPを診断するものではなく，自閉症スペクトラム障害のスクリーニングを行うものではない。

コミュニケーション・スキルの評価には，ENDCOREs（藤本・大坊，2007）を用いた。これまでの看護学生のコミュニケーション・スキルを調査した報告（河内・池田，2014；荒木・戸渡・中村，2019）ではENDCOREsを用いていることから，本研究でも適していると判断した。本尺度は，自己統制（4項目），表現力（4項目），解読力（4項目），自己主張（4項目），他者受容（4項目），関係調整（4項目）の24項目から構成されている。質問項目に対して，1（苦手）から7（かなり得意）の7段階で回答を求め，得点を算出する。先行研究（藤本・大坊，2007；荒木ほか，2019）と同様に，全項目と下位尺度における平均点を求めることとした。平均点が高いほどコミュニケーション・スキルが高い。

看護実践能力の評価には，看護実践力尺度（細田ほか，2007）を用いた。学士課程版看護実践能力と到達目標をもとに看護実践能力を調査している報告（細田ほか，2018）もみられるが，項目数が多く，他の尺度との併用を考えた場合，これまでの報告（片山・細田，2014；北島・細田・星，2012）で看護学生を対象に用いている看護実践力尺度は，本研究でも適していると判断した。本尺度は，看護実践の認知的プロセスに沿って志向する力（3項目），展開する力（5項目），実施する力（6項目），評価する力（6項目）の20項目から構成されている。質問項目に対して，1（全く当てはまらない）から5（とてもよく当てはまる）の5段階で回答を求め，得点を算出する。先行研究（細田ほか，2007）と同様に，合計点を求めることとした。合計点が高いほど看護実践力が高い。

4．分析方法

自閉症スペクトラム障害のある者は男性が女性の2～4倍であることから（本田，2018，p.379），性差が解析結果にも影響する可能性があることと，男性が11名と少なかったことを鑑み，本研究では女子学生のみを対象とした。

本研究は，調査が2年度にわたり，2大学を対象としている。対象者を年度別と大学別の3群で比較したところ（Kruskal-Wallis検定），BAPQ-Jの得点に有意差を認めなかった。ENDCOREsと看護実践力尺度の項目の中には有意差がみられたものがあったが，本研究の目的に沿って3群をまとめて分析することとした。

BAPQ-Jの全項目または下位の3要因の平均点とENDCOREs，看護実践力尺度の全項目と下位の要因との関係の確認には，Spearmanの順位相関係数（rs）を算出した。

対象者をBAPの状況で区分するために，BAPQ-Jの36項目の得点を用いて，クラスターを対象者に設定し，Ward

法による階層クラスター分析を行った。

クラスターを判別できるかどうか検討するために，クラスターを状態変数として，BAPQ-Jの全項目と下位尺度の平均点を用いて受信者動作特性曲線（receiver operating characteristic curve：ROC曲線）を求めた。

クラスター別の中央値の比較にはKruskal-Wallis検定と事後検定はDunn検定（Bonferroni訂正）を用いた。

解析には，統計解析ソフトIBM® SPSS® Statistics 27.0を用い，統計学的有意水準は5％とした。

5．倫理的配慮

対象者に対して，研究の目的と方法，研究への参加は自由であること，不参加による成績や今後の大学生活における不利益はないこと，得られたデータは全体集計すること，個人情報の保護に努め，本研究の目的以外では利用しないことなどを文書と口頭で説明した。その際，BAPQ-Jは「この調査は，個人の性格と好みを尋ねる質問紙である」こと，本研究は個人の特性と看護実践能力等との関連を確認することが目的であることを説明した。同意が得られた場合のみ質問紙に無記名で回答し，回答後は質問紙を個別に厳封して提出するよう依頼した。質問紙の配布担当者は，科目の担当者ではなく，質問紙への回答，提出時に退室するなどし，配布担当者が回答状況，提出状況について知り得ることがないようにした。質問紙の提出をもって対象者から同意を得たものとした。

また，本研究で用いた尺度については，使用の許諾を得ている。

本研究は，京都橘大学研究倫理委員会（2019年7月29日，承認番号19-23）の承認後に実施した。

Ⅱ．結　果

1．対象者について

質問紙は214名から回収でき，すべての項目に回答があった者は210名であった。そのうちの女子学生199名を分析対象とした（有効回答率：78.0％）。

全対象者の年齢は21.6±0.7（平均±標準偏差）歳であった。

2．BAPQ-JとENDCOREs，看護実践力尺度の得点について

BAPQ-JのCronbach α係数は，全項目で.86，下位尺度で.81から.66であった。全項目の平均点は3.03±0.47点，打ち解けなさは2.77±0.64点，特異な言語使用は3.19±0.52点，融通の利かなさは3.13±0.59点であった。

ENDCOREsのCronbach α係数は，全項目で.93，下位尺度で.95から.75であった。全項目の平均点は4.68±0.69点，自己統制は4.76±0.88点，表現力は4.20±0.95点，解読力は4.98±1.01点，自己主張は4.07±0.99点，他者受容は5.29±0.90点，関係調整は4.79±0.85点であった。

看護実践力尺度のCronbach α係数は，全項目で.91，下位尺度で.84から.60であった。全項目の合計点は76.7±7.9点，志向する力は10.8±1.6点，展開する力は19.3±2.3点，実施する力は22.8±2.8点，評価する力は23.8±2.9点であった。

3．BAPQ-JとENDCOREs，看護実践力尺度との関係について（表1）

BAPQ-Jの全項目の平均点は，ENDCOREsの全項目，自己統制，表現力，解読力，他者受容，関係調整の平均点

表1　BAPQ-JとENDCOREs，看護実践力尺度との関係

	BAPQ-J 全項目		打ち解けなさ		特異な言語使用		融通の利かなさ	
	rs	*p*	rs	*p*	rs	*p*	rs	*p*
ENDCOREs全項目	−.61	＜.01	−.53	＜.01	−.56	＜.01	−.40	＜.01
自己統制	−.42	＜.01	−.33	＜.01	−.43	＜.01	−.29	＜.01
表現力	−.47	＜.01	−.37	＜.01	−.42	＜.01	−.32	＜.01
解読力	−.44	＜.01	−.42	＜.01	−.42	＜.01	−.22	＜.01
自己主張	−.37	＜.01	−.31	＜.01	−.31	＜.01	−.27	＜.01
他者受容	−.53	＜.01	−.51	＜.01	−.43	＜.01	−.35	＜.01
関係調整	−.49	＜.01	−.46	＜.01	−.41	＜.01	−.32	＜.01
看護実践力尺度全項目	−.35	＜.01	−.33	＜.01	−.28	＜.01	−.19	＜.01
志向する力	−.23	＜.01	−.18	＜.01	−.17	.02	−.16	.02
展開する力	−.28	＜.01	−.28	＜.01	−.24	＜.01	−.13	.07
実施する力	−.34	＜.01	−.31	＜.01	−.28	＜.01	−.19	＜.01
評価する力	−.34	＜.01	−.35	＜.01	−.22	＜.01	−.22	＜.01

rs：Spearmanの順位相関係数

との間に有意な中等度（|rs| = .4-.7）（対馬，2010，p.150）の，自己主張の平均点との間に有意な弱い（|rs| = .2-.4）（対馬，2010，p.150）負の相関を認めた。また，看護実践力尺度の全項目，志向する力，展開する力，実施する力，評価する力の合計点との間に有意な弱い負の相関を認めた。

BAPQ-Jの打ち解けなさの平均点は，ENDCOREsの全項目，解読力，他者受容，関係調整の平均点との間に有意な中等度の，自己統制，表現力，自己主張の平均点との間に有意な弱い負の相関を認めた。また，看護実践力尺度の全項目，展開する力，実施する力，評価する力の合計点との間に有意な弱い負の相関を認めた。

BAPQ-Jの特異な言語使用の平均点は，ENDCOREsの全項目，自己統制，表現力，解読力，他者受容，関係調整の平均点との間に有意な中等度の，自己主張の平均点との間に有意な弱い負の相関を認めた。また，看護実践力尺度の全項目，展開する力，実施する力，評価する力の合計点との間に有意な弱い負の相関を認めた。

BAPQ-Jの融通の利かなさの平均点は，ENDCOREsの全項目の平均点との間に有意な中等度の，自己統制，表現力，解読力，自己主張，他者受容，関係調整の平均点との間に有意な弱い負の相関を認めた。また，看護実践力尺度の評価する力の合計点との間に有意な弱い負の相関を認めた。

一方，ENDCOREsの全項目の平均得点と看護実践力尺度の全項目の合計得点との関係を確認したところ，有意な中等度の正の相関（rs = .58）を認めた。

4．クラスター別のBAPQ-Jの得点について（表2）

クラスター分析で描いたデンドログラムをみると，再調整された距離クラスタ結合は25で2群に分かれ（G1，G2），次に8で4群に分かれた（G1a，G1b，G2a，G2b）。次にG1aは4で2群に，G1bは6で2群に，G2aとG2bは5でそれぞれ2群に分かれた。各群のデータ数も考慮し，本研究では対象者を4クラスターに分類した。BAPQ-Jの全項目の平均点の中央値（平均得点）が最も低い順に，クラスター1～4を配置した。

クラスター1は，59名（29.6%）で構成された。BAPQ-J

表2　クラスター別のBAPQ-J，ENDCOREs，看護実践力尺度の比較

	Type N（*N*=59）		Type B（*N*=58）		Type PR（*N*=27）		Type A（*N*=55）			
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	*p*	
BAPQ-J全項目	2.53	2.39－2.81	2.89	2.75－3.06	3.39	3.25－3.61	3.44	3.31－3.64	＜.01	N＜B** N＜PR** N＜A** B＜PR** B＜A**
打ち解けなさ	2.17	1.92－2.42	2.67	2.50－2.92	2.83	2.50－3.25	3.42	3.17－3.75	＜.01	N＜B** N＜PR** N＜A** B＜A** PR＜A**
特異な言語使用	2.92	2.67－3.17	2.96	2.67－3.25	3.67	3.50－4.00	3.50	3.25－3.75	＜.01	N＜A** N＜PR** B＜PR** B＜A**
融通の利かなさ	2.58	2.25－2.92	3.08	2.83－3.33	3.58	3.50－3.83	3.42	3.17－3.75	＜.01	N＜B** N＜PR** N＜A** B＜PR** B＜A**
ENDCOREs全項目	5.21	4.79－5.50	4.69	4.25－5.00	4.54	4.13－4.79	4.25	3.92－4.54	＜.01	B＜N** PR＜N** A＜N** A＜B**
自己統制	5.50	4.50－5.75	4.75	4.25－5.25	4.25	3.75－5.00	4.50	4.00－4.75	＜.01	B＜N** PR＜N** A＜N**
表現力	4.75	4.00－5.25	4.25	3.69－5.00	4.00	3.50－4.50	3.75	3.50－4.00	＜.01	PR＜N** A＜N**
解読力	5.75	4.75－6.00	5.00	4.44－5.75	4.75	4.00－5.00	4.50	4.00－5.00	＜.01	PR＜N* A＜N** A＜B*
自己主張	4.50	4.00－5.00	4.00	3.75－4.75	4.00	3.50－5.00	3.75	3.25－4.00	＜.01	A＜N**
他者受容	5.75	5.25－6.50	5.50	4.94－6.00	5.00	4.50－5.50	4.75	4.25－5.00	＜.01	PR＜N** A＜N** A＜B**
関係調整	5.25	4.75－5.75	4.75	4.50－5.31	4.50	4.00－5.25	4.25	4.00－5.00	＜.01	PR＜N* A＜N** A＜B**
看護実践力尺度全項目	80.00	76.00－84.00	78.00	74.00－80.00	80.00	72.00－81.00	74.00	70.00－79.00	＜.01	A＜N**
志向する力	11.00	11.00－12.00	11.00	10.00－12.00	11.00	10.00－12.00	11.00	9.00－11.00	.02	A＜N**
展開する力	20.00	19.00－20.00	20.00	19.00－20.00	19.00	17.00－21.00	19.00	17.00－20.00	.01	A＜N*
実施する力	24.00	23.00－25.00	23.00	21.75－24.00	24.00	21.00－25.00	22.00	20.00－24.00	＜.01	B＜N** A＜N**
評価する力	24.00	24.00－26.00	24.00	23.00－25.00	24.00	22.00－27.00	23.00	21.00－24.00	＜.01	A＜N** A＜B*

Kruskal-Wallis検定と事後検定はDunn検定（Bonferroni訂正）　*p＜.05　**p＜.01

の全項目（2.53点）および下位の3要因の平均得点（打ち解けなさ：2.17点，特異な言語使用：2.92点，融通の利かなさ：2.58点）がクラスター1～4のうち最も低く，正常型（Type N）と名称を付した。

クラスター2は，58名（29.1%）で構成された。BAPQ-Jの全項目，打ち解けなさ，融通の利かなさの平均得点がType Nより有意に高く，境界型（Type B）と名称を付した。

クラスター3は，27名（13.6%）で構成された。BAPQ-Jの全項目，打ち解けなさ，特異な言語使用，融通の利かなさの平均得点がType Nより有意に高かった。また，全項目，特異な言語使用，融通の利かなさの平均得点はType Bよりも有意に高かった。一方，有意ではなかったが，特異な言語使用・融通の利かなさの平均得点はクラスター4よりも高かった。これらの特徴から，特異な言語・融通の利かなさ型（Type PR）と名称を付した。

クラスター4は，55名（27.6%）で構成された。BAPQ-Jの全項目，打ち解けなさ，特異な言語使用，融通の利かなさの平均得点がType N，Type Bより有意に高かった。また，打ち解けなさの平均得点はType PRより有意に高かった。しかし，他の項目は，Type PRと有意な差を認めなかった。これらの特徴から，打ち解けなさ型（Type A）と名称を付した。

5．Typeを判別するROC曲線について（図1）

クラスターを判別できるかどうかを検討するために，BAPQ-Jの全項目の平均点を用いてROC曲線を求めた。その際，Kruskal-Wallis検定の結果から，クラスター4（Type A）に向かうほどBAP傾向が高くなること，Type PRとType Aの間には有意な差は見られなかったことを考慮し，Type NとType Bとの判別（正常型と境界型との判別），Type BとType PRまたはType Aとの判別（境界型と高値の群との判別），Type PRとType Aとの判別（高値の群の中での型の判別）ができるかを検討した。その結果（**図1 a**），Type NとType Bとの判別は曲線下面積（area under the curve: AUC）が.83と有意な値が認められた（$p<.01$）。Type BとType PRまたはType Aとの判別は，AUCが.96と有意な値が認められた（$p<.01$）。Type PRとType Aとの判別は，AUCが有意な値でなかった（$p=.07$）。

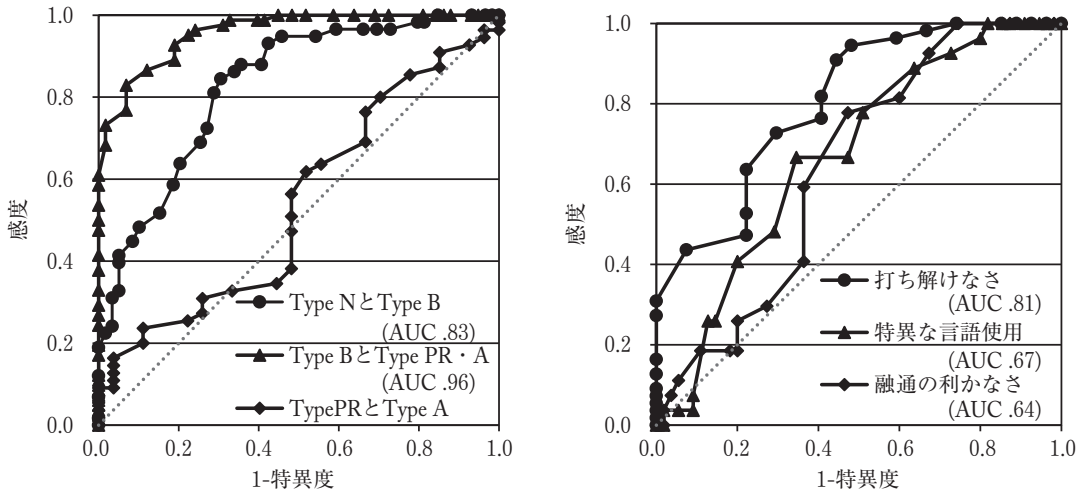
Type PRとType Aとを判別できるかどうか検討するためにBAPQ-Jの下位尺度の平均点を用いて確認してみると（**図1 b**），打ち解けなさ（AUC .81，$p<.01$），特異な言語使用（AUC .67，$p<.05$），融通の利かなさ（AUC .64，$p<.05$）のいずれも有意な値が得られた。打ち解けなさが，他より左上角に位置していた。

6．Type別のENDCOREs，看護実践力尺度の比較について（表2）

Type Bは，ENDCOREsの全項目，自己統制の平均得点がType Nより有意に低かった。看護実践力尺度において，Type Nの合計点の中央値（合計得点）と比較して有意差がみられるものはなかった。

Type PRは，ENDCOREsの全項目，自己統制，表現力，解読力，他者受容，関係調整の平均得点がType Nより有意に低かった。看護実践力尺度において，その他のクラスターの合計得点と比較して有意差がみられるものはなかった。

Type Aは，ENDCOREsの全項目，自己統制，表現力，



a）Typeの判別にBAPQ-Jの全項目の平均点を用いた場合

b）Type PRとType Aの判別にBAPQ-Jの下位尺度の平均点を用いた場合

図1　Typeを判別したROC曲線

解読力，自己主張，他者受容，関係調整の平均得点がType Nより有意に低かった。また，全項目，解読力，他者受容，関係調整の平均得点はType Bよりも有意に低かった。看護実践力尺度の全項目，志向する力，展開する力，実施する力，評価する力の合計得点はType Nより有意に低く，評価する力の合計得点はType Bより有意に低かった。

Ⅲ．考　察

1．対象者について

対象者のBAPQ-Jの平均点を比較検討できる報告がみあたらないため，尺度開発者である酒井ら（2014）の報告の第1親等親族内に発達障害のある者がいない者（対象89人，平均年齢37.6歳，女性52%）と比較したところ（全項目：2.82点，打ち解けなさ：2.86点，特異な言語使用：2.62点，融通の利かなさ：2.96点），本研究の対象者では全項目，特異な言語使用，融通の利かなさは高く，打ち解けなさは低かった。この差は，本研究の対象者の平均年齢が酒井ら（2014）の報告に比べて低いこと，また，本研究では男性を分析対象から除外したことが影響していると考えられるが，看護学生を対象にBAPQ-Jを調査した研究がないため，検討を続ける必要がある。

対象者のENDCOREsの平均点を荒木ら（2019）の報告の看護学生（対象67人，平均年齢21.4歳，女性89.6%）のうち，4年生（39人）と比較したところ（自己統制：4.73点，表現力：4.07点，解読力：4.88点，自己主張：3.76点，他者受容：5.46点，関係調整：5.08点），本研究の対象者では自己統制，表現力，解読力，自己主張は高く，他者受容，関係調整は低かった。このような差は，各学生の日常生活や実習での経験に違いがあること（河内・池田，2014，p.61）などが影響していると考えられる。

対象者の看護実践力尺度の合計点を細田ら（2007）の報告の看護系学部の4年生（対象105人，平均年齢22.2歳）と比較したところ（看護実践力尺度合計：71.9点，志向する力：10.7点，展開する力：18.3点，実施する力：20.2点，評価する力：22.3点），本研究の対象者では全項目，志向する力は概ね同様であったが，展開する力，実施する力，評価する力は高い結果であった。本研究と先行研究との差については，先行研究（細田ほか，2007）の調査時点以降，看護実践能力などについて明示した看護学教育モデル・コア・カリキュラムの策定があり（文部科学省，2017，p.1），看護系大学のカリキュラムが改定されていること（伊藤・川村・松本・堀・河原，2018，pp.123-124）などが影響していると考えられる。

2．BAPの状況とコミュニケーション・スキル，看護実践能力との関連について

BAPQ-Jの全項目は，ENDCOREsの全項目との間に概ね中等度の，看護実践力尺度の全項目との間に弱い負の相関がみられ，それぞれの下位の要因についても同様の傾向がみられた。すなわち，BAP傾向が高いほど，コミュニケーション・スキルや看護実践能力の修得が困難な可能性があることが示された。このことは，BAP傾向の高い者は，その場に合った適切な言葉が選べない，柔軟性に欠ける言動をとるなど，臨地実習において教員が指導に困難を伴ったとする学生の特性（大野・山田，2015，p.3）を有している可能性がある。また，コミュニケーションは，患者との援助的関係の構築，患者のニーズや気持ちの抽出，患者を主体とした看護実践の基盤となる（今留ほか，2018，p.13）。本研究でENDCOREsと看護実践力尺度に正の相関があったことを考え合わせると，BAP傾向の高い者の看護実践能力の低さは，コミュニケーション・スキルの低さに由来している可能性もある。

3．Type別のコミュニケーション・スキル，看護実践能力の状況について

看護学生におけるBAPの状況は，BAPQ-Jの36項目の得点によって，Type N，Type B，Type PR，Type Aの4型に分類された。この中でも，BAP傾向の高いType PRとType Aは，BAPQ-Jの全項目では判別することが難しかったが，下位尺度を用いたROC曲線では，打ち解けなさが他よりも左上角に位置していた。ROC曲線は左上に近いほど，感度，特異度ともに優れているため（対馬，2010，p.184），判別の有効性が高かった。また，打ち解けなさはType Aの平均得点がType PRより有意に高かった。すなわち，BAPの状況は，正常型（Type N），境界型（Type B）とBAP傾向の高い型に区分され，BAP傾向の高い型は，打ち解けなさの低い群（Type PR）と高い群（Type A）に区分されることが明らかになった。Type Aは，Type PRで低かったENDCOREsの平均得点に加え，ENDCOREsの自己主張，看護実践力尺度の全項目および下位尺度の合計得点がType Nより有意に低かった。つまり，BAP傾向の高さだけでなく，打ち解けなさの平均得点が高いという特徴があるType Aにおいて，自己主張や看護実践能力の修得が困難となる可能性が示唆された。

BAPQ-Jの打ち解けなさは，人が好き，社交的な場を楽しむなどの，自分と他者とのつながりを肯定的に捉えているかどうかを尋ねる項目で構成されている。Type Aは，この打ち解けなさの得点が高いことから，人への興味が弱いなどの発達障害の相互の対人的－情緒的関係の欠落（American Psychiatric Association，2013/2014，p.49）と同様

の特性をもっている可能性がある。人を対象とする看護において，人への関心が弱いということは，対象理解や看護実践にも影響を与えることが窺える。また，このような特性は，相手側に立った判断や行動を困難とするため（滝川，2011，p.24），周囲に理解されづらく，自己主張することに不安をもっていることが推察された。

4．Type Aの学生に対する支援について

Type Aの学生は自己主張や看護実践力の修得が困難なため，看護教育で特に重要となる臨地実習において，学習が困難になる可能性がある。本研究ではType Aの学生が27.6％と少なからずみられたことから，学習が著しく困難な学生のなかにはType Aの学生が内在している可能性がある。しかし，そのような学生に検査をして，Type Aの学生を抽出するのは現実的でない。したがって，Type Aの学生への支援は，学習が困難な学生への支援として広く捉える方が望ましい。

発達障害の学生に対する対人関係における支援として，患者への関わり方を具体的に説明したり，患者の言動の意味合いを補足説明したりしたという報告がある（師岡・望月・荒尾，2019，pp.84-86）。学習が困難な学生に対して支援する際，教員はType Aの特性である打ち解けなさにも考慮しながら，学生が自己主張しやすい環境を整えるとともに，対象との関わりを振り返り，対象への関心を広げられるようにすることも重要である。

Ⅳ．研究の限界と今後の課題

本研究において，年度別と大学別によって対象者を区分した際に，ENDCOREsや看護実践力尺度に有意差がみられたが，本研究の目的に沿って対象者をまとめて解析したことが，解析結果に影響を及ぼしている可能性があることが本研究の限界である。

学習困難として判断される学生のなかには，BAP傾向の高い学生が内在していることが考えられるが，適切な支援を十分に受けられていないことが窺える。このような学生への支援の拡充は喫緊の課題である（中村ほか，2019，pp.53-54）。一方，BAPに関する報告はほとんどなく，看護学生を対象とした調査は他にみられないため，今後も継続して検討を続けていく必要がある。

Ⅴ．結　　論

本研究では，看護学生におけるBAPの状況と，コミュニケーション・スキルや看護実践能力との関連を検討した結果，以下のことが明らかになった。

BAPの状況は，BAPQ-Jの得点によって正常型（Type N），境界型（Type B），BAP傾向の高い型に区分され，BAP傾向の高い型は，打ち解けなさの低い群（Type PR）と高い群（Type A）に区分された。

BAP傾向が高いとコミュニケーション・スキルに影響するが，Type Aではさらに，看護実践能力の修得が困難な可能性があることが示唆された。

学習が困難な学生に対して支援する際，教員はType Aの特性である打ち解けなさを考慮することが重要である。

謝　辞

本研究の実施にあたり，ご協力いただいた皆様に感謝いたします。

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20K19013の助成を受けて実施したものである。

著者貢献度

すべての著者は，研究の構想およびデザイン，データ収集・分析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

American Psychiatric Association（2013）／高橋三郎，大野　裕訳（2014）．*DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル*　第5版（pp.49-57），東京：医学書院．

荒木善光，戸渡洋子，中村京子（2019）．看護学生のコミュニケーション・スキルとそのスキルを活用する重要度・自信度との関連．*熊本保健科学大学研究誌*，*16*，95-103.

藤本　学，大坊郁夫（2007）．コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み．*パーソナリティ研究*，*15*(3)，347-361. https://doi.org/10.2132/personality.15.347

花村カテリーナ，柴田早紀（2020）．大学の看護教育における発達障害の問題を考える：合理的配慮と支援の展開に向けて．*関西看護医療大学紀要*，*12*(1)，3-14. https://doi.org/10.20638/00000085

本田秀夫（2018）．自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害．尾崎紀夫，三村　將，水野雅文，村井俊哉（編），*標準精神医学*　第7版（pp.378-382）．東京：医学書院．

細田泰子，荒木孝治，古山美穂，吉川彰二，森　一恵，星　和美，中山美由紀，真嶋由貴恵，中村裕美子（2007）．看護学士課程の学生の情報活用の実践力と看護実践力の関連：eラーニング導入前における学年間比較．*大阪府立大学看護学部紀要*，*13*(1)，19-26. https://doi.org/10.24729/00005597

細田泰子，長畑多代，田中京子，渡邊香織，紙野雪香，藪下八重，大川聡子，北村愛子，岡本双美子，中村裕美（2018）．学士課程における看護実践能力に対する学生の到達状況の

認識．*大阪府立大学看護学雑誌*，*24*(1)，99-109．https://doi.org/10.24729/00005670

池松裕子（2012年 6 月 5 日）．学習・発達障害のある看護師／看護学生の実態調査．https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-21659496/21659496seika.pdf（参照 2022年 3 月17日）

今留　忍，横森久美子，谷岸悦子，長島文子，安達祐子（2018）臨地実習における看護学生のコミュニケーション能力の変化：縦断的調査による 2 年次と 3 年次との比較．*東京家政大学研究紀要*，*58*(2)，5-14.

伊藤弘子，川村晃右，松本賢哉，堀　妙子，河原宣子（2018）．本学看護学生の学士課程教育におけるコアコンピテンシーの到達度に関する調査．*京都橘大学研究紀要*，*45*，123-132.

片山由加里，細田泰子（2014）．実習指導看護師と学生の看護実践力に関連する感情労働．*日本医学看護学教育学会誌*，*23*(1)，1-6.

川村晃右，伊藤弘子，十倉絵美（2020）．発達障害のある看護学生に対する教育上の困難と支援に関する文献検討：メタ統合を参考にした分析による検討．*京都橘大学研究紀要*，*46*，123-135.

河内浩美，池田かよ子（2014）．看護学生におけるSOC（Sense of Coherence）とコミュニケーション・スキルの実態：実習の経験別による比較．*新潟青陵学会誌*，*7*(1)，57-62.

北島洋子，細田泰子，星　和美（2012）．看護系大学生の社会人基礎力と看護実践力および日常生活経験の関係．*日本看護学教育学会誌*，*22*(1)，1-12.

松谷美和子，三浦友理子，平林優子，佐居由美，卯野木健，大隅香，奥　裕美，堀　成美，井部俊子，高屋尚子，西野理英，寺田麻子，飯田正子，佐藤エキ子（2010）．看護実践能力：概念，構造，および評価．*聖路加看護学会誌*，*14*(2)，18-28．https://doi.org/10.34414/00015090

文部科学省（2017年10月31日）．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/__icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf（参照 2022年 3 月17日）

師岡友紀，望月直人，荒尾晴惠（2019）．発達障害またはその傾向がある看護学生に対する臨地実習上の支援の実態と教員の支援の妥当性に関する認識．*大阪大学看護学雑誌*，*25*(1)，81-88.

内閣府（2015）．障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針．https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/sabekai/kihonhoushin/pdf/honbun_ruby.pdf（参照 2022年 3 月17日）

中村裕美，高橋　幸，福井彩水，田野将尊，伊藤桂子，田中留伊（2019）．発達障害およびその疑いのある学生に対する看護系大学教員の関わりの現状と支援のあり方．*看護教育研究学会誌*，*11*(1)，47-55.

日本学生支援機構（2020年 3 月）．令和元年度（2019年度）大学，短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書．https://www.jasso.go.jp/statistics/gakusei_shogai_syugaku/__icsFiles/afieldfile/2021/10/1/report2019_rev03.pdf（参照 2022年 3 月17日）

大野美千代，山田悦子（2015）．発達障がいの可能性がある看護学生の臨地実習における行動・言動に関する研究．*研究助成論文集*，*51*，1-8.

酒井佐枝子，和田奈緒子，奥野裕子，辰巳愛香，山本知加，吉崎亜里香，西山　毅，下野九理子，毛利育子，谷池雅了（2014）．Broad Autism Phenotype Questionnaire日本語版（BAPQ-J）の妥当性と信頼性の検討．*臨床精神医学*，*43*(8)，1181-1190.

杉山登志郎，高貝　就，涌澤圭介（2014）．自閉症スペクトラム．森　則夫，杉山登志郎，岩田泰秀（編著），*臨床家のためのDSM-5虎の巻*　第 1 版（pp.37-42），東京：日本評論社．

鷲見　聡（2009）．精神医学用語解説　342. The broad autism phenotype. *臨床精神医学*，*38*(1)，118-119.

滝川一廣（2011）．成人期の広汎性発達障害とは何か．青木省三，村上伸治（編），*専門医のための精神科臨床リュミエール23 成人期の広汎性発達障害*　初版（pp.17-27），東京：中山書店．

戸部郁代（2018）．看護教員における発達障害学生に対する意識と修学支援の現状．*発達障害研究*，*40*(2)，165-174.

対馬栄輝（2010）．*医療系研究論文の読み方・まとめ方：論文のPECOから正しい統計的判断まで*．東京：東京図書株式会社．

内野悌司（2017）．発達障害学生への支援・合理的配慮に関する調査研究：A大学の教員を対象にしたアンケート調査より．*総合保健科学*，*33*，39-50．https://doi.org/10.15027/44912

山下知子，徳本弘子（2016）．発達障害及び発達障害の疑いのある看護学生の臨地実習における学習困難の様相．*埼玉医科大学看護学科紀要*，*9*(1)，11-17.

［2021年 7 月 7 日受　　付
2021年10月11日採用決定］

Original Article

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(2), 261-269
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211011153

Status of the Broad Autism Phenotype Among Female Nursing University Students: Relationships to Communication and Nursing Practice Skills

Kosuke Kawamura, PhD, RN, PHN[1], Kenya Matsumoto, PhD, RN[1], Ikuharu Morioka, PhD, MD[2]

[1]Kyoto Tachibana University, Kyoto, Japan, [2]Wakayama Medical University, Wakayama, Japan

Abstract

Objective: This study aims to clarify the status of the broad autism phenotype (BAP) and its relationship to communication and nursing practice skills among female nursing university students. **Methods:** The study comprised female nursing students at two universities. A total of 199 fourth-year students participated (valid response rate: 78.0%) by completing a questionnaire survey that included attributes, a BAP questionnaire — Japanese version (BAPQ-J), an index of communication skills (ENDCOREs), and practical skills that are used in nursing practice. A hierarchical cluster analysis was conducted using the scores of all items in the BAPQ-J. Receiver operating characteristic curves were used, with mean scores of all items and subscales of the BAPQ-J. The scores of ENDCOREs and practical skills were compared by clusters. These clusters were formed based on the BAPQ-J. **Results:** First, the participants were classified into normal, borderline, and high BAP tendency types. Those of a high BAP tendency were further classified into low and high aloof types. They demonstrated significantly lower ENDCORE scores. Those of the high aloof type had significantly lower practical skill scores. **Conclusions:** Students with high BAP tendencies tend to have lower communication skills. Those of high aloof types tend to have difficulties in acquiring nursing practice skills. These results suggest that teachers at nursing universities should provide support to students of high aloof types.

Key words

Broad Autism Phenotype, female nursing university student, communication skills, nursing practice skills, cluster analysis

Correspondence: K. Kawamura. Email: kawamura-k@tachibana-u.ac.jp

研究報告

訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者への支援

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(2), 271-281
©2021 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210728151

濱谷雅子
東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域

要　旨

目的：足病変のケアのために訪問した看護師が，ケアに意欲的でない療養者とどのように関わり，支援しているのかを明らかにした。**方法**：訪問看護経験 5 年以上の看護師 9 名のインタビューデータを，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。**結果**：訪問看護師は，療養者の活力を高めることからスタートし，療養者らしい生活を脅かさないよう注意しながら，ケアのメリットを体験させる，具体的なセルフケアの提案，変化の契機をつくる・いかすというアプローチで，療養者を支援している。看護師は，療養者本人への直接的なアプローチだけでなく，療養者を取り巻く支援者が療養者に対して関心をもてる環境を整えることで，療養者の自身への関心を高めようとしている。**結論**：環境に変化を加えてみるというアプローチは，療養者をその生活ごと理解し，多機関・多職種と協働してケアを提供している訪問看護師だからこそできる支援であると考える。

キーワード

看護職-患者関係，訪問看護，フットケア，グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者：濱谷雅子．Email: masako-h@tmu.ac.jp

Ⅰ．背　景

足病変とは，下肢に生じる潰瘍，胼胝，鶏眼，角化症，爪・足趾の変形，水疱，浮腫，亀裂，靴擦れ，外傷，びらん，感染症，壊疽などの総称である（樋口・小川・狩野・清水・廣瀬，2011；西田，2005；宇都宮・近藤・宮本・西川，2008）。訪問看護サービス利用者の多くは，足病変を保有したまま自宅で暮らしている（西脇，2015）。そして，自宅で療養する糖尿病者や慢性腎臓病者の増加および高齢化に伴い，その数は今後ますます増加することが予測される（厚生労働省，2018；厚生労働省，2017；日本透析医学会，2018）。

足病変は，療養者に身体的・精神的苦痛をもたらし，生活の質（Quality of Life；以下，QOL）を低下させる。創傷，白癬，浮腫などによる疼痛，掻痒感，足が重いといった自覚症状は，日常生活を妨害する（姫野・小野・孫田，2014；Hiramatsu, Izumi, & Shogenji, 2011）。下肢潰瘍による活動制限も，日常生活や余暇活動に大きな影響を与える（Brod, 1998）。また，足部の異常は歩行機能を低下させ，転倒に繋がるだけでなく（Hiramatsu, et al., 2011; Menz & Lord, 2001），転倒経験が「再び転倒してしまうのではないか」という恐怖感を引き起こし，療養者の活動性やQOLを低下させる（Zijlstra, et al., 2007）。このように，足病変は療養者の活動範囲を狭めるだけでなく，何かをしようとする前向きな気持ちさえも萎縮させてしまう。それ故に，療養者の自分らしい生活を支えるためには，足病変を改善させる／悪化させないことを目的としたケア（以下，足病変のケア）が重要である。

言うまでもなく，足病変の改善・悪化の予防に重要な要因の 1 つは，療養者自身のケアに対する意欲である（濱谷，2019）。医療機関（外来や病棟）においては，患者の足病変に対する認識を高め，セルフケアを促すために，知識教育やケア方法の指導が多く実施されており（Bahador, Afrazandeh, Ghanbarzehi, & Ebrahimi, 2017；大徳・江川・藤原・奥宮，2007；笹嶋・麻生・尾田・塚原，2015；山田ほか，2012），看護師との関わりを通して，患者の行動が変化していく過程が報告されている（泉田・金子・帆苅，2017；上野・渡部，2016）。

そもそも医療機関でのケアのほとんどは，患者自身が足病変を治したい（どうにかしたい）と思い，受診することでスタートする。他方，訪問看護は，療養者自身が足病変のケアの必要性を十分に認識できないまま開始されることも少なくない。さらに，訪問看護を利用する療養者の多くは，複数の疾患を併せもっている。足病変は療養者

のQOLを著しく低下させる一方で，それが生命を脅かす危険性は比較的小さい。また，足病変の多くは難治性であり（青木，2009），長い経過のなかで半ば諦めの気持ちを抱いている療養者も少なくない。訪問看護における足病変のケアに関する先行研究は，いずれも看護師が足に直接施すケアについての報告であり（Corbett，2003；福山ほか，2015；Neder & Nadash，2003；姫野・小野，2010；坂本，2013），看護師が足病変のケアに意欲的でない療養者とどのように関わり，支援しているのかは明らかとなっていない。そこで本研究では，訪問看護における足病変のケアを促進することを目的に，訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者との関わりについて検討する。

Ⅱ．目的および意義

本研究の目的は，足病変のケアのために訪問した看護師が，ケアに意欲的でない療養者とどのように関わり，支援しているのかを明らかにすることである。

本研究は，経験を積んだ訪問看護師の語りから，その理論を提示する。看護師は自らの実践を意識的に確認することで，より成熟した実践を編み出すことが可能となる。経験の浅い訪問看護師も，その理論を参考に実践を展開できる。さらに本研究では，その理論の訪問看護におけるその他のケアへの発展可能性についても検討する。

Ⅲ．方　　法

A．研究デザイン

本研究は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach；以下，M-GTA）を用いた質的記述的研究である（木下，2003）。

本研究は訪問看護師と療養者の間に生じる社会的相互作用に着目し，その関わりを説明できる理論を生み出すことを目的としている。また，訪問看護を取り巻く様々な状況に対応し，活用され続ける理論の生成を目指している。以上の理由より，グラウンデッド・セオリー・アプローチを採用した。なかでもM-GTAは，データを切片化せず，「研究する人間」，すなわち研究者の視点を研究プロセス全体の柱として位置づけ，方法のなかに組み込んでいる点が特徴的である。足病変のケアに携わってきた研究者の視点を排除するよりは，むしろいかす方が，現実の問題を解決できる理論の提供に繋がるのではないだろうか。さらに，人間と人間の複雑な相互作用がプロセスとして進行する訪問看護の文脈においても，データに根差した概念が生成できる方法として，M-GTAを採用した。

B．調査協力者の選定条件およびリクルート方法

足病変のケアを日常的に実施している，訪問看護経験5年以上の看護師を対象とした。

はじめに，著者が所属している研究室と交流のある訪問看護ステーションを便宜的に抽出し，その代表者に研究説明を行なった上で，研究協力者募集チラシの配布をお願いした。そして，チラシを見て返答のあった候補者に研究説明を行ない，同意を得られた者にインタビューを実施した。本研究は，訪問看護導入時の訪問目的が足病変のケアであった療養者との関わり全体の構造を明らかにした先行研究（濱谷・島田・岡本・河原，2021）のなかで，足病変のケアに意欲的でない療養者について語った7名に，訪問看護を継続するなかで足病変のケアが必要となり，そのケアに意欲的でなかった療養者について語った2名を加え，分析したものである。データは全て一括して収集し，先行研究終了後も分析を継続した。先行研究の分析テーマ「訪問看護師が足病変のケアを療養者の生活に位置づけていくプロセス」のなかで，訪問看護師は療養者のケアに対する意欲を感じとり，足病変への関心が高く，治したい気持ちの強い療養者に対しては，ポジティブ思考の応援をしていた。一方，足病変そのものへの関心や良くなりたい気持ちを持てずにいる療養者に対しては，何とか療養者の心を動かすきっかけを掴もうとしていた。そこで本研究では，足病変への関心が低く治したい気持ちの弱い療養者に対し，訪問看護師はどのような支援を行なっているか（どのように心を動かそうとしているか）という点に着目して分析した。

C．データの収集

半構造化インタビューにてデータを収集した。調査協力者には，足病変のケアを目的に訪問した療養者1名との関わりを想起してもらった。なお，本研究において足病変とは，膝関節より下の皮膚または爪の病変であり，具体的には，創傷（潰瘍や褥瘡を含む），壊疽，水疱，浮腫，胼胝，鶏眼，足白癬，爪白癬，肥厚爪，巻き爪，陥入爪を指している。

インタビューでは，基本情報として，療養者の属性（年齢，性別，主な疾患，足病変，同居者，訪問看護の目的及び頻度）及び，調査協力者の属性（年齢，性別，看護師歴，訪問看護師歴，看護に関わる資格）を収集した。そして，療養者やその家族，他職種との関わりについて聞き取るなかで，療養者本人の足病変に対する思いや考えをどのようにアセスメントし，支援したのか，さらに，それらが変化したと感じたポイントについて詳しく尋ねた。インタビューは協力者の許可を得てICレコーダに録音した。

収集期間は2018年３月から2019年３月である。１名には内容を確認するために追加インタビューを実施した。１回目のインタビューの平均時間は80分（55～119分）であった。

D．データの分析

はじめに，インタビューデータから逐語録を作成し，何度も読み込んだ後，分析テーマを「訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者への支援」，分析焦点者を「経験を積んだ訪問看護師」と設定し，逐語録から分析ワークシートを作成した。

分析の最小単位は概念であり，１概念あたり１ワークシートを作成した（**図１**）。まず，分析テーマに関連するデータに着目し，具体例として入力した。次に，分析焦点者の立場からそれを解釈し，定義した上で概念名をつけた。このように概念を立ち上げたら，類似例を探し具体例に追加した。同時に対極例も検討した。調査協力者１名のデータから概念を全て生成したら，次の協力者のデータに移り，新たな概念を作成しつつ，既に立ち上げた概念についても検討した。

このようにデータに対して概念の完成度を高めていく一方で，概念間の関係も検討し，カテゴリーを作成した。さらに，カテゴリー間の関係も検討しながら，最終的に結果図を作成した。

E．「研究する人間」および分析の質の確保

「研究する人間」である著者は，糖尿病足外来での診療補助やホームヘルパーとしての経験から，自身の足に無頓着な患者をケアすることや，自宅でケアを提供することの難しさを痛感してきた。著者は「そのような療養者と上手に関わり，ケアを提供する方法を解明したい」という関心を自覚的に保ちながら，自身の「感じ，感覚的要素（sensitivity, sensitizing）」に基づき，研究プロセス全体において，何を採り上げ，何を採り上げないかという選択的判断を行なっている。分析の質の確保を目的として，経験を積んだ訪問看護師，在宅看護学及び質的研究の専門家に，分析ワークシート，ストーリーライン，結果図を示し，納得できる点，違和感のある点など，率直な意見を述べてもらいながら修正を加えてきた。

F．倫理的配慮

施設代表者および調査協力者に，本研究への参加は自由であり，研究への参加または不参加による不利益は一切ないこと，途中辞退の自由について説明した。本研究は首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：17087）。

概念名	フットケアの快感を覚えてもらう
定義	療養者にフットケアの快感を覚えてもらう。
具体例	ID3 アロマを使った時は，えと，洗面器に入れる前に，嗅いでもらったんですよね。ラベンダーと，レモンだったかな。で，あの，どっちが好きかって言ったら，ラベンダーだから，お花のあの匂いが好きなんですねっていう話をしたのを憶えていて，でやっぱり，あの，あ，入れ，やっぱりあったためれば気持ちいいって反応はいつも聞かれてましたね。 ID5 その行った時に，足が軽くなって，あーぴしっと包帯が，気持ちいいなとか，（中略）その日，快適になること自体は，凄く喜んで，くれてたこと？ ID6 足をやっぱり，なんだろうね，やっぱり自分の，体こう，マッサージをしてくれたり足浴をしてくれるって行為は，たぶん凄い満足度に繋がる，ので，とても機嫌がいいんですよ。 ID8 思いのほか寒くなかったのよ。足湯と同じ効果だったの。それも，本人の，（中略）心地いいことだったんだろうなと思って。お部屋あっためて，本人が寒くないようにして。 ID9 お風呂は，まあ，気持ち良かったから，うん，あの，痛いことはされるけど，お風呂も入れてもらえるから。それは，うん，いいことと悪いこととあったから（少し笑い），良かったのかな。 ID3 そういう昔話を結構しながら，ま，本人が，何て言うの，心地よいっていうか，快適な気分になれる，なかで，いちおうケアは進めていって。
理論的メモ	・ID3 足浴が療養者にとって心地よい時間となるように工夫をしたのでは。 ・定義の検討：療養者がケアを快と感じられる／不快と感じない工夫をする。 ・概念名の検討：快と感じられる工夫？不快と感じない工夫？幅がある？ ・今体で感じている「体感」？それが記憶となる「体験」？それが過去になった「経験」？ ・快感とは，単純に気持ち良いことだけでなく，ケアによって良くなったことに対する喜びの気持ちや，ケアは自分にとって有益であると実感するという意味も含まれている？快感と有益は分けるべきか？ →「ケアの効果を実感させる」を別概念として立ち上げ，「ケアのメリットを体験させる」は両者を含むカテゴリーとする。 ・ケアの時間を快と感じてもらう？ケアそのものの快感を覚えさせる？両者は繋がっていて，本概念は両方を含む。 ・「フット」ケアが快感である。 ・対極例なし。

図１　分析ワークシート例

Ⅳ．結　果

はじめに，調査協力者および語られた療養者の概要について述べる。そして，支援の全体像を示した後，代表的な概念について説明する。なお，〈　〉はカテゴリー，［　］は概念である。*斜体*は調査協力者の語りであり，（　）は著者による補足，*（筆：）*は著者の発言を示している。

A．調査協力者および語られた療養者の概要

1．調査協力者の概要

調査協力者の概要を**表 1** に示す。協力者 9 名は全員女性であり，30歳台 1 名，40歳台 5 名，50歳台 2 名，60歳台 1 名であった。訪問看護師経験を含む看護師経験は平均24年（8 ～34年），訪問看護師経験は平均約15年（5 ～20年）であった。また，協力者は認知症ケア専門士（3 名），訪問看護認定看護師（2 名）などの資格を取得していた。

2．語られた療養者の概要

研究協力者によって，足病変のケアに意欲的でないと語られた療養者の概要を**表 2** に示す。療養者 9 名のうち 6 名はインタビュー時にも継続して訪問看護を利用していた一方で，3 名は入院または死亡により既に訪問看護を終了していた。

療養者は60歳台から80歳台で，男性 7 名，女性 2 名であった。糖尿病，高血圧症，脳梗塞といった動脈硬化性の疾患を背景にもつ者がほとんどであった。足病変の内訳では，潰瘍や褥瘡などの創傷が最も多く，療養者の多くが足病変を複数保有していた。足病変のケアに意欲的でない療養者の様子は，「関心がない」「病識がない」「治す気がない」「仕方がないと言う」「どうでもいいと思っている」という言葉で語られていた。

3．支援の構造

分析の結果，16個の概念が生成された。各々の概念名，定義，代表的な具体例を**表 3** に示す。次に，それら概念間の関係性を検討し，理論としてまとめていく過程で，16個の概念のうち，「療養者らしい生活を脅かさない」はカテゴリーへ移行した。さらに，〈活力を高める〉，〈ケアのメリットを体験させる〉，〈具体的なセルフケアの提案〉，〈変化の契機をつくる・いかす〉という 4 つのカテゴリーを新たに生成し，最終的に 5 つのカテゴリー，15個の概念で全体を構成した。結果図を**図 2** に，そのストーリーラインを次項に示す。

4．ストーリーライン

訪問看護師は，療養者の〈活力を高める〉ことからスタートし，〈療養者らしい生活を脅かさない〉よう注意しながら，〈ケアのメリットを体験させる〉，〈具体的なセルフケアの提案〉，〈変化の契機をつくる・いかす〉という 3 つのアプローチで，足病変のケアに意欲的でない療養者を支援している。

看護師は，まずは痛みを取り除くなど［療養者を心穏やかに（する）］し，［療養者の苦痛を想像（する）］しながら訪問するうちに［出歩けていた頃の姿が見えてくる］。そして療養者の［生活に張りをもたせる］ことで，〈活力を高める〉という土台を築いていた。

表 1　調査協力者の概要

ID	年齢（歳台）	性別	看護師歴（年）	訪問看護師歴（年）	資格
1	40	女	15	12	認知症看護認定看護師，認知症ケア専門士
2	40	女	26	10	呼吸療法認定士
3	40	女	28	20	
4	40	女	27	19	訪問看護認定看護師，認知症ケア専門士，ELNEC-J 指導者
5	50	女	27	19	
6	50	女	31	16	看護教員養成過程修了
7	30	女	8	5	
8	40	女	20	16	訪問看護認定看護師，認知症ケア専門士，緩和ケア認定看護師
9	60	女	34	19	

〈ケアのメリットを体験させる〉は，［フットケアの快感を覚えてもらう］，［ケアの効果を実感させる］などの概念で構成される。フットケアとは，足浴，足湯，マッサージといった看護師が療養者の足に直接施すケアであり，看護師はそのようなケアや蜂窩織炎に対する服薬などを通して，足病変のケアのメリットを体験させる。また，看護師は手軽なセルフケアを療養者がやってみようと思えるまで，［粘り強く提案する］。さらに，療養者を外に連れ出し気分転換させる，療養者の置かれた環境に変化を加えてみる，療養者の気持ちや行動の変化に繋がる好機をキャッチし，その実現を後押しするといった支援を，療養者の心境の変化を観察しながら，療養者ができる／したいと思えるタイミングで行っている。

5．代表的な概念

「訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者への支援」の代表的な概念として，そのスタートとなる概念，カテゴリーへ移行した概念，本研究のオリジナリティにかかわる概念について説明する。

a．療養者を心穏やかにする

［療養者を心穏やかにする］とは，療養者が心穏やかに暮らすために必要なケアを優先することである。具体例を1つ引用する。

痛みがとれると，何て言うんだろう，心が安らぐというか，でゆっくり眠れると，人間イライラしなくなる。（筆：あー。やっぱ寝れないこととかも大きい）寝れない，食べれない，動けないっていうのは，やっぱ苦痛。……（中略）……そこは，ちゃんと整えてあげて。そうすると，ちょっと笑うようになったり，ちょっと冗談を言ったり，心にゆとりが出てくる。それはね，表情で分かる。表情に出てくるから。そうすると，「次何したい？」って聞くタイミングでもあるし，「次はこうしたい」って，言ってくれるようになるから。（ID8）

これは「傷が良くなってきて療養者が笑うようになった」という話に続く語りである。看護師は，療養者の心にゆとりが生まれて初めて，療養者の希望を引き出したり，これからについて話し合ったりできるようになると考えていた。

他にも，看護師が工夫して療養者をお風呂に入れたことで，その心を穏やかにした例などがある。このように，［療養者を心穏やかにする］とは，療養者の苦痛を取り除いたり，切実な願いをかなえることで，まずは目の前のQOLを確保することであり，足病変に意欲的でない療養者への支援のスタートとなる概念である。

b．療養者らしい生活を脅かさない

〈療養者らしい生活を脅かさない〉とは，療養者の自分らしい生活を脅かさないことであり，概念として立ち上げた後，カテゴリーへと移行した唯一の概念である。例えば次のような語りがあった。

まああんまり，がつがつ，ああだこうだ，改善はすぐ，私はしない方なんですよ。まず様子を見ながら，変更した方がいい，福祉用具の話とかする私はタイプなので。（ID3）

このように，看護師は療養者の生活状況を的確に把握し，療養者らしい生活を必要以上に脅かさないために，具

表2　語られた療養者の概要

ID	年齢（歳台）	性別	主な現疾患／既往歴	足病変	同居者	訪問看護の目的／頻度
A	60後半	女	多発性硬化症／腰椎圧迫骨折	爪・足白癬	夫	リハビリ，爪甲処置／週2回
B	80後半	男	糖尿病，脳血管性認知症／脳梗塞	褥瘡，皮膚潰瘍	独居	褥瘡・潰瘍の処置，服薬管理／週3回
C	70後半	男	閉塞性動脈硬化症，下肢血栓性静脈炎，糖尿病，高血圧症，脂質異常症／脳梗塞	創傷，硬結性浮腫，白癬，陥入爪	妹	病状観察，リハビリ，フットケア／週1～2回
D	60後半	男	下肢壊疽，糖尿病，重症心不全，腎不全／片膝下切断	壊疽	独居	壊疽の処置／週7回
E	80前半	男	高血圧症，全身湿疹／脳梗塞	蜂窩織炎，浮腫，水泡，皮疹，肥厚爪	独居	水泡・皮疹の保清，軟膏処置，観察，入浴／週2～7回
F	60後半	男	糖尿病，網膜症，神経障害	潰瘍	母	糖尿病のコントロール，潰瘍の処置／週1～7回
G	60後半	男	糖尿病，高次脳機能障害，バージャー病／脳梗塞	褥瘡，爪白癬	独居	インスリン指導，マッサージ，リハビリ，糖尿病のコントロール，足浴，創処置／週1～7回
H	60後半	女	関節リウマチ，シェーグレン症候群，境界型糖尿病，高血圧症／脳梗塞，乳癌	創傷，蜂窩織炎，浮腫，足間・爪白癬，爪変形	独居	創傷の処置／週7回～月7回
I	80前半	男	下肢慢性動脈閉塞，糖尿病，高血圧，多発性脳梗塞	潰瘍	妻	潰瘍の処置／週3～4回

表 3　構成概念

概念名	定義	代表的な具体例
療養者を心穏やかにする	療養者が心穏やかに暮らすために必要なケアを優先する。	本当は足の潰瘍があると，あの，入浴はしない，……（中略）……傷の所から水圧によってばい菌が中に入っていくから，あの，いけないって，言われてるんですけど，もうこの人のそのお風呂に入りたい，気持ちを汲んで，いちおうお風呂入れてました，（ID9）
療養者の苦痛を想像する	療養者のこれまでの生き方や置かれた状況から，その気持ちや苦痛を想像する。	気分転換が図れない。家から出られないって，結構，精神的に追い込まれるんじゃないかと思ったんですよ。……（中略）……元々出歩くのが好きな人だったんで。（ID1）
出歩けていた頃の姿が見えてくる	出歩けていた頃の療養者の姿が見えてくる。	「元気になって良くなったら，飲みにいくらでも連れ行ってやるからな」とか。なんかそういう話してる時はやっぱり楽しそうに話すんですよね。優しい感じで。……（中略）……ある程度だけど，どういう生活をしてたのかなとか，やっぱり昔から飲んだりしてたんだっていうこととかに，気づかされて。昔からやっぱり，自由気ままに，うん，きたんだなっていう，うん，なんかこう，見ながら。（ID3）
生活に張りをもたせる	療養者の日々の生活に張りをもたせる。	全くストレスのない生活が，色々なことを駄目にしているので，ちょっと頑張る，そういう一日を作って，看護師さんも支えるからって，だけど一日頑張ってみるっていう日（デイサービス）を作って……（中略）……「みんな一生懸命やってるから，Ｆさんも頑張ろう」って言って，励まして。（ID6）
療養者らしい生活を脅かさない	療養者の自分らしい生活を脅かさない。	私も基本的には，なんかその，どう暮らしたいかみたいな，ところをこう大事に，大事にっていうか，（ID7）
心境の変化を観察する	療養者の反応から，その心境の変化を感じとる。	本人なりに，食事もちょっと気をつけてるので，と唐揚げを食べてくれて，１個食べてくれたりとか，（筆：唐揚げ？）お豆腐を食べてたりだとか，をちょっとしてくれてる。（ID4）
療養者のタイミングを待つ	療養者ができる／したいと思えるタイミングを待つ。	「重たい布団が足にかかって痛いから，もうちょっと軽い掛物で」とか言っても，まあ，あの，か，変わらなかったですね。……（中略）……「そうですか」とかおっしゃるんだけど，でもそういう時って，あの，それなりの理由があるんだと私は思ってるんですよね。こっちが言っても，そうしてくださらない時っていうのは。あの，なんか，なんか訳があるんだろうと思ってるから。（ID9）
病態を正しくインプット	療養者が足病変の病態を捉えられない場合には，正しくインプットする。	「これ（アカツキ病）も立派な病気だよって。これが感染する原因になるし，水虫が悪くなる原因にもなるんだよ」って。いう話はしたかな。で「糖尿病がましてあるから，ここからちょっとした傷で蜂窩織炎でも起こしたら，指を切る羽目になるよ」って。（ID8）
フットケアの快感を覚えてもらう	療養者にフットケアの快感を覚えてもらう。	足をやっぱり，なんだろうね，やっぱり自分の，体こう，マッサージをしてくれたり足浴をしてくれるって行為は，たぶん凄い満足度に繋がる，ので，とても機嫌がいいんですよ。（ID6）
ケアの効果を実感させる	ケアは療養者にとって有益であると実感させる。	「綺麗になってきたよ」とか。うん，「浮腫みが昨日よりいいね」とか。「赤みがないね」とか。そういう話はしたかな。客観的に捉えられる説明はしたかな。（ID8）
療養者の頑張りを労う	療養者なりの頑張りを労う。	「凄いやっぱタバコ止めて良くなったね」っていうのは，何回も言ってあげましたね。（ID6）
手軽なセルフケアを提案する	療養者がやってみようと思える手軽なセルフケアを提案する。	ずーっと足挙げてるのたぶん大変だから，朝昼晩の10分ずつでいいから，あの足を挙げて」とか，あの，「テレビを観てるCMの間だけとか，そういうのでいいから，一日どのくらいだったら足が挙げられるか教えて」って，（ID8）
粘り強く提案する	療養者がやってみようと思えるまで，具体的なセルフケアを粘り強く提案する。	「止めた方がいいと思うよ」っていうのは毎，毎回言ってはいます，うん。「タバコでやっぱり，それこそ血流が悪くなるし」って。それはもう毎回言ってますね。（ID6）
外の空気で気分転換	療養者を外に連れ出し，気分転換させる。	「なんかやりたいことないんですか？」っていう話はしてました，よく。「こういうのとかはどう，行きたいとことかないんですか？」とか。……（中略）……「外とかちょっと，外の空気吸いたくないんですか？」とか……（中略）……なんかね，ちょっと気分転換，させてあげたい，したら，ちょっとはね，なんか，違うかなって，思ったから，（ID2）
環境に変化を加えてみる	療養者が置かれている環境に変化を加えてみる。	この人の可能性っていうんですか。なんかどういう場所だったら，この人どういう風になるんだろうっていう。なんか，心が動かないところを動かしてみて，何に楽しめたかっていうのを聞いてみたいんですよ。だから，その環境を作り出してあげないと，（ID1）
好転のチャンスは逃さない	療養者の気持ちや行動の変化に繋がる好機をキャッチし，その実現を後押しする。	「何したい？」って聞いた時に，ごみも捨てられないとか，何とかで何とかでとか言って，コンビニにも行けないとか言ったから，「じゃあ行きたいの？」「外に出たいってこと？」って言ったら，「好きな時に外に出たい」って言うから，じゃあやってみようよって。（ID8）

体的な提案をする前に，まずは療養者の様子を観察していた。さらに，看護師はそのような態度をとることで，療養者に訪問看護を継続してもらうことを最優先にしていた。次のような具体例もあった。

基本的には，なんかその，どう暮らしたいかみたいな，ところをこう大事に，大事にっていうか，(ID7)

「基本的には」という語りからも分かるように，〈療養者らしい生活を脅かさない〉は，療養者への支援における1つの羅針盤である。つまり，訪問看護師は〈ケアのメリットを体験させる〉，〈具体的なセルフケアの提案〉，〈変化の契機をつくる・いかす〉といったアプローチで療養者を支援する一方で，それらが療養者らしい生活を脅かすという誤った方向へ向かっていないかを常に確認していた。**図2**の相互作用を示す矢印はそれを意味している。

c．環境に変化を加えてみる

［環境に変化を加えてみる］とは，療養者の生活環境に変化を加えてみることであり，それは〈変化の契機をつくる・いかす〉というアプローチの1つである。まずは具体例を引用する。

夫のレスパイトじゃなくって，この人（療養者本人）のレスパイト。要は，家から出るっていうことが，この人の精神にどんだけ影響するのかって，私たち思っているので。……（中略）……ちょっと，定期的な入院がこの人いいんじゃないかと思ってるんですよ。(ID1)

この療養者は多発性硬化症を患っており，自力で動くことはほとんどできない。さらに，エレベーターのない建物の4階に住んでいるため，家から1歩も出られない状態であった。そのような生活を「仕方がない」と言う療養者に対し，看護師は次のように考えていた。

仕方がないんだけど，環境調整によって，全然生活って変えられるってことを，私は，この仕事を長くやっているから知っていて，でも，その情報がないから，たぶんそういう風に言っちゃってるのかなって思うと，こう環境を変えることで，本人の，本人らしさ，がこう見えてきて，本人らしい生活に持って（いって）あげたい。(ID1)

他にも例えば，療養者のことを共に考えてくれる他職種とつながることも，環境を変化させる1つの方法である。

この方（療養者）の，行動理解とか，この方の生き方，今まで，生きてきた，ところにもうちょっと寄り添っていかないと，いけないんだけど。ま，このケースでは，それを共に考えてくれる機関の方は，少なくとも私はいなかったと思うんです。……（中略）……で，そのチャンスが，1つ，私たちがその，皮膚科の専門医に，繋ごうとした時があって，その先生に繋げば，なんとかなるんじゃないかと思って。(ID5)

この事例において看護師は，在宅療養者の実情を深く理解している医師（皮膚科の専門医）を紹介していた。他にも，生活保護課の担当者にホームヘルパーの導入を依頼す

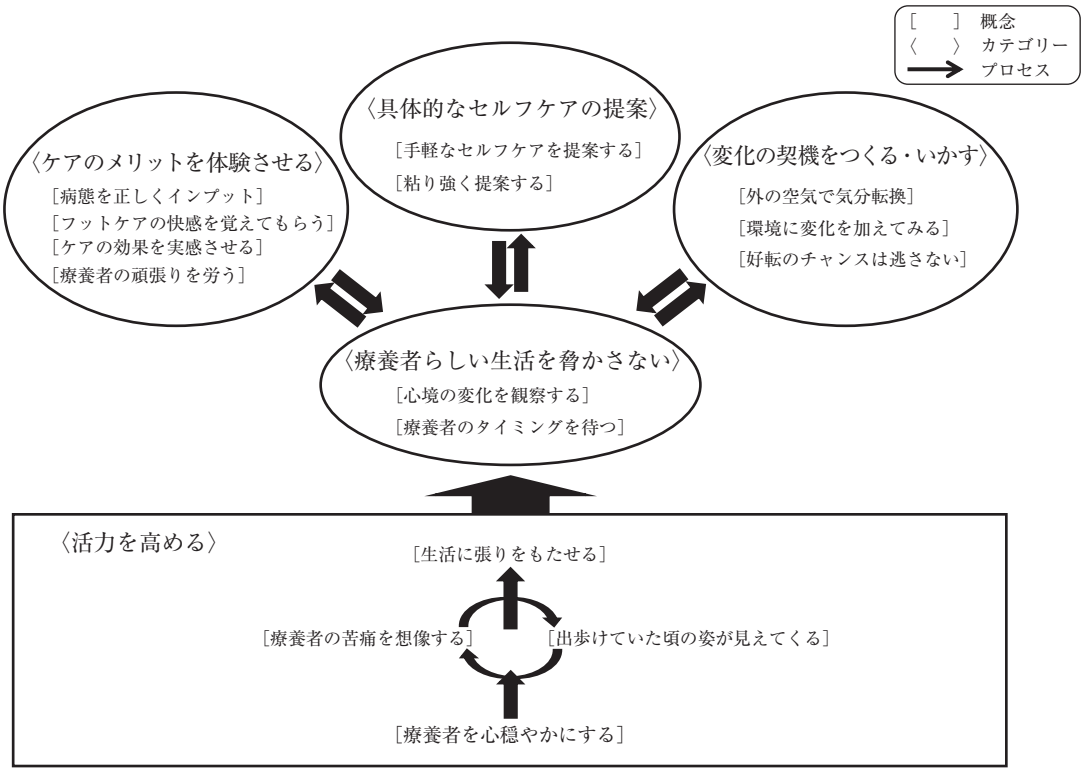


図2　訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者への支援

ることで，療養者の置かれている環境を間接的に変化させようとしていた。しかし，生活保護課の担当者にホームヘルパー導入の相談をした際，「この人,足を治すための行動ができてないですよね？」と言われたと語っている。それでも看護師は，足病変に関心をもてず，予防・ケア行動をとれない療養者の気持ちに寄り添い，療養者を取り巻く人々（支援者）が，療養者に関心を向けられる環境を整えようとしていた。

このように，看護師は住まいの環境だけでなく，療養者を取り巻く人々を含めた，様々な環境にアプローチしていた。環境が変化することによって，療養者は自分らしい生活を少しずつ取り戻すことができる。そしてそれが，現状を「仕方がない」と捉える療養者の気持ちに変化を生み出すと看護師は考えていた。

Ⅴ．考　察

はじめに，本研究の理論を先行研究と比較しながら，本研究のオリジナリティを述べる。そして，理論の実践への活用について考察したうえで，その発展の可能性を検討する。

A．訪問看護師に特有のアプローチ

はじめに，全体の構造について検討する。阪上・小西（2017）は，慢性期在宅療養者が潜在的ニーズを自覚するまでの訪問看護実践プロセスを分析し，その最初の段階として「専門性を生かした基本的ニーズの充足」を位置づけている。本研究においても，療養者への支援の土台は〈活力を高める〉というカテゴリーであり，阪上・小西（2017）の結果と合致している。また，訪問看護師の療養者および家族との関係形成を検討した研究では，看護師の基本的態度として「家族生活にとっての脅威とならない」および「家族からの心理的な距離を保つ」が抽出されている（Iwasaki, et al., 2017）。本研究においても，〈ケアのメリットを体験させる〉，〈具体的なセルフケアの提案〉，〈変化の契機をつくる・いかす〉というアプローチは，全て〈療養者らしい生活を脅かさない〉と相互作用の関係にある。このように，本研究で示した支援全体の構造は，訪問看護師の療養者との関わりを検討した先行研究と共通している。

次に，〈ケアのメリットを体験させる〉，〈具体的なセルフケアの提案〉，〈変化の契機をつくる・いかす〉について検討する。泉田ほか（2017）は，皮膚・排泄ケア認定看護師のフットケアを受ける入院・通院患者は「傷のケア方法を知る」なかで，「傷に関心をもつ」，「痛みがなくなることを実感する」思いが芽生え，そのような「傷の回復の自覚」の向上が，セルフケアにつながることを報告している。また，看護師の視点から調査した先行研究においても，具体的なセルフケア方法を指導したり，その効果を一緒に確認することが，患者の行動変容につながることは明らかとなっている（大徳ほか，2007；山田ほか，2012；笹嶋ほか，2015）。このように，〈具体的なセルフケアの提案〉および〈ケアのメリットを体験させる〉を構成する概念の重要性については既に確認されている。他方，〈変化の契機をつくる・いかす〉を構成する概念については，「気分転換を促す」，「患者の前向きな気持ちを支持する」という看護師の実践が事例として報告されている一方で（井上・森・岡元・関野・今泉，2010），［環境に変化を加えてみる］に類似する概念はこれまで報告されていない。

それではなぜ本研究では，［環境に変化を加えてみる］という概念が生成されたのだろうか。その要因の１つは，本研究が訪問看護という場における看護師の療養者との関わりに着目したという点であろう。「Ⅰ.背景」でも述べた通り，足病変のケアにおける看護師の療養者との関わりに着目した先行研究は，全て病棟や外来で実施されており，訪問看護における検討は本研究が初めてである。療養者の自宅でケアを提供する訪問看護では，看護師は療養者の日常生活をまるごとアセスメントできるため，療養者らしい生活を脅かさないよう注意しながらも，その生活に比較的介入しやすい立場にある。むろん，その特徴は訪問看護における全てのケアに当てはまる。他方，足病変の発症や悪化の原因の多くは，療養者の日常生活のなかにある（三嶋ほか，2012）。したがって，足病変のケアを目的に訪問した看護師は，より積極的に療養者の生活に介入すると推測される。つまり，訪問看護という場の特徴に加え，そのような「足病変のケア」の特徴も，［環境に変化を加えてみる］という概念が生成された要因の１つであると考えられる。そしてもう１つ，この概念の本質を捉えるうえで最も重要な要因は，本研究が「ケアに意欲的でない療養者」との関わりに焦点を当てたという点ではないだろうか。言うまでもなく，療養者が疾患を自覚的に捉え，改善のために努力している場合には，支援者も自然と療養者を気づかい，積極的にサポートする。他方，自身の疾患に無関心で，治療やケアへの意欲を示さない療養者に対しては，支援者も関心をもつことは難しく，積極的な支援が行なわれないケースも少なくない。そもそも訪問看護によるケアが必要となった背景には，療養者が足病変という疾患を自覚的に捉えられず，医療的ケアが必要となるまで放置していたという側面も少なからずある。したがって，療養者の自覚が足りないから放っておくというのでは，何も前に進まない。療養者はなぜ足病変に関心をもてず，予防・ケア行動をとれないのか。支援者には療養者の気持ち，さらにはその人生に寄り添っていく姿勢が求められるのである。つ

まり，ケアに意欲的でない療養者の支援においては，療養者が周囲の人から関心を向けられている存在だと気づかせることが重要である。このように，［環境に変化を加えてみる］は，ケアに意欲的でない療養者の支援において特に重要なアプローチであり，療養者をその生活ごと理解し，多機関・多職種と協働してケアを提供している訪問看護師だからこそできるアプローチであると考える。

B．実践への活用

訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者への支援の土台は〈活力を高める〉カテゴリーであり，看護師はまずは療養者の苦痛を取り除き，日常の楽しみを一緒に見つけられるような支援をすることが必要である。そして，その土台を築いた後にも，それが崩れないよう，〈活力を高める〉支援を継続することが不可欠である。

2つ目に，〈ケアのメリットを体験させる〉，〈具体的なセルフケアの提案〉，〈変化の契機をつくる・いかす〉という3つのアプローチは，全て〈療養者らしい生活を脅かさない〉と相互作用になっている点が重要である。例えば手軽なセルフケアを1つ提案し（［手軽なセルフケアを提案する］），療養者の反応からその［心境の変化を観察する］。そして，病態を軽視しているが故に，看護師の提案が療養者の心に響いていない場合には，看護師は療養者に［病態を正しくインプット］する。また，時には［療養者のタイミングを待つ］ことを意識的に行ないながら，療養者が「やってみよう」と思えるまで，セルフケアの具体案を［粘り強く提案する］。つまり，看護師は3つのアプローチを同時・連続的に行なうのではなく，療養者らしい生活を脅かさないように注意しながら，1つずつ実践することが重要である。

そして最後に，ケアに意欲的でない療養者への支援では，直接的なアプローチだけでなく，［環境に変化を加えてみる］という間接的なアプローチも有用であることを強調したい。訪問看護は療養者の生活の場で提供されるため，看護師は例えば福祉機器を導入し，療養者が足病変を抱えながらでも，その病態に応じて，やりたいことができる環境を整えることは比較的容易である。また，在宅ケアでは，看護職だけでなく，その他医療職，介護職，福祉職，インフォーマルな支援者が，療養者の生活をチームで支えている。訪問看護師は，医療および介護の両方を担っているため,療養者本人のみならず，その支援者をエンパワーメントできる唯一の専門職なのかもしれない。

C．本研究の限界および理論の発展の可能性

先行研究（濱谷ほか，2021）の理論的飽和化（データをこれ以上追加しても新たな概念が生成されないこと）をもってデータ収集を終了した後，既に収集したデータを用いて分析を継続し本研究をまとめた。したがって，本研究の理論的飽和化は確認できていない。それが本研究の限界である。その一方で，訪問看護師が「ケアに意欲的でない療養者」への支援において新たに重要な概念を抽出できた。今後は,生成した理論を実践で応用し，修正を加え，さらに発展させていく必要があるだろう。そしてその応用範囲は，足病変のケアに留まらないかもしれない。訪問看護は足病変以外のケアにおいても，その必要性が療養者に十分認識されないまま導入されることも少なくなく，そこでは疾患の治療やケアよりも，しばしば療養者の生活が優先される。そのような特徴をもつ訪問看護において，看護師はいかに療養者を支援していくのか，本研究の結果は，療養者のケアに対する意欲を引き出していく1つの糸口になるのではないだろうか。

Ⅵ．結　　論

訪問看護師は，療養者の〈活力を高める〉ことからスタートし，〈療養者らしい生活を脅かさない〉よう注意しながら，〈ケアのメリットを体験させる〉，〈具体的なセルフケアの提案〉，〈変化の契機をつくる・いかす〉という3つのアプローチで，足病変のケアに意欲的でない療養者を支援している。〈変化の契機をつくる・いかす〉を構成する概念の1つである［環境に変化を加えてみる］とは，療養者の置かれている環境に変化を加えてみることであり，看護師は，療養者本人への直接的なアプローチだけでなく，療養者を取り巻く人々（支援者）が療養者に対して関心をもてる環境を整えることで，療養者の自分自身への関心を高めようとしていた。つまり，療養者が周囲の人から関心を向けられている存在だと気づくことが，ケアに意欲的でない療養者への支援において重要だと考えていたのである。そして，それは療養者をその生活ごと理解し，多機関・多職種と協働してケアを提供している訪問看護師だからこそできるアプローチであると考える。

謝　　辞

調査にご協力いただきました訪問看護ステーション代表者の皆様，インタビューを快くお引き受けくださいました訪問看護師の皆様に，厚く御礼申し上げます。分析についてご助言いただきました，大学院生および修了生の皆様にも心より感謝申し上げます。

本論文は，第10回日本在宅看護学会学術集会の発表内容を修正し，加筆したものである。

利益相反の開示

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

文　献

青木美智子（2009）．糖尿病看護認定看護師の役割．*医療*，*63*(2)，110-115.

Bahador, R.S., Afrazandeh, S.S., Ghanbarzehi, N., & Ebrahimi, M.（2017）. The impact of three-month training programme on foot care and self-efficacy of patients with diabetic foot ulcers. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *11*(7), IC01-IC04. https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/29025.10261

Brod, M.（1998）. Pilot study - quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *7*(4), 365-372.

Corbett, C.F.（2003）. A randomized pilot study of improving foot care in home health patients with diabetes. *The Diabetes Educator*, *29*(2), 273-282. https://doi.org/10.1177/014572170302900218

福山由美，内田恵美子，佐々木明子，津田紫緒，田中敦子，高山かおる（2015）．白癬の治療とケアによる在宅療養者の介護予防への試み．*日本在宅ケア学会誌*，*19*(1)，27-34.

濱谷雅子（2019）．看護師による「フットケア」の概念的特徴．*日本保健科学学会誌*，*22*(1)，44-52. https://doi.org/10.24531/jhsaiih.22.1_44

濱谷雅子，島田　恵，岡本有子，河原加代子（2021）．足病変のケアを目的とした訪問看護師の療養者との関わり．*質的心理学研究*，*20*(1)，256-277. https://doi.org/10.24525/jaqp.20.1_256

樋口友紀，小川妙子，狩野太郎，清水千代子，廣瀬規代美（2011）．地域で生活する高齢者の足トラブルとフットケアニーズに関する研究．*群馬県立県民健康科学大学紀要*，(6)，55-65.

姫野稔子，小野ミツ（2010）．在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアの効果の検討．*日本看護研究学会雑誌*，*33*(1)，111-120. https://doi.org/10.15065/jjsnr.20090827007

姫野稔子，小野ミツ，孫田千恵（2014）．在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアプログラムの開発：第 2 報: 高齢者によるフットケアの効果の検討．*日本看護科学会誌*，*34*(1)，160-169. https://doi.org/10.5630/jans.34.160

Hiramatsu, T., Izumi, K., & Shogenji, M.（2011）. Relationship between foot problems and foot care, physical function and falls in community-dwelling elderly. *The Journal of Nursing Investigation*, *9*(2), 25-32.

井上まゆみ，森　正子，岡元信太郎，関野みずき，今泉郷子（2010）．足病変を持つ糖尿病患者のセルフケアに関する意欲を高める看護援助．*川崎市立看護短期大学紀要*，*15*(1)，29-36. https://doi.org/10.15071/00000107

Iwasaki, T., Yamamoto-Mitani, N., Sato, K., Yumoto, Y., Noguchi-Watanabe, M., & Ogata, Y.（2017）. A purposeful yet nonimposing approach: How Japanese home care nurses establish relationships with older clients and their families. *Journal of Family Nursing*, *23*(4), 534-561. https://doi.org/10.1177/1074840717743247

泉田貴美子，金子史代，帆苅真由美（2017）．皮膚・排泄ケア認定看護師よりフットケア（創傷ケア）を受ける患者がセルフケアできていく過程．*日本看護学会論文集　ヘルスプロモーション*，*47*, 170-173.

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.

厚生労働省（2018年 3 月）．人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書．https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf（参照2021年 7 月30日）

厚生労働省（2017年12月）．平成28年　国民健康・栄養調査報告．https://www.mhlw.go.jp/content/000681180.pdf（参照2021年 7 月30日）

Menz, H.B., & Lord, S.R.（2001）. The contribution of foot problems to mobility impairment and falls in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, *49*(12), 1651-1656.

三嶋ミナ子，井上　聡，福田恵子，小磯　香，田中　裕，池田美香（2012）．当院創傷センターにおける糖尿病足病変患者の実態調査：入院患者を通して解かったこと．*感染防止*，*22*(1)，32-36.

Neder, S., & Nadash, P.（2003）. Individualized education can improve foot care for patients with diabetes. *Home Healthcare Nurse*, *21*(12), 837-840. https://doi.org/10.1097/00004045-200312000-00013

日本透析医学会（2018）．わが国の慢性透析療法の現況Ⅱ．2017年日本透析医学会統計調査報告書調査結果と考察第 1 章　慢性透析療法の現況．https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2017/pdf/1.pdf（参照2021年 7 月30日）

西田壽代（2005）．*フットケアの実践：足の異常のアセスメントと予防のための治療と看護　糖尿病足病変のアセスメント*．*ナースデータ*，*26*(2)，26-38.

西脇友子（2015）．在宅看護におけるフットケアの現状と課題．*健康科学大学紀要*，*11*(1)，163-170.

大徳真珠子，江川隆子，藤原優子，奥宮暁子（2007）．糖尿病患者のセルフケア行動に対するフットケア介入の検討．*糖尿病*，*50*(2)，163-172. https://doi.org/10.11213/tonyobyo.50.163

阪上由美，小西かおる（2017）．慢性期在宅療養者が潜在的ニーズを自覚するまでの訪問看護実践のプロセス．*日本地域看護学会誌*，*20*(2)，20-28. https://doi.org/10.20746/jachn.20.2_20

坂本優子（2013）．脳卒中後遺症のある在宅高齢者に対するフットケア介入の効果．*東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集*，*22*, 3-17.

笹嶋友美，麻生まゆみ，尾田　愛，塚原節子（2015）．非糖尿病透析患者のフットケアへの段階を踏んだ指導介入による行動変化．*日本看護学会論文集：慢性期看護*，*45*, 107-110.

上野千代子，渡部洋子（2016）．高齢糖尿病患者の生活行動に影響を及ぼすフットケア行動プロセス．*京都学園大学健康医療学部紀要*，*1*, 57-64.

宇都宮里美，近藤俊子，宮本多恵子，西川恵子（2008）．糖尿病クリニカルパス入院患者の足白癬に対する認識とフットケア行動の実態．*南予医学雑誌*，*9*(1)，28-34.

山田ルミ，稲垣美智子，北出優華子，古屋圭介，津田真一，伊藤弘樹，西澤　誠，中川　淳，中野　茂，古家大祐（2012）．フットケア保湿教育が糖尿病患者の足病変への認識行動に及ぼす影響．*糖尿病*，*55*(6)，392-397.

Zijlstra, G.A., van Haastregt, J.C., van Eijk, J.T., van Rossum, E., Stalenhoef, P. A., & Kempen, G.I.（2007）. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*, *36*(3), 304-309. https://doi.org/10.1093/ageing/afm021

2020年12月18日受　　付
2021年 7 月28日採用決定

Research Report

Home Visiting Nurses' Support for People who Believe they Need not Care for Foot Lesions

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, *44*(2), 271-281
©2021 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210728151

Masako Hamatani, PhD
Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: The objective of this study is to demonstrate how nurses who visited patients to care for foot lesions interacted with and supported those who did not believe they needed care. **Methods:** Data were collected in interviews with nine nurses with at least five years of home nursing experience. The analysis used a modified grounded theory approach. **Results:** Home visiting nurses support patients who do not believe that they need care for foot lesions using three approaches. First, they encourage the individual to experience the benefits of care. Second, they suggest specific self-care strategies. Third, they create and use opportunities for change. In all these approaches, they ensure that they do not alter the person's lifestyle. Nurses use a direct approach with patients, and also attempt to increase individuals' interest in self-care by encouraging them to notice that those around them are interested and concerned about their health. **Conclusions:** This is an approach that can be best implemented by home visiting nurses who understand potential patients and their lives holistically, and provide care in collaboration with multiple organizations and professionals.

Key words

nurse-patient relations, home nursing, foot care, grounded theory

Correspondence: M. Hamatani. Email: masako-h@tmu.ac.jp

Research Report

The Structure of "Staying Power," The Set of Skills that Empower Nurses' Long-Term Continuation in the Profession

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, *45*(2), 283-296
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210913156

Saori Nakano, MSN, RN[1], Yukie Iwasa, PhD, RN[2], Sachi Kishida, MSN, CNM[3]

[1]Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences Department of Community Health Nursing, Tokushima, Japan
[2]Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences Department of Nursing education, Tokushima, Japan
[3]Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences Department of Female Support Nursing, Tokushima, Japan

Abstract

Objective: To define "staying power," conceptualized as the set of skills veteran nurses acquire as they continue working that empower them to remain in the profession. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with nine veteran nurses who had worked continuously at a local university hospital in Japan for 20 years or more. Interview contents were analyzed using Kinoshita's Modified Grounded Theory Approach (M-GTA). **Results:** Staying power was defined in terms of 22 concepts in nine categories: determination to keep up with one's peers, determination not to repeat the same mistakes, positive mindset, emotional self-control, good maintenance of physical and mental health using a compatible approach, sociability to build good personal relationships, resolution to fulfill one's responsibilities as a nurse, drive to improve and discover one's full potential as a nurse, and choosing a compatible work style. Career nurses acquire the determination to keep up with their peers prior to employment: this ability is a core strength, which influences the acquisition of all other component strengths, and is maintained and reinforced as they continue in the profession. **Conclusions:** Establishing a supportive workplace culture that sustains and reinforces nurses' determination to keep up with their peers should be an essential aspect of turnover prevention and nurse retention strategies.

Key words

nurses, career continuation, Modified Grounded Theory Approach, veteran nurses, occupation continuation

Correspondence: S. Nakano. Email: nakano.saori@tokushima-u.ac.jp

Introduction

Expectations toward members of the nursing profession have never been higher. Hospitals increasingly seek nurses who are capable of providing professional, high-quality care in the face of increasingly sophisticated and complex medical care, diverse patient needs, and shorter hospital stays. Nurse shortages — driven by an imbalance between supply and demand in the healthcare sector — have become a pressing social issue: while over 80% of Japanese hospitals have stated they wish to maintain or increase numbers of nurses on staff, the annual turnover rate of full-time nursing personnel in the country has remained persistently above 10% (Japanese Nursing Association, 2019). Countermeasures are sorely needed to stem the attrition of highly experienced registered nurses.

Registered nurses can encounter a career crisis at any time in their working life. Previous studies have revealed that the desire to leave the profession is strongest in their junior years, when they have fewer years of experience (Ikeda, Hirano, Sakaguchi, Mori, & Tamada, 2011; Kanai-Pak, 2007). Others have noted the importance of support systems to help newcomer nurses get through this vulnerable period, linking workplace maladjustment to anxieties about incompetence and the use of avoidant stress-coping strategies (Onoda, Uchida, & Tsumoto, 2012).

Nurses must handle a broader range of responsibilities once they enter mid-career, extending beyond ward duties to include committee and research activities. In care settings, these include acting as a role model and mentor for new hires. The stresses

of these additional responsibilities can drive these nurses to leave the profession. While mid-career nurses' decisions about quitting or staying in nursing can be influenced by any number of factors — e.g., workplace environment and relationships, personal motivation, and career plans — the ability to recognize stress and take steps to effectively mitigate/minimize it seems to encourage professional continuation (Nakano & Iwasa, 2019).

Registered nurses clearly encounter a diverse assortment of stressors on the job. So why is it that some of them cope well with the stresses they experience and end up staying in the profession, while others fail to adapt and choose to leave? The motivations behind a decision to quit might not be exclusively negative: a nurse might leave for family reasons, or to pursue an opportunity for career advancement elsewhere. Still, as mentioned above, it is clear that the ability to effectively cope with stress is tightly linked with career continuation in the nursing profession (Nakano & Iwasa, 2019). Different people react to and manage stress in different ways, and this individual variation — associated with behavioral patterns, personality traits, and environmental factors — is believed to influence a person's emotional and physical responses to stress (Nakano, 2018, pp. 15-16). Various concepts have already been proposed as analogs for an individual's ability to manage stress, including resilience (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000), hardiness (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Kobasa, Maddi, & Zola, 1983; Maddi, 2002), sense of coherence (SOC: Antonovsky, 1987/2001, pp. 19-39), and stress coping (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p. 401).

To continue working in the profession, registered nurses need to learn and internalize techniques for coping with the various stresses and frustrations they experience on the job. This consideration led the authors to postulate that such long-serving nurses owe their success to the acquisition and application of personalized stress-management techniques. But are long-serving nurses supported solely by a combination of coping skills and qualities related to stress management (e.g., resilience) already identified in the literature? Or do they also benefit from a set of other, unique abilities acquired over the course of their career? This study was motivated by the desire to explicate the true nature of these inner strengths as they relate to career continuation, and how long-practicing nurses acquire them in the workplace. We collectively term them "staying power". Component skills include not only abilities related to conquering stress, but also strengths specific to long-practicing nurses, which could be maintained and reinforced over the course of their careers.

Veteran nurses aged 40 or older constitute a high percentage — almost half — of registered nurses working in Japan today (MHLW, 2017). Previous studies have noted this group as playing important roles in improving the quality of care: veteran nurses often serve as liaisons between patient and family, and coordinators when discussing matters with other professionals (Harada & Nishida, 2008). They can also alter and shape the care practices of their junior colleagues (Yoshimatsu, 2009). Clarifying the process by which staying power is acquired by this group in their years on the job is a meaningful endeavor: veteran nurses are a true asset to hospitals, helping them to consistently provide high-quality nursing care, making their retention a matter of critical importance to ensure the country's healthcare infrastructure is safely preserved. Before its acquisition process can be studied, however, the entity staying power must first be defined as a set of acquired skills possessed by nursing professionals.

Dozens of studies have examined occupational continuation in nurse populations, yet fewer have focused on mid-career or veteran nurses than on new graduates (Shimoda, 2014; Saeki, Tsukahara, & Yamada, 2015). Notably, the authors could find none at all focused specifically on identifying mental strengths acquired by nurses during their careers. Therefore, this study was intended to define staying power — a set of acquired skills that empower registered nurses to continue working in the profession — to inform policies aimed at nurse retention.

Ⅰ. Method

A. Research design

This study used a qualitative research design. The Modified Grounded Theory Approach (M-GTA; Kinoshita, 2018), which is a tool for data analysis developed by Kinoshita in Japan and is based on the Glaser and Strauss (1967) grounded theory approach, was used for data collection and analysis. This method was chosen because of its compatibility with our intentions, which involve defining the staying power acquired on the job by registered nurses and formulating a new theory within the scope of this acquisition process. The M-GTA is meant to target phenomena characterized by procedural qualities and social interactions. The job of a nurse seems to match these criteria, since a career is a process that occurs over time (not an unrelated series of singular tasks), and involves workplace interactions with fellow nurses, other professionals, and patients. In addition, the M-GTA is optimal for when study findings are anticipated to

have practical application; in our case, in policies and initiatives related to professional continuation and nurse retention.

B．Participants

This study targeted registered nurses employed at a regional university hospital in Japan, who had worked continuously in the profession for 20 years or longer. Previous studies have adopted specific terminology to refer to nurses with long careers in the field, such as "veteran nurses" or "middle-aged and senior nurses"; however, their definitions have been inconsistent, with wide-ranging criteria for age and years of experience. The authors decided to target non-specialist registered nurses who had worked in the field continuously for 20 years or more, yet not advanced to a management position (i.e. chief nurse or higher), based on the definition of middle-aged and senior nurses given by Yamasaki, Uchida, Osada, and Onoda (2012): "a registered nurse aged 40 or older, without advanced specialist certification, who is not employed in a managerial position". (The term "veteran nurses" is adopted for convenience in subsequent sections.)

Nurse managers and specialists were excluded because the majority of veteran nurses are generalists who do not serve in managerial positions. Since their roles and job responsibilities fundamentally differ from those of generalists, the types of stresses the former encounter on the job — and therefore the coping skills required — may differ as well.

The research team explained the purpose of the study to the hospital's director and the deputy director of the nursing department, and asked them to recommend candidates who fit the criteria. The lead author contacted these participants directly, by telephone or email, to coordinate a suitable date and place for an interview.

C．Data collection

Data were collected by semi-structured interview. The study was conducted from July to September 2019.

Interviews were recorded with participants' consent, and their contents later transcribed. Background characteristics — age, gender, years of nursing experience, and previously assigned departments/units in hospital — were collected at the interview stage. Each nurse was interviewed once, for 30 to 60 minutes, one-on-one (by the lead author) in a quiet, private room to maintain privacy. Before being interviewed, the lead author explained that staying power refers to the power gained while working that is necessary to continue working as a nurse. Questions in the interview guide were designed to encourage spoken reflection on how they had acquired staying power, from first being hired to the present day: namely, to gain insight about how nurses perceived the events they had experienced, how they handled and coped with them, along with any lasting effects. The specific questions asked were as follows:

1. Have you experienced anything while working that made you want to quit your job? If you have, why have you kept your job and not quit, even though you considered it?
2. Have there been any experiences that made you want to keep working?
3. How have your workplace experiences empowered you?

D．Analysis

M-GTA research calls for an analysis "theme" and "focus". Our analysis theme was "the process by which nurses acquire staying power on the job"; our analysis focus was "registered nurses who had worked continuously at a university hospital for 20 years or longer".

Our primary interest was characterizing the changes and 'transitions' in nurses' practices, behavior, and thought patterns — as well as their lasting effects — that occur during the process above.

First, factors associated with staying power were identified and defined based on context in the transcript data. Based on these definitions, concepts were generated, and related ones were grouped into higher-level categories. Finally, the structure of staying power was established and illustrated, and prepared in storyline format. Three researchers performed the analysis according to the above protocol. To ensure the credibility of the data, researchers asked participants to confirm the analysis when there were any doubts about the interpretation of the interview content. The qualitative researcher supervised throughout the entire course of conducting the analysis. In addition, all study findings were discussed repeatedly within the team to ensure they precisely reflected participants' thoughts and feelings as expressed during the interview.

E．Ethical considerations

This study was conducted with the approval of the Medical Research Ethics Committee of Tokushima University Hospital (accession no. 3424). Following this approval, the research team explained — verbally and in writing — the study's purpose to the study hospital's nursing director and deputy director, and obtained their written consent. Prior to participation, all nurse candidates received verbal and written explanations of the study's purpose and activities directly from the research team.

During this orientation, researchers informed them that participation was strictly voluntary, and they would suffer

no disadvantage for refusing to participate or subsequently withdrawing their consent. Candidates were also told that: their data would be anonymized to mask their identity; their decision to participate (or not) would not be disclosed to the nursing director; their duties would not be affected by anything said in the interview; and, the authors were planning to publish the findings (e.g., in an academic journal). Written consent was obtained from all participants.

Ⅱ. Results

A. Participant background and Categories

Eleven nurses were recruited. Of them, nine female nurses who agreed to participate were interviewed (Table 1). Their average career length in nursing was 26.5 years (range: 21-35). Every nurse had experienced multiple departmental transfers (average: 6.7); some had been repeatedly assigned to a prior department or unit over the years. Interviews took 44 minutes on average (range: 39-65). As a result of categorization based on the data, a total of 22 concepts emerged as unique internal strengths that veteran nurses have acquired (i.e., staying power) and were grouped into nine categories (Table 2). The nine categories are as follows: ***determination to keep up with one's peers*****, determination not to repeat the same mistakes, positive mindset, emotional self-control, good maintenance of physical and mental health using a compatible approach, sociability to build good personal relationships, resolution to fulfill one's responsibilities as a nurse, drive to improve and discover one's full potential as a nurse, and choosing a compatible workstyle.** The results of the analysis were summarized in a result chart based on the relationships among the categories (Figure 1). Based on the relationships among these concepts, a concise text was created (storyline). Category and concept names are denoted by **bold** and *italic* fonts, respectively, and the sole core category is denoted by ***bold-italic*** font. Some of these component abilities were acquired by nurses prior to employment, and were reinforced as they continued working; others were newly acquired on the job. This section gives a detailed account of each ability in relation to the construct of staying power. Some of the results, including the author's analysis, have been added as a supplement to help the reader understand staying power.

B. Storyline

First, nurses who continue to work for a long time acquire the **determination not to repeat the same mistakes** by using ***determination to keep up with one's peers*** whenever they experience many work-related failures or events that they found difficult to deal with when they were new or younger.

Next, when they reach their mid-career stage, nurses experience departmental transfers and take on new roles. As they cope with the mental and physical burdens that accompany such changes in circumstances, they acquire a **positive mindset, emotional self-control**, and **good maintenance of physical and mental health using a compatible approach**. In addition, they acquire **sociability to build good personal relationships** in a way that suits them, and build a work environment where they can continue to work. In addition, they acquire a **resolution to fulfill one's responsibilities as a nurse** through repeated experiences of dealing with life, which will strengthen as they continue to work.

As they become veteran nurses, they acquire the ability to choose their own way of life as a nurse according to their own lifestyle and career aspirations. There are two types of veteran nurses: those who have the **drive to improve and discover one's full potential as a nurse** and work with new goals, and those who have the ability to **choose a compatible workstyle** by considering their own aptitude and the balance between life and

Table 1 Participant's characteristics.

Identification no.	Age (Years)	Years of working as a nurse	Number of department transfers experienced
1	40	22 years	5 times (department of internal medicine, surgery, and intensive care unit)
2	40	21 years	5 times (department of internal medicine, surgery, and intensive care unit)
3	40	25 years	8 times (department of internal medicine, surgery, operating department)
4	50	35 years	8 times (internal medicine / surgery)
5	50	35 years	6 times (surgery, operation department, intensive care unit, others)
6	50	29 years	7 times (department of internal medicine, surgery, and intensive care unit)
7	50	28 years	9 times (surgery, operating department, intensive care unit, other)
8	40	22 years	6 times (surgery, intensive care unit, others)
9	50	22 years	6 times (surgery and internal medicine)

Table 2　Staying power in registered nurses: Component skills

Category	Concept
Determination to keep up with one's peers	Determination to keep up with one's peers
Determination not to repeat the same mistakes	Determination not to repeat the same mistakes
Positive mindset	Viewing departmental transfers with optimism
	Feeling that learning is enjoyable
	Viewing things positively
	Deriving support from small pleasures encountered on the job
Emotional self-control	Switching attitudes
	Disregarding things beyond one's control
	Trusting in the power of time
Good maintenance of physical and mental health using a compatible approach	Feeling restored by enjoyable activities outside of work
	Openness to confide in someone when things become difficult
	Discipline to maintain good health
Sociability to build good personal relationships	Reaching out to engage with difficult people
	Good humor in social interactions
	Sensitivity to avoid harming workplace relationships
	Patient and tolerant attitude when interacting with others
	Willingness to assume coordinating roles within the department/unit
Resolution to fulfill one's responsibilities as a nurse	Resolution to fulfill one's responsibilities as a nurse
Drive to improve and discover one's full potential as a nurse	Continuing inquiry into the mission and roles one must fulfill
	Ambition to aim for more than the status quo
Choosing a compatible work style	Opting to keep working after rationally considering what would happen after quitting
	Self-knowledge to choose a compatible work style

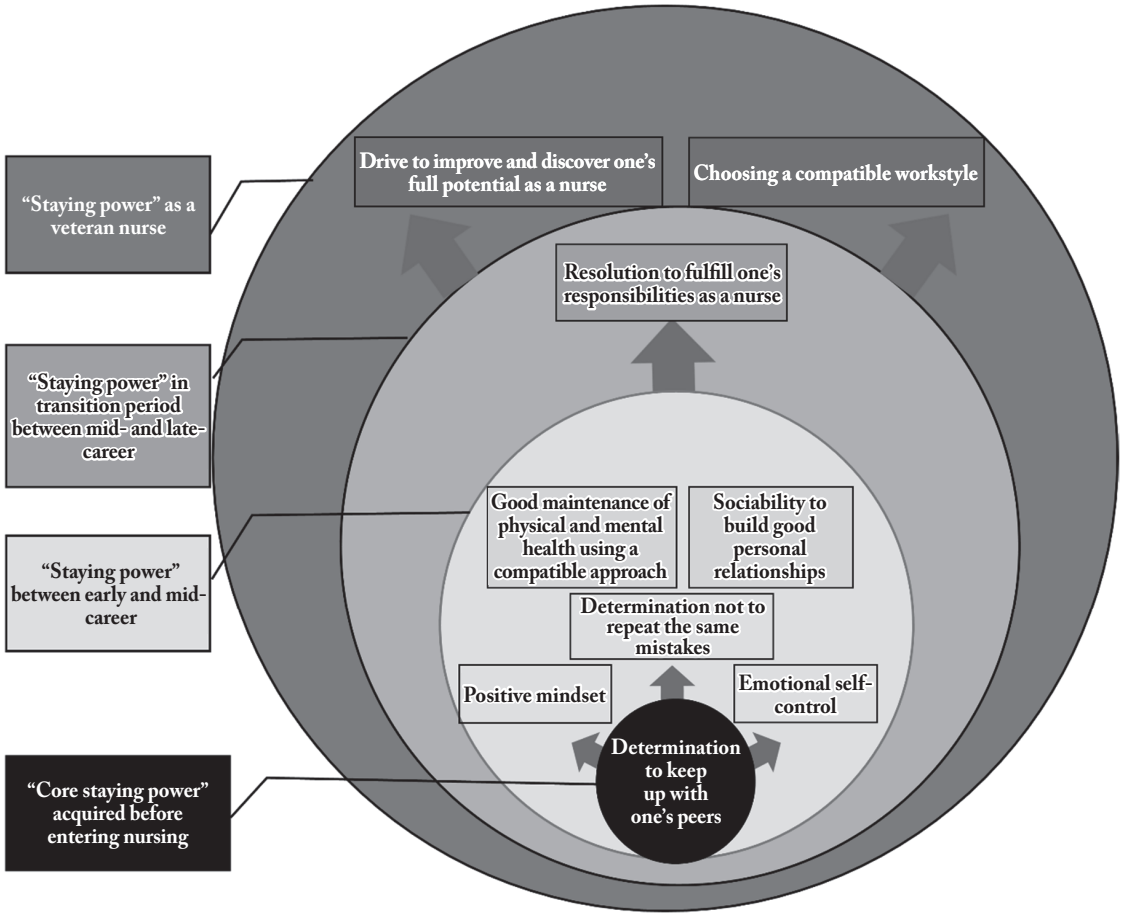


Figure 1　Structure of staying power in career nurses

work. The results of the study were divided according to these two patterns.

C. Category descriptions and examples

This section gives a detailed account of each ability in relation to the construct of staying power.

1. *Determination to keep up with one's peers*

This category is composed of a single concept of the same name. This concept refers to nurses' ability to apply themselves in unfamiliar situations — when working in a new environment, or handling an undetermined disease — to catch up and keep up with their fellow nurses' knowledge and skills. This ability is generally acquired by nurses long before their employment, and is strengthened with every environmental change (e.g., departmental transfers, role shifts). This determination thereby serves as a foundation for the acquisition of all other strengths that help nurses to overcome the myriad difficulties they experience, making it a 'core concept' within the structure of staying power. Reflecting on herself as a fresh graduate, one participant said: "In those days, I was fiercely intent on keeping up with my fellow nurses. I was inexperienced as a nurse, so I wanted to become more competent." (ID: 2) Another nurse talked about her own experience as a nurse, looking back to her time as a student. "I have worked in specialties such as respiratory medicine and cardiology, and there are always new things (diseases, treatments, etc.) coming out in those departments, right? (For example,) if I went from respiratory medicine to cardiology, I would have to learn about cardiology, not respiratory medicine, to keep up with the environment around me, and if I went to the intensive care unit, I would have to learn about the intensive care unit to keep up with the environment around me. That kind of thing, I don't know, hmmm.... I think I was probably able to do my best because I am a competitive person by nature [...] I don't know if it's my personality or not, but... I guess I have always had a competitive streak. [...] I hated to lose in [school] club activities. I would feel frustrated if others were outperforming me in my field of specialty." (ID: 1)

2. Determination not to repeat the same mistakes

This category is composed of a single concept of the same name. This concept refers to nurses' ability to endeavor not to repeat past mistakes made on the job, remaining vigilant by keeping these painful experiences in the back of their mind. One nurse recounted a pediatric patient who she helped to soothe and restrain as he resisted the placement of an IV catheter, who later rapidly deteriorated and died upon returning to his room: "At the time I thought, 'It's my fault that this happened. I can't go on working as a nurse'. But, after a few days, my thinking changed: I couldn't let that patient's death go to waste. I needed to make use of the experience and apply the lessons learned next time. The experience was really painful, [but] I didn't think quitting nursing would fundamentally resolve the issue at all. I just had to keep going, and strive not to repeat the same mistake." (ID: 2)

3. Positive mindset

This category consists of four concepts: *viewing departmental transfers with optimism, feeling that learning is fun, viewing things positively, and deriving support from small pleasures encountered on the job.* Broadly, this category refers to nurses' ability to overcome the various difficulties experienced on the job through the proactive utilization of positive thinking and optimism.

a. *Viewing departmental transfers with optimism*

This concept refers to nurses' ability to regard department transfers as something positive, as a chance to gain new experiences and broaden their horizons. This capacity might be subject to personality traits — for example, an innate preference for active coping strategies — however, the authors believe it can be regarded as acquired skill in some respects, which nurses learn as they get transferred and come to appreciate the experience's merits. Departmental transfers can lead nurses to doubt their aptitude for the profession, and even want to quit, if they fail to adjust to their new post. However, nurses who learn how to view such transfers in a positive light should be better equipped to step up to the challenge, without perceiving them as a personal threat. This ability is exemplified in the following remarks: "I'm one of those people who would prefer to gain new experiences and do different things, over working for a long time in the same department. If I had to say, I actually find it fun to get assigned to a new department." (ID: 9)

b. *Feeling that learning is fun*

Continuing to learn is essential to the nursing profession. This concept refers to nurses' ability to derive enjoyment from it, as opposed to disliking it. It is exemplified in the following remarks: "When you're a nurse, you have to always be learning. Nursing is a profession you can't stay with if you don't learn new things quickly. However, I've always enjoyed learning new things." (ID: 1)

c. *Viewing things positively*

This concept refers to nurses' ability to regard the things they

experience in a positive light. One nurse's remarks expressed this well: "I have a carefree and optimistic personality. I've hardly ever felt anything to be particularly painful or tough during my time as a nurse." (ID: 1) These and other comments suggested that nurses acquire this strength, which originates from innate personality traits, before the start of their career rather than during its course. While it is not necessarily strengthened as a nurse continues to practice, the authors believe its status mediates the subsequent acquisition of the other components of staying power (e.g., **emotional self-control**).

d. *Deriving support from small pleasures encountered on the job*

This concept refers to nurses' ability to derive emotional support from trivial pleasures and comforts encountered during work, the majority of which is demanding and difficult. The following remarks characterize this: "When you work as a nurse, you interact with all kinds of people. There are parts that are fun, but I feel that the majority is demanding work, both physically and mentally. However, even in the midst of that, there are things, something a bit good happens, that heal and soothe, even just a little ... I feel like those kinds of experiences are why I've been able to continue working as a nurse for so long." (ID: 3)

4. Emotional self-control

This category — a collection of stress-coping skills acquired by nurses — broadly refers to the ability to handle the various stresses experienced over a long nursing career by successfully managing negative emotions. It is composed of three concepts: *switching attitudes, shrugging off things beyond one's control, and trusting in the power of time.* Once acquired, these skills empower nurses to take control of their own emotions, and continue working in the face of physical or mental stress, or difficulties in building rapport with others.

a. *Switching attitudes*

This concept refers to nurses' ability to consciously adopt a more positive attitude when mistakes or something unpleasant happen on the job. The following quotation illustrates it well: "When I'm working, even when I feel things are tough or stressful, I try to think about it differently. Like, 'Things will probably get better once this task is over,' or 'Things will change for the better if I do this well,' you know. I'm mindful about managing my mood and physical health as best I can, and — to the best of my ability — I try not to ruminate on things." (ID: 3)

b. *Shrugging off things beyond one's control*

This concept refers to nurses' ability to regulate their emotions and relationships with others by shrugging off — accepting and letting go of — things beyond their control. For example: [*In reference to nasty personal remarks*] "They just go in one ear and out the other." [*The lead author: Do you mean you actively try to ignore them?*] "Yes! I try to make sure I don't dwell on them." (ID: 9)

c. *Trusting in the power of time*

This concept refers to nurses' ability to believe that time will resolve painful emotions, when no remedy seems available at first. One nurse recounted the time a patient in her care committed suicide after being informed of a cancer diagnosis by his attending physician. "Well, I still haven't fully accepted it, even today. The self-doubt didn't disappear, no matter what: didn't I essentially push him into taking his own life? [...] Hmm. Well, it takes time, I suppose. I believe that time has helped to soothe the emotional pain." (ID: 5)

5. Good maintenance of physical and mental health using a compatible approach

This category broadly refers to nurses' ability to manage their health using approaches that work for them, in the face of the various stresses (both mental and physical) experienced in their career. It is composed of three concepts: feeling restored by enjoyable activities outside of work, openness to confide in someone when things get tough, and discipline to stay in good health.

a. *Feeling restored by enjoyable activities outside of work*

This concept refers to nurses' ability to derive restoration from leisure activities they find enjoyable, such as a hobby or travel. "When I got a little more familiar with my job, I wanted to experience things besides nursing work. So, I started to take part in traditional tea ceremonies and flower arrangement. One of the reasons I started was the belief that [these activities] would help me relax." (ID: 2)

b. *Openness to confide in someone when things get tough*

This concept refers to nurses' ability to reach out to friends and departmental colleagues and share their feelings when things are strenuous or difficult. It is exemplified in the following remarks: "There have been difficult times, I guess, when having someone to listen to me was what kept me going. Eventually you get over it, but the problem isn't something you can resolve immediately. But having someone to listen to me helps cheer me up." (ID: 3)

c. *Discipline to stay in good health*

This concept refers to nurses' discipline (self-control) in

the context of maintaining their physical and mental health, helping them withstand various work-related stresses (e.g., shift rotations, strenuous tasks, difficult workplace relationships). "If you're going to keep working as a nurse, your mind-body balance is definitely important. Now I want to take care of my health properly. That's what changed [with experience]. Because nursing is an exhausting job, you also have night shifts. You shouldn't cause trouble for people around you with your own issues — and, because it's unacceptable to look tired in front of your patients." (ID: 3)

6. Sociability to build good personal relationships

This category is a collection of skills related to cultivating good relationships with the people a nurse interacts with in the workplace. It is composed of five concepts: *reaching out to engage with difficult people, good humor in social interactions, sensitivity to avoid harming workplace relationships, patient and tolerant attitude when interacting with others, and willingness to play coordinating roles within the department/unit.* This ability was manifested in a variety of forms. Some nurses actively tried to build relationships by reaching out to engage with unpleasant colleagues of their own volition, while others took a less active approach, simply minding their behavior to avoid potential offense or conflict. Whatever its manifestation, the sociability to cultivate good personal relationships had been acquired by all participants in a personally compatible form.

a. *Reaching out to engage with difficult people*

This concept refers to nurses' ability to actively initiate conversation and communicate with people they find difficult. The authors believe this competence to be influenced by personality traits acquired prior to entering the nursing profession, such as extroversion and social curiosity. Still, it is continually reinforced every time a nurse reaches out and successfully builds rapport with a difficult colleague. "In the departments I've worked in so far, there have been people with strong personalities, and others who were more docile and passive. Whenever possible, I tried to reach out to those people actively, to communicate with them." (ID: 5)

b. *Good humor in social interactions*

This concept refers to nurses' ability to bring levity to interactions with others, and introduce interesting topics into conversations. The authors believe this competence to be influenced by the personality traits acquired prior to entering the nursing profession, such as extroversion and social curiosity. Still, it is continually reinforced every time a nurse successfully gets along better with an unfamiliar colleague, with whom a full personal relationship has not yet been established, thanks to the skillful use of humor. "I love making jokes, so I say funny things a lot. I do the same with the younger nurses as well. So, I've never really experienced anything like hatred from a fellow nurse, in terms of our one-on-one relationships." (ID: 4)

c. *Sensitivity to avoid harming workplace relationships*

This concept refers to nurses' ability to mind their behavior to avoid conflicts in the workplace, such as refraining from comments that might disrupt the office mood and exercising caution when dealing with difficult people. "I would try to avoid saying things that might sour the mood around the office. It's all about the relationships here." (ID: 5)

d. *Patient and tolerant attitude when interacting with others*

This concept refers to nurses' ability to — when educating or training junior nurses, or when someone makes a mistake — accept any issues without frustration, with a spirit of generosity and tolerance. "I think the environment and atmosphere surrounding us is important. My personality shifted thanks to being assigned to nurse training in my unit: I'm much more tolerant now." (ID: 1)

e. *Willingness to play coordinating roles within the department/unit*

This concept refers to nurses' ability to serve as a coordinator in the hospital, acting as an intermediary between other employees and seeking their opinions in staff meetings, to improve relationships and operations within their department. "You know if someone has a strong personality or brusque manners when you meet them, right? I try to take the opportunity to have private conversations with [them]. It doesn't matter whether it's a junior nurse or a veteran nurse. I try to ask about how they feel [e.g., about the person they find difficult], and mediate things between the two parties [in the conflict]." (ID: 1)

7. Resolution to fulfill one's responsibilities as a nurse

This category is composed of a singular concept of the same name, which takes shape as nurses' experiences make them especially cognizant of the fact that lives depend on their job. It refers to nurses' ability to resolve to uphold their responsibilities as a professional, in their work and actions. "My perspective changed a little when I was first starting to work. Thinking back, it was after I was placed in the ICU. It was probably the feeling of danger, that I could kill a patient if I didn't monitor them carefully. [...] It was because I witnessed patients' conditions rapidly deteriorate before my very eyes. After that experience, I

started to think, 'I have to learn more'." (ID: 8)

8．Drive to improve and discover one's full potential as a nurse

This category broadly refers to skills related to pursuing deep questions about the level of care nurses can provide and how they can improve it, and to apply these insights in practice. It consists of two concepts: *continuing inquiry into the mission and roles one must fulfill, and ambition to aim for more than now.*

a．*Continuing inquiry into the mission and roles one must fulfill*

This concept refers to nurses' ability to appreciate their roles and mission as a nursing professional, and continually delve into and articulate their future career path, as well as what they want to do and who they want to become. "I would like to be training young nurses more. I want younger nurses to get more motivated about working in the profession. You can't think about it as, 'I'm just going to get my nursing certification, work, and draw a salary' — I want to guide young nurses to think, 'I'm going to set these goals', and 'I want to provide care at this level going forward'." (ID: 1)

b．*Ambition to aim for more than now*

This concept refers to nurses' ability to strive for further professional growth by regarding their current skills as insufficient and refraining from excessive pride in them, even in mid- to late career. "I still feel that as a nurse, I haven't done a single thing that I wanted to do. I have been holding quite a few study sessions on feeding and swallowing rehabilitation. But I would be so happy if I could hold a more 'hands-on' workshop, one that the nurses who attended would never forget..., one that would stay in their minds." (ID: 2)

9．Choosing a compatible workstyle

This category refers to skills that function to support nurses' decisions to remain with their current employer: namely, choosing a compatible workstyle that suits their circumstances and aptitude, and envisioning what would happen if they did quit the profession. It is composed of two concepts: *opting to keep working after rationally considering what would happen after quitting, and self-knowledge to choose a compatible workstyle.*

a．*Opting to keep working after rationally considering what would happen after quitting*

This concept refers to nurses' ability to make rational decisions about career continuation or quitting, specifically envisioning what would happen if they did, and concluding it would be better to remain. [*When demands pile up at work*] "Sometimes I think, 'I should just quit nursing,' but in the end, when I consider a variety of factors, the self-questioning starts in my head. 'What would I do if I quit now?' Then, once I've cooled off, I ask myself again, 'Can I really quit now?' Then I realize that nursing is the only professional skill I have. So actually, it's never gotten to the point of deciding to leave." (ID: 6)

b．*Self-knowledge to choose a compatible workstyle*

This concept refers to nurses' ability to choose a workstyle that suits them based on their lifestyle and aptitude. "Originally, when I was still single and working in another hospital, I was working as a deputy head nurse. When I transferred here, someone in recruitment told me, 'We have an opening for a deputy head nurse, how about that instead?' I refused: I told them I didn't want to be a deputy head nurse anymore. If I did so, it would have been hard to balance with childcare." (ID: 5)

Ⅲ．Discussion

In this study, we clarified the structure of staying power, the set of skills that empower nurses' long-term continuation. This strength was formed on the basis of determination to keep up with one's peers and was a broad concept that was maintained and strengthened in the process of continuing employment. Veterans gained new strength, or increased their existing strength, each time they overcame an experience that challenged them (for example, building new relationships, unknown illnesses and treatments, work failures, etc.), and they have acquired the unique strength to continue working. This research reveals that the staying power acquired by experienced nurses who can continue working for a long time includes not only the ability to cope with stress well, but also the sense of responsibility as a nurse obtained after gaining experience and the power to choose one's own way of working. It was also found that there are stages in nurses' acquisition of staying power, and it is essential to acquire the necessary strength at the appropriate time in order to continue working as a nurse for a long time.

We examine the underlying forces of ***determination to keep up with one's peers*** and the reinforcing factors that have influenced the acquisition of all the strengths of veteran nurses who are able to continue working long term. In addition, we will discuss suggestions for creating a work environment in which nurses can work comfortably.

A．*Determination to keep up with one's peers*

The components of staying power among career nurses

included abilities acquired prior to employment that were subsequently reinforced on the job, as well as ones acquired and cultivated on the job through various experiences. In particular, ***determination to keep up with one's peers*** served as a foundational skill for the acquisition of all other abilities.

When they first started in the field, as newcomers or junior nurses, our participants sometimes worried about their aptitude for the profession when they made work-related mistakes, or found it difficult to build rapport with colleagues. However, this determination empowered them to overcome those challenges and acclimate to their workplace. The experiences they collected reinforced this determination, supporting the subsequent acquisition of the other components of staying power and enabling them to remain in the profession for a long time.

As described earlier, the ***determination to keep up with one's peers*** is the ability of a nurse to make an effort to catch up with those around her whenever she encounters a new environment or an unfamiliar disease. It is also a growth need, the desire to provide nursing care that exceeds the standard, or in other words, to provide high quality nursing care. In other words, ***determination to keep up with one's peers*** is a power that arises from the desire to get closer to one's ideal self and others by comparing one's former and current selves or by comparing oneself with rivals or goals. A similar concept is competitive spirit; competitive spirit has been defined in various ways, but Furuhata (2000, p.252) defines it as "the desire of an individual to compete with others to gain superiority over, surpass, or win over others in achieving goals." The determination power of nurses can thus be interpreted as being formed by competitive spirit. On the other hand, "competitiveness", as Mori (2000) writes, "is an emotion whose emergence coincides with the assertion of the ego in children as young as three or four years old. [...] Since [it] is based on feelings of inferiority — it stems from a desire for superiority: i.e., wanting to win/not to lose — it can make individuals more susceptible to cognitive distortions and problematic behaviors." In other words, nurses seem to acquire this core strength — the determination to keep up with their peers — before they start their careers, as they go through various experiences, including self-other comparisons, in the course of normal development from school age through adolescence. Yet, it is natural to think that the strength of this power is also influenced by the individual nurse's experience and inherent personality traits.

When competitive spirit is too high, people tend to become indifferent or even ruthless toward their opponents, and when they fail to achieve their goals, there may be more hostility toward others rather than remorse (Furuhata, 2000, p.262). On the other hand, in learning situations, a positive aspect of the sense of competition toward rivals and friends is that it has been determined to influence learning motivation (Yoshida & Yamashita, 1987). Takada writes: "Comparing the self with others functions in three ways: 1. to appraise oneself with greater accuracy; 2. to protect, maintain, and improve the value one assigns oneself; and 3. as a standard reference for determining the suitability and efficacy of one's behaviors, results, or even relationships." (1992, p. 112). In research on the connection between feelings of inferiority and competitiveness, Kosaka and Satoh (2008) observed that the former were not experienced so strongly by "youths who perceive competition as something that encourages self-improvement or growth", but were by those who use "winning as a means to force others to affirm their existence." Thus, we suspect that the determination to keep up with one's peers is cultivated, in part, as nurses try to accurately and honestly compare and evaluate their own skills with respect to their peers, and interpret the results as stimulus for self-improvement and growth. This competence seems to have empowered the veteran nurses interviewed for this study to continue working for decades, while being minimally affected by feelings of inferiority. Their continuation was also encouraged by social supporters — people who unconditionally affirm their existence outside the workplace — who help to assuage any such feelings. However, does this necessarily mean that the determination to keep up with one's peers is a strength that, once acquired, is internalized in immutable form? As defined above, it refers to nurses' ability to apply themselves in unfamiliar situations — when working in a new environment, or handling an unknown disease — to catch up and keep up with fellow nurses. Yet it is not solely influenced by their desire for reassurance that their contribution is as valuable as their peers', because nurses work in interactive environments where they are affected by a variety of things every day. Nurses' determination to keep up with their peers is maintained and reinforced by their specific experiences as they continue in the profession, bolstered by consequent feelings of attachment but also swayed by their responsibilities and environment. Thus, this core strength could be diminished in workplaces that do not inspire feelings of attachment or the desire to learn. This means that hospitals should strive to create working environments that inspire personal motivations in nurses to continue learning, and to reinforce systems for training and education that nurture those motivations.

B．Recommendations for a work environment where nurses can continue to work

Our interviewees had acquired this ***determination to keep up with one's peers*** even before they were first hired. However, this skill originates from industry and competitiveness, the latter of which can engender feelings of inferiority, as mentioned above. Such feelings can aggravate mental health, and drive nurses — veterans and newcomers alike — to resign if they do not fully acclimate to their workplace or if it makes them feel inadequate with respect to their peers. Fortunately, these feelings can be mitigated by encounters with people who satisfy their desire for the approval of others, supporting and improving their self-esteem（Kosaka & Satoh, 2008）. Hospitals should strive to create an educational workplace culture — one in which nurses can improve their practical skills without danger to self-esteem — as well as opportunities to personally affirm and gain confidence in those skills through repetition.

To design workplaces that motivate nursing staff to pursue this 'lifelong learning', hospitals need to construct and cultivate systems and frameworks to support their continuing education throughout the entire organization. To this end, managers and superiors should provide junior nurses with educational materials that are suited to their individual abilities, and take regular opportunities to discuss their career plans to help them envision, specifically articulate, and follow their future path.

The nurses in the study were able to acquire staying power by overcoming critical experiences during their work, including work-related failures and environmental changes such as departmental transfers. In other words, the experience of overcoming even difficult experiences can have a positive impact on the professional continuity of nurses. In a previous study on nurses, it was found that successful experiences and roles influenced the improvement of nurses' self-efficacy, which continued to improve as nurses gained more experience（Sakai & Togashi, 2017）. In addition, encouragement from social supporters is essential for nurses to overcome difficulties and gain the strength necessary to overcome painful experiences that make them want to quit. It is also important for managers and other staff to understand the abilities of individual nurses and provide them with a balanced and moderate（manageable）workload. A supportive work environment is required so that nurses can learn how to cope, what resources are available, and accumulate experience in coping on their own.

Finally, the nurses in this study possessed a wealth of nursing skills and practical knowledge and acquired a compatible workstyle while dealing with their own circumstances. For nurses to acquire this workstyle and be able to continue working despite the physical decline they experience as they age and the concerns they have about their surroundings, it is necessary to have systems that support balancing work with physical strength, family, and nursing care through practices such as shorter working hours, consideration of work schedules, and establishment of a support desk. Systems should also provide assistance to reduce physical load. It is thus desirable to build a team system that enables staff to complement each other's abilities and create a work environment where it is easy to confide in others about problems.

C．Limitations and future challenges

The nature of the M-GTA limits the explanatory power of the theory outlined in this work to only the study population: registered nurses who have worked for 20 years or longer at university hospitals in regional cities of Japan. In addition, our findings may be biased by our decision to confine the investigation to a single hospital, since nurses' thoughts and feelings are influenced by a workplace's specific climate and culture. Furthermore, since all participants were women, the results may not be generalizable to veteran male nurses. Our theory is meant to apply to veteran nurses who have worked continuously at university hospital for 20 years or longer. Subsequent research should include a wider range of participants to enrich the quality of the data.

Conclusion

Twenty-two concepts and nine categories were identified as staying power — the set of skills that empower registered nurses to remain in the field. Experienced nurses who could continue to work had the ***determination to keep up with one's peers***, even before they started working, and this became the foundation for acquiring all other staying power skills. As they overcame various difficulties after beginning their work, they acquired the strengths of **determination not to repeat the same mistakes**, a **positive mindset**, **emotional self-control**, **good maintenance of physical and mental health using a compatible approach**, and **sociability to build good personal relationships**. As they gained experience, they acquired the **resolution to fulfill one's responsibilities as a nurse**. Experienced nurses also acquired the **drive to improve and discover one's full potential as a nurse** and the skill of **choosing a compatible workstyle**, and they continue to work with a clear purpose. For nurses to continue

their work, it is essential to have a supportive work environment to maintain and strengthen their determination to keep up with their peers.

Acknowledgments

We wish to sincerely thank all participating nurses for their cooperation in the present study. Some manuscript content was adapted from S.N.'s master's thesis submitted to the Graduate School of Health Sciences of Tokushima University, as well as material presented at the 40th Annual Conference of the Japan Academy of Nursing Science.

Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

Author contribution

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

References

Antonovsky, A. (1987). Kenko-no-nazo-wo-toku [Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well] (Yamazaki, Y. & Yoshii, K., Trans.). Tokyo: Yushindo Kobunsha.

Furuhata, K. (2000). *Kyōsōshin* [Competitive Spirit]. In T. Takuma, O. Suzuki, H. Shimizu, & Y. Matsui (Eds.), *Series on Humans and Personality, Volume 3: Personality and Interpersonal Relationships*, 251-267. Tokyo: Brain Publishing.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine Publishing Company.

Harada, Y., & Nishida, S. (2008). Chūken-kangoshi ni okeru yakuwari ni tai-suru ishiki-chōsa [Survey of role attitudes among mid-career nurses]. *Proceedings of the Japan Society of Nursing: General Nursing*, *39*, 39-41.

Ikeda, M., Hirano, M., Sakaguchi, M., Mori, K., & Tamada, A. (2011). The effect of nurses' quality of life (QOL) and self-efficacy on their intention to quit. *Journal of Japan Academy of Nursing Science 31*(4), 46-54. https://doi.org/10.5630/jans.31.4_46

Japanese Nursing Association (Ed.) (2019). 2018 survey of hospital nursing (JNA research report no. 94). Retrieved from https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/research/94.pdf (accessed 2019 April 19)

Kanai-Pak, M. (2007). Nihon no kangoshi no rōdō-kankyō no jittai - Linda Aiken to no kyōdō-kenkyū - Nihon ni okeru chōsa-kekka kara miete-kita koto [A survey of working environments of nurses in Japan - Joint research with Linda Aiken - Insights from survey data in Japan]. *The Japanese Journal of Nursing Research*, *40*(7), 631-640. https://doi.org/10.11477/mf.1681100286

Kinoshita, Y. (2018). *Raibu-kōgi M-GTA: Jissenteki shitsuteki kenkyū-hō - Shūsei-ban guraundeddo seorī apurōchi no subet*e (10th ed.) [Live lecture M-GTA: All about the modified grounded theory approach - Practical qualitative research methods]. Kobundo.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*(1), 168-177. https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. A. (1983). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, *6*(1), 41-51. https://doi.org/10.1007/bf00845275

Kosaka, Y., & Satoh, Y. (2008). The relation between inferiority feeling and competitiveness in adolescence. *Tsukuba Psychological Research*, *35*, 41-48. Retrieved from http://hdl.handle.net/2241/98442 (accessed 2019 December 12)

Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Stress, appraisal, and coping* (H. Motoaki, Trans.). Jitsumukyoiku Shuppan. (Original work published 1984).

Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543-562.

Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, *54*(3), 175-185. https://doi.org/10.1037//1061-4087.54.3.175

Ministry of Health, Labour and Welfare, Government of Japan (2017). 2016 Report on Public Health Administration and Services (for Practicing Health Professionals). Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/ (accessed 2018 October 13)

Mori, S. (2000). Compurekkusu to kyōsōshin [Complexes and competitiveness]. *Child Study*, *50*(14), 1362-1366.

Nakano, K. (2018). *Sutoresu manejimento nyūmon: Jiko-shindan to taishohō wo manabu* (2nd ed.) [Introduction to stress management: Learn self-assessment and coping skills]. Kongo Shuppan.

Nakano, S., & Iwasa, Y. (2019). A Japanese literature review on the work continuation of mid-career nurses: Focus on the reasons for leaving and career continuation. *The Journal of Nursing Investigation*, *16*(1-2), 10-22. https://doi.org/10.32273/jni.16.1-2_10

Onoda, M., Uchida, H., & Tsumoto, Y. (2012). Longitudinal study on newly graduated nurses' adjustment to the workplace and factors that exert an influence. *The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies*, *16*(1), 13-23. https://doi.org/10.19012/janap.16.1_13

Saeki, H., Tsukahara, S., & Yamada, M. (2015). *Hi-kanri-shoku beteran-kangoshi ga egaku kyaria-kōki ni okeru kyaria dezain* [Career design for late career as told by non-managerial veteran nurses]. *Proceedings of the Japan Society of Nursing: Nursing Managemen*t, *45*, 106-109.

Sakai, T. & Togashi, C. (2017). Factors Influencing Self-Efficacy in Mid-Career Nurses, *Journal of Japan Health Medicine Association*, *26*(2), 65-73. https://doi.org/10.20685/kenkouigaku.26.2_65

Shimoda, M. (2014). A literature review of voluntary turnover among nurses. *Journal of Nursing Research Society of Kochi University*, *8*(1), 29-38. Retrieved from http://hdl.handle.net/10126/5480 (accessed 2019 April 19)

Takada, T. (1992). *Tasha to kuraberu jibun: shakaiteki-hikaku no shinrigaku* [Comparing oneself to others: The psychology of social comparison]. Saiensu-sha.

Yamasaki, K., Uchida, H., Osada, K., & Onoda, M. (2012). The process and perception of career continuation among middle-aged and

senior nurses. *The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies*, *16*(1), 34-44. https://doi.org/10.19012/janap.16.1_34

Yoshida, M. & Yamashita, I. (1987). The factors affecting the pupils' learning motivation and their teachers' perceptions. *The Japanese Journal of Educational Psychology*, *35*(4), 309-317. https://doi.org/10.5926/jjep1953.35.4_309

Yoshimatsu, M. (2009). Sotsugo-keiken 2-nen-me no kangoshi ga beteran-kangoshi no kango-bamen wo miru koto ni yoru kyōikuteki kōka [Educational benefits of watching veteran nurses in care settings gained by nurses in their second year after graduation]. *Journal of Toyonaka Municipal Hospital*, *10*, 61-65.

[2020年12月15日受　付
2021年 9 月13日採用決定]

研究報告

日本看護研究学会雑誌
2022, *45*(2), 283-296
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210913156

長く働き続けることができる看護師が獲得した働き続けるための「心の強さ」の構造

中野沙織[1]，岩佐幸恵[2]，岸田佐智[3]
[1]徳島大学大学院医歯薬学研究部地域看護学分野，[2]徳島大学大学院医歯薬学研究部看護教育学分野
[3]徳島大学大学院医歯薬学研究部女性の健康支援学分野

要　旨

目的：ベテラン看護師が獲得した働き続ける上での「心の強さ」の構造を明らかにする。**方法**：勤続年数20年以上の看護師 9 名に半構造化面接を行い，データを木下のM-GTAで分析した。**結果**：「心の強さ」には，周りに追いつくための努力ができる力，失敗を繰り返さないように努力ができる力，ポジティブな思考ができる力，自分の気持ちを調整する力，自分に合った方法で心身の健康管理ができる力，良い人間関係を構築する力，看護師としての責任を果たそうとする力，より良い看護を目指し自分ができる看護を探求する力，自分に合う働き方を選択する力があった。彼らは就業前より周りに追いつくための努力ができる力を獲得しており，その力は他の全ての「心の強さ」の獲得に影響し，職業を継続する中で維持・強化されていた。**結論**：看護師の職業継続には，周りに追いつくための努力ができる力を維持・強化する支援的な職場環境が重要であると示唆された。

キーワード

看護師，職業継続，修正版グランデッド・セオリー・アプローチ，熟練看護職，職業継続

責任著者：中野沙織．Email: nakano.saori@tokushima-u.ac.jp

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 297-309
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210731150

フィリピン出生結核患者用リスクアセスメント票の開発
―リスク項目の内容妥当性の検討―

森　礼子[1]，柳澤理子[2]
[1]日本福祉大学看護学部，[2]愛知県立大学看護学部

要　旨

目的：結核地域DOTSフィリピン出生結核患者用リスクアセスメント票を開発する。**方法**：フィリピン出生結核患者用リスクアセスメント票の原案を作成し，323か所の保健所保健師に調査紙を郵送した。その結果を参考に結核専門家4名で原案について検討した。**結果**：調査結果は保健師126名が対応したフィリピン出生結核患者166名（有効回答数137名）に関する回答であった。服薬完遂者127名（92.7%），中断者10名（7.3%）で，原案32リスク項目をχ^2検定し，有意差があったのは5項目だった。専門家会議では，保健師が原案のリスク項目でアセスメントした結果を参考に各リスク項目の評価検討を行った結果，原案に1項目が追加された。**結論**：専門家会議によって8分類33項目で構成するフィリピン出生結核患者用リスクアセスメント票の内容妥当性が検証された。

キーワード

結核，地域DOTS，フィリピン人結核患者，服薬中断リスク，結核患者支援

責任著者：森　礼子．Email: morir@n-fukushi.ac.jp

緒　言

2019年の結核罹患率（結核研究所，2020）は11.5（人口10万対率）と年々減少しているが，近年懸念されているのは外国出生結核患者の増加で，全体の10.7%を占めるようになった。特に，東南アジア圏からの患者の発生が増加しており，2014年～2019年の外国出生結核患者全体で最も多くを占めていたのはフィリピン出生の患者であった。2020年は，ベトナム出生の結核患者が最も多くを占めたが，依然フィリピンから来日する外国出生の結核患者数は多い。

結核患者支援について，日本では平成16年に厚生労働省から日本版21世紀型DOTS戦略（厚生労働省健康局結核感染症課長，2004）が発出され，保健所を中心にDOTS（Directly Observed Treatment short-course）が進められるようになった。DOTSとは，WHOが提唱している結核制圧のための治療戦略で，結核治療薬の中断により再発や多剤耐性結核を起こさないように，治療終了まで適切な服薬支援をすることである。日本では，WHOのDOTSを受け，入院患者には院内DOTS，通院治療の患者には地域DOTSとして独自のDOTS体制が作られており（厚生労働省健康局結核感染症課長，2016），地域DOTSでは保健所が中心となり，通院するすべての結核患者に対して個別患者支援計画を作成し服薬支援を進めている。個別患者支援計画を作成する際には，服薬支援リスクを数量化し評価するためのリスクアセスメント票を使用し，Aタイプ（原則毎日），Bタイプ（週に1～2回以上），Cタイプ（月に1～2回以上）の服薬支援頻度を決定することが推奨されている。リスクアセスメント項目は，結核病学会から10項目が示されている（2015）が，実際に患者に対してアセスメントする具体的なリスク項目については各保健所独自の作成であり，標準的なリスクアセスメント票はない。リスクアセスメント票は患者の服薬中断リスクをアセスメントするもので，個別患者支援計画の根幹ともいえるものであり，患者に適したリスク項目を設定する必要がある。また，現在保健所で作成されているリスクアセスメント票は日本人を対象にリスク項目が設定されており，外国出生結核患者に対するアセスメントは担当保健師の裁量によるところが大きい。

結核治療薬の服薬中断リスクについては，沖・中村（2003）らの先行研究を始め，伊藤ほか（2008），樋上（2010），松本ほか（2014），松本ほか（2016）らの報告があるが，これらの文献で外国出生患者を対象としたものはなかった。豊田・伊藤（2011）は，結核罹患率の低い欧米諸国での大きな課題は移民の結核発症であると報告しており，大角（2020）は今後の日本においても外国出生結核患

者の対策を早急に進める必要があると述べている。外国人患者は，国ごとに民族性，文化風習，病気の受けとめ方や医療制度等が大きく異なり（森・古澤・石原・後閑，2016），その違いを踏まえた結核患者支援をする必要がある。結核患者ひとり一人に適した支援をするためには，患者の出生国の特徴を加味したリスクアセスメント票が必要である。

そこで，筆者らは外国出生結核患者の中でも近年増加しているフィリピン出生結核患者用のリスクアセスメント票モデル（以下，フィリピン人用モデル）の開発に着手した。これまでの研究で，筆者らはまず日本人を対象にしたアセスメント票の標準的なリスク項目について調査し（Mori, Yanagisawa, Matsumoto, Takayama & Nagata, 2019），その結果を基に，標準化モデルを考案した。一方で，フィリピン出生結核患者（以下，フィリピン人結核患者）のリスク要因について調査し（森・柳澤・永田，2019），フィリピン人用モデルの素案を考案した。素案は7分類27項目で構成されたもので，保健所保健師に試行を依頼し検討した結果，8分類32項目で構成されたフィリピン人用モデル（案）を作成した。

本研究は，フィリピン人用モデル（案）の内容妥当性を検討することを目的とした。

Ⅰ．研究方法

本研究で行ったのは，以下の2点である。

A．過去に地域DOTSでフィリピン人結核患者を担当した保健師に，考案したフィリピン人用モデル（案）の各リスク項目について，実際に患者対応をした際に服薬中断リスク項目として着目していたかどうか，それぞれの項目と評価の関連性についての質問紙調査を行った。

B．質問紙調査結果を基に行った専門家パネル会議にて，内容妥当性を検討した。

用語の操作的定義

フィリピン人結核患者はフィリピン出生結核患者とする。

服薬完遂者・非服薬完遂者とは，疫学情報センターの結核登録者情報システムにおける治療成績を（結核研究所，2012）参考に，本論では以下のように定義する。

・服薬完遂者：治癒・治療が完了した者。

・非服薬完遂者：死亡・治療中を除いた脱落中断，治療失敗，国内外の転出でその後の追跡ができず，服薬完遂を確認できなかった者（外国出生結核患者は転出により追跡ができず治療成功に至らない割合が高い。DOTS担当者や病院に連絡なく転出してしまうという行動は，受療の意思がなく服薬中断に相当するため含めた）。

1．フィリピン人結核患者を担当した保健師への質問紙調査

(1) 調査対象

調査対象地域は，国内でフィリピン人患者の発生が多いブロック（関東甲信越・東海北陸・近畿・四国中国・東京）323保健所で，各保健所の保健所長と保健師に調査依頼文，自記式質問紙，返信用封筒を郵送した。調査対象は，平成28年～平成30年のフィリピン出生新登録結核患者を地域DOTSで対応した保健師である。調査期間は2019年1月～2月とした。

(2) 調査方法

対象保健師の属性は，年代，保健師歴，結核担当歴，外国出生結核患者の担当人数，フィリピン人患者の担当人数とした。患者自身のことについては，登録時の入院の有無，性別，年齢区分，罹患部位，職種，在留年数，言語，DOTSタイプ，DOTS連携者，通訳の利用状況を尋ねた。そして，保健師が担当したフィリピン人結核患者に対する，32リスク項目についての回答を求めた。回答方法は，各リスク項目について「把握した」または「把握していない」のどちらかを選択させ，「把握した」を選択した場合は，（担当した患者に）「該当していた」または「該当していなかった」のどちらかに○の記入を求めた。

(3) 分析方法

服薬完遂者と非服薬完遂者の間で，各リスク項目についてχ^2検定を行った。有意水準は両側検定で5％未満とした。

2．専門家パネル会議の開催

(1) 研究協力者（参加者）及び検討方法

内的妥当性の検討を目的に，専門家パネル会議を開催した。対象者については，結核専門機関に対象者の推薦を依頼し，3名の専門家を推薦していただいた。研究協力者は，結核専門家の中でも特に地域DOTSに関する研究論文や講演を多く行っている地域DOTSに造詣の深い研究者1名，外国出生結核患者支援を専門にしている実践家2名である。また，フィリピン人結核患者専用のリスク項目の検討であることから，国際的な結核対策プロジェクトに携わった経験があり，看護師資格を持つフィリピン人結核研究者1名の推薦をいただき，計4名から研究協力を得た。

内的妥当性の検討方法として，専門家が少ない状況の中，フィリピンのDOTS状況やフィリピン人患者の特徴などを把握しているフィリピン人と日本人の結核専門家らが対面で意見交換を行い検討することでより精度の高いものになると考え，専門家パネル会議によるディスカッション形式とした。研究参加についての説明と参加意思の確認

は，著者（森）が行った。

⑵　データ収集方法

対面による専門家パネル会議を開催した。検討内容は，リスク項目がフィリピン人結核患者に適した内容であるか，フィリピン人用モデル全体としての構成，各文言の適切性である。

この検討会議において資料としたのが，保健師に行った質問紙調査結果である。本研究で考案した32リスク項目それぞれについて，フィリピン人結核患者を担当した保健師の回答を集計し，実践結果として専門家らに提示した。それを基に，有意差のあったリスク項目に関しての評価，フィリピン人結核患者特有のリスク項目としての評価，リスク項目全体の偏りおよび8分類32リスク項目としたことの適切性に関して，専門的知識やこれまでの経験を通しての意見，同胞の結核専門家としての見解を反映させながら，リスク項目設定の妥当性について検討した。

フィリピン人の専門家には，事前に英語で表記した資料を渡した。専門家パネル会議は日本語を基本とし，フィリピン人専門家のために医療用語に精通する通訳者を配置した。

専門家パネル会議は2019年8月に開催し，所要時間は2時間であった。

⑶　倫理的配慮

本研究は，岐阜聖徳学園大学研究倫理審査委員会（2018-16）の承認を得て実施した。

質問紙調査は無記名とし，調査対象の施設代表者および対象者に，書面による本研究の目的，方法，回答の所要時間，プライバシーの保護に関する説明を送付した。回答の返信をもって同意を得たものとした。

専門家パネル会議においては，研究協力者らに本研究の目的，これまでの研究の概要と意義，研究参加の任意性と撤回時の手続き，個人情報の保護管理，匿名による学術誌への公表等について文書及び口頭による説明をし，文書での同意を得た。

Ⅱ．結　　果

1．フィリピン人結核患者の担当保健師に対する質問紙調査

323保健所のうち，82保健所126人の保健師から，166人のフィリピン人患者について回答を得た（保健所回収率25.3%）。

⑴　フィリピン人結核患者の対応をした保健師の概要（表1）

保健師の年代は，20歳代から40歳代が85%以上を占めていた。外国出生結核患者の担当経験は初めてだったという者が34人（27.0%）で，フィリピン人結核患者の担当経験については，初めてであった者は67人（53.2%）で全体の半数であった。

表1　フィリピン人結核患者の対応をした保健師の概要

$n=126$

		人数（%）
年代	20歳代	37（29.4）
	30歳代	38（30.2）
	40歳代	33（26.2）
	50歳代	17（13.5）
	60歳以上	1（ 0.8）
保健師歴 通算	1－5年未満	40（31.7）
	5－10年未満	25（19.8）
	10－15年未満	17（13.5）
	15－20年未満	15（11.9）
	20年以上	29（23.0）
結核担当歴 通算	1年未満	18（14.3）
	1～3年未満	53（42.1）
	3～5年未満	20（15.9）
	5～10年未満	23（18.3）
	10年以上	12（ 9.5）
外国生まれ結核患者の担当経験者数	今回が初めて	34（27.0）
	2～3人目	32（25.4）
	4～5人目	16（12.7）
	5人以上	43（34.1）
	未記入	1（ 0.8）
フィリピン生まれの方の担当経験者数	今回が初めて	67（53.2）
	2人目	33（26.2）
	3人目	6（ 4.8）
	4人目	2（ 1.6）
	5人以上	17（13.5）
	未記入	1（ 0.8）

⑵　フィリピン人結核患者の背景（表2）

166人のうち，回答の記入漏れ，服薬期間中を除き，有効回答数は137人で，服薬完遂者は127人（92.7%），服薬中断者は10人（7.3%）であった。

患者の属性に関して，服薬完遂者・非服薬完遂者の間で有意差があったのは，登録時の入院の有無，年齢区分の30歳未満とそれ以上，職種，DOTSタイプであった。登録時入院経験者は通院患者よりも服薬中断割合が高く，30歳未満の若年層は30歳以上の年齢層に比べて服薬中断割合が高かった。職種を見ると，勤労者およびそれ以外の者に比べて，学生の区分における服薬中断率が高い割合であることを示していた。

⑶　フィリピン人用モデル（案）の項目

全対象患者137人に対し，リスク項目に関して保健師が把握していないと回答した割合が10%以上あったのは，「薬剤耐性（INHまたはRFP）あり」が16人（11.7%），「医療機関受診する習慣がない」が16人（11.7%）であった。また，5%以上が把握していなかった項目は，「フィ

表2　服薬完遂者・服薬中断者別フィリピン人結核患者の背景

n = 137

		服薬完遂者　*n* = 127		服薬中断者　*n* = 10		*p*
		n	(%)	*n*	(%)	
登録時の状況	入院	46	36.2	7	70.0	.05 *
	通院	81	63.8	3	30.0	
性別	男性	36	28.3	4	40.0	.48
	女性	91	71.7	6	60.0	
年齢区分	20歳未満	5	3.9	1	10.0	.20
	20歳代	38	29.9	6	60.0	
	30歳代	54	42.5	1	10.0	
	40歳代	19	15.0	1	10.0	
	50歳代	11	8.7	1	10.0	
	60歳以上	0	0	0	0.0	
(再掲)	30歳未満	43	33.9	7	70.0	.04 *
	30歳以上	84	66.1	3	30.0	
罹患部位	肺	81	63.8	7	70.0	.92
	肺外	29	22.8	2	20.0	
	潜在性	17	13.3	1	10.0	
職種	学生	6	4.7	3	30.0	.03
	勤労者	96	75.6	5	50.0	
	家事従事者	13	10.2	1	10.0	*
	無職	7	5.5	1	10.0	
	その他	5	3.9	0	0.0	
来日した時期	20年以上前	18	14.1	0	0.0	.16
	10年～20年未満	33	26	1	10.0	
	5年以上10年未満	19	15	0	0.0	
	1年以上5年未満	37	29.1	6	60.0	
	1年未満	15	11.8	2	20.0	
	不明	5	3.9	1	10.0	
言語	医療用語がわかる	11	8.6	0	0.0	.11
	日常会話はほぼ困らない	72	56.7	4	40.0	
	日常会話にも苦労する	34	26.8	3	30.0	
	日本語は全くわからない	10	7.8	3	30.0	
(再掲)	日常会話以上は話せる	83	65.4	4	40.0	
	日本語が十分できない	44	34.6	6	60.0	.17
通訳	医療通訳を依頼	9	7.1	1	10.0	.96
	一般通訳を依頼	11	8.6	1	10.0	
	身内・知人に依頼	34	26.8	2	20.0	
	通訳なし	73	57.5	6	60.0	
DOTSタイプ	Aタイプ	2	2.3	2	20.0	.00
	Bタイプ	11	8.7	3	30.0	**
	Cタイプ	114	89.8	5	50.0	
DOTS連携者	通院医療機関	63	45.0	4	40.0	−
	薬局	1	0.7	0	0.0	
	福祉関係者	1	0.7	0	0.0	
	職場関係者	34	24.3	0	0.0	
	その他（ナシ・家族・不明など）	41	28.3	6	60.0	

χ^2検定（Fisher直接確率検定）　$^{*}p < .05$, $^{**}p < .01$

リピン人の服薬協力者がいない」「食事時間が不規則または欠食が多い」「フレンドリーで『NO（ノー）』を言わない表面的なコミュニケーション」であった。

服薬完遂者と非服薬完遂者の間で有意差があったのは5項目で，「生活に経済的余裕がない」($p = .04$)，「服薬期間中に帰国・転居あり」($p = .00$)，「食事時間が不規則また

は欠食が多い」（$p=.02$），「医療機関受診する習慣がない」（$p=.02$），「約束日に連絡もなく来所しないことがある」（$p=.04$）であった。これらの項目は，非服薬完遂者が服薬完遂者に比べて有意に多いという結果であった。

社会的背景に分類されている「生活に経済的余裕がない」「服薬期間中に帰国・転居あり」では，前者で地域DOTSの際に把握していなかったと答えた保健師が1人，後者では全員が把握していた。

生活背景に分類されている「食事時間が不規則または欠食が多い」「医療機関受診する習慣がない」の2項目では，前者は地域DOTSの際13人（9.5％），後者では16人（11.7％）の保健師が把握していないと回答していた。

患者の特徴に分類されている「約束日に連絡もなく来所しないことがある」の項目では，地域DOTSの約束をしたにもかかわらず来なかったのが服薬完遂者で16人，非服薬完遂者では4人の計20人が該当したと答えていた（**表3**）。

2．専門家パネル会議

⑴　各リスク項目の検討

保健師に行った質問紙調査の結果を踏まえ評価検討をし，8分類32項目に関する内容の適切性，妥当性について，専門家らの主な見解は以下の通りであった。

【分類：社会的背景・生活背景】

保健師の質問紙調査で有意差のあった項目「生活に経済的余裕がない」「食事時間が不規則または欠食が多い」，そして「通院による支障・困難あり」に関しては，金銭のかかわる項目であり，これらの項目に関しては重視する必要がある。中でも留意が必要な項目は通院の利便性である。利便性の悪い通院は，目的地到達までに時間がかかるということだけでなく，公共交通機関の利用による交通費用の負担が大きくなることから，服薬中断の要因となる。

「フィリピン人の服薬協力者がいない」「日本人で服薬協力可能な人がいない」に関しては患者の孤立がリスクとしてあるが，特に日本人協力者がいることで，フィリピン人が異国で結核治療を継続的に行うことへの負担感を軽減させられるため，この項目はリスク項目として必要である。

有意差のあった「医療機関受診する習慣がない」に関しては，フィリピンでは一般的に，日本とは異なり医療費が高額であるため，気軽に医療機関受診はしない。それでも結核治療に関して，比較的裕福な市民はホームドクターで治療を受けていることが多い状況である。すべての国民に向けて政府は公的対策であるDOTSとしてヘルスセンターに行くよう勧奨しているが，国民からは十分に理解されていないのが現状である。そのことから，フィリピン人の多くは来日しても公的なDOTSを受ける傾向とならず，医療機関受診の習慣がないため服薬中断するリスクが高い。そのため，この項目はリスク項目として把握しておく必要がある。

【分類：結核の病状・結核の理解】

これらの項目は，結核教育に関する項目であり，患者教育に関しての不十分さを問う項目として重要である。患者が十分に治療の必要性を理解していなければ服薬中断の可能性は高くなる。服薬中断リスクとして非常に重要な項目であり，特に若い世代では健康よりも収入が優先される傾向にあるため，確実に治療することの必要性が認識できないと，仕事を優先してしまうようになる。服薬期間中にはこれらの項目について繰り返し説明する必要がある。

【分類：心身の状況】

日本人結核患者のリスク項目としても掲げられている項目であり，フィリピン人結核患者に対しても共通の項目である。結核患者共通の項目として重要であり，リスク項目として設定の必要がある。

【分類：患者の特徴】

有意差のあった「約束日に連絡もなく来所しないことがある」，そして「服薬忘れに関して危機感が十分でない」については，日本人とは異なる文化を持つフィリピン人特有のリスク項目であり，日本人とは反応の意味合いが異なる。フィリピン人結核患者のDOTSでは，患者の表情やしぐさをよく観察し判断することが大切で，服薬中断リスク項目として重要な項目である。

【分類：言語リスク】

「表2　服薬完遂者・服薬中断者別フィリピン人結核患者の背景」の「言語」に関する結果を見ると，服薬完遂者のうち，日常会話以上は話せるという者が83人（65.4％）であったのに対し，服薬中断者では医療用語がわかると回答した者はおらず，日本語が十分できないという者が10人中6名（60％）である。更に服薬中断者に関して**表3**の「言語リスク」の項目を見ると，「日本語が日常会話程度までしかできない」と回答した者は9人（90％）である。「母語での医療通訳者を同伴した面接を受けていない」と回答した者は服薬完遂者・中断者とも割合は変わらない結果であったことから，服薬中断者が医療通訳者を介した面接の機会が少なかったわけではなく，患者本人の日本語レベルが日常会話程度では服薬完遂できるまでの知識や理解が不十分なものであったと思われる。このことから，言語が異なる場合は，患者自身が結核に関して十分に理解し認識できるよう，より専門的知識を持つ医療通訳者を介した説明が必要である。一見，日常会話に支障がないように見えても言語理解が不十分であり，特に医療専門用語に関しては理解不足である可能性がある。「言語リスク」の項目については，服薬中断要因として重要な項目であり，医療通訳の利用に関しては確認すべき項目である。

表３－１　服薬完遂者，服薬中断者におけるフィリピン人結核患者用リスクアセスメント票項目の違い

$n=137$

		$n=137$（%）		服薬完遂者（%）	服薬中断者（%）	p
結核の病状	副作用の出現あり					
	把握した	136（99.3）	（該当した）	35（ 27.7）	3（ 30.0）	.56
			（該当せず）	91（ 72.2）	7（ 70.0）	
	把握していない	1（ 0.7）				
	合併症あり					
	把握した	136（99.3）	（該当した）	13（ 10.3）	0（ 0 ）	.60
			（該当せず）	113（ 89.7）	10（100.0）	
	把握していない	1（ 0.7）				
	薬剤耐性（INHまたはRFP）あり					
	把握した	121（88.3）	（該当した）	7（ 6.2）	0（ 0 ）	.57
			（該当せず）	105（ 93.7）	9（100.0）	
	把握していない	16（11.6） ※				
	再発					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	6（ 4.7）	0（ 0 ）	.63
			（該当せず）	121（95.3）	10（100.0）	
	把握していない	0（ 0 ）				
社会的背景	生活に経済的余裕がない					
	把握した	136（99.3）	（該当した）	21（ 16.7）	6（ 60.0）	.04 *
			（該当せず）	105（ 83.3）	4（ 40.0）	
	把握していない	1（ 0.7）				
	住所不定					
	把握した	127（99.3）	（該当した）	1（ 0.8）	1（ 10.0）	.14
			（該当せず）	126（ 99.2）	9（ 90.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				
	服薬期間中に帰国・転居あり					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	26（ 20.5）	8（ 80.0）	.00 **
			（該当せず）	101（ 79.5）	2（ 20.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				
生活背景	通院による支障・困難あり					
	把握した	135（98.5）	（該当した）	11（ 8.8）	3（ 33.3）	.53
			（該当せず）	114（ 91.2）	6（ 66.7）	
	把握していない	2（ 1.4）				
	フィリピン人の服薬協力者がいない					
	把握した	126（92.0）	（該当した）	52（ 44.4）	6（ 33.3）	.17
			（該当せず）	65（ 55.6）	3（ 66.7）	
	把握していない	11（ 8.0）				
	日本人で服薬協力可能な人がいない					
	把握した	136（99.3）	（該当した）	22（ 17.5）	2（ 20.0）	.70
			（該当せず）	104（ 82.5）	8（ 80.0）	
	把握していない	1（ 0.7）				
	食事時間が不規則または欠食が多い					
	把握した	124（90.5）	（該当した）	13（ 11.3）	4（ 44.4）	.02 *
			（該当せず）	102（ 88.7）	5（ 55.6）	
	把握していない	13（ 9.5）				
	夜の接客業または夜間帯の仕事に就業している					
	把握した	135（98.5）	（該当した）	23（ 18.4）	3（ 30.0）	.41
			（該当せず）	102（ 81.6）	7（ 70.0）	
	把握していない	2（ 1.4）				
	医療機関受診する習慣がない					
	把握した	121（88.3）	（該当した）	15（ 13.3）	4（ 50.0）	.02 *
			（該当せず）	98（ 86.7）	4（ 50.0）	
	把握していない	16（11.7） ※				
結核の理解	病気を受容していない					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	0（ 0 ）	1（ 10.0）	.07
			（該当せず）	127（100.0）	9（ 90.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				
	治療内容に関する理解がない					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	4（ 3.1）	1（ 10.0）	.32
			（該当せず）	123（ 96.9）	9（ 90.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				
	治療期間に関する理解がない					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	5（ 3.9）	2（ 20.0）	.08
			（該当せず）	122（ 96.1）	8（ 80.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				

χ^2検定（Fisher直接確率検定）　$^{*}p<.05$, $^{**}p<.01$

表３－２　服薬完遂者と中断者とを比較した場合の各項目の関係について（全対象者）－つづき－

$n=137$

		$n=137$（%）		服薬完遂者（%）	服薬中断者（%）	p
結核の理解	薬の副作用について理解がない					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	4（ 3.1）	1（ 10.0）	.32
			（該当せず）	123（ 96.9）	9（ 90.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				
	再発・多剤耐性の理解がない					
	把握した	132（96.4）	（該当した）	7（ 5.7）	1（ 11.1）	.44
			（該当せず）	116（ 94.3）	8（ 88.9）	
	把握していない	5（3.6）				
心身の状況	身体的に虚弱または障がいあり					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	3（ 2.4）	0（ 0 ）	1.00
			（該当せず）	124（ 97.6）	10（100.0）	
	把握していない	0（0.7）				
	精神・記憶・認知の障がいあり					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	1（ 0.8）	0（ 0 ）	1.00
			（該当せず）	126（ 99.2）	10（100.0）	
	把握していない	0（0.7）				
	服薬継続に関する不安あり					
	把握した	136（99.3）	（該当した）	9（ 7.1）	1（ 10.0）	.55
			（該当せず）	117（ 92.9）	9（ 90.0）	
	把握していない	1（ 0.7）				
	アルコール・薬物依存あり					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	2（ 1.6）	1（ 10.0）	.21
			（該当せず）	125（ 98.4）	9（ 90.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				
	喫煙している又は受動喫煙あり					
	把握した	131（95.6）	（該当した）	20（ 16.5）	2（ 20.0）	.68
			（該当せず）	101（ 83.5）	8（ 80.0）	
	把握していない	6（ 4.4）				
	治療中断歴あり					
	把握した	136（99.3）	（該当した）	1（ 0.8）	0（ 0 ）	1.00
			（該当せず）	125（ 99.2）	10（100.0）	
	把握していない	1（ 0.7）				
患者の特徴	フレンドリーで「NO（ノー）」を言わない表面的なコミュニケーション					
	把握した	125（91.2）	（該当した）	33（ 28.7）	4（ 40.0）	.48
			（該当せず）	82（ 71.3）	6（ 60.0）	
	把握していない	12（ 8.8）				
	服薬忘れに関して危機感が十分でない					
	把握した	132（96.4）	（該当した）	20（ 16.4）	1（ 10.0）	1.00
			（該当せず）	102（ 83.6）	9（ 90.0）	
	把握していない	5（ 3.6）				
	約束日に連絡もなく来所しないことがある					
	把握した	134（97.8）	（該当した）	16（ 12.9）	4（ 40.0）	.04 *
			（該当せず）	108（ 87.1）	6（ 60.0）	
	把握していない	3（ 2.2）				
言語リスク	日本語が日常会話程度までしかできない					
	把握した	136（99.3）	（該当した）	82（ 65.1）	9（ 90.0）	.17
			（該当せず）	44（ 34.9）	1（ 10.0）	
	把握していない	1（ 0.7）				
	母語での医療通訳者を同伴した面接を受けていない					
	把握した	132（96.4）	（該当した）	97（ 78.9）	7（ 77.8）	1.00
			（該当せず）	26（ 21.1）	2（ 22.2）	
	把握していない	5（ 3.6）				
	医療通訳者を同伴した定期的な面接がない					
	把握した	134（97.8）	（該当した）	103（ 82.4）	8（ 88.9）	1.00
			（該当せず）	22（ 17.6）	1（ 11.1）	
	把握していない	3（ 2.2）				
その他	潜在性結核					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	19（ 15.0）	1（ 10.0）	1.00
			（該当せず）	108（ 85.0）	9（ 90.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				
	DOTSの受け入れが悪く，服薬支援者との接触を避ける					
	把握した	137（99.3）	（該当した）	5（ 3.9）	1（ 10.0）	.37
			（該当せず）	122（ 96.1）	9（ 90.0）	
	把握していない	0（ 0.7）				

χ^2検定（Fisher直接確率検定）　$^{*}p<.05$，$^{**}p<.01$

【その他】

結核患者が服薬中断する要因として，患者の治療意欲が強く関係する。DOTSでは，患者の治療意欲を高めるために，「服薬終了後には何をしたいか」を尋ね，患者のコミットメントを高めることが必要である。特にフィリピンのDOTSでは，その点を考慮し対応している。しかし，患者の治療意欲に関しては，フィリピン人に限定される項目ではないため，分類としてはフィリピン人結核患者の特徴に入れず，その他の分類に入れる。

⑵ フィリピン人用モデルの全体構成と文言の適切性

全体の構成は妥当であると思われる。文言に関しては一部補足してわかりやすく表現する。また，実際にフィリピン人用モデルを使用する際には，各リスク項目の意図する内容を説明した使用ガイドを作成し，両者を併せて活用するとよい。

なお，フィリピン人結核患者支援におけるフィリピン人用モデルの活用の着眼点について，以下のように示された。

・フィリピン人用モデルの使い方として，患者が前回のDOTSでチェックされたリスク項目を減らすような支援を提供することが重要である。1回のアセスメントだけで判断するのではなく，患者を理解しその患者にとって必要なことは何かを考えることが必要である。
・フィリピン人結核患者が異国の地で結核となり治療しなければならなくなったことを，支援者は理解し対応することが大切である。フィリピンの文化等の背景も重要であるが，患者の日本での社会的立場を，支援者が考慮することが大切である。

3．リスク項目の追加と修正

リスク項目の設定理由がわかりにくい項目に関して，専門家らの意見を基に文言を修正し，検討の中で追加が妥当であるとしたリスク項目を追加した。

⑴ リスク項目の修正

「医療機関受診する習慣がない」の表現に関して，フィリピン国では一般的なことであり，医療機関受診に抵抗感を持ち続けていることが，継続受診を中断する要因となるとの意見を基に，文言を「医療機関受診の習慣がないことによる受診への抵抗感」に修正した。また，「病気を受容していない」の表現について，患者自身が結核に罹ったことを受け容れられないことが要因であるとの意見から，「病気」ではなく「結核」という具体的な表現に修正した。

⑵ リスク項目の追加

専門家らの検討結果より，分類「その他」として「服薬完遂後の目標がない」を設定することになった。フィリピンでのDOTS対応で着目されている点であることから，フィリピン人用モデルのリスク項目に追加設定となったが，フィリピン人に限らず来日した外国人全体に通じること，あるいは日本人にも通じるとの見解から，分類「その他」に追加した。

以上の結果，8分類33リスク項目のフィリピン人用モデルを構成した（**表4**）。

Ⅲ．考　察

1．リスク項目の内容妥当性

本研究では，フィリピン人結核患者の担当経験のある保健師にフィリピン人用モデル（案）の各項目について回答を求め，それを参考に専門家パネル会議で内容妥当性を検討した。フィリピン人結核患者の対応経験を基に回答された結果からは，フィリピン人結核患者の支援をした保健師の観察視点を知ることができたため，リスク項目の設定を検討するよい資料となったと思われる。また，内容妥当性を検討する専門家パネル会議の構成は，日本国内でDOTSに関する研究を行う日本人の結核研究者らとフィリピン人の結核研究者であった。日本人結核研究者だけでなく，フィリピン人結核研究者を加えたことで，日本人医療関係者からの一方的な視点ではなく，患者の行動の背景にある考え方や文化社会的理由がより明確となり，フィリピン人結核患者の立場を考慮したより適切なフィリピン人用モデルとなったと思われる。

フィリピン人用モデルのリスク項目は，国内DOTSの指針となる日本結核病学会エキスパート委員会の指針に示されている10項目のうち，刑務所等の収容施設にいる者，改善が遅い結核症，臨床的悪化のある者という特別な場所や治療上のリスクという内容の項目以外のすべてを網羅している。結核になった患者が持つと思われる服薬中断リスク項目に加え，在留フィリピン人結核患者特有のリスクを追加したもので，結核の知識と理解，患者の背景，心身の状況，言語リスク，フィリピン人結核患者の特徴など，フィリピン人結核患者をアセスメントするための指標として構成されていると思われる。専門家パネル会議でも，一部修正や追加があったものの，全体としてフィリピン人用モデル（案）が必要な内容で構成されていることが認められ，フィリピン人結核患者の服薬中断リスク項目の内容妥当性が確保されたと考える。

2．リスク項目の特徴

⑴ 経 済 面

フィリピン人結核患者の服薬中断リスク項目として，経済状況に関して把握する必要があったのは，日本での暮らしの確保が重要であったためだと思われる。すなわち，フィリピン人患者が異国で生きていくためには経済の安定

表4　フィリピン人結核患者用リスクアセスメント票モデル

該当する項目に○をつけてください

No.	分類	リスク項目	変更または追加した項目
1	病状	副作用の出現あり	
2		合併症あり	
3		薬剤耐性（INHまたはRFP）あり	
4		再発	
5	社会的背景	生活に経済的余裕がない	
6		住所不定	
7		服薬期間中に帰国・転居あり	
8	生活背景	通院による支障・困難あり	
9		フィリピン人の服薬協力者がいない	
10		日本人で服薬協力可能な人がいない	
11		食事時間が不規則または欠食が多い	
12		夜の接客業または夜間帯の仕事に就業している	
13		医療機関受診の習慣がないことによる受診への抵抗感	*
14	結核の理解	結核であることを受容していない	*
15		治療内容に関する理解がない	
16		治療期間に関する理解がない	
17		薬の副作用について理解がない	
18		再発・多剤耐性の理解がない	
19	心身の状況	身体的に虚弱または障がいあり	
20		精神・記憶・認知の障がいあり	
21		服薬継続に関する不安あり	
22		アルコール・薬物依存あり	
23		喫煙している又は受動喫煙あり	
24		治療中断歴あり	
25	患者の特徴	フレンドリーで「NO（ノー）」を言わない表面的なコミュケーション	
26		服薬忘れに関して危機感が十分でない	
27		約束日に連絡もなく来所しないことがある	
28	言語リスク	日本語が日常会話程度までしかできない	
29		母語での医療通訳者を同伴した面接を受けていない	
30		医療通訳者を同伴した定期的な面接がない	
31	その他	潜在性結核	
32		DOTSの受け入れが悪く，服薬支援者との接触を避ける	
33		服薬完遂後の目標がない	*

が必要であり，まずは患者自身の健康よりも家族が生きていくために経済面が優先されていたと考える。生活の厳しさが治療継続を阻む要因となっていることが考えられた。「食事時間が不規則または欠食が多い」には，3度の食事を削らなくては生活できない状況であるという意味が含まれている。また，通院アクセスが良くないことは，通院時間がかかることで仕事を休まなくてはならないというだけでなく，遠距離にある病院に向かうための交通費がかかるという意味もある。

フィリピンでは，医療機関受診は命にかかわる程の重症でなければ受診しないのが一般的である（森ほか，2016）と言われている。フィリピンのDOTSでは無料で薬が渡されるが，日本では結核医療費公費負担制度によって自己負担額は少ないものの，健康保険に加入していても自己負担がある。フィリピン人結核患者は，わずかな自己負担額であっても潜在的に医療機関受診に対する抵抗感を覚えると思われる。フィリピン人結核患者の来日目的に外貨収入がある（井出，2017）が，平野（1998）は雇用者が結核治療に理解がないと失職の可能性もあると説いている。フィリピン人結核患者のアセスメントにおいて，経済面に関した項目は必要不可欠であると思われる。

⑵　結核の理解

症状消失以降も服薬を継続していくためには，患者自身が十分に結核を理解し，なぜ一定期間の服薬が必要なのかを十分に理解できていることが必要である。2019年結核年報（結核研究所，2020）では，外国出生結核患者のうちの

55.2％が20代であり，国内の20代結核患者全体の73.5％を占めていた。結核患者の脱落中断に関する先行研究では，大阪市において20～30代の外国生まれの患者に多く見られており，帰国や転出で追跡できず脱落中断している可能性の高いことが課題とされている。星野・大森・岡田（2010）は，学生や労働者の脱落中断者が多いことを危惧していた。外国出生結核患者の多くは，外貨収入を目的に来日している若い人たちである。フィリピンにおいては国の経済事情が背景にあり，海外で外貨収入を得て母国の家族に送金するという目的を持ち，来日している人は多い（青木，2008；大野・寺田，2009；井出，2017）。発症した彼らに結核の理解がなければ，症状が治まった後にまで服薬する理由はなく，服薬は中断され，労働に就く可能性は高い。20代の若い世代の患者こそが結核を完全に治し今後再発しないようにすることが必要であり，そのためには患者自身が結核を発症した時に十分な説明を受け，しっかりと理解することが必要である。

しかし，症状が消失した時に，結核患者の治療継続意欲の低下が生じることは否めない。その時にこそ，今回リスク項目の追加として設定した服薬完遂後の目標を服薬継続の動機づけとして活かしていくことが保健師の技術として必要なのではないだろうか。服薬中断による再発や他者への感染等，日本で健康を保持し働くことが来日の目的であったことをDOTSで共に患者と確認し，服薬期間中の支援では，それを意識してかかわっていくことが大切であると考える。

⑶　言語の壁

結核の知識と治療の必要性を十分に理解してもらうための障壁として，言語の壁がある。フィリピン人は親類や知人，雇用先のフィリピン人の同僚など日常会話程度の日本語が話せる人が身近にいることが多く，そのため，今回の質問紙調査結果では，医療通訳者の利用がほとんどみられていなかったと思われる。しかし，一般通訳では患者に病気の正しい知識を伝えられない可能性があることや，診断で患者から重要な言葉があっても適切に通訳されないなどのトラブルも生じており（濱井・永田・西川，2017；カレイラ松崎・杉山，2012；Abuloph Nicolas・西村，2016），今回の専門家パネル会議においても医療通訳介入の重要性について指摘されている。先行文献では，吉富（2009）は外国人患者が医療の専門的用語を理解した医療通訳者によって正確な医療情報が入手できることは，医療者と患者との円滑な意思疎通を図ることにつながると述べている。DOTSでは服薬期間が標準的治療であっても 6 か月と長期にわたる（四元・山岸・永井・長谷川，2019）ことから，患者には結核に関する正しい知識と理解が必要であり，医療通訳者を介した治療に関する正確な説明によって，患者は治療をすることへの安心感が得られ，医療者と結核患者との信頼関係が構築されることにつながると思われる。また，川内（2011a，2011b）は，言語で意思疎通が十分に図れないことは患者がDOTSに対して否定的な感情を抱き，保健師は日本人以上の気遣いや時間的負担，自分の力量不足を実感するなど，双方の精神的負担感が生じると述べている。伊藤・飯田・南谷・中村（2012）は，双方のコミュニケーションがあってこそ，初めて健康行動や医療行動の変容につながると説いており，一見，相手の話が理解できたように思えても，言語理解が不十分である可能性は高く，それは服薬中断の大きなリスクであると考えられる。フィリピン人用モデルのリスク項目には，必要とされる項目であったと考える。

⑷　フィリピン人結核患者の特性

フィリピン人の気質的な特徴 3 項目がリスクとして設定された。大らかな気質は長所として魅力を持つ一方で，地域DOTSでは服薬中断リスク要因になっていた。フィリピンには相手への配慮を欠かさないという文化があり，断るということを嫌う国民性を持つ（西村，2009；大野・寺田，2009）。日本においても「慮る」という言葉があるが，フィリピン文化においても円滑な人間関係が重んじられている。また，フィリピン人の国民性として，現在の時間を最も大切にするという文化もあり（大野・寺田，2009），場合によっては，約束が履行されないこともある。すなわち，「現在の時間＝今」がフィリピン人にとっては重要であり，過去に予定したことよりも「今」を選択してしまうということである。保健師の質問紙調査結果で有意差のあった「約束日に連絡もなく来所しないことがある」に関しても，受診日の予約やDOTSの面談を約束していても「今」を重視するために，他の都合を優先してしまったということも考えられる。これらのことはフィリピン文化の特長であるが，DOTSを成功させる点においては，リスクとなり得る。相手に配慮することを重んじるあまり，医療従事者の言うことに対して断ることがなく，「Yes」と答えてしまう可能性も考えられる。日本人文化にはない，理解の難しい点とも言えるが，DOTSでの対応の際には患者の行動，表情，しぐさ等を観察し，説明に本当に同意しているかを推測することが必要であり，フィリピン人結核患者特有のリスク項目として留意する必要があると思われる。

Ⅳ．研究の限界と今後の課題

本研究では，フィリピン人用モデルの内容妥当性について検討した。全国の保健所を対象として調査を実施したが，回答した保健所は25.3％であり，本モデルに反映されない項目がある可能性がある。

外国出生結核患者は増加しているが，国内でも多くの発生があるフィリピン人結核患者は全体の１割程である。本研究結果をフィリピン人以外の患者に応用する場合は，事前に文化的適合性を検討する必要がある。

今後の課題は，フィリピン人結核患者をアセスメントする際に，フィリピン人用モデルを用い，特徴を捉えた支援に利用していただくとともに，使用した結果を蓄積し，各リスク項目の有用性の検証を行っていくことが必要である。

Ⅴ．結　　論

フィリピン人用モデルは，保健所保健師への調査と専門家パネル会議によって，８分類33リスク項目の内容妥当性が検証された。地域DOTSでは，フィリピン人結核患者の持つ文化や日本における社会的立場を理解すること，正しい結核の知識と治療に対する理解が得られるように正確な意思疎通を図りつつ，本モデルを活用していくことが可能である。

謝　　辞

本研究を行うにあたり，ご協力いただきました保健所結核担当者の皆様，結核専門家パネル会議でご意見を賜りましたパネリストの皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は，JSPS科研費 JP17K12601の助成を受けて実施した研究の一部である。

著者貢献度

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

文　　献

Abuloph Nicolas, F.G.，西村明夫（2016）．日本における医療通訳システムの進展と課題．*移民政策研究*，*8*，193-203.

青木秀男（2008）．労働市場と海外出稼ぎ：フィリピン・マニラを中心に．*アジア太平洋レビュー*，*5*，39-52.

濱井妙子，永田文子，西川浩昭（2017）．全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査．*日本公衆衛生雑誌*，*64*(11)，672-683.

樋上香織（2010）．外来DOTSの取り組みと今後の展望．*結核*，*85*(3)，182-184.

平野裕子（1998）在日フィリピン人労働者の受診行動に関する研究．*九州大学医療技術短期大学部紀要*，*25*，11-20.

星野斉之，大森正子，岡田全司（2010）．就業状況別の在留外国人結核の推移とその背景．*結核*，*85*(9)，697-702.

井出穣治（2017）．*フィリピン：急成長する若き「大国」*．東京：中央公論新社．

伊藤邦彦，吉山　崇，永田容子，小林典子，加藤誠也，石川信克（2008）．結核治療中断を防ぐために何が必要か？．*結核*，*83*(9)，621-628.

伊藤美保，飯田奈美子，南谷かおり，中村安秀（2012）．外国人医療における医療通訳者の現状と課題：医療通訳者に対する質問紙調査より．*国際保健医療*，*27*(4)，387-394. https://doi.org/10.11197/jaih.27.387

カレイラ松崎順子，杉山明枝（2012）．日本の医療通訳システムの現状と今後の展望．*東京未来大学研究紀要*，*5*，21-29. doi:10.24603/tfu.5.0_21（参照2021年１月30日）

川内規会（2011a）．日本の医療通訳の課題．*青森県立保健大学雑誌*，*12*，33-40. https://doi.org/10.24552/00002076

川内規会（2011b）．日本における医療通訳の現状と課題：外国人診療に関する調査から．*日本コミュニケーション学会九州支部*，*9*，25-35.

公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター（2012.11.7）．結核の統計．結核登録者情報システム入力と留意点．http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/（参照2021年２月12日）

公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター（2020.10.5）．結核の統計．年報，2019．https://jata-ekigaku.jp/wp-content/uploads/2021/08/2019_shiryohen.pdf（参照2021年２月23日）

厚生労働省健康局結核感染症課長（2004）．結核患者に対するDOTS（直接服薬確認療法）の推進について．*健感発*，*1221*(1)，3-7.

厚生労働省健康局結核感染症課長（2016）．「結核患者に対するDOTS（直接服薬確認療法）の推進について」の一部改正について．*健感発*，*1125*(1)，3-8.

松本健二，小向　潤，笠井　幸，廣田　理，甲田伸一，寺川和彦，下内　昭（2014）．大阪市における肺結核患者の服薬中断リスクと治療成績．*結核*，*89*(6)，593-599.

松本健二，小向　潤，津田侑子，奥町彰礼，古川香奈江，芦達麻衣子，清水直子，齊藤和美（2016）．大阪市における肺外結核患者のDOTS実施状況と治療成績．*結核*，*91*(8)，587-591.

森　礼子，古澤洋子，石原多佳子，後閑容子（2016）在留フィリピン人女性の健康状態と保健行動からみる健康課題．*岐阜聖徳学園大学短期大学部紀要*，*48*，85-98.

Mori R, Yanagisawa S, Matsumoto K, Takayama K and Nagata Y（2019）. Default Risks in Home Tuberculosis Patients Regarding Japanese DOTS（Directly Observed Treatment Short-Course）. *Journal of Community & Public Health Nursing*, *5*(1), 223. https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000223

森　礼子，柳澤理子，永田容子（2019）．地域DOTSフィリピン人結核患者の服薬中断リスク要因．*日本公衆衛生看護学会誌*，*8*(3)，135-144.

日本結核病学会エキスパート委員会（2015）．地域DOTSを円滑に進めるための指針．*結核*，*90*(5)，527-530.

西村明夫（2009）．*疑問・難問を解決！外国人診療ガイド*（第１版）．36-39, 東京：メジカルビュー社．

沖　典男，中村尚司（2003）．結核患者の治療成績に関連する要因．*兵庫県立健康環境科学研究センター年報*，*2*，156-161.

大角晃弘（2020）．結核の統計2020を読む：結核低まん延状況における課題．*複十字*，*394*，4-5.

大野拓司，寺田勇文（2009）．*現代フィリピンを知るための61章*（第２版），62–65, 東京：明石書店．

豊田恵美子，伊藤邦彦（2011）．外国人結核対策への取り組み：結核低蔓延国における外国人に対する健診実施状況．*結核*，*86*(7)，

685-695.
山岸文雄，永井英明，長谷川直樹（2019）．*医療者のための結核の知識*（第 5 版）．四元秀毅（編），東京：医学書院．
吉富志津代（2009）．地域医療における医療通訳の重要性：兵庫県のシステム構築に向けた取り組みから．*移民政策研究*，*創刊号*，140-151.

［2021年 4 月10日受　　付
2021年 7 月31日採用決定］

Technical Report

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(2), 297-309
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210731150

Development of a Risk Assessment Sheet for Philippine-Born Patients with Tuberculosis: Examination of the Validity of Risk Items

Reiko Mori, PhD, RN, PHN[1], Satoko Yanagisawa, PhD, RN, PHN[2]

[1]Faculty of Nursing Department of Nursing, Aichi, Japan
[2]Aichi Prefectural University School of Nursing & Health, Aichi, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to develop a risk assessment sheet for Philippine-born patients with tuberculosis receiving directly observed treatment short-course. **Methods:** Based on previous studies, we prepared a draft of the risk assessment sheet for Philippine-born patients with tuberculosis and mailed it to public health nurses in 323 public health centers. Based on the results, four researchers, including a Filipino studying tuberculosis, conducted an expert meeting to examine default risk items. **Results:** In total, 126 public health nurses responded to our survey. According to survey results, among 166 Philippine-born patients with tuberculosis (number of effective responders, 137) who received care from the respondents, 127 patients (92.7%) completed the treatment, whereas 10 (7.3%) did not. An χ^2 test involving 32 risk items, classified into eight classes in the risk assessment sheet, identified five items that showed significant differences between the two groups. In the expert meeting, the researchers evaluated the risk items based on the results of assessments performed by the public health nurses and decided to add another item to the default risk items. **Conclusions:** The expert meeting validated the content of a risk assessment sheet, consisting of 33 items in eight classes, for Philippine-born patients with tuberculosis.

Key words

tuberculosis, community DOTS, filipino tuberculosis patient, tuberculosis patients' default risk, tuberculosis patient support

Correspondence: R. Mori. Email: morir@n-fukushi.ac.jp

総　説

脳卒中後のアパシー（apathy）に関する国内外の文献レビュー

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 311-325
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210908154

佐藤美紀子[1]，百田武司[2]
[1]島根県立大学，[2]日本赤十字広島看護大学

要　旨

目的：脳卒中後のアパシーに関する研究の動向，実態，予防・改善が期待できる介入方法を明らかにした。**方法**：PubMed，医学中央雑誌から抽出した75文献を分類，要約，記述した。**結果**：内容は「レビュー」9件，「発症メカニズム」14件，「治療」14件，「評価スケール」7件，「実態」12件，「関連要因」15件，「メタアナリシス」2件，「介入研究」2件に分類された。近年，質の高い研究が行われつつあったが，実態と介入方法に関する科学的根拠は十分に構築されていなかった。アパシー発症率は4割弱，発症には「脳卒中発症回数」「うつ」「認知機能障害」が関連した。脳病変部位，脳卒中病型，年齢，脳卒中発症後の時間，臨床的アウトカムの重症度との関連については知見が一致していなかった。予防・改善が期待できる介入方法として，脳卒中再発予防，認知行動療法，問題解決プロセスの促進，行動活性化が見出された。**結論**：実態解明，介入方法の確立が求められる。

キーワード

脳卒中，アパシー，文献レビュー

責任著者：佐藤美紀子．Email: m-sato@u-shimane.ac.jp

緒　言

脳卒中の発症率については，高血圧の早期発見・治療の推進や，減塩対策等により，出血性脳卒中の発症率の大幅な低減を果たしてきた。しかし，厚生労働省（2019）の患者調査によると，2017年度における脳卒中の総患者数は1,115千人と依然として多く，日本脳卒中データバンク（Japan Stroke Data Bank: JSDB）においては，近年，加齢に伴う心原性脳梗塞の患者数の増加および，機能予後の重症化が報告されている（加藤，2021，pp.151-153）。さらに，厚生労働省（2019）の国民医療費の概況によると，2017年度の国民医療費は43兆710億円と，増加傾向が続き，脳卒中を含む「循環器系の疾患」にかかる医療費の割合は19.7%と最も多くを占めている。今後も人口の高齢化を背景として，脳卒中をはじめとした慢性疾患患者数の増加や医療・介護費の増大が見込まれることから，脳卒中等の慢性疾患の療養生活管理は重要な課題となる。

脳卒中の療養生活管理における課題の一つに，脳卒中後のアパシー（apathy）の併発がある。アパシーは，「発動性低下」「自発性低下」「意欲低下（やる気低下）」等を主とした症候であり，内側前頭野と線条体領域の神経ネットワークの障害によって引き起こされると考えられている（Le Heron, Apps, & Husain, 2018）。「自発性低下」「意欲低下」といったアパシーの徴候は，入院中または在宅療養中の患者において，一定の割合で認められ，脳卒中後の「認知機能障害」や「うつ」との関連も指摘されている（Caeiro, Ferro, Pinho E Melo, Canhão, & Figueira, 2013b）。また，脳卒中後の身体機能の回復やQuality of Life（QOL）との負の関連（Tang, Lau, Mok, Ungvari, & Wong, 2014）も示されている。加えて，アパシーは自発性の低下，意欲の低下を示すことから，脳卒中後のリハビリテーションの遂行や，療養生活管理を阻害する要因にもなる（佐藤・原・加藤・小林，2020）。このように，脳卒中後のアパシーは一定の割合で発症し，身体・心理・社会的機能，QOL，療養生活管理に影響することから，脳卒中後の療養生活において，アパシーの発症予防，早期発見・治療，症状マネジメント等の療養生活管理の方法を確立する必要がある。

前述のように，アパシー発症の神経基盤は明確になりつつあり，近年は，神経ネットワークの障害に対する薬物療法に関する研究知見が散見される。しかし，このような治療法についてもエビデンスの構築過程にあると推察され，日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン［追補2019］委員会（2019）による脳卒中治療ガイドライン2015第3版［追補2019対応］において，アパシーに対する治療や療養生活管

理に関する事項は掲載されていない。つまり，現段階で，脳卒中後のアパシーの発症メカニズムや，治療法，療養生活管理の方法については十分に明らかになっていないと推察された。

2020年 4 月現在，脳卒中後のアパシーに関する国内外の文献を網羅的にレビューした文献は検索されず，脳卒中後のアパシーに関して，どのような研究が行われ，何がどこまで明確になっているか，また，アパシーの発症予防・改善が期待できる介入方法については明確になっていなかった。したがって，本研究では，脳卒中後のアパシーの予防・改善に向けた療養生活管理への示唆を得るために，脳卒中後のアパシーに関する国内外の研究内容と文献件数の年次推移，脳卒中後のアパシーの実態，および，アパシーの予防・改善が期待できる介入方法を明らかにすることを目的とした。

Ⅰ．研究方法

1．文献検索方法

⑴　文献検索データベース

「PubMed」「医学中央雑誌（医中誌Web）」を用いて，各データベースの収録開始年から2020年 4 月まで（検索日：2020年 4 月13日）に収録された文献を検索対象とした。

⑵　検 索 語

PubMedにおいては，検索語を「stroke」と「apathy」とし，「Journal Article（学術誌）」に限定して「AND」検索を行った。医学中央雑誌においては，検索語を「脳卒中」と「アパシー／意欲低下」とし，「原著論文」に限定して「AND」検索を行った。

⑶　文献の抽出・除外基準

PubMedにおいては，前述の検索式で検索された文献のうち，①タイトルに「apathy」を含む文献，②脳卒中患者を対象とした，脳卒中後のアパシーに関する文献，といった 2 つの抽出基準を満たす文献を抽出した。

医学中央雑誌においては，前述の検索式で検索された文献のうち，①学術誌に掲載されている文献，②タイトルに「アパシー（apathy）／意欲低下」「発動性低下」「自発性低下」「意欲」「やる気」という用語を含む文献，③脳卒中患者を対象とした，脳卒中後のアパシーに関する文献，といった 3 つの抽出基準を満たす文献を抽出した。

なお，タイトルに「アパシー（apathy）／意欲低下」「発動性低下」「自発性低下」「意欲」「やる気」という用語を含まないために除外された文献の中に，脳卒中後のアパシーに関する文献が含まれていないことを確認した。

2．分析対象文献

PubMedにおいて，「stroke AND apathy」という検索式で検索し，「Journal Article（学術誌）」に限定すると，285件が検索された。このうち，タイトルに「apathy」という用語を含む文献が102件抽出された。さらに，脳卒中患者を対象とした，脳卒中後のアパシーに関する文献は68件となった。

医学中央雑誌において，「脳卒中 AND アパシー／意欲低下」という検索式で検索し，「原著論文」に限定すると，105件が検索された。さらに，学術誌のみ選択すると29件となり，タイトルにアパシー等，前述の文献抽出基準に示した用語を含む文献が 7 件抽出された。この 7 件は全て脳卒中患者を対象とした，脳卒中後のアパシーに関する文献であった。

PubMedから抽出された68件，医学中央雑誌から抽出された 7 件，計75件を分析対象文献とした。分析対象文献の抽出過程は**図 1** に示す。

3．分析方法

脳卒中後のアパシーに関する研究内容を明らかにするために，分析対象文献全75件の文献のタイトルと抄録，抄録のみで内容を判断できない場合は本文全体を精読し，文献内容の類似性に基づいて分類し，分類名をつけた。また，分類ごとに，文献件数の年次推移をカウントした。さらに，国内外の研究の動向を比較するため，分類ごとに国内における研究の占める割合を算出した。

脳卒中後のアパシーの実態を明らかにするために，エビデンスレベルが高とされる（Grove, Burns, & Gray, 2013/2015），システマティックレビュー，メタアナリシスの結果を要約して記述した。さらに，実態調査の結果明らかになっている脳卒中後のアパシーに関連する要因を図式化した。

アパシーの発症予防・改善が期待できる介入方法を明らかにするために，無作為化比較試験を行った介入研究の結果を要約して記述した。

4．倫理的配慮

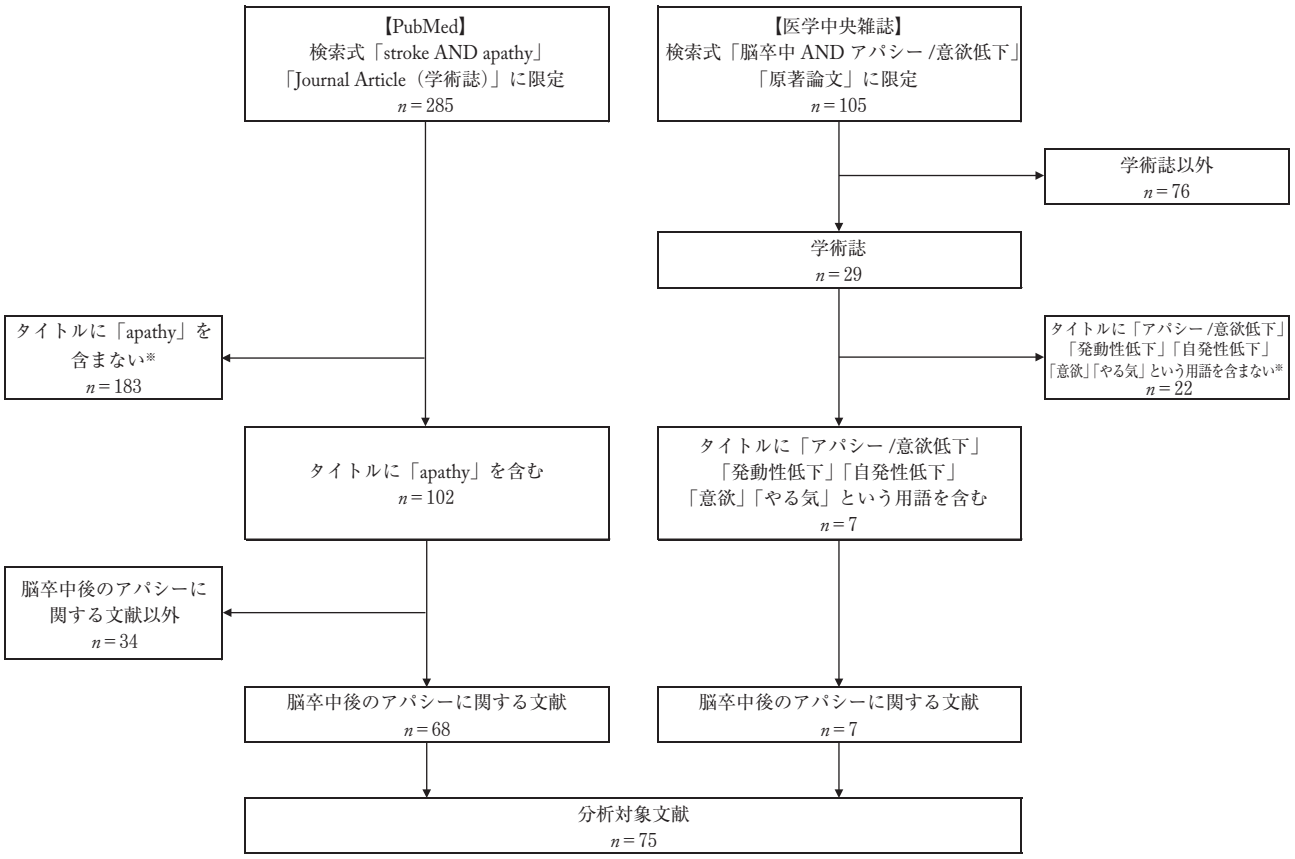
文献内容の要約に際しては，文献内容を精読し，内容に忠実に要約した。

Ⅱ．研究結果

1．脳卒中後のアパシーに関する研究内容

全75文献のタイトルと抄録から，また，抄録で判断できない場合は本文を精読し，研究内容の類似性に基づいて分類した。以下，【　】は分類名を示す。

研究内容は，【アパシーに関するレビュー・総説】 9 件，



※タイトルに「アパシー」等を含まないために除外された文献の中に，脳卒中後のアパシーに関する文献が含まれていないことを確認した。

図 1　分析対象文献の抽出過程

【アパシー発症メカニズム】14件，【アパシーの治療】14件，【アパシー評価スケール・評価指標】 7 件，【アパシーの実態】12件，【アパシーとその関連要因】15件，【アパシーに関するシステマティックレビュー・メタアナリシス】 2 件，【アパシーに対する治療を除く介入研究】 2 件に分類された（**表 1** ）。

【アパシーに関するレビュー・総説】に分類された 9 件のうち， 8 件は主としてアパシーの「病態」に関するレビュー・総説であった（Starkstein, & Manes, 2000; Jorge, Starkstein, & Robinson, 2010; Hama, Yamashita, Yamawaki, & Kurisu, 2011; Kutlubaev, & Akhmadeeva, 2012; van Dalen, Moll van Charante, Nederkoorn, van Gool, & Richard, 2013; Quattrocchi, & Bestmann, 2014; López-Dóriga, & Andrino, 2016; Tay, et al., 2020）。脳卒中後のアパシーの発症メカニズムについては，「脳病変モデル」では完全に説明することができず，「神経ネットワークの障害」が関与する可能性が近年，新たに報告されていた（Tay, et al., 2020）。その他，脳卒中後のアパシーに対する療養生活管理への示唆を得るために，主として介入研究に焦点を当てた国内文献のレビューが 1 件報告されており，「患者が価値を置く役割」や「余暇活動・趣味活動」を用いた介入方法が示唆されていた（小浜・日高，2015）。

【アパシー発症メカニズム】については，主として，画像マーカーを用いることで，脳卒中の病変部や，脳血流量とアパシーの関連が調査されていた。その結果，脳卒中後のアパシーの発症には，大脳基底核部の低灌流を伴うこと（Onoda, et al., 2011），また，大脳基底核部の報酬系ネットワークの障害についても報告されていた（Rochat, et al., 2013; Lisiecka-Ford, et al., 2018 ）。

【アパシーの治療】は，さらに「薬物療法」と「頭蓋磁気刺激療法」に分類された。薬物療法においては，ドパミン作動薬（Kohno, et al., 2010），抗うつ薬（Mikami, 2013a），抗血小板剤（豊田ほか，2011）等のアパシー治療効果が報告されていた。また，頭蓋磁気刺激療法によるアパシー治療効果が報告されていた（Mitaki, Onoda, Abe, Oguro, & Yamaguchi, 2016; Sasaki, et al., 2017; 佐藤・浅井ほか，2017）。

【アパシー評価スケール・評価指標】については，1991年にアパシー尺度が開発され（Marin, Biedrzycki, & Firinciogullari, 1991），国内では1998年に日本語版アパシー尺度「やる気スコア」が開発されていた（岡田・小林・青木・須山・山口，1998）。その他，アパシーの評価指標と

表1　脳卒中後のアパシーに関する研究内容の分類（PubMed68件，医学中央雑誌7件，計75件）

研究内容		著者（発行年）	件数
アパシーに関するレビュー・総説		Starkstein SE（2000），Jorge RE（2010），Hama S（2011），Kutlubaev MA（2012），van Dalen JW（2013），Quattrocchi G（2014），小浜（2015），López-Dóriga Bonnardeaux P（2016），Tay J（2020）	9
アパシー発症メカニズム		Okada K（1997），Yamagata S（2004），Brodaty H（2005），Glodzik-Sobanska L（2005），Onoda K（2011），Tang WK（2013），Rochat L（2013），Matsuoka K（2015），Yang SR（2015），Yang S（2015），Mihalov J（2016），Tang WK（2018），Lisiecka-Ford DM（2018），Douven E（2020）	14
アパシーの治療	薬物療法	Catsman-Berrevoets CE（1988），Watanabe MD（1995），Spiegel DR（2009），Robinson RG（2009），Kohno N（2010），豊田（2011），Autret K（2013），Mikami K（2013a），Starkstein SE（2016），宮森（2017），Aragona B（2018）	14
	頭蓋磁気刺激療法	Mitaki S（2016），Sasaki N（2017），佐藤（2017）	
アパシー評価スケール・評価指標		Marin RS（1991），岡田（1998），Lueken U（2006），Sagen U（2010），Cosin C（2015），Goldfine AM（2016），Chen L（2018）	7
アパシーの実態		Starkstein SE（1993），Jarzebska E（2007），Mayo NE（2009），Petrova EA（2012），Caeiro L（2012），Brodaty H（2013），Yang SR（2013），Caeiro L（2013a），Ioannidis AE（2013），Spalletta G（2013），Kennedy JM（2015），Carnes-Vendrell A（2019）	12
アパシーとその関連要因	うつとの関連	Marin RS（1994），Withall A（2011）	15
	疲労・うつとの関連	Douven E（2017a）	
	パーソナリティ特性の関連	Douven E（2018）	
	機能回復との関連	青山（1998），Hama S（2007），Santa N（2008），Mikami K（2013b），Harris AL（2014），van Almenkerk S（2015），Fishman KN（2018），Fishman KN（2019）	
	希死念慮との関連	Tang WK（2015）	
	QOLとの関連	Tang WK（2014），北地（2014）	
アパシーに関するシステマティックレビュー・メタアナリシス		Caeiro L（2013b），Douven E（2017b）	2
アパシーに対する治療を除く介入研究		Skidmore ER（2015），Chen L（2019）	2

して，入院時のHospital Anxiety and Depression Scaleを用いて退院後のアパシーリスク評価をした文献（Sagen, et al., 2010），睡眠／覚醒リズム異常（Cosin, et al., 2015）やアクティメーター（Goldfine, et al., 2016），C-Reactive Protein（CRP）（Chen, et al., 2018）を用いてアパシーの定量化を試みた研究が報告されていた。

【アパシーの実態】については，アパシーの発症頻度，発症後の経過について，横断的，または，縦断的な実態調査が行われていた。アパシー発症頻度については，脳卒中後10日以内の急性期において22.5%（n=80）（Starkstein, Fedoroff, Price, Leiguarda, & Robinson, 1993），脳卒中後4日以内の急性期において38.3%（n=94）（Caeiro, Ferro, & Figueira, 2012），急性期リハビリテーションを受けている患者において28%（n=94）（Kennedy, Granato, & Goldfine, 2015）といった報告があり，急性期においては，2割から4割弱の保有率であることが報告されていた。また，アパシー発症後の経過については，縦断調査により，アパシーの割合と重症度は5年間で上昇することが明らかになっていた（Brodaty, Liu, Withall, & Sachdev, 2013）。慢性期のアパシーの発症率に関する大規模な実態調査結果は報告されていなかった。

【アパシーとその関連要因】については，「アパシー」と「うつ」の「独立性」に関する研究（Marin, Firinciogullari, & Biedrzycki, 1994; Withall, Brodaty, Altendorf, & Sachdev, 2011）により，アパシーと「うつ」の病態は明確に異なることが示されていた。また，アパシーと「機能回復」の関連を調査した複数の文献で，アパシーは脳卒中後の機能回復に負の影響を及ぼすことが報告されていた（青山・小林・岡田・卜蔵・山口，1998；Hama, et al., 2007; Santa, et al., 2008; Harris, Elder, Schiff, Victor, & Goldfine, 2014）。

【アパシーに関するシステマティックレビュー・メタアナリシス】では，アパシーの実態とその関連要因（Caeiro, et al., 2013b），また，アパシーと脳病変の関連について報告されていた（Douven, et al., 2017b）。

【アパシーに対する治療を除く介入研究】については，2件のみであり，いずれもリハビリテーション介入によるアパシーの改善効果が報告されていた（Skidmore, Whyte, Butters, Terhorst, Reynolds, 2015; Chen, et al., 2019）。

2．研究内容別の脳卒中後のアパシーに関する文献件数の年次推移

研究内容別の脳卒中後のアパシーに関する文献件数の年次推移は**図2**に示す。脳卒中後のアパシーに関する文献は1988年以降に報告されていた。1988～2008年までは毎年0～2件の文献が報告されていた。2009年～2012年は毎年3～4件ずつ報告され，2013年には12件と多くの報告があった。しかし，2014年以降は毎年3～9件程度にとどまっており，近年の文献件数の増加は緩やかであった。

内容別に見ると，【アパシーに関するレビュー・総説】【アパシー発症メカニズム】【アパシーの治療】【アパシー評価スケール・評価指標】【アパシーの実態】【アパシーとその関連要因】に関する研究知見が積み重ねられていた。一方で，【システマティックレビュー・メタアナリシス】は，2013年1件，以降2020年（4月まで）までに2件のみ報告されていた。また，【アパシーに対する治療を除く介入研究】は，2015年に1件，以降2020年（4月まで）までに2件のみ報告されていた。近年，国外でシステマティックレビューやメタアナリシス，介入研究が行われているが，これらの研究件数は非常に少ないことが明らかになった。

3．国内の脳卒中後のアパシーに関する研究の動向

脳卒中後のアパシーに関する文献，全75件中，国内における研究は，医学中央雑誌から抽出された7件，PubMedから抽出された12件の，計19件であり，全体の25.3％を占めていた。内容別に見ると，【アパシーに関するレビュー・総説】9件中2件（22.2％），【アパシー発症メカニズム】14件中4件（28.6％），【アパシーの治療】14件中7件（50.0％），【アパシー評価スケール・評価指標】7件中1件（14.3％），【アパシーの実態】12件中0件（0.0％），【アパシーとその関連要因】15件中5件（33.3％），【アパシーに関するシステマティックレビュー・メタアナリシス】2件中0件（0.0％），【アパシーに対する治療を除く介入研究】2件中0件（0.0％）が，国内における研究であった。日本語版のアパシー評価スケール「やる気スコア」（岡田ほか，1998）の開発等，国内の同一研究機関により，組織的に複数の研究知見が積み重ねられているケースが認められた。国内においては，アパシーの発症メカニズムや治療に関する知見が積み重ねられている一方で，アパシーの実態，システマティックレビュー・メタアナリシス，介入研究は報告されていなかった。

4．脳卒中後のアパシーの実態

脳卒中後のアパシーの実態を明らかにするために，エビデンスレベルが高いとされる（Grove, et al., 2013/2015），システマティックレビュー，メタアナリシスの結果を要約した（**表2**）。

アパシーの発症率については，26文献，患者2,221名の分析の結果，急性期・亜急性期のアパシー発症率は，36.3％（範囲15.2～71.1％，95％ CI 30.3–42.8％，I^2＝46.8％）と，高い割合で発症することが明らかになっていた（Caeiro, et al, 2013b）。慢性期の発症率については，十分なデータがなく，明確になっていなかった。

アパシーと「脳卒中発症後の時間」との関連について

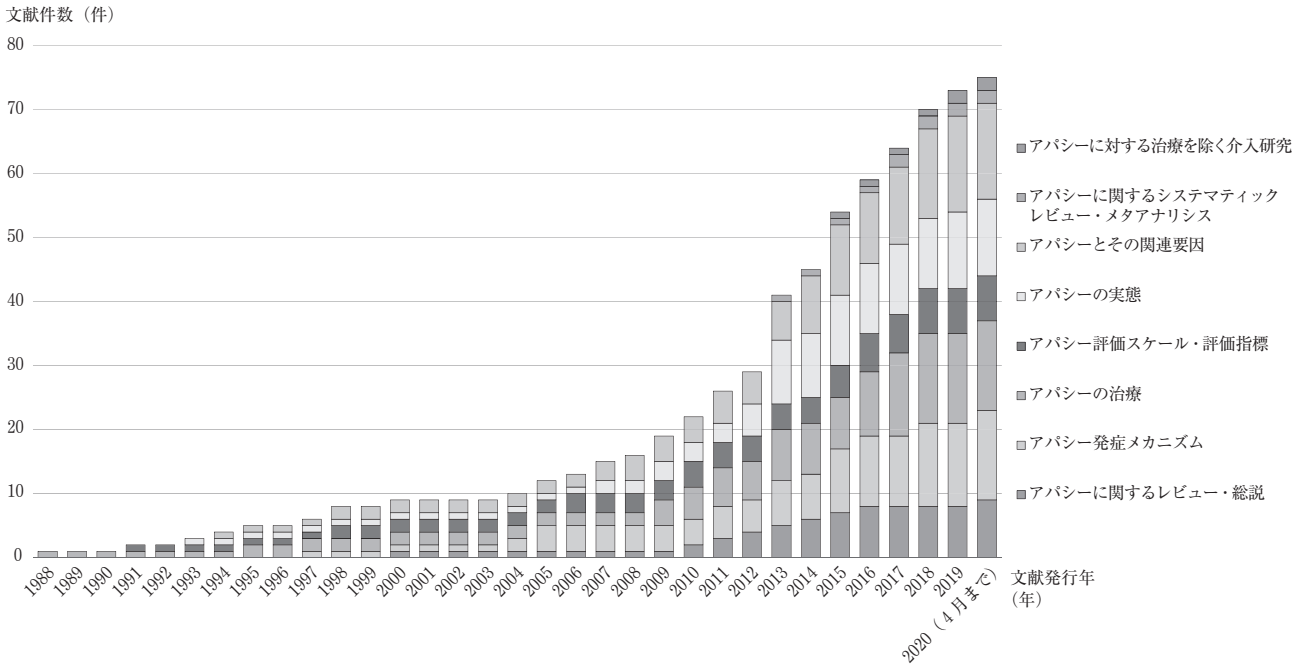


図2　研究内容別の脳卒中後のアパシーに関する文献件数の年次推移（累積）

表 2　脳卒中後のアパシーに関するシステマティックレビュー・メタアナリシスの概要

著者（発行年）	目的	サンプル数	結果
Caeiro L, et al.（2013b）	・脳卒中後のアパシー発症頻度と関連因子を明らかにする。 ・アパシーがアウトカム不良に関連しているかを明らかにする。	19の研究（26文献）（2,221人の患者）	・個々の研究のアパシー発症率の範囲は15.2～71.1%。 ・全体のアパシー発症率は36.3%（95%CI 30.3–42.8%；I^2＝46.8%）。 ・脳卒中発症後の時間によってアパシー発症率に差はない。 急性期脳卒中39.5%（95%CI 28.9–51.1%; I^2＝47.0%），急性期後34.3%（95%CI 27.8–41.4%; I^2＝45.7%）。 ・再発脳卒中のアパシー発症率は有意に高い。 初発脳卒中27.1%（95%CI 18.0–38.7%; I^2＝47.7%），再発脳卒中41.6%（95%CI 35.0–48.6%；I^2＝44.9%）。 ・若年患者と高齢患者による差はない。また，アパシー発症率と患者の平均年齢に有意な関連はない。 若年患者（＜65歳）は41.7%（95%CI 32.1–52.0%; I^2＝46.7%），高齢患者（＞65歳）32.4%（95% CI 25.8–39.8%; I^2＝45.7%）。 ・アパシー患者は，非アパシー患者より2.74歳（95%CI 1.25–4.23; I^2＝0%）年長。 ・アパシー発症リスクに性差はない。 女性OR 1.07（95%CI 0.80–1.42; I^2＝0%），男性OR 0.88（95%CI 0.66–1.17; I^2＝0%）。 ・左側病変・右側病変によるアパシー発症リスクの差はない（OR 1.14，95% CI 0.60–2.15）。ただし，有意な不均一性が存在する（I^2＝63%）。 ・出血性・虚血性脳卒中によるアパシー発症リスクの差はない（OR 1.16，95%CI 0.25–5.26）。ただし，高い不均一性が存在する（I^2＝79%）。 高い不均一性の背景には，年齢が影響しており，若年患者においては出血性脳卒中のアパシー発症リスクが高く，高齢患者においては虚血性脳卒中のアパシー発症リスクが高い。 ・アパシー患者は非アパシー患者よりもうつのリスクが高い（OR 2.29，95% CI 1.41–3.72; I^2＝44%）。 ・アパシー患者は非アパシー患者よりも認知機能障害のリスクが高い（OR 2.90，95%CI 1.09–7.72; I^2＝14%）。 ・臨床的アウトカムの重症度（Modified Ranking Scale, Johns Hopkins Functioning Inventory, Instrumental Activities of Daily Living, Functional Independence Measurement, Barthel Index）は，アパシー患者と非アパシー患者間で差はない。ただし，有意な不均一性が存在する（I^2＝86%）。有意な？不均一性の背景には，脳卒中の既往と年齢が影響する。
Douven E, et al.（2017b）	・脳卒中後のアパシー・うつと脳の病変との関連を明らかにする。	メタアナリシスで用いた文献86の研究（うつ74件，アパシー12件）	・左側病変・右側病変による，アパシー発症リスクの差はない（OR 1.16, 95%CI 0.62-2.18; I^2＝63.5%）。 ・急性期脳卒中においては，出血性脳卒中のアパシー発症リスクが高い（OR 2.58, 95%CI 1.18-5.65; I^2＝0.0%）。 ・亜急性期脳卒中においては，虚血性脳卒中のアパシー発症リスクが高い（OR 0.20, 95%CI 0.06-0.69; I^2＝0.0%）。 ・前頭野病変・非前頭野病変による，アパシー発症リスクの差はない（OR 0.84, 95%CI 0.44-1.59; I^2＝0.0%）。 ・皮質下病変・非皮質下病変による，アパシー発症リスクの差はない（OR 1.03, 95%CI 0.38-2.80; I^2＝0.0%）。 ・大脳基底核病変・非大脳基底核病変による，アパシー発症リスクの差はない（OR 1.32, 95%CI 0.79-2.21; I^2＝0.0%）。 ・慢性期の脳卒中後のアパシーに関する研究データは報告されていない。 ・亜急性期脳卒中においては，うつは，前頭野病変（OR 1.72, 95%CI 1.34–2.19），大脳基底核病変（OR 2.25, 95%CI 1.33–3.84）と関連。

は，正の相関があり，脳卒中発症後 2 年以降でアパシー発症率が増加する（青山ほか，1998，p240）といった，急性期以降のアパシー発症率が高いことが複数の文献で報告されていた。一方で，メタアナリシスでは，「脳卒中発症後の時間」によるアパシー発症率の差は見出されていなかった（Caeiro, et al, 2013b）。

アパシーと「脳病変」との関連については，大脳基底核の低灌流を伴うこと（Onoda, et al., 2011）や，大脳基底核の報酬系ネットワークの障害について報告されていた（Rochat, et al., 2013; Lisiecka-Ford, et al., 2018 ）。一方で，メタアナリシスでは，大脳基底核病変・非大脳基底核病変で，アパシー発症リスクに差は見出されていなかった（OR 1.32, 95%CI 0.79-2.21; I^2＝0.0%）（Douven, et al., 2017b）。また，右側・左側病変，前頭野・非前頭野病変，皮質下・非皮質下病変によるアパシー発症リスクの差を報告した文献が複数ある一方で，メタアナリシスではそれらの病変部位による差は見出されていなかった（Douven, et al., 2017b）。

アパシーと「脳卒中病型」との関連については，急性期脳卒中においては，出血性脳卒中のアパシー発症リスクが

高く（OR 2.58, 95% CI 1.18-5.65; I^2=0.0%），亜急性期脳卒中においては，虚血性脳卒中のアパシー発症リスクが高い（OR 0.20, 95% CI 0.06-0.69; I^2=0.0%）ことが報告されていた（Douven, et al., 2017b）。一方で，出血性脳卒中・虚血性脳卒中によるアパシー発症リスクの差はないという報告もあった（Caeiro, et al., 2013b）。ただし，この結果には，高い不均一性（I^2=79%）が存在する。その背景として，若年患者においては出血性脳卒中のアパシー発症リスクが高く，高齢患者においては虚血性脳卒中のアパシー発症リスクが高いことが影響していると示されていた（Caeiro, et al., 2013b）。

対象特性に関しては，性別によるアパシー発症リスクの差はないことが報告されていた（Caeiro, et al., 2013b）。アパシー発症リスクに差が認められた因子には，「脳卒中発症回数（初発・再発）」「うつ」「認知機能障害」であり，再発脳卒中，うつ，認知機能障害のある患者でアパシー発症リスクが高いことが明らかになっていた（Caeiro, et al., 2013b）。

臨床的アウトカムの重症度については，アパシーは脳卒中後の機能回復に負の影響を及ぼす報告（青山ほか，1998；Hama, et al., 2007; Santa, et al., 2008; Harris, et al., 2014）が複数ある一方で，メタアナリシスでは，アパシー患者・非アパシー患者で臨床的アウトカムの重症度の差は見出されていなかった（Caeiro, et al., 2013b）。ただし，この結果には不均一性が存在し，不均一性の背景には，臨床的アウトカムの重症度と脳卒中の既往，年齢との関連が示されていた（Caeiro, et al., 2013b）。

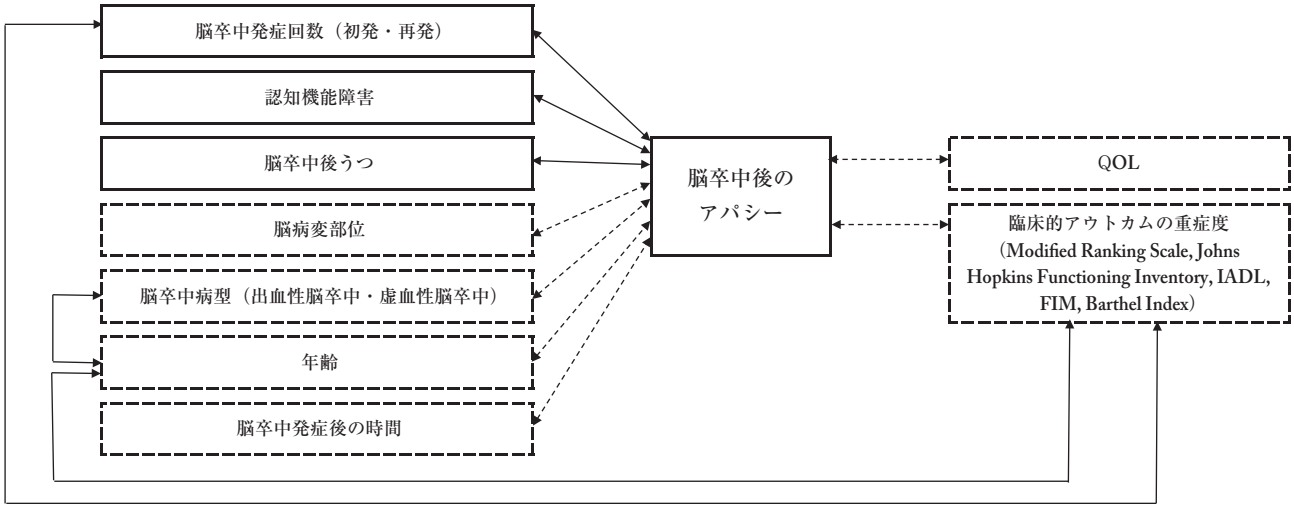
上記の結果から，脳卒中後のアパシーの実態として，急性期・亜急性期のアパシー発症率は4割弱，アパシーには「脳卒中発症回数 」「うつ」「認知機能障害」が関連することは明らかになっていたが，アパシーと「年齢」「脳卒中病型」「脳卒中部位」「脳卒中発症後の時間」「臨床的アウトカムの重症度」との関連については研究知見が一致しておらず，実態は十分に明らかになっていないことが明確になった。特に慢性期のデータの不足，脳卒中後のアパシーと心理・社会的側面との関連に関するデータが不足していた。これらの結果を基に，脳卒中後のアパシーに関連する要因を図式化したものを**図3**に示す。

5．アパシーの発症予防・改善が期待できる介入方法

前述のレビュー結果から，アパシー発症リスクに関連する要因として，「脳卒中発症回数」「うつ」「認知機能障害」があることから，脳卒中の再発予防や，脳卒中後の機能障害に対する介入を行うことで，脳卒中後のアパシーを予防・改善することが期待できる。

さらに，アパシーの発症予防・改善が期待できる介入方法を明らかにするために，無作為化比較試験を行った介入研究の結果を要約した（**表3**）。

通常のリハビリテーションに加えて，問題解決療法（plobrem solving therapy）と行動活性化（behabioral activation）の概念・モデルを介入の基盤に置いたStrategy trainingを1日1回，1回45分，週5日間実施した介入群は，通常のリハビリテーションに加えて，リフレクティブリスニング（reflective listening）を同じ時間実施した対照群と比べ



—（実線）：メタアナリシスで明確に示されている結果。
…（点線）：メタアナリシスで結果が分かれている，または，
メタアナリシスでは説明できていないが，
先行研究で報告されている結果。

図3　脳卒中後のアパシーとその関連要因

表 3　脳卒中後のアパシーに関する介入研究（無作為化比較試験）の概要

著者（発行年）	研究目的	研究対象		介入実施者	介入の基盤となる概念・モデル等	介入内容	アウトカム	介入結果
		適格基準	対象数					
Skidmore ER, et al.（2015）	Strategy training の脳卒中後アパシーに対する効果を明らかにする。	【適格基準】 ・リハビリテーション病院に入院中の急性期脳卒中患者30名 ・認知機能障害を有する者（Quick Executive Interview ≥3） 【除外基準】 ・重度の失語症（Boston Diagnostic Aphasia Examination Severity Rating Scale ≤ 1） ・脳卒中発症前に認知症の診断を受けた者 ・大うつ病，双極性障害，精神障害 ・薬物依存 ・5日未満の予定入院期間	介入群 15名 対照群 15名	訓練を受けたリハビリテーション担当者	・問題解決療法 plobrem solving therapy ・行動活性化 behabioral activation	【介入群】 ・通常のリハビリテーション ・1日1回，1回45分，週5日間，入院期間を通した Strategy training ・リハビリテーションで取り組む4～6つの目標を設定。 ・自己戦略方法である Goal-Plan-Do-Check を用いて，患者自らが，計画立案，実施，評価を行う。 ・介入実施者は，患者の目標達成に向けて患者をコーチングする。 【対照群】 ・通常のリハビリテーション ・1日1回，1回45分，週5日間，入院期間を通したリフレクティブリスニング（reflective listening） ・リハビリテーションで取り組む4～6つの目標を設定。 ・患者の自己目標とリハビリテーション体験に焦点を当てたリフレクティブリスニングを行う。 ・介入実施者は，患者の自由な語りを促し，積極的な傾聴でファシリテートする。	入院時，3か月後，6か月後 の Apathy Evaluation Scale（Marin RS, 1991）	・対象者の属性において，介入群は対照群より有意に脳卒中重症度（NIHSS）が高かった。その他の属性に差はなかった。 ・入院時，3か月後，6か月後において，時間経過に伴うアパシースコアの変化は，介入群と対照群で有意に異なっていた。group*time interaction（$F_{2,28}=3.61$, $p=.040$） ・入院時と3か月後のアパシースコアは，両群間で有意差が認められた（$d=-0.99$, $t_{28}=-2.64$, $p=.013$）。 ・入院時と6か月後のアパシースコアは，両群間で有意差は認められなかった。（$d=-0.70$, $t_{28}=-1.86$, $p=.073$） ・サンプルサイズが小さく，分析を行わなかったが，両群間の差は認知機能（Apathy Evaluation Scale items 1, 3–5, 8, 11, 13, 16），行動機能（Apathy Evaluation Scale items 2, 6, 9, 10, 12）の差によって引き起こされた可能性がある。
Chen L, et al.（2019）	4週間の Motor Relearning Program は，Bobarth approach よりも，12カ月間のフォローアップにおけるアパシー予防効果が高いという仮説を検証すること。	【適格基準】 ・発症から7日以内の初発脳卒中 ・18歳以上 ・体温・脈拍・呼吸・血圧が安定 ・研究に同意した者 【除外基準】 ・コミュニケーション障害，認知機能障害により，質問紙に回答できない者 ・終末期，パーキンソン病などアパシーを引き起こす病態 ・血栓溶解療法 ・脳卒中前からアパシー ・統合失調症，うつ，不安など精神疾患 ・研究に同意しなかった者	介入群（Motor Relearning Program）245名 対照群（Bobarth approach）243名	理学療法士	・Motor Relearning Program ・Bobarth approach	【介入群】 ・1回40分，週5日間，4週間の Motor Relearning Program（Langhammer B, et al., 2000） ・脳卒中 患者に対する標準的な理学療法 【対照群】 ・1回40分，週5日間，4週間の Bobarth approach（Tekin F et al., 2018） ・脳卒中患者に対する標準的な理学療法	ベースライン，脳卒中後1か月・3か月・6か月・9か月・12か月後の，Apathy Evaluation Scale（Marin RS, 1991）	・介入群，対照群で対象者の属性に有意差はなかった。 ・介入群，対照群ともに，1か月後から12か月後にかけてアパシースコアは低下した。（ただし，対照群の1か月後から3か月後のみアパシースコアは増加） ・1か月・3か月・6か月・9か月・12か月のいずれの時点においても，介入群のアパシースコアが有意に低かった。 ・ベースライン時からアパシー発症までの時間は，介入群3.93±3.26か月，対照群4.17±3.32か月で，有意差はなかった（$t=-.500$, $p=.617$）。 ・多変量解析の結果，対照群は介入群より，1.629倍アパシー発症リスクが高かった（$p=.005$）。 ・アパシー発症患者のうち，うつの併発例を除いた介入群45名，対照群64名の計109名のサブ解析の結果においても，対照群は介入群より，1.653倍アパシー発症リスクが高かった（$p=.010$）。

て，入院時と3か月後，アパシースコアの変化量に有意差が認められた（Skidmore, et al., 2015）。また，入院時，3か月後，6か月後の時間経過に伴うアパシースコアの変化は，介入群と対照群で有意に異なっていた（group*time interaction $F_{2,28}=3.61, p=.040$）（Skidmore, et al., 2015）。いずれも介入群の方がより良い状態を示した。

また，通常のリハビリテーションに加えてMotor Relearning Programを1回40分，週に5日間，計4週間実施した介入群は，通常のリハビリテーションに加えてBobarth approachを同じ時間実施した対照群と比べて，脳卒中発症後1か月・3か月・6か月・9か月・12か月のいずれの時点においても，介入群のアパシースコアが有意に低く，介入群がより良い状態であることを示していた（Chen, et al., 2019）。さらに，対照群は介入群より1.629倍アパシー発症リスクが高かった（Chen, et al., 2019）。

アパシーの予防・改善効果が認められた「問題解決療法」は，D'Zurilla & Goldfried（1971）によると，「認知行動理論」に基づく療法であり，「問題提起」「問題の明確化と定型化」「代替可能な解決策の産出」「意思決定」「解決策の実施と検証」といった5つの要素からなるプログラムである。問題解決療法は，Bell & D'Zurilla（2009）のメタアナリシスにおいて，「うつ」に対する治療効果が検証されている。「行動活性化療法」も同様に，「認知行動理論」に基づく療法であり，うつに対する治療効果が報告されている（岡島・国里・中島・高垣，2011）。一方，「Motor Relearning Program」は，リハビリテーションプログラムであり，Langhammer & Stanghelle（2000）により，入院期間の短縮や，身体機能の改善についての介入効果が検証されている。

アパシーの予防・改善効果が認められた2つの無作為化比較試験（Skidmore, et al., 2015; Chen, et al., 2019）は，いずれも入院中のリハビリテーション介入であり，トレーニングを受けたセラピストによって実施されていた。両者に共通する介入方法は，認知行動療法，問題解決のプロセスを踏むことであった。また，患者の主体的な計画実践による行動の活性化が求められていた。いずれの無作為化比較試験においても，盲検化は行われておらず，情報バイアスの可能性は否定できなかった。また，最もエビデンスレベルが高いとされる（Grove, et al., 2013/2015）無作為化比較試験のシステマティックレビュー・メタアナリシスは行われておらず，研究結果の一般化には限界があった。このような限界があるものの，2つの無作為化比較試験（Skidmore, et al., 2015; Chen, et al., 2019）の結果からは，認知行動療法，問題解決プロセスの促進，行動の活性化によるアパシーの予防・改善が期待されることが明らかになった。

Ⅲ．考　察

脳卒中後のアパシーに関する「国内外」の研究内容，文献件数の年次推移については，文献は1988年以降に報告され，アパシーの発症メカニズム，実態調査，治療（薬物療法等）に関する知見が積み重ねられていた。また，これらの知見を基に，2013年以降にはアパシーの実態に関するシステマティックレビュー・メタアナリシスが報告されていた。さらに，近年はアパシーの予防・改善を目的とした介入研究（非薬物療法）が行われていた。ただし，介入研究の件数は，現段階では非常に少なく，最もエビデンスレベルが高いとされる（Grove, et al., 2013/2015）無作為化比較試験のメタアナリシスは行われていなかった。近年，文献件数の増加は緩やかであるが，アパシーは脳卒中後のリハビリテーションの遂行や，療養生活管理を阻害する要因にもなるため（佐藤ほか，2020），今後もこれらの知見に基づく研究を積み重ねていくことが期待される。

「国内」の研究の動向については，脳卒中後のアパシーに関する文献全体において，国内の研究が占める割合は約4分の1と高く，アパシーの発症メカニズムや治療に関する知見が積み重ねられていた。国内における研究割合が高い要因としては，国内の同一研究機関により，組織的に複数の研究知見が積み重ねられていたためであると考えられた。アパシーの発症メカニズムや治療に関する知見が報告されている一方で，国内においては，アパシーの実態を示す大規模調査は行われていなかった。脳卒中後のアパシーには，脳の器質的な障害に加えて，年齢等のパーソナリティ特性や，心理社会的側面が影響することが複数の研究で報告されていることから，諸外国と比較して人口の高齢化率が高い我が国において，大規模な実態調査を行うことで，アパシーの発症頻度や経過等を明らかにすることが期待される。また，国内においては，システマティックレビュー・メタアナリシス，非薬物療法に関する介入研究は報告されていなかったことから，今後，実態調査と共に，介入研究の知見を積み重ねていくことも必要である。

脳卒中後のアパシーの実態については，脳卒中急性期・亜急性期のアパシー発症頻度，および，脳卒中後のアパシーと「脳卒中発症回数」「うつ」「認知機能障害」との関連については明確になっていた。一方で，アパシーと「脳病変部位」，「脳卒中病型」，「年齢」，「脳卒中発症後の時間」，「臨床的アウトカムの重症度」との関連については，十分なデータが蓄積されておらず，研究知見が一致していないことが明らかになった。特に回復期・慢性期の研究データが不足していた。また，うつを除く心理社会的側面の要因との関連も不明確であった。アパシーと「臨床的アウトカムの重症度」との関連については，データの不足か

ら十分には明らかになっていなかったが，複数の研究でその関連性が指摘されていた。また，佐藤ら（2020）は，脳卒中後の著しい意欲低下により，療養生活管理が阻害され，活動的なライフスタイルから座位中心のライフスタイルに変化した症例について報告している。脳卒中急性期・亜急性期のアパシーの発症頻度は 4 割弱（Caeiro, et al., 2013）と高い割合であることに加えて，人口の高齢化率の高い我が国においては，アパシーの併発により，在宅療養生活移行後にこのようなライフスタイルの変化をきたす症例が，一定割合で存在すると推察された。また，脳卒中をはじめとした慢性疾患においては，慢性疾患に伴う症状が相互に影響し合い，病気の状態がさらに悪化するという「悪循環」を招く（Lorig, et al., 2020）ことから，脳卒中後のアパシーの併発により，身体・心理・社会的機能の障害の悪循環が形成され，さらなる機能低下を招く可能性が考えられた。人口の高齢化に伴い，医療介護費の増大を招いている我が国においては，脳卒中後のアパシーの併発や，その後の機能低下を予防することは非常に重要な課題であると考える。そして，このような，アパシー発症後の経過や，アパシーと「臨床的アウトカムの重症度」との関連，その他，アパシーと「脳病変部位」，「脳卒中病型」，「年齢」，「脳卒中発症後の時間」，心理・社会的側面との関連等の実態が十分に明らかになっていなかったことから，今後，これらの実態の解明が求められる。

脳卒中後のアパシーの予防・改善に効果が期待できる介入方法としては，アパシー発症リスクに関連する要因として，「脳卒中発症回数」，「うつ」，「認知機能障害」があることから，脳卒中の再発予防や，脳卒中後の機能障害に対する介入を行うことで，アパシーの予防・改善が期待できることが明らかになった。また，認知行動理論に基づく「問題解決療法」「行動活性化療法」を基盤とした Strategy training（Skidmore, et al., 2015）と，Motor Relearning Program（Chen L, et al., 2019）において，アパシー予防効果が認められたことから，「認知行動療法」，「問題解決プロセスの促進」，「行動活性化」を取り入れた療養生活管理を行うことで，アパシーの予防・改善が期待できることが明らかになった。Chen ら（2019）は，自身の研究が，リハビリテーションプログラムにおいてアパシー予防効果を示した最初の研究であると述べている（p661）。リハビリテーションにおいてもアパシー予防効果が報告されたのは近年のことである。このような，アパシーの予防・改善を目的とした介入研究はいずれもセラピストによるリハビリテーション介入であり，看護介入に関する研究報告はなく，療養生活管理の方法や，看護介入方法は確立していなかった。

アパシーの予防・改善が期待できる看護介入方法としては，前述のように，脳卒中の再発予防や脳卒中後の機能障害に対する介入，「認知行動療法」，「問題解決プロセスの促進」，「行動活性化」を取り入れた療養生活管理が有効であると考えられる。加えて，慢性疾患の療養生活管理を成功させるためには，健康状態と機能状態を継続的にモニターすることも必要である（Miller, Lasiter, Ellis, & Buelowet, 2015）。健康状態と機能状態の継続的なモニタリングは，脳卒中後のアパシーの併発が，更なる機能低下を引き起こすといった，「悪循環」の形成を予防するためにも重要であると考える。これらの療養生活管理は，医療の直接的な管理下にない在宅において，長期的に実践する必要があり，療養生活管理の主体は，患者自身である。したがって，患者自身が主体的に療養生活管理に参加し，自ら療養生活上の課題に対処するスキルを獲得し，セルフマネジメントを実践する必要がある。同時に，セルフマネジメントの支援も求められる。特に，脳卒中後のアパシーは，他の症状とは異なり，患者自身が，自発性の低下や意欲の低下といったアパシーの特徴的な症状の出現に気づいて，自ら必要な支援を求めることは極めて難しいと推察される。したがって，家族等の療養生活支援者を含めた教育や，医療従事者による支援も重要である。脳卒中後のアパシーの予防・改善が期待できる「脳卒中の再発予防」，「脳卒中後の機能障害に対する介入」，「認知行動療法」，「問題解決プロセスの促進」，「行動活性化」を取り入れた包括的なセルフマネジメントプログラムを提供する必要があると考える。

脳卒中後のアパシーに関して，近年エビデンスレベルの高い研究が行われつつあるが，その実態や予防・改善が期待できる方法については，十分な科学的根拠が構築されていなかった。脳卒中後のアパシーは，リハビリテーションの遂行や療養生活管理の阻害要因となり得ることから，脳卒中後のアパシーの実態の解明と，看護介入方法の確立が期待される。

結　語

脳卒中後のアパシーに関する研究内容は，「レビュー」9 件，「発症メカニズム」14件，「治療」14件，「評価スケール」7 件，「実態」12件，「関連要因」15件，「メタアナリシス」2 件，「介入研究」2 件に分類された。文献は，1988年以降報告され，近年，システマティックレビューなど質の高い研究が行われつつあったが，アパシーの実態や介入方法に関する科学的根拠は十分に構築されていなかった。脳卒中後のアパシーの実態については，発症率は 4 割弱，発症リスクには「脳卒中発症回数」「うつ」「認知機能障害」が関連した。アパシーと「脳病変部位」，「脳卒中病型」，「年齢」，「脳卒中発症後の時間」，「臨床的アウトカム

の重症度」との関連については，知見が一致していなかった。脳卒中後のアパシーの予防・改善が期待できる介入方法については，脳卒中の再発予防や機能障害への介入，および，「認知行動療法」，「問題解決プロセスの促進」，「行動活性化」が見出された。脳卒中後のアパシーの実態解明と，看護介入方法の確立が期待される。

研究の限界

本研究結果は，PubMedと医学中央雑誌において，文献の抽出・除外基準に適合した75文献のレビュー結果であり，脳卒中後のアパシーに関する文献全てを網羅したレビューではない。しかし，研究の目的に応じて，全てを網羅的にレビューすることは必ずしも必要ではない。本研究で分析対象とした文献は，学術誌掲載論文であり，一定の質が保証された文献である。また，文献の抽出・除外過程において，抽出漏れがないように，除外された文献内容の確認も行った。したがって，本研究の目的を明らかにする点においては，75文献のレビュー結果で，一定の質は保証できる。

本研究結果から，脳卒中後のアパシーの実態や介入方法は十分に明らかになっていなかったことから，今後，これらの研究知見が積み重ねられていくことが期待される。したがって，実態調査や介入研究のレビューは随時更新する必要がある。

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。

文　献

青山晃治，小林祥泰，岡田和悟，卜蔵浩和，山口修平（1998）．脳血管障害におけるApathyとうつ状態が認知機能に与える影響．*脳卒中*，*20*(2)，239-243. https://doi.org/10.3995/jstroke.20.239

Aragona B, De Luca R, Piccolo A, Le Cause M, Destro M, Casella C, Filoni S, & Calabrò RS（2018）. Is bupropion useful in the treatment of post-stroke thalamic apathy? A case report and considerations. *Functional Neurology*. *33*(4), 213-216.

Autret K, Arnould A, Mathieu S, & Azouvi P（2013）. Transient improvement of poststroke apathy with zolpidem: a single-case, placebo-controlled double-blind study. *BMJ case reports*. pii: bcr2012007816. https://doi.org/10.1136/bcr-2012-007816

Bell AC, & D'Zurilla TJ（2009）. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis, *Clin Psychol Rev*. *29*(4), 348-353. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003

Brodaty H, Liu Z, Withall A, & Sachdev PS（2013）. The longitudinal course of post-stroke apathy over five years. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, *25*(4), 283-291. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.12040080

Brodaty H, Sachdev PS, Withall A, Altendorf A, Valenzuela MJ, & Lorentz L（2005）. Frequency and clinical, neuropsychological and neuroimaging correlates of apathy following stroke - the Sydney Stroke Study. *Psychol Med*. *35*(12), 1707-1716. https://doi.org/10.1017/S0033291705006173

Caeiro L, Ferro JM, & Costa J（2013b）. Apathy secondary to stroke: a systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc Dis*. *35*(1), 23-39. https://doi.org/10.1159/000346076

Caeiro L, Ferro JM, & Figueira ML（2012）. Apathy in acute stroke patients. *Eur J Neurol*. *19*(2), 291-297. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03508.x

Caeiro L, Ferro JM, Pinho E Melo T, Canhão P, & Figueira ML（2013a）. Post-stroke apathy: an exploratory longitudinal study. *Cerebrovasc Dis*. *35*(6), 507-513. https://doi.org/10.1159/000350202

Carnes-Vendrell A, Deus J, Molina-Seguin J, Pifarré J, & Purroy F（2019）. Depression and Apathy After Transient Ischemic Attack or Minor Stroke: Prevalence, Evolution and Predictors. *Sci Rep*. *9*(1), 16248. https://doi.org/10.1038/s41598-019-52721-5

Catsman-Berrevoets CE, & von Harskamp F（1988）. Compulsive pre-sleep behavior and apathy due to bilateral thalamic stroke: response to bromocriptine. *Neurology*. *38*(4), 647-649. https://doi.org/10.1212/wnl.38.4.647

Chen L, Xiong S, Liu Y, Lin M, Wang J, Zhong R, Zhao J, Liu W, Zhu L, & Shang X（2018）. C-Reactive Protein Can Be an Early Predictor of Poststroke Apathy in Acute Ischemic Stroke Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. *27*(7), 1861-1869. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.02.021

Chen L, Xiong S, Liu Y, Lin M, Zhu L, Zhong R, Zhao J, Liu W, Wang J, & Shang X（2019）. Comparison of Motor Relearning Program versus Bobath Approach for Prevention of Poststroke Apathy: A Randomized Controlled Trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. *28*(3), 655-664. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.11.011

C. Le Heron, M.A.J. Apps, & M. Husain（2018）. The anatomy of apathy: A neurocognitive framework for amotivated behavior. *Neuropsychologia*, *118*, 54-67. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.07.003

Cosin C, Sibon I, Poli M, Allard M, Debruxelles S, Renou P, Rouanet F, & Mayo W（2015）. Circadian sleep/wake rhythm abnormalities as a risk factor of a poststroke apathy. *Int J Stroke*. *10*(5), 710-715. https://doi.org/10.1111/ijs.12433

Douven E, Köhler S, Rodriguez MMF, Staals J, Verhey FRJ, & Aalten P. Elles（2017b）. Imaging Markers of Post-Stroke Depression and Apathy: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev*. *27*(3), 202-219. https://doi.org/10.1007/s11065-017-9356-2

Douven E, Köhler S, Schievink SHJ, van Oostenbrugge RJ, Staals J, Verhey FRJ, & Aalten P（2017a）. Temporal Associations between Fatigue, Depression, and Apathy after Stroke: Results of the Cognition and Affect after Stroke, a Prospective Evaluation of Risks Study. *Cerebrovasc Dis*. *44*(5-6), 330-337. https://doi.org/10.1159/000481577

Douven E, Staals J, Freeze WM, Schievink SH, Hellebrekers DM, Wolz R, Jansen JF, van Oostenbrugge RJ, Verhey FR, Aalten P, & Köhler S（2020）. Imaging markers associated with the development of post-stroke depression and apathy: Results of the Cognition and Affect after Stroke - a Prospective Evaluation of Risks study. *Eur*

Stroke J. 5(1), 78-84. https://doi.org/10.1177/2396987319883445

Douven E, Staals J, Schievink SHJ, van Oostenbrugge RJ, Verhey FRJ, Wetzels-Meertens S, Köhler S, & Aalten P (2018). Personality traits and course of symptoms of depression and apathy after stroke: Results of the CASPER study. *J Psychosom Res. 111*, 69-75. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.010

D'Zurilla TJ, & Goldfried MR (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology. 78*(1), 107-126. https://doi.org/10.1037/h0031360

Fishman KN, Ashbaugh AR, Lanctôt KL, Cayley ML, Herrmann N, Murray BJ, Sicard M, Lien K, Sahlas DJ, & Swartz RH (2018). Apathy, not depressive symptoms, as a predictor of semantic and phonemic fluency task performance in stroke and transient ischemic attack. *J Clin Exp Neuropsychol. 40*(5), 449-461. https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1371282

Fishman KN, Ashbaugh AR, Lanctôt KL, Cayley ML, Herrmann N, Murray BJ, Sicard M, Lien K, Sahlas DJ, & Swartz RH (2019). The Role of Apathy and Depression on Verbal Learning and Memory Performance After Stroke. *Arch Clin Neuropsychol. 34*(3), 327-336. https://doi.org/10.1093/arclin/acy044

Glodzik-Sobanska L, Slowik A, Kieltyka A, Kozub J, Sobiecka B, Urbanik A, & Szczudlik A (2005). Reduced prefrontal N-acetylaspartate in stroke patients with apathy. *J Neurol Sci. 238*(1-2), 19-24. https://doi.org/10.1016/j.jns.2005.06.004

Goldfine AM, Dehbandi B, Kennedy JM, Sabot B, Semper C, & Putrino D (2016). Quantifying Poststroke Apathy With Actimeters. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 28*(3), 199-204. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15090235

Grove SK, Burns N, & Gray JR (2013)／黒田裕子，中木高夫，逸見功　監訳 (2015). *バーンズ&グローブ看護研究入門*原著第7版：評価・統合・エビデンスの生成．東京：エルゼビア・ジャパン株式会社.

Hama S, Yamashita H, Shigenobu M, Watanabe A, Hiramoto K, Kurisu K, Yamawaki S, & Kitaoka T (2007). Depression or apathy and functional recovery after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry. 22*(10), 1046-1051. https://doi.org/10.1002/gps.1866

Hama S, Yamashita H, Yamawaki S, & Kurisu K (2011). Post-stroke depression and apathy: Interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response. *Psychogeriatrics. 11*(1), 68-76. https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00358.x

Harris AL, Elder J, Schiff ND, Victor JD, & Goldfine AM (2014). Post-stroke apathy and hypersomnia lead to worse outcomes from acute rehabilitation. *Transl Stroke Res. 5*(2), 292-300. https://doi.org/10.1007/s12975-013-0293-y

Ioannidis AE, Kimiskidis VK, Loukopoulou E, Geroukis T, Vlaikidis N, & Kosmidis MH (2013). Apathy, cognitive dysfunction and impaired social cognition in a patient with bilateral thalamic infarction. *Neurocase. 19*(5), 513-520. https://doi.org/10.1080/13554794.2012.701645

Jarzebska E (2007). [Stroke patients' apathy]. *Pol Merkur Lekarski, 22*(130), 280-282.

Jorge RE, Starkstein SE, & Robinson RG (2010). Apathy following stroke. *Can J Psychiatry. 55*(6), 350-354. https://doi.org/10.1177/070674371005500603

加藤裕司 (2021). 国循脳卒中データバンク2021編集委員会（編），*脳卒中データバンク2021* (pp.151-153). 東京：中山書店.

北地　雄，鈴木淳志，原島宏明，宮野佐年 (2014). 脳卒中後の回復期病棟入院時の身体機能面，心理・精神的側面，社会的側面，およびQuality of Lifeの関係　1．抑うつ症状とアパシー. *理学療法科学*, *29*(6), 995-1000. https://doi.org/10.1589/rika.29.995

Kennedy JM, Granato DA, & Goldfine AM (2015). Natural History of Poststroke Apathy During Acute Rehabilitation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 27*(4), 333-338. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15010001

小浜さつき，日高艶子 (2015). 日本における脳卒中発症後の自発性低下に関する研究の動向：効果的な介入の手がかりを求めて. *日本ニューロサイエンス看護学会誌*, *3*(1), 3-11.

Kohno N, Abe S, Toyoda G, Oguro H, Bokura H, & Yamaguchi S (2010). Successful treatment of post-stroke apathy by the dopamine receptor agonist ropinirole. *J Clin Neurosci. 17*(6), 804-806. https://doi.org/10.1016/j.jocn.2009.09.043

厚生労働省 (2019年3月1日). 平成29年患者調査の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/05.pdf（参照2022年4月27日）

厚生労働省 (2019年9月26日). 平成29年度国民医療費の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/17/dl/kekka.pdf（参照2022年4月27日）

Kutlubaev MA, & Akhmadeeva LR (2012). [Post-stroke apathy]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 112*(4), 99-102.

Langhammer B, & Stanghelle JK (2000). Bobath or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled study. *Clin Rehabil. 14*(4), 361-369. https://doi.org/10.1191/0269215500cr338oa

Lisiecka-Ford DM, Tozer DJ, Morris RG, Lawrence AJ, Barrick TR, & Markus HS (2018). Involvement of the reward network is associated with apathy in cerebral small vessel disease. *J Affect Disord. 232*, 116-121.

López-Dóriga Bonnardeaux P, & Andrino Díaz N (2016). [Post-stroke apathy]. *Rev Esp Geriatr Gerontol. 51*(3), 164-169. https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.002

Lorig K, Laurent D, González V, Sobel D, Minor M, & Gecht-Silver M (2020). Living a Healthy Life with Chronic Conditions, 5th Edition. 9-12, Colorado: Bull Publishing Company .

Lueken U, Seidl U, Schwarz M, Völker L, Naumann D, Mattes K, Schröder J, & Schweiger E (2006). [Psychometric properties of a German version of the Apathy Evaluation Scale]. *Fortschr Neurol Psychiatr. 74*(12), 714-722.

Marin RS, Firinciogullari S, & Biedrzycki RC (1994). Group differences in the relationship between apathy and depression. *J Nerv Ment Dis. 182*(4), 235-239. https://doi.org/10.1097/00005053-199404000-00008

Marin RS, Biedrzycki RC, & Firinciogullari S (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res. 38*(2), 143-162.

Matsuoka K, Yasuno F, Taguchi A, Yamamoto A, Kajimoto K, Kazui H, Kudo T, Sekiyama A, Kitamura S, Kiuchi K, Kosaka J, Kishimoto T, Iida H, & Nagatsuka K (2015). Delayed atrophy in posterior cingulate cortex and apathy after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry. 30*(6), 566-572. https://doi.org/10.1002/gps.4185

Mayo NE, Fellows LK, Scott SC, Cameron J, & Wood-Dauphinee S (2009). A longitudinal view of apathy and its impact after stroke. *Stroke. 40*(10), 3299-3307. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.554410

Mihalov J, Mikula P, Budiš J, & Valkovič P (2016). Frontal Cortical

Atrophy as a Predictor of Poststroke Apathy. *J Geriatr Psychiatry Neurol.29*(4), 171-176. https://doi.org/10.1177/0891988716641248

Mikami K, Jorge RE, Moser DJ, Arndt S, Jang M, Solodkin A, Small SL, Fonzetti P, Hegel MT, & Robinson RG (2013a). Prevention of poststroke apathy using escitalopram or problem-solving therapy. *Am J Geriatr Psychiatry*, *21*(9), 855-862. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.07.003

Mikami K, Jorge RE, Moser DJ, Jang M, Robinson RG (2013b). Incident apathy during the first year after stroke and its effect on physical and cognitive recovery. *Am J Geriatr Psychiatry*, *21*(9), 848-854. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.012

Miller WR, Lasiter S, Ellis RB, & Buelow JM (2015). Chronic disease self-management: a hybrid concept analysis. *Nurs Outlook*, *63*(2), 154-161. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.07.005

Mitaki S, Onoda K, Abe S, Oguro H, & Yamaguchi S (2016). The Effectiveness of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Poststroke Apathy Is Associated with Improved Interhemispheric Functional Connectivity. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, *25*(12), e219-e221. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.05.014

宮森政志（2017）．回復期リハビリテーション病棟に入院中に意欲向上目的にて投与された塩酸アマンタジンによる悪性症候群が疑われた1例．*日本職業・災害医学会会誌*，*65*(5)，260-263.

日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン［追補2019］委員会（2019）．*脳卒中治療ガイドライン2015*　第3版［追補2019対応］．-東京：株式会社協和企画．

岡島　義，国里愛彦，中島　俊，高垣耕企（2011）．うつ病に対する行動活性化療法：歴史的展望とメタ分析．*心理学評論*，*54*(4)，473-488. https://doi.org/10.24602/sjpr.54.4_473

岡田和悟，小林祥泰，青木　耕，須山信夫，山口修平（1998）．やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価．*脳卒中*，20(3)，318-323. https://doi.org/10.3995/jstroke.20.318

Okada K, Kobayashi S, Yamagata S, Takahashi K, & Yamaguchi S (1997). Poststroke apathy and regional cerebral blood flow. *Stroke*, *28*(12), 2437-2441. https://doi.org/10.1161/01.str.28.12.2437

Onoda K, Kuroda Y, Yamamoto Y, Abe S, Oguro H, Nagai A, Bokura H, & Yamaguchi S (2011). Post-stroke apathy and hypoperfusion in basal ganglia: SPECT study. *Cerebrovasc Dis. 31*(1), 6-11. https://doi.org/10.1159/000319771

Quattrocchi G, & Bestmann S (2014). Journal Club: possible role of the basal ganglia in poor reward sensitivity and apathy after stroke. *Neurology*, *82*(20), e171-173. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000439

Petrova EA, Ponevezhskaia EV, Savina MA, & Skvortsova VI (2012). [Clinical features of post stroke apathy]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*, *112*(12 Pt 2), 15-19.

Robinson RG, Jorge RE, Clarence-Smith K, & Starkstein S (2009). Double-blind treatment of apathy in patients with poststroke depression using nefiracetam. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 21*(2), 144-151. https://doi.org/10.1176/jnp.2009.21.2.144

Rochat L, Van der Linden M, Renaud O, Epiney JB, Michel P, Sztajzel R, Spierer L, & Annoni JM (2013). Poor reward sensitivity and apathy after stroke: implication of basal ganglia. *Neurology*, *81*(19), 1674-1680. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000435290.49598.1d

Sagen U, Finset A, Moum T, Mørland T, Vik TG, Nagy T, & Dammen T (2010). Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. *Gen Hosp Psychiatry. 32*(1), 80-85. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.10.001

Santa N, Sugimori H, Kusuda K, Yamashita Y, Ibayashi S, & Iida M (2008). Apathy and functional recovery following first-ever stroke. *Int J Rehabil Res*, *31*(4), 321-326. https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e3282fc0f0e

Sasaki N, Hara T, Yamada N, Niimi M, Kakuda W, & Abo M (2017). The Efficacy of High-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Improving Apathy in Chronic Stroke Patients. *Eur Neurol*, *78*(1-2), 28-32. https://doi.org/10.1159/000477440

佐藤美紀子，原　祥子，加藤真紀，小林祥泰（2020）．脳卒中療養手帳を活用したセルフモニタリングの効果と課題　パイロットスタディ，*日本ニューロサイエンス看護学会誌*，*6*(2)，53-64.

佐藤岳史，浅井麻未，小室太郎，小林　映，宮川孝史，木村拓美，麻生俊彦，美馬達哉（2017）．多発性脳梗塞による重度の発動性低下に対して経頭蓋直流刺激を施行した1例，*脳卒中*，*39*(5)，391-395. https://doi.org/10.3995/jstroke.10471

Skidmore ER, Whyte EM, Butters MA, Terhorst L, & Reynolds 3rd CF (2015). Strategy Training During Inpatient Rehabilitation May Prevent Apathy Symptoms After Acute Stroke. *PM R*, *7*(6), 562-570. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.12.010

Spalletta G, Cravello L, Piras F, Iorio M, Sancesario G, Marchi A, Caltagirone C, & Cacciari C (2013). Rapid-onset apathy may be the only clinical manifestation after dorsal striatum hemorrhagic lesion: a case report. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, *27*(2), 192-194. https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318260ab97

Spiegel DR, Kim J, Greene K, Conner C, & Zamfir D (2009). Apathy due to cerebrovascular accidents successfully treated with methylphenidate: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, *21*(2), 216-219. https://doi.org/10.1176/jnp.2009.21.2.216

Starkstein SE, Brockman S, Hatch KK, Bruce DG, Almeida OP, Davis WA, & Robinson RG (2016). A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Efficacy Study of Nefiracetam to Treat Poststroke Apathy. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, *25*(5), 1119-1127. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.01.032

Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, & Robinson RG (1993). Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*, *24*(11), 1625-1630. https://doi.org/10.1161/01.str.24.11.1625

Starkstein SE, & Manes F (2000). Apathy and depression following stroke. *CNS Spectr*, *5*(3), 43-50. https://doi.org/10.1017/s1092852900012955

Tang WK, Caeiro L, Lau CG, Liang H, Mok V, Ungvari GS, & Wong KS (2015). Apathy and suicide-related ideation 3 months after stroke: a cross-sectional study. *BMC Neurol*, *15*, 60. https://doi.org/10.1186/s12883-015-0323-3

Tang WK, Chen YK, Liang HJ, Chu WCW, Mok VCT, Ungvari GS, & Wong KS (2013). Location of infarcts and apathy in ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis*, *35*(6), 566-571.

Tang WK, Lau CG, Mok V, Ungvari GS, & Wong KS (2014). Apathy and health-related quality of life in stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, *95*(5), 857-861. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.10.012

Tang WK, Wong LK, Mok VC, Chu WC, & Wang DF (2018). Apathy after stroke: potential risk factors and magnetic resonance imaging markers. *Hong Kong Med J*, *3*(3), 18-20.

Tay J, Lisiecka-Ford DM, Hollocks MJ, Tuladhar AM, Barrick TR, Forster A, O'Sullivan MJ, Husain M, de Leeuw FE, Morris RG, & Markus HS (2020). Network neuroscience of apathy in cerebrovascular disease. *Prog Neurobiol*, *188*: 101785. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2020.101785

豊田元哉，雑賀玲子，青山淳夫，安部哲史，三瀧真悟，河野直人，白澤　明，卜蔵浩和，小林祥泰，山口修平（2011）．脳梗塞後のアパシーに対するシロスタゾールの効果．*脳卒中*，*33*(1)，182-184. https://doi.org/10.3995/jstroke.33.182

van Almenkerk S, Smalbrugge M, Depla MFIA, Eefsting JA, & Hertogh CMPM（2015）. Apathy among institutionalized stroke patients: prevalence and clinical correlates. *Am J Geriatr Psychiatry*, *23*(2), 180-188. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.03.011

van Dalen JW, Moll van Charante EP, Nederkoorn PJ, van Gool WA, & Richard E（2013）. Poststroke apathy. *Stroke*, *44*(3), 851-860.

Watanabe MD, Martin EM, DeLeon OA, Gaviria M, Pavel DG, & Trepashko DW（1995）. Successful methylphenidate treatment of apathy after subcortical infarcts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, *7*(4), 502-504. https://doi.org/10.1176/jnp.7.4.502

Withall A, Brodaty H, Altendorf A, & Sachdev PS（2011）. A longitudinal study examining the independence of apathy and depression after stroke: the Sydney Stroke Study. *Int Psychogeriatr*, *23*(2), 264-273. https://doi.org/10.1017/S1041610209991116

Yamagata S, Yamaguchi S, & Kobayashi S（2004）. Impaired novelty processing in apathy after subcortical stroke. *Stroke*, *35*(8), 1935-1940. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000135017.51144.c9

Yang S, Hua P, Shang X, Cui Z, Zhong S, Gong G, & William Humphreys G（2015）. Deficiency of brain structural sub-network underlying post-ischaemic stroke apathy. *Eur J Neurol*, *22*(2), 341-347. https://doi.org/10.1111/ene.12575

Yang S, Hua P, Shang X, Hu R, Mo X, & Pan X（2013）. Predictors of early post ischemic stroke apathy and depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *13*: 164. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-164

Yang S, Shang X, Tao J, Liu J, & Hua P（2015）.Voxel-based analysis of fractional anisotropy in post-stroke apathy. *PLoS One*. *10*(1), e116168. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116168

［2021年 3 月11日受　　付］
［2021年 9 月 8 日採用決定］

General Remark

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(2), 311-325
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210908154

A Review of Japanese and Foreign Literature Regarding Post-Stroke Apathy

Mikiko Sato, MSN, RN, PHN[1], Takeshi Hyakuta, PhD, RN, PHN[2]

[1]The University of Shimane, Shimane, Japan
[2]Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify trends in post-stroke apathy research, the reality of apathy, and intervention methods that can prevent and improve apathy. **Methods:** Seventy-five papers sampled from PubMed and Igaku Chuo Zasshi were categorized according to their similarities; their contents were then summarized and described. **Results:** The categories for research content were: “review” (9 papers), “mechanism of onset” (14 papers), “treatment” (14 papers), “rating scale” (7 papers), “reality” (12 papers), “relevant factors” (15 papers), “meta-analysis” (2 papers), and “intervention study” (2 papers). Although high-quality research has been conducted in recent years, the scientific evidence on the reality of and the intervention methods concerning post-stroke apathy has remained insufficient. The incidence rate of post-stroke apathy has remained a little below 40%, and “the frequency of stroke onset,” “depression,” and “cognitive impairment” have been associated with the onset of apathy. Findings on the associations between post-stroke apathy and types of stroke, age, time, and severity of clinical outcomes have not been consistent. Cognitive behavioral therapy, the promotion of the problem-solving process, behavioral activation, and the prevention of stroke recurrence have been identified as intervention methods that can prevent and improve post-stroke apathy. **Conclusions:** The reality of post-stroke apathy needs to be clarified and its intervention methods need to be established.

Key words

stroke, apathy, literature review

Correspondence: M. Sato. Email: m-sato@u-shimane.ac.jp

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(2), 327-338
©2022 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210630148

不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス

宮良淳子[1]，柴　裕子[2]，市江和子[3]
[1]中京学院大学看護学部看護学科，[2]中部学院大学看護リハビリテーション学部看護学科
[3]聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部

要　旨

目的：不登校の子どもがフリースクールを経て再登校を決めていく心理的プロセスを明らかにする。**方法**：不登校経験者6名を対象に半構成的面接を実施し，M-GTAで分析した。**結果**：不登校の子どもは【家庭に居場所が存在】するなかで【今のままではいけない】と感じ，自信を取り戻すと不登校の状況から【フリースクールへ踏みだす覚悟】を決めていた。通いはじめると【フリースクールに居場所がない】と思い，【学校に通う同級生と自分との違い】を感じ【気になる周囲の視線】があったが【家族関係の変化】が生じていた。【小さなステップをのぼる実感】をもち，【再登校や進学への後押し】を得て【自分にとっての不登校の意味】を模索しながら【再登校を決める】ことをしていた。**結論**：子どもが少しずつ経験を重ね自信をつけていく状況を認め，人間的成長・発達の機会となるよう支援が重要と考えられる。

キーワード

不登校，フリースクール，思春期，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者：宮良淳子．Email: miyara@chukyogakuin-u.ac.jp

はじめに

文部科学省による継続的な調査では，2018年度において30日以上欠席した不登校の小・中学生の児童生徒数は16万人を超えている（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2019）。不登校者数を学年別でみると小学1年生が最も少なく，学年が上がるごとに不登校者数は増え中学3年生が最も多い。不登校の原因は学校生活に起因するものが多く，友人関係，教師との関係，学業不振等が理由としてあがっている。さらに近年の推移では原因がいくつも存在している「複合」が増加しており（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2019），不登校の要因は複雑かつ多様になってきている。不登校の子どもへの対応についてメディアを通じ報道される機会が増え，「つらいときは無理をして学校に行かなくてもよい」という認識のひろがりから，子どもが不登校を選択しやすくなってきている現状がある。不登校は，子ども側の要因に起因するものではなく，きっかけさえあれば，どの子どもにも起こる可能性のある問題となっている。

不登校の子どもの増加に対し「義務教育の段階における普通教育に相当する教育の機会の確保等に関する法律」では，不登校の子どもを受け入れるフリースクールや教育支援センター等での支援を定めている（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2016）。わが国では1980年代半ばから，不登校の子どものための学校外の学びの場または居場所として，フリースクールが設立されはじめた（吉井，1999，p.87）。フリースクールの明確な統一された定義はなく，全国のすべてのフリースクールが特定非営利活動法人（NPO）格を取得しているわけではない（本山，2011，p.18）。近年では，学習塾や予備校等もフリースクールと名乗りはじめたことから，フリースクールの概念を混乱させている状況（中川，2007，p.115）が指摘されている。また,不登校の子どもを受け入れるフリースクールや教育支援センターの数は全国で2千カ所程度（文部科学省初等中等教育局フリースクール等担当，2015）であり，不登校の子どもの8割以上がフリースクール等の学校外の場に行っておらず，不登校をきっかけとし社会とのかかわりが希薄になりやすい現状がある。

一方，2006年度の不登校であった生徒の5年後の状況等の追跡調査では，不登校経験者の高校進学率は85.1%，大学・短大・高専への就学率は22.8%であり，調査では，不登校によって勉強，友人，進路等でのマイナスがあったという意見の一方で，「休んだことで今の自分がある」「成長した・視野が広がった」「出会いがあった」「人とは違う経

験をした」「人に優しくなった」等，不登校の経験を振り返りながら前向きに進んでいる様子も伺えた（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2014）。不登校後に進学した子どもは，学校や社会に居場所をみつけ，不登校経験をマイナス面だけでとらえていないと思われる。思春期の子どもが集団に対する自己所属感が高まる発達段階に，社会のなかに居場所をみつけることは，集団を通じて自己同一性が確立されていくため重要と考えられる。不登校から家庭にひきこもるのではなく，学校や学校以外の学びの場などの集団生活に目を向け，社会のなかに居場所をみつける支援が求められると思われる。

不登校当初の子どもは身体の変調を訴え医療機関を受診することが多く（川瀬，2005，p.32），家族は，身体状況に対しての不安を強く感じることになる。身体の変調が精神・心理的な状況からきているとわかると，不登校の子どもを抱えた母親は，自身の子育てが悪いという評価に傷つき，母親としての役割が果たせていないと精神的不安定に陥り深刻な状況（金，2015，p.103）となり，母親は自分を責めながら生活することになる。身体だけでなく精神・心理的にも不安定な子どもと，その子どもの状況や今後に不安を抱く保護者に，医療機関で対応する看護師は，不登校の子どもと保護者にとって非常に重要な局面に立ち会っているといえる。

不登校の子どもを抱える保護者の思い（前田・鈴木，2020；中地，2012），きょうだいの思いについての報告（三並ほか，2014）は散見するが，不登校経験者の再登校に至る思いを明らかにした報告は見当たらない。不登校の子どもは，深い傷つきを契機として不登校となっている（柴・宮良，2017，p.31）ことから，再登校をはじめたばかりの子どもが自身の思いを語ることは傷つきを悪化させる可能性がある。一方，現在は就職もしくは進学している不登校経験者は，不登校時の心境として，不登校体験と辛い感情の結びつき，不登校・自分に対しての否定的な見方，親への罪悪感と見捨てられた不安を語っており（石原，2020，p.14），自身の経験を語ることに同意が得られた不登校経験者は，不登校から再登校に至るまでの自身の思いを客観視し，家族，特に親との相互作用やフリースクールで得た友人との相互作用について語ることができると考える。

不登校は心理発達の課題を克服する過程でのつまづき（牛島，2020，p.53）という指摘がある。不登校の子どもにかかわる看護師や養護教諭は，不登校の子どもの思いを汲み取りながら，子どもと保護者のニーズや負担感に配慮したかかわりが求められる。不登校経験者から語られた思いを明らかにすることによって，子どもの不登校を現象として捉えるのではなく，不登校のプロセスに伴う子どもの思いや，家族や同級生，教師などの周囲の人との相互作用について検討できる。それにより，不登校の子どもの不登校という行動の奥にある発達段階における課題を見過ごさず，子どもの気持ちの揺らぎに細やかに対応し,課題の克服を支援することにつながると考える。

不登校の経過中に，神経症症状などでその苦しさを表現するようなときは，医療的介入が必要（中村，2010，p.191）となるが，看護師が子どものよき理解者になり，保護者に対してもよき理解者になるよう働きかけることによって，不登校の子どもの心の安定を得ることができ，身体の変調が軽減し受診行動の減少が期待できる。本研究の結果は，子どもの健やかな成長・発達を支援する看護学領域だけではなく，子どもとかかわる教育・心理・社会福祉学等において，応用できる可能性がある。

Ⅰ．研究目的

本研究では，不登校経験者の語りから，不登校の子どもが不登校からフリースクールを経て再登校を決めていく心理的プロセスを明らかにし，不登校の子どもへの支援についての示唆を得る。

Ⅱ．用語の定義

1．不 登 校

何らかの心理的，情緒的，身体的あるいは社会的要因・背景により，登校することをつらく感じ，年間30日以上，学校を欠席することとする。

2．フリースクール

不登校の子どもの居場所をつくるというニーズに応じてつくられており，通常の学校に行っていない小学校・中学校・高校の年齢の子どもを対象に，学校のある時間に学校教育の枠に捉われないオルタナティブな教育活動を行っている施設とする。

3．再 登 校

不登校の期間を経て，再度，学校に通いはじめることで，再登校の継続期間は問わない。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

質的帰納的研究。

2．研究参加者

研究参加者は，フリースクールに通った後に，学校に再登校した不登校経験者とした。研究参加者へのアクセスは，不登校等が原因で学校から離れてしまった子どもたちに積極的な支援を行っている機関であるフリースクールへ紹介を依頼した。紹介してもよいとされた者に対して研究者が，研究の趣旨を文書と口頭で説明し，参加の同意が得られた者を研究参加者とした。研究参加者に研究の同意を得る際には，語ることのリスクについて研究者から十分な説明を行い，語りたくない質問には無理に話をしなくてもよいことを伝え，自由意思に基づき同意を得た。本研究では，不登校の時期に経験者が受け止めた事実を思い出して語る方法をとることから，面接の時点での研究参加者の年齢は問わない。

3．データ収集方法

研究実施機関であるフリースクールの施設長に対して，フリースクールに通った経験があり，不登校の時期やフリースクールに通っていた時期の思いを語ることができる研究参加者の紹介の可否を確認し，了解を得た対象の紹介を受けた。面接は，プライバシーの保てる静かな会議室等で，インタビューガイドに基づいた半構成的面接を60分程度行った。

面接内容は研究参加者の許可を得て，ICレコーダーに録音した。面接ガイドの内容は，「フリースクールに通うことを考えたきっかけとなる思いは何ですか」「そのきっかけとなる思いを抱いた直後からフリースクールに通うまでと，フリースクール通学中の気持ちの変化を教えて下さい」「不登校を経験し再登校に至ったという経験はあなたにとってどのような意味があったと考えていますか」等である。データ収集期間は，2012年9月～2013年9月であった。

4．分析方法

データの分析には木下のM-GTA（Modified Grounded Theory Approach：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ，以下M-GTA）（木下，2003，pp.233-238）を用いた。本研究では，不登校の子どもと，その子どもを取り巻く家族，教師，友人，相談先との間で社会的相互作用が生じている現象であること，医療，教育，心理，福祉等のヒューマンサービス領域であること，不登校からフリースクールを経て再登校を決めた子どもの思いのプロセスを提示することで実践への応用が期待できることから，M-GTAが分析方法として適切であると判断した。M-GTAでは分析焦点者と分析テーマを設定する。分析焦点者は，不登校を経験し，フリースクールに通った後に再登校していたことから，「不登校から，フリースクールを経て再度学校に通うことを決めた子ども」とした。研究参加者が経験した現象は，学校に行かなくても守られている感覚と社会に認められたい感覚のなかで揺らぎながら，社会のなかに居場所を求め，フリースクールを経て再登校に向けて一歩を踏みだす現象であると考えた。そこで，分析テーマを「不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス」と設定した。分析は，データのなかから，まず具体的で多様性のあるデータを選び，分析焦点者と分析テーマに照らしながら関連箇所に着目し，それを一つの具体例（ヴァリエーション）とし，他の類似具体例も説明できると考えられる説明概念を生成した（木下，2003，pp.233-238）。概念を生成する際に，分析ワークシートを個々の概念ごとに使用し，同じ方法で新たな概念を生成していった（木下，2003，pp.233-238）。生成した概念は類似例の確認と対極例の比較の観点からデータをみることで，解釈が恣意的に偏る危険を防ぐようにした（木下，2003，pp.233-238）。その結果を分析ワークシートの理論的メモ欄に記入した。次に複数の概念の関係からなるカテゴリーを作成し，カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ，その概要を簡潔に文章化（ストーリーライン）し，さらに結果図を作成した（木下，2003，pp.233-238）。データの信頼性・妥当性を確保するために，分析過程においては，M-GTA研究会会員，小児看護学の専門家のスーパーバイズを受け，繰り返し検討を行った。

5．倫理的配慮

研究は，中京学院大学看護学部研究倫理審査会の審査を受け，承認を得て実施した（承認番号：22-03）。フリースクールの施設長から紹介を受けた者に，研究者が口頭および文書にて研究の趣旨を説明した。同意説明文書には，安全性の確保，研究協力に関する自由意思の尊重，辞退または中断により不利益が生じない保証，個人情報の保護，研究成果の公表方法，データの厳重な管理と研究終了後の破棄，データの二次利用，つらい体験を思いだすことにより研究参加者に不利益が生じていると判断した際には，途中でも面接を中止することについて明記し，署名により参加の同意を得た。施設長には研究参加者が無理に承諾することのないよう配慮を求め，必要時のフォロー体制についても事前に依頼した。

Ⅳ．結　果

1．研究参加者の概要

子どもの居場所づくりを目的とし，オルタナティブな教育を実施している民間の2つのフリースクールから研究参

加者の紹介をうけた。研究参加者は6名であり，年齢は平均26.2歳（SD 6.62），男性4名，女性2名であった（**表1**）。不登校の時期は，小学校・中学校，高校とさまざまであったが，すべてフリースクールに通った不登校経験者であり，本研究の研究参加者として妥当であると判断した。面接所要時間は52～90分，平均66.2分であった。面接中や面接後に，研究参加者に気分不快等の症状が生じることはなかった。

2．不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス

分析の結果，31の概念から11のカテゴリーが生成された。分析によって明らかになったカテゴリーの意味と全体からみた位置づけ，構成する概念についてつながりと関係を矢印で示した。プロセスの起点と終点に着目し「不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス」の結果図を作成した（**図1**）。結果図をもとに，不登校の子どもが，社会のなかに居場所を求め再登校する心理的プロセスについて，ストーリーラインを述べる。

概念名と定義，および具体例をあげて説明する。なお，カテゴリーは【　】，〈　〉は概念を示す。

(1) ストーリーライン

不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセスは，家庭のなかで〈否定されない自分〉には〈家族のなかでの役割〉があり，家庭で過ごす時間について義務や責任に煩わされない〈自由な時間〉と〈居心地のよさ〉を感じ，【家庭に居場所が存在】する思いをもつことからはじまっていた。

一方，不登校の子どもは次第にただ時間が過ぎていくだけの〈退屈な時間〉をもて余し，〈同級生と自分を比較〉することによって，〈不登校のままでいる不安〉と〈将来への焦り〉という【今のままではいけない】思いを抱きはじめていた。

そして【家庭に居場所が存在】するなかで家族に守られ

表1　研究参加者の属性

	年齢（歳）	性別	現在の身分又は職業	在籍校の不登校時期	フリースクール利用期間
A	20	男性	大学生	中学1年夏～中学3年生	中学3年生～18歳
B	20	男性	大学生	高校2年冬～3年生夏	高校3年2学期～3学期
C	22	男性	大学生	小学1年生～中学3年	中学3年生
D	33	男性	会社員	中学1年夏～中学3年生	18～20歳
E	27	女性	会社員	中学2年6月～中学3年生 高校3年生	中学2年2月～中学3年生 高校3年生
F	35	女性	自営業	小学4年春～6年生 中学1年夏～3年生	小学4年秋～6年生 中学3年生～17歳

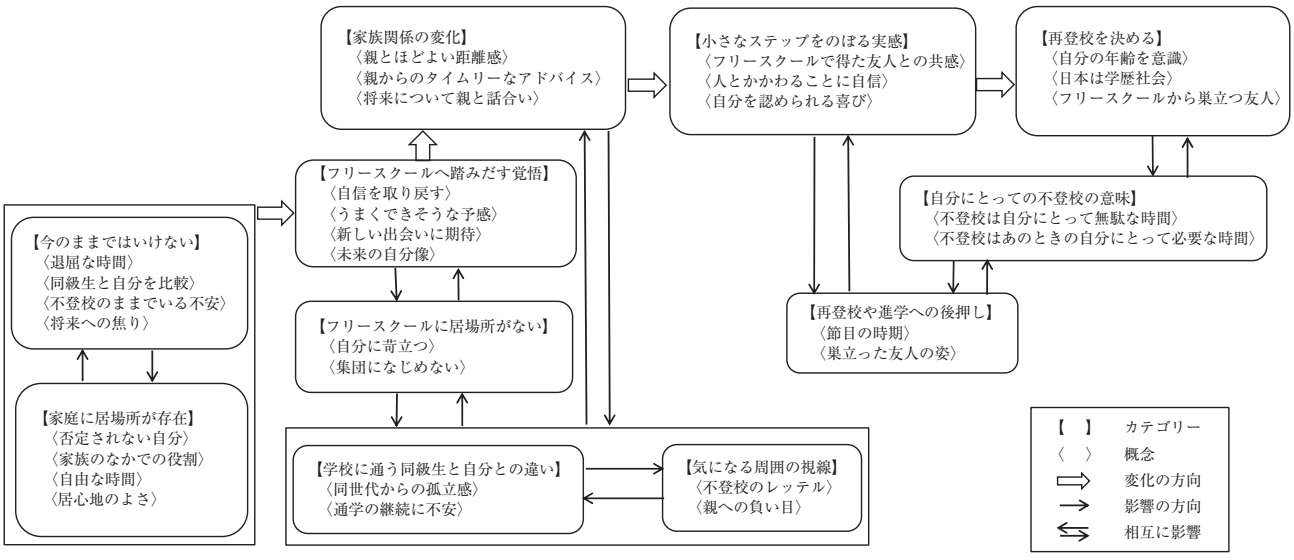


図1　不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス

ながら自分の存在に〈自信を取り戻す〉ことで，周りと〈うまくできそうな予感〉がした。そして，〈新しい出会いに期待〉し〈未来の自分像〉を思い描くことによって，不登校の状況から【フリースクールへ踏みだす覚悟】を決めていた。フリースクールに通いはじめると〈自分に苛立つ〉ことや〈集団になじめない〉ことがあり，【フリースクールに居場所がない】という思いが生じていた。

不登校の子どもはフリースクールへ通いながら〈同世代からの孤立感〉や〈通学の継続に不安〉という【学校に通う同級生と自分との違い】を感じ，〈不登校のレッテル〉や〈親への負い目〉という【気になる周囲の視線】があった。

不登校の状況から【フリースクールへ踏みだす覚悟】をしてフリースクールに通いはじめたことによって，家庭では〈親とほどよい距離感〉が生まれ，〈親からのタイムリーなアドバイス〉を受けいれることができ，〈将来について親と話合い〉ができる【家族関係の変化】が生じた。

フリースクールでは，不安や焦り，将来への思い等を〈フリースクールで得た友人との共感〉によって，〈人とかかわることに自信〉がつきはじめた。フリースクールで過ごし，友人やスタッフとかかわるなかで〈自分を認められる喜び〉があらわれ，【小さなステップをのぼる実感】をもつことができていた。そして，不登校の状況における〈節目の時期〉や〈巣立った友人の姿〉から【再登校や進学への後押し】を得ていた。また，〈不登校は自分にとって無駄な時間〉だったと感じながら，〈不登校はあのときの自分にとって必要な時間〉であったと思い，【自分にとっての不登校の意味】を見いだそうとしていた。

不登校の子どもは，現在の〈自分の年齢を意識〉し，〈日本は学歴社会〉と考え，〈フリースクールから巣立つ友人〉を見て，自分自身の中に登校への思いの存在を感じ，【再登校を決める】ことをしていた。

3．プロセスを構成するカテゴリーと概念

次に，生成したカテゴリーおよび概念について，プロセスに沿って説明する。なお，具体例を「*斜体*」，概念の定義を“　”で示す。

⑴ 【家庭に居場所が存在】

カテゴリー【家庭に居場所が存在】は，“家族に不登校である状況を咎められず，安心して自分らしく過ごせる場所が家庭にあるという思い”であり〈否定されない自分〉〈家族のなかでの役割〉〈自由な時間〉〈居心地のよさ〉の４つの概念を包含している。

〈否定されない自分〉は，“家族から不登校である状況や自分の存在を咎められず，責められていないと感じる思い”である。

「*本当は学校に行ってほしいって思っていたかもしれないけど，親は不登校になった自分を責めることもなかったし，むしろその，学校なんか行かなくてよいよって感じだった。親は不登校を認めてくれたし，自分を否定しなかった*（C）」と語った。

〈家族のなかでの役割〉は，“家庭のなかに家族のために自分ができる役目があり，その役目を自分が果たすよう家族が求めていてくれると感じる思い”である。

「*親は働いているので，いろいろ考えて，洗濯とか掃除とかをやっておくと，助かるよって言ってくれるから，ならやっておこうってなって。家庭のなかで自分の役割が休んでいるなりにあった*（D）」と語った。

〈自由な時間〉は，“他者から期待される義務や責任に煩わされず，時間を自分の思うように使える感覚”である。

「*家では時間割にしばられない。自分のやりたいことを，本を読んだりとかピアノ弾いたりとか自由にしていました。それはやりたくなければやらなくていいし本当に自由。平日だと外にでても同級生に会う心配がないから，買い物に行ったりもしていました*（E）」と語った。

〈居心地のよさ〉は，“不登校になっても以前と変わらない態度で接してくれる家族の存在によって，生まれる安心感”である。

「*自分が不登校になって家にいることについて，親もきょうだいも何も言わなかった。家族のなかでは居場所があった。ニュースをみて感想を言ったりだとか，家族との会話は普通にしていたし，自分の部屋にいるよりも家族がいるときは一緒に過ごす感じだった。家は安心していられる場所で，居心地がよかった*（C）」と語った。

⑵ 【今のままではいけない】

カテゴリー【今のままではいけない】は，“今は不登校であるが，将来を考えるといつまでも不登校を続けていては問題だという思い”であり，〈退屈な時間〉〈同級生と自分を比較〉〈不登校のままでいる不安〉〈将来への焦り〉の４つの概念を包含している。

〈退屈な時間〉は，“ひとりでいる状況に飽きてきたり，やりたいことがなかったりして時間をもてあます感覚”である。

「*特別，家でやりたいことがあるわけではないし，時間が過ぎていくだけで，退屈っていえば退屈だった。親は仕事だし，ひとりだとやることがない。時間を持て余しちゃう*（F）」と語った。

〈同級生と自分を比較〉は，“登校している同級生たちの学校生活を想像し，不登校の自分と比べてしまう心情”である。

「*同年代の子たちは，自分がまったりしている時間にお勉強して，経験値が上がっていっていると考えると，自分は劣等*

*感をすごく感じちゃう。やっぱり追いつきたいというか離されたくはないなと思う。同級生だった子たちは，今は何年生だな，自分も学校に行っていたら何年生なのだなって意識するのはあった。本当は修学旅行とか行く年だなとか思って，みんなは行ったのだなとか思って，自分は同級生が経験していることを経験できていないって思っていた（D）」*と語った。

〈不登校のままでいる不安〉は，“将来を考えると不登校という状況をこの先も続けていられないと思うものの，解決策が見いだせないために心が落ちつかない状況”である。

「*このままひょっとしたら，ずっと家でこのまま暮らさなければいけないというか，そういう恐怖感というのはやっぱり常にある。自分はこの先，どうなっていくのだろうっていう不安は，考えだすと，もう不安しかない。自分ではどうしたらいいかわからなかった。そう思うなら学校に行けばよいと思われるかもしれないけど，自分にはその選択肢がないわけだから，将来を考えると不安しかなかった（D）」*と語った。

〈将来への焦り〉は，“近い将来に，自立して社会に出なくてはならない状況をわかっているために生じるもどかしい思い”である。

「*外に出なければいけないって思ったのは，焦りですよね，就職できるかとか。将来的には自立しなければならないとわかっていますから，その方向に自分が進めていないってこともわかっているから，焦りを感じるのだと思います（C）」*と語った。

⑶ 【フリースクールに踏みだす覚悟】

【フリースクールに踏みだす覚悟】は，“不登校の状態から，フリースクールに通おうと気持ちを固めること”であり，〈自信を取り戻す〉〈うまくできそうな予感〉〈新しい出会いに期待〉〈未来の自分像〉の 4 つの概念を包含している。

〈自信を取り戻す〉は，“不登校になった原因や不登校という現象に対し，劣等感を抱いていた状態から変化し，自己に価値があると感じられるようになった状態”である。

「*あのときの自分より成長しているし，何が来ようと頑張ればよいかなと不思議にそう思えていた。みんながができることなら自分にもできるかな，できないわけがないだろうって思った。不登校になったときはぺちゃんこになっていたけど，家にいて，家族のなかで少し休んだことでなくしていた自信を取り戻したのだと思う（B）」*と，【家庭に居場所が存在】したなかで芽生えた思いを語った。

〈うまくできそうな予感〉は，“学校の友達や先生と適切な距離感を保ちながら，登校を再開できそうな気がすること”である。

「*なんか今度はできるような気もしてきて，人間関係をうまく作れそうって気がした。自分も不登校になったときより，おとなになったわけだし，考えてみれば周りだっておとなになっているわけで，今ならうまくやれるのじゃないかって思えた（C）」*と語った。

〈新しい出会いに期待〉は，“新しい環境で新たに出会う人のなかに，気の合う人がいるのではないかという希望”である。

「*4 月はクラス替えがあったりする節目の時期だから，クラスメートも先生も変わるからって思った。新しい環境への期待があった。人間関係も新しくつくることができるし，今度は気の合う子がいるかもって思った（A）」*と語った。

〈未来の自分像〉は，“漠然としているものの，学校に通う自分の姿を未来の自分として想像すること”である。

「*高校に行きたいって考えたときに，通信制より，普通の高校の方が楽しいかなと思って。姉も通っていたし，自分も通いたいって思いはじめた。高校生になったらバイトもしたいなとか考えた。で，大学に行って，就職してっていう生活をしている自分を想像したりした（C）」*と語った。

⑷ 【学校に通う同級生と自分との違い】

カテゴリー【学校に通う同級生と自分との違い】は“在籍校に通う多くの同級生と，フリースクールに通う自分を比べ，自分を異質に感じる思い”であり，〈同世代からの孤立感〉〈通学の継続に不安〉の 2 つの概念を包含している。

〈同世代からの孤立感〉は，“同世代の多くが学校に通っているなかで，フリースクールに通う自分は少数派であると感じる思い”であり，「*電車で普通に高校に通っている子たちと一緒になるけど，自分は制服も着ていないしそっち側ではないなっていつも感じる（B）」*と語った。

〈通学の継続に不安〉は，“フリースクールに通いつづけることができるか心配なこと”であり，「*ずっと家にいたから朝も起きられないし，フリースクールに通うだけでも自分には大変で，毎日通えるか不安でしたね（F）」*と語った。

⑸ 【気になる周囲の視線】

カテゴリー【気になる周囲の視線】は“周囲の人が，フリースクールに通いはじめた自分をどのようにみているか気がかりなこと”であり，〈不登校のレッテル〉〈親への負い目〉の 2 つの概念を包含している。

〈不登校のレッテル〉は，“フリースクールに通うことにより，不登校という事実を改めて突きつけられ，不登校という烙印を押されたように感じる思い”であり，「*家の外にでるとふつうに学校に行っている子たちを目にするから，自分はザ・不登校だって思い知らされるし，まわりも自分をそうみているような気がする（A）」*と語った。

〈親への負い目〉は，“フリースクールに通うことで，保護者に精神的負担や時間的・経済的負担をかけている罪悪感”であり，「*親はフリースクールを探してくれて，不登校*

*の子どもの親の会みたいなものも探して，子どもとのかかわり方みたいな勉強をしていたのが申し訳なかった（E）」「フリースクールに親が車で送ってくれていたけど，親の時間を奪っているし，親は負担に思っているのではないか気になった（B）」*と語った。

⑹ フリースクールに居場所がない】

カテゴリー【フリースクールに居場所がない】は，“フリースクールで過ごす時間を気まずく感じ，居心地が悪く感じる思い”であり，〈自分に苛立つ〉〈集団になじめない〉の2つの概念を包含している。

〈自分に苛立つ〉は，“予定していたように行動できない自分に対し，イライラする気持ち”である。

「*頭のなかでシミュレーションしていたのに，なんで思っていたようにできないのかなって思うことも結構あった。しっかりしてくれよ，自分って思って，うまくできない自分にイラっとするときがあった（B）」*のように語った。

〈集団になじめない〉は，“同級生が複数人いるとその輪に入れず，自分だけ取り残されたように感じる思い”である。

「*いつの間にかグループみたいなのができていて，自分だけ孤立していると感じるようになって，話している輪に入りづらくなった。自分から話しかければよいのだけど，話しかけてくれるのを待っちゃう。せっかく話しかけてくれてもうまく会話できなくて，自分だけなじめてないって思って落ち込んだ（A）」*と語った。

⑺ 【家族関係の変化】

カテゴリー【家族関係の変化】は，“フリースクールに通うことによって，家族のかかわりによい変容がみられたこと”であり〈親とほどよい距離感〉〈親からのタイムリーなアドバイス〉〈将来について親と話合い〉の3つの概念を包含している。

〈親とほどよい距離感〉は，“親と心理的に密着していた状態から，少し距離をおいた状態になること”であり，「*フリースクールに通いはじめたら，親がいい意味で放任してくれた。その距離感が心地よかった（A）」*と語った。

〈親からのタイムリーなアドバイス〉は，“保護者からの再登校や進学についての情報提供や助言を受けいれる状態”であり，「*自分ではわからないような情報を親は調べてくれて，単位制の高校とか大検とかをさりげなく教えてくれたのはありがたかった（C）」*と語った。

〈将来について親と話合い〉は，“社会にでるための道筋について，保護者を相談相手とすること”であり，「*社会にでて働いて自分で生活していくって考えたときに，まず自分はどうしたらよいかってなるけど，両親が相談相手だったし，やっぱり一番信頼できると思いました（E）」*と語った。

⑻ 【小さなステップをのぼる実感】

カテゴリー【小さなステップをのぼる実感】は“フリースクールで過ごすなかで，コミュニケーションや人間関係等において小さな成功体験を積み重ね，自己の成長を感じること”であり，〈フリースクールで得た友人との共感〉〈人とかかわることに自信〉〈自分を認められる喜び〉の3つの概念を包含している。

〈フリースクールで得た友人との共感〉は，“自分と同じように不登校の経験のあるフリースクールの友人と，思いや悩みを打ち明けあい，互いの思いを自分のもののように感じる思い”である。

「*仲良くなった子たちには少しずつ自分の弱いところもみせはじめて，そうしたら不登校しながら悩んでいたのは，自分だけじゃないなって思って。一緒にがんばろうって話したりした。ほかの子の話でも，そうそうって共感できることが多くて，同じ不登校っていう経験をしている仲間だからこそ，わかりあえる部分があったと思う（A）」*と語った。

〈自分を認められる喜び〉は，“家族以外の人から自分の存在に価値があると評価され，うれしい気持ち”である。

「*だんだん友達も寄ってきて，いつの間にかまわりにいた。悩みの相談とか頼りにされたりして，フリースクールの先生からも，新しい子がくるから頼むよって言ってもらうようになって。頼りにされているっていうか，認められているっていうのかな。すごくうれしかったですよね（D）」*と語った。

〈人とかかわることに自信〉は，“フリースクールで家族以外の他者とかかわるなかで生じた，相手との関係を築くことができると自分を信じる気持ち”である。

「*最初はドギマギでしたけど，まず挨拶するところからはじめようって，やってみると意外に簡単だった。それからはなんか勢いがついて。話ができるようになってからは，構えすぎず自然にいこうと思った。大勢だと身構えることもあるけど，1対1とかなら大丈夫っていう自信がついたと思う（A）」*と語った。

⑼ 【再登校や進学への後押し】

カテゴリー【再登校や進学への後押し】は，“再登校や進学する決意を強くする状態”であり，〈節目の時期〉〈巣立った友人の姿〉の2つの概念を包含している。

〈節目の時期〉は，“進級や進学の区切りとなる4月が再登校や進学という行動を起こす転換期になること”であり，「*4月は節目の時期だから，行動を起こしやすくてけっこうみんなが決断して，卒所して新しい生活をはじめる（C）」*と語った。

〈巣立った友人の姿〉は，“フリースクールを卒所し，再登校や進学した友人を自分の成長のモデルとすること”であり，「*進学した子がフリースクールにたまに遊びにきたりして，新しい場所でも楽しくやっている話を聞くと，自分も*

少し勇気をだせばいけるのかなって気になりますね。その子を知っているだけに，自分におきかえて考える（A）」と語った。

⑽ 【自分にとっての不登校の意味】

カテゴリー【自分にとっての不登校の意味】は，“不登校であった時間を振り返って自分のなかに意味を見いだそうとする思い”であり，〈不登校は自分にとって無駄な時間〉と〈不登校はあのときの自分にとって必要な時間〉の2つの概念を包含している。

〈不登校は自分にとって無駄な時間〉は，“不登校によって勉学が遅れ，同年代の子どもが経験したと考えられる経験ができなかったという否定的な思い”である。

「*不登校だったことがネックになるのじゃないかなっていうね，不登校の経験，言われたわけではないですけど，そうじゃないかなって自分で思う。そう思うと，この時間は本当に無駄だし，今後に不利というか。そう思いたくないけど，思ってしまう*（D）」と語った。

〈不登校はあのときの自分にとって必要な時間〉は，“不登校によって同年代の子どもとは違う時間の過ごし方をした経験が今の自分の成長につながっているという肯定的な思い”である。

「*不登校だからって充実していなかったわけではなく，自分をみつめる時間であり，ものを考える時間だったと思う。そう思うと自分にとっては，必要な時間だったと思うし，その時間を与えられたことで成長できた部分もきっとあると思う*（C）」と語った。

⑾ 【再登校を決める】

カテゴリー【再登校を決める】は，“フリースクールを卒所し，再登校や進学しようと考えること”であり，〈自分の年齢を意識〉〈日本は学歴社会〉〈フリースクールから巣立つ友人〉の3つの概念を包含している。

〈自分の年齢を意識〉は，“進学や就職の節目となる年齢を気にすること”であり，「*17歳だとあと1年で高校卒業だから，就職するか進学するか1年で決めないといけない。いつまでもフリースクールにいられない*（A）」と語った。

〈日本は学歴社会〉は，“日本では出身校や最終学歴が重要視されると感じる思い”であり，「*フリースクールは学歴にならないし，日本は学歴社会だし，進学してから就職するほうがいいと思った*（C）」と語った。

〈フリースクールから巣立つ友人〉は，“フリースクールを卒所し，再登校や進学する友人の存在が，自分の将来について具体的に考えるきっかけとなること”であり，「*学校に戻ったり進学したりする仲間がいると，自分にとっても学校にいくってことがリアルになってきましたね*（A）」と語った。

Ⅴ．考　察

1．不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス

本研究において，不登校の子どもがフリースクールを経て再登校を決める心理的プロセスを明らかにすることを目的として行なった結果，子どもは家庭に居場所が存在するなかで不登校のままではいけないと思いはじめ，フリースクールで同世代の集団と過ごす経験によって人とかかわることに自信ができ，再登校を決めるに至るプロセスが明らかになった。

再登校を決めた心理的プロセスは【家庭に居場所が存在】する思いをもつことからはじまっていた。自尊感情は自分の存在に対する揺るぎない安心感を得ることによって育まれる（加藤・中島，2011，p.120）ため，不登校の子どもにとって，家庭で〈否定されない自分〉に安心感を得て，【家庭に居場所が存在】するなかで，自尊感情が少しずつ回復すると考えられる。また，〈家族のなかでの役割〉を得ており，子ども自身が役割分担を行うことは，家族の一員であることを認識し，家庭における自分の存在価値を確認する役割を果たす（中島・倉田，2004，p.67）ことから，自分の存在を家族に認められていると感じ，ありのままの自分を認め〈自信を取り戻す〉ことにつながったと考えられる。

さらに，不登校の子どもは不登校による〈自由な時間〉を〈退屈な時間〉と感じるようになり，家庭の外へ関心が向きはじめると登校できないことを【今のままではいけない】と思いはじめていた。〈同級生と自分を比較〉し，〈不登校のままでいる不安〉と〈将来への焦り〉を感じており，この心理の背景には，多くの大人は，さらに不登校の当事者の子どもたちさえも，自己の修復よりも学校信仰の価値を重視している（吉井，1999，pp.98-99）ことに関係があるといえる。わが国においては子どもの教育レベルについては，学歴問題と就職問題が関係し，大学，専門学校に通わせなければ社会に通用しないとの価値基準が優位である（金，2015，p.95）との指摘がある。そのため，学校に通うことが「ふつう」と考えられており，よい仕事に就くためにはよい学校を卒業しているほうがよいという学校信仰・学歴重視があることの影響と考えられる。しかし，登校への気持ちを強くもてば登校できるというものではなく，むしろ登校に関して楽な気持ちでいられることが再登校の可能性を高める（吉井，2017，p.107）との報告があり，子ども自身が登校への焦りのみを強めてしまうことは再登校に向けて逆効果となる可能性があると考えられる。

家庭のなかで〈自信を取り戻す〉と，子どもは【フリースクールへ踏みだす覚悟】を決めるが，通いはじめてから

も【学校に通う同級生と自分との違い】や，【気になる周囲の視線】により劣等感や挫折感が生じており，不登校を挫折経験と捉えていることが窺える。【フリースクールに居場所がない】という思いを抱いており，フリースクールにおける集団生活の些細な場面でつまずきを感じ，〈集団になじめない〉思いを抱くことにより，【フリースクールに居場所がない】と感じると考えられる。一度不登校になっていることで，集団生活に対して不安感をもっていることが考えられる。一方，家庭では【家族関係の変化】が生じていた。保護者は子どもが不登校になったことに対し，子育ての後悔や無力感などのストレスを抱いていたことが推察されるが，フリースクールに通いはじめたことにより，〈親とほどよい距離感〉が生まれ，保護者のストレスが緩和され，家族関係に変化がみられたと考えられる。また，フリースクールで過ごすなかで周囲の子どもたちと交流し，少しずつコミュニケーションスキルを身につけることによって〈人とかかわることに自信〉が生じており，【小さなステップをのぼる実感】を得ていた。その経験を積み重ねることによって，子どもは内的葛藤や弱さを抱えつつ，他者との交流に肯定的な思いを抱き，自信をつけていくと考えられる。当たり前のこととして毎日登校している同級生たちとは異なり，不登校だった子どもにとって，家庭の外であるフリースクールに通い，家族以外の人とかかわっていること自体が，自分の成長を感じ自信につながると考えられる。

不登校を経験した子どもは，【自分にとっての不登校の意味】を見いだそうとするなかで〈不登校は自分にとって無駄な時間〉だったと否定的に捉えていた。不登校経験の意味に着目した報告では，不登校経験者の語りから，学力低下と内申点の低下に基づく進路選択の幅の縮小と，対人関係の構築・維持の苦手さが経験される点が確認されている（松阪，2010，p.52）。不登校の時期は，子どもは家族以外の人との関係を築く機会が少なくなっている。同級生が学校で経験したであろうことを自分は経験できておらず，不登校の経験は子どもにとって社会性が身についていないと周りから判断されるのではないか，不登校であったという事実が将来の進学や就職に不利になるのではないかという不安につながると考えられる。しかし，不安がある中でも子どもは〈不登校はあのときの自分にとって必要な時間〉だったと捉えていた。不登校を経験した後に獲得された肯定的な結果として，良好な対人関係や努力の成果，成長感，特別な経験をした実感（松阪，2010，p.52）があげられている。子どもが，〈不登校はあのときの自分にとって必要な時間〉だったと思う背景には，その時間が自分の成長につながっているという実感をもつ必要があると考えられる。不登校を経験することによる弊害は，不登校経験に先立って存在するのに対し，不登校を経験することによる利益は，不登校状態に至った後に多くの浮き沈みを経験する過程において徐々に形成されていく（松阪，2010，p.52）。不登校やフリースクールにおける経験を自己の成長につながっていると感じるに至るには，時間を要すると考えられる。

フリースクールに通いながら再登校を決める背景には，家庭の外に踏みだすことを子ども自身が決めることや，フリースクールのなかで自信をつけていくプロセスがあると考えられる。思春期は，保護者との関係よりも友人関係に比重が移る時期である。〈フリースクールで得た友人との共感〉や，フリースクールを〈巣立った友人の姿〉から【再登校や進学への後押し】を得て，自分らしい生き方を模索する意味を見いだし，【再登校を決める】と考えられる。

2．不登校の子どもへの再登校にむけた支援

保護者は子どもの不登校を機に，内科や小児科のクリニックや児童精神科などの医療機関，保健所や発達支援センターなどを来訪することが考えられる。看護職は子どもの身体の不調だけでなく，心理社会的な問題に目を向け，子どもが発達の課題を克服できるように，保護者への適切な支援を行う役割が求められる。

不登校になった子どもが家庭の外に目をむけるプロセスは，【家庭に居場所が存在】する思いをもつことからはじまっていた。不登校の原因や不登校により自尊感情が低下している子どもが，フリースクールに一歩を踏みだすために，家庭に子どもの居場所があり，家族が無条件に自分を受け入れてくれる存在であることが不可欠と考えられる。保護者や周囲の大人が不登校であることを否定的に表現せず，ありのままの子どもを受け入れ，家庭内に子どもの役割をつくる等，子ども自身が認められていると実感できるようにかかわることが求められる。

不登校になると家にひきこもり傾向になり，家族のみと交流することになりがちである。学校以外の場所に出かける等，可能なかぎり家庭の外との交流を継続し，子どもが自分や家族以外の人の生き方や考えに触れる機会をもち，将来について考え，自分の思いを表出することができる環境を整えることが大切であると考えられる。【フリースクールへ踏みだす覚悟】を決めて通いはじめた子どもの思いは，期待や希望と不安や焦りなどの思いに揺れうごいていることを理解し，その思いに寄り添うかかわりが必要と考えられる。保護者や周囲の大人は早急な結果を要求するのではなく，子どもの対人関係や社会経験を増やしながら，子ども自身が【小さなステップをのぼる実感】を得ることができる支援が求められると思われる。

本研究の対象者は，思春期から青年期に不登校を経験している。思春期や青年期は，それまで自らの規範としてきた両親との関係を見直す時期であり，社会人として自己のアイデンティティを確立していく重要な時期（久保木，1997，p.397）である。また不登校生の心の癒しと成長のプロセスにおいて最も重要なことは，「なかま」との自由な交流である（吉井，1998，p.1）ことから，フリースクールに通う子どもは，〈フリースクールから巣立つ友人〉の姿を無意識のうちにロールモデルとし，自身の成長した姿を想像するようになると推察される。また，フリースクールに通い対人関係がひろがることによって，〈親とほどよい距離感〉が生まれ，保護者を安心して相談できる相手と認識できるようになると考えられる。そのため，子どものペースに合わせ，対人関係のひろがりへの支援が大切になると思われる。

子どもが【自分にとっての不登校の意味】について，不登校であった事実を否定的な経験にのみ捉えることは，自分自身の存在価値を脅かすことにつながる可能性があると思われる。身体の変調を訴え医療機関を受診する子どもは心身の調和がとれない状況に葛藤があるため，不登校という行動の奥にある不登校生徒の抱えている発達段階における課題を見過ごさず，必要に応じて適切な支援機関につなげる必要があると考えられる。

保護者や教師などの周囲の大人は，子どもが少しずつ経験を重ね自信をつけていく過程の理解者となるよう心がけ，子どもが自身の成長を客観視することができるよう，肯定的な働きかけをすることが求められると考えられる。子どもの自己肯定感が高まることにより，【再登校を決める】という次のステップを自ら設定するという成長につながると考えられる。学びの場や将来の方向性の選択を子ども自身が自己決定することにより，ひきこもりの長期化を防ぎ社会生活への適応を促すことにつながると考えられる。子どもが不登校という自分の経験に意味を見いだし，人間的成長・発達の機会となるよう支援していくことが重要であると考えられる。

3．本研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は，6名に限定しており，懐古的な質的研究であるため記憶が曖昧になっている点があげられ，一般化に限界がある。年々，不登校の子どもの数は増え続けており，不登校をきっかけとし自宅にひきこもり，社会的な活動に参加せず，家族以外とのかかわりが希薄になりやすい現状はデータ収集時点と現在に変わりはないが，不登校の子どもを取り巻く環境の変化が考えられる。今後は，研究結果の信頼性を高めるために，参加者数を増やすことが課題である。

謝　辞

本研究の趣旨をご理解いただき，貴重なお話をしてくださいました皆さま，ご協力いただきましたフリースクールの施設長・職員の皆さまに心より感謝申し上げます。

なお，本研究は，第43回日本看護研究学会学術集会（東海市）で発表をした。

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

石原史夏（2020）．不登校経験者がフリースクールにおいて不登校体験を他者に語れるようになっていくプロセスとその意味についての質的研究―M-GTAを用いて―．*甲南女子大学大学院論集*，*18*，13-21.

加藤　悠・中島美那子（2011）．母親の自尊感情と養育態度：子どもの自尊感情を育むために．*茨城キリスト教大学紀要*，*人文科学*，*45*，119-129.

川瀬正裕（2005）．第2章　思春期・青年期の問題行動と精神科診療―1　不登校・家庭内暴力．坂田三允（編），*精神看護エクスペール15　思春期・青年期の精神看護*．*32*，東京：中山書店．

金　玉禮（2015）．「わが子の不登校」を経験した母親に関する一考察：母親たちの生活環境に影響する「子どもの不登校」．*教育福祉研究*，*20*，95-105. http://hdl.handle.net/2115/58349（参照2020年6月4日）

木下康仁（2003）．*グランデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い*．233-238，東京：弘文堂．

久保木富房（1997）．思春期・青年期の心身医学．*心身医学*，*37*(6)，397-405. https://doi.org/10.15064/jjpm.37.6_397

前田利江，鈴木美樹江（2020）．思春期不登校の子どもをもつ母親の心理変容過程についての一考察．*心理臨床学研究*，*37*(6)，537-548.

松坂文憲（2010）．不登校経験者が語る“不登校経験の意味”―“自己資源化の可能性”の提案―．*岩手大学大学院人文社会科学研究科研究紀要*，*19*，39-56. https://doi.org/10.15113/00013072

三並めぐる，福山聡美，原田直樹，梶原由紀子，松浦賢長，岡多枝子（2014）．不登校児童生徒のきょうだいの経験と支援に関する研究．*福岡県立大学看護学研究紀要*，*11*(1)，11-20. http://www.fukuoka-pu.ac.jp/academics/nurse/bulletin2/11_1pdf/11-1-2.pdf（参照2020年6月4日）

文部科学省（2019年10月25日）．不登校児童生徒への支援の在り方について（通知）．https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1422155.htm（参照2020年5月26日）

文部科学省初等中等教育局児童生徒課（2014年7月9日）．「不登校に関する実態調査」～平成18年度不登校生徒に関する追跡調査報告書～（概要版）．https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1349956.htm（参照2020年6月4日）

文部科学省初等中等教育局児童生徒課（2016年12月22日）．別添3

義務教育の段階における普通教育に相当する教育の機会の確保等に関する法律（平成28年法律第105号）．https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1380960.htm（参照2020年 6 月 4 日）

文部科学省初等中等教育局児童生徒課（2019年10月17日）．平成30年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について．https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/31/10/1422020.htm（参照2020年 5 月26日）

文部科学省初等中等教育局フリースクール等担当（2015年 8 月）．小・中学校に通っていない義務教育段階の子供が通う民間の団体・施設に関する調査．https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tyousa/__icsFiles/afieldfile/2015/08/05/1360614_02.pdf（参照2020年 5 月26日）

本山敬祐（2011）．日本におけるフリースクール・教育支援センター（適応指導教室）の設置運営状況．*東北大学大学院教育学研究科研究年報*，*60*(1)，15-34.

中川利子（2007）．教育とNPO．山内直人，田中敬文，河井孝仁（編）．*NPO白書2007*，pp.112-116．大阪大学大学院国際公共政策研究科NPO研究プロジェクト．

中地展生（2012）．不登校児の母親の変化過程およびその変化に影響を与える要因に関する研究：親グループ新規参加者 3 名の「期待」に着目して．*帝塚山大学心理学部紀要*，*1*，113-126.

中村仁志（2010）．思春期の子どものメンタルヘルス不登校．草場ヒトミ（編）．小児のメンタルヘルス．182-197．東京：中山書店．

中島喜代子，倉田英理子（2004）．家庭，学校，地域における子どもの居場所．*三重大学教育学部研究紀要　人文・社会科学*，*55*，65-77.

柴　裕子・宮良淳子（2017）．登校していた時期から不登校となり，不登校を続けていく当事者の思いのプロセス．*日本看護研究学会雑誌*，*40*(1)，25-34．https://doi.org/10.15065/jjsnr.20160701003

牛島洋景（2020）．*子どもの不登校やひきこもりへの理解と治療．小児看護*，*43*(1)，52-56.

吉井健治（1998）．学校教育構造と不登校問題：「なかま」による癒しと成長．*社会関係研究*，*4*(2)，1-22．https://kumagaku.repo.nii.ac.jp › attribute_id=22（参照2020年 6 月 4 日）

吉井健治（1999）．不登校を対象とするフリースクールの役割と意義．*社会関係研究*，*5*(1・2)，83-104．https://kumagaku.repo.nii.ac.jp › file_no=1（参照2020年 6 月 4 日）

吉井健治（2017）．不登校と関わる十二の技．*鳴門教育大学研究紀要*，*32*，107-123.

［2020年 9 月 9 日受　　付
2021年 6 月30日採用決定］

Material and Others

Process of Deciding to Return to School for Students with Continuous School Attendance Refusal

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, *45*(2), 327-338
©2022 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210630148

Junko Miyara, MSN, RN[1], Yuko Shiba, MSN, RN[2]
Kazuko Ichie, PhD, RN[3]

[1]Chukyo Gakuin University Faculty of Nursing, Gifu, Japan
[2]Chubu Gakuin University Faculty of Nursing & Rehabilitation Sciences, Gifu, Japan
[3]Seirei Christopher University Faculty of Nursing, Shizuoka, Japan

Abstract

Objective: This study aims to elucidate the process by which students with continuous school attendance refusal decide to return to school while attending Free School (an alternative school). **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with six children who resumed school after a school attendance refusal, and interview data were analyzed using a modified grounded theory approach. **Results:** Children with continuous school attendance refusal felt that "it was not optimal to maintain their refusal" while "finding a place in their home," regained self-confidence, and decided to "prepare attending an alternative school and breaking with" the school attendance refusal. When they began attending the school, they felt "the weight of onlookers' gaze," a "difference between them and classmates" and that "the alternative school was not appropriate for them," but "changes in family relationships" occurred. With "the awareness of taking small steps," they "decided to go back to school" being "encouraged to resume school or advance to a higher school year" searching for "the meaning of their school attendance refusal." **Conclusions:** The findings suggest the importance of understanding the situations in which children gradually gain experience and self-confidence, and assisting them in finding opportunities for personal growth and development.

Key words

school refusal, free school, adolescence, modified grounded theory approach

Correspondence: J. Miyara. Email: miyara@chukyogakuin-u.ac.jp

日本看護研究学会雑誌
2021, *44*(2), 339-348
©2021 日本看護研究学会
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210908152

がん疼痛のある外来患者に対するオピオイド鎮痛薬の服薬指導および看護ケアの実態調査 ―がん診療連携拠点病院と一般病院の比較―

山中政子[1]，鈴木久美[2]
[1]天理医療大学医療学部看護学科，[2]大阪医科薬科大学看護学部

要　旨

目的：がん疼痛のある外来患者に対するオピオイド鎮痛薬の服薬指導および看護ケアの実態調査を行い，がん拠点病院 と一般病院の差異を明らかにする。**方法**：外来看護師に対するインターネットによるアンケート調査。**結果**：回答者の所属はがん拠点病院145名，一般病院236名。オピオイド鎮痛薬初回導入の頻度（$p < .001$），処方医師からの服薬指導依頼の頻度（$p < .001$），横断的活動を行う看護師の数（$p < .001$）はがん拠点病院と一般病院で有意差があった。がん疼痛のある外来患者への看護ケアは全ての項目で有意差があった。**結論**：オピオイド鎮痛薬を初回導入された外来患者への服薬指導やがん疼痛看護ケアは，がん拠点病院が一般病院より実施している可能性が示された。外来でのがん疼痛看護ケアにおいては，がん疼痛看護ケアにおける困り事を相談できる支援と教育体制の整備，多職種連携の整備が課題と考える。

キーワード

がん疼痛，外来患者，オピオイド鎮痛薬，服薬指導，看護ケア

責任著者：山中政子．Email: m.yamanaka@tenriyorozu-u.ac.jp

緒　言

わが国では2006年にがん対策基本法が成立し，緩和ケアはがん対策の一環として位置づけられ，がんと診断された時からの緩和ケアが推進されている。その中心的役割を担う緩和ケアチームへの依頼内容は，多い順に「疼痛」「疼痛以外の身体症状」「精神症状」と続いており（中澤・笹原・木澤，2019，p.55），がん疼痛の緩和は未だ重要課題である。また，通院中の進行がん患者の約60％が痛みを有すると報告されており（Yamagishi et al.，2012，p.506），入院日数の短縮に伴い，がん疼痛のある外来患者は今後も増加すると考えられる。がん疼痛のある患者に対しては，オピオイド鎮痛薬を中心とした薬物療法が行われるため（日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会，2020，pp.39-42），医療者はオピオイド鎮痛薬を自己管理できるように外来患者を支援することが重要である。

ホスピス緩和ケア白書2018（五十嵐・宮下，2019，p.107）によると，がん診療連携拠点病院のうち93％が「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備」し，93％が「医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用時の医師からの説明，薬剤師や看護師等による服薬指導と自己管理指導」を行っている。一方，保険薬局薬剤師の67.4％がオピオイド鎮痛薬の調剤・服薬指導を行うにあたり不安や疑問をもっており，その理由に病院側の説明内容と患者の認識との乖離を挙げていることや（田中ほか，2016，p.11），病院からの患者情報が不足しているため服薬指導が行いにくいことが報告されている（田中ほか，2016，pp.11-13；藤井・立松・湯川・金田，2016，p.121）。さらに，外来の状況として「オピオイド鎮痛薬を初回導入する患者への服薬指導が不十分である」，「院外薬局でオピオイド鎮痛薬を受け取る患者が麻薬であることを知らないときがある」，「看護介入すべき患者をみつける体制が整っていない」と報告されている（Yamanaka & Suzuki，2021，pp.36-37）。近年，麻薬取扱薬局数が増加し（愛知県衛生年報，2019），オピオイド鎮痛薬の院外処方箋発行は増えているが，オピオイド鎮痛薬を使用する外来患者に対する服薬指導や看護ケアの提

供体制は整っていない可能性がある。外来患者が痛みやオピオイド鎮痛薬を自己管理し，社会生活を維持できるよう支援することは重要であり，外来看護師が果たすべき役割は大きい。外来患者へのがん疼痛看護ケアにおける課題を検討するためには，オピオイド鎮痛薬を使用する外来患者に対する服薬指導や看護ケアの実態を把握する必要がある。

また，国のがん対策推進計画により，がん性疼痛緩和を含む緩和ケアはがん診療連携拠点病院（以下，がん拠点病院）を中心に進められているが，今後は一般病院においても緩和ケアの充実が急がれる。高橋・村上・大庭・中村・島田は，がん拠点病院以外の一般病院（以下，一般病院）の約35％に緩和ケアチームはなく，緩和ケア専門スタッフもほとんどいないことを報告している（2020，p.41）。がん拠点病院と一般病院では施設の機能や役割が異なるため，オピオイド鎮痛薬を使用する外来患者へのケア提供体制も異なる可能性がある。がん性疼痛コントロールに関する病棟での看護実践を一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟で比較した調査報告はあるが（中橋，2009，pp.33-41），外来でのオピオイド鎮痛薬の服薬指導や看護ケアを調査した研究は見当たらない。そこで本研究は，がん疼痛患者に対する外来看護ケアの課題を検討するため，がん疼痛のある外来患者に対するオピオイド鎮痛薬の服薬指導および看護ケアの実態調査を行い，がん拠点病院と一般病院の差異を明らかにすることを目的とした。

Ⅰ．方　法

1．調査対象

対象者は，インターネット調査会社である株式会社インテージ（以下，インテージ）にモニター登録している外来看護師400名とした。対象者の適格基準は，病院の外来で勤務している者，がん患者と関わる機会がある者とし，除外基準は，診療所やクリニック，訪問看護ステーションで勤務している者とした。インテージへの登録情報から病院に勤務する看護師8,080名を選定し，インターネットを介して適格基準を確認し，基準に合致した看護師に対しアンケート調査を実施した。

2．調査方法

本研究は，インターネットによる無記名のアンケート調査により行われた。インテージには対象者のサンプリングとデータ収集，アンケート調査回答内容のエクセルシートへの入力，アンケート調査回答内容の研究者への提供を依頼した。アンケート調査は2019年12月に行った。

3．調査項目

(1) 対象者の背景

対象者の性別，年齢，看護師経験年数，専門看護師または認定看護師の資格，所属施設の種類（がん診療連携拠点病院，地域がん診療病院，その他の一般病院），所属部署，がん患者と関わる機会の頻度を調査した。

(2) 外来患者へのオピオイド鎮痛薬の初回導入と服薬指導の状況

外来患者へのオピオイド鎮痛薬の初回導入と服薬指導依頼の2項目を「常にある」～「わからない」の6段階で回答を求めた。また，オピオイド鎮痛薬を初回導入した外来患者に対する服薬指導を行っている職種について，医師・院内薬剤師・保険薬局薬剤師・看護師の4項目を「常に行っている」～「わからない」の6段階で回答を求めた。

(3) がん疼痛のある外来患者に対する横断的活動を行う看護師の活動

各外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している看護師，および，各外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している専門看護師または認定看護師の存在を問う2項目を「いる」「いない」「わからない」で回答を求めた。また，横断的活動をしている看護師と外来看護師との連携，外来看護師への教育についての2項目を「常に行っている」～「わからない」の6段階で回答を求めた。

(4) 対象者が実践しているがん疼痛のある外来患者への看護ケア

対象者が実践しているがん疼痛のある外来患者への看護ケアについては，緩和ケアに関する医療者の態度評価尺度（Nakazawa et al., 2010, pp.427-437）を使用した。この尺度は，全ての医療者に使用することができ，信頼性と妥当性が検証されている（Nakazawa et al., 2010, pp.427-437）。6ドメイン（疼痛ケア，呼吸困難感，せん妄，看取りのケア，患者・家族とのコミュニケーション，患者・家族中心のケア）で構成されているが，本研究ではがん疼痛のある外来患者への看護ケアを調査することから，疼痛ケア，患者・家族とのコミュニケーション，患者・家族中心のケアの3ドメイン計9項目を用いた。「5.常に行っている」～「1.行っていない」の5段階で回答を求めた。選択肢についた数値の合計が高いほどケアを実践していることを意味する。

(5) がん疼痛のある外来患者への継続看護

外来看護師と病棟看護師，外来看護師と在宅ケア部門との継続看護として，患者情報の提供や情報活用の状況を問う5項目を「常に行っている」～「わからない」の6段階で回答を求めた。

4．分析方法

アンケート調査により得られたデータは，全対象者，およびがん拠点病院（がん診療連携拠点病院と地域がん診療病院）と一般病院に勤務する対象者ごとに記述統計として算出した。外来患者へのオピオイド鎮痛薬の初回導入と服薬指導の状況，がん疼痛のある外来患者に対する横断的活動を行う看護師の活動，がん疼痛のある外来患者への継続看護は，「常にある・常に行っている／よくある・たいてい行っている」，「時々ある・時々行っている」，「あまりない・あまり行っていない／全くない・行っていない」，「わからない」に分け，がん拠点病院と一般病院の回答比率の差をカイ二乗検定で求めた。対象者が実践しているがん疼痛のある外来患者への看護ケアは，Mann-WhitneyのU検定を用いてがん拠点病院と一般病院の差を求めた。有意水準は5％とし，統計解析にはIBM SPSS Statistics version 25を使用した。

5．倫理的配慮

本研究は，天理医療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：第136号）。対象者に対しインターネット調査の画面上で，研究目的とアンケートの回答は任意であること，回答者個人が特定されることはないこと，結果の公表について説明し，アンケートへの回答をもって本研究への同意と判断した。インテージは，プライバシーマークを取得し，登録しているモニターは，個人情報の取り扱い，調査依頼者との情報の共同利用，個人情報の開示請求などと，アンケートに回答する際に知り得た情報や質問文の内容について第三者に開示・漏えいしないという守秘義務について同意のもと契約を交わしている。モニターの住所，氏名，アドレス等の個人情報は研究者へ一切提供されることはなく，研究者が取得する回答は完全に匿名化されていた。

Ⅱ．結　果

1．対象者の背景

アンケート調査の回答者数は406名であったが，勤務場所が地域連携室のみ，および，地域連携室と病棟の兼任者を除外した381名を分析対象とした。381名は47都道府県に在住していた。381名の概要を**表1**に示す。性別は，男性20名，女性361名，年齢の中央値［四分位範囲］は45［38-51］であった。がん拠点病院に勤務する看護師は145名，一般病院に勤務する看護師は236名であった。男女比，年齢，看護師経験年数，専門看護師資格，認定看護師資格に有意差はなかった。所属部署は，病棟47名（10.7％），

表1　対象者の背景

項目	（n＝381）全体		（n＝145）がん拠点病院		（n＝236）一般病院		p
	n	（％）	n	（％）	n	（％）	
性別							.854†
男性	20	5.2	8	5.5	12	5.1	
女性	361	94.8	137	94.5	224	94.9	
年齢	中央値［四分位範囲］		中央値［四分位範囲］		中央値［四分位範囲］		
	45［38-51］		44［39-48］		45［38-52］		.148††
看護師経験年数	平均［標準偏差］		平均［標準偏差］		平均［標準偏差］		
	20.5（8.9）		20.1（8.1）		20.8（9.3）		.401†††
資格							
専門看護師	4	1.0	2	1.4	2	0.8	.491†
認定看護師	12	3.1	5	3.14	7	3.0	.507†
所属部署（複数回答あり）							
病棟	47	10.7	22	12.7	25	9.4	
外来	376	85.5	141	81.5	235	88.0	
がん相談室	10	2.3	7	4.0	3	1.1	
その他	7	1.6	3	1.7	4	1.5	
がん患者と関わる機会							＜.001†
常にある	93	24.4	58	40.0	35	14.8	
よくある	123	32.3	53	36.6	70	29.7	
時々ある	165	43.3	34	23.4	131	55.5	
あまりない	0	0	0	0	0	0	

† カイ二乗検定　†† Mann-WhitneyのU検定　††† t検定

外来376名（85.5％），がん相談室10名（2.3％），その他７名（1.6％）であった（複数回答）。がん患者と関わる機会は，常にある93名（24.4％），よくある123名（32.3％），時々ある165名（43.3％），あまりない０名であり，がん拠点病院の方が一般病院より有意に高かった（p＜.001）。

２．外来患者へのオピオイド鎮痛薬の初回導入と服薬指導の状況

外来患者へのオピオイド鎮痛薬の初回導入と服薬指導の状況を表２に示す。がん拠点病院と一般病院の比較において全ての設問で有意差があり，「常にある／よくある」および「常に行っている／たいてい行っている」の回答率はがん拠点病院の方が一般病院より高かった。「外来患者にオピオイド鎮痛薬の初回導入を行っている」（p＜.001），「外来患者にオピオイド鎮痛薬を初回導入する場合，処方医師が薬剤師，看護師などへ服薬指導を依頼している」（p＜.001），「外来患者にオピオイド鎮痛薬を初回導入する場合の服薬指導」の職種は，「処方医師」（p＜.01），「院内薬剤師」（p＜.05），「保険薬局の薬剤師」（p＜.05），「看護師」（p＜.05）であった。

３．がん疼痛のある外来患者に対する横断的活動を行う看護師の活動

がん疼痛のある外来患者に対する横断的活動を行う看護

表２　外来患者へのオピオイド鎮痛薬の初回導入と服薬指導の状況

質問項目	（n＝381）全体		（n＝145）がん拠点病院		（n＝236）一般病院		p
	n	%	n	%	n	%	
外来患者にオピオイド鎮痛薬の初回導入を行っている							＜.001
常にある／よくある	83	21.8	54	37.2	29	12.3	
時々ある	110	28.9	45	31.0	65	27.5	
あまりない／全くない	121	31.8	29	20.0	92	39.0	
わからない	67	17.6	17	11.7	50	21.2	
外来患者にオピオイド鎮痛薬を初回導入する場合，処方医師が薬剤師，看護師などへ服薬指導を依頼している							＜.001
常にある／よくある	125	32.8	74	51.0	51	21.6	
時々ある	65	17.1	22	15.2	43	18.2	
あまりない／全くない	105	27.6	25	17.2	80	33.9	
わからない	86	22.6	24	16.6	62	26.3	
外来患者にオピオイド鎮痛薬を初回導入する場合の服薬指導	（n＝275）†		（n＝119）†		（n＝156）†		
処方医師が行っている							.008
常に行っている／たいてい行っている	182	66.2	92	77.3	90	57.7	
時々行っている	36	13.1	10	8.4	26	16.7	
あまり行っていない／行っていない	33	12.0	9	7.6	24	15.4	
わからない	24	8.7	8	6.7	16	10.3	
院内薬剤師が行っている							.027
常に行っている／たいてい行っている	171	62.2	85	71.4	86	55.1	
時々行っている	29	10.5	12	10.1	17	10.9	
あまり行っていない／行っていない	45	16.4	12	10.1	33	21.2	
わからない	30	10.9	10	8.4	20	12.8	
保険薬局の薬剤師が行っている							.016
常に行っている／たいてい行っている	118	42.9	61	51.3	57	36.5	
時々行っている	30	10.9	13	10.9	17	10.9	
あまり行っていない／行っていない	33	12.0	7	5.9	26	16.7	
わからない	94	34.2	38	31.9	56	35.9	
看護師が行っている							.024
常に行っている／たいてい行っている	99	36.0	54	45.4	45	28.8	
時々行っている	63	22.9	27	22.7	36	23.1	
あまり行っていない／行っていない	84	30.5	28	23.5	56	35.9	
わからない	29	10.5	10	8.4	19	12.2	

カイ二乗検定
†「外来患者にオピオイド鎮痛薬の初回導入を行っている」の問いに，「全くない」「わからない」と回答した者を除外した数

師の活動を**表 3** に示す。がん拠点病院と一般病院の比較において全ての設問で有意差があり，「いる」および「常に行っている／たいてい行っている」の回答率はがん拠点病院の方が一般病院より高かった。「各外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している看護師がいる」($p<.001$)，「各外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している専門看護師または認定看護師がいる」($p<.001$) であった。また，「横断的活動をしている看護師と外来看護師は連携して患者へのケアを実施している」($p<.05$)，「横断的活動をしている看護師は外来看護師に対しがん疼痛看護を教育している」($p<.05$) であった。

4．対象者が実践しているがん疼痛のある外来患者への看護ケア

対象者が実践しているがん疼痛のある外来患者への看護ケアの状況を**表 4** に示す。がん拠点病院と一般病院の比較において全ての設問で有意差があり，疼痛ケアにおける「痛みの強さを評価している」($p<.001$)，「痛みの出現状況を評価している」($p<.001$)，「レスキュー薬の効果を評価している」($p<.001$)，患者・家族とのコミュニケーションにおける「重要な話はプライバシーが保てる場所で行っている」($p<.01$)，「オープンクエスチョンを用いている」($p<.01$)，「病状の理解度を確認している」($p<.001$)，患者・家族中心のケアにおける「患者・家族にとって大切なことは何かを知ろうとしている」($p<.01$)，「患者・家族が何を希望しているかを知ろうとしている」($p<.01$)，「患者・家族のつらさについて理解しようとしている」($p<.01$) であった。

5．がん疼痛のある外来患者への継続看護

がん疼痛のある外来患者への継続看護の状況を**表 5** に示す。「病棟看護師から退院患者の情報提供を受けている」の設問のみがん拠点病院と一般病院で有意差があり ($p<.05$)，「常に行っている／たいてい行っている」の回答率はがん拠点病院の方が一般病院より高かった。

Ⅲ．考　察

全国の外来看護師381名に対し，がん疼痛のある外来患者に対するオピオイド鎮痛薬の服薬指導および看護ケアの実態調査を行い，がん拠点病院と一般病院を比較した。両

表 3　がん疼痛のある外来患者に対する横断的活動を行う看護師の活動

質問項目	(n=381) 全体		(n=145) がん拠点病院		(n=236) 一般病院		p
	n	%	n	%	n	%	
各外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している看護師がいる							<.001
いる	223	58.5	124	85.5	99	41.9	
いない	122	32.0	15	10.3	107	45.3	
わからない	36	9.4	6	4.1	30	12.7	
各外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している専門看護師または認定看護師がいる							<.001
いる	201	52.8	120	82.8	81	34.3	
いない	138	36.2	17	11.7	121	51.3	
わからない	42	11.0	8	5.5	34	14.4	
横断的活動をしている看護師と外来看護師は連携して患者へのケアを実施している	(n=223) †		(n=124) †		(n=99) †		.046
常に行っている／たいてい行っている	139	62.3	86	69.4	53	53.5	
時々行っている	48	21.5	25	20.2	23	23.2	
あまり行っていない／行っていない	16	7.2	6	4.8	10	10.1	
わからない	20	9.0	7	5.6	13	13.1	
横断的活動をしている看護師は外来看護師に対しがん疼痛看護を教育している	(n=223) †		(n=124) †		(n=99) †		.049
常に行っている／たいてい行っている	117	52.5	75	60.5	42	42.4	
時々行っている	46	20.6	23	18.5	23	23.2	
あまり行っていない／行っていない	35	15.7	16	12.9	19	19.2	
わからない	25	11.2	10	8.1	15	15.2	

カイ二乗検定
†「横断的活動をしている看護師がいる」の問いに，「いない」「わからない」と回答した者を除外した数

表4　対象者が実践しているがん疼痛のある外来患者への看護ケア

質問項目	(*n*=381) 全体 中央値［四分位範囲］	(*n*=145) がん拠点病院 中央値［四分位範囲］	平均ランク	順位和	(*n*=236) 一般病院 中央値［四分位範囲］	平均ランク	順位和	*p*
疼痛ケア								
痛みの強さを評価している	4［3-5］	4［4-5］	224.4	32534.0	4［3-4］	170.5	40237.0	＜.001
痛みの出現状況を評価している	4［3-4］	4［3-5］	215.2	31205.5	4［3-4］	176.1	41565.5	＜.001
レスキュー薬の効果を評価している	4［3-5］	4［4-5］	217.0	31470.0	4［3-4］	175.0	41301.0	＜.001
患者・家族とのコミュニケーション								
重要な話はプライバシーが保てる場所で行っている	4［3-4］	4［3-5］	212.9	30864.0	4［3-4］	177.6	41907.0	.001
「何かご心配はありますか」のようなオープンクエスチョンを用いている	4［3-5］	4［4-5］	213.8	30996.0	4［3-5］	177.0	41775.0	.001
病状の理解度を確認している	4［3-4］	4［4-5］	217.0	31470.5	4［3-4］	175.0	41300.5	＜.001
患者・家族中心のケア								
患者・家族にとって大切なことは何かを知ろうとしている	4［3-5］	4［4-5］	212.7	30837.5	4［3-4］	177.7	41933.5	.001
患者・家族が何を希望しているかを知ろうとしている	4［3-5］	4［4-5］	211.5	30672.5	4［3-4］	178.4	42098.5	.002
患者・家族のつらさについて理解しようとしている	4［3-5］	4［4-5］	210.3	30493.5	4［3-5］	179.1	42277.5	.004

マンホイットニーのU検定

者の差異について考察し，がん疼痛患者に対する外来看護ケアにおける課題を検討する。

1．がん疼痛のある外来患者への服薬指導におけるがん拠点病院と一般病院の差異および課題

がん疼痛のある外来患者への服薬指導について調査した結果，がん拠点病院，一般病院ともに，外来患者に対しオピオイド鎮痛薬の初回導入を行っていたが，がん拠点病院と一般病院で有意差が認められた。「常にある／よくある」の回答率は，がん拠点病院37.2％，一般病院12.3％であり，がん拠点病院の方が外来患者に対しオピオイド鎮痛薬を初回導入している頻度が高い可能性が示された。オピオイド鎮痛薬を初回導入する外来患者に対する処方医師からの服薬指導の依頼も，がん拠点病院と一般病院で有意差が認められた。「常にある／よくある」の回答率は，がん拠点病院51.0％，一般病院21.6％であり，がん拠点病院の方が処方医師の服薬指導依頼の頻度が高い可能性が示された。オピオイド鎮痛薬を開始する際は，服用方法のみならず，疼痛増強時の対応や薬剤の保管方法など患者自身が効果的かつ適切に使用するための服薬指導が必要である。しかし，一般病院では，オピオイド鎮痛薬の十分な服薬指導を受けずに帰宅している外来患者ががん拠点病院よりも多いことが明らかになった。清水らは，オピオイド鎮痛薬を使用する外来患者68名のうち5名が不適切使用であったという調査結果から，外来でのオピオイド鎮痛薬使用については常に痛みの原因を明らかにし，乱用や依存につながる使用をスクリーニングする必要があると述べている（清水ほか，2016，pp.175-179）。オピオイド鎮痛薬を初回導入する際に服薬指導を行い，オピオイド鎮痛薬の不適切使用を回避することは重要である。患者がもれなく服薬指導を受けることができるよう，外来看護師はオピオイド鎮痛薬を初回導入する患者や継続使用する患者をスクリーニングし，処方医師に服薬指導の依頼を促すことが必要であると考える。

外来患者にオピオイド鎮痛薬を初回導入する場合の服薬指導を行う職種については，処方医師および院内薬剤師，保険薬局の薬剤師，看護師においてがん拠点病院と一般病院で有意差が認められた。看護師における「常に行っている／たいてい行っている」の回答率は，がん拠点病院45.4％，一般病院28.8％であり，がん拠点病院の方が看護師による服薬指導の実施頻度が高い可能性が示された。オピオイド鎮痛薬は定期投与の徐放性製剤と突出痛に対するレスキュー薬を併用するため，患者はレスキュー薬の使用タイミングを自身で判断して痛みをコントロールしている。しかし，がん疼痛のある外来患者はオピオイド鎮痛薬による副作用で困ったり，オピオイド鎮痛薬の耐性や中毒を心配して使用量を控えていると報告されており（Yamanaka，2018，pp.1529-1530），患者が医療者のいない

表5　がん疼痛のある外来患者への継続看護

質問項目	(n=381) 全体		(n=145) がん拠点病院		(n=236) 一般病院		p
	n	%	n	%	n	%	
病棟看護師から退院患者の情報提供を受けている							.045
常に行っている／たいてい行っている	193	50.7	85	58.6	108	45.8	
時々行っている	73	19.2	28	19.3	45	19.1	
あまり行っていない／行っていない	74	19.4	21	14.5	53	22.5	
わからない	41	10.8	11	7.6	30	12.7	
病棟看護師から提供された患者情報を外来での看護ケアに活用している							.117
常に行っている／たいてい行っている	225	59.1	91	62.8	134	56.8	
時々行っている	69	18.1	30	20.7	39	16.5	
あまり行っていない／行っていない	49	12.9	15	10.3	34	14.4	
わからない	38	10.0	9	6.2	29	12.3	
外来看護師から病棟看護師へ入院する患者の情報を提供している							.347
常に行っている／たいてい行っている	268	70.3	100	69.0	168	71.2	
時々行っている	47	12.3	23	15.9	24	10.2	
あまり行っていない／行っていない	36	9.4	13	9.0	23	9.7	
わからない	30	7.9	9	6.2	21	8.9	
外来看護師は訪問看護師や在宅ケアスタッフに直接的に患者情報を提供している							.345
常に行っている／たいてい行っている	175	45.9	70	48.3	105	44.5	
時々行っている	72	18.9	31	21.4	41	17.4	
あまり行っていない／行っていない	75	19.7	27	18.6	48	20.3	
わからない	59	15.5	17	11.7	42	17.8	
外来看護師は訪問看護師や在宅ケアスタッフに地域連携室などを介して間接的に患者情報を提供している							.109
常に行っている／たいてい行っている	176	46.2	76	52.4	100	42.4	
時々行っている	85	22.3	31	21.4	54	22.9	
あまり行っていない／行っていない	61	16.0	23	15.9	38	16.1	
わからない	59	15.5	15	10.3	44	18.6	

カイ二乗検定

自宅で効果的に痛みをコントロールするためには医療者のサポートが必要である。薬剤師法25条の2情報の提供及び指導（厚生労働省，1960）に則り薬剤師が服薬指導を行うことになっているが，診察室等で直接患者の様子を観察できる外来看護師が，痛みと鎮痛薬の効果を継続的にアセスメントし，耐性や中毒に対する患者の懸念に気づいて正しい知識を伝え，患者が効果的なレスキュー薬の使用方法を見出すことができるよう支援することが課題である。

2．がん疼痛のある外来患者への看護ケアにおけるがん拠点病院と一般病院の差異および課題

がん疼痛のある外来患者への看護ケアを調査した結果，各外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している看護師が「いる」と回答した割合に有意差があり，がん拠点病院85.5%，一般病院41.9%であった。外来を横断的に活動しながらがん疼痛患者へのケアを実施している専門看護師または認定看護師が「いる」と回答した割合に有意差があり，がん拠点病院82.8%，一般病院34.3%であった。これらの結果から，横断的活動を行う看護師には専門看護師・認定看護師が多く，その数はがん拠点病院の方が多いことが示された。さらに，横断的活動を行う看護師と外来看護師との連携や，横断的活動を行う看護師による外来看護師への教育においても，がん拠点病院と一般病院で有意差があり，がん拠点病院の方が「常に行っている／たいてい行っている」の回答率が高く，一般病院では専門看護師や認定看護師の数が不足している可能性と，外来での看護師間連携や外来看護師へのがん疼痛看護教育が十分に行われていない可能性が示された。専門看護師や認定看護師には看護師への教育や指導，相談といった役割がある。一般病院では，がん疼痛患者へのケアに迷ったときに相談できるリソースが不足しているため，効果的なケアにつなげることが難しい状況にあると推察される。これを反映するかのように，本調査では，対象者が実践しているがん疼痛のある外来患者への看護ケアについても全ての項

目で有意差があり，がん拠点病院の方ががん疼痛看護ケアを実施している可能性が示された。がん疼痛のある外来患者への継続看護についても，「病棟看護師から退院患者の情報提供を受けている」の設問のみ有意差があり，がん拠点病院の方がその頻度は高く，一般病院より入院中の患者情報を活用している可能性が示された。横断的活動を行う看護師や専門看護師・認定看護師の配置割合が高いがん拠点病院では，がん疼痛患者へのケアで困った時に相談する看護師がおり，教育を受ける機会もあることから，効果的ながん疼痛看護ケアを実施できているのではないかと推察する。また，緩和ケアに関する勉強会回数の中央値は，がん拠点病院で 5 回，一般病院で 2 回と報告されている（阿部，赤木，2018，p.12）。一般病院では院内集合教育の機会も少ないことが推察される。しかし，外来は非常勤看護師が多く専門性や責任を要求しにくいという問題があり（佐々木・青山・神・渋谷，2015，p.146），がん看護教育研修に外来看護師が参加していないとの報告がある（奥村ほか，2019，p.141）。これらの報告からは，集合教育の機会を増やしても外来看護師の参加は難しいと推察され解決策にならない。外来の勤務時間内でがん疼痛看護ケアの困り事が解決するような支援および教育体制の整備が課題であると考える。また，多職種合同カンファレンスを開催している外来看護師ほど他職種，他部門と連携していることが報告されており（佐藤・鷲見，2015，pp.100-103），多職種連携の体制を整備することも外来看護師支援の一助になると考える。今後，外来看護師のがん疼痛看護ケアの質を向上するためには，看護スペシャリストのような現任教育のリソースを増やしてケアの困り事をいつでも相談できるよう支援を行い，合同カンファレンスを開催して最善のがん疼痛緩和ケアを話し合う機会を増やす必要があると考える。

本研究の限界は，調査方法がインターネットを介したアンケート調査であり，研究対象者に偏りが生じることである。インターネット調査ではデジタル・ディバイドといわれるインターネットの利用格差，特に世代間と所得間に差があり（古川，2014，p.467），本調査の研究対象者が調査会社のモニターであることからサンプリング・バイアスの可能性がある。

おわりに

外来看護師に対するインターネット調査の結果，がん拠点病院と一般病院では，オピオイド鎮痛薬を初回導入する頻度と外来患者への服薬指導依頼頻度に有意差があり，がん拠点病院の方が「常にある／よくある」の回答率が高かった。各外来を横断的に活動する看護師の存在もがん拠点病院と一般病院で有意差があり，がん拠点病院の方が「いる」の回答率が高かった。また，がん疼痛のある外来患者への看護ケアの実施については，がん拠点病院の方が有意に高かった。今後は，一般病院においても，オピオイド鎮痛薬を処方された患者にもれなく服薬指導を行うことや，外来看護師ががん疼痛看護ケアにおける困り事を相談できる支援と教育体制の整備，多職種連携の整備が課題であると考える。

謝　辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様に心より御礼申し上げます。

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 JP16K12084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

阿部健太郎，赤木　徹（2018）．病院機能別におけるがん疼痛治療の現状および医療用麻薬の院内採用品に関する調査．*医療の広場*，*58*(2)，11-14.

愛知県（2019）．第 7 部薬務第 7 表麻薬取扱者及び業務所数，保健所別．平成29（2017）年愛知県衛生年報．https://www.pref.aichi.jp/soshiki/iryo-keikaku/h29eiseinenpou.html（参照2019年10月25日）.

藤井美佳，立松三千子，湯川和典，金田典雄（2016）．麻薬取扱保険薬局における麻薬備蓄状況ならびに患者への服薬指導の実態調査．*日本緩和医療薬学雑誌*，*9*(4)，115-122.

古川亮子（2014）．看護研究におけるインターネット調査の利用．*看護研究*，*47*(5)，462-471.

五十嵐尚子，宮下光令（2019）．Ⅲ．統計と解説 1．データでみる日本の緩和ケアの現状．志真泰夫，恒藤　暁，細川豊史，宮下光令，山崎章郎（編），*ホスピス緩和ケア白書2018：がん対策基本法これまでの10年これからの10年*（p.107）．東京：青海社．

中橋淳子（2009）．がん性疼痛コントロールに関する知識・態度・看護実践についての実態調査（第 1 報）：一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟（ホスピス）の比較検討から．*日本がん看護学会誌*，*23*(3)，33-41.

Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., Ogasawara, T.（2010）. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties

experienced in palliative care by health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, *13*(4), 427-437. https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0289

中澤葉宇子，笹原朋代，木澤義之（2019）．Ⅰ．がん対策基本法施行後10年の歩み 6．緩和ケアチームのこの10年．志真泰夫，恒藤　暁，細川豊史，宮下光令，山崎章郎（編），*ホスピス緩和ケア白書2018：がん対策基本法これまでの10年これからの10年*（p.55）．東京：青海社．

日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会（2020）．*がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版*．39-42，東京：金原出版．

奥村美奈子，宇佐美利佳，布施恵子，鳴海叔子，苅谷三月，伊佐治哲也，田上知恵美，藤内眞理，林ひとみ，澤井美穂，住田俊彦，土屋あすか，山本知枝子（2019）．岐阜県における End-of-Life Care 充実に向けた取り組み．*岐阜県立看護大学紀要*，*19*(1)，139-146.

佐々木妙子，青山満理子，神　文子，渋谷久美子（2015）．国立病院機構病院における外来常勤看護師配置は適切か：看護部長へのアンケート集計から．*医療*，*69*(3)，144-150.

佐藤三穂，鷲見尚己（2015）．通院がん患者の支援に対する外来看護師と他職種・他部門との連携の実態．*日本がん看護学会誌*，*29*(2)，98-104.

清水啓二，池永昌之，杉田智子，嶽小原恵，數野智恵子，久保田拓志，大越　猛，青木佐知子，加村玲奈，今村拓也（2016）．オピオイド使用外来患者の乱用・依存に関する適正使用調査．*Palliative Care Research*，*11*(2)，174-181. https://doi.org/10.2512/jspm.11.174

高橋理智，村上義孝，大庭真梨，中村陽一，島田英昭（2020）．東京都区南部・区西南部の一般病院におけるオピオイド消費量と緩和ケア体制に関する実態調査．*Palliative Care Research*，*15*(1)，35-42. https://doi.org/10.2512/jspm.15.35

田中里佳，村上雅裕，中村豪志，田中邦佳，室　親明，川船庸子，天野　学，木村　健（2016）．緩和薬物療法における病薬連携に関するアンケート調査．*日本地域薬局薬学会誌*，*4*(1)，9-15.

薬剤師法（昭和三十五年八月十日）（法律第百四十六号）．厚生労働省（1960）．https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=81001000&dataType=0&pageNo=1（参照2021年 2 月 3 日）

Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Igarashi, A., Akiyama, M., Akizuki, N., Shirahige, Y., Eguchi, K.（2012）. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: A Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, *43*(3), 503-514. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.025

Yamanaka, M.（2018）. Investigation of specifics of self-management towards dealing with cancer pain among adult outpatients. *Health*, 10, 1520-1538. https://doi.org/10.4236/health.2018.1011116

Yamanaka, M., Suzuki, K.（2021）. Evaluation of appropriateness of a nursing intervention program to promote pain self-management for adult outpatients with cancer pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *8*(1), 33-39. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_37_20

［2021年 3 月18日受　　付
2021年 9 月 8 日採用決定］

Material and Others

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, *44*(2), 339-348
©2021 Japan Society of Nursing Research
https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210908152

A Survey of Opioid Analgesic Medication Guidance and Nursing Care for Outpatients with Cancer Pain: Comparison between Designated Cancer Hospitals and General Hospitals

Masako Yamanaka, PhD, RN[1], Kumi Suzuki, PhD, RN[2]

[1]Department of Nursing Science, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University, Nara, Japan
[2]Faculty of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University, Osaka, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to investigate opioid analgesic medication guidance and nursing care for outpatients with cancer pain and determined differences between cancer hospitals and general hospitals. **Methods:** We conducted an internet questionnaire survey of outpatient nurses. **Results:** The respondents worked at 145 designated cancer hospitals and 236 general hospitals. The frequency of issuing the first prescription of opioid analgesics ($p < .001$), the frequency of requests for medication guidance from prescribing physicians ($p < .001$), and nurses performing "cross-field" activities ($p < .001$) were significantly higher in designated cancer hospitals. Nursing care for outpatients with cancer pain was statistically significantly different for all items. **Conclusions:** Designated cancer hospitals more commonly provide medication guidance to outpatients who are prescribed the first opioid analgesics and provide nursing care for outpatients with cancer pain, than general hospitals. In nursing care for outpatients with cancer pain, some issues need to be addressed. These are support for consultation on problems in cancer pain nursing care, development of education arrangements for nurses, and development of inter-professional work.

Key words

cancer pain, outpatient, opioid analgesic, medication guidance, nursing care

Correspondence: M. Yamanaka. Email: m.yamanaka@tenriyorozu-u.ac.jp

一般社団法人
日本看護研究学会
会報
第　123　号
（2022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 5 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 5 回理事会　議事録

日　　時：2022年 2 月20日（日）13時～16時50分
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）：
理事長：深井喜代子，副理事長：浅野みどり，鈴木みずえ
理　事：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
監　事：稲垣美智子，西田真寿美
欠 席 者（敬称略）：
理　事：工藤美子
陪　　席（敬称略）：
竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長　深井喜代子
書　　記：矢野理香

資料：01　会員数の動向
02　第 7 回評議員選挙（2021年度）選出評議員
03　編集委員会資料
04　第 2 回学会賞・奨励賞・奨学会委員会議事録
05　近畿・北陸地方会　世話人代表選挙結果

06　奨学研究選考経過及び授与候補者について
07　学会賞・奨励賞の推薦について
08　将来構想委員会資料
09　日本看護研究学会会員の国際活動の現状とニーズに関する調査
10　各委員会　事業報告と事業計画
11　予算案
12　名誉会員推薦内規
13　評議員の退会について
14　入会申し込み理事会承認
15　第19回日本学術振興会賞について

深井喜代子理事長挨拶

1．議事録の確認

2021年度第 4 回理事会
2021年度第 2 回臨時理事会（書面）

2．報告事項

1）会員数の動向（資料 1 ）（鈴木副理事長）
・資料に基づき，報告があった。

2）第 7 回評議員選挙・理事候補者選挙（2021年度）報告（資料 2 ）（深井理事長）
・資料に基づき報告され，今後の予定について確認された。

3）委員会報告
（1）編集委員会（資料 3 ）（委員長　法橋理事）
・資料 3 に基づき報告があった。
・和雑誌：アクセプト率が高くなっており，60％程度になっている。
転載依頼，総説の定期的な掲載について説明がされた。
・英文誌：当初の予定以上に，順調に投稿が増えている。
編集の進捗，発行時期について説明がされた。
JINRのウェブサイト，Web APIの実装に関して説明があった。
正文社からの見積書を元に詳解された結果，同社に委託することが確認された。

（2）奨学会委員会（資料 4 ）（委員長　阿部理事）
・奨学金受給者の研究進捗状況について報告された。
・受給者は，全員投稿済みもしくは投稿予定であることが報告された。
・JINRへの投稿時には，奨学金受給者である旨，明記されることが確認された。

（3）学会賞・奨励賞委員会（委員長　工藤せい子理事）

・学会賞1名と奨励賞5論文の推薦について選考経過について報告された。

（4）将来構想委員会（委員長　深井理事長）

・第4回理事会での監事からの提言を受け，役員の委員会活動に要する運用経費について当委員会で検討した案件について，本日の審議事項とする旨が説明された。

（5）研究倫理委員会（委員長　高見沢理事）

・会員情報管理システムの会員マイページでCOIの講演動画をオンデマンド配信し，1か月間で288のアクセスがあったことが報告された。

（6）国際活動推進委員会（委員長　岡理事）

・オンデマンドによるオンラインセミナーを配信しており，3月21日まで継続中である。現時点で，219のアクセスがあった。近日中に再度，会員に案内の配信を行う予定である旨，報告された。

（7）大規模災害支援事業委員会（委員長　中西理事）

・2021年度は現時点までに大きな自然災害もなく，前回以降の支援事業はないことが報告された。

（8）広報委員会（委員長　塩飽理事）

以下，3点について報告があった。

・ニュースレター第6号を発刊し，Web上にも公開している。学生会員についても掲載している。

・セミナーのオンライン開催についても，4件，情報を流している。

・COIについての改定もホームページに掲載している。

（9）看保連ワーキング（委員長　浅野副理事長）

・毎年公募のある研究助成金への申請が，会員より1件あった。現在，内容の修正を依頼しつつ，承認する方向で検討している。3月の看保連関係の合同委員会，情報交換会に（委員長が）出席予定である。

（10）実践研究活動推進ワーキング（委員長　若村理事）

・3月4日（金）18－19時に，第4回「仲間と研究をつなごう会」開催予定である。

・セミナー企画として，3月11日（金）17時から研究室紹介を行うことを検討中である。

4）関連会議

以下，それぞれの渉外担当者より報告があった。

①　日本看護系学会協議会（浅野副理事長）

・2022年1月6日に，将来構想に関する情報交換会があった。

・会長の方針資料がホームページに掲載されている。

・AMEDに関して，シンポジウムのご案内があり，広報している。関心のある方はアクセスしてほしい。

②看保連（浅野副理事長）

・今後，会議が2件予定されている。

③日本学術会議：看護分科会が予定されている。（浅野副理事長）

・3月29日看護分科会の会議予定がある。

・5月21日（土）午後　看護分科会主催　公開シンポジウム「ポストコロナ時代に求められる看護系人材（仮題）の開催予定である。

④災害看護連携会議（中西理事・浅野副理事長）

・防災会議のシンポジウムに演題募集があったことが報告され，情報共有された。

5）第48回学術集会　（次回会長　中西理事）

・進捗状況の報告があった。

・ハイブリッドで開催したいことを前回報告したが，開催形態はぎりぎりまで経過を見て判断したい。口演発表は，原則現地としているが，コロナの状況によっては，録画したものを事前に送ってもらい，対応したいと考えている。交流集会でも，録画発表も可能と考えているので，周知してほしいことが説明された。

・現時点での参加登録は，一般演題10数件，交流集会1件のみとなっている。登録延長をしてもらいたいという要望もあり，延長を呼びかける予定である。3月15日正午までとする予定である。

・委員会主催のセミナー，交流集会も開催可能である。委員会で講師を招いて講演してもらう企画，委員会主催で委員会活動を紹介する企画のいずれも可能なので，ご検討いただきたい。

・学術集会の特別講師謝金について，100万円以内であれば学会から支援拠出することが可能である制度を活用したい。後日必要書類を提示して，メール審議を行う予定とする。講師謝金の他，交通費を含め支援を依頼する。

・学会賞・奨励賞及び奨学会委員会より，学術集会での会員総会終了後に，表彰式の時間を確保してもらえるよう依頼があった。

6）地方会の活動について（資料5）（深井理事長）

・近畿・北陸地方会より世話人代表選挙があり，次期世話人の選挙結果が報告された。

7）その他

特になし

3．審議事項

1）2022年度奨学会奨学金授与について（資料6）（阿部理事）

・資料に基づき，説明があった。

・奨学金受給候補者として田丸朋子氏1名が承認された。

2）2021年度学会賞・奨励賞推薦について（資料7）（工藤せい子理事）
・学会賞1名，奨励賞5論文について推薦があり，承認がされた。
・賞候補論文はすべて原著論文で，質的研究である旨，報告された。

3）委員会運用経費（仮）について（資料8）（深井理事長）
・委員会運用経費の主旨および運用方法について資料8に基づき，説明があり，承認された。
・支給額は1回の会議につき，一律1,000円とし，年度末に一括払いとする。
・適用範囲は議事録のある理事会と委員会における会議で，理事会は事務局が支払対象者をとりまとめること，委員会は各委員長が支払い申請を行うこととする。
・なお，将来構想検討委員会下に設置されたワーキング（看保連ワーキングと実践研究活動推進ワーキング）も委員会に準じる扱いとし，ワーキング長（委員長）が，同様に会議運用経費を予算計上することが確認された。

4）国際活動の現状とニーズに関する調査について（資料9）（岡理事）
・資料9に基づき，以下，説明された。
・インターネット調査を計画しており，本学会の研究倫理審査委員会に研究計画を申請し，承認を得てから実施する予定である。「国際活動に関して関心がある，今後の活動に参加希望がある方は，ご記名ください」という項目を入れることについて意見があり，取り入れていきたいとの回答があった。
・調査用紙内容について倫理審査の前に，各理事にメールで意見をもらうことを検討している。5月までに質問項目を作成し，倫理審査に提出することを目指している。

5）2021年度事業報告について（資料10）（各委員長）
・資料に基づき，各委員長から説明があった。

6）2022年度事業案について（資料10）（各委員長）
・資料に基づき，各委員長から説明があった。

7）2022年度予算案について（資料11-1，11-2）
・各委員会より，資料に基づき，事業報告および計画と予算案について説明された。
（1）編集委員会（法橋委員長）
・資料に基づき説明がされた。査読委員の増員および投稿規定の改定を予定している。対面での会議を予定したいので，会議費30万円程度を追加計上したい旨，依頼された。

（2）奨学会委員会（阿部理事）
・3年間会員であることが受給資格要件であるが，3年未満に短縮したいとの要望を受け，検討を行った。その結果，3年間は会費を払って貢献してもらうことが必要という結論となった。稲垣監事より，学生会員制度が導入されたことを受けて，受給資格要件については，検討事項として今後，継続審議を希望する意見があった。

（3）学会賞・奨励賞委員会（工藤せい子理事）
・会議を対面で行うことも想定して，旅費及び会場費を入れておいた方が良いのではないかと意見あり，計上することになった。委員会運用経費を追加する。
・オンライン会議について，奨学会委員会の方で予算計上することになった。

（4）将来構想検討委員会（深井理事長）
・資料に基づき，説明があった。

（5）将来構想委員会：看保連WG（浅野副理事長）
・資料に基づき，説明があった。

（6）将来構想委員会：実践研究活動推進ワーキング（若村理事）
・資料に基づき説明があった。
・会議を1回は対面で行いたいと考え，会議費，旅費を計上している。

（7）研究倫理委員会（高見沢理事）
・資料に基づき説明があった。
・対面での会議も予定しており，計上している。
・委員会主催で，学術集会での交流集会も計画にいれておいてほしいという意見があり，計画にいれることになった。

（8）国際活動推進委員会（岡理事）
・資料に基づき説明があった。
・交流集会の講演については，字幕通訳を予定しており，予算計上している。
・対面での会議も予定しており，計上している。

（9）大規模災害支援事業委員会（中西理事）
・資料に基づき説明があった。

（10）広報委員会（塩飽理事）
・資料に基づき説明があった。
・対面での会議も予定しており，計上している。
・委託費として，学会サーバの管理・点検・運営について，定期的チェックなどが必要であると考え，予算を増額している。正文社に点検管理をしてもらう契約を検討している。

〈意見〉
・法橋編集委員長より，海外の研究者に査読依頼すると断られる現状があり，可能であればHPの英語版のページを業者に一括して作ることをぜひ検討願いたい。

将来構想委員会から英語のホームページの充実として予算化する（500万円程度）ことも検討する。
・学会のプレゼンスを海外にアピールするためにも，何を英語にするかコンテンツを抽出すること，方針を考えることが必要である。英語版HP作成ワーキングを立ち上げることを検討する。
・委員会運用経費を追加計上することとする。
会議費（お茶代，会場費など）として追加して，その内訳（Web○回など）を記載することとする。
すべての委員会で予算案を再提出してほしい。

（11）11- 2 資料に基づき，佐藤洋子理事および事務局より収支予算書総括表（案），一般会計予算書（案），特定資産運用予算（案）について説明がされた。
・HPの英文化に係る費用も，ホームページ関連経費の方に入れた方が良いのではないかと考えるが，後日会計担当の理事と相談をして検討する。
・理事会は半分ほど，対面を想定して計上している。また，社員総会のやり方についても変更があれば予算計上が変わってくると考えられる。
・現時点で，赤字637万円ほどの赤字が想定される。継続的事業のみで赤字になっているので，今後検討が必要と考える。

今後の予算について下記の意見交換がなされた。
・JINRの編集・発行費については，2022年度以降も継続して費用を要するのであり，現在発生しているJINR編集・発行に係る費用は一時的なものではない。この点についても，将来構想委員会で検討することが必要である。
・HP英文化の費用が高額になった場合には，HPリニューアルとして一般会計の予算をあげることでよいのではないか。
・今後，魅力拡大のための重点事業については，特別活動準備預金を活用することがあってもよいのではないか。特別活動準備預金はどのように使用するかは明確になっていないので検討が必要である。
・学会の魅力を拡大するために，一時的に費用が生じるが，それと並行して学会員を増やす対策を講じて，将来的に赤字が解消されるような将来計画を進める。

（12）その他
・資料11- 1 について，各委員会より今月中に修正版を再提出してもらい，3 月初旬に決算結果を予算に反映したうえで，理事会で再検討する予定である。
・学術集会の講師謝金についても，予算規模を 2 月中に連絡する。
講師謝金および交通費を含む。

8 ）名誉会員の推薦について（資料12）（深井理事長）
・該当する早川和夫氏が推薦書に基づいて紹介され，承認された。

9）編集委員会（資料 3 ）（法橋委員長）

（ 1 ）Journal of International Nursing Research（JINR）の Accociate Editorの追加について

・下記 3 名に依頼したいことが提案され，承認された。

成人：清水安子氏

老年：成瀬　昴氏

基礎：武村雪絵氏

（ 2 ）規定などの改定について

・編集委員会規定の変更点について説明され，承認がされた。

（ 3 ）和文誌編集委員会と英文誌編集委員会について

・資料に基づき， 2 つの委員会の規程案について説明された。

・今後も編集委員長も分ける方向で検討しており，それに伴って委員会を一つ立ち上げることになる。

・本理事会において，全体の方向性について異議はなかった。今後メールで意見を受け，各規程の最終案を作成し，臨時理事会で承認を得る手続きについて確認された。 5 月の新理事会で正式に 2 つの編集委員会として承認された後委員会を立ち上げ，社員総会で報告する。

10）評議員の退会について（資料13）（深井理事長）

・町浦美智子氏の退会が承認された。

11）その他

①入会申込理事会承認（資料14）（深井理事長）

・承認された。

②第19回日本学術振興会賞受賞候補者の推薦について（資料15）（深井理事長）

・資料に基づき，説明がなされ，該当者がいれば 2 月28日までに情報提供してもらうことになった。

③2022年度理事会，社員総会，会員総会日程及び開催方式について

・社員総会： 5 月22日に，Webで評議員による意見交換会を行い，その後，書面表決を行う。

・ 5 月22日以前に，新理事と継続理事による新理事会準備会を行う（後日日程調整を行う）。

④その他

・ 4 月から学生会員制度が始まるので，周囲の関係者に周知する旨，依頼された。

・学術集会における会員総会は， 8 月27日に行う予定とする。

以上

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1．投　稿　者

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

2．著者および研究貢献者

1）著者

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

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

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

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

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

2）研究貢献者

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

3．投稿の内容と種別

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

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

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

---

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

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

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

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総　説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステマ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) 等にかなっていなければならない。

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（ねつぞう）（Fabrication），改竄（かいざん）（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，研究全体の重要性と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ヴ・チェック

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

7．投稿前チェックリスト

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

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係する企業・組織または団体との利益相反状態について，利益相反自己申告書を記載し署名の上スキャンし，pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後，電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9．原稿の受付

原稿は随時受けつけているが，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回に限りすることができる。

なお，原稿は原則として返却しない。

なお，原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

11. ゲラ刷りの校正

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

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

12. 原稿掲載料・別刷料

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

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

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

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

紙媒体の別刷が必要な場合は，投稿者が直接印刷業者と交渉する。

13. 著 作 権

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

14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

附　　則

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

PDF……パスワードはかけず，フォント埋め込みの状態で提出すること（可能であれば，JPEGまたはTIFF形式が望ましい）

3）本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し，書式は左右余白30mm，上下余白50mm，入稿とし，文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると，10.5ポイントの場合，1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので，実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。

4）本文には必ずページ数を中央下に挿入する。

5）1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し，1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

6）数式については，Microsoft数式を使用する。

2．文体ならびに句読点について

1）文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが，文体は「である調」を基本とする。

2）論文は横書き2段組で印刷するため，読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし，句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。

3）漢字の使用については，原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお，専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし，接続詞や副詞の多くと名詞や動詞，助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。

［例］「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」

4）本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については，原則として半角文字を使用する。ただし，1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設，B氏，方法X，など）の場合は全角文字とする。また，量記号（サンプル数のnや確率のpなどの数値すなわち量を表す記号）に対しては，欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。

5）整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は，たとえば，相関係数rやCronbach's αでは「.68」のように小数点以下だけを表現し，縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3．見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

1）見出しは「**MSゴシック**」体を用い，外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。

2）見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。

3）第1階層は論文タイトルで，見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。

4）本文の見出しは，以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号，およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……：中央揃え
第3階層：A．B．C．……：左端揃え
第4階層：1．2．3．……：左端揃え
第5階層：a．b．c．……：見出しのみ，本文左端より1字下げる
第6階層：（1）（2）（3）……：上位の見出しより1字下げる
第7階層：（a）（b）（c）……：上位の見出しより1字下げる

5）「はじめに」や「序論」「序説」，または「緒言」および「おわりに」や「結語」，「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが，本文中では見出し数字・記号は使用せず，単に中央揃えとする。

6）論文中で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号，すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。

7）4階層以上になる場合は上位から順に使用する。

8）ある階層に下位階層をつくる場合，下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には，下位階層の項目とはしない。

4．表について

1）効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X．若年者と高齢者の課題達成の割合

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

2）表はひとつずつA4判用紙に配置し，最上段左端に，出現順に「表1」のように通し番号を振り，そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。

3）表は，それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら，その表は不要である。

4）表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ，縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5．図について

1）図はひとつずつA4判用紙に配置し，最下段左端に，出現順に「図1」のように通し番号を振り，そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。

2）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6．引用について

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

著作権法

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

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

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

7．引用形式について

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

■本文中の引用

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

— 例 —

a．山口（2011）によると「……は……である」(p.3)。　※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。

b．「……は……である」と山口は述べている（2011, p.3)。

c．山口は，……は……である，と主張している（2011, p.3)。

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

— 例 —

a．山口・黒田（2011）によると「……は……である」(p.3)。

b．「……は……である」と山口・黒田は述べている（2011, p.3)

c．山口・黒田は，……は……である，と主張している（2011, p.3)。

d．Yamaguchi & Kuroda（2011, p.3）は……　※欧文文献では，2名の姓を「&」でつなぐ。

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

— 例 —

a．……であることが明らかにされている（山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか，2011)。

c．……であることが明らかにされている（Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文文献では，最後の著者姓の前に「&」を入れる。

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

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

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

8）翻訳本を引用した場合には，原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant（2005/2008）によると……

■本文末の文献リスト

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

1）和文名と欧文名は同一基準で取り扱い，和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて，著者名は原著にあがっている全員をあげる。

2）欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。

3）雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は，邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお，省略形を用いる場合は，省略不可能な文献を除き，すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

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

— 例 —

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

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

② 書籍の場合：

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

— 例 —

研究太郎（1995）．看護基礎科学入門．23-52，大阪：研究学会出版．

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

③ 翻訳書の場合：

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

— 例 —

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

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者（監修者）が存在する場合：

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

— 例 —

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

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

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

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

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

・DOIのない学術論文

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

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

◆電子書籍

・DOIがある書籍

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

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of book.* doi: xx,xxxxxx（accessed Year-Month-Day）

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）．書籍名．http://www.xxxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx（accessed Year-Month-Day）

◆電子書籍の 1 章または一部

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．doi: xx,xxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of chapter.* In C. Editor, & D. Editor（Eds.）, *Title of book*（pp. xxx-xxx）. doi: xxxxxx（accessed Year-Month-Day）

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．http://www.xxxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor（Eds.）, *Title of book*（pp. xxx-xxx）. Retrieved from http://www.xxxxxxx（accessed Year-Month-Day）

◆Webサイト，Webページ

－著者名（投稿・掲載の年月日）．Webページの題名．Webサイトの名称．http://www.xxxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A.（Year, Month, Day）. *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx（accessed Year-Month-Day）

◆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］から報酬を受理している。

●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頁以下の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する」と定められている。

1．原著論文	10ページ
2．研究報告	10ページ
3．技術・実践報告	10ページ
4．総　　説	10ページ
5．資料・その他	10ページ

13. 電子付録について

付録文書，音声，高解像度画像，動画などのファイルで，著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば，開発した尺度のpdfファイル，データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお，これらのファイルには，コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて，ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は，合計10MBを推奨する。

14．英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では，英語論文を受付しない。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。

理事会承認の上，24巻5号会報57号でお知らせしましたように，任期終了に伴い査読者のご氏名については，本号で以下のように公表させて頂きます。

日本看護研究学会査読委員

（五十音順）

（2020年7月5日～2022年6月4日）

青山ヒフミ	赤澤　千春	赤瀬　智子	赤松　公子	秋元　典子	朝倉　京子	浅野みどり
東　ますみ	足立　久子	阿南あゆみ	阿部　祝子	阿部　幸恵	網島ひづる	荒川　満枝
荒木　孝治	安藤　詳子	飯村　直子	池崎　澄江	池田　清子	池西　悦子	石井智香子
石垣　恭子	石川ふみよ	石橋　照子	市江　和子	市村久美子	井手知恵子	伊東美佐江
井上　都之	井上　智子	井上真奈美	岩脇　陽子	宇佐美しおり	内田　宏美	内野　聖子
宇都由美子	浦田　秀子	江藤　真紀	遠藤　英子	大西美智恵	大野かおり	大森美津子
岡田　由香	岡田　佳詠	岡山　久代	岡山　寧子	沖中　由美	越智　百枝	小幡　光子
折山　早苗	蛎崎奈津子	掛田　崇寛	掛橋千賀子	片岡　　純	片岡　三佳	片山由加里
加藤真由美	角濱　春美	門間　晶子	金井　一薫	叶谷　由佳	鎌田佳奈美	神里みどり
茅島　江子	川口　孝泰	川西千恵美	川本利恵子	神田　清子	岸田　泰子	北池　　正
北川　公子	北村　有子	城戸　滋里	木下由美子	清村　紀子	草間　朋子	楠葉　洋子
工藤せい子	グライナー智恵子	黒田寿美恵	黒田（佐藤）裕子	小泉美佐子	河野あゆみ	古賀　美紀
国府　浩子	小竹久実子	小長谷百絵	小林　優子	小山　幸代	近藤　暁子	近藤　浩子
近藤真紀子	近藤　由香	紺家千津子	斎藤　　真	坂梨　　薫	佐々木くみ子	佐藤　正美
佐藤　幸子	佐藤　洋子	真田　弘美	篠﨑恵美子	島袋　香子	生野　繁子	城生　弘美
城丸　瑞恵	塩飽　　仁	末次　典恵	菅原　京子	杉浦　太一	杉田　　聡	鈴木　啓子
鈴木みずえ	鈴木　幸子	鈴木　玲子	鷲見　尚己	陶山　啓子	關戸　啓子	祖父江育子
高橋　眞理	高橋由起子	滝内　隆子	多喜田恵子	竹内久美子	竹熊　千晶	竹田　恵子
武田　利明	田中　愛子	田中マキ子	田中美智子	田中　裕二	谷口　千絵	樗木　晶子
塚本　尚子	堤　　雅恵	堤　由美子	津本　優子	當目　雅代	登喜　和江	泊　　祐子
富田　美加	長家　智子	中嶋恵美子	中島美津子	中西　純子	中根　　薫	中山　和弘
名越　民江	名越　恵美	行田　智子	楢木野裕美	西片久美子	西沢　義子	西田　佳世
西田真寿美	西村　ユミ	新田　紀枝	新田　真弓	野口　眞弓	野崎真奈美	野戸　結花
乗越　千枝	長谷川雅美	簇持知恵子	服部　淳子	鳩野　洋子	濵園　　環	濱田真由美
林　　裕栄	林　みよ子	原　　祥子	東野　督子	人見　裕江	百田　武司	平　　典子
平松　知子	廣瀬　幸美	深井喜代子	深田　順子	深田　美香	藤井　徹也	藤野ユリ子
布施　淳子	舟越　和代	古瀬みどり	古田加代子	細田　泰子	堀口　雅美	本田　彰子
前田ひとみ	眞茅みゆき	真嶋由貴恵	桝本　妙子	町浦美智子	松浦　江美	松下由美子
松下由美子	松田　宣子	松田　光信	松本　賢哉	丸山マサ美	實金　　栄	三木　明子
三国　久美	水田真由美	箕浦　哲嗣	三橋　睦子	宮腰由紀子	宮園　真美	宮林　郁子
宮脇美保子	村井　文江	村上　好恵	村田　節子	望月　留加	森　　一恵	森　真喜子
森本美智子	屋宜譜美子	安田　智美	柳澤　理子	矢野　理香	山内　栄子	山口　桂子
山口みのり	山口　曜子	山下　暢子	山勢　博彰	山勢　善江	山田紀代美	山内　一史
山本　恭子	結城美智子	米田　昌代	和賀　徳子	若村　智子	脇　　幸子	渡邉　順子
渡部　節子						

（敬称略）（239名）

臨時査読委員

（五十音順）

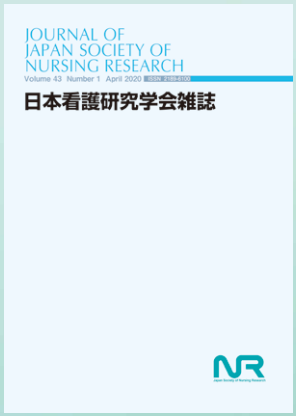
（2020年 7 月 5 日～ 2022年 6 月 4 日の期間中）

上杉　裕子　　大田えりか　　滝内　隆子　　仲下祐美子　　西垣　佳織　　藤岡　　寛

（敬称略）（ 6 名）

コロナ禍関連研究を推進するために

Call for papers



一般社団法人日本看護研究学会発行の『*日本看護研究学会雑誌* (*Journal of Japan Society of Nursing Research*)』では，新型コロナウイルス感染症に関連する看護の論文を幅広く募集中です．

☑ コロナ禍関連研究であれば，事例報告を含み，あらゆる研究を歓迎します．
☑ 論文（日本語もしくは英語）は，特別に迅速査読，迅速出版（オンラインファースト）します．
☑ 特例として，ファーストオーサーが会員であることのみを投稿者資格とします．
☑ 投稿にあたり，コロナ禍関連研究であることをカバーレターに明記してください．

一般社団法人日本看護研究学会
理事長：深井 喜代子
編集委員会委員長：法橋 尚宏
問い合わせ先：naohiro@hohashi.org

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

発信日：2020年8月1日

英文オープンアクセスジャーナル！ 第6報

論文受付中

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2022年2月に創刊いたしました．*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．

- 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，PubMed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

発信日：2022年 4月19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

Japan Society of Nursing Research

事 務 局 便 り

1．2022年度会費納入のお願い

2022年度会費納入のお願いをお送りしております。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので，会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は，必ず会員番号をご記入ください。また，ATMによるお振込の場合，お名前，ご連絡先を必ずご記載の上，お振込みくださいますようお願いいたします。

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・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には，FAXまたはE-mailにて，事務局あてご連絡ください。

3．E-mailアドレス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〉
〒170-0013　東京都豊島区東池袋２丁目39－２－401
㈱ガリレオ学会業務情報化センター内
TEL：03－3982－2030　　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45巻　第２号

無 料 配 布

2022年７月20日　印刷
2022年７月20日　発行
2023年１月31日　第２版発行

編集委員
委 員 長　法橋　尚宏（理　事）神戸大学大学院保健学研究科
委　　員　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
〒170-0013　東京都豊島区東池袋２丁目39－２－401
株式会社ガリレオ
学会業務情報化センター内
☎　03－3982－2030（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
発行責任者　浅　野　みどり
印刷所　（株）正　文　社
〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

Japan Society of Nursing Research