

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 46 Number 5 January 2024 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第46巻 第5号]

会 告

一般社団法人日本看護研究学会第50回学術集会を、下記のとおり開催しますので、お知らせいたします。

2024年1月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第50回学術集会
会 長 上 野 栄 一
(奈良学園大学保健医療学部 教授)

記

一般社団法人日本看護研究学会第50回学術集会

メインテーマ：「発祥の地から未来を拓く看護研究」

【会 期】2024年8月24日（土）・25日（日）

【開催方法】現地開催

【プログラム】

1. 会長講演 「発祥の地から未来を拓く看護研究～進化する研究～」
上野 栄一（奈良学園大学保健医療学部 教授）
2. 大会特別講演 「枠を超えた祈りで安寧の道を拓く」 仮
森本 公誠氏（東大寺 長老）
3. 特別講演
 - I 「これからの生活と先端テクノロジー」
才脇 直樹氏（奈良女子大学 教授）
 - II 「すべての人に星空を―「病院がプラネタリウム」の実践」
高橋真理子氏（星つむぎの村 代表）
4. 教育講演
 - I 「学習の機会の無限化は大学教育をどの様に変えるか―教育DXの観点から―」
溝上 慎一氏（学校法人桐蔭学園 理事長）

II 「継続教育を担う」

井部 俊子氏 (井部看護管理研究所 代表)

5. 特別企画

I 未来に羽ばたく若手「課題を可視化し未来を拓く」仮

板谷 崇央氏 (京都大学大学院医学研究科 社会健康学系専攻)

6. シンポジウム

I 「研究の芽を社会の発展に開花する」

井川 順子氏 (京都大学医学部附属病院 看護部長)

丸山美津子氏 (兵庫県看護協会会長 前兵庫医科大学病院 看護部部長)

江川 隆子氏 (関西看護医療大学 学長)

座長：箕浦 洋子氏

II 「予期しない体験は今後はどう生きるか」

酒井 明子氏 (福井大学 教授)

茅野 龍馬氏 (WHO神戸センター 医官)

III 「DXを活用した若手研究」仮

平 和也氏 (京都大学 地域看護学講座 助教)

堀池 諒氏 (大阪医科薬科大学 公衆衛生看護学 助教)

7. 50周年企画

I JSNR50周年記念座談会

「日本看護研究学会の歴史 (あゆみ) と今後の研究活動の活性化に向けた将来設計」

山口 桂子氏 (日本福祉大学 教授)

工藤せい子氏 (弘前大学大学院保健学研究科 教授)

深井喜代子氏 (東京慈恵会医科大学, 前岡山大学 教授)

佐藤 正美氏 (東京慈恵会医科大学 教授)

吉永 尚紀氏 (宮崎大学 教授)

II パネルディスカッション

「地方会の歩みとこれから」

内田 宏美氏 (森ノ宮医療大学 教授)

泊 祐子氏 (四天王寺大学 教授)

若村 智子氏 (京都大学 教授)

8. 学術集会企画（市民公開講座）

「天体と生活」

嶋田 理博氏（奈良学園大学 教授）

9. 一般演題（口演・示説），交流集会

※演題募集案内については学術集会ホームページをご確認ください。

10. その他（委員会企画，共催セミナー，他学会との連携企画，等）

【第50回学術集会ホームページ】 <https://conf-lab.com/jsnr50/>

【問い合わせ先】

主催事務局：〒631-8524 奈良県奈良市中登美ヶ丘三丁目15- 1 奈良学園大学保健医療学部
運営事務局：〒651-0084 神戸市中央区磯辺通1 - 1 -18 カサベラ国際プラザビル707号 コンファレンス・ラボ内 E-mail：jsnr50@conf-lab.com

目 次

《コロナ禍関連研究論文》

—研究報告—

不織布マスクとN95マスクが音圧レベルと摩擦音の聞き取りに及ぼす影響	719
熊本大学大学院生命科学研究部	福 重 真 美
熊本大学大学院生命科学研究部	松 本 智 晴
熊本大学大学院生命科学研究部	前 田 ひとみ

《研究論文》

—原 著—

看護師の職業的アイデンティティとソーシャルサポートを含めた組織風土との関連	733
日本赤十字社和歌山医療センター看護部	山 田 恭 子
東京医療保健大学大学院和歌山看護学研究科	辻 久美子
東京医療保健大学大学院和歌山看護学研究科	内 海 みよ子

精神科における患者の退院に関する意思決定支援の課題：

ピアサポーターの面接調査から	743
久留米大学医学部看護学科	舞 弓 京 子
久留米大学医学部看護学科	福 浦 善 友

看護専門学校生の首尾一貫感覚の経年変化と看護教育との関係

第1報：首尾一貫感覚に及ぼす性格特性とストレス対処方略の影響	755
大島看護専門学校	山 本 幸 子
山口県立大学看護栄養学部	田 中 マキ子

看護師経験5年以上のジェネラリスト看護師におけるキャリア・プラトーの類型化とその特徴

福岡国際医療福祉大学看護学部看護学科	川 口 賀津子
九州大学大学院医学研究院保健学部門	鳩 野 洋 子

高齢血液透析患者が運動実施に至るプロセス

長岡崇徳大学看護学部	熊 倉 良 太
金沢大学医薬保健研究域保健学系	稲 垣 美智子
金沢大学医薬保健研究域保健学系	多 崎 恵 子
金沢医科大学看護学部	松 井 希代子
金沢大学医薬保健研究域保健学系	堀 口 智 美

新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセス

群馬大学医学部附属病院	飯 倉 涼
群馬大学大学院保健学研究科	恩 幣 宏 美

子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版の開発:

信頼性・妥当性の検証 799

東京慈恵会医科大学医学部看護学科小児看護学 高橋 衣
共立女子大学看護学部地域・在宅看護学領域 久保 善子
東京慈恵会医科大学医学部看護学科小児看護学 遠藤 里子

— 研究報告 —

生活習慣病予防健診受診者の運動の動機づけに影響を与える要因の一考察 813

福岡女学院看護大学 福田 知恵
久留米大学医学部看護学科 重松 由佳子

血液透析患者における災害時の自助行動促進のための要素検討:

防災意識と防災リテラシー, 災害自己効力感および防災行動との関連性 825

富山県立大学看護学部 濱野 初恵

プレホスピタルケアに従事する看護師の首尾一貫感覚と多職種連携の実践能力との関連 839

佐賀大学医学部看護学科生涯発達看護学講座 山田 春奈
佐賀大学医学部看護学科生涯発達看護学講座 古賀 明美
佐賀大学医学部看護学科生涯発達看護学講座 川久保 愛
佐賀大学医学部看護学科生涯発達看護学講座 武富 由美子

小児アレルギーエデュケーターが認識する

重症食物アレルギー児の幼児後期における心理社会的問題と支援 849

大阪青山大学健康科学部看護学科 西田 紀子
九州大学大学院 医学研究院保健学部門看護学分野 植木 慎悟
武庫川女子大学看護学部看護学科 藤田 優一

CONTENTS

《Research papers related to the coronavirus pandemic》

Research Report

Effect of Surgical and N95 Masks on Sound Pressure Level and Listening Comprehension of Fricative Sounds 719

Department of Fundamental Nursing, Faculty of Life Sciences,
Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Mami Fukushige, MD, RN, PHN
Department of Fundamental Nursing, Faculty of Life Sciences,
Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Chiharu Matsumoto, PhD, RN
Department of Fundamental Nursing, Faculty of Life Sciences,
Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Hitomi Maeda, PhD, RN

《Research papers》

Original Article

Relationship between the Formation of The Professional Identity of Nurses and Organizational Climate 733

Japanese Red Cross Wakayama Medical Center, Wakayama, Japan : Kyoko Yamada, RN
Wakayama Postgraduate School of Nursing, Postgraduate School,
Tokyo Healthcare University, Wakayama, Japan : Kumiko Tsuji, AP
Wakayama Postgraduate School of Nursing, Postgraduate School,
Tokyo Healthcare University, Wakayama, Japan : Miyoko Utsumi, Prof

Supported Decision-Making for Psychiatric Discharge:

From an Interview with Peer Supporters 743

Kurume University School of Nursing, Fukuoka, Japan : Kyoko Mayumi, PhD, RN, PHN
Kurume University School of Nursing, Fukuoka, Japan : Yoshitomo Fukuura, PhD, RN, PHN

Yearly Changes in the Sense of Coherence of Nursing School Students in Relation to Nursing Education:

First Report: Effects of Personality Traits and Stress-Coping Strategies on Sense of Coherence 755

Oshima Nursing School, Yamaguchi, Japan : Yukiko Yamamoto, PhD, RN
Yamaguchi Prefectural University, Yamaguchi, Japan : Makiko Tanaka, PhD, RN

Categorizing of Career Plateau and Their Characteristics

in Generalist Nurses with at Least Five Years of Nursing Experience 767

Department of Nursing Faculty of Nursing Fukuoka International University
of Health and Welfare, Fukuoka, Japan : Kazuko Kawaguchi, PhD, RN
Department of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences,
Kyushu University, Fukuoka, Japan : Yoko Hatono, PhD, RN, PHN

Exercise Process for Elderly Patients Undergoing Hemodialysis	777
Faculty of Nursing Nagaoka sutoku university, Niigata, Japan : Ryota Kumakura, MSN, RN	
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa university, Ishikawa, Japan : Michiko Inagaki, PhD, RN	
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa university, Ishikawa, Japan : Keiko Tasaki, PhD, RN	
Faculty of Nursing Kanazawa medical university, Ishikawa, Japan : Kiyoko Matsui, PhD, RN	
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa university, Ishikawa, Japan : Tomomi Horiguchi, PhD, RN	
 Overcoming Difficulties in Nursing Practice Never Experienced by New Nursing Staff in Basic Nursing Education	 791
Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan : Ryo Iikura, MS, RN	
Gunma University Hospital, Gunma, Japan : Hiromi Onbe, PhD, RN	
 Development of the Ability Scales Regarding Child Advocacy for Pediatric Nurses Revised Edition: Analysis of its Reliability and Validity	 799
The Jikei University School of Nursing, Tokyo, Japan : Kinu Takahashi, PhD, RN	
Kyoritsu Women's University Faculty of Nursing, Tokyo, Japan : Yoshiko Kubo, PhD, RN, PHA	
The Jikei University School of Nursing, Tokyo, Japan : Satoko Endo, PhM, RN	
 Research Report	
 Investigating Factors That can Affect Motivation for Exercising in Adults Undertaking Lifestyle-related Diseases Prevention Medical Examinations	 813
Fukuoka Jo Gakuin Nursing University, Fukuoka, Japan : Chie Fukuda, MSN, RN, PHN	
Kurume University, Fukuoka, Japan : Yukako Shigematsu, PhD, RN, PHN	
 Examination of Factors Promoting Self-help Behavior during Disasters among Hemodialysis Patients: Relationship between Disaster Awareness, Disaster Literacy, Disaster Self-Efficacy, and Disaster Prevention Behavior in Hemodialysis Patients	 825
Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University, Toyama, Japan : Hatsue Hamano, PhD, RN	
 Relationship Between the Sense of Coherence of Nurses Engaged in Pre-hospital Care and Their Interprofessional Collaborative Competency	 839
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University, Saga, Japan : Haruna Yamada, MSN, RN, PHN	
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University, Saga, Japan : Akemi Koga, PhD, RN	
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University, Saga, Japan : Megumi Kawakubo, MSN, RN, PHN	
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University, Saga, Japan : Yumiko Takedomi, PhD, RN	

Psychosocial Issues Faced by Preschool-Aged Children
with Severe Food Allergies and the Support They Need:

Pediatric Allergy Educators' Perceptions 849

Osaka Aoyama University, Osaka, Japan : Noriko Nishida, PhD, RN

Kyushu University, Fukuoka, Japan : Shingo Ueki, PhD, BSN

Mukogawa Women's University, Hyogo, Japan : Yuichi Fujita, PhD, RN

コロナ禍関連研究論文

不織布マスクとN95マスクが 音圧レベルと摩擦音の 聞き取りに及ぼす影響

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 719-729
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608213>

福重真美, 松本智晴, 前田ひとみ
熊本大学大学院生命科学研究部

要旨

目的：本研究の目的は、マスク着用とマスクの種類が、音圧レベルと摩擦音の聞き取りに及ぼす影響を明らかにすることである。方法：20歳前後の男女を対象に、マスクなし、不織布マスク、N95マスクによる影響を比較した。音声は、音声解析ソフトPraatを用いて音圧レベル（dB）を解析した。聞き取りは、摩擦音に着目し、15種類のVCV語について異聴件数と異聴傾向を分析した。結果：マスクの着用により、高周波数域の音圧レベルが有意に減衰した（ $p < .05$ ）。異聴件数は、N95マスクが最も多かった。マスクの着用により、子音の異聴が有意に増加し（ $p < .01$ ）、有声音の無声化や同一調音間での異聴が起こる傾向が示された。結論：マスクによる影響は、子音が分布する高周波数域で大きく、音圧レベルを減衰させて異聴を引き起こすことが示された。音圧レベルや異聴への影響は、不織布マスクよりN95マスクの方が大きかった。

キーワード

新型コロナウイルス感染症, コミュニケーション, マスク, 摩擦音, 聞き取り

責任著者：福重真美. Email: mfukushige@kumamoto-u.ac.jp

緒言

新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：以下COVID-19）は世界中に急速に広がり、続出する変異株により、幾度となくパンデミックを起こしている。我々の生活は大きな変容が求められ、マスクの着用は、ウイルスの蔓延を制御するための個人防護策として日常生活において必須となった（WHO, 2020, p.3）。

マスクは、素材や形状、サイズによってフィルター性能や通気性が異なり、フィルター性能が高いほど音響性能が悪く音声明瞭度を低下させる（Corey, Jones & Singer, 2020, pp.2372-2373）。マスクによる聞き取りへの影響は、マスクを着けた人の発声の周波数域によっても異なり、高周波数域で有意に音圧レベルが減衰する（Nguyen, et al., 2021, p.7；Rahne, Fröhlich, Plontke & Wagner, 2021, p.9）。また口の動きが隠れることで、難聴者や失語症といったコミュニケーション上の障害がある人々の意思疎通の手がかりを奪う（Chodosh, Weinstein & Blustein, 2020, p.1）。さらに話者側にも発声努力や疲労を増加させることが報告されている（Heider, et al., 2021, p.E1232；Karagkouni, 2021, p.12；Ribeiro, et al., 2020, pp.4-6）。このようなコミュニケーショ

ンの問題やストレスは、人との関わりや社会参加の妨げへつながることが懸念される（Pichora-Fuller, 2016, p.92S）。難聴は認知症やうつ病のリスクを高めることから、マスク着用によるコミュニケーションへの影響は、単なる意思疎通の妨げだけでなく、二次的な健康障害を招きかねない問題といえる。

COVID-19のパンデミックによって、マスク着用によるコミュニケーションへの影響に関する研究が増えてきた。しかし、先行研究では、欧米人の中高年者を対象としたものが多い。発話は、骨格や言語による影響が大きい（平出, 2017, p.345）ため、欧米人や英語を対象として示されたマスクによる影響が、日本人や日本語でも同様に生じるかは不明である。また、聴力は、30代から変化し始め加齢に伴って低下し、ばらつきも大きくなる（Wang, et al., 2021, pp.3-4）。このため、中高年者を対象とした先行研究では、マスクによる影響だけでなく加齢による影響も加わっていると考えられる。さらに、マスク着用が聞き取りに影響を及ぼし、どのように話し手の意図と異なって聴取されているかを解明した研究は寡少である。このような異聴が増加することは、言葉の聞き取り間違いが増加するだけでなく、言葉の意味の間違いにもつながることから、ミ

スや対人関係の悪化につながる可能性がある。

本研究は、マスク着用とマスクの種類による日本人の音圧レベルと日本語の聞き取りへの影響を明らかにすることを目的とした。音圧とは、音響学的な音の3要素（高さ、強さ、音色）のうち、音の強さとして表現されるものである（廣瀬, 2018, p.2）。音声の基本周波数は、男性では変声期に顕著に低下し（Vorperian, Kent, Lee & Bolt, 2019, pp.3260-3269）、声帯や声道の長さの成長は20歳前後がピークとなり、以降60歳代までは声の変化が小さい。一方女性では、加齢に伴い30歳代から低下し始めていく（西尾・新美, 2005, p.142）。本研究は、上記のような加齢による生体的変化や対象間でのばらつきが比較的少ない（森・前川・粕谷, 2014, pp.142-143；Suzuki, Ishimaru, Toyoshima & Okada, 2022, pp.7-8）20歳前後を対象に調査を行うこととした。日本では、マスク着用は肯定的な個人の衛生慣行や良好な健康行動のマーカースであるとされ（Wada, Oka-Ezoe & Smith, 2012, p.3）、マスク着用の文化が根付き、アレルギー対策としても高頻度で使用される。本研究の結果から、マスク着用による異聴の傾向を明らかにすることで、マスク着用下での円滑な意思疎通を図るための言葉の選択や発声方法を示すことが期待できる。

I. 研究方法

本研究は、マスク着用とマスクの種類による音圧レベルと聞き取りへの影響について明らかにするため、マスクなし、不織布マスク、N95マスクのマスク条件3群で、音圧レベル調査と聞き取り調査を行った（図1）。本研究では、発声における性差を考慮し、男性と女性に分けて検討を行った。なお、音圧レベル調査については、多くの先行研究で男女を含めた対象で検討が行われていることから、男女を含めた全対象者での検討も行った。

1. 対象者

(1) 音圧レベル調査の対象者

対象者は、耳鼻咽喉科疾患がなく、日本語を母語とし、日常的に日本語を使用している日本人20歳前後とし、先行研究（北島・加悦・飯野, 2012, pp.48-49；佐藤・山内・高林・石井, 2014, p.46）を参考に男女各5名の計10名とした。

(2) 聞き取り調査の対象者

音圧レベル調査とは異なる対象者で、聴覚障害や耳鼻咽喉科疾患がなく、日本語を母語とし、日常的に日本語を使用している20歳前後の女性とした。対象者数は、有意水準5%、両側検定にて検出力80%、効果量については中程度0.6を想定し計算した場合の18人を上回る20名とした。

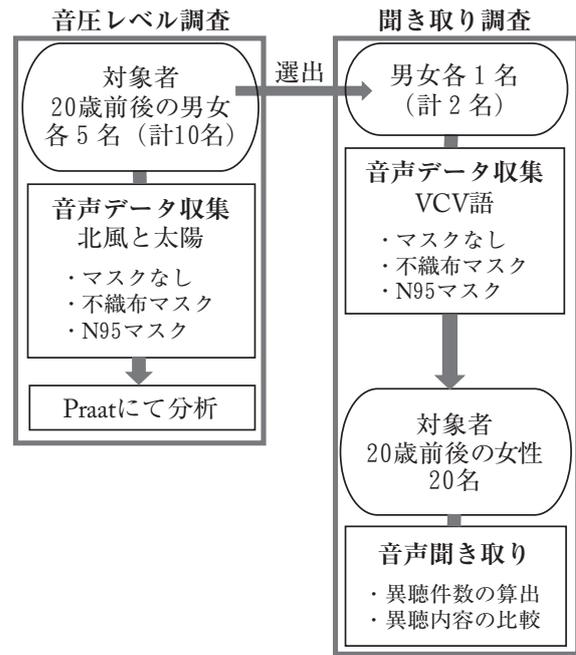


図1 研究方法

2. 調査期間

2021年2月～3月

3. 調査方法

(1) 調査環境および使用物品

不織布マスクは、一般的に使用されているプリーツタイプのもの（竹虎サージカルマスクCP、BFE [Bacterial Filtration Efficiency：バクテリア飛沫捕集効率] 99%、PFE [Particle Filtration Efficiency：微粒子捕集効率] 99%）を用い、タイトフィットを行った。N95マスクは、アメリカ国立労働安全衛生研究所適合のカップ型のタイプ（日本バイリーンN95微粒子防護用マスク）を用い、ユーザーシールチェックを行った。

音声データの収集および聞き取り調査は、不要な室内反射やノイズを取り除くBox型の簡易防音空間であるISOVOX2（Miyaji import division製）内で行った。ISOVOX2は、外部のすべての方向からの音を制御するシステムを備え、対象者の圧迫感軽減にも配慮されている。部屋全体とISOVOX2内の騒音レベルを騒音計アプリ（TOON社製 Sound Level Analyze Lite, ver 5.1）で測定した結果、部屋全体は調査期間平均43.2dBであったのに対し、ISOVOX2内は平均25.4dBであった。類似の先行研究においても、バックグラウンドノイズ30dB前後の静かな部屋で調査されている（Fiorella, Cavallaro, Di Nicola & Quaranta, 2021, pp.1-3）。本研究は日常場面を想定したマスクによるコミュニケーションへの影響を目的としていることから、無響室や完全に防音された部屋ではなく、ISOVOX2内での調査実施が適し

ていると判断した。発声時は、一般的な自然な会話を想定した声量で発声するよう指示した。

音声データは、ICレコーダー（OLYMPUS DM-750）に録音し、非圧縮のリニアPCM（Pulse Code Modulation）形式、サンプリング周波数48,000Hz、量子化ビット数16bitにてWAVE形式ファイルで保存した。非圧縮のリニアPCM形式は、元の音声信号を再現でき声の検査や音響分析に適している（湯本・讃岐・平野・粕谷, 2009, pp.214-215）。また、サンプリング周波数48,000Hzとは、1秒間に48,000個のデータ処理（アナログ音声信号をデジタル信号へ変換）をすることを表しており、量子化ビット数16bitとは、アナログ信号からデジタル信号への変換時に表現する数値の段階数で、いずれも標準的な設定である。ICレコーダーと対象者の口唇の距離は、類似の先行研究や推奨距離（Fiorella, et al., 2021, pp.1-3；湯本ほか, 2009, p.189）を参考に正面20cmとした。

音声の分析には、音声解析用ソフトウェアPraat (ver. 6.1.16)を用いた。Praatは、アムステルダム大学のPaul BoersmaとDavid Weeninkによって開発された音声分析用ソフト（Boersma & Van Heuven, 2001）で、多数の研究使用実績がある。

(2) 音圧レベル調査の内容

音圧レベル調査は、「北風と太陽」汎音版（比企, 2010）を用い、対象者である男女10名に、マスクなし、不織布マスク、N95マスクの3通りで読んでもらったものを分析対象とした。「北風と太陽」汎音版は、子音の音素16種と主要な異音10種すべてを含み、国際音声記号（International Phonetic Alphabet：IPA）の例示を目的に作成されたもので、327文字からなる。IPAは、世界中の言語に現れる様々な言語音を統一された基準に基づく記号で書き表し、言語音声に関する記述の基本枠組みを提供することを目指し、国際音声学協会が制定したものである（木村・小林, 2010, p.178）。

(3) 聞き取り調査の内容

聞き取り調査では、まず調査に使用するための音声データを収集し、次に対象者に音声データを聞いてもらい、対象者が紙に書き取った回答を分析対象とした。

聞き取り調査のための音声データは、母音+子音+母音（Vowel-Consonant-Vowel：VCV）構造の無意味語（以下、VCV語）を用い、マスクなし、不織布マスク、N95マスクの3通りで読んでもらったものとした。VCV語は無意味な音であるため、本研究目的であるマスク着用の聞き取りへの影響を検討する上で、前後文脈や馴染みによる推測、会話理解能力による影響を排除できる。日本語では、子音だけを単独で発音することは通常なく、「子音+母音」の組み合わせを発音の単位として用いる（猪塚・猪

塚, 2003, p.53）。例えば「a（母音）+ z（子音）+ a（母音）」は、日本語では「あざ」と読み、子音+母音が「ざ」という読み仮名1文字に相当する。本研究では、このような日本語の特性を考慮し、C+Vを「子音」として扱うこととした。

VCV語のCについては、会話に影響が大きいとされる摩擦音に焦点化した。VCV語は、5つの母音（[a], [i], [u], [e], [o]）と、7つの摩擦音（[z], [s], [h], [ʒ], [ç], [ʦ]）を組み合わせた15種類を用いた（表1）。母音と子音の音声表記は、IPAによる分類（多種多様な言語音を母音と子音の2種類に大別し、調音の仕方によって細かく分類し、分類された音一つ一つに記号をあてたもの）によるもので、規則に従って[]に挟んで示した（木村・小林, 2010, pp.178-182）。VCV語は、発声における性差を考慮し、男女1名ずつに読んでもらった。男女1名ずつの選出は、音圧レベル調査の対象者10名から行い、声の個別性と関連した声帯振動の特徴量であるJitter, Shimmer, Harmonics-to-noise ratio（以下、HNR）の3つを指標として中央値を示した者とした。Jitterは、音声波形周期性の不安定度指標で音の高さのゆらぎを示し、Shimmerは音量の不安定度指標で声の大きさや強さのゆらぎを示す。HNRは、調波成分（harmonic component）と雑音成分（noise component）の音響エネルギー比で、嗚声度の指標としても応用されている（湯本ほか, 2009, pp.227-229）。

聞き取ってもらうVCV語は、対象者1人につき合計で90個となった（VCV語15種類×マスク条件3群×男女計2名=90）。VCV語は、乱数表を用いランダムに並べて対象者に聞いてもらい、聞こえた通りに用紙に書き取ってもらう。1語毎に3秒間隔を設け、中間地点で1分程度の休憩を設けた。

表1 母音と子音（摩擦音）を組み合わせた15種類のVCV語

	母音				
	a	i	u	e	o
z	あざ		うず	えぜ	おぞ
s	あさ		うす	えせ	おそ
h	あは			えへ	おほ
子音		いじ			
		いし			
		いひ			
			うふ		

4. 分析方法

すべての統計解析は、IBM SPSS ver. 27を用い、有意水準は5%とした。

(1) 音圧レベル調査の解析方法

音圧レベルが、マスク着用とマスクの種類によってどのように異なるのかを検討するため、男女10名が「北風と太陽」汎音版を読んだ音声について下記の解析を行った。音圧レベルの分析には、長時間平均スペクトル (Long-term average spectrum : LTAS) を用いた。LTASは、比較的長い時間にわたって有声音区間の周波数スペクトルを求め平均的な周波数特性を検査する方法で (湯本ほか, 2009, pp.230-231), 音声特性を評価するための効果的な指標として広く用いられている (Tarai, Chatterjee & Pani, 2021, pp.1-2)。算出方法は、「北風と太陽」汎音版の音声データから、LTAS (dB) の中央値 (四分位範囲) を周波数毎に計算した。マスク条件3群 (マスクなし, 不織布マスク, N95マスク) による音圧レベルの比較は、全対象者および男女別にFriedman検定にて解析し、多重比較はBonferroni調整を行った。また、マスクなしの音圧レベルを基準とし、マスクなしと不織布マスク、マスクなしとN95マスクの音圧レベルの差を、減衰値 (dB) として算出し単純比較した。本研究では、解析における周波数上限を8,000Hzとした。これは、日本の純音聴力検査で一般的に気導125~8,000Hz、骨導250~4,000Hzでの測定が定められている (小寺・村井・朝隈, 2008, pp.241-249) こと、8,000Hz以上の周波数域は音声知覚においてはほとんど意味を持たない (Monson & Caravello, 2019, pp.496-497) ことから設定した。

(2) 聞き取り調査の解析方法

音声の聞き取りが、マスク着用とマスクの種類によってどのように影響を受けるかを検討するため、各VCV語を女性20名が聞き取った結果について下記の解析を行った。まず、VCV語を母音と子音に分け、マスク条件3群別に異聴件数と割合 (%) を算出した。例えば、VCV語「あざ」の聞き取りで、「あ」の部分に異聴していれば母音の異聴1件、「ざ」の部分に異聴していれば子音の異聴1件とみなし算出した。マスク条件3群別での異聴件数の比較は、Friedman検定にて解析し、多重比較はBonferroni調整を行った。

次に、男性と女性の音声別に、各VCV語の異聴件数を算出し異聴内容を比較した。異聴は、実際に聞こえた音声とは異なる語を書き取ったものを計上し、聞き取ることができず無回答であったものも含んだ。異聴内容は、各VCV語の子音部分をどのように異聴しているかを確認し、類似性や傾向を検討した。

5. 倫理的配慮

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部倫理審査委員会の承認を受け実施した (第2171号)。対象者は、所属長

の許可を得て、学生掲示板に研究の概要および連絡先を記載したポスターを掲示し、参加者を募った。連絡のあった対象者に対し、個別に文書および口頭にて説明した。説明は、研究目的および研究方法、倫理的配慮、個人情報保護、研究参加の有無により評価や成績には一切影響しないこと、同意の撤回はいつでも可能であることについて行った。同意は、自由意思に基づいて書面にて取得した。

II. 結果

1. 対象者の属性

音圧レベル調査の対象者は、男性5名、女性5名の計10名で年齢中央値22歳 (四分位範囲21.0-22.0)、聞き取り調査の対象者は、女性20名で年齢中央値20歳 (四分位範囲20.0-20.3) であった。

2. マスクによる音圧レベルの違い

マスク条件3群による音圧レベルの比較について、表2に示した。音圧レベルは、8,000Hzまでの周波数において、マスクなしが最も大きく中央値24.1dB (四分位範囲20.2-25.4)、次に不織布マスクで中央値24.0dB (四分位範囲17.1-26.0)、N95マスクは最も小さく中央値23.3dB (四分位範囲15.5-26.4) で、全体の有意差はなかった。周波数別にみると、1,500Hz以上の周波数ではマスク条件3群で有意差があった ($p < .05$)。多重比較の結果、4,000Hz以上では、マスクなしと比較して不織布マスク、N95マスクともに有意差があった ($p < .05$)。続いて、男女別に各周波数の音圧レベルを算出し、マスク条件3群による比較を行った (図2)。図2をみると、男女で、音圧レベルのピークやデータのばらつきに違いがみられた。男性は、女性に比べてマスク条件や対象者によるばらつきが少なく、音圧レベルが最も高かった周波数はいずれのマスク条件でも125~250Hzであった。一方、女性は、全体的にデータのばらつきが大きく、マスクなしでは750~1,000Hzが最も音圧レベルが高かったが、不織布マスクとN95マスクでは125~1,000Hzでほとんど差がなかった。マスク条件3群間の音圧レベルを比較したところ、男性では周波数1,500Hz以上、女性では周波数2,000Hz以上で有意差があった ($p < .05$)。多重比較の結果、男性の1,500~2,000Hz未満では不織布マスクとN95マスク、その他は男女ともにすべてマスクなしとN95マスクの間で有意差があった ($p < .05$)。

次に、マスクなしの音圧レベルを基準とし、マスクなしと不織布マスク、マスクなしとN95マスクの音圧レベルの差を減衰値 (dB) として算出したところ、8,000Hzまでの周波数において周波数が高くなるほど減衰値が増加した。マスクによる減衰値の違いを比較すると、不織布マスク、

表2 マスク条件の違いによる全対象者の音圧レベル (dB) の比較

周波数 (Hz)	マスクなし (dB)	不織布マスク (dB)	N95マスク (dB)	p値	多重比較
0~125未満	32.9 (17.5-41.5)	33.1 (17.7-41.3)	32.9 (16.9-41.6)	.50	
125~250未満	37.8 (31.8-44.8)	37.9 (32.4-45.2)	37.9 (31.6-45.9)	.74	
250~500未満	30.1 (26.7-32.3)	30.2 (27.4-32.8)	29.6 (27.5-31.9)	.05	
500~750未満	31.5 (27.4-35.6)	30.5 (24.3-36.7)	30.0 (23.3-35.7)	.30	
750~1,000未満	34.8 (29.7-40.5)	34.0 (25.5-40.4)	33.1 (25.2-40.1)	.27	
1,000~1,500未満	30.6 (25.4-34.1)	29.6 (22.8-34.7)	28.9 (21.6-34.2)	.08	
1,500~2,000未満	23.4 (17.9-28.6)	23.3 (14.7-29.6)	21.9 (13.6-28.5)	<.05	不織布マスク> N95マスク*
2,000~4,000未満	17.1 (10.1-20.3)	15.7 (9.8-20.9)	13.3 (7.2-19.7)	<.01	マスクなし> N95マスク**, 不織布マスク> N95マスク*
4,000~6,000未満	9.1 (5.7-12.8)	4.1 (-0.5-7.5)	3.1 (-0.3-6.1)	<.01	マスクなし>不織布マスク**, マスクなし> N95マスク**
6,000~8,000	6.8 (4.7- 8.0)	0.9 (-2.7-4.6)	-0.9 (-3.6-4.4)	<.01	マスクなし>不織布マスク*, マスクなし> N95マスク**
全体	24.1 (20.2-25.4)	24.0 (17.1-26.0)	23.3 (15.5-26.4)	.30	

音圧レベル (dB) の中央値 (四分位範囲)。Friedman検定。多重比較はBonferroni調整, * $p < .05$, ** $p < .01$ 。

N95マスクいずれにおいても、周波数6,000~8,000Hzで最大を示し、不織布マスクでは最大4.2dB、N95マスクでは最大6.4dBであった。

3. マスクによる聞き取りへの影響

母音と子音それぞれについて、マスク条件3群による異聴件数 (%) の比較を行ったところ、母音はマスク条件による有意差はなかったが、子音はマスク条件によって有意差がみられた ($p < .01$) (表3)。多重比較をみると、子音においては、マスクなしよりN95マスクで有意に異聴件数が増加した ($p < .01$)。

次に、各VCV語の異聴件数と異聴内容について、男性の音声と女性の音声に分け、マスクによって有意差のあった子音に着目して分析した (表4)。マスク条件3群による異聴件数をみると、男性の音声と女性の音声いずれもN95マスクで最も多かった。続いて、男性では、マスクなしが不織布マスクより多く、女性では、不織布マスクがマスクなしより多かった。男性の音声と女性の音声で共通して、[z] を子音にもつザ行の異聴件数が多かった。男性の音声では、不織布マスクとN95マスクで「あざ」、N95マスクで「いひ」、マスクなしでは「えぜ」の異聴件数が多かった。女性の音声では、N95マスクで「えぜ」、不織布マスクで「うず」や「いし」の異聴件数が多かった。異聴内容を見ると、男性の音声と女性の音声で共通して同じ摩擦音間での異聴が多く、ザ行の多くはサ行へ、「し」と「ひ」は互いに異聴していた。

Ⅲ. 考 察

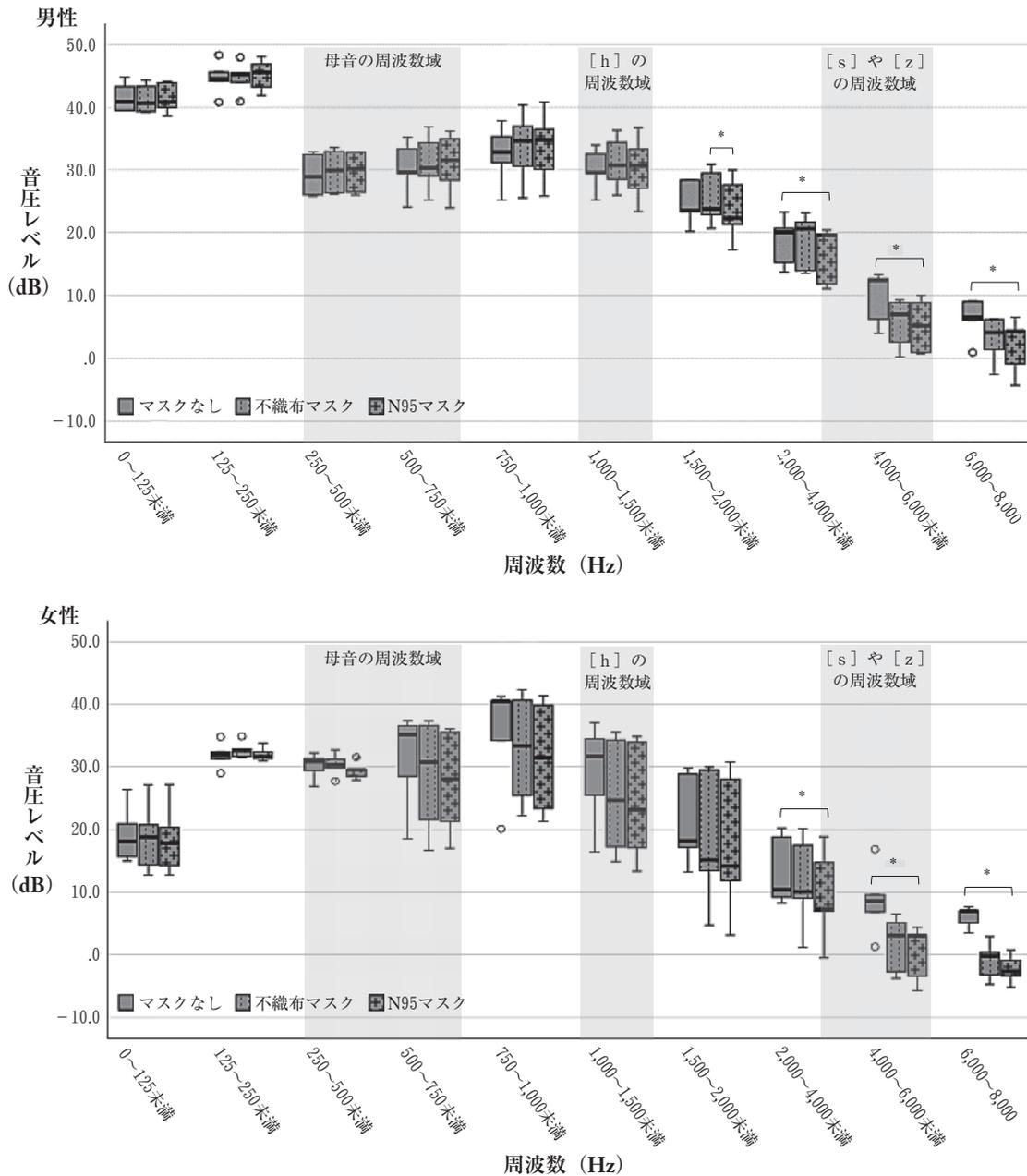
1. マスクによる音圧レベルの違い

音圧レベルは、マスクなし、不織布マスク、N95マスクの順で減衰し、特に1,500Hz以上の高周波数域で有意で

あった。声は、肺からの空気の流れ (呼気流) が喉頭で空気の疎密波に変換されて生じ、その後、空気を伝わる気導音と骨を伝わる骨導音によって伝達される。マスクの着用は、発声時の空気の流れを減少させ (Derrick, Kabaliuk, Longworth, Pishyar-Dehkordi & Jermy, 2022, pp.5-8)、フィルター性能が上がると、フィルターを通る空気流に対する抵抗が高まる (Persson, 2021, p.1)。このことから、マスクの遮蔽率が高くなるほど吸音・遮音をもたらすことが予測される。高周波数域の音は、単位時間の振動回数が多いことからエネルギーを要し、マスクのフィルターを介することによってさらにエネルギー消費が促されるため、高周波数域ほど音圧レベルが減衰したと考えられる。以上の現象は、一般的に高音部の聴力が低下する特徴をもつ、高齢者に多い感音性難聴 (太田, 2020, p.399) と同様の状況を疑似的にもたらしめている可能性も考えられる。本結果から、マスク着用時は、声のトーンを低くして、より大きく発声することが効果的であることが示された。

一般的に、基本周波数やフォルマント周波数は女性の方が高い (小林・倉片, 2021, p.71)。本結果においても、男女で音圧レベルのピークがある周波数は異なり、女性の方が高い周波数であった。一方で、音圧レベルには性差があったものの、マスクによって有意な影響があったのは共通して高周波数域であった。特にN95マスクでは、性別に関係なく高周波数域で音圧レベルが減衰していたことから、マスクの気密性は高周波数域の音圧レベルの低下に影響することが示唆された。

声は、人体構造だけでなく言語や地域環境、民族性など多くの因子が影響し合い複雑で、これらは時代によっても変遷するため (GRÄWE, 2018, pp.155-173; 鈴木, 2003, p.126)、人種や言語による違いについては一定の見解に至っていない。例えば、声の高低を表す周波数は言語によって異なり、英語の子音は、日本語とくらべて高い周波



音圧レベル (dB) の中央値。Friedman検定で有意差が示されたものに対し、Bonferroni調整で多重比較を行った (* $p < .05$)。グラフ上に帯で示した「母音」や「[h]」「[z]」「[s]」の周波数域は、一般的な発声時の周波数の分布(中川・杉田, 2008, p.152)を示している。

図2 男女別にみたマスク条件の違いによる音圧レベル (dB) の比較

数を含むものが多く(真田, 2008, p.202)、日本語はあまり高周波数を必要としない言語(鈴木, 2003, p.85)とされている。一方で身体面からみると、声の高低に関与する声帯長は、一般的に体格の大きさに反比例する(森ほか, 2014, pp.131-198; 鈴木, 2003, p.61)ため、平均的に体格が小さい日本人は声帯長が短く、声の音域が高い傾向がある(鈴木, 2003, p.85)。社会文化的背景からみると、日本人は社会の期待やイメージなど外的要因を受けやすく複数の種類の声を使い分ける特性があり、特に日本人女性は地声より高い声で話している(GRÄWE, 2018,

pp.158-170)という指摘もある。また、声の大小は顔面の骨格に左右され、東洋人と比較して西洋人の方が顔の造りが大きくほりが深いため顔面共鳴に適しており(森山, 1963, p.49)、日本人は大きな声が出しにくいとされている。以上のように様々な差異が指摘されているにもかかわらず、マスク着用による減衰周波数域や減衰程度に関する本結果は、人種や母国語、性別や年齢が多様な先行研究(Bottalico, Murgia, Puglisi, Astolfi & Kirk, 2020, pp.2881-2884; Corey, et al., 2020, pp.2372-2373; Goldin, Weinstein & Shiman, 2020, pp.8-9; Nguyen, et al., 2021, p.7; Rahne, et

表3 マスク条件の違いによる母音・子音別異聴件数の比較

	マスクなし	不織布マスク	N95マスク	p値	多重比較
	異聴件数 (%)	異聴件数 (%)	異聴件数 (%)		
母音	26 (36.1%)	28 (38.9%)	18 (25.0%)	.11	
子音	23 (17.3%)	41 (30.8%)	69 (51.9%)	< .01	マスクなし<N95マスク*

Friedman検定。多重比較はBonferroni調整, * $p < .05$ 。

表4 マスク条件の違いによるVCV語子音の異聴の比較

VCV語	男性の音声			女性の音声		
	マスクなし	不織布マスク	N95マスク	マスクなし	不織布マスク	N95マスク
	異聴件数 (異聴内容)	異聴件数 (異聴内容)	異聴件数 (異聴内容)	異聴件数 (異聴内容)	異聴件数 (異聴内容)	異聴件数 (異聴内容)
あざ aza	0	7 (さ)	10 (さ)	0	1 (は)	1 (さ)
いじ izi	0	0	1 (ず)	0	1 (し)	1 (ぜ)
うず uzu	0	0	0	0	9 (す)	0
えぜ eze	12 (じ, ず)	0	4 (じ)	2 (ず)	0	17 (せ, ふえ)
おぞ ozo	1 (ぞん)	0	0	0	0	2 (そ)
あさ asa	0	0	0	0	0	0
いし ici	0	0	1 (ひ)	0	9 (す, ひ, ふ)	3 (ひ)
うす usu	0	0	4 (ず)	0	0	0
えせ ese	0	1 (ぜ)	0	0	3 (す, ふ)	3 (す, ふ, へ)
おそ oso	1 (ぞ)	1 (ぞ)	0	0	0	0
あは aha	0	1 (-)	1 (さ)	0	0	0
いひ ici	3 (し, じ)	0	13 (し)	2 (し)	3 (し)	2 (さ, し)
うふ uΦu	0	1 (は)	0	1 (ほ)	1 (す)	2 (す, へ)
えへ ehe	0	2 (す, ふえ)	2 (ふ)	1 (そ)	0	0
おほ oho	0	1 (そ)	1 (は)	0	0	1 (は)
異聴件数の合計	17	14	37	6	27	32

異聴内容の「-」は無回答を表す。

al., 2021, p.9)と同様であった。このことから、マスクによる音声の変化は、人種や言語の違いにかかわらず同様であることが示唆された。

2. マスクによる聞き取りへの影響

マスクによる聞き取りへの影響は、子音で起こり、特にN95マスク着用時に異聴件数が増加することが示された。子音は、肺からの空気の流れが唇や歯や舌や喉で邪魔されて、摩擦や破裂や閉塞を引き起こすことで生じる音で(平出, 2017, p.346)、母音に比べて非常に高い周波数を含んでいる(鈴木, 2003, p.85)。子音の異聴が有意に増加したのは、子音が、図2にも示したように高音域に分布しており、マスクによって減衰されやすかったことが原因と考えられる。子音は会話の手掛かりの9割を占めている(白石, 2012, p.209)ことから、マスク着用時の意思疎通に子音が障壁となっている可能性が示唆された。空気を伝わって聞こえる音である気導音は、一般的に空気の流れの遮断や騒音の影響を受けやすく、日常会話では周囲の環

境音や発話の重複などが想定される(石本, 2019, p.381)ため、音声伝達により一層支障が及ぶことが予測される。これらを念頭におき、対象者や状況によってマスクを適正に使い分けたコミュニケーションの工夫が求められる。

子音は、声の有無、調音位置、調音様式という3つの要素によって音に違いが生まれる。本研究で用いたVCV語の子音は、これら3要素で「有声か無声か、調音位置はどこか、どのように調音するか」というようにそれぞれ示すと、[z]は有声歯茎摩擦音、[s]は無声歯茎摩擦音、[h]は無声声門摩擦音、[z]は有声歯茎硬口蓋摩擦音、[c]は無声歯茎硬口蓋摩擦音、[ç]は無声硬口蓋摩擦音、[Φ]は無声両唇摩擦音とされる。子音に着目してマスクによる異聴件数と異聴傾向をみると、高周波数域に分布する子音は特に異聴されやすく、マスクのフィルター性能によって声帯振動が妨げられて子音の無声化や調音位置の変化が起こっている可能性が示唆された。また、異聴は、調音様式や調音位置が類似した音同士で起こりやすいことがうかがえた。例えば、歯茎音[z]の異聴件数が多かった

のは、歯茎音がマスクによって減衰されやすい高音域にあるためと考えられる。歯茎音は、歯そのもので発音する傾向にあるため硬い素材で鳴らすこととなり（名倉，2020，p.240），図2に示したように約4,000～6,000Hzの高周波数域に分布する音である。特に有声音 [z] は、声帯を振動させながら同時に声道の狭め付近で乱流を発生させなければならぬ難しい音（森ほか，2014，pp.140-142）とされている。[z] のような有声音でみられる声帯の振動が、マスクのフィルターによって妨げられて声を伴わない無声音として伝達され、有声音歯茎音 [z] を無声音歯茎音 [s] へ異聴する無声化を起こしたと考えられる。また、ささやき発話で摩擦音の有声・無声の聞き分けが困難になるとの報告（平岡，2021，p.34）もあり、マスクはささやき発話と同様の状況を引き起こしている可能性がある。日本語は「子音+母音」を発音の単位としており、母音 [i] を含むイ段の子音は特に特徴的とされている。イ段の子音は、後続する [i] のために舌を硬口蓋に向けて盛り上げて発音することになり、調音点が変化する（猪塚・猪塚，2003，pp.62-64）。摩擦音の子音の調音位置は、前方から歯茎、歯茎硬口蓋、硬口蓋と続く位置関係にあり、その差は前後のわずかな違いである。本研究で、イ段である「いし」や「いひ」の異聴が多かったのは、マスクによる口腔内での気流の変化が、細かな調音位置や調音法を変化させた可能性が推察される。特に女性の音声で「いし」の異聴件数が多かったのは、[ç] の周波数が3,000～6,000Hzに分布し、母音 [i] の前で発声された場合や女性の場合にさらに高くなる（山崎・宇都木・潘，2004，pp.2-23）ことが影響したと考えられる。結果の中には、男性の音声のマスクなしで「えぜ」の異聴件数が多かったように、傾向性や整合性が読み取れないものもあり、対象者の個性や、音声データに一部問題があった可能性も考えられる。

マスクによる聞き取りへの影響を検討した先行研究は少なく、単語と文章いずれも影響を受けないという報告（Magee, et al., 2020, pp.3564-3567）がある一方で、感覚的な明瞭度の低下（Ribeiro, 2020, pp.3-6）や正答率の低下（Bottalico et al., 2020, pp.2882-2884）を報告する研究もあり見解が異なっている。例えば、日本語と比較して英語は、周波数の高い子音が頻出し、中でも摩擦音が占める割合が高い（河合・高山，2019，p.57）ため、マスクによる影響が日本語より大きい可能性が考えられる。しかし英語は、日本語と比較して抑揚が大きく、強調すべきところを強く発音する（鈴木，2003，pp.94-97）ため、会話の内容理解においてはマスク着用時も保たれるかもしれない。言語は、アクセントやプロミネンス、リズム、イントネーションなどの韻律的な要素に特性があり（森ほか，2014，pp.10-13）、これらが聞き取りに影響を及ぼすことが予測

される。

本研究では、摩擦音に焦点を当てて調査したが、実際の会話では意味のある言葉が用いられ、前後文脈から推察することで内容を理解できることが多い。また、言葉への馴染み（親密度）があるほど聞き取り正答率は高くなる（坂本ほか，1998，pp.842-843）ため、相手にとって親密度の高い言葉を選択する工夫や、重要事項や専門用語、前後の文脈では判断しづらい人名や数値などは表示するといった配慮により、聞き取り間違いを軽減できると考える。

IV. 研究の限界

本結果は、マスクのフィッティング状況や、マスク着用時に無意識に声量を大きくするといった発声努力などの個性が、音声データに影響を与えた可能性がある。マスク着用は、呼吸の気圧と気流を変化させる（Xi, Si & Nagarajan, 2020, pp.13-15）ため、フィッティング状況によっては、発声時の声帯振動に係る呼気流にさらなる影響を与えることが考えられる。今後、対象者から一定の音量で音源収集できるような工夫に加え、頭部模型を用いて音圧レベルを統制する実験研究も期待される。また、発声や聞き取りは、複合的な調音メカニズムや個人特性が関わり合っていることを踏まえると、対象者を拡大すると共に、異なる音声標本を用いた検討をしていく必要があると考える。

結 語

本研究は、マスク着用とマスクの種類による音圧レベルと聞き取りへの影響について検討を行った。マスク着用とマスクの種類は、音声伝達に影響を与え、特に高周波数域の音圧レベルを減衰させて子音の異聴を引き起こすことが示された。また、マスクによる音圧レベルの減衰や異聴は、マスクの気密性やフィルター性能が高まるほど起こりやすいことが示唆された。本結果から、マスク着用下でのコミュニケーションは、高周波数域の子音に注意し、大きくゆっくり低音で話すよう意識し、親密度の高い言葉の選択や、用途や優先順位によるマスクの使い分けといった工夫が有効であると考えられる。

謝 辞

本調査にご参加いただいた対象者の方々に心より感謝申し上げます。また、音声に関する専門的立場から、本研究の着想から調査に至るまで多くのご指導を賜りました。熊本大学大学院自然科学研究部の坂田聡先生（現 熊本県立技術短期大学校所属）に心より御礼を申し上げます。

本研究の一部は、日本看護研究学会第47回学術集会（2021年8月）、第41回日本看護科学学会学術集会（2021年12月）で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、2020年度熊本大学研究推進事業の研究助成金によって実施した。

著者貢献度

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

文 献

- Boersma, P., Van Heuven, V.J. (2001). Speak and unspeak with praat. *Glott International*, 5(9-10), 341-347. https://www.fon.hum.uva.nl/paul/papers/speakUnspeakPraat_glott2001.pdf (accessed 2021-12-1)
- Bottalico, P., Murgia, S., Puglisi, G.E., Astolfi, A., Kirk, K.I. (2020). Effect of masks on speech intelligibility in auralized classrooms. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 148(5), 2878-2884. <https://doi.org/10.1121/10.0002450>
- Chodosh, J., Weinstein, B.E., Blustein, J. (2020). Face masks can be devastating for people with hearing loss. *British Medical Journal*, 370, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2683>
- Corey, R.M., Jones, U., Singer, A.C. (2020). Acoustic effects of medical, cloth, and transparent face masks on speech signals. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 148(4), 2371-2375. <https://doi.org/10.1121/10.0002279>
- Derrick, D., Kabaliuk, N., Longworth, L., Pishyar-Dehkordi, P., Jermy, M. (2022). Speech air flow with and without face masks. *Scientific Reports*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04745-z>
- Fiorella, M.L., Cavallaro, G., Di Nicola, V., Quaranta, N. (2021). Voice differences when wearing and not wearing a surgical mask. *Journal of Voice*, S0892-1997(21), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.01.026>
- Goldin, A., Weinstein, B.E., Shiman, N. (2020). How do medical masks degrade speech reception?. *The Hearing Review*, 27(5), 8-9. <https://hearingreview.com/hearing-loss/health-wellness/how-do-medical-masks-degrade-speech-reception> (accessed 2022-12-20)
- GRÄWE, G. (2018). 日本文化における「声」. *立命館言語文化研究*, 29(3), 155-173.
- Heider, C.A., Álvarez, M.L., Fuentes-López, E., González, C.A., León, N.I., Verástegui, D.C., Badía, P.I., Napolitano, C.A. (2021).

- Prevalence of voice disorders in healthcare workers in the universal masking COVID-19 era. *The Laryngoscope*, 131(4), E1227-E1233. <https://doi.org/10.1002/lary.29172>
- 比企静雄 (2010). 北風と太陽：日本語子音の国際音声記号例示のための汎音版. *日本音響学会誌*, 66(10), 485-486.
- 平出昌嗣 (2017). 発音とリズム：学校文法を超えて (2). *千葉大学教育学部研究紀要*, 66(1), 345-350.
- 平岡陸津乃 (2021). 日本語のささやき発話における子音有声性の判別. *東京大学言語学論集*, 43, 21-44.
- 廣瀬 肇, 城本 修, 生井友紀子 (2018). 1章 音声障害の治療総論 A 音声障害の医学的基礎. 廣瀬 肇 (編), *音声障害治療学* (pp.2-13). 東京：医学書院.
- 猪塚 元, 猪塚恵美子 (2003). 第2章 音声現象を理解する. 町田 健 (編), *日本語音声学のしくみ* (pp.52-92). 東京：研究社.
- 石本祐一 (2019). 日常会話音声に対する基本周波数推定の課題. *言語資源活用ワークショップ発表論文集*, 4, 381-391.
- Karagkouni, O. (2021). The effects of the use of protective face mask on the voice and its relation to self-perceived voice changes. *Journal of Voice*, 21:S0892-1997(21), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.04.014>
- 河合裕美, 高山芳樹 (2019). 通常小学校在籍の聴覚障害児の英語分節音産出エラーの特徴：摩擦音・破擦音の観察を中心に. *第33回音声学会全国大会予稿集*, 1, 56-61.
- 木村琢也, 小林篤志 (2010). IPA (国際音声記号) の基礎：言語学・音声学を学んでいない人のために. *日本音響学会誌*, 66(4), 178-183.
- 北島万裕子, 加悦美恵, 飯野矢住代 (2012). マスクを着用した看護師の声は患者にどのような音として聞こえているのか. *日本看護技術学会誌*, 11(2), 48-54.
- 小林まおり, 倉片憲治 (2021). 音声の聞き取りやすさに関わる性別による音響特徴の違い：ATR 音声データベースを用いた分析. *電子情報通信学会技術研究報告*, 121, 71-76.
- 小寺一興, 村井和夫, 朝隈真一郎 (2008). 「日本聴覚医学会聴覚検査法」の制定について 日本聴覚医学会聴覚検査法 1. オージオメータによる純音聴力 (閾値) レベル測定法 (2008). *Audiology Japan*, 51(3), 241-249.
- Magée, M., Lewis, C., Noffs, G., Reece, H., Chan, J.C.S., Zaga, C.J., Paynter, C., Birchall, O., Rojas Azocar, S., Ediriweera, A., Kenyon, K., Caverlé, M.W., Schultz, B.G., Vogel, A.P. (2020). Effects of face masks on acoustic analysis and speech perception: Implications for peri-pandemic protocols. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 148(6), 3562-3568. <https://doi.org/10.1121/10.0002873>
- Monson, B.B., Caravello, J. (2019). The maximum audible low-pass cutoff frequency for speech. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 146(6), 496-501. <https://doi.org/10.1121/1.5140032>
- 森 大毅, 前川喜久雄, 粕谷英樹 (2014). 第1章 音声による情報伝達, 第4章 話者の個性. 日本音響学会 (編), *音声は何を伝えているか：感情・パラ言語情報・個性の音声科学* (pp.1-21 : 131-198). 東京：コロナ社.
- 森山俊雄 (1963). 発声と身体共鳴の原理. 島根大学論集 *教育科学*, 13, 47-55. <https://ir.lib.shimane-u.ac.jp/2636> (参照2022年12月23日)
- 中川雅文, 杉田 玄 (2008). 軽度難聴への補聴器フィッティング：その適応と処方と適合評価. *耳鼻咽喉科展望*, 51(3), 150-162.
- 名倉秀人 (2020). 音声認識と音声学習. *東洋大学大学院紀要*, 56, 233-247.

- Nguyen, D.D., McCabe, P., Thomas, D., Purcell, A., Doble, M., Novakovic, D., Chacon, A., Madill, C. (2021). Acoustic voice characteristics with and without wearing a facemask. *Scientific Reports*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85130-8>
- 西尾正輝, 新美成二 (2005). 加齢に伴う話声位の変化. *音声言語医学*, 46(2), 136-144.
- 太田有美 (2020). 加齢性難聴の病態と対処法. *日本老年医学会雑誌*, 57(4), 397-404.
- Persson, B.N.J. (2021). Side-leakage of face mask. *The European Physical Journal E Soft Matter*, 44(6), 1-10. <https://doi.org/10.1140/epje/s10189-021-00081-2>
- Pichora-Fuller, M.K. (2016). How social psychological factors may modulate auditory and cognitive functioning during listening. *Ear and Hearing*, 37, 92S-100S. <https://doi.org/10.1097/aud.0000000000000323>
- Rahne, T., Fröhlich, L., Plontke, S., Wagner, L. (2021). Influence of surgical and N95 face masks on speech perception and listening effort in noise. *PLOS ONE*, 16(7), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253874>
- Ribeiro, V.V., Dassie-Leite, A.P., Pereira, E.C., Santos, A.D.N., Martins, P., Irineu, R.A. (2020). Effect of wearing a face mask on vocal self-perception during a pandemic. *Journal of Voice*. S0892-1997(20), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.09.006>
- 坂本修一, 鈴木陽一, 天野成昭, 小澤賢司, 近藤公久, 曾根敏夫 (1998). 親密度と音韻バランスを考慮した単語理解度試験用リストの構築. *日本音響学会誌*, 54(12), 842-849.
- 眞田亮子 (2008). 英語のリズム, 日本語のリズム: 言語と音楽の相関性. *目白大学人文学研究*, 4, 201-207.
- 佐藤成美, 山内さつき, 高林範子, 石井 裕 (2014). 音声分析によるマスク着用時のコミュニケーション方法についての検討. *岡山県立大学保健福祉学部紀要*, 21(1), 45-55.
- 白石君男 (2012). 聴覚に関わる社会医学的諸問題「学校教育における音響環境と聴覚補償」. *Audiology Japan*, 55(4), 207-217.
- 鈴木松美 (2003). *日本人の声*. 18-129, 東京: 洋泉社.
- Suzuki, N., Ishimaru, M., Toyoshima, I., Okada, Y. (2022). Identifying voice individuality unaffected by age-related voice changes during adolescence. *Sensors (Basel)*, 22(4), 1-16. <https://doi.org/10.3390/s22041542>
- Tarai, S.K., Chatterjee, I., Pani, S. (2021). A comparative acoustic analysis of Bangla folk song and RabindraSangeet on long-term average spectrum. *Journal of Voice*, 9:S0892-1997(21), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.08.014>
- Vorperian, H.K., Kent, R.D., Lee, Y., Bolt, D.M. (2019). Corner vowels in males and females ages 4 to 20 years: Fundamental and F1-F4 formant frequencies. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 146(5), 3255-3274. <https://doi.org/10.1121/1.5131271>
- Wada, K., Oka-Ezoe, K., Smith, D.R. (2012). Wearing face masks in public during the influenza season may reflect other positive hygiene practices in Japan. *BMC Public Health*, 12, 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1065>
- Wang, M., Ai, Y., Han, Y., Fan, Z., Shi, P., Wang, H. (2021). Extended high-frequency audiometry in healthy adults with different age groups. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 50(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s40463-021-00534-w>
- World Health Organization (2020). Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: Interim guidance. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-eng.pdf (accessed 2021-11-30)
- Xi, J., Si, X.A., Nagarajan, R. (2020). Effects of mask-wearing on the inhalability and deposition of airborne SARS-CoV-2 aerosols in human upper airway. *Physics of Fluids*, 32(12), 1-16. <https://doi.org/10.1063/5.0034580>
- 山崎修一, 宇都木昭, 潘 心瑩 (2004). 日本語・韓国語・中国語における無声歯茎硬口蓋摩擦音の音響音声学的研究. *一般言語学論叢*, 7, 1-27.
- 湯本英二, 讃岐徹治, 平野 滋, 粕谷英樹 (2009). 第5章 声の高さと強さの検査, 第6章 音響分析による検査. 日本音声言語医学会 (編), *新編 声の検査法* (第1版第2刷) (pp.180-208, pp.210-234). 東京: 医歯薬出版株式会社.

[2022年10月18日受 付]
[2023年6月8日採用決定]

Effect of Surgical and N95 Masks on Sound Pressure Level and Listening Comprehension of Fricative Sounds

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 719-729
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608213>

Mami Fukushige, MD, RN, PHN, Chiharu Matsumoto, PhD, RN,
Hitomi Maeda, PhD, RN

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

Abstract

Objective: This study elucidates the effects of wearing different types of masks on sound pressure level and listening comprehension of fricative sounds. **Methods:** The effects of wearing no mask, surgical masks, and N95 masks were compared among subjects of both sexes in their 20s. Using Praat software, the sound pressure level (dB) was analyzed. Furthermore, the number of instances of mishearing among 15 VCV words were analyzed by focusing on fricative sounds. **Results:** Wearing a mask significantly attenuated the sound pressure level at high frequencies ($p < .05$). The N95 mask resulted in the highest number of mishearing instances. There was a significant increase in consonant mishearing when wearing a mask ($p < .01$). Tendencies for voiced sounds to become voiceless, and mishearing between the same tones were observed. **Conclusions:** The effects of wearing a mask were found to be more pronounced at high frequencies where consonants are typically distributed, attenuating sound pressure levels and causing mishearing. Furthermore, the effects on sound pressure level and mishearing were more significant when wearing N95 masks than surgical masks.

Key words

COVID-19, communication, mask, fricative sound, listening comprehension

Correspondence: M. Fukushige. Email: mfukushige@kumamoto-u.ac.jp

研 究 論 文

· 原 著

· 研究報告

看護師の職業的アイデンティティと ソーシャルサポートを含めた 組織風土との関連

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 733-742
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230122208>

山田恭子¹, 辻久美子², 内海みよ子²

¹日本赤十字社和歌山医療センター看護部, ²東京医療保健大学大学院和歌山看護学研究科

要 旨

目的: 看護師の職業的アイデンティティと組織風土との関連を明らかにし、職業的アイデンティティ形成に必要な組織風土について検討する。**方法:** A県内100床以上の病院で勤務する看護師449名を対象に無記名の自記式質問調査票を用いて調査した。看護師の職業的アイデンティティ尺度と基本属性、組織風土、ソーシャルサポートとの関連について重回帰分析を行った。**結果:** 「建設的な雰囲気」「看護師への不当な評価」、同僚のサポート、看護師経験10年以上、職業選択動機で職業的アイデンティティとの関連が認められた。また10年以上の看護師は、上司、先輩のサポート、「師長のリーダーシップ」「建設的な雰囲気」「研究的雰囲気」が有意に低かった。**結論:** 職業的アイデンティティ形成には、建設的な雰囲気の組織風土の醸成が必要だと示唆された。特に10年以上の看護師に対して実践の承認を含めたソーシャルサポートが必要と考えられた。

キーワード

看護師, 職業的アイデンティティ, 組織風土, ソーシャルサポート

責任著者: 山田恭子. Email: kyoko0861@outlook.jp

序 論

近年、少子高齢化や医療の高度化・専門分化、人々の医療に対するニーズの拡大などにより、高度な実践能力や専門性など看護師に期待される役割は大きく変化してきている。また、疾患の複雑化、医療安全に対する人々の意識の変化などにより、臨床では役割を拡大するだけでなく、質の高い看護が求められている。質の高い看護を提供するためには看護実践能力の向上が必要とされており（南家ほか, 2005）、畠中・遠藤（2016）の研究では、看護実践能力の向上には職業的アイデンティティの形成が必要であることが明らかにされている。職業的アイデンティティとは「自分にとって仕事とは何なのか、社会の中で仕事を通じて自分はどのような存在であるのか、ありたいのかという個人の意識、あるいは職業を通して自分らしさを確認、自分らしさを育てていく職業的姿勢」（中西, 1995, p120）であり、キャリア形成や職業満足度の向上、離職意思の低下にも影響し、看護師として働き、質の高い看護を提供していくためには重要なものである（児玉・深田, 2005；塚原, 2013）。看護師では経験年数を積むほどに、または職業満足度が高くなるほどに職業的アイデンティティも高

くなる（池田・尾崎, 2009）。また、自らの意思や憧れといったポジティブな職業選択動機や、結婚や出産などのライフイベントの経験も職業的アイデンティティを高くする要因となる（グレッグ, 2002；下方・多田・森, 2004）。さらに、看護師の職業的アイデンティティを形成する上で周囲の環境や人間関係も重要な因子となる（グレッグ, 2002）。このように、職業的アイデンティティには多くの要素が関連していることが明らかになっている。

一方、組織で働く環境は、組織風土や組織環境と呼ばれる。組織風土とは、組織で働く人に直接的・間接的に認知され影響を与える特性であり、看護師のストレスやバーンアウトに関係する（稲岡, 1994；塚本・野村, 2007）。成人期におけるアイデンティティの再体制化を阻害させる要因として職業的ストレスがあり（塚原, 2013）、看護師のストレスでは、上司との関係性といった人間関係が要因となる（井奈波・井上, 2015；川瀬・岡安・林, 2018）。このように、アイデンティティを形成していく上で、人間関係は大きな要素となる。社会における人とのつながりの中でもたらされる精神的・物質的な支援はソーシャルサポートと呼ばれ、ストレスの影響を緩和させる働きがある。以上のことから、看護師の職業的アイデンティティ

の発達には、人間関係も含めた組織風土も関連すると考えられるが、看護師の職業的アイデンティティと組織風土の関連性について調査された研究は少ない。

そこで本研究では、病院組織に勤務する看護師を対象として、職業的アイデンティティとソーシャルサポートを含めた組織風土との関連を明らかにし、職業的アイデンティティ形成に必要な組織風土について検討することを目的とした。

I. 研究方法

1. 調査対象と方法

調査は、2021年8月から2021年11月にかけて、A県の100床以上の一般病院に勤務する看護師966名を対象に行った。

2. 調査方法

調査票配布による無記名自記式質問紙調査法を用いて行った。対象病院の看護部長または施設長に口頭および文書を用いて研究への協力を依頼し、承諾を得られた施設に対して調査票および研究協力依頼書を送付した。対象者には各部署の師長から研究協力依頼書および調査票を配布してもらった。その上で、対象者の同意が得られた場合は質問紙を郵送法にて回収した。

3. 調査内容

(1) 属性

年齢、性別、看護師経験年数、現在の職場での経験年数、結婚の有無、子どもの有無、職業選択動機（社会貢献、経済的自立、自身や家族の病気・入院など過去の体験、憧れ、周囲の薦め、他にやりたいことがなかった）について尋ねた。

(2) 職業的アイデンティティ

佐々木・針生（2006）が看護師を対象に開発した「看護師の職業的アイデンティティ尺度（Professional Identity Scale for Nurses）」（以下PISNとする）を使用した。この尺度は、20項目で構成された一次元性の尺度で、「自己信頼」「斉一性」「連続性」「自尊感情」「適応感」の5つの概念が含まれる。「あてはまる」（5点）～「あてはまらない」（1点）の5件法により得点化し、合計点（20～100点）を算出する。この得点が高いほど職業的アイデンティティが高いことを示す。尺度開発時のクロンバック α 係数は.84で信頼性は確保されており、内容妥当性も確認されている。

(3) 組織風土

川瀬・内田・津本（2013）が開発した、病院の組織風土

を測るために作成した「組織風土尺度」を使用した。この尺度は「師長のリーダーシップ」「スタッフのモラルの低さ」「過酷な業務」「建設的な雰囲気」「看護師への不当な評価」「有益な卒後教育」「研究的雰囲気」の7因子、計34項目で構成され、「強く思う」（4点）～「まったくそう思わない」（1点）の4件法により得点化し、因子ごとに合計点を算出する。尺度開発時の各因子のクロンバック α 係数は.73～.84で、信頼性が確認されている。

(4) ソーシャルサポート

小牧・田中（1993）が開発した「職場用ソーシャルサポート尺度」を使用した。この尺度は、様々な職業や職種に適応可能な尺度である。同僚サポート、上司サポート、先輩サポートの3因子15項目からなり、「思う」（5点）～「そう思わない」（1点）の5件法により得点化し、因子ごとに合計点を算出する。尺度開発時のクロンバック α 係数は、上司サポート.94、先輩サポート.95、同僚サポート.93であり、信頼性が確認されている。

尚、上記3つの尺度はすべて開発者の使用許可を得た。

4. 分析方法

得られたデータは、各々記述統計を行いデータの分布を確認した。使用した尺度はクロンバックの α 係数を用いて信頼性を確認した。次に、看護師経験年数10年以上と10年未満に群分けし、各尺度で看護師経験年数による比較を行った。入職直後や看護師経験5年目前後では、就職前に持っていた看護師のイメージとギャップを感じることや、卒後7～10年では結婚や出産といったライフイベントを経験したり社会的役割の変化によりアイデンティティ形成に揺らぎが生じやすく、職業的アイデンティティが低下すると言われている（池田・尾崎, 2009; 和泉ほか, 2010; 竹内, 2008）。そこで今回は、看護師経験年数10年までを揺らぎが生じやすい時期と捉え、10年を境に2群分けを行った。群間の比較には対応のない t 検定を用いた。職業的アイデンティティと各要因との関係性をみるために、単回帰分析を行った。その後、項目間相関が高い項目を除外し、職業的アイデンティティを従属変数、個人属性・組織風土・ソーシャルサポートを独立変数として、強制投入法で重回帰分析を行った。個人属性の中の職業選択動機は「社会貢献」「経済的自立」「過去の体験」「憧れ」をポジティブな職業選択動機とし、その有無を独立変数として使用した。統計解析にはSPSSバージョン27 for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。

5. 用語の定義

(1) 職業的アイデンティティ

中西（1995）やグレッグ（2002）の定義を参考に「看護

師としての自覚と責任をもって社会的役割を遂行するために、自分はどうのように仕事と関わっていくか、自分にとって看護とは何か、看護師としての自分とは何かという主観的な感覚・意識およびそれを育てていく姿勢」とした。

(2) 組織風土

Litwin & Stringer (1968/1974) が定義する「そこで働く人に直接的・間接的に認知され、動機付けや行動に影響を与える測定可能な職場の特性」と、組織における上司や先輩・同僚といった人々との関係性も含めて組織風土とした。

(3) ソーシャルサポート

厚生労働省が発表しているソーシャルサポートの定義である、社会的関係の中でやりとりされる物質的・心理的支援とした。

6. 倫理的配慮

研究協力施設及び対象者に対し、研究の目的と意義、調査方法と内容、研究参加に伴う利益と不利益、質問紙調査の情報を学会等で発表すること、参加と拒否の自由、個人情報情報の守秘管理等について文書で説明したうえで同意を得た。研究協力施設には口頭での説明も行い、署名による同意を得た。また、本研究は、東京医療保健大学の研究倫理委員会において「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいた審査を受けて承認を得た（承認番号：院32-105A）。

II. 結 果

研究協力を31施設に依頼し、14施設から協力を得た。協力が得られた施設に966名分の調査票を配布し、504名分を回収した（回収率52.2%）。そのうち、欠損データを除いた449名分を有効回答とし、分析対象とした（有効回答率89.1%）。

1. 属 性

対象者における性別、年齢、看護師経験年数、部署経験年数、職業選択動機、結婚の有無、子どもの有無について表1に示した。性別は女性が81.7%を占め、年齢は40代が37.6%と最も多かった。看護師経験年数は10年以上の看護師が68.4%と多かったが、現部署での経験は10年以上の看護師は28.5%であり、経験年数は長いが見部署での勤務は短い傾向にあった。職業選択動機は「経済的自立」が51.2%で最も多く、次いで「周囲の薦め」が33.2%であった。既婚者は48.8%、子どもがいる対象者は51.4%であった。

2. 各尺度の信頼性

本研究の対象者において使用した尺度の信頼性が確保できているかをクロンバックの α 係数を用いて確認した。PISNの α 係数は.89、組織風土の各因子の α 係数は、.73~.91であった。ソーシャルサポート尺度では上司サポートが.91、先輩サポートが.93、同僚サポートが.91であった。

3. PISN項目別の得点と経験年数での比較

看護師経験10年以上と10年未満の群に分け、PISNの合計点及び各項目の得点を比較した結果を表2に示した。PISNの合計点は看護師経験10年以上の群は10年未満の群に比べ有意に高くなっていった ($p < .05$)。質問項目別に見ると、「私は患者と一体感を感じることもある」「私はこの仕事以外での生き方は考えられない」「私は患者の微妙な変化に気づくことができる」「私は必要な時には自分の力を十分発揮することができる」「私の看護の経験を後輩に引き継いでもらいたいと思う」といった質問で、看護師経験10年以上の群で有意に高くなっていった。一方、「私は仕事上の人間関係に満足している」という質問では、看護師経験10年以上の群が有意に低く、「私は看護師として役に立たないと思う」という質問には看護師経験10年以上の群が有意に高い値となっていた。

4. 組織風土尺度、ソーシャルサポート尺度各得点と看護師経験年数での比較

組織風土尺度、ソーシャルサポート尺度各得点について、同様に看護師経験年数で比較した結果を表3に示した。組織風土尺度では、「研究的雰囲気」「師長のリーダーシップ」「建設的な雰囲気」の下位尺度で、看護師経験10年以上の群が10年未満の群に比べて有意に低くなっており ($p < .01$)、看護師経験10年以上の看護師は10年以下の看護師に比べて、「師長のリーダーシップ」や「建設的な雰囲気」「研究的雰囲気」を感じていないという結果であった。

ソーシャルサポート尺度では、上司サポート51.87、先輩サポート53.54、同僚サポート47.51と、先輩からのサポートが最も高くなっていった。看護師経験年数での比較では上司サポートと先輩サポートにおいて看護師経験年数10年以上の看護師に比べ10年未満の看護師は有意に高かった（上司サポート $p < .05$ 、先輩サポート $p < .01$ ）。同僚サポートにおいても同様に、看護師経験10年以上の群に比べ10年未満の群で高い傾向がみられたが、有意な差は認められなかった。

5. PISNと組織風土尺度、ソーシャルサポート尺度との関連

PISNを従属変数、看護師経験10年以上、部署経験10年以

表1 属性

		n = 449	
項目		人数	(%)
性別	女性	367	(81.7)
	男性	82	(18.3)
年齢	20代	100	(22.2)
	30代	116	(25.8)
	40代	169	(37.6)
	50代	63	(14.0)
	60代	1	(0.0)
看護師経験年数	3年未満	32	(7.1)
	3年以上 6年未満	59	(13.1)
	6年以上 10年未満	51	(11.4)
	10年以上 15年未満	70	(15.6)
	15年以上 20年未満	95	(21.2)
	20年以上	142	(31.6)
部署経験年数	3年未満	107	(23.8)
	3年以上 6年未満	126	(28.1)
	6年以上 10年未満	88	(19.6)
	10年以上 15年未満	75	(16.7)
	15年以上 20年未満	29	(6.5)
	20年以上	24	(5.3)
職業選択動機	社会貢献	71	(15.8)
	経済的自立	230	(51.2)
	過去の体験	115	(25.6)
	憧れ	108	(24.1)
	周囲の薦め	149	(33.2)
	他にやりたい事がなかった	50	(11.1)
結婚の有無	既婚	219	(48.8)
	未婚	230	(51.2)
子どもの有無	あり	231	(51.4)
	なし	218	(48.6)

職業選択動機は重複回答

上、既婚、子どもあり、ポジティブな職業選択動機、組織風土、ソーシャルサポートを説明変数としてそれぞれ単回帰分析を行った後、重回帰分析を行った結果を表4に示した。ソーシャルサポート尺度の先輩サポートについては、同僚サポートとの間に.675と相関を認めたため、先輩サポートを説明変数から除外した。単回帰分析の結果では、看護師経験10年以上、既婚、子どもあり、ポジティブな職業選択動機、組織風土の「建設的な雰囲気」、「有益な卒後教育」、「研究的雰囲気」、ソーシャルサポートの上司サポート、同僚サポートがPISNと有意に正の関連が認められ ($p < .05$)、組織風土の「スタッフのモラルの低さ」や「過酷な業務」、「看護師への不当な評価」は有意に負の関連が認められた。しかし、重回帰分析を行った結果では、組織風土の「建設的な雰囲気」「看護師への不当な評価」、同僚サポート、看護師経験10年以上、ポジティブな職業選択動機で有意な関連が認められた。組織風土の「建設的な雰囲気」、

ソーシャルサポートの同僚サポート、看護師経験10年以上、ポジティブな職業選択動機はPISNと正の関連を示しており、看護師の職業的アイデンティティを高くする要因となることがわかった。また、組織風土の「看護師への不当な評価」はPISNと負の関連がみられ、「看護師への不当な評価」は看護師の職業的アイデンティティを低下させる要因となることがわかった。

Ⅲ. 考 察

今回、看護師の職業的アイデンティティとソーシャルサポートを含めた組織風土との関連を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。結果、看護師経験年数、ポジティブな職業選択動機、組織風土の「建設的な雰囲気」、同僚からのソーシャルサポートが、看護師の職業的アイデンティティに影響することが明らかになった。また、組織

表2 看護師の職業的アイデンティティ尺度 (PISN) の看護師経験年数別の比較

PISN	全体 n = 449	看護師経験年数		p
		10年未満 n = 142	10年以上 n = 307	
私は患者・医師, 家族の橋渡しとなっていると感じる	3.76 (0.82)	3.58 (0.98)	3.84 (0.73)	**
看護師としての自分の目標はずっと変わらない	3.24 (1.14)	3.15 (1.14)	3.29 (1.13)	
私はこの仕事を生涯つづけようと思わない (逆)	3.47 (1.25)	3.38 (1.25)	3.51 (1.25)	
私は患者と一体感を感じることがある	2.88 (0.99)	2.59 (0.90)	3.02 (1.00)	**
時々私は看護師としての自分が本当の自分ではないような気がする (逆)	3.27 (1.99)	3.17 (1.28)	3.31 (1.16)	
私はこの仕事を通して人間的に成長している	3.96 (0.80)	3.96 (0.98)	3.97 (0.71)	
私はこの仕事以外での生き方は考えられない	2.78 (1.20)	2.44 (1.11)	2.93 (1.21)	**
私は大切な命を預かる重要な一員として周囲に認められている	3.44 (0.84)	3.27 (0.96)	3.52 (0.74)	**
これまでの私の看護経験が後輩の看護に役立つと思う	3.50 (0.82)	3.36 (0.96)	3.57 (0.74)	*
私は仕事上の人間関係に満足している	3.34 (0.97)	3.66 (0.76)	3.19 (1.01)	**
私は看護のあり方について自分なりの考えをもっている	3.83 (0.83)	3.67 (0.87)	3.91 (0.81)	**
この仕事は私の生涯を通しての大切な経済的基盤である	4.22 (0.85)	4.11 (0.95)	4.27 (0.79)	
私は患者に必要とされていると感じる	3.38 (0.79)	3.31 (0.87)	3.41 (0.74)	
私は看護師として役に立たないと思う (逆)	3.57 (0.96)	3.39 (1.02)	3.66 (0.92)	**
私は患者の微妙な変化に気づくことができる	3.46 (0.73)	3.24 (0.79)	3.56 (0.69)	**
私は仕事の中で自分らしさを保てずつらいと思う (逆)	3.27 (1.07)	3.32 (1.12)	3.24 (1.05)	
私はいつも自分らしい看護をしていると感じる	3.18 (0.87)	3.01 (0.95)	3.25 (0.83)	**
私は生き生き働いていると感じる	3.01 (1.03)	3.05 (1.11)	2.99 (1.00)	
私は必要な時には自分の力を十分発揮することができる	3.25 (0.85)	3.04 (0.88)	3.34 (0.81)	**
私の看護の経験を後輩に引き継いでもらいたいと思う	3.24 (0.99)	2.97 (1.06)	3.37 (0.95)	**
PISNの合計点	68.04 (11.10)	65.63 (11.88)	69.16 (10.56)	**

表中の数字は平均値 (標準偏差), (逆) は逆転項目を示す
 看護師経験10年以上と10年未満の2群間の比較には対応のないt検定を用いた
 **p < .01, *p < .05

表3 組織風土尺度, ソーシャルサポート尺度の看護師経験年数別の比較

尺度	下位尺度	満点	全体 n = 449	看護師経験年数		p
				10年未満 n = 142	10年以上 n = 307	
組織風土	師長のリーダーシップ	28	18.54 (3.41)	19.01 (3.78)	18.32 (3.21)	*
	スタッフのモラルの低さ	36	21.29 (4.23)	20.75 (4.54)	21.54 (4.07)	
	過酷な業務	20	13.09 (3.39)	12.75 (3.41)	13.24 (3.37)	
	建設的な雰囲気	24	15.99 (2.51)	16.54 (2.31)	15.74 (2.55)	**
	看護師への不当な評価	12	7.30 (1.63)	7.15 (1.67)	7.36 (1.67)	
	有益な卒後教育	8	5.07 (1.21)	5.08 (1.15)	5.06 (1.24)	
	研究的雰囲気	8	3.97 (1.06)	4.13 (1.14)	3.91 (.99)	*
ソーシャルサポート	上司サポート	75	51.87 (12.01)	53.86 (11.76)	50.94 (12.03)	*
	先輩サポート	75	53.54 (10.97)	57.09 (10.20)	51.90 (10.94)	**
	同僚サポート	65	47.51 (10.17)	48.85 (10.61)	46.90 (9.92)	

表中の数字は平均値 (標準偏差) を示す
 看護師経験10年以上と10年未満の2群間の比較には対応のないt検定を用いた
 **p < .01, *p < .05

風土の「看護師への不当な評価」は看護師の職業的アイデンティティに負の関連があることが明らかになった。

1. 看護師の職業的アイデンティティと看護師経験年数の関連

分析の結果, 職業的アイデンティティへの関連要素として看護師経験年数が10年以上であることが挙げられた。過

表4 PISNと組織風土尺度, ソーシャルサポート尺度との関連

(n = 449)

		model 1		model 2		VIF
		β	p	β	p	
属性	看護師経験10年以上	.148	**	.225	**	1.493
	部署経験10年以上	.110		-.081		1.280
	既婚	.129	**	.064		1.964
	子どもあり	.123	**	.025		2.048
	ポジティブな職業選択動機	.160	**	.133	**	1.042
組織風土	師長のリーダーシップ	.228	**	.052		1.954
	スタッフのモラルの低さ	-.278	**	-.019		1.767
	過酷な業務	-.118	*	.036		1.322
	建設的な雰囲気	.381	**	.271	**	2.006
	看護師への不当な評価	-.319	**	-.188	**	1.534
	有益な卒後教育	.197	**	.001		1.426
	研究的雰囲気	.108	*	-.032		1.390
ソーシャルサポート	上司サポート	.263	**	.047		2.279
	同僚サポート	.228	**	.100	*	1.262
調整済みR ²				.250	**	

従属変数をPISN, 説明変数を組織風土, ソーシャルサポート, 看護師経験10年以上, 部署経験10年以上, 既婚, 子どもあり, ポジティブな職業選択動機とした回帰分析の結果を示す
 model 1は単回帰分析, model 2は重回帰分析(強制投入法)を用いた結果を示す
 VIF: Variance Inflation Factor 分散拡大要因
 ポジティブな職業選択理由は, 社会貢献・経済的自立・過去の体験・憧れのいずれかを選択した者を1, その他を0とした
 ** $p < .01$, * $p < .05$

去の研究でも, 看護師経験年数と職業的アイデンティティの関連が明らかにされており(池田・尾崎, 2009; 狩野・出井・實金・中嶋・山口, 2015), 本研究においても同様に経験年数が長いと職業的アイデンティティは高くなるという結果であった。看護師経験年数と職業的アイデンティティの関連が明らかにされている一方でグレッグ(2002)は, 長期的に看護実践を行いさえすれば職業的アイデンティティが確立されるわけではないとし, 看護師の職業的アイデンティティは「自己の看護観の確立」「看護の価値の認識」「仕事の経験からの学び」の3段階がらせん状となり, 常に発展していくことを示している。また, 狩野ほか(2015)は, 職業的アイデンティティには職業経験の質が強く影響することを明らかにしている。本研究で, 看護師経験年数10年以上の看護師は, PISNの質問項目の中でも「私は患者と一体感を感じることがある」「私は患者の微妙な変化に気づくことができる」「私は必要な時には自分の力を十分発揮することができる」「私はいつも自分らしい看護をしていると感じる」などといった項目が, 看護師経験10年未満の看護師に比べて高い値となっていた。この結果から, 看護師経験10年以上の看護師は, 経験を重ねる中で実践に必要な技術や知識を習得するだけでなく, 自分らしい看護を実践することができていることがわかった。看護師は患者や家族との関わりといった経験から内的に看護観を形成し, さらに実践により看護観が発展して

いく(畑中・伊藤, 2016; 松尾・正岡・吉田・丸山・荒木, 2008)。また, 看護観は看護の体験と体験の意味づけを繰り返し行うことによって, 専門職業人としての責任を高めることや専門職業人として職業的アイデンティティを確立し, 看護の質向上にも繋がることを示唆されている(萩野谷・日高・森, 2019)。今回の結果からも, グレッグ(2002)が示すように経験年数だけでなく学びや看護観の確立も看護師の職業的アイデンティティ形成に影響することが示唆された。

PISNの中の「私は仕事上の人間関係に満足している」という質問では, 看護師経験10年未満に比べ10年以上の看護師が有意に低く, 10年以上の看護師は仕事上の人間関係への満足度が低いことがわかった。職業的アイデンティティの形成において, 周囲の人間関係は重要な要素となる。また, Erikson(1959/1973)によると, 職業的アイデンティティは青年期において形成され, 成人期以降はそれぞれの発達課題との取り組みの中でその問い直しと再構成を行うとされ, 再構成においても周辺他者の影響を受けるとされている。看護師経験年数10年以上の看護師は成人期にあたり, 職業的アイデンティティの確立にむけて再構成を行う時期である。そのため良好な人間関係を構築することは, 職業的アイデンティティの確立や再構成を促すことに繋がると考える。またこの時期は, 中堅やキャリア中期にあたり, 看護実践に加え後輩の指導やリーダーなど様々

な役割を持ち、組織での中心的な存在として看護の質を支える重要な役割を担う。石井・星・藤原・本田・石田(2003)は、中堅看護師は人間関係に関するストレスが高くなることを明らかにしている。ストレスはアイデンティティの再体制化を阻害させる要因として明らかにされており(塚原, 2013)、職業的アイデンティティの再構成を促すためには、ストレスを軽減することが必要である。つまり、看護師経験年数10年以上の看護師の職業的アイデンティティの再構成を促進し、より向上させていくためには、周辺他者との良好な人間関係を構築していくことが必要だと言える。

2. 看護師の職業的アイデンティティと職業選択動機の間連

今回の調査では、柴田(2000)が行った研究結果を参考に、社会貢献・経済的自立・過去の体験・憧れのいずれかを選択した場合をポジティブな職業選択動機ありとした。その上で、職業的アイデンティティとの関連をみた結果、柴田(2000)の先行研究結果と同様に、有意な関連がみられた。職業選択動機の中でも、経済的自立が51.2%と最も多く、社会貢献や過去の体験、憧れ等も含めるとかなり多くの人がポジティブな動機で看護師という職業を選択していることが明らかになった。経済的自立や憧れ、社会貢献といったポジティブな職業選択動機は、職業的意欲を高める(柴田, 2000)と言われている。また、職業継続には、内発的動機付け、報酬、そして職場における人間関係が必要な要素となる(鶴田・前田, 2009)。これらから、ポジティブな職業選択動機だけでなく、職場の人間関係を含めた組織風土を良好にすることで、職業を継続し経験を積むことができ、それが職業的アイデンティティを高めることにも繋がるのではないかと考えられた。

3. 看護師の職業的アイデンティティと組織風土の間連

看護師の職業的アイデンティティには、組織風土の「建設的な雰囲気」が有意に影響することが明らかとなった。組織風土尺度の「建設的な雰囲気」は「積極的に新しい考えや物を取り入れていこうとする姿勢がある」や「看護スタッフは建設的で意欲的に仕事へ取り組んでいる」といった質問項目から構成されている。つまり、「建設的な雰囲気」とは、明確な方針のもと周囲のスタッフと協力しながら、意欲的に仕事に取り組む環境だと言える。仕事への内的動機付けやキャリア形成への積極性は、職業的アイデンティティが形成されているほど高くなると言われている(児玉・深田, 2005)。対象者のPISN平均値からは、看護師の経験年数にかかわらず、「私は生き生き働いていると感じる」という質問への回答の平均値が低かった。こ

のことから経験年数に関わらず、生き生き働くことができていないという現状がうかがえており、意欲的に仕事に取り組める環境である「建設的な雰囲気」を作ることが看護師の職業的アイデンティティを形成する上で必要だと言える。また、「建設的な雰囲気」を作るとは、個人の職業的アイデンティティを形成するだけでなく、職業的アイデンティティが高くなり意欲的に仕事に取り組むことで、職場全体の「建設的な雰囲気」を高め、周りのスタッフの職業的アイデンティティの形成も促進するという好循環に繋がると考えられる。

「看護師への不当な評価」については、職業的アイデンティティを低下させる要因となることが明らかになった。畑中・伊藤(2018)は「看護師は看護師という集団の価値体系を受け入れ、看護師への社会的役割期待に応え他者から承認されることで、看護師としてのアイデンティティを獲得していく」(p.2)と述べている。また、グレッグ(2002)が示す看護師の職業的アイデンティティ確立のプロセスにおいても、自己の看護実践の承認の重要性が述べられている。PISNの質問項目で看護師経験10年以上の看護師は10年未満の看護師に比べて「私は看護師として役に立たないと思う」と感じていることもわかった。また、「師長のリーダーシップ」においても、看護師経験年数10年以上の看護師は10年未満の看護師に比べて平均値が低い結果であった。「師長のリーダーシップ」に関する質問には、「師長は看護スタッフの抱える問題に相談にのり解決に向けて援助してくれる」や「看護スタッフの仕事に対し、建設的な批評や正当な評価を行ってくれる」「師長は率先して、看護スタッフへの教育的・研究的援助を行っている」といった内容が含まれる。すなわち、看護師経験10年以上の看護師は、師長からの援助や評価を受けていないと感じていることがうかがえた。看護師経験10年以上になると、日々の実践の中で立ち止まって自己の看護を振り返る機会が少なく、新人看護師や経験の浅い看護師のように先輩や上司からフィードバックを受ける機会も少ない。そのため、自己の看護実践に自信が持てず「役に立たない」と感じやすくなると考えられる。師長からの承認行為は、職務満足を高めることが過去の研究で明らかにされている(尾崎, 2003)。また太田(2011)は、上司に加えて同僚や医師からの能力・姿勢・判断に対する承認が看護師の自信や意欲を高めることを示しており、適切な評価や承認をうけることで看護師としての自信や意欲が高まり、本研究で明らかになった職業的アイデンティティに影響する「建設的な雰囲気」を作ることにも繋がると考える。

以上のことから、看護師の職業的アイデンティティを形成するためには、「建設的な雰囲気」だけでなく、実践が評価・承認される風土作りが必要であることが示唆された。

4. 看護師の職業的アイデンティティとソーシャルサポートとの関連

看護師の職業的アイデンティティはソーシャルサポートのうち同僚サポートとの間に有意な関連がみられた。過去の研究ではメンタリングや指導性の影響が明らかにされているが、本研究では上司のソーシャルサポートに有意差はみられなかった。看護師経験年数別にみると、10年以上の看護師は10年未満の看護師に比べて上司・先輩・同僚すべてのソーシャルサポート得点が低くなっていた。これは、看護師経験10年未満の看護師は知識や技術が未熟で、自律性が低く、上司や先輩への依存が大きくなるのが影響すると考えられる。しかし、看護師経験10年以上の看護師がサポートを求めているわけではない。これまで述べてきたように、看護師経験10年以上の看護師は、人間関係にストレスを感じていたり、仕事での責任や役割の拡大や、結婚や出産といった様々なライフイベントを経験する時期であり多くのストレスを抱えている。そのため、ストレスの影響を緩和させる働きをもつ物質的・心理的支援であるソーシャルサポートがより必要になると考える。また、本研究において看護師経験10年以上の看護師は10年未満の看護師に比べて、職場の人間関係への満足度が低く、看護師として役に立たないと感じていることがわかり、承認やフィードバックの重要性が示唆された。看護師経験10年以上の看護師は、臨床実践・管理運営・教育において中心的役割を担う存在である。看護師経験年数10年以上の看護師の職業的アイデンティティをより向上させることは、看護の質向上にも繋がる。そのため、実践を承認したりフィードバックするといったソーシャルサポートも必要だと考える。

5. 本研究の限界と課題

職業的アイデンティティ形成には、職場の風土だけでなく職場以外の人間関係や受けた教育、個人背景など様々な要因と関連があり、一度の質問紙調査で関連要因をすべて調査できない。今回はその中でも関連が大きいと考えられる項目を選択して実施したが、モデルの適合度は低かったため、本研究において変数とした属性や組織風土、ソーシャルサポート以外にも潜在変数があると考えられる。また、本研究はA県の100床以上の病院に勤務する看護師を対象としたため、得られた結果は地域や病院規模などの背景により異なる可能性がある。特にA県は人口100万人以下の県であり、県内の病院はほとんどが300床以下の規模である。類似した都市では結果を使用することが可能であるが、結果を一般化するためにはさらに対象者を増やして調査を行う必要がある。また今回、看護師の職業的アイデンティティ形成に関連することが明らかになった、「建設

的な雰囲気」や、看護師経験10年以上の看護師が実践の承認を含めたソーシャルサポートを得られるような組織風土をどのように構築していくかについても、今後検討していく必要がある。

IV. 結 論

100床以上の一般病院に勤務する看護師を対象とした本研究から、看護師の職業的アイデンティティは、看護師経験年数やポジティブな職業選択動機、組織の建設的な雰囲気、同僚からのソーシャルサポートがあると向上し、看護師への不当な評価で低下することが明らかになった。また、看護師経験10年以上では承認やソーシャルサポートを受ける機会が少ないことも明らかになった。看護師の職業的アイデンティティを形成・向上するためには、建設的な雰囲気の組織風土を醸成する必要があること、看護師の実践を承認すること、特に10年以上の看護師に対して実践の承認を含めたソーシャルサポートがより必要になることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、本研究の趣旨にご理解・ご協力いただきました病院長の皆様および看護部長の皆様、また調査にご協力いただいた看護師の皆様にご心より御礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究に関して、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

- Erikson, E.H. (1959) / 小此木啓吾, 小川捷之, 岩男寿美子訳 (1973). *自我同一性: アイデンティティとライフサイクル*. 東京: 誠信書房.
- 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.
- 萩野谷浩美, 日高紀久江, 森 千鶴 (2019). 「看護観」について の概念分析. *看護教育研究学会誌*, 11(1), 15-24.
- Hall, D.T. (2002). *Careers in and out of organizations*, 9-13, California: SAGE Publications.
- 畑中純子, 伊藤 収 (2016). 看護観が体験から発展するまでの看護師の思考のプロセス. *日本看護科学会誌*, 36, 163-171.
- 畑中純子, 伊藤 収 (2018). 看護師としての職業的アイデンティティを育むための現任教育プログラムの開発. *岩手県立大学看護学部紀要*, 20, 1-18.

- 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.
- 池田由紀子, 尾崎フサ子 (2009). 臨床看護師の現任教育と職業的アイデンティティ形成の関連. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 40, 240-242.
- 井奈波良一, 井上真人 (2015). 女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係 第2報. *日本職業・災害医学学会誌*, 63(5), 290-296.
- 稲岡文昭 (1994). N系列病院看護婦のBURNOUTに関する研究(その2): 職場の文化 風土と看護ケアのアプローチに焦点をあて. *日本赤十字看護大学紀要*, 8, 1-12.
- 石井京子, 星 和美, 藤原千恵子, 本田育美, 石田宜子 (2003). 中堅看護師の職務ストレス認知がうつ傾向に及ぼす要因分析に関する研究: 新人看護師と比較して. *日本看護研究学会雑誌*, 26(4), 21-30.
- 和泉美枝, 小松光代, 西村布佐子, 大澤智美, 仲 和子, 倉ヶ市絵美佳, 小寺直美, 橋元春美, 眞鍋えみ子 (2010). A大学附属病院における看護臨床能力の実態と今後の課題. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 20, 11-19.
- 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.
- 川瀬淑子, 岡安誠子, 林 健司 (2018). 急性期病院の組織風土が看護師のストレスに及ぼす影響. *日本職業・災害医学学会誌*, 66(6), 453-458.
- 川瀬淑子, 内田宏美, 津本優子 (2013). 実習指導者の役割行動・指導意欲と組織風土との関連. *日本看護学教育学会誌*, 23(2), 1-12.
- 児玉真樹子, 深田博己 (2005). キャリア段階別に見た, 企業就業者の職業的アイデンティティの形成に及ぼすメンタリングの効果. *産業ストレス研究*, 12(3), 221-231.
- 小牧一裕, 田中國夫 (1993). 職場におけるソーシャルサポートの効果. *関西学院大学社会学部紀要*, 67, 57-67.
- Litwin, G.H., & Stringer, R.A. (1968) / 占部都美, 井尻昭夫訳 (1974). *経営風土*. 東京: 白桃書房.
- 松尾 睦, 正岡経子, 吉田真奈美, 丸山知子, 荒木奈緒 (2008). 看護師の経験学習プロセス: 内容分析による実証研究. *札幌医科大学保健医療学部紀要*, 11, 11-19.
- 中西信男 (1995). *ライフ・キャリアの心理学: 自己実現と成人期*. 京都: ナカニシヤ出版.
- 南家貴美代, 宇佐美しおり, 有松 操, 梅木彰子, 木子莉瑛, 谷口まり子 (2005). 看護ケアの質と看護実践能力との関連. *熊本大学医学部保健学科紀要*, 1, 39-46.
- 太田 肇 (2011). *承認とモチベーション: 実証されたその効果*. 東京: 同文館出版.
- 尾崎フサ子 (2003). 看護職員の職務満足に与える看護師長の承認行為の影響. *新潟医学会雑誌*, 117(3), 155-163.
- 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.
- 柴田久美子 (2000). 看護婦・士の職業的同一性形成に関する研究. *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録*, 25, 315-321.
- 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.
- 竹内久美子 (2008). 新卒看護師の職業的アイデンティティ形成と職務態度: 縦断的研究に基づく検討. *日白大学健康科学研究*, 1, 101-109.
- 塚原拓馬 (2013). 成人期におけるキャリア発達に与える要因と支援の在り方: 成人期のアイデンティティ危機と職業・家庭要因からの考察. *実践女子大学生生活科学部紀要*, 50, 99-110.
- 塚本尚子, 野村明美 (2007). 組織風土が看護師のストレス, バーンアウト, 離職意図に与える影響の分析. *日本看護研究学会雑誌*, 30(2), 55-64.
- 鶴田明美, 前田ひとみ (2009). 看護師の退職と職業継続支援に関する調査研究. *熊本大学医学部保健学科紀要*, 5, 67-78.

〔2022年8月19日受付〕
〔2023年1月22日採用決定〕

Relationship between the Formation of The Professional Identity of Nurses and Organizational Climate

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 733-742
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230122208>

Kyoko Yamada, RN¹, Kumiko Tsuji, AP²,
Miyoko Utsumi, Prof²

¹Japanese Red Cross Wakayama Medical Center, Wakayama, Japan

²Wakayama Postgraduate School of Nursing, Postgraduate School, Tokyo Healthcare University, Wakayama, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to elucidate the relationship between the professional identity of nurses and the organizational climate, and to examine the necessary factors for forming professional identity therein. **Methods:** The study recruited 449 nurses working in hospitals with 100 beds or more in Prefecture A. A bearer self-administered questionnaire was used to investigate the basic attributes and professional identity of nurses, organizational climate, and social support. **Results:** A multiple regression analysis indicated that occupational identity was associated with a constructive atmosphere, the unfair appraisal of nursing, an atmosphere conducive to research, more than 10 years of experience (long-term tenure), and motivation for choosing this profession. Nurses with more than 10 years of experience reported significantly low levels of support from superiors and seniors, leadership of nurse manager, constructive atmosphere, and research atmosphere. **Conclusions:** The results suggested that fostering an organizational climate for creating a constructive atmosphere is necessary for the formation of professional identity. Additionally, they stressed the importance of providing social support, including the approval of nursing practice, especially for nurses with a tenure of more than 10 years.

Key words

nurse, professional identity, organizational climate, social support

Correspondence: K. Yamada. Email: kyoko0861@outlook.jp

精神科における患者の退院に関する 意思決定支援の課題： ピアサポーターの面接調査から

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 743-754
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230310207>

舞弓京子, 福浦善友
久留米大学医学部看護学科

要旨

目的：精神科での退院に関する意思決定支援の課題を明らかにし、精神科看護師の意思決定支援について考察する。方法：対象は精神科退院経験のあるピアサポーター20名。面接調査をし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。結果：患者は、退院を表明するが【受け止めてもらえない退院表明】や【不十分な意思表明】のために【入院継続を選択】していた。一方、退院が進まなくても【退院に向け行動】する者もあり、入院中『混沌とした退院への意思決定』を体験していた。退院後は【生活になじめない期間】があり、【孤独が増大】し、【コントロール感の低下】に陥るといった悪循環が生じ、『自立の危機』に直面していた。結論：精神科では、患者の退院への意思はあいまいに扱われ、安心を求め入院を選択することや、退院後は危機的状況が続くという課題があった。看護師は、患者の意思を見失うことなく、退院後の危機克服に向けて支援することが求められる。

キーワード

精神看護, 退院, 意思決定支援, ピアサポーター, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者：舞弓京子。Email: mayumi27@med.kurume-u.ac.jp

はじめに

2020年患者調査で、「精神及び行動の障害」による総患者数は5,025千人、推計入院患者数236.6千人、平均在院日数は294.2日であると報告された（厚生労働省, 2022, pp.1-17）。国際的にみても日本の精神科の病床数は多く、在院日数も長い（日本医師会, 2021, pp.1-2）。2004年「入院医療中心から地域生活中心へ」とした基本的方策により、地域移行や地域生活支援が推進され、2007年から2016年までの精神科病床数は1.6万床減となったが目標からは大きく離れていた（厚生労働省, 2020, p.1）。入院の長期化は、地域生活から離れ、戻ることが困難になるため、早期退院を促進することが課題となっている。

しかし、精神科の退院には多くの障壁がある。池淵・佐藤・安西（2008）は、統合失調症患者を対象に調査を行った結果、退院の障壁として、病識と治療コンプライアンス、退院への不安、ADL、問題行動、自閉的行動、身体合併症、自殺企図の可能性、家族からのサポートといった8因子を抽出し（p.1012）、患者・家族の問題を指摘した。また、濱田ほか（2007）は、長期入院している精神障害者

家族の経験から、医療者は退院がひとつのゴールであるかのような錯覚に陥るが、家族にとってはひとつの通過点でしかないこと、退院後は受診・入院の難しさ、服薬を勧めることでの患者との関係悪化など、さまざまな困難を家族は抱えることを明らかにし（p.58）、容易に家族が退院を受け入れることができない現状を指摘した。吉村（2013）は、精神科看護師の面接調査から、退院調整の障壁とは、患者状況の影響による退院促進の困難、地域資源の不足、退院への考えの違いによる葛藤、キーパーソンへの不安、退院調整技能の不足（p.17）といった患者・家族以外にも医療スタッフの連携や看護師の実践力の不足も退院の障壁になっていると述べている。このように退院が進まない要因は明らかになっているが、患者自身が退院に関して、どのように考えているのか意思決定に焦点をあてた研究は少ない。

精神障害者の意思決定に関しては、日本では2012年から検討が始まり、2014年1月日本が障害者権利条約に締結後、アドボケーターやピアサポーターの育成などモデル事業が行われ、患者の意思決定をサポートするという取り組みが行われるようになった。しかし実際は、アドボケー

ターの活用は一部に留まり、アウトリーチ事業やピアサポートによる支援体制は広がりを見せず、2014年からの5年間は減少傾向にある（厚生労働省，2020，pp.31-37）。これまでに、精神科の患者の退院に関する意思決定においては、退院支援で生じる権利侵害（荻野・高橋，2014，pp.27-37）や、慢性期統合失調症患者の地域生活の定着に向け安全で安心できる体験の必要性（藤野，2014，pp.81-90）、長期入院精神障害者の自信を取り戻す看護実践（村上，2020，pp.1-9）について明らかになっている。いずれも退院支援においては、患者が主体性をもつことの重要性について述べているが、これまで患者が退院について意思を表明し、主体性をもって退院後の生活について考え、実現できていたかについては明らかになっていない。そこで、患者の退院に関する意思決定支援のプロセスを明らかにすることで、退院の障壁を打開する手がかりを解明することにつながると考えた。当事者であり、退院支援に関わっているピアサポーターであれば、退院に関する意思決定支援について、患者、また支援者としての両方の立場から、患者の体験を俯瞰してみることができ、課題を明らかにすることができると思った。

本研究は、精神科における退院に関するピアサポーターによる意思決定支援のプロセスを明らかにすることで、意思決定支援の課題を抽出し、精神科看護師が退院の意思決定支援に、どのように関わっていくことができるかを考察することを目的とする。

I. 用語の定義

ピアサポーター（以下ピアとする）とは、当事者の経験をもち、患者と同じ目線に立ち、相談・助言等を行う者である。本研究では、事業所と雇用契約をしているピアスタッフで、退院促進事業等を担っている者とした。

また、厚生労働省（2017）による意思決定支援に関するガイドラインでは、意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいうと定義されている（p.3）。長竹（2017）は意思決定支援のプロセスを、意思形成・意思表明過程、意思確認過程、意思実現過程、意思変更過程の4つに区分し（pp.167-180）、近藤（2017）は、意思決定支援の目的は「自らのことに関与するようになる」、「社会に帰属する」、「豊かな暮らしをおくる」ことだ

と述べている（p.3）。本研究では、精神障害を抱える患者が、退院への意思形成・意思表明をし、意思が反映された生活を送れるよう患者自らが意思決定できるよう支援することを意思決定支援とする。

II. 研究方法

A. 研究対象者

事業所に所属し、精神科退院経験があり、退院促進事業に関わっているピア20名とする。日本ピアスタッフ協会会長に研究協力を依頼し、ピアの育成に関わっている研究者の紹介を受け、退院促進事業を実施している事業所を紹介してもらった。対象者には事業所長を通して本研究について説明をしてもらい、研究参加への承諾が得られた者とした。

B. データ収集期間

2019年11月17日～2019年12月26日

C. 調査方法

インタビューガイドを作成し、半構造的面接を行った。面接場所は、事業所の責任者、研究対象者とも相談をし、事業所内のプライバシーを守れる個室を使用させてもらった。面接時間は、研究についての説明等を含め約60分とした。対象者には、面接内容をICレコーダーに録音すること、またメモをとることについて承諾を得た。メモは、面接者と対象者の間にA3用紙を置き、語られた内容を図やキーワードで書き留め、会話の内容と進行が可視化できるようにした。インタビューの内容は、①基本属性（年齢、性別、診断名、初発年齢、入院回数、最終入院年齢、同居家族、ピアの経験年数）、②患者として入院していた時の退院に関する意思決定の状況、③支援者として退院の意思決定支援の現状、④退院後の生活、⑤退院の意思決定支援の課題について尋ねた。

D. 分析方法

面接終了後に逐語録を作成し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach：M-GTA）に基づき分析した。M-GTAは、分析焦点者の視点を介してデータの解釈を行う。分析テーマを設定することにより、分析焦点者を行為の主体とした社会的相互作用のうごきの特性をプロセスとして説明できる分析方法である（木下，2020，p.56）。本研究では、ピアを主体とした社会的相互作用のうごきの特性をプロセスとして明らかにするためM-GTAを用いた。分析焦点者を「自ら患者と

して退院の経験があり、退院の意思決定支援に関わっているピア」とし、分析テーマは、「精神科における患者の退院に関わるピアによる意思決定支援のプロセス」とした。

分析テーマに基づき、データの関連箇所に着目し、類似する具体例を比べ概念を生成した。概念生成においては、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載した分析ワークシートを作成した。生成した概念は、常に概念どうしの類似性、対極性など継続的比較分析を行った。次に、類似した複数の概念からカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係性からストーリーラインを作成した。

分析は、まず個人で分析し、その後客観性を高めるためM-GTAで分析を行った経験のある研究者2名と共に分析した。

E. 倫理的配慮

研究への参加の意向が得られた研究対象者には、説明文書を事業所宛てに郵送し、事前に読んでもらい、面接開始時に、口頭と文書で説明を行い、同意を得た。説明文書には、研究の意義、目的、方法について説明し、研究への参加は自由意思であること、不参加の場合も不利益は被らないこと、同意後の撤回も可能であること、プライバシー及び個人情報保護に十分配慮すること、本研究の目的以外でデータを使用せず、研究結果の公表を予定していることについて明示した。本研究は、久留米大学医に関する倫理審

査委員会での承認を得た（承認番号19121）。

Ⅲ. 結 果

A. 対象者の背景

対象は、全国12か所の事業所で退院促進事業等に従事するピア20名であった。平均年齢は50.3±9.1歳、ピアの経験年数は、2年未満6名、2～5年未満3名、5～10年未満6名、10年以上5名であった。（表1）

B. 精神科における患者の退院に関わる意思決定支援のプロセス

分析の結果、18概念を生成し、その類似性より8カテゴリーと2つのコアカテゴリーを生成した。精神科における患者の退院に関わるピアによる意思決定支援のプロセスについて、図1に示す。文中または図中の〈 〉は概念、【 】はカテゴリー、〔 〕はコアカテゴリーを示し、矢印は影響性を示す。「」は対象者の会話で、『』は語りの中での会話文で、文中の（ ）は意味の補足を表している。

1. ストーリーライン

精神科の入院患者は、退院したいと表明しても【受け

表1 対象者の背景

対象	年齢	性別	診断名	初発年齢	入院回数	最終入院年齢	同居家族	ピアサポーターの経験
ピアA	40代	女性	双極性障害	20代	1回	20代	子	4年
ピアB	30代	男性	統合失調症	10代	2回	30代	父	3, 4か月
ピアC	40代	女性	双極性障害	20代	1回	20代	夫, 子2人	7年
ピアD	60代	男性	統合失調症	10代	2回	40代	なし	7年
ピアE	50代	男性	統合失調症	10代	2回	30代	妻	16年
ピアF	40代	男性	統合失調症	20代	1回	20代	父, 母	13年
ピアG	50代	男性	双極性障害	30代	4回	50代	なし	13年
ピアH	40代	男性	統合失調感情障害	20代	6回	30代	なし	1年
ピアI	60代	男性	統合失調症	20代	5回	40代	なし	9か月
ピアJ	40代	男性	統合失調症	20代	3回	30代	なし	5か月
ピアK	50代	女性	統合失調症	20代	5回	40代	夫	5年
ピアL	50代	男性	統合失調症	20代	6回	50代	父, 母	4年
ピアM	40代	男性	統合失調症	20代	3回	20代	なし	15年
ピアN	40代	男性	発達障害・アルコール依存症	20代	2回	20代	なし	1年
ピアO	50代	男性	双極性障害	20代	5回	50代	母・姉	5年
ピアP	40代	男性	統合失調症	10代	3回	20代	父・母	8年
ピアQ	60代	男性	双極性障害	30代	4回	50代	なし	16年
ピアR	40代	女性	統合失調感情障害	30代	1回	30代	子	5年3か月
ピアS	40代	男性	アルコール依存症	30代	1回	30代	父・母	2年6か月
ピアT	50代	男性	統合失調症	40代	1回	40代	父・母	1年4か月

止めてもらえない退院表明】により退院できなかつたり、【不十分な意思表示】で退院の意思がないと見なされたりしていた。その結果、【入院継続を選択】し、支援が終了するケースもあった。再び意思表示するが【受け止めてもらえない退院表明】、【不十分な意思表示】を繰り返すこともあった。一方、退院が進まなくても【退院に向け行動】し退院となる者もいた。このように、退院へとスムーズには進まず、行きつ戻りつしている状況が繰り返され『混沌とした退院への意思決定』を体験していた。

また、意思決定し退院した結果【生活になじめない期間】、【孤独が増大】、【コントロール感の低下】といった問題に直面し、その悪循環から日常生活に支障をきたし『自立の危機』に陥っていた。この危機を乗り越え回復する者もいたが、再入院になる者もいた。

さらに、ピアによる意思決定への関わりといった【協同的サポート】が、退院への意思決定や退院後の危機克服の一助となっていた。

2. 入院中の退院に関わる意思決定支援

入院中、退院に関わる意思決定支援について、各概念の定義と具体例の一部を次に示す。

a. 【受け止めてもらえない退院表明】

退院したいと意思表示するが、医療スタッフから取り合ってもらえず、途方に暮れ、心が萎えてしまう体験を表している。〈くじかれる退院への意思〉、〈あいまいな退院基準に翻弄〉の2概念から構成された。

(1) 〈くじかれる退院への意思〉

退院したいと意思表示するが、医療スタッフや家族から相手にされなかつたり、入院時のイメージが拭えないことにより、拒絶され退院への意思が萎えていった。

「ありとあらゆる組織、団体に電話をかけました。家にもかけたし。何の効果もない。警察にも電話したけど、ハイハイって感じで。(主治医は)『退院できるから大人しくしてなさい。』と。」(ピアH)

「なかなか(家族が)面会にこられないと、状態がよくなっているのがわからない。そのまま時間が止まっているので、怖いというイメージがついて、退院したいと思っても、あんな悪い状態で退院してもというイメージがついて(退院が)進まない。」(ピアR)

「入院させられて、その後まだ症状がある時期に退院させてって。これが1回目。だいたい治まってきて、早い人で1年、2~3年経って退院させてくれて、2回目。最後に何年経つかわからないけど、3回断られちゃうと心が折れて言わなくなる。」(ピアQ)

(2) 〈あいまいな退院基準に翻弄〉

医師により退院の基準が異なること、また医療スタッフも漠然とした基準しかなく、説明してもらえず、患者はどうかすれば退院になるのかわからず振り回されていた。

「担当医から、『あと3か月くらい入院したらどうだい』って言われ、偉い先生が『もう退院ね。外出外泊増やせば、早めに退院できますから』って退院したんです。」(ピアL)

「(医療スタッフは)必要があるからずっと入院してるんでしょって思っている方もいて、入院してるのは、それなりの理由があるって切り捨てるっていうのがある。」(ピアC)

b. 【不十分な意思表示】

コミュニケーションが不得手なことや勝手な思い込みから、退院の意思を十分に表明できていないことを表している。〈不器用さゆえの躊躇〉、〈権利を知らず沈黙〉の2概

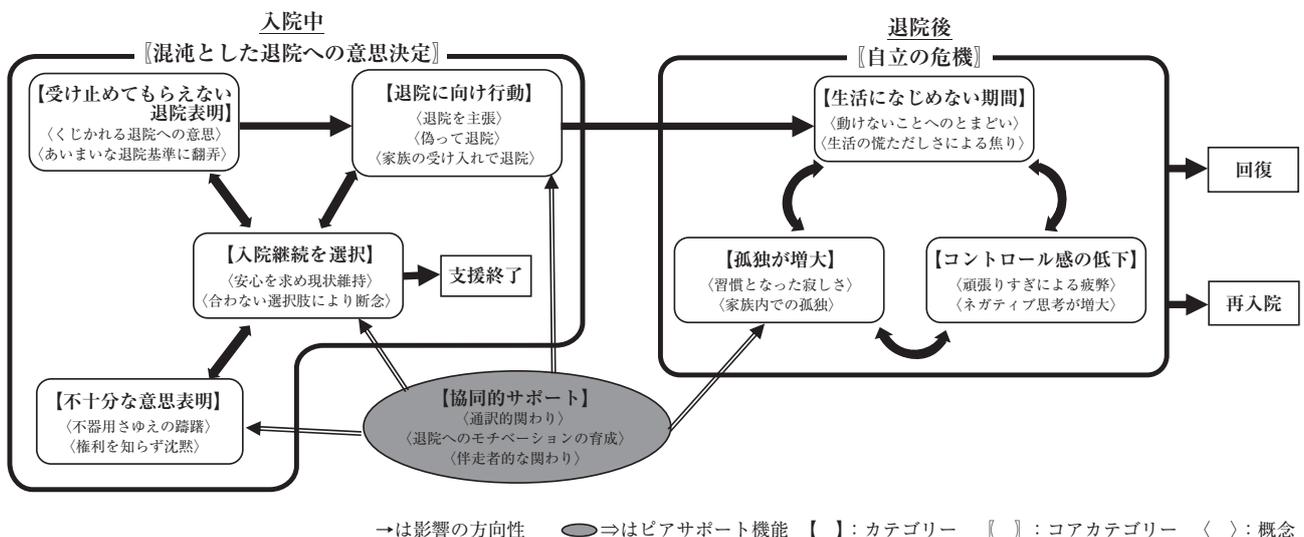


図1 精神科における患者の退院に関わるピアサポーターによる意思決定支援のプロセス

念から構成された。

(1) 〈不器用さゆえの躊躇〉

伝えることが苦手で、気持ちを伝えることをためらい、医療スタッフに退院への意思を伝えることができないでいた。

「話をしたい。話をしたいんですけども、タイミングがつかめない。どういうふうに話したらよいかわからなかった。」(ピアA)

「しゃべらないので退院したい気持ちがあるのかないかわからないんですよ。(中略)でもピアが入ると、本人がしゃべらないだけで、(退院)したくてしょうがないような状況で、面談中に思いを爆発させた。」(ピアN)

(2) 〈権利を知らず沈黙〉

自分の考えや気持ちを述べてよいという権利を知らなかったり、退院できないという思い込みがあったりすることから退院について語らずにいた。

「本当はこうしたいという思いがあるんだけど、言っていないんだろうかという気持ちがあるんですよ。(中略)小っちゃいこととかでもいいんですけど。そういうことも言えない。相談もできない。言っちゃいけないと思っているんですよ。」(ピアS)

「幻聴があるから退院は無理だって言う人が多いんですけど、(中略)中には自分は幻聴の症状があるから退院できないと決めつけている人もいます。」(ピアT)

「入院期間と比例して、入院期間が長くなれば、意思決定をする機会がなくなってきて。患者もその環境に慣れてしまっただけで、それが当たり前のことになってしまっただけ。」(ピアK)

c. 【入院継続を選択】

退院後の新しい環境に向き合うより、楽で安心な入院生活を望んでいることを表している。〈安心を求め現状維持〉、〈合わない選択肢により断念〉の2概念から構成された。

(1) 〈安心を求め現状維持〉

生活を一人で担うことへの責任の重さや自信のなさ、経済的問題など退院の方が不安要素が多く、退院へのモチベーションが湧かず、安心していられる入院を選択していた。

「入院中の話で多いのは、『私は一人で生きていけない。何もできないから。ここにいると全部やってもらえるから退院しなくていい。』と言われる。」(ピアC)

「まあ生活しやすいと思うんですよ。病院の中が。だから退院したいって気持ちにならないって。ものすごい居心地が良さそうなんです。」(ピアS)

「一人暮らししてもっとハードルが高いじゃないですか。家賃高いので、食費も削らないといけないという現状。な

かなかそこで金銭的に退院できないよねって。」(ピアR)

(2) 〈合わない選択肢により断念〉

医療者から提示される選択肢が少なく、勧められる意図が不明であったり、患者が望まないことであったりと、退院後の生活に希望がもてず退院を諦めていた。

「退院に関しての選択肢って、実家に戻るか、グループホームかということ。」(ピアD)

「外来OTの意味がわからなくなってきた。入院中は目的があってOTに参加してたけど、(退院後)外来OTでする作業が自分の中で納得がいくものではなくて、何でこれをするために、来なきゃいけないんだろうという説明がなくて、納得がいかなくて。」(ピアR)

「病院を退院した人たちが行っている支援センターがあって、作業する所があるんです。退院したらすぐ行きなさいとか言っただけで、行かせられるらしいです。どうかと思いますね。本人が動きたいという考えが出てきますからね。どうしたいとか、あちこち行きたいとか、それからでいいんじゃないかと思うんですけど。」(ピアI)

d. 【退院に向け行動】

【受け止めてもらえない退院表明】だったが、屈することなく行動した結果、退院できた体験を表しているが、家族の意向で退院が決まるという拍子抜けした体験も含んでいる。〈退院を主張〉、〈偽って退院〉、〈家族の受け入れで退院〉の3概念から構成された。

(1) 〈退院を主張〉

当然誰でも退院したいと思っており、症状は多少あってもやっていけるという信念をもっていた。また、医師に伝え続けることで話し合い、退院することになった者もいた。

「退院をしない選択はないと思ってたんで。あまりにも退屈すぎるし、得なことは何もないし、早く帰りたい。(中略)外に出たいと当然思うんじゃないかな。」(ピアB)

「治ったら退院できると思いがちだし、家族もご本人たちも。障害が治るということではなく、障害があったって、生きていける。」(ピアG)

「退院させてくれよーって言った言った。その時に言ったら、やっぱ先生とすれば、あの患者さんというか僕のことを酌んでくれて、退院したいなら、何回か外出か外泊したらOKだよって話してくれたの。」(ピアL)

(2) 〈偽って退院〉

退院するために、症状が改善してきたように答えたり、医療スタッフの提案に従順に従うことで、症状が改善したように思わせ、退院できるようにしていた。

「(症状が)安定してますって。そういう所をアピールしました。それは、周りの患者さんから聞いて。(退院のため)そんなふう言うんだよって聴いて。」(ピアK)

「家に帰りたいと涙を流しながら伝えたら、『これで眠れるからね。』と注射を打たれて。すぐ、その場で。それがきっかけで、泣いたりとかノーとかいうと、動けなくなると思って、『もう、私よくなりました。大丈夫です』って。外出しても何事もないふりをして、そしたら『退院してもいいよ。』って。」(ピアC)

(3) 〈家族の受け入れで退院〉

本人の意思は退けられても、家族の申し出により、あっさり退院が決まり退院した。

「親が相談したんだと思うんですけど。退院を決められて。了解して退院いつするかですね。まああっさり、(私の)了承も得ずにですね。体調いいかと思って。」(ピアT)

「退院に関して医療スタッフと何回か話しました。親が反対しているので。母親は『退院させないで。』って。実家に帰りたかったけど、一人暮らしをすることで、お母さんが許してくれたから(退院できた)。迷惑かけないでが条件のひとつにありました。」(ピアR)

3. 退院後の危機

退院することはできたが、退院後に悪循環が起り『自立の危機』に陥っていた。

a. 【生活になじめない期間】

退院後に、身体的にも心理・社会的にも通常感覚に戻らず、生活に支障をきたす期間があることを表している。〈動けないことへのとまどい〉、〈生活の慌ただしさによる焦り〉の2概念から構成された。

(1) 〈動けないことへのとまどい〉

退院後、しばらくは身体の不調や特別な感覚によって、思い通りに行動ができず生活に支障をきたしていた。

「退院すると一番感覚がおかしいんですね。すごい緊張するんですよ。何か、退院してから、体がなじんでない。入院している感覚がとれていない。(中略)その感覚がとれた時に退院って感じ。結構かかりますよ。それが抜けるまでは。」(ピアP)

「退院したら、しばらくゆっくりと本人のなすがままにした方がいいんじゃないかと思うんですけどね。そこ4~5か月はですよ。でないとシャバにも慣れないし。実際、僕も退院した当時そうはいかなかったからですね。忘れていたわけですよ。シャバとの感覚を。兼ね合いをですよ。バスに乗っても前に表示は出ても番号が出てたら、番号で金額が決まるとか。うっすらと覚えているけどできなかったですよ。バスの中で。閉鎖とか病院内で隔離とかされとったら怖いでもん外に出るのが。慣れないから。」(ピアI)

(2) 〈生活の慌ただしさによる焦り〉

入院中に決まった訪問看護やデイケア、作業所への通所

など退院後のスケジュールをこなすことに忙しく感じ、生活を評価されると意識したり落ち着かず焦りが生じていた。

「何曜日の何時までとプログラムを決めるわけですよ。カリキュラムというのかな。そう決めて、退院もしていないうちからそう決めて。退院してからあっち行きなさい、こっち行きなさい。どうしなさいって、全部もうマニュアルみたいにしよってですよ。それで今デイケアに通っている人も、デイケアに通えるのが条件で退院させるという所もあります。それはちょっとやりすぎ。やりすぎですよ。」(ピアI)

「退院してからですね。仕事辞めてですね。結局続かなくて、事業所に行ったり行かなかったりを3年くらいしたんですよ。体調は万全ではなかったんですよ。今振りかえて退院した時はですね。だけど、まあ退院生活はできるだろうくらいに、医者が判断したと思うんですよ。実際入院中に(試行)してですね。再入院した。仕事ができる状態ではなかったです。ただ家にいたりとかが(よかった)。まあ先生は、作業所に行けばいいのに。手伝ってあげばいいんだよって言っていましたね。」(ピアT)

「訪問看護が来ると部屋が散らかっていると、また入院させられるというイメージがすごくあって、部屋を汚さないようにして常にあって。あんまり調理をするというより、ほとんど家から出ないという期間が長くなっていった気がします。本当に3年くらい多分。通院と訪問看護と、あと買い物に出るくらいしか。」(ピアR)

b. 【孤独が増大】

退院によって地域に放り出され、独りだという感覚が、何処にいても膨らんでしまうことを表している。〈習慣となった寂しさ〉、〈家族内での孤独〉の2概念から構成され、ピアは、孤独への支援が重要だと述べる者が多かった。

(1) 〈習慣となった寂しさ〉

入院により周囲との関係が変わったことや、セルフステイグマがあったり地域とのつながりをもつ機会がなくなったりして、独りでいる時に満たされない空虚な感じに陥りやすくなっていた。

「病気をしてから、ずっと一人ぼっちになってしまっ。もう誰からも声をかけられないし、以前のように頑張っ。ねって言われなくなっちゃいましたし。頼ることはあっても、頼られることはなくなっ。それがすごく寂しかったですね。」(ピアC)

「作業所には行くけど、往復でしかない。何というか寂しいんです。デイケアがあるんですけど。そこに行っているぶんには、気が紛れるんだけど、休みの日とか、紛れないんですよ。そこに対して、ピアサポーターがいて、訪問

して1時間くらいしゃべる。だんだん元気になっていく。一緒に元気になっていく。」(ピアM)

「孤独になると余計に発信しなくなる。とにかく声かけないと、どんどん孤独が進んでしまっ。」(ピアF)

(2) 〈家族内での孤独〉

家族から拒否されたり、監視されている感覚があったりすることが家族不和の原因となって、孤独を感じていた。「夫婦喧嘩が絶えなかったんですよ。僕の病気のことで。病気になったのは、お前のせいだとか、俺のせいだとか。30過ぎた息子が具合悪くて寝ているのに、台所で夫婦喧嘩されると聴こえるんですよ。で、僕家出たんですよ。」(ピアG)

「親の監視が付きまどった生活でしたね。外出すると『誰と行くのよ。』、『何時に帰ってくるのよ。』とかいう感じで。両親。ただそんなに言われるんだったら外出するのが面倒くさくなるんですよ。だから自分ち(家)にいるんですよ。」(ピアS)

c. 【コントロール感の低下】

健康であった時の状態に戻そうと気持ちが空回りすることで、思考や行動が偏り、バランスを失っていくことを表している。〈頑張りすぎによる疲弊〉、〈ネガティブ思考が増大〉の2概念から構成された。

(1) 〈頑張りすぎによる疲弊〉

退院後、プログラムや就労に参加しようと努力するが、やりすぎること疲弊し状態を悪化させていた。

「自分なりの考えというか、クセというか強くて、(再入院を)繰り返すのは何故の答えとしては、頑張りすぎちゃうんでしょね。何事にも。程度の話で。(程度が)つかめてなかったですよ。ある意味全部共通しているんですわ。頑張ろうとして4回目(入院)の時は体が全然いうことをきかなくて。動かない。」(ピアO)

「みんな頑張っているんですけど、頑張りが足りないって思っちゃっているんですよ。まだ努力が足りないとか。だから努力の仕方がちょっと問題であったりとか、あの、その努力が苦行だったりするの。」(ピアK)

(2) 〈ネガティブ思考が増大〉

思春期・青年期に発症し、経験を積み重ねる機会が少なかったことや、うまくいかない経験が多かったことから、常に、肯定的(ポジティブ)に考えられず、否定的(ネガティブ)に考えてしまう習慣が強化されていた。

「ずっと育ってきた経緯の中で、うまくいかないなという経緯があって、うまくいかないから人に迷惑かけているという気持ちがずっとあって。何もない今、仕事に行っているセンターでも、利用者の人に迷惑かけているんじゃないとか、スタッフの方から嫌われているんじゃないとか。そういうようなちょっとした表情が匂わせるという

か、そういう方向に考えやすいというか、思考がマイナスの方に突っ走っちゃうというか。」(ピアN)

「実感っていうことがすごく少ない。成功体験の実感が少ないっていうのが、地域で。病棟だけじゃなくて、地域でうまくいっているんだってことが言われるまでわからないっていうのがあるんですよ。」(ピアF)

4. ピアによる意思決定支援の機能

ピアが実践している意思決定支援のサポート機能について、次に述べる。

【協同的サポート】とは、ピアとして同じ目線で行動を共にしながら、共感を基盤に、周囲との橋渡しや退院後に生活するうえでのコツや工夫を具体的に伝え支援することを表している。〈通訳的関わり〉、〈退院へのモチベーションの育成〉、〈伴走者的な関わり〉の3概念から構成された。

a. 〈通訳的関わり〉

ピアだからこそ、踏み込んで患者の話を傾聴し、医師、家族と患者双方の言葉を解釈して伝え橋渡しをしたり、患者に伝え方を教えたりしていた。

「診察前に聞き取りをして、(患者と一緒に)診察室に入ると、主治医は別の視点から聞いてきて本人がどうやって答えるのかを聴いて、だいたい合っているんだけど、微妙に違う時もあるので、そこをちょっとつかんでやる。終わってから『主治医は今日何を言っていたか。』と本人に言ってもらいます。」(ピアO)

「この人(患者)と話していると、脱線するんだよね、話がみたいな。でも、そういう話の脱線した時の、そういう時っていうのが大事だと思って。でも、そういう時をつなぐってこと自体が、経過をつないでいることにもなると思うんですよ。時をつないでいくことが結構回復してるんじゃないかな。その人自身が感じる回復というか。」(ピアB)

b. 〈退院へのモチベーションの育成〉

生活費に関する助言や買い物などの同行、地域の情報提供、服薬管理の工夫などを一緒に行い具体的なイメージができ生活に自信がもてるよう支援していた。

「生活が変わるとか、お金の不安について、退院後の一人暮らしするというイメージしかないと思うので、食事を自分で準備できるんだろうとか、話されるんですけど。食事を準備してくれる所もあるんだよとか。いろんなお手伝いをしてくれる住まいがあるんですよとか。情報を提供しながら、ご本人の気持ちがどう変わっていくか考えて。」(ピアN)

「面談で関係性を築くことと、同行支援が中心でした。不動産の物件の見学とか検討したり、社会資源の見学や地域

活動、個々の活動参加による経験の共有とか、体験の共有とか、新しい住まいの近隣の散歩とか、日用品の買い物に行ったりとか。」(ピアK)

c. 〈伴走者的な関わり〉

退院後は、患者の意思に沿いながら考え、そばにいて安心感を与え、楽しみを共有し、患者のペースに合わせて共に走る伴走者的な関わりをとっていた。

「病氣、病氣ってことで、病氣の話ばかりしていると、何か暗くなっていくんですよ。そうじゃなくって、何か楽しいことを一緒に見せられたらいいなと思ってて。楽しいこととか、前向きなこと？ こう一緒に見せられることが、もちろん一緒に体験してもいいし。そういうことができることが、回復に近くなるのかなと思いますけどね。」(ピアB)

「とにかく一人じゃないですよ。私たちがいますよということはお伝えして。お会いすることはできますし、で、怖くなったならまた入院もできますしと伝えていきます。とにかく、すぐ医療と離れるわけではないので、いろいろとつながってさえいれば再入院はありませんよとお伝えしています。」(ピアH)

IV. 考 察

A. 精神科の退院に関する意思決定支援の課題

ピアは、現在関わっている患者の体験に、自分の体験を重ねながら関わっていた。タイムラグはあるものの『混沌とした退院への意思決定』や『自立の危機』は共感できる体験であった。ピアの視点から、精神科の退院に関する意思決定支援の3つの課題について次に述べる。

1. 退院に関する患者の意思があいまいにされる

入院中、退院に関する患者の意思があいまいにされていた。精神科の退院における意思決定は、患者の意思だけではなく、医療スタッフの意見や家族の意思が影響を及ぼしていた。精神科では明確な退院基準はなく、医療スタッフも家族も、入院に至るまでの経過や入院時のイメージにより退院に慎重になっており、最終的には医師の判断によるものが大きく、【受け止めてもらえない退院表明】となっていた。その結果、患者は困惑し、退院を諦め【入院継続を選択】したり、退院を主張し続けることや状態を偽ることによって【退院に向け行動】したりしていた。信頼関係を基盤とした精神科治療において、患者が医師や家族と対峙することは、治療の妨げとなり、退院後に症状が悪化する原因ともなっていた。さらに、患者の【不十分な意思表明】も問題であった。精神科に入院する患者の多くは、対

人関係に課題があり、気持ちや考えを伝えることに困難を抱える者が多い。さらに、患者の権利や社会資源についての情報の不足や、退院できないという思い込みによって意思表明をしない者もいた。患者、医療スタッフのコミュニケーションの不足が、状況をあいまいにする要因のひとつとなっていた。

また、退院が認められなかったにもかかわらず、家族の受け入れによりあっさり退院が認められる経験により、患者は傷つき無力感を抱くことになった。退院を決めるプロセスにおいて、患者の意思に気づかなかったり、意思表明しても周囲の意見でかき消されたり、無視されたりすることで、患者は主体性を見失っていた。荻野・高橋(2014)は、日常生活の大半を管理される生活環境の中で、権利侵害を意識することに対する問題意識は容易に低下し、当事者(患者)の権利意識の麻痺や医療職者の権利侵害の意識の麻痺を起こしてしまう危険性が高いと述べている(pp.33-34)。入院中、医療スタッフは治療目的で、さまざまな行動制限を行い、主体性を制限しており、それと同様の意識が退院に関してもはたらき、患者の意思をあいまいに扱うのではないかと考えた。意思をあいまいに扱われることで、患者の主体性は後退し、セルフスティグマを強化し、退院後の『自立の危機』にも影響していた。

さらに、医療スタッフは、地域での患者の生活について知らないことが多い。確信のもてないことに対して、明確な判断ができず、退院したいという患者の意思に対して、うやむやになってしまうのかもしれない。瀧・岩瀬・小松(2020)は、看護師が退院は難しいだろうと捉えていた患者の退院前訪問を行った際、患者の表情や行動を見て、家では患者なりに一人で行動できると、患者の捉え方に変化が起こったと報告している(p.113)。医療スタッフは、制限のある特殊な入院生活だけを見て退院の可否を考えるのではなく、退院前訪問や患者・家族からの話などから可能な限り実際の生活についての正確な情報を収集し、患者と共に生活上のニーズを共有することが重要であると考えた。

2. 安心を求め入院継続を選択する

【入院継続を選択】する中には、生活の変化に不安を感じ、安心を求め現状維持を望む者がいた。石川・葛谷(2013)は、入院が1～5年間の患者は、入院生活に適応し安定しているように見え、存在感のない患者となってしまい、看護側チームも違和感がなくなり、退院へのモチベーションが高まらない状態を招いたと述べている(p.62)。また、主体性がなく、生活を委ねることに慣れた結果、自己責任を伴う生活に困難を感じ、地域での生活に不安を抱き入院を選択していた。安心という認識を変容さ

せることは難しく、変化に対する抵抗も生じる。入院期間を長期化させないために、「期限」という枠組みを用い、定期的に退院について考える機会を作ることが有用ではないかと考えた。

また、従来の退院の選択肢は、住む場所や制度の利用、通所の有無といったパターン化されたものに留まっていた。退院について、村上(2020)は治療過程で狭められた主体性を本人に返還していく時、相手を変えるのではなく相手のなすことに合わせて周りを変えることが要求されていると述べる(p.6)。小瀬古(2019)は、訪問看護師の立場から地域に住む当事者から実際に聞く困り事は、精神症状などではなく、「お金のやりくり」「毎日の食事」「人間関係」と毎日の生活の中にあり、支援者と当事者の「困り事」の認識にはズレがあると述べている(pp.11-12)。今回の調査からも、患者はピアに普段の生活について尋ねていた。患者の退院への意向や意思の中から、生活のニーズを明確にし、ニーズに応じた選択肢について、共に具体的に考え、調べることで、患者が求めている、患者に合った選択肢が見つかり、退院への不安は低減し、退院へのモチベーションも育まれることにつながると考える。

3. 退院後しばらくは危機的状況が続く

退院の意思決定支援の結果、退院後しばらくは患者自身も予測していない危機的状況に陥っていた。国際的にも、退院直後の1週間(Madsen, Egilsdottir, Damgaard, Erlangsen, & Nordentoft, 2021, pp.1-10)や、退院後2年間に自殺率が高まるという報告があり(Prestmo, Høyen, Vaaler, Torgersen, & Drange, 2020, pp.1-8)、退院直後に危機的状況になることが注目されている。Krause, et al. (2020)は、退院後しばらくは自殺率が高まるため、定期的な社会的接触を伴うケア環境が必要であるとした(p.6)。今回の調査からも、退院後しばらくは、身体的にも精神的にも動けない【生活になじめない期間】があることが明らかになった。Hashimoto, et al. (2021)は、統合失調症、大うつ病の退院時処方薬の調査で、抗精神病薬の処方量が多く、多剤併用であること、催眠薬と抗不安薬の同時使用について改善の余地があると報告しており(pp.1-9)、身体的に動けない状況になるひとつの要因ではないかと考えた。

また、訪問看護のために部屋を片付けたり、慣れない作業所などで過ごしたりするなど、社会的接触の機会としてスケジュールが組まれていたが、慌ただしくストレスになっていた。精神科では、入院中の日常生活行動が自立していることが多く、退院後の日常生活よりも社会と接点をもつことや生活リズムを整えることが重視され、訪問看護や通所の日程等が組まれ退院となることが多い。身体的・精神的な違和感が回復しないままに、家事や移動、活動な

どをこなすことで日常生活につまずいたり、新しい対人交流による気遣いなどがストレスとなったりして焦燥感や負担感、自責感が増大し、うまくコントロールできなくなっていた。

【生活になじめない期間】に加え、対人関係や役割に変化が生じ、患者自らの寂しさや孤独を感じやすい認知パターンにより【孤独が増大】し、過剰に頑張りすぎたり、ネガティブ思考が増大したりするなど偏った行動や思考による【コントロール感の低下】も生じていた。これらの内的体験をうまく修正できず、生活に適応できなくなる『自立の危機』という悪循環を引き起こしていた。この悪循環は、排除すべきものではなく、退院後に当然起こり得る課題と捉え、克服することが、患者自身が成長し、主体性を取り戻す機会になると考える。しかし、この『自立の危機』を、患者が退院に関する意思決定の失敗と捉えたと失望に変わり、退院に消極的になるかもしれないが、悪循環を事前に知り、備えることで、患者自らが克服できる体験をすることは、今後の意思決定への自信となると考える。

B. 精神科看護師による退院に関する意思決定支援

精神科看護師が関わる患者の退院に関する意思決定支援について考察する。

1. 患者の意思を中核に据えた退院支援を提案する

今回の調査から、退院に関して、患者が家族・医療スタッフと対峙し、患者の意思があいまいに扱われたり、意思表示が十分にできていなかったりするという課題から、医療スタッフと患者のコミュニケーションが不足しており、患者の主体性を軽視する態度や、認識のズレが生じていたことが明らかになった。看護師は、患者の退院が実現することを目指し支援することを伝え、患者のこれまでの暮らしや希望について尋ね、退院に関する患者のニーズについて、日ごろより患者と話し合っておくことが重要である。

次に、退院基準もあいまいであったことから、看護師は医師と退院の方針を共有し、達成可能な患者のニーズを目標に掲げ、患者と共に対策を検討することによって、退院までの目標が明確化する。また、患者、医療スタッフ、家族で、退院に関する話し合いを定例化することや、その機会に家族に患者の状態を報告したり、家族支援を実施したりすることによって、相互に思いを発信し、関係修復する機会を作ることが必要ではないかと考える。退院について患者自身も気持ちが揺れ、退院への意思を見失う場合もあるが、看護師がぶれない姿勢を示すことによって、患者の安心につながると考える。さらに、専門職等による患者の退院をめぐる多職種カンファレンスにおいても、患者の意

思があいまいになりそうな場面では、看護師が患者の意思を確認し、代弁することにより専門職主導に陥りやすい退院の方向性を軌道修正し、患者主体の退院計画を立案でき連帯感も強化されると考える。ピアが患者と医療スタッフ間の相互理解が促進できるよう〈通訳的関わり〉をとっていったように、病棟では看護師がその役割を担うことで、患者と医療スタッフが相互理解できるよう関わる必要がある。

また、家族面談や退院前訪問、病棟生活の様子から、実際の患者の退院後の生活をイメージし、患者のニーズに合った選択肢やプログラムを検討することが、患者の退院へのモチベーションを高めることとなる。決して退院後の過密なプログラムを作成することではない。星 (2021) は、失敗ありきで退院させるといった失敗を担保するといった行動が看護師に求められるとした (p.39)。患者自身がいろいろと試行し、失敗しても修正できる“ゆとり”あるプログラムとなっていることが求められる。

2. 退院後の危機克服を視野に入れた心理教育と地域との連携強化を目指す

今回、退院後しばらくは、『自立の危機』といった状況に陥ることが明らかになった。これは、精神科退院後に誰にでも生じる悪循環で、入院中から、この『自立の危機』に陥ることについて、患者や家族が知り、備えることが重要であると考えられる。【生活になじめない期間】では、心身の回復には個人のペースがあり、無理せず生活を整え、退院後のデイケアや作業所など活動の導入は、状態を見極める猶予期間をもつことが必要だと考える。訪問看護を利用する場合は、入院中から患者が訪問看護の必要性を納得できるように説明をする。退院初期には、今ここでできていることを承認するというフィードバックや過度な期待をかけない静かな応援により精神的安定を図る (松本・木村, 2021, pp.34-35) ことや、安心と尊厳を保障する支援 (松田・河野, 2020, pp.839-841) が必要であることが明らかになっている。一方、熟練した精神科訪問看護師は、訪問初期の受け入れ状況や、いつもと異なるその人らしくない違和感、その日の生活・精神症状・服薬状況から医療的介入の必要性を臨床判断している (平松・難波・木村, 2019, pp.20-29) という報告もあり、今後訪問看護と連携するうえでの課題として検討する必要がある。訪問看護を利用しない場合は、外来診療時に、看護師は生活状況などを聞き取る中で、通院への労い、患者の身体状態の観察や、生活の中でできていることを認め、困り事への対応について共に考えることが必要である。入院時を知る病棟看護師の外来へのローテーションが患者の孤独感を軽減するとともに、看護師にとっても、実践評価が難しい精神看護

において、その退院支援を評価する機会になると考える。

また、さまざまな患者の退院についての連携の経験を通して、病院スタッフが地域の関連施設のスタッフと連絡・調整ができるネットワークを築く努力をすることが、必要時に機能するネットワークとなり、安心して患者に紹介できるものとなる。看護師は、個々の患者への対応を記録として残し、多様な経験知を蓄積することが、患者の意思決定の実現に活かされるものになると考える。

V. 研究の限界と課題

今回、精神科における退院の意思決定支援に関する課題を明らかにすることを目的としたため、意思を尊重され退院を迎えている者もいたが、その要因については触れなかった。今後、退院が促進された支援や、『自立の危機』を克服できた対応について、多角的に調査し、退院後の生活を充実させる支援方法を検討していく必要がある。

おわりに

精神科の退院に関する意思決定では、患者の意思があいまいに扱われたり、安心を求め入院を選択したり、退院直後からしばらくは『自立の危機』に陥ることが課題として明らかになった。看護師は、患者の意思を中核に据えた退院支援を考え、退院へのモチベーションを育成していくことが重要であった。また、退院後は多職種と連携し、患者自らが危機を乗り越えることができるよう支援することが求められると考えた。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきましたピアサポーターの皆さま、所属先の事業所の皆さま、事業所をご紹介くださいました日本ピアスタッフ協会会長磯田重行様、聖学院大学心理福祉学部相川章子先生、久留米大学文学部社会福祉学科坂本明子先生に深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

藤野清美 (2014). 慢性期統合失調症患者の地域生活の定着に向け

- た意志決定過程. *日本精神保健看護学会誌*, 23(1), 81-90.
- 濱田由紀, 田中美恵子, 横山恵子, 田上美千佳, 小山達也, 新村順子 (2007). 長期入院精神障害者の家族の経験: 退院促進および地域生活維持のために求められる家族への看護援助の検討. *日本精神保健看護学会誌*, 16(1), 49-59.
- Hashimoto, N., Yasui-Furukori, N., Hasegawa, N., Ishikawa, S., Numata, S., Hori, H., Iida, H., Ichihashi, K., Furihata, R., Murata, A., Tsuboi, T., Takeshima, M., Kyou, Y., Komatsu, H., Kubota, C., Ochi, S., Takaesu, Y., Usami, M., Nagasawa, T., Hishimoto, A., Miura, K., Matsumoto, J., Ohi, K., Yamada, H., Inada, K., Watanabe, K., Shimoda, K., & Hashimoto, R. (2021). Characteristics of discharge prescriptions for patients with schizophrenia or major depressive disorder: Real-world evidence from the Effectiveness of Guidelines for Dissemination and Education (EGUIDE) psychiatric treatment project. *Asian Journal of Psychiatry*, 63, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102744>
- 平松悦子, 難波峰子, 木村美智子 (2019). 熟練精神科訪問看護師が統合失調症者に対して実践する臨床判断. *日本精神保健看護学会誌*, 28(2), 20-29.
- 星 幸江 (2021). 長期入院統合失調症患者の退院時期を見定める看護師の臨床判断の影響要因. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 17(1), 35-42.
- 池淵恵美, 佐藤さやか, 安西信雄 (2008). 統合失調症の退院支援を阻む要因について. *精神神経学雑誌*, 110(11), 1007-1022.
- 石川かおり, 葛谷玲子 (2013). 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援における看護師の困難. *岐阜県立看護大学紀要*, 13(1), 55-66.
- 木下康仁 (2020). *定本M-GTA: 実践の理論化をめざす質的研究方法論*. 56, 東京: 医学書院.
- 近藤益代 (2017). 障害者福祉領域における意思決定支援に関する一考察: 障害者権利条約に基づく理論分析. *最新社会福祉学研究*, 12, 1-10.
- 小瀬古伸幸 (2019). *精神疾患をもつ人を, 病院でない所で支援するときにはまず読む本: "横綱級" 困難ケースにしないための技と型*. 11-12, 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2017年3月31日). 障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihenkufukushibu/0000159854.pdf> (参照2022年8月22日)
- 厚生労働省 (2020年3月18日). 精神保健医療福祉の現状 第1回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000607971.pdf> (参照2022年8月22日)
- 厚生労働省 (2022年6月30日). 令和2年(2020)患者調査(確定数)の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanjya.pdf> (参照2022年8月22日)
- Krause, T.J., Lederer, A., Sauer, M., Schneider, J., Sauer, C., Jabs, B., Etzersdorfer, E., Genz, A., Bauer, M., Richter, S., Rujescu, D., & Lewitzka, U. (2020). Suicide risk after psychiatric discharge: study protocol of a naturalistic, long-term, prospective observational study. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00685-z>
- Madsen, T., Egilsdottir, E., Damgaard, C., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2021). Assessment of suicide risks during the first week immediately after discharge from psychiatric inpatient facility. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643303>
- 松田光信, 河野あゆみ (2020). 地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値. *日本看護研究学会雑誌*, 43(5), 835-845.
- 松本陽子, 木村幸生 (2021). 利用者の意思決定を大切にしながらも生活習慣の改善に向けた精神科訪問看護師の関わりのプロセス. *日本精神保健看護学会誌*, 30(2), 29-38.
- 村上満子 (2020). 長期入院精神障害者が自信をとりもどす主体性返還の実践を共有すること: 制度精神療法の視座より. *沖縄県立看護大学紀要*, (21), 1-9.
- 長竹教夫 (2017). 精神障害者の意思決定過程における支援技法の検討. *文京学院大学人間学部研究紀要*, 18, 167-180.
- 日本医師会 (2021年2月22日). 病床数の国際比較. https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20210120_1.pdf (参照2022年8月23日)
- 荻野朋子, 高橋佳子 (2014). 権利侵害を生じやすい人々の退院支援: 多職種連携・協働に司法を加える必要性への示唆. *中京学院大学看護学部紀要*, 4(1), 27-37.
- Prestmo, A., Høyen, K., Vaaler, A. E., Torgersen, T., & Drange, O. K. (2020). Mortality among patients discharged from an acute psychiatric department: A 5-year prospective study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00816>
- 瀧めぐみ, 岩瀬信夫, 小松万喜子 (2020). 精神科退院前訪問により病棟看護師が捉える患者の生活像の変化. *高知女子大学看護学会誌*, 45(2), 109-119.
- 吉村公一 (2013). 退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に対する精神科看護師の「退院調整の障壁」: 精神科看護師の態度からの一考察. *日本精神保健看護学会誌*, 22(1), 12-20.

〔2022年10月16日受付〕
〔2023年3月10日採用決定〕

Supported Decision-Making for Psychiatric Discharge: From an Interview with Peer Supporters

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 743-754
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230310207>

Kyoko Mayumi, PhD, RN, PHN, Yoshitomo Fukuura, PhD, RN, PHN

Kurume University School of Nursing, Fukuoka, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the challenges faced in supported decision-making for psychiatric discharge, by examining the process of peer supporters and considering the psychiatric nurse's involvement in supported decision-making. **Methods:** The study targeted 20 peer supporters with hospitalization experience in psychiatric wards. The interview survey results were analyzed using the modified grounded theory approach. **Results:** Some patients expressed a desire to be discharged that was not accepted; hence, they chose to remain either hospitalized or move ahead with the discharge process. Meanwhile, other patients decided to stay hospitalized, despite wanting to get discharged. For a certain period following the discharge, patients experienced paralysis and the inability to adapt, leading to a negative cycle of increased loneliness and decreased sense of control, resulting in a crisis of self-reliance. **Conclusions:** The psychiatric patient's desire for discharge is ambiguous as hospitalization is sometimes preferred for a sense of security, and the state of the crisis following discharge has been proven to be challenging. The results indicate a need for nurses not to lose sight of the patient's desire, and provide support for overcoming the crisis following discharge.

Key words

Psychiatric Nursing, Discharge, Supported Decision Making, Peer Supporters, Modified Grounded Theory Approach

Correspondence: K. Mayumi. Email: mayumi27@med.kurume-u.ac.jp

看護専門学校生の首尾一貫感覚の 経年変化と看護教育との関係 第1報：首尾一貫感覚に及ぼす 性格特性とストレス対処方略の影響

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 755-765
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230311214>

山本幸子¹, 田中マキ子²

¹大島看護専門学校, ²山口県立大学看護栄養学部

要 旨

目的：看護専門学校生の首尾一貫感覚（Sense of Coherence：SOC）に影響を与えるストレス、統制の所在（Locus of control：LOC）、特性不安の関係性を明らかにし、縦断的变化からSOCを発達させる要因としての対処方略を見出す。方法：看護専門学校1年次生298名と2年次生271名を対象に、SOC、LOC、特性不安、3次元モデルに基づく対処方略尺度（TAC-24）に関するアンケート調査による2年間のコホート研究を行った。結果：看護専門学校生のSOCは、ストレス、LOC、特性不安に影響を受け、3年次生ではLOCと特性不安からの影響が強くなった。SOCの発達には、肯定的解釈、計画立案、放棄・諦め、責任転嫁の対処方略が影響した。結論：SOCの発達は、自分自身の生活全体を理解、予測できる経験、様々な問題に対し柔軟に対応できる経験、自分自身にとって価値ややりがいを感じる経験が必要である。

キーワード

ストレス対処, 首尾一貫感覚, 看護教育, 看護専門学校生

責任著者：山本幸子. Email: yukigon@rose.plala.or.jp

緒 言

近年は、大規模な自然災害、人口減少、経済の長期低迷など不安定な社会情勢が続き、日常的にストレスを感じる人が多い。このような中、人の生命にかかわる保健医療従事者にとっては、医療ニーズの高度化・多様化・個別化等、求められる課題は多く、患者・療養者と近接かつ密接なかかわりを持つ看護職にはストレスが多いとされている。看護専門学校生は、人の生死に関与する高度専門職業人としての課程を修めなくてはならず、素人から専門職への成長の過程には様々なストレス関与が予測される。このような意味から、ストレスへの対処方略の涵養は、職業継続や看護の質向上、保健医療福祉の担い手としてのマンパワー確保などに関与する。

保健医療従事者に対するストレス対処方略に関しては、保健医療社会学者アントノフスキーが提唱した首尾一貫感覚（Sense of Coherence：以下、SOCとする）が参考になる。SOCは、人生にあまねく存在するストレスや危機から自らを守るだけでなく、それらを自らの成長や発達

の糧、豊かな人生の糧にさえしていくストレス対処・健康生成力である。その下位概念として、自分の内外で生じる刺激に直面したときどの程度認知しているかという「把握可能感」、その刺激に対応するための資源を自分が自由に使えると感じている「処理可能感」、人生には意味があり挑戦であるという「有意味感」の3つの感覚から構成される。これらは、生活世界に対するその人の見方・向き合い方であり、ストレスを有害なものとして捉えるのではなく、ストレッサーによって生じた緊張に対処するためにはその人が持っている資源（汎抵抗資源）が重要であると述べられている（Antonovsky, 1987/2001, pp.16-39；山崎, 2009）。この他、リチャード・ラザルスのストレスコーピング理論では、ストレッサーに対し2段階で認知評価を行いどのように対処するかを決定するとしている。認知評価の過程では、本来その人が持っているものにも影響がある（Lazarus, & Folkman, 1984/2000, pp.313-316）と述べられ、認知評価では、ものの考え方、つまりSOCという健康生成志向が影響していることを示唆している。

先行研究によると、看護専門学校生の心理的ストレスは

2年生や3年生で高く、対人関係に対する不安や認知のゆがみ、自尊心の低下などの個人的要因が関連することが示されている(小粥, 2014)。看護専門学校生のSOC高低群とストレス対処方略の関係について、SOC低群の学生は常にストレスを受けやすい傾向を持ち、ストレス対処方略を積極的に用いない傾向にあったが、臨地看護学実習(以下、臨地実習とする)は、SOC高群、低群ともに柔軟にストレス対処方略を選択する傾向があることを明らかにしている(Suga, Usami, Oguro, Sakakibara, & Ishii, 2011)。これらのことから、看護専門学校生は入学時からの対人関係や、性格特性などの個人的要因がストレスに関係しており、SOCはストレスやストレス対処方略、臨地実習等の経験に影響していることがわかる。そして、本来その人が持っている性格特性や今までの対処方略の経験などがSOCに影響するのではないかという仮説を導いた。

以上より、看護専門学校生のSOCに影響する要因を明らかにするためには、学生自身が持っているものの考え方など内面によるものか、様々な経験などの外部刺激によるものかを多面的に捉えなければならない。そして、これらの影響因子を明らかにすることで、SOCを発達させる要因を明らかにできると考えた。そこで本研究では、SOCとその3つの構成要素「把握可能感」「処理可能感」「有意義感」を従属変数とし、性格特性である統制の所在(Locus of control: 以下、LOCとする)、特性不安、そしてこれまで経験した対処方法として3次元モデルの対処方略(TAC-24)の8因子を独立変数として、SOCと性格特性、対処方略について検討した。また、看護専門学校生は学年進行によって成長発達し変化するため、縦断的变化による影響を捉えるためには縦断的調査をする必要があり、SOCの3つの構成要素の発達を、性格特性や対処方略の観点から掘り下げようとする取り組みである。

I. 研究目的

本研究の目的は、看護専門学校生のSOCに影響する要因として、ストレス、LOC、特性不安の観点から関係性を明らかにする。そして、これらの縦断的变化から、SOCを発達させる要因としての対処方略を見出す。

II. 研究方法

1. 研究のデザイン

個人が特定されないIDを用いた自記式のアンケートによる縦断的調査である。

2. 対象者

本研究では、全日制3年課程の看護専門学校生のうち30歳未満の学生に限定し分析対象とした。看護専門学校生は、看護実践能力に重点を置いた教育を、3年間という短い修学期間で97単位(3,000時間)以上修得する必要があるため、4年間で一般教養も選択でき広い視野で履修できる看護大学生と比べると、ストレスが多いと考えられる。また、成人前期はSOCの形成において重要な時期であり、特に職業の果たす役割が極めて大きく、SOCの発達は30歳くらいまでである(Antonovsky, 1987/2001, pp.138-148; 戸ヶ里, 2008, pp.55-67)ことから、分析対象を30歳未満に限定した。なお、看護専門学校生は社会人などの多様な背景を持っている人もいるが、専門職を目指し学ぶ経験がSOCの発達に影響するという仮説を立て、学生の背景は除外対象としなかった。

1年次から2年次への変化と、2年次から3年次への変化を調査するため、2019年度の1年次生と2年次生を対象とし、2019年と2020年の合計2回の調査に同意を得られた学校の学生とした。

3. 実施方法

継続調査に同意を得られた全日制3年課程看護専門学校の、2019年度1年次生と2年次生を対象に、2019年と2020年の2回調査を行った。縦断的調査のため結果を連結可能にする必要があり、イニシャルと携帯電話番号の下4桁でIDを設定してもらい、実名を使わず個人情報の保護に努めた。自由意思での参加を保証するため、調査後、学生には個人用封筒にアンケート用紙を入れ厳封してもらい、各学校に回収を依頼した。その後、返信用レターパックに入れ郵送による返却を依頼した。2019年度1回目の調査は6月～7月に依頼し、回収したのは7月～9月初旬であった。アンケート回収時、夏季休業を挟んだ学校には始業後1週間以内の調査を依頼した。2回目の2020年度の調査では、新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言(2020年4月7日～5月25日)が発令されたため、7月に電話にて調査承諾の確認をとった。郵送では難しいと返答があった学校はWeb調査に変更し、二次元コードを添付した用紙を学生の人数分郵送し配布を依頼した。

4. アンケート調査内容と項目

(1) 基本属性

年齢、性別、ID設定(イニシャルと携帯電話番号下4桁)を質問した。

(2) ストレス対処力としての首尾一貫感覚(SOC)

SOCの得点は13点から91点の範囲に分布し、得点が高いほどストレス対処・健康生成力が高いとされる。アント

ノフスキーが開発したSOCスケールを日本語版に翻案した山崎・吉井による「人生の志向性に関する質問票（日本語版）」の13項目（7件法）を使用した（Antonovsky, 1987/2001, pp.221-225）。

(3) 統制の所在 (LOC)

行動や評価の原因を自己や他人のどこに求めるかという教育心理学の概念（Rotter, 1966）であり、LOCの得点が高いほど内的統制感が強いことになり自己に責任を帰するとされる。鎌原・樋口・清水（1982）が作成した「成人用一般的LOC尺度」18項目（4件法）を使用した。

(4) 特性不安 (trait anxiety)

「状態－特性不安理論 (state-trait anxiety theory)」のうち、状態不安 (state anxiety) はその状況によって変化するが、特性不安 (trait anxiety) はその人が持っている根本的なものであり、変化はしないとされている。中里・水口（1982）の「状態・特性不安インベントリー (STAI) 日本語版」40項目のうち、特性不安尺度20項目（4件法）を使用した。

(5) 3次元モデルに基づく対処方略尺度 (TAC-24) 日本語版

3つの背景因子「問題解決・サポート希求」「問題回避」「肯定的解釈と気そらし」と、8つの下位因子「情報収集」「計画立案」「カタルシス」「放棄・諦め」「責任転嫁」「回避的思考」「肯定的解釈」「気晴らし」からなる。神村・海老原・佐藤・戸ヶ崎・坂野（1995）が作成した24項目の尺度（5件法）を使用した。

(6) 経験した臨地実習

基礎看護学実習Ⅰ、基礎看護学実習Ⅱ、成人看護学実習、老年看護学実習、母性看護学実習、小児看護学実習、精神看護学実習、在宅看護学実習の選択肢から選び、チェックを付けた。

(7) 最近（過去3か月）ストレスに感じるものについて自由記載とした

以上、合計80問の項目である。アンケート用紙は学年毎に用紙の色を変えて配布したため、学年を問う質問項目は省いた。2回目の調査で、Web調査を希望した学校には学年を問う項目を追加した。

5. 分析方法

看護専門学校生のストレスについて各年度の学年別に比較した。SPSS Statistics ver. 23を使用して、ストレスの有無によるSOC平均値の2群間比較をするためにStudent's *t* 検定を行った。各性格特性がSOCにどのように影響しているのかを調べるために、SOCを従属変数として、性格特性であるLOC、特性不安を独立変数として相関を検討し、ピアソンの相関係数を算出した。縦断的に1年次から

2年次への変化と、2年次から3年次への変化を明らかにするために、2019年度1年次生と2020年度2年次生、2019年度2年次生と2020年度3年次生のIDを連結させ、対応のある*t*検定を行い、SOC、LOC、特性不安、TAC-24の1年間の推移を明らかにした。SOCの伸びと性格特性の関係を調べるために、学年別に1年間でSOCが伸びた群と低下した2群によるLOCと特性不安の比較はStudent's *t* 検定を行った。そして、対処方略が良い負荷の経験としてSOCの発達に影響しているのかを調べるために、SOCの3つの構成因子の伸びを従属変数とし、TAC-24の8つの下位因子の伸びを独立変数として重回帰分析を行った。有意水準は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、山口県立大学生命倫理委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号2019-5号）。全日制3年課程看護専門学校に書面と電話にて調査を依頼し、承諾を得られた学校の学生を対象とした。研究対象者には、本研究の目的および方法、参加の任意性と参加撤回の自由、個人情報保護について書面で説明を行った。縦断的調査をするため、実名を書かずイニシャルと携帯電話番号の下4桁でIDを設定してもらい連結可能にすること、途中撤回は可能であるが完全匿名化処理後は撤回ができないことを説明した。調査結果は研究として公表することを説明し、アンケートの提出によって同意を得たものとした。

アンケート用紙に使用した尺度について、日本語版SOC-13の利用は、東京大学健康社会学・健康教育学同窓ネット（山崎, 2014）に基づいて引用している。成人用一般的LOC尺度18項目（鎌原ほか, 1982）、状態・特性不安インベントリー (STAI) 日本語版（中里・水口, 1982）、3次元モデルに基づく対処方略尺度 (TAC-24)（神村ほか, 1995）の使用について、それぞれの作成者に許諾を得た。

Ⅲ. 結果

全日制3年課程看護専門学校11校から調査協力を得た。2019年度は1, 2年次生1,181名にアンケート用紙を配布し1,015名から回収（回収率85.9%）、2020年度は2, 3年次生1,145名にアンケート用紙を配布し928名回収（回収率81.0%、うちWeb調査23.5%）した。そのうち、30歳未満の有効回答は2019年度839名（82.6%）、2020年度769名（82.8%）であった。さらに、2019年から2020年の縦断的調査に該当した有効回答は、1年次から2年次は298名、2年次から3年次は271名であった。平均年齢は1年次生18.2歳、2年次生19.8歳、3年次生20.8歳であった。

1. 看護専門学校生のSOCとストレス認知における影響要因

本調査での看護専門学校生のSOC平均値は、2019年度1年次生は50.99 (SD 9.66), 2年次生では50.38 (SD 9.60), 2020年度2年次生は50.06 (SD 10.37), 3年次生では50.98 (SD 10.76) であった。

ストレスを感じていると答えた学生は、2019年度1年次生50.6%, 2年次生56.6%, 2020年度2年次生45.8%, 3年次生42.6%だった。ストレスの内容を分けると「学習・課題」(2019年度1年次生29.6%, 2年次生23.0%, 2020年度2年次生16.7%, 3年次生7.8%), 「実習関係」(2019年度1年次生4.5%, 2年次生17.7%, 2020年度2年次生10.9%, 3年次生17.9%), 「友人・クラスとの関係」(2019年度1年次生11.3%, 2年次生12.4%, 2020年度2年次生8.1%, 3年次生8.3%), 「学校関係」(2019年度1年次生11.3%, 2年次生10.1%, 2020年度2年次生7.0%, 3年次生1.6%), 「睡眠時間」(2019年度1年次生5.6%, 2年次生10.0%, 2020年度2年次生6.5%, 3年次生7.3%), そのほか「教員との関係」「家庭関係」「自分自身のこと」「金銭面」の順に多かった。

看護専門学校生のストレスがSOCに与える影響について、ストレスがあると答えた学生と、あると答えなかった学生のSOC平均値を比較するためにt検定を行った。ストレスがあると答えた人のほうがSOC平均値は有意に低下していた。SOC下位概念において、ストレスがあると答えた学生は、1年次生は「把握可能感」「処理可能感」が有意に低く、2年次生も「把握可能感」「処理可能感」が有意に低かった。3年次生では、「把握可能感」のみ有意に低かった(表1)。

ストレスのかかりやすさは、不安になりやすさや、個人のものへの捉え方によるものではないかと仮定し、SOCと性格特性(LOC, 特性不安)との関係性とそれらの経年変化を調べた。SOCを従属変数とし、LOC, 特性不安を独立変数として相関関係をみると、LOCと正の相関関係、

特性不安とは負の相関関係があり、内的統制(高いLOC)になるほどSOCが高く、特性不安が高いとSOCは低いことが明らかになった。LOCについて、1年次(2019年度)と2年次(2020年度)はともにSOCとの相関関係に大きな変化はなかったが、2年次(2019年度)と3年次(2020年度)を比べると、3年次で傾きが大きくなり($y = .95x + 5.07$)ばらつきも少なくなったことから、LOCは全体的に高くなりSOCとの関係性も強くなった。特性不安では、1年次(2019年度)と2年次(2020年度)はともにSOCとの関係性は変わりなく、2年次(2019年度)と3年次(2020年度)では3年次の傾きのほうが大きくなっており($y = -.87x + 97.32$)ばらつきが少なかったことから、特性不安は全体的に少なくなりSOCとの関係性が強くなっていった(図1)。高学年ほど、LOCや特性不安に強く影響を受けていたことがわかる。

2. 看護専門学校生のSOC, LOC, 特性不安の縦断的变化

SOCの発達を明らかにするために、1年次生(2019年度)から2年次生(2020年度)になった298名と、2年次生(2019年度)から3年次生(2020年度)になった271名のSOC, LOC, 特性不安の1年間の推移を調べた。SOCは1年次から2年次で有意に低下し($p < .01$), 2年次から3年次で上昇傾向であった。LOCは1年次から2年次で有意に低下($p < .001$)し、特性不安に変化はなかった(図2)。

SOCの発達と、LOC, 特性不安の伸長の関係をみるために、SOCの得点が低下した学生を「低下群」、SOCの得点が同じもしくは上昇した学生を「上昇群」とした2群に分け、LOCと特性不安の伸長の平均値を比較するためにt検定を行った。低学年の変化(1年次→2年次)では、SOC低下群、上昇群ともにLOCは低下しており(SOC低下群-1.67, SOC上昇群-.38, $p < .05$), SOC低下群は上昇群に比べ有意に低下していた。高学年の変化(2年次→3年次)では、LOCの伸長はSOC低下群と上昇群の間に

表1 ストレスの有無によるSOC平均値の比較

ストレスの有無	SOC		把握可能感		処理可能感		有意味感		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
2019年	1年	ない (n=219)	52.61	10.40	18.33	4.76	15.76	3.98	18.52
		ある (n=224)	49.68	9.52	17.08	4.29	14.84	3.77	17.76
	2年	ない (n=172)	52.48	9.10	18.83	4.32	16.26	3.44	17.38
		ある (n=224)	48.78	9.68	17.24	4.81	14.82	3.91	16.71
2020年	2年	ない (n=208)	51.66	9.94	18.17	4.68	16.13	3.79	17.36
		ある (n=176)	48.16	10.59	16.91	4.60	14.73	4.02	16.52
	3年	ない (n=221)	52.25	10.45	18.80	4.77	15.99	3.90	17.46
		ある (n=164)	49.26	10.97	17.32	5.00	15.19	4.19	16.76

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

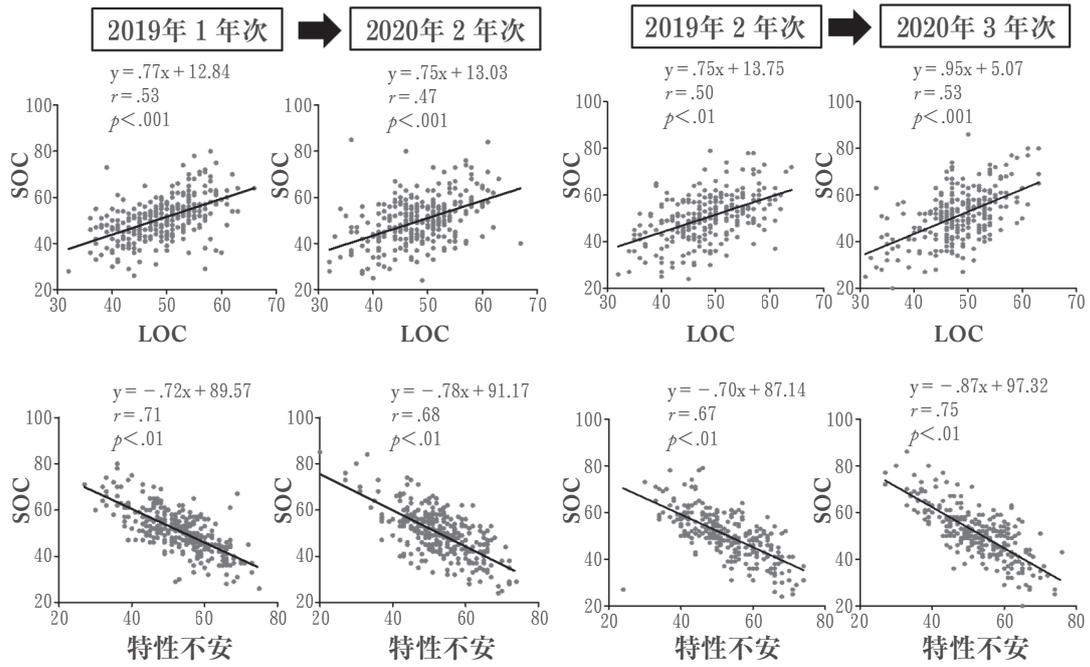


図1 LOC, 特性不安と, SOC の関係性と経年変化

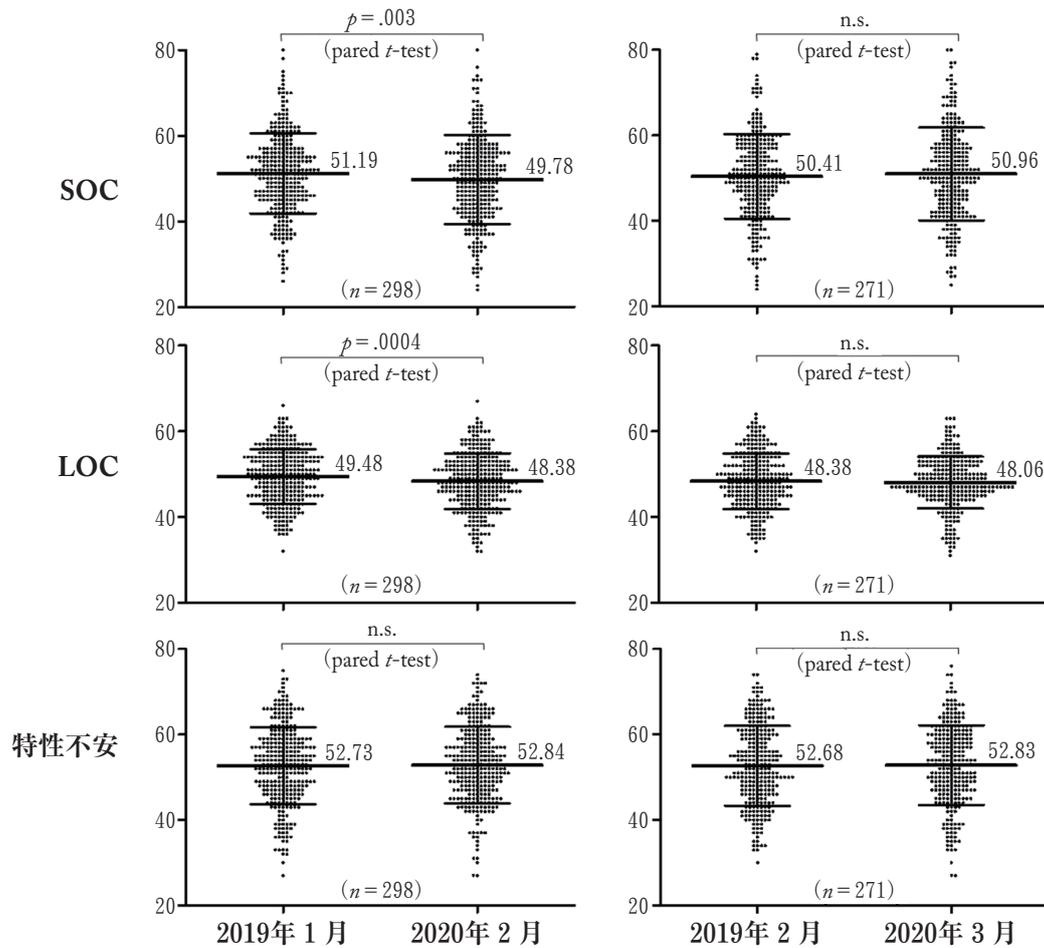


図2 2019年から2020年のSOC, LOC, 特性不安の推移

有意差がなかったが、SOC低下群でLOCは低下 (-.78) しており、SOC上昇群にはLOCの低下はなく、僅かではあるが上昇 (.03) していた。特性不安は、低学年の変化 (1年次→2年次) と高学年の変化 (2年次→3年次) とともに、SOC低下群のほうが上昇群に比べ有意に上昇していた ($p < .001$) (表2)。

3. 看護専門学校生のSOCの発達と対処方略

SOCの発達と対処方略の関係を調べるために、SOCの得点が低下した学生を「低下群」、SOCの得点が同じもしくは上昇した学生を「上昇群」とした2群に分け、対処方略の8つの下位因子の得点の伸長の平均値を比較するためにt検定を行った。1年次から2年次では、SOC低下群、上昇群ともに「情報収集」「計画立案」「カタルシス」の対処方略が低下していた。SOC上昇群では低下群と比べ有意に「肯定的解釈」「気晴らし」が上昇し、SOC低下群では「放棄・諦め」「責任転嫁」が上昇群と比べ有意に高かった。2年次から3年次では、SOC低下群、上昇群ともに「情報収集」「計画立案」「気晴らし」は上昇しており、問題解決型の対処方略がとれるようになった。SOC低下群では「責任転嫁」が上昇群に比べ有意に高かった。1年次から2年次では問題解決型の対処方略がとれていなかったが、2年次から3年次ではとれるようになっており、SOCが低下した学生は問題回避型の対処行動を多く

とっているが、SOCが上昇した学生は「責任転嫁」をとらなくなっていた (表3)。

看護専門学校生の対処方略の経験が、SOCの発達にどのような影響を与えているのかを明らかにするために、低学年 (1年次から2年次) と高学年 (2年次から3年次) の縦断的变化から、SOCの下位概念である「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」の発達とTAC-24の8つの因子の伸長を重回帰分析にて確かめた。

「把握可能感」の発達に影響する要因について、低学年では「肯定的解釈」「放棄・諦め」が当てはまり、「肯定的解釈」が伸びると「把握可能感」が伸び、「放棄・諦め」が伸びると「把握可能感」が低下した (表4)。高学年では「計画立案」と「情報収集」が当てはまり、2年から3年次にかけて「計画立案」が伸びることで「把握可能感」が伸び、「情報収集」が伸びることで「把握可能感」が低下した (表5)。

「処理可能感」の発達に影響する要因は低学年のみに有意であった。「肯定的解釈」が伸びると「処理可能感」は伸び、「責任転嫁」が伸びると「処理可能感」は低下した。 (表6)。

「有意味感」の発達に影響する要因について、低学年では「肯定的解釈」が当てはまり、「肯定的解釈」が伸びることで有意味感が伸びた (表7)。高学年では「肯定的解釈」「計画立案」「責任転嫁」が当てはまり、「肯定的解釈」

表2 SOC伸長低下・上昇群による性格特性 (LOC, 特性不安) の伸長の関係

	SOC伸長	LOC		特性不安	
		伸長	標準偏差	伸長	標準偏差
1年次→2年次	低下群 (n=165)	-1.67	5.14	2.80	7.02
	上昇群 (n=133)	-.38	5.36	-3.23	6.54
2年次→3年次	低下群 (n=117)	-.78	5.97	3.08	7.25
	上昇群 (n=154)	.03	5.49	-2.06	6.43

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表3 SOC伸長2群による対処方略の伸長の比較

SOC伸長 2群	問題解決・サポート希求			問題回避		肯定的解釈と気晴らし			
	情報収集	計画立案	カタルシス	放棄・諦め	責任転嫁	回避的思考	肯定的解釈	気晴らし	
1年次→2年次	低下群 (n=165)	-.34	-.39	-.51	.83	.61	-.32	-.72	-.40
	上昇群 (n=133)	-.17	-.04	-.06	.09	-.05	-.23	.23	.27
2年次→3年次	低下群 (n=117)	.49	.03	.05	.51	.77	-.38	-.30	.26
	上昇群 (n=154)	.12	.49	-.03	-.05	-.16	.05	.08	.01

* $p < .05$, ** $p < .01$ (標準偏差)

と「計画立案」が伸びることで「有意味感」が伸び、「責任転嫁」が伸びると「有意味感」が低下した(表8)。

に影響を受け、SOCが低下したり上昇したりしていることが明らかになった。学年が上がるとストレスからの影響は少なくなり、LOCと特性不安からの影響が強くなった。学生がとった対処方略の経験のうち「肯定的解釈」「計画立案」「放棄・諦め」「責任転嫁」がSOCの発達に影響を及ぼしていたという結果から、以下に考察を行う。

IV. 考 察

看護専門学校生のSOCは、ストレス、LOC、特性不安

表4 「把握可能感」の伸びの要因(低学年：1年次→2年次)

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.061	.254		.240	.810
肯定的解釈	.320	.095	.191	3.374	.001
放棄・諦め	-.235	.098	-.136	-2.399	.017

従属変数：把握可能感 $R^2 = .053$ 調整済み $R^2 = .046$

表5 「把握可能感」の伸びの要因(高学年：2年次→3年次)

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.241	.280		.86	.391
計画立案	.386	.135	.190	2.863	.005
情報収集	-.215	.109	-.131	-1.969	.050

従属変数：把握可能感 $R^2 = .032$ 調整済み $R^2 = .025$

表6 「処理可能感」の伸びの要因(低学年：1年次→2年次)

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.229	.218		1.051	.294
責任転嫁	-.345	.100	-.196	-3.471	.001
肯定的解釈	.201	.082	.138	2.446	.015

従属変数：把握可能感 $R^2 = .056$ 調整済み $R^2 = .050$

表7 「有意味感」の伸びの要因(低学年：1年次→2年次)

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	-1.219	.202		-6.038	.000
肯定的解釈	.348	.077	.254	4.517	.000

従属変数：把握可能感 $R^2 = .064$ 調整済み $R^2 = .061$

表8 「有意味感」の伸びの要因(高学年：2年次→3年次)

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.294	.201		1.464	.144
肯定的解釈	.429	.091	.273	4.708	.000
責任転嫁	-.426	.081	-.289	-5.256	.000
計画立案	.218	.092	.137	2.366	.019

従属変数：有意味感 $R^2 = .197$ 調整済み $R^2 = .188$

1. ストレスと性格特性がSOCに及ぼす影響

これまで、看護学生のストレスについての文献は大学生を対象としたものが多く、「看護学実習」に関するストレスが多く取り上げられている。臨地実習において学生が抱えている困難感、基礎実習、成人実習ともに「看護援助の実施」、「カンファレンスの運営と討議」、「看護過程の展開」が高く（中本ほか、2015）、SOCの低い学生は高い学生に比べて、病棟指導者への連絡をストレスと感じる割合が高いこと、回避型行動をとる割合が高いことが明らかになっている（臼井・金子・樺野、2014）。これらのように、看護専門学校生も、臨地実習やそれに伴う技術、知識、対人関係に対するストレスが大きいことが推察される。

本研究においても、先行研究と同様に、2、3年次では臨地実習に関するストレスが多く、対人関係や実習記録物による睡眠不足などがあがっており、1、2年次生では学習・課題に対するものが最も多く、学習面での困難さがストレスになっている。そして、ストレスを抱えた学生のSOCは低く、そのうちストレスがある学生はストレスがない学生よりも「把握可能感」が有意に低かったことから、自分自身の状況把握ができないため対処方法がわからず、回避型行動につながっていたと考えられる。しかし、3年次での「処理可能感」はストレスの有無に有意差がなかったことから、高学年になると様々な経験をすることで対処の見通しがつくようになって考えられる。そして、人生には意味があり挑戦であるという「有意味感」という根本的な価値は多少のストレスでは揺らがなかったため、ストレスの程度や捉え方によってSOCは変動し、ストレスの認知評価にかかわる部分で働いていることが示唆される。

性格特性であるLOCと特性不安について、それぞれにSOCとの関係が深く、学生個人の性格特性の側面からのサポートが必要になることがわかる。馬場・安東（2018）は、積極的に取り組む学生は自己効力感、自尊感情とLOCが高かったと述べ、田代・星山（2010）は、内的統制群は自己教育力が高かったと述べている。またSOCが高い人は、職業志望動機、自己充實的達成動機、自己肯定意識、精神的健康度、希望、現在の充実感、過去受容、相互独立的自己観が高い傾向にあり、抑うつ症状の軽減になる可能性があることが指摘されている（本江・高橋・古市、2011；大澤・松下、2012；大鳥・福島、2017；志渡ほか、2011；高橋・古市・本江・鹿村、2012）。これらのことから、自己効力感、自尊感情を高めることは内的統制傾向を高めることができるといえる。そして、LOCは加齢により内的統制傾向の減少が指摘されているように（鎌原・樋口、1987）、1年次から2年次のSOC低下群と上昇群、2年次から3年次のSOC低下群がともに外的統制傾向になったことは、学年進行によるものと考えられた。し

かし、2年次から3年次のSOC上昇群では僅かではあるがLOCが上昇していたことから、3年次生では、責任感を持つ、他人のせいにはしないなどの内的統制傾向への自己変容ができる可能性が示唆された。特性不安は変動がないとされており（岩本ほか、1989；清水・今栄、1981）、内的統制志向は自律性に寄与し外部からコントロールされるものではない（小谷野、2001）ため、自分自身の特性不安や統制の所在がどこにあるのかを認識しておくことは、ストレスによる害を受ける程度がある程度予測でき、ストレスに対処する準備ができるようになると推察する。

2. SOCの発達に影響を及ぼす対処方略

看護専門学校生のSOCは、1年次から2年次にかけて有意に低下し、2年次から3年次にかけては緩やかに上昇した。入学時から環境が変わり、学習、対人関係などの新たなストレスが多くなり「把握可能感」「処理可能感」が低下していたこと、LOCも有意に低下していたことから、新たに加わったストレスに対処することができなかったことがわかる。しかし、高学年になると学生生活が安定することで、ストレスにも対処できるようになってきた。SOCの低下は、ストレスの多さや内的統制傾向の減少が影響していた。学年進行により外的統制傾向になったが、「有意味感」は学年を通して変化がなかったことから、内的統制志向の考え方や人生の価値観ややりがいは、意図的な行動変容ができる可能性があり、SOCの発達を助ける要因になると考察する。高島・大江・五木田・渡部（2010）は、臨地実習中の実習達成感が高まった群はSOCの値が有意に高かったと述べている。また、山中・平賀・藤原・中本・三浦（2021）は、成人看護学実習中の精神健康度は、SOC低下群のほうが有意に低かったと述べている。自己を内的統制傾向にすることは、意識を自分自身に向け、自分の能力や努力によって結果を出すことで自己効力感が高まり、さらに精神健康度も高まることでSOCの発達を促すことができると考える。

ストレスが多くかかっていた1年次から2年次は、「問題回避」の対処方略を多くとっていた。これは、環境に慣れないことや、対人関係の構築不十分、経験不足などから、今までと異なったストレスに遭遇し対処方略の予測が立たずストレス対処が困難だったことが考えられる。2年次から3年次は、対処方略がとれるようになっており、SOCが上昇した学生は「責任転嫁」をとらなくなっていた。これは、3年次生になると「責任感」が備わってくることを示唆している。SOCの発達を促すには「肯定的解釈」「計画立案」の対処方略が関係していたことから、入学時より、物事を肯定的に考え悪い面よりも良い面を見つけられること、学年が進行することで原因を検討し対

策がとれるようになる学生の存在が確認できる。そして、SOCの発達を低下させる対処方略は「情報収集」「放棄・諦め」「責任転嫁」であったことから、経験者や力のある人に頼らず、諦めずに責任ある行動がとれるような教育が必要になってくる。

SOCの下位概念である「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」は、自分の生活や人生について何が問題で何が起ころうとしているのか理解できるという感覚、問題が起きたときや自分自身の課題に対処する方法を持っておりいつでも実行できるという感覚、直面する問題には自分自身にとって意味のあることで努力のしがいがあると感じる感覚であり、これらの感覚はストレスや危機から自らを守るだけでなく豊かな人生を送るための糧となる。アントノフスキーは、「一貫性のある経験」「バランスのとれた負荷の経験」「結果形成の参加の経験」をすることがSOCの強化・向上に関係する(戸ヶ里, 2017, pp.63-80)という仮説も立てており、良質な経験ができるような教育が理想である。そのためには、学校生活全体を理解できこれから起こるであろう出来事がある程度予測できる経験、直面する様々な問題に対し柔軟に対応できる経験、自分自身にとって価値ややりがいがあると感じる経験を増やすことが、SOCを発達させるという示唆を得た。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、2年間にわたる縦断研究を行ったものの、同一学年の3年間ではなく1年次から2年次、2年次から3年次の学生の推移から3年間の看護専門学校生のストレス対処の変化を検討した。2年目の調査は新型コロナウイルス感染症が蔓延し始めたという環境の変化があったことにより、環境の変化によるストレスの負荷があった可能性は否めない。

看護専門学校生は、3年間で必要な単位を修得しなければならぬため時間的余裕がなく、他の一般教養を身につける余裕がないといった現状がある。2022年より看護教育のカリキュラムが改正され、卒業までの修得単位は98単位から102単位に変更となった。学習面の困難さや課題が多いことにストレスを感じている看護専門学校生にとっては、修得単位が増えることによりさらに負担が大きくなることが推察される。学習面でのサポートを行ううえでも学生個人の性格特性に配慮したかわりが必要である。そのような看護専門学校生には、学生生活を送るうえでSOCの育成が必要であると考え、具体化されたものはまだ見当たらない。3年間の学生生活の中で、「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」が得られるような良質な経験を取り入れていく必要がある。

結 語

看護専門学校生のSOCは、ストレスや性格特性に大きく影響を及ぼしていたことが明らかになり、学生個人に応じた心理的援助が必要となってくる。そして、学生が経験してきたストレス対処方略は、「肯定的解釈」「計画立案」がSOCの発達を促し、「放棄・諦め」「責任転嫁」はSOCの発達に負の影響を及ぼしていた。これらは、SOCの3つの下位概念である「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」にも該当し、これらが発達させるためには「自分自身の生活全体を理解、予測できる経験」「様々な問題に対し柔軟に対応できる経験」「自分自身にとって価値ややりがいを感じる経験」が必要である。そういった様々な経験を増やすことが、SOCを発達させるという示唆を得た。

謝 辞

2年間にわたり調査研究に快く協力してくださいました、看護専門学校の先生方、および看護専門学校生の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、山口県立大学大学院健康福祉学研究科に提出した博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

- Antonovsky, A. (1987) / 山崎喜比古・吉井清子監訳 (2001). *健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム*. 東京：有信堂高文社.
- 馬場美幸, 安東由佳子 (2018). 看護学生における臨地実習への取り組みに対する積極性に関連する要因の検討. *日本看護福祉学会誌*, 23(2), 79-91.
- 本江朝美, 高橋ゆかり, 古市清美 (2011). 看護学生のSense of Coherenceと自己および他者に対する意識との関連. *上武大学看護学部紀要*, 6(2), 1-8.
- 岩本美江子, 百々栄徳, 米田純子, 石居房子, 後藤 博, 上田洋一, 森江堯子 (1989). 状態一特性不安尺度 (STAI) の検討およびその騒音ストレスへの応用に関する研究. *日本衛生学雑誌*, 43(6), 1116-1123.
- 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二 (1995). 対処方略の3次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成. *教育相談研究*, 33, 41-47.
- 鎌原雅彦, 樋口一辰 (1987). Locus of Controlの年齢的变化に関する研究. *教育心理学研究*, 35(2), 177-183. https://doi.org/10.5926/jjep1953.35.2_177

- 鎌原雅彦, 樋口一辰, 清水直治 (1982). Locus of Control尺度の作成と, 信頼性, 妥当性の検討. *教育心理学研究*, 30(4), 302-307. https://doi.org/10.5926/jjep1953.30.4_302
- 小谷野康子 (2001). 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析: 急性期病棟の看護婦を対象にして. *聖路加看護大学紀要*, 27, 1-9.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) / 本明 寛, 春木 豊, 織田正美 監訳 (2000). *ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究*. (pp.313-316). 東京: 実務教育出版.
- 中本明世, 伊藤朗子, 山本純子, 松田藤子, 門 千歳, 横溝志乃 (2015). 臨地実習における学生の困難感の特徴と実習状況による困難感の比較: 基礎看護学実習と成人看護学実習の比較を通して. *千里金蘭大学紀要*, 12, 123-134.
- 中里克治, 水口公信 (1982). 新しい不安尺度STAI 日本版の作成: 女性を対象とした成績. *心身医学*, 22(2), 107-112. https://doi.org/10.15064/jjpm.22.2_107
- 小粥宏美 (2014). 看護学生を対象としたストレスマネジメントプログラムの開発に関する研究. *明治大学大学院文学研究科博士論文*, 1-242. <http://hdl.handle.net/10291/16699> (参照2020年9月25日)
- 大澤優子, 松下年子 (2012). 精神看護学実習前後における学生のSOC (首尾一貫感覚) の変化. *埼玉医科大学看護学科紀要*, 5(1), 1-7.
- 大鳥和子, 福島和代 (2017). 看護大学生の職業志望動機とストレス. *心身健康科学*, 13(2), 62-71. <https://doi.org/10.11427/jhas.13.62>
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- 志渡晃一, 澤目亜希, 上原高紘, 佐藤徹光, 池森康裕, 長谷川聡 (2011). 首尾一貫感覚 (SOC) と抑うつ症状との関連: 高等教育機関に所属する学生を対象として. *北海道医療大学看護福祉学部紀要*, 18, 43-48.
- 清水秀美, 今栄国晴 (1981). STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY の日本語版 (大学生) の作成. *教育心理学研究*, 29(4), 348-353. https://doi.org/10.5926/jjep1953.29.4_348
- Suga, K., Usami, C., Oguro, Y., Sakakibara, C., Ishii, N. (2011). Relationship between sense of coherence and stress coping strategy in nursing students: Change before and after clinical training. *医学と生物学*, 155(7), 424-432.
- 高橋ゆかり, 古市清美, 本江朝美, 鹿村真理子 (2012). 看護学生におけるストレス対処能力と抑うつ傾向の心理社会的要因との関連: 職業的アイデンティティの視点から. *日本看護学会論文集 (精神看護)*, 42, 214-217.
- 高島尚美, 大江真琴, 五木田和枝, 渡部節子 (2010). 成人看護学臨地実習における看護学生のストレスの縦断的变化: 心理的ストレス指標と生理的ストレス指標から. *日本看護研究学会雑誌*, 33(4), 115-121.
- 田代マツコ, 星山佳治 (2010). 看護学生の自己教育力に影響を及ぼす要因: Locus of Controlからみた影響. *日本看護学会論文集 (看護教育)*, 40, 110-112.
- 戸ヶ里泰典 (2017). 第3章 人生経験によってSOCはどう変わるか. 山崎喜比古 (監修), 戸ヶ里泰典 (編), *健康生成力SOCと人生・社会: 全国代表サンプル調査と分析*. (pp.63-80), 東京: 有信堂高文社.
- 戸ヶ里泰典 (2008). 第4章 成人のSOCは変えられるか. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編). *ストレス対処能力SOC*. (pp.55-67), 東京: 有信堂高文社.
- 白井麻里子, 金子さゆり, 縦野香苗 (2014). 看護学生のストレス対処能力と基礎看護学実習におけるストレス要因との関連. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 13, 27-35.
- 山中政子, 平賀元美, 藤原尚子, 中本明世, 三浦恭代 (2021). 成人看護学実習を受ける学生の実習前のSense of Coherenceと実習中の精神健康度・身体症状・生活状況・社会的状況の関連性. *天理医療大学紀要*, 9(1), 35-41.
- 山崎喜比古 (2009). ストレス対処能力概念SOCの保健医療社会的含蓄とチャレンジ. *保健医療社会学論集*, 19(2), 43-55. https://doi.org/10.18918/jshms.19.2_43
- 山崎喜比古 (2014). 東京大学健康社会学・健康教育学同窓ネット. 日本語版sense of coherence (SOC) 尺度とその使い方について. 2014年8月. <https://hlth-soc.net/soc/> (参照2020年9月25日)

〔2022年7月11日受付〕
〔2023年3月11日採用決定〕

Yearly Changes in the Sense of Coherence of Nursing School Students in Relation to Nursing Education: First Report: Effects of Personality Traits and Stress-Coping Strategies on Sense of Coherence

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 755-765
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230311214>

Yukiko Yamamoto, PhD, RN¹, Makiko Tanaka, PhD, RN²

¹Oshima Nursing School, Yamaguchi, Japan, ²Yamaguchi Prefectural University, Yamaguchi, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the factors that influenced nursing school students' sense of coherence (SOC) from the viewpoints of stress, locus of control (LOC), and specific anxiety. Furthermore, we aim to find a coping strategy to develop SOC from the longitudinal changes in SOC. **Method:** A two-year cohort study was conducted with first- (587: 298 respondents) and second-year (594: 271 respondents) nursing school students from a three-year course. The questionnaire survey on SOC, LOC, characteristic anxiety, and coping strategies (TAC-24) was based on a three-dimensional (3D) model. **Results:** It was revealed that nursing school students' SOC was affected by stress, LOC, and trait anxiety. Furthermore, SOC changed according to the grade. In the third grade, the effect of stress decreased, whereas that of LOC and trait anxiety increased. Among the coping strategies adopted by students, "positive interpretation," "planning," "abandoning/giving up," and "passing on responsibility" were shown to affect the growth of SOC. **Conclusions:** SOC decreases under much stress. However, students can prepare to deal with stress by understanding their own personality traits. Development of SOC requires experience in understanding and predicting one's entire life, in responding flexibly to various problems, and in appreciating and rewarding oneself.

Key words

stress coping, sense of coherence, nursing education, nursing school student

Correspondence: Y. Yamamoto. Email: yukigon@rose.plala.or.jp

看護師経験5年以上の ジェネラリスト看護師における キャリア・プラトーの類型化とその特徴

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 767-776
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230327218>

川口賀津子¹, 鳩野洋子²

¹福岡国際医療福祉大学看護学部看護学科, ²九州大学大学院医学研究院保健学部門

要旨

目的：看護師経験5年以上の女性ジェネラリスト看護師におけるキャリア・プラトーの類型化とその特徴を明らかにする。方法：看護師経験5年以上の女性ジェネラリスト看護師1,637名に無記名自記式質問紙調査を実施した。キャリア・プラトー化尺度得点を、ユークリッド距離・Ward法にて階層的クラスター分析後、Kruskal-Wallis検定とBonferroniの修正、 χ^2 検定と残差分析を行った。結果：732名（有効回答率44.7%）分を分析した結果、「ダブルプラトー型」「階層プラトー型」「ノン・プラトー型」「内容プラトー型」に分類され、年齢・看護師経験年数・勤務病院の在籍年数・子どもの有無・学習意欲・職場の人間関係で有意差を認めた。結論：看護師個々の背景やキャリア・プラトーの類型と特徴を考慮し、プラトー化の早期発見と個人に合わせたキャリア発達への早期介入の重要性が示唆された。

キーワード

ジェネラリスト看護師, キャリア・プラトー, 階層プラトー, 内容プラトー, クラスター分析

責任著者：川口賀津子。Email: kawaguti@takagigakuen.ac.jp

緒言

キャリア発達に関する諸研究は、人々のライフサイクルの段階と平行して研究されることが少なくない（小野, 2003, p.3）。Levinson (1978/1980) や Schein (1978/1991) は、キャリア発達の段階を年代に沿わせて区分している。日本における看護職のキャリア発達の研究は、草刈 (1996) の「看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究」を皮切りに、看護職のキャリア志向（坂口, 1999）や、キャリア発達への影響要因と発達過程（水野・三上, 2000）が報告されている。その後、辻ほか (2007) により、看護実践能力の発達過程は直線的な伸びではなく、S字型曲線のように停滞時期があることが明らかにされ、キャリア中期以降の看護師におけるマンネリ化や停滞、およびその抑制について研究されるようになった（中本・矢田・三谷・片山・細名, 2018；関, 2015）。

キャリアが停滞する状態はキャリア・プラトー現象と呼ばれ、FERENCE, et al. (1977, p.602) の「現在の職位以上の職階上の昇進の可能性が非常に低いキャリア上の地位」の定義が多く用いられてきた。しかしこれは、組織における昇進に限定したキャリアの停滞を捉えており、現在では階

層プラトー現象と呼ばれている（山本, 2016）。

一方、Bardwick (1986/1988, p.86) は、階層プラトー現象に当たる外的プラトー現象の他に、職務の挑戦性の停滞を示す内的プラトー現象として、「長期に同一職務に携わることによって仕事をすっかり習得してしまい、基本的に新たに学習することがなくなった時に起こり、どうにもやる気が起きない状態」を指摘し、これを山本 (2016) は内容プラトー現象と呼んでいる。また、Schein (1978/1991, pp.38-42) は、組織内キャリア発達モデルを基に、階層次元の移動（昇進）、職能次元の移動（職務の広がり）、中心性の移動（役割の重要性の増加）の3次元でキャリア発達を説明している。そして今日、キャリア・プラトー現象は、昇進の停滞を示す階層プラトー現象と、職務の挑戦性の停滞を示す内容プラトー現象の2つで捉えることが多い（山本, 2016；Yang, Niven, Johnson, 2019）。

また、キャリア・プラトー現象は「人生のあらゆる段階に様々な形で現れるごく自然な現象」（Bardwick, 1986/1988, p.9）であるが、特に内容プラトー現象は、看護職のような専門職のキャリア発達に密接に関係する（山本・松下・田中・吉田, 2012）ため、注視する必要がある。看護師のキャリア・プラトー現象が長期化あるいは深

刻化することは、職務満足の低下や離職行動につながる可能性が高い(大賀・吾妻, 2018; Zhu, Xu, Jiang, Li, 2021)。

日本の看護師におけるキャリア・プラトー研究の多くは中堅看護師を対象に行われ、プラトー化の影響要因やその対策について報告されている(大賀・吾妻, 2018; 齋藤・松下・吉川, 2020; 関, 2015; 辻ほか, 2007)。これらの研究や中堅看護師を対象とした研究において、中堅看護師の一貫した定義はない(小山田, 2009)ものの、概ね看護師経験5年以上45歳以下で、役職のない看護師とされていた。また、プラトー化の促進要因として、年齢の高さ、女性であること、スタッフナースであること、同一部署勤務による刺激のなさや看護実践能力の伸び悩みなどが報告され、抑制要因としては、承認・支持が得られること、教育・研修の機会があること、チームワークの良さ、患者・家族との関係の良さ、生活サポートがあること(ワークライフバランスへの配慮等)が明らかにされている。

しかしながら、キャリア・プラトー現象は、人生のあらゆる段階に現れる(Bardwick, 1986/1988, p.9)といわれているため、中堅看護師だけでなく、それ以上に年齢を重ねた経験を積んだ看護師もプラトー化している可能性がある。中間管理職を含む20~50代看護師を対象にした、高山・佐々木(2021)の研究によれば、階層プラトー化の促進要因は年齢の高さであり、抑制要因は、昇進願望やキャリアの方向性の有無であった。また、内容プラトー化の抑制要因は、昇進機会の満足感、上司との人間関係の満足感、職位の有無、研修参加意欲の高さ、キャリア相談部門の有無などであった。以上の先行研究から、年齢の高さや役職のなさがジェネラリスト看護師のプラトー化を促進させることが明らかになっているが、看護師経験5年以上で50歳代を含むジェネラリスト看護師のキャリア・プラトー現象に焦点を当てた研究はない。

看護師経験5年以上のジェネラリスト看護師は、看護部組織の中で大多数を占め、看護の質を決定する重要な人材である。そのため、これらの看護師が長期あるいは深刻なキャリア・プラトーに陥ることがないようにすることは、質の高い看護実践に直結すると考えられる。

そのため本研究では、看護師経験5年以上の女性ジェネラリスト看護師を対象に、階層プラトー化と内容プラトー化の両面から見たキャリア・プラトー状況を類型化し、その特徴を明らかにする。類型化された看護師の特徴を知ること、プラトー化の抑制を必要とする看護師を早期に発見し、速やかにキャリア発達支援の介入につなげることが期待できる。

なお今回は、研究対象者を女性に限定した。これは病院での就業看護師のうち、女性の割合が約93%(厚生労働省衛生行政報告, 2016)と圧倒的に多いことに加え、性別に

伴うライフイベントの違いによるプラトー化への影響を考慮したためである。

I. 研究目的

看護師経験5年以上の女性ジェネラリスト看護師におけるキャリア・プラトーの類型化とその特徴を明らかにする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

- (1) ジェネラリスト看護師：臨床現場で直接患者にケア提供を行う看護師で、管理者やスペシャリストでない看護師とする。
- (2) キャリア・プラトー現象：職務上の昇進や仕事を通じた自己の成長、やりがいなどが停滞していると認知している状態とする。また、大賀・吾妻(2021)が述べているように、先行研究では、プラトー現象、キャリア・プラトー、キャリア・プラトー化などと同義で使われてきたが、本論文では「キャリア・プラトー」として論じる。

2. 対象者と調査方法

全国の200床以上の病院に勤務する看護師経験5年以上の女性ジェネラリスト看護師1,637名を対象とした。JMAP地域医療情報システムに登録のある病院中、各都道府県の病院数・設置主体・病床数を勘案し層化抽出した320病院の看護部長に研究参加依頼の書類を送付した。その後、承諾の得られた71病院に対して無記名自記式質問紙調査票を送付し、看護部長を通じて研究対象者に配布した。回答済の調査票を対象者個々の自由意思で返信するよう依頼した。調査期間は、2017年12月から2018年3月であった。

3. 調査内容

- (1) 対象者の属性：年齢、看護師経験年数、学歴、婚姻状況、子どもの有無、介護の有無、今まで勤務した病院数、勤務病院の在籍年数、勤務部署の在籍年数
- (2) 勤務病院の特徴：設置主体、病床数
- (3) 学習意欲：勤務病院内での研修参加状況、院外研修の参加希望の有無
- (4) 職場の人間関係：勤務部署の看護師長との関係、中堅看護師との関係、新人看護師との関係について「良い(4点)・まあまあ良い(3点)・あまり良くない(2点)・良くない(1点)」の4段階でたずねた。
- (5) キャリア・プラトー：山本ほか(2012)が開発した

キャリア・プラトリー化尺度を用いて測定した。本尺度は、内容プラトリー化と階層プラトリー化の2下位尺度からなり、既に信頼性と妥当性が実証された尺度である。内容プラトリー化尺度は、「私は現在の仕事から大いに刺激を受けている」「私は現在の仕事において大いに学び成長する機会がある」「私の現在の仕事は、能力と知識の増進が絶えず必要とされる」の3項目である。階層プラトリー化尺度は、「私は将来、頻繁に昇進することが予想される」「私はこの施設で、現在の職位以上に昇進するチャンスがある」「私はこの施設で昇進する多くのチャンスを大いに期待している」の3項目である。評価は、「5：当てはまる」から「1：当てはまらない」の5段階リッカート法で得点化した。2下位尺度とも得点が高い程プラトリー化していない（得点が低い程プラトリー化している）ことを示す。

なお、属性の調査項目のうち、「今まで勤務した病院数、勤務病院の在籍年数、勤務部署の在籍年数」は、内容プラトリー化には長期の同一職務が影響する（Bardwick, 1986/1988, p.86）とされているため項目に含めた。また、「学習意欲」「職場の人間関係」は、複数の研究において影響要因（水野・三上, 2000；齋藤ほか, 2020；高山・佐々木, 2021）とされているため調査項目とした。

4. 分析方法

調査データについて記述統計を行った。キャリア・プラトリー化尺度結果の信頼性を確認するためクロンバック α 係数を求めた。キャリア・プラトリー化尺度の得点を、ユークリッド距離・Ward法を用いた階層的クラスター分析（以後、クラスター分析）を行い、出力されたデンドログラムを参照しクラスター数を決定した。正規性検定にてキャリア・プラトリー化尺度得点が正規分布ではなかったため、Kruskal-Wallis検定とBonferroniの修正にて、各群の得点比較を行うとともに、各群の命名を行った。

次に、各群に分類されたジェネラリスト看護師の特徴を明らかにするために、年齢・看護師経験年数・今までに勤務した病院数・勤務病院の在籍年数・勤務部署の在籍年数について、Kruskal-Wallis検定とBonferroniの修正による多重比較を行った。

勤務病院の設置主体・病床数・学歴・婚姻状況・子どもの有無・介護の有無・院内研修の参加状況・院外研修の参加希望の有無・職場の人間関係（看護師長・中堅看護師・新人看護師）は、 χ^2 検定と残差分析を行った。分析には、統計ソフトSPSS Statistics25を使用し、有意水準は5%（両側）とした。

5. 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受け（承認番号：17-Ifh-32）実施した。キャリア・プラトリー化尺度の使用に関しては、開発者の承諾を得た。調査協力依頼の際は、対象病院の看護部長に調査目的、方法、個人情報保護などについて文書で説明した。研究参加者には、研究目的や方法、自由意思による参加であり参加の拒否による不利益はないこと、結果は個人情報保護に留意し統計的に処理され個人が特定されないこと、研究結果の公表などについて文書で説明した。また、調査票の配布は看護部長に依頼したが、回収は看護師個々の自由意思で郵送する方法とした。無記名の調査票であるため、その返信をもって調査に同意したとみなすことを説明文書に明記した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要（表1）

1,637名に質問紙調査票を配布後、返信された815名の回答（回収率49.8%）のうち、全項目に欠損値のない732名分のデータを有効とした（有効回答率44.7%）。対象者の属性、勤務病院の特徴、学習意欲、職場の人間関係に関する調査結果を表1に示す。

対象者は全員女性で、平均年齢は45.1±9.4歳（平均値±標準偏差、以下同じ）、看護師経験年数は18.4±9.2年であった。今までに勤務した病院数は2.0±1.3、勤務病院の在籍年数は14.1±9.0年、勤務部署の在籍年数は4.9±3.7年であった。

2. キャリア・プラトリー化尺度得点に基づく対象者の類型化と命名（表2）

内容プラトリー化尺度と階層プラトリー化尺度のクロンバック α 係数は、それぞれ.824、.839であり信頼性が確認された。内容プラトリー化得点の平均は11.9±2.2点で、階層プラトリー化得点の平均は6.0±2.6点であった。

クラスター分析で出力されたデンドログラムから、A群124名（16.9%）、B群252名（34.4%）、C群143名（19.5%）、D群213名（29.1%）の4群に分類された。（図1）

内容プラトリー化得点は、C群・B群・D群・A群の順に高く、4群全ての群間に有意差が認められた。階層プラトリー化得点は、C群・D群・A群・B群の順に高く、A群とB群間、C群とD群間以外の群間に有意差が認められた。

A群は、内容プラトリー化得点が最も低く、階層プラトリー化得点もB群と有意差なく低かったため「ダブルプラトリー型」と命名した。B群は、階層プラトリー化得点最も低

表1 対象者の属性と背景

		N=732	
項目		n	%
性別	女性	732	100.0
	男性	0	0.0
年齢 (歳)	Mean = 45.1 (SD=9.4)		
	25-29	137	18.7
	30-39	91	12.4
	40-49	353	48.2
	50-59	151	20.7
看護師経験年数	Mean = 18.4 (SD=9.2)		
	5-9	209	28.6
	10-19	143	19.6
	20-29	280	38.2
	30-40	100	13.6
学歴	専門学校3年課程	479	65.4
	短期大学3年課程	53	7.2
	大学	69	9.4
	大学院	4	0.5
	その他	127	17.3
婚姻状況	既婚	421	57.5
	未婚	248	33.9
	離婚	63	8.6
子ども	有	391	53.4
	無	341	46.6
介護の有無	有	61	8.3
	無	671	91.7
今までに勤務した病院数	Mean = 2.0 (SD = 1.3)		
	1	357	48.8
	2	186	25.4
	3	108	14.8
	4以上	81	11.1
勤務病院の在籍年数	Mean = 14.1 (SD = 9.0)		
	1-9	321	43.8
	10-19	177	24.2
	20-29	184	25.2
	30-40	50	6.8
勤務部署の在籍年数	Mean = 4.9 (SD = 3.7)		
	1-4	412	56.3
	5-9	240	32.8
	10-14	57	7.8
	15-20	23	3.1
勤務病院の設置主体	国公立大学法人	73	10.0
	独立行政法人国立病院機構	169	23.1
	都道府県・市町村	199	27.2
	私立学校法人	38	5.2
	医療法人 (社会医療法人を含む)	152	20.8
その他 (日赤・済生会を含む)	101	13.8	
勤務病院の病床数	200-300	151	20.6
	301-500	254	34.7
	501-800	264	36.1
	801以上	63	8.6
院内研修の参加状況	全部に参加	168	23.0
	ほとんど参加	228	31.1
	あまり参加しない	329	44.9
	参加しない	7	1.0
院外研修の参加希望の有無	有	441	60.2
	無	291	39.8
看護師長との人間関係	良い	197	26.9
	まあまあ良い	451	61.6
	あまり良くない	62	8.5
	良くない	22	3.0
中堅看護師との人間関係	良い	198	27.0
	まあまあ良い	507	69.3
	あまり良くない	25	3.4
	良くない	2	0.3
新人看護師との人間関係	良い	136	18.6
	まあまあ良い	530	72.4
	あまり良くない	47	6.4
	良くない	19	2.6

かったため「階層プラトー型」と命名した。C群は、2下位尺度 (内容プラトー化尺度と階層プラトー化尺度) ともに最も得点が高かったため「ノン・プラトー型」と命名した。D群は、2下位尺度ともに最低点ではないものの、内容プラトー化得点がA群に次ぎ低かったため「内容プラトー型」と命名した。

3. 類型化した4群に属する対象者の特徴 (表3)

類型化した4群間において有意差を認めた項目は、年齢・看護師経験年数・勤務病院の在籍年数・子どもの有無・院内研修の参加状況・院外研修の参加希望の有無・職場の人間関係 (看護師長・中堅看護師・新人看護師との人間関係) であった。一方、学歴・婚姻状況・介護の有無・今までに勤務した病院数・勤務部署の在籍年数・勤務病院の設置主体や病床数に関する有意差は認められなかった。以下、各群の結果を述べる。

A群「ダブルプラトー型」は、平均年齢41.4±9.5歳、看護師経験は18.6±9.3年で、「年齢」においてB群との有意差が認められた。 χ^2 検定後の残差分析の結果、子ども「有」が41.9%で有意に低く、「無」が58.1%と高かった。院内研修に「参加しない」が有意に高く、院外研修の参加希望「無」が有意に高かった。また、職場の人間関係 (看護師長・中堅看護師・新人看護師) が「良い」の回答は、順に16.1%, 12.9%, 10.5%で、いずれも有意に低かった。

B群「階層プラトー型」は、平均年齢44.5±9.3歳で最も高く、多重比較において他3群と有意差があった。看護師経験は21.1±9.4年と最長で、C群・D群と有意差があった。勤務病院在籍年数は15.8±9.8年と最も長く、D群と有意差があった。看護師長との人間関係「あまり良くない」が11.5%と有意に高く、新人看護師との関係「良くない」が4.8%と高かった。

C群「ノン・プラトー型」は、平均年齢40.0±8.7歳で2番目に若く、看護師経験も17.2±8.7年と2番目に短く、この2項目はB群と有意差を認めた。院内研修の参加状況で「全部参加」が30.1%で有意に高かった。院外研修参加希望「有」が72.0%と有意に高かった。職場の人間関係 (看護師長・中堅看護師・新人看護師) が「良い」の回答が、順に40.6%, 44.8%, 30.1%で有意に高く、「まあまあ良い」は、53.8%, 52.4%, 64.3%と他群より低かった。看護師長との人間関係「あまり良くない」が4.2%で有意に低かった。

D群「内容プラトー型」は、平均年齢38.8±8.7歳で最も若く、看護師経験は16.0±8.5年、勤務病院の在籍年数も12.5±7.9年と他群より短く、これら3項目がB群「階層プラトー型」と有意差を認めた。看護師長・中堅看護師との人間関係「まあまあ良い」は、順に67.6%, 74.6%で有意に高かった。

表2 クラスタ分析で分類した各群のキャリア・プラトロー化尺度得点

N=732

	全体	A群	B群	C群	D群	p	多重比較
	732 (100%)	ダブルプラトロー型 124 (16.9%)	階層プラトロー型 252 (34.4%)	ノン・プラトロー型 143 (19.5%)	内容プラトロー型 213 (29.1%)		
	平均±標準偏差						
キャリア・プラトロー化	17.8±3.8	12.3±2.1	16.5±1.7	22.6±1.7	19.3±1.7	***	A<B, A<C, A<D, B<C, B<D, C>D
内容プラトロー化	11.9±2.2	8.4±1.7	12.7±1.3	14.1±1.1	11.4±1.0	***	A<B, A<C, A<D, B<C, D<B, C>D
階層プラトロー化	6.0±2.6	3.9±1.3	3.8±1.1	8.8±1.7	7.9±1.4	***	A<C, A<D, B<C, B<D

キャリア・プラトロー得点は、下位尺度の内容プラトロー化得点と階層プラトロー化得点の合計点

キャリア・プラトロー化尺度は5段階リッカート法（5：当てはまる～1：当てはまらない）、得点が低いほどプラトロー化している（高いほどプラトロー化していない）

Kruskal-Wallis検定とBonferroniの修正による多重比較

有意確率：***：p<.001

ユークリッド距離

N=732

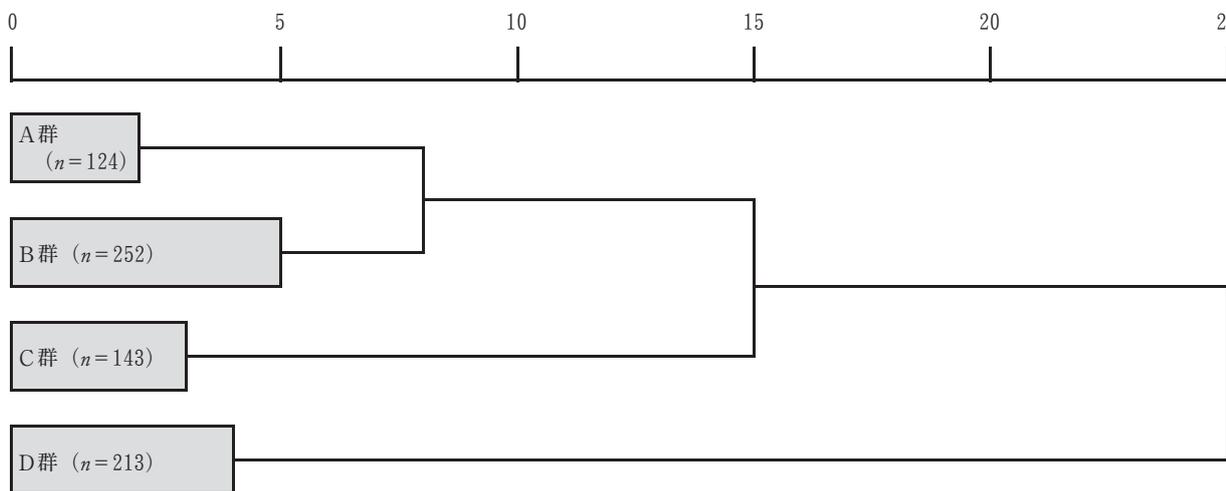


図1 クラスタ分析によるキャリア・プラトロー化得点のデンドログラム

IV. 考 察

1. キャリア・プラトローの類型化と各類型に属する対象者の特徴

看護師経験5年以上のジェネラリスト看護師のキャリア・プラトローは、階層的クラスタ分析により4群に分類された。

A群「ダブルプラトロー型」は、内容プラトロー化尺度得点が最も低かったことから、仕事を通じた刺激や成長の機会がないと強く認識していると推測される。しかし、自身の認識とは逆に、院内研修に「参加しない」、院外研修の参加希望「無」が有意に高く、学習の機会を求めようとしていない現状が明らかになった。これらは、学習意欲が低下し職務の挑戦性の停滞を示していると考えられる。また、

階層プラトロー化尺度得点が2番目に低かったことから、昇格の可能性や期待も低いと認識していると考えられる。2つのプラトローに陥った状態は、階層プラトロー単独あるいは内容プラトロー単独よりも、憂鬱感や転職意思などマイナスの影響が大きい（山本, 2016, p.25）ため、職務満足の下や離職行動につながる可能性が最も高い類型であると考えられる。

また、看護師長や新人看護師との人間関係が「良い」の回答が有意に低かったことから人間関係の希薄さが窺える。中堅以降の看護師は多くの経験を重ね、一般的な看護業務の遂行に困る場面は稀である。そのため、学習機会への参加に消極的になりやすく、実践業務でも密接な人間関係を求めない傾向にあることが考えられる。その他、「子どもの有無」において、A群はB群「階層プラトロー型」と

表3 クラスタ分析で分類した各群に属する看護師の特徴

N = 732

		A群 ダブルプラトー型 124 (16.9%)	B群 階層プラトー型 252 (34.4%)	C群 ノン・プラトー型 143 (19.5%)	D群 内容プラトー型 213 (29.1%)	検定	
		平均値±標準偏差 中央値 [最小値-最大値]				Kruskal-Wallis検定 p	多重比較
年齢 (歳)		41.4±9.5 43 [25-58]	44.5±9.3 46 [25-59]	40.0±8.7 42 [26-57]	38.8±8.7 41 [25-58]		
看護師経験年数 (年)		18.6±9.3 20 [5-36]	21.1±9.4 23 [5-40]	17.2±8.7 19 [5-37]	16.0±8.5 17 [5-36]	***	D<B***, C<B***
勤務病院の在籍年数 (年)		13.9±9.3 10 [1-34]	15.8±9.8 14 [1-39]	13.4±8.5 10 [2-38]	12.5±7.9 10 [2-38]	*	D<B*
		人数 (%)				χ ² 検定 p	調整残差R
		人数 (%)					
子どもの有無	有	52 (41.9) **	155 (61.5) **	77 (53.8)	107 (50.2)	14.08 **	A : -2.8, B : 3.2 A : 2.8, B : -3.2 C : 2.3
	無	72 (58.1) **	97 (38.5) **	66 (46.2)	106 (49.8)		
院内研修の参加状況	全部参加	24 (19.4)	51 (20.2)	43 (30.1) **	50 (23.5)	21.23 *	A : 2.8
	だいたい参加	31 (25.0)	89 (35.3)	45 (31.5)	63 (29.6)		
	あまり参加しない	65 (52.4)	109 (43.3)	55 (38.5)	100 (46.9)		
	参加しない	4 (3.2) **	3 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)		
院外研修の参加希望	有	57 (46.0) ***	150 (59.5)	103 (72.0) **	131 (61.5)	19.04 ***	A : -3.6, C : 3.2 A : 3.6, C : -3.2
	無	67 (54.0) ***	102 (40.5)	40 (28.0) **	82 (38.5)		
看護師長との人間関係	良い	20 (16.1) **	69 (27.4)	58 (40.6) ***	50 (23.5)	33.65 ***	A : -3.0, C : 4.1 C : -2.1, D : 2.1 A : 2.1, C : -2.0
	まあまあ良い	86 (69.4)	144 (57.1)	77 (53.8) *	144 (67.6) *		
	あまり良くない	11 (8.9)	29 (11.5) *	6 (4.2) *	16 (7.5)		
	良くない	7 (5.6)	10 (4.0)	2 (1.4)	3 (1.4)		
中堅看護師との人間関係	良い	16 (12.9) ***	69 (27.4)	64 (44.8) ***	49 (23.0)	41.21 ***	A : -3.9, C : 5.3 A : 3.0, C : -4.9 D : 2.0
	まあまあ良い	100 (80.6) **	173 (68.7)	75 (52.4) ***	159 (74.6) **		
	あまり良くない	7 (5.6)	9 (3.6)	4 (2.8)	5 (2.3)		
	良くない	1 (0.8)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)		
新人看護師との人間関係	良い	13 (10.5) *	41 (16.3)	43 (30.1) ***	39 (18.3)	29.54 **	A : -2.5, C : 3.9 C : -2.4 B : 2.7
	まあまあ良い	97 (78.2)	180 (71.4)	92 (64.3) *	161 (75.6)		
	あまり良くない	12 (9.7)	19 (7.5)	7 (4.9)	9 (4.2)		
	良くない	2 (1.6)	12 (4.8) *	1 (0.7)	4 (1.9)		

検定方法：間隔尺度と順序尺度はKruskal-Wallis検定とBonferroniの修正による多重比較、名義尺度はχ²検定と残差分析を行った有意確率：*：p<.05, **：p<.01, ***：p<.001 n.s：not significant
χ²後の調整残差：R (絶対値) >1.96 (p<.05 : *), R (絶対値) >2.58 (p<.01 : **), R (絶対値) >3.29 (p<.001 : ***)
学歴・婚姻状況・介護の有無・今までに勤務した病院数・勤務部署の在籍年数・勤務病院の設置主体・病床数は有意差がなかったため削除した

対照的に子ども「有」の比率が低かったが、内容プラトー化得点でもA群・B群間に有意差があった。看護師を対象にした先行研究において、子ども「有」が仕事意欲や生きがい感 (小野・三木・吉田, 2019) あるいはワーク・エンゲイジメント (伊藤・河野・畑中・後藤, 2018) を高めるとされ、A群の内容プラトー化に影響している可能性が考えられる。小野 (2003, p.197) はキャリア発達にとって、「学ぶきっかけや学ぶことの方向性を示したり、学ぶことそのものを後押しし、継続的な自己啓発を促す支持的な他者の存在が必要」と述べており、人間関係の希薄なA群「ダブルプラトー型」は4群中最も、このような支援が必要であると考えられる。

B群「階層プラトー型」は、平均年齢・看護師経験年数・勤務病院在籍年数ともに最年長であることから、年齢が高く、経験豊富な看護師が多い類型であると考えられ

る。同時に、階層プラトー化得点が最も低かったことから、自身の昇進可能性が低いと認識していると推測できる。年齢が階層プラトーの促進要因であることは先行研究 (齋藤ほか, 2020; 高山・佐々木, 2021) でも明らかにされている。その中でも、齋藤ほか (2020) は「女性・スタッフナース・年齢が高い」を階層プラトー化の促進要因と報告しており、B群の看護師の特徴はこれを支持している。

一方、内容プラトー化得点は4群中で2番目に高かったことから、仕事を通じ刺激を受け、自己成長のために意欲的に職務や学習に取り組んでいることが推測された。しかし、階層プラトーは組織の人事制度による直接的な影響を受け、個人だけで解決できる問題ではないため、昇進ではない形での役割付与や責任の委譲などを行い、今後も学習意欲や仕事へのモチベーションを維持できるような支援が

必要であると考えられる。

C群「ノン・プラトリー型」は、内容プラトリー化得点・階層プラトリー化得点ともに最も高いことから、キャリア・プラトリー化していない、あるいは4群中最もキャリア・プラトリー化が軽度であると考えられる。院内研修の参加状況・院外研修の参加希望が有意に高く、職場の人間関係（看護師長・中堅看護師・新人看護師）も他3群より有意に良好であった。これらは、積極的な学習意欲や人間関係の良好さにより周囲からの刺激が多く、成長の機会に恵まれているため、内容プラトリー化得点が高くなったと推測される。また、年齢的にも4群中2番目に若く、今後の昇進の可能性が大いにあり自身の期待も大きいと考えられることから、階層プラトリー化得点が高かったと考えられる。しかし、キャリア発達は一方向に継続的に進行するのではなく、目標を基軸に螺旋状に進むとともに、その過程に停滞を含むという特徴を持っている（山本, 2016, p.168）。そのため、C群「ノン・プラトリー型」も、他のキャリア・プラトリー型に転じる可能性があることを認識しておくことが必要である。

D群「内容プラトリー型」は、4群中最も年齢が低く、看護師経験年数も短い類型であった。内容プラトリー化得点が、A群「ダブルプラトリー型」に次いで低いことから、仕事からの刺激が少なく学びや成長の機会がないと認識していることが推測される。鈴木（2001）は、キャリア・プラトリーではない停滞として「キャリア・ドリフト」に言及している。キャリア・ドリフトとは、「自分のキャリアに対する意識が低い状態」で、社会化過程からミドルへの時期に発生するとされ、中年期までの若い年齢の対象者が該当する。仕事や職場への適応が円滑に行われたことにより、逆にキャリアへの関心を失わせる場合があり（鈴木, 2001）、年齢の若いD群の看護師の中には、キャリア・ドリフトの状態にあり、内容プラトリー化得点が低くなった可能性も否定できない。階層プラトリー化得点はC群「ノン・プラトリー型」に次いで高かったが、年齢が最も若いため今後の昇進機会は多く、自身も昇進を期待しているためと考えられた。看護師長・中堅看護師との人間関係が「まあまあ良い」に留まり、「良い」の回答に及ばなかったことは、何かしら充足すべき部分があると考えられる。中堅看護師の内容プラトリー化抑制要因として、承認・支持、教育・研修、チームワーク等が明らかにされている（齋藤ほか, 2020）が、「ダブルプラトリー型」はもちろん、「内容プラトリー型」にとっても、これらは重要な介入項目であると考えられる。

2. キャリア・プラトリーの類型化の活用

本研究で明らかにしたキャリア・プラトリーの類型は、キャリア・プラトリー化尺度得点、および学習意欲や人間関係を反映しているため、キャリア・プラトリーを早期に発見する手がかりになり得ると考える。

特に今回、キャリア・プラトリーの類型の中で、A群「ダブルプラトリー型」は、階層プラトリー化得点・内容プラトリー化得点がともに低く、また他の類型に比べ学習意欲の低下と職場の人間関係の希薄さが顕著であり、最もキャリア・プラトリーの深刻化した類型であった。この結果を考慮すると、学習の機会があっても参加しないこと、同僚とのコミュニケーションに対して積極的ではないことは、プラトリー化を早期発見するためのポイントとなることが考えられた。

しかし、重要なことは、プラトリー化の可能性が高い対象を早期発見するとともに、発見した後どのような介入を行うかである。関（2015）は、業務の過密化と単調化による刺激の減少、他者からのフィードバックおよび評価を受ける機会の減少、自身のキャリア発達の実感を持っていない時に停滞を感じると述べ、その脱却のためには、看護職者自身が何に価値をおき、キャリアに何を求めているのかを認識することが重要であり、そのことが、より自分の基準に合った方向へと踏み出すきっかけにつながるとしている。ただし、現代の多様化する働き方の中で、自らの価値や目標を自分自身で明確に思考し、キャリアの方向性を定めることは容易なことではないと考えられる。

これまで、職業継続のための看護師長の関わりとして、看護師の個別性を見極めと対応、公平な評価とフィードバック、必要な時に相談できる関係が報告され（實方・茂野, 2022）、また、折に触れ客観的な意見を与えたり振り返りをさせる内省支援は、他者の中でも上司の役割（中原, 2010）とされている。しかし、看護師長は経験の少ない新人看護師には意識的にコミュニケーションをとるが、経験のある看護師に対してはそのような関わりは少なくなることが考えられる。

これらを考慮すると、共に働く看護師長は、看護師経験5年以上のジェネラリスト看護師個々の背景やキャリア・プラトリーの類型の特徴を考慮しつつ、意識的なコミュニケーションや観察を通じてプラトリー化の早期発見を行うことが重要である。そして、看護活動へのフィードバックや評価を行い、本人が自らのキャリアに対しての目標が持てるよう支援することが求められる。あわせて、経験を重ね仕事に慣れた対象であっても、仕事を通して刺激を感じられるような機会を確保する体制づくりの重要性が示唆された。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界を3点述べる。1点は、先行研究におけるキャリア・プラトーの測定尺度の項目数や得点化が一定でないため、本研究との比較が十分でなかった。2点目は、対象を200床以上の病院に勤務する看護師としたため、対象者に偏りがあることは否めず一般化することは難しい。3点目は、対象者が勤務する病院の設置主体において、その他を除き国公立法人・都道府県・市町村が約2/3を占めていた。これは、私立法人や民間病院の看護師の状況を十分に反映していない可能性があり、対象者が勤務する設置主体の均等化が課題である。

結 論

看護師経験5年以上の女性ジェネラリスト看護師におけるキャリア・プラトーの類型化とその特徴を明らかにするために、732名の看護師から得た無記名自記式質問紙調査のデータを分析し、以下のことが明らかになった。

1. 看護師経験5年以上の女性ジェネラリスト看護師のキャリア・プラトーは、「ダブルプラトー型」「階層プラトー型」「ノン・プラトー型」「内容プラトー型」に分類された。
2. 「階層プラトー型」「ノン・プラトー型」の看護師は、年齢の差による昇進可能性は異なるものの、自己成長のために積極的に学習や職務遂行をする傾向にあり、今後ともその傾向を維持できる支援が必要である。
3. 「ダブルプラトー型」「内容プラトー型」の看護師は、学習意欲の低下や職場の人間関係の希薄さから内容プラトー化傾向にあり、看護師長や組織からのキャリア・プラトー化抑制のための介入が必要である。
4. 看護師個々の背景やキャリア・プラトーの類型と特徴を考慮し、プラトー化の早期発見と個人に合わせたキャリア発達への早期介入の重要性が示唆された。

謝 辞

本研究に参加していただきました看護部長・看護師の皆様は心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- Bardwick, J.M (1986) / 江田順子訳 (1988). *仕事に燃えなくなったときどうするか*. p.9, p.86, 東京: TBSプラタニカ.
- 衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況(2016). 就業保健師等の年次推移. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/kekka1.pdf> (参照2017年9月1日閲覧)
- Ference, T.P., Stoner, J.A.F., & Warren, E.K. (1977). Managing the Career Plateau. *Academy of Management Review*, 2(4), 602-612. <https://doi.org/10.2307/257512>
- 伊藤恭子, 河野啓子, 畑中純子, 後藤由紀 (2018). Aグループ病院における夜勤・交代制勤務に従事する看護師のワーク・エンゲイジメントに影響する要因. *四日市看護医療大学紀要*, 11(1), 1-12.
- 實方由美, 茂野香おる (2022). 多重な役割を持つ中堅看護師の職業継続を支える看護師長の関わり. *淑徳大学栄養学部紀要*, 14, 67-76.
- 草刈淳子 (1996). 看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究. *看護研究*, 29(2), 123-138.
- Levinson, D.J. (1978) / 南 博訳 (1980). *人生の四季: 中年をいかに生きるか*. pp.15-98, 東京: 講談社.
- 水野暢子, 三上れつ (2000). 臨床看護師のキャリア発達に関する研究. *日本看護管理学会誌*, 4(1), 13-22.
- 中原 淳 (2010). *職場学習論: 仕事の学びを科学する*. p.58, 東京: 東京大学出版会.
- 中本明世, 矢田真美子, 三谷理恵, 片山 恵, 細名水生 (2018). 臨床看護師のキャリア発達過程: 職務経験10年のプロセスに焦点をあてて. *日本看護管理学会誌*, 22(1), 1-11.
- 大賀知津子, 吾妻知美 (2018). 中堅看護師のキャリア・プラトーの様相. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 28, 7-16.
- 大賀知津子, 吾妻知美 (2021). 「中堅看護師のキャリア・プラトー」の概念分析. *日本看護管理学会誌*, 25(1), 182-191.
- 小野郁美, 三木明子, 吉田麻美 (2019). 中高年看護師における仕事意欲および生きがい感と定年後の就業継続意向との関連. *日本産業看護学会誌*, 6(1), 16-23.
- 小野公一 (2003). キャリア発達におけるメンターの役割: 看護師のキャリア発達を中心に. p.3, p.197, 東京: 白桃書房.
- 小山田恭子 (2009). 我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討. *日本看護管理学会誌*, 13(2), 73-80.
- 齋藤順子, 松下由美子, 吉川三枝子 (2020). 中堅看護師のキャリア・プラトー化に影響を及ぼす組織風土要因. *佐久大学看護研究雑誌*, 12(2), 77-86.
- 坂口桃子 (1999). 看護職のキャリア・ディベロップメントに関する実証的研究: キャリア志向と形成時期. *日本看護管理学会誌*, 3(2), 52-59.
- Schein, E.H. (1978) / 二村敏子・三善勝代訳 (1991). *キャリア・ダイナミクス: キャリアとは、生涯を通しての人間の生き方・表現である*. pp.38-42, 東京: 白桃書房.
- 関 美佐 (2015). キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討. *日本看護科学会誌*, 35, 101-110.
- 鈴木竜太 (2001). キャリア・ドリフト論序説: キャリア・プラトーではない停滞の存在. *経営と情報: 静岡県立大学・経営情報学部/学報*, 14(1), 7-18.
- 高山賢路, 佐々木真紀子 (2021). 一般病院における看護職のキャリア・プラトーの影響要因及びキャリア開発意識への影響. *日本看護研究学会雑誌*, 44(2), 263-273.
- 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現象とその要因. *日本看護研究学会雑誌*, 30(5),

31-38.

山本 寛, 松下由美子, 田中彰子, 吉田文子 (2012). 看護職のキャリア目標の設定とキャリア・プラトー化との関係: 内容的プラトー化との比較の観点から. *産業・組織心理学研究*, 25(2), 147-159.

山本 寛 (2016). 働く人のキャリアの停滞: 伸び悩みから飛躍へのステップ. p.19, p.25, p.168, 東京: 創成社.

Yang, W.-N., Niven, K., & Johnson, S. (2019). Career plateau: A review of 40 years of research. *Journal of Vocational Behavior*, 110, PartB, 286-302. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.11.005>

Zhu, H., Xu, C., Jiang, H., & Li, M. (2021). A qualitative study on the experiences and attributions for resigned nurses with career plateau. *International Journal of Nursing Sciences*, 8, 325-331. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.006>

[2022年11月29日受 付]
[2023年3月27日採用決定]

Categorizing of Career Plateau and Their Characteristics in Generalist Nurses with at Least Five Years of Nursing Experience

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 767-776
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230327218>

Kazuko Kawaguchi, PhD, RN¹, Yoko Hatono, PhD, RN, PHN²

¹Department of Nursing Faculty of Nursing Fukuoka International University of Health and Welfare, Fukuoka, Japan

²Department of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan

Abstract

Objective: This study aimed at clarifying the career plateau that occurs in female generalist nurses with five or more years of nursing experience and the characteristics of the nurses belonging to each career plateau type. **Methods:** A self-administered, anonymous questionnaire survey was administrated to 1,637 female generalist nurses having five or more years of experience working at hospitals. We employed hierarchical cluster analysis using the Euclidean distance and Ward's method to analyze the career plateauing scale scores and subsequently carried out the Kruskal-Wallis test with Bonferroni correction, followed by the chi-square test and residual analysis. **Results:** According to the analysis of the data from 732 respondents (valid response rate: 44.7%), we classified career plateau into the following types: Double Plateau, Hierarchical Plateau, Non-Plateau, and Content Plateau. Significant differences were found among the types in terms of age, years of nursing experience, years of hospital work, presence or absence of children, motivation to learn, and human relationships at work. **Conclusions:** It was suggested that early detection of plateauing and early intervention in career development tailored for the individual are essential based on consideration of individual female nurses' background and the type and characteristics of their career plateau.

Key words

generalist nurses, career plateau, hierarchical plateau, content plateau, cluster analysis

Correspondence: K. Kawaguchi. Email: kawaguti@takagigakuen.ac.jp

高齢血液透析患者が 運動実施に至るプロセス

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 777-789
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230328217>

熊倉良太¹, 稲垣美智子², 多崎恵子², 松井希代子³, 堀口智美²

¹長岡崇徳大学看護学部, ²金沢大学医薬保健研究域保健学系

³金沢医科大学看護学部

要 旨

目的: 本研究の目的は、高齢血液透析患者における身体および運動の認知に着目し、運動実施に至るプロセスを明らかにすることである。**方法:** 本研究は質的因子探索研究であり、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った。**結果:** 研究参加者は医療機関に外来通院し、血液透析を導入後1年以上の高齢血液透析患者15名であった。分析の結果、高齢血液透析患者の運動実施におけるプロセスを身体および運動認知カテゴリーを含んだ6つのカテゴリーによって描くことができた。高齢血液透析患者の運動実施に至るプロセスは2つあり、身体認知カテゴリーから始まり、【自分の足で透析生活をする決意】とつながり、【挑戦的な手探りでの運動実施】に至っていた。2つの運動認知カテゴリーは運動実施にブレーキをかけるように影響していた。**結論:** 血液透析患者の運動支援では、身体および運動認知に着目し、積極的な運動指導を行う必要性が示唆された。

キーワード

血液透析, 高齢者, 認知, 運動, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者: 熊倉良太. Email: kumakura-r@sutoku-u.ac.jp

はじめに

わが国における透析患者数は、2019年末時点で344,640人であり、増加傾向が続いているとともに、その68.5%は65歳以上であり、全体の高齢化が進んでいる（日本透析医学会, 2019）。また、透析患者全体の97.1%に血液透析療法が導入されており（日本透析医学会, 2019）、透析患者の動態は血液透析患者の動態を反映したものと見える。血液透析患者は、糖尿病性腎症や慢性糸球体腎炎、腎硬化症、慢性腎盂腎炎などの様々な疾患が原因となり、腎機能低下をきたす。原因疾患により合併症などの経過も異なるが、生命維持活動に不可欠な血液浄化機能の低下により、腎機能の一部を代行する形で血液透析療法が導入される。かつては血液透析患者をはじめとする腎不全患者に対する運動療法のエビデンス不足から、医療者は腎機能そのものへの負担や心負荷を懸念し、運動制限による安静が推奨されてきた。そのために患者の身体活動量は低下しやすく、維持血液透析患者は同世代の健常成人と比較すると、身体活動量は著しく低下していて、高齢になるほどその差が大きくなるのが明らかになっている（Johansen, et al., 2000）。さらに血液透析患者は、保存期腎不全患者や腹膜透析患者と比較しても、身体活動量が

低下していることが明らかにされている（Wilkinson, et al., 2021）。身体活動量の低下は生命予後やQOLとの関連が報告されており（Katayama, et al., 2014; Zhang, Wang, Wang, & Zhang, 2022）、身体活動量を増加させることは血液透析患者にとって重要な課題であるといえる。また、血液透析患者を含む腎不全患者では、食事制限による栄養摂取不足に加え、末期腎不全で生じる尿毒症症状などによる食欲不振などから低栄養になりやすいとされている（日本腎不全看護学会, 2021）。その結果、生理的な予備能力が低下したフレイルの状態を招きやすく、その割合が非常に高いことが明らかにされている（Johansen, Chertow, Jin, & Kutner, 2007）。さらに高齢血液透析患者では、長期間の透析治療による透析合併症や運動器疾患などの併存疾患に加齢変化が加わり、フレイルの発生を加速させている。一方でフレイルは、しかるべき介入により再び健常な状態に戻るといふ可逆性が包含されており（荒井, 2014）、こうした高齢血液透析患者に対して早期に介入し、生活機能の維持・向上を図ることが求められている。

近年、血液透析患者をはじめとした慢性腎不全患者に対する介入として「腎臓リハビリテーション」が提唱されている。腎臓リハビリテーションは「腎疾患や透析医療に基づく身体的・精神的影響を軽減させ、症状を調整し、生命

予後を改善し、心理社会的ならびに職業的な状況を改善することを目的として、運動療法、食事療法と水分管理、薬物療法、教育、精神・心理的サポートなどを行う、長期にわたる包括的なプログラム」と定義されている（日本腎臓リハビリテーション学会，2018）。その中でも、運動療法は大きな柱の一つに位置付けられており、特に注目が集まっている。腎不全患者に対する運動療法による効果として、腎機能の改善（Takaya, et al., 2014；Toyama, Sugiyama, Oka, Sumida, & Ogawa, 2010）や運動耐容能の改善（立石ほか，2011）、リンなどの除去効率の上昇（Vaithilingam, Polkinghorne, Atkins, & Kerr, 2004）などが明らかにされている。血液透析患者に対しても、運動耐容能、歩行機能、身体的QOLの改善が期待されることから、運動療法の実施が推奨されている（日本腎臓リハビリテーション学会，2018）。

これまでに血液透析患者への運動介入に関する研究では、齊藤ほか（2005）が自宅における8週間のプログラムによる運動介入によって透析患者の運動機能やADLは改善されるが、その後主体性が必要とされる運動習慣の獲得や身体活動量の増加には至らなかったと報告している。また忽那ほか（2006）は血液透析患者における運動の習慣化を阻害する因子を横断的に調査し、自己効力感と運動の習慣化の関連を示した上で、運動習慣の獲得には医療者の心理的側面への介入が必要であると述べている。これらの報告は、血液透析患者における運動実施には、医療者による運動療法を導入するだけでは不十分であり、運動実施に関連した患者自身の心理的側面への介入の必要性を示している。運動実施という行動は食事や睡眠、休養といった生理的欲求によって惹起される行動とは異なり、心理的動機が必要不可欠であると考えられる。心理的動機の中でもBandura（1997/2000）は人間の行動における生理的、感情的状態の重要性を述べている。それによると「重要なのは感情的、身体的な反応の強さではなく、むしろ、それらがどのように受け止められ、解釈されるかである」と説明されている。またこれまで行動科学の立場から、運動実施の説明にはトランスセオレティカル・モデル（Marcus, & Simkin, 1994）が広く用いられてきた。トランスセオレティカル・モデルは、人間の行動変容を認知の観点から捉えており、運動という行動をとるにあたり、患者自身の認知が重要であると考えられてきた。しかし、これまでに血液透析患者の運動実施について、身体および運動に対する認知とその認知が運動実施にどのように関連し運動実施に至っているのかを明らかにした研究はない。

そこで本研究では、患者が運動実施をどのように解釈し、行動に至るかといった運動に対する認知に着目した。また、血液透析患者は、透析治療の前後で大きく変化する身体状況に加えて、貧血や浮腫、高血圧などの腎機能低下

による身体症状に適応しながら運動を行っていく必要があるため、患者自身が持つ身体に対する認知にも着目した。これらの認知に着目し、高齢血液透析患者が運動実施に至るプロセスがどのようなものであるかを明らかにすることが本研究の目的である。本研究は、今後の血液透析患者の運動実施に対する新たな支援方法の確立への一助となり、ひいては血液透析患者の身体活動量の増加、生命予後・QOLの改善につながると考えられる。

I. 研究目的

本研究の目的は、高齢血液透析患者の身体および運動への認知を見出し、それらの認知を含んだ運動実施のプロセスを描くことである。

II. 研究方法

A. 用語の定義

本研究における「運動」は「体力の維持・向上を目的として計画的・意図的に行う身体活動」とし、自宅や透析中に行う身体活動全般を指すものとした。「運動実施」は「運動を行うこと」と定義した。「認知」は「ある行為や状態がどのように解釈されているか」とし、「身体認知」は「自身の身体状態に対する認知」、「運動認知」は「運動を実施することおよび運動自体に対する認知」とそれぞれ定義した。

B. 研究デザイン

本研究デザインは、質的因子探索研究を用いた。本研究の目的は高齢血液透析患者の身体および運動への認知を見出し、それらの認知を含んだ運動実施のプロセスを描くことであり、帰納的プロセスを用いて事象に潜在化している構成要素を明らかにすることを目的とした質的因子探索研究が最も適していると判断した。

C. 研究参加者および選定方法

研究参加者は医療機関に外来通院し、血液透析導入後1年以上であり、65歳以上の血液透析患者とした。除外基準は、認知機能に障害のある患者、会話でのコミュニケーションが不可能な患者、「保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」（日本腎臓リハビリテーション学会，2016）より運動療法の導入が禁忌となる患者とし、運動習慣の有無は問わなかった。

研究への参加依頼は、医療機関の責任者、看護部長、血液浄化センター看護師長に研究の趣旨を説明し同意を得

た。研究参加者の選定は看護師長が挙げた候補の中から、研究者が無作為に選定し、研究協力依頼を行った。患者の選定においては、原因疾患や合併症による経過の違いが患者の認知に影響すると考え、継続比較の観点から原因疾患・合併症に偏りがないように対象の選定を行った。研究参加者は理論的飽和化と判断した時点の人数とした。

研究フィールドは、療養型病床併設病院であるA病院(79床)、地域の中核病院であるB病院(243床)における血液浄化センターであった。A病院では、希望者に対して透析中に30分間のエルゴメーターを用いた運動療法が行われていた。一方で、B病院では、透析中の運動療法は行われていなかった。本研究において、「運動」は自宅や透析中に行う身体活動全般と定義したため、運動の種別での区別はしていないが、透析中の運動療法を行っている施設と行っていない施設では、患者の認知も異なると考え、2施設での調査を行った。

D. データ収集方法

1. 調査期間

平成28年10月～平成29年8月

2. 面接の方法と手順

参加者が外来を受診した際に研究者から参加者に対して研究の説明を行い、同意を得た上で半構成的面接を実施した。参加者の同意を得てデータをICレコーダーに録音し、同意が得られなかった場合は面接内容をノートに記録した。面接の質問項目は、「運動に対してどういうイメージを持つか」「現在行っている運動はあるか」「透析導入によって、運動のイメージの変化はあったか」を基本として、参加者に語ってもらった。参加者の語りの中にある運動および身体認知に関する語りに注意を向けながら、内容を深めたり質問を加えたりしながらインタビューを進めた。

3. 診療記録の閲覧

基本情報をデータ分析の参考にするために、参加者の許可を得て診療記録を閲覧した。その内容は性別、年齢、透析原因疾患、透析導入年齢、透析歴、運動習慣、家族構成、既往歴であった。

E. 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・アプローチを用い、木下(2003)によって示された方法に従った。まず、分析テーマおよび分析焦点者を設定しどのように分析を進めていくかを定めた。本研究の分析テーマを「高齢血液透析患者が運動実施に至るプロセス」とし、分析焦点者は「医療機関に外来通院する高齢血液透析患

者」とした。分析の手順を以下に示す。

1. 分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、それを1つの具体例とし、かつ他の類似具体例も説明できる概念を生成した。
2. 概念を生成する際に、分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例などを記入した。
3. データ分析を進める中で、新たな概念を生成し、分析ワークシートは概念ごとに作成した。
4. 同時並行で、他の具体例をデータから探し、ワークシートの具体例に記入した。多様性を説明できるだけの具体例が出てこなければ、その概念は有効ではないと判断した。
5. 生成した概念の完成度は類似例の確認だけでなく、対極例についての比較の観点からデータを見ていくことにより、解釈が恣意的に偏らないようにした。またその結果をワークシートの理論的メモに記入した。
6. 生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、概念を個別に関係づけながらカテゴリーを生成した。
7. 概念からカテゴリーを生成する過程で、1つのカテゴリーに内包される概念群に多様性が確認でき、構造がより明確になると判断したため、サブカテゴリーをおいた。この過程で、矢印などを用いて相互の影響関係や変化のプロセスの説明を明確にするための結果図を作成した。また、生成したサブカテゴリーとカテゴリーを用いてストーリーラインを作成した。新たにデータを収集し、重要な概念が生成されなくなったことから理論的飽和化をしたと判断した。

F. 真実性・信頼性の確保

本研究の全過程において、慢性疾患看護の専門家および質的研究の経験が豊富な指導教員から定期的なスーパーバイズを受けた。また、分析過程において、何度もデータを読み込み、解釈がデータから離れないように注意した。さらに研究者間で意見が一致するまで検討し、偏った解釈を最小限にするように努めた。

G. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:728-1)。

参加者に対し、研究の目的や内容、方法について、文書および口頭で十分に説明した。研究への参加・不参加は本人の自由意思に基づくものであり、不参加を決めた場合であっても、治療等に不利益を被らないことを保証した。また、一旦参加に同意した場合であっても、いつでも参加を取り消すことができると説明した。

調査により得られた個人情報については、学会等研究結果を公表する際には、個人が特定されないように配慮し、匿名化を守った。得られたデータと対応表は別々に施錠できる机に保管し、漏洩・盗難・紛失等が起らないように厳重に管理した。得られたデータは一定期間保存したのち破棄すると説明した。

面接は参加者の希望する日時と場所で行い、面接当日も体調が安定していることを確認した上で行った。

Ⅲ. 結 果

A. 研究参加者の概要 (表 1)

研究参加者は男性 8 名、女性 7 名、合計 15 名であった。平均年齢は 68.7 ± 2.1 歳で、研究参加者全員が 75 歳未満であった。透析歴は最小 1 年から最大 21 年で、平均透析歴は 6.8 ± 5.8 年であった。面接時間は 24 ~ 45 分、平均 31 分であった。

B. 高齢血液透析患者の身体および運動認知

高齢血液透析患者の運動実施において、身体認知として【病気を機に追い詰められていく身体】【努力により得ている透析生活を維持できる身体】という 2 つの категория、運動認知として【好き勝手にしてはいけない運動】【物足りない運動と効果への不承感】という 2 つの categoria が抽出された。

C. “挑戦的な手探りでの運動実施に至るプロセス”のストーリーライン (図 1)

高齢血液透析患者の運動実施におけるプロセスは、47 の

概念生成から、15 のサブカテゴリーが生成され、さらにそのサブカテゴリーから 6 つの categoria が生成された。その categoria あるいはサブカテゴリーの関連性を分析し、プロセスを描くことができた。以下にそのストーリーラインを説明する categoria を【】で示し、述べていく。

高齢血液透析患者の運動実施に至るプロセスは【病気を機に追い詰められていく身体】【努力により得ている透析生活を維持できる身体】という 2 つの身体認知 categoria のバランスが取れていることが起点となっていた。【病気を機に追い詰められていく身体】は【自分の足で透析生活をする決意】とつながり、【挑戦的な手探りでの運動実施】に至るが、そのプロセスで影響してくるのが【好き勝手にしてはいけない運動】【物足りない運動と効果への不承感】の 2 つの運動認知 categoria であった。この categoria は【自分の足で透析生活をする決意】による運動実施にブレーキをかけるように影響していた。しかし【自分の足で透析生活をする決意】は強く、結果として【挑戦的な手探りでの運動実施】に至っていた。

D. “挑戦的な手探りでの運動実施に至るプロセス”の構成要素の説明 (表 2)

以下、categoria を【】、サブカテゴリーを《 》、概念を〈 〉、具体例を「 」で示す。

1. プロセスの起点となっている身体認知の categoria について

《動けた身体は過去のこと》《病気を機に常に弱り続ける身体を感じる》《寝たきりと背中合わせの身体イメージにより追い詰められる》というサブカテゴリーで示される【病気を機に追い詰められていく身体】としての身体認知

表 1 参加者の概要

ID	性別	年齢 (歳)	透析歴 (年)	原因疾患	循環器疾患	運動療法
1	女性	70	21	糖尿病性腎症		3 回/週 30 分 エルゴメーター
2	男性	67	10	腎硬化症		3 回/週 30 分 エルゴメーター
3	女性	69	3	糖尿病性腎症		3 回/週 30 分 エルゴメーター
4	男性	65	3	糸球体腎炎、腎硬化症	急性大動脈解離	3 回/週 30 分 エルゴメーター
5	女性	67	2	IgA 腎症		-
6	女性	70	6	腎硬化症、妊娠腎	陳旧性心筋梗塞	-
7	男性	73	2	慢性糸球体腎炎	高血圧	-
8	男性	69	5	腎硬化症	高血圧	-
9	男性	67	10	多発性嚢胞腎	高血圧	-
10	女性	71	2	IgA 腎症		-
11	男性	70	17	慢性腎炎	高血圧、心房細動	-
12	男性	65	8	糖尿病性腎症	高血圧	-
13	女性	69	1	両腎髓質石灰化		-
14	女性	69	9	多発性嚢胞腎		-
15	男性	70	4	腎硬化症	閉塞性動脈硬化症	-

を持っていた。一方で、身体の状態を維持し、自身の透析を含めた生活を継続できていることで《何とか透析ができる体力のある身体》《努力して体力をつけたからこそ維持できる身体》というサブカテゴリーで示される【努力により得ている透析生活を維持できる身体】としての身体認知も持っていた。2つの身体認知は相互に関係しており、どちらの身体認知が強すぎても運動を実施していくことは難しく、2つの身体認知のバランスを保つことが、運動を実施していく上で必要であった。【病気を機に追い詰められていく身体】から【自分の足で透析生活をする決意】へとプロセスはつながっていくが、【努力により得ている透析生活を維持できる身体】を認知できていないとプロセスを保つことができず、結果として運動実施には至らなかった。

a. 身体認知を示すカテゴリー【病気を機に追い詰められていく身体】の説明

患者が年齢とともに自身の身体の衰退を感じる様々な出来事を経験することで、筋肉が減り続けることを実感し、腎臓への影響を心配することなく動くことができた身体は過去のことだと感じ、今後の衰退を予測する身体認知のことである。このカテゴリーは〈運動は当たり前にしてきた〉〈動けた身体〉〈はじめは運動どころじゃあない〉〈ふーって息が切れる〉〈身体は痩せて体力もない〉〈常に変化している身体〉〈このままじゃあだめだという追い詰められ感〉〈寝たきりと背中合わせ〉〈自分の身体で歩けな

くなくなった〉〈年もとるし思うようにできない〉〈自分の姿を他の患者と重ねる〉の11概念により構成され、《動けた身体は過去のこと》《病気を機に常に弱り続ける身体を感じる》《寝たきりと背中合わせの身体イメージにより追い詰められる》の3サブカテゴリーで構成された。

(1) サブカテゴリー《動けた身体は過去のこと》

「昔から(運動を)やってきましたけど、子どもというか中学やったらバレーボールやってきましたし。これ(透析)してからもバレーボールしたことあったけど、あのね、腎臓になんか悪いような気がして。(ID10)」や「やっぱりね、透析する前から、ただ腎臓悪いって言われてた時からやっぱり身体が辛かった。(ID8)」のように、腎臓病を患う以前の身体と現在の身体の間に差を感じ、運動ができた身体は過去のこととして捉え懐かしさを含んだ表現で語った。

(2) サブカテゴリー《病気を機に常に弱り続ける身体を感じる》

「病氣してから手とか足とかいっぺんに細くなったね。筋肉がなくなって。ほいで足腰が、仕事してないから弱るのも早いし。(ID4)」のように、衰退した身体をそれぞれの基準から捉え、今後も衰退し続けていく身体を感じていた。

(3) サブカテゴリー《寝たきりと背中合わせの身体イメージにより追い詰められる》

「この病院来るとね、そういう方いっぱいいるでしょ。

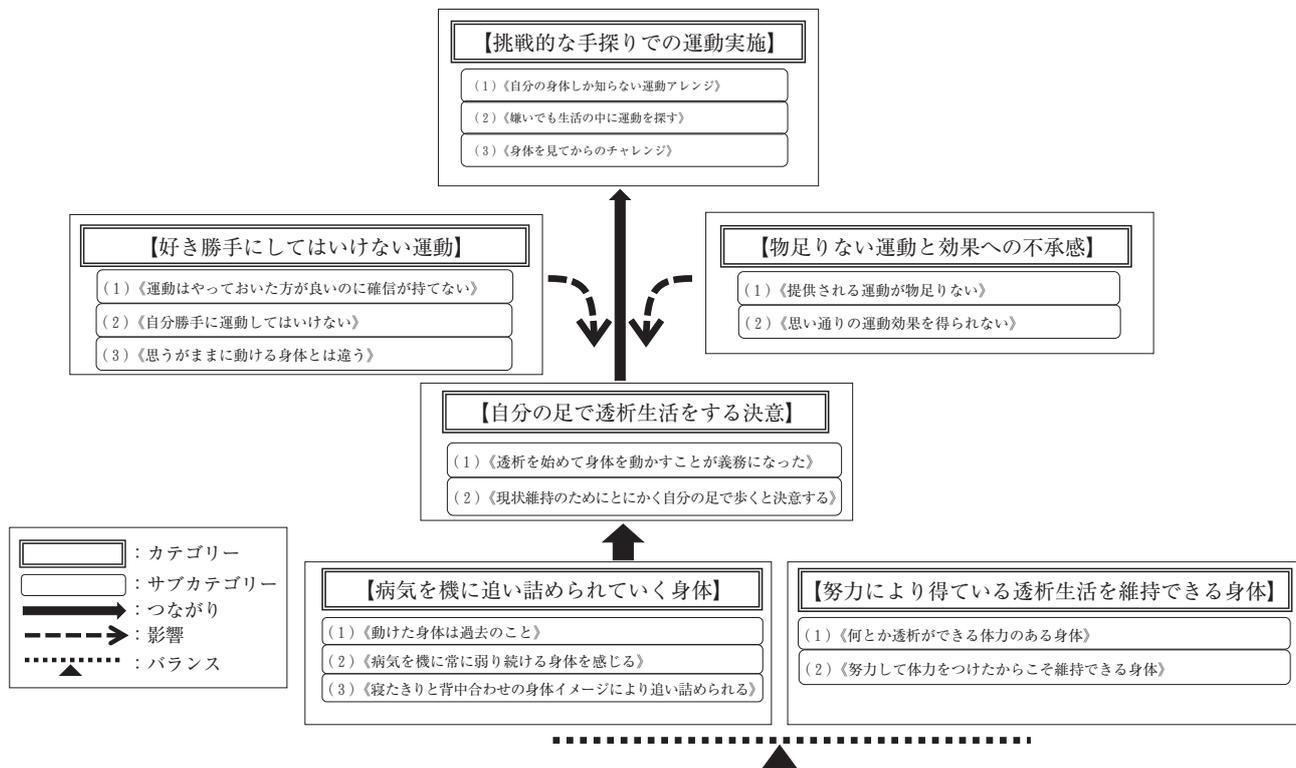


図1 結果図(挑戦的な手探りでの運動実施に至るプロセス)

表2 カテゴリー・サブカテゴリー・概念の一覧

カテゴリー (6)	サブカテゴリー (15)	概念 (47)
病気を機に追い詰められていく身体	動けた身体は過去のこと	運動は当たり前になっていた
		動けた身体
	病気を機に常に弱り続ける身体を感じる	はじめは運動どころじゃあない
		ふーって息が切れる
		身体は痩せて体力もない
		常に変化している身体
		このままじゃあだめだという追い詰められ感
		寝たきりと背中合わせの身体イメージにより追い詰められる
	寝たきりと背中合わせの身体イメージにより追い詰められる	寝たきりと背中合わせ
		自分の身体で歩けなくなった
努力により得ている透析生活を維持できる身体	何とか透析ができる体力のある身体	年もとるし思うようにできない
		自分の姿を他の患者と重ねる
	努力して体力をつけたからこそ維持できる身体	運動して体力をつけないと透析もできない
		努力しているからこそ今の身体を認めてほしい
	透析を始めて身体を動かすことが義務になった	動いているから透析してもなんともない
		透析を始めるまで運動は遊びだった
		運動は義務
		時間がくれば運動
		ちょっとした時間でも運動
		とにかく寝たきりにならないために歩く
自分の足で透析生活をする決意	現状維持のためにとにかく自分の足で歩くと決意する	最期まで生きるための足腰
		人の世話にならず自分で生活しなくてはいけない
	自分の身体しか知らない運動アレンジ	今を維持するために運動がある
		自己流の目標設定
	嫌いでも生活の中に運動を探す	わざと身体に運動させる
		汗をだらだら流すほど運動はできない
		30分したら休まないといけない
		身体を疲れさせないように
		運動はきつくて苦手なもの
		好きじゃあないとできない
挑戦的な手探りでの運動実施	嫌いでも生活の中に運動を探す	買い物も運動の一つ
		余暇活動の中での運動を探す
	身体を見てからのチャレンジ	できそうな運動への冒険
		運動を通して身体を知る
	好き勝手に運動してはいけない運動	足漕ぎで歩けるようになってきた
		数字を見て知る効果
		お腹がへこんで肩も凝らない
		先生にも運動って言われる
		腎臓に負担をかけない運動はやっておいた方が良い
		好き勝手にできない運動
物足りない運動と効果への不承感	自分勝手に運動してはいけない	一人で運動してはいけない
		医療者が良いようにしてくれる
	思うがままに動ける身体とは違う	思うがままに身体を使いたかった
		運動って感じのしない運動
	提供される運動が物足りない	もったいない時間の活用
		運動するにもシャントが気になる
	思い通りの運動効果を得られない	普通の運動はもうできない
		思い通りにならない運動効果

そういう入院されている方。そんなのを見ると自分の姿がなって。(ID5)」のように、自分の身体の状態や他の患者の様子から、身体的に衰退していく自分の姿を予測し、憂いを抱いていた。

b. 身体認知を示すカテゴリー【努力により得ている透析生活を維持できる身体】の説明

意識的に身体を動かすことによって、血液透析治療を含めた生活を変わらずに維持できているという身体認知のことである。このカテゴリーは、〈運動して体力をつけないと透析もできない〉〈努力しているからこそ今の身体を認めてほしい〉〈動いているから透析してもなんともない〉の3概念により構成され、《何とか透析ができる体力のある身体》《努力して体力をつけたからこそ維持できる身体》の2サブカテゴリーにより構成された。

(1) サブカテゴリー《何とか透析ができる体力のある身体》

「やっぱり体力というか、自分の力がないと透析も受けられないと思うし。私、車運転して来ないとだから。それがどれだけできるかわかんないけど、とにかく体力はつけておかないと困るのは自分だから。(ID1)」のように、運動を行うことで体力を維持しなくては、透析を継続していくことも難しいと捉えていた。

(2) サブカテゴリー《努力して体力をつけたからこそ維持できる身体》

「ちょっとの時間でも(自宅の健康器具に)乗れるから。それだけ努力していますよ。足だけ。(ID5)」や「透析してるだけで、元気だから。家のことはできる。とにかく極力動いてますからね。(ID5)」のように、運動という努力によって自身の身体や生活を変えずに続けられると捉えていた。

2. 身体認知からのプロセスを構成する【自分の足で透析生活をする決意】について

病気を機に弱り追い詰められていく身体と、努力により得ている透析生活を維持できる身体の両面の身体認知のバランスを保つことによって持つことができていく決意であり、自分自身の足で歩き、透析を含めた生活を続けていくために、義務感を持って運動することを固く決意することである。このカテゴリーは〈透析を始めるまで運動は遊びだった〉〈運動は義務〉〈時間がくれば運動〉〈ちょっとの時間でも運動〉〈とにかく寝たきりにならないために歩く〉〈最期まで生きるための足腰〉〈人の世話にならず自分で生活しなくてはいけない〉〈今を維持するために運動がある〉の8概念により構成され、《透析を始めて身体を動かすことが義務になった》《現状維持のためにとにかく自分の足で歩くと決意する》の2サブカテゴリーから構成された。

(1) サブカテゴリー《透析を始めて身体を動かすことが義務になった》

「(運動を)続けていくのはもう自分の義務みたいな感じで。(ID1)」や「透析するまでは(運動は)ただみんなと遊びに行く程度のそんな感じだった。(ID5)」のように、血液透析を始めたことで、運動に対しての認知が、遊びから義務的なものへと変化した。

(2) サブカテゴリー《現状維持のためにとにかく自分の足で歩くと決意する》

「ほんとに甘えたら絶対に足からダメになる。だからその歩けるように、っていうか快適に生活できるように。(ID1)」や「自分で歩いて自分で用事が足せるようにしないとイケない。(ID1)」, 「とにかく普通の生活に支障がないために運動する。いつまでも(生活)したいから。(ID2)」のように、現在の生活を維持するために、歩けることを重要な要素として捉え、運動への決意を持っていた。

3. 【自分の足で透析生活をする決意】からつながる【挑戦的な手探りで運動実施】のカテゴリーについて

自分の足で透析生活をする決意は挑戦的な手探りで運動実施へとつながるが、このつながりは身体認知や運動認知によって大きく影響を受け、つながりが強いほど挑戦的な手探りで運動実施に至っていた。挑戦的な手探りで運動実施は、自身の身体状態から運動の適切性を判断し、普段の生活の中で無理のない運動を行いながらも、身体に負担のかかるようなさらなる運動を模索している状態である。このカテゴリーは〈自己流の目標設定〉〈わざと身体に運動させる〉〈汗をだらだら流すほど運動はできない〉〈30分したら休まないといけない〉〈身体を疲れさせないように〉〈運動はきつくて苦手なもの〉〈好きじゃあないとできない〉〈買い物も運動の一つ〉〈余暇活動の中での運動を探す〉〈できそうな運動への冒険〉〈運動を通して身体を知る〉〈足漕ぎで歩けるようになってきた〉〈数字を見て知る効果〉〈お腹がへこんで肩も凝らない〉の14概念により構成され、《自分の身体しか知らない運動アレンジ》, 《嫌いでも生活の中に運動を探す》, 《身体を見てからのチャレンジ》の3サブカテゴリーから構成された。

(1) サブカテゴリー《自分の身体しか知らない運動アレンジ》

「最近ほね、30分ほどは歩くようにしています。あんまりね、1回お友達と長い時間歩いた。そしたらね、膝のところなんーとなく膝が痛い感じがしたから、なんとなく、これだけ(長い)時間歩くとダメだと思って20~30分かな。(ID5)」のように、自身の身体状態から運動の基準を決めながら運動を実施していた。

(2) サブカテゴリー《嫌いでも生活の中に運動を探す》

「歩くけど、雨の日も風の日も欠かさず歩くなんてできない。もともと好きではないからね。(ID4)」や「その家事の中にもスーパーで買い物するってことも含まれているので、道中は車です。スーパーの中うろうろする、これも運動の1つってくらいに体動かしてる。(ID6)」のように、運動に対しての苦手意識を持ちながらも、生活の中で運動を意識し、身体活動を増やそうと心がけていた。

(3) サブカテゴリー《身体を見てからのチャレンジ》

「どうしても歩かないとダメな時なんてない。その時の体調に合わせて、ああ今日ここ(胸)の調子良いなーって時はもう100(m)でも行こうかって。(ID8)」のように、運動によって変化する自身の身体状態を確認してから、さらなる運動を行っていた。

4. プロセスに影響を与えていた運動認知のカテゴリーについて

《運動はやっておいた方が良いのに確信が持てない》《自分勝手に運動してはいけない》《思うがままに動ける身体とは違う》というサブカテゴリーで示される【好き勝手にしてはいけない運動】という運動認知と、《提供される運動が物足りない》《思い通りの運動効果を得られない》というサブカテゴリーで示される【物足りない運動と効果への不承感】という運動認知を抱えており、運動への限界とやるせなさの感覚に影響を受けていた。

a. 運動認知を示すカテゴリー【好き勝手にしてはいけない運動】の説明

患者は、運動の必要性を感じ、実施への希望も持っているが、自身の身体の状態からも運動は自分の判断でやってはいけないものという運動認知を持っていた。このカテゴリーは、〈先生にも運動って言われる〉〈腎臓に負担をかけない運動はやっておいた方がよい〉〈好き勝手にできない運動〉〈一人で運動してはいけない〉〈医療者が良いようにしてくれる〉〈思うがままに身体を使いたかった〉の6概念により構成され、《運動はやっておいた方が良いのに確信が持てない》《自分勝手に運動してはいけない》《思うがままに動ける身体とは違う》の3サブカテゴリーから構成された。

(1) サブカテゴリー《運動はやっておいた方が良いのに確信が持てない》

「ある程度は運動したほうが良いって思ってたの。激しい運動はダメだと言われていたけど。(ID9)」や「(腎臓に)負担のないように。でも軽い運動は必要になって。(ID10)」のように、運動は漠然と身体に対して良いものであるという意識を持ちながらも、腎臓に負担がかかってしまうのではないかという意識もあり、運動をどのように

行って良いのか確信が持てていなかった。

(2) サブカテゴリー《自分勝手に運動してはいけない》

「もうちょっと運動したら良いかなーっていう考えなんだけど、これだけは自分個人でしたらあかん。(ID8)」のように、運動は自身の判断だけで行うことはできないものであると捉えていた。

(3) サブカテゴリー《思うがままに動ける身体とは違う》

「もっと歩きたい。どっか行きたい。でも息が切れるからね。(ID3)」や「本当はもっと身体動かしたい。運動をね、この脂肪とりたい。もっと身体軽くしたい。(ID8)」のように、運動に希望を持ちながらも、自分の身体状態から運動が思うようにできず、理想の状態との差を感じていた。

b. 運動認知を示すカテゴリー【物足りない運動と効果への不承感】の説明

患者は、自身の身体状態から行える程度の運動や、透析中に行う強度の低い運動に対して物足りなさを感じているために、運動から満足できる効果を得られないが、それを認めざるを得ないと感じていた。このカテゴリーは、〈運動って感じのしない運動〉〈もったいない時間の活用〉〈運動するにもシャントが気になる〉〈普通の運動はもうできない〉〈思い通りにならない運動効果〉の5概念により構成され、《提供される運動が物足りない》《思い通りの運動効果を得られない》の2サブカテゴリーから構成された。

(1) サブカテゴリー《提供される運動が物足りない》

「(透析中に行う)バイクとか負荷かかってないね。そしたら軽い時は、いくらでもしゅいしゅいしゅいとできてしまうね。ちょっと重たい器械だと、ちょっと今日は重たいなって感じで、うん。なんか代わり映えがない。(ID3)」や「病院で運動もするけど、45分くらいで終わり。体揉んだり、足動かしたり、その程度で終わり。(ID2)」のように、医療者から提供される運動方法に対して、物足りなさを感じていた。

(2) サブカテゴリー《思い通りの運動効果を得られない》

「もう、慌てて走り回るだとか、荷物持って階段上ったりとかすると、やっぱ息切れとかするし、まだまだ体力上がらなくなって思うわ。(ID4)」や「こうして(運動を)やっても、階段が上がったり、歩くのもやっぱまだまだだくなって思うわ。(ID4)」のように、息切れなどの自覚症状から自分のできる範囲でのウォーキングや筋力トレーニングを行っても思うような運動効果を得ることができていないと捉えていた。

IV. 考 察

本研究結果より明らかになった高齢血液透析患者の“挑戦的な手探りで運動実施に至るプロセス”について、以下に身体認知、運動認知、プロセス全体の視点からそれぞれ考察を行う。

A. 高齢血液透析患者の身体認知について

田中(2008)は、入院・治療中の超高齢者はなじんだ身体感覚や生活体験を頼りに症状や治療を了解していくと述べている。また、田中・原田・太田(2013)は、前期・後期高齢血液透析患者を対象とした研究において、患者は転落や日常生活上の加齢による機能低下を実感したことをきっかけに年齢を実感し、危険回避のための自衛を意識していたと述べている。本研究の参加者は75歳未満の前期高齢者のみであったが、先行研究における区分の異なる後期高齢者や超高齢者と同様に、日常生活での息切れや手足の細り具合などの身体感覚に基づいた自分なりの基準から《病気を機に常に弱り続ける身体を感じる》とともに、加齢だけではなく、腎疾患を患ってから身体機能が低下していくことや入院などをしていく他の患者の様子を見ることなどの体験から《寝たきりと背中合わせの身体イメージにより追い詰められる》と感じていた。また、自分自身の運動という努力によって通院や透析治療を継続できている身体状態であることに対して《何とか透析ができる体力のある身体》を認知していた。高齢血液透析患者では、通院ができなくなることは入院治療の必要性とも直結する。入院によりさらに身体機能が低下していく将来を予見することで、患者にとって通院できることはより一層重要な意味を持つ。そのため、患者の持つ身体認知は高齢による身体変化の自覚だけではなく、通院など将来的な予測が含まれていた。このことは、患者にとって切実な課題であり、高齢血液透析患者の運動実施における身体認知の重要性が示唆される。

また、高齢血液透析患者は【努力により得ている透析生活を維持できる身体】という身体認知を持つことができていた。Bandura(1997/2000)は、「脅威をコントロールしようとするときに効力感が低いと、不安と同様に抑うつをも生み出す」と述べている。本研究結果より、【病気を機に追い詰められていく身体】という身体認知は、【自分の足で透析生活をする決意】につながっており、脅威をコントロールしようとする動機づけになっていた。さらに【努力により得ている透析生活を維持できる身体】という身体認知は、運動という努力によって生活を維持できていることが運動への効力感につながると考えられた。この2つの身体認知は、高齢血液透析患者には重要であり、特に【努

力により得ている透析生活を維持できる身体】については、【病気を機に追い詰められていく身体】の認知に劣らないように、医療者が意識的に評価し、身体認知の変化を捉えることが重要であると考えられる。田中ほか(2013)は高齢血液透析患者の心理的体験には〈暗澹としてやるせない〉体験があり、療養生活における精神的、社会的、身体的な辛さや苦痛など、一言では表現しきれない複雑な体験をしていると述べている。透析治療により変化し続ける身体状態とそれを取り巻く環境の中で患者が自身の身体に対して自信を持つことは容易ではないと考えられる。このことから、運動の支援においては、まずは患者が血液透析を含めた生活を維持できていることを評価することで、患者が【努力により得ている透析生活を維持できる身体】を感じ、運動に対しての効力感を高めていくことが必要であると考えられた。特に看護師は、患者自身が持つ身体認知の意義を認識した上で、日々のケアの中で意識的に観察と評価を行うことで、患者の効力感を高めるための働きかけが重要である。また、身体認知は透析治療や環境により変化しうることを認識し、継続的に支援していく必要がある。

B. 高齢血液透析患者の運動認知について

山田・小松(2007)は、虚血性心疾患患者が運動を継続していくための前提要因において、「運動に関する知識」として自分に必要な運動の内容や意味について理解できることや「医師による統制感」として医師などが運動をコントロールすると考えていることを要因として抽出している。虚血性心疾患患者と血液透析患者にとっての運動は、身体に対して一定の負担をかけながらの療法であるという特性が共通しており、知識を持つことや医療者の協力を得ることは血液透析患者が運動を実施していく上でも、重要な要素であると考えられる。一方で、武内・村嶋(2008)は血液透析患者に対する質問紙調査から、「生活」と「食事」を下位尺度としたセルフケア尺度において、服薬やシャント管理などと比較して、適度な運動の実施に関する項目が最も得点が低かったと報告しており、患者自身が運動を実施できていないという認識を持っていると考えられる。本研究結果において、患者は【好き勝手にしてはいけない運動】という運動に対しての規制感と【物足りない運動と効果への不承感】というやるせなさを抱えていた。患者が適度な運動を行えていないと捉える背景には、こうした運動への規制感ややるせなさの認知が関係していると示唆される。そのため医療者の積極的な介入により、運動実施に影響する【好き勝手にしてはいけない運動】や【物足りない運動と効果への不承感】という認知を緩和していくことが必要である。また、医療者による運動療法を導入し

ている患者は、《提供される運動が物足りない》と捉えており、患者が適切な運動認知を持つためには、単に運動療法を導入するだけでは不十分であり、各患者の身体機能や運動認知に合わせて運動をテーラーメイドしていく必要性も示唆された。さらに、2つの運動認知は、自分自身の身体状態を認知したからこそ持っている認知であり、つまり運動認知と身体認知は相互に関係しているといえる。そのため、患者が運動を実施することができ、かつ効果も得ることができると捉え、運動に対する認知を変化させていくことができれば、【努力により得ている透析生活を維持できる身体】と【病気を機に追い詰められていく身体】のバランスを保ち、運動を実施していくことにつながると考えられる。まずは医療者が、患者の抱える規制感とやるせなさを解消するための積極的な運動指導を行うことが必要である。

以上のことより、本研究により明らかになった高齢血液透析患者の身体認知は運動実施における起点として重要であり、運動認知は運動実施に影響する因子として重要であることを示すことができた。さらに身体認知と運動認知は相互に関連しており、医療者による積極的な運動指導によって、運動認知を変化させることにより、身体認知を向上させていくことの可能性も示唆された。そのため、高齢血液透析患者の運動実施を支援していくために、医療者は歩行機能や筋力などの身体機能評価に留まらず、患者の運動認知を捉え、職種間で共有することにより、認知に合わせた情報提供や運動処方を多職種で検討する必要があると考える。

C. 高齢血液透析患者が運動実施に至るプロセスについて

高齢血液透析患者が運動実施に至るプロセスについて、動機付け理論の一つである自己決定理論との比較から考察を行う。自己決定理論は動機づけ現象全般に対する理論として展開されており、4つの理論によって構成され、その一つに有機的統合理論が挙げられる (Deci, & Ryan, 1985)。有機的統合理論において、動機づけは、義務や強制など外部の要求に起因する外発的動機づけと自身の好奇心や関心など内部の要求に起因する内発的動機づけがあるとされ、自己決定性の程度によって分けられると述べられている (Ryan, & Deci, 2000)。さらに外発的動機づけは、外部からの影響が強い順に、「外的調整」、「取り入れ調整」、「同一化的調整」、「統合的調整」に分けられ、人の動機がいかんして外部に起因するものから内発的なものに移行していくかを時間的な経過やプロセスの観点から説明している (Ryan, & Deci, 2000)。本研究結果において、【病気を機に追い詰められていく身体】から【自分の足で透析生活をする決意】を持ち運動実施を意識することは、身体

的な機能低下が運動の動機となっている状態から、運動自体に価値を見出しそのことが動機となっている状態に変化していると捉えることができる。このことは、課題の価値を自分の価値として取り入れつつも外的な動機づけに寄っている「取り入れ調整」から、自分にとっての行動の価値を認識し内的な動機づけである「同一化的調整」へと変化する過程と考えることができ、自己目的的に行動のできる内発的動機づけに向かっている状態といえる。この意味において、運動に対する動機づけが外発的なものから内発的なものへと移行していく過程は、自己決定理論と一致しており、高齢血液透析患者の運動実施は弱りゆく身体と運動によって生活を維持できている身体を認知すること、さらには今後の生活を続けるために運動を決意することによって、より内発的な動機づけを得られていることが明らかになった。

しかし、本研究結果からも、自己決定理論のみでは、高齢血液透析患者の運動実施の説明は不十分であると考えられる。【自分の足で透析生活をする決意】が【好き勝手にしてはいけない運動】や【物足りない運動と効果への不承感】の運動認知により影響を受けていることがその理由である。患者は血液透析という侵襲の大きい治療により急激な変化も起こりうる身体状態があり、常に変化し続ける身体状態であるといえる。したがって、一度運動という行動に至っても、患者自身の身体状態と運動認知が常に影響し合って変化を起こしている状態であり、その強弱のバランスによっては短期間での変化も起こしうることが推察される。その意味で、動機づけが得られた後も、身体認知や運動認知に合わせた支援が必要な点が、高齢血液透析患者の運動を支援していく上での特殊性であると考えられる。

よって、本研究により明らかになったプロセスは、医療者が血液透析患者の運動実施を支援する上での新たな視点を示しており、本研究の意義は大きいと考える。今後は本研究から得られた知見を活用し、患者が持つ身体および運動認知のアセスメント方法の確立、介入方法の検討により、血液透析患者の継続的な運動実施を目的とした新たな支援方法の確立が期待できる。

D. 本研究の限界

本研究では、対象者を65歳以上の患者としたが、研究参加者は全員が75歳未満であった。そのため、本研究結果が75歳以上の高齢血液透析患者に適用できるかは確認できていない。今後、高齢血液透析患者全体における適用を確認するためには、75歳以上の血液透析患者を含め、調査を行う必要がある。また、ガイドライン上で運動療法の導入が禁忌と判断される患者に対しては、本研究結果は適用できないと考える。

結 論

本研究は、高齢血液透析患者の身体および運動認知を明らかにし、さらにこれらの認知を含んだ運動実施に至るプロセスを明らかにした。本研究は高齢血液透析患者の運動実施に至るプロセスが身体認知を持つことから始まり、運動認知はプロセスを阻害するように働いている点を明らかにしたことに新規性がある。また、身体認知と運動認知は相互に関連しており、運動という行動に至った後にも継続して認知に合わせた介入の必要性が示唆された。そのため、高齢血液透析患者の運動実施の支援において、看護師は患者の持つ身体認知と運動認知を捉える必要がある。さらに、プロセスの特殊性から、それらの認知が身体状態や治療により変化しうることを理解した上で、認知に合わせた介入を継続的に検討していく必要がある。今後は本研究から得られた知見を活用し、血液透析患者の運動実施に対する新たな支援方法の確立が期待できる。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、研究参加を快く承諾していただき、ご自身の貴重な体験の数々を語っていただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、この論文は平成29年度金沢大学大学院医薬保健学総合研究科博士前期課程の学位論文として提出し、第21回日本腎不全看護学会学術集会で発表したものに加筆・修正を加えたものである。

利益相反の開示

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

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

- 荒井秀典 (2014). フレイルの意義. *日本老年医学会雑誌*, 51(6), 497-501.
- Bandura, A. (1997) / 本明 寛・野口京子監訳 (2000). *激動社会の中の自己効力* (第2版). (pp.1-41), 東京: 金子書房.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. 1-388. New York: Springer.
- Johansen, K.L., Chertow, G.M., Jin, C., & Kutner, N.G. (2007). Significance of frailty among dialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(11), 2960-2967.
- Johansen, K.L., Chertow, G.M., Ng, A.V., Mulligan, K., Carey, S., Schoenfeld, P.Y., & Kent-Braun, J.A. (2000). Physical activity

- levels in patients on hemodialysis and healthy sedentary controls. *Kidney International*, 57(6), 2564-2570.
- Katayama, A., Miyatake, N., Nishi, H., Uzike, K., Sakano, N., Hashimoto, H., & Koumoto, K. (2014). Evaluation of physical activity and its relationship to health-related quality of life in patients on chronic hemodialysis. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 19(3), 220-225.
- 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*. (pp.1-260), 東京: 弘文堂.
- 忽那俊樹, 松永篤彦, 齊藤正和, 米澤隆介, 上脇玲奈, 前田智美, 山本壱弥, 石井 玲, 松本卓也, 増田 卓 (2006). 維持血液透析患者の運動の習慣化にセルフ・エフィカシーが与える影響. *日本私立医科大学理学療法学会誌*, 23, 11-14.
- Marcus, B.H., & Simkin, L.R. (1994). The transtheoretical model: Applications to exercise behavior. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(11), 1400-1404.
- 日本腎不全看護学会 (2021). *慢性腎臓病看護* 第6版. 1-278, 東京: 医学書院.
- 日本腎臓リハビリテーション学会 (2016). 保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き. <https://jsrr.smoosy.atlas.jp/files/2231> (参照2017年11月11日)
- 日本腎臓リハビリテーション学会 (2018). *腎臓リハビリテーションガイドライン*. 1-100, 東京: 南江堂.
- 日本透析医学会 (2019). わが国の慢性透析療法の現況2018年12月31日現在. <http://docs.jsdt.or.jp/overview/index2019.html> (参照2021年3月15日)
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- 齊藤正和, 坂本純子, 松永篤彦, 忽那俊樹, 米澤隆介, 上脇玲奈, 前田智美, 高木 裕, 吉田 裕, 増田 卓 (2005). 血液透析患者に対するHome-based Exercise Training は運動習慣の獲得につながるか?. *理学療法学*, 32(2), 357.
- Takaya, Y., Kumasaka, R., Arakawa, T., Ohara, T., Nakanishi, M., Noguchi, T., Yanase, M., Takaki, H., Kawano, Y., & Goto, Y. (2014). Impact of cardiac rehabilitation on renal function in patients with and without chronic kidney disease after acute myocardial infarction. *Circulation Journal*, 78(2), 377-384.
- 武内奈緒子, 村嶋幸代 (2008). 血液透析患者の特性・信念およびセルフケアとの関連. *日本看護科学会誌*, 28(4), 37-45.
- 田中紀子, 原田小夜, 太田節子 (2013). 高齢透析患者の療養生活における体験の意味づけ. *聖泉看護学研究*, 2, 69-81.
- 田中美穂 (2008). 入院・治療中の超高齢者がとめる看護: 体験の記述と解釈. *日本看護研究学会雑誌*, 31(2), 37-46.
- 立石圭祐, 上田仁美, 百崎 良, 林 文宏, 仁科紀子, 増森宣行 (2011). 血液透析中に運動療法を実施し、運動および日常生活機能に改善が得られた2症例について. *理学療法 進歩と展望*, (24), 57-61.
- Toyama, K., Sugiyama, S., Oka, H., Sumida, H., & Ogawa, H. (2010). Exercise therapy correlates with improving renal function through modifying lipid metabolism in patients with cardiovascular disease and chronic kidney disease. *Journal of Cardiology*, 56(2), 142-146.
- Vaithilingam, I., Polkinghorne, K.R., Atkins, R.C., & Kerr, P.G. (2004). Time and exercise improve phosphate removal in hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 43(1), 85-89.
- Wilkinson, T.J., Clarke, A.L., Nixon, D.G.D., Hull, K.L., Song, Y., Burton, J.O., Yates, T., & Smith, A.C. (2021). Prevalence and correlates of physical activity across kidney disease stages: An

observational multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36(4), 641-649.

山田 緑, 小松浩子 (2007). 虚血性心疾患患者の運動の継続に影響する要因の検討. *聖路加看護学会誌*, 11(1), 53-61.

Zhang, F., Wang, H., Wang, W., Zhang, H. (2022). The role of physical activity and mortality in hemodialysis patients: A review. *Frontiers in Public Health*, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.818921>

〔2022年7月16日受 付〕
〔2023年3月28日採用決定〕

Exercise Process for Elderly Patients Undergoing Hemodialysis

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 777-789
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230328217>

Ryota Kumakura, MSN, RN¹, Michiko Inagaki, PhD, RN²,
Keiko Tasaki, PhD, RN², Kiyoko Matsui, PhD, RN³,
Tomomi Horiguchi, PhD, RN²

¹Faculty of Nursing Nagaoka sutoku university, Niigata, Japan

²Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa university, Ishikawa, Japan

³Faculty of Nursing Kanazawa medical university, Ishikawa, Japan

Abstract

Objective: To elucidate the exercise process that focuses on the body and exercise perception of elderly patients undergoing hemodialysis. **Methods:** This qualitative factor exploratory study used a modified grounded theory approach. **Results:** Fifteen elderly patients who visited a medical institution as outpatients and had been undergoing hemodialysis for at least 1 year participated in this study. The analysis revealed that the exercise process in elderly patients undergoing hemodialysis could be classified into six categories, including those related to body and exercise perception, and started with two body perception categories. Furthermore, “The body that is gradually pushed to its maximum with dialysis as a drive” becomes “determined to live a dialysis life on their own feet” and attains “challenging and unguided exercise.” Two categories of exercise perception had antagonistic effects on exercise based on the “determination to live a dialysis life on their own feet.” **Conclusions:** Active exercise guidance focusing on body and exercise perception is crucial for supporting the exercise process of patients undergoing hemodialysis.

Key words

Hemodialysis, Elderly, Perception, Exercise, Modified grounded theory approach

Correspondence: R. Kumakura. Email: kumakura-r@sutoku-u.ac.jp

新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセス

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 791-798
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230404215>

飯倉 涼¹, 恩幣宏美²

¹群馬大学医学部附属病院, ²群馬大学大学院保健学研究科

要旨

目的：新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難をどのように乗り越えているかを明らかにする。方法：2年目看護職員12名に半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。結果：新人看護職員は、先輩看護職員の実践を手本に模倣することで看護業務をこなせるようになったと自覚していた。その後、先輩看護職員から業務を優先する傾向を指摘されることで患者の思いを考えた看護実践を行い、患者や家族の肯定的反応から手応えを得ていた。結論：看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるための教育的支援として先輩看護職員は、入職後の新人看護職員が看護業務を模倣できるように質の高い見本を示すこと、業務を優先している場合、その傾向に気付けるように、指導することが必要であると推察された。

キーワード

新人看護職員, 困難, 乗り越える, プロセス, 看護実践

責任著者：飯倉 涼. Email: r1nn000rs@gmail.com

緒言

看護基礎教育を修了して初めて就労する新人看護職員の多くは、病院を就職先として選択し（日本看護協会出版会, 2017, pp.138-139）、新人看護職員研修（厚生労働省, 2014）や配属部署の支援を受けながら、看護実践を行うことが求められている。近年、看護基礎教育は修了年限内で学ぶ知識が多いが、その知識を活用する方法は習得できず、臨地実習では看護過程の思考プロセスについて重点的に指導することが多いため、技術等の実践機会が減少している（厚生労働省, 2011, pp.2-3）。そのような背景から新人看護職員は、知識や技術を習得していても、臨床現場で経験したことがない看護実践が多いと考えられる。

実際に病院で求められる多くの看護実践は、看護基礎教育で経験したことがなく（山口・徳永, 2014, p.56）、就職後の新人看護職員は知識や技術も未熟な中での実践に困難を感じている（滝島, 2017, pp.60-63；田中, 2022, p.68）。新人看護職員の離職率は2011年度以降7～8%台で推移している（日本看護協会, 2021）が、離職の一因として、仕事の失敗（水田・上坂・辻・中納・井上, 2004, pp.23-25）や看護実践で生じたネガティブな体験がある

（山口・徳永, 2014, p.56）。また、入職後3ヶ月までの新人看護職員の困難は看護技術や専門知識・業務遂行に関すること（唐澤ほか, 2008, pp.80-81）であるのに対して、入職後11ヶ月から12ヶ月の新人看護職員は、重症患者の対応や患者の状態のアセスメントを困難と感じる（赤塚, 2012, p.123）。そのことから、入職後からの約1年間で新人看護職員は、看護基礎教育で学んだ知識・技術を自らの臨床判断を通して活用することが求められるが、看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する様々な困難に直面し、その対応に苦慮していると考えられる。

人間は、自分の能力・技能だけでは解決できないような出来事に対処するプロセスがある（Lazarus, & Folkman, 1984/1991）。また、新人看護師には看護技術を獲得し、できる実感を持つことで、患者の立場に立ったケアを行う意識が芽生え、職業継続に至るプロセスがある（大江・塚原・長山・西村, 2014, pp.219-220）。このことから、入職後の新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越え、患者の立場に立った実践に至ると予測するが、そのプロセスは明らかではない。そこで本研究は、新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難をどのように乗り越えて

いるか、そのプロセスを明らかにすることを目的とした。それらのプロセスの把握は、新人看護職員が看護実践に対する困難を乗り越えるにあたり、適切なタイミングでの支援内容への示唆が得られ、職業を継続するための一助になると考える。

I. 研究方法

1. 用語の定義

(1) 看護実践

松尾・赤澤（2017）は、看護実践を、現場におけるその時その時の看護師の臨床判断によって展開された、患者や家族に対する一連のケアの過程と定義している（pp.345-346）。本研究での看護実践は、病棟で決められている日課の中で行う日常生活援助、医師の指示の下での医療処置という看護業務のみならず、病棟で決められている日課の中で、患者のニーズを満たすことを目指し、その時々々の看護職員の臨床判断によって展開される患者に対する直接的もしくは間接的に働きかける行為とした。

(2) 困難

渡部・武田（2019）は、職務上の困難を、これまでの臨床経験との違いにより、自分が身につけた知識や技術、コミュニケーション能力や看護観だけでは対応できないと思うことと定義している（p.12）。そのため本研究での困難は、新人看護職員が看護実践において、看護基礎教育で修得してきた知識や技術では対応できないと感じることと定義した。

2. 研究デザイン

本研究は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach：以下、M-GTA）（木下，2014）の手法を用いた。本研究では、新人看護職員が患者や先輩看護職員との相互作用の中で、看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセスを把握し、具体的な理論生成を目的としている。そのため、人間と人間とが直接的にやりとりする社会的相互作用に関わる領域であり、かつ研究対象とする現象がプロセス性を持つ領域の研究に適しているM-GTAを用いた。

3. 研究対象者

研究対象者は、看護基礎教育を修了して初めて就労し、入職後に新人看護職員研修を受講して、同一部署で1年間勤務し、本研究協力への同意が得られた2年目看護職員12名とした。2年目看護職員は、入職後1年間の看護実践に対する困難とそれらを乗り越えるプロセスについて想起し

やすいと考えたため対象者とした。

ただし、集中治療室、救急外来、手術室、透析室、外来の看護実践は、一般病棟と比べて専門性が高く特殊であることを考慮し、これら部署の看護職員は除外とした。さらに社会人経験を持つ新人看護職員は、社会人経験を持たない新人看護職員と比べ、仕事に対して異なった困難を経験している（渋谷・松永・松井，2012，p.33）ため、入職以前に社会人、准看護師の経験がある看護職員を対象から除外した。

4. データ収集方法

半構造化面接を行った。データ収集は、インタビューガイドを用いて職業継続している2年目看護職員が、1年目時に看護基礎教育で経験したことがない看護実践上で感じた困難とそれらを乗り越えるまでのプロセスを自由に語ってもらえるように配慮した。また、面接時間は1回60分程度とし、研究対象者の同意の上でICレコーダーに録音した。データ収集期間は、2019年6月から9月であった。

5. 分析方法

M-GTAの分析に基づき、本研究の分析テーマは、「職業継続している2年目看護職員の1年目時に、看護基礎教育で経験したことがない看護実践を行う上での困難を乗り越えるプロセス」とし、分析焦点者を「職業継続している1年目看護職員」とした。逐語録を精読し、分析テーマと分析焦点者に照らしてデータの関連箇所に着目し、それを一つの具体例とし、かつ他の類似具体例も説明できると考えられる概念を生成した。概念を創る際に分析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。その後、複数の概念を表現できるカテゴリを生成し、さらにコアカテゴリを生成した。ストーリーラインとして文章化し、概念同士の関係性やカテゴリ間関係をまとめ、結果図を作成した。なお、本研究のフィールドにおいて、概念とカテゴリが追加されないと判断し、生成した概念とカテゴリを用いて、分析テーマの現象を説明できることを研究者間で確認した時点で分析を終了した。データの分析過程において質的研究経験のある研究者2名とともに概念名、定義、具体例の検討を行い、結果の信憑性を確保した。また、M-GTAの研究経験を持つ研究者よりスーパーバイズを受け、確証性を確保した。

6. 倫理的配慮

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の承認後に対象施設の看護責任者の許可を得て開始した（承認番号：HS2019-026）。研究対象者には、口頭および文書で、本研究の目的、方法、研究参加の任意性と中

断の自由, 同意の撤回の自由, 個人情報保護, 利益相反, 研究に関する情報公開, 研究終了後のデータの破棄について説明し, 署名による同意を取得した。

Ⅱ. 結 果

1. 研究対象者・対象施設の概要

同意が得られた本研究対象者は12名(女性12名)であり, 所属病棟は外科系病棟が7名, 内科系病棟が1名, 内科系・外科系混合病棟が1名, 小児科が2名, 産科婦人科が1名であった。平均面接時間は, 45分5秒(SD=3分21秒)であった。対象施設は, 入職後に看護実践を実施する上で必要となる基本的な技術や知識を得るための新人看護職員研修が行われていた。加えて, 新人看護職員研修で学んだことを活用し, 先輩看護職員が病棟での看護実践を指導していた。

2. 新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセス

分析の結果, 23概念から3カテゴリと1コアカテゴリが生成され, それらの関係性やプロセスを示した結果図を作成した。新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセスを図1に示す。

以下, コアカテゴリは【】, カテゴリは《》, 概念は〈〉, 定義は“ ”で示す。

3. ストーリーライン

研究対象者は, 入職当初〈疑問符ばかりのリアルな看護実践〉に対して〈聞き慣れない専門用語への困惑〉〈患者に何をすべきかわからない無力感〉〈正解がないケアへの戸惑い〉〈患者の状態悪化につながる恐怖心〉〈わからない治療への不安〉〈上手く説明できず戸惑う〉といった《未経験ゆえに生じる看護実践に対する困難》があった。そして日々の看護業務を行う際に, 〈聞きやすい先輩がいてくれる安心感〉を感じ, 経験豊富な〈先輩を頼みの綱にしよう〉として, 〈先輩への漠然とした憧れ〉を抱いた。さらに〈まずは先輩をマネしてみよう〉と考え, その中で〈自分なりのやり方を模索する〉という《先輩看護職員を支柱にした看護業務の試行錯誤》を重ねた。さらに, 日々の看護業務を遂行することで〈憧れの先輩に一步近付けた自覚〉〈先輩の褒め言葉から得られた手応え〉を得て, 〈ルーチン業務ならこなせる実感〉を持った。そして〈間近にせまる一人立ちを意識し始める〉と共に〈先輩から心理的に自立しよう〉といった《看護職員として一人立ちする覚悟を決める》ようになった。その一方で, 〈職責を果たせる

か不安〉と感じていた。

日々の看護業務を遂行できるようになった研究対象者は, 先輩看護職員から〈気付かされた業務優先思考の癖〉を指摘されたことで〈業務を「やらなきゃ」から「患者のために」を考える〉ようになり, 〈患者の思いを察し始める〉と共に〈各々の患者に合わせた対応を理解する〉ことで, 〈患者・家族の肯定的な反応で芽生えた自信〉につながり, 【患者の目線になることで芽生えた看護実践への手応え】を得ていた。

4. コアカテゴリ, カテゴリ, 構成概念の説明

以下に, 本プロセスを構成する各カテゴリなどについて記述する。各概念の定義と具体例は, 表1に示す。

(1) 《未経験ゆえに生じる看護実践に対する困難》

このカテゴリは, 入職後の新人看護職員が, 看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対して困難を感じているということであり, 〈疑問符ばかりのリアルな看護実践〉〈聞き慣れない専門用語への困惑〉〈患者に何をすべきかわからない無力感〉〈正解がないケアへの戸惑い〉〈患者の状態悪化につながる恐怖心〉〈わからない治療への不安〉〈上手く説明できず戸惑う〉という7つの概念から構成された。

(2) 《先輩看護職員を支柱にした看護業務の試行錯誤》

このカテゴリは, 入職後の新人看護職員が, 日々の看護業務を遂行するために, 先輩看護職員の実践を模倣し, 試行錯誤することで看護業務をこなせるようになったことを示しており, 〈先輩を頼みの綱にしよう〉〈聞きやすい先輩がいてくれる安心感〉〈先輩への漠然とした憧れ〉〈まずは先輩をマネしてみよう〉〈自分なりのやり方を模索する〉という5つの概念で構成された。

(3) 《看護職員として一人立ちする覚悟を決める》

このカテゴリは, 新人看護職員が日々の看護業務を遂行できるようになったことで, 自立して看護業務を遂行する意思を持ったことを示しており, 〈憧れの先輩に一步近付けた自覚〉〈先輩の褒め言葉から得られた手応え〉〈ルーチン業務ならこなせる実感〉〈間近にせまる一人立ちを意識し始める〉〈先輩から心理的に自立しよう〉という5つの概念で構成された。

(4) 《職責を果たせるか不安》

この概念は, 新人看護職員が看護業務を行うことに対して, 自信を持つ一方で, 責任を自覚し, 不安を感じていることを示している。

(5) 【患者の目線になることで芽生えた看護実践への手応え】

【患者の目線になることで芽生えた看護実践への手応え】は, 新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセスのコアカテゴリ

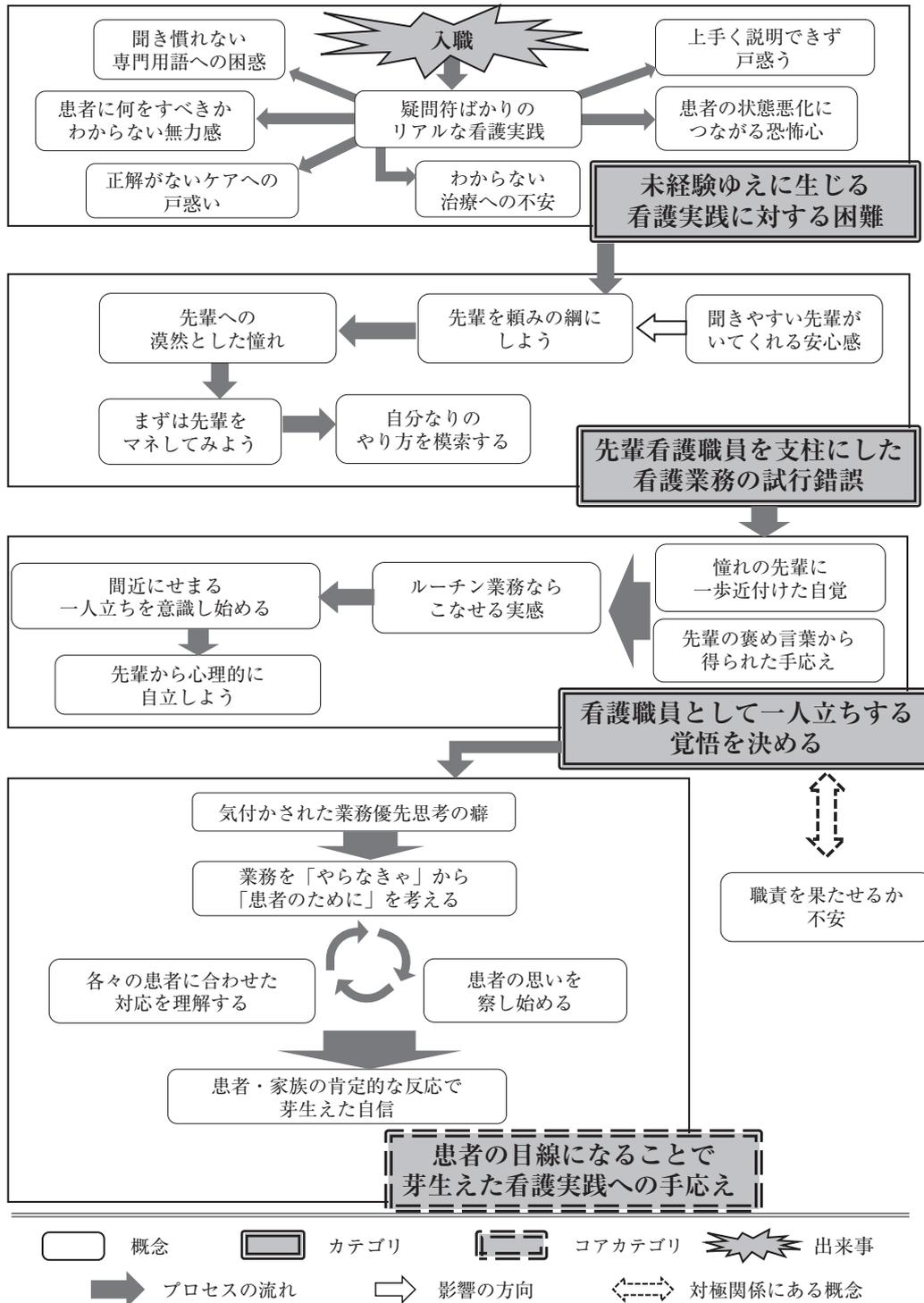


図1 新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセス

である。このコアカテゴリは、患者・家族から肯定的な反応を得て、看護実践に対する自信を獲得することを示している。〈気付かされた業務優先思考の癖〉〈業務を「やらなきゃ」から「患者のために」を考える〉〈患者の思いを察し始める〉〈各々の患者に合わせた対応を理解する〉〈患者・家族の肯定的な反応で芽生えた自信〉という5つの概念で構成された。

Ⅲ. 考 察

本研究の対象者は、先輩看護職員の実践を手本に模倣することで看護業務をこなせるようになったと自覚していた。その後、先輩看護職員から業務を優先する傾向を指摘されることで患者の思いを考えた看護実践を行い、患者や家族の肯定的な反応から手応えを得ることで、看護基礎教育

表1 カテゴリ・概念・定義・具体例の一覧

コアカテゴリ・カテゴリ	概念	定義	具体例
《未経験ゆえに生じる看護実践に対する困難》	《疑問ばかりのリアルな看護実践》	“臨床現場で行われている多くの看護実践を初めて経験するため、どのように看護実践を行えば良いかわからないと感じていること”	最初はなんか、先輩が(患者のケアや処置を)やってるのを見てからやりたいなっていう気持ちはありましたね、いきなりちょっとやってみてって言われても、え、どうしたらいいんだろうみたいな。(C氏)
	《聞き慣れない専門用語への困惑》	“初めて聞く専門用語を理解することができず、困惑していること”	初めて聞く言葉が多すぎて、パニックになってたんだと思います。まずなんか、本当に呪文のような申し送りとかも、呪文に聞こえて、全然早くて、スピードも早くて、聞き取れなかったり、あとやっぱり医療用語、専門的な用語を病棟でよく使われてる言葉とか、初めて耳にすることばかりです。(D氏)
	《患者に何をすべきかわからない無力感》	“患者に起きている出来事や行われている治療に、どのように対応すべきかわからず、無力であると感じていること”	(患者の酸素飽和度が下がっているが)まだ、その、自分でやってるだけじゃあ、酸素は上がってこないでなんかちょっと、何もできないなって思ったりも。(H氏)
	《正解がないケアへの戸惑い》	“患者への正しいケアがわからないため自信が持てず、戸惑いを感じているということ”	最初(患者へのケアとか処置とか)もう不安だなあ、できればやりたくないなあという感じですね。自分、経験がないから、なんか、自分のやる、これからやるケアとか処置とかが合ってるのかなって……気持ちですかね。なんだから、自信がないから……。 (C氏)
	《患者の状態悪化につながる恐怖心》	“患者に対してケアや処置を行うことで、患者の状態を悪化させるのではないかと恐怖を感じていること”	人工鼻も、換えるときに(換気で)ふわっと、ゴーってなるから、すごい怖いし、えっ!(アラームが)鳴っちゃったみたいなの、どうしよう、なんか全部が怖かったです。触るのが怖かったです機械に……なんかこれで呼吸管理されているって思うと、何かやっただけで、患者さんがどういかなっちゃうのかなとか、すごい怖かったです。(J氏)
	《わからない治療への不安》	“初めて見る実際の治療を理解することができず不安を感じているということ”	(手術後の経過の中で)抗生物質の種類でもたくさんあるんで、なんで変わったんだらうって? 基本、術後はセファゾリン使ってるんですけど、その抗体がある患者さんとか、薬剤アレルギーとか、そういう系のある患者さんは別の、タゾピベとかクリンダマイシンとかそういう別のものを使ったり、理解が追いついていない状態が、難しかったです。(D氏)
《先輩看護職員を支柱にした看護業務の試行錯誤》	《上手く説明できず戸惑う》	“どのように検査や手術の説明をしら良いかわからず、患者から十分な理解が得られないため戸惑いを感じていること”	なんか検査とか処置とか治療がある時に、検査がありますって言っても、その患者さんは「ハテナ(?)」っていう感じの時とかが、結構あって、専門用語じゃなくて、どういう風に言い回しで、検査の内容を伝えればいいのか(難しい)。(F氏)
	《先輩を頼みの綱にしよう》	“看護業務を行うにあたり、自身に知識や技術がないため、自信がなく、それらを持って先輩を頼りにしようと考えていること”	最初の頃は、(点滴で)不安なのは、全部先輩に聞いてました。これで合ってますかとかこの時間でいいですよとか。(E氏)
	《聞きやすい先輩がいてくれる安心感》	“看護業務についてわからないことや不安なことが生じた時に聞きやすい先輩看護職員がいることで、安心感があるということ”	(小さい業務も)教えてください。なんかもうこの人だったら教えてくれるだろうっていう風なぞういう優しい先輩をいつも同じような先輩を狙って聞きます。(B氏)
	《先輩への漠然とした憧れ》	“先輩看護職員が、患者に対して効果的な看護業務を行っていることを目の当たりにして、そのような看護職員になりたいと憧れを抱いていること”	(患児のサチュレーションが下がって、自分の技術では酸素が上がってこないが)でも先輩はやるとちゃんと(痰が)引けてサチュレーションも戻ったりとか、それを見るとなんかやっぱ先輩ってすごいんだな〜みたいな感じで思います。(H氏)
	《まずは先輩をマネしてみよう》	“先輩看護職員が看護実践を効率的で効果的に行うための技を模倣して、看護業務を行おうと考えていること”	先輩が、あの〜どんな風に(検査の)説明してるかを見て、でも最初はダブルで先輩の後をついて回ったので、その時に先輩が説明する方法を見て、同じように説明してみようっていう。(F氏)
	《自分なりのやり方を模索する》	“模倣した先輩看護職員の看護実践を、試行錯誤しながら患者に有効で、自分のやりやすい方法にしようとする工夫すること”	(吸引する時に)先輩がやっていたのと同じ体位にしてみ、自分で(患者を)叩いたりとかするんですけど、その叩き方を変えたりとか、あともうちょっと、こっち側に倒したほうはいいのかなとか、色々試してみても。(H氏)
《看護職員として一人立ちする覚悟を決める》	《憧れの先輩に一步近付けた自覚》	“少しでも先輩看護職員のように、看護業務ができるようになったと実感していること”	患者へのケアが上手くなったこと)なんかちょっと先輩、なんか私その先輩すごいなって思ったのになんかちょっと近付けたかなって。(C氏)
	《先輩の褒め言葉から得られた手応え》	“先輩看護職員に日々の看護業務を褒められることで、看護業務ができるようになったと実感していること”	(副部長から)「今日、カイザー多かったけど、なんかすごい頑張ったね。(業務を)回せていたじゃん」ぐらいな感じで言われたような気がします、素直になんか、ミスすることなくてよかったから褒めてくれたのかなって思いました。(E氏)
	《ルーチン業務ならこなせる実感》	“日々の看護業務をスムーズに行えるようになったと感じていること”	オペ後のルーティーンの点滴が2、3種類あるんですけど、当日のカイザーが2人3人いても、間違わずにいけるタイミングで持っているとなると、あ、ちゃんと合っているものを持ってきてるなっていう風には思いましたね。(E氏)
	《間近にせまる一人立ちを意識し始める》	“先輩看護職員から得られる支援が少なくなること、看護業務を一人でこなせるようになるよう意識し始めること”	今までは、その、バックで(申し送りを)聞いているダブルの先輩とかがいて、すぐ(わからないことを)聞ける相手がいんですけど、それもいなくなって、なんか全然そんなことないんですけど、自分一人でやんなきゃっていう、そういう気持ち強い。(D氏)
	《先輩から心理的に自立しよう》	“先輩看護職員の指導だけでなく、自ら学ぶことで、自立しようと考えていること”	わからなかったら(先輩に)聞けばいいじゃなくて、まずは、自分で調べて自分で学ぼう。勉強をするっていう姿勢は大事だと思っているので、まず調べてからっていうのはやりました。(F氏)
	《職責を果たせるか不安》	“一人立ちした後は、看護業務の責任が自身にあり、看護業務を行うことに対して自信を持てず不安を感じていること”	先輩もダブル付いて、これやってないよーとか、これ大丈夫とか確認してもらえないから、全部自分の責任になってきたんで、すごいストレスでした。毎日が心配でした、大丈夫かな(っていう気持ちがあった)。(I氏)
《患者の目線になることで芽生えた看護実践への手応え》	《気付かされた業務優先思考の癖》	“自分のこなすべき業務を優先して考えていることを先輩看護職員に指摘されて、そのことに気付かされたということ”	(先輩から、患者に配薬したかを確認された時に、忙しくて、配薬したか、あやふやになった)っていうのがあって、っていうのを起こして、その時のリーダーの人に看護じゃなくて自分の業務優先でやっちゃうのは良くないよなって言われて、確かにこれは看護じゃないなって、慌てたりとか自分のラウンドとか運んで早くしなきゃって思っちゃうんですけど、それよりもっと(患者の安全など)大切なことってあるようになって。(B氏)
	《業務を「やらなきゃ」から「患者のために」を考える》	“自分のこなすべき業務を優先して自分が、患者の思いを優先した看護実践をするように考えを変えること”	今までだったら、その業務っていうか、やらなきゃいけないことに、なんか、縛られたっていうか、それをやらなきゃっていう感じだったけど、それは患者さんのことを、てか、周りを見たりとか患者さんのこと考えられるから、ニーズに応えられるようになったのかな……?(C氏)
	《患者の思いを察し始める》	“患者の療養生活に対する思いを考えるようになったことで、患者・家族の思いを少しずつ察するようになったと考えていること”	この患者さんがちょっと今、大変な患者さんだな、辛い、辛いところがある。例えば痛みが強く出てる患者さんだから大変で、手伝いが必要な患者さんだと思って思うと、その人のことを重点的に情報を取ったりとかしてますね。(A氏)
	《各々の患者に合わせた対応を理解する》	“患者ごとの個性や思いに配慮して、看護実践を行う必要があることを理解すること”	その子の特徴に合わせたじゃないですけど、その子に合わせて(吸引の)引き方を変えたりとか、そういうのも先輩の(吸引手技)を見ながら、あと親御さんも重身の子だと親御さんでもできるの親御さんの希望に沿って引いたりとか。(H氏)
	《患者・家族の肯定的な反応で芽生えた自信》	“患者・家族の思いを理解した看護実践ができるようになったことを、患者・家族の反応から実感したということ”	(患児の酸素飽和度が下がってパターンを理解して、説明できるようになって、患者家族は)ちょっとわかるようになったので、安心、な気持ちとあと、解決策、そっちにもつなげてあげられるので、ん〜お母さんたちの心の余裕というか、基本なんか状態が落ち着いたっていうのもあるんですけど、(患者家族の)表情とかもだいぶ変わってきたり。(L氏)

で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセスをたどっていた。

本研究の結果から以下の2点について明らかとなった。1つ目としては、看護実践に対する困難を乗り越える際の転換点として、まずは看護業務ができるようになった実感を獲得することが重要であった。2つ目として、乗り越えたことを実感するためには看護業務から看護実践への手応えを感じるが必要であった。以下、前記2点とそれらを踏まえた教育的な支援について考察する。

1. 看護実践に対する困難を乗り越える転換点となる‘できるようになった実感’

本研究で明らかになったプロセスでは、研究対象者が先輩看護職員の実践を模倣し、日々の看護業務を遂行できるようになったと実感することが、困難を乗り越える転換点であると考えられた。研究対象者は一人で看護業務を行うことは難しいと感じており、先輩看護職員が行っている実践を模倣しながら看護業務を行っていた。観察学習であるモデリングは、他者の行動を見て、観察者が同じ行動を再現することで効果的に新しい行動パターンを習得できるプロセスである (Bandura, 1971/1975)。本研究では新人看護職員は先輩看護職員の実践を模倣して看護業務を習得していることから、先輩看護職員の行動に注目したモデリングにより看護業務が習得できると考えられた。そのため、入職初期は看護実践まで至らずとも、新人看護職員が新しい行動パターンである看護業務を習得するためには、観察行動であるモデリングが有益と考える。さらに、新人看護師は知識や技術が未熟な中で、多くの看護実践を行うことに困難があるが (滝島, 2017, pp.60-63)、先輩看護師が看護技術の手本を見せるといった関わりを通して、新人看護師は看護技術を習得することができる (中澤ほか, 2019, p.27)。このことから、入職後の新人看護職員は、困難を感じながらも、先輩看護職員の実践を手本として観察行動のモデリングをすることで、看護業務を習得できると考えられる。そのため、看護実践に対する困難を乗り越えるための契機として、先輩看護職員が行う実践を模倣し、まず、看護業務を習得することが有用と考えられる。

2. 看護実践に対する困難を乗り越えるために重要な‘看護実践への手応え’

日々の看護業務を行えるようになった研究対象者は、先輩看護職員に業務を優先する傾向を指摘されることで患者の思いを考えた看護実践を行い、患者・家族からの肯定的な反応を得て、そこから看護実践への手応えを感じ、困難を乗り越えていた。そこで、患者の思いを考えた看護実践に変わる契機になったのが先輩看護職員からの指摘で

あった。先輩看護職員の手本による内省は、患者を理解し直す契機になる (奥野・辻本・小西, 2016, p.142)。よって、新人看護職員は先輩看護職員からの指摘により業務を優先する傾向を内省することで、患者の思いを考えた看護実践を行えたと考えられる。また、新人看護職員は、先輩看護職員から多くの内省支援を受けているが、それらが看護実践能力の向上に関連するのは、先輩看護職員の手本による模倣し、ある程度、習得した段階である (山口ほか, 2017, pp.135-138)。つまり、新人看護職員に対する内省支援は、日々の看護業務を行えるようになったと実感を得た後に行われることが効果的と考える。

新人看護師は、ケアへの不安が軽減すると患者の立場に立ったケアを行いたいと意欲を持つようになり、看護ケアに対する患者からの反応に充実感を感じ、職業継続に至る (大江ほか, 2014, pp.219-220)。新人看護職員は看護実践を遂行し、患者からの肯定的な反応から自身の看護実践に対する手応えを得たことで看護実践に対する困難を乗り越え職業継続すると考える。そのため先輩看護職員は、日々の看護実践を行えるようになった新人看護職員が業務を優先している場合、その傾向に気付けるように、指導することが困難を乗り越えるために有用と考える。

3. 看護実践に対する困難を乗り越えるための教育的支援への示唆

入職後の本研究対象者は、先輩看護職員の実践を手本に模倣することで看護業務をこなせるようになったと自覚していた。さらに、先輩看護職員から業務を優先する傾向を指摘されることで患者の思いを考えた看護実践を行い、患者や家族の肯定的な反応から手応えを得ることで、看護基礎教育で経験したことがない看護実践の困難を乗り越えるというプロセスがあった。よって、教育的な支援では、先輩看護職員は対象となる新人看護職員が困難を乗り越えるプロセスのどの位置にあるかを見極め、入職当初は、病棟でまず、看護業務について観察行動のモデリングができるように質の高い見本を示すことが必要である。また、新人看護職員が日々の看護業務を遂行できるようになった時期に、業務を優先し看護実践が行えていない場合、その傾向に気付けるように、指導することが重要である。

IV. 本研究の限界と今後の課題

研究対象とした病院は、新人看護職員の教育体制としてプリセプターシップを導入していたが、病棟ごとにプリセプターが担うプリセプティへの支援内容に違いがあった。また、病棟の新人看護職員への教育をプリセプターやアシエーターのような特定の教育担当看護職員が行うだけでな

く、その他の病棟での先輩看護職員も教育に関わっていた。そのため、本研究ではプリセプターやアソシエータ、その他の先輩看護職員を包括し、「先輩看護職員」として分析を行った。しかし、プリセプターやアソシエータが主に新人看護職員への教育支援を担当しているため、今後は教育担当看護職員がどのように関わり、新人看護職員は困難を乗り越えているのかを明らかにする必要がある。

結 論

1. 新人看護職員は入職後、先輩看護職員の実践を手本に模倣することで看護業務をこなせるようになったと自覚していた。その後、先輩看護職員から業務を優先する傾向を指摘されることで患者の思いを考えた看護実践を行い、患者や家族の肯定的反応から手応えを得ることで、看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるというプロセスに至っていた。
2. 看護実践に対する困難を乗り越えるために必要な教育的支援として先輩看護職員は、入職後の新人看護職員が看護業務について観察行動のモデリングができるように質の高い見本を示すこと、日々の看護業務を遂行できるようになった際、業務の遂行を優先することで看護実践が行えていない場合、その傾向に気づき、患者目線に立てるように指導することが有用だと推察された。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただいた対象者の皆様、協力施設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

赤塚あさ子 (2012). 急性期病院における新卒看護師の職場適応に関する研究：勤務継続を困難にする要因を中心に. *日本看護管理学会誌*, 16(2), 119-129.

Bandura, A. (1971) / 原野広太郎・福島脩美訳 (1975). *モデリングの心理学：観察学習の理論と方法*. (pp.8-9). 東京：金子書房.

唐澤由美子, 中村 恵, 原田慶子, 太田規子, 大脇百合子, 千葉真弓 (2008). 就職後1ヶ月と3ヶ月に新人看護者が感じる職務上の困難と欲しい支援. *長野県看護大学紀要*, 10, 79-87.

木下康仁 (2014). *グラウンデッド・セオリー論*. 東京：弘文堂.

厚生労働省 (2011年2月28日). 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/2r9852000001316y-att/2r985200000131bh.pdf> (参照2022年12月19日)

厚生労働省 (2014年2月). 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf (参照2022年8月10日)

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) / 本明 寛, 春木 豊, 織田正美訳 (1991). *ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究*. (pp.143-144). 東京：実務教育出版.

松尾潤子, 赤澤千春 (2017). ラオス人民民主共和国の中核病院における看護実践の変化：アクションリサーチを用いて. *日本看護科学会誌*, 37, 344-352.

水田真由美, 上坂良子, 辻 幸代, 中納美智保, 井上 潤 (2004). 新卒看護師の精神健康度と離職願望. *和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要*, 7, 21-27.

中澤沙織, 富田幸江, 鈴木英子, 横山ひろみ, 千葉今日子, 川村晴美 (2019). 看護系大学院の修士課程で看護管理学を学修している先輩看護師が認識する新卒看護師の成長を促す関わり. *埼玉医科大学看護学科紀要*, 12(1), 25-33.

日本看護協会 (2021年3月26日). 2020年病院看護実態調査. https://www.nurse.or.jp/home/up_pdf/20210326145700_f.pdf (参照2022年8月10日)

日本看護協会出版会 (2017). *平成28年看護関係統計資料集*. 138-139. 東京：日本看護協会出版会.

奥野信行, 辻本雄大, 小西邦明 (2016). 集中治療室に勤務する新人看護師の看護実践能力の獲得に資する学習活動. *京都橘大学研究紀要*, 42, 131-146.

大江真人, 塚原節子, 長山 豊, 西村千恵 (2014). 新卒看護師が職業継続意思を獲得するプロセス. *日本看護科学会誌*, 34, 217-225.

滝沢こず恵, 松永真紀, 松井洋子 (2012). 社会人経験をもつ新人看護師の職場適応までの思い. *日本看護学会論文集 看護管理*, 42, 30-33.

滝島紀子 (2017). 新卒看護師が直面する看護実践上の困難点とその対処法に関する研究. *川崎市立看護短期大学紀要*, 22(1), 57-69.

田中広美 (2022). 急性期病院に勤務する新卒看護師が直面する困難と就業継続にむけた支援のありかた. *日本看護学教育学会誌*, 32(1), 65-77.

渡部光恵, 武田道子 (2019). 訪問看護師の新任期における職務上の困難感と対処方法. *日本在宅看護学会誌*, 8(1), 11-19.

山口大輔, 浅川和美, 柳澤節子, 小林千世, 上原文恵, 松永保子 (2017). 新卒看護師の看護実践能力と他者支援との関連：大学附属病院に就職後6か月目と1年目の比較. *日本看護研究学会雑誌*, 40(2), 131-140.

山口曜子, 徳永基与子 (2014). 新人看護師の離職につながる要因とそれを防ぐ要因. *日本看護医療学会雑誌*, 16(1), 51-58.

2022年8月10日受 付
2023年4月4日採用決定

Overcoming Difficulties in Nursing Practice Never Experienced by New Nursing Staff in Basic Nursing Education

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 791-798
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230404215>

Ryo Ikura, MS, RN¹, Hiromi Onbe, PhD, RN²

¹Gunma University Graduate School of Health Sciences, Gunma, Japan, ²Gunma University Hospital, Gunma, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify how new nurses overcome difficulties in nursing practice they never experienced in basic nursing education. **Methods:** Twelve second-year nurses participated in a semi-structured interview, and the results were analyzed using a modified grounded theory approach. **Results:** New nurses became aware that they were able to handle the nursing work by imitating senior nurses. They used senior nurses as a model and carried out their work following their example. Senior nurses pointed out the tendency to prioritize the workload and practiced care considering patients' feelings. In this manner, they obtained a positive reaction from the patient and family. **Conclusions:** As an educational support to overcome difficulties of nursing practice not experienced in basic nursing education, senior nurses presented high-quality examples so new nurses could imitate this style of prioritized nursing work. It was concluded that guidance was necessary so new nurses would be made aware of the tendency.

Key words

new nursing staff, difficulties, overcoming, process, nursing practice

Correspondence: R. Ikura. Email: r1nn00rs@gmail.com

子どもに携わる看護師の 子どもの権利擁護実践尺度改訂版の開発： 信頼性・妥当性の検証

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 799-811
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230404219>

高橋 衣¹, 久保善子², 遠藤里子¹

¹東京慈恵会医科大学医学部看護学科小児看護学, ²共立女子大学看護学部地域・在宅看護学領域

要 旨

目的：「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」（高橋・瀧田，2019）の改訂を目的としている。方法：先行尺度に修正・追加した全39の質問項目について，全国から無作為層化し抽出した小児関連病院から，子どもに携わる看護師経験3年以上の看護師1,000名を対象に協力を求め，818名に無記名自記式質問紙調査票で調査を実施した。結果：337名（41%）から回答があり，最終的に有効回答294名（87.2%）を分析の対象とした。【家族への支援】【子どもへの支援】【子どもへの説明と意思の確認】【医療スタッフとの調整】の4因子22項目が抽出された。累積寄与率は59.36%であった。基準関連妥当性は，大出の既存尺度と4因子との相関がみられ，内容妥当性が示された。確証的因子分析を行い，適合度の高い尺度となったことを確認した。結論：妥当性と信頼性を確保し，実用性のある尺度を作成することができた。

キーワード

小児看護，子どもの権利擁護，尺度開発

責任著者：高橋 衣. Email: takahashikinu@jikei.ac.jp

はじめに

日本において1994年に批准された「児童の権利に関する条約」（United Nations, Convention on the Rights of the Child）では，子どもの権利として「生きる権利」「育つ権利」「守られる権利」「参加する権利」が述べられており，第3条「子どもの最善の利益」では，子どもの健康な成長発達のために，国あるいは子どもに携わる大人全てがその権利を保障する義務があることを示している（外務省，2022）。さらに，第23条では，精神的または身体的に障害をもつ子どもが，尊厳を確保し，自立を促し，地域社会への積極的な参加を助長する条件の下で人間に値する生活を享受する権利，第24条では，到達可能な最高水準の健康を享受すること，並びに病気の治療及び健康の回復のための便宜を与えられることについての児童の権利が述べられている（外務省，2022）。また，療養中の子どもたちの権利を擁護するための看護行為として，日本看護協会は1999年に「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」（2007年改正）を作成し，「説明と同意」「最小限の侵襲」「プライバシーの保護」「抑制と拘束」「意思の伝達」「家族の分離の禁止」「教育・遊びの機会の保障」

「保護者の責任」「平等な医療を受ける」の9項目を明示している（日本看護協会出版会，1999，p.12）。

子どもに携わる看護師（以下，看護師とする）は，子どもの権利擁護の義務を有している。看護師が子どもの権利擁護の実践を高めるためには，看護師自身が権利擁護の実践について学習し経験を身に付け，振り返りを重ねていく必要がある。その一助として高橋は，「小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践に至るプロセス」（高橋，2016）で明らかになった【子ども中心に考える力】の発展プロセスに影響する，小児看護師に必要な3つの能力《子どもの力の確信》《子どもの力を伝える工夫力》《子どもに引き寄せられる思い》を依拠として「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」を開発した（高橋・瀧田，2019）。「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」は，【子どもと家族を理解し支援する力】【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】【子どもへの説明と意思を確認する力】の3つの因子から構成された。しかし，「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」の第1因子【子どもと家族を理解し支援する力】の質問項目（8項目）では，‘子ども’と‘家族’を対象としつつも‘家族’に関連する質

問項目は2項目と少なく、「子ども」に関連する項目が中心であったこと、さらに累積因子寄与率が43.25%と基準値よりも低いことが課題であった。累積因子寄与率が基準値よりも低い原因として、尺度項目作成の段階で、対象を関東圏の大学病院の小児病棟で働く看護師に限定したことが、尺度項目の偏りとなったと推測された。施設の特徴によって、子どもの権利擁護実践として求められることも異なってくる。全国の大学病院・小児クリニック・総合病院・小児専門病院に拡大して尺度項目案を作成することによって、尺度項目の偏りを少なくする必要性があった。加えて、子どもの権利擁護尺度の限界として、併存的妥当性の「看護師の倫理的行動尺度」(大出, 2014)の下位尺度【公正の指標】と権利擁護尺度の第2因子【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】の相関係数が0.25と低く併存的妥当性を示さなかった。また、「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」は、0歳～15歳の子どもの携わる看護師を対象としているが、質問項目には子どもへの「説明と意思」を確認する場面が多く、0歳の乳児を対象とするには無理があることから、言語を理解できる発達段階にある子どもに携わる看護師を対象とした尺度に改訂する必要性があった(高橋・瀧田, 2019, pp.37-38)。

本研究では、子どもの権利擁護実践の概念枠組みとして、子どもの権利擁護実践の対象は、「子ども」と「その家族」に対してであり、特に「説明と同意」が子どもの意思決定に参加するプロセスを左右し、「子どもの頑張る力」を引き出す大切な実践であると考えた。さらに、子どもの権利擁護の実践は、看護師だけでは行えず、子どもに携わる医療スタッフとの「子ども中心に考える力」の調整が欠かせないと考えた。また、子どもの権利擁護実践は、「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」(日本看護協会出版会, 1999年・2007年改正)の「説明と同意」「最小限の侵襲」「プライバシーの保護」「抑制と拘束」「意思の伝達」「家族の分離の禁止」「教育・遊びの機会の保証」「保護者の責任」「平等な医療を受ける」を基本とした。以上のように本研究は、「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」(高橋・瀧田, 2019)の課題である、尺度項目・尺度構成・併存的妥当性・尺度の対象年齢を検討し、「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」を基本として、新たに作成した尺度項目の信頼性・妥当性の検証を目的としている。

用語の定義は、概念枠組みと関連して、以下のように設定した。【子ども】: 2歳～15歳未満とした。子どもは、権利の主体者であり、「児童の権利に関する条約」に位置づけられた存在である。発達段階と認知レベルに合った解り

やすい説明によって、健康レベルを問わず日常生活の世話を必要とする存在である。2歳～15歳未満と限定した理由は、「説明と同意」に関連して、言語・認知能力を考慮すると、その年齢なりの理解と反応が可能な年齢は2歳頃であり、15歳未満は、米国小児学会で、インフォームドアセントを必要とする上限とされ、多くの小児病棟の入院可能年齢となっているからである。【子どもの権利】: 児童の権利に関する条約(外務省, 2022)に記載されている「生きる権利」「育つ権利」「守られる権利」「参加する権利」である。【子どもの頑張る力】: 発達段階と認知レベルに合った解りやすい説明によって、その子の能力に応じた力で意思表示でき、状況に対応しようと努力する力とした。【子ども中心に考える力】: 子どもが置かれている環境や実施されている医療行為が、子どもの権利と子どもの意思に沿っているのかを子どもの立場に立って考え、沿っていない場合には調整しようと支援することであり、小児看護経験の中で備わってくる力であるとした。【子どもの権利擁護実践】: 【子ども中心に考える力】を蓄積して、【子どもの頑張る力】を引き出すように、子どもとその家族に支援することとした。支援内容は、「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」(日本看護協会出版会, 1999年・2007年改正)である。

I. 研究方法

本研究方法は3段階で構成した。第1段階は改訂版尺度項目の生成、第2段階は尺度案の内容妥当性の検証、第3段階はパイロットテストによる尺度の信頼性・妥当性の検証である。

1. 第1段階: 改訂版尺度項目の生成の方法と結果

尺度項目の生成は、対象である大学病院以外的小児クリニック・小児専門病院・総合病院の小児看護経験10年以上の看護師各2名、計6名に関係者サンプリングをした。調査期間・方法は、2020年4月～6月において、子どもの権利擁護実践の尺度項目と追加すべき項目が記載できる用紙を用いて調査し、郵送法で配布・回収した。追加すべき項目の依頼は、「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」(高橋・瀧田, 2019)の3因子19項目と子どもの権利擁護実践の概念枠組みとして「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」の9項目を基本とすることを提示した上で、子どもの権利擁護実践項目として追加すべき項目を自由記載で記入することを依頼した。分析方法は、子どもの権利擁護尺度項目を基に、新しく追加すべきと回答された項目を確認し、その項目と子どもの権利擁護尺度との類似性について、構成概念に基

づいて、権利擁護尺度に加えるべき内容について整理し、新しい項目が加わらないことを確認し飽和となった段階で終了とした。

結果、協力者6名より新しく追加された項目は43項目であった。子どもの権利擁護尺度の全19項目と合わせ、計62項目となった。さらに、構成概念に則って整理し、権利擁護尺度と類似している文言を整理し41項目となった。既存尺度の質問項目に加えて、追加した22項目のうち、子どもと家族の支援に関連したものの17項目、医療スタッフとの調整に関連したものの2項目、子どもへの説明と意思の確認に関連したものの3項目であり、全41項目の子どもの権利擁護実践に関する尺度項目案を生成した。

2. 第2段階:尺度案の内容妥当性についての検討の方法と結果

対象は、小児看護経験10年以上の看護師5名・小児看護学教員5名とした。尺度案の内容妥当性を検討する人数設定には、Polit & Beck (2021) に、通常3名の専門家で構成される必要があると述べられていることから、それを上回るよう各5名とした。調査期間・方法は、2020年7月～9月において、第1段階で明らかとなった41項目の無記名自記式質問紙調査票を用いて、「1.妥当ではない」「2.どちらでもない」「3.ほぼ妥当である」「4.妥当である」の4段階の評価基準を設け、郵送法で配布・回収を行った。分析方法は、Item-level content validity index (以下、I-CVI) は、「3.ほぼ妥当である」「4.妥当である」と回答した評定者数の割合を各項目で算出した。また、Scale-level content validity index, averaging calculation method (以下、S-CVI/Ave) は、「3.ほぼ妥当である」「4.妥当である」と回答した評定者数の割合を全項目で算出した。第3段階に進むための分析の基準は、Polit & Beck (2021) ではI-CVIが0.78以上、S-CVI/Aveが0.9以上となることを推奨しているため、I-CVIが0.78未満の項目は、研究メンバーで検討を行った上で、スーパーバイザーの助言を受けて、項目の精選を行った。

結果、41項目は、I-CVIは0.50～1.00、S-CVI/Aveは0.89であった。I-CVIが0.78未満の4項目については、研究メンバーで再検討を行い、スーパーバイザーからの助言も得て、尺度項目として必要性が高いと考えられる2項目を残し、項目の表現を検討した上で、既存尺度項目19項目、新項目20項目の39項目を尺度案とした。

3. 第3段階:尺度の信頼性・妥当性の検証の方法

(1) 調査対象者

2020年度日本小児総合医療施設協議会会員施設、日本小児専門病院一覧より小児専門病院30施設(300名)・大学病

院30施設(300名)・小児病棟を有する総合病院20施設(200名)・小児専門クリニック100施設(200名)を無作為層化し抽出し、子どもに携わる看護師経験が3年以上の看護師1,000名を対象とした。

(2) 調査期間・調査方法

調査項目は、対象者および勤務先の属性(性別、年齢、看護師の経験年数、小児看護師の経験年数、最終学歴、役職、婚姻の有無、子どもの有無)、「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版」項目案39項目と、「看護師の倫理的行動尺度改訂版」(大出, 2019) 15項目であった。尺度項目案は、研究第1段階、第2段階によって作成した項目であった。設問冒頭には、「日頃の小児看護場面において、子どもの権利擁護実践において、当てはまるものを6段階より1つ選んでください」とした。評定尺度は、「1.全く実施していない」「2.あまり実施していない」「3.どちらかといえば実施していない」「4.どちらかといえば実施している」「5.わりと実施している」「6.必ず実施している」の6段階を設け、順に1から6点を配した。

さらに、併存的妥当性の検討では、既存尺度として「看護師の倫理的行動尺度改訂版」(大出, 2019) 15項目6件法との相関を算出した。「看護師の倫理的行動尺度改訂版」は、「看護師の倫理的行動尺度」(大出, 2014) の改訂版であり、「リスク回避」「善いケア」「公正なケア」の3因子で構成され、Cronbach's α 係数.84と信頼性および併存的妥当性が検証されている尺度である。「リスク回避」「善いケア」「公正なケア」の3因子の意味合いと質問項目を確認した上で、子どもの権利擁護実践の概念枠組みとしている「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」9項目を比較すると、「リスク回避」に〔最小限の侵襲〕〔抑制と拘束〕〔家族からの分離の禁止〕、「善いケア」に〔説明と同意〕〔意志の伝達〕〔保護者の責任〕、「公正なケア」に〔プライバシーの保護〕〔教育・遊びの機会の保証〕〔平等な医療を受ける〕を位置づけることができた。また、子どもの権利擁護の実践の前提には、看護師としての倫理的行動実践が基本にあることから、子どもの権利擁護実践尺度改訂版の、併存的妥当性の検証に適していると考えた。「看護師の倫理的行動尺度改訂版」は、15項目、「非常に当てはまる」6点、「わりと当てはまる」5点、「どちらかといえば当てはまる」4点、「どちらかといえば当てはまらない」3点、「あまり当てはまらない」2点、「全く当てはまらない」1点の6件法リッカート尺度を用い、別の調査票で測定した。先行研究の「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」(高橋・瀧田, 2019) では「看護師の倫理的行動尺度」(大出, 2014) を用いたが、【公正の指標】と権利擁護尺度の第2

因子【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】の相関係数が0.25と低く基準関連妥当性を示さなかったことから、他の尺度との妥当性も探る必要性があるという課題があった。今回の「看護師の倫理的行動尺度改訂版」(大出, 2019)は、改訂版であり、信頼性・妥当性が高く一般化された尺度であることから使用することとした。尺度の使用については、作成者の了解を得た。加えて、既知集団妥当性の検証も行った。

(3) 分析方法

尺度案に対する選択肢の回答割合や分布を算出した。項目分析は、天井・床効果、多重共線性を行い項目の除外を検討した。探索的因子分析によって抽出された尺度項目に対し、Item-Total Correlation Analysis (I-T分析)、Good-Poor Analysis (G-P分析)を行った。信頼性の検討には、Cronbach's α 係数を求めた。さらに、確証的因子分析を行った。既知集団妥当性は、対象の勤務先の属性による尺度得点、因子得点比較をKruskal-Wallis検定を用いて行い、多重比較はDunn-Bonferroniを用いた。併存妥当性は、既存尺度を得点化し、Spearmanの順位相関係数を求めた。分析には、SPSS Version 26 for WindowsとSPSS Amos Version 28 for Windowsを使用した。

(4) 調査方法

各病院の施設代表者に研究計画書・同意説明書・調査用紙を郵送した上で、電話で研究内容を説明し、協力の可否と人数を確認した。協力が可能な場合は協力する看護師人数分の無記名自記式調査票を施設に郵送し、回収には研究者への個別郵送を依頼した。小児クリニックは、施設数が多いことから、研究依頼書・研究計画書・同意説明書・調査用紙・返信用封筒を施設代表者に2部ずつ郵送し、施設代表者が同意した場合、対象者への研究依頼書等の配布を依頼し、対象者から同意を得た場合、返信を得た。

(5) 倫理的配慮

本研究は、東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得て行った。第1段階・第2段階承認番号は、31-294 (9793)、第3段階承認番号は、32-286 (10368)であった。質問紙は無記名として、研究の意義と目的、利益相反の有無、研究協力の辞退、個人情報保護の保護、データの取り扱いと破棄、研究成果の公表、研究者の連絡先と問い合わせ先について文書を用いて説明した。加えて、個人情報保護のための匿名性と守秘義務をまもり、施設代表者が一旦承諾しても、対象者の返送前までは辞退が可能であり、対象者の参加は自由意思によるものであること、無記名アンケートであるため、調査票を返信後は同意撤回ができないことを文書を用いて説明した。また、質問紙の返送をもって研究参加への同意とみなした。

II. 尺度の信頼性・妥当性の検証結果

子どもに携わる看護師経験3年以上の看護師1,000名を対象に協力を求め、818名に無記名自記式質問紙調査票を用いて、調査を実施した。結果、337名(41%)から回答があり、最終的に有効回答294名(87.2%)を分析の対象とした。

1. 対象の属性(表1)

対象の属性を表1に示す。分析対象とした294名のうち、女性が279名(94.9%)、男性が15名(5.1%)であった。平均年齢37.0(SD=9.1)歳であった。看護師の平均勤務年数13.7(SD=8.4)年であり、小児看護師の平均経験年数は平均10.8(SD=7.3)年であった。最終学歴は、専門学校卒143名(48.6%)であり、短期大学卒35名(11.9%)であり、大学卒以上は116名(39.4%)であった。役職は、スタッフ230名(78.2%)が最も多く、師長11名(3.7%)、主任53名(18%)であった。婚姻有りが154名(52.4%)、無しが140名(47.6%)であった。子ども有りが117名(39.8%)、無しが177名(60.2%)であった。婚姻の有無は大体半数ずつであり、約6割に子どもがいないという特徴があった。

2. 削除項目の検討(表2)

尺度項目の回答状況と項目分析を表2に示す。平均値は4.06-5.74点、標準偏差は0.51-1.32点であり、尺度全体の合計の平均値と標準偏差は4.99±0.56であった。尺度案39項目への回答は、平均値+1標準偏差が評定の最大値(6)を超える項目は11項目(A01, A04, A06, A10, A11, A12, A15, A17, A32, A34, A35)あり、天井効果が認められた。最小値を下回る項目はなく床効果は認められなかった。したがって、11項目を削除し28項目となった。

3. 探索的因子分析(表3)

探索的因子分析の結果を表3に示す。28項目に対して主因子法とプロマックス回転による探索的因子分析を行い、KMO標本妥当性指標は.940、Bartlettの球面性検定は近似 χ^2 が4,110、自由度が231、有意確率が.000であった。因子数の決定は、カイザー基準(固有値の値が1以上)と探索的因子分析のScree Plot(図1)の両者より4個とした。因子負荷量が0.4以下であった6項目(A13, A22, A23, A26, A28, A29)を除外し最終的な尺度項目を22項目とした。

4因子の寄与率は、それぞれ46.75%、5.70%、4.02%、2.90%であり、累積寄与率は59.36%であった。第1因子は8項目であり、家族間のコミュニケーションや役割分担

表1 子どもに携わる看護師の属性

	n = 294	
	N	%
	平均値±標準偏差	(範囲)
基本属性		
勤務先		
小児専門クリニック	25	8.5
小児病棟を有する総合病院	61	20.7
小児専門総合病院	127	43.2
大学病院	81	27.6
性別		
女性	279	94.9
男性	15	5.1
年齢		
(歳)	37.0±9.1	
(中央値)	36	(23-61)
看護師の勤務年数(年)		
(中央値)	13.7±8.4	(3-39)
小児看護師の経験年数(年)		
(中央値)	10.8±7.3	(3-38)
最終学歴		
専門学校	143	48.6
短期大学	35	11.9
大学	113	38.4
修士	3	1.0
役職		
師長	11	3.7
主任	53	18.0
スタッフ	230	78.2
婚姻		
無	140	47.6
有	154	52.4
子ども		
無	177	60.2
有	117	39.8

の調整・家族の背景を理解した上での関わり、家族の子どもを理解した上での関わりなど、家族への支援項目であったことから、【家族への支援】と命名した。第2因子は7項目であり、子どもの成長発達支援、子どものニーズの把握、最善の環境の提供、子どもの頑張る力を引き出す関わり方など、子どもへの支援項目であったことから、【子どもへの支援】と命名した。第3因子は4項目であり、子どもが主体的に意思決定できるような支援、子どもの意思や気持ちの確認など、子どもへの説明と意思の確認に関連した項目であることから、【子どもへの説明と意思の確認】と命名した。第4因子は3項目であり、子どもの立場に立ってケアや医療行為をしていない看護師・医師との調整、医療スタッフへの子どもの頑張る力に関する指導に関連した項目であることから、【医療スタッフとの調整】と

命名した。

4. 信頼性の検討

尺度のCronbach's α 係数は.95であった。下位尺度4因子のCronbach's α 係数はそれぞれ.914, .881, .875, .841であり、高い信頼性が示された。尺度全体の合計点で調査対象者を上位群(25%)と下位群(25%)に分けたG-P分析では全項目で上位群の得点が高かった。I-T分析において各項目と尺度全体の相関係数は、.90-.60であった。

5. 確証的因子分析の結果(図2)

確証的因子分析の結果、モデル適合は $\chi^2=495.701$, $df=201$, $P<.001$, $GFI=.868$, $AGFI=.836$, $CFI=.927$, $RMSEA=.070$ であった。Hooperらと豊田によると、基準値の目安として GFI , $AGFI$ および $CFI \geq 0.9$, $RMSEA < 0.08$ のように表示されている(Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008; 豊田, 2007)。 CFI と $RMSEA$ は基準値を満たしていることから、許容できる範囲の適合度であると考え(図2)。

6. 妥当性の検討(表4・表5)

「看護師の倫理的行動尺度改訂版」の3因子と「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版」の4因子の尺度全体の相関は、「リスク回避」は0.57と比較的強い相関、「善いケア」は0.73と強い相関、「公正なケア」は-0.31と弱い(負の)相関がみられた。併存的妥当性は、「看護師の倫理的行動尺度改訂版」と下位尺度の4因子・全体との相関係数は-0.31-0.73の範囲であり、「看護師の倫理的行動尺度改訂版」の「善いケア」については、下位尺度4因子・全体において、4因子すべてに0.58-0.73の中程度の相関があり、有意であった(表4)。

既知集団妥当性においては、師長の第1-4因子と尺度において、師長の得点がスタッフよりも有意に高かった。第4因子は、看護師の勤務年数10年超え、小児看護師の経験年数10年超えが、いずれも経験年数3年~5年よりも、有意に高得点であった($p=.012$, $p=.008$)(表5)。

Ⅲ. 考 察

1. 開発した尺度の信頼性と妥当性

(1) 各因子構造の妥当性

探索的因子分析によって抽出された4因子22項目は、確証的因子分析によってモデル適合は、 GFI , $AGFI$ および $CFI \geq 0.9$, $RMSEA < 0.08$ であり、 CFI と $RMSEA$ は基準値を満たしていることから、許容できる範囲の適合モデルであった。また、4因子22項目は、想定していた尺度の

表2 尺度項目の回答状況と項目分析

n = 294

尺度項目	回答分布 (%)						項目分析 平均値± 標準偏差
	全く実践 していない	めったに実践 していない	時々実践 している	しばしば実践 している	たいてい実践 している	いつも実践 している	
A01_子どもが努力した時には褒めるようにしている。	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.7)	3 (1.0)	65 (22.1)	224 (76.2)	5.74± .51
A02_子どもの頑張る力を引き出す関わり方をしている。	0 (0.0)	1 (0.3)	8 (2.7)	49 (16.7)	153 (52.0)	83 (28.2)	5.05± .77
A03_子どものできることを見つけ、自分で少しでも実施できるように支援している。	0 (0.0)	2 (0.7)	11 (3.7)	51 (17.3)	149 (50.7)	81 (27.6)	5.01± .81
A04_子どもの身体的・精神的苦痛を最小限にしようと努めている。	0 (0.0)	1 (0.3)	6 (2.0)	29 (9.9)	131 (44.6)	127 (43.2)	5.28± .75
A05_子どもに予測される合併症を予防する対策について理解して関わっている。	0 (0.0)	1 (0.3)	12 (4.1)	56 (19.0)	149 (50.7)	76 (25.9)	4.98± .80
A06_子どもの安全について予測して関わっている。	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (6.1)	114 (38.8)	162 (55.1)	5.49± .61
A07_子どもにとって最善の環境を提供するように努めている。	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (2.7)	50 (17.0)	134 (45.6)	102 (34.7)	5.12± .78
A08_子どもの発達段階をアセスメントして成長発達を促している。	0 (0.0)	3 (1.0)	11 (3.7)	65 (22.1)	153 (52.0)	62 (21.1)	4.88± .81
A09_子どものサインを理解しようとしている。	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.0)	42 (14.3)	126 (42.9)	120 (40.8)	5.22± .76
A10_子どもの言動を理解しようとしている。	0 (0.0)	1 (0.3)	3 (1.0)	29 (9.9)	122 (41.5)	139 (47.3)	5.34± .73
A11_子どもに対して嘘をつかないようにしている。	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (5.4)	32 (10.9)	124 (42.2)	122 (41.5)	5.20± .84
A12_子どもとの約束・秘密を守っている。	1 (0.3)	0 (0.0)	12 (4.1)	31 (10.5)	126 (42.9)	124 (42.2)	5.22± .84
A13_実践場面で倫理的課題を感じた時に、そのままにせず対策をとっている。	1 (0.3)	7 (2.4)	35 (11.9)	100 (34.0)	103 (35.0)	48 (16.3)	4.50±1.00
A14_子ども一人一人のニーズを把握してケアしている。	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (7.1)	79 (26.9)	149 (50.7)	45 (15.3)	4.74± .80
A15_どんな子どもにもケアする際には声かけをしている。	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.4)	15 (5.1)	60 (20.4)	215 (73.1)	5.65± .64
A16_家族の意思と行動について倫理的問題がある場合、子どもと家族の最善を考え調整している。	1 (0.3)	2 (0.7)	16 (5.4)	75 (25.5)	130 (44.2)	70 (23.8)	4.84± .90
A17_ケアの際に、子どもが理解できる言葉や方法で説明している。	0 (0.0)	1 (0.3)	3 (1.0)	23 (7.8)	125 (42.5)	142 (48.3)	5.37± .70
A18_医療行為やケアの際に、子どもの意思を確認している。	0 (0.0)	2 (0.7)	11 (3.7)	58 (19.7)	135 (45.9)	88 (29.9)	5.01± .84
A19_子どもの意思や気持ちを聴くために、子どもの話を聴く機会を持つように努めている。	0 (0.0)	3 (1.0)	22 (7.5)	69 (23.5)	133 (45.2)	67 (22.8)	4.81± .91
A20_子どもの意思や気持ちに沿ったケアでない時、子どもの理解できる言葉や方法でケアの必要性を説明している。	1 (0.3)	0 (0.0)	9 (3.1)	50 (17.0)	136 (46.3)	98 (33.3)	5.09± .82
A21_子どもが主体的に意思決定できるように支援している。	2 (0.7)	2 (0.7)	25 (8.5)	80 (27.2)	144 (49.0)	41 (13.9)	4.65± .90
A22_安全に配慮できるように子どもの特徴をスタッフに伝えている。	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (2.7)	48 (16.3)	134 (45.6)	104 (35.4)	5.14± .78
A23_スタッフ間で意見交換をして、子どもの最善を考えるように調整している。	0 (0.0)	1 (0.3)	9 (3.1)	45 (15.3)	134 (45.6)	105 (35.7)	5.13± .81
A24_子どもの立場に立って医療行為をしていない医師に対し、意見交換をして調整している。	7 (2.4)	33 (11.2)	51 (17.3)	76 (25.9)	97 (33.0)	30 (10.2)	4.06±1.26
A25_子どもの立場に立ってケアを行っていない看護師に対し、意見交換をして調整している。	4 (1.4)	28 (9.5)	36 (12.2)	73 (24.8)	108 (36.7)	45 (15.3)	4.32±1.23
A26_子どもの意思をスタッフ間に伝えている。	0 (0.0)	3 (1.0)	18 (6.1)	50 (17.0)	128 (43.5)	95 (32.3)	5.00± .91
A27_医療スタッフに子どもの頑張る力を引き出す関わり方を指導している。	12 (4.1)	32 (10.9)	42 (14.3)	77 (26.2)	96 (32.7)	35 (11.9)	4.08±1.32
A28_子どもの権利擁護について、知識を得るように努めている。	3 (1.0)	22 (7.5)	64 (21.8)	74 (25.2)	98 (33.3)	33 (11.2)	4.16+1.17
A29_自分の体調や感情を整え、子どもに関わっている。	0 (0.0)	1 (0.3)	14 (4.8)	48 (16.3)	129 (43.9)	102 (34.7)	5.08± .85
A30_家族が子どもの身体的・精神的状況に応じて、適切な関わりができるよう支援している。	0 (0.0)	4 (1.4)	21 (7.1)	54 (18.4)	150 (51.0)	65 (22.1)	4.85± .89
A31_家族が子どもの安全に配慮できるように支援している。	0 (0.0)	2 (0.7)	6 (2.0)	38 (12.9)	146 (49.7)	102 (34.7)	5.15± .77
A32_家族から子どもの情報を聴く機会を持つように努めている。	0 (0.0)	2 (0.7)	3 (1.0)	25 (8.5)	130 (44.2)	134 (45.6)	5.33± .73
A33_家族の身体的・精神的苦痛を最小限にしようと努めている。	0 (0.0)	1 (0.3)	7 (2.4)	47 (16.0)	146 (49.7)	93 (31.6)	5.10± .77
A34_ケアの際に家族が理解できるように説明している。	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.4)	21 (7.1)	141 (48.0)	128 (43.5)	5.34± .67
A35_自分の体調や感情を整え、家族に関わっている。	0 (0.0)	1 (0.3)	10 (3.4)	34 (11.6)	132 (44.9)	117 (39.8)	5.20± .80
A36_子どもへの説明に対して、家族の考えや説明内容を確認している。	1 (0.3)	3 (1.0)	13 (4.4)	45 (15.3)	140 (47.6)	92 (31.3)	5.03± .89
A37_子どもの意見や意思を確認した上で、家族が主体的に意思決定できるように支援している。	0 (0.0)	1 (0.3)	20 (6.8)	63 (21.4)	137 (46.6)	73 (24.8)	4.89± .87
A38_家族間のコミュニケーション・役割分担の調整に対して、配慮した関わり方をしている。	3 (1.0)	4 (1.4)	24 (8.2)	65 (22.1)	132 (44.9)	66 (22.4)	4.75±1.00
A39_家族の背景を理解した上で家族と関わっている。	1 (0.3)	2 (0.7)	16 (5.4)	52 (17.7)	148 (50.3)	75 (25.5)	4.94± .87

■ : 最終的に採用された22項目

表3 探索的因子分析

子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版： 22項目 (Cronbach's $\alpha = .95$)	因子負荷量				I-T分析** Pearson	G-P分析** *1
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子		
第1因子 (8項目) 【家族への支援】 $\alpha = .914$						
A38_ 家族間のコミュニケーション・役割分担の調整に対して、配慮した関わり方をしている。	.89	-.13	.13	-.04	.81	3.69 ± .92 5.69 ± .49
A36_ 子どもへの説明に対して、家族の考えや説明内容を確認している。	.77	-.05	.04	-.01	.71	4.34 ± .90 5.84 ± .37
A37_ 子どもの意見や意思を確認した上で、家族が主体的に意思決定できるよう支援している。	.76	-.18	.26	.03	.79	4.08 ± .75 5.37 ± .48
A39_ 家族の背景を理解した上で家族と関わっている。	.73	.08	.00	-.07	.70	4.19 ± .89 5.67 ± .57
A31_ 家族が子どもの安全に配慮できるように支援している。	.61	.26	-.19	.06	.68	4.58 ± .82 5.83 ± .38
A30_ 家族が子どもの身体的・精神的状況に応じて、適切な関わりができるよう支援している。	.61	.12	-.03	.10	.70	4.02 ± .86 5.55 ± .68
A33_ 家族の身体的・精神的苦痛を最小限にしようと努めている。	.58	.23	-.07	.03	.68	4.48 ± .71 5.76 ± .43
A16_ 家族の意思と行動について倫理的問題がある場合、子どもと家族の最善を考え調整している。	.57	.10	.05	.07	.67	4.05 ± .84 5.51 ± .67
第2因子 (7項目) 【子どもへの支援】 $\alpha = .881$						
A08_ 子どもの発達段階をアセスメントして成長発達を促している。	.09	.69	-.04	.10	.71	4.19 ± .80 5.58 ± .52
A09_ 子どものサインを理解しようとしている。	-.02	.68	.03	.06	.67	4.62 ± .77 5.87 ± .34
A03_ 子どものできることを見つけ、自分で少しでも実施できるように支援している。	-.16	.66	.32	-.03	.70	4.33 ± .83 5.73 ± .48
A05_ 子どもに予測される合併症を予防する対策について理解して関わっている。	.25	.60	-.13	.00	.63	4.37 ± .85 5.58 ± .55
A07_ 子どもにとって最善の環境を提供するように努めている。	.10	.58	.07	-.05	.63	4.53 ± .79 5.76 ± .43
A02_ 子どもの頑張る力を引き出す関わり方をしている。	-.14	.58	.37	-.05	.67	4.42 ± .77 5.65 ± .51
A14_ 子ども一人一人のニーズを把握してケアしている。	.31	.49	.04	-.05	.65	4.01 ± .77 5.36 ± .58
第3因子 (4項目) 【子どもへの説明と意思の確認】 $\alpha = .875$						
A21_ 子どもが主体的に意思決定できるように支援している。	.00	-.04	.74	.16	.72	3.94 ± .84 5.35 ± .72
A19_ 子どもの意思や気持ちを聴くために、子どもの話を聴く機会を持つように努めている。	.12	.12	.67	-.04	.90	4.06 ± .76 5.90 ± .30
A20_ 子どもの意思や気持ちに沿ったケアでない時、子どもの理解できる言葉や方法でケアの必要性を説明している。	.00	.18	.63	.03	.74	4.54 ± .83 5.93 ± .26
A18_ 医療行為やケアの際に、子どもの意思を確認している。	.19	.14	.57	-.07	.72	4.43 ± .81 5.83 ± .42
第4因子 (3項目) 【医療スタッフとの調整】 $\alpha = .841$						
A25_ 子どもの立場に立ってケアを行っていない看護師に対し、意見交換をして調整している。	-.06	.06	-.01	.90	.76	3.29 ± 1.09 5.25 ± .63
A24_ 子どもの立場に立って医療行為をしていない医師に対し、意見交換をして調整している。	.12	-.11	.02	.85	.76	2.87 ± .96 4.95 ± .83
A27_ 医療スタッフに子どもの頑張る力を引き出す関わり方を指導している。	.01	.10	.15	.51	.60	3.00 ± 1.17 4.80 ± .99
回転後の負荷量平方和	8.73	7.87	7.31	5.89		
寄与率 (%)	46.75	5.70	4.02	2.90		
累積寄与率 (%)	46.75	52.45	56.47	59.36		
因子間相関						
第1因子	-	.69**	.68**	.62**		
第2因子		-	.72**	.52**		
第3因子			-	.56**		
第4因子				-		

探索的因子分析：主因子法 プロマックス回転

*1：(上段) 合計得点の下位群 (25%) の平均値 ± 標準偏差, (下段) 合計得点の上位群 (25%) の平均値 ± 標準偏差

**： $p < .01$

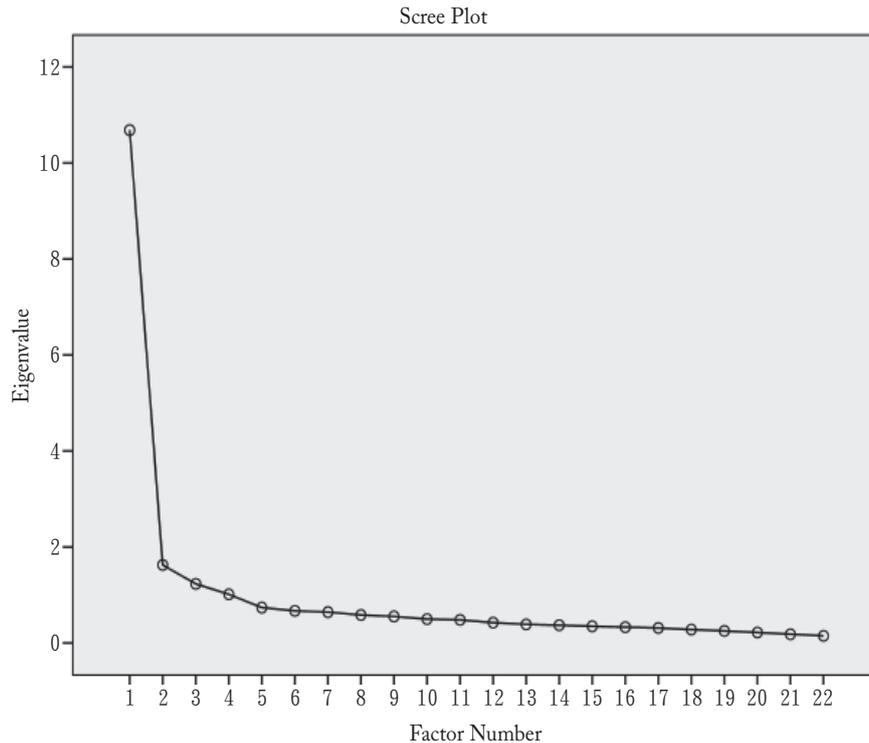


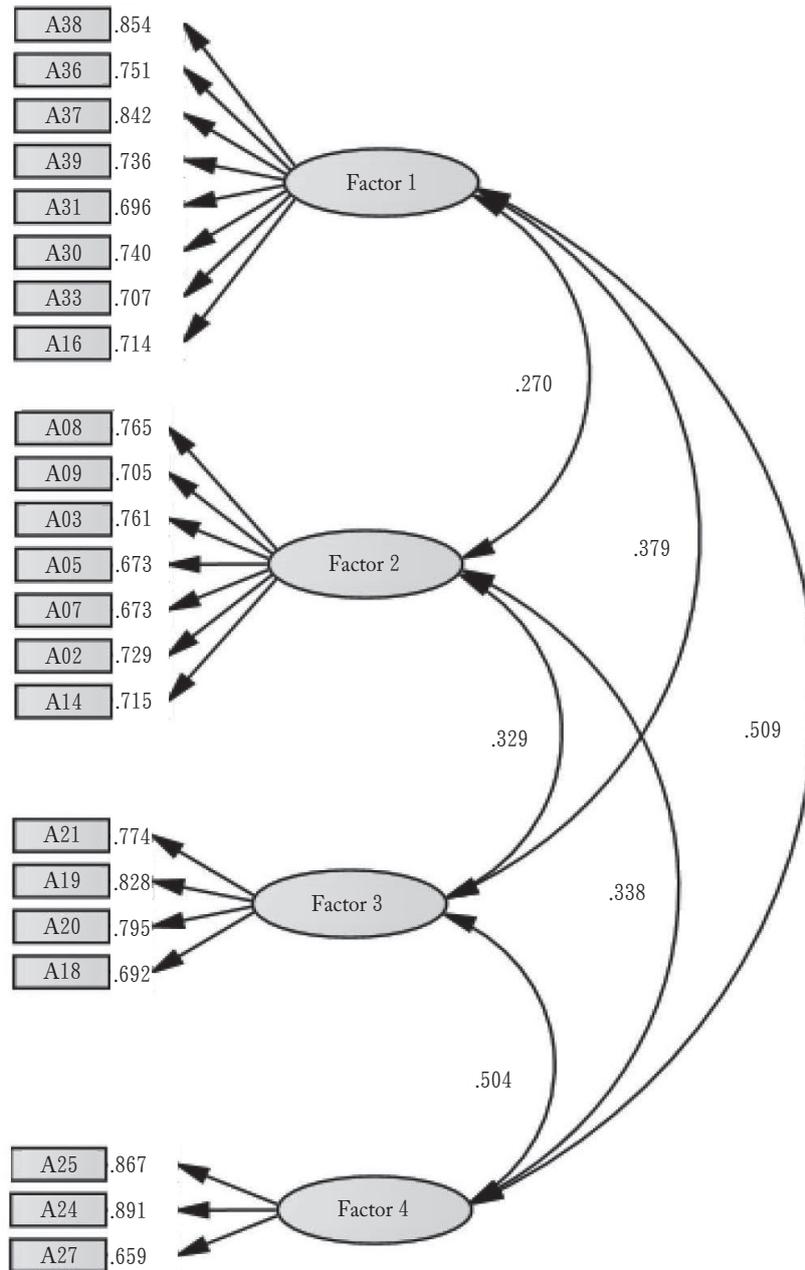
図1 探索的因子分析の Scree Plot

概念枠組みである「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」(日本看護協会出版会, 1999年・2007年改正) 9項目との関連項目を比較検討すると、「説明と同意」は, A03, A20天井効果削除項目A11, A17の4項目, 「最小限の侵襲」は, A05, A08, A22天井効果削除項目A04の4項目, 「プライバシーの保護」は, 天井効果削除項目A12の1項目, 「抑制と拘束」は, 天井効果削除項目A06の1項目, 「意思の伝達」は, A02, A09, A14, A18, A19, A21, A38, A39天井効果削除項目A01, A10の10項目, 「家族の分離の禁止」は, A38, A39の2項目, 「教育・遊びの機会の保証」は, A07の1項目, 「保護者の責任」は, A16, A30, A31, A33, A36, A37天井効果削除項目A32, A34, A35の9項目, 「平等な医療を受ける」は, A13, A23, A24, A25, A28, A29, A36, A37天井効果削除項目A15の9項目であり, すべての項目を満たしていた。さらに, 最終的な尺度項目22項目について, 探索的因子分析では, カイザー基準(固有値の値が1以上)とScree Plot(図1)の両者より4因子構造を示した。「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」(高橋・瀧田, 2019)では3因子構造であり, 家族に対する支援項目が少なかった。今回明らかとなった4因子構造は, 『看護師が実践する子どもの権利擁護は, 「子ども」と「その家族」に対してであり, 特に「説明と同意」が子どもの意思決定に参加するプロセスを左右し, さらに, 子どもの権利擁護支援は, 看護師だけでは実践できず, 子ども

に携わる「医療スタッフとの調整」が欠かせない』という構成概念を満たす内容であった。さらに, 「小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針」(日本小児看護学会, 2010)では, 看護師の子どもの権利擁護実践の困難さについて, 成長発達過程にある子どもの「意見表明権」を保障しながら, 家族とともに子どもの最善の利益を考え決定するということの困難さや, 医師や他職種とともに, 子どもの権利を擁護する中で, 専門性の違いや価値観の違いから, 困難な状況に直面する場合もあるとしている。加えて, 「改訂版 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針」(日本小児看護学会, 2022)では, 具体的取り組みとして, 子どもに対する取り組み・家族に対する取り組み・他職種チームに対する取り組みが具体的に述べられており, 4因子構造と一致するものであった。

(2) 尺度の信頼性と妥当性

本尺度の信頼性は, Cronbach's α 係数 .95, 4因子の係数は, それぞれ .914, .881, .875, .841であった。「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」(高橋・瀧田, 2019)では, Cronbach's α 係数 .867, 3因子の係数は, それぞれ .83, .82, .76ということから, 今回の尺度は, 子どもの権利擁護尺度以上に十分な内的一貫性を有していることが確認された。また, 本尺度の妥当性は, 併存的妥当性において, 既存尺度と下位尺度4因子すべてにおいて中程度の相関があること, さらに確認的因子分析において, CFIとRMSEAの基準値を満たし, GFIとAGFIは



注) 適合度指標 GFI = .868, AGFI = .836, CFI = .927, RMSEA = .070

図2 子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版の確証的因子分析モデル

表4 「看護師の倫理的行動尺度改訂版」(大出, 2019) との相関

看護師の倫理的行動尺度改訂版	子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版				
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	尺度全体
リスク回避	0.52**	0.52**	0.51**	0.41**	0.57**
善いケア	0.66**	0.66**	0.61**	0.58**	0.73**
公正なケア	-0.30**	-0.31**	-0.24**	-0.21**	-0.31**

注) Spearmanの順位相関係数
 **: $p < .01$

表 5 既知集団妥当性の検討

項目	全体				第1因子				第2因子				第3因子				第4因子			
	回答数	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値	
勤務先																				
小児専門クリニック	25	102	29		38	10		36	6		20	6		11	5					
小児病棟を有する総合病院	61	107	24	.187	40	9		35	7	.068	20	4	.487	14	4	.259			.066	
小児専門総合病院	127	106	17.5		40	7		35	5.5		20	3		13	5					
大学病院	81	110	14		40	6		35	4		20	3		14	4					
役職																				
師長	11	117	11		43	4.5		37	5.5		21	2.5		15	1.5					
主任	53	109	17	.001 ¹⁾	40	7	.002 ²⁾	35	6	.047 ³⁾	20	2	.049 ⁴⁾	14	3	.000 ⁵⁾				
スタッフ	230	106	18.75		40	7		35	6		20	3		12	6					
看護士の勤務年数																				
3年～5年	61	106	18		40	7		34	6		20	4		12	5					
5年～10年	64	105.5	18	.249	40	5.5	.295	35	4	.595	20	3	.719	12	5.25	.008 ⁶⁾				
10年超え	169	109	19		40	8		35	6		20	3		14	4					
小児看護士の経験年数																				
3年～5年	91	106	21		40	8.5		34	6.5		20	4		12	6					
5年～10年	83	107	14	.233	40	5.5	.556	35	4	.344	20	4	.666	13	4.5	.004 ⁷⁾				
10年超え	120	109	20		40	7.25		35	5.25		20	3.25		14	3					

注) 1) Kruskal-Wallis $p = .001^{**}$, Dunn-Bonferroni 師長-主任 $p = .048^*$, 師長-スタッフ $p = .001^{**}$
 2) Kruskal-Wallis $p = .002^{**}$, Dunn-Bonferroni 師長-主任 $p = .020^*$, 師長-スタッフ $p = .002^{**}$
 3) Kruskal-Wallis $p = .047^*$, Dunn-Bonferroni 師長-スタッフ $p = .049^*$
 4) Kruskal-Wallis $p = .049^*$, Dunn-Bonferroni 師長-スタッフ $p = .060$
 5) Kruskal-Wallis $p = .000^{**}$, Dunn-Bonferroni 師長-スタッフ $p = .000^{**}$, 主任-スタッフ $p = .000^{**}$
 6) Kruskal-Wallis $p = .008^{**}$, Dunn-Bonferroni 3年～5年-10年超え $p = .012^*$
 7) Kruskal-Wallis $p = .004^{**}$, Dunn-Bonferroni 5年～10年-10年超え $p = .034^*$, 3年～5年-10年超え $p = .008^{**}$
 上記 * : $p < .05$, ** : $p < .01$

基準値に近い値を示していることから、モデル適合度の高い尺度であることが明らかとなった。このように信頼性・妥当性が高まった理由は、第2段階において、小児看護師の経験年数10年超えの小児看護実践者・看護系大学の小児看護学教育者を対象に、尺度案の内容妥当性について確認したこと、さらに第3段階において、子どもの権利擁護尺度が関東圏の大学病院の看護師のみを対象としていたのに対し、本尺度は、全国の大学病院・小児クリニック・小児専門病院・総合病院の子どもに携わる看護師の施設を偏りなくサンプリングすることができたことにあると考える。また、権利擁護尺度では、【子どもと家族を理解し支援する力】【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】【子どもへの説明と意思を確認する力】の3つの因子構造であったが、今回は、【家族への支援】【子どもへの支援】【子どもへの説明と意思の確認】【医療スタッフとの調整】の4つの因子構造が明らかとなった。権利擁護尺度に比べて、小児看護の対象である【子どもへの支援】7項目、【家族への支援】8項目が別の因子構造になったことによって、小児看護の対象が明確となり、家族への支援項目が少ないという子どもの権利擁護尺度の課題も解決し、より回答しやすく使いやすい尺度となった。

(3) 併存的妥当性と既知集団妥当性について

併存的妥当性については、「看護師の倫理的行動尺度改訂版」(大出, 2019)とは、全体としては0.58-0.73の中程度の相関を示している。「リスク回避」について、危険防止や感染リスクの回避と除去など、善行原則に依拠していると述べている(大出, 2019)。「子どもに携わる看護師の子どもへの権利擁護実践尺度改訂版」の4因子はいずれも、子ども・家族に対して権利の侵害を未然に防ごうとする質問項目内容であることから、「善行原則」を基盤としている「リスク回避」と比較的強い相関を示したのではないかと考える。また、強い相関を示している「善いケア」について、大出は、医師や看護師が患者にとって最善と考える治療やケアが、患者の意に反する場合、ジレンマを抱えながらも、看護師は患者に対していかに「善いケア」を提供しようかと考え尽力していると述べている(大出, 2019)。子どもの場合も、子どもの「いやだ」という気持ちの尊重と、医師が必要とする治療を行わなくてはならないという倫理的葛藤を抱えながら看護ケアを提供しようと努力しており(日本看護協会, 2022)、同様の看護場面が想定されることから、強い相関を示したと考える。さらに、弱い(負の)相関を示した「公正なケア」は、大出の質問項目が逆転項目であることから、負の相関となっていることが推測される。また、「子どもに携わる看護師の子どもへの権利擁護実践尺度改訂版」の4因子の質問項目において、看護師を主語として、子ども・家族に対する支援に焦点を当

てたものが多く、「公正なケア」としての平等な関わりに当てはまる質問項目は、天井効果として削除されていることが弱い(負の)相関を示していると考える。以上のように、「公正なケア」については、弱い(負の)相関であるが、全体に中程度の相関を示していることから、「看護師の倫理的行動尺度改訂版」と「子どもに携わる看護師の子どもへの権利擁護実践尺度改訂版」には、基準関連妥当性が担保されたと考える。

既知集団妥当性は、第1-4因子すべてにおいて師長の得点が最も高く、主任・スタッフとの有意差があった。第4因子は、看護師の勤務年数、小児看護師の経験年数が長く10年超えの者が、看護師の勤務年数、小児看護師の経験年数3年~5年の者に比べて有意に高かった。子どもの権利擁護実践には、子どもと保護者双方への説明と同意という小児特有のコミュニケーションが必要であり、倫理的な調整能力が求められる。子どもの権利擁護を実践していくためには、子どもと保護者の気持ちと向き合いケアを実践していくという豊かな経験を必要とする。特に、第1因子【家族への支援】・第4因子【医療スタッフとの調整】は、経験の浅い看護師にとって難しい内容である。小児看護に携わる看護師は、子どもの立場になって考えられない段階から子どもの立場になって考えられるように【子ども中心に考える力】を発展させており、小児看護における倫理的姿勢を成長させていることが明らかとなっている(高橋, 2016)。したがって、子どもの権利擁護実践には、経験の豊富な看護師から、経験の浅い看護師に対する指導の必要性が示唆されたと考える。

(4) 尺度の実用性

権利擁護尺度は、子どもの対象年齢を0歳~15歳としており、言語・認知能力的に限界のある尺度であった。改訂された尺度は、2歳~15歳と、対象年齢と項目とに一貫性があり実用性は高まったと考えられる。看護師自身の子どもの権利擁護実践として、意識していない項目あるいは点数が低い項目はないかと、自己チェックとして使用することができる。また、子どもの権利についての研修会前後の使用、あるいは施設評価として他の施設と比較することも可能である。注意しなくてはならないことは、他者が個人の看護師に対して、子どもの権利擁護実践ができていないというネガティブな評価に使用してはいけないということである(高橋ほか, 2020, p.136; 高橋ほか, 2021, p.190)。看護師自らが、子どもの権利擁護を実践したくなるように活用していくことが必要である。

IV. 本研究の限界と課題

本研究で開発した「子どもに携わる看護師の子どもへの権

「権利擁護実践尺度改訂版」は、全国の小児看護に携わる看護師の回答に基づき作成されたものである。調査対象人数は294名と少なかったことから、今後は対象人数を拡大し、さらに精度の高い尺度開発を行う必要があると考える。

結 論

本研究により、子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践を測定する尺度の基本的な枠組みが得られた。本尺度の特徴は、1) 第1因子【家族への支援】、第2因子【子どもへの支援】、第3因子【子どもへの説明と意思の確認】、第4因子【医療スタッフとの調整】の4因子から構成されており、構成概念妥当性が担保できた。2) 尺度の信頼性は、Cronbach's α 係数の全体が .95、下位尺度4因子のCronbach's α 係数 .914, .881, .875, .841であることから、高い信頼性が示された。3) 尺度の妥当性は、「看護師の倫理的行動尺度改訂版」の「善いケア」と子どもの権利擁護実践尺度改訂版の尺度得点、4因子得点が0.58-0.73の中程度の相関を示し、併存的妥当性が示された。また、既知集団妥当性は、すべての因子において倫理性の高い師長の得点が高く、尺度の妥当性が示された。4) 確認的因子分析においても、許容できる範囲の適合度であることを確認した。以上のことから、「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版」は、妥当性と信頼性を有した実用性のある尺度となったといえる。

謝 辞

本研究の調査を行うにあたり、快く承諾をいただきました対象施設の看護管理者の皆様、対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

研究助成情報

本研究は、著者の令和2年所属機関からの研究助成を受けて実施したものである。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構成およびデザイン、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

- 外務省 (2022). 「児童の権利に関する条約」全文. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jido/zenbun.html> (参照2022年12月15日)
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- 日本看護協会 (1999). 小児看護領域の看護業務基準：小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為. p.12, 東京：日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 (2022). 意思決定支援と倫理 (3) 子どもの意思決定支援. https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/text/basic/problem/ishikettei_03.html (参照2022年8月1日)
- 日本小児看護学会 (2010). 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針. 福岡：日本小児看護学会.
- 日本小児看護学会 (2022). 改訂版 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針. https://jschn.or.jp/files/2022ud-syouni_shishin.pdf (参照2022年11月20日)
- 大出 順 (2014). 看護師の倫理的行動尺度の開発. *日本看護倫理学会誌*, 6(1), 3-11.
- 大出 順 (2019). 看護師の倫理的行動尺度改訂版. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 13-19.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- 高橋 衣 (2016). 小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践に至るプロセス. *日本小児看護学会誌*, 25(2), 8-15.
- 高橋 衣, 三浦靖彦, 平野大志, 日沼千尋, 会田薫子, 遠藤里子, 瀧田浩平, 山田咲樹子, 中山紗野子 (2021). 子どもに携わる看護師を対象とした子どもの権利擁護実践を高める教育プログラム (初級編) の開発と検証：プログラム受講後の子どもの権利擁護実践状況. *小児保健研究*, 80(suppl), 190.
- 高橋 衣, 三浦靖彦, 平野大志, 日沼千尋, 会田薫子, 瀧田浩平, 遠藤里子, 山田咲樹子, 中山紗野子, 永吉美智枝 (2020). 子どもに携わる看護師を対象とした子どもの権利擁護実践を高める教育プログラムの開発と検証：第1段階・第2段階の報告. *小児保健研究*, 79(suppl), 136.
- 高橋 衣, 瀧田浩平 (2019). 子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度の開発：信頼性・妥当性の検証. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 30-39.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [Amos編]：構造方程式モデリング. p.18, 東京：東京図書.
- United Nations. Convention on the Rights of the Child. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> (参照2023年3月1日)

〔2022年8月20日受 付〕
〔2023年4月4日採用決定〕

Development of the Ability Scales Regarding Child Advocacy for Pediatric Nurses Revised Edition: Analysis of its Reliability and Validity

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 799-811
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230404219>

Kinu Takahashi, PhD, RN¹, Yoshiko Kubo, PhD, RN, PHA²,
Satoko Endo, PhM, RN¹

¹The Jikei University School of Nursing, Tokyo, Japan, ²Kyoritsu Women's University Faculty of Nursing, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study sought to revise the scale “that assessed pediatric nurses’ ability to achieve practice that advocated for children’s rights.” **Methods:** We recruited 1,000 nurses with more than three years of experience in childcare at pediatric, university, and general hospitals with pediatric wards, and clinics. We surveyed 818 nurses using an anonymous self-administered questionnaire and obtained 337 (41%) responses; 294 valid responses (36%) were included in the analysis. **Results:** Item and factor analyses revealed 24 items from the following four factors: “support for the family,” “support for the children,” “explanation to children and confirmation of their intentions,” and “coordination with medical staff.” The cumulative contribution was 59.36%. Criterion-related validity was correlated with Oide’s existing scale and the four factors, and content validity was demonstrated. In addition, confirmatory factor analysis confirmed that the developed scale had a high degree of fit. **Conclusions:** We were able to create a practical scale and ensure its validity and reliability.

Key words

pediatric nursing, child advocacy, scale development

Correspondence: K. Takahashi. Email: takahashikin@jikei.ac.jp

生活習慣病予防健診受診者の 運動の動機づけに影響を与える 要因の一考察

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 813-823
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230219211>

福田知恵¹, 重松由佳子²

¹福岡女学院看護大学, ²久留米大学医学部看護学科

要旨

目的：身体活動がもたらす多様な効果は明確であるが、本邦でも運動習慣者の割合は低く、取り組みの成果は出ていない。本研究では運動の動機づけに着目し、一般的な就業者を対象に運動の動機づけに影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。方法：2018年度に35～74歳の生活習慣病予防健診受診者を対象に、運動の自己決定動機づけ（尺度）に関する無記名自記式アンケート調査を行った。結果：回答者は1,822名、うち有効回答は1,321名（72.5%）であった。自己決定動機づけ（尺度）の下位概念は運動習慣の有無と有意に関連があった。基本属性については、下位概念の内発的調整は喫煙・飲酒習慣と、同一視的調整は年代・喫煙習慣と、取り入れ調整は糖尿病現病歴と、無調整は性別・喫煙習慣とそれぞれ有意に関連があった。結論：運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と対象者の個別性に応じた保健指導介入の必要性が示唆された。

キーワード

運動, 動機づけ, 生活習慣病, 保健指導

責任著者：福田知恵. Email: fukuda@fukujo.ac.jp

序論

WHOは身体活動に関する世界行動計画2018-2030 (GAPPA) を公表し、より健康的な世界を実現するため、身体活動がもたらす健康面・社会面・経済面での多様な効果を掲げ、WHOの身体活動の推奨基準を満たしていない身体不活動者を減少する数値目標、および効果的で実行可能な行動目標と政策措置を提案した (WHO, 2018)。また、WHOは2020年に身体活動および座位行動に関するガイドラインを公表し、妊産婦や慢性疾患、障害がある人等の対象別の身体活動の推奨レベルを示し、座位行動を減らして活動的になること、週に150分以上の中強度の運動を推奨している (WHO, 2020)。しかし、168か国の18歳以上の成人約190万人を対象とした身体活動の調査では、WHOの身体活動の推奨基準を男性の23%、女性の32%は満たしておらず、2001～2016年に身体活動レベルの改善が見られていない (Guthold, Stevens, Riley, & Bull, 2018)。

本邦においても、内臓脂肪の蓄積等に起因する生活習慣病対策の充実・強化を目的とした特定健康診査・特定保健指導 (以下、特定健診・保健指導) が2008年から開始され、運動習慣を持つことで、生活習慣病等に対する予防効

果をさらに高めることが期待された (厚生労働省, 2013)。しかし、2019年国民健康・栄養調査では、運動習慣がある者の割合は、男性33.4%、女性25.1%に過ぎず、10年間の推移では女性は有意に減少しており、身体活動に対する取り組みの成果が出ていない (厚生労働省, 2020, p.66)。

このように、世界的に身体活動の推進が期待されているが、成果が出ていないのが現状である。身体活動の促進には、動機づけの種類や環境要因の役割が重要であり、個人要因に加え、社会的・物理的・政策的等の環境要因への働きかけが重要であると言われている (原田, 2013, pp.8-16; 堀井・杉山, 2021, pp.51-61)。環境要因に関する先行研究では、公共交通機関の発達や運動施設の立地と身体活動の関連 (井上, 2020, pp.86-93) や、運動習慣の有無と生物学的要因や生活習慣等の個人要因、運動の楽しさや自己効力感等の心理的要因、人的なサポートなどの社会的要因、費用や環境等の物理的要因等との関連 (萩原, 2017) が報告されている。

動機づけは、物事を積極的に進めようとする目的意識 (上淵, 2004) のことであり、自己決定理論 (Ryan & Deci, 2017) によると、「内発的動機づけ」「外発的動機づけ」「非動機づけ」の3つに分類され、さらに5つの下位概念

で構成される。この下位概念を運動に当てはめると、内発的動機づけの下位概念は「内発的調整」であり、運動の実施自体が目的で、「運動すること自体が楽しい」といった運動による楽しみや満足に動機づけられている状態である。外的な力により運動が開始される外発的動機づけは、「自分にとって重要なことだから運動する」という認識ができて「同一視的調整」、価値は認めているが「しなければならぬ」という義務的な感覚を伴う「取り入れ的調整」、さらに「医師に言われたから仕方なく運動を行う」という他者の推奨や報酬等の外的な強制力で運動が開始される「外的調整」の3つの段階にわけられる。そして、非動機づけは「無調整」であり、目的意識がなく行動する意図が欠如し、「運動しても何も変わらない」等考えている状態である。

運動の習慣化には、内発的動機づけが重要であり (Dunn & Rollnick, 2003)、外発的動機づけは、外的な力で行動が開始されるが、その中でもより内発的動機づけに近い動機づけである「同一視的調整」「取り入れ的調整」が重要である。従来、動機づけは単一の変数として検討する研究がほとんどであったが、現在は、動機づけは変化しうるものと捉えられている。外的な影響力により運動が開始されたとしても、運動が継続し習慣化されるには「外的調整」から「同一視的調整」「取り入れ的調整」に移行させ、動機づけをより内発的動機づけに近づける動機づけの内在化が重要といわれている (Dunn & Rollnick, 2003; 松本, 2016; Ryan & Deci, 2017)。

運動への動機づけに関する先行研究では、動機づけは運動行動を喚起し、方向付け、調整・強化する機能を持ち、意欲や努力の方向や強さを決める行動のエネルギーであること (青木, 2012, pp.73-79)、運動に関する動機づけの中でも、特に内発的動機づけが身体活動量を増加させ、運動継続を促進させること (中田・石原, 2011, p.1271)、運動習慣を継続するためには、運動に対する動機づけの段階に応じた介入を行うことが効果的であること (松本, 2016; Matsumoto & Takenaka, 2004, pp.89-96) が報告されている。また、運動の動機づけに影響を及ぼしている要因の研究では、大学生を対象として、運動の心理的効果が内発的動機づけを高め、運動の自己効力感 (自信) を介して、運動の継続に影響する (中田・石原, 2011, p.1271) ことや、社会教育講座・スポーツ同好会参加者等を対象として、運動の価値観と運動仲間が影響している (西田・渡辺・佐々木・竹之内, 2000, pp.15-26) こと、既存の社会調査会社の登録モニターで、約半数が就業者である対象者の運動に対する動機づけタイプと運動行動の変容ステージの関連があり、非運動習慣者の運動実施を阻害する要因は、運動継続への負担感、運動に対する低い有能感、運動

のソーシャルサポートが少ないこと (松本, 2016) の報告がある。しかし、メタボリックシンドロームが多い年代の就労者に対する運動の動機づけにどのような要因が関連しているのかは明らかにされていない。

中小企業等で働く従業員やその家族が加入している健康保険の一つである全国健康保険協会は、生活習慣病の予防や早期発見のため、35~74歳の被保険者を対象に、特定健診にがん検診等を加えた独自の「生活習慣病予防健診」を実施している。この生活習慣病予防健診受診者は、我が国の4分の1程を占める一般企業の就労者である。本研究の対象として運動の動機づけの要因を明らかにすることで、運動習慣の獲得が低い年代の保健指導の一助となると考えた。

そこで、本研究は、生活習慣病予防健診の受診者における運動の動機づけに影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。

I. 用語の定義

本研究では、用語を以下のように定義した。

身体活動：健康づくりのための身体活動基準2013による、「生活活動」と「運動」のことを示す。生活活動は、日常生活における労働、家事、通勤・通学等の身体活動、運動は、スポーツ等の特に体力の維持・向上を目的とした、計画的・意図的に実施する継続性のある身体活動を指す。本調査における「運動」「運動習慣」は、身体活動における「運動」に限定した。

動機づけ：動機づけとは、物事を積極的に進めようとする目的意識のことであり、運動の動機づけとは、運動を積極的に進めようとする目的意識のことである。

II. 研究目的

本研究は、「全国健康保険協会」が実施している「生活習慣病予防健診」の受診者を対象に、運動の自己決定動機づけ (尺度) と生活習慣病予防健診受診者の基本属性との関連を分析し、運動の動機づけに影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

横断研究 (無記名自記式質問紙調査)

2. 調査対象者

調査期間の平成30年5月~平成31年3月に、A病院健診科で協会けんぽ生活習慣病予防健診を受けた35~74歳の受

診者のうち、アンケートの提出によって同意が得られた1,822名（男性935名、女性887名）を対象とした。

3. 調査方法

健診日以前に郵送する必要書類に、アンケート調査依頼書および運動の自己決定動機づけ（尺度）を同封して郵送し、健診日当日に提出を依頼した。アンケート調査用紙は、無記名自記式質問紙を用い、アンケート調査用紙の提出をもって、研究の同意が得られたものとした。

4. 調査項目

(1) 基本属性

性別、勤務形態、年齢、運動習慣の有無、喫煙習慣の有無、飲酒習慣の有無、特定保健指導の経験回数、糖尿病の現病歴の有無、生活習慣病の主治医の有無、20歳から10kg以上の体重増加の有無の10項目について回答を得た。

(2) 運動の自己決定動機づけ尺度の測定

運動の自己決定動機づけ尺度は、動機づけが内発的である順に、「内発的調整（4項目）」、「同一視的調整（4項目）」、「取り入的調整（4項目）」、「外的調整（3項目）」、「無調整（3項目）」の5つの下位概念に分類された、18項目の尺度である。動機づけ尺度は、リッカートスケールを用い、「1：全く当てはまらない」「2：あまり当てはまらない」「3：どちらともいえない」「4：少し当てはまる」「5：かなり当てはまる」の5件法とし、順に1点～5点の得点を配した。5つの下位概念は、各概念毎の運動の動機づけを表す項目でそれぞれ構成されており、各下位概念尺度得点の合計が高い程、その下位概念の運動の動機づけの傾向の強さを測定している。各下位概念尺度得点が高い程、それぞれ内発的調整・同一視的調整・取り入的調整・外的調整・無調整の傾向が高いことを示している。民間運動施設利用者において、信頼性と妥当性が評価された尺度である（Matsumoto & Takenaka, 2004, p.91）。

5. 分析方法

(1) 運動の自己決定動機づけ尺度の信頼性と妥当性の検証

使用した尺度は民間運動施設利用者に対して、信頼性と妥当性が評価された尺度であるが、本研究の35～74歳の生活習慣病予防健診受診者に対しての信頼性と妥当性が評価されていないため、本研究の対象者に対する信頼性と妥当性を検証した上で分析を行った。

探索的因子分析：尺度の各項目について、探索的因子分析を行い、因子構造の確認を行った。主因子法プロマックス回転において、因子負荷量、累積寄与率を確認し、内容の妥当性を確認した。また得られた5因子18項目におい

て、各因子および尺度全体のCronbach's α 係数を算出し内的整合性を確認した。

検証的因子分析：探索的因子分析で得られたモデルの全体的評価として、GFI、AGFI、RMSEAの適合度指標を確認し、尺度の構成的妥当性を評価した。

(2) 運動習慣の有無と運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念の関連

運動習慣の有無と運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念の平均点の比較は、 t -検定を行った。

(3) 運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と基本属性の関連

運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念得点と対象者の基本属性の比較は、重回帰分析を行った。各下位概念得点を従属変数、対象者の基本属性を独立変数とし、独立変数のうち、名義尺度変数である性別は「1：男性、2：女性」、喫煙習慣・飲酒習慣・特定保健指導の経験・糖尿病現病歴・生活習慣病の主治医・20歳から10kg以上の体重増加はそれぞれ「1：あり、2：なし」と変数化した。独立変数間と従属変数との相関を確認し、係数は0.2未満の変数を対象とし、VIFは全て10.0未満であったため多重共線性に問題はなかった。強制投入法で分析を行い、従属変数と関係が強い独立変数群を標準化係数 β にて評価した。

統計解析は、IBM SPSS ver. 22を用いて、有意確率は5%未満、両側検定を採用した。

6. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則を順守し、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に従って実施し、共同研究機関で研究実施機関である朝倉医師会病院（承認年月日：2018年2月27日、管理番号：95）の倫理委員会の承認を得た後、久留米大学（承認年月日：2018年3月28日、承認番号：17322）に書類を提出し、承認を得て実施した。また、研究実施機関の本研究の実施に関わる者は、研究対象者のプライバシーおよび個人情報保護に十分配慮した。

IV. 結果

調査期間中の生活習慣病予防健診受診者のうち、アンケート調査用紙提出者は1,822名で、男性639名（68.3%）、女性682名（76.9%）の合計1,321名（有効回答率72.5%）を分析対象とした。

1. 基本属性（表1）

対象者は、男性639名（48.4%）、女性682名（51.6%）、勤務形態は、フルタイム勤務者の男性629名（98.4%）、女

性677名(99.3%)、退職者の男性10名(1.6%)、女性5名(0.7%)で、ほとんどがフルタイム勤務者であった。平均年齢(標準偏差)は、男性49.2(10.0)歳、女性48.8(8.9)歳、年齢階級は、30代の男性131名(20.5%)、女性124名(18.2%)、40代の男性230名(36.0%)、女性252名(37.0%)、50代の男性152名(23.8%)、女性214名(31.4%)、60代以上の男性126名(19.7%)、女性92名(13.5%)で、40代が最も多かった。

運動習慣は、運動習慣がある男性363名(56.8%)、女性347名(50.9%)、運動習慣がない男性276名(43.2%)、女性335名(49.1%)で、全体の710名(53.7%)が運動をしていた。喫煙習慣は、喫煙習慣がある男性288名(45.1%)、女性79名(11.6%)、喫煙習慣がない男性351名(54.9%)、女性603名(88.4%)で、全体の367名(27.8%)が喫煙をしていた。飲酒習慣は、飲酒習慣がある男性458名(71.7%)、女性301名(44.1%)、飲酒習慣がない男性181名(28.3%)、女性381名(55.9%)で、全体の759名(57.5%)が飲酒をしていた。

特定保健指導の経験の有無は、受けたことがある男性183名(28.6%)、女性98名(14.4%)で、全体の281名(21.3%)が特定保健指導を過去に受けたことがあった。糖尿病の現病歴の有無は、糖尿病の治療中である男性55名(8.6%)、女性24名(3.5%)で、全体の79名(6.0%)が糖尿病の治療

をしていた。また、生活習慣病の主治医の有無は、治療中である男性167名(26.1%)、女性92名(13.5%)で、全体の259名(19.6%)が何らかの生活習慣病の治療をしていた。20歳から10kg以上の体重増加の有無は、増加がある男性329名(51.5%)、女性210名(30.8%)で、全体の539名(40.8%)が20歳時から10kg以上体重増加をしていた。

2. 35~74歳の生活習慣病予防健診受診者における、運動の自己決定動機づけ尺度の信頼性・妥当性の検討

(1) 探索的因子分析

運動の自己決定動機づけ尺度の18項目について、主因子法プロマックス回転により、探索的因子分析を行った(表2)。第1因子は「内発的調整」、第2因子は「取り入りの調整」、第3因子は「無調整」、第4因子は「外的調整」、第5因子は「同一視的調整」の5因子構造において、1項目を除き、因子負荷量 ≥ 0.4 を採択し、最も適していると思われた。また尺度全体に対する5因子の累積寄与率は56.18%であった。5因子構造は、運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念とその項目に合致しており、内容的妥当性が確認された。また各因子および尺度全体のCronbach's α 係数を算出し、第4因子「外的調整」において、0.688と低いものの、他因子および尺度全体は ≥ 0.8 であり、内的整合性が確認された。

表1 基本属性

項目	(n=1,321)				
	男性		女性		
	人数	(%)	人数	(%)	
人数	639	48.4	682	51.6	
勤務形態	フルタイム勤務	629	98.4	677	99.3
	退職者	10	1.6	5	0.7
年代	30代	131	20.5	124	18.2
	40代	230	36.0	252	37.0
	50代	152	23.8	214	31.4
	60代以上	126	19.7	92	13.5
運動習慣	あり	363	56.8	347	50.9
	なし	276	43.2	335	49.1
喫煙習慣	あり	288	45.1	79	11.6
	なし	351	54.9	603	88.4
飲酒習慣	あり	458	71.7	301	44.1
	なし	181	28.3	381	55.9
特定保健指導の経験	あり	183	28.6	98	14.4
	なし	456	71.4	584	85.6
糖尿病の現病歴	あり	55	8.6	24	3.5
	なし	584	91.4	658	96.5
生活習慣病の主治医	あり	167	26.1	92	13.5
	なし	472	73.9	590	86.5
20歳から10kg以上の体重増加	あり	329	51.5	210	30.8
	なし	310	48.5	472	69.2

(2) 検証的因子分析

運動の自己決定動機づけ尺度を用いて行った探索的因子分析の結果について、データが合致するかを検討するため、共分散構造分析を行った(図1)。尺度の18項目の因子構造は、探索的因子分析で得られた5因子構造により構成されていると仮定し、潜在変数として各因子(下位概念)を想定したモデルを作成した。分析の結果、適合度指数として、GFI=.898, AGFI=.861, RMSEA=.083と許容できる水準であった。このモデルの標準化係数は全て統計学的に有意であった。これらの結果から、探索的因子分析を概ね支持する結果が得られたとし、運動の自己決定動機づけ尺度の構成的妥当性が確認された。

(3) 運動習慣の有無と運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念の関連

運動習慣の有無と運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念の平均点の比較結果を表3に示した。

運動習慣の有無と運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念の平均点は、t検定で分析を行い、内発的調整 $p < .001$, 同一視的調整 $p < .001$, 取り入れ的調整 $p = .006$, 無調整 $p < .001$ において有意差があり、外的調整 $p = .285$ において有意差はなかった。

(4) 運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と基本属性の関連

調査対象者の基本属性毎の運動の自己決定動機づけ尺度下位概念得点の比較結果を表4に示した。

運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念得点と基本属性

表2 運動の自己決定動機づけ尺度の因子分析結果

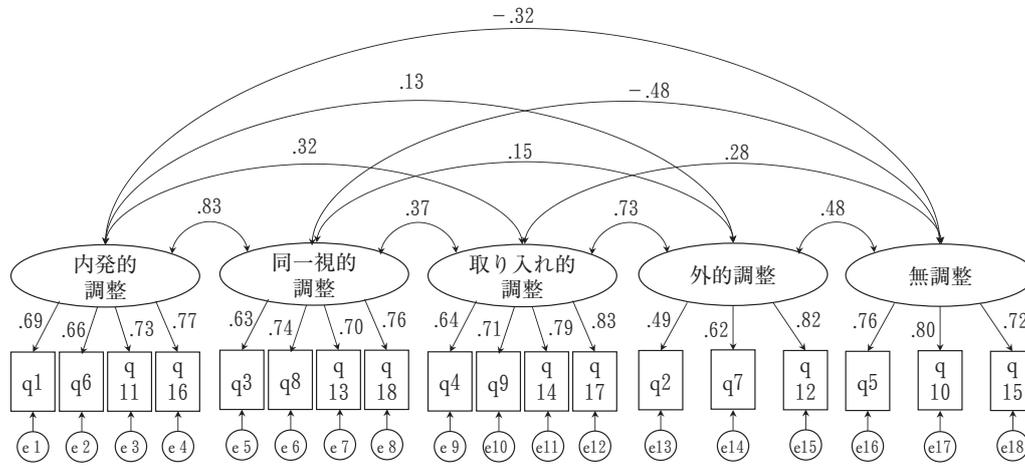
	因子負荷量				
	1	2	3	4	5
第1因子 内発的調整					
Q1 運動すること自体が楽しい	.851	-.079	-.139	.095	-.198
Q6 運動中はそれだけに没頭できる	.708	-.009	.119	.045	-.016
Q16 運動を習得する喜びがある	.664	.074	.062	-.041	.158
Q11 運動は自分を満足させる活動である	.634	.078	.170	-.097	.250
第2因子 取り入れ的調整					
Q17 運動しないと自分を悪く感じる	.020	.932	-.012	-.061	-.111
Q14 運動を続けられなかったらダメな人だと思う	-.015	.778	.088	-.058	.046
Q9 運動しないと墮落していくような気がする	.097	.702	-.047	-.047	.079
Q4 運動しないと罪悪感を感じる	-.022	.612	-.202	.206	-.041
第3因子 無調整					
Q10 運動する理由はわからない	.031	-.108	.869	-.001	.032
Q15 運動する理由は何もない	.111	-.010	.734	-.030	-.134
Q5 なぜ運動しているかわからない	.029	.028	.684	.105	-.072
第4因子 外的調整					
Q2 私が運動することで周りの人が満足する	.235	-.026	-.058	.705	-.073
Q7 周りの人が運動を取り入れるべきだと言う	-.200	.026	.106	.567	.290
Q12 私が運動しないと周りの人が良く思わない	-.077	.313	.236	.432	-.050
第5因子 同一視的調整					
Q13 運動することが私にとって重要だと思う	.103	.041	-.114	.041	.658
Q18 運動することで自分が良くなっていくと感ずることができる	.301	.051	-.052	-.001	.517
Q8 運動することが自分自身を高めるために良い方法だと思う	.397	.021	-.017	.013	.427
Q3 運動は良いと思うので行うべきだと思う	.196	-.068	-.273	.128	.355
固有値	5.28	3.80	1.31	1.03	0.84
寄与率 (%)	26.87	18.85	4.87	3.25	2.34
累積寄与率 (%)	26.87	45.72	50.59	53.84	56.18
因子間相関	1				
	2	.205			
	3	-.408	.340		
	4	.204	.566	.246	
	5	.515	.429	-.291	.273
18項目のCronbach's α 係数 = .821	.809	.830	.801	.688	.802

は、重回帰分析の結果、有意確率は全て5%未満であり、各下位概念得点との関係が強い基本属性を推定できていることを示し、以下の結果となった。

内発的調整は喫煙習慣 $p=.021$ 、飲酒習慣 $p=.047$ におい

て関連があり、標準化係数は喫煙習慣 $\beta=.069$ 、飲酒習慣 $\beta=-.057$ であった。

同一視的調整は年代 $p=.016$ 、喫煙習慣 $p<.001$ において関連があり、標準化係数は年代 $\beta=.071$ 、喫煙習慣



$\chi^2=1258.416$ $p=.000$ 数値は標準化推定値 GFI=.898 AGFI=.861 RMSEA=.083 AIC=1350.416

図1 運動の自己決定動機づけ尺度の検証的因子分析結果

表3 運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と運動習慣の有無の関連

	内発的調整		同一視的調整		取り入れ的調整		外的調整		無調整	
	平均 (標準偏差)	p	平均 (標準偏差)	p	平均 (標準偏差)	p	平均 (標準偏差)	p	平均 (標準偏差)	p
運動あり	13.7 (3.4)	<.000	15.6 (2.9)	<.000	9.2 (3.6)	.006	6.8 (2.6)	.285	5.3 (2.4)	<.000
なし	11.3 (3.3)		13.4 (3.3)		8.7 (3.4)		6.7 (2.5)		6.6 (2.5)	

t-検定

表4 運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と基本属性の重回帰分析による関連

		内発的調整			同一視的調整			取り入れ的調整			外的調整			無調整		
		平均 (標準偏差)	標準化 係数 β	p^*												
性別	男	12.7 (3.4)	-.051	.110	14.3 (3.2)	.051	.110	9.2 (3.4)	-.035	.273	7.1 (2.6)	-.059	.060	6.2 (2.5)	-.073	.022
	女	12.5 (3.7)			14.8 (3.3)			8.7 (3.6)			6.5 (2.5)			5.6 (2.5)		
年代	30代	12.5 (3.5)	.037	.209	14.0 (3.4)	.071	.016	8.9 (3.6)	-.042	.157	6.3 (2.4)	.009	.749	6.1 (2.5)	-.045	.125
	40代	12.4 (3.5)			14.4 (3.2)			9.1 (3.6)			6.9 (2.6)			6.0 (2.5)		
	50代	12.7 (3.6)			14.8 (3.2)			8.9 (3.5)			6.7 (2.5)			5.6 (2.4)		
	60代以上	12.8 (3.5)			14.8 (3.3)			8.9 (3.5)			7.0 (2.6)			5.9 (2.7)		
喫煙習慣	あり	12.3 (3.4)	.069	.021	13.7 (3.3)	.128	<.001	9.0 (3.4)	.028	.349	6.8 (2.5)	.009	.745	6.6 (2.5)	-.140	<.001
	なし	12.7 (3.6)			14.8 (3.2)			9.0 (3.5)			6.7 (2.6)			5.6 (2.4)		
飲酒習慣	あり	12.8 (3.5)	-.057	.047	14.6 (3.2)	-.046	.107	9.1 (3.6)	-.044	.120	6.8 (2.5)	.009	.749	5.9 (2.5)	.021	.468
	なし	12.4 (3.6)			14.4 (3.4)			8.8 (3.4)			6.7 (2.6)			5.9 (2.5)		
特定保健指導の経験	あり	12.2 (3.4)	.052	.093	14.5 (3.2)	-.004	.893	9.4 (3.6)	-.060	.052	7.2 (2.6)	-.055	.068	6.1 (2.5)	-.012	.693
	なし	12.7 (3.6)			14.5 (3.3)			8.8 (3.5)			6.6 (2.5)			5.9 (2.5)		
糖尿病現病歴	あり	12.9 (3.1)	-.017	.602	15.2 (2.9)	-.027	.403	1.1 (3.6)	-.084	.009	8.5 (2.4)	-.119	<.001	5.8 (2.4)	.010	.754
	なし	12.6 (3.6)			14.5 (3.3)			8.9 (3.5)			6.6 (2.5)			5.9 (2.5)		
生活習慣病の主治医	あり	12.7 (3.5)	.022	.529	14.9 (3.0)	-.030	.376	9.3 (3.5)	-.012	.717	7.6 (2.6)	-.074	.026	5.9 (2.5)	.001	.966
	なし	12.6 (3.6)			14.4 (3.3)			8.9 (3.5)			6.6 (2.5)			5.9 (2.5)		
20歳から10kg以上の体重増加	あり	12.3 (3.4)	.059	.051	14.4 (3.1)	.011	.705	9.3 (3.4)	-.049	.106	7.3 (2.6)	-.135	<.001	6.1 (2.5)	-.042	.160
	なし	12.8 (3.6)			14.6 (3.4)			8.7 (3.6)			6.4 (2.5)			5.8 (2.5)		
一元配置分散分析		$p<.005$			$p<.001$			$p<.001$			$p<.001$			$p<.001$		

*運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と基本属性の重回帰分析の p 値

$\beta = .128$ であった。

取り入れの調整は糖尿病の現病歴 $p = .009$ において関連があり, 標準化係数 $\beta = -.084$ であった。

外的調整は糖尿病の現病歴 $p < .001$, 生活習慣病の主治医 $p = .026$, 20歳から10kg以上の体重増加 $p < .001$ において関連があり, 標準化係数は糖尿病の現病歴 $\beta = -.119$, 生活習慣病の主治医 $\beta = -.074$, 20歳から10kg以上の体重増加 $\beta = -.135$ であった。

無調整は性別 $p = .022$, 喫煙習慣 $p < .001$ において関連があり, 標準化係数は性別 $\beta = -.073$, 喫煙習慣 $\beta = -.140$ であった。

V. 考 察

民間運動施設利用者を対象として開発された「運動の自己決定動機づけ尺度」は, 本研究対象である35~74歳の生活習慣病予防健診受診者の調査において, 探索的因子分析の結果から内的整合性が確認され, 検証的因子分析の結果から構成的妥当性が確認された。本研究対象である35~74歳の生活習慣病予防健診受診者へも使用できる尺度であることが証明されたため, 本研究においても尺度を利用し分析を行った。

1. 運動習慣と運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念の関連

運動習慣と運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念の関連は, 内発的調整, 同一視的調整, 取り入れの調整, 無調整は有意に関連があり, 運動習慣がある者は内発的・同一視的・取り入れの調整の平均点が高く, 運動習慣がない者は無調整の平均点が高かった。運動の動機づけの中でも特に内発的動機づけは, 身体活動量を増加させ運動継続を促進させる (Dunn & Rollnick, 2003; 中田・石原, 2011, p.1271)。また, 自己決定の程度が高い動機づけ程, 身体活動の促進と強く関与していることが, 観察研究および介入研究で確認されている (原田, 2013, pp.8-16; Teixeira, Carraça, Markland, Silva, & Ryan, 2012)。本研究の対象である生活習慣病予防健診受診者においても, 先行研究を支持し, 運動習慣の有無と運動の自己決定動機づけ (尺度) は有意に関連しており, 運動の動機づけに着目することは重要であった。そこで以下に, 運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と関連する要因を検討し, 生活習慣病予防健診受診者に対する身体活動推進に向けた支援の在り方について考察する。

2. 内発的調整に関連する要因分析と身体活動支援

内発的調整は喫煙習慣・飲酒習慣と関連があり, 喫煙習

慣がなく飲酒習慣がある者において, 内発的調整得点が高いことがわかった。また, 喫煙習慣は, 同一視的調整・無調整においても関連があり, 喫煙習慣がない者において内発的・同一視的調整得点が高く, 喫煙習慣がある者において無調整得点が高いことがわかった。運動への動機づけは年代や性別に関わらず, 運動に対する価値観によって強く規定され, 運動仲間や運動を推奨してくれる人達, 運動の有能さの認知や運動経験等によって影響を受けるとの報告がある (西田ほか, 2000, pp.15-26)。本研究においても, 運動の動機づけが高い, 望ましい動機づけである内発的調整は, 性別や年代との関連がなく, 上記の先行研究と同様の結果であった。内発的調整にある者は, 性別や年代に関係なく動機づけがあり, 運動すること自体の満足感に動機づけられていることが示唆される。一方で, 運動の動機づけが内発的調整や同一視的調整にある者は, 運動の重要性を認識し, 運動だけでなく他の健康行動の重要性を認めているため, 喫煙習慣がない者は, 内発的・同一視的調整得点が有意に高かったことが考えられる。逆に, 喫煙習慣がある者は, 運動を含めた悪い健康行動が重複している可能性があるため, 無調整得点が有意に高かったと考えられる。また, JPHC Studyによる飲酒状況と死亡数に関する研究報告では, 死亡率は飲酒量に対して典型的なJカーブを示し, 適量を飲酒する人の死亡率が, 全く飲まない人または多量に飲む人に比べて最も低く, 適量のアルコール摂取により死亡リスクが低下することを示唆している (Tsugane, Fahey, Sasaki, & Baba, 1999)。本研究においては, 基本属性の結果より, 全体の57.5%の飲酒習慣がある者に適量飲酒者が含まれる。内発的調整得点と飲酒習慣は負の関連があり, 運動の動機づけが内発的調整にある者は, 運動を含めた良い健康行動の一つとして適量飲酒を実践する者が含まれた結果, 飲酒習慣がある者において内発的調整得点が高かった可能性が考えられる。最も望ましい動機づけの段階である内発的調整にある者においては, 運動を含めた良い健康行動に取り組んでいる可能性があるため, 楽しみや満足感により運動自体が目的となる環境を整備したり, その情報提供をすることで, 運動の習慣化の維持を目的とした支援が必要であると考えられる。

3. 同一視的調整に関連する要因分析と身体活動支援

同一視的調整は, 喫煙習慣に加え年代と関連があり, 喫煙習慣がなく年代が高い者ほど同一視的調整得点が高く, 年代より喫煙習慣の有無がより影響していることがわかった。これは, 働き盛りの30・40代より50・60代以上が, 運動の必要性を認識し実践していることを示している。我が国の代表的な疫学調査である国民健康・栄養調査においても, 運動習慣者の割合は, 年齢階級差 (40代<50代<60

代)が認められている(厚生労働省, 2020, p.66)。また、運動を含めた良い健康行動自体への重要性の認識が高まっている可能性から、喫煙習慣がない者において、年代よりも同一視的調整得点に影響があった要因であると考えられる。一方で、保健行動の実行度は、男性より女性の方が高いことが報告されている(藤内・畑, 1994, pp.362-369)。また、小澤・吉田・白井の研究では、壮年期男性は、仕事の役割を優先し時間を組み立てるため、運動の時間を設ける優先度が低くなることや、仕事を運動に置き換え、仕事で身体を動かすため運動は必要ないと考える人もいるという報告がある(2013, pp.60-70)。さらに、健康の自己管理には性差があり、女性労働者に対して男性労働者は意識が低いと述べた報告もある(井上・政木・藤井・佐々木, 2005)。本研究においては、運動の動機づけの内発的調整や同一視的調整得点と性差は有意差がない結果であったが、上記のように性差と年齢階級差の関連を示す報告もあるため、今後注視していく必要性が感じられた。同一視的調整は、外発的動機づけの中でも、運動の重要性を認識できている内発的動機づけの前段階であり、運動の継続へ向かいやすい状態である。同一視的調整得点に、より影響する50・60代以上の者に対しては、運動の動機づけが内発的調整へ移行し、運動をすること自体が楽しみとなる支援が必要であり、30・40代の者に対しては、運動仲間や運動を推奨する人的環境等を整備し、運動の動機づけや価値観が高まり、運動習慣が定着する支援が必要であると考えられる。

4. 取り入れ的調整・外的調整に関連する要因分析と身体活動支援

取り入れ的調整は糖尿病の現病歴と負の関連があった。外的調整は運動習慣の有無と有意な関連はなかったが、外的調整得点と基本属性間では、糖尿病の現病歴に加え、生活習慣病の主治医、20歳から10kg以上の体重増加と負の関連があった。外的調整は「医師に言われたから仕方なく運動を行う」等の他者の推奨や報酬等の外的な強制力で運動が開始され、運動に対する価値の内在化が全く始まっていない点が、他の外発的動機づけである同一視的調整や取り入れ的調整と異なると言われている(松本, 2016)。本結果においては、外的調整は運動習慣の有無とは関連はないが、生活習慣病の主治医、糖尿病現病歴の存在があり、20歳から10kg以上の体重増加がある者程、外的調整得点が高く、外的な強制力や運動の価値の内在化に向けた支援によって、運動の動機づけが生じる可能性があることを示している。阿部・古川は、一地域の住民の健康度および健康意識と生活習慣の関係についての調査で、通院している人はそうでない人に比べて運動習慣がある人が多かったと報告(2005, pp.150-152)し、日置は、慢性の病態の保有に

伴い、健康な習慣を身につけている割合が高くなったと報告(2000, pp.248-256)している。糖尿病を含む生活習慣病の主治医は、血糖値をはじめ、治療中の検査値等の値の改善や重症化予防のため、運動を積極的に促すことが一般的である。外発的動機づけの中でも、義務感から運動が動機づけられる取り入れ的調整にある者は、糖尿病の主治医により、外的影響力として運動が開始され、通院による定期的な介入により、運動することの義務感が生じている可能性がある。また、小澤ほかは、専門職や家族、周囲の存在は保健行動の引き金となる一方で、生活習慣改善の目標決定の主体性が低い場合は継続が困難であったことを述べている(2013, pp.60-70)。また、半信半疑で開始された保健行動でも、効果が実感できたことで納得し、価値の転換が図られ行動の継続が後押しされたとも述べている。本研究では、外的調整得点は、20歳から10kg以上の体重増加と負の関連があった。他者からの推奨や報酬等の外的強化により行動が開始される外的調整にある者は、体重が増量したことによる専門家からの働きかけや、糖尿病や他の生活習慣病の主治医からの指導等により、保健行動の指導に伴い、運動の動機づけから運動の開始に繋げることが重要である。運動習慣がない状態においても、義務感や外的な影響力によって運動の動機づけは生じる可能性がある。取り入れ的調整や外的調整にある者においては、糖尿病や生活習慣病の主治医、専門家からの働きかけ等により、外的な影響力であっても健康行動に向けた動機づけが得られた際に、運動習慣を含めた良い健康行動に向けた支援や必要性の理解に繋げることが重要である。また、日常生活の中で行動が継続可能と考えられるような主体性を持った目標設定等、運動を含めた健康行動の獲得に向けたより具体的な支援が重要であることが示唆される。

壮年期男性は、家庭や社会における責任が重くなり、生活リズムが乱れやすい(佐々木, 2005, pp.31-33)。また、国民健康・栄養調査では、メタボリックシンドロームが強く疑われる者または予備群と考えられる者、糖尿病が強く疑われる者、BMI25以上の肥満者、収縮期(最高)血圧が140mmHg以上の者の割合は、それぞれ女性より男性の方が高く、年齢が上がるにつれ上昇している(厚生労働省, 2020)。そのため、壮年期男性は、特定保健指導や主治医からの生活習慣病の指導を受ける頻度や、家族や周りの人からの健康への気遣いを受ける機会が多いことが考えられる。小澤ほかは、保健師など専門職の他、家族や周りの人の影響は、壮年期男性の保健行動を促す引き金になっていたと述べている(2013, pp.60-70)。本研究では、運動習慣の有無と外的調整、性別と取り入れ的・外的調整得点との関連はなかった。しかし、性差や置かれた環境に応じて、基本属性間と対象者を取り巻く環境要因を考慮し、運

動習慣への意欲が生じた背景や外的強制力の要因を常に探索して把握する必要がある。対象者自身が運動の重要性を認識して運動習慣の獲得につなげ、主体的に運動に取り組むことで、運動習慣の定着を図り、外発的動機づけの中でも、外的調整から取り入れの調整へ、より上位の動機づけへ移行するように働きかけることが重要であると考えられる。

5. 無調整に関連する要因分析と身体活動支援

無調整は、性別と喫煙習慣と負の関連があり、性別より、前に述べた喫煙習慣がある者ほど無調整得点が高く、より影響していることがわかった。一般的に男性は女性より喫煙者や肥満者が多いことがわかっている。無調整にある者は、運動の動機づけだけでなく、他の悪い生活習慣が重複している可能性が考えられるため、男性であり、加えて喫煙習慣がある者においては、運動だけに限らない、まず全般的な良い健康行動へのアプローチが必要であると考えられる。Banduraにより提唱された概念である自己効力は、ある行動を遂行する自信を意味する(1977, pp.191-215)。自らの生活習慣を改善に向け取り組もうとする意識を持ち、少しずつでも良い健康行動へ変容していくことを実感することで、自己効力感の向上につながる事が考えられる。その上で、良い健康行動の積み重ねから、徐々に運動に意識が向くような働きかけや支援が求められると考えられる。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は、運動の動機づけに影響を与える要因を明らかにし、運動の習慣化に向けた支援を考察する予備調査として、運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と生活習慣病予防健診受診者の基本属性との関連を考察した。今回の研究は、生活習慣病予防健診を実施する一施設の報告に過ぎない。今後は、研究実施施設を増やし、研究の一般化を図る必要があると考えられる。

そして、今回の調査は、運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と対象者の基本属性との関連分析であり、運動の動機づけと保健指導の対象者の個人要因との関係性の考察に留まった。今回の結果をもとに、対象者の基本属性等の個人要因に加えて、対象者を取り巻く、運動に影響を与える環境要因を考慮した分析を次の報告として進めている。今後は、研究実施施設を増やし、調査票の回答率を高めることで、分析の精度を向上し、実際の保健指導を担う管理栄養士や保健師が、運動習慣の動機づけ、習慣化に向けた支援を具体化するため、より詳細に検討していくことが重要であると考えられる。

また、本研究では、アンケート調査を実施後、結果の集

計・分析を行った。しかし、実際の保健指導の現場においては、リアルタイムでアンケートの結果から、実施者の運動の動機づけの段階が把握でき、保健指導に導入できることが、より効果的な指導であると考えられる。現段階では、運動の動機づけのアンケートの活用が実用的でない。また運動の自己決定動機づけ尺度は、松本により、30項目7件法での研究が進んでいる。今後は、より詳細な尺度を用い、実際の保健指導の現場において実用できる内容への検討が必要である。

結 語

今回の研究では、運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念と運動習慣の有無、生活習慣病予防健診受診者の基本属性に関連があることが明らかになった。

運動習慣の有無により、運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念である内発的調整、同一視的調整、取り入れの調整、無調整の平均点は有意差があり、外的調整は有意差がなかった。

また、運動の自己決定動機づけ尺度の下位概念得点と基本属性の関係においては、内発的調整は喫煙・飲酒習慣と、同一視的調整は年代、喫煙習慣と、取り入れの調整は糖尿病の現病歴と、無調整は性別、喫煙習慣とそれぞれ有意に関連があった。外的調整は、運動習慣の有無との関連はないが、外的調整得点は、糖尿病の現病歴、生活習慣病の主治医、20歳から10kg以上の体重増加と有意に関連があった。

謝 辞

本調査にご協力いただきました、武庫川女子大学 健康・スポーツ科学部 松本裕史先生、朝倉医師会病院 前病院長 山田研太郎先生および健診科の皆さま、久留米大学 バイオ統計センター 角間辰之先生に、心より感謝申し上げます。

本研究は、久留米大学医学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 阿部沙枝子, 古川照美 (2005). 一地域住民の健康度及び健康意識と生活習慣の関係. 日本看護学会論文集. *地域看護*, 36, 150-152.
- 青木邦男 (2012). 在宅高齢者に対する自己決定理論に基づく運動継続のための動機づけ尺度の因子の検討. *山口県立大学学術情報*, 5, 73-79.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Dunn, C., Rollnick, S. (2003). *Lifestyle change*. London: Elsevier limited.
- Guthold, R., Stevens, G.A., Riley, L.M., Bull, F.C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1077-e1086.
- 萩原裕子 (2017). メディカルフィットネス施設における運動実施および継続行動に関する研究: 健康運動指導士から提供されるソーシャルサポートに着目して. 博士論文 (山口県立大学大学院健康福祉学研究科). <https://ypir.lib.yamaguchi-u.ac.jp/yp/1445>
- 原田和弘 (2013). 身体活動の促進に関する心理学研究の動向: 行動変容のメカニズム, 動機づけによる差異, 環境要因の役割. *運動疫学研究*, 15(1), 8-16.
- 日置敦巳 (2000). 健康観および生活満足度と健康維持習慣との関連. *民族衛生*, 66(6), 248-256.
- 堀井大輔, 杉山佳生 (2021). 身体活動と動機づけに関する国外の研究動向. *健康科学*, 43, 51-61.
- 井上正岩, 政木小恵子, 藤井ひろみ, 佐々木宣夫 (2005). 労働者の健康意識と定期健康診断結果との関連について. *山口県医学会誌*, 39, 35-42.
- 井上 茂 (2020). 身体活動の推進における領域間の連携. *行動医学研究*, 25(2), 86-93.
- 国際糖尿病連合 (2019). IDF Diabetes Atlas 9th Edition
- 厚生労働省 (2013). 運動基準・運動指針の改定に関する検討会 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/000306883.pdf>
- 厚生労働省 (2020). 令和元年国民健康・栄養調査報告. <https://www.mhlw.go.jp/content/001066903.pdf>
- 厚生労働省保健局 (2017). 2015年度の特健康診査・特定保健指導の実施状況. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202.html>
- 松本裕史 (2016). 非運動習慣者を対象とした運動動機づけ支援方略の構築に向けた調査研究: 量的・質的アプローチを用いた多面的分析. 健康・体力づくり事業財団研究助成.
- Matsumoto, H., Takenaka, K. (2004). Motivational Profiles and Stages of Exercise Behavior Change. *International Journal of Sport and Health Science*, 2, 89-96.
- 松永恒司, 溝口晴彦 (2007). 気分プロフィール検査 (POMS) による飲酒前後の気分の評価. *日本醸造協会誌*, 102(3), 168-171.
- 村本あき子, 山本直樹, 中村正和, 小池城司, 沼田健之, 玉腰暁子, 津下一代 (2010). 特定健診・特定保健指導における積極的支援の効果検証と減量目標の妥当性についての検討. *肥満研究*, 16(3), 182-187.
- 中田伸吾, 石原俊一 (2011). 運動継続に及ぼす運動の動機づけの効果. *日本心理学会大会発表論文集第75回大会*, 1271.
- 西田 保, 渡辺俊彦, 佐々木康, 竹之内隆志 (2000). 中高年者の運動への動機づけを促進および阻害する要因に関する研究. *デサントスポーツ科学*, 21, 15-26.
- 小澤涼子, 吉田礼維子, 白井英子 (2013). 生活習慣病予備群にある壮年期男性が生活習慣に保健行動を組み込む過程. *日本保健医療行動科学会雑誌*, 28(1), 60-70.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press.
- 佐々木明子 (2005). 第3版公衆衛生看護学大系・第4巻 成人保健指導論 難病保健指導論増補版, 31-33, 東京: 日本看護協会出版会.
- Teixeira, P.J., Carraça, E.V., Markland, D., Silva, M.N., Ryan, R.M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(78).
- 藤内修二, 畑 栄一 (1994). 地域住民の健康行動を規定する要因: Health Belief Modelによる分析. *日本公衆衛生雑誌*, 41(4), 362-369.
- Tsugane, S., Fahey, M.T., Sasaki, S., Baba, S. (1999). Alcohol consumption and all-cause and cancer mortality among middle-aged Japanese men: Seven-year follow-up of the JPHC study cohort I. Japan Public Health Center. *American Journal of Epidemiology*, 150(11), 1201-1207.
- 上淵 寿 (2004). *動機づけ研究の最前線*. 京都: 北大路書房.
- WHO (2018). 身体活動に関する世界行動計画2018-2030 (GAPPA). <http://sports.hc.keio.ac.jp/ja/news/files/2020/9/3/WHO%20GAPPA%20Japanese%20revise%20final2.pdf>
- WHO (2020). 身体活動および座位行動に関するガイドライン. https://www.nibiohn.go.jp/eiken/info/pdf/WHO_undo_guideline2020.pdf

〔2020年11月17日受付〕
〔2023年2月19日採用決定〕

Investigating Factors That can Affect Motivation for Exercising in Adults Undertaking Lifestyle-related Diseases Prevention Medical Examinations

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 813-823
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230219211>

Chie Fukuda, MSN, RN, PHN¹,

Yukako Shigematsu, PhD, RN, PHN²

¹Fukuoka Jo Gakuin Nursing University, Fukuoka, Japan, ²Kurume University, Fukuoka, Japan

Abstract

Objective: Physical activity has various beneficial effects, but a very low percentage of people exercise habitually in Japan, and the various measures introduced to combat this have not generated desirable results. In the current study, we focused on the motivation to exercise and aimed to clarify the factors that can affect motivation for exercising in general workers. **Methods:** In 2019, we conducted an anonymous self-administered questionnaire survey regarding self-determined motivation to exercise among adults aged 35-74 who were undertaking lifestyle-related diseases prevention medical examinations. **Results:** The survey involved 1,822 respondents, 1,321 (72.5%) of whom provided valid responses. The sub-concepts of the Self-determined Motivation Scale for Exercise (SMSE) were significantly associated with the presence or absence of exercise habits. In terms of basic attributes, intrinsic regulation was significant for smoking and drinking habits, identified regulation for age and smoking habits, introjected regulation for diabetes history, and non-regulation for gender and smoking habits. **Conclusions:** Our study suggests that it is necessary to provide health guidance intervention based on the individuality of subjects and the sub-concepts of the SMSE.

Key words

physical activity, motivation, a lifestyle-related diseases, health guidance

Correspondence: C. Fukuda. Email: fukuda@fukujo.ac.jp

血液透析患者における災害時の 自助行動促進のための要素検討： 防災意識と防災リテラシー、 災害自己効力感および防災行動 との関連性

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 825-837
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230220209>

濱野初恵

富山県立大学看護学部

◆要 旨

目的：血液透析患者における災害自己効力感と防災リテラシー、防災意識および防災行動との関連性および災害自己効力感に影響する要因について明らかにする。方法：20～70歳代の血液透析患者1,500名を対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施し、回答に不備のない245名を分析対象とした。調査内容は、基本属性、防災意識、防災リテラシー、災害自己効力感、防災行動について尋ねた。結果：血液透析患者の防災行動を促進する有意な規定要因は、「自己対応能力」、「そなえ」、「脅威の理解」、「被災状況に対する想像力」であった。また、災害自己効力感に影響する要因には、防災リテラシーおよび防災意識が影響することが示された ($R^2=.715$)。結論：血液透析患者の災害自己効力感を高め、防災行動へと結び付けていくには、防災リテラシーおよび防災意識向上への対策が重要であると示唆された。

◆キーワード

血液透析, 自己効力感, 災害看護, 横断調査, 災害対策

責任著者：濱野初恵. Email: h-hamano@pu-toyama.ac.jp

緒 言

近年、大規模自然災害における透析医療への強化は喫緊の課題となっている。血液透析患者（以下、透析患者とする）は、1～2日おきに透析治療を受けなければ生命に直結するとともに、透析治療には多くの水や電気といったライフラインを必要とする特殊な医療である（根木・龍田・重松, 2013）。そのため、災害時における透析医療の脆弱性は高く、災害弱者である透析患者への方策を立てることはきわめて重要である。

防災白書（内閣府, 2021a）において、内閣府は大規模災害時における公助の限界を示唆している。さらに、防災対策には自助が7割を占め、一人ひとりが知恵を身につけてこそ、災害に立ち向かうことが可能であるとの報告がある（林, 2003）。そのため、透析患者においても、患者自身が主体的に生き抜くための知識と準備を備え、自助の力を高めることが重要と考える。

筆者は先行研究において、透析患者の防災意識に影響す

る要因について調査を行った。その結果、透析患者の防災意識には、周囲や地域との主体的なかかわりによる患者自身の「互助」を促進するための社会力や災害に対する想像力、情報収集力などの防災リテラシーが影響していることを明らかにした（濱野・片田・北川, 2022）。しかし、透析患者が防災意識を高め、自助行動として発展させていくには、「災害発生時にどの程度適切な行動を取ることができるか、また災害を生き抜くことができると思うかということに対する自信」（元吉, 2018, p.113）といった災害への自己効力感（以下、災害自己効力感とする）を高めることも防災意識の向上と同様に重要と考える。その理由として、人は生存欲求をもつ一方で、その高い知性ゆえに自分の死が不可避であることを知り、大きな不安を抱く。その際に、自己効力感 は行動決定や行動遂行に対し大きな影響を与えるものとされている（Bandura, 1977）。さらに、防災教育において育むべき力の中心となるのは、災害自己効力感との報告がある（元吉, 2013）。したがって、透析患者においても被災時の自助努力は極めて重要であり、自助

行動の促進には、患者の災害自己効力感の獲得を目指した支援が有効という可能性が高いと考える。

これまで、透析医療に関する災害自己効力感についての研究では、防災責任者を対象としたものとして、国公立病院などの災害対策への周囲の協力が多施設は災害対策の実行力が高く、その要因として防災責任者の認知と災害対策推進に対する自己効力感が高いことが明らかとなっている（杉澤・清水・熊谷・篠田・杉崎，2020）。しかしながら、透析患者における災害自己効力感といった心理社会面に関する特徴と、防災意識や防災リテラシー、自助行動との関連性を明らかにした報告はない。そのため、透析患者を対象とした調査を行うことによって、透析患者自身の防災意識や災害自己効力感を高め、災害に対する自助行動促進のための教育方法について示唆が期待できる。

そこで本研究では、透析患者における災害自己効力感と防災リテラシー、防災意識および防災行動との関連性および防災行動への影響について検討を行った。また、災害自己効力感に影響する要因について明らかにすることを目的とした。これらの知見は、透析患者の自助行動促進に向けた方策を検討する一助となるものと考えられる。

I. 用語の定義

防災意識：災害に対して日常的に自らが被災し得る存在であることや、情動的・物的・社会的備えが必要であることを認識している度合い、また、自分や周囲の人の生命や財産、地域の文化や共同体を自ら守ろうとする程度（Ozeki, Shimazaki, & Yi, 2017）とした。

災害自己効力感：災害発生時にどの程度適切な行動を取ることができるか、また災害を生き抜くことができると思うかということに対する自信（元吉，2018）とした。

防災リテラシー：災害に対して脅威を理解し、必要な備えなどをしていざというときに適切な行動をとっていける力（太田・松野，2016）とした。

II. 本研究の概念枠組み

本研究では、Lent, Brown, & Hackett (1994) によって提唱されている社会的認知キャリア理論（Social Cognitive Career Theory：以下、SCCTとする）を参考に、概念枠組みを作成した（図1）。SCCTは、Bandura (1977) の提唱した三者相互作用の考え方を基盤としており、個人要因や環境要因によって社会的認知が変化し、個人の自己効力感向上や行動変容をもたらすといった理論として広く知られている。本研究では、防災意識ならびに防災リテラシーが災害自己効力感に影響し、かつ災害自己効力感が防災行動を規定する。さらに、防災行動は防災意識と防災リテラシーからもそれぞれ直接影響を受けると考え、仮説を立てた。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、外来通院にて慢性維持血液透析を受けている患者を対象とした横断研究である。

B. 対象者数の検定力分析

事前にG*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) を用いて検定力分析を実施し、対象者数を推考した。効果量 (f^2) を0.15に設定し、説明変数の数を考慮して分析を行った結果、281名と推定された。この際、検定力は80%、有意水準は5%に設定した。

C. 調査施設および研究対象者

日本透析医学会が発行する2019年度日本透析医学会施設会員名簿4,053施設より、300施設を無作為抽出した。各施設5名、20歳代～70歳代の透析患者合計1,500名を対象に、無記名自記式質問紙による質問紙調査を実施した。調査期間は2020年12月～2021年2月であった。

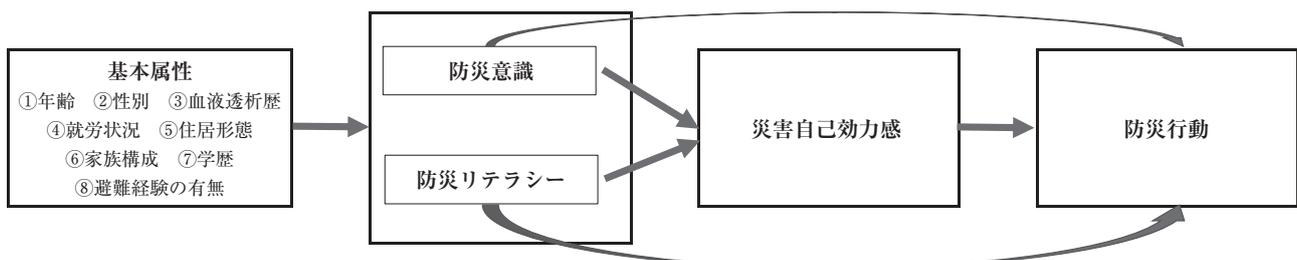


図1 本研究の概念枠組み

D. 調査方法

1. 質問紙の配布と回収

患者の所属する病院の看護部長宛に、研究の趣旨、目的、方法等を記載した説明文書を送付し、患者に対し無記名自記式質問紙の配布を依頼した。質問紙は、看護部長宛の説明文書とともに郵送にて送付し、医療機関に勤務する医師または看護師に患者選定を依頼、説明文書と質問紙、返信用封筒を患者に配布してもらった。質問紙は、同封した返信用封筒にて患者が直接返送できる形にし、回収した。

2. 調査内容

無記名自記式質問紙では、以下の項目について調査した。

a. 基本属性

年齢、性別、血液透析歴、就労状況、住居形態、家族構成、学歴、避難経験の有無について調査した。

b. 防災意識

防災意識 (Ozeki, et al., 2017) とは、「災害に対して日常的に自らが被災し得る存在であることや、情動的・物的・社会的備えが必要であることを認識している度合い、また、自分や周囲の人の生命や財産、地域の文化や共同体を自ら守ろうとする程度」と定義されており、本研究では「防災意識尺度」(島崎・尾関, 2017) を用いた。この尺度は、正しい防災意識・知識が身に付いているかをアウトカム指標としており、信頼性および妥当性が確認されている。「被災状況に対する想像力」、「災害に対する危機感」、「他者指向性」、「災害に対する関心」、「不安」各因子4項目計20項目で構成されている。各項目について、6点(とてもよくあてはまる)から1点(まったくあてはまらない)の6段階評価で回答を求め、点数が高いほど防災意識が高いことを示す(災害に対する関心のみ逆転項目)。本尺度の開発者に研究の趣旨について文書による説明を行い、使用許可を得た。

c. 防災リテラシー

防災リテラシーは、自助能力を促進する要因として重要な役割を果たしうることから(松川・川見・辻岡・立木, 2018)、本研究では、房・川見・立木(2017)によって開発された「障がい当事者向け防災リテラシー尺度」を一部修正し、使用した(以下、防災リテラシー尺度とする)。例えば、「災害伝言板や災害伝言ダイヤルを使うことができる」といった質問項目では、災害伝言板、災害伝言ダイヤルを別々の項目として尋ねた。また、後述のe. 防災行動に関する質問項目と重複している内容を除外し、質問項目とした。本尺度は「とっさの行動」16項目、「そなえ」18項目、「脅威の理解」12項目の計46項目からなり、開発者によって信頼性および妥当性が確認されている尺度であるが、一部修正し、最終的に質問項目は「とっさの行動」17項目、「そなえ」23項目、「脅威の理解」12項目の計52項目となった。各項目について、あてはまる(4点)～あてはまらない(1点)の4段階評価で回答を求め、点数が高いほど防災リテラシーが高いことを意味している。本尺度について、開発者に研究の趣旨について文書による説明を行い、内容を一部改訂して使用する許可を得た。

るが、一部修正し、最終的に質問項目は「とっさの行動」17項目、「そなえ」23項目、「脅威の理解」12項目の計52項目となった。各項目について、あてはまる(4点)～あてはまらない(1点)の4段階評価で回答を求め、点数が高いほど防災リテラシーが高いことを意味している。本尺度について、開発者に研究の趣旨について文書による説明を行い、内容を一部改訂して使用する許可を得た。

d. 災害自己効力感

「災害自己効力感尺度」(元吉, 2018) を用いた。本尺度は信頼性および妥当性が確認されており、「自己対応能力」6項目、「対人資源活用力」5項目計11項目で構成されている。各項目について、5点(非常にあてはまる)から1点(全くあてはまらない)の5件法で回答を求め、点数が高いほど災害自己効力感が高いことを示す。本尺度の開発者に研究の趣旨について文書による説明を行い、使用許可を得た。

e. 防災行動

防災行動については、先行研究(一般社団法人全国腎臓病協議会災害対策委員会, 2016; キッセイ薬品工業株式会社, 2021) を参考に、災害に対する物の備えに関する質問項目を作成した。内訳は生活基盤に関連する項目として、靴、必要な薬(3日分)などの6項目、治療内容に関連する項目として、透析条件が記載されているカード(メモ)、お薬手帳、身体障害者手帳(コピー)などの6項目、装備品として、持ち出し用救急セット、電池式ラジオなどの8項目、その他自分の生活機能のために必要なものの計21項目について尋ねた。3点(備えている)、2点(備えようと思っているが備えていない)、1点(備えていない)の3段階評価で回答を得た。点数が高いほど防災対策実施度が高いことを意味している。

E. 分析方法

本研究の実施にあたり、防災行動の質問項目と一部修正を行った防災リテラシー尺度において、各質問項目の表面的妥当性の検討をするために、慢性期看護にかかわる有識者3名とともに、検討を繰り返し、内容妥当性の向上に努めた。さらに、内的整合性を確認するため、Cronbach's α 係数を求めた。

解析については、すべての項目の基本統計量を算出し、防災意識と防災リテラシー、災害自己効力感、防災行動との関連については、それぞれSpearmanの順位相関係数を求めた。また、防災意識を従属変数、基本属性と防災リテラシーを独立変数、災害自己効力感を従属変数、防災意識と防災リテラシーを独立変数、さらには、防災行動を従属変数、防災意識と防災リテラシーおよび災害自己効力感を独立変数として、それぞれの下位尺度についてステップワ

イズ法による重回帰分析を行った。従属変数の多重共線性の影響を排除するために、Spearmanの順位相関係数にて相関係数が.90以上となる項目がないことを確認した。多重共線性の判断においては、VIFが10以上の変数がないことを確認した後、投入した。Durbin-Watson比を用いて残差および外れ値についても検討した。防災意識と防災リテラシー、災害自己効力感それぞれの項目と防災行動への影響の比較については、標準化係数およびF係数を算出した。

基本属性中の名義尺度については、ダミー変数に変換した。また、重回帰分析を行う際においても、名義尺度と順序尺度はダミー変数化した。統計解析には、IBM SPSS Statistics 27 (IBM, Armonk, NY, USA) を使用し、有意水準はすべて5%とした。

F. 倫理的配慮

本研究は、富山県立大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号看護R2-第4号)。質問紙調査の実施にむけて、協力機関の看護部責任者に対し、研究の依頼文書を送付、本研究の目的・内容について文書にて説明し同意を得た。また、患者に対しては、協力機関の研究協力が本研究の説明を口頭と文書にて行い、同意を得た。説明文書には、研究の目的・内容・研究方法・データ管理に加え、研究への参加・不参加は本人の自由意思であり、不参加であっても治療等に不利益を被らない旨を明記した。また、患者本人からの質問紙の郵送をもって研究への同意とみなした。調査結果は論文の執筆以外には使用せず、データの管理は数値化などの方法をとることにより個人が特定されないよう十分に配慮した。また、論文作成終了後には紙媒体のデータは破棄し、情報の流出を防止する。

IV. 結 果

A. 対象者の概要(表1)

全国300施設各5名、計1,500名の対象者に質問紙の配布を行い、292名から回答を得た(回収率19.5%)。回答に不備のない245名を分析した(有効回答率83.9%)。基本属性(平均年齢、平均透析年数、性別、就労状況、住居形態、家族構成、学歴、避難経験の有無)を表1に示す。

B. 評価尺度の信頼性の検定

Cronbach's α 係数は、防災行動21項目では、 $\alpha = .838$ 、防災リテラシー下位尺度は、とっさの行動 $\alpha = .899$ 、そなえ $\alpha = .890$ 、脅威の理解 $\alpha = .852$ であり、52項目全体では $\alpha = .944$ であった。

表1 基本属性

		(n=245)	
		mean \pm SD/n (%)	
年齢		61.9 \pm 11.1	
透析年数		10.9 \pm 9.3	
性別	男性	135 (55.1)	
	女性	108 (44.1)	
	不明	2 (0.8)	
就労状況	就労あり	86 (35.1)	
	就労なし	156 (63.7)	
	不明	3 (1.2)	
住居形態	戸建	181 (73.9)	
	集合住宅	56 (22.9)	
	その他	5 (2.0)	
	不明	3 (1.2)	
家族構成	同居	214 (87.3)	
	一人暮らし	28 (11.4)	
	不明	3 (1.2)	
学歴	中学卒業	27 (11.0)	
	高校卒業	121 (49.4)	
	短大・専門卒業	45 (18.4)	
	大学・大学院卒業	44 (18.0)	
	不明	8 (3.3)	
避難経験	あり	34 (13.9)	
	なし	209 (85.3)	
	不明	2 (0.8)	

C. 防災意識、防災リテラシー、災害自己効力感および防災行動の結果(表2~表5)

防災意識尺度における下位尺度別得点では、「被災状況に対する想像力」の合計点平均は14.1 \pm 3.8点、「災害に対する危機感」は19.2 \pm 2.8点、「他者指向性」は14.6 \pm 4.1点、「災害に対する関心」は15.3 \pm 2.8点、「不安」は14.0 \pm 3.0点であった。20項目のうち、平均点が高かった項目は、「防災は自分の地域だけで完結するのではなく、他の地域との連携も必要だと思う」5.0 \pm 0.9点、「ひとたび災害が起これば大変なことになると思う」5.0 \pm 1.0点、最も平均点が低かった項目は、「災害のことを考え始めると、様々なパターン被害を妄想してしまう」が2.9 \pm 1.3点であった。

防災リテラシーにおける下位尺度別得点では、「とっさの行動」の合計点平均は50.7 \pm 9.2点、「そなえ」は60.0 \pm 12.2点、「脅威の理解」は30.3 \pm 6.8点であった。52項目のうち、最も平均点が高かった項目は、「災害時には、まず自分の身の安全は自分で守るべきだと思う」が3.7 \pm 0.5点、最も平均点が低かった項目は、「私の地域では、障がいのある人に避難について、普段から話し合いをしている」が1.5 \pm 0.7点であった。

災害自己効力感尺度11項目(総得点55点)における総得点平均は、36.0 \pm 5.1点であった。下位尺度別では、「自

表2 防災意識に関する項目

	(N=245)
	mean ± SD
【下位尺度1：被災状況に対する想像力】	
1. 災害発生時に人々がどのような行動を取るか具体的なイメージがある	3.6±1.1
3. 災害発生時に必要となる物資の具体的なイメージがある	3.8±1.1
5. 災害発生時に町がどうなるかの具体的なイメージがある	3.3±1.3
19. 災害発生時に自分がどのような対応をすればよいか具体的なイメージがある	3.5±1.1
下位尺度1 合計点	14.1±3.8
【下位尺度2：災害に対する危機感】	
6. ひとたび災害が起きれば大変なことになると思う	5.0±1.0
12. 災害は明日来てもおかしくない	4.6±1.1
13. 個人の努力だけで災害の被害を減らすことは難しいと思う	4.7±1.1
17. 防災は自分の地域だけで完結するのではなく、他の地域との連携も必要だと思う	5.0±0.9
下位尺度2 合計点	19.2±2.8
【下位尺度3：他者指向性】	
4. 色々な友達をたくさんつくりたい	3.6±1.2
16. 人とコミュニケーションを取るのが好きだ	3.8±1.2
18. 人が集まる場所が好きだ	3.4±1.2
20. 他の人のために何かしたいと思う	3.9±1.1
下位尺度3 合計点	14.6±4.1
【下位尺度4：災害に対する関心】	
2. 自分の利益にならないことはやりたくない R	4.1±1.2
9. 自分の身近なところで起きそうなことだけ考える R	3.5±1.2
11. 普段は災害のことは考えない R	3.3±1.2
15. 災害対策は耐震補強や防波堤の整備など物理的なものだけで十分だと思う R	4.4±1.1
下位尺度4 合計点	15.3±2.8
【下位尺度5：不安】	
7. 自分は心配性だと思う	4.0±1.3
8. 不安を感じることが多い	3.6±1.3
10. 災害のことを考え始めると、様々なパターンの被害を妄想してしまう	2.9±1.3
14. 身の回りの危険をいつも気にしている	3.5±1.1
下位尺度5 合計点	14.0±3.0

R：逆転項目

己対応能力」の合計点平均は19.8±5.0点、「対人資源活用力」は16.2±4.6点であった。11項目のうち、最も平均点が高かった項目は、「災害時には、自分の周りの人々と助け合うことができると思う」が3.8±1.0点、最も平均点が低かった項目は、「災害時には、近所の人を頼りにできると思う」が2.9±1.1点であった。

防災行動では、21項目のうち、最も平均点が高かった項目は、「お薬手帳」、「保険証」、「電池式懐中電灯」が2.8±0.6点、最も平均点が低かった項目は、「防災カード」が1.2±0.6点であった。

D. 災害自己効力感と防災意識、防災リテラシーおよび防災行動との関連 (表6)

災害自己効力感と防災意識、防災リテラシーおよび防災行動との関連では、自己対応能力は、被災状況に対する想像力 ($r=.66$)、他者指向性 ($r=.47$)、とっさの行動

($r=.62$)、そなえ ($r=.54$)、脅威の理解 ($r=.47$) に正の相関が見られた。対人資源活用力においても、被災状況に対する想像力 ($r=.50$)、他者指向性 ($r=.68$)、とっさの行動 ($r=.71$)、そなえ ($r=.65$)、脅威の理解 ($r=.41$) に正の相関が確認された。防災行動との関連は、そなえ ($r=.50$)、脅威の理解 ($r=.45$) と防災リテラシーの項目において正の相関が確認され、防災意識との関連では、相関はほぼ見られなかった。

E. 透析患者における災害自己効力感の影響要因 (表7)

災害自己効力感の説明にもっとも適したモデルを明らかにするために、災害自己効力感と独立変数16項目を投入、重回帰分析のステップワイズ法による解析を行った。その結果、防災リテラシーの「とっさの行動」($\beta=.36$, $p<.001$, VIF=2.39)、防災意識の「被災状況に対する想像力」($\beta=.31$, $p<.001$, VIF=1.76)、防災意識の「他者指向性」($\beta=.22$,

表3 防災リテラシーに関する項目

 $\alpha = .944$ ($N=245$)

	mean \pm SD
【とっさの行動 17項目 $\alpha = .899$】	
1. 災害用伝言板を使うことができる	2.3 \pm 1.1
2. 災害用伝言ダイヤルを使うことができる	2.4 \pm 1.2
3. 避難所で、身の回りのケアや助けが必要な時に自分から声をあげられる	3.0 \pm 1.0
4. 自力での避難が難しいとき、周りの人に助けを求めることができる	3.0 \pm 0.9
5. 避難所では周りの人と積極的に挨拶をしようと思う	3.2 \pm 0.9
6. 必要な薬や装具について、避難所の人に具体的に伝えることができる	3.1 \pm 0.9
7. 避難所で、周りにいる人に支援を求めることができる	3.1 \pm 0.9
8. 避難所で、周りに自分はどんな配慮が必要か、説明することができる	3.1 \pm 0.9
9. 災害時、周りが避難しなくても、自分の判断で避難するかしないか決められる	3.4 \pm 0.7
10. 避難所では、いろいろな役割を担おうと思う	2.7 \pm 1.0
11. 災害時、避難するかしないかの判断が適切にできる	3.1 \pm 0.8
12. 災害時には、まず自分の身の安全は自分で守るべきだと思う	3.7 \pm 0.5
13. 災害時に家族や知人に安否情報を伝えることができる	3.5 \pm 0.7
14. 地震が起こった時に、命を守る行動をとっさにとれる	3.1 \pm 0.8
15. 災害が発生したとき、スムーズに避難できる	3.1 \pm 0.8
16. 避難所ではボランティアをしようと思う	2.4 \pm 0.9
17. 災害時の対策について「私たちのことを、私たち抜きに、決めないで」と思う	2.6 \pm 0.9
合計得点	50.7 \pm 9.2
【そなえ 23項目 $\alpha = .890$】	
1. 私の住んでいる地域には、どのような防災計画があるか知っている	2.0 \pm 0.9
2. 私の住んでいる地域では、どこが避難所になるか知っている	3.4 \pm 0.8
3. 私の住んでいる地域では、福祉避難所がどこにあるか知っている	2.2 \pm 1.1
4. 避難準備情報が出されたらどうすればよいか知っている	2.8 \pm 1.0
5. 被災した時、行政からどんな支援が受けられるか知っている	2.1 \pm 0.9
6. 災害時、テレビで災害情報を得る	3.6 \pm 0.7
7. 災害時、ラジオで災害情報を得る	3.0 \pm 1.1
8. 災害時、携帯電話で災害情報を得る	3.2 \pm 1.0
9. 災害時、固定電話で災害情報を得る	2.0 \pm 1.1
10. 避難所の場所を決めている	3.2 \pm 1.0
11. 避難所への移動手段を決めている	3.1 \pm 1.0
12. 災害や防災に関する情報を常にチェックしている	2.5 \pm 1.0
13. 民生委員さんと日頃から挨拶をしている	1.7 \pm 1.1
14. 近所の人と日頃から挨拶をしている	3.2 \pm 0.9
15. 何かあったときに、近所で連絡できる人がいる	2.9 \pm 1.1
16. 地震・津波や洪水の時にどうするか家族や身近な人と話し合っている	2.5 \pm 1.0
17. 私の地域では、障がいのある人に避難について、普段から話し合いをしている	1.5 \pm 0.7
18. 災害が起こった時に、近所で一緒に避難してくれる人がいる	2.3 \pm 1.1
19. 災害が起こった時の連絡手段を、家族や身近な人と確認している	2.6 \pm 1.0
20. 災害時にどうやって情報を得たらよいか考えている	2.8 \pm 0.9
21. 住宅の耐震対策を行っている	2.3 \pm 1.0
22. 家具を固定している	2.0 \pm 1.0
23. 自宅の近くに燃えやすい物を置かないようにしている	3.0 \pm 1.0
合計得点	60.0 \pm 12.2
【脅威の理解 12項目 $\alpha = .852$】	
1. 地震・津波や洪水の対策について強い興味・関心がある	3.0 \pm 0.8
2. 災害や防災に関する情報を常にチェックしている	2.8 \pm 0.8
3. ハザードマップをもとに、災害時どこに危険な場所があるか言える	2.3 \pm 1.0
4. 住宅が密集し、火事が起こると延焼の危険性が高い地区を知っている	2.1 \pm 1.0
5. 地震が起こると、多くの建物が倒れる恐れのある地区がどこにあるか知っている	2.0 \pm 0.9
6. 住んでいる地域周辺で震災をもたらす恐れのある断層がどこか知っている	2.0 \pm 1.0
7. 地震・津波や洪水について十分な知識を持っている	2.3 \pm 0.9
8. 自宅の耐震性能がどの程度あるか知っている	2.5 \pm 1.0
9. 私の地域で過去にどのような災害が起こったか知っている	2.5 \pm 1.1
10. 地震などの災害は身近なことだと感じる	3.4 \pm 0.7
11. 家族や知人と地震の危険性について話し合っている	2.6 \pm 1.0
12. いざというときに、周りから支援があれば障がいのある人は災害弱者にはならないと思う	2.8 \pm 0.9
合計得点	30.3 \pm 6.8

表4 災害自己効力感に関する項目

(N=245)	
mean ± SD	
【下位尺度1：自己対応能力】	
1. 災害時の混乱の中でも、比較的冷静でいられると思う	3.3±0.9
2. 災害のような緊急事態においても、落ち着いて行動できると思う	3.4±0.9
3. 災害に遭っても、なんとか生きていく自信がある	3.2±1.1
4. 災害時の混乱の中でも、いろいろなことにうまく対応することができると思う	3.3±1.0
5. 災害が起きたときには、さまざまなことに対して柔軟に対応できると思う	3.4±1.0
6. 災害で苦しみや悲劇に直面しても、それを乗り越えることができると思う	3.3±1.0
合計得点	19.8±5.0
【下位尺度2：対人資源活用力】	
7. 災害時に困ったことがあれば、知り合いに助けてもらえると思う	3.2±1.0
8. 災害時に頼りにすることができる知り合いが多いと思う	3.0±1.2
9. 災害時には、近所の人を頼りにできると思う	2.9±1.1
10. 被災して困ったことがあるときには、適切な助けを求めることができると思う	3.3±1.0
11. 災害時には、自分の周りの人々と助け合うことができると思う	3.8±1.0
合計得点	16.2±4.6
総得点	36.0±5.1

表5 防災行動に関する項目

α = .838 (N=245)	
mean ± SD	
1. 透析条件が記載されているカード (メモ)	2.4±0.9
2. お薬手帳	2.8±0.6
3. 身体障害者手帳 (コピー)	1.9±0.9
4. 特定疾病療養受療証 (コピー)	1.8±0.9
5. 保険証	2.8±0.6
6. 靴	2.2±0.9
7. 必要な薬 (3日分)	2.5±0.8
8. 災害要援護者透析カード	1.6±0.9
9. 飲料水	2.3±0.9
10. 透析者用の食品 (3日分)	1.5±0.7
11. 透析者用以外の食品 (3日分)	2.0±0.9
12. 衣類	1.9±0.9
13. 持ち出し用救急セット	1.7±0.8
14. 電池式ラジオ	2.3±0.9
15. 電池式懐中電灯	2.8±0.6
16. 携帯電話充電器	2.4±0.9
17. ヘルメット	1.5±0.8
18. 簡易トイレ	1.4±0.7
19. レスキュー缶	1.4±0.8
20. 防災カード	1.2±0.6
21. その他、自分の生活機能のために必要なもの	1.7±0.8

p<.001, VIF=1.89), 防災意識の「不安」(β=-.12, p<.01, VIF=1.03), 防災リテラシーの「そなえ」(β=.13, p<.01, VIF=2.26) の5項目が有意な影響項目として明らかになった。作成した重回帰モデルは有意であり(p<.05), 調整済み決定係数R²は.715であった。VIF値は1.03~2.39であり, 多重共線性の問題はなかった。これらの解析においてDurbin-Watson比は2.257であり, 外れ値はなかった。また, Shapiro-Wilk検定の結果, 残差の正規性が確認された。

F. 防災意識に影響する基本属性および防災リテラシーの要因 (表8)

防災意識に影響する基本属性および防災リテラシーの要因については, 防災意識と独立変数である属性および防災リテラシーの下位尺度11項目を投入, 重回帰分析のステップワイズ法による解析を行った。その結果, 防災リテラシーの「とっさの行動」(β=.41, p<.001, VIF=1.32), 防災リテラシーの「脅威の理解」(β=.41, p<.001, VIF=1.38), 「年齢」(β=-.13, p<.01, VIF=1.07), 「学歴」(β=-.13, p<.01, VIF=1.03) の4項目が有意な影響項目として明らかになった。作成した重回帰モデル

表6 災害自己効力感と防災意識, 防災リテラシーおよび防災行動との関連

		防災意識				防災リテラシー			防災行動	
		被災状況に 対する 想像力	災害に 対する 危機感	他者指向性	災害に 対する 関心	不安	とっさの 行動	そなえ	脅威の理解	
災害自己効力感	自己対応能力	.66**	.10	.47**	-.03	-.14	.62**	.54**	.47**	.26**
	対人資源活用力	.50**	.16	.68**	.05	.06	.71**	.65**	.41**	.22**
	防災行動	.36**	.09	.21**	.00	.07	.26**	.50**	.45**	

**p<.01

表7 透析患者における災害自己効力感に影響する要因

(N=245)

項目	従属変数 = 災害自己効力感			
	β	p	VIF	
防災リテラシー	とっさの行動	.36	< .001***	2.39
防災意識	被災状況に対する想像力	.31	< .001***	1.76
	他者指向性	.22	< .001***	1.89
	不安	-.12	< .01 **	1.03
防災リテラシー	そなえ	.13	< .01 **	2.26

調整済み決定係数 $R^2 = .715$, * $p < .05$
 β = 標準偏回帰係数, VIF = Variance Inflation Factor

表8 防災意識に影響する基本属性および防災リテラシーの要因

(N=245)

項目	従属変数 = 防災意識			
	β	p	VIF	
防災リテラシー	とっさの行動	.41	< .001***	1.32
	脅威の理解	.41	< .001***	1.38
基本属性	年齢	-.13	< .01 **	1.07
	学歴	-.13	< .01 **	1.03

調整済み決定係数 $R^2 = .460$, * $p < .05$
 β = 標準偏回帰係数, VIF = Variance Inflation Factor

ルは有意であり ($p < .05$), 調整済み決定係数 R^2 は .460であった。VIF値は1.03~1.38であり, 多重共線性の問題はなかった。これらの解析においてDurbin-Watson比は2.190であり, 外れ値はなかった。Shapiro-Wilk検定の結果では, 残差の正規性が確認された。

G. 災害自己効力感に影響する防災意識および防災リテラシーの要因 (表9)

災害自己効力感に影響する防災意識および防災リテラシーの要因については, 災害自己効力感と独立変数である防災意識および防災リテラシーの下位尺度8項目を投入, 重回帰分析のステップワイズ法による解析を行った。防災リテラシーの「とっさの行動」($\beta = .37$, $p < .001$, VIF = 2.32), 防災意識の「被災状況に対する想像力」($\beta = .31$, $p < .001$, VIF = 1.71), 防災意識の「他者指向性」($\beta = .22$, $p < .001$, VIF = 1.84), 防災意識の「不安」($\beta = -.13$, $p < .001$, VIF = 1.04), 防災リテラシーの「そなえ」($\beta = .13$, $p < .01$, VIF = 1.87)の5項目が有意な影響項目として明らかになった。作成した重回帰モデルは有意であり ($p < .05$), 調整済み決定係数 R^2 は .715であった。VIF値は1.04~2.32であり, 多重共線性の問題はなかった。これらの解析においてDurbin-Watson比は2.249であり, 外れ値はなかった。Shapiro-Wilk検定の結果では, 残差の正規性が確認された。

H. 防災行動を従属変数とした災害自己効力感モデル, 防災リテラシーモデルおよび防災意識モデルとの比較 (表10)

災害自己効力感では, 自己対応能力 ($\beta = .25$)の1因子が, 防災リテラシーでは, そなえ ($\beta = .37$), 脅威の理解 ($\beta = .19$)の2因子が, 防災意識では, 被災状況に対する想像力 ($\beta = .34$)の1因子がともに防災行動との有意な規定要因であることが確認された。しかしながら, 防災行動において, 自己効力感モデルにおける調整済み決定係数 R^2 は .06と低い値を示した。

V. 考 察

本研究では, 透析患者の災害に対する自助行動促進に向けた方策の一助となることを期待し, 透析患者における災害自己効力感と防災リテラシー, 防災意識との関連性および防災行動への影響について検討を行った。また, 災害自己効力感に影響する要因および因子間の構造について明らかにすることを目的とした。

A. 透析患者における災害自己効力感と防災リテラシー, 防災意識との関連性および防災行動への影響

1. 防災リテラシーが災害自己効力感, 防災行動に及ぼす影響

透析患者の災害自己効力感は, 防災リテラシーのすべて

表9 災害自己効力感に影響する防災意識および防災リテラシーの要因 (N=245)

項目	従属変数 = 災害自己効力感			
	β	p	VIF	
防災リテラシー	とっさの行動	.37	< .001***	2.32
防災意識	被災状況に対する想像力	.31	< .001***	1.71
	他者指向性	.22	< .001***	1.84
	不安	-.13	< .001***	1.04
防災リテラシー	そなえ	.13	< .01 **	1.87

調整済み決定係数 $R^2 = .715$, * $p < .05$
 β = 標準偏回帰係数, VIF = Variance Inflation Factor

表10 防災行動を従属変数とした災害自己効力感モデル, 防災リテラシーモデルおよび防災意識モデルとの比較

		災害自己効力感モデル	防災リテラシーモデル	防災意識モデル
災害自己効力感	自己対応能力	.25**	-	-
	対人資源活用力	ns	-	-
防災リテラシー	とっさの行動	-	ns	-
	そなえ	-	.37**	-
	脅威の理解	-	.19**	-
防災意識	被災状況に対する想像力	-	-	.34**
	災害に対する危機感	-	-	ns
	他者指向性	-	-	ns
	災害に対する関心	-	-	ns
	不安	-	-	ns
調整済み決定係数 R^2		.06	.26	.11
F		16.04	44.87	31.02

** $p < .01$

の下位尺度において相関係数が高く、「そなえ」、「脅威の理解」については防災行動の影響因子としても抽出された。しかしながら、表10の防災行動と防災リテラシーモデルの比較において、「とっさの行動」は、防災行動の影響因子に該当しなかった。すなわち、「とっさの行動」においては、災害自己効力感を高める要因となり得るものの、防災行動には直接影響しないことを示唆している。「とっさの行動」の項目に関する平均得点では、「災害時には、まず自分の身の安全は自分で守るべきだと思う」、「災害時に家族や知人に安否情報を伝えることができる」といった項目が高い得点を示しているものの、「避難所では、いろいろな役割を担おうと思う」、「避難所ではボランティアをしようと思う」といった項目が低い得点を示した。この結果より多くを解釈することは難しいが、透析患者は災害時に自分の身を守ることの重要性を認識している一方で、災害時に地域社会活動などの自発的な行動までは難しい傾向にあったことが推察された。その理由として、透析患者の身体的特徴が影響しているものと考えられる。わが国における透析患者の高齢化は顕著であり、フレイルの有症率が一般集団、保存期慢性腎臓病患者よりも高率であり(荒井, 2018; Foley, Wang, Ishani, Collins, & Murray, 2007), 非高齢

者においても13.5%がフレイルを発症しているとの報告がある(Takeuchi, et al., 2018)。さらに、先行研究(濱野ほか, 2022)では、救援を呼ぶアイテムとされるレスキュー笛の備えが、透析患者の防災意識の向上ひいては自助行動へとつながる可能性が示唆された。したがって、「とっさの行動」の項目において、災害自己効力感から防災行動へと結びつけていくには、透析患者の身体的特徴を踏まえ、受援力を活用した患者教育が自助行動促進において重要な意義があるものと考えられる。

2. 防災意識が災害自己効力感、防災行動に及ぼす影響

透析患者の防災意識において、「被災状況に対する想像力」、「他者指向性」の2項目で災害自己効力感に高い相関を認めた。一方で、防災行動と防災意識モデルとの比較では、防災行動に影響する要因は「被災状況に対する想像力」のみであった。さらに、災害自己効力感の影響要因には、「被災状況に対する想像力」、「他者指向性」に加え、「不安」が要因として抽出された。これらの結果より、防災意識である「被災状況に対する想像力」、「他者指向性」が災害自己効力感を經由し、防災行動へと結びつかない要因には「不安」による自信のなさが関連していると推察さ

れた。冒頭にも述べたが、透析医療はライフラインの依存度が高い特殊な医療である。また、治療の変更や透析時間の短縮を余儀なくされることがあるため、災害時に対する患者の不安に関する報告は多い（清野・島田，2007；土路生・甲斐，2010）。そのため、患者の不安の軽減および災害への自己効力感を高めていくには、災害を具体的に自分の事として捉えてもらうことが重要であると考えられる。渡邊・若山（2009）は、透析中の避難対応に加え、非透析日の対応などをイメージする訓練を実施したことで、透析患者の災害に対する不安が具体化されたと述べている。したがって、透析患者においては、平時より災害に対する想像力を高める教育が、不安の軽減を図る上でも有効である可能性が示唆された。

年齢および学歴については、透析患者の高齢化といった現状も反映されていると推察されるが、透析患者の個人要因が防災意識に影響することを踏まえた患者教育が重要であると考えられる。

B. 透析患者における災害自己効力感に影響する要因

本研究では、透析患者における災害自己効力感への影響要因が複数明らかとなった。また、調整済み決定係数 $R^2 = .715$ であることから、回帰モデルとしての説明力は一定の担保が得られたものと考えられる。さらに、透析患者の災害自己効力感には透析患者の個人要因は影響せず、患者個々がもつ防災リテラシーや防災意識といった要因が関連していることが推察された。

1. 防災リテラシー

防災リテラシーにおいては、関連因子5項目のうち、下位尺度である「とっさの行動」、「そなえ」の2項目が関連因子として抽出された。これらの項目は、避難時の判断と対応力、周囲や地域を巻き込んだスムーズな避難行動が災害自己効力感向上に関与していると推察された。特別な配慮が必要とされる透析患者においては、警戒レベル3である「高齢者等避難」時が、望ましい避難開始時期とされている（内閣府，2021b）。二本柳・塚崎（2020）による横断調査では、警戒レベル3における透析患者の避難意思について、「避難したい・支援があれば避難したい」と答えた人が全体の83.6%、高齢者においては92.0%に上ったと報告している（二本柳・塚崎）。工藤（2017）は、日頃から専門職間や地域の人々と災害を話題にして「互助」の基盤づくりを進めていくことの重要性を述べているが、透析患者においては、より受援力の強化を図っていく必要があると考える。また、透析患者の特徴として外見上わかりにくい内部障害を有していることから、支援を必要としていて周囲が気づかない可能性がある（東京都総務局総合防災

部防災管理課，2017）。そのため、必要とされる医療的ケアや介護について、自ら周囲に伝えるといった伝達的リテラシー向上を目指した患者教育が重要であると考えられる。また、地域においては、内部障害患者をはじめとして災害弱者についての認知度を高め、透析患者をはじめとした内部障害を有する患者を優先的に避難へと導く体制づくりの検討が望まれる。

2. 防災意識

防災意識においては、下位尺度である「被災状況に対する想像力」、「他者指向性」、「不安」の3項目が関連因子として抽出された。これらの項目は、周囲の人々とのつながりや避難行動へのイメージがもて、災害への心配が少ないことが災害自己効力感向上に関与していると推察された。

国土交通省（2018）は、住民自らの行動に結びつく水害・土砂災害ハザード・リスク情報共有プロジェクトの中で、個人の切迫感を高めるには、身近な地域の情報提供が効果的であると述べている。本研究からも防災意識尺度の項目の中で、「防災は自分の地域だけで完結するのではなく、他の地域との連携も必要だと思う」は、得点が高かった。このことより、透析患者も一般住民と同様、身近な情報提供を通じて災害に対する想像力を身に付けていく必要があると考える。また、腎友会をはじめとした透析患者およびその家族の医療や生活を支える団体である患者会が、各市町村や医療機関単位で様々な活動を行っている（一般社団法人全国腎臓病協議会，2022）。そのため、患者会を活用した地域での災害教育なども、透析患者の受援力を高める上でも重要と考える。

個人要因が災害自己効力感に影響しなかった理由については、研究対象者の属性が広範であった可能性も推察されるが、個人の被災経験によって災害に対する認知力の向上や、避難行動に結びつくことが多くの研究で報告されている（大本・藤見・小場，2008）。したがって、今後は、被災経験の有無に加え、透析治療中の被災の有無といったより詳細な要因についても、検討していく必要があると考える。

VI. 研究の限界

本研究の限界について述べる。本研究では多施設を対象とした研究ではあるが、横断研究のため災害自己効力感とその関連要因との因果関係までは推定できない。さらに、本研究では回収率が低く、ノンレスポンスバイアスを考慮に入れる必要がある。回収率が低かった理由について、調査依頼期間が新型コロナウイルス感染症拡大下であり、医療機関の業務負担が影響した可能性が考えられる。また、対象者の平均年齢が全国平均より下回っており、すべての

透析患者に当てはまらない可能性がある。今後は年代別や透析歴等による個人要因による違いについても検討し、災害自己効力感の因果関係の推定や具体策について検討していく必要があると考える。

結 語

本研究では、外来通院している透析患者における災害時の自助行動促進のための要素の検討として、災害自己効力感と防災リテラシー、防災意識および防災行動との関連性および災害自己効力感に影響する要因について質問紙調査を行った。

その結果、透析患者の防災行動を促進する有意な規定要因には、災害自己効力感の「自己対応能力」、防災リテラシーの「そなえ」、脅威の理解、防災意識の「被災状況に対する想像力」が確認された。災害自己効力感尺度に影響する要因においては、防災リテラシーでは、「とっさの行動」、「そなえ」の2項目、防災意識では、「被災状況に対する想像力」、「他者指向性」、「不安」の3項目、計5項目が関連要因として抽出された ($R^2 = .715$)。そのため、透析患者の災害自己効力感を高める上で、防災リテラシーおよび防災意識の向上を図る患者教育を検討していく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究の遂行にあたり、ご指導をいただきました富山県立大学看護学部 片田裕子教授、福井医療大学保健医療学部 北川敦子教授に深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 荒井秀典編 (2018). *フレイル診療ガイド2018年版*. 238, 東京: ライフ・サイエンス.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- 江原勝幸 (2004). 災害弱者援助における地域ネットワークの活用. *静岡県立大学短期大学部研究紀要*, 18-W号, 1-18.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Foley, R.N., Wang, C., Ishani, A., Collins, A.J., Murray, A.M. (2007). Kidney function and sarcopenia in the United States general population: NHANES III. *American Journal of Nephrology* 27, 279-286.
- 濱野初恵, 片田裕子, 北川敦子 (2022). 血液透析患者における防災意識とその影響要因. *看護実践学会誌*, 34(1), 86-96.
- 林 春男 (2003). *いのちを守る地震防災学*. 55-65, 東京: 岩波書

- 店.
- 一般社団法人全国腎臓病協議会 (2022, 10). 腎友会とは. <https://www.zjk.or.jp/jinyuukai/about/> (参照2022年10月26日)
- 一般社団法人全国腎臓病協議会災害対策委員会 (2016, 3). 全腎臓災害対策マニュアル (改定第3版). 一般社団法人全国腎臓病協議会. <https://www.zjk.or.jp/kidney-disease/disaster/upload/20191025-165746-5185.pdf> (参照2022年3月26日)
- キッセイ薬品工業株式会社 (2021, 2). ~笑顔でいきいき~新透析ライフ 日頃の備えは万全ですか?. キッセイ薬品工業株式会社. <https://www.kissei.co.jp/dialysis/pdf/dialysis-selfcheck-06-a-list.pdf> (参照2022年3月26日)
- 清野真由美, 島田由美子 (2007). 血液透析患者に対する災害教育の効果: 患者教育により不安の軽減を図る. *日本看護学会論文集: 看護総合*, 38, 392-393.
- 国土交通省 (2018, 12). 住民自らの行動に結びつく水害・土砂災害ハザード・リスク情報共有プロジェクト. 国土交通省. https://www.mlit.go.jp/river/shinngikai_blog/hazard_risk/dai03kai/dai03kai_sankosiry03.pdf (参照2022年8月12日)
- 工藤禎子 (2017). 災害の備えとしての「自助」と「互助」の基盤づくり. *コミュニティケア*, 19(13), 123-129.
- Lent, R.W., Brown, S.D., Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45(1), 79-122.
- 松川杏寧, 川見文紀, 辻岡 綾, 立木茂雄 (2018). 災害時要配慮者の当事者力を高める手法の開発: 別府市災害時ケアプラン避難行動編作成の事例調査から. *地域安全学会梗概集*, 42, 151-154.
- 元吉忠寛 (2013). リスク教育と防災教育. *教育心理学年報*, 52, 153-161.
- 元吉忠寛 (2018). 災害自己効力感尺度の開発. *社会安全学研究*, (9), 103-117.
- 内閣府 (2021a, 3). 令和2年版 防災白書 | 第1部 第1章 第1節 1-1 国民の防災意識の向上. 内閣府防災情報のページ. https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/r02/honbun/1b_1s_01_01.html (2022年2月15日)
- 内閣府 (2021b, 5). 避難情報に関するガイドライン. 内閣府防災情報のページ. https://www.bousai.go.jp/oukyu/hinanjouhou/r3_hinanjouhou_guideline/pdf/hinan_guideline.pdf (参照2022年3月26日)
- 根木茂雄, 龍田浩一, 重松 隆 (2013). 災害時の透析医療と危機管理. *日本腎臓学会誌*, 55(4), 534-538.
- 二本柳玲子, 塚崎恵子 (2020). 外来血液透析を行っている高齢者の災害への備えの特徴: 65歳未満の者と比較して. *金城大学紀要*, 20, 119-127.
- 大本照憲, 藤見俊夫, 小場隆太 (2008). 河川災害における住民の避難行動と災害外力の相関分析. *水工学論文集*, 52, 451-456.
- 太田敏一, 松野 泉 (2016). *防災リテラシー*. i, 東京: 森北出版.
- Ozeki, M., Shimazaki, K., Yi, T. (2017). Exploring elements of disaster prevention consciousness: based on interviews with anti-disaster professionals. *Journal of Disaster Research*, 12(3), 631-638.
- 島崎 敢, 尾関美喜 (2017). 防災意識尺度の作成 (1), *日本心理学会第81回発表論文集*, 69.
- 杉澤秀博, 清水由美子, 熊谷たまき, 篠田俊雄, 杉崎弘章 (2020). 透析医療施設における災害対策の実行度. *日本透析医会雑誌*, 35(2), 342-350.
- Takeuchi, H., Uchida H.A., Kakio, Y., Okuyama, Y., Okuyama, M., Umebayashi, R., Wada, K., Sugiyama, H., Sugimoto, K., Rakugi, H.,

- Wada, J. (2018). The prevalence of frailty and its associated factors in Japanese hemodialysis patients, *Aging and disease*, 9(2), 192-207.
- 東京都総務局総合防災部防災管理課 (2017, 7). 災害時要配慮者への支援. 東京都防災ホームページ. <https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/bousai/1000027/1000303.html> (参照2022年3月26日)
- 土路生智美, 甲斐みどり (2010). 血液透析患者の緊急離断訓練実施後の災害訓練に対する意識調査を通じた危機管理の検討. *看護・保健科学研究誌*, 10(1), 98-103.
- 渡邊春奈, 若山由美 (2009). 透析患者に対する災害対策への取り組み: 避難訓練前後の知識・意識の変化を評価して. *日本看護学会論文集: 看護総合*, 40, 240-242.
- 房 艶旭, 川見文紀, 立木茂雄 (2017). 障がい当事者向け防災リテラシー尺度の開発および当事者参画型防災訓練での試行. *地域安全学会梗概集*, 40, 183-186.

[2022年6月22日受付]
[2023年2月20日採用決定]

Examination of Factors Promoting Self-help Behavior during Disasters among Hemodialysis Patients: Relationship between Disaster Awareness, Disaster Literacy, Disaster Self-Efficacy, and Disaster Prevention Behavior in Hemodialysis Patients

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 825-837
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230220209>

Hatsue Hamano, PhD, RN

Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University, Toyama, Japan

Abstract

Objective: To examine the relationship between disaster self-efficacy and disaster literacy, disaster awareness, and disaster prevention behavior among hemodialysis patients and to identify the factors influencing disaster self-efficacy. **Methods:** A self-administered, anonymous questionnaire was sent by mail to 1,500 patients undergoing hemodialysis (aged 20-79 years), and 245 complete responses were taken up for analysis. The questions covered basic attributes, disaster awareness, disaster prevention literacy, disaster self-efficacy, and disaster prevention behavior. **Results:** Significant determinants found to promote disaster prevention behavior among hemodialysis patients were “self-responsiveness”, “preparedness”, “understanding of threats”, and “imagining of disaster situations”. Factors influencing disaster self-efficacy were also shown to be influenced by disaster literacy and disaster awareness ($R^2 = .715$). **Conclusions:** In order to increase disaster self-efficacy among hemodialysis patients and link it to disaster prevention behavior, it is suggested that patient education to improve disaster literacy and awareness should be considered.

Key words

hemodialysis, self-efficacy, disaster nursing, cross-sectional survey, disaster preparedness

Correspondence: H. Hamano. Email: h-hamano@pu-toyama.ac.jp

プレホスピタルケアに従事する看護師の 首尾一貫感覚と多職種連携の 実践能力との関連

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 839-847
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230317216>

山田春奈, 古賀明美, 川久保愛, 武富由美子
佐賀大学医学部看護学科生涯発達看護学講座

要旨

目的：プレホスピタルケア（以下、PC）に従事する看護師のSOC（首尾一貫感覚）と多職種連携の実践能力との関連を明らかにする。方法：全国58のドクターヘリ基地施設でPCに従事する看護師を対象に、個人属性、SOC、多職種連携の実践能力を無記名自記式質問紙で調査した。結果：36施設の132名を分析対象とした（有効回答率46.3%）。SOC総得点56.8（SD=10.8）点、把握可能感21.8（SD=5.1）点、処理可能感16.3（SD=4.0）点、有意味感18.7（SD=4.0）点であった。多職種連携の実践能力114.4（SD=12.2）点であった。SOC総得点（ $r=.38, p<.01$ ）、把握可能感（ $r=.39, p<.01$ ）、有意味感（ $r=.35, p<.01$ ）と、多職種連携の実践能力の間には弱い正の相関があった。結論：多職種連携の実践能力の高さが把握可能感と有意味感を高める可能性が示唆された。

キーワード

プレホスピタルケア, 職業性ストレス, 首尾一貫感覚, チーム医療

責任著者：山田春奈. Email: f0115@cc.saga-u.ac.jp

序論

プレホスピタルケア（Pre-hospital care：以下、PC）とは、傷病者を救急医療機関に収容するまでに行われる病院前救護のことである。PCにおける看護師が活動する場としてドクターヘリやドクターカーがあり、年間運用件数は全国的に増加の一途を辿っている（厚生労働省、2018）。ドクターヘリ・ドクターカーには救急医療に精通した医師1～2名と看護師1名のみが搭乗し、救命率の向上と後遺障害の軽減を目的に活動している。限られた人・物・時間の中で、PCに従事する看護師の役割は、安全管理、フィジカルアセスメント、医師の治療処置の介助、家族への対応、物品・医薬品の管理、患者情報・活動内容の記録、搬送先病院への情報提供など多岐に渡っている（片田・中村・八塚・片田・益子、2008；日本航空医療学会フライトナースハンドブック編集委員会、2017；嶋田・豊島、2001）。また、予測がつかない現場での活動であることや、傷病者に子どもが含まれるといった状況は、PCに従事する看護師の主要なストレス要因であり（武用・池田・森田・鈴木・志波、2011）、延いては心的外傷の形成やPTSD（Post-Traumatic Stress Disorder：心的外傷後スト

レス障害）の発症、QOLの低下につながる可能性がある。

近年、PCに従事する看護師のストレスが注目されており、PCに従事する看護師を含む救急看護師のPTSDハイリスク者の割合は、17.3%と報告されている（三木・黒田、2012）。また、看護師以外のPTSDハイリスク者の割合は、消防職員12.5%（古賀・前田・津田、2003, p.91）、15.6%（畑中・松井・丸山・小西・高塚、2004, p.70）、市町村保健師11.5%（山下・伊藤・嶋崎・笹川・小西、2004, p.193）、PCに従事する医師4.6%（吉野ほか、2016, p.66）と報告されている。これらの研究結果は、調査時期や調査対象者数等に差があるものの、PCに従事する看護師のPTSDハイリスク者の割合が、他の職種と比較して高い可能性を示唆している。その一方で、PCに従事する看護師の精神的健康不良群の割合は33.7%（吉野ほか、2013）であり、総合病院に勤務する看護師69.1%（影山・錦戸・小林・大賀・河島、2001, p.72）や三次救急医療に従事する看護師62.3%（真木・笹川・廣常・寺師・小西、2007, p.45）よりも低く、黒田・三木（2012）の文献においても、救命救急センターに所属しPCに従事していない看護師よりも職業性ストレスが低いことが示唆された。これら先行研究の結果から、PCに従事する看護師は、心的外傷を受けやす

い状況で業務を遂行しているにも関わらず職業性ストレスは低く、精神的健康を高く保っている可能性がある。

ストレス下においても健康を保つ能力として、SOC (Sense of Coherence: 首尾一貫感覚) がある。SOCは、健康状態を悪化させるストレスの影響を緩衝し、その結果として健康状態を良好にする働きをする (Antonovsky, 1987/2001)。SOCが低いほどPTSD発症率が高く (Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003, p.82), SOCが高いほどPTSDが重症化しない (Schäfer, Becker, King, Horsch, & Michael, 2019, p.8) ことが報告されている。大学病院に勤務する看護師や精神科病院に勤務する看護師を対象とした調査では、SOCが高いと職務満足度が高く、イライラ感・疲労感・不安感・抑うつ感が少ないことも明らかとなっている (眞鍋ほか, 2012, p.22; 澤田・香月, 2018, p.6)。また、SOCに関連する要因として、国内に在住する日本人集団を対象にした調査では、年齢が高いほどSOCが高く (戸ヶ里ほか, 2015, p.234), 救急医療に携わる看護師を対象とした調査では、仕事に対する働きがいを感じているほどSOCは高いことが明らかとなっている (牧野・伊藤・門間・中村, 2015, p.503; 山口・江川・平尾, 2016, p.7)。

Antonovsky (1987/2001) は、価値観の共有や、集団の帰属意識、明確な規範的な期待がある「一貫性の集団」の中で経験を積み重ねていくことが、SOCの形成・発達につながると述べている。PCの現場において、救命率の向上と後遺障害の軽減という共通の目的をもち活動する医師、救急救命士、警察官、ドクターヘリのパイロット・整備士等による多職種連携は、この「一貫性の集団」に近似しており、PCに従事する看護師のSOCに影響すると考えられるが、これまで、PCに従事する看護師のSOCと多職種連携 (チーム医療) の関連について検討した研究は見当たらない。

以上より、PCに従事する看護師のSOCと多職種連携の実践能力の関連について明らかにすることは、PCに従事する看護師の精神的健康を保持・増進する方策を検討するうえで、重要であると考えられる。

I. 研究目的

本研究の目的は、プレホスピタルケアに従事する看護師のSOCと多職種連携の実践能力との関連を明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究対象者

日本救急医学会ホームページに掲載されているドクター

ヘリ基地施設 (58施設) に勤務し、ドクターヘリまたはドクターカーに搭乗しPCに従事する看護師とした。管理を主とする看護師長は対象外とした。

2. データ収集方法

研究対象施設の看護部長に、研究の主旨や方法、倫理的配慮について文書で説明し、研究協力の可否と研究協力可能な場合には研究対象者の人数を紙面にて確認した。研究協力の同意が得られた施設に対し、看護部を通して研究対象者への研究協力の依頼文書、無記名自記式調査票、回収用封筒を配布した。研究対象者に、研究の主旨や方法、倫理的配慮について文書で説明し郵送法にて個別に回収した。

3. 調査内容

(1) 個人属性

年齢、性別、看護師経験年数、救急部門経験年数、ドクターヘリ搭乗の有無・年数、ドクターカー搭乗の有無・年数、以前からPCに従事することを目指していたか、ドクターヘリとドクターカーを合わせた月あたりの平均出勤回数を調査した。

(2) SOC (首尾一貫感覚)

Antonovskyが開発し、山崎が翻訳し修正した日本語版SOCスケール13項目 (山崎・戸ヶ里・坂野, 2019, p.13) を使用した。個人のストレス対処能力と健康保持能力の高低を測定するもので、把握可能感、処理可能感、有意味感の3つの下位概念で構成されている。回答は7件法で、総得点 (得点範囲13~91) が高いほどSOCが高く、ストレス対処能力や健康保持能力が高いと評価する。この尺度の信頼性と妥当性は検証されている (戸ヶ里・山崎, 2005; Togari, Yamazaki, Nakayama, Yamaki, Takayama, 2008)。

(3) 多職種連携の実践能力

酒井 (2016) が開発したインタープロフェッショナルワーク実践能力評価尺度 (CICS29) を使用した。多職種連携の実践能力を測定するための尺度で、プロフェッショナルとしての態度・信念、チーム運営のスキル、チームの目標達成のための行動、患者を尊重した治療・ケアの提供、チームの凝集性を高める態度、専門職としての役割遂行の6つの下位尺度でカテゴライズされた連携能力を評価することができる。各質問項目の回答は「1点: そうではない」から「5点: そうである」の5件法であり、総得点 (得点範囲29~145) が高いほど多職種連携の実践能力が高く、より適切な態度や技術を備えていることを示す。この尺度の信頼性と妥当性は検証されている (Sakai, et al., 2016)。なお、尺度の使用については、尺度開発者の承諾を得た。

4. 調査期間

令和3年7月20日～8月31日

5. 分析方法

ドクターヘリ搭乗年数とドクターカー搭乗年数に関しては重複していることから、より長い年数をPC経験年数とした。

各変数の記述統計量を算出し、Shapiro-Wilk検定にて正規性の検定を行い、SOCと個人属性およびCICS29総得点の関連には、Wilcoxonの順位和検定もしくはSpearmanの順位相関係数を用いて解析した。各尺度の信頼性の検討には、Cronbach α 係数を使用した。

なお、分析には統計ソフトJMP Pro15.を使用し、有意水準は $p < .05$ とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、佐賀大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号R3-11）。調査票は無記名の自記式質問紙で、研究参加の自由意思や研究に参加しなくても不利益を被ることはないこと、データは全て数値化、匿名化して扱うため、研究対象者個人は特定されないことを研究対象者に文書で説明し、質問紙内で研究協力の同意を得た。

Ⅲ. 結 果

研究対象とした58施設のうち、協力が得られた36施設に所属するPCに従事する看護師285名へ調査票を配布し、145名から回答を得た（回収率50.9%）。ドクターヘリ・ドクターカーともに搭乗していない3名と研究協力への同意がない10名を除外した132名を分析対象とした（有効回答率46.3%）。

1. 対象者の個人属性（表1）

対象者の平均年齢39.1（SD=5.8）歳、女性81名（61.4%）、男性51名（38.6%）、平均看護師経験年数17.1（SD=5.6）年、平均救急部門経験年数11.6（SD=4.5）年、平均PC経験年数6.1（SD=3.8）年であった。搭乗の種類は、ドクターヘリ111名（84.1%）、ドクターカー87名（65.9%）、そのうち66名（50.0%）がドクターヘリとドクターカーの両方に搭乗していた。以前からPCに従事することを目指していた者は66名（50.0%）であった。月あたりの平均出勤回数は5.7（SD=3.6）回であった。

2. SOC（首尾一貫感覚）（表2）

SOCの平均得点は、SOC総得点56.8（SD=10.8）点、把握可能感21.8（SD=5.1）点、処理可能感16.3（SD=4.0）点、

表1 対象者の個人属性

		n = 132			
		n	%	平均値 ± SD	中央値 (四分位範囲)
年齢				39.1 ± 5.8	40 (34-43)
性別	女性	81	61.4		
	男性	51	38.6		
看護師経験年数				17.1 ± 5.6	17 (12-21)
救急部門経験年数				11.6 ± 4.5	11 (9-15)
PC経験年数				6.1 ± 3.8	6 (3-8)
搭乗の種類	ドクターヘリ	111	84.1		
	ドクターカー	87	65.9		
	両方	66	50.0		
以前からPCに従事することを 目指していたか	あり	66	50.0		
	なし	66	50.0		
月あたりの平均出勤回数				5.7 ± 3.6	5 (3-8)

※SD：標準偏差 PC：プレホスピタルケア

表2 SOC（首尾一貫感覚）

		n = 132			
	項目数	得点範囲	平均値 ± SD	中央値	(四分位範囲)
SOC総得点	13	13-91	56.8 ± 10.8	56	(50 - 64)
把握可能感	5	5-35	21.8 ± 5.1	22	(18.3-25)
処理可能感	4	4-28	16.3 ± 4.0	16	(14 - 19)
有意味感	4	4-28	18.7 ± 4.0	19	(16 - 22)

※SD：標準偏差

有意感18.7 (SD=4.0) 点であった。なお、本研究におけるSOC総得点および3つの下位概念のCronbach α 係数は、.75~.82であった。

3. 多職種連携の実践能力 (表3)

CICS29の平均得点は、CICS29総得点114.4 (SD=12.2) 点、プロフェッショナルとしての態度・信念23.4 (SD=3.2) 点、チーム運営のスキル19.6 (SD=2.2) 点、チームの目標達成のための行動19.4 (SD=2.4) 点、患者を尊重した治療・ケアの提供20.6 (SD=2.2) 点、チームの凝集性を高める態度15.4 (SD=2.2) 点、専門職としての役割遂行16.0 (SD=1.9) 点であった。なお、本研究におけるCICS29総得点および6つの下位尺度のCronbach α 係数は、.76~.92であった。

4. PCに従事する看護師のSOCに関連する要因

(1) 個人属性別SOC得点の比較 (表4)

以前からPCに従事することを目指していた者は目指していなかった者に比べ、有意感が有意に高かった ($p < .01$)。その他の変数については有意な差はなかった。

(2) 個人属性とSOCの関連

SOC総得点および下位概念と年齢、看護師経験年数、救急部門経験年数、PC経験年数、月あたりの平均出勤回数との間に、相関はなかった。

(3) 多職種連携の実践能力とSOCの関連 (表5)

SOC総得点 ($r = .38, p < .01$), 把握可能感 ($r = .39, p < .01$), 有意感 ($r = .35, p < .01$) と、CICS29総得点の間には弱い正の相関があった。

IV. 考 察

1. 対象者の特徴

本研究の対象者は、平均年齢39.1 (SD=5.8) 歳、平均看護師経験年数17.1 (SD=5.6) 年、平均救急部門経験年数11.6 (SD=4.5) 年、平均PC経験年数6.1 (SD=3.8) 年であり、フライトナースを対象とした全国調査 (宮崎・坂本, 2018, p.10) と近似していた。本研究における対象者は平均して10年以上の看護師経験、救急部門における経験を有しており、菊池・原田 (1997) の述べる看護の専門職的自律性を十分に発揮する集団であるといえる。ま

表3 多職種連携の実践能力

n = 132						
	項目数	得点範囲	平均値 ± SD	中央値	(四分位範囲)	
CICS29総得点	29	29-145	114.4 ± 12.2	113.5	(107.3-122)	
プロフェッショナルとしての態度・信念	6	6-30	23.4 ± 3.2	23	(21-25.8)	
チーム運営のスキル	5	5-25	19.6 ± 2.2	20	(18-21)	
チームの目標達成のための行動	5	5-25	19.4 ± 2.4	20	(18-21)	
患者を尊重した治療・ケアの提供	5	5-25	20.6 ± 2.2	20	(19-22)	
チームの凝集性を高める態度	4	4-20	15.4 ± 2.2	15	(14-17)	
専門職としての役割遂行	4	4-20	16.0 ± 1.9	16	(15-17)	

※SD: 標準偏差

表4 個人属性別SOC得点の比較

n = 132										
	n	SOC総得点		把握可能感		処理可能感		有意感		
		中央値 (四分位範囲)	p値	中央値 (四分位範囲)	p値	中央値 (四分位範囲)	p値	中央値 (四分位範囲)	p値	
性別	女性	81	56 (47-63)	.11	22 (17.5-25)	.28	16 (13-18.5)	.15	18 (16-22)	.35
	男性	51	58 (53-65)		22 (20-26)		16 (15-20)		19 (17-22)	
以前からPCに従事することを目指していたか	あり	66	59 (50.8-69)	.06	22.5 (19-26)	.23	16 (13-20)	.72	20 (17-23)	< .01
	なし	66	54.5 (48.0-62)		21 (18-25)		16 (14-18)		17.5 (15-20)	

Wilcoxonの順位和検定

表5 多職種連携の実践能力とSOCの関連

n = 132				
	SOC総得点	把握可能感	処理可能感	有意感
相関係数				
CICS29総得点	.38*	.39*	.17*	.35*
Spearmanの順位相関係数				*: $p < .01$

た、以前からPCに従事することを目指していた者の割合は50.0%であり、宮崎・坂本(2018)の全国調査の63.6%と比較するとやや少なかった。フライトナース志願を阻害する要因として、救急看護の専門的な実践への自信のなさがあることが報告されている(小林・武用・高野, 2016)。しかし、本研究ではPCに従事することを目指していた、もしくは目指していなかったことの背景に関する調査は行っていないため、今後さらに検証していく必要がある。

2. SOCの特徴

本研究のSOC平均総得点は56.8 (SD=10.8) 点であった。全国代表サンプルデータにおける35~44歳のSOC平均総得点は56.7 (SD=11.6) 点(戸ヶ里ほか, 2015, p.234)であり、ほぼ同値の結果であった。また、先行研究における看護師のSOC平均総得点は、手術室配置転換後5年以内の看護師51.7 (SD=11.4) 点(蔵本・渡邊・難波・矢嶋, 2020, p.641)、救急医療に携わる看護師50.6 (SD=11.3) 点(牧野ほか, 2015, p.502)であり、本研究における対象者のSOCは看護師の中ではやや高い傾向にあった。また、概ね高い年齢階層であるほど高いSOC得点であることが報告されており(戸ヶ里ほか, 2015, p.234)、本研究の対象者の平均年齢39.1 (SD=5.8) 歳、平均看護師経験年数17.1 (SD=5.6) 年は、手術室配置転換後5年以内の看護師の平均年齢32.9 (SD=6.6) 歳、平均看護師経験年数10.7 (SD=6.6) 年、救急医療に携わる看護師の平均年齢32.4 (SD=6.7) 歳、平均看護師経験年数10.4 (SD=5.9) 年よりも年齢が高く、看護師経験年数が長い集団であり、このことがPCに従事する看護師のSOCが高いことに影響している可能性が考えられる。

3. 多職種連携の実践能力の特徴

本研究のCICS29平均総得点は、114.4 (SD=12.2) 点であった。先行研究におけるCICS29平均総得点は、回復期リハビリテーション病棟看護師109.4 (SD=13.4) 点(藤田・習田, 2016, p.234)、ICU, CCU, HCU, 救急外来, 放射線部に所属するクリティカルケア看護師105.5 (SD=15.0) 点(安井・中根, 2020, p.233)と比較すると、本研究における対象者のCICS29総得点はやや高い傾向にあった。多職種連携の実践能力は「臨床経験年数」と強く関連することが明らかになっている(藤田・習田, 2016)。前述した先行研究の回復期リハビリテーション病棟看護師(藤田・習田, 2016)とクリティカルケア看護師(安井・中根, 2020)の臨床経験年数は5~20年の者が最も多く6~7割を占めているのに対し、本研究の対象者は9割の者が11年以上の臨床経験年数を有し、その中でも特に20年以上の者が4割を占めていた。このことから、本研究の対

象者は、長い臨床経験年数が多職種連携の実践能力を高めた可能性が示唆された。

しかし、救急看護師やPCに限らず看護師の多職種連携の実践能力に関する研究は限られているため、今後さらに検証を重ねていく必要がある。

4. SOCと多職種連携の実践能力の関連

(1) SOCと個人属性

本研究では、以前からPCに従事することを目指していた看護師において有意味感が高かった。有意味感とは、日々の営みにやりがいや生きる意味が感じられるということである(山崎ほか, 2019, p.19)。救急看護に対してやりがいを感じている者は有意味感が有意に高いことが明らかになっている(牧野ほか, 2015, p.502)。林谷・升田(2021, p.27)は、他者の評価や自分なりに動機づけられた目標達成は、仕事へのやりがいや誇り、喜びを感じることに繋がると報告している。PCに従事する看護師の選考条件の一例として、「看護師経験5年以上、救急看護師経験3年以上」、「救急外来、集中治療室、救急病棟での経験とリーダーシップ」、「心肺蘇生法、外傷初期診療に関する十分な知識・技術」、「ドクターヘリ講習会の受講」が示されている(日本航空医療学会フライトナースハンドブック編集委員会, 2017, p.2)。以前からPCに従事することを目指していた看護師は、選考条件をクリアし、一刻でも早く現場に向かい病院まで命をつなぐミッションのメンバーとしての高い意識をもって看護実践を行い(船木・深谷, 2015, p.5)、救命率の向上と後遺障害の軽減という目標を達成することでやりがいや誇りを感じ、有意味感が高まった可能性が示唆された。

SOCは後天的な資質であり人生経験によって成長すると考えられている(山崎ほか, 2019, pp.21-23)が、本研究において、SOC総得点および下位概念に年齢や看護師経験年数、救急部門経験年数、PC経験年数は関連していなかった。救急看護師を対象とした研究(牧野ほか, 2015, p.502; 山口ほか, 2016, p.7)においても年齢、看護師経験年数、救急看護師経験年数とSOCとの相関関係は認められず、本研究と同様の結果であった。本研究の対象者は、平均年齢39.1 (SD=5.8) 歳、平均看護師経験年数17.1 (SD=5.6) 年、平均救急部門経験年数11.6 (SD=4.5) 年、平均PC経験年数6.1 (SD=3.8) 年であり、年齢や各経験年数の範囲が狭かったため、SOCに関連しなかった可能性が考えられた。また、成人期以降のSOCは、仕事上の喜びや誇り、自由裁量度、職務保障などの職業経験が影響すると述べられている(Antonovsky, 1987/2001)。そのため、単純に年齢や各経験年数を経ること以上に、これまでの看護師としての職業経験がSOCに関連している

ことが推測される。

(2) SOCと多職種連携の実践能力

PCに従事する看護師のSOC総得点、把握可能感、有意味感と、CICS29総得点との間にそれぞれ弱い正の相関があった。

把握可能感とは、自分の置かれている、あるいは置かれるであろう状況がある程度予測・理解できるという感覚である(山崎ほか, 2019, p.11)。PCは予測がつかない現場での活動にも関わらず、多職種連携の実践能力が高い人ほど把握可能感が高いことが明らかとなった。Antonovsky (1987/2001) は、価値観の共有や、集団の帰属意識、明確な規範的な期待がある「一貫性の集団」の中で経験を積み重ねていくことで、把握可能感が養われると述べている。PCの現場では、救命率の向上と後遺障害の軽減という共通の目的のもと、所属する施設も組織も異なる多くの専門職がともに活動する。それぞれがもつ明確なチーム内での役割を相互に理解する一貫性の集団の中で経験を積み重ねることにより把握可能感を高めた可能性が示唆された。

また、有意味感、仕事上の喜びや誇りといった要素をもつ職業経験や従事している仕事の社会的な評価が良好な職場環境での経験を通じて形成される(山崎ほか, 2019, p.45)。PCにおいては、短い活動時間の中で瞬時に多職種が協働体制を築き(船木・深谷, 2015, p.8)、目標達成に向けてチーム一丸となって活動している。チーム医療において、相互の信頼関係を築き、チームワークを発揮することで達成感や喜びを感じ、意欲を高めることにつながる(田根・高橋, 2021; 筒井ほか, 2012)。また、PCの年間運用件数が年々増加し(厚生労働省, 2018)、プレホスピタルから早期に治療や看護を行うことで、救命率の向上と予後の改善につながることを社会的に認知されるようになり(厚生労働省, 2013)、PCは社会的価値をもつものと位置づけられるようになった。これらのことから、チーム医療による達成感や誇り、社会的な評価を実感することによって有意味感を高めた可能性が示唆された。

本研究では、処理可能感と多職種連携の実践能力に関連はなかった。処理可能感とは、何とかなる、何とかやっつけられるという感覚であり(山崎ほか, 2019, p.11)、処理可能感を高めるためには、仕事を行っていくうえで必要な資源、つまり、知識や技術、材料、人的資源が制限されていないという感覚をもつことが重要である(山崎ほか, 2019, pp.45-46)。PCの活動では、十分な知識や技術を備えた各専門職が連携・協働しながらも、現場は予測がつかず限られた人・物・時間という常に安定しない状況下にあるため、何とかなるという感覚にはつながらず、処理可能感に関連しなかった可能性が示唆された。

5. PCに従事する看護師の精神的健康の保持・増進への示唆

本研究の結果より、多職種連携の実践能力を高めることは、ストレス対処能力を高め、PCに従事する看護師の精神的健康を保持する可能性がある。PCに従事する専門職者のデブリーフィングの場として、日々の多職種間ミーティングや定期的な症例検討会がある(船木・深谷, 2015, p.9; 厚生労働省, 2018; 作田・大串・坂口, 2020, p.256)。こうした機会は、多職種の役割を相互に認識することや、体験を共有しPC活動の達成感や成果を分かち合う場となり、把握可能感や有意味感、SOCを高める可能性がある。既存するこれらの機会において、意図的に多職種連携の強化を図ることが、PCに従事する看護師の精神的健康を高めるうえで有効であることが示唆された。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、全国のドクターヘリ基地施設58施設のうち36施設から得られた結果であり、ドクターカーのみを運行する施設で勤務するPCに従事する看護師が含まれていないため、全国のPCの現状を反映した結果とは言い切れない。協力施設の背景については調査していないことから、教育体制やソーシャルサポート体制、職務保障等の職場環境を調査し、SOCに関連する要因を明らかにする必要がある。また、調査期間のPC出動回数は、COVID-19感染拡大状況の影響を受けていた可能性は否定できない。

結 語

PCに従事する看護師を対象に、SOCと多職種連携の実践能力との関連を明らかにすることを目的として質問紙による調査を行った結果、以下のことが明らかとなった。

1. PCに従事する看護師のSOCの平均得点は、SOC総得点56.8 (SD=10.8) 点、把握可能感21.8 (SD=5.1) 点、処理可能感16.3 (SD=4.0) 点、有意味感18.7 (SD=4.0) 点であった。
2. PCに従事する看護師の多職種連携の実践能力の平均得点は、多職種連携の実践能力114.4 (SD=12.2) 点、プロフェッショナルとしての態度・信念23.4 (SD=3.2) 点、チーム運営のスキル19.6 (SD=2.2) 点、チームの目標達成のための行動19.4 (SD=2.4) 点、患者を尊重した治療・ケアの提供20.6 (SD=2.2) 点、チームの凝集性を高める態度15.4 (SD=2.2) 点、専門職としての役割遂行16.0 (SD=1.9) 点であった。
3. SOC総得点 ($r=.38, p<.01$)、把握可能感 ($r=.39, p<.01$)、有意味感 ($r=.35, p<.01$) と、CICS29総得

点の間には弱い正の相関があった。

以上のことから、多職種連携の実践能力の高さが把握可能感と有意味感を高める可能性が示唆された。

謝 辞

本研究の主旨を理解し、快く協力していただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、佐賀大学大学院先進健康科学研究科修士論文の一部に加筆・修正したものであり、日本看護研究学会第48回学術集会において一部を発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- Antonovsky, A. (1987) / 山崎喜比古・吉井清子監訳 (2001). *健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム*. (pp.107-136). 東京：有信堂高文社.
- 武用百子, 池田敬子, 森田 望, 鈴木幸子, 志波 充 (2011). フライトナースが体験するストレスの内容. *日本医学看護学教育学会誌*, (20), 8-13. <https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=ed1ikaky/2011/000020/004&name=00080013j> (参照2021年12月30日)
- 藤田厚美, 習田明裕 (2016). 回復期リハビリテーション病棟看護師の多職種連携実践能力に関連する要因. *日本看護科学会誌*, 36, 229-237. <https://doi.org/10.5630/jans.36.229>
- 船木 淳, 深谷智恵子 (2015). フライトナースの看護実践の構造. *日本救急看護学会雑誌*, 17(2), 1-11. https://doi.org/10.18902/jaen.17.2_1
- 畑中美穂, 松井 豊, 丸山 晋, 小西聖子, 高塚雄介 (2004). 日本の消防職員における外傷性ストレス. *トラウマティック・ストレス*, 2(1), 67-75. <https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=ds7jstss/2004/000201/011&name=0067-0075j> (参照2022年 5月15日)
- 林谷 学, 升田由美子 (2021). 救命救急センターで勤務する看護師のWork Engagementに達成動機と自律性が及ぼす影響. *日本救急看護学会雑誌*, 23, 19-29. https://doi.org/10.18902/jaen.23.0_19
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 79-84. <https://doi.org/10.1136/emj.20.1.79>
- 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子 (2001). 病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連. *こころの健康*, 16(1), 69-81. <https://doi.org/10.11383/kokoronokenkou1986.16.69>
- 片田裕子, 中村奈緒子, 八塚美樹, 片田正一, 益子邦弘 (2008). フライトナースの現状から考える看護師の役割：KJ法を用いて. *日本航空医療学会雑誌*, 9(3), 54-62.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. *静岡大学教育学部研究報告 人文・社会科学篇*, 47, 241-254. <https://doi.org/10.14945/00008224>
- 小林育代, 武用百子, 高野裕子 (2016). フライトナース志願の阻害要因に関する意識調査. *日本救急看護学会雑誌*, 18(1), 45-51. https://doi.org/10.18902/jaen.18.1_45
- 古賀章子, 前田正治, 津田 彰 (2003). 消防隊員とトラウマティック・ストレス. *久留米大学心理学研究*, 2, 89-96. https://kurume.repo.nii.ac.jp/record/623/files/shinri2_89-96.pdf (参照2022年 5月15日)
- 厚生労働省 (2013年 5月29日). ドクターヘリの現状について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000335ux-att/2r9852000003360r.pdf> (参照2021年12月30日)
- 厚生労働省 (2018). 病院前医療の提供手段について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000209526.pdf> (参照2021年12月30日)
- 蔵本 綾, 渡邊久美, 難波峰子, 矢嶋裕樹 (2020). 手術室配置転換後5年以内の看護師の職業ストレスと職場適応およびSense of Coherenceの関連. *日本看護科学会誌*, 40, 636-644. <https://doi.org/10.5630/jans.40.636>
- 黒田梨絵, 三木明子 (2012). 救命救急センターに勤務する看護師のプレホスピタルケアで経験する出来事と職業性ストレス：フライトナースと救急看護師の比較を通して. *日本看護学会論文集：看護管理*, 42, 398-400. <https://kango-sakuin.nurse.or.jp/company/doc.1105084> (参照2021年12月30日)
- 牧野夏子, 伊藤美智子, 門間正子, 中村美穂 (2015). 救急看護師の首尾一貫感覚 (Sense of Coherence) の特徴とその関連要因. *日本臨床救急医学会雑誌*, 18(3), 499-505. <https://doi.org/10.11240/jsem.18.499>
- 真木佐知子, 笹川真紀子, 廣常秀人, 寺師 榮, 小西聖子 (2007). 三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神健康の実態と関連要因. *日本救急看護学会雑誌*, 8(2), 43-52.
- 眞鍋えみ子, 小松光代, 和泉美枝, 倉ヶ市絵美佳, 橋元春美, 北島謙吾, 岡山寧子 (2012). 大学附属病院の看護職におけるSense of Coherenceと労働環境満足度・看護臨床能力との関連. *日本看護研究学会雑誌*, 35(2), 19-25. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20120229003>
- 三木明子, 黒田梨絵 (2012). 救急領域の現場で看護師が被る惨事ストレスの実態と影響. *日本看護学会論文集：看護総合*, 42, 108-111. <https://kango-sakuin.nurse.or.jp/company/pdf/1104637.pdf> (参照2021年12月30日)
- 宮崎博之, 坂本祐子 (2018). 本邦ドクターヘリ基地病院におけるフライトナースの専門職的自律性. *日本救急看護学会雑誌*, 20(2), 7-15. https://doi.org/10.18902/jaen.20.2_7
- 日本航空医療学会フライトナースハンドブック編集委員会 (2017). 日本航空医療学会 (監), *フライトナースハンドブック：救急現場での活動と搬送のために*. 2-21, 東京：へるす出版.
- Sakai, I., Yamamoto, T., Takahashi, Y., Maeda, T., Kunii, Y., & Kurokochi, K. (2016). Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29). *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 59-65. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233943>
- 酒井郁子 (2016). インタープロフェッショナルワーク実践能力評価尺度 (CICS29). <https://www.n.chiba-u.jp/iperc/wp-content/uploads/2018/11/9ea648ff6757e1c7b407ee0c5973bbfe.pdf> (参照2021年12月30日)
- 作田裕美, 大串晃弘, 坂口桃子 (2020). フライトナースの職務遂

- 行の構造. *日本看護科学会誌*, 40, 252-259. <https://doi.org/10.5630/jans.40.252>
- 澤田華世, 香月富士日 (2018). 精神科看護師の首尾一貫感覚 (SOC) とストレス対処過程との関連について. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 17, 1-9. https://ncu.repo.nii.ac.jp/?action=repository_uri&item_id=2253&file_id=25&file_no=4 (参照2021年12月30日)
- Schäfer, S.K., Becker, N., King, L., Horsch, A., & Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562839>
- 嶋田幸恵, 豊島由樹子 (2001). ドクターヘリコプターにおける看護職の役割. *エマージェンシー・ナーシング*, 14(10), 968-976.
- 田根綾香, 高橋 望 (2021). 救急看護師のワーク・モチベーションと良いストレスの関係. *鳥根県立中央病院医学雑誌*, 45, 39-43. https://doi.org/10.34345/spch.45.0_39
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2005). 13項目 5 件法版 Sense of Coherence Scale の信頼性と因子的妥当性の検討. *民族衛生*, 71(4), 168-182. <https://doi.org/10.3861/jshhe.71.168>
- Togari, T., Yamazaki, Y., Nakayama, K., Yamaki, K.C., & Takayama, S.T. (2008). Construct validity of Antonovsky's sense of coherence scale: Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 74(2), 71-86. <https://doi.org/10.3861/jshhe.74.71>
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 中山和弘, 横山由香里, 米倉佑貴, 竹内朋子 (2015). 13項目 7 件法 sense of coherence スケール日本語版の基準値の算出. *日本公衆衛生雑誌*, 62(5), 232-237. https://doi.org/10.11236/jph.62.5_232
- 筒井亜希, 本田泰子, 井上朋美, 荒川陽子, 平坂真吾, 水野紗代子, 松井弘美, 八塚美樹, 瀧本裕士 (2012). 救命救急センター看護師における成功体験と看護意欲との関連. *富山県立中央病院医学雑誌*, 35(3-4), 87-91. https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?Goods_ID=dy5toyutu/2012/003503/006&name=0087-0091j (参照2021年12月30日)
- 山口 優, 江川幸二, 平尾明美 (2016). 救急看護師の Sense of Coherence に影響を与える要因. *日本救急看護学会雑誌*, 18(2), 1-10. https://doi.org/10.18902/jaen.18.2_1
- 山下由紀子, 伊藤美花, 嶋崎淳子, 笹川真紀子, 小西聖子 (2004). 市町村保健師の二次的外傷性ストレスの観点からみたメンタルヘルス. *トラウマティック・ストレス*, 2(2), 187-199. <https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=ds7jstss/2004/000202/008&name=0187-0199j> (参照2022年 5 月15日)
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編 (2019). *ストレス対処力 SOC: 健康を生成し健康に生きる力とその応用*. 11-57, 東京: 有信堂高文社.
- 安井 望, 中根 薫 (2020). クリティカルケア看護師の多職種連携実践能力と関連要因 (第 1 報): 基本属性との関連. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 50, 231-234. <https://kango-sakuin.nurse.or.jp/company/pdf/1904803.pdf> (参照2021年12月30日)
- 吉野美緒, 重村朋子, 市村美帆, 稲本絵里, 川尻泰樹, 増野智彦, 松井 豊, 横田裕行 (2013). 病院前救急診療活動に従事する看護師の精神的健康に関する研究. *日本臨床救急医学会雑誌*, 16(5), 649-655. <https://doi.org/10.11240/jsem.16.649>
- 吉野美緒, 重村朋子, 高田治樹, 市村美帆, 稲本絵里, 川尻泰樹, 増野智彦, 松井 豊, 横田裕行 (2016). 病院前救急診療活動に従事する医師の外傷性ストレスに関する研究. *トラウマティック・ストレス*, 14(1), 63-72. <https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=ds7jstss/2016/001401/008&name=0063-0072j> (参照2022年 5 月15日)

[2022年 7 月21日受 付]
[2023年 3 月17日採用決定]

Relationship Between the Sense of Coherence of Nurses Engaged in Pre-hospital Care and Their Interprofessional Collaborative Competency

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 839-847
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230317216>

Haruna Yamada, MSN, RN, PHN, Akemi Koga, PhD, RN,
Megumi Kawakubo, MSN, RN, PHN, Yumiko Takedomi, PhD, RN
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University, Saga, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to determine the relationship between the sense of coherence (SOC) of nurses engaged in pre-hospital care (PC) and their interprofessional collaborative competency. **Methods:** The SOC, interprofessional collaborative competency, and personal attributes of nurses engaged in PC at 58 air ambulance base hospitals across Japan were investigated using an anonymous self-administered questionnaire. **Results:** Data from 132 nurses from 36 facilities were analyzed (valid response rate: 46.3%). The average SOC score was 56.8 (SD=10.8) points for total SOC, 21.8 (SD=5.1) points for comprehensibility, 16.3 (SD=4.0) points for manageability, and 18.7 points (SD=4.0) for meaningfulness. The average total score of interprofessional collaborative competency was 114.4 (SD=12.2). The results indicated a weakly positive correlation between interprofessional collaborative competency and SOC total score ($r=.38, p<.01$), comprehensibility ($r=.39, p<.01$), and meaningfulness ($r=.35, p<.01$). **Conclusions:** High interprofessional collaborative competency may increase the SOC.

Key words

pre-hospital care, occupational stress, sense of coherence, multidisciplinary care team

Correspondence: H. Yamada. Email: f0115@cc.saga-u.ac.jp

小児アレルギーエドゥケーターが認識する重症食物アレルギー児の幼児後期における心理社会的問題と支援

日本看護研究学会雑誌
2024, 46(5), 849-860
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230327212>

西田紀子¹, 植木慎悟², 藤田優一³

¹大阪青山大学健康科学部看護学科, ²九州大学大学院 医学研究院保健学部門看護学分野

³武庫川女子大学看護学部看護学科

要旨

目的：小児アレルギーエドゥケーター（PAE）として活動している看護師が認識する重症食物アレルギー（FA）児の心理社会的問題とその支援を明らかにする。方法：PAEとして活動している看護師11名に半構造化インタビューを実施し、質的記述的に分析した。結果：PAEが認識する心理社会的問題は、【自己管理の移行の遅延】【FA児が主体でないアレルギー管理】【食に関する経験の不足】【食以外の日常生活の制限】【食物への否定的な反応】【社会性の発達の遅延】【自己概念形成への負の影響】であった。PAEが実施した支援は、【検査・治療への主体的な参加を促す支援】【自己肯定感を高める支援】【アレルギーのある生活に対応するための支援】【食の楽しさを育む支援】【子ども同士の交流を促す支援】【保育園・幼稚園への働きかけ】であった。結論：重症FA児の幼児後期からの心理社会的側面の問題を理解し支援する必要がある。

キーワード

過敏症-食品性, 幼児

責任著者：西田紀子. Email: n-nishida@osaka-aoyama.ac.jp

はじめに

食物アレルギー（Food Allergy：FA）の80%は乳幼児期に発症し、加齢とともに減少する（日本小児アレルギー学会食物アレルギー委員会, 2021, pp.48-51）。東京都（2020）は、小児のアレルギー疾患の実態を把握するため5年ごとに3歳児全都調査を実施している。この調査で3歳までにFAと診断された児の割合は、2004年の8.5%から増加傾向が続き2014年の17.1%をピークに、2019年の14.9%とやや減少に転じたが、依然として高い状態にある（東京都, 2020, p.15）。一方、FAと診断された児のうちショック症状の経験割合は、2004年は1.4%、2019年は12.2%で、ショックの既往のある重症FAの割合は増加傾向が続いている（東京都, 2020, p.29）。

乳幼児期に発症したアナフィラキシーの既往のある重症FAの特徴として、自然治癒せず学童期まで持ち越す割合が高い（今井ほか, 2007）。そのため、幼児期の重症FAは、学童期・思春期まで長期にわたり管理が必要な慢性疾患として捉える必要がある。乳幼児期に慢性疾患を発病した子どもは、疾病や治療、療養生活上の制限など自分に起

きている状況を理解しないまま、当たり前の生活として過ごしていることが多く、社会生活への適応、親子関係、日常生活の自立などの発達に影響を及ぼす（及川, 2021）。特に、幼児後期は運動・認知能力の発達とともに基本的な生活習慣が自立し、親から離れ子ども同士の交流が盛んになり、自己概念の発達の基礎を築く重要な時期である（高橋, 2012, pp.53-54）。したがって、重症FAが幼児後期の子どもに及ぼす心理社会的な影響を捉え、支援を検討する必要がある。

わが国におけるFA児の心理社会的問題の調査では、思春期まで遷延したFA患者は、食生活を広げることに対する不安を感じ自分の行動を制限し、あきらめの感情を抱いていたことが報告されている（岡田ほか, 2019）。国外のFA児の心理社会的問題に関する研究のレビューでは、学童期から思春期のFA児に、うつ症状や不安障害、心的外傷後ストレス障害、いじめ、思春期への移行の困難という心理社会的問題が生じていることが明らかにされている（Feng & Kim, 2019）。また、学童期のFA児への原因食物を摂取する検査や治療を困難にする要因として、原因食物によるアレルギー症状の誘発に関連した心身の苦痛の経験

や原因食物を除去する生活の習慣があり、検査や治療を促す要因として、皆と同じ行動がしたいという思い、集団生活での辛い経験、支えになる人の存在があった（西田・藤田・藤原, 2018）。このように、学童期に至るまでの経験や生活が、FA児の疾患との向き合い方に影響を与えており、幼児期からの支援が重要である。しかし、幼児期における心理社会的問題と支援に関する研究は少ない。

幼児後期のFA児本人は、認知の発達、表現能力が未熟であるため、自分に生じている状況や感情を客観的に語ることは難しい。そのため、母子関係やFA児を取り巻く社会の状況を踏まえ、客観視できる医療職者の認識を明らかにする必要があると考えた。日本小児臨床アレルギー学会（2020）は、小児のアレルギー疾患の予防、治療に中心的な役割を果たし、アレルギー疾患の医療の向上に寄与することのできる看護師、管理栄養士、薬剤師を、小児アレルギーエデュケーター（Pediatric Allergy Educator：PAE）として認定している。PAEは、医療機関においてはアレルギーのエキスパートとして看護を実践している。また、PAE資格を持つ看護師の約6割は、地域の保育園や教育施設でアレルギーに関する講習会の講師をする等、社会活動の実績がある（赤澤, 2015）。このようにPAEは広い視野でFA児の状況を把握し支援しているからこそ、その実践経験から、表現能力が未熟な幼児後期のFA児の経験を代理的に表現することができると考えた。また、PAEが実践している支援内容は、今後のFA児への看護実践に還元できるため意義があると考えた。

本研究の目的は、PAEとして活動している看護師が認識する重症FA児の心理社会的問題とその支援を明らかにし、看護実践への示唆を得ることである。

I. 用語の定義

1. 幼児後期

幼児後期は、エリクソンの心理社会的発達理論において、3番目に位置づけられる3歳から6歳ごろまでの時期である（岡堂, 2000, pp.9-11）。本研究における幼児後期とは、3歳から就学前までの時期と定義する。

2. 重症FA

重篤なアナフィラキシーの既往もしくはそのリスクの高い患者には、応急処置用のアドレナリン自己注射薬（エピペン®）が処方される（日本小児アレルギー学会食物アレルギー委員会, 2021, pp.83-85）。重症FAとは、エピペン®の所持が必要なFAと定義する。エピペン®は体重が15kg以上の患者が処方の対象となるため概ね3歳以上のFA児に限定される。

3. 心理社会的問題

駒松（2009a）によると、慢性疾患を持つ子どもが抱えやすい心理社会的問題には、心理的な発達への影響、社会生活への影響、ストレスから誘発される二次的な心身への影響があり、各疾患に共通するものと疾患特有のものがある（pp.14-15；pp.24-25）。本研究では、心理社会的問題を、FAがFA児に及ぼす、心理的な発達への影響、社会生活への影響、ストレスから誘発される心身症状と定義する。

4. 認識

広辞苑第七版では、認識を「物事を見定め、その意味を理解すること」と説明している（新村, 2018, p.2243）。本研究における認識とは、PAEが重症FA児を支援する経験の中で、PAEがFA児の状況を見定め、その意味を理解した内容と定義する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン。

2. 研究参加者

PAEとして医療機関においてFA児に対する看護を実践しており、かつ、アレルギーキャンプやエピペン®教室、患者交流会等のエピペン®を所持する重症FA児を支援する社会活動の経験があり、研究参加に同意が得られた看護師。

3. データ収集期間

2020年9月～2021年2月。

4. データ収集方法

日本小児臨床アレルギー学会PAEブロック会8ブロックのうち、関東ブロック、近畿ブロック、九州ブロックの会長に、本研究の目的、方法、協力内容について研究計画説明書を用いて口頭で説明し、協力依頼の了承を得た。その後、会長を通して、ブロックに所属するPAEに研究説明書にて研究内容を説明し、研究参加の意思のあるPAEは研究者に電子メールを用いて参加の意思表示をするように依頼した。

研究参加を検討する意思のあるPAEから、研究者のEメールあてに参加の意思がある旨と研究に関する書類の郵送先の連絡を受けた。研究参加の意思のあるPAEの指定する住所に、依頼文、研究説明書、同意書、同意撤回書、プロフィールシート、インタビューガイド、返信用封筒を郵送した。研究説明書にて、研究の目的、方法、倫理的配

慮を確認してもらうよう依頼文に記載し、同意書への署名と返送をもって同意を得た。同意後であっても、同意撤回書を用いて同意の撤回が可能であること、研究に関する質問には、電子メールもしくは電話で応じることを説明した。対象者によるプロフィールシートの記載をもって、対象者の属性、経験のデータを得た。インタビュー方法は、対面、電話、ウェブ会議システムのいずれかを対象者の希望により決定した。インタビュー開始前に、再度、研究説明書を用いて、口頭で研究目的、方法、倫理的配慮について説明を行った。

インタビューは、インタビューガイドにそって実施した。インタビューガイドの内容は、幼児後期のエビペン®を所持するFA児について、心身への影響が生じていると感じた内容と支援、心理的な発達への影響が生じていると感じた内容と支援、社会生活への影響が生じていると感じた内容と支援であった。参加者にICレコーダー使用の許可を得てインタビュー内容を録音した。ウェブ会議システムでインタビューを実施した際にも、情報のオンライン上への流出を防ぐためウェブ会議システムの録画機能は使用せず、ICレコーダーを使用した。録音内容から逐語録を作成しデータとした。

5. 分析方法

逐語録を熟読し研究対象者の語り全体の文脈に留意しながら、PAEが認識した重症FA児の幼児後期における心理社会的問題とその支援について、意味にまとまりのある文脈を捉えて切片化し、その意味内容を損ねないように要約し、コード化した。コードの意味内容を吟味し、相違点、共通点を比較して分類し、その内容を的確に示すように命名しサブカテゴリーとした。さらに、サブカテゴリーの内容における相違点、共通点を比較して分類し、その内容を的確に示すように命名しカテゴリーとした。

厳密性の確保のため、コード化した時点で研究対象者に逐語録とコードを表にして示し、妥当であるか確認してもらうメンバーチェックを実施した。また、分析過程で、何度も逐語録に戻りPAEの語りが見せる意味と相違がないかを確認し、PAEとして活動している看護師1名および質的研究に精通した研究者2名の全員の合意が得られるまで分析を行った。

6. 倫理的配慮

研究にあたっては、研究参加者へ事前に研究目的と方法、プライバシーの保護と匿名性の保持、面接内容の録音、得られた情報は研究目的以外には使用しないこと、データの厳重な管理、研究協力および辞退の自由意思の尊重、学会等での結果の公表について書面と口頭で説明し、

署名にて同意を得た。本研究は、武庫川女子大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：20-25）。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の概要

本研究に同意が得られた研究参加者は11名であった。性別は男性1名、女性10名であった。年齢は40代が5名、50代が6名であった。看護師経験年数は平均26.5年（SD=5.3）、小児看護経験年数は平均17.2年（SD=7.2）、アレルギー看護の経験年数は平均15.5年（SD=5.2）、PAEの活動年数は平均8.0年（SD=3.3）であった。インタビュー時点での所属は、総合病院が8名、クリニックが3名であった。社会的な活動の経験は、アレルギーキャンプが9名、保護者を対象とした交流会が10名、FA児を対象としたアレルギー教室が10名、保育教育施設の職員を対象としたアレルギー講習会が9名、アレルギー対応子ども食堂が2名、クッキングクラスが4名であった。PAEのFA児への直接的な支援は、外来での療養指導、治療目的の入院時や食物経口負荷試験実施時の看護、アレルギー教室等を通して実施されていた。また、間接的な支援としてFA児を受け入れる保育園・幼稚園の教職員を対象とした講習を実施していた。面接は1人1回、1人あたりの面接時間は46～77分で平均63.9分であった。インタビューの方法は、対面が2名、電話が1名、ウェブ会議システムが8名であった。

2. PAEが認識する重症FA児の幼児後期における心理社会的問題

PAEが認識する重症FA児の幼児後期における心理社会的問題は、105個のコードが抽出され、23個のサブカテゴリー、7つのカテゴリーに分類できた（表1）。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》, コードは〈 〉, 語りは「 」で、補足のための加筆を（ ）で示す。

(1) 自己管理の移行の遅延

【自己管理の移行の遅延】は、2つのサブカテゴリー《自己管理に向けた準備ができていない》《就学を想定した症状出現時の伝え方ができない》から構成された。PAEは、次の発達段階である就学に向けて必要なFA児の能力に関する問題を認識していた。「保育園・幼稚園ではわりと面倒見が良くて、そういう子どもに対してすごく先生が見てくださっているんで、そこでいきなり学校になると、(中略)その次のステップに行くための助走期間が(問題になる)(E氏)」のように母親や園の先生の保護から離れる準備ができていない状況があった。具体的に学校での生活を想定して、「(療養指導で、FA児にアレルギーが出

表1 PAEとして活動する看護師が認識する重症FA児の幼児後期における心理社会的問題

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
自己管理の移行の遅延	自己管理に向けた準備ができていない	母親や園の先生の保護から離れる準備ができていない 保護者の過保護により、自己管理に向けての準備が遅れる
	就学を想定した症状出現時の伝え方ができない	就学前指導で看護師に症状が出た時にどうするかを聞かれても、学校の先生に伝わるような表現ができない 症状が出た時の対応を確認されて、母親にしか伝わらないような答え方をしている
FA児が主体でないアレルギー管理	FA児が主体的にアレルギーに対応できるような説明を受けていない	禁止事項のみで、アレルギーを理解できるように伝えられていない 禁止事項、保護される内容ばかりが伝えられ、積極的な対応の説明がされていない
	FA児が納得して検査・治療に主体的に参加できていない	医療者からの勧めで保護者が決めて、FA児自身の思いがないまま検査・治療を受ける 保護者の意向だけで治療を始め、継続できなくなる
食に関する経験の不足	原因食物を除去して生活する	原因食物を除去し続けて生活している 原因食物を危険なものとして遠ざけられる
	食べたいものを自分で選んで買う経験がない	店でおやつを選んで買った経験がない 食べ物を自分で確認して購入した経験がない
	食に関連した楽しい経験が不足している	ハロウィンや夏祭りなどの食が伴うイベントに参加することが難しい 友だちと一緒に調理して食べる経験ができない
	摂取可能になったものも食べることを制限される	保護者の不安から検査で食べられることが分かった食べ物も制限される 母親の不安から厳密除去を続けて、食べることを制限される
食以外の日常生活の制限	食以外の行動や遊びが制限される	探索したり冒険したりするような行動が制限される 食べ物以外のことについても親から過剰に管理される
	保育園・幼稚園でアレルギー対策ばかりに着目される	保育園の不安が強いと、保育士の目がアレルギー対策ばかりに行ってしまう 保育園が過度に心配し対応をすることで、必要以上に園での生活が制限される
	集団生活への受け入れを拒否される	FAに関する知識がないことで、幼稚園・保育園の受け入れを拒否される 保育園でエビベン®対応をしてもらえない
食物への否定的な反応	除去食の経験から原因食物に警戒心を持つ	保護者から食べてはだめと説明され、食べ物に対する恐怖感を持つ 原因食物の色に警戒心を持つ
	原因食物の味・食感に嫌悪感がある	原因食物を口に入れた時点で違和感があり、その食べ物自体が好きでない 原因食物がまずくて食べたくない
	アナフィラキシーの経験後、食に対して恐怖感を持つ	アナフィラキシーの経験後、食べるとこうなるという怖さを覚えている アナフィラキシーの経験後、負荷試験で何度もトイレに行きたいと訴える
	食物への興味・関心が薄い	自分が食べたことがある食べ物以外は選ばない アレルギー対応食で満足して、色々な食べ物を積極的に食べたいと思わない
社会性の発達遅延	母親の過度な保護のもとで生活している	母親と離れた経験が少なく、母親の目が光る中で生活している 子どもがしなければならぬ範囲のことも母親の手をかけられて生活している
	母親との分離不安が強い	親から徐々に離れる年齢になっても、親から離れられない 免疫療法で単独入院するとき、母親との分離不安が非常に強い
	日常生活の自立が遅れる	母親への依存が強く、年齢相応の日常生活の自立ができていない 子どもが自分でできる環境が整えられておらず、生活のこと全般を母親にしてもらう
	同世代の友だちとのコミュニケーションがうまくできない	同世代の友だちとのコミュニケーションがうまくいかない 同年代の子どもより自己中心的になりやすい
自己概念形成への負の影響	自分を守られるべき弱い存在とを感じる	人形に自分を投影して、「○○できない」という否定的な言葉を言う 食べ物以外のことでも母親の目を気にして許可を得る
	友だちとの違いを感じる	自分と他の子どもが確実に分けられていることを認識している 集団生活で、友だちと同じものを一緒に食べることができず悲しい思いをする
	誤食やアレルギー症状出現に罪悪感を抱く	保育園での誤食時、母親と保育士のただならぬ雰囲気を自分のせいだと感じる エビベン®を打つことを、自分が食べてしまったことへの罰と捉える
	検査・治療が進まない罪悪感を抱く	検査や治療で負荷食物を食べないと、母親に対して罪悪感を抱く 免疫療法中保護者に原因食物の摂取の可否ばかりに着目され、ネガティブになる

たらどうするかを) 私が聞いて、(FA児自身の)口で答えてもらう。(中略)実際にそんな(答え方)では伝わらないよと(E氏)」のようにPAEとFA児のやり取りから問題を捉えていた。

(2) FA児が主体でないアレルギー管理

【FA児が主体でないアレルギー管理】は、2つのサブカテゴリー《FA児が主体的にアレルギーに対応できるような説明を受けていない》《FA児が納得して検査・治療に主

体的に参加できていない》から構成された。PAEは、「(保護者がFA児に教えることは) 食べてはいけない, さわってはいけない, 近づいてはいけない。(中略) 自分からどうしてこうっていうふうな, 何だろう, 積極的な対応がなかなか見受けられない (I氏)」のように, 保護者からの説明が禁止事項のみで, アレルギーを理解できるように伝えられていない状況を問題と認識していた。また、「(治療は) 覚悟させるっていうか, やっぱり本人のやる気がなかったら続かなくて, 親の言いなりで来て, やっぱりもう無理やって言う子が過去何人かいた (D氏)」のように, 保護者が決めて, FA児自身の思いがないまま治療を受けることで治療が中断してしまったケースが語られた。

(3) 食に関する経験の不足

【食に関する経験の不足】は, 4つのサブカテゴリー《原因食物を除去して生活する》《食べたいものを自分で選んで買う経験がない》《食に関連した楽しい経験が不足している》《摂取可能になったものも食べることを制限される》から構成された。

PAEは, 〈原因食物を除去し続けて生活している〉ことによる影響として, FA児が家族や仲間と一緒に楽しむ経験や食べ物を選ぶ経験をすることが困難な状況を問題と認識していた。「みんなで集まってワイワイするっていうことがなかなか, そういうイベントって行けないお子さんが多い。(中略) イベントの中でもハロウィンや夏祭りはなかなかハードルが高い」という状況が語られた。PAEは患者教育のひとつとして, FA児が安全に買い物や体験できる教室を開催しており, その時のFA児の様子からは, 「自分でそういうの(食べたいお菓子を) 選ぶことがあまりないという気はしますね。普通だったら, スーパーに行って選ぶのが, あの子たちは小さい時から, これあかんと言われている (G氏)」ことを捉えていた。また, 「病院はもう負荷試験をして食べられますよ, って言っているにもかかわらず, 何かあったら嫌だから, 家では食べさせますけれど, 園では, 学校では食べさせたくないの, 指示書に書いてくださいとか (I氏)」と依頼する保護者のケースが語られた。

(4) 食以外の日常生活の制限

【食以外の日常生活の制限】は, 3つのサブカテゴリー《食以外の行動や遊びが制限される》《保育園・幼稚園でアレルギー対策ばかりに着目される》《集団生活への受け入れを拒否される》から構成された。PAEは, FA児への制限が直接食べること以外の生活にも及ぶことを問題と認識していた。「子どもって, ある程度冒険や危険なことをして, (中略) いろいろしてはいけないことや痛いこととか, お友だちとのけんかとかしたりして育っていく中, FAを持っている子どもさんってやっぱり, そこが制限されてい

る (B氏)」のように, 子どもの発達にとって大切な行動が制限されていると捉えられた。また, 「FAで症状を起こしてはいけないと過度に心配する保育園の先生たちは, お部屋の柵の奥にロッカーも作り, その子だけ他のお友達に会わせないように隔離みたいな形にしてね。(中略) 無駄な対策が多かったかな。腫れ物に触るような, 他の子に接する時間もすごく少なくしていた (K氏)」ケースや, 〈FAに関する知識がないことで, 幼稚園・保育園の受け入れを拒否される〉ケースも語られた。

(5) 食物への否定的な反応

【食物への否定的な反応】は, 4つのサブカテゴリー《除去食の経験から原因食物に警戒心を持つ》《原因食物の味・食感に嫌悪感がある》《アナフィラキシーの経験後, 食に対して恐怖感を持つ》《食物への興味・関心が薄い》から構成された。保護者が「(原因食物を) 毒だからとか, かなり危険なものとして認識させて, 幼児期育ててらっしゃる方が多くて, そうすると, いざ負荷試験しようとしても, 毒を食べろと言われても, 食べられないと言うお子さんが多くて (K氏)」のようなFA児の原因食物への反応があった。また, FA児が《原因食物の味・食感に嫌悪感がある》状況や, 原因食物にとどまらず《アナフィラキシーの経験後, 食に対して恐怖感を持つ》ことを問題として捉えていた。さらに, 「(お買い物) 教室をすると, 子どもたちも買物をする経験がなくて, お買い物できる子も自分が食べたことがあるものしか選ばない。食に対する関心度というのがFAのない子と違う印象がすごくある (F氏)」のように, FA児の食に対する関心度の低さをPAEは認識していた。

(6) 社会性の発達の遅延

【社会性の発達の遅延】は, 4つのサブカテゴリー《母親の過度な保護のもとで生活している》《母親との分離不安が強い》《日常生活の自立が遅れる》《同世代の友だちとのコミュニケーションがうまくできない》から構成された。PAEは, 母親がFA児のアレルゲンへの接触を避けるため必要以上に保護している現状があり, その点を問題だと認識していた。「お母さんが何かあったら自分がしないといけないと思っているだろうし, すごく手をかけていると思います。他だったら自分でしないと, となることも。(中略) 常に目をかけている。必要以上に (C氏)」のような状況を捉えていた。そして, 「徐々に普通なら親から離れていく段階を, なかなかお母さんが離せないで, そういう習慣がある子どもが親から離れられない (B氏)」といった状況が生じていることを問題と認識していた。入院中のFA児の様子から, 「5歳ぐらいでも, ふだんの歯磨きとか, 日常生活がままならない子も結構いて (D氏)」 「大人のししか相手したことないのか (中略) 同世代の子との

コミュニケーションはちょっと下手なんかも (D氏)」のように社会性の発達の問題を捉えていた。

(7) 自己概念形成への負の影響

【自己概念形成への負の影響】は、4つのサブカテゴリー《自分を守られるべき弱い存在とを感じる》《友だちとの違いを感じる》《誤食やアレルギー症状出現に罪悪感を抱く》《検査・治療が進まない罪悪感を抱く》から構成された。FAのある生活によって自己概念形成途上のFA児に与える負の影響として、PAEは、FA児が〈自分と他の子どもが確実に分けられていることを認識している〉こと、「お子さんの中でお人形遊びをしていますが、この子は食べられないとか、この子は遊べないとか、否定的な言語が聞かれることがあって、それは、小児科の中でも特徴的かなと思っています (J氏)」のような状況を捉えていた。また、「(症状が出たのは) 罰だと思う、私が食べたからだとか (中略) 特に母親 (に対して)、やっぱりどうしても罪悪感とか、申し訳なさとかが出てきますよね。幼い心でも感じる。(中略) (検査や治療で原因食物を) 食べなかったら、すごい怖いお母さんがそこに現れるわけです。食べてしんどくなったら、お母さんの心配した顔が現れる (A氏)」のように、《検査・治療が進まない罪悪感を抱く》ことや、《誤食やアレルギー症状出現に罪悪感を抱く》ことを懸念していた。

3. PAEが実践する重症FA児の幼児後期における心理社会的問題に対する支援

PAEが実践する重症FA児の幼児後期における心理社会的問題に対する支援は、121個のコードから、20個のサブカテゴリー、6つのカテゴリーから構成された (表2)。

(1) 検査・治療への主体的な参加を促す支援

【検査・治療への主体的な参加を促す支援】は、4つのサブカテゴリー《看護師とFA児がアレルギーについて母親を介さず話す場を設定する》《FA児なりの検査や治療への認識・目標を共有する》《検査・治療について納得できるように説明する》《前向きに原因食物を摂取する工夫ができるように支援する》から構成された。

PAEは、外来での療養指導では「先に子どもに。診察室で、机があって私が座って、その前の椅子に座るのは子ども。(中略) 親御さんも後ろで聞いているだけで (E氏)」のように、意図的にFA児と直接話ができるようにしていた。検査を行う場面では、「これから何が起こるのだろう、何をさせられるのだろう、特にちっちゃい子ってあんまり理由も説明されず、理解もせず、当日を迎えているので。だから最初に、気持ちをほぐしてあげて、本人たちとお話をします。『何のために (病院に) 来たのか、どうになりたいか』を聞く (A氏)」ことを実施していた。

そして、「幼児さんの場合は、『どんなお菓子が食べたい?』というところから始まると、結構話が盛り上がるんです。(中略) これを食べるのを目標に何をしないといけないか」といふと、血の検査をまず頑張ろう。(中略) 制限がない生活をしていくためには、今負荷試験も必要だし、少しずつ食べていって、克服することも必要ですし、いろんな血液検査だってあるんだよということを丁寧に説明していく (I氏)」のように、FA児なりの検査や治療への認識・目標を共有していた。

食事療法として家庭で原因食物の摂取を続けているFA児の場合は、「(療養指導で家庭での原因食物の摂取は) 親御さんが、これなら食べるかな、あれなら食べるかなって思って、いろいろと手を替え、品を替えてやっているところに、ちょっと子どもを挟むだけで、子どもに聞いてみてどうするか言ってもらっただけで変わったりもする (E氏)」のように、FA児自身が前向きに原因食物を摂取する工夫ができるように支援していた。

(2) 自己肯定感を高める支援

【自己肯定感を高める支援】は、2つのサブカテゴリー《食事療法中の頑張りを認め褒める》《肯定的に捉えられるように説明をする》から構成された。

PAEは、肯定的に自己を捉えることができるようにする支援として、FA児が食事療法や日常生活での制限の中で頑張っていることを認め褒めていた。「食べられないものがあるって、教えないといけないし、決めつけちゃうのもいけないと思います。今練習中みたいな感じで話をするようににはしているんですけど、例えば途中で採血するときとかに、頑張って食べているから、卵の数字を見ようね、とか、練習の成果を見ようね、みたいな感じ (J氏)」のように、FAを肯定的に捉えられるように肯定的な言葉を使って説明していた。

(3) アレルギーのある生活に対応するための支援

【アレルギーのある生活に対応するための支援】は、4つのサブカテゴリー《FA児なりにFAを理解できるように支援する》《アレルギーを上手に伝え対人関係を良好に保つことができるように支援する》《就学を見据えて自己管理能力の獲得を促す》《家庭で自己管理に向けた教育ができるように保護者を指導する》から構成された。

PAEは、幼児後期の生活と次の段階である学童期の生活においてFA児自身のアレルギーへの対応力を高める支援を実施していた。FA児を対象としたアレルギー教室では、「自分のアレルギーを、グループ学習を通して再確認して、自分のアレルギーの食べ物のシールを自分で集めて、自分の個人カードに名前を書いて、私はこのアレルギーがありますとか、エピペン®を持っていますとかいう、カードに記入する (F氏)」活動を通して、FA児が

表2 PAEとして活動する看護師が実践する支援

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
検査・治療への主体的な参加を促す支援	看護師とFA児がアレルギーについて母親を介さず話す場を設定する	外来の療養指導では診察室でFA児が看護師の前に座り直接話ができるようにする 母親を介さずFA児自身がアレルギーについて看護師に話す練習をしてもらう
	FA児なりの検査や治療への認識・目標を共有する	検査で入院してきた時に、病院に来た理由とどうなりたいかをFA児に聞く 治療の目標としてどうなりたいかFA児の願いを共有する
	検査・治療について納得できるように説明する	FA児の目標を共有した上で、納得して検査や治療を受けられるように説明する 症状が出た時にも助けることができる病院で負荷試験をするメリットを説明する
自己肯定感を高める支援	前向きに原因食物を摂取する工夫ができるように支援する	食事療法では、FA児にどのように食べるか、どうすれば食べられそうかを聞く 食事療法で食べる工夫をして、FA児自身が成功した方法を話してもらう
	食事療法中の頑張りを認め褒める	食事療法の記録ノートに、ごほうびシールを貼り褒める 食事療法を頑張っていることを、FA児と母親の両方を褒める
アレルギーのある生活に対応するための支援	肯定的に捉えられるように説明をする	エビペン®は、つらい症状を良くするために使う注射という良いイメージの説明をする 原因食物を、食べるために練習がいる食べ物という言葉で説明する
	FA児なりにFAを理解できるように支援する	FAがどのような病気か学び、自分用のアレルギーカードを作成してもらう FAという病気が理解できるよう発達段階に応じて伝える
	アレルギーを上手に伝え対人関係を良好に保つことができるように支援する	好意で食べ物をもらったときにどのように自分のFAを伝えるかを聞く 友だちへ自分のアレルギーをどう伝えるかについて話し合う
食の楽しさを育む支援	就学を見据えて自己管理能力の獲得を促す	就学前には症状出現時どのように伝えるか学校をイメージして練習する 次の発達段階で困るであろうことを見据えて、準備できるように介入する
	家庭で自己管理に向けた教育ができるように保護者を指導する	FA児が学校で何が困るか保護者が整理して、FA児に対策を伝えられるように促す 療養指導ではFA児の自己管理能力の現状を保護者に客観視してもらい、具体的な自己管理の方法をFA児と一緒に考えてもらう
	アレルギーがあっても安心して楽しめる食事の場を提供する	皆と一緒に食べられて、おかわりもできるメニューを提供する 自分たちで作って皆で食べることを経験してもらう
子ども同士の交流を促す支援	アレルギーのない友だちと一緒に楽しめる機会を提供する	アレルギーのない友だちを誘い、同じ物を食べることができるイベントを開催する クッキングクラスに、アレルギーのない親子も参加してもらう
	食べ物への興味を育む	多様な食べ物にも興味を持てるように促す FA児自身の食べたいという気持ちを育む
	お買い物体験の機会を提供する	FA児が食べ物を自分で選んで購入するお買い物体験をしてもらう 食べ物の買い物を楽しくめるように働きかける
	FA児の食行動の広がりを確認する	外食・買い物等FA児の食行動の広がりを確認する 食べ物の買い物に関する経験を確認する
保育園・幼稚園への働きかけ	保護者に食育の重要性を伝える	学童期に入り問題が顕在化する前に、食育の大切さを保護者に伝える FA児の年齢に応じた食育について学べる場を保護者に提供する
	FA児同士の交流の場を提供する	FA児同士がアレルギーについて話し合い、繋がることのできるクッキングクラスを開催する 自然にFA児同士もアレルギーについて話すことのできる場を提供する
保育園・幼稚園への働きかけ	母親から離れても大丈夫という体験をしてもらう	親子一緒にクッキングクラスでFA児が慣れてから、親子が別れる時間を作る 治療目的の単独入院を母親から離れても大丈夫という体験にしてもらう
	保育園・幼稚園へ個々のケースに応じた対策を具体的に助言する	保育園でFA児の状態に合わせて必要な対応を具体的に助言する 保育園で食に関連した行動をどこまで制限する必要があるか個別に調整する
保育園・幼稚園への働きかけ	保育園・幼稚園で周囲の友だちにアレルギーを理解してもらえるように調整する	周りの友だちにFAを理解してもらえるように、幼稚園や保育園の先生に働きかける 友だちにアレルギーについて理解してもらうために役立つ子ども向けの絵本を紹介する

発達段階に応じてFAという病気を理解し対応できるように支援をしていた。また、FA児と自分のアレルギーの伝え方について話し合い、外来での療養指導で「お友だちとかFAを知らない人から食べ物をもらったときにどうやって確認をするのかと、いらないうってという答え方ではなく、

あなたに対して何かしてあげたいとか、喜んでもらいたいという贈り物に関しては感謝の気持ちを伝えて、でもFAがあるから、おうちに帰って、おうちの人と中身確認しますとか、アレルギーがあることをきちんと伝え、対応ができる。対人関係の中で、どうやってうまく自分の病気を

を伝えていくのかっていうところをお話します (F氏) のように具体的な場面を想定して、対人スキルの向上を図っていた。さらに、「(療養指導で、症状が出たとき) まずどうするのかっていうのを頭でちょっと、回路作ってあげると、子どもって成長していくし、自分の中でしっかりしていくと思うので、(中略) (FA児に症状が出たときに) 『誰に言う?』と聞いて、『お母さん』と言うので『学校行ったらお母さんいないけどどうする?』と言ってちょっと学校生活をイメージさせてあげたりとか、『へえ?』とかなるから、『学校には誰がいる?』と聞いて『あっ、先生』とか、『じゃ先生に言おうか』となる (B氏)」のように、FA児自身が小学校の状況をイメージしてどうしていくのかを考えることができるよう促していた。

保護者に対しては、「(療養指導でPAEが) 子どもに症状が出たときどうするかを聞いて、子どもが答えられないときお母さんもはっとなって、『じゃあお母さん、どう言ったら子どもさんが言える? ちゃんと相手に伝わるように言えるだろうか? それはうちでお話して考えてみて次の時教えて』という感じで。そこで私が答えを出すのではなくて、(FA児と一緒にうちで)、考えてもらうっていうふうにして、それで、どうだったか次の(外来の)時に(聞く) (E氏)」のように、FA児の自己管理能力の現状を保護者に客観視してもらい、家庭で自己管理に向けた教育ができるように促していた。

(4) 食の楽しさを育む支援

【食の楽しさを育む支援】は、6つのサブカテゴリー《アレルギーがあっても安心して楽しめる食事の場を提供する》《アレルギーのない友だちと一緒に楽しめる機会を提供する》《食べ物への興味を育む》《お買い物体験の機会を提供する》《FA児の食行動の広がりを確認する》《保護者に食育の重要性を伝える》から構成された。

PAEは、アレルギー対応子ども食堂を立ち上げ、「前もって、来る子のアレルギーをチェックしているから、(中略) 基本は食べられるもの、おかわりもできるという形で (G氏)」食べ物を提供していた。さらに、「アレルギーのないお友だちを誘ってもいいよという会もしていて、その時に、仲の良い友だちを連れて来て、お友だちも一緒にアレルギーを知ってもらって、アレルギー対応のものを食べた。食アレの子で固まるのもいいかもしれないけど、やっぱり普通の一般の子と一緒になんだったところ狙いで、皆で、美味しく同じものを食べる (G氏)」機会を作っていた。《お買い物体験の機会を提供する》中で、「やっぱり助けが必要な子もいますね。ちょっと自分が必要になるものを確認しようとかいうその一声で、ちょっとやっぱり選択肢の幅が広がるお子さんもいらっしゃいます (F氏)」のように、食べ物への興味が広がるように働き

かけていた。PAEは、外来の療養指導の場面で、〈外食・買い物等FA児の食行動の広がりを確認する〉ことを行い、「明らかに問題として親子で困っているなど感じるのは、小学生のお子さんぐらいからですけれども、(中略) そういう状況が起きてしまうと、長期戦ですし、こちらも介入が非常に難しいので、(中略) 食育の方ですね、何を食べるのかとか、食べる楽しさを感じてもらおう。エビペン[®]処方とか指導する場面などを通して、ただ除去をするというところだけではなく、食育に関しても大事にして欲しいという保護者に向けてのメッセージ (を伝える) (F氏)」というように、幼児期における食育が重要であると認識し支援していた。

(5) 子ども同士の交流を促す支援

【子ども同士の交流を促す支援】は、2つのサブカテゴリー《FA児同士の交流の場を提供する》《母親から離れても大丈夫という体験をしてもらう》から構成された。

「クッキングクラスは (中略) 安心してアレルギーの子どもたちが集まってクッキングする。そこで、私はこれ食べないけどこうしているみたいな、いろんな話がお互いにできて。(中略) 子ども同士の繋がり、アレルギーの子ども同士の繋がり (E氏)」のように、自分だけではなく、同じようにFAを持って生活している児と友だちになる機会を提供していた。さらに、このような集団教育では、〈親子一緒にクッキングクラスでFA児が慣れてから、親子が別れる時間を作る〉のように、親子とも安心して離れられる時間を意図的に設けていた。

(6) 保育園・幼稚園への働きかけ

【保育園・幼稚園への働きかけ】は、2つのサブカテゴリー《保育園・幼稚園へ個々のケースに応じた対策を具体的に助言する》《保育園・幼稚園で周囲の友だちにアレルギーを理解してもらえるように調整する》から構成された。

PAEは、〈保育園でFA児の状態に合わせて必要な対応を具体的に助言する〉ようにしていた。保育園の保育士向けのアレルギー講習会を通しては、「発達的なことを考えたときには、(FA児の周囲の) 子どもたちに理解してもらうのは、本当は幼児期の方がいいのだろうなと思って、幼稚園の先生とか保育園の先生が周りの子どもたちに話してもらえるように、(中略) 周りの環境の作り方みたいところは、今の私たちの役割かなと思っている。(中略) 小さい頃から集団の中で自分の病気のことを周りに理解してもらっていくことが大切 (K氏)」のように、FA児の集団生活の環境も整えようと働きかけていた。

IV. 考 察

1. 幼児後期のFAの疾患管理に関する問題と支援

PAEは、幼児後期のFAの疾患管理に関する問題として、《就学を想定した症状出現時の伝え方ができない》など《自己管理に向けた準備ができていない》といった【自己管理の移行の遅延】、《FA児が納得して検査・治療に主体的に参加できていない》など【FA児が主体でないアレルギー管理】を捉えていた。幼児期における慢性疾患児の自立支援の目標には、身体の異変に気づく、日常生活の中で必要な約束事を守る、危険を回避する、病気による制限がある中で基本的な生活習慣を獲得する、自分の疾患に対する医療的ケアに関心を持ち参加し始める、がある（林・西田・及川, 2016）。PAEの認識は、一般的に慢性疾患児が幼児期に獲得を目指す自立の内容と関連しており、幼児期特有の課題であるといえる。加えて、FAに特異的な状況として、目に見えない形で潜んでいるアレルゲンを認識し、誤食を避けることの難しさがある。さらに、もし誤食した場合は、アナフィラキシーが発症し生命の危機に直結する可能性がある。このような疾患の特性が、疾患管理をFA児へ移行させることを困難にする要因となる。また、わが子の命を守りたいという強い願いから、保護者がFA児の意思よりも検査や治療を進めることを優先してしまうことも起こりやすい要因であると考えられる。

これらの問題に対して、PAEは《看護師とFA児がアレルギーについて母親を介さず話す場を設定する》などFA児と直接関わる時間を意図的に作り、検査や治療の目標をFA児と共有し《検査・治療について納得できるように説明する》ことで【検査・治療への主体的な参加を促す支援】を実施していた。そして、継続的な関わりを持ち、FA児の日常の療養行動を把握し、《食事療法中の頑張りを認め褒める》《肯定的に捉えられるように説明をする》ことを通して【自己肯定感を高める支援】を実施していた。さらに、【アレルギーのある生活に対応するための支援】として、《就学を見据えて自己管理能力の獲得を促す》こと、《アレルギーを上手に伝え対人関係を良好に保つことができるように支援する》を実施していた。その上で、保護者には、FA児のセルフケア能力の現状を客観視してもらい、《家庭で自己管理に向けた教育ができるように保護者を指導する》ことを実施していた。

FA児は、検査や治療で原因食物を摂取しなければならない。その際、FA児は、原因食物に対する恐怖心や嫌悪感により困難を感じたり、症状が誘発される苦しい経験をすることがある。そのため、FA児が納得した上で、主体的に検査や治療を開始することが重要である。まず、FA児の理解度に応じた説明をし、検査や治療を受けるFA

児なりの目標を自分の言葉で言語化できるように支援することで、困難を乗り越える力を身に付けられると考える。また、FA児の保護者は、疾患・症状コントロール上の困難感を抱き、FA児に申し訳ないと思い、生活への不安を感じている（秋鹿・山本・宮城・竹谷, 2011）。看護師は、保護者の心情も理解した上で、FA児が自分の思いを表出できるように支援し、FA児と保護者と医療者が同じ目標に向かって進めるように調整する役割を担う必要がある。

2014年に成立したアレルギー疾患対策基本法に則り、2017年に示された「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」の中には、アレルギー疾患に係る医療の質の向上、および、患者の生活の質の維持向上のための支援体制の整備が定められている（厚生労働省, 2022）。エピペン[®]が処方されているFA児には、外来で看護師が療養指導を実施することで、診療報酬を算定することができる（厚生労働省, 2020）。PAEが実施していたように、FA児の状況をアセスメントし、学校生活を想定してシミュレーションするなど、小学校入学に向けた指導が重要である。療養指導の機会を有効に活用すれば、看護師が外来で個別にFA児と向き合い計画的に支援することができると考える。

2. FAのある生活が幼児後期のFA児にもたらす問題と支援

PAEは、FA児がアレルゲンを含む食物を除去する生活を続けることで、【食に関する経験の不足】が生じ、さらに、【食以外の日常生活の制限】が生じること、【食物への否定的な反応】を示すことを問題として認識していた。幼児期における食体験は、規範意識・人間関係能力、正義感・道徳観や食への関心を育み、幼児後期の子どもの発達を促進するために重要である（足立・植松・岡田・中山, 2016）。このように幼児後期の子どもにとって、食することが単に空腹を満たし発育に必要な栄養を得る手段ではなく、社会で生きる力を育む要素となる。幼児後期は、保育園や幼稚園の日々の生活や季節の行事を通して、家族以外の仲間と過ごす機会が増える。集団生活の中で、誤食リスクの回避、アナフィラキシー発症時に対応できるような環境が整わないと、必要以上に活動への参加が制限されることに繋がる。それによって、幼児後期の大切な経験が不足し、発達への影響が生じることが問題となる、とPAEは捉えていたと考える。

PAEは、【食の楽しさを育む支援】として、《アレルギーがあっても安心して楽しめる食事の場を提供する》《アレルギーのない友だちと一緒に楽しめる機会を提供する》《お買い物体験の機会を提供する》などFA児が安全に食に関連する経験ができる場を提供していた。また、《FA児

の食行動の広がりを確認する》こと、《保護者に食育の重要性を伝える》ことを実施していた。濱名 (2018) は、幼児期における食育の重要性について、食への興味・関心をもち、一緒に楽しく食べることで心も体も満たされ、遊びや生活が豊かになると述べている (pp.186-188)。しかし、通常子どもにとって楽しいはずの友だちと一緒に食べる場は、FA児にとっては誤食のリスクが伴う場となる。そのような状況下で、食育の重要性のみを伝えることは、FA児と保護者をさらに苦しめることになるかと推測する。そこで、PAEが実践していたように、医療者が関わる状況で、FA児が食事や買い物を楽しむ機会を提供することが重要となる。そして、保護者の不安や負担を考慮し、FA児が日常生活の中で、安心して食に対する興味や楽しさを育める具体的な方策について情報を提供する必要があると考える。

さらに、PAEは、【保育園・幼稚園への働きかけ】として《保育園・幼稚園へ個々のケースに応じた対策を具体的に助言する》《保育園・幼稚園で周囲の友だちにアレルギーを理解してもらえるように調整する》ことを実施していた。アレルギー専門医とPAEを中心としたアレルギーチームの活動として、地域貢献への取り組みが報告されている (松本・田中・渡木・赤沢, 2019)。保育園・幼稚園に具体的な助言をすることで、保育士の疑問を解決し、FA児が安全に過ごす環境を整えることができる。保育士が安心してFA児の成長発達を促す関わりができるようにすることは、FA児への間接的な支援として重要である。PAEのようなアレルギーケアの専門性の高い看護師が、地域のアレルギー医療のチームに加わることで、FA児が生活する地域のニーズに応じて環境を整えることができると考える。

3. FA児の社会性や自己概念の発達への影響への予防的な関わり

PAEは、《母親の過度な保護のもとで生活している》《母親との分離不安が強い》《日常生活の自立が遅れる》《同世代の友だちとのコミュニケーションがうまくできない》といった【社会性の発達の遅延】を問題として認識していた。また、《自分を守られるべき弱い存在とを感じる》《友だちとの違いを感じる》、症状の出現や検査・治療が進まないことに罪悪感を抱く等の【自己概念形成への負の影響】が生じていることを捉えていた。PAEは、検査・治療、疾患の理解など身体的な側面を支援する際にもFA児の主体性や自己肯定感を高めるように関わり、【子ども同士の交流を促す支援】【食の楽しさを育む支援】【保育園・幼稚園への働きかけ】を実施するなど、心理的側面や社会的側面を総合的に支援していた。本研究では、幼児後期におい

て重症FAによる心身症の発症に至る内容までは示されなかった。しかし、学童期から思春期のFA児は、うつ症状や不安障害、心的外傷後ストレス障害など心身症の発症のリスクが高いと報告されている (Feng & Kim, 2019)。幼児後期においては、PAEが実施していたような総合的な支援の積み重ねが重要であり、学童期以降に顕在化する心身症的な問題への予防的な関わりになると考える。

4. 看護実践への活用

小児期より慢性疾患を抱えて大人になる子どもへの看護の課題として、「子どもの成長過程における疾患の経過および心理社会的問題の理解」「乳幼児期から子どもの将来を見据えた上での各発達段階に応じた患児と家族への支援」「疾患のある生活体験の理解」がある (駒松, 2009b)。本研究で明らかになった重症FA児の幼児後期における心理社会的問題は、FA児が重症FAを抱えて大人になる過程を支援するために理解すべき内容であると考えられる。PAEの活動の場は、検査や治療が実施される病棟、外来における療養指導、医療機関外でのFA児や保護者を対象としたアレルギー教室や交流会、保育教育施設の職員を対象としたアレルギー講習会など多岐にわたり、具体的な支援内容が示された。本研究の結果は、重症FA児と関わる看護師が、それぞれの実践の場で、幼児後期における心理社会的側面のアセスメントの視点として、そして、支援する具体的な方策として活用できると考える。

V. 研究の限界

今回の調査では、PAEの認識した心理社会的問題を明らかにしており、FA児本人の認識ではないことが本研究の限界である。また、PAEの実践は、高度なアレルギーの知識をベースに、先駆的な取り組みができる環境での実践で、一般的な医療機関でFA児に関わる看護師がすぐに実践できる内容ではない支援が含まれる。そのため、PAEの役割とFA看護に携わる一般の看護師の役割について検討する必要がある。今後の課題は、PAEが実践した支援の事例を集約させ、個別の療養指導、集団教育、地域での活動の場面ごとに、実践モデルを構築させることである。

結 論

PAEは、重症FA児の幼児後期における心理社会的問題として、【自己管理の移行の遅延】【FA児が主体でないアレルギー管理】【食に関する経験の不足】【食以外の日常生活の制限】【食物への否定的な反応】【社会性の発達の遅延】【自己概念形成への負の影響】を認識していた。それ

らの問題への支援として, PAEはFA児に対して【検査・治療への主体的な参加を促す支援】【自己肯定感を高める支援】【アレルギーのある生活に対応するための支援】【食の楽しさを育む支援】【子ども同士の交流を促す支援】を実施していた。FA児へのアプローチの手段は, PAEによるFA児への直接的な介入や母親を通しての働きかけ, 食に関する体験の場の提供であった。また, 【保育園・幼稚園への働きかけ】によって, FA児の生活環境を整える間接的な支援を実施していた。重症FA児の心理社会的側面の問題を理解し, 支援する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力をいただいたPAEの皆様へ感謝いたします。

利益相反の開示

なお, 本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない。

著者貢献度

すべての著者は, 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

- 足立恵子, 植松亜由美, 岡田理沙, 中山玲子 (2016). 幼児期の食育における体験の重要性. *京都女子大学食物学会誌*, 71, 33-41.
- 秋鹿都子, 山本八千代, 宮城由美子, 竹谷 健. (2011). 食物アレルギー児を持つ母親の主観的困難感と看護者に望むもの. *小児保健研究*, 70(5), 689-696.
- 赤澤 晃 (2015). アレルギー専門患者指導のための指導者育成システムの開発および基盤整備に関する研究 環境再生保全機構第10期 (平成26~28年度) 調査研究成果. 環境再生保全機構. https://www.erca.go.jp/yobou/zensoku/investigate/pdf/26-2-2_01.pdf (参照2022年5月9日)
- Feng, C., & Kim, J.-H. (2019). Beyond avoidance: The psychosocial impact of food allergies. *Clinical Reviews in Allergy and Immunology*, 57(1), 74-82.
- 濱名清美 (2018). *食育と保育をつなぐ: こどもをまん中においた現場での実践*. 186-188, 東京: 建帛社.
- 林 亮, 西田みゆき, 及川郁子 (2016). 和文献の検討による慢性疾患児の自立支援の目標と課題. *小児保健研究*, 75(3), 413-419.

- 今井孝成, 小俣貴嗣, 緒方美佳, 富川盛光, 田知本寛, 宿谷明紀, 海老澤元宏 (2007). 遷延する食物アレルギーの検討. *アレルギー*, 56(10), 1285-1292.
- 駒松仁子 (2009a). *子ども理解を深める*. 谷川弘治, 駒松仁子, 松浦和代, 夏路瑞穂 (編), *病気の子どもの心理社会的支援入門: 医療保育・病弱教育・医療ソーシャルワーク・心理臨床を学ぶ人に*. 14-15: 24-25, 京都: ナカニシヤ出版.
- 駒松仁子 (2009b). 小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育看護の課題. *国立看護大学校研究紀要*, 8(1), 20-30.
- 厚生労働省 (2020). 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 厚生労働省告示第57号. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603750.pdf> (参照2022年5月9日)
- 厚生労働省 (2022). アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/content/000912428.pdf> (参照2022年10月9日)
- 松本和徳, 田中由起子, 渡木綾子, 赤沢尚美 (2019). 当院におけるアレルギーチームの取り組みと現状. *日本小児臨床アレルギー学会誌*, 17(1), 24-27.
- 日本小児アレルギー学会食物アレルギー委員会 (2021). *食物アレルギー診療ガイドライン2021*. 東京: 協和企画.
- 日本小児臨床アレルギー学会 (2020). 一般社団法人 日本小児臨床アレルギー学会認定小児アレルギーエディケーター制度規程. 日本小児臨床アレルギー学会ホームページ. <http://jsPCA.kenkyuukai.jp/images/sys/information/20201013145552-04A8084E184FEB9DB3011162AEE4DC8AABE89947B9AC06F1E596F89ED2A068F5.pdf> (参照2022年12月20日)
- 新村 出 (編). (2018). *広辞苑 (第七版)*. 2243, 東京: 岩波書店.
- 西田紀子, 藤田優一, 藤原千恵子 (2018). 小児アレルギーエディケーターの認識による食物アレルギー学童の原因食品摂取への影響要因. *小児保健研究*, 77(4), 380-387.
- 及川郁子 (2021). 移行期を進めるための幼少期からの支援 (移行期医療について考える). *小児科臨床*, 74(6), 628-632.
- 岡田恵利, 中里友美, 井関夏実, 榎村春江, 古田朋子, 杉浦至郎, 伊藤浩明 (2019). 思春期に至った食物アレルギー患者の食生活・社会生活に関する意識調査. *小児保健研究*, 78(2), 142-149.
- 岡堂哲雄 (2000). 第1章 人間性の生涯発達と危機管理の視点. 岡堂哲雄 (編). *パーソナリティ発達論: 生涯発達と心の危機管理*. 9-11, 東京: 金子書房.
- 高橋恵子 (2012). *発達概観*. 高橋恵子, 湯川良三, 安藤寿康, 秋山弘子 (編). *発達科学入門1 理論と方法*. 53-54, 東京: 東京大学出版会.
- 東京都 (2020). アレルギー疾患に関する3歳児全都調査 (令和元年度) 報告書. 15: 29, 東京都健康安全研究センター. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/allergy/pdf/20203saiji_1.pdf (参照2022年5月9日)

〔2022年6月3日受付〕
〔2023年3月27日採用決定〕

Psychosocial Issues Faced by Preschool-Aged Children with Severe Food Allergies and the Support They Need: Pediatric Allergy Educators' Perceptions

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 46(5), 849-860
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230327212>

Noriko Nishida, PhD, RN¹, Shingo Ueki, PhD, BSN²,
Yuichi Fujita, PhD, RN³

¹Osaka Aoyama University, Osaka, Japan, ²Kyushu University, Fukuoka, Japan,

³Mukogawa Women's University, Hyogo, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to determine the psychosocial issues that preschool-aged children with severe food allergies (FA) face and the support they need, as perceived by licensed nurses working as Pediatric Allergy Educators (PAEs). **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 11 qualified nurses working as PAEs. Then, qualitative descriptive analysis was performed on the interview data. **Results:** PAEs perceived that children with FAs face the following psychosocial issues: [delayed transition to self-management], [allergy management that is not FA child-centered], [lack of experience with food], [non-food restrictions in daily life], [adverse reactions to food], [delayed social development], and [negative impact on self-concept formation]. The support PAEs provide for these problems include [support to encourage proactive participation in testing and treatment], [support for enhancing self-esteem], [support for coping with life with allergies], [support to foster food enjoyment], [support to encourage children to interact with each other], and [support for preschool and kindergarten staff]. **Conclusions:** This study aids in understanding the psychosocial issues that children with severe FA face and providing adequate support for them in later childhood.

Key words

Food Hypersensitivity, Preschool-aged Children

Correspondence: N. Nishida. Email: n-nishida@osaka-aoyama.ac.jp

一般社団法人
日本 看護 研究 学会
会報

第 126 号

(2024年 1 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

「学術集会を終えて」 1

一般社団法人日本看護研究学会
第49回学術集会印象記 3

一般社団法人日本看護研究学会
第49回学術集会印象記 5

一般社団法人日本看護研究学会
第49回学術集会印象記 7

「第50回学術集会開催のご挨拶」 9

「学術集会を終えて」

一般社団法人

日本看護研究学会第49回学術集会
会 長 叶 谷 由 佳

第49回学術集会は、2023年 8 月19、20日にオンラインにて、9 月29日までオンデマンドで開催し、無事終了いたしました。最終的に1,220名の方にご参加いただき盛況に終えることができました。ご参加いただいた皆様やご支援いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

本学術集会長を務める前に、実は2021年 8 月に他学会の学術集会長も引き受けていました。新型コロナウイルス感染症の影響から様々な検討後、最終的に最も費用が高いハイブリッドで開催しました。実際に開催期間はコロナウイルス感染症流行の第 5 波にぶつかり、他県からの参加予定者からは職場から県をまたぐ出張が認められない等の理由から現地参加者数が伸びず、オンライン参加者が増加したという結果でした。発表者や座長もハイブリッドでの対応ができるようにしたので、運営自体には何の影響もありませんでしたが、展示いただいた多くの企業には満足いただけなかったのではないかと反省がありました。このように新型コロナウイルス感染症流行を経て、困難も経験しましたが、オンラインの良さも経験しました。

本学術集会はそれらの経験を生かし、完全オンライン開催といたしました。学術集会を完全オンラインとしたので、企画委員会も最初からオンラインとしました。その結果、企画委員の依頼は地域を考える必要がなくなり、本学会の特徴である地方会の代表者に企画委員に参加いただき尽力いただきました。その他、広い地域から多くの企画委員に参加いただきました。学術集会のテーマは新しい学術集会のあり方を検討することと第50回学術集会につなげることも意図し、「看護の可能性の探究」というテーマとし、そのテーマにあう企画を企画委員会で検討しました。看護学から他分野への発信や他分野との融合で新たな研究を創造するのに役立つプログラムを検討し、特別講演、教育講演 3 題、研究方法セミナー 3 題、シン

ポジウム3題, 特別企画2題でプログラムを構成しました。日本薬理学会, 日本生理人類学会, 看護理工学会などの他学会との共催やジョイントでの企画も多く取り入れました。「ライフキネティックで全ての人の脳をより機能的に」という市民公開講座も開催しました。その他, 交流集会は7題, 口演84題, 示説145題が発表されました。私自身, オンライン, オンデマンドでほぼ全プログラムを視聴することができ, 非常に視野が広がりました。

新たな学術集会のあり方も検討したいという思いもあり, メタバースについてはDX展などで情報収集をしておりましたが, 当初は技術的にもまだ満足するレベルになく費用面でも難しいと考えておりました。しかし, 開催年になってDXに詳しい企画委員を加えて情報収集したところ, この分野は技術の進歩がすさまじく私たちが情報収集を始めた頃から数年で導入可能で費用も安価なシステムが開発されており, 最終的にメタバースによる学術集会開催が実現できました。参加者アンケートより, 操作が分からなかった等, ご迷惑をおかけした方もいましたが, メタバースの機能を上手に活用して参加くださった方も多数いたことが分かりました。ご不便をおかけした方には新たな学術集会への挑戦に免じてご容赦いただければ幸いです。



一般社団法人日本看護研究学会 第49回学術集会印象記

東京医療保健大学
千葉看護学部看護学科
土 肥 眞 奈

2023年8月19, 20日に開催された日本看護研究学会第49回学術集会では事務局長を務めさせていただきました。多くの方々に支え、またご協力いただきながら会の運営を担わせていただきました。日本看護研究学会学術集会においてはじめてメタバース（仮想空間）を取り入れた運営となり、開催期間中は多くの方々にご不便をおかけしたことかと存じます。この場を借りてお詫び申し上げます。

「メタバースを導入した運営が可能」と正式に決定してからの準備期間は正直に申し上げましてありませんでした。さらに事務局の中にメタバースに精通している者はおらず、唯一ご活用経験のある企画委員の野島先生に多くのご協力とご助言をいただきながら準備を進め、何度も試験運用を行いました。運営マニュアルの作成は本当に手探りで、開催前の約1か月間、事務局メンバーや運営事務局の日本コンベンションサービス株式会社の皆様とやり取りがない日は無いほどにメタバース内で何度も試し、修正を加えていきました。

また当日、トラブルをできるだけ避けられるようスタッフを手厚く手配すべきと考え、昨年度まで所属していた横浜国立大学と現所属の東京医療保健大学千葉看護学部の先生方にご協力いただきながら計32名の事務局員・実行委員に招集いただき本当に心強い布陣で臨むことができました。事務局・実行委員の活動は、メタバースもしくはWeb上で完結するものがほとんどでしたので、横浜国立大学と東京医療保健大学の2拠点の他はそれぞれのご自宅やご所属など、インターネット環境の安定した場所からの参加協力を可とし、子育て世代が多いメンバーの負担軽減に努めました。また多くの事務局・実行委員の協力を得られたことからできるだけ拘束時間が少なく済むようにもでき、空いた時間には大会コンテンツを楽しんだメンバーもいらしたように伺いました。会期中はオンライン上のチャット機能を用いて随時やり取りを行い、各メインプログラム終了時の人の流入出を共有しながら必要な人員配置・動きについて随時案を出し合い、対面開催さながらのスタッフのやり取りが行われました。事務局長として至らない点が多々あったと思いますが、事務局員・実行委員の皆様の多くの細やかなご協力・ご支援のおかげで全プログラムを無事予定通り終了することができました。本当にありがとうございます。実はアバター同士のやり取りで終わってしまい、顔を合わせたことのない実行委員の先生方もいらっしゃいます。いつかどこかでお声がけいただけますと幸いです。

最後になりましたが、このような貴重な機会をいただきました叶谷由佳先生に深く御礼申し上げます。先生と一緒に学術集会の運営に携わらせていただくのは、今回が4回目でした。たくさんの成長の機会をいただきましたこと、本当に感謝しております。誠にありがとうございました。



一般社団法人日本看護研究学会 第49回学術集会印象記

京都橘大学

看護学部／大学院看護学研究科

野 島 敬 祐

「何か面白いことやりたいの、一緒にやりましょう」と叶谷会長にお声をかけていただいたのは、2022年の夏でした。第48回学術集会が開催された愛媛県の会場でお会いした叶谷会長に、次年度の学術集会では完全オンラインで行うことに加え、これまでの方法でなく、バーチャル空間のような何か面白いことをしたいとお話されていました。私は、そのお話を聞いてとてもワクワクしました。無論、私でできることがあれば是非お手伝いしたいと返答しました。

私が企画委員として任せていただいたことは、バーチャル会場の構築でした。そのため、まずは、どのようなバーチャル会場にするかについて、企画委員の先生方と議論させていただきました。その結果、オンラインミーティングで他者の講演を聞くだけでなく、学術集会の参加者同士がコミュニケーションを自由にとれる空間が良いと話していました。そのようなことが実現できるネット上のプラットフォームを探して、今回はoVice「オヴィス」を活用することにしました。話すことと見えることを可能にしたoVice「オヴィス」は、近づくと会話ができるなど、まさに現実世界のコミュニケーションのような感覚にしてくれるものでした。会場のレイアウトは、参加者が使いやすく、学術集会の雰囲気合っている温かい空間になるよう意識して作成しました。途中から、企画委員の打合せも、その会場で行うようになり、実際の会場で議論できることから、とても準備が進めやすかったです。これは現実世界ではできないことなので、まさにDX化！と感動していました。

思い返せば、叶谷会長はずっと「DX化していかなきゃいけないのよ！」と仰っていました。看護の可能性の探求がテーマであった会長講演でも、看護の可能性の一つとしてSociety5.0時代におけるICT技術について言及されていました。まさにこの第49回学術集会の在り方が、今後の看護の可能性を表していると納得することができました。それに関連して、私もシンポジウムで「Society5.0時代の看護学教育方法の可能性」をテーマにお話させていただきました。私が話した内容は、仮想空間「メタバース」を活用した看護学教育の未来でした。メタバースはすでに海外の教育分野で浸透していますが、日本の看護学教育においてもその可能性が期待されています。メタバースは、2次元のWeb会議よりも高度なインタラクションやリアルな体験を提供することができるため、看護学生の技術や知識の習得に役立つと考えています。デジタルネイティブである今の看護学生にとって、自然かつ効率的・効果的な学習環境です。一方で、看護学においては、現実世界で実際に対象者が生きることを支える学習も必要であることは言うまでもありません。このような思いで話したシンポジウムでは、各シンポジストの先生方のご発表はもちろん、参加者のご意見も素晴らしく、皆でICT技術を看護教育に取り入れている現状やそれに伴う難しさなど共有することができました。これは私にとって本当に有意義で、楽しい時間でした。

もう一つ印象に残ったことといえば、他分野や多学問との協働を感じることができた学術集会でした。特に工学系と看護の融合については、近年注目されている。今回の学術集会では、連携事業の展開だけで

なく、研究教育方法にまで言及されているご発表もありました。

それらを聞きながら、看護学にとって、工学の融合は現代の医療現場における課題解決と革新を促進する鍵となると強く思いました。工学技術の進展により、対象者の健康管理や治療におけるデータの収集、解析が容易となり、看護職者がより効率的かつ精確にケアを提供することが可能となります。例えば、ウェアラブルデバイスの使用は、対象者の生体情報をリアルタイムでモニタリングし、異常時の早期対応を可能にします。また、AI技術を活用したケアロボットは、単純なケア作業を補助し、看護職者の負担軽減につながります。加えて、VR技術を使用したリハビリテーションや、3Dプリンティング技術を駆使したカスタマイズされた医療器具の製造など、工学技術の導入は治療やケアの質の向上にも寄与します。今後の期待としては、この融合により、看護職がより高度な医療判断を下すためのサポートを受け、対象者中心のケアをさらに深化させることができると思います。また、技術の進化と共に、医療現場での人と機械の協働が一層重要となり、それに伴い看護教育においても新しいカリキュラムの導入が求められることになるでしょう。このようにあらゆる可能性を楽しく妄想させてくれる学術集会でした。

本学術集会は、脱・新型コロナ感染になりつつある時代だからこそ、学術集会であったと思います。ここに企画委員、シンポジスト、一参加者として関わることができ、本当に良い経験となりました。昨年、あの熱い真夏の日に叶谷会長にお声がけいただいたことに大変感謝しております。

さいごに、京都にいる私が企画委員としてご一緒させていただきましたが、今回は打合せも完全オンラインであったため、問題なく参加させていただきました。新型コロナ感染拡大により、様々な経験やICT技術の発達を活かした学術集会であったと思います。その一方で、叶谷会長をはじめ、横浜市立大学の先生方、日本コンベンションサービスの吉村さんと直接お会いしたいという気持ちが強くなっていったのも事実です。

一般社団法人日本看護研究学会 第49回学術集会印象記

横浜市立大学

田 辺 有理子

2023年8月19日(土)から20日(日)にかけて第49回学術集会が開催され、私は叶谷由佳大会長のもとで企画委員としてかかわらせていただきました。この数年で次々に新しいシステムが導入され、オンラインの活用やオンデマンド配信、会場での対面とオンラインのハイブリッドなど学術集会の開催方法が多様になりました。そのなかで本学術集会は、完全オンラインによる開催でした。オンライン上で参加者同士が交流できるよう工夫を凝らし、メタバースを導入した新たな試みでした。参加者の皆さまも、自分のアバターでオンラインの会場を画面上で移動しながら参加するという、何とも不思議な体験をされたのではないのでしょうか。大会テーマは「看護の可能性の探究」です。プログラムに並ぶ新たな可能性を探るテーマに加え、この新しい開催方法にも可能性を感じ、参加者の皆様が新しいシステムに柔軟かつ果敢に挑んでいく姿に、看護師の探究の姿勢を重ねました。参加者同士で「最先端だね」「ついていけないわ」などという挨拶が聞こえてきましたが、学会初日は手間取っていた操作も2日目には使いこなせるようになっていました。参加者のアバターは名前の表示に加えて様々な動物のイラストがついており、参加者自身が写真やイラストを表示することもできました。「著名な先生もアバターになると親しみやすい」との感想も届きました。本学術集会では、アバターが相手のアバターに呼びかける機能がありました。リアルな空間であれば相手の肩をトントンと叩いて声をかけるようなイメージです。私も名前の表示で知り合いの先生を見つけて、このトントン機能を使って久しぶりに挨拶させていただいたり、ポスターセッションで質問したりと、賑やかなリアルな会場にいるような体験をすることができました。

プログラムは、大会長講演をはじめ、特別講演、教育講演が3題、研究方法セミナー3題、シンポジウム3題、特別企画、公開セミナー、学会委員会企画6セッションなど、充実した内容でした。オンデマンド配信があることで欲張って多くの講演を視聴できるのも、オンライン化が進んだ恩恵でしょう。一方で当日に参加するメリットとして、臨場感のあるやり取りをライブで味わえることがあげられます。講演や発表のあとに座長や参加者と繰り広げられる質問やコメントは、大変興味深いものです。当日に参加できた基調講演では、三井さよ先生(法政大学)の「生活モデル化における看護職」の講演を拝聴しました。わが国の医療は「疾患の治癒」に重きを置く医学モデルに基づく医療から、「生活の質」に重きを置く生活モデルへと転換し、サービス供給体制も地域で包括的なケア提供を目指すシステム構築が推進されています。この流れのなかで、看護職の位置づけも変化しています。社会学の観点から看護職がどのように見えているのかについて、軽快な語りの興味深い内容に惹き込まれました。質疑応答の時間には、地域における支援や介護、急性期病院における看護における政策の方向性について、ケア提供者の視点のみならず、ケアを受ける側の視点にたった支援職の育成について専門職教育および制度設計への期待へと示唆に富むやりとりが繰り広げられ、刺激を受けました。

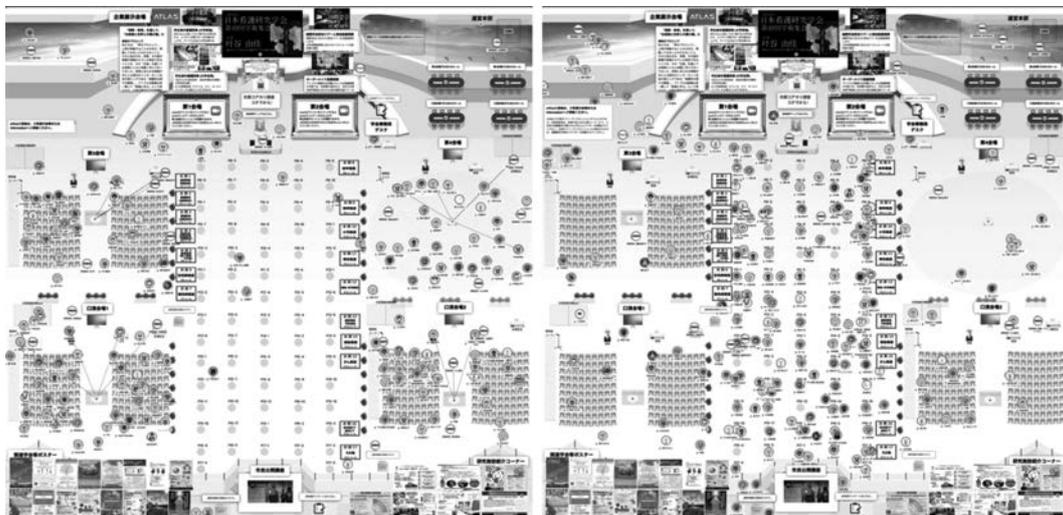
発表の場として「精神に病をもつ人の看取り」をテーマに交流集会の1枠をいただきました。精神科においても患者の高齢化が進み、看取りを見据えた支援が求められています。精神疾患と身体疾患の併発、

症状管理の難しさから地域移行が進まないケースがあります。長期の入院では、看護師は患者の生活に長く寄り添い、家族にも近い関係性が形成され、患者が最期を迎えた時には看護師が伴走者の役割を担うこともあります。終末期に向けた意思形成や意思決定、その表明には日ごろからの対話が不可欠ですが、精神科においては非自発的な入院や代理行為などによって患者の意思決定が妨げられる場合があります。また看護師が患者に「死」の話題をなげかける抵抗感、医療チームの葛藤などの課題を抱えています。これから対応を迫られる精神科における看取りについて、精神看護専門看護師の仲間で議論を重ねてきました。この交流集會を企画するにあたり、どのような領域の参加者が想定されるのか何人の参加があるのか、予想がつかないなかで、それでも参加者との対話を重視した挑戦的な時間配分で当日を迎えました。初日午前のプログラムでしたが予想以上に多くの方が参加していただき、フロアからの話題提供もありました。看取りは精神科では身構えてしまう看護師も多いテーマですが、診療科によっては身近であり、様々な立場の研究者や実践者が参加する学会ならではの意見交換ができ、企画者にとっても気づきの多い有意義な交流集會となりました。

本学術集會は完全オンラインでの開催だったため、参加者の皆様には見えなかった裏側についても一部を紹介します。対面開催であればいくつかのフロアを行き来するところですが、学術集會の会場はパソコンの画面上ですべての会場が見渡せる構成になっていました。会場の入り口からメインの会場をどこに配置するのか、並行して進む口演発表や交流集會の会場、示説の会場、打ち合わせルーム、学会デスク、企業展示、情報提供のコーナーなど、事務局担当者が知恵を絞って作り上げたオリジナルの会場です。また多くの講演のほか一般演題で口演84演題、示説145演題の発表がありました。学会での発表や座長に慣れた先生でも発言の操作には緊張感があり、担当の発表群を終えて安堵される様子がありました。当日はオンライン上の各会場で実行委員が発表者や座長をサポートし、発表の動画を手動で再生していました。裏側で参加者の皆様をサポートする運営委員の緊張を傍に感じながら、パソコンの画面上には数百のアバターが全国から参加し交流する様子を見て胸が熱くなりました。

学術集會の運営にかかわる機会をいただき、また参加者として発表の機会をいただきましたこと、大会長をはじめ事務局、企画委員、運営委員、協賛いただいた皆様、そして学術集會を盛り上げてくださった参加者の皆様に心より感謝申し上げます。

写真はメタバース会場の様子（左は口演会場と交流集會、右はポスターセッション）



「第50回学術集会開催のご挨拶」

一般社団法人

日本看護研究学会第50回学術集会

会長 上野 栄一

(奈良学園大学保健医療学部 学部長)

一般社団法人日本看護研究学会第50回学術集会を令和6年8月24日(土)、25日(日)に奈良県コンベンションセンターにて開催させていただきます。

本学会は、1970年、教育学部特別教科(看護)教員養成課程を持つ熊本・徳島・千葉・弘前の4国立大学で連絡協議会を発足し、1975年に第1回四大学看護学研究会を徳島大学において開催しました。広く看護学の研究者を組織し、看護学の教育、研究および進歩発展に寄与することを目的に発足した歴史のある学会です。

半世紀の歴史をもつ学会の第50回という節目に当たります本学会のテーマは「発祥の地から未来を拓く看護研究」としました。

奈良県は、日本のほぼ中央部に位置し、ユネスコの世界遺産に登録されるなどの国宝が多数ある古都です。東大寺、忍性(鎌倉時代:ハンセン病患者などの救済に尽力した)、鑑真(奈良時代:悲田院を設立、漢方医学の伝授、唐招提寺を建立)などが活躍した地でもあり、看護の原点となるケアの発祥の地であります。

2019年から国内外に多大な影響をもたらした新型コロナウイルス感染症の対応の中で、IT、Dx、AIなどの発展が加速してきました。学会の開催方法もオンライン開催やハイブリッド開催などをとってきましたが、第50回学術集会は、久しぶりに対面形式で開催いたします。

テーマ「発祥の地から未来を拓く看護研究」のごとく、これまでの研究学会を振り返り、未来に向けた研究に橋を架ける学会になるよう企画いたしました。これまでの活動を受け継ぎながら、実践研究活動推進ワーキングの取り組みや英文誌編集など、今後の学会活動の活性化に向けた事業が本学会でなされています。看護研究が未来を拓くという本学会の向かう方向を共有できると考えております。

学術集会のプログラムは、東大寺長老 森本公誠氏によるご講演をはじめ、様々な分野からご講演をいただき、社会における看護の役割や今後について学び深めることができるように考えました。

JSNR50周年記念事業として50周年記念座談会が行われます。山口桂子先生、工藤せい子先生、深井喜代子先生、佐藤正美先生、吉永尚紀先生にご登壇いただくことになっています。併せて、プロの演奏家をお招きして開催する50周年記念祝賀懇親会も是非お楽しみください。

その他、交流集会、一般演題口演・示説発表があります。会員の皆様にはこの1年間の研究成果をご発表いただき、次につながる研鑽の場にしていただきたいと思います。

それぞれの会場における活発な議論を通して有意義な2日間になりますよう、スタッフ一同万全の準備をして皆様のご参加をこころよりお待ちしております。

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掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2017)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。投稿する際には、研究倫理審査委員会の承認書を電子投稿システムに登録する。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造 (Fabrication)、改竄 (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿 (こま切れ投稿) は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えと同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■投稿の際の注意点

著者の都合により投稿論文を取り下げる場合は、理由を添えて編集委員長宛に願い出てください。取り下げた後、修正版を新規論文として投稿できますが、その機会は1回に限ります。再投稿時に、取下げ論文の論文IDをカバーレターに明記してください。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel, PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

<https://www.jsnr.or.jp/contribution/docs/checklist.pdf>の中の英文抄録は250ワード以内

8. 利益相反自己申告書

研究の成果のバイアスがかかっているかを判断する材料となるよう利益相反（Conflict of Interest：COI）の開示が必要である。著者全員が研究内容に関する企業・組織または団体との利益相反状態について、利益相反自己申告書を記載し署名の上スキャンし、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

10. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」となった論文の再投稿は認めない。「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てを1回に限ることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

11. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

12. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

13. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 16) 平成30年11月23日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 18) 令和2年11月29日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会 (American Psychological Association, APA) が発行している『Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)』(2020) に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。論文に必要不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。
Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること (可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい)
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する (「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること)。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「, (全角コンマ)」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。(全角句点)」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例] 「さらに…」 「ただし…」 「および…」 「または…」 「すぐに…」 「ときどき…」 「…すること」 「…したとき」 「…ている」
- 4) 本文や図表中 (文献は除く) で用いられる数字 (「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く) および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文 (例: A施設, B氏, 方法X, など) の場合は全角文字とする。また、量記号 (サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号) に対しては、欧文書体のイタリック体 (斜体) を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
 - 第2階層：Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ. ……………：中央揃え
 - 第3階層：A. B. C. ……………：左端揃え
 - 第4階層：1. 2. 3. ……………：左端揃え
 - 第5階層：a. b. c. ……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる
 - 第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる
 - 第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる
- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」, 「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均 (標準偏差)	信頼区間	数	平均 (標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05 (.08)	[.02, .11]	18	.14 (.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05 (.07)	[.02, .10]	12	.17 (.15)	[.08, .28]
高度	16	.11 (.10)	[.07, .17]	14	.28 (.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線かわりに十分な空白を置く。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり（漢字、仮名遣いを一部変更）。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき(本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など)はこの限りではない。

— 例 —

- 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 著者が6名以上の場合、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

- 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

- 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものととの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地：出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪：研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地：出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京：医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に编者 (監修者) が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地：出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学Ⅱ (pp.123-146). 東京：研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

— 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)

- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない学術論文
 - 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍
 - ・DOIがある書籍
 - 著者名 (出版年). 書籍名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
 - ・DOIのない書籍
 - 著者名 (出版年). 書籍名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍の1章または一部
 - ・DOIがある書籍
 - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
 - ・DOIのない書籍
 - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆Webサイト, Webページ
 - 著者名 (投稿・掲載の年月日). Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆shortDOI, 短縮URL
 - DOI, URLが長かったり, 複雑な場合は, shortDOI, 短縮URLを用いる。

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から, 自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果, 希望する種別では不採用となったり, 採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード (5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること), 本文枚数, 図枚数 (用紙1枚につき1つ), 表枚数 (用紙1枚につき1つ), 写真点数 (用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける), 著者氏名 (著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所 (連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス)を入力する。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は250ワード以内とする。構造化された形式とし, Objective, Methods, Results, Conclusionsの見出しをつける。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック (英語を母国語とする人によるチェック) の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。構造化された形式とし, 目的, 方法, 結果, 結論の見出しをつける。

10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を下記の例を参考に、「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

《利益相反のある場合》

(和文)

- 本研究は資金の提供を [企業名] から受けた。
- [該当する著者名] らは, [企業名] から報酬を受領している。
- 本研究は, [該当する著者名] が所属する [企業名] の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by [企業名].
- XXX, YYY, and ZZZ [該当する著者名] received honorarium from [企業名].
- AAA, BBB, and CCC [該当する著者名] are employees of [企業名].

《利益相反のない場合》

(和文)

- なお, 本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

国や自治体から受けた研究費(科学研究費補助金, 厚生労働科学研究費補助金など)は, 利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は, 「研究助成情報」として記載する。

11. 著者貢献度

著者貢献度 (Author Contributions) について, 著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

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

12. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字, 英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには, タイトル, 発表者氏名・所属, 図表, 引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は, 通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁, 大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は, 掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は, 所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書, 音声, 高解像度画像, 動画などのファイルで, 著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば, 開発した尺度のpdfファイル, データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお, これらのファイルには, コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて, ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル (Supplementary Files)」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は, 合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナル Journal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 15) 令和元年12月15日 一部改正実施する。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年11月29日 一部改正実施する。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等, 全ての論文について原稿種類別, 巻号別, 掲載順にまとめた。

著者名: 標題, 英文標題, 巻 (号), 掲載頁, 発行年 (西暦), の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等, 全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ, 該当する掲載論文の巻 (号), 掲載開始頁の順に示した。なお, 筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに, その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順, 次に欧文をアルファベット順に並べ, 該当する掲載論文の巻 (号), 掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第46巻

[原著]

橋本晴美, 今井洋子, 本多昌子, 京田亜由美, 藤本桂子, 神田清子: がん患者の呼吸困難感に影響する要因, Factors Affecting the Perception of Dyspnea in Patients with Cancer, 46(2), 153-164, 2023.

姫野雄太, 北池 正, 池崎澄江: 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, Validation of a Perioperative Outpatient Care Guide Focused on Preoperative Anxiety and Preoperative Management, 46(2), 165-175, 2023.

森嶋道子, 久米弥寿子: 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, Professional Identity Elements of Staff Nurses Working in Medium-Sized Regional Hospitals and Pursuing Long-Term Career Continuation, 46(2), 177-188, 2023.

中山登志子, 舟島なをみ: 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, A Conceptualization of the Experiences of Nursing Faculty who Supervise Master's Thesis Research in Graduate Nursing Programs, 46(2), 189-199, 2023.

佐藤幸子, 塩飽 仁, 今田志保, 種吉啓子, 今 陽子: 小児看護専門看護師が子どもの意思決定を支援するプロセス, Pediatric Certified Nurse Specialist's Decision-Making Processes in Supporting Children, 46(4), 635-645, 2023.

山田恭子, 辻久美子, 内海みよ子: 看護師の職業的アイデンティティとソーシャルサポートを含めた組織風土との関連, Relationship between the Formation of The Professional Identity of Nurses and Organizational Climate, 46(5), 733-742, 2024.

舞弓京子, 福浦善友: 精神科における患者の退院に関する意思決定支援の課題: ピアサポーターの面接調査から, Supported Decision-Making for Psychiatric Discharge: From an Interview with Peer Supporters, 46(5), 743-754, 2024.

山本幸子, 田中マキ子: 看護専門学校生の首尾一貫感覚の経年変化と看護教育との関係 第1報: 首尾一貫感覚に及ぼす性格特性とストレス対処方略の影響, Yearly Changes in the Sense of Coherence of Nursing School Students in Relation to Nursing Education: First Report: Effects of Personality Traits and Stress-Coping Strategies on Sense of Coherence, 46(5), 755-765, 2024.

川口賀津子, 鳩野洋子: 看護師経験5年以上のジェネラリスト看護師におけるキャリア・プラトーの類型化とその特徴, Categorizing of Career Plateau and Their Characteristics in Generalist Nurses with at Least Five Years of Nursing Experience, 46(5), 767-776, 2024.

熊倉良太, 稲垣美智子, 多崎恵子, 松井希代子, 堀口智美: 高齢血液透析患者が運動実施に至るプロセス, Exercise Process for Elderly Patients Undergoing Hemodialysis, 46(5), 777-789, 2024.

飯倉 涼, 恩幣宏美: 新人看護職員が看護基礎教育で経験したことがない看護実践に対する困難を乗り越えるプロセス, Overcoming Difficulties in Nursing Practice Never Experienced by New Nursing Staff in Basic Nursing Education, 46(5), 791-798, 2024.

高橋 衣, 久保善子, 遠藤里子: 子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践尺度改訂版の開発: 信頼性・妥当性の検証, Development of the Ability Scales Regarding Child Advocacy for Pediatric Nurses Revised Edition: Analysis of its Reliability

[研究報告]

岡田紗羅, 加藤真紀, 竹田裕子, 原 祥子: 末期心不全の後期高齢患者に対する認定看護師の緩和ケア実践, Certified Nurses' Practice of Palliative Care for Later-Stage Elderly Patients with End-Stage Heart Failure, 46(1), 9-19, 2023.

菊地麻里, 佐々木真紀子: 病院に勤務する助産師のキャリアデザインとその影響要因, Career Design of Midwives and the Relationship between Factors Affecting This in Hospitals, 46(1), 21-31, 2023.

岩崎優子, 山崎不二子: 統合失調症者の地域生活支援として訪問看護師が行う休息入院へのかかわり, Involvement of Home Healthcare Nurses in Respite Hospitalization as a Form of Community Living Support for Clients with Schizophrenia, 46(1), 33-42, 2023.

近藤由香, 上山真美, 塚越徳子, 堀美佐子: 在宅療養中の認知症高齢者の主介護者に対する呼吸法による睡眠の質改善の基礎的評価, Evaluation of sleep quality improvement using breathing technique for primary caregivers of older adults with dementia who are undergoing home care, 46(1), 43-53, 2023.

松本有希: 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, Factors and Structure Associated with Nurses' Clinical Judgments Regarding Patients with Postoperative Pain, 46(2), 201-211, 2023.

松本亜矢子, 堀口智美: 新型コロナウイルス感染症重症患者を亡くした家族の体験, Experiences of the family members of the victims of severe coronavirus disease (COVID-19), 46(4), 621-631, 2023.

永田絵理香, 佐野元洋, 眞嶋朋子: 慢性心不全患者に対する慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援, Decision-Making Practices for Patients with Chronic Heart Failure by Certified Nurses for Chronic Heart Failure, 46(4), 647-655, 2023.

赤羽根章子, 部谷知佐恵, 岡田摩理, 叶谷由佳, 遠渡絹代, 市川百香里, 濱田裕子, 泊 祐子: 2018年時点の全国の訪問看護ステーションにおける小児の訪問看護の実態からみた課題, Problems Related to the Status of Home-Visit Nursing Care for Children at Visiting Nursing Stations in Japan in 2018, 46(4), 657-670, 2023.

近藤考朗, 稲垣美智子, 多崎恵子, 堀口智美: インスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族のモニタリング力, Monitoring Capabilities of Patients' Families to Support Elderly Diabetes Patients Undergoing Insulin Therapy, 46(4), 671-681, 2023.

福重真美, 松本智晴, 前田ひとみ: 不織布マスクとN95マスクが音圧レベルと摩擦音の聞き取りに及ぼす影響, Effect of Surgical and N95 Masks on Sound Pressure Level and Listening Comprehension of Fricative Sounds, 46(5), 719-729, 2024.

福田知恵, 重松由佳子: 生活習慣病予防健診受診者の運動の動機づけに影響を与える要因の一考察, Investigating Factors That can Affect Motivation for Exercising in Adults Undertaking Lifestyle-related Diseases Prevention Medical Examinations, 46(5), 813-823, 2024.

濱野初恵: 血液透析患者における災害時の自助行動促進のための要素検討: 防災意識と防災リテラシー, 災害自己効力感および防災行動との関連性, Examination of Factors Promoting Self-help Behavior during Disasters among Hemodialysis Patients: Relationship between Disaster Awareness, Disaster Literacy, Disaster Self-Efficacy, and Disaster Prevention Behavior in Hemodialysis

Patients, 46(5), 825-837, 2024.

山田春奈, 古賀明美, 川久保愛, 武富由美子: プレホスピタルケアに従事する看護師の首尾一貫感覚と多職種連携の実践能力との関連, Relationship Between the Sense of Coherence of Nurses Engaged in Pre-hospital Care and Their Interprofessional Collaborative Competency, 46(5), 839-847, 2024.

西田紀子, 植木慎悟, 藤田優一: 小児アレルギーエデュケーターが認識する重症食物アレルギー児の幼児後期における心理社会的問題と支援, Psychosocial Issues Faced by Preschool-Aged Children with Severe Food Allergies and the Support They Need: Pediatric Allergy Educators' Perceptions, 46(5), 849-860, 2024.

[総説]

那須明美: 日本の出生前診断における胎児異常の障がい受容過程での思いと支援に関する文献検討, Literature Review on the Thoughts and Concepts of Support in Japan Regarding the Acceptance of Fetal Abnormality Found in Prenatal Diagnosis, 46(1), 55-61, 2023.

本谷久美子, 荒木田美香子: 看護学教師の病態教授活動に関する海外文献レビュー, Review of International Literature on Pathophysiology Teaching Activities Among Nursing Faculty, 46(1), 63-72, 2023.

[資料・その他]

勝野絵梨奈: 学士課程卒業時に求められる感染看護に関するコンピテンシーの抽出: 看護系大学の感染看護に関する教育の現状に焦点をあてた全国調査, Competencies for Infection Nursing in Undergraduate Studies: A Survey on Infection Education in Nursing Programs in Japan, 46(1), 73-82, 2023.

加藤まり, 門間晶子: 対人支援領域における「ダイアログ」の成果と課題: 国内文献の推移と概要の検討, Achievements and Challenges of "Dialogue" in the Field of Interpersonal Support: A Review of Domestic Literature and Overview, 46(1), 83-98, 2023.

関 恵子, 伊丹君和, 米田照美: 看護師の腰痛に関する文献検討と腰痛予防・改善に向けた今後の課題, Literature Review on Lower Back Pain Among Nurses and Future Issues for Prevention and Relief, 46(1), 99-114, 2023.

青木恵美子, 荒木田美香子, 松田有子: 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, Examination of Facilitation Skills Required for Nursing Teachers to Engage in Nursing Exercises in Basic Education Programs, 46(2), 213-227, 2023.

大谷美樹: 進行がん患者のSelf-perceived burdenへの対処方略に関する実態調査研究, Survey Regarding Coping Strategies for Self-Perceived Burden among Patients with Advanced Cancer, 46(4), 683-691, 2023.

佐々木真紀子, 菊地由紀子, 工藤由紀子, 長谷部真木子, 杉山令子: 日本の病院に勤務する看護職のアレルギーと職場の健康管理, Actual Situation and Management of Allergies among Nurses Working in Hospitals in Japan, 46(4), 693-702, 2023.

2. 著者索引

- あ**
 青木 恵美子 46(2) 213
 赤羽根 章子 46(4) 657
 荒木田 美香子 46(1) 63, 46(2) 213
- い**
 飯倉 涼 46(5) 791
 池崎 澄江 46(2) 165
 伊丹 君和 46(1) 99
 市川 百香里 46(4) 657
 稲垣 美智子 46(4) 671, 46(5) 777
 今井 洋子 46(2) 153
 岩崎 優子 46(1) 33
- う**
 植木 慎悟 46(5) 849
 内海 みよ子 46(5) 733
- え**
 遠渡 絹代 46(4) 657
 遠藤 里子 46(5) 799
- お**
 大塚 美樹 46(4) 683
 岡田 紗羅 46(1) 9
 岡田 摩理 46(4) 657
 恩幣 宏美 46(5) 791
- か**
 勝野 絵梨奈 46(1) 73
 加藤 真紀 46(1) 9
 加藤 まり 46(1) 83
 門間 晶子 46(1) 83
 叶谷 由佳 46(4) 657
 上山 真美 46(1) 43
 川口 賀津子 46(5) 767
 川久保 愛 46(5) 839
 神田 清子 46(2) 153
- き**
 菊地 麻里 46(1) 21
 菊地 由紀子 46(4) 693
 北池 正 46(2) 165
 京田 亜由美 46(2) 153
- く**
 工藤 由紀子 46(4) 693
 久保 善子 46(5) 799
 熊倉 良太 46(5) 777
 久米 弥寿子 46(2) 177
- こ**
 古賀 明美 46(5) 839
 近藤 考朗 46(4) 671
 近藤 由香 46(1) 43
 今 陽子 46(4) 635
 今田 志保 46(4) 635
- さ**
 佐々木 真紀子 46(1) 21, 46(4) 693
 佐藤 幸子 46(4) 635
 佐野 元洋 46(4) 647
- し**
 重松 由佳子 46(5) 813
 塩 飽 仁 46(4) 635
- す**
 杉山 令子 46(4) 693
- せ**
 関 恵子 46(1) 99
- た**
 高橋 衣 46(5) 799
 竹田 裕子 46(1) 9
 武富 由美子 46(5) 839
 多崎 恵子 46(4) 671, 46(5) 777
- 田中 マキ子 46(5) 755
 種吉 啓子 46(4) 635
- つ**
 塚越 徳子 46(1) 43
 辻 久美子 46(5) 733
- と**
 泊 祐子 46(4) 657
 部谷 知佐恵 46(4) 657
- な**
 永田 絵理香 46(4) 647
 中山 登志子 46(2) 189
 那須 明美 46(1) 55
- に**
 西田 紀子 46(5) 849
- は**
 橋本 晴美 46(2) 153
 長谷部 真木子 46(4) 693
 鳩野 洋子 46(5) 767
 濱田 裕子 46(4) 657
 濱野 初恵 46(5) 825
 原 祥子 46(1) 9
- ひ**
 姫野 雄太 46(2) 165
- ふ**
 福浦 善友 46(5) 743
 福重 真美 46(5) 719
 福田 知恵 46(5) 813
 藤田 優一 46(5) 849
 藤本 桂子 46(2) 153
 舟島 なをみ 46(2) 189

ほ

- 堀 口 智 美 46(4) 621, 46(4) 671
46(5) 777
堀 美佐子 46(1) 43
本 多 昌 子 46(2) 153

ま

- 前 田 ひとみ 46(5) 719
眞 嶋 朋 子 46(4) 647
松 井 希代子 46(5) 777
松 田 有 子 46(2) 213
松 本 亜矢子 46(4) 621
松 本 智 晴 46(5) 719
松 本 有 希 46(2) 201
舞 弓 京 子 46(5) 743

も

- 本 谷 久美子 46(1) 63
森 嶋 道 子 46(2) 177

や

- 山 崎 不二子 46(1) 33
山 田 恭 子 46(5) 733
山 田 春 奈 46(5) 839
山 本 幸 子 46(5) 755

よ

- 米 田 照 美 46(1) 99

3. 事 項 索 引

あ		キャリアデザイン	46(1)	21		
アセスメント	46(2)	153	キャリア・プラトール	46(5)	767	
アドバンス・ケア・プランニング (ACP)	46(4)	647	休息入院	46(1)	33	
アレルギー	46(4)	693	教授活動	46(1)	63	
い		く				
意思決定	46(4)	635, 46(4)	647	クラスター分析	46(5)	767
意思決定支援	46(5)	743				
インスリン療法	46(4)	671	け			
う			ケアガイド	46(2)	165	
運動	46(5)	777, 46(5)	813	経験	46(2)	189
え			血液透析	46(5)	777, 46(5)	825
影響要因	46(2)	153	研究指導	46(2)	189	
演習	46(2)	213	健康	46(4)	693	
お			こ			
横断調査	46(5)	825	後期高齢患者	46(1)	9	
か			高齢者	46(4)	671, 46(5)	777
階層プラトール	46(5)	767	呼吸困難感	46(2)	153	
学士課程	46(1)	73	呼吸法	46(1)	43	
家族	46(4)	621, 46(4)	671	子ども	46(4)	635
家族介護者	46(4)	683	子どもの権利擁護	46(5)	799	
過敏症-食品性	46(5)	849	コミュニケーション	46(5)	719	
がん	46(2)	153	困難	46(5)	791	
関係性	46(1)	83	コンピテンシー	46(1)	73	
看護学教員	46(2)	189, 46(2)	213	さ		
看護学教師	46(1)	63	災害看護	46(5)	825	
看護教育	46(5)	755	災害対策	46(5)	825	
看護系大学院修士課程	46(2)	189	し			
看護師	46(1)	99, 46(5)	733	ジェネラリスト看護師	46(5)	767
看護実践	46(5)	791	支援	46(4)	635	
看護職	46(4)	693	自覚的負担感	46(4)	683	
看護専門学校生	46(5)	755	自己効力感	46(5)	825	
感染看護	46(1)	73	仕事意欲	46(1)	21	
管理	46(4)	693	仕事満足感	46(1)	21	
緩和ケア実践	46(1)	9	死別	46(4)	621	
き			尺度開発	46(5)	799	
聞き取り	46(5)	719	周術期看護	46(2)	201	
			重症患者	46(4)	621	
			修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	46(5)	743, 46(5)	777

主介護者	46(1)	43	ち		
主観的評価	46(2)	153	地域生活	46(1)	33
手術看護	46(2)	165	チーム医療	46(5)	839
術後痛	46(2)	201			
出生前診断	46(1)	55	と		
術前管理	46(2)	165	動機づけ	46(5)	813
術前不安	46(2)	165	統合失調症者	46(1)	33
首尾一貫感覚	46(5)	755, 46(5) 839	糖尿病	46(4)	671
順序ロジスティック回帰分析	46(1)	21			
障がい受容	46(1)	55	な		
小児看護	46(5)	799	内容プラトール	46(5)	767
小児看護専門看護師	46(4)	635			
小児訪問看護	46(4)	657	に		
小児訪問看護ステーション	46(4)	657	認知	46(5)	777
職業性ストレス	46(5)	839	認知症高齢者	46(1)	43
職業的アイデンティティ	46(2)	177, 46(5) 733	認定看護師	46(1)	9, 46(4) 647
職場	46(4)	693			
職務継続	46(2)	177	の		
助産師	46(1)	21	乗り越える	46(5)	791
新型コロナウイルス感染症	46(4)	621, 46(5) 719			
新人看護職員	46(5)	791	は		
心不全	46(4)	647	判断	46(2)	201
す			ひ		
スタッフナース	46(2)	177	ピアサポーター	46(5)	743
ストレス対処	46(5)	755	病態	46(1)	63
せ			ふ		
生活習慣病	46(5)	813	ファシリテーションスキル	46(2)	213
成果と課題	46(1)	83	プレホスピタルケア	46(5)	839
精神看護	46(5)	743	プロセス	46(4) 635, 46(5) 791	
全国調査	46(1)	73	文献研究	46(1)	63
			文献検討	46(1)	55
そ			ほ		
ソーシャルサポート	46(5)	733	訪問看護	46(4)	657
組織風土	46(5)	733	訪問看護師	46(1)	33
			訪問看護ステーション	46(4)	657
			保健指導	46(5)	813
た			ま		
ダイアローグ	46(1)	83	摩擦音	46(5)	719
退院	46(5)	743	マスク	46(5)	719
体験	46(4)	621	末期心不全	46(1)	9
胎児異常	46(1)	55			
対処	46(4)	683			
対人支援領域	46(1)	83			

も

モニタリング力 46(4) 671

よ

幼児 46(5) 849

腰痛 46(1) 99

り

リラクセーション 46(1) 43

mask	46(5) 719	process	46(4) 635, 46(5) 791
master's programs in nursing	46(2) 189	professional identity	46(2) 177, 46(5) 733
midwife	46(1) 21	Psychiatric Nursing	46(5) 743
Modified Grounded Theory Approach	46(5) 743, 46(5) 777		
Monitoring Capabilities	46(4) 671	R	
motivation	46(5) 813	Relationship	46(1) 83
multidisciplinary care team	46(5) 839	relaxation	46(1) 43
		research supervision	46(2) 189
N		respite hospitalization	46(1) 33
national survey	46(1) 73		
new nursing staff	46(5) 791	S	
nurse	46(4) 693, 46(5) 733	scale development	46(5) 799
Nurses	46(1) 99	self-efficacy	46(5) 825
nursing education	46(5) 755	self-perceived burden	46(4) 683
Nursing faculty	46(1) 63	sense of coherence	46(5) 755, 46(5) 839
nursing faculty	46(2) 189	severe patient	46(4) 621
nursing practice	46(5) 791	social support	46(5) 733
nursing school student	46(5) 755	staff nurse	46(2) 177
Nursing teacher	46(2) 213	stress coping	46(5) 755
		Subjective evaluation	46(2) 153
O		support	46(4) 635
occupational stress	46(5) 839	Supported Decision Making	46(5) 743
older adults with dementia	46(1) 43		
operative nursing	46(2) 165	T	
organizational climate	46(5) 733	Teaching Activities	46(1) 63
overcoming	46(5) 791	the elderly	46(4) 671
		the ordinal logistic regression analysis	46(1) 21
P			
palliative care practice	46(1) 9	U	
Pathophysiology	46(1) 63	undergraduate studies	46(1) 73
pediatric certified nurse specialist	46(4) 635		
pediatric home nursing	46(4) 657	V	
pediatric nursing	46(5) 799	visiting nursing station	46(4) 657
Peer Supporters	46(5) 743	visiting nursing station with pediatric users	46(4) 657
Perception	46(5) 777		
perioperative nursing	46(2) 201	W	
physical activity	46(5) 813	work motivation	46(1) 21
postoperative pain	46(2) 201	work satisfaction	46(1) 21
pre-hospital care	46(5) 839	workplace	46(4) 693
Prenatal Diagnosis	46(1) 55		
preoperative anxiety	46(2) 165		
preoperative management	46(2) 165		
Preschool-aged Children	46(5) 849		
primary caregivers	46(1) 43		

英文オープンアクセスジャーナル!

第7報

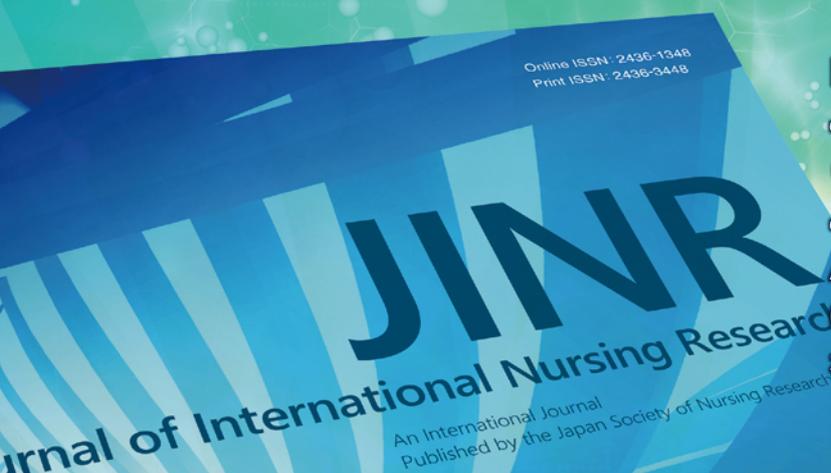
論文
受付中

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. 2024年度会費納入のお願い

2023年12月に2024年度会費納入のお願いをお送りいたしました。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。また、学生会員への会員種別変更をご希望の方は申し出ください。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず**会員番号**をご記入ください。また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。年会費は、オンラインクレジット決済でもご納入が可能です。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・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3982-2030 FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第46巻 第5号

無料配布

2024年1月20日 印刷

2024年1月20日 発行

編集委員

委員長 佐伯 由香 (理事) 愛媛大学大学院医学系研究科
委員 會田 信子 (会員) 信州大学学術研究院保健学系
伊丹 君和 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
佐々木新介 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
高井ゆかり (会員) 群馬県立県民健康科学大学看護学部
名越 恵美 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
武用 百子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科
法橋 尚宏 (理事) 神戸大学大学院保健学研究科
本田可奈子 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
松田 光信 (会員) 大阪公立大学大学院看護学研究科
水野恵理子 (会員) 順天堂大学大学院医療看護学研究科
光木 幸子 (会員) 同志社女子大学大学院看護学研究科
(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3982-2030 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<https://www.jsnr.or.jp/>

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 浅野 みどり

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

