

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 46 Number 2 July 2023 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第46巻 第2号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会2023年度定時社員総会が2023年 6 月25日 (日) 11時00分から, 一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室において開催され, 以下について報告・審議・承認されましたので, お知らせいたします。

2023年 6 月25日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

報告事項: 1. 会員数の動向について
2. 第49回学術集会について
3. 第50回学術集会について
4. 地方会の活動について

北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄

審議事項: 第1号議案 2022年度事業報告について
第2号議案 2022年度一般会計・特別会計決算, 監査報告について
第3号議案 学会賞・奨励賞 推薦について
第4号議案 選挙管理委員会委員の選出について
第5号議案 名誉会員の推薦について
第6号議案 Nursing Innovation Seeds 基金規程の制定について

理事会報告: 1. 2023年度事業案について
2. 2023年度予算案について
3. 奨学会研究費授与について

以上

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り2023年度奨学会研究が決定いたしました。

2023年 6 月25日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 浅 野 みどり

記

初治 沙矢香氏

研究課題「子どもの生体リズムや睡眠に対する入浴の効果」

徳島 佐由美氏

研究課題「重症心身障害児を対象とする放課後デイサービスにおける看護実践の実態と学習ニーズ」

以上

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により, 2023年度定時社員総会において, 2022年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

2023年 6 月25日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

学 会 賞

筆 頭 著 者 名 : 加藤 まり

受賞対象論文: 知的障害を伴わない自閉症スペクトラム障害 (ASD) がある母親の子育て
—中学生までの子どもを育てる経験—

The Characteristics of Child-Rearing by Mothers Who Have Autism Spectrum Disorder (ASD)
Without Intellectual Disability: Experience of Raising Children Under Junior High School
日本看護研究学会雑誌43巻 2 号, pp.163-175, 2020

奨 励 賞

受賞対象論文: 自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者が自ら療養生活を整えていくプロセス
Examining How Adolescent and Young Adult Patients with Biliary Atresia Survive with Their
Native Liver to Organize Their Daily Lives
日本看護研究学会雑誌44巻 1 号, pp.73-85, 2021

筆 頭 著 者 名 : 平塚 克洋

受賞対象論文: 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
日本看護研究学会雑誌45巻 1 号, pp.29-40, 2022

筆 頭 著 者 名 : 北島 洋子

共 同 著 者 名 : 細田 泰子

受賞対象論文：若年性認知症がある人々が社会参加することの意味：参与観察および当事者と支援者への
面接調査の分析から

The Meaning of Social Participation Among People with Early Onset Dementia: Participant
Observation and Analysis of Interview Surveys with People with Early Onset Dementia and Their
Caregivers

日本看護研究学会雑誌44巻 5 号, pp.735-747, 2022

筆頭著者名：中畑ひとみ

共同著者名：門間 晶子, 尾崎伊都子

受賞対象論文：Coping Process Against Familial Breast Cancer by Second Patients within Blood Relatives

日本看護研究学会雑誌43巻 4 号, pp.715-731, 2020

筆頭著者名：森田公美子

共同著者名：近藤真紀子

受賞対象論文：再発や増悪を経験したがん患者が“家族と対話し難い体験”

Qualitative Analysis of Cancer Patient Dialogue with Their Families Using a Phenomenological
Approach

日本看護研究学会雑誌43巻 4 号, pp.705-713, 2020

筆頭著者名：大橋 佳代

共同著者名：稲垣美智子, 多崎 恵子, 堀口 智美

以上

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会第8回評議員選挙・役員選挙(2023年度)のため、本学会定款第4章11条及び、評議員選出規程第8条に従って、2023年度定時社員総会において評議員の互選により、下記の3名が選挙管理委員として選出されましたので、選挙管理委員を委嘱し選挙管理委員会を組織しました。

2023年6月25日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

一般社団法人日本看護研究学会第8回評議員選挙・役員選挙(2023年度) 選挙管理委員

委員 柏木 公一氏 国立看護大学校

委員 岸 恵美子氏 東邦大学

委員 塚本 尚子氏 上智大学

任期は、2023年度選挙業務終了までとする

以上

会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会第8回評議員選挙・役員選挙(2023年度) 選挙管理委員会 選挙管理委員長について、評議員選出規程第8条2.により、委員長を下記のとおり委嘱しました。

2023年6月25日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

委員長 塚本 尚子氏

任期は、2023年度選挙業務終了までとする

以上

目 次

《研究論文》

ー 原 著 ー

がん患者の呼吸困難感に影響する要因	153
-------------------------	-----

群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科	橋 本 晴 美
日本赤十字社前橋赤十字病院看護部	今 井 洋 子
独立行政法人 国立病院機構渋川医療センター看護部	本 多 昌 子
群馬大学大学院保健学研究科	京 田 亜由美
上武大学看護学部看護学科	藤 本 桂 子
新潟県立看護大学看護学部	神 田 清 子

術前不安と術前管理に着目した周術期外来ケアガイドの検証	165
-----------------------------------	-----

大分県立看護科学大学	姫 野 雄 太
千葉大学大学院看護学研究院	北 池 正
千葉大学大学院看護学研究院	池 崎 澄 江

中規模地域基幹病院に勤務する長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティの構成要素	177
--	-----

天理大学医療学部看護学科	森 嶋 道 子
武庫川女子大学看護学部看護学科	久 米 弥寿子

看護系大学院の修士論文指導に携わる教員の研究指導経験の概念化	189
--------------------------------------	-----

千葉大学大学院看護学研究院	中 山 登志子
清泉女学院大学看護学部看護学科	舟 島 なをみ

ー 研究報告 ー

術後の痛みを体験する患者に対する看護師の臨床判断の要素とその構造	201
--	-----

聖隷クリストファー大学看護学部	松 本 有 希
-----------------	---------

ー 資料・その他 ー

看護基礎教育における演習に携わる看護学教員に求められるファシリテーションスキルの検討	213
--	-----

川崎市立看護短期大学看護学科	青 木 恵美子
川崎市立看護短期大学看護学科	荒木田 美香子
川崎市立看護短期大学看護学科	松 田 有 子

CONTENTS

《Research papers》

Original Article

Factors Affecting the Perception of Dyspnea in Patients with Cancer	153
---	-----

Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan : Harumi Hashimoto, PhD, RN, PHN

Japanese Red Cross Maebashi Hospital, Gunma, Japan : Youko Imai, MHSc, RN

Shibukawa Medical Center, Gunma, Japan : Masako Honda, MHSc, RN, NHO

Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan : Ayumi Kyota, PhD, RN, PHN

Jobu University, Gunma, Japan : Keiko Hujimoto, MHSc, RN, PHN

Niigata College Nursing, Niigata, Japan : Kiyoko Kanda, PhD, RN, PHN

Validation of a Perioperative Outpatient Care Guide

Focused on Preoperative Anxiety and Preoperative Management	165
---	-----

Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan : Yuta Himeno, PhD, RN, PHN

Chiba University Graduate School of Nursing, Chiba, Japan : Tadashi Kitaike, PhD

Chiba University Graduate School of Nursing, Chiba, Japan : Sumie Ikezaki, PhD, RN

Professional Identity Elements of Staff Nurses Working in

Medium-Sized Regional Hospitals and Pursuing Long-Term Career Continuation	177
--	-----

Tenri University, Nara, Japan : Michiko Morishima, RN

Mukogawa Woman's University, Hyogo, Japan : Yasuko Kume, RN

A Conceptualization of the Experiences of Nursing Faculty who

Supervise Master's Thesis Research in Graduate Nursing Programs	189
---	-----

Chiba University, Chiba, Japan : Toshiko Nakayama,

DNSc, RN, MW, PHN

Seisen Jogakuin College, Nagano, Japan : Naomi Funashima, DNSc, RN

Research Report

Factors and Structure Associated with Nurses' Clinical Judgments Regarding Patients with Postoperative Pain	201
---	-----

School of Nursing, Seirei Christopher University, Shizuoka, Japan : Yuki Matsumoto, Master, RN, PHN

Material and Others

Examination of Facilitation Skills Required for Nursing Teachers to

Engage in Nursing Exercises in Basic Education Programs	213
---	-----

Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan : Emiko Aoki, PhD, RN

Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan : Mikako Arakida, PhD, RN, PHN

Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan : Yuko Matsuda, PhD, RN, PHN

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 資料・その他

がん患者の呼吸困難感に影響する要因

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(2), 153-164
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220812194>

橋本晴美¹, 今井洋子², 本多昌子³, 京田亜由美⁴, 藤本桂子⁵,
神田清子⁶

¹群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科, ²日本赤十字社前橋赤十字病院看護部

³独立行政法人 国立病院機構渋川医療センター看護部, ⁴群馬大学大学院保健学研究科

⁵上武大学看護学部看護学科, ⁶新潟県立看護大学看護学部

要 旨

目的: がん患者の呼吸困難感に影響する要因を明らかにする。方法: 279名に質問紙調査を実施, 241名の回答を得た(有効回答率92.3%)。呼吸困難感(TDSC)と, 身体状態要因(PS・Stage・呼吸器質変化・その他症状等), 心理社会的要因(BCWI・FACT-G), 対処基盤要因(対処行動・対処方法に関する指導を受けた経験・相談相手)との関連を重回帰分析および共分散構造分析により解析した。結果: 重回帰分析の結果, TDSC総得点においてPS・Stage・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験の6項目と有意差を認め, 共分散構造分析では, Stageを除く5項目が適合した。結論: がん患者の呼吸困難感の発生や増悪には, PS, 呼吸器質変化, 心配, QOL, 対処方法に関する指導を受けた経験が影響し, 特に心配との関連が最も強い。ため心身両側面からの包括的な看護支援の必要性が示唆された。

キーワード

呼吸困難感, がん, アセスメント, 主観的評価, 影響要因

責任著者: 橋本晴美. Email: harumi@gchs.ac.jp

緒 言

がん医療や治療薬の進歩によるがん生存率の向上に伴い, 今後もがん療養者人口の増加が見込まれる。このような状況下において, がんの治療や療養を継続しながら生活するがん患者が日常生活や社会生活の充実を図り, いかなる病期においてもできる限り現状のQOLを維持, そして向上できるように支援することが求められている。

がん患者のQOLに影響を与える事象の一つに, がんやがん治療に伴う症状の存在がある。そして, 特にがん患者にとって疼痛とならんで苦痛を生じさせる代表的な症状として呼吸困難感がある。がん患者において呼吸困難感の発生する頻度は46~59%と報告され, 肺がん患者だけに限るとその頻度は増加し, 75~87%と高頻度に認められる(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会, 2016)。呼吸困難感とは, がん患者にとっては単に息苦しいという身体的苦痛を生じさせるだけでなく, 心理面や社会面, スピリチュアルな側面といったあらゆる側面に影響を及ぼす(橋本・神田, 2011)ことから, QOLに与える影響は大きい。このため, 呼吸困難感を抱えるがん患者は, 身体機能的な呼吸の苦しさを体験していることに加えて, 日常生活活動

や生きがいとなるような社会性の縮小に伴うQOLの低下による心理的な苦しみ, 自己価値や生き方の変更, 生きる意欲の喪失にも直面する体験をしている(橋本・神田, 2011)。

一方, 支援者となる看護師もまた, 病状的に改善・回復が見込めない呼吸困難感に対してどのように支援したらよいのか具体的なケア介入や支援の方法を導くことに苦慮し, 症状緩和のための看護実践に難渋している状況がある(宮坂・石井・池田・坂口・山崎, 2013)。呼吸困難感の緩和に向けた治療に関する研究(Ben-Aharon, Fallon, Kaasa, & Portenoy, 2012; Bruera, et al., 2005)や看護に関する研究(角甲・關本・小川・宮下, 2015; Wong, Leong, Chan, Kan, & Cheng, 2017)は散見されるようになってきているものの, エビデンスを確立するための介入効果の検証研究の蓄積やその臨床適応および普及までには至っておらず, 途上段階にある。また, 看護支援提供の前提として評価が重要であるが, 主観的な症状であることや活動・動作に応じてその都度変化が生じる性質があるため, 呼吸困難感やその影響を看護師が客観的に評価することや, その評価をもとにアセスメントし支援の必要性を導くことが難しい状況がある。

こうした現状があり、がん患者の呼吸困難感に対する有効な看護介入方法の確立や標準化は重要な課題となっている。有効な看護介入の方法やマネジメントの標準化および実用化に向けた具体的な要素や要点を検討するためには、第一にがん患者の呼吸困難感に影響を与える関連要因を明確化する必要があると考える。これまでに呼吸困難感による影響を含む体験（橋本・神田，2011）を質的研究により明らかにした研究経過があるが、これを量的研究によっても裏付けることにより、看護支援の方法を具体的に検討し、かつ一般化することにつながるのではないかと考えた。

そこで、本研究では、がん患者の呼吸困難感に影響する要因を量的分析により解明することを目的とした。これにより、効果的な看護支援提供の標準化に向けて必要な構成要素を探索・検討するための示唆を得ることを目指す。

I. 研究方法

1. 研究デザイン

質問紙調査による量的関係探索的研究デザイン

2. 概念枠組みと用語の定義

(1) 概念枠組み

本研究の概念枠組みは、Larsonら（Larson, P., et al., 1994）が開発した症状マネジメントモデルであるMSM（The Model of Symptom Management）にDoddら（Dodd, et al., 2001）による修正が加えられた修正版症状マネジメントモデル（Reversed Symptom Management Conceptual Model）と、Total Dyspneaの生物・心理・社会的モデルの要素（Kamal, Arif. H., Maguire, Jennifer. M., Wheeler, Jane. L., Currow, David. C., Abernethy, Amy. P, 2011）を基盤としてとらえた。がん患者の呼吸困難感の症状には、個人の基本特性が影響するのではないかと考えた。この基本特性には、日常生活活動の遂行（食事・入浴・更衣・移動・動作・家事・コミュニケーション・嗜好品摂取）、疾患・治療の特性（がんの治療パターン・がんによる直接的影響・がんによる間接的影響）、身体における生理的・機能的な変化（生理的な変化・呼吸困難感以外の症状を含む身体症状の出現）、心理における内的な変化（感情の変動・感情の湧起）、社会・環境的な状況の変化（天候・文化・支援環境）が含まれ、呼吸困難感に影響すると仮定した。加えて、患者自身の過去の呼吸困難感への対処経験や呼吸困難感に関する過去の学習経験に基づく既習の知識の有無や程度が、呼吸困難感の症状体験に影響を与えると仮定した。以上を前提に、本研究では、呼吸器質変化や呼吸困難感以外の症状等の身体状態、症状に伴う心理やQOL、呼吸困難感に

対して普段とっている対処行動や対処方法に関する指導を受けた経験と呼吸困難感との関連について検討する。

(2) 用語の操作的定義

「呼吸困難感」：多因子間の相互作用により発生する呼吸に関連した不快あるいは苦痛を示す制御不能な認知および主観的評価と、それに対する身体・心理・社会・スピリチュアリティの側面にみられる反応を含む全人的な症状体験のことと定義する（橋本・吉田・神田，2017）。

3. 対象者

がんの病態・治療・心理的影響等のがんに関連する呼吸困難感を自覚しているあるいは自覚した経験をもつ20歳以上のがん患者241名。対象者の選定基準として、①がん以外の呼吸器疾患の既往がなく、かつがんに関連する合併症以外の他疾患による重篤な合併症がない、②医師によりがん告知がされている、また除外基準として、①脳転移や精神障害などによる認知能力低下がない等を考慮し、がんの部位や治療法については限定しなかった。

4. データ収集場所

がん看護専門看護師連絡協議会に登録されている専門看護師の所属施設のうち、事前調査において対象者の確保が見込まれ、かつ研究協力が得られた関東地域の6か所のがん診療連携拠点病院を対象とした。

5. データ収集期間

2017年6月から2018年10月

6. 調査方法

(1) 調査前の準備

はじめに、調査協力の得られた施設の看護部長に研究の趣旨や方法等の概要について説明し、許可を得た。その後、各施設の看護部長より自施設に所属するがん看護専門看護師の紹介を受けた。紹介を受けたがん看護専門看護師に研究概要について説明したうえで研究協力を依頼し、内諾が得られた場合に、あらためて文書を用いて研究内容の詳細や対象者の選定方法、選定基準、説明同意の手続き方法等の詳細を説明した。研究協力に同意が得られたがん看護専門看護師に選定基準に合致する対象者候補の紹介を依頼した。

(2) 調査の実際

対象候補者に対しがん看護専門看護師または研究者が同意説明文書を渡し、文書および口頭で説明を行い、自由意思による研究参加への同意が得られた場合に質問用紙を手渡した。回答に際して記述代行業を希望する場合は、がん看護専門看護師または研究者による回答の代筆を行った。代

筆の際には、回答を誘導するような発問や発言の表現を避ける等留意して対象者と関わり、回答内容に影響が出ないよう十分配慮した。回収については、記載後、対象候補者自身に回収箱に提出してもらうか、それをがん看護専門看護師か研究者が対象者の同意のもと代行する、あるいは後日に対象者自身で郵送するかのいずれかの方法を対象者に自由に選択してもらい提出し、研究者が回収した。

なお、対象者が希望する場合には、外来受診時の点滴治療中や診察・検査時の待ち時間等を利用するなどし、対象者に時間拘束等の支障や負担ができるだけ生じないよう研究協力依頼のタイミング等についても十分配慮し関わった。また、対象者への研究説明や調査時に、対象者自ら話をする様子がみられる場合は、対象者の話を積極的に傾聴する姿勢を示し関わるようつとめた。また、対象者が回答する際には、がん看護専門看護師または研究者が状態悪化の徴候や面接による負担が生じていないか否かについて、質問調査票への回答に影響がないようシャドウイングに徹して観察を行い、異常があると判断された場合には、直ちに回答を中止して医師や担当看護師に報告できる体制を整えた。

7. 調査内容

自記式による質問紙調査を実施した。対象者には、がん罹患した後から現在に至るまでにおいて最も息苦しさを感じた時のことを想起しての回答を求めた。呼吸困難感の程度については、がん患者の呼吸困難感包括評価尺度；Total Dyspnea Scale of Cancer patients (TDSC)（以下TDSCと略す）(Hashimoto & Kanda, 2019)を用いて測定した。

また、身体状態要因については、Performance Status（以下PSと略す）、Stage、原発性肺がん・肺転移・肺切除の有無、呼吸器質変化の有無とその内容、呼吸困難感以外の症状として咳嗽・喘鳴・疼痛・悪心・倦怠感・めまい・頭痛・胸痛・食欲不振の有無について質問項目を設定した。なお、PSは、ECOG（Eastern Cooperative Oncology Group；米国東部がん共同研究グループ）が規定した指標（Oken, et al., 1982）を使用した。がん看護専門看護師または研究者が対象に日常活動の状態や全身状態に関連する情報を聞き取るなどしてPSを判定した。また、Stageについては、臓器ごとに病期分類の基準が異なるため一律に判定することはできないが、TNM分類に基づき病期0～Ⅳにより医師が判断した診断情報を取得することとした。主治医が電子カルテ等に記載した診療記録からStageに関する情報を取得し、診療記録上に記載がない場合は、がん看護専門看護師が主治医に直接確認した。

心理社会的要因については、2つの尺度を用い、測定し

た。心理の測定には、心理的心配測定尺度；Brief Cancer-related worry Inventory (BCWI)（以下、BCWIと略す）(Hirai, et al., 2008)を用いた。これは、本研究を行うことにより最終的にはがん患者の呼吸困難感への効果的な看護支援を探索・検討することを目指しているため、症状をもつ患者の不安の程度のみを測定する不安抑うつテスト（hospital anxiety and depression scale；HAD）(Zigmond & Snaith, 1983；東ほか, 1996)と比較し、心配の対象と程度を測定できるBCWIがより具体的な看護支援の検討に適していると判断したためである。また、心理面・社会面を含むQOLの測定には、がん特異的QOL測定尺度；Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) (Ver. 4.0 日本語版)（以下、FACT-Gと略す）(Cella, et al., 1993；Fumimoto, et al., 2001)を用いた。

対処基盤要因については、呼吸困難感に対して普段とっている対処行動の有無とその内容、呼吸困難感の対処方法に関する指導を受けた経験の有無とその内容について質問項目を設定した。

上記に加えて、調査時点での安静時SpO₂値、酸素吸入療法の有無、がんの部位、がん種、がん治療の方法等の現病歴に関する疾患情報と、年齢、性別、療養場所等、基本属性に関する情報について、電子カルテ等に記載された情報より収集した。

8. 測定用具

(1) がん患者の呼吸困難感包括評価尺度 (TDSC) (Hashimoto & Kanda, 2019)

がん患者が呼吸困難感によって日常生活活動や身体・心理・社会生活にどのような影響をどの程度受けているのか簡便に測定する目的で開発された呼吸困難感の包括評価尺度である。下位尺度1の【日常生活活動や心理への影響】（7項目）と下位尺度2の【社会生活への影響】（4項目）の2因子11項目で構成され、各下位尺度別に得点を合計し、TDSC下位尺度1の得点とTDSC下位尺度2の得点の合計がTDSC総得点となる。自己記入式質問票であり、回答は「1＝全くあてはまらない」～「5＝非常にあてはまる」により得点化する5段階のリーカット尺度である。総得点は11～55点までの間で、得点が高いほど呼吸困難感による身体・心理・生活への影響が大きいことを示す。信頼性・妥当性が検証され、尺度全体のCronbach's α 係数は0.952である。

(2) 心理的心配測定尺度 (BCWI) (Hirai, et al., 2008)

がん患者がもつがんに関連した心配事の内容や心配の大きさを評価するために開発された心理尺度である。【将来に対する心配】（6項目）・【身体に関する心配】（4項目）・【社会や対人関係に関する心配】（5項目）の3因子15項目

で構成される自己記入式質問票である。「全く心配がない」を0点、「中くらいに心配である」が50点、「非常に心配である」を100点とし、10点刻み・11段階のリーカット尺度である。集計方法は、3つの下位尺度それぞれについて項目内での平均点を算出する（100点満点）。因子間相関が一定して高いため、3下位尺度得点の平均点を心配評価得点として算出することが可能であり、得点が高いほど、心配が大きいことを示す。信頼性・妥当性について検討され、尺度全体のCronbach's α 係数は0.87である。

(3) がん特異的QOL測定尺度 (FACT-G) (Version. 4.0 日本語版) (Cella, et al., 1993 ; Fumimoto, et al., 2001)

社会・家族面、心理面、機能面についての27項目から構成され、がんの特異的な健康関連QOLを測定する尺度として開発された尺度である。下位尺度は【身体的健康観】(7項目)・【機能的健康観】(7項目)・【心理的健康観】(5項目)・【社会／家族的健康観】(8項目)の4因子であり、各下位尺度別に得点を合計し、さらに4つの下位尺度得点の合計がFACT-Gの総得点となる。自己記入式質問票であり、回答は「0 = 全くあてはまらない」～「4 = 非常によくあてはまる」により得点化する5段階のリーカット尺度である。総得点は0～108点までの間で、得点が高いほど良好なQOLであることを示す。日本語版について信頼性・妥当性が証明されており、尺度全体のCronbach's α 係数は0.89である。

9. 分析方法

はじめに対象者の特性を明らかにするために、単純集計および各変数の基本統計量を算出した。次に、各要因の項目ごとに呼吸困難感総得点の平均と標準偏差を算出した。

また、呼吸困難感 (TDSC) の総得点および下位尺度得点を従属変数として、各項目 (PS, Stage, 原発性肺がん, 肺転移, 肺切除, 呼吸器質変化, 心配, QOL, 対処行動, 対処方法に関する指導を受けた経験, 相談相手) を独立変数とし、検定を実施した。独立変数が質データの2値では対応のない t 検定, 3値以上では F 検定 (一元配置分散分析), 量的データでは Pearson 相関係数を算出し, 2変量間の相関係数について検討した。上記の単回帰分析の結果, 有意な差が認められた影響要因項目の変数を独立変数に投入して重回帰分析 (step-wise 法) を行い, 呼吸困難感に影響する変数を確認した。

さらに, 重回帰分析の結果, 有意差が確認された影響要因を観測変数として共分散構造分析を行いモデル適合度について確認した。モデルの適合度指標には, χ^2 値 (p 値), df, CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を用い, 評価基準は CFI = 0.90 以上, RMSEA = 0.05 以下とし, 有意水準は 5 % 未

満とした。統計解析には, IBM SPSS Statistics Ver. 25.0, Amos Ver. 24.0 を使用した。

10. 倫理的配慮

対象者に対し研究内容・方法, 自由意思の尊重と撤回の自由, 治療や看護への不利益がないこと, 個人情報の保護と匿名性の保障, データの保管・廃棄方法, 研究成果の公表等について文書を用いて口頭説明し, 同意書への署名をもって研究協力の同意を得た。また, 既存尺度の使用にあたっては, 作成者の指示に従い研究者が直接作成者に許可を得た。なお, 本研究は, 群馬大学 人を対象とする医学系研究倫理審査委員会 (承認番号: 300218) と施設設置の倫理審査の承認 (整理番号: 17-05-01) を受け実施した。

II. 結 果

調査協力を得られた279名のうち, 261名より回答が得られた (回収率93.5%)。なお, 回答が得られた者のうち178名 (68.1%) の対象者に対し, 回答時における記述代筆を行った。

このうちTDSCの回答に欠損があるまたはその他の回答不備があった20名を無効回答と判断し, 241名を有効回答とし, 分析対象とした (有効回答率92.3%)。

1. 対象者の概要 (表1)

対象者の概要を表1に示した。対象者の性別は, 男性135名 (56.0%), 女性106名 (43.9%), 年齢は24歳から91歳までの平均67.37 (± 11.31) 歳だった。疾患情報として, がんの発生部位は, 消化器が最も多く (37.7%), 次いで肺 (31.9%) で, これら臓器系統のがんが半数以上を占めた。呼吸器質変化の内容については, 肺実質の浸潤が51.4%で最も多く, 次いでがん性胸水30.2%, がん治療に起因する間質性肺炎や肺臓炎6.2%, 腫瘍による気道の狭窄・閉塞3.7%, リンパ管症4.1%だった。身体症状については, 92.1%が息切れ・咳嗽・喘鳴の呼吸器症状を保有しており, 71.7%については呼吸困難感の症状の他に疼痛あるいは倦怠感も併せて保有していた。また, がんのStageについては, 72.1%がStage IVの末期がんであり, 調査時点での全身状態は, PS2が56.8%で最も多く, 次いでPS1が25.7%だった。さらに, 安静時のSpO₂値については, 95%以上が90.8%と, 調査時点での安静時の呼吸状態は比較的安定している状態にある患者が多くを占めた。

2. 呼吸困難感得点の概要

対象者の呼吸困難感得点 (TDSC総得点) は, 11～54点に分布し, 平均34.7 (SD = 11.55) 点だった。また, 下位

表1 対象者の概要

n = 241

		n	%
性別	男性	135	56.0
	女性	106	43.9
年齢 (歳)	平均 (SD)	67.37 (11.31)	
	中央値	69	
	範囲	24-91	
PS	0	37	15.3
	1	62	25.7
	2	137	56.8
	3	5	2.0
がんの部位	消化器	91	37.7
	肺	77	31.9
	乳腺	18	7.4
	血液造血器	16	6.6
	泌尿器	9	3.7
	子宮・卵巣・膣	9	3.7
	耳鼻・咽頭・頸部	4	1.6
	前立腺	3	1.2
	その他	14	5.8
Stage	I	5	2.0
	II	14	5.8
	III	31	12.8
	IV	174	72.1
	不明	17	7.0
身体症状 (複数回答可)	呼吸器症状 (息切れ・咳嗽・喘鳴)	222	92.1
	疼痛	119	49.3
	倦怠感	160	66.3
呼吸器質変化 (複数回答可)	肺実質の浸潤	124	51.4
	がん性胸水	73	30.2
	がん治療起因の間質性肺炎・肺臓炎	15	6.2
	リンパ管症	10	4.1
	腫瘍による気道の狭窄・閉塞	9	3.7
療養場所	入院	118	48.9
	外来	123	51.0
酸素吸入治療	あり	95	39.4
	なし	146	60.5
安静時 SpO ₂	95%以上	219	90.8
	90%以上95%未満	21	8.7
	90%未満	1	0.4

尺度別得点は, TDSC下位尺度1得点が平均22.1 (SD=7.48) 点, TDSC下位尺度2得点が平均12.6 (SD=4.39) 点だった。

TDSC総得点の平均値の比較では, 身体状態要因であるPSについては, PS3が47.2点と最も高く, Stageでは, IV期が37.4点と最も高かった。また, 肺転移, 肺切除, 呼吸器質変化については「あり」の方がTDSC総得点の平均値が高かった。また, 対処基盤要因である対処行動と, 対処方法に関する指導を受けた経験では, どちらも「あり」の方がTDSC総得点の平均値が高かったが, 相談相手で

は, 「なし」の方が45.5点と高かった。

3. 呼吸困難感と影響要因の関係

(1) 呼吸困難得点と身体状態要因の関係 (表2)

TDSC総得点では, PS ($F=44.254, p<.01$), Stage ($F=9.805, p<.01$), 肺がん ($t=2.474, p<.05$), 肺転移 ($t=-4.292, p<.01$), 呼吸器質変化 ($t=-4.552, p<.01$) の5項目において有意な差が確認された。また, TDSC下位尺度1得点では, TDSC総得点と同様に, PS ($F=41.665, p<.01$), Stage ($F=10.474, p<.01$), 肺がん ($t=2.738, p<.01$), 肺転移 ($t=-4.850, p<.01$), 呼吸器質変化 ($t=-4.907, p<.01$) の5項目において有意な差が確認された。さらに, TDSC下位尺度2得点では, PS ($F=39.482, p<.01$), Stage ($F=7.295, p<.01$), 肺転移 ($t=-3.048, p<.05$), 呼吸器質変化 ($t=-3.612, p<.01$) の4項目において, 有意な差が確認された。

(2) 呼吸困難得点と心理社会的要因の関係 (表3)

TDSC総得点は, 心配・QOLと正の相関 (心配 $r=.683$, QOL $r=.424, p<.01$) を示した。心配の下位尺度3因子である【将来に対する心配】【身体に関する心配】【社会や対人関係に関する心配】のいずれもTDSC総得点, TDSC下位尺度1得点, TDSC下位尺度2得点と正の相関があった。QOLの4因子は, 【身体的健康観】【心理的健康観】でTDSC総得点, TDSC下位尺度1得点およびTDSC下位尺度2得点と正の相関を示し, 【機能的健康観】では負の相関を示した。

(3) 呼吸困難得点と対処基盤要因の関係 (表4)

TDSC総得点では, 3項目すべてにおいて有意差を認め, 対処行動 ($t=-4.210, p<.01$) と対処方法に関する指導を受けた経験 ($t=-6.814, p<.01$) においては, 負の有意差を認めた。つまり, 対処行動や対処方法に関する指導を受けた経験がある方が, 呼吸困難感得点が低かった。また, 相談相手 ($t=9.701, p<.01$) においては正の有意差を認め, 相談相手があり群の方が呼吸困難感得点が大きかった。

TDSC下位尺度1得点においてもTDSC総得点と同様に, 対処行動 ($t=-4.032, p<.01$), 対処方法に関する指導を受けた経験 ($t=-7.239, p<.01$), 相談相手 ($t=9.095, p<.01$) の3項目において有意差を認めた。TDSC下位尺度2得点においても同様で, 対処行動 ($t=-4.184, p<.01$), 対処方法に関する指導を受けた経験 ($t=-0.243, p<.01$), 相談相手 ($t=7.986, p<.01$) の3項目において, 有意差を認めた。

4. 呼吸困難感の影響要因の重回帰分析 (表5)

単回帰分析の結果, 有意な差が認められた影響要因項目

表 2 呼吸困難感得点と身体状態要因の関係

n = 241

		n (%)	TDSC 総得点				TDSC 下位尺度 1 得点				TDSC 下位尺度 2 得点			
			Mean	SD	t 値・F 値	p	Mean	SD	t 値・F 値	p	Mean	SD	t 値・F 値	p
PS	0	37 (15.3)	21.2	8.6	44.254 ^a	.000**	13.7	5.2	41.665 ^a	.000**	7.5	4.0	39.482 ^a	.000**
	1	62 (25.7)	31.2	12.0			19.6	7.8			11.6	4.5		
	2	137 (56.8)	39.5	8.0			25.2	5.4			14.3	2.9		
	3	5 (2.0)	47.2	3.8			30.2	3.2			17.0	1.7		
Stage	I	5 (2.0)	24.6	9.2	9.805 ^a	.000**	15.2	5.8	10.474 ^a	.000**	9.4	3.9	7.295 ^a	.000**
	II	14 (5.8)	29.0	10.0			18.3	6.2			10.7	4.0		
	III	31 (12.8)	27.0	10.8			16.9	6.4			10.0	4.6		
	IV	174 (72.1)	37.4	10.7			23.8	7.0			13.5	4.0		
	不明	17 (7.0)	29.3	11.9			18.4	7.2			10.9	4.8		
原発性肺がん	あり	77 (31.9)	32.1	11.7	2.474 ^b	.014*	20.9	7.3	2.738 ^b	.007**	22.9	7.4	1.770 ^b	.079
	なし	164 (68.0)	36.0	11.2			22.9	7.4			13.0	4.1		
肺転移	あり	118 (48.9)	37.9	10.2	-4.292 ^b	.000**	24.3	6.7	-4.85 ^b	.000**	13.5	3.9	-3.048 ^b	.003**
	なし	123 (51.0)	31.7	11.9			19.9	7.5			11.8	4.6		
肺切除	あり	37 (15.3)	35.5	11.8	-0.452 ^b	.651	23.0	7.4	-0.823 ^b	.412	12.5	4.7	0.210 ^b	.834
	なし	204 (84.6)	34.6	11.5			21.9	7.4			12.7	4.3		
呼吸器質変化	あり	162 (67.2)	37.0	10.9	-4.552 ^b	.000**	23.6	7.1	-4.907 ^b	.000**	13.3	4.2	-3.612 ^b	.000**
	なし	79 (32.7)	30.1	11.3			18.8	7.2			11.2	4.3		

a : 3 値以上 (PS, Stage) の比較には一元配置分散分析を用いた

* $p < .05$ ** $p < .01$ b : 2 値 (肺がん, 肺転移, 肺切除, 呼吸器質変化) の比較には t 検定を用いた

表 3 呼吸困難感得点と心理社会的要因の関係

n = 241

				相関係数		
				TDSC 総得点	TDSC 下位尺度 1 得点	TDSC 下位尺度 2 得点
		Mean	SD			
心配	将来に対する心配	65.1	22.1	0.627 **	0.617 **	0.600 **
	身体に関する心配	56.8	23.2	0.675 **	0.667 **	0.639 **
	社会や対人関係に関する心配	57.3	23.6	0.640 **	0.634 **	0.604 **
	心配総得点 (BCWI 総得点)	59.7	21.8	0.683 **	0.675 **	0.648 **
QOL	身体的健康観	13.5	5.3	0.674 **	0.654 **	0.660 **
	機能的健康観	11.9	5.4	−0.485 **	−0.482 **	−0.453 **
	心理的健康観	12.6	4.9	0.667 **	0.657 **	0.635 **
	社会／家族的健康観	16.1	4.5	0.159	0.168	0.131
	QOL 総得点 (FACT-G 総得点)	54.2	11.7	0.424 **	0.415 **	0.408 **

心配, QOL の分析には Pearson の相関分析を用いた

** $p < .01$

表 4 呼吸困難感得点と対処基盤要因の関係

n = 241

項目		n (%)	TDSC 総得点				TDSC 下位尺度 1 得点				TDSC 下位尺度 2 得点			
			Mean	SD	t 値	p	Mean	SD	t 値	p	Mean	SD	t 値	p
対処行動	あり	212 (87.9)	35.9	11.3	-4.210	.000**	22.7	7.2	-4.032	.000**	13.1	4.1	-4.184	.000**
	なし	29 (12.0)	26.5	11.1			17.0	7.1			9.5	4.6		
対処方法に関する指導を受けた経験	あり	186 (77.1)	37.5	9.9	-6.814	.000**	23.8	6.6	-7.239	.000**	13.6	9.2	-0.243	.000**
	なし	55 (22.8)	25.5	11.8			16.2	7.2			9.2	4.6		
相談相手	あり	226 (93.7)	34.0	11.5	9.701	.000**	21.6	7.4	9.095	.000**	12.4	4.3	7.986	.000**
	なし	15 (6.2)	45.5	3.4			28.9	2.4			16.6	1.6		

2 値 (対処行動, 対処行動に関する指導を受けた経験, 相談相手) の比較には t 検定を用いた** $p < .01$

について, step-wise 法による重回帰分析を行った。TDSC 総得点および TDSC 下位尺度 1 得点・TDSC 下位尺度 2 得点に共通して有意な差が認められた PS, Stage, 肺転移,

呼吸器質変化, 心配, QOL, 対処行動, 対処方法に関する指導を受けた経験, 相談相手の 9 項目を投入し, 分析を行った結果を表 5 に示す。

表 5 呼吸困難感の影響要因の重回帰分析

n = 241

	TDSC 総得点			TDSC 下位尺度 1 得点			TDSC 下位尺度 2 得点		
	標準化 係数 β	t 値	p 値	標準化 係数 β	t 値	p 値	標準化 係数 β	t 値	p 値
PS	0.228	4.103	.000 **	0.223	3.968	.000 **	0.211	3.544	.000 **
Stage	0.094	2.010	.046 *	0.101	2.135	.034 *	0.075	1.491	.137
呼吸器質変化	0.121	2.619	.009 **	0.142	3.031	.036 *	0.100	2.105	.036 *
心配	0.318	5.244	.000 **	0.309	5.035	.000 **	0.326	5.081	.000 **
QOL	0.236	5.058	.000 **	0.231	4.885	.000 **	0.219	4.383	.000 **
対処方法に関する指導を受けた経験	0.180	3.603	.000 **	0.173	3.427	.000 **	0.192	3.624	.000 **
R ²		0.770			0.763			0.725	
調整済み R ²		0.582			0.571			0.515	
step-wise 法									* $p < .05$ ** $p < .01$

TDSC 総得点との関連では、PS・Stage・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験の 6 項目が有意な変数として残り、TDSC 総得点との関連が最も強かった項目は心配 ($\beta = .318$, $p < .01$) であり、次いで QOL ($\beta = .236$, $p < .01$)・PS ($\beta = .228$, $p < .01$)・対処方法に関する指導を受けた経験 ($\beta = .180$, $p < .01$)・呼吸器質変化 ($\beta = .121$, $p < .01$)・Stage ($\beta = .094$, $p < .05$) の順だった。

また、TDSC 下位尺度 1 得点との関連では、PS・Stage・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験の 6 項目が有意な変数として残り、TDSC 下位尺度 1 得点との関連が最も強かった項目は心配 ($\beta = .309$, $p < .01$) であり、次いで QOL ($\beta = .231$, $p < .01$)・PS ($\beta = .223$, $p < .01$)・対処方法に関する指導を受けた経験 ($\beta = .173$, $p < .01$)・呼吸器質変化 ($\beta = .142$, $p < .05$)・Stage ($\beta = .101$, $p < .05$) の順だった。

さらに、TDSC 下位尺度 2 得点との関連では、PS・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験の 5 項目が有意な変数として残り、TDSC 総得点と TDSC 下位尺度 1 得点では有意な変数として残った Stage とは関連はなかった。TDSC 下位尺度 2 得点との関連が最も強かった項目は心配 ($\beta = .326$, $p < .01$) であり、次いで QOL ($\beta = .219$, $p < .01$)・PS ($\beta = .211$, $p < .01$)・対処方法に関する指導を受けた経験 ($\beta = .192$, $p < .01$)・呼吸器質変化 ($\beta = .100$, $p < .05$) の順だった。

なお、調整済み R²は、TDSC 総得点では 0.582、TDSC 下位尺度 1 得点では 0.571、TDSC 下位尺度 2 得点では 0.515 であり、あてはまりがよい適合度であると評価された。

関する指導を受けた経験の 6 項目を観測変数として投入してモデルを作成し、共分散構造分析を行った。その結果、モデルの適合度指標は $\chi^2 = 308.400$, $df = 15$, $p < .01$, CFI = .409, RMSEA = .267 だった。対処方法に関する指導を受けた経験から呼吸困難感へのパス係数 (標準化推定値) は 4.93 ($p < .01$) であり、次いで PS からのパス係数が 3.40 ($p < .01$)、呼吸器質変化からのパス係数が 2.97 ($p < .01$)、Stage からのパス係数が .94 ($p < .01$)、QOL からのパス係数が .23 ($p < .01$)、心配からのパス係数が .17 ($p < .01$) だった。投入した 6 項目は、呼吸困難感に正の影響を及ぼしていることが確認されたが、決定係数 (調整済み R²) = -5.29 とモデルの精度は不良だった。

このため、TDSC 総得点および下位尺度の TDSC 下位尺度 1 得点・TDSC 下位尺度 2 得点に共通して有意な変数と判断された関連項目の PS・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験の 5 項目を観測変数として投入し、改良モデルの共分散構造分析を行った (図 1)。その結果、モデルの適合度指標は $\chi^2 = 252.808$, $df = 10$, $p < .01$, CFI = .452, RMSEA = .297 だった。心配から呼吸困難感へのパス係数 (標準化推定値) は .41 ($p < .01$) と最も大きく、次いで QOL からのパス係数が .27 ($p < .01$)、PS からのパス係数が .26 ($p < .01$)、対処方法に関する指導を受けた経験からのパス係数が .24 ($p < .01$)、呼吸器質変化のパス係数が .18 ($p < .01$) だった。適合度指標 RMSEA は採用基準を満たさなかったが、呼吸困難感と各観測変数間のパスにおける関連の程度の順序性は重回帰分析の結果で示された関連と一致したため、項目間の関連傾向はある程度確認された。また、決定係数 (調整済み R²) = .40 となり、モデルの精度は改善した。

5. 呼吸困難感に影響する要因の共分散構造分析

重回帰分析の結果、TDSC 総得点において有意差を認めた PS・Stage・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に

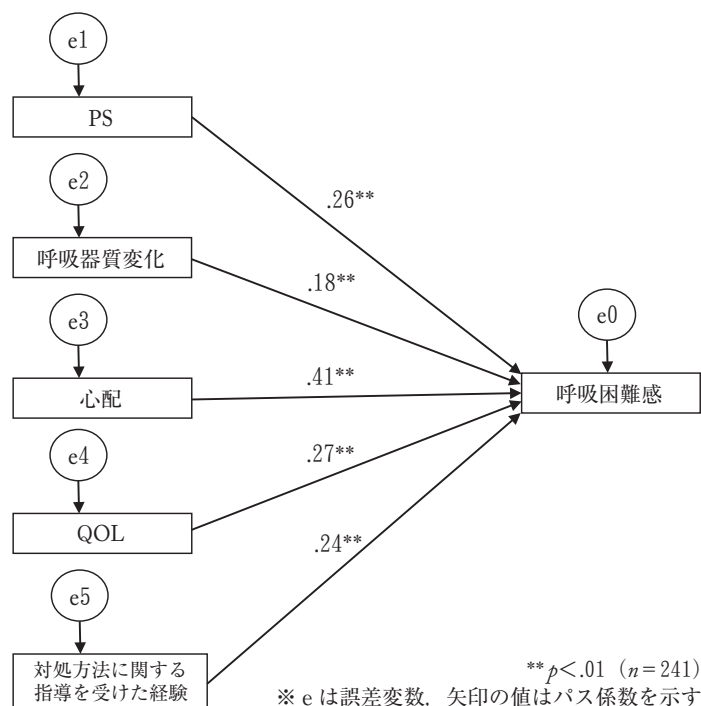


図1 呼吸困難感の影響要因—共分散構造分析の結果

Ⅲ. 考 察

1. がん患者の呼吸困難感評価得点の特徴

今回の調査対象者であるがん患者のTDSC総得点は、平均34.7 (SD = 11.55) 点だった。また、下位尺度別得点は、TDSC下位尺度1得点が平均22.1 (SD = 7.48), TDSC下位尺度2得点が平均12.6 (SD = 4.39) だった。

分析の結果、呼吸困難感 (TDSC総得点) と、PS・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験との間には関連があることがわかった。心配総得点と下位尺度のいずれも正の相関があった。がん患者の呼吸困難感と不安に関連があることは先行研究 (橋本・神田, 2011; Dudgeon, D.J. et al., 2001; Bruera, et al., 2000) でも報告されているが、本研究により心配との関連も明らかとなった。

加えて、TDSC総得点・TDSC下位尺度1得点・TDSC下位尺度2得点とQOL総得点と下位尺度【身体的健康観】【心理的健康観】は正の相関を示し、【機能的健康観】では負の相関を示した。FACT-Gの【身体的健康観】には、吐き気や痛みなどの呼吸困難感以外の症状が含まれており、これらの苦痛症状に伴うQOLへの影響がなくても呼吸困難感が高いことが示された。【心理的健康観】には悲しみや病気と闘うことへの希望の喪失、神経質、死に対する心配、病気の悪化に対する心配などが含まれ、心配以外の要因が影響している可能性がある。【機能的健康観】は負の相関を示した項目であり、仕事をする 것과生活を楽しむことなどが含まれ、呼吸困難感が高いためにこれらが障

害されたと考えられる。QOL総得点では正の相関があり、呼吸困難感が高いからといってQOLが同時期にすぐに低下するとは限らないことが明らかとなった。肺がん患者における呼吸困難感とQOLの関係では、先行研究 (Smith, et al., 2001) において関連を示唆する結果が示されている。本研究の結果においても、がん患者の呼吸困難感が心配やQOLと関連があるという特徴をあらためて明示することとなり、これらは先行研究の見解と一致する結果であった。

一方、今回の分析では、疼痛やその他の身体症状との相関は確認されなかった。Tanaka・Akechi・Okuyama・Nishiwaki・Uchitomi (2002) は、呼吸困難感の増悪要因として痛みの存在を指摘し、呼吸困難感と痛みとの有意な関連について報告しているが、本研究では異なる結果が示された。今回調査対象となったがん患者も、呼吸困難感の症状に加えて疼痛や倦怠感の身体症状を併存するケースが多かったが、調査に支障をきたすほどの疼痛などの身体症状が強い患者は除外されたため、結果的に呼吸困難感に比べると他の症状が軽度であったと推測される。しかしながら、疼痛や倦怠感の存在は心理的苦痛を増強させ、それによって間接的に呼吸困難感を増強させるという悪循環をたどる経過があることは周知のとおりである。そのため、呼吸困難感に加えて他の身体症状を保有する場合は、呼吸困難感を単独で保有する場合に比べてより一層、呼吸困難感を発生・増強させる可能性が高いことが推測される。したがって、呼吸困難感だけでなくその他の身体症状の保有状況や他の症状による影響も視野に入れたうえで、呼吸困難

感の症状をアセスメントすることの必要性が示唆される。そしてまた、呼吸困難感以外の症状がある場合は、それら症状のコントロールが重要であることがあらためて確認された。

さらに、呼吸器質変化と肺転移には関連が認められたが、原発性肺がんと肺切除とは関連が認められなかった。呼吸器質変化には、肺実質の浸潤やがん性胸水、腫瘍による気道の狭窄・閉塞、リンパ管症、がん治療に起因する間質性肺炎や肺臓炎等が含まれる。原発性肺がんや肺切除も呼吸器質に変化を与える要因であるが、本研究では呼吸困難感と関連が認められなかった。これは、切除による治療が可能であるということは比較的早期のがんで治療効果があらわれる可能性が高いことや、原発臓器である肺に直接的治療が施されやすいことが推測され、呼吸困難感を生じるに至らず経過できる可能性があることや、軽度の呼吸困難感で抑えられている可能性があることが考えられる。一方、転移性肺がんの場合では、原発臓器へのがん治療が優先されるため、転移先である肺実質への浸潤やリンパ節転移等に対する治療が二次的に行われることに加えて、早期の段階での治療的介入が困難である。ゆえに、呼吸困難感とは、原発性肺がんや肺切除とは関連が認められなかったが、転移性肺がんとは関連が認められたのではないかと考えられる。

2. がん患者の呼吸困難感に影響する要因と看護支援

呼吸困難感に影響する要因の共分散構造分析のモデルでは、最終的にPS、呼吸器質変化、心配、QOL、対処方法に関する指導を受けた経験の5項目が適合した。つまり、これらの5項目ががん患者の呼吸困難感の発生あるいは増悪リスク因子となることが示唆された。このことから、がん患者の呼吸困難感についてアセスメントする際には、特にこれら5項目の視点から重点観察を行い、呼吸困難感の発生や増悪に影響する可能性があることを視野に入れる必要がある。そして、呼吸器質変化、PS、心配、QOL、対処方法に関する指導を受けた経験の5項目を含む多側面からTotal Dyspnea (Abernethy & Wheeler, 2008; Kamal, et al., 2011) の視点に立って総合的に理解しようとするアセスメントの視点を持つことの重要性があらためて示唆される。例えばTDSCなどの評価指標を活用することにより、患者を包括的に評価することも可能となるため、がん患者の呼吸困難感をアセスメントする際には、呼吸器質変化、PS、心配、QOL、対処方法に関する指導を受けた経験の5項目に特に重点をおいたうえで、多側面から包括的に理解しようとする視点を持つことが必要である。

また、なかでも呼吸困難感との関連が最も強かった項目は心配であった。心配の下位尺度【将来に対する心配】

【身体に関する心配】【社会や対人関係に関する心配】のいずれも正の相関があった。このことから、身体に関する心配だけでなく、将来や社会・対人関係に関する患者の心配を軽減するための看護支援によって主観感覚に基づく呼吸困難感が緩和する可能性が示唆された。したがって、がん患者の呼吸困難感に対する看護支援では、呼吸機能の改善を目標にした身体的影響としての症状への介入だけでなく、呼吸困難感に伴う心理的影響の相互の作用に視点をおいた心身両側面からのアプローチが特に重要であり、呼吸困難感に対する看護支援として標準化していくことが必要であると考えられる。具体的には、呼吸困難感の発生や増悪に影響する要因として、心配の内容にも同時に標準介入できる支援システムの構築が今後期待される。

加えて、TDSC総得点・TDSC下位尺度1得点・TDSC下位尺度2得点とQOLの相関分析の結果では、【機能的健康観】と負の相関がみられたことが特徴的であり、呼吸困難感の改善によって活動状況のQOLを向上させることが期待される。また、FACT-Gにおける身体的健康観で示される身体症状自体は改善することができなくとも、【心理的健康観】や【社会/家族的健康観】を高めるための看護支援を提供することにより、呼吸困難感の感覚が軽減したと感じられる可能性がある。

さらに、呼吸困難感と対処方法に関する指導を受けた経験との間にも関連が認められた。対処方法に関する指導を受けた経験があると呼吸困難感に対する心配を示す心理的影響の程度が低い可能性が推察される。指導による看護師の関わりは、呼吸困難感に対する対処方法の習得を直接的に促進するという意味でも大変重要な支援である。しかし、それだけでなく看護師による指導を通じた関わりは、患者にとってはいつ症状が起こるのか予測がつかないことや、症状が発生しても自分ではどうすることもできないことによる患者の心配にも効果的に作用すると考えられる。Cornerらによる先行研究 (Corner, Plant, A'Hern & Bailey, 1996) においても、身体的・精神的側面のサポートを統合した呼吸困難マネジメントプログラムが検証され有効である可能性が報告されている。また、Bredinら (1999) も、呼吸困難感に関する詳細なアセスメントに基づくカウンセリングやコーピング教育、呼吸法トレーニングやリラクゼーション方法等の指導など心身統合型マネジメントが肺がん患者の呼吸困難に対する対処能力を高め、呼吸困難感による身体的・心理的な苦痛を軽減することを指摘している。臨床適応するにはさらなる検証研究の必要性はあるが、上記の研究成果によっても裏付けられるように、がん患者の呼吸困難感に対する介入方法では、呼吸困難感の症状に対する対処方法についての指導など教育的な関わりを通じた看護介入を積極的に取り入れることも効果的である。

また、その際、TDSCの下位尺度である【日常生活活動や心理への影響】や【社会生活への影響】が示す内容を指導内容に含めることも有効であると考え。呼吸困難感の苦痛の緩和に向けた身体的緩和ケアは前提であるが、これに加えて患者の呼吸困難感に対する対処能力を向上させることを目標とするとともに、対処方法を習得することにより得られる自信の獲得や指導時の関わりを通じた心理的安寧の獲得をも目標とした包括的な介入アプローチの必要性が示唆される。

IV. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、がんに罹患した患者のうち、主に中等度の呼吸困難を有する対象が多くを占めるサンプルから構成されたため、軽度の症例数も追加したサンプルを使用している結果についても再確認する必要がある。また、経時の変化を明らかにする縦断研究を行い、呼吸困難感への経時的影響要因を明らかにしていく必要がある。また、今回明らかとなった関連要因については、呼吸困難感の発生や増悪に対して予測的に介入する看護支援方法を開発することも今後期待される。

結 論

1. がん患者の呼吸困難感の発生や増悪に影響する要因として、重回帰分析の結果、TDSC総得点においてPS・Stage・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験の6項目と有意差を認め、共分散構造分析では、Stageを除くPS・呼吸器質変化・心配・QOL・対処方法に関する指導を受けた経験の5項目が適合した。
2. 影響要因のなかでも特に心配との関連が最も強いことから、呼吸困難に伴う心理的影響の相互作用に視点をおいた心身両側面からの包括的な看護支援の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究を進める全過程においてご協力くださいました多くの患者様、研究協力者の皆様、施設の看護職の皆様、その他関係者の皆様に深く感謝申し上げます。また、本論文をまとめるにあたりご指導いただきました研究室員の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究の一部を第46回日本看護研究学会学術集会(2020年開催)において発表した。

利益相反の開示

本研究において、開示すべき利益相反関連事項はない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP24792446の助成を受けて行った研究の一部である。

著者貢献度

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

文 献

- Abernethy, A.P., & Wheeler, J.L. (2008). Total dyspnoea. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 2(2), 110-113. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328300cad0>
- Ben-Aharon, I., Gafer-Gvili, A., Leibovici, L., Stemmer, S., M. (2012). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*, 51(8), 996-1008. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.709638>
- Bredin, M., Corner, J., Krishnasamy, M., Plant, H., Bailey, C., A'Hern, R. (1999). Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *British Medical Journal*, 318(7188), 901-904. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7188.901>
- Bruera, E., Sala, R., Spruyt, O., Palmer, J.L., Tao, Z., Willey, J. (2005). Nebulized versus subcutaneous morphine for patients with cancer dyspnea: A preliminary study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(6), 613-618. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.08.016>
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, M., Silberman, A., Yellen, S.B., Winicour, P., Brannon, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Corner, J., Plant, H., A'Hern, R., Bailey, C. (1996). Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 299-305. <https://doi.org/10.1177/026921639601000405>
- Dodd, M., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dudgeon, D.J., Lertzman, M., Askew, G.R. (2001). Physiological changes and clinical correlations of dyspnea in cancer outpatients. *Journal of Pain Symptom Management*, 21(5), 373-379.
- Fumimoto, H., Kobayashi, K., Chang, C.H., Eremenco, S., Fujiki, Y., Uemura, S., Ohashi, Y., Kudoh, S. (2001). Cross-cultural validation of an international questionnaire, the general measure of the functional assessment of cancer therapy scale (FACT-G), for Japanese. *Quality of Life Research*, 10(8), 701-9. <https://doi.org/10.1023/a:1013851216181>
- Hashimoto, H., Kanda, K. (2019). Development and validation of the total dyspnea scale for cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.007>
- 橋本晴美, 神田清子. (2011). 呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験, *日本看護研究学会雑誌*, 34(1), 73-83.

- 橋本晴美, 吉田久美子, 神田清子. (2017). 「がん患者の呼吸困難感」の概念分析, *日本看護研究学会雑誌*, 40(1), 45-56.
- 東あかね, 八城博子, 清田啓介, 井口秀人, 八田宏之, 藤田きみゑ, 渡辺能行, 川井啓市 (1996). 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. *日本消化器学会雑誌*, 93(12), 884-892.
- Hirai, K., Shiozaki, M., Motooka, H., Arai, H., Koyama, A., Inui, H., Uchitomi, Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: Development of a brief cancer-related worry inventory. *Psycho Oncology*, 17(12), 1172-1179. <https://doi.org/10.1002/pon.1348>.
- 角甲 純, 關本翌子, 小川朝生, 宮下光令. (2015). 終末期がん患者の呼吸困難に対する送風の有効性についてのケースシリーズ研究. *Palliative Care Research*, 10(1), 147-152.
- Kamal, A.H., Maguire, J.M., Wheeler, J.L., Currow, D.C., Abernethy, A.P. (2011). Dyspnea review for the palliative care professional: assessment, burdens, and etiologies. First in two-part series. *Journal of Palliative Medicine*, 14(10), 1167-72. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0109>
- Larson, P.J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M.J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E., Gortner, S., Halliburton, P., Janson, S., Lee, K.A., Miaskowski, C., Savedra, M., Stotts, N., Taylor, D. & Underwood, P. (1994). *A model for symptom management, Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272-276.
- 宮坂仁美, 石井三由紀, 池田奈保, 坂口 唯, 山崎由真. (2013). 呼吸困難がある肺がん患者と関わる看護師の苦悩. *長野赤十字病院医誌*, 27, 61-65.
- 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会 (編) (2016). *がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン* (2016年版). 23, 東京: 金原出版.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655.
- Smith, E.L., Hann, D.M., Ahles, T.A., Furstenberg, C.T., Mitchell, T.A., Meyer, L., Maurer, L.H., Rigas, J., Hammond, S. (2001). Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(4), 323-329. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00255-x](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00255-x)
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., Uchitomi, Y. (2002). Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(6), 484-489. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00394-9](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00394-9)
- Wong, S.L., Leong, S.M., Chan, C.M., Kan, S.P., Cheng, H.W. B. (2017). The effect of using an electric fan on dyspnea in Chinese patients with terminal cancer: A randomized controlled trial. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(1), 42-46. <https://doi.org/10.1177/1049909115615127>
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

[2021年 8 月28日受 付]
[2022年 8 月12日採用決定]

Factors Affecting the Perception of Dyspnea in Patients with Cancer

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(2), 153-164
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220812194>

Harumi Hashimoto, PhD, RN, PHN¹, Youko Imai, MHSc, RN²,
Masako Honda, MHSc, RN, NHO³, Ayumi Kyota, PhD, RN, PHN⁴,
Keiko Hujimoto, MHSc, RN, PHN⁵, Kiyoko Kanda, PhD, RN, PHN⁶

¹Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan

²Japanese Red Cross Maebashi Hospital, Gunma, Japan, ³Shibukawa Medical Center, Gunma, Japan

⁴Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan

⁵Jobu University, Gunma, Japan, ⁶Niigata College Nursing, Niigata, Japan

Abstract

Objective: This study aims to identify factors causing dyspnea in patients with cancer. **Methods:** We administered a questionnaire survey to 279 patients, of whom 241 responded (a valid response rate of 92.3%). Additionally, we conducted multiple regression analysis and structural analysis of covariance (ANCOVA) to analyze the relationship between dyspnea (TDSC) and physical status factors (PS, stage, respiratory substrate changes, and other symptoms), psychosocial factors (BCWI and FACT-G), and coping factors (coping behavior, experience of receiving guidance on coping methods, and consultants). **Results:** The findings of the multiple regression analysis revealed significant differences between the six factors: PS, stage, respiratory substrate changes, anxiety, quality of life, and experience of receiving guidance on coping methods in the total TDSC score, with all but stage being compatible in the structural ANCOVA. **Conclusions:** The development and exacerbation of dyspnea in patients with cancer were influenced by PS, respiratory substrate changes, anxiety, quality of life, and experience of receiving guidance on coping methods, with anxiety having the strongest correlation. This finding highlights the importance of comprehensive nursing support for the patients' both physical and mental needs.

Key words

Dyspnea, Cancer, Assessment, Subjective evaluation, Influencing factors

Correspondence: H. Hashimoto. Email: harumi@gchs.ac.jp

術前不安と術前管理に着目した 周術期外来ケアガイドの検証

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(2), 165-175
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221207198>

姫野雄太¹, 北池 正², 池崎澄江²

¹大分県立看護科学大学, ²千葉大学大学院看護学研究院

要 旨

目的：開発した周術期外来における術前不安と術前管理に着目したケアガイドの効果を明らかにすること。**方法：**A県内の既に周術期外来を実施しており、研究協力が得られた1施設において、非無作為化比較試験を行った。協力施設の手術室看護師に、対照群17名に対して協力施設の従来の方で周術期外来を実施してもらった。その後、介入群17名にケアガイドを使用した周術期外来を実施してもらった。**結果：**術前不安（STAI状態不安尺度）は、周術期外来時と入院時で比較し、介入群において有意な減少が認められた。加えて、インタビュー調査から、【安心感の提供】などにつながっていた。また、【手術に向けた準備行動の獲得】など、術前管理についても効果が得られた。**結論：**本ケアガイドは周術期外来における看護実践を補助するためのツールとして活用できることが示唆された。

キーワード

術前不安, 術前管理, 手術看護, ケアガイド

責任著者：姫野雄太. Email: himeno-y@oita-nhs.ac.jp

緒 言

近年の医療環境は、医療技術の発展や医療制度の変化によって日々進歩している。DPC（診断群分類包括評価：Diagnosis Procedure Combination）制度の導入により在院日数に制限が生じ、手術を受ける患者に対して、これまで入院後に行われていた手術前の検査や準備を入院前の外来で行う対応をしていることが多い。

手術患者の入院期間の短縮は、再入院の増加やケアの質低下（森山, 1998, pp.2-4；手島, 1997, p.3）、患者の戸惑いを生じさせ、環境の変化への不適応を引き起こすといわれている（近藤, 2010）。また、入院期間の短縮によって入院後に行われる手術オリエンテーションは、身体的な準備を整えることに重点を置いたものとなっている。これらの問題に対応するため、入院前から周術期に特化した部署を開設し、外来での介入を行う施設が増えてきている。これらの部署は「周術期外来」や「手術前外来」などの名称で、患者の情報収集、手術・麻酔・看護計画の策定、患者が抱える不安の評価とその解消に向けた対策、患者情報の共有と多職種連携を目的に行われている（日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員会, 2016）。

しかし、これらの外来で実施する内容は統一されておら

ず、それぞれの施設で内容を定めている。周術期外来における看護師の役割として、患者のリスク評価、周術期における患者のニーズの把握、専門医へのコンサルや他職種の専門的介入への検討が挙げられているが（町田, 2014）、看護師の実践内容についても施設ごとに異なっている。周術期外来における看護実践に関しては、質の保証ができる人材の重要性は述べられているものの（石橋, 2020）、具体的な指針などは作成されていない。さらに、周術期外来は患者の心理面への支援の場であることや（近藤, 2010）、個別性に応じた看護が提供できる場として（三澤・大木・吉原, 2014）、看護師の関わりが期待されていることから、周術期外来における看護師の実践内容を標準化することが必要であると考ええる。

手術前の患者への看護で求められていることとして、術前の不安は術後の不安と関連があるため、術前から不安に対するケアが重要であること（長澤・北井・中村, 2002）、手術で変化した身体機能を認識し、喪失あるいは低下した機能を補完するためのセルフケア能力を獲得することが、患者のQOLを向上させるために重要であることが挙げられている（雄西, 2014, pp.44-45）。また周術期における患者教育の方法として、患者自身が「自分に何が必要で何ができるか」を思案して行動できるように、医療者が支え

ることが今後の周術期医療の患者教育において重要であることも指摘されている（古島，2016）。

そこで，周術期外来で使用する術前不安と術前管理に着目したケアガイドを開発した。開発したケアガイドが臨床での看護実践に活用できれば，周術期外来での患者への術前不安と術前管理への看護介入により，患者は手術に対する不安の軽減と合併症予防のための行動をとることができると考えた。

I. 研究目的

本研究の目的は，開発した周術期外来における術前不安と術前管理に着目したケアガイドの効果を明らかにすることである。

II. 研究方法

A. 用語の操作的定義

本研究では用語を以下のように定義した。

術前管理：手術前にリスクについて評価し，患者自身が手術や最良の状態に向けた行動をとれるように対策を行うこと。

B. 使用したケアガイドの内容と使用方法（表1，表2）

本研究で使用したケアガイドは，研究者が実施した先行

表1 患者問診票

項目	内容
手術についての理解度	手術について医師から受けた説明を記載
手術歴	年齢と手術の内容，麻酔の合併症の有無
アレルギーの有無	アレルギーの有無の確認
動揺菌の有無	動揺菌の有無の確認
喫煙歴	喫煙歴の確認
関節可動域	関節可動域と疼痛の有無の確認
不安	手術や入院にあたって不安の有無の確認

研究（姫野，2020）と，周術期管理チームテキスト（日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員会，2016）を参考に，①患者問診票（表1）と②看護師用ガイド（表2），③周術期外来後から入院までの生活で気を付ける準備内容記入用紙を作成した。従来の周術期外来では確認や情報提供が中心であったが，このケアガイドでは，患者自身に手術までに気を付けることを考えてもらい，行動目標として記載してもらった。さらに，不安の内容について具体的に聴取できるように質問項目を作成した。

内容の妥当性を確認するために，周術期管理チーム看護師の資格を持つ看護師7名にグループインタビューを2回実施し，修正点の抽出と修正方針の検討を行った。修正版を再度提示し，周術期外来で看護師が収集すべき情報が網羅されていることを確認した。

ケアガイドは，まず①患者問診票で既往歴や現在の状態を聴取し，その後，②看護師との面談で問診票に沿って詳細を確認する。最後に，入院までの自宅での生活で気を付ける内容について看護師と患者本人が一緒に行動目標を考え，③入院までの生活で気を付けることを準備内容記入用紙に記入して終了となる。

C. 研究デザイン

非無作為化比較試験を行った。

D. 研究対象者

研究協力が得られたA県内の1施設（以下，協力施設）で，対照群と介入群を設定した。

対照群には協力施設で従来行われてきた周術期外来（主治医診察，術前検査，手術室看護師面談，医療事務による入院説明）を受診してもらった。本研究の対照群への手術室看護師の術前外来の内容は，患者の身体情報の確認，内服薬の確認と休薬についての説明，手術についての説明，麻酔についての説明，術中に入る体位が可能かの確認であった。この内容は，周術期外来で一般的に看護師が行う内容と同様であった（雄西，2014，p.99）。

表2 看護師用ガイド

項目	ケア内容
手術についての理解度	理解度に応じて追加の説明を実施
手術歴	麻酔での合併症の有無を確認し，合併症がある場合は麻酔科医へ報告
アレルギーの有無	アレルギーがある場合，当日の担当看護師と情報共有
動揺菌の有無	動揺菌がある場合は入院前に歯科を受診するよう説明
喫煙歴	禁煙の必要性を説明し，禁煙ができるよう目標設定につなげる
関節可動域	関節可動域に制限や疼痛がある場合は担当の手術室看護師と情報共有
不安	不安の内容について，追加の説明や他職種とつなげて必要な情報を得られるよう調整
入院までの生活で気を付ける内容	禁煙，感染予防，症状のセルフチェックなど，万全な状態で手術日を迎えるために必要な行動を患者と一緒に考える

介入群は、周術期外来の看護師面談以外は従来のものを受診してもらい、看護師面談の際には研究者が開発したケアガイドを用いた看護師面談を協力看護師に実施してもらった。

本研究対象者の選定条件として、①予定手術を受けること、②麻酔科管理による手術であること、③20歳以上であること、④質問紙調査に自分で回答できること、⑤1時間程度の面接に耐えうる心身状況であると主治医が判断し、研究協力に同意の得られた患者とした。

なお、協力施設の手術室師長に協力看護師の推薦を依頼し、周術期外来を担当する手術室看護師3名の推薦を得た。協力候補の看護師3名全員が周術期外来を3年以上経験し、単独での周術期外来を任されていた。そこで、3名全員に本研究の目的および内容について説明し、協力者として同意を得た。

E. 調査方法

1. 実施手順

まず対照群のデータ収集を行い、対照群のデータ収集終了後に介入群のデータ収集を行った。また、介入群のデータ収集前に協力看護師に対してケアガイドの使用法を研究者が指導した。指導は以下の手順で実施した。

- ①研究者によるケアガイドの使用法の説明
- ②協力看護師を患者役、研究者を看護師役として、ケアガイドを使用した看護師面談を協力看護師に実施
- ③研究者同席のもと、協力看護師が患者にケアガイドを使用した看護師面談を実施

協力看護師がケアガイドの使用法について理解し、ケアガイドにある内容を一人で実施できていることを確認した上で、協力看護師のみでのケアガイドを使用した看護師面談に移行した。協力看護師のみで行った面談で収集したデータを介入群のデータとした。

対照群には質問紙調査を周術期外来時および入院時に行った。介入群には質問紙調査を周術期外来時および入院時に行ったことに加え、入院日に研究者によるインタビュー調査を行った。

調査票は面談時に協力看護師から患者に渡して回答してもらった。協力看護師には調査票に通し番号を付記してもらい、研究者に個人が特定できない状態で手渡してもらうよう依頼した。

2. データ収集期間

対照群：2020年4月～2020年7月

介入群：2020年8月

3. 調査内容

a. 質問紙調査

対象者の基本属性として年齢、性別、手術内容、手術歴を尋ねた。

術前不安としてSTAI状態不安尺度、術前管理として研究者の作成した質問項目と、慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙（本庄, 2001）の一部を使用して測定した。

STAI状態不安尺度は調査時の不安の強さを測定するものである。20項目で構成され、「全く当てはまらない～非常によく当てはまる」の4段階で回答し、80点満点で得点が高いほど不安のレベルが高いと評価する。本尺度は信頼性、妥当性共に検証されている。本研究においてライセンス契約を結んだ。

術前管理に関する質問項目は、本ケアガイドの目的を測定するために合致する既存の尺度や質問紙がみられなかったため、研究者が作成した。質問項目は、慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の一部の項目の表現を参考にした。慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙は、慢性疾患を有する者のセルフケア能力を測定する目的で作成され、「健康管理法の獲得と継続（10項目）」、「体調の調整（7項目）」、「健康管理への関心（7項目）」、「有効な支援の獲得（5項目）」の計29項目で作成されている。本研究では慢性疾患の有無は条件に入れていないが、本研究で用いたケアガイドは、「患者が入院までの生活で気を付けることや安全に手術を受けられるように、入院前からできることを看護師と共に考え、手術後の生活にも活かせること」を目的としている。患者の自己管理を調査する先行研究を検索していた際に、この尺度の「健康管理への関心」の質問項目が、病気と向き合っていることや対処法を知っていることなど、本研究が目的とする内容を測定できると判断し、「そう思わない～そう思う」の5段階で回答を依頼した。

b. インタビュー調査

看護師との面談を受けて感じたこと、家に帰ってから入院するまでに感じたこと、生活上の変化などについて、半構造化インタビューを介入群の各対象につき1回、30分～40分程度、個別に行った。

F. 分析方法

1. 質問紙調査

収集したデータはまず記述統計量を求めた。その後、看護師の面談所要時間を比較するため、対照群と介入群で対応のないt検定を用いた。STAI状態不安尺度は、使用方法に準拠して得点化し、群ごとに平均点を求めた。その後、対照群と介入群それぞれで周術期外来時と入院時で対応のあるt検定を用いて比較検討した。術前管理に関する質問

項目は、「そう思わない」を1点、「そう思う」を5点として点数化し、項目ごとに平均点を求めた。各項目において、得点が高いほど認識が高いと評価した。その後、対照群と介入群それぞれで、各項目の周術期外来時と入院時でWilcoxonの符号付順位和検定を用いて比較検討した。

2. インタビュー調査

a. 個別分析

各対象から得られたインタビューデータによる音声データを逐語録とした。逐語録を精読の上、対象が語った周術期外来の効果に関わる内容を詳細に抜き出した後、簡潔な一文に整理してコード化した。

b. 全体分析

全対象から得られたコードを意味の類似性に沿って分類し、抽象度を上げて効果のサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。

なお、分析における信頼性および妥当性の確保のために、看護研究に精通した研究者に分析結果を提示してスーパーバイズを受けた。

c. 準備内容記入用紙の内容

ケアガイドには、入院までの生活で準備することを患者と看護師が一緒に考える時間があり、患者が記入した内容について、表現は変えず、類似性に沿って分類し、簡潔に表す名称をつけた。

G. 倫理的配慮

対象者に研究者の立場、研究の目的と方法、予測される利益と不利益、自由意思に基づく研究参加と中断の自由、個人情報保護のための方法、研究結果の公表の可能性などの倫理事項について口頭および文書で説明し、同意書への署名が得られた者に対して調査を実施した。手術前で身体的および精神的な負荷が大きいことが予測されたため、

参加は自由意思であること、いつでも参加を辞退できることは各調査時に説明した。また、インタビュー調査では、常に対象者の表情を観察し、状態の把握に努めた。なお、本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認(31-99)を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

A. 対象者の基本属性(表3)

年齢は対照群、介入群共に50歳代以上であった。性別は対照群が男性10名、女性7名で、介入群が男性11名、女性6名であった。手術を行う診療科は全員が消化器外科であった。手術の内容は、対照群ががん手術8名、がん以外の手術が9名で、介入群ががん手術7名、がん以外の手術10名であった。これまでに手術歴があったのは、対照群で4名、介入群で9名であった。いずれの基本属性も対照群と介入群で有意な差はみられなかった。

B. 看護師との面談時間と中止・延期手術件数、緊急入院件数について

対照群と介入群の面談時間は、協力施設の従来の方法を実施した対照群が30.1±6.2分、ケアガイドを使用した介入群が32.1±8.7分で、有意な差は認められなかった($p=.501$)。今回の対象群および介入群において、手術の中止・延期あるいは緊急入院となった者はいなかった。

C. 周術期外来時と入院時のSTAI状態不安尺度得点の比較

周術期外来時と入院時のSTAI状態不安尺度得点の比較を表4に示す。対照群では有意な差はみられなかったが($p=.559$)、介入群では周術期外来時よりも入院時で有意に得点が低かった($p=.000$)。

表3 対象者の基本属性

基本情報		対照群 (n=17) 人 (%)	介入群 (n=17) 人 (%)	p
年齢†	50歳代	2 (11.8)	5 (29.4)	.630
	60歳代	3 (17.6)	3 (17.6)	
	70歳代	7 (41.2)	5 (29.4)	
	80歳以上	5 (29.4)	4 (23.5)	
性別†	男	10 (58.8)	11 (64.7)	1.000
	女	7 (41.2)	6 (35.3)	
診療科	消化器外科	17 (100)	17 (100)	
手術内容†	がん	8 (47.1)	7 (41.2)	1.000
	がん以外	9 (52.9)	10 (58.8)	
手術歴†	あり	4 (23.5)	9 (52.9)	.079
	なし	13 (76.5)	8 (47.1)	

†カイ二乗検定

D. 周術期外来時と入院時の術前管理の認識の変化

周術期外来時と入院時の術前管理の認識の変化を表5に示す。対照群では、すべての項目で有意な差はみられなかった。介入群では、「健康を保つために必要なことを自分の生活に取り入れている」($p=.001$), 「自分なりの方法で、病気とうまく付き合っている」($p=.010$), 「健康に悪影響が出ないように生活を調整している」($p=.001$), 「何らかの症状が出た時にも自分なりの対処法を知っている」

($p=.009$), 「目標をもって1日1日を過ごすことができる」($p=.009$)において、入院時で周術期外来時よりも有意に得点が高かった。

E. 入院までの生活で準備する内容

患者が看護師と共に考えた入院までの生活で準備する内容の結果を表6に示す。看護師面談で対象者が考えた目標は、「感染予防対策に関する内容」や「呼吸機能訓練に関する内容」など、6つの内容に分類された。

表4 対照群と介入群別にみた周術期外来時と入院時のSTAI状態不安尺度得点の比較

	対照群 (n=17)			介入群 (n=17)		
	外来時	入院時	p	外来時	入院時	p
STAI状態不安尺度	54.2±10.3	54.7±7.7	.559	52.6±5.1	46.7±3.1	.000

対応のあるt検定

表5 周術期外来時と入院時の術前管理の認識の変化

項目名	対照群 (n=17)			介入群 (n=17)		
	外来時	入院時	p	外来時	入院時	p
1. 健康を保つために必要なことを自分の生活に取り入れている	2.1±1.6	2.5±1.2	.139	2.2±0.8	3.2±0.6	.001
2. 自分なりの方法で、病気とうまく付き合っている	2.9±1.2	2.9±1.0	.784	1.9±0.7	2.6±0.5	.010
3. 何事も積極的に取り組むようにしている	3.0±1.0	3.0±0.8	.913	3.2±0.6	3.3±0.5	.622
4. 健康に悪影響が出ないように生活を調整している	2.9±1.2	2.9±0.8	.620	2.3±0.6	3.2±0.6	.001
5. 何らかの症状が出た時にも自分なりの対処法を知っている	2.4±1.0	2.4±0.7	.712	2.4±0.5	2.9±0.7	.009
6. 健康に良い生活について考えるようになった	2.8±1.3	3.2±0.8	.091	3.2±0.7	3.6±0.5	.089
7. 自分の身体の状態の悪化には早めに気が付くように注意している	3.5±1.1	3.2±1.0	.516	2.5±0.8	2.7±0.8	.419
8. 目標をもって1日1日を過ごすことができる	2.2±1.2	2.5±0.9	.147	1.7±0.7	2.3±0.6	.009

Wilcoxonの符号付順位検定

そう思わない: 1点~そう思う: 5点

表6 入院までの生活で準備する内容

分類	対象者ID	準備内容記入用紙の内容
感染予防対策に関する内容	A	人が多い場所へ行く時はマスクを着け、家に帰ったら手洗いうがいをする
	H	外に出る時はマスクをして家に帰ったら手洗いうがいをする
	J	家に帰ったら手洗いうがいを必ずする
	K	職場に着いた時、家に帰った時、外出をした時に手洗いうがいを行う
	N	外出する時はマスクを着用して、家に帰ったらすぐに手洗いうがいを行う
	Q	外出先から帰宅したらまず手洗いうがいを行い、体調が悪いと感じた時はすぐに病院に相談する
呼吸機能訓練に関する内容	D	呼吸機能訓練を朝・昼・夜ご飯の時と寝る前の4回する
	F	トライボールを上げる練習を朝起きてから、ご飯後、昼ご飯後、夜ご飯前、寝る前にする
	I	トライボールを上げる練習を朝起きてからとご飯の後にする
	L	トライボールをご飯の後と寝る前の1日4回する
	P	トライボールを上げる訓練を、ご飯を食べる前と寝る前に頑張る
禁煙に関する内容	B	禁煙ができるように、タバコを吸いたくなったらトライボールで呼吸を鍛える
	O	タバコを吸いたくなかった時にはガムをかんだりお茶を飲んだりして禁煙をする
運動習慣に関する内容	C	夕方行っている散歩を体調が良い時は続ける
	E	天気がいい日の散歩を入院の日まで頑張る
症状管理に関する内容	G	お腹が痛い時は無理をしない。気分転換に散歩などをする。それでも痛い時は病院に相談する
食事に関する内容	M	手術をするまでは酒をやめ、醤油の代わりに酢やレモンを使って味付けをする

F. インタビュー調査によるケアガイドの効果

術前不安に対するケアガイドの効果を表7に、術前管理に対するケアガイドの効果を表8に示す。術前不安に対するケアガイドの効果は53コードから6サブカテゴリー、4カテゴリーに集約された。術前管理に対するケアガイドの効果は42コードから5サブカテゴリー、2カテゴリーに集約された。以下に内容を記述する。

なお、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、コードを「 」で表記する。

1. 術前不安に対するケアガイドの効果

a. 【安心感の提供】

このカテゴリーには、〈手術を担当する看護師との関わりの機会〉、〈手術室看護師を頼れる存在として認知できたことによる安心感の自覚〉の2サブカテゴリーが含まれた。「手術について手術室の看護師から話を聞くことができ安心した」のように、実際に手術に携わる看護師と対面することで手術についてのイメージを持つことができていた。また、「不安なことがあったらいつでも何でも聞いていいと言われ、そう言ってもらえたことが支えになった」など、頼れる存在が手術の場面にもいるという安心感を得ていた。

b. 【意思決定への支援】

このカテゴリーは、〈手術に対する思いへの介入による意思決定支援〉というサブカテゴリーが含まれた。「手術を受けるかどうか迷っていたが、手術を受けることのメリットについて分かりやすく説明してくれ、手術を受ける決意ができた」など、手術についての情報や話を聞くことによって、手術に対する意思決定をすることができていた。

c. 【不安の原因に対する支援】

このカテゴリーは、〈不安となる原因の解決による不安の軽減〉、〈不安に思うことへの寄り添いと助言〉の2サブカテゴリーが含まれた。「お金のことなど心配なことはあったが、どうしたらいいのかを担当者につなげてもらえたため、心配なことを解決して手術に向けて準備することができた」というように、患者が抱える不安の原因を聞くことができ、必要な支援につなげることで不安を軽減することができていた。また、「手術の後の痛みが心配だったが、痛みはみんなが心配に思うことで、痛い時はいつでも言っていていいと教えてもらえて少し安心できた」など、手術や入院への漠然とした不安に対して看護師が寄り添い助言をすることで、患者自身が手術やその後の生活に対してイメージを持つことができていた。

表7 術前不安に対するケアガイドの効果

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例 (対象者ID)
安心感の提供	手術を担当する看護師との関わりの機会	手術について手術室の看護師から話を聞くことができ安心した (A) 入院前に手術室の看護師と会った時に、手術もその看護師が担当してくれることを知り、見たことがある人が担当してくれることがよかった (H)
	手術室看護師を頼れる存在として認知できたことによる安心感の自覚	急に入院することになって驚いたが、看護師からの分かりやすい説明を聞いてこの人になら自分の命を任せて大丈夫だと感じた (C) 無事に手術ができるか不安だったが、手術や感染症への対応について説明してくれたため、安心して任せられると感じた (F) 手術室看護師と話をした時にアレルギーのことやこれまでの病気のことなどいろいろ聞いてもらえ、自分のことをこんなに知ってもらえて安心して任せられると感じた (K) 不安なことがあったらいつでも何でも聞いていいと言われ、そう言ってもらえたことが支えになった (P)
意思決定への支援	手術に対する思いへの介入による意思決定支援	手術を受けることに不安があったが、看護師から話を聞いて手術を受ける決意ができた (A) 手術をすると決めた後に看護師と話をする時間があり、自分の気持ちを話すことができたことで、決定したことが間違いではないと確信を持つことができた (B) 手術を受けるかどうか迷っていたが、手術を受けることのメリットについて分かりやすく説明してくれ、手術を受ける決意ができた (Q)
不安の原因に対する支援	不安となる原因の解決による不安の軽減	お金のことなど心配なことはあったが、どうしたらいいのかを担当者につなげてもらえたため、心配なことを解決して手術に向けて準備することができた (J) 何をしたらいいのか分からなかったが、看護師が教えてくれた (M)
	不安に思うことへの寄り添いと助言	手術の後の痛みが心配だったが、痛みはみんなが心配に思うことで、痛い時はいつでも言っていていいと教えてもらえて少し安心できた (D) 手術のことだけでなく、その後の生活や入院中に心配に思っていたことも聞いてくれ、いろいろなアドバイスをもらえてよかった (E)
相談のためのきっかけ	アンケートへの回答による相談時の話しやすさ	最初にアンケートを書いたことで、その後の看護師と話をする時にアンケートを使って相談することができたため、話しやすかった (I)

d. 【相談のためのきっかけ】

このカテゴリーは、〈アンケートへの回答による相談時の話しやすさ〉というサブカテゴリーが含まれた。「最初にアンケートを書いたことで、その後の看護師と話をする時にアンケートを使って相談することができたため、話しやすかった」というように、事前に看護師に聞きたいことを書いたことで、看護師と話がしやすくなったと語られていた。

2. 術前管理に対するケアガイドの効果

a. 【手術に向けた準備行動の獲得】

このカテゴリーは、〈入院までの生活での注意点を理解できた〉、〈感染症への予防方法を獲得できた〉、〈手術に向けた準備を具体的に聞いて入院前から実施できた〉、〈手術についてのイメージができ、手術前からの準備の必要性に気づいた〉という4サブカテゴリーが含まれた。「無事に手術ができるように、自分の生活に合わせて手術までに気を付けることを一緒に考えてもらえ、実際に行動に移すことができた」など、入院するまでの生活で注意する内容について、ケアガイドを通して看護師と一緒に考えたことで、実際の行動に移すことができていたと語られていた。また、「新型コロナウイルス感染症が流行っている中でも安心して手術ができるように予防策について説明をしてくれ、普段の生活に活かすことができた」など、感染症の予

防の必要性についても理解し、予防方法を獲得できたと語られていた。加えて、「家での過ごし方について手術室看護師から説明があり、手術のためにも準備が必要なんだと気づき、自分なりに準備を行った」など、入院する前から手術に向けた心身の準備の必要性も理解し、準備行動をとることができていた。さらに、「手術や手術前の話を聞いて実際に自分が手術を受けるんだとイメージができた」など、手術についての話を聞くことで、手術を自分のこととして受け止めることができていた。

b. 【術前管理行動の継続】

このカテゴリーは、〈継続的に術前管理を行うためのきっかけとなった〉というサブカテゴリーが含まれた。「外来で看護師と話をした内容を詳しくは覚えていないが、手術に向けて頑張ることを（書いた紙を）見える場所に貼って、毎日見て気を付けるようにしていた」など、週周期外来で看護師と一緒に考え、手術に向けて入院までの生活で準備する内容を紙に書いて見える場所に貼り、毎日見るようにしていたことで、行動化することができていた。

表8 術前管理に対するケアガイドの効果

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例（対象者ID）
手術に向けた準備行動の獲得	入院までの生活での注意点を理解できた	無事に手術ができるように、自分の生活に合わせて手術までに気を付けることを一緒に考えてもらえ、実際に行動に移すことができた（B） 手術室看護師と一緒に家での生活で気を付けることを決めたことで、そのことに気を付けて生活していた（H） タバコは手術に悪い影響があると知り、入院するまでは我慢しようと思った（O）
	感染症への予防方法を獲得できた	新型コロナウイルス感染症が流行っている中でも安心して手術ができるように予防策について説明をしてくれ、普段の生活に活かすことができた（A） 感染症対策のための予防方法について教えてもらい、入院までの間は体調を崩さないように自分なりに教えてもらったことを行った（K）
	手術に向けた準備を具体的に聞いて入院前から実施できた	手術は不安だったが、準備することを教えてもらえたことで、ちゃんとやって手術に備えようと思った（D） 具体的に何を準備したらいいかわからなかったが、手術室看護師から説明があり、説明に沿って手術に向けて準備を行うことができた（F） 家での過ごし方について手術室看護師から説明があり、手術のためにも準備が必要なんだと気づき、自分なりに準備を行った（L） 手術の前からリハビリをした方がいいと教えてもらい、手術に向けて教えてもらったことを家で行っていた（P）
	手術についてのイメージができ、手術前からの準備の必要性に気づいた	手術をするためにも準備が必要と聞き、今までの生活では足りないと感じた（D） 手術前に自分も頑張らないといけないと知り、やってやろうと思った（B） 手術や手術前の話を聞いて実際に自分が手術を受けるんだとイメージができた（G）
術前管理行動の継続	継続的に術前管理を行うためのきっかけとなった	外来で看護師から受けた説明はあまり覚えていなかったが、手術までの生活で気を付けることを一緒に考えてもらったことは覚えており、とりあえずそれだけは毎日やっておこうと思っていた（N） 外来で看護師と話をした内容を詳しくは覚えていないが、手術に向けて頑張ることを（書いた紙を）見える場所に貼って、毎日見て気を付けるようにしていた（O）

Ⅳ. 考 察

A. 患者の術前不安への効果

まず、本研究の患者の不安得点と先行研究のSTAI状態不安尺度得点を比較する。開腹による子宮筋腫手術での入院前は 43.9 ± 7.8 点（熊倉・小林, 2015）、乳がん手術前日で 52.0 ± 9.0 点（先行研究の介入群）と 48.5 ± 13.1 点（先行研究の対照群）であり（箕輪・小板橋, 2011）、本研究の対照群の外来時（ 54.2 ± 10.3 点）および介入群の外来時（ 52.6 ± 5.1 点）は不安得点が高い傾向にあった。不安得点が高かった要因として、本研究の対象者はがん手術を受ける予定であったことに加え、今回調査を行った期間が新型コロナウイルス感染症の流行下にあったことが考えられる。不安得点が高い対象者の中でも、介入群はSTAI状態不安尺度得点が周術期外来時よりも入院時に有意に減少していた。

作成したケアガイドでは、看護師との面談前の問診票に患者が気にしていることや不安に思っていることについて聴取する項目を設けている。そして患者からの回答をもとに、手術室看護師との面談で情報提供を行ったり必要な部署につなげたりするといったケアをしている。それぞれの患者が感じている不安や気になっていることに対応し、疑問や不安を解決できたことが、周術期外来時よりも入院時の方が不安を軽減できた要因だと考える。

対照群での周術期外来では、患者の不安に対しての関わりはそれぞれの看護師やその時の面談内容によって異なり、明確に決まっていない状況であった。そのため、対照群では不安得点が高いままだったと考えられる。

先行研究では、入院前の手術オリエンテーションによって患者は手術に対する心構えができ、不安が軽減することが述べられている（瀬戸・代田・三橋, 2015）。しかし、同じ術式や年齢層であっても抱えている不安は異なるため、患者個々に合わせたオリエンテーションが重要であるともいわれている（藤川・関・木脇, 2015）。また、手術に向けた心の支度や手術への前向きな姿勢で自身へ言い聞かせること（板東・當目, 2013）、医療従事者からの励ましや分かりやすい説明、手術を任せられる病院であると認識できること（上田, 2007）も、不安への対処法として挙げられていた。

また介入群の患者へのインタビュー結果からも、ケアガイドを使用することで【安心感の提供】、【不安の原因に対する支援】、【相談のためのきっかけ】となっていた。これは、板東ら（2013）が述べているように、看護師の介入によって患者が抱く心配事や恐怖の要因を把握し、介入を行うことで、患者の“交錯する揺れる思い”の揺れ幅を減少

させ、“揺れ”を鎮める効果をもたらすことにつながったと考えられる。そして井上ら（1999）も、「十分な知識と備えによって、未知の脅威に満ちたものから、予測可能な実感がつかめる」と述べている。このことから、本ケアガイドを使用することで患者が抱える不安の内容について情報提供を行うことができ、未知の脅威であるという思いが軽減し、結果として不安の軽減につながったと考える。

B. 患者の術前管理への効果

本ケアガイドの準備内容記入用紙を使用して、患者には看護師と一緒に手術までの生活において気を付ける内容を考え、実施してもらいながら過ごしてもらった。

患者が考えた気を付ける内容としては、感染予防対策に関する内容が最も多く、次に呼吸機能訓練に関する内容が多かった。今回調査を行った期間は新型コロナウイルス感染症に関する報道が毎日行われている時期でもあったため、患者本人と看護師にとって感染症の予防は生活の中でも特に気を付けたいと思う内容であったと考えられる。本ケアガイドは、生活の中で患者が気を付けたいと思っている内容を一緒に考え、手術に向けた準備として実施できるよう具体的な内容を決めるという特徴があった。実際に入院後のインタビューでは【手術に向けた準備行動の獲得】から、【術前管理行動の継続】に至る対象者もいたという結果がみられた。つまり本ケアガイドを活用することで、患者が自身の健康を管理するための行動がとれるよう、生活に合わせた内容を考えることができていたといえる。

高齢患者のセルフケアへの支援では、「生活に無理なく取り込んでいけるような、これならできそうと思える方法を共に見つけていくことが重要」といわれている（西片・河口, 2002）。今回の対象は高齢患者だけではないものの、患者の生活に無理なく取り入れられるように患者主体で気を付ける内容を一緒に考えるという方法は、セルフケアへの支援として有効であったと考える。その結果として、毎日の行動化に至った対象者がいたことから、無理なく生活の中で行えるような内容を考えることが重要であるといえる。手術への準備内容を具体的に知り、情緒的サポートを受けることで手術までの過ごし方に前向きとなるといわれている（森・橋口・高見沢・山口, 2008）。以上から、手術に向けた生活について具体的な情報が得られたと患者が評価したことで、手術までの生活を前向きに捉えることができたと考える。

質問紙においても、介入群は「健康を保つために必要なことを自分の生活に取り入れている」、「自分なりの方法で、病気とうまく付き合っている」、「健康に悪影響が出ないように生活を調整している」、「何らかの症状が出た時にも自分なりの対処法を知っている」、「目標をもって1日1

日を過ごすことができています」という項目は、周術期外来時よりも入院時の方が、有意に平均点が高くなっていた。これらの項目については、手術に関する説明を受けて手術日を決定することによって、これまでの生活を見直して健康について考えるきっかけになったのではないかと考える。介入群へのインタビューでは、〈手術についてのイメージができ、手術前からの準備の必要性に気づいた〉という結果がみられた。つまり、これまでの生活では手術や手術後の生活に対応することが難しいと感じたり手術に関する説明を受けたりするなど、これまでの生活を調整していく必要があると感じたことで、自身の生活に変化や意識づけが生まれたと考える。

C. 本研究の限界と課題

本研究の限界としては、想定していた対象者数に満たなかったことと、今回の対象者が1医療機関の1施設における患者であったことから、本研究の結果を一般化することは難しい点が挙げられる。今後は対象者の数や範囲を増やして研究を積み重ねていくことが必要である。また、術前管理の認識の測定は周術期管理で作成された質問項目を使用したものではないことから、今後は周術期外来における客観的評価という視点からも患者の術前管理の認識を測定できる指標を作成することも必要である。

結 論

本研究では、周術期外来で使用するケアガイドの効果を明らかにすることを目的として、非無作為化比較試験を行った。得られたデータを分析した結果、以下が明らかになった。

1. 本ケアガイドを使用することで、周術期外来時よりも入院時の方が、不安が軽減されることが示唆された。
2. 本ケアガイドを使用することで、【手術に向けた準備行動の獲得】ができ、【術前管理行動の継続】にもつながるなど、術前管理行動への効果も示唆された。

以上のことから、周術期外来での本ケアガイドの使用は、患者の術前不安の軽減と手術に向けた準備行動の獲得につながり、看護実践を補助するためのツールとして活用できると考える。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快く参加してくださった患者様、ご協力をいただいた施設の関係者の皆様に深く感謝いたします。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

- 板東孝枝, 當目雅代 (2013). 全身麻酔で手術を受ける患者の手術前日と手術後1週間以内の心理的特徴と対処方略. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 9(3), 13-23.
- 藤川理恵, 関 千雅, 木脇恵子 (2015). 心臓血管外科手術患者の周手術期不安緩和に対する取り組み. *日本看護学会論文集: 急性期看護*, 45, 27-30.
- 古島幸江 (2016). 手術医学の教育一次世代をいかに教育するか—周術期における患者教育に関する一考察: 患者のempowermentを支え促進する. *日本手術医学会誌 (手術医学)*, 37(4), 250-253.
- 姫野雄太 (2020). 周術期外来における看護師の実践内容. *千葉看護学会誌*, 26(1), 107-114.
- 本庄恵子 (2001). 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. *日本看護科学会誌*, 21(1), 29-39.
- 井上智子, 数間恵子, 横井郁子 (1999). *手術患者のQOLと看護*. 33-34, 東京: 医学書院.
- 石橋まゆみ (2020). 【周術期管理における各職種の役割】 チーム医療の中で周術期患者を支える手術室看護師の役割. *日本手術医学会誌*, 41(1), 65-69.
- 近藤美穂 (2010). 外来での手術室看護師による手術説明: 術前外来の取り組み. *外来看護*, 15(5), 43-49.
- 熊倉美咲, 小林たつ子 (2015). 開腹による子宮筋腫手術患者への呼吸法: STAI・自律神経活動測定による術前不安の軽減の検討. *日本看護技術学会誌*, 14(3), 248-256.
- 町田二郎 (2014). 多職種チーム医療の充実に向けて: 周術期外来のチーム医療と電子クリニカルパスの役割. *日本クリニカルパス学会誌*, 16(2), 183-186.
- 箕輪千佳, 小坂橋喜久代 (2011). 自律訓練法が周術期患者の不安と疼痛に及ぼす影響. *日本看護技術学会誌*, 10(2), 30-39.
- 三澤佳菜, 大木友美, 吉原祥子 (2014). 周手術期看護における患者・家族への手術室看護師の認識と看護援助. *昭和大学保健医療学雑誌*, 12, 37-44.
- 森 一恵, 橋口由起子, 高見沢恵美子, 山口亜希子 (2008). 周手術期の肺がん患者への術前オリエンテーションプログラムの作成と評価. *大阪府立大学看護学部紀要*, 14(1), 25-32.
- 森山美知子 (1998). *ナース・ケースマネジメント: 退院計画とクリティカルパス*. 10, 東京: 医学書院.
- 長澤美佐子, 北井朋美, 中村美知子 (2002). 手術を受ける患者の術前後における不安の変化: STAI (日本語版) を用いて. *山梨医科大学紀要*, 19, 97-100.
- 日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員会 (2016). *周術期管理チームテキスト 第3版*. 334-335, 東京: 公益社団法人日本麻酔科学会.
- 西片久美子, 河口てる子 (2002). 高齢糖尿病患者の食事療法実行度と生活意識の関係: 壮年期患者との比較. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 6(1), 5-14.
- 雄西智恵美 (2014). *成人看護学 周手術期看護論 第3版*. 雄

- 西智恵美, 秋元典子 (編), 周手術期にある人の特徴と理解 (pp.44-45, p.99), 東京: ノーヴェルヒロカワ.
- 瀬戸真知子, 代田美智子, 三橋真紀子 (2015). 入院前患者オリエンテーションの有効性. *信州大学医学部附属病院看護研究集録*, 43(1), 60-66.
- 手島陸久 (1997). *退院計画: 病院と地域を結ぶ新しいシステム 第2版*. 2-4, 東京: 中央法規出版.
- 上田稚代子 (2007). 冠状動脈バイパス術を受ける患者の周術期における体験の明確化. *和歌山県立医科大学保健看護学部紀要*, 4, 19-29.

[2021年9月8日受 付]
[2022年12月7日採用決定]

Validation of a Perioperative Outpatient Care Guide Focused on Preoperative Anxiety and Preoperative Management

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(2), 165-175
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221207198>

Yuta Himeno, PhD, RN, PHN¹, Tadashi Kitaike, PhD²,
Sumie Ikezaki, PhD, RN²

¹Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan

²Chiba University Graduate School of Nursing, Chiba, Japan

Abstract

Objective: This study aims to determine the effectiveness of nursing interventions in a perioperative outpatient setting, using a care guide focused on preoperative anxiety and preoperative management. **Methods:** A non-randomized controlled trial was conducted with the cooperation of a perioperative outpatient care facility in A prefecture. Totally, 17 operating room nurses performed perioperative outpatient care for 17 patients in the control group using the facility's conventional method. Subsequently, the nurses provided care using the perioperative outpatient care guide. **Results:** For the intervention group, there was a significant decrease in patient anxiety (as measured by the State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ) at the time of admission than during the perioperative outpatient period. The interview survey was linked to "provision of a sense of security." In addition, we were able to obtain effects on preoperative management, such as "acquisition of preparatory behaviors for surgery." **Conclusions:** The results suggest that the care guide can be used to aid the nursing practice in the perioperative outpatient clinic setting.

Key words

preoperative anxiety, preoperative management, operative nursing, care guides

Correspondence: Y. Himeno. Email: himeno-y@oita-nhs.ac.jp

中規模地域基幹病院に勤務する 長期職務継続するスタッフナースの 職業的アイデンティティの構成要素

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(2), 177-188
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221207199>

森嶋道子¹, 久米弥寿子²

¹天理大学医療学部看護学科, ²武庫川女子大学看護学部看護学科

要 旨

目的：通算20年以上勤務する役職に就いていない看護師（以下、スタッフナース）の語りから、長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティの構成要素を明らかにする。方法：通算20年以上勤務するスタッフナース9名に半構成的面接を行った。得られたデータを逐語録にし、「長期職務継続するスタッフナースとしての私」として自覚される主観的な感覚や、職務に伴う活動や役割、価値・信念に関する記述をコードとし、カテゴリー化した。結果：【仕事は続ける】【プライベートを大切にしたい】【仕事を続けるための環境を整える】【今の立場・役割に満足している】など7カテゴリーで構成された。結論：長期職務継続するスタッフナースは【仕事は続ける】という信念と【プライベートを大切にしたい】思いから、自らの立場・役割を主体的に選択し、周囲の環境を主導的に調整して職務を継続した結果、【今の立場・役割に満足している】。

キーワード

職業的アイデンティティ, スタッフナース, 職務継続

責任著者：森嶋道子。Email: m.morishima@sta.tenri-u.ac.jp

緒 言

急速な高齢化の進展と保健医療を取り巻く環境の変化に伴い、看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針として、1992年「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が施行された。以降、各都道府県を中心に「新規養成」「定着促進」「復職支援」が進められ、2021年度の正規雇用看護職員の離職率は10.6%（前年度比0.9ポイント減）とここ数年はほぼ横ばいで推移している（日本看護協会, 2022a, p.8）。しかし、病床規模の小さい施設の離職率は大規模施設と比較すると依然として高い状態が続いている（日本看護協会, 2022a, p.9）。また、富永・西村（2015）の報告によると、組織にとって看護職員の確保や定着への取り組みは決して容易ではないことがうかがえる（p.216）。看護職員の不足は今後も続くと言われているが（厚生労働省, 2019, pp.9-15）、看護職員確保対策のさらなる推進が求められるなか、我が国の18歳人口は1992年以降減少の一途をたどっていることから（文部科学省, 2020）、看護職員の「新規養成」には限界がある。したがって、看護職員の確保対策としては、現在職務に就いている看護職員の「定着促進」が重要になると考える。

「2021年 看護職員実態調査」（日本看護協会, 2022b, pp.4-5）において、現在の職位を非管理職と回答した割合は73.0%であり、専門看護師や認定看護師等の資格を取得していないと回答した割合は89.7%であった。つまり、臨床現場において職務を遂行する看護師の大部分は、地位・役職に就いていない看護師（以下、スタッフナース）である。スタッフナースのなかには、さまざまな出来事に折り合いをつけながら職場に適応し、患者の多様化するニーズに難なく対応できる（高柴・佐藤, 2013, p.58）者が少なくない。また、社会構造や医療状況が変化しているなかで、汎用性という強みをもつジェネラリストの活躍は今後ますます求められる（戸塚・佐藤, 2018, p.44）。しかし、経験年数が10年以上の看護師の継続教育には課題が残ると指摘されている（戸塚・佐藤, 2018, p.46）ほか、高柴・佐藤（2013）は、40代の役職に就いていない看護師が明確な役割を命じられていないと述べており（p.62）、役職や肩書きをもたないスタッフナースは担うべき役割が曖昧になりやすいと推察する。役割の曖昧さとは、果たすべき役割や、仕事の内容や手順手続きが明らかでないような、また、責任の所在や範囲がわからないようなときに生じるもの（田尾, 1991, p.54）である。Oshio, Inoue, & Tsutsumi

(2021) は、役割の曖昧さは労働者の精神的不調と正の相関を示すこと、役割の曖昧さは職務ストレス因子と労働者の精神的不調との関連を実質的に増幅することを報告している (p.1)。役割の曖昧さによって生み出されたさまざまなストレスは、スタッフナースの職務継続の実現を困難にする可能性があると考ええる。看護職員の着実な確保のためには、スタッフナースを臨床現場で活かしながらかく働き続けることを支援する必要があると考ええる。

看護師の職務継続に関する研究は幅広く行われており、職務継続の要因や離職につながる要因が明らかにされている。看護師の職務継続には、上司との関係、看護管理の質、病院および看護部の方針、労働条件、給料（撫養ほか、2014, p.30）や、夜勤回数（荒川、2011, p.91）、健康であるという自覚（川上・津本・内田、2013, p.29）などが関わることが報告されている。このほか、中堅看護師の職務継続理由の1つに《やりがいがある》ことが報告されている（中野・岩佐、2019, p.10）。佐藤（2011）は、やりがいには《自己承認》《役割の自覚》《価値観》が重要であると述べている (p.202)。またグレッグ（2005）は、看護師の組織コミットメントの中心となっているのは《自己の存在価値の実感》であると述べている (p.11)。つまり、職務の継続には自らの属する組織における他者との関係性において自己の役割を認識したり、自身の存在価値を自覚することが必要であると言える。これは、職業生活におけるさまざまな経験を通して獲得されるアイデンティティ、すなわち職業的アイデンティティであり、担うべき役割が曖昧になりやすいスタッフナースの職務継続には、この職業的アイデンティティの形成が重要であると考ええる。

アイデンティティとは、エリクソンが青年期の発達課題として提唱した人やモノが差異との揺らぎのなかで同一であるかどうかを示す用語であり（溝上、2008, pp.80-88）、職業的アイデンティティとは、職業集団のもつ規範や価値体系との相互作用のなかで自覚される主観的な感覚（前田、2009, p.6）を指す。なかでも看護師の職業的アイデンティティは、看護師の価値観を象徴するものであり（Fagermoen, 1997, p.434）、よりよいケアを行ううえで、またその人の職業的発達のうえで重要であり（佐々木・針生、2006, p.35）、その確立は看護の質の向上に結びつく（グレッグ、2002, p.202）。さらに下方・多田・森（2004）は、職業的アイデンティティが確立されている人は経験年数やストレス耐性が高いと述べている (p.116)。鈴記・葉久（2015）は、看護管理者の職業的アイデンティティを「看護師のアイデンティティを基盤として培われるが、看護師のアイデンティティとは異なる」と定義している (p.2)。また、助産師（入江・永井・山川、2018；猿田、2020）や保健師（小路・西原、2022；俵、2019）、訪問看護

師（内海・松井・沖・畑、2017；山口・百瀬、2013）の職業的アイデンティティに着目した研究や、新任（金藤・中谷・大谷、2017）や中堅期（小路、2021）といった経験に焦点をあてて職業的アイデンティティを明らかにした研究がある。これら先行研究から、同じ看護職であっても役割や担う役割によって職業的アイデンティティは異なる可能性があると考ええる。スタッフナースの長期職務継続を目指す支援を検討するためには、長期職務継続を実現しているスタッフナースの職業的アイデンティティに着目した支援の検討が有効であると考ええるが、スタッフナースの職業的アイデンティティに注目した研究は数少ない。そこで本研究では、長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティの構成要素を明らかにし、現在スタッフナースとして働いている者、今後スタッフナースを選択する者の職務継続支援を検討する資料にしたいと考える。

I. 研究目的

スタッフナースとして長期職務継続をしてきた経験に関する語りから、長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティの構成要素を明らかにする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

スタッフナース：インタビュー調査時点において、地位・役職（看護部長、看護師長、看護副部長／主任、専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者などの有資格者）に就いていない看護師とする。

長期職務継続：ひとつの病院・施設を辞めたとしても次の病院・施設で就職し、看護師として職務を継続し、通算20年以上（中断期間を除く）臨床で看護職を継続していることとする。

長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティ：「長期職務継続するスタッフナースとしての私」として自覚される主観的な感覚とする。また、長期職務継続するスタッフナースの職務に関連する一連の活動や役割、価値・信念を自分にどう意味づけ統合するかを表わす概念と定義する。

先行研究における看護師の職業的アイデンティティの定義には、「看護師である」こと（三浦、2018, p.130；鈴記・葉久、2015, p.2；吉村・原田・山田、2018, p.174ほか）、「主観的なもの」であること（光岡、2019, p.751；三浦、2018, p.130；吉村ほか、2018, p.174ほか）とあり、それは、「意識」や「感覚」、「自覚」、「思い」である（三浦、2018, p.130；中村・渡辺・浅井・榎本、2015, p.30；

鈴記・葉久, 2015, p.2; 吉村ほか, 2018, p.174ほか)と表わされていた。これらのことから、長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティを「長期職務継続するスタッフナースとしての私」として自覚される主観的な感覚と定義した。また、「職業に関連した一連の活動や役割を自分にどう意味づけ統合するか」(川北・撫養・勝山・青山, 2015, p.38)や、「価値, 信念」(畠中・遠藤, 2016, p.14; 狩野・出井・實金・中嶋・山口, 2015, p.2; 三浦, 2018, p.130)であると表わされていることを参考に、「長期職務継続するスタッフナースの職務に関連する一連の活動や役割, 価値・信念を自分にどう意味づけ統合するかを表わす概念」と定義した。

2. 研究デザイン

研究デザインは、質的記述の研究とした。質的研究とは、研究者と研究参加者が相互作用をするなかで行われ、言葉などの質的データを用いて研究参加者にとっての経験やその意味を帰納的に探求する研究(グレッグ・麻原・横山, 2016, p.17)であり、質的記述の研究は、内部者の見方(emic)から現実を明らかにすることを目的とするものである(グレッグほか, 2016, p.64)。本研究における問いは、長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティはどのようなものであり、探索的なアプローチを用いる研究となる。したがって、質的記述の研究がふさわしいと考えた。

3. 研究対象者

通算20年以上勤務し、今後も職務を継続する予定である役職(看護部長, 看護師長, 看護副師長/主任, 専門看護師, 認定看護師, 特定行為研修修了者などの有資格者)に就いていない看護師, かつ、「長期職務を継続してきたスタッフナースとしての私」を語ることができる研究協力への同意が得られた9名とした。なお、看護師の職業的アイデンティティは性別において違いがないという報告(狩野ほか, 2015, p.7)を参考に、対象者性別については問わないこととした。

〈通算20年以上勤務していることと設定した理由〉

Levinson (1978/1992) は、40~45歳は「人生半ばの過渡期」と述べ(pp.10-11)、この時期が過去とうまく折り合いをつけ未来に備える時期であり、ライフサイクルにおける重大な転換点であると述べている(p.228)。看護師として仕事をする者の多くは、看護基礎教育終了後20年を経過した頃がこの時期にあたる。また辻ほか(2007)は、経験年数20年以上では、経験年数を重ねるごとに看護実践能力が高められており、専門職の自律性も20年以上になりようやく高められていると報告している(p.35)。さ

らにSchein (1990/2003) は、熟成した自己概念となるにはおそらく10年、ないしはそれ以上の現実の仕事経験が必要と述べている(p.21)。これらを考慮し、20年以上にわたってさまざまな仕事の経験を積んだスタッフナースは「その人の人生がよく統合されている」(渡辺, 2007, p.149)状態であると考え、調査時点で「長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティ」を形成していると判断した。加えて、看護職員の通算経験平均が17.8年(日本看護協会, 2022b, p.8)であることを考慮し、平均以上の就業の継続を長期職務継続とした。

4. 研究協力の依頼方法

A県内にある200床前後の一般病床を有する地域の基幹病院2施設を便宜的抽出法にて選定した。各施設の看護部門責任者に、本研究の主旨・目的, 研究方法等について文書および口頭で説明を行って研究協力を依頼し、文書にて同意を得た。その後、研究対象者条件を満たす看護師の推薦を依頼した。推薦された看護師には、本研究の主旨・目的, 研究方法等について文書および口頭にて説明を行い、文書にて同意を得た。

5. データ収集期間

データは、2021年4月~6月に収集した。

6. データ収集方法

インタビューガイドに基づき半構成的面接を行った。インタビューでは、「スタッフナースという立場・役割についてどのように思っているか」「スタッフナースとして仕事を続ける自分・続けてきた自分をどのように思っているか」などの質問をし、スタッフナースとしての自分の日頃の職務に関連する一連の活動や役割などについて、その内容やそれに関する思いや考えなどをできるだけ具体的に自由に語ってもらった。インタビューは1人1回、研究対象者の希望する方法(対面, もしくはZoom)で行った。対面の場合は、研究対象者の希望する施設内でプライバシーの確保できる個室を確保し実施した。Zoomの場合は、研究者、研究対象者ともにプライバシーの確保できる場所で行った。インタビュー内容は、研究対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

7. 分析方法

グレッグほか(2016)の質的記述の研究におけるデータ分析方法(pp.74-82)を参考に分析を進めた。

インタビューで得られたデータを逐語録に起こし、その逐語録を精読した。スタッフナースの語りにおいては、「長期職務継続するスタッフナースとしての私」として自

覚される主観的な感覚、長期職務継続するスタッフナースの職務に関連する一連の活動や役割、価値・信念に関連する記述を抜粋し「コード」とした。コード化の際には、文脈の意味を損なわないよう意味のあるまとまりでコード化し、可能な限り研究対象者の言葉を用いた。次に、コードの相違性・類似性について比較することにより複数のコードを集め、共通する名前をつけることで「サブカテゴリー」を形成した。さらに、意味内容の類似する「サブカテゴリー」を集約し、共通する意味内容が示すものを「カテゴリー」とした。コードからカテゴリー化のすべてを一覧表にし、そこからカテゴリー、サブカテゴリー、代表的なコードを抜粋した表を作成した。

研究対象者には、研究依頼時にメンバーチェックングへの協力を依頼し、分析後にメンバーチェックングを受けることで分析の真実性の確保に努めた。また、分析の過程においては、共同研究者間で意見が一致するまで検討を重ね、分析内容の真実性の確保に努めた。

8. 倫理的配慮

本研究は武庫川女子大学・武庫川女子大学短期大学部研究倫理委員会の審査を受け、承認を得て行った（承認番号：No.20-91）。研究協力施設の看護部門責任者には、文書および口頭で、研究の主旨・目的、研究方法等について説明し、文書にて同意を得た。また、研究対象者には、文書および口頭で、研究目的、研究内容、研究への協力は自由意思であること、研究協力に関する拒否や途中辞退の権利の保障、匿名性の保持、データの管理方法、個人情報保護、対面インタビュー時の感染予防対策について説明し、書面で同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者条件を満たす看護師11名に研究協力を依頼

し、うち9名より同意を得てインタビューを実施した。対象者性別は男性1名、女性8名であった。平均年齢は47.3歳（42-52歳）、平均看護師経験は23年（20-30年）であった。インタビュー時間は平均34.4分（30-40分）であった。研究対象者の概要を表1に示す。

2. 長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティ

長期職務継続スタッフナースの語りから、192のコードが抽出され、19のサブカテゴリー、7のカテゴリーが生成された（表2）。

以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、コードを〈 〉、実際の語りを斜字体「 」で示す。「 」内のアルファベットは発言者を示す。また、（ ）は研究者の補足を示す。

(1) 【仕事は続ける】

このカテゴリーは、〔仕事をするのは当然〕〔離職の選択肢はない〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔仕事をするのは当然〕では、〈仕事をするのは社会の一員として当然〉であると考え、〈仕事をしている自分が普通〉であると考えていることが語られていた。

また〔離職の選択肢はない〕では、長い職務経験のなかで一時的な心の迷いはあったとしても、最終的には〈辞めたいと思ったことがない〉ことを語る対象者が複数いた。離職を選択しない理由としては、「仕事してると、やっぱり社会とのつながり、社会とつながっているという実感がすごくあって。何かとつながってられるというか、そういうのが欲しいというか、必要やみたいな感じで思っているところは大きいですかね。（B）」のように〈社会とつながっていたいから仕事を続けている〉ことを表わす語りや、「辞めたらそのあとどうなるんやろって思ったら想像がつかへんっていうか、勇気がなかったんかな。（D）」のように、〈辞める勇気がなかった〉語りのほか、〈経済的に安定した現状を維持したい〉思いについて語られていた。

表1 研究対象者の概要

	性別	年齢	看護師 経験年数	施設異動 経験	現施設 経験年数	介護の有無	未成年者 子育ての有無	インタビュー 方法／時間
A	男性	40代	21年	あり	3年	なし	あり	Zoom／30分
B	女性	50代	24年	なし	24年	あり（別居）	あり	対面／40分
C	女性	40代	20年	なし	20年	なし	あり	対面／38分
D	女性	40代	23年	あり	5年	なし	なし	Zoom／36分
E	女性	50代	30年	あり	6年	なし	なし	対面／30分
F	女性	40代	22年	あり	12年	なし	あり	対面／40分
G	女性	50代	22年	あり	6年	なし	あり	Zoom／32分
H	女性	40代	24年	あり	4年	なし	なし	対面／34分
I	女性	40代	22年	あり	16年	なし	あり	対面／30分

表2 長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティ

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	発言者
仕事は続ける	仕事をするのは当然	仕事をするのは社会の一員として当然 仕事をしている自分が普通	AH ABEH
	離職の選択肢はない	辞めたいと思ったことがない	ABCEH
		社会とつながっていたいから仕事を続けている	BDH
		辞める勇気がなかった	DF
		経済的に安定した現状を維持したい	BEF
	プライベートを大切にしたい	家族を大切にしたい	まずは家族のことを考える 家族との時間を確保したい 自分を応援してくれる家族に感謝している
自分のための時間を大切にしたい		興味・関心のあることに取り組みたい 自分のために時間をつかいたい	AC AH
仕事を続けるための環境を整える	仕事を続けるために職務環境を調整する	上司に仕事の調整希望を伝える	ABCEGHI
		同僚にプライベートの状況を開示する	BI
		職場・勤務形態を変更して仕事を続ける	AEH
		仕事を続けるためにスタッフナースを選択した	ABCEHI
今の立場・役割に満足している	仕事を続けるために家族の協力を得る	家族に家事の協力を得る 家族に自分の勤務の状況を理解してもらう	ABCDEFGH I BCDEFGI
	自分の望む働き方ができる立場に満足している	スタッフナースは勤務の希望や調整ができるところがいい	ABCD
		スタッフナースは部署異動の希望ができるところがいい	CI
		何かあれば上司が助けてくれる	BCI
	患者・患者の家族に直接看護ができる役割に満足している	患者・患者の家族に直接看護ができることが楽しい	BCDEFGHI
		患者・患者の家族の思いを直接聴けることにやりがいを感じる	CDFGI
	裁量のある仕事に満足している	自分のやりたいようにやらせてもらえる	ABCDFI
		仕事を任せてもらえる	ABGHI
管理職になる条件は満たしていない	管理職に求められる力は不足している	判断力、決断力が不足している	CG
		全体を見て行動できていない	CG
		指示、指導、教育が得意でない	CDFG
		知識や経験が不足している	EG
	管理職の仕事に魅力を感じない	マネジメントに魅力を感じない	ACEF
		管理職の立場・役割は大変	CDEFGI
期待されている役割がある	自分だからこそできる看護を实践する役割がある	これまでの経験を活かした看護を实践する役割がある	ACDGI
		試行錯誤・工夫しながら看護を实践する役割がある	ACGH
	後輩を育てる役割がある	後輩の指導・教育をする役割がある	BCEGHI
		後輩の相談にのる役割がある	ADFI
		後輩の様子を気にかけることが必要である	BDEHI
		後輩のモデルとなる必要がある	AB
	スタッフ同士をつなぐ役割がある	スタッフの思いを上司に伝える役割がある	FI
		上司の思いをスタッフに伝える役割がある	AF
		ムードメーカーとしての役割がある	BCDI
		上司・スタッフと話しあうことが必要である	ABCFI
	上司を支える役割がある	上司の業務を補佐する役割がある	FH
		上司の立場を想像する必要がある	AF
周囲の人々に支えられている	上司・スタッフが勤務の調整に協力してくれる	上司が状況に応じて勤務を組んでくれる	BC
		上司・スタッフが急な勤務変更に応じてくれる	BCE
	上司・スタッフが家族を気にかけてくれる	上司・スタッフが家族の様子を尋ねてくれる	BCGI
		上司・スタッフが家族のイベントについて尋ねてくれる	BCI
	上司が自分のことを気にかけてくれる	上司が自分の体調を気遣ってくれる	CDH
		上司が自分の看護実践を承認してくれる	ABE
	家族や友人が支えてくれる	家族が家事・子育てを手伝ってくれる	ABCDEFGI
		友人が話を聞いてくれる	BFI

(2) 【プライベートを大切にしたい】

このカテゴリーは、〔家族を大切にしたい〕〔自分のための時間を大切にしたい〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔家族を大切にしたい〕では、どんなときにも〈まずは家族のことを考える〉という語りが多くあり、家族のなかでもとくに未成年の子どもに関する語りがそのほとんどを占めた。また、〈家族との時間を確保したい〉という思いが語られていた。

〔自分のための時間を大切にしたい〕では、自分の〈興味・関心のあることに取り組みたい〉という思いのほか、〈自分のために時間をつかいたい〉という思いが語られていた。

(3) 【仕事を続けるための環境を整える】

このカテゴリーは、〔仕事を続けるために職務環境を調整する〕〔仕事を続けるために家族の協力を得る〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔仕事を続けるために職務環境を調整する〕では、家庭のさまざまな事情から〈上司に仕事の調整希望を伝える〉ことや、部署の異動や一時的にパート勤務に変更するといった〈職場・勤務形態を変更して仕事を続ける〉行動について語られていた。また、自ら〈同僚にプライベートの状況を開示する〉様子が語られていた。そのほか、これまでに上司から役職に就くことに関する話は幾度となくあったが、〈仕事を続けるためにスタッフナースを選択した〉状況について語っていた。

〔仕事を続けるために家族の協力を得る〕では、配偶者や親など〈家族に家事の協力を得る〉だけでなく、〈家族に自分の勤務の状況を理解してもらう〉よう働きかけていることが語られていた。

(4) 【今の立場・役割に満足している】

このカテゴリーは、〔自分の望む働き方ができる立場に満足している〕〔患者・患者の家族に直接看護ができる役割に満足している〕〔裁量のある仕事に満足している〕の3つのサブカテゴリーから構成された。

〔自分の望む働き方ができる立場に満足している〕では、〈スタッフナースは勤務の希望や調整ができるところがいい〉と受け止めている様子を語っていた。また、日々の実践において〈何かあれば上司が助けてくれる〉様子を語っていた。

〔患者・患者の家族に直接看護ができる役割に満足している〕では、〈患者・患者の家族に直接看護できることが楽しい〉と感じている様子や、〈患者・患者の家族の思いを直接聴けることにやりがいを感じる〉様子が語られていた。

〔裁量のある仕事に満足している〕では、〈やっぱり上の立場ではないので、やりたいことができるというか、上か

らの縛りがないので、自分のやりたい方法というか、そういう心の縛りはないのかなという気はします。(C)〕のように日々の実践は〈自分のやりたいようにやらせてもらえる〉様子や、〈そうですね、ある程度は(自分に仕事を)任せてもらってるかなと思います(B)〕と〈仕事を任せてもらえる〉様子が語られていた。

(5) 【管理職になる条件は満たしていない】

このカテゴリーは、〔管理職に求められる力は不足している〕〔管理職の仕事に魅力を感じない〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔管理職に求められる力は不足している〕では、自分には〈判断力、決断力が不足している〉ことや、管理職を担うには〈知識や経験が不足している〉と感じていることを語っていた。また、〈指示、指導、教育が得意でない〉ことや、〈全体を見て行動できていない〉と自己の実践を評価する語りがあった。

一方〔管理職の仕事に魅力を感じない〕には、〈やっぱり管理職になると管理的なことになってしまって、現場に出られないというか。(患者との)やりとりがその分なくなるので、だから管理職はなりたいたと思ったことはないです。(E)〕のように、〈マネジメントに魅力を感じない〉ことを表す語りや、〈(管理職は)何か忙しいというが大変というか、そんなイメージしかないから。(I)〕のように、〈管理職の立場・役割は大変〉だと受け止めている語りがあった。

(6) 【期待されている役割がある】

このカテゴリーは、〔自分だからこそできる看護を実践する役割がある〕〔後輩を育てる役割がある〕〔スタッフ同士をつなぐ役割がある〕〔上司を支える役割がある〕の4つのサブカテゴリーから構成された。

〔自分だからこそできる看護を実践する役割がある〕では、〈ある程度、年齢を重ねて、経験ももっているので、同じスタッフナースでも見え方が違う部分があると思うので。自分とかの経験を背景に、チームがよりよくなるために、一スタッフ以上のことは自分のなかに常にもっておかないといけないんじゃないかなと思ってやっています(A)〕のように、〈これまでの経験を活かした看護を実践する役割がある〉と認識している語りや、よりよい看護の提供に向け〈試行錯誤・工夫しながら看護を実践する役割がある〉と認識している語りがあった。

また、〔後輩を育てる役割がある〕と認識し、後輩の指導・教育にあたるだけでなく〈後輩のモデルとなる必要がある〉と考えていることを語っていた。そのほか〈後輩の様子を気にかけることが必要である〉と考え、〈若い子とかが困ってへんかなって、別に何するってわけじゃないですけどそっと見といたほうがいいのかってというか、そっと

ですけどね。(D)」と後輩の様子をそっと見守る行動をとる語りや、〈後輩の相談にのる役割がある〉と認識し行動している語りがあった。

〔スタッフ同士をつなぐ役割がある〕では、自分には〈スタッフの思いを上司に伝える役割がある〉こと、〈上司の思いをスタッフに伝える役割がある〉ことを認識する語りがあった。また、そのためには〈上司・スタッフと話しあうことが必要である〉と考えていることを語っていた。そのほか、「雰囲気は緩めるといふか、和らげるといふ役目やなと私は思っていて (D)」のように、自分には部署の〈ムードメーカーとしての役割がある〉ことを認識している語りがあった。

〔上司を支える役割がある〕では、「スタッフでも、管理職の人たちの立場を想像するのは必要かなと思って。(中略) スタッフナースに埋没しないで、広い視野をもつのが大事ななと思います。(A)」のように、〈上司の立場を想像する必要がある〉と考えていることを語っていた。また、日々の実践においては〈上司の業務を補佐する役割がある〉と認識し行動する様子を語っていた。

(7) 【周囲の人々に支えられている】

このカテゴリーは、〔上司・スタッフが勤務の調整に協力してくれる〕〔上司・スタッフが家族を気にかけてくれる〕〔上司が自分のことを気にかけてくれる〕〔家族や友人が支えてくれる〕の4つのサブカテゴリーから構成された。

〔上司・スタッフが勤務の調整に協力してくれる〕では、〈上司が状況に応じて勤務を組んでくれる〉ことや、〈上司・スタッフが急な勤務変更に応じてくれる〉ことについて語り、それに助けられていると感じている様子が語られていた。

〔上司・スタッフが家族を気にかけてくれる〕では、〈上司・スタッフが家族の様子を尋ねてくれる〉ことや〈上司・スタッフが家族のイベントについて尋ねてくれる〉ことについて語っていた。

〔上司が自分のことを気にかけてくれる〕では、〈上司が自分の体調を気遣ってくれる〉ことに関する語りや、「できる範囲で、気づく範囲はちょっとやってみようかなって思うので。(中略) それを師長さんとかがみてくれてて、面談とかのときに評価してくれたりする声を聞くと、やってよかったなといふか、わかってくれてるねんやと思ったら、また次もやろうかなみたい。(B)」のように、〈上司が自分の看護実践を承認してくれる〉ことに関する語りがあった。

〔家族や友人が支えてくれる〕では、親や配偶者などの〈家族が子育てを手伝ってくれる〉ことに加え、自分の近い〈友人が話を聞いてくれる〉ことで支えられている

と感じている様子を語っていた。

IV. 考 察

1. 研究対象者の特徴

調査時点において、本研究の対象者のうち5名は未成年の子どもの子育て、また1名は未成年の子どもの子育てに加え介護を担いながら職務を継続していた。人は社会のなかで多様な役割を担い、それぞれの役割期待に呼応する自己認知としてサブ・アイデンティティが存在する。このサブ・アイデンティティの占める割合は、個人によって異なる(渡辺, 2007, pp.149-150)。本研究の対象者も、看護師としての役割のほか、子育てをする親としての役割、親の介護をする子どもとしての役割、その他さまざまな役割を担っていた。スタッフナースは、スタッフナースとしてのアイデンティティのほか、その他複数のアイデンティティを内在化し、職場や家庭、生活する地域など、それぞれの場に応じてそれらアイデンティティの割合をうまく調整しながら職務を継続していると考えられる。

今回の調査においては、対象者性別を問わずにリクルートし、研究協力に同意が得られた男性1名、女性8名からデータを収集した。対象者いずれの語りにおいてもとくに性差を感じさせるものではなく、看護師の職業的アイデンティティは性差がないという報告(狩野ほか, 2015, p.7)を支持する結果であったと考える。一方で、児玉・深田(2005)は、企業就業者を対象に職業的アイデンティティを調査し、結婚や出産などを機にとくに女性が職業的アイデンティティの危機に直面しやすい可能性を示唆している(p.272)。職業的アイデンティティの危機への直面はアイデンティティの揺らぎを生み、就業を困難にする可能性がある。アイデンティティの危機に直面した際にアイデンティティを確立・再確立するためには、主体的な模索・解決が重要となる(児玉・深田, 2005, p.265)。今回の対象者は女性が大半を占めていたが、男性を含むいずれの語りにおいても【仕事を続けるための環境を整える】行動をとる様子がうかがえた。性別に関係なく主体的に模索・解決を図ることでスタッフナースとしてのアイデンティティを確立し、職務の継続を実現してきたのではないかと考える。しかし、女性特有のライフイベントが主体的なアイデンティティの模索・解決を困難にする可能性があるため、性差については今後慎重に検討を重ねる必要があると考える。

2. 長期職務継続するスタッフナースの職業的アイデンティティ

長期職務継続するスタッフナースの語りの分析から、そ

の職業的アイデンティティが明らかになった。長期職務継続するスタッフナースにとって〈仕事をすることは当然〉であり、〔離職の選択肢はな（い）く、【仕事は続ける】という意思をもっている。同時に「家族を大切にしたい」〔自分のための時間を大切にしたい〕という【プライベートを大切にしたい】思いをもっている。これら2つの思いを両立させるためには、職務環境の調整だけでなく、家族の協力を得るなどして【仕事を続けるための環境を整える】ことが必要であると考えている。仕事とプライベートを両立するスタッフナースは〔自分の望む働き方ができる立場に満足し（ている）〕、〔患者・患者の家族に直接看護ができる役割に満足している〕。さらに〔裁量のある仕事に満足（している）〕するなど、【今の立場・役割に満足している】。一方で、自分には〔管理職に求められる力は不足している〕と認識し、同時に〔管理職の仕事に魅力を感じない〕自分もいる。これらのことから、自分は【管理職になる条件は満たしていない】と認識している。長期職務継続するスタッフナースの自分には、〔自分だからこそできる看護を实践する役割（がある）〕〔後輩を育てる役割（がある）〕〔スタッフ同士をつなぐ役割（がある）〕〔上司を支える役割（がある）〕を周囲に【期待されている（役割がある）】と認識している。日々職務を遂行するなかで、職場においては〔上司・スタッフが勤務の調整に協力してくれる〕〔上司・スタッフが家族を気にかけてくれる〕〔上司が自分のことを気にかけてくれる〕ことを認識し、さらにプライベートにおいては〔家族や友人が支えてくれる〕ことを認識しており、スタッフナースである自分の職務継続は【周囲の人々に支えられている】と捉えている。

看護師の職業的アイデンティティをテーマとした先行研究（グレッグ、2002；岩井ほか、2001；川北ほか、2015）においては、いずれも看護や看護師へのコミットメントを表わすカテゴリーが存在する。本研究においても【仕事は続ける】というカテゴリーが生成されており、スタッフナースが看護という仕事に対して強くコミットし続けようとする状況がうかがえた。スタッフナースは看護師として看護を続けることに高い価値があると考え、そこに意味があると捉えていると推察する。

内閣府（2021）の「国民生活に関する世論調査」によれば、人が働く目的は「お金を得るため」、「社会の一員として、務めを果たすため」、「自分の才能や能力を発揮するため」、「生きがいを見つけるため」であると報告されている。社会の一員として仕事をするを当然と考え、また、社会とのつながりやお金を得る手段として、看護師の資格を有する自分に〈離職の選択肢はな（い）く、【仕事は続ける】という信念をスタッフナースがもっていることは、この調査結果と一致すると言える。また、【仕事は続

ける】と同時に【プライベートを大切にしたい】思いをもっている。Greenhaus & Powell（2006）は、複数の役割がもたらすポジティブな効果として、①仕事での経験と家庭における経験が合わさって幸福を生む相加効果、②仕事での役割と家庭での役割が他方の役割における苦痛の緩衝となる効果、③一方の役割における経験が他方の役割においてもポジティブな経験や結果をもたらす効果をあげており（p.73）、この3つ目を「ワーク・ファミリー・エンリッチメント（Work-Family Enrichment）」という概念で表わしている。Model of Work-Family Enrichment（Greenhaus & Powell, 2006, p.79）では、2つの役割から相乗効果（synergy）が生み出されるメカニズムを示している。スタッフナースは、スタッフナースとしての役割とその他役割との相乗効果（synergy）から生み出されるポジティブな経験や感情に支えられながら日々の職務を遂行していると推察する。川北ほか（2015）は、子育て中のパートタイム看護師の職業的アイデンティティには《看護師の仕事に対するコミットメント》があり、パートという《家庭を優先した働き方》を自主的に選択していることを報告している（p.36）。本研究の対象者も、【仕事を続けるための環境を整える】ひとつとしてスタッフナースという立場・役割を選択した過去の状況を語っていた。その語りから、スタッフナースという立場・役割の選択は、他者からの誘導ではなく、あくまでも自身の主体的な選択に基づいた結果であることが推察できる。Deci & Flaste（1995/1999）は、自ら選択することによって自分自身の根拠を十分に意味づけることができ、納得して活動に取り組むことができると述べている（p.45）。また、Latham（2007/2009）は、従業員に選択の自由を与えると、その人の自信、自律性、課題に対する興味が促進され、結果、従業員は仕事を他者から割り当てられた場合より、課題に多くの時間と努力を割き、自主的に行動し、課題の熟達と達成に責任感を抱くようになる」と述べている（p.220）。つまり、スタッフナースという立場・役割の選択が自身の主体的な選択に基づくものであったということが、スタッフナースへのコミットメントを高め、職務が継続されてきた可能性がある。また、〈同僚にプライベートの状況を開示する〉行動は、周囲に自分の置かれている状況の理解促進を図る行動であると考えられ、職務をより円滑に継続するために主導的に周囲の環境を整える行動であると言える。

本研究の対象者は、自身の希望する勤務態勢のなかで、自身のやりたい看護が裁量をもってできる【今の立場・役割に満足している】。この満足感は、20年以上の職務経験において獲得した看護実践能力とそれに伴う周囲からの信頼を背景に、自己肯定感・効力感をもって主体的・積極的に職務を遂行するなかから生み出されたものであると推察

する。一方で、自分は【管理職になる条件は満たしていない】と認識している。武村（2014）は、看護管理者に求められるコンピテンシーとして、個人の特性（管理者として備えるべき特性）、思考力（ビジョンを描く力）、企画実行力（企画し実行する力）、影響力（人を巻き込む力）、チーム運営力（チームをまとめ動かす力）を示している（pp.8-9）。今回の対象者はこれら5つの力のいずれか、もしくはいずれもが自分には十分備わっていないと判断していた。しかし、どの対象者の語りからも日々の実践においてこれら5つの力を発揮している様子がうかがえた。看護職の倫理綱領（日本看護協会, 2021, p.5）に「看護職は、常に、個人の責任として継続学習による能力の開発・維持・向上に努める」と明記されている。めまぐるしく変化する昨今の医療現場に対応するためには、常に新しい知識や技術の獲得が求められる。ある目標を達成したとしても、また次の新たな目標設定が求められ、結果、十分な看護実践能力をもってしても「自分はまだまだ」という不全感を抱くに至っている可能性がある。

本研究の対象者は、自分だからこそできる看護を実践する役割、後輩を育てる役割、スタッフ同士をつなぐ役割、上司を支える役割を自身に期待されている役割であると認識していた。細田・星・藤原・石井（2011）は、施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシーとして《組織への参画》《実効パワー》《目標達成志向》《支援的リーダーシップ》《専門的実践》《協働関係づくり》《フレキシビリティ》という7つのクラスターを明らかにしている（p.39）。今回生成されたカテゴリーと細田ほか（2011）の7つのクラスターには多くの類似点があり、今回の対象者である長期職務継続するスタッフナースは、中堅期の看護師のコンピテンシーを獲得した状態にあると推察する。細田ほか（2011）の《目標達成志向》は看護師自身が目標に焦点をあて、それを達成しようと試みる姿勢を維持する能力を表しているが、今回の対象者の語りに目標やその達成に関する語りは見当たらなかった。これは、今回の対象者が自身の目標に焦点をあて、それを達成しようと試みる姿勢を維持するための意図的な行動をとっていない、もしくはそこに関心を向けていない可能性があるのではないかと考える。すでに十分な看護実践能力を身につけていることが原因のひとつであるとも考えられるが、経験年数10年以上の看護師の継続教育には課題が残ることが指摘されている（戸塚・佐藤, 2018, p.46）。教育支援体制が十分でない状況のなか、目標に焦点をあて、それを達成しようと試みる姿勢を維持するための行動を主体的にとらなくてはならないことも原因のひとつではないかと考える。

今回の対象者は、スタッフナースである自分の職務継続

は【周囲の人々に支えられている】と認識していた。箕浦・高橋（2018）は、「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」における4つの力「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」を発揮するためには、社会人基礎力が必要であると述べている（p.15）。社会人基礎力には「前に踏み出す力」「考え抜く力」「チームで働く力」があり、このうち「チームで働く力」の能力要素に、自分と周囲の人々や物事との関係性を理解する力を指す「状況把握力」がある（箕浦・高橋, 2021, pp.15-16）。スタッフナースは、自らのもつ状況把握力を発揮し、自身に向けられた支援を広く、かつ詳細に、そしてポジティブに受け止めると同時に、それらを職務遂行や職務継続の原動力に変換しているのではないかと考える。

3. スタッフナースの職務継続支援の検討への示唆

部署における看護実践の中核を担うスタッフナースが、実践能力を存分に発揮しながら長く働き続けるために、多様な働き方を肯定的に受け止める職場風土を醸成することが求められる。職務継続を支援する立場にある者や部署のスタッフは、スタッフナースの抱く【仕事は続ける】【プライベートを大切にしたい】という思いを受け止めることが必要であり、スタッフナースがその立場・役割を主体的に選択できる環境を整えること、周囲はその選択の結果やその選択に至る過程を肯定的に受け止めることが必要であると考ええる。また、吉田（2007）は、看護職のアイデンティティは40歳までに確立され、以降変化は起こりにくいと述べている（p.69）。職務継続を支援する立場にある者は、早期から看護師個人がどのような働き方を求めているのかを把握し対応することが求められる。とくに女性看護師に対する支援においては、女性特有のライフイベントを迎える時期を考慮して対応する必要があると考える。

臨床の看護師は自己の実践能力を厳しく評価する傾向にあり、それが肯定的な自尊感情の形成を妨げることが示唆されている（中吉ほか, 2018, p.219）。今回、長期に職務を継続するスタッフナースは、〈上司が自分の看護実践を承認してくれる〉と受け止めていたが、経験年数を重ねると上司や同僚からのフィードバックが少なくなる傾向がある（林・森嶋・上平, 2017, p.52）。役職や肩書をもたないスタッフナースは担うべき役割が曖昧になりやすい現状を考慮すると、妥当な自己評価ができていない可能性があるのではないかと考える。自尊感情と看護師のメンタルヘルスや自己効力感との関連（増田, 2003, p.14; 澤田・羽田野・矢野・酒井, 2004, p.51）も鑑みて、スタッフナースの職務継続支援を検討するにあたっては、スタッフナースの実践能力の自己評価の傾向についても気に留めること

が必要であると考え。中吉ほか（2018）が、看護師の自尊感情の向上には、看護師自身が現実的な目標を認識し、自己の看護実践能力を適正に評価できるように支援することが重要であると述べている（p.218）。スタッフナースの置かれている立場・役割を踏まえ、適正に評価された実践能力に基づく達成可能な目標設定ができるような支援が求められると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は看護部門責任者から推薦された看護師であることから、サンプリングにバイアスが生じている可能性がある。また、A県内の2施設に所属する看護師に限定し、対象者数も9名と少なかったため、今後は対象地域を広げ、対象者数を増やして検討する必要がある。

結 語

本研究では、スタッフナースの職務継続支援を検討するために、長期職務継続するスタッフナース9名の語りから、その職業的アイデンティティの構成要素を明らかにした。結果、7つのカテゴリー【仕事は続ける】【プライベートを大切にしたい】【仕事を続けるための環境を整える】【今の立場・役割に満足している】【管理職になる条件は満たしていない】【期待されている役割がある】【周囲の人々に支えられている】で構成された。長期職務継続するスタッフナースは、現在の立場・役割を主体的に選択したことによって長期にわたる職務継続を実現している可能性があると考えられた。スタッフナースの【仕事は続ける】【プライベートを大切にしたい】という思いを尊重し、多様な働き方を容認する職場風土の醸成が求められる。

謝 辞

本研究に協力してくださった看護師の皆様、研究協力の受け入れを許可してくださった病院の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究の一部は第42回日本看護科学学会学術集会にて発表した。

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

- 荒川千秋（2011）. 女性看護師の離職に関連する要因：一関東地域一般病床200床以上の病院勤務看護師の縦断研究から. *日本看護研究学会雑誌*, 34(1), 85-92.
- Deci, E.L., & Flaste, R. (1995) / 桜井茂男（1999）. *人を伸ばす力内発と自律のすすめ*. (p45). 東京：新曜社.
- Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 434-441.
- Greenhaus, J.H., Powell, G.N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *The Academy of Management Review*, 31(1), 72-92.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江（2016）. よくわかる 質的研究の進め方・まとめ方 第2版：看護研究のエキスパートをめぐって. 1-84, 東京：医歯薬出版株式会社.
- グレッグ美鈴（2005）. 臨床看護師の組織コミットメントを促す経験. *岐阜県立看護大学紀要*, 6(1), 11-18.
- グレッグ美鈴（2002）. 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. *看護研究*, 35(3), 196-204.
- 畠中易子, 遠藤善裕（2016）. 看護実践能力と職業的アイデンティティの関連から見る中堅看護師の実態. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 14(1), 13-17.
- 細田泰子, 星 和美, 藤原千恵子, 石井京子（2011）. 施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシー. *大阪府立大学看護学部紀要*, 17(1), 37-44.
- 林 有学, 森嶋道子, 上平悦子（2017）. 役職を持たない看護師のキャリア意識：経験年数による比較. *日本看護学会論文集看護管理*, 47, 50-53.
- 入江真理, 永井由美子, 山川正信（2018）. 助産師の職業的アイデンティティ確立に関する研究：首尾一貫感覚及び自己効力感からみた一考察. *大阪教育大学紀要*, 66, 51-59.
- 岩井浩一, 澤田雄二, 野々村典子, 石川演美, 山元由美子, 長谷龍太郎, 大橋ゆかり, 才津芳昭, N.D.パリー, 海山宏之, 宮尾正彦, 藤井恭子, 紙屋克子, 落合幸子（2001）. 看護職の職業的アイデンティティ尺度の作成. *茨城県立医療大学紀要*, 6, 57-67.
- 金藤亜希子, 中谷久恵, 大塚美樹（2017）. 行政機関に勤務する新任保健師の職業的アイデンティティの構成要素. *広島大学保健学ジャーナル*, 14, 1-10.
- 狩野京子, 出井涼介, 實金 栄, 中嶋和夫, 山口三重子（2015）. 看護師における職業的アイデンティティ, 職業経験の質と職業キャリア成熟の関係. *日本看護評価学会誌*, 5(1), 1-10.
- 川上美里, 津本優子, 内田宏美（2013）. 役職に就いていないキャリア後期看護師の職業継続意志とその要因. *島根大学医学部紀要*, 36, 23-30.
- 川北敬美, 撫養真紀子, 勝山貴美子, 青山ヒフミ（2015）. 子育て中のパートタイム看護師の職業的アイデンティティに関する検討. *大阪医科大学看護研究雑誌*, 5, 36-46.
- 児玉真樹子, 深田博己（2005）. 企業就業者の職業的アイデンティティの危機に関する研究. *広島大学大学院教育学研究科紀要*, 54, 265-273.
- 厚生労働省（2019年）. 医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ. 厚生労働省 政策について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000567572.pdf> (参照2022年6月9日)
- Latham, G.P. (2007) / 金井壽宏（2009）. *ワーク・モティベーション*. (p.220). 東京：NTT出版株式会社.
- Levinson, D.J. (1978) / 南 博（1992）. *ライフサイクルの心理学*

- (下). (pp10-11, 228). 東京: 講談社.
- 前田智香子 (2009). 専門家の職業的アイデンティティ形成の研究に必要な視点. 関西大学学術リポジトリ 文学部心理学論集, 3, 5-14.
- 増田安代 (2003). 総合病院と精神病院に勤務する看護職のメンタルヘルスに影響を及ぼす要因に関する検討. 九州看護福祉大学紀要, 5(1), 5-16.
- 箕浦とき子, 高橋 恵 (2018). 看護職としての社会人基礎力の育て方 第2版: 専門性の発揮を支える3つの能力・12の能力要素. 4-16, 東京: 日本看護協会出版会.
- 光岡由紀子 (2019). 看護師における本来感と感情労働と職業的アイデンティティとの関連. 日本看護研究学会雑誌, 42(4), 749-761.
- 三浦広美 (2018). 総合病院の精神科病棟に勤務する看護師の職業的アイデンティティに関する研究. 八戸学院大学紀要, 57, 129-142.
- 溝上慎一 (2008). 自己形成の心理学: 他者の森をかけ抜けて自己になる. 80-88, 京都: 世界思想社.
- 文部科学省 (2020). 地域連携プラットフォーム構築に関するガイドライン参考資料集2: 地域社会の現状・課題と将来予測の共有について. 文部科学省. https://www.mext.go.jp/content/20201029-mext-koutou-000010662_03.pdf (参照2022年9月30日)
- 撫養真紀子, 池亀みどり, 河村美枝子, 清水厚子, 志田京子, 勝山貴美子, 北居 明, 上野恭裕, 青山ヒフミ (2014). 病院に勤務する看護師の職業継続意思に関連する要因の検討. 大阪府立大学看護学部紀要, 20(1), 29-37.
- 内閣府 (2021). 国民生活に関する世論調査 (令和3年9月調査). 世論調査. <https://survey.gov-online.go.jp/r03/r03-life/2-3.html> (参照2022年6月9日)
- 中村博文, 渡辺尚子, 浅井美千代, 榎本麻里 (2015). 男性看護師の職業的アイデンティティに影響を及ぼす要因の構造的な分析. 北日本看護学会誌, 18(1), 29-37.
- 中野沙織, 岩佐幸恵 (2019). 中堅看護師の職業継続に関する文献検討: 「離職」と「職業継続」の理由に焦点をあてて. *The Journal of Nursing Investigation*, 16(1-2), 10-22.
- 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.
- 日本看護協会 (2022a). 「2021年病院看護・外来看護実態調査」結果. News Release. https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20220401121744_f.pdf (参照2022年6月9日)
- 日本看護協会 (2022b). 2021年 看護職員実態調査. 日本看護協会調査研究報告〈No.98〉2022. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/research/98.pdf> (参照2022年6月9日)
- 日本看護協会 (2021). 看護職の倫理綱領. 5. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf (参照2022年6月9日)
- Oshio, T., Inoue, A., Tsutsumi, A. (2021). Role ambiguity as an amplifier of the association between job stressors and workers' psychological ill-being: Evidence from an occupational survey in Japan. *Journal of Occupational Health*, 63(1), 1-10.
- 猿田了子 (2020). 助産師の職業的アイデンティティの形成に関する研究: 修士課程で助産師教育を受けた助産師における検討. 日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学紀要, 24, 21-29.
- 佐々木真紀子, 針生 亨 (2006). 看護師の職業的アイデンティティ尺度 (PISN) の開発. 日本看護学会誌, 26(1), 34-41.
- 佐藤淳子 (2011). 中堅看護師の職務継続に影響したやりがいとその要因となる経験. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 36, 202-209.
- 澤田忠幸, 羽田野花美, 矢野紀子, 酒井淳子 (2004). 女性看護師の職務満足と心理的Well-Beingに及ぼす個人特性要因の影響: 中核的自己評価の役割. 日本看護研究学会雑誌, 27(4), 45-52.
- Schein, E.H. (1990)/金井壽宏 (2003). キャリア・アンカー: 自分のほんとうの価値を発見しよう. 21, 東京: 白桃書房.
- 下方友子, 多田貴志, 森 千鶴 (2004). 看護職者の職業的アイデンティティに関わる要因. 日本看護学会論文集 精神看護, 35, 115-117.
- 小路浩子, 西原 翼 (2022). 一人の保健師が地域包括支援センターの保健師として職業的アイデンティティを形成するまでのプロセス: 複線経路等至性モデリング (TEM) による分析. 神戸女子大学看護学部紀要, 7, 1-11.
- 小路浩子 (2021). 中堅期の市町村保健師の職業的アイデンティティの形成プロセスと影響要因: 複線経路等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling: TEM) による分析. 日本看護学会誌, 41(1), 876-884.
- 鈴記洋子, 葉久真理 (2015). 看護管理者の職業的アイデンティティ確立プロセス. *The Journal of Nursing Investigation*, 13(1-2), 1-11.
- 高柴律子, 佐藤紀子 (2013). 40代看護師にとっての仕事の意味. 日本看護管理学会誌, 17(1), 57-66.
- 武村雪絵 (2014). 看護管理に活かすコンピテンシー: 成果につながる「看護管理力」の開発. 8-9, 東京: メディカルフレンド社.
- 田尾雅夫 (1991). 組織の心理学. 49-64, 東京: 有斐閣.
- 俵 志江 (2019). 都市部の医療機関に所属する保健師の業務の実態と職業に対するアイデンティティ. 日本医学看護学教育学会誌, 28(2), 48-54.
- 富永真己, 西村美八 (2015). 看護職員の人材確保の取り組みの実態と、確保と定着の困難さ及び離職率との関連. 日本医療・病院管理学会誌, 52(4), 209-219.
- 戸塚絵巳, 佐藤紀子 (2018). 中堅看護師の現状とジェネラリストナース育成の可能性. 東京女子医科大学看護学会誌, 13(1), 42-47.
- 辻 ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 片山由加里, 井村香積, 永山弘子 (2007). 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトール現象とその要因. 日本看護研究学会雑誌, 30(5), 31-38.
- 内海恵子, 松井妙子, 沖亜沙美, 畑吉節未 (2017). 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度開発の試みと信頼性・妥当性の検討. 香川大学看護学雑誌, 21(1), 41-54.
- 渡辺三枝子 (2007). 新版キャリアの心理学: キャリア支援への発達のアプローチ. 149-150, 京都: ナカニシヤ出版.
- 山口陽子, 百瀬由美子 (2013). 訪問看護師の職業的アイデンティティの特徴および個人特性との関係. 日本在宅ケア学会誌, 17(1), 49-58.
- 吉田なよ子 (2007). 病院勤務の女性看護職の年令, 経験年数, 職業アイデンティティ, 看護専門的自律性, バーンアウトの関連. 日本赤十字看護学会誌, 7(1), 68-77.
- 吉村千草, 原田博子, 山田千尋 (2018). 女性看護師における働きやすさ・職業的アイデンティティと職業継続・職場定着意思の関係. 日本医療・病院管理学会誌, 55(4), 173-183.

〔2022年7月20日受 付〕
〔2022年12月7日採用決定〕

Professional Identity Elements of Staff Nurses Working in Medium-Sized Regional Hospitals and Pursuing Long-Term Career Continuation

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(2), 177-188
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221207199>

Michiko Morishima, RN¹, Yasuko Kume, RN²

¹Tenri University, Nara, Japan

²Mukogawa Woman's University, Hyogo, Japan

Abstract

Objective: The aim of this study was to clarify and describe the professional identity elements of nurses who have been working for over twenty years without a job title (hereinafter, staff nurses) through their narratives.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with nine staff nurses. The data obtained were recorded verbatim, and the descriptions of subjective awareness of their perception of self as a staff nurse working for a long time, activities and roles pertaining to nursing work, and values and beliefs were coded and categorized.

Results: Seven categories, including “continue working,” “cherishing one’s own private life,” “preparing an environment conducive to working for a long period of time,” and “satisfaction with the current position and role,” were generated. **Conclusions:** Staff nurses working for a considerable period of time want to continue working and nurture thoughts on cultivating their private life. Furthermore, driven by the subjective selection of their position and role, they aim to take the initiative in preparing a conducive work environment that will enable them to continue working in the future and, thus, achieve a sense of satisfaction with their current position and role.

Key words

professional identity, staff nurse, career continuation

Correspondence: M. Morishima. Email: m.morishima@sta.tenri-u.ac.jp

看護系大学院の修士論文指導に携わる 教員の研究指導経験の概念化

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(2), 189-199
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221219195>

中山登志子¹, 舟島なをみ²

¹千葉大学大学院看護学研究院, ²清泉女学院大学看護学部看護学科

要 旨

目的：看護系大学院の修士論文指導に携わる教員の研究指導経験を表す概念を創出する。方法：研究方法論に看護概念創出法を適用した。看護系大学院の修士課程の指導教員10名を対象に半構造化面接を行い、飽和化の確認によりデータ収集を終了した。収集したデータを質的帰納的に分析した。研究者間の合意が得られるまで分析を繰り返し研究の信用性を高めた。結果：対象者10名は女性であり、修士課程の指導経験年数は平均7.7年（SD＝5.3）、輩出した修了者数は1名から15名であった。分析の結果、修士論文指導に携わる教員の研究指導経験を表す26概念が創出された。26概念とは、【論文完成に向けた授業時間内指導と個人教授】、【研究各段階への移行効率化に向けた学生への準備情報提供と助力者配置】等である。結論：26概念は、修士論文の指導教員が自身の指導を客観的に理解し、指導の質向上に向けた基礎資料として活用できる。

キーワード

看護系大学院修士課程、看護学教員、研究指導、経験

責任著者：中山登志子。Email: nakayamat@faculty.chiba-u.jp

緒 言

大学院は、高等教育の中でもとりわけ知識集約型社会における知の生産、価値創造を先導する「知のプロフェッショナル」を育成する役割を中心的に担うことが期待されている（中央教育審議会大学分科会，2019）。このような大学院の役割を果たすために、文部科学省（中央教育審議会大学分科会，2015）は、大学院教育の改革の基本的な方向性を示すとともに、その具体的な方策の一つとして組織的な教育・研究指導体制の確立と教員個々による教育・研究指導能力の向上を明示した。

わが国の看護系大学院修士課程は、1997年より急激に増加しており、20年間に10倍を超え、現在もなお増え続けている。これにより看護系大学院は、教員の不足や経験過少による教育への影響など深刻な問題に直面している（文部科学省，2011）。また、修士論文や博士論文の指導に伴い教員がさまざまな問題に直面している状況（Muraraneza, Mtshali, & Bvumbwe, 2020；中山・舟島，2023）は国内外を問わず共通しており、このことは、看護系大学院の教員の研究指導能力向上への取り組みが世界共通の課題であることを示す。

以上を背景とする本研究は、研究指導能力向上に向け、

組織的な取り組みと教員個々による取り組みのうち、後者に焦点を当てる。それは、教員個々の研究指導能力が学生の研究指導に直接反映されることに起因する。先行研究（広島大学高等教育研究開発センター，2004）は、大学院生が学位論文の完成に向け、学習環境や教員との相談機会の他、指導教員による研究指導の内容を最も重視していることを明らかにした。また、大学院生は、指導教員との関係性において、困難な状況に教員が理解を示すことや研究者としてエキスパートであることを高く評価している（Van Wyk, Coetzee, Havenga, & Heyns, 2015）。これらの結果は、教員による研究指導が学生の研究活動に大きな影響を及ぼし、同時にその基盤となる教員個々の研究指導能力の重要性を示唆する。そこで、個々の教員の研究指導能力向上に資する初期的段階に位置づく研究として、教員の修士論文指導に関わる経験を解明する研究に着手した。

研究開始に先立ち、大学院設置基準が示す大学院の教育を構成する「授業」と「研究指導」という観点から先行研究を概観した。その結果、わが国の看護系大学院の修士課程教育に関わる研究が、教育方法の開発（中野・西脇・福井・西出，2016）や教育プログラムの評価（北村・細田・長畑，2021）など「授業」に関する研究を中心に進展していることを確認した。一方、「研究指導」に関する研究は、

学生による研究指導の良否（山下・舟島・松田・中山, 2019）や研究指導に伴う問題（中山・舟島, 2023）など、研究指導の特定の側面に焦点を当て行われていた。また、海外では、研究指導の重要な側面や指導者の役割の解明（Severinsson, 2012）に加え、研究指導の評価尺度（Pearson & Kayrooz, 2004）や研究指導能力の評価指標（Xu, Jiang, & Lin, 2018）の開発など、研究指導の質向上に直結する指導の評価に活用可能な研究成果が累積されている。本研究の焦点である教員の研究指導経験については、南アフリカでその一部が解明（Naidoo & Mthembu, 2015；Roets, Botha, & Vuuren, 2017）されつつあるが、修士論文としての研究の開始から論文審査の合格に至るまでの研究指導経験は未解明であることを確認した。

本研究が解明を目ざす修士論文指導に関わる研究指導経験は、修士論文指導に携わる教員が自身の研究指導の状況を客観的に理解したり、改善の方向性を見出したりするための資料として活用できる。

I. 研究目的

看護系大学院の修士論文指導に携わる教員の研究指導経験を表す概念を創出し、考察を通して研究指導能力向上に向けての示唆を得る。

II. 用語の概念規定

1. 経験 (experiences)

経験とは、主体としての人間が関わった過去の事実を主体の側からみた内容であり（見田・栗原・田中, 1988, p.245）、人間と環境の関連の仕方やその成果の総体である（林・野田・久野・山崎・串田, 1971, p.391）。

2. 研究指導 (research supervision)

一般的に研究指導とは、学士課程や大学院課程を問わず、学生の研究活動を教員が指導・支援する取り組みの総体を指す（近田, 2018, p.v）。これを前提に、本研究における研究指導とは、修士論文としての研究の開始から論文審査の合格に至るまでの大学院生の研究活動を教員が指導・支援する取り組みの総体である。

III. 研究方法

本研究は、看護系大学院の修士論文指導に携わる教員の研究指導経験を表す概念を創出するため、看護概念創出法（舟島, 2018, pp.120-198）を適用した。

看護概念創出法は、多様な看護学に関わる現象から質的

データを抽出し、それらを構成した行動や経験を表す概念の創出、全体構造の解明を看護学独自の視点から目ざす質的帰納的研究方法論であり、この方法を適用して得られた結果は記述理論に該当する（舟島, 2018, p.118）。看護学研究を進展させ、看護実践や看護学教育の質向上を目ざすためには、複雑な看護現象や看護学教育に関わる現象を構成する行動や経験を看護学独自の視点から理解する必要があるため、そのためには、現象から質的データを抽出し、その中に潜む概念や構造などを発見し、これらを用いて現象を構成した行動や経験を記述、説明、予測する必要がある（舟島, 2018, pp.122-123）。

本研究は、わが国の看護学の修士論文を指導する教員の研究指導の質向上に資する成果の産出を意図し、「看護系大学院の修士論文指導」という複雑な看護学の大学院教育に関わる現象を構成する経験の理解に向け、その経験を表す概念の創出が可能な看護概念創出法を用いる。

1. 研究対象者

次の要件①から③の全てを満たす者を研究対象者とした。

- ①看護系大学院に在籍し、修士課程の指導教員として過去5年以内に1名以上の修了生を輩出している看護学教員。指導教員とは、修士論文としての研究開始から修士論文の審査合格まで指導の責任を担う者である。
- ②修士課程における研究指導経験のうち、大学院設置基準第16条の「修士論文」の指導経験を持つ教員。
- ③研究参加に快く同意した者。

2. データ収集方法

研究者らのネットワークを用いて、研究対象者の要件を充足する者を探索した。データの飽和化に向け、全国の看護系大学院に就業する多様な背景を持つ教員を対象に半構造化面接法を用いてデータを収集した。

(1) 質 問

半構造化面接法に用いる質問の設定は、本研究と同様の方法論を適用し、博士論文作成過程の学生の経験の解明に成功した先行研究（中山ほか, 2015）を参考にした。研究指導経験を具体的に聴取するため、これまで指導した学生の中から1名を選択し、その学生の指導経験を語るよう依頼した。まず、導入として、選択した学生の大学院入学の経緯とともに、修士論文としてどのような研究を行ったのかを聴取した。その後、入学直後から修士論文完成までの指導を切れ目なく聴取するため、2年間（長期履修の場合は3年間）の指導の概要を聴取した（表1）。また、指導の概要を正確に理解するため、論文の作成過程に沿って出来事を記録する用紙を作成し、その用紙に必要事項を記録

表1 質問

〈導入〉

- 問1. 修士課程の指導教員になられてから何年になりますか。
 問2. 指導教員として、これまでに何名の修士生を輩出していらっしゃいますか。
 問3. あなたが、直近に指導した1名の大学院生を思い浮かべてお話してください。
 その学生は、どのような経緯で大学院に入学したのですか。また、修士論文としてどのような研究を行ったのか簡単にお話してください。

〈修士論文指導の経験に関する質問〉

- 問4. まず、その学生が入学した時点から修士論文を完成させるまでの2年間（長期履修の場合は3年間）の指導の流れ（概要）を教えてください。
 問5. その学生が入学した当初は、どのような指導をしましたか。
 問6. その後、修士論文の研究テーマが決定するまでは、どのような指導をしましたか。
 問7. 研究テーマが決定し、研究計画書を作成（文献検討を含む）するまでは、どのような指導をしましたか。
 問8. 研究計画書を作成した後、データ収集、分析では、どのような指導をしましたか。
 問9. 分析を終了し、結果が出た後、論文を提出（主に結果と考察の論述）するまでは、どのような指導をしましたか。
 問10. 修士論文を提出した後、審査や発表の過程でどのような指導をしましたか。
 問11. 追加して発言したいことがありましたらお話しください。

しながら面接を進めた。質問内容の妥当性は、予備面接により確認した。

(2) データ収集期間

2018年1月から2019年3月にデータを収集した。

3. データ分析

本研究の究極的な目的は、修士課程の修了要件である修士論文審査への合格までを含む修士論文完成に向け、大学院生の研究指導に伴う経験を表す概念を創出することである。そのため、「修士論文完成に向けた研究指導」という視点に基づき分析することにより、研究目的達成に有用な成果を産出できる可能性が高いと判断した。以上より、本研究の持続比較のための問いを「この教員の経験は、修士論文完成に向けた研究指導という視点からみるとどのような経験か」に設定した。

(1) データ化（舟島, 2018, pp.145-149）

面接終了後、逐語記録を作成し、面接フォーム（舟島, 2018, p.147）の〈面接記録〉、〈質問項目別回答の概要〉、〈対象者のプロフィール〉に記録した。次に、〈質問項目別回答の概要〉に持続比較のための問いをかけ、性質の差異が大きいと判断した順に分析フォーム（舟島, 2018, p.149）に逐語記録を転記した。

(2) コード化（舟島, 2018, pp.149-158）

すべてのコードを同様の視点と手続きにより抽出するために、[初期コード]、[一般的経験コード]、[一般的経験—持続比較のための問い対応コード]、[根拠]の4項目からなる分析フォームを用いた。現象を構成する各経験を一単位とし、次の4段階にわたりコード化を行った。

第1段階：分析フォームの[初期コード]の欄に面接の逐語記録を要約、整理し、修士論文の経験として転記した。

第2段階：分析フォームの[一般的経験コード]の欄に初期コードを「一般的な人間の経験としてみるとどのような経験か」という視点から抽象度をあげ、[修士論文指導経験コード]として命名した。

第3段階：分析フォームの[一般的経験—持続比較のための問い対応コード]の欄に、第2段階で命名した[修士論文指導経験コード]に持続比較のための問いをかけ、その問いに対する回答に命名し、[修士論文指導経験—修士論文完成指導対応コード]を作成した。

第4段階：分析フォームの[根拠]の欄に、第3段階で作成した[修士論文指導経験—修士論文完成指導対応コード]がなぜそのように命名されたのか、その理由を記述した。

(3) カテゴリ化（舟島, 2018, pp.158-168）

コード化の第3段階で得られた[修士論文指導経験—修士論文完成指導対応コード]の同質性、異質性により分離、統合しサブカテゴリを形成した。次に、それらに持続比較のための問いをかけ経験の性質の共通性を発見、命名し、カテゴリ、コアカテゴリとした。

4. 研究の信用性（舟島, 2018, p.126）

研究者はすべて博士（看護学）の学位を持ち、現在、看護系大学院の研究指導に携わっており、かつ看護概念創出法に精通している。このような背景を持つ研究者間でデータ化、コード化、カテゴリ化の全過程を共有し洗練に向け検討した。

5. 対象者への倫理的配慮

対象者への研究協力依頼の際、研究の概要に関する説明を口頭および文書を用いて行い同意書を交わした。その際、研究への協力は任意であること、協力の意思を表明した後も辞退する権利があることを伝え、それを遵守した。また、研究の全過程を通して、対象者の匿名性を確保するとともに、プライバシーを侵害しないことを約束し実施した。なお、本研究は、研究者が所属する組織の研究倫理審査委員会による承認（千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会：承認番号29-86）を得て実施した。

Ⅳ. 結 果

面接対象者9例目で性質の異なる回答がほとんど出現しなくなった。その後、1名の面接を追加し、この1名から得られた回答内容が、これまでの回答内容と同質である、すなわちデータが飽和化していることを確認し、データ収集を終了した。

1. 研究対象者の背景

対象者10名は全て女性であり、年齢は40歳台1名、50歳台6名、60歳台3名であった。職位は、研究科長1名、教授6名、准教授3名であり、専門領域は、成人看護学、小児看護学、精神看護学、地域看護学、病態学等を含み多様であった。修士課程の指導経験年数は平均7.7年（SD=5.3）であり、輩出した修了者数は1名から15名であった。対象者10名が在籍する大学院は、国立4名、公立5名、私立1名であった。

2. 修士論文指導に携わる教員の研究指導経験

対象者10名から質問項目別に228回答内容を得た。分析の結果、67回答内容を性質の異なる経験として抽出した。この67回答内容から形成された「修士論文指導経験—修士論文完成指導対応コード」の総数は287であった。これらのコードは、174サブカテゴリ、101カテゴリを形成し、最終的に26コアカテゴリ、すなわち修士論文指導に携わる教員の研究指導経験を表す26概念を創出した。以下、26概念について述べる。

【1. 論文完成に向けた授業時間内指導と個人教授】

この概念は、教員が学生個々の修士論文の完成に向け、授業を活用し指導するとともに、授業以外に個別に指導するという経験を表す。

教員は、学生の研究計画の立案を支援するため、授業を活用して、学生が提出した資料を査定し、知識を補足したり検討を要する内容を説明したりしていた。授業を活用し

たこのような指導に加え、教員は、学生が倫理審査申請、データ収集、分析など研究進行に伴う問題に遭遇したとき、個別に指導機会を設定し、その都度必要な内容を指導していた。

【2. 学生への連絡累次と連絡自粛】

この概念は、研究進行状況を確認するため、教員が学生に頻繁に連絡する一方、頻繁な連絡による学生の心理状況を考慮し、それを思いとどまる経験を表す。

教員は、学生に定期的な研究進行状況の報告を求めており、報告が途絶えたとき、自ら学生に連絡していた。一方、頻繁な連絡により学生を精神的に追いつめてしまうのではないかと感じ、報告の要請を躊躇したり、それをあきらめたりすることもあった。

【3. 学生からの連絡長期待機による指導好機の逸失と指導機会の設定督促】

この概念は、教員が連絡の途絶えた学生の報告を待ち続け、指導のタイミングを逃してしまう一方、学生からの報告を待ちきれず、指導機会を強引に設定するという経験を表す。

教員は、予備調査の結果や本調査の準備状況を気にしながらも学生からの報告を待ち続け、必要な助言をする機会を逃してしまうこともあった。一方、これ以上、学生からの報告を待てないと判断したとき、学生に催促し指導の約束を取りつけることもあった。

【4. 研究各段階への移行効率化に向けた学生への準備情報提供と助力者配置】

この概念は、学生が研究の次段階に円滑に進めるよう教員が必要な情報を提供したり、学生の状況に応じて助力者を配置したりするという経験を表す。

教員が提供した準備情報とは、データ収集のための計画立案、効率的な執筆方法、審査に向けた質疑応答の練習などであった。教員は、これらの準備情報を学生に伝えたり、分析に先立ち独力によりデータ化できない学生の指導を助教に依頼したりして、学生が研究の各段階を円滑に進めるよう支援していた。

【5. 質的データ分析演示と分析結果修正の具体教示】

この概念は、教員が分析初期段階に、質的データの分析方法を教示するためその方法を学生に演示し、研究の最終段階になると、分析結果の精度を高めるため修正内容を具体的に教示するという経験を表す。

教員は、学生が質的データの分析を開始した当初、分析方法を修得できるよう実際のデータを用いて、その解釈や

性質の見分け方を説明していた。しかし、論文の提出期限が切迫すると、分析結果の精度を少しでも上げるため、学生の実験結果を逐一点検し、分析結果の添削や修正案の提示を繰り返し行っていた。

【6. 学生の実験意欲持続に向けた努力の承認と激励】

この概念は、学生の実験意欲が途切れないように学生の努力を認めたり励ましたりして気持ちを引き立たせるといった経験を表す。

教員は、学生が文献検討の結果を思うように論述できないとき、少しずつでも進んでいることを伝え、学生の気持ちを奮い立たせようとしていた。また、予想通り学生が考察未完了の論文を提出したとき、未完了であってもそれまでの努力を認める言葉をかけ論文を受け取ることもあった。

【7. 学生からの指導要請への即刻受諾と棄却】

この概念は、教員が学生から計画外の指導を求められ、その必要性を判断したとき、即時に指導を開始する一方、指導の必要性がないと判断したとき、学生の要請に応じないという経験を表す。

教員は、学生の独力により分析を終了するという計画を学生とともに立案したにもかかわらず、分析途上に指導を求められたとき、学生の混乱状況を見て即時に指導を開始していた。一方、考察が一定のレベルに達していると判断したとき、学生からさらなる指導を求められても、それを断ることもあった。

【8. 学生個別の学習機会設定による研究進行過程の困難最小化】

この概念は、教員が学生の実験進行を妨げる困難を最小にするため、学生個々の状況に応じた学習の機会を設定するという経験を表す。

教員は、実践経験を持たない学生の実験収集が難航することを予測し、実験収集に先立ち、授業外に実践できる機会を学生に提供していた。また、質的データ分析に先立ち、自身の研究の実験過程を説明したり、実際の分析場面を見せたりすることもあった。

【9. 学外研究協力者への円滑な対応に向けた学内関係者への学生行動周知】

この概念は、教員が学外の実験協力者からの問い合わせに円滑に対応するため、学内の関係者に学生の行動を周知するという経験を表す。

教員は、学生の実験フィールドや実験収集の関連施設から問い合わせがあったとき、領域内の全教員が確実に対

応できるよう実習室と共同研究室の両方にデータ収集期間中の行動計画表を掲示するよう学生に指示していた。

【10. 専門外の知識を要する学生への個人教授に向けた専門家の招聘】

この概念は、教員が自身の専門と異なる知識を必要とするとき、その知識を持つ専門家から指導を受けられるよう機会を設定するという経験を表す。

教員は、異なる文化圏の外国人から聴取した面接内容に対する学生の理解を深めるため、文化人類学を専門とする研究者を紹介し、学生が指導を受ける機会を作っていた。また、分析に高度な統計学の手法を必要とするとき、統計学を専門とする教員に相談できる場を設定していた。

【11. 学生への研究費支出代替と学生からのさらなる支出代替要請受理】

この概念は、教員が学生に代わり研究に必要な費用を支出し、その後、さらに学生から研究費以外の費用の支出を求められるという経験を表す。

教員は、学生の実験状況を考慮し、研究目的の達成に不可欠な高度解析に必要な費用を自身の研究費から捻出していた。その後、学生から研究に必要な費用に加え、論文投稿に必要な費用までさらに要求されることもあった。

【12. 学生の将来構想実現に向けた有用な学習経験提供】

この概念は、教員が、指導過程で見出した学生の実修課程修了後の進路を実現できるようそれに役立つ経験を提供するという経験を表す。

教員は、実修課程修了後、学生が教職に就くことを予測し、ティーチングアシスタントとして教授活動を経験できる機会を提供していた。また、博士課程への進学を希望する学生には、学会発表を通して研究経験を累積する必要性を説明したり、発表するテーマについて提案したりしていた。さらに、博士課程の学生への研究指導経験の提供を意図して、実修論文発表会の準備に取り組む学生の個別指導を依頼することもあった。

【13. 研究への関心集中による学生への関心低下】

この概念は、個別指導中の教員が研究に没頭し、学生への関心が低下してしまうという経験を表す。

教員は、質的データの分析に夢中になり、学生の状況を考える余裕もないまま気がつくとき指導時間を大幅に超過していることがあった。また、考察の指導中、コンピュータ画面を注視したまま質問を繰り返し、返答がないことをきっかけに学生が疲弊していることに初めて気づくこともあった。

【14. 研究指導に伴う未経験領域参入への危惧と危惧解消に向けた周知な準備】

この概念は、教員がこれまで経験したことのない内容や方法に関わる研究の指導に迷いや恐れを感じるとともに、それらを払拭するために万全の準備をして指導に備えるという経験を表す。

教員は、学生が関心を示す研究課題に精通していなかったり、学生が希望する研究方法論を用いた経験がなかったりしたとき、指導に迷いや不安を感じていた。そして、迷いや不安をぬぐい去るため、指導に先立ち、当該研究課題に関する文献を精読したり、自身のデータを用いて模擬分析を行ったりしていた。

【15. 学生の論文修正の余儀なき代行と代行の是非懷疑】

この概念は、教員が、独力により論文を修正できない学生に代わりやむなくその論文を修正する一方、そのような行動を教員としてとってよいのか葛藤するという経験を表す。

教員は、期限内に学生が独力により論文を修正できないと判断したとき、学生の意向を確認しながら、ときに単独で論文を修正することもあった。一方、期限内の論文提出を優先し、論文修正を代行することへの是非に疑念も感じていた。

【16. 審査委員への学生の研究情報提供と学生からの審査情報収集】

この概念は、論文審査に参加できない教員が、審査が円滑に進むよう学生の研究に関する情報を審査委員に提供したり、審査終了後、学生から審査過程の情報を収集したりするという経験を表す。

論文審査に同席できない教員は、審査の円滑な進行を意図し、審査に先立ち審査委員に学生の研究過程を説明していた。また、審査終了後、論文の修正を支援するため、審査過程の質疑応答や審査委員の意見を学生から聴取していた。

【17. 学生提出資料精読による指導の効果確認と効果不顕による原因の推測】

この概念は、学生が提出した資料を精読し、教員が指導の効果があったことを認める一方、指導の効果がなかったとき、その原因を推測するという経験を表す。

教員は、学生が提出した研究計画書や論文を精読し、指導に基づき修正できていることを確認していた。一方、修正を求めたにもかかわらず未修正箇所が残っていたり、論述を変更した学生の意図が不明瞭であったりしたときには、学生が修正できない原因を多方面から推し量っていた。

【18. 指導効果実感による指導への精励と指導無効状態継続による学生への憤怒抑制不可】

この概念は、教員が指導の効果を実感したとき、これまで以上に指導に精を出し取り組む一方、どれほど指導してもその効果が上がらないとき、学生への怒りの感情を抑えられないという経験を表す。

教員は、研究計画書の完成を目ざし、根気よく修正に取り組む学生を見て、自身も教員として精一杯支援したいと懸命に努力していた。一方、繰り返し指導しても不誠実な態度が一向に変わらない学生に、教員という立場を忘れ声をあらだててとがめることもあった。

【19. 研究進行不可事態発生による指導中断と指導目標達成による指導終了決断】

この概念は、学生の研究進行を妨げる事態が発生したとき、教員が指導の中断を決定し、また、指導の目標を達成したとき、指導の終了を決断するという経験を表す。

教員は、学生から入院治療が必要であるという報告を受け、治療を優先する必要性を説明し指導を一旦中断していた。また、学生の質的データ分析の結果が一定の水準に達したことを確認できたとき、指導を終了していた。

【20. 研究進行阻害要因への対処怠慢による研究進行停滞打開への支援遅滞】

この概念は、教員が学生の研究進行を阻害する要因に対処しなかったことにより、学生への支援が遅れてしまうという経験を表す。

教員は、全国調査に先立ち、早期に計画を立てるよう学生に指示する必要があったにもかかわらず、Wi-Fi環境の不良により連絡がとれないことへの対応を放置し、必要な指示を伝えられなかった。また、自身がネットワークを持っていないことを理由に、研究対象者の探索に苦慮している学生にどのように支援すればよいかかわからず、対象者確保のための対策が遅れてしまうこともあった。

【21. 学生個人の実情配慮必須による指導への妥協と論文の質向上諦念】

この概念は、教員が学生個々のさまざまな事情に配慮せざるを得なかったとき、自身の指導に折り合いをつけたら、論文のさらなる質向上をあきらめたりするという経験を表す。

教員は、職務と研究を並行する学生の負担軽減を優先し、自身の指導方針を転換し学生の勤務状況に合わせて指導計画を変更していた。また、修業期限内の修士論文提出を最優先した結果、論文を洗練するために必要な指導をあきらめざるを得ないこともあった。さらに、論文審査を通

過するため、審査委員の指摘をそのまま受け入れた学生の修正をやむなく認めることもあった。

【22. 不適切指導への自責による引責としての学生不利益の最小化】

この概念は、教員が自身の指導が不適切であったことを自覚し、その責任をとるため、学生に生じた不利益を最小にするという経験を表す。

教員は、研究計画立案の際に指導した分析方法が不適切であったことに気づき、分析と並行して研究計画を修正するように学生に修正案を示していた。また、審査委員の質問に適切に回答できない学生を見て、審査終了後、不足部分の指導を補足していた。さらに、分析の指導に長期間要してしまったことによる学生の負担増大への責任を感じ、学生に代わって分析を進めることもあった。

【23. 指導の質査定に向けた自己評価と他者評価のための機会設定】

この概念は、教員が自身の指導の質を査定するため、自己評価や他者評価の機会を設定するという経験を表す。

教員は、学生の質的データの分析結果を点検したり研究に関する学習会に参加したりして自身の指導の適切性に自信を持ったり、指導の欠落部分を発見し学生に教示したりしていた。また、個人教授の適切性への保証を得るため、研究の要所に指導への参加を教授に求めることもあった。

【24. 卓越した指導実見による研究指導力向上決断と不適切指導実見による指導への批判】

この概念は、教員が他教員の卓越した指導を見たとき、自身の指導能力を高める必要性を痛感する一方、不適切な指導場面を目撃し、不適切さを指摘するという経験を表す。

教員は、複数指導体制の下、教授の発言によって変容した学生の態度を目の当たりにし、教授の指導力を実感するとともに、研究指導者としての目標を明確にしていた。一方、学生の意向を無視したテーマへと誘導する他教員の発言に対して、学生が主体であることを主張することもあった。

【25. 研究への質疑応答静観による学生の成長実感】

この概念は、教員が、研究に関する質問に適切に応答する学生を見たとき、研究者として成長したことを実感するという経験を表す。

教員は、審査の際、口頭試問に適切に対応する学生を見たとき、また、学内発表の際、会場からの質問に明瞭に回答する学生を見たとき、研究の初学者から研究者として成長したことに心を打たれていた。

【26. 研究指導継続による指導限界拡大と研究能力向上】

この概念は、教員が研究指導の継続を通して、自身の指導の限界を突破し広げるとともに、研究能力をさらに高めていくという経験を表す。

教員は、多様な関心を持つ学生への指導や研究方法の考案を通して、新たな知識を修得し指導可能な研究領域を拡大していた。また、指導を通して、学生への理解が深まったり、学生の研究遂行能力を査定する力が向上したりしていることを実感していた。

V. 考 察

本研究は、看護学の修士論文指導に携わる教員の研究指導経験の総体を表す26概念を創出した。総体とは、研究対象とする経験の特徴的な側面のみに限定することなく、特徴的な側面の経験を含む全体を意味する(舟島, 2018, p.122)。26概念は、「看護系大学院の修士論文指導」という複雑な看護学の大学院教育に関わる現象を構成する経験の特徴的な側面のみに限定することなく、修士論文としての研究の開始から論文審査の合格に至るまでの大学院生の研究活動への指導に関わるすべての経験を表す。これまで修士論文指導に携わる教員の経験は、緒言で述べた南アフリカでの先行研究の他、新人教員(Roets & Bhembe, 2016)や同僚の指導経験(Kirton, Straker, Brown, Jack, & Jinks, 2011)など特定の背景を持つ教員に着目し解明されていたり、遠隔指導(Bruce, et al., 2008)や分散学習(Molzahn, et al., 2009)に伴う課題といった指導の特定の側面に焦点を当て報告されている。一方、本研究は、修士論文としての研究開始から論文審査まで修士課程の修了要件に不可欠な「修士論文完成」に関わるすべての経験を解明しており、これは本研究の独創性に値する。

26概念は、修士論文指導に携わる教員が、適切な時機に指導機会を設定し、学生の個別状況を考慮し研究の進捗を支援するという経験を表す。その過程で、指導に難航しながらもそれを打開するための努力をしたり、専門家や審査委員など多様な人々と相互行為を展開しながら論文完成を支援するという経験を表す。そのような指導の成果として、学生の成長や自身の研究能力の向上を実感するという経験をしていた。これら26概念は、修士論文指導に携わる教員の研究指導経験の総体を表しており、教員が自身の研究指導の状況を客観的に理解するために活用できる。

次に、研究指導能力向上に向けての示唆を得るため、関連する概念を取り上げ考察する。

1. 学生個々の研究推進に向けた支援

本研究の結果は、概念【1. 論文完成に向けた授業時間

内指導と個人教授が表すように修士論文完成に向け、教員が「授業時間内指導」と「個人教授」を組み合わせ用いていることを明らかにした。大学院設置基準第12条は、大学院の教育を「授業」と「研究指導」により行うことを規定しており、概念【1】の「授業時間内指導」は「授業」、「個人教授」は授業以外の個別指導、すなわち「研究指導」を意味する。これらは、【1】が修士論文完成に向けた指導の中核となる概念であることを表す。このうち、個別の研究指導として、教員は、学生が円滑に研究を進行できるよう【4. 研究各段階への移行効率化に向けた学生への準備情報提供と助力者配置】、【8. 学生個別の学習機会設定による研究進行過程の困難最小化】が表す「準備情報の提供」や「助力者の配置」、「学習機会の設定」を行っていた。これらの指導は、学生の個別状況に理解を示しそれを反映した指導であり、学生はこのような指導を高く評価している（Van Wyk, ほか, 2015）。しかし、研究の次段階への効率的な移行や、研究進行過程の困難の最小化が、必ずしも全ての学生に常に必要とされる指導ではない。それは、直面した困難に学生自身が対処することにより、時間を要しても独力で乗り越え、そのような経験そのものが研究者としての能力獲得の機会につながることもあるからである。一方、修士課程の学生の多くは研究の初学者であり、研究各段階に必要な知識として学習したことを自身の研究に適用し、それを実際に行動として実現することが困難である（舟島, 2015, pp.214-215）。このような研究の初学者としての学生の特徴を理解し、教員は、学習した知識を具体的な行動に連結できるレベルまで学生の理解が深まっているか否かを判断し、概念【4】や【8】が表す指導を提供する必要がある。また、その際、最も効果的な指導の時機や方法を合わせて検討する必要がある。

次に、概念【2. 学生への連絡累次と連絡自粛】、【3. 学生からの連絡長期待機による指導好機の逸失と指導機会の設定督促】は、教員が指導機会の設定に向け、学生への連絡の頻度やその方法に迷ったり、強引に指導機会を設定してしまった結果、適切な指導の時機を逃してしまうという経験を表す。修士論文作成過程の学生の経験を解明した研究（金谷・舟島・望月, 2015）は、教員が研究進行状態を頻繁に確認したり、研究への取り組みを強制したりするとき、学生が指導を過剰であると感じることを明らかにした。これらは、指導が必要であるという教員の知覚と指導を受ける必要があるという学生の知覚が一致していないことを示し、このことに起因し適切な時機に指導を提供できなくなる可能性が高い。また、教員から指導を受ける機会を失った学生は、研究の進行や論文の執筆等を停滞させるという経験をしており（金谷ほか, 2015）、このことは、適切な時機の指導機会の設定が、学生の修士論文完成に極

めて重要であることを示す。研究の初学者である学生は、研究の進行過程やその過程に生じ易い問題を予測することが困難であり、研究の進捗状況の報告や指導を受ける必要性を理解できないこともある。そのため、教員は、研究開始に先立ち、研究の進捗状況を報告する必要性や研究各段階に生じ易い問題を説明し、報告の時期や方法を学生と予め決定しておくことが重要である。

概念【5. 質的データ分析演示と分析結果修正の具体指示】は、教員が質的分析の初期段階には分析方法を演示し、研究の最終段階になると分析結果の修正を具体的に教示するという経験を表す。先行研究（大熊ほか, 2013）は、質的研究方法を用いて学位論文作成に取り組む学生が、「分析の一貫性が保てない」、「研究目的に必要なデータかの迷いが生じる」という困難に直面していることを明らかにした。そのような困難に対して、教員は、個人面接の回数を増やしたり分析の指導に時間をかけたり、学生が方法論の理解を深められるよう多様な機会を提供するといった働きかけをしていることを明らかにした。また、質的研究の指導の実際を明らかにした研究（山邊, 2017）も、同様に、教員が講義に加え個別指導の頻繁な実施や長期間にわたる継続的な指導を行っていることを明らかにしている。これらの結果は、質的研究の特に分析過程において、指導教員によるスーパービジョンが極めて重要である（井上, 2009）ことを裏づけるが、その具体的な指導の内容や方法は解明されていない。本研究によって創出された概念【5】は、教員が学生の分析能力や研究の進行状況に応じて多様な教授方略を駆使していることを示しており、質的研究を用いる学生への個別指導の具体的な内容や方法について明らかにすることは、指導能力の向上に向けた重要な課題である。

2. 研究指導に伴う難航の打開

概念【15. 学生の論文修正の余儀なき代行と代行の是非懷疑】は、独力により論文を修正できない学生の論文執筆を代行し、その是非に葛藤するという経験を表す。また、【21. 学生個人の実情配慮必須による指導への妥協と論文の質向上諦念】は、学生個々の事情に配慮し、意図する指導やさらなる論文の質向上をあきらめるという経験を表す。これらの経験は、看護系大学院に入学する学生の背景の多様さ、特に教育背景や、仕事や家族役割との並進など就学状況の多様性、それらに関連する経験の影響を大きく受けている可能性が高い。修士論文指導に伴う問題を解明した研究（中山・舟島, 2023）は、教員の多くが、研究の準備状況が整っていない学生を受け入れることにより、研究に必要な基礎的能力を補足するため通常以上の時間をかけて指導しなければならないという問題に直面していることを明らかにした。一方、看護系大学院生の学修上の困難

感に焦点を当てた研究（大山, 2017）は、学生が困難感を感じる程度に「研究経験」と「自己決定型学習への準備性」が関連することを明らかにした。両研究結果は、研究経験や自己学習への準備不全が学生自身の修学に伴う困難感を増強し、そのことが指導にも影響を及ぼし教員にとって困難な指導経験として知覚されることを示唆する。

次に、概念【22. 不適切指導への自責による引責としての学生不利益の最小化】は、教員が不適切な指導への責任を自覚し、学生への不利益を最小にするという経験を表す。修士課程に在籍する学生の多くは研究の初学者であり、教員への依存度が高い反面、自身の能力も十分、査定できない状況にある（舟島, 2015, p.211）。また、研究の進行が停滞しているとき、学生は、それを打破するために納得のいかない指導であっても受け入れることがある（金谷ほか, 2015）。これらは、教員が意図せず行ってしまった不適切な指導を学生がそのまま受け入れる可能性があることを示し、その結果、研究の進行や論文の完成に大きな影響を及ぼすことを示唆する。また、概念【18】のうちの【指導無効状態継続による学生への憤怒抑制不可】は、繰り返し指導してもそれを遵守しない学生に怒りの感情を抑えられないという経験を表す。修士論文作成過程の学生は、教員の指導を実現できないと感じたとき、その指導を無視することもある（金谷ほか, 2015）。また、先行研究（山下ほか, 2019）は、修士課程の学生が、「学生の状況を考慮せず不可能な修正を求める」ことを良くない研究指導として知覚していることを明らかにした。これらは、教員が良い、あるいは学生に必要であると意図して行った指導であっても、学生には実現不可能な場合もあることを示す。そのため、教員は、概念【18】のうちの【指導無効状態継続】が、学生にとって実現不可能であることに起因し生じている可能性があることを考慮し、指導を遵守しない、あるいは遵守できない学生にその理由を聴取することにより、このような事態を回避できる可能性が高い。

本研究の結果は、概念【17. 学生提出資料精読による指導の効果確認と効果不顕による原因の推測】、【23. 指導の質査定に向けた自己評価と他者評価のための機会設定】が表すように、教員が指導の効果が上がらない原因を推測するなど自己評価したり、他者から評価を受ける機会を設定したりしていることを明らかにした。自身の指導の質を高めるために自己評価は有効な手段の一つであり（松田, 2017）、海外では教員が自身の指導の質を評価するために活用可能な他者評価尺度（Pearson & Kayrooz, 2004）や、研究指導能力を評価するための指標（Xuほか, 2018）が既に開発されている。緒言に述べたとおり、わが国の看護系大学院の教育に関わる研究は、「授業」に関する研究が進展している一方、「研究指導」に関する研究は緒に就い

たばかりである。今後、研究指導の実態解明をはじめ、研究指導の質向上に資する研究の推進は、わが国の看護系大学院教育の重要な課題である。

また、概念【26. 研究指導継続による指導限界拡大と研究能力向上】は、教員が研究指導の継続を通して、自身の指導領域を広げ、研究能力をさらに高めていくという経験を表す。修士論文完成に向けた指導は指導教員の責務であり、教員は、学生がどのような状況にあっても、それを支援するために必要な努力を継続しなければならない。指導教員としての役割を果たすために、自身の指導の質を評価しながら研究指導を継続することにより、研究指導能力の向上に結びつく。

VI. 今後の課題

本研究は、教員の研究指導能力向上に資する初期的段階に位置づく研究として、修士論文指導に伴う経験の総体を解明した。本研究の対象者の多くは、質的研究の指導に関わる経験を語っており、飽和化を確認した後、データ収集を終了しているものの、そのことが研究結果に反映されている可能性が高い。今後、指導対象である大学院生の研究デザインに着目し、概念の洗練に努めるとともに、指導経験年数や研究領域など教員の背景による経験の相違を解明することは、研究指導の質向上に向けた課題である。さらに、教員の研究指導経験を表す26概念を基盤に、個々の教員の研究指導能力向上に活用できる自己評価尺度を開発することは、本研究の発展的な課題である。

VII. 結 論

本研究は、看護系大学院の修士論文指導に携わる教員の研究指導経験を表す26概念を創出した。26概念は、修士論文を指導する教員が、自身の指導を客観的に理解し、指導の質向上に向けた基礎資料として活用できる。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP18K10182の助成を受けたものである。

著者貢献度

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

文 献

- Bruce, A., Stajduhar, K., Molzahn, A., MacDonald, M., Starzomski, R., Brown, M. (2008). Nursing graduate supervision of theses and projects at a distance: Issues and challenges. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-12.
- 近田政博編著 (2018). シリーズ大学の教授法 5 研究指導, v, 東京: 玉川大学出版部.
- 中央教育審議会大学文科会 (2015). 未来を牽引する大学院教育改革～社会と協働した「知のプロフェッショナル」の育成～. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/houkoku/1366897.htm (参照2022年12月22日)
- 中央教育審議会大学分科会 (2019). 2040年を見据えた大学院教育のあるべき姿—社会を先導する人材の育成に向けた体質改善の方策—. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/houkoku/1412988.htm (参照2022年12月22日)
- 舟島なをみ (2015). 研究指導方法論: 看護基礎・卒後・継続教育への適用. 東京: 医学書院.
- 舟島なをみ (2018). 看護教育学研究: 発見・創造・証明の過程 第3版. 東京: 医学書院.
- 林 達夫, 野田又夫, 久野 収, 山崎正一, 串田孫一 (監修) (1971). 哲学事典, 391, 東京: 平凡社.
- 広島大学高等教育研究開発センター編 (2004). 大学院教育と学位授与に関する研究—全国調査の報告—. 広島大学高等教育研究開発センター, 7.
- 井上智子 (2009). 育てられたように, 育つように, そして育てたいように. インターナショナル ナーシング レビュー, 32(3), 19-25.
- 金谷悦子, 舟島なをみ, 望月美知代 (2015). 大学院看護学研究科修士課程に在籍する学生の修士論文作成過程の経験に関する研究. 千葉看護学会会誌, 21(1), 43-51.
- Kirton, J., Straker, K., Brown, J., Jack, B., Jinks, A. (2011). A marriage of convenience?: A qualitative study of colleague supervision of master's level dissertations. *Nurse Education Today*, 31(8), 861-865.
- 北村愛子, 細田泰子, 長畑多代 (2021). 大学院生へのトランジショナルケア教育プログラム受講1年後の看護実践の変化. 大阪府立大学看護学雑誌, 27(1), 51-56.
- 松田安弘 (2017). 研究指導の自己評価の実際と今後の課題: 修士論文指導に焦点を当てて. 看護教育学研究, 26(2), 26-27.
- 見田宗介, 栗原 彬, 田中義久 (編) (1988). 社会学事典, 245, 東京: 弘文堂.
- Molzahn, A., MacDonald, M., Banister, E., Sheilds, L., Starzomski, R., Brown, M., Gamroth, L., Paskulin, L. G., Silveira, D.T. (2009). Challenges and opportunities in graduate nursing education by distributed learning in Canada and Brazil. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 30(4), 755-761.
- 文部科学省 (2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1302921.htm (参照2022年12月22日)
- Muraraneza, C., Mtshali, N., Bvumbwe, T. (2020). Challenges in postgraduate research supervision in nursing education: Integrative review. *Nurse Education Today*, 89, 1-8.
- Naidoo, J. R., Mthembu, S. (2015). An exploration of the experiences and practices of nurse academics regarding postgraduate research supervision at a South African University. *African Journal of Health Professions Education*, 7(2), 216-219.
- 中野正孝, 西脇理恵, 福井龍太, 西出りつ子 (2016). 健康医学研究のための大学院統計学教育方法に関する研究 (5): 看護系大学院生に必要な統計的知識・技術について. 日本健康医学雑誌, 25(3), 222-223.
- 中山登志子, 舟島なをみ (2023). 看護学の修士論文指導に携わる教員が直面する問題の解明. 千葉看護学会会誌, 28(2), 39-47.
- 中山登志子, 舟島なをみ, 定廣和香子, 横山京子, 松田安弘, 鈴木美和, 野本百合子, 山下暢子, 山登直美, 亀岡智美 (2015). 大学院看護学研究科博士後期課程に在籍する学生の博士論文作成過程の経験. 千葉看護学会会誌, 21(1), 33-42.
- 大熊恵子, 関本朋子, グレグ美鈴, 大川貴子, 竹崎久美子, 麻原きよみ, 山本則子, 太田喜久子, 木下康仁, 萱間真美 (2013). 質的研究方法による学位論文作成に際して看護系大学院生と指導教員が遭遇する困難: 医学系研究科博士課程における聞き取りより. 看護研究, 46(4), 418-428.
- 大山裕美子 (2017). 看護系大学院生の学修上の困難感とその関連要因. 日本看護学教育学会誌, 27, 262.
- Pearson, M., Kayrooz, C. (2004). Enabling critical reflection on research supervisory practice. *International Journal for Academic Development*, 9(1), 99-116.
- Roets, L., Bhembé, T.M. (2016). Teaching and supervising research: Challenges of novice educators. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 18(2), 211-225.
- Roets, L., Botha, D., Vuuren, L.V. (2017). The research supervisor's expertise or postgraduate student preparedness: Which is the real concern?. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 19(2), 1-10.
- Severinsson, E. (2012). Research supervision: Supervisory style, research-related tasks, importance and quality - part 1. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 215-223.
- Van Wyk, N. C., Coetzee, I. M., Havenga, Y., Heyns, T. (2015). Appreciation of the research supervisory relationship by postgraduate nursing students. *International Nursing Review*, 63(1), 26-32.
- Xu, Y., Jiang, X., Lin, N. (2018). Construction of competency evaluation index system for supervisor of postgraduate nursing students. *Chinese Nursing Research*, 32(5), 731-736.
- 山邊素子 (2017). 安易な質的研究は看護学を混乱させる! 大学・大学院でのグラウンデッド・セオリー法の指導の実際. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌, 33(1), 213.
- 山下暢子, 舟島なをみ, 松田安弘, 中山登志子 (2019). 大学院修士課程の学生が知覚する教員の「良くない研究指導」の解明: 学生と教員の健全な相互行為の展開に向けて. 日本看護研究学会雑誌, 42(3), 430.

〔2022年8月5日受付〕
〔2022年12月19日採用決定〕

A Conceptualization of the Experiences of Nursing Faculty who Supervise Master's Thesis Research in Graduate Nursing Programs

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(2), 189-199
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221219195>

Toshiko Nakayama, DNSc, RN, MW, PHN¹,

Naomi Funashima, DNSc, RN²

¹Chiba University, Chiba, Japan, ²Seisen Jogakuin College, Nagano, Japan

Abstract

Objective: To create concepts to describe the experiences of nursing faculty who supervise master's thesis research in Japanese graduate nursing programs. **Methods:** Methodology for conceptualization of Nursing was adopted. Through semi-structured interviews, data were collected from 10 nursing faculty who supervise master's theses research in Japanese graduate nursing programs. Data collection was completed by confirming saturation. The data were analyzed qualitatively, and the analysis was repeated until the researchers reached consensus, thus enhancing the study's trustworthiness. **Results:** All 10 subjects were female, with an average of 7.7 years' (SD=5.3) experience of supervising master's thesis research, and the number of graduates ranged between 1 and 15. Twenty-six concepts emerged as describing the nursing faculty's experience of supervising master's thesis research. These included 'in-class instruction and tutoring for completion of the master's thesis,' 'provision of preparatory information and assignment of assistants to graduate students to implement an efficient transition at each stage of their research.' **Conclusions:** Nursing faculty can use the 26 concepts to objectively understand their own supervision of master's theses research and as a basic resource for improving their research supervision.

Key words

master's programs in nursing, nursing faculty, research supervision, experiences

Correspondence: T. Nakayama. Email: nakayamat@faculty.chiba-u.jp

術後の痛みを体験する患者に対する 看護師の臨床判断の要素とその構造

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(2), 201-211
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221117197>

松本有希

聖隷クリストファー大学看護学部

要 旨

目的：術後の痛みを体験する患者に対する、看護師の臨床判断の要素とその構造を明らかにすること。方法：外科系病棟で2年以上の勤務経験がある看護師15名に半構造的面接調査を行い、M-GTAを使用して分析を行った。結果：看護師は【術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤がある】ことが示された。その基盤をもとに【患者の術後痛の体験を理解する】ことにより、【患者と共に術後痛に立ち向かう体制をつくる】ようにしていた。患者と他の医療者と看護師の意見を統合し【術後痛緩和ケアを決定する】ことを通して、【術後痛緩和ケアを実行する】に至り、術後痛緩和ケア実行後は【術後痛緩和ケアの効果を知る】という臨床判断の構造が導き出された。結論：【術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤がある】ことは、術後痛緩和ケアの質に影響すると考えられ、このような看護師としての基盤の形成に向けた看護師教育が今後の課題である。

キーワード

判断, 周術期看護, 術後痛

責任著者：松本有希。Email: yuki-ma@seirei.ac.jp

緒 言

手術を受けた患者にとって、痛みは避けて通ることのできない不快な症状のひとつである。術後の痛みに対応するために、さまざまな鎮痛剤や鎮痛法が開発されているにも関わらず、術後の患者は中程度から重度の痛みを体験していることが報告されている (Francis & Fitzpatrick, 2013, p.356; Yüceer, 2011, p.474)。手術を受けた患者が体験する痛みは、外科的侵襲による体性痛、内臓痛、骨痛だけではなく、ドレーン留置や気管内挿管による咽頭痛など、手術に伴う処置に起因する痛みや、安静臥床や術中体位の影響などによる手術部位以外の痛み、原疾患や合併症により術前から存在している痛みなどがある。このような術後に患者が体験するすべての痛みが、広義の術後痛として考えられている (川真田, 2013, p.3)。術後痛は、多くの原因が重なった複合的なものであり、個々の患者で状況も異なるため、画一的な対応では術後痛の緩和に限界が生じる可能性がある。軽減されない術後痛は、循環・呼吸機能、消化器系、生殖器系、筋骨格系、免疫系、内分泌・代謝系、精神・認知機能など、患者の全身状態さらにはQOLに弊害をもたらすといわれている (Wood, 2010, p.11)。外科系病棟の看護師は、患者の個別の状況に応じた術後痛管理を

担う責務がある。

看護師が捉える術後痛管理の問題として、「鎮痛管理の限界と困難」「医療者の疼痛管理の認識不足」「緩和ケア不足とジレンマ」「医療者の協働不足」「疼痛管理システムの未整備」があることが報告されており、看護師自身が術後痛や術後痛管理に関する幅広い知識を持ち、多様な個別の状況に対応できる術後痛管理の判断力と実践力を高めることが求められている (山本・遠藤・井川, 2014, pp.37-38)。術後痛管理において、患者の痛みの状態を判断し、どのような実践を行うかを決定する段階、つまり臨床判断は、術後痛緩和ケアの効果や質に大きな影響を与えると考えられる。周術期を通して看護師が患者のケアについて行う一連の決定と実践を「臨床判断」として、どのような場面で臨床判断を必要とするか明らかにした研究において、「術後疼痛の評価と対処に関する判断」に際して臨床判断が行われることが報告されている (飯塚・鴨田・渡辺・齋藤, 2011, p.5)。しかし、「術後疼痛の評価と対処に関する判断」について、その詳細を明らかにした研究は見られない。一方、看護師の臨床判断に関する文献的研究において、臨床判断の要素は①臨床判断のプロセスやパターン②看護行為に結びつく臨床判断の内容③臨床判断の根拠④臨床判断に影響を及ぼす要因の4つのカテゴリーに分類さ

れることが報告されている。(藤内・宮腰, 2005, pp.215-216)。これまでの術後痛の看護に関する研究では、術後痛の判断や、具体的な看護行為の方略とその評価を行うような、上記②の看護行為に結びつく臨床判断の内容に該当すると思われる研究は多く取り組まれているものの、上記③臨床判断の根拠および④臨床判断に影響を及ぼす要因まで含めて、術後の痛みを体験する患者に対する臨床判断を広く捉えた研究は行われていない。

そこで本研究では、臨床判断の根拠や、臨床判断に影響を及ぼす要因を含めた視点から、これまで詳細が明らかとなっていない、術後の痛みを体験する患者に対する、看護師の臨床判断の要素を明らかにすることを目的とする。そして、臨床判断の各要素について関連を明らかにすることで、看護師の臨床判断の全体像を記述する。術後の痛みを体験する患者に対する臨床判断の要素とその構造を明らかにすることで、看護師の術後痛への看護実践の行動の説明が可能となる。また、周術期ケア領域における看護師の教育についての課題への示唆が得られるものとする。

I. 用語の定義

術後痛：痛みが最も強いと考えられる Moore の回復過程 (Moore, 1959) の傷害相にあたる術後 3 - 4 日までで、手術を受けた患者が体験するあらゆる痛みとする。手術侵襲によって生じる体性痛・内臓痛・骨痛だけでなく、手術侵襲を直接受けていない身体部位に生じている痛みも含める。なお本研究では、手術を受ける患者の疾患や術式を限定しないものとした。これは、手術目的となる疾患や基礎疾患が原因の痛みや、術式の影響による痛みの状況などについても、看護師が十分に考慮したうえで看護実践を行うことも、臨床判断の一部であると考えたためである。また、疾患や術式に関わらず、術後の痛みを体験している患者に対する看護師の臨床判断に共通する全体像を明らかにするためである。

臨床判断：Corcoran (1990) による定義「患者ケアについて決定を下すこと。それには、認知的な熟考および直感的な過程が関与する。適切な患者のデータ、臨床的な知識および状況に関する情報が考慮される」(p.354) を、本研究においても使用する。

患者：手術を受け、術後の痛みを体験している患者とする。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は半構成的面接法を用いた質的記述的研究である。

B. 研究対象者と選定手続き

急性期病院に勤務し、外科系病棟 (ICU を含む) で 2 年以上の勤務経験があり、調査時に外科系病棟に所属している看護師 (以下看護師) とした。Benner (2001/2005) は、似たような状況で 2 - 3 年働いたことのある看護師について、「この段階の特徴は意識的で入念な計画作成ができるということである。そうした計画を持っていれば現在および予測される将来の属性と局面において、何が最重要で何が無視できるのかがわかる」(p.251) と述べている。本研究においても、外科系病棟において 2 年以上勤務経験のある者は、術後痛の看護について自律的な臨床判断ができる看護師であると考え、対象者とした。

研究協力依頼先である、急性期病院 (約 600 床) の外科系病棟に所属する看護師に面接を依頼するため、看護部長に本研究の趣旨や内容、調査方法等について文書および口頭にて説明し、研究への協力を依頼し承諾が得られた。その後、各部署の看護師長より対象看護師を推薦してもらい、推薦のあった看護師に対し、研究者が直接文書および口頭にて研究計画の説明を行い、研究への参加の同意を得た者に面接を行った。

C. データ収集期間

2015 年 5 月から 2015 年 9 月

D. データ収集方法

インタビューガイドに基づいた半構造的面接法を用いた。プライバシーの保たれる個室を用意し、研究対象者に同意を得て面接内容を IC レコーダーに録音、逐語録を作成した。質問内容は、術直後から術後 3 - 4 日までの患者に対し、術後痛にどのように気づき、術後痛緩和ケア実践としてどのようなことをしているのか、その時に大切にしていることは何か、術後痛緩和ケア実践時に感じる困難や葛藤などについてであり、できるだけ自由に語ってもらえるように配慮した。また、研究対象者の背景として、性別・年齢・役職・所有資格・一般学歴・最終看護教育歴・看護師経験年数・外科系病棟総経験年数 (ICU 経験を含める)・現所属病棟在籍年数・これまで経験した診療科と各経験年数・過去 3 年間の痛みに関する学習会の参加経験の情報を得た。

E. データ分析方法

1. 分析方法

データの分析には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, 以下 M-GTA) を用いた。M-GTA は、データを切片化せず、データの奥にある意味を読み取ることで説明力のある概念生成を行い、継続的比較分析により、実践的な活用のための理論を生成する方法である (木下, 2003/2007)。M-GTA に適した研究は、人間と人間が直接的にやり取りする、社会相互作用に関わるヒューマンサービス領域において、プロセスの性格を持ち、実践的応用の可能性がある研究である。本研究は、看護師と患者との関わりだけでなく、患者の家族、医師、他の看護師や医療従事者などの相互関係の中で、看護師が患者の術後痛を緩和するプロセスを明らかにする。プロセスを明らかにすることにより、術後痛を体験している患者に対する臨床判断の要素とその構造を抽出できるため、適した分析方法であると考ええる。

2. 分析手順

収集したデータの逐語録を作成した。得られたデータに密着した分析となるよう、分析焦点者と分析テーマを設定した。分析焦点者は「術後痛を体験している患者に対して術後痛緩和ケアを提供した経験のある看護師」とし、分析テーマを「看護師が術後の痛みを体験している患者に対して臨床判断を下し、看護行為を実施し、患者の反応から行った看護行為の効力を認識するまでのプロセス」とした。分析テーマと分析焦点者に照らして、一人目のデータの着目箇所の意味を解釈した。着目箇所は具体例とし、解釈内容を簡潔な文章で表現して定義とし、さらに凝縮させた言葉で概念名を命名した。ひとつの概念につき、ひとつのワークシートを作成し、概念名・定義・具体例・理論的メモを記載した。具体例の追加ごとに適宜意味の解釈を行い、定義や概念名を修正した。また具体例の解釈時に検討した内容は、理論的メモに記入した。概念の完成度を上げるため、対極例があるか検討し、新たな概念生成につなげた。一人目の分析が終了後、二人目以降も上記の手順で分析を行った。対象者全員の分析と並行して、生成された概念の相互の関係を検討し、複数の概念の関係からカテゴリーを生成した。分析の結果得られた概念とカテゴリーを用いて、看護師が術後の痛みを体験している患者に対して臨床判断を下し、看護行為を実施し、患者の反応から行った看護行為の効力を認識するまでのプロセスを簡潔に文章化し、ストーリーラインおよび結果図を作成した。

F. 本研究における真実性の確保

データ分析過程において、概念生成から結果図、ストーリーラインの作成まで、研究指導者および M-GTA による研究を行っている研究者から、定期的なスーパービジョンを受けながら検討した。

G. 倫理的配慮

研究対象者に対し、研究目的、研究方法、インタビュー所要時間、本研究に参加しない場合でも不利益にならないこと、研究の参加・不参加について推薦した看護師長に報告することはないこと、研究参加同意後あるいは研究開始後でも、不利益を受けることなく参加辞退できること、得たデータは個人が特定される形では公表しないこと、データは研究終了後適切な方法で速やかに廃棄すること、答えたくない質問には答えなくてもよいことなどを文書および口頭で説明し、同意書への署名を得た。本研究の研究計画は浜松医科大学医の倫理委員会の審査を受け承認された (E15-016)。

Ⅲ. 結 果

A. 研究対象者の概要

研究参加の同意が得られた対象者は15名であった。概要を表1に示す。看護経験年数は4-15年目で平均9.1年目 ($SD \pm 4.0$)、外科系病棟総経験年数 (ICU 経験を含める) は2年8か月-約15年で平均7.4年 ($SD \pm 3.7$) であった。インタビュー所要時間は約35-70分で平均約51分であった。

B. ストーリーライン

分析の結果22概念、2サブカテゴリー、6カテゴリーが生成された。カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、概念は〈 〉、具体例は“ゴシック”で示す。また、具体例のアルファベットは対象者の匿名記号を示し、() は研究者が対象者の語りの意味を補足した内容である。結果図を図1に示す。また、ストーリーラインは以下のようになった。

術後の痛みを体験している患者に対して術後痛緩和ケアを提供した経験のある看護師は、《患者を思いやる姿勢》を示していた。具体的には〈患者に安楽に過ごしてもらいたいと思う〉気持ちを自然に抱くと共に、〈患者の術後痛の辛さを慮り、包容力のある態度で関わることで、辛さの表出を促すことを心掛けている〉ことで患者と関わろうとしていた。《患者を思いやる姿勢》によって、術後痛に自然と関心が向き〈術後痛の存在確認〉につながっていた。

表1 研究対象者の背景

匿名記号	性別	インタビュー所要時間 (分:秒)	看護師経験年数	外科系病棟総経験年数 (ICU経験を含める)
A	女性	58:35	12年目	12年 5 か月
B	女性	58:51	5 年目	4 年 5 か月
C	女性	53:09	6 年目	5 年 3 か月
D	女性	38:07	12年目	6 年 3 か月
E	女性	69:57	15年目	11年 5 か月
F	女性	45:43	7 年目	7 年 3 か月
G	男性	40:48	6 年目	5 年 3 か月
H	女性	51:44	15年目	約10年
I	女性	47:51	15年目	約15年
J	女性	57:00	5 年目	4 年 4 か月
K	女性	56:52	10年目	9 年 4 か月
L	女性	50:27	6 年目	5 年 4 か月
M	女性	53:39	7 年目	6 年 5 か月
N	女性	35:12	4 年目	3 年 6 か月
O	女性	43:25	12年目	2 年 8 か月

また、《経験から培った認識》として、これまでの経験をもとに看護師が築いてきた知識や経験知を持っていた。それは、〈患者が体験する術後痛を認識している〉こと、〈術後痛に対する患者の対処パターンを認識している〉こと、〈鎮痛剤のリスクとベネフィットを認識している〉こと、〈患者の立場に立った看護師ならではの視点を持ち、医師と患者間のパイプ役を担う責任を認識している〉ことであった。これらの認識があることにより、客観的な視点から患者を観察し、〈術後痛の存在確認〉をすることができていた。このように、《患者を思いやる姿勢》と《経験から培った認識》からなる【術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤がある】ことによって【患者の術後痛の体験を理解する】ことが可能になっていた。具体的には、〈術後痛の存在確認〉をすると、術後痛を体験する患者の心身の状態を受け止め、〈患者の術後痛の存在を認め共感する〉とともに、〈術後痛の様子から術後合併症に注意を払う〉ことで冷静に、術後合併症の早期発見に努めていた。

そして、患者理解をもとに、〈術後痛の辛さに直面する患者のサポーターになる〉一方で、〈積極的な術後痛緩和ケアを約束し、早期離床への道筋を先導する〉ことで、合併症予防と早期離床に導こうとしていた。離床を促進する働きかけは、患者にとって術後痛の悪化を招く事態にもなる。そこで看護師は、〈患者と共に術後の回復過程の歩調をそろえることを意識する〉ことで、【患者と共に術後痛に立ち向かう体制をつくる】ようにしていた。【術後痛緩和ケアを決定する】時は、〈術後痛緩和ケア実践を患者と相談して決める〉こと、〈術後痛緩和ケア実践について他の医療者と協議する〉こと、看護師自身が〈患者の術後痛

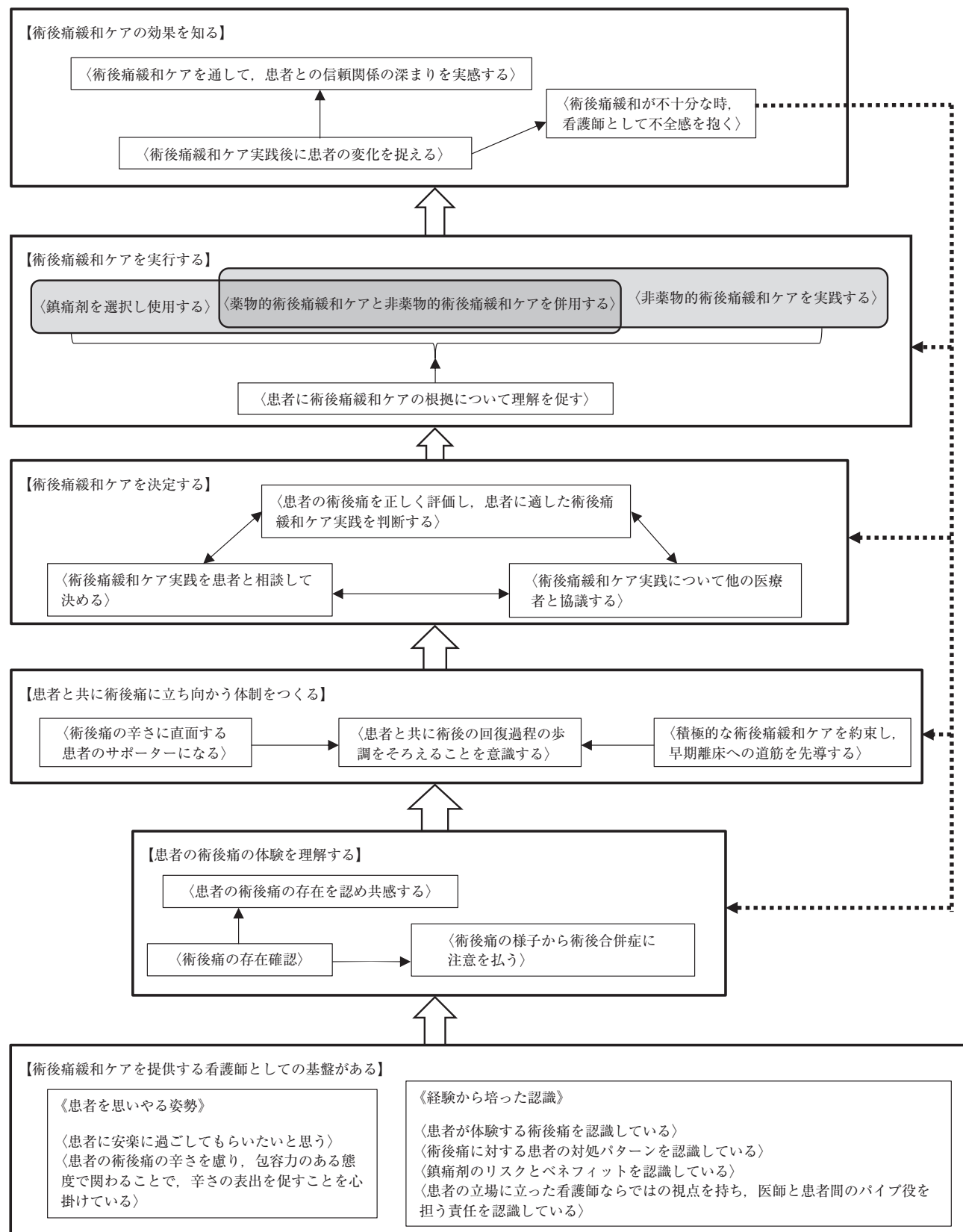
を正しく評価し、患者に適した術後痛緩和ケア実践を判断する〉ことで、患者と他の医療者と看護師の3者の意見を統合し、決定していた。決定した術後痛緩和ケアを提供する際には、〈患者に術後痛緩和ケアの根拠について理解を促す〉ことで、患者が納得してケアが受けられるようにしていた。そして、〈鎮痛剤を選択し使用する〉、あるいは〈非薬物的術後痛緩和ケアを実践する〉、または〈薬物的術後痛緩和ケアと非薬物的術後痛緩和ケアを併用する〉ことで、【術後痛緩和ケアを実行する】に至っていた。術後痛緩和ケア実行後は、〈術後痛緩和ケア実践後に患者の変化を捉える〉ことで、【術後痛緩和ケアの効果を知る】ようにしていた。〈術後痛緩和が不十分な時、看護師として不安全感を抱く〉が、【術後痛緩和ケアを実行する】、【術後痛緩和ケアを決定する】、【患者と共に術後痛に立ち向かう体制をつくる】、【患者の術後痛の体験を理解する】というそれぞれの段階に立ち戻り、術後痛緩和ケアを継続しようとしていた。術後痛緩和ケアに効果が認められた時は、〈術後痛緩和ケアを通して、患者との信頼関係の深まりを実感する〉に至っていた。

C. カテゴリーと概念の説明

6つのカテゴリーについて、代表的な概念とその定義、具体例を用いて説明する。

1. 【術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤がある】

看護師は、周術期看護の経験を積み重ねることで、術後痛緩和ケア提供に必要な、患者に対する配慮や姿勢・態度、知識と経験知があった。



【 】：カテゴリー 《 》：サブカテゴリー 〈 〉：概念

⇒：カテゴリー間の変化の方向 →：概念間の変化の方向⇒：各カテゴリーに戻る ◀⇒：概念間で相互に影響する関係

図1 術後の痛みを体験する患者に対する臨床判断の要素とその構造

a. 《患者を思いやる姿勢》

ひとりの看護師として心根に持つ、患者と向き合う時の姿勢である。ケアの内発的動機となるものであり、患者に安心感をもたらす良好なケア関係を築くきっかけとなる。

〈患者に安楽に過ごしてもらいたいと思う〉は、術後痛を体験している患者を目の当たりにして、術後痛を最小限にして、可能な限り患者に安楽に過ごしてもらいたいという気持ちが湧き上がることである。

“C：でも痛い、痛いじゃないですか、だって、痛いなら、あの、痛み、ない方がいいなと思って、思うんですけど……。(中略) できることはやりたいな～って思って。”

〈患者の術後痛の辛さを慮り、包容力のある態度で関わることで、辛さの表出を促すことを心掛けている〉は、患者の術後痛の辛さを共有するために、痛みの訴えのない患者にも気を配り、痛みを訴えやすい雰囲気と患者と関わることを心掛けていることである。

“B：何か自分もそういう、(中略) 患者さんに頼ってもらえるっていうか、話しやすい、言いやすいし、相談しやすいみたいな看護師になりたいな～と。”

b. 《経験から培った認識》

術後痛緩和ケアの経験により身に付いた知識や経験知であり、客観的に患者を観察する視点を持たせるものである。

〈患者が体験する術後痛を認識している〉は、患者が体験する術後痛は、手術部位の痛みと手術部位以外の痛みが存在し、痛みを体験しない患者はいないと認識していることである。

“E：ズキズキするとか、あと、だんだん良くなってくると、重い、重い感じ(中略) 何か引っ張られていた内部の、痛み。何か、中の痛みのイメージと、あと、安静による、こう、背中とか、体位による肩の辺りとか、ま、そういった痛み……って違うんだなって。結構傷の痛みはそんなに、こうイメージ的に薬で割と取れたりするけれど、その体位による、背中、腰、首、肩とか、たぶんこう引っ張っていた痛みとか、あと、たぶん内部の神経に関わる痛みっていうのは、なかなかこうすっきり取れない……。”

〈術後痛に対する患者の対処パターンを認識している〉は、患者の個別の特性(年齢・性別など)により、術後痛の対処パターンが違うことを認識していることである。

“E：やっぱり何か男の人、年配の方は痛いて……結構眠前に「痛み止め頂戴」って最後まで言うのも、男性が多いのかになって、ちょっと配っている印象として……。 (中略) 何か比較的飲みたくないっていうのが、女の人……で、男の人は、何か「痛み止め、寝る前に頂戴ね」って言われる方が、何か女の人に比べて多かったような気が……します。”

〈鎮痛剤のリスクとベネフィットを認識している〉は、

鎮痛剤を使用することによって、患者にどのような効果や弊害が起こる可能性があるのか認識していることである。

“E：(胸腹部大動脈手術脊髄虚血予防のため) 麻痺予防のナロキソン(オピオイド拮抗薬)を入れて……なんで、ナロキソンを効かすために、麻薬のフェンタ(原文のまま)とかは、使わない……(中略) でもロピオン[®]使くと、血圧下がって(中略) あんまり、いい印象はなくて……。”

2. 【患者の術後痛の体験を理解する】

術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤のもと、患者をあらゆる角度から観察し、術後痛による患者の辛い体験を把握する段階である。

〈術後痛の存在確認〉は、患者のベッドサイドに向かうたびに、患者の発言や、観察をもとに、術後痛の有無を判断することである。

“E：動きが遅いのと、あと表情で、ちょっと冴えないとか、苦い顔をしている……のと、あと、押さえる……ところ、その、何でしょう、手の持って行き方とか……(中略) 表情とか、ま、うーん、息の深さとか、そんなところ……浅かったりすると痛いのかなと思ったり……くらい、ですかね。汗……とか。”

〈患者の術後痛の存在を認め共感する〉は、患者の術後痛の体験を受容し、患者に術後痛があるという現実を肯定し、辛さに理解を示すことである。

“E：その痛みを無視しないという根本的なところ……、何もするレベルじゃなくても痛みを、何でしょう……「あ、痛いんだね」じゃないですけど、理解を示すとか、「痛いんだけど頑張ってるんだね」とか、(中略) 今実際に起こっていること……置き去りにしない。”

3. 【患者と共に術後痛に立ち向かう体制をつくる】

前段階において、患者の術後痛の理解をもとに、患者と看護師が情報を共有しあい、共同して術後痛に立ち向かう体制をつくる段階である。

〈術後痛の辛さに直面する患者のサポーターになる〉は、今ある辛い痛みに耐え、乗り越えてもらいたいと考え、術後痛は今後必ず軽快していくという見通しを伝え、回復にむけて努力する患者を認め称賛することで、応援者となることである。

“A：辛いのは今日だけだから、絶対楽になるっていう、特にこう弱っている人には、強く声かけるようにしてるような……気がします。”

〈積極的な術後痛緩和ケアを約束し、早期離床への道筋を先導する〉は、患者が早期離床できるようにするため、積極的に術後痛緩和ケアの実践を提供することを保証することである。

“O：痛みをコントロールして、離床できた方がいいと思うことと、痛みがあって、初回の離床が失敗体験になると、次から動けなくなるっていうのがあるので、（中略）今は痛いけど、薬を使ってコントロールして、（中略）動くときにも、積極的にちょっと（鎮痛剤の使用を）提案をするようにして。”

〈患者と共に術後の回復過程の歩調をそろえることを意識する〉は、患者の術後痛の辛さを汲み取りながらも、患者が早期離床に臨めるように、回復過程のペースを調整しながら介入することを意識することである。

“M：外科って痛いけど、動かさないと、今度合併症が起こるじゃないですか、でも患者さんは痛いから動かたくないじゃないですか、何かそこをうまくすり合わせてかないと、うまく、この術後が進まないっていうのはすごく感じるの、（中略）私たちがこうしたいっていうのと、患者さんの思いっていうか、その時の痛みに対する気持ちを、何かすり合わせて（中略）歩み寄れる形で、進めないと無理だっていうのはすごい日々感じて……。”

4. 【術後痛緩和ケアを決定する】

前段階の患者と共に術後痛に立ち向かう体制のもとに、患者と他の医療者と看護師自身が考える術後痛緩和ケアを統合して、実践内容を決定する段階である。

〈術後痛緩和ケア実践を患者と相談して決める〉は、患者が術後痛をどのように緩和させたいのか、関わりながら把握し、希望に沿った術後痛緩和ケアとなるよう、相談して決めることである。

“K：この時間だけ、ちょっと何か、あの、面会が来るとか、ご飯の前は、何かこう、食べれるようにしたいとか、そう言ってくれる人もいるので、じゃあちょっと計算して、その前に（鎮痛剤を）使ってみて、そういうのを提案したり。”

〈術後痛緩和ケア実践について他の医療者と協議する〉は、患者の術後痛について医師や他の看護師と情報を共有し、ひとりで臨床判断することや術後痛緩和ケア方法の決定はせず、相談や話し合いをして決定することである。

“H：術直後に帰ってきて、かなり痛みを強く訴えて、で、何回かたぶん、普通にロピオン[®]とか、その場限りの投与をするんですけど、あんまり改善がない場合は、ちょっと先生に、「このままだとたぶん離床遅れそうだからフェンタニルの持続はどうですか？」ってちょっと聞いてちょう……。”

〈患者の術後痛を正しく評価し、患者に適した術後痛緩和ケア実践を判断する〉は、患者の術後痛を正しく評価し、多々ある術後痛緩和ケアの中から、最も効果的な方法を考え選択することである。

“F：やっぱり痛みがいったいどこから来るものなのかとか、なんか、そういうのはちゃんと見てあげないと、（中略）で、それにあった対処法を考えないといけないと思うんですけ

ど、何かまあ、それが鎮痛剤なのか、それとも体位によるものなのか、それとも他のなんか、クーリングだったり、ホットバックだったりとか、それとも、声掛け、安心するような、声掛けなのか。”

5. 【術後痛緩和ケアを実行する】

前段階において、決定した術後痛緩和ケアを実際に患者に提供する段階である。

〈鎮痛剤を選択し使用する〉は、医師の指示のもと、鎮痛剤の投与経路や副反応を考慮しながら、患者の状態に応じた薬剤を選択し使用することである。

“G：やっぱり熱が一緒に出てたらロピオン[®]使おうかなって思うし、よく眠前に、ペンタジン[®]とアタラックス[®]-Pを混ぜて（中略）ペンアタ（原文のまま）使ったりとか……いう感じはあります。”

〈非薬物的術後痛緩和ケアを実践する〉は、患者の体位の調整、療養環境の調整、痛みを抑える体動の方法の説明、快を提供するケアなど、鎮痛剤を使用しない方法で術後痛緩和のケアを実践することである。

“I：その冷やすとか温めるとか、あと……お部屋の温度調整したりとか、環境整えるっていうのとかも、ちょっと声掛けしたりはするようにはしてます。”

6. 【術後痛緩和ケアの効果を知る】

術後痛緩和ケア実践後、ケアの効果がどうだったのか、ケアを振り返る段階である。

〈術後痛緩和ケア実践後に患者の変化を捉える〉は、術後痛に対する看護ケア実践が、患者にどのような変化をもたらしたのか確認することである。

“N：痛み止めあげたりとか、（中略）何かやった後にしばらくしたら、必ずちょっと訪室はして、効果の確認っていうか、どうだったかっていうのはなるべく聞きに行ってますね。”

〈術後痛緩和ケアを通して、患者との信頼関係の深まりを実感する〉は、術後痛緩和ケアの実践を行った結果、患者からポジティブな反応が認められた時、喜びややりがい感が湧き上がるとともに、患者との信頼関係が深まったと実感することである。

“O：「あの時にああやって痛みを、言ってくれ、取ってくれたから、その後動けたし、言ったら、何でも……辛いことを聞いたら対応してくれるって思うと、安心した」って、言われたことがあって……だからなんか、やっぱり苦痛を取ってあげれるってことは、その人から信頼される事にもなるし、（中略）小さなことの積み重ねで患者さんが、こう、私にいろんなこと伝えてくれたりとか、治療を前向きに受けようって思ったりとか、できると思う。”

Ⅳ. 考 察

術後の痛みを体験する患者に対する看護師の臨床判断の特徴は、術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤をもとにした患者の術後痛の体験理解と、患者に寄り添った術後痛緩和ケアとなるよう患者と共に術後痛緩和ケアを展開しようとするのであった。これらの特徴は、ケアの決定と実践、実践後の効果にまで影響を及ぼすものであると考えられる。上記の特徴について考察する。

A. 患者の術後痛の体験を理解するための看護師の基盤

看護師は、多様な経験を積み重ねる中で、患者に対する姿勢と、術後痛や術後痛緩和ケアに関する認識が形成されていた。

患者に対する姿勢は、看護師としてさらには人間として自然と湧き上がってくる思いから示され、個々の看護師の価値観やこれまでの人生経験、臨床経験の内容によって、違いが生じるものであると考えられる。Kolcaba (2003/2008) が提唱した Comfort 理論について江川 (2014) は、Comfort ケアの前提として、「感情」「人間の特性」「道徳的要求または理想」「看護師・患者の人間関係」を挙げ、看護師の姿勢や態度が患者の Comfort に及ぼす重要性を述べている (pp.8-9)。〈患者に安楽に過ごしてもらいたいと思う〉という概念は、「道徳的要求または理想」という、患者を人間として尊重し、患者の権利を擁護する倫理的姿勢にあたる部分であると考えられる。また〈患者の術後痛の辛さを慮り、包容力のある態度で関わることで、辛さの表出を促すことを心掛けていく〉という概念は、「感情」という患者の思いを汲み取ろうとする部分であると考えられる。このような看護師の姿勢によって「看護師・患者の人間関係」が良好となり、術後痛緩和ケアがスムーズな流れで進められていくと考えられる。また、内科、整形外科患者の慢性疼痛に対する看護介入と看護師の共感性との関連を調査した研究 (中島・西田, 2015) においても、他者の感情を理解できた経験をしている看護師のほうが、情報収集の内容が多かったことを報告している (p.84)。本研究は、痛みの分類が急性痛ではあるものの、看護師が身に付けている患者への志向性が、患者の術後痛への関心や観察眼を持たせ、患者を理解することにつながったと考えられる。つまり、《患者を思いやる姿勢》は患者と向き合う時の態度として示されるばかりでなく、術後痛緩和ケアの内発的動機となり、術後痛緩和ケアの方向性を決定付ける臨床判断の根拠のひとつといえることが示唆される。

看護師は、患者が体験している術後痛がどのようなものか、術後痛を体験している患者がどのような対処行動をとるのかを経験的に認識していることから、術後痛に対して

的確な観察の視点を持つことが可能となる。また、鎮痛剤の作用や副作用の知識を持つことで、予防的な鎮痛の効果を見極め、安全で効果的な薬物的術後痛緩和ケアを判断する根拠となる。そして、ベッドサイドに頻繁に足を運ぶ者として患者の理解者となる責任感を認識していた。経験3年以上の看護師における臨床判断の特徴を調査した研究 (尾形, 2012) では、類似する状況を繰り返し見ることによって、既存の“知識”が再構築されその後の臨床判断の手がかりにつながり、今後同様の場面において瞬時の判断が可能になると述べている (pp.16-17)。また、クリティカルケア看護領域における臨床判断に関する文献レビュー (江口・明石, 2014) において、クリティカルケア看護領域は、これまでの経験を想起し、目の前の患者が示す反応を解釈し判断する比重が高いという特徴があるため、体験的学習を経験知として実践的な知識に置き換え蓄積していく必要がある (p.26) と述べられている。本研究の研究対象者においても、すべて3年以上の看護師経験があり、術後痛緩和ケアの経験を通して獲得した知識を身に付けていることが考えられ、臨床判断に影響を与えた可能性があると考えられる。以上のような《経験から培った認識》があることで、客観的視点を持ち、患者の術後痛を推察し〈術後痛の存在確認〉ができる。また、患者の状態から術後痛に対する反応のパターンの予測を立てることが可能になり、患者の術後痛の辛さに対する理解を示すため、〈患者の術後痛の存在を認め共感する〉ことにつながっていったと考えられる。

看護師の主観による《患者を思いやる姿勢》と、客観的視点となる《経験から培った認識》の両者が基盤となり、【患者の術後痛の体験を理解する】ことにつながったと推察される。すなわち、術後痛緩和ケアを決定するプロセスにおいて、その基底には、医学や看護学に基づく科学的な知識から行為の内容を決定するといった理論的思考と、看護師の中に自然と湧き上がってくる感情や患者への思いなど、科学的な思考とは異なる個々の看護師の内的思考が存在し、【術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤がある】ことが示されたと考える。

B. 患者と共に術後痛に立ち向かう体制

看護師は患者の術後痛の体験と辛さの理解から、患者の立場に立って考える。そして患者のサポーターとして、患者に今ある辛い痛みにも耐え乗り越えてもらいたいと、回復の見通しを伝えたり、回復に向け努力する患者を称賛したりして応援者として振る舞い、支えようとする。一方、術後の患者の回復促進と合併症予防を目的に、早期離床へと導く役割も果たさなければならない。離床を促進する働きかけは、患者にとって術後痛の悪化を招く事態になる。そ

ここで看護師は、患者の立場に立った術後痛の体験の理解のもと、患者の辛さを汲み取りながらも、早期に離床に臨めるよう、積極的な術後痛緩和ケアを受けることを勧めたり、回復過程のペースを調整したりする。開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセスを明らかにした研究（柴・松田, 2014）においても、看護師は患者を「動かさねばならない」と考える一方で、「患者の積極性を意識する」中で、周囲から患者を励まし、患者のペースで離床を進めようと「タイミングを計る」という結果を示した。さらに、看護師は患者との波長を合わせることによる信頼関係の確立や、患者の身体的な状態に合わせることで、患者の離床のペースを調整することを考えている（pp.13-20）と報告しており、本研究と同様の結果が示されていた。看護師は患者の術後の回復促進の使命を果たそうとする中에서도、術後痛の辛い体験をしている患者を置き去りにしない意識を高く持っていることが示されたものと考えられる。これは患者の術後痛の体験の理解を土台として、看護師と患者が共に術後痛に立ち向かおうとする体制を形成する、看護師ならではの臨床判断であると考えられる。

C. 術後痛緩和ケアに影響する看護師の基盤の発展に向けた課題

看護師が経験を積むことで形成された基盤は、患者の術後痛の体験を理解すること、術後痛緩和ケアに臨む態度や実践の決定、実践の効果にまで影響を及ぼすものであると考えられる。しかし、看護師の経験はひとりひとり異なるために個人差が大きく、基盤の形成や発展については多くの課題があると考えられる。

「人間関係やつながりを通じて相手を安楽にすることとは、信頼感や面倒を見てもらっているという気持ちをもち続けられるようなやり方で相手に対応することを意味する」とBenner, Kyriakidis, Stannard (2011/2012) は述べている（p.377）。本研究の術後痛緩和ケアの臨床判断の構造においても、患者の術後痛の体験を理解し、患者と共に術後痛に立ち向かう体制をつくることによって、患者の個性に応じた術後痛緩和ケアを選択する臨床判断を経たからこそ、術後痛緩和ケアに効果が認められた時は、〈術後痛緩和ケアを通して、患者との信頼関係の深まりを実感する〉に至ったのではないかと考えられる。そして、患者との信頼関係の深まりを実感する経験は、看護師の基盤に還元され、さらに厚みのあるものにしていく糧となるものと考えられる。このような体験を看護師間で共有することは、術後痛緩和ケア経験の乏しい看護師の患者に対する認識に影響を与え、術後痛緩和ケアに対する価値観や態度の変容をもたらす、看護師としての基盤を発展させられる可能性が

考えられる。看護の知の共有、創造を促進する組織の要件について、組織内で知識や情報が繰り返し語られることが重要であることが明らかになっている（川名・筒井・江本・山内・平山, 2012, p.681）。看護師の術後痛緩和ケアの経験を共有化するために、臨床において継続的にケースカンファレンスや学習会の機会を設けるなどの教育体制の整備が必要であると考えられる。さらに、周術期ケアを行う看護師としての基盤の発展や、看護師としての人格的成長を促進する看護基礎教育領域における教材開発など、今後も検討を続けていく必要があると考える。

V. 研究の限界と今後の課題

今回の研究対象者は臨床経験3年以上、外科系病棟の経験が2年以上の看護師であり、経験から培った基盤が、術後痛緩和ケアの臨床判断において基本的な要素となっていた。しかし経験の浅い看護師に対し、本研究結果の適応は困難である。今後は術後痛緩和ケアを行うための基盤がどのように形成されているのかを解明していく必要があると考えられる。

結 語

本研究は、術後の痛みを体験する患者に対する、看護師の臨床判断の要素とその構造を明らかにすることを目的に、半構造的面接調査とM-GTAによる分析を行い、以下の内容が明らかになった。

1. 術後痛を体験している患者に対して術後痛緩和ケアを提供した経験のある看護師は、《患者を思いやる姿勢》と《経験から培った認識》からなる【術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤がある】ことが示された。この基盤をもとに【患者の術後痛の体験を理解する】ことが可能となっていた。患者の術後痛の体験の理解によって【患者と共に術後痛に立ち向かう体制をつくる】ようにしていた。そして、患者と他の医療者と看護師の3者の意見を統合し、【術後痛緩和ケアを決定する】ことを通して、【術後痛緩和ケアを実行する】に至り、術後痛緩和ケア実行後は【術後痛緩和ケアの効果を知る】という臨床判断の構造が導き出された。術後痛緩和ケアに効果が認められた時は、〈術後痛緩和ケアを通して、患者との信頼関係の深まりを実感する〉に至っていた。
2. 患者に対する看護師の臨床判断の特徴は、術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤をもとにした患者の術後痛の体験理解と、患者に寄り添った術後痛緩和ケアとなるよう患者と共に術後痛緩和ケアを展開しようとするのであった。

3. 術後痛緩和ケアを提供する看護師としての基盤をより発展させるため、看護師間において経験を共有化する必要性があると考えられる。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、インタビューにご協力くださいました看護師の皆様、調査の場を提供してくださいました病院関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。また、ご指導くださいました浜松医科大学医学部看護学科教授の佐藤直美先生に深く感謝いたします。

本研究は、浜松医科大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程の修士論文の一部を加筆・修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Benner, P. (2001)／井部俊子監訳 (2005). ベナー看護論 新訳版：初心者から達人へ. (p. 251). 東京：医学書院.
- Benner, P., Kyriakidis, P.H., Stannard, D. (2011)／井上智子監訳 (2012). 急性期の重症患者を安楽にすること. ベナー看護ケアの臨床知：行動しつつ考えること (第2版) (p.377). 東京：医学書院.
- Corcoran, S.A. (1990). 看護における Clinical Judgement の基本的概念. 看護研究, 23(4), 351-360.
- 江川幸二 (2014). クリティカルケア看護に活かす Comfort の概念と Comfort ケア. 日本クリティカルケア看護学会誌, 10(1), 1-10.
- 江口秀子, 明石恵子 (2014). 我が国のクリティカルケア看護領域における臨床判断に関する文献レビュー. 日本クリティカルケア看護学会誌, 10(1), 18-27.
- Francis, L., Fitzpatrick, J.J. (2013). Postoperative pain: Nurses' knowledge and patients' experiences. Pain Management Nursing, 14(4), 351-357.
- 飯塚麻紀, 鴨田玲子, 渡辺陽子, 齋藤久美子 (2011). 周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断. 福島県立医科大学看護学部紀要, 13, 1-10.
- 川真田樹人 (2013). 手術痛と手術後痛. 川真田樹人 (編), 痛みの Science & Practice 1. 手術後鎮痛のすべて (pp.2-3). 東京：文光堂.
- 川名るり, 筒井真優美, 江本リナ, 山内朋子, 平山恵子 (2012). 小児看護の実践知を創造する組織の要件. 小児保健研究, 71(5), 681-688.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い. 東京：弘文堂.
- 木下康仁 (2007). ライブ講義 M-GTA：実践的質的研究法：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京：弘文堂.
- Kolcaba, K. (2003)／太田喜久子監訳 (2008). コルカバ：コンフォート理論：理論の開発過程と実践への適用. 東京：医学書院.
- Moore, F.D. (1959). Metabolic care of the surgical patient. Philadelphia: W. B. Saunders, cop.
- 中島真由美, 西田直子 (2015). 内科、整形外科患者の慢性疼痛に対する看護介入と看護師の共感性との関連. 日本看護技術学会誌, 14(1), 78-85.
- 尾形裕子 (2012). 状況の把握に焦点をあてた臨床判断のパターン：経験3年以上の看護師における臨床判断の特徴. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 8(1), 11-20.
- 柴 裕子, 松田好美 (2014). 開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 37(4), 11-22.
- 藤内美保, 宮腰由紀子 (2005). 看護師の臨床判断に関する文献的研究：臨床判断の要素および熟練度の特徴. 日本職業・災害医学会誌, 53(4), 213-219.
- Wood, S. (2010). Postoperative pain 1: Understanding the factors affecting patients' experiences of pain. Nursing Times, 106(45), 10-13.
- 山本奈央, 遠藤みどり, 井川由貴 (2014). 外科系病棟看護師が捉える術後疼痛管理における問題. 日本クリティカルケア看護学会誌, 10(3), 35-44.
- Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2(4), 474-478. <https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2011.04.0100>

〔2022年7月29日受 付〕
〔2022年11月17日採用決定〕

Factors and Structure Associated with Nurses' Clinical Judgments Regarding Patients with Postoperative Pain

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(2), 201-211
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221117197>

Yuki Matsumoto, Master, RN, PHN

School of Nursing, Seirei Christopher University, Shizuoka, Japan

Abstract

Objective: The present study investigates the factors associated with nurses' clinical judgments regarding patients with postoperative pain, and clarifies the structure of such judgments. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with 15 nurses having at least two years of work experience in surgical wards. The interview data were analyzed using the modified grounded theory approach. **Results:** The subjects were found to "have foundations as nurses providing care for postoperative pain relief." Based on that foundation, the subjects tried "to understand the patients' postoperative pain experience" and worked "with the patients to devise a coping strategy." The subjects "determined how to best provide relief from postoperative pain" by integrating the opinions of patients, other health-care workers, and other nurses, and in this way, they came to "practice postoperative pain relief care." Through this practice, the subjects "understood the effect of postoperative pain relief care." These statements shed light on the structure of nurses' clinical judgments concerning patients with postoperative pain. **Conclusion:** "Have foundations as nurses providing care for postoperative pain relief" appears to affect the quality of postoperative palliative care for patients with pain. Hence, it would be beneficial to develop educational programs to provide such a foundation to nurses. Future studies could focus on identifying the appropriate modes and methods of such training.

Key words

judgment, perioperative nursing, postoperative pain

Correspondence: Y. Matsumoto. Email: yuki-ma@seirei.ac.jp

看護基礎教育における 演習に携わる看護学教員に求められる ファシリテーションスキルの検討

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(2), 213-227
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220602196>

青木恵美子, 荒木田美香子, 松田有子
川崎市立看護短期大学看護学科

■要 旨

目的: 演習に携わる教員に求められるファシリテーションスキル (以下, FS) を明らかにし, 評価ツール開発に向けた基礎資料とする。**方法:** 看護系大学教員12名に対し半構造的インタビューを行った。教員がファシリテーションを取り入れた演習の組み立てと進行について, 語りの関係性を考慮しながら教員に求められるFSに関係する語りを抽出し質的帰納的に分析した。**結果:** 演習において教員には, 演習計画の段階から【学習の動機づけ方法の検討】、【興味を引き付ける課題設定】が求められ, 演習実施では【学生同士の相互理解の促進】、【多様な観点からの考察を支援】等や, 振り返りでは【演習体験から看護観の育成につなげる支援】等の15カテゴリーのFSが抽出された。**結論:** 演習に携わる教員に求められるFSは, 演習を通して主体的な学びを促進し, 思考できる場を作り, 演習後も学習者が自ら学ぶための支援であることが示された。

■キーワード

看護学教員, 演習, ファシリテーションスキル

責任著者: 青木恵美子. Email: aoki-e@kawasaki-cn.ac.jp

はじめに

看護基礎教育においては, 学習者の能動的な学習を促進するアクティブラーニングや実践に即したシミュレーション教育などが導入され (厚生労働省, 2011, p.12), 学びの意味を学習者にわかりやすく理解させたうえで, 看護学教員 (以下, 教員) と学習者が相互に刺激を与えながら成長するためのファシリテーションスキル (以下, facilitation skill: FS) が求められている (文部科学省, 2012, p.9; 山内・西薗・林, 2015, p.85; 及川ほか, 2017, p.29; 炭谷ほか, 2017, p.37)。また, 高等教育において, 教員のファシリテーション能力向上のための組織的な取り組みを展開する必要性が報告されている (文部科学省, 2014, p.18)。アクティブラーニングやシミュレーション教育のデブリーフィングにおいても, 学生自身が気づく前に教員が学生に教えてしまう等 (炭谷ほか, 2017, p.35), 教員の経験や指導力によって教育効果に違いが生じる可能性があり (牧野, 2020, p.15) 状況に合わせた助言の難しさがある。

さらに, 生活環境の変化や科学技術の進歩等により, 若い年代の人間関係の希薄化や生活体験の不足が進んでい

る。看護の対象の多様性や複雑性も増しており, 看護職員にはこれまで以上に高い能力が求められている (厚生労働省, 2019, pp.3-4)。そのため教員には, 学習者の自発性, 主体性を尊重し (阿部, 2013, pp.10-11; 小山, 2014, p.80), 学習者の学習促進の視点が不可欠であり, 学習の場におけるファシリテータとして役割を果たすことが求められている (杉森・舟島, 2014, p.2018; 中馬・山下, 2016, pp.78-80)。FSの優れた教員は, 学生のコミュニケーション力を育み, 自ら考えて行動する主体性を育てることを重視した関わりができること (中野・三田地, 2016, pp.46-47), 正解のない問いに向けて学び続ける意欲を引き出すこと (國澤・大塚, 2017, pp.2-3) が報告されている。以上のことから, 教員が学生同士のコミュニケーションを支援し, 課題と向き合うことができるよう工夫し, 批判的思考を促進するファシリテータとして役割を果たすことは, 教員の教育実践力の向上に繋がると考える。

看護基礎教育においては, 学ぶべき知識が多くじっくりと主体的に思考して学ぶ余裕が持ちづらい背景がある (阿部, 2013, p.10)。特に, 人間を対象とする看護は, 倫理的な問題も含め答えが1つではない事が多々ある (内藤, 2015, p.1057)。教員は, 学生が看護の根拠や多様な考え

方があることを学び、それらを統合できる場を作る支援が必要である。そのため看護基礎教育には多くの演習科目が設定されている。演習は、一定の時間内にある程度の多人数が同時に活動し、学習者同士の相互作用があること、またTeam Teachingで運営することが多く、教員が互いの役割を認識しながら同一のゴールを目指す活動という特徴を持っている。以上のことから、効果的な演習を展開するためには教員自身のFSが重要な要素であると考ええる。

国内での学校教育に関する先行研究では、アクティブラーニングとFSを結び付けた教育支援モデルが開発されているが(武田, 2012, pp.15-26, 鬼塚ほか, 2016, pp.19-27), 実際の授業での教員の活用状況については明らかになっていない。また、武田は参画型学習におけるファシリテーションモデル(2012, pp.15-26)を構築し、教師に求められるFSを報告しているが、このモデルは初等・中等教育の児童や教員を対象としたものである。以上のことから、高等教育であり、専門知識や技術を教授する看護教育においては、実践的な教育介入に関するファシリテータの役割やFSは明らかにされていないと言える。

海外におけるファシリテーションについての先行研究では、大学生や医療従事者のファシリテータの養成についてや、ワークショップや研修においてFSを用いることで、参加者の自己効力に影響を及ぼすことが評価されている(Micari, Streitwieser & Light, 2005, p.269; Bylund, et al., 2008, pp.430-436)。看護領域では、INACSL (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, 2016) からファシリテーションの手法、ファシリテータとしての技能などを定めたシミュレーション教育に関するガイドラインが提唱されている。また、デブリーフィングに関しては、米国で開発されたDASH (Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare, 2010) があり、デブリーフィングで重視すべきポイントが簡潔にまとめられている。しかし、これらの評価ツールは、シミュレーション教育のデブリーフィング場面を中心としており、グループでの活動や技術獲得などで、学生の動きが複雑になる演習におけるファシリテータの役割、FSについては明確にされていない。

看護教育にファシリテーションを導入するには、教員が知識を与える教師という役割から、気づきや学びを引き出すファシリテータへと切り替わる必要がある(内藤, 2015, p.1057)。さらに、看護教育で多用される演習において、教員のFSの達成状況を具体的に行動レベルで測定する評価ツールを作成することが有用である。評価ツールを開発することは、教員自身が自己の演習運営を客観的に把握し、改善、調整することで学習者に対するより良い教授行動につながり、主体性を伸ばす教育に貢献できると考える。

以上のことから、本研究では、看護基礎教育における演習に携わる教員に求められるFSを明らかにし、評価ツール開発に向けた基礎資料とすることを目的とした。

I. 研究方法

1. 用語の定義

(1) 看護学教員

本研究において、看護学教員とは、「看護系大学に所属し、看護師免許を有し、学生への教育活動に直接従事している教員」とした。

(2) 演習

演習とは、「教員の指導のもと、学生が主体的に研究・討議・発表を行う、あるいは実技の訓練や実地的訓練を行う授業」(野崎・水戸・渡辺, 2016, pp.12-13), 「既習内容を活用しながら、グループワーク、グループダイナミクスなどを利用して、当面の学修内容を理論的に深化・発展させる教授-学修過程である」(田島, 2009, p.12)と述べている。また、演習を実施するには、「指導者側の教材の準備、誘導方法についての高い見識が求められる」(田島, 2009, p.12), 演習という形態を採用した授業は、「その目標達成に向け、講義以上に学生の主体性を必要とし、授業の目標達成とともに学習者の主体性をはぐくむために有効」(舟島, 2013, p.7)であると述べている。

これらを前提として、本研究において演習とは、「教員の指導のもと、既習内容を活用しながら、グループワーク、グループダイナミクスを利用して学習内容を理論的に深化・発展させる教授-学修過程であり、学生が主体的に課題追及・討議・発表・練習を行う、あるいは実技の訓練や実地的訓練を行う授業」とした。

(3) 演習設計のプロセス

授業形態の1つである演習設計のプロセスは、査定、計画、実施、評価の4段階からなる。このプロセスは、各々の段階が前後する段階と相互作用しながら循環する(Billings & Halstead, 1998/2014, pp.182-183)。また、佐藤・宇佐美・青木は、授業設計とは、「担当する授業の教育目標達成のために、どのような手段、教材を用いてどのような順序で教授するのかの計画であり、授業の成否を握る重要なプロセスである」(2009, p.16-44)と述べており、その授業の1つである演習においても同じプロセスをたどると考える。

これらを前提として、本研究における演習設計のプロセスとは、「《演習の構想を練る》《円滑な演習展開のための準備》《演習の実施(導入—展開—まとめ)》《演習の評価・振り返り》」の4つの枠組みからなるとした。

(4) 演習における看護学教員のファシリテーションスキル

ファシリテーションとは、「集団に働きかけて、知的相互作用を促進する働き」（堀，2003，p.15；本山，2014，p.73），「人と人との関係から生まれる知恵や力を最大化していく技法」（中野，2014，pp.10-13），「具体化して議論するプロセスを通じて問題意識を共有して解決につなげる」（グロービス・吉田，2014，p.93；國澤・大塚，2017，p.34）とある。また，相互作用を促進し，学習効果を高めるために使用する技法であり，講義，実演においても使用され，教員（指導者）の工夫によって学習者の思考を活性化することでアクティブラーニング（能動的学習）につなげていくことができる（内藤・伊藤，2017，p.11）とされている。

これらを前提として，本研究において演習における看護学教員のFSとは「演習において学習者が自ら学び成長できるように学習者同士の相互作用を促進し，学び合いを通して学習者の主体性，創造性を引き出し，自らの課題を明らかにできるよう，学びのプロセスに働きかける力であり演習設計の各プロセスで活用されるものである」とした。

2. 研究デザイン

質的帰納的研究である。

3. 調査場面の選定

本研究は演習における教員に求められるFSを明らかにすることを目的とした。演習を取り上げた理由は次の2点があげられる。①看護基礎教育における演習は，学生の主体的な学習を多様に展開できる学習形態であると共に，知識・関心・精神運動領域の学習を統合する機会である（野崎・水戸・渡辺，2016，pp.12-13；舟島，2013，p.157）。②演習は，講義で学んだ知識を活用し，患者への直接的な看護を習得する「思考と行動の再構成を図る」機会である（平瀬・野村・高橋・橋本，2006，p.12）。実習などのカンファレンス場面においても，教員のファシリテータ役割の必要性が報告されている（濱田・永田・中村・横山・篠木，2010，pp.73-79；和泉ほか，2013，pp.47-57）。しかし実習は，学生が1人ずつ異なる患者を受け持ち，看護現象が複雑であり，しかも教育活動のために制御できるものではない（野崎，水戸，渡辺，2016，p.12）。その点，演習では，学習目標に合わせた場면을意図的に設定し体験できる。また，複数の教員がTeam teachingで展開することが多く，教員と学生，学生間の双方向からのフィードバック（野崎，水戸，渡辺，2016，p.12）が起こり，それをコントロールして学習を進めるため，演習における教員に求められるFSをより明確にできると考えた。

4. 研究対象

演習における教員に必要なFSを幅広く把握するため，次の4条件を満たす教員を本研究の対象とした。①本人が中心となってファシリテーションを取り入れた演習を計画・運営したことがある教員，②教員経験が3年目以上の教員，③学生への直接指導や教授する機会が多いと考えられる助教～教授，④演習担当時間が多い基礎看護学領域，成人看護学領域の教員とした。教員経験については，新人教員とは教育職に着任して概ね2年目ぐらいまでの教員（石田，2010，p.14）であり，3年目以上の教員の方が，演習の主担当として立案から評価までを担当する経験が多いと考えたからである。助教を本研究に加えた理由は，文部科学省中央教育審議会大学分科会（2005）は，助教の職務において「大学が担当させることが適切であると判断した授業科目を担当したり，自ら教育研究を行うことを主たる職務とすることが適当である」としているためである。各大学において様々な規定はあると考えられるが，本人が中心となって演習を計画，運営したことがある教員として，助教の職位も含めることとした。

5. 調査方法

半構造的インタビューは，インタビューの流れや状況に合わせて対象者が柔軟に回答を得られる方法（中寫，2015，p.48）である。そのため，演習を担当する教員のファシリテーションの実施場面だけでなく，演習を計画するまでの思考や意図，演習後の振り返りのプロセスにおいて，FSに関する内容を掘り下げたいと考えたからである。

研究協力者の選定は，インタビューガイドの作成に協力のあった看護系大学教員からの紹介により行った。紹介された研究協力者および所属先の学科長に対し，インタビュー調査依頼書を郵送し，研究協力回答書の返送を依頼した。インタビューの実施については協力者の指定する日時とし，プライバシーおよび勤務に配慮して，協力者が所属する大学の指定された場所で実施した。

インタビューにあたって，研究協力者に①調査の目的と主旨，②個人が特定されないこと，③個人情報に関して秘密が厳守されること，④調査への協力は自由意志によるもので拒否しても不利益は被らないことを口頭と文書で説明し，承諾後，承諾書に署名を得たうえで面接を実施した。インタビューは声が漏れない個室で実施した。

半構造的インタビューは，インタビューガイドを用いて実施した。質問項目は，①演習場面で学生にどのようなことを学んでもらいたいか，②演習において，うまく運営できたという場面，困った場面について，③演習において，学生の学びを深める関わりについて，④演習後の目標評価や振り返りについて，⑤ファシリテーションを実施す

るために教員に必要な知識や経験について、⑥演習で学生に主体的に学ばせたいこと、そのために教員に求められること、⑦ファシリテータとして必要な態度・姿勢とした。インタビューの内容は研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音し逐語録を作成した。インタビューで書き留めた文章はその場で確認を行った。本研究では、インタビューした7項目の内、①②は自らの教育活動を想起するための導入であるため、主に③～⑦の回答場面を選択し、具体的な事例をあげてもらいながら、ファシリテーションの視点を含めて語ってもらうよう依頼した。語られた内容の関係性を考慮しながら演習における教員に求められるFSを抽出し、分析した。

インタビューガイドは、「ファシリテーション、FS、ファシリテータの役割」(McCain & Tobey, 2005/2015: 芳我・舟島, 2007, pp.15-28; 杉森・舟島, 2014, p.2018; 佐々木, 2011, pp.129-136; 白井・鷺尾・下村, 2013, pp.113-122; グロービス・吉田, 2014, pp.1-13, 116-125)の先行研究を参考にし、演習を想定して作成した。インタビューガイドは、大学院看護学研究科に在籍する看護基礎教育に携わった経験のある教員20名にグループインタビューを実施し、目的との整合性、分かりにくい表現、回答しにくい表現について意見を聴取し修正を行った。

インタビュー実施についての準備として、研究者は、インタビュー前に予備インタビューを実施し、質問項目内容、インタビュー時間について検討した。

研究協力者には、調査依頼時にファシリテーションの定義について説明した。インタビューは、2017年1月から3月に実施した。

6. 分析方法

インタビューは協力者ごとに逐語録を作成し、内容を読み返して整理し、研究目的に沿って文脈や言葉の解釈を行った。コードは、カテゴリを抽出するために逐語録から、「演習における教員に求められるFS」に関連するものとして整理し、単語、文節、一文、文章の意味を読み取ってコード化した。各コードの意味内容の類似性・共通性に基づき整理したうえでサブカテゴリを作成した。さらに、サブカテゴリに含まれるコードの内容を吟味し、より抽象度の高いカテゴリを作成し、演習設計のプロセスに基づき表現した。なお、分析過程において、看護教育及び質的研究の経験が豊富な研究者からのスーパーバイズを受け繰り返し検討を行った。

本研究では、演習設計のプロセスを、《演習の構想を練る》《円滑な演習展開のための準備》《演習の実施（導入—展開—まとめ）》《演習の評価・振り返り》とし分析した。演習設計のプロセスの中にどのように組み込まれているか

分析することで、演習における教員に求められるFSについて示すことができると考えた。

演習設計のプロセスの枠組みを《 》、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉、コードを[]と表記した。また()は補足説明を示す。

7. 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 16-10-185)。具体的には、研究の趣旨、①個人が特定されないこと、②研究に参加することに伴う負担として、これまでの経験を質問されることで不快感を抱く可能性があること、③あらかじめインタビューガイドの質問項目を伝え、答えたくない質問には回答しなくてよいこと、④研究中のデータ管理を厳重に行い、研究終了後は処分すること、⑤研究中の研究への参加は自由意志であり、不参加によって不利益を被らないこと、⑥本研究の結果は、学会発表および論文作成により公表される予定であることを、研究説明書を用いて口頭で説明し、文書で承諾を得た。

II. 結 果

1. 研究協力者の基本属性

4大学の20名にインタビュー調査を依頼し、協力の得られた12名の教員にインタビューを実施した。教員の基本属性については表1に示す。

年齢30～50歳代、看護職経験年数は平均 9 ± 4.5 年 (Mean $\pm$ SD) であった。教員の平均経験年数は 10.5 ± 4.7 年 (Mean $\pm$ SD) であった。また、12名の看護系大学の教員のうち、5名が専門学校での教員経験があった。職位は助教3名、講師7名、准教授2名であり、3名の助教のうち、2名は教育経験10年以上であり、研修などでファシリテータの経験があった。面接に要した時間は1名当たり平均 34.9 ± 7.0 分 (Mean $\pm$ SD) であった。

インタビュー項目別の回答内容は、10人目で演習における教員のFSについて、性質が異なる新たな回答内容は認められなかった。そこで、新しい性質を持つ回答がそれ以上出現しないことを確認するため、さらに2名のインタビューを追加した。その結果、性質が異なる新たな回答内容は認められなかったため、その時点で面接を終了した。

2. 演習において求められる看護学教員のファシリテーションスキル

研究協力者ごとに作成した逐語録から演習におけるファシリテーションを取り入れた演習の組み立てと進行、教員の役割について語られている文脈を解釈し、本研究で定義

表1 研究協力者の基本属性

No.	看護職 経験 (年)	教員経験			年齢 (歳代)	職位	領域	演習中の教員の 担当人数 1 教員に対する 学生数	時間 (分)
		大学 (年)	専門学校 (年)	合計					
A	4	7	0	7	40	講師	成人	10人以上	27
B	8	8	10	18	40	講師	母性 (基礎経験有)	20人以上	48
C	15	6	1.5	7.5	50	講師	成人	10人以上	32
D	6.5	11	0	11	40	助教	基礎	30人以上	34
E	5	3	0	3	30	助教	基礎	20人以上	33
F	8	3	7	10	50	助教	基礎	10人以上	33
G	3	13	0	13	40	講師	成人	20人以上	27
H	8	6	11	17	50	講師	成人	10人以上	35
I	18	3	0	3	40	講師	成人	20人以上	29
J	9	13	0	13	40	講師	成人	10人以上	33
K	15	14	0	14	40	准教授	在宅 (基礎経験有)	50人以上	38
L	8	3	6	9	40	准教授	基礎	20人以上	50

した演習設計のプロセスを考慮して分析した。その結果、演習における教員に求められるFSについて324コードが抽出された。324コードは、《演習の構想を練る》が49コード、《円滑な演習展開のための準備》が90コード、《演習の実施（導入—展開—まとめ）》が158コード、《演習の評価・振り返り》が27コードであった。それぞれのプロセスごとに各コードの類似性の比較検討を行い43サブカテゴリを作成した。サブカテゴリからさらに比較検討を繰り返して15カテゴリを作成した。インタビューにより抽出されたカテゴリは表2から表5に示した。

(1) 《演習の構想を練る》

《演習の構想を練る》は、演習を進行するうえで必要な情報を収集し、学生の内面を知り、演習を通して学生に伝えたいこと、学んでほしいことなどを整理するファシリテーションを取り込むための仕込みの段階である。《演習の構想を練る》段階では、演習における教員に求められるFSを表す49コードが抽出され、8サブカテゴリ、4カテゴリに分類された（表2）。カテゴリは、【学生の能力やレディネスの把握】、【学習の動機づけ方法の検討】、【学生の特徴を意識した演習運営の工夫】、【演習を通して伝えたい内容の整理】であった。

【学生の能力やレディネスの把握】は、〈学生のレベルを知る〉、〈学生の準備状況を把握する〉の2サブカテゴリから生成され、〈学生のレベルを知る〉は、学生の理解度、知識、経験から、[学生に何をどこまで伝えるか、学生のレベルを見極める]など4コードであった。〈学生の準備状況を把握する〉は、既習学習や意欲の程度などの「事前に授業内容の意義について説明し、学生の反応を確認する」など3コードであった。

【学習の動機づけ方法の検討】は、〈主体的な学習を支援する〉の1サブカテゴリから生成され、[学生、患者、それぞれの立場から学ぶ意義をどう伝えるか考える]、[演習前に、なぜこの時期に学習するのか演習のねらいを定める]など5コードであった。

【学生の特徴を意識した演習運営の工夫】は、〈学生の特徴とクラスの雰囲気をつかむ〉、〈学生の進度に合わせた個別の支援を工夫する〉、〈演習内容を深めるための振り返りを工夫する〉の3サブカテゴリから生成され、〈学生の特徴とクラスの雰囲気をつかむ〉は、[事前にクラスの雰囲気を観察する]、[事前に、学生のグループワークの様子を観察する]など14コードであった。〈学生の進度に合わせた個別の支援を工夫する〉は、[不器用で時間がかかる学生に対して、学生の特徴を踏まえた関わり方を考える]など4コードであった。〈演習内容を深めるための振り返りを工夫する〉は、[演習での学生の思考や行動を想定して、振り返りの視点を定める]など3コードであった。

【演習を通して伝えたい内容の整理】は、〈学生に期待する思いを整理する〉、〈学生に身につけてほしい心構えを整理する〉の2サブカテゴリから生成され、〈学生に期待する思いを整理する〉は、[学生に期待する思いを、授業と結びつけられるようにする]など4コードであった。〈学生に身につけてほしい心構えを整理する〉は、[演習を通して学生に感じさせたいことを整理する]、[演習目標に、知識や技術レベルだけではなく、看護師としての心構えとして持ってほしいことを入れる]など11コードであった。

(2) 《円滑な演習展開のための準備》

《円滑な演習展開のための準備》は、演習において様々な場面を想定し、ファシリテーションを実施するための具

表2 演習に携わる看護学教員に求められるファシリテーションスキル 《演習の構想を練る》

n=12

カテゴリ (4)	サブカテゴリ (8)	コード (49, 一部抜粋)
学生の能力や レディネスの把握	学生のレベルを知る	・これまでの学習状況から学生のレベルを確認する ・学生に何をどこまで伝えるか、学生のレベルを見極める
	学生の準備状況を把握する	・事前課題から学生の準備状況を把握する ・事前に授業内容の意義について説明し、学生の反応を確認する
学習の動機づけ方法の 検討	主体的な学習を支援する	・学生、患者、それぞれの立場から学ぶ意義をどう伝えるか考える ・演習前に、なぜこの時期に学習するのか演習のねらいを定める
学生の特徴を意識した 演習運営の工夫	学生の特徴とクラスの 雰囲気をつかむ	・事前に学生の特徴とクラスの雰囲気を観察する ・事前に、学生のグループワークの様子を観察する
	学生の進度に合わせた 個別の支援を工夫する	・うまくグループに入っていけない学生へのかかわり方を練る ・不器用で時間がかかる学生に対して、学生の特徴を踏まえた関わり方を考える
	演習内容を深めるための 振り返りを工夫する	・演習内容を踏まえて、振り返りの進め方を考える ・演習での学生の思考や行動を想定して、振り返りの視点を定める
演習を通して伝えたい 内容の整理	学生に期待する思いを 整理する	・演習に臨む心構えとして、どんなものを持ってほしいか教員の考えを整理する ・学生に期待する思いを、授業と結びつけられるようにする
	学生に身につけてほしい 心構えを整理する	・演習を通して学生に感じさせたいことを整理する ・演習目標に、知識や技術レベルだけではなく、看護師としての心構えとして 持つてほしいことを入れる

体的な準備を行う段階である。《円滑な演習展開のための準備》の段階では、演習における教員に求められるFSを表す90コードが抽出され、11サブカテゴリ、5カテゴリに分類された(表3)。

カテゴリは、【学習目標を意識した演習設計】、【思考を深めるための教員役割の共有と調整】、【相互作用を考えたグループ編成】、【興味を引き付ける課題設定】、【演習の進行を助ける教材の開発】であった。

【学習目標を意識した演習設計】は、〈講義から演習、実習までのストーリーを作る〉、〈学習目標を意識させる〉、〈様々な状況に対応できる時間配分を考える〉の3サブカテゴリから生成され、〈講義から演習、実習までのストーリーを作る〉は、[講義から演習、実習までの学習の流れを予測する]など5コードであった。〈学習目標を意識させる〉は、[事前に学生自身の目標を決めさせる]、[演習内容によっては、事前に課題やポイントを示す]など7コードであった。〈様々な状況に対応できる時間配分を考える〉は、[演習状況を予測しながら時間配分を考える]など4コードであった。

【思考を深めるための教員役割の共有と調整】は、〈教員間の役割分担を調整する〉、〈教員間で演習の論点や気づきにくい点を確認する〉、〈教員間で学生の理解を助ける関わり方を打ち合わせする〉の3サブカテゴリから生成された、〈教員間の役割分担を調整する〉は、[演習準備の段階で、他の教員たちと役割を確認する][自分の教育観を協働する教員に伝える]など10コードであった。〈教員間で演習の論点や気づきにくい点を確認する〉は、[学生の話し合いの切り口を打ち合わせる(準備、時間、発表形式、

学生対応)]、[学生が気づきにくい、考えにくい点をどのように確認していくか指導方法を統一する]など10コードであった。〈教員間で学生の理解を助ける関わり方を打ち合わせする〉は、[授業者が大切にしたいことを、教員間のディスカッションの中で伝える]など4コードであった。

【相互作用を考えたグループ編成】は、〈学生の状況を配慮したグループ編成を工夫する〉、〈学生の状況と教員の人数を配慮してグループ人数を決める〉の2サブカテゴリから生成され、〈学生の状況を配慮したグループ編成を工夫する〉は、[互いの意見を出しやすいようグループ編成を考える]など14コードであった。〈学生の状況と教員の人数を配慮してグループ人数を決める〉は、[演習後のグループワークと教員配置を考慮してグループ数を考える]など14コードであった。

【興味を引き付ける課題設定】は、〈学生が考えられる課題を設定する〉、〈学生がイメージしやすい課題を設定する〉の2サブカテゴリから生成され、〈学生が考えられる課題を設定する〉は、[事前学習の中で、事例の看護について考えてから演習に臨めるよう課題を設定する]など11コードであった。〈学生がイメージしやすい課題を設定する〉は、[演習方法をイメージできる課題を設定する]など9コードであった。

【演習の進行を助ける教材の開発】は、〈演習の進行を助ける教材の準備や工夫をする〉の1サブカテゴリから生成され、[レポートや書籍など、教科書やテキストだけではない教材を用いる]など2コードであった。

表3 演習に携わる看護学教員に求められるファシリテーションスキル 《円滑な演習展開のための準備》

n=12

カテゴリ (5)	サブカテゴリ (11)	コード (90, 一部抜粋)
学習目標を意識した演習設計	講義から演習, 実習までのストーリーを作る	・講義から演習, 実習までの学習の流れを予測する ・その場の講義だけで終わらず, 次の演習につながる講義を意識する
	学習目標を意識させる	・事前に学生自身で目標を決めさせる ・演習内容によっては, 課題やポイントを先に示す
	様々な状況に対応できる時間配分を考える	・演習状況を予測しながら時間配分を考える ・時間配分は, 物品の準備から授業がおすことも含めて設定する
思考を深めるための教員役割の共有と調整	教員間の役割分担を調整する	・演習準備の段階で, 他の教員たちと役割を確認する ・自分の教育観を協働する教員に伝える
	教員間で演習の論点や気づきにくい点を確認する	・学生の話し合いの切り口を打ち合わせる (準備, 時間, 発表形式, 学生対応) ・教員間で関わり方に注意しなければならない点を確認する ・学生が気づきにくい, 考えにくい点をどのように確認していくか指導方法を統一する
	教員間で学生の理解を助ける関わり方を打ち合わせる	・授業者が大切にしたいことを, 教員間のディスカッションの中で伝える ・事前に, 演習方法, 技術手順, 評価基準を教員間ですり合わせる
相互作用を考えたグループ編成	学生の状況を配慮したグループ編成を工夫する	・グループ編成を事前の課題の提出状況で決める ・互いの意見を出しやすいようグループ編成を考える
	学生の状況と教員の人数を配慮してグループ人数を決める	・演習後のグループワークと教員配置を考慮してグループ数を考える ・時間を考慮してディスカッションするためのグループサイズを検討する
興味を引き付ける課題設定	学生が考えられる課題を設定する	・事前に演習課題を学生に伝え, 今後の演習がイメージできるようにする ・実習を想定した事例を設定する ・事前学習の中で, 事例の看護について考えてから演習に臨めるよう課題を設定する
	学生がイメージしやすい課題を設定する	・演習方法をイメージできる課題を設定する ・事例に新聞記事, ニュースなどのリアリティーのある事例を用いる
演習の進行を助ける教材の開発	演習の進行を助ける教材の準備や工夫をする	・レポートや書籍など教科書やテキストだけではない教材を用いる ・演習がスムーズに進行するように教材の準備, 物品を整える

(3) 《演習の実施 (導入—展開—まとめ)》

《演習の実施 (導入—展開—まとめ)》は, 実際にFSを活用して演習を実施する段階である。《演習の実施 (導入—展開—まとめ)》の段階では, 演習における教員に求められるFSを表す158コードが抽出され, 19サブカテゴリ, 4カテゴリに分類された (表4)。カテゴリは, 【学生の発言をとらえた思考をゆさぶる発問】, 【学生同士の相互理解の促進】, 【多様な観点からの考察を支援】, 【学生の体験と知識, 目標との照合】の4カテゴリであった。

【学生の発言をとらえた思考をゆさぶる発問】は, 〈学生とグランドルールを共有する〉, 〈学生の緊張を解く〉, 〈話し合いの場を提供する〉, 〈学生の様子を見ながらゆっくり巡視する〉, 〈学生が考えつくまで待つ〉, 〈質問や発問を提示して引きつける〉, 〈注意深く聞いていることを態度で示す〉, 〈学生の発言を尊重する〉, 〈学生の反応から手ごたえをつかむ〉の9サブカテゴリから生成され, 〈学生とグランドルールを共有する〉は, [授業の始めに演習に臨む心構えを確認する], [演習中のルールを, 全体のオリエンテーションで確認する] など7コードであった。〈学生の緊張を解く〉は, [緊張をほぐすために, 授業内容につながる

ような前置きをする] など2コードであった。〈話し合いの場を提供する〉は, [個人で考えてから, ペアやグループで確認する場面をつくる] など14コードであった。〈学生の様子を見ながらゆっくり巡視する〉は, [適宜巡視しながら学生同士で意見を出し合っているか確認する] など6コードであった。〈学生が考えつくまで待つ〉は, [発言を通して, 学生自身の考えを言語化するように促す] など7コードであった。〈質問や発問を提示して引きつける〉は, [学生の発言を掘り下げて, 別の視点からも考えられるように投げかける] など13コードであった。〈注意深く聞いていることを態度で示す〉は, [学生の表情をよく観察する] など10コードであった。〈学生の発言を尊重する〉は, [学生の発言を否定しない] など16コードであった。〈学生の反応から手ごたえをつかむ〉は, [学生の言動や表情から, 理解の程度を感じ取る] など12コードであった。

【学生同士の相互理解の促進】は, 〈話し合いを促進するために学生の役割を確認する〉, 〈学習体験を視覚化する工夫をする〉, 〈オープンエンドクエスチョンを活用し発言を引き出す〉, 〈学生同士が学びの視点をかわすことができるよう支援する〉, 〈学生間の意見を共有できるように工夫

表4 演習に携わる看護学教員に求められるファシリテーションスキル 《演習の実施（導入—展開—まとめ）》

n=12

カテゴリ（4）	サブカテゴリ（19）	コード（158, 一部抜粋）
学生の発言をとらえた思考をゆさぶる発問	学生とグランドルールを共有する	・授業の始めに演習に臨む心構えを確認する ・演習中のルールを、全体のオリエンテーションで確認する
	学生の緊張を解く	・緊張をほぐすために、授業内容につながるような前置きをする ・演習開始時、前回の講義の想起を一言二言くらい入れる
	話し合いの場を提供する	・学生が話しやすいようイスを持ち寄って円になって行う ・個人で考えてから、ペアやグループで確認する場面をつくる
	学生の様子を見ながらゆっくり巡視する	・学生の話し合い中にラウンドする ・適宜巡視しながら学生同士で意見を出し合っているか確認する
	学生が考えつくまで待つ	・発言を通して、学生自身の考えを言語化するように促す ・学生がいろいろな意見に気づけるように、考える時間を設ける
	質問や発問を提示して引きつける	・学生の発言を掘り下げて、別の視点からも考えられるように投げかける ・自分が患者さんの立場だったらどう思うか質問する
	注意深く聞いていることを態度で示す	・学生の表情をよく観察する ・学生が話しやすいように、うなづいたり相づちをうつ
	学生の発言を尊重する	・意見がずれていても、まずは学生同士で話を進める ・学生の発言を否定しない
	学生の反応から手ごたえをつかむ	・学生の言動や表情から、理解の程度を感じ取る ・問いかけに対する学生の反応から、手ごたえをつかむ
学生同士の相互理解の促進	話し合いを促進するために学生の役割を確認する	・リーダーやメンバーの役割を、学生同士で確認する ・学生同士で、演習中のそれぞれの役割を確認しながら進められるようにする
	学習体験を視覚化する工夫をする	・印象に残るように、キーワードを用いて説明する ・スケッチブックやホワイトボードなどを活用して発言を書き出す
	オープンエンドクエスチョンを活用し発言を引き出す	・今どこに取り組んでいるのか、困っているのは何か具体的に確認する ・なぜそう思うのかを確認する
	学生同士が学びの視点をかわすことができるよう支援する	・気付いてるのに意見を言わない学生には、発表させる ・学生の考えがまとまらないときは、互いの意見を出し合えるように誘導する
	学生間の意見を共有できるように工夫する	・発表は順番で回るのはなく手挙げ制にしている ・演習が終わったら、すぐに話し合えるようグループワークの場をつくる
多様な観点からの考察を支援	学生の様子を見ながらデブリーフィングの時間を調整する	・演習場面から実践を想像する時間を設ける ・デブリーフィングが間延びしないように時間を調整する
	発言から共通点を導く	・前のグループの意見を踏まえて、次のグループの発表に繋げる ・演習体験から共通するキーワードを絞り込み、学生に伝える
	発言から相違点を導く	・話し合いの内容が具体的に becoming するように聞き返し、グループ間の発言を比較する ・年齢や性別などの条件が変わると、どのように考えられるか投げかける
学生の体験と知識、目標との照合	学生の体験と目標を結びつける	・難しかった点や目標は達成できたかについて振り返る ・講義で学んだことが、臨床の場でどう使われるのか実践的なことも含めて話す
	学生が理解しているか確認する	・1回目と2回目の授業の合間に、学生の課題、提出物に目を通す ・演習中の学生の行動や考えを確認しながら進める

する」の5サブカテゴリから生成され、「話し合いを促進するために学生の役割を確認する」は、「リーダーやメンバーの役割を、学生同士で確認する」など6コードであった。「学習体験を視覚化する工夫をする」は、「スケッチブックやホワイトボードなどを活用して発言を書き出す」など7コードであった。「オープンエンドクエスチョンを活用し発言を引き出す」は、「今どこに取り組んでいるのか、困っているのは何か具体的に確認する」など6コードであった。「学生同士が学びの視点をかわすことができるよう支援する」は、「学生の考えがまとまらないときは、

互いの意見を出し合えるように誘導する」など20コードであった。「学生間の意見を共有できるように工夫する」は、「演習が終わったら、すぐに話し合えるようグループワークの場をつくる」など9コードであった。

【多様な観点からの考察を支援】は、「（学生の様子を見ながらデブリーフィングの時間を調整する）」、「（発言から共通点を導く）」、「（発言から相違点を導く）」の3サブカテゴリから生成され、「学生の様子を見ながらデブリーフィングの時間を調整する」は、「デブリーフィングが間延びしないように時間を調整する」など6コードであった。「発言か

ら共通点を導く〉は, [演習体験から共通するキーワードを絞り込み, 学生に伝える] など4コードであった。〈発言から相違点を導く〉は, [年齢や性別などの条件が変わると, どのように考えられるか投げかける] など7コードであった。

【学生の体験と知識, 目標との照合】は, 〈学生の体験と目標を結びつける〉, 〈学生が理解しているか確認する〉の2サブカテゴリから生成され, 〈学生の体験と目標を結びつける〉は, [難しかった点や目標は達成できたかについて振り返る] など2コードであった。〈学生が理解しているか確認する〉は, [演習中の学生の行動や考えを確認しながら進める] など4コードであった。

(4) 《演習の評価・振り返り》

《演習の評価・振り返り》は, 演習の振り返りを通して次の行動につながる課題が見つかるように, 学生の成長を後押しする段階である。《演習の評価・振り返り》の段階では, 演習における教員に求められるFSは, 27コードが抽出され, 5サブカテゴリ, 2カテゴリに分類された(表5)。カテゴリは, 【演習体験から看護観の育成につなげる支援】, 【自己学習行動への支援】の2カテゴリであった。

【演習体験から看護観の育成につなげる支援】は, 〈学生の課題や看護観につながる投げかけをする〉, 〈学生の看護観を深める〉の2サブカテゴリから生成され, 〈学生の課題や看護観につながる投げかけをする〉は, [今はできなくても, 今後の学生自身の課題や看護観につながるよう投げかける] など8コードであった。〈学生の看護観を深める〉は, [学生がグループワークを通して自分の看護がどう変化したか, 講義後のレポートを通して振り返りを促す] など9コードであった。

【自己学習行動への支援】は, 〈継続的な学習を支援する〉, 〈学生が達成感を得られるよう後押しする〉, 〈教員間

で学生の発言, 参加状況, 時間調整を共有する〉の3サブカテゴリから生成され, 〈継続的な学習を支援する〉は, [演習で学んだ経験を, 実習でどのように活かせるのか伝える] など2コードであった。〈学生が達成感を得られるよう後押しする〉は, [学生が学んだことやできたことを具体的に伝える] など3コードであった。〈教員間で学生の発言, 参加状況, 時間調整を共有する〉は, [気になった学生の発言や演習への取り組み姿勢を, 教員間で共有し次の課題にする] など5コードであった。

Ⅲ. 考 察

1. 演習に携わる看護学教員に求められるファシリテーションスキル

本研究では, 演習に携わる看護学教員に求められるファシリテーションスキルを明らかにすることを目的とし, 15カテゴリを抽出した。考察では, これらのカテゴリのFSとしての妥当性を演習設計のプロセスの中にどのように組み込まれているのかを検討した。

(1) 《演習の構想を練る》

ファシリテーションの仕込みでは, 本来あるべき議論の姿をイメージし, その場で出てくる発言を適切に位置づける地図を頭の中に持つておく必要がある(グロービス・吉田, 2014, p.12)。本研究では, ファシリテーションを取り込むために, 演習の構想を練る段階で【学生の能力やレディネスを把握】し, 【学生の特徴を意識した演習運営の工夫】を通して【学習の動機づけ方法の検討】をするFSが求められていることが示された。武田は, ファシリテーション対応アクティブラーニングとして, プロセスデザイン, プロセスマネジメント, コンフリクトマネジメントを基本的要素として設定している(2017, p.2)。学習者に動

表5 演習に携わる看護学教員に求められるファシリテーションスキル 《演習の評価・振り返り》

n=12

カテゴリ (2)	サブカテゴリ (5)	コード (27, 一部抜粋)
演習体験から看護観の育成につなげる支援	学生の課題や看護観につながる投げかけをする	・今はできなくても, 今後の学生自身の課題や看護観につながるよう投げかける ・学生が話し合った内容を踏まえて次の課題を考える ・学生が体験した事から, 自分の課題に気付けるようにする
	学生の看護観を深める	・学生が自分自身を見つめられるよう後押しする ・学生がグループワークを通して自分の看護がどう変化したか, 講義後のレポートを通して振り返りを促す ・演習前後の看護観を比較する
自己学習行動への支援	継続的な学習を支援する	・演習で学んだ経験を, 実習でどのように活かせるのか伝える ・講義以外の場でも学生の相談にのる
	学生が達成感を得られるよう後押しする	・学生が学んだことやできたことを具体的に伝える ・学生が達成感や充実感が味わえるよう話し合いを進める
	教員間で学生の発言, 参加状況, 時間調整を共有する	・気になった学生の発言や演習への取り組み姿勢を, 教員間で共有し次の課題にする ・学生の発表後, 教員間で気が付いた点をフィードバックする

機づけを行う方法は、演習設計のプロセスにおける最初の段階として、ファシリテーションを取り入れるための重要なFSといえよう。

一方、視点を学生に移すと、学生は「興味、関心、探求心を刺激される学び」が得られると感じたとき、学生の意欲が高まることが明らかにされている（藤原、二井谷、今井、高瀬、2020, pp.26-28）。教育という活動は教員の持っている教育に対する「考え方」、「価値観」が具体的な教授方法に反映され（久保田、1995, pp.219-231）、同じ学習内容でも教授方法によって学習意欲は異なってくる。つまり、教員には、教員自身が様々な経験から培った看護観や教育観をもとに、【演習を通して伝えたい内容の整理】をするFSが求められていることが示された。

以上より、ファシリテーションを取り込む《演習の構想を練る》段階では、学習者の内的な変化を促進する場を意識した演習運営を工夫するために、教員は学習者が何をどこまで学ぶ必要があるのかについて、演習内容の精選と構成を考慮し、ファシリテーションの視点を活かした演習設計を構築するFSが求められていたことが示された。

(2) 《円滑な演習展開のための準備》

武田は、教師に求められるFSとして、「学びの場のデザイン、対人関係、構造化、合意形成、情報共有化」の5項目を挙げている（2012, p.23）。《円滑な演習展開のための準備》では、〈講義から演習、実習までのストーリー〉を予測し、〈様々な状況に対応できる時間配分〉を考えながら、【学習目標を意識した演習設計】が求められていることが示された。さらに、新聞記事やニュースなどのリアリティのある事例を用い【興味を引き付ける課題を設定】し、事例に触れながら学生がすでに持っている知識や技能を活用し、学習内容に関するイメージを膨らませるような準備が求められていることが示された。これは、武田（2011）の、教師に求められるFSの学習の環境を整え効果的な話し合いができる雰囲気をつくる「学びの場のデザイン」（pp.25-27）にあたると考えられる。

また、学生同士の相互作用を活発化させる工夫として、【相互作用を考えたグループ編成】、【演習の進行を助ける教材の開発】というFSが求められていることが示された。ファシリテーションには、集団に働きかけて知的相互作用を促進する働きがある（堀、2003, p.15；本山、2014, p.73）。しかし、近年、学生相談においては対人関係の相談内容が増加しており（独立行政法人学生支援機構、2018, p.145）、学習者のグループ内の相互作用を活性化することが難しくなっている。教員は、〈教員間で演習の論点や気づきにくい点を確認する〉など演習中の発言や行動を予測し、学習者相互の関係性に配慮する必要がある。さらに、教員間で学習者に対する指導内容や、場面の切り替

えのタイミング、演習の論点や気づきにくい点を共有する【思考を深めるための教員役割の共有と調整】を行い、学生の理解を助ける教員間の連携が求められていることが示された。先行研究（中馬・山下、2016, pp.78-80；濱田ほか、2010, pp.73-79；和泉ほか、2013, pp.47-57）では、個々の教員が学習者に対してどのようにファシリテーションを行うかという点においては述べられているが、本研究で得られた複数の教員によるファシリテーションを用いた役割進行や調整、情報共有については述べられていない。演習は、それぞれのグループでの課題の把握・進捗・深化が異なる。そのため、実施の段階だけでなく、演習計画の段階から学生の行動や言動を想定し、複数の教員が様々な情報を共有しながら学習者を支援するという【思考を深めるための教員役割の共有と調整】のカテゴリは、FSを活用して演習を行う上での1つの特徴と言えよう。

しかし、教員個人の経験や教育観、信念など学生の捉え方は多様であるため、教員が同じ学生の姿を観察しても、学生の捉え方が異なる（池西、石東、藤江、2019, p.136）。複数の教員とのTeam teachingで運営し、〈教員間で学生の理解を助ける関わり方を打ち合わせする〉ことにより、教員間の情報や考えが共有され、授業や学生の見方がより立体的になることから、特に演習場面において求められるFSであると言えよう。

以上より、《円滑な演習展開のための準備》段階では、《演習の構想を練る》段階で得られた学生の能力やレディネスを他の教員と共有し、学習内容を意識しながら、学生同士の関係性に配慮しつつグループワークを活性化するためのFSが求められていることが示された。

(3) 《演習の実施（導入—展開—まとめ）》

Gagné, Wager & Golas（2005/2007, p.13）は、授業や教材を構成する指導過程を「学びを支援するための働きかけ」という視点でとらえ、授業プロセスとして9つの教授事象を提示している。それぞれの教授事象は、『導入』の段階（事象1～3）では、新しい学習への準備を整え、教材からの働きかけが学習者に届くようにする。次に、学習者が自分の注意を教材に向けて学習内容に集中するように促すための学習目標を知らせる。そして、既習学習内容をこの新しい学習において使える状態にする。『展開』の段階（事象4～7）では、情報提示と学習活動を行う。さらに、新しい学習内容を組み、学習成果を引き出すよう道筋をつける作業をする。最後の『まとめ』の段階（事象8、9）では、学習成果を評価し、学習成果を長期記憶にとどめ、他の学習への応用ができるようにする（森田、2009, p.146-148）。これらのGagné, Wager & Golas（2005/2007, p.13）の9教授事象と比較することで、本研究における演習設計のプロセスの中でも《演習の実施（導入—展開—ま

とめ)》の各段階における, 教員に求められるFSの妥当性を検討することができると考える。

本研究において、『導入』の段階では〈学生とグランドルールを共有〉し〈学生の緊張を解く〉などのFSが求められていることが示された。グランドルールを共有することは, 授業の前提条件を思い出させ, 学習者の注意を喚起する (Gagné, Wager & Golas, 2005/2007, p.13) とともに, 学習者が安心して発言でき, 自由に考えや思いを表現できる (武田, 2011, p.26) 場につながる。このことから, 学習者の感情に働きかけ, 学習者との共通の認識をもって演習の場をつなげるための《導入》を進めることが必要であると言えよう。

『展開』の段階では, 導入に引き続き【学生の発言をとらえた思考をゆさぶる発問】を通して, 学生の発言を分散, 混沌とさせ, 【学生同士の相互理解の促進】をし, 【多様な観点からの考察を支援】するFSが求められていることが示された。授業における「ゆさぶり」とは, 課題を目の前にした学習者が自らの内面の矛盾や対立を生み出す行為である (新井, 2017, p.37)。教員は, 「ただ教えるだけでなく, 学習者の中にある知識を引き出したり, 思考するヒントを与えたり, 学習者が行った行為の意味づけを解説することで, 学習者のやる気を引き出していく」役割を担っている (大滝・阿部, 2008, pp. 4 - 5)。また, 【学生同士の相互理解の促進】をするために, 〈学習体験を視覚化する工夫をする〉, 〈学生間の意見を共有できるように工夫する〉など, 一部の学生だけでなく互いの意見や感情を理解できるよう, 発言を「見える化」し, 新たな視点から捉えて情報を共有するFSが求められていることが示された。これは, 武田の教師に求められるFSの学習体験を視覚化する「情報共有」(武田, 2011, p.26) にあたると考える。さらに, 野中 (2003) は 知識変換のプロセスにおいて, 知識の相互作用には暗黙知 (人間の経験に根差した個人知) と形式知 (形式的・論理的言語によって伝達できる知識) の2つがあり, それを個人・集団・組織の間で, 相互に絶え間なく変換・移転し表出化することで新たな知識が創造されると述べている。教員が〈オープンエンドクエスチョンを活用し発言を引き出〉し, グループワークを通して〈学生間の意見を共有〉し, 〈学生同士が学びの視点をかわす〉機会を設けることで, 演習体験で得た暗黙知が形式知に変換されるという新たな創造をめぐるためのFSが求められていることが示された。これは, 「新しい事項を提示し学習の指針を与える」Gagné, Wager & Golas (2005/2007, p.13) の情報提示, 学習活動に当たるとともに, 武田 (2011, p.26) の教師に求められるFSの議論をかみ合わせ整理する「構造化」にあたり, 自らの経験から学びを促進させることにつながるFSと考える。

『まとめ』の段階では, 【学生の体験と知識, 目標との照合】を促すFSが求められていることが示された。体験から得られる実感を伴う理解は, 抽象度の高い学習を支える基盤となるだけでなく, 学習への内発的動機付けともなりうる (梶田・加藤, 1986)。演習体験を通して, 〈発言から共通点や相違点を導き〉話し合いを深める。さらに, 演習前のイメージと演習後の体験で得た学びを, 根拠づけながらかみ合わせることで【多様な観点からの考察を支援】し, フィードバックを通して学習成果を評価し, 他の学習への応用を促進する (Gagné, Wager & Golas, 2005 /2007, p.13) FSが求められていることが示された。これらは, 武田の教師に求められるFSの, 意見の違いを確認し意見をまとめる「合意形成」(武田, 2011, p.26) にもあたると考える。

《演習の実施 (導入—展開—まとめ)》の段階は, 演習においてファシリテーションが学生の目の前で展開される場である。そこには, 学生の学習を促進するということが意図されている以上は自ずとFSが前提となり, この点是一般の演習全般の教育スキルとの類似点といえ, 演習で求められるFSが多様な教育的スキルの一部であるためと考える。しかしながら, 演習の実施の段階では, 教員が【学生の発言をとらえた思考をゆさぶる発問】をし, 【学生同士の相互理解の促進】をすることで, 学生の演習での体験について【多様な観点からの考察を支援】することが求められていた。また, 学生が目標を自覚すると, 学習意欲が向上する (伊藤, 2005, pp.82-88) ことから, 演習で学んだ【学生の体験と知識, 目標との照合】を通して, 学習者の思考と行動の再構成を促すFSが教員に求められていたと言えよう。

(4) 《演習の評価・振り返り》

演習の評価・振り返りでは, 学生自身の課題や継続的な学習につなげる【自己学習行動への支援】を行うFSが求められていることが示された。坂田 (2015) は, 教師はリフレクションを効果的に用い, その成果を確認し必要に応じてアドバイスを追加するファシリテータとして携わること (pp.2-3) の必要性を述べている。リフレクションを通して学習者が自らの行動について分析することは, 学習者自身の体験からの学びを意味づけ, このステップの繰り返しだが, 学習者の成長に結びつく (織井, 2016, p.103)。教員は, 演習中の学生の技術や態度を観察し, 学習者が演習体験から個々の課題を具体化できるように目標の振り返りを促す。そして, 学習者がもっと学びたいと思う気持ちや, 次の行動・課題の発見につなげる。さらに, 教員には, 学習者の課題の明確化につなげるだけでなく, 学習者の看護観を深めるよう【演習体験から看護観の育成につなげる支援】をするFSが求められていることが示された。

長谷川ら(2015)は、「看護観は、看護の学習や体験を通じて形成された価値観」であると表現している(pp.31-40)。薄井(1997)は、看護観について「看護実践を支えるものが看護観であり、看護観なくして看護実践はできない」とし、看護実践における看護観の重要性を指摘している。

演習での学びを【演習体験から看護観の育成につなげる支援】と結び付けることで、学習者の看護実践を支えるための知の基盤を築くこととなり、高等教育である看護基礎教育の演習に携わる教員に求められるFSの特徴の1つであると考えられる。

また、「2040年に向けた高等教育のグランドデザイン(答申)」(文部科学省, 2018)では高等教育が目指すべき姿として、「学修者本位の教育への転換を図ることの必要性」が述べられている。看護基礎教育においても、教員自らが演習の構想を練る段階からファシリテータとしての役割を意識し、演習形態を選択、学習者の相互作用を促進し、演習後の振り返りまで幅広い支援を行うことが求められていると言えよう。

以上より、本研究によって抽出された演習設計の各プロセスにおける15カテゴリは、演習において教員が学習者同士の相互作用を促進し、その学び合いを通して学習者の主体性、創造性を引き出し自らの課題を明らかにするために用いられるものであり、本研究で定義した演習における教員に求められるFSとして一定の妥当性を持つものと考えられる。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究には3点の限界が考えられる。1点目は、インタビューの協力者は大学教員のみであったことである。看護基礎教育は教育設備や教員数などが異なる専門学校等でも行われている。演習では、現象が人的物的環境の変化などにより多種多様に出現し、ファシリテーションもそれを行うファシリテータによって様々なスタイルがある(中野・三田地, 2016, p.7)。研究協力者のうち5名は専門学校の教員経験があり、現在、大学教員として教授活動を行っていたが、専門学校の教員の特性をどこまで反映できているかについては今後も検討が必要と考えられる。2点目は、職位についてである。本研究では、学生への直接指導や教授する機会が多いと考えられる助教から准教授を対象とした。しかし、職位に幅があり対象者の教育スキルまで反映し分析されていない点については、今後、評価ツールの作成にあたり、各職位との関連性を踏まえた検討が必要である。3点目は、看護基礎教育の授業方法は、講義・演習・実習が関連しあって進行していくものであるが、本研究は主に演習におけるFSに焦点を当て聞き取った点である。

看護基礎教育における演習は様々な授業形態のものがあり、多様な教育技術が用いられる。本研究はファシリテーションに着目し、演習における教員に求められるFSを明らかにした。今回、演習をめぐる教育スキルとの兼ね合いで、そこで求められるFSを明確にできたと考えるが、これらの違い、すなわち演習における独自のFSとしては追及の余地が残る。いくつかの研究の限界はあるものの、演習の実施の場だけでなく、演習の構想を練る段階から振り返りの段階まで幅広く教員に求められるFSに関する内容を聞き取ることができたことは評価できると考える。

今後は、本研究の結果をもとに、演習の状況や場面に応じて活用できる評価ツール開発を検討することを課題とする。

IV. 結 論

看護基礎教育における演習に携わる看護学教員に求められるFSは、【学生の能力やレディネスの把握】、【学習の動機づけ方法の検討】、【学生の特徴を意識した演習運営の工夫】、【演習を通して伝えたい内容の整理】、【学習目標を意識した演習設計】、【思考を深めるための教員役割の共有と調整】、【相互作用を考えたグループ編成】、【興味を引き付ける課題設定】、【演習の進行を助ける教材の開発】、【学生の発言をとらえた思考をゆさぶる発問】、【学生同士の相互理解の促進】、【多様な観点からの考察を支援】、【学生の体験と知識、目標との照合】、【演習体験から看護観の育成につなげる支援】、【自己学習行動への支援】の15カテゴリであった。

謝 辞

最後に本研究の調査に参加協力していただいた看護学教員の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、2019年度に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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・分析に及び解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

文 献

阿部幸恵(2013). 臨床実践力を育てる! 看護のためのシミュレーション教育. 10-11, 東京: 医学書院.

- 新井英靖 (2017). アクティブ・ラーニング時代の看護教育. 37, 京都: ミネルヴァ書房.
- Bylund, C.L., Brown, R.F., di Ciccone, B.L., Levin, T.T., Gueguen, J.A., Hill, C., Kissane, D.W. (2008). Training faculty to facilitate communication skills training: Development and evaluation of a workshop. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 430-436.
- Billings, D.M., & Halstead, J.A. (1998) / 奥宮暁子, 小林美子, 佐々木順子監訳 (2014). *看護を教授すること: 大学教員のためのガイドブック: 原著第4版*. (pp.182-183). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- 中馬夕佳, 山下早苗 (2016). 臨地実習における倫理カンファレンスでのファシリテーターの役割. *日本看護倫理学会誌*, 8(1), 78-80.
- Dieckmann, P., Friis, S.M., Lippert, A., Østergaard, D. (2010) / 池山貴也, 椎間優子, 志賀 隆, 武田 聡, 土肥 聡, 西崎彰訳 (2012). Center for medical simulation. Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH). http://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2017/01/DASH_Handbook_JPN_2014-05-19.pdf (accessed 2018-5-1)
- 独立行政法人日本学生支援機構 (2018). 大学等における学生支援の取組状況に関する調査 (平成29年度). https://www.jasso.go.jp/statistics/gakusei_torikumi/_icsFiles/afieldfile/2021/03/12/2_bunseki_1.pdf (参照2020-11-14)
- 藤原みのり, 二井谷真由美, 今井多樹子, 高瀬美由紀 (2020). 看護系大学生の学習意欲を高める要因の探究. *日本医学看護学会誌*, 29(2), 22-30.
- 舟島なをみ監修 (2013). *看護教育における授業展開 質の高い講義・演習・実習の実現にむけて*. (pp.7, 157). 東京: 医学書院.
- Gagné, R.M., Wager, W.W., Golas, K.C. (2005) 鈴木克明, 岩崎信監訳 (2007). *インストラクショナルデザインの原理*. 13, 京都: 北大路書房.
- グロービス, 吉田素文 (2014). *ファシリテーションの教科書: 組織を活性化させるコミュニケーションとリーダーシップ*. (pp.1-13, 93, 116-125). 東京: 東洋経済新報社.
- 濱田麻由美, 永田裕子, 中村雅子, 横山久美, 篠木絵理 (2010). 若手教員の臨地実習における指導力向上を目指した1年間の取り組み: 事例検討会の企画運営を通して. *東京保健医療大学紀要*, 1, 73-79.
- 長谷川真美, 鶴田晴美, 中村昌子, 熊谷玲子, 吉岡栄子, 大澤久美枝, 奥井鈴江 (2015). 看護基礎教育における看護観形成に関する研究: 基礎看護学実習Ⅱ前後の看護イメージの変化. *京都医療大学紀要*, 5(1), 31-40.
- 平瀬節子, 野村晴香, 高橋永子, 橋本和子 (2006). 基礎看護技術の学内演習における学生の困難さに対処行動: グループ学習を活用して. *高知大学学術研究報告 医学・看護学編*, 55, 11-23.
- 芳我ちより, 舟島なをみ (2007). 学生間討議を中心としたグループ学習における教授活動の解明: 看護基礎教育において展開される授業に焦点を当てて. *看護教育学研究*, 16(1), 15-28.
- 堀 公俊 (2003). *問題解決ファシリテーター: 「ファシリテーション能力」養成講座*. 15, 東京: 東洋経済新報社.
- 池西静江, 石束佳子, 藤江康彦 (2019). *学習指導案ガイダンス: 看護教育を深める授業づくりの基本伝授*. 136, 東京: 医学書院.
- INACSL Standards Committee (2016): INACSL standards of best practice: Simulation. Simulation design. Clinical simulation in nursing, 12, 5-12. [日本語版] <http://www.janssl.jp/pdf/INACSL-01-S5-S12.pdf> (参照2023-04-28).
- 石田佳代子 (2010). 看護系大学の新人教員に対するファカルティ・ディベロップメント (FD) 推進のための文献調査に基づく課題. *看護科学研究*, 9(1), 10-18. https://doi.org/10.20705/jjnhs.9.1_10
- 伊藤崇達 (2005). 教授・学習に関する研究の動向. *教育心理学年報*, 44, 82-90. https://doi.org/10.5926/arepj1962.44.0_82
- 和泉明子, 大沢たか子, 矢野智恵, 伊藤光代, 三浦かず子, 今村優子, 高藤裕子, 吉田亜紀子, 谷 愛, 中井寿雄, 山崎江里子 (2013). 臨地実習におけるカンファレンスの実態: 教員のカンファレンス実施記録の分析を通して. *高知学園短期大学紀要*, 47-57.
- 梶田叡一, 加藤 明編著 (1986). *形成的評価による授業設計マニュアル: 目標分析から単元指導計画まで*. 東京: 第一法規.
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001316yatt/2r985200000131bh.pdf> (参照2014-5-4)
- 厚生労働省 (2019). 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (参照2020-10-29)
- 小山真理子 (2014). チーム医療時代の看護基礎教育内容と方法の充実に関する研究. *平成25年度総括・分担研究報告書*, 80.
- 久保田賢一 (1995). 教授・学習理論の哲学的前提: パラダイム論の視点から. *日本教育工学雑誌*, 18(3/4), 219-231.
- 國澤尚子, 大塚真理子 (2017). *看護現場ですぐに役立つファシリテーションの秘訣: カンファレンス, グループワーク, 日常コミュニケーションの現状改善のために*. 2-3, 34, 東京: 総合医学社.
- 牧野美幸 (2020). 看護学士過程におけるシミュレーション教育の実践と課題. *淑大看護紀要*, 12, 7-18.
- McCain, D.V., & Tobey, D.Davis. (2005) / 香取一昭訳 (2015). *ラーニング・ファシリテーションの基本: 参加者中心の学びを支援する理論と実践*. (pp.11-41, 61-71, 185). 東京: ヒューマンバリュー.
- Micari, M., Streitwieser, B., Light, G. (2005). Undergraduates leading undergraduates: Peer facilitation in a science workshop program. *Innovative Higher Education*, 30(4), 269-288.
- 文部科学省中央教育審議会大学分科会 大学の教員組織の在り方に関する検討委員会 (2005). 2. 大学教員の職の在り方について. 大学の教員職員の在り方について. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/houkoku/attach/1342439.htm (参照2019-7-29)
- 文部科学省中央教育審議会 (2012). 新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1325047.htm (参照2019-5-25)
- 文部科学省中央教育審議会 (2018). 2040年に向けた高等教育のグランドデザイン (答申). https://www.mext.go.jp/content/20200312-mxt_koutou01-100006282_1.pdf (参照2021-2-14)
- 文部科学省 (2014). 産業界ニーズに対応した教育改善・充実体制整備事業 アクティブラーニング失敗事例ハンドブック. <https://www.nucba.ac.jp/archives/151/201507/ALshippaiJireiHandBook.pdf> (参照2016-12-7)
- 森田敏子 (2009). 看護教員及び研修を企画する看護職の教育力を高めるインストラクショナル・デザイン. <https://kumadai.repo.nii.ac.jp> (参照2021-7-7)
- 本山雅英 (2014). 大学生のためのコーチングとファシリテーションの心理学. 73, 京都: 北大路書房.
- 内藤知佐子 (2015). 看護教育にファシリテーションを導入しよう!. *看護教育*, 56(11), 1056-1062.
- 内藤知佐子, 伊藤和史 (2017). シミュレーション教育の効果を高

- めるファシリテーター *Skills & Tips*. 11, 東京: 医学書院.
- 中野民夫 (2014). ファシリテーター型リーダー: 人々の相互作用を促し, 自律や創造を育む支援型のリーダーシップ. *看護教育*, 24(1), 10-13.
- 中野民夫・三田地真実編 (2016). ファシリテーションで大学が変わる: 大学編: アクティブ・ラーニングにいのちを吹き込むには: 7, 46-47, 京都: ナカニシヤ出版.
- 中瀧 洋 (2015). *初学者のための質的研究26の教え*: 48, 東京: 医学書院.
- 野中郁次郎, 紺野 登 (2003). *知識創造の方法論*, 東洋経済新報社: 東京.
- 野崎真奈美, 水戸優子, 渡辺かづみ (2016). *計画・実施・評価を循環させる授業設計*. 12-13, 東京: 医学書院.
- 及川紳代, 安藤里恵, 遠藤良仁, 三浦奈都子, 平沢貞子, 小澤尚子 (2017). 成人看護学領域における術後看護のシミュレーション演習の課題の検討. *岩手県立大学看護学部紀要*, 19, 17-23.
- 鬼塚哲郎, 中沢正江, 鈴木 陵, 大谷麻予, 中尾麻衣, 井上正樹, 富山雄一郎, 中西勝彦 (2016). ファシリテーションを組み込んだアクティブラーニング・パッケージの有用性について. *高等教育フォーラム*, 6, 19-27.
- 大滝純司, 阿部幸恵 (2008). シミュレータを活用した看護技術指導. 4-5, 東京: 日本看護協会出版会.
- 織井優貴子 (2016). *看護シミュレーション教育基本テキスト: 設計・実践・評価のプロセス*. 103, 東京: 日総研.
- 坂田哲人 (2015). 支援型教師教育モデルにおける教師教育者の役割に関する研究. *科学研究費助成事業研究成果報告書*, 2-3.
- 佐々木英和 (2011). ファシリテーター概念に関する理論的考察: ファシリテーション実践の体系的把握につなげるための覚書. *宇都宮大学教育学部教育実践総合センター紀要*, 129-136.
- 佐藤みつ子, 宇佐美千恵子, 青木康子 (2009). *看護教育における授業設計* 第4版. 16-44, 東京: 医学書院.
- 白井靖敏, 鷺尾 敦, 下村 勉 (2013). 大学教育におけるグループ学習のファシリテーション効果. *名古屋女子大学紀要*, 59, 113-122.
- 杉森みど里, 舟島なをみ (2014). *看護教育学第5版増補版*. 2018, 東京: 医学書院.
- 炭谷正太郎, 久保田君枝, 櫻原理恵, 小池武嗣, 黒野智子, 室加千佳, 松元由香, 三輪与志子, 大村光代 (2017). 聖隷クリストファー大学看護基礎教育における高機能患者シミュレーターを用いたシミュレーション教育の経緯と展望. *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 25, 29-39.
- 田島桂子 (2009). *看護学教育評価の基礎と実際: 看護実践能力育成の充実に向けて第2版*. 12, 東京: 医学書院.
- 武田正則 (2011). 参画型協働学習におけるファシリテーションに関する理論的背景. *教育情報研究*, 27(4), 17-28.
- 武田正則 (2012). 参画型協働学習におけるファシリテーションモデルの開発. *教育情報研究*, 28(4), 15-26.
- 武田正則 (2017). ファシリテーション対応アクティブラーニング (FEAL) の授業設計: 計画と評価の一貫性を高めるファシリテーションデザインマトリクス (FDM) による授業モデルの開発. *仙台高等専門学校広瀬キャンパス教育研究紀要*, 47, 1-29.
- 薄井坦子 (1997). *科学的看護論第3版*. 東京: 日本看護協会出版会.
- 山内栄子, 西薗貞子, 林 優子 (2015). 看護基礎教育における臨床判断力育成をめざした周手術期看護のシナリオ型シミュレーション演習の効果の検討. *大阪医科大学看護研究雑誌*, 5, 76-86.

[2020年6月25日受付]
[2022年6月2日採用決定]

Examination of Facilitation Skills Required for Nursing Teachers to Engage in Nursing Exercises in Basic Education Programs

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(2), 213-227
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20220602196>

Emiko Aoki, PhD, RN, Mikako Arakida, PhD, RN, PHN,
Yuko Matsuda, PhD, RN, PHN

Kawasaki City College of Nursing, Kanagawa, Japan

Abstract

Objective: The purpose of this study was to elucidate facilitation skills (FS) required for nursing teachers in practice and provide basic data for the development of evaluation tools. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted involving 12 nursing faculty teachers. The contents of the instructor's understanding of student characteristics, how he or she is devising the assembly, the progress of nursing practice incorporating facilitation, and the data acquired from the responses were analyzed qualitatively and inductively. **Results:** The following 15 FS categories were extracted from the nursing teachers' interviews. At the stage of exercise design, the teachers performed 'examination of learning motivation methods' and 'establishing issues that attract interest'. In the exercises, 'promotion of mutual understanding between students' and 'assistance considering various diverse viewpoints' was performed. In the retrospect setting, they performed 'support for nursing philosophy from the exercise experience'. **Conclusions:** The FSs emphasized by the teachers in the exercises were to support independent learning through the nursing exercises, to create settings where learners could speak and think with confidence, and for them to learn after the exercises.

Key words

Nursing teacher, Hands on training classes, Facilitation skill

Correspondence: E. Aoki. Email: aoki-e@kawasaki-cn.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステ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。

英文オープンアクセスジャーナル!

第7報

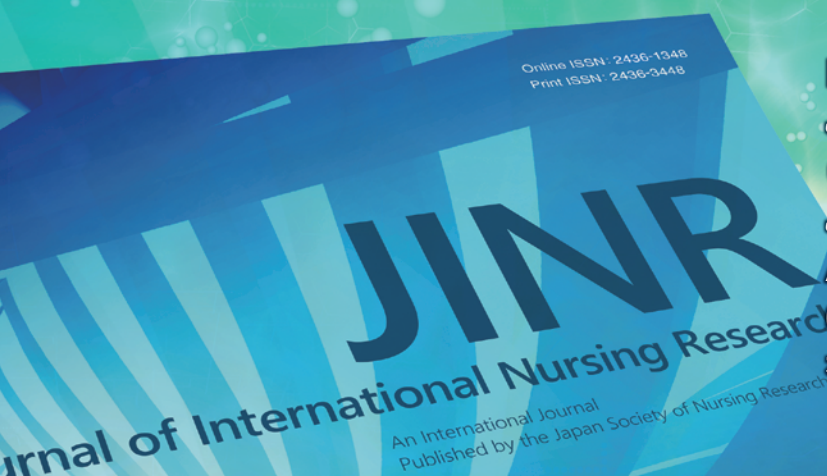
論文
受付中

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

2023年度会費納入のお願いをお送りしております。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

2021年7月より、年会費の納入にオンラインクレジット決済のご利用が可能となりました。下記2. に記載の「会員情報管理システム」よりご利用ください。

年会費納入口座

		記	
年会費	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46巻 第2号

無料配布

2023年7月20日 印刷

2023年7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

