

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 45 Number 4 October 2022 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第45巻 第4号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会2022年度会員総会において、次の事項について提案のとおり決定されたのでお知らせいたします。

2022年 8 月27日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

一般社団法人日本看護研究学会定款第 3 章第 6 条 4) により、以下の 1 名が名誉会員として承認された。

第二十四号 早川 和生氏

以上

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、2023年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2022年9月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

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

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

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

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

第5条 (義 務)

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

2) 奨学会研究の成果を論文として誌上発表する義務を負うものとする。

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

第6条 (受給者の報告)

日本看護研究学会理事長が奨学金を受けた者を会員総会で報告する。

第7条 (罰 則)

奨学金を受けた者が義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為

のあった場合は、授与された奨学金の全額を返還しなければならない。

第8条（募 集）

奨学会研究の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第9条（中断・中止）

第5条3項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成29年4月23日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成31年3月2日に一部改正し、実施する。

この規程は、令和元年12月15日に一部改正し、実施する。

この規程は、令和3年12月13日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 2023年度奨学会研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、事務局あてにメールにて送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 一般社団法人日本看護研究学会会員であり、応募時に入会日から満3年以上経過している者。研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 本人の単独研究もしくは共同研究の責任者であること。

3. 応募期間

2022年9月20日（火）から2022年12月2日（金）の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学金の授与

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

6. 応募書類は返却しない。

7. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013

東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

（株）ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人 日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

註1) 審査の結果選考され奨学金を授与された者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにすること。

以上

会 告 (3)

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

2022年 9 月26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・委員会名	氏名	理事役職名・委員会名	氏名
理事長	浅野 みどり	学会賞・奨励賞委員会委員	作田 裕美
副理事長・総務担当理事(長)(兼任)	前田 ひとみ	将来構想委員会委員(長)	浅野 みどり
総務担当理事	矢野 理香	将来構想委員会委員	安藤 詳子
副理事長・渉外担当理事(長)(兼任)	安藤 詳子	将来構想委員会委員	前田 ひとみ
渉外担当理事	岡山 久代	将来構想委員会委員	岡山 久代
会計担当理事(長)	布施 淳子	将来構想委員会委員	布施 淳子
会計担当理事(長)	遠藤 みどり	将来構想委員会委員	矢野 理香
和文誌編集委員会委員(長)	佐伯 由香	研究倫理委員会委員(長)	森 千鶴
和文誌編集委員会委員	法橋 尚宏	研究倫理委員会委員	山勢 博彰
和文誌編集委員会委員	會田 信子	研究倫理委員会委員	池田 清子
和文誌編集委員会委員	伊丹 君和	研究倫理委員会委員	中尾 久子
和文誌編集委員会委員	佐々木 新介	国際活動推進委員会委員(長)	若村 智子
和文誌編集委員会委員	高井 ゆかり	国際活動推進委員会委員	宇佐美 しおり
和文誌編集委員会委員	名越 恵美	国際活動推進委員会委員	石飛 マリ子
和文誌編集委員会委員	武用 百子	国際活動推進委員会委員	岡 美智代
和文誌編集委員会委員	本田 加奈子	国際活動推進委員会委員	中平 みわ
和文誌編集委員会委員	松田 光信	国際活動推進委員会委員	中本 五鈴
和文誌編集委員会委員	水野 恵理子	大規模災害支援事業委員会委員(長)	中西 純子
和文誌編集委員会委員	光木 幸子	大規模災害支援事業委員会委員	三橋 睦子
英文誌編集委員会委員(長)	法橋 尚宏	大規模災害支援事業委員会委員	三国 久美
英文誌編集委員会委員	荒木田 美香子	広報委員会委員(長)	塩飽 仁
英文誌編集委員会委員	Polly Siu Ling Chan	広報委員会委員	井上 由紀子
英文誌編集委員会委員	深井 喜代子	看保連ワーキング(長)	叶谷 由佳
英文誌編集委員会委員	Chia-Chin Lin	看保連ワーキング	安藤 詳子
英文誌編集委員会委員	Justina Yat-Wa Liu	看保連ワーキング	赤瀬 智子
英文誌編集委員会委員	辻村 真由子	看保連ワーキング	金田 明子
英文誌編集委員会委員	清水 安子	看保連ワーキング	田中 明日美
英文誌編集委員会委員	横山 美江	看保連ワーキング	玉井 奈緒
英文誌編集委員会委員	吉永 尚紀	看保連ワーキング	泊 祐子
奨学会委員会委員(長)	小松 万喜子	看保連ワーキング	南崎 真綾
奨学会委員会委員	遠藤 みどり	実践研究活動推進ワーキング(長)	佐藤 正美
奨学会委員会委員	勝山 貴美子	実践研究活動推進ワーキング	浅野 みどり
奨学会委員会委員	作田 裕美	実践研究活動推進ワーキング	前田 ひとみ
奨学会委員会委員	長谷川 真澄	実践研究活動推進ワーキング	若村 智子
学会賞・奨励賞委員会委員(長)	長谷川 真澄	実践研究活動推進ワーキング	深井 喜代子
学会賞・奨励賞委員会委員	遠藤 みどり	監事	稲垣 美智子
学会賞・奨励賞委員会委員	勝山 貴美子	監事	任 和子
学会賞・奨励賞委員会委員	小松 万喜子		

目 次

《コロナ禍関連研究論文》

— 原 著 —

- COVID-19に関する仕事経験を通じた看護師の学習プロセス 705
札幌医科大学附属病院 小野寺 美希子

— 研究報告 —

- 医療従事者が捉えた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大下における生殖医療機関の診療体制の変化と
高齢不妊患者の治療状況および通院時の様子 725
名古屋市立大学大学院看護学研究科 渡 邊 実 香
名古屋大学大学院医学系研究科 高 橋 由 紀
日本福祉大学看護学部 大 橋 幸 美

《研究論文》

— 原 著 —

- 夜間の自律神経機能を調整し更年期症状を緩和する鍼治療と看護の協働 737
九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科 上 妻 尚 子
九州看護福祉大学看護福祉学部鍼灸スポーツ学科 田 口 太 郎
九州看護福祉大学名誉教授 樋 口 マキエ

急性期看護における日常生活ケアモデルの構築

- Hybrid法による理論構築の試み— 749
東京医療保健大学東が丘看護学部 高 橋 智 子

- 夫婦関係満足度が児の泣きに対する育児困難感へ与える影響 761
聖泉大学看護学部看護学科 大 塩 佳名子
名桜大学人間健康学部看護学科 流 郷 千 幸

— 研究報告 —

- 発達障害特性が感じられる看護師への合理的配慮を含めた現任教育の現状と課題
— 看護管理者の認識による実態調査から— 771
藍野大学医療保健学部看護学科 西 田 千 夏
千里金蘭大学看護学部看護学科 合 田 友 美

- 急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践自己評価の実態とその関連要因 783
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 竹 内 千 夏
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 吉 本 知 恵

- パートナーシップ・ナーシング・システムが経験3年以下の看護師の自律性、看護実践能力の成長に与える影響 799
東北大学大学院医学系研究科 高 田 望

在宅で暮らす小児の生活を守る訪問看護師による診療報酬で算定できないサービスの実態	809
--	-----

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	部 谷 知佐恵
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	岡 田 摩 理
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	泊 祐 子
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	赤羽根 章 子
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	遠 渡 絹 代
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	市 川 百香里
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	叶 谷 由 佳
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	濱 田 裕 子

ー技術・実践報告ー

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評価

～後期高齢者に対する効果および妥当性の検証～	823
------------------------------	-----

日本赤十字九州国際看護大学	姫 野 稔 子
久留米大学医学部看護学科	孫 田 千 恵

地域DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) 服薬中断リスクアセスメント票項目の検討

ー結核専門家パネルでの検証ー	833
----------------------	-----

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

ー資料・その他ー

小児の利用者のいる訪問看護ステーションの現状からみた地域差	841
-------------------------------------	-----

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	泊 祐 子
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	赤羽根 章 子
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	岡 田 摩 理
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	部 谷 知佐恵
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	遠 渡 絹 代
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	市 川 百香里
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	濱 田 裕 子
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト	叶 谷 由 佳

特定機能病院に勤務する新卒看護師のストレス対処力SOC、職業性ストレス、組織風土、アイデンティティ
および精神健康度の関連

855

福岡大学医学部	池 田 智
---------	-------

CONTENTS

《Research papers related to the coronavirus pandemic》

Original Article

- Process of Nurses' Learning Through Work Experience in a COVID-19 Ward 705
Department of medical liaison center, Sapporo Medical University Hospital, Sapporo, Japan : Mikiko Onodera, PhD, RN

Research Report

- Healthcare Providers' Perceptions of Changes in Reproductive Healthcare Systems, Treatment, and Hospital Visits
for Elderly Infertility Patients During COVID-19 725
Nagoya City University Graduate School of Nursing, Aichi, Japan : Mika Watanabe, PhD, RN, RNM, PHN
Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan : Yuki Takahashi, PhD, RN, RNM, PHN
Nihon Fukushi University Faculty of Nursing, Aichi, Japan : Yukimi Ohashi, PhD, RN, RNM, PHN

《Research papers》

Original Article

- Collaboration Between Nursing and Acupuncture to Regulate Autonomic Nerve Activity at Night and Resolve
Menopausal Symptoms 737
Kyushu University of Nursing and Social Welfare, Kumamoto, Japan : Naoko Kouzuma, MSN, RN
Kyushu University of Nursing and Social Welfare, Kumamoto, Japan : Taro Taguchi, MS
Kyushu University of Nursing and Social Welfare, Kumamoto, Japan : Makie Higuchi, PhD

- Development of a Model for Daily Living Care in Acute Nursing:
An Attempt to Construct a Theory Using a Hybrid Method 749
Tokyo Healthcare University Higashigaoka Faculty of Nursing, Tokyo, Japan : Tomoko Takahashi, PhD, RN

- Impact of Marital Relationship Satisfaction on Feelings of Parenting Difficulty in Response to a Child Crying 761
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Seisen University, Shiga, Japan : Kanako Oshio, MSN, PHN
Department of Nursing, Faculty of Human Health Sciences,
Meio University Okinawa, Japan : Chiyuki Ryugo, PhD, RN

Research Report

- Current Status and Issues Related to In-service Training, Including Reasonable Accommodation for Nurses with
Noticeable Characteristics of Developmental Disabilities:
A Nursing Administrator Perspective 771
Department of Nursing, Faculty of Health Science, Aino University, Osaka, Japan : Chinatsu Nishida, PhD, RN
Faculty of Nursing, Senri Kinran University, Osaka, Japan : Tomomi Gouda, PhD, RN

Current Status and Factors Related to Nursing Practice for Older Adults with Dementia in Acute Care Hospitals	783
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences, Kagawa, Japan : Chinatsu Takeuchi, RN Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences, Kagawa, Japan : Chie Yoshimoto, PhD	
Effect of Partnership Nursing System on Nurses' Autonomy and Practical Nursing Ability	799
Graduate School of Medicine, Tohoku University, Sendai, Japan : Nozomu Takada, PhD, RN	
Actual Situation of Home-visit Nursing Services for Children Ineligible for Government-funded Medical Fee Payments to Protect the Lives of Children Living at Home	809
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Chisae Toriya, MS, RN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Mari Okada, PhD, RN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuko Tomari, PhD, RN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Akiko Akabane, MS, RN, PHN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Kinuyo Endo, MS, RN, CNS Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yukari Ichikawa, MS, RN, CNS Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuko Hamada, PhD, RN, PHN	
Technical Report	
Evaluation of Foot Care Programs for the Prevention of Long-term Home Care in the Elderly: Verification of Efficacy and Validity for People Aged 75 and Over	823
Japanese Red Cross Kyusyu International College of Nursing, Fukuoka, Japan : Toshiko Himeno, PhD, RN Kurume University, Fukuoka, Japan : Chie Magota, PhD, RN, PHN	
Examination of Assessment Form Items for Community Directly Observed Treatment Short-Course Risk of Medication Interruption: Validation by a TB Expert Panel	833
Faculty of Nursing Department of Nursing, Aichi, Japan : Reiko Mori, PhD, PHN Aichi Prefectural University School of Nursing & Health, Aichi, Japan : Satoko Yanagisawa, PhD, MS, RN, RM, PHN	
Material and Others	
Regional Differences in the Current Status of Pediatric Home Nursing Stations	841
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuko Tomari, PhD, RN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Akiko Akabane, MS, RN, PHN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Mari Okada, PhD, RN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Chisae Toriya, MS, RN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Kinuyo Endo, MS, RN, CNS Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yukari Ichikawa, MS, RN, CNS Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuko Hamada, PhD, RN, PHN Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN	
The Relationship between Sense of Coherence, Occupational Stress, Organizational Climate, Identity, and Mental Health among New Graduate Nurses in Specialized Hospitals	855
Faculty of Medicine Department of Nursing, Fukuoka University, Fukuoka, Japan : Satoshi Ikeda, PhD, RN, PHN	

コロナ禍関連研究論文

COVID-19に関する仕事経験を通じた 看護師の学習プロセス

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 705-724
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220106174>

小野寺美希子

札幌医科大学附属病院

要 旨

目的：本研究はCOVID-19病棟での職務経験を有する看護師を対象に，仕事経験を通じた学習プロセスを明らかにすることにある。方法：ある病院に所属する看護師17名にインタビュー調査を行い，得られたデータはGTAの手法に基づき分析した。結果：「感染リスクとの対峙」経験は，「感染予防への価値認識」のプロフェッショナルリズムの醸成を促していた。「部署間境界を越えた協働」と「ケアリングの模索」経験は相互作用しながら「職業へのコミットメント」と「他者・COVID病棟へのコミットメント」のプロフェッショナルリズム醸成を促していた。「感染回避力」「協働する能力」「ケアリング能力」は「職業・職業集団への一体化意識」「利他的信念」「自主的行動と協働への価値認識」のプロフェッショナルリズムの影響を受けて高められていた。結論：本研究ではCOVID-19に関する仕事経験を通じた看護師の段階的学習プロセスを明らかにした。

キーワード

経験学習，プロフェッショナルリズム，能力，COVID-19

責任著者：小野寺美希子。Email: miki.one@outlook.jp

はじめに

パンデミックを引き起こした新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対し（World Health Organization, 2020），医療従事者は，人間の生命維持や健康回復を目指し，手探り状態で任務にあたってきた（Oda et al., 2020）。COVID-19（以下，COVID）への対応は急務であることから，報道からもわかるように医療機関は，不十分な入院環境，メディカルスタッフのマンパワー不足，感染症分野や呼吸器分野の専門ではない医師や看護師の人的資源の活用等，通常とは異なる体制でCOVID患者への医療・看護等の提供を行っている。

こうした難局に直面している医療組織において，とりわけ看護師は，患者に触れながらケアを提供していることが多いため感染リスクが高い職種であると考えられる。そのため，看護師がどのようにCOVID患者に関わり，いかに仕事をする上で必要な能力を高めているのかという点を明らかにすることは緊急課題である。しかし，COVIDに関わった看護師が，いかなる仕事経験をし，その経験をどのように認識することで職務遂行能力を促進しているのかという個人の経験学習に焦点を当てた研究はなされていない。

仕事経験は成人の成長に高い影響を与えることから（松

尾，2006；松尾・正岡・吉田・丸山・荒木，2018；Morrison & Brantner, 1992），これまで経営学，教育学，看護学等の幅広い分野で個人の経験に着目した研究が蓄積されてきた。例えば，人の成長を促す経験の特性（Dewey, 1938/2004；倉岡，2015；McCall, Lombardo, & Morrison, 1988），仕事経験に基づく学習成果や学習プロセス（Kolb, 1984；Matsuo, 2015；松尾，2006；松尾ほか，2018；Spreitzer, McCall, & Mahoney, 1997；高橋，2018），管理職の成長を促す挑戦的な経験（developmental challenge：発達の挑戦¹）と能力獲得との関係等についての検討がなされてきた（DeRue & Wellman, 2009；松尾，2013；McCauley, Ruderman, Ohlott, & Morrow, 1994）。

仕事経験とは，個人が知覚した仕事上の出来事のことを指し，本研究では「経験」とそこから得られる「知識・スキル」を区別して捉えることにする（Dokko, Wilk, & Rothbard, 2009；松尾ほか，2018）。なお，経験学習研究において「知識・スキルを獲得した状態」は能力と呼ばれている（松尾，2006；松尾ほか，2018）。こうした能力は，プロフェッショナルの特性である高い専門的知識・スキルに基づき患者等の問題解決をする上で，必要不可欠な要素であると言われている（Schön, 1983/2007）。これらの先行研究を踏まえ，本稿では知識・スキルを獲得した状態を

「能力」とみなし、この能力を専門家の「学習成果」として捉えることにする。

次に学習であるが、経験学習プロセスを提唱したKolb (1984, p.38) は学習を「経験を変換させることで知識を創出するプロセス」と定義している。また、松尾 (2006, p.10, 2013, p.29) は学習を「経験によって得られる知識、スキル、信念、行動の変化」、中原 (2010, p.8) においては「経験によって生じる比較的永続的な認知変化・行動変化・情動変化」と定義している。この中原 (2010) が示す学習の定義には、価値・信念も含まれるという。

上述した定義からもわかるように、専門的職業人の学習を促進するためには、価値、信念といった個人の認知レベルに働きかけ、人の行動を促し、新たな知識・スキルの獲得が必要であると考えられる。その鍵を握るのが、専門家の認知機能に働きかけるプロフェッショナリズムである。

プロフェッショナリズムは、専門家に求められる一連の職業的アイデンティティ・価値・信念・態度として捉えられ (Burford, Morrow, Rothwell, Carter, & Illing, 2014; Evetts, 2003; Hall, 1968), 専門的職業人の組織成果や職務成果を促す機能を持っている (Dinger, Thatcher, Treadway, Stepina, & Breland, 2015; Hampton & Hampton, 2004; 瓜生原, 2012)。例えば、プロフェッショナリズムが高まると「内発的動機づけ」(Dinger et al., 2015), 患者に対する「慈悲心」(Jang, Kim, & Kim, 2016), 「職務満足」(Boyt, Lusch, & Naylor, 2001; Hampton & Hampton, 2004), 「ケアリング行動」(小野寺, 2020), 「職務業績」等が促進されることが報告されている (Dinger et al., 2015; 瓜生原, 2012)。また、プロフェッショナリズムの影響を受けて、「バーンアウト」や「2 次的外傷性ストレス (secondary traumatic stress)」(Jang et al., 2016), 「離職の意向」が低下することが明らかにされている (Dinger et al., 2015)。

認知心理学では、人の価値と信念は密接に関係していると言われており、さらに信念によって態度形成が促され、これら価値・信念・態度が人間の行動を規定することが指摘されている (Rokeach, 1968)。こうした点から考えると、専門家としての価値・信念・態度を内包しているプロフェッショナリズムは「学習」を促す要因になる可能性がある。

これまで、看護師の仕事経験がプロフェッショナリズムを促し、プロアクティブ行動やケアリング行動を方向づけることは小野寺 (2020) によって明らかにされている。しかし、COVID への対応という通常とは異なる現場での仕事経験と、プロフェッショナリズムおよび能力獲得の関係メカニズムについては検討されていない。

上述した点を踏まえて、本研究は複数部署から緊急招集された構成員から成る COVID 病棟での職務経験を有する看護師を対象に、仕事経験を通じた学習プロセスを明らか

にすることを目的としている。具体的には、グラウンデッド・セオリーアプローチ (以下、GTA) の手法を用いて、仕事経験、プロフェッショナリズム、能力獲得の関係メカニズムとその具体的な内容を分析する。

I. 用語の定義

経験：「個人と外界との連続的な相互作用」を指す (Dewey, 1938/2004)。

学習：「経験によって得られる価値、信念、行動、知識、スキルの変化」と定義する (松尾, 2006, p.10, 2013, p.29)。

プロフェッショナリズム：「専門家が有する職業的アイデンティティ、価値・信念、態度の総体」と定義する (小野寺, 2020, p.51)。

GTA のコード化に関する用語は以下のように定義する。

オープン・コード化：データの中から概念を識別し、それらの特性と次元を発見する分析プロセス (Strauss & Corbin, 1998, p.101/2004, p.127)。

軸足コード化：カテゴリーをそのサブカテゴリーに関係づけていくプロセス (Strauss & Corbin, 1998, p.123/2004, p.153)。

選択コード化：理論を統合し精緻化するプロセス (Strauss & Corbin, 1998, p.143/2004, p.179)。

ストーリーライン：選択コード化のプロセスにおいて、ストーリーを概念レベルで表現したもの (Strauss and Corbin, 1990, p.116/1999, p.119)。

II. 方 法

1. 研究デザイン

本研究デザインは、Strauss & Corbin (1990/1999, 1998/2004) 版を参考にした GTA による質的帰納的研究である。

2. サンプル特性と調査期間

調査対象者は、札幌市内のある大規模病院に所属し、緊急招集メンバーで構成された COVID 病棟での職務経験を有する看護師とした。対象者の人数は、GTA の特徴を踏まえ、事前に設定するのではなく、分析過程において理論的飽和に至ったとの判断に基づいて決定した。

研究期間は 2021 年 2 月～8 月であり、インタビュー調査は 2021 年 3 月～6 月の期間に実施した。

3. データの収集方法と内容

まず対象者に半構造化質問票を配布し、質問票に回答してもらった。配布した質問票は、回答後に回収し研究者が回答内容を確認した。その後、回答内容の補足・確認等

をするために個人インタビューを行った。インタビューは、COVIDの感染に留意し、3密を避け15分程度を目安に短時間でいった。その内容は、①「成長を促したあるいは印象に残っている仕事経験（出来事）は何か」、②「新たなプロ意識（職業的アイデンティティ、価値、信念、態度）は醸成されたか（あるいはこれまで醸成していたプロ意識は変化したか）」、③「獲得した（あるいは高まった）能力（知識やスキル）は何か」、④「先で回答した①、②、③はどのように関係していたと思うか」である。その他、基本属性として職務経験年数（看護師としての経験とCOVID病棟での経験）、性別、年代、主な専門分野等について情報を得た。

4. データの分析方法

インタビューで得られたデータの分析は、Strauss & Corbin (1990/1999, 1998/2004) によって提唱されている3つのコーディング手続きである、オープン・コード化、軸足コード化、選択コード化に沿って以下のような手順で行った。すなわち、オープン・コード化においては、データを切片化した上で検証、比較、概念化、カテゴリー化のプロセスに沿って分析し、さらに抽出されたカテゴリーを特性と次元に基づいて発展させた。次に、軸足コード化では、インタビュー毎に諸カテゴリー相互を特性と次元のレベルで結びつけ、カテゴリーをサブカテゴリーに関係づけていく作業を実施した。見出されたカテゴリー間の関係性について検討する過程では、理論的飽和つまり新たに重要な概念が生成されなくなった状態に達するまで各インタビュー

後に、オープン・コード化と軸足コード化の手続きを続けた。なお、オープン・コード化と軸足コード化は、必ずしも一方向のプロセスではなく行きつ戻りつしながら行った。その後、選択コード化では、ストーリーラインを明確にした上で中核となるカテゴリーを選び、他のカテゴリーと体系的に関係づけモデルの構造化を図った。

本研究では質的研究における評価基準を参考に（Charmaz, 2014; Guba & Lincoln, 1989）、信用性を高める手法として、学習研究を専門としGTAに熟練している大学教員2名によるピア・ディフリーフィングを行い、分析の途中で意見を求めた。さらに、調査対象者2名のメンバー・チェックも実施し、分析の信用性や解釈の妥当性等を確保した。

5. 倫理的配慮

本研究は、札幌医科大学附属病院看護部看護研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号20-38）。対象者へは、研究者が調査依頼文と口頭にて、研究の趣旨、目的、方法、研究協力への同意撤回は可能であること、また、個人が特定されるような情報は活用しないあるいは意味合いを変えることなくその表現を変化させること等について説明をした。調査への同意は、同意書への署名を基に確認を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力者の概要

対象者の基本属性は表1に示した通りである。すな

表1 調査対象者の基本属性

対象者	看護師としての 職務経験年数	COVID病棟での 職務経験年数	年齢	インタビュー時間
A氏	15年以上	1.5ヵ月	40代	18分
B氏	10年以上15年未満	12ヵ月	40代	27分
C氏	15年以上	12ヵ月	50代	26分
D氏	15年以上	2ヵ月	50代	17分
E氏	5年以上10年未満	6ヵ月	20代	16分
F氏	15年以上	5ヵ月	50代	23分
G氏	5年未満	3.5ヵ月	20代	22分
H氏	5年以上10年未満	1.5ヵ月	30代	16分
I氏	10年以上15年未満	9ヵ月	30代	16分
J氏	5年未満	2ヵ月	20代	17分
K氏	10年以上15年未満	12ヵ月	30代	49分
L氏	15年以上	3ヵ月	50代	23分
M氏	5年以上10年未満	4ヵ月	50代	17分
N氏	10年以上15年未満	2ヵ月	40代	23分
O氏	5年以上10年未満	2ヵ月	20代	22分
P氏	5年以上10年未満	4ヵ月	20代	19分
Q氏	10年以上15年未満	2ヵ月	30代	20分

わち、対象者は17名で、看護師としての職務経験年数は、5年未満が2名(11.76%)、5年以上10年未満が5名(29.41%)、10年以上15年未満は5名(29.41%)、15年以上が5名(29.41%)であった。COVID病棟での職務経験年数は、3ヵ月未満が7名(41.18%)、3ヵ月以上6ヵ月未満が5名(29.41%)、6ヵ月以上12ヵ月未満が2名(11.76%)、12ヵ月が3名(17.65%)で3ヵ月未満の者が多かった。年代は、20代5名(29.41%)、30代4名(23.53%)、40代3名(17.65%)、50代5名(29.41%)であった。インタビュー時間の平均は22分(最長49分、最短16分)であった。

なお、対象者の主な専門分野は、内科が7名(41.18%)、外科が8名(47.06%)、救急・ICUが2名(11.76%)であった。このうち、呼吸器内科の分野を専門とする者は1名のみで、感染症を専門とする者はいなかった。男女の割合は、男性2名(11.76%)、女性15名(88.24%)であり女性が多かった。

2. 抽出された概念

分析の結果、仕事経験に関して3つのカテゴリー、10のサブカテゴリー、43の例が(表2)、プロフェッショナルリズムについては、3つのカテゴリー、7つのサブカテゴリー、34の例が抽出された(表3)。能力においては、3つのカテゴリー、6つのサブカテゴリーおよび27の例が生成された(表4)。

ここでいう3つのカテゴリーのプロフェッショナルリズムは次のように捉えている。すなわち、【IV. 職業・職業集団への一体化意識】は、「専門的職業人としての行動や価値観の内化および職業集団への一体化」(波多野・小野寺, 1993)、「職業との自己一体意識」といった(グレッグ, 2002)、職業に価値や信念を見出している程度を意味する「職業的アイデンティティ」に対応している(小野寺, 2021)。【V. 利他的信念】は、患者やその家族への関心を優先することや(Bartol, 1979)、他者を助けたい等の欲求に基づく利他性を指す(Hall, 1968)。【VI. 自主的行動と協働への価値認識】は、専門性の高いサービスを提供するために必要な知識・スキル等を獲得することへの価値認識や(Miner, Crane, & Vandenberg, 1994)、複雑な仕事に関し自身で決定して行動する感覚を表している(Hall, 1968)。加えて、【VI. 自主的行動と協働への価値認識】のプロフェッショナルリズムには、看護師としての自律性を保持しながらも同他職種協働への価値認識に関する内容が含まれている。

3. カテゴリー間の関係

本研究で生成されたカテゴリー【 】, サブカテゴリー

[], 例〈 〉を基にこれらの関係性を示したのが図1である。以下では、抽出された概念のストーリーラインを述べる。

COVID病棟の看護師は、【I. 感染リスクとの対峙】である[1. 自身の感染に対する脅威の認識]と[2. 自身とメンバーの感染予防]経験を起点に、【IV. 職業・職業集団への一体化意識】:[1. 感染予防への価値認識]というCOVID病棟の職務特性を反映した感染予防に関するプロフェッショナルリズムを醸成していた。これら仕事経験とプロフェッショナルリズムは、【VII. 感染回避力】という能力獲得を促すか、あるいは(および)次の仕事経験を導き、3つのカテゴリーのプロフェッショナルリズムに働きかけた後に能力獲得を促進していた。

上記の仕事経験→3つのカテゴリーのプロフェッショナルリズム→能力獲得に関する具体的な内容は次の通りである。複数部署の看護師が緊急招集されて形成したCOVID病棟において、看護師は【II. 部署間境界を越えた協働】:[1. 創意工夫に基づくCOVID病棟の構築],[2. 他者支援],[3. 看護職員間の対人的相互作用],[4. 同他職種による協働]という部署間の境界を越えて他者支援をしていた。彼女(彼)らは、この経験と相互作用しながら【III. ケアリングの模索】:[1. 変化する状況への適応と対処],[2. ケアに対する質の追求と葛藤],[3. 生死への関与],[4. 患者の家族への困難な看護介入]のケアリング経験をしていた。これらの仕事経験は、【IV. 職業・職業集団への一体化意識】:[2. 職業へのコミットメント],[3. 他者・COVID病棟へのコミットメント]というCOVID病棟の一員としての基軸となる、職業・職場・他者への忠誠心を内包するプロフェッショナルリズムを促進していた。さらに、この【IV. 職業・職業集団への一体化意識】は、患者・その家族への利他性である【V. 利他的信念】、質の高い専門的なサービスを自主的かつ同他職種協働で提供する感覚である【VI. 自主的行動と協働への価値認識】のプロフェッショナルリズムの醸成を促していた。これら3つのカテゴリーのプロフェッショナルリズムは、3つの能力:【VII. 感染回避力】、【VIII. 協働する能力】、【IX. ケアリング能力】獲得に影響を与えていた。ここで言うプロフェッショナルリズム→獲得能力の詳細な関係は以下の通りである。

【IV-2. 職業へのコミットメント】、【IV-3. 他者・COVID病棟へのコミットメント】(【IV. 職業・職業集団への一体化意識】)および【V. 利他的信念】と【VI. 自主的行動と協働への価値認識】のプロフェッショナルリズムは、【VII. 感染回避力】あるいは(および)【VIII. 協働する能力】を媒介して【IX. ケアリング能力】獲得を促進していた。なお、【V. 利他的信念】と【VI. 自主的行動と協

表2 仕事経験のカテゴリー

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	〈例〉	該当者
I. 感染リスクとの対峙	1. 自身の感染に対する脅威の認識	自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと	全対象者
		自身が感染することによる他者への感染拡大に対する不安の認識	A, C, D, F, J, O, Q
	2. 自身とメンバーの感染予防	感染防護に必要な医療材料が不足している状況で働いた経験	B, N
		PPEの着脱の手技が不慣れなまま患者に関わったこと	F, J, N, P
II. 部署間境界を越えた協働	1. 創意工夫に基づくCOVID病棟の構築	専門家から指導を受けた感染防護具の着脱手順を遵守	全対象者
		医療従事者への感染伝播を防ぐ行動を患者に指導したこと	H, M, O
		感染対策マニュアル等の遵守による感染予防策の徹底	全対象者
		主体的にCOVID病棟の立ち上げに関与した経験	B, C, E, F, G, I, K
	2. 他者支援	病棟運用マニュアルや看護手順書の作成・修正	B, C, G, I, K
		上司への支援要請	B, F, L
		病棟構築に関する問題の発見・解決を繰り返し行ったこと	B, C, E, F, G, I, K
		創造的なアイデアに基づき職場構築を促進している先輩と共に働いた経験	E, G, J
	3. 看護職員間の対人的相互作用	働くメンバーが繰り返し変わる（固定されていない）中での協働	B, C, E, F, G, I, K, L, M, N, O, Q
		病棟運用マニュアル・看護手順書に沿った行動を促す業務支援をした（あるいは支援を受けた）経験	全対象者
		不慣れなケアに対しメンバーからの支援を受けた（あるいはメンバー支援をした）経験	全対象者
		他者支援に対するリーダーシップ行動の内省	E, G, K, O
	4. 同他職種による協働	他者が提供したケアを参考に自身のケアについて内省したこと	A, G, H, J, M, P, Q
		COVID病棟で働くことへの緊張感や恐怖心に対するメンバーへの心理的支援（あるいは心理的支援を受けたこと）	全対象者
		高いレベルの教育を受けている看護師と共に働いた経験	A, B, E
		自身と異なる分野の専門性を持つスタッフとの協働	A, E, F, G, J, L, M, O, P, Q
III. ケアリングの模索	1. 変化する状況への適応と対処	メンバーとの関係性構築によるポジティブなイメージを持って働けたこと	A, C, E, F, G, P
		チームによる重症化する患者への関与	全対象者
		チームによる患者の健康回復への関与	B, C, F, G, H, I, K, L
		メンバーの得意な点（あるいは良い面）を生かして協働すること	F, K, L, N
	2. ケアに対する質の追求と葛藤	複数診療科の医師とのコミュニケーションを促進したこと	A, J
		慣れない処置やケアを手探りで行ったこと	A, I, J, M, N, P, Q
		COVID患者が辿る経過がわからない不確実な状況での患者への関与	全対象者
		エビデンスが変化する中でのケアの提供	B, F, L
	3. 生死への関与	自身の判断・対応等への責任の重さを痛感した経験	A, F, H, J, M, O, Q
		病状変化時にとった自身の対処についての内省	A, E, H, L, M, Q
		COVIDに罹患したことによる不安や怒りを持つ患者への関与	C, F, I, L, O
		家族の面会ができない中で治療継続あるいは病状が悪化していく患者への関与	C, D, H, K, M, O, Q
	4. 患者の家族への困難な看護介入	自身の感染防護とケアのバランスをとることへのジレンマ	全対象者
		患者への意志決定支援が不足していたこと	A, F
		これまで経験したことのない急性増悪する肺炎患者への関与	全対象者
		治癒から死までの様々な病状の患者への関与	C, E, F, I, J, K, L, M, O, P
	5. 終末期看護について実践中・後に内省した経験	人工呼吸器を装着（あるいは挿管）する患者への関与	E, L, P
		終末期患者のケアの方向性に対する戸惑い	G, H, J, O
		看取りへの関与	E, H, I, J, K, P
		終末期看護について実践中・後に内省した経験	G, J, P
	6. 死に向かっている患者の家族に対し看護介入ができなかったという認識	死の瞬間に家族が立ち会えなかった経験	C, K
		挿管する患者の家族に対し十分な支援ができなかったこと	H, J, K

表3 プロフェッショナリズムのカテゴリー

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	〈例〉	該当者
Ⅳ. 職業・職業集団への 一体化意識	1. 感染予防への価値認識	自身・メンバーの感染予防策の徹底が患者の命を守ることに結びつくという感覚	A, B, C, D, F, H, I, K, N, O, Q
		感染予防策の徹底こそが自身・メンバーをCOVIDから守ることになるという感覚	A, B, F, G, I, J, P
		感染防護具（医療材料）が医療継続において貴重な資源であるという認識	B, N, P
	2. 職業へのコミットメント	多くのCOVID患者を受け入れる使命感	A, C, F, K, O
		人間の命の尊厳	J, L
		患者のために最善を尽くす努力をすること	D, L, O
		COVIDであっても他の病気と同様に粛々と対応する感覚	B, D, E, K, L, P
	3. 他者・COVID病棟への コミットメント	COVID病棟で働くことへの意味づけ	A, C, F, P
		メンバーと患者に対し責任を担っているという感覚	B, C, E, F, I, K, L, N, O
		メンバーとして主体的に役割を遂行することへの信念	B, C, E, F, G, I
		COVID病棟のメンバーを支援したいという認識	E, F, H, K, M, N, O, Q
		メンバー間で支援し合いながら協働すること	B, E, F, H, L, N,
Ⅴ. 利他的信念	1. 患者・家族への献身性	COVID病棟を構築することへの責務	C, E, G, N
		患者の話を傾聴すること	D, E, M
		患者の家族を支援することへの価値認識	H, K, O
		患者の利益の追求	A, F, K, M
	2. 患者のウェルビーイング	患者とその家族との媒介役でありたいという信念	C, H, K, O
		患者の不安や苦痛を緩和させたいという信念	C, D, E, J, M
		患者の安寧を重視するケアを提供すること	E, G
		患者の希望を叶えたいという信念	D, K
Ⅵ. 自主的行動と協働 への価値認識	1. 専門性を追求すること への価値認識	患者の苦悩を受け入れること	K, L
		患者への寄り添い	A, D, M, P
		エビデンスに基づく専門的な知識・技術を獲得することへの価値	A, B, E, G, P, Q
		病状の変化に気づき迅速に対応することへの価値	E, L, M, Q
		家族看護への意識	E, H, K, M
		クリティカル分野の専門性を高めること	A, B, E, J, P
		自主的な行動がケアの質を高めるという感覚	D, E, G, Q
	2. チーム医療への価値認識	感染予防の観点から安全なケアを提供することへの意義	C, G, J, L, O
		実践と内省を繰り返しながらケアの質を高めていくことへの価値	J, P, Q
		患者のニーズや理解度に沿って適切な情報提供・説明等を行うことへの価値	A, M, O
	2. チーム医療への価値認識	チームで治療・ケアに関わっているという感覚	C, F, H, I, J, M, Q
		ケアリングの専門家としてのリーダーシップと他職種協働への価値	K
		同職種協働によりケアを提供することへの意義	A, F
		パンデミックや大災害時に現場で働く看護師の支援体制を構築したいという感覚	B

働への価値認識】のプロフェッショナリズムは、直接的に【IX. ケアリング能力】を高めていたが、【Ⅳ. 職業・職業集団への一体化意識】のプロフェッショナリズムは、直接的には【IX. ケアリング能力】を促進していなかった。

ここまでカテゴリー、サブカテゴリーを基に、仕事経験、プロフェッショナリズム、獲得能力との関係メカニズムについて説明した。次に、これらの関係性を示す事例とともに各カテゴリーを構成する例について解説する。

4. カテゴリー関係の事例

以下、インタビュー内容を記述する上で、意味がとりづらい話し言葉は、語りの内容や文脈を変えることなく可能な範囲で修正した。事例に引いた下線部は、〈例〉にしている内容を表しており、事例の下線部の前に示している（ ）内の数字は、各事例紹介の後に提示している〈例〉と対応している。なお、語りの中で記載している（ ）内の語句は、指示語の内容を示す等の理由で筆者が加えた語句を意味している。

次に示す事例に対応している概念、【カテゴリー】、[サ

表4 能力のカテゴリー

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	〈例〉	該当者
Ⅶ. 感染回避力	1. 感染回避力	自身とメンバーの感染リスクを回避しながらCOVID病棟で働く力	全対象者
		感染予防に関する正確な知識・技術の習得	全対象者
		PPEに関する医療材料を効果的・効率的に使用する行動	B, N, P
Ⅷ. 協働する能力	1. チーム構築力	主体的にメンバーとの関係性を構築する能力	E, F, G, H, K, O
		効果的な方法によるメンバーへの指導体制の構築	B, C, O,
		メンバーがケアを提供しやすい環境を構築する能力	I, N
		メンバーの仕事の進捗を把握する能力	E, K, O
		職場の問題の発見・解決をする能力	B, C, I, N
		状況に応じた効果的なリーダーシップ行動	B, D, O
	2. チーム医療を促進する能力	看護師の立場で医師とコミュニケーションをとる能力	A, J
		医師との協働による先を見越した治療方針への関与	A, L
		同他職種と協働しながら迅速に患者を受け入れる行動	L
		慣れない環境で他者と協働するメンタリティの獲得	G, P
	3. 看護師の育成	個々人のレディネスを把握する能力	E, M
		個々人のレディネスを踏まえたスタッフ育成	F, I, K
Ⅸ. ケアリング能力	1. 専心性の獲得	個々人の能力に見合った仕事を割り振る能力	F, M
		エンゼルケアを提供する能力	P
		終末期患者に安全・安楽・安寧等を与えるケアの提供	G, J, P
		どのような疾患であっても今できるケアを熟考し提供しようとする力	D, K
	2. エビデンスの探索と専門的知識・技術の獲得	患者のニーズを満たすケアの提供	C, D, F, K, L, N, O
		優先順位をつけた状況判断力と対処能力	C, E, H, J, L, P, Q
		急速に酸素化（肺炎）が悪化する患者への酸素療法の知識・スキルの獲得	全対象者
		実践したケアを評価しエビデンスに基づくケアを提供する能力	A, B, C, E, Q
		救命処置に必要な知識の獲得	L, M, P
		患者に必要なケアを判断し提供すること	D, G
		いかなる状況においても感染予防に留意した安全なケアの提供	J, N, Q

ブカテゴリー], 〈例〉については対象者毎に表5-1と表5-2に整理した。

(1) 感染リスクに関する仕事経験と職業・職業集団への一体化意識および感染回避力との関係性

ここでは【Ⅰ. 感染リスクとの対峙】経験→【Ⅳ. 職業・職業集団への一体化意識】: [1. 感染予防への価値認識]のプロフェッショナルリズム,あるいは→【Ⅶ. 感染回避力】という能力獲得との関係性について, COVID病棟に派遣された初期の頃の事例を基に説明する。

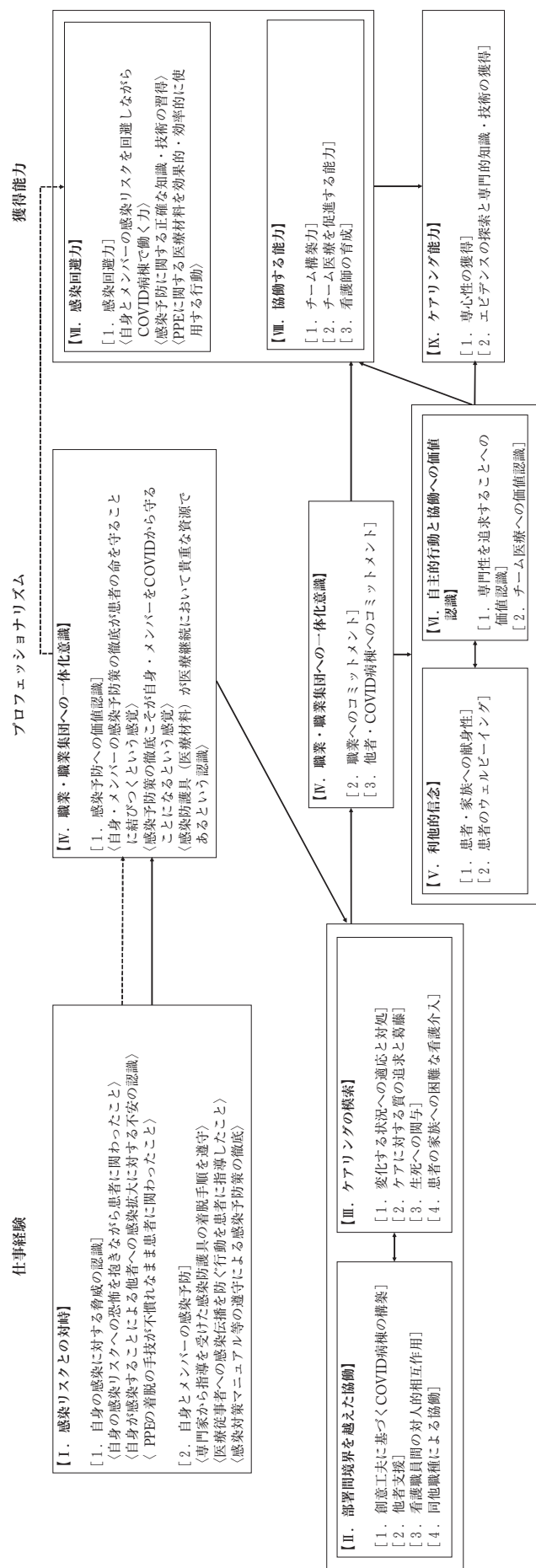
以下では, まず経験とプロフェッショナルリズムについて言及している2事例を紹介する。その後, これらの仕事経験とプロフェッショナルリズムによって獲得された能力について語っている2事例を提示する。

I氏: COVID病棟に来た当初は, COVIDというものが全然わからない病気だったので, (1) 未知の病気と向き合う怖さはありました。ここで働く上では, (2) まず自分

たちの感染防護を徹底しなければならなかったので, そこ(自身とメンバーの感染防護)は慎重にやっていました。(3) このこと(自分たちの感染防護)はかなり意識していました。

I氏は, (1)〈Ⅰ-1. 自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと〉によって, (2)〈Ⅰ-2. 感染対策マニュアル等の遵守による感染予防策の徹底〉をしていたのである。さらにI氏の語りからは, これらの経験によって(3)〈Ⅳ-1. 感染予防策の徹底こそが自身・メンバーをCOVIDから守ることになるという感覚〉のプロフェッショナルリズムを醸成していたことがわかる。

N氏: COVID病棟に召集されて2日目のことなのですが, (1) 自分が感染したくないという思いから, (患者との接触は可能な限り短時間にするために)優先順位を頭の中で考えその通りに行動できるように患者さんに関わったので



注1：四角内の【 】はカテゴリ、[]はサブカテゴリ、〈 〉は例を示している。

注2：点線の矢印は【1. 感染リスクとの対峙】経験が【IV-1. 感染予防への価値認識】のプロフェッショナリズムを促し、【VII. 感染回避力】を獲得していることを表している。

図1 COVID病棟の看護師の学習プロセス

すが、自分が考えていた以上に患者さんとの接触時間が長くなってしまったのです。(中略)(2) 病室で患者さんと関わっている時間が長くなると感染リスクも高くなると聞いていたため、危機感もすごくありました。(中略)(ガウン不足に備えて)各病棟からガウンを集めて院内で一括集約した時期があったのを思い出し、(3) ガウン等のPPE(個人防護具)に関する医療材料は貴重なのだという感覚を持ち、(ガウン等を)無駄にしたくないという思いが強かったのです。病室への出入りを何度も繰り返さないように(ガウン等の消費を抑えるために)心がけていました。

N氏の発話からは、(1)〈I-1. 自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと〉と(2)〈I-1. 感染防護に必要な医療材料が不足している状況で働いた経験〉によって、(3)〈IV-1. 感染防護具(医療材料)が医療継続において貴重な資源であるという認識〉のプロフェッショナルリズムを高めていたと解釈できる。

一方P氏とJ氏は、不慣れなPPEを装着して患者に関わったことで、[IV-1. 感染予防への価値認識]のプロフェッショナルリズムを醸成し、その結果[VII-1. 感染回避力]を高めていた点について振り返っている。

P氏:PPEの着脱については、(1) これまでN95マスクの装着も演習で行った程度で、実践の場面で装着したことがなく、慣れていませんでした。(中略)(2) 感染に関しては、医療従事者も感染しているという情報もあったので、人ごとではないと感じ、(3) しっかりと(専門家からの指導通りに)PPEをして自分の感染予防に努めていました。(4) 医療従事者として感染予防に務める意識はかなり高まりました。特に(5) 感染予防に関する知識や技術は学べました。

J氏:(6) N95マスクは、装着したことがなかったので装着の仕方にも慣れていませんでした。(中略)(7) 感染制御部の方からは、PPEの着脱等を改めて教えてもらいましたが、(8) 最初の頃は(N95マスクが)顔から浮いているような感覚もあり、この装着の仕方でも問題ないのかという不安はありました。(中略)(当初は)ここまでしっかりPPEをしないとイケないのかと思ったのですが、(9) これ(PPE)をすることで自分を守れるのだということがわかりましたし、(10) (適切にPPEを)やらなくては自分が感染してしまうと思って、PPEを着実に行っていました。(中略)(11) COVID病棟で働いたことで、感染対策の大切さが実感できました。以前と比べて、かなり感染対策への意識が変わりましたね。(12) PPEについては、しっかり学び、きちんとできるようになりました。COVID病棟で働

いて1週間くらい経つと(PPE着脱の)手順も体にしみついていきました。

上述したように、P氏とJ氏の発話からは、(1, 6)〈I-1. PPEの着脱の手技が不慣れなまま患者に関わったこと〉や(2, 8)〈I-1. 自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと〉によって感染に対する脅威を認識し、(3, 7)〈I-2. 専門家から指導を受けた感染防護具の着脱手順を遵守〉していたことがわかる。J氏においては、(9)〈I-2. 感染対策マニュアル等の遵守による感染予防策の徹底〉という感染予防への関与についても言及している。こうした経験を通して、P氏とJ氏は、(4, 10, 11)〈IV-1. 感染予防策の徹底こそが自身・メンバーをCOVIDから守ることになるという感覚〉のプロフェッショナルリズムを醸成し、(5, 12)〈VII-1. 感染予防に関する正確な知識・技術の習得〉に結びつけていたのである。

(2) 2カテゴリーの仕事経験と職業・職業集団への一体化意識のプロフェッショナルリズムとの関係性

次に、【II. 部署間境界を越えた協働】:[1. 創意工夫に基づくCOVID病棟の構築],[2. 他者支援],[3. 看護職員間の対人的相互作用],[4. 同他職種による協働]と【III. ケアリングの模索】:[1. 変化する状況への適応と対処],[2. ケアに対する質の追求と葛藤],[3. 生死への関与],[4. 患者の家族への困難な看護介入]が相互作用しながら、【IV. 職業・職業集団への一体化意識】:[2. 職業へのコミットメント],[3. 他者・COVID病棟へのコミットメント]のプロフェッショナルリズムを醸成していた事例について整理する。

以下では、まず仕事経験である【II. 部署間境界を越えた協働】と【III. ケアリングの模索】が相互に関係している内容に言及しているQ氏・H氏・G氏の3事例を提示する。その後に、これら仕事経験がプロフェッショナルリズム獲得に影響を与えていた点について語っているO氏、C氏、A氏の事例を紹介する。

Q氏:(1) 呼吸状態が悪くなる患者さんが多かったのですが、どの段階で酸素を投与すべきなのか、どれぐらいの(酸素)量を投与すれば良いのか等、慣れないうちはあまり自信が持てなかったですね。(2) 最初(COVID病棟への配属当初)は、どのような過程を辿って重症化するのかがわからず、(中略)重症化するスピードが早すぎて、自分が担当していた時は(酸素)カヌラで問題なかったのに次の勤務帯ではリザーバースマスクになっていたり、(3) 自分が担当していた時に何かできたことがあったのではないかと、複雑な気持ちになりながら振り返りをしていました。(中略)

表 5 - 1 カテゴリー関係の事例一覧①

本文中の 見出し 番号	対象者	概念	【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	〈例〉
4. (1)	I 氏	仕事経験	I. 感染リスクとの対峙	1. 自身の感染に対する 脅威の認識	自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと
		プロフェッショ ナリズム	IV. 職業・職業集団への 一体化意識	2. 自身とメンバーの 感染予防	感染対策マニュアル等の遵守による感染予防策の徹底
	N 氏	仕事経験	I. 感染リスクとの対峙	1. 自身の感染に対する 脅威の認識	自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと
		プロフェッショ ナリズム	IV. 職業・職業集団への 一体化意識	1. 感染予防への価値認識	感染防護に必要な医療材料が不足している状況で働いた 経験
	P 氏	仕事経験	I. 感染リスクとの対峙	1. 自身の感染に対する 脅威の認識	PPEの着脱の手技が不慣れなまま患者に関わったこと
		プロフェッショ ナリズム	IV. 職業・職業集団への 一体化意識	2. 自身とメンバーの 感染予防	自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと
		能力	VII. 感染回避力	1. 感染予防への価値認識	専門家から指導を受けた感染防護具の着脱手順を遵守
					感染予防策の徹底こそが自身・メンバーを COVID から 守ることになるという感覚
	J 氏	仕事経験	I. 感染リスクとの対峙	1. 自身の感染に対する 脅威の認識	PPEの着脱の手技が不慣れなまま患者に関わったこと
		プロフェッショ ナリズム	IV. 職業・職業集団への 一体化意識	2. 自身とメンバーの 感染予防	自身の感染リスクへの恐怖を抱きながら患者に関わったこと
		能力	VII. 感染回避力	1. 感染回避力	専門家から指導を受けた感染防護具の着脱手順を遵守
					感染対策マニュアル等の遵守による感染予防策の徹底
4. (2)	Q 氏	仕事経験	II. 部署間境界を越えた協働	2. 他者支援	他者が提供したケアを参考に自身のケアについて内省した こと
			III. ケアリングの模索	1. 変化する状況への 適応と対処	COVID 患者が辿る経過がわからない不確実な状況での患 者への関与
	H 氏	仕事経験	II. 部署間境界を越えた協働	2. 他者支援	病状変化時にとった自身の対処についての内省
			III. ケアリングの模索	3. 生死への関与	COVID 病棟で働くことへの緊張感や恐怖心に対するメン バーへの心理的支援（あるいは心理的支援を受けたこと）
	G 氏	仕事経験	II. 部署間境界を越えた協働	3. 看護職員間の対人的 相互作用	看取りへの関与
			III. ケアリングの模索	3. 生死への関与	働くメンバーが繰り返し変わる（固定されていない）中 での協働
	O 氏	仕事経験	II. 部署間境界を越えた協働	2. 他者支援	働くメンバーが繰り返し変わる（固定されていない）中 での協働
		プロフェッショ ナリズム	IV. 職業・職業集団への 一体化意識	2. 職業へのコミットメント	他者支援に対するリーダーシップ行動の内省
					不慣れなケアに対しメンバーからの支援を受けた（ある いはメンバー支援をした）経験
	C 氏	仕事経験	II. 部署間境界を越えた協働	1. 創意工夫に基づく COVID 病棟の構築	自身の判断・対応等への責任の重さを痛感した経験
		プロフェッショ ナリズム	IV. 職業・職業集団への 一体化意識	3. 他者・COVID 病棟へ のコミットメント	治療から死までの様々な病状の患者への関与
	A 氏	仕事経験	II. 部署間境界を越えた協働	2. 他者支援	不慣れなケアに対しメンバーからの支援を受けた（ある いはメンバー支援をした）経験
		プロフェッショ ナリズム	IV. 職業・職業集団への 一体化意識	3. 他者・COVID 病棟 へのコミットメント	チームによる重症化する患者への関与

(4) 他のメンバーにCOVID患者の経過について聞いたり、
(5) カルテ(他のメンバーの看護記録)等を見て客観的に
振り返って次のケアに生かすようにしていました。

Q氏は、(1, 2)〈Ⅲ-1. COVID患者が辿る経過がわからない不確実な状況での患者への関与〉をしたことで、(3)〈Ⅲ-1. 病状変化時にとった自身の対処についての内省〉という自身のケアリングを振り返っている。さらにQ氏の発話からは、(4, 5)〈Ⅱ-2. 他者が提供したケアを参考に自身のケアについて内省したこと〉という間接的な他者支援を受けながらCOVID患者のケアリングについて内省を深め、次のケアリング経験に生かそうとしていたことがわかる。

H氏：特に夜勤の時は、すごく気が張りつめていて不安もあったのですが、(1) 長く(COVID病棟に)いる人たちの経験談とかを聞いて、働き方のイメージがついていったのは良かったと思います。(中略)(2) 看取りにも関わったのですが、こうやって患者さんが退院してしまうということは医療従事者であっても想像することができていませんでした。(中略)(3) コロナで亡くなっていく患者さんを看取るということは……ジレンマも、葛藤も、衝撃も色々ありますね。助けてあげられなかったとか……(4) 家族に会わせてあげたかったとか、一般病棟では普通にやっていた(家族がベッドサイドで看取るという)ことができなかったの。(中略) 今後は、自分よりも後からCOVID病棟に来た人に対し、自分が先輩から教わったことを返していかななくてはならないと考えています。ここは、特殊な環境でストレス等も高くなるので。

H氏の語りからは、(1)〈Ⅱ-2. COVID病棟で働くことへの緊張感や恐怖心に対するメンバーへの心理的支援(あるいは心理的支援を受けたこと)〉で、(2, 3)〈Ⅲ-3. 看取りへの関与〉と(4)〈Ⅲ-4. 死の瞬間に家族が立ち会えなかった経験〉という辛い出来事も受け止め、次の経験として、先輩から受けた支援を後輩の支援に結び付けようとしていることがわかる。

G氏：COVID病棟に派遣された時は、(1) 全く知らない方々と協働して、かつ知らないメンバーが次々と加わってきて。その度、自分よりも(看護師としてのキャリアのある)先輩にオリエンテーションをしながら、短時間で人間関係を構築するということを繰り返し行っていました。(中略)その後、(2) 終末期患者さんも担当させていただきましたが、これまで自部署で診ていた患者さんとは(ケアの内容等が)大きく違って、あと数日で亡くなって

しまうかもしれないという患者さんに対しては、(3) いかに綺麗な状態で(浮腫等による外観の変容を防ぎながら)お看取りするかということや、(中略)(4) 自分とは異なる分野の先輩から「そのケアは終末期の患者さんには必要がないんだよ」等のアドバイスを受けて、(5) 自分としてはもっとやってあげたいという思いもあったのですが、こういうのも看護なのだと思うようになりました。

G氏は(1) [Ⅱ-2. 働くメンバーが繰り返し変わる(固定されていない)中での協働] といった他者支援を行い、これに続く形で(2, 5) [Ⅲ-3. 終末期患者のケアの方向性に対する戸惑い] 経験をしていた。さらに、これらの経験によって、(3, 4) [Ⅱ-3. 自身と異なる分野の専門性を持つスタッフとの協働] という次の仕事経験を促していたことがわかる。つまりG氏の発話からは、【Ⅱ. 部署間境界を越えた協働】→【Ⅲ. ケアリングの模索】→【Ⅱ. 部署間境界を越えた協働】を受けた経験等、連続的かつ相互作用しながら仕事経験を積んでいたことがうかがわれる。

次に、【Ⅲ. ケアリングの模索】⇔【Ⅱ. 部署間境界を越えた協働】経験が [Ⅳ-2. 職業へのコミットメント]、[Ⅳ-3. 他者・COVID病棟へのコミットメント] のプロフェッショナルリズム醸成を促していた事例について整理する。

O氏：(1) 新しく入ってくるスタッフとのコミュニケーションの取り方は難しいと思いました。(2) リーダー(業務を担う者)として、あとから入ってきたメンバーに対してどのように(自身が)行動すれば良いのか等は振り返り、すごく考えさせられました。(3) 患者さんの異常の早期発見と対処等とメンバーをフォローするという、両方の立場から責任感……重責を感じました。(中略)(4) (病状が)良くなっていく患者さんもみましたが、挿管される方や亡くなっていく方等、様々な患者さんをみました。(中略)(5) 終末期看護については自信がなかったのですが、先輩からの支援を受けながら終末期患者に関わったことで、(6) その患者さんのために、自分のできることをしっかりやらなくてはいけない、患者さんのために最善を尽くしたいという意識が強まりました。

上述したようにO氏は、新たなメンバーへの支援に対する困難経験を通して(1, 2)〈Ⅱ-2. 他者支援に対するリーダーシップ行動の内省〉をし、(3)〈Ⅲ-1. 自身の判断・対応等への責任の重さを痛感した経験〉について語っている。さらに、O氏の発話からは、他者支援をしながら(4)〈Ⅲ-3. 治療から死までの様々な病状の患者

への関与),あるいは(5)〈Ⅱ-2. 不慣れなケアに対しメンバーからの支援を受けた(あるいはメンバー支援をした)経験)をしたことで,(6)〈Ⅳ-2. 患者のために最善を尽くす努力をすること〉という看護職である自身に価値を見出す【Ⅳ. 職業・職業集団への一体化意識】のプロフェッショナリズムを高めていたことがわかる。

C氏:(1) この(COVID)病棟は自分が動かないと整っていかないので、強い気持ちで病棟を整えていくしかないと思ってやっていた。必死でした。(2) 自分だけがやっていたら良いという訳でもなく、皆で統一しながら病棟を創っていかなくてはいけないという感じでした。(中略)イライラしている患者さんもありましたので、(3) もっと長い時間ベッドサイドにいてケアをしてあげたいと思いましたけど、自分たちの感染予防にも努めなくてはならないし。もっとやってあげたいのにやれないというジレンマはありましたね。(中略)(4) この病棟を整えていきたいというか、創っていきたいという思いを持ってやっていた。これまで働いてきた一般病棟では、ここまで強い思いを感じたことはなかったですね。

C氏は、COVID病棟の構築に関与したことを振り返り、(1, 2)〈Ⅱ-1. 主体的にCOVID病棟の立ち上げに関与した経験)について語っている。加えてC氏は、部署間境界を越えた協働と同時にベッドサイドケアにおける患者との関わりを通して、(3)〈Ⅲ-2. 自身の感染防護とケアのバランスをとることへのジレンマ)経験をしていた。こうした経験によって、(4)〈Ⅳ-3. COVID病棟を構築することへの責務)といったプロフェッショナリズムの醸成をしていたことがこの事例からはうかがえる。

A氏: 気管内挿管が必要になるほど呼吸状態が悪化する患者さんを診た経験があまりなく、(1) ちょっとした体動で、すぐに酸素化不良になる患者さんを受け持った時のことです。これまで、(2) あまり使うことがなかったリザーバマスクやオキシマイザーカニューレ等をつけている患者さんの対応に迷いがあったため、(3) 他の看護師に対応方法を教えてもらったことがありました。(中略)(4) 医師と看護師との間で、重症化する患者さんの治療方針について話し合ったりする際、自分もチームの一員として協働できるようにしていきました。(5) COVID病棟で働いて、社会を守るといった、そういう部分でよりプロ意識が高まったと思います。この病院のスタッフとして、地域医療等を支えていかなくてはならないというのがあり、(6) (COVIDの)現状を知るという意味でもこの病棟で働くことは必要であると感じました。

A氏は、(1)〈Ⅲ-3. これまで経験したことのない急性増悪する肺炎患者への関与)といった困難な経験を通して、他者への支援要請という(2, 3)〈Ⅱ-2. 不慣れなケアに対しメンバーからの支援を受けた(あるいはメンバー支援をした)経験)をしていた。これらの経験によって(4)〈Ⅱ-4. チームによる重症化する患者への関与)を促し、(5, 6)〈Ⅳ-3. COVID病棟で働くことへの意味づけ)というプロフェッショナリズムを醸成していたことがA氏の語りからは解釈できる。

(3) 3 カテゴリーのプロフェッショナリズムとそれらの関係性

本研究で抽出された3つのカテゴリーのプロフェッショナリズムは、階層的に醸成されていた。具体的に言うと、COVID病棟の看護師は、先述したように仕事経験の影響を受けて、まずはじめに[Ⅳ-1. 感染予防への価値認識]のプロフェッショナリズムを醸成していた。その後に[Ⅳ-2. 職業へのコミットメント]と[Ⅳ-3. 他者・COVID病棟へのコミットメント](【Ⅳ. 職業・職業集団への一体化意識】)→【Ⅴ. 利他的信念】:[1. 患者・家族への献身性],[2. 患者のウェルビーイング]と【Ⅵ. 自主的行動と協働への価値認識】:[1. 専門性を追求することへの価値認識],[2. チーム医療への価値認識]のプロフェッショナリズムが相互に関係し合いながら形成していた。

なお、[Ⅳ-1. 感染予防への価値認識]のプロフェッショナリズム醸成については、本節Ⅲ. 4. (1)で説明している。そのため、ここでは主に[Ⅳ-2. 職業へのコミットメント],[Ⅳ-3. 他者・COVID病棟へのコミットメント]と【Ⅴ. 利他的信念】および【Ⅵ. 自主的行動と協働への価値認識】の関係について言及している事例を紹介する。

K氏: 自分が感染して、そこから感染が広がって他のスタッフも感染してしまったら、(この病棟で)(1) COVIDの患者さんを受け入れられなくなってしまうと思いました。当院が受け入れを止めてしまうと(市中の病院や患者等が)困ると思うようになり、(2) 最初の頃よりも視野が広がった気がします。自分たちは多くの患者さんを受け入れて、医療や看護を提供していなくてはならないのだと思うようになりました。(中略)重症化する患者さんに対し、(3) 看護師は他職種を中心になって……特にリーダー(業務を担う者)は、倫理的な調整も必要であるということの後輩に伝えたかったので。(中略)(4) 患者さんの不利益にならないように患者さんが必要とするケアができるようにしたいと思って、そこを意識して後輩に指導していました。

K氏は、自身とメンバーの感染回避こそが医療継続を可能にするという認識を持ち（1, 2）〈IV-2. 多くのCOVID患者を受け入れる使命感〉というプロフェッショナルリズムを促進していた。この【IV. 職業・職業集団への一体化意識】のプロフェッショナルリズムに次いで、さらにK氏は、（3）〈VI-2. ケアリングの専門家としてのリーダーシップと他職種協働への価値〉という【VI. 自主的行動と協働への価値認識】のプロフェッショナルリズムを高めていた。その背景としてK氏の語りからは、（4）〈V-1. 患者の利益の追求〉という【V. 利他的信念】が密接に関係していたことがうかがえる。

G氏：（COVID病棟では）（1）自分から発言していきな
いと仕事が回らないというのがあって、主体性が出てき
て……看護師としてのキャリアが浅いということ等は関係
なく、1人のメンバーとして、この病棟の一員であるとい
う自覚を持って、（中略）おのずと責任感っていうのか……
やらなきゃいけないのだ、やるしかないのだ等ということ
を認識するようになりました。先輩からの指導によって、
（2）（プロ意識として）終末期の患者さんにはそのケアは
必要がないので、あえてやらないとか、静かに看取るとい
うことも看護であるということを考えさせられました。（3）
改めて、広い視野で専門性を高めてケアを提供していくこ
との重要性を意識し、ケアに生かすようにしていました。

G氏は、COVID病棟に招集されたことで（1）〈IV-3. メンバーとして主体的に役割を遂行することへの信念〉のプロフェッショナルリズムを醸成した点について言及している。さらにG氏の発話からは、先輩からのアドバイスによって、（2）〈V-2. 患者の安寧を重視するケアを提供すること〉と（3）〈VI-1. エビデンスに基づく専門的な知識・技術を獲得することへの価値〉という利他性と自主的行動に関するプロフェッショナルリズムを促進し、終末期患者に対する安楽・安寧等に関するケアリングに結びつけようとしていたことがわかる。

D氏：（1）患者さんに安全で安楽なケアを提供すること
は、どの部署に行ってもそこはしっかり自分の中で持って
いたいというのはあります。（中略）DNARの患者さんから
頻回にナースコールがあったとき、（2）患者さんが望む
ケアをしてあげたいという気持ちで、自分自身の感染防護
をしながらケアをしていました。（中略）（COVIDの）他の
患者さんの時も同じようにしていました。（3）ベッドサ
イドのポータブルトイレではなく、自室のトイレに行って
ウォシュレットを使いたいという思いが強かった時、（4）
ネーザルハイフローをつけてしまうとそれが叶わなくなっ

てしまうと考え、ネーザルハイフローをつける前に、呼吸
状態を観察しながらトイレに連れて行ってあげようと判断
し行動しました。

D氏は、これまで通りに患者と関わり、（1）〈IV-2. COVIDであっても他の病気と同様に粛々と対応する感覚〉を高めたことで、（2, 3）〈V-2. 患者の希望を叶えたいという信念〉と共に、患者の病状悪化を予測し自身の判断で行動する（4）〈VI-1. 自主的な行動がケアの質を高めるという感覚〉を促進していたのである。

F氏：COVID病棟で働けたことで、今しかできない看護を提供できるということは、（1）すごく新鮮でやりがいにな
っています。（中略）今まで経験してきた部署異動とは全
然違う感覚ですね。（中略）COVID病棟は、複数の部署か
らスタッフが集められて、仕方なく来た人もいれば、希望
して来た人もいる。（2）スタッフと協働しながら、どん
なことで相談し合いながらやっていくことが患者のケア
を提供する上で必要だと思うようになったことが、COVID
病棟で働いて大きく価値観が変わったところです。本当に
考え方とか価値観が変わりましたね。（中略）（3）特に
COVIDの患者さんの場合には、悪くなったり、挿管のIC
（インフォームド・コンセント）があった後等は、どのよ
うに受け止めているのかということを確認した上でケアを
することがとても重要だと感じました。

F氏の発話からは、COVID病棟に従事したことで（1）〈IV-3. COVID病棟で働くことへの意味づけ〉という【IV. 職業・職業集団への一体化意識】のプロフェッショナルリズムを醸成していたことがわかる。さらに、その後続く形で、（2）〈VI-2. 同職種協働によりケアを提供することへの意義〉、（3）〈V-1. 患者の利益の追求〉という【VI. 自主的行動と協働への価値認識】および【V. 利他的信念】のプロフェッショナルリズムを促進した点についてF氏は触れている。

（4）プロフェッショナルリズムと獲得能力との関係性

ここでは、これまで説明してきたプロフェッショナルリズムと3つのカテゴリーの能力である【Ⅶ. 感染回避力】、【Ⅷ. 協働する能力】：[1. チーム構築力], [2. チーム医療を促進する能力], [3. 看護師の育成], 【Ⅸ. ケアリング能力】：[1. 専心性の獲得], [2. エビデンスの探索と専門的知識・技術の獲得]の関係について語っている内容を提示する。

以下では、プロフェッショナルリズムを階層的に醸成したことで能力獲得に結びつけ、看護実践のリーダーとしてあるいは高い専門性を求めて学習していた事例を紹介する。

表 5 - 2 カテゴリー関係の事例一覧②

本文中の見出し番号	対象者	概念	【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	〈例〉
4. (3)	K氏	プロフェッショナルナリズム	IV. 職業・職業集団への一体化意識 V. 利他的信念 VI. 自主的行動と協働への価値認識	2. 職業へのコミットメント 1. 患者・家族への献身性 2. チーム医療への価値認識	多くのCOVID患者を受け入れる使命感 患者の利益の追求 ケアリングの専門家としてのリーダーシップと他職種協働への価値
	G氏	プロフェッショナルナリズム	IV. 職業・職業集団への一体化意識 V. 利他的信念 VI. 自主的行動と協働への価値認識	3. 他者・COVID病棟へのコミットメント 2. 患者のウェルビーイング 1. 専門性を追求することへの価値認識	メンバーとして主体的に役割を遂行することへの信念 患者の安寧を重視するケアを提供すること エビデンスに基づく専門的な知識・技術を獲得することへの価値
	D氏	プロフェッショナルナリズム	IV. 職業・職業集団への一体化意識 V. 利他的信念 VI. 自主的行動と協働への価値認識	2. 職業へのコミットメント 2. 患者のウェルビーイング 1. 専門性を追求することへの価値認識	COVIDであっても他の病気と同様に粛々と対応する感覚 患者の希望を叶えたいという信念 自主的な行動がケアの質を高めるという感覚
	F氏	プロフェッショナルナリズム	IV. 職業・職業集団への一体化意識 V. 利他的信念 VI. 自主的行動と協働への価値認識	3. 他者・COVID病棟へのコミットメント 1. 患者・家族への献身性 2. チーム医療への価値認識	COVID病棟で働くことへの意味づけ 患者の利益の追求 同職種協働によりケアを提供することへの意義
4. (4)	B氏	プロフェッショナルナリズム	IV. 職業・職業集団への一体化意識	1. 感染予防への価値認識	感染予防策の徹底こそが自身・メンバーをCOVIDから守ることになるという感覚
			VI. 自主的行動と協働への価値認識	2. 職業へのコミットメント	自身・メンバーの感染予防策の徹底が患者の命を守ることにつながるという感覚
		能力	VIII. 協働する能力	1. 専門性を追求することへの価値認識	COVIDであっても他の病気と同様に粛々と対応する感覚
			IX. ケアリング能力	1. チーム構築力 2. エビデンスの探索と専門的知識・技術の獲得	クリティカル分野の専門性を高めること 効果的な方法によるメンバーへの指導体制の構築 実践したケアを評価しエビデンスに基づくケアを提供する能力
	E氏	プロフェッショナルナリズム	IV. 職業・職業集団への一体化意識	3. 他者・COVID病棟へのコミットメント	メンバー間で支援し合いながら協働すること
			V. 利他的信念	1. 患者・家族への献身性 2. 患者のウェルビーイング	患者の話を傾聴すること 患者の不安や苦痛を緩和させたいという信念
		能力	VI. 自主的行動と協働への価値認識	1. 専門性を追求することへの価値認識	病状の変化に気づき迅速に対応することへの価値
			VIII. 協働する能力	1. チーム構築力	クリティカル分野の専門性を高めること
	M氏	プロフェッショナルナリズム	IV. 職業・職業集団への一体化意識	3. 他者・COVID病棟へのコミットメント	COVID病棟のメンバーを支援したいという認識
			V. 利他的信念	2. 患者のウェルビーイング	患者への寄り添い
		能力	VI. 自主的行動と協働への価値認識	1. 専門性を追求することへの価値認識	患者のニーズや理解度に沿って適切な情報提供・説明等を行うことへの価値
			VII. 感染回避力	1. 感染回避力	自身とメンバーの感染リスクを回避しながらCOVID病棟で働く力
	L氏	プロフェッショナルナリズム	VIII. 協働する能力	2. チーム医療を促進する能力 3. 看護師の育成	キャリア発達段階が異なるスタッフと共通のケアを提供する能力 個々人のレディネスを把握する能力
			IX. ケアリング能力	2. エビデンスの探索と専門的知識・技術の獲得	救命処置に必要な知識の獲得
		能力	IV. 職業・職業集団への一体化意識	2. 職業へのコミットメント	患者のために最善を尽くす努力をすること
			V. 利他的信念	2. 患者のウェルビーイング	患者の苦悩を受け入れること
		プロフェッショナルナリズム	VI. 自主的行動と協働への価値認識	1. 専門性を追求することへの価値認識	感染予防の観点から安全なケアを提供することへの意義
			IX. ケアリング能力	2. エビデンスの探索と専門的知識・技術の獲得	優先順位をつけた状況判断力と対処能力
		能力	IV. 職業・職業集団への一体化意識	2. 職業へのコミットメント	患者のために最善を尽くす努力をすること
			V. 利他的信念	2. 患者のウェルビーイング	患者の苦悩を受け入れること
		プロフェッショナルナリズム	VI. 自主的行動と協働への価値認識	1. 専門性を追求することへの価値認識	感染予防の観点から安全なケアを提供することへの意義
			IX. ケアリング能力	2. エビデンスの探索と専門的知識・技術の獲得	優先順位をつけた状況判断力と対処能力
		能力	IV. 職業・職業集団への一体化意識	2. 職業へのコミットメント	患者のために最善を尽くす努力をすること
			V. 利他的信念	2. 患者のウェルビーイング	患者の苦悩を受け入れること

B氏：自分が感染するかもしれないということは、これまでと違うのかもしれませんが、感染症は常に医療現場に存在し、感染症の治療を病院で行うのは当たり前のこととと思っていました。(中略)(1) 基本的に、仕事の内容はこれまでと変わっていなかったと思いますし、COVID病棟で働くことには、そんなに不安や抵抗もなかったです。(中略)あの時(COVID病棟構築にあたり)自分が感じた、組織が組み立ち上がるまでのチームビルディングのような、あの大変さを突き詰めて考えたら、(2) 次にそういうことがあった時に役に立てるのかなと思って、より専門性を突き詰めていきたいと考えるようになりました。(次に役立てようと考えた根底には)(中略)(3) 自分も含めてスタッフを(感染から)守りたい、そして(4) 私たちを守ることは、患者さんを守ることになるといった感じですかね。(中略)すぐにスタッフが変わってしまい、何度も同じことを(新しいスタッフに)指導するということを繰り返していたのですが(リーダー業務をすることが多かったため)、途中から、(5) ペア制度みたいにして、リーダー(業務をする者)が1人でオリエンテーションをしなくても良いような指導体制を見直しました。(特に重症化する患者さんが増えてきた第3波以降は)(6) 文献でみた情報を基に、腹臥位療法を取り入れてみたり、(7) (腹臥位療法で)良くなっているのを実感すると、それは正しい情報だったのだということを見極めながらやっていました。

B氏の語りからは、COVID病棟で働くにあたり(1)〈Ⅳ-2. COVIDであっても他の病気と同様に粛々と対応する感覚〉のプロフェッショナルリズムを基盤に、(2)〈Ⅵ-1. クリティカル分野の専門性を高めること〉という【Ⅵ. 自主的行動と協働への価値認識】のプロフェッショナルリズムを醸成していることがわかる。この自主的行動に関するプロフェッショナルリズムが促進された背景には、(3)〈Ⅳ-1. 感染予防策の徹底こそが自身・メンバーをCOVIDから守ることになるという感覚〉や(4)〈Ⅳ-1. 自身・メンバーの感染予防策の徹底が患者の命を守ることに結びつくという感覚〉、つまり[Ⅳ-1. 感染予防への価値認識]のプロフェッショナルリズムが影響していると言えるだろう。これらのプロフェッショナルリズムによってB氏は、(5)〈Ⅷ-1. 効果的な方法によるメンバーへの指導体制の構築〉に関する能力を獲得したのである。さらにこの事例からは、自身の看護実践力である(6, 7)〈Ⅸ-2. 実践したケアを評価しエビデンスに基づくケアを提供する能力〉を高め、病棟リーダーとしての役割を遂行しながら、最新のエビデンスに沿ったケアリングを提供しようとしていたことがうかがえる。

E氏：新しく入ってくるメンバーがたくさんいる環境でしたので、(1) メンバーへの関わり方に関する意識が変わったと思います。皆が働きやすい雰囲気をつくるために、(2) 自分からメンバーに働きかけていく等、今までとは違う関わり方をするようになりました。コミュニケーションスキルも高めることができたように感じています。(中略)今でも後悔していることは、自分がリーダー業務をしていた時のことです。ある患者さんが重症化し人工呼吸器をつけることになったのですが、その患者さんを担当していたのが、(COVID病棟に)来たばかりのスタッフだったのです。(3) 早い段階から(病状の変化に)気づいてあげられたら、その患者さんは苦しまなかったのではないかと後悔しています。(中略)この時のように、リーダーをしている自分が早く気づいてあげられたらよかったと強く思ったことは今までなかったですね。COVID病棟で働いたことで、より一層、看護師が果たす役割だとか、(5) 患者の話を傾聴するといったプロ意識が高くなったと思います。(中略)自分とは異なる分野の人たちと働いたことで、もっと学びたい、もっと勉強したいという気持ちが出てきて、一般病棟ではあまり関わることのなかった(6) 人工呼吸器等も診れるようになりたい、クリティカルケアを学びたいという思いが強くなっていきました。(中略)新しく入ってきたスタッフに対しては、自分からコミュニケーションをとったことで、(7) より患者さんの看護に生かされる場面もありました。今、この患者さんの酸素投与量はどれぐらいなのか(酸素投与量は増えているのか等)という情報をスタッフから得ることで、(8) 異常の早期発見や対応、病状が悪い方向に向かっているのかどうか等を判断できるようにになりました。

E氏は、慣れないメンバーが多いCOVID病棟において(1)〈Ⅳ-3. メンバー間で支援し合いながら協働すること〉のプロフェッショナルリズムを醸成したことで、(2)〈Ⅷ-1. 主体的にメンバーとの関係性を構築する能力〉を高めていた。さらにE氏は、メンバー支援や患者に苦痛を与えてしまったという後悔した経験を基に、【Ⅴ. 利他的信念】：(3)〈Ⅴ-2. 患者の不安や苦痛を緩和させたいという信念〉、(4)〈Ⅵ-1. 病状の変化に気づき迅速に対応することへの価値〉、(5)〈Ⅴ-1. 患者の話を傾聴すること〉と【Ⅵ. 自主的行動と協働への価値認識】：(6)〈Ⅵ-1. クリティカル分野の専門性を高めること〉といったプロフェッショナルリズムを同時に醸成していた点に言及している。これらプロフェッショナルリズムと協働する能力は、E氏の(7, 8)〈Ⅸ-2. 優先順位をつけた状況判断力と対処能力〉を高めることに影響を与えていた

と言えるだろう。

M氏：スタッフの入れ変わりが早いので、(1) 一般病棟の時よりも、より一層スタッフを支援するという思いは強く持つようになりましたね。(中略) 患者さんのご家族は面会ができないので、今まで以上に(2) 患者さんの気持ちに沿って関わりたいという思いは大事にしています。急速な病状の悪化にはとても驚きましたが、看護師として(3) 患者の理解力に応じた、注意すること等の説明やケアを先回りすることを短い関わりの中で迅速に行いたいと強く思うようになりました。(中略) ただ、自分の感染予防には気をつけなくてはならなかったため、(4) 患者さんも苦しいというのはあったと思いますが、自分も距離をとり(感染予防に留意し)ながら、ケアをすることはできていたと思います。(中略) (5) 色々な部署の人や様々な経験年数の人たちと働かなくてはならないので、その人たちと統一したケアをできるようにしたり、(6) スタッフ個々の(能力を)アセスメントしながらやっています。(中略) (7) 先を見越して、これまで一般病棟ではあまり触れる機会がなかった人工呼吸器や心電図等に関する勉強をして知識を深めることができたと思います。

この事例からは、(1)〈IV-3. COVID病棟のメンバーを支援したいという認識〉を持ち、さらに(2)〈V-2. 患者への寄り添い〉と(3)〈VI-1. 患者のニーズや理解度に沿って適切な情報提供・説明等を行うことへの価値〉のプロフェッショナリズムを醸成していたことがうかがえる。こうしたプロフェッショナリズムによって、M氏はCOVID病棟に従事する上でベースとなる、(4)〈VII-1. 自身とメンバーの感染リスクを回避しながらCOVID病棟で働く力〉という感染回避力を高めながら(5)〈VIII-2. キャリア発達段階が異なるスタッフと共通のケアを提供する能力〉、(6)〈VIII-3. 個々人のレディネスを把握する能力〉等の他者と協働する能力やメンバーを育成する力を獲得していた。これらに喚起される形でM氏は、病棟リーダーとして自身のケアリング能力である(7)〈IX-2. 救命処置に必要な知識の獲得〉を促していたと解釈できる。

L氏：急いで挿管しなくてはならない場面では、苦しうだ、駄目かもしれない等と考えて自分の動きを止めてしまうと対応ができなくなってしまうので、(1) 自分の気持ちを切り替えていかないと……集中して救命を優先することを意識していました。突然、重症化してしまうため、(2) 患者さんも心構えができていたのかできていなかったのかを確かめることもできず、「辛いね」といった声をかける

ぐらいしかできなかったこともありました。(3) 患者さんの方から、死に対する言葉を出せないのだろうということとは察して(患者と)関わっていました。(中略) (4) 感染予防の観点から、限られた時間内でベッドサイドに行き、医師からの情報も共有し工夫をしながら適切なケアができるようにしていきました。(中略) 救命処置や迅速に行動しなくてはならない時は、例えば、師長さんからアドバイスや指示をもらい、まずは(5) それに沿って確実に行動することもやっていました。また、今は救命を優先する等、状況に応じた行動をとれるようにしていきました。

L氏の語りからは、(1)〈IV-2. 患者のために最善を尽くす努力をすること〉というプロフェッショナリズムをベースに、(2, 3)〈V-2. 患者の苦悩を受け入れること〉、(4)〈VI-1. 感染予防の観点から安全なケアを提供することへの意義〉というプロフェッショナリズムを醸成し、(5)〈IX-2. 優先順位をつけた状況判断力と対処能力〉を高めていたことがわかる。つまり、L氏は【IV. 職業・職業集団への一体化意識】→【V. 利他的信念】、【VI. 自主的行動と協働への価値認識】→【IX. ケアリング能力】という階層的に醸成されたプロフェッショナリズムによって、直接的にケアリング能力を高めていたのである。

IV. 考 察

本研究は、緊急招集された複数部署の職員から成るCOVID病棟での職務経験を有する看護師を対象に、COVIDに関する仕事経験を通じた看護師の学習プロセスを明らかにすることを目的に検討した。以下では、本調査で明らかになった発見事実と理論的貢献について考察する。

第1に、COVID病棟への配属初期に経験する「感染リスクとの対峙」が、「感染予防への価値認識」である職業・職業集団への一体化意識のプロフェッショナリズム醸成を促し感染回避力を促進していた。このことは、健康被害や命に影響を与える感染リスクが高い現場で働く際、早い段階から医療従事者への感染予防に関する価値認識のプロフェッショナリズム醸成を促すことで、感染回避行動をとる人材育成ができることを意味している。従来、看護師は利他性のプロフェッショナリズムを重視する傾向にあることが報告されてきたが(e.g., Hall, 1968; Wynd, 2003)、本研究において、自身やメンバーの健康維持という観点からの自己・他者管理に働きかけるプロフェッショナリズムを抽出し、その重要性を見出した点は新規性があると言える。本研究で得られた知見は、COVIDだけでなく大災害時やウイルス感染症患者等を対象にした医療現場におい

て、そこに従事する者の感染回避行動を促す議論をする際にも応用可能であると捉えている。

第2に、「部署間境界を越えた協働」と「ケアリングの模索」経験は相互作用しながら、「職業へのコミットメント」と「他者・COVID病棟へのコミットメント」のプロフェッショナルリズムの醸成を促していた。その1例として以下の内容を挙げることができる。すなわち看護師らは、COVID病棟構築という部署間境界を越えたメンバーとの協働経験をしたことで、メンバーと関わり合いながら、変化する状況に対応できるケアリング経験を促進していたり、あるいは生死に関わる急性増悪する患者へのケアリング経験を通して、他者支援や同他職種協働への関与を促していた。これらの仕事経験を積むことで、彼女(彼)らは、多くのCOVID患者を受け入れる使命感や他の病気と同様に粛々と対応する感覚等の「職業へのコミットメント」、およびメンバー間での支援・協働をしながら主体的に役割遂行に働きかける信念等を意味する「他者・COVID病棟へのコミットメント」(職業・職業集団への一体化意識)のプロフェッショナルリズムを獲得していた。本発見事実は、看護師の職務固有性に関するケアリング経験を促進し、職業・職業集団への一体化意識を高めるためには、部署間境界を越えた協働経験が鍵を握ることを示唆している。ここで言う協働は、Edmondson (2012/2014) が提唱しているチーミングに対応していると考えられる。チーミングは、協働するという行為を意味する造語であり、他者の必要性、役割、見方に注意を払うことを要求し様々な知識・スキルを持つメンバー間での対人的相互作用を導き、職場学習を促すという (Edmondson, 2012/2014)。この点から考えると、COVID病棟の看護師は、多様な専門性を持つメンバーで構成された職場の特徴を生かし、個人学習による職場学習をも促していたと解釈することができる。

第3に、COVID病棟の看護師の能力は、プロフェッショナルリズムの影響を受けて高められていた。具体的に言うと、「感染回避力」は「職業・職業集団への一体化意識」、「利他的信念」、「自主的行動と協働への価値認識」のプロフェッショナルリズムによって促進されていた。「協働する能力」は、「利他的信念」、「自主的行動と協働への価値認識」および「職業・職業集団への一体化意識」のうち「職業へのコミットメント」と「他者・COVID病棟へのコミットメント」によって高められていた。つまり「感染回避力」と「協働する能力」は、直接的に3つのカテゴリーのプロフェッショナルリズムの影響を受けて獲得する点を本研究では明らかにしたのである。一方、「ケアリング能力」に直接的に作用していたプロフェッショナルリズムは、「利他的信念」と「自主的行動と協働への価値認識」の2つの

カテゴリーであった。職業的アイデンティティを意味する「職業・職業集団への一体化意識」は、これら2つのカテゴリーのプロフェッショナルリズムに媒介されて「ケアリング能力」の獲得を促していた。この結果は、看護師の中核的能力であるケアリングは (e.g., Swanson, 1993), 職業的アイデンティティだけでは促進されないという先行研究と一致している (小野寺, 2021)。本調査の発見事実は、異なる部署のメンバーが一時的に集結した病棟において、感染症患者に対するケアリング能力を高めるためには、医療従事者の健康を維持する感染回避力だけでは十分ではなく、協働する能力が必要である点を明らかにしたことになる。ここで言う協働する能力とは、メンバーとの関係性を構築しながら職場の問題を発見・解決する力や、専門分野が異なるメンバーの能力を把握し仕事を割り振る力等を含む。この点から考えると、本論における「協働する能力」はEngeström (2004) が提唱している「水平的学習」、つまり組織・職場の境界を越えた協働によってメンバー個々人が持つ多様な専門性を共有することによって高められたと解釈することができる。本研究で得られた知見は、COVIDだけでなく大災害時等、緊急的に組織内外の境界を越えたメンバーで構成された現場において、看護師がいかにケアリング能力を高めるかという議論をする上でも活用可能であると考えている。

第4に、本研究では、COVID病棟に従事している看護師の仕事経験→プロフェッショナルリズム醸成→能力獲得という段階的学習プロセスを明らかにした。これらの関係メカニズムは次のように説明することができる。まず、本研究で抽出された仕事経験は、これまで管理者を対象に検討されてきた発達の挑戦に対応している傾向がみられた。例えばDeRue & Wellman (2009), 松尾 (2013), McCauley et al. (1994) らが示す発達の挑戦である「不慣れな仕事／異動」、「変化の創出／変革への参加」、「境界を越えて働く経験」は、それぞれ本研究における「COVID病棟で働いたことによる自身の感染に対する脅威の認識」、「主体的にCOVID病棟の立ち上げに関与した経験」、同他職種協働という「チームによる重症化する患者への関与」と対応関係にあると解釈できる。発達の挑戦は、不確実な状況の中で複数の問題解決をするダイナミックな状況をつくるとともに、人が新たな行動形態を再構築する際の基盤形成を促すという (DeRue & Wellman, 2009)。こうした発達の挑戦が持つ機能によって本研究の対象者は、COVID病棟で働く上で基軸となる職業・職業集団への一体化意識のプロフェッショナルリズムを醸成・再構築したと解釈することができる。さらに本研究で調査対象としたCOVID病棟の看護師は、任務を通して基盤となるプロフェッショナルリズムを獲得したことで、看護師としての職務固有性と密接に

関係している「利他的信念」と「自主的行動と協働への価値認識」を高めていたと考えられる。なお、これらプロフェッショナリズムによって高められた3つのカテゴリーの能力は次のように区分することができるだろう。すなわち、「感染回避力」は医療従事者全般に必要とされる基礎的専門能力、「協働する能力」は部門を越境したマネジメント能力、「ケアリング能力」については看護師固有の専門的能力と捉えることができる。これらの結果から、本研究は、看護師が基礎的専門能力、マネジメント能力、職務固有の能力というバランスの取れた能力を獲得するためには、発達の挑戦経験に基づく、3つのカテゴリーのプロフェッショナリズムを醸成する必要があることを示したことになる。従来の発達の挑戦研究では、管理者を対象に経験と能力獲得との関係について検討されてきたのに対し（e.g., DeRue & Wellman, 2009；松尾, 2013）、本研究はCOVID病棟に従事する看護師の発達の挑戦がプロフェッショナリズムに媒介されて能力獲得を促す、看護師の学習プロセスをモデル化した点に理論的な貢献があると言えるだろう。

1. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、本調査の対象が1施設のみの看護師であるため、今後は、複数の施設でCOVIDに関する仕事経験をした看護師を対象に研究を蓄積する必要がある点を挙げることができるだろう。しかし、COVIDが収束する目途が立たない状況において研究者と研究協力者の感染予防に留意しながらインタビュー調査を実施し、COVIDに関わる看護師を対象にした学習プロセスを明らかにした本研究は、COVIDをはじめ、今後パンデミックを招く未知のウイルス感染症や大規模災害等に関わる看護師や看護管理者に対し、僅かではあるが貢献したと考えている。

本稿では質的データに基づく定性分析により、COVIDに関する仕事経験、プロフェッショナリズム、能力獲得の関係性を明らかにした。今後は、本研究で得られた知見を活用した定量的調査を実施し、より詳細な看護師の学習プロセスを検討すべきであろう。

結 論

本研究は、COVIDに関する仕事経験を通した看護師の学習プロセスを明らかにした。すなわち、第1に、看護師はCOVID病棟への配属初期に「感染リスクとの対峙」経験をしたことで、「感染予防への価値認識」のプロフェッショナリズムを高め、さらに「感染回避力」あるいは（および）次の仕事経験を促進していた。第2に、「感染予防への価値認識」と「部署間境界を越えた協働」経験は

相互作用しながら、「職業へのコミットメント」、「他者・COVID病棟へのコミットメント」のプロフェッショナリズム醸成を促していた。第3に、階層的に醸成された3つのカテゴリーのプロフェッショナリズムは、能力獲得（感染回避力、協働する能力、ケアリング能力）に影響を与えていた。この時、ケアリング能力を高めるためには、感染回避力だけでは不十分であり、協働する能力が重要であることを指摘した。第4に、本研究では、これまで検討されてこなかったCOVID病棟看護師の仕事経験を通した学習には、仕事経験→プロフェッショナリズム醸成→能力獲得という段階的学習プロセスがあることを明らかにした。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様にご心より感謝いたします。また、本研究の分析にあたり、北海道大学大学院 松尾睦教授、東洋大学 中西善信准教授からは有益なご助言を賜りました。厚く御礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

注

- 1 発達の挑戦とは、以下の内容を意味している。すなわち、異動等を含む不慣れで新たな仕事に取り組む「不慣れな仕事／異動」、仕事のあり方を創造的に変え、新たな方向性を導いたり既存の問題解決を行う「変化の創出／変革への参加」、組織において非常に重要な仕事で多面性を伴う仕事を担う「高いレベルの責任」、直接的な権限を持たない他部門等の人々を管理する「境界を越えて働く経験」（DeRue & Wellman, 2009；松尾, 2013；McCauley et al., 1994）。困難を要する人材の育成も含む「部下育成」等を挙げることができる（松尾, 2013；McCauley et al., 1994）。

文 献

- Bartol, K. M. (1979). Professionalism as a predictor of organizational commitment, role stress, and turnover: A multidimensional approach. *The Academy of Management Journal*, 22(4), 815-821. <https://doi.org/10.5465.255817>
- Boyt, T. E., Lusch, R. F., & Naylor, G. (2001). The role of professionalism in determining job satisfaction in professional services: A study of marketing researchers. *Journal of Service Research*, 3, 321-330. <https://doi.org/10.1177.109467050134005>
- Burford, B., Morrow, G., Rothwell, C., Carter, M., & Illing, J. (2014). Professionalism education should reflect reality: Findings from three health professions. *Medical Education*, 48(4), 361-374. <https://doi.org/10.1111.medu.12368>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory: 2 Edition*. London: Sage.
- DeRue, D. S. & Wellman, N. (2004). Developing leaders via experience: The role of developmental challenge, learning orientation, and feedback availability. *Journal of Applied Psychology*, 94(4), 859-875. <https://doi.org/10.1037.00015317>

- Dewey, J. (1938)／市村尚久訳 (2004). *経験と教育*. 東京：講談社.
- Dinger, M., Thatcher, J. B., Treadway, D., Stepina, L., & Breland, J. (2015). Does professionalism matter in the IT workforce? An empirical examination of IT professionals. *Journal of the Association for Information Systems*, 16(4), 281-313. <https://doi.org/10.17705,1jais.00392>
- Dokko, G., Wilk, S. L., & Rothbard, N. P. (2009). Unpacking prior experience: How career history affects job performance. *Organization Science*, 20(1), 51-68. <https://doi.org/10.1287,orsc.1080.0357>
- Edmondson, A. C. (2012)／野津智子訳 (2014). チームが機能するとはどういうことか：「学習力」と「実行力」を高める実践アプローチ. 東京：英治出版.
- Engeström, Y. (2004). New forms of learning in co-configuration work. *Journal of Workplace Learning*, 16(1/2), 11-21. <https://doi.org/10.1108,13665620410521477>
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18(2), 395-415. <https://doi.org/10.1177,0268580903018002005>
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- グレッグ美鈴 (2002). 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. *看護研究*. 35(3), 196-204.
- Hall, R. H. (1968). Professionalization and bureaucratization. *American Sociological Review*, 33(1), 92-104. <https://doi.org/10.2307,2092242>
- Hampton, G. M. & Hampton, D. L. (2004). Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals: The case of certified nurse-midwives. *Journal of Business Research*, 57(9), 1042-1053. [https://doi.org/10.1016,S0148-2963\(02\)00356-9](https://doi.org/10.1016,S0148-2963(02)00356-9)
- 波多野梗子, 小野寺杜紀 (1993). 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化. *日本看護研究学会雑誌*. 16(4), 21-28. <https://doi.org/10.15065,ijnsr.19930901002>
- Jang, I., Kim, Y., & Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2835-2845. <https://doi.org/10.1111,jocn.13330>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*, 20-38, New Jersey: Prentice-Hall.
- 倉岡有美子 (2015). 看護師長の成長に影響を与えた上司の支援. *日本看護管理学会誌*. 19(1), 20-27. https://doi.org/10.19012,janap.19.1_20
- Matsuo, M. (2015). A framework for facilitating experiential learning. *Human Resource Development Review*, 14(4), 442-461. <https://doi.org/10.1177,1534484315598087>
- 松尾 睦 (2006). *経験からの学習：プロフェッショナルへの成長プロセス*. 東京：同文館出版.
- 松尾 睦 (2013). *成長する管理職：優れたマネジャーはいかに経験から学んでいるのか*. 東京：東洋経済新報社.
- 松尾 睦, 正岡経子, 吉田真奈美, 丸山知子, 荒木奈緒 (2018). *看護師の経験学習プロセス*. 松尾 睦 (編), *医療プロフェッショナルの経験学習* (pp.12-28). 東京：同文館出版.
- McCall, M. W., Lombardo, M. M., & Morrison, A. M. (1988). *The lessons of experience: How successful executives develop on the job*. New York: The Free Press.
- McCauley, C. D., Ruderman M. N., Ohlott, P. J., & Morrow, J. E. (1994). Assessing the developmental components of managerial jobs. *Journal of Applied Psychology*, 79(4), 544-560. <https://doi.org/10.1037,0021-9010.79.4.544>
- Miner, J. B., Crane, D. P., & Vandenberg, R. J. (1994). Congruence and fit in professional role motivation theory. *Organization Science*, 5(1), 86-97. <https://doi.org/10.1287,orsc.5.1.86>
- Morrison, R. F. & Brantner, T. M. (1992). What enhances or inhibits learning a new job? A basic career issue. *Journal of Applied Psychology*, 77(6), 926-940. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.77.6.926>
- 中原 淳 (2010). *職場学習論：仕事の学びを科学する*. 東京：東京大学出版会.
- Oda, J., Tanabe, S., Nishimura, T., Muguruma, T., Matsuyama, S., Sugawara, Y., & Ogura, S. (2020). JAAM nationwide survey on the response to the first wave of COVID-19 in Japan. Part I: How to set up a treatment system in each hospital. *Acute Medicine & Surgery*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1002,ams2.614>
- 小野寺美希子 (2020). プロフェッショナルリズムの獲得メカニズム：看護師の仕事経験と職務行動の観点からの分析. *人材育成学会機関誌*. 16(1), 49-70.
- 小野寺美希子 (2021). 職業的アイデンティティがケアリング行動に与える影響：プロアクティブ行動による媒介効果の検討. *経営行動科学*. 32(3), 73-89.
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes, and values: A theory of organization and change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schön, D. A. (1983)／柳沢昌一・三輪建二訳 (2007). *省察的实践とは何か：プロフェッショナルの行為と思考*. 東京：鳳書房.
- Spreitzer, G. M., McCall, M. W., & Mahoney, J. D. (1997). Early identification of international executive potential. *Journal of Applied Psychology*, 82(1), 6-29. <https://doi.org/10.1037,0021-9010.82.1.6>
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990)／南 裕子監訳・操 華子・森岡崇・志自岐康子・竹崎久美子訳 (1999). *質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリーの技法と手順*. 東京：医学書院.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998)／操 華子・森岡崇訳 (2004). *質的研究の基礎 第2版：グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順*. 東京：医学書院.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357. <https://doi.org/10.1111,j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- 高橋平徳 (2018). 救急救命士の経験学習プロセス：医療専門職間の連携に注目して. 松尾 睦 (編), *医療プロフェッショナルの経験学習* (pp.103-144). 東京：同文館出版.
- 瓜生原葉子 (2012). *医療の組織イノベーション：プロフェッショナルリズムが移植医療を動かす*. 東京：中央経済社.
- World Health Organization (2020, April, 27). Archived: WHO timeline: COVID-19. Retrieved from <https://www.who.int/news/item> (accessed 2021-02-02)
- Wynd, C. A. (2003). Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 251-261. [https://doi.org/10.1016,S8755-7223\(03\)00104-2](https://doi.org/10.1016,S8755-7223(03)00104-2)

〔2021年10月1日受付〕
〔2022年1月6日採用決定〕

Process of Nurses' Learning Through Work Experience in a COVID-19 Ward

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 705-724
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220106174>

Mikiko Onodera, PhD, RN

Department of medical liaison center, Sapporo Medical University Hospital, Sapporo, Japan

Abstract

Objective: The study examines how nurses develop professionalism and abilities through work experience. **Methods:** To collect data on nurses' work experience, semi-structured interviews were conducted with 17 nurses who worked in the COVID-19 ward of a hospital. The grounded theory approach was used to analyze the interview data. **Results:** (1) The nurses developed "professional identification: infection control" professionalism by "combating infection risk" work experience; (2) they developed "professional identification: professional commitment and workplace commitment" through interactions between "boundaryless cooperation" and "seeking ways to promote caring" work experiences; and (3) they developed "combating infection risk," "boundaryless cooperation," and "knowledge and skills of caring" through professionalism. **Conclusions:** Nurses developed professionalism and abilities through their work experience, in a step-by-step process.

Key words

experiential learning, professionalism, ability, COVID-19

Correspondence: M. Onodera. Email: miki.one@outlook.jp

医療従事者が捉えた 新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 拡大下における生殖医療機関の 診療体制の変化と高齢不妊患者の 治療状況および通院時の様子

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 725-734
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220112172>

渡邊実香¹, 高橋由紀², 大橋幸美³

¹名古屋市立大学大学院看護学研究科, ²名古屋大学大学院医学系研究科

³日本福祉大学看護学部

■要 旨

目的: COVID-19感染拡大下, 医療従事者が捉えた生殖医療機関の診療体制の変化と高齢不妊患者の治療状況および通院時の様子を明らかにする。**方法:** 生殖医療機関に勤務する医療従事者への質問紙調査結果を量的・質的に解析した。**結果:** 対象の90.5%が診療体制に変化があったと回答した。〔感染対策のための夫・家族の立ち入り制限〕をしている割合は67.9%の一方, 〔予約数を制限〕割合は12.2%だった。診療体制の変化に【診療・説明会のオンライン化の浸透】が挙がっていた。高齢不妊患者の治療状況や通院時の様子は, 「変わらない」と捉える医療従事者の割合が高かったが, 自由記述より, 【感染への不安と葛藤しながらも治療は継続】している様相が示された。**結論:** 感染対策を講じる一方で, 患者への直接的支援機会が制限され, 患者の不安が緩和されにくい状況が推察できた。高齢不妊患者への支援策に, ICTなどの活用に期待が寄せられる。

■キーワード

COVID-19, 診療体制, 受診動向, 高齢不妊患者

責任著者: 渡邊実香. Email: mikaw@med.nagoya-cu.ac.jp

はじめに

新型コロナウイルス感染症（Coronavirus Disease 2019：以下COVID-19）の拡大は, 生殖医療を必要とする夫婦だけでなく, 生殖医療機関の診療体制にも影響を与えている。生殖医療機関で働く医療従事者が, 感染対策をとりながら高齢不妊患者の治療状況や通院時の様子をどの様に捉えているのかを明らかにすることは重要である。

わが国における高度生殖補助医療の現状をみると, 体外受精の総治療件数は45万4,893件, 出生児数は5万6,979人でいずれも過去最多となり（日本産科婦人科学会 令和元年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告）, 生殖医療を利用する夫婦の増加がうかがえる。また, 不妊の検査や治療を経験している夫婦は6組に1組となり, 子どもがいない夫婦においては半数以上が不妊を心配し, 不妊検査や治療の経験がある夫婦は, 40歳以上が最も多い（国立社会保障・人口問題研究所, 2017）。しかしながら, 体外受精を

駆使したとしても総治療周期数における出産率は約12%の現状であり, 晩産化に伴う妊孕性の低下を考慮すると, 出産に至るまでには厳しい現状がある。

COVID-19の感染拡大により, 生殖医療機関に従事する医療従事者らには, 未知の感染症が妊娠に及ぼす影響に対する知見が乏しい状況の中, 診療体制の変更や縮小, それに伴う患者への対応が迫られている（細井・堤・太田・三谷・森本, 2020a）。事実, COVID-19感染拡大下において, 日本受精着床学会が不妊治療施設に対して実施したWeb速報調査報告によると, 不妊治療者は全般的に減少した印象があることが報告されている（細井・堤・太田・三谷・森本, 2020b）。

生殖医療は, ヒトの生命維持を左右するものではないことは自明の理である。しかし, 加齢による妊娠率の低下による不妊は明らかであり, 子どもを望む夫婦, 中でも高齢不妊患者にとり, 生殖医療の提供が滞ることは人生を左右する問題であるといっても過言ではない。

本調査において、COVID-19感染拡大下における生殖医療機関の診療体制および、高齢不妊患者の治療状況と通院時の様子を、医療従事者が、どの様に捉えているのかを明らかにすることは、現在の生殖医療体制の課題と支援が明確化され、患者が安心して治療を継続できるための示唆を得ることができる。

I. 研究目的

医療従事者が捉えたCOVID-19感染拡大下における、生殖医療機関の診療体制の変化と高齢不妊患者の治療状況および通院時の様子を明らかにする。

II. 用語の定義

高齢不妊患者：生殖医療機関に不妊治療目的で受診する40歳以上の女性患者

III. COVID-19感染拡大下における生殖医療各種関連学術団体による声明の経過

2020年4月1日、日本生殖医学会は「妊娠時に使用できる予防薬や治療薬が開発されるまでを目安として、不妊治療の延期を選択肢として患者に提示しよう」声明文を公示した（日本生殖医学会 市川智彦, 2020a）。これを受け、人工授精、体外受精・胚移植、生殖手術などの治療に関しては、延期可能なものについても延期を考慮する方針となった。しかし、4月7日には、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・日本産婦人科感染症学会の3学会より「基本的に延期できるものは延期とする日本生殖医学会のポリシーを尊重するが、個別対応が必要なため状況説明の上、安心、安全な医療を提供すること」と不妊治療について一定の緩和を求める見解が提示された（日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本産婦人科感染症学会, 2020）。その後、一部の地域を除く緊急事態宣言が解除されたことを機に5月18日に日本生殖医学会は「COVID-19感染防御と感染拡大防止の対策を可能な限り施行すること」「不妊治療の種類と実施の可否についての選択は患者さんへの十分な説明と同意のもとに医師と患者さんでよく相談すること」と再公示するに至った（日本生殖医学会 市川智彦, 2020b）。これらの経過をふまえ、不妊体験者の支援団体NPO法人Fineから「不妊・不育治療は不要不急ではない。年齢のリミットがある」「コロナ感染の対策をしながら治療を継続したい」（NPO法人Fine（ファイン）～現在・過去・未来の不妊体験者を支援する会～, 2020）との要望が出された。

IV. 研究方法

A. 対象

日本産科婦人科学会に登録される「体外受精・胚移植等の臨床実施登録施設」（607施設）（日本産科婦人科学会 平成30年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告）に勤務する医療従事者とした。生殖医療機関において、不妊治療患者と診療場面で直接関わる機会を有す医療従事者は、医師・看護師に加え、臨床検査技師は、胚培養過程や胚の成熟・分割状態などを不妊治療患者に説明する業務を担当することも多々あり、心理職は心理カウンセリングによる直接的な関わりを持つ。そのため、本調査における対象は、不妊治療患者と診療場面で直接関わる機会を有す医療従事者（医師・看護職・臨床検査技師・心理職・その他）とした。

B. 調査方法

対象施設の責任者に研究依頼書および自己記入式質問紙を郵送配布した。施設責任者の調査許可が得られたのち、調査対象者に質問紙を配布してもらう形式とした。質問紙は、各医療機関に5部ずつ郵送し、郵送による返送あるいはWeb回答の2種類から選択してもらう形式とした。

C. 調査内容

質問紙の内容は、対象の背景、診療体制の変化とその内容、高齢不妊患者に対する医療従事者の捉えの3項目立てとした。

- 1) 対象の背景は、勤務地、勤務施設の類型（病院あるいは診療所）、職種（医師・看護職・臨床検査技師・心理職・その他）について回答を求めた。
- 2) 診療体制の変化とその内容は、「診療体制の変化のあり・なし」に続き、診療体制の変化が「あり」の場合にその内容の回答を求めた。回答内容として「受診時の健康観察確認（検温・身体状況など）」・「感染対策のための夫・家族の立ち入り制限」・「感染対策整備に時間・費用の発生」・「予約数を制限」・「説明時間の増加」より複数回答および自由記述にて回答を求めた。
- 3) 高齢不妊患者に対する医療従事者の捉えは、来院者数に対する捉え、治療状況に対する捉え、高齢不妊患者の様子に対する捉えについての3要素で構成した。来院者数に対する捉えは「変わらない」「増加した」「減少した」、治療状況に対する捉えは「変わらない」「胚移植は控える傾向」「採卵周期が増えた」「その他」より択一での回答を求めた。また、高齢不妊患者の様子に対する捉えについては、「変わらない」「感染への不安が強い様子」「焦る様子が強まった」より複数回答および自由記述にて回答を求めた。

D. 調査期間

2020年10月～2020年12月

E. データ分析方法

記述統計量を算出後、勤務施設の類型（病院・診療所）別の「診療体制の変化とその内容」「高齢不妊患者に対する医療従事者の捉え」は、 χ^2 検定を用いた。統計学的有意水準は5%未満とした。「診療体制の変化とその内容」および「高齢不妊患者の様子に対する捉え」より得られた自由記述に関しては、帰納法を用い、各問の回答に相応する部分を、可能な限り対象者の言葉を用いてコード化した。コードの意味内容の相違点と共通点を比較しながら類型化し抽象度を高めサブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリーを類型化し抽象度を高めカテゴリー化した。分析は、谷津（2010）およびグレッグ・麻原・横山（2016）の分析手順を参考にした。

なお、自由記述欄には、「診療体制の変化の内容」・「高齢不妊患者の様子に対する捉え」の質問項目の選択肢と重複する記載内容も存在したが、それぞれの設問に記載された記述はすべて分類・分析に使用した。

F. 倫理的配慮

本研究は、名古屋市立大学大学研究倫理委員会の承認を得て研究を行った（ID番号：20017-4、個別の承認番号なし）。本研究は、対象となる医療機関の責任者に対し、研究の概要や研究依頼を文書によって説明し、責任者の許可に基づき調査を実施した。また、回答者には、研究の目的・方法、自由意思による参加、研究参加の拒否権、プライバシーの保護・個人情報の保護がなされること、学会での発表等を行うこと、質問紙の返送（Web回答）をもって研究に同意したとみなすことを文書にて説明した。

V. 結 果

A. 分析対象

宛先不明で返送された1施設、生殖医療を停止したと連絡を受けた1施設、研究協力を受けないことにしていると書類返送のあった1施設の計3施設を除く604施設（3,020通）に勤務する医療従事者が対象となった。郵送によるアンケート返送658通、Web回答153通、合計811通の返送であった。本研究において必要となる調査項目に欠損データがない761通を分析対象とした（有効回答率25.1%）。

B. 対象の背景

対象の勤務地は、多い順に関東地方、近畿地方、中部地方であった。対象の勤務する医療機関の施設類型は、病院が39.7%、診療所が60.3%であった。対象の職種は、看護職39.0%、医師33.8%、臨床検査技師12.0%、心理職1.1%の順であり、その他14.2%には胚培養士等が含まれた（表1）。

表1 対象の背景

(N=761)

勤務施設の類型	人数	割合 (%)
病院	302	(39.7)
診療所	459	(60.3)
職種	人数	割合 (%)
看護職	297	(39.0)
医師	257	(33.8)
臨床検査技師	91	(12.0)
心理職	8	(1.1)
その他（胚培養士など）	108	(14.2)
勤務地	人数	割合 (%)
北海道	31	(4.1)
東北	69	(9.1)
関東	236	(31.0)
中部	126	(16.6)
近畿	157	(20.6)
中国	52	(6.8)
四国	22	(2.9)
九州	68	(8.9)

C. COVID-19感染拡大後の診療体制に関して

1. 診療体制の変化について

診療体制の変化が「ある」と回答した人の割合は全体で90.5%であり、医療従事者のほとんどが従前の診療体制から何らかの変化を経験していた。医療機関の施設類型別にみると、病院勤務者が84.4%に対し、診療所勤務者が94.6%であり、診療所勤務者の方が病院勤務者に比して診療体制の変化を捉えていた（ $P<.001$ ）。職種による診療体制変化の捉えについて、看護職や臨床検査技師が高い傾向があり、医師は最も低い結果であった。

2. 診療体制の変化の内容

〔受診時の健康観察確認〕への「あり」の回答が全体として80.0%と最も高く、〔感染対策のための夫・家族の立ち入り制限〕67.9%、〔感染対策整備に時間・費用の発生〕61.5%、〔予約数を制限〕12.2%の順であり、いずれも診療所勤務者の捉えが病院勤務者の捉えに比して高かった（ $P=.001$, $P=.007$, $P<.001$, $P<.001$ ）。一方、〔説明時

間の増加]について「なし」と回答した割合は、病院勤務者83.1%、診療所勤務者81.3%となり施設別による医療者の捉えに統計学的な有意差は認めなかった ($P=.563$) (表2)。

3. 診療体制の変化に関する自由記述 (表3)

55記述コードから同様記述を統合し、49記述コード、17サブカテゴリー、6カテゴリーを抽出した。以下カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、コードは〈 〉で示す。

a. 【治療やサービスの制限・変更・中止】

このカテゴリーは、18コード、4サブカテゴリーから構成された。

〈一時的にARTの制限〉を実施し、〈FSH製剤は自己注射のみに変更した〉ほか〈診療時間の短縮〉〈休診日を1日増やす〉など《一時的に治療や診療の停止・制限》などの措置が取られていた。また、〈一人の患者に接する時間を短縮し院内滞在時間の短縮の努力〉や〈ART説明会がなくなり紙媒体となった〉など患者への〈説明時間が減った〉り《患者への直接関与時間が短縮》した記載があった。一方、〈教室(各種)の予約数制限のため個別対応が増えた〉り〈説明会などが全て個人面談へと切り替わった〉ことによる《患者への個別対応が増加》した記載もあった。〈キッズルームの閉鎖〉など《サービス部門の閉鎖》をした施設もあり【治療やサービスの制限・変更・中止】などが図られていた。

b. 【感染対策に向けた診療環境の整備業務が増加】

このカテゴリーは、13コード、5サブカテゴリーから構成された。

医療従事者らには、〈内診台使用后、手術台使用后、その都度消毒作業〉が加わり〈環境整備の時間が必要となった、労力も必要になった〉など《消毒に関わる業務量の増加》が生じていた。また、〈席の配列を変えた〉り〈診察場所の変更(感染対策のため)〉を行い《感染対策に向けた診療環境の工夫》をすることに加え、《感染対策のための自動精算機導入》や《入院者の抗原検査(COVID-19)の実施》《マスク装着の義務付け》など【感染対策に向けた診療環境の整備が増加】したことが示されていた。

c. 【診療・説明会のオンライン化の浸透】

このカテゴリーは、10コード、3サブカテゴリーから構成された。

〈説明会がリモートになった〉〈体外受精勉強会のスタイルをWebに〉変更する《説明会・勉強会のオンライン化》のほか、〈オンライン診療の導入〉〈オンライン診療がメインとなった〉など《診療のオンライン化》も進んだ。また、《オンライン受診を希望する患者の増加》もみられ医療者と患者の双方に【診療・説明会のオンライン化の浸透】が図られた。

d. 【患者数の減少】

このカテゴリーは、6コード、3サブカテゴリーから構成された。

〈来院者そのものが減った〉など《受診者数の減少》のほか、〈総合病院のため病院全体で受診制限したため患者数が減った〉など医療機関側の《予約制限による患者数の減少》が把握されていた。その他、〈COVID-19に関する学会の声明を説明すると治療を自粛される方もいた〉〈治療を延期する人が増えた〉など《治療控えをする患者の存在》から【患者数の減少】が生じていることが示された。

表2 診療体制の変化とその内容

($N=761$)

診療体制の変化		合計	病院 (<i>n</i> = 302)	診療所 (<i>n</i> = 459)	<i>p</i> 値	医師 (<i>n</i> = 257)	看護職 (<i>n</i> = 297)	臨床検査技師 (<i>n</i> = 91)	心理職 (<i>n</i> = 8)	その他 (<i>n</i> = 108)
		人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)		人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)
あり		689 (90.5)	255 (84.4)	434 (94.6)	.000	213 (82.9)	284 (95.6)	84 (92.3)	7 (87.5)	101 (93.5)
なし		72 (9.5)	47 (15.6)	25 (5.4)		44 (17.1)	13 (4.4)	7 (7.7)	1 (12.5)	7 (6.5)
その内容 (5項目)										
受診時の健康観察確認	あり	609 (80.0)	224 (74.2)	385 (83.9)	.001	182 (70.8)	255 (85.9)	82 (90.1)	6 (75.0)	84 (77.8)
	なし	152 (20.0)	78 (25.8)	74 (16.1)		75 (29.2)	42 (14.1)	9 (9.9)	2 (25.0)	24 (22.2)
感染対策のための夫・ 家族の立ち入り制限	あり	517 (67.9)	188 (62.3)	329 (71.7)	.007	153 (59.5)	216 (72.7)	70 (76.9)	7 (87.5)	71 (65.7)
	なし	244 (32.1)	114 (37.7)	130 (28.3)		104 (40.5)	81 (27.3)	21 (23.1)	1 (12.5)	37 (34.3)
感染対策整備に時間・ 費用の発生	あり	468 (61.5)	132 (43.7)	336 (73.2)	.000	123 (47.9)	210 (70.7)	58 (63.7)	6 (75.0)	71 (65.7)
	なし	293 (38.5)	170 (56.3)	123 (26.8)		134 (52.1)	87 (29.3)	33 (36.3)	2 (25.0)	37 (34.3)
予約数を制限	あり	93 (12.2)	18 (6.0)	75 (16.3)	.000	20 (7.8)	46 (15.5)	13 (14.3)	1 (12.5)	13 (12.0)
	なし	668 (87.8)	284 (94.0)	384 (83.7)		237 (92.2)	251 (84.5)	78 (85.7)	7 (87.5)	95 (88.0)
説明時間の増加	あり	137 (18.0)	51 (16.9)	86 (18.7)	.563	46 (17.9)	65 (21.9)	10 (11.0)	2 (25.0)	14 (13.0)
	なし	624 (82.0)	251 (83.1)	373 (81.3)		211 (82.1)	232 (78.1)	81 (89.0)	6 (75.0)	94 (87.0)

χ^2 検定

表3 診療体制の変化に関する自由記述

カテゴリー【6】	サブカテゴリー【17】	〈コード〉: 55記述から総49記述 (同様の記載内容数)
治療やサービスの制限・変更・中止	一時的に治療や診療の停止・制限	一時的にARTの制限 採卵, 胚移植をキャンセルした (現在は行っている) 不妊治療に対して一時停止した 一般的にAIH, ETを中断した ART (採卵のみ) 受診可とした FSH製剤は自己注射のみに変更した 診療時間の短縮 (2) 休診日を1日増やす 4, 5月は担当医が可能な限り医学会の声明どおり, 治療延期を提案していた。採卵・胚移植はこの2か月は例年の半数だった 緊急事態宣言中は (ARTは) 中止していた
	患者への直接関与時間が短縮	一人の患者に接する時間を短縮し院内滞在時間の短縮の努力 説明時間が減った 説明会を中止しWebでの事前学習へ変更 説明会 (カップルの個別) が, Web動画, 資料郵送となった ART説明会がなくなり紙媒体となった
	患者への個別対応が増加	教室 (各種) の予約数制限のため個別対応が増えた 説明会などが全て個人面談へと切り替わった
	サービス部門の閉鎖	キッズルームの閉鎖
感染対策に向けた診療環境の整備が増加	消毒に関わる業務量の増加	看護業務以外の仕事 (診察終了毎にアルコールでの全てのふき掃除) が増えた 消毒, 掃除回数の増加 (2) 内診台使用後, 手術台使用後, その都度消毒作業 環境整備の時間が必要となった, 労力も必要になった 院内消毒を強化した イス, 手すり等を毎回, 診療ごとにアルコール消毒している 院内消毒を行っている 院内の定時的な消毒
	感染対策に向けた診療環境の工夫	席の配列を変えた 診察場所の変更 (感染対策のため)
	感染対策のための自動精算機導入	自動精算機の導入 (2)
	入院者の抗原検査 (COVID-19) の実施	日帰り入院の場合等, 入院前に必ずCOVID-19検査をしている
	マスク装着の義務付け	マスクの義務付け
診療・説明会のオンライン化の浸透	説明会・勉強会のオンライン化	オンラインでのART説明 (個別) 説明会がリモートになった オンラインでの説明が増えた 体外受精勉強会のスタイルをWebに 説明会を動画配信に変更した 勉強会をWeb開催に変更した 相談窓口や個別説明をオンラインでのリモート対応としている
	診療のオンライン化	オンライン診療の導入 オンライン診療がメインとなった
	オンライン受診を希望する患者の増加	オンライン診療を希望する患者が増えた
患者数の減少	受診者数の減少	受診人数が減少した (4) 来院者そのものが減った
	予約制限による患者数の減少	第1波の時は予約数を制限したが, 今は従来通りの外来数になっている 総合病院のため病院全体で受診制限したため患者数が減った
	治療控えをする患者の存在	COVID-19に関する学会の声明などを説明すると治療を自粛される方もいた 治療を延期する人が増えた
治療の意思確認の強化	治療の意思確認のための同意書作成	治療を継続するかどうか意向をたずねる同意書を作成
病院閉鎖時の対策協議	病院閉鎖時の他施設間連携協議	病院閉鎖時の対応を他施設と協議

ART: 高度生殖補助医療 / Assisted Reproductive Technologies の略称 FSH: 卵胞刺激ホルモン / Follicle Stimulating Hormone の略称

e. 【治療の意思確認の強化】

このカテゴリは、1コード、1サブカテゴリで構成された。

〈治療を継続するかどうか意向をたずねる同意書を作成〉し【治療の意思確認の強化】を図ったことが示された。

f. 【病院閉鎖時の対策協議】

このカテゴリは、1コード、1サブカテゴリで構成された。

《病院閉鎖時の他施設間連携協議》による【病院閉鎖時の対策協議】がなされていたことが示された。

D. 高齢不妊患者に対する医療従事者の捉え（表4）

1. 来院者数に対する捉え

高齢不妊患者来院者数は、〔変わらない〕との回答が72.4%と最も多く、病院勤務者76.8%に比して診療所勤務者69.5%であった。来院者が〔減少した〕という捉えは、病院勤務者では9.6%に比して診療所勤務者では15.0%であった。

2. 治療状況に対する捉え

治療状況に関しては、〔変わらない〕との回答が67.4%と最も多かった。施設類型別にみると〔変わらない〕との回答の割合は、病院勤務者71.5%に比して診療所勤務者64.7%であった。〔採卵周期が増えた〕との回答の割合は、病院勤務者8.6%に比し、診療所勤務者15.7%であった。

3. 高齢不妊患者の様子に対する捉え

高齢不妊患者の様子は、〔変わらない〕との回答は59.9%であった。〔感染への不安が強い様子〕〔焦る様子が強まった〕との回答は、20%程度であった。高齢不妊患者の様子に関して、施設類型別で差はみられなかった。

4. 高齢不妊患者の様子に関する自由記述（表5）

27記述コードから、8サブカテゴリ、4カテゴリを抽出した。以下カテゴリは【 】, サブカテゴリは《 》, コードは〈 〉で示す。

a. 【時間経過に伴い感染への不安は低減】

このカテゴリは、8コード、2サブカテゴリから構成されていた。

〈感染への不安が少々ある〉など《感染へのぬぐい切れない不安》の一方で、〈2020年の4・5月は不安が強い〉が〈以前のような恐怖感や不安感は薄くなっている〉など《当初の強い不安は薄らぐ》ことが示され【時間経過に伴い感染への不安は低減】している様子が示された。

b. 【治療方針の選択は感染状況と個人差による】

このカテゴリは、10コード、2サブカテゴリから構成された。

〈緊急事態宣言の期間は治療を休む人はいた〉など《感染状況に合わせて治療方法を選択》する場合や〈感染への不安がある中で治療継続を選択する人もいれば、休む人もいた〉など《治療方針は、継続・延期・中止と多様》であることが示され【治療方針の選択は感染状況と個人差による】

表4 高齢不妊患者に対する医療従事者の捉え

(N=761)

来院者数に対する捉え		合計	病院 (<i>n</i> = 302)	診療所 (<i>n</i> = 459)	<i>p</i> 値	医師 (<i>n</i> = 257)	看護職 (<i>n</i> = 297)	臨床検査技師 (<i>n</i> = 91)	心理職 (<i>n</i> = 8)	その他 (<i>n</i> = 108)
		人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)		人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)
変わらない		551 (72.4)	232 (76.8)	319 (69.5)	.051	195 (75.9)	202 (68.0)	68 (74.7)	7 (87.5)	79 (73.1)
増加した		112 (14.7)	41 (13.6)	71 (15.5)		28 (10.9)	54 (18.2)	16 (17.6)	1 (12.5)	13 (12.0)
減少した		98 (12.9)	29 (9.6)	69 (15.0)		34 (13.2)	41 (13.8)	7 (7.7)	0 (0)	16 (14.8)
治療状況に対する捉え										
変わらない		513 (67.4)	216 (71.5)	297 (64.7)	.022	185 (72.0)	201 (67.7)	55 (60.4)	7 (87.5)	65 (60.2)
胚移植は控える傾向		117 (15.4)	44 (14.6)	73 (15.9)		34 (13.2)	45 (15.2)	15 (16.5)	0 (0)	23 (21.3)
採卵周期が増えた		98 (12.9)	26 (8.6)	72 (15.7)		28 (10.9)	44 (14.8)	13 (14.3)	1 (12.5)	12 (11.1)
その他		33 (4.3)	16 (5.3)	17 (3.7)		10 (3.9)	7 (2.4)	8 (8.8)	0 (0)	8 (7.4)
高齢不妊患者の様子に対する捉え										
変わらない	あり	456 (59.9)	180 (59.6)	276 (60.1)	.940	164 (63.8)	167 (56.2)	57 (62.6)	2 (25.0)	66 (61.1)
	なし	305 (40.1)	122 (40.4)	183 (39.9)		93 (36.2)	130 (43.8)	34 (37.4)	6 (75.0)	42 (38.9)
感染への不安が強い様子	あり	167 (21.9)	72 (23.8)	95 (20.7)	.325	58 (22.6)	72 (24.2)	20 (22.0)	1 (12.5)	16 (14.8)
	なし	594 (78.1)	230 (76.2)	364 (79.3)		199 (77.4)	225 (75.8)	71 (78.0)	7 (87.5)	92 (85.2)
焦る様子が強まった	あり	146 (19.2)	59 (19.5)	87 (19.0)	.851	40 (15.6)	71 (23.9)	13 (14.3)	4 (50.0)	18 (16.7)
	なし	615 (80.8)	243 (80.5)	372 (81.0)		217 (84.4)	226 (76.1)	78 (85.7)	4 (50.0)	90 (83.3)

χ^2 検定

る】ことが示された。

c. 【感染への不安と葛藤しながらも治療は継続】

このカテゴリーは、6コード、2サブカテゴリーで構成された。

〈感染への不安は強いが焦る気持ちのほうが強く葛藤がある〉〈感染の不安はあるが治療続行の希望がある〉など《感染への不安と葛藤はあるが治療継続を希望》し、加えて〈高齢の方ほどコロナで治療・待機の意向は少なく治療継続を希望〉が示され【感染への不安と葛藤しながらも治療は継続】していることが示されていた。

d. 【就労環境が変化し治療が受けやすくなった】

このカテゴリーは、3コード、2サブカテゴリーで構成された。

〈働き方が変わり通院がしやすくなった人もいる〉など、《勤務形態の変化により通院がしやすくなった》ことが示された。さらに、〈休みが増えて今のうちに妊娠したいと

の希望が増えた〉ことなど【就労環境が変化し治療が受けやすくなった】ことが示された。

VI. 考 察

COVID-19感染拡大が続く中、生殖医療機関に従事する医療従事者の90%以上が診療体制に何らかの変化があったと回答していた。特に、感染対策は不可欠となり、来院者の〔受診時の健康観察確認〕や〔感染対策整備に時間・費用の発生〕している現状は顕著で、【感染対策に向けた診療環境の整備が増加】していた。

従来の診療業務に感染管理対策業務が加わったことは、医療従事者には、時として業務過多となり負担感や不満も生じかねない。しかし、そうした声は、本調査において自由記述にも見られず医療従事者らは、〈診察場所の変更〉や《感染対策のための自動精算機導入》をするなど、感染

表5 高齢不妊患者の様子に関する自由記述

カテゴリー【4】	サブカテゴリー【8】	〈コード〉27記述
時間経過に伴い感染への不安は低減	当初の強い不安は薄らぐ	2020年の4、5月は不安が強い 初期は不安が強かったが最近あまり感じない 4、5月は不安があったが今は変わらない 最初は気にしていたがすぐに通常に戻った 4月には不安傾向が強かったが今は弱くなってきている 以前のような恐怖感や不安感は薄くなっている
	感染へのぬぐい切れない不安	感染への不安が少々ある 少し不安がある
治療方針の選択は感染状況と個人差による	治療方針は、継続・延期・中止と多様	心配性な人は患者が減ったか質問されたり、一時治療を休んだ 感染への不安がある中で治療継続を選択する人もいれば、休む人もいた 受診している人は変わらないが、治療を中断したいという人も増えた 個人差が大きい 患者により異なる 気にしない人もいたり人それぞれ 変わらない 一部の患者さんの中で採卵はするが、ETは延ばすと言う人もいる
	感染状況に合わせて治療方法を選択	その時々でのCOVID-19患者の発生状況で異なる 緊急事態宣言の期間は治療を休む人はいた
感染への不安と葛藤しながらも治療は継続	感染への不安と葛藤はあるが治療継続を希望	感染の不安はあるが治療続行の希望がある 感染への不安は強いが焦る気持ちのほうが強く葛藤がある 個々の感情はあるようだが総じて変化なく通院している 感染への不安はあるが治療を延期する希望は少ない 感染への不安はあるが治療は続けたいと思う人が多い
	高齢の方ほど治療を継続	高齢の方ほどコロナで治療・待機の意向は少なく治療継続を希望
就労環境が変化し治療が受けやすくなった	勤務形態の変化により通院がしやすくなった	働き方が変わり通院がしやすくなった人もいる 通院しやすくなった
	働き方が変わり治療希望者が増えた	休みが増えて今のうちに妊娠したいとの希望が増えた

ET：胚移植／Embryo Transferの略称

対策にとどまることなく、現状を乗り切るための方策を賢明に模索している実情がうかがえた。しかし、〔感染対策整備に時間・費用の発生〕したとの捉えは、病院勤務者が43.7%に対し、診療所勤務者は73.2%であり、財政・人的負担は施設規模により差が生じていることは明らかであった。こうした現状の背景には、本調査の実施時期が、2020年10月～12月であり、衛生材料や消毒薬などが一時的に供給不足に陥った、医療供給体制が影響している可能性も否めない。今後、COVID-19感染拡大が深刻・長期化した際の感染対策を取りながら診療体制を維持するために、病院はもちろんのこと、特に診療所で働く医療従事者の感染対策業務負担軽減へ支援を図ることは生殖医療機関の機能を維持するためにも必要な措置と考えられる。

未知の感染症への不安から治療控えによる患者数の減少がみられる（細井ほか、2020b）との報告がなされた一方、本調査では、高齢不妊患者の来院者数に対する医療従事者の捉えは〔変わらない〕との回答割合が72.4%に及んだ。NPO法人Fine（2020）の調査結果が示すように、不妊治療には年齢のリミットがあり、特に高齢不妊患者においては、COVID-19感染拡大中であっても治療の延長は希望しない／できない人が多いと推察される。また、本調査において、診療体制の変化を捉えた医療従事者の割合が高い中、〔予約数を制限〕する措置が取られる割合が少なかったことは、高齢不妊患者の治療が大きく停滞することなく進められ、来院者数が〔変わらない〕要因の一つと推測される。生産率が10%以下に低下する高齢不妊患者にとり（日本産科婦人科学会、ARTデータブック）治療機会を逸しないためにも、可能な限り患者の最適な治療周期を整える診療体制の整備への努力は、今後も継続的に必要であろう。

治療環境に関し、COVID-19感染拡大防止に向け、多くの医療機関では、入院患者の面会制限や外来者通院時の同伴者制限を行っている現状にある。本調査においても67.9%の対象が〔感染対策のための夫・家族の立ち入り制限〕を行っていると回答していた。なかでも《一時的に治療や診療の停止・制限》のほか《患者への直接関与時間が短縮》させるなど、【治療やサービスの制限・変更・中止】がなされていた。また、本調査の82.0%の対象は〔説明時間の増加〕は「ない」としており、このような、感染対策に向けての措置が優先されることは、感染拡大防止に一定の効果をもたらす一方、患者支援の機会の減少は避けられず、患者の不安を助長する可能性も免れない。加えて、高齢不妊患者らの治療状況は、手放しで不妊治療に猛進しているわけではなく、【感染への不安と葛藤しながらも治療は継続】していることが改めて示された。日本生殖医学会による声明文（日本生殖医学会 市川智彦、2020b）に記される「不妊治療の種類と実施の可否についての選択は患

者さんへの十分な説明と同意のもとに医師と患者さんでよく相談して実施してください。」と患者への十分な説明が求められているが、感染対策と十分な説明の両立は、現実的には難しい状況にあることが推察される。従前から示されている不妊当事者の心理的負担に加え、感染への不安を抱え、それでも治療継続をせざるを得ない状況にある高齢不妊患者の心理支援も考慮する必要があるだろう。

一方、【診療・説明会のオンライン化の浸透】が図られていた。オンライン診療は、1997年にスタートし、わが国では20年以上の歴史があるもののCOVID-19の感染拡大前には十分に普及しているとは言い難い状況であった（飛田、2020）。生殖医療の現場では、触診や超音波検査によるモニター使用の頻度は高く、オンライン診療だけでは、患者の状態を正確に把握することは現実的ではない。加えて、オンライン診療は、対面診療に比べ病状の見落としや誤診の可能性が高まることも示唆されており（飛田、2020）、オンライン診療の生殖医療への適応には多様な課題が存在していることは容易に想像できる。しかし、画面を介した限界については、情報通信技術（Information and Communication Technology：ICT）の進歩により今後対応が進むと考えられている。選択的にオンライン診療を導入することは、感染対策に加え、日本生殖医学会が推奨する「十分な説明時間の確保」、不妊治療と仕事との両立困難（厚生労働省、2018）を解決するための方策となり、医療者と患者の双方にメリットも多く、発展的な活用に期待が寄せられる。

本調査は、生殖医療機関における診療体制の変化と高齢不妊患者の治療状況と通院時の様子について不妊治療患者と直接関わる医療従事者の捉えを求めたものである。アンケート調査のため、対象による捉え方に差異が生じることは否めない。また、生殖医療機関には、多様な年齢の不妊患者が通院していることから、厳密に高齢不妊患者に限定した特徴を反映できていない可能性も否定できないことが本調査結果の限界であると考えられる。高齢不妊患者がより安心して治療に臨むことができる効果的な生殖医療の提供をめざし、定期的な実態調査を行うとともに、医療者のみならず患者側の要望調査を実施し、具体的な支援を検討・提供していくことが今後の課題である。

VII. 結 論

生殖医療機関に勤務する医療従事者の90.5%が「診療体制の変化」があったと回答しており、診療所勤務の医療従事者の回答割合が有意に高かった。

「診療体制の変化とその内容」のうち、〔感染対策のための夫・家族の立ち入り制限〕67.9%であり、〔患者への説

明時間の増加〕18.0%,〔予約数を制限〕を行っていると回答した医療従事者は, 12.2%にとどまっていた。

「診療体制の変化とその内容」の自由記述には《患者への個別対応が増加》の記述も見られたが, 感染対策から〈一人の患者に接する時間を短縮し院内滞在時間の短縮の努力〉など《患者への直接関与時間が短縮》しており, 患者の不安が緩和されにくい状態にあることが示された。また, 〈説明会がリモートになった〉〈オンライン診療の導入〉など【診療・説明会のオンライン化の浸透】によるICTの普及や【就労環境が変化し治療が受けやすくなった】ことは, 不妊患者の仕事と治療の両立への支援の可能性が期待された。

「高齢不妊患者に対する医療従事者の捉え」は,〔変わらない〕との割合が来院者数72.4%, 治療状況67.4%, 様子59.9%と, 最多だった。治療状況において〔胚移植は控える傾向〕〔採卵周期が増えた〕との回答は10%台の割合でみられ, 様子については,〔感染への不安が強い様子〕〔焦る様子が強まった〕は20%台の割合でみられた。

「高齢不妊患者の様子に対する捉え」に対する自由記述から【時間経過に伴い感染への不安は低減】しているものの【感染への不安と葛藤しながらも治療は継続】している様相が示された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆様にお礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2016). よくわかる質的研究の進め方・まとめ方: 看護研究のエキスパートをめざして. 159-168, 東京: 医歯薬出版株式会社。
- 飛田英子 (2020年4月20日). 脱・社会保障改革シリーズ No.44 オンライン診療の現状と展望. 日本総研. <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/researchfocus/pdf/11704.pdf> (参照2021年8月10日)
- 細井美彦, 堤 治, 太田邦明, 三谷 匡, 森本義晴 (2020年6月2日a). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関するWebアンケート調査報告 (速報): 会員アンケート回答「会員および不妊治療施設の新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対策と現状について」. http://www.jsfi.jp/information/info_200603_kaiin.pdf (参照2021年5月5日)

- 細井美彦, 堤 治, 太田邦明, 三谷 匡, 森本義晴 (2020年6月2日b). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関するWebアンケート調査報告 (速報): 不妊治療施設アンケート回答「不妊治療施設における新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対策と現状について」. http://www.jsfi.jp/information/info_200603_shisetsu.pdf (参照2021年5月5日)
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2017年3月31日). 第15回出生動向基本調査 第Ⅱ部第3章2 不妊についての心配と治療経験. http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/NFS15_reportALL.pdf (参照2021年5月15日)
- 厚生労働省 (2018). 不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業調査結果報告書. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11910000-Koyoukankyoukinboukyoku-Koyoukikaikintouka/0000197931.pdf> (参照2021年11月12日)
- 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会, 日本産婦人科感染症学会 (2020年4月7日). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) への対応について 医療者向けガイドライン第3版 (医療者向け). <http://jsidog.kenkyuukai.jp/images/sys/information/20200414113425-0CC09573DD8A6ED051C0E8DE7F5C73BA573029CE9C51E8D695C26F8E23ABE31A.pdf> (参照2021年8月10日)
- 日本産科婦人科学会 平成30年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告 (2017年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および2019年7月における登録施設名). <http://fa.kyorin.co.jp/jsog/readPDF.php?file=71/11/071112509.pdf> (参照2020年7月10日)
- 日本産科婦人科学会 令和元年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告 (2018年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および2020年7月における登録施設名). <http://fa.kyorin.co.jp/jsog/readPDF.php?file=72/10/072101229.pdf> (参照2021年8月10日)
- 日本産科婦人科学会 ARTデータブック 2019年版PDF版. https://jsog.or.jp/activity/art/2019data_202107.pdf (参照2021年11月3日)
- 日本生殖医学会 市川智彦 (2020年4月1日a). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対する日本生殖医学会からの声明. <http://www.jsrm.or.jp/announce/187.pdf> (参照2021年5月5日)
- 日本生殖医学会 市川智彦 (2020年5月18日b). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対する日本生殖医学会からの通知. <http://www.jsrm.or.jp/announce/195.pdf> (参照2021年8月10日)
- NPO法人Fine (ファイン) ~現在・過去・未来の不妊体験者を支援する会~ (2020年8月18日). 「with コロナ時代の妊活中の不安に関するアンケート」結果. https://j-fine.jp/prs/prs/fineprs_with_corona_anketo2020.pdf (参照2021年5月5日)
- 谷津裕子 (2010). *Start Up 質的看護研究*. 98-145, 東京: 学研メディカル秀潤社。

〔2021年9月3日受付〕
〔2022年1月12日採用決定〕

Healthcare Providers' Perceptions of Changes in Reproductive Healthcare Systems, Treatment, and Hospital Visits for Elderly Infertility Patients During COVID-19

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 725-734
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220112172>

Mika Watanabe, PhD, RN, RNM, PHN¹,

Yuki Takahashi, PhD, RN, RNM, PHN²,

Yukimi Ohashi, PhD, RN, RNM, PHN³

¹Nagoya City University Graduate School of Nursing, Aichi, Japan

²Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan, ³Nihon Fukushi University Faculty of Nursing, Aichi, Japan

Abstract

Objective: To clarify the contents of and changes in reproductive institutions' medical care, older infertility patients' treatment status, and the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemics' impact on visits to reproductive medical institutions. **Methods:** A questionnaire survey was conducted at a fertility treatment agency and analyzed quantitatively and qualitatively. **Results:** Of the respondents, 90.5% reported a change in their practices, while 67.9% had restricted access to their husbands and family members because of infection control. Moreover, 12.2% had a restricted number of appointments. Changes in the medical treatment system included the increase of online medical treatment and information sessions. Although a high percentage of medical professionals thought that the treatment status of elderly infertility patients and the conditions of their visits to the clinic "remained the same," free comments indicated that "treatment continues despite the conflict with anxiety about infection." **Conclusions:** With countermeasures against infection, direct support opportunities for patients were limited and alleviating patients' anxiety proved difficult. Hopefully, information and communication technology (ICT) and other methods will be used to support elderly infertility patients during the pandemic.

Key words

COVID-19, medical care and consultation, medical care and consultation trends, 40 years or over infertility patients

Correspondence: M. Watanabe. Email: mikaw@med.nagoya-cu.ac.jp

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 技術・実践報告
- ・ 資料・その他

夜間の自律神経機能を調整し 更年期症状を緩和する 鍼治療と看護の協働

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 737-747
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211018164>

上妻尚子¹, 田口太郎², 樋口マキエ³

¹九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科, ²九州看護福祉大学看護福祉学部鍼灸スポーツ学科

³九州看護福祉大学名誉教授

要 旨

目的：鍼治療は自律神経活動を調整し、更年期の女性が自覚する症状を緩和する効果があるかを検証した。**方法：**48名の更年期女性を、鍼治療の有無とほてりなどの症状の程度に応じて4群に分類した。実験中は看護師が見守りながら、鍼治療は7か所の経穴に10分間、1回／週の頻度で4回実施し、偽治療は同部位に鍼管のみで行った。24時間測定した自律神経活動を、心拍変動パワースペクトル解析法にて分析し、ほてり・発汗・冷えの症状は、Visual Analog Scale (VAS) で評価した。**結果：**実験一中等症群の夜間の副交感神経活動は上昇し、交感神経活動は低下した。また、ほてりの症状は4回の治療後に有意に軽減された。一方、中程度の発汗や冷えは、鍼治療の有無にかかわらず4回の治療後に有意に緩和された。**結論：**鍼治療と看護における「見守り」は、夜間の自律神経活動を調整し、ほてり・発汗・冷えの更年期症状を緩和することが示唆された。

キーワード

中程度の更年期症状、鍼治療、見守り、自律神経活動

責任著者：上妻尚子。Email: nkozma@kyushu-ns.ac.jp

緒 言

現代の医療は、医療の高度化や病態の複雑化に伴い、医師・看護師の他に様々なコメディカルによる医療チームによって実践されている。その中で、看護師にはキーパーソンの役割が期待されている（厚生労働省、2010）。この役割を遂行するためには、患者を身体的・精神的・社会的に理解するだけでなく、チームメンバーが担う役割についても熟知する必要がある。このような看護師の役割が未病への対応においても発揮される必要があると思われる。医療チームには、患者の状態によって薬剤師・理学療法士・管理栄養士・言語聴覚士などの専門職が含まれる。鍼灸師は、これらと同様の国家資格であるが、医療チームの中で活躍する機会は少ないようである。これは、鍼治療において、保険制度も含めて受療しやすい環境が整備されていないことが原因の一つと考えられる。三谷（2020）は、急性期病院に入院する患者に対する625回の鍼灸介入が、症状の改善、投薬量の減少、在院日数の短縮につながったと述べている。野溝（2018）は、更年期の様々な症状に対して医師と鍼灸師の連携によって対応したと報告している。こ

れらのことは、鍼灸師が医療チームの一員として活躍することが、患者に対してより多角的な視点からのアプローチにつながることを示唆している。前田・田口・北小路（2013）は、助産師が産科領域の鍼灸治療効果を認識していることや自己の鍼灸受療経験は、妊産婦への鍼灸治療の紹介に関連していると報告している。三谷（2020）は、病院で働く職員に対して鍼灸治療を行う機会を設け、鍼灸に対する先入観を払拭していく必要があると述べている。医療チームのキーパーソンである看護師が、鍼治療の効果を理解し、多角的な視点を持って対象者とともにその人に合った治療法を考えてコーディネートすることは、対象者のQuality of life (QOL) の向上につながると考える。

矢野（2007）は、鍼治療は、経穴である体表の特異点への刺激によって自然治癒力を賦活し、疾病の治療や健康の維持・増進を行うものであると述べている。World Health Organization (WHO) は、鍼治療が様々な疾患や病態に適応があることを示しており、更年期障害もその一つに含まれる（World Health Organization, 2002）。更年期症状は、閉経というライフイベントを迎える多くの女性が経験し、ほてりや発汗などの身体症状からイライラ、憂鬱などの

心理的なものまで多様な症状を示す。Hashimoto, Yoshida, Nakamura, Takeishi, & Yoshizawa (2020) は、経験した更年期症状の数と、家族の世話をしたり、慢性疾患に罹患したり、定期的な運動に参加したりするものの割合は有意な関連があることを報告している。また、経験した更年期症状の数が多いほど、職場のパフォーマンスが低下し、量的な仕事の負荷、職場での対人関係や劣悪な物理的環境によるストレスを抱えていることが多いと述べている。更年期は、家庭内でも子どもの受験や家族の介護などの負担を抱えやすく、身体的な変化によって環境の変化への適応が困難となり、心理的にもストレスを感じるという負のスパイラルに陥りやすいようである。この状態を改善することは、少子化に伴う人口減少の問題を抱え、女性の活躍が期待される現代社会において重要なことである。そして女性の社会進出のみならず、更年期から続く老年期の健康維持にもつながるであろう。

更年期症状に対しては、一般的にホルモン補充療法が行われる。しかし、副作用を懸念して鍼治療などの補完代替療法が選択されることも少なくないようである。これまでも、鍼治療が更年期症状を緩和することが報告されている (Avis, Coeytaux, Isom, Prevette, & Morgan, 2016; Painovich, et al., 2012)。また、自律神経機能を調節する効果についても明らかにされている (Baccetti, et al., 2014; Kim, Cho, Jung, Lee, & Pak, 2011)。しかし、これらはいずれも、本人の自覚症状による主観的指標や鍼治療時の一時的な自律神経活動の変化をとらえたものであった。一般的に自律神経機能は、夜間睡眠中は副交感神経の緊張が高く、日中の活動時は交感神経活動が亢進する日内変動を有しており、これが生体の恒常性の維持につながっている。更年期に自覚するほてりや発汗の症状は、この機能の変調によって引き起こされていると考えられる。鍼治療直後の一時的な自律神経機能の調節では、対象者のQOLの向上にはつながらないであろう。更年期症状に対する鍼治療の効果を検証するためには、自律神経活動の日内変動を分析する必要があると考えられるが、そのような報告は見当たらない。Kim, et al. (2012) は、高血圧患者への鍼治療は夜間の拡張期血圧を低下させることを報告している。これは、鍼治療が生体のサーカディアンリズムを調節する作用があることを示唆しており、このことが自然治癒力の賦活化につながると思われる。そこで本研究では、鍼治療は更年期症状を緩和する効果があることを、自覚症状と自律神経活動の日内変動より検証する。本研究の結果は、鍼治療が、更年期症状に対してエビデンスのある治療法として活用されるための一助になると考える。このような研究成果を鍼灸師と看護師が共有していくことで、更年期症状における対処法の選択肢が広がり、対象者のQOLの向上につながるであろう。

I. 方 法

1. 研究デザイン

無作為単純盲検試験研究

2. 対象者

リクルートは、熊本県北部地区の地域広報紙の掲載にて行った。応募してきた45～55歳の女性で、顔のほてり、発汗、腰や手足の冷えを自覚しており、研究参加への承諾を得られた者を研究協力者として登録した。除外基準は、子宮癌・乳癌および乳房・子宮・卵巣摘出術の既往、エストロゲン補充療法中、自律神経に作用する薬剤の服用、仕事等で夜勤があることとした。登録者の中で家庭や仕事の都合等で11名が参加を断念し、すべてのデータ収集が可能であった48名を本研究の対象とした。

対象者は、研究参加登録時のほてり・発汗・冷えの症状の程度によって軽症群と中等症群に分類した (後述)。さらに、各群を鍼治療を実施する群 (実験群) と偽治療を実施する群 (対照群) に分類し、登録順で無作為に割り当てた。

3. 実験期間

実験は、平成25年1月から平成30年7月に実施した。

4. 実験方法

(1) 実験プロトコル

図1は実験プロトコルを示す。対象者は、治療開始前の異なる任意日に、日常生活における24時間の自律神経活動を2回測定した。2回の自律神経活動が同程度であることを確認し、2回目のデータをコントロールとした。すべての実験は、九州看護福祉大学附属鍼灸臨床センターの同個室で実施した。すべての対象者は実験日に同センターを訪問し、看護師が対応した。治療開始前にアクティブトレーサー AC-301A® (以下、アクティブトレーサーとする) (アームエレクトロニクス社 東京) を装着するとともに、過去1週間のほてり・発汗・冷えの症状を質問紙にて調査した。そして、バイタルサインを測定し、感染症の有無など体調を確認した。実験中の個室には対象者と看護師のみとし、鍼灸師は治療開始数分前に入室し、治療終了後ただちに退室した。看護師は、すべての実験において、対象者に対して実験開始前に、実験中に体調不良などを自覚した際には遠慮なく申し出るように説明した。また、実験中は治療開始や終了等の声掛けを行うとともに、対象者の体調変化の有無などを観察した。ただし、実験中の声掛けは必要最小限とし、日常会話は一切しなかった。治療終了後は、対象者に通常通り過ごしてもらった。すべての対

象者は、すべての実験において22時から1時までに就寝し、5時から8時までに覚醒しており、昼夜逆転している者はいなかった。アクティブトレーサーは、入浴中以外は継続して装着し、24時間以上経過した後を外した。入浴の際にアクティブトレーサーを外す時間は30分程度とした。また、各対象者の4回の治療は、ほぼ同曜日の同時刻に実施した。これを1回/週の頻度で4回実施し、対照群も偽治療以外は実験群と同様に行った。

(2) 鍼治療および偽治療の方法

約20分間安静仰臥位とし、心拍数の安定を確認して鍼

治療を開始した。鍼治療は、デイスポーザブル鍼 (No. 1 0.16×30mm セイリン社) を用いて、WHO/WPRO標準経穴部位に従い、図2に示す通り復溜KI7、経渠LU8、合谷LI4および百会GV20の7か所の経穴に2～3mm刺入し、その状態を10分間維持した後、抜去した。鍼治療終了後は10分間安静仰臥位とし、その後10分間の立位経過後に終了した。なお、偽治療は、鍼治療を実施する群と同経穴部位に、鍼を皮膚に刺入せずに鍼管 (鍼を刺入する際に用いるプラスチック製のストロー状の管) のみで実施した。すべての鍼治療および偽治療は、20年以上の経験を有する

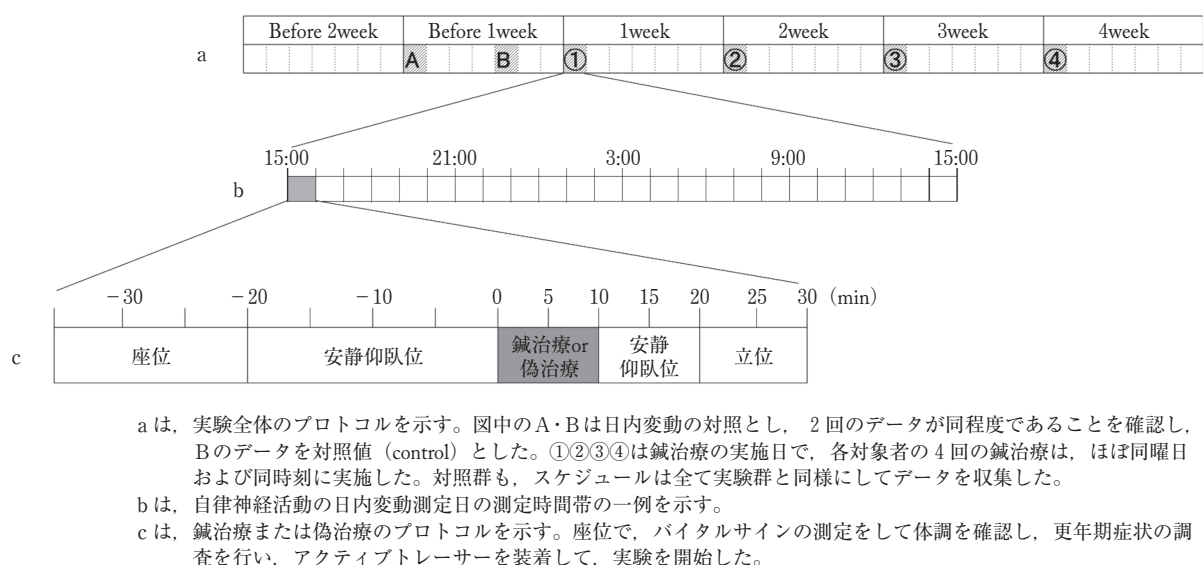
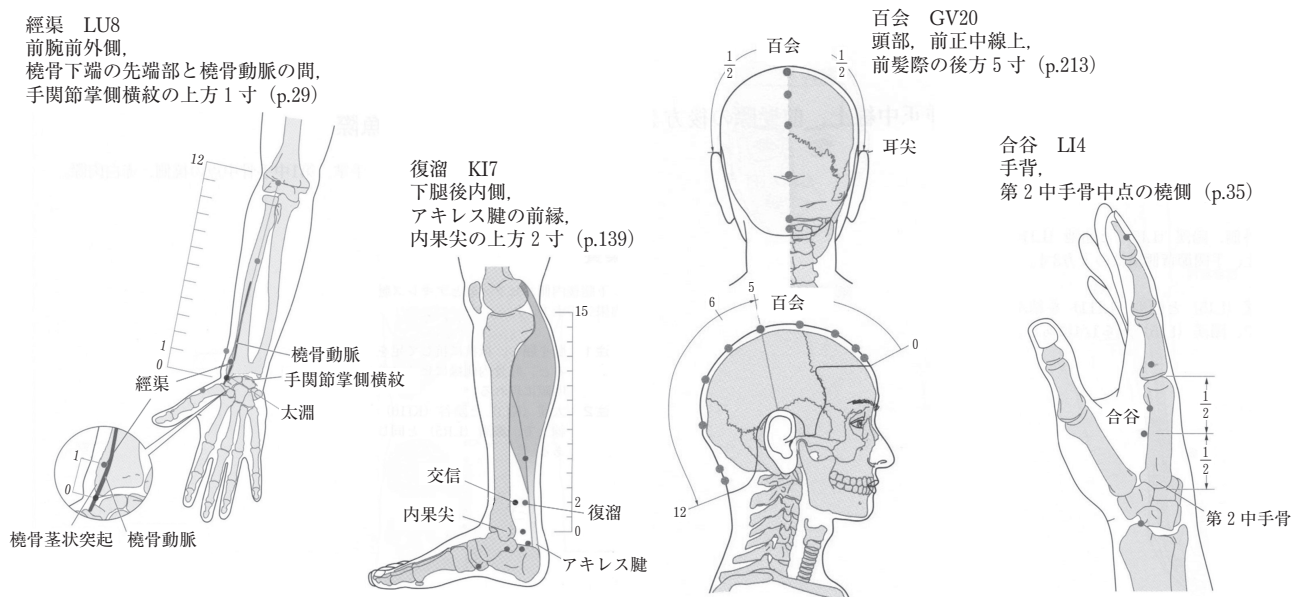


図1 実験プロトコル



出典：WHO西太平洋地域事務局原著，第二次日本経穴委員会監訳，
WHO/WPRO標準経穴部位 2009 医道の日本社 神奈川 () 内は引用頁，一部改変

図2 鍼治療における経穴部位

1名の鍼灸師が行った。鍼灸師は、治療中、対象者との会話は一切行わなかった。

(3) 自律神経活動の測定

自律神経活動は、携帯型のアクティブトレーサーを用いて心電図の第Ⅱ誘導よりRR間隔を記録し、心拍変動パワースペクトル解析法(MemCalc/Chiram 諏訪トラスト社東京)を用いて分析した。0.15~0.4Hzの高周波成分(High Frequency: HF)を副交感神経活動の指標とし、高周波成分に対する0.04~0.15Hzの低周波成分(Low Frequency: LF)の比(LF/HF)を交感神経活動の指標とした(Hayano, et al., 1991; Pagani, et al., 1986; Pomerantz, et al., 1985)。アクティブトレーサーに記録された心拍RR間隔のデータは、MemCalcプログラムによって5分間隔に分けられ、HFおよびLF/HFが計算された。測定中は、就寝・起床・食事・排泄・入浴・運動などの行動状況を所定の用紙に記録した。

(4) 月経の状態と更年期症状の調査

月経の状態は、自己申告により、順調である・従来の月経に比べて不規則になった・閉経したのいずれかに分類した。自覚症状は、更年期症状の中でも自律神経活動が関与するほてり・発汗・冷えの各症状について、過去1週間の症状の強さをVisual Analog Scale (VAS) (0~100点)を用いて確認した。研究参加登録時にVASによって50点以上自覚している症状が1つ以下のものは軽症群、2つ以上あるものは中等症群に分類した。

5. 分析方法

対象者は、自覚症状の程度と鍼治療実施の有無で、対照—軽症群 ($n=12$)、対照—中等症群 ($n=12$)、実験—軽症群 ($n=12$)、実験—中等症群 ($n=12$)の4つに分類した。MemCalcプログラムによって5分ごとに計算された24時間の心拍数と自律神経活動(HFおよびLF/HF)は、各対象者の行動記録表およびアクティブトレーサーの加速度をもとにした活動量より、夜間睡眠中と日中覚醒時に分類し、その平均値を算出した。睡眠から起床までのデータを

夜間睡眠中とし、それ以外は日中覚醒時とした。ただし、夜間にトイレ等で覚醒した際のデータは夜間睡眠中より削除し、昼寝等で眠っている場合は日中覚醒時のデータより削除した。さらに、HFとLF/HFは、鍼治療または偽治療開始前のコントロール値を1として比率を算出し、その平均値を求めた。統計解析には、統計ソフトSPSS Statistics (Version25, IBM)を用いて、二元配置分散分析、反復測定による一元配置の分散分析とダネットの検定、Student's t -testにて検討を行った。統計学的有意差は $p<.05$ とした。

6. 倫理的配慮

対象者には研究の目的と方法を紙面および口頭にて説明し、協力の撤回はいつでも行ってよいこと、それによる何らかの不利益を被ることはないことを保証した。得られたデータは本研究以外には他用せず、プライバシーを保護することを説明した上で参加の同意を得た。鍼治療および偽治療は、九州看護福祉大学附属鍼灸臨床センター内の個室にて、体調不良の有無など細心の注意を払って実施した。なお、本研究は九州看護福祉大学倫理委員会の承認を得た(承認番号: 24-012)。

II. 結 果

1. 対象の属性と月経の状態

48名の対象者の平均年齢は、 49.9 ± 0.5 歳であった。4群の年齢、BMI、血圧値には有意差はみられなかった。また、月経の状態は、従来の月経が不規則になっている者が20名、閉経したと回答した者が28名であった。実験開始前(コントロール)の4群におけるほてり・発汗・冷えの症状の合計点は、軽症群および中等症群ともに、対照群と実験群間に有意差はみられなかった(表1)。

2. 心拍数と自律神経活動の変化

図3は、実験中の心拍数および自律神経活動の変化を示す。実験開始前(コントロール)の夜間睡眠中の心拍

表1 対象者の特性

group	menstrual status (n)		symptoms (points)	age (years old)	BMI	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)
	irregular	menopause					
対照—軽症群 ($n=12$)	7	5	53.0 ± 12.4	48.5 ± 1.3	21.8 ± 0.8	112 ± 5	74 ± 3
対照—中等症群 ($n=12$)	4	8	$150.5 \pm 9.7^{***}$	50.0 ± 1.2	24.8 ± 1.2	112 ± 5	74 ± 3
実験—軽症群 ($n=12$)	6	6	72.6 ± 12.9	50.8 ± 0.9	21.5 ± 0.8	112 ± 3	73 ± 2
実験—中等症群 ($n=12$)	3	9	$173.2 \pm 12.7^{***}$	50.2 ± 0.9	23.3 ± 1.0	114 ± 5	71 ± 3

mean $\pm$ SE

symptoms: ほてり、発汗、冷えの症状をVisual Analog Scale (0–100 points)で表示した際の合計点数を示す。

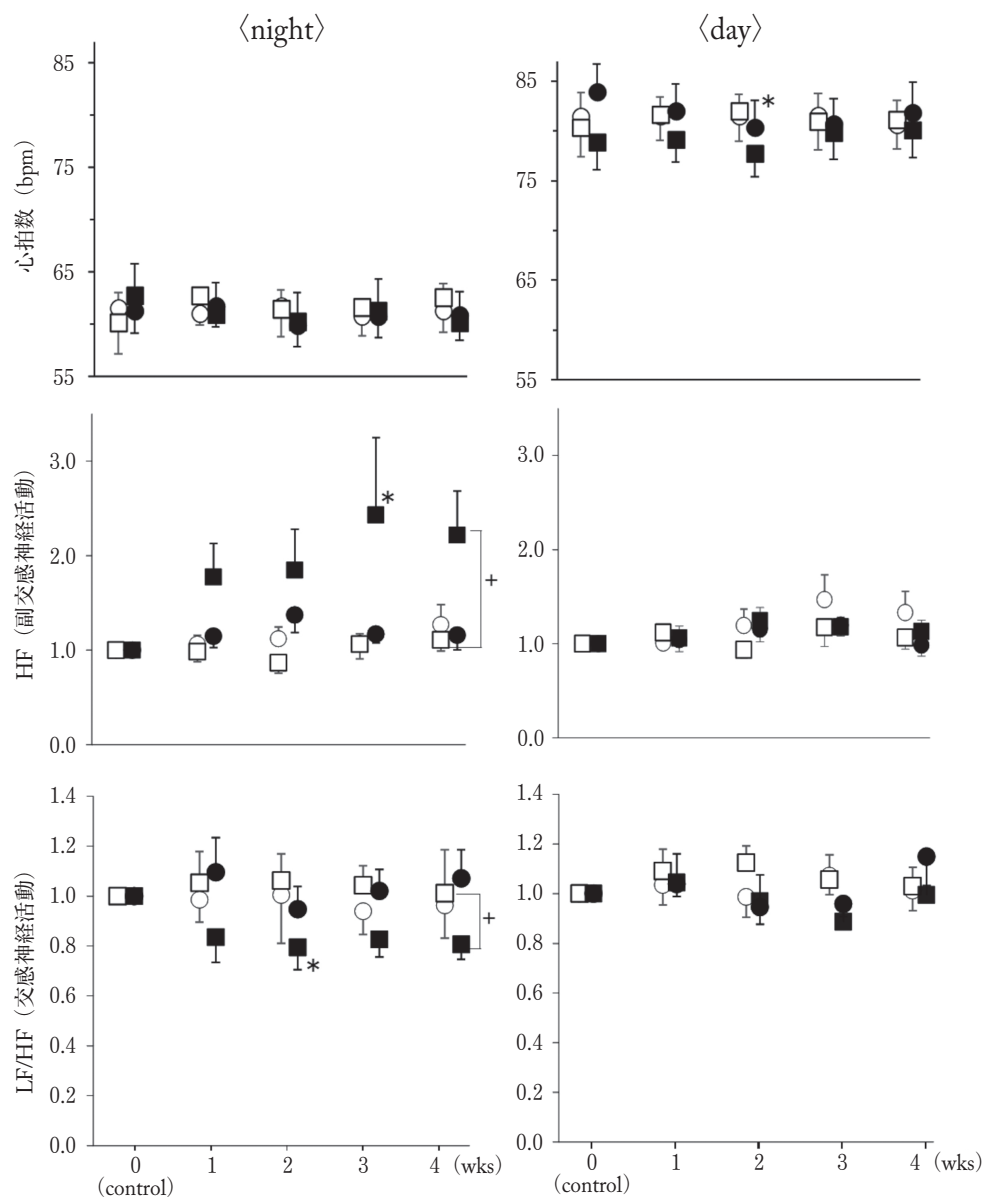
$^{***}p<.001$ vs. 対照軽症群, 実験群 vs. 対照群 all NS, ANOVA (*post hoc. Bonferroni*)

BMI: Body mass index SBP: Systolic blood pressure DBP: Diastolic blood pressure

age, BMI, SBP, DBP: 各々4群間、および実験群 vs. 対照群 all NS

数（図3上段左）は、4群とも約60bpmと同程度であった。4回の実験実施日の夜間睡眠中の心拍数も同程度で経過し、4回とも4群間に有意差はみられなかった。一方、実験開始前（コントロール）の日中覚醒時の心拍数（図3上段右）は、4群とも夜間睡眠中より約20bpm増加し、約80bpmを示した。実験一軽症群における2回目の日中覚醒時の心拍数は、コントロールに比し心拍数の有意な減少を認めた（ $p=.049$ ）が、その他の群はコントロールと同程度で経過し、4回とも4群間に差はみられなかった。

実験開始前（コントロール）の夜間睡眠中のHFの実測値（図3中段左、ただし図3はHFの比率を示す）は、対照一軽症群は $270 \pm 58 \text{ms}^2$ 、実験一軽症群は $318 \pm 55 \text{ms}^2$ 、対照一中等症群は $286 \pm 36 \text{ms}^2$ 、実験一中等症群は $238 \pm 63 \text{ms}^2$ と4群間に差はみられなかった。対照群は、症状の程度にかかわらず、夜間睡眠中のHF値は同程度で経過した。一方、実験群における夜間睡眠中のHF値は、中等症群において上昇し、3回目の鍼治療後における夜間睡眠中のHF値（比率）は 2.43 ± 0.82 を示し、コントロールに比し有意



心拍数は実測値を示し、HFおよびLF/HFはcontrolを1とした比率を示す。

control : before acupuncture 1-4 wks : at 10-minutes acupuncture or sham once a week

HF : High Frequency LF/HF : Low Frequency / HF

○ 対照一軽症群 (n=12) □ 対照一中等症群 (n=12)

● 実験一軽症群 (n=12) ■ 実験一中等症群 (n=12)

mean±SE

Dunnett's test

* $p < .05$ vs. control

Two way ANOVA + $p < .05$ □ vs. ■

図3 週1回の鍼治療に伴う夜間と日中の心拍数と自律神経活動の変化

な高値を示した ($p=.046$)。さらに、対照一中等症群と実験一中等症群における夜間睡眠中のHF値の変化には、交互作用がみられた ($F=5.965$ $p=.023$)。一方、実験開始前(コントロール)の日中覚醒時のHF実測値(図3中段右)は、対照一軽症群は $183 \pm 79 \text{ms}^2$ 、実験一軽症群は $148 \pm 33 \text{ms}^2$ 、対照一中等症群は $128 \pm 22 \text{ms}^2$ 、実験一中等症群は $124 \pm 16 \text{ms}^2$ と4群間に差はみられなかった。4群とも夜間睡眠中に比し低値を示し、対照群と治療群の間に交互作用はみられなかった。

実験開始前(コントロール)の夜間睡眠中のLF/HF実測値(図3下段左、ただし図3はLF/HFの比率を示す)は、対照一軽症群は 2.51 ± 0.54 、実験一軽症群は 2.56 ± 0.42 、対照一中等症群は 2.43 ± 0.3 、治療一中等症群は 3.21 ± 0.74 と、実験一中等症群は、3群に比し若干高値を示したが有意差はなかった。また、同群における2回目実験後の夜間睡眠中のLF/HF値は、コントロールに比し有意な低値を示した ($p=.040$)。さらに、4回目の夜間睡眠中のLF/HF値も低い傾向を示した ($p=.057$)。他の3群は、4回の実験日の夜間睡眠中のLF/HF値はコントロールと同程度で経過した。対照一中等症群と実験一中等症群における夜間睡眠中のLF/HF値の変化には、交互作用がみられた ($F=4.806$ $p=.039$)。実験開始前(コントロール)の日中覚醒時のLF/HF実測値(図3下段右)は、対照一軽症群は 4.50 ± 0.69 、実験一軽症群は 4.55 ± 0.56 、対照一中等症群は 4.84 ± 0.51 、治療一中等症群は 4.94 ± 0.58 と、4群とも夜間睡眠中に比し高値を示し、対照群と治療群との間に交互作用はみられなかった。

3. 更年期症状の変化

図4は、実験中の更年期症状の変化を示す。実験開始前(コントロール)のほてりの症状は、対照一軽症群は 4.50 ± 2.95 点、実験一軽症群は 15.13 ± 5.69 点、対照一中等症群は 43.00 ± 6.80 点、実験一中等症群は 59.67 ± 8.76 点であった。4群間に有意差がみられ ($F=15.605$ $p=.000$)、実験群および対照群ともに中等症群は、軽症群に比し有意な高値を示した(順に $p=.000$, $.001$)。症状の程度にかかわらず実験群と対照群との間には有意差はみられなかった。4回目終了後の軽症群におけるほてりの症状は、対照群は 2.67 ± 1.90 点、実験群は 12.33 ± 6.50 点を示し、両群とも実験開始前に比し有意差はみられなかった。一方、4回目終了後の中等症群におけるほてりの症状は、対照群は 32.29 ± 8.54 点、実験群は 37.58 ± 7.09 点を示し、実験群は実験開始前に比し有意な低下がみられた ($p=.008$)。

実験開始前(コントロール)の発汗の症状は、対照一軽症群は 8.63 ± 4.71 点、実験一軽症群は 29.50 ± 9.84 点、対照一中等症群は 56.08 ± 7.74 点、実験一中等症群は 73.00 ± 5.67 点

で、4群間に有意差がみられた ($F=15.349$ $p=.000$)。実験群および対照群ともに中等症群は、軽症群に比し有意な高値を示した(順に $p=.001$, $.000$)。治療群と対照群との間には有意差はみられなかった。軽症群における4回の治療または偽治療を終了した際の発汗の症状は、対照群は 4.79 ± 3.14 点、実験群は 19.71 ± 7.73 点を示し、実験開始前に比し有意差はなかった。一方、中等症群における4回の実験を終了した際の発汗の症状は、対照群は 35.00 ± 8.11 点、実験群は 45.92 ± 8.13 点を示し、両群とも実験開始前に比し有意な低下を示した(順に $p=.027$, $.002$)。

実験開始前(コントロール)の冷えの症状は、対照一軽症群は 39.83 ± 10.23 点、実験一軽症群は 28.00 ± 7.71 点、対照一中等症群は 51.42 ± 9.39 点、実験一中等症群は 40.54 ± 8.33 点であり、4群間に差はみられなかった。4回の実験終了後には、対照一軽症群は 26.71 ± 8.43 点、実験一軽症群は 16.42 ± 7.71 点、対照一中等症群は 24.29 ± 7.87 点、実験一中等症群は 18.83 ± 4.49 点を示し、中等症群は治療の有無にかかわらず、実験開始前に比し有意な低値を示した(対照群 $p=.001$ 実験群 $p=.007$)。

Ⅲ. 考 察

今回の研究で、実験一中等症群は、夜間の交感神経活動が抑制されるとともに副交感神経活動が亢進し、ほてり・発汗・冷えの症状が緩和した。これは、更年期症状の中の血管運動神経症状の出現に夜間の自律神経活動が関与しており、鍼治療によって自律神経活動の日内変動が調節されることで症状の緩和につながったことを示唆している。Kim, et al. (2012) は、高血圧の患者が8週間で16回の鍼治療によって、夜間の拡張期血圧が低下し、夜間も高血圧が持続するnon-dipper型から日中よりも夜間の血圧が低下するdipper型に変化した者が多く、これはdipper型に比べnon-dipper型は副交感神経活動がより低下しているが、鍼治療によって夜間の副交感神経活動が亢進し交感神経活動が抑制されたためであろうと報告している。このことは、鍼治療が自律神経活動の日内変動を調節する効果があることを示唆しており、今回の研究でも同様の結果が得られた。これまでにも、鍼治療は交感神経活動を抑制する効果は報告されている(Lee, et al., 2009; Eshkevari, et al., 2012)。一方で、鍼治療によって副交感神経活動が亢進することも示されている(Streitberger, et al., 2008; Wang, Kuo, & Yang, 2002)。しかし、これらの研究は鍼治療を実施した直後の自律神経機能を評価したものである。自律神経系は、生体内に広く分布し、活動中は交感神経活動が亢進し、睡眠中は副交感神経活動が亢進することによって身体機能の調整を担っている。一過性の自律神経系の調節が症状の緩和につながることは考えにくく、

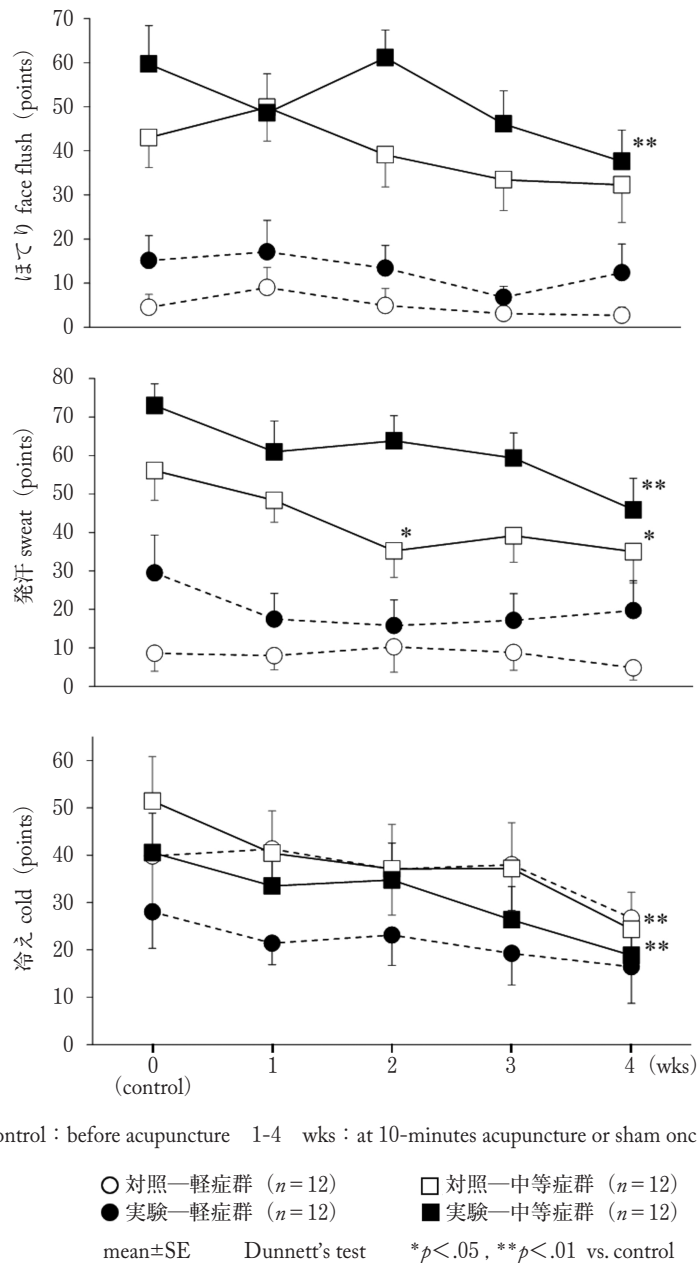


図4 週1回の鍼治療に伴う更年期症状の変化

より長期的な機能の調節が必要と思われる。早野・岡田 (1997) は、高齢者は若年者に比し睡眠中の副交感神経活動が低下しており、活動時の副交感神経活動の低下の程度が少ないため、それに伴う心拍数の増加の程度も小さいと述べている。そのため、活動に相応する心拍数を維持するためには、軽い活動の段階から交感神経活動が優位な状態へ移行しやすいことを指摘している。今回の対象者も、加齢に伴い夜間の副交感神経活動が低下しており、活動時の交感神経活動の顕著な上昇を引き起こしやすい状態であった。そのような自律神経活動の反応が、更年期の様々な症状の出現につながっていると思われる。夜間の副交感神経活動の低下の程度を小さくし、できるかぎり高値を維持す

ることは、日中活動時の交感神経活動の過度な上昇を抑制する効果をもたらすと考えられる。佐藤ら (2013) は、安静時の副交感神経活動レベルを副交感神経活動リザーブと称し、生体における副交感神経活動の備えとして、これを高く維持することは、生体への様々な刺激による呼吸・循環の賦活化を抑制することが可能であると述べている。今回の研究で、鍼治療の実施によって夜間の副交感神経活動が亢進し、交感神経活動が低下したことは、佐藤らの述べる副交感神経活動リザーブを高め、日中活動時の過剰な交感神経活動の亢進を抑制し、ほてりなどの血管運動神経症状の緩和につながったと考えられる。このことは、鍼治療による自律神経機能の調節は一時的なものではなく、本来

の機能が発揮できるように整えていく効果があることを示唆している。

しかし、今回の研究では、対照一中等症群においても発汗や冷えの症状が、偽治療開始前に比し有意に緩和された。鍼治療の効果の検証では、薬物のような二重盲検試験を行うことは困難である。今回の偽治療は、対象者盲検試験で、治療群と同経穴に対して鍼を使用せず鍼管のみで実施した。対照群でも症状の緩和がみられたことは、鍼管による経穴への刺激が影響したと考えられる。Ee et al. (2016) は、偽治療群も治療群と同程度にほとりの症状が緩和されたと報告している。彼らの偽治療の方法は、鍼管を使用し、偽経穴に対して実施している。Olausson et al. (2002) は、皮膚への軽い刺激は、情動や認知機能に関与する島領域を活動化すると述べている。鍼管による皮膚への刺激が、情動の影響を受けやすい更年期症状の緩和につながったと思われる。また、鍼治療は薬物治療とは異なり、鍼灸師と患者との相互作用による介入であり、偽治療であっても症状を緩和することにつながる場合がある (Kim, et al., 2011; Paterson & Dieppe, 2005)。また、松本・後山・木村・佐久間・森谷 (2007) は、心理療法の更年期症状を緩和すると報告している。今回の方法では、鍼灸師は鍼治療や偽治療を実施する際に対象者との会話は一切行わなかった。そのため、通常の施術時の鍼灸師と対象者との相互作用が生じたことは考えにくい。しかし、毎回同じ鍼灸師によって同じ方法で実施されることは、心理的安寧が得られ、ホーソン効果を引き起こすことにつながった可能性がある。さらに、対象者は、毎回実験開始前に同じ看護師によってバイタルサインを測定され、その異常がないことを伝えられることで安心感を得ることができたであろう。また、アクティブトレーサーを装着するなどの行為を繰り返す中で、看護師との関係性に慣れ親しみが生じていったと考えられる。そして、実験中は同じ看護師が常に見守り、鍼灸師以外の者が入室しない環境を整えたことは、看護師への信頼と対象者の安心感につながったと推察される。

看護行為用語分類における「見守り」とは、「必要な介助、支援ができるような体制を整えて、意図的に対象者の行為や様子を観察すること」と定義されている (日本看護科学学会, 2005)。古田・佐々木・白井 (2019) は、高齢者の転倒転落事故を防止するための座位時の姿勢に着目した見守りの重要性を指摘している。通常「見守り」を必要とする対象者は、日常生活行動が一人では安全にできない人であり、看護行為用語分類においても同様に定義されている。今回の対象者は、日常生活行動が自立しており、看護行為用語分類における「見守り」の対象者には該当しないかもしれない。しかし、「見守り」を実施する際には、すぐに必要な介助ができる距離を保ち、安全な環境を確保

し、声を掛けやすい雰囲気をつくり、必要な場合はいつでも助けることを伝えて、安心感を得てもらうことを行うとされている。今回の実験中に、看護師が実験開始前にバイタルサインを測定し対象者の体調を確認したことや、実験中に体調不良などが生じた際にはいつでも申し出るように伝え、同室内で付き添ったことは、看護行為としての「見守り」であったと考えられる。そして「見守り」という看護行為が毎回同様に繰り返されることで、対象者に安心・安寧をもたらし、症状の緩和につながったと思われる。一方、今回の実験では、軽症群には症状の改善はみられなかった。これまでに、自覚する更年期症状の数が多き者は仕事によるストレスをより強く感じていることが報告されている (Hashimoto, et al., 2020)。今回の研究では、対象者の仕事の有無の調査は行っていないが、軽症群に比し中等症群は、より強い症状を自覚していることがストレスとなって安寧へのニーズが高まったことにより、今回の看護師のかかわりが効果的に作用したと考えられる。

これまでの鍼治療の研究における治療の実施頻度は、2～3回/週が多かった (Wright & Aickin, 2011; Kim, et al., 2012)。しかし今回の研究において、1回/週の4回の治療で自律神経活動の変化と更年期症状の緩和が認められたことで、鍼治療は、日常生活の中で様々な制約を受ける更年期の女性にとって、取り入れやすい治療法であることが示唆された。今後は、そのメカニズムを解明していく必要があると思われる。

IV. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究は、これまでの鍼治療実施直後における一時的な自律神経活動の変化ではなく、鍼治療が自律神経活動の日内変動にも影響を及ぼすことが検証された画期的な結果であると思われる。そして、このことは、生体の自然治癒力を最大限に発揮できるように整えていくという看護の目的につながると考える。看護師が鍼灸師と協働していくことで、更年期症状に対する治療法の選択肢が広がり、様々な症状を自覚する更年期の女性が日常生活の中で自分の持てる力を存分に発揮するための一助になるであろう。そのためには、鍼治療および偽治療の方法や治療期間等について検討し、そのメカニズムも含めて詳細に検証を重ね、その結果を看護師と鍼灸師で共有していく必要があると考える。しかし、現在の看護師基礎教育においては、鍼治療等の東洋医学について学習する機会がないため、看護師が鍼治療の効果を理解することは難しいであろう。今後、看護師が鍼灸師と協働していくためには、看護師自身が鍼治療の効果を経験することが重要な要因になると考えられる。そのためには、まずは病院内で活動する鍼灸師

が、当該院内の看護師に対して積極的に働きかけていく必要があると考える。

結 論

鍼治療は、夜間の自律神経活動を調整し、更年期における中程度のほてりの症状を緩和する効果があることが示唆された。また、「見守り」の看護行為は、中程度の発汗や冷えの症状を緩和すると考えられる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- Avis, N. E., Coeytaux, R. R., Isom, S., Prevette, K., Morgan, T. (2016). Acupuncture in menopause (AIM) study: A pragmatic, randomized controlled trial. *Menopause*, 23(6), 626-637.
- Baccetti, S., Da, Frè, M., Becorpi, A., Faedda, M., Guerrera, A., Monechi M. V., Munizzi, R. M., Parazzini, F. (2014). Acupuncture and traditional Chinese medicine for hot flushes in menopause: A randomized trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(7), 550-557.
- Ee, C., Xue, C., Chondros, P., Myers, S. P., French, S. D., Teede, H., Pirota, M. (2016). Acupuncture for menopausal hot flashes: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 164(3), 146-154.
- Eshkevari, L., Egan, R., Phillips, D., Tilan, J., Carney, E., Azzam, N., Amri, H., Mulroney, S. E. (2012). Acupuncture at ST36 prevents chronic stress-induced increases in neuropeptide Y in rat. *Experimental Biology and Medicine*, 237(1), 18-23.
- 古田葉菜, 佐々木八千代, 白井みどり (2019). 座位からの転倒転落事故による高齢者への身体的影響とそれに関連する要因. *老年看護学*, 23(2), 68-74.
- Hashimoto K., Yoshida M., Nakamura Y., Takeishi Y., Yoshizawa T. (2020). Relationship between number of menopausal symptoms and work performance in Japanese working women. *Menopause*, 28(2), 175-181.
- Hayano, J., Sakakibara, Y., Yamada, A., Yamada, M., Mukai, S., Fujinami, T., Yokoyama, K., Watanabe, Y., Takata, K. (1991). Accuracy of assessment of cardiac vagal tone by heart rate variability in normal subjects. *The American Journal of Cardiology*, 67(2), 199-204.
- 早野順一郎, 岡田暁宜 (1997). 心拍変動による自律神経機能評価とその応用: 加齢と心臓迷走神経機能. *自律神経*, 34(3), 207-213.
- Kim, E., Cho, J. H., Jung, W. S., Lee, S., Pak, S. C. (2011). Effect of acupuncture on heart rate variability in primary dysmenorrheic women. *The American journal of Chinese Medicine*, 39(2), 243-249.
- Kim, H. M., Cho, S. Y., Park, S. U., Sohn, I. S., Jung, W. S., Moon, S. K., Park, J. M., Ko, C. N., Cho, K. H. (2012). Can acupuncture affect the circadian rhythm of blood pressure? A randomized, double-blind, controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(10), 918-923.
- 厚生労働省 (2010). 「チーム医療の推進について」(チーム医療の推進に関する検討会報告書). <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> (参照2021年1月31日)
- Lee, S. Y., Back, Y. H., Park, S. U., Moon, S. K., Park, J. M., Kim, Y. S., Jung, W. S. (2009). Intradermal acupuncture on shen-men and nei-kuan acupoints improves insomnia in stroke patients by reducing the sympathetic nervous activity: A randomized clinical trial. *The American Journal of Chinese Medicine*, 37(6), 1013-1021.
- 前田尚子, 田口玲奈, 北小路博司 (2013). 助産師からみたツボ療法に関するアンケート調査: (社) 茨城県助産師会所属の助産師への調査より. *社会鍼灸学研究*, 8, 37-48.
- 松本珠希, 後山尚久, 木村哲也, 佐久間航, 森谷敏夫 (2007). 自律神経活動から評価した更年期外来における心理療法の臨床効果. *日本更年期医学会雑誌*, 15, 135-145.
- 三谷直哉 (2020). 急性期病院でのDPC診療における鍼灸師の役割. *日本中医学雑誌*, 10(1), 122-129.
- 日本看護科学学会 (2005). 看護行為用語分類: 看護行為の言語化と用語体系の構築. 看護学術用語検討委員会 (編), p.55, 東京: 日本看護協会出版会.
- 野溝雄輔 (2018). HRTと鍼灸における連携の実践: 40代50代を美しく豊かに生きるストラテジー. *更年期と加齢のヘルスケア*, 17(2), 189-193.
- Olausson, H., Lamarre, Y., Backlund, H., Morin, C., Wallin, B. G., Starck, G., Ekholm, S., Strigo, I., Worsley, K., Vallbo, A. B., Bushnell, M. C. (2002). Unmyelinated tactile afferents signal touch and project to insular cortex. *Nature neuroscience*, 5(9), 900-904.
- Pagani, M., Lombardi, F., Guzzetti, S., Rimoldi, O., Furlan, R., Pizzinelli, P., Sandrone, G., Malfatto, G., Dell'Orto, S., Piccaluga, E., Turiel, M., Baselli, G., Cerutti, S., Malliani, A. (1986). Power spectral analysis of heart rate and arterial pressure variabilities as a marker of sympatho-vagal interaction in man and conscious dog. *Circulation Research*, 59(2), 178-193.
- Painovich, J. M., Shufelt, C. L., Azziz, R., Yang, Y., Goodarzi, M. O., Braunstein, G. D., Karlan, B. Y., Stewart, P. M., Merz, C. N. (2012). A pilot randomized, single-blind, placebo-controlled trial of traditional acupuncture for vasomotor symptoms and mechanistic pathway of menopause. *Menopause*, 19(1), 54-61.
- Paterson, C., Dieppe, P. (2005). Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ*, 330(7501), 1202-1205.
- Pomeranz, B., Macaulay, R. J. B., Caudill, M. A., Kutz, I., Adam, D., Gordon, D., Kilborn, K. M., Barger, A. C., Shannon, D. C., Cohen, R. J., Benson, H. (1985). Assessment of autonomic function in humans by heart rate spectral analysis. *The American Journal of Physiology*, H151-153.
- 佐藤都也子, 金子健太郎, 尾形 優, 後藤慶太, 山本真千子, 熊谷英樹, 河野かおり (2013). 交流セッションXVI 副交感神経活動のリザーブを高める看護技術の確立 (日本看護技術学会第11回学術集会報告). *日本看護技術学会誌*, 12(1), 58-60.
- Streitberger, K., Steppan, J., Maier, C., Hill, H., Backs, J., Plaschke,

- K. (2008). Effects of verum acupuncture compared to placebo acupuncture on quantitative EEG and heart rate variability in healthy volunteers. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(5), 505-513.
- Wang, J. D., Kuo, T. B., Yang, C. C. (2002). An alternative method to enhance vagal activities and suppress sympathetic activities in humans. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 100(1-2), 90-95.
- WHO 西太平洋地域事務局原著 (2008)／第二次日本経穴委員会監訳 (2009). *WHO/WPRO 標準経穴部位* (初版). (pp.29, 35, 139, 213). 神奈川：医道の日本社.
- World Health Organization (2002). *Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials*. 23-26, Geneva: World Health Organization.
- Wright, C. L., Aickin, M. (2011). Improvement of menopausal symptoms with acupuncture not reflected in changes to heart rate variability. *Acupuncture in Medicine*, 29(1), 32-39.
- 矢野 忠 (2007). 第一回鍼灸医学への招待：鍼灸医学の特色. *日本温泉気候物理医学会雑誌*, 71(1), 66-67.

[2021年4月1日受付]
[2021年10月18日採用決定]

Collaboration Between Nursing and Acupuncture to Regulate Autonomic Nerve Activity at Night and Resolve Menopausal Symptoms

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 737-747
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211018164>

Naoko Kouzuma, MSN, RN, Taro Taguchi, MS,
Makie Higuchi, PhD

Kyushu University of Nursing and Social Welfare, Kumamoto, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to determine whether acupuncture treatment can regulate the autonomic nervous system activity and relieve menopausal symptoms. **Methods:** Forty-eight menopausal women, with symptoms such as hot flashes, were categorized into four groups, based on their symptom levels and whether they had undertaken acupuncture treatment before. The participants also received nursing interventions during the study. Acupuncture treatment was performed four times at a frequency of once per week for 10 min at seven acupuncture points. The sham treatment was performed at the same points using only the acupuncture tube. The autonomic nerve activity was measured for 24 h and analyzed using power spectrum analysis. Symptoms of hot flashes, excessive sweating, and cold sensation were evaluated using the visual analog scale. **Results:** In the acupuncture-moderate group, parasympathetic nerve activity increased while sympathetic nerve activity decreased at night. In addition, hot flashes were significantly reduced after four treatments. In contrast, moderate sweating and cold sensation were significantly reduced after receiving four treatments, with or without acupuncture. **Conclusions:** Collaboration of nursing, with acupuncture treatment, might improve the autonomic nervous system activity in menopausal women at night and resolve their menopausal symptoms, such as hot flashes, excessive sweating, and cold sensation.

Key words

moderate menopausal symptom, acupuncture, watching over, autonomic nerve activity

Correspondence: N. Kouzuma. Email: nkozma@kyushu-ns.ac.jp

急性期看護における 日常生活ケアモデルの構築 —Hybrid法による理論構築の試み—

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 749-760
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211112167>

高橋智子

東京医療保健大学東が丘看護学部

要 旨

目的：急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念間の関係について示し、急性期の日常生活ケアモデルを構築する。**方法：**先行研究の概念をもとに、Hybrid法による理論構築法を用いモデル構築した。生活を捉える視点を図式化して仮モデルを作成した後、患者の状況・日常生活ケアの実践内容・日常生活ケアがもたらす反応や効果の関係性についてフィールドワーク事例を用いて説明し、結果を統合してモデル構築した。**結果：**急性期看護における日常生活ケアモデルは、生命活動・生活行動・生活様式の3層構造で示され、看護師はこの重層的視点で〈急性期の患者の状況〉を捉え、いくつかの【日常生活ケアのアート】を組み合わせ実践し、《その人の全体性の回復》を導くという関係性が示された。**結論：**本モデルは急性期看護における日常生活ケアを重層構造で示し、ケアの効果との関係性を示したことにより日常生活ケアの価値を示すものとなった。

キーワード

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

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

緒 言

今日、治療技術が高度化し、患者が高齢化、病状も重症かつ複雑化していることから個々の状況に応じた生活を取り戻すためのより専門性の高い日常生活ケアが看護師に求められている。一方、急性期医療の現場では、これまで以上に診療の補助の役割を果たすことが求められ、看護独自の機能とされていた日常生活ケアの重要性が見失われがちな現状がある（鈴木・米澤・石綿・遠藤・錦織, 2012）。また一部の日常生活ケアに関しては、医療に関する知識をもたない看護補助者に業務委譲されつつあることも、看護にとっての日常生活ケアを問い直す事態を招いている。

急性期看護に関する研究は、状態が不安定な患者の生命活動を安定化させる看護師の判断に焦点が当てられ、看護師が高度な機器を管理しながら患者の生命活動の安定化を図ったり（Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011/2012）、神経を研ぎ澄まして体位変換を行ったりする（矢富, 2012）など専門性の高い日常生活ケアの実践が示されている。また日常生活ケアに着目した研究では、術後の背部温罫法が意欲を引き出す（縄, 2006）、患者の生活習慣を考慮したモーニングケアが気分の改善や食事摂取

率を上昇させる（Ohashi, 2014）など日常生活ケアが身体回復に寄与する可能性が示唆されている。これらの研究では、看護師が専門性のある日常生活ケアを実践している実態や一部の日常生活ケアがもたらす効果を明らかにしているが、日常生活ケアとそれが患者の回復にもたらす効果については十分に明らかにされておらず、実践的な影響力を与えるほどには至っていない。急性期看護における日常生活ケアの価値を示すとともに、患者の回復に向けた実践を方向づけるためには、急性期看護の文脈における特徴とともに、日常生活ケアの実践とその効果を記述し、関係性を説明すること、すなわち理論化することが必要である。

理論とは、2つ以上の概念を関連づける一連の関連立言から構成される構造であり（Walker & Avant, 2014）、文脈やプロセスを含むものである。理論化するためには、その基本構造である概念を明確にし、その上で概念間の関係性を示すことが重要となる。そこで、先行研究（高橋, 2021）では、Hybrid法を用いて急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明らかにした。その結果、急性期の患者の生活を捉える視点は「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」の3つに概念化され、急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念として、〈急性期の

患者の状況〉5つ、【日常生活ケアの実践内容】8つ、《日常生活ケアがもたらす反応や効果》5つが示された（表）。これらの結果は、急性期の患者への日常生活ケアが生命活動の安定化のみならず、人となりも考慮して行われるという特徴を示すとともに、看護がかかわる急性期患者の状況やこれまで十分に示されていなかった日常生活ケアがもたらす効果や反応を明示した。一方、先行研究では急性期における日常生活ケアの実践とその効果との関係性は示せておらず、これらの関係性を示し、患者の回復に向けた実践を方向づけるモデルを構築することが課題であった。

そこで、本研究は急性期看護における日常生活ケアの理論化を目指し、先行研究（高橋，2021）で示された日常生活ケアにかかわる概念の関係性について説明し、それらを図示して急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することを目的とした。先行研究で示された概念の関係性を明確にすることにより、急性期看護における日常生活ケアの概念を洗練させ、急性期の日常生活ケアの理論化に向けた一助となる。また、急性期看護における日常生活ケアの実践とそれがもたらす効果を含めたモデルを構築できれば急性期医療における日常生活ケアの価値を明確化するとともに、看護師がケアの方向性を共有して実践することを可能にし、患者の回復支援にも繋がると考える。

表 急性期看護における日常生活ケアの構成概念（高橋，2021）

〈急性期の患者の状況〉	
心身が不安定で変化しやすい	
自己のコントロールを失いやすい	
自身を気遣う余裕がない	
一進一退で先行きが見えない	
病気に向き合うようになる	
【日常生活ケアの実践内容】	
心身の回復度合いを見て無理をさせない	
動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する	
身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める	
苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる	
よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける	
馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す	
自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる	
患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く	
《日常生活ケアがもたらす反応や効果》	
回復状況に合わせ段階を進む	
人間らしさや自己を取り戻す	
生き返った心地を味わう	
活力が湧き出る	
自身に関心が向く	

※ 表は先行研究をもとに研究者が作成

I. 用語の定義

A. 理論およびモデル

理論とは、ある現象についての記述や説明、予測に役立つ一連の関連立言から成り立つ構造（Walker & Avant, 2014）であり、文脈やプロセスを含み、実践で検証されたものとした。一方、モデルは理論の初期段階を図示したものとした。

B. 急性期看護

急性期看護とは、病気が突発発症または急性増悪し、回復期に至る前の不安定な状態から安定しつつある患者の回復過程に焦点を当てた、個別的かつ特徴的な看護とした。

II. 研究方法

本研究は急性期看護における日常生活ケアの理論化に向けた基礎的研究として、先行研究で明らかにした日常生活ケアにかかわる概念（高橋，2021）の関係性について事例を用いて示し、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築した（図1）。

A. 本研究に至るまでのプロセス：先行研究（高橋，2021）の概要

先行研究ではHybrid法を用い、理論の基本構造である急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念を明確にした。日常生活ケアは生活を支えることを基盤としていることから、文献検討を通じて看護における生活の視点を明確にした後、9名の看護師が実践する急性期患者への日常生活ケア場面の参加観察とインタビューから日常生活ケアの実践内容を明らかにし、その結果を統合した。結果として、急性期の患者の生活を捉える視点は「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」の3つに概念化された。また、急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念として、日常生活ケアが生み出される背景である〈急性期患者の状況〉5つ、看護師の日常生活ケアの具体的方法を示す【日常生活ケアの実践内容】8つ、《日常生活ケアがもたらす反応や効果》5つが示され（表）、急性期看護における日常生活ケアは「生命活動の回復や活性化を図り、人となりや生活習慣を考慮しながらその人自身が生活行動を取り戻せるように支えるかわり」と定義された。

B. 本研究のモデル構築のプロセス

本研究のモデル構築の方法はHybrid Model（Schwartz-Barcott & Kim, 2000）を参考に、理論の相・フィールド

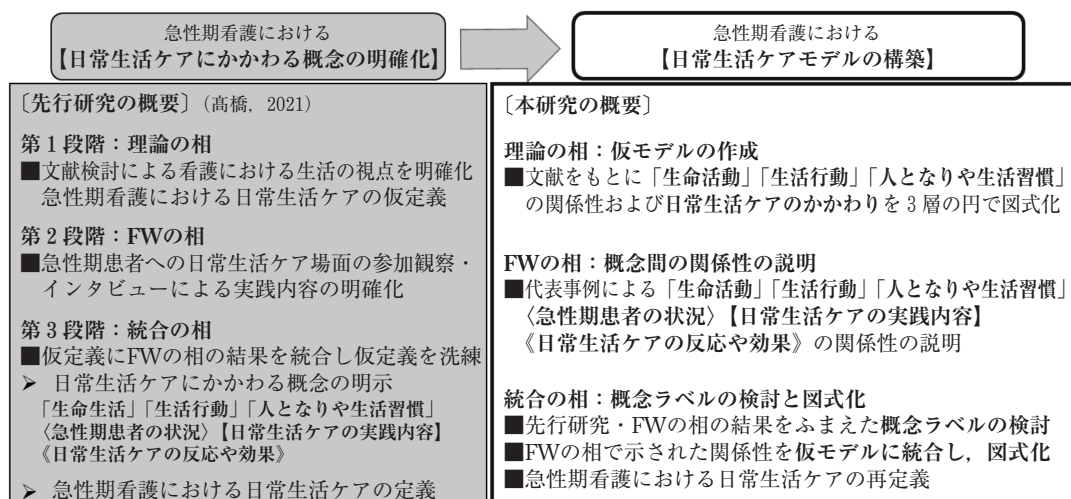


図1 本研究に至るまでのプロセス（先行研究の概要）および本研究のプロセス

ワークの相・統合の相の3段階から成るHybrid法を用いた。Hybrid Modelは、実践での概念の用いられ方を示すことに特徴をもつ概念分析の手法であり、知見をもとに概念の仮定義を示す理論の相・実践での概念の現れ方を検討するフィールドワークの相（以下、FWの相）・結果を精緻化させる分析の相から構成される。日常生活ケアは古くから行われているケアであることから、既存の知見や経験をもとにモデル構築する方法もある。しかし先行研究を含む一連の研究は、急性期の患者の回復に向けた実践を方向づけるモデルを構築し、理論化することを目指している。したがって、Hybrid法を用いて日常生活ケアに関する概念について明確にした先行研究の知見をもとに仮モデルを作成し、その内実についてフィールドワーク事例を確認しながらモデルを精緻化させるHybrid法をモデル構築にも活用することにより、「あるべき理論」ではなく、「現にある状態」（Barnum, 1998）を反映させたモデルとなると考えた。

1. 理論の相：仮モデルの作成

仮モデルは、急性期の患者の生活を捉える視点としての「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」（高橋, 2021）の関係性および日常生活ケアのかかわりについて文献（Benner, et al., 2011/2012；矢富, 2012）および専門家の意見を交えて検討し、作成した。その結果、看護師は患者の状態に応じて「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」の順に段階を見極めながら、生命活動の機能維持を図り、自立と依存のバランスをみながら生活行動を支え、それが一定のレベルで満たされるとその人の生活習慣に合わせて健康へと向かうように日常生活ケアを実践していることが推測された。したがって、仮モデルでは「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」を3重層の同心

円で描き、日常生活ケアのかかわりを外側に向かう段階的な矢印で示した（図2）。また、それぞれの目標とするかかわりを「機能の維持」「その人の能力に合わせた自立と依存のバランス」「豊かさ・多様性」とし、円内の四角に配置した。さらに、人は環境とのかかわりの中で生活していることから、円外に「環境」を配置した。

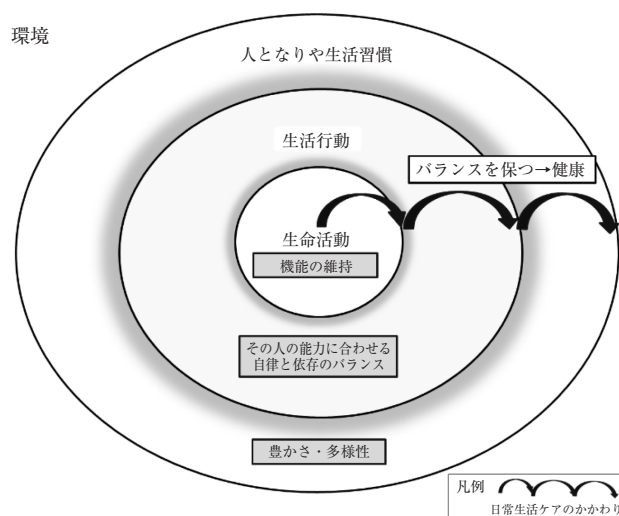


図2 急性期看護における日常生活ケアの仮モデル

2. フィールドワークの相：概念間の関係性の説明

急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念（高橋, 2021）である「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」および〈急性期患者の状況〉【日常生活ケアの実践内容】《日常生活ケアがもたらす反応や効果》の関係性について代表事例をもとに示した。

a. 研究フィールドおよび研究参加者

研究フィールドは7:1の看護体制をとる首都圏の急性

期病院 2 施設とした。患者の平均在院日数は A 施設 8.6 日、B 施設 11.5 日であった。研究参加者（以下、看護師）は臨床経験が 7～22 年かつ急性期看護の経験が 5 年以上ある看護師 9 名であった。Hybrid 法の特徴として概念を明確にする段階と理論化する段階は同時進行で行われることもあり、概念を明確化しつつその関係性を確かめることが可能であることから、研究フィールド・研究参加者は先行研究と同様とした。看護師がかかわった患者は、肝臓がんや膵臓がん、心不全などで治療を受けた 17 名であり、病状としては回復に向かいつつも呼吸や循環状態などが不安定で、ベッド上で多くの時間を過ごしている状態であった。

b. データ収集方法およびデータ収集期間

看護師の日常生活ケア場面の参加観察を研究者が行い、それに基づく半構成的インタビューを看護師に 15～40 分程度実施した。インタビューでは、患者の状況の捉え方、かわりの内容や意図を確認した。データ収集期間は、2017 年 5 月～2018 年 3 月であった。

c. 分析方法

参加観察した日常生活ケア場面について、看護師の実施したケア内容ごとにフィールドノートと逐語録を合わせて場면을再構成し、17 事例を抽出した。事例には看護師の患者に対する捉え方・ケアの進め方・患者の反応や効果を含めて記載した。これらの事例について、いくつかの視点および関係性に着目して分析し、3 つの代表事例を用いて説明した。その視点とは、看護師は患者の生活を「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」の視点で段階的に捉えているのか、〈急性期の患者の状況〉をどのように捉え、どのように【日常生活ケアの実践内容】を生み出し、結果としてどのような《日常生活ケアがもたらす反応や効果》が示されているのか、先行研究で示された概念で説明可能か、であった。代表事例の選定基準は、モデル構築することを考慮し、患者の状態が不安定な状態から安定しつつある状態を含めた回復段階の異なる事例であること、先行研究で示された概念が複数含まれ、関係性が検討可能な事例であることとした。

分析過程では結果の信憑性を高めるため、事例における研究者の解釈や見解について看護師に確認した。また、2 名の質的研究に精通した研究者よりスーパービジョンを受け信用性の確保に努めた。

d. 倫理的配慮

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

3. 統合の相：概念ラベルの検討と図式化

統合の相ではまず、概念に含まれる内容が何を意味しているのかを記す概念ラベルの検討を行った。FW の相の結果をふまえ、先行研究（高橋、2021）で示された【日常生活ケアの実践内容】《日常生活ケアがもたらす反応や効果》に含まれる内容が、どのような方向性のケアであるのか、ケアを通してどのようなことが起こっているのかに着目して概念ラベルを検討した。その際、実践を導くモデルとなることを想定し、看護の視点が伝わるラベルとなるようにした。また、急性期の患者の生活を捉える視点についても再検討した。次に、概念間の関係性および看護師の働きかけをどのように図示するかという視点で検討し、仮モデルに FW の相で示した概念間の関係性を統合して矢印で示し、モデルを精緻化させた。最後に、本研究の結果をふまえ急性期看護における日常生活ケアを再定義した。

Ⅲ. 結 果

A. フィールドワークの相：概念間の関係性の説明

17 事例について、前述の視点および関係性に着目して分析した結果、看護師は、「生命活動」「生活行動」「人となりや生活習慣」の重層的視点で患者の生活を捉えるとともに、〈急性期の患者の状況〉に合わせて、1 つの行為の中でもいくつかの【日常生活ケアの実践内容】を同時に組み合わせ、結果として《日常生活ケアがもたらす反応や効果》を導くという関係性を示した。以下に代表事例を用いてこれらの概念間の関係性について説明する。「」は急性期の患者の生活を捉える視点、〈〉は急性期の患者の状況、【】は日常生活ケアの実践内容、《》は日常生活ケアがもたらす反応や効果、游ゴシック体は参加観察した場面を示す。なお、患者氏名は仮名である。

1. 馴染みある髭剃りを促すことがその人となりを取り戻すきっかけになった事例

事例は A 看護師が大塚さんの髭剃りを実施した場面である。大塚さんは 70 歳代の男性で急性心不全と腎不全を併発して入院し、透析を開始した。大塚さんは心機能が低下しており、動くときチアノーゼが出現するなど呼吸や循環状態が不安定であった。入院時よりせん妄があり、ベッドを挙上すると身動きが激しくなり、呼吸が不安定になるため四肢抑制されていた。大塚さんは〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自己のコントロールを失いやすい〉状況であった。A 看護師は大塚さんが日中傾眠になっていることを気にかけていた。

A 看護師が肩を叩いて「声を聞かせてください」と呼び

かけると大塚さんは目を開け、焦点を合わせて反応し、穏やかな表情で口をパクパクさせ宙をつかもうとした。この反応からA看護師は自分の話すことを理解していると捉えて抑制を外し、ギャッジアップさせ身体を起こし、その反応を確認するといった【**動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する**】ことを実践していた。このとき看護師は抑制を続けて安静を図ることよりも、むしろ起こしてリズムをつけることが状態を回復させると考えていた。ギャッジアップすると大塚さんが目をぱっと見開いたことから、A看護師は「もしかしたら、髭も剃れるんじゃないかって思って」と彼の入院前の「生活習慣」を手がかりに「生活行動」に取り戻せるように促し、自身で髭を剃ってもらうことにこだわった。次の場面はこのようなA看護師のかかわりを示している。

A看護師：呼吸が安定していることを確認し、「ご自分で剃ってみてください」と髭剃りを握るように促す。

大塚さん：力強くはないが右手で髭剃りを握る。

A看護師：大塚さんが顎に手を近づけるのを確認し、支えていた手をそっと離す。

大塚さん：手をゆっくり動かし、しばらく髭を剃っていたが急に無呼吸になる。

A看護師：無呼吸に気づき、大塚さんの動きとSpO₂値が低下(91%)しているのを確認し、「ゆっくり呼吸してください」と肩に手を添えながら促す。

大塚さん：呼吸が規則的になり、SpO₂値も回復する。再び髭を剃りはじめ、一通り終えた様子で手の動きが鈍くなる。右頬の上部や鼻下など剃り残しがある。

A看護師：「少し私が剃りますね」と言って剃り残し部分を剃る。

大塚さん：(看護師の促しに)鼻下を少し伸ばすように口をつぐんで協力する。

この場面において、看護師は髭剃りを促しながらも意識レベルや呼吸状態に細心の注意を払っていた。大塚さんが無呼吸になりSpO₂値が低下していた際に看護師は呼吸を整えるようにして「**生命活動**」の回復を図るように働きかけた。その結果、大塚さんの呼吸状態は回復し、再び髭を剃るというように《**回復状況に合わせて段階を進む**》ことができていた。看護師は同時に、呼吸状態が不安定であっても髭を剃るという「**生活行動**」を促し、【**馴染みある行為をきっかけにして、日常的な感覚や潜在的な力を引き出す**】実践をしていた。彼の髭剃りを握る感覚や髭を剃る動作、看護師の言葉かけに反応し、ゆっくりと呼吸し、看護師に委ねるように協力する姿からは彼の持つ力が引き出されており、「**生命活動**」が活性化されていたと解釈できる。

また、大塚さんが看護師の働きかけに応答して鼻下を伸ばし、口をつぐんで協力する姿からは、単にケアを受ける存在ではなく、日常的な感覚や行為を取り戻す動きが蘇り、彼自身の意思が表れはじめていたことから、《**人間らしさや自己を取り戻す**》きっかけになっていたと言える。

このように呼吸状態が不安定である大塚さんの「**生命活動**」を見極め、回復を図るような働きかけと、日常的に行っていた「**生活習慣**」を見据えながら「**生活行動**」に取り入れ、「**生命活動**」の活性化を促すことは同時に行われていた。このようなかかわりは結果的に、患者の潜在的な感覚呼び起こし、その人となりを取り戻すきっかけになり、患者の状況を回復へと向かわせていた。

2. よくなっていることを伝える働きかけが闘病意欲を支え、活力につながる事例

事例はB看護師が富永さんの歩行援助をした場面である。富永さんは65歳の男性で肝内胆管がんにて手術を受けたが縫合不全を起こし、ショック状態で再手術を受けた。術後5日経っていたが、未だ呼吸や血圧が変動し、身体的な回復が進まないといった〈**心身が不安定で変化しやすい**〉〈**一進一退で先が見えない**〉状況であった。

B看護師は、富永さんの移動時の血圧の変動や症状に注意しながら、徐々に立位になるように段階を踏むというように【**動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する**】実践をしていた。また、富永さんの早くよくなりたいという思いも測りながら、歩行に付き添うなど【**身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める**】実践をしていた。次の場面はこのようなB看護師のかかわりを示している。

富永さん：点滴台にもたれるようにゆっくりと足を運ぶ。
15mくらい歩いたところで呼吸が軽度促迫する。
表情も徐々に陰しくなる。

B看護師：富永さんの表情や呼吸状態を見て「少し休みましょう」と声をかける。椅子を準備し、腰をかけてもらう。「ちょっと疲れましたね……」富永さんの背中をさすりながら声をかける。

富永さん：呼吸が落ち着き、表情が和らぐ。

B看護師：富永さんの呼吸状態が落ち着いたのを確認する。「ずいぶんよくなりましたね。お腹もパンパンだったけどへこんだし。」

富永さん：「うん。本当は〇日に帰る予定だったけど……まだちょっと無理だな」残念そうな表情を見せるが、足にぐっと力を入れて立ち上がり歩きはじめる。

この場面において、看護師は歩行に付き添いながら富永さんの表情や呼吸状態に注意を払い、活動と休息の balan

スを図るといった【心身の回復度合いを見て無理をさせない】かかわりを実践し、「生命活動」の回復を図るように働きかけた。富永さんは歩くことで呼吸が乱れ、長く歩けないことを実感していたが、B看護師は富永さんが気落ちしないように、背中をさすっていたわりの気持ちを示し、【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】ようにして闘病意欲を支えようとしていた。

B看護師は「この方65歳で、もともと1人で店を切り盛りしていて。もしこのまま、この体力ではこの仕事できないかもしれないってなったら、この人の生きる糧もなくなるし、生活も維持していけないだろうし…」と語り、富永さんにとって、闘病意欲を保つことは今の状況を乗り越え、その後の生き方にも影響すると考えていた。

このように富永さんの活動状況に合わせて「生命活動」の状態を見極め、回復を図るような働きかけと、回復後の「生活習慣」・生活スタイルを見据えながら、闘病意欲を失わないよう「生活行動」を支え「生命活動」の活性化を促すことは同時に行われていた。

このようなかかわりによって、富永さんは症状が強く出現することなく《回復状況に合わせて段階を進む》ことができていた。また、必要以上に気落ちせずに辛さが和らぎ、歩こうという《活力が湧き出る》ことにつながっていた。

3. その人となりを理解してかかわることが今後の生活へと向かわせた事例

事例はC看護師が黒沢さんの足浴を実施した場面である。黒沢さんは40歳代のやせ型の男性であった。糖尿病を指摘されていたが薬を自己中断し、ケトアシドーシスの状態で緊急入院した。両眼はぼんやりとしか見えていない状態であり、安静を強いられていた。C看護師は黒沢さんを〈自身を気遣う余裕がない〉状態と捉え「気になる、どんな人なのか」と語り、彼自身が今の状況をどのように受けとめているのかを知ろうとした。

黒沢さんの状態は治療によって改善し、回復に向かいつつあった。しかし、C看護師は黒沢さんの状態を「全身の血管がボロボロ」と考えており、胸痛などが起きても本人が自覚できずに危険な状態になる可能性があることから「生命活動」の回復具合を気にかけていた。また、看護師は「まだまだ働き盛りだから、ここから彼がどうするかによって病気が悪化するのか、少しでも改善していい人生を歩んでいくのかが分かれる、ちょうどいい起点」と黒沢さんの退院後の「生活習慣」・生活スタイルを考慮していた。そこで足浴という「生活行動」を支えることを通じて黒沢さんにかかわり、【患者という枠組みではなく、その人と

なりをつかんで像を描く】かかわりをして、彼の「人となり」を理解しようとかかわった。次の場面はこのようなC看護師のかかわりを示している。

C看護師：足下に腰を下ろし、黒沢さんの片足を触る。
「触っている感覚ってわかりますか？」足の指を一本ずつ広げ丁寧に洗う。

黒沢さん：「わかります。」前屈みになって足を見て答える。

C看護師：黒沢さんの顔を見上げながら「糖尿病だと、足を毎日きれいにすることが大事で…。(中略)糖尿病の方で、最悪傷ついても気づかなくて、気づいたときには最悪足を切断するっていう人もいるのでね。」

黒沢さん：頷きながら、自分の足を見ている。

C看護師：「靴下とかがって家族が今度来たときに頼めますかね？」

黒沢さん：「はい。靴下…やっぱり履いた方がいいんですかね？」

C看護師：「そうですね、素足だとすれちゃったり、傷ついちゃったりするから。」

黒沢さん：言葉は発しないが頷き、納得したような表情を見せる。

C看護師：「毎日自分の足の裏って見ます？…私は見ないですけど(笑う)。」

黒沢さん：「白内障になってからは、そういうの気にもしてなかったな。」表情は柔らかく穏やかな口調で返答し、受け入れている様子を見せる。

この場面において、看護師は足浴中の黒沢さんの話の聞き方や自ら質問をしてくる姿勢から「実際かかわってみたら、意欲がないわけではないんだなってわかった」と語り、彼が病気に対して投げやりになっているわけではないことを受け止めていた。そこで、入院を一つのチャンスとして捉え、【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】かかわりをしていた。一方で、C看護師は「あまり難しいこと言ってもしょうがないので。ただでさえ目がはっきり見えないので…。これでアンプタになっちゃったら大変でしょ。それで興味持てればっていう形で聞いて」と語り、生命の危機を脱したばかりの患者の意欲を低下させないように言葉を選びつつ自身でのケアを促していた。

このように看護師は、黒沢さんの「生命活動」の回復状況に配慮しつつ「生活行動」を支えることと同時に、彼の病気との向き合い方や「生活習慣」を見据えながら、自身でケアすることを促していた。このようなかかわりによって黒沢さんは治療を受けるだけの存在ではなく質問をするなど《自身に関心が向く》ようになっていた。同時に黒沢さんの気持ちをこれからの生活へと向かわせ〈病気に向き

合うようになる〉状況をつくり、セルフケアの動機づけとなっていた。このことは、急性期にある患者であっても日常生活ケアを通してセルフケアを促すことができることを示していた。

B. 統合の相：概念ラベルの検討と図式化

概念ラベルの検討および仮モデルにFWの相の結果を統合させ図式化し、急性期看護における日常生活ケアモデルを作成した（図3）。

1. 日常生活ケアモデルの構成概念

a. 生活を統合的に捉える視点としての生命活動・生活行動・生活様式

「生命活動」「生活行動」「生活様式」は、急性期の患者の生活を統合的に捉えて日常生活ケアを実践するための視点である。「生命活動」は細胞レベルの営みである。看護において生命活動の回復や活性化を図ることは、生命の状態を回復できるように調整し、生きることを支えるかわりである。ここには、バイタルサイン測定やモニタリングをしながら日常生活ケアを実践することだけではなく【動かしながらか心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】といった患者の心情や動きに伴う覚醒状態を確認するなどダイナミックなことも含まれる。「生活行動」は食事を

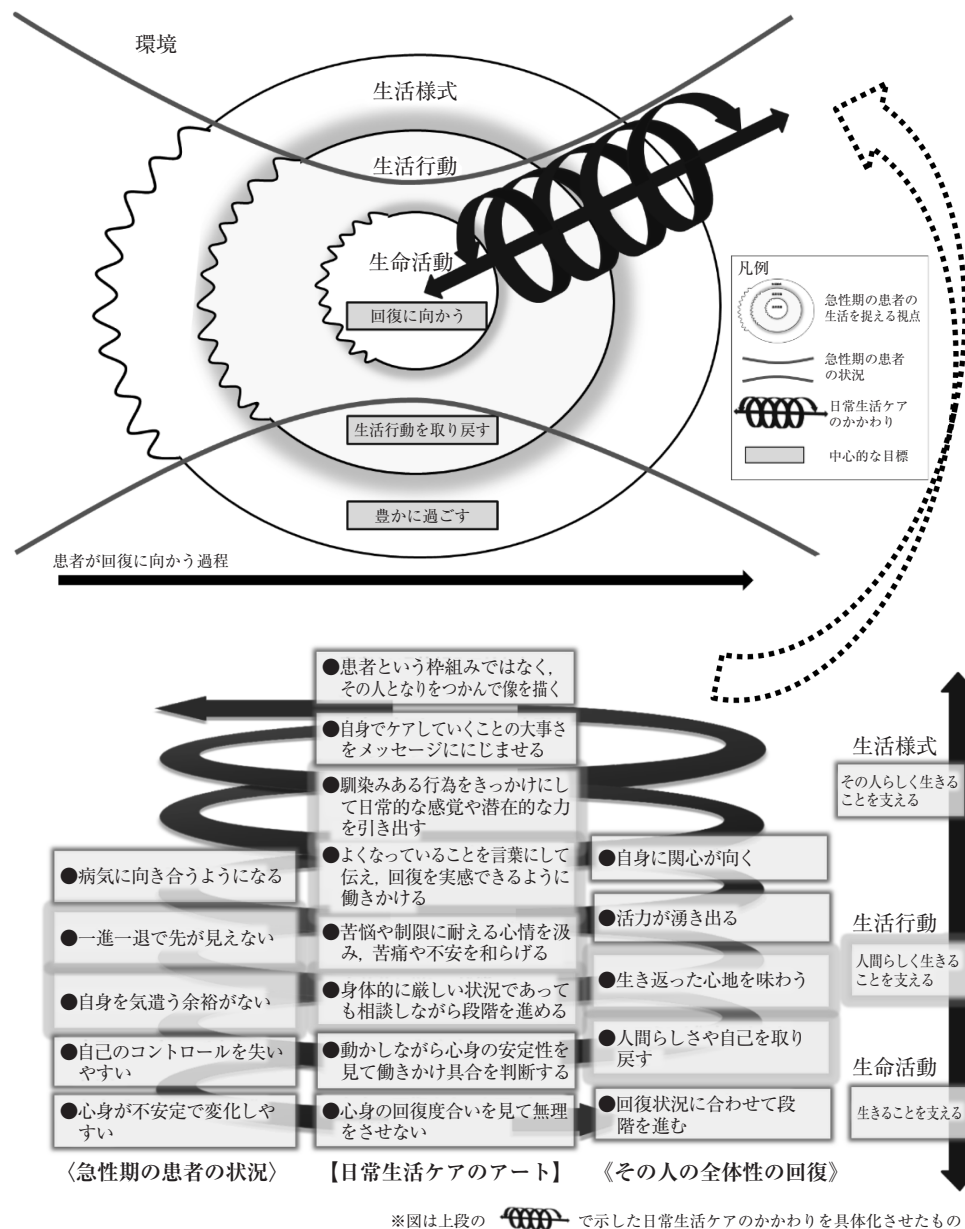


図3 急性期看護における日常生活ケアモデル

とることや排泄することなどの人間らしく生きる営みである。生活行動を支えることは日常生活ケアの核である。FWの相では、看護師は【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】など、その人が生活行動を取り戻せるように働きかけていることが先行研究（高橋，2021）同様に示された。したがって、生活行動を支えることは「その人自身で生活行動を取り戻せるような働きかけを通じて、その人が人間らしく生きることを支えるかかわり」とした。

「生活様式」とはその人の生き方を示す、個を重視した営みである。仮モデルでは先行研究（高橋，2021）の結果をふまえ「人となりや生活習慣」としていた。しかし、FWの相の事例は、生活スタイルや個人の生き方を見据えてかかわっていたことからそれらの要素を含む「生活様式」と修正した。看護において、生活様式を見据えることはその人らしく生きることを尊重するかかわりである。ここには、早い段階から【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】や【患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く】などが含まれる。

b. 急性期の患者の状況・日常生活ケアのアート・その人の全体性の回復

〈急性期の患者の状況〉【日常生活ケアのアート】《その人の全体性の回復》はFWの相の結果から示された日常生活ケアの構成概念である。このうち【日常生活ケアのアート】《その人の全体性の回復》はFWの相と理論の相の結果を統合し、概念ラベルを修正した。

〈急性期の患者の状況〉は日常生活ケアを生み出す文脈となり、5つから構成される。【日常生活ケアのアート】は看護師がどのように日常生活ケアを実践しているのかを示し、先行研究で示された8つから構成される。これらは、看護師が患者の生命の回復度合いを見極めながら安静にしてエネルギーを保持させる、あるいは動かしながら働きかけ具合をその場で判断し、回復の段階を進めるなど、思考と行為が同時に行われる即応性を示すものであった。また、看護師が熟練した技能を駆使してケアを創造し、変容を生み出していたことから、看護のアートの要素が含まれていると考え【日常生活ケアのアート】と概念ラベルを修正した。《その人の全体性の回復》は日常生活ケアがもたらす反応や効果であり、5つから構成される。これらは日常生活ケアの効果が、患者の特定のニーズあるいは特定の生活行動の自立を促すだけでなく、その人の感覚や動きが蘇って表情が一変する、その日をやりすごすことで精一杯であった人の活力が沸き上がるなど、全体としてのその人の回復を表していると考え《その人の全体性の回復》と概念ラベルを修正した。

c. 日常生活ケア

日常生活ケアは急性期看護における日常生活ケアモデルの中心的概念である。FWの相の事例は、看護師の実践する日常生活ケアが「生命活動」の回復や活性化を図ったり、「生活様式」を見据えたりしながら「生活行動」を支える重層的な視点で患者の生活を捉えて実践していることを示した。また、〈急性期の患者の状況〉に合わせ、その人のもつ潜在的な力を引き出し、その人自身が生活行動を取り戻すことを支える【日常生活ケアのアート】をいくつか組み合わせて実践していた。結果として、この働きかけはその人の人間らしさや自己を取り戻す、活力が湧き出るなど《その人の全体性の回復》を導いていた。これらの結果をふまえ、日常生活ケアを以下のように再定義した。

「急性期看護における日常生活ケアは心身の不安定さや苦痛などがある患者に対し、生命活動の回復や活性化を図ったり、生活様式を見据えたりしながらその人自身が生活行動を取り戻せるように支えることを通じて、その人の全体性の回復に働きかけるアートである。このアートは、病気からの回復のみならず人間らしさや自己を取り戻すなどその人の全体性の回復をもたらす、その人が生きる豊かさにまで波及する。」

2. 日常生活ケアモデルの構造

日常生活ケアモデルは、急性期の患者の回復に向けて看護師の実践を導くことをねらいとしている。本モデルは、急性期の患者の「生活」を統合的に捉えて日常生活ケアを実践するモデルである。このモデルは上段と下段に描いた図の組み合わせで構造化される。

上段に示した3層の円は、看護師が急性期の患者の「生活」を統合的に捉える視点を示している。上段の螺旋の矢印は本研究で明らかになった日常生活ケアのかかわりを示している。下段の図は上段の螺旋で示す日常生活ケアのかかわりを本研究で示した概念間の関係性に基づき具体化させたものである。

上段の図について、看護師は「生命活動」「生活行動」「生活様式」の重層的な視点で日常生活ケアを実践していることが示されたことから3つの重層構造とした。看護における日常生活ケアの中心的なかわりである「生活行動」を中央の円に位置づけた。一方、「生命活動」「生活行動」「生活様式」は互いに影響し合って明確な区別は困難であるため3つの円の境界は不鮮明な線で描いた。

仮モデルからの主な変更点は、急性期の患者の状況および日常生活ケアのかかわりとその効果を具体化し、図示したことである。急性期の患者の状況は、上段の3つの円にかかる上下の曲線で示した。このモデルでは患者の状況は左から右に向かって回復する流れを示しており、波線はケ

アを受ける前の患者が生活に変化がある状況を示す。急性期の患者は〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自己のコントロールを失いやすい〉など生命活動が脅かされることがあり、この曲線は一旦狭くなるが、日常生活ケアによって生活行動を取り戻し、《人間らしさや自己を取り戻す》《自身に関心が向く》など、もとの生活様式へと拡がりを取り戻すことから時間の流れとともに拡がる曲線で描いた。

次に螺旋で示した日常生活ケアのかかわりについて、仮モデルではアーチ型の矢印で段階的に進んでいくとしていた(図2)。しかしFWの相の事例は、【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】ことと同時に【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】かかわりをするなど、看護師は「生命活動」やその人の「生活様式」の両方を同時に視野に入れ「生活行動」を支えていた。また、このようなかかわりが《活力が湧き出る》《自身に関心を向ける》など、生命活動の活性化や人となりを取り戻すことへとつながることが示された。以上から、日常生活ケアのかかわりは仮モデルで想定していた一方向ではなく、双方向の螺旋で示すダイナミックさのあるものであった。この双方向の螺旋の矢印は、看護師の実践する日常生活ケアが患者の状況に応じてそれぞれを行き来し戻りつつ進むことを示している。

上段の3つの各円に配置されている四角は、「生命活動」「生活行動」「生活様式」の視点でのケアが目指す中心的な目標を示す。FWの相の事例は【心身の回復度合いを見て無理をさせない】【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】など、看護師はその人の「機能の維持」ではなく、生命活動が「回復」に向かうことを目指していることを示していたことから、生命活動の安定化や活性化を図るケアは「回復に向かう」ことを目標とした。また、看護師は「その人の能力に合わせる」というよりもその人が心身の回復をどう捉えるかを大事にし【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】かかわりをしていること、自立や依存というよりも【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】が示すように、その人自身が「生活行動を取り戻す」ようにかかわっていることが示された。したがって、生活行動を支えるケアの目標は「生活行動を取り戻す」とした。さらに【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】のように、看護師が危機をチャンスと捉えてその人が生きる豊かさまでも考慮していることが示されたことから、生活様式を見据えたケアの目標を「豊かに過ごす」とした。

IV. 考 察

A. 急性期看護における日常生活ケアモデルの特徴

本モデルの特徴は、急性期の日常生活ケアが「生命活動」「生活行動」「生活様式」の重層的な視点でいくつかの【日常生活ケアのアート】を組み合わせ実践されることにより、その効果が《その人の全体性の回復》にまで波及するという効果を示したことである。

生活には、生命体としての生命活動や食事や排泄などの生活行動、その人の生き方や価値観などの生活様式が含まれ、次元の異なる幾つもの層がある。重層的な視点で捉えてケアすることは、このような生活に含まれる層を段階的にみるのではなく、統合してその人を理解することである。本研究の結果は、看護師が患者の「生命活動」の回復を図った後に「生活行動」を拡大し、退院前に「生活様式」を意識してかわるというように必ずしも段階的にケアを進めるのではなく、重層的な視点で日常生活ケアを実践していること、およびその効果が《その人の全体性の回復》にまで波及することを示した。

例えばFWの相の1つめ、2つめの事例で示したように、患者の呼吸や血圧に変動がある状況であっても、看護師は呼吸状態や血圧を安定させて「生命活動」を回復させてから次の段階へと進めるわけではなかった。看護師は患者の身体を動かしながら「生命活動」の安定具合や回復具合を見ると同時に「生活様式」を見据えて、髭剃りや歩行を見守り「生活行動」を支えていた。その結果、患者は髭剃りを握る感覚や応答性などが蘇ったり、辛さが和らぎ歩こうという活力につながったりしていた。このように看護実践は患者の生活の一部を見て段階的に進めていくというよりはむしろ、その人の生活全体を捉えたかかわりであることを示している。

これまでの看護における人間理解に役立つ理論の多くは、人間の状況を階層構造として捉えている。例えば、看護で多く用いられているマズローの欲求段階説(Maslow, 1971/1987)は、人間の基本的なニーズを5つに分類し、生理的なニーズから自己実現のニーズといった低次なものから高次なものへと段階を進んでいくという階層構造を示している。また、患者の健康上の問題を見極め、問題解決を図るアプローチの仕方である看護過程や優先度の考え方も段階を進んでいくという階層構造に基づいている。

このような階層構造は、患者の心的状態やその人の問題を分析的に理解しやすい考え方として受け入れられている。しかしながら、それは必ずしもその人の全体性や実践の本質的な特徴を捉えているわけではない。Benner, et al. (2011/2012)が、熟練看護師が分析的な患者の全体的

な変化を認識し、状況の最善の解釈をしていると述べるように、熟練看護師の看護実践の本質的特徴は患者を統合的な視点で全体的に捉えるという見方である。

急性期にある患者の日常生活ケアを「生活」という重層構造で捉えてケアすることは患者という人間を統合的に理解し、全体性を捉えることに役立つ。本研究の結果が示していたように、患者の全体性を捉えることは、看護のアプローチ方法が変わることを意味し、それによって見えてくる反応や効果も違ってくる。例えば、本研究の《その人の全体性の回復》として概念化された《人間らしさや自己を取り戻す》《活力が湧き出る》などは、急性期にある患者にとって日常生活ケアがいかに人間性を保ち、患者の回復過程を促すかを示し、日常生活ケアの価値を示している。

日常生活ケアはこれまでの看護理論でも主要な概念として取りあげられており、「生活」を捉えることの重要性も述べられている。しかし、これまでの看護理論では「生活」を人間のニーズや能力の過不足に基づいて分類し、何のケアをするかに焦点が当てられていた(Henderson, 1969/2016; Orem, 2001/2005; Roper, Logan, & Tierney, 2002/2006)。また、これまでの急性期看護に関する研究は、症状や治療に伴う苦痛を軽減する看護師の判断に焦点が当てられており(朝倉・籠, 2013; 矢富, 2012), 日常生活ケアは副次的なものとして扱われてきた。日常生活ケアに焦点が当てられていても、食事や清潔などの一つの生活行動を支えるケアに特化して探求しているものが多く(Ohashi, 2014), その効果も心地よさをもたらす、食量が増加するなど限定的であり、その価値が十分に示せていなかった。本研究は、日常生活ケアを細分化せずに生活という全体的な視点で捉え、看護師がどのようにケアを実践するのか【日常生活ケアのアート】という概念で捉えてモデル化した。これにより、生活行動の自立といった限られた日常生活ケアの効果を示すだけではなく、その効果がその人らしさや人間性まで回復することを示した。

坂下(2017)は、看護師が排泄・食事など、患者の困りごとに細切れに対応しているのではなく、音楽のように1つ1つが調和されたときに患者を回復に向かわせることができると述べる。本研究の結果は、まさに坂下の述べるように日常生活ケアを全体として捉えることで意味を為すことを示したといえ、本モデルは急性期医療の場においても日常生活ケアが専門性のもとに行われ、人間の回復にとって重要な価値をもつことを示した。

B. Hybrid法を活用した本モデルがもたらす実践への示唆と今後の課題

本研究はHybrid法を活用し、理論の相・FWの相・統合の相の3つの段階を経て、概念を明確にした先行研究(高

橋, 2021)の結果を発展させ、モデル構築する独自の方法を試みた。このような理論構築の方法を用いたことにより、今日の医療状況における日常生活ケアのありようを実践に即した形で概念化し、関係性を図示することが可能となった。

Walker & Avant (2014)は理論構築とは実践の本質において鍵となる考えを明らかにし、表現する方法を提供することであると述べる(p. 1)。また、理論構築は、看護師がより複雑で洞察力のある方法で実践を理解するのを助けることが目的であるとも述べ(p. 2), 理論が実践に役立つことを示している。しかしながら日本の看護基礎教育において、大理論を教育しているにもかかわらず、実践でその理論が十分に活用されているとは言えない状況であり(城ヶ端・大川・井上, 2016), 理論と実践には距離がある。このような状況において、本研究が用いたHybrid法による理論構築の方法は、これまでの研究知見をもとにモデル案を作成し、実践事例を用いてモデルの内実を確かめるという研究を通じて理論化を図るものであり、看護学の理論・実践・研究が相互に関連し合っていることのありようを示すものとなる。このことは、今後、看護学の発展に向け、理論と実践の距離の取り方を議論していく1つの糸口になるのではないだろうか。

急性期医療が高度かつ複雑化する現在、日常生活ケアも機能別に実施されたり、医療に関する知識をもたない者に業務委譲されたりしている現状がある。このように専門分化された医療では患者はときに機械の部品のように非人間的に扱われ、部分的に回復することができても個を失いやすい状況になりかねない。しかし、本モデルは看護師が日常生活ケアを重層的な視点で行うことで、その効果が人間としての回復にまでつながることを示した。急性期の患者は主体性を奪われやすい状況であることから、人間性を保てたり、取り戻せたりすることがもつ意味は大きい。この重要性について、社会学者のFrank (1991/1996)は自らの病の苦痛体験をもとに、「患者の人間性が病いと回復の過程をとおして十分に認識されていたならば、この回復はじつにスムーズにすすむ」(p. 81)と述べている。

本モデルを活用することによって、急性期の患者を回復へとつなげる日常生活ケアの実践が可能になると考える。しかし、本モデルは限られた施設の看護師の実践をもとに構築されたものである。また、理論は実践で活用され検証されることによって実践に役立つものとなる。したがって、提示した急性期看護における日常生活ケアモデルは、あくまでも理論の初期段階であり、今後さらに洗練していくことが必要である。加えて、このモデルを理論として活用可能なものへと発展させるためには、多様な実践の場においてこのモデルがどのように活用できるのかを検証し、その効果を評価することが課題である。

結 語

Hybrid法を用いて、急性期看護における日常生活ケアとその効果との関係性を示すモデルを作成した。急性期の日常生活ケアモデルは、急性期の患者の生活を捉える視点として「生命活動」「生活行動」「生活様式」の3層構造で示され、看護師はこれらの重層的視点のもと〈急性期の患者の状況〉を捉え、いくつかの【日常生活ケアのアート】を同時に組み合わせて実践し、《その人の全体性の回復》へと導くという関係性で示され、この重層構造と概念間の関係性について図示した。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師・患者の皆様感謝申し上げます。本研究は、日本赤十字看護大学大学院博士論文の一部に加筆修正を加えたものであり、第39回日本看護科学学会学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 朝倉京子, 籠 玲子 (2013). 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. *日本看護科学会誌*, 33(4), 43-52.
- Barnum, B. S. (1998). *Nursing theory analysis · application · evaluation (5th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011)／井上智子監訳 (2012). *ベナー看護ケアの臨床知：行動しつつ考えること 第2版*. 東京：医学書院.
- Frank, A. W. (1991)／井上哲彰訳 (1996). *からだの知恵に聴く：人間尊重の医療を求めて*. 東京：日本教文社.
- Henderson, V. (1969)／湯楨ます・小玉香津子訳 (2016). *看護の基本となるもの*. 東京：日本看護協会出版会.

- 城ヶ端初子・大川眞紀子・井上美代江 (2016). 看護理論の発展経過と現状および展望. *聖泉看護学研究*, (5), 1-12. <https://doi.org/10.34359/00001178>
- Maslow, A. H. (1971)／小口忠彦訳 (1987). *人間性の心理学：モチベーションとパーソナリティ*. 東京：産業能率大学出版部.
- 縄 秀志 (2006). 術後患者の回復過程における腰背部温罨法ケアモデルの構築. *日本看護技術学会誌*, 5(2), 12-20. https://doi.org/10.18892/jsnas.5.2_12
- Ohashi, K. (2014). Effects of early morning care, named “Comfort upon Rising” care, on postoperative orthopedic ambulation and morning activity. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(4), 268-280. <https://doi.org/10.1111/jjns.12028>
- Orem, D. E. (2001)／小野寺杜紀訳 (2005). *オレム看護論：看護実践における基本概念*. 東京：医学書院.
- Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A. J. (2002)／久間圭子訳 (2006). *ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル：生活行為に基づくイギリスの看護*. 東京：日本看護協会出版会.
- 坂下玲子 (2017). 看護の力. *看護研究*, 50(3), 282.
- Schwartz-Barcott, D., & Kim, H. S. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (pp.129-159). New York: W.B. Saunders Co.
- 鈴木明美・米澤弘恵・石綿啓子・遠藤恭子・錦織正子 (2012). 看護師の自己充実的達成動機の強さによる生活行動援助の認識（職務特性）の比較. *獨協医科大学看護学部紀要*, 5(2), 87-101.
- 高橋智子 (2021). Hybrid法による急性期看護における日常生活ケアにかかわる概念の明確化：急性期看護における日常生活ケアの理論化に向けて. *日本看護研究学会雑誌*, 44(2), 211-222. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201124115>
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2014). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- 矢富有見子 (2012). クリティカルケア看護師における日常生活行動援助の特性に関する研究. *お茶の水看護学雑誌*, 7(1), 1-19.

[2021年1月28日受付]
[2021年11月12日採用決定]

Development of a Model for Daily Living Care in Acute Nursing: An Attempt to Construct a Theory Using a Hybrid Method

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 749-760
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211112167>

Tomoko Takahashi, PhD, RN

Tokyo Healthcare University Higashigaoka Faculty of Nursing, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study aims to show relationships between concepts related to daily living care and attempts to develop a theoretical model for daily living care in acute nursing. **Methods:** A hybrid method of theory construction is used to develop a model based on concepts clarified in previous studies. First, a tentative model is created by diagramming the nursing perspectives of daily life, the relationship between the situations of acute patients, and the content of daily living care practices. Second, the responses and effects of daily living care were explained using fieldwork examples. The results are then integrated to develop the model. **Results:** The model for daily living care in acute care nursing is presented as a three-layered structure consisting of “vital activities of living,” “activities of daily living,” and “personal living.” The model shows that nurses identify the properties of the “situation of the patients in an acute phase” from a three-layered perspective, then practice several “art of daily living care in acute nursing” to promote the “recovery of the integrity of the person.” **Conclusions:** This model demonstrates the value of daily living care in acute nursing by showing the multilayered structure of daily living care, and between daily living care and its effects.

Key words

theory development, theoretical model, critical care, daily living care, hybrid model

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

夫婦関係満足度が児の泣きに対する 育児困難感へ与える影響

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 761-770
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211115166>

大塩佳名子¹, 流郷千幸²

¹聖泉大学看護学部看護学科, ²名城大学人間健康学部看護学科

要 旨

目的：夫婦を対象にし、夫婦関係満足度が児の泣きに対する育児困難感へ影響を与えるかを明らかにすることである。方法：A県内で生後3～6か月の児をもつ父親および母親を対象とし、無記名自記式質問紙を配布した。質問紙は基本属性、夫婦関係満足度、児の泣きに対する育児困難感、対児感情（接近感情、回避感情）の3つを調査項目とし、重回帰分析、媒介分析を行った。結果：夫婦ともに回答のあった100人（父親50人、母親50人）から有効回答を得た。父親は夫婦関係満足度が父親の接近感情を媒介し、児の泣きに対する育児困難感に影響を与えていた。母親の児の泣きに対する育児困難感に影響を与えていたのは回避感情が最も強く、次いで接近感情、夫婦関係満足度であった。結論：父親・母親ともに夫婦関係満足度が児の泣きに対する育児困難に影響を与えていたことから、夫婦関係満足度を高めることで児の泣きに対する育児困難を軽減させることが示唆された。

キーワード

泣き、夫婦関係満足度、乳児

責任著者：大塩佳名子。Email: ooshio-k@seisen.ac.jp

緒 言

近年、国民の子ども虐待に対する意識が高まり、虐待の相談件数も年々増加の一途をたどっている。2019年度に児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は193,780件で、過去最悪の件数となった（厚生労働省, 2020）。中でも、死亡率の高い乳幼児頭部外傷／揺さぶられ症候群（以下、AHT/SBS）への予防対策は喫緊の課題である。AHT/SBSは児に激しい揺さぶりを加える身体的虐待の一種で、硬膜下血腫やくも膜下出血、眼底出血を生じ、死亡率は15～38%、発生頻度は1歳未満児の10万人に30人と推計される（藤原, 2016）。AHT/SBSはわが国でも死亡事例が毎年報告されているだけでなく、児の発達や知能指数にも影響するため、子ども虐待の中でも児への影響が大きいことが明らかにされている（関・小里・三宅・今田, 2012）。

AHT/SBSを引き起こす要因は児の泣きであり（藤原, 2016）、厚生労働省（2020）もAHT/SBSの加害動機の約半数が「児が泣き止まないことにいらだった」ためであると報告している。泣きは乳児が有する唯一のコミュニケーション手段であり、空腹や痛み、不快などの様々なニーズを他者に知らせている。特に生後2～3か月頃にはパープ

ルクライング期（The Period of PURPLE Crying）といわれる、泣き止ませようとしても何をしても泣き止まない特有の泣き行動が生じやすい（藤原, 2010）。母親は児が泣くことは当たり前と捉えている一方で、児の泣きを思い通りに対処できない場合は、焦りや苛立ちの感情を抱くとされる（堀越・常盤・國清・高津, 2016）。何をしても泣き止まない乳児に対して、7割以上の母親はイライラし、ストレスを感じている（川島・菅原, 2010）とされる。田淵ほか（2000）は児の泣きに対する母親の感情・情動として、かわいい等の受容的情動と憎たらしい等の非受容的情動が生じ、非受容的情動には泣きの解釈、泣きへの対応の経験不足、泣きへの対応に対する自信が持てないことが関連していることを明らかにしている。我が子の泣きの意味がわからない、泣きへの対応ができない、泣き止ませることに自信が持てない状況にあるほど、児の泣きに対する非受容的情動を示すため（田淵ほか, 2000）、AHT/SBSの先行要因である児の泣きに対する非受容情動を軽減するためには、児の泣きに対する育児困難感を軽減することが重要であるといえる。

児の泣きに対する育児困難感を軽減する必要性は母親にとどまらない。児の泣きに対しては夫婦間で異なる認知プロセスをしており、乳児が泣いても積極的に介入しない父

親が一定の割合で存在すること（小山・森山・小林・小原・西野，2020），母親が不在時の泣き声をより不快に感じていること（大澤・宮本，2019）が明らかになっている。父親は自身を育児の補助的な担い手であるという認識であり，実際に児の泣きの場面に遭遇すると困難が生じる可能性がある（原沢ほか，2016）。児の泣きを先行要因として生じる AHT/SBS の加害者も実父や母親の交際相手など男性が 6 割以上を占めている現状（厚生労働省，2020）もふまえると，母親だけでなく父親も児の泣きに対する育児困難感を軽減することが必要であると考えられる。

また，夫婦は子どもの誕生によって，その家族の形態を大きく変化させる。家族発達理論では，第 1 子の誕生により夫婦は親としての役割を意識し，夫婦間で役割分担を行いながら家族全体の生活行動を拡大していくが，そのためには夫婦の相互理解が求められる（鈴木，渡辺，佐藤，2019）。そのため，家族が夫婦 2 者から 3 者関係に変化するにあたり，父親への支援と合わせて夫婦のパートナーシップへの支援が必要である（阿川・中山，2020）。さらに，子どもが増えるごとに育児や家事の負担が増大するため，夫婦間で役割分担を行いながら養育期の発達課題を達成することが望まれる（鈴木ほか，2019）。夫婦には出産直後から，産後クライシスと呼ばれる危機が訪れるが，乳幼児期に夫婦が協力して育児を行うことで愛情が回復する（渥美，2013）。よって，第 1 子に限らず夫婦での役割調整を通じ，良好な夫婦関係を築くことが重要である。夫婦関係満足度が高い父親は育児行動や育児困難時の行動を取ることが明らかになっている（小野寺，2020）。さらに，対児感情が回避傾向の強い父親は児の泣きに対しても否定的な感情を抱き，育児を苦手と感じている（角森・山口，2012）。このことから，夫婦関係満足度，対児感情，児の泣きに対する育児困難感には関連があると考えられる。しかし，これらの関連について夫婦を対象に分析を行った研究は見当たらない。特に夫婦に関しては妻，夫を個々に分析した研究が多いが，夫婦関係は相互で与える影響も大き

いため（萩原・小林，2020），同一夫婦を対象とした研究の推進が望まれる。そこで本研究では夫婦を対象にし，夫婦関係満足度が児の泣きに対する育児困難感にどのように影響を与えるのかを明らかにすることを目的とする。その結果により，AHT/SBS の予防について父親を含めた保健指導の示唆を得る。

I. 用語の操作的定義

夫婦：本研究における夫婦は，法律上の婚姻または事実上の婚姻にて，生活共同体を行う男女で，児の父親および母親にあたるものとする。

夫婦関係満足度：先行研究では夫婦の関係性に関する 6 つの定義が存在するが（萩原・小林，2020），その中でも夫婦の絆に着目し，諸井（1996）の「夫婦が互いに理解し，信頼しあっていることを夫婦満足としてとらえ，夫婦の関係全体の良さ」という定義を用いる。

児の泣きに対する育児困難感：Tabuchi & Shimada（2006）の「泣きに伴う育児に対する自信感や困難さ，および泣きに対する困難な感情やストレス」という定義を用いる。なお，児は乳児に限定する。

対児感情：児に対する感情について，父親にも使用することが可能な花沢（1992）の「乳児に抱く父親および母親の感情で，肯定的な感情と否定的な感情の双方」という定義を用いる。

II. 本研究の枠組み

先行研究では夫婦関係満足度と対児感情の関連，対児感情と児の泣きへの感情との関連が明らかにされているため，図 1 のとおり概念枠組みを仮定した。本研究では夫婦関係満足度が対児感情に影響し，それが児の泣きに対する育児困難感に影響すると考えた。

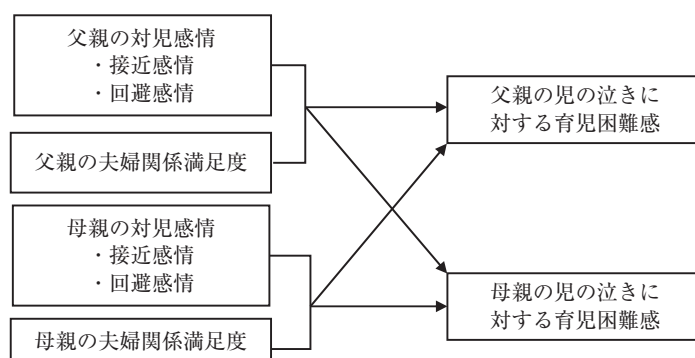


図 1 本研究の概念図

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象者

本研究の選定基準として、AHT/SBSの好発年齢とされる生後3～6か月の児をもつ父親および母親とした。A県内の市町のうち、研究承諾を得られた4か月児健康診査会場2か所と子育て教室1か所に来所した422人に質問紙を配布した。ただし、多胎児は乳児が同時に泣く場合があることから、単胎で出生した児と状況が異なるため、研究の対象から除いた。

2. 調査方法

無記名自記式質問紙調査とした。研究趣旨への同意を得られた母親または父親に、夫婦2名分の質問紙および封筒を持ち帰ってもらった。記入後の質問紙は、夫婦別々の封筒を用い、郵送法で回収した。調査期間は2018年4～9月とした。

3. 調査内容

質問紙は基本属性と3つの尺度で構成している。

(1) 基本属性

父親および母親の年齢、勤務状況、泣きの量が多いと感じるか、対象の子どもの月齢、出生順位、住環境、家族構成の7項目とした。

(2) 夫婦関係満足度

諸井(1996)の「夫婦関係満足尺度」を用いた。これは夫婦それぞれに用いることができ、信頼性(α 係数.93)が検証されている尺度である。質問項目は「私と夫(妻)の関係は、非常に安定している」等の6項目から構成されており、各項目について4段階(1～4点)で評価し合計得点を算出する。6～24点を得点範囲とし、点数が高いほど夫婦関係が安定していることを示す。

(3) 児の泣きに対する育児困難感

Tabuchi & Shimada (2006)の「児の泣きに対する母親の育児困難感尺度」を用いた。これは母親を対象にした尺度であるが、研究者間で質問項目について父親も回答可能であることを検討し、信頼性(α 係数.84)も検証されていることから、開発者の許可を得て父親にも用いた。この尺度は「子どもが泣くと、私はどうすればいいか」等の11項目から構成されており、各項目について4段階(1～4点)で評価し合計得点を算出する。11～44点を得点範囲とし、点数が高いほど児の泣きに対する育児困難感が高いことを示す。

(4) 対児感情

花沢(1992)の「対児感情尺度」を用いた。これは夫婦それぞれに用いることができ、信頼性(α 係数.84)が検証されている尺度である。この尺度は「あたたかい」等の

児を肯定し、受容する感情を示す接近得点、「にこらしい」等の児を否定し、拒否する感情を示す回避得点からなる。接近得点および回避得点はそれぞれ14の形容詞から構成され、各項目について4段階(0～3点)で評価し合計得点を算出する。0～42点を得点範囲とし、各点数が高いほど児への肯定的な感情、否定的な感情が高いことを示す。

4. 分析方法

父親の夫婦関係満足度、母親の夫婦関係満足度、父親の対児感情、母親の対児感情を独立変数とし、父親、母親それぞれの児の泣きに対する育児困難感を従属変数として、t検定、Mann-Whitney U検定、Spearmanの順位相関係数を用いて関連要因を分析した。また、使用した3つの尺度は父親、母親それぞれの α 係数を算出し、信頼性の検討を行った。加えて、多重共線性を考慮しながら重回帰分析を行った。分析には統計ソフトSPSS Ver. 26を用いた。さらに、夫婦関係満足度が対児感情を媒介して児の泣きに影響している可能性を検証するために媒介分析を行った。媒介分析には統計プログラムHAD (Ver. 16)を使用した。

5. 倫理的配慮

本研究は聖泉大学研究倫理委員会の承認を得て行った(承認番号:018-005)。対象者である母親には協力願いの文書により、研究者が口頭で研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険等について説明を行った。父親については、同意の得られた母親に説明文を持ち帰ってもらい文書による説明とした。質問紙は無記名とし、本調査への協力は自由意志であり拒否をしても不利益を被らないことを保証した。研究対象者はこの内容を理解し、研究に参加することに同意する場合は、質問紙への回答および質問紙の研究同意欄にチェックしてもらうことで同意を得た。さらに、夫婦関係満足度や育児に関してネガティブな思いが表現される可能性があることから、夫婦それぞれで色分けした質問紙を用意し、個別の封筒を用いて返送してもらうことで夫婦それぞれの回答がお互いにわからないようにした。なお、質問紙は夫婦の組み合わせがわかるようにナンバリングを施すことを対象者に同意を得て実施したが、個人は特定できないようにした。

質問紙など紙媒体については研究室の鍵のかかる棚にて厳重に保管し、データは厳格なアクセス権限の管理を行うとともに、インターネットに接続しないパソコンを用いて入力を行った。データの開示や破棄の要望が生じた場合には、質問紙に付されている番号を伝えることで辞退可能とした。調査終了後、データの入っているUSBおよび質問紙は鍵のかかる場所に5年間保存した後、データの消去および質問紙の断裁処理により復元できない状態にして廃棄する。

IV. 結 果

回収数121人（父親54人，母親67人）回収率28.7%のうち，夫婦ともに回答が得られ，本研究に同意のあった100人（父親50人，母親50人），有効回答率82.6%を分析対象とした。

1. 対象者の属性

対象者の夫婦の概要を表1に示す。父親の平均年齢は 33.40 ± 4.86 歳，母親の年齢は 32.14 ± 4.58 歳であった。勤務状況では，父親はフルタイムが78.00%，母親はなし・育休が64.00%と最も多かった。児の泣きについて多いと感じるかという質問では，多いとは感じないが父親・母親ともに半数以上であった。

子どもの平均月齢は $4.04 \pm .45$ か月であり，母親において，出生順位は第1子が60.00%を占めた。家族形態では核家族が多く，90.00%を占めていた。

2. 対象者の各尺度得点（表2）

児の泣きに対する育児困難感について， α 係数は父親・母親ともに.84であり，信頼性があると判断した。得点は父親が 25.64 ± 5.20 点，母親が 25.78 ± 4.47 点であり，2群間に有意差は認められなかった（ $p = .68$ ）。

対児感情について， α 係数は父親が.85，母親が.84であり，信頼性があると判断した。接近感情得点では父親が 28.02 ± 8.29 点，母親が 28.68 ± 8.13 点であり，有意差はみられなかった（ $p = .65$ ）。回避感情得点では父親が 8.48 ± 5.04

表1 対象者の属性

N=100

	父親			母親		
	小計 (n=50)	4か月児健診 (n=47)	子育て教室 (n=3)	小計 (n=50)	4か月児健診 (n=47)	子育て教室 (n=3)
	mean $\pm$ SD 人 (%)	mean $\pm$ SD 人 (%)	mean $\pm$ SD 人 (%)	mean $\pm$ SD 人 (%)	mean $\pm$ SD 人 (%)	mean $\pm$ SD 人 (%)
年齢 (歳)	33.40 ± 4.86	33.43 ± 4.95	33.00 ± 4.00	32.14 ± 4.58	32.11 ± 4.62	32.67 ± 4.73
勤務状況						
なし・育休	3 (6.00)	3 (6.38)	0 (0.00)	32 (64.00)	31 (65.96)	1 (33.33)
パート・アルバイト	2 (4.00)	1 (2.13)	1 (33.33)	4 (8.00)	4 (8.51)	0 (0.00)
フルタイム	39 (78.00)	37 (78.72)	2 (66.67)	11 (22.00)	9 (19.15)	2 (66.67)
その他	6 (12.00)	6 (12.77)	0 (0.00)	3 (6.00)	3 (6.38)	0 (0.00)
児の泣きについて						
多いと感じる	9 (18.00)	7 (14.89)	2 (66.67)	7 (14.00)	7 (14.89)	0 (0.00)
多いとは感じない	27 (54.00)	27 (57.45)	0 (0.00)	29 (58.00)	27 (57.45)	2 (66.67)
どちらともいえない	14 (28.00)	13 (27.66)	1 (33.33)	14 (28.00)	13 (27.66)	1 (33.33)
出生順位						
第1子	29 (58.00)	26 (55.32)	3 (100.00)	30 (60.00)	27 (57.45)	3 (100.00)
第2子	18 (36.00)	18 (38.30)	0 (0.00)	17 (34.00)	17 (36.17)	0 (0.00)
第3子以上	3 (6.00)	3 (6.38)	0 (0.00)	3 (6.00)	3 (6.38)	0 (0.00)
住環境						
戸建て	29 (58.00)	28 (59.57)	1 (33.33)	29 (58.00)	28 (59.57)	1 (33.33)
集合住宅	21 (42.00)	19 (40.43)	2 (66.67)	21 (42.00)	19 (40.43)	2 (66.67)
家族形態						
核家族	44 (88.00)	41 (87.23)	3 (100.00)	45 (90.00)	42 (89.36)	3 (100.00)
拡大家族	6 (12.00)	6 (12.77)	0 (0.00)	5 (10.00)	5 (10.64)	0 (0.00)

表2 対象者の各尺度得点の比較

N=100

	父親 (n=50)	母親 (n=50)	
	mean $\pm$ SD	mean $\pm$ SD	p 値*
児の泣きに対する育児困難感得点	25.64 ± 5.20	25.78 ± 4.47	.68
夫婦関係満足度得点	20.72 ± 3.16	19.22 ± 3.30	.02
対児感情得点			
接近感情得点	28.02 ± 8.29	28.68 ± 8.13	.65
回避感情得点	8.48 ± 5.04	6.86 ± 4.75	.11

*p 値：児の泣きに対する育児困難感得点，対児感情得点はMann-WhitneyU検定，夫婦関係満足度はt検定

点, 母親が 6.86 ± 4.75 点であり, 父親の方がやや高い傾向がみられたが, こちらも有意差はみられなかった ($p=.11$)。

夫婦関係満足度について, α 係数は父親・母親ともに.87であり, 信頼性があると判断した。得点の平均点は, 父親が 20.72 ± 3.16 点, 母親が 19.22 ± 3.30 点で, 父親の方が有意に高かった ($p=.02$)。

3. 児の泣きと各要因との相関関係

父親・母親の児の泣きに対する育児困難感と各要因との相関を表3に示す。父親の児の泣きに対する育児困難感得点と強い負の相関が認められたのは, 父親の接近感情得点 ($r=-.49, p=.00$), 父親の夫婦関係満足度得点 ($r=-.40, p=.00$), 母親の夫婦関係満足度得点 ($r=-.36, p=.01$)

であった。

母親の児の泣きに対する育児困難感得点では, 母親の回避感情得点と強い正の相関が認められた ($r=.64, p=.00$)。さらに, 母親の夫婦関係満足度得点と強い負の相関 ($r=-.53, p=.00$) がみられ, 父親の夫婦関係満足度得点とやや強い負の相関がみられた ($r=-.36, p=.00$)。

4. 児の泣きに対する育児困難感との関連要因 (表4)

児の泣きに対する育児困難感との関連要因を探るために, 父親の接近感情得点, 父親の回避感情得点, 父親の夫婦関係満足度得点, 母親の接近感情得点, 母親の回避感情得点, 母親の夫婦関係満足度得点の6つの要因を独立変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。

表3 児の泣きに対する育児困難感と各要因との相関

N=50

項目	児の泣きに対する育児困難感得点			
	父親		母親	
	r	p値	r	p値
父親の要因				
児の泣きに対する育児困難感得点	—	—	.25	.08
夫婦関係満足度得点	-.40	.00	-.36	.00
対児感情得点				
接近感情得点	-.49	.00	-.12	.20
回避感情得点	.12	.39	.14	.30
母親の要因				
児の泣きに対する育児困難感得点	.25	.08	—	—
夫婦関係満足度得点	-.36	.01	-.53	.00
対児感情得点				
接近感情得点	-.26	.07	-.18	.23
回避感情得点	.12	.42	.64	.00

r: Spearmanの順位相関係数

表4 児の泣きに対する育児困難感に及ぼす影響 (重回帰分析)

N=50

項目	児の泣きに対する育児困難感得点			
	父親		母親	
	β	p値	β	p値
父親の要因				
夫婦関係満足度得点	-.18	.26	-.20	.12
対児感情得点				
接近感情得点	-.46	.01	.18	.20
回避感情得点	.29	.04	-.18	.11
母親の要因				
夫婦関係満足度得点	.00	.98	-.27	.02
対児感情得点				
接近感情得点	-.05	.72	-.27	.01
回避感情得点	-.01	.96	.60	.00
R^2	.40		.62	
調整済み R^2	.30		.56	

重回帰分析 (強制投入法), β : 標準化係数

多重共線性を回避するために、独立変数間の相関を検討した結果、父親の接近感情得点と父親の夫婦関係満足度得点の相関係数 ($r = .44$, $p = .00$)、父親の接近感情得点と母親の夫婦関係満足度得点との相関係数 ($r = .42$, $p = .00$)、父親の夫婦関係満足度得点と母親の夫婦関係満足度得点との相関係数 ($r = .52$, $p = .00$) は.70を下回り、非常に強いといえるものではないことから共線性なしと判断した。

父親の児の泣きに対する育児困難感得点には、父親の接近感情得点 ($\beta = -.46$, $p = .01$) が最も関連し、次いで父親の回避感情得点 ($\beta = .29$, $p = .04$) が関連していた。一方で、母親の夫婦関係満足度や母親の対児感情といった母親の要因は関連が低い結果となった。

母親の児の泣きに対する育児困難感得点には、母親の回避感情得点 ($\beta = .60$, $p = .00$) が最も関連し、次いで母親の接近感情得点 ($\beta = -.27$, $p = .01$)、母親の夫婦関係満足度得点 ($\beta = -.27$, $p = .02$) が関連していた。一方で、父親の夫婦関係満足度や父親の対児感情といった父親の要因は関連が低い結果となった。

なお、父親の児の泣きに対する育児困難感得点を従属変数とした重回帰分析の調整済み R^2 は.30、母親の児の泣きに対する育児困難感得点を従属変数とした重回帰分析の調整済み R^2 は.56であり、モデルの適合度は妥当と判断した。

5. 対児感情を媒介とした夫婦関係満足度と児の泣きに対する育児困難感について

父親の児の泣きに対する育児困難感との関連要因が当初の概念図では説明できなかったことから、モデルの調整を行うため、夫婦関係満足度得点が児の泣きに対する育児困難感得点に及ぼす影響について、対児感情による媒介分析を行った結果を図2に示す。まず、父親の児の泣きに対する育児困難感を目的変数に、次いで父親の夫婦関係満足度を説明変数にした回帰分析を行った。この結果、父親の夫婦関係満足度得点は父親の児の泣きに対する育児困難感得点を有意に予測していた ($\beta = -.47$, $p = .00$)。

さらに、父親の接近感情を説明変数に追加した結果、父親の接近感情得点は父親の児の泣きに対する育児困難感得点を有意に予測し ($\beta = -.36$, $p = .01$)、一方で父親の夫婦関係満足度得点は非有意になった ($\beta = -.27$, $p = .06$)。

間接効果の検定 (Bootstrap法, サンプル回数: 2,000回) の結果、95%信頼区間 (-0.66 , -0.10) は0を含んでおらず、父親の接近感情得点の有意な媒介が認められた。

父親の回避感情得点についても同様の手法で媒介分析を行ったところ、父親の夫婦関係満足度得点は父親の回避感情得点を有意に予測しておらず ($\beta = .01$, $p = .96$)、媒介は認められなかった (図3)。さらに、母親の夫婦関係満足度が母親の児の泣きに対する育児困難感に及ぼす影響に

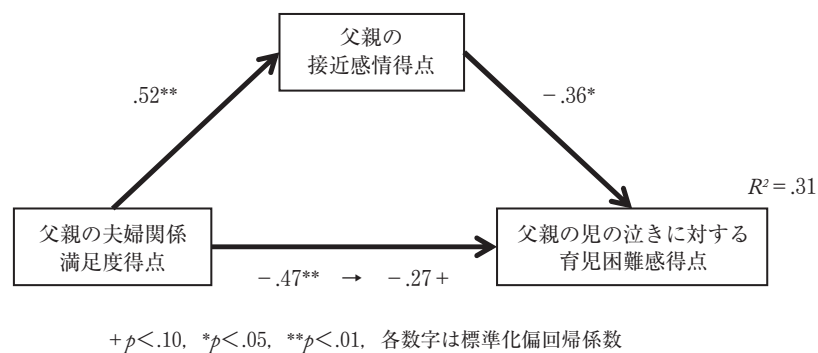


図2 父親の児の泣きに対する育児困難感得点と夫婦関係満足度の媒介効果 (接近感情)

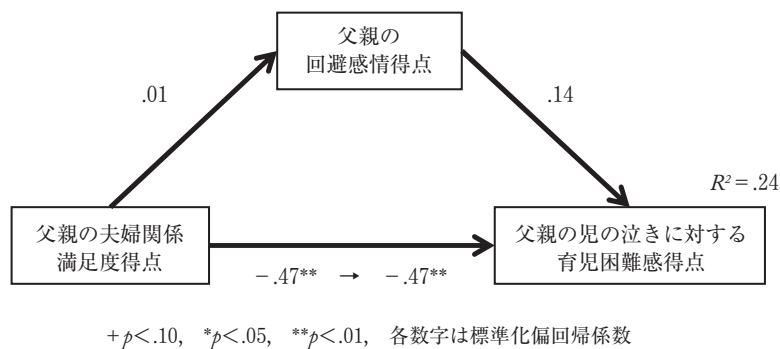


図3 父親の児の泣きに対する育児困難感得点と夫婦関係満足度の媒介効果 (回避感情)

ついて、母親の対児感情得点が媒介しているか媒介分析を行ったが、母親の夫婦関係満足度は母親の対児感情得点を有意に予測しておらず（接近感情得点： $\beta = .17$, $p = .24$; 回避感情得点： $\beta = .23$, $p = .12$ ）、こちらも媒介は認められなかった。

V. 考 察

1. 対象者の背景

本研究における対象者の平均年齢は、父親が33.40歳、母親が32.14歳であり、核家族が90.00%であった。2019年度の国民生活基礎調査において、子どものいる家庭のうち核家族世帯は82.5%を占めており、本研究の対象者は核家族世帯がやや多い傾向がみられた。子どもの特徴としては、第1子が約60.0%、第2子が約35.0%であり、第2子までがほとんどを占めていた。また、児の泣きについて多いと感じる父親は18.00%、母親は14.00%であり、父親・母親ともに児の泣きを特別多いとは感じていなかった。一方で、児の泣きに対する育児困難感の平均得点は父親が25.64点、母親が25.78点であり、父親と母親の得点に有意差は認められなかった。このことから、父親と母親の児の泣きに対する育児困難感は同程度であると考えられた。

2. 父親の児の泣きに対する育児困難感に与える影響

(1) 対児感情の影響

本研究の結果から父親の児の泣きに対する育児困難感には、父親の接近感情が最も影響し、次いで父親の回避感情が影響していた。高木（2018）によると、父親は産後の子どもへの感情の変化が母親以上に大きく、産後には子どもへの接近感情が上昇し、回避感情が大きく低下することを述べている。また、河本・田中・杉下・松生（2018）は父親が育児への戸惑いや不安といったマイナスの感情に対し、育児経験を通して我が子がかわいいなどの児への愛着が高まり、父親としてマイナスの感情に折り合いをつけることができるようになることを報告している。本研究においても、父親は回避感情よりも接近感情がマイナス感情に強く影響し、接近感情が児の泣きに対する育児困難感を軽減すると考えられる。

(2) 夫婦関係満足度の影響

父親の児の泣きに対する育児困難感と父親の夫婦関係満足度、母親の夫婦関係満足度には相関関係がみられたが、重回帰分析の結果、父親および母親の夫婦関係満足度は直接影響していなかった。父親の夫婦関係満足度には母親の夫婦関係満足度の影響が大きい（藤田ほか, 2014）ことから、本研究でも同様に互いに影響し合い、父親の児の泣きに対する育児困難感に関連することが考えられた。しか

し、父親の児の泣きに対する育児困難感には母親の夫婦関係満足度が関連するものの、強く影響するのは父親自身の要因であることが示唆された。

また、媒介分析の結果、父親の夫婦関係満足度は、父親の接近感情を媒介して児の泣きに対する育児困難感に影響を与えていた。杉山・後閑（2012）は父親意識の発達に対する促進因子として子どもの愛着、良好な夫婦関係を報告している。また、岡田・西村・村田・松井（2018）は父親役割の先行要件に良好な夫婦関係があり、帰結には子どもへの愛着があることを述べており、本研究も父親の夫婦関係満足度が接近感情に影響するという点で先行研究を支持するものとなった。よって、父親は夫婦関係満足度の高い状態から児に対する肯定的・受容的な感情を抱き、そのことが児の泣きに対する育児困難感を抑制することにつながると考えられた。

3. 母親の児の泣きへの育児困難感に与える影響

(1) 対児感情の影響

重回帰分析の結果から、母親の児の泣きに対する育児困難感には母親の回避感情の影響が最も強く、次いで母親の接近感情、母親の夫婦関係満足度の順に影響がみられた。母親の回避感情が最も影響した背景に、本研究に参加した母親の約9割が核家族であったことや、母親のほとんどが無職または育休を取得していたことから、母親が主たる育児者として子育てをしており、母親は父親よりも児と接する時間や児の泣きにさらされる時間が長いと考えられる。母親は児の泣きをコントロールしなければいけないと考える一方で、泣きに対処できないと児への否定的な感情につながる（堀越ほか, 2016）が報告されている。加えて、本研究の対象となった4か月前後の児はパープルクライング期に該当するため、母親は泣きに対して毎回思い通りに対処できるとは言い難い。よって、母親は毎日の育児から思い通りにできない児の泣きに遭遇することが多く、そのことが児を否定し、回避する感情と関連していると考えられる。

(2) 夫婦関係満足度の影響

媒介分析では母親の対児感情と母親の夫婦関係満足度の影響がみられず、重回帰分析で影響があったことから、母親の夫婦関係満足度は直接児の泣きに対する育児困難感に影響していた。また、母親の児の泣きに対する育児困難感に対して母親の夫婦関係満足度、父親の夫婦関係満足度は相関関係がみられたが、重回帰分析の結果、影響を与えていたのは父親と同様に母親の要因のみであった。母親の児の泣きに対する育児困難感には、児を否定するネガティブな気持ちが最も影響するが、そこに児を受容する感情と夫婦の関係の良さの2つのポジティブな感情が加わること

で、母親の児の泣きに対する育児困難感を予測することが可能であると考え。川鍋（2010）は生後2か月の児をもつ母親の、子どもの泣き声に対するネガティブな受けとめについて、児への感情のみにとどまらず夫婦間の気持ちにも働いていると報告しており、本研究でも同様に影響を与えることが示唆された。母親は何をしても泣き止まない乳児の特有の泣きから、児を回避する感情が児の泣きに対する育児困難感に最も影響するが、児を肯定する気持ちや夫婦関係満足度が高いことで泣きに対するネガティブな思いを軽減できると考えられる。

4. 父親・母親への児の泣きに対する育児困難感を軽減するための支援

本研究の結果から、父親・母親いずれも夫婦関係満足度が児の泣きに対する育児困難感に影響していた。児の泣きはAHT/SBSの先行要因であり、児の泣きに対する育児困難感を抑えることはAHT/SBS予防の一助となるため、児を育てる夫婦に対して支援を行う専門職は、夫婦関係満足度にも留意しながら関わるのが望まれる。特に、2019年の母子保健法改正に伴い、子育て世代包括支援センターの全国整備が進んでいる。子育て世代包括支援センターでは、すべての妊婦の状況を把握する手段のひとつとして、保健師が保健指導を行いながら母子健康手帳の交付を行っている。また、妊娠中に夫婦で参加する両親学級を開催している自治体も多い。妊娠初期の夫婦関係を聴取することはより安全な養育環境の整備に向けた支援につながるためにも重要であり（中板・佐野，2012）、母子健康手帳の交付時や両親学級の際に専門職が夫婦関係満足度を確認することで、産後の支援に活かすことが大切である。

さらに、父親は夫婦の関係性の良さが児への接近感情に影響し、そのことが児の泣きに対する育児困難感に影響しており、母親は夫婦関係満足度が直接児の泣きに対する育児困難感に影響していた。夫婦関係満足度を高めるには、妊娠期以前からの関わりも必要である。わが国の動向として、成育医療等基本方針において「男女を問わず、総合支援や健診等を通じ、将来の妊娠のための健康管理に関する情報提供を推進するなど、プレコンセプションケアに関する体制整備を図る」としている。プレコンセプションとは、女性やカップルを対象として将来の妊娠のための健康管理を促す取り組みであり（厚生労働省，2021）、これらを通して夫婦関係満足度が向上し、夫婦で取り組む育児の負担や困難を乗り越えていくことが考えられるため、青年期からの啓発が重要である。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究はA県内の乳幼児健診等を受診した父親・母親を対象に局限しており、すべての乳児をもつ父親・母親を代表するものではない。また、夫婦ともに返信があったのは関係性の良い夫婦である可能性がある。分析においては、子どもの人数を調整していないことから、児の泣きに対する育児困難感に影響を与える要因についてさらなる検討が必要である。さらに、本研究は横断研究であることから、夫婦関係満足度が児の誕生によってどのように変化してきたかを計ることはできない。今後は助産師等とも連携して対象を拡大し、妊娠期から出産後にかけて夫婦関係満足度を縦断的に調査しながら、児の泣きに対する育児困難感を探索する必要があると考える。

結 語

生後3～6か月の児をもつ父親と母親の夫婦関係満足度が、児の泣きに対する育児困難感に与える影響について検討した結果、以下の内容が明らかになった。

1. 父親の児の泣きに対する育児困難感に影響を与えていたのは、父親の接近感情と父親の回避感情であった。また、父親の夫婦関係満足度は、父親の接近感情を媒介して、父親の児の泣きに対する育児困難感に影響を与えていた。
2. 母親の児の泣きに対する育児困難感に影響を与えていたのは、母親の接近感情、母親の回避感情、母親の夫婦関係満足度であった。
3. 父親・母親ともに夫婦関係満足度が児の泣きに対する育児困難感に影響を与えていたことから、夫婦関係満足度を高めることが児の泣きに対する育児困難を軽減させることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、お忙しい中、本研究への協力を受託し、質問紙にご記入くださいました保護者の皆様に感謝いたします。また、調査にご協力くださいました保健センター等、対象施設の保健師の方々に深く感謝いたします。なお、本研究は修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ取

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

- 阿川勇太, 中山美由紀 (2020). 出産家族における家族の発達課題に対する父親の取り組み. *家族看護学研究*, 25(1-2), 189-200.
- 渥美由喜 (2013). 女性の愛情曲線と産後クライシス. *チャイルドヘルス*, 16(4), 275-277, 東京: 診断と治療社.
- 藤田優一, 西村明子, 勝田真由美, 石原あや, 末原紀美代, 大橋一友 (2014). 産後4か月の乳児をもつ父親の夫婦関係満足度への影響要因. *日本看護学会論文集 母性看護*, 44, 34-37.
- 藤原武男 (2010). 新しい乳幼児揺さぶられ症候群の予防戦略: 「パープルライニング期」教材による介入研究. *子どもの虐待とネグレクト*, 12(1), 78-87.
- 藤原武男 (2016). 日本における揺さぶりの実態とリスク要因: 予防に関するエビデンス. *子どもの虐待とネグレクト*, 18(1), 38-42.
- 萩原結花, 小林康江 (2020). 妊娠期から育児期における夫婦関係尺度の文献検討. *山梨大学看護学会誌*, 19(1), 9-15.
- 花沢成一 (1992). *母性心理学*. 61-91, 東京: 医学書院.
- 原沢尚子, 櫻井沙知, 岡本美和子, 利岡万里子, 内藤智子, 久保絹子 (2016). “乳幼児揺さぶられ症候群予防プログラム”実践後の初産婦とパートナーの気付きと変化. *日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション*, 46, 73-76.
- 堀越摂子, 常盤洋子, 國清恭子, 高津三枝子 (2016). 生後1か月の乳児の泣きに関する母親の認識. *The Kitakanto Medical Journal*, 66(1), 23-30.
- 角森輝美, 山口洋史 (2012). 男性への視点を加味した妊娠期父親・母親の「親力育ち」支援に関する基礎的研究: 対児感情と赤ちゃん泣き声に対するイメージの分析をとおして. *社会福祉学*, 53(3), 46-56.
- 河本恵理, 田中満由美, 杉下征子, 松生晴海 (2018). 父親になるプロセス. *母性衛生*, 58(4), 673-681.
- 川鍋紗織 (2010). 第1子出産前後における女性の家族関係の認識: 私・夫・子の三者関係の視点から. *母性衛生*, 51(2), 359-366.
- 川島裕子, 菅原陽子 (2010). 子どもが泣きやまない時の対応の実態調査: 乳幼児揺さぶられ症候群の学習プログラムを受講した母親と未受講の母親との比較. *日本看護学会論文集 小児看護*, 41, 101-104.
- 厚生労働省 (2020). 令和元年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数〈速報値〉. <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000824239.pdf> (参照2020年12月15日)
- 厚生労働省 (2021). 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf> (参照2021年5月23日)
- 厚生労働省子ども家庭局 (2020年9月30日). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第16次報告). 厚生労働省. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190801_00001.html (参照2020年12月15日)
- 小山里織, 森山雅子, 小林佐知子, 小原倫子, 西野泰代 (2020). 乳児の泣きに対する父親の認知プロセスの特徴: 夫婦の情報共有との関連から. *健康科学研究*, 3(2), 75-88.
- 諸井克英 (1996). 家庭内労働の分担における衡平性の知覚. *家族心理学研究*, 10(1), 15-30.
- 中板育美, 佐野信也 (2012). 産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠要因に関する研究: 子ども虐待防止の視点から. *小児保健研究*, 71(5), 737-747.
- 岡田麻代, 西村香織, 村田美代子, 松井弘美 (2018). 父親役割の概念分析. *母性衛生*, 59(2), 398-405.
- 小野寺京子 (2020). 父親の育児家事行動の認識と父母の夫婦関係満足度: 育児期の夫婦を対象に. *日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション*, 50, 95-98.
- 大澤ちひろ, 宮本信也 (2019). 乳児の泣き声に対する両親の情動反応. *子どもの虐待とネグレクト*, 21(1), 80-89.
- 関真由美, 小里國恵, 三宅 愛, 今田義夫 (2012). 乳幼児揺さぶられ症候群を理由に乳児院に入所したケースの背景と子どもの発達: 過去の入所ケースの基本的データから. *子どもの虐待とネグレクト*, 14(2), 245-251.
- 杉山希美, 後閑容子 (2012). 父親の役割獲得に関する文献検討. *岐阜看護研究会誌*, 4, 59-68.
- 鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子 (2019). *家族看護学 理論と実践 第5版*. 46-60, 東京: 日本看護協会出版会.
- 田淵紀子, 島田啓子, 亀田幸枝, 坂井明美, 炭谷みどり, 笹川寿之 (2000). 生後1ヶ月児の泣きに対する母親の感情・情動反応 (Emotional responses of mothers to their crying one-month-old infants). *金沢大学医学部保健学科紀要*, 24(1), 105-112.
- Tabuchi, N., Shimada, K. (2006). Development of a scale of mothers' childcare difficulty feeling toward their infants' crying. *金沢大学つるま保健学会誌*, 30(2), 179-192.
- 高木悦子 (2018). 妊娠期と産後における父母の健康度と子どもへの感情との関連. *小児保健研究*, 77(6), 641-648.

〔2021年2月5日受付〕
〔2021年11月15日採用決定〕

Impact of Marital Relationship Satisfaction on Feelings of Parenting Difficulty in Response to a Child Crying

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 761-770
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211115166>

Kanako Oshio, MSN, PHN¹, Chiyuki Ryugo, PhD, RN²

¹Department of Nursing, Faculty of Nursing, Seisen University, Shiga, Japan

²Department of Nursing, Faculty of Human Health Sciences, Meio University, Okinawa, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to determine whether satisfaction in a marital relationship has an impact on feelings of parenting difficulty in response to a child crying. **Methods:** A self-administered questionnaire was distributed to mothers and fathers of children aged three to six months in Prefecture A, Japan. The questionnaire included questions on the following attributes: feelings of parenting difficulty in response to a child crying, parents' feelings toward their children (feelings of closeness and avoidance), and satisfaction in their marital relationship. Multiple regression and mediation analyses were conducted on the data. **Results:** Valid responses were obtained from 100 individual respondents (50 fathers and 50 mothers). Marital relationship satisfaction mediated fathers' feelings of closeness toward their child and influenced feelings of parenting difficulty in response to their child crying. Feelings of avoidance was the strongest factor that influenced mothers' feelings of parenting difficulty in response to their child crying, followed by feelings of closeness, and satisfaction in their marital relationship. **Conclusions:** Marital relationship satisfaction had an impact on parenting difficulties in response to a child crying in both fathers and mothers, suggesting that improving marital relationship satisfaction could reduce parenting difficulties in such situations.

Key words

crying, Marital relationship satisfaction, infant

Correspondence: K. Oshio. Email: ooshio-k@seisen.ac.jp

発達障害特性が感じられる看護師への 合理的配慮を含めた現任教育の現状と課題 —看護管理者の認識による実態調査から—

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 771-781
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211106169>

西田千夏¹, 合田友美²

¹藍野大学医療保健学部看護学科, ²千里金蘭大学看護学部看護学科

■要 旨

目的: 発達障害特性が感じられる看護師への合理的配慮を含めた現任教育に関する実態調査から、その現状と課題を明らかにする。**方法:** 看護師長等の看護管理者へ、無記名自記式質問紙による調査を実施した。調査内容は、発達障害の診断を受けていることを申告、または「発達障害特性があるのではないか」と看護管理者が感じる看護師の特性や教育上の配慮、合理的配慮に関する考え、等である。**結果:** 看護管理者の認識する課題には、コミュニケーションの取りづらさ、本人が特性を自覚する必要性、他の看護スタッフとの関係、および合理的配慮の周知が存在した。**結論:** 合理的配慮を申告しやすいシステム作りと、感情に焦点を当てすぎない面接により本人の自覚を促すことが必要である。発達障害特性について学びを深め、他のスタッフと一緒に解決方法を探り、到達目標の具体化と業務・環境調整の重要性が示唆された。

■キーワード

発達障害特性, 合理的配慮, 現任教育, 看護管理者

責任著者: 西田千夏. Email: c-nishida@ns-u.aino.ac.jp

I. 研究背景

近年、コミュニケーションや多重課題を苦手とする自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症などの発達障害の特性が周知されるようになり、小中高、大学・短期大学・高等専門学校では発達障害のある児童・生徒・学生への合理的配慮が義務づけられている。合理的配慮とは、障害者の権利に関する条約において「障害者が他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」と定義され（外務省, 2014）、学校教育機関における合理的配慮の内容は、①教員・支援員等の確保、②施設・設備の整備、③個別の教育支援計画や個別の指導計画に対応した柔軟な教育課程の編成や教材等の配慮、とされている（文部科学省, 2010）。看護基礎教育機関においても発達障害のある学生への支援が進んでおり、一例として行動をイメージできるチェックリストの使用や（遠藤, 2018）、実習場面での受け持ち患者選定の配慮などが実施されている（小川, 2017）。

教育機関だけでなく行政機関等および事業者においても

合理的配慮を行うことは法的義務であるため（厚生労働省, 2016）、看護師が従事する病院等の組織でも、発達障害特性のある職員への合理的配慮が求められる。しかしながら看護師には、高度化・複雑化する医療の中での臨機応変な対応力や、多様な苦痛を抱える患者・多くの他職種とのコミュニケーション力が必要とされるため、コミュニケーションや多重課題を苦手とする特性に「どこまで配慮するのか」という教育する側の葛藤が生じると考えられる。

発達障害の自己申告がある看護師は少ないと推測されるが、近年、発達障害特性のある看護師への教育方法の具体を示した文献は増加している（大宮, 2019; 北川, 2019）。このことから、発達障害特性のある看護師への教育方法を知りたい、という現場のニーズは高いことが窺える。一方で、看護現任教育における困難さや実施している配慮、ならびに合理的配慮に関する看護師の認識等についての研究論文は見当たらない。教育方法の知識が文献等で得られたとしても、その実践を促す環境や妨げる背景を知らなければ、発達障害特性のある看護師やその指導に当たるスタッフに適した教育の実践は不可能となる。

発達障害者の職業生活への満足度と職場の実態に関する調査研究（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

障害者職業総合センター, 2015)によると, 当事者の離職で一番多い理由に周囲の理解がないことが挙げられており, 北川(2020)も職場の人間関係における問題と対応に言及している。したがって, 発達障害特性のある看護師への看護現任教育への課題は, 周囲との関係を含めて検討する必要がある。合理的配慮を含めた個別の配慮が実施できる現場は, 発達障害特性のある看護師だけでなく他の看護師にとっても働きやすい環境であり, それは患者への安全・安楽な看護提供につながると考えられる。以上のことから, 看護管理者が“発達障害特性があるのではないか”と感じる看護師への合理的配慮を含めた看護現任教育の現状や課題を明らかにすることは, 看護現場にとって意義があると言える。

Ⅱ. 研究目的

発達障害特性が感じられる看護師への合理的配慮を含めた現任教育の現状と課題について, 看護管理者への実態調査から明らかにする。

Ⅲ. 用語の定義

1. 合理的配慮

合理的配慮とは, 障害者の権利に関する条約(平成18年国連採択 平成19年日本で批准)第2条において「障害者が他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享有し, 又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって, 特定の場合において必要とされるものであり, かつ, 均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう」と定義され, 行政機関や事業者には「当該障害者に対して合理的配慮をしなければならない」と定められている(障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律第7条)。なお, 「雇用の分野での合理的配慮の提供義務」(厚生労働省, 2016)によると, 合理的配慮は「本人からの申告がある者」とされている一方で, 「労働者本人からの申し出の有無に関わらず, 事業主から障害者に対して, 職場で支障となっている事情の有無を確認する」とも定められている。本研究においては, 一般的な合理的配慮について論じる部分と「診断の有無にかかわらず発達障害特性の申告のあった者」への配慮に「合理的配慮」を使用し, その対象以外の者に対する配慮は, 「配慮」と表記する。

2. 発達障害／発達障害特性

本研究における「発達障害」とは, 米国精神医学会DSM-5(American Psychiatric Association, 2013/2014, pp.49-64)における自閉スペクトラム症(以下「ASD」), および注意

欠如・多動症(以下「AD/HD」)とする。「発達障害特性」とは発達障害と診断される行動特性を指すが, 本研究では, 発達障害申告があった, または申告はなくとも発達障害特性が感じられるスタッフ看護師に対して「研究対象者が認識する発達障害特性」として定義する。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙による実態調査研究

2. 研究対象者

研究対象者は近畿圏周辺の病院・診療所・施設・訪問看護ステーション等に勤務する看護師長, 診療所や訪問看護ステーションでの施設看護管理者とする(以下「看護管理者」)。

研究対象者選定理由は, 看護業務は病棟・施設により業務が大きく異なることから現任教育の課題に違いがあると考えられ, 病棟・施設の看護管理者への調査によりそれぞれの部署の特徴を踏まえた課題を知ることができるためである。また, 看護管理者はスタッフを統括する立場であり, 現任教育に携わる主任やプリセプターの業務内容・教育方法を熟知していると考えられるためである。

3. 調査期間

2019年12月から2020年10月

4. 調査方法

調査票の項目を作成し, 総合病院看護師長2名, クリニックの看護師長1名にプレ実施の上意見を聴取し, 項目等修正を行った。

病院・診療所・訪問看護ステーションの看護部長(看護局長)・看護管理者へ, 研究目的・研究方法について文書・口頭にて説明し, 同意の有無を電話・メール等で確認した。同意が得られた後, 看護部長等へ対象者人数分の調査票を送付し, 対象者への配布を依頼した。調査票には切手を貼付した返信用封筒を同封し, 郵送での返送とした。

研究説明文には, 研究目的, 方法, 研究参加の自由, 無記名であり個人は特定されないこと, 回答の有無は他者に知られないこと, 調査票の回答と送付をもって同意を得たことを明記した。

5. 調査内容(質問項目)

(1) 属性

性別, 年齢, 看護師経験年数, 現在の役職, 役職の従事年数, 所属病院・施設の形態(病院の場合病床数・診療

所・訪問看護ステーション等), 診療科(内科系・外科系等)について, 適当なものの単一回答とした。

(2) 発達障害の申告があった看護師, または発達障害特性があると感じられる看護師の特性, 教育の困難さ, 合理的配慮の有無

過去3年間, 自分の部署で発達障害の申告があった看護師, または, 申告は受けていないが「発達障害特性があるのではないかと対象者が感じる看護師がいたかを尋ねた。「いた」と答えた回答者へ, 教育における困難さや実施している配慮の程度について「6. 非常にあてはまる」～「1. まったくあてはまらない」の6件法で尋ねた。

(3) 「教育が難しい」と感じられる発達障害特性

米国精神医学会DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013/2014) に記載されているASD (pp.49-50) とAD/HD (pp.58-59) の診断基準と児童精神科医のスーパーバイズをもとに発達障害に特徴的な行動特性を20項目作成した。「教育が難しい」と感じられる発達障害特性項目を複数回答し, その中でも特に難しいと感じられる特性を3つ以内で選んでもらった。

(4) 発達障害特性を感じられる看護師への教育で心掛けていること (自由記述)

(5) 発達障害特性を感じられる看護師に関する他の看護スタッフからの相談頻度と内容

看護現任教育への課題を周囲との関係から検討するため他の看護スタッフからの相談内容の頻度を「4. よくある」～「1. 全くない」の4件法で, 相談内容は自由記述で回答してもらった。

(6) 合理的配慮に関する考え

合理的配慮に関する自分の理解や考えについて6つの質問項目を設定し, 「6. 非常にあてはまる」～「1. まったくあてはまらない」の6件法で実施した。

(7) 発達障害特性を感じられる看護師への教育に関する日頃の思い (自由記述)

6. 分析方法

統計解析ソフトは, IBM SPSS Statistics version 27を用いて各属性の人数・割合を算出した。「発達障害の申告があった看護師, または発達障害特性があると感じられる看護師の特性, 教育の困難さ, 合理的配慮の有無」と「合理的配慮に関する考え」は, 質問各項目の中央値・最頻値を算出した。合理的配慮の有無自由記述部分は, 記載内容を意味内容に区切った上で類似性に基づいて整理し, 類似性を言い表すサブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリーをまとめ, 総括された意味内容を示すカテゴリーを導き出し, 各カテゴリーの記載内容を抜粋して示した。分析は, 研究者間でデータを読み込み, 意味内容を示すカテ

グライズかの検討を重ね, 看護管理者経験のある研究者のスーパーバイズを受けて実施した。これらによって, 発達障害特性の感じられる看護師への現任教育, 合理的配慮の現状と課題を分析した。

7. 倫理的配慮

研究目的・方法, 研究参加の任意性と撤回の自由, 研究に参加しなくても職場などから不利益は受けないこと, および本研究への参加は, 調査票の回答と送付をもって同意を得たとすることを研究説明書に記載した。研究説明書と調査票の表紙に, 他者の目につかない場所で回答し, 速やかに封をして返信するよう記載した。

本研究は, 宝塚大学看護学部・助産学専攻科研究倫理委員会による承認を得た (承認番号: 2019-研倫-3)。

V. 結 果

以下, 自由記述部分のカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、記載内容は「 」として記述する。「発達障害特性を感じられる看護師」を示す言葉を「本人」とする。

1. 回収率・有効回答率

回収率59.3% (配布数135, 回収数80), 有効回答率58.5% (有効回答数79) であった。

2. 対象者の属性

役職は病棟師長が78.5%, 所属施設の形態は200床以上の病院が88.6%と, 多くを占めていた。その他属性を表1に示す。

3. 発達障害の申告があった看護師, または発達障害特性があると感じられる看護師の特性, 教育の困難さ, 合理的配慮の有無

発達障害の申告があった看護師がいると答えたのは9名 (11.4%) であり, 発達障害特性があると感じられる看護師がいると答えたのは51名 (64.6%) であった。その看護師への教育上の困難さや, (合理的) 配慮について6件法で尋ね, 各質問項目の中央値, 最頻値を表2に示す。

4. 「教育が難しい」と感じる特性

発達障害特性20項目のうち, 「『教育が難しい』と感じられる発達障害特性」を複数回答してもらった結果, および「『特に教育が難しい』と感じられる発達障害特性」を3つ回答してもらった結果は, 表3-1, 表3-2の通りであった。

表1 属性

N=79

質問項目	選択肢	回答数 (回答率)
性別	男性	1 (1.3)
	女性	78 (98.7)
年齢区分	40歳未満	1 (1.3)
	40歳以上50歳未満	39 (49.4)
	50歳以上60歳未満	38 (48.1)
	60歳以上	1 (1.3)
看護師経験年数	10年以上20年未満	5 (6.3)
	20年以上30年未満	48 (60.8)
	30年以上40年未満	25 (31.6)
	40年以上	1 (1.3)
現在の役職	看護副部長	1 (1.3)
	病棟師長	62 (78.5)
	病棟副師長	2 (2.5)
	外来師長	6 (7.6)
	地域連携室・入退院支援室師長	3 (3.8)
	診療所・施設・訪問看護ステーション看護管理者	3 (3.8)
	その他	2 (2.5)
役職経験年数	10年以上	18 (22.8)
	5年以上10年未満	21 (26.6)
	3年以上5年未満	14 (17.7)
	1年以上3年未満	13 (16.5)
	1年未満	13 (16.5)
所属施設形態	病院 (200床未満)	1 (1.3)
	病院 (200床以上)	70 (88.6)
	診療所	3 (3.8)
	訪問看護ステーション	2 (2.5)
	未記入	3 (3.8)
所属部署	内科系	9 (11.4)
	外科系	15 (19.0)
	小児科系	5 (6.3)
	産科・婦人科系	9 (11.4)
	手術室	4 (5.1)
	集中治療室	11 (13.9)
	外来	13 (16.5)
	その他 (救急推進担当, リハビリ科など)	11 (13.9)
	未記入	2 (2.5)

表2 発達障害の申告があった看護師,
または発達障害特性があると感じられる看護師の特性, 教育の困難さ, 合理的配慮の有無

質問項目	選択肢	中央値	最頻値
発達障害の申告があった看護師 がいる N=9	その看護師は自分の特性を理解している	3	5
	その看護師への教育は難しい	5	6
	その看護師へ合理的配慮を行っている	4	4
「発達障害特性があるのではない か」と感じる看護師がいる N=51	その看護師は自分の特性を理解している	3	3
	その看護師への教育は難しい	5	5
	その看護師へ配慮を行っている	4	4

表 3 - 1 「教育が難しい」と感じられる発達障害特性

*複数回答 N=59

選択肢	回答数 (各項目59人中に占める割合)
15. 何度も同じことを指導しているが同じ失敗を繰り返すと感じる	46 (78.0)
17. 急な変更への対応が苦手だと感じる	44 (74.6)
12. 細やかな注意ができず, ケアレスミスをしやすいと感じる	42 (71.2)
20. 仕事の優先順位を決めることが苦手だと感じる	41 (69.5)
18. 段取りを自分で考えて計画的に仕事をするのが苦手だと感じる	39 (66.1)
1. 他者の気持ちが読めないと感じる	38 (64.4)
2. その場にふさわしくないコミュニケーションを取ると感じる	37 (62.7)
7. 一つのことにこだわる傾向があると感じる	35 (59.3)
10. 環境の変化への適応が苦手だと感じる	34 (57.6)
13. 指示された仕事を忘れることが多いと感じる	31 (52.5)
3. 他者への共感が乏しいと感じる	30 (50.8)
4. その場にふさわしくない言葉を突発的に口にすると感じる	29 (49.2)
19. 一つのことをすると, 他にしなければならぬことを忘れやすいと感じる	29 (49.2)
5. 言葉の裏にある意味を考えられないと感じる	28 (47.5)
11. 集中を持続することが困難だと感じる	25 (42.4)
6. 同じことの繰り返しは得意だと感じる	23 (39.0)
16. 相手の話を遮って自分の言いたいことを言うと感じる	23 (39.0)
14. 動き回って落ち着きがないと感じる	21 (35.6)
9. 話しかけても, 他のことに集中していて返事をしないことが多いと感じる	18 (30.5)
8. 音や光, 色や形に敏感であると感じる	1 (1.7)

表 3 - 2 「特に教育が難しい」と感じられる発達障害特性

*3 つ以内で選択 N=59

選択肢	回答数 (各項目59人中に占める割合)
15. 何度も同じことを指導しているが同じ失敗を繰り返すと感じる	24 (40.7)
1. 他者の気持ちが読めないと感じる	21 (35.6)
2. その場にふさわしくないコミュニケーションを取ると感じる	16 (27.1)
18. 段取りを自分で考えて計画的に仕事をするのが苦手だと感じる	15 (25.4)
12. 細やかな注意ができず, ケアレスミスをしやすいと感じる	14 (23.7)
20. 仕事の優先順位を決めることが苦手だと感じる	14 (23.7)
17. 急な変更への対応が苦手だと感じる	10 (16.9)
3. 他者への共感が乏しいと感じる	8 (13.6)
5. 言葉の裏にある意味を考えられないと感じる	8 (13.6)
7. 一つのことにこだわる傾向があると感じる	7 (11.9)
13. 指示された仕事を忘れることが多いと感じる	5 (8.5)
16. 相手の話を遮って自分の言いたいことを言うと感じる	5 (8.5)
10. 環境の変化への適応が苦手だと感じる	4 (6.8)
11. 集中を持続することが困難だと感じる	4 (6.8)
4. その場にふさわしくない言葉を突発的に口にすると感じる	3 (5.1)
14. 動き回って落ち着きがないと感じる	2 (3.4)
9. 話しかけても, 他のことに集中していて返事をしないことが多いと感じる	1 (1.7)
19. 一つのことをすると, 他にしなければならぬことを忘れやすいと感じる	1 (1.7)
6. 同じことの繰り返しは得意だと感じる	0
8. 音や光, 色や形に敏感であると感じる	0

5. 発達障害特性が感じられる看護師への教育で心掛けていること

自由記述で記載した回答者は59名であり、カテゴリー【理解を促すための丁寧で分かりやすい伝え方】【相手を尊重し思いを引き出す】【他の看護スタッフとの人間関係や業務の調整】が抽出された。結果を表4に示す。

6. 発達障害特性が感じられる看護師について、他の看護スタッフからの相談頻度と内容

他の看護スタッフから相談を受ける頻度は回答者59名中、よくある26 (44.1%)、時々ある24 (40.7%)、ほとんどない8 (13.6%)、全くない1 (1.7%)であった。相談内容を分析した結果を表5に示す。

7. 合理的配慮に関する考え

「合理的配慮は必要だと思う」は中央値4であったが、「合理的配慮の具体的方法が分からない」は5であり、必要性を感じながらも方法が分からないという現状があった。結果を表6に示す。

8. 発達障害特性が感じられる看護師への教育に関する日頃の思い

自由記述で記載した回答者は45名であった。カテゴリー【本人への教育の難しさ】【職場環境の調整にまつわる葛藤や工夫】【研修会や他機関との連携の必要性】が抽出された。分析した結果を表7に示す。

9. 結果のまとめ

過去3年間で発達障害の申告があった看護師がいると答えたのは9名(11.4%)と少数であった。申告はないが発達障害特性が感じられる看護師と比較した本人の特性理解や教育の難しさ、(合理的)配慮の有無の中央値は同じ値であり、本研究においては申告の有無でのそれらの項目での差は認められなかった。

看護管理者にとって「教育が難しい」と感じられる発達障害特性は、「何度も同じことを指導しているが同じ失敗を繰り返すと感じる」が最も高い項目であった(表3-1)。その特性に対応する看護管理者の実践として【理解を促すための丁寧で分かりやすい伝え方】(表4)があった。「教育が難しい」と感じられる発達障害特性で他に上位に挙がった項目は「急な変更への対応が苦手だと感じ

表4 発達障害特性が感じられる看護師への教育で心掛けていること

N=59 カウント数85

カテゴリー	サブカテゴリー	カウント	記載内容(抜粋)
理解を促すための丁寧で分かりやすい伝え方	繰り返し、細かく声掛けし説明する	16	・声掛けを多くして、細かく、具体的に。 ・わかりやすい言葉で、くり返し根気よく怒らずに説明する。
	指示された内容の受け止め方や結果を確認する	6	・理解しているか、実施後の結果を確認する。 ・重要な仕事のあとには必ずチェックをする。
	必要なことははっきり伝える	6	・患者からのクレーム、苦情はそのまま伝え、事実を共有している。
	タイミングを逸しない関わり	4	・可能な限りケア場面の確認をして、その場でアドバイスする。
	相手のペースで一つずつ伝える	3	・そのスタッフに合ったスピードで、1つ1つ分かりやすく教える。
	長期・短期目標・スケジュールの明確化	2	・成長を個別に見定め、スモールステップ、長期プランで、できることを確実に行ってもらう。
	視覚に訴える伝え方	1	・可視化する。
相手を尊重し思いを引き出す	相手を尊重し承認する	12	・できるようになったことをほめ、承認する。 ・達成感を持ってもらう。
	穏やかに待ち、見守る	8	・落ち着けるよう静かな環境でゆったり話すようにしている。
	思いや考えを聞く	5	・訴えや希望を時間を掛けて聞く。 ・先入観を持たない。
	自己の振り返りを一緒に行う	5	・振り返る時間を多くとり、思いを組みとるようにしている。 ・自分で気づけるように振り返りシートを作成し活用している。
他の看護スタッフとの人間関係や業務の調整	業務内容の調整	8	・本人と面談の上、自分一人で行う業務とそうでない業務を伝えている。 ・患者選定に配慮する。単純作業の繰り返し、フリー業務などを担ってもらう。
	他の看護スタッフからの理解・協力を得る	6	・皆が同じペースで成長しなくてもよいこと、見合った業務の割り振りをしていることを指導者に繰り返し説明する。
	特別扱いせず公平に関わる	3	・本人が特別扱いされているように感じないよう配慮している。

る」,「細やかな注意ができず, ケアレスミスをしやすいく感じる」,「仕事の優先順位を決めることが苦手だと感じる」であったが, 特に指導が困難な3項目を選択してもらった場合は(表3-2),「他者の気持ちが読めないと感じる」などのコミュニケーションに関する項目よりも割合が低かった。看護管理者が看護スタッフから受ける相談(表5)でも〈コミュニケーションの取りづらさによる不安や業務への影響〉は多くを占めており, コミュニケーションでの特性が, 特に教育を難しいと感じさせる課題として浮かび上がった。

看護管理者が, 発達障害特性が感じられる看護師について他のスタッフから受ける相談頻度は高かった。その内容は, 【チームでの業務遂行に対して感じる困難感】【上司の

方針・指導方法・評価を知りたい】に分類され(表5), 看護管理者は【他の看護スタッフとの人間関係や業務の調整】(表4)を実施していた。

【本人への教育の難しさ】には,「自身の課題を課題として認識できていないのでギャップがある」という〈本人が特性を自覚する必要性〉があったが, 看護管理者は〈特性に応じた指導・関わり方への模索〉をしており, 【研修会や他機関との連携の必要性】への言及もあった(表7)。

合理的配慮に関する考えの結果(表6)からは,「合理的配慮」の言葉や意味が周知されていないことや,「具体的方法が分からない」ことが窺えた。「勉強会があったら, 参加したいと思う」の中央・最頻値は「当てはまる」が多かった点から, 看護管理者は合理的配慮について学ぶ必要

表5 発達障害特性が感じられる看護師について, 他の看護スタッフからの相談内容

N=59 カウント数97

カテゴリー	サブカテゴリー	カウント	記載内容(抜粋)
チームでの業務遂行に対して感じる困難感	コミュニケーションの取りづらさによる不安や業務への影響	33	・コミュニケーション能力がなく, 患者, 医師, 他部門からの苦情が出る。 ・表情がなく感情が分からない。 ・返事がないので怖いと感じる。 ・自分の意見に固執し, カンファレンスが成立しない。 ・攻撃的に言われる。 ・「知らない」「聞いていない」など反発される。
	理解・分析・判断力不足による業務遂行や指導の難しさ	31	・何度説明しても実施していなかったり, 同じミスを繰り返すので大変。 ・初めての技術も自分でやろうとしてしまう。 ・できないことをうまくいえず業務の優先順位を考えられない。 ・自分のタイミングでやりたいことをしようとしてしまう。 ・インシデント内容の情報共有や分析ができない。
	患者対応に関する困難さ	14	・患者さんへ間違ったことを言わないかハラハラしてしまう。 ・その看護師を担当にしないでと患者から言われた。 ・声掛けが不十分でケアが雑なので患者さんに迷惑がかかる。
	フォローの仕事が増えることでの負担	9	・その看護師のミスを代わりに行ったり, 謝罪するのがジレンマになる。 ・一緒に夜勤をすることが不安。
上司の方針・指導方法・評価を知りたい	評価を知りたい	3	・どのように評価しており, どのような対応をしていく方針か。
	指導方法について教えて欲しい	3	・責任のある仕事を任せるときの支援や指導方法について教えて欲しい。
	仕事内容や待遇面での不公平感	2	・なぜ仕事ができないのに常勤で自分たちより給料がいいのか。
	看護職としての適性について	2	・看護職には向いていないのではないのか。

表6 合理的配慮に関する考え

N=79

質問項目	中央値	最頻値
自分は「合理的配慮」に対する知識はあると思う	3	3
自分以外の看護スタッフには,「合理的配慮」に対する知識はあると思う	3	3
発達障害特性のある看護師に対する「合理的配慮」は必要だと思う	4	4
発達障害特性のある看護師に対する「合理的配慮」の具体的方法が分からない	5	5
発達障害特性のある看護師に「合理的配慮」をするには, 組織の体制が整っていないと思う	5	5
発達障害特性のある看護師への現任教育に関する研修や勉強会があったら, 参加したいと思う	5	5

表7 発達障害特性が感じられる看護師への教育に関する日頃の思い

N=45 カウント数56

カテゴリー	サブカテゴリー	カウント	記載内容（抜粋）
本人への教育の 難しさ	特性に応じた指導・関わり方への模索	21	・看護師間では「この子はこのような特性なので仕方がない」と受け取れるが、患者、家族の場合はそうはいかない。 ・その子にあった指導方法を病棟内で話しあい取り組んできたが、結局退職した。病棟スタッフ一同どうすればよかったのかと悩んだ。 ・安全を考えると、無理とを感じる場面もある。 ・特性に合わせた活かし方があると思うが、具体的方法が分からず、教育する側の負担もかなり大きい。
	本人が特性を自覚する必要性	6	・本人から言い出せるシステム作りが必要。 ・診断がついていない看護職者への対応に苦労している。自身の課題を課題として認識できていないのでギャップがある。
職場環境の調整 にまつわる葛藤 や工夫	適性に応じた職場選択	10	・急性期病院では難しく、小規模施設で個人の特性をゆっくり見る時間が確保できる施設の選択も必要と考える。 ・「適材適所」が一番だと思っているが、組織の中で適所を見つけることが難しい。他の施設や職業も考えてほしいが、なかなか受け入れてもらえない。 ・色々と配慮したがナースとしては難しく、事務的な部署へ行ってもらった。そこで頑張っている。
	他の看護スタッフとの関係における ジレンマ	5	・業務調整配慮を行っているが、給与など他の看護師と同じでよいのか考える。資格があっても役割は果たせない。 ・指導を頑張ったプリセプターが落ち込むので、サポートする必要がある。 ・スタッフの負担を考えるとジレンマが日々ある。病棟全体の調和が乱れる。
研修会や他機関 との連携の必要 性	看護基礎教育機関での教育課題や臨 地との連携	7	・学生時代の気になる特性が明らかに分かっている場合など、多少の情報共有も必要。
	発達障害や合理的配慮に関する知識 や研修の必要性	6	・自分が発達障害特性に対する知識が不足している。合理的配慮という言葉についても正しく理解できていなかった。研修などがあれば参加したい。
	専門家が介入する必要性	1	・特性が個性として捉えられ、周囲の人もそれを理解すると両者とも良い環境になると思う。しかし、その判断が難しく専門家による介入が必要。

性を感じているものの、体制の整備や「本人から言い出せるシステム作りが必要」（表7）という課題が示された。

VI. 考 察

本研究結果から明らかになった発達障害特性の感じられる看護師への現任教育の課題解決に向けて、合理的配慮の周知、本人の特性に応じた関わり方、チーム間の調整の視点から考察する。

合理的配慮は、障害があり本人からの申告がある者を対象とするため（厚生労働省、2016）、障害を申告していない者への配慮は法律で定められる合理的配慮には含まれない。しかし申し出がない者に何もしないのではなく、「労働者本人からの申し出の有無に関わらず、事業主から障害者に対して、職場で支障となっている事情の有無を確認する。全従業員への一斉メール送信、書類の配付、社内報等の画一的な手段により、合理的配慮の提供の申し出を呼びかけることが基本となる」と定められている（厚生労働

省、2016）。本研究では「合理的配慮」が周知されていないことや本人から言い出せるシステム作りが必要といった結果があり、今後は、配慮の申し出によって不利益を被らないという周知によって、申告しやすい環境を作る必要があると考えられる。

申告は、本人が自分の特性を理解しておかなければ難しいと考えられる。発達障害学生への就労支援では本人による特性の自覚が課題とされており（山下、2020）、本研究でも自由記述で〈本人が特性を自覚する必要性〉が挙げられていたことから、本人が自分の得意・不得意について自覚することは仕事の責任を果たす上で重要な要素であると考えられる。一方で本研究では、申告がある場合と、申告はないが発達障害特性が感じられる看護師での「本人の特性理解」や「教育の難しさ」、「（合理的）配慮の有無」には差は認められなかったため、本人の自覚や申告の有無によっての配慮内容の違いについて、さらなる検証が必要と考える。

発達障害特性のある人の中には、自分の思いを振り返る

ことがあまり得意ではなく（川上, 2021）、職場での特別扱いや支援を頑強に拒むことも少なくないことから（吉川, 2019）、周囲の対応によって自覚を促すことは難しい側面がある。末吉・柘植（2020）は発達障害の学生への就労支援での面談方針として、「本人の漠然とした感想や考えではなく、実際に起こった具体的エピソードを中心に振り返る」「なぜできなかったのかという理由を聞きたくなるが、そこを我慢して事実を追っていく面談をする」「できたことの理由を聞くと答えやすい」と述べている。このことから、指導者や看護管理者による発達障害特性の感じられる看護師との振り返り場面でも、できなかった理由や感情に焦点を当てすぎないことが振り返りを有効に行う一方策と考えられる。また、自覚を促すための方法として、標準化された認知特性検査の利用を挙げている研究者もある（佐藤, 2020；鈴木, 2019）。WAIS-IV 知能検査なら、言語理解、知覚推理、ワーキングメモリー、処理速度の4つの要素を確認でき、こういった検査を特性のあるなしにかかわらず全体に実施することで、自分の苦手・得意の自覚に繋がると考えられる。

発達障害特性の感じられる看護スタッフに対する支援の一つに、「課題を具体的ににする」という方法がある（川上, 2021）。厚生労働省（2014）が作成した「新人看護職員研修ガイドライン改訂版」では新人看護師の態度・技術・管理的側面での到達目標が挙げられており、看護職員として必要な基本姿勢と態度について「患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する」という到達目標がある。発達障害特性の中には、こういった態度が受容的・共感的なのか分からない場合があるので、例えば「話を聴く時は腕組みやのけぞることなく、若干前のめりで目線を合わせて聴く」「患者が苦痛を訴えているときは頷きながら聴き、時期・部位・程度の情報を聴き取ることができる」など目標の具体化が必要と考える。しかしながら現任教育でここまでの具体化は難しいという現状があり、こういったコミュニケーション部分を具体化した上での教育は、大学や専門学校など看護基礎教育分野で実施する必要があると考える。そしてできるだけ具体化した評価項目を設定するとともに、複雑な状況でない患者を受け持つなどの業務調整が重要になるだろう。

業務調整を行った時に他のスタッフから挙がる声が〈フォローの仕事が増えることでの負担〉〈仕事内容や待遇面での不公平感〉である。そこで看護管理者は〈他の看護スタッフからの理解・協力を得る〉ために「皆が同じペースで成長しなくてもよいこと、見合った業務の割り振りをしていることを指導者に繰り返し説明する」といった対応を実施していた。看護管理者にとってスタッフ対応は困難なことも多いが、看護管理者に気兼ねなく相談できる環境は、

スタッフにとって心理的安全が守られているチーム環境であると言える。Edmondson（2012/2014, pp.162-171）は、職場での心理的安全によるメリットとして、率直に話すことが奨励される点を述べている。鹿島・舟島・中山（2019）の「職場の『働きやすさ』評価尺度－病院スタッフ看護師用－」にも「私の職場には、快く相談にのってくれる同僚や上司がいる」という項目があり、率直に話してくれることを看護管理者が重視している姿勢を示すことが、他のスタッフの心理的安全となる。そして、Edmondson（2012/2014, p352）が「問いかけは相手を尊敬し向上心を促すもの」と述べているように、指導場面の具体例を聴かせてもらいながら一緒に解決方法を探る姿勢が、他のスタッフを育てることになると考えられる。

一緒に解決法を探るためには発達障害特性への知識が必要になるが、他のスタッフからの相談内容の中に「表情がなく感情が分からない」「返事がないので怖いと感じる」「攻撃的に言われる」などの内容があった。しかし、本人のこのような表現の裏には、「何を話していいか分からず困っている」という場合が少なくない（川上, 2021）。また、幼少期から対人トラブルが多くそれを避けるために感情を統制してきた生育過程によって、情緒的な交流を困難にしている側面もある（岡崎・大濱・横山, 2019）。看護管理者や指導にあたる看護師がこのような発達障害特性を学ぶことで、本人の表面に現れる不快な言動に「何かに困っているのかも」「生育過程によるものかも」という目で見ることができ、周囲の人の不安や不快な気持ちが軽減するのではないかと考える。

VII. 結 論

本研究では、発達障害特性が感じられる看護師への合理的配慮を含めた現任教育の現状と課題について、看護管理者への実態調査から明らかにした。結論を下記に示す。

- ・看護管理者は【本人への教育の難しさ】を感じながらも【理解を促すための丁寧で分かりやすい伝え方】を丁寧に実践し、〈他の看護スタッフとの関係におけるジレンマ〉の中で【他の看護スタッフとの人間関係や業務の調整】に尽力している現状があった。
- ・合理的配慮が周知されていないとする看護管理者が多く、合理的配慮について学ぶ必要と、合理的配慮が実施できる体制の整備に対する課題が示された。
- ・本人の特性への自覚の少なさと、自覚を促す方法が課題として存在することが示唆された。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究では現任教育における課題を合理的配慮の側面から言及したが、それぞれの特性に応じた具体的配慮と、その配慮によって実際に本人や他の看護スタッフにとって働きやすい環境になるのかを検証することはできていない。また、本人からの視点で、どのような現任教育を受けることでその人自身を活かせるかも検証できていない。

今後の課題としては、上記限界の検証に加えて、看護基礎教育の段階での職場選択や、中学・高校時から自分の適性について考える機会への働きかけが必要と考える。さらに、合理的配慮が「均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」とされていることから、看護現場における「過度の負担」の指標を示すことを試みたいと考えている。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護管理者の皆様へ心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- American Psychiatric Association (2013)／高橋三郎，大野 裕 (2014). *DSM-5：精神疾患の診断・統計マニュアル*. 49-64, 東京：医学書院.
- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター (2015). 発達障害者の職業生活への満足度と職場の実態に関する調査研究. <https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/houkoku/p8ocur0000000o13-att/houkoku125.pdf> (参照2019年8月8日)
- Edmondson, A. C. (2012)／野津智子 (2014). チームが機能するとはどういうことか. 162-171, 344-359, 東京：英治出版.
- 遠藤みどり (2018). 発達障害のある看護学生の看護実践適応に向けた教育プログラムの開発. 科学研究費助成事業研究成果報告書. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-26463240/26463240seika.pdf> (参照2021年1月9日)
- 外務省 (2014). 外交政策. 障害者の権利に関する条約. https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html (参照2021年1月9日)

- 鹿島嘉佐音，舟島なをみ，中山登志子 (2019). 「職場の『働きやすさ』評価尺度—病院スタッフ看護師用—」の開発. *看護教育学研究*, 28(1), 31-43.
- 川上ちひろ (2021). 発達障害など，対応が難しいと感じる学習者への教育・支援 (第4回) 発達障害とは (その3) 学校生活編 (続). *看護教育*, 62(4), 376-379.
- 北川 明 (2019). 発達障害の特徴. *月刊ナーシング*, 39(2), 66-74.
- 北川 明 (編) (2020). 発達障害のある看護職・看護学生支援の基本と実践. 170-175, 東京：メジカルビュー社.
- 厚生労働省 (2014). 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf (参照2021年5月1日)
- 厚生労働省 (2016). 障害者雇用促進法に基づく障害者差別禁止・合理的配慮に関するQ&A【第二版】. <https://www.mhlw.go.jp/tenji/dl/file13-04.pdf> (参照2021年1月5日)
- 文部科学省 (2010). 資料3：合理的配慮について. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1297380.htm (参照2021年1月10日)
- 小川純子 (2017). 「配慮が必要な学生」の学びにつなげる対応：臨地実習における教育上の調整を考える (第3回) コミュニケーションが難しい学生への対応. *看護教育*, 58(3), 234-239. <https://doi.org/10.11477/mf.1663200712>
- 岡崎 亮，大濱伸昭，横山太範 (2019). 医療機関における成人自閉スペクトラム症の就労支援：他者への信頼感の回復の重要性. *産業精神保健*, 27, 27-32.
- 大宮秀淑 (2019). 心理学を生かした「かかわりにくいスタッフ」への支援のコツ 自分ファーストのスタッフにどうかかわるか (第2回)：発達障害傾向タイプマイルール型へのアプローチ. *主任看護師：管理・教育・業務*, 28(3), 90-94.
- 佐藤雄太 (2020). 就労場面における発達障害者の自己理解ステップ：就労支援の現場からの活動報告. *産業ストレス研究*, 27(2), 211-219.
- 末吉彩香，柘植雅義 (2020). 自閉スペクトラム症傾向のある学生に対する就業体験における振り返り面談の実態調査：就労支援者へのインタビュー調査を通して. *障害科学研究*, 44(1), 19-32.
- 鈴木慶太 (2019). 発達障害に関する就労援助 (特集 大人の発達障害)：(大人の発達障害のトピックス). *診断と治療*, 107(11), 1399-1404.
- 山下京子 (2020). ニューロダイバーシティの観点から見た発達障害学生の就労支援. *広島女学院大学人間生活学部紀要*, (7), 7-15.
- 吉川 徹 (2019). 大人の発達障害の就労支援. *心身医学*, 59(5), 429-435. https://doi.org/10.15064/jipm.59.5_429

〔2021年3月11日受付〕
〔2021年11月6日採用決定〕

Current Status and Issues Related to In-service Training, Including Reasonable Accommodation for Nurses with Noticeable Characteristics of Developmental Disabilities: A Nursing Administrator Perspective

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 771-781
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211106169>

Chinatsu Nishida, PhD, RN¹, Tomomi Gouda, PhD, RN²

¹Department of Nursing, Faculty of Health Science, Aino University, Osaka, Japan

²Faculty of Nursing, Senri Kinran University, Osaka, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the current situation and issues related to the in-service training of nurses and reasonable accommodation for nurses with noticeable developmental disabilities based on a fact-finding survey. **Methods:** An anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted among nursing administrators, including head nurses. The questionnaire included questions about educational considerations and respondents' thoughts on reasonable accommodation for nurses with diagnosed developmental disabilities and those suspected of having developmental disabilities. **Results:** Some of the challenges recognized by nurse administrators were related to difficulties in communicating with nurses, the need to become aware of nurses' distinct characteristics, relationships with other nursing staff, and a thorough understanding of reasonable accommodation. **Conclusions:** To resolve challenges related to in-service education, a system needs to be constructed that facilitates the following: a declaration of reasonable accommodation, avoids an excessive focus on emotions in retrospective interviews, increases nurse administrators and nursing staff's knowledge of developmental disorders, seeks collaborative solutions, identifies concrete objectives, and coordinates job and environmental conditions.

Key words

Characteristics of Developmental Disabilities, Reasonable Accommodation,
In-service Training for Nurses, Nurse Administrators

Correspondence: C. Nishida. Email: c-nishida@ns-u.aino.ac.jp

急性期病院における看護師の 認知症高齢者に対する看護実践自己評価の 実態とその関連要因

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 783-797
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211109173>

竹内千夏, 吉本知恵

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

要 旨

目的: 急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践の実態と関連要因を明らかにする。**方法:** 急性期病院看護師614名に無記名自記式質問紙調査を行い、関連要因を独立変数、SSNP-PCCの各下位尺度を従属変数とする強制投入法による重回帰分析を行った。**結果:** 回収数471名(回収率76.7%)。下位尺度Ⅰ・Ⅱは平均値4.3以下、下位尺度Ⅲ・Ⅳはそれより高かった。困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施は全ての下位尺度と関連があった。マンパワーの有無、認知症に関する院外研修参加回数、看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無、治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感に関連を認めた。**結論:** 急性期病院における認知症看護向上のため職場環境の整備、看護基礎教育における認知症高齢者との関わりの経験促進の重要性が示唆された。

キーワード

認知症高齢者、看護実践、急性期病院

責任著者: 竹内千夏. Email: takeuchi-c@chs.pref.kagawa.jp

序 論

わが国では認知症患者が増加しており、2060年には850万人になると予測されている。認知症の進行に伴い肺炎、骨折などの身体疾患をもつ認知症患者の治療目的による入院は増加しており、平成30年度には全入院患者の17.7% (厚生労働省, 2019a) を占めている。さらに一般病床高齢入院患者における認知症実態調査において、入院時の高齢者総合機能評価を調査したところ、認知症患者と、認知症の疑いのある患者の合計割合は52.3%であったという報告もある (古田, 2015)。このような状況において看護師は急性期看護と認知症看護を行うことが求められている。一方で、2018年度の急性期病院の病床機能報告において、認知症患者の平均在棟日数は、高度急性期では10.9日、急性期では15.7日と短縮傾向にあること (厚生労働省, 2019b) が示された。また、手術予定日の前日入院となることが多いことから、認知症高齢者の身体状態や入院までの生活状況を把握することが難しい現状、ならびに治療が優先され、安全に治療を行うために認知症患者に薬物による鎮静や抑制が行われている現状 (吉村, 2017) がある。そのような背景から、日本老年看護学会は「急性期病院において

認知症高齢者を擁護する立場表明2016」を発表した。病院看護師の認知症高齢者の看護の課題として、認知症についてのマイナスイメージを持っていること、実践知が蓄積していない看護体制、病院環境の制約下で施設ケアを求められることを挙げ、これらが急性期病院の看護師が認知症高齢者のケアに取り組みにくい要因であると指摘している。また、2016年の診療報酬では認知症ケア加算が新設されたことで、病院は認知症のある高齢者から、身体疾患の治療だけでなく、地域包括ケアシステムの中の一機関としての役割も期待されている (鈴木, 2016, pp.13)。以上のように急性期病院の看護師には、認知症高齢者に対する質の高い看護実践が求められている。

急性期病院における、認知症患者の看護に関する先行研究には、点滴・チューブの抜去、立位困難な状態で動こうとする等、病院特有の認知症に関連した行動の報告 (鈴木ほか, 2013, pp.56) があり、転倒予防に関する看護師の認識に対しては、看護業務の煩雑さによる目の届かなさ等が指摘されている (浅居・磯邊・太田, 2019, pp.15-17)。また急性期病院において安全を優先して行われる身体拘束に対する看護師の認識には、卒後の認知症看護に関する研修参加やエイジズム等が関連しており (森野・平田,

2018, pp.30), 介入前後の看護師の身体拘束行為およびその必要性・弊害への認識の変化に焦点を当てた研究も行われている(倉田ほか, 2014)。さらに認知症高齢者に対して看護師は肯定的感情と否定的感情を併せ持ち(杉田・西片, 2013, pp.33), 認知症の中核症状や行動・心理症状(BPSD)への理解や対応に苦慮していること, 暴言・暴力や治療拒否により治療継続ができないこと, さらには看護師として理想とする認知症看護がありながらもそれを実践できないことによる葛藤などの困難(小山・流石・渡邊・森田, 2013, pp.67; 片井・長田, 2014, pp.75; 小山・流石・渡邊・森田・萩原, 2013, pp.410-414; 乙村・徳川, 2011, pp.116)が報告されており, 特に認知症の状態により入院・治療が安全にスムーズに行えないこと(小山・流石・渡邊・森田, 2013, pp.67)や看護業務の緊迫化(谷口, 2006, pp.14)により, 認知症看護に関する困難を抱えている現状が明らかとなっている。そして, 認知症高齢者に対する看護実践に関しては, 認知症看護認定看護師の判断(天木・百瀬・松岡, 2014)や実践活動(荒木・原・長谷川・小野, 2016), 転倒予防に関する看護師の認識(Ayton, et al., 2017)と実践(Grealish, et al., 2019)ならびに老人看護専門看護師の行う看護師へのコンサルテーションとして「せん妄ケア」「病気の軌跡や死への対峙を支えるケア」「認知症および認知症周辺症状(BPSD)へのケア」などが報告されている。(藤田・松本・宮崎・山田・服部, 2016)。他方, 病棟看護師を対象にした先行研究は, 認知症に関する研修受講後の認知症看護実践(小山・渡邊・流石, 2019), 一般病棟の看護師が実施している認知症高齢者の痛みのアセスメントや評価(港・小松, 2018; Dowding, et al., 2016; Fry, Arendts, & Chenoweth, 2017), 身体合併症への対応のプロセス(江口・前田・久保田・木下, 2012)などの報告から看護実践の具体的方法や思考については明らかになりつつあるものの, その看護実践が臨床現場においてどの程度実践されているかという実態に関する報告は少ない。看護実践の実態については, 鈴木ほか(2016)が急性期病院の認知障害高齢者のための看護実践自己評価尺度を開発し, 看護実践の実態を報告している。さらに鈴木ほか(2019)は, 身体拘束, 看護師経験年数, 雇用形態, 認知症に関する研修の有無等と認知症高齢者へ

の看護実践との関連について検討しているが, 急性期病院における認知症高齢者への看護実践の実態およびその関連要因については十分に明らかにされていない状況である。

そこで本研究では, 急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践の実態を明らかにするとともに, その関連要因を検討する。関連要因は先行研究を参考に, 看護師経験年数や認知症看護に関する関心(片井・長田, 2014, p.72-79; 鈴木ほか, 2019, pp.148)などの個人特性, 認知症看護の学習(小山・流石・渡邊, 2018; 小田・川島, 2016; 小山・渡邊・流石, 2019), 認知症高齢者との関わりの経験(葛原, 2018; 小田・川島, 2016, pp.36), 職場環境(小田・川島, 2016, pp.35; 石井・石橋・正木, 2018; 小野・富永・吉見, 2013; 片井・長田, 2014, pp.75), 認知症看護に関する困難感(小山・流石・渡邊・森田, 2013; 谷口, 2006; 松尾, 2011; 千田・水野, 2014; 山本・吉永・伊藤, 2010)とする。

研究の意義として急性期病院における認知症看護の実践を向上させるための学習や経験の示唆を得るとともに, 臨床現場における環境を改善するための基礎的資料となると考える。

I. 研究目的

本研究の目的は, 急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践自己評価の実態とその関連要因を明らかにすることである。

II. 研究方法

A. 研究の枠組み

先行研究を参考に個人特性, 認知症看護の学習, 認知症高齢者との関わりの経験, 職場環境, 認知症看護に関する困難感を影響要因として, これらが急性期病院の看護師の認知症高齢者に対する看護実践に影響していると考え, 研究の枠組みを作成した(図1)。

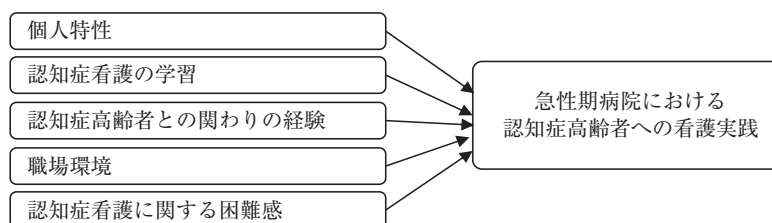


図1 研究の枠組み

B. 研究デザイン

研究デザインは横断研究とした。

C. 用語の定義

認知症高齢者：身体疾患の治療目的で入院している65歳以上の高齢患者のうち松本・佐藤・泉宗（2018）の定義を参考に（p.51-65），医師の指示書に認知症と記載のある患者，または専門医に認知症と診断された患者，または厚生労働省が作成した「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定を基に「Ⅰ」から「Ⅲ」相当と看護師が判断した患者とした。

D. 対象

A県内の急性期病院のうち，設置主体および規模が似通っている2か所の一般病棟に勤務する看護師で，精神科と小児科に勤務する看護師および認知症看護認定看護師を除く614名とした。

E. データ収集方法

1. データ収集期間

データ収集期間は令和元年7～8月とした。

2. データ収集方法

事前に調査施設である急性期病院の看護部長に研究の目的，方法，意義等について研究協力依頼書をもとに説明し，同意書に署名をいただいたのち，病棟の看護師長を紹介していただき，同様の説明を行い，病棟看護師への研究協力依頼書および質問紙を封入した封筒の配布を依頼した。無記名自記式調査の留め置き法であり，質問紙の回収用封筒を設置し，質問紙を記入後，個別の封筒に入れ，配布から2週間以内に回収用封筒に投函していただき，それを研究者が回収した。

3. 調査内容

a. 認知症高齢者に対する看護実践自己評価

看護実践自己評価は，鈴木ほか（2016）が作成した「急性期病院の認知障害高齢者のための看護実践自己評価尺度」（以下SSNP-PCCとする）19項目を開発者の許可を得て使用した。本尺度は，トム・キットウッズの提唱したパーソン・センタード・ケアに沿った項目「Ⅴ（価値）」「Ⅰ（個人の独自性を尊重する）」「Ⅱ（その人の視点に立つ）」「Ⅲ（相互に支えあう社会的環境を提供する）」から成り，「Ⅰ. 本人の視点を重視したケア」「Ⅱ. 認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」「Ⅲ. 起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケア」「Ⅳ. 本

人の意思や価値を尊重したケア」の4下位尺度から構成され，看護実践を自己評価することができる。本尺度は，19項目に対してリッカート尺度6件法（「1：全くしていない」「2：ほとんどしていない」「3：あまりしていない」「4：時々している」「5：たいていしている」「6：常にしている」）で回答し，得点が高いほどパーソン・センタード・ケアを目指した看護をしていることを示す。本尺度は信頼性・妥当性が検証されていることから採用した。

b. 認知症高齢者に対する看護実践自己評価の関連要因

- ①個人特性5項目：性別，年齢，経験年数，学歴，認知症看護への関心
- ②認知症看護の学習2項目：認知症に関する院内・院外研修参加回数
- ③認知症高齢者との関わりの経験4項目：業務における認知症高齢者との関わりの経験，身内における認知症高齢者との関わりの経験，業務や身内以外での認知症高齢者との関わりの経験および看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無
- ④職場環境5項目：定例の認知症看護についてのカンファレンスの実施，困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施，マンパワーの有無，認知症看護に関してモデルとする看護師の有無，多職種連携の実施
なお，認知症看護への関心，認知症高齢者との関わりの経験，職場環境の回答は，「1：全くない」「2：あまりない」「3：どちらともいえない」「4：ややある」「5：非常にある」のリッカート法5件法とした。
- ⑤認知症看護に関する困難感，先行研究（小山・流石・渡邊・森田，2013；谷口，2006；松尾，2011；千田・水野，2014；山本・吉永・伊藤，2010；乙村・徳川，2011；片井・長田，2014；西村・岡本・鈴木，2015）を参考に，「認知症高齢者への理解と対応の困難感」と「治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感」の2つで構成される枠組みを独自に作成した。質問項目は「認知症高齢者への理解と対応の困難感」では4項目（「認知症高齢者の全身状態のアセスメントが難しい」「行動・心理症状（BPSD）を含む認知症の症状への理解が難しい」「行動・心理症状（BPSD）を含む認知症の症状への対応が難しい」「認知症高齢者とコミュニケーションをとることが難しい」），「治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感」では3項目（「治療を優先し，認知症高齢者自身に目を向けることが難しい」「認知症高齢者に対して苛立ちやあきらめを感じることもある」「認知症高齢者とゆっくり関わる時間の確保が難しい」）とした。回答は，「1：全くそう思わない」「2：あまりそう思わない」「3：どちらともいえない」「4：ややそう思う」「5：非常にそう

思う」のリッカート法 5 件法とし、得点が高いほど困難感が高いことを示す。なお、使用に先立ち認知症看護認定看護師 1 名、老年看護学を専門とする研究者 3 名にて検討を行い、内容妥当性を確保した。

F. 分析方法

認知症高齢者に対する看護実践自己評価および関連要因について、各項目の単純集計および記述統計を算出した。なお、欠損値の多いデータおよび認知症高齢者との関わりの経験のうち業務における認知症高齢者との関わりの経験について無回答もしくは「1：全くない」と回答したデータは分析対象から除外した。

その後、認知症看護に関する困難感 7 項目は天井効果とフロア効果がないことを確認したのち因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。

認知症高齢者に対する看護実践自己評価と、その関連要因について、認知症看護の看護実践自己評価を向上させるための要因を検討するために研究枠組みに基づいて、関連項目を独立変数、SSNP-PCC の 4 下位尺度の各合計点を従属変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。独立変数として「性別」、「年齢」、「学歴」、「経験年数」、「認知症についての関心」、「認知症に関する院内研修参加回数」、「認知症に関する院外研修参加回数」、「業務における認知症高齢者との関わりの経験」、「身内における認知症高齢者との関わりの経験」、「看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無」、「定例の認知症看護についてのカンファレンスの実施」、「困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施」、「マンパワーの有無」、「認知症看護に関してモデルとする看護師の有無」、「多職種連携の実施」、「認知症高齢者への理解と対応の困難感」、「治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感」の 18 項目を選出した。なお、「性別（女：1，男：0）」「学歴（大学卒以上；1，それ以外：0）」「看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無（有り：1，なし：0）」をダミー変数化して分析した。多重共線性のリスクについては独立変数間の相関係数（ $p > 0.7$ ）および VIF 統計量（ $VIF < 10$ ）により確認した。さらに、各重回帰モデルの重相関係数を用いた F 検定により母集団の重相関係数の有意性を確認した。有意水準は 5 % とし、統計ソフトは SPSS（Version. 24）を使用した。

G. 倫理的配慮

事前に急性期病院の看護部長に研究目的、方法、意義などについて研究協力依頼書を用いて説明し、同意を得られた場合は、同意書に署名していただいた。その後、看護部

長から紹介していただいた看護師長に病棟看護師への研究協力依頼書と質問紙を封入した封筒の配布を依頼した。質問紙は無記名とし、研究目的、方法、意義、自由意思による参加・拒否、プライバシーの保護、研究参加の諾否により不利益を受けないこと、データ管理と廃棄方法、研究成果の公表などを研究協力依頼書に記載した。記入後個別の封筒に入れ、病棟内に設置した回収用封筒に投函していただくことによりプライバシーに配慮し、質問紙の提出にて同意を得たものとした。なお、本研究は香川県立保健医療大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（番号 280）。

Ⅲ. 結 果

A. 対象の概要（表 1）

対象看護師 614 名に質問紙を配布し、471 名から回収した（回収率 76.7 %）。そのうち、無回答数の多い 5 名および業務における認知症高齢者との関わりの経験の項目が無回答の 6 名と「1：全くない」と回答した 3 名を除外し、457 名を分析対象とした（有効回答率 97.0 %）。

表 1 個人特性

		(N = 457)
項目		n (%)
性別	女性	417 (91.2%)
	男性	38 (8.3%)
	未記入	2 (0.4%)
年齢	20代	222 (48.6%)
	30代	111 (24.3%)
	40代	78 (17.1%)
	50代	44 (9.6%)
	60代以上	1 (0.2%)
	未記入	1 (0.2%)
経験年数 (年)	平均 ± SD (範囲)	10.9 ± 10.36 (0.3 ~ 45.3)
最終看護専門学歴	大学院	5 (1.1%)
	大学	187 (40.9%)
	短期大学	23 (5.0%)
	専門学校	173 (37.9%)
	高等学校専攻科	69 (15.1%)

B. 急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践自己評価の実態と関連要因

1. 急性期病院における認知症高齢者に対する看護実践自己評価の実態（表 2）

SSNP-PCC の平均値と SD は、下位尺度Ⅰ 16.6 ± 2.73 、下位尺度Ⅱ 24.0 ± 4.35 、下位尺度Ⅲ 23.4 ± 3.57 、下位尺度Ⅳ 14.2 ± 2.21 であった。各項目の平均値と分布を表 2 に示し

た。下位尺度Ⅰの5項目および下位尺度Ⅱの6項目は全て平均値4.3以下であった。特に低かったのは項目Ⅱ-1「1日1回は家族や他の人と楽しく交流する機会をつくるように働きかけている」(3.7±0.98)であった。最頻値において他の項目が「4:時々している」以上であるのに対し本項目は「3:あまりしていない」であった。さらに、下位尺度ⅢおよびⅣの最頻値は全て「5:たいていしている」であり、下位尺度Ⅰ・Ⅱは下位尺度Ⅲ・Ⅳよりも低い自己評価が多かった。ただし、項目Ⅱ-1においても「常にしている」11名、「たいていしている」88名、「時々してい

る」157名で、全体の56.0%を占めた。

なお、SSNP-PCCの α 信頼性係数は下位尺度Ⅰ.860, 下位尺度Ⅱ.835, 下位尺度Ⅲ.879, 下位尺度Ⅳ.882, 尺度全体では.928であった。

2. 急性期病院における認知症高齢者に対する看護実践自己評価の関連要因の実態(表3, 表4)

各項目の平均値と分布を表3に示す。個人特性である認知症看護への関心について「非常にある」42名, 「ややある」232名であり、全体の60.0%を占めていた。

表2 急性期病院における認知症高齢者に対する看護実践自己評価

(N=457)

質問事項	平均値±SD		全く していない	ほとんど していない	あまり していない	時々 している	たいてい している	常に している
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ⅰ 本人の視点を重視したケア	16.6±2.73							
Ⅰ-1 「何もできない」とあきらめず、本人の視点で「何かができる」と感じられるように支援することを心掛けている	4.2	0.78	0 (0.0)	11 (2.4)	64 (14.0)	241 (52.7)	128 (28.0)	13 (2.8)
Ⅰ-2 治療の経過を考慮しながら、もてる力や自分でしたいという意欲をケアプランに反映している	3.9	0.82	1 (0.2)	15 (3.3)	109 (23.9)	226 (49.5)	97 (21.2)	9 (2.0)
Ⅰ-3 穏やかな態度や楽しそうな表情の瞬間を大切にし、ケアに取り入れるようにしている	4.3	0.84	0 (0.0)	11 (2.4)	46 (10.1)	206 (45.1)	163 (35.7)	31 (6.8)
Ⅰ-4 認知障害に関連する行動には、まずは本人の視点でその行動の理由を理解しようとする。	4.2	0.82	0 (0.0)	13 (2.8)	70 (15.3)	221 (48.4)	139 (30.4)	14 (3.1)
Ⅰ-5 入院や治療に関して本人がどう思っているのかを聴いている	4.0	0.90	2 (0.4)	18 (3.9)	93 (20.4)	213 (46.6)	112 (24.5)	19 (4.2)
Ⅱ 認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア	24.0±4.35							
Ⅱ-1 1日1回は家族や他の人と楽しく交流する機会をつくるように働きかけている	3.7	0.98	6 (1.3)	34 (7.4)	161 (35.2)	157 (34.4)	88 (19.3)	11 (2.4)
Ⅱ-2 検査や治療のときは頻回に訪室して、観察や会話などから、苦痛を軽減するように対応をしている	4.3	0.87	2 (0.4)	9 (2.0)	62 (13.6)	206 (45.1)	152 (33.3)	26 (5.7)
Ⅱ-3 認知障害に関連した症状には安易に薬剤に頼らずに、まずはケアによる緩和を試みている	3.9	0.88	1 (0.2)	17 (3.7)	132 (28.9)	202 (44.2)	90 (19.7)	15 (3.3)
Ⅱ-4 なじみのものを家族に持ってきてもらうように働きかけをしている	4.2	1.04	4 (0.9)	14 (3.1)	83 (18.2)	179 (39.2)	123 (26.9)	54 (11.8)
Ⅱ-5 病室やトイレなどは文字や図を用いて、わかりやすいように工夫している	4.1	1.08	9 (2.0)	26 (5.7)	89 (19.5)	171 (37.4)	130 (28.4)	32 (7.0)
Ⅱ-6 できるだけなじみの看護師が継続的にかかわり、会話の時間をとるようにしている	3.9	1.02	8 (1.8)	31 (6.8)	121 (26.5)	175 (38.3)	106 (23.2)	16 (3.5)
Ⅲ 起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケア	23.4±3.57							
Ⅲ-1 治療上やむを得ない身体拘束、抑制、内服薬の投与に関して、本当に必要なのか、チームで検討している	4.8	0.93	0 (0.0)	8 (1.8)	25 (5.5)	126 (27.6)	187 (40.9)	111 (24.3)
Ⅲ-2 動きたいという意思と転倒のリスクなど、常に本人にとって何が優先されるのかを検討している	4.6	0.87	0 (0.0)	4 (0.9)	48 (10.5)	151 (33.0)	196 (42.9)	58 (12.7)
Ⅲ-3 廃用症候群予防のために早期離床やリハビリテーションを促している	4.7	0.90	1 (0.2)	7 (1.5)	28 (6.1)	128 (28.0)	208 (45.5)	85 (18.6)
Ⅲ-4 会話、表情、行動などから認知障害の変化をアセスメントしている	4.5	0.81	0 (0.0)	4 (0.9)	38 (8.3)	177 (38.7)	194 (42.5)	44 (9.6)
Ⅲ-5 日時や季節、場所などをさりげなく伝え、見当識障害を補うような言葉がけをしている	4.8	0.83	1 (0.2)	2 (0.4)	20 (4.4)	142 (31.1)	208 (45.5)	84 (18.4)
Ⅳ 本人の意思や価値を尊重したケア	14.2±2.21							
Ⅳ-1 認知障害の有無にかかわらず、いつでも平等なケアや治療を受けられるように心がけている	4.8	0.84	1 (0.2)	3 (0.7)	22 (4.8)	133 (29.1)	213 (46.6)	85 (18.6)
Ⅳ-2 本人の独自のニーズや不安を受け止めようとしている	4.6	0.81	0 (0.0)	4 (0.9)	31 (6.8)	162 (35.4)	208 (45.5)	52 (11.4)
Ⅳ-3 アイコンタクトやタッチなど非言語的なコミュニケーションをしている	4.8	0.80	0 (0.0)	1 (0.2)	22 (4.8)	128 (28.0)	222 (48.6)	84 (18.4)

認知症高齢者との関わりの経験について業務における認知症高齢者との関わりの経験の項目では「非常にある」140名, 「ややある」224名であり79.6%を占めた。

また, 認知症看護に関する困難感の項目では, すべての項目において半数以上の看護師が「非常にそう思う」「ややそう思う」と回答していた。特に, 「認知症高齢者とゆっくり関わる時間の確保が難しい」の項目は「非常にそう思う」166名, 「ややそう思う」237名であり全体の88.2%を占めていた。さらに認知症看護に関する困難感の因子構造の確認を目的とした因子分析の結果を表4に示す。各項目には天井効果・フロア効果はなく, 削除すべき

項目はなかったため7項目を使用して最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った。固定値は1, 因子負荷量は0.4以上とした。因子負荷量が4.0未満であった「認知症高齢者とコミュニケーションをとることが難しい」項目を削除し, 再度因子分析を行い2因子6項目が抽出された。累積寄与率は49.0%であった。第1因子は3項目で構成され, 「行動・心理症状(BPSD)を含む認知症の症状への理解が難しい」「行動・心理症状(BPSD)を含む認知症の症状への対応が難しい」「認知症高齢者の全身状態のアセスメントが難しい」といった認知症高齢者の症状を理解し対応することへの困難感の項目が高い負荷量を示した。

表3 急性期病院における認知症高齢者に対する看護実践自己評価の関連要因

(N=457)

関連要因	n	全くない (全くそう 思わない)	あまりない (あまりそう 思わない)	どちらとも いえない	ややある (ややそう 思う)	非常にある (非常にそう 思う)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
個人特性						
認知症看護への関心	457	9 (2.0)	69 (15.1)	105 (23.0)	232 (50.8)	42 (9.2)
認知症看護の学習						
認知症に関する院内研修参加回数	397	1.6 ± 1.62				
認知症に関する院外研修参加回数	330	0.5 ± 0.88				
認知症高齢者との関わりの経験						
業務における認知症高齢者との関わりの経験	457	0 (0.0)	39 (8.5)	54 (11.8)	224 (49.0)	140 (30.6)
身内における認知症高齢者との関わりの経験	456	109 (23.9)	76 (16.7)	49 (10.7)	136 (29.8)	86 (18.9)
業務や身内以外での認知症高齢者との関わりの経験	451	128 (28.4)	139 (30.8)	60 (13.3)	97 (21.5)	27 (6.0)
看護学実習における認知症患者の受け持ち経験の有無	457	無 359 (78.6)	有 98 (21.4)			
職場環境						
定例の認知症看護についてのカンファレンスの実施	457	11 (2.4)	68 (14.9)	77 (16.8)	200 (43.8)	101 (22.1)
困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施	457	4 (0.9)	34 (7.4)	57 (12.5)	239 (52.3)	123 (26.9)
マンパワーの有無	454	85 (18.7)	113 (24.9)	138 (30.4)	102 (22.5)	16 (3.5)
認知症看護に関してモデルとする看護師の有無	454	41 (9.0)	91 (20.0)	165 (36.3)	117 (25.8)	40 (8.8)
多職種連携の実施	456	9 (2.0)	49 (10.7)	113 (24.8)	230 (50.4)	55 (12.1)
認知症看護に関する困難感						
認知症高齢者の全身状態のアセスメントが難しい	457	2 (0.4)	28 (6.1)	54 (11.8)	308 (67.4)	65 (14.2)
行動・心理症状(BPSD)を含む認知症の症状への理解が難しい	457	2 (0.4)	45 (9.8)	97 (21.2)	259 (56.7)	54 (11.8)
行動・心理症状(BPSD)を含む認知症の症状への対応が難しい	456	0 (0.0)	18 (3.9)	58 (12.7)	274 (60.1)	106 (23.2)
認知症高齢者とコミュニケーションをとることが難しい	457	6 (1.3)	54 (11.8)	107 (23.4)	244 (53.4)	46 (10.1)
治療を優先し, 認知症高齢者自身に目を向けることが難しい	457	1 (0.2)	38 (8.3)	90 (19.7)	252 (55.1)	76 (16.6)
認知症高齢者に対して苛立ちやあきらめを感じることもある	457	13 (2.8)	69 (15.1)	131 (28.7)	197 (43.1)	47 (10.3)
認知症高齢者とゆっくり関わる時間の確保が難しい	457	1 (0.2)	6 (1.3)	47 (10.3)	237 (51.9)	166 (36.3)

表4 認知症看護に関する困難感の因子分析

(N=456)

項目	因子負荷量	
	第1因子	第2因子
第1因子認知症高齢者への理解と対応の困難感		
行動・心理症状 (BPSD) を含む認知症の症状への理解が難しい	.86	.45
行動・心理症状 (BPSD) を含む認知症の症状への対応が難しい	.70	.23
認知症高齢者の全身状態のアセスメントが難しい	.55	.49
第2因子治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感		
治療を優先し、認知症高齢者自身に目を向けることが難しい	.34	.75
認知症高齢者に対して苛立ちやあきらめを感じることもある	.33	.66
認知症高齢者とゆっくり関わる時間の確保が難しい	.33	.62
寄与率 (%)	35.6	13.3
累積寄与率 (%)		49.0

[注] 因子分析：最尤法，プロマックス回転。

そこで、「認知症高齢者への理解と対応の困難感」とした。第2因子は3項目で構成され、「治療を優先し、認知症高齢者自身に目を向けることが難しい」「認知症高齢者に対して苛立ちやあきらめを感じることもある」「認知症高齢者とゆっくり関わる時間の確保が難しい」のように急性期治療と認知症看護の間で認知症高齢者を尊重して関わりたいができない、というジレンマに関する項目であり「治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感」と命名した。 α 信頼性係数は、第1因子.742、第2因子.702であった。以上のことから認知症看護に対する困難感とは2因子構造となり、合計点が高いほど困難感が高いことを示す。

3. 急性期病院における認知症高齢者に対する看護実践自己評価と関連要因 (表5, 表6)

認知症高齢者に対する看護実践自己評価の関連要因を検討するために、SSNP-PCCの各下位尺度の合計点を従属変数とする重回帰分析を行った。独立変数である年齢と経験年数の相関は高く ($r=.909, p<.01$) (表5)、共線性が予測されたため従属変数との相関係数が有意でなかった年齢を除外し、それ以外の独立変数17項目を投入した。結果、下位尺度Ⅰ～Ⅳの調整済み決定係数 R^2 はそれぞれ.199, .190, .202, .102であり、5%未満の水準で有意であった。さらに、各重相関係数 R から母集団の重相関係数の有意性をF検定した結果、下位尺度Ⅰでは $F_0=5.392, p<.05$ 、下位尺度Ⅱでは $F_0=5.160, p<.05$ 、下位尺度Ⅲでは $F_0=5.480, p<.05$ 、下位尺度Ⅳでは $F_0=2.994, p<.05$ であった。

また下位尺度Ⅰでは困難を感じた時の認知症についてのカンファレンスの実施 ($\beta=.279, p<.01$)、治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感 ($\beta=-.185, p<.01$)、マンパワーの有無 ($\beta=.140, p$

$<.05$) の標準偏回帰係数が高く、有意であった。下位尺度Ⅱでは、困難を感じた時の認知症についてのカンファレンスの実施 ($\beta=.284, p<.01$)、看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無 ($\beta=.164, p<.05$) の標準偏回帰係数が高く、有意であった。下位尺度Ⅲでは、困難を感じた時の認知症についてのカンファレンスの実施 ($\beta=.283, p<.01$)、業務における認知症高齢者との関わり方の経験 ($\beta=.142, p<.05$)、認知症に関する院外研修参加回数 ($\beta=.139, p<.05$) の標準偏回帰係数が高く、有意であった。下位尺度Ⅳでは、困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施 ($\beta=.180, p<.05$)、治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感 ($\beta=-.170, p<.01$) の標準偏回帰係数が高く、有意であった (表6)。なお、各独立変数と従属変数との相関係数 r は表6に示す。

IV. 考 察

A. 急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践自己評価の実態

本研究における認知症高齢者に対する看護実践自己評価について19項目の平均値4.3を基準にして概観したところ、下位尺度Ⅲ・Ⅳの看護実践自己評価が高く、下位尺度Ⅱの看護実践自己評価は低いことが推測された。鈴木ほか (2016) が調査した急性期病院においても下位尺度Ⅰ・Ⅱよりも下位尺度Ⅲ・Ⅳの平均値が高かったことから同様の結果であるといえる。看護実践の高低には、急性期病院の特性が関係していると考えられる。つまり本研究の対象である看護師が勤務する急性期病院は高度先進医療、最新癌治療、救命救急を担う病院であり、看護師は一般病院で対応できない重症度の高い患者や緊急を要する患者に関わって

表 5 独立変数間の相関

(N=302)

	要因1	要因2	要因3	要因4	要因5	要因6	要因7	要因8	要因9	要因10	要因11	要因12	要因13	要因14	要因15	要因16	要因17	要因18
個人特性																		
要因1 性別	1																	
要因2 年齢	.094	1																
要因3 学歴	-.100 *	-.420 **	1															
要因4 経験年数	.132 *	.909 **	-.425 **	1														
要因5 認知症看護への関心	.326 **	.214 **	-.042	.235 **	1													
認知症看護の学習																		
要因6 認知症に関する院内研修参加回数	.047	.209 **	-.091	.275 **	.218 **	1												
要因7 認知症に関する院外研修参加回数	.078	.382 **	-.140 **	.437 **	.217 **	.508 **	1											
認知症高齢者との関わりの経験																		
要因8 業務における認知症高齢者との関わりの経験	.140 **	.112 *	-.053	.139 **	.150 **	.121 *	.125 *	1										
要因9 身内における認知症高齢者との関わりの経験	.109 *	.031	-.019	.037	.089	.105 *	.131 *	.214 **	1									
要因10 業務や身内以外での認知症高齢者との関わりの経験	.028	-.122 *	-.049	-.121 *	-.082	-.019	.054	.029	.253 **	1								
要因11 看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験	.027	-.197 **	.033	-.192 **	-.048	.001	.015	.024	.066	.664 **	1							
職場環境																		
要因12 定例の認知症についてのカンファレンスの実施	.100	.049	-.026	.080	.087	.100 *	.056	.175 **	.141 **	.089	.063	1						
要因13 困難を感じた時の認知症についてのカンファレンスの実施	.124 *	.102 *	-.053	.133 **	.109 *	.150 **	.114 *	.122 *	.104 *	.084	.015	.640 **	1					
要因14 マンパワーの有無	.084 *	-.199 **	.162 **	-.181 **	.160 **	.039	.021	-.107 *	.003	.031	.008	.168 **	.182 **	1				
要因15 認知症看護に関してモデルとする看護師の有無	.062	.015	-.041	.028	.260 **	.140 **	.149 **	.100 *	.093	.054	.000	.276 **	.329 **	.221 **	1			
要因16 多職種連携の実施	.076	.047	-.013	.041	.136 **	.192 **	.110 *	.096 *	.122 *	.079	.031	.437 **	.395 **	.274 **	.431 **	1		
認知症看護に関する困難感																		
要因17 認知症高齢者への理解と対応の困難感	.210 **	.102 *	-.007	.093	.100	-.061	.001	.057	.114 *	.065	-.003	.059	.061	-.042	.067	.043	1	
要因18 治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感	-.097 *	.065	.083	.063	-.112 *	-.014	-.004	.122 **	-.061	-.133 **	-.061	-.005	.001	-.197 **	-.103 *	-.092	.337 **	1

[注] * $p < .05$, ** $p < .01$

いる。そのため、看護師は新しい治療への対応とともに患者の個別性に対応しながら看護を実践している。下位尺度Ⅲ・Ⅳの看護実践が比較的高い結果について、看護師は身体疾患に起因した状態変化に伴う症状観察や個性のある対応に必要な高いスキルを有し、認知症高齢者に対しても活用できていることから自己評価が高くなっていると推測する。一方で、下位尺度Ⅰ・Ⅱの看護実践が若干低い理由は、これらが認知症高齢者の本人の視点を重視し、その人に合わせたケアを行う認知症看護の知識と認知症高齢者に

専念して関わるためにある程度の時間を要することを踏まえると、急性期病院の煩雑な業務の中では実施する時間的余裕がないことが原因の一つと考えられる。認知症高齢者に関わる時間については本研究における認知症看護に関する困難感の項目において、「認知症高齢者とゆっくり関わる時間の確保が難しい」において「ややそう思う」「非常にそう思う」の回答の合計が88.2%あり多くの看護師が困難感を感じている結果から裏付けられる。しかしながら、看護実践が最も低い結果である項目Ⅱ-1「1日1回は家

表6 急性期病院における認知症高齢者に対する看護実践自己評価の関連要因

(N=302)

要因	下位尺度Ⅰ		下位尺度Ⅱ		下位尺度Ⅲ		下位尺度Ⅳ	
	β	r	β	r	β	r	β	r
個人特性								
性別 ¹⁾	.071	.170 **	.044	.170 **	-.008	.101 *	-.035	.081
学歴 ²⁾	.030	.086 **	.079	.178 **	.049	.127 *	.036	.084
経験年数	.018	-.019	.000	-.066	.059	.014	.065	.030
認知症看護への関心	.010	.165 **	.057	.194 **	.050	.154 **	.087	.177 **
認知症看護の学習								
認知症に関する院内研修参加回数	.032	.159 **	.034	.195 **	-.003	.158 **	.007	.126 *
認知症に関する院外研修参加回数	.123	.198 **	.130	.247 **	.139 *	.207 **	.093	.151 **
認知症高齢者との関わりの経験								
業務における認知症高齢者との関わりの経験	.076	.109 *	.104	.178 **	.142 *	.192 **	.113	.133 *
身内における認知症高齢者との関わりの経験	-.034	.067	.015	.114 *	-.076	.024	-.025	.044
業務や身内以外での認知症高齢者との関わりの経験	.012	.098	-.041	.112 *	-.054	.050	-.100	.005
看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無 ³⁾	.045	.071	.164 *	.135 **	.114	.084	.094	.039
職場環境								
定例の認知症についてのカンファレンスの実施	.042	.274 **	-.006	.255 **	.073	.327 **	.036	.213 **
困難を感じた時の認知症についてのカンファレンスの実施	.279 **	.371 **	.284 **	.360 **	.283 **	.396 **	.180 *	.257 **
マンパワーの有無	.140 *	.237 **	.088	.142 **	.095	.171 **	.093	.171 **
認知症看護に関してモデルとする看護師の有無	.057	.228 **	-.015	.172 **	-.074	.148 **	-.050	.129 *
多職種連携の実施	-.045	.197 **	.024	.209 **	.102	.272 **	.066	.200 **
認知症看護に関する困難感								
認知症高齢者への理解と対応の困難感	.040	.010	.081	.097 *	.048	.053	.081	.033
治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感	-.185 **	-.198 **	-.064	-.054	-.044	-.023	-.170 **	-.138 **
R	.494		.486		.497		.391	
調整済みR ²	.199 **		.190 **		.202 **		.102 **	
F値	5.392 *		5.160 *		5.480 *		2.994 *	

[注] a) *: $p < .05$, a) **: $p < .01$, 強制投入法

1) 性別は「女性: 1」「男性: 0」

2) 学歴は「大学卒以上: 1」「それ以外: 0」

3) 看護学実習における認知症患者の受け持ち経験の有無は「有り: 1」「なし: 0」

族や他の人と楽しく交流する機会をつくるように働きかけている」について、「あまりしていない」が161名（35.2%）であったものの、「常にしている」11名、「たいていしている」88名、「時々している」157名であり、全体の56.0%を占めていることから、頻度の違いはあるものの全体としては過半数の看護師は実施している状況が明らかとなった。

B. 急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践自己評価の関連要因

本研究では、急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践と個人特性、認知症看護の学習、認知症高齢者との関わりの経験、職場環境、認知症看護に関する困難感との関連を検討した。分析対象の特徴として、業務における認知症高齢者との関わりの経験に関する設問に対する回答は「非常にある」140名、「ややある」224名であり、分析対象の看護師のうち少なくとも79.6%の看護師が業務における認知症高齢者との関わりを経験していることから、認知症を合併する患者の増加に伴い、急性期病院の看護師が業務上で認知症高齢者に関わる頻度が多くなっていることが分かる。また看護師の認知症看護への関心は、「非常にある」42名、「ややある」232名と少なからず関心があるという回答が60.0%を占めており、鈴木ほか（2019）の調査による「認知症高齢者のケアに関する興味あり78.4%」に比べると若干少ないものの、近年の急性期病院における認知症患者の増加に伴い、看護師の認知症看護への関心が高まりつつあると判断できる。

そのような状況において、重回帰分析で得られた下位尺度Ⅰ～Ⅳの重相関係数 R によりF検定した結果、5%未満の水準で有意であったことから下位尺度Ⅰ～Ⅳの重相関係数は低いものの、母集団の重相関係数は有効であり、予測性があるという点で価値があるといえる。さらに下位尺度Ⅳの調整済み決定係数 R^2 は10%程度の説明力であるが、先行研究では認知症看護実践を向上させる要因の分析が十分できていないことから看護実践自己評価との関連要因の示唆を得ることができたことは重要であると考ええる。そこで、本研究では各下位尺度への各独立変数の影響について考察する。

1. 本人の視点を重視したケアに関連する要因

困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施がSSNP-PCC下位尺度Ⅰに正の影響を及ぼしており、困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスを多く実施している人は、本人の視点を重視したケアの看護実践自己評価が高いことが明らかとなった。小野・富永・吉見は一般病棟において認知症ケアカンファレンスを行う効果として【新しい知識の習得】や【看護の振り返

り】等の学習効果があると述べている（2013）。しかし本研究において影響を認めたカンファレンスは新しい知識の習得や看護の振り返り等を行うことを目的とした定例のカンファレンスではなく、目の前の困った出来事への対処について相談したいという目的のカンファレンスである。つまり相談した看護師は、差し迫った状況の中で先輩看護師やスタッフと話し合うことにより、それまでの自分の考えにはなかった認知症高齢者の世界に合わせた新たな対応を見出し、実践につなげていると考える。そのような経験学習を繰り返すことにより結果として本人の視点を重視したケアとしての看護実践の向上につながると推測できる。

また、治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感がSSNP-PCC下位尺度Ⅰに負の影響を及ぼしており、困難感が高いほど本人の視点を重視したケアの看護実践が低くなることが明らかとなった。急性期病院の看護師には、多重業務の中に認知症看護を組み込むスキルが求められており、治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する認知症看護における困難感の項目は、急性期治療と認知症看護の間で認知症高齢者を尊重して関わりたいと思いながらもできないというジレンマに関わる内容である。本項目について困難感が高い看護師は、自分の理想とする認知症看護があるにもかかわらず、望ましい行動ができていない状態として評価することにより本人の視点を重視したケアの看護実践自己評価が低くなっている可能性が推測できる。裏を返せば、理想とする認知症看護を描くことができている自分を認め、できる範囲から実践に取り入れることにより、困難感の軽減を図ることができる。本人の視点を重視したケアの看護実践の向上を図るには、看護師の困難感を軽減するための支援体制を構築することの重要性が示唆された。

またマンパワーの有無がSSNP-PCC下位尺度Ⅰに正の影響を及ぼしており、職場でのマンパワーがあるほど本人の視点を重視したケアの看護実践が高いことが明らかとなった。小山ほか（2013）は、一般病棟の看護師が医療を提供することが第一の責務と捉えてしまうことは危険であり、看護師が考える安全な医療の提供が認知症高齢者にとっては混乱を生じる一因となることを指摘している（pp.71）。つまり、看護師の視点による治療や安全優先の看護は、認知症高齢者にとって心地よい環境やケアではないという認識を持つことが重要である。認知症高齢者の本人の視点を重視したケアを行うために看護師は、認知症高齢者が大切に思っている物事や培ってきた生活様式を把握し、認知症高齢者にとって心地よい看護援助について考えることが重要であるが、急性期病院の治療優先の環境（乙村・徳川, 2011, pp.116）や危険回避のために抑制を実施（松尾, 2011）してしまう現状から察するに対応できてい

ない可能性がある。このような急性期病院の状況を鑑みると、認知症高齢者の視点に合わせた看護実践には、看護師の多重業務による時間的・精神的余裕のなさを解消するために、認知症高齢者が治療やケアをどのように受け止めているかなど、心地よいケアのあり方を模索するための時間的余裕を持つことができる人員配置が必要であることが示唆された。しかしながら、マンパワーの充足に足る人員については本研究では言及できない。一方で、認知症高齢者の訴えに耳を傾ける役割を他者に移譲するという視点の転換も必要ではないだろうか。急性期病院において認知症高齢者と日常的な会話を楽しんだり、趣味等の余暇活動の支援に専念できるボランティアや介護士等の職種を配置することも重要であると考ええる。

2. 認知機能と本人に合わせた独自性のあるケアに関連する要因

困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施がSSNP-PCC下位尺度Ⅱに正の影響を及ぼしており、困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスを多く実施している人は、認知機能と本人に合わせた独自性のあるケアの看護実践が高いことが明らかとなった。入院という環境の変化により認知症高齢者は一時的なせん妄を起こしやすく、治療・入院に伴うストレスや混乱、医療者の不適切な関わりにより行動・心理症状（BPSD）を引き起こす場合がある。看護師はこのような認知症高齢者への対応に困難を感じているときは一人で考え込まず、そのような困難な状態を引き起こしている原因について複数の看護師により多角的にアセスメントすることが重要である。また、認知症高齢者は一人ひとり異なる個性を持つ生活者であることから、本人に合わせた独自性のあるケアの関わりには、入院までの生活様式や担っていた役割を把握し、それを継続できる関わりが求められるが、その関わりが本人に合っているかどうかは実践した後の認知症高齢者の反応から判断する必要がある。したがって困難を感じている看護師にとって、複数の看護師により認知機能を評価し、関わりのアイデアを得る機会としてカンファレンスは有効であり、それにより認知機能と本人に合わせた独自性のあるケアの看護実践の向上が期待できる。

また看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無がSSNP-PCC下位尺度Ⅱに正の影響を及ぼしており、看護学実習において認知症高齢者の受け持った経験のある人の方が経験のない人より認知機能と本人に合わせた独自性のあるケアの看護実践が高いことが明らかとなった。認知症高齢者には認知機能やその人の生活史や嗜好に合わせて関わり方を工夫することが重要である。看護基礎教育において認知症高齢者を受け持つ経験の多くは高齢者施設に

おける実習である。施設看護師の卓越した認知症看護を五感で捉え、認知機能を的確に把握し維持するための工夫や認知症高齢者その人が安心できる入院・入所生活を送るための環境調整への介入など学生ならではの看護実践は貴重な経験であり、入職後の認知機能と本人に合わせた独自性のあるケアに活かされていると考える。

3. 起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケアに関連する要因

困難を感じた時の認知症についてのカンファレンスの実施がSSNP-PCC下位尺度Ⅲに正の影響を及ぼしており、困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスを多く実施している人は、起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケアの看護実践が高いことが明らかとなった。この下位尺度は、入院や治療で生じる抑制、廃用症候群、転倒、認知機能の低下を予測したアプローチの項目である。入院という環境の変化や治療によるストレスが認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）に及ぼす影響は個人差があり、定型的ではない。また認知症高齢者は自らの身体的変化を言語により伝えることが難しい場合や変化を自覚できないこともあることから、看護師は認知症高齢者の普段の表情や行動、言動から身体的状態をアセスメントする必要がある。これらのアセスメントは認知症看護の経験の少ない看護師にとっては負担が大きく、複数人による話し合いによって認知症高齢者その人に適したアセスメントができるという点において、困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスが実践に影響したと考える。

また業務における認知症高齢者との関わりの経験がSSNP-PCCの下位尺度Ⅲに正の影響を及ぼしており、業務で認知症高齢者と関わる経験が多いほど起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケアの看護実践が高いことが明らかとなった。認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）は人それぞれ異なり、また同一の人であっても日・時間・体調等によって変化する。一度うまく対応できたとしても次回に通用するとは限らないことが認知症看護の難しさである。谷口（2006, pp.15）は医療施設において認知症高齢者の看護を行う上で困難と意味付けている体験として、【目が離せない人に対する許容】を抽出し、看護師が【目が離せない人との遭遇】を契機に認知症高齢者を「責める気持ち」から「認知症がそうさせている」へと受け入れるプロセスを示している。このように看護師は認知症高齢者との関わりにより、内省し、許容範囲の広がりという看護師としての成長につながることを明らかにした。本研究において、業務における認知症高齢者との関わりの経験が認知症高齢者に対する看護実践と関連があった

ことは、谷口の結果を支持するといえる。したがって看護師として業務上の認知症高齢者との関わりの経験を重ねることの重要性が明らかとなり、実践を通じた失敗体験や成功体験を蓄積することが看護実践の向上につながると期待できる。

また、認知症に関する院外研修参加回数がSSNP-PCCの下位尺度Ⅲに正の影響を及ぼしており、院外研修への参加が多いほど起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケアの看護実践が高いことが明らかとなった。起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケアの看護実践は、認知機能や身体機能の低下に伴うアセスメントやそれらの予防および抑制などの倫理的判断を必要とするより高いレベルの認知症看護である。それに伴い、認知症高齢者に対する否定的感情やBPSDに対応することへの精神的負担に対峙することになる。ジレンマを感じる場面も多いことから、臨床現場から一旦離れて学習の機会を得てリフレクションすることは、看護師自身の持つ問題を俯瞰して捉えることができ、看護実践を好転させる一助となっている可能性が示唆された。なお、本研究では認知症看護に関する研修を受けてからの期間および研修内容が不明であることから今後検討すべき内容である。

4. 本人の意思や価値を尊重したケアに関連する要因

本人の意思や価値を尊重したケアの看護実践には、調整済み決定係数 R^2 は低いものの、困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施、治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感が関連している可能性が示唆された。

これまで認知症高齢者に対する看護実践の関連要因についての考察を述べた。先に述べたように、我が国の急性期病院では平均在院日数が短縮しており、看護師は治療目的で入院する認知症高齢者の状態を早期に把握し、その症状や介護方法に合わせた介入を行っている。認知症看護の実践には、学習や経験も影響していることが明らかになったが、いずれの実践にも最も強く影響しているのは、困難を感じた時の認知症についてのカンファレンスである。したがって、病棟看護師間の日常的なカンファレンスの定着は重要であり、さらに認知症高齢者の認知症状や生活歴などの情報を踏まえてカンファレンスすることでより一層有意義となるといえる。そこで、認知症高齢者は疾患の特性によって本人から情報収集することが難しい場合があるため、介護している家族および介護に関わるケアマネジャーなどの専門職から得た情報を認知症看護に活用できる職場環境を構築することが急務であると考えられる。

C. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践の自己評価による横断的調査であり、認知症高齢者の認知症症状の程度を考慮していないこと、病院の教育体制や認知症看護に関する院外研修の内容を考慮していないことが限界である。今後は、認知症看護の向上に影響する要因についてさらなる検討を重ねること、効果的なカンファレンスのあり方について検討することが課題である。

結 論

急性期病院における看護師の認知症高齢者に対する看護実践の実態とその関連要因を明らかにするため、看護師614名に無記名自記式質問紙調査を実施し、回収率は76.7%であった。SSNP-PCCの下位尺度Ⅰ・Ⅱは全項目が平均値4.3以下で、下位尺度Ⅲ・Ⅳはそれより高かった。またSSNP-PCCの各下位尺度を従属変数、関連要因を独立変数として強制投入法による重回帰分析した結果、全ての下位尺度に困難を感じた時の認知症看護についてのカンファレンスの実施が影響していた。その他、業務における認知症高齢者との関わりの経験、看護学実習における認知症高齢者の受け持ち経験の有無、マンパワーの有無、認知症に関する院外研修参加回数、治療と認知症高齢者を尊重した看護との葛藤に関する困難感との関連性が示唆された。急性期病院における認知症看護の向上には、困難に感じた時のカンファレンスを実施できる環境整備、認知症看護に関する院外研修への参加促進、業務および看護学実習における認知症高齢者と関わる経験の促進、職場のマンパワーの確保を図ること等の重要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様、病院関係者の皆様に心よりお礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

天木伸子, 百瀬由美子, 松岡広子 (2014). 一般病院で入院治療す

- る認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断. *日本看護研究学会雑誌*, 37(4), 63-72. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20140415007>
- 荒木さおり, 原 祥子, 長谷川沙希, 小野光美 (2016). 一般病院に勤務する認知症看護認定看護師の認知症高齢者に対する専門的実践活動. *日本認知症ケア学会誌*, 14(4), 858-867.
- 浅居美樹, 磯邊厚子, 太田節子 (2019). 一般病棟に入院する認知症高齢者の転倒予防に関する看護師の認識. *聖泉看護学研究*, 8, 13-20.
- Ayton, D., O'Brien, P., Treml, J., Soh, S.E., Morello, R., Barker, A. (2017). Nurses' perceptions of preventing falls for patients with dementia in the acute hospital setting. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), E70-E72. <https://doi.org/10.1111/ajag.12474>
- 千田陸美, 水野敏子 (2014). 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. *岩手県立大学看護学部紀要*, 16, 11-17.
- Dowling, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady J., Lasrado R., Sampson E.L., Swarbrick C., José Closs S.J. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009>
- 江口恭子, 前田祐子, 久保田正和, 木下彩栄 (2012). 身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス. *健康科学: 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要*, 7, 23-28.
- Fry, M., Arendts, G., Chenoweth, L. (2017). Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1281-1290. <https://doi.org/10.1111/jocn.13591>
- 藤田冬子, 松本多津子, 宮崎栄子, 山田鈴子, 服部めぐみ (2016). 急性期病院における老人看護コンサルテーションからみた院内教育ニーズ. *神戸女子大学看護学部紀要*, 1, 53-58.
- 古田 光 (2015). 一般病床高齢者入院患者における認知症実態調査の試み: 総合病院精神医学会認知症委員会多施設共同研究. *総合病院精神医学*, 27(2), 100-106. <https://doi.org/10.11258/jjghp.27.100>
- Grealish, L., Real, B., Todd, J.A., Darch, J., Soltau, D., Phelan, M., Lunn, M., Brandis, S., Cooke, M., Chaboyer, W. (2019). Implementing evidence-based guidelines for falls prevention: Observations of nursing activities during the care of older people with cognitive impairment. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 16(5), 335-343. <https://doi.org/10.1111/wvn.12376>
- 石井優香, 石橋みゆき, 正木治恵 (2018). 一般病棟における看護師の感情に着目した認知症患者のとらえ方. *千葉看護学会会誌*, 24(1), 33-42.
- 片井美菜子, 長田久雄 (2014). 認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態. *日本早期認知症学会誌*, 7(1), 72-79.
- 厚生労働省 (2019a). 平成30年度入院医療等における実態調査. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000516101.pdf> (参照2020年6月16日)
- 厚生労働省 (2019b). 平成30年度 (2018年度) 病床機能報告の結果について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000509330.pdf> (参照2021年6月5日)
- 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代, 萩原理恵子 (2013). 一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難: 大規模病院 (一施設) の看護師へのインタビューから. *日本認知症ケア学会誌*, 12(2), 408-418.
- 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代 (2013). 中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難. *老年看護学*, 17(2), 65-73.
- 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子 (2018). 介護保険施設での「認知症ケア体験研修」を受講した急性期病院看護師の学び: ケア体験終了時のカンファレンス内容の分析より. *老年看護学*, 23(1), 121-128. https://doi.org/10.20696/jagn.23.1_121
- 小山尚美, 渡邊裕子, 流石ゆり子 (2019). 介護保険施設で「認知症ケア体験研修」を受講した急性期病院看護師の認知症看護実践の様相. *老年看護学*, 24(1), 69-76. https://doi.org/10.20696/jagn.24.1_69
- 倉田貞美, 牧野公美子, 村上静子, 國井雪絵, 小杉山友里, 中村早希, 松井咲樹 (2014). 一般病院における認知症高齢者への不必要な身体拘束防止の取り組み: 看護師の認識および身体拘束実施状況の変化に関する量的検討. *日本認知症ケア学会誌*, 12(4), 763-772.
- 葛原誠太 (2018). 急性期病院に勤務する看護師の認知症ケアに関する認識と教育背景の関連. *日本看護福祉学会誌*, 23(2), 51-64.
- 松本令子, 佐藤悦子, 泉宗美恵 (2018). Y県における訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態: 認知症高齢者訪問看護質評価指標を用いて. *山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル*, 4, 51-65.
- 松尾香奈 (2011). 一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ. *日本赤十字看護大学紀要* (25), 103-110.
- 港美由紀, 小松美砂 (2018). 一般病棟の看護師が実施している認知症高齢者の痛みのアセスメント. *老年看護学*, 23(1), 85-93. https://doi.org/10.20696/jagn.23.1_85
- 森野美由紀, 平田弘美 (2018). 一般病棟における看護師の教育背景と高齢患者への身体拘束に対する認識との関係. *人間看護学研究*, 16, 27-34. https://doi.org/10.24795/nk016_027-034
- 小田沙矢香, 川島和代 (2016). 急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因. *日本看護研究学会雑誌*, 39(1), 33-42. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20151118004>
- 小野一恵, 富永みち子, 吉見幸美 (2013). 一般病棟で行われる認知症ケアカンファレンスの有効性: 看護師が認識した変化から. *日本看護学会論文集: 老年看護*, 43, 66-69.
- 乙村 優, 徳川早知子 (2011). 一般病棟で認知症高齢者とかかわる看護師の困難. *日本精神科看護学会誌*, 54(3), 114-118.
- 杉田恵美, 西片久美子 (2013). 一般病棟に勤務する看護師が認知症高齢者との関わりで抱く感情. *日本赤十字看護学会誌*, 13(1), 29-34.
- 鈴木みずえ, 桑原弓枝, 吉村浩美, 内田達二, 菊地慶子, 水野 裕 (2013). 急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連. *日本早期認知症学会誌*, 6(1), 52-57.
- 鈴木みずえ, 吉村浩美, 宗像倫子, 鈴木美恵子, 須永訓子, 勝原裕美子, 桑原弓枝, 水野 裕, 長田久雄 (2016). 急性期病院の認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアをめざした看護実践自己評価尺度の開発. *老年看護学*, 20(2), 36-46. https://doi.org/10.20696/jagn.20.2_36
- 鈴木みずえ (2016). *看護実践能力習熟段階に沿った急性期病院でのステップアップ認知症看護*. 13, 東京: 日本看護協会出版会.
- 鈴木みずえ, 鈴木美恵子, 須永訓子, 吉村浩美, 宗像倫子, 森本俊子, 伊藤靖代 (2019). 急性期病院の看護師が実践する身体拘束の関連要因: 看護師の自己評価調査を用いた分析. *日本老年医学会雑誌*, 56(2), 146-155. <https://doi.org/10.3143/geriatrics.56.146>

谷口好美 (2006). 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. *老年看護学*, 11(1), 12-20. https://doi.org/10.20696/jagn.11.1_12

山本克英, 吉永喜久恵, 伊藤由佳 (2010). 救急医療現場で認知症患者をケアする看護師の困難. *神戸市看護大学紀要*, 14, 73-80.

吉村浩美 (2017). 日本老年看護学会の立場表明から考える, 急性期病院で身体拘束を当たり前としない看護の実現に必要なこと. *看護展望*, 42(14), 1315-1318.

[2020年7月21日受付]
[2021年11月9日採用決定]

Current Status and Factors Related to Nursing Practice for Older Adults with Dementia in Acute Care Hospitals

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 783-797
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211109173>

Chinatsu Takeuchi, RN, Chie Yoshimoto, PhD

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

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the current status and factors related to nursing practice in acute care hospitals for older adults with dementia. **Methods:** Self-administered questionnaires were distributed to 614 nurses working in acute care hospitals. A multiple regression analysis using the forced entry method was conducted with related factors as the independent variables and all the subscale scores of the self-assessment scale for nursing practice as the dependent variables. **Results:** A total of 471 questionnaires were returned (recovery rate, 76.7%). The subscale items for I and II were below the average score of 4.3 and those for III and IV were above the average score. All the subscale scores of the self-assessment scale for nursing practice were significantly associated with attending conferences on dementia nursing when difficulties were encountered. In addition, the presence or absence of adequate manpower, the number of training events related to dementia attended outside the hospital, experience in working with dementia patients during nursing education, and conflict between the treatment of dementia patients and nursing practice that respects older adults with dementia were related to the subscales' scores. **Conclusions:** These results suggest that an improvement in the work environment and greater involvement with older adults with dementia in nursing education are important.

Key words

older adults with dementia, nursing practice, acute care hospital

Correspondence: C. Takeuchi. Email: takeuchi-c@chs.pref.kagawa.jp

パートナーシップ・ナーシング・システムが 経験3年以下の看護師の 自律性、看護実践能力の成長に与える影響

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 799-807
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211118163>

高田 望

東北大学大学院医学系研究科

要 旨

目的：PNSが看護師の自律性および看護実践能力に与える影響を明らかにすること。**方法：**PNS実施・未実施施設の各3施設で一般病棟に勤務する経験年数3年以下の看護師を対象に質問紙調査を実施した。質問項目は、基本属性、PNS実施の有無、自律性、看護実践能力だった。PNSしか経験のない看護師（PNS群）192名とPNSの経験がない看護師（非PNS群）121名の自律性および看護実践能力の得点を比較した。**結果：**自律性では、自律的な臨床判断、働き方の裁量の因子でPNS群が有意に低く、業務の独立性では2群間の差はなかった。自律的な臨床判断ではPNS群のスコアの分散が非PNS群と比べて有意に大きく、得点のばらつきが大きかった。看護実践能力は2群間に差はなかった。**結論：**PNSが看護師の自律性の育成を阻害する可能性があること、自律性の低い看護師がPNS実施施設を選ぶ可能性があることが示唆された。

キーワード

パートナーシップ・ナーシング・システム、看護提供方式、自律性、看護実践能力

責任著者：高田 望. Email: takada@med.tohoku.ac.jp

緒 言

パートナーシップ・ナーシング・システム（Partnership Nursing System；以下PNS）は、2012年に初めて日本の看護学系専門雑誌に紹介された看護提供方式である（橘, 2012）。橘によるとPNSは、2名の看護師がパートナーとなって2人1組で患者ケアを行い、患者ケアに関する成果と責任を2人が互いに共有する看護提供方式である（2012, p.44）。従来は看護師1人が複数の患者を受け持ち、1人の受け持ち看護師が患者ケアの実施に責任を持つ方式が主流であった。看護師が2人1組で協力して業務を行うことによる、業務の効率化や看護師の安心感の向上に対する期待が、PNSが高い注目を浴びている理由と考えられる。

PNSの評価について、先行研究では主に看護師の働きやすさに関心が向けられてきた。例えば、筆者らは先行研究において、看護実践能力に不安を抱える看護師や子どもがいる看護師はPNSに対する肯定感が高いことを明らかにし、その背景には業務と責任を2人で共有することで心理的負担が軽減されること、PNSで働くことで時間外勤務が回避しやすいことなどの、働きやすさの利点があると論じた（高田ほか, 2019）。その他にも、PNSを実施して

いる88施設3,300名の看護師を対象とした調査では、90.1%が患者情報の共有や確認行動の増加があったと回答し、87.2%が業務進捗確認と相互補完の増加があったと回答した（丸岡ほか, 2015）。1病院の看護師約500名への縦断的なアンケート調査では、2人1組で業務を行うことに伴うスタッフ間のコミュニケーションの増加や、業務の効率化を感じる看護師が多いと報告された（三輪・川尻・安井・野中・河村, 2015）。さらに、PNSで働く看護師のグループインタビューでは、互いの距離が近くて心強いことや、コミュニケーションが向上することなどの肯定的なカテゴリーが生成された（森岡・中本, 2017）。これらの看護師の働きやすさを改善するPNSの利点は、在院日数の短縮や医療の複雑化に伴って生じる看護師の負担の軽減や安全性の向上、さらには労働環境の改善の面から看護管理において魅力であり、PNS導入の動機になっていると考えられる。

一方で、PNSの評価の別の側面である看護師の成長への影響については、先行研究では少なからず否定的な影響が指摘されている。例えば、新人看護師が先輩に頼りがちになり、一人で業務を行うことの責任感や判断力が低下する（中川・中島・寺元・櫻木・河村, 2015）、新人看護師

が自分で考えずにすぐに意見・答えを求めるようになる(竹島・成富, 2017; 河村ほか, 2016)などの指摘が散見される。これらの報告は、PNSが経験の浅い看護師の自律性の育成を阻害する可能性を示唆している。PNSの特徴である2人1組で業務を行う方式が、後輩看護師が先輩看護師の知識や判断に頼りきりになる負の側面を引き起こしている可能性がある。

それに対して、PNSが看護師の成長に肯定的な影響を与えるという期待もある。橘は、PNSでは先輩看護師の看護実践を常に見聞でき、それによる学習効果は大きいと主張している(2014, p.824)。またPNSでは、経験の浅い看護師には担当することが難しい重症患者や多彩な背景を持つ患者の看護経験を、早期から積みやすくなることが考えられる。PNSの実施に伴う学習機会の増加は、特に経験の浅い看護師の看護実践能力の向上を促進する可能性がある。

PNSの看護師の成長への影響に関するこれまでの知見は、個人の経験といった主観的な記述にとどまっており、より客観的な検討のためには数量的な評価が望まれる。本研究は、看護師の自律性および看護実践能力を量的に測定し、PNSが看護師の成長に与える影響を探索する初めての研究である。これまでの働きやすさの観点に加えて、長期的な視点である看護師の成長の観点からPNSを評価することは、今後のPNS推進を考える上で重要である。以上のことから、本研究はPNSが看護師の自律性および看護実践能力に与える影響を明らかにすることを目的とした。なお本研究は、PNSが看護師の成長に及ぼす影響に関する研究プロジェクトの一部として実施したものである。

I. 研究方法

1. 用語の定義

(1) 自律性

独立した意思決定を行い、看護実践における自己裁量を発揮することと定義した(Asakura, Satoh, & Watanabe, 2016)。

(2) 看護実践能力

本研究では何ができるかに焦点を当てる行動主義論の立場に立ち、一つ一つの核となる技術を実施できる能力を有していることと定義した(高瀬, 寺岡, 宮腰, 川田, 2011)。

2. 調査対象

研究協力施設の病院特性を均一にするため、全国の国立大学附属病院を対象を限定した。2016年12月に著者らが実施した全国45国立大学附属病院看護部のホームページ調査

では、24病院がPNSを導入していた。そのうち看護部全体でPNSを導入している3病院を機縁法で選出し、看護管理者から調査協力の同意を得た。続いて対照群としてPNS未実施の3病院を、調査協力の同意が得られたPNS実施施設と同地方(中国・四国地方および東北・北海道地方)から機縁法により選出し、看護管理者から調査協力の同意を得た。2016年12月～2017年2月の期間に、研究協力が得られた6施設に各300部ずつの質問紙を郵送し、質問紙の配布と回収を依頼した。質問紙の具体的な配布・回収方法は各施設に一任し、回収した質問紙を施設ごとにまとめて返送するよう依頼した。

3. 調査内容

(1) 基本属性

年齢、看護師経験年数、性別、学歴、婚姻等の個人属性に関して尋ねた。また、職位、勤務部署、資格などの仕事に関する属性について尋ねた。

(2) PNSの実施

現在PNSで働いているかどうかを「はい」「いいえ」の2択で尋ねた。また、「はい」と回答した場合は、PNS経験年数を尋ねた。

(3) 看護師の専門職的自律性に対する態度

自律性の測定には、Asakura, et al. (2016)が開発した看護師の専門職的自律性に対する態度尺度を使用した。この尺度は、自律的な臨床判断(7項目)、業務の独立性(5項目)、働き方の裁量(6項目)の3因子で構成され、それぞれの項目に「全くそう思わない: 1点」から「とてもそう思う: 5点」までの5段階で評価する尺度である。因子ごとに点数を合計し、最低点は5点、最高点は項目数に応じて25点、30点および35点となる。この尺度は、自律的に行動できるかどうかではなく、自律的でありたいと考えるかどうか、自律性を認知的側面から測定する点の特徴である。得点が高いほど自律的であろうとする態度が強いことを意味する。尺度の信頼性としての内的整合性を示すCronbach's α 係数(以下 α 係数)は、自律的な臨床判断($\alpha = .83$)、業務の独立性($\alpha = .83$)、働き方の裁量($\alpha = .74$)であり、開発者らによって妥当性が検証されている(Asakura, et al., 2016)。尺度の使用にあたり、開発者らから日本語版尺度の提供および使用許可を得た。

(4) 看護実践能力

看護実践能力の測定には、真下ほか(2011)が開発した、急性期病院における看護実践能力尺度の一部を使用した。この尺度は患者へのケア能力やチーム内役割の遂行などを含む5つの側面から看護実践能力を測定する尺度である。本研究ではPNSは患者へのケア能力に与える影響が大きいと考え、患者の状況に合わせた基本的看護ケア、医療

依存度の高い患者への看護ケア、療養上の生活を支える看護ケアの3因子を測定した。これらの因子は患者の医療依存度に応じて、さまざまな看護技術や看護実践をどの程度できるとするかを6段階のリッカート尺度で尋ねたものであり、点数が高いほど、看護実践能力が高いことを示す。著者らによって信頼性・妥当性が確認されている。

4. 分析対象の選定

合計1,800部の調査票を配布し、1,530部を回収した（回収率85.0%）。そのうち不備のない回答は1,446部だった（有効回答率94.5%）。現在のPNSの実施の有無では、PNSで働いている者が832名、PNSで働いていない者が614名だった。PNSの実施の有無以外の影響をできる限り排除するため、以下の手順で分析対象を選定した（図1）。STEP 1では、看護領域の特性の違いが自律性や看護実践能力に影響している可能性があるため、勤務部署で一般病棟を選択した者に限定した。STEP 2では、PNSの影響を際立たせるため、PNSか従来型の看護提供方式のどちらか一方しか経験がない者に限定し、両方の経験を有する看護師は除外した。この際、看護師経験年数の回答とPNS経験年数の回答が同じ年数の者をPNSしか経験がない者と判断した。PNSがはじめて専門誌で紹介されたのが2012年であるため、PNSの経験しかない看護師の経験年数が低い傾向になるという問題が生じた。そのため、STEP 3では看護師経験年数3年以下のみを対象とし、両群の看護師経験年数の均一化を図った。以上の手順を経て分析対象となったのは、PNS群192名、非PNS群121名だった。

5. 分析方法

まず各尺度の記述統計の算出、内的整合性の確認を行った。次に両群の基本属性の基礎集計、および個人属性の比較を行った。その後、2群の専門職的自律性に対する態度および看護実践能力の平均値を比較し、さらに有意差があった項目に関して、効果量dの算出と得点分布の比較を行った。検定は、年齢、経験年数、自律性および看護実践能力の比較にはWelch検定、性別には χ^2 検定、学歴、婚姻および子どもの有無にはFisherの正確検定、等分散性の検定にはF検定を用いた。解析ソフトはJMP Pro 13およびG*Power 3.1.9.7を使用し、検定は全て両側検定とし、有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

研究協力施設の看護管理者に対して、研究目的を説明し、同意書への署名および返送をもって研究協力の意思を確認した。個別の対象者に対しては、質問紙と共に説明文書を同封し、調査への協力は任意であり協力しない場合でも不利益がないことを説明した。質問紙への回答および指定の回収用封筒に封入、回収箱への投函をもって同意が得られたものとみなした。本研究は東北大学病院臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した（受付番号：2016-2-217-1、個別の承認番号なし）。

II. 結 果

1. 各尺度の記述統計量と α 係数

専門職的自律性に対する態度、看護実践能力の各下位因

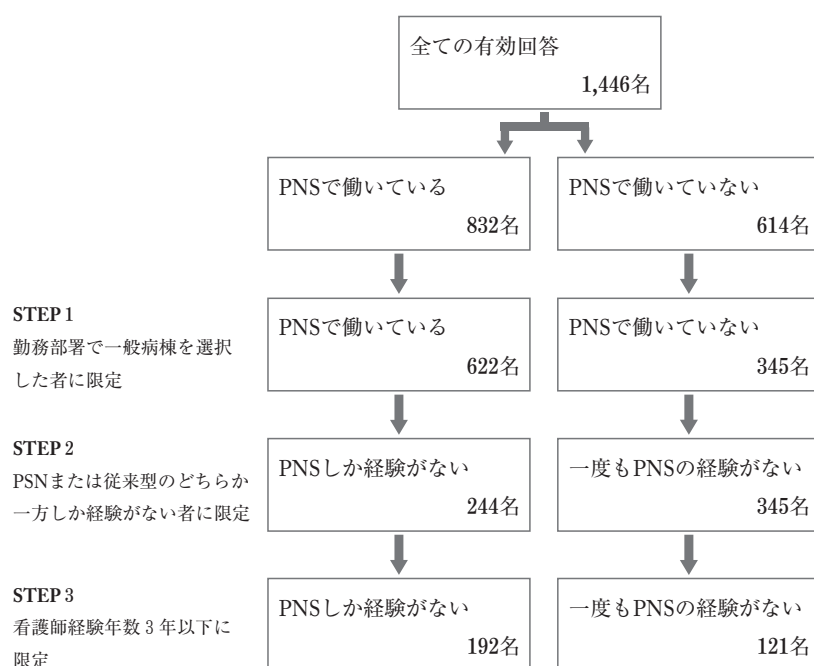


図1 分析対象の選定手順

子の平均得点と標準偏差は表1の通りであった。また、下位因子の α 係数は.71から.95であった。

2. 2群の基本属性の比較 (表2)

PNS群と非PNS群の基本属性を比較した。2群の年齢はPNS群 24.4 ± 3.1 歳 (mean $\pm$ SD), 非PNS群 24.2 ± 1.8 歳, 看護師経験年数はPNS群 2.0 ± 0.8 年, 非PNS群 2.1 ± 0.9 年

だった。全ての項目において2群間に有意差は認められなかった。

3. PNSの実施と2群の専門職的自律性に対する態度および看護実践能力の比較 (図2, 3)

専門職的自律性に対する態度では、自律的な臨床判断がPNS群 22.7 ± 3.8 , 非PNS群 23.7 ± 3.0 でPNS群が低かった

表1 各尺度の記述統計量と α 係数

(n = 313)

尺度	下位因子	mean $\pm$ SD (range)	α 係数
専門職的自律性 に対する態度	自律的な臨床判断	23.1 $\pm$ 3.6 (11-35)	.71
	働き方の裁量	19.0 $\pm$ 4.4 (6-30)	.81
	業務の独立性	12.8 $\pm$ 3.7 (5-25)	.85
	療養上の生活を支える看護ケア	52.0 $\pm$ 10.7 (26-80)	.95
看護実践能力	医療依存度の高い患者への看護ケア	6.9 $\pm$ 5.5 (0-24)	.90
	患者の状況に合わせた基本的看護ケア	32.0 $\pm$ 6.4 (11-51)	.95

表2 2群の基本属性の比較

		PNS群 n = 192	非PNS群 n = 121	p値
年齢		24.4 $\pm$ 3.1	24.2 $\pm$ 1.8	.39
看護師経験年数		2.0 $\pm$ 0.8	2.1 $\pm$ 0.9	.38
性別	女性	179 (93.2)	115 (95.0)	.51
	男性	13 (6.8)	6 (5.0)	
学歴	2年課程 (進学コース)	5 (2.7)	5 (4.1)	.77
	3年課程 (専門学校, 短大)	22 (11.5)	17 (14.1)	
	大学 (助産師・保健師養成課程含む)	163 (85.3)	99 (81.9)	
	大学院	1 (0.5)	0 (0)	
婚姻	未婚	187 (97.4)	117 (96.7)	.74
	既婚	5 (2.6)	4 (3.3)	
子どもの有無	なし	187 (97.4)	120 (99.2)	.41
	あり	5 (2.6)	1 (0.8)	

年齢, 経験年数はmean $\pm$ SD, その他の項目はn (%)

(年齢および経験年数: Welch検定, 性別: χ^2 検定, その他: Fisherの正確検定)

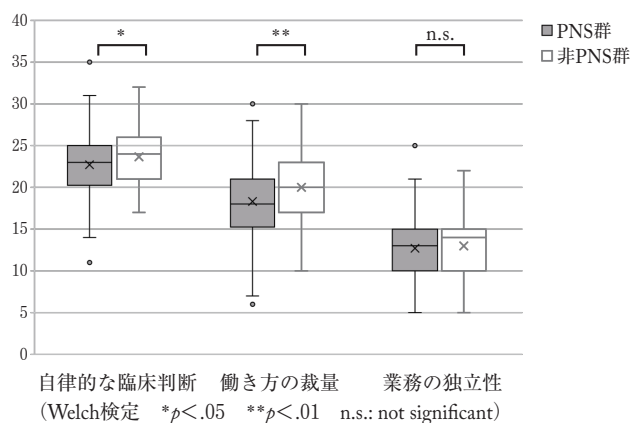


図2 2群の専門職的自律性に対する態度の比較

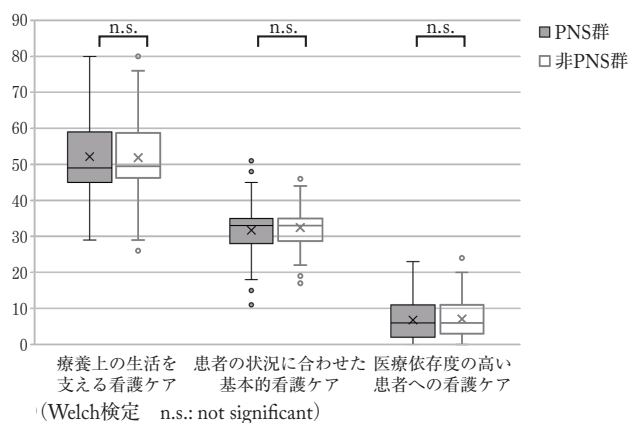


図3 2群の看護実践能力の比較

($p < .05$, $d = 0.29$)。また、働き方の裁量がPNS群 18.3 ± 4.4 、非PNS群 20.0 ± 4.3 でPNS群が低く ($p < .01$, $d = 0.39$)、業務の独立性がPNS群 12.7 ± 3.9 、非PNS群 13.0 ± 3.5 で2群間の差はなかった ($p = .52$)。一方、看護実践能力は、療養上の生活を支える看護ケアがPNS群 52.1 ± 11.0 、非PNS群 51.9 ± 10.1 ($p = .82$)、患者の状況に合わせた基本的看護ケアはPNS群 31.7 ± 6.5 、非PNS群 32.4 ± 6.4 ($p = .33$)、医療依存度の高い患者への看護ケアはPNS群 7.0 ± 5.6 、非PNS群 6.8 ± 5.5 ($p = .65$)であり、いずれの因子も2群間に差はなかった。

4. 自律性の分布の比較

2群間に有意差を認めた自律的な臨床判断および働き方の裁量に関して、2群の分布を示したヒストグラムを図4、5に示す。2群の分散をF検定を用いて比較したところ、自律的な臨床判断において有意差を生じ ($p < .01$)、非PNS群と比較してPNS群では、自律的な臨床判断の得点のばらつきが大きかった。

Ⅲ. 考 察

本研究では、勤務施設の特性や基本属性がほぼ同等な経験年数3年以下の看護師のサンプルを用いて、PNSが自律性および看護実践能力に与える影響を調査した。その結果、PNSで働く看護師は自律的な臨床判断が低く、さら

に母集団の自律的な臨床判断の分散が大きいたことが示された。PNSの実施の有無と看護実践能力には関連が認められなかった。経験年数1-3年の初期キャリアは、自分の適性への不安や看護師の責任の重さへの不安を感じながら(山田・横川・村松・三上・内田, 2014)、分析的思考や自己教育力を獲得して基礎的な臨床能力を発展させる時期である(谷脇, 2006)。そのため、この時期の看護師の成長に影響する要因を調べることは、能力開発において重要な意味を持つ。

本研究ではPNSで働く看護師は従来型の看護提供方式で働く看護師と比較して自律性が低い可能性が示唆された。自律性3因子のうち2因子でPNS群の平均スコアは低かった。効果量 d は平均の差そのものの大きさ、つまり変数間の効果の大きさを量的に表した統計量であり(平井, 2017)、 t 検定では0.2: 小さな効果、0.5: 中程度の効果、0.8: 大きな効果が目安とされる(Cohen, 1992)。本研究での効果量 d は自律的な臨床判断が0.29、働き方の裁量が0.39であり、小から中程度の効果が認められた。また、看護師の専門職的自律性に対する態度尺度を用いた先行研究では、介護施設に勤める看護師(平均年齢 48.7 ± 9.6 歳)の自律的な臨床判断のスコアが 24.9 ± 4.4 と報告されている(Hara, et al., 2021)。本研究の対象者の自律性は低い傾向にあり、これは経験年数が影響した可能性がある。

PNSで働く看護師が従来型の看護提供方式で働く看護師と比較して自律性が低かった原因は二つ考えられる。一

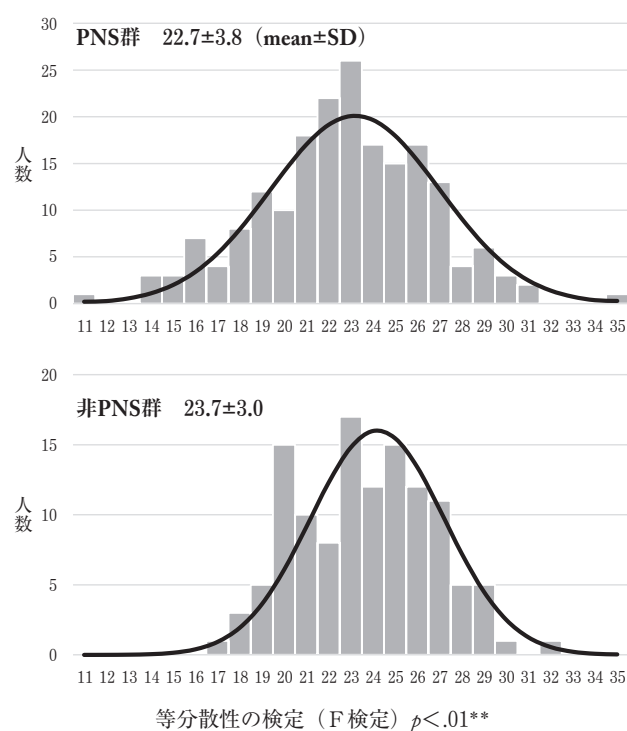


図4 自律的な臨床判断の分布の比較

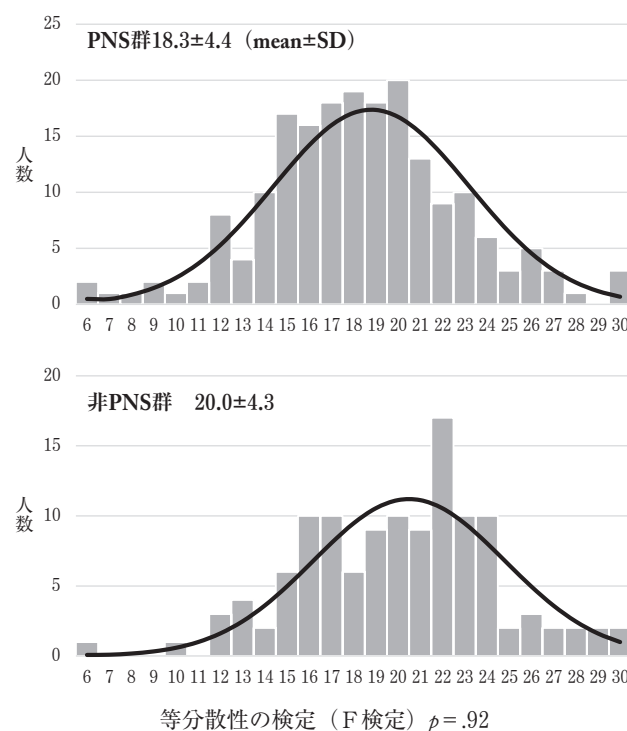


図5 働き方の裁量の分布の比較

つは、PNSで働くことで自律性が育ちにくくなる可能性、もう一つはPNS実施施設には自律性の低い看護師が集まりやすい可能性である。PNSを実施することで、看護師の自律性の育成遅延を懸念する報告は少なくない。例えば、PNS導入に伴う新人看護師のスキル評価の現状に関する質的調査では、コードの一つに「新人看護師が自分で考えずにすぐに意見・答えを求める傾向になる」ことが挙げられている（河村ほか、2016）。また、竹島・成富はPNSのメリット・デメリットを尋ねるアンケート調査の自由記載に、「先輩としてPNSを組むことでベアの人は安心して答えを求めてくる」という記載があったと報告した（2017, p.174）。今回の調査で2群間に有意差を認めた自律的な臨床判断は、医師や同僚看護師などの他者にコントロールされることなく、自分自身の判断に基づいて臨床ケアを実施しようとする態度である（Asakura, et al., 2016）。看護師は専門職として自分自身で判断し、質の高いケアを提供することが求められる職業であり、自律的な臨床判断は看護師の自律性の中核ともいえる因子と考えられる。PNS群で自律的な臨床判断が低い傾向にあったことは、先行研究で述べられている、経験の浅い看護師が自分で考えずにすぐに答えを求めてくるという指摘と一致する結果であった。また、PNS実施施設では新卒看護師のリクルートに際し、PNSで安心して看護ができることをアピールするケースがある。自律性が低い看護師にとっては、常に2名の看護師が協力して働くPNSは安心して働く上での魅力になると考えられる。この点についてPNSと自律性の関連をさらに詳細に明らかにするためには、入職時から自律性を継続的に測定し、経時的な自律性の変化を追うことも今後の課題である。

PNSと低い自律性の関係は、2人の看護師がペアで働くPNSの特徴に起因していると考えられる。PNSは、2人の看護師がパートナーとして協力し合って看護ケアを行い、その成果と責任を共有する看護体制と定義される（橘, 2012）。この仕組みは、責任をパートナーと共有することで責任の分散または希薄化を生じさせ、自分の責任で判断して業務を行おうとする意識の低下を招く懸念がある。このような現象は、責任の拡散という概念で説明される（Darly, & Latane, 1968）。責任の拡散とは、ある出来事に対する責任が複数の人間によって共有されるとき、その責任の重さが個々人に分散されること、またそれによって個々人が感じる責任が、自分一人だけに責任が集中するときよりも軽くなることである（小川, 1987, p.196）。PNSではパートナーと責任を共有することで責任の拡散が生じ、自分の責任で判断しなければならないという態度の育成が阻害され、その結果、自律性が育ちにくい可能性がある。

このようなPNS群で自律性が低い現象は、ある一部の

看護師に顕著に生じやすい傾向がある。PNS群で自律的な臨床判断の得点分布は、低得点にすそ野が広い分布をしており、分散が有意に異なっていた。つまりPNS群には、非PNS群と比べて自律性が著しく低い層が存在していた。自律性は就職後に先輩看護師らがどれだけ意図的に自律性を育てる視点を持って関わったか、本人がどのような意思を持って仕事をしてきたかなどが影響すると考えられる。初期キャリアの時期に自己の責任で判断する経験をどれだけ重ねられたかが、自律性の育成に影響を及ぼした可能性がある。従来型の看護提供方式では担当患者に対する責任は1人の受け持ち看護師が負うため、自分の責任で判断して業務を進めざるを得ない。このような経験の積み重ねが、自律的な臨床判断に対する態度の向上に寄与していると考えられる。

PNS群で働き方の裁量の得点が低かったことは、他者との協力や調和を重視するPNSの特徴を反映している。働き方の裁量は、休暇や勤務シフトを自分で決めることなどの項目が含まれる因子で、看護職特有の自律性ではなく、労働者としての基本的権利に対する自己裁量を求める態度を測定する因子である。PNSで働く上では他者を尊重し慮ることが重要であり（橘, 2014, p.822）、パートナー間で協力し補完し合うことがPNSで働く看護師に望まれる行動スタイルである（嶋田ほか, 2020）。このような姿勢はPNSマインドと呼ばれ、PNSを行う病院からはPNSマインドの定着のための取り組みが多数報告されている。働き方の裁量は組織や他者に与えられたルールよりも自己決定を尊重したいという態度を測定しており、PNSで求められる特性とは異なる。PNSマインド教育が、PNSで働く看護師が自己裁量に対する要求を抑えた態度を形成した一因にあると示唆される。

本研究では、PNS群と非PNS群で看護実践能力に差はなかったが、PNSによる自律性の低下は看護実践能力に影響している可能性がある。看護実践能力の向上には学習機会の獲得が必要であり、学習機会の獲得を促進する要因の一つに自律性がある。自律性が高い者や自律的に意思決定する機会が多い者ほど責任感が高まり、それに応じて看護実践能力が高まる（今井ほか, 2017; Ruysseveldt, Verboon, & Smulders, 2011）。PNSには学習機会を獲得しやすい利点があるにもかかわらず、看護実践能力の向上につながっていない。看護実践能力は単に学習機会を得れば向上するものではなく、同時に自律性を育むことで向上すると期待される。

本研究が実践に与える示唆は、PNSを看護師の成長や人材育成に効果的に用いるためには、経験の浅い看護師の自律性を育む関わりをパートナーが意図的に行うことが必要な点である。PNSにおいては、指導者層のパートナー

の支援能力が顕在化しやすい。例えば、経験量に差がある二人が一緒に業務を進めようとする、経験豊富な看護師が最終的な決定権を持つ構図になることがある。その場合、仮に経験の浅い看護師が何か判断したとしても、パートナーの先輩看護師がその判断を容認しなければ業務は進まない。そのような経験を繰り返すうちに、先輩の言う通りにしていれば間違いない、先輩に従うほうが楽で良いという思考に陥る可能性は否定しきれない。PNSを導入する際には、先輩看護師が許容可能な範囲で経験の浅い看護師の判断を取り入れ、判断する責任および判断した結果に対する責任を自覚させる関わり方が必要である。現状では、PNSの成果は業務の効率化や看護師の負担軽減ばかりが目され、人材育成の観点からは十分検討されていない。責任の拡散やそれに伴う自律性の低下といったPNSの構造上の弱点を理解し、それを補うような教育を行っていくことが、PNSを継続する上では重要だと考える。

IV. 研究の限界および今後の課題

本研究の限界は、対象が看護師経験年数3年以下の看護師に限定されている点である。PNSが看護師の成長に与えている影響を明らかにするためには、3年を超える看護師も対象にした調査が必要である。また、本研究は国立大学附属病院だけを対象とした調査であり、国立大学附属病院の特性が結果に反映された可能性がある。加えて、本研究は看護実践能力の一部のみを測定している点も限界である。これらの点は結果を一般化する際の限界であるものの、PNSが看護師の自律性や看護実践能力にどのように影響しているのかについて示唆をもたらした点は本研究の成果である。PNSによる人材育成においては、指導者層の支援能力が顕著に影響している可能性がある。PNSによる人材育成の効果を測定するために、今後はパートナーの関わりも含めた、複合的な調査が必要と考える。

結 論

一般病棟に勤務する経験年数3年以下の看護師へのPNSの影響として、PNSが看護師の自律性の育成を阻害する可能性があること、自律性の低い看護師がPNS実施施設を選ぶ可能性があることが示唆された。看護実践能力はPNSでも従来型の看護提供方式でも変わりがなかった。PNSを人材育成において効果的に機能させるためには、経験の浅い看護師の自律性を育むような関わりをパートナーが意図的に行う必要があることが示唆された。

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。

文 献

- Asakura, K., Satoh, M., Watanabe, I. (2016). The development of the attitude toward professional autonomy scale for nurses in Japan. *Psychological Reports*, 119(3), 761-782. <https://doi.org/10.1177/0033294116665178>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Darley, J.M., Latane, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4), 377-383. <https://doi.org/10.1037/h0025589>
- Hara, Y., Asakura, K., Sugiyama, S., Takada, N., Ito, Y., Nihei, Y. (2021). Nurses Working in Nursing Homes: A Mediation Model for Work Engagement Based on Job Demands-Resources Theory. *Healthcare*, 9(3), 316. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030316>
- 平井明代 (2017). 教育・心理系研究のためのデータ分析入門 (第2版). 54-57, 東京: 東京図書.
- 今井多樹子, 高瀬美由紀, 山本雅子, 佐藤陽子, 河村靖子, 山本久美子 (2017). 看護実践の質向上に資する効果的な職場環境デザインの検証. *日本職業・災害医学会会誌*, 65(1), 47-51.
- 河村麻希, 中島千春, 中川征子, 寺元絵美, 丸山美也子, 北村彩夏, 前阪友美 (2016). PNS導入における新人看護師のスキル評価に関する課題. *日本看護学会論文集 看護管理*, 46, 3-6.
- 丸岡直子, 田村幸恵, 田浦久美子, 橘 幸子, 上山香代子, 松村愛都, 清水由香里, 丸木ひろみ (2015). パートナーシップ・ナーシング・システムの導入効果と定着への課題. *石川看護雑誌*, 12, 75-83.
- 真下綾子, 中谷喜美子, 陣田泰子, 市川幾恵, 佐藤久美子, 高橋恵子, 大水美名子, 坂本すが, 菅田勝也 (2011). 急性期病院における看護実践能力尺度の開発. *日本看護管理学会誌*, 15(1), 5-16.
- 三輪峰子, 川尻麻佑子, 安井裕美子, 野中真由美, 河村仁美 (2015). パートナーシップ・ナーシング・システム導入による成果と成果に影響する要因分析. *日本看護学会論文集 看護管理*, 45, 19-22.
- 森岡広美, 中本明世 (2017). 若手看護師が捉えたパートナーシップ・ナーシング・システム (PNS) のメリットとデメリットから離職率低下に向けたサポート方法の検討. *梅花女子大学看護保健学部紀要*, 7, 16-26.
- 中川征子, 中島千春, 寺元絵美, 櫻木静香, 河村麻希 (2015). PNS導入に伴うスタッフの意識変化と業務定着への工夫. *日本看護学会論文集 看護管理*, 45, 23-26.
- 小川一夫監修 (1987). *社会心理学用語辞典*. 196, 京都: 北大路書房.
- Ruyssveldt, J.V., Verboon, P., Smulders, P. (2011). Job resources and emotional exhaustion: The mediating role of learning opportunities. *Work & Stress*, 25(3), 205-223. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.613223>
- 嶋田恭子, 上原佳子, 長谷川智子, 北野華奈恵, 村田美穂, 上山香代子 (2020). 看護師のパートナーシップ・ナーシング・システム (PNS) 行動測定尺度の開発. *日本看護管理学会誌*, 24(1), 123-132.
- 橘 幸子 (2012). パートナーシップ・ナーシングシステムの構築と成果. *日本看護評価学会誌*, 2(1), 42-47.

- 橘 幸子 (2014). PNSの特徴とパートナーシップ・マインド. *看護管理*, 24(9), 820-824.
- 高田 望, 鈴木美寿穂, 門間典子, 菅原明子, 神 裕子, 酒井敬子, 三橋 光 (2019). PNSで働く看護師のペアで働くことに対する肯定感の実態と影響要因. *日本看護管理学会誌*, 23(1), 168-176.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子 (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. *日本看護研究学会雑誌*, 34(4), 103-109.
- 竹島未央, 成富真穂 (2017). PNSを導入した一病院における看護師の認識. *日本看護学会論文集 看護教育*, 47, 171-174.
- 谷脇文子 (2006). 卒後2～3年目看護師の臨床能力の発展に関する研究: 卒後2年目と3年目看護師の臨床能力の向上・促進と経験の特質. *高知女子大学紀要*, 55, 39-50.
- 山田典子, 横川亜希子, 村松真澄, 三上智子, 内田雅子 (2014). 大卒看護職の初期キャリアにおける就業満足感と離職願望. *SCU Journal of Design & Nursing*, 8(1), 19-29.

[2021年5月2日受 付]
[2021年11月18日採用決定]

Effect of Partnership Nursing System on Nurses' Autonomy and Practical Nursing Ability

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 799-807
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.2021118163>

Nozomu Takada, PhD, RN

Graduate School of Medicine, Tohoku University, Sendai, Japan

Abstract

Objective: Research evidence demonstrating the effect of Partnership Nursing System (PNS) on nurses is limited because it has only recently been developed. Therefore, this study aimed to clarify the effect of PNS on nurses' autonomy and nursing practical ability. **Methods:** A questionnaire survey was conducted among nurses with less than three years of experience working in general wards at six facilities with and without the PNS. We compared the scores of autonomy and practical nursing ability of 192 nurses with only PNS experience (PNS group) and 121 nurses without PNS experience (non-PNS group). **Results:** Scores on autonomous clinical judgment and control over working conditions were lower in the PNS group than in the non-PNS group. However, job-related independence was similar among the two groups. The PNS group showed significantly larger dispersion in scores on autonomous clinical judgment than the non-PNS group, indicating that nurses in the PNS group had particularly low autonomy. Scores on all factors of practical nursing ability did not differ significantly between the two groups. **Conclusions:** Results suggest that PNS may interfere with the development of nurses' autonomy and that nurses with low autonomy may choose facilities that implement PNS.

Key words

partnership nursing system, nursing system, autonomy, practical nursing ability

Correspondence: N. Takada. Email: takada@med.tohoku.ac.jp

在宅で暮らす小児の生活を守る 訪問看護師による診療報酬で 算定できないサービスの実態

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 809-821
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211206162>

部谷知佐恵, 岡田摩理, 泊 祐子, 赤羽根章子, 遠渡絹代,
市川百香里, 叶谷由佳, 濱田裕子

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト

■要 旨

目的: 全国の小児の訪問看護を行う訪問看護ステーション（以下、訪問St.）において診療報酬を算定できないサービスの実態と算定の必要があると考えるサービスについて明らかにする。**方法:** 全国の小児利用者のいる訪問St.に診療報酬を算定できないサービスの実施状況と必要性に関する質問紙調査を行い、455か所の訪問St.の記述統計および自由記述の内容分析を行った。**結果:** 診療報酬を算定できないサービスは78.7%の訪問St.で実施されており、実施による小児のメリットは【状態が変化しやすい小児の体調悪化のリスク回避ができる】【状況の変化に合わせて小児の成長発達が促進できる】【医療的ケア児と家族の生活が安定する】【小児と家族の状況に応じた支援体制が構築できる】があった。**結論:** 多くの訪問St.が、診療報酬の算定ができなくても小児にとってのメリットがあることでサービスを提供しており、算定の必要性を感じていた。

■キーワード

訪問看護, 診療報酬, 在宅ケア, 小児看護

責任著者: 部谷知佐恵. Email: maikel_tosusan@yahoo.co.jp

はじめに

近年、在宅の小児を包括的に支援するための体制の整備が進んでいるが、いまだ小児が利用できる施設は十分ではなく、小児の訪問看護についても拡大する必要性があることが指摘されている（中村, 2020）。小児の訪問看護利用者は増加している（厚生労働省, 2018a）が、マンパワーの不足や支援の難しさから、小児の訪問看護を躊躇する訪問看護ステーション（以下、訪問St.）もある（松崎ほか, 2016）。本研究チームの過去の調査においても、訪問看護を利用している小児の大半は医療的ケアがあり（岡田ほか, 2017）、訪問看護師にとっては、成人よりも高度で濃厚な医療的ケアに専門的な技術を要することや家族支援に時間を要し時間単位の報酬が低くなること、無報酬となるサービスが多いことが経営上の負担となり、小児の訪問看護対象者の拡大が難しいことが示されていた（遠渡ほか, 2017）。訪問St.が安定的な経営基盤を築き、小児の訪問看護に積極的に取り組める状況を制度として整えることが重要である。そのためには、高度な医療や家族支援に適した対価を得られる診療報酬制度であることが望まれる。在宅

医療の充実の必要性に伴い、在宅の小児に関連する診療報酬も徐々に充実しつつある（厚生労働省, 2020a）が、現場の訪問看護師が必要と感じる診療報酬を要望するためには、小児の訪問看護の実態を把握する必要があると考えた。

本研究チームでは、小児への必要な訪問看護を躊躇なく実践することができるように、訪問St.がサービス内容に即した対価を得られることを目指して、小児の訪問看護における診療報酬上の課題を検討してきた。訪問St.のインタビュー調査を段階的に進め、2015年度はA県の成人と小児の両方の利用者のいる訪問St.（遠渡ほか, 2017）、2016年度は小児専門の訪問St.（岡田ほか, 2020）を対象に調査を実施してきた。これらの調査結果からは、多くの訪問St.が診療報酬を算定できなくてもサービスを行っていることが明らかになった。現在の診療報酬で認められているが基準に当てはまらず、算定できないサービスとしては、長時間訪問看護加算対象外の小児への長時間訪問や、定められた回数を超える長時間訪問、複数名訪問看護加算を超えた複数名での訪問、在宅移行に伴う3回以上必要になる会議などがあり、小児と家族の必要性に応じて行われ

ていた。診療報酬では全く認められておらず、算定できないサービスとしては、病院受診時の同席や居宅以外への訪問看護、外泊時を除く退院前の訪問予定者宅への訪問、在宅移行後の会議などがあった。これらの診療報酬が算定できないサービスについては、利用者へ自費での支払い請求が行われていたり、自治体の補助を受けたり、福祉サービスに切り替えたりするなどの対策があった（岡田ほか、2020）。しかし、全国どこにいても豊かな生活を保障するサービスが提供されるためには、小児と家族に必要なサービスが診療報酬として認められることが望まれる。診療報酬や介護保険などの保険外のサービスは小児のみならず他領域においても行われていることが示されているが（木全、2017）、小児の訪問看護における診療報酬が算定できないサービスに関する全国的な実態を量的に明らかにする必要性があると考えた。

そこで、全国の小児の訪問看護をしている訪問St.に対して、小児訪問看護の現状と特徴および診療報酬で算定できないサービスの実態と必要性の認識を把握するための質問紙調査を実施した。本研究では、診療報酬で算定できないサービスの実態と、訪問St.が算定の必要があると考えるサービスに焦点を当てて報告する。

Ⅰ. 研究目的

全国の小児の訪問看護を行う訪問St.において、診療報酬を算定できないサービスの実態と、訪問St.が算定の必要があると考えるサービスについて明らかにする。

Ⅱ. 研究方法

A. 対象

2017年12月時点において、小児慢性特定疾病情報センターのホームページの「各自治体担当窓口」で紹介されている各自治体の関連機関のホームページから「小児慢性特定疾病指定医療機関」の5,099か所の訪問St.を検索した。そこから無作為に抽出した2,500か所の訪問St.を対象とし、質問紙を郵送した。本研究では、返送のあったもののうち、小児の訪問看護を行っている訪問St.に対する質問項目に回答があったものを分析対象とした。

B. 調査時期および方法

2018年1月～3月に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。

C. 調査内容

1. 実施しているが診療報酬を計上できていないサービス

小児の訪問看護において、診療報酬で算定できないサービスを「実施しているが診療報酬を計上できていないサービス」として10項目から選択（複数回答可）するように質問した。この10項目は、これまでのインタビュー調査（岡田ほか、2020）において、診療報酬を算定できていないが実施しており、診療報酬上の課題であると管理者が認識していた内容をもとに以下の項目を設定した。診療報酬の説明に関しては、厚生労働省の告示第四十八号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（2018b）および「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（2018c）を参考にした。

項目の適切性については、訪問看護師にプレテストを行い、文章表現や実態に即した内容であるかどうかの確認を行った。

a. 『長時間訪問加算を超える回数の長時間の訪問』（以降は『回数を超える長時間訪問』とする）

長時間訪問看護加算は①特別訪問看護指示書のある場合、②15歳未満の超重症児・準超重症児、③別表8（「厚生労働大臣が定める状態等」の規定で、主に医療的ケア児）に規定のある場合の利用者に対して、90分以上の訪問看護を行った際に算定できる。①は週1回、②と③の15歳未満は週3回まで算定できるが、規定の回数を超えると算定できない。

b. 『長時間訪問加算を算定できない対象者の長時間の訪問』（以降は『対象外の長時間訪問』とする）

長時間訪問看護加算の対象はaの①～③であり、別表8に該当しても15歳を超えている場合や別表8に規定のない医療的ケアなどの場合、外泊時の訪問看護の場合は、対象外となり算定することができない。

c. 『複数名加算で算定できない複数名の訪問』（以降は『算定外の複数名訪問』とする）

複数名訪問看護加算は、一定の算定条件を満たす利用者において、看護師や他の指定の専門職や看護補助者などと複数名で訪問看護をした場合の加算であり、訪問する職種によって、週当たりの回数制限と費用が設定されている。看護師同士もしくは医療職との複数名訪問は週1回しか算定できず、複数の訪問St.が同じ週に複数名で訪問したとしても、どちらか一方しか算定することができない。また、算定条件から外れる対象者の場合は算定できない。

d. 『3回以上の退院調整会議』

退院前に病院と共同で指導をした場合には、「退院時共同指導加算」が算定できる。通常は1回であるが、別表7

〔厚生労働大臣が定める疾病等〕の規定で主に難病)や別表8に該当する場合には、2回まで算定できる。これ以上の回数は算定できない。

e. 『受診時の訪問看護師の同席』(以降は『受診同席』とする)

福祉サービスの「通院等介助」としてヘルパーによる受診等の同行は認められているが、診療報酬としては算定できない。

f. 『居宅以外への訪問』

保険による訪問看護は基本的に居宅への訪問のみ認められており、居宅以外での看護は算定できない。

g. 『退院前の訪問』

退院前に利用者宅へ訪問することが認められているのは外泊時のみであり、患者がいない自宅へ、退院前に訪問して指導や調整をしても診療報酬では算定できない。

h. 『他職種との同日の同時訪問』(以降は『他職種との同時訪問』とする)

複数のステーションから同日に訪問看護系のサービスが入った場合は、どちらか一方のステーションしか算定できない。訪問リハビリは訪問看護と同系のサービスとみなされており、別々のステーションから訪問リハビリと訪問看護が入った場合には、どちらかが算定できない。

i. 『在宅移行後の入院に伴う会議や調整』(以降は『移行後の会議等』とする)

在宅移行後の会議に関しては①在宅患者連携指導加算と②在宅患者緊急時等カンファレンス加算がある。①は訪問診療を行う医療機関や薬局等と月2回以上文書を含めた指導を行った場合、②は容態の急変などが起こった際に病院との共同指導を行った場合であり、移行後に行う多職種連携会議は、条件に合わず算定できないことが多い。

j. 『家族支援』

診療報酬は対象児のケアを中心に考えられているため、家族員自身への直接的な支援は、算定の対象にはならない。サービス内容を具体的に特定することはできないが、これまでの調査で必要性が繰り返し語られていたため、質問項目に加えた。

2. 診療報酬の算定が必要と思うサービス

診療報酬を計上できていないサービスについて、算定が必要と思うサービスを1.と同様の10項目から優先度順に3つまで選択。

3. 診療報酬を計上できていないサービスにおいて、実施により小児にとってメリットがあったと考えられる内容

上記1.において実施しているサービスで、「訪問看護師の実施により小児にとってメリットがあったと考えられ

る内容」(以下、小児にとってのメリットと表記する)について、サービスの番号ごとに自由記述を求めた。

4. 地方自治体の事業として小児の訪問看護契約者が利用できる補助の内容

地方自治体の事業として行われている補助(費用やサービス)で、診療報酬以外に小児が利用できるサービスについての自由記述を求めた。

5. 現状の小児の訪問看護における課題や制度上の問題に対する意見

現状の小児の訪問看護に対する課題や診療報酬・医療保険・福祉サービスなど制度上の問題に関する意見について、自由記述を求めた。

D. 分析方法

1. 選択肢から選択する調査内容については、SPSS Ver. 23で記述統計を行った。

2. Cの3および5の自由記述についてはBerelson(1952/1957)の調査技法を参考にして、内容分析を行った。項目ごとに1か所に書かれたデータを1文脈単位とした。文脈単位から1つの意味内容を含むものを記録単位として分割し、個々の記録単位を内容の類似性に沿って分類しカテゴリ化を行った。また、サブカテゴリごとに記録単位数を集計した。Cの4の自由記述については、書かれたサービス内容を類似性に沿って分類し、カテゴリ化を行った。

E. 倫理的配慮

共同研究者の所属する大阪医科大学研究倫理委員会の承認を受けた(承認番号:2279)。質問紙とともに研究に関する説明文書を同封し、対象として選択された理由および協力内容、自由意思による協力、個人情報保護および情報利用と保存・廃棄の方法、予測される利益および不利益、結果の発表方法、受けている助成について文書で説明した。

Ⅲ. 結 果

郵送部数2,500部に対して、宛先不明で戻ってきたものが95部あり、配布数は2,405部となった。回収数は749部であり、本研究としての有効回答数(有効回答率)は455件(18.9%)であった。回答者の職位および訪問St.の概要を示す項目については表1に示した。職位は、看護管理者357(78.5%)が最も多く、訪問St.の所在地域は、関東135(29.7%)が最も多かった。常勤看護師数は、平均4.7人(SD±3.1)、小児契約者数は、平均6.7人(SD±13.4)、医療

的ケア児の契約者数は、平均4.8人 (SD±7.7) であり、医療的ケアの内容では、吸引337 (74.1%) が最も多かった。

A. 実施しているが診療報酬を計上できていないサービス

小児の訪問看護において、実施しているが診療報酬を計上できていないサービスとして、10項目のうち1つ以上の項目を選択した訪問St.は358件 (78.7%) であった。項目ごとに件数を集計し、455件における割合とともに表2に示した。

『家族支援』が163件 (35.8%) と最も多く、次いで『受診同席』、『移行後の会議等』がともに152件 (33.4%) で

あった。他に30%を超えた項目は、『退院前の訪問』143件 (31.4%)、『算定外の複数名訪問』142件 (31.2%) があった。20%を超えた項目は、『回数を超える長時間訪問』136件 (29.9%)、『対象外の長時間訪問』125件 (27.5%)、『他職種との同時訪問』117件 (25.7%)、『居宅以外への訪問』105件 (23.1%) であった。

B. 診療報酬の算定が必要と思うサービス

診療報酬で算定が必要と思うものについては、優先度の高い順に第1位から第3位までを集計し、表2に示した。優先度第1位は『受診同席』が109件と最も多く、第

表1 回答者の職位と訪問St.の概要

N=455

回答者の職位	看護管理者	看護師	その他	不明		
件数	357	62	21	15		
割合 (%)	78.5	13.6	4.6	3.3		
所在地	北海道 東北	関東	中部	近畿	中国 四国	九州 沖縄
件数	48	135	56	104	48	64
割合 (%)	10.5	29.7	12.3	22.9	10.5	14.2
常勤看護師数	1～10人	11～20人	21～30人	30人以上	未記入	
件数	435	12	2	1	5	
割合 (%)	95.6	2.6	0.4	0.2	1.1	
小児契約者数	0人	1～10人	11～20人	21～30人	30人以上	未記入
件数	12	377	30	15	15	6
割合 (%)	2.6	82.9	6.6	3.3	3.3	1.3
医療的ケア児の契約者数	0人	1～10人	11～20人	21～30人	30人以上	未記入
件数	44	346	23	9	8	25
割合 (%)	9.7	76.0	5.1	2.0	1.8	5.5
医療的ケアの内容 (複数回答)	人工呼吸器	気管切開	吸引	経鼻 経管栄養	胃ろう・腸ろう	IVH
件数	265	305	337	249	286	55
割合 (%)	58.2	67.0	74.1	54.7	62.9	12.1

※小児契約者数、医療的ケア児の契約者数は過去には契約していたが現在は契約者がいない場合は0人となっている

表2 実施しているが診療報酬を計上できていないサービスと診療報酬の算定が必要と思うサービス

N=455

		現在実施しているもの		診療報酬の算定が必要と思う項目の優先度				
		件数	割合%	第 1 位	第 2 位	第 3 位	合計	割合%
1	回数を超える長時間訪問	136	29.9	47	54	34	135	29.7
2	対象外の長時間訪問	125	27.5	32	54	57	143	31.4
3	算定外の複数名訪問	142	31.2	48	41	22	111	24.4
4	3 回以上の退院調整会議	65	14.3	3	13	12	28	6.2
5	受診同席	152	33.4	109	55	59	223	49.0
6	居宅以外への訪問	105	23.1	62	41	55	158	34.7
7	退院前の訪問	143	31.4	45	52	36	133	29.2
8	他職種との同時訪問	117	25.7	33	34	44	111	24.4
9	移行後の会議等	152	33.4	29	46	41	116	25.5
10	家族支援	163	35.8	18	31	47	96	21.1
	記入なし	97	21.3	29	34	48		

1位から第3位までの合計においても223件(49.0%)と最も多かった。次いで多かったのが、『居宅以外への訪問』であり、優先度第1位は62件で、合計においても158件(34.7%)であった。他に、合計の割合が30%を超えた項目は、『対象外の長時間訪問』143件(31.4%)であった。

C. 診療報酬を計上できていないサービスにおいて、小児にとってのメリットがあったと考えられる内容

診療報酬を計上できていない10項目において、実施により小児にとってのメリットがあったと訪問St.が考えた内容についての自由記述の数は、全部で382件あったが、項目番号が未記入であった13件およびメリットと関係のない内容やサービス内容のみが書かれていた25件は分析対象外とした。番号ごとの記述を求めていたが、複数の番号に同様のメリットがあると書かれたものや、1つの番号に複数のメリットの内容が書かれているものを内容ごとに分けて、1記録単位としたところ、488となった。記録単位に分割する際には、メリットにつながる理由も合わせて1記録単位とした。これらを類似する内容ごとにカテゴリ化し

たところ、4つのカテゴリと16のサブカテゴリが抽出された。サブカテゴリごとの記録単位数とともに表3に示した。実施により小児にとってのメリットがあったと考えられる内容には、小児にとっての直接メリットだけでなく、最終的には小児にとってのメリットにつながる家族、支援者にとってのメリットも多く記述されていた。そのため、前者を直接的メリット、後者を間接的メリットとして2つに大別した。以下、カテゴリを【 】で示し、サブカテゴリを[]、実際の記述内容を「 」で示し、大分類ごとに説明する。

1. 直接的メリット

小児の直接的メリットに関する記録単位は232あり、【状態が変化しやすい小児の体調悪化のリスク回避ができる】【状況の変化に合わせて小児の成長発達が促進できる】の2つのカテゴリが抽出された。

【状態が変化しやすい小児の体調悪化のリスク回避ができる】には7つのサブカテゴリがあった。

【小児の状況を把握できる】は、訪問時以外の小児の状

表3 診療報酬を計上できていないサービスにおいて、小児にとってのメリットがあったと考えられる内容

		長 回 時 間 訪 問	対 象 外 の 訪 問	複 数 名 の 訪 問	算 定 外 の 訪 問	退 院 調 整 会 議	3 回 以 上 の 訪 問	受 信 同 席	訪 問	居 宅 以 外 へ の 訪 問	退 院 前 の 訪 問	他 職 種 と の 同 時 訪 問	移 行 後 の 会 議 等	家 族 支 援	サ ブ カ テ ゴ リ ご と の 合 計
直接的メリット	合計	18	10	53	11	34	31	24	20	18	13				
状態が変化しやすい小児の体調悪化のリスク回避ができる	14	7	42	9	30	17	16	15	16	10					
小児の状況を把握できる	0	0	0	2	10	5	3	1	3	1	25				
緊急時の対応ができる	1	1	6	1	2	2	0	0	1	0	14				
小児の状態が安定する	2	0	2	1	2	3	0	0	1	2	13				
小児の安全が確保できる	8	4	20	0	5	3	4	1	5	2	52				
個別に特徴的なケアを統一して提供できる	2	2	3	4	10	3	5	8	6	3	46				
家族の対処能力をあげることができる	0	0	0	0	0	0	4	0	0	2	6				
多職種と協働し看護ケアが向上する	1	0	11	1	1	1	0	5	0	0	20				
状況の変化に合わせて小児の成長発達が促進できる	4	3	11	2	4	14	8	5	2	3					
小児が安心して過ごすことができる	2	3	5	2	1	3	7	1	2	0	26				
小児の生活が豊かになる	2	0	5	0	0	8	1	0	0	3	19				
多職種と協働して成長発達を促進できる	0	0	1	0	3	3	0	4	0	0	11				
間接的メリット	合計	25	21	6	8	55	11	51	9	29	41				
医療的ケア児と家族の生活が安定する	25	21	3	6	15	7	39	1	13	39					
家族が安心できる	7	5	3	3	11	3	11	1	8	12	64				
家族のニーズが満たされる	14	11	0	0	0	1	0	0	0	14	40				
家族の負担が軽減する	4	5	0	1	4	3	1	0	2	12	32				
在宅への移行がスムーズにできる	0	0	0	2	0	0	27	0	3	1	33				
小児と家族の状況に応じた支援体制が構築できる	0	0	3	2	40	4	12	8	16	2					
関係する支援者と情報共有できる	0	0	2	2	22	3	7	7	9	2	54				
目標や方針が統一できる	0	0	1	0	18	1	5	1	7	0	33				
項目ごとの合計	43	31	59	19	89	42	75	29	47	54					

数字は記録単位数を示す

況を知ることができたり、家族以外から小児についての情報を得たりすることにより、急な体調変化を起こしやすい小児の的確な体調の把握ができるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『受診同席』であり、「病状を説明する上での注意などを医師より聞ける事で小児の状況をより把握できる」など10の記録単位があった。次に多いのが『居宅以外への訪問』で、「自宅以外の小児の生活状況を知ることができる」など5つの記録単位があった。

「緊急時の対応ができる」は、緊急時に訪問看護師が適切に対応することで危機を回避できるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『算定外の複数名訪問』であり、「複数名で訪問することにより緊急時の対応が速やかに行える。特に重症心身障害児はいつ何時、何が起こるかかわからないため」など6つの記録単位があった。他には『居宅以外への訪問』に「(通所中に)胃ろう抜去したため、施設を訪問し応急処置を行い、大事には至らなかった」など6つの項目にそれぞれ1～2つの記録単位があった。

「小児の状態が安定する」は、小児の状態が不安定になりやすい場合でも、小児に最適な環境やケアを訪問看護師が提供することで状態が安定するというメリットであった。この内容は『居宅以外への訪問』に「家人との外出時、(人工)呼吸器のアラームが鳴りっぱなしであったため、公園に訪問。体位の調整でうまく調整できた」「家族に仕事があり注入できない時に看護師がボランティアで学校へ行き注入した。小児はいつもの時間に水分と食事がとれたので栄養面でもよかったと思う。そうしなければ脱水になってしまう」などがあり、7つの項目にそれぞれ1～3つの記録単位があった。

「小児の安全が確保できる」は、濃厚なケアの体制をしっかりと整えることや家族の支援やケアを代行することで、小児の安全が守られるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『算定外の複数名訪問』であり、「医療依存度の高い小児で活動が活発な場合、医療安全的にも複数名での訪問が良い」など20の記録単位があった。次に多いのが『回数を超える長時間訪問』であり、「母親が外出しているため時間通りに帰ってこれないことがある。その間訪問することで、児の安全を確保」など8つの記録単位があった。

「個別に特徴的なケアを統一して提供できる」は、ケアの内容を家族や支援者同士で共有することで、個別性をふまえた方法で小児にケアを継続して提供できるというメリットであった。この内容はすべての項目に見られた。最も多く書かれていたのは『受診同席』であり、「親が理解しえなかった内容があったとしても、専門職として理解で

き看護の提供ができる」など10の記録単位があった。次に多いのが『他職種との同時訪問』であり、「他職種と同日訪問することでケア内容の統一や手技確認、情報共有がスムーズであり、サービス提供が均一になる」など8つの記録単位があった。

「家族の対処能力をあげることができる」は、家族が様々な状況を想定できるように支援や指導をしておくことで、小児の状態に合わせた対処を家族ができるようになるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『退院前の訪問』であり、「退院前に療養環境、ケアの導線等を確認、シミュレーションしておく事で退院時、退院後に親にとって想定外のトラブルを防止できる」など4つの記録単位があった。

「多職種と協働し看護ケアが向上する」は、多職種とケアの体制を整え、知識や技術を共有することで小児の身体的な負担を軽減し、安全性につながるケアの向上ができるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『算定外の複数名訪問』であり、「複数で訪問する事でケア時の児の負担が減る」など11の記録単位があった。次に多いのが『他職種との同時訪問』であり、「他の訪問看護ステーションのOT(作業療法士)の活動時間に行かせてもらい、その発達段階に沿ったりハビリ指導を受けることでケアに生かしている」など5つの記録単位があった。

「状況の変化に合わせて小児の成長発達が促進できる」には3つのサブカテゴリがあった。

「小児が安心して過ごすことができる」は、関わる人や過ごす環境が変わっても小児が安心して過ごせる状況がつけられるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『退院前の訪問』であり、「退院後のケアがスムーズとなり、児が安心する環境となる」など7つの記録単位があった。次に多いのが『算定外の複数名訪問』であり、「同行訪問の場において、処置が多い小児は、何回も同行が必要となる。Ns(看護師)個々のスキルUPにより、安心して支援を受けてもらえる」など5つの記録単位があった。

「小児の生活が豊かになる」は、小児の生活環境が整い、豊かな生活経験が増えることで成長発達に良い影響が考えられるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『居宅以外への訪問』であり、「叶えられなかった家族そろっての外出や写真館での撮影などができた」「地元の保育所への入所を母親が希望していたが、行政、保育所ともに拒否をしていた。何度か話し合いを持つことでこの春、地元の認定こども園への入園許可ができた」など8つの記録単位があった。次に多いのが『算定外の複数名訪問』であり、「複数名だと時間短縮ができ、ふれあいの時間ができる」など5つの記録単位があった。

「多職種と協働して成長発達を促進できる」は、多職種と協働して小児に関わることで小児の心身の成長発達に効果があるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『他職種との同時訪問』であり、「リハビリ中の吸引など、看護師が同行するとよりよいリハビリが受けられる」など4つの記録単位があった。

2. 間接的メリット

間接的メリットに関する記録単位は256あり、【医療的ケア児と家族の生活が安定する】【小児と家族の状況に応じた支援体制が構築できる】の2つのカテゴリが抽出された。

【医療的ケア児と家族の生活が安定する】には4つのサブカテゴリがあった。

「家族が安心できる」は、家族の不安の軽減や、看護師との関係性の構築が促進でき、家族が安心できるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『家族支援』であり、「親が心身安定した状態で看護（養育）できるようになった」など12の記録単位があった。次に多いのが『受診同席』と『退院前の訪問』であり、『受診同席』には医師の説明が十分に理解できなかつたり、理解はできても病識が低かつたりする場合もあるため、同席することで親に安心してもらうことができるという内容があり、『退院前の訪問』には「退院前に顔を合わせておくことで家に帰ってからの不安が減る」など、それぞれ11の記録単位があった。

「家族のニーズが満たされる」は、家族が必要な予定をこなせたり、家族としての時間をもったりすることができるようなサポートで、家族の日常的な当たり前に思える希望を叶えられるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『家族支援』と『回数を超える長時間訪問』であり、『家族支援』には「家族の社会性を維持できる」などが、『回数を超える長時間訪問』には「その時間、母が夜の不眠（を補うため）の休息をとることで子のミキサー食などを作る時間にもなった」など、それぞれ14の記録単位があった。次に多いのが『対象外の長時間訪問』であり、「家族（兄弟）の時間をとることで、他兄弟と親、他兄弟と本人との愛情、関わりが深くすることができる」など11の記録単位があった。

「家族の負担が軽減する」は、家族に必要なと思う支援の実施で家族の心身の負担を軽減できるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『家族支援』であり、「小児をとりまく家族関係の不安、不満、負担等の傾聴をすることで、精神的な親の負担は軽減され、日々のケアに前向きになれた」など12の記録単位があった。次に多いのが『対象外の長時間訪問』であり、「訪問児への

関わり負担が減り、ケアに対して前向きとなりやすい環境作りができています」など5つの記録単位があった。

「在宅への移行がスムーズにできる」は、小児の入院から、実際の在宅生活をふまえた準備をすることで、在宅移行がスムーズになるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『退院前の訪問』であり、「退院前に在宅に何うことにより、退院時スムーズに在宅に移行できた」など27の記録単位があった。

【小児と家族の状況に応じた支援体制が構築できる】には2つのサブカテゴリがあった。

「関係する支援者と情報共有できる」は、主治医など他機関の多職種と情報を共有し、連携できるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『受診同席』であり、「在宅での様子を主治医に伝えられる」など22の記録単位があった。次に多いのが『移行後の会議等』であり、「レスパイト中も在宅での生活を病棟看護師がイメージでき、看護に活かすことができた」との声も聞かれた」など9つの記録単位があった。また、『退院前の訪問』には「他の在宅サービスの打ち合わせができ、顔の見える関係づくりができた」などが、『他職種との同時訪問』には「看護師とPT（理学療法士）等、運動機能等、情報提供ができる」などがあり、それぞれ7つの記録単位があった。

「目標や方針が統一できる」は、対応や方向性が定まることで、家族も含めた支援者が同じ目標に向かって進んでいくことができるというメリットであった。この内容が最も多く書かれていたのは『受診同席』であり、「母親、主治医、在宅の思い、治療等が共有でき、その後の治療に対しても同じ方向になった」など18の記録単位があった。次に多いのが『移行後の会議等』であり、「支援者が同じ目標をもって援助できる」など7つの記録単位があった。

D. 地方自治体の事業として小児の訪問看護契約者が利用できる補助の内容

小児の訪問看護契約者が利用できる地方自治体の補助（費用やサービス）がある場合の自由記述は90件の訪問St.から回答があり、記述された内容は95あった。「特になし」や地方自治体のサービスに当てはまらないものを除き、84を類似する内容で分類したところ、8つのカテゴリに分類できた。以下、カテゴリを【 】で示し、記述された内容を「 」で示す。

【レスパイトケア事業】に関するものが37と最も多かった。記述内容には「レスパイト目的のショートステイ利用」「空き病床利用のレスパイト」「日中一時あずかり事業」といった施設でのレスパイトケアや、「在宅レスパイト」「留守番看護師派遣事業」「長時間滞在サービス」といった自宅でのレスパイトケアに関する費用助成やサービ

ス提供があった。他には、「就学時の学校への訪問看護」「訪問看護による学校での医療的ケア」「保育園へのケア」といった【保育園、学校への看護師派遣】に関するものが6つ、「児童発達支援」や「放課後等デイサービス」「居宅介護支援」などの【療育、介護サービス】に関するものが6つ、【訪問入浴サービス】が4つ、「訪問看護による受診つきそい」という【受診同行】に関するものが3つあった。その他の費用に関する補助としては、【医療費の補助・免除】に関するものが19あったが、「乳幼児医療費助成」や「重度心身障害者医療費受給」など全国的に普及している制度の利用であった。他には、オムツやベッドなど【物品の給付・購入の補助】に関するものが7つ、通院や通学

にかかるガソリン代など【交通費の補助】に関するものが2つあった。

E. 現状の小児の訪問看護における課題や制度上の問題に対する意見

小児の訪問看護に関して、現在感じている課題や診療報酬・医療保険、福祉サービスなど制度上の問題についての意見を自由記述で求めたところ、194の記述があった。複数の内容が書かれているものを意味内容ごとに1つの記録単位として分けたところ284になった。それを類似する内容ごとにカテゴリ化したところ、4つのカテゴリと32のサブカテゴリが抽出された。数の多い順に並べて表4に示

表4 現状の小児の訪問看護における課題や制度上の問題に対する意見

カテゴリ	サブカテゴリ	記録単位数
医療的ケア児が利用できる資源の不足		99
	レスパイトケアやデイサービス施設	31
	小児を受け入れる施設全般	12
	ヘルパー利用に関するサービス	12
	在宅医	10
	小児を受ける訪問St.	9
	訪問入浴サービス	9
	福祉用具に関するサービス	7
	緊急時の対応に関する支援	5
	外出支援	3
	リハビリ	1
現行のサービスではできない複雑なニーズへの対応の困難さ		89
	地域による人材やサービスの違い	19
	家族の困難な状況と支援の難しさ	13
	行政や施設の障害児対応への理解の不足	12
	制度・サービスの情報把握の難しさ	12
	小児の訪問依頼の少なさ	8
	制度の利用のしにくさ	8
	人材育成の必要性	7
	対応の判断が難しいサービス	7
	経営を安定するための対策の必要性	3
医療的ケア児に対する診療報酬の見直しの希望		64
	居宅以外の訪問	19
	その他の各種加算の基準の見直し	10
	長時間訪問看護加算	7
	複数名訪問看護加算	7
	複数ステーションの利用	6
	会議・病棟訪問などの連携に関する加算	6
	全般的な報酬の増額	5
	訪問回数・時間の見直し	4
医療的ケア児の理解ができる専門職の連携の課題		32
	連携を担う人材（コーディネーター・相談員）の不足	10
	保健師の積極的介入への期待	8
	連携がスムーズにできる仕組みの必要性	7
	学校・行政・病院との連携の不足	6
	病院の退院支援の充実の要望	1

した。以下、カテゴリを【 】で示し、サブカテゴリは[], 実際の記述内容を「 」で示す。

【医療的ケア児が利用できる資源の不足】に関する記録単位は99あり、最も多かった。[レスパイトケアやデイサービス施設]の不足に関する記録単位が31と多く、「医療依存度の高い児のレスパイト先がない」「重症児の通所やレスパイト入院を受けてくれる医療機関が少なく家族の負担が大きい」などがあった。[小児を受け入れる施設全般]の不足は12あり、特に施設を指定せず「高齢者に比べ利用できるサービスが圧倒的に少ない」などがあった。他にも、ヘルパー利用や訪問入浴など福祉サービスの不足に関するものや、在宅医、リハビリなど医療の不足に関するものもあった。

【現行のサービスではできない複雑なニーズへの対応の困難さ】に関する記録単位は89あった。記録単位が10以上であったサブカテゴリとしては、[地域による人材やサービスの違い]が19あり、「福祉サービス等が市町村によって差がある」「地域に高度な小児医療の施設が少なく、急変した場合に遠くに搬送になる」「自治体によってヘルパーの時間数が異なる」など、福祉や医療のサービスが地域によって異なることが記述されていた。次に、[家族の困難な状況と支援の難しさ]が13あり、「親の能力の差によって、サービスを上手に利用できる親とそうでない親があり、看護の手が必要になる」や「小児訪問看護を行う上で、両親との関わりの難しさを感じる」など、家族の状況による対応の難しさがあった。[行政や施設の障害児対応への理解の不足]は12あり、「行政に提案しても、前例がないと一蹴されがちで、ジレンマを感じる」「制度自体がはっきりしておらず、直接交渉すればある程度希望が通る場合があり、不公平さを感じる」など行政の対応が中心に書かれていた。[制度・サービスの情報把握の難しさ]も12あり、「福祉サービスや医療費受給証などシステムが複雑すぎて理解できていない」「サービスが多様で、地域の資源の把握が難しい」などがあった。

【医療的ケア児に対する診療報酬の見直しの希望】に関する記録単位は64あった。[居宅以外の訪問]に関する記録単位が19と最も多く、「学校やデイサービスに医療的ケアの指導や母の代わりにケアに入ることが（一時的でも）算定できるようにしてほしい」「保育園の導尿を依頼されたが、自宅でないため、訪問できなかった」「呼吸器装着の児へのサービス支援がなく親の負担が大きく、通学を断念している」など、看護師のいない学校や保育園への訪問を認めてほしいという要望が複数あった。他には、[長時間訪問看護加算]や[複数名訪問看護加算]に関する記録単位がそれぞれ7つあり、回数や基準の拡大に関する要望があった。小児の訪問看護の「全般的な報酬の増額」や

[会議・病棟訪問などの連携に関する加算]といった様々な加算の基準の見直しなどの要望もあった。

【医療的ケア児の理解ができる専門職の連携の課題】に関する記録単位は32あった。[連携を担う人材（コーディネーター・相談員）の不足]に関する記録単位は10あり、「医療的ケア児等コーディネーターの養成拡大」「形だけで本当の支援ができる相談員も少ない」などがあった。また、[保健師の積極的介入への期待]は8つあり、「保健師が積極的に訪問してメンタルや発達の助言をしてほしい」「保健師が定期的に訪問して、把握してほしい」などがあった。[連携がスムーズにできる仕組みの必要性]や[学校・行政・病院との連携の不足]においては、施設や職種間の連携がスムーズとなるような仕組みが欲しいという要望があった。

IV. 考 察

本結果から、小児の訪問看護においては診療報酬で算定できていないが、実際にサービスを提供している訪問St.が8割近くあることが明らかになった。健康保険および介護保険の保険外サービスについての本全（2017）の調査結果では、保険制度外の訪問看護の実践は約3割であり、今回の調査結果よりもかなり少なく、医療保険のみを使う小児の場合、算定できないサービスがより多く必要とされているといえる。

本研究結果をふまえて、実施されている算定できないサービスの算定の必要性について検討する。

A. 小児の生活を安定させ、より豊かな生活に貢献するサービスの算定の必要性

今回3割以上の実施があった算定できないサービスの中で、最も多かったのは『家族支援』であるが、これは、本全（2017）の論文でも同様の結果であった。小児の訪問看護では、家族支援が重要であることは先行文献でも示されている（岡田，2020；谷口ほか，2004）。家族への支援は生活全体への支援となるため、本来福祉的な側面が強い。しかし、訪問看護を必要とする小児は医療的ケア児の場合、在宅で高度な医療の管理をせざるを得ないことや、成長発達に伴う医療と生活の調整が難しいという家族の対応の困難さがあり、小児の生活を支えている家族も多くの支援を必要とすることを示していると考えられる。本研究結果からも、訪問St.が不足する部分を補っているという現状があることが推測された。

本研究結果の小児への直接的メリットで最も記述が多かった【状態が変化しやすい小児の体調悪化のリスク回避ができる】という体調悪化のリスク回避のために、『算定

外の複数名訪問』『受診同席』『居宅以外への訪問』を実施していることを示していた。過去の本研究チームの結果では、小児の訪問看護の利用者は、個性が強いなど画一的な方法では対応が難しいケアの困難さがあり、さらに急な体調変化を起こしやすいことを明らかにしている（遠渡ほか、2017）。しかし、前田（2015）も、在宅医療が必要な小児は医療依存度が高く、2次障害など成長に伴い病態が変化する上に、異常であることの判断が難しいと述べている（p.173）。算定できないサービスを追加して行うことで、個性が高く対応の難しい小児の状況を適切に把握し、成長発達とともに変わる環境や病態に応じたケアの提供をして、安定した体調を保つ努力がされていると考えられる。

また、本研究において【状況の変化に合わせて小児の成長発達が促進できる】は『算定外の複数名訪問』により成長発達の促進となる小児が安心できる環境作りを実施し、より豊かな経験を増やせるために『居宅以外への訪問』をしていたといえ、小児の訪問看護にとって重要であると考ええる。特に、『居宅以外への訪問』では、学校や保育園などの小児が生活する場への訪問が強く望まれていた。先行研究では、重症心身障害児者・医療的ケア児者の保護者からも居宅以外への訪問の要望は多数あったことが示されている（全国医療的ケア児者支援協議会、2016；三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2020）。特別支援学校への看護師配置は進んでいるが（文部科学省、2019a）、地域の小中学校で保護者の付き添いを求めているところは46.2%と依然として多く（文部科学省、2019b, p.7）、家族同伴でなければ通学できない状況があり、自立を促す学校教育の目標にそぐわない。それを補うために、訪問看護師による【保育園、学校への看護師派遣】に費用や助成などサービス提供をしている自治体もみられたが、必要なすべての小児へ支援が行き届いているわけではない。2021年に成立した、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（略称「医療的ケア児支援法」）では、居住する地域にかかわらず等しく適切な支援を受けられるよう、国、地方公共団体、保育所、学校の責務を明らかにした（厚生労働省、2021）。この法律の成立により、今後医療的ケア児への支援体制は充実すると考えられる。その支援体制の一つに、小児の状態を理解する訪問看護師が医療的ケア児に欠かせない療育施設や教育施設に必要時に向くサービス『居宅以外への訪問』が、診療報酬として認められることを期待する。

間接的メリットとして多かった【医療的ケア児と家族の生活が安定する】は『回数を超える長時間訪問』と『対象外の長時間訪問』により『家族支援』につながっていた。これらのサービスは、レスパイトケアの役割を果たし、家族の負担の軽減につながっていると考えられる。大

槻（2018）が、レスパイトケアは小児の成長発達や家族介護者の生活の質の向上など様々な側面から必要があると述べているように、本研究も同様の結果であった。しかし、本研究の小児訪問看護の課題には利用できる資源の不足に関するものが多く挙げられていた。医療的ケア児が地域で暮らしていくためにはいまだ資源が不足していることが指摘されている（栗原・山口・涌水、2019；浅井、2019）。厚生労働省は地域における医療的ケア児の支援体制整備の一つとして、医療的ケアに対応できる短期入所や障害児通所支援などを確保するように自治体に求めている（2019b, p.6）が、本研究結果の自治体サービスにおいてもレスパイトケア事業の実施は多く、今後も取り組まれていくと考えられる。近年の動向としては、施設で預かるレスパイトケアとともに、在宅でのレスパイトケアも行われるようになっており、大槻・福井・坂口（2019）によると半数以上の訪問St.で実施されていた。本研究結果でも複数の自治体がレスパイトケアに関する費用助成を行っており、家族のニーズの高さがうかがえる。小児と家族がどの地域でも豊かに暮らしていくためには、全国一律のサービスとして提供されることが必要であると考ええる。

B. 連携に関連する診療報酬の必要性

『受診同席』『移行後の会議等』『退院前の訪問』は診療報酬で算定できないが、3割以上の訪問St.で実施されていた。小児の場合、連携は地域完結型ではなく、必ず広域の複数病院や療育施設等との連携が必要であることが指摘されている（宮田、2019）。連携に関する診療報酬は、平成30年度改定で学校への情報提供料が認められ（厚生労働省、2019a）、令和2年度改定で15歳未満の小児の自治体への情報提供料や保育所及び幼稚園への情報提供料が認められる（厚生労働省、2020a）など、徐々に拡大しているが、本調査でも課題として挙げられており、いまだ十分とは言えない。そのため、現在の診療報酬で認められている以上の連携が必要に応じて行われていることが考えられる。小児においてはNICUからの退院など初めて自宅で生活する場合も多く、早い時期から退院後の生活を見据え多くの連携を必要とする（久保ほか、2019）。また、在宅移行後も、小児自身の状態変化や成長発達とともに治療やケア方法を変更するなど、本人、家族の状況の変化があるために、その情報を小児の包括ケアチームとして共有する必要がある、直接情報交換や相談ができる連携の場をつくることが望まれていた（岡田ほか、2020）。しかし、『受診同席』以外の『退院前の訪問』『移行後の会議等』は、診療報酬算定の必要性の優先度は高くなかった。これらの会議や打ち合わせは、介護保険においても報酬が得られるものではなく、一般的な業務として捉えられている可能性がある。

しかしながら、『受診同席』に関しては、算定の必要性が高く示されていた。受診時の同行は居宅介護による「通院等介助」が障害福祉サービスとして行われているが、医師などの医療スタッフと直接情報をやり取りし、適時に適切な情報共有をして体調管理や必要なケアに結びつけることができるというメリットは、専門的な知識や技術をもつ訪問看護師でなければならない支援である。受診時の同席に関しては、過去に精神看護やがん看護領域でも要望があることが示されており（平元, 2017; 山辺, 2017), 小児のみならず、訪問看護の現場では根強い要望があると考えられる。特に小児においては、希少疾患や複雑な疾患が多く、受診する科や病院が複数あること（富田, 2019）や、地域の中核病院等の大病院の医師が担当医であるために連携が取りにくいなどの状況がある（遠渡ほか, 2017; 中村, 2019; 岡田, 2019)。また、成長発達に伴い病態や状況が変化する（岩本, 2019）という特徴もあり、小児の生活を支えるための支援体制を構築し、連携を図るために受診時の同席が必要であると認識されていることは、容易に推測できる。自治体補助として、訪問看護師による【受診同行】に費用支援をしている自治体もあるが、一部の自治体で認められているだけでは、利用者にとってもサービス提供者にとっても不公平感があり、全国一律のサービスとなることが望まれていると考える。

結 論

1. 診療報酬で算定できないサービスは78.7%の訪問St.で実施されており、『家族支援』『受診同席』『移行後の会議等』『算定外の複数名訪問』『退院前の訪問』は3割以上の訪問St.で実施されていた。診療報酬の算定の必要性では『受診同席』『居宅以外への訪問』『対象外の長時間訪問』で、3割以上の訪問St.が診療報酬の算定が必要であると考えていた。
2. 診療報酬で算定できないサービスの実施による小児にとっての直接的メリットには、【状態が変化しやすい小児の体調悪化のリスク回避ができる】【状況の変化に合わせて小児の成長発達が促進できる】があった。間接的メリットには、家族支援を視野に入れた【医療的ケア児と家族の生活が安定する】【小児と家族の状況に応じた支援体制が構築できる】があった。

謝 辞

本研究にご協力頂いた訪問St.の看護師の皆様にお礼申し上げます。

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、日本看護研究学会渉外担当看護系学会等社会保険連合ワーキンググループとして行い、本学会の助成を受けたものである。

著者貢献度

すべての著者は、研究計画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

- 浅井佳士 (2019). 医療的ケア児の成長発達を支援する社会資源のあり方—主養育者のニーズに焦点をあてて. *小児保健研究*, 78(2), 168-174.
- Berelson, B. (1952) / 稲葉三千男, 金 圭煥訳 (1957). *内容分析. 社会心理学講座第7巻大衆とマス・コミュニケーション*. (pp.45-74). 東京: みすず書房.
- 遠渡絹代, 泊 祐子, 部谷知佐恵, 市川百香里, 岡田摩理, 竹村淳子, 赤羽根章子 (2017). 診療報酬算定外サービスの訪問看護により支えられる重症児の特徴と課題. *日本看護研究学会雑誌*, 40(5), 859-865.
- 平元まどか (2017). 利用者の受診同行ニーズと訪問看護の果たす役割. *コミュニティケア*, 19(14), 20-23.
- 岩本彰太郎 (2019). 小児在宅医療に関わる機関・職種. 令和元年度厚生労働省委託事業小児在宅医療に関する人材養成講習会 (pp.55-67). 国立研究開発法人国立成育医療研究センター. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000764350.pdf> (参照2021年2月19日)
- 木全真理 (2017). 保険制度外の訪問看護の実態に関する調査研究. *日本看護科学会誌*, 37, 329-335.
- 厚生労働省 (2018a). 医療的ケア児の支援に向けた主な取組. https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2018/04/09/1403004_001.pdf (参照2021年2月13日)
- 厚生労働省 (2018b.3.5). 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196327.pdf> (参照2021年6月19日)
- 厚生労働省 (2018c.3.5). 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203038.pdf> (参照2021年6月19日)
- 厚生労働省 (2019a). 平成30年度診療報酬改定の概要(医科1) その2. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197995.pdf> (参照2021年2月21日)
- 厚生労働省 (2019b.10.1). 医療的ケア児に関する施策について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000553177.pdf> (参照2021年3月5日)
- 厚生労働省 (2020a.3.5). 令和2年度診療報酬改定の概要(在宅医療・訪問看護). <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000608534.pdf> (参照2021年2月13日)

- 厚生労働省 (2021.6.18). 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の公布について. https://www.mext.go.jp/content/20210621-mxt_tokubetu01-000007449_01.pdf (参照2021年 6月 27日)
- 久保仁美, 今井 彩, 松崎奈々子, 阿久澤智恵子, 柏瀬 淳, 金泉志保美, 佐光恵子 (2019). NICU看護師がとらえた退院支援における多職種連携の成果と課題. *日本小児看護学会誌*, 28, 1-9.
- 栗原雛子, 山口慶子, 涌水理恵 (2019). 在宅生活を送る重症心身障害児の養育者が抱く療育支援ニーズの実態. *日本重症心身障害学会誌*, 44(3), 519-527.
- 前田浩利 (2015). 小児の在宅医療. 在宅医療テキスト編集委員会 (編), 在宅医療テキスト (第3版) (pp.172-190). 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団. <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/docs/text/text.pdf> (参照2021年 2月12日)
- 松崎奈々子, 阿久澤智恵子, 久保仁美, 今井 彩, 青柳千春, 下山京子, 佐光恵子, 金泉志保美 (2016). 訪問看護ステーションにおける小児の受け入れの現状と課題. *日本小児看護学会誌*, 25(1), 22-28.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (2020.3). 厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業医療的ケア児者とその家族の生活実態調査報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653544.pdf> (参照2021年 2月20日)
- 宮田章子 (2019). 患者中心の多職種連携. 令和元年度厚生労働省委託事業小児在宅医療に関する人材養成講習会 (pp.155-167). 国立研究開発法人国立成育医療研究センター. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000764350.pdf> (参照2021年 2月19日)
- 文部科学省 (2019a). 令和元年度学校における医療的ケアに関する実態調査. https://www.mext.go.jp/content/20200317-mxt_tokubetu01-000005538-03.pdf (参照2021年 2月19日)
- 文部科学省 (2019b.2.28). 学校における医療的ケアの実施に関する検討会議最終まとめ. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2019/03/22/1413967-002.pdf (参照2021年 2月12日)
- 中村知夫 (2019). 医療機関の役割. 令和元年度厚生労働省委託事業小児在宅医療に関する人材養成講習会 (pp.69-97). 国立研究開発法人国立成育医療研究センター. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000764350.pdf> (参照2021年 2月19日)
- 中村知夫 (2020). 医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. *Organ Biology*, 27(1), 21-30. https://www.jstage.jst.go.jp/article/organbio/27/1/27_21/_pdf/-char/ja (参照2021年 2月13日)
- 岡田摩理, 赤羽根章子, 泊 祐子, 市川百香里, 遠渡絹代, 部谷知佐恵, 竹村淳子 (2017). 在宅療養をしている障がい児と家族の生活を広げるために必要な訪問看護サービスの実態とニーズ. *日本看護研究学会雑誌*, 40(5), 867-873.
- 岡田摩理, 泊 祐子, 遠渡絹代, 市川百香里, 部谷知佐恵, 赤羽根章子, 叶谷由佳, 濱田裕子 (2020). 小児専門訪問看護ステーションの管理者がとらえた診療報酬上の課題と経営上の工夫. *日本看護研究学会雑誌*, 43(2), 221-229.
- 岡田摩理 (2019). 医療的ケアを必要とする小児の在宅医療支援における多職種連携に関する専門職の認識. *小児保健研究*, 78(5), 404-412.
- 岡田まり (2020). 在宅で過ごす医療的ケア児と家族が豊かな生活を送るために訪問看護師としての支援: 当たり前の生活を目指して. *難病と在宅ケア*, 25(11), 19-23.
- 大槻奈緒子 (2018). 障害をもつ小児の在宅ケアにおける母親のレスパイトケアの効果, 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団2016年度(後期)一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書. http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20180528025916.pdf (参照2021年 2月19日)
- 大槻奈緒子, 福井小紀子, 坂口幸弘 (2019). 小児への訪問看護を実施している訪問看護ステーションおよび併設事業所でのレスパイトケアの実施実態とその関連要因. *日本看護科学会誌*, 39, 100-107.
- 谷口美紀, 横尾京子, 名越静香, 福原里恵, 中込さと子, 田辺操子, 野尻昭代 (2004). 小児の在宅医療および育児を支えるための訪問看護ステーション利用の実状と課題. *日本新生児看護学会誌*, 10(1), 10-18.
- 富田 直 (2019). 小児在宅医療における病院と地域との連携. *在宅新療* 0-100, 4(4), 326-332.
- 山辺智子 (2017). 訪問看護師による外来受診同行の現状. *COMMUNITY CARE*, 19(14), 28-29.
- 全国医療的ケア児者支援協議会 (2016.12.5). 訪問看護の「居宅しばり」撤廃で障害児を学校へ!: 全国医療的ケア児者支援協議会 日本初となる大規模アンケート結果を公表. <https://florence.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/02/20161205ikeakyougikai.pdf> (参照2021年 2月19日)

〔2021年 3月24日受 付〕
〔2021年12月 6日採用決定〕

Actual Situation of Home-visit Nursing Services for Children Ineligible for Government-funded Medical Fee Payments to Protect the Lives of Children Living at Home

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 809-821
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211206162>

Chisae Toriya, MS, RN, Mari Okada, PhD, RN,
Yuko Tomari, PhD, RN, Akiko Akabane, MS, RN, PHN,
Kinuyo Endo, MS, RN, CNS, Yukari Ichikawa, MS, RN, CNS,
Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN, Yuko Hamada, PhD, RN, PHN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the actual situation and need for home-visit nursing services for children ineligible for medical fee reimbursements at nationwide home-visit nursing stations in Japan and to consider the content of medical fee that should be requested for these services in the future. **Methods:** A questionnaire survey was conducted on the implementation status and necessity of home-visit nursing services for children ineligible for medical fee reimbursements. We evaluated the descriptive statistics and performed content analysis of free description at 455 home-visit nursing stations. **Results:** The implementation rate of home-visit nursing services for children ineligible for medical fee reimbursements was 78.7%. The advantages of providing these services included avoiding risk of health deterioration of a child with poor physical condition, promoting the child's growth and development according to changes in their situation, providing stability of life through medical care for the child and the family, and constructing a support system for the child and the family. **Conclusions:** Many home-visit nursing stations provided services even if the service-seekers were ineligible for medical fee reimbursements, considering the benefits children received from their services; additionally, necessity of reviewing the content of medical fee that should be requested for the services in the future was also considered.

Key words

visiting nursing, medical fee, home care, pediatric nursing

Correspondence: C. Toriya. Email: maikel_tosusan@yahoo.co.jp

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評価 ～後期高齢者に対する効果 および妥当性の検証～

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 823-832
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210724170>

姫野稔子¹, 孫田千恵²

¹日本赤十字九州国際看護大学, ²久留米大学医学部看護学科

■要 旨

目的: 本研究の目的は, 開発したフットケアプログラムの効果と妥当性を検証することである。**方法:** 施設スタッフ3名に施設利用の後期高齢者を対象にフットケアプログラムの指導的介入を依頼した。**結果:** 対象は男性5名, 女性9名の計14名であり, 2名は要支援1, 3名は要支援2であった。介入前後の比較では, 足部の「冷感」「足がつる」等の循環に関連する項目が, 皮膚の状態では胼胝や角質化, 皮膚剥離が消失した者がいた。足底部の触圧覚は1か所を除き有意に閾値が低下した ($p < .05$)。皮膚表面温度は両足とも低下した。開眼片足立ち時間 ($p < .05$) と Functional Reach Test は有意に延長した ($p < .01$)。10m最大速歩行 ($p < .05$) と Time Up & Go Test も有意に短縮し ($p < .01$), 足趾間把持力は両足とも有意に向上した ($p < .05$)。**結論:** 多職種の介入においても介護予防の第一義的目標である立位・歩行能力が向上し, プログラムの妥当性が示唆された。

■キーワード

フットケアプログラム, 介護予防, 後期高齢者

責任著者: 姫野稔子. Email: t-himeno@jrckicn.ac.jp

緒 言

2006年の介護保険制度改革では, 予防重視型システムの確立を掲げ「地域支援事業」と「新予防給付」の創設により, できる限り要支援・要介護状態にならない, あるいは重度化しないことを目指してきた(厚生労働省, 2006)。地域支援事業のうち運動器の機能向上プログラムは, 転倒予防を目標に展開されている。転倒は, 骨折などの身体的影響ばかりでなく, 転倒に対する恐怖感, 不安感などの心理的影響を与え, 高齢者は活動性の低下や閉じこもりという結果を招くといわれている。したがって転倒予防は介護予防に寄与できる重要な取り組みであると言える。

姫野・三重野・末広・桶田(2004)は介護予防の観点から足部に着目し, 在宅高齢者の足部の形態・機能や転倒経験, 立位バランスの実態と各々の関連性を検討した。また, 足部の問題改善に向けたフットケアを検討し, 週2回6週間の実施によって足部の変調や皮膚の状態, 循環機能, 感覚機能といった足部の実態が改善したこと, また, 介護予防の第一義的目標である立位・歩行能力が向上したことからフットケアが個々の足部の問題を改善し, 介護予

防に寄与する可能性を報告した(姫野・小野, 2010)。介護予防は, 本来, 高齢者が自立して取り組めることが理想である。そこで, 先行研究(姫野・小野, 2010)同様の方法で高齢者自身にフットケアを実施してもらい, ケアによる効果およびケア方法取得のプロセスを検討した。介入期間は週2回12週間であったが, ケア方法の習得状況の観察や足部の実態および立位・歩行能力の測定結果から, 週2回6週間でケア方法習得が可能であることや足部の実態および立位・歩行能力が向上することが明らかとなった。また, これらの分析結果から, フットケアの内容, 指導的介入の具体的方法とポイントおよび留意点, フットケア方法習得のプロセス(導入期・前半・中盤・後半・全般の5つの時期)ごとの介入の要点とケア方法習得レベルで構成するフットケアプログラムを開発した(姫野・小野・孫田, 2014; 姫野・小野, 2015)。

以上により, さらにコミュニティや高齢者が利用する施設等において, 高齢者に関わるスタッフがプログラムを実施することで, 足部の実態の改善や立位・歩行能力の向上がみられるのか検討する必要があると考えた。

そこで本研究では, 積極的な介護予防が必要な後期高齢

者に対し、施設スタッフに指導的介入を実施してもらい、足部の実態や介護予防に重要な立位・歩行能力の変化および指導的介入によるケア方法習得の状況からフットケアプログラムの妥当性を検証することを目的とした。

I. 研究の枠組み

研究の枠組みを図1に示す。

フットケアの効果を評価する項目として「基本属性」、「足部の実態」、「立位・歩行能力」の3項目とし、介入前後における各々の変化を検討するデザインとした。「基本属性」は、「個人因子」と「転倒の実態」とした。「足部の実態」は、「主観的評価」と「客観的評価」で構成し、「主観的評価」は、対象者が自覚している足部の変調とした。「客観的評価」は「形態」と「機能」に分類し、「形態」は、『足部の形状』、『皮膚の状態』、『爪の状態』、『機能』は『感覚機能』と『循環機能』に分類した。また、日常生活動作の遂行に重要な「立位・歩行能力」を『立位機能』と『歩行機能』に分類した。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

高齢者の足部の状態は非常に多様であることから、個体差を加味しつつフットケアによる変化を丁寧に見る必要がある。そのため、フットケア介入の1週間前（以下、介入前）および6週間の介入が終了した1週間後（以下、介入後）に同一評価項目を調査し、変化を検討する事前事後デザインとした。

B. 研究対象者

フットケア研修を修了したスタッフが勤務する施設を利用する後期高齢者のうち、高度な難聴や認知症症状、言語的コミュニケーション障害がない、立位バランスに影響する中枢神経系あるいは前庭器官系の障害およびその症状がない、フットケアによる改善を必要とする状況が認められ、かつ医学的治療を優先すべき足病変や糖尿病の診断がない者とした。

C. フットケアプログラム

1. フットケアプログラムの内容

著者らが開発したフットケアプログラムは、フットケアの内容、指導的介入の具体的方法と留意点、指導的介入のポイント、フットケア方法習得のプロセスごとの介入の要点等で構成している。フットケアの内容は、足部の観察、アルコール清拭、ヤスリがけ、足浴、マッサージ、足部の運動の6つであり、実施期間は週2回6週間と設定した。また、指導的介入に先立ち、上記プログラムの内容に安全性を確保するための実施中の留意点、足部の形態および機能に関する基礎知識、高齢者の足部の形態と機能の内容を追加したテキストを作成した。

2. フットケアの指導的介入者

フットケアの指導的介入者（以下、介入スタッフ）は、高齢者施設のスタッフであり前述したテキストに基づいた講義を2回（1回90分）、フットケアの演習を1回、計3回の研修を修了した者とした。

3. フットケアの指導的介入

高齢者には施設と自宅でそれぞれ週2回6週間計12回、足部の観察と運動、アルコール清拭、ヤスリがけ、足浴、

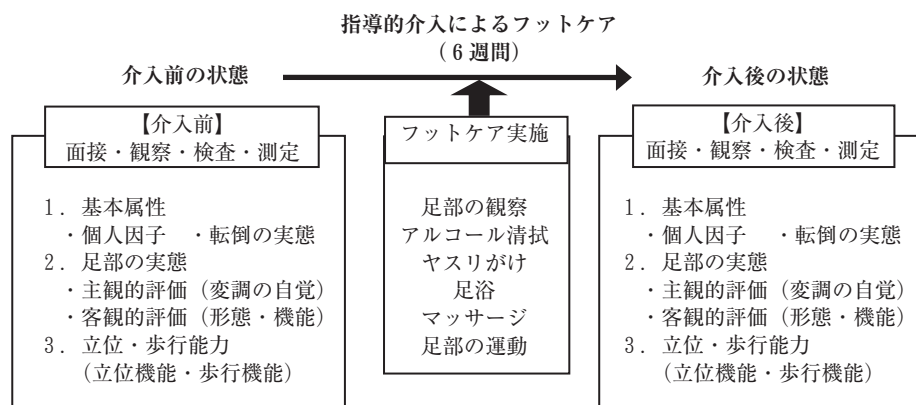


図1 研究の枠組み

マッサージを実施してもらった。施設におけるケアは、介入スタッフがテキストに基づいて指導的介入を行った。指導的介入の場面はボイスレコーダーに録音し、指導者と対象者のやりとりやケア方法習得のプロセスを記録した。著者は、指導的介入の様子や対象者のケアの実施状況を観察する位置づけで、一部参加型の観察を行った。

フットケアの内容と具体的なケア方法は表1に示す。フットケアのうち、白癬が疑われる対象者に関しては、先行研究（Fujii, Sato, Sato, & Sasaki, 2004, pp.64-65；大久保・戸田・原, 1991, pp.509-514；Yam, Shah, & Hamilton, 1997, pp.169-174）に基づいて足浴に緑茶パックを使用した。

D. フットケア前後の評価項目（表2）

評価項目は、著者ら（2004）の研究において立位バランスや転倒経験に関連がみられた足部の実態を基盤とし、測定ツールに関する研究（Wendy & Anemaet, 1999, pp.66-83）やフットケアに関する研究（平松・泉・加藤, 2005, pp.116-123；高橋・佐々木・河野, 2005, pp.148-149；山下ほか, 2004, pp.2057-2063）により構成したのち、著者ら（2010）の研究結果や本研究の目的にそって、高齢者の足部の実態や介護予防に重要な立位・歩行能力およびそれに関連する機能や測定ツールを吟味し、表2のように設定した。

表1 フットケアの内容と具体的なケア方法

フットケアの内容		ケア方法
足部の観察		皮膚の状態や変調等について問診しながら高齢者とともに視診、触診を行う。
アルコール清拭		ヤスリがけの実施にあたり足部を清潔にすることが好ましいが、足浴後の皮膚は湿潤によりヤスリがけの効果が得られにくい。アルコールによる身体反応の有無を確認し、アルコール綿で清拭する。アルコール綿は手軽に使用でき、清潔が保てる個包装のステリコットα®を使用する。清拭する部位：足関節より末梢の足部全体。
ヤスリがけ・清拭		足部の角質化および胼胝のある部位に個別のヤスリを使用し、ヤスリがけを実施する。除去した角質は温タオルでふき取る。メディカルフットケアJF協会の宮川晴妃氏が使用しているビューティーフットプロ（P.Shine）®を使用する。（実施中の留意点）角質化や胼胝の状況を視診・触診しながら徐々に除去する。
足浴		フットバスおよび沐浴剤を使用するが、足白癬疑いの対象には緑茶パックを使用する。40℃の湯に10分浸湯する。足部を片方ずつ拭き、マッサージしないほうの足はタオルで保温する。フットバスはケアごとに希釈した消毒薬で消毒したのち洗浄する。
マッサージ		フットオイルを使用し、足趾・足底部・足背部・下腿部の指圧およびマッサージ、足関節の自動運動を実施する。マッサージ終了後はオイルをふき取る。実施時間はマッサージメニューが終了する10分程度とする。（実施中の留意点）静脈瘤部位や皮膚損傷部位には実施せず、マッサージやオイルによる搔痒感や異常の有無を観察する。
足の運動		足関節の背底屈・回旋、足趾の開閉・屈曲・伸展。タオルの手繰り寄せ、ビー玉移し（10個から開始）、ゴムバンドの引き合い（500g・750g・1kgの負荷）を実施する。（実施中の留意点）筋疲労や運動部位の局所的な疼痛の出現を観察する。

表2 フットケア前後の評価項目

項目		評価項目	調査方法
基本属性	個人因子	年齢、性別、要介護度、現病歴、既往歴、内服状況、老研式活動能力指標、健康教室等への参加の有無	面接
	転倒の実態	転倒経験（過去1年以内）、転倒状況	面接
足部の実態	主観的評価	変調の自覚：しびれ、疼痛、搔痒感、冷感、ほてり、浮腫、倦怠感、足がつる	面接
	客観的評価 形態	足部の形状：外反母趾、凹足、偏平足、足趾の変形他 皮膚の状態：角質化、乾燥、皮膚剥離、白癬様、胼胝等 爪の状態：陥入爪、爪白癬様、爪甲下角質増殖等	観察
	機能	感覚機能：触圧覚（足底メカノレセプター部位：各3か所） 循環機能：皮膚表面温度（足底部）	検査
立位・歩行能力	立位機能	立位バランス：（静的バランス）One Legged Stand Test （動的バランス）Functional Reach Test	測定ツール
	歩行機能	歩行能力：10m Walking Time（10m最大速歩行） Timed Up & Go Test	測定ツール
		下肢筋力：足趾間把持力	測定

1. 構造的面接調査

質問内容は、基本属性として個人因子や転倒の実態、足部の実態として足部に対する主観的評価に関するものであった。

2. 観察・検査・測定調査

a. 足部の形態

足部の形状は、観察に加えデジタルカメラにより矢状面、前額面、水平面の3直交平面を撮影し評価した。皮膚の状態は、足底部、足背部、足趾間を調査者2人が視診・触診にて評価し、両者の結果を照合・検討した。爪の状態は、爪表面、爪甲下面をデジタルカメラで撮影し、爪疾患カラーアトラス（西山，1993）をもとに評価した。

b. 足部の機能（表3）

本研究における感覚機能では、著者ら（2004）の研究において転倒や立位バランスに有意な関連を示した表在感覚のうち触圧覚を評価項目とし、知覚障害の評価に広く使用されているプリノバTMタッチテストフットキット（ARKRAY社）を使用した。この検査は、皮膚に2.83, 3.61, 4.31, 4.56, 5.07, 6.65の6つの径のフィラメントを用いて段階的に刺激を加え、触圧覚の閾値を評価するものであり、数値が小さいほど感覚閾値が低いことを示す。測定部位は両足の母趾底面、足底前部、踵部の6か所とした。循環機能は足底部の末梢血流を可視化できる皮膚表面温度を評価項目としサーモギア（NEC Avio赤外線テクノロジー株式会社）を使用し、両足の足底全体の温度を測定した。

c. 立位・歩行能力

立位バランスの評価は、様々な測定ツール（Wendy & Anemaet, 1999）のうち迅速で簡便なOne Legged Stand Test（以下、開眼片足立ち）とFunctional Reach Test（以下、FRT）を用いた。歩行能力の評価は、移動能力の推定に用いられている10m Walking Time（以下、10m最大速歩行）、Timed Up & Go Test（以下、TUG）を実施した。また、歩行に重要な下肢筋力の指標である足趾間把持力（足

指力計測器TM、日伸産業株式会社）も測定した（表3）。

フットケア前後の評価項目の調査は、著者が所属する大学および対象者が通所する施設の一室で行った。

E. 研究期間

2012年5月～2013年7月

F. 分析方法

本研究はフットケアプログラムの妥当性を評価するために、足部に関する主観的評価および形態については対象者ごとの介入前および介入終了後の比較を行った。また、介護予防に重要な立位・歩行能力の変化として、立位能力に影響する触圧覚、皮膚表面温度、立位バランスの変化を、歩行能力を反映する歩行機能、足趾間把持力の変化を分析した。足部の機能および立位・歩行能力についてはSPSS Statistics 19を用い、記述統計および推測統計を行った。推測統計ではデータの正規性が否定されたため、Wilcoxonの符号付き順位検定を行った。

G. 倫理的配慮

A市が主催する高齢者の健康づくりに関する情報交換会において、参加者に研究の趣旨と方法を資料と口頭で説明し、著者の連絡先を記載した資料を配布した。後日参加の申し出があった6法人13施設のスタッフ42名に対してフットケア研修を実施し、その際に研究参加施設（以下、施設）は3施設とすることの承認を得た。対象者の選定にあたり、3施設のスタッフに介護予防の対象であり、足底部の角質や足部に対する変調を自覚する高齢者をピックアップしてもらい、候補者14名に研究の趣旨、目的や方法、参加の自由、途中辞退の保障、匿名性、データ管理等について文書と口頭で説明し、全員から同意書による同意を得た。本研究は日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会において承認を得た（承認番号12-02）。

表3 測定機器による足部の実態および立位・歩行能力の評価方法

評価項目	測定機器	測定方法（上段）／評価データおよび評価方法（下段）
感覚機能 触圧覚	プリノバ TM タッチテスト フットキット (ARKRAY社)	・ 閾値の異なるフィラメントを小さいものから段階的に押しあて、フィラメントの先が触れていることを認識できたEvaluation sizeを記録する。 ・ 測定部位は、両足の母趾底面・足底前部小指球付近・踵部 ・ 各箇所のEvaluation sizeを前後比較
循環機能 皮膚表面温度	サーモギア (NEC Avio赤外線テクノロジー株式会社)	・ 測定部位とサーモトレーサの距離を統一する。 ・ 測定部位は、両側足底部 ・ 介入前後の平均温度の比較
歩行機能 足趾間把持力	足指力計測器 TM (日伸産業株式会社)	・ 膝関節が90°屈曲位となった状態で母趾と第二趾で測定用のつまみを挟み、踵が浮かない状態で握りこむ。 ・ 両側足趾間で測定 ・ 介入前後の足趾間圧力を比較

Ⅲ. 結 果

A. 対象者の属性

対象者は平均年齢 84.2 ± 6.1 歳で男性 5 名, 女性 9 名の計 14 名であった。9 名が特定高齢者, 2 名が要支援 1, 3 名が要支援 2 であり, 予防給付あるいは地域支援事業の対象者として通所介護施設を利用していた。現病歴は, 高血圧 6 名, 白内障 6 名, 緑内障 1 名, 脊椎圧迫骨折 1 名, 爪白癬 1 名, 湿疹 1 名であった。既往歴は, 脳梗塞 1 名, 脊椎圧迫骨折 2 名, 変形性膝関節症 2 名, 内踝骨折 1 名, 足趾骨折 1 名であった, 立位バランスに影響する症状はみられなかった。手段的 ADL を示す老研式活動能力指標の平均得点は 13 点満点中 10.5 ± 2.9 点であり, 2 名が健康教室への参加ありと回答した。過去 1 年以内に転倒した者は 2 名でそれぞれ 1 回の転倒経験であった。対象者は, 施設において入浴のサービスを受けていた。

B. フットケアの状況

介入スタッフは, フットケア研修を 3 回とも受講し, 施設で選出された看護職 1 名, 介護職 1 名, 健康運動実践指導者 1 名であった。施設での指導的介入の場面を逐語録におこし, 指導内容や対象者とのやり取り, ケアの習得状況, 足部の機能の変化の語りに注目し, 以下に要約した。初回, 介入スタッフはフットケアの実施方法について丁寧な説明に加え質疑に応答し, 指導的介入を進めていた。対象者はそれぞれの足部の実態を認識し, 分析しながら黙々とケアに取り組んでいた。3 回目以降, 対象者は号令をか

けながら和やかにケアに取り組み, 自身の足部の変化や筋肉への負荷を意識し, ケアの上達や自宅での実施の様子について口にするようになっていた。施設での介入最終回にはケア方法の資料を見ずに実施できるようになったが, 実施中の留意点に関する指導的介入は必要な状況であった。また, 対象者はケアに対する肯定的な感想や対象者相互の変化の伝え合い, 今後の継続の意思や対象者以外の施設利用者への普及について語っていた。介入スタッフはすべての時期において, 賞賛や励まし, 承認の声掛けを行い, 過度な取り組みにならないようにペースングしていた。介入終了後も他的高齢者への介入の依頼の連絡があり, その際にその後も介入スタッフがフットケア介入を継続していることが確認できた。

C. フットケア介入による評価項目の変化

1. 足部の主観的・客観的評価の変化

a. 足部に関する主観的評価の変化

足部の主観的評価を表 4 に示す。対象者が抱えていた足部の変調は, 「しびれ」が 5 名 (35.7%), 「疼痛」は 6 名 (42.9%), 「冷感」は 7 名 (50%), 「ほてり」は 2 名 (14.3%), 「むくみ」は 10 名 (71.4%), 「倦怠感」は 6 名 (42.9%), 「足がつる」は 9 名 (64.3%), 「掻痒感」は 1 名 (7.1%), であった。フットケア前後の変化として, 「しびれ」は 5 名中 1 名が, 「疼痛」は 6 名中 2 名が, 「冷感」は 7 名中 4 名が, 「ほてり」は 2 名中 2 名が, 「むくみ」は 10 名中 4 名が, 「倦怠感」は 6 名中 2 名が, 「足がつる」は 9 名中 5 名が消失したと回答した。

表 4 足部に関する変調の変化

$n = 14$

No.	しびれ		疼痛		冷感		ほてり		むくみ		倦怠感		足がつる		掻痒感	
	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
1			○	○	○	—			○	—	○	○				
2											○	○	○	—		
3			○	○			○	—	○	—						
4					○	—			○	—	○	—	○	—		
5	○	○			○	—			○	○						
6	○	○			○	—										
7									○	○			○	—		
8	○	○			○	○			○	○	○	○	○	—		
9	○	○			○	○			○	—			○	○		
10			○	○					○	○						
11													○	○	○	○
12	○	—	○	○			○	—	○	○			○	○		
13			○	—					○	○	○	—	○	○		
14			○	—	○	○					○	○	○	—		

○ : 問題あり — : 消失

b. 客観的評価の変化

(1) 足部の形態の変化

皮膚の状態の変化を表5に示す。胼胝は4名中2名が消失していた。角質化は14名中8名が消失、6名が改善していた。皮膚剥離は4名中3名が消失していた。

(2) 足部の機能の変化(表6)

足部の機能のうち足底部の触圧覚は右踵部を除き5つの部位で有意に閾値が低下していた($p<.05$)、右踵部においても閾値の低下は見られた。循環機能の指標である皮膚表面温度は両足ともに介入後の平均体温が低下していたが、有意な低下ではなかった。個別のデータを詳細に検討

したところ同一施設の対象者7名全員に低下がみられたが、他の施設の対象者は両足とも上昇が5名、片足のみ上昇が2名であった。

2. 立位・歩行能力の変化(表6)

a. 立位バランスの変化

立位能力では開眼片足立ちの実施時間が有意に延長し($p<.05$)、FRTのStart-End Pointも有意に延長していた($p<.01$)。

b. 歩行能力の変化

歩行能力では10m最大速歩行($p<.05$)とTUGの実施

表5 フットケア介入前後における皮膚の状態の変化

n = 14

No	胼胝		鶏眼		角質化		皮膚剥離	
	前	後	前	後	前	後	前	後
1					○	—		
2					○	—	○	—
3	○	○			○	—		
4	○	—	○	○	○	—		
5	○	○	○	○	○	△		
6					○	—	○	○
7	○	—			○	△	○	—
8			○	○	○	—		
9					○	△		
10					○	△	○	—
11					○	—		
12					○	△		
13					○	△		
14			○	○	○	—		

○：問題あり △：改善 —：消失

表6 フットケア介入前後における感覚・循環機能および立位・歩行能力の変化

n = 14

評価項目		表示方法・単位	介入前 中央値 (四分位範囲)	介入後 中央値 (四分位範囲)	
感覚機能	母趾底面 (右)	Evaluation size	4.31 (3.61-4.56)	3.61 (3.61-4.31)	*
	母趾底面 (左)		4.31 (3.61-4.56)	3.61 (3.61-4.31)	*
	足底前側部 (右)		4.31 (4.31-4.37)	3.61 (3.61-4.31)	**
	足底前側部 (左)		4.31 (4.31-4.56)	3.61 (3.61-4.31)	**
	踵部 (右)		4.56 (4.56-5.07)	4.31 (4.31-4.56)	†
	踵部 (左)		4.56 (4.56-5.07)	4.31 (4.31-4.56)	*
循環機能	皮膚表面温度 (右)	℃	30.9 (29.1-32.3)	29.4 (24.8-33.9)	n.s.
	皮膚表面温度 (左)		30.0 (29.4-32.3)	28.8 (24.5-33.8)	n.s.
立位・歩行能力	開眼片足立ち	Sec	7.5 (3.0-12.0)	8.0 (4.0-33.0)	*
	Functional Reach Test	cm	33.0 (28.0-38.0)	36.0 (32.0-42.5)	**
	10m最大速歩行	Sec	7.0 (7.0-11.0)	7.0 (6.0- 9.0)	*
	Time Up & Go Test		10.0 (9.0-12.0)	8.0 (7.0-11.0)	**
	足趾間把持力 (右)	N	2.1 (1.4- 2.5)	2.8 (2.3- 3.1)	**
	足趾間把持力 (左)		2.0 (1.7- 2.6)	3.1 (2.0- 3.3)	*

Wilcoxonの符号付き順位和検定 †: $p<.1$ *: $p<.05$ **: $p<.01$

時間は有意に短縮していた ($p < .01$)。さらに、足趾間把持力は両足とも有意に向上していた；右足 ($p < .01$)、左足 ($p < .05$)。

IV. 考 察

A. 指導的介入による足部の主観的・客観的評価の変化

指導的介入により対象者自身が実施したフットケアにおいて、主観的評価のうち「むくみ」「足がつる」等の下腿静脈のうっ血や腓腹筋疲労、筋肉への酸素供給不足などに起因する足部変調に改善がみられ、皮膚の問題も消失・改善した。これらの結果は、高齢者が12週間のセルフケアを行った姫野ら（2014）の結果と類似していた。先行研究では、6週間で消失しなかった変調が12週間後には消失しており、ケアを継続することで消失が期待できると言える。

足部の感覚機能において、足底部の触圧覚は6か所中5か所の測定部位で有意な閾値の低下がみられ、残りの1か所も閾値の低下がみられた。足底部触圧覚の正常閾値は、2.83および3.61であり（ARKRAY社, 2012）、最も閾値が高いとされる踵部以外の中央値が3.61に低下したことには、角質除去による足底部感覚入力の向上やマッサージによる機械受容器への刺激（寺澤・津田, 2002, pp.13-16）、足浴や足趾の運動による末梢神経組織の活性化（井原ほか, 1995, p.268；井原・三輪・石橋・高柳・川島, 1997, pp.393-397；Taylor, Lillis, & LeMone, 1997, pp.910-912）が相互に影響したと考える。このように触圧覚が正常化したことにより、足底部からの感覚入力の向上、ひいては立位姿勢制御の好転が期待できる。一方、足部の血液循環のうち、皮膚組織内に循環する血流量に依存する皮膚表面温度は介入前後で有意な変化はみられず、平均値は低下していた。皮膚表面温度は、外気や気流、輻射熱の影響を受けやすい。施設で実施した一部の測定は空調管理が困難であり、適切な測定環境を作れなかったことも一因であると考ええる。

B. フットケアプログラムの妥当性

フットケアプログラムについては、足部に関する主観的・客観的評価や介護予防に重要な立位・歩行能力の変化および指導的介入によるケア方法習得の視点から妥当性を検討する。

立位機能への関連項目に関し、立位姿勢調節機能に重要な役割を担う触圧覚（棚崎・奥田・深井, 2018）は有意に閾値が低下していた。また、姿勢制御、前方への推進力の作用（相馬, 2016, p.5）が報告されている足趾間把持力も有意な向上がみられた。加えて、静的バランスの指標で

ある開眼片足立ちの保持時間や動的バランスの指標であるFRTのStart-End Pointがいずれも有意に延長した。小島ほか（2016, pp.315-319）は、足趾間把持力と片足立ちの保持時間には正の相関があると述べている。また、相馬・五十嵐・工藤・中江・安彦（2013, pp.16-17）は足趾間把持力を鍛えることによりFRTが向上する可能性を報告している。このように、立位バランスに関連する触圧覚と足趾間把持力が相互に影響し合い、立位バランスの2つの指標をも向上させたと推察する。したがって、本研究で実施したフットケアは立位バランスの機能向上に寄与すると考える。また、足趾間把持力と開眼片足立ちは転倒群で有意に低い値を示す（井上ほか, 2015, pp.141-142）ことから転倒の危険性も低下することが期待できる。

一方、歩行機能に関しては、前述した足趾間把持力に加え、10m最大速歩行およびTUGは有意に速くなっていた。本多・阿曾・伊部・田丸・徳重（2010, pp.279-281）は、足浴は関節の柔軟性や足趾部の荷重最大値、歩幅が増加すると述べており、足趾間把持力の向上と相まって、歩行における歩幅が増大し推進力が向上したと考える。また、相馬（2016, pp.1-7）は、足趾間把持力の発揮時には、特に前脛骨筋の収縮が重要な役割を果たすと述べている。前脛骨筋の収縮向上は高齢者に多い躓きによる転倒を回避することにつながると考える。

以上により、フットケアプログラムは介護予防の第一義的目標である立位・歩行能力の向上に寄与するとともに、転倒予防にも貢献すると考える。

フットケアの指導的介入は、3施設のスタッフに依頼した。指導的介入は、プログラムに従い介入の要点や対象者のケアの習得状況に応じて実施され、ケアの習得状況やフットケアによる変化も著者ら（2014）の先行研究と類似していた。本研究では、介入スタッフが看護職、介護職、健康運動実践指導者と専門性が異なっていたが、指導内容、ケア習得状況、足部の主観的・客観的評価や立位・歩行能力の変化も類似していた。鶴川・玉腰・坂元（2015, p.6）は、二次予防事業対象者に対する介入プログラムの文献レビューにおいて運動器の機能改善に関するものが多く、他の介護予防の介入プログラムが必要であると述べている。本プログラムは運動器の機能改善のみにとどまらないプログラムである。先行研究で実施したプログラムより実用性が高いにもかかわらず、類似あるいは同等の効果が得られることが検証された。また、職種を問わず介護予防に寄与する結果が得られることが明らかとなり、さらに、研究参加希望が多かったことから施設での取り組みの負担感が少なく、ニーズの高い介護予防策であると考ええる。

V. 本研究の限界と課題

本研究では、高齢者の通う場におけるフットケアプログラムの効果と妥当性を検証した。アウトカムは介入前後の評価項目の比較であったが、測定環境や測定条件に左右される皮膚表面温度が評価項目により明らかなばらつきがみられたこと、また、高齢者の足部の主観的・客観的評価に関する個性が大いことで、コントロール群の設定が難しく、事前事後研究デザインを設定せざるを得なかったことは本研究の限界である。今回、施設のスタッフに指導的介入を依頼し、著者が実施した指導的介入と同様の結果が得られたことから、テキストに基づくオンデマンド講義・ケア方法の作成により、プログラムを拡大させることが今後の課題である。

結 語

フットケア研修を修了した高齢者施設スタッフ3名が、著者の見守りの下で施設を利用する後期高齢者に対し、フットケアプログラムの指導的介入を行った。対象者は平均年齢 84.2 ± 6.1 歳で男性5名、女性9名の計14名であり、2名は要支援1、3名は要支援2の認定を受けていた。足部の主観的評価は「むくみ」「足がつる」等の下腿静脈のうっ血や腓腹筋疲労、筋肉への酸素供給不足などに起因する項目が、皮膚の状態では胼胝や角質化、皮膚剥離が消失した者がいた。足底部の触圧覚は1か所を除き有意に閾値が低下した。また、残りの1か所も閾値は低下していた。皮膚表面温度は両足とも低下していたが、個別にみると1施設の対象者7名全員に低下がみられ、他の施設の対象者は上昇していた。立位能力では開眼片足立ちの実施時間とFRTのStart-End Pointは有意に延長していた。歩行能力では10m最大速歩行とTUGの実施時間は有意に短縮していた。さらに、足趾間把持力は両足とも有意に向上した。

以上のことから、フットケアプログラムには、介護予防の第一義的目標である立位・歩行能力の向上が期待できると考える。また、介入スタッフの職種は異なっていたが、同様のケア方法習得の進捗と効果がみられ、プログラムの妥当性および汎用性が確認できた。

謝 辞

研究にご協力いただきました対象者の皆様、対象者への指導的介入を実施していただきました介入スタッフの皆様、研究協力のとりまとめをしてくださいました施設の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究において測定調査および記録の補助をしてくださいました古田政博様、日本赤十字九州国際看護大学小野ミツ特任教授、元日本赤

十字九州国際看護大学稲留由紀子助教に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は第33回日本看護科学学会学術集会で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

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。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP2353491の助成を受け実施した。

著者貢献度

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

文 献

- ARKRAY社 (2012). プリノバタッチテストフットキット取扱説明書. 京都: ARKRAY社.
- Fujii, M., Sato, T., Sato, T., Sasaki, H. (2004). Green tea for tinea manuum in bedridden patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 4(1), 64-65.
- 姫野稔子, 三重野英子, 末弘理恵, 桶田俊光 (2004). 在宅後期高齢者の転倒予防に向けたフットケアに関する基礎的研究: 足部の形態・機能と転倒経験および立位バランスとの関連. *日本看護研究学会雑誌*, 27(4), 75-84.
- 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.
- 姫野稔子, 小野ミツ (2015). 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1報: フットケア方法習得のプロセスおよび介入内容の分析. *日本看護科学会誌*, 35, 28-37.
- 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, 160-169.
- 平松知子, 泉キヨ子, 加藤真由美, 正源寺美穂 (2005). 転倒予防に関する地域高齢者の足部の実態: 足趾の接地状況と足底、姿勢、バランス、筋力および転倒との関係. *老年看護学*, 9(2), 116-123.
- 本多容子, 阿曾洋子, 伊部亜希, 田丸明子, 徳重あつ子 (2010). 男性高齢者に対する足浴の転倒予防効果の検討. *人間工学*, 46(4), 277-281.
- 井原秀俊, 吉田拓也, 高柳清美, 三輪 恵, 濱田哲郎, 石橋敏郎, 高山正伸 (1995). 足趾・足底訓練が筋力・バランス能に及ぼす効果. *日本整形外科学スポーツ医学会雑誌*, 15(2), 268.
- 井原秀俊, 三輪 恵, 石橋敏郎, 高柳清美, 川島真人 (1997). 足指訓練の持続効果: 訓練中止3ヶ月後の検討. *整形外科と災害外科*, 46(2), 393-397.
- 井上椋太, 村田 伸, 桐野耕太, 小澤実奈, 小西佑磨, 白岩加代子, 安彦鉄平, 阿波邦彦, 窓場勝之, 堀江 淳 (2015). 地域在住高齢者の転倒要因に関する研究: 身体・認知・精神機能の共分散分析による検討. *ヘルスプロモーション理学療法研*

- 究, 5(3), 139-143.
- 小島一範, 山本亜希江, 鎌井大輔, 植谷祐二, 尾嶋紗季, 仕田中美穂, 渡邊 進 (2016). 訪問リハビリテーション利用者における足趾把持力と片脚立位時間との関係について. *理学療法科学*, 31(2), 315-319.
- 厚生労働省 (2006). 介護保険制度改革の概要: 介護保険法改正と介護報酬改定. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/index.html> (参照 2007年06月14日)
- 西山茂夫 (1993). 爪疾患カラーアトラス. 52-192, 東京: 南江堂.
- 大久保幸枝, 戸田真佐子, 原 征彦, 島村忠勝 (1991). 白癬菌に対する茶およびカテキンの抗菌・殺菌作用. *日本細菌学雑誌*, 46(2), 509-514.
- 相馬正之 (2016). 歩行時のToe clearanceと足趾把持力について: 転倒予防の観点から. *ヘルスプロモーション理学療法研究*, 6(1), 1-7.
- 相馬正之, 五十嵐健文, 工藤 渉, 中江秀幸, 安彦鉄平 (2013). 足指把持力とFunctional Reach Testおよび最大一歩幅の関係性について. *東北理学療法学*, 25, 14-18.
- 高橋 緑, 佐々木由美子, 河野秀子 (2005). 高齢者に対するフットケアの有効性: バランス機能の向上と尿失禁減少をめざして. *第36回日本看護学会論文集: 老年看護*, 148-150.
- 棚崎由紀子, 奥田泰子, 深井喜代子 (2018). 女性高齢者に対する下肢触圧刺激の足部感覚および立位姿勢調節機能の影響. *健康生活と看護学研究 = Journal of nursing science in human life: 人間環境大学松山看護学部紀要*, 1(1), 25-29.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. (1997). *Fundamentals of Nursing*, 910-912, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- 寺澤捷年, 津田昌樹 (2002). 絵でみる指圧・マッサージ. 13-16, 東京: 医学書院.
- 鶴川重和, 玉腰暁子, 坂元あい (2015). 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. *日本公衆衛生雑誌*, 62(1), 3-19.
- Wendy, K., Anemaet, E. (1999). Functional tools for assessing balance and gait impairments. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 15(1), 66-83.
- 山下和彦, 野本洋平, 梅沢 淳, 宮川晴妃, 川澄正史, 小山裕徳, 斎藤正男 (2004). 高齢者の足部・足爪異常による転倒への影響. *電気学会論文誌C (IEEJ Transactions on Electronics, Information and Systems)*, 124(10), 2057-2063.
- Yam, T. S., Shah, S., Hamilton-Miller, J. M. T. (1997). Microbiological activity of whole and fractionated crude extracts of tea (*Camellia sinensis*), and of tea components. *Federation of European Microbiological Societies Microbiology Letters*, 152(1), 169-174.

[2020年8月4日受 付]
[2021年7月24日採用決定]

Evaluation of Foot Care Programs for the Prevention of Long-term Home Care in the Elderly: Verification of Efficacy and Validity for People Aged 75 and Over

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 823-832
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210724170>

Toshiko Himeno, PhD, RN¹, Chie Magota, PhD, RN, PHN²

¹Japanese Red Cross Kyusyu International College of Nursing, Fukuoka, Japan

²Kurume University, Fukuoka, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to verify the efficacy and validity of foot care programs in elderly facilities.

Methods: We requested the assistance of three staff members at elderly facilities with a foot care program.

Results: There were five male and nine female subjects. Before-and-after comparisons after the intervention of the foot care programs revealed the following results: 1) Blood circulation-related problems such as “coldness” in feet and “hanging” feet improved, while calluses, keratinization, and skin peeling disappeared. 2) Tactile sensation on the soles of the feet was significantly reduced at five thresholds ($p < .05$). 3) The skin surface temperature decreased for both feet. 4) The subjects could stand longer on one leg with their eyes open ($p < .05$) and their scores on the Functional Reach Test increased significantly ($p < .01$). 5) The maximum speed when walking 10 m increased ($p < .05$) and the time taken on the Time Up and Go Test decreased significantly ($p < .01$). 6) Toe grasp power improved significantly in both feet ($p < .05$). **Conclusions:** Although the interventions were performed by assistants with different occupations, the programs were judged as appropriate since the outcomes (the progress and effect of care) were the same.

Key words

foot care programs, preventive long-term care, elderly aged 75 and over

Correspondence: T. Himeno. Email: t-himeno@jrckicn.ac.jp

地域DOTS（Directly Observed Treatment Short-course）服薬中断リスクアセスメント票項目の検討 —結核専門家パネルでの検証—

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(4), 833-840
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210808171>

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: 地域DOTS個別患者支援計画で用いるリスクアセスメント票の標準化版を作成する。**方法:** 東海4県の各保健所の結核患者の服薬中断リスクアセスメント結果の統計分析（対象者470名）を基に、結核専門家パネルでリスクアセスメント票を検討した。**結果:** 各保健所共通の15リスク項目のうち、有意差のあった3項目「副作用の出現あり」「副作用の理解がない」「治療中断歴あり」に2点、その他に1点の重みづけ配点をした。先行文献より「不規則な生活」「外国人」「再発患者」、属性で有意差のあった「潜在性結核」もリスク項目に加えた。評価点区分は6点以上、3～5点とし、A～Cランクの分類は面接での裁量点を適宜加算して判断するとした。計19リスク項目で構成されたリスクアセスメント票が作成された。**結論:** 重みづけ配点したリスク項目は服薬中断リスクが高く、DOTSにおいて特に留意した面接とアセスメントが必要である。

■キーワード

地域DOTS, 個別患者支援計画, 服薬中断リスクアセスメント票, 服薬中断リスク, 結核患者支援

責任著者: 森 礼子. Email: morir@n-fukusi.ac.jp

緒 言

日本の結核罹患率は年々低下し、2018年には12.3（人口10万対）になったが、世界から見ると未だ中まん延国である（公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター, 2019）。日本の結核の特徴は、高齢者結核であるが、近年では外国生まれの結核患者の増加など、先進諸外国がかかえる結核課題と同様の対策も必要になってきている。

日本の結核対策について、厚生労働省が2000年に「日本版21世紀型DOTS戦略」を打ち出し、結核患者が最後まで服薬できるよう多職種間連携のもと、確実にDOTS体制が構築されてきている（厚生労働省健康局結核感染症課長, 2011）。地域DOTSでは、患者居住の管轄保健所が中心となり、退院後または入院が必要のない全ての患者が最後まで確実に服薬できるように、個別患者支援計画作成による服薬支援を進めており、点となる発生源を確実に断ち、地域に拡散させない取り組みを続けている。

地域DOTSの個別患者支援計画とは、患者が服薬中断しないために治療開始から終了に至るまでの一連の患者

支援について示したものであり、患者一人ひとりに対して保健所が作成する（日本結核病学会エキスパート委員会, 2015, pp.527-530）。その際に指標とするものが、リスクアセスメント票である。これは患者の服薬中断リスクを評価するものであり、それを構成するリスクアセスメント票項目（以下、リスク項目とする）に関しては、地域の実状に合わせて各リスク項目を設定するものとされているため、全国共通で使える様式化されたものはない。地域DOTSを成功させるために必要なことは、患者を適切に捉え、患者に寄り添った質の良い支援を提供することである（永田, 2015）。すなわち、リスクアセスメント票による客観的評価によって患者を適切に捉えることが必須であり、それを構成するリスク項目の妥当性は非常に重要である。

しかし、各リスク項目の妥当性に関しては、多くの保健所が妥当性の検証までは実施していないのが現状である。地域DOTSでリスク項目に関する検証報告がされていたのは、社会的弱者等を考慮した大阪市や東京都の大都市部（松本ほか, 2014；山田ほか, 2010；渡部, 2014）、高齢結核患者が中心となった県型保健所の報告（橋本・野村・和

田, 2009) 以外, ほとんど見当たらなかった。また, 全国の保健所が設定しているリスク項目においては, 地域特性を考慮した項目, リスク項目ごとの重みづけ配点など, 独自のリスク項目が設定されており, 項目の設定数も様々なものであった(白木・本間, 2014)。適切な結核患者支援を行うためには, 結核患者の標準的なリスクアセスメント票が必要である。

そこで筆者らは, これまでに東海4県(都道府県型保健所と政令型保健所が混在する42保健所)を対象に, 実際に使われているリスクアセスメント票の調査を行い, 対象保健所で共通していた服薬中断リスク項目の中でも特に重要な項目を明らかにした(Mori, Yanagisawa, Matsumoto, Takayama, & Nagata, 2018)。そして本研究においては, その調査で得られた分析結果を基に, 国内における標準化リスクアセスメント票モデルを開発することとした。東海4県での調査結果から考案したリスクアセスメント票(案)を結核専門家パネルによって検討し, 妥当性のあるリスクアセスメント票の標準的モデルを開発したのでここに報告する。

I. 研究方法

1. 東海4県の調査を基にした地域DOTSリスクアセスメント票の標準的モデル(案)の作成

標準的なリスク項目を検討するため, 東海4県内の各保健所を対象に各施設が設定しているリスク項目を調査した(回答率: 96.5%)。その結果を表1に示す。回答のあった保健所全てが服薬中断リスク項目として設定していたのは15項目, 全ての保健所では設定されていなかった項目は18項目あった。各保健所が共通して設定していた15リスク項目のうち特に重要性の高い項目について, 実際の地域DOTSでの結果(服薬完遂者: 439人と服薬中断者: 31人の計470人(回答率: 21.1%))を対象に, 服薬中断の有無(服薬完遂者=0, 服薬中断者=1)を従属変数, 各リスク項目を独立変数とするロジスティック回帰分析から, 「副作用の出現あり」「副作用の理解なし」「治療中断歴あり」の3項目に有意差があった。加えて, 患者の診断区分において「肺結核」「肺外結核」「潜在性結核」のうち, 「潜在性結核」においても服薬完遂者と服薬中断者との間で有意差が認められた(Mori, et al., 2018)。その結果から, 各保健所の共通項目であった15リスク項目に「潜在性結核」の1項目を加え, 計16項目を標準的な服薬中断リスク項目として掲げた。

一方, 東海4県内の各保健所間が服薬中断リスク項目として設定した項目のうち, 東海4県の各保健所間で共通していなかった項目は18項目であった。その18項目のうちで標準的なリスク項目として含めることが妥当と思われた項

目に関しては, 先行文献を参考にリスク項目として含めるかどうかを検討した。その結果, 不規則な生活によって服薬忘れにつながる恐れのあることから「不規則な生活」(橋本ほか, 2009; 樋上, 2010; 松本ほか, 2014; 佐藤・宮崎・本間, 2015), コミュニケーションの障害だけでなく, 母語の違いがリスクとなることから「コミュニケーションの困難な外国人」(樋上, 2010; 山田ほか, 2010; 渡部, 2014), 初回治療での服薬中断者に多く見られ, 再治療は治療継続が困難であることが多いことから「再発患者」(樋上, 2010; 山田ほか, 2010; 渡部, 2014)の3項目を専門家パネルで検討するリスク項目に含めた。また, 表記される文言について, 「独居」と表記されていた項目は, 独り暮らしそのものがリスクであるのではなく, 協力者のいないことがリスクにつながることから, 「家族など身近な人の服薬協力が無い(独居等)」に包含した。これら東海4県の調査から, 各保健所で共通していた15リスク項目と診断区分の「潜在性結核」を合わせた16項目の他に, それぞれの保健所で独自に設定されていた3項目を加えた, 計19項目を案とした(表1)。これらの結果を踏まえ, リスクアセスメント票(案)とした。

2. 専門家パネルの開催

(1) 研究協力者(参加者)

専門家の選定は, 結核専門家の中でも特に地域DOTSに造詣の深い専門家の紹介を結核専門研究機関に依頼し, 結核研究専門機関のDOTS専門家, 結核に関する論文が多数あり特に地域DOTSにおいて実績のある研究者, 結核活動経験を積み上げてきた地域DOTSの実践家の3名で構成した。

(2) 開催方法

妥当性を確立するために, それぞれの専門的立場から意見や質問を重ねながら検討するため, 開催方法は対面によるパネルディスカッションとした。承諾の得られたパネリストらには, 事前に東海4県で行った研究調査結果を郵送し, 今回の検討課題の基礎資料として用いることに対して適切性の有無を検討を行っていただき, 参加を依頼した。

(3) 専門家らによる検討内容

専門家らに依頼した内容は, 以下の通りである。

- 構成したリスク項目の案
- 重みづけ配点
- A・B・Cランク分けについて

※ A・B・Cランク: 結核患者の個別支援計画作成において, 服薬頻度と方法, 場所, 服薬支援者等を決定するが, 患者支援タイプを服薬中断リスクに応じてA・B・Cの3段階に分け, 支援頻度の大小を決定するもの(日本結核病学会エキスパート委員会, 2015, pp.527-530)

表1 東海4県の保健所における服薬中断リスク項目とその分析結果

	共通していた 15項目	共通していなかった 18項目
リスクアセスメント票項目	・副作用の出現あり◎ ・合併症あり ・薬剤耐性（INH：イソニアジドまたはRFP：リファンピシン）あり ・通院時の支障・困難あり ・独居 ・経済的な問題あり ・住所不定 ・病気の理解と受容なし ・服薬の必要性の理解なし ・副作用の理解なし◎ ・身体的な障がいあり ・精神・記憶・認知の障がいあり ・服薬継続に関する不安あり ・アルコール・薬物依存症患者 ・治療中断歴あり◎	・退院時菌陰性化していない ・家族など身近な人の服薬協力が無い ・治療を受けることの同意あり ・感染防止の理解と実施意志なし ・コミュニケーションの困難な外国人○ ・合併症の管理不徹底あり ・3か月を超えて菌陽性あり ・規則的な服薬は可能 ・服薬支援手帳等の利用あり ・虚弱な独居高齢者 ・重篤な精神疾患あり ・入院中の薬剤自己管理できず ・不規則な生活○ ・DOTS支援者（第三者）あり ・中断時の対処方法が決定している ・要介護あり ・入院中の問題行動（服薬拒否等）あり ・再発患者○
その他	診断区分（潜在性結核）◎	

※ ◎：服薬完遂者（＝0）と中断者（＝1）に分類しロジスティック回帰分析を行った結果、有意差のあった項目
○：文献検討を行い、追加したリスク項目

として、以下のように示されている。

A：治療中断のリスクが大きい患者……原則、毎日

B：服薬支援の必要な患者（高齢者、単身者など）……週1～2回以上

C：A・B以外のすべての患者……月1～2回以上

bで構成したリスク項目の案に関しては、リスク項目が服薬中断リスクとして実践で用いる際に適切な項目であるか、リスクアセスメント票全体として項目内容に偏りがないうか、国内の全ての地域において結核患者の標準的なリスク項目として網羅されているか、そして使用に際してリスク項目の表現が適切でわかりやすいか、利用がしやすいかに関する検討も行った。

(4) 研究期間

平成29年3月

(5) 開催回数と所要時間

開催したのは1回、所要時間は2時間であった。

(6) 倫理的配慮

愛知県立大学研究倫理審査委員会（28愛県大学情第6-10号）の承認を得て実施した。研究協力者（参加者）には、研究目的、これまでの研究概要と意義、研究協力の自由、プライバシー保護等に関した内容について、文書を用いて説明した。

Ⅱ. 結 果

1. 東海4県の調査で共通していたリスク項目

東海4県の調査で共通していた15項目はすべてリスク項

目として投入する。専門家間では、統計結果で有意差が認められた3項目とそれ以外の12項目について、有意差があった項目はそれ以外のリスク項目よりも中断リスクへの影響が大きいことは納得できるとしたが、有意差の認められなかった項目においてもスクリーニングとして省略することは難しいと述べたため、協議の結果、有意差があった項目に重みづけ配点することが妥当という結果となった。

一方、リスク項目以外に有意差のあった結核診断区分の「潜在性結核」に関しては、入院経験のある肺結核や肺外結核患者に比べて院内での結核教育の有無による違いから、潜在性結核者の方は服薬中断リスクが生じやすいと考えられる。しかしながら、結核診断区分の「潜在性結核」は属性に関連した項目であるため、他のリスク項目と並列すべきではなく、「加点」として表記するのが妥当であると示された。

2. 共通していなかったリスク項目

東海4県内で共通していなかった項目の中には、評価項目として重要であると思われる項目がある。先行研究を参考にリスク項目とすることが適切であり、「不規則な生活」「コミュニケーションの困難な外国人」「再発患者」の3項目については、これまで行われてきた他の文献を見ても重要であると考えられ、評価項目として加えることが妥当である。

3. リスク項目の文言表現

「コミュニケーションの困難な外国人」に関して、「外国人」と表記したほうが適切であるとの見解があった。地

域DOTSでスムーズにコミュニケーションが取れる外国人患者に対しては、十分な意思疎通が可能であると考えがちだが、母語と第2言語では理解の度合いが異なり、日本人ほどの理解力は伴っていないことが多い。コミュニケーションの有無にかかわらず、「外国人」として表記することが適切であるとの見解が示された。

4. 重みづけ配点

重みづけ配点について、有意差のあった3項目については、他項目との差異を強調するための配点化（重みづけ）が示された。重みづけするのは有意差のあった3項目に2点、その他の項目には1点の配点である。配点に関しては、2点よりも配点を大きくしてしまうとその項目だけが強調され過ぎてしまい、偏りが大きくなってしまうため、有意差のあった項目のみ、2点配点が妥当との見解であった。その後、重みづけの妥当性を検証するために、特に重要な3リスク項目を2点、その他の項目に1点を配点した場合と、リスク項目に配点をしない場合とで、服薬完遂者439人と服薬中断者31人について t 検定および箱ひげ図を用いて分析を行った。 t 検定の結果では、重みづけ配点しなかった場合が($t(468) = -2.223, p = .026$)、重みづけ配点した場合は($t(468) = -3.312, p = .01$)で、両者共に有意差が認められた。一方、箱ひげ図を用いた結果は、重みづけ配点しなかった場合の服薬完遂者の中央値が1.0点、服薬中断者の中央値が2.0点、重みづけ配点した場合の服薬完遂者の中央値は1.0点、服薬中断者の中央値は3.0点、重みづけ配点のあった方が両者間での差が大きくなる(図1)、重みづけ配点の有効であることを確認した。

5. リスクアセスメント票評価点の合計が示唆する意味

リスクアセスメント結果ではリスク項目における評価点の合計が算出されるが、その合計点はA～Cランクに区分

されるものではなく、面接した保健師の裁量点が考慮される。それは、面接した保健師が、主に患者の特性の範疇となるリスクを捉えた際、保健師個人の主観で配点するのではなく、各保健所内の結核担当関係職員で構成されているDOTSカンファレンスにおいて審議され、配点されているものである。

また、評価点の合計は、「各リスク項目 合計点数」と表し、非常にリスクが高い：6点以上、リスクが高い：3～5点と、専門家らの検討の上、そのランクの範囲は便宜的な設定となった。専門家らは、リスクアセスメント票の支援頻度の決定に関するA～Cランク分けに関し、各保健所において患者と対応した結果、リスクアセスメント票に基づいた総合的な判断で区分することが望ましいとの見解を示した。

以上のことから、リスク項目として19項目が標準的な項目として妥当であるとの見解が示された(表2)。

Ⅲ. 考 察

東海4県の各保健所で行った実態調査をはじめ、全国では地域の特性を踏まえたリスク項目を構成している。今回の基礎調査となる東海4県の保健所においては、結核患者の生活背景が重視されている地域もあれば、DOTSの受け入れ具合や同居者の結核理解にまで言及する地域もあるなど、地域によってリスクの着目点が異なる構成であり、それが地域の特性であると思われた。そのオリジナルな項目を除外した、東海4県の保健所共通のリスク項目で統計分析をした結果を基に、結核専門家らとの検討によって地域DOTSリスクアセスメント票の標準化を試み、重要なリスク項目を明らかにし、重みづけ配点を行いその検証をした。

リスク項目の重みづけ配点を行ったのは、有意差のあった項目はそれ以外のリスク項目よりも服薬中断リスクの可能性が高く、地域DOTSの患者支援では他の項目以上に着目すべきリスク項目としてリスクアセスメント票に示すためであった。これらの過程を経て、リスク項目に重みづけ配点をした妥当性のある標準的なリスク項目が設定できたと考える。

特に重要な3項目について、今回の検討では重みづけ配点を2点とした。「副作用の出現あり」「副作用の理解がない」の2項目は薬の副作用に関係しており、先行文献においても治療中断要因の最も大きな要因であると述べられている(伊藤ほか, 2008; 松本ほか, 2016)。また「治療中断歴あり」は、過去に服薬を中断した者が同じ経過をたどる可能性が高い。箱ひげ図でこれら3項目とそれ以外の項目との差がより強調されたことから、重みづけ配点の有効

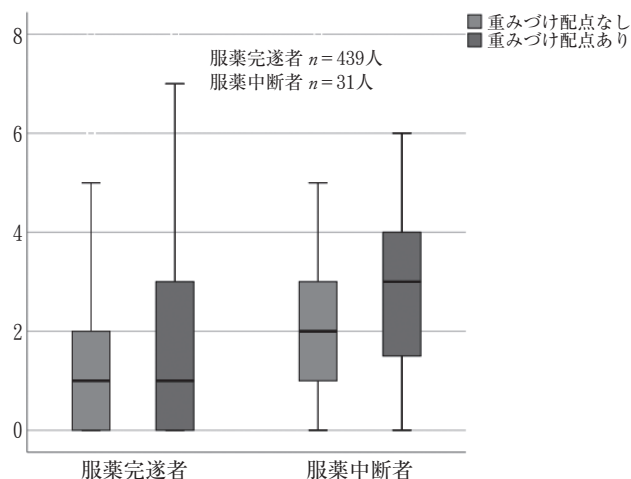


図1 服薬完遂者と服薬中断者の重みづけ配点の差

表2 地域DOTS リスクアセスメント票 標準的モデル

*該当するリスク項目に○を記入してください			記入日		記入日	
			年 月 日		年 月 日	
No.	リスクアセスメント票項目		評価点		評価点	
			1 点	2 点	1 点	2 点
1	結核の病状	副作用の出現あり				
2		合併症あり				
3		薬剤耐性 (INH: イソニアジドまたはRFP: リファンピシン) あり				
4	生活背景	通院時の支障・困難あり				
5		家族など身近な人の服薬協力がいない (独居等)				
6		経済的な問題あり				
7		住所不定				
8		不規則な生活				
9	結核の理解	病気を受容していない				
10		治療内容に関する理解がない (病識が低い)				
11		副作用の理解がない				
12	心身の状況	身体的に虚弱または障がいあり				
13		精神・記憶・認知の障がいあり				
14		外国人				
15		服薬継続に関する不安あり				
16		アルコール・薬物依存症患者				
17		治療中断歴あり				
18		再発患者				
19	加点	潜在性結核				
各リスク項目 合計点数						
非常にリスクが高い: 6 点以上						
リスクが高い: 3 ~ 5 点						
面接での裁量加点を含めた判定 (A・B・C)						

※ (判定区分)

A: 治療中断のリスクが大きい患者……原則, 毎日

B: 服薬支援の必要な患者 (高齢者, 単身者など) ……週 1 ~ 2 回以上

C: A・B以外のすべての患者……月 1 ~ 2 回以上

性が示されたとされる。作成したリスクアセスメント票では、これらの重要項目の点数欄を別枠に設けたが、患者面接においては「薬の副作用」をはじめ、これら重要項目について意識し情報収集することが必要である。

一方、専門家らの意見で追加したリスク項目に「不規則な生活」「外国人」「再発患者」の3項目があった。これらは先行文献においても服薬中断リスクとして項目に挙げられているものであるが、「外国人」という項目に関しては様々な名称で用いられていることも多かった。言語の壁という意味から「コミュニケーションの困難な外国人」や「コミュニケーションの障害」と表記されているものも

あった。外国人の中には流暢な日本語で会話ができる患者もいるが、母語とそれ以外の言語では意味や内容を正しく理解できないことも多く、近年では外国生まれの結核患者への対応として一般通訳ではなく医療通訳を登用することが叫ばれている (濱井・永田・西川, 2017)。「外国人」の表記に関して、親が外国生まれであって日本で出生した場合や、母国と日本の往来が激しい場合など、国籍や出生地だけで判断することが難しいことがある。その患者の生育歴や生育環境を把握した上で、「外国人」に該当するのかをアセスメントすることが必要であると考ええる。外国人にとって異国での生活は、言語理解の障壁がある。言語レベ

ルによって障壁の差はあるが、服薬継続のリスクとなる。支援者はそのリスクを十分に理解し対応することが重要である。

地域DOTSのリスクアセスメント票は個別患者支援計画を作成する際のツールとして必要なもので、患者支援の根拠となるものである。そのため、これまでの結核患者支援の経験や地域の特性に偏った項目であると、客観的に患者を捉えることが難しくなり、地域DOTS開始後に支援方法の修正が生じたり、場合によっては患者との信頼関係の構築が困難となり、適切な支援が提供できなくなる可能性もある。しかし、日本の結核には偏在性があり（阿彦, 2008）、地域の特性を包含することは地域DOTSを成功させるためには非常に重要である。今回作成した本リスクアセスメント票は、各地域で独自のリスクアセスメント票を作成するためのベースとなるものであり、各地域の特性やこれまでの患者支援活動の経験からリスク項目を追加し、各地域でオリジナルなリスクアセスメント票が作成されることが大切であると思われる。

最後に、リスクアセスメント票の活用において大切なことは、患者の服薬リスクを適切に捉える保健師の観察眼である。近年、結核担当となる保健師はベテラン保健師ではなく、まだ年数の浅い保健師が配属されてくることも多くなっている。結核のDOTS担当となると、患者の病状・病識、副作用や服薬意欲等、患者にだけ目が向いてしまいがちであるが、服薬協力者となる家族や近親者がどのように受け止めているのか、服薬協力体制はどうか、またこれからの服薬をサポートできる地域の協力機関や社会資源等に関する患者を取り巻く環境についても早期の段階で捉え、看護計画に落とし、服薬支援体制を整えていくことが保健師には求められる。その際に必要となるのが面接した保健師の観察力であり、五感を使ってしっかりと情報収集し患者を捉えることである。本リスクアセスメント票では服薬中断リスク項目を設定したが、患者に直面して得られるプラス α の情報までは収集することができない。DOTS担当保健師は、リスクアセスメント票の点数を機械的に割り出してそれをそのまま適応させるのではなく、看護職の眼で捉えた患者のプラス α の服薬中断リスクに対して適切な加算点を設けることで、より個々の患者に合った支援に結び付けられるものと考え。それは、服薬支援を行う保健師の技術力に値するものであり、患者への質の高い服薬支援を提供することにつながると考える。

IV. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、3点ある。1点目は、リスク項目の内的妥当性と配点に関して統計分析を行い、その分野の

専門家らによる検討を試みたが、予測的妥当性や精確性を推し量るには至っていない。結核患者が年々減少している昨今、対象者が限定されてきており、保健所結核担当歴および地域DOTSに関わっている期間の長い保健師らを対象にしたデルファイ法や階層分析を用いるなど、より効率の良い方法で検証していく必要がある。

2点目は、服薬支援頻度A～Cランクの得点範囲についてである。今回は、地域DOTSの専門家らによって便宜的な設定に留まっている。それも本研究の限界である。今後、標準的なリスク項目の精査と併せて、A～Cランクの得点範囲に関しての妥当性を検証していく必要がある。

3点目は、患者アセスメント後、保健師が患者との面接後に着眼した、個別性の強いリスクに対する加算点についてである。本研究においては、保健師の加算点に関することまで明確化するに至らなかったのも、研究の限界であった。今後、リスク項目やA～Cランクの範囲などを精査するとともに、保健師加算の配点についても検討する必要がある。

V. 結 論

地域DOTSリスクアセスメント票項目に関する結核専門家らによる検討では、19項目の服薬中断リスク項目が示され、中でも重要なリスク3項目には2点、その他の項目には1点配点で評価することが妥当であるとの見解が示された。配点した重要なリスク項目においては、服薬中断リスクが高いことから地域DOTSにおいて特に留意した面接とアセスメントが必要である。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき、専門家パネルにご協力いただきました皆様に深く感謝を申し上げます。

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、平成28年度岐阜聖徳学園大学看護学部研究助成金、JSPS科研費JP17K12601の助成を受けて行った成果の一部である。

また、本研究は2017年度愛知県立大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆修正したもので、本研究の一部を第8回公衆衛生看護学会において発表した。

著者貢献度

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

原稿を確認した。

文 献

- 阿彦忠之 (2008). わが国の結核対策の現状と課題 (4): 結核対策における都道府県, 保健所の役割と課題. *日本公衆衛生雑誌*, 55(12), 848-852.
- 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. https://doi.org/10.11236/jph.64.11_672 (参照2020年3月20日)
- 橋本容子, 野村繁雄, 和田圭司 (2009). 地域DOTSの推進: 服薬支援計画票を活用して. *結核*, 84(4), 165-172.
- 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.
- 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.
- 公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター (2019). 結核の統計, 年報2018. <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/> (参照2020年3月18日)
- 厚生労働省健康局結核感染症課長通知 (2011). 「結核患者に対するDOTS(直性服薬確認療法)の推進について」の一部改正について. *健感発*, 1012(5), 平成23年10月12日.
- 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.
- Mori, R., Yanagisawa, S., Matsumoto, K., Takayama, K., & Nagata, Y. (2018). Default Risks in Home Tuberculosis Patients Regarding Japanese Dots (Directly Observed Treatment Short-Course). *Journal of Community & Public Health Nursing*, 4(3), 223. <https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000223> (accessed 2019-12-26)
- 永田容子 (2015). 結核患者に対する服薬確認の患者支援強化について. *保健師・看護師の結核展望*, 105, 6-26.
- 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.
- 佐藤志子, 宮崎尚美, 本間光信 (2015). 秋田県版服薬中断リスク判定表によるリスク分析. *結核*, 90(2), 282.
- 白木見代子, 本間隆之 (2014). 全国の地域DOTSで用いられる治療中断リスクアセスメント票項目の特徴に関する評価研究. 第73回日本公衆衛生学会総会抄録集, 524.
- 山田万里, 大森正子, 神楽岡澄, 高尾良子, 佐藤和央, 福内恵子 (2010). 新宿区保健所におけるリスクアセスメント表を用いた服薬支援. *結核*, 85(2), 69-78.
- 渡部ゆう (2014). 結核患者の治療中断に関するリスク要因の分析. *保健医療科学*, 63(2), 179-180.

[2020年7月26日受 付]
[2021年8月8日採用決定]

Examination of Assessment Form Items for Community Directly Observed Treatment Short-Course Risk of Medication Interruption: Validation by a TB Expert Panel

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(4), 833-840
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210808171>

Reiko Mori, PhD, PHN¹,

Satoko Yanagisawa, PhD, MS, RN, RM, PHN²

¹Faculty of Nursing Department of Nursing, Aichi, Japan

²Aichi Prefectural University School of Nursing & Health, Aichi, Japan

Abstract

Objective: To prepare a standard risk assessment form to be used for community directly observed treatment short-course (DOTS) individual patient support plan. **Methods:** A tuberculosis expert panel examined the risk assessment form based on statistical analysis (470 subjects) of the result of assessing tuberculosis patients' risk of discontinuing their medications at each public health center in four Tokai prefectures. **Results:** The 15 risk items common to all public health centers were scored by assigning two weighing points to three items that showed significant differences: "there are side effects," "there is no understanding of side effects," and "there is a history of discontinuing treatment"; and one weighing point to the remaining 12 items. Referring to existing papers, we added "irregular lifestyle," "foreign nationals," and "patients with recurrence" as well as "latent tuberculosis" as additional risk items as they showed significant differences in attributes. Scores were categorized as ≥ 6 and 3–5. Ranks A to C were classified by adding discretionary points through interviews. We prepared a risk assessment form comprising 19 items. **Conclusions:** Items weighted in the standard risk assessment form have a high risk of interruption. In community DOTS, it is necessary to respond flexibly based on risk items.

Key words

community DOTS, Individual patient support plan, default risk assessment form, tuberculosis patients' default risk, patient support

Correspondence: R. Mori. Email: morir@n-fukusi.ac.jp

小児の利用者のいる 訪問看護ステーションの 現状からみた地域差

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 841-853
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211027165>

泊 祐子, 赤羽根章子, 岡田摩理, 部谷知佐恵, 遠渡絹代,
市川百香里, 濱田裕子, 叶谷由佳
将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト

■要 旨

目的：小児の利用者のいる訪問看護ステーション（以下、訪問看護St.）において属性と他施設・多職種との連携困難、診療報酬が算定できないサービスの実施状況の地域差を明らかにする。**方法：**無作為に抽出した指定小児慢性特定疾病訪問看護St.に質問紙調査を行った。**結果：**回収した455部を、都市部（31.4%）、中間部（31.4%）、郡部（36.3%）の3群で比較した。都市部と比べて、郡部では訪問距離「片道15km以上」が61.8%と多く、小児利用者数は 4.8 ± 7.0 人と少なかった。医療的ケア児数には有意差がなかった。他施設・多職種連携困難は、「退院調整会議での連携に困難を感じる」が都市部より郡部が有意に多かった。また、診療報酬が算定できないサービスの実施は「受診時の訪問看護師の同席」が都市部より郡部が有意に多かった。**結論：**どの地域でも訪問看護St.が機能しやすい仕組づくりの必要性が確認された。

■キーワード

小児訪問看護、地域差、他施設・多職種連携の困難

責任著者：泊 祐子. Email: tomari@kusw.ac.jp

はじめに

医療的ケアを必要とする児（以降、医療的ケア児）が、地域で生活するには、小児在宅医療体制の構築が重要であり、専門医療機関だけでなく、地域のかかりつけ医や訪問看護との連携、緊急時の受け入れ体制の確保が重要である（樋口ほか、2014）。しかし、小児の在宅医療に関する取り組みは、成人の在宅医療に比べて遅れており、地域によって差があることが指摘されている（日本医師会、2018）。

地域による差が生じる要因としては、医療的ケア児の偏在や都道府県の取り組みの違いによる医療資源の差が考えられる。医療的ケア児や人工呼吸器装着児の実数把握としては、奈倉（2019）が、2016年の診療報酬の算定数から地域別の人数を推計しているが、20歳未満の人口割合で調整した結果、都道府県別でみると鳥取県が飛び抜けて高く、東京都、岡山県、滋賀県、沖縄県、宮崎県、愛媛県の順に多かった。また、医療的ケア児数に比して人工呼吸器装着児数が相対的に高い都道府県は千葉県、富山県であり、これらの地域差の要因を明らかにするため、乳児死亡率や入所施設定員数などについて検討がなされたが、有意な関連

を示すには至っていない。

網塚（2019）による青森県の地域在宅小児医療の現状報告では、把握できた医療的ケア児142人のうち76.8%の者は、6つの二次医療圏のうち人口割合の高い3圏域に居住しており、県内での偏在が示された。さらに、医療的ケア児は基幹病院とのつながりが強く、前出の3圏域以外では圏域を越えて通院している例が多かった。訪問診療が行われているのはわずか3.2%であり、51%の者は「医療機関への移動距離は10km以上」であった。そのため、「通院に時間がかかる」「交通費の負担が大きい」ことが困りごとの最多であり、地域の社会資源の乏しさから支援体制の整備の必要性を指摘している。日本医師会の調査（2018）においても、小児在宅ケアに関する協議の場を設定している県は53.2%にとどまり、自治体ごとの取り組みに地域差があることが明らかにされている。

医療的ケア児と家族の生活を身近に支える訪問看護についてみると、西・榎本・田口（袴田）（2015）は在宅療養児（20歳未満）に対する訪問看護ステーション（以降、訪問看護St.）の需給状況が、全国4172件のうち20歳未満への訪問実績は1,188件（28.5%）であり、都道府県によって

最大6.3倍の差があることを報告している。訪問看護に占める小児の割合に都道府県間で違いがみられる要因として小児看護の経験者が偏在していることを1つの可能性として考察しているが、結論するには至っていない。

医療的ケア児の訪問看護の利用率は、全国的に増加の傾向にあり（中村，2020），本研究チームの岐阜県の障がい児を対象とした調査（岡田ほか，2017）では約6割と半数以上が利用していた。しかし，網塚（2019）の青森県での調査では約3割しか利用しておらず，近年においても地域差があることが推測される。岐阜県の10か所の訪問看護St.を面接調査した報告（遠渡ほか，2017）においても，《地域による体制のばらつき》があると認識されていることが明らかとなっている。地域による小児への訪問看護の体制の差異があることは多職種と連携する訪問看護St.のサービス提供のしやすさにも影響することが考えられ，ひいては児と家族の生活のしやすさにも影響すると思われる。しかし，訪問看護St.の地域差の内容を具体的に明らかにした先行研究は見当たらない。

一方で，小児の利用者のいる訪問看護St.は，「診療報酬が算定できないサービス」を多く実施しており，経営的な負担になっていることも明らかとなった（岡田ほか，2017；岡田ほか，2020）。これらの「診療報酬が算定できないサービス」に対して，自治体が補助をしたり，訪問看護St.が独自の工夫をしている現状は明らかにされたものの（岡田ほか，2020），地域による負担感の違いは明らかにはできなかった。この課題にも，小児在宅医療の地域の状況が影響しているのではないかと思われる。全国一律のサービスを可能とするためには，地域差の具体的な内容を明らかにする必要があると考えた。

I. 研究目的

医療的ケア児等の訪問看護を必要とする児と家族のサービスの受けやすさと，訪問看護St.のサービス提供のしやすさに影響すると考えられる要因のうち，地域差がある具体的な内容を見出すために，本研究では，小児の利用者のいる訪問看護St.において「属性」と「他施設・多職種との連携困難」，「診療報酬が算定できないサービスの実施状況」の地域差を明らかにすることを目的とした。これらが明らかになることで，地域の特徴に合わせた小児訪問看護の普及のために必要となる具体的な施策や制度を検討することにつながると考える。

II. 研究方法

1. 調査対象

2017年12月時点の小児慢性特定疾病情報センターのホームページにおいて，各自治体担当窓口に掲載されていた全国47都道府県の訪問看護St. 5,099か所から，無作為に抽出した2,500か所のうち，小児訪問看護を実施していると回答した訪問看護St.を対象とした。

2. 調査方法

調査は郵送法にて，無記名自記式質問紙調査法を用いて行った。

3. 調査期間

調査期間は2018年1月～3月である。

4. 調査内容

無記名自記式質問紙の調査項目は，以下の通りである。

(1) 回答者の職位

看護管理者・看護師・その他から選択を求めた。

(2) 訪問看護St.の所在地の地域区分

本研究では，地域差を見る指標として，介護報酬で用いられる8区分の地域区分を用いることにした。質問紙に地域区分表を添付し，1級地から7級地，その他の選択を求めた。

(3) 訪問看護St.の属性

開設主体については，医療法人，株式・有限会社，非営利法人，社団・財団法人，協同組合，社会福祉法人，国・地方公共団体，公益法人の中からの選択を求め，併設施設については，併設なし，病院・医院，相談支援事業所，ヘルパー事業所，ショートステイ，児童デイサービスの中からの複数回答可として選択を求めた。常勤および非常勤の看護師数，全契約者数，小児契約者数，契約者のうち訪問診療を受けている児の数（以降，訪問診療契約者数），医療的ケアを行っている児の数（以降，医療的ケア児数）は実数の記述を求めた。

訪問距離は，訪問看護St.から訪問可能な範囲としている距離について，片道5km圏内，片道5～15km圏内，片道15～25km圏内，片道25km以上，その他を選択項目とし，回答を求めた。

小児利用者の医療的ケア実施状況については，人工呼吸器装着，気管切開，吸引，経鼻経管栄養，胃瘻・腸瘻・中心静脈栄養の中から全て選択するように求め，その他のケアがある場合には自由記述するように求めた。

(4) 小児訪問看護における他施設・多職種との連携困難

小児訪問看護における他施設・多職種との連携困難に関

する認識について, 7項目を設定し, 「大変あてはまる」～「全くあてはまらない」の5件法で回答を求めた。連携困難については, 先行研究(遠渡ほか, 2017)を参考に, 小児看護および家族支援の専門看護師を含む研究者間で項目を作成した。項目は, 「①指示書を出している主治医との連携に困難を感じる」, 「②子ども一人にかかわる複数の医師との連携に困難を感じる」, 「③病院との連携に困難を感じる」, 「④退院調整会議での連携に困難を感じる」, 「⑤地域の保健師との連携に困難を感じる」, 「⑥相談支援専門員との連携に困難を感じる」, 「⑦複数のステーションで同時に訪問に入る場合の連携に困難を感じる」である。上記項目のうち②, ⑥, ⑦の3項目については, 経験がない場合が予測されるため, 選択肢に「該当なし」の項目を加えた。

(5) 「診療報酬が算定できないサービス」の実施状況

これまでの面接調査(岡田ほか, 2020)で明らかとなった課題として, 実施はしているが「診療報酬が算定できないサービス」があった。その結果から, 10項目を設定し, その中から実施している項目を選択(複数回答可)するように求めた。項目は, 「①受診時の訪問看護師の同席」, 「②退院前の訪問」, 「③在宅移行後の入院に伴う会議や調整」, 「④居宅以外への訪問」, 「⑤複数名加算で算定できない複数名の訪問」, 「⑥家族支援」, 「⑦3回以上の退院調整会議」, 「⑧他職種との同日の同時訪問」, 「⑨長時間訪問加算を超える回数の長時間の訪問」, 「⑩長時間訪問加算を算定できない対象者の長時間の訪問」とした。

5. 分析方法

全ての調査項目において, 記述統計を行ったのちに, 以下の分析を行った。分析は, IBM SPSS Statistics Ver23を用い, 有意水準は5%未満とした。 χ^2 検定で有意差が見られたものに関しては, 調整済み標準残差を求め, 群間の比較を行った。

(1) 所在地の地域区分に基づく3群分け

地域区分は, 介護保険の上乗せ割合により3群分けを行った。20～10%加算の1～5級地を「都市部」, 6%と3%加算の6～7級地を「中間部」, 加算なしのその他を「郡部」とする3群(以下, 地域3群とする)に分けた。

(2) 訪問看護St.の属性の地域3群間の比較

開設主体, 併設施設, 訪問距離について, 地域3群間の比較を χ^2 検定で行った。訪問距離は, 訪問診療では16kmを超えない範囲で診療報酬が認められているため(厚生労働省, 2015), 訪問看護においても, 移動時間30分程度である片道15kmが一般的な訪問範囲とみなし, 「片道15km以上」について地域3群間を比較した。

常勤および非常勤の看護師数, 全契約者数, 小児契約者数, 訪問診療契約者数, 医療的ケア児数については,

Kruskal-Wallisの検定および, 多重比較をDunn-Bonferroniの方法を用いて地域3群間の比較をした。

医療的ケア実施状況についても, 上記と同様に地域3群間の比較を χ^2 検定で行った。特に地域差があると注目した訪問距離と小児契約者数については, 地域3群のロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。

(3) 「他施設・多職種との連携困難」の地域3群間の比較

「他施設・多職種との連携困難」については, 5件法での回答の「大変あてはまる」, 「多少あてはまる」を「あてはまる」とし, 「あまりあてはまらない」, 「全くあてはまらない」を「あてはまらない」とし, これに「どちらともいえない」を加えた3群について, 地域3群間の比較を χ^2 検定で行った。さらに, 該当なしの項目がある「②子ども一人にかかわる複数の医師との連携に困難を感じる」, 「⑥相談支援専門員との連携に困難を感じる」, 「⑦複数のステーションで同時に訪問に入る場合の連携に困難を感じる」の3項目については, 該当なしと答えた訪問看護St.と, それ以外について地域3群間の差を上記と同様に χ^2 検定で比較した。

(4) 「診療報酬が算定できないサービス」の実施に対する地域3群間の比較

「診療報酬が算定できないサービス」の実施については, 選択した訪問看護St.を「実施している」とみなし, 選択しなかった訪問看護St.を「実施していない」とみなして, 「実施している」と「実施していない」の2群について, 地域3群間の比較を χ^2 検定で行った。

6. 倫理的配慮

調査対象者には, 研究の概要・目的および自由意思での参加, 学会での発表等を文書で説明し, 質問紙の返送をもって同意を得たとみなした。研究代表者が研究当時所属していた大阪医科大学の倫理委員会の承認を得た(承認番号2279)。

Ⅲ. 結 果

2,500か所の訪問看護St.に送付した調査用紙のうち, 95部が宛先不明で返送された。返答は749件あったが(回収率31.1%), そのうち小児の訪問をしていると回答があった訪問看護St.の455件を分析対象とした。回答者の職位は, 看護管理者357(78.5%), 看護師62(13.6%), その他21(4.6%), 不明15(3.3%)であった。

1. 訪問看護St.の所在地の地域区分による3群の割合

訪問看護St.の所在地の地域区分から, 各群の訪問看護St.数がおおよそ均等になるよう3群に分け, その割合を表1

に示した。「都市部」が143件 (31.4%), 「中間部」が143件 (31.4%), 「郡部」が165件 (36.3%), 不明 4 件 (0.9%) であった。不明の 4 件については, 3 群間の比較をする際には欠損値として除外して分析を行った。

2. 訪問看護 St. の属性

(1) 開設主体, 併設施設, 訪問距離の地域 3 群間の比較
訪問看護 St. の開設主体, 併設施設, 訪問距離についての全国集計および地域区分による 3 群間の分析結果を表 2

表 1 訪問看護 St. の所在地の地域区分による 3 群の割合

地域の特性	地域区分	n	%
都市部		143	31.4
内訳	1 級地	26	5.7
	2 級地	25	5.5
	3 級地	22	4.8
	4 級地	29	6.4
	5 級地	41	9.0
中間部		143	31.4
内訳	6 級地	68	14.9
	7 級地	75	16.5
郡部	その他	165	36.3
不明		4	0.9

に示した。開設主体は, 全国では株式・有限会社が最も多く 192 件 (42.2%), 次いで医療法人 94 件 (20.7%), 社団・財団法人 66 件 (14.5%) の順であった。都市部では郡部と比べて株式・有限会社が有意に多く ($p < .001$), 国・地方公共団体が有意に少なかった ($p < .01$)。郡部では都市部・中間部と比べて医療法人 ($p < .001$), 社団・財団法人 ($p < .05$) が有意に多く, 都市部と比べて国・地方公共団体 ($p < .05$) が有意に多かった。

併設施設は, 全国では, 併設なしと回答した訪問看護 St. が 261 件 (57.4%) と半数以上であったが, 病院 90 件 (19.8%), 相談支援事業所 44 件 (9.7%), ヘルパー事業所 62 件 (13.6%), 児童デイサービス 50 件 (11.0%), ショートステイは 5 件 (1.1%) であった。併設施設については地域 3 群間で有意差はみられなかった。

訪問距離は, 片道 5 km 圏内が 51 件 (11.2%), 片道 5 ~ 15 km が最も多く 164 件 (36.0%), 片道 15 ~ 25 km 圏内が 99 件 (21.8%), 片道 25 km 以上が 69 件 (15.2%) であった。その他の 59 件には移動時間単位での範囲を決めているもの 32 件 (7.0%) や, 相談に応じるもの 9 件 (2.0%), 市区町村単位 8 件 (1.8%), 制限なし 5 件 (1.1%) があった。これを一般的な移動時間 30 分程度となる「片道 15 km 以上」にして集計したところ, 全国では「片道 15 km 以上」が 168

表 2 開設主体・併設施設・訪問距離の比較

	全国 <i>n</i> = 455		都市部 <i>n</i> = 143		中間部 <i>n</i> = 143		郡部 <i>n</i> = 165		χ^2 検定 <i>p</i> 値	残差分析
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
開設主体										
株式・有限会社	192	42.2	81	56.6	65	45.5	44	26.7	< .001	都市部>郡部***
医療法人	94	20.7	26	18.2	22	15.4	46	27.9	.015	都市部・中間部<郡部**
非営利法人	18	4.0	4	2.8	5	3.5	7	4.2	.780	
社団・財団法人	66	14.5	15	10.5	18	12.6	33	20.0	.040	都市部・中間部<郡部*
協同組合	13	2.9	4	2.8	6	4.2	3	1.8	.456	
社会福祉法人	28	6.2	10	7.0	9	6.3	9	5.5	.867	
国・地方公共団体	17	3.7	0	0.0	6	4.2	11	6.7	.008	都市部<郡部*
公益法人	19	4.2	2	1.4	9	6.3	8	4.8	.102	
その他	5	1.1	1	0.7	2	1.4	2	1.2		
不明	3	0.7	0	0.0	1	0.7	2	1.2		
併設施設（複数回答）										
併設なし	261	57.4	83	58.0	83	58.0	92	55.8	.067	
病院	90	19.8	30	21.0	26	18.2	34	20.6	.636	
相談支援事業所	44	9.7	13	9.1	16	11.2	15	9.1	.674	
ヘルパー事業所	62	13.6	24	16.8	16	11.2	22	13.3	.406	
児童デイサービス	50	11.0	16	11.2	16	11.2	18	10.9	.744	
ショートステイ	5	1.1	1	0.7	2	1.4	2	1.2	.842	
訪問距離										
片道15km 以上	168	36.9	23	16.1	41	28.7	102	61.8	< .001	都市部・中間部<郡部***
その他	59	13.0	13	9.1	25	17.5	21	12.7		
不明	13	2.9	4	2.8	2	1.4	6	3.6		

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

件 (36.9%) であった。地域 3 群間の比較では、郡部で都市部・中間部と比べて「片道15km以上」の割合が有意に多かった ($p < .001$)。

(2) 訪問距離「片道15km以上」のオッズ比

訪問距離については、地域区分による 3 群間で顕著な差があったため、「片道15km以上」の訪問をしている訪問看護 St. について、地域 3 群でロジスティック回帰分析を行い、表 3 に示した。都市部に比べ、中間部はオッズ比 2.4 (95% 信頼区間: 1.4-4.4)、郡部はオッズ比 12.7 (95% 信頼区間: 7.0-22.9) で「片道15km以上」の訪問を行っている訪問看護 St. が多かった。

(3) 看護師数および契約者数の地域 3 群間の比較

常勤および非常勤の看護師数、全契約者数、小児契約者数、訪問診療契約者数、医療的ケア児数についての全国集計および地域 3 群間の分析結果を表 4 に示した。全国の常勤看護師数は、平均 4.7 ± 3.1 人、非常勤看護師は平均 3.0 ± 2.0 人であった。常勤および非常勤の看護師数は地域 3 群間で差はみられなかった。

全国の全契約者数は平均 91.0 ± 65.1 人、小児契約者数は平均 6.7 ± 13.4 人、訪問診療契約者数 1.4 ± 4.0 人、医療的ケア児数 4.8 ± 7.7 人であった。契約者数は、都市部では中間部に比べて全契約者数 ($p < .001$) が有意に多く、郡部に比べて小児契約者数 ($p < .01$)、訪問診療契約者数

($p < .01$) が有意に多かった。小児契約者数の平均をみると、都市部は 9.7 ± 21.6 人、中間部は 6.6 ± 8.2 人、郡部は 4.8 ± 7.0 人と、訪問看護 St. によって人数にばらつきがみられ、中央値をみると都市部は 4 人、中間部と郡部は 3 人であった。

(4) 小児契約者数「4人以上」のオッズ比

全国の中央値が 3 人で、3 人までの訪問看護 St. が 53.0% であったため、4 人以上の契約者のある訪問看護 St. についてロジスティック回帰分析を地域区分による 3 区分で行い表 5 に示した。郡部に比べ、都市部ではオッズ比 1.9 (95% 信頼区間: 1.2-3.0) で小児契約者数が 4 人以上の訪問看護 St. が有意に多かった。

(5) 医療的ケアの実施状況の地域 3 群間の比較

医療的ケアの実施状況についての全国集計および地域 3 群別の分析結果を表 6 に示した。全国の医療的ケアの実施状況としては、人工呼吸器装着あり 265 件 (58.2%)、気管切開 305 件 (67.0%)、吸引 337 件 (74.1%)、経鼻 249 件 (54.7%)、胃瘻腸瘻 286 件 (62.9%)、中心静脈栄養 55 件 (12.1%) であった。中心静脈栄養の実施状況は地域群間に有意な差が見られ ($p < .05$)、都市部で中間部・郡部に比べて有意に多かった ($p < .05$)。

表 3 訪問距離「片道15km以上」のオッズ比

地域区分	オッズ比	95% 信頼区間	
		下限	上限
都市部	1		
中間部	2.4	1.4	4.4
郡部	12.7	7.0	22.9

ロジスティック回帰分析 (強制投入法)

表 5 小児契約者数「4人以上」のオッズ比

地域区分	オッズ比	95% 信頼区間	
		下限	上限
都市部	1.9	1.2	3.0
中間部	1.4	0.9	2.2
郡部	1		

ロジスティック回帰分析 (強制投入法)

表 4 看護師数および契約者数の比較

	全国 <i>n</i> = 455			都市部 <i>n</i> = 143			中間部 <i>n</i> = 143			郡部 <i>n</i> = 165			<i>p</i> 値	多重比較
	平均値	<i>SD</i>	中央値	平均値	<i>SD</i>	中央値	平均値	<i>SD</i>	中央値	平均値	<i>SD</i>	中央値		
看護師数														
常勤看護師 (人)	4.7	3.1	4	5.1	3.6	4	4.2	2.1	4	4.9	3.3	4	.07	
非常勤看護師 (人)	3.0	2.0	2	2.6	1.6	2	3.2	2.2	2	3.1	2.2	2	.08	
契約者数														
全契約者 (人)	91.0	65.1	75	112.9	86.6	86	81.2	44.1	71	82.7	58.7	70	< .001	都市部>中間部** 都市部>郡部***
小児契約者 (人)	6.7	13.4	3	9.7	21.6	4	6.6	8.2	3	4.8	7.0	3	.001	都市部>郡部**
訪問診療契約者 (人)	1.4	4.0	0	2.3	5.6	0	1.3	4.0	0	0.7	1.7	0	.001	都市部>郡部**
医療的ケア児 (人)	4.8	7.7	2	5.9	9.1	3	4.8	8.1	3	3.9	5.6	2	.066	

Kruskal-Wallis 検定で有意差がみられたものに対し、Dann-Bonferroni 検定を行った

** $p < .01$, *** $p < .001$

3. 小児訪問看護における他施設・多職種との連携困難

(1) 「他施設・多職種との連携困難」に関する地域3群間の比較

他施設・多職種との連携の困難については、欠損値および項目②、⑥、⑦の3項目の該当なしを除いた上で、「あてはまる」、「どちらでもない」、「あてはまらない」の3群に分けて、地域3群間の分析を行い、結果を図1に示した。

連携困難に関する①～⑦の項目において、地域3群において最も「あてはまる」の回答割合が高かった項目は、「⑤地域の保健師との連携に困難を感じる」であり、いずれの地域群においても40%を超えていた。「あてはまる」と回答した訪問看護St.の割合が20%以下と低かったのは、「④退院調整会議での連携に困難を感じる」の都市部と中間部であり、都市部では「あてはまらない」と回答した訪問看護St.の割合が有意に多く ($p < .01$)、一方で、郡部では「あてはまらない」と回答した訪問看護St.の割合が有意に少なかった ($p < .01$)。この項目のみ地域群間で有意な差がみられ、他の項目においては、差はみられなかった。

(2) 「他施設・多職種との連携困難」に経験がない場合の地域3群間の比較

「該当なし」の項目がある「②子ども一人にかかわる複数の医師との連携に困難を感じる」、「⑥相談支援専門員との連携に困難を感じる」、「⑦複数のステーションで同時に訪問に入る場合の連携に困難を感じる」の3項目について、

連携の経験がなく該当なしと答えた件数は、②が21件 (4.6%)、⑥が21件 (4.76%)、⑦が89件 (19.6%) であった (表7)。また、「⑦複数のステーションで同時に訪問に入る場合の連携に困難を感じる」は「該当なし」の割合が都市部では有意に少なく ($p < .01$)、郡部では有意に多かった ($p < .001$)。

4. 「診療報酬が算定できないサービス」の実施状況に関する地域3群間の比較

「診療報酬が算定できないサービス」を実施していると回答した訪問看護St.の割合を、地域3群別に図2に示した。最も高い割合を示したものは、郡部の「①受診時の訪問看護師の同席」で71件 (43.0%) が実施しており、都市部に比べ、郡部が有意に多かった ($p < .01$)。その他の項目においては、有意な差はみられなかった。

IV. 考 察

本研究は小児訪問看護の地域差がある具体的な内容を見出すために、小児訪問看護の利用者がいる訪問看護St.において「属性」と「他施設・多職種との連携困難」、「診療報酬が算定できないサービスの実施状況」を、介護報酬で用いられている地域区分を用い比較した。

本研究で地域区分を使った理由は、都道府県別ではわからない地域の状況を見出したいと考えたためである。社

表6 医療的ケアの実施状況の比較

	全国 $n=455$		都市部 $n=143$		中間部 $n=143$		郡部 $n=165$		χ^2 検定	残差分析
	n	%	n	%	n	%	n	%	p 値	
医療的ケアの実施状況（複数回答）										
人工呼吸器	265	58.2	89	62.2	89	62.2	87	52.7	.224	
気管切開	305	67.0	99	69.2	102	71.3	104	63.0	.322	
吸引	337	74.1	112	78.3	109	76.2	115	69.7	.386	
経鼻	249	54.7	90	62.9	77	53.8	81	49.1	.125	
胃瘻腸瘻	286	62.9	86	60.1	94	65.7	106	64.2	.274	
中心静脈栄養	55	12.1	26	18.2	14	9.8	15	9.1	.046	都市部>中間部・郡部*

* $p < .05$

表7 他施設・多職種との連携困難の「該当なし」の回答の比較

	全国 $n=455$		都市部 $n=143$		中間部 $n=143$		郡部 $n=165$		χ^2 検定 p 値	残差分析
	n	%	n	%	n	%	n	%		
②子ども一人にかかわる複数の医師との連携に困難を感じる	21	4.6	6	4.2	6	4.2	9	5.5	.832	
⑥相談支援専門員との連携に困難を感じる	21	4.6	9	6.3	7	4.9	5	3.0	.411	
⑦複数のステーションで同時に訪問に入る場合の連携に困難を感じる	89	19.6	18	12.6	24	16.8	47	28.5	.001	郡部>都市部**

** $p < .01$

会・経済状況, 自然環境, 地域のニーズ, サービスの内容, 提供状況に関する地域差についての議論をみると, 都道府県間での地域差を示した報告(厚生労働省, 2005; 丸

岡・井上・八幡, 2014) がみられるが, 同じ県内においても地域差があることが指摘されている(網塚, 2019)。地域区分は, 地域ごとの人件費の地域差を調整するために,

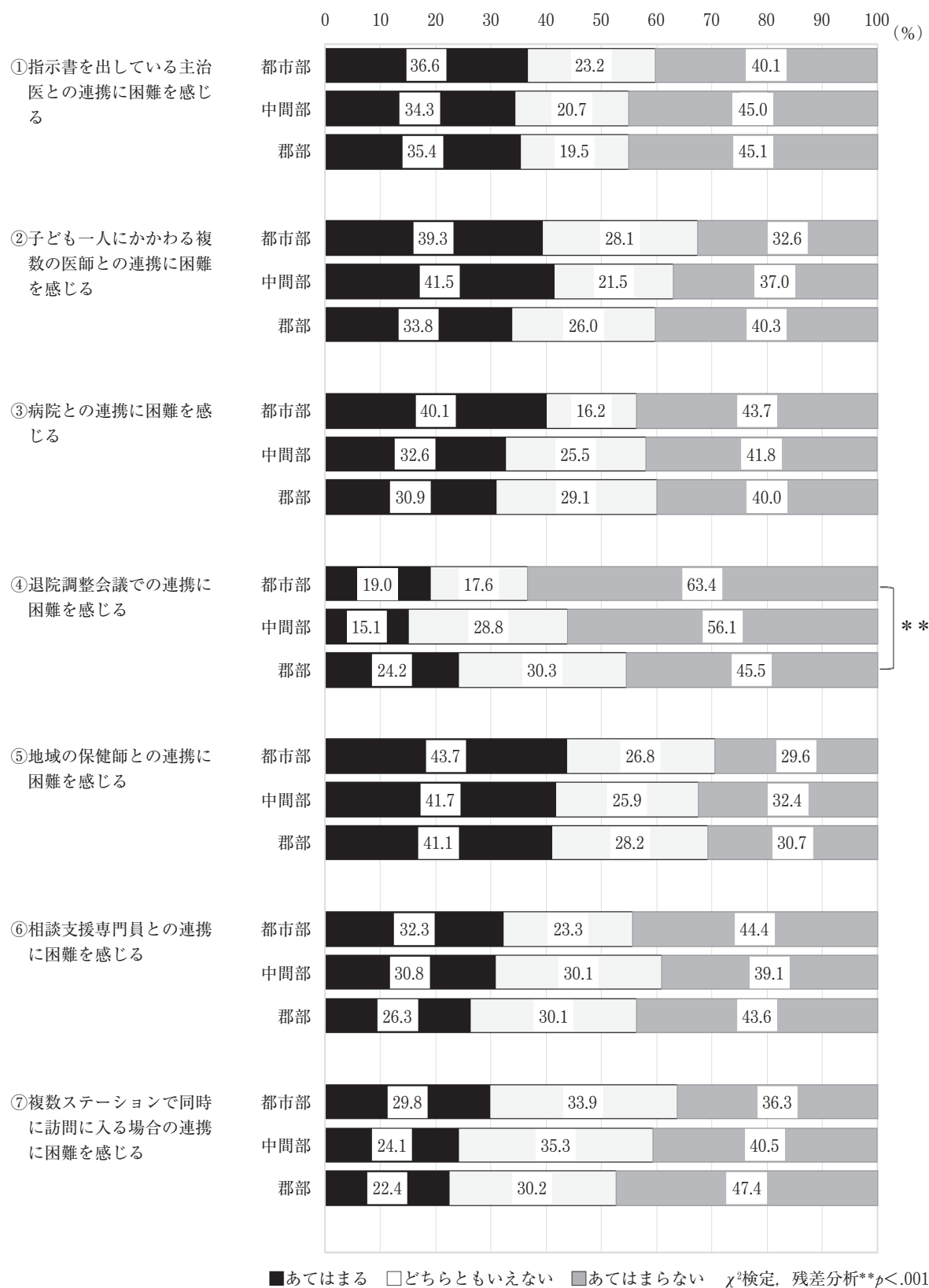
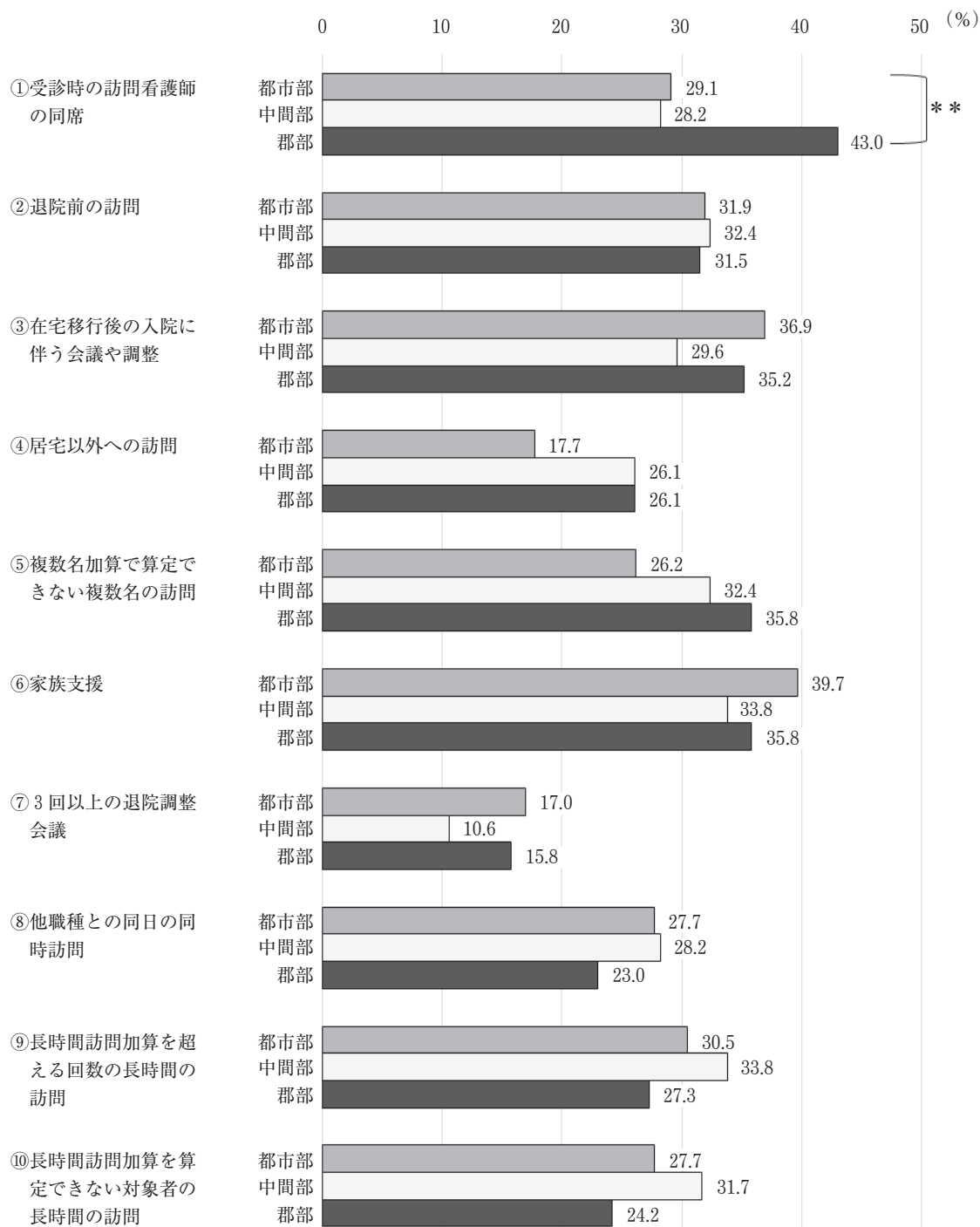


図1 他施設・多職種との連携困難の比較

原則として地域の民間事業者の賃金水準を反映させた公務員の地域手当に準拠して設定されているものであり（厚生労働省，2019），都道府県別ではわからない地域の状況を反映できると考えた。

対象となった訪問看護St.の開設主体は，株式・有限会社が都市部に有意に多く，国・地方公共団体と社団・財団法人は，郡部が有意に多くなっていた。厚生労働省によ

る令和元年10月現在の，訪問看護St.の開設主体別事業者数の構成割合による構成比をみると，医療法人と営利法人（会社）で78.6%を占め，この2つの開設主体の構成割合が年々増加し，社団・財団法人，社会福祉法人，国・地方公共団体の占める割合は少ない。それにもかかわらず，本研究で郡部が社団・財団法人や国・地方公共団体が有意に多かった結果から，郡部では，社団・財団法人や自治体によ



χ^2 検定，残差分析** $p < .01$

図2 診療報酬で算定できないサービスの実施状況の比較

り支えられて訪問看護が成立していると考えられる。併設施設の有無は、地域3群間に差は認められなかったため、どの地域においても、同程度に訪問看護St.の機能と併設施設の機能とで補完し合い協力していると考えられる。

1. 訪問距離・契約者数および医療的ケア実施状況の地域3群間での違いによる課題

訪問距離について地域3群間を比較すると、都市部・中間部よりも郡部に有意に多く、ロジスティック回帰分析のオッズ比は、都市部を1とした場合、中間部が2.4倍、郡部が12.7倍と明らかに遠方に訪問していた。一方で、契約者数では、全契約者数、小児契約者数、訪問診療契約者数において、各地域でばらつきはあるが、都市部、中間部、郡部と有意に少なくなっていた。小児契約者をオッズ比でみると、郡部を1とした場合、中間部が1.4倍、都市部が1.9倍多い結果であった。郡部は契約者数も少ない上に、遠方への訪問をしており、経営的には明らかに効率がよくないことが推測される。李ほか(2016)は中山間部地域の訪問看護の調査結果から、市街地から往復1時間以上かけて遠路はるばる訪問している状況の〈長距離移動の負担〉や、緊急時でも遠い場所にはすぐにはいけないという〈緊急時訪問困難〉を述べ、【広範囲の訪問看護エリアをカバーする必要性】を報告しており、本調査と同じ結果であるといえる。

医療保険による小児の訪問看護では、交通費を利用者に請求している訪問看護St.もあるが、請求してもわずかであり、家族の経済的負担を考慮し請求していない訪問看護St.が多い(岡田ほか, 2020)という報告もある。訪問に時間を要すると1日に訪問できる件数が限られるため経営に影響がでると思われる。一方、訪問看護を利用する家族からみると、訪問距離が遠路の場合は、交通費の問題だけでなく、必要十分な訪問回数の確保や緊急時の訪問の可否に不安を生ずるとと思われる。中山間部・過疎地域など訪問距離が遠路であっても、依頼しやすい何らかの施策が必要と考えられる。

都市部・中間部に比べて、郡部では小児の契約者数が少ない理由について、訪問看護が必要な小児が少ないのか、あるいは、利用していないのかを検討する必要がある。訪問看護の利用実態をみると、都市部となる名古屋市(2020)の医療的ケア児の実態把握調査では、63.4%であったが、掛江・笹井・辻井・藤井・三牧(2016)の全国調査となる日本小児総合医療施設協議会の会員施設32病院を利用する常時医療的ケア児の保護者1,331人への調査結果では、訪問看護の利用者は47.9%と約半数であった。また、2市が中間部、他の地域は郡部である岐阜県全域での調査結果(岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課, 2020)では

42.6%であった。それに対し、郡部となる長野県佐久圏域の在宅重症心身障がい児30人を対象とした調査(細谷・牛久・依田・蓮見・坂本, 2016)では、訪問看護利用は10人(33%)であった。つまり、郡部・中間部では、訪問看護の利用が少ないと推測される。

その理由として、身近にアクセスしやすい訪問看護St.の不足あるいは、遠路により利用のしにくさが生じていると思われる。一方、全県が郡部である大分県の例をみると、小児を受け入れている訪問看護St.は、101件中19件(18.8%)(草野・高野・下迫・足立, 2015)であり、割合は低い。中間部3市とその他が郡部の長野県での在宅療養支援に関する訪問看護師254人を対象とした高橋ほか(2017)の調査では、高齢者に比べて、疾患が多様で複雑な医療的ケア児に対して、小児の訪問看護経験の蓄積の少なさが、さらに重症児の受け入れを困難にしていると報告している。郡部の小児の利用率の低さによる小児の訪問看護経験の不足があると、小児訪問看護への参入の抵抗感につながる可能性もあり、この部分への対策も必要であると考えられる。

医療的ケアの実施状況についての地域3群間比較では、6つの医療的ケアのうち中心静脈栄養のみ都市部に有意に多く実施されていたが、その他の医療的ケアの実施状況には差はなく、また、医療的ケア契約者数も3群間に有意差はなかったため、どの地域でも医療的ケア児は居住していることを示している。

口分田ほか(2018)は、13都道府県の調査により、高カロリー輸液などの高度な医療的ケア児は在宅よりも入院入所が多かったことを報告しており、中心静脈栄養の在宅管理でのパットの混注、カテーテルの管理等、緊急時には休日や夜間を問わず、すぐ対応してもらえる訪問看護や訪問診療先が必要であり、医療機関等から遠路となりやすい郡部では、毎日、定時に高度な医療技術が求められる中心静脈栄養が必要な小児の在宅療養は容易ではないことを示していると思われる。

2. 「他施設・多職種との連携困難」からみる郡部の課題

「他施設・多職種との連携困難」に経験がない場合の3項目の群間比較では、「⑦複数ステーションで同時に訪問に入る場合の連携に困難を感じる」に該当しないとした訪問看護St.が、都市部・中間部よりも郡部が有意に高かった。この結果は、複数ステーションと連携を行うほど、訪問看護St.が多くはないことを示唆していると思われる。

「他施設・多職種との連携困難」に関する7項目のうち、地域3群での比較において、「あてはまる」と回答した割合が最も高かった項目は、「地域の保健師との連携に困難を感じる」であり、どの群も4割を超えていた。「退院調

整会議での連携に困難を感じる」に「あてはまる」と回答した割合は都市部・中間部は2割以下と低かったが、3群間の比較では、都市部より郡部が有意に多く「あてはまる」と回答していた。郡部にこの連携困難がみられた要因として、退院調整会議への出席は、1人につき2回まで診療報酬で認められているが、訪問看護の契約が成立しないと収入にならず、訪問に時間がかかることが大きな要因であると考えられる。しかし、「診療報酬が算定できないサービス」10項目についての実施状況の地域3群間の比較では、「受診時の訪問看護師の同席」が都市部・中間部よりも郡部が有意に多かった。医療的ケア児は基幹病院との密着が強く、在宅移行後、遠路でも主治医病院として通院している（網塚，2019）。郡部では、訪問診療契約者数が少なかった結果を鑑みると、担当する訪問看護は、日常的に主治医との連携が難しいので、主治医と連携をとるために無報酬でも受診時に同行していると考えられ、訪問看護St.の努力が伺える。

3. 医療資源の少ない郡部への対策の必要性

本研究では、地域差を都市部、中間部、郡部の3つに分けて検討した結果、郡部では、都市部よりも、遠路の訪問を行っており、訪問効率が悪い。また、児と家族にとっては、必要十分な訪問回数を得られない可能性や交通費の発生があると推測される。このような結果の地域特性に合わせた、機能しやすく互いにアクセスしやすい仕組みの検討が、各自治体で必要であると思われる。

医療的ケア児への支援の検討には、自治体毎に地域のニーズの把握のために、医療的ケア児数や居住地域等の実態把握が重要であると思われる。しかし、厚生労働省においても、日本全国の医療的ケア児数の把握ができておらず、口分田ほか（2018）は13都道府県の実態調査から全国の推計値を算出している。竹田（2018）は、各自治体の乳幼児健康診査の担当の母子保健部門や義務教育担当の教育委員会では、自治体内の児童数や生活状況の把握は可能であり、部門間の連携を提案している。

医療的ケア児施策については、2016年の改正児童福祉法によって、全市町村が障害児福祉計画の策定が義務付けられ、同時に医療的ケア児支援に関する保健・福祉・教育等の関係機関の協議の場を設けることが求められた。さらに、医療的ケア児支援法（正式名称「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」）が2021年6月18日に公布され、9月18日施行となる。この法律の注目点は、全国どこでも同じような支援が受けられるようにするための法律と位置付けられていることである。

具体的な医療的ケア児への事業の展開は、各自治体が地域のニーズに合わせて推進することになる。しかし、竹

田（2018）の全20政令指定都市の医療的ケア児の実態把握等に関する調査結果では、医療的ケア児の何らかの実態把握の実施済は14市、支援施策の実施事業を全くしていない都市が3市、医療的ケア児について協議・検討する場がない都市が10市と半数であった。その理由として、医療的ケア児が政策課題として十分に認識されない可能性があるかと推測していた。医療的ケア児への支援は、児の成長発達に沿いながら、支援および支援機関の重みを変える必要があり、保健・医療・福祉・教育等の多職種連携が欠かせない。そのような対象への支援に関して、自治体での協議・検討の場が政令指定都市で半数であった結果を現在、医療的ケアに関わっている職種は重く受け止めなければならない。

医療的ケア児支援法の公布により、各自治体が医療的ケア児への支援を重要課題として認識することが期待できるが、今回の研究結果から、郡部での対策の必要性が見出された。自治体が取り組むべき対策を見出す根拠を得るための研究が今後にも必要になると考える。

V. 結 論

小児利用者のいる訪問看護St.への全国調査から地域差を検討した結果、以下の結論が得られた。

1. 都市部・中間部・郡部の3群で、訪問距離「片道15km以上」を訪問している訪問看護St.は、都市部を1とした場合、中間部がオッズ比2.4、郡部がオッズ比12.7であり、郡部の訪問看護St.が有意に遠方に訪問をしていた。
2. 契約者数では、全契約者数、小児契約者数、訪問診療契約者数において、中間部・郡部に比べ都市部が有意に多かった。しかし、医療的ケア児契約者数は、3群間に差は見られなかった。
3. 「他施設・多職種との連携困難」の地域3群間の比較では、「退院調整会議での連携に困難を感じる」訪問看護St.の割合が都市部では「あてはまらない」と回答した施設の割合が有意に多く、一方で、郡部では「あてはまらない」と回答した訪問看護St.の割合が有意に少なかった。また、「複数ステーションで同時に訪問に入る場合の連携に困難を感じる」のみ「該当しない」と回答した割合が郡部に有意に多かった結果から、郡部では、複数ステーションとの連携を必要としない、もしくは連携できない状況にあることが示唆された。
4. 「診療報酬が算定できないサービス」の10項目において、3群間の比較では、「受診時の訪問看護師の同席」が郡部に有意に多く、主治医との連携に努力していることが考えられる。

謝 辞

本研究にご協力いただいた訪問看護St.の皆様にお礼申し上げます。分析へのご指導および校閲をいただいた日本赤十字豊田看護大学森田一三教授に深く感謝いたします。

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、日本看護研究学会渉外担当看護系学会等社会保険連合WGとして行い、本学会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

- 網塚貴介 (2019). 地方都市基幹病院での小児在宅医療への取り組み, *在宅新療 0* →100, 4(4), 351-356.
- 遠渡絹代, 泊 祐子, 部谷知佐恵, 市川百香里, 岡田摩理, 竹村淳子, 赤羽根章子 (2017). 診療報酬算定外の訪問看護により支えられる重症児の特徴と看護. *日本看護研究学会雑誌*, 40(5), 859-865.
- 岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課 (2020年11月10日). 岐阜県在宅重度障がい児者等実態調査結果報告書. <https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/216191.pdf> (参照2021年2月5日)
- 樋口和郎, 船戸正久 (2014). 地域生活と医療的ケア 快適に生きるための課題とこれから. *日本重症心身障害学会誌*, 34(2), 213.
- 細谷まち子, 牛久英雄, 依田達也, 蓮見純平, 坂本昌彦 (2016). 長野県佐久圏域における重症心身障がい児の現状と課題. *日本農村医学会雑誌*, 65(4), 738-746. <https://doi.org/10.2185/jjrm.65.738>
- 掛江直子, 笹井 肇, 辻井正次, 藤井千代, 三牧正和 (2016). 在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査. *平成27年度障害者支援状況調査研究事業報告書*.
- 厚生労働省 (2005). 第3章 地域とともに支える社会保障の構築に向けて. 厚生労働白書. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/05/dl/1-3.pdf> (参照2020年9月3日)
- 厚生労働省 (2014年6月30日). アフターサービス推進室活動報告書 (Vol. 15: 2014年3～6月). 平成24年介護サービス施設・事業所調査. <https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol15/dl/after-service-vol15.pdf> (参照2021年1月3日)
- 厚生労働省 (2015年6月30日). 疑義解釈資料の送付について (その14). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000090205.pdf> (参照2021年7月30日)
- 厚生労働省 障害者政策総合研究 (2016). 「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究 (田村班)」平成28年度報告書.
- 厚生労働省 (2017). 施設・事業所の状況. <https://www.mhlw.go.jp/>

- [toukei/saikin/hw/kaigo/service17/index.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/index.html) (参照2021年1月3日)
- 厚生労働省障害者政策総合研究 (2018). 「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」平成30年度報告書.
- 厚生労働省 (2019). 中央社会保険医療協議会 総会 (第434回) 議事次第. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000598351.pdf> (参照2020年5月3日)
- 厚生労働省 (2019). 令和元年介護サービス施設・事業所調査の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service19/dl/kekka-gaiyou_1.pdf (参照2021年1月3日)
- 厚生労働省 (2019年11月15日). 資料1: 地域区分について. 第172回社会保障審議会介護給付分科会 (ペーパーレス) 資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000566688.pdf> (参照2021年7月22日)
- 厚生労働省・援護局, 障害保健福祉部障害福祉課, 障害児・発達障害者支援室 (2020年1月15日). 医療的ケア児等の支援に係る施策の動向. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000584473.pdf> (参照2020年5月3日)
- 口分田政夫, 星野陸夫, 佐藤清二, 松葉佐正, 永江彰子, 藤田泰之 (2018). 高度医療的ケア児の実態調査. *日本小児科学会雑誌*, 122(9), 1519-1526.
- 草野淳子, 高野政子, 下迫絵梨, 足立 綾 (2015). 大分県内における在宅療養児の訪問看護の実態と課題, *看護科学研究*, 13(1), 1-8. https://doi.org/10.20705/jjnhs.13.1_1
- 李 錦純, 山本大祐, 牛尾裕子, 森 菊子, 増野園恵, 細川裕平 (2016). 過疎・高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 23, 89-103.
- 前田浩利 (2015). 在宅医療のニーズの高まりの社会的背景と在宅医療がもたらす医療のパラダイムシフト. *保健医療社会学論集*, 26(1), 3-13.
- 丸岡稔典, 井上剛伸, 八幡孝雄 (2014). 障害者公的介護サービスの地域差に関する研究: 頸髄損傷者の公的介護サービス利用状況を対象として. *厚生指標*, 61(2), 5-14.
- 松澤明美, 白木裕子, 新井順一, 平澤明美 (2019). 在宅生活する障がい児と家族への相談支援の実践と課題. *小児保健研究*, 78(1), 41-50.
- 文部科学省 (2017年10月26日). 資料1: 学校における医療的ケアの実施に関する検討会議の設置について. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1400340.htm (参照2019年10月5日)
- 門間智子, 西連寺信枝 (2020). 茨城県南地域の小児訪問看護の実施状況と課題. *常磐看護学研究雑誌*, 2, 21-29.
- 名古屋市役所, 子ども青少年局, 子育て支援部 子ども福祉課 (2020). *名古屋市医療的ケア児実態把握調査*, 29.
- 奈倉道明 (2019). 小児在宅医療の実態: 医療的ケア児の全国の動向. *在宅新療 0* -100, 4(4), 315-320.
- 中村知夫 (2020). 医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. *Organ Biology*, 27(1), 21-30.
- 日本医師会 (2018). 平成28・29年度小児在宅ケア検討委員会報告書. https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180404_4.pdf (参照2021年7月22日)
- 西留美子, 榎本晃子, 田口 (袴田) 理恵 (2015). 都道府県別の在宅療養児に対する訪問看護ステーションの需給状況. *共立女子大学看護学雑誌*, 2, 33-38.
- 岡田摩理, 赤羽根章子, 泊 祐子, 市川百香里, 遠渡絹代, 部谷知佐恵, 竹村淳子 (2017). 在宅療養をしている障がい児と家族の生活を広げるために必要な訪問看護サービスの実態とニ

- ズ. *日本看護研究学会雑誌*, 40(5), 867-873.
- 岡田摩理, 泊 祐子, 遠渡絹代, 市川百香里, 部谷知佐恵, 赤羽根章子, 叶谷由佳, 濱田裕子 (2020). 小児専門訪問看護ステーションの管理者がとらえた診療報酬上の課題と経営上の工夫. *日本看護研究学会雑誌*, 43(2), 221-229. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200108080>
- 太田幸弘, 山本真弓 (2018年 4 月16日). 医療的ケア児の通学等支援に関する調査報告書. <http://fields.canpan.info/report/detail/21028> (参照2020年 3 月 2 日)
- 高橋宏子, 小林千世, 平林優子, 亀谷博美, 三井貞代, 坂口けさみ (2017). 訪問看護師を対象にした在宅療養支援に関する実態調査. *第37回長野県看護研究学会論文集*, 8-11.
- 竹田幹雄 (2018). 医療的ケア児の地域生活支援と地方自治体の役割: 医療・福祉・教育による総合的な施策展開に向けて. *コミュニティ福祉学研究科紀要*, 16, 15-24.
- 栃木市障がい者等自立支援協議会医療的ケアグループ (2017). *栃木市医療的ケア児者実態調査結果報告書*. 23.

[2021年 4 月26日受 付]
[2021年10月27日採用決定]

Regional Differences in the Current Status of Pediatric Home Nursing Stations

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 841-853
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211027165>

Yuko Tomari, PhD, RN, Akiko Akabane, MS, RN, PHN,
Mari Okada, PhD, RN, Chisae Toriya, MS, RN,
Kinuyo Endo, MS, RN, CNS, Yukari Ichikawa, MS, RN, CNS,
Yuko Hamada, PhD, RN, PHN, Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify regional differences among background, difficulties in cooperating with other facilities and multiple professions, and implementation status of services for which medical fees cannot be calculated at pediatric home nursing stations. **Methods:** A random sampling of home nursing stations for special chronic pediatric disease support was employed to conduct mail survey. **Results:** For comparison, the 455 questionnaires used were divided into three groups: urban area (31.4%), middle area (31.4%), and county area (36.3%). In comparison with urban areas, the score for “more than 15 kms one way” was 73.9% higher in county areas. The number of pediatric users was as low as 4.8 ± 7.0 in the county areas. There was no difference in the number of children who received medical care. When it came to the difficulty of cooperating with other facilities and multiple professions, the score for “I feel difficulty in cooperating at the discharge coordination meeting” was significantly higher in county areas than in urban areas. When it came to the implementation status of services for which medical fees could not be calculated, the number of “visiting nurses present at the time of consultation” was significantly higher in county areas than in urban areas. **Conclusions:** Based on the results of this study, it appears that a system that facilitates the functioning of home nursing stations in all regions is required.

Key words

home nursing stations with pediatric users, regional differences,
the difficulties in cooperation with other facilities and multiple professions

Correspondence: Y. Tomari. Email: tomari@kusw.ac.jp

特定機能病院に勤務する新卒看護師の ストレス対処力SOC, 職業性ストレス, 組織風土, アイデンティティおよび 精神健康度の関連

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(4), 855-868
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211115168>

池田 智
福岡大学医学部

■要 旨

目的：新卒看護師のSOC, 職業性ストレス, 組織風土, アイデンティティおよび精神健康度を調査し, 精神健康度の関連要因を明らかにする。またSOCに関連する汎抵抗資源を明らかにする。方法：105名のSOC-29, アイデンティティ尺度, JCQ-22, OCS-12, GHQ-12を, 無記名式の調査用紙を用いて調査した。GHQ-12とSOC-29の各下位尺度を従属変数とした階層的重回帰分析を実施した。結果：精神健康度にはSOCが最も強く関連していた。SOCの因子である把握可能感にはアイデンティティの基礎と組織環境性, 処理可能感にはアイデンティティの基礎とアイデンティティの確立, 有意味感にはアイデンティティの基礎, アイデンティティの確立が関連していた。結論：新卒看護師のメンタルヘルス対策としてはSOCを高めることが重要で, 組織環境性の高い組織風土がSOCの向上に関連することが示唆された。

■キーワード

首尾一貫感覚, 精神健康度, 職業性ストレス, 組織風土, 新卒看護師

責任著者：池田 智. Email: ikedasatoshi@fukuoka-u.ac.jp

I. 背 景

A. 新卒看護師のメンタルヘルスとストレス対処力SOC

新卒看護師特有のストレスは, リアリティショックやトランジションショックに代表され (Al Awaisi, Cooke, & Pryjmachuk, 2015; Duchscher, 2009; Labrague, & McEnroe-Petitte, 2018), それらストレスへの不適応が, メンタルヘルスの不調につながるケースも少なくない。特に高度先端医療を提供する特定機能病院に入職した新卒看護師のメンタルヘルスの問題は深刻で (山岸・豊岡, 2009; 池田・松枝, 2020), メンタルヘルスの問題が早期離職につながることを示唆されている (Rudman, Gustavsson, & Hultell, 2014; Tei-Tominaga, & Miki, 2010)。人はストレスに直面した際, 緊張状態に陥るが, 個人のストレス耐性等によって, その後のメンタルヘルスへの影響は変化する。Antonovsky (1987/2001) が提唱した首尾一貫感覚Sense Of Coherence (以下, SOC) は, 自分の周囲の世界に対する知覚・感覚のことであり, SOCが高い人ほどストレスやストレ

スフルな状況に耐え, かつ上手くそれらに対処することができる (pp.19-39)。新卒看護師の多くが該当する成人前期は, 乳幼児期, 思春期についてSOCが形成される重要な時期とされ, 仕事の特徴や職場環境が特に重要とされる (山崎・戸ヶ里・坂野, 2008, pp.39-53)。また看護管理におけるメンタルヘルス対策は, 職場や個人のストレスのみに注目するのではなく, SOCを促進する健康的な職場環境の構築が重要とされる (Langius, Björvell & Antonovsky, 1992)。以上のことから, 特定機能病院に勤務する新卒看護師のSOCとメンタルヘルスとの関連, さらにはSOC形成に関連する仕事および職場環境の特徴を明らかにすることは, 新卒看護師に対して効果的なメンタルヘルス対策を実施する上で重要なエビデンスとなる可能性が高い。

B. 看護職を対象としたSOCに関する先行研究

SOCに関する先行研究は国内外問わず多くなされている。看護職を対象としたSOCのアウトカムに関する先行研究によると, 「精神健康度」 (岡田ほか, 2018), 「バーンア

ウト」(尹・赤澤・原田, 2010; Vifladt, Simonsen, Lydersen, & Farup, 2016), 「心理的ストレス反応」(Höge, & Büssing, 2004), 「ワークライフバランス」(吉田・山田・芝瀧・森岡, 2013; 山口・江川・平尾, 2016; 眞鍋ほか, 2012), 「ストレスコーピング」(吉田ほか, 2013; 吉田・山田・森岡, 2014; 山口ほか, 2016; 二宮・佐藤・柿並・棚崎・網木, 2014), 「職務満足度」(Höge, & Büssing, 2004; 山口ほか, 2016; 眞鍋ほか, 2012), 「仕事へのモチベーション」(山口ほか, 2016), 「離職願望」(山住・北川・安酸, 2017)がSOCと関連することが報告されている。

看護職を対象としたSOCの規定要因に関する先行研究において、仕事に関連する要因は、「仕事の要求度」(Kretowicz, & Bieniaszewski, 2015), 「仕事の裁量度」(吉田ほか, 2013; 山口ほか, 2016; 竹内・戸ヶ里・山崎, 2009), 「上司からの支援」(吉田ほか, 2013; 山口ほか, 2016; 眞鍋ほか, 2012), 「同僚からの支援」(柴田・岩脇・室田・新垣, 2014; 眞鍋ほか, 2012)との関連が報告されている。さらに、個人要因とSOCの関連では「年齢」(Fusz, Tóth, Varga, Rozmann, & Oláh, 2017), 「性別」との関連が報告されているが(Kretowicz, & Bieniaszewski, 2015), 一部の先行研究においては、SOCと「年齢」および「性別」との相関はないとの報告も存在する(Basińska, Andruskiewicz, & Grabowska, 2011; Dębska, Pasek, & Wilczek-Rużyczka, 2017)。

SOCの各因子(把握可能感, 処理可能感, 有意味感)別の規定要因について検討した先行研究はわずかであるが、スタッフの役割と責任の所在が明確で、オープンコミュニケーションな組織風土ほど把握可能感が高まり、適切な仕事の負荷によって処理可能感が高まることが示唆されている(Kretowicz, & Bieniaszewski, 2015)。また意思決定への参加の機会とキャリアパスの視点によって有意味感が高まることが報告されている(Kretowicz, & Bieniaszewski, 2015)。しかし、これらは看護管理者や新卒看護師以外の看護スタッフを対象とした先行研究である。

先行研究を概観すると、看護職全般を対象としたSOCに関する研究は国内外問わず数多くなされているが、新卒看護師に注目した研究は日本に数例のみで(佐々木・飴田・吉田・上田, 2013; 山住・安酸, 2011; 山住ほか, 2017; 柴田ほか, 2014), 海外での報告はない。SOCはEriksonにより提唱されたアイデンティティの概念と関連が深く(山崎・戸ヶ里, 2011, pp.39-57), 新卒看護師の多くが該当する成人前期のSOCは乳幼児期から青年期までに培われたアイデンティティの影響を強く受けることが想定される。加えて、成人前期においてSOCを高めるためには、仕事の特徴に加え、職場の良好な組織風土が関連している可能性があるが(山崎ほか, 2008, pp.191-212; Feldt, Kinnunen, & Maunao, 2000), 新卒看護師のSOCとア

イデンティティ、および組織風土の関連については十分に検討されていない。また本研究は池田・松枝が2020年に発表した「特定機能病院に勤務する新卒看護師のアイデンティティ、職業性ストレス、組織風土と精神健康度の関連」に関連する研究である。当先行研究が特定機能病院に勤務する新卒看護師の精神健康度に関連する個人要因および仕事に関連する要因を明らかにしたものであるのに対し、本研究ではストレス対処力SOCに着目し、SOCと精神健康度の関連、さらにはSOC形成の関連要因を検討する点で相違がある。本研究でストレス対処力SOCが新卒看護師の精神健康度の重要な関連要因であること、またSOCを高める要因を検討することで、実際に現場で新卒看護師を支援する看護管理者や看護師のメンタルヘルス支援に携わる方達への有効な基礎資料になりうると考える。

C. 研究目的と仮説、概念枠組み

本研究の目的は2点ある。

1. 研究目的 I

特定機能病院に勤務する新卒看護師の仕事に関連する要因、個人に関連する要因、ストレス対処力およびメンタルヘルスを調査し、SOCと精神健康度の関連を明らかにする。そこで米国国立労働安全衛生研究所(National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH)で作成されたNIOSHの職業性ストレスモデルを基に作成した概念枠組みが図1である。NIOSHの職業性ストレスモデルでは、職場のストレッサーに伴い、心理的・身体的なストレス反応が生じるとされるが、それらの媒介変数として、個人要因を想定している(Hurrell, & McLaney, 1988)。つまり、仕事に関連するストレッサーをストレスと感じるか否かは、媒介変数によるところが大きい。そこで、研究目的 I では、媒介変数を個人に関連する要因およびストレス対処力SOCとして位置づけ、それらと仕事に関連する要因がメンタルヘルスに関連するモデルを構築した。

2. 研究目的 I における仮説

研究目的 I における仮説は、仕事に関連する要因、個人に関連する要因、およびストレス対処力SOC中でSOCが最も強くメンタルヘルスに関連し、SOCが高いほどメンタルヘルスが良好であると仮定した。

3. 研究目的 II

仕事に関連する要因および個人に関連する要因がSOC形成に関連するかどうかを明らかにする。Antonovsky (1987/2001)の健康生成論によると、ストレス対処において最も重要な要因はSOCであるが、ストレッサーの回

避あるいは処理に必要な資源のことを汎抵抗資源（GRRs; Generalized Resistance Resources）と定義している。研究目的Ⅱでは、SOC形成に関連する、仕事に関連する要因および個人に関連する要因を汎抵抗資源と位置づけた。またSOCを形成する3種の経験（一貫性、過大負荷・過小負荷のバランス、意思決定への参加）は、この汎抵抗資源によって提供される。これら健康生成論の中の健康生成モデルを基に作成した概念枠組みが図2である。研究目的Ⅱで

は汎抵抗資源がSOCの形成に関連すること、またSOCは年齢の影響を強く受けることを仮定し（Fusz, et al., 2017）、概念枠組みを構築した。

4. 研究目的Ⅱにおける仮説

個人のアイデンティティは、SOCの各因子と強く関連する。またアイデンティティ以外にも職業性ストレス、組織風土、および職場の支援がSOC形成に関連すると仮定した。

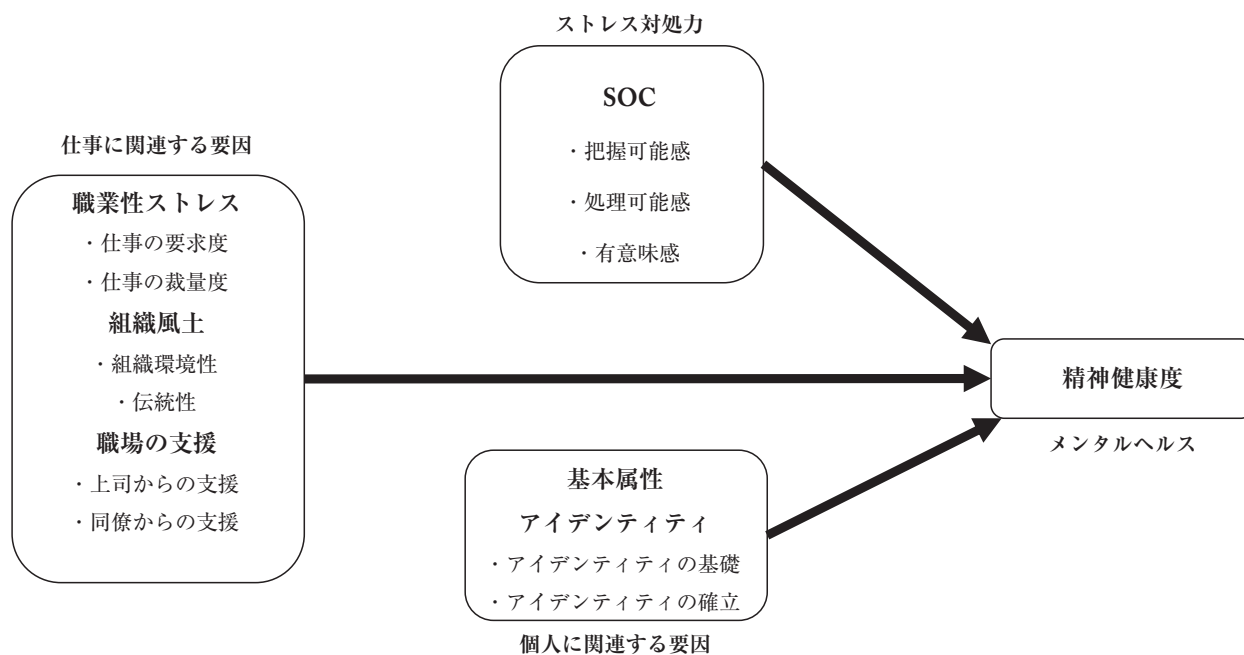


図1 メンタルヘルスに関連する要因（概念枠組み）

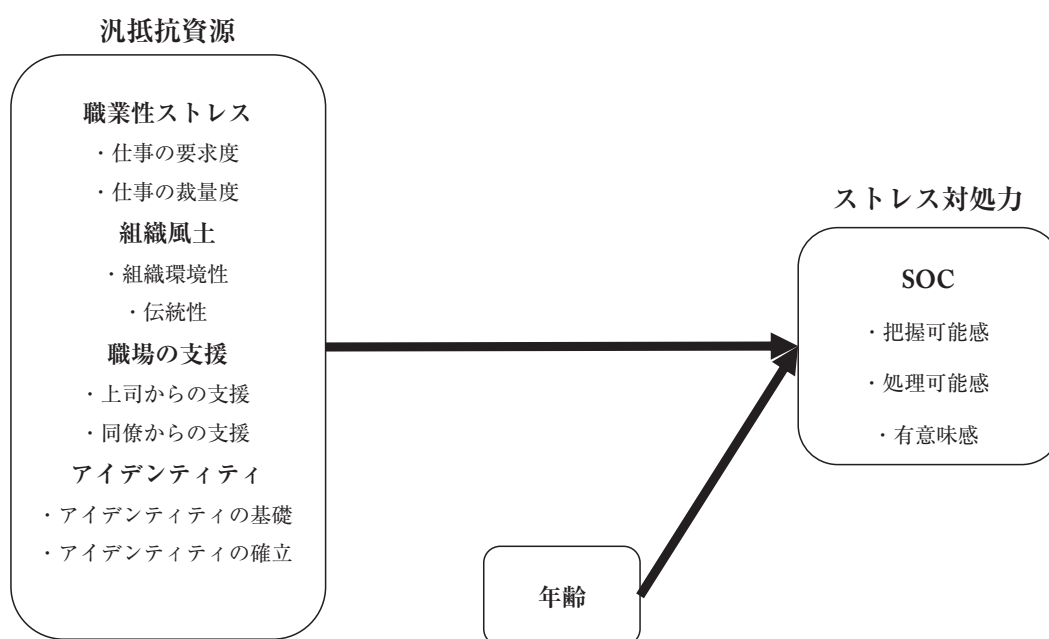


図2 SOCに関連する要因（概念枠組み）

II. 研究方法

A. 用語の操作上の定義

1. メンタルヘルス

メンタルヘルスの程度を精神健康度と定義した。精神健康度を測定する目的でthe General Health Questionnaire-12(以下, GHQ-12)を用いることとし(Goldberg・中川・大坊, 1985), GHQ-12で測定できる内容のことを指す。

2. ストレス対処力

ストレス対処力をSense of Coherence (SOC: 首尾一貫感覚)とし, SOC-29で測定できる内容のことを指す。またSOCは3因子(把握可能感, 処理可能感, 有意味感)で構成されている。

a. 把握可能感

人生にはしばしば健康に関わる要求, 要請が存在するが, それには秩序があり予測と説明が可能であると理解する感覚を把握可能感とした(Antonovsky, 1987/2001)。

b. 処理可能感

要求に対応するための資源が手元にあり, 有効な対処の手段をもって行動を起こすことが可能であるという感覚を処理可能感とした(Antonovsky, 1987/2001)。

c. 有意味感

要求, 要請に対処することが自らの人生にとって意義のある挑戦であり, 自己を投入して関わるに値するものであるという確信の感覚を有意味感とした(Antonovsky, 1987/2001)。

d. 汎抵抗資源

「世の中に存在しているストレスの回避, あるいは処理において役立つもの」を汎抵抗資源とし(Antonovsky, 1987/2001, pp.19-40), 本研究では「職業性ストレス」, 「組織風土」, 「職場の支援」, 「アイデンティティ」がSOC形成に関連する汎抵抗資源として位置づけた。

3. 仕事に関連する要因

a. 職業性ストレス

労働に際して発生するストレスで, 仕事の要求度の高さと仕事の裁量度の低さがメンタルヘルスに悪影響を及ぼすとし, それらを職業性ストレスとした。

b. 組織風土

特定機能病院に勤務する新卒看護師の職場における組織特性を示し, 組織環境性と伝統性の2つの因子で構成されているものを組織風土とした。

c. 職場の支援

職場における人的支援を指し, 具体的には上司からの支

援と同僚からの支援を職場の支援とした。

4. アイデンティティ

アイデンティティは, Eriksonによって提唱された精神発達理論における代表的概念のひとつで, SOCやメンタルヘルスに影響を及ぼす一要因である。青年期に入ると「それまでの自分」と「これからの自分」の連続性に危機がおとずれ, また同時に現在の自分をどのように成人社会の中に位置づけていったらよいかという難題が降りかかる。ここで探究される, 自己の内的な連続性(斉一性)と社会と自己との連続性(共時性)の意識がアイデンティティとされる(村澤, 2005)。本研究においては健康生成モデルの汎抵抗資源の一部である, 自我アイデンティティの中でもアイデンティティ尺度で測定できる内容を指す(下山, 1992)。

5. 新卒看護師

看護基礎教育修了後, 看護師国家試験に合格し, 看護師免許を取得した看護師のうち, 2013年度に特定機能病院に就職した1年以内の看護師を指す。

B. 調査対象

調査対象施設は便宜的抽出を行い, 九州地方・山口県・沖縄県の全12の特定機能病院を抽出した。各対象施設に研究協力を依頼し, 同意の得られた5施設の2013年度に入職した新卒看護師約320名を対象とした(データ収集期間: 2013年10月~2013年11月)。

C. 調査方法

対象施設へ調査用紙を郵送し, 研究対象者の所属する看護管理者から研究対象者へ依頼文書と調査用紙を配布した。研究協力が得られた場合は, 各々の研究対象者が無記名式の調査用紙に回答, 同封した返信用封筒で返信してもらった。調査項目は101項目で, 回答所要時間は20~30分程度とした。

D. 調査内容

1. GHQ精神健康調査票(GHQ-12)(12項目)(Goldbergほか, 1985, p.81)

英国のGoldbergが開発した当尺度(Goldberg, 1978)は, うつや緊張を伴った疾患性など精神健康度を測る質問紙として用いられている。採点方法はGHQ法(0-0-1-1)とリッカート法(0-1-2-3)があるが, リッカート法のほうが信頼性の高い分析を行う際に適しているため(清水・大坊, 2014), リッカート法を採用した。合計点により評価を行い, 得点が高いほど精神健康度が悪いことを示す。

2. アイデンティティ尺度 (20項目) (下山, 1992)

当尺度は下山 (1992) が開発し信頼性と妥当性が検証されており, アイデンティティの確立とアイデンティティの基礎の2つの下位尺度から構成されている。アイデンティティの基礎は, アイデンティティ形成の基礎となる自己の安定が得られず, 不安や孤独におそわれる気持ちを反映した内容となっており, 全て逆転項目で構成されている。アイデンティティの確立は, 自己の主体性や自己への信頼が形成されていることを表す項目となっている。4件法でたずね, 合計点を各下位尺度得点とした。当尺度に関しては著作者に承諾を得てから使用した。

3. SOC-29 (29項目) (Antonovsky, 1987/2001, pp.221-225)

Antonovskyによって開発され, 山崎・吉井によって日本語版の信頼性と妥当性の検証がされたSOC-29項目スケールを用いた。当スケールは把握可能感を表す11項目, 処理可能感の10項目, 有意味感の8項目の3下位尺度で構成されている。それぞれの項目を7件法でたずね, それぞれを1~7点で得点化し, 単純加算した。また3下位尺度の総和をSOC-29とし, SOC-29および各下位尺度得点が高いほどSOC-29, 把握可能感, 処理可能感, 有意味感が高いことを示す。当尺度に関しては著作者に承諾を得てから使用した。

4. 職業性ストレス尺度 JCQ日本語版 (22項目) (Job Content Questionnaire-22) (JCQ-22)

職業性ストレス尺度は, Karasek (1985) が開発し, Kawakami & Fujigaki (1996) によって信頼性と妥当性が検証されている。当尺度は仕事の要求度, 仕事の裁量度, 上司からの支援, 同僚からの支援の4下位尺度で構成されている。計22項目を4件法でたずね, それぞれを1~4点で得点化し, 項目ごとの得点を利用して計算式に当てはめ, 尺度得点を算出した。算出した各得点が高いほど, 仕事の要求度, 仕事の裁量度, 上司からの支援, 同僚からの支援が高いことを示す。当尺度に関しては著作者に承諾を得てから使用した。

5. 組織風土尺度 (12項目) (the 12-item Organizational Climate Scale) (OCS-12) (福井ほか, 2004)

組織風土尺度は伝統性と組織環境性の2下位尺度で構成されている。組織環境性は組織に掲げるルールや規範が明確かつ合理的であり, スタッフの参加度が高い組織管理がなされている風土を指す。また伝統性は強制的・命令的で封建的な風土を指す。回答は「はい」を2点, 「いいえ」を1点として単純加算した。各得点が高いほど組織環境性, 伝統性が高いことを示す。当尺度に関しては著作者に承諾を得てから使用した。

6. 基本属性 (6項目)

基本属性は性別, 年齢, 看護基礎教育課程 (高校専攻科, 専門学校, 大学), 現在所属している診療科 (内科系, 外科系, 内科・外科混合, 精神科, その他), 勤務場所 (病棟, その他), 夜勤の有無 (二交代制, 三交代制, 従事していない) の6項目とした。

E. 分析方法

1. 記述統計

対象者の基本属性について記述統計を行った。

2. 尺度および各下位尺度の相関係数

GHQ-12, アイデンティティの基礎, アイデンティティの確立, SOC-29, 把握可能感, 処理可能感, 有意味感, 仕事の要求度, 仕事の裁量度, 上司からの支援, 同僚からの支援, 組織環境性, 伝統性の平均値, 標準偏差, 最小値, 最大値, 各変数間の相関係数 (ピアソンの相関係数) を算出した。

3. 尺度および各下位尺度の信頼性係数 (Cronbach's α)

尺度および各下位尺度の内的整合性を検証するためにCronbach's α を算出した。Cronbach's α は.6以上で信頼性は確保できていると判断し (George, & Mallery, 2003), Cronbach's α が.6未満の変数については, その後の重回帰分析の独立変数として投入しなかった。

4. GHQ-12を従属変数とした階層的重回帰分析

GHQ-12を従属変数とし, 基本属性およびGHQ-12と有意な相関を認めた変数を独立変数とした階層的重回帰分析を実施した。SOC-29については, 3下位尺度 (把握可能感, 処理可能感, 有意味感) に分けた場合よりもSOCの総得点を独立変数として加えた方が予測力が高くなることから (Sairenchi, et al., 2011), SOCの総得点を独立変数として用いた。なお基本属性の性別, 看護基礎教育課程, 所属診療科, 勤務場所, 夜勤についてはダミー変数化し, 3値以上のカテゴリ変数である看護基礎教育課程, 所属診療科, 夜勤については, それぞれ大学卒, 外科系, 二交代制を参照カテゴリとした。Step 1でSOC-29を除く, 個人に関連する要因 (性別, 年齢, 看護基礎教育課程, 所属診療科, 勤務場所, 夜勤, アイデンティティの基礎, アイデンティティの確立) および仕事に関連する要因 (仕事の要求度, 上司からの支援, 同僚からの支援, 組織環境性, 伝統性) を独立変数として投入 (強制投入法) した。Step 2ではStep 1で投入した独立変数にSOC-29を加え (強制投入法), Step 1とStep 2の重回帰式の適合度の変化を確認した。

5. SOC-29の各下位尺度を従属変数とした重回帰分析

SOC-29の下位尺度である把握可能感、処理可能感、有意味感をそれぞれ従属変数とし、各下位尺度と有意な相関を認めた変数（アイデンティティの基礎、アイデンティティの確立、仕事の要求度、上司からの支援、同僚からの支援、組織環境性、伝統性のいずれか）を独立変数とした重回帰分析を行った（強制投入法）。またSOCは年齢の影響を受ける可能性が高いことから（Fusz, et al., 2017）、年齢の影響を調整する目的で、独立変数として投入（強制投入法）した。

6. その他

多くのパラメトリック検定において頑健性が確認されているため（対馬, 2013）、データの正規性の有無にかかわらず、本研究では全てパラメトリック検定を採用した。重回帰式の適合度については決定係数（以下、 R^2 ）と調整済み R^2 を算出し、 $R^2 \geq .5$ および調整済み $R^2 \geq .5$ であれば予測精度の高い重回帰式であると判断した。また独立変数間の多重共線性についてはVIFを算出し、 $VIF \geq 10$ であった場合は、多重共線性がある可能性が高いと判断した（対馬, 2018, p.60）。さらに残差分析についてはダービン・ワトソン比を算出し、2に近いほど残差項間に自己相関はないと判断した（Durbin, & Watson, 1950）。統計解析はSPSS Statistics 24を用い、統計学的有意確率は5%未満とした。

F. 倫理的配慮

福岡県立大学研究倫理委員会で承認を得た（承認日：2013年7月12日、個別の承認番号なし）。その後、研究協

力施設の施設長および看護管理者の承認を得た。看護管理者から研究対象者に研究の概要説明と調査用紙の配布をしてもらう際は、研究協力への強制力が働かないよう配慮をお願いした。研究参加への同意は調査用紙の回答、返信をもって同意とみなし、調査用紙については管理者を介さずに直接研究者に返信してもらうよう依頼した。

Ⅲ. 結 果

A. 対象者の基本属性（表1）

郵送にて107名分を回収（回収率33.4%）し、欠損値のない105名を分析対象とした。対象者の性別は女性102名（97.1%）、男性3名（2.9%）であった。平均年齢は22.9歳 $\pm$ 1.8で、大学卒が最も多く92名（87.6%）であった。

B. 各尺度と下位尺度の平均値、標準偏差、最小値、最大値、ピアソンの相関係数およびCronbach's α （表2）

1. SOC-29、把握可能感、処理可能感および有意味感の得点

SOC-29の平均値は120.3 $\pm$ 6.5であった。下位尺度である把握可能感は40.2 $\pm$ 8.7、処理可能感は44.1 $\pm$ 8.7、有意味感36.4 $\pm$ 8.1であった。

2. GHQ-12と各尺度の相関

GHQ-12とやや強い負の相関を認めた変数は、相関係数が高い順に、SOC-29（ $r = -.68$, $p < .001$ ）、処理可能感（ $r = -.63$, $p < .001$ ）、有意味感（ $r = -.61$, $p < .001$ ）、アイデ

表1 対象者の基本属性

		(n = 105)		
		n	%	平均値 標準偏差
性別	男性	3	2.9	
	女性	102	97.1	
年齢				22.9 1.8
看護基礎教育課程	高校（衛生看護科）専攻科卒	4	3.8	
	専門学校卒	9	8.6	
	大学卒	92	87.6	
所属診療科	内科系	17	16.2	
	外科系	39	37.1	
	内科・外科混合	30	28.6	
	精神科	4	3.8	
	その他	15	14.3	
勤務場所	病棟	99	94.3	
	その他	6	5.7	
夜勤	二交代制	80	76.2	
	三交代制	22	21.0	
	従事していない	3	2.9	

ンティティの基礎 ($r = -.57, p < .001$), 把握可能感 ($r = -.55, p < .001$) であった。GHQ-12と中程度の正の相関を認めた変数は, 相関係数が高い順に, 仕事の要求度 ($r = .35, p < .001$), 伝統性 ($r = .34, p < .001$) であった。また GHQ-12と中程度の負の相関を認めた変数は, 相関係数が高い順に, アイデンティティの確立 ($r = -.49, p < .001$), 同僚からの支援 ($r = -.48, p < .001$), 仕事の裁量度 ($r = -.41, p < .001$), 上司からの支援 ($r = -.40, p < .001$), 組織環境性 ($r = -.31, p < .01$) であった。

3. SOC-29, 把握可能感, 処理可能感, 有意味感および各尺度の相関

SOC-29と強い正の相関を認めた変数は, アイデンティティの基礎 ($r = .81, p < .001$), やや強い正の相関を認めた変数は, アイデンティティの確立 ($r = .59, p < .001$) であった。また中程度の正の相関を認めた変数は, 相関係数が高い順に, 仕事の裁量度 ($r = .46, p < .001$), 同僚からの支援 ($r = .44, p < .001$), 上司からの支援 ($r = .33, p < .01$), 組織環境性 ($r = .33, p < .01$) であった。

SOC-29の下位尺度である把握可能感と中程度の正の相関を認めた変数は, 相関係数が高い順に, 同僚からの支援 ($r = .36, p < .001$), 組織環境性 ($r = .34, p < .001$) であった。処理可能感と中程度の正の相関を認めた変数は, 相関係数が高い順に, 仕事の裁量度 ($r = .45, p < .001$), 同僚からの支援 ($r = .42, p < .001$) であった。また有意味感と中程度の正の相関を認めた変数は, 相関係数が高い順に, 仕事の裁量度 ($r = .49, p < .001$), 同僚からの支援 ($r = .38, p < .001$), 上司からの支援 ($r = .31, p < .01$) であった。

4. 各尺度および下位尺度のCronbach's α

仕事の裁量度のCronbach's α は.47と低値であったため,

重回帰分析の独立変数としては除外した。また組織環境性は.67, 伝統性は.63と.7未満であったが, 許容範囲内と判断し, 重回帰分析の独立変数として用いた。それら以外の変数は全て.7以上であった。

C. GHQ-12を従属変数とした階層的重回帰分析 (表3)

GHQ-12を従属変数とし, 基本属性およびGHQ-12と有意な相関を認めた変数を独立変数とした階層的重回帰分析を実施した。Step 1ではSOC-29を除き, 個人に関連する要因 (性別, 年齢, 看護基礎教育課程, 所属診療科, 勤務場所, 夜勤, アイデンティティの基礎, アイデンティティの確立) および仕事に関連する要因 (仕事の要求度, 上司からの支援, 同僚からの支援, 組織環境性, 伝統性) を独立変数として投入 (強制投入法) した。Step 2ではStep 1で投入した独立変数にSOC-29を加え (強制投入法), Step 1とStep 2の重回帰式の適合度の変化を確認した。その結果, SOC-29を独立変数として加えたStep 2の適合度 (調整済み $R^2 = .532$) の方がStep 1の適合度 (調整済み $R^2 = .503$) よりも.029高く, SOCを独立変数として投入した方が当てはまりの良い回帰式となった。Step 2の重回帰式では三交代制 ($\beta = .167, p < .05$) の方が二交代制に比べて精神健康度が低く, アイデンティティの確立 ($\beta = -.179, p < .05$) およびSOC-29 ($\beta = -.348, p < .05$) が高いほど精神健康度が高かった。また, いずれの変数も多重共線性は認められず, ダービン・ワトソン比も2.092であったため, 残差の異常はなかった。

D. 把握可能感, 処理可能感および有意味感を従属変数とした重回帰分析 (表4)

1. 把握可能感に関連する要因

把握可能感を従属変数とし, 年齢と把握可能感との有意

表2 各尺度と下位尺度の平均値, 標準偏差, 最小値, 最大値, ピアソンの相関係数およびCronbach's α

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	平均値	標準偏差	最小値	最大値	Cronbach's α
1. GHQ-12													20.0	22.3	4.0	34.0	.85
2. アイデンティティの基礎	-.57***												22.8	4.9	11.0	35.0	.83
3. アイデンティティの確立	-.49***	.53***											25.9	4.5	11.0	39.0	.87
4. SOC-29	-.68***	.81***	.59***										120.3	6.5	76.0	182.0	.92
5. 把握可能感	-.55***	.72***	.38***	.84***									40.2	8.7	21.0	65.0	.79
6. 処理可能感	-.63***	.74***	.54***	.95***	.72***								44.1	8.7	25.0	62.0	.82
7. 有意味感	-.61***	.67***	.64***	.85***	.49***	.77***							36.4	8.1	14.0	55.0	.85
8. 仕事の要求度	.35***	-.19*	-.10	-.22*	-.24*	-.20*	-.16						38.8	5.1	24.0	48.0	.71
9. 仕事の裁量度	-.41***	.34***	.38***	.46***	.29**	.45***	.49***	-.18					69.4	8.1	48.0	90.0	.47
10. 上司からの支援	-.40***	.24*	.17	.33**	.25*	.31**	.31**	-.33**	.39***				12.7	2.4	4.0	16.0	.92
11. 同僚からの支援	-.48***	.33**	.24*	.44***	.36***	.42***	.38***	-.25*	.45***	.66***			12.6	2.1	7.0	16.0	.78
12. 組織環境性	-.31**	.20*	.21*	.33**	.34***	.30**	.22*	-.17	.23*	.33**	.30**		10.8	1.5	6.0	12.0	.67
13. 伝統性	.34***	-.16	.03	-.18	-.21*	-.18	-.10	.43***	-.34**	-.51**	-.47**	-.06	8.4	1.5	6.0	11.0	.63

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

表3 GHQ-12を従属変数とした階層的重回帰分析

		GHQ-12			
		Step 1		Step 2	
		β	VIF	β	VIF
個人に関連する要因	性別* ¹	.068	1.131	.080	1.136
	年齢	.048	1.718	.075	1.744
	高校専攻科卒* ²	.002	1.058	.024	1.074
	専門学校卒* ²	-.008	1.418	.020	1.445
	内科系* ³	-.085	1.369	-.060	1.453
	内科・外科混合* ³	-.036	1.429	.025	1.641
	精神科* ³	.019	1.286	.019	1.293
	その他の診療科* ³	-.121	1.830	-.090	1.868
	現在勤務している場所* ⁴	.233*	2.694	.195	2.747
	三交代制* ⁵	.199*	1.119	.167*	1.153
	従事していない* ⁵	-.140	2.676	-.134	2.677
	アイデンティティの基礎	-.315**	1.650	-.093	3.376
アイデンティティの確立	-.236**	1.544	-.179*	1.659	
仕事に関連する要因	仕事の要求度	.163	1.453	.152	1.458
	上司からの支援	-.018	2.185	-.015	2.186
	同僚からの支援	-.199*	2.044	-.144	2.151
	組織環境性	-.041	1.401	-.017	1.421
	伝統性	.081	1.969	.086	1.970
	SOC-29			-.348*	4.228
R^2		.589***		.617***	
調整済み R^2		.503***		.532***	
Δ 調整済み R^2		.029			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ β : 標準偏回帰係数, R^2 : 決定係数, VIF (Variance Inflation Factor) : 分散インフレ係数*¹ 性別 (0 = 男性, 1 = 女性)*² 大学卒を参照カテゴリとした.*³ 外科系を参照カテゴリとした.*⁴ 現在勤務している場所 (病棟 = 0, その他 = 1)*⁵ 二交代制を参照カテゴリとした.

な相関を認めた各変数 (アイデンティティの基礎, アイデンティティの確立, 仕事の要求度, 上司からの支援, 同僚からの支援, 組織環境性, 伝統性) を独立変数として投入 (強制投入法) した重回帰分析を実施した。その結果, アイデンティティの基礎 ($\beta = .654$, $p < .001$) と組織環境性 ($\beta = .184$, $p < .05$) が高いほど把握可能感が高かった。また重回帰式の適合度は高く ($R^2 = .574$, 調整済み $R^2 = .539$), いずれの変数も多重共線性は認められず, ダービン・ワトソン比も1.924であったため, 残差の異常はなかった。

2. 処理可能感に関連する要因

処理可能感を従属変数とし, 年齢と処理可能感との有意な相関を認めた各変数 (アイデンティティの基礎, アイデンティティの確立, 仕事の要求度, 上司からの支援, 同僚

からの支援, 組織環境性) を独立変数として投入 (強制投入法) した重回帰分析を実施した。その結果, アイデンティティの基礎 ($\beta = .584$, $p < .001$) とアイデンティティの確立 ($\beta = .164$, $p < .05$) が高いほど処理可能感が高かった。また重回帰式の適合度は高く ($R^2 = .630$, 調整済み $R^2 = .603$), いずれの変数も多重共線性は認められず, ダービン・ワトソン比も2.076であったため, 残差の異常はなかった。

3. 有意味感に関連する要因

有意味感を従属変数とし, 年齢と有意味感との有意な相関を認めた各変数 (アイデンティティの基礎, アイデンティティの確立, 上司からの支援, 同僚からの支援, 組織環境性) を独立変数として投入 (強制投入法) した重回帰分析を実施した。その結果, アイデンティティの基礎

表4 把握可能感、処理可能感および有意味感を従属変数とした重回帰分析

	把握可能感		処理可能感		有意味感	
	β	VIF	β	VIF	β	VIF
年齢	.082	1.084	.098	1.050	.074	1.040
アイデンティティの基礎	.654***	1.508	.584***	1.502	.422***	1.482
アイデンティティの確立	-.025	1.487	.164*	1.440	.372***	1.438
仕事の要求度	-.046	1.323	-.001	1.154		
上司からの支援	-.092	2.071	.003	1.911	.070	1.821
同僚からの支援	.121	1.989	.165	1.884	.118	1.884
組織環境性	.184*	1.207	.092	1.179	-.012	1.177
伝統性	-.077	1.764				
R^2	.574***		.630***		.591***	
調整済み R^2	.539***		.603***		.566***	

* $p < .05$, *** $p < .001$ β : 標準偏回帰係数, R^2 : 決定係数, VIF (Variance Inflation Factor): 分散インフレ係数

($\beta = .422$, $p < .001$)とアイデンティティの確立($\beta = .372$, $p < .001$)が高いほど有意味感が高かった。また重回帰式の適合度は高く($R^2 = .591$, 調整済み $R^2 = .566$), いずれの変数も多重共線性は認められず, ダービン・ワトソン比も2.155であったため, 残差の異常はなかった。

IV. 考 察

本研究の主な結果として, SOC, アイデンティティの確立および三交代制が精神健康度と関連していた。中でもSOCは精神健康度と強く関連しており, 新卒看護師のSOCの高さが精神健康度を高める可能性が示唆された。またSOC各因子と強い関連を認めた変数はアイデンティティで, 仮説通りの結果が得られた。SOCの形成は, Eriksonにより提唱された人間のライフサイクルと密接に関連しており, アイデンティティに関しては認知・感情的汎抵抗資源に位置づけられている(山崎ほか, 2008, pp.39-53)ことから, Antnovsky (1987/2001)の健康生成モデルの一部を実証した結果が得られた。アイデンティティ以外にSOCの各因子と関連を認めた変数としては, 組織環境性の高さが把握可能感の高さに関連していた。

A. 研究対象者のSOCの特徴

本研究の対象者である特定機能病院に勤務する新卒看護師のSOC-29の平均得点(120.3 ± 6.5)は, 一般成人($124.4 \sim 131.7$)に比べて低く(Tsuno, & Yamazaki, 2007), 短大生($118.4 \sim 119.7$)(本江・星山・川口, 2003; 本江・川口・谷山・平吹, 2005), 大学生($117.9 \sim 119.7$)とはほぼ同等である傾向が示唆された(Inoue, & Sawada, 2006; Togari, Yamazaki, Takayama, Yamaki, & Nakayama, 2008; 本江ほか, 2009)。

B. 精神健康度に関連する要因

精神健康度に関連する要因はSOC, アイデンティティの確立, 三交代制であった。中でもSOCは精神健康度と最も強く関連しており, SOCが高いほど精神健康度を向上させる可能性が示唆された。SOCが精神健康度などのメンタルヘルスと関連していることは多くの先行研究と同様の結果であったが(小林, 2017; 松尾・鈴木, 2016), 対象が新卒看護師であったとしても, 他の職種等と同様にメンタルヘルスと強く関連することが明らかとなった。SOC以外の要因としては, アイデンティティの確立と三交代制が精神健康度と関連していた。アイデンティティに関連して, 職業的アイデンティティとメンタルヘルスの関連を示した先行研究がある(井奈波・井上・日置, 2017)。しかし, 本研究におけるアイデンティティの確立は, 自己の主体性や自己の信頼感の度を反映したもので, 職業に限定しない人間の心理社会的側面を包括したアイデンティティの概念である。職業的アイデンティティは, 職業領域における自分らしさや(児玉・深田, 2005), 職業人としての自分が一貫しているという感覚である(服部, 2000, pp.110-125)。そのため, 就職して1年も経過していない新卒看護師の職業的アイデンティティは未成熟である可能性が高いことから, 本研究では職業に限定しない包括的なアイデンティティの概念を採用した。いずれにしても, 多くの新卒看護師が多種多様なストレスによってアイデンティティの揺らぎを経験することが想定され, SOCと同様に, これまでの人生で培われたアイデンティティの強さが直接的に精神健康度に関連することが示唆された。また交代制勤務について, 看護師の三交代制勤務は二交代制勤務に比べ, 蓄積的疲労および精神的疲労が高い傾向にあり(佐藤・米澤・石津・須賀・池本, 2002; 中山・佐藤,

2004), 本結果は先行研究の一部を追試した結果といえる。さらに, 看護師が仕事の緊張を強く感じながら交代制勤務を実施することは, 睡眠障害につながる可能性が高いため (Karhula, et al., 2013), 新卒看護師のメンタルヘルスを考慮するにあたっては交代制勤務への配慮も重要であることが示唆された。

C. 把握可能感の形成に関連する要因

職場の組織環境性と新卒看護師個人のアイデンティティの基礎が把握可能感の形成に関連することが示唆された。つまり, アイデンティティ形成のベースとなる自己が安定しており, 所属する病棟組織のルールや目的・目標が明示され, それに則った合理的な組織運営がなされていると認識している新卒看護師ほど, 把握可能感が高いことを意味する。把握可能感の形成には一貫性の経験が重要とされ (Antonovsky, 1987/2001, pp.103-148), 職場の同僚と価値観を共有できていることや, 自分が働くことに対しての適切なフィードバックを管理職や先輩看護師から受ける感覚が一貫性の経験につながるとされている (山崎ほか, 2008, pp.191-212)。新卒看護師にとっての仕事に関する具体的なフィードバックとは, 看護に関連する能力および技術に対する評価や, 社会人として仕事に向き合う姿勢に対する評価と想定でき, 各病棟や病院組織が新卒看護師のために定めた目標・目的に対する新卒看護師の進捗度が具体的な評価項目に該当すると考えられる。そのため, 組織が掲げる目標・目的が曖昧であった場合, それらに応じたフィードバックは難しくなるため, 組織環境性の高い組織風土が重要といえる。組織風土とSOCの関連を示した先行研究では, 「同僚からの支援」, 「一般的な社会的風土」, 「同僚間の対立」等を因子とした組織風土に関する尺度を用いて, 良い組織風土が労働者のSOCとウェルビーイングを高めることを明らかにしている (Feldt, et al., 2000)。さらには, 高いSOCが3年間という長期にわたって良好な組織風土を予測していた (Feldt, Kivimäki, Rantala, & Tolvanen, 2004) ことから, SOCと組織風土の関係は密接で, 中でも本研究において把握可能感との関連を示唆できたことに意義があると考ええる。また組織風土の概念は多岐にわたるが, 具体的には組織環境性の高さが関連することが示唆できた点も本研究の特徴といえる。

D. 処理可能感の形成に関連する要因

アイデンティティの基礎とアイデンティティの確立が高いほど処理可能感を高めることが示唆された。処理可能感の形成には過大負荷と過小負荷を避けたバランスの良い負荷の経験が重要とされる (Antonovsky, 1987/2001, pp.103-148)。新卒看護師がこれまで未経験の看護業務を遂行して

いく上で, 必要な汎抵抗資源を制限なく用いることができれば, 過大負荷を避けることができる。それら汎抵抗資源は個人の知識や技術などの個別的な能力もだが, 上司や同僚といった人的資源からの支援が重要である。中でも, 心理的距離が近く, サポートを得やすいであろう同僚からの支援が処理可能感と関連する可能性も考えられたが, 相関は認められたものの, 重回帰分析において有意差はなかった。また看護師を対象とした先行研究では, SOCを従属変数とした重回帰分析の結果, 仕事の裁量度が有意に関連していた (竹内ほか, 2009)。本研究では仕事の裁量度の内的一貫性が不十分であったことから, 処理可能感の説明変数として用いなかったが, 仕事の裁量度が高いことは, 仕事の負荷のバランスを自分で調整することができ, それは過大負荷・過小負荷を避けることにつながることを想定される。また仕事の裁量度がSOCを高める可能性はあったとしても, SOCが仕事の裁量度を高めることは難しいとされる (Feldt, et al., 2004) ことから, 仕事の裁量度と処理可能感の関連については今後十分な検討が必要である。

E. 有意味感形成に関連する要因

アイデンティティの基礎とアイデンティティの確立が高いほど有意味感を高めることが示唆された。先行研究ではSOCの3因子を独立変数とし, アイデンティティを従属変数とした重回帰分析の結果, 3因子の中で有意味感のみがアイデンティティと関連していた (銅直, 2020)。本研究とは仮定した因果の方向性に相違はあるが, 関連を認めた点については先行研究を追試した結果といえる。健康生成論によると, 有意味感形成には意思決定への参加の経験が重要で (Antonovsky, 1987/2001, pp.103-148), 職場において仕事の自由裁量度の度合いが大きいほど, 度重なる意思決定に参加しており, そのような職場環境が有意味感を形成するとされる (山崎ほか, 2008, pp.191-212)。職場の管理職や先輩看護師など, 指導・教育的立場にある看護師が新卒看護師に対し, いつまでたっても仕事の裁量権を与えないことは, 裁量自体を低下させるだけではなく, 仕事のモチベーション, メンタルヘルスおよび労働生産性にも悪影響を及ぼす可能性がある (Trépanier, Vallerand, Ménard, & Peterson, 2020; van den Berg, Robroek, Plat, Koopmanschap, & Burdorf, 2011)。本研究では前述した処理可能感と同様, 尺度自体の信頼性の低さから, 仕事の裁量度を独立変数として用いることができなかった。しかし, 先行研究においては, 仕事の裁量度は有意味感の形成との関連が見られたため (竹内ほか, 2009), 新卒看護師であったとしても, 仕事の裁量度を高められるような支援は重要である。今後, 有意味感形成と仕事の裁量度との関連についても検討が必要である。

V. 本研究の限界と課題

本研究の限界は主に3つある。1つ目に特定機能病院全5施設の対象者320名、回収数107名と対象者が少なかったこと、対象地域が限定されたこと、さらには、2013年のデータであるため、特定機能病院の新卒看護師の現状を反映した結果かどうかも含めて一般化可能性には限界がある。また回収率が低かった要因としては、質問項目が多く対象者への負担が大きいために考えられる。2つ目に横断研究であったため、分析によって導き出された結果に影響要因として断定するには限界がある。3つ目に本研究で使った仕事の裁量度は精神健康度やSOCとの関連を検討するにあたって主要な要因と考えていたが、尺度の信頼性が極端に低く、重回帰分析における独立変数としては用いることができなかった点に限界がある。看護師を対象とした先行研究では、仕事の裁量度のCronbach's α は.72であった(竹内ほか, 2009)ことから、新卒であるがゆえに、仕事に関する裁量についての捉え方が一定ではない可能性も考えられる。今後、本研究と同様の対象者集団にも適用できるか、交差妥当性の検証を経た上で支障があれば別の尺度選択を検討する必要がある。以上のことから今後には対象者数を増やし、質問項目数および尺度選択を十分に検討した上で、縦断研究を実施し因果関係を検討する必要がある。

結 論

ストレス対処力SOCは特定機能病院に勤務する新卒看護師の精神健康度と強い関連があった。SOC形成の関連要因としては、乳幼児期から青年期までに培った個々のアイデンティティによるものが大きい、組織風土としては組織環境性の高さが把握可能感の形成に関連していた。

謝 辞

本研究を行うにあたり調査の許可をいただいた病院長ならびに看護部長、看護副部長に謹んで感謝の意を表します。また研究に同意いただき、快くアンケート調査にご協力くださいました新卒看護師の皆様、および本研究について御指導いただきました松枝美智子氏に深く感謝致します。本研究は福岡県立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Al Awaisi, H., Cooke, H., Prymachuk, S. (2015). The experiences of newly graduated nurses during their first year of practice in the Sultanate of Oman: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1723-1734.
- Antonovsky, A. (1987)／山崎喜比古・吉井清子監訳 (2001). *健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム*. 東京：有信堂高文社.
- Basińska, M.A., Andruszkiewicz, A., Grabowska, M. (2011). Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24(3), 256-266.
- Dębska, G., Pasek, Wilczek-Rużyczka, E. (2017). Sense of coherence vs. mental load in nurses working at a chemotherapy ward. *Central European Journal of Public Health*, 25(1), 35-40.
- 銅直優子 (2020). 大学生における首尾一貫感覚と同一性との関連. *応用心理学研究*, 46(2), 167-175.
- Duchscher, J.E.B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Durbin J., Watson G.S. (1950). Testing for serial correlation in least squares regression. I. *Biometrika*, 37(3-4), 409-428.
- Feldt, T., Kinnunen, U., Maunao, S. (2000). A mediational model of sense of coherence in the work context: A one-year follow-up study. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 461-476.
- Feldt, T., Kivimäki, M., Rantala, A., Tolvanen, A. (2004). Sense of coherence and work characteristics: A cross-lagged structural equation model among managers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 323-342.
- 福井里江, 原谷隆史, 外島 裕, 島 悟, 高橋正也, 中田光紀, 深澤健二, 大庭さよ, 佐藤恵美, 廣田靖子 (2004). 職場の組織風土の測定：組織風土尺度12項目版 (OCS-12) の信頼性と妥当性. *産業衛生学雑誌*, 46(6), 213-222.
- Fusz, K., Tóth, Á., Varga, B., Rozmann, N., Oláh, A. (2017). Different work schedules of nurses in Hungary and their effects on health. *Ideggyógyászati Szemle*, 70(3-4), 136-139.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*, 11.0 update (4th ed.).
- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the general health questionnaire. Windsor: NFER-NELSON Publishers*, 8-12.
- Goldberg, D.P., 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985). *精神健康調査票手引：日本版 GHQ*. 東京：日本文化科学社.
- 服部祥子 (2000). *生涯人間発達論：人間への深い理解と愛情を育むために*. 東京：医学書院.
- Höge, T., Büssing, A. (2004). The impact of sense of coherence and negative affectivity on the work stressor-strain relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 195-205.
- 本江朝美, 星山佳治, 川口 毅 (2003). 看護学生の体験学習に対する意識や行動と Sense of Coherence との関連に関する研究. *昭和医学会雑誌*, 63(2), 130-141.
- 本江朝美, 川口 毅, 谷山 牧, 平吹登代子 (2005). 女子看護学生の Sense of Coherence とその関連要因の検討. *昭和医学会雑誌*, 65(4), 365-373.
- 本江朝美, 高橋ゆかり, 桑田恵子, 杉山洋介, 谷山 牧, 益子直紀, 吉岡一実 (2009). 看護学生の不安に対する認知的評価と Sense of Coherence との関連. *上武大学看護学部紀要*, 5(1), 2-11.
- Hurrell, Jr., J.J., McLaney, M.A. (1988). Exposure to job stress: A new

- psychometric instrument. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 14 Suppl 1, 27-28.
- 池田 智, 松枝美智子 (2020). 特定機能病院に勤務する新卒看護師のアイデンティティ, 職業性ストレス, 組織風土と精神健康度の関連. *産業医科大学雑誌*, 42(3), 281-290.
- 井奈波良一, 井上真人, 日置敦巳 (2017). 女性病院看護師のバーンアウトと職業的アイデンティティの関係. *日本職業・災害医学会会誌*, 65(4), 160-165.
- Inoue, Y., Sawada, Y. (2006). Relationships between stressful life events and psychological health, and the buffer action of sense of coherence in nursing college students. *三重県立看護大学紀要*, 10, 7-14.
- Karasek, R. (1985). Job content instrument questionnaire and user's guide, Version 1.1. Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California, Los Angeles.
- Karhula, K., Härmä, M., Sallinen, M., Hublin, C., Virkkala, J., Kivimäki, M., Vahtera, J., Puttonen, S. (2013). Job strain, sleep and alertness in shift working health care professionals: A field study. *Industrial Health*, 51(4), 406-416.
- Kawakami, N., Fujigaki, Y. (1996). Reliability and validity of the Japanese version of job content questionnaire: replication and extension in computer company employees. *Industrial Health*, 34(4), 295-306.
- 小林 道 (2017). 青年期男性のSOC (sense of coherence) が自衛隊入職後の抑うつ症状に及ぼす影響. *日本公衆衛生雑誌*, 64(3), 150-155.
- 児玉真樹子, 深田博己 (2005). キャリア段階別に見た, 企業就業者の職業的アイデンティティの形成に及ぼすメンタリングの効果. *産業ストレス研究*, 12(3), 221-231.
- Kretowicz, K., Bieniaszewski, L. (2015). Determinants of sense of coherence among managerial nursing staff. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(4), 713-717.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D.M. (2018). Job stress in new nurses during the transition period: An integrative review. *International Nursing Review*, 65(4), 491-504.
- Langius A., Björvell H., Antonovsky A. (1992). The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(3), 165-171.
- 眞鍋えみ子, 小松光代, 和泉美枝, 倉ヶ市絵美佳, 橋元春美, 北島謙吾, 岡山寧子 (2012). 大学附属病院の看護職における Sense of Coherence と労働環境満足度・看護臨床能力との関連. *日本看護研究学会雑誌*, 35(2), 19-25.
- 松尾まき, 鈴木英子 (2016). 看護師の Sense of coherence (首尾一貫感覚: SOC) に関する研究の動向. *日本保健福祉学会誌*, 23(1), 37-51.
- 村澤和多里, 作新学院大学人間文化学部 (2005). E.H. エリクソンとP.L. バーガーにおけるアイデンティティ論の検討: 青年期の理解と援助にむけて. *作新学院大学人間文化学部紀要*, (3), 1-15.
- 中山晃志, 佐藤和子 (2004). 看護職の交代勤務の形態と蓄積的疲労の関係. *看護管理*, 14(5), 408-411.
- 二宮寿美, 佐藤美幸, 柿並洋子, 棚崎由紀子, 網木政江 (2014). 精神科と一般科で勤務する看護師の職業性ストレスとストレス対処能力 (SOC) の差異. *宇部フロンティア大学看護学ジャーナル*, 7(1), 1-8.
- 岡田なぎさ, 中田光紀, 中野正博, 酒井久美子, 鷹居樹八子, 児玉裕美, 小林敏生 (2018). 妻または母親役割を持つ看護師の精神健康度に関連する要因およびストレス対処能力: 結婚, 出産, 育児による離職経験の有無別の検討. *産業医科大学雑誌*, 40(1), 53-63.
- Rudman, A., Gustavsson, P., Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 612-624.
- Sairenchi, T., Haruyama, Y., Ishikawa, Y., Wada, K., Kimura, K., Muto, T. (2011). Sense of coherence as a predictor of onset of depression among Japanese workers: A cohort study. *BMC Public Health*, 11, 205.
- 佐々木彩力, 飴田千賀子, 吉田友美, 上田峰子 (2013). 新人看護師のストレス対処能力の推移と影響. *京都市立病院紀要*, 33(1), 41-43.
- 佐藤美紀, 米澤弘恵, 石津みえ子, 須賀京子, 池本梨絵 (2002). 三交替勤務に従事する女性看護師の蓄積的疲労と主観的睡眠感との関係. *日本看護医療学会雑誌*, 4(1), 28-35.
- 柴田明美, 岩脇陽子, 室田昌子, 新垣洋美 (2014). 新人看護師時代の職場における体験とSOCとの関連. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 24, 49-61.
- 清水裕士, 大坊郁夫 (2014). 潜在ランク理論による精神的健康調査票 (GHQ) の順序的評価. *心理学研究*, 85(5), 464-473.
- 下山晴彦 (1992). 大学生のモラトリアムの下位分類の研究: アイデンティティの発達との関連で. *教育心理学研究*, 40(2), 121-129.
- 竹内朋子, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2009). 【看護にSOCをどう活用するのか】【研究実践例から考える】看護師のSOCと職場のあり方: いきいきとした看護師を支える職場要因の検討. *看護研究*, 42(7), 517-526.
- Tei-Tominaga, M., Miki, A. (2010). A longitudinal study of factors associated with intentions to leave among newly graduated nurses in eight advanced treatment hospitals in Japan. *Industrial Health*, 48(3), 305-316.
- Togari T., Yamazaki Y., Takayama, T.S., Yamaki, C.K., Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1335-1347.
- Trépanier, S.G., Vallerand, R.J., Ménard, J., Peterson, C. (2020). Job resources and burnout: Work motivation as a moderator. *Stress and Health*, 36(4), 433-441.
- Tsuno, Y.S., Yamazaki, Y. (2007). A comparative study of sense of coherence (SOC) and related psychosocial factors among urban versus rural residents in Japan. *Personality and Individual Differences*, 43(3), 449-461.
- 対馬栄輝 (2013). 理学療法研究におけるデータ解析の誤り. *理学療法学*, 40(8), 549-552.
- 対馬栄輝 (2018). *SPSSで学ぶ医療系多変量データ解析 第2版*. 東京: 東京図書.
- van den Berg, T.I., Robroek, S.J., Plat, J.F., Koopmanschap, M.A., Burdorf, A. (2011). The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(6), 705-712.
- Viflad, A., Simonsen, B., O., Lydersen, S., Farup, P., G. (2016). The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, 26-34.
- 山岸まなほ, 豊岡香純 (2009). 新卒看護師の精神的・身体的健康とライフスタイルの検討: 特定機能病院1施設における就職6ヶ月後の質問紙調査より. *日本医療マネジメント学会雑誌*,

9(4), 546-551.

山口 優, 江川幸二, 平尾明美 (2016). 救急看護師のSense of Coherenceに影響を与える要因. *日本救急看護学会雑誌*, 18(2), 1-10.

山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (2008). *ストレス対処能力SOC*. 東京: 有信堂高文社.

山崎喜比古, 戸ヶ里泰典 (2011). *思春期のストレス対処力SOC: 親子・追跡調査と提言*. 東京: 有信堂高文社.

山住康恵, 北川 明, 安酸史子 (2017). 就職後6ヶ月目の新人看護師の離職願望に影響する要因に関する研究. *共立女子大学看護学雑誌*, 4, 9-17.

山住康恵, 安酸史子 (2011). 新卒看護師のSOCと影響要因に関する研究. *日本看護学教育学会誌*, 21(2), 13-23.

吉田えり, 山田和子, 森岡郁晴 (2014). 病院に勤務する男性看護師のSOC, ストレス反応, SOCとストレス反応との関連. *産業衛生学雑誌*, 56(5), 152-161.

吉田えり, 山田和子, 芝瀧ひろみ, 森岡郁晴 (2013). 看護師のSense of Coherenceとストレス反応との関連. *日本看護研究学会雑誌*, 36(5), 25-33.

尹 敏愛, 赤澤千春, 原田美穂子 (2010). ターミナルケアにかかわる看護師のバーンアウトとSOCとの関係について. *健康科学: 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要*, 6, 9-14.

[2021年3月9日受 付]
[2021年11月15日採用決定]

The Relationship between Sense of Coherence, Occupational Stress, Organizational Climate, Identity, and Mental Health among New Graduate Nurses in Specialized Hospitals

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(4), 855-868
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211115168>

Satoshi Ikeda, PhD, RN, PHN

Faculty of Medicine Department of Nursing, Fukuoka University, Fukuoka, Japan

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate the sense of coherence (SOC), occupational stress, organizational climate, identity, and mental health of new graduate nurses working in specialized hospitals. It examined mental health factors and the Generalized Resistance Resources (GRRs) related to SOC. **Methods:** The self-completion questionnaire on SOC (29 items), identity scale (20 items), job content questionnaire (JCQ; 22 items), organizational climate scale (OCS; 12 items), and general health questionnaire (GHQ; 12 items) were employed among 105 new graduate nurses in specialized hospitals. A multiple regression analysis was performed with each subscale of the GHQ-12 and SOC-29 as dependent variables. **Results:** The mental health of new graduate nurses was strongly associated with SOC. In addition, the organizational environment and basis of identity contributed to a sense of comprehensibility, which is a factor of SOC. A sense of manageability and a sense of meaningfulness also affected basis of identity and established identity. **Conclusions:** It is integral to raise SOC as a mental health measure for new graduate nurses. Creating an organizational environment may strengthen SOC to enable this.

Key words

sense of coherence, mental health, occupational stress, organizational climate, new graduate nurses

Correspondence: S. Ikeda. Email: ikedasatoshi@fukuoka-u.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆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) だけでなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

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

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

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

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

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

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造^{ねつそう} (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、研究全体の重要性和価値を誤って伝えと同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■投稿の際の注意点

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

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

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

8. 利益相反自己申告書

研究の成果のバイアスがかかっているかを判断する材料となるよう利益相反（Conflict of Interest：COI）の開示が必要である。著者全員が研究内容に関係する企業・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。論文に必要な不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。
Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で作成すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で作成すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる

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

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

5. 図について

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

6. 引用について

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

著作権法

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

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

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

7. 引用形式について

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

■本文中の引用

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

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

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。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〕から報酬を受領している。
- 本研究は、〔該当する著者名〕が所属する〔企業名〕の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by [企業名].
- XXX, YYY, and ZZZ [該当する著者名] received honorarium from [企業名].
- AAA, BBB, and CCC [該当する著者名] are employees of [企業名].

《利益相反のない場合》

(和文)

- なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

11. 著者貢献度

著者貢献度（Author Contributions）について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

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

12. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字、英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナル Journal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 15) 令和元年12月15日 一部改正実施する。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年11月29日 一部改正実施する。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

コロナ禍関連研究を 推進するために

JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH

日本看護研究学会雑誌



Call for papers

一般社団法人日本看護研究学会発行の
『日本看護研究学会雑誌 (Journal of Japan Society of
Nursing Research)』では、新型コロナウイルス感染症
に関連する看護の論文を幅広く募集中です。

- ☑ コロナ禍関連研究であれば、事例報告を含み、あらゆる研究を歓迎します。
- ☑ 論文(日本語もしくは英語)は、特別に迅速査読、迅速出版(オンラインファースト)します。
- ☑ 特例として、ファーストオーサーが会員であることのみを投稿者資格とします。
- ☑ 投稿にあたり、コロナ禍関連研究であることをカバーレターに明記してください。

一般社団法人日本看護研究学会

理事長：浅野みどり

編集委員会委員長：佐伯由香

問合せ先：g027jsnr-toukou@ml.gakkai.ne.jp



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

発信日：2022年10月17日

英文オープンアクセスジャーナル! **第7報**

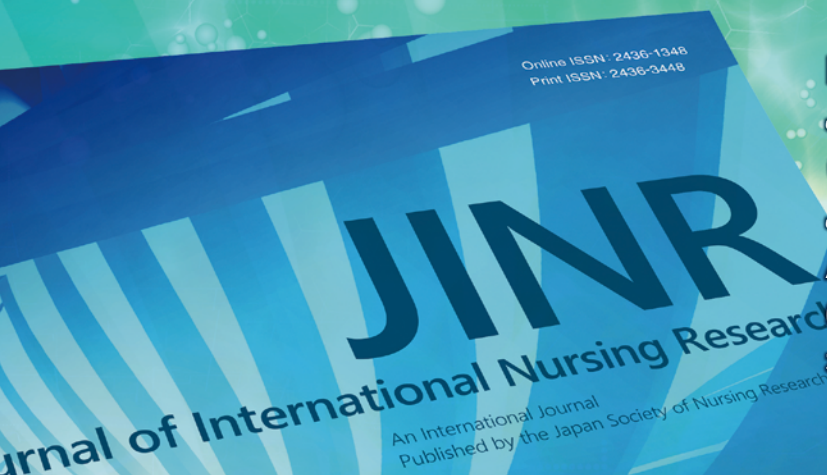
論文
受付中

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

Volume 1 | Number 1
February 2022

発信日: 2022年 10月17日

一般社団法人 日本看護研究学会
理事長: 浅野みどり 編集委員長: 法橋尚宏
問い合わせ先(JINR編集事務局): jinr@kyorin.co.jp

NR
Japan Society of Nursing Research

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、事務局までご連絡ください。

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

(株)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4号

無料配布

2022年10月20日 印刷

2022年10月20日 発行

編集委員

委員長 佐伯 由香 (理事) 愛媛大学大学院医学系研究科
委員 會田 信子 (会員) 信州大学学術研究院保健学系
伊丹 君和 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
佐々木新介 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
高井ゆかり (会員) 群馬県立県民健康科学大学看護学部
名越 恵美 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
武用 百子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科
法橋 尚宏 (理事) 神戸大学大学院保健学研究科
本田可奈子 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
松田 光信 (会員) 大阪公立大学大学院看護学研究科
水野恵理子 (会員) 順天堂大学大学院医療看護学研究科
光木 幸子 (会員) 同志社女子大学大学院看護学研究科
(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

