

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 45 Number 5 January 2023 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第45巻 第5号]

会 告

一般社団法人日本看護研究学会第49回学術集会を、下記のとおり開催しますので、お知らせいたします。

2023年1月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第49回学術集会

会 長 叶 谷 由 佳
(横浜市立大学医学部看護学科 教授)

記

一般社団法人日本看護研究学会第49回学術集会

メインテーマ：看護の可能性の探求

【会 期】2023年8月19日(土)・20日(日)

【開催方法】オンラインとオンデマンド

【プログラム】

1. 会長講演：「看護の可能性の探求」
叶谷 由佳(横浜市立大学医学部看護学科 教授)
2. 特別講演：「看護理論創出における研究開発手法」
筒井真優美氏(日本赤十字看護大学 名誉教授、客員教授)
3. 基調講演：「多研究分野からみる看護職や看護学の様相」
三井 さよ氏(法政大学社会学部 教授)
4. 教育講演
 - I 「看護学と工学の連携」
齋藤 真氏(三重県看護大学 教授)
 - II 「多分野連携の中の看護研究」
川口 孝泰氏(医療創生大学国際看護学部 教授)
 - III 「コミュニケーション・デザインによる次世代看護の可能性の探求」
武部 貴則氏(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 教授)
5. シンポジウム
 - I 「Society5.0時代の看護教育方法の可能性」
野島 敬祐氏(京都橘大学看護学部 准教授)

益田美津美氏（名古屋市立大学看護学部 准教授）
小池 武嗣氏（聖隷クリストファー大学看護学部 助教）
西村 礼子氏（東京医療保健大学医療保健学部 准教授）

Ⅱ 「看護における次世代育成の探求」

藤野ユリ子氏（福岡女学院看護大学 教授）
田村 由美氏（日本赤十字広島看護大学 教授）
宮林 郁子氏（清泉女学院大学看護学部 教授）
山勢 善江氏（湘南医療大学保健医療学部 教授）

6. 研究方法セミナー

Ⅰ 「看護学の社会実装研究」

須釜 淳子氏（藤田医科大学保健衛生学部社会実装看護創成研究センター センター長）

Ⅱ 「GISを活用した研究」

金子 惇氏（横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻 講師）

Ⅲ 「看護師が行うエコーを用いたフィジカルアセスメント」

玉井 奈緒氏（横浜市立大学医学部看護学科 教授）

7. 市民公開講座：「ライフキネティックですべての人の脳をより機能的に!!」

椎野 啓三氏（ライフキネティック協会 パーソナルトレーナー）

8. 学生セッション：「看護の未来を語ろう（仮）」

佐藤 政枝氏（横浜市立大学医学部看護学科 教授）

9. 一般演題（口演・示説）、交流集会

※演題募集案内については学術集会ホームページをご確認ください。

10. その他（委員会企画、共催セミナー、他学会との連携企画、等）

【参加費・参加登録】

参加費ならびに参加登録期間・方法につきましては、詳細が決まり次第、学術集会ホームページでお知らせします。

【第49回学術集会ホームページ】

<https://site.convention.co.jp/jsnr49/>



【問い合わせ先】

学術集会事務局：横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域（事務局長：土肥真奈）
〒236-0004 横浜市金沢区福浦 3 - 9
運 営 事 務 局：（株）日本コンベンションサービス株式会社東北支社内
〒980-0821 仙台市青葉区支倉町1-34丸金ビル 6 階
TEL：022-722-1311 E-Mail：jsnr49@convention.co.jp

目 次

《研究論文》

ー 原 著 ー

糖尿病看護に携わる看護師によるアクションリサーチを用いた手ごたえを得る取り組み	885
---	-----

金沢大学医薬保健研究域保健学系 堀 口 智 美

金沢大学医薬保健研究域保健学系 稲 垣 美智子

金沢大学医薬保健研究域保健学系 多 崎 恵 子

金沢大学医薬保健研究域保健学系 浅 田 優 也

日本語版チームに対する心理的安全尺度看護師用

(Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses: JPSN) の作成と信頼性・妥当性の検討	897
---	-----

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 浅 海 菜 月

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻基礎看護学講座 安 達 圭一郎

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座 大 神 綾 夏

身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理実践	905
-----------------------------------	-----

将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト 南 崎 眞 綾

将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト 土 肥 眞 奈

将来構想委員会看保連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト 叶 谷 由 佳

2つの精神科病棟における入院患者の自殺をめぐる看護師の体験：

病棟チームの組織的・文化的文脈に注目して	915
----------------------------	-----

関西医科大学看護学部 上 山 千恵子

看護師の16時間夜勤から13時間夜勤への勤務体制変更による心の健康度と

疲労蓄積度ならびに酸化ストレスバランスの変化の検証	927
---------------------------------	-----

足利大学看護学部 中 村 史 江

足利大学看護学部 山 門 實

喫煙者が加熱式タバコを「タバコを吸い続けるための逃げ道」とするプロセス	937
---	-----

菰野町役場子ども家庭課／名古屋市立大学大学院看護学研究科 宮 田 瑠里子

名古屋市立大学大学院看護学研究科 尾 崎 伊都子

名古屋市立大学大学院看護学研究科 門 間 晶 子

ー 研究報告 ー

ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、

「一人での移乗を続けてよい」と判断する看護師の判断視点の因子構造	951
--	-----

新潟県立看護大学 高 柳 智 子

— 総 説 —

外国人を含む家族の体験に関する文献検討

— 患者を支える家族員の異文化体験に注目して — 959

千里金蘭大学看護学部 隍 智 子

千里金蘭大学看護学部 中 尾 友 美

大阪大学大学院医学系研究科 清 水 安 子

臨床看護における色情報の評価方法に関する文献レビュー 971

浜松医科大学医学部看護学科臨床看護学講座 稲 垣 圭 吾

— 資料・その他 —

ICU患者の睡眠評価尺度（ISES）の開発

— 妥当性と信頼性の検証 — 979

山口大学医学部附属病院看護部 嶋 岡 征 宏

山口大学大学院医学系研究科 山 勢 博 彰

山口大学大学院医学系研究科 田 戸 朝 美

CONTENTS

《Research papers》

Original Article

- An Attempt to Obtain Effective Results by Diabetes-Care Nurses through Action Research** 885
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Tomomi Horiguchi, PhD, RN, PHN
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Michiko Inagaki, PhD, RN
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Keiko Tasaki, PhD, RN
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Yuya Asada, PhD, RN, PHN
- Development of the “Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses” (JPSN) and testing its reliability and validity** 897
Doctor Course, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University
Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan : Natsuki Asaumi, MSN, RN
Department of Fundamental Nursing, Faculty of Health Sciences,
Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan : Keiichiro Adachi, PhD
Department of Clinical Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University
Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan : Ayaka Ohgami, RN
- Nursing Management Practices in Acute Settings that Succeeded in Reducing and Eliminating the Use of Physical Restraints** 905
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Maya Minamizaki, MSN, RN, PHN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Mana Doi, PhD, RN, PHN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN
- Nurses’ Experiences of Patient Suicide in Two Psychiatric Wards: Focusing on the Organizational and Cultural Contexts of the Ward Team** 915
Kansai Medical University Faculty of Nursing, Osaka, Japan : Chieko Kamiyama, PhD, RN
- Verification of Changes in Mental Health, Fatigue Accumulation, and Oxidative Stress Balance among Nurses due to Change from 16-Hour to 13-Hour Night Shifts** 927
Ashikaga University of Nursing, Tochigi, Japan : Fumie Nakamura, MSN
Ashikaga University of Nursing, Tochigi, Japan : Minoru Yamakado, MD-PhD

Process of Using Heated Tobacco Products for Smokers to Continue Smoking	937
The department of children, Komono Town Office, Komono, Japan : Ruriko Miyata, MSN, RN, PHN	
Graduate School of Nursing, Nagoya City University, Nagoya, Japan : Itsuko Ozaki, PhD, RN, PHN	
Graduate School of Nursing, Nagoya City University, Nagoya, Japan : Akiko Kadoma, PhD, RN, PHN	

Research Report

Factor Structure of Nurses' Perspectives on Determining the Appropriateness of allowing post-acute Stroke Patients to Transfer Independently during Bed-from/to-wheelchair Transfers after a Fall	951
Niigata College of Nursing, Niigata, Japan : Tomoko Takayanagi, PhD, RN, PHN	

General Remark

Review of the Experiences of Families Including Foreigners:	
Consideration of the Cross-Cultural Experiences of Family Members Supporting a Patient	959
Faculty of Nursing, Senri Kinran University, Osaka, Japan : Motoko Hori, MSN, RN	
Faculty of Nursing, Senri Kinran University, Osaka, Japan : Tomomi Nakao, PhD, RN	
Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan : Yasuko Shimizu, PhD, RN	

Methods of Evaluation for Color Information in Clinical Nursing:	
A Literature Review	971
Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine, Shizuoka, Japan : Keigo Inagaki, MS, RN	

Material and Others

Development of an ICU Sleep Evaluation Scale:	
A Validity and Reliability Study	979
Nursing Department of Yamaguchi University Hospital, Yamaguchi, Japan : Masahiro Shimaoka, MSN, RN	
Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan : Hiroaki Yamase, PhD, RN	
Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan : Asami Tado, PhD, RN	

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 総 説
- ・ 資料・その他

糖尿病看護に携わる看護師による アクションリサーチを用いた 手ごたえを得る取り組み

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 885-895
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220118177>

堀口智美, 稲垣美智子, 多崎恵子, 浅田優也
金沢大学医薬保健研究域保健学系

要 旨

目的：糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得る取り組みをアクションリサーチ（AR）の手法を用いて明らかにすることである。方法：ARモデルの1つであるKemmisとMcTaggartのモデルを採用した。参加者を糖尿病教育を行っている病棟にて募集し看護師5名が参加した。研究者がファシリテーターとなりARを進行し、インタビュー内容を質的帰納的に分析した。結果：手ごたえを得る取り組みは3サイクル10段階の過程で示された。ファシリテーターが進行する各リフレクションにおいて参加者の新たな姿が現れ、《同僚の努力や思いにはとどく姿》、《このままではいけないという姿》、《覚悟を決めた姿》が現れた。最終リフレクションにて《手ごたえを得る姿》に至った。結論：糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得る過程において、ARの有用性が示唆され、糖尿病看護の場での共有体験の必要性和ARにおけるファシリテーターの具体的な役割が示された。

キーワード

糖尿病, 看護師, 手ごたえ, アクションリサーチ, ファシリテーター

責任著者：堀口智美. Email: horiguchi@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

研究背景

本研究は、糖尿病看護に携わる看護師より、自身の糖尿病看護に手ごたえを得られにくいとの相談を受けたことが契機となり実施したものである。手ごたえを得られないとき、看護師は不全感を抱いたり、やりがいや自信をもちづらかったりする状況が生じる（山田・今井・高瀬, 2019）。また看護師は、わずかでも生じた患者の変化や成功体験を手ごたえとして捉え（伊藤, 2011；鈴木・小林, 2018）、現象に対する満足度とその現象を自分のケアで導くことができたという自信から手ごたえを語るといわれている（村角・稲垣・高木・松井・多崎, 2011）。看護師が得た手ごたえは、看護への自信や達成感（伊藤, 2011；鈴木・佐鹿, 2016）、また難しい看護場面において再起する力になる（樽岡・黒田, 2017）。このように看護師が手ごたえを得ることは、看護実践において重要である。

しかし、慢性疾患看護の中の糖尿病看護は、看護師が手ごたえを感知しづらく自信をもちにくいことがすでに報告されている（Tasaki, Inagaki & Inoue, 2007）。その理由として、糖尿病をもつ人々への援助は対象の行動の変化に時間を要することが多く、その援助過程が他者に見えにくい

め評価を得にくいこと（瀬戸, 2007）、糖尿病患者教育の成果が不十分になる場合の原因が、その実践者である自分自身にあると捉える看護師が多いこと（東, 2001）が挙げられる。糖尿病看護に携わっている看護師の実践に対する思いを調査した研究では、看護師は努力目標をもって実践に臨んでいるが、その目標に近づけない無力感が生じている現象（多崎・稲垣・松井・村角, 2006）や、看護師の教育満足度が低い現象（藤田・松岡・山地, 2003）が報告されている。そして、これらを解決する方法として療養指導のための環境づくり（鈴木・田中・上岡・武田・西木, 2005）、システムづくり（原・佐藤, 2011）の必要性が指摘されている。しかし、実際の臨床の場で実施しうる具体的方法はいまだ示されておらず、さらには手ごたえを得る方法についても明らかではなく、これらは糖尿病看護実践の場においていまだ解決できていない課題である。

そこで今回我々は、看護師の手ごたえと実際の糖尿病看護の場に着目し、看護師が「手ごたえが得られない」と語ることに潜む問題状況を探索し、その改善をもたす必要があると考えた。アクションリサーチ（AR）とは、特定の現場に起きている特定の出来事に焦点を当て、そこに潜む問題を探索し、その状況に向けた解決策を現場の人と探

り、状況が変化することを目指す研究デザインであり（筒井・江本・草柳・川名，2010），今回の状況において適切な手法であるといえる。以上より，本研究の目的は，看護師と研究者が糖尿病看護の場で手ごたえを得るための取り組みをARの手法を用いて明らかにすることとした。これにより，糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得るための支援方法への示唆が得られると考える。

I. 研究方法

A. 研究デザイン

ARを用い，その方法としてKemmisとMcTaggartのモデル（Kemmis & McTaggart, 1981）を参考にした。このモデルは最初に現状を詳細に想起する「リフレクション」から始まる特徴をもち，「リフレクション」の後に慎重に検討された行動の変化と評価を含んだ「計画」，続いて，計画された行動に移り，計画で練られた変化が実際に起きているのかを観察する「行動と観察」，これら3段階からなる。この3段階を1サイクルとしたプロセスが循環的に目標達成まで続けられ，その過程を結果とするものである。

本研究の契機は看護師からの手ごたえに関する相談であり，相談者である看護師およびその看護師の勤務場所に所属する看護師らはすでに手ごたえについて「リフレクション」を始めている状態と解釈でき，本モデルが研究目的において最適と考え参考とした。

B. ARの方法

1. 研究参加者の募集

研究参加者は実際の現場で糖尿病看護を行っている看護師とし，管理者でない者とした。相談のあった看護師が所属するA病院において，看護部長の承諾を得たうえでB病棟看護師長に研究の概要を説明し許可を得，研究者が病棟へ赴き直接看護師へ文書と口頭にて研究内容を説明した。参加希望者は研究者に直接申し込む方法をとった。

2. 研究構成員

応募のあった看護師5名とファシリテーターとして研究者1名が参加し，計6名で構成された。研究者は，これまでにファシリテーターとしての経験はなく，臨床経験4年の看護師であり，A病院においてB病棟を含めた学生の病棟実習を1年間のうち7か月指導している糖尿病看護教育・研究を主たる専門とする看護教員であった。

3. ARの手順（KemmisとMcTaggartのモデルにおける3段階の設定）

a. リフレクション

現状を詳細に想起する手法として，フォーカス・グループインタビューを用いた。フォーカス・グループインタビュー（以下，インタビュー）は，参加者間で相互作用が行われることを特徴とし，人々がある特定の論題についてどのように考え，感じているかを明らかにすることが可能である（ホロウェイ，ウィーラー，1996/2006）。インタビューでは，研究者がファシリテーターとなり進行した。ファシリテーターはインタビュー実施前にリフレクションの意図を明確にして臨み，初回リフレクションの意図は「現状の問題意識の共有」と設定してインタビューを実施した。第2回目以降のインタビューは前回のインタビューの結果を踏まえて意図を設定し，参加者に同意を得ながら進めた。また，インタビューの開催日程は，現場の状況に合わせて進めるために参加者が主体となって決定された。

b. 計画

インタビュー時，参加者がどのような行動を起こすべきかを参加者全員で具体的に計画した。

c. 行動と観察

現場で計画に基づき参加者が行動を起こし，その行動の実施状況や実施に伴ってどのような変化が起きているのかをインタビュー時にファシリテーターが確認した。

4. ARの目標

参加者が糖尿病看護の場において手ごたえを得ることを目標とした。

5. 本研究におけるファシリテーターの役割

ファシリテーターは全過程を通して意図をもち，参加者と合意形成を図りながら研究を進めた。そのため，インタビュー開始時にファシリテーターが設定したリフレクションの意図を伝え，インタビュー過程では自身の思考を参加者へ伝えた。インタビュー終了後にはインタビュー内容をまとめるとともに，以後の研究遂行に必要と考えられる情報や資料を準備し，次のインタビュー時にそれらを参加者へ提示した。

また，ARの特徴である民主的活動（Pope & Mays, 1999/2001）を実現するために，ファシリテーターはインタビューにおいて，発言者を固定しないこと，発言を否定しないこと，そしてB病棟で経験年数や看護師歴の短い参加者が発言しやすい雰囲気を作ることに徹した。さらに，参加者のこれまでの体験，それに伴う感情を発言できるように促すとともに，体験や感情が話された後，他の参加者

に同じような体験があるのか、そのときの感情はどのようなものであったかを話すことができるように各参加者に問いかけた。

C. データ収集方法

データはインタビューの逐語録、および研究者が研究の過程で記載した記録物から収集した。なお、インタビューは参加者の許可を得て録音され、その内容を逐語録に起こしデータとした。データ収集期間は、2016年9月から2017年6月までの9か月間であった。

D. データ分析方法

研究者は、逐語録に起こした全データを精読し、データの抽出およびカテゴリー化を行った。参加者の手ごたえが得られないことに関係する語り、および手ごたえを得ることにつながる語りを抽出し、共通するものをまとめ、カテゴリーとして命名した。インタビューごとに、参加者の姿、気づき、そしてそれに伴って新たに現れた参加者の姿を抽出した。データ解釈はインタビューごとに参加者へ提示し、内容の真実性を確認した。最終インタビューでは参加者から語られた内容から革新の語りを抽出し、同様にカテゴリー化を行った。また、逐語録よりファシリテーターとしての自身の関わりを整理して抽出し、記録物よりファシリテーターが設定したリフレクションの意図を抜き出した。

なおARの全過程において、ARの経験豊かな研究者よりスーパーバイズを受け妥当性を高めるよう努めた。

E. 倫理的配慮

金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：671-2）。研究対象施設の看護部長、病棟看護師長および研究参加者に、研究への参加は自由意思であり、参加に同意しない場合でも不利益は生じないことや、職務評価との無関係性、いつでも参加をとりやめることが可能であること、個人情報の保護、得られたデータは研究以外に用いないこと、研究成果の公表について文書と口頭にて説明し、研究参加者から書面で同意を得た。

Ⅱ. 結 果

A. 研究参加施設、研究参加病棟、研究参加者の概要

研究参加施設は総合病院で第3次医療機関であった。研究参加病棟であるB病棟は、循環器内科と内分泌・代謝内科との混合病棟で、病床数は50床、看護体制は2交代制で日勤（8：30～17：15）15名（内2名外来応援勤務）、長

日勤（8：30～19：30）4名、夜勤（18：30～9：15）4名、パートナーシップ・ナーシング・システムを採用していた。入院患者が平均24名／週、緊急入院平均8名／週、心臓カテーテル治療平均18名／週であり、看護師の超過勤務が参加施設内で最多の病棟であった。スタッフは（2016／2017年度）、看護師34／31名、1年目4／4名、時間短縮勤務者4／4名、看護師経験年数5年未満18／15名であった。

研究参加者である看護師の年齢は26-34歳、看護師経験年数は2-14年、糖尿病看護経験年数は2-14年、B病棟経験年数2-6年であった。糖尿病看護に関する資格保有者は1名（日本糖尿病療養指導士）であった。

B. 糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得る取り組み

糖尿病看護の場において手ごたえを得ることを目標にARを用いて参加者5名とファシリテーターがともに取り組んだところ、4つのリフレクションをもった3サイクル10段階の過程として図1のように示すことができた。以下、まず取り組みの過程を述べ、続いて各サイクルおよび段階における取り組みを説明する。〈 〉はファシリテーターの意図、[] は参加者の語りから抽出したカテゴリー、【 】 はリフレクションを通して得られた気づき、《 》 は気づきによって現れた姿、「 」 は参加者の語り、を示す。

1. 取り組みの過程

糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得る取り組みは、そのリフレクションの過程において参加者の新たな姿が現れ、その姿が原動力となりサイクルが進んだ。第1サイクルのリフレクションにおいては、《同僚の努力や思いにはとっとする姿》が現れた。第2サイクルでは、《このままではいけないという姿》となった。参加者の中で課題がより現実味を帯び、続く第3サイクルのリフレクションでは《覚悟を決めた姿》が現れ、修正版計画をもとに行動と観察、および最終リフレクションの結果、参加者は《手ごたえを得る姿》に至った。図1の螺旋が示すように、本研究はサイクルを重ねるごとに計画、行動と観察の焦点が定まり、《手ごたえを得る姿》という1つの方向へ収束し研究目標が達成された。ここにおいてARは終結し、この終結までの過程を糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得る取り組みの過程とした。

2. 各サイクルおよび段階における取り組み

3つのサイクルを実施した段階順に説明する。リフレクションでは、ファシリテーターの意図と関わり、また、参加者が手ごたえを得られないと語ることに関係する語り

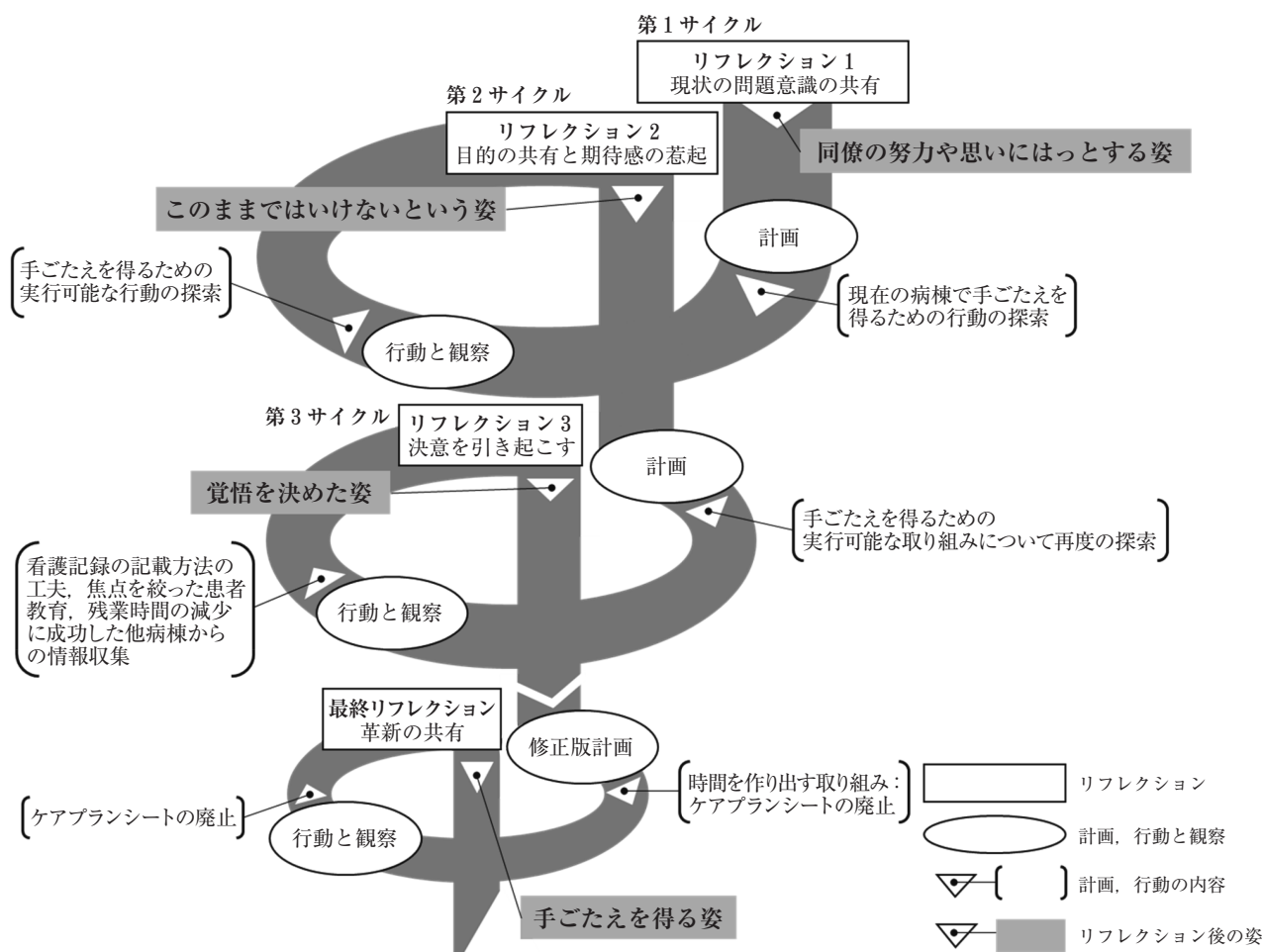


図1 糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得る取り組みの過程

や、手ごたえを得ることにつながる語りから生成したカテゴリー（表1）、参加者の気づきおよび現れた新たな姿について説明する。最終リフレクションにおけるカテゴリーは、革新の語りから生成した（表2）。

3. 第1サイクル

a. 第1段階：リフレクション

(1) ファシリテーターの意図と関わり

〈現状の問題意識の共有〉を意図して第1回目のリフレクションが実施された。ファシリテーターは、参加者に現状について自由に感じていることを話すように促した。

(2) 参加者の気づきと姿

参加者は患者の変化を捉えてはいるが、それは「自己満足が払拭できない患者の変化」と感じていた。また参加者は手ごたえを「患者の長期的変化で得ないといけな手ごたえ」と捉えており、退院後の患者の姿を見る機会はなく、自身の看護実践が患者の退院後の生活に役立ったのかが見えず、その場で捉えた患者の変化を手ごたえとして認めることができずにいた。研究者はこのような現状では参加者たちは消耗しているのではないかと感じ尋ねると、

「客観的に見ていただけるから、たぶんそう思っていたいただけるんだと思うんですけど、麻痺しちゃう」「これ（現状）が普通になってしまっている」と【埋もれている感覚】に気づき、参加者は日々感じるが埋もれている感覚を見つめ始めた。そして、参加者は糖尿病患者のところへ行くことができていない罪悪感、他の疾患の患者を優先してしまう罪悪感、チームと連携できていない罪悪感といった「日々感じる罪悪感」を語った。手ごたえを得るための方策として、現状の問題意識と照らし合わせ、外来との連携、多職種連携、受け持ち機能の発揮が語られた。これまで、手ごたえを得る方策について、参加者同士で話したことはなく、参加者が努力していることや、こんなことをやりたいという希望が話されると、「～ときはどのようにしてるんですか？」と参加者同士で質問し合う姿が現われ《同僚の努力や思いにはととする姿》が現れた。

b. 第2段階：計画

ファシリテーターは、参加者の《同僚の努力や思いにはととする姿》から、各参加者が自身も何かできるかもしれないと考え始めるチャンスであると感じた。そこで、手ごたえを得るために現在の病棟で何ができるのか、次回の

表1 糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得ることにつながる語り

カテゴリー	実例
リフレクション1:〈現状の問題意識の共有〉	
自己満足が払拭できない患者の変化	- 自己満足じゃないのかなってというのが拭いきれないから、手ごたえを感じられないんじゃないのかなってちょっと思ってる。 - 生活の改善が大事なのに手ごたえていったら、患者さんの表情が変わったとかプラスの言動がきかれたとかその一瞬だけで自己満になってしまってる。
患者の長期的変化で得ないといけない手ごたえ	- 患者さんが長期的にみて変わったなとか自分に返ってくるってない。 (退院後の) 帰ってからの生活がやっぱり、それこそ外来ともう少しつながると、あー変わったんだっていう、患者さんからの評価っていうか患者さんが変わったっていう実際の評価がみえると、あのときの情報提供があったからだ、とかってぐっと手ごたえがつかめると思う。 - 長期的なことになるとみえないから、やっぱり再入院で病棟に帰ってきたとなると、またかってなって結局(自分の看護が)できなかったんだっていう思いが強くなってしまふ。 (入院中のことが) 実際にどう活かされているとかそういうのがわかったら、それこそ私たちのためにもなるし、今後の経験としてこういう風に指導していけばいいとか経験として蓄積していくんじゃないかな。
日々感じる罪悪感	- 受持ちなのに(患者さんに)全然会いにいけてないっていう罪悪感をもちながら仕事をしている気がする。 - もうちょっと患者さんと話す時間が欲しいなって、時間がないって、時間がないごめん、って思って検温をこなしてしまう感じになっている。 - 糖尿病の人ってADL自立しているからどこか行ってるプラス、目を離しても死なないっていう思いがどこかにあって、結局心臓カテーテル検査直後の人とかちょっと循環動態不安定な人とかに気持ちがいって、気づけば16時、17時。 - なんか検査メインで来てるような感じになって、検査すればいいしとかそんな感じだと、自分から(チームに)ちょっと言い出しづらくなってしまってる、なんかその生活のこととかもなかなか言いづらくなって。 - 受け持ち看護師か誰か一人がもっとちゃんと話して、(患者さんも)心を開いてくれてっていう関係を築けたら、もっと情報も得れて統一もできるし、(私たちも)先生とも話しやすいうって思うし、そうやった方がいいかなって思うんですけど。
リフレクション2:〈目的の共有と期待感の惹起〉	
状況を理由にしている現状	- 退院サマリを書いても書きっぱなしになって、結局外来でどうだったのかその結果が見えてこなかったんでいつの間にか無くなってた。どうフィードバックがくるのかっていう思いがみんなの中にあっただけこなかった。 1年で先生たちが変わる、人が変わりすぎて(医師との)関係性は構築しにくくなると感じる。 - 糖尿病の患者さんを外来で私たち病棟から出てる看護師がフィードバックするのは難しいなって。
病棟全体を巻き込む躊躇	- できたら病棟全体でできることを考えたらいいかなと思ってはいたけど、なかなかそうすると壮大だと思って。まずは自分ひとりで始めてみれることって何かなって考えてみてたけど、結果それが全体につながっていったらいいなと思ってはいたんですけど難しい。 - 行動を起こしたときに、(病棟で)ぱったりやられないかっていう不安がある。
認めることができた病棟の現状	- ケアプランシートを書かなきゃ気が済まないっていうか、申し送りすること全部書くくらいの勢いで書かなきゃっていう状況になってる。 - ケアプランシートやパソコン……情報が分散していて情報収集しにくい。 - 日勤の役割を明確にするなり、長日勤の役割を明確にするなり、それが大事ななんかになって。それがあやふやになってるような気がする。 - 整理整頓ができていない。
リフレクション3:〈決意を引き起こす〉	
自分の踏み出した挑戦	- もうちょっと記録を簡潔に書こうと思って、糖尿病に限らず全体的に。 - 夜勤で(患者さんの)話を聞くことが多くて、最近土日とかの夜勤が多かったりして人数的に余裕がある日と、ある程度(患者さんを)まわる前にできることをしてまわり始めたら時間が少し確保できるんで。最近この人の低血糖がよくあるんだったら、低血糖の対応についてとか1つの点だけで話聞きたいなって思って聞いたりしてる。 - 私余裕がある時は、私検温して保清にまわるし、〇〇さん(ベアの看護師)情報とってくれる?って方向でしてる。
次世代育成の必要性	仕事をしやすくするために、そういう若い子の指導もしていかないといけない。自分たちが業務をしやすくするために、次世代の育成みたいなことをしなければいけない。

表2 糖尿病看護に携わる看護師が認識した病棟に起きた革新の語り

カテゴリー	実例
受け入れられた今	・今までできていたことができないっていうので新たな仕組みができるっていうので、その変容に周りからのストレスが……忙しいのに慣れないことを始めるってことのストレス出てきたんじゃないかな。 ・ケアプランシートを復活させてもらえないかなっていうのを後ろからつかれることは何回もあった。 ・今のところ批判はなくなってきたかなと思う。
捻出した時間	・慣れてきて割とみんな結構早くまわれる、前よりも。導入時期よりも慣れてきたのかまわり始めるのも早くなってきた。前は10時すぎとか遅かったけど、慣れてきたのかな。 ・ベアの相手が2年生以上やったら9時半にはスタートできると思う。 ・やっぱり（担当患者の）人数多いと負担が強いし、可能なら人数少なめでしょうっていうので、一人で検温とかでも人数少な目にしてとか、そういう風に工夫するようになったかな。どうしても入院とか多いと難しいときもありますけど、可能なときは。 ・副看護師長さんもどうかしないかっていうのは言ってくれてるので。 ・なんか思うにちょっとしたことかもしれないけどケアプランシートがなくなったってことで、それを書かなければいけないっていう、この時間までに書かなきゃって切迫することもないし。たぶん1年生に関わる時間も増えたし、1年生が早く業務に取り組めるようにこちらも配慮して1年生が書いた記録を確認するって時間も割と勤務内でとれるようになったんかなって思ったりする。ちょっとしたこともかもしれないけど、1年生の指導にかける時間は増えたりしたかなって。 ・最近さかのばれば、糖尿病の人とゆっくり腰を据えてじっくりしゃべった時間はあったらどうか、っていう風に考えられるってことは、ちょっと余裕ができたってことだと思う。

インタビューまでに見つけてみることを参加者に提案し賛同を得た。

c. 第3段階：行動と観察

参加者は、計画に基づき、現在の病棟で手ごたえを得るために可能な行動を探索した。1か月後に参加者よりインタビュー開催の希望があった。

4. 第2サイクル

a. 第4段階：リフレクション

(1) ファシリテーターの意図と関わり

ファシリテーターは、〈目的の共有と期待感の惹起〉を目的として第2回目のリフレクションを行った。第1回目のインタビューの内容（外来との連携、多職種連携、受け持ち機能の発揮により手ごたえが得られる可能性を語っていたこと）を確認し、「手ごたえを得る仕組みづくり」に取り組む目的を共有した。次に、実現可能であるという感覚を参加者がもてるように、他の病棟で勤務した経験のある参加者に、他の病棟での外来とのつながり方、多職種連携、受け持ち機能の発揮の方法について語ってもらった。さらに、参加者が自分自身に期待感をもてるように、看護師には逆境の中でもやり遂げる力であるレジリエンスがあることへの気づきを促す必要があると考え、その手段として「総合病院における看護師レジリエンス尺度」（尾形・井原・犬塚・多田・水野，2010）の質問項目を参加者に紹介することとした。

(2) 参加者の気づきと姿

他の病棟で勤務した経験のある参加者の話を聞いた参加

者は、これまで現病棟で取り組んできたことを想起した。手ごたえを得られない理由として、外来からのフィードバックがないことや、外来へ応援に行っても糖尿病患者と関わるシステムではないことなどと「状況を理由にしている現状」がみられた。ファシリテーターがこの状況を変えるために自分自身で行動を起こしていることがあるかと尋ねると、自身を客観視し始め「退院してからのことを（患者と）一緒に考えてるくせに、じゃあどうなったとかはそこまで見てなかったなっていうのは確かにあります」と【行動を起こしていない自分】に気づいた。自分は行動を起こしたいと思っているが、他のスタッフに理解が得られないのではないかと「病棟全体を巻き込む躊躇」があり行動できずにいた。

ファシリテーターより看護師のレジリエンスについて紹介があった後、他の病棟で勤務した経験のある参加者が、今まで言えなかったB病棟の現状を話し出した。参加者は他病棟経験者を通して「認めることができた病棟の現状」の中から、病棟で気になっていることについて相互の認識を確認し始めた。それを通して参加者は「私ずっとこの病棟に居続けているから、ここの病棟の環境に慣れすぎている」「整理整頓もできてない、（自分も含め）そういう集団の集まりってことか」と【病棟の一員である自分】に気づき、「みんなで変えていこう」と《このままではいけないという姿》が現れた。

b. 第5段階：計画

参加者から、病棟で実行可能な取り組みを再度考えてくるという申し出がなされた。

c. 第6段階：行動と観察

参加者は、糖尿病患者の教育に充てる時間を確保すべく行動した。看護記録の記載方法を工夫し、焦点を絞った患者教育を実施したほか、残業時間の減少に成功した他病棟より、その方法について情報収集を行った。1か月半後に参加者よりインタビュー開催の希望があった。

5. 第3サイクル

a. 第7段階：リフレクション

(1) ファシリテーターの意図と関わり

ファシリテーターは、〈決意を引き起こす〉ことを目的に第3回目のリフレクションを行った。ファシリテーターは、第1・2回のインタビューおよび第6段階の行動と観察を通して、参加者にとって主たる問題は、糖尿病患者と関わる時間が不十分であることであり、時間を作り出す取り組みが必要なのではないかと提案した。加えて、患者と関わる時間を確保することは手ごたえを得るために重要なことであると感じた旨も参加者へ伝えた。

(2) 参加者の気づきと姿

参加者は「自分の踏み出した挑戦」について語った。各参加者の取り組み方を共有し、時間を作り出すための具体的な業務について話し合う中で「次世代育成の必要性」に話が及び、「最近自分のモチベーションも下がっているのかな。なんか（後輩と）うまくコミュニケーションとれなかったりとか、言っても響かないし時間がないから、意味がないってなってしまって、根気がもてなくなった」「（後輩の）変化とか努力とかが見えたらこっちのモチベーションもあがるのかもしれないけど、なかなか小さいのも見つけれられない。あるのかもしれないけど。目に見えない」「（後輩に）あんまり最近言っていない」と【自分自身と周囲への諦め】をもっていることに気づいた。そして参加者は「将来的な時間の捻出なのかもしれないですけど」と語り、時間を作り出す必要性についてファシリテーターの提案に合意し、行動を起こす最適な時期を模索した。ファシリテーターがどの時期であれば取り組みを開始できるのか尋ねると、「時間は限られてるから」と【常時慌ただしい病棟】に気づき、「やることやるしかない」「覚悟するしかないですよ」と《覚悟を決めた姿》が現れた。

b. 第8段階：修正版計画

参加者は、時間を作り出す取り組みに着手することを選び、その第一歩として、以前から病棟で検討課題となっていたケアプランシート廃止に向けた計画を立てた。ケアプランシートとは、看護師同士の申し送りに使用される用紙で、各患者の疾患やケア状況などが記載されており、当該病棟では日勤の看護師が約1時間かけて記載している。ファシリテーターは、内容の真実性の確認に加え、参加者

の計画実行の後押しをするため、リフレクション3のインタビュー結果をB病棟へ持参し参加者に提示した。

c. 第9段階：行動と観察

参加者は、インタビュー結果を確認後、ケアプランシート廃止のために取り組んだ。まず参加者は、ケアプランシート廃止に伴い簡単なルールを作成した。病棟に異動し2年目である副看護師長と計画を共有し、理解を得た上で、病棟会議にてB病棟勤務3年目の参加者がケアプランシート廃止をスタッフに提案した。これに対してインシデント発生が懸念されたため、対策（電子カルテ内で各患者の情報を一目で把握できる画面の活用）を行った上でシート廃止日を予告し、指定日より廃止を実施した。廃止に伴う特記すべきトラブルは生じなかった。廃止から1か月後、参加者は独自に作成した項目にてシート廃止に関するアンケート調査を実施した。また参加者は、ケアプランシートの廃止だけではなく、看護師がどの患者を担当するかといった部屋割りの工夫にも着手していた。修正版計画が実施された2か月後に参加者からインタビュー開催の希望があった。

6. 第10段階：最終リフレクション

a. ファシリテーターの意図と関わり

ファシリテーターは、〈革新の共有〉を目的に最終リフレクションを行った。ファシリテーターは、ケアプランシート廃止前後のことを詳細に尋ねると、検温に回り始める時間の変化、糖尿病患者に関わる時間の出現、アンケートを自分たちで実施したことや部屋割りを工夫したことが話された。ファシリテーターは、それらはケアプランシートの廃止によりもたらされたものであり、参加者の行動による革新であると伝えた。

b. 参加者の気づきと姿

ファシリテーターからケアプランシート廃止の取り組みについて尋ねられると、参加者は「受け入れられた今」について語った一方、病棟の状況は特に変化はないとの返答であった。しかしファシリテーターがケアプランシート廃止前後の病棟の状況について詳細に尋ねたところ、[捻出した時間]が語られ、参加者はこれまでも振り返り革新を共有した。共有する中で「私たちも患者さんと同じってこと？患者さんも自分ができてないって思いながら、できてることもあるんだけど、看護師に認めてもらえなくてジレンマみたいになってるけど、うちらも一緒ってこと？」「確かにできてるよって言われることないもんね。うちらも不評だけだよ。ここはできてない、連携できてないって。それは無駄な時間じゃないかって言われたらショックを受けてみたりとか。そういう風に言われるとなんかやってることってなんなんだろうって思ったりとか」というよ

うに【自分たち自身を認めていない現実】に気づくと、糖尿病看護を想起して「患者さんの考えが変わったりとか具体的にこうだったのがこうしてみようかなとか、本人から具体案がでたらそれはそれ（患者の変化）でいい気がする」と【患者のそのときの変化の大切さ】に気づき、これを通して参加者は自身の行ったことに対する変化を認めることができ、《手ごたえを得る姿》となった。

よって、ARの目標が達成され、ここでARを終結した。

Ⅲ. 考 察

A. 糖尿病看護の場において手ごたえを得ることの困難性とARの可能性

本研究によって、看護師が糖尿病看護の場において「手ごたえを得る」までの過程の1つが示された。「手ごたえを得る」とは、患者に起こった変化を捉えるだけでなく、それを意味のあるものとして認める、また看護師自身によるケアを通じて起こったものとして認めることであった。そして「手ごたえを得る」ことが難しい背景として、看護師が患者の変化をそのように認めづらい状況と、実際の現場における環境面の問題が明らかとなった。

これまでの報告では、手ごたえを得るためには看護師の能力向上が必要であるとされている（多崎・稲垣・松井・村角, 2007）。これは、看護師が自分自身の能力を高める、すなわち各看護師が糖尿病看護実践能力を高めることが手ごたえを得ることにつながると考えられてきた。しかし本研究において看護師は、手ごたえを「患者の長期的変化で得ないといけない手ごたえ」と語った。糖尿病教育は患者がセルフケア行動を確立し継続することを目指す、長期的変化に重きを置くがゆえ、その場・その時に起こった患者の変化を意味のあるものとして認めづらく、手ごたえを得ることが難しかったと考えられた。

また現場の状況に起因して、看護師は糖尿病患者と関わることができていない、糖尿病患者と信頼関係を築けていない、他疾患の患者を優先してしまう、といった「日々感じる罪悪感」を自覚していた。柏崎（2020）は、急性期病棟における看護師にとって糖尿病患者と関わるための時間を調整することは容易ではないと述べている。本研究においても糖尿病患者と関わることができていない理由として時間のなさが挙げられており、本研究の対象病棟、つまり糖尿病看護の場は、急性期の側面をもった循環器内科との混合病棟であった。これに対して看護師は、患者と関わる時間を作り出すことが重要と考えて取り組み、その結果手ごたえを得る姿に到達した。

このように、糖尿病看護の特徴や時間調整の難しさと

いった環境面の問題から、糖尿病看護の場では看護師が手ごたえを得難い状況であることが具体的に示された。しかしこのような困難な状況にあっても、看護師は手ごたえを得られる可能性をARの手法を用いることによって示すことができた。この手法は、参加者がリフレクション、計画、行動と観察を共に体験する「共有体験」のもとに進行する。近藤（2010）は共有体験の重要性について「他者との共有体験は、自分の感じ方は間違っていないというような基本的な自尊感情の基礎が作られていくことにつながる」と述べている。自尊感情は手ごたえを語る上で重要な満足度や自信（村角ほか, 2011）につながると考えられ、中吉ら（2018）は、自尊感情が高い者は高い自己肯定感・効力感をもつ一方、看護師は自己の看護実践能力を厳しく評価するために高い自尊感情が形成されづらいことを報告した。加えて松浦・鈴木（2017）は、職場における複雑な周囲環境を統制できるという「環境制御力」の感覚が大きい場合、自尊感情は高くなると報告した。

本研究の看護師は、前述のように「日々感じる罪悪感」や時間調整の難しさなど、「環境制御力」は低く、自尊感情は低かったことが推察された。つまり、手ごたえを得るためには共有体験の場を設けることや環境制御力の向上が有効であると考えられた。本研究ではARの手法を用いて手ごたえを得る姿に至ることができたが、これはARが共有体験を通して自尊感情形成につながりうる手法であり、同時に「環境制御力」に影響する現場の問題点を抽出しこれを解決しうる手法でもあるためである。すなわち、本研究により、手ごたえを得る上でARの手法を用いることの有用性が示唆されたと考えられた。

B. ARにおけるファシリテーターの役割

ARにおけるファシリテーターの役割として、本研究では安心感をもたらすことが挙げられた。本研究で用いたフォーカス・グループインタビューには、参加者間で相互作用が生じるという特徴がある。相互作用を生産的なものとするには、ファシリテーターがグループに安心感をもたらすことが重要であるといわれている（矢守, 2010）。小林（2011）は、ファシリテーターが参加者の自由な発言を保障することは安心感をもたらし、お互いの思いを語り、かつ受け止めようとすると述べている。本研究でファシリテーターは発言者を固定しない、発言を否定しない、全参加者が発言しやすい雰囲気を作る、の3条件に徹し研究を進め、これが本研究を通じてもたらされる相互作用をより効果的なものとし得たと推察された。

またファシリテーターは、客観的立場から参加者の認識を明確にする役割も担った。本研究において看護師は手ごたえを得るために、時間を作り出す取り組みを行ったこと

は、既存の文献ではみられない取り組みであった。レヴィン (1954/1972) は、現場の人たちは、問題になんとか手を打とうとしている集団であるが五里霧中の気持ちであり、その理由の1つとして、現場の状況はいかなるものかわからない状態になっているからだと述べている。看護師が糖尿病看護の場において主たる問題として捉えつつあった「時間がない」ことについて、ファシリテーターはこれを明確にした。そしてファシリテーターと看護師が問題点について合意形成を行った後、看護師は主体的に病棟を巻き込んで時間を作り出す取り組みを行った。

ファシリテーターが備えておくべきスキルとして、臨床経験・ファシリテーター経験の蓄積 (脇丸・八代, 2019) が挙げられる一方で、経験を積んだファシリテーターであっても熟練した介入ができるわけではない (Chujo & Okamura, 2015)。本研究のファシリテーターはこれまでファシリテーターの経験はなかったが、安心感をもたらすよう努め、看護師が置かれている現場の状況を理解し、客観的立場から看護師の認識を明確にした結果、目標である「手ごたえを得る姿」に到達した。言い換えれば、このような役割を意識してファシリテーターがARを進行することで、手ごたえを得られにくいと考えられる糖尿病看護の場においても看護師が手ごたえを得られることが示唆された。

C. 本研究の限界

本研究は第3次医療機関の混合病棟である1病棟で手ごたえを求めている糖尿病看護に携わる看護師の存在を受けて実施したものである。そのため第3次医療機関の混合病棟以外の糖尿病看護に携わっている看護師や、手ごたえに関心を向けていない看護師に適用出来るとは限らない。

結 論

看護師が手ごたえを得る取り組みを、研究者がファシリテーターとなり5名の看護師とKemmisとMcTaggartのモデルを用いてARを実施したところ、4つのリフレクションをもった3サイクル10段階の過程として示すことができた。その過程において看護師は時間を作り出す取り組みを行い、最終リフレクションの結果、参加者は手ごたえを得るに至った。糖尿病看護に携わる看護師が手ごたえを得る過程において、ARの有用性が示唆され、糖尿病看護の場での共有体験の必要性とARにおけるファシリテーターの具体的な役割が示された。

謝 辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様、そして病

棟の看護師の皆様は心より感謝申し上げます。また研究のご許可をくださいました看護部長様、病棟看護部長様に心より御礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 東ますみ (2001). 看護職者の糖尿病患者に対する認識とその関連要因. *大阪市立大学看護短期大学部紀要*, 3, 1-7.
- Chujo, M., Okamura, H. (2015). The skills of facilitator nurses in psycho-social group intervention for cancer patients. *Yonago Acta Medica*, 58, 69-75.
- 藤田君支, 松岡 緑, 山地洋子 (2003). 臨床看護師が実践している糖尿病患者への教育活動に関する実態調査. *日本看護研究学会雑誌*, 26(4), 67-80.
- 原 千晴, 佐藤三穂 (2011). 糖尿病療養指導士の認定資格を有さない病棟看護師の糖尿病看護実践の困難から考える有資格看護師の役割: A大学病院の調査から. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 15(2), 163-171.
- ホロウェイ, ウィーラー (1996) / 野口美和子訳 (2006). *ナースのための質的研究入門: 研究方法から論文作成まで*. 東京: 医学書院.
- 伊藤祐紀子 (2011). 患者への気がかりをもとに看護していくプロセスの探究: 看護師の身体のある様に着目して. *日本看護科学会誌*, 31(3), 50-60.
- 柏崎純子 (2020). 急性期病棟における看護師の糖尿病ケアに対する認識と糖尿病ケアの実施状況. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 24(1), 95-101.
- Kemmis, S., McTaggart, R. (1981). *The action research planner (Third Edition)*. Australia: Brown Prior Anderson.
- 小林恵子 (2011). 子ども虐待事例検討会の実践による保健師の意識と支援の変化: アクションリサーチを用いて. *日本看護研究学会雑誌*, 34(2), 131-142.
- 近藤 卓 (2010). *自尊感情と共有体験の心理学: 理論・測定・実践* (初版). 東京: 金子書房.
- 松浦利江子, 鈴木英子 (2017). 精神科看護師の自尊感情の関連要因: 患者に対する陰性感情経験を視野に入れた検討. *日本看護科学会誌*, 37, 319-328.
- 村角直子, 稲垣美智子, 高木千絵, 松井希代子, 多崎恵子 (2011). 糖尿病ケアにかかわる看護師の手ごたえの内容. *看護実践学会誌*, 23(1), 46-56.
- 中吉陽子, 高瀬美由紀, 今井多樹子, 山本雅子, 佐藤陽子, 山本久美子 (2018). 看護師の自尊感情に関連する要因の探究. *日本職業・災害医学会会誌*, 66(3), 215-220.
- 尾形広行, 井原 裕, 犬塚 彩, 多田則子, 水野基樹 (2010). 総合病院における看護師レジリエンス尺度の作成および信頼性・妥当性の検討. *精神医学*, 52(8), 785-792.
- Pope, C., Mays, N. (1999) / 大滝純司監訳 (2001). *質的研究実践ガイド: 保健・医療サービス向上のために*. 東京: 医学書院.

- レヴィン, K(1954)／末永俊郎訳 (1972). *社会的葛藤の解決：グループ・ダイナミックス論文集* (第10版). 東京：東京創元社.
- 瀬戸奈津子 (2007). 糖尿病看護における実践能力育成のための評価指標の開発 (2)：評価指標の検証と完成. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 11(2), 135-149.
- 鈴木真貴子, 田中美紗子, 上岡澄子, 武田 倬, 西木正照 (2005). 島根県糖尿病療養指導士の活動実態と今後の課題. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 9(1), 14-22.
- 鈴木伸理, 小林美由紀 (2018). 精神科救急病棟における家族へのかかわりについての看護師の思い. *日本精神科看護学術集会誌*, 61(1), 308-309.
- 鈴木優子, 佐鹿孝子 (2016). 小児看護を実践する看護師が実践を継続する過程：中堅看護師への面接から看護師の意思の変化に焦点をあてて. *日本小児看護学会誌*, 25(1), 74-80.
- 樽岡美愛, 黒田寿美恵 (2017). 終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス：和文献を対象とした文献検討. *日本看護研究学会雑誌*, 40(4), 639-648.
- Tasaki, K., Inagaki, M., Inoue, K. (2007). Development of a self-evaluation tool for evaluation of nurse teaching styles in diabetes patient education: Identifying characteristics of teaching in actual practice by self-evaluation. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, 31(2), 1-14.
- 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 村角直子 (2006). 糖尿病患者教育に携わっている看護師の実践に対する思い. *金沢大学つるま保健学会誌*, 30(2), 203-210.
- 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 村角直子 (2007). 看護師の糖尿病教育におけるロールモデルの存在と実践意欲の実態. *金沢大学つるま保健学会誌*, 31(1), 61-69.
- 筒井真優美, 江本リナ, 草柳浩子, 川名るり (2010). *研究と実践をつなぐ アクションリサーチ入門：看護研究の新たなステージへ*. 神奈川：ライフサポート社.
- 脇丸夕佳, 八代利香 (2019). 倫理カンファレンスにおける看護師のファシリテーションスキル. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 40-49.
- 山田 茜, 今井多樹子, 高瀬美由紀 (2019). 災害看護に携わる看護師の心理的特徴とその支援に関する文献的考察. *日本職業・災害医学会会誌*, 67(1), 60-66.
- 矢守克也 (2010). *アクションリサーチ：実践する人間科学*. 東京：新曜社.

[2021年9月1日受付]
[2022年1月18日採用決定]

An Attempt to Obtain Effective Results by Diabetes-Care Nurses through Action Research

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 885-895
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220118177>

Tomomi Horiguchi, PhD, RN, PHN, Michiko Inagaki, PhD, RN,
Keiko Tasaki, PhD, RN, Yuya Asada, PhD, RN, PHN

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University, Ishikawa, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to identify the process of obtaining effective results of nurses' practice in diabetes mellitus care using an action research (AR) method. **Methods:** Kemmis and McTaggart's model, one of the AR methods, was adopted. Participants were recruited from a medical ward for diabetes and education, and five nurses participated. Data collection was performed through an interview, and the researcher participated as a facilitator and described the process of obtaining effective results. The transcripts were analyzed by an inductive coding approach. **Results:** Their efforts to obtain effective results were evaluated through a process comprising three cycles and ten stages. The stages included four reflections that were central to the AR model. Each reflection conducted by the facilitator revealed a new figure of the participants, and the figures became the driving forces to execute each cycle. In the first cycle, "a state of surprised reaction to the efforts and thoughtfulness of their colleagues" appeared. In the second cycle, "a state that could not be left untreated" appeared. In the final cycle, "a state of decision making" appeared. The actions and observations were remade on the grounds of revised plan. As a result of the final reflection, the participants reached "a state that obtained effective results." **Conclusions:** The process of obtaining effective results of nurses' practice in diabetes mellitus care suggested the usefulness of AR methods. This study showed the necessity of sharing experiences and the concrete role of a facilitator in AR.

Key words

diabetes, nurses, obtaining effective results, action research, facilitators

Correspondence: T. Horiguchi. Email: horiguchi@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

日本語版チームに対する心理的安全尺度 看護師用 (Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses: JPSN) の作成と信頼性・妥当性の検討

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 897-903
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220126178>

浅海菜月¹, 安達圭一郎², 大神綾夏³

¹山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程, ²山口大学大学院医学系研究科保健学専攻基礎看護学講座

³山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座

■要 旨

目的: 心理的安全を用いたモデルを看護師の職務場面に応用するため, 看護師の心理的安全認識を測定する「日本語版チームに対する心理的安全尺度看護師用 (JPSN)」を作成し, 信頼性と妥当性を検討した。方法: Amy Edmondson (1999) のTeam psychological safety scale を開発者の許諾を得て翻訳した。逆翻訳と研究者間のレビューを行い暫定版を作成し, 病棟看護師チームに所属する看護師を対象に無記名自記式質問紙を用いてWeb調査を行った。結果: 515名を分析した。探索的因子分析にて原版同様の1因子7項目が抽出され, 確認的因子分析にて良好な適合度を示した。尺度全体の信頼性係数 (.787) と構成概念妥当性の検討より, 信頼性と妥当性が示された。結論: JPSNは本邦の看護師に使用できることが確認された。今後, 心理的安全認識と看護実践との関連性の探求が期待される。

■キーワード

心理的安全, 看護師

責任著者: 浅海菜月. Email: asaumi@yamaguchi-u.ac.jp

緒 言

質の高い医療を実現するためには, 各医療従事者が互いに連携することで, 患者の状況に的確に対応した医療を提供することが重要とされる (厚生労働省, 2011)。つまり, 質の高い医療には, メンバー同士がコミュニケーションを図る, 相互に支援するといったチーム過程が重要といえる。病院では, 医療の大部分が看護師チームによって提供されていることから (Kalisch, Lee, & Salas, 2010), 看護師チームに焦点を置き, メンバーが率直に話し合い, 支援をし合うといった効果的な協働を目指す取り組みが重要といえる。

医療現場におけるチームメンバーの効果的な協働を促進する要因の一つにEdmondson (1999) が提唱した心理的安全という概念がある。Edmondson & Lei (2014) によると, 心理的安全は2つのレベルから捉えることができる。例えば, 気兼ねなく意見や懸念を述べることができる, 援助を要請できる, など個々のメンバーが感じとる個人の視点で捉えた心理的安全と, チームに固有な特性として捉えた心

理的安全である。

先行研究では, Edmondson (1999) が作成したTeam psychological safety scaleを用いて, 個人レベル・チームレベルでの研究がなされてきた。個人レベルでの研究としては, 所属するチームの心理的安全を実感することが活力の感覚を誘発し, 創造的な仕事へ関与することや (Kark & Carmeli, 2009), 積極的な発言を促す (Detert & Burris, 2007) など, メンバーがパフォーマンスにつながる業務に集中して取り組めることが示されてきた。また, チームを対象とした研究では, 心理的安全の高いチームに所属するメンバーは仕事のプロセスの改善にむけて議論したり (Edmondson, 1999), 失敗から学び合う (Hirak, Peng, Carmeli, & Schaubroeck, 2012) など, チーム内における相互作用がより促進されることが明らかとなっている。

さて, 看護師を対象としたチームレベルでの研究では, 看護師の心理的安全が看護師同士の相互作用を促し, 患者の安全を脅かす事態を減らすという観点から研究が行われてきた。例えば, 患者の安全性が優先事項として認識され

ている程度が高い看護師チームにおいて、心理的安全性が高いチームにおけるメンバーは、低いチームのメンバーに比べてヒューマンエラーの数が少ないことが明らかになっている (Leroy et al., 2012)。また、個人レベルでの看護師を対象としたフィールドワークでは、看護師の心理的安全性認識が、業務遂行を妨げる問題の根本的な原因を協議することを促し、結果として業務が改善されるという問題解決行動モデルが提唱されている (Tucker & Edmondson, 2002)。このように、欧米においては、看護師を対象とした心理的安全性の研究には一定の蓄積があるが、我が国においては、個人レベル・チームレベルどちらも未だ着手されていない。教員を対象とした一色・藤 (2020)、一般就業者を対象とした丸山・藤 (2019) にとどまる。

さらに、心理的安全性を測定する尺度は教員や一般就業者を対象として標準化されたものである。従って病棟で業務を行う看護師への尺度の適用可能性は必ずしも保証されない。とりわけ、病棟の看護師は、同時に複数の業務を行うことが求められるうえ、複数人で分担して業務を完遂することも多いため (茂野ほか, 2019)、メンバー同士の頻繁な相互作用が求められるといえる。そのため、尺度を用いた具体的な研究に着手する前に、我が国の病棟看護師チームに所属する看護師において、当該尺度の信頼性・妥当性を検討する必要がある。以上のことから、本研究ではEdmondson (1999) が作成したTeam psychological safety scaleを邦訳し、我が国の看護師を母集団とした測定尺度を開発する。

本研究の目的は、日本語版チームに対する心理的安全性尺度看護師用 (Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses : JPSN) の作成と、信頼性、妥当性の検討を行うことである。

I. 用語の定義

本研究におけるチームの範囲は、三沢・佐相・山口 (2009) の研究を参考に、看護師が日常的に協働する部門のメンバーとした。本研究における“看護師チーム”とは、病棟で共に業務を遂行する看護師たちのチームであり、看護ケア提供システムに関わらず、病棟という看護単位の中に存在する看護師チームを指す。医療関連職種 (医師・薬剤師などコメディカルスタッフ) を含む医療チームではない。

本研究におけるチームにおける心理的安全性とは、「メンバーが暗黙のうちに感じているチームに対する安全の雰囲気」とした。

II. 研究方法

1. 調査対象者

調査は、インターネットによるアンケート調査法を用いて2020年12月に実施した。調査対象者は、全国の看護師チームに所属する看護師とした。インターネット調査会社 (株式会社マクロミル) のwebモニタのうち、職業が「看護師・看護助手」として登録されている7,826名の中から抽出した。除外基準は、看護助手である者、看護師チームに所属していない看護師、看護師長とした。看護師長は、看護実践の組織化・運営などの役割を担うため、チームの看護師と同様の業務に当たるきっかけが少ないといえる。チームの看護師の回答と同等に扱うのは困難と判断し、調査対象者から除外した。なお、マクロミル社のwebモニタとは、日本国内に在住する6歳以上の方であり、かつマクロミル社の規約およびプライバシーポリシーを承諾のうえ、所定の登録手続きを完了し、マクロミル社が承認した者を指す。

2. データ収集方法

まず、インターネット調査会社に依頼し、webでの調査画面を作成した。作成した画面を本研究者が確認した後、インターネット調査会社が、登録されているwebモニタのうち「看護師・看護助手」に該当する者に対して、本研究のweb調査画面にアクセスするURLをメールで送った。メールに添付されているURLにアクセスしたモニタの中から、本研究対象者の条件を満たす者に回答してもらった。本研究者が依頼したサンプル数500に達したところでデータ収集を終了とした。サンプルサイズについては、G*Power³を用い、効果量は.02、有意水準は.05、検定力は.8、説明変数2として検定力分析を行った。必要なサンプルサイズは485であったため、本研究ではこれを満たすようサンプルサイズを設定した。

3. 調査内容

(1) 基本属性

性別、年齢、所属病棟、看護師としての経験年数、現在の病棟での経験年数について回答を求めた。

(2) JPSN暫定版

JPSN暫定版の作成に当たっては、Edmondson (1999) が作成したTeam psychological safety scaleの翻訳を行った。この尺度は、一般就業者427人を対象とした研究で、7項目1因子構造であり、十分な信頼性 (Cronbach α =.82) が確認されている。JPSN暫定版の作成にあたっては、メールにて原著者から日本語へ翻訳し、看護師に対して使用することについて承諾を得た後、以下の手順で翻訳を

行った。研究責任者を含む2名の研究者が独立して、尺度の原版を英語から日本語へ翻訳した後、協議し、日本語版を作成した。次に、作成した日本語版を、英語圏の看護系大学で教員として勤務する看護学研究者が英語へ逆翻訳した。なお、この研究者は、日本語版を作成する業務に携わっていない者とした。さらに、日本語版の質を評価するため、ネイティブの研究者が逆翻訳されたものと原版を比較し、双方の等価性をレビューした。具体的には、逆翻訳として生成された英語が原版から乖離していないか検討した。最終的に原版と日本語の翻訳が同等であると判断され、JPSN暫定版とした。回答形式は、「まったく当てはまらない(1)」～「非常に当てはまる(7)」の7件法であり、項目の合計得点が高いほどチームの心理的安全認識が高いことを示している。

(3) ワーク・エンゲイジメント

JPSN暫定版の妥当性を吟味するため、Shimazu et al. (2008) が作成した日本語版ユトレヒトワーク・エンゲイジメント尺度 (Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale : UWES-J) との相関を確認した。ワーク・エンゲイジメントとは仕事に対する肯定的で充実した心理状態を指す概念であり (Shimazu et al., 2008), 一般就業者を対象にした先行研究において、心理的安全認識が個人の生き生きとした感情を導くことがわかっている (Kark & Carmeli, 2009)。本研究においても、職場を心理的に安全と認識している看護師は、仕事に対してエネルギーや活力を投じることが想定されるため、UWES-Jを調査し、心理的安全尺度との基準関連妥当性を検討することとした。UWES-Jは「仕事をしていると活力がみなぎるように感じる」などの6項目で構成される「活力」、「自分の仕事に誇りを感じる」などの5項目で構成される「熱意」、「仕事をしていると他のことはすべて忘れてしまう」などの6項目で構成される「没頭」の3因子17項目であり、信頼性・妥当性が十分に確認された尺度である。回答形式は「そのように感じたことは一度もない(0)」～「いつも感じる(6)」の7件法であり、点数が高いほど、ワーク・エンゲイジメントが高いことを意味する。

4. 倫理的配慮

本研究の実施に関してはマクロミル社に一任しており、本研究は匿名化されたデータを納入する方式をとった。なお、マクロミル社における個人情報の取り扱いについては、国内法令、監督省庁が定めるガイドラインに基づき、安全性の確保・保護・管理に必要な措置が講じられている。調査用紙は無記名とし、個人を特定できないように配慮した。対象者への説明方法としては、パソコン等の映像面上に同意説明文書を映し、閲覧してもらう形式をとった。トップ

ページに本研究の目的・方法と匿名性、任意性、回答に拒否をする場合、あるいは途中で回答を拒否する場合に、いずれも研究対象者に不利益が生じないこと、一度提出した回答は個人を特定することが不可能であることについて記載した。また、データは統計的に処理するため、個人は特定できないこと、研究の目的以外ではデータを使用しないこと、解析結果の発表や出版に際して、個人が特定されるような情報は掲載しないことも併せて記載した。「同意する」と回答した者のみ、次ページの調査票に回答してもらった。回答をもって同意が得られたと判断した。研究は山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認(承認番号612-1)を得て実施した。

5. 分析方法

JPSNの質問項目ごとに天井・床効果、尖度・歪度、項目－尺度得点相関分析 (Item-Total相関分析) の確認を行い、項目を削除するか否かを判断した。尖度・歪度はそれぞれ ± 2.00 以下 (Kunnan, 1998), I-T相関は.3以上を基準に確認した。次に、JPSNの因子構造を確認するため、探索的因子分析を行った。所属因子への因子負荷量は.4以上を基準に確認した。その後、因子構造の妥当性を検討するため、確認的因子分析を行った。適合度の判定は、Goodness of Fit Index (GFI), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Adjusted GFI (AGFI), χ^2/df を参考にした。GFI, AGFIは.9以上, CFIは.95以上, RMSEAは.06以下, χ^2/df は0.0～3.0をモデル受容の目安とした (Schermerhorne-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003)。

最後に、JPSNの基準関連妥当性を検討するため、JPSNとUWES-Jの各因子との相関を確認した。尺度項目の信頼性の検証では、折半法による信頼性係数と尺度全体のCronbach α 係数を算出した。Cronbach α の基準値は.70以上とした。統計パッケージはIBM SPSS Statistics Ver. 22, IBM SPSS, IBM SPSS AMOS Ver. 24を使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性

調査対象者は23～60歳の看護師515名で、男性88名(17.1%), 女性427名(82.9%), 平均年齢は 40.8 ± 9.1 歳であった(表1)。UWES-Jに関しては合計得点および各下位尺度の合計得点の平均点と標準偏差を示す。

2. JPSN暫定版基礎統計量

JPSN総得点は7～49点で、平均得点は 31.7 ± 6.9 点であった(表2)。7項目すべてにおいて、天井効果

表1 対象者の属性

n=515

	N	%
	mean ± SD	(range)
年齢	40.8 (± 9.1)	(23-60)
20～29歳	66	12.4%
30～39歳	169	32.8%
40～49歳	176	34.2%
50～59歳	100	19.4%
60歳以上	4	0.8%
性別		
男性	88	17.1%
女性	427	82.9%
所属病棟		
外科系	84	16.3%
内科系	163	31.7%
外科系内科系混合病棟	70	13.6%
産婦人科	33	6.4%
小児科	22	4.3%
精神科	65	12.6%
その他	78	15.1%
看護師としての経験年数	15.8 (± 8.5)	(1-42)
現在の病棟での経験年数	6.0 (± 5.8)	(0-35)
UWES-J合計得点	50.5 (± 19.1)	
1. 活力	17.9 (± 6.9)	
2. 熱意	14.9 (± 6.7)	
3. 没頭	17.8 (± 6.7)	

表2 JPSN暫定版基礎統計量

	mean	SD	尖度	歪度
項目1	4.8	1.6	-.233	-.517
項目2	4.3	1.4	-.206	-.251
項目3	4.9	1.6	-.438	-.494
項目4	3.5	1.3	.032	.029
項目5	5.2	1.4	.154	-.696
項目6	4.6	1.6	-.471	-.485
項目7	4.4	1.4	-.208	-.203

(4.8～6.6)・床効果(2.2～3.7)ともに認められなかった。また、尖度、歪度についても基準値を満たしていた。各項目別にI-T相関を算出したところ、すべての項目で有意な相関係数を認めた(.395～.586)。

3. JPSN暫定版探索的因子分析・確認的因子分析

探索的因子分析(最尤法, プロマックス回転)を行った結果, すべての項目が所属因子に対して, .4以上の因子負荷量を示したため, 項目の削除は行わなかった。固有値1を基準に因子を抽出したところ, 1因子構造であることがわかった。1因子で全分散の35.3%を説明していた(表3)。

次に, 確認的因子分析を行った。分析を実施するにあ

表3 JPSNの探索的因子分析結果

項目	因子負荷量
5. このチームの他メンバーに援助を求めることは困難だ。(*)	.704
1. もし, あなたがこのチームでミスをしたら, そのことで, あなたはたびたび悪く言われる。(*)	.694
3. このチームに所属する人々は, 時々, 異なっているという理由で自分以外の人を拒絶する。(*)	.679
7. このチームのメンバーと仕事をするときに, 私独自のスキルや才能は尊重され, 活用されている。	.603
2. このチームのメンバーは, 解決すべき問題や議論すべき難しい問題を提起することができる。	.521
6. このチームでは, 誰も意図的に, 私の努力を見下すようなやり方で行動しないだろう。	.465
4. このチームはリスクを冒しても安全である。	.427

*は逆転項目

たっては, 探索的因子分析でみられた1因子モデルと観測データとの適合度を吟味した。修正指数を確認しながら2組の誤差変数間に共分散を加え, モデルを作成した。適合度はGFI=.982, AGFI=.958, CFI=.976, RMSEA=.059, $\chi^2/df=2.759$ であり, すべて許容範囲内であった。以上のことから, モデルの適合度は良好と判断し, 1因子7項目をJPSNとした(図1)。

4. JPSNの信頼性・妥当性の検討

項目を1, 3, 5, 7項目と2, 4, 6, 7項目に折半し, Spearman-Brownの公式にしたがって折半法による信頼性係数を算出したところ, .715であった。尺度全体のCronbach α 係数は.787であった。JPSN合計得点とUWES-J合計得点間で $r=.313$ ($p<.01$), JPSN合計得点とUWES-Jの下位尺度である「活力」, 「熱意」, 「没頭」との相関係数

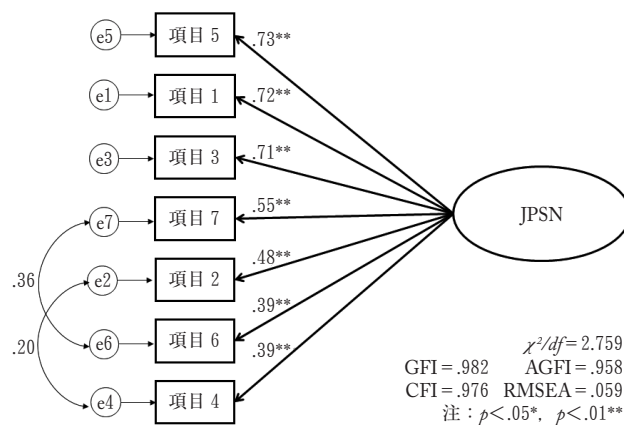


図1 JPSNの確認的因子分析結果

は, .195～.363 ($p < .01$) であり, $p < .01$ 水準で有意な正の相関がみられた (表4)。

表4 JPSNとUWES-Jとの関連

	1. 活力	2. 熱意	3. 没頭	4. UWES-J 合計得点
JPSN合計得点	.322 **	.363 **	.195 **	.313 **

** $p < .01$

IV. 考 察

本研究の目的は, Edmondson (1999) が作成した Team psychological safety scaleを日本語へ翻訳し, 看護師を対象に調査することで, 日本の看護師に有用な尺度を作成することを試みた。

1. 対象者の基本属性

全国の病院で働く看護職員を対象に行われた実態調査によると, 女性88.6%, 男性11.0%であり, 年代においては, 30歳未満10.6%, 30歳代23.3%, 40歳代38.8%, 50歳代24.3%, 60歳以上2.1%, 通算経験年数の平均は18.8年であった (日本看護協会, 2020)。本研究の分析対象者は, 全国平均と比較すると男性がやや多く, 経験が浅い看護師が多いといえるものの, 全体的な年齢構成はほぼ実態を反映していると判断した。

2. JPSNの信頼性と妥当性

探索的因子分析を行ったところ, 1因子7項目が抽出された。とりわけ因子負荷量の高い項目は, 「このチームの他メンバーに援助を求めることは困難だ。(*)」や「もし, あなたがこのチームでミスをしたら, そのことで, あなたはたびたび悪く言われる。(*)」であった。削除された項目はなく, Edmondson (1999) が作成したオリジナル版の尺度と同じ項目数となった。共分散構造分析を用いた確認的因子分析を行ったところ, 作成されたモデルの適合度はすべて基準値を満たしていたことから, モデル適合は良好と判断した。モデル作成に当たっては, 修正指数を確認しながら2組の誤差変数間に共分散を加えた。項目6と7の誤差変数同士の相関関係は, 項目6の「私の努力」と項目7の「私独自のスキルや才能」を自分自身のことと解釈したことが推測される。項目2・4については項目2の「問題」と項目4の「リスク」を患者の問題や患者に対するリスクと解釈したことが推測される。つまり, JPSNはチームに対する認識を測定する尺度であるが, 項目の一部をチームではなく, 自分や患者のことと解釈したことによって誤差変数間に相関が確認されたことが示唆された。以上のことから, JPSNの1因子構造は日本の

看護師サンプルにおける最適なモデルであることが確認された。また, 一般就業者を対象に作成されたオリジナル版の尺度と我が国の看護師を対象にした尺度は同じ項目数であり, 同じ因子構造もつことが示された。

次に, JPSNの信頼性について, 折半法による信頼性係数およびCronbach α 係数はどちらも.70以上であり, 内的一貫性の観点から先行研究と同程度の信頼性を有することが確認された。さらに, JPSN合計得点とUWES-J合計得点および下位尺度との相関分析の結果, UWES-J合計得点と各下位尺度の「活力」および「熱意」との間に有意な弱い相関が認められた。一般就業者を対象とした先行研究では, オリジナル尺度とエンゲイジメントとの相関は, .35であり (May, Gilson, & Harter, 2004), 本研究の看護師を対象とした結果は一般就業者における心理的安全とエンゲイジメントとの同程度の関連であることが示された。その一方で, 「没頭」と「JPSN合計得点」との間にはほとんど相関が認められなかった。先行研究において, 仕事に対する強迫的な動機づけから仕事に没頭する場合もあることから, 没頭は, ワーク・エンゲイジメント独自の特徴ではないとされる (Schaufeli, Taris, & van Rhenen, 2008)。我が国の看護師においても, 集団の社会的相互作用から生まれる安全な雰囲気と認識することは, 仕事に対するポジティブな意欲と関連する一方で, 仕事に対する強迫性により動機づけられた状態とは一致しないことが示唆された。本研究の結果は, 先行研究の知見と一致しており解釈可能な結果であり, JPSNは一定の基準関連妥当性が認められたといえよう。以上のことから, 本研究で作成したJPSNは, 妥当性と信頼性を有しており, 我が国の看護師を対象に使用できる尺度であることが確認された。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究において, 調査対象者が所属する病院の規模や地域をふまえてサンプリングしていないため, 回答に偏りが生じている可能性がある。また, JPSNの信頼性の確認は, 内的一貫性の観点からの検討にとどまっているため, 今後, 再テスト法を実施し尺度の安定性を確認する必要がある。また, 基準関連妥当性に関しても, 併存的妥当性からの検討にとどまっているため, 心理的安全得点が優れたパフォーマンスや高い成果を予測できるか (予測的妥当性) を確認するなど, JPSNの信頼性と妥当性をより詳細に検討することが今後の課題である。この尺度が日本の看護師に使用可能となったことで, 従来あまりなされていなかった看護師チームにおける社会的相互作用の観点から, 更なる研究の発展が期待できる。今後は, 看護師の心理的安全認識と, 患者への看護ケアの提供や看護実践との関連性について探求していくことが望まれる。

V. 結 論

本研究で作成したJPSNは信頼性、妥当性において我が国の看護師を対象に使用できる尺度であることが確認された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く御礼申し上げます。また、尺度の翻訳にあたり、お力添えを頂いたタスマニア大学（現シドニー大学）のRosanna McMaster教授、ニューカッスル大学の大村美恵子先生、帝京大学（現山口県立大学）の矢田浩紀先生にも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

- Detert, J.R., Burris, E.R. (2007). Leadership behavior and employee voice: Is the door really open? *Academy of Management Journal*, 50(4), 869-884.
- Edmondson, A.C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.
- Edmondson, A.C., Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 23-43.
- Hirak, R., Peng, A.C., Carmeli, A., Schaubroeck, J.M. (2012). Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures. *The Leadership Quarterly*, 23(1), 107-117.
- 一色 翼, 藤 桂 (2020). 小学校教師における創造的な教育実践に関する探索的検討：保護者に対する教師の心理的安全性との関係に着目して. *筑波大学心理学研究*, (58), 21-32.
- Kalisch, B.J., Lee, H., Salas, E. (2010). The development and testing of the nursing teamwork study. *Nursing Research*, 59(1), 42-50.
- Kark, R., Carmeli, A. (2009). Alive and creating: The mediating role of vitality and aliveness in the relationship between psychological safety and creative work involvement. *Journal of Organizational Behavior*, 30(6), 785-804.

- 厚生労働省 (2011). 平成23年版厚生労働白書 社会保障の検証と展望：国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/02-04.pdf> (検索日2021年12月12日)
- Kunnan, A.J. (1998). An introduction to structural equation modelling for language assessment research. *Language Testing*, 15(3), 295-332.
- Leroy, H., Dierynck, B., Anseel, F., Simons, T., Halbesleben, J.R.B., McCaughey, D., Savage, G.T., Sels, L. (2012). Behavioral integrity for safety, priority of safety, psychological safety, and patient safety: A team-level study. *Journal of Applied Psychology*, 97(6), 1273-1281.
- 丸山淳市, 藤 桂 (2019). 塞ぐ職場にユーモアを：職場ユーモアが心理的安全性を介して創造性に及ぼす影響. *日本心理学会大会発表論文集* 83(0), 3C-086-3C-086.
- May, D.M., Gilson, R.L., Harter, L.M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11-37.
- 三沢 良, 佐相邦英, 山口裕幸 (2009). 看護師チームのチームワーク測定尺度の作成. *社会心理学研究*, 24(3), 219-232.
- 日本看護協会 (2020). 2019年 病院および有床診療所における看護実態調査報告書. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2020/efficiency_report2019.pdf (検索日2021年12月20日)
- Schaufeli, W.B., Taris, T.W., van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review*, 57(2), 173-203.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- 茂野香おる, 吉岡京子, 林 千冬, 益加代子, 玉田雅美, 岩本里織, 柳澤理子, 大野かおり (2019). 系統看護学講座 専門分野 基礎看護学1 看護学概論 第16版. 298-304, 東京：医学書院.
- Shimazu, A., Schaufeli, W.B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., Sakamoto, M., Irimajiri, H., Amano, S., Hirohata, K., Goto, R., Kitaoka-Higashiguchi, K. (2008). Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 510-523.
- Tucker, A.L., Edmondson, A.C. (2002). Managing routine exceptions: A model of nurse problem solving behavior. *Advances in Health Care Management*, 3, 87-113.

〔2021年9月16日受付〕
〔2022年1月26日採用決定〕

Development of the “Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses” (JPSN) and testing its reliability and validity

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 897-903
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220126178>

Natsuki Asaumi, MSN, RN¹, Keiichiro Adachi, PhD²,
Ayaka Ohgami, RN³

¹Doctor Course, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan

²Department of Fundamental Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan

³Department of Clinical Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan

Abstract

Objective: To apply a model of psychological safety to the work situation of nurses in Japan, we developed the “Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses” (JPSN) scale, measuring an individual's perception of psychological safety for a team of ward nurses, and evaluated its reliability and validity. **Methods:** First, we translated the “Team psychological safety” scale developed by Amy Edmondson (1999) after obtaining permission from the author. The scale was back translated and reviewed by a team of researchers to design a preliminary version. Next, we conducted an internet-based survey, using a self-administered questionnaire, among nurses working in ward teams across the country. **Results:** The data of 515 nurses were analyzed. In the exploratory factor analysis, seven items, including one factor similar to the original version, were extracted; the confirmatory factor analysis showed a good fit. After examining the construct validity and the Cronbach's alpha coefficient (.787), we confirmed that the scale retained a certain level of reliability and validity. **Conclusion:** These findings suggest that the JPSN can be used to measure the psychological safety perception of Japanese nurses. Further research may explore the relationship between the nurses' perceptions of psychological safety and their nursing practice.

Key words

Psychological safety, Nurse

Correspondence: N. Asaumi. Email: asaumi@yamaguchi-u.ac.jp

身体拘束の廃止・軽減に成功した 急性期病院の看護管理実践

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 905-914
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220307181>

南嶋眞綾, 土肥眞奈, 叶谷由佳

将来構想委員会看護連ワーキング高齢者身体拘束軽減プロジェクト

要 旨

目的：急性期病院に入院する高齢者への身体拘束を最小限にするための看護管理の実践内容を明らかにすることを目的とした。方法：身体拘束廃止または減少に取り組んだ経験がある看護管理者10名にインタビュー調査を実施し、内容分析を行った。結果：急性期病院に入院する高齢者に身体拘束を最小限にするための看護管理の実践内容として、【身体拘束に関する組織の意志決定】、【身体拘束最小化の実現に向けたノウハウの収集と共有】、【身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養】、【病棟特性を踏まえた部署単位での取り組みの推進】、【多職種複数人で身体拘束の代替案が検討できる機会の設定】等の11カテゴリーが生成された。結論：看護管理者が、倫理的文化を構築し、安全確保と尊厳保持というジレンマへの肯定的対処を促す環境をつくるために、マネジメントプロセスを展開することが必要であることが示唆された。

キーワード

身体拘束, 看護管理, 急性期病院, 高齢者

責任著者：南嶋眞綾. Email: mkan@yokohama-cu.ac.jp

緒 言

身体拘束とは、拘束のための道具を用いて対象者の体の一部あるいは全身の動作の自由を制限することである (World Health Organization, 2019)。身体拘束は、Quality of Life (QOL) 低下 (Lüdecke, Poppele, Klein, & Kofahl, 2019)、死亡率・院内感染・転倒リスクの上昇 (Evans, Wood, & Lambert, 2002)、入院期間の延長 (Bai, et al., 2014; Evans, et al., 2002) といった様々な弊害が生じることから、回避することが望ましい。介護施設では厚生省令により身体拘束が禁止され、①切迫性、②非代替性、③一時性の3要件を満たす場合のみ、やむを得ないとされているが、精神科を除く病院では身体拘束に関する規定は存在しない。わが国の病院における身体拘束の実施施設割合は90%以上であり (全日本病院協会, 2016)、また回復期病床に比べて、急性期病床では身体拘束実施率が高い (Nakanishi, Okumura, & Ogawa, 2018)。とりわけ入院高齢者は、加齢や疾患に伴う心身の機能低下から、医療事故予防のための安全対策を理由として身体拘束の対象となりやすい (Hamers & Huizing, 2005)。わが国は、高齢化率28.4% (内閣府, 2020)、入院患者の73.2%が65歳以上 (厚生労働省, 2017) という超高齢社会にあり、急性期病院に入院する高齢者は

今後も増加することが見込まれ、急性期病院入院高齢者に対する不必要な身体拘束実施のリスクが高まることが予測される。

看護師は、患者の尊厳を守るために身体拘束を避けたいと考えているが、急性期医療は特に安全確保のために身体拘束せざるを得ない状況にあると感じ、ジレンマを抱えている (Chuang & Huang, 2007; Yamamoto, Izumi, & Usui, 2006)。そのためやむを得ない状況で安易に身体拘束するのではなく、身体拘束を代替する方法がないか十分に検討し、やむを得ない状況をなくすることが重要である。一方、身体拘束の廃止・軽減を目指すために、「身体拘束予防ガイドライン」(日本看護倫理学会, 2015)には看護管理者が組織の意思を示すべきであると提言されている。また、急性期病院における身体拘束実施の低減のためには、人員配置や安全管理、身体拘束代替案の教育普及 (西嶋・千葉・佐々木・山本, 2009) といった管理的要因も示されており、管理的な取り組みにより身体拘束を少なくできる可能性が示唆される。以上より、急性期病院の身体拘束を最小限にするためには、看護管理者が問題意識をもち、組織として取り組みを行う必要があると考える。

そこで、本研究の目的は、身体拘束の廃止または減少に成功した急性期病院の看護部長、病棟看護師長を対象にイ

ンタビューを実施し、急性期病院に入院する高齢者に身体拘束を最小限にするための看護管理の実践内容を明らかにすることである。

I. 用語の定義

本研究における身体拘束とは、拘束のための道具を用いて、対象者の体の一部あるいは全身の動作の自由を肉体的に制限することとする（World Health Organization, 2019）。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究は、半構造化インタビューによる質的記述的研究デザインである。

2. 研究対象者

身体拘束廃止または減少に成功したと報告のある急性期病院および身体拘束を減少させた取り組みがメディアに取り上げられた急性期病院について、医中誌Webもしくはインターネットで検索された計10施設において、身体拘束廃止または減少の取り組みを行った経験がある看護部長および病棟看護部長を対象とし、対象施設の看護部長へ研究協力依頼文書の郵送および電話にて研究協力の依頼を行った。

3. データ収集方法

対象施設の看護部長宛に研究同意説明書および推薦依頼書を郵送し、看護部長に関しては、看護部長に研究対象候補者となる看護師長の選定を依頼した。推薦の条件は、高齢者が入院する病棟に所属し、身体拘束廃止の取り組みを行って成功した経験がある者とした。研究協力を承諾が得られたものを対象者として、インタビューを実施した。なお、対象者全員にWeb会議システムを用いたオンラインインタビュー調査を行った。

インタビュー時間は、1名あたり45分～60分間とした。インタビュー内容は、事前に対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。インタビューガイドを用いて、対象者の属性、施設概要、施設において身体拘束を最小限にするための取り組みの経緯、身体拘束を最小限にするための看護管理者の関わりの実際、身体拘束を最小限にするために必要と考える看護管理の内容について聴取した。データ収集期間は、2020年9月～10月であった。

4. 分析方法

本研究では、質的帰納的手法を用いて内容分析を行った

（Elo & Kyngäs, 2008）。内容分析は、調査で得られた記述的データをもとに記録単位で分析し、分類・命名することによってある事象を客観的に明らかにする（上野, 2008）。身体拘束を最小限にするための看護管理に関する文脈を抜き出し、コード、サブカテゴリー、カテゴリーへ分類し、研究結果の信頼性を高めるため、全ての共同研究者間で分析過程を確認し、修正を重ねた。

5. 倫理的配慮

本研究は、横浜市立大学ヒトゲノム・遺伝子研究等倫理委員会の承認を得た（A200700008）。

研究協力の依頼にあたって、研究趣旨を記載した文書を郵送にて送付し、対象者は、文書を読み趣旨を理解した上で研究への参加・協力について判断した。研究への参加協力を承諾した対象者が、同意書への署名と同意書の返信郵送をすることで、研究への参加協力の同意の意思を確認した。インタビュー前に改めて、同意説明文書を用いて研究の概要、研究参加・辞退における個人の自由意思の尊重、個人情報保護等を口頭で説明し、研究への参加協力の同意を確認した。

また、Web会議システムを用いたオンラインでのインタビューにあたって、不正アクセスおよび情報漏洩防止の観点から、研究者はフリーアクセスではないインターネット回線を使用し、Web会議システムを利用するコンピューターのセキュリティ対策が最新の状態に更新されていることを確認した。

III. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、7施設に所属する10名の看護管理者であった。9名が女性で、年齢は37～67歳であり、職位は、病棟看護師長6名、看護部長4名（内、副看護部長兼務1名）であった。最終学歴は、専門学校、短期大学が3名で最も多かった。看護師経験年数、急性期病院勤務年数は14～37年、看護管理者勤務年数は3～23年であった。認定看護管理者を取得していたのは4名で、取得した認定看護管理者教育レベルはサードレベル4名、セカンドレベル2名、ファーストレベル2名、取得なし2名であった。所属施設の規模は、看護職員数133～1,019人、病床数135～1,097床であった。

2. 急性期病院に入院する高齢者に身体拘束を最小限にするための看護管理の実践内容（表1）

身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理者が語った身体拘束を最小限にするための看護管理の実

践内容として、語りから得られた120コードから11カテゴリー、32サブカテゴリーが生成された。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、生データは「 」で示す。

(1) 【身体拘束に関する組織の意志決定】

看護管理者は、「トップとしての決意として、身体拘束をなくすんだっていう決意が必要と思い、身体拘束ゼロ化をビジョンとしてはっきり打ち出しました。」と話し、《組織として身体拘束を実施しない理念、方針を表明する》必要性を語った。また、《身体拘束はするべきでないことを理解してもらえようスタッフに伝え続ける》ために、看護部長として「メンバーもかわりますし、もちろん医師も入れ替わりますし、そうするといろいろな考え方が出てきます。これはずっと続くことなので、身体拘束しないということを伝え続けなければいけない。」と考え、看護師長として「いつまでたっても変わっていかないので、トップダウンの中で、身体拘束をしないという目標をどうスタッフに理解してもらって進めていくかを師長として考えることが大切。」と考え、それぞれの役割を遂行していた。

(2) 【身体拘束最小化の実現に向けたノウハウの収集と共有】

各施設における身体拘束実施の要因にアプローチするため、「経鼻胃管を挿入されている人に対して、自己抜去を回避する意味で身体拘束をすることが多かったので、食事支援に力を入れた。」や「急性期病院では、高齢者ケアとせん妄ケアがネックだと思っている。」と話し、《身体拘束の要因を検討し、対処するためのケアに関する教育を行う》ことが語られた。また、講演の依頼や施設見学などを企画し、《身体拘束ゼロを実現した他院の知恵を得る》ことを行っていた。

(3) 【身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養】

「自分だったら、自分の家族だったらと考えるようにと訴えています。」や「日常の会話の中で倫理を意識して組み込んでいくことはできるので、スタッフが自分で振り返りができたりとか、自分で事例を調べたりできるように投げ掛けするようにしています。」といった語りのように、《身体拘束を患者の立場で考えることができるよう、スタッフの倫理的感性に働きかける》ことを意識して、《倫理的な視点を持って身体拘束事例を検討する》ための話し合いの機会を設けていた。また、「スタッフは患者さんに関わったエピソードや、心に残ったエピソードをノートに残すようにしていて、それが看護観の醸成につながっていていると思います。」と話し、《自分の看護場面や看護技術を振り返る機会をつくる》ことや、研修として《患者に対して看護として何をすべきか内省できるよう実践レベ

ルや職位に応じた教育を行う》機会を設けることを実践していた。

(4) 【病棟特性を踏まえた部署単位での取り組みの推進】

《病棟管理的役割を担っている主任やスタッフを意図的に巻き込む》ことで、病棟特性をよく知っているスタッフが《病棟特性を踏まえた病棟毎で取り組みを計画・実施する》ことを推進できるよう、病棟師長は、「カンファレンスで身体拘束を外してもいいよっていう代わりに、例えば転落とか転倒したときに外傷がないようにするためにはどのような対策が必要かとか、きちんと対策を考えようと話して、カンファレンスを進めるようにしています。」と話し、《部署で対応可能な身体拘束代替案を検討できるよう話し合いをファシリテートする》ことを実践していた。

(5) 【多職種複数人で身体拘束の代替案が検討できる機会の設定】

部署の看護師同士もしくは、多職種を巻き込んだ《身体拘束を実施しない対応を検討するためのカンファレンスを定期的に開催する》ために、《多職種やスタッフ複数名で身体拘束の実施について話し合う段取りを組む》ことを実践していた。特に医師との協力について、「経鼻胃管、挿管チューブに関しては、医師の指示の下に実施していることなので、倫理的な面を踏まえて医師の協力で取り組んでいます。今は、身体拘束は少なくともはなっていますが、協力が得られない医師もいるので、スタッフも交えて医師と何回も何回も話し合いを重ねて、色々な方法をスタッフと一緒に考えて、今試している段階です。」との語りがあり、《医療処置の必要性を多職種で検討する》必要性を感じていた。

(6) 【身体拘束解除に対するスタッフへの内発的動機付け】

「身体拘束の廃止・軽減によく取り組んで、うまく高齢者ケアできている病棟があって、客観的にまず師長自身が比べて、あ、もしかしたらやれるのかも、っていう感覚が必要だと思っています。うまくいっている病棟の師長を見ると、一事例一事例で成功体験を積み重ねている感じがする。」と話し、《身体拘束を外せた成功体験を共有し、スタッフの自己効力感をあげる》ことの重要性が語られた。また、スタッフが不安やジレンマを抱えており、《スタッフの思いも考慮しながら、スタッフが共感できるまで継続的に身体拘束廃止に取り組む》ことを実践しており、《どうしたら身体拘束を解除できるかという視点を持って行動できるよう多面的に働きかける》よう看護管理者自身が話し合いに入ってファシリテートを行っていた。看護師長として、《身体拘束に頼らない看護実践を率先して行い、モデルとしての姿勢を示す》ことで病棟内に患者の尊厳を尊重した関わりが浸透していくよう実践し、身体拘束廃止・

表1 急性期病院に入院する高齢者に身体拘束を最小限にするための看護管理の実践内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
身体拘束に関する組織の意志決定	組織として身体拘束を実施しない理念、方針を表明する	病院として、身体拘束をしない理念や方針を明文化する
		ホスピタリティを尊重するという理念の下、身体拘束を減らすことを看護部の目標に掲げる
		トップとしての決意が必要と考え、身体拘束ゼロに向けるというビジョンを掲げた
		病院の倫理方針に身体拘束の原則禁止を盛り込む
		身体拘束を原則禁止する病院の倫理方針に則り、転倒転落ゼロ看護を掲げる
	身体拘束はするべきでないことを理解してもらえようスタッフに伝え続ける	看護部の目標として、身体拘束率の低下を掲げる
		身体拘束ゼロという目標を掲げ、コーチングを通して推進する
		身体拘束は看護技術ではないということをスタッフに伝える
		スタッフが関わっても身体拘束しないということを伝え続ける
		身体拘束廃止というトップダウンの目標を、スタッフに理解してもらえよう伝えていく
身体拘束最小化の実現に向けたノウハウの収集と共有	身体拘束の要因を検討し、対処するためのケアに関する教育を行う	認知症やせん妄に関する勉強会を実施する
		せん妄の研修を行う
		NGチューブ挿入患者の身体拘束が多かったため、食事支援に力を入れる
		高齢者ケアに関する教育に力を入れる
		身体拘束の要因である高齢者ケアとせん妄ケアがネックであると考え、認定看護師や専門チームなどを中心に研修会を実施する
	身体拘束ゼロを実現した他院の知恵を得る	排泄に起因する行動が身体拘束の要因と考え、排泄ケアにアプローチする
		スタッフにユマニチュードのDVDを見せ、高齢者ケアについての教育する
		せん妄の研修を受けるために、各診療科や院長に交渉して、医師にも参加してもらう
		院内の看護管理者に身体拘束ゼロについて考えてもらうために、身体拘束ゼロを達成した経験のある看護管理者に講演を依頼する
		身体拘束ゼロの取り組みをしている病院に他の管理職と共に見学に行く
身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養	身体拘束を患者の立場で考えることができるよう、スタッフの倫理的感性に働きかける	身体拘束が外せないかとスタッフへ積極的に呼びかけ、日常的に倫理的感性に働きかける
		倫理的問題に対して、患者や家族の立場で考えるようスタッフへ投げ掛ける
		身体拘束は仕方がないと思う考えから成功体験に転換するようスタッフへ言い続ける
		スタッフが自分で振り返りができるように、日常会話の中から倫理に関する話題をコミュニケーションの中に取り入れる
		患者の苦痛に対してアプローチするために、どのように関わるかをスタッフと考えるため、個人面談する
	倫理的な視点を持って身体拘束事例を検討する	動機付けのため、患者の立場で身体拘束考えるようスタッフへ訴える
		身体拘束を実際に体験し、倫理について話し合う研修を行う
		倫理委員会で、身体拘束の事例を踏まえた話し合いを行う
		身体拘束の事例や身体拘束を実施するにあたっての倫理的配慮について管理職で話し合う
		身体拘束を安易にはいけないという認識を浸透させるため、倫理検討を実施する
病棟特性を踏まえた部署単位での取り組みの推進	病棟管理的役割を担っている主任やスタッフを意図的に巻き込む	臨床倫理検討シートを用いて事例を振り返り、倫理検討を行う
		安全面だけでなく患者を全体的に捉えることができるように、病院全体で倫理コンサルテーションに取り組む
		身体拘束をしない取り組みに関する事例検討を実施する
		スタッフが現場で感じている倫理的問題の意見を倫理委員会で集め、倫理的問題を看護者の倫理綱領に照らし合わせて検討する
		自分の看護場面や看護技術を振り返る機会をつくる
	患者に対して看護として何をすべきか内省できるよう実践レベルや職位に応じた教育を行う	患者との向き合い方や傾聴方法など、患者が安心できる援助に関する研修を実施する
		一人一人の患者に目をむけて、看護師として何をすべきか考えられるようラダー教育や身体拘束に関する研修を実施する
		管理職が身体拘束は本当に必要な看護か考えられなければスタッフに指導ができないと考え、師長・副師長会で看護理論の勉強会を実施する
		現場にいる副主任や主任が身体拘束の事例に関して倫理的な視点を持ってファシリテートすることで、身体拘束カンファレンスが充実する
		病棟に影響のあるスタッフと身体拘束をしないという目標や理解度を擦り合わせるために、特定のスタッフのみでミーティングを実施する
病棟特性を踏まえた病棟毎で取り組みを計画・実施する	病棟特性を踏まえた病棟毎で取り組みを計画・実施する	師長、主任、認知症サポートチームのメンバーが病棟でスタッフに身体拘束を外しても大丈夫か検討するよう働き掛ける
		病棟特性を知っている師長が人員の采配を検討するよう伝える
	部署で対応可能な身体拘束代替案を検討できるよう話し合いをファシリテートする	病棟毎に特色が異なるため、師長・主任を中心に身体拘束を軽減するための部署間の取り組みを促す
		身体拘束を外すための部署で対応可能な対策を検討できるよう病棟師長がカンファレンスをファシリテートする

表1 急性期病院に入院する高齢者に身体拘束を最小限にするための看護管理の実践内容(続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
多職種複数人で身体拘束の代替案が検討できる機会の設定	身体拘束を実施しない対応を検討するためのカンファレンスを定期的に開催する	身体拘束をしないという病院の方針に基づいて、多職種や複数の看護師で見守りの役割分担のカンファレンスを実施している
		部署で倫理的なことを話し合うカンファレンスを導入する
		1人で考えるのではなく、スタッフみんなの情報を持ち寄って、身体拘束が本当に必要か、毎日カンファレンスを実施する
		転倒転落による身体拘束を減らすために、認知機能低下によってナースコールが押せない患者への対応を検討するカンファレンスを開いている
		入院初日から安心した生活を支援できるよう、入院前に入院予定の患者情報について外来と病棟でカンファレンスを実施する
	多職種やスタッフ複数人で身体拘束の実施について話し合う段取りを組む	転入患者が身体拘束されている時には毎回外す方法を検討するためのカンファレンスを実施する
		倫理チームの副部長が病棟のカンファレンスに入り、患者の最善を考えるよう投げ掛けたり、多職種で話し合う場を取り持ったりする
		身体拘束をせざるを得ない状況の時に、最小限にするためにはどうするか、1人での判断ではなく必ず話し合いを行う
		その場で検討するため、実際に患者を観察し、スタッフの意見を聞いた上で、スタッフ全員で検討できるよう働きかける
		1人で患者を見張るのではなく、多職種やチームで交代して見守るよう伝えている
身体拘束解除に対するスタッフへの内発的動機付け	医療処置の必要性を多職種で検討する	医療処置の必要性やチューブ類の早期抜去について多職種で検討する
		医療処置の必要性を検討するためには、医師の協力が必要であり、スタッフも交えて何度も話し合いを重ねて、代替方法を検討する
	身体拘束を外せた成功体験を共有し、スタッフの自己効力感をあげる	身体拘束を外せた事例をひとつひとつ検討し、成功体験を重ねることで、風土を醸成する
		スタッフがチャレンジしようと思えるように、身体拘束をテーマにしたスタッフのベストプラクティスを共有する事例検討会を実施する
		スタッフに身体拘束ゼロの実現可能性を感じてもらうため、一事例一事例で成功体験を積み重ねる
		頑張れば身体拘束廃止をできないことはないスタッフに認識してもらうため、身体拘束をしない成功体験をまずは1事例から取り組む
		他の部署のスタッフにもできるかもしれないと感じてもらうため、部署の取り組みを院内外で発表する
	スタッフの思いも考慮しながら、スタッフが共感できるまで継続的に身体拘束廃止に取り組む	身体拘束をしない看護に対する家族からの感謝を受け、自信につなげる
		協力者を増やすため、諦めずにスタッフや師長と話し合いを続ける
		身体拘束をしないことによるスタッフの不安が軽減するよう師長と一緒に患者へのケアを考える
		なぜスタッフが身体拘束をしたのか、スタッフの思いを理解する
		スタッフの立場も考えながら、患者中心であるという思いを伝えていく
	どうしたら身体拘束を解除できるかという視点を持って行動できるよう多面的に働きかける	否定から入るのではなくチャレンジする精神で取り組むということをスタッフに伝える
		師長や副師長が身体拘束をしない看護についてできることを前向きに示し、スタッフが共感してくれるのを待つ
		せん妄ケアや緩和ケアなど根本にアプローチするためにカンファレンスを実施する
身体拘束最小化の検討に効果的なキーパーソンへの関与	身体拘束に頼らない看護実践を率先して行い、モデルとしての姿勢を示す	どうしたら身体拘束を外せるかという視点でカンファレンスできるよう師長が入って、裏で指揮をとった
		患者を見守るためのベッドサイドケアを行うよう、ステーションに戻ってきたスタッフには声をかける
		ユマニチュード的な関わりを現場に落としていくため、師長みずから積極的に患者を日中歩かせる
		身体拘束をせずに看護で患者をよくしたいという思いを伝えるために、一緒にケアの話をするなど、姿勢を見せる
		ケアにスタッフを巻き込むため、師長自ら人間らしさを大事にして患者に関わる
	身体拘束最小化の取り組みを承認する文化を醸成させる	身体拘束廃止を前向きに捉えられるように、身体拘束をしないためのスタッフのポジティブな意見を認めるよう関わる
		やればできると思う気持ちを大きくするために、身体拘束廃止の取り組みや話し合いに関して否定することはせず、その努力を認める
		患者の見守りをスタッフに任せるのではなく、声をかけたり手伝ったりして、スタッフを励ます
		せん妄や認知症の多い病棟でも身体拘束を減らすために、認知症認定看護師を巻き込んで検討する
		横断的チームが患者側に立ったケアの視点をスタッフに伝える
身体拘束最小化の検討に効果的なキーパーソンへの関与	スタッフが抱える身体拘束に関する問題を解決させるため、リソースにつなげる	認知症やせん妄で動く要因は何かを認知症認定看護師がつかみ、スタッフと論理的に共有することでケアを支援する
		老人専門看護師がカンファレンスに入り、倫理的な問題について多職種とともに身体拘束の必要性を検討する
		現場に埋もれている倫理的問題を発掘して、専門看護師につなげる
		横断的に動く認定看護師にも加わってもらい、現場のスタッフ全員で話し合って何ができるか考える
		安全管理室長と認知看護認定看護師がせん妄と認知症のサポートチームのラウンドをする
	身体拘束を実施しない利益を理解してもらおうと医師に積極的に関わる	倫理的ジレンマが生じる場合は、エキスパートナースに介入させる
		スタッフが身体拘束に関するジレンマを感じた際には、患者にとっての利益や望みといった視点をもって、多職種とカンファレンスするようにする
		身体拘束を支持する医師には、身体拘束に関する安全への過信について伝える
身体拘束最小化の検討に効果的なキーパーソンへの関与	身体拘束を実施しない利益を理解してもらおうと医師に積極的に関わる	身体拘束廃止を医師に理解してもらうため、医師になんでも相談し、距離を近く関わるようにする

表1 急性期病院に入院する高齢者に身体拘束を最小限にするための看護管理の実践内容（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
身体拘束最小化に伴ってスタッフが抱えるジレンマへの対応	身体拘束最小化に伴う事故の責任を保障する	予測義務と回避義務を果たせばよいと伝え、事故への責任を保障する 事故が起きたときは個人の責任でなくチームの責任であることを強調してスタッフが振り返られるようにする
	病院の状況や近年の情勢から身体拘束の問題を吸い上げ、会議で検討した内容をスタッフに返す	倫理委員会で検討した倫理的問題をスタッフにフィードバックする 高齢者が増加している時代背景や病院として求められる役割を師長会で話し合い、スタッフが理解できるよう各部署に還元する
	インシデントを発生させた当事者に罰則性が生じないインシデント発生時の対応を指導する	インシデントレポートの意味を伝え、罰則性を減らす インシデントの対応は、身体拘束の要因と考え、報告の方法や指導の仕方など具体的に研修する
		患者の見守りを進めるため、看護補助職の夜勤配置を増やす 身体拘束廃止を推し進めるとともに看護師の勤務環境も整える 勤務人数の調整や助手の協力、リリーフ体制の活用で、見守りできる人数を増やす ラウンドをしている倫理担当の副部長から病棟状況の報告を受けることで、夜間の人員配置を検討する 患者の見守りができるように、人員配置を工夫する 患者の見守りのためにリリーフを依頼できる風土をつくるため、身体拘束をしないための当直スタッフを配置する 食事介助に人員が必要な時期には早出をつけるなど、人員配置を変更する 患者さんと向き合いたいが時間がないというジレンマを解消するために、看護師が病室に長くいれる看護提供方式を取り入れる 夜間の高齢者を見守る人数を増やすために、看護補助者の夜勤を導入する
身体拘束最小化に向けたソフト面の整備	身体拘束の定義・判断基準を明確にする	身体拘束の定義を明文化する 身体拘束の基準を明確にする 最小限の身体拘束や身体拘束実施の判断の基準とするため、マニュアルを整備する 身体拘束が看護であるのかを判断する指標として看護理論を導入する
	身体拘束の要因に対処するための横断的チームを設置する	認知症サポートチームを設置する 認知症認定看護師を横断的に動ける部門に配置し、ユマニチュードを広める活動を推進する 看護部の考えや取り組みを各部署に広げるため、ユマニチュード委員会を看護部に設置する
	倫理的問題を検討するための組織を立ち上げる	倫理委員会を立ち上げる 老人CNSの介入により、ケアで患者の行動をとめているということが分かり、倫理的な組織を立ち上げる
	病棟内に身体拘束軽減の推進役割を担うスタッフを配置し、育成する	病棟のリンクナースが困ったときはいつでも横断的に動く認定看護師に相談できる仕組みをつくる 委員会活動を部署に伝達するため、各部署にユマニチュードの推進委員を配置する
身体拘束最小化に向けたハード面の整備	事故防止用品や身体拘束の代替品を導入し、身体拘束を減らすための環境づくりをする	身体拘束具を病棟管理から安全管理室管理に変更する 転倒してもけがをしないよう、低床ベッドや衝撃吸収マットを導入する 離床センサーやビローコールなど、身体拘束を代替できる物品を購入する
	身体拘束最小化の取り組みの効果を目に見える形で共有する	身体拘束の有無による事故の発生は変化がないという調査結果を共有する 身体拘束軽減による事故が増加していないことを認識してもらうため、身体拘束率と転倒転落のデータで示してスタッフに回覧する
身体拘束最小化の取り組みの効果の評価	身体拘束最小化の取り組みによる成果を指標を用いて判定する	身体拘束数を指標とする 高齢者を尊重するメソッドを導入した評価を指標の経過で実感する

減少に向けて取り組んだ際にはスタッフを認めたり励ましたりすることで、《身体拘束最小化の取り組みを承認する文化を醸成させる》ことを意図して関わっていた。

(7) 【身体拘束最小化の検討に効果的なキーパーソンへの関与】

「横断的認知症ケアチームが非常に利いていて、‘ケアが難しい’という現場の声もすくい上げて、患者さん側として、スタッフの見方というのは変えてくれている。」と話され、《スタッフが抱える身体拘束に関する問題を解決させるため、リソースにつなげる》ために、スペシャリストや専門家チームを活用していた。また、身体拘束の廃止・軽減においては医師がキーパーソンであると捉え、

《身体拘束を実施しない利益を理解してもらおうと医師に積極的に関わる》ことを意識して実践していた。

(8) 【身体拘束最小化に伴ってスタッフが抱えるジレンマへの対応】

「自己抜去や転倒転落など、何か起きたときに、たまたまその時間を担当していた看護師を責めない、チームや組織の責任であって、個人の責任ではないと強調して振り返るようにしています。」と話され、《身体拘束最小化に伴う事故の責任を保障する》ことを実践していた。また、現場に検討を任せるのではなく、《病院の状況や近年の情勢から身体拘束の問題を吸い上げ、会議で検討した内容をスタッフに返す》ことや、《インシデントを発生させた当事

者に罰則性が生じないインシデント発生時の対応を指導する》ことでスタッフが抱えやすいジレンマに対応していた。

(9) 【身体拘束最小化に向けたソフト面の整備】

「せん妄とか、ケア度が高くて高齢者が多い時など、業務上、繁忙度の揺れ幅があります。そのためにすぐに人を配置することはできないので、身体拘束をしないために院内を通してのナースの当直を3～4人配置していて、手が回らない時や見守りをしてほしいときにそのナースを1人リリースとして呼ぶことができたことが鍵だと思っています。リリースを出す風土じゃなくて依頼できる風土を先に作りました。」を話され、限りある人的資源を活用するために、《患者を見守ることができるように、人員配置を工夫する》ことが実践されていた。また、身体拘束は何を指すのかの統一認識をもつため、《身体拘束の定義・判断基準を明確にする》ことが行われていた。また、専門性の高いチームや委員会による活動として、《身体拘束の要因に対処するための横断的チームを設置する》ことや、《倫理的問題を検討するための組織を立ち上げる》ことが行われ、チームや委員会による活動を病棟内に浸透させていくために、《病棟内に身体拘束軽減の推進役割を担うスタッフを配置し、育成する》ことが実践されていた。

(10) 【身体拘束最小化に向けたハード面の整備】

「ベッドは全部低床にしましたし、衝撃吸収マットも増やしました。転落しても大けがはしないというところに手だてを講じることが必要と思いました。」と話し、《事故防止用品や身体拘束の代替品を導入し、身体拘束を減らすための環境づくりをする》ことが実践されていた。

(11) 【身体拘束最小化の取り組みの効果の評価】

《身体拘束最小化の取り組みの効果を目に見える形で共有する》ために、「身体拘束率は下がっているけど、転倒転落率は上がっていないという状況をグラフで示して、新聞みたいにして看護スタッフに示しました。」と話され、取り組みによるネガティブなアウトカムが発生していないことを共有していた。また、身体拘束率や身体拘束数を指標として、《身体拘束最小化の取り組みによる成果を指標を用いて判定する》ことで取り組みを評価していた。

IV. 考 察

本研究では、身体拘束の廃止または減少に成功した看護管理の実践内容を明らかにした。看護管理は、患者にケア、治療、そして安楽を与えるための看護スタッフメンバーによる仕事の過程であり、看護管理者の仕事は、最も有効で可能なケアを患者およびその家族の人々に与えるために、計画し、組織化し、指示を与え、そして入手できる

財政的・物質的・人的資源を統制することである (Gillies, 1982/1986)。各施設で取り組まれた一つ一つの看護管理における実践については先行研究 (菅野・叶谷, 2021) で示されているが、急性期病院における身体拘束を廃止・軽減するための看護管理のプロセス全体は明らかになっておらず、本研究において、急性期病院における身体拘束を廃止・軽減するための看護管理の全体像を示すことができたと考える。そこで、本研究結果から身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理をマネジメントプロセス (秋山, 2021) の要素である計画、組織化、指揮、統制に沿って看護管理の全体像を整理し、考察していく。

看護管理者は、まずマネジメントプロセスにおける“計画”として、【身体拘束に関する組織の意志決定】を示すビジョンや理念、方針を示すことが必要である。ミッションやビジョンを明確にし、共有する過程で看護管理者、部下とともに目指す看護の実現に向けた原動力を得ることができる (武村, 2021)。身体拘束に対して組織としてどうあるのか、大切にしている価値観やビジョン、理念をスタッフ全員が共有することは、身体拘束廃止・軽減に向けた取り組みを継続していくために最初に行うべき看護管理の実践内容である。

次のマネジメントプロセスは、“組織化”である。“計画”を実現するために、【身体拘束最小化に向けたソフト面の整備】、【身体拘束最小化に向けたハード面の整備】や【身体拘束最小化の検討に効果的なキーパーソンへの関与】を行い、適正な資源配置や人員配置を検討する。このプロセスは、取り組みの遂行にあたる準備段階である。

“組織化”の次のマネジメントプロセスでは、“指揮”を行う。“指揮”にあたるカテゴリーは、本研究で最も多く得られた看護管理の実践内容であった。まず、患者の立場に立った看護や、看護が行うべきことについて各スタッフが考えることができるよう、【身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養】を図っていた。看護管理者の取り組みの継続によって倫理的な組織文化が醸成されていくと指摘されており (日本看護倫理学会, 2015)、看護管理者が継続的に身体拘束の廃止・軽減に取り組むこと自体が組織の看護観・倫理観の涵養につながると考える。しかし、スタッフは患者の尊厳保持と安全確保の間でジレンマを抱え、患者の尊厳を守るためには身体拘束を避けたいが、身体拘束をせざるを得ないと感じていることが明らかとなっている (Chuang & Huang, 2007; Yamamoto, et al., 2006)。スタッフのジレンマに対する肯定的対処行動として、上司への相談やケースカンファレンスの実施などがあると示されており (Yamamoto & Aso, 2009)、【身体拘束最小化に伴ってスタッフが抱えるジレンマの対応】、【多職種複数人で身体拘束の代替案が検討でき

る機会の設定】が示す内容と一致していた。身体拘束を廃止・軽減にあたって生じるジレンマの肯定的対処に向けた指揮は、看護管理者の重要な役割であると言える。さらに、取り組みが奏功した際には、【身体拘束解除に対するスタッフへの内発的動機付け】を行っており、スタッフが意欲的に取り組めるよう働きかけることも重要である。

一方で、身体拘束ゼロ化を推進する急性期病院の看護師長・主任自身も「安全と尊厳」という対立する価値の間で倫理的判断がつかずケアの方向性に葛藤している状況があり（安西・鈴木，2021），【病棟特性を踏まえた部署単位での取り組みの推進】を行っている看護師長・主任をサポートすることも必要である。サポートにあたっては、安全な手順を用いて身体拘束を最小限とする看護ケアを支えることが必要であり（Sharifi, Aarsalani, Fallahi-Khoshknab, & Mohammadi-Shahbolaghi, 2021），《病院の状況や近年の情勢から身体拘束の問題を吸い上げ、会議で検討した内容をスタッフに返す》等、病棟任せにするのではなく、組織一丸となって取り組んでいくことが重要であると考ええる。

最後の“統制”のプロセスでは、これらの一連の取り組みを経て、【身体拘束最小化の取り組みの効果の評価】を行うことで取り組みの成果を可視化し、また組織の身体拘束実施における課題や昨今の情勢から情報を整理し、【身体拘束最小化の実現に向けたノウハウの収集と共有】を行っていた。組織を構築するためには、組織を取り巻く外部環境の変化を把握し、組織内の内部環境の査定を行う必要がある（青木・勝原・後藤，2021）。これらの一連のマネジメントプロセスを経て、身体拘束を廃止・軽減を目指した組織として常により状態をつくり、また保つためのサイクルを恒常的に展開することが、急性期病院における身体拘束を廃止・軽減するための看護管理として重要であると考ええる。

V. 研究の限界

対象者の所属する施設や地域の特性によって、高齢者に対する身体拘束を実施する場面、状況は異なることが推測される。同施設の看護部長、看護師長から語られた取り組みは同じ方針の下での取り組みであり、語りとして得られたデータには偏りが生じている可能性がある。今後は対象を拡大し、多様な地域性、施設特性を踏まえた共通性の高い看護管理実践の内容であるか検討していく必要がある。

VI. 結 論

身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理実践として、【身体拘束に関する組織の意志決定】、【身体

拘束最小化の実現に向けたノウハウの収集と共有】、【身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養】、【病棟特性を踏まえた部署単位での取り組みの推進】、【多職種複数人で身体拘束の代替案が検討できる機会の設定】、【身体拘束解除に対するスタッフへの内発的動機付け】、【身体拘束最小化の検討に効果的なキーパーソンへの関与】、【身体拘束最小化に伴ってスタッフが抱えるジレンマへの対応】、【身体拘束最小化に向けたソフト面の整備】、【身体拘束最小化に向けたハード面の整備】、【身体拘束最小化の取り組みの効果の評価】の11カテゴリーが生成された。倫理的組織文化の構築、安全確保と尊厳保持のジレンマへの肯定的対処を促進する環境づくりを目的として看護管理過程を展開し、組織一体として対応していくことが、急性期病院に入院する高齢者に身体拘束を最小限にするための看護管理として必要であることが示唆された。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

- 秋山智弥 (2021). 管理と看護サービス. 井部俊子 (監修), 秋山智弥 (編), *看護管理学習テキスト 第3版 第2巻 看護サービスの質管理 2021年版* (p.4). 東京: 株式会社日本看護協会出版会.
- 安西啓恵, 鈴木浩子 (2021). 身体拘束ゼロ化を推進する急性期病院の看護管理者が認識する困難. *日本老年看護学会第25回學術集会抄録集*, 109.
- 青木節子, 勝原裕美子, 後藤美佐子 (2021). 組織分析 (組織診断): 当該組織の理解を深める. 井部俊子 (監修), 勝原裕美子 (編), *看護管理学習テキスト 第3版 第4巻 組織管理論 2021年版* (p.71). 東京: 日本看護協会出版会.
- Bai, X., Kwok, T.C.Y., Ip, I.N., Woo, J., Chui, M.Y.P., Ho, F.K.Y. (2014). Physical restraint use and older patients' length of hospital stay. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 160-170.
- Chuang, Y.H., Huang, H.T. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486-494.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 616-625.
- 古澤幸江 (2016). 日本における看護管理者のリーダーシップに関する研究の動向. *愛知県看護教育研究学会誌*, (19), 17-24.
- Gillies, D.A. (1982) / 矢野正子 (1986). *看護管理: システムアプローチ*. (pp.1-6). 東京: へるす出版.

- Hamers, J.P.H., Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.
- 菅野真綾, 叶谷由佳 (2021). 急性期病院における身体拘束を軽減するための看護管理に関する文献検討. *日本看護管理学会誌*, 25(1), 129-138.
- 厚生労働省 (2017). 平成29年 (2017) 患者調査統計表, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/toukei.pdf> (参照 2020年 5月 8日)
- 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」(2001, 3). 身体拘束ゼロへの手引き: 高齢者ケアに関わるすべての人に. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf (参照 2021年 7月 7日)
- Lüdecke, D., Poppele, G., Klein, J., Kofahl, C. (2019). Quality of life of patients with dementia in acute hospitals in Germany: a non-randomised, case-control study comparing a regular ward with a special care ward with dementia care concept. *BMJ Open*, 9(9).
- 内閣府 (2020). 令和 2 年版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (参照 2021年 3月 5日)
- Nakanishi, M., Okumura, Y., Ogawa, A. (2018). Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. *International Psychogeriatrics*, 30(7), 991-1000.
- 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会 (2015,8,31). 身体拘束予防ガイドライン. http://jne.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf (参照 2020年 7月 29日)
- 西嶋 梓, 千葉由美, 佐々木晶世, 山本則子 (2009). 都内医療機関における身体抑制: 現状と関連要因の検討. *高齢者虐待防止研究*, 5(1), 94-102.
- Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Systematic Reviews*, 10(1), 129.
- 武村雪絵 (2021). 【組織のダイナミクスを解明する質的研究: 組織と個人に, 変革と幸せをもたらす「知」を届けるために】: 「ミッション・ビジョン・バリュー」を組織の動力源とするために. *看護管理*, 31(1), 18-22.
- 上野栄一 (2008). 内容分析とは何か: 内容分析の歴史と方法について. *福井大学医学部研究雑誌*, 9(1-2), 1-18.
- World Health Organization (2019). Strategies to end seclusion and restraint: WHO Quality Rights Specialized training: course slides. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329747> (Accessed 2020-6-23)
- Yamamoto, M., Aso, Y. (2009). Placing physical restraints on older people with dementia. *Nursing Ethics*, 16(2), 192-202.
- Yamamoto, M., Izumi, K., Usui, K. (2006). Dilemmas facing Japanese nurses regarding the physical restraint of elderly patients. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(1), 43-50.
- 全日本病院協会 (2016). 「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業」報告書. https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/160408_2.pdf (参照 2021年 7月 7日)

[2021年 8月 3日受 付]
[2022年 3月 7日採用決定]

Nursing Management Practices in Acute Settings that Succeeded in Reducing and Eliminating the Use of Physical Restraints

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 905-914
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220307181>

Maya Minamizaki, MSN, RN, PHN, Mana Doi, PhD, RN, PHN,
Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the nursing management practices that minimize the use of physical restraints for older patients in acute settings. **Methods:** We interviewed ten nursing managers who had experience working to eliminate or reduce physical restraint use. We conducted a content analysis of the obtained data. **Results:** Regarding nursing management practices that minimize the use of physical restraints for older patients in acute settings, we extracted eleven categories including: “organizational decision-making about physical restraints,” “collecting and sharing of know-how for minimizing the use of physical restraints,” “developing nursing and ethical perspectives as a basis for considering the implementation of physical restraints,” “promoting departmental initiatives based on ward characteristics,” and “creating opportunities for professionals from multiple related fields to discuss alternatives to physical restraints”. **Conclusions:** This study suggests that nursing managers are required to apply management processes to build a culture with positive ethics and also create an environment to promote positive coping skills among nurses entrusted with ensuring safety while maintaining patient dignity.

Key words

Physical Restraint, Nursing Management, Acute Hospital, Aged

Correspondence: M. Minamizaki. Email: mkan@yokohama-cu.ac.jp

2つの精神科病棟における 入院患者の自殺をめぐる看護師の体験： 病棟チームの組織的・文化的文脈に 注目して

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 915-925
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220307183>

上山千恵子

関西医科大学看護学部

■要 旨

目的：精神科入院患者の自殺をめぐる看護師の体験について，病棟チームの組織的・文化的文脈に位置付けて明らかにする。方法：エスノグラフィーとし，2病棟でインタビューとフィールドワークを行った。結果：A病棟からは個々の看護師の体験として【驚きとショック】【自責と後悔の念】など4テーマ，病棟チームの状況として【共有されない看護師の体験】【院内で深まる孤立と劣等感】など3テーマが，B病棟からは個々の看護師の体験として【驚き】【納得のいく理由が見つからない】など5テーマ，病棟チームの状況として【看護師間で行われる情報の交換と体験の共有】など2テーマが抽出された。結論：患者の自殺は個々の看護師だけでなく病棟チームにも大きな影響を与える。個人だけでなく集団全体の問題と捉えられ，必要に応じて第三者の活用も含め支援策を講じること，日頃から病棟チーム内にあるダイナミクスを理解しておくとともに，その中での自身の行動や反応に意識的であることが必要である。

■キーワード

精神科病棟，入院患者の自殺，看護師の体験，病棟文化，エスノグラフィー

責任著者：上山千恵子。Email: kamiyamc@hirakata.kmu.ac.jp

緒 言

長い歴史の中でも近年特に自殺の問題を抱えた人々に対する医療の対応が重要とされ，中でも精神医療に求められる責任と役割は年々増している。精神保健専門家のうち約6割が過去に患者の自殺を経験（Dransart, Heeb, Gulfi, & Gutjahr, 2015, p.2），精神科病院の79%が過去3年間に患者の自殺を経験していたと報告（河西ほか，2016, p.84）されるなど，精神科医療従事者が患者の自殺に直面することは珍しいことではない。とりわけ病棟に勤務する看護師は自殺患者と最後に接した人，自殺場面の第一発見者となることも多く，患者の自殺はトラウマ体験となりうることも指摘されている（寺岡，2010, p.132）。

先行研究では，精神科入院患者の自殺を体験した看護師にショック（Cotton, Drake, Whitaker, & Potter, 1983, p.56；Midence, Gregory & Stanley, 1996, p.117），自責感（Midence, et al., 1996, p.117），無力感（折山・渡邊，2009, pp.63-64）などの感情反応や，不眠や食欲不振（折山・渡邊，

2009, pp.63-64；寺岡，2010, p.7）などの身体症状がみられたこと，自責の念や無力感は10年以上持続していたこと（折山・渡邊，2009, pp.64-65）が明らかにされている。これらの先行研究の多くは，ある患者の自殺を経験した看護師当事者の視点のみからデータを収集したものである。古川（2009）は看護師の体験に自殺をめぐる病棟の人間関係が（p.25），寺岡（2013）は他のスタッフからの非難，組織における上司や同僚からのねぎらいなどが影響していた（pp.13-14）と報告しているが，これらもそれぞれに異なる自殺を経験した一看護師の視点からの振り返りのインタビューデータにとどまる。木村ほか（2014）は自殺が発生した病棟に勤務した看護師全員にインタビューを行ったが，全ての対象者を一括りにして分析を行っており，当時病棟チーム内で様々な立場にあった看護師の体験や反応，またチーム全体の反応についても明らかにされていない。

病棟という場は様々な人や物やその時々々の文脈が絡み合っている現場（小田，2010, p.11）である。また病棟チームは，このような現場において各々が役割と責任を

持ったメンバーによって構成された、共通目標の達成に向けて働く組織集団であり、看護師は日頃からこのような病棟チームの一員として入院患者にケアを提供している。Bionはグループとその力動の関連について、「グループの中に作り出された情況はさまざまな情緒に満ち溢れ」、それは「メンバーが気づかぬうちに、グループの活動を方向づける」と考えた（Grinberg, Sor & Bianchedi, 1977/1982, p.16）。また荻野（2001）は精神科病棟の文化を明らかにすることを目的に3病棟でフィールドワークを行い、各病棟のメンバーに共通する信念と情緒を基にして各メンバーに共有する行動様式が生み出されると述べた（p.58）。入院患者の自殺をめぐる看護師の体験もまた、このような病棟メンバーの信念や情緒、病棟の目標やルールなど様々な物事や関係性の中で意味づけられていると考える。そのため当時看護師が所属した病棟チームの組織的・文化的文脈に即して明らかにすることが必要であろう。一方で、精神科における病棟文化に関する文献レビューを行った柴田・田代・前澤（2020）は、先行研究の大半を占める半構成面接法だけではなく、フィールドワークなど研究方法を増やし知見を得ていくことの必要性について指摘している（p.44）。近年では、入院患者の自殺が発生した際、個々の看護師だけではなく病棟の看護スタッフというチーム全体を対象にした支援の重要性について言及されている（森光・御子柴, 2013, p.109）。また、自殺が発生した際の事後対応に部署全体あるいは病院全体で取り組むための研修会等を開催するという動きもある。個々の看護師の体験に注目するだけでなく、研究方法を増やし所属するチームの組織的・文化的文脈に位置付けて明らかにすることで、患者の自殺が発生した場合の具体的な支援方法だけでなく看護師を支援するための組織の在り方についても示唆が得られると考える。

I. 研究目的

入院患者の自殺発生時に病棟チームに所属していた看護師の体験について、チームの組織的・文化的文脈に位置付けて明らかにする。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

エスノグラフィーを選択した。エスノグラフィーは「文化的な文脈の中でその構成員にとってその活動や出来事がどのような意味を持っているのかを明らかにする」（Holloway & Wheeler, 2002/2006, p.132）。人々がとる行動

の背後にある文化について描くこと、一貫して人々が生きている文化という文脈の中で現象を捉えようとするのが特徴である。本研究では、病棟チームに所属する看護師の体験を当時置かれていた状況に即して明らかにすることが目的であるため、中でも「『事象や対象を測定すること』の中で埋没し見失われた、『対象を理解する』という了解的スタンスでデータを見ていく」（箕浦, 1999, p.16）という解釈的アプローチを基盤とするマイクロ・エスノグラフィーが適していると考えた。

また、2つの異なる文化を持つチームから得られたデータの類似性と相違性に注目し、それらの特徴を明らかにする通文化的な視点でデータ収集と分析を行う方法をとった。

B. 研究協力施設（フィールド）

本研究では①過去に実際に入院患者の自殺が発生している、②自殺が発生した当時、病棟チームに所属していた看護師が今も同じ施設に勤務している、③自殺発生後1年以上が経過しており、本研究テーマでフィールドワークやインタビューに協力することが可能と看護部長が判断した、という条件を満たし、病棟責任者と看護師全員から研究協力の合意が得られた病棟をフィールドとした。本研究では異なる文化を持つチームの協力を得て通文化的な視点で分析することもねらいとしたため、一般病院と精神科病院という背景の異なる病院を研究協力施設とした。施設長および看護部長と交渉した結果、上記の条件を満たす病棟として今回フィールドとなった2病棟の紹介を受けた。

C. データ収集方法

小田（2010）は、「エスノグラフィーとは、お決まりの研究手順ではなく（中略）その対象や問題に合わせて、適切な方法を選んでいく」ことだと述べている（pp.14-15）。本研究で明らかにしようとしている看護師の体験は、その性質上、自殺発生時のデータ収集は倫理的に困難であると考えられた。そのため自殺発生後1年以上が経過した時点ではあるが、フィールドワークを通して現場を直接体験して理解するとともに、自殺発生当時にチームに所属していた看護師にインタビューを実施した。

フィールドワークは、初めの2週間は週2～3日、その後は週1日のペースで行った。看護師の資格を持つ大学院生として病棟に身を置き、主に詰め所内におけるカンファレンス場面、スタッフ同士のやり取りの参与観察を行い、看護師と患者の許可を得て看護場面に同行した。病棟チームに存在するルールや仕組み、価値観、自殺予防の取り組みや姿勢等について、その直接的・間接的文脈を構成している全ての人や事物へ注意を向けるよう心掛けた。2～3

週間が経過するころには研究参加者が研究者の存在に慣れ、研究や業務以外の会話も交わすようになった。そのころからフォーマルインタビューを開始した。フォーマルインタビューでは患者の自殺が発生した当時、病棟チームに所属していた看護師に対して、患者の自殺をめぐる体験、当時感じていたことや病棟チームメンバーとの関わり、チームの様子について聞いた。

本研究におけるフィールドワークは患者の自殺発生から数年のタイムラグがあるが、フィールドワークで見られたルールや仕組みが当時もあったのか、あったとすれば看護師にとってどのような意味があったのかなどに注目し、それらをインタビューにも反映させた。また、インタビューでの看護師の語りの内容をその後のフィールドワークの視点に反映させるなど、過去に起こった自殺についてのインタビューと数年後に実施したフィールドワークデータを補完的に用いることによって、研究の問いを構造化しつつデータ収集・分析を進めた。

D. データ分析方法

データ収集と並行して実施した。得られたデータは精読し全体像を把握した。次に患者の自殺をめぐる看護師の体験、自殺が発生した現場で起こっていたこと、それに内包される中心的意味に注目しながら解釈していき、類似性と相違性に着目してテーマを抽出した。また、このプロセスを通して生じた疑問やさらに焦点化した問いをその後のデータ収集の視点に反映させるという作業を繰り返した。

さらに異なる2つのフィールドから得られたデータを比較し、病棟間にどのような違いがあるのか、それらの違いが看護師の体験にどのような違いをもたらしたのかという視点でも分析を行った。各フィールドで得られたデータの分析に集中するため、それぞれにおいて数か月ずつまとまった期間のデータ収集と分析を行った。そして2つのフィールドでのデータ収集と分析後、フィールド間に見られた相違点について確認するため、再度1か所目のフィールドに戻ってデータ収集と分析を行った。

データ収集とデータの解釈や分析については、研究指導者のスーパービジョンを受けながら進めた。

Ⅲ. 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(2016-104, 2017-068)と研究協力施設の承諾を得て実施した。インタビュー参加者は、研究者から目的、方法、研究参加の自由意思と途中辞退の自由、個人情報保護、研究成果の取り扱いについて説明を受けた上で、自ら語る意思を示した看護師とした。インタビュー参加の意思を示した

看護師には、公表された結果を同じチームに所属する者が読んだ場合に誰がどのような内容を語ったかが分かる可能性があることも伝え、自らが語ってもよいと判断した内容についてのみ語ってもらうように依頼した。2回目以降のインタビューでは、前回語った内容を確認してもらってからインタビューを開始した。またフィールドワークは、当該病棟スタッフに本研究の概要、個人情報の保護、研究成果の取り扱いについて十分説明し了承を得た上で行った。研究全体の分析が終了した時点で病院の看護部管理者に内容を確認してもらい、管理者を通じて病棟スタッフによる確認も依頼した。

Ⅳ. 結果

2つの研究協力機関の中で本研究のフィールドの条件を満たした一般病院の精神科慢性期開放病棟(A病棟)と、精神科病院の急性期閉鎖病棟(B病棟)の協力が得られた。以下、病棟別に結果を述べ、さらに2病棟間に見られた共通点と相違点について示す。

A. 患者の自殺をめぐるA病棟看護師の体験

1. A病棟の概要

A病棟は、地域密着型の中規模一般病院内にある精神科病棟であった。2017年4～8月、2018年3～5月にデータ収集を行った。A病棟は約60床の慢性期開放病棟であり、調子の変動はあるものの急性期を脱した状態が安定している入院患者が大半であった。患者の平均年齢は60歳を超え、平均在院日数は約10年、中には30年以上入院している患者もいた。長期入院の患者が増えてきている中で、ここ数年は年間3名を目標に長期入院の患者の退院が病棟の目標となっていた。20名弱の看護職員が所属しており、50歳代前後の看護師が大半を占めていた。1名の患者に対して1名の看護師がプライマリー看護師として、患者、家族、関係専門職と連携を取りながら看護チームの中心となって患者に関わっており、その関係が数年単位で続くことも珍しくなかった。1名の看護師が1～4名の患者のプライマリー看護師となっていた。家族と疎遠になっている患者も多く、単独で院外に出ることが難しい患者にはプライマリー看護師が私服に着替え、一緒に街への買い物や食事に出かけることもあった。

今から約5年前、この病棟では珍しく若い入院患者だった30歳代男性が病院近くの踏切に飛び込んで亡くなった。さらにその約1か月後、その男性患者と親しかった40歳代の女性患者が同じ場所で亡くなった。

当時この病棟に所属していた看護師のうち、継続して勤務していた5名と他部署に異動となっていた4名にインタ

ビューへの参加を依頼し、8名から同意が得られた(表1)。中には「あまり良い思い出ではないけどね」と言葉を添えてインタビューへの参加意思を伝えた看護師もいた。得られたデータを分析した結果、個々の看護師の体験と病棟チームの状況として以下のテーマが抽出された。なお、抽出されたテーマは【 】、看護師の語りは「斜字体」、フィールドワークで得られたデータは斜字体で示す。

2. 自殺をめぐる個々の看護師の体験

a. 【驚きとショック】

驚きとショックは全ての看護師が体験しており、インタビューで真っ先に語られた。それまでにこの病棟で入院患者の自殺を経験した看護師はいなかった。「そういう人はほとんどうちの病棟には来ない。(A-6 看護師)」と、看護師にはこの病棟にはそのような患者は入院しないという安心感があったようにもうかがえ、その中で起こった患者の自殺により「そういう人に接したことがなかったので……まさかと。(A-6 看護師)」,「そんなことになっているとは……びっくりしたのとショック。(A-1 看護師)」と、大きな驚きとショックを体験していた。

b. 【自責と後悔の念】

このテーマはほぼ全員の看護師によって語られたが、中でも亡くなった男性患者のプライマリー看護師であったA-3看護師と亡くなる直前の夜勤者A-1看護師は、この自責と後悔の念が語りの大部分を占めた。A-3看護師はインタビューで、「自分がもっと話を聞いてあげられれば……」「もっとしてあげられることがあったんじゃないか。」という内容を繰り返し、「(他のスタッフも)何とか

してあげれば、ともしどかしい気持ちで見ていたのではないか。」とも語った。一方で、それほど患者と接点なかった看護師の中には「自分が敢えて(関わっていくことで)危険を察知することができたかもしれない……反省(A-5 看護師)」と、積極的に関わらなかったこと自体に負い目を感じている者がいた。

c. 【怒り】

怒りについて顕著に語ったのは、当時病棟主任を務めていたA-1看護師とA-2看護師であった。この怒りにはチームのリーダーとして自分の役割と責任を強く感じざるを得ない2人の状況が反映されていた。A-1看護師は、患者の死後、病棟内で行われたカンファレンスで一人の看護師が『私はいつかやると思ってた』と発言したことを今も鮮明に記憶しており、強い怒りを語った。それ以前に申し送りや定期カンファレンスでその患者の自殺リスクについて触れられたことはなかったが、事故後になってまるでそのリスクに気が付いていたかのような発言がされたことに「そんなこと思ってたなら、なんで言ってくれなかったのか! (A-1 看護師)」と激しい怒りを覚えていた。A-1看護師にとって、このような発言は自分がリーダーとなって引っ張ってきた、信頼するチームメンバーに裏切られたともいえる体験となっていた。

d. 【自信を失う】

看護師は患者の自殺について語る中で、自分自身あるいは自分たちのチームに能力がないのではないか、という話題へと移っていった。看護師からは、はっきりと自信を喪失したという言葉で語らなくとも、自信を失っていることがうかがえる語りもあった。このような思いは約5年経っ

表1 A病棟・B病棟における研究参加者の概要

病棟	看護師	臨床経験年数	病棟経験年数	特記事項
A病棟	A-1	15年	5年	当時の病棟主任。男性患者自殺直前の夜勤者。
	A-2	20年以上	4年	当時の病棟主任。男性患者自殺当日の日勤業務リーダー。
	A-3	15年	7年	男性患者のプライマリー看護師。
	A-4	30年	1年	
	A-5	30年	9年	
	A-6	30年	1年	
	A-7	15年	3年	
	A-8	30年以上	10年	
B病棟	B-1	10年以上	1年未満	当日勤務者。
	B-2	1年未満	1年未満	自殺発生当日は休み。
	B-3	15年以上	1年未満	当時の病棟看護責任者。自殺が起こった直後の管理当直夜勤。
	B-4	約10年	3年	自殺発生当日は休み。
	B-5	約10年	3年	自殺発生当日は休み。当時プレCNS。
	B-6	3年	1年	自殺発生当日は休み。
	B-7	3年	3年	自殺発生当日は休み。
	B-8	10年以上	1年	当日勤務者。

※経験年数は自殺事故が起こった当時のもの

たインタビュー時にも看護師の体験の深いところで傷となっていた。

「落ち込みというか自信がなくなる……今までの対応の何がいけなかったんだろう。振り返りカンファレンスで行きついた結果……それって普段日常業務としてしているつものこと。(A-5 看護師)」

「年いったスタッフばかり……(若い患者にとって)結局悩みを聞いてもらえるような病棟ではなかった, だから心も許してなかったんやろう。(A-4 看護師)」

3. 病棟チームの状況

a. 【共有されない看護師の体験】

A病棟では個々の看護師の体験が病棟チームメンバー間で共有されないまま現在に至っていた。互いに関心がなかったからではなく、他の看護師が気になりながらも、相手を傷つけることを恐れて声をかけられずにいた。

「僕の担当だったらものすごくショック……把握できていなかった, 話してもらえなかった……そこが違う。(A-8 看護師)」

「(プライマリー看護師が) わっと泣き出して……あんまり触れてもどうかと, だから必然的に(自殺についての)話題は避けた……。 (A-6 看護師)」

この病棟ではプライマリー看護師と患者との関わりが深く、それ故に看護師らはプライマリー看護師が特に大きな衝撃を受けていると考えていた。しかし同時に、彼らに声をかけることによってさらに傷つけるのではないかという懸念があった。また、亡くなった2人の患者の話題に触れることは自分自身も辛く、避けたい気持ちもあった。看護師は「思い出したくない, もう勘弁してという感じ。(A-8 看護師)」, 「封じ込めたい。僕も人間。(A-5 看護師)」などと語った。このような状況がチーム全体としてもその話題には触れられない雰囲気を作り出し「誰とはなしに皆な話をしない, 必然的に話題は避けてた。(A-6 看護師)」と当時の様子が語られた。

b. 【リーダー不在でもがく病棟チーム】

研究参加者から当時の病棟看護師長について語られることはほとんどなかったが、数少ない語りからは、立て続けに起こった2人の患者の自殺により大きな衝撃を受けた病棟チームが、病棟師長によるリーダーシップと支援がない中で苦しむ、あるいは諦めの状況があったことが語られた。

「(病棟師長は) そういうこともあるさ, って。私たちにしたらすごいショック, もう二度と起こしたくないと思ってるのに。(A-1 看護師)」

「(現場対応時) 師長に相談するなんて気持ち, さらにさらなかった (A-2 看護師)」

c. 【院内で深まる孤立と劣等感】

A-1 看護師は自殺後に病棟で行われたカンファレンスにおいて病院管理者が発した言葉と、自分たちが抱えていた劣等感と孤立感について「院長先生にはっきり言われた。経験がない者が揃ってるからって。ものすごい劣等感, 病棟は孤立。どんなに馬鹿にされているかしかなかった。」と語った。「暇な病棟って見られて (A-6 看護師)」, 「おばちゃんが集まる病棟と言われて (A-1 看護師)」など、自殺発生以前から自分たちの病棟チームに向けられる他部署からの視線を気にしていたことも述べられた。このような自分たちの病棟チームに対する見方はフィールドワーク時にも存在しており、次のような場面に表れていた。

数日前から精神状態が悪化している患者についてチームで話し合いを重ね関わってきたが、状況は改善せず、この日午後急性期病棟への転棟が決まった。昼休みの休憩室では、ある看護師が「あー, またこの病棟では看れなかったって言われるなあ」とうんざりした表情で呟き、一緒にいたベテラン看護師が「まあ仕方ないわな」と諦めたように答えた。(2018年3月フィールドノートより)

自殺発生当時の病棟チームにもあったこのような雰囲気の中、患者の自殺、そして事後カンファレンスで病院長によって発せられた言葉によって、病棟チームが劣等感と孤立感を深めていったことが看護師の語りにも表れていた。

B. 患者の自殺をめぐるB病棟看護師の体験

1. B病棟の概要

B病棟は複数の病棟からなる精神科病院の中の約50床からなる急性期閉鎖病棟であった。2017年9月～2018年2月にデータ収集を行った。B病棟には30名弱の看護職員が所属しており、30～40歳代の中堅看護師が大半を占めた。1名の患者に対して1名の看護師がプライマリー看護師として関わっており、看護師1名あたりのプライマリー担当患者は1～3名であった。患者の年代は10～90歳代と幅広く、入院患者の入れ替わりが激しい病棟であった。院内では一番多くの入院患者を受け入れており、データ収集期間中もほぼ毎日複数の入院があった。中には自殺企図のある入院患者もいた。

今から約2年前、入退院を繰り返す50歳代の男性患者が病室のブラインド調節紐で縊首した。当時の病棟チームに所属しており、継続して今も勤務している7名と他病棟に異動となった1名にインタビューへの参加を依頼し、全員から同意が得られた(表1)。B病棟ではインタビュー中に感情的になったり涙を流したりする看護師はいなかったが、なぜ患者が自殺したのか今も腑に落ちないというような語り口調でインタビューに答えた看護師が複数名いた。

得られたデータを分析した結果、個々の看護師の体験と病棟チームの状況として以下のテーマが抽出された。

2. 自殺をめぐる個々の看護師の体験

a. 【驚き】

看護師のほぼ全員が患者の死に対する驚きを述べた。中には入退院を繰り返していた患者との付き合いが長く、互いの関係性が構築されているという自信と安心を感じていた看護師もいたが、結果的にその自信と安心が覆され患者は亡くなった。また、患者の状態は決してよくはなかったものの、看護師らはそれが自殺につながるとは考えておらず、予測を超えた結末に大きな驚きを体験していた。

「確かによくはなかった。ただそんなに絶望するような状態じゃなかった……実際の行動（自傷や自殺企図）はそれまでになかったし。まさかと（B-3看護師）」

b. 【目の前の出来事に必死に対応する】

これは当日勤務していた看護師によって具体的に語られた。看護師は思ってもみなかった出来事に驚きながらも、目の前で起きている状況に対してこれまでの経験と知識を総動員させながら対応していた。当日勤務者であったB-1看護師は、精神科病棟での勤務経験が浅く自殺場面を見るのも初めてだったが、今後どうなるか分からない状況の中で目の前の状況に懸命に対処した様子を語った。

「呼ばれて行ったらもう縊首されていて。下におろしたか、なんか忘れました……血流は止まって顔色も紫で（呼吸も）してない……縊首行為っていうのは（はじめてで）その時点で（どうなるか）分からなかったけど……。（B-1看護師）」

また自殺が発生した直後の管理当直夜勤であった当時の病棟看護責任者B-3看護師も、身内と疎遠になっていた男性患者の遺体搬送先の手配に出勤直後からかかりっきりになり、「頭がいっぱいで」当日勤務スタッフの様子を顧みる余裕がなかった状況を語った。

c. 【納得のいく理由が見つからない】

看護師らは患者の自殺後、なぜ、どうして、と理由を探していた。看護師はその理由を探すために繰り返し自分の中で考えたり、カルテを遡ってみたり、当日勤務者に状況を尋ねたりしていた。しかし納得のいく明確な理由は見つからず、インタビュー時にもまだ腑に落ちずもやもやとした思いが残っていた。

「なんでかなあと。自殺するようには見えなかった……なんで……。 （B-7看護師）」

「何やったんか、いまだに腑に落ちてない。（B-3看護師）」

d. 【後悔と責任を感じる】

患者の自殺をめぐり、自分の役割や責任を果たせなかつ

た後悔を語った看護師がいた。当時プレCNSであったB-5看護師は「CNSとしてアセスメントし……スタッフと患者さんをつなぐ仕事（ができなかった）……後悔」と、自身の果たすべき責任と後悔について述べた。また、当日勤務者であったB-1看護師は「その時に関わっているから責任……何かできたんじゃないかとか。」と、当日勤務者が負うべき責任があることを強調して述べた。中には「どうして?……もしかしたら私たちが彼の発した何かを取りこぼした……（B-6看護師）」と、患者の死の理由について自問する中で、やがて後悔めいた語りへと移っていった看護師もいた。

e. 【限界を認めつつも自分たちの関わりの意味を信じる】

患者の自殺を100%防ぐのは無理であること、また入院病棟で行っている環境調整は一時的な自殺予防に過ぎないなど、患者の自殺を防ぐ取り組みにも限界があるという考えを語った看護師がいた。

「病院だから自殺しにくい環境が作れるけど……おうちに帰ってまで紐や包丁を取り上げることはできない。早かれ遅かれ。（B-4看護師）」

しかしそのような中でも、「（以前に）何回も自殺未遂している子に（関わる中で）、ちょっと変化が見られた（B-6看護師）」など、それまでに自分たちの関わりによって実際に患者が変化していく手ごたえを経験した看護師は、自分たちの関わりに意味があると考えながら実践を続けていた。

3. 病棟チームの状況

a. 【当日勤務者への気遣いと当日勤務者が感じる孤独】

インタビュー参加者のうち2名は当日勤務者、6名はそうではない看護師だった。自殺発生時に勤務していたかどうかを看護師は意識しており、そのことが当日勤務者への気遣い、当日勤務者が感じる孤独へとつながっていた。自殺発生当日は休みだったB-6看護師は、当日勤務者が自分を責め後悔もしているだろうと話したが、実際にはその看護師らに何も言えなかったとも語り、その真意について「第三者の自分が（声をかけることによって）責任を感じさせてしまう。」と述べた。一方、当日勤務者であったB-1看護師も「その日の勤務者とそうでない人とは、完全に一緒に共有は違う（できない）。責任の度合いとか受け止めが全然違う。」と、当日勤務者とそうではない看護師間で体験や思いを共有することは難しかったことを語った。

b. 【看護師間で行われる情報の交換と体験の共有】

患者の自殺は翌日以降の申し送りでも知らされ、後日出勤した数名でカンファレンスが開かれたとのことだった。しかしその詳細を覚えている看護師はおらず、代わりに患者

の自殺後に詰め所内で交わされた看護師同士のインフォーマルなやり取りを記憶していた。看護師はその場で患者の自殺に関する情報交換や自分たちの体験、感情を共有していた。若い看護師は自分と同様に驚きを表現する先輩看護師の姿を見て「安心（B-2看護師）」し、また人生経験のある看護師の中には「若いスタッフにちょっとでも考えるきっかけ、ショックを受ける軽減になったらいい。（B-6看護師）」と、自分たちの死に対する向き合い方を伝える機会としている者もいた。このような情報交換と体験の共有は、フィールドワーク中にも次のような場面で見られた。

午後のナースステーション。一通りのケアをすませて詰め所に戻ってきた看護師数名が最近自殺した退院患者について立ち話をしている。「話してたら悲しくなってきた」と涙目で感情を吐露する看護師、初めてそのことを知り驚く看護師、自殺当時の状況について情報を提供する者もいる。患者との思い出話も出てきている。しばらくして詰め所の電話が鳴ったところで話は途切れ、看護師は業務へ戻っていった。（2017年9月フィールドノートより）

このようなやり取りはあくまでもインフォーマルな場で交わされるもので、その場に居合わせた看護師の間で共有されるにとどまっているという特徴があった。

C. 病棟間で見られた共通点と相違点

A病棟およびB病棟の看護師の語りを比較すると、いくつもの共通点と相違点が認められた（表2）。たとえば個々の体験を見ていくと、A病棟、B病棟のほぼ全ての看護師が患者の自殺に対して驚きを体験していた。しかし驚きに次いでA病棟では大部分が自責と後悔を、中には感情的に語った看護師もいたが、B病棟ではインタビュー中に感情を露わにする看護師はおらず、患者がなぜ自殺したのか今も腑に落ちないという語り口調でインタビューに答えた看護師が複数名いた。またB病棟では医療の限界を認めつつ、その中でも自分たちの関わりの意味を信じるなど、患者の自殺という出来事の体験を通じて得た気付きに関する語りもあった。

病棟チームの状況では、チームメンバー間で体験が共有されにくいものであることは共通していたが、B病棟ではそのような中でも限られた看護師間でインフォーマルに情報交換や体験の共有がされていた。そして、A病棟で語られた病棟チームの孤立と劣等感についてはB病棟では語られなかった。

V. 考 察

前述の結果では、精神科入院患者の自殺をめぐる体験について、個々の看護師の視点からだけでなく病棟チームの組織的・文化的文脈からも明らかにした。本章では、まず病棟チーム内での看護師の体験共有について、また組織の在り方が看護師の体験に与える影響について考察し、このような体験をした看護師だけでなく病棟チームに対する支援の在り方についての考えを述べる。

A. 病棟チームという集団に働く防衛メカニズムがもたらす体験共有の難しさ

本研究では、看護師にとって患者の自殺が大きな打撃を受ける体験でありながら、チーム内で語り合うこと、共有することが難しい状況が明らかになった。

A病棟の看護師は、プライマリー看護師あるいは当日勤務をしていた看護師が受ける影響は自分たちとは異なり特別に大きいものであると考えており、あえて声をかけたり、自殺について話題にしたりすることを避けたと語った。これはプライマリー看護師を心配し気遣う気持ちから出た言葉であろう。同時に、このような結果に対してプライマリー看護師の立場として責任を感じるのは当然という前提があることも読み取れる。このことから、プライマリー看護師や当日勤務者など当事者ではない看護師の気遣いには、気にかけることと責任が生じることは当然という両義性が含まれていたと考えられた。

またB病棟では、当日勤務していなかった看護師が当日勤務者を気にかける様子が語られた。B病棟では同じ病棟チームの中でも当日勤務者であった看護師とそうではない

表2 A病棟・B病棟から抽出されたテーマ

	A病棟	B病棟
個々の看護師の体験	驚きとショック 自責と後悔の念 怒り 自信を失う	驚き 目の前の出来事に必死に対応する 納得のいく理由が見つからない 後悔と責任を感じる 限界を認めつつも自分たちの関わりの意味を信じる
病棟チームの状況	共有されない看護師の体験 リーダー不在でもがく病棟チーム 院内で深まる孤立と劣等感	当日勤務者への気遣いと当日勤務者が感じる孤独 看護師間で行われる情報の交換と体験の共有

看護師間にはっきりと境界線が引かれており、このことが看護師の言動に影響を与えたことが語りに表れていた。この境界線は患者の自殺によってかかる責任、あるいは看護師が感じる責任の重さを分けるものであり、看護師の語りには、自分たちがより責任の軽い立場だったと確認して何がしかの安心を得たいという思いが無意識に働いたとも考えられる。そのような看護師の姿勢は、自殺発生後、敏感になっていた看護師や当日勤務者などへネガティブな意味合いを持って伝わり、その間に距離を生じさせた可能性がある。

また、Figley (1999/2003) は間接的にトラウマに暴露された結果生じるものを二次的外傷ストレス障害とすることを提唱しており、親しい間柄の者がトラウマとなる出来事を経験したことを知るにより自然に起こると説明している。これに似た関係が本研究結果ではプライマリー看護師や当日勤務者と、その他のチームメンバー間に生じていたのではないかと考えられた。本研究において数名の看護師から語られた、プライマリー看護師や当日勤務者らと自分たちの立場は異なるという見方の背景には、そのような姿勢をとることによって自らの身を守っていたとも考えられた。

以上のように本研究結果からは、入院患者の自殺発生後、病棟チームという集団に働く防衛メカニズムにより、互いに患者の自殺について語り合うことや体験を共有することが難しい状況を生み、看護師が患者の自殺という体験から回復するプロセスを難しいものになっていることがうかがえた。

B. 組織文化が看護師の体験に与える影響

本研究では異なる2つの病棟でデータ収集を行った。前述の結果で述べたように2病棟間における看護師の体験にはいくつかの相違点が見られた。このような違いをもたらした組織的・文化的背景について考察する。

1. 病棟特性による影響

A病棟は慢性期病棟であり、自殺企図や自殺念慮のある患者が入院することはほとんどないと看護師は語った。それまで入院患者の自殺という出来事に遭遇した経験がなかった看護師が、その出来事に2例続けて見舞われたことは、看護師の体験に大きく影響を及ぼしたと考えられる。それに対して、B病棟は急性期病棟という特徴から、自傷行為や自殺念慮を有する患者が入院することがしばしばあり、看護師は患者の自殺という出来事をどう受け止め乗り越えるかということも含め、患者の自殺に対する自分なりの向き合い方を、機会を通じて形成していたとも考えられる。また、A病棟では慢性期病棟として患者の入院期間が

長いという特徴があり、患者とプライマリー看護師からは家族に近いともいえる関係性が感じられた。一方、B病棟は入院して間もない、病状変化が日ごとに見られる患者が多かった。このような違いは自殺が起こった際に看護師が感じる後悔と罪責感の強さに影響を及ぼし、A病棟ではプライマリー看護師、B病棟では当日勤務者に対して看護師らが特別な見方をしていたことにも影響を及ぼしたことがうかがえた。

2. 院内における病棟チームの地位

看護師の体験には、病棟の特性だけではなく以前からあった病院内の文化も影響していた。A病棟の看護師は自殺が起こる以前から自分たちの病棟に向けられている負の視線を意識し警戒心を抱いていた。それは数年後のフィールドワーク時にも続いており、勤務中にはチームメンバー内で不満をもらす場面も見られた。このような中で2例続いた入院患者の自殺は、一気にA病棟の看護師を追い詰め劣等感と孤立を強めた。暗黙裡にあった病院内における組織文化が看護師の体験に与えた影響は大きかったといえる。一方、B病棟は急性期病棟で院内では主となる入院受け入れ病棟でもあり、看護師配置も他病棟に比べると充実していた。他部署から病棟チームに向けられる視線は、A病棟とは全く異なるものだったと予想できる。近年では効率的に医療サービスを提供するため病院の機能分化が強化されてきている。病院の中でも機能分化は進んでおり、急性期や亜急性期、慢性期という特徴により病棟構成がされることも珍しくない。これらは本来サービスを効率よく提供するためのシステムのひとつといえるが、その仕組みが病院という組織の中で勤務するスタッフ間の不公平感や優劣に似た意識へとつながっていく場合があることが本研究結果からはうかがえた。Young (2011/2014) は、構造的不公平が「多くの個人や諸制度が、一般的な規則と規範の範囲内で自らの特定の目標や利益を追求する結果として」生じると述べている (p.75)。病院内における機能分化も決してそのこと自体が悪いのではない。しかし本研究からは、このような院内における病棟構成が同じ病院内の病棟間でこのような優劣意識を生み、ある病棟スタッフにとっては劣等感を抱かされる状況を生み出していたことがうかがえた。またこのような状況は自殺という出来事に際し、A病棟の看護師が孤立無援感を抱くことにつながり、より自我が脅かされるという体験となったとも考えられた。

3. 自殺発生以前からある病棟チーム内ダイナミクス

2病棟における看護師の体験に見られた違いには、自殺発生前から形成されていた病棟チーム内のダイナミクスも大きく影響したと考えられた。

前述したように、たとえばA病棟では、看護師は自殺発生以前から院内の他部署からの視線を気にして警戒心や疎外感を抱いていた。またA-2看護師の「師長に相談するなんて気持ち、さらさらなかった」という発言からは、自殺発生以前から病棟看護責任者のリーダーシップが得られず有事の際にはメンバーが何とかして対応に当たらなければならぬ状況があったことがうかがえた。このような状況の中でA病棟チーム内には日頃から不満やあきらめに近い負の感情が生じていたと考えられる。一方で、B病棟ではこのような語りは見られなかった。また自殺発生直後には、病棟看護責任者であり院内の管理当直夜勤の立場にあったB-3看護師が退院先の手配等に当たったことが語られた。

荻野(2001)は3つの精神科病棟の文化構造を明らかにした研究の中で、各病棟集団に自分たちをまとめる何かを求める情緒が観察され、リーダーシップが曖昧な病棟においては集団として普遍的に生じるリーダーへの依存願望が満たされず、怒りや不満が高まっていたことを報告している(pp.58-59)。A病棟でもこれに似た状況があったところへ立て続けに2人の患者の自殺が起こったと考えられる。危機的状況となったチーム内では以前からあった負の感情が表面化するとともに、さらにカンファレンスで管理部門から発せられた病棟の看護力を問う発言によって一層追い詰められる結果になった。看護師らは病棟看護責任者からだけでなく病院内管理部門からもリーダーシップを得ることが叶わず、どこにも拠り所がない状況でチームが大きな混乱をきたし、深刻な状況につながったと考えられた。

このように以前から集団に働いていた固有のダイナミクスが、患者の自殺という重大事故が発生した際の病棟チームの状況や個々の看護師の体験に大きく影響することが本研究結果からうかがえた。このことは入院患者の自殺に限らず、何か大きな問題が発生した際にも同様に起こり得ると考える。

C. 看護師に対する支援への提言

患者の自殺は、個々の看護師だけではなく病棟チームにも大きな影響を与える。チーム構成員の回復を促進するためには、問題が個人だけのものと考えられるのではなく集団全体の問題ととらえられること(Catherall, 1999/2003, p.80)が重要である。起こった自殺についての責任を迫る事後対応は、病棟チームひいては個々の看護師をより追い詰める結果となる。自殺の問題については、近年では特に精神医療に求められる責任と役割が年々増加している。このような動きは自殺が起こった際には病院の責任を問い、さらには現場で患者に関わるスタッフを責める方向に働くとも考えられる。今後多くの立場の人々が自殺予防

に取り組んでいくことが予想される中、自殺が発生した際には、これらの人々に与える影響、また集団としての体験についてより深く理解した上での対応が求められる。

看護師の体験を理解するには、病棟チーム内に働く集団ダイナミクスとともに検討することが重要であろう。自殺発生後に限らず、以前から病棟チーム内にあるダイナミクスにも目を向けることも重要である。同時に、病棟チームに所属する看護師自身も、日頃から病棟チームという集団に働くダイナミクスを理解しておくとともに、その中で自身の行動や反応に意識的であること、望ましいチームの在り方についてメンバー間で検討し続けることが大切である。また病院の管理職者は、状況に応じてチームに対して第三者の活用も含め、コンサルテーションやスーパーバイズ支援策を講じる必要がある。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は入院患者の自殺発生から数年後の時点でのデータ収集であり、語り手の記憶が曖昧であった、あるいは合理化された可能性がある。また、フィールドワークも当時の状況を反映しているとはいえ、当時の状況そのものではない。しかし本研究で明らかにしようとしたテーマが持つ性質上、自殺が起こった直後にデータ収集を行うことは倫理的に困難であり、研究を行うことによる看護師への影響を考慮することは重要であったと考える。

研究参加者はデータ収集時点で当該施設に勤務しており研究参加に同意が得られた看護師に限られた。今回研究に参加しなかった看護師の中には、本研究とは異なる体験、あるいはより大きな影響を受けた者が含まれる可能性がある、そのような看護師の体験を明らかにすることも必要である。さらに、柴田ほか(2020)が病棟文化を総合的に見るために患者や多職種なども含めて対象を広げる必要性について述べている(p.44)ように、本研究テーマについても今後病棟チームの文化に影響する看護職以外の人々も含めて検討することが求められる。

謝 辞

本研究の実施にあたり、研究者を受け入れご協力いただきました施設ならびに看護師の皆様、ご指導くださいました日本赤十字看護大学の高田早苗名誉教授、川原由佳里教授、小宮敬子教授に心より感謝申し上げます。

本研究は日本赤十字看護大学大学院博士論文に加筆修正したものである。また研究の一部は日本精神保健看護学会第30回学術集会にて発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Catherall, D. R. (1999)／小西聖子・金田ユリ子訳 (2003). 二次的外傷性ストレスの対処：セラピストのピア・グループの重要性. Stamm B. H. (Ed.), 二次的外傷性ストレス：臨床家，研究者，教育者のためのセルフケアの問題. (pp.76-87). 東京：誠信書房.
- Cotton, P.G., Drake, R.E.Jr., Whitaker, A. Potter, J. (1983). Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit. *Hospital Community Psychiatry*, 34(1), 55-59.
- Dransart, D.A.C., Heeb, J.L., Gulfi, A., Gutjahr, E.M. (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry*. 15, 265. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0655-y>.
- Figley, C. R. (1999)／小西聖子・金田ユリ子訳 (2003). 共感疲労：ケアの代償についての新しい理解に向けて. Stamm B. H. (Ed.), 二次的外傷性ストレス：臨床家，研究者，教育者のためのセルフケアの問題. (pp.3-28). 東京：誠信書房.
- 古川智恵 (2009). 入院中の患者の自殺に遭遇した看護師の体験と回復. *日本赤十字看護大学紀要*, 23, 18-26.
- Grinberg, L., Sor, D., Bianchedi, E.T. (1977)／高橋哲郎訳 (1982). ビオン入門. 17, 東京：岩崎学術出版社.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002)／野口美和子監訳 (2006). ナースのための質的研究入門 第2版. 132, 東京：医学書院.
- 河西千秋, 井上佳祐, 大塚耕太郎, 大西秀樹, 加藤大慈, 杉山直也, 張 賢徳, 花井恵子, 稗田里香, 竜トシ子 (2016). 院内自殺の予防と事後対応に関する検討会報告 病院内の入院患者の自殺事故調査. *患者安全推進ジャーナル*, 45, 83-91.
- 木村亮太, 郡司敏子, 河井 誠, 杉山光夫, 熊谷知博, 三木明子 (2014). 患者の自殺後の精神科看護師の思いと仕事への影響：6 か月後のインタビューを通して. *日本精神科看護学術集会誌*, 57(1), 394-395.
- Midence, K., Gregory, S., Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5(2), 115-120.
- 箕浦康子編著 (1999). フィールドワークの技法と実際：マイクロ・エスノグラフィー入門. 16, 東京：ミネルヴァ書房.
- 森光玲雄, 御子柴敬子 (2013). 医療機関における緊急支援の一例：患者の自死に遭遇した病棟スタッフに対する心理的支援. *産業衛生学雑誌*, 55(3), 107-110.
- 小田博志 (2010). エスノグラフィー入門：〈現場〉を質的研究する. 11-15. 東京：春秋社.
- 萩野 雅 (2001). 我が国の精神科病棟の文化に関する記述的研究：3つの精神科病棟の参与観察を通して. *日本精神保健看護学会誌*, 10(1), 50-62.
- 折山早苗, 渡邊久美 (2009). 患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師の心的ストレス反応とその経過に関する研究. *日本看護科学会誌*, 29(3), 60-67.
- 柴田真紀, 田代 誠, 前澤尚子 (2020). 精神科における病棟文化に関する文献レビュー. *神奈川工科大学研究報告*, 44, 41-45.
- 寺岡征太郎 (2010). 自殺に遭遇した看護師のケア. 田中美恵子 (編)：自殺の看護 (pp.131-142), 埼玉：すびか書房.
- 寺岡貴子 (2010). 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師に生じる反応とそのプロセス. *日本精神保健看護学会誌*, 19(1), 1-11.
- 寺岡貴子 (2013). 精神科病院での患者の自殺に遭遇した看護師の示す反応に対する影響要因. *活水論文集*, 1, 9-21.
- Young, I.M. (2011)／岡野八代・池田直子訳 (2014). 正義への責任. 75, 東京：岩波書店.

〔2021年10月19日受 付〕
〔2022年3月7日採用決定〕

Nurses' Experiences of Patient Suicide in Two Psychiatric Wards: Focusing on the Organizational and Cultural Contexts of the Ward Team

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 915-925
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220307183>

Chieko Kamiyama, PhD, RN

Kansai Medical University Faculty of Nursing, Osaka, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify nurses' experiences of psychiatric inpatient suicides, focusing on the organizational and cultural contexts of the ward team. **Methods:** This study used ethnography and predominantly collected data from interviews and fieldwork conducted at two wards in two hospitals, where there had been cases of suicide by inpatients. **Results:** Four themes, including "surprise and shock" and "guilt and regret" were identified for nurses' experiences and three themes, including "experience not shared among nurses" and "deepening feeling of isolation and inferiority" were identified for the situation of Ward Team A. Five themes, including "surprise" and "searching for convincing reasons" were identified for nurses' experiences and two themes, including "information and experiences shared among nurses" were identified for the situation of Ward Team B. **Conclusions:** Inpatient suicide affects individual nurses and the entire ward team. This problem should be regarded as not only concerning individuals, but also the entire group. Furthermore, support measures including the utilization of third parties are necessary, and a consciousness of the team dynamics should be regularly maintained.

Key words

psychiatric ward, inpatient suicide, nurses' experience, ward culture, ethnography

Correspondence: C. Kamiyama. Email: kamikamichieko@yahoo.co.jp

看護師の16時間夜勤から13時間夜勤への勤務体制変更による心の健康度と疲労蓄積度ならびに酸化ストレスバランスの変化の検証

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 927-935
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220327182>

中村史江, 山門 實
足利大学看護学部

■要 旨

目的：看護師の勤務体制を16時間夜勤から13時間夜勤へ変更することによる、心の健康度と疲労蓄積度、酸化ストレスバランスの変化を検証した。方法：13時間夜勤体制（実施群）と16時間夜勤体制（対照群）に勤務する16名（各群8名）を対象に、実施前と3ヶ月後、1年後に、心の健康度と疲労蓄積度および酸化ストレスマーカーを調査し、終了後に質問紙調査をした。結果：心の健康度は、13時間夜勤群が実施前より有意に高く、質問紙調査にて心身の楽さなどが抽出された。酸化ストレスバランス度（BAP/d-ROM）比は、16時間夜勤群で経時的に有意に低下したが13時間夜勤群では変化しなかった。結論：13時間夜勤交代制への変更は、主観的に心の健康度が増加して仕事と生活に充実感が得られ、また身体的な疲労感の客観的指標である酸化力を示す酸化ストレスバランス度は、16時間夜勤群で経時的に悪化し13時間夜勤群は維持された。

■キーワード

看護師, 13時間夜勤体制, 酸化ストレスバランス, 心の健康度, 疲労蓄積度

責任著者：中村史江. Email: nakamura.fumie@g.ashikaga.ac.jp

緒 言

1980年代以降の欧米各国では、女性の社会進出や家族形態の多様化、人口の少子高齢化などを背景に働く人々の意識が仕事と家庭、さらに仕事と生活のバランスへと広がりを見せ、ワーク・ライフ・バランス（以下、WLBと言う）政策の推進が重要な課題として位置づけはじめた。2007年わが国においても、関係閣僚、経済界・労働界・地方公共団体の代表等からなる「官民トップ会議」で、「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」「仕事と生活の調和推進のための行動指針」を策定した（内閣府, 2007）。同年日本看護協会においてもWLB推進事業を開始し、WLBは「仕事と生活を調和させることで、両者間に好ましい相乗効果を高めようという考え方、そして取り組み」として、看護職の就業促進を進めている（日本看護協会, 2010b）。

医療機関に勤務する看護職の多くは夜勤交代制勤務を行い、主な勤務形態は三交代制勤務と二交代制勤務である。二交代制の夜勤勤務時間は、日本看護協会の2010年「病

院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」では、病棟の87.7%が16時間の長時間夜勤を行い増加傾向にある。16時間夜勤は、長時間の不眠状態により真夜中から明け方にかけての時間帯は人間の作業能力が極端に落ち、酒気帯びで同じ作業をした場合よりも劣る危険な状態となる（佐々木, 2010）。また、16時間夜勤は、準夜勤と深夜勤の連続勤務になることから、多くは夜勤が1週間のうち1回しか配置されないこと、2時間程度の仮眠が係留睡眠効果を持つことなどから、夜勤に生体リズムが適応するのではなく、日勤志向型のリズムが持続していることが推測され、16時間夜勤のような長時間夜勤では、たとえ仮眠が2時間程度取れたとしても、夜勤に適さない日勤志向型生体リズムが維持されるため、深夜勤時刻帯の眠気の出現率が高く、とりわけ後半に仮眠をとった看護師の眠気の出現率が高く生じる（佐々木・松元, 2013, pp.218-224）。このように、16時間の長時間夜勤勤務による心身へのリスクは高く、睡眠の質の低下や循環器への負担による高血圧、心疾患などを発症させる影響があり離職の一因となっている。そのため、夜勤時間を短縮し夜勤交代制勤務の負担を軽減

することはWLB推進の重要な要素となる。

しかし、わが国の現行労働法では、夜勤交代制勤務の夜勤時間数、夜勤回数、勤務拘束時間の上限に定めはなく、勤務間のインターバルの規制はされていない。日本看護協会は、2013年に「看護職の安全と健康が患者の安全と健康を守る」との基本認識のもと、「看護職の夜勤・交代制勤務ガイドライン」を公表し、夜勤負担軽減のため労働環境改善の自主的取り組みの参考内容として、夜勤交代制勤務による「健康」「安全」「生活」への影響を少なくする観点から「勤務編成の基準」11項目を提案した。また、2016年診療報酬改定において夜勤負担軽減の項目の一部が「夜間看護体制の充実に関する評価」に盛り込まれた。そして、2017年3月に看護職の働き方に関する要望書を内閣府に提出し、看護職の夜勤・交代制勤務における働き方の改革に必要な規制として、①勤務拘束時間13時間以内、②夜勤時間数および夜勤回数の規制、③勤務間インターバルの11時間の確保、④夜勤労働を行う看護職の法定労働時間の上限の4点を挙げた（日本看護協会、2017）。著者らは、看護職の夜勤・交代制勤務ガイドライン骨子（案）に勤務拘束時間体制の指標が盛り込まれた2011年からの5年間、8時間夜勤三交代制と16時間夜勤二交代制から勤務体制を変更し、「勤務拘束13時間以内」体制を導入した文献より導入後の効果を抽出した。その結果、安全管理の向上、私生活の充実、時間外労働時間数の削減などの効果が認められた。しかし、13時間夜勤が日勤と夜勤の二交代制のため、13時間日勤として組み合わせた長時間日勤は、夜勤より業務量が多く疲労感が高くなることが課題として挙げられた（中村・佐藤・青山・山門、2016）。したがって、日勤の勤務拘束時間を変えずに夜勤拘束時間を16時間から13時間に短縮した交代制勤務へ変更することにより、精神的、身体的な疲労を軽減しWLBを推進する要素として期待できると考える。

そこで本研究は、16時間夜勤交代制勤務から夜勤時間を13時間に短縮した交代制勤務への変更により、精神的、身体的な疲労の変化を明らかにし、WLBを推進するための示唆を得ることとした。

I. 研究目的

看護師の16時間夜勤交代制から日勤の拘束時間を変えない13時間夜勤交代制へ勤務体制を変更することにより、心の健康度と疲労蓄積度ならびに酸化ストレスバランスの変化を検証する。

II. 研究方法

A. 酸化ストレスの用語の定義

酸化ストレスは、活性酸素の産生が過剰になり、抗酸化防御機構のバランスが崩れた状態を言い、生活習慣病や疲労により亢進する。

B. 調査期間

2018年4月から2019年3月

C. 研究対象

1. 対象者

13時間夜勤交代制勤務を導入する中規模病院の看護師で、実験群を16時間夜勤交代制勤務から13時間夜勤交代制勤務へ変更する看護師（以下、13時間夜勤群と言う）とし、対照群は夜勤16時間夜勤交代制勤務を継続する看護師（以下、16時間夜勤群と言う）とした。また、調査する酸化ストレスマーカーは、尿酸、中性脂肪、血糖、CRP、性別などが影響するため、一般臨床検査値に異常を認めなかった健常人の女性を対象とした（Ishizaka, Yamakado, Toda, Tani, Ishizaka, 2014；山門、2014；山門ほか、2017）。

2. 対象者のデータ収集期間

第1回は開始前の2018年3月下旬、第2回は開始約3ヶ月後の2018年7月初旬、第3回は開始約1年後の2019年3月下旬にデータを収集した。

3. 対象者の勤務体制

対照群の16時間夜勤勤務は、8時間45分の日勤と16時間夜勤との組み合わせであり、日勤8：30～17：15、夜勤16：30～9：00の変則二交代制を継続する勤務体制である。一方、実験群の13時間夜勤勤務は、日勤はこれまでの8：30～17：30のほかに遅番11：00～20：30と早番7：30～17：00があり、それらと組み合わせる夜勤は20：00～9：00の13時間である。

4. 対象者の選定

対象病院の看護部長へ対象の選定を依頼し各群の同意が得られた10人の看護師を対象とした。実験群の病棟は、消化器内科・眼科・小児科の混合病棟であり、対照群の病棟は脳神経外科・神経内科と脳卒中ケアユニットの混合病棟である。

D. 調査方法

1. 調査内容

a. 基本属性

年齢, 臨床経験年数, 職位, 雇用形態, 家族構成, 子供と同居の有無, 介護の有無, 夜勤平均仮眠時間

b. 労働者の疲労蓄積度

厚生労働省が2003年に「過重労働による健康障害防止のための総合対策」のもと作成した「労働者の疲労蓄積度チェックリスト」(以下, 疲労蓄積度と言う)(厚生労働省, 2004)を使用した。この質問紙は, 最近1ヶ月間の自覚症状13項目と勤務状況7項目から構成され, これらの項目から仕事による負担度点数表をもとに0~7点で評価する。

c. 心の健康度自己評価

世界保健機関の心の健康自己評価質問紙(The Subjective Well-being Inventory: WHO SUBI 以下, 心の健康度と言う)を使用した(大野ほか, 1995)。質問紙は, 主観的幸福感を構成する心の健康度(陽性感情)と心の疲労度(陰性感情)の2つの40項目から構成され, 心の健康状態のほかに人間関係や身体健康感など精神生活を総合的に評価する自己記入式の質問紙である。各項目を「非常にそう思う」「ある程度はそう思う」「あまりそうは思わない」の1~3点で回答する。

d. 血液中の酸化ストレスバランス度

酸化ストレス度は, 脂質, タンパク質, 酵素, DNA を酸化変性させ, 細胞や組織を障害することにより, がんをはじめとする各種生活習慣病など多くの疾患形成に関連しており, 精神的および肉体的疲労状態を客観的に評価する方法としても有用である(山門, 2014)。本研究では, 酸化ストレスマーカーとして血液中の活性酸素の酸化値(Reactive Oxygen Metabolites-derived compounds: 以下, 酸化値d-ROMsと言う)を測定した。d-ROMsは, 重篤な酸化ストレスを誘発させる生理的イベントがない場合には, 1日や1週間, 数ヶ月で大きく変動しない(関, 2009)。正常範囲は, 200-300unitである。d-ROMsと共に活性酸素消去能としての抗酸化力値(Biological Antioxidant Potential: 以下, 抗酸化力値BAPと言う)を測定した。抗酸化力値BAPの最適値は2200 μ mol/L以上である。また, 両者のバランスである酸化ストレスバランス度(BAP/d-ROMs: 以下, 酸化ストレスバランス度B/R比と言う)を測定した。酸化ストレスバランス度B/R比は, 比率が高いほどバランスが取れていることを示す。

血液検体は, 夜勤勤務終了後に病棟にて静脈血を採取した。

e. 質問紙調査

13時間夜勤体制を実施した看護師を対象として, 実施1年後に体調や休息感, 睡眠など身体的変化や気持ちと心の変化について質問紙調査をした。

E. 分析方法

13時間夜勤群と16時間夜勤群における基本属性の群間比較は, Mann-WhitneyのU検定を行った。また, そのほかの項目は, 対象者数が各群8人と少数であるため, データレベルを質に変換しFriedman検定を行った。さらに, 群内で有意差を認めた項目間は3ヶ月後, 1年後に相関性が高いことを確認し, Wilcoxonの符号付き順位検定を行った。統計ソフトはIBM SPSS Statistics V.25を使用し, いずれも有意水準は $p < .05$ とした。

質問紙調査は, Berelson (1952/1957)の内容分析を用いて, 逐語録を意味内容の類似性に基づき分析し, コード, サブカテゴリ, カテゴリ化した。カテゴリの信頼性を検討するために, 内容分析に精通している2名の看護学研究者に分析の確認を得た。

Ⅲ. 倫理的配慮

施設看護管理者である看護部長およびすべての研究対象者へ, 倫理委員会で承認された説明文を用いて文書と口頭で説明し同意書を交わして測定を実施した。文書には, 研究目的・データ収集方法, 回答にかかる時間, 自由意志による研究参加であること, 研究参加による利益と不利益について, 研究同意撤回の方法について, 公表は集団の結果とし研究結果を公表すること, 研究に関する問い合わせ先について, また, 収集したデータは, 本研究の目的以外で使用しないこと, 研究結果を論文やその他の方法で公表する際は匿名性を厳守することを記載した。研究対象者のプライバシー確保に関する対策として, 血液検体および質問紙調査用紙は連結可能な匿名化(通し番号)にて取り扱い, 研究結果は外部と接続しないコンピューターにExcelファイル形式で入力し, 研究実施代表者が外部に漏洩しないよう鍵のかかる場所で保管した。本研究は, 足利工業大学倫理委員会第36号の承認を得て実施した。

Ⅳ. 結果

A. 研究対象者の概要

対象者は, 同意を得た13時間夜勤群10人, および16時間夜勤群10人のうち, 実施前と3ヶ月後, 1年後の3回のすべてのデータが得られ, 一般臨床検査値で3回とも異常を

認めず、また、調査期間中、身体状況や環境変化、妊娠や出産のライフイベントがなかった、各群 8 人の 16 人とした。

13時間夜勤群と16時間夜勤群を比較した結果、平均年齢は13時間夜勤群が30.1 (5.6) 歳、16時間夜勤群が31.8 (6.4) 歳であり差は認めなかった。また、平均臨床経験年数、職位、家族構成、子供と同居の有無、介護の有無、夜勤平均仮眠時間においていずれも群間差は認めなかった (表 1)。

B. 心の健康度・疲労度と疲労蓄積度

WHO SUBI心の健康度において、13時間夜勤群は、実施前35.9よりも3ヶ月後39.1、1年後39.6と経時的に有意に高く ($p < .01$)、そして、実施前よりも3ヶ月後、3ヶ月後よりも1年後と有意に高く (ともに $p < .05$)、心の健康度の改善が認められた。一方、16時間夜勤群に有意差はなかった。また、WHO SUBI心の疲労度は、13時間夜勤群 ($p = .542$) と16時間夜勤群 ($p = .748$) とともに有意差はなかった (表 2)。

疲労蓄積度は、13時間夜勤群と16時間夜勤群ともに、実施前から3ヶ月後に上昇した。特に13時間夜勤群は急な上昇を示したが、有意差はなかった。また、3ヶ月後から1年後はほぼ変化なく、13時間夜勤群 ($p = .504$) と16時間夜勤群 ($p = .276$) とともに有意差はなかった。

C. 酸化ストレスマーカー

抗酸化力値BAPにおいて、13時間夜勤群は、実施前2,502.5 μ mol/L、3ヶ月後2,575.5 μ mol/L、1年後2,514.0 μ mol/Lであり有意差はなかった ($p = .197$)。また、16時間夜勤群においても、実施前2,498.0 μ mol/L、3ヶ月後2,450.0 μ mol/L、1年後2,495.0 μ mol/Lに有意差はなかった ($p = .687$)。

酸化値d-ROMsにおいては、13時間夜勤群は、実施前298.5unit、3ヶ月後338.5unit、1年後320.5unitに有意差はなかった ($p = .197$)。一方、16時間夜勤群は、経時的に有意に高く ($p < .01$)、3ヶ月後286.0unitよりも1年後

表 1 13時間夜勤群と16時間夜勤群の比較

項目		対象群	13時間夜勤群 <i>n</i> = 8	16時間夜勤群 <i>n</i> = 8	<i>p</i> 値
平均年齢 (標準偏差)			30.1 (5.6)	31.8 (6.4)	.46
平均臨床経験年数 (標準偏差)			7.6 (5.2)	9.4 (5.8)	.46
職位	スタッフ		7	7	1.00
	主任		1	1	
家族構成	1人暮らし		2		.14
	家族と同居		6	8	
子供と同居	7歳未満の子供 (未就学児)		1		.93
	7歳以上の子供と同居			1	
	子供と同居していない		7	7	
介護の有無	要介護者なし		8	8	1.00
夜勤平均仮眠時間 (標準偏差)			52.5 (21.2)	61.3 (13.6)	.53

Mann-Whitney *U* 検定

表 2 WHO SUBI心の健康度・疲労度と疲労蓄積度

各群 *n* = 8

対照群	項目	WHO SUBI					
		心の健康度		心の疲労度		疲労蓄積度	
		中央値 (最小値-最大値)	<i>p</i> 値	中央値 (最小値-最大値)	<i>p</i> 値	中央値 (最小値-最大値)	<i>p</i> 値
13時間夜勤群	実施前	35.9 (29.0-44.3)	.012	48.4 (36.8-55.8)	.542	2.5 (0.0-6.0)	.504
	3ヶ月後	39.1 (29.0-46.4)		44.2 (39.0-55.8)		5.5 (0.0-7.0)	
	1年後	39.6 (34.8-47.5)		46.2 (40.0-55.0)		5.0 (0.0-7.0)	
16時間夜勤群	実施前	34.3 (30.6-43.3)	.197	45.8 (35.8-55.8)	.748	3.5 (1.0-6.0)	.276
	3ヶ月後	35.4 (32.7-47.5)		44.2 (37.9-55.8)		5.0 (0.0-7.0)	
	1年後	36.4 (30.6-46.4)		45.8 (35.8-54.7)		5.0 (0.0-7.0)	

Friedman 検定 ** $p < .01$

群内で有意に差があった 2 項目間の検定: Wilcoxon の符号付き順位検定

330.5unitと有意に高く ($p<.05$), また, 実施前よりも1年後の方が有意に高かった ($p<.05$)。

酸化ストレスバランス度B/R比においては, 13時間夜勤群は, 実施前8.4, 3ヶ月後7.7, 1年後7.7であり有意差はなかった ($p=.135$) (表3)。一方, 16時間夜勤群は, 実施前9.1よりも3ヶ月後8.5, 1年後7.3と経時的に有意に低下し ($p<.01$), 実施前より1年後が有意に低く ($p<.05$), また, 3ヶ月後よりも1年後が有意に低かった ($p<.05$)。

D. 13時間夜勤実施1年後の質問紙調査

質問紙の回答を内容分析した結果, 34個のコードから8つのサブカテゴリ, 3つのカテゴリを抽出した (表4)。

カテゴリは【 】, サブカテゴリは [], コードは〈 〉で示した。

【心身の楽さ】は, 〈遅番勤務もあり身体も楽になった〉, 〈3時間短くなっただけだが身体はとても楽になった〉など [身体的な楽さ] (20.6%), 〈休憩時間が確保でき疲労感が軽減した〉などの [疲労感の軽減] (14.7%), 〈焦る気持ちがない分患者の対応にも余裕が持てるようになった〉など [精神的な余裕] (11.8%) を抽出した。【業務負担軽減】は, 〈患者の就寝前にラウンドし消灯後情報収集も行えるようになり不安は軽減した〉など [業務への不安軽減] (14.7%), 〈16時間夜勤は辛くて戻れない〉など [16時間夜勤の辛さ] (11.8%), 〈ミスが減ったと思う〉など [安全確保の実感] (2.9%) を抽出した。【夜勤前後の時間的余裕】は, 〈連続勤務からの夜勤入りでも夜勤前に十分に休息できる〉など [夜勤前後の余裕] (17.6%), 〈家族と過ごす時間が長くなり家族への負担が少なくなった〉など [家族との時間確保] (5.9%) を抽出した。

V. 考 察

本研究は, 看護師が16時間夜勤交代制から日勤拘束時間

を変えない13時間夜勤交代制へ夜勤時間を短縮したことによる, 心の健康と疲労蓄積度, 酸化ストレスバランスの変化を検証した。

本研究の対象者の平均年齢は, 両群とも30歳前半であった。先行研究 (山門, 2014) によると人間ドックを受けたことのある一般成人女性20歳から30歳代の酸化ストレスバランス度B/R比は7.7であり, 本研究の13時間夜勤群1年後の酸化ストレスバランス度B/R比と同程度であった。しかし, 16時間夜勤群の1年後の数値はそれらと比べやや低く, 夜勤拘束時間を短縮することが疲労軽減の一要因になることが考えられる。

本研究の結果では, 13時間夜勤交代制へ夜勤勤務時間を短縮したことにより心の健康度が増加し, また, 客観的指標である酸化ストレスマーカーの変化から, 身体的に酸化度の抑制ならびに酸化ストレスバランスの向上に関連することが示唆された。以下に, この2つについて考察する。

1つは, 心の健康度の調査において, 夜勤勤務時間を短縮し, かつ日勤の拘束時間を変えない勤務体制を実施した13時間夜勤群の心の健康度が増加したことである。実施後の質問紙調査においても, 主観的に身体的な疲労感の軽減や精神的な余裕を感じ, また, 夜勤前後の過ごし方に余裕がでるなどの効果があった。これらの効果は, 著者らの先行研究において, 精神的・身体的な負担の軽減や私生活の充実などがあったことと同様の結果であった (中村ほか, 2016)。13時間夜勤交代制は, 単に夜勤時間が3時間短くなっただけではなく, シフト全体を見直す勤務体制の変更が必須であり, 13時間夜勤交代制の導入に伴い日勤のシフト編成も精神的, 身体的な疲労感の軽減に重要であると考ええる。本研究では, 心の疲労度に変化はなかった。しかし, 阿久津・小田島・宮は, 心の健康度である陽性感情と心の疲労度である陰性感情は, 必ずしも相関せずそれぞれの感情が独立してはたらくと考えられると述べ (2009, pp.1-8), また, 大野らは, 陰性感情が若干強く感じられ

表3 13時間夜勤群と16時間夜勤群のBAP・d-ROM・B/R比

各群 $n=8$

項目	BAP ($\mu\text{mol/L}$)		d-ROM (unit)		B/R比	
	中央値 (最小値-最大値)	p 値	中央値 (最小値-最大値)	p 値	中央値 (最小値-最大値)	p 値
13時間夜勤群	実施前	2,502.5 (2,309-2,809)	298.5 (255-404)		8.4 (5.9-10.1)	
	3ヶ月後	2,575.5 (2,511-2,765)	338.5 (272-437)	.197	7.7 (6.0-10.1)	.135
	1年後	2,514.0 (2,471-2,742)	320.5 (264-417)		7.7 (6.2-10.4)	
16時間夜勤群	実施前	2,498.0 (2,304-2,707)	278.0 (248-329)		9.1 (8.0-10.0)	
	3ヶ月後	2,450.0 (2,354-2,649)	286.0 (248-325)	.012	8.5 (7.1-9.7)	.012
	1年後	2,495.0 (2,341-2,629)	330.5 (281-387)	.002**	7.3 (6.7-8.8)	.004**

Friedman 検定 ** $p<.01$

群内で有意に差があった2項目間の検定: Wilcoxonの符号付き順位検定

表 4 13時間夜勤勤務帯実施後の考え

カテゴリ	記録単位数 (%)	サブカテゴリ	コード
心身の楽さ	7 (20.6)	身体的な楽さ	身体は楽になった
			連続勤務からの夜勤入りでも夜勤前に十分に休める
			16時間夜勤の時に比べて身体は楽
			とても身体的、精神的に楽になった
			負担は減った
	5 (14.7)	疲労感の軽減	日勤は遅番勤務もあり身体も楽になった
			3時間短くなっただけだが身体はとても楽になった
			スタートが20時30分からで、ゆっくり休むことができる
			休息時間が確保でき疲労感が軽減した
業務負担軽減	4 (11.8)	精神的な余裕	夜勤明けの疲れが軽減し夜勤翌日の休みの影響が出ない
			体調面に疲労感に減る
			身体も心も疲労が軽減する
	5 (14.7)	業務への不安軽減	夜勤に対する嫌悪感がない
			焦る気持ちがない分患者の対応にも余裕が持てるようになった
			夜勤の方が日勤より良いと思えるくらい、身体も心も楽
			夜勤に行くもの気持ちが楽になった
			昼間の時に眠れなくても何とか仕事ができる
	4 (11.8)	16時間夜勤の辛さ	多忙すぎて休憩がとれなかったとしても何とかかなと思う
			患者の就寝前にラウンドし消灯後情報収集も行えて不安は軽減した
			準夜帯のバタバタする時間がないので楽
			夜勤の始まりがスムーズ
夜勤前後の 時間的余裕	1 (2.9)	安全確保の実感	もう一度16時間に戻せといわれたら辛い
			16時間夜勤は辛くて戻れない
			夜勤が長く病院に拘束されているという気持ちが強かった
	6 (17.6)	夜勤前後の余裕	情報がとれず、不安や焦りを抱えながら働いていた
			ミスが減ったと思う
			夜勤前に予定が入っても夜勤に負担が出ない
			夜勤帯前に出かけたたりすることができるようになった
			夜勤までに休める時間が増えるので良い
	2 (5.9)	家族との時間確保	連続勤務からの夜勤入りでも夜勤前に十分に休息できる
			昼間の時間を自由に使える
			以前は午前中眠かったが今は午前中から予定が入られる
			夜勤に来る前に家族と夕食を食べることができた
			家族と過ごす時間が長くなり家族への負担が少なくなった

るようなストレス状況でも、陽性感情を感じることができれば充実した日常生活を送れる可能性がでてくると述べている（1995, pp.273-278）。つまり、13時間夜勤勤務は、心の疲労度に変化はなくても心の健康度が増加することにより仕事と生活に充実感を持ることが示唆された。

2つ目は、酸化ストレスマーカーの酸化値d-ROMsの抑制ならびに抗酸化力の向上により疲労感の軽減が示唆されたことである。13時間夜勤群の疲労蓄積度は、16時間夜勤から13時間夜勤に短縮した3ヶ月後に急に上昇した。これは、13時間夜勤交代制への変更後1ヶ月以上は、生活リズムやサーカディアンリズムがつかめずに特に疲労感が残ること（中村・佐藤・青山・山門, 2017）があり、新しい

シフトに合わせた生活が作られ習慣化するまでの身体的ストレスが一因と考える。また、13時間夜勤群と16時間夜勤群の両群ともに3ヶ月後と1年後の数値はほぼ変化なく経過した。Grandjean（1980）は、労働者の疲労の蓄積に特に重要なことは、作業負荷と作業時間であると指摘している。このことから、対象者が勤務する病棟の業務の負荷とされる、仕事量や労働時間がほぼ同程度に影響していたことが推察される。つまり、研究結果から疲労蓄積度は、13時間夜勤群と16時間夜勤群の両群ともにほぼ同じであったことが考えられる。3ヶ月後以降、両群とも同程度の疲労蓄積状態であった中での違いは、16時間夜勤群の酸化値d-ROMsが増加し酸化ストレスバランス度B/R比が低

下したことに對し, 13時間夜勤群では変化しなかったことである。野島 (2011) は, 慢性的疲労状態では, 酸化値d-ROMsの増加とともに, それを制御するための抗酸化力値BAPが低下して, 酸化ストレスバランス度B/R比が低下することを明らかにしており, 今回の結果において長時間夜勤勤務体制である16時間夜勤群は, 酸化値d-ROMsが増加し, 酸化ストレスバランス度B/R比も低下した慢性的疲労状態であることが示唆された。また, 亜急性疲労状態では, 激務により酸化値d-ROMsが急激に増加するが抗酸化力値BAPは基準値を保ち, 休息することにより酸化ストレスバランス度B/R比が改善する。さらに, 急性疲労状態では一過性に酸化値d-ROMsが増加すると共に抗酸化力値BAPも同時に増加し, 酸化ストレスバランス度B/R比が保たれると言う。夜勤時間を短縮した13時間夜勤交代制では, 酸化ストレスバランス度B/R比は開始3ヶ月後, 1年後に有意な変化はなく, 一過性に酸化値d-ROMsが増加したこと, そして, 共に抗酸化力値BAPも増加したことで酸化ストレスバランス度B/R比が保たれ, 疲労回復が可能な状態が継続したことが示唆された。つまり, 夜勤時間を13時間に短縮したことで, 酸化ストレスバランス度B/L比が維持されたことにより身体的な疲労も維持されたと考える。

看護師の夜勤を伴う勤務体制の質改善は, 看護師のWLBの向上に重要な要素である。本研究において, 夜勤時間を16時間夜勤から13時間夜勤に短縮したインターバルの勤務体制は, 客観的に心身ともに良い変化をもたらすことが示唆された。以上により, 16時間夜勤から13時間夜勤に短縮した勤務体制への変更は, WLBの推進に寄与するものと考ええる。

本研究では, 日勤時間を変えずに夜勤時間を16時間から13時間に短縮することにより, 心身ともに良い変化をもたらすことが明らかになった。しかし, 対象が1施設に限られ対象者数も1群8人と限定された調査であったため, 一般化には限界がある。今後は調査施設, 対象を拡大してデータを蓄積しさらに洗練していく必要がある。

VI. 結 論

16時間夜勤から13時間夜勤へ勤務体制を変更することにより, 心の健康度・心の疲労度と疲労蓄積度ならびに酸化ストレスバランス度B/L比の変化を検証した結果, 以下の示唆を得た。

- A. 精神的な余裕や身体的な疲労感の軽減を感じ, また, 夜勤前後の過ごし方に余裕がでるなど, 主観的な心の健康観が増加する。
- B. 身体的な疲労感の客観的指標である抗酸化力を示す酸

化ストレスバランス度B/R比は, 16時間夜勤群で経時的に悪化し, 13時間夜勤群では維持される。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました新小山市民病院の折笠清美看護部長, ならびに被験者の皆様方に深く感謝いたします。

なお, 本研究の結果は, 日本看護研究学会第46回学術集会において発表した。

利益相反の開示

本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない。

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

- 阿久津洋巳, 小田島裕美, 宮 聡美 (2009). ストレス課題によるポジティブ感情とネガティブ感情の変化. *岩手大学教育学部研究年報*, 68, 1-8.
- Berelson B. (1952) / 稲葉三千男・金圭煥譯訳 (1957). *内容分析*. みすず書房.
- Grandjean, E. (1980). Fitting the task to the man: An ergonomic approach. 11 faitgue, Taylor & Francis Ltd, London, 167-196.
- Ishizaka Y., Yamakado M., Toda A., Tani M., Ishizaka N. (2014). Relationship between serum uric acid and serum oxidative stress markers in the Japanese general population. *Nephron Clinical Practice*, 128(1-2), 49-56. 尿酸と血清酸化ストレスマーカーとの関係. 厚生労働省保険局医療課. 平成28年度診療報酬改定の概要 医療従事者の負担軽減・人材確保について④ (2016). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf> (参照2018年12月1日)
- 厚生労働省 労働基準局安全衛生部労働衛生課産業保健支援室 (2004). 労働者の疲労蓄積度チェックリスト. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/06/tp0630-1.html> (参照2017年12月1日)
- 内閣府 男女共同参画局 仕事と生活の調和推進室. (2007) 仕事と生活の調和の実現に向けて政府の取り組み. 「仕事と生活の調和」推進サイト. <http://www.cao.go.jp/wlb/government/> (参照2017年10月30日)
- 中村史江, 佐藤栄子, 青山みどり, 山門 實 (2016). わが国の病院における看護師の「勤務拘束時間13時間以内」体制の導入による効果と課題: 過去5年間の文献検討. *看護学研究紀要*, 4(1), 43-53.
- 中村史江, 佐藤栄子, 青山みどり, 山門 實 (2017). わが国の病院における看護師の「勤務拘束時間13時間以内」体制導入の促進要因: 過去5年間の文献検討. *労働安全衛生研究*, 10(2), 115-126.
- 日本看護協会 (2010a). 病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査. https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/jikan/pdf/02_05_09.pdf (参照2017年10月30日)
- 日本看護協会 (2010b). 看護職のワーク・ライフ・バランス. <https://>

- www.nurse.or.jp/wlb/about/index.php (参照2017年10月30日)
- 日本看護協会 (2013). *看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン*. 2-35, 東京: メヂカルフレンド社.
- 日本看護協会 (2017). 政策に関する要望書 夜勤・交代制勤務の働き方改革および子育て・介護と仕事の両立支援. https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20170324152829_f.pdf (参照2017年11月19日)
- 野島順三 (2011). 疲労病態における酸化ストレス, 抗酸化力の評価. 平成22年度厚生労働科学研究報告書 障害者対策総合研究事業 (精神の障害/神経・筋疾患分野). <https://www.fukui-kagk-u.ac.jp/guide/efforts/research/kuratsune/h21-23/pdf/h21-23bun09.pdf> (参照2018年12月1日)
- 大野 裕, 吉村公雄, 山内慶太, 百瀬知雄, 水島広子, 浅井昌弘 (1995). 心理的健康感と心理的不健康感の関係について: 患者群と非患者群の比較. *ストレス科学*, 273-278.
- 佐々木司 (2010). 健康, 安全, 生活からみた看護師の夜勤: 第3回 安全性のリスクからみた看護師の夜勤. *看護実践の科学*, 35(3), 54-60.
- 佐々木司, 松元 俊 (2013). 16時間夜勤を行う看護師の主観的眠気の発現. *労働科学*, 89(6), 218-224.
- 関 泰一 (2009). d-ROMSテストによる酸化ストレス総合評価. *生物試料分析*, 32(4), 301-306.
- 山門 實 (2014). 生活習慣病は活性酸素病. *人間ドック*, 29(3), 465-470.
- 山門 實, 矢野正生, 新美佑有, 青山みどり, 佐藤栄子, 中村史江, 石坂裕子 (2017). 酸化ストレスマーカーを用いた生活習慣病の予知・予防に関する臨床的研究. *足利工業大学研究集録*, 51, 54-59.

[2020年12月16日受 付]
[2022年3月27日採用決定]

Verification of Changes in Mental Health, Fatigue Accumulation, and Oxidative Stress Balance among Nurses due to Change from 16-Hour to 13-Hour Night Shifts

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 927-935
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220327182>

Fumie Nakamura, MSN, Minoru Yamakado, MD-PhD

Ashikaga University of Nursing, Tochigi, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to examine the changes in mental health, fatigue accumulation, and oxidative stress among nurses when work schedules are changed from 16 to 13-hour night shifts. **Methods:** Sixteen nurses participated in the study (eight in each group) working 13-hour night shifts (intervention group) and 16-hour night shifts (control group). Their mental health, fatigue accumulation, and oxidative stress markers were examined pre-intervention as well as three months and one year post-intervention. A questionnaire survey was administered after completion. **Results:** Mental health was significantly better in the 13-hour night shift group compared to pre-intervention. The questionnaire survey after the intervention showed that nurses in 13-hour night shifts were more physically and mentally at ease. The oxidative balance biological antioxidant potential (BAP/d-ROM) ratio decreased significantly over time in the 16-hour night shift group compared to pre-intervention; however, there was no change in the 13-hour night shift group. **Conclusions:** Adopting a 13-hour night shift schedule increased the levels of subjective mental health and led to a sense of work and life fulfillment. In addition, the oxidative stress balance, which indicates antioxidant power and is an objective index of physical fatigue, deteriorated over time in the 16-hour night shift group, whereas no change in this balance was observed in the 13-hour night shift group.

Key words

nurse, 13-hour night shifts, oxidative stress balance, mental health, fatigue accumulation

Correspondence: F. Nakamura. Email: nakamura.fumie@g.ashikaga.ac.jp

喫煙者が加熱式タバコを 「タバコを吸い続けるための逃げ道」 とするプロセス

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 937-950
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220403179>

宮田瑠里子¹, 尾崎伊都子², 門間晶子²

¹菰野町役場子ども家庭課／名古屋市立大学大学院看護学研究科, ²名古屋市立大学大学院看護学研究科

要 旨

目的：紙巻きタバコを使用していた喫煙者が、加熱式タバコを習慣的に使用するようになり喫煙に関する態度・行動が変化するプロセスを明らかにし、保健指導の示唆を得ること。方法：対象者に半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。データ収集期間は2019年5月～8月であった。結果：喫煙者は常に非喫煙者との人間関係を意識していた。心置きなくタバコを吸えないもどかしさに悩まされる中、加熱式タバコに出会い、後ろめたさをごまかしながら使用する。そして加熱式タバコにより、遠慮なくタバコを生活習慣として成り立たせる術を手に入れ、喫煙本数の増加や禁煙意識の低下が起きていた。結論：タバコを吸いにくい環境であれば行動変容の機会が訪れるかもしれない喫煙者に対して、加熱式タバコが禁煙から遠ざかるという逃げ道を与えてしまう可能性やニコチン依存が強固になる可能性に留意する必要がある。

キーワード

加熱式タバコ, 喫煙, 禁煙, M-GTA

責任著者：宮田瑠里子. Email: sk8ergirl_zawa@yahoo.co.jp

緒 言

喫煙はがんや循環器疾患、呼吸器疾患など、多くの疾患のリスク要因である。これらの疾病を予防するためには、禁煙支援が重要となる。わが国における禁煙支援は、2012年の健康日本21（第二次）により目標値が定められ、各自治体等において取り組みが進められてきた。このように禁煙支援の取り組みが進められているのだが、令和元年国民健康・栄養調査報告によると、習慣的に喫煙している者の割合は16.7%であり、平成22年の19.5%からは2.8ポイント減少しているものの、この10年間でみると、20%台から16%台の間で推移している（厚生労働省、2020b）。

そのような中、近年従来の紙巻きタバコに変わって、加熱式タバコが注目を集めている。平成30年「国民健康・栄養調査」の結果によると、現在習慣的に喫煙している者が使用しているタバコ製品の種類（複数回答あり）は、紙巻きタバコの割合が男性77.0%、女性84.9%であり、加熱式タバコの割合が男性30.6%、女性23.6%である（厚生労働省、2020a）。令和元年国民健康・栄養調査報告においても、加熱式タバコの割合が男性27.2%、女性25.2%（厚生労働省、2020b）であり、全体の2～3割を加熱式タバコ

が占めている。加熱式タバコの使用割合については、今後とも経過をみていく必要がある。

加熱式タバコは、販売業者によると、「有害物質を90%オフ」とうたっており、禁煙はできないが健康被害を減らしたいという喫煙者の心理をうまくついた商品であるといえる。しかし、Bekkiらによると、ニコチンは紙巻きタバコと比べてほぼ同程度か若干低濃度で検出されており、CO濃度や主流煙中のTSNAs（特異的二トロソアミン）については、低減されているものの完全に除去されているわけではない（2017, p.203）。化学物質によっては、紙巻きタバコと比べて加熱式タバコの方が多く検出されたものがあることも分かっている（St.Helen, Jacob Iii, Nardone, & Benowitz, 2018）。このように、発売されてから数年しかたっていない加熱式タバコの有害性に関するデータは不十分であり、長期的な使用による健康影響などのリスクは未知である。

日本では2003年に施行された健康増進法（第25条）において、受動喫煙対策が進められてきた。さらに、健康増進法の一部を改正する法律により、行政機関や病院等、多数の人が利用する一部の施設での喫煙が2020年4月から禁止され、多くの人が利用するような飲食店等では原則屋内禁

煙とされた。このようにタバコを吸いにくい環境が整備されつつあるが、加熱式タバコの普及によってその吸いにくい環境が保持されにくくなっている可能性がある。実際に、健康増進法の一部改正においても、原則屋内禁煙としているものの、加熱式タバコ専用の喫煙室を設置すれば飲食しながらの喫煙が許可されている。

先行研究によると、加熱式タバコ使用者は非喫煙者や子どもの近くや家庭内、吸い殻を捨てられない場所などで喫煙している (Hair, et al., 2018, s72)。非喫煙者や子どもの近く等、紙巻きタバコを吸いにくいであろう環境で、あえて加熱式タバコを吸っているのである。このことから、喫煙者が加熱式タバコに対して、臭いがしない、自分や周囲への健康影響が少ない等、紙巻タバコに対するものとは異なる認識を持っていることが推測される。そして、加熱式タバコであれば非喫煙者の近くでも吸える、吸いにくい環境を改善できる等、喫煙により生じるもどかしさや後ろめたさを払拭する目的や期待を持ち、喫煙に関する態度や行動に変化が生じるものと考えられる。禁煙指導ではその人の喫煙行動や態度、その背景にある認識に働きかける必要があるため、このような加熱式タバコ使用者の喫煙行動や態度をふまえた指導が求められる。喫煙行動や禁煙支援に関する先行研究は、妊婦や産婦、若年女性、禁煙外来受診者等を対象としたもの等がいくつかある (藤岡・小林, 2015; 瀧瀬・松田, 2010; 小野・星野・桂, 2010; 依田・佐藤, 2018)。一方、加熱式タバコの使用実態に関する研究は職域における加熱式タバコの利用割合や利用理由、加熱式タバコの自宅での使用場所などを明らかにしたもの (加藤・太田・八谷, 2020; 松澤・花岡, 2018) がある。しかし、加熱式タバコの喫煙に関する態度や行動の変化のプロセス、またその背景にある認識について明らかにした研究は少ない。それらを明らかにすることは、喫煙行動に関するプロセスや背景を理解し、対象者の視点に立った有効な保健指導を実施するために重要である。

I. 研究目的

本研究は、紙巻きタバコを使用していた喫煙者が、加熱式タバコを習慣的に使用するようになり、喫煙に関する態度・行動が変化するプロセスを明らかにし、保健指導への示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

喫煙者が、目的や期待を持って加熱式タバコを選択し、

実際に使用する中で喫煙に関する態度・行動に変化が生じるプロセスを明らかにするため、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, 以下M-GTA) を用いた質的研究とする。

B. 用語の定義

本研究において「喫煙に関する態度」は、喫煙者の外形に現れた行動のみならず、心のかまえ、つまり「喫煙や禁煙に対する考え方や行動傾向」と定義する。

C. 研究対象者

本研究の対象者は、紙巻きタバコを習慣的に使用した経験がある人で、調査時点で加熱式タバコを使用している人とした。加熱式タバコの使用期間は、過去の使用を含め3ヶ月以上とした。紙巻きタバコの喫煙歴については、機縁法により紹介者から対象者を紹介してもらう方法をとることから、できるだけ対象者を集めやすいよう、具体的な期間は限定せず習慣的に使用した経験がある人とした。また、対象者を集める際には、性別、同居家族の有無、年齢、既婚・未婚などできる限り多様な構成となるよう考慮した。

なお、本研究における加熱式タバコ (Heated Tobacco Products) とは、タバコの葉を加熱してニコチンを含んだエアロゾルを発生させるタバコ (アイコス: フィリップモリス・インターナショナル社製, グロー: プリティッシュ・アメリカン・タバコ社製, ブルームテック: 日本たばこ産業社製) のことを指す。吸入器に専用の溶液 (リキッド) を入れ、それを加熱して発生したエアロゾルを吸い込む電子タバコ (Electronic Cigarette) の使用者は対象としない。

対象者の選定方法として、機縁法を用い、紹介者を頼り次の対象候補者を集めた。対象候補者に研究目的・方法・倫理的配慮について説明し、研究協力の同意を得られた人を対象とした。対象の年齢については、疾患の予防的意義が高く、家庭や学校、職域における受動喫煙への影響が大きい20~60歳とし、男女ともに対象とした。

D. 研究データの収集方法

インタビューガイドを用いて半構造化面接を実施した。インタビュー内容は、加熱式タバコの使用開始時期、使用のきっかけ、使用してからの加熱式タバコへのイメージ、紙巻タバコから加熱式タバコに替えたことによる喫煙場所・喫煙本数・体調・周囲の反応等の変化、禁煙経験や禁煙意識等とした。また、対象者の基本情報は研究者が研究目的に基づき作成した質問紙を用いて、対象者の年齢、現在使用している加熱式タバコの種類、ニコチン依存尺度 (Fagerström Test for Nicotine Dependence, 以下

FTND) を尋ねた。FTNDとはFagerströmらが改訂したニコチン依存尺度 (Fagerström Tolerance Questionnaire, 以下FTQ) をHeathertonが改訂し作成したもので (Heatherton, KozlowskiL, Frecker, & Fagerström, 1991), 日本では禁煙支援ツールの1つとして広く使用されている尺度である。

インタビューの実施場所は対象者の利便性を考慮して希望に合わせ、落ち着いて話のできる場所とした。周囲に人がいる場合はできるだけ距離をとる等、プライバシーを守れるように配慮した。なお、対象者の許可を得てICレコーダーおよびメモにより面接内容を記録した。データの収集期間は2019年5月～8月であった。

E. 分析方法

面接内容の逐語録を作成し、M-GTAを用いて分析した。M-GTAは1960年代にグレーザーとスト劳斯によって提唱されたグラウンデッド・セオリー・アプローチに木下が独自の修正を加えたものである。M-GTAは社会的相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に優れた理論に基づく研究方法であり、研究対象とする現象がプロセス性をもつ場合に適している (木下, 2003, pp.89-91)。喫煙に関する態度や行動は、周囲の人からの意見や態度、喫煙者自身の周囲への意識など、社会的な相互作用に影響され、変化していくプロセス性を持っている。そのためM-GTAを用いることが適していると判断した。

M-GTAでは、データに密着した分析をするために「分析テーマ」を、分析を促進し、分析結果の実践的活用を重視するために「分析焦点者」を設定する (木下, 2003, p.131, p.138)。本研究では、分析テーマを「紙巻きタバコを使用していた喫煙者が、加熱式タバコを習慣的に使用するようになり喫煙に関する態度・行動が変化するプロセス」とし、分析焦点者を「紙巻きタバコを習慣的に使用したことがあり、現在習慣的に加熱式タバコを使用している

人」とした。

逐語録の中で分析テーマと関連があると思われる部分に着目し、具体例として分析ワークシートに記載した。その後同じような具体例が確認できた場合は、分析ワークシートに追記し、概念を生成した。並行して、対極例がないかについても検討した。概念の相互の関係も検討し、概念間の関係からカテゴリー、コアカテゴリーを生成した。概念と概念の関係を図式化し、その変化や動きについてストーリーラインを作成した。これ以上データとの関係を見ても重要な新しい概念、解釈は出てこないことを確認し、分析を終了した。

分析の妥当性を確保するために、地域保健活動や質的研究の経験がある複数の研究者とともに検討を繰り返した。

F. 倫理的配慮

面接実施前に研究対象者に研究目的、研究の協力の自由意思や途中中断の自由、匿名性の厳守、結果の公表等を文書および口頭にて説明し、書面で同意を得た。本研究の実施にあたり、名古屋市立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を受けた (承認番号18029-2)。

Ⅲ. 結 果

A. 研究対象者の概要

研究対象者は11名であった。対象者の概要を表1に示す。男性8名、女性3名で男性の方が多かった。平均年齢は31.6歳であった。加熱式タバコの使用期間は4ヶ月～5年で、加熱式タバコの1日の喫煙本数は平均11.5本であった。面接時間は17分～41分、平均29.6分であった。

表1 研究対象者の概要

対象者	性別	年齢	同居の家族の有無	ニコチン依存度	加熱式タバコの使用期間	1日の喫煙本数
A	男性	20歳代	無	ふつう	7ヶ月	10本
B	男性	20歳代	無	低い	4ヶ月	10～12本
C	男性	20歳代	無	ふつう	4～5年	10本
D	男性	20歳代	無	ふつう	4ヶ月 (過去に6ヶ月使用経験あり)	5～10本
E	男性	30歳代	無	低い	2年6ヶ月	20本
F	男性	30歳代	有	低い	1年7ヶ月 (禁煙や紙巻きタバコ使用等の期間あり)	10本
G	男性	30歳代	有	ふつう	3年	15本
H	男性	40歳代	有	ふつう	1年6ヶ月	15本
I	女性	20歳代	無	ふつう	4～5年	8本
J	女性	20歳代	有	ふつう	2年	10本
K	女性	20歳代	有	低い	1年	5～6本

B. 分析結果

22概念, 8 カテゴリー, 4 コアカテゴリーが生成され, それらの関係性と特徴から, 「喫煙者が加熱式タバコを『タバコを吸い続けるための逃げ道』とするプロセス」を見出した(図1)。以下〈〉は概念, 《》はカテゴリー, 【】はコアカテゴリーを表す。「斜体文字」はヴァリエーションを示す。

1. ストーリーライン

喫煙者は, 常に【心置きなく吸いたいのに, 人間関係や自身の健康への後ろめたさからもどかしさを感じる】ことに悩まされていた。そして【加熱式タバコを使用し, 自分と周囲に対する後ろめたい気持ちをごまかそうとする】ようになり, 《加熱式タバコを使用しタバコのネガティブな面から目を背けようとする》一方で, 《加熱式タバコに替えても結局は喫煙者だと感じる》状況に揺れ動いていた。しかし, 〈加熱式タバコを使用するようになり体調の改善を感じる〉, 〈加熱式タバコのおかげで周囲に溶け込める〉経験などから, 《加熱式タバコがもたらす恩恵を感じる》ようになった。そして, 《都合のいいように喫煙行動を操作する》ようになり, 【遠慮なくタバコを生活習慣として成り立たせる術を手に入れ, 満足する】感覚を持つようになった。その結果, 【逃げ道を見つけタバコのある生活にのめりこむ】ようになり, より強固な存在としてタバコが生活の一部に組み込まれていった。

2. プロセスを構成するカテゴリーと概念(表2)

a. 【心置きなく吸いたいのに, 人間関係や自身の健康への後ろめたさからもどかしさを感じる】

このコアカテゴリーは, 周囲からの反応や受動喫煙対策により, 喫煙者は常に肩身の狭い思いをしていることや, 体調の変化が気になり, 心置きなく喫煙できないというもどかしい気持ちを持つようになるプロセスを示しており, 2つのカテゴリーと5つの概念で構成された。

(1) 《喫煙者としての肩身の狭さ》

〈身近な人から喫煙者は除け者というレッテルを貼られる〉の定義は, 「紙巻きタバコを吸うことで家族やパートナー, 友人等, 身近な人から否定的なことを直接的に言われたり, 嫌がられていると感じること」である。

「『タバコ吸ってる人と付き合えないかな』とかそういうことは言われたことあるかなあ。」(B氏)

「彼女がいて, タバコのにおいがすごいだめな人で, すごく怒られて, くさい, と。(中略)窓あけて, 咳き込んだりとかしてこれはやばいなと思って。直接『もうくさい』みたいな(こと)言われて。」(D氏)

〈吸いにくい時代への変遷により居場所がなくなる〉の定義は, 「吸いにくい環境へ変遷する時代の中で, 公共の場で紙巻きタバコの臭いにより嫌悪の視線を感じたり, 周りの人からの評価を心配し, 居心地の悪さを感じる, 実際に喫煙できる場所が少なくなるなど, 物理的にも精神的にも居場所がないと感じること」である。

「喫煙席だから認められてるじゃないすか。隣に座ったお前が悪いと正直思ったんですけどそれでタバコ吸って嫌な顔されたりとかってというのが多かったですね。」(C氏)

「自分がね, 就職した時は自席で吸えてたもんね, タバコ。それが, 自席では吸えなくなりました, でも別にね, ちょっと離れたところでは吸えたのに, 今では場所指定。下手すりゃ敷地内禁煙とかね。だからね, 喫煙者にとっては生きづらい世の中になったなっていうのは思いますね。」(H氏)

(2) 《周囲に気を遣い仕方なく喫煙行動を変える》

〈周囲の人のために紙巻きタバコを一旦やめてみる〉の定義は, 「子供や家族, パートナーなど周囲の人の健康影響を意識したり, 周囲の人の態度(くさいと言われる, やめるようにと言われる等)により紙巻きタバコを一旦やめてみること」である。

「その時付き合ってた人がやめてくれて言ってしばらくやめてみたって感じですかね。」(B氏)

〈喫煙していることを隠す手間をかけてでも吸う〉の定義は, 「臭いを消すなどして喫煙者であることを悟られないようにしたり, 周囲の人に喫煙者であることを秘密にする, ばれないように隠れて紙巻きタバコを吸うこと」である。

「隠れてずっと吸ってたんで。(妻と)一緒にいる時は全く吸わなかったんで。」(G氏)

(3) 〈ふと, タバコの害を自他に感じて動揺する〉

〈ふと, タバコの害を自他に感じて動揺する〉の定義は, 「普段は強く意識していないが, 実際に良くない体の変化が起きた時や, 体の変化が起きている人を目の当たりにした時にショックを受けること」である。

「めっちゃくちゃショックだったのが, 普段って歯とか磨いてても歯の表面しか見ないじゃないですか。一回気になって, 歯の裏を見たんですよ, そしたらめっちゃくちゃ汚くて。めっちゃショックでした。これはあかんやつや, と思って。」(C氏)

b. 【加熱式タバコを使用し, 自分と周囲に対する後ろめたい気持ちをごまかそうとする】

このコアカテゴリーは, 心置きなく喫煙したいのにできないもどかしさを抱える中, 加熱式タバコに出合い習慣化していき, タバコのネガティブな面から目を背けようとするのだが, 加熱式タバコも結局はタバコであるという感情に揺れ動くプロセスを示しており, 3つのカテゴリーと8

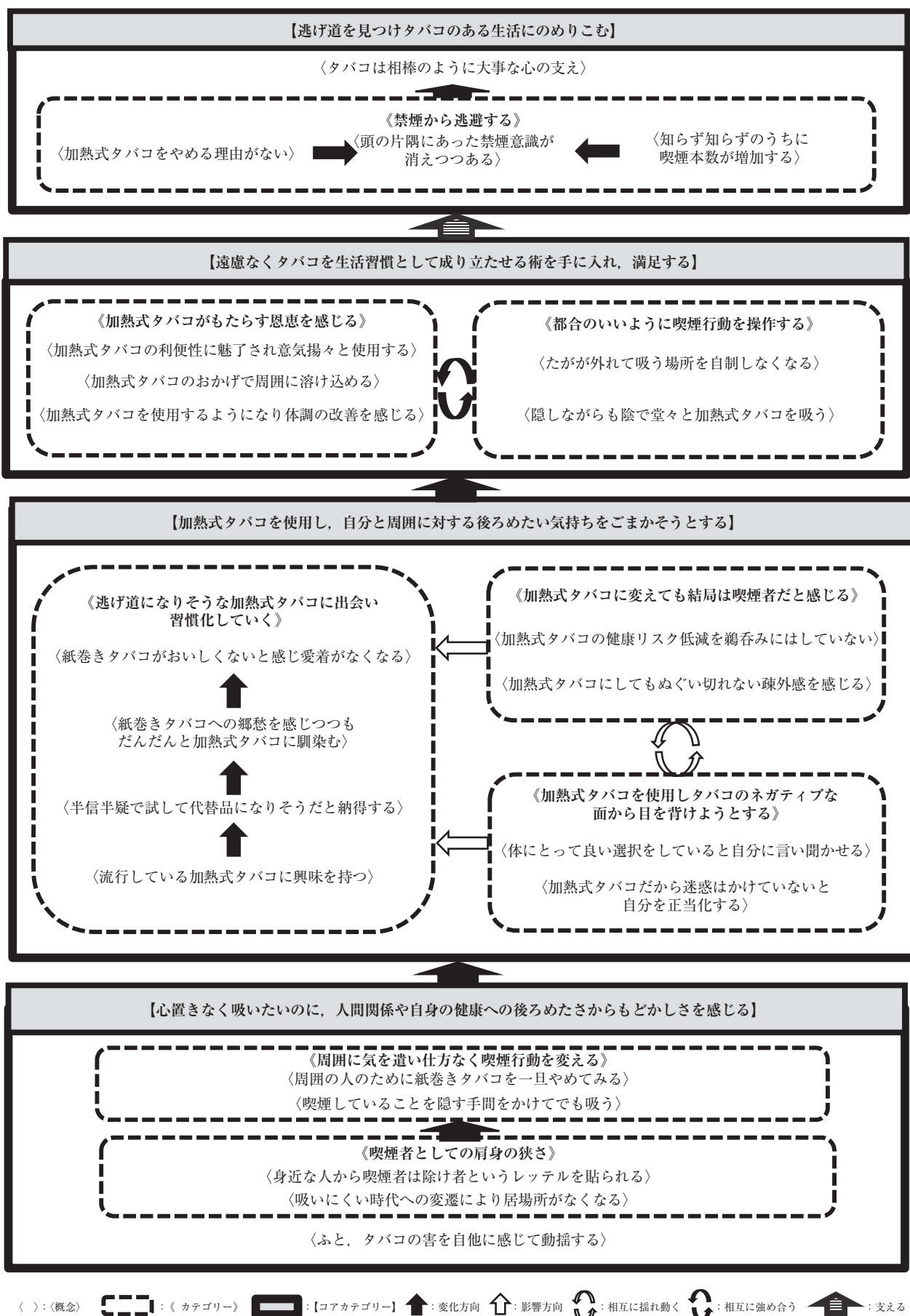


図1 喫煙者が加熱式タバコを「タバコを吸い続けるための逃げ道」とするプロセス

表2 喫煙者が加熱式タバコを「タバコを吸い続けるための逃げ道」とするプロセス 概念と定義の詳細

コアカテゴリー	カテゴリー	概念名	定義
心置きなく吸いたいのに、人間関係や自身の健康への後ろめたさからもどかしさを感じる	喫煙者としての肩身の狭さ	身近な人から喫煙者は除け者というレッテルを貼られる	紙巻きタバコを吸うことで家族やパートナー、友人等、身近な人から否定的なことを直接的に言われたり、嫌がられていると感じること
		吸いにくい時代への変遷により居場所がなくなる	吸いにくい環境へ変遷する時代の中で、公共の場で紙巻きタバコの臭いにより嫌悪の視線を感じたり、周りの人からの評価を心配し、居心地の悪さを感じる、実際に喫煙できる場所が少なくなるなど、物理的にも精神的にも居場所がないと感じること
	周囲に気を遣い仕方なく喫煙行動を変える	周囲の人のために紙巻きタバコを一旦やめてみる	子供や家族、パートナーなど周囲の人の健康影響を意識したり、周囲の人の態度（くさいと言われる、やめるように言われる等）により紙巻きタバコを一旦やめてみること
		喫煙していることを隠す手間をかけてでも吸う	臭いを消すなどして喫煙者であることを悟られないようにしたり、周囲の人に喫煙者であることを秘密にする、ばれないように隠れて紙巻きタバコを吸うこと
		ふと、タバコの害を自他に感じて動揺する	普段は強く意識していないが、実際に良くない体の変化が起きた時や、体に変化が起こっている人を目の当たりにした時にショックを受けること
加熱式タバコを使用し、自分と周囲に対する後ろめたい気持ちをごまかそうとする	逃げ道になりそうな加熱式タバコに出合い習慣化していく	流行している加熱式タバコに興味を持つ	臭いやヤニがつくなど紙巻きタバコへのもどかしさを感じている中で、周囲の人が加熱式タバコを吸っている様子や、テレビ番組で取り上げられている様子を見て、加熱式タバコに興味を持つこと
		半信半疑で試して代替品になりそうだと納得する	加熱式タバコを吸ってみて、美味しいわけではないが、違和感がなくちゃんとタバコ感があると感じ、これなら紙巻きタバコの代替品になりそうだと感じること
		紙巻きタバコへの郷愁を感じつつもだんだんと加熱式タバコに慣れてくる	加熱式タバコに対して、吸った当初はまずいと感じたり、物足りない、紙巻きタバコのほうが美味しかったなど、紙巻きタバコとは違うという感覚を持ちつつも、だんだんと慣れてくること
		紙巻きタバコが美味しくないと感じ愛着がなくなる	加熱式タバコに慣れてくると紙巻きタバコがくさいと感じたり、美味しいと感じなくなる、きつく感じるようになること
	加熱式タバコを使用しタバコのネガティブな面から目を背けようとする	体にとって良い選択をしていると自分に言い聞かせる	加熱式タバコは紙タバコに比べて、体への影響が少ないといわれているからいいのではないかと自分に言い聞かせること
		加熱式タバコだから迷惑はかけていないと自分を正当化しようとする	加熱式タバコは健康面でも臭いの面でも周囲への害が少ないのではないかと自分を正当化しようとする
	加熱式タバコに替えても結局は喫煙者だと感じる	加熱式タバコの健康リスク低減を鵜呑みにはしていない	発売されて間もないため、加熱式タバコが体に悪いかどうかはまだ研究段階でよく分からないと感じていたり、将来的に体に影響が出るかもしれないと感じていること
		加熱式タバコにしてもぬぐい切れない疎外感を感じる	加熱式タバコにしても非喫煙者から感謝されたり、受け入れてもらえることはなく、加熱式タバコでも紙巻きタバコと同じように周囲の人から否定されること
遠慮なくタバコを生活習慣として成り立たせる術を手に入れ、満足する	加熱式タバコがもたらす恩恵を感じる	加熱式タバコの利便性に魅了され意気揚々と使用する	灰が出ない、臭いがしない、火を使わない、ヤニが出ないなど、紙巻きタバコで気になっていた点が改善されている利便性の良い加熱式タバコに満足し、夢中になること
		加熱式タバコのおかげで周囲に溶け込める	加熱式タバコであれば吸うことを許容されたり、文句を言っていた家族の前で吸っても何も言われなくなる
		加熱式タバコを使用するようになり体調の改善を感じる	加熱式タバコに替えて紙巻きタバコの時に気になっていた症状が改善されること
	都合のいいように喫煙行動を操作する	たがが外れて吸う場所を自制しなくなる	紙巻きタバコでは吸うのを制限していた室内や車の中、喫煙所以外の場所などで加熱式タバコを吸うようになること
		隠しながらも陰で堂々と加熱式タバコを吸う	臭いがしない加熱式タバコを利用して、タバコを吸っていることがばれず都合の悪い相手や環境に対してタバコを吸っていないように装いながら加熱式タバコを吸うこと
逃げ道を見つけタバコのある生活にのめりこむ	禁煙から逃避する	知らず知らずのうちに喫煙本数が増加する	加熱式タバコに移行し、物足りなさを感じる、制限していた場所でも吸うようになる、場所を移動しなくても気軽に吸えるなどの理由から、気づかぬうちに喫煙本数が増加すること
		頭の片隅にあった禁煙意識が消えつつある	加熱式タバコに移行し、体調の改善を感じることや、周囲の反応の変化、臭いを気にしなくなってきた、紙巻きタバコに比べて健康影響が低減していると自分を正当化するなど、様々な理由から禁煙意識が低下すること
		加熱式タバコをやめる理由がない	いつかは禁煙しないといけないと感じたり、やめないといけない状況になったらやめよう、やめようと思えばすぐにでもやめられる、などと思ってはいるものの、今すぐにタバコをやめようとは思わない、やめる理由がないこと
		タバコは相棒のように大事な心の支え	タバコはイライラした時や困った時に寄り添ってくれる、気持ちを安定させるためになくはならない相棒のような存在だと感じること

つの概念で構成された。

(1) 《逃げ道になりそうな加熱式タバコに出合い習慣化していく》

〈流行している加熱式タバコに興味を持つ〉の定義は、「臭いやヤニがつくなど紙巻きタバコへのもどかしさを感じている中で、周囲の人が加熱式タバコを吸っている様子や、テレビ番組で取り上げられている様子を見て、加熱式タバコに興味を持つこと。」である。

「結構新しいものが好きで、なんでも、iPhoneとか携帯とかもすぐ新しいものに全部かえちゃう。タバコも新しいのが出ましたってなったんで、とりあえず1回吸ってみるかってなって。」(D氏)

「最初はテレビとか、CMでやってたかな。アイコスを手に入れた友達がいて、知ってはいんだけど、詳細はその人に聞いたって感じですかね。」(I氏)

〈半信半疑で試して代替品になりそうだと納得する〉の定義は、「加熱式タバコを吸ってみて、美味しいわけではないが、違和感がなくちゃんとタバコ感があると感じ、これなら紙巻きタバコの代替品になりそうだと感じること」である。

「もちろん味でいうと紙巻のほうがおいしいなと思ったんですけど、全然でも、別にグローでもいいな、と思ったんで。」(B氏)

〈紙巻きタバコへの郷愁を感じつつもだんだんと加熱式タバコに慣れてくる〉の定義は、「加熱式タバコに対して、吸った当初はまずいと感じたり、物足りない、紙巻きタバコのほうが美味しかったなど、紙巻きタバコとは違うという感覚を持ちつつも、だんだんと慣れてくること」である。

「紙巻きタバコは『ああ〜うま〜』みたいなのがあったんだけど、アイコスはなくて、美味しい感じは。ニコチンとるために吸ってる感じ。リラックス度っていうのかな、それは紙の方があったような気がします。別に(紙巻きタバコに)戻ろうとは思わないですけど。」(I氏)

「慣れです。今でも(加熱式タバコは)別に美味しいって思わないですけどね、紙の時と違って。でも慣れですね。」(I氏)

「多分薄味の料理でも最初は物足りないなと思うんですけど、ずっと食べてたらそれがスタンダードみたいな。」(D氏)

〈紙巻きタバコが美味しくないと感じ愛着がなくなる〉の定義は、「加熱式タバコに慣れてくると紙巻きタバコがくさいと感じたり、美味しいと感じなくなる、きつく感じるようになること」である。

「(加熱式タバコの)この臭いがだめやって、もう無理だわ、これやったらタバコやめよっかって思ったんやけどだん

だん慣れてって、アイコスになっちゃって、もう今は普通のタバコ吸えない。もう臭くて、『おえ』ってなっちゃう。」(J氏)

(2) 《加熱式タバコを使用しタバコのネガティブな面から目を背けようとする》

〈体にとって良い選択をしていると自分に言い聞かせる〉の定義は、「加熱式タバコは紙タバコに比べて、体への影響が少ないといわれているからいいのではないかと自分に言い聞かせること」である。

「そこまで悪い物質は入ってない、みたいな。紙タバコよりは健康にはいいみたいな感じだったから、いいかなって思ってた。」(K氏)

「自己暗示というか、そうゆうのもあるかもしれないです。アイコスだからいいかなっていう、燃やしてないし。自分も、他の人も。タバコだけど、アイコスだからいいかなっていう気持ちはあります。」(G氏)

〈加熱式タバコだから迷惑はかけていないと自分を正当化しようとする〉の定義は、「加熱式タバコは健康面でも臭いの面でも周囲への害が少ないのではないかと自分を正当化しようとすること」である。

「自分が測定したわけじゃないもんでいかなのだけど、これは煙じゃなく水蒸気を吐きだしてるだけなんで、『大丈夫でしょ』っていう思いはある。こっち(紙巻き)だったら申し訳ないなっていう思いはある。」(H氏)

(3) 《加熱式タバコに替えても結局は喫煙者だと感じる》

〈加熱式タバコの健康リスク低減を鵜呑みにはしていない〉の定義は、「発売されて間もないため、加熱式タバコが体に悪いかどうかはまだ研究段階でよく分からないと感じていたり、将来的に体に影響が出るかもしれないと感じていること」である。

「ただ一方であれですよ、もちろん紙巻き(タバコ)は見るからに体に悪そうですけど、グローは、体に悪いかどうかってあんまりまだわからないじゃないですか。まだ発売されて間もないから。だから何十年かして、みんな一斉にバタバタと病気になってたら、そりゃ大変だなと思いますけど、うーん、そこは早く解明していただきたいところですね。」(B氏)

「なんかまだ分かんないですよ。まだ検証できてない、じゃないですけど……。」(A氏)

〈加熱式タバコにしてもぬぐい切れない疎外感を感じる〉の定義は、「加熱式タバコにしても非喫煙者から感謝されたり、受け入れてもらえることはなく、加熱式タバコでも紙巻きタバコと同じように周囲の人から否定されること」である。

「全く吸わない人でタバコの臭いが嫌いな人ってこれ(ア

イコス) も同じジャンルなんですよ、そういう人からしたら。(中略) タバコはタバコだし、いいものではないじゃないですか。なので、嫌な顔するのそりゃそうだろうなって感じです。」(C氏)

「あなたアイコスにしてくれてありがとう、みたいなのはなかったです。」(A氏)

c. 【遠慮なくタバコを生活習慣として成り立たせる術を手に入れ、満足する】

このコアカテゴリーは、加熱式タバコを使用し、後ろめたい気持ちをごまかそうとしていた対象者が加熱式タバコの利便性や周囲の反応の変化などから満足感を得て、加熱式タバコへの移行が確実なものとなっていくこと、さらに都合のいいように喫煙行動を操作し、より加熱式タバコがもたらす恩恵を感じる気持ちが強まっていくプロセスを示しており、2つのカテゴリーと5つの概念で構成された。

(1) 《加熱式タバコがもたらす恩恵を感じる》

〈加熱式タバコの利便性に魅了され意気揚々と使用する〉の定義は、「灰が出ない、臭いがしない、火を使わない、ヤニが出ないなど、紙巻きタバコで気になっていた点が改善されている利便性の良い加熱式タバコに満足し、夢中になること」である。

「紙巻のときって吸い終わった灰とかもそうですし、吸い終わった吸殻を、ごみ箱に捨てると結構におうので、ペットボトルに水張って、まとまったらコンビニに捨てに行ってたんですけど、グローだとたいしてにおいもしないので、吸ったスティックは箱の中に戻すようにしてるんですよ。そういった意味では、楽。灰も出ないし。」(B氏)

「紙タバコって火を使うじゃないですか。火災の危険があるじゃないですか。アイコスは全くないんで。それは全然ちがうわって思いますね。」(C氏)

「よかったことは、その、やっぱり臭いがつかないこととか。家の壁とかにヤニがついたりとかは、ないみたい。」(J氏)

〈加熱式タバコのおかげで周囲に溶け込める〉の定義は、「加熱式タバコであれば吸うことを許容されたり、文句を言っていた家族の前で吸っても何も言われなくなること」である。

「友達とか、紙巻きタバコだと結構臭いするから、アイコスの方が臭い少ないからいいねっていう人もいます。」(C氏)

「こっち(ブルームテック)を吸うようになって、試しに家の中で吸ったんですけど、家族は誰も、何も文句を言わなかった。」(H氏)

〈加熱式タバコを使用するようになり体調の改善を感じる〉の定義は、「加熱式タバコに替えて紙巻きタバコの時に気になっていた症状が改善されること」である。

「朝起きて、口の中が紙タバコの時は結構気持ち悪かった

ですけど、なんかにおいというか粘りがなんかあるんですよ。それがアイコスにしたら結構なくなったりとか(中略)あと息切れが本当に減りました。」(C氏)

(2) 《都合のいいように喫煙行動を操作する》

〈たがが外れて吸う場所を自制しなくなる〉の定義は、「紙巻きタバコでは吸うのを制限していた室内や車の中、喫煙所以外の場所などで加熱式タバコを吸うようになること」である。

「紙(紙巻きタバコ)の時に制限してた場所がなくなったっていう感じですね。例えば室内だと、自分の部屋とか友達部屋では吸わずに、いちいち外に出たりとか換気扇の下にいて吸ってたところが、(加熱式タバコは)部屋の中でも吸うし、紙タバコで吸ってた場所でももちろん吸うし、紙タバコで吸うのを避けてた場所でも吸うようになりました。」(C氏)

「家の中でも吸えるし、あと、ほんとにだめだと思うんですけど、あんまり人がいないとことか、(紙巻き)タバコだったらさすがにやばいなと思って喫煙スペース見つけて吸ってたんですけど、アイコスだったらごみも出ないし、まあいっかなみみたいな。人がいなかったらちょっと隅のほうにいて吸って、ごみもこんなか(箱)に入れて、ちゃんと持ち帰れるんで。」(D氏)

〈隠しながらも陰で堂々と加熱式タバコを吸う〉の定義は、「臭いがしない加熱式タバコを利用して、タバコを吸っていることがばれると都合の悪い相手や環境に対してタバコを吸っていないように装いながら加熱式タバコを吸うこと」である。

「内緒の話なんだけど、僕、職場の中で吸ってるもんね、これ(ブルームテック)。一人でいるとき。」(H氏)

d. 【逃げ道を見つけタバコのある生活にのめりこむ】

このコアカテゴリーは、【遠慮なくタバコを生活習慣として成り立たせる術を手に入れ、満足する】気持ちが土台となり喫煙本数が増加することや、禁煙意識が低下し、加熱式タバコを「逃げ道」とし、向き合うべき健康影響への不安、周囲との関係、禁煙に向かう気持ち等から逃げ、安心してタバコを吸える方法にたどり着き、最終的にタバコがより強固な存在として生活の一部に組み込まれるプロセスを示しており、1つのカテゴリーと4つの概念で構成された。

(1) 《禁煙から逃避する》

〈知らず知らずのうちに喫煙本数が増加する〉の定義は、「加熱式タバコに移行し、物足りなさを感じる、制限していた場所でも吸うようになる、場所を移動しなくても気軽に吸えるなどの理由から、気づかぬうちに喫煙本数が増加すること」である。

「前(紙巻きタバコの時)は部屋が黄ばんだりとか臭いが

つのが嫌でベランダ出たり、何かしら外に出て吸ってたんで、毎回外に出るのって面倒くさいじゃないですか、だから吸う本数もある程度少なかったですけど、今はもうどこでも吸えちゃうんで。」(C氏)

「室内でも吸えるようになったんで本数とかは増えたと思います多分。場所を問わず吸えるっていうのと、紙タバコだと吸ったわ〜っていう感じがあるんですけど、アイコスだと弱いというか、なんか紙タバコほど吸った感がないんで、頻繁に吸っちゃってるかなって思ってます。吸う間隔がちょっと短いかもしれない。」(C氏)

「(喫煙本数は) 変わらないですね。変わんないかなあ、あ、でも、アイコスの方が吸う本数が増えたかもしれないですね。」(I氏)

「(喫煙本数は) 増減はないと思います。僕は今までそんなに変わってないかな。あ、逆に増えたか、家で吸うようになったから増えましたね。」(G氏)

〈頭の片隅にあった禁煙意識が消えつつある〉の定義は、「加熱式タバコに移行し、体調の改善を感じることや、周囲の反応の変化、臭いを気にしなくてよくなった、紙巻きタバコに比べて健康影響を低減していると自分を正当化するなど、様々な理由から禁煙意識が低下すること」である。

「余計やめる気が無くなったことかな。やめようというかにおいが気になる部分がなくなったので、別にそんなに禁煙するつもりは元々なかったんですけど、それが余計なくなったって感じですかね。」(I氏)

「なんでだろうね。禁煙したいっていう思いよりも、自分のストレス発散というか、そっちの思いの方が強くなったかな。(禁煙したい気持ちは) 消えていった。自分のなかで、これ(プルームテック)を吸うことは、タバコに対して正当化しているイメージというか、今まではこれ(紙巻き)しか吸ってなかった、ずっと。でも、今、半々でしょ、ずっとこれ(紙巻き)じゃないじゃんっていう。だから、昔に比べたら、体に悪いことしとるんじゃないよっていうのをどっかの自分がね、この辺から言い聞かせてる。」(H氏)

〈加熱式タバコをやめる理由がない〉の定義は、「いつかは禁煙しないといけないなと感じたり、やめないといけない状況になったらやめよう、やめようと思えばすぐにでもやめられる、などと思っではいるものの、今すぐにタバコをやめようとは思わない、やめる理由がないこと」である。

「いつかは禁煙しないといけないなとは思ってますけど。なかなかねーちょっと難しいですね。」(D氏)

「ただその悪いことが分かってる中でやめなきゃいけないっていう風に自分で思うような、そういうはっきりした

ものがアイコスでも出てくればやめると思いますけどね。」(E氏)

(2) 〈タバコは相棒のように大事な心の支え〉

〈タバコは相棒のように大事な心の支え〉の定義は、「タバコはイライラした時や困った時に寄り添ってくれる、気持ちを安定させるためになくしてはならない相棒のような存在だと感じること」である。

「薬みたいな感じでね、依存しちゃっとるもんで、イライラした時とか疲れた時とか、吸うと、ちょっと楽になったりとか、そういう依存があるもんで、今タバコやめるとこのストレスはじゃあどこに、みたいな。行き場がなくなっちゃうもんで、タバコに頼っとるみたいな感じでやめられない。」(J氏)

「僕にとっては、今は、うーんと心の支えかな。やっぱりどうしても仕事でね、相談業務をやったあととかはね、だいが引つ張られちゃってて、で、負のほうへ行きかかってくるのを止めてくれる、心の支えというかね。そっちじゃないよって。」(H氏)

IV. 考 察

A. 本研究におけるプロセスの特徴とその背景

本研究により喫煙者が心置きなく喫煙するために加熱式タバコを使用し、よりタバコのある生活にのめりこんでいくことが明らかになった。そのプロセスの中で、対象者がどのように加熱式タバコを使用するに至り、加熱式タバコの使用が決定づけられたのか、その背景について考察する。

1. 喫煙者が加熱式タバコの使用に至るまでの背景

喫煙者は、喫煙可能な場所が制限されるという設備環境としての吸いにくさ、非喫煙者の厳しい態度による吸いにくさの両方から、《喫煙者としての肩身の狭さ》を感じるようになっていた。このことは受動喫煙対策の推進による喫煙場所の制限等の環境面の変化に加え、喫煙による健康影響の知識啓発が進んだことにより、喫煙者に対する非喫煙者の態度が厳しくなったことが影響している。ある事業所の社員を対象とした研究においても、非喫煙者の91.4%が嫌煙意識を持っていた(宮島ほか, 2017, p.382)。本研究において、《喫煙者としての肩身の狭さ》から実際に〈周囲の人のために紙巻きタバコを一旦やめてみる〉という行動変容が喫煙者に起きており、吸いにくい環境をつくることは禁煙支援において効果があることが示唆された。その一方で、喫煙者には〈喫煙していることを隠す手間をかけてでも吸う〉という行動もみられた。これは周囲の人

とのトラブルや周囲の人の態度の煩わしさ等から逃れるために生じている。どちらにせよ、《周囲に気を遣い仕方なく喫煙行動を変える》というカテゴリーは、喫煙者が常に周囲の人との関係を強く意識しながら喫煙行動をとっていることを表している。

喫煙者は心置きなく吸いたいのにな吸えないもどかしさからどうにか逃れようと、加熱式タバコにたどり着く。《逃げ道になりそうな加熱式タバコに出合い習慣化していく》プロセスにおいては、先行研究と同様に新しいテクノロジー（Hair, et al., 2018, s71）、テレビ番組の影響（Tabuchi, Silvano, Shinozaki, Kunugita, & Colwell, 2018, e27）、周囲での流行などをきっかけに興味を持つようになっていた。また、加熱式タバコの製品パッケージは、「喫煙に対する親しみやすさと郷愁を呼び起こすために、紙巻きタバコと同様の製品要素を強調」し、紙巻きタバコの横に陳列されるようになっていく（Hair, et al., 2018, s71）。本研究においても、「（紙巻きタバコと比較して）違和感がない」「ちゃんとタバコとして吸ってるなあという感じ」と語る喫煙者は、加熱式タバコが紙巻きタバコの代替品になることを実感することにより、加熱式タバコの使用を習慣化していた。このように喫煙者が加熱式タバコを習慣的に使用するようになるまでには、都合の良い宣伝が並ぶ加熱式タバコに安易に移行したわけではなく、加熱式タバコが本当にタバコの代替品として自分を満足させてくれるものなのか、半信半疑ながらも、紙巻きタバコと比較する中で代替品となることを実感し、徐々に加熱式タバコを習慣的に使用するようになるというプロセスをたどることが明らかになった。

2. 心の揺らぎを抱えながら加熱式タバコを試す喫煙者の加熱式タバコ使用を決定づける要因

加熱式タバコを使用した理由について先行研究では、「健康のため」「周囲の迷惑」と回答した者が7割以上であった（松澤・花岡, 2018）。本研究においても、〈体にとって良い選択をしていると自分に言い聞かせる〉、〈加熱式タバコだから迷惑はかけていないと自分を正当化しようとする〉という概念が生成され、《加熱式タバコを使用しタバコのネガティブな面から目を背けようとする》ようになっていた。その一方で喫煙者は、〈加熱式タバコの健康リスク低減を鵜呑みにはしていない〉という概念のように、未知の加熱式タバコに対し、健康影響の期待を持ちつつも、不安に揺れ動く気持ちを持っていた。

また、喫煙者は、〈加熱式タバコだから迷惑はかけていないと自分を正当化しようとする〉気持ちを抱いていたが、「あなたアイコスにしてくれてありがとう、みたいなことを言われたことはなかったです。」と、周囲の人から結局は喫煙者であることに変わりはないという態度をとられる

ことで、〈加熱式タバコにしてもぬぐい切れない疎外感を感じる〉気持ちも同時に抱いていた。

このように【加熱式タバコを使用し、自分と周囲に対する後ろめたい気持ちをごまかそうとする】のだが、【遠慮なくタバコを生活習慣として成り立たせる術を手に入れ、満足する】気持ちが強くなり、その使いやすさから加熱式タバコに夢中になっていったことが、本研究が明らかにしたプロセスの大きな特徴である。〈たがが外れて吸う場所を自制しなくなる〉という概念のように、以前は喫煙していなかった家の中や車内等、また、歩きタバコや喫煙が禁じられている場所でも吸うようになったと語られた。このような変化は、単に喫煙場所としての変化を意味するのではなく、一緒にいる際はタバコを吸うのを避けていた人（非喫煙者や家族、子供など）のそばで喫煙するようになるという、非喫煙者への配慮を怠るという喫煙行動の変化であった。このことは、加熱式タバコを非喫煙者のグループとの付き合いの際に使用するという先行研究と同様の結果であった（Hair, et al., 2018, s72）。そして、〈加熱式タバコのおかげで周囲に溶け込める〉と感じることは、常に人間関係を意識しながら喫煙行動をとっている喫煙者にとっては、《喫煙者としての肩身の狭さ》を払拭させる大きな要因となっていた。さらに、〈加熱式タバコを使用するようになり体調の改善を感じる〉ことで、ますますもどかしさの払拭につながっていた。このように、《加熱式タバコがもたらす恩恵を感じる》ことが、喫煙者が加熱式タバコに夢中になっていく要因となっていた。

B. 本研究における保健指導への示唆

今後は保健指導において紙巻きタバコだけでなく、加熱式タバコを使用する喫煙者への保健指導の機会が増えることが予測される。本研究において明らかになった加熱式タバコ使用者の特徴をふまえ、保健指導において重要な視点について考察する。

1. 加熱式タバコ使用者の喫煙に関する態度・行動の特徴に応じた保健指導

保健行動の理論のひとつである行動変容ステージモデルにおいて、人が保健行動をとる際、前熟考期、熟考期、準備期、実行期、維持期の5つの段階のプロセスがあるといわれている。保健指導従事者は、対象者がそのプロセスのどの段階にいるのかを把握し、それに応じた働きかけをする必要がある（Prochaska & Velicer, 1997）。本研究において、喫煙者は常に周囲の人との関係を意識しながら喫煙行動をとっており、それが行動変容につながっていた。具体的には、周囲の人の反応により肩身の狭さを感じタバコをやめてみるという実行期に移っていた対象者が、加熱式タ

バコの利便性に魅了され、《禁煙から逃避する》ようになり、前熟考期に戻ってしまうという結果が生じていた。加熱式タバコの利便性に魅了されるのは、ただ単に、においがしない、火を使わない、灰が出ない等の使い勝手の良さだけでなく、周囲の人との関係性を改善してくれるという利便性に魅了されているのである。そのため、タバコを吸いにくい環境であれば、いつか行動変容の機会が訪れるかもしれない喫煙者に対して、加熱式タバコが禁煙から遠ざかるという逃げ道を与えてしまう可能性がある。依田・佐藤（2018）は禁煙外来患者が禁煙を開始し継続するプロセスにおいて、禁煙開始後、吸いたい気持ちや離脱症状に対処するために「吸いたいときの逃げ道を見つける」ようになると報告している。それに対して、本研究では、加熱式タバコが「タバコを吸い続けるための逃げ道」となってしまった。そのため、加熱式タバコの利便性に魅了される前の禁煙への関心期や実行期に介入することが重要である。加熱式タバコの使用を検討している喫煙者に対しては、なぜ加熱式タバコを使用しようとしているのか、その気持ちや背景を聞き、加熱式タバコを選択することで、ニコチン依存がより強固になる可能性や、加熱式タバコを選択するのではなく禁煙する必要性和利点を説明していくことが重要である。保健指導の際は、喫煙の有無だけでなく、加熱式タバコに対する知識・意識を聞くことで、加熱式タバコに対して誤った知識を持っている人など、今後加熱式タバコに魅了されてしまう可能性のある潜在的な対象者に対しても情報を提供する機会をつくることができる。

また、ヘルスベリーフモデル Health Belief Model (HBM) においては、保健行動に影響を与える要因は、疾病にかかる可能性の自覚、疾病の重大さの自覚、保健行動による利益の自覚、保健行動によって生じる障害の自覚であるとされている（Becker, Drachman, Kirscht, 1974）。〈ふと、タバコの害を自他に感じて動揺する〉ということは、喫煙により疾病にかかる可能性の自覚につながり、禁煙意識を高める可能性がある。先行研究においても、主観的健康観がよくない者は主観的健康観がよい者に比べて禁煙への関心が高い傾向にあり（秋山・中村・田淵, 2018, p.662）、禁煙に関心がある者ほど喫煙による健康障害への認識が高いこと等が報告されている（榎本ほか, 2005, p.380）。しかし、本研究の結果から、喫煙者は〈加熱式タバコを使用するようになり体調の改善を感じる〉ことで、疾病にかかる可能性の自覚が低くなり、喫煙者としてのもどかしさが払拭され、結果として禁煙意識の低下につながっていた。だが、すでに加熱式タバコを使用している喫煙者であっても、〈加熱式タバコの健康リスク低減を鵜呑みにはしていない〉という概念のように、加熱式タバコの健康影響はまだ研究段階であることを知りながら喫煙していることが明

らかになったため、目先の自覚症状が改善されたことだけで、長期的な健康影響が低減されたわけではないことを伝えていく必要がある。

本研究では、加熱式タバコを使用するようになり〈知らず知らずのうちに喫煙本数が増加する〉という概念が明らかになった。これは、加熱式タバコの利便性により、比較的場所を選ばず喫煙できることや、紙巻きタバコに比べて吸いごたえがないこと等から生じていた。先行研究において、紙巻きタバコから加熱式タバコへ移行後に喫煙本数が増加した対象集団から「吸った感覚が足りない」「1回では満足しない」という意見が述べられたと報告されており、本研究と同様の結果であった（川村・山田・森岡, 2018, p.383）。また、加熱式タバコは、気軽にどこでも吸えることから、ニコチン依存がより強固なものになる可能性が指摘されている（田淵, 2019, p.117）。ニコチンを常時摂取するようになると、神経伝達物質の調節をニコチンに委ねるようになり、タバコを吸えない状態が続くとニコチン離脱症状が出現する。喫煙することでその不快な離脱症状が消失するため、再び喫煙を続けてしまう現象がニコチン依存である（厚生労働省, 2019）。加熱式タバコは気軽にどこでも吸えることから、喫煙本数の増加が生じ、結果として、ニコチン依存がより強固なものとなり〈頭の片隅にあった禁煙意識が消えつつある〉という概念が生じていた。加熱式タバコには紙巻きタバコとほぼ同程度のニコチンが含まれている（Bekki, Inaba, Uchiyama, & Kunugita, 2017, p.203）。加熱式タバコも紙巻きタバコと同様にあくまで「タバコ」であり、ニコチン依存の問題は解決しないことを伝えていく必要がある。また、本研究において加熱式タバコの使用により喫煙本数が増加していることをあまり意識していない喫煙者がいることも明らかになった。すでに加熱式タバコを使用している喫煙者に保健指導をする際は、喫煙行動の変化、喫煙本数が増加していないか等、改めて喫煙習慣を振り返ってもらい、ニコチン依存に陥っていることを喫煙者自身が自覚できるようにすることが重要である。

紙巻きタバコの受動喫煙による健康影響については、近年では広く知られている。しかし、本研究において〈加熱式タバコだから迷惑はかけていないと自分を正当化しようとする〉という概念が抽出され、周囲への受動喫煙に対する認識の変化が喫煙行動や禁煙意識に影響を与える要因となっていた。実際には、加熱式タバコにおける受動喫煙の影響についてはまだ研究段階である。日本の17～71歳の男女を対象とした先行研究において、加熱式タバコのエアロゾルを吸ったことがある人は全体の12%で、そのうちの37%は、喉が痛くなる、気分が悪くなるなど、何らかの症状を経験したという報告もされている（Tabuchi, et al.,

2018, e28)。受動喫煙の他者危害性を認識している者は認識していない者に比べて禁煙への関心が高いことが分かっている（秋山ほか, 2018, p.662）。また、喫煙者のうち受動喫煙の知識がない群はある群と比較して非喫煙者に対して配慮していないと回答した割合が有意に高いという報告もある（宮島ほか, 2017, p.382）。したがって、加熱式タバコでの受動喫煙のリスクはまだ研究段階であることを周知し、周囲の人へ配慮する必要があることを伝えていくことが重要である。加熱式タバコが非喫煙者との親和に近づくための手段と考えることは間違いであることを強調するべきである。

また、喫煙者は人間関係を気にしながら、なおも吸い続けてしまう、〈タバコは相棒のように大事な心の支え〉という考えを持つほどタバコに依存している心理過程にある。そのような心情を、非喫煙者と喫煙者がともに理解できるような機会を設けることで、喫煙者は自らの心の動きと喫煙行動を振り返ることができ、非喫煙者は喫煙者をただ批判的に捉えるだけでなく、どのように喫煙者の行動変容を応援できるのかを考える機会となる。単に変えるべき不健康な行動として捉えるのではなく、人間的な営みとしての行動と捉えることができれば、行動の選択の知恵が生まれるかもしれない。喫煙者に対して批判的な時代の中でも、お互いに歩み寄り、喫煙行動をどう変えていくか話し合うことが重要である。

2. 非喫煙者も含めた知識の普及啓発

本研究では、〈加熱式タバコのおかげで周囲に溶け込める〉という概念のように、加熱式タバコであれば吸うことを許容されるなど、加熱式タバコに対して非喫煙者側の喫煙に関する態度も変化していた。非喫煙者にも、喫煙や受動喫煙に関する情報提供をすることで、喫煙行動に対する意思や態度（喫煙者に喫煙許可を求められた際、吸わないように頼む等）に影響を与えることが報告されている（吉川・五十嵐・後藤・諏訪, 2017, pp.428-429）。先に述べたように、周囲の人の態度は喫煙者の意識や行動を変えるために重要であるため、喫煙者だけでなく、非喫煙者にも加熱式タバコのリスクを周知していく必要がある。加熱式タバコであってもタバコに変わりはないという考えが社会全体に広がるよう周知していくべきである。先行研究において、非喫煙者の嫌煙意識は「喫煙者の健康影響」「周囲への健康影響」「周囲への迷惑」の意識と関連があることが分かっている（宮島ほか, 2017, pp.382-383）。非喫煙者が加熱式タバコを許容する態度をとる要因としては、臭いや煙の低減により迷惑意識が低くなること、健康影響が少ないという誤った認識等が影響していると予測されるが、非喫煙者が加熱式タバコに対してどのような認識を

持っているのかは今後調査する必要がある。

C. 研究の強みと今後の課題

本研究は、インタビューにより、加熱式タバコ使用者に、具体的な喫煙行動や態度を聴取したことで、普及されて間もない加熱式タバコを喫煙者がどのように使用し、喫煙に関する態度・行動が変化していくのかを明らかにした。また、M-GTAを用いて分析したことにより、喫煙に関する態度・行動が変化するプロセスの背景には、人間関係への意識が表れていることや、不安に揺れ動きながらも加熱式タバコの使用が定着していくプロセスが明らかになった。

本研究の限界として、比較的二コチン依存度が低い人が対象者となったため、ニコチン依存度が高い人の状況を十分に反映できていない点があげられる。また、本研究の結果の厳密性について、研究者間で検討を行ったが、研究協力者による確認は得ていない。

今後の課題は、加熱式タバコの健康影響を正しく伝えるために、加熱式タバコの健康影響や受動喫煙の影響等を明らかにすることである。また、今回の研究により、非喫煙者の態度が喫煙者の喫煙行動の変容に影響を与えることが明らかになったため、非喫煙者の加熱式タバコへの認識や態度について調査することも、喫煙・禁煙行動の研究を進めるうえで有用であると考えられる。さらに、本研究において、加熱式タバコは禁煙意識に影響を与えることが明らかになった。加熱式タバコの使用により禁煙意識が低下した喫煙者に対してどのように禁煙に対する動機付けをしていくか、加熱式タバコ使用者の特徴をふまえた支援について今後検討する必要がある。

結 論

喫煙者は常に非喫煙者との人間関係を意識して喫煙行動をとっている。心置きなく吸いたいのに人間関係や自身の健康への後ろめたさからもどかしさを感じる中、加熱式タバコに出会い、その後ろめたさをごまかしながら使用していた。そして、加熱式タバコにより、遠慮なくタバコを生活習慣として成り立たせる術を手に入れ、喫煙本数の増加や禁煙意識の低下が起きていた。加熱式タバコの健康影響はまだ研究段階であり、健康影響が低減されているわけではないこと、紙巻きタバコと同様に周囲の人へ配慮しなければならないことを喫煙者と非喫煙者の両者に伝えていく必要がある。さらに加熱式タバコの使用により、ニコチン依存がより強固になる可能性に留意して保健指導を実施する必要がある。

謝 辞

本研究においてインタビューにご協力いただいた対象者様、並びに関係者の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は名古屋市立大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆・修正し作成したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 秋山 理, 中村正和, 田淵貴大 (2018). 受動喫煙の他者危害性の認識と禁煙への関心. *日本公衆衛生雑誌*, 65(11), 655-665.
- Becker, M.H., Drachman, R.H., Kirscht, J.P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Bekki, K., Inaba, Y., Uchiyama, S., Kunugita, N. (2017). Comparison of chemicals in mainstream smoke in heat-not-burn tobacco and combustion cigarettes. *Journal of UOEH*, 39(3), 201-207.
- 藤岡奈美, 小林敏生 (2015). 「妊娠」を契機とした妊婦の喫煙行動変容に及ぼす社会的要因と喫煙環境. *母性衛生*, 56(2), 320-329.
- Hair, E.C., Bennett, M., Sheen, E., Cantrell, J., Briggs, J., Fenn, Z., Willett, J.G., Vallone, D. (2018). Examining perceptions about IQOS heated tobacco product: Consumer studies in Japan and Switzerland. *Tobacco Control*, 27, s70-s73. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054322>
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- 加藤善士, 太田充彦, 八谷 寛 (2020). 安全衛生担当労働者における加熱式タバコの利用状況. *厚生指標*, 67(6), 23-28.
- 川村晃右, 山田和子, 森岡郁晴 (2018). 紙巻タバコから加熱式タバコへの移行に伴う健康影響: ニコチン依存, ニコチン禁断症状と喫煙行動の変化について. *日本衛生学雑誌*, 73(3), 379-387.
- 木下康仁 (2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い*. 89-91, 131, 138, 東京: 弘文堂.
- 額田朋弥, 松田宣子 (2010). 出産後の女性の喫煙行動とその関連要因. *日本公衆衛生雑誌*, 57(2), 104-112.
- 厚生労働省 (2019). ニコチン依存症. e-ヘルスネット. <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/tobacco/yt-052.html> (参照2021年1月1日)
- 厚生労働省 (2020a). 平成30年「国民健康・栄養調査」の結果. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08789.html (参照2020年12月5日)
- 厚生労働省 (2020b). 令和元年国民健康・栄養調査報告. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/eiyoku/r1-houkoku_00002.html (参照2021年3月8日)
- 松澤幸範, 花岡正幸 (2018). 急速に普及する加熱式たばこ・電子たばこに対する職場の対応について. *信州公衆衛生雑誌*, 13(1), 1-7.
- 榎本妙子, 小笹晃太郎, 福井和代, 森 雅彦, 福本 恵, 堀井節子, 三橋美和, 渡邊能行 (2005). 禁煙の関心度を規定する要因: 行動科学的検討. *日本公衆衛生雑誌*, 52(5), 375-386.
- 宮島江里子, 角田正史, 押田小百合, 五十嵐敬子, 三枝陽一, 美原静香, 吉田宗紀, 野田吉和, 大井田正人 (2017). 質問紙票調査による喫煙労働者の禁煙無関心者の特徴や非喫煙者への配慮状況と非喫煙労働者の嫌煙意識. *総合健診*, 44(2), 378-386.
- 小野奈津子, 星野明子, 桂 敏樹 (2010). 若年女性の喫煙が習慣化するプロセスと非喫煙が継続するプロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 33(5), 121-130.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- St.Helen, G., Jacob Iii, P., Nardone, N., Benowitz, N.L. (2018). IQOS: Examination of Philip Morris International's claim of reduced exposure. *Tobacco Control*, 27, s30-s36. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054321>
- 田淵貴大 (2019). *新型タバコの本当のリスク: アイコス, グロー, ブルーム・テックの科学*. 117, 東京: 内外出版社.
- Tabuchi, T., Silvano, G., Shinozaki, T., Kunugita, N., & Colwell, B. (2018). Heat-not-burn tobacco product use in Japan: Its prevalence, predictors and perceived symptoms from exposure to secondhand heat-not-burn tobacco aerosol. *Tobacco Control*, 27, e25-e33. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-053947>
- Tabuchi, T., Shinozaki, T., Kunugita, N., Nakamura, M., Tsuji, I. (2019). Study profile: The Japan "Society and New Tobacco" Internet Survey (JASTIS): A longitudinal Internet cohort study of heat-not-burn tobacco products, electronic cigarettes, and conventional tobacco products in Japan. *Journal of Epidemiology*, 29(11), 444-450. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20180116>
- 依田明子, 佐藤由美 (2018). 禁煙外来受診者が禁煙を開始し継続する心理的プロセス. *日本地域看護学会誌*, 21(3), 15-23.
- 吉川麗子, 五十嵐中, 後藤 励, 諏訪清美 (2017). 飲食店での受動喫煙に関する意識と情報提供の影響: Web調査による喫煙者と非喫煙者の比較. *日本公衆衛生雑誌*, 64(8), 422-432.

〔2021年5月12日受付〕
〔2022年4月3日採用決定〕

Process of Using Heated Tobacco Products for Smokers to Continue Smoking

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 937-950
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220403179>

Ruriko Miyata, MSN, RN, PHN¹, Itsuko Ozaki, PhD, RN, PHN²,
Akiko Kadoma, PhD, RN, PHN²

¹The department of children, Komono Town Office, Komono, Japan

²Graduate School of Nursing, Nagoya City University, Nagoya, Japan

Abstract

Objective: The objectives of this study were to examine the process by which smokers become habituated to using heat-not-burn tobacco products, identify changes in their attitudes and behaviors regarding smoking, and offer guidance for health promotion. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with the participants and analyzed using a modified grounded theory approach. The data were collected from May to August 2019. **Results:** Regarding smoking behavior, participants always showed an awareness of their relationships with non-smokers. They were frustrated at being unable to smoke without hesitation, which led them to seek alternatives. They also experienced guilt at harming the health of those around them as well as their own. To assuage this guilt, they chose to use heat-not-burn tobacco. Heat-not-burn tobacco proved to be freeing, ultimately turning the use of tobacco into a lifestyle. In general, the number of cigarettes smoked increased, and motivation toward smoking cessation decreased. **Conclusions:** In an environment where it is difficult to smoke, heat-not-burn tobacco products provide an alternative for smokers and an opportunity to change their behavior in future. It is important to provide adequate health guidance while keeping in mind that the use of heat-not-burn tobacco products may increase nicotine dependence.

Key words

Heat-not-burn tobacco, smoking, No smoking, Modified Grounded Theory Approach

Correspondence: R. Miyata. Email: sk8ergirl_zawa@yahoo.co.jp

ベッド・車椅子間移乗時に転倒した 回復期脳卒中患者に対して、 「一人での移乗を続けてよい」と判断する 看護師の判断視点の因子構造

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 951-958
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220317184>

高柳智子

新潟県立看護大学

■要 旨

目的：本研究は、ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の看護師の判断視点の因子構造を明らかにすることを目的とした。**方法：**全国の回復期リハビリテーション病棟でリーダー的役割を担っている看護師（各病棟1名）に質問紙調査を行った。分析には探索的因子分析及び確認的因子分析を用いた。**結果：**857施設に郵送し、有効回答は319名（有効回答率89.6%）であった。看護師の判断視点として、〈安全な移乗動作の定着〉〈再転倒予防につながる学習体験〉の2因子8項目の因子構造モデルが得られた。**結論：**看護師は、転倒後も一人での移乗を続けてよいか否かを、〈安全な移乗動作の定着〉〈再転倒予防につながる学習体験〉の2つの視点から判断していることが示唆された。

■キーワード

脳卒中、転倒・転落、車椅子、臨床的判断、移動運動

責任著者：高柳智子。Email: takatomo@niigata-cn.ac.jp

緒 言

脳卒中リハビリテーションは、急性期、回復期、維持期に分けられ、回復期リハビリテーションにおいてはチームアプローチによる集中的かつ包括的なリハビリテーションにより、セルフケア、移動、コミュニケーションなどの能力について最大限の回復および早期の社会復帰を目指している（園田，2015）。車椅子を移乗手段とする脳卒中患者にとって、ベッド・車椅子間移乗はADL自立の鍵であり、その自立は自宅退院を可能とする大きな要因である（永井・小川・山口・村上，2017；杉浦ほか，2013）。そのため、病棟生活において移乗自立支援を担う看護師の役割は大きい。また、ベッド・車椅子間移乗は回復期脳卒中患者の転倒の起点となることも多く（二井ほか，2006；中川ほか，2010）、看護師は自立支援とリスク管理の両面に配慮しながら、できるADLを日常生活に落とし込んでいる。平松（2013）は、回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の転倒に関する文献を概観し、転倒発生率は31～41%と高く、転倒者の約半数は2回以上転倒している一方で、転倒に伴う損傷はなかった者が80～100%であっ

たことを報告している。また、高柳（2018）は、ベッド・車椅子間移乗が見守り支援から自立へと至った回復期脳卒中患者の経験知の1つに、「転倒リスクは皆無にできないことを認識する」を挙げ、これは研究参加者が転倒や危うく転倒しそうになった経験から捉えたものであったと述べている。これらより、移乗自立に至った回復期脳卒中患者の中には、転倒や転倒しそうになった経験を通して、安全に移乗するための学びへとつなげている者がいることがわかる。よって、転倒した患者に対して、どのような事後対応を適用するかは、リスク管理のみならず移乗自立支援の質を大きく左右するものと考えられる。

さらに、近年では、転倒の質を見極める重要性も指摘されている。Watabe, et al. (2018) は、転倒により傷害や活動性低下などの負の要素は発生せず、転倒経験により対象が自身の身体状況を学習して、その後の安全な動作遂行へとつながる“やむをえない転倒”の存在を述べている。高柳・泉（2011）も、回復期脳卒中患者のベッド・車椅子間移乗の見守り解除後から退院までの転倒発生を調査し、39名のうち5名が転倒したが、転倒により移乗自立度が変わった者はいなかったことを報告している。脳卒中患者

は高次脳機能障害を合併している者が多く、知識として安全への配慮を意識づけていくことは困難であり、危険に直面した際に内省を引き出すことでリスク認知の変化を促すことが有効と言われている（金井，2015）。そのため、転倒によって受傷しなかった場合であっても、どのような患者支援を行うのかは重要な判断となる。転倒発生後の対応の検討は、看護師だけでなく多職種協働で取り組む施設が多いが、特に病棟で24時間を継続して援助を担う看護師が病棟生活での実際の動作能力を的確に見極めることが重要と言われている（杉本，2018，p.50）。牧野・加藤・正源寺・関井・浅川（2017）は、回復期リハビリテーション病棟の転倒予防連携における職種間の意識の違いについて質問紙調査を行い、転倒予防連携に必要な共有すべき内容として、約90%の看護師が転倒予防対策を選択しているのに対し、療養士と介護職は約60%にとどまっていたことを報告している。このことから、看護師は他の職種と転倒予防対策を積極的に共有し、取り組んでいることがわかる。そのため、看護師がベッド・車椅子間移乗時に転倒した脳卒中患者に対して、転倒後も単独での移乗を継続してよいか否かを判断する際の視点を解明することは、多職種協働アプローチで展開される脳卒中リハビリテーション医療において、よりの確かな臨床判断を見出すための基礎資料となりうると考える。

I. 研究目的

本研究は、ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の看護師の判断視点の構成因子を抽出し、因子構造を検証することを目的とする。

II. 用語の定義

ベッド・車椅子間移乗時の転倒：転倒の関連文献（平松，2013，p.222；眞野，1999，p.2）を参考に、「ベッド・車椅子間の移乗動作中に、自らの意思によらず、身体の足底以外の部分が床面に着いた状態」とし、移乗開始時や着席時における車椅子またはベッドからの転落も含める。

一人での移乗：ベッド・車椅子間移乗の自立度が、機能的自立度評価法（FIM）で6（介助者は不要だが、移乗バー等の補助具や装具を使用して自立）ないしは7（何かに把持したり、装具をつけなくとも、通常の速さで自立して移乗できる）である状態を指す。

III. 研究方法

1. データ収集期間

令和2年9月～11月。

2. 対象

回復期リハビリテーション病棟協会ホームページの施設名簿に掲載されている、脳血管疾患リハビリを行っている施設1,207施設のうち、データ収集期間の厚生労働省 都道府県の医療提供体制等の状況の医療の逼迫状況（入院医療）がステージⅢ以上であった6都府県の施設350施設を除く857施設の回復期リハビリテーション病棟にて、リーダー的役割を担っている看護師（1病棟につき1名）とした。

なお、1病棟単位においてリーダー的役割を担っている看護師は複数名存在するのが一般的であるため、対象1名の選択は看護管理者に一任するとともに、複数の回復期リハビリテーション病棟を有する病院の場合は、その中でも脳卒中患者が多く入院している1病棟の1名とした。

3. データ収集方法

郵送法による無記名自記式質問紙法を用いた。対象施設の病院長および看護部長宛てに依頼文書と説明文書とともに、対象への調査票一式（依頼文書、説明文書、質問紙、返信用封筒）を送付し、対象条件に該当する看護師1名への配布を文書で依頼した。回答後の質問紙は、対象が返信用封筒に密封して返送していただきたい旨を対象への説明文書にて依頼した。

4. 調査内容

(1) 属性

個人属性として、臨床看護経験年数、当該病棟の勤務年数を尋ねた。組織属性として、入院中の回復期脳卒中患者の転倒後の対策の意思決定方法、モーニングケア・イブニングケア・夜間（消灯～起床時刻）に従事している職種について尋ねた。また、患者安全のための看護実践自己評価尺度—病棟看護師用—（三浦・舟島，2010）を用い、患者の安全保証に必要な看護師の行動の質を測定した。この尺度は、総得点および下位尺度得点の平均値と標準偏差を用いて、高得点・中得点・低得点の3領域が設定され、高得点領域にある看護師は患者の安全保証に必要な看護の質が高く、適切な行動がされていることを示す（上國料，2015）。なお、総得点は40～200点の範囲であり、高得点領域は154点以上、中得点領域は122～153点、低得点領域は121点以下とされている（上國料，2015）。

(2) ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と判断する看護師の判断視点の重要度

回復期脳卒中患者の移乗時見守り解除における看護師の臨床判断に関する先行研究（Takayanagi, 2010；高柳・泉, 2011；高柳・泉, 2013）を基盤に作成した，移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の判断視点（9項目）について，それぞれの重要度を7件法（1：全く重要視していない～7：非常に重要視している）で尋ねた。

5. 分析方法

統計処理は，SPSS 23.0およびAmos 23.0を用い，有意水準5%未満とした。全ての調査内容について記述統計を算出した。次いで，ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の判断視点9項目に対して，探索的因子分析（主因子法 プロマックス回転）を実施し，構成因子を抽出した。次に，探索的因子分析で得られた因子構造をもとに，確認的因子分析を行い，モデルの適合度は， χ^2 値（ p 値），GFI，AGFI，CFI，RMSEAを指標とした。さらに，抽出された判断視点の重要度の合計点を，患者安全のための看護実践自己評価尺度―病棟看護師用―の総得点による3領域間（高得点・中得点・低得点）で比較した。その際，Shapiro-Wilk検定にて正規性を確認し，正規分布している場合は一元配置分散分析，正規分布していない場合はKruskal-Wallis検定を適用し，多重比較にはBonferroniを用いた。また，内的整合性の検討のため，抽出された因子の

判断視点について，Cronbach's α 係数を算出した。

6. 倫理的配慮

対象施設の病院長・看護部長・対象看護師に対して，研究目的と方法，自由意思による研究参加，研究目的のみでの使用，匿名性の確保，研究成果の公表予定，データの保管期間および保管方法について，書面にて説明した。研究参加の同意は，質問紙の研究参加同意のチェック欄への記入により確認した。また，患者安全のための看護実践自己評価尺度―病棟看護師用―は，指定された使用許諾申請を行い，使用許諾を得た。

本研究は，新潟県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号019-24）。

IV. 結 果

1. 対象の属性（表1）

857施設に郵送し，356名（回収率41.5%）から返送があった。その中で，質問紙に記入漏れがあった30名と研究参加同意欄にチェック記入がなかった7名を除く319名（有効回答89.6%）を分析対象とした。対象の属性は表1に示した。勤務病棟での回復期脳卒中患者の移乗時における転倒後の対策の意思決定方法は，多職種カンファレンスで検討・決定が過半数を占めていた。また，モーニングケアおよびイブニングケアに，理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち1職種以上が従事している病棟は，モーニングケア52病棟（16.3%），イブニングケア34病棟（10.7%）であった一方で，夜勤に従事しているのは4病棟（1.3%）

表1 対象の属性

		$n=319$	
調査内容	人数 (%)	mean $\pm$ SD	
臨床看護経験年数 (年)		20.6 $\pm$ 8.4	
当該病棟の勤務年数 (年)		5.6 $\pm$ 4.4	
転倒後の対策の意思決定方法			
多職種カンファレンス（医師，看護師，療法士など）で検討・決定	178 (55.8%)		
看護チームカンファレンス（看護・介護職チーム含む）で検討・決定	126 (39.5%)		
看護師と療法士で検討・決定	14 (4.4%)		
医師の指示により決定	1 (.3%)		
モーニングケアへの療法士の従事 （理学療法士，作業療法士，言語聴覚士のうち1職種以上が従事）	52 (16.3%)		
イブニングケアへの療法士の従事 （理学療法士，作業療法士，言語聴覚士のうち1職種以上が従事）	34 (10.7%)		
夜間（消灯～起床時刻）の療法士の勤務 （理学療法士，作業療法士，言語聴覚士のうち1職種以上が従事）	4 (1.3%)		
患者安全のための看護実践自己評価尺度―病棟看護師用―			
総得点		160.9 $\pm$ 18.4	
高得点領域（154以上）	209 (65.5%)		
中得点領域（122～153）	105 (32.9%)		
低得点領域（121以下）	5 (1.6%)		

と少数であった。

患者安全のための看護実践自己評価尺度一病棟看護師用一の総得点の平均は、 160.9 ± 18.4 点であった。高得点領域が209名(65.5%)と最多で、中得点領域は105名(32.9%)であり、この2領域で全体の約98%を占めていた。

2. ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と看護師が判断する際の判断視点の探索的因子分析(表2)

ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と看護師が判断する際の判断視点9項目に対して、探索的因子分析を行った。KMO測度は.819, Bartlettの球面性検定は $p < .001$ であり、因子分析を適用することの妥当性が示された。また、Shapiro-Wilk検定にて全項目で有意確率が5%未満であったため正規分布に従わないと判断し、因子負荷量の推定には主因子法を用いた。因子数は、固有値1以上であることに加え、スクリープロットで固有値の低下がなだらかなる手前までの因子数であった2因子に設定し、プロマックス回転を行った。その結果、9項目のうち、「移乗自立の続行を患者自身が希望している」の1項目のみ因子負荷が0.50未満であった。そのため、上記1項目を削除し再度因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行い、解釈可能性を考慮したうえで2因子8項目を採用した。累積寄与率は47.43%であった。次いで、抽出された因子の意味内容と命名について述べる。第1因子は、「移乗目的物が移乗可能な位置にあることを、毎回確認してから移乗で

きる」「毎回、車椅子のブレーキをかけてから移乗できる」「毎回、移乗動作を完結してから別の動作に移ることができる」などの6項目で構成されていた。これらの項目は安全な移乗を確実に遂行するための行動を示していたため、第1因子を〈安全な移乗動作の定着〉と命名した。第2因子は、「身体を強打する転倒形態ではなかったことが他者の目視により確認できている」「転倒した時の状況を患者自身が説明できる」の2項目で構成された。これらの項目は、重度な傷害に至るリスクが低い転倒形態であることを客観的に確認できることや、患者自身が転倒状況を説明可能であることを含むことから、転倒による傷害リスクは低く今後の安全な移乗自立に向けた学習体験になりうると捉えていると考え、第2因子を〈再転倒予防につながる学習体験〉と命名した。8項目全体のCronbach's α 係数は.80であった。

3. ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と看護師が判断する際の判断視点の確認的因子分析(図1)

探索的因子分析で得られた因子構造の妥当性を検討する目的で、確認的因子分析を用いた。探索的因子分析で得た因子により構成されていると仮定して各因子を潜在変数とし、加えて、因子間の相関があると仮定した。その結果、適合度指数は、 $\chi^2 = 81.79$ ($p < .001$), GFI = .94, AGFI = .89, CFI = .92, RMSEA = .10とやや低い適合度を示した。「毎回、履き物を履いてから移乗できる」と「起立から着席までの一連の動作を、毎回ふらつかずに遂行できる」の誤差変数間に高い修正指数が認められた。毎回、

表2 ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の看護師の判断視点の探索的因子分析

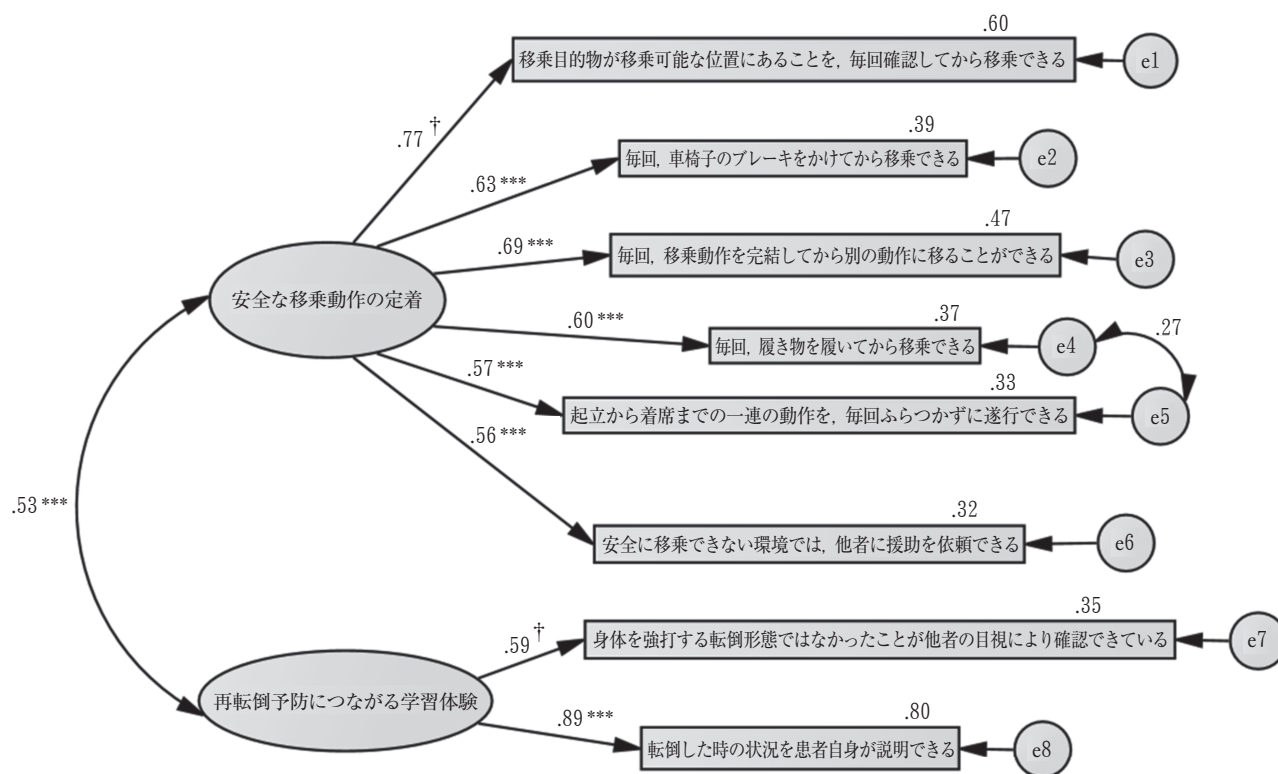
項目	抽出された因子		
	第1因子	第2因子	共通性
第1因子〈安全な移乗動作の定着〉			
移乗目的物が移乗可能な位置にあることを、毎回確認してから移乗できる	.75	.35	.51
毎回、車椅子のブレーキをかけてから移乗できる	.67	.13	.51
毎回、移乗動作を完結してから別の動作に移ることができる	.66	.36	.60
毎回、履き物を履いてから移乗できる	.65	.37	.40
起立から着席までの一連の動作を、毎回ふらつかずに遂行できる	.62	.33	.45
安全に移乗できない環境では、他者に援助を依頼できる	.53	.43	.50
第2因子〈再転倒予防につながる学習体験〉			
身体を強打する転倒形態ではなかったことが他者の目視により確認できている	.28	.84	.45
転倒した時の状況を患者自身が説明できる	.44	.64	.76
因子相関行列			
	1.00		
	.44	1.00	
寄与率			
	37.13	10.30	
累積寄与率			
	37.13	47.43	

主因子法プロマックス回転 全項目 $\alpha = .80$

移乗前に履き物を履き、起立から着席までの一連の動作を毎回ふらつかずに遂行できることは、移乗の安定を図るうえでの準備から実際の移乗までの過程であり、相互に関連性があると考えられる。よって、この2つの誤差変数間に共分散を仮定することは妥当と考え、共分散を加えた。その結果、 $\chi^2=64.14$ ($p<.001$), GFI=.95, AGFI=.91, CFI=.94, RMSEA=.09となった。また、すべてのパス係数の統計検定量は有意であった ($p<.001$)。

また、ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と看護師が

判断する際の判断視点8項目の重要度の合計点は、平均 $46.6 \pm$ 標準偏差5.1 (中央値47.0, 四分位範囲8.0) であり、患者安全のための看護実践自己評価尺度一病棟看護師用一の総得点3領域間で有意な差が認められた ($p=.005$)。多重比較にて、高得点領域と中得点領域との間に有意差がみられ ($p=.004$)、高得点領域の看護師の方が判断視点8項目の重要度合計点が有意に高かった (表3)。



$n=319$, $\chi^2=64.14$ ($p<.001$), GFI=.95, AGFI=.91, CFI=.94
RMSEA=.09

注) †はモデル識別のために制約を加えた箇所 2) *** $p<.001$

図1 ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対し、「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の看護師の判断視点の確認的因子分析

表3 患者安全のための看護実践自己評価尺度一病棟看護師用一の総得点領域別にみた、ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の看護師の判断視点8項目の重要度合計点の比較

ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者の移乗自立続行に関する 病棟看護師の判断視点8項目の重要度合計点		
高得点領域 (n=209)	中央値48.0 (四分位範囲 7.0)	**
中得点領域 (n=105)	中央値45.0 (四分位範囲 6.0)	
低得点領域 (n=5)	中央値45.0 (四分位範囲15.0)	

Kruskal-Wallis 検定多重比較 Bonferroni ** $p=.004$

V. 考 察

1. ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者 に対して、「一人での移乗を続けてよい」と看護師が判 断する際の判断視点の因子構造の特徴

探索的因子分析の結果、〈安全な移乗動作の定着〉〈再転倒予防につながる学習体験〉の2因子が抽出された。8項目全体のCronbach's α 係数は.80であった。 α 係数は、集団の測定に用いる場合は少なくとも.70以上、個人の測定では.80以上が望ましいと言われ(鳩野, 2016)、本研究で得られた8項目は内的整合性を有していると考えられる。また、患者安全のための看護実践自己評価尺度—病棟看護師用—で高得点領域の看護師と中得点領域の看護師間で、本研究で得られた判断視点8項目の重要度合計点には有意な差が認められ、患者の安全保証に必要な看護の質がより高く適切な行動を遂行している看護師の方が上記の判断視点8項目をより重要視しており、これらは患者の安全保証をふまえた内容であると考えられる。確認的因子分析の適合度指標のうち、 χ^2 検定は有意であったが、 χ^2 検定はデータ数に敏感に影響を受ける性質があり、他の適合度指標と組み合わせてモデルの適合度を見極める必要があることが指摘されている(豊田, 2007, p.18)。本研究においても、標本数が比較的大きいことが影響していると考えられる。GFI, AGFI, CFIは、いずれも.90以上であり良好な適合度が得られた。RMSEAは、.05以下であれば良がよく、1.0以上では不良、その間はグレーゾーンと言われ(豊田, 2007, p.18)、本研究の値はグレーゾーンであった。適合度指標は総合的にみて、概ね許容範囲と考えられた。

次に、探索的因子分析ならびに確認的因子分析で得られた因子構造について述べる。第1因子〈安全な移乗動作の定着〉は、「移乗目的物が移乗可能な位置にあることを、毎回確認してから移乗できる」をはじめとする6項目から構成されていた。高柳・泉(2011)は、回復期脳卒中患者の移乗時見守り解除時点と、その1週間前の看護師のアセスメントを比較し、「移乗目的物が移乗可能な位置にあることを、毎回確認してから移乗できる」「毎回、車椅子のブレーキをかけてから移乗できる」「起立から着席までの一連の動作を、毎回ふらつかずに遂行できる」の3項目で、「できる」の割合が有意に増加していたことを報告している(pp.27-28)。さらに、移乗時見守り解除後の転倒発生の有無別の比較では、見守り解除時のアセスメントにおいて、「安全に移乗できない環境では、他者に援助を依頼できる」の項目において有意な差が認められていた(pp.27-28)。これらより、第1因子〈安全な移乗動作の定着〉は、移乗時の見守り解除の判断視点と共通性が高い因子と捉えることができる。第2因子〈再転倒予防につな

る学習体験〉は、2項目から構成されていた。第2因子は、第1因子と有意な相関関係が示された一方で、第1因子とは異なり移乗時の見守り解除の判断視点にはない視点が抽出された。移乗時の見守り支援から自立に至った回復期脳卒中患者が捉えた経験知の研究(高柳, 2018)において、研究参加者の殆どが移乗時の転倒または転倒しそうになった経験を持ち、その経験から転倒リスクは皆無にできないと身をもって認識していた(p.735)。本研究の「転倒した時の状況を患者自身が説明できる」は、患者が転倒状況ならびに安全な移乗に向けての課題を的確に言語化できるのであれば、上記報告のような経験知へとつなげていけると捉えて判断項目として用いられていると考えられる。しかし、そのためには、もう1つの項目である「身体を強打する転倒形態ではなかったことが他者の目視により確認できている」ことが前提である。鳥谷部(2014)は、転倒そのものよりも転倒による重大外傷発生のリスク評価の重要性を指摘しており、本研究の上記視点も、転倒による重大外傷発生リスクを判断する視点と推察される。

2. 看護への示唆

ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と看護師が判断する際の判断視点として、〈安全な移乗動作の定着〉〈再転倒予防につながる学習体験〉の2因子が抽出された。第1因子の〈安全な移乗動作の定着〉は移乗時の見守り解除の判断と共通性は高い反面、第2因子の〈再転倒予防につながる学習体験〉は移乗時の見守り解除の判断にはない視点であり、単独での移乗時に転倒した場合に特有の判断視点と考えられる。そのため、本研究で得られた判断視点は、既に単独での移乗を許可されていた回復期脳卒中患者の転倒後の移乗方法を、安全とADL拡大の両面から検討するうえで、有用な知見となりうる。また、回復期リハビリテーション病棟での転倒後の対策の意思決定は、多職種によるカンファレンスで検討し決定することが多く、本研究においても過半数を占めていた。各職種が専門性を発揮し連携していく回復期リハビリテーションにおいて、看護職が何を視点に移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と判断しているのかを把握することは、各職種の強みを最大限に活かし、相互作用により有効なチームアプローチを講じていくうえで重要である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、先行研究成果を参考に作成した判断視点を用いて、看護師に重要度を回答してもらった。得られた因子構造モデルの適合度は概ね許容範囲であったが、それ以外

に明らかにできなかった因子や項目が存在する可能性は否定できない。そのため、今回得られた因子構造モデルが実際の転倒事例において妥当な判断視点となりうるのかについて、後方視的調査などを用いて検証を進め、モデルの洗練を図っていくことが必要である。

結 論

本研究は、ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、看護師が「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の判断視点の因子構造を明らかにした。探索的因子分析により得られた、看護師が重要視している判断視点の因子構造は、〈安全な移乗動作の定着〉6項目〈再転倒予防につながる学習体験〉2項目による2因子8項目であった。確認的因子分析により、探索的因子分析で得られた因子構造の適合度は概ね許容範囲であった。

以上より、看護師は、ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者が「一人での移乗を続けてよい」と判断する際の視点として、〈安全な移乗動作の定着〉〈再転倒予防につながる学習体験〉を重要視しており、移乗時の見守り解除の判断視点とは異なる視点を有していた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました医療機関の管理者の皆様ならびに看護師の皆様に深謝いたします。なお、本研究は日本看護研究学会第47回学術集会において発表した内容に一部修正を加えたものです。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費19K10855の助成を受けたものです。

文 献

- 二井俊行, 飯田有輝, 緒方由美子, 伊藤武久, 山本絵美子, 石田智大, 関慎之介, 岩田康弘, 大橋孝浩 (2006). 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中片麻痺患者の転倒要因. *愛知県理学療法士会誌*, 18(3), 94-97.
- 鳩野洋子 (2016). Chapter 1 尺度を選ぶ: 研究の目的にあった尺度をどう選ぶか. 川本利恵子 (編), 『尺度』を使った看護研究のキホンとコツ (pp.10-28). 東京: 日本看護協会出版会.
- 平松知子 (2013). リハビリテーション病棟における転倒のハイリスク要因. *リハビリナース*, 6(3), 222-228.
- 上國料美香 (2015). 第3章 看護実践の質を測定する A. 患者安全のための看護実践自己評価尺度—病棟看護師用—. 舟島なをみ (監修), *看護実践・教育のための測定用具ファイル*:

開発過程から活用の実際まで 第3版 (pp.43-53). 東京: 医学書院.

- 金井 香 (2015). 高次脳機能障害者への援助の視点. *リハビリナース*, 8(1), 11-17.
- 牧野真弓, 加藤真由美, 正源寺美穂, 関井愛紀子, 浅川康吉 (2017). 回復期リハビリテーション病棟の転倒予防における職種間の意識の違い及び多職種連携に関する促進要因と阻害要因. *看護実践学会誌*, 30(1), 32-45.
- 眞野行生 (1999). 第1章 高齢者の転倒の特徴. 眞野行生 (編), *高齢者の転倒とその対策* (pp.2-37). 東京: 医歯薬出版.
- 三浦弘恵, 舟島なをみ (2010). 患者安全のための看護実践自己評価尺度 (病棟看護師用) の開発. *看護教育学研究*, 19(2), 12-13.
- 永井邦明, 小川敬之, 山口史啓, 村上賢治 (2017). 回復期リハビリテーション病棟に入院した脳血管障害患者の転倒先に影響する要因: 認知機能に着目して. *日本臨床作業療法研究*, 4, 37-43.
- 中川洋一, 三宮克彦, 上田 厚, 澤口由貴子, 木下牧子, 横山久代, 塩見 努, 岡田耕平, 魏 長年, 原田幸一, 渡邊 進, 石川 誠 (2010). 多施設回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の転倒要因と転倒状況: 転倒リスクアセスメントシートの開発. *リハビリテーション医学*, 47(2), 111-119.
- 園田 茂 (2015). VII リハビリテーション. 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 (編), *脳卒中治療ガイドライン2015* (p.271). 東京: 協和企画.
- 杉本真理子 (2018). 回復期リハビリテーション病棟における転倒予防: 患者安全委員会を中心とした取り組み. *Monthly Book Medical Rehabilitation*, (221), 43-51.
- 杉浦 徹, 櫻井宏明, 杉浦令人, 岩田研二, 木村圭佑, 坂本己津恵, 松本隆史, 金田嘉清 (2013). 超高齢脳卒中患者 (85歳以上) の自宅退院に必要なADL条件の検討. *理学療法科学*, 28(5), 623-626.
- Takayanagi, T. (2010). Development of assessment indicators to decide when to stop observing stroke patients during transfer based on clinical judgments made by nurses. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, 34(2), 25-35.
- 高柳智子 (2018). ベッド・車椅子間移乗が見守り支援から自立に至った回復期脳卒中患者がとらえた経験知. *日本看護研究学会雑誌*, 41(6), 733-739.
- 高柳智子, 泉キヨ子 (2011). 看護師の臨床判断を基盤とした脳卒中患者の移乗時見守り解除のアセスメント指標の評価: 見守り解除後の追跡調査から. *日本リハビリテーション看護学会誌*, 1(1), 25-31.
- 高柳智子, 泉キヨ子 (2013). 脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における看護師の臨床判断: 中堅看護師を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを通して. *日本看護研究学会雑誌*, 36(2), 69-77.
- 鳥谷部真一 (2014). 重大外傷をアウトカムとした院内転倒リスクアセスメントシステムの開発. *新潟県医師会報*, 767, 2-8.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [Amos編]: 構造方程式モデリング. 東京: 東京図書.
- Watabe, T., Suzuki, H., Konuki, Y., Aoki, K., Nagashima, J., & Sako, R. (2018). Beneficial falls in stroke patients: evaluation using a mixed method design. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 25(2), 137-144.

〔2021年9月17日受 付〕
〔2022年3月17日採用決定〕

Factor Structure of Nurses' Perspectives on Determining the Appropriateness of allowing post-acute Stroke Patients to Transfer Independently during Bed-from/to-wheelchair Transfers after a Fall

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 951-958
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220317184>

Tomoko Takayanagi, PhD, RN, PHN

Niigata College of Nursing, Niigata, Japan

Abstract

Objective: This study examined the factorial structure of nurses' perspectives to determine the appropriateness of allowing post-acute stroke patients to continue to independently transfer after falls during bed-from/to-wheelchair transfers. **Methods:** A nationwide questionnaire survey was conducted, which involved nurses playing a leading role in post-acute rehabilitation wards (1 nurse from each ward). Exploratory and confirmatory factor analyses were employed for the analysis. **Results:** The questionnaire was mailed to 857 facilities, yielding 319 valid responses (valid response rate: 89.6%). The studies resulted in the development of a model comprising the following two factors and eight items, which represent the perspectives for nursing judgment: "stable movements for safe transfer" and "learning experience to prevent recurrent falls." **Conclusions:** The results suggest that nurses should determine the appropriateness of allowing stroke patients to continue to independently transfer after falls from two viewpoints: "stable movements for safe transfer" and "learning experience to prevent recurrent falls."

Key words

stroke, accidental falls, wheel chairs, clinical judgement, locomotion

Correspondence: T. Takayanagi. Email: takatomo@niigata-cn.ac.jp

外国人を含む家族の体験に関する文献検討 —患者を支える家族員の 異文化体験に注目して—

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 959-969
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220125175>

隍 智子¹, 中尾友美¹, 清水安子²

¹千里金蘭大学看護学部, ²大阪大学大学院医学系研究科

要 旨

目的: 外国人を含む家族における患者を支える家族員の異文化体験を明らかにする。**方法:** 7つのデータベースを用いて文献検討を行った。**結果:** 国内文献3件, 国外文献7件が抽出された。抽出された文献の本文中から, 家族内の患者が医療を受けている国とは異なる生活様式や文化を持っているがゆえに体験した内容に関する記述を23か所抽出し, それらを9カテゴリーから成る【宗教・慣習の違いによる困難な体験】【言語の違いにより生じた困難な体験】【個人的・社会的サポートに関する体験】の3テーマに分類した。**結論:** 看護師の異文化対応力, 介護に対する達成感や満足感につながる家族介護者のサポート体制の確立, 文化や国籍を問わず助け合いができるコミュニティ作りの重要性が明らかとなった。外国人を含む家族における患者以外の家族員が心身の健康を維持するためには, 地域を含めた看護支援策を検討していく必要性がある。

キーワード

外国人, 家族, 体験, 文献検討, 異文化

責任著者: 隍 智子. Email: mo-hori@cs.kinran.ac.jp

緒 言

グローバル化がますます進む昨今, 我が国においても観光や就労, 留学などを目的とした外国人は年々増加している。その中でも, 日本で生活する在留外国人の増加は, 社会のサービスや制度にも大きな影響を与える。法務省(2019年12月6日)の報告によると, 2014年6月末で約212万人であった在留外国人は, 2019年6月末現在282万人を超えており, 5年間で約70万人増加している。また, 国籍・地域はアジア諸国を中心に計195(無国籍を除く)に上ると報告されており, 日本の多国籍化がうかがえる。在留資格別では, 技能実習や技術・人文知識・国際業務といった分野で伸びが大きい, 構成比で最も多いのは27.7%を占める永住者である(法務省, 2019年10月25日)。

増加する在留外国人に対するサービスや制度を考える上で, 適切な医療への円滑なアクセスの他, 治療結果, 職員の対応, 費用などにおける高い満足度といった医療の質の向上は急務であり, 様々な対策が国を挙げて進められている。厚生労働省は, 外国人が安心・安全に日本の医療サービスを受けられる体制を充実させていくことを目的とし, 外国人患者の受入れ体制を整備する際に必要な情報等をま

とめた「外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル」を作成した(厚生労働省政策科学推進研究事業「外国人患者の受入環境整備に関する研究」研究班, 2020)。また, 厚生労働省の支援事業として, 多言語による診療案内や, 異文化・宗教に配慮した対応などの体制を整えている医療機関を認証する「外国人患者受入れ医療機関認証制度(Japan Medical Service Accreditation for International Patients: JMIP)」(2020年1月15日現在, 70医療機関が認証取得)(一般財団法人日本医療教育財団, n.d.)の普及を推進すると同時に, 医療通訳者や外国人患者受入れ医療コーディネーターの育成(厚生労働省, 2019年8月13日)などにも力を入れている。

外国人が安心して医療を受けられる環境を整備する上で重要となる要素の一つに, 患者を支える家族の存在がある。国籍を問わず, 患者を支える最も身近な存在が家族であると言えるが, この支える力は地域で暮らす家族が心身に健康であるときに最も発揮される。患者が外国人である場合は, 異国であるという不安や習慣としての強固な家族のつながり(マルティネス真喜子ほか, 2017, pp.76-77)などから, さらに家族の存在は重要視される。一方, 家族の立場に立ってみると, 患者の疾患や治療に関する不

安を持ちながら、家庭や地域における役割の調整や公的制度の手続きなどを行っていく必要があり、言語や文化の違いを考慮するとその苦労は多大なものであると言える。

古くから移民を受け入れている国や多民族国家では、異なる文化を持つ患者を支援することが日常であり、様々な文化を持つ家族を含めた患者ケアに関する研究も多く見られる (Coleman & Angosta, 2017; Henderson, Reis & Nicholas, 2015; Johnstone, Hutchinson, Rawson & Redley, 2016; Majeed-Ariss, Jackson, Knapp & Cheater, 2015; Wilkinson, et al., 2014)。しかしながら、我が国において外国人患者を受け入れた歴史は浅く、母子保健や子育て支援に関する研究 (青山ほか, 2014; 網谷・表・岡本・山田, 2018; 橋村・大西, 2016; 橋本ほか, 2011) は散見するものの、外国人を含む家族に対する支援に注目した研究は少ない。今後ますます増加すると考えられる外国人が安心して生活できる社会を構築する上で、外国人患者はもちろんのこと、患者を支える存在かつ地域で暮らす外国人としての家族に対する援助も検討していく必要がある。そのためには、外国人を含む家族が医療を受ける際に、異国で生活しているが故に体験した内容を知る必要があると考えた。

そこで本研究では、外国人を含む家族を対象とした国内外の文献検討をすることによって、患者を支える家族員の異文化体験を明らかにすることを目的とした。

I. 研究方法

1. 文献と検索語の選定

文献検索の手順を図1に示す。データベースは、看護学に関連する文献を広く網羅的に検索するため、医中誌Web, Medical Online, J-STAGE, JDream III, CHINAHL Complete, MEDLINE, PsycINFOを用いた。

我が国に比較すると、多国籍・多民族国家では異文化看護や異文化理解に関する研究の歴史は古く文献数も多い。また、研究対象者も幅広く、母子保健、育児、人種差別や性的マイノリティーに関する文献も含まれている。そのため、本研究で対象とする医療を受ける外国人の家族に関する文献を抽出するため、国外のデータベースでは、「emigrants or immigrants or foreigner」または「culturally competent care or transcultural care」と「family」「nursing」「patients」を「AND」検索したものの中から、「childcare or childbearing or delivery」「refugee」「nursing students」「review」を除き、「abstract available」「academic research」「English」、2010年9月～2019年9月に発表された文献に限定して検索を行った (検索日: 2019年9月15日)。

一方、国内のデータベースでは、国外と同意義のキーワードで抽出される文献がごくわずかであり、さらに対象

者が本研究の目的とは異なる研究が多く含まれていたため、「外国人and家族and看護」の中から、「国際看護師or外国人看護師」、「母子保健or出産or育児」、「避難者or難民」を除いて、原著論文に限定し全年検索を行った (検索日: 2019年9月15日)。

検索式によって検索された文献の中から、タイトルと要旨に外国人を含む家族に関する記述があるものを抽出した。次に、外国人を含む家族における患者以外の家族員 (以下、対象者とする) の異文化体験が記述されている文献を抽出した。文献の抽出基準は、①家族に含まれる外国人は患者または患者以外の家族員とし、患者が医療を受けている国とは異なる生活様式や文化に起因する家族員の体験が主観的に記述されていること、②患者の体験ではなく、患者を支える家族員の体験として記述されていること、③著者の考察を含んでいないこと、とした。抽出基準①は、中嶋・大木 (2015, pp.94-95) による外国人住民の健康課題に関する保健医療に関わる7要因 (宗教と文化/地域でのつながりと情報収集/日本語の習得と親子の共通言語/ドメスティックバイオレンスと児童虐待/メンタルヘルス/労働衛生/受診とその継続の困難) を参考とし、同国民間でも起こり得る体験ではないかどうか熟考した。なお、英語論文の解釈と日本語訳、および抽出箇所については、看護研究者2名の意見に相違がないことを確認した。

2. 用語の定義

本研究では、以下のように用語を定義して用いることとする。

家族: 夫婦関係、血縁関係、血縁関係によってつながっている親族関係、また養子縁組などによってできた人間関係にある人々、または、パートナーや生活支援者等、生活をしていく上で経済的または精神的に支え合っている関係にある人々の集団。

外国人を含む家族: 家族員の中に、自らが生まれ育った国を離れて生活している移民者または在留外国人 (妊産婦は除く) を1名以上含んでいる集団。

文化: 人間が生まれ育った集団の中で学習し伝えられ、その集団の人々の行為を支配する価値観や信念、規範 (日本国際看護学会, 2020, p.9) とし、言語や宗教の他、特定の地域や社会で受け継がれるしきたりや規範となる慣習などを含む。

異文化体験: 自らが親しんでいる文化と異なる文化を持つ国や地域、または異なる文化を持つ相手との関わりにおける体験。

3. 分析方法

まず、抽出された文献を精読し、外国人である家族員と医療従事者の持つ文化が異なることにより生じた、対象者の異文化体験に関する記述をまとめた。それらを内容の類似性に基づいてカテゴリー化し、さらに異文化体験を引き起こした要因に注目してテーマを作成した。内容のカテゴリー化およびカテゴリー名、テーマについては、看護研究者間で互いの意見が一致するまで議論を行った。

Ⅱ. 研究結果

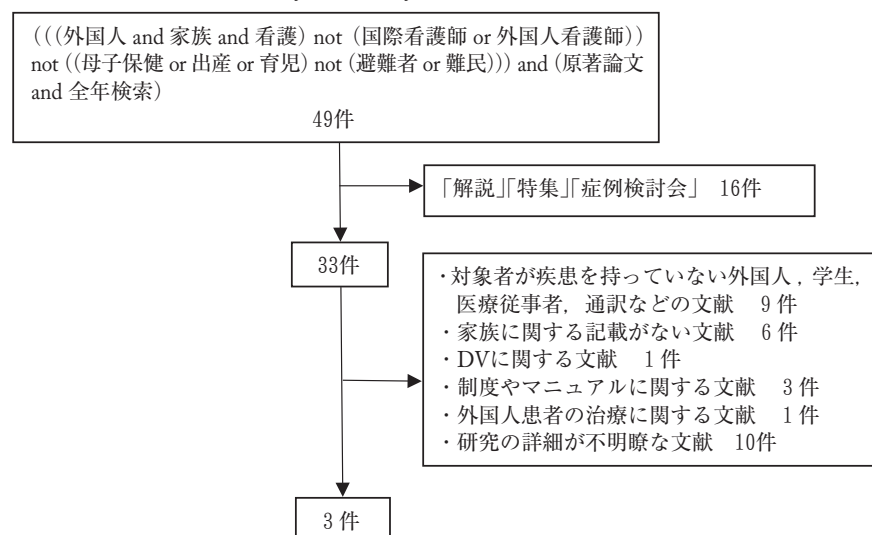
1. 検索結果

検索の結果、国内文献49件と国外文献117件が抽出された。そのうち、抽出基準①～③に合致する国内文献3件と国外文献7件を検討対象とした。除外された文献の概要は図1に、研究対象となった文献は表1に示す。

2. 研究の発表国、対象者の出身地、研究方法

国内外全10件の文献の発表国は、日本3件、アメリカ3件、イギリス、スウェーデン、ベルギー、カナダ各1件であった。

〈医中誌Web, Medical Online, J-STAGE, JDreamⅢ〉



〈CHINAHL Complete, MEDLINE, PsycINFO〉

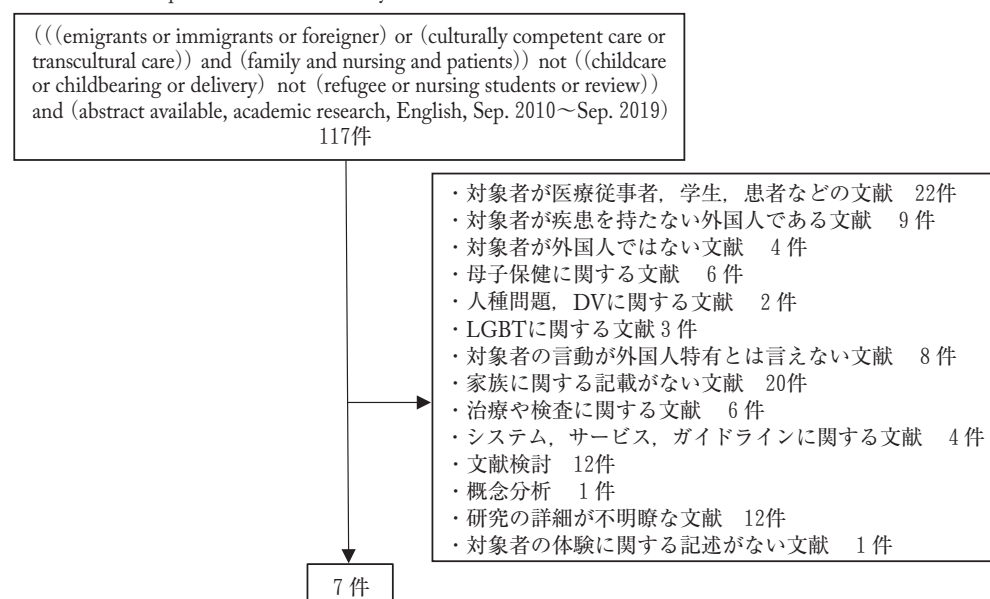


図1 文献検索方法

対象者の出身地は、トルコ、ロシア、フィンランド、エストニア、ハンガリー、ポーランド、モロッコ、ラテンアメリカ・ヒスパニック（メキシコ、コロンビア、グアテマラ、ホンジュラス）、南アジア（パキスタン、バングラデシュ）、韓国などであった。

研究方法は、インタビュー 6 件、フォーカスグループ 1 件、事例報告 3 件であった。

3. 患者を支える家族員の異文化体験の分類

10 件の文献の中から対象者の異文化体験に関する記述を 23 か所抽出し、それらを類似性に基づいて分類した。分析の結果、表 2 に示すように、9 カテゴリー、3 テーマに分類することができた。以下、カテゴリーを「 」, テーマを【 】と表記する。

(1) 【宗教・慣習の違いによる困難な体験】

宗教・慣習の違いによる困難な体験は 3 カテゴリーから構成されていた。日本の文献では、当然のように存在する「病院のルールの根拠が理解できない」、医療従事者の治療方針に従う日本人の家族員と自己の意見を主張する外国人の家族員との間で対立が起こる、といった慣習の違いから生じる困難な体験が抽出された。

主に宗教に起因する困難な体験としては、食べられる食材に制限があることや口に合わないことを理由に児が食事を食べず、母親が苛立ちを怒りとして表出したこと、イスラム教やユダヤ教を信仰する家族員は、患者の介護を家族員が最期まで行うという教えに従い、医療従事者に提案される医療を受け入れられなかったことなどが報告されていた。また、アメリカに移住した韓国出身者の 1 事例では、

表 1 研究対象文献一覧

No	タイトル	著者 (発行年/国)	目的	対象者	研究方法
1	在日外国人が実感した日本の医療における異文化体験の様相	寺岡 三左子, 他 (2017/日本)	日本の医療機関を受診した在日外国人の異文化体験の様相を明らかにする	日本の病院に通院・入院したことがある在日外国人（受診に付き添った者も含む）22 名	グループ インタビュー
2	慢性疾患を持つ外国人患者と家族への関わり	高園 藍里, 他 (2016/日本)	文化的背景が異なる患者・家族への看護について振り返り考察する	2 歳男児、ネフローゼ症候群にて長期入院中。父トルコ人（在日 20 年）母ロシア人（在日 8 年）姉 5 歳	事例報告
3	家族看護エンパワーメントモデルにもとづく家族の理解：急性期統合失調症患者の配偶者を通して	石井 慎一郎 (2008/日本)	国外出身の夫への援助について振り返ることで、急性期統合失調症患者の家族に対する支援について考察する	患者 A 氏（統合失調症）の夫（南アジア出身、日本滞在約 15 年）	事例研究
4	US Healthcare Experiences of Hispanic Patients with Diabetes and Family Members: A Qualitative Analysis.	Amirehsani, K.A, et al. (2017/アメリカ)	ノースカロライナに住む、ヒスパニック系の成人の考え方とアメリカのヘルスケア経験を探索する	ヒスパニックの患者と家族 172 名（60% は 2 型糖尿病、参加者の 64.5% は女性、メキシコ出身者 80%）	フォーカス グループ インタビュー
5	Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff.	Rosendahl, S.P, et al. (2016/スウェーデン)	スウェーデンのグループホームにおける認知症の移民者に対する家族とケア提供専門家の経験を探求し記述する	ケア提供専門家 9 名とフィンランド、エストニア、ハンガリー、イングリア出身の認知症の人々の家族 5 名	半構成的 インタビュー
6	Caring for Family Members Older Than 50 Years of Turkish and Northwest African Descent: The Meaning of Caregiving.	van Eechoud IJ, et al. (2016/ベルギー)	ベルギーに移住したトルコ人、北西アフリカ人（モロッコ、アルジェリア、チュニジア）家族のがん患者介護について経験と見解につなげる洞察を得る	50 歳以上の 27 患者（トルコ、モロッコ、チュニジア、アルジェリア）の 32 家族員（トルコ、モロッコ、その他）	半構成的 インタビュー
7	The Cancer Caregiving Experience of Caregivers of Mexican Ancestry.	Juarez, G, et al. (2014/アメリカ)	メキシコ系移民の介護者の介護経験と課題を明らかにする	20 人の家族介護者（包含基準：21 歳以上、アイデンティティはメキシコ人、英語かスペイン語が分かる、患者ケアをしている）	インタビュー
8	Challenges in providing culturally-competent care to patients with metastatic brain tumours and their families.	Longo, L, et al. (2014/カナダ)	転移性脳腫瘍を持つ患者とその家族に対する文化的配慮のあるケアを提供することにおける課題を示す	ポーランド人家系で熱心なユダヤ教信者である患者（脳腫瘍）と、夫、兄弟、母親	事例研究
9	Childhood cancer-parenting work for British Bangladeshi families during treatment: An ethnographic study.	Kelly, P, et al. (2013/イギリス)	イギリスにおいて小児がんの子供を持つマイノリティーエスニックグループの両親がどのように日々のマネジメントを行っているか明らかにする	バングラデシュ人のアイデンティティを持つ人（子どもか親のどちらかが英語ができる人）① 8 家族 ② 母親 6 名、父親 1 名（6 家族）	① 観察研究 ② インタビュー
10	Filial piety and parental responsibility: An interpretive phenomenological study of family caregiving for a person with mental illness among Korean immigrants.	Park, M (2012/アメリカ)	アメリカに移住した精神疾患患者の家族がどのようにケアするための環境を整えていくのかを明らかにする	精神疾患を持つ患者の家族（韓国人女性 6 名）	インタビュー

精神疾患を持つ子どもの治療を負担と感じ、儒教で重んじられる教育を重要視していた。

(2) 【言語の違いにより生じた困難な体験】

対象者が医療従事者と異なる言語を母国語としているために生じた困難な体験は、3 カテゴリーから構成されていた。本研究の対象文献においては、患者をサポートする立場の家族員として、自分や患者の「気持ちや考えを医療従

事者に説明できなかった」体験や、「診断や治療、介護に関する情報が得られなかった」体験が挙げられていた。また、言語的コミュニケーションが取れないということ自体が差別につながった、という体験も報告されていた。

(3) 【個人的・社会的サポートに関する体験】

【個人的・社会的サポートに関する体験】は3 カテゴリーから構成されていた。患者が外国人かつ高齢者である

表2 患者を支える家族員の異文化体験の分類

テーマ	カテゴリー	体験の概要
1 宗教・慣習の違いによる困難な体験	病院のルールの根拠が理解できない	・ 誰にも迷惑をかけないのに、面会時間に制限があることが理解できない①
	家族内で医療従事者への対応に関する対立が生じた	・ 妻を早く退院させたいと医療従事者に何度も申し出る外国人の夫を日本人の母親は「わがまま」と言い、娘の長期入院を希望した③ ・ セカンドオピニオン、カルテ開示を要求した夫について、両親は病院に失礼なことをしたと医療者に謝罪した③
	提供される医療を受け入れ難い	・ 米飯を中心とした病院食は日常的に馴染みがない、宗教上の理由で食材の制限がある、日本食が口に合わないといった理由で兄が食事を食べないことに對し、母親が苛立って声を荒げた② ・ イスラムの教えに従って、両親の世話は子どもがしなければならないため、終末期であっても緩和ケアは受けられない⑥ ・ 終末期の妻に對し、医療従事者と母親は西洋医学の倫理観に基づいて呼吸状態の安定を保つことと疼痛を緩和することを目的とした緩和ケアを勧めたが、夫はユダヤ教の倫理観に基づいて命は神の手中にあると信じ、栄養を与え体を動かしながら自宅で看取することを希望した⑧ ・ 儒教の教えで教育は優先順位が高いため、高校を卒業させるために、大変負担となっている週に1度の専門家受診を続けなければならなかった⑩
2 言語の違いにより生じた困難な体験	気持ちや考えを医療従事者に説明できなかった	・ 思いが通じないもどかしさを感じている② ・ 日本語での簡単な会話は可能であるが、心配事や困っていることなどの細かいニュアンスまでは日本語で伝えられない② ・ 患者が認知症と診断され、間違ったケアを実施された⑤ ・ 英語ができないため十分に質問ができない⑦ ・ 具合が悪い息子が食べたいものを分かっているのに看護師に伝えることができなかった⑨
	診断や治療、介護に関する情報が得られなかった	・ コミュニケーションが取れず、診断や治療を理解する障壁となった⑦ ・ 英語が分からず、予約管理や症状の説明、コミュニティの資源を探すことに苦労した⑦ ・ スペイン語で書かれた病気や治療、保険などの情報が必要だった⑦ ・ 英語は話せるが医療用語を理解することは困難であったため、もっと分かりやすい説明や研修会、演習などをしてほしかった⑦
	コミュニケーションが取れないことにより差別を受けた	・ 英語ができないことによる差別を感じた⑦
3 個人的・社会的サポートに関する体験	若い世代が高齢の患者をサポートした	・ 家族が通訳し、認知症がある移民者の代弁者となった⑤ ・ 高齢の父親は異国の医療システムを理解することも馴染むこともできなかったため、無理にでも病院に連れて行った⑥ ・ 言葉が分かる家族は、予約を取ったり医者と話をしたりする役割を担った⑥ ・ 若い世代は、異国のヘルスケアシステムを理解することや医療従事者とコミュニケーションを取ることにそれほど困らないと思った。⑥
	身近なサポートが存在しなかった	・ 同じ国の出身者、友人、家族など身近に頼れるコミュニティがなかった②
	保険に入っていないことにより差別を受けた	・ 保険対象外プログラムであるマンモグラフィーを妻のために予約したかったが、電話口で保険に入っていないというと、2～3分後に機械が壊れていて検査ができないと言われた。④

〔注〕表中の①～⑩は表1の文献番号に準ずる。

場合は、言語力や適応力がある若い世代の家族員が通訳者の役割や、患者と医療システムをつなげる役割を担っていた。また、身近に同国出身者が少ない対象者は、身体的または精神的サポートを求めることができないという体験をしていた。さらに、社会的サポートである保険への加入ができていなかったことにより、検査の予約が取れないという差別を受けた、という体験が報告されていた。

Ⅲ. 考 察

本研究において、対象者の異文化体験を、9 カテゴリーから成る3つのテーマ【宗教・慣習の違いによる困難な体験】【言語の違いにより生じた困難な体験】【個人的・社会的サポートに関する体験】に分類することができた。これらのテーマを基に、異文化理解と個人的・社会的サポートについて考察する。

1. 異文化理解

本研究の対象者が体験した宗教・慣習および言語における困難な体験から、医療従事者には、文化を理解した言葉かけやケアができる、また、患者や患者以外の家族員と同じ言語でコミュニケーションが取れる、といった、異文化対応力を持っていることが期待されていると言える。Leininger (1991/1995, pp.45-46) が提唱した文化的ケア理論では、①文化ケアの保持もしくは維持、②文化ケアの調整もしくは取引、③文化ケアの再パターン化もしくは再構成が重要であるとされている。この3つの視点を踏まえて、外国人を含む家族において患者以外の家族員が体験した困難と課題について考える。

(1) 宗教・慣習の壁

対象者は、特定の宗教の信者としての義務や責任、または母国の慣習を持つ家族の一員として当然持っている権利を行動に移していた。これら宗教の教えや、慣れ親しんでおり当然のことと認識されている慣習において、医療従事者との間に価値観の違いが生じ、対象者にとって医療を受け入れる上での障壁となっていたと考えられる。

宗教の教えは、信仰心の強い人々にとって心の拠り所であり、特に対象者にとっては、最愛の人を病の苦しみや悲しみから救ってくれる道標となっていたが、異なる宗教を信仰する人々には誤解を与えてしまうこともある。また、生まれ育った環境による慣習の違いは、国や文化が異なる場合、顕著に見られる。国際結婚が一般化してきた昨今では、家族内で意見の不一致が起こり、患者の回復を願う気持ちは一致しているにも関わらず、互いの考えを理解し合えないまま家族の不和につながってしまう。Xiong et al. (2016, pp.103-104) は東南アジア系中国人のアメリカ

移民者について、また Mutair, Plummer, O'Brien & Clerehan (2014, pp.256-257) はムスリムのサウジアラビア人について、医療従事者や患者個人の意見よりも、家族の意見や文化的教え、神の存在が重要視される習慣がある、と述べている。また、Calza, Rossi, Bagnasco & Sasso (2015, p.12) は小児科病棟において女性である看護師が患児のためにすべきことと、ムスリムである父親が思う女性役割に差異が生じた事例を挙げ、異なる文化における性別役割の違いについて、医療従事者が認識する重要性を述べている。さらに、アメリカに住むヒスパニック系の患者を対象とした研究 (Sobel & Sawin, 2016, p.229) やアメリカの東南アジア系南中国人の移民者を対象とした研究 (Xiong, et al., 2016, p.105) では、“うなずき”は話を聞いているということの意味しており理解しているということではない、と報告しており、小さな仕草一つにも国や地域によって異なる意味を持っていることが分かる。また、アメリカに移住したアジア5ヵ国 (インド、中国、フィリピン、ベトナム、韓国) 出身者には、礼儀正しく相手に敬意を払う人が多く、分からなくても分かったふりをしてしまう特徴がある (Ko & Turner, 2017, p.513) と報告されている様に、相手を尊重する方法の一つとして自己主張をしない慣習は、欧米諸国において馴染みがないと言える。このように、相手の反応と自分の認識が一致していないことによって誤解が生じ、異なる宗教や慣習を持つ人々の間では治療方針の決定などに困難を要する可能性がある。特に家族内で意見の対立が起こった場合、事態はさらに複雑化する。

文化人類学では、自分が属している文化の価値観を極力排して、相手の異なる社会・文化を理解し分析しようとする態度や方法を文化相対主義 (cultural relativism) と呼ばれる (医療人類学研究会, 1992, p.146)。医療従事者は、文化相対主義に基づく態度や方法を取ること、すなわち、外国人を含む家族における家族員の言動一つ一つが宗教や慣習から生じる価値観に基づくものであると認識し、患者を含む家族または個々の家族員が選択した治療方針や言動に違和感や嫌悪感を抱くことなく、歩み寄る姿勢を持つことが重要である。そして、彼らが大切にしている宗教や慣習から生じる価値観と自身の専門知識とを照らし合わせ、患者の治療方針や療養生活、家族のサポート方法などを提案していく必要がある。また、家族員の疾病という集団としての家族の危機状態が悪化しないように、家族員それぞれの思いを引き出し、家族内での役割を調整していくことが大切であると考えられる。

(2) 言語の壁

言語という重要なコミュニケーションツールを十分に活用できない対象者は、家族員の疾患や治療に関する不安に加えて、自分や患者の思いを正確に伝えられないことによ

る不安やストレスを感じていた。中央・南アメリカにおけるヒスパニック系の患者と家族を対象にフォーカスグループインタビューを実施し、異文化に適応した看護ケアについて調査を行った研究 (Sobel & Sawin, 2016, pp.228-229) によると、ヒスパニック系の人々は医療従事者との会話について、「テストを受けているようだ」「医療を受けるために英語を学ばなければならない」「英語ができないと十分なケアは受けられない」と述べており、同様の思いが対象者にも生じていたと考えられる。さらに、具合が悪い息子が食べたいものを看護師に伝えることができなかった、との結果から、自分や患者の思いを正確に伝えられないことで、家族員を守るという役割を十分に果たせず、自尊心の低下にもつながることが示唆された。

本研究で抽出された文献 (Juarez, Branin & Rosales, 2014, p.125) においては、メキシコ系移民者がアメリカで英語を話せないことによる差別を経験していた。言語的コミュニケーションが取れないことによる差別については、米国におけるラテン系アメリカ人が英語を話せないことにより雇用制限される (Mann-Jackson, et al., 2018, p.1941-1943) など、社会全体の問題として存在しており、医療現場における差別もその中の一つであると考えられる。

このように、対象者が体験する言語の壁から生じる相互理解や情報収集の困難、および受診時の差別等に対しては、医療施設における医療通訳者のさらなる拡充や資料等の多言語翻訳を進める他、公的機関の相談窓口や外国人サポート内容等に関する情報提供が求められるであろう。加えて、家族の役割が十分に果たせないことによる自尊心の低下に対する精神的なサポートや、言語による差別の無い医療の提供も必要であると考ええる。

2. 個人的・社会的サポート

本研究では、対象者の困難な体験だけでなく、若い世代の家族員が患者とヘルスケアシステムをつなぐ体験も抽出された。患者が外国人であることに加えて高齢者である場合は、より一層慣れない文化に馴染むことが困難になる可能性がある。末益・門間 (2015, pp.51-53) や陶山・河野・河野 (2004, p.467) によると、家族介護者は介護に役立つ社会資源の情報を集めたり活用したりすることによって介護を肯定的にとらえることができるとされており、本研究の対象者は患者の療養環境を整えと同時に問題を解決する対処行動を取ることができたことから、患者とヘルスケアシステムの橋渡しをした体験を肯定的に捉えることができたと考ええる。患者を支える家族員が達成感や満足感が持つことは、患者の精神的安定にもつながるため、外国人を含む家族においても、家族員が患者の受療をサポートできたと実感できるように支援することが重要で

あると考えられる。

外国人を含む家族にとって、健康上の問題が生じたときに自分たちの力だけですべてを解決することは大変な困難を伴うことは想像に難くない。金子 (2019, pp.67-69) によると、非母国語話者が日本語を読めない場合でも、色や絵を含む視覚的情報、音声的情報、尋ねる相手 (リテラシーの仲介者) を利用することで問題が表面化しない。一方で、人に尋ねるという行為は相手への負担に配慮して回避してしまう例も多いと報告している。本研究で抽出された対象者が求める外部のサポート内容は、自治体や企業、ボランティア団体等のサポートではなく、身近なコミュニティであった。異国の地で困難に対峙する対象者にとって、自分の文化を熟知し、同じ言語で通じ合える同郷者のサポートや気軽に相談できる友人の存在は非常に心強いものである。在日外国人を対象とした研究 (青山ほか, 2014, pp.26-28; 植村・マルティネス・畑下, 2012, pp.765-766; 鶴岡, 2008, pp.119-120) においても、実母や実姉等の親戚、同国籍または母国語が共通である友人など、同民族によるサポートは在日外国人にとって保健医療や子育てに関する情報源かつ心の拠り所であるとし、身近に頼れるコミュニティの重要性が報告されている。居住地域に共通の言語で話し合えるコミュニティを形成することが難しい場合は、地域住民とのつながりを促進し、情報共有の他、家事や育児、介護といった場面でサポートを求められる場を作っていく必要がある。

医療を受ける上で重要となる社会的サポートの一つに、保険制度がある。日本は国民皆保険制度が導入されており、中長期に在留する外国人は公的医療保険の加入対象となっている (厚生労働省政策科学推進研究事業「外国人患者の受入環境整備に関する研究」研究班, 2020) が、国によってその制度は様々である (厚生労働省, 2018)。国民皆保険制度を取っていない米国では、人種によって保険加入率に違いがあり、特にヒスパニック系の人々の加入率が低い (Keisler-Starkey and Bunch, 2020, pp.6-7, 9-12)。

外国人の保険加入率の低さには、言語力と経済力が大きく影響する。より良い生活環境や収入を求めて移住を決意した外国人の中には、識字率や就学率、ヘルスリテラシーが低いケースも多く、正しい情報を得られなかったり、経済的弱者になったりする可能性が高い (Ko & Turner, 2017, pp.509-510; Cagle & Wells, 2017, p.E4; Valizadeh, Zamanzadeh, Ghahramanian, Aghajari & Foronda, 2017, p.482)。また、日本語指導が必要な高校生等は全高校生等に比較して中途退学率は約7倍、進学率は約0.6倍、就職者における非正規就職率は約9.4倍 (文部科学省, 2019) であることや、就職活動時のエントリーシート作成や面接での受け答えなど、日本語能力が原因で就職を断念する外

国人留学生もいる（門間・高橋・猪股，2019，pp.88-89）ことなどからも，生活している国の言語の習得が就学や就職に影響を与え，経済的困難につながるものがうかがえる。

経済的困難に陥った場合には，保険料金の支払いが困難となるため健康保険に加入することが難しくなり，結果として診療費が未納になることを危惧する医療施設から診療を拒否されることとなる。しかし，経済的な理由だけではなく，自国と異なる保険制度を理解することが難しいことから戸惑いを感じ，保険に加入していない外国人もいる（Sobel & Sawin, 2016, p.229）。このように，言語的問題と経済的問題は，外国人が医療を受ける際に関連し合いながら悪循環を生みだしていることが確認された。外国人の言語や経済の問題は多くの分野が共同して取り組んでいく課題であるが，外国人を含む家族が安心して医療を受けられる環境の整備という視点でこの問題を捉えた場合，まずは日本の保険制度について外国人に広く認識される情報提供の実施と，保険加入手続きにおける通訳等の言語的サポートの充実が必要となるであろう。また，医療費や保険料の支払いに関する相談窓口に関する情報提供も重要である。さらに，地域交流の場や国籍・文化の違いを超えた社会を作っていくことにより，サポートを必要としている人々に様々な支援策の情報が行きわたり，活用することが可能になると考える。

3. 今後の研究課題

国内外の文献から，外国人を含む家族における患者を支える家族員の異文化体験を3つのテーマに分類することができた。この3つのテーマから，患者や患者以外の家族員に直接接する医療従事者に求められることは，異文化対応力の向上と，介護に対する達成感や満足感につながるサポートおよび文化や国籍を問わず助け合いができるコミュニティ作りであると考えられる。しかしながら，本研究では家族員および医療従事者の異文化接触経験や異文化対応力を考慮した考察には至っていない。今後はこれらの視点を踏まえて，日本で暮らす様々な文化を持った外国人を含む家族を対象に，日本で医療を受けた際の異文化体験を調査し，外国人を含む家族における患者以外の家族員が，患者を支える存在として力を発揮するだけでなく，地域で生活する家族として心身の健康を維持するための看護支援策を具体的に検討していく。

IV. 結 論

1. 外国人を含む家族における患者を支える家族員の異文化体験に関する国内外の文献は合計10件抽出され，【宗

教・慣習の違いによる困難な体験】【言語の違いにより生じた困難な体験】【個人的・社会的サポートに関する体験】の3テーマに分類された。

2. 外国人を含む家族における患者以外の家族員に対するサポートとして，医療従事者の異文化対応力，介護に対する達成感や満足感につながる支援，情報共有や助け合いができるコミュニティ作りが重要である。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- Al Mutair, A.S., Plummer, V., O'Brien, A.T., Clerehan, R. (2014). Providing culturally congruent care for Saudi patients and their families. *Contemporary Nurse*, 46(2), 254-8. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.254>
- Amirehsani, K.A., Hu, J., Wallace, D.C., Silva, Z.A., Dick, S., West-Livingston, L.N., Hussami, C.R. (2017). US healthcare experiences of Hispanic patients with diabetes and family members: A qualitative analysis. *Journal of Community Health Nursing*, 34(3), 126-135. <https://doi.org/10.1080/07370016.2017.1340556>
- 網谷 華，表志津子，岡本理恵，山田裕子（2018）. 日本人男性を夫にもつ子育て中のアジア系外国人女性が家族との関係で抱く困難感. *Journal of Wellness and Health Care*, 42(1), 75-84.
- 青山京子，国井由生子，柳澤理子，石崎美保，古田加代子，佐久間清美，元木麻衣子（2014）. 特別な保健医療ニーズをもつ在日外国人母子の保健福祉サービス活用にかかわる保健師の支援プロセスと影響要因. *日本地域看護学会誌*, 16(3), 22-31. https://doi.org/10.20746/jachn.16.3_22
- Cagle, C.S., Wells, J.N. (2017). Culturally sensitive care: Enlisting community partners to meet Mexican American caregiver needs. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(1), E1-E8. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.E1-E8>
- Calza, S., Rossi, S., Bagnasco, A., Sasso, L. (2015). Exploring factors influencing transcultural caring relationships in the pediatric stem cell transplant setting: An explorative study. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(1), 5-19. <https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1059907>
- Coleman, J.-S., Angosta, A.D. (2017). The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: A silent shift. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 678-689. <https://doi.org/10.1111/jocn.13567>
- 橋本秀実，伊藤 薫，山路由実子，佐々木由香，村嶋正幸，柳澤理子（2011）. 在日外国人女性の日本での妊娠・出産・育児の困難とそれを乗り越える方略. *国際保健医療*, 26(4), 281-293. <https://doi.org/10.11197/jaih.26.281>
- 橋村 愛，大西真由美（2016）. 長崎市・佐世保市の看護職が考える外国人への周産期ケアコミュニケーション能力. *国際保健医療*, 31(4), 323-332. <https://doi.org/10.11197/jaih.31.323>

- Hendson, L., Reis, M.D., Nicholas, D.B. (2015). Health care providers' perspectives of providing culturally competent care in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 17-27. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12524>
- 法務省 (2019年10月25日). 令和元年 6 月末現在における在留外国人数について (速報値). 法務省ホームページ. https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/nyuukokukanri04_00083.html (参照2020年 2 月16日)
- 法務省 (2019年12月 6 日). 在留外国人統計 (旧登録外国人統計) 統計表. 法務省ホームページ. https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html (参照2020年 2 月16日)
- 一般財団法人 日本医療教育財団 (n.d.). 外国人患者受入れ医療機関認証制度. <http://jmip.jme.or.jp/news.php?code=161> (参照2020年 2 月16日)
- 医療人類学研究会 (編) (1992). 文化現象としての医療: 「医と時代」を読み解くキーワード集. 146, 大阪: メディカ出版
- 石井慎一郎 (2008). 家族看護エンパワーメントモデルにもとづく家族の理解: 急性期統合失調症患者の配偶者を通して. *日本精神科看護学会誌*, 51(2), 406-410.
- Johnstone, M.-J., Hutchinson, A.M., Rawson, H., Redley, B. (2016). Nursing strategies for engaging families of older immigrants hospitalized for end-of-life care: An Australian study. *Journal of Patient Experience*, 3(3), 57-63. <https://doi.org/10.1177/2374373516667004>
- Juarez, G., Branin, J.J., Rosales, M. (2014). The cancer caregiving experience of caregivers of Mexican ancestry. *Hispanic Health Care International*, 12(3), 120-129. <https://doi.org/10.1891/1540-4153.12.3.120>
- 門間由記子, 高橋 修, 猪股歳之 (2019). 就職における困難さの研究: 外国人留学生の日本での就職活動に着目して. *東北大学高度教養教育・学生支援機構紀要*, 5, 79-92.
- 金子信子 (2019). 外国人住民の書き言葉使用問題を考えるために: 実践的リテラシー研究と言語管理理論の視点から. *社会言語科学*, 22(1), 61-76. https://doi.org/10.19024/jajls.22.1_61
- Keisler-Starkey, K., Bunch, L.N. (2020). Health insurance coverage in the United States: 2019. U.S. Census Bureau. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2020/demo/p60-271.pdf> (accessed 2020-November-7)
- Kelly, P., Kelly, D. (2013). Childhood cancer-parenting work for British Bangladeshi families during treatment: An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 933-944. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.004>
- Ko, A., Turner, J. (2017). Culturally sensitive care for Asian immigrants: Home healthcare perspectives. *Home Healthcare Now*, 35(9), 507-513. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000608>
- 厚生労働省 (2018). 医療保障制度に関する国際関係資料について. 厚生労働省ホームページ. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken11/index.html (参照2020年11月7日)
- 厚生労働省 (2019). 令和元年度医療通訳者, 外国人患者受入れ医療コーディネーター配置等支援事業実施団体の公募について. 厚生労働省ホームページ. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202919_00001.html (参照2020年 2 月16日)
- 厚生労働省政策科学推進研究事業「外国人患者の受入環境整備に関する研究」研究班 (2020). 外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル (改訂第2.0版). 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000646749.pdf> (参照2020年11月 7 日)
- Longo, L., Slater, S. (2014). Challenges in providing culturally-competent care to patients with metastatic brain tumours and their families. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 36(2), 8-14.
- Madeleine M. Leininger (1991) / 稲岡文昭監訳, 石井邦子, サチコクラウド, 筒井真優美, 渡辺久美子訳 (1995). レイニンガー看護論: 文化ケアの多様性と普遍性. (pp.45-46), 東京: 医学書院.
- Majeed-Ariss, R., Jackson, C., Knapp, P., Cheater, F.M. (2015). British-Pakistani women's perspectives of diabetes self-management: The role of identity. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2571-80. <https://doi.org/10.1111/jocn.12865>
- Mann-Jackson, L., Song, E.Y., Tanner, A.E., Alonzo, J., Linton, J.M., Rhodes, S.D. (2018). The health impact of experiences of discrimination, violence, and immigration enforcement among Latino men in a new settlement state. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1937-1947. <https://doi.org/10.1177/1557988318785091>
- マルティネス真喜子, 畑下博世, 鈴木ひとみ, Denise M. Saint Arnault, 西出りつ子, 谷村 晋, 石本恭子 (2017). 在日ブラジル人妊産婦の健康に影響する社会文化的要因. *国際保健医療*, 32(2), 69-81. <https://doi.org/10.11197/jaih.32.69>
- 文部科学省 (2019年 9 月27日). 「日本語指導が必要な児童生徒の受入状況等に関する調査 (平成30年度)」の結果について. 文部科学省ホームページ. https://www.mext.go.jp/content/1421569_002.pdf (参照2020年10月26日)
- 中嶋知世, 大木秀一 (2015). 外国人住民における健康課題の文献レビュー. *石川看護雑誌*, 12, 93-104.
- 日本国際看護学会 (2020). 国際看護学入門 第2版. 9, 東京: 医学書院.
- Park, M. (2012). Filial piety and parental responsibility: An interpretive phenomenological study of family caregiving for a person with mental illness among Korean immigrants. *BMC Nursing*, 11(1), 28-35. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-28>
- Rosendahl, S.P., Söderman, M., Mazaheri, M. (2016). Immigrants with dementia in Swedish residential care: An exploratory study of the experiences of their family members and nursing staff. *BMC Geriatrics*, 16, 18. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0200-y>
- Sobel, L.L., Sawin, E.M. (2016). Guiding the process of culturally competent care with Hispanic patients: A grounded theory study. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 226-32. <https://doi.org/10.1177/1043659614558452>
- 末益友佳子, 門間晶子 (2015). 在宅筋萎縮性側索硬化症患者の主介護者の介護肯定感とその関連要因. *日本看護研究学会雑誌*, 38(2), 43-55. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20150311005>
- 高園藍里, 永野佑奈, 平井貴子, 高谷好美, 山下良子, 池添香苗 (2016). 慢性疾患を持つ外国人患者と家族への関わり. *日本小児腎不全学会雑誌*, 36, 355-357.
- 寺岡三左子, 村中陽子 (2017). 在日外国人が実感した日本の医療における異文化体験の様相. *日本看護科学会誌*, 37, 35-44. <https://doi.org/10.5630/jans.37.35>
- 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子 (2004). 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. *老年社会科学*, 25(4), 461-470.
- 鶴岡章子 (2008). 在日外国人母の妊娠, 出産および育児に伴うジレンマの特徴. *千葉看護学会会誌*, 14(1), 115-123.
- 植村直子, マルティネス真喜子, 畑下博世 (2012). 在日ブラジル人妊産婦の日常生活と保健医療ニーズ: 妊婦健診・家庭訪問でのフィールドワークより. *日本公衆衛生雑誌*, 59(10), 762-770. https://doi.org/10.11236/jph.59.10_762

- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P., Foronda, C. (2017). Factors influencing nurse-to-parent communication in culturally sensitive pediatric care: A qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(4), 474-488. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1409644>
- van Eechoud, I.J., Grypdonck, M., Leman, J., Van Den Noortgate, N.J., Deveugele, M., Verhaeghe, S. (2016). Caring for family members older than 50 years of Turkish and Northwest African descent: The meaning of caregiving. *Cancer Nursing*, 39(1), 51-60. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000239>
- Wilkinson, E., Randhawa, G., Brown, E.A., Da Silva Gane, M., Stoves, J., Warwick, G., Akhtar, T., Magee, R., Sharman, S., Farrington, K. (2014). Communication as care at end of life: An emerging issue from an exploratory action research study of renal end-of-life care for ethnic minorities in the UK. *Journal of Renal Care*, 40(1), 23-9. <https://doi.org/10.1111/jorc.12084>
- Xiong, S., Degroote, N., Byington, H., Harder, J., Kaminski, K., Haglund, K. (2016). Engaging in culturally informed nursing care with hmong children and their families. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1), 102-106. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.08.008>

[2021年 6 月18日受 付]
[2022年 1 月25日採用決定]

Review of the Experiences of Families Including Foreigners: Consideration of the Cross-Cultural Experiences of Family Members Supporting a Patient

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 959-969
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220125175>

Motoko Hori, MSN, RN¹, Tomomi Nakao, PhD, RN¹,
Yasuko Shimizu, PhD, RN²

¹Faculty of Nursing, Senri Kinran University, Osaka, Japan

²Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan

Abstract

Objective: To identify the cross-cultural experiences of family members, including foreigners, who support patients. **Methods:** We conducted a literature review using seven databases. **Results:** Three articles from Japan and seven from other countries were reviewed. From these articles, 23 descriptions of the experiences of family members because they had a different lifestyle or culture from the country in which a patient was receiving medical care were grouped into nine categories and then classified into three themes: Difficult experiences due to differences in religion/customs, Difficult experiences due to differences in language, and Experiences of personal/social support. **Conclusions:** It was clear that the cultural competence of nurses, the establishment of a system for family caregivers to provide a sense of accomplishment and satisfaction when providing care, and the creation of a cooperative community regardless of nationality and culture are important. We believe that nursing support measures that involve communities for family members who are supporting a patient in the family including foreigners, are necessary to maintain mental and physical health.

Key words

foreigners, family, experiences, review, cross-culture

Correspondence: M. Hori. Email: mo-hori@cs.kinran.ac.jp

臨床看護における色情報の 評価方法に関する文献レビュー

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 971-978
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220205180>

稲垣圭吾

浜松医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

■要 旨

目的：本研究では、色情報の評価方法の先行研究を調査し、現状と課題を明らかにするために文献レビューを行った。**方法：**医中誌 Web と PubMed において、「看護」「色」「客観的評価」などの用語を組み合わせで検索した。最終的に国外文献 5 件、国内文献 23 件を抽出した。**結果：**抽出した論文を 3 つに分類した。その結果、「スケールを用いた色比較方法」が最も多く 17 件だった。その他として、「分光測色計等の機器を使用した色比較方法」が 6 件、「臨床現場における色表現方法」が 5 件だった。**結論：**国内外の先行研究では、スケールを用いた色比較方法が多く報告されていた。観察環境や個人差等の影響により色情報の客観的な評価が難しい場合があるため、今後は臨床現場の環境等に影響されず、色情報を評価できる方法を検討していくことが課題である。

■キーワード

色情報, 客観的, 評価方法

責任著者：稲垣圭吾. Email: kinagaki@hama-med.ac.jp

緒 言

臨床現場では、看護師の主観的判断で色の表現の相違や見解が異なる現状があり、共通認識が図れていないと報告されている（齋藤・小池, 2001）。特に、経験の少ない看護師では、色を正確に判断し、伝えることが困難な場合がある（田中・石川・佐藤・小森, 2018）。また、近年は男性看護師が増えてきているが（厚生労働省, 2019）、男性の 20 人に 1 人は先天色覚異常があるといわれており（日本眼科学会, 2021）、色の正確な伝達が困難な場面が想定される。看護の領域で扱う、ドレーンの排液や尿、痰等の色情報は、異常の早期発見のための重要な情報となりうるため、正確に評価し、医療者間で共通認識を図る必要がある。医療者間で共通認識が図れず、看護記録や看護師間の申し送りにおいて、誤った色情報を伝達した場合、手術部位の出血や感染徴候等の発見が遅れることにつながり、重症化する可能性がある。また、ドレーンの排液等の色情報の経過を客観的に判断できない場合、患者の術後の状態把握ができず、必要な処置が遅れることで、安全・安楽が損われる可能性がある。その他、尿検査で使用する尿検査用試験紙や母子健康手帳に付属している便色カード等において、色情報による病気のスクリーニングが行われており、病気の早期発見の観点からも色情報の正確な判断が重要に

なる。加えて、黄疸や貧血等に見られる顔色の変化や褥瘡による皮膚の発赤等が客観的に判断できれば、患者のアセスメントに活用できると考えられる。したがって、看護の領域で扱っているこれらの色情報を客観的に判断することができれば、目視判定等による個人差やヒューマンエラーが減少し、異常の早期発見につながるため、患者の安全・安楽に貢献できると考えられる。

本研究の目的は、臨床看護における色情報の評価方法について、国内外の文献をレビューし、現状と課題を明らかにすることである。

I. 研究方法

1. 文献の抽出

医中誌 Web において、収載誌発行年は指定せず、会議録を除き、原著論文を条件として「看護 AND 色 AND (客観的評価 OR ドレーン OR 皮膚 OR 痰 OR 尿 OR 便)」と「看護 AND 色表現」を検索した。また、PubMed を用いて「Nurse AND Color AND (Objective Evaluation OR Drain OR Skin OR Sputum OR Urine OR Stool)」と「Nurse AND Color Expression」を検索した。文献の抽出過程を図 1 に示す。2020 年 5 月 19 日に検索した結果、医中誌 Web では 946 件、PubMed では 800 件の論文が抽出された。抽出され

た論文の表題および抄録を精査し、原著論文でない論文438件と色情報の評価に焦点が当たっていない論文1,280件の合計1,718件を除外した。最終的に28件（国外文献5件、国内文献23件）を分析対象とした。

2. 文献の分類

論文中で用いられている色の評価方法により「スケールを用いた色比較方法」、「分光測色計等の機器を使用した色比較方法」、「臨床現場における色表現方法」の3つに分類した。文献は、大木（2013, pp.73-80）の要約表を参考にして、色情報の評価方法別に整理した。

3. 倫理的配慮

本研究は公開文献を対象としているため、研究遂行上の倫理的問題は生じないが、調査論文の結果および著作権の取り扱いに留意した。

Ⅱ. 結 果

論文タイトル、筆頭著者、掲載年、研究対象者、研究対象施設、評価方法、課題の要約について、表1-1と表1-2にまとめた。本研究では、色の評価方法に関する現状と課題について調査を行っているため、論文中で色を評価している人を研究対象者として記載している。

1. スケールを用いた色比較方法（表1-1）

採択論文17件が該当し、最も多かった。掲載年は1994～2019年の文献が該当した。掲載年に偏りはなく、数

年ごとに論文が報告されていた。研究対象者として、看護師を含む論文は17件、医師を含む論文は6件、臨床検査技師を含む論文は2件、助産師を含む論文は1件、医療関係者以外（一般人や患者家族）を含む論文は2件だった。研究対象施設は大学病院が7件、一般病院が10件であり、すべて急性期の病院であった。抽出された各文献において、課題は見られるが、スケールを用いることで客観的な色の判断に有効だと報告されていた。具体的には、「言葉で表現したときより、複数の人での観察において誤差が少なく、同一の観察視点をおくことができ、日々の経過が見やすく、表現の明瞭化を図ることができた」（江頭・石田・荒木, 1999）や「カラスケールを用いることで血尿の色がイメージしやすくなり、申し送りが受けやすくなった」（赤平ほか, 2001）、「スケール表を使用することで色表現の種類の減少が見られた」（榎本・國高・鍋島・向山, 2010）、「濁度式血尿スケールを用いることで客観的に血尿評価ができる」（野上ほか, 2006）、「尿混濁判定に用いるマークを使用してドレーンの排液の色調を判断できる」（勝又, 2013）等があり、色表現の統一や共通認識に有効だったと報告されている。

課題としては「夜間に血尿を判定する場合は、懐中電灯等の環境による影響を考慮しなくてはならないことや慣れない人の場合、判定に個人差が出る可能性」（本田・桜井, 1994）や「実際の体液との整合性の精度を高めること、カラスケールの強度および変色予防の工夫の必要性」（田辺ほか, 2004）、「研究者のみが判定者であったため、今後は症例数を増やして職種や経験の違いがあっても同一の判断が可能であるかを含めた再調査が必要」（勝又, 2013）

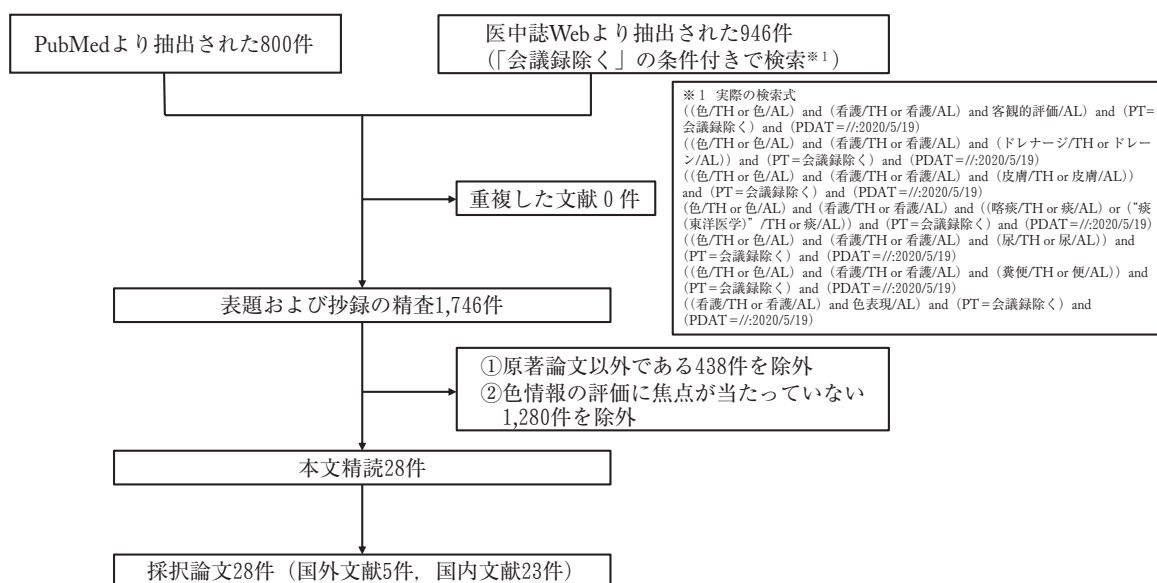


図1 文献検索フローチャート

表 1 - 1 分析対象文献一覧

分類	論文タイトル	筆頭著者	掲載年	研究対象者	研究対象施設	評価方法	課題の要約
スケールを用いた色比較方法	血尿判定の基準化についての一試案：尿中赤血球量判定色調表を作成して	本田美由紀	1994	看護師 2 名 臨床検査技師 2 名	大学病院	院内で作成した血尿判定表	・懐中電灯等の環境による影響の考慮 ・判定の個人差
	新・実践へのアドバイス：便色の情報伝達の統一化をするためにカラースケールを製作して表現の明瞭化をはかる	江頭輝枝	1999	看護師72名 移植外科医師 5 名 胆道閉鎖症患児の家族18名	大学病院	院内で作成した便色に近い20色で構成されたカラースケール表	課題については述べられていなかった
	血尿観察における表現方法の工夫：カラースケールを作成した取り組み	赤平明日香	2001	看護師22名	研究所メディカルセンター病院	院内で作成した血尿スケール表	・実際の色に近づけたカラースケールの作成 ・スケール範囲外の血尿色の記載方法 ・凝血の有無の表現方法
	血尿判定スケールによる基準統一	谷畑雅子	2003	病棟スタッフ15名（第一段階） 病棟スタッフ16名（第二段階） 病棟スタッフ18名（第三段階）	医療センター泌尿器科病棟	院内で作成した血尿スケール表	・血尿スケール範囲外の場合、濃度の違いや透明感に重点をおいた観察が必要
	色情報伝達の統一化に向けて：カラースケールの作成	田辺久美子	2004	病棟看護師18名	市立総合病院	院内で作成したカラースケール	・実際の体液との整合性の精度向上 ・カラースケールの強度および変色予防の工夫
	濁度を利用した血尿評価法の簡便性および客観性の評価	野上久美子	2006	血尿評価の経験のない看護師 5 名 泌尿器科以外の医師および臨床検査技師10名	総合病院	院内で作成した濁度式血尿スケール表	・環境（太陽光、蛍光灯、懐中電灯等）による色の見え方への影響
	皮膚の色調観察による日中・夜間の観察方法統一に向けて：照明器具の検討	小倉優佳	2009	病棟看護師27名 医師23名	大学病院16階東病棟	院内で作成した観察用カラースケール表	・観察時に使用する照明器具（ペンライト、懐中電灯、LEDライト等）の影響
	ドレーン 排液色 のスケール表作成	榎本由佳	2010	看護師49名	大学病院の集中治療部	院内で作成した排液スケール表	・見やすく使いやすいスケール表の作成
	胃液、胆汁、排液のカラースケール化	岩崎智恵美	2010	看護師29名	総合病院急性期病棟（胸部外科・消化器外科・集中治療部）	院内で作成したカラースケール	・混濁した色や粘性の表現方法 ・一つの色表現に含まれる色が多く、色の変化が経過を追って明確に捉えることが難しい
	尿の色調の表現方法の統一：血尿スケールを作成して	鈴木いつか	2010	病棟看護師17名	市立総合病院	院内で作成した血尿スケール表	・医師とともにスケールに基づいた報告、処置の基準の作成
	医師と看護師における術後ドレーン排液色の判断：異常の早期発見を目指して	勝又香苗	2010	医師17名 看護師27名	総合病院外科病棟	院内で作成したカラースケール	・実物と照らし合わせて使用できるカラースケールの作成方法 ・臨床の場でカラースケールを使用する状況を踏まえ使用条件等の検討
	ドレーン排液色スケールの再検討	高橋八江子	2011	看護師40名	大学病院の集中治療部	院内で作成したカラースケール	課題については述べられていなかった
	Hematuria grading scale: a new tool for gross hematuria	Lee J Y	2013	20名の審査官（素人、病棟看護師、一般開業医、泌尿器科医を含む各グループの 5 名）	大学病院	院内で作成した血尿評価尺度	課題については述べられていなかった
	術後ドレーン排液色の統一した判断をするための手段	勝又香苗	2013	看護師 1 名（研究者）	総合病院	混濁判定用マーク付き・内面メジャー印刷入りの尿コップ	・研究者のみが判定者であったため、今後は症例数を増やして職種や経験の違いがあっても同一の判断が可能であるかを含めた再調査が必要
	消化器外科術後ドレーンの排液色調に対する判断統一に向けた取り組み：術式別ドレーンスケールの活用	柏木理衣	2017	病棟看護師33名	医療センターの消化器外科術後ドレーンが留置された患者がいる病棟	院内で作成したドレーン排液のスケール表	・チーム間の連携を図りながらの術後管理
	切断肢（指）再接着術・皮弁術を受けた患者の術後観察の客観性の向上を追求して：カラースケールの改良（第1報）	進藤友香	2018	看護師14名	総合病院外傷センター病棟	実際の皮膚色データを基に院内で作成したスケール表	・環境改善および撮影条件の統一が必要 ・カラースケールの色ムラの改善として、カメラ等の機械的環境問題の改善やスケールの大きさなどの検討が必要
	小児に関わる医療従事者による胆道閉鎖症における便色カラーカードの認識に対する意識調査：単施設研究	安井稔博	2019	小児科医、産婦人科医42名 小児病棟、産科病棟の看護師52名 助産師15名	看護系大学	母子健康手帳に含まれている便色カラーカード	・胆道閉鎖症の認識や保護者および医療従事者の関心を高める工夫 ・便色カラーカードの判定が主観的なものであること ・単施設調査のため、普遍性を導くことはできないこと

等の観察環境や実物との差異、観察者による個人差について挙げられている。

2. 分光測色計等の機器を使用した色比較方法 (表 1 - 2)

採択論文中 6 件が該当した。6 件中 4 件が国外の論文となっており、国外では分光測色計等の機器を使用した色情報の評価が多く報告されていた。掲載年は 1993～2018 年の文献が該当した。国内と同様に、掲載年に偏りはなく、数年ごとに論文の報告がされていた。研究対象者として、看護師を含む論文は 2 件、助産師を含む論文は 1 件、皮膚科の医療関係者を含む論文は 1 件、メディカルフットケアワーカーを含む論文は 1 件、医療関係者以外を含む論文は 1 件だった。研究対象施設は大学病院が 3 件、一般病院が 1 件、療養型病院が 1 件、高齢者施設が 1 件だった。そのうち、4 件が急性期の病院だった。色差計を使用して評価している論文が 2 件、色の評価アプリケーションを作成して評価している論文が 1 件、Lab 色空間を使って色の評価をしている論文が 2 件、色を比較する機器を独自に開発して評価している論文が 1 件だった。具体的には、「簡易型分光色差計 (NF333) という非侵襲的機器により定量的かつ客観的に皮膚状態を評価したため、評価者によるバイアスが少なく、妥当性がある」(焦ほか, 2010) や「色彩色差計による皮膚あざの色の評価は、優れた再現性と観察者間の信頼性を示した」(Scafide, Sheridan, Taylor & Hayat, 2016) 等があり、分光測色計等の機器を使用することで観察者による個人差を排除でき、客観的に評価できると報告されている。課題としては「評価をする際に新生児便色比較器という特殊な装置が必要になる」(Salariya & Robertson, 1993) や、「今後は被験者の数を増やし、メディカルフットケアワーカーの分類結果と足爪アプリケーションの計測結果の相関を調べるとともに、新たな判定指標を追加することで計測の精度を向上させる必要がある」(野本ほか, 2012) 等が報告されており、特殊な機器が必要なことや症例数の少なさ等が指摘されている。

3. 臨床現場における色表現方法 (表 1 - 2)

採択論文中 5 件が該当した。掲載年は 2001～2018 年の文献が該当した。掲載年に偏りは見られなかった。色の評価者として、看護師を含む論文は 5 件、医師を含む論文は 1 件だった。研究対象施設は大学病院が 3 件、一般病院が 2 件であり、すべて急性期の病院だった。5 件とも共通して色判別の困難さについて述べられていた。具体的には、「経験年数とともに増加する用語は、色名を用いない『専門用語』や『生活用語』だった」(木村・小池・齋藤, 2001) や、「ドレーン排液の色調が他者と自分とでは表現が違うと思ったことがある看護師は全体の 65%、色調

判断で困ったことがある看護師が 81% であった」(田中ほか, 2018) 等があり、色表現の多様化や色判断への不安等があることが報告されている。課題として、「色を観察する際は対象を照らす光源や形状等の環境による影響もあるため、観察条件を一致させることや色表現と性状表現を区別して表現する必要がある」(木村ほか, 2001) や、「看護情報の共有化のために共通認識が可能な用語の基準化、ならびに教育の必要性」(齋藤・小池, 2001) 等があり、観察環境の統一や色を表現する用語の基準化および教育が挙げられている。

Ⅲ. 考 察

本研究では、臨床看護における色情報の評価方法について、国内外の文献をレビューし、現状と課題を明らかにした。臨床現場における色情報の評価方法の検討は 1993 年以降から見られ、その後も数年ごとに論文が報告されている。国外でも数年ごとに論文が報告されており、国内外において、色情報の評価方法についての検討が続けられている。色の評価者は、看護師以外に医師や臨床検査技師、助産師等が含まれており、様々な職種において色情報の評価方法の検討がされている。また、看護師同士だけではなく、多職種においての色情報の正確な共有が必要だと考えられる。研究対象施設は、ドレーンや膀胱留置カテーテルを用いた治療を行う急性期病院に多い傾向が見られた。本研究で採択した論文では「スケールを用いた色比較方法」が最も多く抽出された。国外では「分光測色計等の機器を使用した色比較方法」が多く抽出され、人による評価ではなく様々な機器を使用して数値的に評価する取り組みが見られた。「スケールを用いた色比較方法」は、看護師間で色を共通認識でき、表現の統一が図れるが、時間の経過とともにスケール表自体が変色する可能性や実際の体液との整合性の精度を保つ難しさ、評価時の照明等の条件による色の見え方の違い、評価する対象物 (例: 便, 尿, 皮膚等) によって、評価方法に特異性が見られる可能性がある等の問題が考えられる。「分光測色計等の機器を使用した色比較方法」は、色彩色差計やデジタルカメラ等の光学機器を使用することで、評価者によるバイアスが少なく、色情報も数値化でき、客観的な評価ができるが、機器が高価であり、使用方法も複雑なため、臨床現場に応用することは難しいと考えられる。「臨床現場における色表現方法」では、臨床現場における色判別の困難さや色表現の複雑化等の実態が明らかとなったため、色情報の共通認識が可能な用語の基準化ならびに教育が必要だと考えられる。

本研究の限界として、抽出する分野を限定していないため、測定対象物 (固体, 生体組織あるいは人工物等) およ

表 1 - 2 分析対象文献一覧

分類	論文タイトル	筆頭著者	掲載年	研究対象者	研究対象施設	評価方法	課題の要約
分光測色計等の機器を使用した色比較方法	The development of a neonatal stool colour comparator	Salariya E M	1993	助産師 1 名 (研究者)	病院	研究者が開発した新生児便色比較器	・便の評価をする際に新生児便色比較器という特殊な装置が必要
	療養型病院入院高齢者における皮膚と栄養状態の関連: 栄養スクリーニングのための工学的皮膚評価	焦 麗娟	2010	看護師 1 名 (研究者)	療養型病院	簡易型分光色差計 (NF333)	課題については述べられていなかった
	Digital image analysis of facial erythema over time in persons with varied skin pigmentation	Whitmer K	2011	皮膚科の医療関係者	看護系大学	デジタルカメラで撮影した画像	・今後、紅斑の判定には、様々な発疹や判定領域、経験した症状等を含めて判断する必要がある
	HSV 表色系を用いた足爪評価アプリケーションの提案	野本洋平	2012	メディカルフットケアワーカー	高齢者施設	研究者が開発した定量的足爪評価アプリケーション	・被験者の数を増やし、メディカルフットケアワーカーの分類結果と足爪アプリケーションの計測結果の相関を調べるとともに、新たな判定指標を追加することで計測の精度を向上させる必要がある
	Reliability of tristimulus colourimetry in the assessment of cutaneous bruise colour	Scafide K N	2016	研究者 2 名 (看護師)	アメリカ保健大学	色彩色差 (CR-400)	・色彩色差計の操作方法 ・繰り返し参加した観察者等から起こるバイアス
臨床現場における色表現方法	Perceptibility and acceptability thresholds of simulated facial skin color differences	Lagouvardos P	2018	評価者: 通常の色覚と光学的視力を持つ計90名 36歳以上の男性15名 36歳以上の女性29名 35歳以下の男性24名 35歳以下の女性22名	大学, 歯科学校	デジタルカメラで撮影した画像	・原色パラメーターの知覚および許容しきい値との性別と年齢の相互作用の領域、および色度パラメーターの違いに引数なしで色の違いを明らかにすることにより、適切である可能性のある色差式の使用について検討する必要がある
	看護記録に用いられる色表現方法の実態	木村智子	2001	大学病院に勤務した常勤看護師535名	大学病院	観察者の目視判定 (専門用語や生活用語等の言語表現による共通認識)	・九州地方の 1 施設での調査のため、普遍性を導くことはできないこと ・色を観察する際は対象を照らす光源や形状等の環境による影響もあるため、観察条件を一致させることや色表現と性状表現を区別して表現する必要がある
	色彩的にみた看護職者の色表現方法の実態	齋藤やよい	2001	九州地方と関東地方の 2 つの大学病院に勤務した常勤看護師775名	九州地方と関東地方の 2 つの大学病院	観察者の目視判定 (専門用語や生活用語等の言語表現による共通認識)	・看護情報の共有化のために共通認識が可能な用語の基準化、ならびに教育の必要性
	腹腔ドレーン排泄を用いた実用的な色調表現スケールを作成するための実態調査	平澤宏卓	2009	看護師87名	私立大学病院	観察者の目視判定 (専門用語や生活用語等の言語表現による共通認識)	・統一した色調表現を行うことができるスケールの作成 (実際の排泄で起こりうる生化学的データの色調への影響、赤血球やヘモグロビン濃度を明確にしたスケール、色調表現を数値化したスケール)
	A 病院急性期病棟における痰の観察に関する看護師の目測の妥当性の検証	藤本 緑	2011	B 病棟およびICUの看護師 (新人看護師12名, ベテラン看護師18名)	小児病院	観察者の目視判定 (専門用語や生活用語等の言語表現による共通認識)	・検体数が少なかったため、介入後に評価の難しい検体が偏ることなどがあり、模型痰作成の効果が明らかにならなかった
	外科術後腹腔内ドレーン排泄の色調認識調査	田中愛美	2018	外科看護師16名 外科医師 3 名	医療センター外科病棟	観察者の目視判定 (専門用語や生活用語等の言語表現による共通認識)	・医療者間で共通認識可能なカラースケールの作成

び測定方法が多種多様となっていること、検索で使用するデータベースを限定しているため、工学分野等の他領域の技術革新についての調査が不足していることが挙げられる。また、本研究は文献レビューによる調査のため、病院や施設として色情報の共通認識に対する取り組みが行われていたとしても、論文として報告されていない場合は今回

の調査に含まれていない。そのため、実際の臨床現場で行われている色情報の評価方法を調査するためには、横断的調査等の他のアプローチ方法が必要だと考えられる。

結 語

本研究の結果より、1993年以降、臨床現場では、スケール表や実物のサンプル等の比較媒体を用いた色情報の共有化が多く考えられている。しかし、比較媒体の劣化や評価する際の環境等の問題が解決できていないことが課題として挙げられている。また、研究段階ではあるが、分光測色計や色彩色差計等を使用して正確に色を判定する方法を示した報告もある。しかし、どの機器も高価であり、使用方法も複雑なため、臨床現場に応用することは難しい。臨床現場では色判別の困難さや色表現の複雑化等の実態があり、色情報を共通認識するための方法が求められている。

本研究より、臨床現場の環境等に影響されず、簡便に色情報を評価できる方法を検討していくことが課題であることが明らかとなった。

研究資金

本研究において、特定の資金源はない。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 赤平明日香, 吉村亜弥, 二馬明子, 中島容子, 高野慈子, 鈴木美代子 (2001). 血尿観察における表現方法の一工夫: カラースケールを作成した取り組み. *日本看護学会論文集: 看護総合*, 32, 209-211.
- 江頭輝枝, 石田順子, 荒木尚美 (1999). 新・実践へのアドバイス: 便色の情報伝達の統一化をするためにカラースケールを作製して 表現の明瞭化をはかる. *看護実践の科学*, 24(5), 86-87.
- 榎本由佳, 國高 努, 鍋島由希, 向山聖美 (2010). ドレーン排液色のスケール表作成. *東京医科大学病院看護研究集録*, 30, 51-55.
- 藤本 緑, 守谷ほのか, 藤本真由美, 植崎節子, 椿山真弓, 二川幸枝, 樋口智津 (2011). A 病院急性期病棟における痰の観察に関する看護師の目測の妥当性の検証, *小児看護*, 34(3), 379-384.
- 平澤宏卓, 西尾初枝 (2009). 腹腔ドレーン排液を用いた実用的な色調表現スケールを作成するための実態調査. *日本看護学会論文集: 成人看護 I*, 40, 41-43.
- 本田美由紀, 桜井美枝子 (1994). 血尿判定の基準化についての一試案: 尿中赤血球量判定色調表を作成して. *看護*, 46(13), 194-201.
- 岩崎智恵美, 佐藤智子, 原 邦子 (2010). 胃液, 胆汁, 排液のカラースケール化. *愛媛労災病院医学雑誌*, 7(1), 23-26.
- 焦 麗娟, 飯坂真司, 須釜淳子, 松尾淳子, 福田汐里, 大場美穂, 峰松建夫, 田端恵子, 杉山 徹, 真田弘美 (2010). 療養型病院入院高齢者における皮膚と栄養状態の関連: 栄養スクリーニングのための工学的皮膚評価, *日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌*, 14(2), 239-246.
- Joo Yong Lee, Jin Seok Chang, Kyo Chul Koo, Seung Wook Lee, Young

- Deuk Choi, Kang Su Cho (2013). Hematuria grading scale: a new tool for gross hamaturia. *Urology*, 82(2), 284-289.
- 柏木理衣, 齋藤まい, 北村祐介, 豊田香純, 堀江千恵, 村川紀雄 (2017). 消化器外科術後ドレーンの排液色調に対する判断統一に向けた取り組み: 術式別ドレーンスケールの活用. *中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌*, 12, 13-16.
- 勝又香苗 (2010). 医師と看護師における術後ドレーン排液色の判断: 異常の早期発見を目指して. *日本看護学会論文集: 成人看護 I*, 41, 14-17.
- 勝又香苗 (2013). 術後ドレーン排液色の統一した判断をするための手段. *日本看護学会論文集: 成人看護 I*, 43, 59-62.
- 木村智子, 小池 潤, 齋藤やよい (2001). 看護記録に用いられる色表現方法の実態. *臨床看護研究の進歩*, 12, 101-108.
- 厚生労働省 (2019). 平成30年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/18/dl/gaikyo.pdf> (参照2021年 6 月 7 日)
- Kyra Whitmer, Brian Barford, Mathew Turner, David Sullivan, Marilyn Sommers (2011). Digital image analysis of facial erythema over time in persons with varied skin pigmentation. *Skin Research and Technology*, 17(3), 348-352.
- 日本眼科学会 (2021). 病名から調べる. 公益財団法人 日本眼科学会. <https://www.nichigan.or.jp/public/disease/name.html?pdid=33> (参照2021年 5 月24日)
- 野上久美子, 土肥克美, 安田敦子, 作間俊治, 藤田 亮, 篠原信雄, 山本新吾, 南由起子 (2006). 看護研究 濁度を利用した血尿評価法の簡便性および客観性の評価. *泌尿器ケア*, 11(6), 653-659.
- 野本洋平, 澤井 圭, 大矢哲也, 山下和彦, 小山裕徳, 川澄正史 (2012). HSV表色系を用いた足爪評価アプリケーションの提案. *バイオフィリアリハビリテーション研究*, 7(1), 17-22.
- 小倉優佳, 森田美奈子, 橋本庸芝子, 大野祐子 (2009). 皮膚の色調観察による日中・夜間の観察方法統一に向けて: 照明器具の検討. *東京医科大学病院看護研究集録*, 29, 79-81.
- 大木秀一 (2013). *看護研究・看護実践の質を高める: 文献レビューのきほん*. 73-80, 東京: 医歯薬出版.
- Panagiotis Lagouvardos, Nikolina Spyropoulou, Gregory Polyzois (2018). Perceptibility and acceptability thresholds of simulated facial skin color differences. *Journal of Prosthodontic Research*, 62(4), 503-508.
- 齋藤やよい, 小池 潤 (2001). 色彩学的にみた看護職者の色表現方法の実態. *The KITAKANTO Medical Journal*, 51(1), 35-41.
- Salariya, E.M., Robertson, C.M. (1993). The development of a neonatal stool colour comparator. *Midwifery*, 9(1), 35-40.
- Scafide, K.N., Sheridan, D.J., Taylor, L.A., Hayat, M.J. (2016). Reliability of tristimulus colourimetry in the assessment of cutaneous bruise colour. *Injury*, 47(6), 1258-1263.
- 進藤友香, 舟根ひかる, 齊藤佑子, 木村乃里子 (2018). 切断肢 (指) 再接着術・皮弁術を受けた患者の術後観察の客観性の向上を追求して: カラースケールの改良 (第 1 報). *日本看護学会論文集: 急性期看護*, (48), 113-116.
- 鈴木いつか, 澤田ゆかり, 金田百香, 高松 綾, 西村佳名子, 山谷ちさと (2010). 尿の色調の表現方法の統一: 血尿スケールを作成して. *岩見沢市立総合病院医誌*, 36(1), 49-51.
- 高橋八江子, 竹村郁美, 中西郁美 (2011). ドレーン排液色スケールの再検討. *東京医科大学病院看護研究集録*, (31), 36-40.
- 田辺久美子, 浦瀧恵子, 五十嵐千恵子, 大科宣子, 松村佳絵, 酒井ひとみ, 千葉美恵子 (2004). 色情報伝達の統一化に向け

- て：カラスケールの作成．日本看護学会論文集：看護総合，(35)，61-63.
- 田中愛美，石川えり子，佐藤裕子，小森幸代（2018）．外科術後腹腔内ドレーン排液の色調認識調査．秋田県農村医学会雑誌，61/62，34-36.
- 谷畑雅子，阿部真弓，木村英美，四宮しげ子，橋本恵美子（2003）．血尿判定スケールによる基準統一．日本看護学会論文集：老年看護，(33)，228-230.
- 安井稔博，鈴木達也，原普二夫，渡邊俊介，宇賀菜緒子，近藤靖浩，直江篤樹，土屋智寛（2019）．小児に関わる医療従事者による胆道閉鎖症における便色カラーカードの認識に対する意識調査：単施設研究，日本小児外科学会雑誌，55(7)，1164-1169.

〔2021年3月31日受 付〕
〔2022年2月5日採用決定〕

Methods of Evaluation for Color Information in Clinical Nursing: A Literature Review

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 971-978
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220205180>

Keigo Inagaki, MS, RN

Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine, Shizuoka, Japan

Abstract

Objective: The aim of this study was to look into prior research on evaluation methods regarding color information and conduct a literature review to better understand the current situation and issues. **Methods:** Using a combination of keywords such as “Nurse,” “Color,” and “Objective Evaluation,” the Ichushi Web and PubMed databases were utilized to find literature on color information evaluation methods. Ultimately, 5 foreign and 23 domestic papers were sampled. **Results:** The retrieved papers were classified into three categories. As a result, papers examining the “color comparison method using the color scale” were the most prevalent, accounting for 17 of the total. In addition, there were six papers that examined the “color comparison method using equipment such as spectrophotometers” and five that examined the “color expression method in clinical settings.” **Conclusions:** Previous studies in Japan and overseas have reported many color comparison methods using scales. Because of the influence of the observation environment and individual differences, objectively evaluating color information may become more difficult in the future. Therefore, a method that can evaluate color information without being affected by the clinical settings is needed.

Key words

color information, objective, evaluation method

Correspondence: K. Inagaki. Email: kinagaki@hama-med.ac.jp

ICU患者の睡眠評価尺度 (ISES) の開発 —妥当性と信頼性の検証—

日本看護研究学会雑誌
2022, 45(5), 979-989
©2022 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211221176>

嶋岡征宏¹, 山勢博彰², 田戸朝美²

¹山口大学医学部附属病院看護部, ²山口大学大学院医学系研究科

要 旨

目的: ICU患者の睡眠を簡便かつ的確に評価できるICU Sleep Evaluation Scale (ISES) の項目を洗練し, 妥当性と信頼性を検証すること。方法: 2日間以上ICUに入院した患者20名を対象に, ISESを用いて睡眠評価を行った。担当看護師は, 脳波計を装着した患者を睡眠観察シートで評価し, 患者は起床時に睡眠自己評価シートで評価した。両シートの項目分析を行い, 項目を修正した。その後, 両シートの総合点と睡眠変数間の相関分析, Cronbachの α を算出した。結果: 睡眠観察シートの総合点との相関は, 睡眠効率と $r=.31$, REMと $r=.48$ であった。睡眠自己評価シートの総合点との相関は, 睡眠効率と $r=.46$, N3と $r=.42$ であった。Cronbachの α は, 睡眠観察シート .71, 睡眠自己評価シート .72であった。結論: ISESは自己評価が可能なICU患者の睡眠を評価できる尺度である。

キーワード

ICU, 睡眠, 客観的評価, 主観的評価, 尺度作成

責任著者: 嶋岡征宏. Email: sima524@yamaguchi-u.ac.jp

背 景

Intensive Care Unit (ICU) に入院する重症患者の睡眠の特徴は, 入眠潜時 (入眠するまでの時間) の延長, 睡眠効率 (総睡眠時間 / 総就床時間) の低下, Non-Rapid Eye Movement (NREM) 睡眠であるN1 (浅睡眠) の増加とN3 (深睡眠) の減少, Rapid Eye Movement (REM) 睡眠の減少, 睡眠の断片化などである (Aurell, & Elmqvist, 1985; Friese, Diaz-Arrastia, McBride, Frankel, & Gentilello, 2007)。睡眠障害は, 呼吸, 循環機能だけでなく, 交感神経系, 免疫機能異常, 各種ホルモン分泌異常, 窒素バランスの異常および耐糖能異常などとも関連している (Friese, 2008)。また, 睡眠障害とせん妄発症には強い関連があることが唆されている (Figuerola-Ramos, Arroyo-Novoa, Lee, Padilla, & Puntillo, 2009)。このように, 睡眠障害は患者の回復を妨げるため, ICU患者の睡眠管理の重要性が指摘されている (Devlin et al., 2018)。

睡眠の改善にむけた看護介入を行うためには, 患者の睡眠を的確に把握する必要がある, 定期的に評価ツールを用いて患者の睡眠をモニタリングすることが強調されている (Devlin, et al., 2018)。また, 睡眠評価に関しては, 客観変量を解析すれば必要十分という現象ではなく, 自覚体験と

しての睡眠感と不可分であり, 両者は相補完的な関係にある (小栗, 1994, p.538)。つまり, 的確な睡眠評価を行うためには, 主観と客観の両方の視点から評価できる尺度が必要であるが, そのような尺度は見当たらない (Bourne, Minelli, Mills, & Kandler, 2007; Ritmala-Castren, Lakanmaa, Virtanen, & Leino-Kilpi, 2014)。ICU患者に対して推奨されている睡眠評価ツール (Devlin, et al., 2018) としては, Richards-Campbell睡眠質問票 (Richards, O'Sullivan, & Phillips, 2000) があり, 日本語版 (Murata, et al., 2019) も作成されている。しかし, Richards-Campbell睡眠質問票は, 患者が主観的に評価を行うように作成されており, 看護師が客観的に評価するようには作成されていないため, 意識が清明でなく, せん妄がある患者などの評価は困難である。客観的評価尺度としては, Sleep Observation Tool (SOT) があり, ICUの看護師が15分間隔で患者の睡眠・覚醒状態を評価するものである (Edwards, & Schuring, 1993)。しかし, SOTの評価間隔は15分であるため, 看護師の負担を増加させる可能性があり, 継続して評価を行うことは困難である。また, 日本語版は存在しない。

重症患者の睡眠をどのように測定するのが最善かについては議論が続いており (Bridoux, et al., 2014), ICU患者における有効かつ普遍的な睡眠評価方法は確立されていない

のが現状である (Bourne, et al., 2007; Ritmala-Castren, et al., 2014)。重症患者の睡眠を評価するためには、重症患者の生理機能の変化に強く、ICU環境での日常使用に耐えられること、さらにICUにおける睡眠のモニタリングとして簡便かつ一般化可能なシステムである必要がある (Devlin, et al., 2018)。また、尺度の妥当性を検証するためには、睡眠を評価し、定量化するためのゴールドスタンダードである Polysomnography (PSG) (Bourne, et al., 2007) との検証が必要である。PSGは、重症患者の様々な睡眠評価方法や尺度作成における基準関連妥当性の検証に用いられている (Ritmala-Castren, et al., 2014)。しかし、PSGは、そのデータ収集に大掛かりな測定装置が必要であるばかりでなく、測定には多種多様の電極やプローブを付ける煩雑さからも、実験室外でのデータ収集は容易ではない。以上の要因がICU患者の睡眠評価の研究並びに睡眠評価方法の確立を困難にしていると考えられる。そのため、臨床では統一した評価ツールを用いて睡眠評価はできておらず、多くは看護師独自の判断による観察、または患者に対するインタビューにより睡眠評価を行っている (谷田・木村, 2009)。

そこで我々は、ICU患者の睡眠を評価するために、患者の主観的評価と看護師の客観的評価を合わせ持ち、簡便な方法で的確に睡眠評価を行うことができるICU Sleep Evaluation Scale (ISES)を開発した。本研究では、この尺度項目の再選定と表現の修正をし、妥当性と信頼性を検証した。

I. 目 的

本研究の目的は、ICU患者の睡眠を簡便かつ的確に評価できるISESの項目を洗練し、妥当性と信頼性を検証することである。

II. 方 法

1. 研究概要

ISESは、看護師が客観的に睡眠を評価できる睡眠観察シート (以下観察シート) と、患者が主観的に睡眠を評価できる睡眠自己評価シート (以下自己評価シート) で構成されている。ISESは、ICU看護師を対象とした予備調査で、内容妥当性、表面妥当性、評価者の安定性と等価性を検証した。本研究では、この尺度項目の再選定と表現の修正をし、その妥当性 (基準関連妥当性) を患者の脳波を基準として検証した。また、信頼性 (内的一貫性) を確認した。

2. ISESの作成過程

(1) 構成概念の抽出と尺度項目の作成

尺度の睡眠の構成概念は、先行文献 (朝比奈, 1965; Webb, 1983) をもとに概念化した。構成概念は、【外界への反応性の低下】、【感覚刺激閾の上昇】、【骨格筋の弛緩】、【意識水準の可逆的低下】、【生理的活動低下】、【身体的・精神的疲労の回復】の6概念とした。そして、構成概念から下位概念である測定概念を導き出し、測定概念をもとに観察シートおよび自己評価シートの項目を作成した。構成概念の概念化および概念の導き出し、尺度項目の作成に関しては、複数名の研究者間で検討した。

(2) 予備調査 (内容妥当性、表面妥当性、安定性、等価性の検証)

研究者の所属する施設のICU看護師80名を対象として、アンケート調査を実施し、構成概念および両シート項目の内容妥当性、表面妥当性を確認した。内容妥当性は、内容妥当性の定量化の方法 (Lynn, 1986) を用いて、Item Content Validity Index (I-CVI) を算出した。睡眠の構成概念の内容妥当性に関しては、「表現している」、「ほぼ表現している」、「あまり表現していない」、「表現していない」の4件法で内容妥当性があるのかどうか回答を求めた。「表現している」、「ほぼ表現している」の回答割合を算出し、先行研究の推奨基準 (I-CVIが.78以上) を参考にしながら内容妥当性を有しているのか判断した。結果として、ISESの6つの構成概念は、すべてI-CVIが.78以上であったため、睡眠の構成概念として内容妥当性は担保できていると判断した。両シートの項目に関しても、上記同様にI-CVIを用いて、内容妥当性が担保できているか確認を行った。表面妥当性については、観察シートおよび自己評価シートの各項目などの表現の適切性に関して意見を募り、意見を踏まえながら項目の修正を行った。

信頼性に関しては、研究者の所属する施設のICU看護師20名を対象として、安定性と等価性を検証した。調査結果を基に項目の修正を行い、最終的に観察シートは11項目、自己評価シートは7項目から構成される尺度とし、安定性 (一致率) は86.4%、等価性 (ケンドールW) は.77~.84であった。

(3) ISES (観察シートと自己評価シート)

観察シートは、看護師が患者の夜間の睡眠について評価する尺度で、3段階評定尺度のうち最も当てはまる番号を選択して評価するものである。評価項目は11項目 (睡眠中の評価項目: 8つ、起床時の評価項目: 3つ) であり、患者の睡眠を3時間毎に計3回評価し、起床時に1回評価する。

自己評価シートは、患者が起床時に、自身の夜間の睡眠を評価する尺度で、3段階評定尺度のうち最も当てはまる

番号を選択して評価するものであり、評価項目は7項目である。

両シート共に総合点を算出し、総合点が高いほど睡眠時間が長く、深い睡眠であったことを示す。

これらのプロセスを経て作成した観察シート、自己評価シートを用いて、本研究を開始した。

3. 対象者

作成したISESの妥当性と信頼性を検証するために、研究者の所属する救命救急センターICUに入院した患者と、患者を担当するその日の担当看護師を対象とした調査を実施した。調査施設救命救急センターICUは、全国のICUが取得している集中治療加算を取得している標準的なICUである。そのため、目的母集団の標本として必要な条件を満たしている場所と考えられた。加えて、尺度作成にあたって機材(脳波計)の調達が重要な点であった。本研究は、研究の実行可能性から、まずは単施設のみで検証を行うこととした。

対象患者は、ICUに2日間以上入院した患者の内、20歳以上で、Glasgow Coma Scale (GCS) が14点以上 (Vは5点) の患者とした。その内、せん妄がある患者、脳疾患、頭部外傷がある患者、鎮静中の患者、既に検査のために脳波のモニターが行われている患者、主治医の了解が得られなかった患者は、有効性評価および安全性への配慮のため除外した。研究者は、対象患者の選定を行うために、調査施設に入院した患者情報を診療録から収集した。対象患者の条件を満たしている患者に関しては、患者のベッドサイドで研究協力の依頼をした。

サンプルサイズは、観察シートの総合点および自己評価シートの総合点と睡眠変数間の期待される相関係数が $r=.60$, $\alpha=.05$, $\beta=.20$ とした仮定した場合、必要なサンプルサイズは19だと算出された。そのため、不備例を考慮して目標症例数は20例と設定した。

4. 評価項目

(1) ISESの評価

担当看護師が評価した観察シート11項目の合計である総合点を算出した。項目1～8は、3回評価するため、各項目の最小～最大は3～9点である。項目9～11は、1回の評価のため、各項目の最小～最大は1～3点である。よって、11項目の合計は最小～最大で27～81点となる。3段階評定尺度の1～3の内、3は「眠れていた」ことを示し、3を選択した場合の得点は3点となる。

対象患者が評価した自己評価シート7項目の合計である総合点(最小～最大: 7～21点)を算出した。3段階評定尺度1～3の内、3は「眠れていた」ことを示し、3を選

択した場合の得点は3点となる。

(2) 睡眠変数

脳波計に記録されたデータの内、総睡眠時間 (min)、総覚醒時間 (min)、N1 (%、浅睡眠)、N2 (%、浅睡眠)、N3 (%、深睡眠)、REM (%) を睡眠変数として収集した。これらは、総就床時間(脳波記録開始から終了までの時間)内のそれぞれの時間の合計である。総睡眠時間は、総就床時間の内の睡眠時間の合計を示す。総覚醒時間は、総就床時間の内の覚醒時間の合計を示す。N1 (浅睡眠)、N2 (浅睡眠)、N3 (深睡眠) は、NREM睡眠における深さの段階を示す。REMは、REM睡眠を示す。また、総就床時間に対する総睡眠時間の割合である睡眠効率を睡眠変数として収集した。

睡眠を「量」と「深さ」で評価するため、睡眠の時間的な長さを表す総睡眠時間、総覚醒時間、睡眠効率の変数を「睡眠の量」とした。また、睡眠の深さを表すN1, N2, N3, REMの変数を「睡眠の深さ」とした。これらの変数は数量であり、「睡眠の量」は睡眠時間の程度、「睡眠の深さ」は睡眠深度の程度を示す。さらに、睡眠の「量と深さ」を評価するため、量を代表とする睡眠効率と深さを代表とするREMを加算した変数を設定した。

(3) 対象者の基本情報

対象患者の基本情報は、診療録から、性別、年齢、入院時のAcute Physiology and Chronic Health Evaluation II スコア (APACHE II スコア)、入院日数、入院理由、薬剤(睡眠薬、麻薬)使用の有無、ベッド環境(個室、2人部屋、4人部屋)の情報を収集した。

看護師に関しては、睡眠評価を行った担当看護師の看護師経験年数を収集した。

5. データ収集方法

(1) ISESの評価方法

研究者は、消灯前に観察シートを担当看護師に配布し、対象患者の夜間の睡眠について評価を依頼した。研究者は、事前にISES使用マニュアルを用いて担当看護師に評価方法を十分説明し、評価方法を一定にした。担当看護師は、観察シートを使用して、対象患者の睡眠を3時間毎に計3回評価(1回目評価時間1時:22時～1時の睡眠、2回目評価時間4時:1時～4時の睡眠、3回目評価時間7時:4時～7時の睡眠)し、対象患者の起床時に1回(4回目評価)評価した。研究者は、評価終了後に観察シートを回収した。

担当看護師は、対象患者の起床後に自己評価シートを配布し、夜間の自身の睡眠について評価を依頼した。対象患者は、起床時に自己評価シートを使用して夜間の睡眠を評価した。対象患者が筆記できない場合、担当看護師が自己評

価シートの内容を口頭で質問し、対象患者が評価した内容を代筆した。研究者は、評価終了後に自己評価シートを回収した。

(2) 脳波計の装着

調査対象日の22時に、研究者が対象患者の脳波計電極を額の中央部と耳の後ろ側の2か所に貼り付け、翌朝7時に電極を取り外した。

PSGのデータ収集は容易ではないため、代用として簡便に患者の睡眠時の脳波データを収集できるポータブル型の小型脳波計である脳波センサZAを使用した。脳波センサZAの脳波とPSGの脳波との一致度は高い（カップ係数=.8）ことが検証されている（Nonoue, et al., 2017）。脳波センサZAは、小型の計測機と電極から構成され、脳波を計測することができる。記録されたデータを解析すれば、睡眠のステージ判定や睡眠変数を数値化できる。

6. データ収集期間

2017年11月～2018年4月

7. 分析方法

各項目の基本統計量を算出し、尺度の項目の取捨選択を行うために、項目分析を行った。項目分析では、Item-Total相関分析（以下I-T相関）、尺度全体および項目毎のCronbachの α 算出、尺度項目間の相関分析、尺度項目と睡眠変数間の相関分析を行った。各相関分析に関しては、スピアマンの順位相関係数を算出した。I-T相関に関しては、 $r < .20$ の項目を、尺度項目間相関に関しては、 $r > .70$ の項目を削除検討項目とした。また、睡眠変数と尺度項目間の相関の強さや、項目を削除した際の尺度全体のCronbachの α 、臨床での実施可能性なども考慮して検討した。

以上のプロセスを経て、尺度項目の再選定や表現の修正を行った。その後、ISESの妥当性（基準関連妥当性）と信頼性（内的一貫性）を検証するために、両シートの総合点と睡眠変数間の相関分析を行い、Cronbachの α を改めて算出した。また、両シートの関係性を検証するために、両シートの総合点間の相関分析を行った。分析にはSPSS ver. 25を用いた。

8. 倫理的配慮

本研究は、山口大学医学部附属病院倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：H29-129）。研究者は、研究の条件を満たした対象患者に対して、患者のベッドサイドにて書面を用いて研究の目的、方法、脳波電極装着による不快感の出現の可能性などについて説明し、身体的、精神的理由により研究続行が困難となった場合にはすぐに中

止できることを伝えた。研究実施前には、主治医により患者が研究実施に耐えられる状態であるか総合的な評価を行い、安全性には十分な配慮を行った。また、研究続行が困難となった場合、担当看護師が対象患者の状態を速やかに医師に報告し、医師の診察を受けられることを説明し同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 最終分析対象患者の選定

調査期間中に、調査対象患者の選択基準を満たし、脳波を装着した患者は30名であった。その中で、測定開始後にせん妄となり、脳波の装着が困難となったため研究を中止した患者は2名であった。脳波電極装着の不快感のため、途中で研究の中止を申し出た患者は1名であった。脳波電極が途中で外れていた患者が1名、脳波解析者（睡眠学認定技師）による睡眠覚醒の判定が困難（spikeが頻発したなどの理由）であった解析困難例は6名であった。最終的に20名を分析の対象とした。

2. 対象者の概要

表1に対象者の概要を示す。入院理由は内因性疾患12名（60.0%）、外因性疾患8名（40.0%）であった。消灯前に睡眠薬を内服した患者は10名（50.0%）であった。患者のベッド環境は、個室5名（25.0%）、2人部屋4名（20.0%）、4人部屋11名（55.0%）であった。年齢は 64.4 ± 13.8 歳（mean $\pm$ Standard Deviation (SD), 以下同）、APACHE IIスコアは 10.3 ± 5.2 、入院日数は 4.3 ± 3.3 日であった。

睡眠評価を行った担当看護師の看護師経験年数は、 8.3 ± 3.8 であり、合計15名の同一でない看護師が、20名分の評価を行った（5名の看護師は、異なる患者の評価を2名分を行った）。

3. 項目分析と尺度項目の修正

表2に、観察シートおよび自己評価シート項目のmean $\pm$ SD, I-T相関, Cronbachの α 、表3に観察シートおよび自己評価シート項目と睡眠変数間の相関を示す。

観察シートに関しては、I-T相関が $r < .20$ は2項目あり、項目7は項目を削除した際の尺度全体のCronbachの α が上がったため削除した。また、項目9のI-T相関が低値であった理由として、文言が不明瞭で評価のしづらさがあったと考え、文言の修正をした。項目間相関は、3項目間（項目1と2、項目5と6、項目10と11）で $r > .70$ であったため、睡眠変数と尺度項目間の相関の強さや、項目を削除した際の尺度全体のCronbachの α 、臨床での実施可能性なども考慮して検討し、項目2、5、11を削除した。以

表1 対象者の概要

項目	n	%
性別		
男性	11	55.0
女性	9	45.0
入院理由		
内因性疾患 (n=12)		
心臓・大血管疾患	3	15.0
重症感染症	3	15.0
泌尿器疾患	2	10.0
呼吸器疾患	1	5.0
脳神経疾患	1	5.0
その他	2	10.0
外因性疾患 (n=8)		
外傷	6	30.0
中毒	1	5.0
低体温	1	5.0
薬剤		
睡眠薬	10	50.0
麻薬	1	5.0
なし	9	45.0
ベッド環境		
個室	5	25.0
2人部屋	4	20.0
4人部屋	11	55.0
	mean ± SD	
年齢	64.4 ± 13.8	
APACHE II スコア	10.3 ± 5.2	
入院日数	4.3 ± 3.3	

SD: standard deviation (標準偏差)

上のプロセスを経て、最終的に7項目から構成される観察シート(表4)とした。

自己評価シートに関しては、I-T相関が $r < .20$ 以下は1項目あった。項目4のI-T相関が低値であった理由としては、文言が不明瞭で評価のしづらさがあったと考え、文言の修正をした。項目間相関は、1項目間(項目5と7)で $r > .70$ であったため、睡眠変数と尺度項目間の相関の強さや、項目を削除した際の尺度全体のCronbachの α 、臨床での実施可能性なども考慮して検討し、項目7を削除した。以上のプロセスを経て、最終的に6項目から構成される自己評価シート(表5)とした。

4. ISESの妥当性(基準関連妥当性)

表6に、観察シートおよび自己評価シートの総合点と睡眠変数間の相関を示す。観察シートの総合点と睡眠の量である総睡眠時間との相関は、 $r = .30$ 、睡眠効率との相

関は、 $r = .31$ であった。睡眠の深さであるN1との相関は、 $r = -.31$ 、REMとの相関は、 $r = .48$ ($p < .05$)であった。睡眠の量と深さである睡眠効率+REMとの相関は、 $r = .46$ ($p < .05$)であった。

自己評価シートの総合点と睡眠の量である総睡眠時間との相関は、 $r = .31$ 、睡眠効率との相関は、 $r = .46$ ($p < .05$)であった。睡眠の深さであるN1との相関は、 $r = -.46$ ($p < .05$)、N2との相関は、 $r = .34$ 、N3との相関は、 $r = .42$ ($p < .05$)であった。睡眠の量と深さである睡眠効率+REMとの相関は、 $r = .35$ であった。

5. ISESの信頼性(内的一貫性)

修正後の観察シート7項目全体のCronbachの α は.71、修正後の自己評価シート6項目全体のCronbachの α は.72であった。

6. 観察シートの総合点と自己評価シートの総合点間の相関

観察シートの総合点と、自己評価シートの総合点間の相関は、 $r = .49$ ($p < 0.05$)であった。

IV. 考 察

1. 対象者について

対象患者に関しては、20名の患者データを収集することができたため、サンプルサイズは十分であった。また、患者の入院理由は様々であり、患者の特徴の偏りはないと考えられた。

担当看護師に関しては、合計15名の看護師に研究協力を依頼することができた。看護師経験年数の偏りは見られず、幅広い年齢層によって評価が行われた。また、担当看護師が評価を実施する前に、評価マニュアルに準じて研究者が評価方法を説明した。そのため、すべての担当看護師が同一の評価基準で評価ができたと考えられた。

2. 尺度項目の洗練

尺度項目を洗練するために、項目分析を実施し、削除する項目を検討した。尺度項目を洗練するために、臨床での実施可能性なども考慮しながら項目分析を実施したことで、睡眠を的確に測定でき、臨床的に意義のある項目のみに洗練化された。また、I-T相関の結果(表2)から、評価者が偏った評価をしていた可能性がある項目が各シート1項目ずつあった。理由としては、評価した際に、患者の多くは覚醒しており、看護師との受け答えができる状態であった。そのため、評価者の多くは、3段階評定尺度の1~3の内、「2. うとうとしている」または「3. 覚醒している」を選択し、「1. 覚醒していない」を評価することは少

表2 観察シートおよび自己評価シート項目の mean±SD, I-T 相関, Cronbach の α

シート名	項目	mean ± SD	Item-Total 相関	項目が削除された場合の Cronbach の α	項目全体の Cronbach の α
観察シート	1 開眼反応	6.5 ± 1.8	.53	.77	.80
	2 言語反応	6.7 ± 1.7	.54	.77	
	3 身体反応	6.5 ± 1.5	.74	.75	
	4 睡眠時の姿勢	7.1 ± 1.7	.30	.80	
	5 呼吸パターン	7.2 ± 2.0	.69	.75	
	6 呼吸回数	7.4 ± 1.7	.67	.75	
	7 血圧	7.3 ± 1.4	.02	.82	
	8 心拍数	8.5 ± 0.9	.51	.78	
	9 意識状態（覚醒度）◎	2.6 ± 0.5	.06	.80	
	10 身体的疲労の様子	2.1 ± 0.8	.54	.78	
	11 精神的疲労の様子	2.2 ± 0.7	.57	.78	
自己評価シート	1 夜間、光（照明）、音、看護処置などにどのくらい気づきましたか？	1.7 ± 0.9	.56	.75	.79
	2 夜間、どのくらい寝返りをしましたか？	2.3 ± 0.9	.52	.76	
	3 夜間、どのくらい寝苦しさはありましたか？	1.9 ± 0.7	.63	.74	
	4 今、どのくらい目は覚めていますか？◎	2.6 ± 0.6	.16	.82	
	5 夜間の眠りによって、どのくらい体の疲れはとれましたか？	2.2 ± 0.8	.68	.73	
	6 夜間の眠りによって、どのくらい頭はすっきりしましたか？	2.4 ± 0.5	.33	.79	
	7 夜間、どのくらい眠れましたか？	2.4 ± 0.6	.78	.72	

SD：standard deviation（標準偏差）

灰色の項目：削除した項目

◎がある項目：文言の修正をした項目（観察シート：眠気の程度に修正、自己評価シート：今、どのくらい眠気はありますか？に修正）

観察シートの項目1～8は、3回評価するため、各項目の最小～最大は3～9点である。項目9～11は、1回の評価のため、各項目の最小～最大は1～3点である。

表3 観察シートおよび自己評価シート項目と睡眠変数間の相関

シート名	項目	量			深さ			
		総睡眠時間	総覚醒時間	睡眠効率	N1	N2	N3	REM
観察シート	1 開眼反応	.42	-.17	.33	-.12	.25	.15	.35
	2 言語反応	.32	-.21	.27	-.25	.22	.18	.22
	3 身体反応	.07	-.07	.00	-.06	.10	.03	-.01
	4 睡眠時の姿勢	-.09	.23	-.07	.00	.02	.22	-.11
	5 呼吸パターン	-.02	.00	-.07	.08	-.05	.26	-.15
	6 呼吸回数	.03	-.03	-.04	.02	-.06	.31	-.07
	7 血圧	-.01	.02	-.11	.36	-.18	.25	-.14
	8 心拍数	.12	-.29	.08	.02	-.11	.31	.08
	9 意識状態（覚醒度）◎	.07	.20	-.07	.22	.21	-.17	.12
	10 身体的疲労の様子	.20	.11	-.03	-.05	.30	.04	.07
	11 精神的疲労の様子	.06	.00	-.11	-.02	.25	-.05	-.15
自己評価シート	1 夜間、光（照明）、音、看護処置などにどのくらい気づきましたか？	.38	-.36	.46	-.41	.14	.50	.48
	2 夜間、どのくらい寝返りをしましたか？	.37	-.32	.60	-.42	.28	.49	.36
	3 夜間、どのくらい寝苦しさはありましたか？	.24	-.22	.35	-.33	.31	.33	.10
	4 今、どのくらい目は覚めていますか？◎	-.25	.33	-.13	.22	.04	-.20	-.40
	5 夜間の眠りによって、どのくらい体の疲れはとれましたか？	.17	-.12	.19	-.26	.28	.25	-.03
	6 夜間の眠りによって、どのくらい頭はすっきりしましたか？	.25	-.16	.22	-.36	.31	.00	.34
	7 夜間、どのくらい眠れましたか？	.20	-.12	.21	-.20	.24	.27	.11

灰色の項目：削除した項目

◎がある項目：文言の修正をした項目（観察シート：眠気の程度に修正、自己評価シート：今、どのくらい眠気はありますか？に修正）

表4 観察シート

項目	3段階評定尺度
1 開眼反応	1. しばらくの間開眼していた 2. 開眼したがすぐに閉眼した 3. 閉眼していた
2 身体反応	1. しばらくの間身体の動きが続いた 2. 身体の動きがあったがすぐに消失した 3. 身体の動きはなかった
3 睡眠時の姿勢	1. 頻回に姿勢が変化していた 2. たまに姿勢が変化していた 3. 同じ姿勢だった
4 呼吸回数	1. 不規則だった 2. 規則的になったり, 不規則になったりした 3. 規則的だった
5 心拍数	1. 変動していた 2. 安定していたり, 変動していたりした 3. 安定していた
6 眠気の程度	1. 眠気がある様子である 2. 眠気がないかどうかどちらとも言えない 3. 眠気がない様子である
7 身体的疲労の様子	1. 疲れが取れていない様子である 2. 疲れが取れたかどうかどちらとも言えない 3. 疲れが取れた様子である

評価方法

項目1～2：観察期間内の光（照明）、音、看護処置などの刺激があった時の反応として、もっともあてはまる番号を選択する。

項目3：観察期間内の睡眠時の姿勢として、もっともあてはまる番号を選択する。

項目4～5：観察期間内の生理的状态として、もっともあてはまる番号を選択する。

項目6～7：起床時に声掛けをした際の患者の様子として、もっともあてはまる番号を選択する。

★評価の際には、3時間の観察期間を振り返った時に、その期間の睡眠の特徴をつかんだ代表的で印象に残る項目を選択する。

評価時間

1 回目の評価時間：1時（22時～1時の睡眠を評価）

2 回目の評価時間：4時（1時～4時の睡眠を評価）

3 回目の評価時間：7時（4時～7時の睡眠を評価）

4 回目の評価時間：起床時（起床時の様子を評価）

表5 自己評価シート

項目	3段階評定尺度
1 夜間、光（照明）、音、看護処置などにどのくらい気づきましたか？	1. 頻繁に気づいた 2. たまに気づいた 3. 気づかなかった
2 夜間、どのくらい寝返りをしましたか？	1. 頻繁に寝返りをした 2. たまに寝返りをした 3. 寝返りはしなかった
3 夜間、どのくらい寝苦しさはありましたか？	1. とても寝苦しかった 2. 少し寝苦しかった 3. 寝苦しなかった
4 今、どのくらい眠気はありますか？	1. とても眠気がある 2. あまり眠気はない 3. 眠気はない
5 夜間の眠りによって、どのくらい体の疲れはとれましたか？	1. まったく疲れはとれていない 2. あまり疲れはとれていない 3. 疲れはとれた
6 夜間の眠りによって、どのくらい頭はすっきりしましたか？	1. まったく頭はすっきりしていない 2. あまり頭はすっきりしていない 3. 頭はすっきりした

評価方法

夜間の睡眠について、もっともあてはまる番号を選択する。

評価時間

患者の起床時

表6 観察シートおよび自己評価シートの総合点と睡眠変数間の相関

各シートの総合点	量			深さ				量と深さ
	総睡眠時間	総覚醒時間	睡眠効率	N1	N2	N3	REM	睡眠効率 + REM
観察シートの総合点	.30	-.10	.31	-.31	.18	.10	.48*	.46*
自己評価シートの総合点	.31	-.26	.46*	-.46*	.34	.42*	.23	.35

なかった。文章の読み取りにくさのため、評価者が正しく評価できていないと考えられ、各シートの総合点が低い人も高い人も同じような評価となった。それらの項目に関しては、項目の表現を修正したため、I-T相関の値が上昇し、評価者が的確に弁別できるようになったと考えられた。

3. 本尺度の基準関連妥当性と内的一貫性

観察シートおよび自己評価シートの総合点は、多くの睡眠変数と相関を認めていることから、睡眠の量、深さ、量と深さを測定でき、脳波に対して基準関連妥当性があると考えられる。観察シートに関しては、観察シートの総合点とREMとの相関は $r=.48$ ($p<.05$)であり、特に睡眠の深さを測定できることに特化している可能性がある。自己評価シートに関しては、自己評価シートの総合点と睡眠効率との相関は $r=.46$ ($p<.05$)、N1との相関は $r=-.46$ ($p<.05$)、N3との相関は $r=.42$ ($p<.05$)であり、睡眠の量と深さ両方を測定できると考えられる。

観察シートは、睡眠効率との相関が、 $r=.31$ であり、自己評価シートと比べると相関が低かった。実際の睡眠効率をより反映する観察シートとするには、評価回数を増やすことが挙げられる。睡眠のチェックリストを用いた15分毎の評価を行い、PSGと比較した研究では、81.9%の的確性があったという報告がある (Edwards, & Schuring, 1993)。つまり、評価回数を多くすればよりの確な評価ができ、相関が高くなる可能性がある。一方、評価回数を多くすれば、評価者の負担が増加してしまう。観察シートの評価回数は、ICU看護師を対象とした調査の結果を基に設定した。そのため、評価回数としては、3時間毎に1回が最も実施可能性が高いと考えられる。その他としては、観察シートの使用に習熟することも必要である。

内的一貫性に関しては、新しいツールの場合、少なくともCronbachの α は.70以上である必要がある (Nunnally, & Bernstein, 1994)。観察シートのCronbachの α は.71、自己評価シートのCronbachの α は.72であり、尺度に必要な内的一貫性があった。

4. 本尺度の特徴と看護実践への適用

自己評価シートに関しては、Richards-Campbell睡眠質問票 (評価項目5項目) の評価項目と同様に6項目であり、短時間で簡便に評価できるため、評価する患者の負担は少

ないと考えられる。

観察シートは、本邦で初めてICU患者に対して妥当性と信頼性が検証された客観的評価尺度である。自身で主観的に睡眠評価が行えない患者の場合、看護師が観察して評価するしかない。その場合でも、観察シートを使用すれば、観察シートの総合点は、自己評価シートの総合点と $r=.49$ ($p<.05$)である。つまり、自己評価が不可能な患者の場合、観察シートのみの使用でも客観と主観の両方を反映した評価ができる可能性がある。一方で、看護師の観察による評価は、患者の主観の評価とあまり相関しない (Richardson, Crow, Coghill, & Turnock, 2007)、PSGによる睡眠評価と比べても患者の睡眠を過大評価してしまう傾向がある (Beecroft, et al., 2008) と言われている。理由としては、観察の判定基準として、覚醒、うとうと、睡眠のように、2～3段階で評価するものが多く、開眼または閉眼しているかのみで評価しているためと考えられる。観察シートは、これらを解決するために、睡眠時の姿勢や生理的状態の変化、起床時の様子を観察して評価する。生理的状態の変化を評価することは、睡眠評価を手助けする (Ritkala-Castren, et al., 2016) とあり、観察シートは、多角的に観察して評価するため、過大評価を解決できる可能性がある。さらに、観察シートを用いることで、ICU患者の睡眠評価をどの看護師が行っても、同様の評価基準に基づいて実施することが可能となり、評価者内および評価者間の評価のばらつきが少なくなることが期待できる。

両シートは同じ概念から作成されているため、2つのシートの併用が可能である。そのため、相補的に作用することで、患者の睡眠の総合的理解を深め、各シートの単体での使用と比べてよりの確な評価が期待できる。また、作成した尺度は、総合点を算出して数値化することで、睡眠を量的に過去の評価結果と比べて相対的に評価することが可能である。そのため、看護師が睡眠促進介入の必要性やタイミング、頻度、効果をアセスメントする一助となる。

5. 研究の限界と今後の課題

作成した睡眠評価尺度は、患者の夜間の睡眠の量と深さを数値化しただけである。そのため、睡眠の総合評価を行うためには、尺度だけの数値にとらわれずに、患者の日中の活動状況や精神状態なども加味して評価する必要がある。

対象患者に関しては、睡眠評価結果に潜在的な交絡因

子を持つ患者を除外するように努力したが、限界があった。加えて、自己評価シートでの評価実施が前提にあったため、意識清明で自己評価できる対象者を選択する必要がある。APACHEIIスコアに示されるように、挿管患者などの重症患者は除外したため、一般的なICU患者よりも重症度が低かった。そのため、重症患者への結果の一般化には限界がある。

今後は、幅広い患者で妥当性と信頼性を検証することや、実際に本尺度を使用し、臨床での活用性の評価と修正を重ねていく必要がある。

V. 結 論

ICU患者の睡眠を簡便かつ的確に評価できるISESの項目を洗練した。ISESの内的一貫性は良好であり、脳波に対して基準関連妥当性を認めた。ISESは自己評価が可能でICU患者の睡眠を評価できる尺度である。

謝 辞

本研究にご協力頂いた患者、医療者の皆様に心より感謝する。本論文は、山口大学大学院医学系研究科博士前期課程における修士論文を一部加筆・修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

朝比奈一男 (1965). *ねむりの生理学*. 1-7, 東京: 中外医学社.

Aurell, J., & Elmqvist, D. (1985). Sleep in the surgical intensive care unit: Continuous polygraphic recording of sleep in nine patients receiving postoperative care. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 290(6474), 1029-1032. <https://doi.org/10.1136/bmj.290.6474.1029>

Beecroft, J. M., Ward, M., Younes, M., Crombach, S., Smith, O., & Hanly, P. J. (2008). Sleep monitoring in the intensive care unit: Comparison of nurse assessment, actigraphy and polysomnography. *Intensive Care Medicine*, 34(11), 2076-2083. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1180-y>

Bourne, R. S., Minelli, C., Mills, G. H., & Kandler, R. (2007). Clinical review: Sleep measurement in critical care patients: Research and clinical implications. *Critical Care (London, England)*, 11(4), 1-17. <https://doi.org/10.1186/cc5966>

Bridoux, A., Thille, A. W., Quentin, S., Lode-Kolz, K., Stal, V., Diaz, V., Brochard, L., & Drouot, X. (2014). Sleep in ICU: Atypical sleep

or atypical electroencephalography? *Critical Care Medicine*, 42(4), 312-313. <https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000158>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., Kho, M. E., Kress, J. P., Lanphere, J. A., McKinley, S., Neufeld, K. J., Pisani, M. A., Payen, J. F., Pun, B. T., Puntillo, K. A., Riker, R. R., Robinson, B. R. H., Shehabi, Y., Szumita, P. M., Winkelman, C., Centofanti, J. E., Price, C., Nikayin, S., Misak, C. J., Flood, P. D., Kiedrowski, K., & Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825-873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Edwards, G. B., & Schuring, L. M. (1993). Pilot study: Validating staff nurses' observations of sleep and wake states among critically ill patients, using polysomnography. *American Journal of Critical Care*, 2(2), 125-131.

Figueroa-Ramos, M. I., Arroyo-Novoa, C. M., Lee, K. A., Padilla, G., & Puntillo, K. A. (2009). Sleep and delirium in ICU patients: A review of mechanisms and manifestations. *Intensive Care Medicine*, 35(5), 781-795. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1397-4>

Friese, R. S. (2008). Sleep and recovery from critical illness and injury: A review of theory, current practice, and future directions. *Critical Care Medicine*, 36(3), 697-705. <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181643F29>

Friese, R. S., Diaz-Arastia, R., McBride, D., Frankel, H., & Gentilello, L. M. (2007). Quantity and quality of sleep in the surgical intensive care unit: Are our patients sleeping? *Journal of Trauma*, 63(6), 1210-1214. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31815b83d7>

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.

Murata, H., Oono, Y., Sanui, M., Saito, K., Yamaguchi, Y., Takinami, M., Richards, K. C., & Henker, R. (2019). The Japanese version of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire: Reliability and validity assessment. *Nursing Open*, 6(3), 808-814. <https://doi.org/10.1002/nop2.252>

Nonoue, S., Mashita, M., Haraki, S., Mikami, A., Adachi, H., Yatani, H., Yoshida, A., Taniike, M., & Kato, T. (2017). Inter-scorer reliability of sleep assessment using EEG and EOG recording system in comparison to polysomnography. *Sleep and Biological Rhythms*, 15(1), 39-48. <https://doi.org/10.1007/s41105-016-0078-2>

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

小栗 貢 (1994). 睡眠調査票. 日本睡眠学会 (編), *睡眠学ハンドブック* (pp.538). 東京: 朝倉書店.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur>

Richards K. C., O'Sullivan P. S., & Phillips, R. L. (2000). Measurement of sleep in critically ill patients. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 131-144.

Richardson, A., Crow, W., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). A comparison of sleep assessment tools by nurses and patients in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1660-1668. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01546.x>

- Ritkala-Castren, M., Lakanmaa, R. L., Virtanen, I., & Leino-Kilpi, H. (2014). Evaluating adult patients' sleep: An integrative literature review in critical care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4) (1471-6712 (Electronic)), 435-448. <https://doi.org/10.1111/scs.12072>
- Ritkala-Castren, M., Virtanen, I., Vahlberg, T., Leivo, S., Kaukonen, K. M., & Leino-Kilpi, H. (2016). Evaluation of patients' sleep by nurses in an ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12), 1606-1613. <https://doi.org/10.1111/jocn.13148>
- 谷田恵子, 木村由佳里 (2009). 看護研究における睡眠評価方法の現状と課題. *兵庫県立大学紀要*, 16(16), 23-38.
- Webb, W. B. (1983). Sleep mechanisms and functions in humans and animals: An evolutionary perspective, (pp.1-7). New York: Van Nostrand Reinhold.

[2021年7月23日受 付]
[2021年12月21日採用決定]

Development of an ICU Sleep Evaluation Scale: A Validity and Reliability Study

Journal of Japan Society of Nursing Research
2022, 45(5), 979-989
©2022 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20211221176>

Masahiro Shimaoka, MSN, RN¹, Hiroaki Yamase, PhD, RN²,
Asami Tado, PhD, RN²

¹Nursing Department of Yamaguchi University Hospital, Yamaguchi, Japan

²Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan

Abstract

Objective: This study sought to refine the items of an intensive care unit (ICU) Sleep Evaluation Scale (ISES) for easy and accurate evaluation of sleep in ICU patients and examine its validity and reliability. **Methods:** We evaluated the sleep of 20 patients who were admitted to an ICU for more than 2 days using the ISES. The nurses in charge evaluated the patients' sleep using electroencephalography and a sleep observation sheet, whereas the patients evaluated their sleep using a self-evaluation sheet upon waking up. Item analysis was performed using data from both sheets, and the sheets were modified. We also performed a correlation analysis between the total score of both sheets and the assessed sleep variables and calculated the Cronbach's α . **Results:** The correlations of the total sleep observation score with sleep efficiency and rapid eye movement sleep were $r = .31$ and $r = .48$, respectively. The correlations of the total sleep self-evaluation score with sleep efficiency and N3 were $r = .46$ and $r = .42$, respectively. The Cronbach's α was .71 for responses in the sleep observation score and .72 for responses in the sleep self-evaluation score. **Conclusions:** The ISES can evaluate the sleep of ICU patients who are capable of self-evaluation.

Key words

ICU, sleep, objective evaluation, subjective evaluation, scale development

Correspondence: M. Shimaoka. Email: sima524@yamaguchi-u.ac.jp

一般社団法人
日本看護研究学会
会報

第 124 号

(2023年1月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

学術集会を終えて今思うこと	1
学術集会事務局を経験して	3
第48回学術集会印象記	5
第48回学術集会印象記	7
第49回学術集会開催のご挨拶	9

学術集会を終えて今思うこと

一般社団法人

日本看護研究学会第48回学術集会

会 長 中 西 純 子

第48回学術集会をハイブリッド開催した8月27日(土)・28日(日)から約2ヶ月が経ち、はや冬の足音が聞こえる頃となりました。先日、延期しておりました中学生向け企画「ナーシング・トーク&トーク」を無事開催することができ、これをもって、第48回学術集会はすべてのプログラムを終了いたしました。

振り返りますと、学術集会会長を拝命し、準備を開始し始めた頃には、ここまでコロナ禍が長引いているとは予想もせず、現地開催を前提にいろいろな企画を考えておりました。しかしながら、感染の波が繰り返され、先行きが不透明ななか、何度も計画を立て直すこととなり、特に、予算案は現地のみ開催、ハイブリッド開催、WEB開催により金額が大きく異なるため、頭を悩ませました。最終的にハイブリッド開催と意思決定しましたが、最も予算がかかる開催方法となり、そのため、心苦しくはありましたが参加費を値上げさせていただきました。幸い、コロナ禍と値上げにもかかわらず、933名の方にご参加いただき、また、看護関係及び大学関係者や企業様から多くの協賛やご寄附もいただくことができ、大変感謝しております。運営会社と会場管理団体にも便宜を図っていただきました。準備・運営上は大変なことが多々ありましたが、ハイブリッド開催には現地で顔を合わせて交流できる喜びとともにオンデマンドを含めるとすべてのプログラムにもれなく参加できるメリットがあり、主催者としてはハイブリッドで開催できて良かったと思っております。今後はコロナ禍に関わらず、学術集会の開催方法として幅が広がるのではないかと感じています。

さて、第48回学術集会のテーマは「実践と研究の往還で紡ぐー看護の知」でした。研究と実践が行ったり来たりしながら看護の知を積み上げていくためのヒントを得ようと、プログラムには特別講演、研究方法に焦点を当てた教育講演3題、シンポジウム、リレートーク、日本薬理学会との共催セミナー、本学会

の委員会からの演題5題を企画し、社会貢献活動としては「人類とウイルスの共存」と題する市民公開講座を開催し、それぞれ会場参加、LIVE視聴&オンデマンド視聴のいずれかの方法でご参加いただきました。一般演題は口演74題、示説119題、交流集会10題のご発表をいただきました。口演発表の演者の方には、事前に録画データも作成していただき、例年にないご苦労をおかけしました。

第48回学術集会を企画するにあたり、世界に向けた先駆的な発信は企画できませんでしたが、愛媛での初開催ということもあり、愛媛発祥の取り組みや誇るべき文化・特産品等とコラボさせたいとの思いがありました。そこで、参加者の皆様には水引細工で作ったシトラスリボンのストラップを記念品としてお送りしました。シトラスリボン運動は、誰もが「ただいま」「おかえり」と言い合える笑顔の暮らしを取り戻せる社会に、そんな願いを込めて愛媛から生まれた運動です。ひとの居場所である「地域・家庭・職場(or学校)」を三つの輪で表わしています。コロナ禍やウクライナ戦禍など、1日も早い収束を願う気持ちを込めました。水引でこのストラップを作ってください方をネット上で探し、北海道に在住のある方にオーダーしたところ、この方の本業はなんと看護職でした。そこで本学術集会の記念品にしたいという私からの申し出に快く応じてくださり、本業の訪問看護の傍ら、お一人で1,000個作ってくださいました。

もうひとつ、アトラクションとして会場で披露していただいた高校生による書道パフォーマンスも愛媛発祥のもので、私が是非、参加者の皆様に生で見ていただきたいと熱望していた企画でした。コロナ感染の急拡大により、実は、直前まで実現できるかどうかハラハラしましたが、大きな拍手に包まれ、高校生たちの書とパフォーマンスに懸ける熱い思いは来場の皆さんに伝わっていたことと思います。

こうして、学術集会運営に携わった関係者のみならず、いろいろな人の思いが紡がれ開催できた学術集会だったのではないかと感じております。改めまして、ご参加の皆様、ご協力・ご支援くださいましたすべての皆様に、こころより御礼申し上げます。



学術集会事務局を経験して

一般社団法人

日本看護研究学会第48回学術集会

事務局担当 仲 田 琴 美

(愛媛県立医療技術大学)

第48回看護研究学会学術集会は、2022年8月27日(土)、28日(日)に松山コミュニティセンターでの現地とオンラインでのハイブリッドで開催いたしました。

開催に向けて、中西純子学術集会会長により2020年にコアメンバーが集められ、私は事務局担当として参加することとなりました。私自身、学会の企画などに関わった経験が無かったこともあり、当初は役割が務まるのだろうかという思いがありました。また、COVID-19の拡大により、見通しが立たない状況での準備に不安もありましたが、オンライン開催となることも視野に入れながら、現地開催を目指して準備を始めました。運営事務局のスタッフとも直接会うことができない中、オンラインでの打ち合わせを重ね、何度も開催方法を検討しました。

私が学会の企画に際して苦慮したと思うことの1つは、演題発表方法についてです。現地開催を決定しても、感染拡大状況によって、急遽オンライン開催に変更しなくてはいけなくなる可能性がありました。そのため、オンラインになった場合に対応できるよう演題発表者の皆様に事前にデータを提出していただくことにしました。オンラインの準備を並行して進めていくため、開催日時よりも早期にデータを提出していただくこととなり、発表者の皆様にはご負担をおかけしたと思います。皆様のご協力に感謝いたします。

2つ目は、現地開催とした場合に来場できなくなる方々への対応です。現地での発表、講演を決断してくださった方の中にも、感染状況の拡大により急遽参加できなくなる場合があることも予測でき、当日までどなたが参加できなくなるか分からない状況で、連絡が入り次第調整していく必要がありました。実行委員やボランティアとして協力を申し出ていただいた皆様にも、直前の役割変更などをお願いすることがあったにも関わらず、皆様快くお引き受けいただき、感謝申し上げます。

3つ目は、オンライン、現地参加どちらの参加者の方にも意義のある学会とすることです。内容は参加方法の違いに関わらず皆様に楽しんでいただけるものにしながら、感染のリスクもある中現地参加を決断いただいた方々に、制限内でどのようなおもてなしができるのかを考えていく必要がありました。後にオンデマンド配信も行いましたが、現地開催した書道パフォーマンスは、発祥の愛媛県立三島高等学校の部員に実演していただき、現地での迫力あるパフォーマンスやメッセージは心に差し迫り、現地開催できて良かったと感じることのできる場面の1つとなりました。

8月27日(土)、28日(日)の現地開催当日も、演者の欠席など急な対応もありましたが、各セッションで情報共有しながら、2日間の中でも実行委員・ボランティアの連携が深まっていくのを感じ、大変心強かったです。また、現地参加いただきました皆様からの久々の再会を喜ぶ声や、温かいお声掛けに心温まりました。

今回、看護研究学会では初の試みとなるハイブリッド開催となりましたが、コアメンバーとして初期から参加させていただけたことで、これまで学会を開催されてきた皆様のご苦勞を身に染みて感じ、47回積

み重ねてきたことの重みを改めて実感いたしました。これまで看護研究学会を支えてこられた皆様に敬意を表します。

学術集会を終えた今、準備からこれまでを振り返り、事務局として今まで交流のなかった多くの方々と関わりを持てたことが、私の1番の財産であると感じています。至らぬ点も多く、ご迷惑をお掛けしたことも多々あったことと存じます。それでも、理事・会員の皆様、ご参加いただきました皆様、協賛いただきました企業の皆様、実行委員・ボランティアの皆様、運営事務局の皆様など学会に関わっていただいた全ての方々のご協力により無事開催することができましたことに、心より感謝申し上げます。多くの貴重な経験をさせていただき、誠にありがとうございました。皆様の臨床・研究と、看護研究学会のますますのご発展をお祈りいたします。

第48回学術集会印象記

県立広島大学

黒田 寿美恵

第48回学術集会は、2022年8月27日（土）から28日（日）にかけて、松山市総合コミュニティセンターを会場として、会場参加、オンラインでのライブ配信、オンデマンド配信を組み合わせたハイブリッド方式で開催されました。プログラムは、現地会場のみ、現地会場とLIVE配信の併用、オンデマンド配信のみ、と参加形態が分かれており、また、現地会場とLIVE配信の併用プログラムの中には、録画コンテンツを後日オンデマンド視聴できるものもあり、時間帯が重なって参加できなかったプログラムや、再度見直したいプログラムを後日あらためてゆっくりと視聴できました。長引くコロナ禍で、全面オンライン開催の学術集会も多いなか、現地開催を決断してくださった学術集会長中西純子先生をはじめ、関係の皆様には厚く御礼申し上げます。8月末のこの時期は、新型コロナウイルス感染症第7波のピークを過ぎたとはいえ、心配している参加者向けに現地での感染対策を万全に行うこと、あるいは、無理せずオンライン参加に変更できることについてご連絡をくださり、安心して参加できた方が多かったのではないかと推察しています。私は、一般演題の座長を拝命していたこともあり、PCR検査の陰性を確認したうえで現地で参加し、また後日オンデマンド配信を視聴しました。

会長講演「看護の知を紡ぐ：実践と研究の往還で一步先へ」は、学術集会長である中西純子先生の研究者・教育者としての軌跡を、研究成果を実践にどう活かしてきたか、看護の知を学生や臨床看護師にどのように教育・啓発してきたかという観点からお話してくださいました。私も長らく大学教員の立場から看護に携わってきていることから、先生の講演を拝聴しながらこれまでの自分自身の実践と研究の往還についても振り返り、今後の活動への勇気をいただきました。

東京大学大学院医学系研究科の山本則子先生による教育講演Ⅰ「臨床現場から看護実践の知を創り出す事例研究」は、楽しみにしていたプログラムの一つでした。山本先生が開発されている「ケアの意味をみつめる事例研究」は、現象学や臨床心理学、教育学などを基盤とした事例研究の一方法で、研究の進め方が明確でプロセスが系統的に示されているため、臨床の方々も取り組みやすいと感じました。本手法はつぎなる実践に役立つ知を作ることを目的とされているとのことで、実践を大切にされている山本先生の思いをしっかりと受け取りつつ、看護実践の向上に寄与する有益な事例研究方法としてワクワクしながら拝聴しました。

教育講演Ⅲ「看護学における多変量解析による現象の解明へのアプローチ」は、「看護学のための多変量解析入門」の著者である聖路加国際大学大学院看護学研究科の中山和弘先生が講師でした。多変量解析の中心（コア）にあるものを“見える化”するために、円の重なりを使ったベン図を使って理解することが重要であるということが、腑に落ちる形で理解できました。私は質的研究を主な研究手法としていることから、統計解析は基本的なことしか理解できていませんでしたが、多変量解析を利用した論文の図表を批判的に読めるように、さらに勉強したいという思いを強く持ちました。このプログラムはオンデマンド配信により視聴したため、聞き逃した箇所やメモが取れなかった箇所を再度見直すこともでき、それにより一層理解が深まりました。

リレートーク「語り合おう！看護の知と看護実践」は、愛媛県の専門看護師・認定看護師および看護管理者の優れた実践を“看護の知”の活用に焦点を当てて全国に発信していきたいという趣旨の企画でした。患者や地域のために試行錯誤しながら新たな看護実践を創り上げてきた情熱とその手応えが、3名の発表者それぞれから伝わってきました。このプログラムには現地で参加したのですが、非常に元気をいただいたので、後日オンデマンド配信でも視聴しました。

編集委員会企画「看護学の新たな知の構築：受理される論文執筆のために何が必要か」は、和文誌の「日本看護研究学会雑誌」と国際英文誌の「Journal of International Nursing Research (JINR)」の両方に対する説明が聞けるとのことで楽しみにしていました。投稿論文の実際の査読期間、採択率などの情報、また、査読委員の評価が割れた場合はアクセプトする方向で検討しているという前向きな情報も得ましたので、学術集会后には所属する大学の教員や大学院生、修了生等に幅広く伝達しました。

一般演題の口演は、会場での発表（オンライン配信なし）、演者が現地参加できない場合は事前提出動画を会場で投影する形で行われました。私が座長を担当した群は全員が現地で発表し、会場からの質問も多くあり、活発な意見交換ができました。一般演題はオンデマンド配信もされており、現地参加ができなくとも最新の研究成果に触れる機会を得ることができるようになっていました。コロナ禍で思うようにデータ収集が進まないことも多かったと思いますが、研究を進めてこられた皆様に敬意を表します。

地元の高校生による書道パフォーマンスの企画もありました。コロナ禍で練習も制限されていると思いますが、元気の掛け声と躍動感あふれるパフォーマンスに学術集会の参加者全員が見入っていました。

最後になりましたが、学術集会長の中西純子先生、事務局長・実行委員長の松井美由紀先生をはじめ、企画・運営に携わってくださった皆様にあらためて感謝申し上げます。ハイブリッド開催は準備も当日の運営も非常に労力を要するものですが、現地参加かオンライン参加か、という選択肢を残してくださったことで、非常に楽しく、実りある学術集会への参加となりました。



リレートーク

第48回学術集会印象記

愛媛県立子ども療育センター
豊 崎 幸 子

新型コロナウイルス感染症の影響を受け、これまで多くの学会が中止あるいはWEB開催となっていました。しかし今回、一般社団法人日本看護研究学会第48回学術集会は松山市総合コミュニティセンターでハイブリッド開催となりました。私自身約3年ぶりの現地参加の学会でした。事前にいただいた参加券の封書には愛媛発祥のシトラスリボンが同封されており、コロナ禍の一日も早い終息を願う学術集会会長中西先生をはじめ学会事務局の皆様のお思いを感じました。

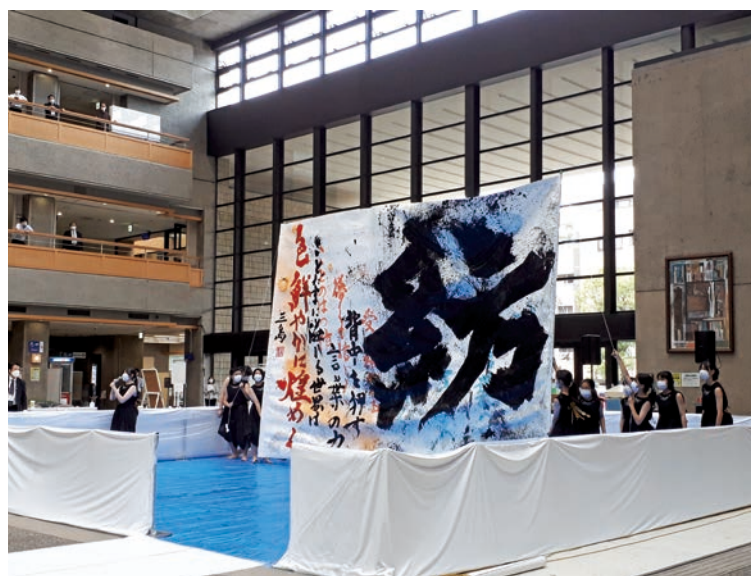
第1日目は、松山市立子規記念博物館 総館長竹田美喜先生の特別講演「子規・病牀六尺の世界とチーム・ケア」を拝聴いたしました。正岡子規は、愛媛県松山市で生まれた俳人で、日本の近代文学に多大な影響を及ぼした、明治を代表する文学者の一人です。子規は肺結核を患い、脊椎カリエスで34歳の生涯を閉じました。今回の竹田先生の講演で、子規が晩年、病牀で、門下たちから「チーム・ケア」を受けていたということを知り、とても感動しました。明治時代にしかも在宅で行なわれていたのです。寝たきりの病気となると、多くは忌み嫌われるところ、当時門下たちは、毎日関わりました。「看護輪番表」を作成し、1週間のうち6日、チームで看病したのです。私なら、即、緩和ケアの発想ですが、このチームは子規が絵や文章を書くことができる環境を整え、たとえ病牀であろうとも子規の生きがいを活かすことに注力しました。また、門下たちは、介護を担っていた子規の母親や妹にも気を配り、ある時は、土筆取りに誘ったこともありました。春の柔らかい暖かい日差しを背に受けながらプチプチと土筆を取る。帰れば、指先を茶色に汚しながら袴を取り、そして甘辛く煮る。こうした家族の楽しみはそばで見ている子規の楽しみにもなり、双方が穏やかな気持ちになります。この特別講演から、1. 病気を正しく恐れること、2. チームで関わることの大切さ、3. 最期まで生きる心を持つ、鼓舞する関わり方、4. 介護する人にもケアをすることが患者の安寧につながることを改めて学びました。

第2日目は、「リレートークー語り合おう！看護の知と看護実践ー」を拝聴いたしました。まず、愛媛県立中央病院緩和ケア認定看護師 西谷恵さんは、「専門性を高めることで得た看護の力」と題し、病棟でのお話をされました。ご自身の知識を現場の看護にどのように活かしていけばよいかを考えると、一緒にチーム看護をするスタッフをどのように巻き込んだらよいか、という視点で考えておられるとのことでした。私たちは理論に患者をあてはめて分析しがちですが、目の前の患者と向き合い、根拠のある実践を積み重ねていくことが大切で、それが、自分自身の力となり、周りを動かす力にもなる、と言われていました。専門的だからといって一方的に「伝える」のではなく、一緒に考える姿勢が大切だということを改めて実感しました。次に愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻助教／地域看護専門看護師 吉田美由紀さんは、「実践知からその先へーその人らしさを地域で支えるためにー」と題し、これまで担われた数々の現場でのお話や研究のお話をされました。吉田さんは以前、臨床実践の場で緩和ケア研修会の講師もされていましたので、これまでに何度もお目にかかる機会がありました。このたびは「久しぶりに吉田さんにお会いできる」と楽しみにしておりました。今回のお話では、1. 実践知と科学的根拠と教育のトライアングル、2. 在宅緩和ケアにおいて、看取りのあり方は様々である。自分たちの価値観の押し付けでは

いけない, 3. 人を育てるためには「伝える」だけではなく、「問いかけ」が重要である, 4. 何事においてもまずは相手の思いを引き受ける, ということが, 心に残っています。また, 様々な研究結果をどのように現場に活かすかが, 今後の課題だと言われており, 共感しました。とても興味深く思っています。最後に医療法人朝陽会美須賀病院総師長 重見美代子さんは, 「“看護の知”で変化した看護と病院—ある中規模病院の挑戦—」と題し, 看護管理者としてのお話をされました。重見さんの「地方の小さな病院から日本の看護を変える」という思いや「患者さんのために, スタッフのために」という思いが, 熱意となって終始, とてもよく伝わってきました。重見さんの「伝え方」は「体験させる」ということでした。「て・あーて」「ノーリフティングケア」はいずれも技術であり, 技術においては「体験」が効果的であることは, 私も経験上, 領けました。学会直後, 「て・あーて」がとても気に入り, さらに調べました。結果, 「熱布バックケア」を「熱布首肩ケア」に縮小して, 自部署の一部のスタッフ間で「体験」という機会を設けました。「熱布バックケア」に至らなかったのは, 実施する時間や場所に制約があったからです。しかし, 実施したスタッフ全員が「あー, 気持ちがいい」「サロンみたい」「アロマオイルをお湯に入れたらもっと癒されますね」と言いました。首と肩だけでも気持ちが良いことがわかりました。これが, 背部全体に覆われたなら, さらに気持ちが良いことは想像に難くないでしょう。実施したスタッフが, この心地よい体験を是非とも患者さんのケアに活かしたいと感じ, 行動を起こし, 実践に繋がることを期待しています。

第2日目, 愛媛県立三島高等学校書道部による書道パフォーマンスを拝見いたしました。この高校がある四国中央市は愛媛県の東端に位置し, 紙関連の製造品出荷額日本一として知られています。「書道パフォーマンス」は2008年に前記高等学校書道部員たちが, 高校の文化祭や地元のイベントで音楽に合わせて大きな紙に歌詞を揮毫する「書のデモンストレーション」として披露したのが始まりです。紙のまちならではの書道大会は全国大会に発展し, 映画化もされました。やはりLive演技は壮大です。パフォーマンスそのものにも思わず息を呑む瞬間がたくさんありましたが, 完成した書「紡」が掲げられた時には, さらに感動しました。

今回, 会場に足を運び, 場を共有し, 空気を感じ, 雰囲気を楽しむことができました。発表者の緊張感, 参加者の真剣さ, 会場の和やかさ, それら全てに視線を送ることができ, 様々な意味で視野が広がりました。改めて現地開催の意義を感じました。本学術集会会長をはじめ, 運営組織内の各委員長, 各員の皆様に深く感謝申し上げます。今回の学術集会のテーマである「実践と研究の往還で紡ぐ看護の知」。立場や分野を超えて看護の知を伝え, それが伝わり, 形となって未来に紡がれていくことを願います。



書道パフォーマンス

第49回学術集会開催のご挨拶

一般社団法人

日本看護研究学会第49回学術集会

会 長 叶 谷 由 佳

(横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域 教授)

一般社団法人日本看護研究学会 第49回学術集会の大会長を務めることになりました横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域の叶谷です。

第49回学術集会は2023年8月19日(土)～20日(日)に完全オンラインにて開催させていただきます。

一般社団法人日本看護研究学会は看護系学会の中でも歴史が古く、源流となる4国立大学の連絡協議会が発足されたのは1970年であり、学術集会は半世紀を迎える第50回の前年にあたります。一般社団法人日本看護研究学会は看護学における研究の発展に長く貢献していると言っても過言ではないと思います。

このような中、2019年からコロナウイルス感染症拡大の影響を受け、社会全体が翻弄されてきました。しかし、このことによって様々な変革が進んできました。会議や講義はリモートやオンラインが進み、学術集会もオンラインやオンデマンド、ハイブリッドという開催方法の多様化が進み、それによるメリットも見えてきたように思います。それらの経験を活かして、新しい学術集会の形として第49回学術集会では完全オンラインでの開催としました。企画委員会もオンラインで行うこととしたため、全国にいる企画委員の先生に参加いただいています。また一般社団法人日本看護研究学会の特徴でもあります地方会の代表の先生にもご協力いただいています。

学術集会のテーマは「看護の可能性の探求」としました。看護職はいつの時代も様々な分野で貢献してきました。コロナ禍で、看護の重要性はさらに認識されたと思います。しかし、看護の可能性はまだまだ無限だと思っています。例えば、看護学を医療だけではなく、他分野でも応用する余地があると思いますし、他の研究分野と共同することでもっと幅広い研究に発展する余地があると思います。第49回学術集会では、社会への貢献度をさらに高めていくために、看護を探求し、発展させる場を提供していきたいと考えます。

詳細については学術集会ホームページをご確認ください。

多くの皆様のご参加をお待ちしております。

※一般社団法人日本看護研究学会第49回学術集会ホームページ

<https://site.convention.co.jp/jsnr49/>



一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

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

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

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

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造^{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名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員（西暦発行年）．表題．雑誌名，巻（号），開始ページ-終了ページ．

— 例 —

日本太郎，看護花子，研究二郎（1998）．社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴．日本看護研究学会雑誌，2(1)，32-38．

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名（西暦発行年）．書籍名．引用箇所の開始ページ-終了ページ，出版地：出版社名．

— 例 —

研究太郎（1995）．看護基礎科学入門．23-52，大阪：研究学会出版．

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名（原著発行年）／訳者名（翻訳書発行年）．翻訳書名（版数）．(pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数)．出版地：出版社名．

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳（2008）．看護における理論構築の方法．(pp.77-79)．東京：医学書院．

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者（監修者）が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名（西暦発行年）．表題．編集者名（編），書籍名（pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ）．出版地：出版社名．

— 例 —

研究花子（1998）．不眠の看護．日本太郎，看護花子（編），臨床看護学Ⅱ（pp.123-146）．東京：研究学会出版．

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

– Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

– 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. <http://www.xxxxxxx> (参照 年-月-日)

– Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

– 著者名 (出版年). 書籍名. doi: xx,xxxxxx (参照 年-月-日)

– Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

– 著者名 (出版年). 書籍名. <http://www.xxxxxxx> (参照 年-月-日)

– Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

– 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx (参照 年-月-日)

– Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

– 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx> (参照 年-月-日)

– Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

– 著者名 (投稿・掲載の年月日). Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx> (参照 年-月-日)

– Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆shortDOI, 短縮URL

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

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から, 自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果, 希望する種別では不採用となったり, 採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード (5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること), 本文枚数, 図枚数 (用紙1枚につき1つ), 表枚数 (用紙1枚につき1つ), 写真点数 (用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける), 著者氏名 (著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所 (連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス)を入力する。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は250ワード以内とする。構造化された形式とし, Objective, Methods, Results, Conclusionsの見出しをつける。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック (英語を母国語とする人によるチェック) の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。構造化された形式とし, 目的, 方法, 結果, 結論の見出しをつける。

10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を下記の例を参考に、「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

《利益相反のある場合》

(和文)

- 本研究は資金の提供を〔企業名〕から受けた。
- 〔該当する著者名〕らは、〔企業名〕から報酬を受領している。
- 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。

(注)

1. 論文目録

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

著者名: 標題, 英文標題, 巻 (号), 掲載頁, 発行年 (西暦). の順に掲載した。

2. 著者索引

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

3. 事項索引

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

1. 論文目録

第45巻

[原著]

雑子侑里, 門間晶子, 尾崎伊都子: 労働者を対象とした, 生活習慣病予防に向けた保健指導の初回面接場面における, 相談者と支援者の相互作用, *Interaction Between Health Guidance Practitioners and Employees Receiving Health Guidance in First Time to Prevent Lifestyle-Related Diseases*, 45(1), 15-27, 2022.

北島洋子, 細田泰子: 新人看護師の職場適応尺度の開発 — 職場適応行動と職場適応状態 —, *Workplace Adaptation Behavior and State Scales for New Nurses: Testing for Reliability and Validity*, 45(1), 29-40, 2022.

松下由美子, 菱田知代: 在宅看護学実習における実習指導者の「やりがい」の創出, *Job Satisfaction in Clinical Practice Leaders in Homecare Nursing Practice*, 45(1), 41-50, 2022.

坂井真愛, 伊東美佐江, 山本加奈子: 療養場所の移行を迫られた高齢がん患者の家族が家で自分が看る意味を見出していくプロセス, *Finding Purpose in Home Care of an Elderly Family Member with Cancer after their Involuntary Discharge from the Hospital*, 45(2), 215-229, 2022.

後藤喜広, 伊藤桂子: セクシュアル・ハラスメントを受けた男性看護師が働き方を構築するプロセス, *Work Style Development Processes of Male Nurses Exposed to Sexual Harassment*, 45(2), 231-244, 2022.

後藤喜広: 男性看護師が経験するセクシュアル・ハラスメントに関する研究, *Sexual Harassment Experienced by Male Nurses*, 45(2), 245-259, 2022.

川村晃右, 松本賢哉, 森岡郁晴: 女子看護系大学生の Broad Autism Phenotype の状況とコミュニケーション・スキル, 看護実践能力との関連, *Status of the Broad Autism Phenotype Among Female Nursing University Students: Relationships to Communication and Nursing Practice Skills*, 45(2), 261-269, 2022.

小野寺美希子: COVID-19に関する仕事経験を通じた看護師の学習プロセス, *Process of Nurses' Learning Through Work Experience in a COVID-19 Ward*, 45(4), 705-724, 2022.

上妻尚子, 田口太郎, 樋口マキエ: 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, *Collaboration Between Nursing and Acupuncture to Regulate Autonomic Nerve Activity at Night and Resolve Menopausal Symptoms*, 45(4), 737-747, 2022.

高橋智子: 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 —, *Development of a Model for Daily Living Care in Acute Nursing: An Attempt to Construct a Theory Using a Hybrid Method*, 45(4), 749-760, 2022.

大塩佳名子, 流郷千幸: 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, *Impact of Marital Relationship Satisfaction on Feelings of Parenting Difficulty in Response to a Child Crying*, 45(4), 761-770, 2022.

堀口智美, 稲垣美智子, 多崎恵子, 浅田優也: 糖尿病看護に携わる看護師によるアクションリサーチを用いた手ごたえを得る取り組み, *An Attempt to Obtain Effective Results by Diabetes-Care Nurses through Action Research*, 45(5), 885-895, 2022.

浅海菜月, 安達圭一郎, 大神綾夏: 日本語版チームに対する心理的安全尺度看護師用 (Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses: JPSN) の作成と信頼性・妥当性の検討, Development of the “Japanese version of Team Psychological Safety for Nurses” (JPSN) and testing its reliability and validity, 45(5), 897-903, 2022.

南崎真綾, 土肥真奈, 叶谷由佳: 身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理実践, Nursing Management Practices in Acute Settings that Succeeded in Reducing and Eliminating the Use of Physical Restraints, 45(5), 905-914, 2022.

上山千恵子: 2つの精神科病棟における入院患者の自殺をめぐる看護師の体験: 病棟チームの組織的・文化的文脈に注目して, Nurses' Experiences of Patient Suicide in Two Psychiatric Wards: Focusing on the Organizational and Cultural Contexts of the Ward Team, 45(5), 915-925, 2022.

中村史江, 山門 實: 看護師の16時間夜勤から13時間夜勤への勤務体制変更による心の健康度と疲労蓄積度ならびに酸化ストレスバランスの変化の検証, Verification of Changes in Mental Health, Fatigue Accumulation, and Oxidative Stress Balance among Nurses due to Change from 16-Hour to 13-Hour Night Shifts, 45(5), 927-935, 2022.

宮田瑠里子, 尾崎伊都子, 門間晶子: 喫煙者が加熱式タバコを「タバコを吸い続けるための逃げ道」とするプロセス, Process of Using Heated Tobacco Products for Smokers to Continue Smoking, 45(5), 937-950, 2022.

〔研究報告〕

新谷理恵子, 佐藤三穂, 大友里奈, 佐藤 靖, 佐藤隆太, 中山瑛里, 大萱生一馬, 奥村美灯, 逸見奈緒, 矢野理香, 高橋久美子: COVID-19患者の看護を実践した病棟看護師の心理状況, Psychological States of Nurses who Engaged in COVID-19 Patient Care in the Inpatient Ward, 45(1), 3-11, 2022.

鈴木佳奈, 大釜 恵, 渡部節子: 血液培養検体採取時のコンタミネーションに対する皮膚泡洗浄剤効果, Effectiveness of Skin Foam Cleaner Against Contamination During Blood Culture Collection, 45(1), 51-58, 2022.

新村洋未, 佐藤政枝: 「看護学生の気づき」の概念分析, Concept Analysis of Awareness of Nursing Students in Nursing Education, 45(1), 59-70, 2022.

岸田泰子, 山口雅子, 森岡郁晴: 第三者の関与による生殖補助医療の現状と意識: 不妊治療経験者男女と不妊治療経験のない女性の比較, Status and Awareness of Assisted Reproductive Technology Involving a Third Party Comparison Between Men and Women Who Have Undergone Infertility Treatment and Women Who Have Not, 45(1), 71-80, 2022.

仲下祐美子: わが国の看護学生への喫煙防止・禁煙教育および禁煙支援教育プログラムに関する研究のシステマティックレビュー, A Systematic Review of the Effectiveness of Educational Programs for Non-smoking and Smoking Cessation Support among Nursing Students in Japan, 45(1), 81-91, 2022.

神田希子, 中障子和泉, 山崎綾夏, 岡田祐来, 鹿野 楓, 後藤美里, 関 瑞穂, 古川真菜, 水島 彩, 柳原清子, 稲垣美智子, 堀口智美: 看護師のセクシュアル・マイノリティに関する認識の実態, A Survey of Nurses' Consciousness Concerning Sexual Minorities, 45(1), 93-104, 2022.

田中聡美, 布施淳子: 病院に勤務する看護師の職務に対する幸福感の認識, Perceptions of Job Happiness of Nurses Working in Hospitals, 45(1), 105-120, 2022.

濱谷雅子：訪問看護師の足病変のケアに意欲的でない療養者への支援, *Home Visiting Nurses' Support for People who Believe they Need not Care for Foot Lesions*, 45(2), 271-281, 2022.

中野沙織, 岩佐幸恵, 岸田佐智：長く働き続けることができる看護師が獲得した働き続けるための「心の強さ」の構造, *The Structure of "Staying Power," The Set of Skills that Empower Nurses' Long-Term Continuation in the Profession*, 45(2), 283-296, 2022.

渡邊実香, 高橋由紀, 大橋幸美：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, *Healthcare Providers' Perceptions of Changes in Reproductive Healthcare Systems, Treatment, and Hospital Visits for Elderly Infertility Patients During COVID-19*, 45(4), 725-734, 2022.

西田千夏, 合田友美：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 —看護師管理者の認識による実態調査から—, *Current Status and Issues Related to In-service Training, Including Reasonable Accommodation for Nurses with Noticeable Characteristics of Developmental Disabilities: A Nursing Administrator Perspective*, 45(4), 771-781, 2022.

竹内千夏, 吉本知恵：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, *Current Status and Factors Related to Nursing Practice for Older Adults with Dementia in Acute Care Hospitals*, 45(4), 783-797, 2022.

高田 望：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, *Effect of Partnership Nursing System on Nurses' Autonomy and Practical Nursing Ability*, 45(4), 799-807, 2022.

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：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, *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*, 45(4), 809-821, 2022.

高柳智子：ベッド・車椅子間移乗時に転倒した回復期脳卒中患者に対して、「一人での移乗を続けてよい」と判断する看護師の判断視点の因子構造, *Factor Structure of Nurses' Perspectives on Determining the Appropriateness of allowing post-acute Stroke Patients to Transfer Independently during Bed-from/ to-wheelchair Transfers after a Fall*, 45(5), 951-958, 2022.

[技術・実践報告]

森 礼子, 柳澤理子：フィリピン出生結核患者用リスクアセスメント票の開発 —リスク項目の内容妥当性の検討—, *Development of a Risk Assessment Sheet for Philippine-Born Patients with Tuberculosis: Examination of the Validity of Risk Items*, 45(2), 297-309, 2022.

姫野稔子, 孫田千恵：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～, *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*, 45(4), 823-832, 2022.

森 礼子, 柳澤理子：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—, *Examination of Assessment Form Items for Community Directly Observed Treatment Short-Course Risk of Medication Interruption: Validation by a TB Expert Panel*, 45(4), 833-840, 2022.

〔総説〕

岡美智代, 石川純子, 上星浩子, 松本光寛, 高橋さつき, 伊藤美鈴: Virginia Braun and Victoria Clarkeによる再帰的テーマティック分析を中心としたテーマティック分析の概要と分析プロセス, Overview and Procedure of Thematic Analysis Focusing on Reflexive Thematic Analysis by Virginia Braun and Victoria Clarke, 45(2), 145-158, 2022.

法橋尚宏, 太田浩子, 林 綺婷, 和辻雄仁: エスノグラフィックリサーチの方法と研究事例, Procedures for Conducting Ethnographic Research and Research Case Studies, 45(2), 159-175, 2022.

今井多樹子, 川畑貴寛: テキストマイニングを援用した看護研究の動向: 分析方法を中心に, Trends in Nursing Research Using Text Mining in Qualitative Data: Focus on Analysis Methods, 45(2), 177-199, 2022.

荒木田美香子, 豊増佳子, 仲野宏子: 質的研究における質的データ分析ソフトウェアの活用状況の実態, Usage Status of Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software in Qualitative Research, 45(2), 201-212, 2022.

佐藤美紀子, 百田武司: 脳卒中後のアパシー (apathy) に関する国内外の文献レビュー, A Review of Japanese and Foreign Literature Regarding Post-Stroke Apathy, 45(2), 311-325, 2022.

隼 智子, 中尾友美, 清水安子: 外国人を含む家族の体験に関する文献検討 ―患者を支える家族員の異文化体験に注目して―, Review of the Experiences of Families Including Foreigners: Consideration of the Cross-Cultural Experiences of Family Members Supporting a Patient, 45(5), 959-969, 2022.

稲垣圭吾: 臨床看護における色情報の評価方法に関する文献レビュー, Methods of Evaluation for Color Information in Clinical Nursing: A Literature Review, 45(5), 971-978, 2022.

〔資料・その他〕

宮良淳子, 柴 裕子, 市江和子: 不登校からフリースクールを経て再登校を決めた経験者の心理的プロセス, Process of Deciding to Return to School for Students with Continuous School Attendance Refusal, 45(2), 327-338, 2022.

山中政子, 鈴木久美: がん疼痛のある外来患者に対するオピオイド鎮痛薬の服薬指導および看護ケアの実態調査 ―がん診療連携拠点病院と一般病院の比較―, A Survey of Opioid Analgesic Medication Guidance and Nursing Care for Outpatients with Cancer Pain: Comparison between Designated Cancer Hospitals and General Hospitals, 45(2), 339-348, 2022.

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: 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, Regional Differences in the Current Status of Pediatric Home Nursing Stations, 45(4), 841-853, 2022.

池田 智: 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, The Relationship between Sense of Coherence, Occupational Stress, Organizational Climate, Identity, and Mental Health among New Graduate Nurses in Specialized Hospitals, 45(4), 855-868, 2022.

嶋岡征宏, 山勢博彰, 田戸朝美: ICU患者の睡眠評価尺度 (ISES) の開発 ―妥当性と信頼性の検証―, Development of an ICU Sleep Evaluation Scale: A Validity and Reliability Study, 45(5), 979-989, 2022.

2. 著 者 索 引

あ

赤羽根 章 子 45(4) 809, 45(4) 841
 浅 海 菜 月 45(5) **897**
 浅 田 優 也 45(5) 885
 安 達 圭一郎 45(5) 897
 荒木田 美香子 45(2) **201**

い

池 田 智 45(4) **855**
 石 川 純 子 45(2) 145
 市 江 和 子 45(2) 327
 市 川 百香里 45(4) 809, 45(4) 841
 逸 見 奈 緒 45(1) 3
 伊 藤 桂 子 45(2) 231
 伊 東 美佐江 45(2) 215
 伊 藤 美 鈴 45(2) 145
 稲 垣 圭 吾 45(5) **971**
 稲 垣 美智子 45(1) 93, 45(5) 885
 今 井 多樹子 45(2) **177**
 岩 佐 幸 恵 45(2) 283

え

遠 渡 絹 代 45(4) 809, 45(4) 841

お

大 釜 恵 45(1) 51
 大 神 綾 夏 45(5) 897
 大萱生 一 馬 45(1) 3
 大 塩 佳名子 45(4) **761**
 太 田 浩 子 45(2) 159
 大 友 里 奈 45(1) 3
 大 橋 幸 美 45(4) 725
 岡 美智代 45(2) **145**
 岡 田 摩 理 45(4) 809, 45(4) 841
 岡 田 祐 来 45(1) 93
 奥 村 美 灯 45(1) 3
 尾 崎 伊都子 45(1) 15, 45(5) 937
 小野寺 美希子 45(4) **705**

か

門 間 晶 子 45(1) 15, 45(5) 937
 鹿 野 楓 45(1) 93
 叶 谷 由 佳 45(4) 809, 45(4) 841,
 45(5) 905
 上 山 千恵子 45(5) **915**
 川 畑 貴 寛 45(2) 177
 川 村 晃 右 45(2) **261**
 神 田 希 子 45(1) **93**

き

岸 田 佐 智 45(2) 283
 岸 田 泰 子 45(1) **71**
 北 島 洋 子 45(1) **29**

こ

合 田 友 美 45(4) 771
 上 妻 尚 子 45(4) **737**
 後 藤 美 里 45(1) 93
 後 藤 喜 広 45(2) **231**, 45(2) **245**

さ

坂 井 真 愛 45(2) **215**
 雑 子 侑 里 45(1) **15**
 佐 藤 靖 45(1) 3
 佐 藤 政 枝 45(1) 59
 佐 藤 美紀子 45(2) **311**
 佐 藤 三 穂 45(1) 3
 佐 藤 隆 太 45(1) 3

し

柴 裕 子 45(2) 327
 嶋 岡 征 宏 45(5) **979**
 清 水 安 子 45(5) 959
 上 星 浩 子 45(2) 145
 新 谷 理恵子 45(1) **3**
 新 村 洋 未 45(1) **59**

す

鈴 木 佳 奈 45(1) **51**
 鈴 木 久 美 45(2) 339

せ

関 瑞 穂 45(1) 93

た

高 田 望 45(4) **799**
 高 橋 久美子 45(1) 3
 高 橋 さつき 45(2) 145
 高 橋 智 子 45(4) **749**
 高 橋 由 紀 45(4) 725
 高 柳 智 子 45(5) **951**
 多 崎 恵 子 45(5) 885
 田 口 太 郎 45(4) 737
 竹 内 千 夏 45(4) **783**
 田 戸 朝 美 45(5) 979
 田 中 聡 美 45(1) **105**

と

土 肥 真 奈 45(5) 905
 泊 祐 子 45(4) 809, 45(4) **841**
 豊 増 佳 子 45(2) 201
 部 谷 知佐恵 45(4) **809**, 45(4) 841

な

中 尾 友 美 45(5) 959
 仲 下 祐美子 45(1) **81**
 中障子 和 泉 45(1) 93
 中 野 沙 織 45(2) **283**
 仲 野 宏 子 45(2) 201
 中 村 史 江 45(5) **927**
 中 山 瑛 里 45(1) 3

に

西 田 千 夏 45(4) **771**

は

濱田裕子 45(4) 809, 45(4) 841
濱谷雅子 45(2) 271
林綺婷 45(2) 159

ひ

樋口マキエ 45(4) 737
菱田知代 45(1) 41
姫野稔子 45(4) 823
百田武司 45(2) 311

ふ

布施淳子 45(1) 105
古川真菜 45(1) 93

ほ

法橋尚宏 45(2) 159
細田泰子 45(1) 29
隍智子 45(5) 959
堀口智美 45(1) 93, 45(5) 885

ま

孫田千恵 45(4) 823
松下由美子 45(1) 41
松本賢哉 45(2) 261
松本光寛 45(2) 145

み

水島彩 45(1) 93
南崎真綾 45(5) 905
宮田瑠里子 45(5) 937
宮良淳子 45(2) 327

も

森礼子 45(2) 297, 45(4) 833
森岡郁晴 45(1) 71, 45(2) 261

や

柳澤理子 45(2) 297, 45(4) 833
柳原清子 45(1) 93
矢野理香 45(1) 3
山門實 45(5) 927

山口雅子 45(1) 71
山崎綾夏 45(1) 93
山勢博彰 45(5) 979
山中政子 45(2) 339
山本加奈子 45(2) 215

よ

吉本知恵 45(4) 783

り

流郷千幸 45(4) 761

わ

渡邊実香 45(4) 725
渡部節子 45(1) 51
和辻雄仁 45(2) 159

3. 事 項 索 引

あ			
ICU	45(5) 979	看護師の体験	45(5) 915
アクションリサーチ	45(5) 885	看護職-患者関係	45(2) 271
アパシー	45(2) 311	看護提供方式	45(4) 799
		がん疼痛	45(2) 339
い		き	
イーミック	45(2) 159	喫煙	45(5) 937
意思決定	45(2) 215	喫煙防止・禁煙教育	45(1) 81
移動運動	45(5) 951	気づき	45(1) 59
異文化	45(5) 959	客観的	45(5) 971
色情報	45(5) 971	客観的評価	45(5) 979
インターネット調査	45(1) 71	急性期病院	45(4) 783, 45(5) 905
		禁煙	45(5) 937
		禁煙支援教育	45(1) 81
え		く	
M-GTA	45(5) 937	グラウンデッド・セオリー・アプローチ	45(2) 271
エスノグラフィー	45(2) 159, 45(5) 915	クラスター分析	45(2) 261
エスノグラフィックリサーチ	45(2) 159	クリティカルケア看護	45(4) 749
エティック	45(2) 159	車椅子	45(5) 951
お		け	
オピオイド鎮痛薬	45(2) 339	経験	45(1) 3
か		経験学習	45(4) 705
外国人	45(5) 959	血液培養	45(1) 51
介護予防	45(4) 823	結核	45(2) 297
概念分析	45(1) 59	結核患者支援	45(2) 297, 45(4) 833
外来患者	45(2) 339	研究動向	45(2) 177
家族	45(2) 215, 45(5) 959	現任教育	45(4) 771
活用状況	45(2) 201	権力構造	45(2) 245
加熱式タバコ	45(5) 937	こ	
がん患者	45(2) 215	COVID-19	45(1) 3, 45(4) 705
看護学生	45(1) 59, 45(1) 81		45(4) 725
看護管理	45(5) 905	後期高齢者	45(4) 823
看護管理者	45(4) 771	広範な自閉症発現型	45(2) 261
看護ケア	45(2) 339	幸福感	45(1) 105
看護研究	45(2) 177	合理的配慮	45(4) 771
看護師	45(1) 3, 45(1) 93	高齢者	45(5) 905
	45(1) 105, 45(2) 283	高齢不妊患者	45(4) 725
	45(5) 885, 45(5) 897	コード	45(2) 145
	45(5) 927	心の健康度	45(5) 927
看護実践	45(4) 783		
看護実践能力	45(2) 261, 45(4) 799		

個別患者支援計画	45(4) 833
コミュニケーション・スキル	45(2) 261
コンタミネーション	45(1) 51

さ

再帰的テーマティック分析	45(2) 145
在宅看護学実習	45(1) 41
在宅ケア	45(4) 809
酸化ストレスバランス	45(5) 927

し

思春期	45(2) 327
システムティックレビュー	45(1) 81
実習指導者	45(1) 41
質的研究	45(2) 177, 45(2) 201
質的研究法	45(2) 145
質的データ分析ソフトウェア	45(2) 201
尺度開発	45(1) 29
尺度作成	45(5) 979
13時間夜勤体制	45(5) 927
修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	45(2) 231, 45(2) 283
	45(2) 327
主観的評価	45(5) 979
熟練看護職	45(2) 283
受診動向	45(4) 725
首尾一貫感覚	45(4) 855
小児看護	45(4) 809
小児訪問看護	45(4) 841
初回面接	45(1) 15
職業継続	45(2) 283
職業性ストレス	45(4) 855
職場適応	45(1) 29
女子看護系大学生	45(2) 261
自律神経活動	45(4) 737
自律性	45(4) 799
新人看護師	45(1) 29
新卒看護師	45(4) 855
身体拘束	45(5) 905
心理的安全	45(5) 897
心理面	45(1) 3
診療体制	45(4) 725
診療報酬	45(4) 809

す

睡眠	45(5) 979
----	-----------

せ

生活習慣病	45(1) 15
生殖補助医療	45(1) 71
精神科病棟	45(5) 915
精神健康度	45(4) 855
セクシュアル・ハラスメント	45(2) 231, 45(2) 245
セクシュアル・マイノリティ	45(1) 93

そ

相互作用	45(1) 15
組織風土	45(4) 855

た

体験	45(5) 959
第三者の関与による生殖補助医療	45(1) 71
対話	45(1) 15
他施設・多職種連携の困難	45(4) 841
男性看護師	45(2) 231, 45(2) 245

ち

地域DOTS	45(2) 297, 45(4) 833
地域差	45(4) 841
中程度の更年期症状	45(4) 737

て

テーマ	45(2) 145
テーマティック分析	45(2) 145
テキストマイニング	45(2) 177
手ごたえ	45(5) 885
転倒・転落	45(5) 951

と

糖尿病	45(5) 885
トランジション	45(1) 29

な

泣き	45(4) 761
----	-----------

に

日常生活ケア	45(4) 749
日本	45(1) 81

入院患者の自殺	45(5) 915	保健指導	45(1) 15
乳児	45(4) 761		
認識	45(1) 93	ま	
認知症高齢者	45(4) 783	マイノリティ	45(1) 93
の		み	
脳卒中	45(2) 311, 45(5) 951	見守り	45(4) 737
能力	45(4) 705	見る意味	45(2) 215
は		や	
パートナーシップ・ナーシング・システム	45(4) 799	やりがい	45(1) 41
ハイブリッドモデル	45(4) 749		
発達障害特性	45(4) 771	り	
鍼治療	45(4) 737	療養場所の移行	45(2) 215
ひ		理論構築	45(4) 749
皮膚泡洗浄剤	45(1) 51	理論モデル	45(4) 749
皮膚消毒方法	45(1) 51	臨床的判断	45(5) 951
評価方法	45(5) 971		
病棟	45(1) 3		
病棟文化	45(5) 915		
疲労蓄積度	45(5) 927		
ふ			
ファシリテーター	45(5) 885		
フィリピン人結核患者	45(2) 297		
夫婦関係満足度	45(4) 761		
服薬指導	45(2) 339		
服薬中断リスク	45(2) 297, 45(4) 833		
服薬中断リスクアセスメント票	45(4) 833		
フットケア	45(2) 271		
フットケアプログラム	45(4) 823		
不登校	45(2) 327		
不妊治療	45(1) 71		
フリースクール	45(2) 327		
プロフェッショナルリズム	45(4) 705		
文化	45(2) 159		
文献検討	45(5) 959		
文献レビュー	45(2) 311		
分析作業への効果	45(2) 201		
分析方法	45(2) 177		
ほ			
訪問看護	45(2) 271, 45(4) 809		

A

ability	45(4)	705
accidental falls	45(5)	951
action research	45(5)	885
Actual Conditions of the Utilization	45(2)	201
acupuncture	45(4)	737
acute care hospital	45(4)	783
Acute Hospital	45(5)	905
adolescence	45(2)	327
Aged	45(5)	905
an internet survey	45(1)	71
Analysis Method	45(2)	177
apathy	45(2)	311
assisted reproductive technology	45(1)	71
assisted reproductive technology involving a third party	45(1)	71
autonomic nerve activity	45(4)	737
autonomy	45(4)	799
Awareness	45(1)	59

B

blood culture	45(1)	51
Broad Autism Phenotype	45(2)	261

C

cancer pain	45(2)	339
cancer patient	45(2)	215
CAQDAS	45(2)	201
career continuation	45(2)	283
Characteristics of Developmental Disabilities	45(4)	771
clinical judgement	45(5)	951
clinical practice leaders	45(1)	41
cluster analysis	45(2)	261
code	45(2)	145
color information	45(5)	971
communication skills	45(2)	261
community DOTS	45(2)	297, 45(4) 833
Concept Analysis	45(1)	59
Consciousness	45(1)	93
contamination	45(1)	51
COVID-19	45(1)	3, 45(4) 705
	45(4)	725
critical care	45(4)	749
cross-culture	45(5)	959
crying	45(4)	761

culture	45(2)	159
---------	-------	-----

D

daily living care	45(4)	749
decision making	45(2)	215
default risk assessment form	45(4)	833
diabetes	45(5)	885
dialogue	45(1)	15

E

Effect on analytical work	45(2)	201
elderly aged 75 and over	45(4)	823
emic, etic	45(2)	159
ethnographic research	45(2)	159
ethnography	45(2)	159, 45(5) 915
evaluation method	45(5)	971
experience	45(1)	3
experiences	45(5)	959
experiential learning	45(4)	705

F

facilitators	45(5)	885
family	45(2)	215, 45(5) 959
fatigue accumulation	45(5)	927
female nursing university student	45(2)	261
filipino tuberculosis patient	45(2)	297
first interview	45(1)	15
foot care	45(2)	271
foot care programs	45(4)	823
foreigners	45(5)	959
40 years or over infertility patients	45(4)	725
free school	45(2)	327

G

grounded theory	45(2)	271
-----------------	-------	-----

H

happiness	45(1)	105
health guidance	45(1)	15
Heat-not-burn tobacco	45(5)	937
home care	45(4)	809
home nursing	45(2)	271
home nursing stations with pediatric users	45(4)	841
homecare nursing practice	45(1)	41

hybrid model	45(4)	749	Nurse Administrators	45(4)	771
			nurse-patient relations	45(2)	271
I			nurses	45(1)	3, 45(2) 283
ICU	45(5)	979		45(5)	885
Individual patient support plan	45(4)	833	nurses' experience	45(5)	915
infant	45(4)	761	nursing care	45(2)	339
infertility treatment	45(1)	71	Nursing Management	45(5)	905
inpatient suicide	45(5)	915	nursing practice	45(4)	783
inpatient ward	45(1)	3	nursing practice skills	45(2)	261
In-service Training for Nurses	45(4)	771	Nursing Research	45(2)	177
interaction	45(1)	15	Nursing Student	45(1)	59
			nursing students	45(1)	81
J			nursing system	45(4)	799
Japan	45(1)	81	O		
job satisfaction	45(1)	41	objective	45(5)	971
			objective evaluation	45(5)	979
L			obtaining effective results	45(5)	885
lifestyle-related diseases	45(1)	15	occupation continuation	45(2)	283
literature review	45(2)	311	occupational stress	45(4)	855
locomotion	45(5)	951	older adults with dementia	45(4)	783
			opioid analgesic	45(2)	339
M			organizational climate	45(4)	855
male nurse	45(2)	231	outpatient	45(2)	339
male nurses	45(2)	245	oxidative stress balance	45(5)	927
Marital relationship satisfaction	45(4)	761	P		
meaning of caring	45(2)	215	partnership nursing system	45(4)	799
medical care and consultation	45(4)	725	patient support	45(4)	833
medical care and consultation trends	45(4)	725	pediatric nursing	45(4)	809
medical fee	45(4)	809	Physical Restraint	45(5)	905
medication guidance	45(2)	339	power structure	45(2)	245
mental health	45(4) 855,	45(5) 927	practical nursing ability	45(4)	799
Minority	45(1)	93	preventive long-term care	45(4)	823
moderate menopausal symptom	45(4)	737	professionalism	45(4)	705
Modified Grounded Theory Approach	45(2) 231,	45(2) 283,	psychiatric ward	45(5)	915
	45(5) 937		psychological	45(1)	3
modified grounded theory approach	45(2)	327	Psychological safety	45(5)	897
			Q		
N			Qualitative Research	45(2) 177,	45(2) 201
new graduate nurses	45(4)	855	qualitative research method	45(2)	145
new nurse	45(1)	29			
No smoking	45(5)	937			
non-smoking education	45(1)	81			
Nurse	45(1) 93,	45(5) 897			
nurse	45(1) 105,	45(5) 927			

R

Reasonable Accommodation	45(4) 771
reflexive thematic analysis	45(2) 145
regional differences	45(4) 841
Research Trend	45(2) 177
review	45(5) 959

S

scale development	45(1) 29, 45(5) 979
school refusal	45(2) 327
sense of coherence	45(4) 855
sexual harassment	45(2) 231, 45(2) 245
Sexual Minority	45(1) 93
skin disinfection method	45(1) 51
skin foam cleaner	45(1) 51
sleep	45(5) 979
smoking	45(5) 937
smoking cessation support education	45(1) 81
stroke	45(2) 311, 45(5) 951
subjective evaluation	45(5) 979
systematic review	45(1) 81

T

Text Mining	45(2) 177
the difficulties in cooperation with	
other facilities and multiple professions	45(4) 841
thematic analysis	45(2) 145
theme	45(2) 145
theoretical model	45(4) 749
theory development	45(4) 749
13-hour night shifts	45(5) 927
transition	45(1) 29
transition of care location	45(2) 215
tuberculosis	45(2) 297
tuberculosis patient support	45(2) 297
tuberculosis patients' default risk	45(2) 297, 45(4) 833

V

veteran nurses	45(2) 283
visiting nursing	45(4) 809

W

ward culture	45(5) 915
watching over	45(4) 737

wheel chairs	45(5) 951
workplace adaptation	45(1) 29

英文オープンアクセスジャーナル! **第7報**

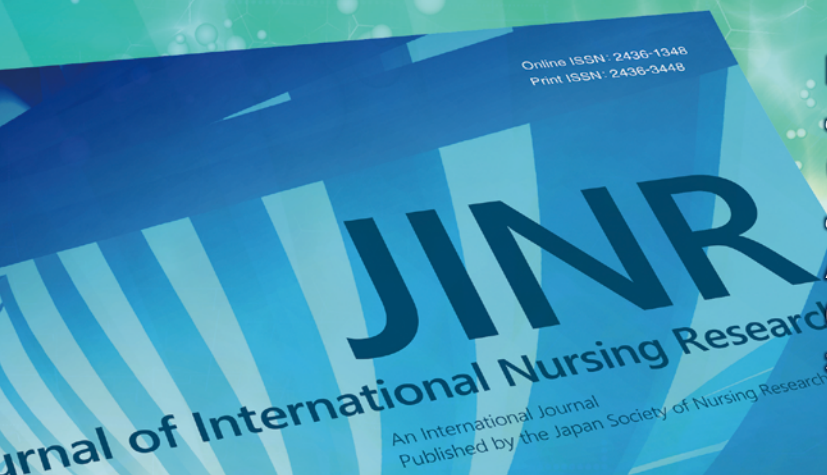
論文
受付中

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. 2023年度会費納入のお願い

2022年12月に2023年度会費納入のお願いをお送りいたしました。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。また、学生会員への会員種別変更をご希望の方はお申し出ください。

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	正 会 員	8,000円	郵便振替口座	00100 - 6 - 37136
	学生会員 A	3,000円	加入者名	一般社団法人日本看護研究学会
	学生会員 B	1,000円		

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

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

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(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5号

無料配布

2023年1月20日 印刷

2023年1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 千葉県中央区都町1-10-6

