

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 47 Number 1 April 2024 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第47巻 第1号]

目 次

第49回一般社団法人日本看護研究学会学術集会講演記事

会長講演

看護の可能性の探究	3
横浜市立大学医学部看護学科老年看護学 教授 叶 谷 由 佳	

特別講演

看護理論創出に向けた研究	8
日本赤十字看護大学 名誉教授 筒 井 真優美	

基調講演

生活モデル化における看護職	12
法政大学社会学部 三 井 さ よ	

教育講演 1

多分野融合の鍵となる看護研究	19
医療創生大学国際看護学部 川 口 孝 泰	

教育講演 2

看護学と工学の接点から展開される教育と事業 — 人間工学の教育と看工連携事業の展開 —	24
三重県立看護大学 齋 藤 真	

研究方法セミナー 3

GIS研究初めの一步	29
横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻 金 子 惇 株式会社東京地図研究社 竹 下 健 一	

シンポジウム 1

Society4.0から5.0への教育デザインの転換：コンピテンシー基盤型教育の学修成果・ 看護実践・看護成果が示す教育と評価のスキーム	31
東京医療保健大学医療保健学部看護学科・大学院医療保健学研究科 准教授 (兼任) 学長戦略本部教学マネジメント・DX推進プロジェクトチーム サブリーダー (兼任) 総合研究所教育DX研究ユニット 副ユニット長 西 村 礼 子	
DXによる看護学教育の革新：映像技術、VR技術、CG、AIの最新動向と今後の展望	36
聖隷クリストファー大学 小 池 武 嗣	
看護学教育におけるバーチャルシミュレーションの活用	37
名古屋市立大学院看護学研究科 益 田 美津美	

仮想空間「メタバース」を活用した看護学教育の未来	39
京都橘大学看護学部大学院看護学研究科 野 島 敬 祐	
シンポジウム 2	
術後痛管理における周麻酔期看護師の活動と課題	41
信州大学医学部附属病院周麻酔期看護師 澤 渡 佑 子	
周麻酔期看護師による医療安全への貢献：大量出血アルゴリズムの作成とその効果	43
鳥取大学医学部附属病院手術部 周 藤 美沙子	
シンポジウム 3	
「患者（対象者）を知ること」への探究	45
清泉女学院大学大学院看護学研究科 教授 宮 林 郁 子	
シンポジウム 4	
DX化の中でのリアル看護	47
湘南医療大学保健医療学部看護学科 山 勢 善 江	
《研究論文》	
一 原 著 一	
看護師の自己教育力と他者からの支援との関連	51
清泉女学院大学看護学部看護学科 塩 入 久仁子	
信州大学医学部保健学科 山 口 大 輔	
信州大学医学部保健学科 松 永 保 子	
がんゲノム医療を受ける患者の看護と看護師の死生観との関連	61
近畿大学病院 林 真紀子	
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 山 田 忍	
日本の看護における「ソーシャルスキル」の概念分析	73
大阪医科薬科大学大学院看護学研究科 森 つばさ	
卒後2～3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでのプロセス	85
下関市立大学新学部設置準備室 河 本 乃 里	
山口県立大学看護栄養学部 田 中 マキ子	
近距離から通う別居介護者への訪問看護師による支援の特徴	97
人間環境大学看護学部 山 根 友 絵	
日本赤十字豊田看護大学看護学部 百 瀬 由美子	
一 研究報告 一	
在日中国人看護師のソーシャルスキルと職場への適応との関連性	107
大阪医科薬科大学大学院看護学研究科 森 つばさ	

中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難	119
京都府立医科大学医学部看護学科	山本裕子
前京都府立医科大学医学部看護学科	岩脇陽子
京都府立医科大学医学部看護学科	室田昌子
京都府立医科大学附属病院循環器センター	木下涼子
— 総 説 —	
脳卒中患者の退院支援と再入院率に関する国外文献レビュー	131
四国大学看護学部看護学科	矢野英樹
岡山大学大学院保健学研究科	齋藤信也
— 資料・その他 —	
日本看護研究学会会員の国際活動の実態と国際活動推進委員会へのニーズ	143
日本看護研究学会国際活動推進委員会	中本五鈴
日本看護研究学会国際活動推進委員会2019-2021年委員長	岡美智代
日本看護研究学会国際活動推進委員会	若村智子
日本看護研究学会国際活動推進委員会	中平みわ
精神障害者の病の意味に関する文献検討	149
目白大学看護学部看護学科精神看護学	栗原淳子
医療創生大学看護学部看護学科成人看護学	中林誠

CONTENTS

《Research papers》

Original Article

- Relationship between Self-Directed Learning of Nurses and Support from Others 51
Seisen Jogakuin College, Nagano, Japan : Kuniko Shioiri, MSN, RN
School of Health Sciences, Shinshu University, Nagano, Japan : Daisuke Yamaguchi, PhD, RN
School of Health Sciences, Shinshu University, Nagano, Japan : Yasuko Matsunaga, PhD, RN
- Relationship between Nursing Care for Patients Receiving Cancer Genome Medicine and
Nurses' Views of Life and Death 61
Kindai University Hospital, Osaka, Japan : Makiko Hayashi, MD, RN, CNS
Wakayama Medical University Graduate School of Health and Nursing Science,
Wakayama, Japan : Shinobu Yamada, PhD, RN, CNS
- A Concept Analysis of the Social Skills Required by Nurses in Japan 73
Graduate School of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University, Osaka, Japan : Tsubasa Mori, MSN, RN
- Process from Employment to the Decision to Leave among Nurses who Left their First Workplace
in the 2-3 Years after Graduation 85
Shimonoseki City University, Yamaguchi, Japan : Nori Kawamoto, PhD, RN
Yamaguchi Prefectural University, Yamaguchi, Japan : Makiko Tanaka, PhD, RN
- Characteristics of Support Provided by Visiting Nurses to Caregivers who Live Apart from the Care Recipient
and Commute from a Short Distance to Provide Care 97
University of Human Environments, School of Nursing, Aichi, Japan : Tomoe Yamane, PhD, RN, PHN
Japanese Red Cross Toyota College of Nursing, School of Nursing, Aichi, Japan : Yumiko Momose, PhD, RN
- Research Report
- Correlation between Social Skills and Cross-cultural Adjustment of Chinese Nurses in Japan 107
Graduate School of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University, Osaka, Japan : Tsubasa Mori, MSN, RN
- Difficulties in Self-Management among Late Middle-Aged and Older Adult Patients
with Chronic Heart Failure 119
School of Nursing for Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan : Hiroko Yamamoto, MSN, RN
Formerly, School of Nursing for Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan : Yoko Iwawaki, PhD, RN
School of Nursing for Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan : Masako Murota, PhD, RN
University Hospital, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan : Ryoko Kinoshita, RN

General Remark

Review of Foreign Literature on Discharge Planning for Stroke Patients and Readmission Rates	131
Faculty of Nursing, Shikoku University, Tokushima, Japan : Hideki Yano, MSN, RN	
Graduate School of Health Sciences, Okayama University, Okayama, Japan : Shinya Saito, MD, PhD	

Material and Others

International Activities and Support Required from the International Activities Promotion Committee among Members of the Japan Society of Nursing Research	143
International Activity Promotion Committee, Japan Society of Nursing Research,	
Tokyo, Japan : Isuzu Nakamoto, PhD, RN, PHN	
International Activity Promotion Committee Chairperson (2019-2021),	
Japan Society of Nursing Research, Tokyo, Japan : Michiyo Oka, PhD, RN	
International Activity Promotion Committee, Japan Society of Nursing Research,	
Tokyo, Japan : Tomoko Wakamura, PhD, RN, PHN	
International Activity Promotion Committee, Japan Society of Nursing Research,	
Tokyo, Japan : Miwa Nakahira, RN,	
GradDip (Geront Nrs), MN (Hons)	

Significance of Illness in Mental Health:

A Literature Review	149
Mejiro University, Saitama, Japan : Junko Kurihara, MSN	
Iryo Sosei University, Fukushima, Japan : Makoto Nakabayashi, PhD	

第 49 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2023年8月19日(土), 20日(日)

学術集会会長 叶谷由佳

オンライン開催

注) 掲載に賛同し, 入稿された原稿に限定して掲載しています。

◆会長講演◆

看護の可能性の探究

横浜市立大学医学部看護学科老年看護学 教授 叶 谷 由 佳

学術集会テーマでもある看護の可能性の探究について会長講演をさせていただきます。

1. 看護の歴史を振り返って

看護を考えるうえで、歴史に着目してみました。看護の歴史は非常に長いので、近代的看護の創始者であるナイチンゲールの実績から振り返ってみたいと思います。

1) ナイチンゲールが成し得た実績

ナイチンゲールは多くの実績を残しました。教科書(看護史研究会, 1997)に掲載されていた実績の1点目は、看護とは何かを明らかにし、看護の独自性を明確にしたことです。2点目は看護を職業として確立しました。3点目は看護教育を確立しました。4点目は地域看護のシステムを創設しました。5点目は看護の評価に鶏頭図を活用しました。6点目は看護婦労働の正当な評価を主張しました。7点目は社会改革(軍病院の衛生環境の改善, 貧民階層への看護水準向上)へ尽力しました。8点目は病院建築改善につとめ、看護管理の考え方を確立しました。9点目は女性の地位向上に貢献しました。このように、多くの実績をなしたナイチンゲールですが、なぜこのような貢献ができたのでしょうか。

私なりに考えた背景ですが、ナイチンゲールは幼少期よりギリシャ語, ラテン語, 歴史, 哲学, 心理学, 憲法史, 数学などの幅広い教育を受け、高い教養を身に付けていました。また、31歳にカイゼルスウェルト学園で看護を学び、学問として看護を学ぶ基礎ができていたと思います。さらに、1854年クリミア戦禍の野戦病院での実践を行っており、現場で起こっていることについて直視しています。

これらより、ナイチンゲールは幅広い教養と学問の基盤を有していたこと、また現場での実践経験があったことから多くの実績に結びついたのではないかと考えます。

このように、ナイチンゲールは自身が身に付けた教養や学問をもとに看護を発展させましたが、ナイチンゲールの実績もまた、学問の基礎に貢献したと考えます。例えば、さきほど述べた1点目の実績は看護理論の基礎となり、2点目は看護学そのものの発展の基礎となり、3点目は看護教育学の基盤になったと考えます。4点目の地域看護のシステムを創設したことは地域看護学、5点目の看護の評価

に鶏頭図を活用したことは統計学、6点目の看護婦労働の正当な評価を主張したことは看護政策学、7点目の社会改革へ尽力したことは衛生学、環境学、社会学、8点目の病院建築改善につとめ看護管理の考え方を確立したことは建築学、看護管理学、9点目の女性の地位向上に貢献したことは社会学の発展に貢献したのではないかと考えます。

2) 日本の看護体制に影響を与えた歴史

1945年に第二次世界大戦が終結し、日本は敗戦しました。そのため、1945年に連合国軍最高司令官総司令部(GHQ)が日本に設置され、戦後改革に着手しました。その一環として公衆衛生福祉局がおかれ、そこにサムス大佐、同局看護課にオルト少佐が配属されました。この看護課が看護についての改革を行いました。具体的には看護教育のレベルアップ、総婦長制度の確立、中央給食、清掃部の設立、看護婦の三交替実施など、労働条件の改善、看護記録の実施などの改革が行われました。また、1948年に保健婦助産婦看護婦法(以後、保助看法)が制定されました。この中で看護婦は、傷病者もしくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うものと定義されました。この当時、看護婦は甲種と乙種の2種類が定義され、甲種看護婦は高卒という当時の女子教育としては高学歴に設定されました。乙種看護婦は診療の補助はできても、急性かつ重症の傷病者やじょく婦の療養上の世話には従事できないという制約がありました。保健婦は名称独占、看護婦助産婦は業務独占であることが規定されました。この年に医師法も制定され、1951年にGHQが解散しました。

1951年に保助看法の一部改正がなされ、甲種・乙種の看護婦が廃止され、准看護婦制度が創設されました。また、看護婦と准看護婦のできる業務の差がなくなりました。この法律が、一部改正はされてきたものの、現在の保助看法の基盤となっています。

3) 医療職を規定する法律について

1951年に診療放射線技師法、1958年に臨床検査技師等に関する法律、1965年に理学療法士及び作業療法士法、1971年に視能訓練士法、1987年に社会福祉士及び介護福祉士法が制定されています。介護福祉士は医療職ではありませんが看護職の業務と重複する部分があるので、ここで取り上

げています。また、1987年には臨床工学士法、1991年に救急救命士法、1997年に言語聴覚士法が制定されています。これらはすべて保助看法より後に制定されています。そのため、看護師の業務独占である診療の補助業務を他の医療職が行うにあたり、保助看法の規定から除外されるという条文が必ず存在します。介護福祉士も喀痰吸引等を行う際に保助看法の規定から除外されるということが条文に書かれています。

診療放射師法については、ガンマ線を扱う業務は独占とされていますが、それ以外の職種については、看護職が行えない業務は規定されていません。

そのため、看護師は診療放射線技師の業務独占として規定されている業務以外の他の医療職が行う業務を行っても法律違反とされず、包括的に業務が行える職種であるという関係になります。

それを図式化したものが図1となります。医師が行う医行為についても医師が行わなければならない絶対的医行為はありますが、看護師は医師の指示があれば、診療の補助業務という相対的医行為ができます。

2. 看護の専門性

これらを踏まえますと、看護の特徴つまり専門性は‘人の生きる（いのちとくらし）’を長きにわたって支えてきたという特徴があり、人に身近で直接的・包括的にかかわるという専門性があり、人に関わる様々な職種・専門家との接点が多く、他の職種・専門家について理解しやすく協働しやすいという特徴があると考えます。

秋元氏（2021）はチーム医療における看護の専門性として、自分もチームメンバーの一員であると同時に患者の代弁者・権利の擁護者としての立場からチームメンバー間と患者間の調整を担い、さらには、チームの実質的なリーダーを担ったりすることである、つまり、専門職間をつな

ぐ「のりしろ」の役割を担うことであると述べています（p.146, 147）。その理由として看護師は人を全体として存在すると捉え、療養上の世話と診療の補助という両方の役割を担うことができる医療職であると述べています（p.146）。

このことから人に対し、包括的、網羅的に必要なケアを提供することが看護の専門性ととらえることができると思います。

3. 看護の専門性を生かした他分野研究者との共同研究例

ここで私自身が経験した看護の専門性を生かして、他分野の研究者と共同研究した例をいくつか紹介したいと思います。

歯学部研究者との共同研究で、口腔機能および記憶力に対する高齢者用咀嚼食品の効果に関する研究を行ったことがあります。これは歯学部の研究者より、咀嚼と健康との関連に関する研究をしたいが、健康な人と接点をもつ機会がないので、一緒に共同研究をしてほしいという申し出があり、成立した研究です。目的は高齢者用に開発した咀嚼食品（グミ）の口腔機能および記憶力試験に対する効果を知るとし、グミの成分は先行研究を踏まえ企業に依頼し、作成しました。方法は、18名の60～72歳の高齢者に開発したグミを4週間使用してもらい、使用前後の2回、唾液分泌量、唾液緩衝能、咬合力、咬合圧、NK細胞活性、血清亜鉛量を測定および記憶力試験を実施しました。咬合力や咬合圧は歯学部研究者が測定し、それ以外の項目は看護学研究者が測定しました。調査に必要な採血も看護学研究者が行いました。結果として咬合、記憶力の2項目において有意な改善が認められ、開発したグミは高齢者用の咀嚼剤として有用であることが示唆されました（渡辺、ほか、2003）。

次に私が以前所属していた山形大学医学部で21世紀

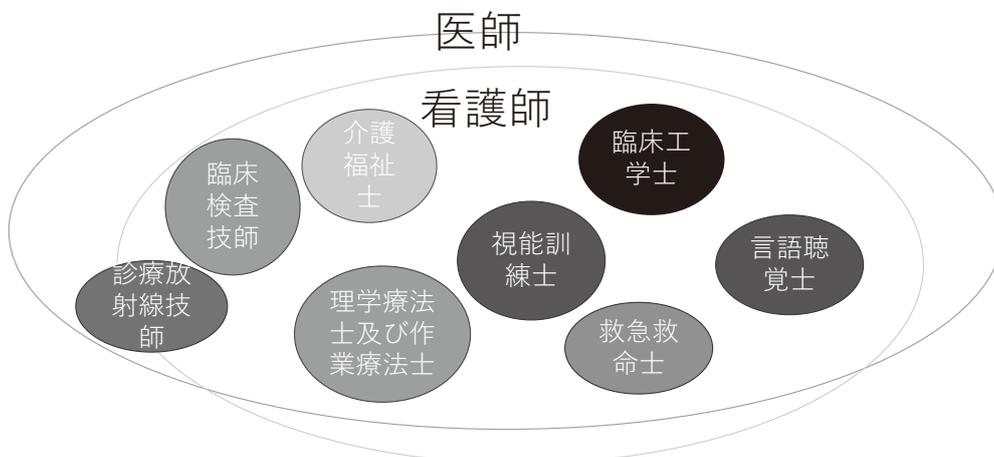


図1 職種間の診療の補助業務の関係

COEプログラムに採択された経験について述べます。採択課題は地域特性を生かした分子疫学研究で、概要は医学部が1979年より24年間に亘り継続的に実施してきた地域住民コホート研究をさらに発展させ、遺伝子多型の医学的意義を解明するための世界的な研究・教育拠点を形成することです（山形大学Well-Being研究所）。この研究を進めるにあたって、地域住民に研究協力の同意を得ることが必要となり、住民への研究趣旨の説明に保健師や看護師が活躍しました。その結果、住民の同意率が非常に高く質の高いコホートが形成されたということがありました。当時、公衆衛生学教室教授が教室の同門会誌の最初の挨拶でこのプログラムのことを紹介しており、自身が住民に説明してもなかなか同意を得られない中、隣にいた保健師は、住民に対し、正直言って、この研究に協力することであなたにメリットはない、しかし、孫の代にメリットがあると説明し、どんどん同意が取れていたことについて述べていたことを思い出します。つまり、保健師や看護師は住民の視点にたつて、意義を説明した結果、同意を得ることが可能だったのではないかと考えます。

次に医師との共同研究について述べます。テーマはC型慢性肝炎患者のライフスタイルと肝機能の関連です。1992年にT病院にHCV抗体陽性で入院した患者107名を対象に郵送法で調査を行い、1992年と1998年の生活活動強度と栄養摂取や血液検査値について調査しました。つまり、診断や治療を行っている医師が有するデータと生活に関する調査を看護学研究者が行って、その関係を調べる研究を行いました。調査の同意の得られた41名中、インターフェロン、または強力ミノファゲン治療が著効であった者を除く34名について解析した結果、やや重い生活活動強度の者の血清ビリルビン値が高く、軽い・中等度の生活活動強度の者において、AST変動のない者が'92年に比べて'98年に有意に多いという結果が得られました。このことから、長年、生活活動強度を軽いもしくは中等度に抑えて生活することで肝機能の悪化を防ぐことがわかり、C型慢性肝炎患者の生活指導が重要であることが示唆されました（山中・叶谷・佐藤、2003）。

次に介護職との共同研究について紹介します。

これは、療養型病院に指導に関わった際の経験です。その病院では患者の皮膚のトラブルが多いことが悩みでした。全身に発疹がある患者も複数人おり、軟膏を塗布するのに非常に時間をかけて行っていました。診断名は様々でした。そこで、私は自身の経験から緑茶が皮膚、特に白癬に効くと伝えました。そうしたところ、その病院の介護職が、入浴時に浴槽に緑茶を入浴剤のように入れたらどうかと発想し、緑茶の茶殻を入れる木綿の袋を作成してきました。この病院は温泉地で有名な観光地であり、入浴の湯は

温泉でした。周りには旅館が多く、事務長が周囲の旅館の協力を得て緑茶の茶殻を集め、それを電子レンジで乾燥させ、介護職が作成した木綿の袋に入れて入浴剤のように入れました。その結果、患者の発疹が徐々に小さくなってきました。腋窩全体に白癬の発疹があった50歳の女性の事例では、入浴後2週間目で発疹が軽減し、10日目に掻痒感が消失、軟膏塗布を中止、3週間目に治癒しました（叶谷、ほか、1999）。

次に、先ほどの経験で、緑茶や温泉に含まれている何の成分がよかったのか追求したいと考え、緑茶ポリフェノールに着目しました。具体的には足白癬に対する緑茶ポリフェノール入り足浴の効果について研究しました。94名の足白癬のある高齢者が緑茶ポリフェノール足浴群かブラシーボの微温湯足浴群かに割り当てられ、二重盲検法にて皮膚病変の範囲、再発率、顕微鏡検査、全体的な皮膚状態のアセスメントについて調査しました。白癬の診断や顕微鏡検査では、皮膚科医に協力を得ました。その結果、介入から12週間後、両群の皮膚病変の範囲は減少し、介入群において全体的なアセスメントで有意差な改善がみられました（Ikeda・Kanoya・Nagata, 2013）。

また、現在、超高齢社会に直面している日本では地域包括ケアシステムを目指しています。この地域包括ケア時代に看護職が求められる役割は広がっていると考えます。

図2は、私なりに現在、地域包括ケアシステムで高齢者を支えている施設や事業所を整理した図で、横軸に支援のタイプとして左側に行くほど、生活支援系とし、右に行くほど医療支援系としています。縦軸は支援提供の場とし、上に行くほど、施設系を示し、下に行くほど居宅系を示すとして、地域包括ケアシステムにおける代表的なサービスをプロットしています。グレーで示した事業所あるいは施設は法律上、看護職を必ず置くよう規定されたサービスを示します。これをみますと様々なサービスで看護職が活躍することが期待されていることがわかります。これは前述したように看護職が「人のいのちと暮らしに身近で直接的、包括的にかかわる」専門性によるものとも言えます。

そこで、現在、私は地域包括ケアシステムに貢献する看護職の役割に関する研究をすすめています（Hoshi, et.al., 2020；星、ほか、2022；星・杉本・佐々木・叶谷、2023；佐々木・黒木・叶谷、2023）。

また、地域包括ケアシステムにおいて、高齢者が住み慣れた自宅で長く過ごすためには介護支援専門員のケアマネジメントが欠かせません。

介護支援専門員の資格取得には、医療や介護・福祉等の有資格者が各職種経験5年以上を有することで受験資格を得られ、介護支援専門員試験の合格後、研修受講し資格を得ることができます。現在、活躍している介護支援専門員

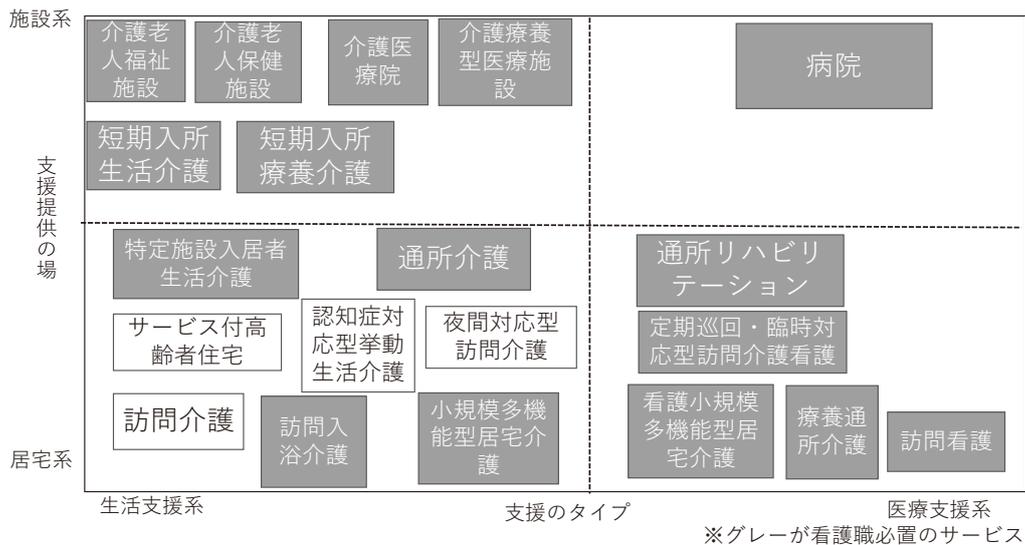


図2 地域包括ケアシステムにおける代表的サービス

の約6割は介護や福祉職の基礎資格を有する方です。このような背景もあり、疾患に関する状況を理解しケアマネジメントすること、特に看取りにおける調整に困難感を感じる介護支援専門員も多いことが先行研究で指摘されています。

そこで、背景職種にかかわらず、看取り期の質の高いケアマネジメントを行えるようにするツールは、人の命とくらしに身近で直接的、包括的にかかわる専門性をもつ看護学者が開発可能ではないかと考え、エンド・オブ・ライフ期に家で過ごすことを希望する高齢者に対するケアマネジメントスケールの開発を行いました。全国の2,583名の介護支援専門員対象の質問紙調査にて信頼性、妥当性を検討しました。その結果、477名の介護支援専門員より回収され、探索因子分析により、「個人の希望を実現するためのチームワークの促進」「状況の変化を予測し迅速なケア計画」「家でのエンド・オブ・ライフケアを行う家族の準備への支援」「本人の死生観や苦悩に寄り添う支援」の4因子、23項目が抽出されました。スケールは許容範囲の信頼性、妥当性を示しました (Kaneda・Doi・Kanoya, 2023)。

このように看護における専門性は時代を経て幅広い役割を担うことに貢献し、今後は看護学として学問の発展に貢献することが求められていると思います。

4. 看護学の可能性

日本学術会議における看護学の位置付けを見ていきたいです。日本学術会議の目的は、科学が文化国家の基礎という確信の元、行政、産業及び国民生活に科学を反映、浸透させることです。この中で看護学領域ができたのは2006年です。学術会議全体は3部からなっており、第2部の生命科学の中に「健康・生活科学委員会」があり、そ

- ▶2008年：看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える
 - ▶2011年：高度実践看護師制度の確立に向けて「グローバルスタンダードからの提言」
 - ▶2014年：ケアの時代を先導する若手看護学研究者の育成
 - ▶2020年：「地元創成」の実現に向けた看護学と社会との協働の推進
 - ▶2020年：ケアサイエンスの基盤形成と未来社会の創造*
- *ケアサイエンス分科会より発出

図3 日本学術会議看護学分科会に関連した提言

の下に「看護学分科会」があります。2018年から「ケアサイエンス分科会」が設置され、看護学研究者中心に学際的にケアサイエンスの発展と政策提言に取り組んでいます。

具体的に現在までに日本学術会議看護学分科会に関連した見解・提言は図3に示しました。

少子超高齢社会となった日本においてケアの重要性はますます高まると思われ、看護学による社会への貢献の期待も高まると考えます。

日本看護研究学会の前理事長である深井氏 (2020) は、「看護学概論」はすべての人が生きていくための必須科目であると述べています (p.6)。ナイチンゲールの著書として有名な看護覚書も看護職対象に書かれたものではなく、当時、人の健康に責任を負っていた女性全般に書かれたものでした。このことから看護学の知識は人として生きていくための教養として位置づけられると考えます。また、深井氏は教育内容からいえば、教養・専門科目を通して看護学ほど教育カリキュラムの中に学際的コンテンツがまった学問分野はないと述べています。このことから、看護の可能性を探究していく余地はまだあると考えます。

文 献

- 秋元典子 (2021) : 看護のアイデンティティ. 146-147, 横浜 : ライフサポート社.
- 深井喜代子 (2020) : 一般教養としての看護学概論. 6, 東京 : 日本看護協会出版会.
- Hoshi Misuzu, Kanoya Yuka, Doi Mana, Sasaki-Otomaru Akiyo, Enokigura Tomomi, Kashiwagi Masayo, Ohtake Mariko, Sugimoto Kentaro, Kashiwazaki Ikuko, Moriguchi Fusae (2020) : Key Competencies Required for an integrated community care system. The 11th proceedings of IACSC2020, 333-345.
- 星美鈴, 佐々木晶世, 杉本健太郎, 大竹まり子, 丸山幸恵, 土肥眞奈, 中村幸代, 柏木聖代, 叶谷由佳 (2022) : 地域包括ケアシステムに貢献できる看護職に必要なコンピテンシー. 日本看護管理学会誌, 26(1), 150-158.
- 星美鈴, 杉本健太郎, 佐々木晶世, 叶谷由佳 (2023) : サービス付き高齢者向け住宅の介護職が看護職に期待する役割. 日本健康医学会, 32(2), 206-211.
- Ikeda S., Kanoya Y., Nagata S. (2013): Effects of a foot bath containing green tea polyphenols on interdigital tinea pedis. *Foot*, 23(2-3), 58-62.
- Kaneda A., Doi K. M., Kanoya Y. (2023): Development of an end-of-life care management scale for assessing the care of older adults who to spend the end-of-life period at home. *Geriatrics & Gerontology International*, 23(2), 67-158.
- 叶谷由佳, 木村智子, 生田目久美子, 宍戸敏子, 片桐裕枝, 栗林亜希, 高橋法子, 糸数昌子, 吉村幸子 (1999) : 温泉と緑茶入浴を試みて—皮膚疾患の治療効果の視点から—. *高齢者ケア*, 3(4), 30-35.
- 看護師研究会 (1997) : 近代2 フロレンス・ナイチンゲール①-近代看護の創始者. 近代3 フロレンス・ナイチンゲール②-功績と現代的意義. 看護学生のための世界看護史. 96-99, 東京 : 医学書院.
- 佐々木晶世, 黒木淳, 叶谷由佳 (2023) : 介護療養型医療施設における看取りに向けた取り組みと施設の特徴. *日本在宅医療連合学会誌*, 4(1), 18-27.
- 渡辺久, 叶谷由佳, 日下和代, 高絵理子, 佐藤千史, 荒川真一, 石川烈, 加藤秀樹, 鷹野正信 (2003) : 口腔機能および記憶力に対する高齢者用咀嚼食品の効果に関する研究. *日本咀嚼学会雑誌*, 13(1), 37-43.
- 山形大学Well-Being研究所 (n.d) : 山形コホート研究. <https://www.yu-wellbeing.com/yamagata-study/> (参照2024年1月9日)
- 山中泰子, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2003) : C型慢性肝炎患者のライフスタイルと肝機能の関連—生活活動強度と食生活から—. *日本看護科学学会*, 23(2), 32-39.

◆特別講演◆

看護理論創出に向けた研究

日本赤十字看護大学 名誉教授 筒井 真優美

看護研究は何のために行うのか？ Polit & Beck (2004/2010, p.3) は看護研究を、「看護実践を導き、クライアントの健康や生活の質を改善するような知識をうみだすためにデザインされた研究」と述べている。看護実践に関しては、教科書を始め、多くの著書がある。しかし、それらを学ぶだけでは、実践の技が磨けない。ペナーは臨床技能を初心者から達人の5段階に分類している (Benner, 1984/1992) が、達人の技が書かれている著書が少ないのはなぜか。ここでは、これらの疑問をもとに、なぜ看護理論創出の研究が必要なのかについて述べる。

I. 看護とは何か？

まず看護とは何かについて考えてみる。広辞苑では、看護は「傷病者に手当てをしたり、その世話をしたりすること。看病。」(新村, 2006, p.627) とある。国際看護師協会の看護の定義は「看護とはあらゆる場であらゆる年代の個人および家族、集団、コミュニティを対象に、対象がどのような健康状態であっても、独自にまたは他と協働して行われるケアの総体」(筒井, 2019a, pp.3-4) とあり、看護の意味が、広辞苑よりも広く捉えられている。

看護は様々な看護理論家によって定義されており、統一した定義はいまだにされていないが、1978年に看護の中心となる概念は「人間、環境、健康、看護」と発表された (Donaldson & Crowley)。しかし、概念の一つである「看護」は同語反復的概念化であり、その代わりに、「ケアリング」を唱える看護学者 (Leiniger, 1990; Watson, 1990など) も多い (筒井, 2000a, p.4)。

II. なぜ看護学に看護理論が必要か？

看護学は広辞苑で「看護の理論および応用を研究する学問」(第6版, 2008, p.627) とある。理論は学問における必須の構成要素である。

心理学が、発達理論、ストレス・コーピング理論など、多くの理論から成り立つように、看護学もキングの目標達成理論、レイニンガーの文化ケア理論など多くの理論から成り立っている (図1)。各理論は学問の異なる側面について論じている。ただ、マーサー・ロジャーズは看護学そのものについて論じているので、矢印が看護学に向いている。

学問領域とその関連理論

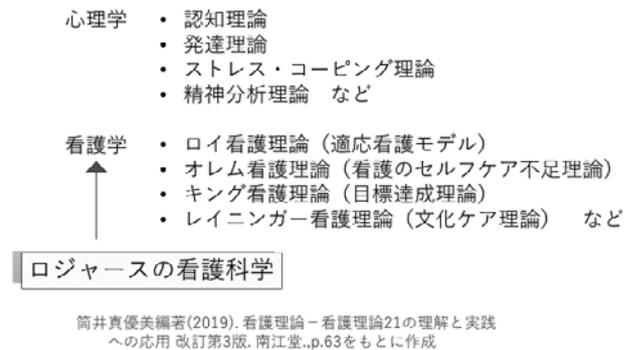


図1 学問領域とその関連理論

III. なぜ看護実践に看護理論が必要か？

聖路加看護大学 (現在の聖路加国際大学) の修士課程入学時に、看護理論の公開講座を受講するように要請された。臨床では看護理論を知らなくても何の不都合も感じていなかったのに、疑問を持ちながら大学院で看護理論に取り組んだ。大学院ではオレムの看護理論の翻訳本が出版されておらず、同期4人の院生で分担し発表することになったが、訳すのに精一杯で、看護実践になぜ役立つかが不明のまま授業が終了した。

1988年にニューヨーク大学博士課程でマーサー・ロジャーズと出会い、理論家のすばらしさ、理論が看護実践でこそ活用されることを学んだ (筒井, 2000a, pp.248-266)。1990年に帰国後、日本看護協会の看護管理者研修ファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルで看護理論の講義を依頼された。受講者である看護実践家も看護理論の活用はほとんど取り組んだことがなかったが、看護実践家には取り組まなければならない日々の課題が多かった。

飲水制限やカロリー制限が守れない人々、抑制しなければならない状況、抑制持続をよとする看護実践家、退院支援をしたにも関わらず再入院する人々、機械的に食事介助をする看護実践家、退院の受け入れを拒否する家族、コロナ禍で面会できない家族など、看護実践家が語る課題は山積みであった。与えられた仕事をこなすだけでなく、「人々の最善の利益」を考えるが故の課題であった。

「看護理論は看護実践を記述し、説明し、実践の結果を

予測し、結果を評価する（筒井, 2019, p.10.）」ので、現在も臨床の看護理論研修では5人の看護理論家、実践の取り組みについて説明し、受講者とともに現場の課題について、グループワークを通して取り組んでいる（筒井, 2019, pp.12-13; 筒井, 2000a, p.42）。看護理論の講義では30年間近く、看護実践家、大学院の院生とかかわっているが、現場の課題に対して、理論を活用した取り組みは見事であり、教えられることが多い。ここでは紙面の都合上、省略するが、看護は実践であり、日々変化し、新たな課題が出現しているので、実践の参考になる理論が必要である。

IV. 看護実践に看護理論は一つでよいか？

看護理論の各々は、看護理論家固有の看護観によって成立しているので、看護理論を活用する本人の看護観が重要になる。看護理論のコアとなっている哲学（前提）などが、自分の看護観に合うのかを考える。「看護とは何か?」、「看護実践で自分が何を重要と考えるのか?」を考えておくことが看護理論を活用するうえでは大事である。

また、現場の風土、対象となるクライアント、その時々状況によっても使える理論は異なるので、そのことも考えておかなければならない（南・筒井, 2015, pp.1-2）。

V. なぜ「看護理論創出に向けた研究」が必要か？

多くの著書に書かれている看護理論家は、ナイチンゲールを除き米国で誕生している。米国の文化からの影響を受けている看護理論家が多い。米国は1492年にコロンブスによって発見され、その後ヨーロッパなどから多くの人々が移り住み、開発を続けた。

Polit & Beck (2004/2010, p.4) は看護における研究の重要性について、

- ・あまり知られていない特定の看護状況の特質を記述できる。
- ・看護ケアを計画するときに考慮すべき現象を説明できる。
- ・ある看護の意思決定によっておきる結果を予測できる。
- ・望ましくない結果の発生を抑制できる。
- ・クライアントから望ましい行動を引き出す活動が始められる。

と述べている。これらの特徴は文化、場、状況によっても異なると考えられる。

日本の中で大切にされている「察する」、「文脈を読む」などは、既存の看護理論の中でほとんど描かれていないので、このような文化を含む看護理論を創出することは必要であろう。また、看護の技、特に達人の技は暗黙知から形式知にされていることが少ない。

本稿では看護理論創出という用語を用いているが、英語はNursing Theory Developmentと表現されており、看護理

論開発、看護理論構築と訳されることも多い。暗黙知から形式知へという意味を込めて、ここでは看護理論創出を用いる。

VI. 看護理論創出／開発／構築の研究はどのように行われるか？

A. 理論評価の理解

看護研究について考えると、看護研究を始める前に、看護研究のクリティークを理解しておくことが望ましい。雑誌投稿などの査読もクリティークが基になる。同様に、理論創出をするためには、理論評価（分析とクリティーク）を理解することが大切である（筒井, 2020a, pp.45-50）。ここでは理論評価については省略するが、理論評価の中で特に重要なのは前提・概念・命題であり、これが看護理論創出のなめとなる。

B. 前提・概念・命題が理論の重要な構成要素

理論創出に関して、前提・概念・命題（陳述ともいう）の明確化、一貫性が重要である（Chinn & Kramer, 2018; Meleis, 2018; McEwen & Wills, 2019; Walker & Avant, 2019）。特に理論の中心になるのは概念である。概念があつて、概念と概念の関係性を説明する命題がある（筒井, 2000a, pp.50-52）。

C. 概念の明確化／開発

理論創出の中心になるのが、理論の重要な構成要素である概念の明確化（Concept Development）である。Concept Developmentは概念開発、概念構築とも訳されるが、ここでは概念の明確化とする。概念の明確化は、看護実践における現象を明確化し、言語化していくプロセスである（Chinn & Kramer, 2018）。概念明確化の方法は様々ある（筒井, 2020a, pp.51-52）が、ここではフィールドワークの相を含めているSchwartz-Barcott & Kim (2000)のハイブリッド・モデルについて紹介する。

Schwartz-Barcott & Kim (2000)は概念の明確化を理論・フィールドワーク・最終分析の3つの相に分けている（表1）。

1. 理論の相

まず、概念を選択する。例えば「ケアリング」という概念を選択したら、「ケアリング」に関する文献検討を行い、概念分析をする。「ケアリング」の先行要件、定義、結果を明確にする。「ケアリング」であれば、先行要件として、看護師の知識、技、態度、そして看護する環境がある。結果は「ケアリング」によって、ケアされる方と看護師の安寧・自己実現・ヒーリングがもたらされ、ケアリング環境

表1 Schwartz-Barcott & Kim (2000) のハイブリッド・モデル
概念明確化のプロセス

相の種類	概念明確化のプロセス
1. 理論の相	a. 概念を選択する。 b. 文献検討をする。 c. 概念の様々な定義や測定用具を吟味する。 d. 使用する定義を選択する。
2. フィールドワークの相	a. フィールドワークの場所を設定する。 b. 場所の交渉をする。 c. ケースを選択する。 d. データ収集をし、分析する。
3. 最終分析の相 結果を考察する。	a. その概念は看護にどれだけ重要か? b. その概念には十分な根拠があるか? c. 理論の相、フィールドワークの相の結果は、選択された実践の場における人々に関するこの概念の存在や頻度をサポートするか?

筒井, 2020, p.51.をもとに作成

が創造される (筒井, 2020a, pp.90-91)。

さらに、概念の様々な定義や測定用具を吟味する。最後に「ケアリング」の定義を明らかにする。

2. フィールドワークの相

フィールドワークの場所を設定するが、上記の例でいえば、「ケアリング」がなされている場を探索し、場所の交渉をする。概念を明確化するには、看護実践の中でその概念を描き出すことになるので、場所の選択が重要である。さらに、概念を描き出すケースの選択をし、いつ、どの場面でフィールドワークを行うかを決定し、データ収集をし、分析する。「ケアリング」であれば、看護師が知識・技などを用いてケアする場面とその結果の場面が重要である。

3. 最終分析の相

結果を下記の3点で考察し、概念を明確化する。

- a. その概念は看護にどれだけ重要か?
- b. その概念には十分な根拠があるか?
- c. 理論の相、フィールドワークの相の結果は、選択された実践の場における人々に関するこの概念の存在や頻度をサポートするか?

D. 理論創出/開発/構築のプロセス (表2)

ここでは、Chinn & Kramer (2018), Meleis (2018), McEwen & Wills (2019), Walker & Avant (2019) を中心に理論創出のプロセスを述べる。4組に共通するのは、概念の明確化、概念間の関係 (命題) と構造 (図式化)、前提の明確化をすることである (筒井, 2020a, pp.51-53)。

Meleis (2018) は概念の明確化を、a. 気になった現象を選択する、b. 現象を記述する、c. ラベルを付ける (開

発途中で変化する)、d. 概念を発展させると具体的なプロセスと詳細に述べている。Walker & Avant (2019) は、統合による理論開発の中で、概念の明確化をa. 理論の中心となる概念を特定する、b. 文献検討により、中心となる概念、関連する因子や関係性を明らかにしている。

概念、命題、前提が明確になったら、概念と命題における関連を組織化し、理論構築を行う (McEwen & Wills, 2019)。その後、概念と命題を興味ある現象の中で系統づけたり (Walker & Avant, 2019)、理論を検証、理論を実践に応用したり (McEwen & Wills, 2019)、臨床家、研究者、理論家と出版などを通して、理論を共有する (Meleis, 2018) ことにより、その理論がより良い実践のために、また、ケアされる方のために活用されることになる。

表2 理論創出/開発/構築

著者	理論創出/開発/構築のプロセス
1. Chinn & Kramer (2018)	a. 概念を明らかにし、定義する。 b. 概念間の関係と構造を明らかにする。 c. 前提を明らかにする。
2. Meleis (2018)	a. 気になった現象を選択する。 b. 現象を記述する。 c. ラベルを付ける (開発途中で変化する)。 d. 概念を発展させる。 e. 命題/陳述を説明する。 f. 前提を説明する。 g. 臨床家、研究者、理論家と出版などを通して、共有する。
3. Walker & Avant (2019) 統合による理論開発	a. 理論の中心となる概念を特定する。 b. 文献検討により、中心となる概念、関連する因子や関係性を明らかにする。 c. 概念と陳述/命題を興味ある現象の中で系統づける。
4. McEwen & Wills (2019)	a. 概念の開発:興味ある現象を記述するために概念を特定し、定義し、明確化する。 b. 陳述/命題の開発:概念間の関係を説明する陳述/命題を作成し、分析する。 c. 理論の構築:概念と陳述/命題における関連を組織化する。 d. 理論を検証、理論を実践に応用する。

筒井, 2020, p.53.をもとに作成

VII. 具体例

ここでは、看護学と人類学を結びつけた民族看護学に基づく文化ケア理論を創出したマドレーヌM. レイニンガー (Madeleine M. Leininger, 1925-2012) について、紹介する (筒井, 2020a, pp.193-211; Leininger, 1992/1995)。

レイニンガーは1959-1961年 (34-36歳) に、ニューギニアのイースタン・ハイランドでガッドサップ族と2年間暮らし、この文化における看護を追求した。この時代のガッドサップ族は、女性が畑仕事、男性は狩りを行い、物々交換が行われていた。

2年間ガッドサップ族とともに暮らしたレイニンガーは、サンライズインペラーを創出した (筒井, 2020a, p.201)。

理論の詳細な説明は省くが、レイニンガーはまず相手の背景（文化）を把握し、ケアを提供するときに相手の最善の利益が守られるならば、相手の望むケア（民間的ケア）を提供することを提言した。日本の民間的ケアで考えると、咽頭痛があるときに、相手が望み、相手の最善の利益が守られるのであれば、長ネギを焼いて首に巻くことである。入院時に自宅でのケア、退院先の状況、高齢者の背景などを把握したうえで、専門的ケアを提供するだけでなく、相手の文化や背景を考えたケアを提供することを提言した。

VIII. まとめ

- A. 看護実践における概念を特定する。
- B. 概念の文献検討, 概念分析を実施する。
- C. 理論の前提・概念・命題を明確化する。
- D. 看護実践における確認, 研究での検証を実施する。
- E. 創出した看護理論が, 人々の最善の利益につながることを確認し続けていく。

良い理論ほど実際に役に立つものはない

クルト・レヴィン Kurt Lewin

表3 まとめ 理論創出／開発／構築の研究方法

1. 看護実践における概念を特定
2. 概念の文献検討, 概念分析
3. 理論の前提・概念・命題の明確化
4. 看護実践における確認, 研究での検証
5. 人々の最善の利益につながることを確認を継続

謝 辞

特別講演の機会をくださいました日本看護研究学会第49回学術集会長の叶谷会長を始め、関係者各位に感謝いたし

ます。

利益相反はありません。

文 献

- Benner, P. (1984) / 井部俊子他訳 (1992). ベナー看護論, 医学書院.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (10th ed.). St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- Donaldson, S. K. & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Leininger, M. M. (1992) / 稲岡文昭監訳 (1995). レイニンガー看護論. 医学書院.
- McEwen, M. & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5th Ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- 南裕子・筒井真優美 (2015. 8.31). 臨床にこそ看護理論を. *週刊医学界新聞*, 3139, 1-2.
- 新村出編 (2008). *広辞苑 第6版*. 岩波書店.
- Leininger, M. M. (1992) / 稲岡文昭監訳 (1995). レイニンガー看護論. 医学書院.
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2004) / 近藤潤子監訳 (2010). *看護研究 第2版*. 医学書院.
- Schwartz-Barcott, D. & Kim, H. S. (2000). An expansion and elaboration of the Hybrid Model of concept development. In B. L. Rogers & K. A. Knafl (Eds.). *Concept development in nursing* (2nd ed.) (pp.129-159). Philadelphia, PA: SAUNDERS.
- 筒井真優美編著 (2019). *看護理論—看護理論21の理解と実践への応用 改訂第3版*. 南江堂.
- 筒井真優美編 (2020a). *看護理論家の業績と理論評価 第2版*. 医学書院.
- 筒井真優美 (2020b). 看護学における理論開発. *看護研究*, 53(6), 494-506.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). New York, NY: Pearson.

◆基調講演◆

生活モデル化における看護職

法政大学社会学部 三井 さよ

I. はじめに

本稿は、社会学を学んできて、一時期看護職にも深くかわり、いまは少し距離を取って地域支援の側からも看護を捉えかえすようになった立場から、いまの看護職がどのような社会状況の中に置かれているのかと見えるのか、私の視点をお伝えしようとするものである。

最初に、自己紹介から始めさせていただきたい。私は、もともと社会学を学んでおり、修士課程に入った1995年に、指導教員だった似田貝香門（東京大学名誉教授・故人）がちょうど、准看護婦（士）調査検討会における調査小委員会の長を引き受けた。当時、修士課程に入ったはいいが、何をしたらいいのかわからなくなっていた私は、指導教員の研究室で調査の資料を見つけ、そこに記された准看護婦（当時の名称）の言葉が妙に心に響くような気がして、「この調査に参加させてください」とその場でお願いした。

この調査に基づいて修士論文を書いたのだが、最終的に残された問いのひとつが、看護職の専門性をどう考えたらいいのかということだった。診療所の長たちの自由回答欄には、「看護婦は知識よりも心が大切だ、だから准看護で十分だ。」という表現が散見された。この言い方は不当だろうと感じつつも、他方で准看護婦（士）では教育が不十分だから養成を停止すべきだという日本看護協会の姿勢にも強い違和感を抱いていた。単に教育年数が高くなれば良いというような話なのか、だがそのことを否定しても始まらないのか。

このような問いを抱いたために、その後複数の病院で看護職を中心にインタビュー調査を重ね、また同時並行で似田貝のもとで阪神・淡路大震災で活躍したボランティアたちへのインタビュー調査に参加、これらに基づいて博士論文を書いた（三井2004）。

その後、現在の職場である法政大学に就職してからは、いくつかの特別養護老人ホームに伺うなども試みたのち、2008年から多摩市にある「たこの木クラブ」という、知的障害・自閉の人たちの地域生活を支援する団体にかかわるようになり、現在に至っている（「支援」編集委員会編2011、三井・児玉編2011、三井2023など）。

このように、1995年から博士論文を出版した2004年頃まで、看護職に強い関心を持っており、多くの臨床で働く看護

職に話を伺いつつ、看護学研究者とも多く交流してきた（日本看護協会出版会編2012など）。そしてその後しばらくしてから、病院看護からは少し離れ、主に地域生活支援の現場に15年ほどかかわってきた。本稿は、こうした立場から見える看護の現在について述べるものである。

その意味では、本稿は近年の看護職の置かれた状況について十分に踏まえられたものではない。この基調講演について、大会長の叶谷由佳先生からお話をいただいたとき、「私はこの20年近くの看護職のことを知らないの、皆さんの今後についてなど話せない、あくまでも外野からしか話せません」とお話しした。すると叶谷先生は笑って、「私たちの今後については私たちが考えるのだから、外野からでいいんです」とおっしゃった。おっしゃる通りだと思ひ、お引き受けした。皆さんにはぜひ本稿の「先」を作って行ってほしい。

II. 急激に変化した看護職の「立ち位置」

さて、私が最初に医療・看護にかかわったのは、もう30年ほど前のことである。その頃の記憶を持ちながら、現在の看護職の置かれている状況を見ると、隔世の感がある。いくつも大きな変化を感じているが、具体的にいくつか挙げてみよう。

たとえば、1990年代最初であれば、「ケア」という言葉は主に看護を指す言葉として用いられ、医師の「キュア」と対比して用いられることが多かった。だが、2020年代の今日、「ケア」職の代表格を看護職とみなす人は少ないだろう。むしろ高齢者介護が最初に頭に浮かぶ人が多くなっている。

また、在院日数が大幅に削減されてきており、看護職の経験自体が大きく変わってきている。私がインタビュー調査を繰り返していた頃の看護職たち（2000年頃で経験年数3年以上）の多くが、家族のように親しくなった患者がいたと話しており、またそのような患者を病棟で看取ったという経験を有していた。いまの病院では、末期の患者はターミナルケア病棟に移されることが多く、そこでも2-3週間程度で亡くなってしまふことは多いと聞く。すぐには亡くならない患者であっても、地域包括ケアが謳われる中、積極的に退院が推し進められ、退院調整看護師など看護職が退院に向けた調整を行っていることもある。

そして、1990年代は、チーム医療が重要だと盛んに叫ばれていた時代だった。そのころに比べれば、現在では、多職種が参加するカンファレンスが開かれるのは当たり前になってきている。1990年代であれば看護職が担っていた業務の一部は、他の職種（医療ソーシャルワーカーや薬剤師など）が担うケースが増えている。いわばチーム医療は「定着」したと言えるのかもしれない。ただ他方で、今度は介護や福祉などの医療者以外の職種との連携がなかなか進まないと言われていることが多い。この点の危機感は、一般に介護・福祉職の側が強く抱いているように思う。

最後に、看護職内部での学歴の多様化、そして多様な資格が設けられたことである。1990年代には、看護職を「大卒」にしなくてはという気概を看護協会から強く感じており、友人の看護学研究者たちも働きながら大学院に進学し始めていたが、まだ看護学で博士課程を持つ大学も限られており、社会学系に進学する人もいた。臨床で働く看護職の中で、大卒はまだ少数派だった。それが、この30年の間に、看護大学の数は大きく増加、認定看護師や専門看護師などの資格も多く作られ、大学院卒のナースも増えてきた。いまは、看護学の研究者としてやっていくなら、看護学以外で学位を取ってもあまり意味がないとすら言われている。

ただ、それでは看護職が働く場はどうなっているのかというと、それは案外と変わっていないようにも見える。看護師でいうなら、病院が7割、診療所が1割、訪問看護ステーションで働く看護師は、5%程度にとどまっている。そして准看護師はというと、病院が4割、診療所が3割、そして1/4が介護保険施設で働いている。

やはり、看護職の中心的な活躍の場は病院なのである。ただ、その病院という場自体が大きく変化している。そして、准看護師の25%を占めている、介護保険施設で働くという働き方は、1990年代には見られなかったものである。

Ⅲ. 背景にある私たちの価値の変化

さて、このような大きな変化の背景にあるのは何か。ここでは、猪飼周平（猪飼2010）の議論に沿って述べていくことにしよう。

猪飼は、20世紀は病院の世紀だったと述べる。疾患の治療が現実的に可能になったと同時に、人びとの価値が「疾患の治療」に置かれるようになった。そして、20世紀において当たり前だった諸制度は、その価値に応じて制度設計がなされていたという。たとえば医療が提供されるのは病院や診療所が中心だったこと、医師の発言権が大きく、告知すらなされていなかったこと、治ることに重きが置かれ、最期の時間の過ごし方にはあまり配慮がなされなかったことなどは、「疾患の治療」にこそ価値が置かれていた

と考えれば、いわば当たり前のことだった。

だが、私たちの価値は大きく変化した。「疾患の治療」よりも「生活の質」に重きを置くようになってきたのである。これを猪飼は生活モデル化と呼んでいる。21世紀は、生活モデルの時代である。

1990年代の保健・医療・福祉をめぐる大きな制度変化は、こうした価値の変化に基づいて求められてきたものだったと言える。「生活の質」に重きを置くようになれば、治療を受けるのが病院という場であることは、必ずしも最善ではなくなる。むしろ日常生活を送りながら治療を、いや治療だけでなく包括的なケアを受けられることの方に価値が置かれるようになる。また、生活の質において何が最善かは、医師だけでわかることではない。そのため、患者の自己決定が重視されるようになる。そして医師だけでなく多職種が連携しながら、たとえ治らなくても、病を抱えながら生きる人たちを最期まで支え続けることにこそ価値が置かれるようになる。

このような価値の変化は、1970年代からその兆しが見えていたが、実際に制度として変化したのは1990年代からのことである。そして、いまの若い人たちからすれば「病院の世紀」はむしろ驚きに満ちたものようである。学生に、「1980年代であれば、がんの患者には告知がなされないので当たり前だった。当時のドラマを見てごらん」というと、一様にひどく驚かれる。

本当に、医療を取り巻く風景は大きく変わった。変わったのは、看護を取り巻く個々の状況だけでない。私たちの社会が何に価値を置くかということそのものが変わったのであり、猪飼によれば「ゲームのルールが変化した」ようなものである。私たちは、この新たな価値に基づいて、ケアや支援の仕組みを新たに構想していかななくてはならない。

Ⅳ. 生活モデル化に基づいて見えてくるもの

それでは、生活モデル化によってどのようなケアシステムが求められるようになるのだろうか。拙著『はじめてのケア論』（三井2018）では特に、①社会的排除への関心と、②これまでとは異なる支援者像という二点に絞って述べている。簡単に述べておこう。

最初の論点である、①社会的排除への関心が高まるのは、「生活の質」を考えたときには、社会参加がもっとも問われてくるからである。多くの人は、身体が動かなくなったり、テキパキと頭を使うことができなくなったりすれば哀しむが、その際もっともつらいのは往々にして、心身がもとのように機能しなくなることそのものというより、以前できていたことができなくなることである。たとえば親として子にしてやりたいと思うことができなくなったり、職業人として役割を果たせなくなったり、友人を

失ってしまったりすることが悲しみの根源にある。ポイントは、社会活動への参加が可能かどうかである。逆にいえば、心身が機能しなくなったとしても、元通りの社会活動に参加できるのであれば、哀しくはあったとしても、「生活の質」はある程度維持されうる。

社会活動への参加が可能になるかどうかは、一方では本人が参加したいという意思を持つことが重要だが（参加したくない活動には参加させられても「生活の質」は上がらない）、他方で重要なのは、社会活動（あるいはその参加者たちや制度）の側が排除してこないということによっても決まってくる。本人がいくら参加したいと思っても、その人が移動時に車いすを要する人である場合、車いすユーザーを排除した活動の場には参加が著しく困難である。たとえ参加できたとしても、そこまでの困難を乗り越えて参加するのは「生活の質」も下がりがちである。

そのため、社会的排除への関心が高まらざるを得ない。医療者もまた、自分たちでも気づかないうちに社会的排除に加担してしまっていることがあり、この点について鋭敏にならざるを得ないだろう。

ただ、ここでは、看護職像がどう変化したかという観点から、もうひとつの論点である、②新たな支援者像に主に注目することとしたい。生活モデル化にともなって、どのような支援者像が求められるようになるのだろうか。ひとつには、専門職像の変化（専門職がケアを担わなくてはなくなる）、もうひとつにはベースの支援という新たな支援者の必要性である。

V. 新たな支援者像 (1) —— 専門職のケア

まず、専門職像の変化から述べていこう。「疾患の治癒」に価値を置くなら、医学的知識と経験を十分に有した専門職とその判断こそが重要であり、素人である患者はもちろん、医師よりは専門教育の短い職種も医師より下位の存在と見られがちだった。だから、20世紀医療においては医師が圧倒的な発言権を持ち、看護職はいかに医師に自分たちの判断を伝えるかに苦勞しなくてはならなかった。医師は患者の意見など聞く必要はなく、何が正しいかを決めて実行すればよかった。

それに対して、「生活の質」に基づくのであれば、同じような専門職像ではとても立ち行かない。患者の「生活の質」は医師に把握しきれものではないからである。そのため、まずは患者自身の捉え方や意思決定が重要になり、もっと患者の声に耳を傾け、患者の意思と暮らしぶりを尊重した専門職が求められることになる。さらにいうなら、ただ患者に聞けばいいという話でもなく（本人にもわかっていないこと・把握しきれないことはたくさんある）、医師以外の専門職たちとの協働も重要になる。

このように、専門的知識や技術を提供するといっても、専門職がなすべきこと、姿勢は大きく変化せざるを得ない。拙著（三井2018）では、新たに求められる専門職像を、従来型の専門職とは区別して、「専門職のケア」と呼んだ。

ここまでは、医療者たちが多く指摘してきたことである。私は、看護職が1990年代に看護教育を大学で行おうとしたり、資格を増やしたりするなど、専門職化の努力を進めてきた背景にあるのは、このように新たな専門職像が求められていることを感じ、応えようとしてきたからなのだと思う。

ただ、「生活の質」を中心に考えるなら、「専門職のケア」だけでは明らかに不十分である。もっと日常の暮らしの中に入り込み、暮らしそのものを支えていくような支援者が必要である。それを上述の拙著では「ベースの支援」と呼んでいる。この点について次に述べよう。

VI. 新たな支援者像 (2) —— ベースの支援

では、ベースの支援とは具体的にどのようなものか。代表的なものとして、①介護・介助、②相談・コーディネイト、③見守りが挙げられる。

まず、①介護・介助について述べよう。疾患や障害を抱えながらも社会に参加しながら日常生活を送ると考えるなら、どうしても日常の中で介護・介助が必要になることが出てくる。介護・介助は、必ずしも、治療や暮らしの改善などを目標とするものではない。ただ日常生活が回るのであればそれでいいとするものである。それでも、実際に介護・介助があれば暮らしが回るのであれば、その持つ意義は測り知れないだろう。独力で着替えをするのに2時間かかる人にとって、介護・介助によって10分で着替えができるようになることは、社会活動への参加の可能性を大きく拓くものとなり、暮らしを大きく変えるだろう。

②相談・コーディネイトについていうなら、これは単に相談窓口を開いて待っているという話ではない。人は、自分がいま生きている世界とは異なる世界を、単独ではなかなか想像できない。特に生活が苦しく追い込まれている人たちはなおのこと、この暮らしを楽にする方法があるとはなかなか思いつかないし、自分にそのような価値があるとすら思えなくなっていることも多い。そのため、苦しみの中にある人たちの暮らしに肉薄しながら、ときに待ち、ときに積極的にかかわるなどしながら、ともに新しい世界を思い描こうとする必要がある。それがベースの支援における相談・コーディネイトである。

最後に③見守りについては、具体的に何かをしているようには見えないようなものである。ただそこにいるだけであったり、見ているだけであったりする。だが、誰かがそ

こにいてくれるという安心感があり、見ていてくれると思うことだけで、案外と暮らしが回っていくことも少なくない。障害者総合支援法に採用された「重度訪問介護」という制度は、障害者自身が参加して制度設計を行ったものとして有名だが、重度障害者にとって、トイレに行きたいときに頼めることは重要であり、夜に寝ている間、具体的には介護を行うことがなかったとしても、介護者がそこにいることに価値があるという主張に基づいて、長時間介護を認める制度となっている（「見守り」という表現が用いられている）。

さて、これら①～③に代表される「ベースの支援」は、「専門職のケア」とはいささか異なる特徴を持つ。たとえば、介護・介助が典型的にそうなのだが、「失敗」は目につきやすいが、「成功」はなかなか見えない。もっとも上手な介護・介助というのは、利用者が立ち上がりたと思った瞬間に、適切なタイミングで適切な位置に手を差し入れて支えたときに成立する。だが、普通はそうはいかず、タイミングがずれてしまったり、場所が違っていたりして、利用者に文句を言われたり、事故になりかけたりしてしまう。もっとも成功したときにはお互いに意識にも上らないが、失敗の方が多く経験されてしまう、もともとそういった性格のコミュニケーションなのである。これは相談・コーディネートや見守りでも言えることだろう。

また、ベースの支援における提供者の能力は、提供者自身だけによって成立するものではない。介護・介助は利用者が身を預けてくれるから成立するのであり、相談・コーディネートは利用者が心を開いてくれるときに初めてうまくいく。見守りは、利用者が提供者を信用していなければ、単なる「監視」であり、むしろ苦痛と負担の源泉となってしまう。つまり、ベースの支援がうまくいくのは、利用者が提供者を知り、この人にこのことなら頼ってもいいと思ってくれるときなのであり、利用者次第でもあるのである。

だとすると、座学や「実習」よりも、OJT（オン・ザ・ジョブ・トレーニング）や経験年数こそが重要になる。提供者がどのような技能を身に着けるかということも重要ではあるが、それと同じくらい、具体的な利用者がその提供者を知り、使いこなすようになってくれることも重要だからである。

そして、それだけ利用者が提供者を知り、使いこなすようになってもらうためには、いま何かをするということよりも、ただ関係をつないだり、会う機会を作り続けたりすることが、それとして意味を持つ局面も出てくる。業務として何をしたかということの前に、知り合うこと、こちらが知るだけでなく相手に知ってもらうことが重要になることもしばしばである。

また、このように暮らしの中に入り込んだ支援を行うことは、どうしても利用者との関係を近いものにする。感情のコントロールも、「専門職のケア」においては必須であり、医療者であれば患者に対して怒鳴るなどあり得ないとみなされているが、ベースの支援においてはときに、感情を露わにすることがむしろ今後の関係を形作ることにつながることもある。

ただもちろん、利用者が置かれている立場からすると、そうした局面の重要性は確かにあるとしても、野放しにしていればいいわけでもない。そのため、ベースの支援の担い手は、一人ですべてを抱え込むのではなく、なるべく他の担い手たちとネットワークを作っていくことが必要になる。それも、いわゆるカンファレンスを共有するというのにとどまらず、よりお互いの心情にまで立ち入るような関係を作っていかなくは、ベースの支援を担い続けるのはときに非常に困難になってしまう。

このように、ベースの支援は、「生活の質」に価値を置くなら明らかに必要なものではあるのだが、専門職を前提として考えると、あまり適合的でない要素を多く含んでいる。たとえば、専門職であれば、卒後教育も重要ではあるにしても、まずは事前教育が不可欠であることは前提である。専門職の能力はその人の有する知識や技術によって測られるのが当然で、感情的になることは絶対に避けなくてはならないはずである。ベースの支援では、そのモデルが当てはまらないのである。

これは、専門職のケアとベースの支援が本質的に相容れないものだと言いたいわけではない。最終的に目指すのは「生活の質」なのであり、その意味において両者は同じである。だが、暮らしや生活への密着度、かかわり方の濃密さなどから、どうしても表面的には違いが出てくる。

表面的なものにすぎないからといって、この違いを軽視すべきではない。制度化に際して大きな壁となりうるからである。たとえば介護職の制度化は、医療職をモデルにして組み立てられ、資格の高度化を進めれば問題が解決するかのようにイメージされがちなのだが、実際の介護の現場からすると、著しく的外れに思えることが多い。ベースの支援にはベースの支援なりの評価方法や育成方法がなされるべきであり、専門職像を一方向的に押し付けてしまわない方がいいのである。

ところで、先に、1990年代の看護職は、専門職のケアを打ち立てようとしてきたのだと述べた。だが、私はそれだけではなかったのだと思っている。当時の病院で働く看護職たちは、病院の中で暮らす患者たち（病院の中にだって「生活」はあるし「地域」もある）のベースの支援を担っていたとも言えるのではないか。その意味で、1990年代の看護職たちが目指したのは、専門職のケアを打ち立てるこ

とであると同時に、ベースの支援の価値を訴え、さらに質を高めていくことだったのだと思う。

言い換えれば、専門職のケアとベースの支援は、ある資格を有する集団に属しているかどうかによって決まる話ではない。それは提供者のこゝしか見ていない議論であり、生活モデル化に基づくなら、もう変えていかななくてはならない視点である。提供者だけが「生活の質」を把握できるわけでもなければ、変えていけるわけでもない。「生活の質」を把握し、変えていくためには、利用者自身の観点が決定的に重要である。その意味では、ある資格を有していれば専門職のケアの担い手となるというより、その人がいま働いている場において、利用者とのどのような関わり方をするかによって、専門職のケアを担うのか、ベースの支援を担うのかが決まってくる。たとえ医師であっても、働く場とかがかわり方によっては、ベースの支援の担い手になることはあるだろう。どの程度利用者の暮らしに内在し密接するかということによる違いなのであり、必ずしも資格の問題ではないのである。

VII. 現在の看護職の働き方 (1) —— 専門職のケアを担うために

では、専門職のケアとベースの支援という観点からしたとき、現在の看護職たちは何を担っているのだろうか。ここでは、看護職という職種、あるいは資格などから捉えるのではなく、その人たちが働いている場に注目して述べていきたい。先に述べたように、どのような場において、どのように利用者とかかわっているかが決定的に重要だと考えるからである。

地域包括ケアというと、看護職の活躍する場としてすぐ挙げられるのは、訪問看護の領域である。日本看護協会が2015年に出した「2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン」は、地域包括ケア化という政策の流れを踏まえ、かなり踏み込んだ内容となっているが、その中心として挙げられているのもやはり、訪問看護である。いわば、地域包括ケアの「最前線」だと言えよう。

だが、もちろん、訪問看護が重要な一翼を担うことは確かであり、実際私がかかわる障害者支援の現場でも多くの訪問看護師が活躍しているのだが、先に述べたように、看護職全体で見ると、訪問看護ステーションで働く看護職はわずか5%弱である。

それに対して、あまり多くは語られていないように私には感じられるのだが、本来であれば、診療所の看護も、地域包括ケアの「最前線」である。看護師の1割、准看護師の3割が診療所に勤めているが、地域で暮らす人々を包括的にケアするというのなら、病院に来る前に診療所の外来等で、どのようなサポートが得られるかは、決定的に重

要である。

さらにいうなら、施設で働く看護職も重要な役割を果たす。介護保険施設は、地域包括ケアという観点からすると、「最前線」とは言えず、むしろ「後背地」のようにも見える。介護保険施設等に入れるということは、地域で暮らせなくなったということであり、負けた先にあるかのようと思われるかもしれない。だが、地域生活支援の現場にかかわっていると痛感するのは、こうした入所施設もまた暮らしの場であり、これらの場がどのような場になりうるか（どれだけ地域や家族に開かれた場となるか、そこで行われるケアの質がどのようなものとなるか）は、地域でなされる支援の質を、いわば後ろ側から決定してくるようなところがある。入所施設に入れば過酷な暮らししか待っていないのであれば、地域の暮らしは余裕を失ってしまう。だが、入所施設での暮らしが豊かなものであるなら、自宅で家族と暮らし続ける、あるいは一人で暮らすことは、選択肢のひとつにすぎなくなる。この違いは決定的である。そのため、施設内で働く看護職たちも、地域包括ケアを「後背地」から支える、重要なアクターなのである。

これらの場において、看護職がどのような役割を担っていくのか。まずは、これらの現場において看護職がもっとも医療者としての知識・技術を持つことが前提となっていることから、これらの現場での看護職は専門職のケアを中心的に担うことになると言えそうである。

だが、専門職のケアを担うということは、いかにも専門職然としてふるまうということとは大きく異なる。私はこれらの現場を詳しく知っているわけではないので、限定的なことしか言えないが、障害者の地域生活支援にかかわったり、特別養護老人ホームにかかわったりした経験から、この点だけは述べておこう。介護職や患者家族などとかかわるにあたって、看護職の専門職としての知識や技術に高い価値が置かれるのは確かなのだが、それら専門職としての知識や技術は、単に「専門職でございます」と言って振り回せば役に立つかということ、むしろ逆なのではないか。

これまでの経験で、介護職や家族たちによって看護職が非難されているときは大体、その看護職が「正しいこと」を利用者や介護職に押し付けているように見えたときである。いまだき、多くの介護職、ときに利用者＝患者も、マニュアルというレベルでなら「正しいこと」についてある程度は知っている（インターネットでググればいろいろ出てくる）。だが、暮らしの中では、ときに「正しいこと」を採用できないときも出てくる。日常生活を送り、家族と一緒に暮らすなどしていれば、医療的に「正しいこと」を杓子定規に実践するなど、基本的に不可能である。そのときにさらに「正しいこと」を押し付けるだけの専門職は、専門職のケアとしての能力は「低い」と言わざるを得ない

と私は思う。

むしろ専門職としての知識・技術の価値は、「いつどのようなときにどこまで緩めても大丈夫か」が判断できるころにある。体系的な知識を有し、技術と経験を身に付けているからこそ、いまは「正しく」見えなくても、まあ大体大丈夫だろう、という塩梅を捉えることができるのである。

だから、専門職としての知識や技術が活きたときというのは、実は表面だけを見れば、ほとんど専門職としてふるまっていないときである。利用者＝患者や家族、介護職らが、「正しいこと」をしていないときに、「正しいこと」をさせようとするのではなく、どこまで緩められるかを考え、危険な状態になる前に本人たちが他の方法を見つけて採用できるようにサポートするときこそ、専門職としての技量が発揮される。

そしてそのためにはまず、利用者＝患者や家族、介護職たちが、日々何を考え、何を考慮に入れ、何に注目し、どのように暮らしを形作ろうとしているのかを知らなくてはならないはずである。まず暮らしのありようを学ぶため、ともにケアや支援に従事すること、自分を知ってもらうことなどが必要になる。言い換えれば、ベースの支援にもある程度かかわってこそ、専門職のケアが可能になる。

表面上、そのようなふるまひは専門職らしく見えないだろう。だが、生活モデルに基づくのであれば、それが専門職としての技量を発揮するための順当な手順なのである。

VIII. 現在の看護職の働き方(2) —— ベースの支援を担うために

さて、ここまでは地域包括ケアの「最前線」あるいは「後背地」について述べてきたが、それではいまも看護職の大多数が勤めている病院という場では、看護職たちは何を担うことになるのだろうか。病院という場は、この30年で大きく変わった。患者は長く在院せず、結果的に看護職と深いかかわりを持つことも減った。看護職たちは大量の書類を処理することに追われている(医療安全を求めるはずが書類を求めるようになってきている現状については、もう少し何とかならないものだろうか)。患者のベッドサイドを訪れてもノートパソコンに記入している時間の方が長くなってきている。これだけ治療に特化してしまった病院において、看護職は何をするのだろうか。

私が答えを持っているわけではないが、ただそれでもひとつだけ強く感じていることはあるので、それを述べておこう。

生活モデル化の時代においては、病院は治療と療養のために長時間を過ごす場や最期を迎える場というより、「途中で通過」する場となっている。だが、この「途中で通

過」する場における暮らしのありようは、退院後の暮らしを決定的に左右する。重度の障害を持つ人たちが、周囲のレスパイトのため、あるいは本人の体調不良のために入院するとき、病院の対応が退院後を大きく左右するのを何度も見てきた。たとえば、日常的に介護・介助を担う人たちが病院側がなかなか受け入れてくれず、管理上の都合を押し付けてくるとき、地域でこれからともにやっという人たちと本人との関係が切られてしまうこともあったし、本人の病院内での暮らしに制約が多すぎて、本人の状態がどんどん悪化してしまうこともあった。

ただ、直接に患者を知り、患者に知ってもらう時間は、現在の病院では大きく失われている。地域生活でなされるようにお互いに時間をかけて知り合っていけばいいという、悠長なことは言っていられない。

では、どうしたらいいのか。とても単純な案だが、地域で活動する場にかかわる機会を持てたり、外来でかかわる機会を持てたりするのが一番早いように私には思える。現在、病棟で働く看護職が外来や地域活動とつながっているケースはあまり多くないように思えるのだが、これをもっと行き来するシステムは作れないもののだろうか。外来という働き方で括ってしまう前に、外来や地域活動に来て日頃から相談している看護職に、病棟でもまた会えるような仕組みが欲しいと思う。知的障害の人の受診・入院のサポートをするたびに、強くそう思った。外来や地域活動と病棟がつながっているなら、患者＝利用者と早くから知り合いになれ、「途中で通過」する場も患者＝利用者の日頃の暮らしと結びついたものに変えていけるだろう。

病院で働く看護職たちは、いまでも、専門職のケアとともに、ベースの支援の担い手にもなりうる人たちである。病院という場が変化したといっても、そこに患者の生活や暮らしが存在していることには変わりがない。そう考えるなら、病院看護職だからこそ担えることはたくさんあるはずである。

IX. 人が暮らしているという観点から

私は、看護職は1990年代から、新たな時代の支援者像二つの双方を知らずして同時に求めてきていたのではないかと思っている。当時の時代的な制約の中では、ケアや支援の担い手といえば家族(あるいは伝統的コミュニティ)が専門職くらいしか想定されていなかったところ、そうではない何かを求めて模索してきたのではないか。いわば生活モデル化の最先端を走っていったのだから。

それが、制度・政策全体が生活モデル化によって急速に変化していくことで、医療と介護の制度が分岐していったこと、病院という場が治療により特化した場となってきたことなどから、むしろわかりにくくなってしまってきてい

る。生活モデル化の流れの中で、訪問看護が最先端になるような像を描かれることもあるが、看護全体から見れば実はごくわずかである。その意味で、看護職全体として、生活モデル化の中でどう自らを位置付けていくか、改めて模索せざるを得ない状況にあるように見える。

こうしたとき必要なのは、わかりやすく最先端に見える箇所に注目するだけでなく、いま実際に各所で担われているものは何か、改めて明らかにしていくことのように思う。診療所の看護や介護保険施設での看護は、どうしても看護全体の中で見過ごされがちのように思うのだが、そこにだって重要な役割はある。そして、いかに変化したとはいっても、病院看護が確かに担えることも多々ある。

なぜなら、どこにだって人びとの暮らしや生活、あるいは「地域」は存在しているからである。いわゆる地域生活だけでなく、入所施設でも病院でも、人がいるのなら、その人たちの暮らしとかかわりが存在する（地域生活の支援にかかわることで、そのことがしみじみとよくわかるようになった）。おそらくいま重要なのは、常に看護の原点で

ある（と私は思っているが）、人びとの暮らしと関係性を軽視しない姿勢に立ち返り続けることなのではないか。

これは、いまも細々と地域生活の支援にかかわる側としてのお願ひでもある。同じように「生活の質」を問いつけるのであれば、そして暮らしとは何か、かかわりとは何かをともに考えるのであれば、資格や背景、拠って立つものが違って、手を取り合うことができるはずである。どうぞ、一緒に考えていってほしい。

文 献

- 猪飼周平2010『病院の世紀の理論』有斐閣
 三井さよ2004『ケアの社会学——臨床現場との対話』勁草書房
 ——2018『はじめてのケア論』有斐閣
 ——2023『知的障害・自閉の人たちと「かかわり」の社会学——多摩とたこの木クラブを研究する』生活書院
 三井さよ・児玉雄大編『支援のてまえて——たこの木クラブと多摩の40年』生活書院
 日本看護協会出版会編2012『インターナショナル・ナーシング・レビュー』vol.35, no.5（臨時増刊号「特集 看護における社会学的アプローチと実践」）

◆教育講演 1◆

多分野融合の鍵となる看護研究

医療創生大学国際看護学部 川口孝泰

まずは、私が多分野融合の研究を推進してきた理由についてお話しします。私は千葉大学教育学部で教育学と看護学を学びました。教育学と看護学は、学問のルーツは似たものがあります。私のなかでは、この2つの学問は丁度良い感じで融合しています。

千葉大学卒業時に「教育学士」を取得し、また同時に看護師の免許も取得することができました。このキャリアは、私の現在の研究活動の基盤となっています。

教育学部での学びにおいて、私が多分野融合の研究を行うきっかけとなった経験があります。私は卒業研究で「ベッドと褥瘡」をテーマにしました。この研究を進めるための定量化の手段として、どうしても工学の考え方が必要でした。まさに、このことが、後に工学で学位を取得する出発点ともなりました。

当時、工学では「ベッドと人間」との関係性について、科学的な検証を模索していました。なかでも千葉大学の工学部建築学科において、人間工学的な視点から「寝心地」の研究がなされていました。私は、ここでの研究に夢中になり、工学の大学院に進学しました。ちなみに、ここで使用する人間工学とは、「人間のことをよく考えようというのづくりを行う学問」とします。

この当時、夢中になって定量化に取り組んだ手法に体圧測定があります。今でも「体圧分布」「体圧分散」という用語で看護でも盛んに研究がなされています。近年では睡眠研究と融合し、医工学・看護工学的課題として研究が進められています。このような経緯から、私の研究の屋台骨は、看護学のほかに教育学と工学となり、これまで看護研究に取り組んできました。

1. 情報化に伴う研究の必要性

現在注目を集めている「情報科学」の教養化を推進する動きは、日本の象徴的な国家戦略を示したものです。まさしく文科系でも理科系でもない多分野融合時代の始まりを告げるメッセージでもあります。これは2019年に発表され、内閣府が2000年に提言したIT戦略の次の一手がAI戦略です。この提言の「背景・目標」に記されている冒頭の文言は、文科系の教育・研究者たちに大きな衝撃を与えました。学問の基盤となる教養科目を、「読み・書き・そろばん」から「数理・データサイエンス・AI」にシフトさ

せる……といった表明だったからです。この提言は、理科系中心の考え方が強すぎるとして、文科系からの反発が相応にありました。

しかし社会整備は、デジタル化の方向で確実に進められ、「そろばん」はコンピュータで良いとしても、「読み・書き」ができない学生が多くなっていることは深刻な問題です。私の意見をあえて言うと、「読み・書き」があつての「数理・データサイエンス・AI」だよな!!と思います。このような考えでAI化を慎重に進めていくことが重要なのでしょうか。今日の世界の動向をみると、情報社会の進化は急速で、メタバースやチャットGPT、生成AIなどの新たな言葉が飛び交い、このままだと人類はロボットAIに支配されるのではないかと心配も世界中でさやかれています。

そのような中、実業家のイーロン・マスク氏は、「Chat GPT (Generative Pre-trained Transformer)」の開発よりも、「Truth GPT」と呼ばれるAIチャットボットの開発を目指すべきだと述べています。同氏はTruth GPTという考え方について、「AIは、宇宙を理解することを目標に位置づけ、宇宙を理解することこそ人類が生き残る最善の道かもしれない。人類は宇宙の一部なので、宇宙を理解すれば人類が消滅する可能性は低い」と語っていました。前置きはこのくらいにして、多分野融合として、現在、私が行っている二つの研究をご紹介します。

2. 私が行っている2つの研究

1つ目は、遠隔看護技術の開発です。看護のモデルコアカリキュラムにも登場する「ICT教育」の強化は、まさしく、これからお話しする遠隔看護の可能性と新たな技術開発を促す重要な鍵です。まさに、看護学のみではなくて情報科学とコンピュータサイエンスなどの工学的な手法が、看護学と融合して生まれる新たな看護技術だと言えるからです。2つ目は、AIを活用し、転倒・転落事故を未然に防ぐため、危険を予知する看護AI技術の開発です。これも人間工学やロボティクスなどの研究と看護学の融合で生まれる新たな看護技術だと言えます。

まずは「遠隔看護」について、共通の概念に立つところから始めます。私が定義する遠隔看護(テレナーシング)の定義は、「情報通信の技術を利用した看護実践で、この

技術を利用して、患者の健康状態を把握したり、患者教育などを行う。」です。遠く離れた場所でも、現在のICT技術を使用すれば、まるで対面に近いコミュニケーションを成立させることが可能な時代となっています。これにより、継続的な観察情報を常に把握できるほか、教育指導や観察および自己管理などを促す新たな技術の開発に繋がります。この技術によって、早期の健康教育・管理が可能となり、その結果として健康寿命が延長し、ひいては国の医療費負担が減少すると言うわけです。

私は、この遠隔看護技術の研究を20年以上続けています。その間、情報通信技術は急速に進化し、日々新たな科学技術に対応していかなければならず、まるで追いつけぬように「抜きつ抜かれつ」の状況で研究を進めています。そのような中、私は、遠隔看護技術の実用化に向けて、欠かせないグランドデザインを設定して研究を進めています。

図1は、遠隔看護を進めていくために必要な要素を記した「情報化に伴うICTを活用した遠隔看護のグランドデザイン」です。簡単に全体をご紹介します。まず、スマホが描かれているグリーン色の網掛け上部について説明します。この部分は、個人が携帯する情報機器を活用しながら、自分自身の健康管理を実施するための自己管理ツールとなるアプリケーションの開発部分です。離れたところから個々人のデータ（PHR）を収集・管理し、多様で個別性の高いケアに活かしていこうとするもので、個々人の日常生活での健康情報をデータベース化する役割を担う遠

隔看護の真骨頂です。

次に図の網掛け下部は、EMRデータで、主に診療上に必要な病気に関わるデータを記録する部分です。この部分に関しては、病院での医療情報として多くの医療機関で整備されている電子カルテ情報が代表的なものです。このデータは、退院後の診療の補助業務を担うデータとしても看護においては共有すべき重要なデータとなります。これら2つのデータを連動・共有し、どのように活用していくかは、これからの看護の重要な課題となっています。

これらの営みを実現・機能させるには、周辺に配置した、いくつもの課題を同時に整備されねばなりません。1つは情報を管理・運用・活用できる専門知識を持つ看護師の育成です。2つ目は、情報を扱う過程で必要となる倫理的・法的な規制の整備。3つ目は、遠隔で観察を行える新たな観察機器の開発。4つ目は、多職種連携を図るための、医療情報の共有化と協働が必要です。これらは早急に準備されねばならない課題です。

一方で、蓄積されたデータをただ貯めるだけでなく、未来に役立てるためのツールとして、AI技術を活用していくことが重要な課題となります。この流れは、スライド右側の部分です。データを蓄積・整理し、どのような形で人間とAIが、協同していくかは、今後の重要な課題となります。医療の情報化が進む中で、それに伴うデータ整備については、看護の専門領域として育成された、看護情報学を修めた看護データサイエンティストが担うべき役割であると私は確信しています。

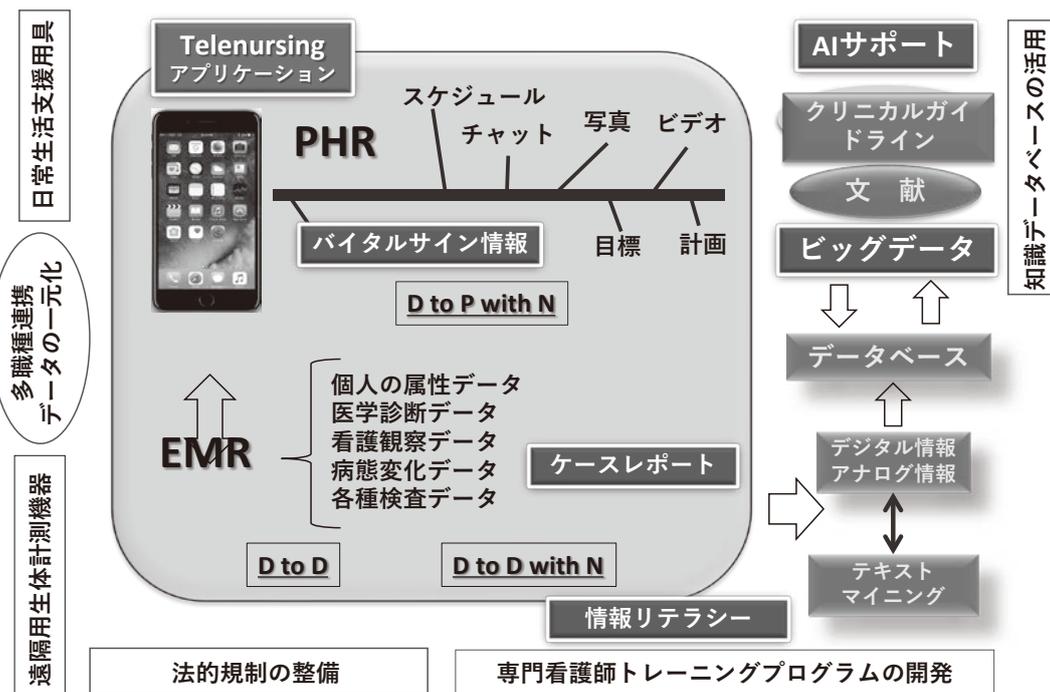


図1 「遠隔看護」の構成要素

3. AI開発とHuman-in-the-loop

AI開発が急速に進むなかで、話題となっていることに「AIと人間の関係性」の在り方が注目されています。

図2は、人間とAIの関係性のあるべき姿を概念的に示したものです。AIは、過去の事例など、膨大なデータを学習し、それらに基づいて、起こりうる未来の結果を確率的に示す道具です。図の左半分を示した部分は、AIが問題解決に至る際の道筋です。AIが行う確率予測に使用されたデータは、「特徴量」と呼ばれ、この特徴量の設定を誤れば、誤った結果が提示され、人間にとって悪い方向に導かれる結果となります。いうなればAIは、経験したことのない事象の予測は苦手で、その結果は参考意見……と言えます。その点、人間は、経験と直感に基づき、経験したことのない未知のものに対処できるノウハウを持っていることがAIとの大きな違いなのでしょう。

図2の右半分の部分は、AIが苦手な部分を考慮し、AI判断の至らぬ部分を十分に承知しながら、最終的には人間の意思決定に委ねるような仕組みを取り入れた意思決定部分です。この図はHuman-in-the-loopといわれ、AIと人間の協働について、あるべき方向性を示したものとと言えます。

私は、以上のような考え方に基づいた遠隔看護システムの実現に向けて研究を進めています。

4. 「転倒転落防止のためのAIによる予知技術の開発」

2つ目は、特徴量の設定が、未来予測を決定することの重要性を意識したAI技術の基礎研究です。テーマは、「転倒転落防止のためのAIによる予知技術の開発」です。公益財団法人介護労働安定センター調べでは、施設内事故の65.6%が転倒転落事故であったと報告しています。転倒・転落のなかでもベッド上からの移動時におけるケースが多くを占めています。施設内での生活場面においても、私たちは経験上、転倒・転落の危険性を予知している場合も多

く、事故が起こってから後悔することも少なくありません。そこで私は、ベッド上での人間の動きの特徴をAIに学習させ、どんな状態が生じると転倒や転落に至るかについて研究を始めました。この考え方は、各確率変数を観測後に事後確率分布を計算することでモデルパラメータを推定するという基本的な確率予測モデルに準じた手法で、AI技術の基本となる考え方です。

AI構築に重要なポイントは、何を学習させるかで、正しい判断を導き出すために非常に重要となります。

対象に負担がなく、プライバシーを保守でき、日常生活にも大きな影響を与えないような観察法の開発は、実用化に向けて最も重要な部分です。そこで私は、患者の身体を支えているベッドの4本足と、床との接合部分にかかる圧力変化が、ベッド上での動作の代表値になるのではないかと考えました。

経時的な身体運動の特徴を探るための手法として、ベッド脚部にかかる4点の圧力の値を重心点1点に集約させ、ベッド上での患者の動きと、1点に集約された動きとの関連について、予備的な実験を重ね、最終的には転倒・転落の予兆に繋がる特殊な変化をも捉えることができるのではないかと仮説に至りました。

ここで重要なのは、ベッド上での動きの変化を、どのようにして捉えるかです。

そこで、図3右上部に示すように、重心点の動きを時間の変化に伴って起こる非線形の時系列データとし、非線形解析（周波数分析・ゆらぎ解析など）から得られる特徴のいくつかを特徴量として設定し、AI予測が可能かどうかについて試みました。

スライドの右下部に、選定した特徴量を示しています。まず、重心の軌跡長を移動距離として捉え、同時に縦横方向の変位の程度を数値化しました。また、細かい動きや大きな動きを把握するため、パワースペクトル分析を行い、出現するパワー値を指標としました。また時系列データの

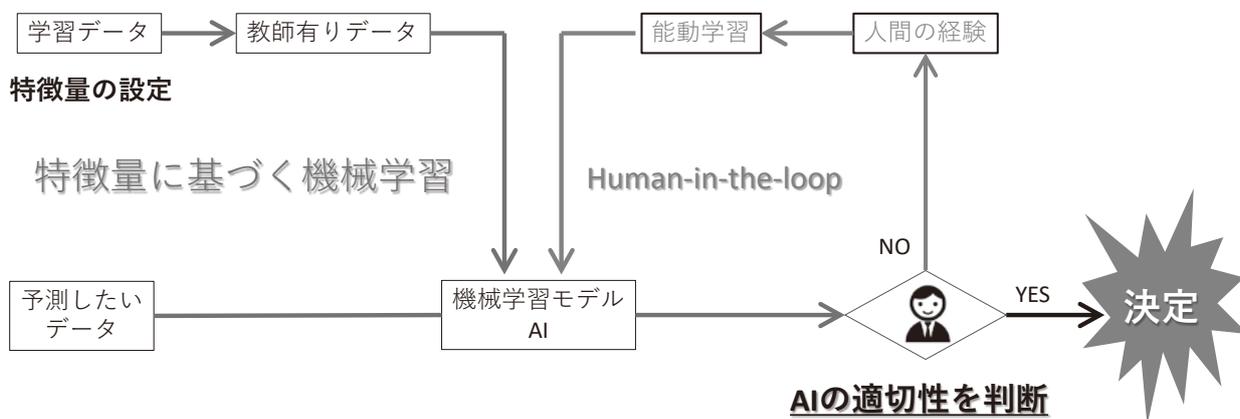
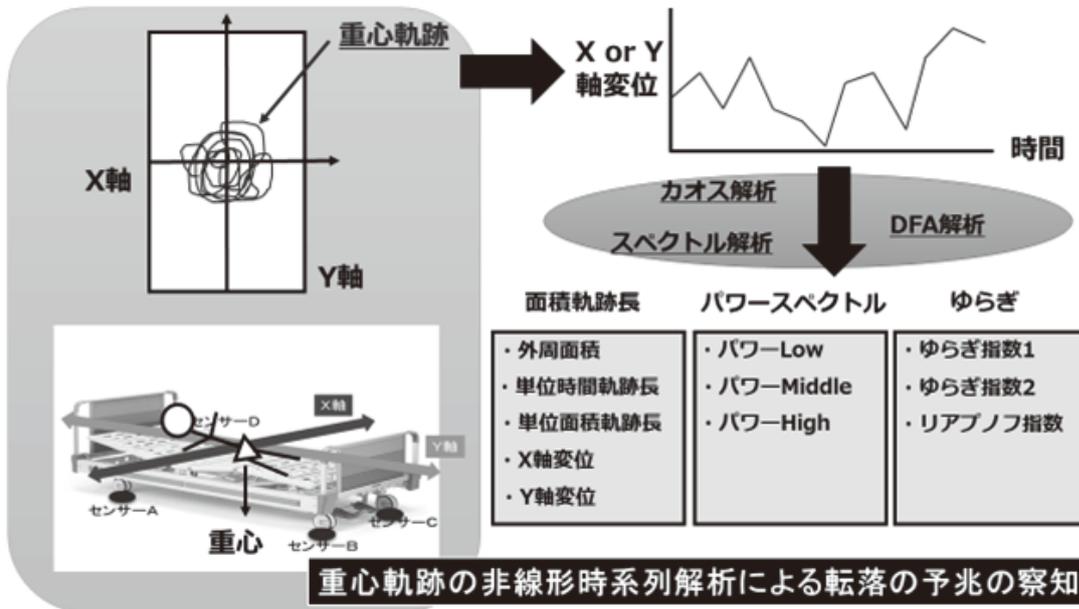


図2 人間とAIの関係性



ベッド上からの転倒・転落予防に向けた体動変化解析手法の提案：日本機械学会論文集Vol.83(856), 2017 より

図3 機械学習 (SVM) による転倒・転落予知

パターンを捉えるために、ゆらぎ解析の結果などを特徴量として設定しました。AI学習では、文献や経験に基づき、転倒・転落に繋がる予兆として起こりうる動作を設定し、「学習動作」を行った場合での、特徴的变化を学習させるものです。ここで、一つ目は、①ベッド上で激しく動く、二つ目は、②寝ている状態から上体を起こしてベッド柵をつかんで抜き取る、三つ目は、③ベッド上から床面の履物をとる3つの学習動作を教師データとして設定しました。この3つの動作について、設定した10項目の特徴量を準備し、AIの機械学習方法の一つであるSVM (Support Vector Machine) の手法によって、実際の3つの動作の違いを判別できるかどうかについて検討を試みました。

結果ですが、まず、ベッド上で激しい動きをした場合 (Active) の「的中率」は93.4%でした。また精密さの指標である適合率は96.8%でした。再現率も同様に高い値を示しました。この動作の予測は高い精度を示しました。ベッド上にて上体を起こしてベッド柵を引き抜く動作は、「的中率」は88.5%、適合率は70.6%、再現率は60.0%でした。ベッド下の履物をとる動作では、「的中率」は93.1%、適合率は63.5%、再現率は82.5%でした。AIによる判別率は、いずれの動作も比較的高い数値を示し、予測変数は妥当なものといえます。一方で、ベッド上で上体を起こしベッド柵を引き抜く動作のように、複雑で複合した動作においては、判別が困難な部分もあることが予測される結果となりました。

5. AIの進化と人間

娯楽映画の世界を例にすると、AI化が進みロボットとの共生社会が進むにつれて、映画 (スターウォーズ) の世界で描かれている、2体の異なる特性を持ったロボット (R2-D2とC-3PO) と人間の関係も未来社会においては、非現実的なものではないように思えてきます。人間の姿をしたC-3PO。このロボットは人間のように感情豊かで、間違った判断によって失敗を繰り返しながら危機を乗り越え経験値を積んでいく。一方で、R2-D2は、あまり情緒的ではないが、コンピュータのように確率予測を最優先に人間の知恵袋として存在し、未知のものに対しては時々大失敗をする……。

このような2つのAIロボットと人間との共生・共創社会の実現は、まんざら遠い未来の話ではなさそうだと思います。

6. まとめ

最後に、AI化が進む未来社会での看護ケアはどのようなものになるのでしょうか？看護の独自性を物理学のモデルを援用して論じた看護理論家のマーサ・ロジャースやマーガレット・ニューマンの考え方を思い起こされます。物理学の世界でアインシュタインが相対性理論において時間と空間を一体的なものとして説き、ニュートン力学も取り込んだパラダイム変革を遂げました。彼女たちもまた時間と空間を一体とし、それを超えた人間の絶対的意識という哲学的課題を、看護を説明する手段として用いた点は、情報が急速に進化し、革命的な変曲点を迎えている今

日の学問や社会の在り方と無縁ではないように思えます。

この情報社会をスマート社会という言葉で表したとき、看護にとって新たな時空間が開かれ、気づかなかった未来社会への価値の創造が生まれるきっかけとなるように私には思えてなりません。

文 献

Azuma, M Satoh, Y Yoshioka. Telenursing in chronic conditions, *Telenursing*, 61-74, 2011.
荒木大地, 長田拓也, 中内靖, 川口孝泰. ベッド上からの転倒・

転落予防に向けた体動変化解析手法の提案, *日本機械学会論文集* 83 (856), 2017.

K Higano, T Shibayama, M Ichikawa, M Motomura, H Shimano. The effects of telenursing with goal attainment scaling in diabetic patients: A case report *Int J Nurs Clin Pract* 2(2), 6-8, 2015.

T Kawaguchi, M Azuma, K Ohta. Development of a telenursing system for patients with chronic conditions, *Journal of Telemedicine and Telecare* 10(4), 239-244, 2004.

T Kawaguchi, K Toyomasu. Innovation of community-based integrated care: the history and current status of telenursing in Japan, *Health Informatics: Translating Information into Innovation*, 25-35, 2020.

◆教育講演 2◆

看護学と工学の接点から展開される教育と事業

— 人間工学の教育と看工連携事業の展開 —

三重県立看護大学 齋藤 真

I. 人間工学の教育について

第I部は、私の専門である人間工学の教育についてお話しします。

(1) 人間工学とは

人間工学はアメリカでは“Human Factors”，あるいは“Human Factors Engineering”と言います。アメリカの人間工学は、人間が効率よく機械を使うための方法や要件をどのようにするかということが基本です。一方、ヨーロッパでは“Ergonomics”と呼び、ギリシャ語の“Erg”（仕事）と“Nomos”（法則）の合成語として労働衛生的な考え方が根底にあり、安全に負担なく作業を行うための学問です。日本では両方の流れがあり、私は“Ergonomics”の教育を受けてきましたが、流れにはこだわらず教育研究を進めています。

国際人間工学会の人間工学の定義は、人間が中心に機械、環境、運用管理を一つのシステムとして捉え、どのように運用していけば、安全かつ効率よく運用することができるのか、またその環境をどのように整えるべきか研究する学問です。人々の安全、安心、快適そして健康の向上がといった点は、看護学に通じるような気がします。

(2) 日本の人間工学の源流

日本の人間工学は女工哀史と深く関係し、大正時代に倉敷紡績の大原孫三郎社長が女工たちの健康問題を医学者や心理学者に研究させたことにさかのぼります。大原氏は若い女工たちが快適な環境で作業に従事できるように、さらに栄養価の高い食事を提供するなど職場の改善に努めました。若き女工たちの健康と幸せを願って研究者たちを招聘し、ここでの研究成果が後の日本の人間工学の源流となっています。人間工学の研究者は、工学はもとより医学・看護学、心理学さらに家政学などと多岐にわたっています。人間工学はさまざまな専門家の寄り合い所帯であるためか、日本の大学には人間工学部や人間工学科という教育組織がありません。人間工学専門の高等教育機関が必要ですが、学問体系が組みにくいことがそれを阻んでいるものと考えられます。

(3) 看護学と人間工学の接点

看護学に人間工学を取り入れて教育研究をされていたのは、三井記念病院高等看護学院の山田里津先生です。山田先生は1970年代から日本人間工学会に看護人間工学部会を設立されて積極的にご研究をされていました。一方、日本看護研究学会では1989年、第15回学術集会（内海湜会長）において千葉大学の松岡淳夫先生が「人間工学研究と看護学—見直されるべき看護技術—」という内容で看護学の研究に人間工学的手法を導入することの有用性についてご講演をされていました。私はこの年に聖母女子短期大学に奉職し、人間工学と看護学を題材に研究をしてみようと看護研究学会に入会しました。看護研究学会に参加し、「自分が考えている方向や内容に間違いはない。」と確信しました。今から35年も昔の話です。

(4) 看護系大学における人間工学の教育

私の本務校である三重県立看護大学および他大学で担当している人間工学の講義について紹介いたします。表1は私が行っている人間工学の学習項目ですが、基本的に2コマで一つの単元を構成するようにしています。

講義の最初は「人間工学とは何か」から始まり、「人間工学と生体機能」、「環境と人間工学」、「ボディメカニクスと人間工学」、「疲労と作業能率」、「ヒューマンエラー」、「ユニバーサルデザイン」、「看護学と人間工学の接点」という各論で講義をしています。

各論は、「ボディメカニクス」と「ヒューマンエラー」について説明します。

表1 人間工学の学習項目

1. 人間工学とは (2)
2. 人間のしくみと人間工学 (4)
3. 環境と人間工学 (4)
4. ボディメカニクスと人間工学 (4)
5. 疲労・能率と人間工学 (4)
6. 安全（ヒューマンエラー）と人間工学 (4)
7. ユニバーサルデザインと人間工学※ (4)
8. 看護学と人間工学 (2)
9. まとめ (2)

※子どもの人間工学を含む（ ）内は時間数

① 人間工学の視点からボディメカニクスの教育を行う

「ボディメカニクス」は、専門の参考書類に重要な点が記述されていますが、初学者が読んで習得するには不十分な記述や実践に落とし込みにくい内容が多くみられます。人間工学の分野では運搬に関する研究分野があり、間板ヘルニアは、背中が後湾した状態で重量物を持ち上げるときに椎骨間で生じる力学的不均衡が原因であることを理解させます。腰背部傷害の発生を防ぐためには、背筋を伸ばして脊柱を前湾させ椎骨間にかかる荷重を均一にすることを示します。(図1)

また生理学的側面から、筋肉の使い方には動的筋負担と静的筋負担が存在し、動的筋負担は筋肉の弛緩収縮を繰り返すことで血液循環を盛んにする一方で、静的筋負担は筋収縮をしたまま動かないような状態で負担が大きいことを説明します(図2)。無理な作業姿勢は静的筋負担を招くことが多く、同一姿勢の保持や身体のねじれには注意することを教示し、無理な作業姿勢にならないようにするに

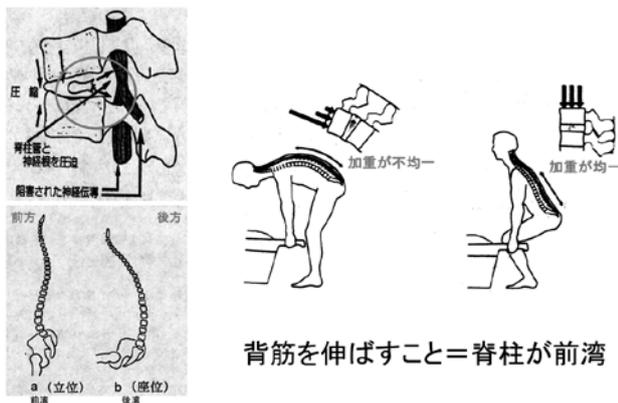


図1 脊柱の構造と腰背部傷害の関係

(出典：E.Grandjean著、中迫勝、石橋富和訳、産業人間工学p.126, 1992年、啓学出版より転載 (一部改変))

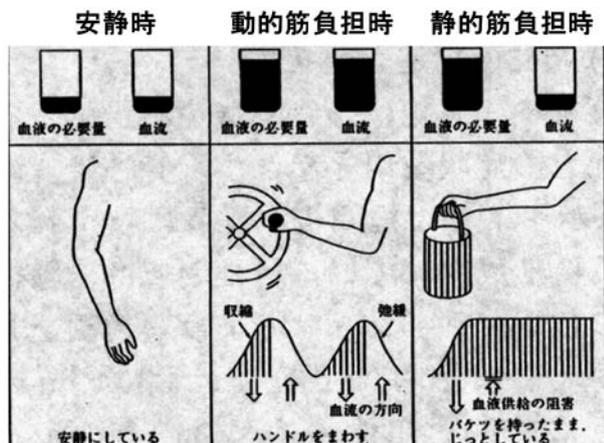


図2 筋活動の違いと負担

(出典：E.Grandjean著、中迫勝、石橋富和訳、産業人間工学p.7~8, 1992年、啓学出版より転載 (一部改変))

は何に注意し、どのように実践するかを考えさせます。

物理学的な視点として重心と支持基底面、力学的モーメント(トルク)、摩擦力の各項目について取り上げます。重心と支持基底面の関係は、図3に示すように傾けた箱について元に戻る場合と倒れる場合について考察させます。両者の違いは、箱の重心からの鉛直線が支持基底面を通過するか逸脱するかの違いです。これを理解しつつ、患者の援助をする場合に看護師、患者それぞれの重心が合成された新たな重心が看護師の支持基底面の中を通過するための方法を考えさせるとともに、看護師と患者との距離を近づけることに気づくように指導します。物理学的な視点の二つ目として力の効率である力学的モーメントについて説明します。モーメントは力と棒の長さの積で簡単に計算できることや複雑な角度であっても三角関数を使って簡単に算出可能なことを説明します。さらにモーメントの考え方は、モーメントを小さくして術者の負担を少なくする、あるいはモーメント量を大きくして少ない力で患者の体位変換に利用するかということを説明します。この内容を理解させるとともに、図4に示すように同じ箱を持つときに肩

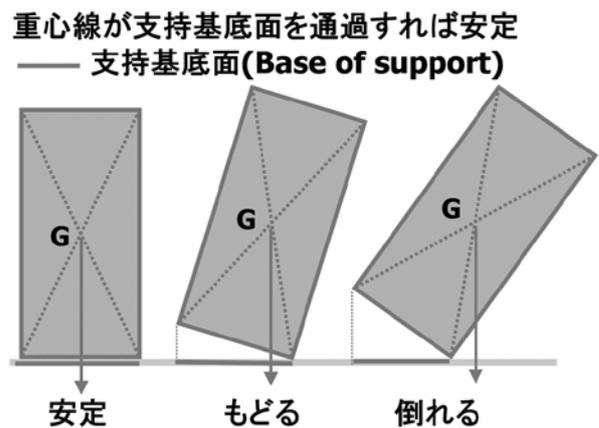


図3 重心と支持基底面の関係

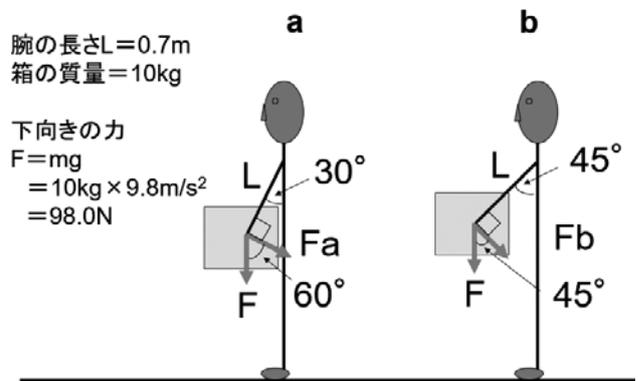


図4 重心と支持基底面の関係

aのモーメント = $98 \text{ (N)} \times \cos 30^\circ \times 0.70 \text{ (m)} = 34.3 \text{ (N} \cdot \text{m)}$
 bのモーメント = $98 \text{ (N)} \times \cos 45^\circ \times 0.70 \text{ (m)} = 48.5 \text{ (N} \cdot \text{m)}$
 同じ重さの物も腕を前に15°出すと約1.4倍も負担が大きい。

と腕の角度が15度異なるだけでモーメント量が約1.4倍異なることを計算して確かめるなど、物理学を交えて展開しています。

② 人間工学の視点からヒューマンエラーの教育行方

ヒューマンエラーは、心理学者のReasonが図5に示すようにスイスチーズモデルに例えています。スイスチーズは無数に丸い穴が空いていますが、ヒューマンエラーはこれらの複数枚の重なったチーズの穴が一気に貫通した状態であると説明しています。穴が貫通する確率は極めて低いかもしれませんが、起こり得ることです。図5に示す4枚のチーズを医療スタッフと仮定しますと、医師が処方ミスをし、調剤する薬剤師もその通り調剤し、監査の薬剤師も間違いに気づかず、最後に看護師が患者に配薬してしまった。まさにヒューマンエラーです。ヒューマンエラーを防ぐためには、スイスチーズを増やす、あるいはスイスチーズの穴を小さくするなどの重要性について説きます。

私達はヒューマンエラーが起きると、誰が悪いか犯人探しをしてしまう傾向がありますが、人間は誰もがヒューマンエラーを起す可能性を秘めていることを解剖学、生理学、心理学の各側面から示します。解剖学的な教示はコリジョンコース現象による自動車の衝突事故を例にとります。コリジョンコース現象は見通しの良い交差点で直行する車両同士の衝突事故です。ヒトは前方を注視していても左右45度方向に存在する物体の動きを認識できません。これはヒトの中心視が視角にして約30度程度で、あとは周辺視に頼るため眼の解剖学的な限界であろうと思われまます。また生理学的な視点は東名高速道路の居眠り事故の件数と脳の活動水準(CFF値)の関係から説明します。図6の横軸は時刻で0時から24時まで、上段が居眠り事故の件数、下段が脳の活動水準です。フリッカー値は、午前0時より早朝6時頃まで下降し、その後昼にかけて上昇します。昼食後の午後2時頃から緩やかに低下、その後回復しますが夜になって再び下降し、サーカディアンリズム

James Reason(英国)のスイスチーズモデル

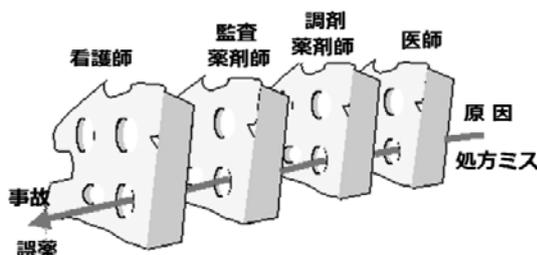


図5 Reasonのスイスチーズモデル

ヒューマンエラーは複数枚のスイスチーズの穴が一気に貫通した状態である。

に支配されています。東名高速道路の居眠り事故件数はそれに逆相関するかのように変化していることがわかります。事故防止のためには、時間帯を考慮して運転する、あるいは休憩を取るなどの予防対策が重要であることを示します。さらにヒューマンエラーの大きな要素は心理的な特性で、ミステイク、スリップ、ラプスについて説明をします。ミステイクは見間違いや勘違いで、千春という名前が女性だと思っていたら実は男性だった例が当てはまります。スリップは途中で別な刺激によって起こる場合で、エレベーターで10階まで昇る予定が7階で止まり、うっかりと降りてしまったという例です。ラプスは思い出すことを失念した状態で電子レンジから温めた食材を取り出すのを忘れてしまった場合が身近な例です。いずれにしても私たちが普段から経験している内容で特別なものではありません。ヒューマンエラーの人間工学的対策は、標準化、アフォーダンス、フルプルーフ、フェイルセーフ、バックアップ、作業環境の改善、作業者の意識レベルの低下の防止そして最後に示唆呼称(指差し確認)です(表2)。

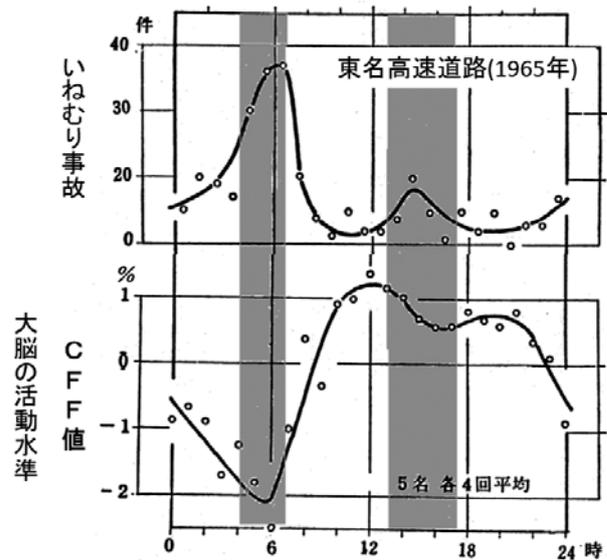


図6 いねむり事故と脳の活動水準(CFF値)の関係

(出典：橋本邦衛、遠藤敏夫著、生体機能の見かた—人間工学への応用—p.149, 1983, 日本出版サービスより転載(一部改変))

表2 ヒューマンエラーの人間工学的対策

1. 標準化 (Standardization)
2. アフォーダンス (Afford-ance)
3. フールプルーフ (Fool proof)
4. フェイルセイフ (Fail safe)
5. バックアップ (Backup)
6. 作業環境の改善
7. 作業者の意識レベルの低下防止
8. 指差呼称の導入

してヒューマンエラーの分析についてSHEL分析を用いて説明をします。老人の転倒事故の事例を示し、その分析方法について演習をしながら取り組むことにしています。

(5) 看護学における人間工学の位置づけ

このような内容で展開された講義は、看護を学ぶ学生にとって工学に対するイメージが変わった、工学の看護の関わりが深く看護実践の科学的根拠になるなど、ポジティブな評価が多くみられました。さらに人間工学は、看護技術や看護管理、さらに産業保健の分野との関連性が深く、専門性への指向が高まることを認識したところでございます。

II. 看工連携事業について

第II部は、私が三重県立看護大学で2013年から看工連携という事業を開始して今日に至っておりますが、その内容と成果について報告します。医工連携という言葉はよく耳にしますが、看工連携はまさに看護を支援するための工学で私が作った言葉です。私は2013年当時三重県立看護大学の理事でしたが、中期計画に新規事業として「知的財産の創出」を提案し、理事会で承認され看工連携事業として進めたのですが、当時は周囲の無理解と批判にさらされました。

(1) 学内における知的財産への理解と発明の推進

私は知的財産については全く知識がありませんでしたが、独立行政法人工業所有権情報・研修館（以下INPITと略記）の産学連携知的財産アドバイザー派遣事業に応募、採択され、本格的に活動を開始しました。この流れに乗り、私が大会長として日本人間工学会第57回大会を三重県立看護大学で開催、そのときに看護と知的財産についてのシンポジウムを開催するとともに三重県内の企業に看工連携事業の推進を積極的にPRしました。また学内では毎月1回「看工連携ブレインストーミング」という研究会を開催し、臨床場面における困り事と知的財産につながる発明について議論する場を設けました。

(2) 研究成果と特許出願

こうした活動の中、私は心肺蘇生足趾支持台を2016年6月に特許申請し、2019年12月に本学初の特許取得に至りました。心肺蘇生時に術者の身長とベッドの高さの差を相殺するために術者がベッド上にひざまずくことがありますが、我々の研究からベッド上でひざまずく場合は質の高い胸骨圧迫が担保できないことが判明しました。床上での胸骨圧迫は120秒間持続可能でしたが、ベッド上にひざまずいた場合は60秒間も持続しませんでした。これは図7に示

すようにつま先が動くために本来は使わないはずの大腿二頭筋の筋収縮が誘発され、結果として僧帽筋の動きが圧迫動作と同期しないこと、さらに大腿直筋の筋電図から踏ん張りが利いていないことなど効率が悪いばかりか負担になっていることがわかりました。その解決策として足趾の固定に着目し補助台を自作したところ、床上と同じ効果を得ることができました。図8は試作品でベッドに外付けのものです、ベッド内蔵型も特許を取得しています。

(3) 臨床での困り事を議論し、特許へつなげる

看工連携ブレインストーミングでは寝たきりの患者の手浴や足浴の必要性があるものの、適切な用具がなく、レジ袋に紙おむつを入れてお湯を吸水させながら手浴を行っている現状が話題となりました。早速、容器の開発を進め、図9のような手浴容器を開発しました。学生が卒業研究として選んでくれたこともあり、試行錯誤を重ねて試作品を作りました。試作品を使った実験は、寝たきり状態や拘縮のある患者の手浴を想定しながら形や大きさを決め、術者と患者双方のユーザビリティを評価指標として進めました。これと同時にブラックライトによる手洗いチェッカーを用いて洗浄効率についても確認をしました。さらにこの頃、フットケアに関する話題提供があり、図10のような手浴容器に引き続いて足浴容器の開発に着手しました。これ

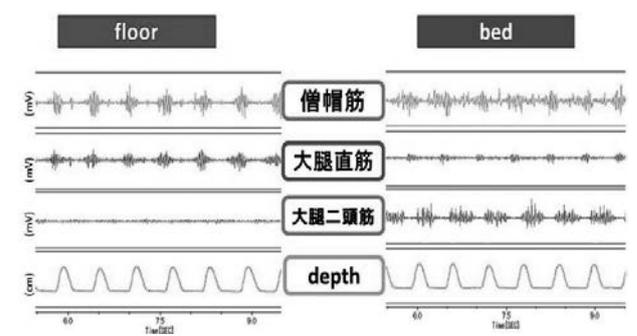


図7 床上とベッド上における胸骨圧迫時の筋電図と圧迫深度
大腿直筋と大腿二頭筋の筋放電の違い、僧帽筋の筋放電が効率(depth)に同期しない。



図8 心肺蘇生用足趾支持台（特許第6634969号）
重量：6.1kg, 材質：アルミ, プラスチック樹脂



図9 手浴用の容器（部分浴容器：特許第6993364号）

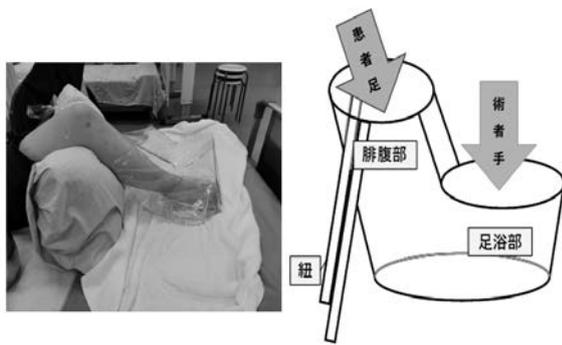


図10 足浴用容器（特許第7276889号）

も学生が卒業研究として取り組み、手浴容器と同様の方法で開発を進めて試作品を製作しました。最終的に手浴容器、足浴容器ともに特許が取得できました。

(4) 看工連携事業の学内での推進と学外への発信

これらの活動と並行して知的財産アドバイザーに著作権に関する研修会をお願いし、FD・SD研修会として開催、

教職員から講義資料や大学広報などに至るさまざまな著作権に関して知識を深めることが可能となり、高評でした。看工連携ブレインストーミングが軌道に乗ってくると、若手メンバーが県内企業と共同で子ども用の手術後療養用衣類を開発し、第15回みえ福祉用具アイデアコンクールにおいて優秀賞を受賞するなど活気に満ちあふれてきました。

さらに私は「医療施設に広げよう看工連携による特許の輪！」という事業を新規に立ち上げ、希望する県内の病院において看工連携ブレインストーミングを開催しました。本学教員が各病院に出向きファシリテータとなって臨床場面の困り事をディスカッションする内容ですが、2020年3月からコロナ禍のため現在まで休止状態となっています。私はこの事業を通じて各病院が困り事の解決と特許出願、さらにブレインストーミングの内容から院内研究への発展、スタッフの活性化に利用できないかと思っていました。現時点ですぐに再開することは困難ですが、今後時期をみて何かしらの活動を行うことを模索しているところです。

Ⅲ. おわりに

以上、教育講演として「看護と工学の接点から展開される教育と事業」についてお話をさせていただきました。人間工学の教育が、幅広い教養となり、また専門教育への基礎となるように捉えていただければ幸いです。また看工連携事業が多くの看護系大学、医療施設で扱われるようになることを期待しています。

最後に、このような機会を与えていただきました、本学術集会会長・横浜市立大学教授 叶谷由佳先生、日本福祉大学教授 白尾久美子先生に感謝申し上げます。

ありがとうございました。

◆研究方法セミナー 3◆

GIS研究初めの一步

横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻 金子 惇
株式会社東京地図研究社 竹下 健一

I. はじめに

地理情報システム (Geographic Information System: GIS) の臨床研究への活用が近年様々な領域で行われている。筆者の一人である金子は自らのリサーチクエストを研究に落とし込む際に、GISの技術が必要であり学ぶ機会を得た。本セッションではその経験を活かし、GISを用いた研究の支援を多く行っている竹下とともに、参加者がGISを用いた研究に取り組む際のヒントを提供することを目的として行われた。本稿ではその内容を中心にGISの基本的な概念とGISソフトで実行可能なことの紹介、GISを用いた研究の具体例を記述する。

II. GISの基本的な概念

GISとは地理情報(位置に関する様々な情報)を作成、管理、表現、検索、分析、共有するための技術であり、複雑な現実世界をモデル化する方法の一つである。GISの対象となるものは社会におけるほぼすべての事象・情報であり、具体的な例としては植生・災害(風水害、火災、火山、地震)・犯罪・道路・上下水道・電気・ガス・建物・施設・人口・土地・標高値・気圧・農産物・グルメ情報等が挙げられる。この様に「情報を位置に関連付けデジタル地図で視覚化、分析する」GISを用いて行えることは大きく4つに分けられる。すなわち、情報のビジュアル化、情報の重ね合わせ、計測/解析/集計、データの作成/更新である。「情報のビジュアル化」の例としては、ヒートマップを用いて東京都23区の人口密度を表現する、などが挙げられる。「情報の重ね合わせ」は地物や図形の種類(面、線、点)を基準に分解して、「レイヤ」で管理するものであり、道路・建物・土地利用などの個別の情報を得てそれを一つの地図に重ねて表現することを指す。「計測/解析/集計」は属性情報および空間情報から複数の条件を満たす位置、範囲を求めることで、必要なデータを可視化するものである。例としては、アパートを探している人のために「家賃5万円以下」「駅から300m以内」「コンビニから200m以内」という条件を組み合わせて、それを満たす物件を地図上に描出するなどが挙げられる。「データの作成/更新」は文字通りGIS技術を用いて、地理情報の更新・追加を行っていくことであり、例えば新しいビルの建

設・行政界の変更・施設の名称変更などがそれに当たる。GISは、気象情報や溶岩流の予測などの危機管理分野、新規店舗の候補地検討等のビジネス分野、流通分野など幅広く活用されている。

III. GISソフトとそれを用いて行えること

GIS情報を扱うソフトウェアには様々なものがあり、有償の代表的なものとしてArcGIS、無償の代表的なものとしてQGISがある。GISでは座標(緯度・経度)、住所、住所コード、郵便番号、メッシュコードなどの位置情報を持ったデータを扱うこととなる。GISソフトウェアを用いることでこれらのGIS用のデータを利用し情報の管理、分析、可視化を行うことが可能となる。医療分野で利用できるGIS用データの例として

・国土数値情報医療圏データ

https://nlftp.mlit.go.jp/ksj/gml/datalist/KsjTmplt-A38-v2_0.html

・国土数値情報医療機関データ

https://nlftp.mlit.go.jp/ksj/gml/datalist/KsjTmplt-P04-v3_0.html

・国勢調査年齢(5歳階級、4区分)別、男女別人口

<https://www.e-stat.go.jp/gis/statmapsearch?page=1&type=1&toukeiCode=00200521>

・ArcGIS Stat Suite: 推計傷病別患者数(町丁・字等/メッシュ版) ※有償

<https://www.gisdata-store.biz/product/1686/>

などがある。

具体的な活用例としては病院の立地、規模(病床、医師、患者、専門医)、病院へのアクセス(最寄り病院、救急・通院困難、へき地医療、医師看護師不足)、病院新設(病院の密度、新設病院の最適地、将来人口)、最適ルート(往診カー、救急搬送)、感染症(分布、伝播経路)その他(災害時医療等)などを地図上に表現することが挙げられる。

IV. GISを用いた研究の具体例

GISを用いた研究の具体例として筆者らが行った「へき地」尺度の開発と地域医療実習のためのフォトボイスアプリを紹介する。

A. 「へき地」尺度の開発

「へき地」と都市部の健康格差、医療資源の格差は世界的な課題であり、多くの国で研究が行われている。一方、課題だけでなく、幅広い診療や地域住民との協働など「へき地」医療だからこそその魅力も発信されている。その様な「へき地」医療の特徴を見える化するために、諸外国では国や地域ごとに「へき地」の程度を段階的に表す「へき地尺度」が活用されている。わが国では約1,100万人が過疎地域に居住しており、その地域は国土面積の58%を占めているものの、これまで「へき地尺度」に該当するものがなかった。

そこで、筆者らはこれまでの他国での研究結果および「へき地」医療に関わる医療従事者や行政官、住民など有識者へのアンケートを基に、日本における「へき地」尺度 (Rurality Index for Japan: RIJ) を、GISを活用して作成した。

まず、「へき地」で診療している医療従事者や行政官、住民へのアンケートの結果から、「へき地尺度」に必要な項目として人口密度/直近の二次もしくは三次救急病院までの距離/離島/特別豪雪地帯の4項目を選出した。その後、上述のArcGISというGISデータを扱うソフトウェアを用いて、全国の郵便番号界の重心地点とそこから最短の距離にある二次あるいは三次救急病院との距離を求めた。また、離島かそうでないかを区別するために、二次もしくは三次救急病院のある島、または橋梁(道路、鉄道)によりそれらの島と接続している島以外を「離島」と定義し、離島以外とを区別させた。その後、郵便番号界ごとにそれぞれのスコアを求めた。更に、求めたスコアを位置情報に紐づけ、集計単位を市区町村、二次医療圏、都道府県に拡張し、十段階のグラデーションをつけた全国マップを作成した。郵便番号、市区町村、都道府県、二次医療圏ごとに「へき地度」を視覚的に分かりやすく示したマップを作成した結果、50以上の研究者・行政機関から使用申請があった。詳細については筆者らの「へき地」尺度の論文を参照されたい。¹また使用申請については筆者らのウェブサイトから受け付けており、研究目的であれば無償で提供して

いる。

「へき地」尺度の使用申請について

<https://pcru-kanekolab.studio.site/contact#top>

B. 地域医療実習のためのフォトボイスアプリの開発

医学や看護学における地域医療実習において学生が地域を見て回り、印象に残ったものあるいは事前に設定したテーマに沿ったものの写真を撮って、それを用いて振り返りを行うフォトボイスという手法があり、医学教育・看護教育で活用されている。筆者らもその様な実習を行っているが、その中で写真を地図上に表すことができるとその場に行っていない他の学生や教員もその写真がどのような場所でも撮られたのか理解しやすいのではと考えたのがこのアプリケーション開発の発端である。

本プロジェクトではArcGIS Survey123というアプリケーションを用いて、写真を撮った際に学生がその場所についてのコメントや印象を簡単に入力してアップロードすることで自動的に地図上に表示することを可能にした。また、事前学習した地域の特性(面積、人口、医療機関の数など)を入力する機能も作成した。開発後は横浜市立大学、筑波大学、慶應大学などの教育機関や行政機関において利用されている。

V. さいごに

本稿ではGISの基本的な概念とそれを用いて行えること、GISを用いた研究の具体例を簡単に記載した。非常に多くのことに利用可能な技術であり、看護研究領域でも親和性が高いと考えられるため、今後更なる活用が進むことを期待する。

参考文献

1. Kaneko M, Ikeda T, Inoue M, Sugiyama K, Saito M, Ohta R, Cooray U, Vingilis E, Freeman TR, Mathews M. Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan: a modified Delphi study. *BMJ Open*. 2023 Jun 19; 13(6): e068800. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068800. PMID: 37336534

◆シンポジウム1◆

Society4.0から5.0への教育デザインの転換：

コンピテンシー基盤型教育の学修成果・看護実践・看護成果が示す教育と評価のスキーム

東京医療保健大学医療保健学部看護学科・大学院医療保健学研究科 准教授
 (兼任) 学長戦略本部教学マネジメント・DX推進プロジェクトチーム サブリーダー
 (兼任) 総合研究所教育DX研究ユニット 副ユニット長 西村礼子

I. はじめに

Society5.0で実現する社会は、看護学教育においても、看護学の知、実践、成果および社会的意義を他分野や国際的に、改めて発信できる契機になると私は考える。教育デザインは、転換することが目的ではなく、到達に向けた方法論の一つであり、教育デザインを転換することにより何が成果として生み出せるかが重要である。本稿では、Society4.0からSociety5.0への教育のデザインの転換で期待されることは何か、教育と評価のスキームから生み出される成果とは何か、そして、看護学教育でのビッグデータを活用したLearning Analyticsの展開と生み出される付加価値とは何か、今後の可能性について考察する。

II. Society4.0から5.0への教育デザインの転換

情報社会(Society 4.0)は、分断されたクラウド上へ情報が集まっており、情報へのアクセス、収集・分析、成果の発信には様々な限界や制約があること、データ化されていない情報も多くあることなど、分野横断や連携に多く課題があった。看護学の分野においても、対象のライフサイクル、健康段階や障害・回復の程度、範囲・規模・単位、看護の活動の場、期待されるアウトカムやアカウントビリティは範囲や内容が広く、複雑であることから、教育データと看護のアウトカムをどのように関連付けてデータ化、収集できるかは課題があった。看護関連アウトカムに影響する看護資源要素についての知見は海外ではそろっている一方、国内の研究はほとんどないことが明らかとなっている(林田・村上, 2023)。日々多くの看護実践が行われる中、データ化・収集・蓄積・分析、更新・モニタリングする実践家や研究者の不足などの課題もある。つまり、看護実践や看護成果や看護関連アウトカムを言語化・データ化する必要性、データ化・収集・蓄積・分析の実現可能性にも課題があったと考える。

現代社会においては、超高齢少子社会・人口減少社会への突入により増加する高齢者と複雑化する状態と背景、入院期間の短縮化による多施設・多職種連携、地域包括ケアシステムの構築(住まい・医療・介護・予防・生活支援の

一体的な提供)への対応など看護実践能力の高度化、タスクシフト・シェアによる役割拡大も加速している。この社会背景に対応した看護職として求められる看護実践や、実践により生み出される看護成果を可視化するデータは、看護職の意義や価値を社会に理解される形で示すこと、看護職間で共通認識化するという観点から非常に重要である。看護学教育においても、看護基礎教育や継続教育で期待される看護実践能力と学修成果と教育成果、学修成果により生み出される看護実践や看護成果や看護関連アウトカムを紐づけてデータ化・収集・蓄積・分析すること、データを課題解決や改善のために活用するという教育から実践へとつながるシームレスなデータ活用は必須である。

医療専門職の教育においては、基礎教育・継続教育・大学院教育のプログラムは、コンピテンシーと呼ばれる医療専門職としての実践能力を学修成果として定義するコンピテンシー基盤型教育(Competency-based education: 以下CBE)に移行してきた(Lee & Chiu, 2022)。CBEは、コンピテンシーが明確に示された学習に対するアウトカムベースのアプローチであり、カリキュラムの開発、実施、評価を中心とする(Pijl-Zieber, Barton, Konkin, Awosoga & Caine, 2014)。CBEでは、発達段階を説明するマイルストーン(Torrallba, Jose & Katz, 2020)を示すことで、連続した学習者の評価の基準を提供し、形成的評価として学習者が次の段階を達成するための支援を目的とする(Lee & Chiu, 2022)。コンピテンシー基盤型カリキュラムは、社会から期待される看護職としてのコンピテンシーと学修成果としてのアウトカム設定により成り立つため、アウトカムは看護実践、看護成果、対象のアウトカムにつなげることが可能である。つまり、コンピテンシー基盤型カリキュラムから成り立つ教育と評価のスキームは看護学の知を実践と成果に落とし込み、社会に発信できる教育デザインの転換となるのではないだろうか。

それでは、教育デザインの転換により生み出される成果をどのように社会に示し、発信することが可能であろうか。ここで期待されるのが、Society 5.0でのフィジカル(現実)空間からセンサーとIoTを通じてあらゆる情報を

集積し（ビッグデータ）、人工知能（AI）がビッグデータを解析し、付加価値を現実空間にフィードバックすることで、様々な知識と情報の共有、新たな価値を生み出すことである。具体的には、CBEにより、何ができるようになったか（学修成果）という看護学教育の質を示すとともに、看護実践によりどのような成果が生まれたか（看護成果）、看護成果の可視化によりどのような看護の質が保たれているか、国民の健康やニーズにどれだけ対応できているかを示すということが期待される。

これまではデータ化することが難しかった看護の観察、実践、対象の反応、成果を含む学修成果・看護実践・看護成果・看護関連アウトカムを紐づけてビッグデータを作成し、データ解析・結果の可視化からフィードバックにつなげることが可能となれば、看護基礎教育と継続教育から看護実践と看護成果、さらには看護や医療の質、社会との情報共有というPDCAサイクルが実現すると考える。これこそが、看護学の知を実践と看護成果につなげた社会的意義と価値の発信・共有・共通認識を可能とする教育デザインの転換ではないだろうか。

Ⅲ. ビッグデータを活用した教育と評価のスキームから生み出される成果

それでは、ビッグデータを作成するためにはどのような情報が必要であり、すでにビッグデータを活用した教育と評価のスキームから生み出された成果、今後期待される成果にはどのようなものがあるだろうか。

まずはThe American Association of Colleges of Nursing (AACN), National Council of State Boards of Nursing (NCSBN), the National Forum of State Nursing Workforce Centers (Forum)の看護労働力全体に焦点を当てた全国レベルの調査 (Smiley et al., 2023) から、CBEによる学修成果・看護実践・看護成果のアウトカムについて考える。

AACNのThe Factでは、看護学士の学位 (BSN) を持つ看護師は、批判的思考やリーダーシップ、症例管理、健康増進のスキルなど、看護師に求められる要求を満たすための準備が十分に備わっているため、様々な入院患者や外来患者での実践能力が高く評価されていること (American Association of College of Nursing, 2023)、文化的、政治的、経済的、社会的問題をより深く理解し、看護師があらゆる医療環境において看護責任の全範囲を実践できるようになると説明している (National Academies of Sciences et al., 2021)。米国の労働力におけるBSN以上の学位を持つRNの割合は70%を超え、51.5%が入職時点でBSNもしくは修士号をもつ (Smiley et al., 2023)。政策立案者、医療当局、実践指導者は、20年以上にわたって、教育が看護実践に違いをもたらすと認識し、入院患者の生存率や死亡率に寄

与することを示すデータ (Harrison et al., 2019; Aiken et al., 2017)、を社会に発信している。

AACNの2022年3月「GUIDING PRINCIPLES」(American Association of Colleges of Nursing, 2023b) は、「THE ESSENTIALS」に基づくコンピテンシー基盤型カリキュラムへ移行するための教員のガイドとして作成され、「アウトカムコンピテンシー」、「段階的な学習進行」、「学習経験の調整」、「コンピテンシー重視の指導」、「プログラム評価」からなるCBEの主要な構成要素とアプローチに関する共通の理解の必要性を示した。

看護実践能力の評価としては、実践能力の測定指標の開発・妥当性の検証・実践能力の測定・実践能力の到達度分析も進められている。米国の次世代看護師国家試験 (Next Generation NCLEX®) (National Council of State Boards of Nursing, 2023a) では、基礎知識よりも高次で複雑であり、看護実践能力の重要なコンピテンシーの一つである臨床判断を組み込んだCAT (Computerized Adaptive Test) (National Council of State Boards of Nursing, 2023b) を用いた臨床実践能力の測定・効果検証の研究、実装を進めた。NCLEX®では、臨床判断測定モデル (Clinical Judgment Measurement Model; NCJMM) に基づく問題作成後、2023年試験開始までの6年間で新人看護師68万人を対象に仮問題の回答を実施・検証した (National Council of State Boards of Nursing, 2023c)。NCJMMを作成するために、NCSBNの研究者は、意思決定と臨床判断に関連する看護学、看護教育学、認知心理学、心理的評価および意思決定科学の膨大な文献レビューと戦略的実践分析を実施した。NCJMMの作成には、100人以上の看護専門家が関与し、20万人以上のNCLEX候補者のデータを分析し、複数の調査により新人が行う業務を明らかにし、高次で複雑な臨床判断を測定する構成要素、タスクモデルに合わせた項目を構築した (National Council of State Boards of Nursing, n.d.)。そしてNCJMMに基づく問題作成が行われたCATは、項目応答理論 (IRT) により難易度、識別力ごとに臨床実践能力を測定する問題項目の検証を進め、一定の質が保証された問題がCATにプールされた。出題される回答毎の問題の難易度と識別力により受験者の能力を推定しながら、次の出題項目を決定し、能力推定値 (得点の信頼性) が保証されるという教育と評価の仕組みが生み出された。この教育と評価のスキームから生み出される成果は、看護実践に基づく臨床判断を含むコンピテンシーとアウトカムの測定指標の一貫性、測定指標の妥当性の検証、卒業時到達度分析、新人看護師の実践能力の評価も含む看護学教育の質と看護成果を社会に発信し、説明責任を果たしていることだと考える。

日本の医療教育においてもCBEからアウトカム設定、基礎教育と継続教育を含む一貫性ある教育と評価のスキームが進められている。たとえば医学教育では、客観的評

価値指標として、入学試験、臨床実習前CBT・OSCE（共用試験）、臨床実習後OSCE、医師国家試験、臨床終了時のJAMEP基本的臨床能力評価試験（GM-ITE: General Medicine In-Training Examination）（日本医療教育プログラム推進機構, 2023）が用いられ5つの時点の客観的能力評価が行われることとなった。GM-ITEは、臨床研修のアウトカムの客観化を目的に実施し、各医療機関における研修プログラムの評価や総合的な臨床能力を身につけるための研修指導計画に役立てるものであるが、研修医労働時間及び研修環境と基本的臨床能力評価試験等との関連性から、研修医のうつ、バーンアウト、高ストレスの有病率は、週平均労働時間が90時間以上で有意に増加するなど教育と評価のスキームから医療成果への関連も検証されている（Nagasaki et al., 2022）。

CBEを実施するには、コンピテンシーを特定し、各コアコンピテンシーの基盤となる属性を明確にしたコンピテンシー基盤型カリキュラムと教育プログラムの設計が必要である。そしてコアコンピテンシーの有効かつ信頼できる評価を提供する評価ツールを開発することが必要である。薬学教育（山田, 2018）・歯学教育（松下・小野・斎藤, 2020）でも検証は進められており、看護学教育においても国家標準に基づく教育プログラムを修了した看護師のための能力評価ツールを開発した内容的、構成的、基準的妥当性の評価検証（Ko & Yu, 2019）が進められている。

これらは、教育と評価のスキームにより、医療系教育と実践と医療への成果をビッグデータ化し、社会に医療の質と価値を発信するという成果を生み出していると考えられる。今後の日本の看護学教育においては、看護職として求められるコンピテンシー、臨床実践を到達とした段階的な到達度となるマイルストーン、パフォーマンスレベルでの評価基準や評価項目、具体的なアウトカムの範囲・項目・基準の設定、これらを基盤として測定されたデータ化を進めることが必要なのではないだろうか。また、看護学教育におけるアウトカムの設定は、知識、スキル、態度、思考、判断、表現を統合したパフォーマンスとしての学修成果、実践能力の評価、実践の結果として看護実践場面での看護成果や看護関連アウトカムのデータ化も併せて連携していくことが必要であると考えられる。

IV. 看護学教育でのビッグデータを活用した Learning Analyticsの可能性

それでは日本の看護学教育においてはどのようにデータを蓄積できるのか、どのような分析をし、看護成果につながられるのか、2つの可能性を挙げる。

まずは、学習者の学習履歴・学習行動・学習進度・成績、教育機関の授業・科目・学年・学位・大学レベルの

データを活用し、コンピテンシー・アウトカム・学習方略の一貫性の評価、教育成果、教育プログラム・カリキュラム開発、認証評価（機関別・分野別）や内部質保証につなげる方法が考えられる（図参照）。具体的には、初等中等教育の学力・学習状況、入試時点・入学前・入学時点、講義・演習・実習での診断・形成・総括的評価、授業評価、重み付けとナンバリングされた科目評価、DPの経年評価と達成度、CBTやOSCE等の臨床能力試験、卒業試験、国家試験、卒業後の看護実践能力・実践のデータ活用である。これは教学マネジメントでも示される学修成果の可視化・モニタリング・情報公表を可能とする段階的な教育と評価のスキームに寄与し、生涯学習能力・看護基礎教育・継続教育から実践・成果につながるデータとなると考える。近年、高等教育における Learning Analyticsの応用が注目されているが、ヘルスケア関連の教育研究は非常に少ないため（Chan, Botelho & Lam, 2019）、まずは教育データを作成すること、そしてそれを各教育機関レベルで活用、共有や協働できる体制を開始することが重要だと考える。

2つ目は、看護学教育のAI分野の自然言語処理などを活用した学修成果・実践能力・実践・看護成果の可視化と評価である。看護は実践の科学であり、学問の学力と能力が近いいため、コンピテンシーから学修目標やアウトカム設定がしやすい。自然言語処理技術は、医療の意思決定に関連する電子カルテの検証（Hossain et al., 2023）、高等教育・研究における人工知能、自然学習処理、大規模言語モデルの役割など、システムティックレビューでの検証が始まり、学業や教育におけるAIの応用として、教育サポートと建設的なフィードバック、評価、採点、カスタマイズされたカリキュラム、個別化されたキャリアガイダンス、メンタルヘルスサポートなどが始まっている（Alqahtani et al, 2023）。そのため、自然言語処理での言語データの活用

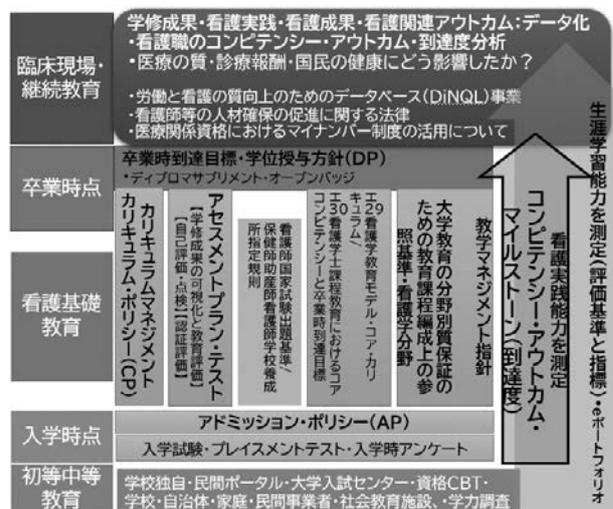


図 Learning Analyticsによる学修関連のデータ活用の可能性

は、これまでの教育目標分類では示すことが難しかった看護学教育における学修目標のフレームワーク、看護職の状況認識や思考過程・手順・型・判断領域を含む実践と看護成果をデータ化できる可能性が高いと考える。

AI技術の進歩とビッグデータの社会化はすでに進んでおり、AI技術と医療における関連性、ヘルスケア場面におけるAI技術の共感的認識、共感的反応と関係行動、コミュニケーションスキル、ヘルスコーチング、治療的介入、臨床知識と臨床評価、ヘルスケアの質評価、健康情報とアドバイスの提供などの強化のための使用の検証(Morrow et al., 2023)がすでに進められているように、教育と実践と医療関連アウトカムを示すことは今後さらに求められると考える。

V. おわりに

本稿では教育デザインに基づく観点から、看護実践能力、段階的な教育と評価のスキームの可視化による学修成果・看護実践・看護成果などの看護学教育から生み出される社会成果をSociety5.0の実現により共有されることの期待について述べた。また、看護学、教育学、自然言語処理、Learning Analyticsなど他分野間での連携・協働により実現する教育データ、データやリソースの共有活用による継続的な学修環境・機会の提供とカスタマイズされたサポート、学修成果・看護実践・看護成果の可視化など、看護学教育と看護成果・看護関連アウトカムのデータ化と連携することで生み出される意義や価値が社会に示されることを、今後期待する。

【文 献】

- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Moreno-Casbas, T., Ball, J., Ausserhofer, D. & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*, 26(7), 559-568.
- Alqahtani, T., Badreldin, H. A., Alrashed, M., Alshaya, A. I., Alghamdi, S. S., bin Saleh, K., Alowais, S. A., Alshaya, O. A., Rahman, I., Yami, M. S. & Albekairy, A. M. (2023). The emergent role of artificial intelligence, natural learning processing, and large language models in higher education and research. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. doi: 10.1016/j.sapharm.2023.05.016.
- American Association of College of Nursing. (2023a). Fact Sheet; The Impact of Education on Nursing Practice. <https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Fact-Sheets/Education-Impact-Fact-Sheet.pdf>. (参照2023年12月20日)
- American Association of Colleges of Nursing (2023b). Guiding Principles for Competency-based Education and Assessment. <https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Essentials/Guiding-Principles-for-CBE-Assessment.pdf>. (参照2023年12月20日)
- Chan, A. K., Botelho, M. G., & Lam, O. L. (2019). Use of learning analytics data in health care-related educational disciplines: Systematic review. *Journal of medical Internet research*, 21(2), e11241. doi: 10.2196/11241.
- Harrison, J. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Brooks Carthon, J. M., Merchant, R. M., Berg, R. A. & McHugh, M. D. (2019). In hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest. *Health Affairs*, 38(7), 1087-1094.
- 林田賢史, 村上玄樹. (2023). 看護ニーズに基づく適切な看護サービス・マネトに活用可能な看護資源指標～患者アウトカム(死亡退院)との関連性の検討～. 令和4(2022)年度厚生労働科学研究費補助金等(地域医療基盤開発推進研究事業)医療の質および患者アウトカムの向上に資する、看護ニーズに基づく適切な看護サービス・マネジメント手法の開発(21IA1002)分担研究年度終了報告書.
- Hossain, E., Rana, R., Higgins, N., Soar, J., Barua, P. D., Pisani, A. R., & Turner, K. (2023). Use of AI/ML-enabled state-of-the-art method in electronic medical records: A systematic review. *Computers in Biology and Medicine*, 106649.
- Ko, Y., & Yu, S. (2019). Core nursing competency assessment tool for graduates of outcome-based nursing education in South Korea: A validation study. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(2), 155-171.
- Lee, G. B., & Chiu, A. M. (2022). Assessment and feedback methods in competency-based medical education. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 128(3), 256-262. doi: 10.1016/j.anai.2021.12.010.
- 松下佳代, 小野和宏, & 斎藤有吾. (2020). 重要科目での埋め込み型パフォーマンス評価を通して科目レベルとプログラムレベルの評価をつなぐ: 歯学教育プログラムの経験にもとづく提案. *京都大学高等教育研究*, (26), 51-64.
- Morrow E, Zidaru T, Ross F, Mason C, Patel KD, Ream M, Stockley R. (2023). Artificial intelligence technologies and compassion in healthcare: a systematic scoping review. *Front Psychol*. 2022;13:971044. doi: 10.3389/fpsyg.2022.971044.
- Nagasaki, K., Nishizaki, Y., Shinozaki, T., Kobayashi, H., Shimizu, T., Okubo, T., Yamamoto, Y., Konishi, R. & Tokuda, Y. (2022). Impact of the resident duty hours on in-training examination score: A nationwide study in Japan. *Medical Teacher*, 44(4), 433-440.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020-2030, Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (Eds.). (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US).
- National Council of State Boards of Nursing. (2023a). 2023 NCLEX® Examination Candidate Bulletin. https://www.nclex.com/files/2023_NCLEX_Candidate_Bulletin.pdf (参照2023年12月28日)
- National Council of State Boards of Nursing. (2023b). NCLEX-RN® Test Plan. https://www.nclex.com/files/2023_RN_Test%20Plan_English_FINAL.pdf (参照2023年12月28日)
- National Council of State Boards of Nursing. (2023c). Next Generation NCLEX®: Successful Launch. https://www.ncsbn.org/public-files/NGN_Summer23_Eng_Final.pdf (参照2023年12月28日)
- National Council of State Boards of Nursing (2023d). NCSBN Clinical Judgment Measurement Model. <https://www.pearsonsvue.org/ncsbn/14798.html> (参照2023年12月28日)
- 日本医療教育プログラム推進機構 (JAMEP) (2023) 基本的臨床能力評価試験 (GM-ITE®) <https://jamep.or.jp/gm-ite/> (参照2023年12月18日)
- Pijl-Zieber, E. M., Barton, S., Konkin, J., Awosoga, O., & Caine, V.

- (2014). Competence and competency-based nursing education: finding our way through the issues. *Nurse Education Today*, 34(5), 676-678.
- Smiley, R. A., Allgeyer, R. L., Shobo, Y., Lyons, K. C., Letourneau, R., Zhong, E., ... & Alexander, M. (2023). The 2022 national nursing workforce survey. *Journal of Nursing Regulation*, 14(1), S1-S90. doi: 10.1016/S2155-8256(23)00047-9
- Torralba, K. D., Jose, D., & Katz, J. D. (2020). Competency-based medical education for the clinician-educator: the coming of Milestones version 2. *Clinical Rheumatology*, 39, 1719-1723. doi: 10.1007/s10067-020-04942-7.
- 山田勉. (2018). 薬学教育評価・第2サイクルの課題. *薬学教育*, 2. doi: 10.24489/jjphe.2018-006

◆シンポジウム1◆

DXによる看護学教育の革新： 映像技術，VR技術，CG，AIの最新動向と今後の展望

聖隷クリストファー大学 小池 武 嗣

【目 的】

近年，ICT技術の進化とともに，様々な分野での活用が推し進められている。医療の分野においても，臨床の現場および養成学校で，ICT技術の活用が着々と行われている。今回，デジタルトランスフォーメーション（以下「DX」）による「看護学教育」の革新について，現状と課題について，報告する。

【方 法】

筆者は2016年から，バーチャルリアリティ（以下「VR」）機器の調査を開始しており，現在は，映像出力デバイスおよびコンピュータグラフィックス（以下「CG」）を活用したデジタルコンテンツの開発を進めている。ChatGPTのような最新AI技術とともに，これまでのDXに関する研究調査の内容をとりまとめ，それぞれの仕組みの設計図および関連図の作成とともに，現状と今後の課題を明らかにした。

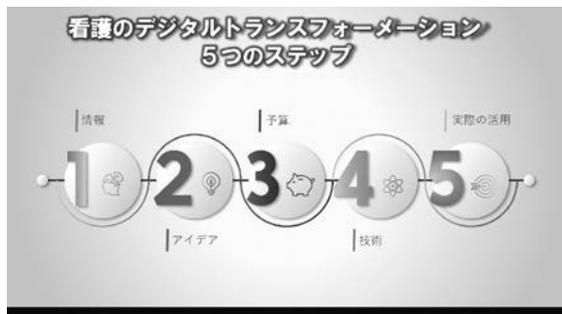


図1 看護学教育におけるDXのステップ

【倫理的配慮】

本研究において，利益相反はなく，ICT機器に関する調査のため，倫理的配慮についても問題はない。

【結 果】

最新の映像技術を活用して，リアルな体験（エクスペリエンス）環境を構築していく仕組み，最新のVR技術を活用して，リアルな訓練（シミュレーション）環境を体験していく仕組み，さらに最新のCGやAIを活用して，いつでもどこでも看護を学ぶことができる（ユビキタス）環境

を構築していく仕組みが明らかになった。そして，これらの「看護学教育DX」を効果的にアピールしていくための仕組みも明らかになった。



図2 新しいDXを活用したコンテンツの例

【考察・結論】

今回の研究により，看護教育において映像技術，VR技術，CG，AIなどの最新技術を活用した「看護学教育のDX」の現状や課題が明らかになった。映像技術では，手術室や救急車内などの状況を再現し，学生が対応力や判断力を養うことが可能となり，VR技術では，仮想現実の中で患者ケアや緊急事態に対処する訓練が可能である。

そして，CGやAIを活用したユビキタスな学習環境では，学生はいつでもどこでも学習できることが可能となる。これにより，即座に対応できるスキルを身に付け，柔軟性とアクセシビリティが向上することだろう。

ただし，DX技術の導入や維持には費用や設備の整備が必要であり，教育関係者の研修やスキルアップも重要である。教育の質の確保や教育効果の評価，学習者の多様性への対応も課題となる。最新のDX技術を活用した看護教育の環境は，教育のアクセシビリティや均等性の向上にも寄与するが，継続的な努力と改善が必要とされるため，今後も積極的に研究調査を進めていきたい。

※筆者連絡先

DX関連のご相談など遠慮なくご連絡ください。

takeshi-k@seirei.ac.jp

◆シンポジウム1◆

看護学教育におけるバーチャルシミュレーションの活用

名古屋市立大学院看護学研究科 益田 美津美

I. はじめに

2020年から続く新型コロナウイルス感染症拡大という未曾有の事態では、現実世界での活動を前提としていた教育は大きな変容を迫られた。一方で、これが看護学教育のDX化の促進につながったとも言える。本学においても、2020年からBody Interact™（以下、BI）という仮想患者シミュレータを導入・活用している。

II. シナリオの準備・企業との連携から実際の活用へ

BIは、救急領域を中心に多様な場面のシナリオが準備されており、発汗やチアノーゼなどの変化もグラフィカルに表示されるバーチャルシミュレーションソフトである。しかしながら、BIはポルトガルで開発されたソフトであるため、日本の臨床状況と一致しない内容や制作者の意図が掴みにくい状況があった。そのため、シナリオの確認、ディブリーフィングポイントの打ち合わせなど、準備は重要なプロセスとなる。この点は、通常の対面シミュレーションやロールプレイなどにおいても同様のことが言える。準備段階での一例を挙げると、アナフィラキシーショックのシナリオにおいて、Spo2=80%台、明らかな喘鳴、血圧低下など、患者が呈するグレード3（日本アレルギー学会, 2022）の徴候と介入の正答に不一致があると感じた。そこで、企業を通してBIの開発元に、患者が呈する徴候をグレード2の内容に変更するか、正答をグレード2で使用する薬剤に変更できないかと問い合わせた。その結果、このシナリオはアナフィラキシーショックを直接改善することよりも診断と関連する症状への対処に主眼を置いているとの回答が得られた。この回答から、吸気性と呼気性の呼吸音の違いや薬剤が上気道狭窄に効果があるのか、下気道狭窄へ効果があるのか、血管生浮腫の改善を目的とするのかなど、徴候と薬剤の効果を正しく理解することも重要だと考えたため、開発者の意図がわかれば納得できるものとなった。ただし、この内容については学部生には難易度が高い内容であったため、私の要望や学習到達度などについて企業に伝え、よりベーシックなシナリオへと変更することで解決に至った。本学ではBIを購入することでバーチャルシミュレーションを実施しているが、看護学教育のDX化を進める上で、教材を自分で作成するにしても、購入するにしても、どちらもメリット・デメリット

はあるだろう。しかし、いずれにしても綿密な準備が必要になることは変わらない。

このような準備を経た上で、実際の教育への活用状況について紹介したい。BIはBI STUDIOという学習管理システムがあるため、学習者にはそこから課題を出すことができる。全体の流れとしては、まずBIについてのオリエンテーションとシナリオのブリーフィングを行い、1週間の自己学習期間を設けた。学習者の自己学習の状況は、BI STUDIOで確認できる。1週間後、講義の中で全体セッションを実施し、最後に臨床判断の測定とアンケートを実施した。オリエンテーションについては、BIを使用したことがあるかどうかにより、どこまで説明するかは異なるだろう。今回実施した学習者らは、BIを自分で使用した経験はなかったため、まずはBIの使い方について詳細に説明した。今回のBIのように新しいもの、初めて使用するものの場合、技術受容モデル（Technology Acceptance Model; TAM）で示唆されているように（Davis, et al., 1989）、使用容易性や有用性が使用意向や実際の行動に繋がるため、どのように使うかという説明は重要になる。また、学習者の学習満足度や学習成果に影響してくるため、オリエンテーションとブリーフィングも学習者の状況に応じて計画的に実施する必要がある。1週間の自己学習においては、Tannarの臨床判断モデル（Tannar, 2006）に基づいて独自に作成したワークシートに、思考プロセスを可視化しながら学習を進めてもらうようにした。そして、1週間後の全体セッションでは、学生の発言を受けて、教員がBIの操作を行う形で進めた。

次にBIの教育への活用の評価については、カークパトリックのレベル1：反応として学習意欲のアンケート調査を実施し、レベル2：学習として臨床判断測定モデル（Dickison, et al., 2019）を参考に作成した臨床判断テストで測定を行った。学習意欲に関するアンケート調査は、ARCSモデル（Alzahrani, 2016）に基づき、Attention, Relevance, Confidence, Satisfactionを測定した。その結果、概ね良い結果が得られたが、自信は肯定的な回答が約5割と他の項目に比べて低い結果だった。これは日本人の特性も関係していると考えられる。臨床判断測定モデルについては、米国では2023年4月から看護師国家試験として次世代型NCLEXが実施されている。これは、文献レビューや

戦略的実践分析の結果に基づき、臨床判断技術は医療安全にとっても不可欠であるだけでなく多くの看護ケアと関連しており、その教育も必要であるということが明らかになり、臨床判断を測定するモデルが開発されたという経緯がある。この臨床判断測定モデルは0～4層で構成されており、第3層の抽象度で測定が可能となる。第3層は、手がかりに気づく、手がかりを分析する、仮説に優先順位をつける、解決策を作り出す、行動する、結果を評価する、という要素から成る。手がかりに気づく、分析する、の段階ではまだ絞り込まず、複数の可能性を考慮することが重要である。その後、プライオリティを検討し、介入、評価となる。次世代型NCLEXの事例問題では、これらの第3層の項目に基づき問題が作成されている。この臨床判断測定モデルを参考に、自己学習・全体セッションで実施したシナリオに関する臨床判断のテストを実施した。なお、モデルと同様に、考えられるものをすべて選ぶよう指示している。この結果から感じたことは、優先順位をつける、解決策を作り出す、行動する、結果を評価するという後半のプロセスはよくできていたが、手がかりに気づく、手がかりを分析するまでのプロセスは苦手意識があったのではないかとことである。つまり、考えを広げる、可能性を広く考えるという拡散的思考を強化する必要があると考える。一方で、多くの情報から1つの最適解に辿り着くという収束的思考はよくできていたようである。加えて、今回はBIという新しい教材を使用したためTAMに基づいて独自に作成したアンケートも実施した。その結果、有用性、使用態度、使用意向は肯定的な意見が約8割だったが、使用容易性は肯定的な意見が約6割とやや低い結果となった。これは、自由記載において、アプリが重かったという意見が複数あったように、通信環境の問題も影響していると考えられた。

Ⅲ. おわりに

シンポジウムにおいては、BIの活用状況やその評価について紹介させていただいたが、どのような教材を用いるにしても、教育設計を行う際は、Where am I going?/どこへ行くのか、How do I know when I get there?/どうやってそこへ行くのか、How do I get there?/たどり着いたかどうかをどうやって知るのか、というメーガーの3つの質問は意識している。メーガーの質問ではなくとも、目標、方法、評価はセットで考える必要がある。Society5.0時代の看護学教育方法の可能性についてシンポジストらと語った中で、改めて感じたことは、Society5.0であってもなくても、どこへ行くのか、たどり着いたかどうかをどうやって知るのかという目標と評価は大きく変わらないのだろうということである。ただし、どうやってそこへ行くのかという方法の部分で、DXやAIなど取り入れていくことでより実践的な教育ができるのではないかと考える。

【文 献】

- Alzahrani, A.R. (2016). Kirkpatrick's four-level training evaluation model. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 7(5), 66-69.
- Davis, F.D., Bagozzi, R.P. & Warshaw, P.R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, 35(8), 982-1003. <https://doi.org/10.1287/mnsc.35.8.982>
- Dickison, P., Haerling, K. & Lasater, K. (2019). Integrating the National Council State Boards of Nursing-Clinical Judgment Model (NCSBN-CJM) into Nursing Educational Frameworks. *J Nurs Educ*, 72-78. <https://journals.healio.com/doi/10.3928/01484834-20190122-03>
- 日本アレルギー学会 (2022). アナフィラキシーガイドライン 2022, 18-24, 一般社団法人日本アレルギー学会.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgement in nursing. *J Nurs Educ*, 45(6), 204-211.

◆シンポジウム1◆

仮想空間「メタバース」を活用した看護学教育の未来

京都橘大学看護学部大学院看護学研究科 野島敬祐

はじめに

近年教育分野では、仮想空間の利用が注目されている。仮想空間は、現実世界では遭遇困難な状況や場所における教育において、その有効性が強調されており、海外の教育分野ではすでに浸透しており、多くの成功事例が報告されている。日本においても、この新たな技術の導入が期待されており、看護学教育の分野でその可能性が示唆されている。特に、メタバースと呼ばれる仮想空間は、2次元のWeb会議システム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、学習者の技術や知識の習得に役立つことが期待されている。ここでは、仮想空間、特にメタバースが看護学教育において果たす役割とその効果について探求し、日本における看護学教育の未来について考えてみたい。

1. 仮想空間「メタバース」とは

1) メタバースの定義

メタバースとは、仮想現実 (VR) や拡張現実 (AR) の技術を活用して作られた、永続的でインタラクティブな3Dの仮想空間のことを指している。この空間では、ユーザーはアバターを通じて活動し、社会的な交流、ゲーム、教育、ビジネスなど様々な体験が可能である。そもそもメタバースとは、メタ (beyond) と「ヴァース」(verse) を組み合わせた造語であり、それぞれの視点からさまざまな定義がなされている。総務省 (2023) の定義ではユーザー間で“コミュニケーション”が可能で、インターネット等のネットワークを通じてアクセスできる、仮想的なデジタル空間とまとめており、矢野 (2023) はコンピュータによって合成された「バーチャル空間」に、「人間」が「アバター」として入り、そこで決められた「社会システム」に従って過ごす「場」と述べている。これらのことから、メタバースはオンライン上にデジタル技術で作成された空間のことではあるが、人々は創造者によって定義されたルールの下で「生きる」ことができる (Farjami et al., 2011) とされているように、ただの空間ではなく、その中に自分を含めた人が存在し、新たな社会が形成されていることも重要であることが伺える。この点については、日本バーチャルリアリティ学会がメタバースは、3次元シミュレーション空間を自己や他者のアバターで共有し、その空間内にオブジェ

クト (アイテム) を創造することができることを挙げており、オンライン、3次元空間、自己投射、社会活動といった言葉が比較的合意を得られていると考える。

2) メタバースの特徴

メタバースはその特性から、あらゆる特徴が挙げられる。メタバースは高度なグラフィックスとリアルタイムの相互作用により、ユーザーに深い没入感を提供することができる。次に、従来のテレビゲーム等と違い、メタバースは常に存在し、ユーザーがログアウトしても進行し続けるといった持続性の特徴も挙げられる。そして、ユーザーは自らの行動が環境に影響を与え、他のユーザーと相互に作用するといったインタラクティブなものである。さらに、メタバース内での取引や経済活動が可能で、独自の通貨が用いられることがあり、社会システムが存在している。ここで、これまでに台頭してきたSNSやオンライン会議システムとの違いについて考えてみる。まず、SNSやオンライン会議システムは主に2Dのインターフェースを使用しているが、メタバースは3D空間での体験を提供することができるため、次元の違いが挙げられる。また、先ほど述べたより高度な没入感と相互作用を実現しているメタバースは、ユーザーはより現実に近いリアルな体験ができると考える。さらに、メタバースは進化し続ける世界であり、単なる通信ツールとは異なり、そこには物語が存在している。これらの点から、メタバースは単なるコミュニケーションツールではなく、新しいタイプの仮想社会を形成する可能性を秘めていることが明白である。特に教育分野では、この没入型の環境が学習体験を大きく変えることが期待されている。

2. 仮想空間メタバースの看護学教育への応用

1) メタバースにおける教育の可能性

メタバースにおける実践的な学習体験は、実際の現実社会の環境を模倣した仮想空間を提供し、学習者が実践的なスキルを安全に学ぶことを可能にするものである。たとえば、歴史的な出来事のシミュレーションや実験科学の仮想実験を通じて、学生は実際に体験することが難しい内容を深く理解することができる。インタラクティブな学習機能

は、学習者が指導者や他の学習者と積極的にコミュニケーションを取ることを促し、共同学習や討論を通じてより深い理解を促進する。これは、異なる地理的、文化的背景を持つ学習者間の交流を促進し、多様性豊かな学習環境を実現する。また、メタバースは個々の学習者のニーズや学習スタイルに合わせて教材や活動をカスタマイズすることが可能であり、これにより学習者一人ひとりに合ったカスタマイズされた学習経験を提供できる。この学習の個別最適化はAIの進化に伴って注目されている重要な要素であることは言うまでもない。加えて、地理的な制約を超え、どこからでもアクセス可能なメタバースは、多くの学習者にとって教育へのアクセスを容易にし、多様な背景を持つ学習者に教育機会を提供することが期待される。

2) 看護学教育への応用

メタバースは、実際の臨床環境を模擬したシミュレーションを提供することで、学生が看護技術を学び、練習するために理想的な環境を提供するものである。例えば、患者の評価、薬剤投与、緊急時対応など、多様なシナリオを実践することが可能である。これにより、学生は実際の臨床環境における状況に近い経験を積むことができる。また、看護師にとって不可欠なコミュニケーション能力やチームワークといったノンテクニカルスキルの強化も、メタバース内での協働活動やシミュレーションを通じて可能である。これらの活動は、実際の職場環境で求められるスキルの向上に寄与する。さらに、看護基礎教育にとどまらず、臨床看護師が最新の医療知識や技術を学ぶための継続教育プログラムも、メタバースを通じて提供することができる。これにより、専門性の向上とキャリア発展が促されることが期待される。加えて、メタバース内での国際的な交流は、異なる文化背景を持つ患者への理解を深めるのに役立つ。これはグローバル化する医療環境において重要なスキルであり、メタバースが提供する多文化的な相互理解の場は看護学教育において非常に価値があるといえる。これらの要素は、メタバースが看護学教育において重要な役割を果たすことを示しており、教育方法としての潜在能力

を広く探求することが求められている。

一方で、メタバース上での看護基礎教育においては、臨地実習とのバランスも重要である。メタバース上では、リアルな臨床現場の複雑な状況や、人間関係などを再現することが困難であるため、臨地実習で得られる経験や知識は非常に重要である。従って、仮想空間を活用した看護学教育では、臨床シミュレーションなどの繰り返し練習による技術向上と、臨地実習によるリアルな経験・知識の獲得をバランスよく組み合わせることが重要である。

以上のように、メタバースを活用した看護学教育は、臨床シミュレーションや看護技術習得において有効であると期待されている。しかし、実際の臨地実習とのバランスを考慮し、両者を組み合わせた教育プログラムの構築が求められる。今後も技術の発展とともに、仮想空間を活用した看護学教育が進化していくことが期待される。

さいごに

メタバースにおける看護学教育は、学生に実践的なスキルの習得、インタラクティブな学習、個別化された学習経験、そして多様な文化的背景に対する理解を深める機会を提供する。これにより、より効果的で包括的な看護学教育が実現され、医療の質の向上に寄与することが期待される。メタバースは看護学教育の未来を形作る重要な要素になるといえる。

引用文献

- Farjami et al., (2011). Multilingual problem based learning in meta-verse. International conference on knowledge-based and intelligent information and engineering systems, Springer, Berlin, Heidelberg. 499-509
- 日本バーチャルリアリティ学会. (2011) バーチャルリアリティ学, P251. コロナ社
- 総務省 (2023). Web3時代に向けたメタバース等の利活用に関する研究会, 中間とりまとめ https://www.soumu.go.jp/main_content/000860618.pdf
- 矢野浩二郎 (2023). AI時代のメタバース教育を考える. 情報処理学会誌64(11)

◆シンポジウム2◆

術後痛管理における周麻酔期看護師の活動と課題

信州大学医学部附属病院周麻酔期看護師 澤渡佑子

はじめに

適切な術後痛管理は、術後の機能回復を早め、早期社会復帰を促進するとともに、患者満足にも直結する。より質の高い術後痛管理が求められる一方で、昨今の麻酔科医不足、在院日数の短縮化、さらには医師の働き方改革等により、術後痛管理に十分な人手と時間を費やすことが難しい状況もある。信州大学医学部附属病院（以下、当院）では、術後痛管理の質の担保と効率化の両立を目指して、周麻酔期看護師（Perianesthesia nurse；PAN）を含む多職種チームで術後痛管理に取り組んでいるので紹介する。

当院の術後痛管理の現状

当院では、連日「術後疼痛管理チーム」が病棟ラウンドを行い、麻酔後診察と術後痛管理を行っている。当院の術後疼痛管理チームは、麻酔科医、周麻酔期看護師、手術部看護師、専任の薬剤師で構成される。チームによる回診は、麻酔科管理下で手術を受けた患者全員を対象としており、麻酔方法や術後鎮痛方法、診療科や術式等によって対象を絞ることはしていない。手術翌日に全ての術後患者を診察するが、持続硬膜外鎮痛やフェンタニルの持続静脈内注射を行っている患者はそれが終了するまで、何らかの麻酔合併症が生じた患者はそれが治癒・軽減するまで、術後2日目以降も継続して診察を行う。1日あたりの患者数は40名前後である。主に午前中に病棟回診を行い、午後は午前中に介入した患者の経過観察や、病棟からの診察依頼があればそれに対応する。従来、これらの業務はペインクリニックを兼務する麻酔科医が1名で実施していたが、2017年のPAN入職以降は、麻酔科医との密な連携を保ちながらPANが中心となって実施している。また、2023年3月より専任薬剤師もチーム回診メンバーに加わり、同年5月には「術後疼痛管理チーム加算」の算定を開始している。

当院では、原則として術後の鎮痛薬処方や疼痛時指示は各診療科の担当医の責任で行っているが、様々な課題を抱えている。複合的な要素が絡む術後痛のコントロールには multimodal analgesia（多様式鎮痛法）が有用である（井上, 2014, pp.2-11；Tubog, 2021）が、当院では麻酔科以外の診療科医師にこの概念が十分に理解され浸透しているとは言いがたく、強オピオイド鎮痛薬単剤に偏った処方や、定時服用薬がない頓用薬のみの処方も散見される。また、実際

に与薬を行う看護師の認識も様々で、個人の感覚に頼った与薬であったり、薬剤使用に消極的であったり、ある程度の痛みは仕方がないと痛みの存在を容認する看護師もあり、全ての患者に平等に術後鎮痛サービスが行き届いているとは言いがたい。こういった状況を改善させる一つの手段として、2020年頃PANと急性・重症看護専門看護師を中心に、日常的に急性痛管理に携わる救急救命センター看護師や救急救命センター専任薬剤師、麻酔科医、救急救命医で「術後鎮痛プロトコル」の素案を作成した。その素案をもとに、現在では4パターンの「術後鎮痛プロトコル」（「持続投与薬がないもの」「持続フェンタニル静注」「持続硬膜外麻酔」「持続末梢神経ブロック」）を作成している。どのプロトコルにも共通しているが、アセトアミノフェンの定時投与、複数の鎮痛方法を組み合わせて行う多様式鎮痛、鎮痛薬は「少量から開始して徐々に増やしていく」のではなく、「はじめから分量をしっかり使い、治癒・回復に応じて不要になったものを削っていく」という考え方を明確に表現した。個人の経験や考え方、知識レベルに関わらず、誰もが同じように実施できる術後鎮痛管理を目指している。プロトコルの臨床現場への普及には長らく難渋していたが、2022年度の診療報酬改定で「術後疼痛管理チーム加算」が新設されたことは、再びプロトコルを院内にアピールする好機となっている。

当院が目指す術後疼痛管理チームの在り方

PANや麻酔科医など、特定のメンバーだけで全ての術後患者を24時間もれなくカバーすることは容易ではない。術後痛管理は、刻一刻と変化する痛みの状況や、離床やリハビリテーションなどの患者の活動状況に合わせながら、継続的かつダイナミックに関わる必要がある。毎日病棟をラウンドしていてもそれだけでは術後痛管理は完結しない。患者に寄り添った術後痛管理の実現には、日々患者の最も身近なところで患者ケアを行う病棟看護師の理解と協力が不可欠となる。ただし、病棟看護師にPANや麻酔科医レベルの知識や技量を求めているわけではない。病棟では、「術後鎮痛プロトコル」に基づく基本的な術後痛管理を、術後疼痛管理チームの介入がなくとも病棟レベルで実施できるようにすることを目指している。そのためには、プロトコルを構成する薬剤と使い方、その意味や

意図を理解してもらう必要があり、PANはその学習の部分でサポートを行っている。

一方で、プロトコルはあくまで標準治療であり、全ての患者にプロトコル通りの対応で良好な鎮痛を得られるわけではない。例えば、慢性痛やがん性疼痛を合併している患者、非定型的で高度な侵襲が加わった患者などではしばしば鎮痛に難渋する。また、薬剤の代謝や排泄に関わる臓器の機能低下を有する患者や、プロトコルを構成する薬剤にアレルギーを有する患者など、プロトコルを適用できない場合もある。このような場合には、術後疼痛管理チーム主導で、個別の鎮痛計画の作成や細かい薬剤調整を行っている。

術後痛管理における周麻酔期看護師の役割

先にも述べたとおり、効果的な術後痛管理には病棟看護師の活躍が欠かせない。病棟看護師の具体的な役割は、プロトコルに基づく鎮痛薬の投与と、日々の痛みの評価・記録を行うことである。また、プロトコルでは表現されない非薬物的な看護手法を用いた苦痛緩和、早期離床や日常生活動作の早期自立に向けた生活支援、セルフケア指導など、薬剤に頼らない看護独自の力を活かした全人的な痛みの緩和も病棟看護師に期待される役割である（澤渡, 2023, p.262）。PANは、日々の病棟回診を通してプロトコルの遵守とその効果の評価を行うとともに、病棟看護師への継続的な教育的関わりを通して病棟看護師の実践を支える。プロトコルに準じた対応では鎮痛が不十分になる患者、あるいは何らかの要因でプロトコル通りの服薬ができない患者には、速やかに麻酔科医による個別的な対

応へと繋げる。さらに、各種の認定コースを修了した看護師（手術看護認定看護師、周術期管理チーム認定看護師など）や特定行為研修を修了した看護師への継続教育、これらの人材の術後鎮痛領域における組織的な活用方法の検討についても、当院ではPANがその役割を期待されている。その他、薬剤管理の面からは薬剤師、プロトコルの範囲を超える侵襲的、高度な鎮痛処置は麻酔科医師、その他各診療科医師や専門のメディカルスタッフのサポートを加えた術後鎮痛サービスの構築を目指している。

おわりに

当院の術後疼痛管理チームの活動と、術後痛管理におけるPANの役割について概説した。当院ではPANと麻酔科医らが協働しながら術後疼痛管理チームによる活動を展開しているが、全ての患者に平等に効率よく質の高い術後鎮痛サービスを提供するには、病棟看護師の理解と協力が欠かせない。病棟看護師を巻き込みながら、術後鎮痛サービスのさらなる充実を図っていきたい。

【文 献】

- 井上 荘一郎 (2014). 周術期疼痛管理の現在の動向. 川真田樹人 (編), 麻酔科医のための周術期の疼痛管理. 2-11, 東京: 中山書店.
- 澤渡 佑子, 和田美紀, 浅川春奈, 青柳陽子, 石田公美子, 石田高志, 田中聡, 川真田樹人 (2023). 周麻酔期看護師と病棟看護師を核にした術後痛管理. *ペインクリニック*, 44(3), 259-265.
- Tito D Tubog (2021). Overview of multimodal analgesia initiated in the perioperative setting. *Journal of Perioperative Practice*, 31, 191-198.

◆シンポジウム2◆

周麻酔期看護師による医療安全への貢献：

大量出血アルゴリズムの作成とその効果

鳥取大学医学部附属病院手術部 周 藤 美沙子

I. 周麻酔期看護師と特定行為

近年、働き方改革やタスクシフト・シェアの推進により、麻酔関連領域では、様々な教育背景を持つ看護師が活動している。特定行為研修領域別パッケージ研修「術中麻酔管理領域」は研修機関と修了者が最も多い（厚生労働省, 2022）。超高齢社会, 2025年問題を目前に、麻酔管理に関わる看護師の需要の高さがうかがえる。

本邦において術中麻酔に関わる看護師は、周麻酔期看護師、診療看護師、特定行為研修修了者などの多様な教育背景をもつ看護師が混在している。これらは一見同様な看護活動であるが、教育デザインは異なっている。特定行為研修は、臨床や在宅での実践に主眼が置かれた教育となっているため、麻酔に特化したカリキュラムや実習が十分組み込まれているとは言い難い。一方、周麻酔期看護師は、諸外国では高度実践看護師（APN：Advanced Practice Nurse）に属し、本邦においても麻酔管理および麻酔のケアを提供するため、2年間の大学院教育の中で、麻酔科医による麻酔の専門的な教育をうけ、麻酔科学を学問として体系的に修得するようデザインされている。さらにその教育課程において、修士研究を通し、科学的根拠のある研究手法も修得する。このような研究力は進取の気性を持ち、業務改善や周麻酔期看護学の発展に向けた課題解決能力も構築される。今回は、自身の経験に基づいた周麻酔期看護師による医療安全への貢献について紹介する。

II. 周麻酔期看護師の医療安全への貢献

周麻酔期看護師が取り組んでいる医療安全への貢献の一例として、大量出血への対応アルゴリズムの作成を紹介する。私は危機的出血を複数回経験し、術中の危機的出血対応時の問題点として、物品準備による時間のロスや輸血情報管理の不足、緊急時の対応に関する共通認識の不足、連絡体制の不明確さに気づき、緊急時に誰もが迅速に行動できるような質を担保したシステムを整備し、この状況を改善したいと考えた。そこで、周麻酔期看護師という立場を活かし、麻酔科医、心臓血管外科医、手術室看護師、臨床工学技師などの多職種と連携をはかり「当院独自の大量出血アルゴリズム」を作成した（周藤ほか, 2023）。アルゴリズムはスタッフが危機的出血の対応経験がなくとも行動で

きることを目指し、各職種の役割や対応の具体的な流れを明確化した。具体的には、誰でも出血に対応するマンパワーの応援要請を可能とし、緊急時の各職種の役割と必要物品や緊急時の対応の記載、心臓血管外科にコンセンサスを得た連絡体制の明確化である。

実際に大量出血アルゴリズム運用後、その効果および改善点を検討するため、アンケート調査を実施した。「自分が行動するのに役立った」という質問に対し、外科医57%、手術室看護師90%、臨床工学技士80%が「そう思う」と回答した。当院独自の大量出血アルゴリズムは、大量出血時の迅速な対応につながる可能性が示唆された。しかし、各職種の半数近くが「アルゴリズムの解説がほしい」と回答しており、現在はその改善に向け、取り組んでいる。

危機的出血対応は多職種連携による意思統一や共通認識が肝要となる。大量出血というクリティカルな場面において、医学的な視点と看護の視点双方を持ち合わせる周麻酔期看護師は、医師から依頼される立場、他の看護師や臨床工学士に依頼する立場、どちらにもなりうることから、職種のそれぞれの役割や認識の差を理解が可能である。職種間で直接言いにくいことを吸い上げ、意見の尊重や調整を行うことで、権威勾配やセクショナリズムを超え、より実践に即したアルゴリズムの作成が可能となったと考える。大量出血アルゴリズムの作成後も、振り返りのカンファレンスの実施を組織横断的に働きかけ、各職種の知識や共通認識の相互理解の促進に努め、円滑なコミュニケーションの調整の要として有効に機能している。

III. 周麻酔期看護師の可能性

周麻酔期看護師は周麻酔期のCareとCureを統合した看護実践能力を持つ（赤瀬ほか, 2018）とされている。私は麻酔管理に関わる視点と手術室看護師の視点の双方から、大量出血時の現場における問題点の抽出と課題解決に取り組み、大量出血アルゴリズムの作成、そして多職種連携を実践した。このような取り組みは、周麻酔期のCareとCureを統合した看護実践能力と麻酔の専門的な教育に加え、前述のような周麻酔期看護の教育課程における課題解決能力により、いっそう理解を深めた関与が可能であった

と考えている。

今回の医療安全への貢献のように、周麻酔期看護師は、臨床現場における手術麻酔の提供のみならず、麻酔の知識を活かした様々な場面における患者ケアへの貢献の可能性が期待できる。

文 献

赤瀬智子, 伊吹愛, 他谷真遵, 大山亜希子, 周藤美沙子, 横原弘子 (2018). 大学院における周麻酔期看護師育成のための教育課程の教育内容および設立経緯の報告. 横浜看護学雑誌, 11(1), 36-41.

厚生労働省 (令和4年8月22日). 資料4 特定行為研修制度の推進について. 看護師の特定行為研修を行う指定研修機関の指定等について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000977761.pdf> (参照2023年1月9日)

周藤美沙子, 森山直樹, 春木朋広, 谷口雄司, 船木一美, 足立好美, 大槻明広 (2023). 当院独自の大量出血アルゴリズム作成 — 周麻酔期看護師による医療安全への貢献 —. 日本手術医学会誌, 44(3), 364-369.

◆シンポジウム3◆

「患者（対象者）を知ること」への探究

清泉女学院大学大学院看護学研究科 教授 宮 林 郁 子

1. はじめに

臨床判断を行うための基礎的能力をどのような方法を用いてどのように評価するかは、DX (Digital Transformation) を駆使したシミュレーションや系統的に模擬患者実習をカリキュラムに組み込むなどの試行が続いている。臨床判断能力の評価に関しては、喫緊の課題にも関わらず未だ試行にも至っていないのが現況である。

2. 臨床判断モデルを使った評価

2023年4月より北米では看護師国家試験 (NCLEX-RN) を大きく刷新し、Next Generation NCLEX-RNとして、10年間のデータを基に臨床判断能力を重視した国家試験方法を導入した。今までの看護過程を重視した看護学基礎教育に大きな変革を求めた。NCSBN (National Council of State Boards of Nursing) が実践力 (臨床判断と臨床推論) を評価するために、臨床判断モデル (Tanner,C.2006) の

枠組みで、問題解決のための適切な試行プロセスについて、①適切なアセスメント (認知)、②データ収集・分類・分析、③問題の焦点化 (優先順位)、④実施可能なケアプラン (解決策)、⑤実施、⑥評価、をはかるための独自のモデルを構築した。これがCJMM (Clinical Judgment Measurement Model) であり、Tannerのモデルに対応している (表1)。看護基礎教育を終えたPre-RNに対して、臨床判断モデルを看護過程の展開における事例のアセスメント (①手がかりを認知する/Recognize Cues, ②手がかりを分析する/Analyze Cues, ③仮説の優先順位を決める/Prioritize Hypotheses, ④解決策を生み出す/Generate Solutions, ⑤実施する/Take Action, ⑥結果を評価する/Evaluate Outcomes) をこのモデルに沿って考え、事例が理解できているかを問う問題が提示され、評価されるようになっていく (図1)。

表1 看護過程, タナーの臨床判断モデル, NCSBN臨床判断尺度モデル

Nursing Process (ADPIE/AAPIE)	Tanner's CJ Model	NCJMM
Assessment	Noticing	Recognize Cues
Diagnosis/Analysis	Interpreting	Analyze Cues
Diagnosis/Analysis	Interpreting	Prioritize Hypotheses
Planning	Responding	Generate Solutions
Implementation	Responding	Take Action
Evaluation	Reflecting	Evaluate Outcomes

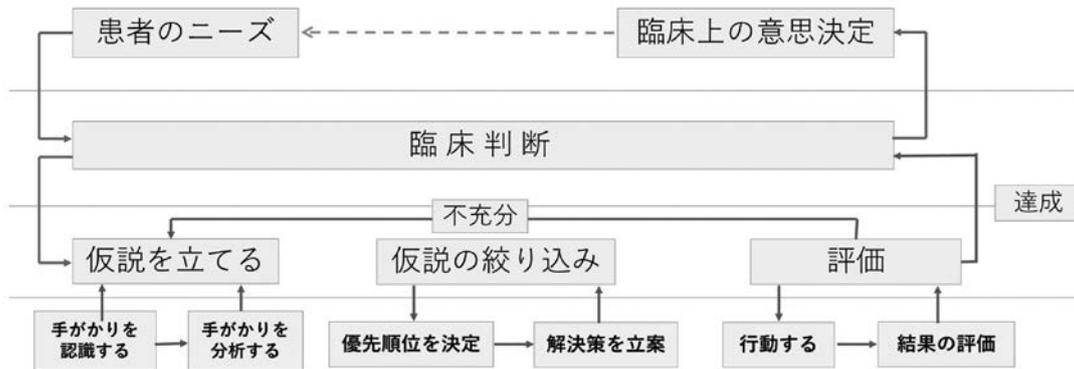


図1 看護過程から臨床判断への移行

3. おわりに

臨床実践の場での臨床判断は、思考プロセス→評価→様々なトライアルの過程である。中でも評価することが重要であり、客観的な評価と主観的評価において気づいたことを説明させることが必要である。その一連のプロセスを評価するしくみを構築することにより、リフレクションが習慣づけられて、臨床実践能力が育成されていく。

看護実践が看護の対象者を知ることへの探究と、社会の状況や、社会の期待に応え、発展し続けることが重要である。

参考文献

Christine A. Tanner(2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.

Lucille Joel(2022). Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development Essentials for Role Development Fifth Edition. F A Davis, chapter13, 221-238.

NCSBN(2023). NCSBN Launches Next Generation NCLEX. Exam. <https://www.ncsbn.org/news/ncsbn-launches-next-generation-nclex-exam>. (accessed 2023-6-1)

NCSBN(2023). Next Generation NCLEX. <https://www.nclex.com/next-generationnclex.page>. (accessed2023-6-10).

NCSBN(2023).The Next Generation NCLEX Uses Computer Adaptive Testing (CAT). <https://www.ncsbn.org/video/the-next-generation-nclex-uses-computer-adaptive-testing-cat>, (accessed 2023-6-20).

◆シンポジウム4◆

DX化の中でのリアル看護

湘南医療大学保健医療学部看護学科 山 勢 善 江

2020年からCOVID-19は私たちの生活や教育の場にも、緊急事態宣言による休校、宣言解除後も続く授業形態の変化、リモート授業や在宅勤務に伴うIT化、部活動やサークル活動の中止、会食の制限、黙食の推奨、家計の収入減に伴う退学の増加などの変化をもたらした。

これらの状況をうけ、文部科学省や厚生労働省から看護学教育に対して複数回にわたり事務連絡等が発せられ、教育内容における実習目標を踏まえて、3事例(模擬患者や紙上事例)程度設定し、専任教員又は実習指導教員の指導の下に、当該事例を用いた看護過程の展開をすること。そして看護過程の展開を通じた学修が、当該実習目標に対する評価を満たし、臨地における学修に相当する教育効果を十分に挙げられる場合に、当該教育内容を修了したとして差し支えないことが示された。

1. 本学での実習状況

この間、グループ病院での協力を得て本学で実施した主な実習の方法を表1に示す。2020年は3年生実習7領域中2領域が時間を制限して臨地でのシャドウイング。2021年は時間を制限してほぼすべての領域が臨地での実習を実施することができた。この間、幸い実習によるものと考えられる学内でのクラスター発生や実習病院への持ち込みも起こらなかった。

表1 コロナ禍における実習方法

年	月	学年	場所	方法
2020年	7月	4年生	学内・オンライン	
	8月	2年生	学内・オンライン	
	9月～	3年生	臨地・学内・オンライン	日数を制限して2領域が臨地でシャドウイング
2021年	7月	4年生	学内・オンライン	
	8月	2年生	学内・オンライン	
	9月～	3年生	臨地・学内・オンライン	半日実習など制限しほぼすべての領域が臨地
2022年	1月	3年生	臨地	希望者に臨地での補習実習
2022年	5月	1年生	臨地	
	7月	4年生	臨地(学内)	実習先にクラスターが発生した場合のみ学内
	8月	2年生	臨地	
9月～	3年生	臨地・学内・オンライン	実習先にクラスターが発生した場合直ちに学内に戻すが、ほぼ臨地	

2. 卒業時技術到達度レベルの年次推移

2021年と2022年に卒業した学生の技術到達度の推移(一部)をコロナ前の2019年と比較したものが図1～2である。食事の援助技術、清潔の援助技術といった基本的な技術項目については、2019年と比較していずれも低下していた。これは、表1でも示した通り、臨地での実習は行えたものの、ベッドサイドに行く時間の制限やシャドウイングに限られた結果、基本的な技術の獲得ができなかったものと考えられる。一方、図3に示すとおり、症状・生体機能管理に関する技術に関しては2019年よりむしろ上昇してい

食事の援助技術

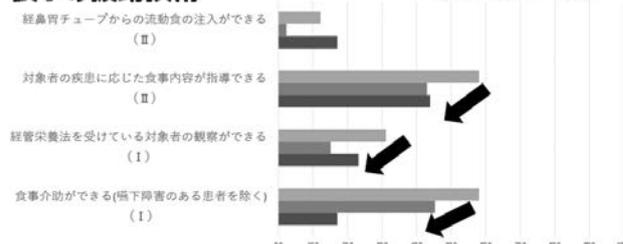


図1 本学の卒業時の技術到達度年次推移

清潔の援助技術

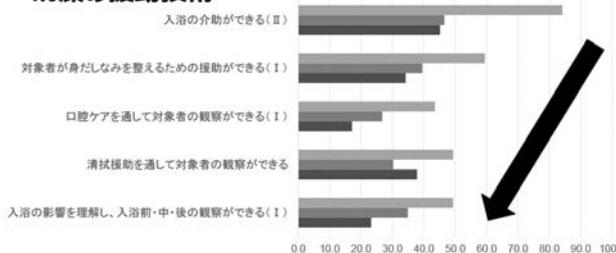


図2 本学の卒業時の技術到達度年次推移

症状・生体機能管理

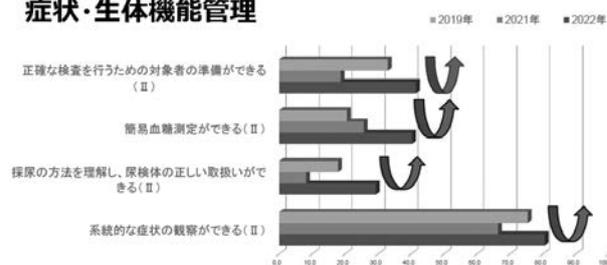


図3 本学の卒業時の技術到達度年次推移

た。これは、例えば簡易血糖測定については、侵襲のある技術のため2019年以前は臨地でも実施するのが難しい項目であったが、学内演習に変更になったことで根拠を学習し、準備・実施・後片付け・データの解釈まで時間をかけて学ぶことができたことによると考えられる。

今回、コロナによる臨地実習方法の変更によって、技術到達度の推移を詳細に検討する機会を得て、技術の習得は、「すべて臨地で」や「すべて学内で」というAll or Nothingではなく、実習目標に鑑み臨地で学ぶべきもの・臨地でしか学べないものと、学内で行うことが有効なものを精選する教育力が求められることを示唆する結果が得られた。

3. アナログとデジタルで学ぶ看護とは

仮に、患者や家族に直接触れて学ぶことをアナログ的看護教育、先進技術でDX教材等を駆使して学ぶことをデジタル的看護教育とし、臨地でアナログ的に学ぶことと、学内演習でデジタル的に学ぶことを分別できるかについて考えた。

まず、ナイチンゲールが残した言葉に立ち戻ると『訓練とは、看護師に病人が生きるように援助する方法を教えることである。病人を看護することはひとつの芸術である。しかも、系統的で実地に即した科学的な訓練を必要とする技術である』¹⁾と示されている。ここから読み取れることは、看護技術を教えるということは、その向こうに患者や対象者がいることを教育者自身が常に意識しておかなければならないこと、そして看護というものが観念ではなく実地に即したものであり、説明や再現が可能な科学的な訓練によって成り立つということを説明していると考ええる。これは、アナログ的看護教育の重要性を示していると考えられる。

次に看護教育とデジタル化について考える前に、教育のデジタル化については、2018年日本の初等中等教育のデジタル化がOECD加盟国中最下位であったことから、日本はGIGAスクール構想に着手しタブレットが一人1台配布され、コロナ下でも遠隔授業が成り立った学校もあった。さらに中教審もICTの重要性を指摘し、高等学校の授業に「情報Ⅰ」を必修化、その生徒たちが卒業する2025年には大学共通テストにも「情報」が追加されるなど変化をもたらしている。これらの波は、看護教育にも波及し、電子黒板導入、クリッカー等を使用した双方向性の改善、LMSを利用した個別指導の推進、3D画像やVRゴーグルを使用した臨場感、仮想空間での患者との会話などデジタル化が進む中で教員と学生双方にとって効果的効率的教育(学修)が可能になった。特に臨地に赴くことが制限されコロナ禍では、デジタルで作成された病棟で、マウスをク

リックすることで看護を展開するといった実習が行われていた学校もあった。

4. デジタル化の評価と今後の課題

学生の「知識」「スキル」「満足度」「自信」「パフォーマンス時間」について、従来の教育方法とVR教材による方法を比較した12件のメタアナリシス研究²⁾によると、VR教材は「知識」を効果的に向上させられるが、そのほかの項目では効果がなかったという結果であった。他の研究結果でも、デジタル化すること自体が目的になっていないか、デジタル化するには、教育目標に沿ったコンテンツが必要で、デジタル教材は数ある視聴覚教材の一つであるという認識を忘れないと述べられていた。DX化を進めるためには、「人(推進できる人, ソフト)」「もの(IT環境, ハード)」「カネ(設備投資)」が不可欠である。DX化を進めている企業等でも、人の問題は深刻である。本来ならば、DX化のプランナー、ソフトのデベロッパー、実際に使用する際のオペレーター、学生と向き合うエドゥケーターはそれぞれが専門家であり、協働が必要だが、一人があらゆる役割を担わざるを得ない現実もあるのではないだろうか。看護教育の場においても同様の問題が起こっていると考える。

今回、看護教育における次世代育成について、DX化が進む中、できる限り臨地での実習を継続した本学の状況をいくつかの視点から振り返った。

今後、私たちが看護教育で何を学ばせようとしているのか、アナログとデジタルをより一層融合させる教授法の開発と選択の教育力が求められていると考える。

引用文献

- 1) ナイチンゲール著、湯植ます監修・薄井担子他訳 ナイチンゲール著作集 第2巻「病人の看護と健康を守る看護」p128, 現代社, 1974
- 2) Chen F, Leng Y, Ge J, Wang D, Li C, Chen B, Sun Z. Effectiveness of Virtual Reality in Nursing Education: Meta-Analysis, J Med Internet Res 2020; 22(9): e18290

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 総 説
- ・ 資料・その他

看護師の自己教育力と 他者からの支援との関連

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 51-60
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230511220>

塩入久仁子¹, 山口大輔², 松永保子²

¹清泉女学院大学看護学部看護学科, ²信州大学医学部保健学科

要 旨

目的：臨床現場における看護師の自己教育力と他者から受けている支援との関連について検討した。方法：看護師255名の基本的属性と、自己教育力測定尺度、他者支援尺度を用い、ロジスティック回帰分析を行った。結果：看護師長・副看護師長からの内省支援 ($OR=1.28$) が「成長・発展への志向」に、看護師長・副看護師長からの精神支援 ($OR=1.11$) と先輩からの精神支援 ($OR=0.91$) が「自己の対象化と統制」に、年代 ($OR=0.61$)、クリニカルラダー ($OR=1.97$)、看護師長・副看護師長からの精神支援 ($OR=1.11$) が「学習の技能と基盤」に、同期からの内省支援 ($OR=0.83$) が「自信・プライド・安定性」に関連していた。結論：看護師の自己教育力の向上には、看護師長・副看護師長からの自己の看護実践に対する内省支援、成長を確信できるような精神支援、職場の互酬性を高めることが重要であると考えられた。

キーワード

自己教育力, 他者からの支援, 業務支援, 内省支援, 精神支援

責任著者：塩入久仁子. Email: shioiri@seisen-jc.ac.jp

はじめに

現在、医療や看護は日進月歩であり、それを取り巻く社会情勢も目まぐるしく変化し、人々の医療に対するニーズも多様化、複雑化している。それに伴い、看護師は質の高い医療サービスの提供者として、今後さらに幅広い役割を担っていくことが期待されており、より高度な知識・技術も必要となる。看護職が、継続学習による能力維持・開発に努めることは、看護職自らの責任ならびに責務であると述べられており（日本看護協会, 2023, p.5）、看護基礎教育や就職後の病院研修等で習得した知識・技術だけではなく、生涯にわたって自分で自分を成長させる力や、主体的に学ぶ力を培い、世の動向に即した新しい知識や技術を獲得しなければ、時代の変化に対応し、よりよいケアを実施することは難しい。Masicは、eラーニングなどの情報通信技術を使用した学習の普及により学びを得られやすい状況になったと述べている（2008, pp.102-117）。しかし、それらを効果的に活用するためにも、自ら主体的に学ぼうとする自己教育力が必要である。

梶田（1985）は、「自ら学ぶ意欲を持ってはじめて、その学んだ成果がその人自身のものとして血肉化していく」、さらに、「自ら学ぶ意欲こそ自己教育を可能ならしめ

る不可欠の基盤」であると述べている（pp.56-57）。また、千葉・富田（2017）は、日々の看護実践や継続学習が看護職として成長していくために重要であり、臨床経験や学習の積み重ねを通し、自己教育力が高まることを明らかにしている（pp.29-39）。これらのことから、看護師がよりよい看護ケアを提供するために知識を身につけ、技術を向上させるためには、自ら学ぶ意欲を基本とした、自己教育力を高めることが重要であると考えられる。

先行研究では、看護職の自己教育力を高めることと看護実践の質の向上との関連が明らかとなっている（工藤, 2009, pp.76-83）。また丸橋・藤村・田戸（2017, p.186）は、看護職の自己教育力と職務満足度および看護実践能力との関連について調査を行い、自己教育力と看護実践能力は互いに影響しあい、看護実践能力を高めることによって自己教育力が促進されると報告している。さらに、介入方法としては、継続学習を身につけるためのOJTや集合教育などの直接的な支援と、主体的に学習を続けていけるための精神的な支援の両方が必要であると述べている。

また、自己教育力の基盤となっている自ら学ぶ意欲については、人的・物的に学ぶことをサポートしてくれる「安心して学べる環境」が必要であり、安心して学べる環境は物的環境よりも人的環境が重要であることも明らかにされ

ている（櫻井，2009，p.30）。櫻井（2009）は、自ら学ぶ意欲を自発的に学ぶ動機と定義し、職場での人間関係は、自ら学ぶ意欲をもって働くために重要であり、他者からサポートされ、自分も他者をサポートすることで仕事がうまくいき、自己有能感や自己充実感を得ることで、自ら学ぶ意欲が高まると述べている（p.75）。野寄・清水（2019）は、看護師の学習は自律性と継続性が不可欠であると述べ、「周りの人から看護師として認められること」「上司・先輩などから頼れる存在でありたいと思われること」が、看護師個人にとって自ら学ぶ意欲を推し進めることを明らかにしている（p.31）。したがって、職場においての人間関係が良いこと、お互いに支援し合うこと、頼りにされること、認め合うことなどにより自ら学ぶ意欲が高まり、すなわち看護師が生涯にわたり成長するために必要な自己教育力を高めることにつながると考えられる。

さらに、柏谷・野路・廣瀬・前川・山崎（2020）は、中堅看護師を対象に職場における人的支援に関して研究を行い、中堅看護師の目標設定や評価には看護師長や先輩の支援を必要としており、評価や期待、認められることなどは個人的な支援と認識していると述べている（pp.191-194）。安部・脇（2019）は、看護師長との面接による自己教育力の変化について調査を行い、自己を成長させるためには課題や目標を認識し、それを達成することにより他者からの承認を受け自己認知が高まると述べ、継続した他者からの承認や前向きな自己認知が成長・発達につながると報告している（pp.191-194）。他者からの承認などの支援は、看護師として自分自身をさらに成長させるために重要であり、看護師長や先輩といった職場における人的な支援が自己教育力に影響することも推察される。

加えるに、近年においては、谷田・足立・松本（2021）が、新型コロナウイルス感染症の流行により、集合研修の減少や時間の短縮、集合研修から部署別研修への移行など、看護師への教育方法は変化を余儀なくされていると述べている（pp.6-18）。厚生労働省の新人看護職員ガイドライン改訂版（2014）では、看護技術の習得について、施設又は所属部署で経験する機会が少ないものもあると記載されており（p.7）、経験できる看護技術にかたよりが生じている。さらに、日本看護協会が掲げている「看護師の生涯学習支援体制の構築」（2022）によると、看護職一人ひとりが、人々に質の高い、適切な医療・看護を提供し、専門職として活躍し続けるために、生涯にわたり学び続け、自らの資質向上を図ることを求めている。このように臨床においては、部署別研修において自己教育力を高められるような指導の重要性が増している。したがって、看護師自らが学習に取り組み、知識や技術を十分に習得する姿勢を持つように看護師長や先輩が指導することが、自己教育力を

向上させるために必要と考えられる。

これらのことから、自己教育力は周囲や職場の人的環境に影響を受けるのは明らかであるが、現場では、上司や先輩、同期、後輩など、いろいろなスタッフがおり、各人との人間関係が存在し、強い影響を受けているとも考えられる。中原（2010）は、一般企業に勤務する人々を対象に、職場における他者からの支援と能力向上に関する検討を行った。その結果、職場において他者からなされる支援には、「業務支援」「内省支援」「精神支援」という異なるタイプの支援が存在するとし、能力向上に正の影響を与えていた支援は、上司からの内省支援、精神支援と、先輩からの内省支援、同期からの業務支援、内省支援であると報告している（p.102）。看護の職場における他者からの支援にも、業務支援、内省支援、精神支援が存在し、看護師として能力を向上させるために必要な自己教育力へも影響を及ぼしていると考えられる。

以上のように、これまでの研究から看護師の自己教育力を高めるためには、人的環境が重要であることや、職場での上司からの支援が必要であることが示されているが、臨床現場において、誰からのどのような支援が自己教育力を高めているかは明らかになっていない。

本研究では、臨床現場において看護師が自己教育力を高め、より質の高い看護実践をするために、誰からどのような支援を受けており、自己教育力にどのような影響を与えているかを明らかにし、看護師への具体的な支援方法を見出すための一助とすることを目的とした。

I. 用語の定義

1. 自己教育力

梶田は、「自ら学び自己を成長・発展させる力」と定義している（1985，p.11）。

本研究においては、梶田の定義と同様とする。

2. 他者支援

中原（2010）は、他者を「仕事を達成する中で関与のある人」と定義し、職場における他者として「上司」「先輩」「同期」「後輩」の4者に分類している。また、「他者支援」を「日常的な業務の中で行われる他者の仕事に対する援助的な介入」と定義している（p.49）。

本研究においては、中原の定義と同様とする。

II. 方法

1. 調査対象者

A 大学医学部附属病院に勤務する看護師である564名を

対象に調査を行った。

調査対象者の選定においては、准看護師は看護師とは教育課程が異なり、助産師、保健師は、看護基礎教育に加え、それぞれさらに専門的教育課程を受けており、自己教育力に影響を与えると考え除外した。また、先行研究から、副看護師長・看護主任の役職をもつ看護師が、役職をもたない看護師より有意に自己教育力が高いことが明らかにされているため（工藤, 2009, pp.76-83）、看護の職場における上司である看護師長（以下、師長とする）、副看護師長（以下、副師長とする）を除外した。また、認定看護師、専門看護師は熟練した看護知識・技術を身につけるために自ら学ぶ意欲をもってして資格を取得しており、自己教育力に影響を与えると考えられるため、対象から除外した。

なお、ロジスティック回帰分析を行う場合、サンプルサイズは、2群間で少ない方の群の分析対象者数が、説明変数×10名必要であることが示されている（Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, & Feinstein, 1996）。したがって、他者支援尺度の下位項目と調整変数を2項目は説明変数として投入できるように、サンプルサイズを算出した結果、 $(14+2) \times 10 \times 2 = 320$ 名であり、留め置き法での回収率60%程度と見込み、調査用紙の配付数を決定した。

2. 調査場所

A 大学医学部附属病院。

3. データ収集期間

2018年7月。

4. 調査内容

(1) 基本的属性について

「年代」「クリニカルラダーレベル（以下、ラダーとする）」「看護基礎教育機関」について調査した。

(2) 自己教育力について

西村・奥野・小林・中島（1995, pp.22-39）が作成し、信頼性・妥当性が検証されている「自己教育力測定尺度」を使用した。この尺度は、看護師を対象とし、「Ⅰ. 成長・発展への志向」「Ⅱ. 自己の対象化と統制」「Ⅲ. 学習の技能と基盤」「Ⅳ. 自信・プライド・安定性」の各10項目、計40項目から構成されている。「Ⅰ. 成長・発展への志向」とは、現在の自分から脱皮し、優れた存在へ自分を引き上げていく志向、「Ⅱ. 自己の対象化と統制」とは、自分の現状と可能性や課題を認識し、自分が選んだ方向へ近づくように働きかける構えと能力、「Ⅲ. 学習の技能と基盤」とは、学校教育で直接的に形成される学力、「Ⅳ. 自信・プライド・安定性」とは、自信やプライドをもっている

か、心理的に安定しているかどうかであり、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを深いところで支えるもの、である。各項目に対して、「2：はい」「1：いいえ」の2件法で回答し、得点が高いほど自己教育力が高いことを示す。

(3) 他者支援について

中原（2010）が作成した「他者支援尺度」を使用した。この尺度は、信頼性・妥当性が検証されており、同じ職場の人から受けている支援を測定するために開発されたものである。「業務支援」「内省支援」「精神支援」の3下位尺度で構成されており、各質問項目は「業務支援」6項目、「内省支援」3項目、「精神支援」5項目の計14項目である。「業務支援」とは、業務を遂行していくうえで直接的に関係する助言や指導、「内省支援」とは、業務の経験や自分自身のあり方を客観的に振り返る支援、「精神支援」とは、他者から与えられる精神的安息の支援である。各項目に対して、「5：よくあてはまる」「4：あてはまる」「3：どちらともいえない」「2：あてはまらない」「1：まったくあてはまらない」の5件法で調査するもので、得点が高いほど多くの支援を受けていることを示す。

5. データ収集方法

A 大学医学部附属病院の看護部長に調査を依頼した。許可後に、各部署の配布人数の調査も依頼した。その後、看護師長会で各部署の師長に研究の趣旨を説明し、研究への参加依頼文書と調査用紙を調査対象者のレターボックスへ配布するよう依頼した。

また、調査用紙を留め置き法で回収するために、回収箱を看護師の休息場所等に自由に投函できるように設置した。回答は小袋に入れて厳封の上、回収箱に投函するように依頼し、その回収箱を研究者が直接回収した。

6. 分析方法

統計学的分析にはIBM SPSS Statistics ver. 27 for Windowsを使用した。

- 1) 基本的属性（年代、ラダー、看護基礎教育機関）および自己教育力測定尺度、他者支援尺度の得点について集計した。
- 2) 自己教育力測定尺度、他者支援尺度について信頼性を示すCronbach's α 係数の算出、Shapiro-Wilk検定による正規性の検定を行った。
- 3) 多重共線性を除去するために、他者支援尺度の下位尺度の相関を確認したところ、師長・副師長の業務支援と内省支援および精神支援の間に $r=0.7$ 以上のかなり強い相関が認められた。先行研究より、師長からの承認や励ましといった支援が自己教育力を高めるうえで重要であることが明らかとなっているため、多重共線性を考慮

し、師長・副師長からの業務支援を除いた。

- 4) 自己教育力測定尺度の得点の中央値より高い群（以下、高群とする）と、中央値より低い群（以下、低群とする）にわけ、基本的属性は χ^2 検定を行った。看護基礎教育機関においては、 χ^2 適合度検定の結果、期待度数5未満のセルが20%以上存在したため、Fisherの正確確率検定を使用した（対馬, 2016, pp.122-123）。他者からの支援の分析にはMann-WhitneyのU検定を使用した。
- 5) χ^2 検定またはMann-WhitneyのU検定の結果から、有意差のない項目を除外したうえで、基本的属性（年代、ラダー）と師長・副師長からの内省支援、精神支援、先輩からの精神支援、同期からの業務支援、内省支援、後輩からの精神支援を独立変数、自己教育力測定尺度の得点の中央値よりも高い群を高群、低い群を低群とし、従属変数として強制投入法を用いてロジスティック回帰分析を行い、モデルの有意性、適合度、判別率を算出した。有意水準は5%とした。変数の「年代」は20歳代=1, 30歳代=2, 40歳代=3, 50歳代=4を、「ラダー」はラダーI=1, ラダーII=2, ラダーIII=3, ラダーIV=4を投入した。

7. 倫理的配慮

本研究への参加は任意であり、参加の有無によって、不利益が生じることはないこと、調査用紙は、個人が特定されないように無記名で回収すること、得られたデータは個人が特定されないようにデジタル化して管理し、データはパスワードで管理されたPCやUSBメモリを用い、分析用PCもネットワークから切り離れたものを使用の上、分析用

データは鍵のかかる引き出しに保管することを文書にて説明した。

また、本研究は、信州大学医学部医倫理委員会（No. 4100）で審議の上、医学部長の承認を得て行った。

Ⅲ. 結 果

1. 回収について

564名分の調査用紙を配布し、304名の回答があった（回収率53.9%）。そのうち無回答や重複回答がない有効回答数は265名であり（有効回答率87.2%）、後輩からの影響についても分析するために、1年目の看護師10名を除外した看護師255名を分析対象とした。

2. 基本的属性について

年代別では、20歳代146名（57.3%）、30歳代68名（26.7%）、40歳代33名（12.9%）、50歳代8名（3.1%）であった。ラダー別では、ラダーI 16名（6.3%）、ラダーII 119名（46.7%）、ラダーIII 72名（28.2%）、ラダーIV 48名（18.8%）であった。看護基礎教育機関別では、4年制大学128名（50.2%）、3年制短期大学51名（20.0%）、2年制短期大学2名（0.8%）、4年制看護専門学校7名（2.7%）、3年制看護専門学校62名（24.3%）、2年制看護専門学校5名（2.0%）であった。（表1）

3. 各尺度の平均点と標準偏差、信頼度および正規性

(1) 自己教育力について

自己教育力測定尺度全体の平均点および標準偏差は

表1 自己教育力測定尺度の高群・低群による基本的属性の比較

基本属性	自己教育力測定尺度合計得点						p
	全体 (N=255)	高群 (n=125)		低群 (n=130)			
		n (%)	Mdn	n (%)	Mdn	n (%)	
年代	20歳代	146 (57.3)	66	74 (59.2)	59	72 (55.4)	.587
	30歳代	68 (26.7)	68	29 (23.2)	57	39 (30.0)	
	40歳代	33 (12.9)	66	17 (13.6)	58	16 (12.3)	
	50歳代	8 (3.1)	67	5 (4.0)	60	3 (2.3)	
ラダー	ラダーI	16 (6.3)	66	11 (8.8)	54	5 (3.8)	.023*
	ラダーII	119 (46.7)	66	51 (40.8)	59	68 (52.3)	
	ラダーIII	72 (28.2)	66	32 (25.6)	57	40 (30.8)	
	ラダーIV	48 (18.8)	67	31 (24.8)	57	17 (13.1)	
看護基礎教育機関	4年制大学	128 (50.2)	66	61 (48.8)	59	67 (51.5)	.773
	3年制短期大学	51 (20.0)	67	22 (17.6)	59	29 (22.3)	
	2年制短期大学	2 (0.8)	69	1 (0.8)	55	1 (0.8)	
	4年制看護専門学校	7 (2.7)	70	4 (3.2)	55	3 (2.3)	
	3年制看護専門学校	62 (24.3)	67	35 (28.0)	58	27 (20.8)	
2年制看護専門学校	5 (2.0)	69	2 (1.6)	57	3 (2.3)		

検定方法： χ^2 検定 * $p < .05$
Mdnは中央値を示す

62.00±5.78点, 中央値(四分位範囲)は62(58-66)点であり, Cronbach's α 係数=.76であった。また, 下位尺度別の平均点および標準偏差は, 「成長・発展への志向」が16.46±2.04点, 「自己の対象化と統制」が16.26±1.76点, 「学習の技能と基盤」が14.96±2.13点, 「自信・プライド・安定性」が14.32±2.42点であった。Shapiro-Wilk検定の結果, $p=.018$ で正規性は認められなかった。

(2) 他者支援について

他者支援尺度の平均点と標準偏差, およびCronbach's α 係数は, 「師長・副師長からの支援」が50.15±11.53点, $\alpha=.95$, 「先輩からの支援」が54.87±9.54点, $\alpha=.94$, 「同期からの支援」が54.60±9.43点, $\alpha=.93$, 「後輩からの支援」が43.15±10.15点, $\alpha=.91$ であった。Shapiro-Wilk検定の結果, $p=.004$ で正規性は認められなかった。

また, 師長・副師長, 先輩, 同期, 後輩それぞれの, 業務支援, 内省支援, 精神支援の平均点および標準偏差は, 「師長・副師長からの業務支援」が23.50±4.96点, 「師長・副師長からの内省支援」が11.98±2.44点, 「師長・副師長からの精神支援」が14.64±5.26点, 「先輩からの業務支援」が25.26±3.81点, 「先輩からの内省支援」が12.18±2.34点, 「先輩からの精神支援」が17.42±4.65点, 「同期からの業務支援」が22.49±4.16点, 「同期からの内省支援」が11.51±1.93点, 「同期からの精神支援」が20.59±4.68点, 「後輩からの業務支援」が17.77±4.63点, 「後輩からの内省支援」が9.54±2.57点, 「後輩からの精神支援」が15.82±4.74点であった。

自己教育力測定尺度の合計得点を高群, 低群の2群に分類し, 基本的属性と χ^2 検定を行った結果, ラダーに有意差が認められた。

また, 自己教育力測定尺度の合計得点および下位尺度を高群, 低群の2群に分類し, 師長・副師長, 先輩, 同期, 後輩からの業務支援, 内省支援, 精神支援についてMann-WhitneyのU検定を行った結果, 師長・副師長からの業務支援, 内省支援, 精神支援, 先輩からの精神支援, 同期からの業務支援, 内省支援, 後輩からの精神支援で有意差が認められた。(表2)

4. 自己教育力測定尺度および下位尺度に影響を及ぼす要因について

ロジスティック回帰分析の結果を表3に示した。

自己教育力測定尺度合計得点におけるモデル係数のオムニバス検定では $p<.05$ で有意であり, Hosmer-Lemeshowの検定結果は $p=.844$ で良好であり, 判別率的中率は61.2%であった。

自己教育力測定尺度合計得点に影響を及ぼす要因としては, 師長・副師長からの精神支援 ($OR=1.13$, $p=.006$)

が自己教育力に影響を及ぼしていた。

自己教育力測定尺度の下位尺度におけるロジスティック回帰分析の結果は, 成長・発展への志向では, 師長・副師長からの内省支援 ($OR=1.28$, $p=.017$) が影響を及ぼしていた。自己の対象化と統制では, 師長・副師長からの精神支援 ($OR=1.11$, $p=.026$), 先輩からの精神支援 ($OR=0.91$, $p=.013$) が影響を及ぼしていた。学習の技能と基盤では, 年代 ($OR=0.61$, $p=.018$), ラダー ($OR=1.97$, $p=.001$), 師長・副師長からの精神支援 ($OR=1.11$, $p=.017$) が影響を及ぼしていた。自信・プライド・安定性では, 同期からの内省支援 ($OR=0.83$, $p=.047$) が影響を及ぼしていた。

IV. 考 察

本研究では, 年代が自己教育力の「学習の技能と基盤」に負の影響を及ぼしていた。太田・角・國谷・荻津(2019)の看護師の年代による自己教育力の変化に関する研究では, 仕事に慣れることでキャリアへの関心が薄れる時期である20歳代後半と, キャリアが停滞する時期である40歳代に自己教育力が低下し, 目標を見出すことで停滞から抜け出すと述べている (pp.207-210)。本研究においては, 20歳代後半や40歳代のみならず, 年代が上がると自己教育力が低下しており, 年代が上がるに従いキャリアへの関心が薄れることや, キャリアが停滞することが自己教育力低下の要因のひとつと推察された。したがって, 自ら主体的に学習をするために必要となる学習の技能と基盤の力を高めるためには, 自らのキャリアへの関心を高め, 自分自身がキャリアアップできる目標を見出せるような支援が必要であると考えられた。一方で, ラダーレベルが上がるほど「学習の技能と基盤」に正の影響を及ぼしていた。久保・松崎・服部・稲田(2008)によると, ラダーによって自分の目標を明らかにできれば, 自己教育力が高まると述べている (p.140)。したがって, 師長や上司は, 看護師が自己教育力を低下・停滞させずに主体的に学習を行い, ラダーアップのためのキャリアデザインが作成できて, 自己教育力を向上させられるような支援を行うことが重要であると考えられた。

「師長・副師長からの内省支援」では, 「成長・発展への志向」に正の影響を及ぼしていた。下島・三浦・門馬・齋藤・蒲生(2015)は, 医療現場での経験が増加するに伴い, 経験した領域に関する知識が増加し, これまでの自分の認識と矛盾する知識にも気づくようになると述べている。さらに, 他者との対話により, 学習者に自分の理解が不十分であること, 知識に不整合があることを自覚させることでメタ認知が促進されることを明らかにしてい

る (pp.3-10)。メタ認知について、奥村 (2006) は、リフレクションという行動を支えるものがメタ認知であるとし (pp.17-29)、Sandars (2009) は、効果的なりフレクションのためには、メタ認知、すなわち「思考を考える」ことがメタ認知プロセスに対して不可欠であると述べている (pp.685-695)。したがって師長や副師長との面接や話し合いによる内省支援によりメタ認知が促され、看護師はより効果的な看護実践のために日常的な自分自身の看護実践の方法や課題に対して感じた矛盾を再考し、さらに成長するために必要な課題や病院組織内での役割、その時点での自己の看護実践のレベルを振り返り自己評価し、自己教育力のひとつである成長・発展への志向が高まったと考えられた。

「師長・副師長からの精神支援」は「自己の対象化と統制」と、「学習の技能と基盤」に正の影響を及ぼしていた。安部・脇 (2019) は、師長との面接で自己を成長させるための課題や目標を認識し、それを達成することにより他者からの承認および自己認知を得ることができ、成長・発達できると報告している (pp.191-194)。また、大岡・千村・平内・川野 (2019) は、中堅看護師を対象とした看護係長の支援の在り方について調査を行い、看護係長に求める支援の内容について「どんな時も相談できる存在であってほしい」、「新しいことや困難なことにぶつかったときに支援してほしい」、「困っているときに声をかけてほしい」といった精神的な支援を期待していると述べている (pp.183-186)。日本看護協会 (2019) は看護管理者を、「看護の対象者のニーズと看護職の知識・技術が合致するよう計画し、財政的・物質的・人的資源を組織化し、目標に向けて看護職を導き、目標の達成度を評価することを役割とする者の総称をいう」と述べている (p.2)。また、看護管理者のマネジメントラダー (2019) では、看護師長に必要とされる能力のひとつである人材育成能力として、「個々のスタッフのキャリア志向を把握し、計画的な指導・助言によりキャリア発達を支援することができる」、「個々のスタッフの能力や可能性を見出し、機会や権限を与え、成長を支援することができる」ということも述べている (p.10)。中原 (2010) の職場学習論によると、上司からの精神支援は業務能力の向上に影響を及ぼしていた (p.102)。本研究の結果からも、師長・副師長からの精神支援は看護師の精神的安息につながり、師長や副師長が看護師の成長を認めることで、看護師が能力や可能性に見合った課題に取り組み、自己を客観的に捉え、キャリア発達の方向性を明確にし、目標や課題へ向かっていく力を高めているのではないかと考えられた。また、師長・副師長は、看護師が解決困難なことに直面したときのみならず常に相談に乗り、看護実践を見守る姿勢、その実践に理解を示し、自分の成長を

確信できるような言葉かけなどの精神支援をする機会を設定することで、看護師は意識しなかった自分の見方・考え方に気づき、自分自身の目標に向かえるように導かれることで内省支援につながり、よりよい知識や技術を獲得するための学習方法が身につく、自己教育力が向上すると推察された。

一方で、「先輩からの精神支援」は、「自己の対象化と統制」に負の影響を及ぼしていた。梶田 (1985) は自己の対象化について、自己の認識と評価の力とし、自分自身の現状や可能性に対して自分自身がどのようにまなごしを向けるかということに他ならないと述べている (p.42)。さらに、自己統制の力について、「自分自身をコントロールし、一定の方向へ向けていく力」と述べ (p.43)、自分なりのねがいやねらいの方向へ自分自身をもっていく力としている。つまり、看護師においては、自分自身の看護実践の評価から課題を見出し、課題達成に対して前向きな気持ちが失われそうになっても、より良い看護実践のために目標に向かって少しずつ進んでいけるように自分自身をコントロールすることが必要と考えられる。また、堀田ほか (2018) によると、経験豊富な先輩看護師は後輩看護師に対して、失敗しないことが当たり前と捉えがちであり、失敗しないうえに、より上手にできた場面でもしか褒めない場合が多いが、上達している自分を実感できるように、日頃からできているところとできていないところを具体的にフィードバックすることが重要だと述べている (pp.115-119)。樋貝・伊藤・上田・石嶋・石田 (2013) は、知識や技術が未熟な看護師に対しては、看護実践への不安を軽減し看護実践への自信が高められるよう、先輩看護師は振り返りの重要性を理解し、指導を行う必要があることを明らかにしている (p.224)。しかし、齊藤 (2017) は、中堅看護師は、新人看護職員や後輩看護師への指導的役割や、各種委員会などの業務以外の役割が期待されてくる時期でもあり、中堅看護師の離職理由は、業務が過酷であるばかりでなく、他の役割の多さが負担になっていると述べている (pp.385-405)。また、大鳥・福島・吉田・鈴木 (2014) は、先輩からのサポートは、自己肯定感、やる気の高まり、自己成長の実感がある一方で、先輩看護師から十分なサポートを受けられなかったと認識した場合には、自己否定感や成長の停滞感、やる気の低下、先輩看護師への反感や不信感につながることを明らかにしている (pp.33-42)。臨床において先輩看護師が日々の業務に追われ、後輩看護師の看護実践にまで目が届かず、後輩看護師が自己の実践能力を高めていけるような精神支援を行う余裕がない状況も起こり得る。そのような状況であれば、先輩看護師が後輩看護師へ精神支援を行っていたとしても、後輩看護師が自分をより成長させようと努力することや、自分自身の看

護実践を評価して、成長を認め、次の目標へ向かうために自己を対象化し、統制力を高めるような支援が不十分になる可能性がある。その場合、前出の大鳥ほかが述べているように、後輩看護師には自己否定感や成長の停滞感、やる気の低下が起り、自己の対象化と統制が難しくなると考えられる。また、加藤・鈴木(2019)によると、近年はパートナー・ナーシング・システムを取り入れる病院が増えており(p.79)、本研究における調査対象施設も看護体制はパートナー・ナーシング・システムである。細川・小塚(2018)は、パートナー・ナーシング・システム体制の中では、新人看護師の傍には常に指導者がいるため指導者に頼ってしまう傾向にあり、「自分が責任を持たなければならない」、「自分の判断と行動が患者に大きな影響を与える」という実感が持てないと述べている(p.78)。このように、先輩看護師からの精神支援を受けている後輩看護師にとっては、自分自身で判断し、責任を持った看護実践や自己評価を行うことが難しい傾向にあり、課題や目標に向かうための「自己の対象化と統制」に負の影響を及ぼす一因となったと考えられた。以上のことから、パートナー・ナーシング・システムを採用している施設や、多忙な業務の施設であっても、先輩看護師が後輩看護師の看護実践を日々確認し、自立を促すような言葉をかけることや、注意を傾け、精神的な安らぎを得ることができるよう支援をすることが、自己教育力を高めるために重要であると考えられた。また、職場においては、病院側が先輩看護師などの業務の負担を軽減するために工夫することも必要であると考えられた。

「同期からの内省支援」は「自信・プライド・安定性」に負の影響を及ぼしていた。

梶田(1985)は、自己教育力を最も深いところにおいて支えているのが自信・プライド・安定性であり、自信やプライドをもっているかどうか、心理的に安定しているかどうかによって人は主体的であるかどうかが決まされると述べている(p.48)。また、支えとなる同期や同僚がいることは、仕事意欲を高めることが明らかになっている(落合・金子・丸井, 2020, pp.31-44)。さらに中原(2010)は、同期からの内省支援が業務能力向上に影響を及ぼしていると述べている(p.99)。しかし一方で、高木・中澤・吉岡・田中・鈴木(2016)の、新人看護師の体験の語りからどのような成長があったかを調査した研究では、職場の対人関係について「同期との比較に悩み、関係性が築けなかった」ことにより、お互い成長するために支え合えなかったという対人関係の悩みについて述べられている(pp.39-47)。さらに、Festinger(1954)が提唱した社会的比較過程理論によると、自分と類似していると思われる他者の方が、比較対象として選択されやすいと述べている

(pp.117-140)。このように、他者から同期の看護師と比較されることで日々の看護実践について内省した時に、同期の看護師と自分自身を比較し自信をなくしてしまうことやプライドが傷つくことが、「同期からの内省支援」が「自信・プライド・安定性」に負の影響を及ぼしていた要因の一つであると考えられた。また中原(2010)は、お互いに助け合うことや親切にし合うといった職場の風土である互酬性規範が、職場における個人の業務能力に影響を与えており、職場内に互酬性規範が存在しているか、メンバー間に互酬性規範が認知されているかどうか重要であるとも述べている(p.108)。したがって、同期の看護師がお互いを比較し合う対象ではなく、看護師としての成長は個人差があることや助け合いながら切磋琢磨するべきものであるという互酬性規範の意識を高められるような、成長し合う職場風土を作ることが、病院においても病棟においても自己教育力を高める具体策のひとつであると考えられた。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、一施設の調査であり、一般化することには限界があると考えられる。また、調査時期によっては職場における他者からの支援の量や内容に違いがあるとも考えられ、これらのことが本研究の限界と考える。

今後、本研究の結果を基に、調査する施設を増やし、施設の設置主体や病棟の特徴、看護師の病棟への配置人数なども考慮し、縦断的に調査を行い、看護師の自己教育力を高めることができる他者支援の具体的な方法を確立していくことが課題と考える。

結 論

1. クリニカルラダーを活用した支援が、自己教育力を向上させるために重要であることが示された。
2. 師長・副師長からの内省支援が、成長・発展への志向に影響を及ぼしていた。
3. 師長・副師長からの精神支援は、自己の対象化と統制と、学習の技能と基盤に影響を及ぼしていた。
4. 同期からの内省支援は自信・プライド・安定性に負の影響を及ぼしていた。

付 記

本研究は、信州大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・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

- 安部洋美, 脇 幸子 (2019). A病院における手術室看護師の自己教育力の変化. *日本看護学会論文集*, 49, 191-194.
- 千葉今日子, 富田幸江 (2017). 主任看護師の立場にある実習指導者の実習指導に対する意識の特徴: 自己教育力とその関連要因に焦点をあてて. *埼玉医科大学看護学科紀要*, 10(1), 29-39.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- 樋貝繁香, 伊藤 愛, 上田理絵, 石嶋真季, 石田寿子 (2013). 卒後2年目看護師の看護実践の現状と課題. *日本看護研究学会雑誌*, 36(3), 224.
- 細川真理子, 小塚美加 (2018). 逆シャドーイングを受けた新人看護師の気づきと今後の指導方法の検討. *静岡赤十字病院研究報*, 38(1), 76-79.
- 堀田真衣, 池内理菜, 辻佳奈子, 矢野正晃, 松井弘美, 八塚美樹, 瀧本裕士 (2018). 新人看護師の経験と自立性との関連. *富山県立中央病院医学雑誌*, 41(3/4), 115-119.
- 梶田毅一 (1985). *自己教育への教育*. 10-57, 東京: 明治図書.
- 柏谷 愛, 野路由佳利, 廣瀬絵里, 前川真由美, 山崎加代子 (2020). 中堅看護師が認識している職場における人的支援に関する文献検討. *日本看護学会論文集*, 50, 191-194.
- 加藤恵子, 鈴木由希子 (2019). 医療センター式ペアナーシングが配置転換者のストレス要因に与える影響. *日本看護学会論文集*, 49, 79-82.
- 公益社団法人日本看護協会 (2023). 看護職の生涯学習ガイドライン. <https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/learning/lllearning-guide.pdf> (検索日2023年12月5日)
- 公益社団法人日本看護協会 (2019). 病院看護管理者のマネジメントラダー. https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/nm_managementladder.pdf (検索日2022年5月30日)
- 公益社団法人日本看護協会 (2022). 看護師の生涯学習支援体制の構築. https://www.nurse.or.jp/home/about/kyokainews/2022_07_01.html (検索日2022年12月2日)
- 厚生労働省 (2014). 新人看護職員研修ガイドライン (改訂版). https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf (検索日2022年6月10日)
- 久保和子, 松崎和代, 服部裕子, 稲田久美子 (2008). クリニカルラダーと臨床看護師の自己教育力との関連. *徳島赤十字病院医学雑誌*, 13(1), 137-141.
- 工藤一子 (2009). 看護職者の自己教育力と看護実践の関連: A県の11病院における質問紙調査から. *日本看護管理学会誌*, 13(1), 76-83.
- 丸橋里枝, 藤村敏子, 田戸朝美 (2017). 看護職の自己教育力, 職務満足度及び看護実践能力に関する一考察. *日本看護学会論文集*, 47, 183-186.

- Masic, I. (2008). E-learning as new method of medical education. *Acta Informatica Medica*, 16 (2), 102-117.
- 中原 淳 (2010). *職場学習論: 仕事の学びを科学する*. 6-116, 東京: 東京大学出版会.
- 西村千代子, 奥野茂代, 小林洋子, 中島すま子 (1995). 看護婦の自己教育力: 自己教育力測定尺度の検討. *日本赤十字社幹部看護婦研修所紀要*, 11, 22-39.
- 野寄重矢子, 清水佐知子 (2019). 看護師の自ら学ぶ意欲の評定尺度の作成. *武庫川女子大学看護学ジャーナル*, 4, 25-34.
- 落合秀樹, 金子昌子, 丸井明美 (2020). 7:1看護体制下の急性期病院に勤務する看護師の仕事意欲に関連する要因: 横断研究. *獨協医科大学看護学部紀要*, 14, 31-44.
- 奥村圭子 (2006). 異文化間コミュニケーション教育における内省の活性化. *言葉の学び, 文化の交流: 山梨大学留学生センター研究紀要*, 1, 17-29.
- 大岡智美, 千村貴美子, 平内桂子, 川野多由見 (2019). 中堅看護師のキャリア開発ラダー取得に向けた看護係長の支援の在り方. *日本看護学会論文集*, 49, 183-186.
- 太田敏江, 角 智美, 國谷美香, 荻津綾子 (2019). 臨床看護師の年代による自己教育力の変化. *日本看護学会論文集*, 49, 207-210.
- 大鳥和子, 福島和代, 吉田浩子, 鈴木はる江 (2014). 先輩看護師の言動に対する病院勤務看護師の被害認識に関する研究. *心身健康科学*, 10(1), 33-42.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T.R., Feinstein, A.R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373-1379.
- 齊藤茂子 (2017). 中堅看護師はなぜ離職するのか: 最近5年間の統合的レビュー. *東洋大学大学院紀要*, 54, 385-405.
- 櫻井茂男 (2009). 自ら学ぶ意欲の心理学: キャリア発達の視点を加えて. 10-105, 東京: 有斐閣.
- Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685-695.
- 下島裕美, 三浦雅文, 門馬 博, 齋藤昭彦, 蒲生 忍 (2015). メタ認知を促す医学教育: 4ボックス法の可能性を探る. *杏林医学会雑誌*, 46(1), 3-10.
- 高木桃子, 中澤淑子, 吉岡 恵, 田中高政, 鈴木真理子 (2016). A大学を卒業した第1回生が語った新人看護師の体験の意義: 体験の語りから成長の軌跡を探る. *佐久大学看護研究雑誌*, 8(1), 39-47.
- 谷田由紀子, 足立智花, 松本 円 (2021). 新型コロナ禍で変わる新人研修: どう実践する? 集合研修の見直し・評価. *看護実践の科学*, 46(1), 6-18.
- 対馬栄輝 (2016). *SPSSで学ぶ医療系データ解析 (第2版)*. 122-123, 東京: 東京図書.

〔2022年3月22日受付〕
〔2023年5月11日採用決定〕

Relationship between Self-Directed Learning of Nurses and Support from Others

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 51-60
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230511220>

Kuniko Shioiri, MSN, RN¹, Daisuke Yamaguchi, PhD, RN²,
Yasuko Matsunaga, PhD, RN²

¹Seisen Jogakuin College, Nagano, Japan, ²School of Health Sciences, Shinshu University, Nagano, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to explore the relationship between self-directed learning in nurses and support received from others in clinical practice. **Methods:** A logistic regression analysis was performed using the basic attributes of 255 nurses, a Self-Directed Learning measurement scale, and a scale measuring support received from others. **Results:** Reflection support from the head nurse/assistant head nurse ($OR=1.28$) is related to “orientation toward growth and development;” mental support from the head nurse/assistant head nurse ($OR=1.11$) and from elder nurse ($OR=0.91$) are related to “self-targeting and control.” Age ($OR=0.61$), clinical ladder ($OR=1.97$), and mental support from the head nurse/assistant head nurse ($OR=1.11$) are related to “learning skills and foundation” while reflection support from the peer nurse ($OR=0.83$) is related to “confidence, pride, and stability.” **Conclusions:** The self-directed learning of nurses can be improved if they receive support that would allow them to deeply reflect on their own nursing practice, and mental support from the head nurse/assistant head nurse that would give them confidence in their growth, and also by increasing reciprocity in the workplace.

Key words

Self-Directed Learning, support from others, duties support, reflection support, mental support

Correspondence: K. Shioiri. Email: shioiri@seisen-jc.ac.jp

がんゲノム医療を受ける患者の 看護と看護師の死生観との関連

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 61-72
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608223>

林真紀子¹, 山田 忍²

¹近畿大学病院, ²和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科

要 旨

目的: がんゲノム医療を受ける患者は標準治療がない, もしくは終了した状態にあり, 死を意識する病を抱える状況にある。そのような患者の看護と, 死を意識する病を抱える患者の看護に必要とされる「看護師の死生観」との関連を明らかにすることを目的とした。**方法:** がん看護に携わる看護師91人から質問紙調査を行い, 「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の探索的因子分析を行ったうえでこれらを従属変数, 「看護師の死生観」を独立変数とした重回帰分析を行った。**結果:** 「がんゲノム医療を受ける患者の看護」として5因子38項目が抽出され, これらに「看護師の死生観」が影響していることが明らかとなった。**結論:** 「がんゲノム医療を受ける患者の看護」には死を意識する病を抱える患者を対象とした要素があり, 「看護師の死生観」がこれらに影響し, 看護師が死生観を確立することの必要性が示唆された。

キーワード

がん看護, がんゲノム医療, 看護師の死生観

責任著者: 林真紀子. Email: mn18bdf@gmail.com

緒 言

1. がんゲノム医療における看護の現状

本邦では2018年の第3期がん対策基本計画にがんゲノム医療の施策が掲げられ(厚生労働省, 2018), がん対策の中核として臨床応用が推進されており, がんゲノム医療中核拠点病院, がんゲノム医療拠点病院, がんゲノム医療連携病院がその役割を担っている。看護の分野では遺伝性腫瘍の診療に対する遺伝看護においてその活動内容を示されているが, がんゲノム医療に特化したものは模索されている状況にある(森屋・矢口・横山・浦野・和泉, 2019, p.471)。

米国では, ゲノム解析による健康増進, 疾病予防, 疾病分類, 治療, 症状管理を担う遺伝学に対する看護を確立するべく, すべての看護師に向けて遺伝/ゲノム看護を実践するための教育を行っている(Jenkins, 2011, p.68)。また, 患者が意思決定を行い, 生活の質を高めるには遺伝/ゲノムに関する情報提供が必要であると報告されている(Flynn, Cusack, & Wallen, 2019, pp.116-130)。本邦においてもがん看護に携わる看護師が重要と考えるがんゲノム医療を受ける患者の看護を探求し, がんゲノム医療や遺伝性

腫瘍の診療の知見を得て, 看護を行う必要があると考えられる。

2. がんゲノム医療を受ける患者の背景

がんゲノム医療を受ける患者は標準治療が終了, もしくは, 標準治療のない進行がんの病態である(大塚, 2019, p.175)。がん遺伝子パネル検査を行っても遺伝子変異が見つからないことや薬物療法が確立していない場合があり, がん遺伝子パネル検査後に薬物療法が行える患者は13%に留まっている(大塚, 2019, p.177)。薬物療法の適応がなかった場合, 積極的な治療を断念せざるを得ず, がんゲノム医療を受ける患者は死を意識する病を抱える状況にあると考えられる。

3. 看護師の死生観

死を意識する病を抱える患者が持つ苦悩に対しては, 「症状マネジメントと自律への支援」「患者・家族の関係性の強化と死について語る場面の提供」の看護が求められている(京田ほか, 2010, pp.115-116)。また, 看護師が確固たる死生観を持たなければ看護師の中に死の恐怖が生じ, その防衛のために患者とコミュニケーションができなくな

ると報告されている（河野，1988，p.814）。

死生観の確立には基礎教育（秋山，2015，p.107），大学教育（板谷，2015，p.17），看護基礎教育（石田，2008，pp.217-231），死別体験や看取りの経験（籾武ほか，2018，pp.8-9）が影響するものであり，個々の経験や体験によって変容する概念であると考えられる。

死生観とは，「死と生にまつわる価値や目的などに関する考え方で，感情や信念を含む行動への準備体制」という概念として示され，「看護師の死生観」の因子として【死の準備教育】，【身体と精神の死】，【死の不安】，【死後の世界】，【遺体への想い】，【人生の終焉】があり，看護師がこれらの死生観を確立させることが看護の質の向上に結び付くといった報告がある（岡本・石井，2005，p.56）。よって，死を意識する患者に携わる看護師は死生観を確立することが重要であると考えられる。

がんゲノム医療の対象となる患者は，進行がんであることや積極的な治療が限られていることから，死を意識する状況にあるため，がんゲノム医療を受ける患者の看護に携わる「看護師の死生観」と「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の関連を明らかにすることががん看護の質の向上に繋がると考えた。

I. 目的

本研究では，「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の要素を明らかにする。その上で「看護師の死生観」から「がんゲノム医療を受ける患者の看護」への影響を明らかにし，要素間の関連を基本属性も踏まえて考察することを目的とする。

II. 用語の定義

がんゲノム医療を受ける患者の看護

「標準治療への希望を失い自らの死に向き合いながらが

んゲノム医療を受ける患者が納得して治療を受けるための看護師の支援と思考過程」と操作的に定義する。

III. 概念枠組み

本研究では，「看護師の死生観」から「がんゲノム医療を受ける患者の看護」に一方方向に影響すると仮定した。また，看護実践能力は「看護師の経験を通して得られる専門知識と技術の発達過程で得られる能力」（Benner，1984/1992，pp.10-27）とされていることから看護経験年数，がん看護経験年数も影響すると考えた。看護師の死生観尺度（岡本・石井，2005，p.56）が明らかにされており，この尺度を用いて測定した「看護師の死生観」と看護師の基本属性から構成される概念枠組みを設定した（図1）。

IV. 方法

1. 研究対象者

がんゲノム医療中核拠点病院，がんゲノム医療拠点病院，がんゲノム医療連携病院に勤務する看護経験年数5年以上かつがん看護経験年数3年以上の看護師とした。

2. 研究方法

無記名自記式質問紙を用いた質問紙調査を行った。

3. 調査内容

(1) 基本属性

年齢，看護経験年数，がん看護経験年数とした。

(2) 「がんゲノム医療を受ける患者の看護」

先行研究を参考に質問項目を作成した。先行研究は医学中央雑誌より2010年から2020年の研究を対象に「がん看護」「遺伝看護」「がんゲノム医療」をキーワードとして探索した。「がんゲノム医療を受ける患者の看護」に必要なと思われる項目を検討し調査票を作成した。調査票は「がん

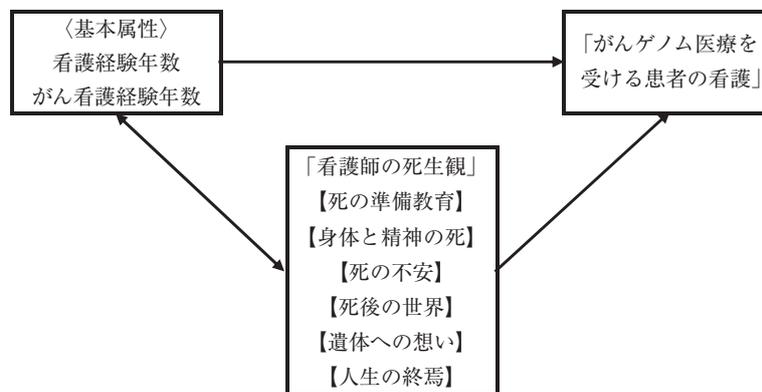


図1 本研究の概念枠組み

ゲノム医療を受ける患者の看護」に携わるがん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師・がん性疼痛看護認定看護師に原案の適切性を問う事前調査を行い、助言を依頼し、修正した。最終的に調査票は6領域50項目の質問とした。回答は「かなりそう思う」5点から、「全くそう思わない」1点の5件法で構成し、「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の得点が高いほど看護師の患者に対する支援と思考過程において必要な内容とした。

がんゲノム医療を受ける患者の看護の概念を明らかにするには、いくつかの看護の視点と手法からそれらの重みを踏まえた因子として説明するために、主因子法（プロマックス回転）を用いた。主因子法（プロマックス回転）は斜交回転であり、互いの因子にある程度の相関があり、共通するものとして解釈される（松尾・中村, 2002, pp.74-75）。また、主因子法（プロマックス回転）では、因子間の相関係数も反映できるため独立した因子をより明らかにできる。加えて、確認的因子分析を行うことでデータのあてはまりの確認と、因子の妥当性を担保した。個人の得点の計算では、より個人の特性を反映するため、尺度得点でなく独自性（特殊性と測定誤差）から独立した個人の因子得点を算出する方法を用いた（芝, 1979, pp.5-8）。

(3) 「看護師の死生観」

看護師の死生観尺度（岡本・石井, 2005, p.56）を用いた。この尺度は死生観に関する先行研究、死生学、死の準備教育の文献をもとにした項目で6因子から設計されている。【死の準備教育】は、死について考えることは人を成長させる、死について学ぶことや教育は必要であるという内容から構成されている。【死の不安】は、死ぬことや死ぬまでの過程、死後のことを考えると不安になるという内容から構成されている。【身体と精神の死】は、身体的な生を大切に感じているという内容から構成されている。【遺体への想い】は、遺体を傷つけないという内容から構成されている。【人生の終焉】は、死は人生の完結、死とはこの世の苦しみから解放されることという内容から構成されている。【死後の世界】は、死んでも魂は残り、人は生まれ変わると思うという内容から構成されている。Cronbach's α 係数 .70から .87, $GFI=.9607$, $CFI=.9882$, $IFI=.9919$, $RMSEA=.0219$ であり、信頼性および妥当性は確保されている。回答は「かなりそう思う」5点から、「全くそう思わない」1点の5件法で構成され、得点によって死に至るまでの生も含めた死を捉える多次元的・包括的な尺度である。

4. 倫理的配慮

研究対象者には研究の趣旨と方法、研究への参加は自由意思であり、同意撤回、参加可否による不利益は被らない

こと、調査票への記入を開始していても途中で中止できること、調査票が匿名化されていることから個人が特定不可能なため返送後は辞退できないこと、データは研究発表や論文発表以外には使用しないことを文書で説明した。調査票に参加意思を確認する項目を作成し、返送によって研究の同意を得た。

本研究は、和歌山県立医科大学倫理審査委員会の承認（承認番号3138）を得て開始した。

5. 分析方法

(1) 「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の探索的因子分析

「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の因子を主因子法（プロマックス回転）にて抽出した。因子数の決定および項目の削除は、質問50項目の平均値、標準偏差から得点の分布をチェックし、ヒストグラムを確認した。多くの回答が高い得点に寄っている天井効果や低い得点に寄っているフロア効果を確認し、該当する質問項目は除外を検討した。因子数はスクリープロットを参照し、固有値の減衰状況を確認した。項目に関しては、より因子の内容を担保するために因子負荷量 .45以上を採用し、一つの項目が複数の因子に高い負荷量を示す場合は削除を検討したうえで、重み付き最小二乗法による確認的因子分析を行い、因子名を命名することとした。

(2) 「看護師の死生観」と「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の重回帰分析

「看護師の死生観」尺度6因子の各因子得点を独立変数、「がんゲノム医療を受ける患者の看護」5因子の各因子得点を従属変数とした。看護経験年数、がん看護経験年数で独立変数を調整した。従属変数に対する独立変数の影響の程度を重回帰分析強制投入法にて確認した。独立変数である看護経験年数およびがん看護経験年数と死生観の相関係数との有意確率を確認した。重回帰式の有意確率と決定係数 R^2 から重回帰式モデルの有意性と適合度を確認した。多重共線性は分散インフレ係数（variance inflation factor : 以下VIF）を確認した。誤差分析はダービン・ワトソン比を確認した。

分析には、IBM SPSS Statistics version 27, IBM SPSS Amos version 27を使用した。

V. 結果

1. 基本属性

調査対象者283人のうち、101人から回答があった（回収率36%）。有効回答数91であった（有効回答率32%）（表1）。

表1 対象者の基本属性

	n=91			
	M	SD	最小値	最大値
年齢	39.91	9.11	25	59
看護経験年数	17.73	8.43	5	38
がん看護経験年数	12.57	6.24	3	30

注1：Mは平均値，SDは標準偏差を意味する。

2. 「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の探索的因子分析

「がんゲノム医療を受ける患者の看護」を調査した50項目(表2)について主因子法による探索的因子分析(プロマックス回転)を行った。質問50項目の平均値、標準偏差から得点の分布とヒストグラムを確認した。「患者が治療の目的について説明を受けたことを理解していない時、その理由を知る必要はない(※逆転項目)。「家族が医師から病状の説明を受けたことを理解していない時、その理由を知る必要はない(※逆転項目)。「転移や予後など『悪い知らせ』を伝えられた後の家族への対応は重要だと思う。「進行がん患者の身体症状の緩和に関して医師と看護師、他職種との連携は効果的だと思う。「進行がん患者の精神症状の緩和に関して医師と看護師、他職種との連携は効果的だと思う。」の5項目で回答が高い得点に寄っている天井効果を認めた。分布が偏り、分散がほとんどない項目は除外が必要とされているが、因子分析での項目得点では、ある程度の分散があれば分布の偏りよりも内容を重視すべきと示されている(吉田・石井・南風原, 2012, p.214)。本研究は尺度開発ではなく「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の因子を探索することを目的としており、項目を除外することで因子の内容が希薄となると考え、内容を重視し、これらの項目は、看護師のコミュニケーションの内省や進行がん患者の症状緩和を含む「がんゲノム医療を受ける患者の看護」を観測する重要な項目であると考え除外しなかった。

項目の固有値の減衰状況とスクリープロットの減衰状況を参考にしながら、5因子とした。9項目は因子負荷量が.45未満であり削除した。Cronbach's α 係数と項目の質的内容から、項目番号30, 38, 47の3項目は削除すべきと考え、合計12項目を削除した。各因子との因子間相関と尺度間相関を確認し、5因子38項目とした。次に、探索的因子分析に基づくモデルにデータが合致するか否かを検討するために確認的因子分析(重み付き最小二乗法・バリマックス回転)を行った。 $CMIN=682.172$ ($df=655$), $p=.224$, $GFI=.601$, $AGFI=.549$, $CFI=.788$, $IFI=.846$, $RMSEA=.021$ であった。最終的に、各因子を構成する項目から本研究で定義する看護に関連する内容となる命名を行った。第I因子【納得して治療を受けるための意思決定支援】、第II因子【死や不安に関する話題への対応困難】、第III因子【患者・家族の心情の

理解と専門的知識に基づく情報提供】、第IV因子【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】、第V因子【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】と命名した。

【納得して治療を受けるための意思決定支援】は、患者・家族の意見を尊重し、患者の症状緩和を並行しながら、意思決定を擁護することや意思決定支援を継続することから構成されていた。【死や不安に関する話題への対応困難】は、進行がんである患者からの「死」に関する話題やがんゲノム医療を受けることへの不安に対応するための看護の思考過程における困難から構成されていた。【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】は、進行がん患者ががんゲノム医療を検討することになった背景に寄り添い、緩和ケアに移行するかも知れないという心情に配慮しながら、がんゲノム医療や遺伝性腫瘍についての情報提供を行うことから構成されていた。【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】は、がんゲノム医療の実施に際しては、医学的な問題に加え、診療報酬上の問題もあることからそれぞれの知識を統合してケアを行う必要があるということから構成されていた。【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】は、がんゲノム医療の実施を検討した時からこれまでに間に、患者・家族に好ましくない反応が見られた場合、看護師が自らのコミュニケーションを内省するということから構成されていた(表3)。

3. 「看護師の死生観」と「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の重回帰分析

「看護師の死生観」である【死の準備教育】、【身体と精神の死】、【死の不安】、【死後の世界】、【遺体への想い】、【人生の終焉】を独立変数、「がんゲノム医療を受ける患者の看護」である【納得して治療を受けるための意思決定支援】、【死や不安に関する話題への対応困難】、【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】、【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】、【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】を従属変数とした重回帰分析強制投入法を行った。

独立変数である死生観尺度の下位尺度間の相関を確認した結果では.60を超えるものは認めず各尺度は独立した概念であると捉え、全ての下位尺度を対象とした。また、「看護師の死生観」の各因子を独立変数とし、「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の各因子を従属変数とした分散分析では全ての因子において $p<.05$ であり、重回帰式のモデルは有意であると判断した。次に、VIFから多重共線性が生じた可能性は低いと考えた。ダービン・ワトソン比から誤差は正規性に従っていると考えた。

表2 がんゲノム医療を受ける患者の看護 質問項目

n=91

がんゲノム医療を受ける患者の看護 (50項目)		M	SD	最小値	最大値
1	患者へのがんゲノム医療についての説明は看護師の役割である。	2.76	.74	1	4
2	患者の意思決定権を擁護することを意識している。	4.14	.55	2	5
3	患者と医師が治療のゴールを共有するには看護師の役割が大きい。	4.02	.58	2	5
4	患者が治療の目的について説明を受けたことを理解していない時, その理由を知る必要はない。*	4.56	.54	3	5
5	医師に対し, 必要に応じて患者にがんゲノム医療に関する説明を行うよう働きかけることを意識している。	2.88	.91	1	5
6	遺伝性腫瘍の知識が, がんゲノム医療における看護に必要である。	3.86	.72	2	5
7	家族が医師から病状の説明を受けたことを理解していない時, その理由を知る必要はない。*	4.53	.54	3	5
8	進行がん患者が心配に思うことを話されるのは仕方ないと思う。	4.35	.72	1	5
9	患者に十分にがん遺伝子パネル検査の方法が説明されていないと思われる場合, これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	3.84	.76	2	5
10	転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応は重要だと思う。	4.69	.46	4	5
11	家族に十分にがん遺伝子パネル検査の方法が説明されていないと思われる場合, これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	3.90	.73	2	5
12	家族歴から遺伝性腫瘍の可能性があると予測することは看護師には難しいと思う。	3.03	.78	2	5
13	治療方針の決定が医師のみで行われないように患者の意見を尊重することを医師に働きかけることを意識する。	4.16	.58	3	5
14	家族に十分にがんゲノム医療後の見通しが説明されていないと思われる場合, これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	3.88	.68	2	5
15	がんゲノム医療に関する情報を提供することは意思決定支援となる。	4.10	.67	2	5
16	家族へのがんゲノム医療についての説明は看護師の役割である。	2.73	.75	1	5
17	患者ががんゲノム医療を受けたくても家族が経済的な問題から悩んでいる場合, 家族へ対応ができると思う。	3.13	.81	1	5
18	患者が医師から病状の説明を受けた内容を理解していない時でもその理由を知る必要はない。*	4.36	.66	1	5
19	患者にがんゲノム医療を受ける動機や経緯を確認しようと思う。	3.80	.62	2	5
20	患者に十分にがんゲノム医療後の見通しが説明されていないと思われる場合, これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	3.89	.69	2	5
21	患者の意思決定後の継続的な支援を意識している。	4.11	.50	2	5
22	がん遺伝子パネル検査の結果は, 治療につながらない場合が多いことを理解しておいたほうがよい。	3.66	.65	3	5
23	がん遺伝子パネル検査の方法は看護師が理解しなくてもよい。*	3.93	.73	2	5
24	がんゲノム医療の適用とならず緩和ケアに移行する場合, 家族の心情を理解した関わりを考えようと思う。	4.32	.59	3	5
25	進行がん患者の身体症状の緩和に関して医師と看護師, 他職種との連携は効果的だと思う。	4.64	.51	3	5
26	家族が治癒が望めない病状であると説明を受けたが理解していない時でもその理由を知る必要はない。*	4.44	.58	3	5
27	患者へのがんゲノム医療についての説明が不十分と感じるとき医師に相談し, 協力を得ようと思う。	4.19	.60	1	5
28	病状が進行しがんゲノム医療を受けたいが躊躇している家族への対応ができると思う。	2.96	.82	1	5
29	意思決定支援において患者が意思を表出しやすい環境づくりを優先しようと思う。	4.25	.63	2	5
30	遺伝カウンセリングを受けた前後の患者については認定遺伝カウンセラーに任せる。*	2.96	.80	1	4
31	進行がん患者から「死」に関する話題が出ると対応に困る。	2.85	.95	1	5
32	がん遺伝子パネル検査によって治験が見つかることに備え, 保険診療の治療との違いを家族へ説明しようと思う。	3.04	.84	1	5
33	がんゲノム医療の適用とならず緩和ケアに移行する場合, 患者の心情を理解した関わりを考えようと思う。	4.32	.65	2	5
34	遺伝性腫瘍の情報が患者にもたらす影響を看護師が理解しなくてもよい。*	4.26	.55	3	5
35	進行がん患者の家族から「死」に関する話題が出ると対応に困る。	2.81	1.01	1	5
36	進行がん患者の精神症状の緩和に関して医師と看護師, 他職種との連携は効果的だと思う。	4.51	.52	3	5
37	遺伝性腫瘍の情報が血縁者にもたらす影響を看護師が理解しなくてもよい。*	4.15	.65	3	5
38	がんゲノム医療を受けたくても経済的な問題から悩んでいる患者への対応に困る。	3.42	.78	2	5
39	患者と家族の意見が違うのは仕方ないと思う。	3.79	.77	1	5
40	進行がん患者の家族から心配に思うことを話されるのは仕方ないと思う。	4.22	.66	1	5
41	患者のがんゲノム医療を受けることへの不安の対応に困る。	3.08	.89	1	5
42	家族へのがんゲノム医療についての説明が不十分と感じるとき医師に相談し, 協力を得ようと思う。	4.16	.52	3	5
43	医師に対し, 必要に応じて家族へ治療や病状に関する説明を十分行うよう働きかけることを意識している。	4.09	.63	3	5
44	進行がん患者から不安を表出された場合の対応に困る。	2.75	.96	1	5
45	がん遺伝子パネル検査によって治験が見つかることに備え, 保険診療の治療との違いを患者へ説明しようと思う。	3.19	.80	1	5
46	進行がん患者の家族から不安を表出された場合の対応に困る。	2.69	.93	1	5
47	血縁者への対応は認定遺伝カウンセラーなどの専門家に任せておけばよい。*	3.48	.79	1	5
48	転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者でもいずれ受容できると思う。	2.68	.83	1	4
49	病状が進行しがんゲノム医療を受けたいが躊躇している患者への対応ができると思う。	2.68	.71	1	4
50	家族のがんゲノム医療を受けることへの不安の対応に困る。	2.86	.86	1	5

注1: *は逆転項目である。

注2: Mは平均値, SDは標準偏差を意味する。

表3 がんゲノム医療を受ける患者の看護 探索的因子分析

	意思決定支援	納得して治療を受けるための	死や不安に関する話題への	患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供	治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応	患者・家族への説明に必要なコミュニケーション	共通性	M	SD
29 意思決定支援において患者が意思を表出しやすい環境づくりを優先しようと思う。	.84	-.01	-.14	.03	.19	.66	4.14	.55	
36 進行がん患者の精神症状の緩和に関して医師と看護師、他職種との連携は効果的だと思う。	.70	.04	.06	-.12	.03	.57	4.02	.58	
25 進行がん患者の身体症状の緩和に関して医師と看護師、他職種との連携は効果的だと思う。	.68	.05	.11	-.17	-.15	.51	4.56	.54	
10 転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応は重要だと思う。	.66	-.03	.06	-.07	-.12	.49	4.69	.46	
13 治療方針の決定が医師のみで行われないように患者の意見を尊重することを医師に働きかけることを意識する。	.57	-.19	-.13	-.11	.21	.39	4.16	.58	
26 家族が治療が望めない病状であると説明を受けたが理解していない時でもその理由を知る必要はない。*	.49	-.09	.00	.05	.03	.65	4.11	.50	
21 患者の意思決定後の継続的な支援を意識している。	.47	-.05	.00	.08	.18	.39	4.64	.51	
2 患者の意思決定権を擁護することを意識している。	.47	-.08	-.06	-.05	.14	.31	4.44	.58	
34 遺伝性腫瘍の情報が患者にもたらす影響を看護師が理解しなくてもよい。*	.47	-.02	.12	.20	-.16	.51	4.25	.63	
3 患者と医師が治療のゴールを共有するには看護師の役割が大きい。	.46	.05	-.28	.21	-.10	.18	4.26	.55	
4 患者が治療の目的について説明を受けたことを理解していない時、その理由を知る必要はない。*	.46	.13	-.04	.03	-.08	.64	4.51	.52	
46 進行がん患者の家族から不安を表出された場合の対応に困る。	-.16	.89	-.02	.13	.02	.79	2.85	.95	
31 進行がん患者から「死」に関する話題が出ると対応に困る。	-.10	.88	.01	.07	.05	.75	2.81	1.01	
35 進行がん患者の家族から「死」に関する話題が出ると対応に困る。	-.17	.87	-.03	.15	.02	.75	3.42	.78	
44 進行がん患者から不安を表出された場合の対応に困る。	-.06	.84	-.02	-.06	.12	.75	3.08	.89	
50 家族のがんゲノム医療を受けることへの不安の対応に困る。	.13	.70	-.05	.01	-.03	.53	2.75	.96	
41 患者のがんゲノム医療を受けることへの不安の対応に困る。	.24	.65	-.05	-.24	.06	.60	2.69	.93	
8 進行がん患者が心配に思うことを話されるのは仕方ないと思う。	-.12	-.01	.78	.01	-.04	.50	3.86	.72	
40 進行がん患者の家族から心配に思うことを話されるのは仕方ないと思う。	.01	.07	.76	-.06	-.01	.52	4.35	.72	
27 患者へのがんゲノム医療についての説明が不十分と感じるとき医師に相談し、協力を得ようと思う。	-.16	-.13	.73	.04	.12	.68	4.10	.67	
15 がんゲノム医療に関する情報を提供することは意思決定支援となる。	.16	.12	.65	.00	.14	.64	4.32	.59	
42 家族へのがんゲノム医療についての説明が不十分と感じるとき医師に相談し、協力を得ようと思う。	-.07	.01	.62	-.13	.23	.60	4.19	.60	
24 がんゲノム医療の適用とならず緩和ケアに移行する場合、家族の心情を理解した関わりを考えようと思う。	.31	-.15	.60	.05	-.02	.72	4.32	.65	
39 患者と家族の意見が違うのは仕方ないと思う。	-.23	.06	.58	-.13	.00	.25	3.79	.77	
6 遺伝性腫瘍の知識が、がんゲノム医療における看護に必要である。	.07	-.04	.55	.02	.05	.40	4.22	.66	
33 がんゲノム医療の適用とならず緩和ケアに移行する場合、患者の心情を理解した関わりを考えようと思う。	.39	-.03	.46	-.03	.05	.55	4.16	.52	
45 がん遺伝子パネル検査によって治験が見つかることに備え、保険診療の治療との違いを患者へ説明しようと思う。	-.06	.07	.09	.85	-.04	.61	2.76	.74	
32 がん遺伝子パネル検査によって治験が見つかることに備え、保険診療の治療との違いを家族へ説明しようと思う。	-.08	.07	-.02	.76	.04	.50	2.88	.91	
16 家族へのがんゲノム医療についての説明は看護師の役割である。	.16	.13	-.14	.73	.07	.52	2.73	.75	
49 病状が進行しがんゲノム医療を受けたいが躊躇している患者への対応ができると思う。	-.12	-.11	-.02	.71	.02	.49	3.13	.81	
28 病状が進行しがんゲノム医療を受けたいが躊躇している家族への対応ができると思う。	-.04	-.12	.01	.63	.08	.47	2.96	.82	
17 患者ががんゲノム医療を受けたくても家族が経済的な問題から悩んでいる場合、家族へ対応ができると思う。	.11	.01	-.06	.55	.01	.36	3.04	.84	
1 患者へのがんゲノム医療についての説明は看護師の役割である。	.25	.00	-.15	.50	.09	.35	3.19	.80	
5 医師に対し、必要に応じて患者にがんゲノム医療に関する説明を行うよう働きかけることを意識している。	-.12	-.06	.16	.46	.07	.32	2.68	.71	
14 家族に十分ががんゲノム医療後の見通しが説明されていないと思われる場合、これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	.00	.04	.14	.04	.83	.83	3.84	.76	
9 患者に十分ががん遺伝子パネル検査の方法が説明されていないと思われる場合、これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	.00	.00	.00	.03	.83	.77	3.90	.73	
20 患者に十分ががんゲノム医療後の見通しが説明されていないと思われる場合、これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	.00	.01	.09	.10	.81	.78	3.88	.68	
11 家族に十分ががん遺伝子パネル検査の方法が説明されていないと思われる場合、これまでのコミュニケーションを振り返ってみようと思う。	.08	.11	.04	.12	.78	.73	3.89	.69	
7 家族が医師から病状の説明を受けたことを理解していない時、その理由を知る必要はない。*	.38	.03	.01	-.06	-.06	.70	4.53	.54	
18 患者が医師から病状の説明を受けたことを理解していない時、その理由を知る必要はない。*	.28	.01	.03	.05	-.08	.38	4.36	.66	
30 遺伝カウンセリングを受けた前後の患者については認定遺伝カウンセラーに任せる。*	-.10	-.18	-.08	.18	.09	.20	2.96	.80	
23 がん遺伝子パネル検査の方法は看護師が理解しなくてもよい。*	.18	.10	.31	.27	-.09	.36	3.93	.73	
43 医師に対し、必要に応じて家族へ治療や病状に関する説明を十分行うよう働きかけることを意識している。	.40	-.03	-.04	-.02	.34	.41	4.09	.63	
37 遺伝性腫瘍の情報が血縁者にもたらす影響を看護師が理解しなくてもよい。*	.37	-.07	.11	.33	-.13	.48	4.15	.65	
38 がんゲノム医療を受けたくても経済的な問題から悩んでいる患者への対応に困る。	.20	.51	.17	-.33	-.03	.49	2.86	.86	
19 患者にがんゲノム医療を受ける動機や経緯を確認しようと思う。	.17	-.07	.29	.26	.04	.35	3.80	.62	
47 血縁者への対応は認定遺伝カウンセラーなどの専門家に任せておけばよい。*	.08	-.33	-.26	-.13	.25	.40	3.48	.79	
12 家族歴から遺伝性腫瘍の可能性のあることを予測することは看護師には難しいと思う。	.02	.30	.10	-.14	-.06	.18	3.03	.78	
22 がん遺伝子パネル検査の結果は、治療につながらない場合が多いことを理解しておいたほうがよい。	.22	-.14	.24	.21	-.17	.28	3.66	.65	
48 転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者でもいざれ受容できると思う。	-.03	.02	-.05	.31	.05	.21	2.68	.83	
納得して治療を受けるための意思決定支援	-	-.27	.56	.25	.45	.88	4.32	.37	
死や不安に関する話題への対応困難	-.29**	-	-.20	-.26	-.04	.92	2.92	.74	
患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供	.51**	-.15	-	.28	.51	.88	4.15	.47	
治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応	.33**	-.35**	.28**	-	.44	.85	2.92	.56	
患者・家族への説明に必要なコミュニケーション	.42**	-.06	.50**	.47**	-	.94	3.88	.66	

注1：主因子法の繰り返し法で共通性を推定し、プロマックス法で因子軸を回転した。注5：α係数は項目の共通性の列に配置している。
 注2：相関行列の上三角は因子間相関行列、下三角は尺度間相関行列である。注6：※は逆転項目である。
 注3：尺度得点は総点を項目数で割っている。注7：Mは平均値、SDは標準偏差を意味する。
 注4：尺度間相関で**はp<.01、*はp<.05を意味する。

従属変数【納得して治療を受けるための意思決定支援】では、【死の準備教育】、【身体と精神の死】で正の影響を認めた。死について学ぶことや身体を生を大切に考えることが【納得して治療を受けるための意思決定支援】を高めていることが明らかとなった。

従属変数【死や不安に関する話題への対応困難】では、【死の準備教育】で負の影響を認めた。死について学ぶことが、対応の困難を軽減していた。

従属変数【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】では、【死の準備教育】で正の影響を認めた。死について学ぶことを大切に思うことが【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】を行うことを高めていることが明らかとなった。

従属変数【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】では、【死の準備教育】で正の影響を認めた。死について学ぶことを大切に思うことが【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】を行うことを高めていることが明らかとなった。

従属変数【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】では、【身体と精神の死】で正の影響を認めた。身体を生を大切に考えることが【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】を高めていることが明らかとなった。

【死の不安】、【死後の世界】、【遺体への想い】、【人生の終焉】から、「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の全ての因子への有意な影響は認めなかった(表4)。

VI. 考 察

1. 基本属性

全国の看護実態調査によると就業者数の年齢の平均は41.5歳(日本看護協会医療政策部, 2018, p.3), 看護経験年数の平均は18.5年(日本看護協会医療政策部, 2018, p.7)となっている。本研究の対象者と比較すると看護師の平均年齢と看護経験年数はほぼ同様であり、看護経験者として一般的な対象群と考えられた。

2. 「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の要素

「がんゲノム医療を受ける患者の看護」として、【納得して治療を受けるための意思決定支援】、【死や不安に関する話題への対応困難】、【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】、【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】、【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】の5因子が明らかとなった。これらのCronbach's α 係数は $>.80$ であることから内容的信頼性は確保されていると考えられる。調査項目については文献検討を行い、調査票設計時がんゲノム医療に携わるがん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師・がん性疼痛看護認定看護師により専門的な立場から助言を受けたことにより、内容的妥当性は確保されていると考えられる。

また、確認的因子分析(重み付き最小二乗法・バリマックス回転)では、*GFI*, *AGFI*は分布に偏りがある場合には正しいモデルに対しても低くなりがちで*RMSEA*が安定

表4 看護師の死生観を独立変数, がんゲノム医療を受ける患者の看護を従属変数とした重回帰分析

	納得して治療を受けるための意思決定支援			死や不安に関する話題への対応困難			患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供			治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応			患者・家族への説明に必要なコミュニケーション		
	<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>B</i>	<i>SEB</i>	β
死の準備教育	.51	.10	.46 **	-.50	.17	-.30 **	.58	.15	.40 **	.20	.10	.21 *	.38	.24	.18
身体と精神の死	.18	.06	.28 **	-.08	.10	-.08	.15	.09	.18	.03	.05	.06	.24	.13	.20 *
死の不安	.05	.08	.06	.11	.15	.09	.00	.12	.00	.15	.08	.21	-.03	.20	-.02
死後の世界	.04	.06	.07	-.11	.10	-.11	-.01	.09	-.01	.02	.06	.04	.01	.14	.01
遺体への想い	.04	.06	.06	-.05	.10	-.06	.05	.09	.06	.02	.06	.03	-.03	.14	-.02
人生の終焉	-.03	.05	-.05	.05	.09	.07	.06	.08	.09	-.13	.05	-.29	-.02	.13	-.02
<i>R</i>			.61			.39			.45			.43			.29
<i>R</i> ²			.37 **			.15 **			.20 **			.18 **			.08
調整済み <i>R</i> ²			.32			.09			.16			.13			.02
VIF		1.225			1.225			1.225			1.225			1.225	
<i>DW</i>		2.162			2.102			2.007			1.940			2.174	

注1: 重回帰分析強制投入法

注2: 偏回帰係数(*B*), 偏回帰係数誤差(*SEB*), 標準偏回帰係数(β), 重相関係数(*R*), 決定係数(*R*²), 分散インフレ係数(VIF), グービン・ワトソン比(*DW*)を意味する。

注3: β 及び*R*²の**は $p < .01$, *は $p < .05$ を意味する。

注4: 看護経験年数・がん看護経験年数を調整変数として調整した。

しているとされている（星野・岡田・前田，2005，p.229）。本研究での項目得点は，一部の項目で天井効果を認めていることからGFI，AGFIが低くなっていると考えられるが，RMSEAは適合度が高いことを示していることからデータの当てはまりは良好と捉えた。

先行研究（田代・藤田，2019，p.48）では，がん患者のアドバンス・ケア・プランニングとして，看護師は患者の価値観を尊重しながら，患者の今後の気付きに関わり，多職種連携によるチームアプローチ，社会資源の調整，家族ケアなどの意思決定支援のアプローチを行っていると報告されている。また，先行研究（川崎，2016，p.281）では，がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの有効性において，モデルを用いた意思決定サポートを受けた患者は，患者自身の価値の不明瞭さを低下させる可能性と意思決定について準備することの重要性に気付き，一定の納得をして先に進むことができるようになったなど，意思決定の具体的な取り組みに関する変化が見られたと報告されている。がん患者は診断から治療開始まで様々な場面で患者自身の価値を明らかにしながら進むべき道を納得して，決定していくことが必要と考える。特にがんゲノム医療を受ける患者は，治療の選択肢が少ない状況にあるため，人生の最終段階について話し合う，アドバンス・ケア・プランニングを医療者とともに進めていくことが必要と考えられる。アドバンス・ケア・プランニングの必要性とそれを行うための意思決定支援の有効性が示唆されていることから，「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の要素として【納得して治療を受けるための意思決定支援】という要素が抽出されたと考えられる。

これまでの遺伝性腫瘍の診療における遺伝看護では，遺伝性疾患，先天性疾患を持つ患者に対して，遺伝に関する相談が落ち着いてできる場と心を開きやすい環境の設定が重要な役割を持つと報告されている（有森ほか，2004，pp.19-22）。具体的には，日常生活の支援や家族の希望を取り入れたケアの計画がある。また，遺伝性疾患や先天異常を持つ患者と家族の精神的打撃，将来への不安を経験しながら新しい価値観を築いていく患者と家族の体験に寄り添う姿勢，そのために看護師が自分の価値観や偏見に気づくこと，患者・家族のプライバシーの保護が必要とされている。遺伝性腫瘍の診療とがんゲノム医療では検査の結果が，患者と血縁者に影響を及ぼすことが共通しており，患者と血縁者が看護の対象となる。遺伝性腫瘍の知識ががんゲノム医療には必要であることを含む【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】と，遺伝子パネル検査の結果の理解やがんゲノム医療後を見通すことができるように患者・家族とのコミュニケーションを図ることを含む【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】

が遺伝性腫瘍の診療における遺伝看護と共通する要素が抽出されたと考えられる。本研究においても「がんゲノム医療を受ける患者の看護」で，患者・家族の心情の理解や治療への切実な想いに配慮することが重要であると明らかになった。がん看護に携わる看護師が死を意識する病を抱える状況にある「がんゲノム医療を受ける患者の看護」として，精神的打撃に寄り添う姿勢や心を開きやすい環境の調整と相談の場を設定することが，遺伝看護と共通する重要なケアであることが示唆された。

先行研究（小野寺ほか，2013，p.241）では，看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成において「死」に関する話題や患者から不安や心配を表出された場合の困難感が項目として報告されている。また，橋本・坂本・河村（2021，pp.58-60）では，終末期の支援に関連した要因で病状や予後の認識の支援，悲嘆の過程に寄り添う支援，意思決定のタイミング，援助時間や療養環境の確保が看護師の困難の内容であると報告されている。がんゲノム医療を受ける過程では，進行がんであり，標準治療がない，もしくは，標準治療が終了したがんであることや検査を受けても治療につながる可能性が高くないことが伝えられる。そのようななかで，病状を認識し，悲嘆に向き合う患者・家族を支援する必要があるがんゲノム医療を受ける患者の看護には，死や不安に関する話題への対応をすることが求められるため【死や不安に関する話題への対応困難】という要素が抽出されたと考えられる。

がんゲノム医療を受ける患者は進行がんであることや標準治療がない，もしくは，標準治療が終了した病態であり，自らの死を意識する状況にあると考えられる。先行研究（角田・望月・神田，2016，pp.204-206）では，再発・進行がんを告げられ死を認知しても，この先少しでも長く生きていたいという願いから日常のわずかな時間の希望を見出すプロセスがあると報告されている。生を希望しながらも，身体的または経済的な問題からがんゲノム医療を躊躇することに対応することや治験を含む限られた治療に備えることを含む【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】は，がんゲノム医療を受ける患者の希望を支える要素として必要であると考えられる。

3. 「看護師の死生観」から「がんゲノム医療を受ける患者の看護」への影響

(1) 【死の準備教育】からの影響

「看護師の死生観」は，【死の準備教育】という死について学ぶことや教育を受けることが大切であると示されている。そして，死について考えることが，人を成長させ自らの生を見直し，自分が望む死を迎えるために必要であると

いった死を肯定的に捉える内容から構成されている(岡本・石井, 2005, pp.55-58)。またデーケン¹⁾は、死への準備教育について、死は誰にでも訪れる絶対的、普遍的な現実であり、いつか必ず身近な人々の死と自分自身の死に直面せざるを得ないこととしている。そして、死を身近な問題として考え、生と死の意義を探求し、自覚を持って自己と他者の死に備える心構えを習得することはいつからでもできるし、人間として生きていく上で必要な教育であると述べている(1990, p.330)。これらのことから、生と死について考えることや、死についての肯定的な側面を見出すことは、自らの死や大切な人の死を迎えるために死への準備教育として誰にとっても必要と考えられる。また、死にゆく患者の看護には死に向かう人々の声を聴くことが必要であり、死を回避しない看取りケアには、終末期に対する概念的知識と経験が必要であると述べられている(東野, 2021, pp.65-66)。さらに、看護師の死に対する肯定的な認識と終末期ケアに対する態度が看護の質を向上させるため死の教育プログラムを設計する必要性が報告されている(Park, Lee, Won, Lim, & Son, 2020)。これらのことから、看護師は日常から死について考えることや学ぶこと、死を肯定的に捉えることが看護の質を向上させると考えられる。

「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の第Ⅰ因子である【納得して治療を受けるための意思決定支援】は、患者・家族の意見を尊重し、患者の症状緩和を並行しながら、意思決定を擁護することや意思決定支援を継続することから構成されている。【死の準備教育】が有意な正の影響を与えていたことは、死への準備が大切と考える看護師は患者の生死に関わるがんゲノム医療を含めた治療の意思決定支援を重要と捉えることができると考えられる。また、【死の準備教育】の項目には、「死について学ぶこと・教育は必要である。」「自分の望む死を迎えるために準備をする必要がある。」が含まれている。看護師が死について学ぶことに加え、患者・家族が望む死について情報を得、納得した最期を迎えることを支援するために、患者・家族の死に関することを含めた声を聴くことが求められると考えられる。

【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】は、進行がん患者ががんゲノム医療を検討することになった背景に寄り添い、緩和ケアに移行するかも知れないという心情に配慮しながら、がんゲノム医療や遺伝性腫瘍についての情報提供を行うことから構成されていた。【死の準備教育】が有意な正の影響を与えていたことは、看護師が死を恐怖と捉え、回避するのではなく、緩和ケアを並行しながら、希望を持って人生を全うするためにがんゲノム医療を受ける患者や家族を支えることが求められると考

えられる。

【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】は、病状が進行しがんゲノム医療を受けたいが躊躇している患者の心情を鑑みたくうえて医学的な問題や診療報酬上の問題を統合してケアを行う必要があるということから構成されていた。【死の準備教育】が有意な正の影響を与えていたことは、病状が進行している状況でがんゲノム医療を受けることに躊躇している患者とともに、看護師自身が患者の望む死を迎えることを考えて相手に寄り添い、関わっていたと考えられる。

【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】は、がんゲノム医療の実施を検討した時からこれまでの間に、患者・家族への説明が不足している場合、看護師が自らのコミュニケーションを内省することから構成されていた。【身体と精神の死】が有意な正の影響を与えていたことは、患者の生死に対する感情を踏まえたうえてコミュニケーションを丁寧に行っていくことが必要と考えていると推察された。看護師は自らのコミュニケーションを内省し、患者・家族の死に対する考え方に寄り添うことができていたかを振り返ることが重要であると考えられる。

(2) 身体と精神の死からの影響

【身体と精神の死】という「看護師の死生観」は、脳死状態や植物状態でも生き続けることや意識が戻らず意思の疎通ができなくても生きていくという身体的な生を大切に感じているということから構成されている(岡本・石井, 2005, p.57)。

【納得して治療を受けるための意思決定支援】は、患者の意見を尊重した治療方針を明らかにするために患者・家族が医療者からの説明を理解したうでの意思決定を擁護し、継続することから構成されている。【身体と精神の死】が【納得して治療を受けるための意思決定支援】に有意に正の影響を与えていることは、身体があつてこそ存命の意味があるという身体的な生を大切にする意思決定支援につながっていると考えられた。患者の意識が戻らない状態で意思の疎通ができなくても看護師が身体的な生を大切に感じることが、患者の理解につながり、治療へのニーズを意識していると考えられる。

【患者・家族の説明に必要なコミュニケーション】は、がんゲノム医療を受ける患者や家族が遺伝子パネル検査の方法やがんゲノム医療後の見通しの説明を理解していないと思われる時にこれまでの看護師からのコミュニケーションの在り方を内省することから構成されている。【身体と精神の死】が有意に正の影響を与えていたことから、身体があつてこそ存命の意味があるという身体の生を大切に感じることが患者の価値観のひとつであることに気づき、寄り添った姿勢を示すことができていたかを振り返ることが

コミュニケーションの内省の一助となると考えられる。

(3) 【死の不安に関する話題への対応困難】への影響

大賀は、伝統的な日本人の死生観は、人間にはどうしようもできない命の質を受け入れ、この世の生を精一杯生き切ることが重視され、現生での努力を惜しまず日々を生きている中で、この世から姿を消す人間の有限性の現実的認識に対し、切ない悲しみが生じていると述べている(2017, p.15)。このことは、一生懸命生きても死の訪れによって姿を消すことから人間の死に対する悲しみが生じることを指していると考えられる。看護師は、がん患者から「死」に対する話題や、「死にたい」と言われ不安や心配事を表出された場合に看護師として対応することに困難感を感じていると報告されており(越野ほか, 2019, pp.262-263)、死への恐怖を抱えた患者に対応することに戸惑いがあると考えられる。

【死や不安に関する話題への対応困難】は、患者・家族から死に関する話題や不安への対応とがんゲノム医療を受けることへの不安がありながらもその治療を希望する患者・家族のニーズを支えることに困難を感じるという看護師の思考から構成されている。自分の望む死を迎えるために準備をする必要があることが含まれている【死の準備教育】が【死や不安に関する話題への対応困難】に負の影響を与えていることから、死について学ぶことや自分の望む死を迎えるために準備をする必要があると考えることは、患者・家族が自分の死を迎えるための準備として、死に関する話題を持ち出すことが必要であると判断し、対応しようと行動できるようになると考えられる。

VII. 結 論

がん看護に携わる看護師91名を対象に調査を行い、「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の因子として、第Ⅰ因子【納得して治療を受けるための意思決定支援】、第Ⅱ因子【死や不安に関する話題への対応困難】、第Ⅲ因子【患者・家族の心情の理解と専門的知識に基づく情報提供】、第Ⅳ因子【治療への切実な想いに配慮したがんゲノム医療実施に向けた前向きな対応】、第Ⅴ因子【患者・家族への説明に必要なコミュニケーション】が明らかとなった。「看護師の死生観」が「がんゲノム医療を受ける患者の看護」に有意な影響を与えていることから、これらが「がんゲノム医療を受ける患者の看護」を既定する因子となっていた。「看護師の死生観」が「がんゲノム医療を受ける患者の看護」に影響を与えていたことから、がん看護の質を高めるには、看護師が死生観を確立することが必要であると示唆された。

VIII. 研究の限界と今後の課題

今回、がん看護に携わる看護師を対象に調査を行った。しかし、現時点ではがんゲノム医療の実施施設と看護師が少なく、量的なデータの不足がモデルの適合度に影響したことが考えられる。また、対象者が限定されており、調査票を設計する段階で事前調査を行えておらず、信頼性が不足している。

さらに、がんゲノム医療を受ける患者の看護には看護師の視点だけでなく、患者・家族の視点も必要である。そのため、今回の「がんゲノム医療を受ける患者の看護」の要素はその一部しか捉えることができていない。

また、「看護師の死生観」から「がんゲノム医療を受ける患者の看護」への影響については、今回の研究で調整した基本属性以外に死別体験の有無を含めた調査項目の検討を重ね、信頼性、妥当性を高めていくことが必要である。

謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました研究協力機関の皆様、研究対象者の皆様、並びに大学院関係者の方々に心よりお礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 秋山麻実 (2015). 「生と死の教育」と道徳教育の間. *教育実践学* 研究, 20, 105-113.
- 有森直子, 中込さと子, 溝口満子, 守田美奈子, 安藤広子, 森 明子, 堀内成子, Holzemer, W.L. (2004). 看護職者に求められる遺伝看護実践能力: 一般看護職者と遺伝専門看護職者の比較. *日本看護科学会誌*, 24(2), 13-23.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳 (1992). ベナー看護論: 達人ナースの卓越性とパワー. (pp.10-27). 東京: 医学書院.
- デーケン, A. (1990). 死への準備教育. *日本臨床麻酔学会誌*, 10(4), 330-336.
- Flynn, S., Cusack, G., & Wallen, G.R. (2019). Integrating genomics into oncology practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(1), 116-130.
- 橋本周子, 坂本真優, 河村奈美子 (2021). 終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討. *看護科学研究*, 19(2), 57-64.
- 旗武恭兵, 豊里竹彦, 眞榮城千夏子, 平安名由美子, 高原美鈴, 照屋典子, 玉城陽子, 遠藤由美子, 與古田孝夫, 古謝安子

- (2018). 病院看護師の死生観とターミナルケア態度との関連について. *琉球医学会誌*, 37(1-4), 5-12.
- 東野友子 (2021). 看護師の看取りケアと死に対する考え. *旭川大学保健福祉学部研究紀要*, 13, 63-66.
- 星野崇宏, 岡田謙介, 前田忠彦 (2005). 構造方程式モデリングにおける適合度指標とモデル改善について: 展望とシミュレーション研究による新たな知見. *行動計量学*, 32(2), 209-235.
- 石田美和 (2008). 看護学生の死生観構築を目指した教育の一考察. *名古屋市立大学大学院人間文化研究科『人間文化研究』*, 9, 111-126.
- 板谷幸恵 (2015). 死生学と死生観教育. *女子栄養大学紀要*, 46, 15-25.
- Jenkins, J. (2011). Essential genetic and genomic nursing competencies for the oncology nurse. *Seminars in oncology Nursing*, 27(1), 64-71.
- 川崎優子 (2016). がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの開発. *日本看護科学会誌*, 35(0), 277-285.
- 河野博臣 (1988). 死の不安への援助. *臨床看護*, 14(6), 812-816.
- 越野 葉, 青山真帆, 庄子由美, 斎藤明美, 大桐規子, 畠山里恵, 中條庸子, 飯沼由紀恵, 志田智子, 門間典子, 宮下光令 (2019). 大学病院の看護師のがん看護に関する困難感: 2010年から2016年にかけての変化. *Palliative Care Research*, 14(4), 259-267.
- 厚生労働省 (2018年3月). がん対策推進基本計画. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> (参照2021年12月26日)
- 京田亜由美, 神田清子, 加藤咲子, 中澤健二, 瀬山留加, 武居明美 (2010). 死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究内容の分析. *北関東医学*, 60(2), 111-118.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002). *誰も教えてくれなかった因子分析: 数式が絶対に出てこない因子分析入門*. 74-75, 京都: 北大路書房.
- 森屋宏美, 矢口菜穂, 横山寛子, 浦野哲也, 和泉俊一郎 (2019). がん医療における遺伝/ゲノム看護実践能力の概念統合とその妥当性の検証. *医学教育*, 50(5), 461-472.
- 日本看護協会医療政策部 (2018年3月31日). 2017年 看護職員実態調査, 日本看護協会調査研究報告 (No.92) 2018, <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/92.pdf> (参照2021年12月26日)
- 大賀有記 (2017). 日本人の死生観とかなしみの概念との関係: 在宅看取りの可能性のための文献的検討. *社会福祉研究*, 19, 13-18.
- 岡本双美子, 石井京子 (2005). 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析. *日本看護研究学会雑誌*, 28(4), 53-59.
- 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, 後藤あき子, 柴田弘子, 庄子由美, 仙石美枝子, 山内かず子, 門間典子, 宮下光令 (2013). 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*, 8(2), 240-247.
- 大塚弘毅 (2019). がん遺伝子パネル検査とがんゲノム医療. *杏林医学会雑誌*, 50(4), 171-178.
- Park, H-J., Lee, Y-M., Won, M.H., Lim, S-J., & Son, Y-J. (2020). Hospital nurses' perception of death and self-reported performance of end-of-life care: Mediating role of attitude towards end-of-life care. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(2), 142, <https://doi.org/10.3390/healthcare8020142>
- 芝 祐順 (1979). *因子分析法* 第2版. 5-8, 東京: 東京大学出版会.
- 田代真理, 藤田佐和 (2019). がん患者への看護師のアドバンスケアプランニング. *日本がん看護学会誌*, 33, 45-53.
- 角田明美, 望月留加, 神田清子 (2016). 死を認知した再発・進行がん患者が希望を見いだすプロセス. *北関東医学*, 66(3), 201-209.
- 吉田寿夫, 石井秀宗, 南風原朝和 (2012). 尺度の作成・使用と妥当性の検討. *教育心理学年報*, 51(0), 213-217.

〔2022年4月19日受付〕
〔2023年6月8日採用決定〕

Relationship between Nursing Care for Patients Receiving Cancer Genome Medicine and Nurses' Views of Life and Death

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 61-72
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608223>

Makiko Hayashi, MD, RN, CNS¹, Shinobu Yamada, PhD, RN, CNS²

¹Kindai University Hospital, Osaka, Japan,

²Wakayama Medical University Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama, Japan

Abstract

Objective: Some patients receive genome therapy for cancer for which there is no standard treatment, or the standard treatment has been completed making them aware of death. This study identifies the relationship between nursing care for such patients and the “nurses’ views of life and death” required to provide nursing care. **Methods:** A questionnaire survey targeting 91 nurses caring for cancer patients was conducted to perform an exploratory factor analysis of factors of “nursing care for patients receiving cancer genome therapy.” Multiple regression analysis used these factors as dependent variables and “nurses’ views of life and death” as an independent variable. **Results:** Five factors and 38 items were abstracted for “nursing care for patients receiving cancer genome therapy,” and “nurses’ views of life and death” was demonstrated to have influenced these factors. **Conclusions:** “Nursing care for patients receiving cancer genome therapy” was characterized by factors which targeted patients suffering from a disease that makes them aware of death, and “nurses’ views of life and death” influenced these factors, suggesting the need for nurses to establish their views on life and death in cancer genome medical care.

Key words

Cancer nursing, genome therapy for cancer, Nurses’ Views of Life and Death

Correspondence: M. Hayashi. Email: mn18bdf@gmail.com

日本の看護における 「ソーシャルスキル」の概念分析

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 73-84
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608221>

森つばさ

大阪医科薬科大学大学院看護学研究科

要 旨

目的：本研究の目的は、人々の生活や価値観が多様化する現代の日本における「ソーシャルスキル」の概念構造への理解を深め、看護実践の質向上への示唆を得ることである。方法：Rodgers & Knafの概念分析の方法を用い、複数の学問領域やメディアよりソーシャルスキルの先行要件、属性と帰結を抽出し類似性に基づいて分析を行った。結果：57の文献より「ソーシャルスキル」の先行要件となる【動機】など4つのカテゴリ、属性として【人間関係を円滑に運ぶスキル】など6カテゴリ、【円滑な人間関係の構築】といった帰結の5カテゴリが抽出された。結論：遠隔診療の普及など社会のニーズも多様化し、多様なニーズに合ったソーシャルスキルを身につけることが日本の看護職にとって重要となった。そうした背景を踏まえた、体系的なソーシャルスキル学習の方策を検討することが今後の課題となる。

キーワード

ソーシャルスキル, 多様化, 看護, 概念分析

責任著者：森つばさ。Email: tsubasa_mori@outlook.com

はじめに

近年、情報化やグローバル化に伴い、人々の生活や価値観が多様化した。そうした中で、人々が社会において異なる背景を持つ人と良好な人間関係を構築するために「ソーシャルスキル」が重要視されるようになった。Argyle (1967) は「ソーシャルスキル」について、実際に見える人のコミュニケーション行動だけではなく、行動に移るまでの認知的要素を考慮することの重要性を述べている。「ソーシャルスキル」を高めるための「ソーシャルスキルトレーニング」は1970年代にアメリカで精神医療に取り入れられた社会復帰のための認知行動療法を起源とし、現在は日本でも、精神科領域のみではなく教育などにも広く取り入れられている(命婦・竹川, 2018, p.137)。しかし、「ソーシャルスキル」または「社会的技能」という言葉は広辞苑や大辞泉といった辞書には採録されていない。「ソーシャルスキル」が重要視されると考えられる、対人援助を目的とする看護学、心理学や文化人類学の辞典でも同様であり、「ソーシャルスキル」がそれぞれの学問領域でどのように認識されているのかは曖昧と言える。

これまでの研究で「ソーシャルスキル」は患者への看護介入(Barrera, Hancock, Bartels, Solomon & Desjardins, 2021 ;

Seo, Ahn, Byun & Kim, 2007) のみならず看護師のストレス対処においても重要(Görgens-Ekermans & Brand, 2012) とされている。しかし、日本において「ソーシャルスキル」の概念を用いた研究では、「ソーシャルスキルトレーニングの技法を用いたコミュニケーショントレーニング」(阿部, 2020) や「ソーシャルスキルトレーニング」によって「上手なコミュニケーション法を身につける」(木下ほか, 2005, p.779) のように用いられ、それらの文献の中で「ソーシャルスキル」と「コミュニケーションスキル」の違いは明確に述べられていない。

一方で「コミュニケーション」は日本の看護学領域においても重要視されており、看護基礎教育では看護技術の基本として学習される。Wiedenbach (1978/2007) は、「コミュニケーション」を空間および物質的境界を超える全世界的な規模の現象であり、生物に固有のもので同種間または異種間でも行え得る、一方的あるいは相互的な情報や信号、メッセージの伝達と受け取りであると述べている(p.3)。このことは、「コミュニケーション」が人間同士の間での標識や記号といったシンボルや文字を介した指示の伝達、加えて動物の鳴き声なども包含する、幅広い要素を含む概念であることを示している。

他方で、「ソーシャルスキル」は相手から肯定的な反応

をもらい、否定的な反応を避け、対人関係を円滑にするための技能であり(塩谷, 2018, p.349)対人間の直接的かつ相互的で、良い結果を期待した「コミュニケーション」にその焦点が置かれている。Lazarus & Folkman (1984/1991)は人がストレスに対処する資源のひとつである社会的支援関係を得るための原動力としてソーシャルスキルを挙げているが、「ソーシャルスキル」に関する概念規定や測定はこれまで試みられてきた、と述べるに留まり、明確に定義しておらず(pp.171-172)、いまだに「ソーシャルスキル」の意味するものの解釈はその概念を使用する人々に委ねられている部分がある。

日本看護協会(2015)は、看護師は、「多職種と連携して医療を提供するとともに、その人の暮らしの中で、より自立した生活に向けて、健康状態に合わせ必要な保健・医療・福祉をつなぐ」役割を担うことを述べている(p.9)。看護師が患者や多職種をつなぐためには、相手との円滑な人間関係の構築が必要と考えられる。そのために、「ソーシャルスキル」の持つ意味の理解が深まれば、看護実践や現任教育に役立つ可能性がある。看護学領域で用いられる「ソーシャルスキル」の概念は前述のような精神医療など、他の領域で用いられてきたものに影響を受けていると考えられ、この概念が用いられている他の学問領域を含めて検討する必要がある。こうした背景を踏まえ、現代の日本における「ソーシャルスキル」の概念を構成するものとそれらの関連性について検討し、「ソーシャルスキル」の意味するものをより深く理解することは、さまざまな学問領域で行われる研究や教育の発展に役立ち、看護師が多様な背景を持つ患者や多職種の人々と円滑な関係を構築することでケアの質向上につながると考えられる。

I. 方 法

1. 目的と意義

本研究の目的は、日本における「ソーシャルスキル」の概念分析を行い、その特徴を踏まえて日本の看護における「ソーシャルスキル」を考察することである。その意義は、「ソーシャルスキル」へのより深い理解によって今後の研究・教育の発展と、円滑な人間関係構築による看護ケアの質向上に寄与することである。

2. データ収集方法

本研究は、Rodgers & Knafel (2000)の概念分析の方法(pp.87-98)を参考にした。この方法では学問領域を超えて幅広く概念を検討することが重要となるため、看護学領域のみではなく関連する複数の学問領域より文献を検索した。文献の検索は2022年6月18日から20日に行った。まず

J-STAGEの学問領域別検索にて「心理学・教育学」を指定し、タイトルに「ソーシャルスキル」を含む文献を検索した。次に、「経済学・経営学」で指定した、タイトルに「ソーシャルスキル」を含む文献を抽出した。「看護学」領域の文献は、医学中央雑誌Web版(以下、医中誌とする)を用いてタイトルまたは抄録に「ソーシャルスキル」を含む文献を検索した。さらに、PubMedにて「social skills」「nurse」「Japan」をキーワードに検索を行った。全てのデータベース及び学問領域で発行年は指定しなかった。

日本人の言語表現や対人行動は他国とは違った特徴を持っている(王, 2003; ネウストプニー, 1982, pp.91-96)ことから、「ソーシャルスキル」は、文化や社会的規範によって様相が異なると考え、日本人のソーシャルスキルについて述べられた文献に限定した。

さらに、研究や教育に関わりのない人々の多くは、メディアを通して情報を得るため、そうした媒体から得たサンプルを分析に含めることがケア提供者と受け手の認識の違いを埋めるために有用であるとのRodgers & Knafel (2000)の記述を踏まえ、新聞社等の発信をもとにメディアからの文献を加えた。ランドマークになる文献として、サンプルとなった文献で高頻度に引用されている書籍を加えた。

3. 分析方法

Rodgers & Knafel (2000)による記述に基づき、検索した文献を学問領域と年代別のマトリックス表に整理した。これらの文献の精読より得られた「ソーシャルスキル」の概念の先行要件、属性と帰結は、類似したものを集めてカテゴリを生成し、内容の分析を行った。カテゴリ化における妥当性を高めるために、概念分析の経験が豊富な哲学領域の研究者の助言を受けた。

4. 倫理的配慮

本研究は文献のみを対象にしているため、研究倫理委員会への付議の対象とならなかった。

II. 結 果

1. 分析対象とした文献

心理学・教育学領域でタイトルに「ソーシャルスキル」を含む文献は74件であった。経済学・経営学では9件となった。看護学領域では、医中誌より53件、PubMedより4件見付き、それらにハンドサーチによる文献3件を加えた。うち重複するものや総説、学会抄録を除外し「ソーシャルスキル」の属性や先行要件、帰結に言及していない文献を除くと、分析対象となった文献は看護学領域で15件、心理学・教育学領域では33件、経済学・経営学領域で

は4件となった。さらに、インターネット新聞と雑誌の記事3件を加え、ランドマークとなる文献には、分析対象とした文献で多く引用されていた書籍を2点選択し、分析対象とした文献は全部で57件となった。

対象とした中で最も古い文献は1996年に初版が発行された心理学領域の相川・津村による書籍の第五刷(2002)であり、「ソーシャルスキル」の概念の生起モデルや測定方法、ソーシャルスキルトレーニングの方法などが記述されており、他の文献で多く引用され、近年の日本でのソーシャルスキル研究の基盤となっている。田中(2000)は、世界各国出身の在日外国人留学生と日本人学生を対象に研究を重ね、「ソーシャルスキル」に心理的な要素のみではなく言葉や行動様式に見る日本と外国の文化の違いといった要素を加えている。

看護学、心理学・教育学、経済学・経営学の各学問領域において、「ソーシャルスキル」の研究が発表され始めたのは2000年代後半であった。看護学領域($n=15$)ではソーシャルスキルが臨床で働く看護師のリーダーシップの特徴として記述され(村田, 2018)、看護師のストレスやバーンアウトに関連すること(梶谷(柴)・内田・津本, 2012; Niitsuma, Katsuki, Sakuma & Sato, 2012; 高原・豊里・高原・與古田, 2016; Uchiyama, et al., 2011)が明らかにされるなど、看護学領域においては看護師が能力を発揮すること、ストレスを乗り越えることのためにソーシャルスキルが重要であることが多く報告された。そのために、看護学生が、学生のうちにソーシャルスキルを高めておくことが重要(岡本・岩永, 2013)と看護学教育に有用であることが示されるようになり、高いソーシャルスキルを持つ学生の特徴を調査した川村・宇田・川村・森岡(2020)は学外の交友関係や相談相手の多さが関連していることを報告した。畠中・田中(2015)は、日本の医療機関と介護施設に就労する外国人ケア労働者と日本人の協働において、トラブルの予防や対処にソーシャルスキルが重要であると述べている。

これらのように、近年の日本の看護や医療福祉の領域におけるソーシャルスキルも、心理学領域の研究の影響を受けていたと考えられる。一方で患者を対象とした研究では、発達障害を持つ小児(大島, 2016)や摂食障害を持つ思春期の患者家族(福田ほか, 2015)、精神科長期入院患者(杉田・山崎・柴立・川端, 2013)への介入研究もあった。介入は少人数を対象に、個別の趣味や性格に合わせたプログラムで行われていた。これらは精神医学におけるソーシャルスキルを基盤としている。

心理学・教育学領域($n=33$)では学童期の子どもから大学生といった学生を対象とした介入研究が多くあった。健康な学生に対しての学校教育の場での介入は、集団ソー

シャルスキルトレーニングで行われることが多かった(浅本ほか, 2010; 原田・渡辺, 2019; 宮津, 2012; 大村・松見, 2010; 森・森永, 2017; 山口・荒嶋, 2018)。山本・井澤(2021)は自閉スペクトラム症のある成人が上司との外食の場面を想定したソーシャルスキルトレーニングを受けた後、学習したソーシャルスキルを上司相当の人物に対する行動へ般化できたことを報告した。石津・井澤(2011)は、特別支援学級におけるソーシャルスキルトレーニングにおいて、自閉スペクトラム症学生には知的障害学生よりも、簡潔で具体的な指導が効果的であると対象者に合わせて工夫を行う必要性を述べている。最近では、ソーシャルスキルトレーニングにおいて、ターゲットとする特定のスキルに合った内容設定が重要(小栗, 2017)と報告され、学校教員が教職課程にある学生に「相手の気持ちを考えて接する」「話を聞く」ソーシャルスキルの向上を望んでいること(原田・渡辺, 2016)や、中学生は自己主張やリーダーシップといった自ら関わるスキルに困難を感じていること(西村・福住・藤原・河村, 2018)など「ターゲットスキル」と呼ばれる、特定のソーシャルスキルに焦点を当てた観察研究も行われた。ソーシャルスキルが、自尊感情を高めて支援獲得につながることから、レジリエンスと関連することも報告された(小林・渡辺, 2017; 齊藤・岡安, 2014)。

経済学・経営学領域($n=4$)では、北見・森(2010)が日本における雇用の悪化を背景に、大学生の就職活動によるストレスとソーシャルスキルに関連があることを報告した。また、外国に長期滞在する日本人はブラジルの異文化環境において、対日本人と対ブラジル人で配慮行動を使い分けることでトラブルを防止し、ソーシャルサポートを得ていることが明らかになった(迫・田中, 2018)。理工系大学生を対象に学習のターゲットとなるソーシャルスキルをモデル化した教材を使ったソーシャルスキルトレーニングにより対人交渉能力が向上した(岡田, 2018)という報告もあった。

多くの人々の情報源であるインターネット新聞といったメディアから収集した文献では、現代の放課後遊びや喧嘩・仲直りの経験が少なく、社会性を体得できない子どものソーシャルスキルの弱さが自死につながり(島沢, 2016)、全ての子どもがソーシャルスキルを備えとして身につけておくべきである(阿部, 2020)と説明されている。また、他者からの支援を得るソーシャルスキルを身につけると圧倒的に生きやすくなる(本田, 2022)とも述べられていた。

すべての領域において、幼児期以前または老年期以降の発達段階にある人々を対象にした報告はなかった。

2. 「ソーシャルスキル」の先行要件 (表1)

それぞれの文献から抽出されたカテゴリには【 】, サブカテゴリには [], 内容には 〈 〉を用いて以下に記述する。

先行要件には、4つのカテゴリと11のサブカテゴリが抽出された。先行要件には、近年において特徴的な〈ソーシャルネットワーキングサービスの利用〉(阿部, 2020), 〈読み書き能力〉(大橋ほか, 2011)や〈言語的・非言語的コミュニケーション〉(相川・津村, 1996; 原田・渡辺, 2021; 吉良・尾形・上手, 2020; 北見・森, 2010; 田中, 2000), といった[意思疎通の能力]や〈対人反応の決定〉(相川・津村, 1996), 〈行動様式〉(田中, 2000)などの[行動の傾向], 〈感情の生起〉(相川・津村, 1996), 〈対人反応の解釈〉(相川・津村, 1996)といった[認知の傾向]からなる【後天的に得た個人の特性】があった。〈学級活動〉(大対・松見, 2010; 浅本ほか, 2010; 武蔵・河村・藤村・荻間澤, 2012; 山下・窪田, 2017)などの[集団生活]や〈職場〉(坂内・熊谷, 2017; 梶谷(柴)ほか, 2012), 〈リーダーとしての役割〉(村田, 2018)など[組織活動]などの【社会的役割】と, 〈仲良くなりたい〉(藤原・西村・福住・河村, 2019)という[親和動機], 〈就職活動〉(坂内・熊谷, 2017北見・森, 2010)や〈実習〉(原田・渡辺, 2016; 塚本・船木・野村, 2010; 山本・田中・兵藤・畠中, 2018)などの[課題の達成]と〈業務量の多さ〉(Uchiyama, et al., 2011)や〈対人関係の困難〉(中西・石川, 2021; 田中, 2000)などの[困難の経験]からなる【動機】があった。

3. 「ソーシャルスキル」の属性 (表2)

「ソーシャルスキル」の属性としては、6つのカテゴリと

14のサブカテゴリがあった。〈相手の感情を読み取る〉(雨宮・清水, 2012; 畠中・田中, 2015; 大対・松見, 2010)ことと, 〈感情のコントロール〉(相川・津村, 1996; 原田・渡辺, 2011; 吉良ほか, 2020; 小林・渡辺, 2017; 村田, 2018) [感情の統制]を行う【感情を理解し統制するスキル】や, 【人間関係を円滑に運ぶスキル】, 〈ネットいじめを予防する〉(原田・渡辺, 2019)などトラブルを予防して[自分を守る行動]と〈援助を求める〉(石津・井澤, 2011), 〈諦めず交渉する〉(迫・田中, 2018)などの[相手から期待する結果を得る行動]といった【対人関係における目的を果たす行動をとるスキル】があった。また, 〈集団のルールを守って活動する〉(本田, 2022)ことや〈計画的に物事を進める〉(高原ほか, 2016)ことといった周囲に望まれる[社会的役割を果たす](杉田ほか, 2013)ための【社会的役割を遂行するスキル】としての側面もあった。さらに〈状況依存的〉(吉良ほか, 2020)であり〈対人場面に規定される〉(相川・津村, 1996)など常に同じではなく, 【状況から影響を受けるスキル】, 〈学習や訓練によって身につく〉(相川・津村, 1996; 森・森永, 2017; 田中, 2000), 〈子ども時代の遊びによって養われる〉(鳥沢, 2016)のような, 【学習により向上可能なスキル】という特徴があった。

4. 「ソーシャルスキル」の帰結 (表3)

「ソーシャルスキル」の帰結として、5つのカテゴリと11のサブカテゴリがあった。代表的なカテゴリには[人間関係を形成・維持する]や[ソーシャルサポートを得る]といった【円滑な人間関係の構築】がある。また, 〈人に振り回されることが減る〉(本田, 2022), 〈冷やかしやからかいの対象になりにくい〉(西村, 福住, 藤原, 河村, 2017), 〈正確な情報伝達による安全〉(山本ほか, 2018)

表1 ソーシャルスキルの先行要件

カテゴリ	サブカテゴリ	内容
後天的に得た個人の特性	意思疎通の能力	言語的・非言語的コミュニケーション 読み書き能力 日本語 ジェスチャー ソーシャルネットワーキングサービスの利用
	行動の傾向	基本的な生活習慣 行動様式 対人反応の決定
	認知の傾向	感情の生起 対人反応の解釈 認知の傾向 対人行動の発現を可能にする認知過程 考え方
社会的役割	集団生活	学校生活 学級活動 児童会活動
	組織活動	運動部 家庭 職場 職業 多職種 後輩への指導 リーダーとしての役割
他者との関わり	上下関係	先輩と後輩 上司 先生との関係 指導者
	交友関係	同級生 現地人 インターネット上の交流
	家族関係	家族 親子
動機	親和動機	仲良くなりたい
	課題の達成	就職活動 就職 実習 教育 学習 連携
	困難の経験	社会生活上の困難 対人関係の困難 ストレスの経験 業務量の多さ

などの、自他双方への【困難の予防と解決】があった。さらに、[集団への適応を促す]など【社会への適応促進】に役立つことがわかった。〈自分への理解が深まる〉(福田ほか, 2015) ことや〈レジリエンスを高める〉(小林・渡辺, 2017; 齊藤・岡安, 2014) こと、〈情緒的消耗感を低減する〉(高原ほか, 2016) という【メンタルヘルスの維持増進】につながっていた。「ソーシャルスキル」の結果として〈能力を適切に発揮できるようになる〉(高原ほか, 2016) ことや〈就労を実現, 維持する〉(石津・井澤, 2011) などの【目的の達成】がなされることが挙げられた。

において「ソーシャルスキル」を構成する諸概念のひとつとなる。しかし、文献より明らかとなった「ソーシャルスキル」の属性には、〈計画的に物事を進める〉(高原ほか, 2016) や、[社会的役割を果たす](杉田ほか, 2013) といった、情報伝達を伴う他者との関わりのみではなく、個人の課題や役割への向き合い方である【社会的役割を遂行するスキル】があった。

Ⅲ. 考 察

1. 日本における「ソーシャルスキル」

本研究における「ソーシャルスキル」の概念を図式化した(図1)。結果より、現代日本において「ソーシャルスキル」は【社会的役割】を果たすために明確な【動機】を先行要件として【後天的に得た個人の特性】より生じられる概念であると考えられた。幼児期以前や、老年期以降に

5. 類似する概念と異なる「ソーシャルスキル」の特徴

「ソーシャルスキル」と「コミュニケーションスキル」はしばしば同義として用いられていた。それは、どちらも情報の伝達という共通点を持つためと考えられる。また、〈言語的・非言語的コミュニケーション〉は本研究に

表2 ソーシャルスキルの属性

カテゴリ	サブカテゴリ	内容
感情を理解し統制するスキル	相手の感情の理解	相手の感情を読み取る 相手の表情の違いに気づく 相手の非言語から気持ちを読み取る 相手の気持ちを考えて聴く 対人反応の解釈 相手の反応の解釈
	自分の感情の理解	感情の認知 今の自分を受け入れる
	感情の統制 自尊感情	感情のコントロール 怒りや悔しさを言葉で伝える 自尊感情に関連する レジリエンスと関連
人間関係を円滑に運ぶスキル	人間関係の開始・維持・向上	対人関係を成立, 維持, 発展させる行動様式の総称 他者との相互作用 対人関係を円滑に運ぶ 他者と上手に共存する 人と上手に関わるコツ
	相手への配慮	相手の気持ちを考えて接する 謙遜する 挨拶をする 踏み込まず距離を取った付き合い方 付き合い 謝る 上司との食事の際のテーブルマナー 返事をする お礼を言う 温かい言葉をかける 上手に断る 周囲にとって嫌悪的に機能しない 自分が食事した代金は自分で払う態度を取る 自分の注文が先に届いたら, お先にどうぞ, と言われるまで待つ
対人関係における目的を果たす行動をとるスキル	相手から期待する結果を得る行動	教育上の問題解決へのアプローチ 頼む 援助を求める 他者への働きかけを微調整する 良好な関係を築く行動 諦めず交渉する 交渉や自己主張をする 目標指向性 好意的な反応を引き出す 積極的に声をかける 連携 困ったら相談する 他者との役割や相互作用に使われる行動的側面 対人反応の決定と実行
	自分を守る行動	ネットいじめを予防する ストレスに対処する 看護学生の実習直前のストレスに関連 リスク要因の予防
社会的役割を遂行するスキル	社会的役割を果たす	社会的役割遂行に関連 社会人に求められる 社会生活に役立つ要領 学校環境への適応 自身の能力を把握する 計画的に物事を進める
	規範を遵守する	集団のルールを守って活動する
状況から影響を受けるスキル	環境により判断される	社会的な文脈の判断 状況依存的 対人場面に規定される 文化特有的な要素がある
	他者の行動により調整される	相手の反応に応じて態度を調整する 現地人の行動を真似る
学習により向上可能なスキル	意図的に学習される	学習や訓練によって身につく トレーニングが有効な手段 他者をモデリングすることで学ばれる 訓練が可能
	意図せず学習される	子ども時代の遊びによって養われる 課外授業や人間関係から学ばれる

ある人々といった、【社会的役割】を持つことが比較的少ない世代を対象とした研究がないことから、社会において「課題の達成」を目指す【動機】がある場合にこそ「ソーシャルスキル」が起ると考えられる。そのことは「ソーシャルスキル」の持つ【社会的役割】という先行要件を強調する。

「ソーシャルスキル」の側面として、【人間関係を円滑に運ぶスキル】があった。人間同士の関わりには、相手を遠ざけたり、避けたりすることを意図して行われるものもある。しかし、[親和動機]などを先行要件とした「ソーシャルスキル」にはそうした要素が含まれていなかった。〈対人関係を成立、維持、発展させる〉と、対人関係にお

いて現状を維持することと、より良くすることが焦点となっていることがわかる。そのための「相手への配慮」には〈謙遜する〉、〈踏み込まず距離を取った付き合い方〉、〈挨拶をする〉、〈上司との食事の際のテーブルマナー〉といった、「相手への配慮」を行うことが重要である。また、「ソーシャルスキル」は特定の個人や集団への直接的な働きかけの他に、〈計画的に物事を進める〉などの【社会的役割を遂行するスキル】という課題解決の一面も持っていた。

さらに「ソーシャルスキル」のひとつの特徴として「相手から期待する結果を得る行動」や「自分を守る行動」からなる【対人関係における目的を果たす行動をとるスキ

表3 ソーシャルスキルの帰結

カテゴリ	サブカテゴリ	内容
円滑な人間関係の構築	人間関係を形成・維持する	望ましい人間関係の維持 交流に恵まれる 円滑な人間関係の維持
	人間関係を向上する	友人関係の深化 対人関係の学習につながる
	ソーシャルサポートを得る	ソーシャルサポートを高める
困難の予防と解決	困難を予防・回避する	困難な状況が連鎖しない 傷つくことを避けて自分を守る 人に振り回されることが減る 正確な情報伝達による安全 冷やかしかからかいの対象になりにくい
	トラブルを解決する	集団に良い解決策を導く 意見の食い違いを解決する 対人関係のトラブルへの対処 友人との関係改善
社会への適応促進	集団への適応を促す	学校不適応の予防 集団生活や生活習慣への慣れ 集団活動への能動的な参加
	組織への適応を促す	部活動適応感を高める 離職を防ぐ 職場内での円滑な人間関係
メンタルヘルスの維持増進	メンタルヘルスを維持する	抑うつ予防 悩むことが減る 情緒的消耗感を低減する 心理的安寧
	メンタルヘルスを増進する	自己評価が高まる 意欲を持って取り組む レジリエンスを高める 自尊心の向上 自分への理解が深まる
目的の達成	能力を発揮する	能力を適切に発揮できるようになる 職務を円滑に行え達成感を得る
	目標を実現する	就労を実現、維持する 自己実現 自分の要求を実現する

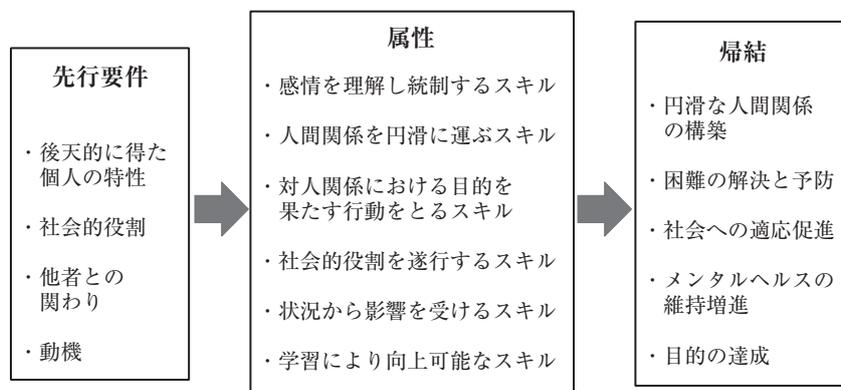


図1 ソーシャルスキルの概念図

ル】がある。〈援助を求める〉, 〈交渉や自己主張をする〉など相手に働きかけて自身や【集団】, 【組織】にとって有益な相手の行動を引き出した結果, 【ソーシャルサポートを得る】ことが可能となり, 〈ネットいじめを予防する〉, 〈リスク要因の予防〉といった「ソーシャルスキル」の機能から【困難の予防と解決】や【メンタルヘルスの維持増進】という帰結へ向かうという関連性が推察できる。現在ではパソコンや携帯電話を使用した〈インターネット上の交流〉は日常生活の一部(青山・高橋, 2016, p.113)となり「過度な匿名性攻撃」(青山・高橋, 2016, p.114)が社会問題となった例も多い。このことから, 従来【人間関係を円滑に運ぶスキル】として, 直接対面する場面で重要視されてきた「ソーシャルスキル」は, 現代の日本において広く普及したインターネットを媒介とした匿名の対人関係においても重要な概念に変化したことが考えられる。〈ソーシャルネットワーキングサービスの利用〉の際に用いられる顔文字や絵文字, スタンプといった非言語表現からの【相手の感情の理解】が「ソーシャルスキル」の特徴として位置づけられるようになるかもしれない。

このように, 「ソーシャルスキル」は社会や人々のニーズに応じた変化を続けている。そうしたニーズに合った「ソーシャルスキル」を身につけていくことが, 人々のより良い社会生活のためには重要となる。

2. 類似する概念と異なる「ソーシャルスキル」の特徴

「ソーシャルスキル」の概念をより深く理解するため, 明らかになった「ソーシャルスキル」の先行要件, 属性, 帰結より, 「コミュニケーション」「コミュニケーションスキル」とは異なる特徴について以下に考察する。

(1) 「コミュニケーション」と異なる「ソーシャルスキル」の特徴

「コミュニケーション」はWiedenbach (2007, p.3)の述べているように情報や信号, メッセージの伝達という行動とメッセージの受け取りという行動を表し, 人間ではない動物間, あるいは人間間で行われる。明確な【動機】や相手となる人間が必ず存在するというものではないという点では「ソーシャルスキル」と異なっている。

また, 「ソーシャルスキル」の概念を構成する属性として, 【人間関係の開始・維持・向上】, 【相手への配慮】からなる【人間関係を円滑に運ぶスキル】があった。ネウストブニー (1982) は, 人の行うコミュニケーション行動が社会のルールから逸脱している場合に問題が起こる (p.28)と述べており, 相川・津村 (1996) も, 批判といったコミュニケーション行動が相手の対面を脅かす (p.51)ことを指摘している。「コミュニケーション」には, 人間関係を良好にする側面と同時に, 悪口など相手を傷つけること

を意図して行われる行動といった, 正反対の帰結をもたらす場合も含まれる。本研究において分析対象となった文献からは「ソーシャルスキル」を構成する要素には他者との関係を悪化させる記述が含まれておらず, 〈対人関係を成立, 維持, 発展させる〉ことで【円滑な人間関係の構築】という帰結につながる。「ソーシャルスキル」は, いつもポジティブなアウトカムを意図して起こるという点でも, 「コミュニケーション」との隔たりがあると考えられる。

さらに, 「ソーシャルスキル」は, 人と人との間で行われる情報伝達行動の他に, 〈自身の能力を把握する〉, 〈計画的に物事を進める〉, 【規範を遵守する】といった【社会的役割を遂行するスキル】という, 直接他者に働きかけない認知や行動も含まれていた。こうしたことも, 「コミュニケーション」とは違った点である。これらより, 「コミュニケーション」が広義の情報伝達を意味する概念であることに対し, 「ソーシャルスキル」は社会において, 人が求める結果を得るという【動機】のために行使される行動や認知のスキルである。そして「ソーシャルスキル」を構成する多くの要素のうちの一つが, 明確な【動機】に基づく「コミュニケーション」であると説明ができる。

(2) 「コミュニケーションスキル」と異なる「ソーシャルスキル」の特徴

Wiedenbach (2007) は生物の間におけるメッセージの伝達と受け取りを表す「コミュニケーション」に「技能」を付加した「communication skills」が看護師によって行使される場合について, 5つの決定因子を挙げている (p.77)。意図の明快さ (Clarity of intent), 知識の豊富さ (Knowledgeableness), 態度 (Attitude), 感受性 (Sensibility), 判断力 (Judgement) である。ここでは看護師のコミュニケーションにおける伝達と受け取りといった行動的側面のみではなく, その意図や判断, 感受性といった認知的側面も含まれており, 患者との信頼関係の確立がその成果とされている。伊藤 (2014) も「コミュニケーションスキル」を「文脈と相互作用に伴う認知的処理や感情調節も含めた一連のプロセス」(p.12)と述べていることから, ポジティブなアウトカムをもたらす意図的な行動や認知的側面を含むという部分で「ソーシャルスキル」と特徴を共にしている。また, Apker, Propp, Zabava Ford & Hofmeister (2006) は, 看護における「コミュニケーションスキル」をその行動側面から意思決定への参加といった協働 (Collaboration), メンバーとしての役割に合わせた信頼される行動 (Credibility), 相手の気持ちを推察し代弁する配慮 (Compassion), 新人へのメンターシップやチームに貢献するメンバーを支持し励ましてチームをまとめる (Coordination) に分類している (p.183)。ここでの「コミュニケーションスキル」は, 全て患者や他の看護師, 協働する他職種とのインタラクティブ

な行動に焦点を当てている。

これらのように「ソーシャルスキル」と共通の特徴を持つ一方で、「コミュニケーションスキル」には〈集団のルールを守って活動する〉、〈計画的に物事を進める〉といった直接の対人関係以外の、【社会的役割を遂行するスキル】という職業など【社会的役割】への向き合い方としての側面はなかった。このことは、社会的技能たる「ソーシャルスキル」が持つ他の概念とは異なる特徴であると考えられる。

3. 日本の看護における「ソーシャルスキル」

日本における「ソーシャルスキル」とその特徴を踏まえ、日本の看護における「ソーシャルスキル」について以下に考察する。人々の関わり方や価値観の変化に伴い様相を変えてきた「ソーシャルスキル」は看護における「ソーシャルスキル」にも影響を与えている。

現在では、疾病を抱えながら地域で療養生活を送る人々を、〈多職種〉との連携によって支援することが看護師の重要な役割となっている。Leininger (1991/1995) は、看護師が自身の文化的価値観と専門職としての価値観を調和させ (p.8) 多様な文化背景を持つ対象の生活様式に適應させること (p.211) の重要性を述べている。そのような現代社会に求められる看護師の【社会的役割】を果たすためには、対象となる患者や他の職種それぞれの生活背景や役割の違いに織り込まれたさまざまな要因に配慮した【人間関係を円滑に運ぶスキル】が不可欠である。さらに、〈相手の反応の解釈〉といった「ソーシャルスキル」を行って患者のニーズに合ったケアを提供するためには、ケアへの同意を得るための患者との「意思疎通の能力」も必須である。

また、看護師が感じる他の職種との連携の困難として、「職種の違いから理解や意思の伝達が難しい」ことや「自身の考えが伝えられない」ことが報告されている (吾妻, 神谷, 岡崎, 遠藤, 2012, p.31)。同じ教育を受け、同じ役割を持つ職種であれば暗黙のうちに分かり合えることも、職種が違えばそうではない。そのことを念頭に置いて、共通の認識を持つことにつながる「意思疎通の能力」を用い「相手の感情の理解」と「相手への配慮」を行う必要がある。そうしたことより傷病を持つ患者や〈多職種〉との〈社会的な文脈の判断〉に基づいた【人間関係を円滑に運ぶスキル】が発揮される。

さらに、多様化したのは患者だけではなく、看護師も同様である。畠中・田中 (2015) は、日本で働く外国人看護師・看護師候補生を対象に「直接的解決」、「相手への心遣い」、「積極的関わり」、「行動意図推察」の4つの下位尺度からなる日本人の文化的特徴を踏まえた「ソーシャルスキ

ル」を測定する尺度を考案した (p.109)。「感情の統制」と〈相手の反応に応じて態度を調整 (する)〉した上で〈交渉や自己主張 (を) する〉を行い、「トラブルを解決する」という本研究における「ソーシャルスキル」の特徴は、畠中・田中 (2015) の尺度にある「直接的解決」と合致している。また、〈お礼を言う〉、〈上手に断る〉などの「相手への配慮」は「相手への心遣い」と同じ要素からなる。さらに、〈援助を求める〉、〈諦めず交渉する〉、〈積極的に声をかける〉などの「相手から期待する結果を得る行動」は「積極的関わり」に、〈相手の非言語から気持ちを読み取る〉、〈相手の反応の解釈〉といった「相手の感情の理解」は「行動意図推察」に通じており、「ソーシャルスキル」は様々な背景を持つ看護師間での協働にも重要と考えられる。

加えて「ソーシャルスキル」は【学習により向上可能なスキル】であることが明らかになっており、看護師の基礎教育や卒後教育における学習の有効性が報告されている (命婦・竹川, 2018; 山本・小澤, 2020)。看護師を対象とした、対患者及び対他職種を想定した体系的なソーシャルスキル学習を行うことで、患者のニーズへの理解が深まり、多職種連携を円滑にすることからケアの質向上につながると推察される。

近年では、新興感染症の蔓延による非接触型の対人交流のニーズが急速に高まり、〈インターネット上の交流〉は、プライベートだけではなく、職場や学校、医療機関、学術集会といった公共の場へも拡大した。学校の授業はオンラインに切り替わり、感染症患者の対応では、医師による遠隔診療も普及し、隔離の上療養生活を送る患者の検温や安否確認は、看護師が電話やスマートフォンの〈ソーシャルネットワークングサービス (の利用)〉を提供するアプリケーションを用いることで行われた (大澤, 2020)。患者とIT機器や電話等を通じて行われるテレナーシング (遠隔看護) の効果 (亀井・伊波, 2021; Morony, et al., 2018) も検証されている。従来、看護師は患者に触れ、表情を観察することで患者の心身の状態をアセスメントしてきた。しかし前述のように患者との関わり方も多様化しており、アプリケーション内の表現から患者の体調や気持ちを推察するといった、新たな看護の「ソーシャルスキル」について思索することも、これからの時代に合ったケアとその質の向上を考える上で有益となる可能性がある。

IV. 結 論

「ソーシャルスキル」の概念を構成するものを検討した結果、日本の看護における「ソーシャルスキル」は、『看護師が対人援助や多職種連携における役割の遂行や、人々

との円滑な関係の構築といった目的を果たすために状況に合わせて発揮される、学習可能なスキルの総称」と定義できる可能性が示唆された。さらに、インターネットなどコミュニケーションに使用される媒体の発展や、非接触を前提とした対人関係の必要性が高まったことで、「ソーシャルスキル」は新たな様相を見せ始めている。

外国出身の看護師など、多様な看護師及び他職種と連携して提供するケアの質向上や患者理解において「ソーシャルスキル」が有効であることが推測された。相手の考えていることを言語・非言語による表現から読み取ることや、背景の異なる相手に配慮すること、問題解決へのアプローチを行うことは、円滑な人間関係の構築と、看護師が専門職としての役割を果たすこと、チーム医療の目標達成につながる。看護師自身にとっても、メンタルヘルスを維持・増進することで意義あることとなる。

今後は媒体を介したより少ない情報から、患者のアセスメントを行うことや、オンラインによる多職種との意見交換でリーダーシップを発揮するといった役割も看護師に求められる可能性がある。「ソーシャルスキル」の特徴には、学習によって身につけることが可能であるというものがあった。看護師のニーズと、変化する社会のニーズの双方を踏まえた「ソーシャルスキル」の学習の方策について、検討することも今後の課題となる。

研究の限界

学問領域によっては「ソーシャルスキル」を扱った文献が少なく、Rodgers & Knafel (2000) の推奨した数に足りていないことから、日本において用いられる「ソーシャルスキル」の概念の網羅的な検討には課題が残る。

謝 辞

本論文の作成にあたり温かく丁寧なご指導をいただきました。大阪医科薬科大学の飛田伊都子教授、小林道太郎教授、鈴木久美教授、カルデナス暁東准教授に心より御礼申し上げます。また、共に学び励まし合った大学院生の皆様にも、感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

阿部花恵 (2020). 「優しく頼む」「上手に断る」ソーシャルスキルを磨いて、自分に自信が持てる子に. 朝日新聞EduA. <https://www.asahi.com/edu/article/13727257> (参照2022年6月20日)

阿部智美 (2020). ソーシャルスキルトレーニングの技法を用いたコミュニケーショントレーニングの試み. *地域ケアリング*,

22(5), 66-68.

相川 充, 津村俊充編 (1996). *社会的スキルと対人関係: 自己表現を援助する*. 51, 東京都: 誠信書房.

雨宮 怜, 清水安夫 (2012). 運動部活動におけるソーシャルスキル要因の探索的研究: 大学生運動部員版ソーシャルスキル尺度の開発と基本的属性による検討. *学校メンタルヘルス*, 15(1), 87-100.

雨宮 怜, 上野雄己, 清水安夫 (2016). ソーシャルスキルが導くアスレチック・バーンアウトの抑制効果: 二過程モデルを基にしたバーンアウトの水準によるモデルの比較. *Journal of Health Psychology Research*, 29(1), 25-37.

青山郁子, 高橋 舞 (2016). 大学生におけるインターネット依存傾向, 攻撃性, 仮想的有能感の関連. *日本教育工学会論文誌*. 39(Suppl), 113-116.

Apker, J., Propp, K.M., Zabava Ford, W.S., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189.

Argyle, M. (1967). *The psychology of interpersonal behaviour*. London: Penguin.

浅本有美, 国里愛彦, 村岡洋子, 在原理沙, 堂谷知香子, 田所健児, 伊藤大輔, 伊藤有里, 佐々木美保, 尾形明子, 鈴木伸一 (2010). *行動療法研究*, 36(1), 57-68.

吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 遠藤圭子 (2012). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要. *看護学・リハビリテーション学編*, (7), 23-33.

坂内 仁, 熊谷恵子 (2017). 高校生の就労に関わるソーシャルスキルの指導: 高等学校と特別支援学校における短期指導の事例の比較検討. *LD研究*, 26(2), 240-252.

Barrera, M., Hancock, K., Bartels, U., Solomon, A., & Desjardins, L. (2021). "I'm with my people!": Perceived benefits of participation in a group social skills intervention for children and adolescent survivors of brain tumors. *Cancer Nursing*, 44(3), 197-204.

藤枝静暁 (2014). ソーシャルスキル教育における発達段階ごとの目標スキルの選択と実施時期に関する研究. *カウンセリング研究*, 47(4), 221-231.

藤原和政, 河村茂雄 (2019). 高校生におけるソーシャルスキルと学校生活満足度との関連: 学校の特性の視点から. *カウンセリング研究*, 51(3), 157-167.

藤原和政, 西村多久磨, 福住紀明, 河村茂雄 (2019). 視点取得はソーシャルスキルの変化を予測するか: 親和動機の調整効果. *心理学研究*, 89(6), 562-570.

藤原和政, 西村多久磨, 福住紀明, 村上達也, 河村茂雄 (2021). 児童のソーシャルスキルと学級生活満足度との関係: 教師評定によるソーシャルスキルの測定. *教育心理学研究*, 69(1), 10-25.

福田ゆう子, 澤 智恵, 山本恭子, 川西陽子, 関口一恵, 井口敏之 (2015). 米国思春期外来強化プログラム (IOP) を基に作成した『日本式思春期摂食障害グループ療法』の実践. *子どもの心とからだ日本小児心身医学会雑誌*, 24(3), 346-351.

Görgens-Ekermans, G., Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: A questionnaire study on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2275-2285.

原田恵里子, 渡辺弥生 (2011). 高校生を対象とする感情の認知に焦点をあてたソーシャルスキルトレーニングの効果. *カウンセリング研究*, 44(2), 81-91.

原田恵里子, 渡辺弥生 (2016). 教職課程の学生に求められるソー

- シャルスキル. *教育実践学研究*, 19, 1-12.
- 原田恵理子, 渡辺弥生 (2019). 高校生を対象とした道徳教育におけるソーシャルスキルトレーニングの活用. *教育実践学研究*, 22, 23-36.
- 原田恵里子, 渡辺弥生 (2021). ソーシャル・エモーショナル・ラーニングによる高校生のソーシャルスキルとレジリエンスへの効果. *教育実践学研究*, 24, 1-14.
- 畠中香織, 田中共子 (2015). 在日外国人ケア労働者における異文化間ソーシャル・スキルの異文化適応への影響. *多文化関係学*, 12, 105-116.
- 本田秀夫 (2022). 発達障害専門の精神科医が教える: 身につけると圧倒的に生きやすくなる2つのスキルとは?. *ダイヤモンドオンライン*. <https://diamond.jp/articles/-/296634> (参照2022年6月18日)
- 堀田裕司, 大塚泰正 (2014). 製造業における労働者の対人的援助とソーシャルサポート, 職場ストレス, 心理的ストレス反応, 活気の関連. *産業衛生学雑誌*, 56(6), 259-267.
- 石津乃宣, 井澤信三 (2011). 知的障害特別支援学校高等部での進路学習におけるソーシャルスキル・トレーニングの効果の検討. *特殊教育学研究*, 49(2), 203-213.
- 伊藤まゆみ編 (2014). *看護に活かすカウンセリングI: コミュニケーション・スキル: 対象の生き方を尊重した健康支援のためのアプローチ*. 12, 京都: ナカニシヤ出版.
- 梶谷(柴)麻由子, 内田宏美, 津本優子 (2012). 中堅看護師のセルフマネジメントとその関連要因. *日本看護研究学会雑誌*, 35(5), 67-74.
- 亀井智子, 伊波早苗 (2021). テレナーシング (遠隔看護) の可能性: CNSはテレナーシングにどう取り組むのか. *日本CNS看護学会誌*. 8, 85-91.
- 河村明和 (2017). 中学校部活動の参加とソーシャルスキルとの関連: 運動系部活動と文化系部活動の違いに注目して. *学級経営心理学研究*, 6(2), 124-130.
- 川村小千代, 宇田賀津, 川村晃右, 森岡郁晴 (2020). A公立看護大学生における交友関係と社会的スキルとの関連性. *学校保健研究*, 62(1), 35-42.
- 木下由美子, 河合啓介, 有村達之, 滝口久美恵, 片山くみ子, 野崎剛弘, 瀧井正人, 久保千春 (2005). 摂食障害患者に対する集団ソーシャル・スキル・トレーニングがスタッフとして参加した看護師の自己表現技術に及ぼす効果. *心身医学*, 45(10), 777-783.
- 吉良悠吾, 尾形明子, 上手由香 (2018). 高校生の抑うつとソーシャルスキルの関連性の検討: 認知過程スキルの調整効果に着目して. *認知行動療法研究*, 44(3), 137-146.
- 吉良悠吾, 尾形明子, 上手由香 (2020). 青年のソーシャルスキルにおける汎状況的なスキルと具体的な対人場面でのスキルとの関連性の検討. *教育心理学研究*, 68(1), 11-22.
- 北見由奈, 森 和代 (2010). 大学生の就職活動ストレスおよび精神的健康とソーシャルスキルとの関連性の検討. *ストレス科学*, 25, 37-45.
- 小林朋子, 渡辺弥生 (2017). ソーシャルスキル・トレーニングが中学生のレジリエンスに与える影響について. *教育心理学研究*, 65(2), 295-304.
- 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.171-172). 東京: 実務教育出版.
- Leininger, M.M. (1991) / 稲岡文昭監訳, 石井邦子, サチコ・クラウス, 筒井真優美, 渡辺久美子訳 (1995). *レイニンガー看護論: 文化ケアの多様性と普遍性*. (pp.8, 211). 東京: 医学書院.
- 宮津大蔵 (2012). 学級経営に生かすU-SSTソーシャルスキルワーク. *教材学研究*, 23, 213-220.
- 命婦恭子, 竹川大介 (2018). ソーシャルスキル・トレーニングの新しいストラテジーの提案. *西南女学院大学紀要*, 22, 137-147.
- 森 俊博, 森永秀典 (2017). 児童会活動の一環として行った学校規模のソーシャルスキル教育の効果について. *学級経営心理学研究*, 6(1), 41-47.
- Morony, S., Weir, K., Duncan, G., Biggs, J., Nutbeam, D., Mccaffery, K.J. (2018). Enhancing communication skills for telehealth: Development and implementation of a Teach-Back intervention for a national maternal and child health helpline in Australia. *BMC Health Services Research*, 18, 162. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2956-6>
- 村田由香 (2018). プレイングマネージャー役割をもつ看護師のリーダーシップの特徴. *Japanese Red Cross Hiroshima Coll. Nurs.* 18, 1-9.
- 武蔵由佳, 河村茂雄, 藤村一夫, 荻間澤勇人 (2012). 児童が学級生活で活用しているソーシャルスキルと心理的ストレスとの関連. *学級経営心理学研究*, 1-44-50.
- 永井暁行 (2018). ソーシャルスキルと態度による大学生の友人との付き合い方の分類: 友人関係による居場所感の違い. *教育心理学研究*, 66(1), 54-66.
- 中西 陽, 石川信一 (2021). 小中学生の自閉症的特性が抑うつ症状に及ぼす影響: ソーシャルスキルと友人関係の媒介効果の検討. *認知行動療法研究*, 47(1), 11-21.
- ネウストブニー, J.V. (1982). *外国人とのコミュニケーション*. 28, 91-96, 東京: 岩波書店.
- 日本看護協会 (2015). *2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン: いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護*. 9, 東京: 日本看護協会.
- Niitsuma, M., Katsuki, T., Sakuma, Y., Sato, C. (2012). The relationship between social skills and early resignation in Japanese novice nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 659-667.
- 西村多久磨, 福住紀明, 藤原和政, 河村茂雄 (2017). 学校生活満足度に対するソーシャルスキルの予測力. *心理学研究*, 88(2), 162-169.
- 西村多久磨, 福住紀明, 藤原和政, 河村茂雄 (2018). ソーシャルスキルの縦断的变化: 中学生を対象として. *心理学研究*, 89(1), 29-39.
- 小栗貴弘 (2017). 高校生を対象としたソーシャルスキルトレーニングの評価研究: 尺度作成および効果評価. *Journal of Health Psychology Research*, 29, 139-149.
- 大橋 恵, 坪井寿子, 藤後悦子, 伊藤恵子, 山極和佳, 府川昭世 (2011). 社会性につまずきのある小学校低学年児童への支援の試み: 小学校内でのソーシャルスキル・トレーニング実践. *東京未来大学研究紀要*, 4, 65-75.
- 岡田佳子 (2018). ソーシャルスキル教育のためのシミュレーション教材の開発: 理工系大学生を対象とした実践と評価. *シミュレーション&ゲーミング*, 27(2), 61-73.
- 岡本響子, 岩永 誠 (2013). 看護学生から看護師に至る就職前後の個人要因とストレス反応・バーンアウトの検討: 実習時と就職後3ヵ月目との比較. *日本医学看護学教育学会誌*, (22), 26-32
- 大澤良介 (2020). 新型コロナウイルス患者の宿泊療養. 武見基金 COVID-19有識者会議. <https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/3707> (参照2022年7月15日)
- 大島麻美 (2016). 広汎性発達障がい児に対する場面認知へのアプ

- ローチ：個人SSTを活用した一事例. *日本看護学会論文集：精神看護*, 46, 63-66.
- 大対香奈子, 松見淳子 (2010). 小学生に対する学級単位の社会的スキル訓練が社会的スキル, 仲間からの受容, 主観的学校適応感に及ぼす効果. *行動療法研究*, 36(1), 43-55.
- Rodgers, B.L., Knafl, K., A. (2000). *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2nd ed.): Milwaukee, Saunders.
- 齊藤和貴, 岡安孝弘 (2014). 大学生のソーシャルスキルと自尊感情がレジリエンスに及ぼす影響. *健康心理学研究*, 27(1), 12-19.
- 迫こゆり, 田中共子 (2018). 在ブラジル日本人における異文化滞在のソーシャルスキルの検討：社会生活スキルと対人スキルの観点から. *多文化関係学*, 16(1), 15, 3-17.
- 佐久間隆介, 軍司敦子, 後藤隆章, 北 洋輔, 小池敏英, 加我牧子, 稲垣真澄 (2012). 二次元尺度化による行動解析を用いた発達障害児におけるソーシャルスキルトレーニングの有効性評価. *脳と発達*, 44(4), 320-326.
- Seo, J.M., Ahn, S., Byun, E.K., Kim, C.K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317-326.
- 塩谷芳也 (2018). 大学生の就職活動における内定取得時期に対するソーシャルスキルの効果：男女差に注目して. *理論と方法*. 33(2), 349-356.
- 島沢優子 (2016. 9. 14). 子どもの自死を減らすために続けられる地道な授業とは? AERA dot. <https://dot.asahi.com/aera/2016091300187.html?page=1> (参照2022年6月18日)
- 杉田顕好, 山崎幸子, 柴立陸代, 川端安代 (2013). 長期入院患者のソーシャルスキル向上に向けた取り組み：役割と自己決定の重要性. *日本精神科看護学術集会誌*, 56(3), 207-211.
- 杉山雅彦 (2010). 「学校におけるソーシャルスキルトレーニング」の特集にあたって. *行動療法研究*, 36(1), 83-84.
- 高原大介, 豊里竹彦, 高原美鈴, 與古田孝夫 (2016). 精神科スーパー救急病棟に勤務する看護師の社会的スキルがバーンアウトに及ぼす影響. *日本精神保健看護学会誌*, 25(1), 56-64.
- 玉田和恵 (2006). 『実践！ソーシャルスキル教育 小学校編—対人関係能力を育てる授業の最前線』佐藤正二・相川 充編 (書評) (2005年 図書文化社). *シミュレーション&ゲーミング*, 16(1), 60-61.
- 田中共子 (2000). *留学生のソーシャル・ネットワークとソーシャル・スキル*. 京都：ナカニシヤ出版.
- 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 堀口智美 (2017). 糖尿病ケアにおける看護師のソーシャルスキルおよび批判的思考態度の実態と糖尿病教育スタイルとの関係. *金沢大学つるま保健学会誌*, 40(2), 33-44.
- 塚本尚子, 船木由香, 野村明美 (2010). *看護学生のソーシャルスキルが実習直前のストレス低減に及ぼす影響*. 25, 30-36.
- Uchiyama, A., Odagiri, Y., Ohya, Y., Suzuki, A., Hirohata, K., Kosugi, S., Shimomitsu, T. (2011). Association of social skills with psychological distress among female nurses in Japan. *Industrial Health*, 49(6), 677-685.
- 王 輝/Wang Hui (2003). 言語と文化的背景：言葉から見た中, 日文化. *NUCB journal of language culture and communication*, 5(2), 67-79.
- Wiedenbach, E., Falls, C.E. (1978) / 池田明子 (2007). *新装版コミュニケーション：効果的な看護を展開する鍵*. 3, 77. 東京：日本看護協会出版会.
- 山口豊一, 荒嶋千佳 (2018). 中学生に対するソーシャルスキル・トレーニングの実践的研究：ソーシャルスキル・学校生活適応感・自尊感情への効果. *教育実践学*, 21, 89-107.
- 山本恵美子, 田中共子, 兵藤好美, 畠中香織 (2018). 看護学生の正確な指示受けのためのソーシャルスキルトレーニング：臨地実習で直面する困難状況を課題場面とした医療安全教育の試み. *応用心理学研究*, 44(1), 70-80.
- 山本摩梨子, 小澤三枝子 (2020). 看護師が自ら職場ソーシャルサポートを得るための方策に関する研究. *国立看護大学校研究紀要*, 19(1), 1-9.
- 山本多佳実, 井澤信三 (2021). 自閉スペクトラム症のある成人における上司との外食場面のソーシャルスキルプログラムの効果. *特殊教育学研究*, 59(2), 121-132.
- 山下陽平, 窪田由紀 (2017). 小学3年生を対象とした対人関係ゲーム・プログラムの効果の検討：対人不安傾向・ソーシャルスキル・学級集団の凝集性に注目して. *カウンセリング研究*, 50(3,4), 121-132.

〔2023年2月1日受付〕
〔2023年6月8日採用決定〕

A Concept Analysis of the Social Skills Required by Nurses in Japan

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 73-84
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608221>

Tsubasa Mori, MSN, RN

Graduate School of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University, Osaka, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the conceptual structure of social skills in order to obtain suggestions of the social skills required by nurses in Japan. **Methods:** Literature from multiple disciplines as well as landmark and media-disseminated literature were retrieved and analyzed using Rodgers and Knafli's concept analysis method. **Results:** After analyzing 57 references, four subcategories were extracted as antecedents for social skills—including “purpose”—and six as attributes of regulations—including “skills that facilitate relationships” and “skills that are performed in response to a situation.” Five categories of consequences of social skills were also identified, including “goal achievement” and “preventing and resolving difficulties.” In recent years, social skills have become essential for online relationships. **Conclusions:** The results of the concept analysis indicated that the social skills required by nurses can be defined as “a generic term for learnable skills that nurses in Japanese society perform in situations to achieve their goals of interpersonal assistance, multi-professional collaboration, and building favorable interpersonal relationships with people.” Moreover, nurses require social skills to build relationships with diverse people. It is also important to address the differences in social skills due to social background and culture. With the spread of telenursing, nurses will also be required to have efficient Internet-based assessment skills.

Key words

Social skills, Diversification, Nursing, Concept analysis

Correspondence: T. Mori. Email: tsubasa_mori@outlook.com

卒後2～3年目に退職した看護師の 就職から退職を決断するまでのプロセス

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 85-95
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230803224>

河本乃里¹, 田中マキ子²

¹下関市立大学新学部設置準備室, ²山口県立大学看護栄養学部

要 旨

目的：卒後2～3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでのプロセスを明らかにし、就業継続を阻害した要因を検討する。方法：卒後2～3年目に退職した看護師9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・アプローチにより分析した。結果：退職した看護師は、職場の仕事や人間関係に悩み【辞めたい気持ちの慢性化】を起こしながらも、できる仕事を増やす【看護師としての基盤づくり】を行い、2～3年を区切りに【最初の職場を去る決断】をしていた。結論：先輩看護師との従属関係や克服できない苦手な先輩看護師の存在、先輩看護師が実践する看護に好意的な感情を持てなかったことが就業継続を阻害した要因であった。成長の自覚や労働時間への不満、求める職場環境との乖離が退職の決断に影響していた。上司である師長が退職した看護師の仕事や人間関係の悩みに気づき対応したり先輩看護師との関係構築を支援したりする必要があった。

キーワード

初期キャリア, 先輩看護師, 職場の人間関係

責任著者：河本乃里. Email: kawamoto-no@shimonoseki-cu.ac.jp

緒 言

卒後2～3年目看護師は、看護師としての基盤を形成する初期キャリアの段階にある。初期キャリアでの豊かな経験が、看護師としての実りあるキャリア形成につながると考える。キャリア形成とは、生涯労働を通して仕事や能力を高め、広げ、深め続けていくことである(楠田, 2019, p.297)。看護職は、適切な教育を基盤に就業を継続することで知識や経験が蓄積され、能力を高めていく職種である(日本看護協会, 2015, p.25)。そのため、初期キャリアの段階では、就業継続し、知識や経験を蓄積していくことが望ましい。しかし、卒後2～3年目看護師の離職率は高い傾向にあると推察される。近年の卒後2～3年目看護師の離職率に関するデータは示されていないが、2010年度の3年目看護職員離職率は12.8%であり、新人看護職員離職率8.1%、5年目看護職員離職率12.6%、正規雇用看護職員離職率10.9%(日本看護協会, 2012)と比べ高かった。

看護師の初期キャリアの段階について、共通する明確な定義は見当たらない。Benner(1984/2005)は、一人前レベルを似たような状況で2, 3年働いたことのある看護師の典型であると述べている(p.21)。これによれば、卒後

2～3年就業継続した卒後3～4年目看護師を一人前レベルとみなし、次の段階である中堅レベルに移行するまでを初期キャリアの段階にとらえることができる。しかし、中堅レベルについては、類似の科の患者を3～5年ほどケアしてきた看護師にみられると述べているが、この期間は推定であり、中堅レベルに移行する時期は言及されていない。また、看護師の一人前レベルの段階は未熟さがみられることや、中堅レベルであっても一人前レベルに後退することもあるという(Benner, 1984/2005, pp.22-26)。このことから、卒後2～3年で初期キャリアの段階を終えたとは言い切れない。また、看護師の専門・関心領域の模索から明確化までに概ね5年を要するという指摘がある(水野・三上, 2000, p.20)。卒後2～3年目看護師の退職は、看護師が専門や関心の領域を明確化できないまま初期キャリアを中断するという問題だけでなく、病院組織にとっても一人前レベルの看護師を失うという問題がある。このことは、看護師の質的量的確保という病院が抱える慢性的な課題の一因になっているのではないだろうか。そのため、卒後2～3年目看護師の就業継続支援は、看護師個人の側面からみても、病院組織の側面からみても重要な課題である。卒後2～3年目に退職した看護師の退職についてそ

の要因を明らかにした研究は見当たらない。勝原（2007）は、生涯にわたる仕事に関連した諸体験のつながりがキャリアだと考えると、これから開発されることだけでなく、これまで何をしてきたかといった過去の視点も大切になると述べている（p.17）。

以上のことから、卒後2～3年目で退職した看護師の就職から退職までの諸体験のつながりをプロセスとしてとらえることで、卒後2～3年目に退職した看護師の就業継続を阻害した要因を明らかにすることができると考えた。これにより、卒後2～3年目看護師の就業継続やキャリア形成の支援に向けた重要な示唆を得ることに貢献できると考える。

I. 研究目的

本研究は、卒後2～3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでのプロセスを明らかにし、卒後2～3年目看護師の就業継続を阻害した要因を検討することを目的とする。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述研究。

B. 研究対象者

研究対象者は、新卒看護師として病院に採用され、卒後2～3年目に退職した看護師9名とした。ただし、退職理由が病気や怪我、結婚や出産、育児、家族の健康問題、介護のためであった場合と退職後6か月を経過していない場合を除いた。また採用時に卒後2～3年目での退職を決めていた看護師は除外した。

C. 調査期間

調査期間は、2018年6月から2019年8月とした。

D. データ収集方法

データ収集は、縁故法により研究対象者へ研究協力を依頼し、協力に同意の得られた対象者に対して半構造化面接によるインタビューを行った。基本属性として年齢、性別、看護基礎教育機関、配属部署、就業期間、退職からインタビューまでの期間、看護職へ復職するまでの期間、インタビュー時の就業状況を聴取した。インタビューガイドを作成し、看護師を職業選択した動機、就職から退職までの心境や行動の変化、退職を考え始めた時期とその理由、

退職を決意したときの気持ちや行動、今後も看護師という職業を継続するかについてインタビューを行った。インタビューはインタビューガイドの項目の順序ではなく、話の展開や流れに沿って対応し、対象者のペースで自由に語ってもらった。2人目以降は、それまでの対象者の質問の答えと同じ内容や違う内容はないか確認する質問を加えた。インタビューは、対象者が指定したプライバシーが確保できる場所で行った。インタビュー内容は同意書と同時に許可を得てICレコーダーに録音し、後に記述して逐語録を作成した。個人や病院が特定できるインタビュー内容があった場合は匿名化した。

E. 分析方法

インタビュー内容から作成した逐語録をデータとし、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、2003；木下、2007）を用いて分析を行った。M-GTAは、データに密着した分析から社会相互作用に関係した人間行動の説明と予測に関わり、プロセスとしての理論生成ができるという特性を持つ。卒後2～3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでにはプロセス性があり、上司や先輩看護師など職場における人間関係の社会相互作用が生じている。卒後2～3年目での退職の決断に至るまで退職した看護師の思考や行動などにどのような変化があったのか、そしてその変化の過程に、職場内の人間関係をはじめとして、どのような要因があったのかを明らかにできると考え、M-GTAを分析方法とした。

分析は、M-GTA分析手順に沿って行った。本研究の分析焦点者は「病院に新卒採用後、卒後2～3年目に退職した看護師」、分析テーマは「就職から退職を決断するまでのプロセスの研究」とした。分析焦点者と分析テーマに照らしてデータから関連する箇所を、文脈を大切に意味のあるまとまりで抜き出し、その内容を解釈して概念を生成した。概念は、「分析焦点者」を主語とした「認知」、「判断・思考」、「行動」のいずれかのうごきを説明できる概念名を命名した。生成した概念に関する他のデータをさがし、データが豊富に出てこなければ、その概念は有効でないと判断して採用しなかった。同時並行で類似例、あるいは対極例をみていき解釈が恣意的に偏る危険を防いだ。概念生成には、分析ワークシートを用いた。複数の概念が生成された段階から、概念間の関係の検討を行い、概念の生成、統廃合を行いながら複数の概念からなるカテゴリーを生成した。新しい概念、カテゴリーの解釈が出てこない判断できるまで分析を行った。分析の結果は、結果図として図に示した。結果図の説明は、ストーリーラインとして文章化した。

F. 倫理的配慮

山口県立大学生命倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号29-47号)。研究対象者に対して、研究の目的や方法、研究参加の任意性と参加撤回・辞退の自由、個人情報保護の保護、得られたデータの利用範囲、研究成果の公表、研究に参加することで得られる利益と不利益、研究の科学的価値や当該領域・社会に対する貢献について書面を用いて説明を行い、協力の意思が確認できた対象者に対して研究参加同意書に署名を得た。また、退職に関するインタビューのため、対象者の精神的な負担を配慮し、質問に対して答えたくないものは答えなくてよいことを伝え、申し出があった場合は質問を取り消すことを説明したうえでインタビューを実施した。

Ⅲ. 結 果

A. 研究対象者の概要

研究対象者は、女性7名、男性2名の計9名であった(表1)。対象者全員が急性期医療を担う一般病院の病棟に勤務し、新人看護職員研修ガイドラインに沿った新人看護職員研修を受けていた。看護基礎教育機関は、大学が4名、専門学校が3名、高等学校専攻科が2名であった。就業期間は2年が3名、3年が6名で、退職時期は9名全員が年度末の3月であった。退職後、看護職へ復職するまでの期間は休職期間なしが5名、2か月が2名、1年が1名、2年が1名であった。インタビュー時の就業状況は看護師として就業が7名、保健師として就業が2名で就業していない対象者はいなかった。インタビュー時に看護師として就業している7名の勤務先は病院が5名、施設が2名であった。

B. 卒後2～3年目に退職した看護師の就職から退職を決定するまでのプロセス

分析の結果、3つのカテゴリーと3つのサブカテゴリー、19の概念が生成された。各概念の定義を表2に示し、概念とサブカテゴリー、カテゴリー間の関係性について分析結果を結果図(図1)として示した。以下、プロセスを構成する3つのカテゴリー【辞めたい気持ちの慢性化】、【看護師としての基盤づくり】、【最初の職場を去る決断】について説明後、結果図に沿ってストーリーラインを説明する。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〔 〕、概念は〈 〉で示した。職場内の人間関係が関連する概念については図に網掛で示した。

1. プロセスを構成する3つのカテゴリー

プロセスを構成する3つのカテゴリーについて、サブカテゴリーと概念、対象者の語りを用いて説明する。対象者の語りは、「太字」で示す。

a. 【辞めたい気持ちの慢性化】

【辞めたい気持ちの慢性化】は、就職後から緊張感のある医療現場で職場内の仕事や人間関係に悩むことにより生じた離職意思を強めたり弱めたりしながら持ち続けていくカテゴリーである。このカテゴリーは、〔居心地の悪い従属関係〕とこれに続く〔就業継続への葛藤〕の2つのサブカテゴリーと1つの概念〈当てにできない上司〉から構成される。

〔居心地の悪い従属関係〕は3つの概念からなる。「やっぱり人間関係がすごく大変だなと思いました。すごく忙しい病棟だったので、もうピリピリピリピリ雰囲気がしてますし。」(D)と語られたように、卒後2～3年目に退職した看護師は、急性期医療を担う先輩看護師らの緊張感や忙しさが伝わってくる職場で、「ダブルチェックで点滴をつめたりとかしないといけないから、その先輩にちょっと声をかけるのも怖いし。『え、今、忙しいんだけど』みたい

表1 研究対象者の概要

対象者	年齢	性別	看護基礎教育機関	在職期間	退職からインタビューまでの期間	看護職へ復職するまでの期間	インタビュー時の就業状況
A	20歳代	女性	大学	3年	1年3か月	休職期間なし	保健師
B	20歳代	女性	専門学校	3年	5年6か月	休職期間なし	看護師(病院)
C	20歳代	女性	大学	3年	1年4か月	2か月	看護師(病院)
D	20歳代	女性	専門学校	3年	4年7か月	休職期間なし	看護師(病院)
E	20歳代	男性	専攻科2年	2年	1年1か月	休職期間なし	看護師(病院)
F	30歳代	男性	専攻科2年	2年	1年1か月	休職期間なし	看護師(病院)
G	20歳代	女性	大学	2年	4年11か月	2か月	保健師
H	20歳代	女性	専門学校	3年	2年5か月	2年	看護師(施設)
I	30歳代	女性	大学	3年	6年4か月	1年	看護師(施設)

なことを言われるのが怖いから、余計、嫌になる。」(I) というように、先輩看護師の顔を窺い、〈先輩看護師らに畏縮〉しながら仕事をしていた。また、「看護師間では、まあやっぱり先輩の考えもあるので、1年目はもうそれに沿っていくという形ではありましたけど。やっぱりそれでジレンマがあったりすることもありましたけど。」(D) のように、おかしいと思いつつも従わざるを得ない〈共感できない看護へのジレンマ〉を抱えていた。更に、「なんか普通、同期(看護師)って、他の病棟を見てもすごい仲がいいのになんか、ねえねえ、とかって言っても『触らないで』くらいの勢いじゃないですか。最初は、そこがなんかすごい悩みだったような気がします。」(A) と、〈同

期看護師との距離感〉を感じていた。このような状況の中で先輩看護師らに畏縮しながら、否が応でも先輩看護師に従わざるを得ない上下関係として、〔居心地の悪い従属関係〕が形成されていた。そして、「泣きながら、緊張とプレッシャーと。今日は怖い先輩がいるなって。ゴールデンウィーク明けてから泣きながら(出勤していた)」(B), 「(仕事に)行きました。なんか逃げるのが。変なところですごい真面目っていうのもあれなんですけど。逃げちゃいけないな、っていうのが、やっぱり迷惑かかるし。」(E) と語られたように先輩看護師との人間関係に悩み、離職意思を抱えながらも就業を継続していた。

〔就業継続への葛藤〕は、〔居心地の悪い従属関係〕に続

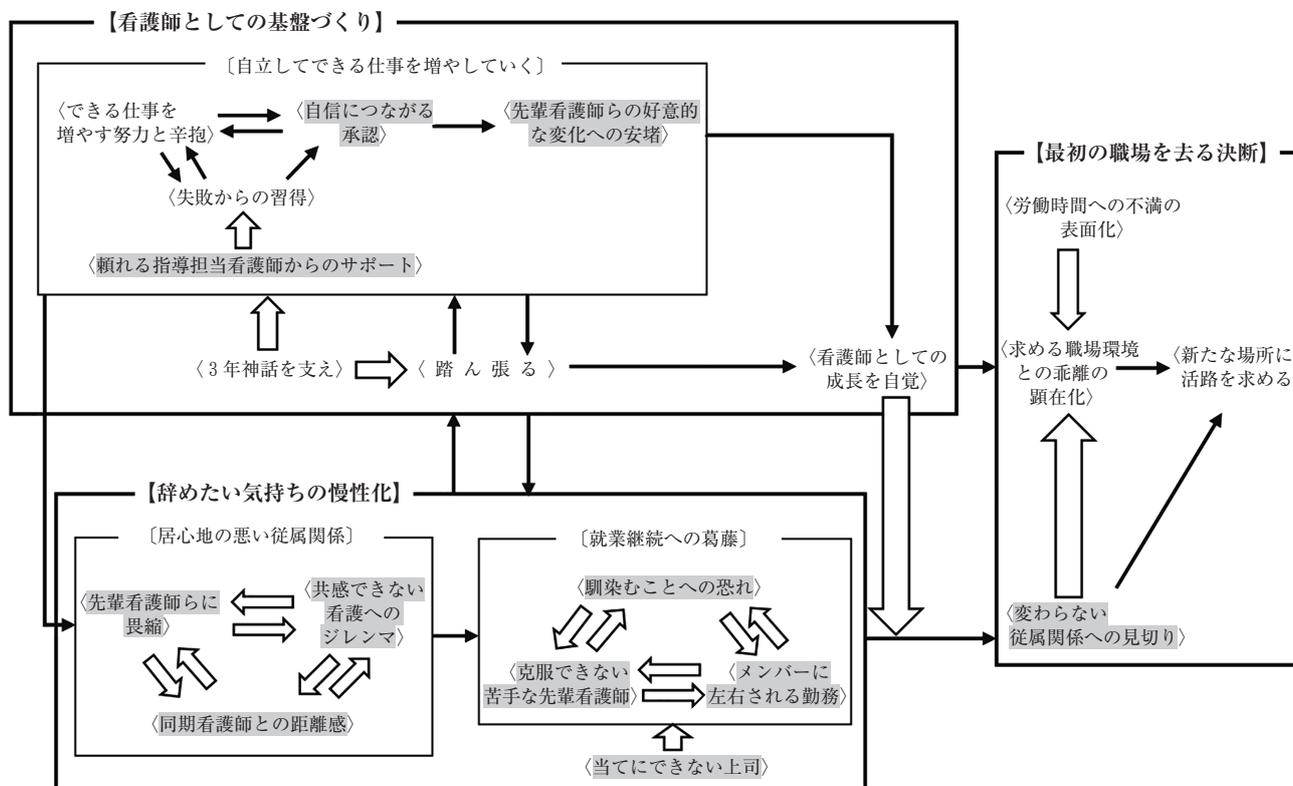
表2 カテゴリー・サブカテゴリー・概念・定義の一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
辞めたい気持ちの慢性化	居心地の悪い従属関係	先輩看護師らに畏縮	先輩看護師らの緊張した雰囲気が伝わってくる職場の中で指導を受けながら常に先輩看護師らに気を遣い、顔を窺って気持ちや行動が縮こまること
		共感できない看護へのジレンマ	先輩看護師が行っている看護と、自分自身が行いたい看護との間に溝を感じながらも、それを表出することができず悩むこと
		同期看護師との距離感	同じ職場の同期看護師との接触が少なく、関係性に溝を感じる
	就業継続への葛藤	克服できない苦手な先輩看護師	自尊心を低下させられる厳しい指導やいつまでも自分を畏縮させる存在の先輩看護師、共感できない言動の先輩看護師など嫌だと感じる先輩看護師との関係性に悩み続けること
		メンバーに左右される勤務	勤務帯のメンバー構成により、自分自身の気持ちや仕事の進行状況に(悪)影響を及ぼされること
		馴染むことへの恐れ	職場で行われている看護や人間関係に慣れてその集団に調和していく自分の変化に抵抗を感じる
看護師としての基盤づくり		当てにできない上司	上司に対して期待や信頼が持てないこと
	自立してできる仕事を増やしていく	できる仕事を増やす努力と辛抱	看護師として働いていくために必要な知識や技術を身につけ、できる看護や業務が増えるように辛い思いをしながらも、前向きに取り組むこと
		失敗からの習得	失敗を繰り返しながらも、看護師として働いていくために必要な知識や技術を身につけていくこと
		頼れる指導担当看護師からのサポート	失敗した時や困ったときに相談でき、励ましてくれる新人看護師支援体制の役割を担う先輩看護師から支えられること
		自信につながる承認	認められたと感じられる先輩看護師らの発言や態度から、仕事に自信が持てるようになること
	最初の職場を去る決断	先輩看護師らの好意的な変化への安堵	できる仕事が増えたことで、先輩看護師の自分自身に対する態度や言動が良い方へ変わったことを感じ安心すること
		3年神話を支え	3年という年月を乗り越えれば、その後も看護師として職業継続していけるだろうと考え、辞めたい気持ちを食い止めること
		踏ん張る	辞めたい気持ちを抑えて、仕事に向き合うこと
看護師としての成長を自覚		その職場における一通りの仕事を経験し、看護師として働けるようになったと感じること	
最初の職場を去る決断	変わらない従属関係への見切り	いつまで経っても気を遣い続けなければならない先輩看護師との関係性に嫌気がさし退職という形で先輩看護師との関係性を絶つと決めること	
	労働時間への不満の表面化	時間外や休日などの労働に関する積み重なった不満が表に出てくること	
	求める職場環境との乖離の顕在化	勤務時間や人間関係、看護など職場で起こっている事柄が自分自身の理想とする働き方と違っていることが顕著になること	
	新たな場所に活路を求める	看護師としての経験を糧に自分が働ける別の職場を探すこと	

くサブカテゴリーで3つの概念からなる。卒後2～3年目に退職した看護師には、共感できない看護を行う先輩看護師や、いつまでも自分を畏縮させる先輩看護師が〈克服できない苦手な先輩看護師〉として2～3年の就業継続の間、ずっと存在していた。「3年目とかでも全然ありました。(先輩看護師のことが)怖かったんだと思います。怖かったですね。怖くなくなる日はくるのかな、って。」(A)と語られたように克服できない先輩看護師への苦手意識は続いていた。そして、「ちょっときついつて方(先輩看護師)がいらっしまったので。そこはちょっと夜勤、一緒になると嫌だなんていうのはありました。人によってですけどね。(夜勤は)人数が減るので。一緒(の勤務)になると気分が憂鬱になる。」(D)、「苦手とした人(先輩看護師)はすごい仕事ができる人で、仕事の回りはすごい早いけどその分なんか、厳しい。『何、またできてないの』ってみたいな感じとか、怒られるときの怖さとかもあって。」(E)というように〈克服できない苦手な先輩看護師〉との仕事は、〈メンバーに左右される勤務〉に強く影響を及ぼしていた。また、〈馴染むことへの恐れ〉では、職場の仕事や人間関係に慣れていく自分の変化に抵抗を感じていた。「エレベーターが閉まった瞬間、(先輩看護師が)さっ、みたいな、さっさと部屋片づけよ、みたいなことを言っ

た。深々と礼をしたのに、さ、次みんないくぞ、みたいな感じで。なんか人が死ぬってこういうことなんや、こんなもんなや、って。あれに慣れるのが、怖いみたいな。」(A)、「(先輩看護師のように)あしらうとかはできないです。患者さんもいろんな思いがあるので。もっと時間をかけて関わってあげたいな、って。」(D)や「1日の業務を作業みたいに繰り返してだけで。先輩とか、まあすごいできる人はすごいな、って思うけど、憧れる先輩とかはいなかった。一人ほどなんかこう、仕事はバリバリにできるけど、口が悪いし、けっこう人に対して態度が変わる先輩がいて、師長さんもその人に逆らえないんですよ。」(H)という語りがあった。先輩看護師のように患者の死に慣れることや、共感できない見習いたくない先輩看護師の看護など、職場で行われている看護に馴染めないことも〔就業継続への葛藤〕となっていた。

〔就業継続への葛藤〕には、〈当てにできない上司〉の存在が影響していた。「やっぱり辞める人も多かったんですけど、その人(師長)に話しても全然だめだから、直接、看護部長に言ったほうがいいって話を聞いたので。」(E)、「師長さん、途中で変わったんで。多分、2年目の途中くらいで。その師長さんほんとあんまり好きじゃなかった。」(C)、「(師長は)守ってくれるタイプではなく



〈 〉 概念* [] サブカテゴリー 【 】 カテゴリー → 変化の方向 ⇨ 影響
※網掛は職場内の人間関係に関連する概念

図1 卒後2～3年目に退職した看護師の就職から退職を決定するまでのプロセス結果図

て。事故とかがあってもちゃんと話とかも聞いてくれないし。え、なんでみたいに責められるような感じで。守ってくれる人はいないですよ。」(I)と語られたように、卒後2～3年目に退職した看護師は、上司に対して期待や信頼を持たず、自分自身の悩みを話しても解決してもらえないと判断し、上司に相談などの支援を求めていなかった。

b. 【看護師としての基盤づくり】

【看護師としての基盤づくり】は、卒後2～3年目に退職した看護師が、先輩看護師との関係性に悩みながらも看護師として働いていくために必要な知識や技術を習得し、一人でできる仕事を増やしていくことで看護師として成長していくカテゴリーである。このカテゴリーは、5つの概念からなるサブカテゴリー〔自立してできる仕事を増やしていく〕と3つの概念〈3年神話を支え〉、〈踏ん張る〉、〈看護師としての成長を自覚〉から構成される。

卒後2～3年目に退職した看護師は、「3年くらいしなないとどこに行っても通用しないだろうと思ったんで、それですってやってたんですけど。」(F)と語られたように、3年という年月を乗り越えれば、その後も看護師として働いていけると考え、〈3年神話を支え〉にしていた。結果として2～3年で退職に至っているが、就職した時点で2～3年で退職を決めてはいなかった。また、「やりたくなくて、辞めたくて、たまたまなくて。でも、その半分、いや、辞めてたまるかって、精神もちょっとあったから3年間続けたのかもと思いますけど。」(C)というように、離職意思を持ちながらも看護師として働けるようになるまでは辞められないという思いが、仕事の失敗や先輩看護師との関係性に悩みながらも〈踏ん張る〉という就業継続につながっていた。

就職後、繰り返す失敗に悩みながらもプリセプターなどの〈頼れる指導担当看護師からのサポート〉を受けながら、〈失敗からの習得〉や〈できる仕事を増やす努力と辛抱〉を通して、看護師として働いていくために必要な知識や技術を身につけていた。「大変でしたね、帰ってからも次の日の予習とか復習をしたりして。次する処置とか検査とかの勉強をしてないと、やっぱり(先輩看護師に)迷惑かけるので、っていうのがあるの。」(F)と語られたように先輩看護師の迷惑にならないようにしなければならぬということも〔自立してできる仕事を増やしていく〕ことにつながっていた。〔自立してできる仕事を増やしていく〕中で、「多分、2年目かな。仕事ができるようになってきて、けっこうまあ、入れるところも増えてきて」(G)という頃になると、先輩看護師から得た言葉や態度が〈自信につながる承認〉となっていた。「先輩ってみんな変わりますよね、変わりませんか。風当たりが変わるんですよ。1年目の夏過ぎるくらいから、なんかナースコール

取ってくれる子みたいな感じになると、なんか、やってくれる子みたいな感じになって、いろいろ教えてあげようみたいな気持ちになるのか、いろいろ教えてもらって。2年目くらいからは、すごいしっかりしてきたね、みたいな見方をしてもらえて。」(A)のように先輩看護師の言動の変化が〈先輩看護師らの好意的な変化への安堵〉につながっていた。

そして、「まあ言われたことに対することとか、業務的なことを一通りはこなせるようになった、っていうのはあって、やっぱりできるようになってくると楽しいな、っていうのはあって。」(F)という語りのように、退職した看護師は、卒後2～3年目にその職場で一通りの仕事ができるようになり、看護が楽しいと思えるようにもなっていた。これが〈看護師としての成長を自覚〉できることにつながっていた。しかし、「2年目くらいから、一人前では全然ないですけど、一通りのことはできるようになったかなって(思って)、2つ目の病院に行って。3年目だったし大丈夫だろうと思ったけど、(2つ目の病院の)やることがもっとすごすぎて、今までの自分が恥ずかしくなってる。」(B)と語られたように〈看護師としての成長を自覚〉することが他の場所でも看護師として働いていけるといふ認知にもつながり、退職の決断に影響していた。

c. 【最初の職場を去る決断】

【最初の職場を去る決断】は、看護師が就業継続2～3年を区切りに、最初の職場に見切りをつけ、自分に合った職場環境を求めて退職を決めるカテゴリーである。このカテゴリーは4つの概念から構成される。

「3年目も私が入院取ります、ナースコール取ります、って、(先輩看護師の)機嫌を取りながら、身を削りながら(仕事)してました。っていうのがあったんで、余計出やすかった。他の病院は、新たなところなのでリスクが高い。新たな人間関係なのでリスクは高いと思いますけど、ここでできたんならよそでも頑張ろう、っていうのがあったので、ここよりかは(いい)って。」(D)と語られたように、看護師としての成長の自覚が、先輩看護師との入職時から続く〈変わらない従属関係への見切り〉につながり、退職の決断に大きく影響していた。また、「1年目は下だから仕方ないって思って、仕事も遅いから仕方がないな、って思って。2年目からはこんなに残ってるのに何(時間外手当)ももらえんっていうのは、おかしいな、って。」(C)といった仕事ができない間は仕方がないと我慢していた〈労働時間への不満の表面化〉が起こっていた。そして「同期もあんまり仲良くなくて、好みじゃない感じだし、人としてもう終わってるような先輩もいるし、先輩の空気も読まないといけないし、仕事もばたばたで残業も当たり前だし。まあ、(先輩看護師から)看護として学び

たい技術とかも全然なかったんですね。」(H), 「一応3年働いたから, 内科ならいけるかな, って思って。後は行ってから勉強しよって思って。」(C) というように, 〈求める職場環境との乖離の顕在化〉が起り, 自分自身が看護師として働き続けるための〈新たな場所に活路を求める〉ことから卒後2~3年を区切りに【最初の職場を去る決断】に至っていた。

2. ストーリーライン

卒後2~3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでのプロセスを結果図に沿って, 生成された全てのカテゴリとサブカテゴリ, 概念を用いて説明する。

卒後2~3年目に退職した看護師は, 看護師としての基盤をつくるために〈できる仕事を増やす努力と辛抱〉をしていく。しかし, 就職直後は一人でできる仕事はなく, 緊張感のある職場の中で〈先輩看護師らに畏縮〉し, 〈共感できない看護へのジレンマ〉や〈同期看護師との距離感〉から〔居心地の悪い従属関係〕に身を置き, 辞めたいという気持ちが生じていた。2~3年の就業継続の間も〈克服できない苦手な先輩看護師〉との関係や〈メンバーに左右される勤務〉, 職場で行われている看護や人間関係に〈馴染むことへの恐れ〉が〔就業継続への葛藤〕となり, 辞めたい気持ちを持ち続ける。退職した看護師は, 辞めたい気持ちを〈当てにできない上司〉に相談をすることはなく, 【辞めたい気持ちの慢性化】が起きていた。

その一方で, 退職した看護師は, 就職時から〈3年神話を支え〉に〈踏ん張る〉ことで〈できる仕事を増やす努力と辛抱〉を続ける。そして〈頼れる指導担当看護師からのサポート〉を受けながら, 〈失敗からの習得〉を通して, [自立してできる仕事を増やしていく]。これにより, 先輩看護師から得られた〈自信につながる承認〉が, 〈先輩看護師らの好意的な変化への安堵〉につながり, 卒後2~3年目には〈看護師としての成長を自覚〉できるようになる【看護師としての基盤づくり】をたどっていた。

そして, 〈看護師としての成長を自覚〉できるようになると, 先輩看護師との〈変わらない従属関係への見切り〉がつく。さらにそれまでに蓄積していた〈労働時間への不満の表面化〉も影響して, 〈求める職場環境との乖離の顕在化〉が起り, 卒後2~3年を区切りに〈新たな場所に活路を求める〉ことから【最初の職場を去る決断】に至っていた。

IV. 考 察

分析の結果, 3つのカテゴリ【辞めたい気持ちの慢性化】, 【看護師としての基盤づくり】, 【最初の職場を去る決断】から構成される「卒後2~3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでのプロセス」が明らかになった。プロセスに関わる職場内の人間関係は, 「先輩看護師」, 「上司」, 「同期看護師」であった。また, プロセスを通して, 退職した看護師の看護師としての成長と離職意思の変化の過程がみえた。以下, 「A. プロセスに関わる職場内の人間関係」と「B. 退職した看護師の成長と離職意思の変化」の視点からプロセスを考察し, 就業継続を阻害した要因を検討する。さらに「C. 卒後2~3年目看護師の就業継続とキャリア形成への示唆」を考察する。

断】から構成される「卒後2~3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでのプロセス」が明らかになった。プロセスに関わる職場内の人間関係は, 「先輩看護師」, 「上司」, 「同期看護師」であった。また, プロセスを通して, 退職した看護師の看護師としての成長と離職意思の変化の過程がみえた。以下, 「A. プロセスに関わる職場内の人間関係」と「B. 退職した看護師の成長と離職意思の変化」の視点からプロセスを考察し, 就業継続を阻害した要因を検討する。さらに「C. 卒後2~3年目看護師の就業継続とキャリア形成への示唆」を考察する。

A. プロセスに関わる職場内の人間関係

1. 先輩看護師との関係

本研究で明らかになった退職した看護師と先輩看護師との関係性は, 先輩看護師らに畏縮し, 否が応でも従うという従属関係であった。新入職員がリアリティショックを受けることや, 職場で先輩に気を遣う上下関係が生じるのは一般的であるが, この関係は職場の一員となっていく組織社会化の過程を通して変化していくと考えられる。組織社会化は, 「組織への新規参入者が組織の規範・価値・文化を習得し, 期待される役割を遂行し, 業務遂行上必要な技能を獲得することによって組織に適應すること」と定義されている(高橋, 2002, p.32)。卒後4年目看護師の就業継続のプロセスを明らかにした研究(河本・田中, 2018)によると, 就業継続できた看護師は, 卒後3年目までにチームの一員として協働できるようになるなかで, 先輩看護師との関係は同僚へと変化していた。しかし, 本研究のプロセスでは, 「怖かった」という語りがあったように, 克服できない苦手な先輩看護師との勤務では, 先輩看護師との関係は同僚へと変化することができなかつたと考える。

退職した看護師が克服できなかった苦手な先輩看護師の特徴は, 退職した看護師を畏縮させる指導や態度をとる, 見習いたくない看護や共感できない看護を実践するといったことであった。それらの先輩看護師は仕事ができる看護師という語りがあった。しかし, ここでいう仕事は退職した看護師が目指す看護の姿ではなかつたと考える。そのため, 先輩看護師の言動や実践する看護に好意的な感情を持たず〈共感できない看護へのジレンマ〉や〈馴染むことへの恐れ〉につながつたと考えられる。入職時から続いた先輩看護師との従属関係, 克服できない苦手な先輩看護師の存在, 先輩看護師が実践する看護に好意的な感情を持たなかつたことが, 退職した看護師の最初の職場への適應と就業継続を阻害したと考察する。

2. 上司との関係

退職した看護師にとって上司である師長は, 〈当てにで

きない上司」と認知されており、上司への信頼や期待は低く、良好な上司と部下の関係は見えなかった。卒後2～3年目は卒後1年未満よりも上司や同僚からの支援や承認の減少を感じていることが窺われ、卒後2年目以降も継続的な上司からの支援や承認が必要である（成田・石井, 2015）。建設的な人間関係構築、職務上の悩みの解決に対する現場での直接的な支援が2～3年目の看護師の勤務継続意欲の向上に寄与する可能性が指摘されている（関井, 2010）。本研究においても、上司が退職した看護師の就業継続への葛藤に気づき、思いや悩みを傾聴し、克服できない苦手な先輩看護師との勤務を回避するなど、退職した看護師が抱えていた仕事や人間関係の悩みに対して直接的な対応や支援を行う必要があったと考える。また、職場内の人間関係の調整を行い、卒後2～3年目看護師が目指す看護や専門・関心の領域をみつけ、就業継続やキャリア形成につながるよう支援していくのは上司である師長の役割であると考えられる。しかし、師長に話してもだめだからと語られたように、退職した看護師は上司からの支援を得られない状況にあったと考えられた。師長と先輩看護師の力関係に問題があることや師長の配置転換を示す語りがあり、師長と先輩看護師との関係性や師長の配置転換が退職した看護師への上司の支援に影響を及ぼしていた可能性も窺えた。このように退職した看護師への上司の支援には課題があり、退職した看護師の就業継続を阻害する要因になっていたと考える。

3. 同期看護師との関係

職場内の人間関係では、〈同期看護師との距離感〉が、退職した看護師の職場内の孤立や先輩看護師との〔居心地の悪い従属関係〕を強めていた。同期看護師と非評価的で支持的な関係を築きつつ行われる実践の振り返りや、教え合うという協同を通じた行動や認識は、初期キャリアにある看護師の精神的支援が得られ、自発的行動やケアの幅が広がり、同期看護師同士の成長に有効であるという報告がある（富田・細田, 2019）。自分自身と同じ状況に置かれ、職場内の仕事や人間関係に対するストレスを同じように経験している同期看護師の存在は大きい。4年目看護師の就業継続のプロセスを明らかにした研究（河本・田中, 2018）においても支え合える同期看護師の存在がともに成長する励みとなり、就業継続にプラスの影響を与えていた。同期看護師と支え合える支持的な関係を構築できないことは、就業継続を阻害する要因の一つになり得ると考える。

B. 退職した看護師の成長と離職意思の変化

宗方（2002a）は、満足されない欲求は個人の内部で動因を刺激する緊張を生み出し、これらの動因はそれを達成

することで欲求を満足させ、緊張を低減させることを導くような特定の目標を見つけるための検索行動を発動すると述べている（pp.81-83）。〔居心地の悪い従属関係〕における諸体験は、離職意思とともに、仕事や人間関係への満たされない欲求が緊張を生み、〔自立してできる仕事を増やしていく〕動因になっていたと推察する。これに〈3年神話を支え〉とすることや、〈頼れる指導担当看護師からのサポート〉が加わり、1年目の早期離職は回避できたと考える。

しかし、できる仕事が増え、先輩看護師から〈自信につながる承認〉を得ても、先輩看護師との従属関係が続いたことにより、承認欲求の充足には至らなかったと考える。早期退職した新卒看護師は、自己の能力と職場で求められる能力の差に悩み、心身ともに追い詰められて過度なネガティブとなり、退職の決断に至ったという報告がある（山田・藤内, 2015, p.50）。本研究の退職した看護師の退職の決断はネガティブな意味合いではなく、退職した看護師にとっては「切り替え」という前向きな決断であったとも考えられる。宗方（2002b）は、ある課題や行動に対する自信を自己効力期待と述べている（pp.22-23）。〈看護師としての成長を自覚〉は決してよいとは言えない人間関係の中で経験を蓄積できたことが、新しい場所でも看護師として働いていけるという自己効力期待となり、2～3年を区切りに退職を決断させたと考えられる。

また、卒後年数の経過に伴い、離職願望は職務の適性への不安から、職務内容への不満や超過勤務などの勤務体制への不満に変化することも指摘されている（山田・横川・村松・三上・内田, 2014）。本研究においても看護師としての成長の自覚により表面化した労働時間への不満や求める職場環境との乖離が就業継続を阻害する要因となり、退職の決断に影響したと考える。

C. 卒後2～3年目看護師の就業継続とキャリア形成への示唆

本研究の結果から、退職した看護師を畏縮させる指導や態度をとる、見習いたくない、共感できない看護を実践する先輩看護師が、克服できない苦手な先輩看護師として就業継続を阻害する要因となっていたことが明らかになった。先輩看護師から日常的に受けている仕事上の技術的・精神的な支援が、初期キャリア看護師の看護専門職としてのキャリア成熟の促進にとって重要である（加納・津本・内田, 2016）。先輩看護師が看護のモデルとなり、卒後2～3年目看護師の状況を確認しながら、意図的に成長を促進させる関わりを持つことが望ましいと考える。さらにこれまでの考察から卒後2～3年目看護師の就業継続とキャリア形成において、先輩看護師とともに実践する看護

に好意的な感情を持ち、卒後2～3年の間に先輩看護師との関係を同僚へと発展させ、目指す看護や専門・関心の領域をみつけることができる職場であることが重要であると示唆を得た。そのためには、上司である師長は、先輩看護師がモデルとなる看護実践を示しながら卒後2～3年目までの看護師を支援できるように、先輩看護師を指導・教育していく必要がある。そして師長は、卒後2～3年目看護師の仕事や人間関係の悩みに対して直接的な対応や支援を行いながら、卒後2～3年目看護師と先輩看護師の関係構築を支援していく必要があると考える。

結 論

1. 卒後2～3年目に退職した看護師の就職から退職を決断するまでのプロセスは、退職した看護師が、職場の仕事や人間関係に悩み【辞めたい気持ちの慢性化】をさせながらも、できる仕事を増やす【看護師としての基盤づくり】を行い、卒後2～3年を区切りに【最初の職場を去る決断】に至ることが明らかになった。
2. 卒後2～3年目に退職した看護師の就業継続を阻害した要因は、先輩看護師との従属関係や克服できない苦手な先輩看護師の存在、先輩看護師が実践する看護に好意的な感情を持ってなかったことであった。先輩看護師との人間関係と上司の支援に課題があり、上司である師長が卒後2～3年目看護師の仕事や人間関係の悩みに気づき、対応することや先輩看護師との関係が構築できるよう支援を行う必要があった。同期看護師と支持的関係を構築できないことも就業継続を阻害する要因であった。看護師としての成長の自覚や労働時間への不満、求める職場環境との乖離が退職の決断に影響していた。
3. 卒後2～3年目看護師の就業継続とキャリア形成において、先輩看護師とともに実践する看護に好意的な感情を持ち、卒後2～3年の間に先輩看護師との関係を同僚へと発展させ、目指す看護や専門・関心の領域をみつけていくことのできる職場であることが重要であると示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究の研究対象者は、卒後2～3年目に退職後、休職期間があった者もいたが全員が看護職として再就職していた。また、退職からインタビューまで、1年以上が経過していた。研究対象者は、看護職として就業を継続する中で、卒後2～3年目の退職当時を客観視し、冷静に振り返ることができる状況にあったと推察される。そのため、退職直後のリアルな心境や、現在卒後2～3年目にある看護

師の心境、さらに卒後2～3年目に退職後、看護職として再就職していない者の心境と乖離が生じている可能性がある。このことから、本研究の結果は、急性期医療を担う一般病院に新卒採用後、卒後2～3年目に退職し、看護職として再就職後、就業を継続できた看護師に限定されるものであることに留意しなければならない。今後の課題としては、退職後1年以内の対象者や、卒後2～3年目に退職し、看護職として就業していない対象者を調査し、本研究の結果と比較していく必要がある。また、2020年度以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、卒後2～3年目看護師を取り巻く環境は大きく変化した。そのため、新たな就業継続を阻害する要因が生じている可能性がある。2020年以降に退職した看護師のデータを追加していくことも今後の課題である。

謝 辞

本研究に協力してくださった看護師の皆様、並びに研究対象者を紹介してくださった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所に提出した博士論文を一部加筆・修正したものであり、内容の一部を第50回日本看護学会－看護管理－学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

- Benner, P. (1984) / 井部俊子訳 (2005). ベナー看護論新訳版: 初心者から達人へ. 21-26, 東京: 医学書院.
- 加納さえ子, 津本優子, 内田宏美 (2016). 初期キャリア看護師の職業キャリア成熟度と背景要因. 鳥根大学医学部紀要, 38, 63-73.
- 勝原裕美子 (2007). 看護師のキャリア論: 多くの節目を越えて生涯にわたる成長の道筋を見出すために. 17, 神奈川: ライフサポート社.
- 河本乃里, 田中マキ子 (2018). 就業継続3年が職業継続意欲に影響を及ぼす要因の検討: 4年目看護師の就業継続のプロセスから. 日本看護学会論文集 看護管理, 48, 237-240.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い. 東京: 弘文堂.
- 木下康仁 (2007). ライブ講義 M-GTA: 実践的質的研究法: 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京: 弘文堂.
- 楠田 丘 (2019). 第6章人事システムと賃金体系 論点6 職能給

- の導入. 手島 恵 (編), *看護管理学習テキスト第3版 第3巻人材管理論* (pp.289-302). 東京: 日本看護協会出版会.
- 水野暢子, 三上れつ (2000). 臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究. *日本看護管理学会誌*, 4(1), 13-22.
- 宗方比佐子 (2002a). 第4章 仕事への動機づけ. 宗方比佐子・渡辺直登 (編), *キャリア発達心理学: 仕事・組織・生涯発達* (pp.81-98). 東京: 川島書店.
- 宗方比佐子 (2002b). 第1章 職業の選択. 宗方比佐子, 渡辺直登 (編), *キャリア発達心理学: 仕事・組織・生涯発達* (pp.13-29). 東京: 川島書店.
- 成田真理子, 石井範子 (2015). 看護師の看護実践環境と職務満足との関連: 卒後2~3年目の特徴を探る. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要*, 23(2), 105-117.
- 日本看護協会 (2012). *日本看護協会調査研究報告No.85: 2011年病院看護実態調査*. 29-38, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 (2015). 2025年に向けた看護の挑戦: 看護の将来ビジョン: いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護. 日本看護協会. <https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf> (参照2022年7月1日)
- 関井愛紀子 (2010). 新人看護師の勤務継続意欲に関連する職場環境要因. *新潟医学会雑誌*, 124(9), 501-511.
- 高橋弘司 (2002). 第2章 組織社会化. 宗方比佐子, 渡辺直登 (編), *キャリア発達心理学: 仕事・組織・生涯発達* (pp.31-54). 東京: 川島書店.
- 富田亮三, 細田泰子 (2019). 初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングの様相とその効果: フォーカスグループインタビューによる分析. *日本看護研究学会雑誌*, 42(1), 99-109.
- 山田典子, 横川亜希子, 村松真澄, 三上智子, 内田雅子 (2014). 大卒看護職の初期キャリアにおける就業満足感と離職願望. *札幌市立大学研究論文集*, 8(1), 19-29.
- 山田貴子, 藤内美保 (2015). 早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 38(5), 41-51. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20150811005>

[2022年11月15日受 付]
[2023年8月3日採用決定]

Process from Employment to the Decision to Leave among Nurses who Left their First Workplace in the 2-3 Years after Graduation

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 85-95
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230803224>

Nori Kawamoto, PhD, RN¹, Makiko Tanaka, PhD, RN²

¹Shimonoseki City University, Yamaguchi, Japan, ²Yamaguchi Prefectural University, Yamaguchi, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the process from employment to the decision to leave among nurses who left their first workplace in the 2-3 years after graduation and the factors that hindered continued employment.

Methods: Semi-structured interviews were conducted among nine such nurses. The data were analyzed using a modified grounded theory approach. **Results:** The nurses who had left their workplace were worried about their work and interpersonal relationships at the workplace. Furthermore, despite having a “chronic desire to quit” their workplace, they worked more to “build a foundation for their career in nursing.” They made “the decision to leave the first workplace” 2-3 years after their graduation. **Conclusions:** The factors that hindered employment continuation were the junior nurses’ relationship as subordinates with senior nurses, the presence of the latter with whom they experienced difficulty working, and a lack of favorable experiences during collaborations with senior nurses. Junior nurses’ decision to resign was influenced by the following factors: awareness of their self-growth as a nurse, dissatisfaction with working hours, and discrepancy with the desired work environment. Workplace supervisors should recognize and respond to work and workplace relationship problems faced by nurses to coordinate relationship building efforts with senior nurses.

Key words

early career, senior nurses, workplace relationships

Correspondence: N. Kawamoto. Email: kawamoto-no@shimonoseki-cu.ac.jp

近距離から通う別居介護者への 訪問看護師による支援の特徴

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 97-106
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230810227>

山根友絵¹, 百瀬由美子²

¹人間環境大学看護学部, ²日本赤十字豊田看護大学看護学部

要 旨

目的：本研究は、近距離から通って介護を行う別居介護者に焦点を当て、訪問看護師が実施している別居介護者支援の特徴を明らかにすることを目的とした。方法：訪問看護師13名に近距離から通って介護する別居介護者への支援について半構造的面接を行い、エスノグラフィーの手法を参考に分析した。結果：訪問看護師が行う別居介護者支援として【限られた接点での初期からの関係作り】、【情報共有による関係職種での食い違いのない対応】、【離れている間の安心をもたらす緊急時対応】、【今後に向けた意思決定の促し】、【別居介護者自身の対応力を高める助言】、【介護意欲を下げないための関わり】、【情報のギャップを埋める連絡】、【多重役割を持つ別居介護者の生活を優先した対応】の8カテゴリが抽出された。結論：介護者が別居であるがゆえに重要性が高い支援や特徴的な支援が明らかになったため、特徴を生かした支援の実施が求められる。

キーワード

訪問看護師, 高齢者, 別居介護, 近距離介護, 家族支援

責任著者：山根友絵. Email: t-yamane@uhe.ac.jp

はじめに

核家族化が進行する中、一人暮らしや夫婦のみの世帯の高齢者は増加しており、高齢者の介護の状況は変化している。高齢者の介護は同居の家族等が担うことが多く、2019年でも54.4%を占めるが（厚生労働省、2020）、その割合は減少傾向にある。それに対し、別居の家族等が介護を担う割合は2019年で13.6%であるが（厚生労働省、2020）、2007年の10.7%（厚生労働省、2008）と比較すると割合は増加しており、今後も増加する可能性は否定できない。

別居介護に関しては、みずほ情報総研株式会社（2012）の調査によると、介護を行ううえでの困難として、精神的な負担が大きいことや急変時の対応ができないこと等が挙げられている。さらに、介護者自身の家庭生活に制約を受けることや、介護に不安が付きまとうなど、別居介護に伴う負担も報告されているため（山根・蒔田・山本、2017）、別居介護者への支援は重要であるといえる。専門職による別居介護者への支援に関して、松下・米増（2009）はケアマネジャーによる通い介護家族への支援として「通ってきている家族員自身の健康についての相談や助言」、「通ってきている家族員の家族の健康についての相談や助言」等の10項目を示している。訪問看護ステーションにおいても、

訪問看護利用者のうち一人暮らしや夫婦のみの世帯の高齢者は、性別や年齢階級によって異なるものの、約3割から7割を占めており（厚生労働省、2017）、訪問看護師が別居介護者に関わる機会は少なくないと予測される。しかしながら、訪問看護師による別居介護者支援について明らかにした研究はなく、訪問看護師は個々の経験や価値観に基づいて別居介護者への支援を行っていると推察される。一人暮らしや高齢夫婦のみで生活する高齢者が、要介護状態となっても住み慣れた自宅での生活を継続していくためには、別居介護者からの支援は重要であり、訪問看護師は別居介護者の介護継続を支えるため、適切な支援を行う必要がある。

一方、別居介護では、片道所要時間や被介護者の要介護度等によって介護内容が異なることが示されており、「電話、手紙、メールなどの精神的な支援」は片道所要時間が長いほど実施割合が高く、「通院やその他の外出の介助」、「病気の時の看護や世話」などは片道所要時間が短いほど実施割合が高いことが報告されている（みずほ情報総研株式会社、2012）。介護の状況により別居介護者の支援ニーズも異なることが予測されるため、訪問看護師による別居介護者への支援を検討するうえでは、それらの特性を考慮に入れる必要がある。研究者らが行った訪問看護ステー

ションにおける別居介護者支援の現状を明らかにした研究(山根・百瀬, 2021)では, 訪問看護師が多く関わる別居介護事例は, 片道所要時間が60分未満の近距離から通う事例が約6割を占めていることが示された。近距離の介護では, 精神的な支援だけでなく身体的な介護を行うことも多いと考えられ, 別居介護者の介護負担も大きくなりやすいと推察される。

そこで, 本研究では, 近距離から通って介護を行う別居介護者に焦点を当て, 訪問看護師が別居介護者に行う支援の特徴を明らかにしたいと考えた。別居介護者への支援の特徴を明らかにすることで, これまで訪問看護師が実践での経験に基づいて実施していた別居介護者への支援の方向性を示すことができ, より早期から別居介護者の特徴やニーズを捉えた支援が実施できると考える。さらにそれは, 別居介護者の介護継続にも寄与すると考える。

I. 研究目的

本研究は, 近距離から通って介護を行う別居介護者に焦点を当て, 訪問看護師が実施している別居介護者への支援の特徴を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

別居介護者: みずほ情報総研株式会社の調査による「同居」「別居」の定義(2012, p.2)を参考に, 本研究では, 別居介護者を, 「高齢者と同一家屋, 同一敷地に居住しておらず, 年4回以上の頻度で高齢者の自宅を訪問して療養生活を送るために必要な手助けを行っている親族関係にある者」と定義した。

近距離: みずほ情報総研株式会社の調査では, 要介護者・要サポート者との時間距離(片道所要時間)が「1時間未満」を近距離としている(2012, p.5)ため, 本研究においても, 片道所要時間「1時間未満」を近距離と定義した。

III. 研究方法

Spradley (1980/2010) による, エスノグラフィーの手法を参考にした。エスノグラフィーは, ある特定集団の人々の文化を記述する研究手法であり, Spradley (1980/2010) は, 文化を「人々が経験を解釈し, 行動を起こすために使う習得された知識」と定義している (p.8)。訪問看護は, 病院や施設での看護とは異なり, 自宅に訪問して看護を提供するという特徴を持つ。そのため, 訪問看護師は在宅という特有の環境での看護経験を持つ集団であり, 共通の文

化を持つと考えた。本研究では, 訪問看護ステーションで働く訪問看護師を特定集団と捉え, 訪問看護師が別居介護者に行う支援は共通する知識または考え方(文化)に基づいて行われると考えた。別居介護者に関わる際の訪問看護師に共通する考え方やそれらに基づく行動パターンを記述することで, 別居介護者への特徴的な支援を明らかにすることができると考えた。

1. 研究参加者 (情報提供者)

研究参加者は, A県内の訪問看護ステーションに所属しており, 訪問看護経験3年以上で, 別居介護者への支援経験がある訪問看護師とした。

A県内の訪問看護ステーション管理者に研究協力の依頼を行い, 承諾の得られた事業所から, 研究参加者の条件に該当する訪問看護師1~3名の紹介を受けた。

2. データ収集方法

2019年2月から5月の期間で, 近距離から通って介護を行う別居介護者への支援について, インタビューガイドを用いた個別の半構造的面接を行った。

エスノグラフィーの質問には, 主に記述的質問, 構造的質問, 対比的質問の3つのタイプがある (Spradley, 1980/2010, pp.41-43)。これらをふまえた具体的なインタビュー項目として, 「別居介護者への支援状況」, 「別居介護者への支援における困難および対処」, 「別居介護者への支援における工夫」, 「別居介護者支援に対する考え方」について記述的質問を行った。さらに質問に対する回答に合わせて, Spradley (1980/2010, p.122) が示す9つの意味関係(厳格な内包, 空間, 原因-結果, 理由, 行為のための場所, 機能, 手段-目的, 段階, 属性)を用いた構造的質問や, 意味の違いを明確にするための対比的質問を行い, 支援の特徴を明らかにできるようにした。インタビューの内容は許可を得てICレコーダーに録音し, 録音データから逐語録を作成した。

3. データ分析方法

Spradley (1980/2010) の段階的研究手順法に沿って行った。段階的研究手順法では, 領域分析, 分類分析, 構成要素分析, テーマ分析のステップがある。まず, 逐語録を熟読し, 訪問看護師による別居介護者への支援に関して語られている部分から, 意味が読み取れる最小単位の言葉や文を要約せずに取り出し, コードとした。次に9つの意味関係(厳格な内包, 空間, 原因-結果, 理由, 行為のための場所, 機能, 手段-目的, 段階, 属性)に基づいてコードを分類し暫定的カテゴリを生成した。さらに暫定的カテゴリに含まれるコードの意味内容を検討し, 類似した意味を

持つものを集め、抽象度を比較しながら構造化し、似たような意味を持つコードの集まりをサブカテゴリとした。暫定的カテゴリとそれに含まれるサブカテゴリを比較検討し、再編成や統合を繰り返して最終的なカテゴリとした。その後、カテゴリ間の関係性を検討しながら図式化し、多くのカテゴリとの関連がある内容を文化的テーマとして抽出した。

分析の厳密性を確保するため、在宅看護専門看護師1名および訪問看護認定看護師4名による専門家会議を開催し、分析結果が訪問看護師の実施している別居介護者支援として妥当な内容となっているか確認した。さらに、研究参加者2名に分析結果を提示し、分析結果が研究参加者にとって納得のいくものになっているか確認した。

4. 倫理的配慮

訪問看護ステーション管理者に対して、文書により研究の趣旨および依頼内容について説明し、文書による研究協力の承諾を得たうえで、研究参加候補者の紹介を受けた。また、研究参加候補者に対しては、口頭と文書により、研究の趣旨および、研究協力の自由、研究参加同意後の撤回、個人情報の保護、研究成果の公表等について説明し、文書による同意を得られた後にインタビューを行った。インタビューは訪問看護ステーション内のプライバシーを確保できる個室において、研究参加者の希望する日時に行った。なお、本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（許可番号：30愛県大学情第6-55号）。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は7事業所の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師13名であった。研究参加者の概要は表1に示

表1 研究参加者の概要

	年齢	性別	看護師経験年数	訪問看護経験年数
a	30歳代	女	16年	4年
b	40歳代	女	19年	4年
c	50歳代	女	17年	16年
d	50歳代	女	28年	22年
e	40歳代	女	15年	8年
f	40歳代	男	16年	4年
g	30歳代	女	11年	4年
h	40歳代	女	23年	18年
i	30歳代	女	13年	3年
j	30歳代	男	9年	4年
k	40歳代	女	27年	16年
l	30歳代	女	8年	6年
m	40歳代	女	22年	5年

す。年齢は30～50歳代で、性別は男性2名、女性11名であった。看護師経験年数は8～28年（平均17.2年）、訪問看護経験年数は3～22年（平均8.8年）であった。

2. 訪問看護師による別居介護者への支援

分析の結果、訪問看護師による別居介護者への支援として8つのカテゴリが抽出された（表2）。以下に各カテゴリの詳細を述べる。なお、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, 研究参加者の語りを『斜体』とし、語りの後ろのアルファベットは研究参加者を示す。

(1) 【限られた接点での初期からの関係作り】

このカテゴリは、〈別居介護者とその家族間での関係性を見極める〉, 〈別居介護者の意向に沿って柔軟に対応する〉, 〈別居介護者と対面する機会を意図的に作る〉, 〈訪問看護師から別居介護者に歩み寄る〉, 〈訪問看護利用によるプラス面を別居介護者に示す〉の5つのサブカテゴリで構成された。訪問看護師は、別居介護者と関わる機会に『次女（介護者の妹）には頼みにくいけど、長女さん（介護者）は自分の娘には用事を（頼んだりしている）（k）』のような状況から〈別居介護者とその家族間での関係性を見極める〉ことを意識して行い、ケアへの要望や高齢者の生活についての意向を確認し、〈別居介護者の意向に沿って柔軟に対応する〉ことで別居介護者との関係構築を行っていた。また、契約時に立ち会ってもらったり、『電話で時間を合わせてちょっとお話をしたりということ、（介護者の訪問に）合わせて（f）』のように別居介護者とタイミングを合わせて訪問したりすることなどで、〈別居介護者と対面する機会を意図的に作る〉ことを行い、介入初期から別居介護者との関係作りを意識していた。さらに、初期の段階では別居介護者の訪問看護師に対する遠慮に配慮し、〈訪問看護師から別居介護者に歩み寄る〉ことや、実際の援助を見ていないことによる不信感を取り除くため、『訪問看護は何をやっているかというのが、たぶん見てわかってもらえると、（中略）訪問看護としてのメリットを感じてもらえるんじゃないかなとは思いますがね（d）』のように〈訪問看護利用によるプラス面を別居介護者に示す〉ことで別居介護者との信頼関係を築く努力をしていた。

(2) 【情報共有による関係職種での食い違いのない対応】

このカテゴリは、〈関係職種間で連絡ルートを取り決める〉, 〈情報の重要性をふまえて関係職種への連絡方法を選択する〉, 〈関係職種の専門性を考慮して情報をやり取りする〉, 〈関係職種間で情報を一致させて別居介護者に関わる〉の4つのサブカテゴリで構成された。訪問看護以外にも訪問介護や通所介護などのサービスを利用している状況があったが、『（連絡ルートは）統一して、担当者会議で話

表2 訪問看護師による別居介護者への支援

カテゴリ	サブカテゴリ
限られた接点での初期からの関係作り	別居介護者とその家族間での関係性を見極める
	別居介護者の意向に沿って柔軟に対応する
	別居介護者と対面する機会を意図的に作る
	訪問看護師から別居介護者に歩み寄る
情報共有による関係職種での食い違いのない対応	訪問看護利用によるプラス面を別居介護者に示す
	関係職種間で連絡ルートを取り決める
	情報の重要性をふまえて関係職種への連絡方法を選択する
	関係職種の専門性を考慮して情報をやり取りする
離れている間の安心をもたらす緊急時対応	関係職種間で情報を一致させて別居介護者に関わる
	緊急事態に備えた対応方法を別居介護者と話し合う
	高齢者の状態の緊急度をふまえて別居介護者への対応を判断する
今後に向けた意思決定の促し	別居介護者の到着までをつなぐ
	別居介護者の意向をふまえて今後の相談をする
	別居介護者に高齢者の現状の受け入れを促す
別居介護者自身の対応力を高める助言	今後に向け関係職種と足並みをそろえて対応する
	別居介護者の心配事に合わせて対応方法を助言する
	別居介護者の困り事に合った相談先を提案する
介護意欲を下げないための関わり	高齢者への別居介護者の関わり状況を把握する
	別居介護者の疲労を見越して負担軽減を図る
	介護の成果を別居介護者にフィードバックする
	高齢者と別居介護者の関係を調整する
情報のギャップを埋める連絡	連絡に関して別居介護者と事前に取り決める
	高齢者と別居介護者の状況をふまえて別居介護者への連絡の必要性を判断する
	高齢者と別居介護者の状況をふまえて別居介護者への連絡方法を選択する
多重役割を持つ別居介護者の生活を優先した対応	別居介護者に伝える情報を選択する
	別居介護に伴う生活の負担を推測する
	別居介護者の生活に配慮していることを示す
	別居介護者の生活を邪魔しないように連絡する

をするという形になっています (a)』のように、〈関係職種間で連絡ルートを取り決める〉ことでスムーズな情報共有を図っていた。また、〈情報の重要性をふまえて関係職種への連絡方法を選択する〉ことや、『ちょっと変化があったとき、ちょっと動けるようになったから要注意ねとか、そういうことは (直接ヘルパーに) 言うようにはしている (i)』のように〈関係職種の専門性を考慮して情報をやり取りする〉など、情報の重要性や関係職種の専門性を考慮することで、効率的な情報共有に努めていた。また、関係職種間での対応の食い違いは別居介護者の不信任を生むと考え、〈関係職種間で情報を一致させて別居介護者に関わる〉ことを意識していた。

(3) 【離れている間の安心をもたらす緊急時対応】

このカテゴリは、〈緊急事態に備えた対応方法を別居介護者と話し合う〉、〈高齢者の状態の緊急度をふまえて別居介護者への対応を判断する〉、〈別居介護者の到着までをつなぐ〉の3つのサブカテゴリで構成された。別居介護者と高齢者の間には物理的な距離があるため、緊急時にすぐに

駆け付けることが難しい。訪問看護師は、緊急連絡先の確認や緊急事態が発生した場合の対応方法の確認など『予測される事故というのもあるので。そういうのはもう、こういうことがあったらこうしていきましょうとか、そういう提案をしていく (m)』のように〈緊急事態に備えた対応方法を別居介護者と話し合う〉ことを事前に行っていた。また、緊急事態が発生した場合には、高齢者の状態により緊急度を判断して迅速な連絡を行うなど〈高齢者の状態の緊急度をふまえて別居介護者への対応を判断する〉ことをし、別居介護者がすぐに駆け付けられない場合は、〈別居介護者の到着までをつなぐ〉ことを行っていた。

(4) 【今後に向けた意思決定の促し】

このカテゴリは、〈別居介護者の意向をふまえて今後の相談をする〉、〈別居介護者に高齢者の現状の受け入れを促す〉、〈今後に向け関係職種と足並みをそろえて対応する〉の3つのサブカテゴリで構成された。高齢者の状態が徐々に悪化してきた場合に、別居での介護継続が困難な状況を予測し、今後の療養場所や介護体制の変更等について『本

人の気持ちと家族の気持ちと、家族さんがどこまでやれるかと(1)』のように〈別居介護者の意向をふまえて今後の相談をする〉ことを行っていた。また、高齢者の状態の変化をタイムリーに把握できないことや、別居介護者自身が高齢者の状態の変化を受け入れることができていない状況もあり、『一から十まで言ってしまうと、たぶんショックを受けるかもしれないし、(中略) ちょっと小出しに言うようにはしていますね(a)』のように、〈別居介護者に高齢者の現状の受け入れを促す〉ことを行っていた。また、今後の意思決定を促すうえで別居介護者の混乱を招かないよう『足並みそろえて連携とって、ケアマネさんと(1)』のように〈今後に向け関係職種と足並みをそろえて対応する〉ことを意識して行っていた。

(5) 【別居介護者自身の対応力を高める助言】

このカテゴリは、〈別居介護者の心配事に合わせて対応方法を助言する〉、〈別居介護者の困り事に合った相談先を提案する〉の2つのサブカテゴリで構成された。別居介護者は常に高齢者のそばにいるわけではないため、離れている間の高齢者の状況など心配事が生じやすいが、訪問看護師は〈別居介護者の心配事に合わせて対応方法を助言する〉ことを行っていた。また、訪問看護で解決できないことに関しては、『それはもう福祉用具さんに聞いたほうが、本当早いよという話をして、アドバイスして(b)』のように〈別居介護者の困り事に合った相談先を提案する〉ことで、介護者自身の対応力を高め介護が継続できるように支援を行っていた。

(6) 【介護意欲を下げないための関わり】

このカテゴリは、〈高齢者への別居介護者の関わり状況を把握する〉、〈別居介護者の疲労を見越して負担軽減を図る〉、〈介護の成果を別居介護者にフィードバックする〉、〈高齢者と別居介護者の関係を調整する〉の4つのサブカテゴリで構成された。別居介護者は、少なからず意欲を持って介護を行っていると考えられる。しかしながら、介護量が増加したり自分自身の他の役割の負担が増加した場合、介護への意欲が低下する可能性がある。そのため訪問看護師は、別居介護者の訪問頻度や介護内容を把握するなどの〈高齢者への別居介護者の関わり状況を把握する〉ことを行い、『顔色とか、なんとなく言葉の端々にきつい言葉とか、非難するような言葉が出てきたときには、大丈夫ですかということも確認しますし(m)』のように、別居介護者の言動から疲労度を推測し〈別居介護者の疲労を見越して負担軽減を図る〉ことを行っていた。また、『娘さんのおかげですねというのを、チラッとメールとか電話とかのときに言ったりとか(i)』のように〈介護の成果を別居介護者にフィードバックする〉ことで、別居介護者をねぎらったり、別居介護者と高齢者の間の関係が悪化して

いるような場合は〈高齢者と別居介護者の関係を調整する〉ことで、別居介護者の介護意欲が低下しないように配慮していた。

(7) 【情報のギャップを埋める連絡】

このカテゴリは、〈連絡に関して別居介護者と事前に取り決める〉、〈高齢者と別居介護者の状況をふまえて別居介護者への連絡の必要性を判断する〉、〈高齢者と別居介護者の状況をふまえて別居介護者への連絡方法を選択する〉、〈別居介護者に伝える情報を選択する〉の4つのサブカテゴリで構成された。別居介護者は常に高齢者の状況を見ているわけではないため、高齢者の病状や生活状況をタイムリーに把握することが難しい。訪問看護師は別居介護者との情報のギャップを埋めるため別居介護者に情報提供を行うが、連絡を受ける別居介護者の負担を考慮し『最初からつながりやすい時間みたいなのを聞いている(j)』など〈連絡に関して別居介護者と事前に取り決める〉ことを行い、連絡の時間帯や連絡頻度などの要望に合わせて、〈高齢者と別居介護者の状況をふまえて別居介護者への連絡の必要性を判断する〉ことで、頻繁な連絡にならないように配慮していた。また、情報の緊急性によって『メモで置いてもらえるようなものだったら、メモ置いてきたり(a)』のように、電話やメール、メモや連絡ノートなどの連絡手段を選ぶことや、状況に合わせて管理者、担当看護師、ケアマネジャー等、別居介護者に連絡を取る人を選ぶといった〈高齢者と別居介護者の状況をふまえて別居介護者への連絡方法を選択する〉ことを行っていた。また、電話やメモなどでは連絡の機会や内容が限られるため、〈別居介護者に伝える情報を選択する〉ことで、優先順位を考えた情報提供を行っていた。

(8) 【多重役割を持つ別居介護者の生活を優先した対応】

このカテゴリは、〈別居介護に伴う生活の負担を推測する〉、〈別居介護者の生活に配慮していることを示す〉、〈別居介護者の生活を邪魔しないように連絡する〉の3つのサブカテゴリで構成された。別居介護者は介護のために自分の家と高齢者の家を行き来しており、自分自身の家庭内での役割や仕事の役割も抱えている。さらに、一人で複数の人を介護している場合もある。そのため、訪問看護師は多重役割による〈別居介護に伴う生活の負担を推測する〉ことを行い、〈別居介護者の生活に配慮していることを示す〉ことで、安心感を持ってもらえるようにしていた。さらに、『緊急的でなければ、そこ(仕事の休み)に合わせてお電話させてもらおうという形でご連絡はしていました(f)』のように別居介護者自身の生活も大切にしたいという思いから、〈別居介護者の生活を邪魔しないように連絡する〉ことを行っていた。

3. 訪問看護師による別居介護者支援の構造

カテゴリ間の関係から、訪問看護における別居介護者支援の文化的テーマとして、「介護者としての役割遂行を期待する中で多重役割を持つ別居介護者の生活をも尊重した支援」を抽出した。訪問看護師は、【別居介護者自身の対応力を高める助言】、【介護意欲を下げないための関わり】を行い、別居介護者が介護者として適切に関わることができるよう支援を行っていた。そして支援初期には【限られた接点での初期からの関係作り】を特に意識して行い、高齢者の状態が徐々に悪化してきた時期には、【今後に向けた意思決定の促し】を行うなど、時期により支援内容は変化していた。また、高齢者の状態によって【離れている間の安心をもたらす緊急時対応】も行われていた。これらの支援を行ううえで、訪問看護師は別居介護者自身の家庭の中での役割や仕事における役割を慮り、常に【多重役割を持つ別居介護者の生活を優先した対応】を心掛けていた。【情報のギャップを埋める連絡】の際には、別居介護者の生活に配慮し、生活を邪魔しないように連絡を行っており、【限られた接点での初期からの関係作り】や【離れている間の安心をもたらす緊急時対応】、【別居介護者自

身の対応力を高める助言】、【介護意欲を下げないための関わり】の際にも常に【多重役割を持つ別居介護者の生活を優先した対応】を行っていた。【情報のギャップを埋める連絡】は【離れている間の安心をもたらす緊急時対応】や【今後に向けた意思決定の促し】にも影響し、高齢者の状態に合わせて適切なタイミングで情報提供を行い、別居介護者が現状を受け入れて意思決定ができるよう支援していた。さらに【今後に向けた意思決定の促し】においては、【情報共有による関係職種での食い違いのない対応】を行い、関係職種と足並みをそろえることを意識していた。そして【情報共有による関係職種での食い違いのない対応】は、【限られた接点での初期からの関係作り】にも影響していた（図1）。

V. 考 察

本研究により、訪問看護師が近距離から通って介護する別居介護者に実施している支援のカテゴリを見出すことができた。これらのカテゴリには、同居の介護者への支援と共通するものも見られたが、介護者が別居であるがゆえに

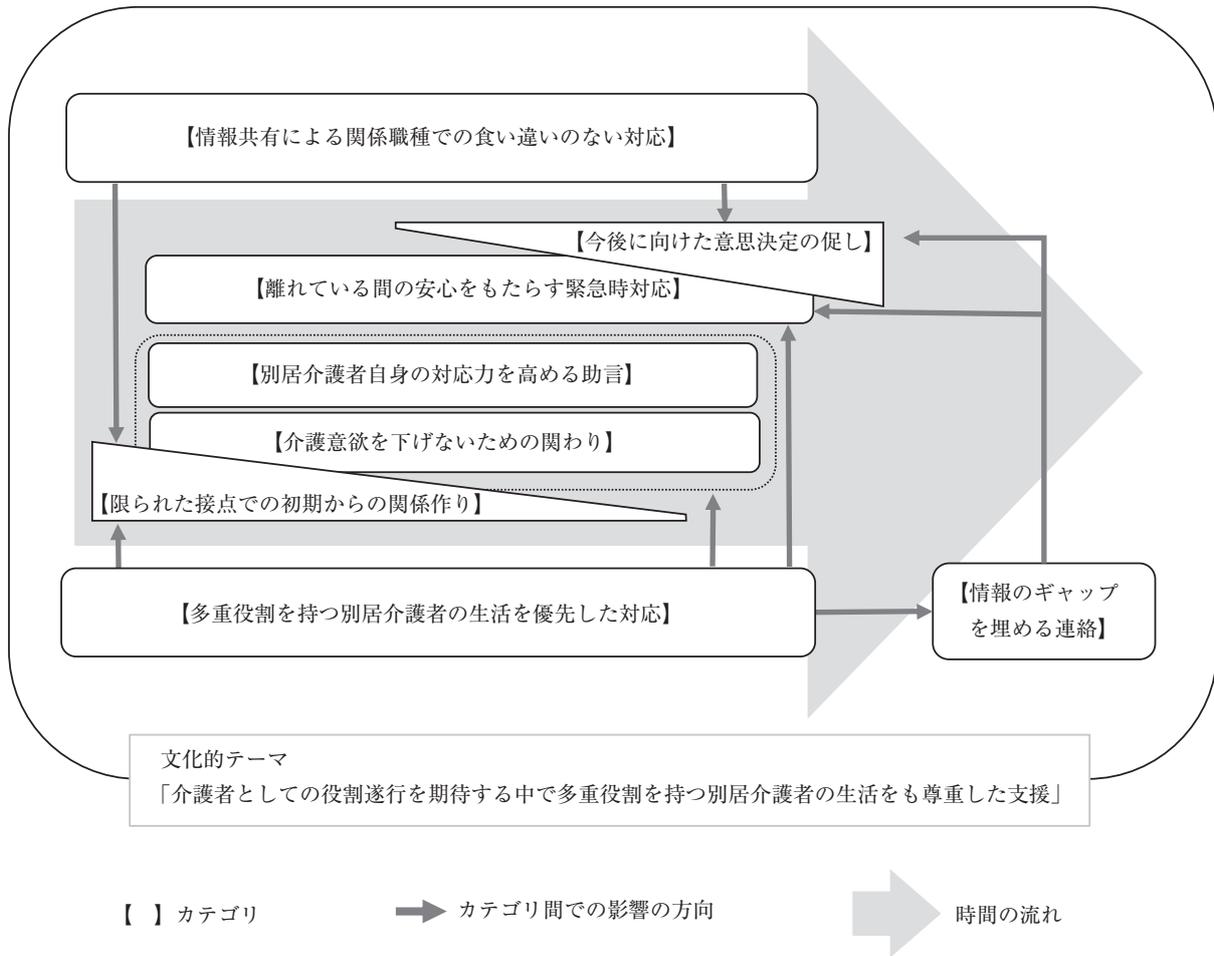


図1 訪問看護師による別居介護者支援の構造

必要であるものや、重要性が高い支援も含まれていた。以下に、訪問看護師による別居介護者への支援の特徴について考察する。

1. 別居介護の特徴をふまえた支援

本研究で抽出された別居介護支援のカテゴリについて、先行研究における介護者支援と比較してみると、終末期の療養者を介護する家族への支援に関する研究（中村・沖中, 2019）で示された「家族支援を行う上での信頼関係を形成する」や、池田・福井（2020）の示した「家族の対応力を引き出し高める」など、本研究のカテゴリと類似するものも見られた。さらに、認知症高齢者を介護する家族への支援に関する研究（高橋, 2018）や山本・岡本・鈴木・岡田・石垣（2007）が開発した高齢者訪問看護における家族支援の質指標などにおいても、本研究で抽出されたカテゴリと多くの部分で共通していた。しかしながら、【限られた接点での初期からの関係作り】のサブカテゴリ〈別居介護者と対面する機会を意図的に作る〉に見られるように、別居介護者との接点が限られる状況での意図的な支援も行われた。介護者との信頼関係の構築は同居の介護者に対しても同じように必要な支援ではあるが、接点が限られる別居介護者の特徴に合わせて支援方法を工夫して行っていることが示唆された。また、【離れている間の安心をもたらす緊急時対応】に関しても、緊急時対応は同居の介護者であっても重要ではあるが、別居介護の場合、高齢者と離れている時間が長く目が届きにくいことや、緊急時にすぐに駆け付けることが難しいなどの特徴から、別居介護者の不安は大きいと推察され、緊急時対応はより重要になると考えられる。サブカテゴリ〈別居介護者の到着までをつなぐ〉のように、緊急時にすぐに駆け付けることが難しい別居介護者の特徴に合わせた支援も見られた。これらのことから、訪問看護師による、別居介護者への支援については、介護者との関係構築や、緊急時対応など同居の介護者への支援と共通する部分はあるものの、高齢者と離れて暮らし、直接的な接触が限られる別居介護者の特徴をふまえた支援が行われていることが示された。

2. 別居介護者との情報共有の工夫

別居介護者への支援として【情報のギャップを埋める連絡】のカテゴリが見出されたが、このカテゴリは、訪問看護における家族支援に関する先行研究では見られないカテゴリであった。別居介護者は常に高齢者のそばにいられるわけではないため、状況の把握が十分にできず、別居介護者と訪問看護師の間で情報のギャップが生じやすい。そのうえ別居介護者は訪問看護の時間に同席しないことが多く、対面で情報のやり取りをする機会が限られるためタイ

ムリーな情報共有が難しい。秦（2016）は、相談援助者による遠距離・別居介護を行う家族への支援の問題として「情報共有の困難」を挙げており、松下・米増（2011）は、通い介護家族が高齢者の実態を理解するための援助や親の老いを受け入れるための援助の必要性を述べている。先行研究においても、別居介護者が行う支援として安否確認や見守り（松下・米増・大井, 2007；みずほ情報総研株式会社, 2012；山根ほか, 2017）が挙げられており、別居介護者が高齢者の状況の変化に関心を持っていることが予測されるため、別居介護者への支援においては、情報共有により高齢者の現在の状態を理解してもらうための支援は重要であると言える。訪問看護師は、高齢者の現状を適切なタイミングや方法で伝えようと工夫し、さらに連絡を受ける側の別居介護者の負担に配慮しながら必要最小限の連絡を心掛けていた。サブカテゴリの〈高齢者と別居介護者の状況をふまえて別居介護者への連絡方法を選択する〉のように、状態に変化がない場合はメモや連絡ノートに記載し、別居介護者が訪問した際に確認してもらうという負担の少ない方法を選択し、緊急性が高い場合では直接やり取りのできる電話を選択するなど、状況に応じて連絡に用いる手段を選択し、できるだけ別居介護者の負担にならない方法で必要な情報が提供できるよう連絡を行っていた。これらは先行研究においても示されておらず、本研究における新たな知見であると考えられた。また、〈別居介護者に伝える情報を選択する〉のように、限られた連絡の機会の中で優先順位を考慮した情報提供も、負担にならない方法で情報提供を行うための重要な支援であると考えられた。

3. 別居介護者の生活を尊重した支援

訪問看護における別居介護者支援の文化的テーマは「介護者としての役割遂行を期待する中で多重役割を持つ別居介護者の生活をも尊重した支援」であった。別居介護者は、自分の家と高齢者の家を行き来して介護を行う二重生活を送っている。別居介護者は自分自身の家庭での役割や仕事での役割に加えて介護の役割を担っており、多重の役割を抱えている状況にあると考えられた。訪問看護師は、高齢者の在宅生活継続のため別居介護者に介護者としての役割遂行を期待し、介護者として高齢者に適切に関わることができるよう支援を行うが、介護者には介護者の生活があることを常に意識し、別居介護者自身の生活も守りたいという思いを持ちながら支援を行っていた。高橋（2018）は、認知症高齢者を介護する家族に訪問看護師が実践している支援として「家族介護者の人生の尊重」のカテゴリを示し、訪問看護師が、家族介護者の生活が破綻しないよう家族介護者自身の人生を尊重する姿勢をもって支援を行っていることを述べている。介護者自身の生活を守るという

姿勢は、同居であっても別居であっても共通すると言えるが、特に介護者が別居の場合、別に暮らす介護者自身の生活状況は見えにくい。そのため別居介護者自身の子育てや仕事の状況、他に抱えている要介護者の有無など生活状況についても情報収集を行い、〈別居介護に伴う生活の負担を推測する〉ことを行っていると推察される。高齢者の生活を守るための別居介護者への働きかけは、一方で別居介護者の負担を強いることにつながる可能性もあり、高齢者のニーズと別居介護者のニーズの競合が生じることが予測されるが、別居介護者が通いで介護を継続できるよう高齢者だけでなく別居介護者の生活も守るという姿勢で支援を行うことは、別居介護者支援において特に重要であると考えられた。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、A県内の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師を対象に行った研究であり、本研究結果が他の地域において適用可能かどうかの検討はできていない。今後は、本研究結果をもとに全国調査を行い、検証する必要がある。また、本研究では近距離から通う別居介護者に焦点を当てているが、訪問看護師が関わる別居介護者の中には遠距離の介護者も含まれると予測される。そのため、今後は遠距離の介護者にも対象を拡大し、本研究において示された別居介護者支援のカテゴリの適用可能性について検討する必要がある。

結 論

近距離から通う別居介護者への訪問看護師による支援として、【限られた接点での初期からの関係作り】、【情報共有による関係職種での食い違いのない対応】、【離れている間の安心をもたらす緊急時対応】、【今後に向けた意思決定の促し】、【別居介護者自身の対応力を高める助言】、【介護意欲を下げないための関わり】、【情報のギャップを埋める連絡】、【多重役割を持つ別居介護者の生活を優先した対応】の8つのカテゴリが抽出された。さらに、文化的テーマとして「介護者としての役割遂行を期待する中で多重役割を持つ別居介護者の生活をも尊重した支援」を抽出した。抽出された支援のカテゴリは、同居の介護者への支援と共通する部分はあるものの、介護者が別居であるがゆえに重要性が高い支援も見られた。さらに、別居介護者への連絡に関するカテゴリは、別居介護者支援として特徴的であった。訪問看護において別居介護者に関わる際は、これらの特徴を生かした支援の実施が求められる。

謝 辞

本研究にご協力くださいました訪問看護ステーションの看護師の皆さまに深く感謝いたします。また、分析過程においてご助言をいただきました愛知県立大学看護学部の深田順子教授、古田加代子教授に厚くお礼申し上げます。

本研究は、愛知県立大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。なお、本研究の一部は、第26回日本在宅ケア学会学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP19K11263の助成を受けて実施した。

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

- 秦 節子 (2016). 遠距離・別居介護における福祉的支援のあり方についての一考察：相談援助者の視点から. *福祉社会科学*, 6, 67-83.
- 池田良輔子, 福井小紀子 (2020). 終末期高齢者を自宅で看取った家族への訪問看護師の支援. *日本在宅看護学会誌*, 8(2), 22-31.
- 厚生労働省 (2008). 平成19年国民生活基礎調査の概況 結果の概要 IV 介護の状況 3 主な介護者の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa07/4-3.html> (参照2023年3月7日)
- 厚生労働省 (2017). 平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況 結果の概要 3 訪問看護ステーションの利用者の状況, 10-12. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_03.pdf (参照2023年3月7日)
- 厚生労働省 (2020). 2019年国民生活基礎調査の概況 結果の概要 IV 介護の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf> (参照2023年3月7日)
- 松下光子, 米増直美 (2009). ケアマネジャーの通い介護家族への支援経験と支援についての意見. *岐阜県立看護大学紀要*, 10(1), 43-50.
- 松下光子, 米増直美 (2011). ケアマネジャーによる通い介護家族への援助における課題と援助方法の検討. *日本地域看護学会誌*, 14(1), 78-84.
- 松下光子, 米増直美, 大井靖子 (2007). 過疎地域に暮らす高齢者世帯への別居の子どもによる通い介護の現状と必要な支援の検討 (地域看護活動報告). *日本地域看護学会誌*, 10(1), 106-112.
- みずほ情報総研株式会社 (2012). 家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業：別居介護・遠距離介護をめぐる実態と

支援のあり方: 報告書. 東京: みずほ情報総研.

中村美由紀, 沖中由美 (2019). 在宅で介護する終末期がん患者の家族の力を向上させる訪問看護師の援助. *ホスピスケアと在宅ケア*, 27(1), 11-16.

Spradley, J.P. (1980) / 田中美恵子・麻原きよみ訳 (2010). *参加観察法入門*. 東京: 医学書院.

高橋美沙子 (2018). 在宅認知症高齢者の家族支援に対する在宅ケア専門職の実践と家族介護者の認識: 訪問看護導入事例の分析より. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 25, 41-55.

山本則子, 岡本有子, 鈴木育子, 岡田 忍, 石垣和子 (2007). 高齢者訪問看護における家族支援に関する質指標の開発. *家族看護学研究*, 13(1), 19-28.

山根友絵, 蒔田寛子, 山本三樹雄 (2017). 一人暮らし要介護高齢者を別居で介護する家族介護者の介護生活継続の様相. *日本在宅看護学会誌*, 5(2), 36-43.

山根友絵, 百瀬由美子 (2021). 訪問看護ステーションにおける別居介護者支援の現状. *日本看護科学会誌*, 41, 630-637.

[2023年4月13日受付]
[2023年8月10日採用決定]

Characteristics of Support Provided by Visiting Nurses to Caregivers who Live Apart from the Care Recipient and Commute from a Short Distance to Provide Care

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 97-106
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230810227>

Tomoe Yamane, PhD, RN, PHN¹, Yumiko Momose, PhD, RN²

¹University of Human Environments, School of Nursing, Aichi, Japan

²Japanese Red Cross Toyota College of Nursing, School of Nursing, Aichi, Japan

Abstract

Objective: The aim of the present study was to elucidate the characteristics of support provided by visiting nurses to caregivers who live apart from the care recipient, focusing on caregivers who commute from a short distance to provide care. **Methods:** We conducted semi-structured interviews of thirteen visiting nurses with regard to the support for caregivers who live apart from the care recipient and commute from a short distance to provide care. The data obtained were analyzed based on the ethnographic method. **Results:** As support provided by visiting nurses to caregivers living apart from the care recipient, we extracted the following eight categories: “relationship-building from the start with limited contact,” “consistent support by related professionals through information sharing,” “support in times of emergency to bring peace of mind remotely,” “promoting decision-making for the future,” “advice to improve the coping ability of the individual caregiver living apart,” “involvement to prevent decline of the will to provide care,” “contact to fill the information gap,” and “support that prioritized the lifestyle of the caregiver living apart with multiple roles.” **Conclusions:** when the caregiver lives apart from the care recipient, we found support to be fundamental and which characteristics make said support efficient; thus, support that features such characteristics should be provided.

Key words

home-visiting nurses, elderly, caregiving living apart, short distance care, family support

Correspondence: T. Yamane. Email: t-yamane@uhe.ac.jp

在日中国人看護師のソーシャルスキルと 職場への適応との関連性

日本看護研究会誌
2024, 47(1), 107-117
©2024 日本看護研究会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230419226>

森つばさ

大阪医科薬科大学大学院看護学研究科

要旨

目的：日本が外国人看護師を受け入れる中、漢字を理解する中国人看護師の活躍が期待される。しかし、彼らには対人行動など日中の文化差に起因する困難がある。本研究の目的は、日本人の対人行動の特徴を踏まえた彼らのソーシャルスキルと職場への適応との関連性を明らかにし、必要な支援への考察を行うことである。方法：39人の在日中国人看護師より得られた質問紙調査の結果を、【ソーシャルスキル】尺度の平均値で【異文化適応の構成因子】尺度の総得点および下位尺度の得点を二分し、比較した。結果：在日中国人看護師の日本の職場への適応には、相手の言動から意図を察し、相手の状況や場面に合わせた行動をとる日本人に特徴的なソーシャルスキルとの関連が見られた。結論：今後彼らを支援するにあたって、日本文化を踏まえたソーシャルスキルトレーニングが効果的である可能性が示唆された。

キーワード

中国人看護師, ソーシャルスキル, 異文化適応

責任著者：森つばさ。Email: tsubasa_mori@outlook.com

はじめに

日本では急速な人口の高齢化が進む中、今後さらに看護人材不足が深刻化すると見込まれ、外務省の経済連携協定（以下EPA）に基づいて2008年よりインドネシア・フィリピン・ベトナムの3か国から看護師・介護士候補生を受け入れ始めた（厚生労働省, n.d.）。また、国際看護師育英会などの日本国内の民間団体が中国の医科大学と提携し、現地資格を持つ看護師の受け入れ事業を行っている。今後、グローバル化が進むことに伴い、外国人看護師の更なる増加が考えられる。

しかし、日本は外国出身看護師の受け入れの歴史が浅く、看護の分野において彼らの職場への適応の実態や支援の現状に関する先行研究は極めて少ない。特に在日中国人看護師は、民間団体が斡旋しており入国の経路が様々であるため、正確な人数も把握されていない（一般社団法人医療人材国際交流協会, 2020；一般社団法人国際医療福祉人材育成機構, 2020；特定非営利活動法人国際看護師育英会, 2020）。在日中国人看護師を対象とした数少ない研究においては、彼らは主にキャリア形成を動機として来日していること（龔, 2018, p.70；韓, 2013, p.94）、日本で看護師として就労するには外国人の日本語能力を評

価する試験の中で最もレベルが高い日本語能力試験1級（以下N1とする）を取得する必要があること（韓, 2013, p.86）、漢字が理解できるため彼らが日本の看護師国家試験の合格を難しく考えていないこと（ト, 2017, p.117；林, 2017, p.56）が報告されている。また、日本人看護師と同様の日常生活援助や診療補助業務を行っており（韓, 2013；石原, 2013）、彼らの看護技術の実践における困難を報告する研究は見当たらない。しかし彼らの、実際の臨床の場で使用されている日本語の方言（龔, 2018, p.71；韓, 2013, p.88；石原, 2012, p.72；林, 2017, p.60；佐藤・大野・尾竹・王, 2005）、曖昧な言語表現や距離感といった日本人の対人行動（ト, 2017, pp.125-127；石原, 2013, p.36；林, 2017, p.61）などの、日本人とのコミュニケーションに関連した困難は多く報告されている。

日本と中国では文化の起源に共通点が多いが、対人行動においては地理的条件や気候と人々の暮らし方の違いによって、日本人は曖昧な表現で相手と距離をとるコミュニケーション、中国人は明瞭な言葉を使ったコミュニケーションをとるという対照的なものとなった（清水, 1983, pp.50-51；王, 2003, pp.73-75）。また、中国では、儒教の家族観の影響（Chen, et al., 2017, pp.66-67；Giger, 2017, p.394）や深刻な医師不足（陳・新田, 2007, p.9）といっ

た社会的な事情があるために、他職種との連携を図りながら、患者とその家族の療養生活を支援する（中西，2004）日本の看護師の役割とは異なり、看護師の主な役割は完全看護制度の導入以前の日本と同様に診療補助となっている。これらの違いから、在日中国人看護師はN1を取得しているものの、臨床現場では患者とその家族、日本人看護師や他職種とのコミュニケーションに関連した困難を感じ、日本の職場への適応における課題を抱えていると考える。

在日中国人看護師が日本の職場に適応するには、患者とその家族、日本人看護師や他職種との複雑かつ特殊な人間関係を築いていくことが大変重要である（船越・河野，2006；篠崎・藤井，2015）。そのためには、対人コミュニケーションや看護師の役割の違いといったストレスへの対処を行う必要がある。Lazarusの「ストレス・コーピング理論」（Lazarus & Folkman, 1984/1991）では、ストレスに対処する原動力としてソーシャルスキルが重要とされている。相手から肯定的な反応をもらい、否定的な反応を避け、対人関係を円滑にするための技能であるソーシャルスキル（塩谷，2018，p.349）は訓練によって向上できるため、在日中国人看護師の日本の職場への適応と、彼らのソーシャルスキルとの関連性を明らかにすれば、今後彼らの日本の職場への適応を促進する支援策考案の一助となると期待できる。

I. 研究の目的

本研究の目的は、在日中国人看護師のソーシャルスキルや他の個人要因と職場への適応の関連性を明らかにし、適応を促進するために必要な支援を考察することであった。

II. 研究の枠組み

本研究の枠組みは図1に示す。本研究においては、Lazarus

の「ストレス・コーピング理論」（Lazarus & Folkman, 1984/1991）と、畠中・田中（2013；2014；2015）の「異文化適応の三層構造モデル」を参考とした。先行研究で明らかとなった日中の異なるコミュニケーションの特徴や看護師の役割というストレスへの対処の原動力として、在日中国人看護師のソーシャルスキルの他に、来日の動機や日本語能力、日本での看護師経験年数、職場の人間関係への満足度が彼らの職場への適応に関連すると考え、枠組みに加えた。

そして、日本の職場への適応は、「異文化適応の三層構造モデル」を用いて評価することとした。畠中・田中（2013；2014；2015）により在日外国人ケア労働者を対象に開発された「異文化適応の三層構造モデル」は、心身の健康を表す下層の「心理的適応」を基盤として、業務上必要な日本語の読み書きや患者のケアの実践、職場での人間関係構築や職場慣行の遵守を含む中層の「社会文化的適応」、やりがいや自己研鑽からなる上層の「自己実現的適応」に進む段階的な関係を表している。これらの三層は、段階的に進むことに加えて、中層の専門職としての「社会文化的適応」が進むと、上層の「自己実現的適応」のみでなく下層の「心理的適応」も強化される連環的な関係もあるため、「社会文化的適応」が外国人ケア従事者の職場への適応の要とされている。

III. 方法

1. 対象者

(1) 選定基準

以下の選定基準を満たす者を本研究の対象者とした。

①日本の医療機関で働いている②中国で看護学基礎教育を受け、日中両国の看護師国家資格を持つ中国人の看護師である。

(2) 対象者のリクルート方法

知人の紹介による機縁法と、「中国人看護師」と「看護

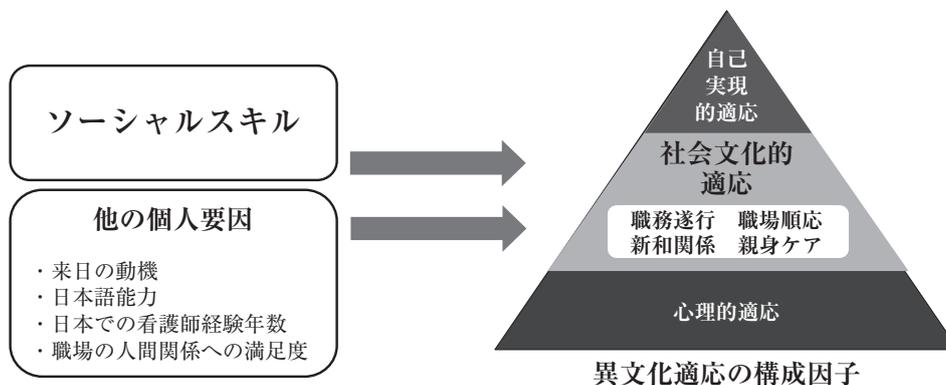


図1 研究の枠組み

部」をキーワードとしたインターネット検索によって中国人看護師の在籍を公表している医療機関を選定した。

2. 調査方法

選定した医療機関の看護部長宛に研究説明書と研究対象者の紹介依頼書、対象者への説明書、無記名自記式質問紙と返信用封筒を郵送した。調査は2021年8月2日から11月30日に実施した。

3. 調査内容

(1) 基本属性と他の個人要因

質問紙には、基本属性（年齢、性別）、日本での看護師経験年数、N1を取得した時期、日本の看護師国家資格取得までの日本語学習年数、職場の人間関係への満足度についての質問を設けた。来日の動機については自由記述による回答を求め、複数回答はなしとした。職場の人間関係への満足度は「全くその通りである」を5点とし、以下「そうである」を4点、「どちらでもない」を3点、「そうではない」を2点、「全くそうではない」を1点とし、4点以上が満足している状態となる。

(2) 【ソーシャルスキル】尺度

本研究においては、在日外国人が日本人と異文化間の対人関係を構築するための基本的な【ソーシャルスキル】尺度（田中、2000）より、畠中・田中（2015）が外国人ケア労働者においても当てはまる項目を抽出し、因子構造が確認された項目を、考案者の許可を得て使用した。自国と日本の文化の違いによるトラブルを話し合いで解決する《直接的解決》、遠慮やお礼といった《相手への心遣い》、自国の文化を説明し、日本人に積極的に関わる《積極的関わり》、相手の言動から気持ちを察する《行動意図推察》の、日本人の対人行動の文化を踏まえた4つの下位尺度から構成される、5件法9項目の45点満点である。「全くその通りである」を5点とし、「そうである」を4点、「どちらでもない」を3点、「そうではない」を2点、「全くそうではない」を1点とした。基準値はなく、対象となったグループの合計点および各項目の平均値で評価される。

(3) 【異文化適応の構成因子】尺度

【異文化適応の構成因子】尺度（畠中・田中、2015）は来日した外国人ケア労働者の異文化という環境下での適応の度合いを3つの側面で測定する階層構造の尺度である。下層の「心理的適応」は①エネルギーに溢れた状態である〈活力〉と②疲労やうつ状態を表す〈精神的不健康〉からなっている。3つの側面の中でも重要な中層の「社会文化的適応」には①母国での看護基礎教育を基盤としながらも日本の看護の対象を理解し、そのニーズにあった看護ができる〈親身ケア〉、②患者との信頼関係を築き、読み書き

を含めた業務に必要な日本語での言語的コミュニケーションがとれ、指示事項を理解して実践できる〈職務遂行〉、③時間や約束を守るといった日本人の社会通念に合わせ、職場で良好な人間関係を構築する〈親和関係〉、④日本の医療制度を理解し、勤務形態といった職場での規則や慣行に合わせて行動できる〈職場順応〉の4つの要素によって構成される。[自己実現的適応]は日本での生活を有意義と感じる1要素である。尺度は5件法による19の設問からなり95点が配点されている。「全くその通りである」を5点とし、「そうである」を4点、「どちらでもない」を3点、「そうではない」を2点、「全くそうではない」を1点とし、対象者の最近1ヶ月の状態について尋ねた。尺度の考案者により設定されたケア労働者としての異文化適応を達成していると判断される基準値は各項目4点以上、全体では8割の76点である。なお、本研究において、尺度の使用にあたり考案者の許諾を得た。

4. 分析方法

まず、対象者の特徴を把握するため、【異文化適応の構成因子】尺度の総得点と下位尺度の得点の平均値と標準偏差値、基準値を超えた人数と割合、【ソーシャルスキル】尺度の総得点および下位尺度、各項目の平均値と標準偏差を算出した。

次いで、ソーシャルスキルや他の個人要因と、職場への適応の関連を検討するために①【ソーシャルスキル】尺度の総得点が平均値より高い群（高値群）と平均値より低い群（低値群）の2群に分けた。さらに、②日本での看護師経験年数が平均値以上の群と平均値未満の群、③日本の看護師国家資格取得までの日本語学習年数が平均値以上の群と平均値未満の群、④職場の人間関係への満足度が4以上で満足している群と3以下で満足していない群に分けた。そして、それぞれ分けた2群を独立変数とし、【異文化適応の構成因子】尺度の総得点および下位尺度の得点を従属変数として、ノンパラメトリック法による検定（Mann-Whitney U test）を用いて比較した。

Mann-Whitney U testを行う前に、Shapiro-Wilk検定を用いて【異文化適応の構成因子】尺度の総得点と、[心理的適応][社会文化的適応][自己実現的適応]の3つの下位尺度の得点が非正規分布であることを確認した。検定における有意水準は0.05に設定し、解析にはSPSS statistics 27 for mac OSを使用した。

来日の動機についての自由記述は、Berelson（1952/1957）の方法を参考に39件の個々の記録単位を意味内容の類似性に基づいて整理し、類似性を表すサブカテゴリを抽出した。さらにサブカテゴリの意味内容を総括したカテゴリを導き出した。分析においては複数の研究者によるカテゴラ

イズの妥当性の検討を重ね、質的研究に長けた研究者と日本で働く複数の中国人医療従事者のスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は大阪医科薬科大学研究倫理委員会の承認（試験番号2020-041）を得たうえで実施した。

調査開始前に対象者と同等のN1の語学力を持つ中国人1名にプレテストを行い、質問紙の内容が十分に理解可能であり、修正の必要がないことと、所要時間が20分程度であることを確認した。

研究対象者に研究目的と方法、調査協力における自由意思の尊重と個人の権利の保護、プライバシーの保護、データの管理等についての約束を書面に明記し、質問紙とともに郵送し、調査票の返送をもって同意を得たと判断した。

IV. 結果

1. 質問紙の回収状況と対象者の属性

140通の質問紙を郵送にて配布し、46人の対象者より返送があった（回収率32.9%）。自身が台湾から来た看護師であるとの回答があった1件と、尺度の回答に欠損があった6件を除外し、有効回答数は39件、有効回答率は27.9%であった。

対象者の背景は表1に示す。対象者の84.6%は25歳から34歳の女性で、男性は4名（10.3%）であった。

2. 他の個人要因

全員がN1を取得しており、日本の看護師国家資格取得までの日本語学習平均年数は2.5±1.0年であった。日本の看護師経験の平均年数は4.6±2.0年であった。

表2に示す来日の動機で最も多かった回答は〈日本の進んだ看護や医療を学びたい〉(n=11)であった。日本で

表1 対象者の属性と個人要因

対象者の年齢と性別		性別	
		女性 n=35	男性 n=4
年齢		n (%)	n (%)
20~24歳		1 (2.6)	1 (2.6)
25~29歳		20 (51.3)	2 (5.1)
30~34歳		13 (33.3)	1 (2.6)
35~39歳		1 (2.6)	0
日本での経験と日本語能力	看護師経験年数 (年)	最小値	1
		最大値	8
		平均値	4.6±2.0
	日本の看護師国家資格取得までの日本語学習年数 (年)	最小値	1
		最大値	6
		平均値	2.5±1.0
N1取得時期	来日前 (人) 割合 (%)		15 (38.5)
	来日後 (人) 割合 (%)		24 (61.5)
職場の人間関係への満足度		平均値	3.4±1.0

表2 来日の動機 (1人1解答)

カテゴリ	サブカテゴリ	内容	n
自発的な動機	キャリア形成	日本の進んだ看護や医療を学びたい	11
		中国より看護師の社会的地位が高く労働環境が良い日本で働きたかった	7
		大学から日本へ行くプログラムが勧められ、挑戦してみたいと思った	3
		漢字が理解でき看護師免許を取りやすいと思った	3
		視野を広げたいと思った	1
		看護師として外国で働いてみたかった	1
日本への興味や憧れ		日本は住みやすく永住したい	5
		日本は素晴らしい国だと思う	2
		日本文化への興味	2
中国へ帰省がしやすい		日本は地理的に中国と近いため帰省にも便利である	4

の「キャリア形成」を目的とした動機は他にも「大学から日本へ行くプログラムが勧められ、挑戦してみたいと思った」(n=3), 「漢字が理解でき看護師免許を取りやすいと思った」(n=3), 「看護師として外国で働いてみたかった」(n=1) などがあつた。他には、「日本は住みやすく永住したい」(n=5), 「日本は素晴らしい国だと思う」(n=2) や「日本文化への興味」(n=2) といった「日本への興味や憧れ」から来日している場合もあつた。また、「日本は地理的に中国と近いため帰省にも便利である」(n=4) と、他の諸外国より日本は「中国へ帰省がしやすい」という理由で来日を選んだ看護師もいた。対象となつた在日中国人看護師はそうした【自発的な動機】に基づいて来日しており、自らの意に反してやむをえず来日した対象者はいなかつた。

職場の人間関係への満足度における得点の平均値は3.4±1.0であつた。4点以上であつたもの、つまり職場の人間関係に満足している対象者は18名(46.2%)であつた。

3. 【ソーシャルスキル】尺度の得点(表3)

総得点の平均値が31.5±4.0であり、「直接的解決」は6.9±1.2, 「相手への心遣い」は9.9±1.0, 「積極的関わり」は7.5±1.2, 「行動意図推察」は7.2±1.5, 全項目の平均値は3.5±0.8であつた。

4. 【異文化適応の構成因子】尺度(表4)

総得点の平均値は67.7±5.5で、総得点が基準値を超えたのは3名(7.7%)であつた。「心理的適応」得点の平均値

は13.1±2.9で、基準値を超えたのは3名(7.7%)であつた。「社会文化的適応」得点の平均値は47.0±4.0で、基準値を超えたのは6名(15.4%)であつた。「自己実現的適応」得点の平均値は7.5±1.2で、基準値を超えたのは21名(53.8%)であつた。

5. 【ソーシャルスキル】尺度と【異文化適応の構成因子】尺度の関連(表5)

在日中国人看護師の【ソーシャルスキル】尺度の総得点の高値群では、【異文化適応の構成因子】尺度の総得点($p=.002$), 下位尺度の「社会文化的適応」の得点($p=.006$), 「自己実現的適応」の得点($p=.012$)が有意に高かつた。「心理的適応」の得点($p=.282$)では両群間に有意差を認めなかつた。

6. 他の個人要因と【異文化適応の構成因子】尺度の関連(表6)

(1) 日本語能力

全員がN1を取得しており、その取得時期や日本の看護師国家資格取得までの日本語学習年数は、【異文化適応の構成因子】尺度の総得点およびいずれの下位尺度の得点とも有意差を認めなかつた。

(2) 日本での看護師経験年数

日本での看護師経験年数の平均値より短い経験年数の対象者と長い経験年数の対象者では、【異文化適応の構成因子】尺度の総得点といずれの下位尺度の得点とも有意差がなかつた。

表3 ソーシャルスキル尺度の得点

	得点範囲	最小値	最大値	n=39	
				平均値 総得点 (各項目)	標準偏差 (各項目)
総得点	9-45	23	42	31.5 (3.5)	4.0 (0.8)
直接的解決	2-10	4	10	6.9 (3.5)	1.2 (1.8)
1. 文化の違いという観点から、日本人とのトラブルを説明できる	1- 5	2	5	3.5	0.6
2. 文化的な違いから日本人とトラブルが起きたときは、話し合いで解決できる	1- 5	2	5	3.4	0.8
相手への心遣い	3-15	8	12	9.9 (3.3)	1.0 (0.9)
3. 誘いやすすめをすぐに受け取らず、遠慮する	1- 5	1	4	2.6	0.6
4. 相手とすぐに打ち解けられる	1- 5	2	5	3.3	0.7
5. お礼をしたいときは、店で買ったものを贈る	1- 5	2	5	4.0	0.7
積極的関わり	2-10	5	10	7.5 (3.8)	1.2 (0.8)
6. 自分から積極的に日本人に声をかける	1- 5	2	5	3.9	0.8
7. 自分の国や文化を、日本人に説明してわかってもらう	1- 5	2	5	3.6	0.8
行動意図推察	2-10	4	10	7.2 (3.6)	1.5 (0.8)
8. 相手の気持ちを、言葉で言われなくても自分から察する	1- 5	2	5	3.7	0.8
9. 「遊びに来てください」と言われたら、挨拶か招待かを見分けて返事をする	1- 5	2	5	3.5	0.9

表4 異文化適応の構成因子尺度の得点

n = 39

	最小値	最大値	平均値	標準偏差	基準値80%を超えた人数 (%)
異文化適応の構成因子尺度 (19項目) の総得点	56	81	67.7	5.5	3 (7.7)
心理的適応 (4項目) の合計得点	4	19	13.1	2.9	
活力 (2項目)	2	10	7.0	1.5	
1. 活力にあふれていた	1	5	3.3	0.87	
2. 落ち着いて穏やかな気分だ	1	5	3.7	0.76	
精神的不健康 (2項目)	2	9	6.1	1.7	
3. 疲れていた※	1	4	2.6	0.9	
4. 落ち込んでいて憂鬱な気分だった※	1	5	3.4	1.02	
社会文化的適応 (13項目) の合計得点	38	57	47.0	4.0	6 (15.4)
親身ケア (3項目)	8	15	10.1	1.6	
5. 仕事に自分の母国のやり方を取り入れている	1	5	2.7	0.9	
6. 日本の家族について理解できている	2	5	3.5	0.8	
7. 患者のニーズにあわせた看護ができる	2	5	3.9	0.6	
職務遂行 (4項目)	11	18	14.9	1.4	
8. 患者は本当の気持ちや個人的な話など、深い話を自分にしてくれない※	1	5	3.4	0.9	
9. 仕事の指示を受けても、その通りにできない※	2	5	3.8	0.6	
10. 仕事で必要になる医療用語を、正しく書いたり話したりできる	3	5	3.7	0.5	
11. 言葉が通じず、患者を十分にケアできない※	2	5	4.0	0.6	
親和関係 (3項目)	6	13	11.1	1.5	
12. 職場の付き合い (歓迎会・送別会) があれば参加する	2	5	3.7	0.7	
13. 日本人の時間感覚に合わせて、約束や時間を守って仕事をしている	2	5	4.1	0.6	
14. 職場の日本人に、思ったことをなんでも言える人がいる	1	5	3.3	0.9	
職場順応 (3項目)	8	15	10.9	1.8	
15. 職場の日本人たちと自分は、うまくいっていない※	1	5	3.6	0.8	
16. 日本の医療制度が理解できない※	2	5	3.7	0.8	
17. 日本の働き方のパターン (残業, 休日) に違和感なく合わせられる	2	5	3.6	0.9	
自己実現的適応 (2項目) の合計得点	5	10	7.5	1.2	21 (53.8)
18. 日本での生活を有意義と感じている	2	5	3.7	0.7	
19. 日本語の勉強にやりがいを感じている	3	5	3.9	0.6	

※は逆転項目であり反転して採点

表5 ソーシャルスキルと異文化適応の関連

n = 39

	異文化適応の 構成因子尺度の総得点		心理的適応		社会文化的適応		自己実現的適応	
	中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率	中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率	中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率	中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率
ソーシャル スキル尺度 の得点	低値群 32≥ (n=21) 66.0 (62.0-68.0)	** .002	13.0 (11.0-15.0)	.282	46.0 (43.0-47.0)	** .006	7.0 (6.0 -8.0)	** .012
	高値群 33≤ (n=18) 70.0 (67.3-74.5)		14.5 (12.3-15.0)		49.5 (47.0-52.0)		8.0 (7.25-8.0)	

Mann-Whitney U test

** 5%水準で有意

(3) 職場の人間関係への満足度

職場の人間関係に満足している群の【異文化適応の構成因子】尺度の総得点 ($p=.000$), 【心理的適応】の得点

($p=.009$), 【社会文化的適応】の得点 ($p=.009$), 【自己実現的適応】の得点 ($p=.032$) が有意に高かった。

表6 他の個人要因と異文化適応の関連

n = 39

		異文化適応の構成因子尺度の総得点		心理的適応		社会文化的適応		自己実現的適応	
		中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率	中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率	中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率	中央値 (25-75パーセン タイル)	有意 確率
N1取得時期	来日前 (n=15)	66.0 (65.0-68.0)	.163	13.0 (11.5-14.0)	.618	46.0 (44.5-47.0)	.076	8.0 (7.0-8.0)	.521
	来日後 (n=24)	69.0 (63.5-70.0)		12.0 (10.0-15.0)		48.0 (45.5-51.5)		8.0 (7.0-9.0)	
日本の看護師 国家資格取得 までの 日本語学習年数	2年≧ (n=23)	69.5 (62.3-72.5)	.563	13.0 (10.5-15.0)	.388	48.5 (46.0-50.5)	.315	8.0 (7.0-9.0)	.239
	3年≦ (n=16)	66.5 (65.5-71.0)		14.0 (12.0-15.0)		46.5 (43.5-48.0)		7.5 (6.0-8.0)	
日本での看護師 経験年数	4年≧ (n=19)	68.0 (62.0-72.0)	.967	14.0 (10.0-15.0)	.857	46.0 (43.0-52.0)	.857	8.0 (7.0-9.0)	.089
	4.5年≦ (n=20)	67.0 (65.0-70.0)		13.0 (11.0-15.0)		47.0 (45.0-50.0)		7.0 (6.0-8.0)	
職場の人間関係 への満足度	3 ≧ (n=21)	65.0 (61.8-67.3)	** .000	12.5 (10.0-14.0)	** .009	45.0 (42.8-48.0)	** .009	7.0 (6.0-8.0)	** .032
	4 ≦ (n=18)	69.0 (67.0-72.3)		15.0 (12.0-15.0)		47.5 (46.8-50.0)		8.0 (8.0-8.0)	

Mann-Whitney U test

** 5 %水準で有意

V. 考 察

ここでは、本研究の対象者である在日中国人看護師の特徴を踏まえて、彼らの日本の職場への適応とソーシャルスキルとの関連性、今後の支援について以下のように考察する。

1. 日本の職場への適応とソーシャルスキルの関連性について

畠中・田中は「日本人に好まれる気働きのスキルが行使されると親身ケアそして親和関係が高まる。続いて職場への慣れが促され、職務のレベルアップに繋がる」と日本社会に適したソーシャルスキルが外国人ケア労働者の職務遂行において重要であることを述べている(2015, p.113)。本研究の対象者である在日中国人看護師全員の【ソーシャルスキル】尺度の各項目の平均値は3.5 (±0.8) であり、田中(2000)が報告した在日外国人留学生の【ソーシャルスキル】尺度の各項目の平均値である3.07 (±0.34) よりも高かった(p.160)。彼らは在日外国人留学生よりも高いソーシャルスキルを備えており、【ソーシャルスキル】尺度の総得点の高値群は、低値群と比較して、【異文化適応の構成因子】尺度の総得点が有意に高かった。ソーシャルスキルには、自国と日本の文化の違いによるトラブルを話し合いで解決する《直接的解決》、遠慮やお礼といった《相手への心遣い》、自国の文化を説明し、日本人に積極的に関わる《積極的関わり》、相手の言動から気持ちを察する《行動意図推察》といった日本人の対人行動の文化を踏まえたスキルが含まれている。【ソーシャルスキル】尺度の総得点が平均値より高い対象者らは、日本人の対人行動の文化を踏まえたソーシャルスキルに加え、堪能な日本語と技術習得に焦点を置いた中国の看護基礎教育(Chen, et

al., 2017, p.61 ; Wang, Whitehead, & Bayes, 2016, p.133) で身につけた技術を生かし、職場で良好な人間関係を構築し職務を果たすための指示事項を理解した上で、日本人看護師と同様に看護技術を実践している(韓, 2013 ; 石原, 2013)。その結果、〈親身ケア〉〈職務遂行〉〈親和関係〉〈職場順応〉の4つの要素によって構成される[社会文化的適応]の得点有意に高かったと考える。

加えて、本研究の対象者全員は、[キャリア形成]や[日本への興味や憧れ]といった【自発的な動機】によって来日している。彼らが看護師として外国での[キャリア形成]を考えた際に、言葉への馴染みややすさや大学からの支援があるため、他の諸外国と比較して[キャリア形成]を実現しやすい、と来日に自己実現への期待を抱いていたことも推察できる。自発的な渡航の動機は異文化適応を促進する(牧野, 2002, p.17)といわれ、さらに「異文化適応の三層構造モデル」では、中層の専門職としての[社会文化的適応]が進むと、上層の[自己実現的適応]の強化につながるとされている。【ソーシャルスキル】尺度の総得点が平均値より高い対象者らは、自らの意思による来日を果たし、職場への[社会文化的適応]ができ、日本の人々との良好な関係の構築を果たすことで、日本での生活に価値を見出し、日本で看護師として成長する意欲につながる[自己実現的適応]得点も高かったと考えられる。

しかし、[社会文化的適応]が進むと下層の[心理的適応]も強化される連環的な関係があるとされているが、本研究では【ソーシャルスキル】尺度の高低で、対象者の、[心理的適応]得点に有意差がなかった。本研究の調査期間においては、世界規模での新興感染症の蔓延による国内の医療逼迫が問題となっていた時期(World Health Organization, 2021)であり、Boran, M., Boran, O.F., Körükcü, & Özkaya (2022) はパンデミック期間における病

院環境が看護師の精神衛生に負の影響を与えたことを報告している。本研究の対象者らがそれ以前と異なる過重労働や外出自粛、職場の人々との関わりの制限によって疲労やストレスを感じたことが、活力や気分の落ち込み、疲労感について測定する〔心理的適応〕尺度の測定結果に影響したことも否定できない。また、彼らは来日を決める際に帰省の便利さも考慮していた。親孝行を子の責務として重んじる儒教の思想（Giger, 2017, p.394）が浸透しているため、中国人看護師は家族に会えないことに強い心理的なストレスを感じる（龔, 2018; Zhou, Windsor, Coyerb, & Theobald, 2010, p.191）といわれており、渡航規制など個人のソーシャルスキルでは対処し難いストレスが、調査時における彼らの心身の疲労の背景にあったと推察される。今後このような社会背景や、対象者のストレス対処力といった要因を踏まえた、〔心理的適応〕〔社会文化的適応〕〔自己実現的適応〕の関係性についてさらなる検証も必要である。

2. 在日中国人看護師の日本の職場への適応を促すために必要な支援

外国出身看護師の受け入れの歴史が浅い日本の医療機関では、彼らの相談相手ともなるプリセプターを配置するなどといった在日中国人看護師への支援を行っていることが報告されているが、まだ体系化されたものがなく各所属機関に任されている（石原, 2012, p.72; 2013, p.34）。

職場の人間関係に満足している対象者では、【異文化適応の構成因子】の総得点、下位尺度の〔心理的適応〕〔社会文化的適応〕〔自己実現的適応〕の得点が有意に高かった。在日中国人看護師が職場の人間関係に主観的な満足感を得ると、職場への適応が促されると考えられる。日本人の、他者に迷惑をかけないように距離をとる文化とは対照的に、中国には相手を積極的に手伝おうとするなど対人関係の距離感が親密な文化があり、助け合うことを喜びと感じる（陳, 2007, p.38）。在日中国人看護師と周囲の日本人の相互理解（ト, 2017, p.123）は彼らの日本の職場への適応においては非常に大切なことである。

また、本研究では、日本での看護師経験年数の長短は【異文化適応の構成因子】尺度の総得点と、下位尺度の得点において有意差がなかったことが明らかになった。これまでも、在日中国人看護師が、相手と距離をとるといった日本人の対人配慮行動を理解できない場合は、日本に長く在住するほどに、人間関係への適応を困難に感じることがあると報告されている（ト, 2017, p.125）。つまり彼らの異文化適応には、在日期間の長さよりも日本人の対人行動の特徴を理解することが重要である。

畠中・田中（2013）は外国人看護師候補者が職場の日本

人からのサポートが得られた場合に文化学習が進む（p.83）と社会的支援関係の獲得が重要であることを示唆している。その上で、困難の予防や対策に有用となるスキルの学習や文化面での支援がもっと工夫されても良い（畠中・田中, 2015, p.114）と体系的なソーシャルスキル学習支援策の必要性を述べている。彼らの職場での適応にとって、日本人の対人行動といった文化や、職場の規範に合わせるソーシャルスキル学習を行うことが効果的であると考えられる。

ソーシャルスキルトレーニングの方法や効果は、中国人大学生（毛・大坊, 2016）、日本の小学生児童（大対・松見, 2010）、日本の看護基礎教育（茂木・白石, 2007）といった国内外の様々な分野で大規模な実施・評価が行われてきた。これらの研究は在日中国人看護師のソーシャルスキル向上への支援を考案するにあたり、大変示唆に富んでいる。

以上のことから、在日中国人看護師の異文化を背景とした職場への適応を促すためには、日本人のコミュニケーションの特徴に合わせた行動によって良好な人間関係を構築し、社会的支援関係が獲得できるように支援することや、就職早期より日本の看護の専門性を理解し、業務に臨めるよう支援していくことが効果的であると考える。

結 論

在日中国人看護師の日本の職場への適応は、自発的な動機や相手の言動の意図を察して良好な人間関係を築く能力であるソーシャルスキルと関連していることが考えられた。

彼らが日本の職場に適応するための支援を考える際には、対人行動における文化差を理解し、ソーシャルスキルを高めさせることが重要である。加えて、治療に関連したケアを中心に学んできた在日中国人看護師が、患者を生活者と捉えて療養支援を行う日本の看護の役割を理解できるよう支援することも適応を促進すると推察できる。

日本の看護実践の場が、日本と中国の両国で看護師国家資格を取得し、自発的な動機と中国で学んだ技術を持つ在日中国人看護師にとって魅力的な職場となり、定着する看護師が増えれば、日本の看護師不足の解消、看護の対象者の生活の質向上という受け入れの目的を果たすこととなる。そのための支援の拡充は喫緊の課題である。本研究が、多様化する看護の対象者と提供者双方にとって、より良い環境づくりの一助となることが期待される。

研究の限界と今後の課題

本研究は、これまでに報告の少ない在日中国人看護師の実態の一部を明らかにすることで外国人看護人材の支援という課題に貢献しようとする。しかし、郵送法に限定した研究参加方法であったことからサンプルサイズが小さく、分析方法が限定されたことや、在日中国人看護師の自己評価によるデータは、共に働く日本人看護師による他者評価とは一致しない可能性がある。さらに、本研究への協力を得られた在日中国人看護師の来日がキャリア形成といった自発的な動機に基づくものであったことで、結果に偏りを生じた可能性もある。それらのために本研究の結果の十分な一般化には限界があると考え。インターネットでの回答を併用するなど、対象者が参加方法を選択できるようにし、より多様な対象を集める工夫や、他者評価を用いた調査も今後の課題である。

謝 辞

本研究にご協力くださいました在日中国人看護師の皆様と、医療機関の看護部長の皆様へ深く感謝申し上げます。また、研究にあたって、計画より論文作成に至るまで大変丁寧にご指導くださいました大阪医科薬科大学のカルデナス暁東准教授、ご助言をくださいました田中克子名誉教授、草野恵美子教授、池西悦子教授、梅花女子大学の畠中香織教授、質問紙の日本語表現についてのご助言とプレテストにご協力くださいました中国人医療通訳士の吉水海蘭様にも、心より御礼申し上げます。

なお、本研究は大阪医科薬科大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

文 献

- Berelson, B. (1952) / 稲葉三千男・金 圭煥訳 (1957). 社会心理学講座7(3): 大衆とマス・コミュニケーション内容分析. (p.4). 東京: みすず書房.
- ト 雁 (2017). 在日中国人看護師の異文化適応問題に関して: 現場調査のデータ分析より. 淑徳大学紀要 総合福祉学部・コミュニティ政策学部, 51, 117-130.
- Boran, M., Boran, O.F., Körükçü, Ö., & Özkaya, M. (2022). The psychological resilience and perceived stress of the frontline heroes in the pandemic in Turkey: A descriptive study of the COVID-19 outbreak-mutations-normalization triad. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(1), e12442. <https://doi.org/10.1111/jjns.12442>
- Chen, H., Miyakoshi, Y., Nakatani, H., Fujii, T., Rahman, M.M., & Kobayashi, T. (2017). Cognition, training, and education of nurses in oral feeding assistance for hospitalized patients: A comparative

study among nurses in China and Japan. *Hiroshima Journal of Medical Sciences*, 66(3), 61-69.

- 陳 金娣, 新田静江 (2007). 中国における地域看護サービスと高齢者の家族介護に関する文献レビュー. *山梨大学看護学会誌*, 5(2), 7-12.
- 陳 俊森 (2007). 日本語と日本文化との接点: 日本語教育の立場から. *アジア文化研究所研究年報*, 42, 31-42.
- 船越明子, 河野由理 (2006). 看護師の働きがいの構成要素と影響要因に関する研究: 急性期病院に勤務する看護師を対象とした分析から. *こころの健康*, 21(2), 35-43.
- Giger, J.N. (2017). *Transcultural Nursing: Assessment & Intervention* (7th Edition). 394, St. Louis: Elsevier.
- 龔 佳奕 (2018). 多文化就労場面における中国人看護師の適応実態に関する調査. *移動する人々のアイデンティティと言語使用: 接触場面の言語管理研究*, 15, 67-73.
- 韓 慧 (2013). 日本における看護師不足と中国人看護師受け入れの実態と展望: 日中の看護労働市場と看護人材養成システムの比較分析. *山口大学大学院東アジア研究科*, 博士論文, 86. 88. 94.
- 畠中香織, 田中共子 (2013). 外国人看護師・介護者らの異文化適応: 三層構造モデルを用いた事例的分析. *多文化関係学*, 10, 69-86.
- 畠中香織, 田中共子 (2014). 在日外国人介護士候補生の異文化適応: 三層構造モデルに基づく縦断的事例的分析. *岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要*, 37, 67-76.
- 畠中香織, 田中共子 (2015). 在日外国人ケア労働者における異文化間ソーシャル・スキルの異文化適応への影響. *多文化関係学*, 12, 105-116.
- 一般社団法人医療人材国際交流協会 (2020). 外国人看護師プログラム. <https://iryojinzai.or.jp/activity/> (参照 2020年 8月28日)
- 一般社団法人国際医療福祉人材育成機構 (2020). 人材育成機構とは. <http://www.kokusairyo.jp/about/> (参照 2020年 8月28日)
- 石原美知子 (2012). 日本の医療現場における中国人看護師とコミュニケーション: 病院赴任直後の言葉の問題を中心に. *コミュニケーション科学*, 36, 67-81.
- 石原美知子 (2013). 中国人新人看護師の医療現場における現状と問題点. *リハビリテーションネットワーク研究*, 11(1), 33-37.
- 厚生労働省 (n.d.). インドネシア, フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html (参照 2020年 8月28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. 東京: 実務教育出版.
- 林 琳 (2017). 中国人看護師(候補者)の受入れ現状: 受入れの概要と日本語支援・日本語問題を中心に. *奈良教育大学国文: 研究と教育*, 40, 45-60.
- 牧野真理子 (2002). *異文化ストレスと心身医療*. 17, 東京: 新興医学出版社.
- 毛 新華, 大坊郁夫 (2016). 中国文化要素が配慮された社会的スキル・トレーニングプログラムの効果: 中国人大学生の自己評価からみた意識と行動の変化を中心とする検討. *社会心理学研究*, 32(1), 22-40.
- 茂木泰子, 白石壽美子 (2007). 学生間のロールプレイを用いたSST患者教育の学習効果の検討: 「基礎会話」の患者および看護師役割体験に焦点をあてて. *高崎健康福祉大学紀要*, (6), 81-89.

- 中西純子 (2004). 「日常生活行動」の概念分析. *愛媛県立医療技術大学紀要*, 1(1), 49-56.
- 大対香奈子, 松見淳子 (2010). 小学生に対する学級単位の社会的スキル訓練が社会的スキル, 仲間からの受容, 主観的学校適応感に及ぼす効果. *行動療法研究*, 36(1), 43-55.
- 佐藤任宏, 大野トシエ, 尾竹妙子, 王麗華 (2005). 中国人看護師受け入れの経験と日本の臨床現場に望むこと. *インターナショナルナースングレビュー*, 28(4), 49-52.
- 清水徳蔵 (1983). 中国的思考と行動様式: 日中の比較を中心として. *アジア研究所紀要*, (10), 47-74.
- 篠崎恵美子, 藤井徹也 (2015). *看護コミュニケーション: 基礎から学ぶスキルとトレーニング*. 東京: 医学書院.
- 塩谷芳也 (2018). 大学生の就職活動における内定取得時期に対するソーシャルスキルの効果: 男女差に注目して. *理論と方法*, 33(2), 349-356.
- 田中共子 (2000). *留学生のソーシャル・ネットワークとソーシャル・スキル*. 160, 京都: ナカニシヤ出版.
- 特定非営利活動法人国際看護師育英会 (2020). 主な事業実績. <http://www.insnpo.org/activity.html> (参照 2020年 8月28日)
- Wang, C.C., Whitehead, L., & Bayes, S. (2016). Nursing education in China: Meeting the global demand for quality healthcare. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(1), 131-136.
- 王輝 (2003). 言語と文化的背景: 言葉から見た中, 日文化. *NUCB Journal of Language Culture and Communication*, 5(2), 67-79.
- World Health Organization. (2021). COVID-19: Occupational health and safety for health workers: Interim guidance, 2 February 2021. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1 (Accessed 2022 May 21)
- Zhou, Y., Windsor, C., Coyer, F., & Theobald, K. (2010). Ambivalence and the experience of China-educated nurses working in Australia. *Nursing Inquiry*, 17(3), 186-196.

〔2022年 6月29日受 付〕
〔2023年 4月19日採用決定〕

Correlation between Social Skills and Cross-cultural Adjustment of Chinese Nurses in Japan

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 107-117
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230419226>

Tsubasa Mori, MSN,RN

Graduate School of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University, Osaka, Japan

Abstract

Objective: Although Japan and China share some commonalities, such as Chinese characters and Confucianism, there are differences in interpersonal behavior. Social skills can play a particularly important role in interpersonal relationships in cross-cultural settings. This study aimed to examine how social skills of Chinese nurses are correlated with their cross-cultural adjustment in the Japanese workplace. **Methods:** An exploratory quantitative study of 39 Chinese nurses was conducted to examine the correlation between cross-cultural adjustment and social skills in Japan. Data were dichotomized by average social skills and analyzed using Mann-Whitn U test. **Results:** Chinese nurses in Japan were divided into high- and low-social-skills groups based on their mean total score on the [Social Skills] scale. The high-social-skills group had significantly higher total scores on the [Three Dimensions of Cross-Cultural Adjustment] scale, [Sociocultural Adjustment] ($p=.006$), and [Self-Realization] ($p=.012$). Moreover, they were positively motivated to develop their expertise as nurses in Japan. **Conclusions:** Effective social skills training reflecting the characteristics of Japanese interpersonal behavior and cultural support is important in developing collaborative work environment between Japanese and Chinese nurses. Providing support programs for Chinese nurses in Japan may improve not only their career development but also the quality-of-care services performed by a team including Chinese nurses.

Key words

Chinese nurse, social skills, cross-cultural adjustment

Correspondence: T. Mori. Email: tsubasa_mori@outlook.com

中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 119-129
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230511222>

山本裕子¹, 岩脇陽子², 室田昌子¹, 木下涼子³

¹京都府立医科大学医学部看護学科, ²前京都府立医科大学医学部看護学科

³京都府立医科大学附属病院循環器センター

要旨

目的：中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難を明らかにする。方法：入院中の患者を対象に、半構造化面接で得られたデータを質的帰納的に分析した。結果：対象者は男性9名、女性8名の計17名であった。中高年期の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難は、【心不全について判断ができない】【自己管理の効果を実感できない】【自己管理を生活に織り込めない】【自分なりに心不全に向き合っている】【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】【仕事の調整ができない】【社会的リソースが活用できない】【心不全の自分に価値が持てない】【心機能の低下により失ったものが多い】の9つのカテゴリが抽出された。結論：中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントの困難には、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面に対応する支援が必要であることが示唆された。

キーワード

慢性心不全, セルフマネジメント, 中年期以降

責任著者：山本裕子。Email: hiroko@koto.kpu-m.ac.jp

緒言

中高年期の慢性心不全患者は、病気をもちながらも健康な生活を送りたいという気持ちや、自分のことは自分でできるという自負があり、社会的役割や責任を持っていることが患者の自己管理行動をおこす（児玉・土斐崎・村松, 2004）。しかし、患者の配偶者の理解不足（本間, 2017）や、就業上の困難により（蓮尾・藤井, 2020）、社会的役割や責任がかえって負荷となりストレスになっている（児玉ほか, 2004）。

慢性心不全患者の再入院率は、退院後6か月以内で27%、1年後では35%であり、心不全患者の再入院率は高い（日本循環器学会・日本心不全学会ほか, 2022）。慢性心不全患者の再入院の要因には、水分・塩分の過多、怠薬、過活動、体重・血圧の管理不足、病識不足などが指摘されている（安東・杉本・清水, 2019；蓮尾・藤井, 2020）。患者教育としては、食事指導、体重管理、服薬管理、心不全手帳の教育などが実施されている（岩田・市原・松田・湯浅, 2018；伊藤・田中, 2018；金・野元・金子・寺田, 2016）。

慢性心不全患者は合併疾患を有することも多く、医学面、社会面、心理面における複合的な問題を抱えているこ

とから、慢性心不全患者のQOLは低下している（柴山ほか, 2005）。そこで、医師や薬剤師、栄養士、看護師、介護士などの多職種が介入すると、再入院が減少することが報告されている（西田, 2020）。その中でも、抑うつ症状を有する慢性心不全患者の再入院率は高く、精神面に対する支援の重要性が強調され（Ma, 2019）、社会とのつながりを持ち続けることで予後が良好であることが明らかにされている（Saito, et al., 2018）。

慢性心不全患者が長年培ってきた生活習慣を見直し、自己管理するための行動変容につなげることは容易ではない（平田ほか, 2011）。そのため、患者の認識や価値観、患者の望む生活を把握したうえで、患者が継続できる支援が必要である。慢性心不全患者が退院後に自分で管理ができる支援として、動機づけ面接（Chen J, et al., 2018）や家庭訪問（Graven, Gordon, Keltner, Abbott, & Bahorski, 2017）、フォローアップ電話（Oscalices, Okuno, Lopes, Campanharo, & Batista, 2019）などがされている。しかし、退院直後は自己管理できていても、3か月前後になると、その効果が低下することがわかっている（Riegel, Creber, Hill, Chittams, & Hoke, 2016；Breathett, et al., 2018；高橋・井田・津田・樋口, 2018）。

慢性疾患患者の療養生活の管理に関しては、自己管理、

セルフケア、セルフモニタリング、セルフコントロール、アドヒアランスなど多くの概念がある。近年は、慢性疾患の管理だけでなく、疾患から派生する心理的・社会的課題の調整を含む包括的なマネジメントを医療者と患者が協働しながら行っていくことが重要とされ、患者の主体性や意思決定を尊重するセルフマネジメントの概念が用いられるようになってきている（藤田・大西，2014）。慢性疾患におけるセルフマネジメントの概念分析は、「慢性疾患と共に生きる人が医療者とのパートナーシップに基づく協働により、疾患特有の管理とその影響の管理という課題に対処する活動であり、その人が問題とすることに主体的に取り組み、対処法が洗練されていくプロセスである。」と定義されている（浅井・青木・高谷・長瀬，2017，p.17）。心不全の増悪による再入院の予防には、患者が主体的に疾病や生活習慣の管理を行う、患者自身のセルフマネジメントが不可欠である。しかしながら、慢性心不全患者は、高齢であったり、認知症や多数の合併疾患を有していたりすることが多く、複雑で複合的な問題を抱えている。厚生労働省患者調査「心不全の総患者数の推移及び年齢階級別総患者数」によると、心不全患者数は45歳以降から増加傾向にあり、80歳代でピークを迎えている（厚生労働省，2014）。これらの課題に取り組むためには、急激に高齢化が進む日本国内において、高齢者となる前段階である中年期からのセルフマネジメントを把握し、支援の方向性を明らかにすることが必要である。2018年9月の時点でわが国の高齢化率は28%を超え、70歳以上の高齢者も20%を超えた。平均余命も1960年に比べ20歳近く延伸し、まだまだ若く活動的な人が多い（荒井，2019）。一方、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる健康寿命は、2019年には75歳を超え、高齢者の健康寿命も延伸している（厚生労働省，2022）。

これらのことから、本研究においては、自己で疾病管理が可能である中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難を明らかにし、支援の方向性について検討することを目的とする。

I. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的帰納的研究。

2. 用語の定義

(1) 中年期

厚生労働省の提言『健康日本21』（厚生労働省，2000）によると、中年期は45～64歳、高年期は65歳以上という区分をしているが、その他に明確な定義は見当たらない。した

がって、本研究における中年期以降とは、45歳以上とする。

(2) セルフマネジメント

慢性疾患のセルフマネジメントの概念分析（浅井ほか，2017，p.17）の結果を引用し、セルフマネジメント（self-management）とは、「慢性疾患とともに生きる人が医療者とのパートナーシップに基づく協働により、疾患特有の管理とその影響の管理という課題に対処する活動であり、その人が問題とすることに主体的に取り組み、対処法が洗練されていくプロセスである」と定義する。

(3) 困難

デジタル大辞泉では、困難とは物事をするのが非常に難しいこと、苦しみ悩むこと、苦勞することを意味する。これをふまえ、本研究における困難とは、慢性心不全患者のセルフマネジメントが上手くいかないことと定義する。

3. 研究対象者

研究対象者は、2020年6月～2022年4月の期間にA大病院循環器センターに入院し、ACCF/AHA（米国心臓病学会財団／米国心臓協会）心不全ステージ分類において、ステージCに該当し自己で疾病管理が可能である45歳以上の慢性心不全患者とした。

調査の実施については、A大学附属病院循環器内科の責任者（教授）、看護部長および循環器センターの医師と看護師長に研究計画書を持参し、研究協力と対象患者の紹介を依頼した。対象患者の選定基準は、労作時の息切れなどの心不全症状が軽快し、退院の見通しが立っている患者とし、精神疾患・脳血管疾患・認知症などでコミュニケーション障害のある患者、酸素療法や点滴などの心不全急性期治療中の患者は除外するとし、基準を満たす対象の選定を依頼した。

紹介された対象者には、説明文書を用いて、研究の概要と研究参加の可否が自由意思により決定できること、研究の参加に際して認知機能検査Mini-Cog日本語版を実施することを説明した。同意が得られた患者に対して、面接の日時を設定した。

なお、認知機能検査と面接については、プライバシーの十分保たれる個室で実施し、認知機能検査結果についてはその場で対象者に伝えた。

4. データ収集方法

調査期間は、2020年6月～2022年4月に実施した。対象者にインタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。インタビューガイドはセルフマネジメントに関する内容として、①セルフマネジメントの内容や状況、②セルフマネジメントの効果、③セルフマネジメントの難しいところ、④生活習慣を改善できない理由などを、対象者の療養生活

や気持ちに沿って自由に語ってもらった。

面接は、プライバシーが確保できる病院内の個室で実施した。面接時間は、対象者の負担にならないように配慮し、20～30分を目安とした。面接内容は対象者の同意を得て記録用紙に記述するとともに、ICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

面接時に、診療記録および看護記録から、年齢、性別、職業の有無、同居者の有無、基礎心疾患、治療歴、心不全経過期間、心不全入院回数、左室駆出率、血漿BNP（脳性ナトリウム利尿ペプチド）値を情報収集した。

5. 分析方法

中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難について、質的帰納的に分析した。データ分析は、内容分析の手法で行った（有馬, 2007）。

インタビューの逐語録を精読し、セルフマネジメントにおける困難の文章を抽出し、意味内容のわかる範囲で区切り、コード化した。コード化した記述は類似性のあるものを合わせて、抽象度を上げてサブカテゴリとした。サブカテゴリの内容から意味が共通しているものを合わせて、さらに抽象度を上げて、セルフマネジメントにおける困難のカテゴリを生成した。分析結果が、慢性心不全患者からの解釈となっているか、複数のコードの類似性に着目しサブカテゴリ、カテゴリが生成されているか、セルフマネジメントの困難を端的に表したカテゴリ名となっているか、著者の解釈やカテゴリ化に歪みや偏りはないかについて研究者間で検討を重ね全体の統合性から判断した。インタビュー・データの信頼性を高めるために、循環器看護に熟

達した臨床看護師1名と質的研究に精通した研究者1名に、質的研究インタビューガイドのプレテストを実施し、セルフマネジメントの困難が抽出できる内容であるか点検を行った。また得られた逐語録データは、カテゴリごとのエクセルシートに作成し、分析の視点や解釈などを記載し、データの成立過程をメモした。研究プロセス全体にわたって4名の研究者間で議論し、検討し、記録に残すことで、信頼性・妥当性の確保に努めた（Flick, 2009/2011）。

6. 倫理的配慮

本研究は、京都府立医科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：ERB-E-429）。対象者には、プライバシーが確保できる個室で、研究目的と方法について文書と口頭で説明した。参加は自由意思であり、研究の参加を拒否する権利、途中辞退の権利、不参加による不利益がないこと、研究の成果を学会や論文などで発表する場合には個人を特定できないようにすること、本研究のデータは、個人が特定されないように匿名化し、施錠可能な保管庫で管理することを説明し同意を得た。

II. 結果

1. 対象者の属性

対象者の性別は男性9名、女性8名の計17名であった。平均年齢（SD）は、68.4（10.8）歳、心不全経過期間の平均年数（SD）は、4.6（4.5）年、入院の平均回数（SD）は、2.1（1.3）回であった。直近の左室駆出率の平均値（SD）は、42.3（16.3）%、血漿BNPの平均値（SD）は、

表1 対象者の概要

ID	性別	年代	心不全経過年数	入院回数	左室駆出率 (%)	BNP (pg/ml)	就業	家族との同居
A	男	60代	4	3	45	733.0	有	無
B	女	70代	1	1	48	1027.6	無	有
C	女	70代	3	1	25	792.1	無	無
D	男	50代	4	3	58	13.5	有	有
E	女	80代	4	1	56	117.5	無	無
F	男	50代	1	2	33	95.9	有	無
G	女	70代	10	4	27	516.0	無	無
H	男	70代	1	1	47	312.1	有	無
I	男	70代	4	1	37	130.0	無	無
J	女	60代	1	1	71	449.5	有	有
K	男	40代	10	2	12	470.0	有	有
L	女	70代	1	1	60	365.5	無	無
M	男	70代	9	4	45	481.1	無	有
N	女	60代	1.5	1	26	479.0	無	有
O	女	60代	5	1	59	480.7	有	有
P	男	70代	17	5	24	107.4	有	有
Q	男	70代	1	3	55	282.5	無	無

403.1 (274.0) pg/mlであった。単独世帯は9名、就業のある患者は8名であった。面接所要時間の平均 (SD) は、24.4 (5.1) 分であった。

2. 中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難

インタビューの内容の逐語録から、112のコードが得られた。分析の結果、23のサブカテゴリから9カテゴリが生成された。カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, コードを「 」で示す。

中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難は、【心不全について判断ができない】【自己管理の効果を実感できない】【自己管理を生活に織り込めない】【自分なりに心不全に向き合っている】【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】【仕事の調整ができない】【社会的リソースが活用できない】【心不全の自分に価値が持てない】【心機能の低下により失ったものが多い】のカテゴリが生成された。

(1) 【心不全について判断ができない】のカテゴリ

【心不全について判断ができない】とは、心不全に関する知識が不足していることにより正しい判断ができない状況を表している。

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなり、〈自分で症状を判断できない〉では「ただ足を見ているだけで足の浮腫の観察について何を見たら良いのかわからない」、〈検査結果は気にしていない〉では「検査結果とか説明されてもあまりわからないし気にしていない」などの思いがあった。

(2) 【自己管理の効果を実感できない】のカテゴリ

【自己管理の効果を実感できない】とは、自己管理をしても数値や症状の改善などといった有益性を実感できない状況を表している。

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなり、〈観察や記録をしても良くならない〉では「血圧を続けて測ったら数値が変わっていたから信憑性がない」、〈運動は疲れるからできない〉では「退院後は毎日歩いていたが息切れや足のだるさが出てきてやめた」などの心境が語られた。

(3) 【自己管理を生活に織り込めない】のカテゴリ

【自己管理を生活に織り込めない】とは、生活を再構築する中で、自己管理を毎日継続する気持ちを維持することや自己管理を実行することが難しい状況を表している。

このカテゴリは3つのサブカテゴリからなり、〈不規則な食生活になることは仕方がない〉では「仕事柄、不規則な生活で食生活も外食が多いが仕方がない」、〈水分・塩分制限は我慢できない〉では「塩気のものが食べたくなくてつい食べてしまう」、〈毎日するのは面倒くさい〉では「毎日20分間の運動が面倒くさくなってやめた」などの状況が

あった。

(4) 【自分なりに心不全に向き合っている】のカテゴリ

【自分なりに心不全に向き合っている】とは、食事療法や運動療法などに取り組みながら、生活を再構築しているが、自分にとって好都合であるような解釈や方法を取り入れ、慢性心不全患者が心不全と向き合う気持ちを維持していくことの難しさを表している。

このカテゴリは4つのサブカテゴリからなり、〈自分に都合が良いように解釈している〉では「たばこは吸っているけど本数は少ないから大丈夫だ」、〈悪くならないという過信がある〉では「薬の飲み忘れは時々あるけど、それが原因で悪くなったことはない」、〈医療者からはそれほど強く言われない〉では「そんなに強く先生から言われていない」、〈家族や医療者に任せている〉では「妻が料理を担当しているので任せています」などと語られた。

(5) 【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】のカテゴリ

【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】とは、心不全と共存する生活を余儀なくされる状況に不安や戸惑いを生じ、日常生活に喜びや充実感を感じることがない状況を表している。

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなり、〈生活に楽しみがない〉では「仕事が終わって風呂に入ってテレビを見ているだけの毎日でつまらない」、〈辛い思いを分かってももらえない〉では「一人で病気のことを考えると不安になり鬱っぽくなってきた」などの心境が語られた。

(6) 【仕事の調整ができない】のカテゴリ

【仕事の調整ができない】とは、職場での長時間勤務や仕事内容の変更ができない状況を表している。

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなり、〈仕事で時間の余裕が持てない〉では「運動したいが平日は仕事があるので時間が持てない」、〈職場の理解を得にくい〉では「体調が悪くなくても休めない」などの状況があった。

(7) 【社会的リソースが活用できない】のカテゴリ

【社会的リソースが活用できない】とは、親身になってくれる医療者や家族がいなく感じ、支援環境が広がらない状況を表している。

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなり、〈家族や身内の協力が得られない〉では「一人暮らしなのでできない」、〈無理をしても働かなくてはならない〉では「心不全になって仕事を辞めたいが働かなければ生活できない」ことなどが語られた。

(8) 【心不全の自分に価値が持てない】のカテゴリ

【心不全の自分に価値が持てない】とは、慢性の進行疾患である心不全を抱えたことで、自分が病気になった意味について考えたり、生きることに対して苦痛を感じたりす

表 2 - 1 中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
心不全について判断ができない	自分で症状を判断できない	現在の身体の状況をうまく判断できない 腹部の緊満と心不全の悪化が繋がらない 活動過多が心不全を悪化させることを知らない 階段の昇降で息切れするのは年齢のせいだと思っている 心不全について学ぶ機会がない ただ足を見ているだけで足の浮腫の観察について何を見たら良いのかわからない
	検査結果は気にしていない	検査結果とか説明されてもあまりわからないし気にしていない 色々検査してもらうけど心不全であることには変わりがないと思っている
自己管理の効果を実感できない	観察や記録をしても良くならない	血圧を続けて測ったら数値が変わっていたから信憑性がない 朝と夜の症状が違うから観察しても意味がないと思っている 毎日血圧と体重を測って記録しているが、記録しているだけで数値は良くならない 塩分を制限しても体調に変化はなかった
	運動は疲れるからできない	運動は疲れるからできない 歩いたら疲れてその後は家でゴロゴロしている 運動習慣がないから運動は嫌いで、歩くのはしんどいからできない 退院後は毎日歩いていたが息切れや足のだるさが出てきて止めた
自己管理を生活に織り込めない	不規則な食生活になることは仕方ない	仕事柄、不規則な生活で食生活も外食が多いが仕方がない 外食では塩分制限は無理である うどんの汁を残すのはもったいない 食べる前に醤油をかけるのは習慣だ
	水分・塩分制限は我慢できない	喉が渇いて我慢ができなくなる 塩気のものが食べたくなくてつい食べてしまう 入院中は我慢できるけど家に帰ったら一日中、食べている 今は通販で食べ物を買えるからつい買って食べてしまう 塩分制限のお弁当を食べているが結局物足りなくてイカの塩辛や瓶のりを食べてしまう 薄味を続けていたら反動で結局濃い味付けのものを食べてしまう 一人暮らしなので誰も注意してくれないから好き放題してしまう
自分なりに心不全に向き合っている	毎日するのは面倒くさい	わざわざ自分一人だけの料理を作るのは面倒だ 薬を1日ごとにセットしていても仕事をしていたらセットするのが面倒だ 平日は仕事があるので炭水化物中心の食事が手取り早い 毎日20分間の運動が面倒くさくなってやめた 最初は自転車こいだりして運動してたけど、一人ではいつまでも続かなかった
	自分に都合が良いように解釈している	醤油や塩の代わりにコンソメやめんつゆの味付けを濃くしている 子育てをしているので運動しているのと同じだから、運動はやめた もともと薄味なので塩分制限は必要ない 電車通勤しているので運動の代わりである カップラーメンの汁は飲まなければいよいよ毎日食べている たばこは吸っているけど本数は少ないから大丈夫だ 浅漬はあまり塩分が入っていない漬物なので食べている 血圧は毎日測るように言われているけど、薬を忘れず飲んでるので測らなくても良い お茶やお水の代わりにコンソメスープを飲んでる 糖尿病があるので甘い物は制限している代わりにあられを食べている 水分を摂取しても利尿剤で排尿するから大丈夫 ボウリングは健康に良いと思いつけている
辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない	悪くならないという過信がある	薬の飲み忘れは時々あるけど、それが原因で悪くなったことはない 時々薬は飲み忘れるが、時々なので大丈夫である 仕事で重たいものを持って大丈夫なので気にしていない 医療者から生活指導を受けるが、心不全が悪化したら入院して治療すればよい リハビリ教室で週2回の体操をしているから自宅では運動はしなくても大丈夫である 栄養指導を受けたけど今すぐにとり入れなくても大丈夫だろう
	医療者からはそれほど強く言われない 家族や医療者に任せている	そんなに強く先生から言われていない 毎日体重を量らなかつたら時々量ってくださいねと言われるだけなので量っていない 妻が料理を担当しているので任せています 全てお任せしていますのでわからない
辛い思いを分かってもらえない	生活に楽しみがない	仕事が終わって風呂に入ってテレビを見ているだけの毎日つまらない 家に帰っても一人なので飲み屋で過ごしてしまう 今までみたいに将来を考えて頑張ろうという感覚が薄れてる 仕事して酒飲むしかない 人との付き合いもなくなってきて何の楽しみもない お酒を飲むしか生活に楽しみがない 外食も控えて友人関係が希薄になってきたから楽しみがなくなった
	辛い思いを分かってもらえない	一人で病気のことを考えると不安になり鬱っぽくなってきた 病気のことで会社のことを考えると鬱っぽくなってきた この先もずっとこの生活を続けていくのだろうか 自分らしい生き方と死に方を考えている 辛い気持ちを語れない 自分が自分に甘いから自己管理ができなくて、それが辛い ちゃんとしようと思ってもできなくて、辛い思いを分かってもらえない 食べることに意地汚くて我慢できない自分が辛い

表 2 - 2 中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
仕事の調整ができない	仕事で時間の余裕が持てない	仕事が忙しいのでゆっくり昼食を食べられない 毎日朝早く仕事に出るから薬を飲み忘れてしまう もう少し早く帰宅したいが仕事が忙しいからできない 平日は仕事があるのでリハビリ教室に通えない バスや電車に乗って外来リハビリに通うのは時間がかかるのでできない 運動したいが平日は仕事があるので時間が持てない 残業時間が多い
	職場の理解を得にくい	会社は何もしてくれない、上司も休むことに嫌な顔をする 体調が悪くなっても休めない 管理職なので休日も出勤している 重たい荷物を持つことを躊躇するが断りにくい
社会的リソースが活用できない	家族や身内の協力が得られない	家族の協力が得られない 家族に理解してもらえない 家族や医療者に相談できない 一人暮らしなのでできない 一人暮らしなので注意してくれる人がいない 身内とは疎遠のため孤独感がある
	無理をしても働かなくてはならない	心不全になって仕事を辞めたいが働かなければ生活できない 生活のために身体に無理をして働く
心不全の自分を受け入れられない	心不全の自分を受け入れられない	こんなはずではなかったという思いがある なぜ心不全になってしまったのか
	自分に価値が持てない	生きている価値がない 自己管理できない自分が情けない 他人に依存したくない 家族に迷惑をかけたくない
心不全の自分に価値が持てない	生きがいを見いだせない	将来の希望がない どのように過ごしたいかイメージできない 友人と会っても次の日はしんどくなるから人と関わりたくない 今までのように仲間と飲み歩くことができなくなってしまう
	繋がっている人がいない	誰もわかってくれない 死んだら終わりで何も残らない 誰のために生きてら良いのかわからない
心機能の低下により失ったものが多い	心機能が徐々に低下していく	心機能が徐々に悪くなっていくのが辛い 死に向かっていくのではないかと考える 大好きな着物や洋服を着て皆と出かけることはできなくなる 以前より利尿剤の効果は感じなくなってきているのがわかる 治療をしても回復せず退院できない日が来るのかもしれない 今までのようにお酒飲んで外食したり仲間と同じように過ごせなくなってきている 55歳までサッカーして走っていたのに今は歩くだけでしんどくなってしまった 最近では息切れにより電話での会話が续かなくなっている
	失ったものが多い	夫、愛犬、友人との付き合いもなく失ったものが多いのでこれからどうしようか あと1~2年で退職したら毎日が暇になって人間が駄目になってしまうかもしれない 一人でこれからどうやって生きていこうか不安です

る状況を表している。

このカテゴリは4つのサブカテゴリからなり、〈心不全の自分を受け入れられない〉では「こんなはずではなかったという思いがある」、〈自分に価値が持てない〉では「生きている価値がない」、〈生きがいを見いだせない〉では「将来の希望がない」、〈繋がっている人がいない〉では「誰もわかってくれない」などの辛い思いを抱えていた。

(9) 【心機能の低下により失ったものが多い】のカテゴリ

【心機能の低下により失ったものが多い】とは、心不全

が進行することで自らの生活や大切と思う何かを失い、本人にとって重大な意味を持つ主観的な体験をしている状況を表している。

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなり、〈心機能が徐々に低下していく〉では「心機能が徐々に悪くなっていくのが辛い」、〈失ったものが多い〉では「夫、愛犬、友人との付き合いもなく失ったものが多いのでこれからどうしようか」などの思いがあった。

以上より、慢性心不全とともに生きる中年期以降の慢性

心不全患者は、心不全による身体症状と自分の価値の喪失から派生した生きる苦悩を抱えており、セルフマネジメントを困難にしていた。

Ⅲ. 考 察

質的帰納的分析から抽出された、中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難について考察し、支援の方向性について述べる。

1. 中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難

本研究で中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントの困難には、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面があることがわかった。

(1) 身体的側面の困難に分類されるカテゴリ

【心不全について判断ができない】【自己管理の効果を実感できない】【自己管理を生活に織り込めない】が身体的側面の困難として分類できる。

本研究対象者は、違和感を持ちながらも医療者に身体状況を確かめることはなく、自分で【心不全について判断ができない】ことが見受けられた。また、血圧や体重を測定・記録し、塩分制限などを自分なりに実施していても【自己管理の効果を実感できない】ことや、息切れや疲労感から運動を継続できないことで、セルフマネジメントを中断していた。さらに、「塩気のあるものが食べたくなくてつい食べてしまう」や「毎日するのは面倒くさい」ことから、どうしても【自己管理を生活に織り込めない】ことになっていた。そして本研究対象者17名のうち、8名が再入院であった。慢性心不全患者は、自己管理の必要性を理解する一方で生活習慣を変容しきれない難しさを抱えている（松本・今井・高瀬, 2019）。久保・山下・星（2013）は、慢性心不全患者の再入院予防には退院後のセルフマネジメントが重要であることを明らかにし、Raines & Dickey（2019）は、心不全増悪の誘因には、疾病や治療に関する理解不足があり、心不全に関する知識が不足しているほど、再入院率が高いことを報告している。本研究においても類似した結果が示されており、中年期以降の慢性心不全患者は、身体状況を自分で判断できないことや自己管理の効果を実感できないことで、食事制限などを生活の中に組み込めないといった身体的側面からの困難を抱えていることが示された。

(2) 精神的側面の困難に分類されるカテゴリ

【自分なりに心不全に向き合っている】【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】が精神的側面の困難として分類できる。

疾患と向き合う期間が長期に及ぶ本研究対象者は、【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】ことについて、「一人で病気のことを考えると不安になり鬱っぽくなってきた」や「病気のことで会社のことを考えると鬱っぽくなってきた」などと発言していた。そして、一度は自己管理の意思決定をしてもその意志が揺らぎ、「自分に都合が良いように解釈している」ことや「悪くならないという過信がある」なかで、【自分なりに心不全に向き合っている】こともわかった。中年期以降の慢性心不全患者は、日常生活において自分なりに心不全と向き合いながら、複雑な感情を体験していた。また、一人でテレビばかり見ている毎日で【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】ことから、友人や家族と疎遠になり、「辛い思いを分かってもらえない」不安を抱えていた。慢性心不全患者の抑うつ症状に関する研究では、抑うつ症状は、自己管理への取り組みを妨げ、自己効力感を低下させることが報告されている（Yang & Kang, 2018; Lee, Lennie, Yoon, Wu, & Moser, 2017）。本研究においても、中年期以降の慢性心不全患者も類似した結果であり、心不全と向き合う期間が長期的であるために生じる辛い思いや不確かな今後への不安などといった精神的側面からの困難を抱えていることが示された。

(3) 社会的側面の困難に分類されるカテゴリ

【仕事の調整ができない】【社会的リソースが活用できない】が社会的側面の困難として分類できる。

本研究の対象者からは、平日は仕事があり自己管理するための時間的余裕がなく、上司の理解が得られないといった理由で体調が悪くても仕事を休むことができないなど、【仕事の調整ができない】ことが多く語られていた。小島・寺町（2010）も述べているように、仕事を持つ慢性心不全患者は、仕事ができない辛さや厳しい経済状況などの社会的・経済的葛藤を抱えている。本研究対象者においても、中年期以降の慢性心不全患者は【社会的リソースが活用できない】からもわかるように、社会資源の導入に至らず、周囲からの孤立や経済的不安を抱え、自己管理を継続していくための支援環境を整えることができていなかった。先行研究においても、社会的孤立は心不全の再入院の最も強い予測因子であり（Saito, et al., 2018）、家族のサポートを受けて生活している患者は自己管理能力が高い傾向があることが報告されている（Raines & Dickey, 2019）。また、一人暮らしの患者と比べて家族と一緒に暮らす患者は再入院率が低い（Ma, 2019）ことも明らかになっている。本研究においても、中年期以降の慢性心不全患者は、身体負荷により活動が制限されることで、社会的孤立や経済的問題を抱えていた。

(4) スピリチュアルな側面の困難に分類されるカテゴリ

【心不全の自分に価値が持てない】【心機能の低下により失ったものが多い】がスピリチュアルな側面の困難として分類できる。

本研究参加者は、その語りから、自分の将来を喪失し、他者との関係を失うことによる孤独感や自己の存在意味の消滅、今をどう生きるかなど、【心不全の自分に価値が持てない】といった多くのスピリチュアルペインを抱えていることが読み取れた。前述したように本研究対象者は、心不全経過期間の平均年数は4.6年、平均入院回数は1～5回であり、徐々に進行し治療が長期にわたり、【心機能の低下により失ったものが多い】ことについて語った。中年期は職業生活で満足のいく地位を築きそれを維持することや、大人の余暇活動を作りあげていくという発達課題を達成する時期で(林・鈴木・酒井・梅田, 2022)、高年期は余暇活動の実施を促すことが主観の幸福感を高めるとされている(橋本・厚海, 2015)。しかしながら、慢性心不全は、寛解と増悪を繰り返して徐々に状態が悪化していく特徴があり、一生涯その疾患をコントロールしながらの治療が長期にわたる。慢性心不全患者は、診断を受けた時から、病気と共に生きる病みの軌跡が始まる。すなわち中年期以降の慢性心不全患者は、長い間かけて築いてきた生活習慣や信念、価値観を変容しなければならないという危機に直面し、余暇や新たな活動の場を獲得できない苦悩を抱くことが推測される。これからの生活が不確かなものとなることへの不安が生じ、自己の存在の意味や価値を持ちにくくなり、今をどのように生きるかという、スピリチュアルな側面からの困難を抱えていた。

2. 中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける支援の方向性

中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難は、身体的な側面、精神的な側面、社会的な側面、スピリチュアルな側面に分類できた。これらの側面から中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける支援の方向性について4つの側面から述べていく。

【心不全について判断ができない】ことや【自己管理の効果を実感できない】ことで、【自己管理を生活に織り込めない】とする身体的な側面の困難は、〈観察や記録をしても良くならない〉〈毎日するのは面倒くさい〉といった理由で、療養行動や受診行動を逸脱させていることが推測される。そこで、慢性心不全患者が自身の生活背景に沿った個別的で具体的な症状マネジメントの方法を見出し、行動変容を促進する技法を習得し習慣化できるように支えていくことが重要である。先行研究においても、慢性心不全患者は、症状があっても受診行動に至らないことが報告さ

れている(原・三井・内田, 2014)。光岡・平田(2015)は、医療者側の具体的な指導の不足を指摘し、角野・河合・山本(2019)は、患者が自発的に受診行動をとれるよう、看護師は支持的に支援する役割があると述べている。看護実践においては、患者自身が生活習慣を変えセルフマネジメントを継続していくことは容易ではないと十分に理解し、受診行動を支える個別的な指導をする重要性が示唆された。

精神的な側面では、中年期以降の慢性心不全患者は、【自分なりに心不全に向き合っている】が、【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】ことから、セルフマネジメントが継続できない辛さや「この先もずっとこの生活を続けていくのだろうか」という不安があった。このことから、看護師は患者がセルフマネジメントに励んでいる努力に目を向け、承認することで、患者がセルフマネジメントを継続できるよう支援する必要があると明らかになった。また、中年期以降の慢性心不全患者が症状によって生じる様々な制限により、患者の希望が叶わなくなる場合には、希望の内容を見直して新たな目標、日々の楽しみ、社会における自分の役割を見つけられるようにする。「人との付き合いもなくなってきて何の楽しみもない」場合には、友人との交流など健康以外の希望を持てるように支援することも重要である。光岡・平田(2019)も、患者の心情を理解し、生活背景、信条などをアセスメントしたうえで、患者が自分らしく日々を送れるように支援する重要性について述べており、脇田ほか(2016)も、近年、慢性疾患患者の病状管理を促す「希望」の概念が着目され、慢性疾患の患者の希望には疾患の体験を通じて生じた希望があると指摘している。一方で、循環器疾患患者は、その経過において抑うつや不安の増悪など様々な精神的苦痛を経験し(厚生労働省, 2018)、慢性心不全患者がうつ病を合併すると、セルフケア行動がとれなくなったり、生命予後の悪化やQOLの低下につながったりすると報告されている(Ma, 2019; Thomas, et al., 2008)。このことは、医療従事者が、精神的苦痛に関する評価や対応について高度なスキルを持ち、一定のレベルの支援を安定して患者に提供できるよう、専門的知識や技術を学習できる体制を構築する重要性を示唆している。

中年期以降の慢性心不全患者は、【仕事の調整ができない】や【社会的リソースが活用できない】状況にあり、社会的な側面の困難があった。そのため、中年期以降の慢性心不全患者が、身近なところで相談できる窓口や、同じような立場の人から話を聞く機会を持つことができ、時間を問わず気軽に自宅から参加できるような体制づくりが必要である。さらに中年期以降の慢性心不全患者が、家族の一員、職業人としての役割を担えるように、生活・仕事と治

療の両立支援により患者の生きること、働くことを支えることが看護師には求められる。先行研究においても Saito, et al. (2018) は、一人暮らしや失業中にもかかわらず社会とつながりを持ち続ける心不全患者の予後が良好であることを明らかにし、慢性心不全患者への支援環境を形成することは、セルフマネジメントを継続していくうえで重要であることを示している。

中年期以降の慢性心不全患者は、【心不全の自分に価値が持てない】【心機能の低下により失ったものが多い】という現実と直面し、スピリチュアルな側面の困難があった。本研究において、中年期以降の慢性心不全患者は、心機能の低下により多くの喪失体験をし、自分の価値観も揺るぎ自分らしさを失った状況にあることが明らかとなった。スピリチュアルな側面への介入としては、患者自身が今できていることを肯定的に評価し、これからできることを前向きに考えられるように支援することが有効であると考える。伊藤 (2003) は、看護者の示す共感のレベルによって患者-看護者間の関係性や援助の効果が左右し、患者と良好な関係を示せた場合に、患者には苦痛の軽減、安寧、行動の見通し等がもたらされると述べている。これを実践していくためには、精神科医や精神専門看護師や心理士などの専門職によるコンサルテーションを促進させ、患者の希望や真意について語りを引き出す意図的介入を強化することが望まれる。また多職種カンファレンスなどを活用して医療者間の連携力をさらに深め、患者の全人的苦痛を包括的に評価することが求められる。このことは、本研究で明らかになった中年期以降の慢性心不全患者へのスピリチュアルケアを実践する際の重要な示唆である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設における調査となったため、すべての慢性心不全患者に関するセルフマネジメントにおける困難としての分析には限界がある。今後は、中年期以降の慢性心不全患者がセルフマネジメントを継続できる教育プログラムを構築していきたい。

結 論

中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難を明らかにすることを目的に、半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析した。

中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難は、患者が【心不全について判断ができない】ことや【自己管理の効果を実感できない】ことで、【自己管理を生活に織り込めない】ことであった。その中でも、【自分なりに心不全に向き合っている】が、【辛い思いのま

ま生活に喜びや楽しみがない】辛さがあり、【仕事の調整ができない】ことや【社会的リソースが活用できない】こと、【心機能の低下により失ったものが多い】ことから、【心不全の自分に価値が持てない】ことが示された。

以上から、中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難には、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面に対応する支援が必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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。

付 記

本稿は、第42回日本看護科学学会学術集会において発表したものを一部加筆修正したものである。

文 献

- 安東茉央, 杉本佳奈, 清水春美 (2019). 心不全患者における再入院の実態調査: 退院後電話を実施して. *津山中央病院医学雑誌*, 33(1), 121-126.
- 荒井秀典 (2019). 高齢者の定義について. *日本老年医学会雑誌*, 56(1), 1-5.
- 有馬明恵 (2007). *内容分析の方法*. 9-36, 京都: ナカニシヤ出版.
- 浅井美千代, 青木きよ子, 高谷真由美, 長瀬雅子 (2017). 我が国における「慢性疾患のセルフマネジメント」の概念分析. *医療看護研究*, 13(2), 10-21.
- Breathett, K., Maffett, S., Foraker, R.E., Sturdivant, E., Moon, K., Hasan, A., Franco, V., Smith, S., Lampert, B.C., Emani, S., Haas, G., Kahwash, R., Hershberger, R.E., Binkley, P.F., Helmkamp, L., Colborn, K., Peterson, P.N., Sweitzer, N., & Abraham, W.T. (2018). Pilot randomized controlled trial to reduce readmission for heart failure using novel tablet and nurse practitioner education. *The American Journal of Medicine*, 131(8), 974-978. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.02.017>
- Chen, J., Zhao, H., Hao, S., Xie, J., Ouyang, Y., & Zhao, S. (2018). Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 30; 5(3), 213-217. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.012>
- デジタル大辞泉 <https://kotobank.jp/word/困難-506491>
- Flick, U. (2009) / 小田博志, 山本則子, 春日 常, 宮地尚子訳 (2011). [新版] 質的研究入門 (人間の科学) のための方法論.

- (pp.468-471), 東京: 春秋社.
- 藤田佐和, 大西ゆかり (2014). 生涯にわたるセルフマネジメント支援. 鈴木志津枝・藤田佐和 (編), *慢性期看護論* (第3版) (pp.131-137). 東京: ノーヴェルヒロカワ.
- Graven, L.J., Gordon, G., Keltner, J.G., Abbott, L., & Bahorski, J. (2017). Efficacy of a social support and problem-solving intervention on heart failure self-care: A pilot study. *Patient Education and Counseling, 101*(2), 266-275. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.008>
- 原 清江, 三井彩子, 内田 緑 (2014). 入退院を繰り返す高齢独居心不全患者の退院支援の有効性. *信州大学医学部附属病院看護研究集録, 42*(1), 19-23.
- 橋本成仁, 厚海尚哉 (2015). 高齢者の余暇活動と主観的幸福感に関する研究. *土木学会論文集D3 (土木計画学), 71*(5), I_567-I_576.
- 蓮尾拓也, 藤井弥生 (2020). A病院の循環器専門病棟における慢性心不全患者の再入院に関する増悪因子の特徴. *東邦看護学会誌, 17*(2), 35-43.
- 林 直子, 鈴木久美, 酒井郁子, 梅田 恵 (2022). 成人看護学: 成人看護学概論 (改正第4版). 20, 東京: 南江堂.
- 平田明美, 服部紀子, 青木律子, 尾形悦子, 落合恭子, 浦真規子, 海老名俊明 (2011). 後期高齢期にある心不全患者の入退院の実態と支援体制. *横浜看護学雑誌, 4*(1), 99-103.
- 本間彩花 (2017). 繰り返す心不全に対する, 退院後の生活を見据えて多職種で支援した関わり. *北海道勤労者医療協会看護雑誌: 看護と介護, 43*, 48-49.
- 伊藤 綾, 田中厚子 (2018). 看護師による生活指導介入は心不全患者の再入院リスクを軽減する. *日本循環器看護学会誌, 13*(2), 29-36.
- 伊藤祐紀子 (2003). 患者一看護者関係における共感のプロセス. *日本看護科学会誌, 23*(1), 14-25.
- 岩田さおり, 市原智菜美, 松田千文, 湯浅千秋 (2018). 動画を活用した心不全患者への生活指導の効果. *日本看護学会論文集: 慢性期看護, 48*, 95-98.
- 角野雅春, 河合航平, 山本 樹 (2019). 受診行動における心不全患者の行動意図形成のプロセス. *看護実践の科学, 44*(8), 77-83.
- 金久美子, 野元貴子, 金子麻理, 寺田和代 (2016). 慢性心不全患者への心不全手帳を使用した外来継続指導の効果, *奈良県西和医療センター医学雑誌, 43*-46.
- 児玉理恵, 土斐崎聡子, 村松智子 (2004). 入退院を繰り返す心不全患者の日常生活の実態調査. *浜松労災病院学術年報, 139*-141.
- 小島 朗, 寺町優子 (2010). 心不全を繰り返す拡張型心筋症患者の心理・社会・経済的状況の探索. *日本循環器看護学会誌, 6*(1), 59-69.
- 厚生労働省 (2000). 健康日本21 (総論). https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s0.html
- 厚生労働省 (2014). 心不全の総患者数の推移及び年齢階級別総患者数. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/251.pdf>
- 厚生労働省 (2018). 循環器疾患患者の精神心理的苦痛とその対応について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000191988.pdf>
- 厚生労働省 (2022). 平均寿命と健康寿命. e-ヘルスネット. <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/hale/h-01-002.html>
- 久保美紀, 山下香枝子, 星 旦二 (2013). 慢性心不全患者の療養セルフマネジメントの構造分析. *保健医療福祉連携, 5*(2), 54-64.
- Lee, K.S., Lennie, T.A., Yoon, J.Y., Wu, J.-R., & Moser, D.K. (2017). Living arrangements modify the relationship between depressive symptoms and self-care in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, 32*(2), 171-179. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000327>
- Ma, C. (2019). Rehospitalisation rates and associated factors within 6 months after hospital discharge for patients with chronic heart failure: A longitudinal observational study. *Journal of Clinical Nursing, 28*(13-14), 2526-2536. <https://doi.org/10.1111/jocn.14830>
- 松本くるみ, 今井多樹子, 高瀬美由紀 (2019). 慢性心不全患者が直面する自己管理上の課題. *日本職業・災害医学会会誌, 67*(3), 199-205.
- 光岡明子, 平田弘美 (2015). 高齢の慢性心不全患者の自己管理に関連した文献検討 (研究ノート). *人間看護学研究, 13*, 81-91.
- 光岡明子, 平田弘美 (2019). 後期高齢期にあるNYHA I ~ II度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因. *人間看護学研究, 17*, 1-14.
- 日本循環器学会・日本心不全学会 (2022). 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版). https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_d.pdf
- 西田路子 (2020). 慢性心不全患者への多職種連携による外来での減塩指導プログラムの有効性. *日本看護学会論文集: 在宅看護, 50*, 59-62.
- Oscalices, M.I.L., Okuno, M.F.P., Lopes, M.C.B., Campanharo, C.R.V., & Batista, R.E.A. (2019). Discharge guidance and telephone follow-up in the therapeutic adherence of heart failure: Randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27*, e3159. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2484.3159>
- Raines, E., & Dickey, S.L. (2019). An exploration of learning needs: Identifying knowledge deficits among hospitalized adults with heart failure. *AIMS Public Health, 6*(3), 248-267. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2019.3.248>
- Riegel, B., Creber, R.M., Hill, J., Chittams, J., & Hoke, L. (2016). Effectiveness of motivational interviewing in decreasing hospital readmission in adults with heart failure and multimorbidity. *Clinical Nursing Research, 25*(4), 362-377. <https://doi.org/10.1177/1054773815623252>
- Saito, H., Kagiya, N., Nagano, N., Matsumoto, K., Yoshioka, K., Endo, Y., Hayashida, A., & Matsue, Y. (2018). Social isolation is associated with 90-day rehospitalization due to heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 18*(1), 16-20. <https://doi.org/10.1177/1474515118800113>
- 柴山健三, 小寺直美, 中山奈津紀, 青山ゆかり, 山田智恵, 西田洋, 中村純子, 石井潤一 (2005). 慢性心不全急性増悪で入院した高齢者の退院後 Quality of Life の変化. *日本集中治療医学会雑誌, 12*(4), 417-418.
- 高橋由佳, 井田 賢, 津田知優, 樋口晃司 (2018). 当病棟での退院支援の関わりにおいて, クリニカルシナリオ分類別分析から分かること. *共済医報, 67*(4), 399-403.
- Thomas, S.A., Chapa, D.W., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M.C.Y., Lee, H.-J. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse, 28*(2), 40-55.
- 脇田貴文, 栗田宜明, 冨永直人, 加藤欽志, 紺野慎一, 福原俊一, 柴垣有吾 (2016). 成人慢性疾患患者における「希望」の概念の検討: インタビュー調査 (質的研究) を通して. *関西大学心理学研究, 7*, 17-33.
- Yang, I.-S., & Kang, Y. (2018). Self-care model based on the theory of unpleasant symptoms in patients with heart failure. *Applied Nursing Research, 43*, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.005>

Difficulties in Self-Management among Late Middle-Aged and Older Adult Patients with Chronic Heart Failure

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 119-129
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230511222>

Hiroko Yamamoto, MSN, RN¹, Yoko Iwawaki, PhD, RN²,
Masako Murota, PhD, RN¹, Ryoko Kinoshita, RN³

¹School of Nursing for Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan

²Formerly, School of Nursing for Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan

³University Hospital, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan

Abstract

Objective: To investigate self-management difficulties experienced by late middle-aged and older adult patients with chronic heart failure. **Methods:** Data obtained from semi-structured interviews with hospitalized patients were qualitatively and inductively analyzed. **Results:** This study included 17 participants, comprising nine males and eight females. Self-management difficulties encountered in late middle-aged and older adult patients with chronic heart failure were categorized as “could not judge heart failure,” “could not feel the effects of self-management,” “could not incorporate self-management into daily life,” and “coped with heart failure in their own way.” Furthermore, nine categories were extracted, for example, “There is no joy or enjoyment in life due to painful thoughts,” “unable to adjust to work,” “unable to utilize social resources,” “I have no value for myself with heart failure,” and “many things were lost due to deterioration of heart function,” and others. **Conclusions:** The findings suggest that difficulties in self-management among late middle-aged and older adult patients with chronic heart failure require comprehensive support encompassing physical, mental, social, and spiritual aspects.

Key words

chronic heart failure, self management, among late middle-aged

Correspondence: H. Yamamoto. Email: hiroko@koto.kpu-m.ac.jp

脳卒中患者の退院支援と再入院率に関する 国外文献レビュー

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 131-142
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608228>

矢野英樹¹, 齋藤信也²

¹四国大学看護学部看護学科, ²岡山大学大学院保健学研究科

■要旨

目的：研究の目的は、国外における脳卒中患者の退院支援から、わが国における脳卒中患者の退院支援に、取り入れられるケアについて示唆を得ることである。方法：文献検索には PubMed を用い、検索語は「stroke or cerebrovascular accident or cva」「discharge planning」「readmission or rehospitalization」「nurse」とし、選択基準に基づき論文選択した。結果：脳卒中患者の退院支援に関する介入研究は、6 件を採択し、多様な国と地域で行われ、脳卒中の再発予防に取り組んでいた。特有な介入内容は、脳卒中再発予防教育、社会資源調整、介護者評価であった。再入院率は減少したが、ほとんどの論文で統計的有意差はなかった。結論：地域で脳卒中患者を支えるためには、介護者評価を行いコミュニケーション手段を構築することが重要である。

■キーワード

脳卒中, 退院支援, 再入院率, 文献レビュー

責任著者：矢野英樹. Email: h-yano@shikoku-u.ac.jp

緒言

脳卒中患者の治療を考える場合、しばしばその指標として脳卒中再発による再入院率および救急部門の受診率が用いられる。鈴木 (2010) によると、わが国における脳卒中は、初回発症が脳出血であると56%が再発し、脳梗塞であると83%が再発している (p.7)。このように、わが国の脳卒中の再発率は高いことが指摘されている。

戸村 (2019) によると退院支援は、1980年代にアメリカ合衆国で始まった「ディスチャージプランニング (Discharge Planning)」に由来しており (p.7)、多くの退院支援に関する研究がなされている。しかし、退院支援先進国のアメリカ合衆国においてもわが国同様に脳卒中患者の再入院による様々な問題が多くあり、脳卒中患者の退院支援は、世界的にも重要な問題で、国外での取り組みには関心がもたれる。

Poston, Dumas, & Edlund (2014) によると、メディケア受給者の再入院は頻繁であるため、脳卒中患者の全国平均よりも高い再入院率は、罰則 (penalty) の対象となることが知られている (p.237)。北浜 (2001) によると、メディケアとはアメリカ合衆国連邦政府の医療保険財政管理局 (HCFA) による老人や身体障害者への医療費補助制度 (p.321) である。そして Jencks, Williams, & Coleman (2009)

によると、メディケア受給者の再入院は頻繁で費用がかかることが指摘されている。このことは、それぞれの医療従事者が行う脳卒中後患者のケアに大きな違いがあることと関連している (p.1427) ため問題視されている。

また、村上 (2007) は日本と同じ自由開業制で厳しい市場競争にさらされる中で、日本で進行中の医療制度改革は、アメリカ合衆国の影響を強く受けている (p.66) ことを指摘している。そして北浜 (2001) によるとアメリカ合衆国において専属のナースをケースマネージャーとして無駄な治療を省き入院日数を減らす (p.321) 取り組みがなされている。この取り組みは、わが国でも同様に行われており、厚生労働省 (2020) によると、わが国の病院 (精神・感染症・結核・療養・一般病床を含む) における平均在院日数の推移は、2008年が37.4日、2011年が34.3日、2020年が33.3日であった。このことからわが国の平均在院日数は短縮傾向であり、わが国においても入院日数の短縮に積極的に取り組んでいることが分かる。

このように国外において、特に医療制度が異なる中で、より厳しい在院日数制限や、アウトカム評価によるペナルティもあるような取り組みは、わが国における退院支援の在り方に大きな示唆を与えてくれるものと思われる。矢野・齋藤 (2023) は、看護師による脳卒中患者の退院支援に関して国内文献を検索し、報告した。そこでは現在の診

療報酬制度（入退院調整加算）のもとでは、医療費の抑制や病院機能の細分化、在宅療養の推進等に伴う入院期間の短縮により患者や家族は不安を持ちながらも退院を余儀なくされる現状があった。退院支援制度が整備されると患者や家族が入退院に関する医療サービスを受けやすくなるメリットがあるが、一方では、現場で働く医療職の患者への対応が追いついていない現状があることも考えられた（p.100）。ここで検討した国内論文を主なレファレンスとして、今回、脳卒中患者の退院支援と再入院率に関する国外文献の検討を行った。

脳卒中患者の退院支援に関する研究は多様な国と地域で行われていた。対象となった国と地域は、3文献がアメリカ合衆国、2文献が東アジア地域、1文献が太平洋地域であった。

本研究において対象となった国と地域における脳卒中の発症・再発状況について、月野木・村上（2012）によると、日本を含む韓国、オーストラリア、ニュージーランドといったアジア太平洋地域の多くの国では、脳卒中は死因の第1位を占め重大な健康課題となっている（p.1）。脳卒中死亡割合は、男性では日本が10.1%で最も多く、次に韓国が9.9%が多かった。女性では、韓国が13.2%で最も多く、次に日本が12.3%が多かった（p.4）。Chenら（2018）によると、中国では毎年800万件以上の急性脳卒中が発生していると推定されており、主要な死因になりつつある。また、急性脳卒中患者の20%が合併症や悪化による計画外の再入院を少なくとも1回は経験していた（p.197）。Tsaoら（2023）によると、アメリカ合衆国では、毎年、約795,000人が脳卒中を新たに発症するか再発を経験している。そして、これらのうち約610,000が最初の発作で、約185,000が再発性発作である（p.252）。

以上のことから、本研究で取り上げるアメリカ合衆国や太平洋および東アジアの国と地域では、脳卒中に罹患する患者が多く、脳卒中の合併症や再発も多いことが考えられる。

次に、研究対象となった医療機関は、急性期における医療提供や救急科がある病院施設が多かった。また、地域における総合病院や脳卒中センターに代表される脳卒中患者の治療を専門とする医療機関の特徴を有する施設が多かった。

一方でKao, Lanford, Wong, & Ranta（2020）は、専門看護師（以下、CNS）が行う脳卒中患者のフォローアップクリニックを取り上げ、ここでは脳卒中後の回復とリハビリテーションの必要性を評価することを目的としていた（p.1203）。またCondon, Lycan, Duncan, & Bushnell（2016）の研究は、診療看護師（以下、NP）主導の移行期脳卒中クリニックを取り上げ、ここでは退院した患者のニーズを評価するための退院後の患者教育とコーチングに重点を置いていた（p.1600）。

研究対象となった医療機関の特性からこれらの対象文献が、看護師による脳卒中患者の退院支援に関する移行期の看護介入を統合して考えることができると考えられる。

本研究では、国外における脳卒中患者の“Discharge Planning”から、わが国における脳卒中患者の退院支援においても取り入れられるケアについて示唆を得るために、世界の国と地域で行われている脳卒中患者の退院支援の特徴や再発予防の取り組みを明らかにすることを目的としている。

I. 用語の定義

本研究における退院支援（Discharge Planning）とは「患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス」である（手島, 1996, p.12; Volland, 1988, pp.15-18）と定義する。

II. 研究方法

1. 文献検索の方法

(1) リサーチクエスションの設定

脳卒中患者の退院支援に関する介入の現状と効果（アウトカム）を知ることを目的として、本研究におけるリサーチクエスションを、P（対象）：脳卒中患者、I（介入）：退院支援、C（対照）：通常ケア、O（アウトカム）：再入院率と設定した。したがって、本研究のリサーチクエスションは、「脳卒中患者における退院支援は通常ケアに比べて再入院率の低下に効果的であったか」とした。

(2) 文献の抽出方法

文献検索は、2022年7月25日に実施した。データベースは、PubMedを用いた。検索対象は、退院支援の英語訳に相当するdischarge planningに主題を置いた英語文献とした。検索時のキーワードは、「stroke or cerebrovascular accident or cva」「discharge planning」「readmission or rehospitalization」「nurse」をそれぞれ「AND」でつなぎ検索した。検索式の構築の流れとして、PubMedの検索式を表1に示す（表1）。

(3) 文献の選択

適格基準は、設定したPICOに従い、①脳卒中患者の退院支援に関係している文献であること。②脳卒中患者・家族、医療従事者を対象としている文献であること。③成人期・老年期にある患者に関する文献であること。④アウトカムに再入院率を設定していること。⑤介入研究であること、とした。さらに、⑤国内で入手可能な文献であること。⑥英語文献であること。⑦発行年が10年以内であること、とした。

表1 文献検索にて用いた検索語

	検索式	検索結果数	備考
#1	stroke	406,544	
#2	cerebrovascular accident	403,556	
#3	cva	402,760	
#4	stroke or cerebrovascular accident or cva	412,100	① “脳卒中” の検索式
#5	discharge planning	97,772	② “退院支援” の検索式
#6	readmission	31,121	
#7	rehospitalization	955	
#8	readmission or rehospitalization	31,549	③ “再入院” の検索式
#9	nurse	417,115	④ “看護師” の検索式
#10	(stroke or cerebrovascular accident or cva) and (discharge planning) and (nurse) and (readmission or rehospitalization)	31	⑤ “①②③④をAND検索”

一次スクリーニングにて、対象文献のタイトル・抄録を評価した。重複した論文や著者名が無記名の論文および入手不可能な論文がないか確認した。そして、研究テーマが脳卒中患者の退院支援と関連がない文献および介入研究でない文献を確認し、これらの論文を除外対象とした。二次スクリーニングにて、フルテキストを評価した。介入研究に該当しない文献、退院支援に関連していない文献、およびアウトカムに再入院率を設定していない文献を確認し、これらの文献を除外対象とした（図1）。

2. 分析方法

対象文献の要約は、著者（発行年）、地域、対象者、目的、研究方法、解析方法、結果／結論で整理した（表2）。退院支援の介入内容は、著者（発行年）、地域、研究施設の特徴、対象者（年齢、介入群： n 、対照群： n ）、職種、退院支援の内容（介入群、対照群）で整理した（表3）。脳卒中患者に特有な退院支援の介入内容と再入院率は、著者（発行年）、地域、退院支援に関わった職種、介入内容（電話でのフォローアップ、高血圧、糖尿病、脂質異常、飲酒・喫煙、心疾患、肥満、慢性腎臓病、血液バイオマーカー、食事、運動、社会資源の調整、診療所受診、投薬管理、介護者評価、合併症評価、その他）、再入院率で整理した。介入内容は、伊藤ら（2021）による脳卒中治療ガイドライン2021で脳卒中発症予防（pp.6-25）と対象文献に示されてあった内容を基に抽出した（表4）。

Ⅲ. 研究結果

1. 文献検索結果

PubMedを用いて「stroke or cerebrovascular accident or cva」「discharge planning」「readmission or rehospitalization」「nurse」を検索語として「AND」検索を行うと31文献が該当した。一次スクリーニングにて16文献が除外され15文献が抽出さ

れた。さらに二次スクリーニングにて9文献が除外され、最終的に6文献が対象となった（図1）。

2. 対象文献の概要：対象者の特徴と研究方法

Kaoら（2020）の研究は、CNSが行うフォローアップクリニック（以下、CNSクリニック）に焦点を当て、CNSクリニックの設立により、再入院率（12カ月）が下がったかどうかを明らかにすることを目的とした。対象者は、CNSクリニック設立前・後の脳卒中患者であった。介入群（ $n=315$ ）の平均年齢は73.2歳で、対照群（ $n=288$ ）の平均年齢は72.2歳であった。

Deen, Terna, Kim, Leahy, & Fedder（2018）の研究は、病院を退院した脳卒中患者とそのケアパートナーのニーズを特定して対処することを目的とした脳卒中看護師ナビゲーションプログラム（以下、SNNP）を受けている患者とそうでない患者を対象とした。介入群（ $n=45\sim66$ ）の平均年齢は65.3～71.2歳であった。対照群（ $n=40\sim50$ ）の平均年齢は69.8歳であった（ n は有効回答者数を示す）。

Chenら（2018）の研究は、看護師による患者中心の自己管理エンパワメント介入（以下、PCSMEI）に焦点を当て、PCSMEI実施群と看護師による構造化されていない健康教育実施群で、初めての脳卒中生存者の再入院に及ぼす有効性を検討した。介入群（ $n=72$ ）の平均年齢は65.9歳で、対照群（ $n=72$ ）の平均年齢は64.7歳であった。

Condonら（2016）の研究は、脳卒中中で入退院した患者で、NPが行う移行期脳卒中クリニック（以下、TSC）を受診した患者とTSCを受診しなかった患者を対象としていた。介入群（ $n=343$ ）の平均年齢は65.3歳で、対照群（ $n=167$ ）の平均年齢は64.5歳であった。

Wong & Yeung（2015）の研究は、自宅退院しコミュニケーションができ、軽度から中等度の障害を有する脳卒中患者にランダム比較試験を行った。すべての対象者に病院が身体的なトレーニングプログラムを提供し、看護師

による移行ケアプログラム（以下、TCP）を受けた患者とTCPを受けなかった患者を無作為化した。介入群（ $n=54$ ）の平均年齢は67.5歳で、対照群（ $n=54$ ）の平均年齢は71.5歳であった。

Postonら（2014）の研究は、セルフケアで自宅に退院し看護師による移行ケアモデルを使用した患者と、看護師による移行ケアモデルを使用しなかった患者を対象としていた。介入群の人数は平均19.3人/月（期間：4カ月）で、対照群の人数は平均20.8人/月（期間：24カ月）であった（表2）（表3）。

3. 退院支援に関わった多職種と脳卒中患者に特有な退院支援の介入内容

対象文献すべてにおいて退院支援に看護師が関わっていた。国と地域に注目してみると、アメリカ合衆国やニュージーランドではCNSとNPおよび登録看護師（以下、RN）が退院支援に関わっていた。中国や香港では、退院支援に関わった職種は看護師（nurse）であった。

退院後のフォローアップの電話はほとんどの退院支援で行われており、退院後4週間～12カ月間実施されていた。

Kaoら（2020）の研究は、退院支援にCNSが関わっており、脳卒中患者のフォローアップクリニックを開設していた。主に脳卒中再発予防や投薬コンプライアンス、高血圧や高脂血症などの血管リスク要因に介入していた。

Deenら（2018）の研究は、RNが嚥下障害スクリーニングを行い、また脳卒中教育も行ってた。内容は脳卒中の兆候/症状、危険因子、緊急通報の重要性、内服薬に関する教育、退院後のフォローアップの指示であった。

Chenら（2018）の研究は、看護師が脳卒中の知識、機能障害、心配事などについて患者や家族介護者の評価をしていた。そして、セルフマネジメント教育として脳卒中の危険因子や合併症の予防、自己健康モニタリングなどの指導を行っていた。また脳卒中のセルフケアに関するグループ会議や退院前の評価、電話によるフォローアップを行っていた。

Condonら（2016）の研究では、RNが脳卒中患者へのフォローアップ電話をすることを担い、投薬や予定された治療の調整等を行っていた。NPはTSCを開設し、脳卒中教育や二次予防、服薬遵守および合併症評価を行っていた。

Wong & Yeung（2015）の研究では、看護師が脳卒中患者のTCPに関わり、退院前とTCP終了時の家族会議と家庭訪問および家庭電話で脳卒中再発予防や身体機能の強化と食事指導および投薬に関わっていた。また、レジリエンスや感情の管理（emotion management）にも介入していた。

Postonら（2014）の研究では、RNがPrimary Care Provider（以下、PCP）を選択することを指導しており、緒方（2010）によるとPCPには医師、医師助手、NPが含まれていた（p.76）。そして、セルフケアや内服することの重要性、脳卒中の危険因子と脳卒中の再発予防について介入していた。

その他にも、脳卒中患者の退院支援に関する介入として、Kaoら（2020）とCondonら（2016）による社会資源の調整およびChenら（2018）による介護者の心配やケアの意欲・能力の評価、Wong & Yeung（2015）による家族会議も行われていた（表3）（表4）。

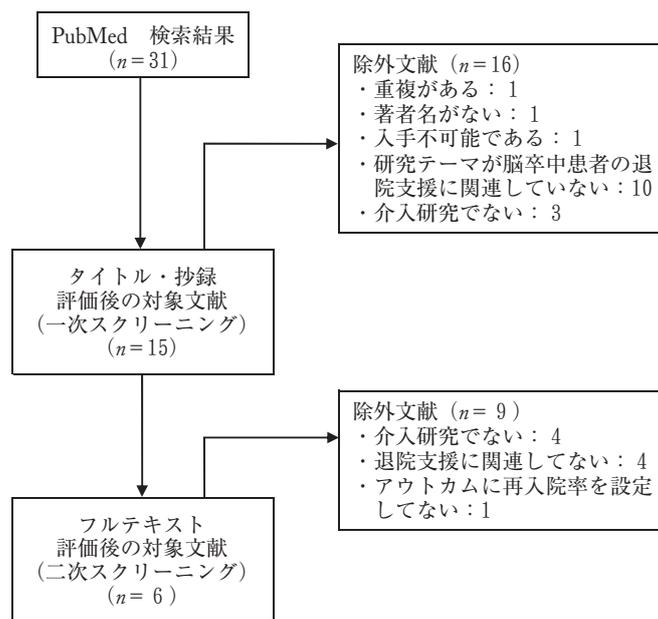


図1 文献選定フロー

表2 対象文献の要約

著者 (発行年)	地域	対象者	目的	研究方法	解析方法	結果/結論
Kao et al. (2020)	ニュージーランド	脳卒中患者603人(他の病院でフォローアップを受けたり, 1年以内に地域を離れたり, 退院前の死亡事例は除く)。	臨床看護師専門医のフォローアップクリニックの設立により, 12カ月後の再入院率が下がったかどうかを明らかにする。	2013年のクリニック設立の1年前と1年後に入院した脳卒中患者の逐次比較。主な転帰は12カ月後の再入院率。患者は退院記録から特定され, チャートレビューを受けた。ベースライン特性の違いについて結果を調整した。	多変量ロジスティック回帰モデル	脳卒中フォローアップクリニックの設立後, 患者の1年後の病院再入院の低下はなかった。この研究は早期のフォローアップが望ましいことを示唆した。
Deen et al. (2018)	アメリカ合衆国	虚血性脳卒中患者約100人。	脳卒中看護師ナビゲーションプログラム(SNNP)がカルテレビューと退院後の患者のコンプライアンスに与える影響を説明すること。	SNNP実施前後で, 患者の神経血管ED訪問, 再入院率を比較した。	・ANOVA ・カイ二乗検定	・SNNPを受けている患者の神経血管ED訪問は減少した。 ・SNNPを受けている患者の12カ月後再入院率は7%で, 受けていない患者は9%であった。
Chen et al. (2018)	中国	初回発症脳卒中中で入院時に軽度~中等度の障害があり, 電話連絡が可能で, 署名できる患者144人。	患者中心の自己管理エンパワメント介入(PCSMEI)が自己効力感, 日常生活活動(ADL), および初めての脳卒中生存者の再入院に及ぼす有効性を検討する。	再入院率は退院1カ月後および退院3カ月後で収集された。一般的な推定方程式モデルを使用して, PCSMEIプログラムが結果変数に及ぼす影響を調べた。	一般化された指定方程式モデル	介入群の再入院率は, 退院1カ月後に対照群よりも低く, 臨床的意義を有していた。
Condon et al. (2016)	アメリカ合衆国	脳卒中/TIA患者510人(移行期ケアモデル開始前に退院した患者を除く)。	NPが行う移行期脳卒中クリニック(TSC)が, 脳卒中, 一過性脳虚血発作の患者の30日後と90日後の再入院を減らすことができるかを判断すること。	(Phase I) ・NPが退院したハイリスク患者のみを呼び出し(7日以内), 診療所を受診(退院後2~4週間以内)。 (Phase II) ・RNが全ての患者に退院後2日以内にフォローアップ電話を行う。 ・NPが全ての患者にフォローアップの訪問(7~14日以内)を行う。	多変量ロジスティック回帰モデル	・TSC訪問が30日後の再入院の48%の減少と関連していた(オッズ比, 0.518; 95%信頼区間, 0.272-0.986)。 ・TSCの訪問は, 90日後の再入院に影響しなかった。
Wong & Yeung (2015)	香港	自宅退院し, コミュニケーションができ, 軽度から中等度の神経学的欠損および障害を有する脳卒中患者108人。	看護師主導の4週間プログラムである移行ケアプログラム(TCP)の有効性を確認すること。	脳卒中患者108人を, 対照群(n=54)および介入群(n=54)に無作為化した。患者関連および臨床転帰に関するデータは, ベースライン時, TCPが完了してから4週間後, 退院後8週間後に収集。	反復測定分散分析	病院の再入院と緊急治療室の使用率も低かったが, 対照と比較して有意差があったのは緊急治療室の使用のみであった。
Poston et al. (2014)	アメリカ合衆国	セルフケアで自宅退院した虚血性脳卒中患者。	看護師による移行ケアモデルの使用が, セルフケアで自宅に退院した虚血性脳卒中患者の30日後の再入院率に影響を与えるかを確認すること。	30日後の再入院率と救急部門の訪問を改訂された退院プロセスの実施前, 実施中, 実施後に比較した。	記述統計	・30日後の再入院率は, 介入前と介入後のデータを比較すると, 9.39%から3.24%に低下した。 ・30日後の救急部門受診率は, 介入前, 後のデータを比較すると, 16.36%から12.08%に低下した。

表 3 退院支援の介入内容

著者 (発行年)	地域	研究施設 の特徴	対象者		職種	退院支援の内容	
			介入群 (n)	対照群 (n)		介入群	対照群
Kao et al. (2020)	ニュージー ランド	CNS主導の脳卒 中フォローアッ プクリニック	介入群 平均年齢 73.2歳	288	看護師 (CNS)	<ul style="list-style-type: none"> フォローアップの電話 (退院後3カ月以内) 検査結果、二次予防 投薬コンプライアンスの監視 脳卒中後の回復、リハビリテーションの必要性を評価 退院後の症状と回復状態の観察 投薬、血管リスク要因の対処 (高血圧、高脂血症など) ホルター心電図 禁煙、運動、食事指導 	<ul style="list-style-type: none"> 地域のリハビリテーションチームを紹介する。 リハビリテーションに焦点を当てており、医 療的なケアではない。 診断の不確実性がある場合神経学クリニック のフォローアップが提供された。
			対照群 平均年齢 72.2歳				
Deen et al. (2018)	アメリカ 合衆国	脳卒中センター 急性期治療	介入群 平均年齢 65.3~ 71.2歳	40-50	看護師 (RN)	<ul style="list-style-type: none"> TJCコンプライアンス測定 嚥下障害スクリーニング 退院前脳卒中教育 (脳卒中の兆候/症状、危険因子、緊急通報の重要 性、処方された投薬教育、退院後のフォローアップの指示) 	<ul style="list-style-type: none"> 【SNNP開始前】 TJCコンプライアンス測定 嚥下障害スクリーニング スタチン投薬による退院 退院前に提供された患者固有の脳卒中教育 (脳卒中の兆候/症状、危険因子、緊急通報の重 要性、処方された投薬教育、退院後のフォ ローアップの指示)
			対照群 平均年齢 69.8歳				
Chen et al. (2018)	中国	総合病院	介入群 平均年齢 65.9歳	72	看護師	<ul style="list-style-type: none"> 【SNNP実施後】 (退院前) TJCコンプライアンス測定 嚥下障害スクリーニング 退院前脳卒中教育 (脳卒中の兆候/症状、危険因子、緊急通報の重要 性、処方された投薬教育、退院後のフォローアップの指示) (退院後) 自宅に退院した虚血性脳卒中患者100人を対象とした電話調査を実施 (縦断的研究) 退院後フォローアップ電話実施 (30日後、3カ月後、6カ月後、12カ月後) SNNPが退院後に与える影響を調査 (投薬順守、禁煙、血圧、血糖値、 食事療法、身体運動、脳卒中の兆候、症状、緊急通報の重要性、患者固 有教育、フォローアップ医療予約の順守、BI、救急部門の受診、再入院) 看護師によるPCSMEIの実施 (入院期間~外来受診) 患者評価 健康状態 脳卒中の知識 機能障害 心配事 リハビリテーションの目標 家族介護者評価 脳卒中の知識 心配 脳卒中患者との生活の懸念 ケアの意欲と能力 セルフマネジメント教育 脳卒中後の機能状態 脳卒中後の危険因子 合併症の予防 機能的リハビリテーション 自己健康モニタリング グループ会議 脳卒中のセルフケア 自己効力感と自己管理能力開発 退院時 退院前の評価 リハビリテーション 自己管理の目標設定 電話によるフォローアップ (4週間) 患者の自己管理スキルと行動を評価 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師による構造化されていない健康教育。 退院後のフォローアップ。 電話による一般的な連絡。
			対照群 平均年齢 64.7歳				

表3 退院支援の介入内容(つづき)

著者 (発行年)	地域	研究施設 の特徴	対象者		職種	退院支援の内容		
			介入群 (n)	対照群 (n)		介入群	対照群	
Condon et al. (2016)	アメリカ 合衆国	移行期脳卒中ク リニック(TSC)	介入群 平均年齢 65.3歳	167	看護師 (NP, RN)	● 全ての患者に退院後2日以内にRNによるフォローアップ電話を実施 (内容) ・ 投薬の調整 ・ 経口抗凝固モニタリング ・ 予定された治療 ・ 医師の診察を求めめる兆候/症状等 ● NPによる構造化された移行期脳卒中クリニックを開始(7-14日間) (内容) ・ 脳卒中教育 ・ 二次予防 ・ 機能回復 ・ 服薬遵守 ・ 脳卒中後の合併症の評価	● 退院後7日以内に再入院のリスクが高い患者に 対して、NPによるフォローアップ電話を実施 ● 電話の内容 ・ 経口抗凝固モニタリング ・ 予定された治療 ・ 医師の診察を求めめる兆候/症状等 ● 過去1年以内に救急科を受診するか、2回以 上入院した患者は、その受診や入院に至る前 に、退院後2~4週間以内に診療所を訪れて いた。	
			対照群 平均年齢 64.5歳			● 病院が提供する身体的なトレーニングプログラム(退院後3週間以内) ● TCP(退院前~退院後4週間) (介入方法) ・ 退院前家族会議 ・ 家庭訪問 ・ 家庭電話 ・ 終了後家族会議 (介入内容) ・ 脳卒中再発の管理と予防 ・ 症状の評価と管理 ・ 身体機能の強化・投薬と食事の順守 ・ レジリエンスの構築 ・ 感情の管理	● 病院が提供する身体的なトレーニングプログラム(退院後3週間以内)	
Wong & Yeung (2015)	香港	地域病院 (3施設)	介入群 平均年齢 67.5歳	54	看護師	● 退院前のセルフケアで自宅に退院する患者と連絡を取った ● 患者にPCPがない場合は、PCPを選択するように勧めた ● PCPフォローアップの患者は予定に組み込まれた ● 虚血性脳卒中の診断に基づいて、各患者に合わせた教育を提供 ・ セルフケア、内服することの重要性 ・ 緊急通報の重要性 ・ 脳卒中の危険因子 ・ 脳卒中の再発(重症化予防) ● 退院支援を4か月間実施	● 医師は退院書類で、担当のPCPに7~10日以内 にフォローアップを受ける指示 ● 患者がセルフケアで自宅に退院すると、退院 の概要がPCPにファックスで送信 ● 患者にPCPがない場合、退院書類に 「PCPを紹介する患者」と記載	
Poston et al. (2014)	アメリカ 合衆国	脳卒中センター	記載なし	平均 19.3人/月 (4カ月)	平均 20.8人/月 (24カ月)	看護師 (RN)	● 退院前のセルフケアで自宅に退院する患者と連絡を取った ● 患者にPCPがない場合は、PCPを選択するように勧めた ● PCPフォローアップの患者は予定に組み込まれた ● 虚血性脳卒中の診断に基づいて、各患者に合わせた教育を提供 ・ セルフケア、内服することの重要性 ・ 緊急通報の重要性 ・ 脳卒中の危険因子 ・ 脳卒中の再発(重症化予防) ● 退院支援を4か月間実施	● 医師は退院書類で、担当のPCPに7~10日以内 にフォローアップを受ける指示 ● 患者がセルフケアで自宅に退院すると、退院 の概要がPCPにファックスで送信 ● 患者にPCPがない場合、退院書類に 「PCPを紹介する患者」と記載

・ NP : Nurse Practitioner ・ RN : Registered Nurse ・ SNNP : Stroke Nurse Navigation Program ・ TJC : The Joint Commission ・ TCP : Transitional Care Programme ・ PCP : Primary Care Provider
 Deen et al. (2018) 介入群の平均年齢
 Phase I (同時チャートレビュー) : グループA (平均年齢69.8歳) グループB (平均年齢71.2歳)
 Phase II (退院後ナビゲーションの実施) : 平均年齢(65.3歳)

4. 脳卒中患者の再入院率

Kaoら(2020)の研究は、CNSが行う脳卒中患者のフォローアップクリニックの設立は、再入院率(1年間)の統計的に有意な減少とは関連していなかった(OR=1.18(0.85-1.64); $p=0.323$)ことが報告されていた。

Deenら(2018)の研究は、SNNP介入群の12カ月後の再入院率が7%で、対照群の再入院率が9%であった。しかし、統計的有意差はなかったことが報告されていた。Chenら(2018)の研究は、患者中心の自己管理エンパワメント(PCSMEI)介入群の30日後の再入院率が2.8%で、対照群の再入院率が5.6%であった。このことから臨床的意義があったとされているが、統計的有意差は示されていない。

Condonら(2016)の研究では、30日後の再入院率が9.0%で、TSC介入群が30日後の再入院率の48%の減少と関連していた(オッズ比:0.518; 95%信頼区間:0.272-0.986, $p=0.045$)ことが報告されていた。

Wong & Yeung(2015)の研究では、再入院率は低かったが有意差はなかったことが報告されていた。

Postonら(2014)の研究では、30日後の再入院率は、介入前後を比較すると、9.39%から3.24%に低下したことが報告されていた。しかしデータ解析方法が記述統計であり、統計的有意差は報告されていない(表4)。

IV. 考 察

1. 脳卒中患者の退院支援に関する介入研究の特徴

脳卒中患者の再入院率を介入群と対照群で比較するとはほとんどの研究で対照群と比べて介入群に再入院率の低下が見られた。対象文献における介入群の再入院率は、記載があるもので、Deenら(2018)によると12カ月後の再入院率は7%(p.70)、30日後の再入院率がChenら(2018)によると2.8%(p.200)、Condonら(2016)によると9.0%(p.1601)、Postonら(2014)によると3.24%(p.241)で、対照群と比べて介入群の方が再入院率は低下していた。しかしCondonら(2016)の研究を除いた5文献では、脳卒中患者の再入院率と退院支援に統計的有意差が認められなかった。このことは、Deenら(2018)によるとサンプルサイズが小さいこと、脳卒中の重症度、脳血管の危険因子、年齢、性別といった複数の要因による可能性が考えられる(p.70)。対象文献の標本サイズは、108~603人とばらつきがあり、また、対象者の特徴はWong & Yeung(2015)のように脳卒中の重症度に言及して軽度~中等度の神経障害(p.621)と記載したものや、Chenら(2018)のように電話連絡、署名ができる者(p.198)といった具体的な記載をしているものもある。対象文献によって障害

の程度はさまざまで、曖昧な部分もあるため注意が必要である。

2. 世界の国と地域で行われている脳卒中患者の退院支援の特徴

退院支援に関わった職種は看護師で、なかにはCNSやNPといった高い専門性をもつ看護師が含まれていた。緒方(2010)によるとアメリカ合衆国におけるCNSは看護のエキスパートであり、NPは、MIDLEVELやNON-PHYSICIAN-CLINICIANS(非医師高度診療師)とも呼ばれ、Primary Care Provider(PCP)として患者の“かかりつけ”(p.76)としての役割を果たしている。

脳卒中患者の家族支援には、Chenら(2018)によると脳卒中についての知識や脳卒中患者と一緒に暮らすことについての心配事に関する介護者評価があった(p.199)。諸外国における退院支援は、脳卒中教育や再発予防に重点が置かれており、介護者の評価はほとんどの研究で実施されていない。介護者評価や家族看護にも注目した文献は、中国や香港と言った東アジアでの研究によるものであり、これらの国と地域は、ともに少子化や高齢化の問題を抱えていた。

わが国の高齢化率は内閣府(2022)によると2021年で28.9%であった。そして2065年には38.4%になると推計されている(pp.2-3)。わが国は将来において高い高齢化率となることが予測され、また高齢者世帯の増加もあわせて見込まれる。介護者や家族に介入することは、脳卒中患者や家族が高齢者世帯でも安心して地域で暮らしていくために必要なことであると考えられる。アメリカ合衆国や太平洋地域および東アジアの地域で見られるこのような取り組みは、将来のわが国にとって重要な示唆を与えてくれるのであると考えられる。

3. 国外の脳卒中患者Discharge Planningから、わが国における脳卒中患者の退院支援が取り入れられるケア

Kaoら(2020)は、CNSが主導してフォローアップ電話やリハビリテーションの評価や投薬指導および血管リスク要因の指導をしていることを報告した(pp.1202-1203)。そしてCondonら(2016)は、RNが電話で脳卒中患者と家族のフォローアップを実施し、NPが脳卒中教育、二次予防、機能回復、服薬遵守、脳卒中後の合併症の評価をすすめる(p.1600)ことを報告した。これに対してChenら(2018)とWong & Yeung(2015)の研究では、中国や香港における脳卒中患者の退院支援は、看護師が担っているが、NPやCNSのような高い専門性を備えた役割や機能分化は認められなかった。NPやCNSのように看護師が持つ資格の特性によって責任と専門性を明確にすることは、患者に

表 4 脳卒中患者に特有な退院支援の介入内容と再入院率

著者 (発行年)	地域	介入内容											再入院率						
		電話での フォロー アップ	高血圧	糖尿病	脂質 異常	飲酒・ 喫煙	心疾患	肥満	慢性 腎臓病	血液 バイオ マーカー	食事	運動		社会資源 の調整	診療所 受診	投薬管理	介護者 評価	合併症 評価	その他
Kao et al. (2020)	ニュージー ランド	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	-	脳卒中看護師のフォ ローアッププログラム の設立は、1 年再入院率の統計的 に有意な減少とは関 連していないかった (OR=1.18 (0.85- 1.64) ; p=0.323)。 ・SNNPを受けてい る患者の12カ月後 再入院率は7%で、 受けていない患者 は9%であった。 統計的有意差はな かった。
Deen et al. (2018)	アメリカ 合衆国	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	緊急通報の 重要性 嚥下障害ス クリーニング	緊急通報の 重要性 嚥下障害ス クリーニング
Chen et al. (2018)	中国	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	患者と家族 の心配事	・30日後の再入院 率が、対照群で 5.6%、介入群で 2.8%であった。 臨床的意義があっ た。 ・TSC 訪問が30 日後の再入院の 48%の減少と関連 していた。 ・30日後再入院率： 9.0% オッズ比：0.518 95% CI：0.272-0.986 p=0.045 ・TSCの訪問は、90 日後の再入院率に 影響しなかった。
Condon et al. (2016)	アメリカ 合衆国	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	医師の診察 を求めると 候/症状等	医師の診察 を求めると 候/症状等
Wong et al. (2015)	香港	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	レジリエン スの構築 感情管理 家族会議	再入院率は低かつ たが、有意差はなかつ た。
Poston et al. (2014)	アメリカ 合衆国	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	・30日後の再入院率 は、介入前後を比 較すると、9.39% から3.24%に低下 した。	・30日後の再入院率 は、介入前後を比 較すると、9.39% から3.24%に低下 した。

・ CNS : Certified Nurse Specialist ・ NP : Nurse Practitioner ・ RN : Registered Nurse ・ TSC : Transitional Stroke Clinic ・ PCP : primary care provider ・ ED : emergency department
 ・ SNNP : stroke nurse navigation program
 ○ : 項目に該当する - : 項目に該当しない

とって質の高い看護を受けられるといったメリットがあると考えられる。

脳卒中再発予防教育として、Postonら（2014）によると看護師による移行ケアモデル（p.237）やCondonら（2016）によると移行期脳卒中クリニック（p.1600）およびDeenら（2018）によると脳卒中看護師ナビゲーションプログラム（SNNP）（p.66）がある。これらの退院支援プログラムは、看護師が連携して脳卒中後患者、家族を支援することは共通している。それぞれの退院支援のアウトカムとして再入院率が設定されていて、多くのケアプランは再入院率の削減に貢献していた。すべての退院支援プログラムには、脳卒中教育や再発予防に関する教育内容があり、看護師による電話でのフォローアップが含まれていた。そして、これら脳卒中退院支援プログラムに沿って、患者が急性期病院を退院した後も看護師がフォローアップしていたことが再入院率の低下と関連していたと考えられる。このことにより、脳卒中退院支援プログラムがあるため、退院後に患者や家族の療養生活をフォローアップする手段と内容が明確になり、患者と家族に対する継続した脳卒中再発予防教育を可能になったと考えられる。

木下・百田・森山（2015）によると、わが国において、多くの施設で行われている脳卒中再発予防教育は、プログラム化されておらず、退院時指導などの単発的なものにとどまっていた。再発予防教育の必要性は高く、入院中のプログラムとして実施可能な教育方法を構築する必要がある（p.13）ことが指摘されている。諸外国における脳卒中退院支援の大きな特徴のひとつには、退院支援がプログラム化されているということが挙げられる。

また、鈴木（2010）によると脳卒中の再発率は、初回発症から1年以内と1～2年までがやや高いとされ（p.8）、また、わが国における脳卒中患者は、うつ傾向を呈する者が多く、美ノ谷・杉本・福嶋・小松（2009）は、退院前に心配のあった者にうつ傾向のある者（p.294）が含まれていたことを報告している。このことを踏まえて、諸外国における退院支援は、発症後一定期間のフォローアップ期間を設定したことで、精神的な準備が整わない状況で退院するといった患者や家族の不安にもこたえる内容になっていることが考えられる。

しかし脳卒中患者の退院支援プログラムは、病院独自のものを含めると多数あり、乱立している印象を受けることは否定できない。また、Condonら（2016）によると退院支援の取り組みによって、30日後の再入院率は減少したが、90日後の再入院率には影響しなかったことが報告されている（p.1599）。

このように脳卒中患者の退院支援プログラムが複数ある背景には、脳卒中再発予防と生活習慣や脳卒中そのものの

重症度の違いや脳卒中の病型の違いといった複数の要因との関連が考えられる。秦・二宮（2019）によると脳卒中の主な危険因子としては、血圧異常、糖代謝異常、高コレステロール血症、肥満・メタボリックシンドローム、喫煙が挙げられる（pp.917-920）。このことから脳卒中再発と生活習慣の関係は深く、退院後にこれまでの生活習慣の改善が不十分である場合、脳卒中を再発する可能性が高くなることが考えられる。そして鈴木（2010）によると、初回脳卒中以前に存在していた発症危険因子の改善が不十分であれば、初回発症の病型と再発の病型が同一になる傾向がある（p.7）。このため、脳卒中再発予防には、病型別脳卒中発症危険因子の治療や改善が重要である（p.7）と考えられる。

再入院率を考える場合に多くの関連因子があると考えられ、対象者の特徴を理解することは、脳卒中患者の再入院率を抑制していく上で重要であると考えられる。鈴木ら（2011）によると、わが国の脳卒中患者の再入院率は、90日以内に11.0%が再入院し、うち約半分の5.5%は30日以内に再入院していた（p.402）。世界の国や地域でも見られるように、脳卒中患者の再入院を予防するための看護介入として、退院後からの1年間程度は看護師によるフォローアップが必要であると考えられる。

また、わが国における脳卒中患者と家族の退院支援を困難にする状況には、三島・高見沢（2020）によると代理意思決定の問題や追い出されると感じる家族の対応があった（p.110）。諸外国に見られる脳卒中患者に特有な介入内容が、脳卒中の主な危険因子にアプローチするものになっており、一定の期間も設けられている。このことは、脳卒中患者が退院しても医療機関からのサポートが途切れることなく一定期間継続できることが考えられることから、退院支援が継続できる取り組みは評価できる。そして患者と医療を途切れさせない取り組みは重要であると考えられる。

現代の日本ではSNS（Social Networking Service）が発達しており、コミュニケーション手段は多様化している。今回の文献検討で報告された、退院後、電話だけのコミュニケーションに留まることなく、社会復帰をして仕事などで多忙を極める成人期・老年期の患者や、都市部だけでなく医療を受けることが困難なへき地に住む高齢者に向けたコミュニケーションツールを模索する必要があることが考えられた。

結 論

1. 再発を予防するために、脳卒中患者の退院支援プログラムの構築とそれを継続するための取り組みが重要である。

2. 地域で脳卒中患者を支えるためには, 介護者評価を行うことが再発を予防する上で重要である。
3. 脳卒中患者と家族を地域で支えるために, 患者と医療機関をつなげるためのコミュニケーション手段を構築する必要がある。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- Chen, L., Chen, Y., Chen, X., Shen, X., Wang, Q., & Sun, C. (2018). Longitudinal study of effectiveness of a patient-centered self-management empowerment intervention during pre-discharge planning on stroke survivors. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 15*(3), 197-205. <https://doi.org/10.1111/wvn.12295>
- Condon, C., Lycan, S., Duncan, P., & Bushnell, C. (2016). Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. *Stroke, 47*(6), 1599-1604. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.012524>
- Deen, T., Terna, T., Kim, E., Leahy, B., & Fedder, W. (2018). The impact of stroke nurse navigation on patient compliance postdischarge. *Rehabilitation Nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses, 43*(2), 65-72. <https://doi.org/10.1002/rnj.305>
- 秦 淳, 二宮利治 (2019). 脳卒中の疫学. *日本臨床, 77*(6), 914-921.
- 伊藤義彰, 安部貴人, 北川一夫, 高尾昌樹, 豊田一則, 中島 誠, 西山和利, 藤原俊之, 細見直永, 八木田佳樹, 青木志郎, 阿久津二夫, 石塚健太郎, 大山直紀, 白井優香, 新藤恵一郎, 出口一郎, 遠井素乃, 徳永 誠, 長谷川樹, 福田真弓, 補永 薫, 三野俊和, 三輪佳織 (2021). *I 脳卒中一般*. 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会, 脳卒中ガイドライン 2021(6-25). 東京: 協和企画.
- Jencks, S.F., Williams, M.V., & Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *The New England Journal of Medicine, 360*(14), 1418-1428.
- Kao, A., Lanford, J., Wong, L.-K., & Ranta, A. (2020). Do clinical nurse specialist led stroke follow-up clinics reduce post-stroke hospital readmissions and recurrent vascular events? *Internal Medicine Journal, 50*(10), 1202-1207. <https://doi.org/10.1111/imj.14707>
- 木下真吾, 百田武司, 森山美知子 (2015). 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中再発予防患者教育に関する全国調査: 入院中の脳卒中再発予防教育プログラムの有無による検討. *日本ニューロサイエンス看護学会誌, 3*(1), 13-21.
- 北浜昭夫 (2001). アメリカにおける managed health care. *日本臨床外科学会雑誌, 62*(2), 319-324.
- 厚生労働省 (2020). 令和2年 (2020) 患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/heikin.pdf> (参照2023年4月25日)
- 美ノ谷新子, 杉本正子, 福嶋龍子, 小松優紀 (2009). 施設療養へ移行した脳卒中患者の退院時状況と退院前の心配. *順天堂医学, 55*(3), 294-302.
- 三島あゆみ, 高見沢恵美子 (2020). 脳血管障害患者の退院後の生活の場に関する代理意思決定の看護援助と困難看護師が職場に求める支援. *日本脳神経看護研究学会誌, 42*(2), 107-113.
- 村上紀美子 (2007). スムーズな退院支援と在宅移行: 米国の訪問看護視察で見た日本の課題. *コミュニティケア, 9*(14), 66-69.
- 内閣府 (2022). 令和4年版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (参照2022年9月14日)
- 緒方さやか (2010). アメリカの高齢者医療におけるナースプラクティショナーの役割と日本への提言. *老年看護学, 14*(2), 76-79.
- Poston, K.M., Dumas, B.P., & Edlund, B.J. (2014). Outcomes of a quality improvement project implementing stroke discharge advocacy to reduce 30-day readmission rates. *Journal of Nursing Care Quality, 29*(3), 237-244. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000040>
- 鈴木淳一郎, 小倉 礼, 今井和憲, 西田 卓, 加藤隆士, 安田武司, 伊藤泰広 (2011). 虚血性脳血管障害入院後の90日以内の再入院例の検討. *脳卒中, 33*(4), 401-407.
- 鈴木一夫 (2010). 脳卒中再発の疫学. *動脈硬化予防, 9*(3), 5-10.
- 手島隆久 (1996). 退院計画とは何か. 退院計画研究会 (編), *退院計画: 病院と地域を結ぶ新しいシステム* (p.12). 東京: 中央法規出版.
- 戸村ゆかり (2019). よくわかる退院支援. 6-7, 東京: Gakken.
- Tsao, C.W., Aday, A.W., Almarzooq, Z.I., Anderson, C.A.M., Arora, P., Avery, C.L., Baker-Smith, C.M., Beaton, A.Z., Boehme, A.K., Buxton, A.E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M.S.V., Evenson, K.R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D.G., Hiremath, S., Ho, J.E., Kalani, R., Kazi, D.S., Ko, D., Levine, D.A., Liu, J., Ma, J., Magnani, J.W., Michos, E.D., Mussolino, M.E., Navaneethan, S.D., Parikh, N.I., Poudel, R., Rezk-Hanna, M., Roth, G.A., Shah, N.S., St-Onge, M.-P., Thacker, E.L., Virani, S.S., Voeks, J.H., Wang, N.-Y., Wong, N.D., Wong, S.S., Yaffe, K., & Martin, S.S. (2023). Heart disease and stroke statistics-2023 update: A report from the American Heart Association. *Circulation, 147*(8), e93-e621.
- 月野木ルミ, 村上義孝 (2012). アジア太平洋地域における全死亡に占める脳卒中病型別死亡割合の動向: 政府統計に基づく検討. *厚生指標, 59*(12), 1-6.
- Volland, P.J. (ed). (1988). *Discharge planning: An interdisciplinary approach to continuity of care*, 15-18, Owings Mills, Maryland: National Health -Publishing, 15-18.
- Wong, F.K.Y., & Yeung, S.M. (2015). Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: A randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community, 23*(6), 619-631. <https://doi.org/10.1111/hsc.12177>
- 矢野英樹, 齋藤信也 (2023). 看護師による脳卒中患者の退院支援に関する文献レビュー. *日本脳神経看護研究学会誌, 45*(2), 93-102.

〔2023年2月22日受付〕
〔2023年6月8日採用決定〕

Review of Foreign Literature on Discharge Planning for Stroke Patients and Readmission Rates

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 131-142
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230608228>

Hideki Yano, MSN, RN¹, Shinya Saito, MD, PhD²

¹Faculty of Nursing, Shikoku University, Tokushima, Japan

²Graduate School of Health Sciences, Okayama University, Okayama, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to develop care strategies that can be incorporated into discharge planning for stroke patients in Japan by reviewing relevant foreign studies. **Methods:** We conducted web searches via PubMed using the keywords “discharge planning,” “stroke or cerebrovascular accident or cva,” “readmission or rehospitalization,” and “nurse,” and selected pertinent papers based on inclusion/exclusion criteria. **Results:** Interventional studies on discharge planning for stroke patients have been conducted in various countries and regions. We included six papers and found that all these studies focused on the prevention of recurrent strokes. Discharge planning approaches specific to stroke patients included: education on preventing recurrent strokes, coordination of social resources, and assessment of caregivers. As an outcome of the discharge planning programs, readmission rates decreased, though the decrease was not statistically significant in most cases. **Conclusions:** To support stroke patients in communities, educating caregivers is vital for preventing recurrences. Additionally, as part of community-based support for these patients and their families, establishing appropriate channels of communication is essential.

Key words

stroke, discharge planning, readmission rates, literature review

Correspondence: H. Yano. Email: h-yano@shikoku-u.ac.jp

日本看護研究学会会員の国際活動の実態と 国際活動推進委員会へのニーズ

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 143-148
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230609225>

中本五鈴¹, 岡美智代², 若村智子¹, 中平みわ¹

¹日本看護研究学会国際活動推進委員会

²日本看護研究学会国際活動推進委員会2019-2021年委員長

要旨

目的：日本看護研究学会会員の国際活動の実態と国際活動推進委員会（以下、本委員会）に対する会員のニーズを明らかにすることを目的とした。方法：本研究は、2022年6～7月、日本看護研究学会会員5,419名を対象にオンライン・アンケート調査を行い、本委員会に対するニーズや国際活動の実態を明らかにした。また、本委員会へのニーズはアカデミックライティング、海外の学会と交流締結、学会参加の経済的支援および英文誌投稿の経済的支援の4項目で調査した。結果：有効回答は211名であった（回収率3.9%）。アカデミックライティングのニーズが最も高かった（81.2%）。過去10年間に海外学会参加経験がない、または過去10年間に英語論文投稿経験がない人の国際活動の阻害要因は、英語への自信のなさが最も多かった。結論：アカデミックライティングの企画や、国際活動のための実践的セミナーの企画を実施していくことが望まれる。

キーワード

国際活動, アカデミックライティング

責任著者：中本五鈴. Email: isuzu.nakamoto.c7@tohoku.ac.jp

緒言

看護教育ではグローバル化が求められ、学士課程教育において取り組むべき内容として国際化がモデル・コア・カリキュラムに示された（文部科学省，2017）。このように、国際的な活動は、看護学での主要な概念の一つになってきている。2022年から日本看護研究学会（以下、本学会）の英文誌がオープンアクセスとして刊行され、本学会の研究成果も海外に発信しやすくなった。

さて、本学会の国際活動推進委員会（以下、本委員会）は、国際的な活動と交流を支援することを目的に2010年に設立された。本委員会規程の第4条では、活動内容として、1）国際的な活動に資する情報を提供する、2）国外への情報発信を支援する、3）海外の学会・関連機関との連携・交流を行うことが定められている（日本看護研究学会，2022）。これまでの本委員会の活動は、第42回学術大会での「質的研究のシステムティックレビューの国際的動向」（今野，2016）、第47回学術集会の企画での「国際活動への第一歩、いまさら聞けない英文投稿のすすめ」（岡・若村・中平・中本・法橋，2021）、さらに第48回学術集会では、「Becoming an author: An introduction to writing to publish for Japanese nurses」（中平・若村・岡・中本，2022）

などがある。また、アカデミックライティングに関する知識の啓発（上鶴・石川・田島・松田，2010）を本学会誌上で報告し、コロナ禍のさまざまな制限下では、「研究計画と英文論文執筆のための国際ルール」（2021）などのオンラインセミナーを会員対象に開催した。

アフターコロナを見据え、どのような活動を会員が求めているのかを知るために、本委員会では、会員から意見を集め、会員が求めているものに合致した企画を検討することになった。そこで、会員の国際活動の実態、国際活動の阻害要因および本委員会に対するニーズの調査を実施した。

I. 方法

1. 対象者と実施期間

対象者は、2022年4月1日時点の本学会会員5,419名であった。2022年6月24日～7月24日に会員情報管理システムを用いて無記名の横断研究調査を実施した。本調査は、本学会研究倫理審査委員会の承認（2022-1）を得て実施した。なお、調査票の作成および分析は、2022年7月時点の国際活動推進委員会の委員で行った。

2. 調査項目

(1) 国際活動推進委員会へのニーズ

本委員会規程、今までの本委員会の活動および他学会の国際関係の委員会の活動内容を参考に、本委員会へのニーズについて、アカデミックライティング、海外の学会と交流締結、学会参加の経済的支援および英文誌投稿の経済的支援の4項目に分けて調査した。各4項目への回答は、6件法（1：全く希望しない～6：非常に希望する）とした。

(2) 会員の国際活動および研究活動

国際活動については、過去10年間の海外学会参加回数、過去10年間の英語論文投稿回数、海外学会の会員であるかどうか、海外長期滞在経験および今後の海外長期滞在希望の有無を調査した。

また、過去10年間の海外学会参加経験がない場合は、海外学会への参加意欲を6件法（1：全く参加したくない～6：非常に参加したい）で調査した。その中で、参加意欲はあるが、海外学会参加経験がない理由として、業務等で時間が取れない、参加費・渡航費など費用がかかる、学会発表する研究報告がない、英語での発表に自信がない、およびどの学会に参加すればいいか分からないの5項目を阻害要因とした。各5項目への回答方法は、6件法（1：全くあてはまらない～6：非常にあてはまる）とした。阻害要因の項目は、本委員会の委員で検討し選択した。

また、過去10年間の英語論文投稿経験がない場合は、英語論文投稿への意欲を6件法（1：全く投稿したくない～6：非常に投稿したい）で調査した。投稿経験には、共著者としての経験も含めた。その中で、投稿意欲があるが、英語論文投稿経験がない理由として、業務等で時間が取れない、英文添削など費用がかかる、投稿する研究報告がない、英語での投稿に自信がない、およびどの雑誌に投稿すればいいか分からないの5項目を阻害要因とした。各5項目への回答方法は、6件法（1：全くあてはまらない～6：非常にあてはまる）とした。

会員の国内での研究活動は、過去10年間の国内学会参加回数と過去10年間の日本看護研究学会学術集会参加回数をを用いて調査した。

(3) 基本属性

性別、年齢、最終学歴、および就労場所を基本属性とした。

3. 統計解析

本委員会へのニーズは、1：全く希望しない～3：あまり希望しないを「ニーズなし」、4：やや希望する～6：非常に希望するを「ニーズあり」に分類する2値とした。海外学会への参加意欲は、1：全く参加したくない～3：

あまり参加したくないを「意欲なし」、4：やや参加したい～6：非常に参加したいを「意欲あり」に分類する2値とした。英語論文投稿への意欲も同様に2値とした。阻害要因は、1：全くあてはまらない～3：あまりあてはまらないを「該当しない」、4：ややあてはまる～6：非常にあてはまるを「該当する」に分類する2値とした。会員の国際活動、研究活動、本委員会に対するニーズおよび国際活動を実施できない阻害要因を記述統計で示した。項目毎に、無回答であった者を除いた人数で割合を求めた。

II. 結果

回答者は211名、回収率は3.9%であった。女性が86.7%、年齢は50歳代が49.3%と最も多く、最終学歴を大学院修了と回答した人は93.4%で、教育機関で就労している人は83.4%であった（表1）。なお、学会員全体の性別と年齢分布を参考値として示した（2022年11月14日時点）。

国内学会参加回数（過去10年間）は、15回以上が最も多く（52.1%）、そのうち、日本看護研究学会学術集会への平均参加回数は3.2±3.0回であった。海外学会参加回数（過去10年間）は、0回が34.6%で最も多く、次いで5回以上が26.1%であった。英語論文投稿回数（過去10年間）は、0回が42.7%と最も多く、次いで5回以上が20.8%であった（表2）。

本委員会へのニーズとして、ニーズありの割合が最も多かったのは、アカデミックライティング（81.2%）であり、最も少なかったのは、海外の学会と交流締結（47.3%）であった（表2）。

過去10年間の海外学会参加回数が0回の73名中、60名（82.2%）が海外の学会への参加意欲があり、11名（15.1%）は海外の学会への参加意欲がなく、残りの2名（2.7%）は無回答であった。そして、参加意欲があるが、過去10年間に海外学会参加経験がなかった理由の中で最も多かったのは、英語での発表に自信がない（96.6%）であった（表3）。参加意欲があると回答した60名のうち1名は無回答であった。

過去10年間の英語論文投稿回数が0回である82名中、62名（75.6%）が英語論文投稿への意欲があり、18名（22.0%）は英語論文投稿への意欲がなく、2名（2.4%）は無回答であった。投稿意欲があるが、過去10年間に英語論文投稿経験がない理由として、最も多かったのは、英語での投稿に自信がない（91.7%）であった（表4）。投稿意欲があると回答した62名のうち2名は無回答であった。

表1 対象者と日本看護研究学会会員の基本属性

		<i>n</i> (%)	学会員 <i>N</i> (%)
性別	男性	23 (10.9)	588 (10.7)
	女性	183 (86.7)	4,333 (78.6)
	無回答	5 (2.4)	592 (10.7)
年齢	20歳代	4 (1.9)	129 (2.3)
	30歳代	18 (8.5)	511 (9.3)
	40歳代	44 (20.9)	1,505 (27.3)
	50歳代	104 (49.3)	2,034 (36.9)
	60歳代	39 (18.5)	1,078 (19.6)
	70歳代以上	2 (0.9)	150 (2.7)
	無回答	0 (0)	106 (1.9)
	最終学歴	短大・専門学校	3 (1.4)
	大学	9 (4.3)	
	大学院	197 (93.4)	
	無回答	2 (0.9)	
就労場所	医療・福祉施設・保健所	21 (10.0)	
	教育機関 (短大・大学・大学院)	176 (83.4)	
	その他	14 (6.6)	

対象者, *n* = 211日本看護研究学会会員, *N* = 5,513 (2022年11月14日時点)

表2 国際活動と国際活動推進委員会へのニーズ

		<i>n</i> (%)
海外学会の会員の有無	所属している	36 (17.3)
	所属していない	172 (82.7)
海外学会参加回数 (過去10年間)	0回	73 (34.6)
	1回	29 (13.7)
	2回	22 (10.4)
	3回	18 (8.5)
	4回	14 (6.6)
	5回以上	55 (26.1)
海外長期滞在経験の有無	経験あり	70 (33.2)
	経験なし	141 (66.8)
英語論文投稿回数 (過去10年間)	0回	82 (42.7)
	1回	39 (20.3)
	2回	15 (7.8)
	3回	9 (4.7)
	4回	7 (3.6)
	5回以上	40 (20.8)
アカデミックライティング	ニーズあり	168 (81.2)
	ニーズなし	39 (18.8)
海外の学会と交流締結	ニーズあり	96 (47.3)
	ニーズなし	107 (52.7)
学会参加の経済的支援	ニーズあり	125 (62.2)
	ニーズなし	76 (37.8)
英文誌投稿の経済的支援	ニーズあり	130 (66.0)
	ニーズなし	67 (34.0)

n = 211 (各項目の無回答を含む)

表3 参加意欲があるが海外学会参加経験がない人の参加阻害要因

		n (%)
業務等で時間が取れない	該当する	48 (81.4)
	該当しない	11 (18.6)
参加費・渡航費など費用がかかる	該当する	44 (74.6)
	該当しない	15 (25.4)
学会発表する研究報告がない	該当する	42 (71.2)
	該当しない	17 (28.8)
英語での発表に自信がない	該当する	57 (96.6)
	該当しない	2 (3.4)
どの学会に参加すればいいかわからない	該当する	47 (79.7)
	該当しない	12 (20.3)

n=59

表4 投稿意欲があるが英語論文投稿経験がない人の投稿阻害要因

		n (%)
業務等で時間が取れない	該当する	48 (80.0)
	該当しない	12 (20.0)
英文添削など費用がかかる	該当する	38 (63.3)
	該当しない	22 (36.7)
投稿する研究報告がない	該当する	23 (40.4)
	該当しない	34 (59.6)
英語での投稿に自信がない	該当する	55 (91.7)
	該当しない	5 (8.3)
どの雑誌に投稿すればいいかわからない	該当する	43 (71.7)
	該当しない	17 (28.3)

n=60 (各項目の無回答を含む)

Ⅲ. 考 察

本調査の結果より、本委員会へのニーズは、アカデミックライティングが最も多く、海外の学会と交流締結が最も少なく半数以下であった。国際活動の現状は、過去10年間の海外学会参加回数と英語論文投稿回数ともに、0回の割合が最も多い一方で、5回以上の割合が2番目に多く、偏りがみられた。そして、過去10年間に海外学会参加および英語論文投稿の経験がない者のうち、該当者が最も多かった参加・投稿の阻害要因は、ともに英語への自信のなさであった。したがって、会員のニーズを踏まえて、国際活動の経験に応じたアカデミックライティングに関する企画を実施していくことが推奨される。

回答者の8割以上が大学院（修士または博士課程）を修了し、教育機関（短大・大学・大学院）で就労している者であった。したがって、対象者のアカデミックライティングのスキルアップは、個人の国際活動の推進だけでなく、彼らが指導する学生にも恩恵があり、波及効果が大きい。植田ら（2020）は、看護学のアカデミックライティングに

関する研究報告が日本で少ないことと、海外では看護教員のアカデミックライティングのスキルアップが課題の一つとして挙げられていることを報告している。したがって、日本でも海外同様に看護教員のアカデミックライティングのスキルアップが必要とされている可能性があり、本調査でアカデミックライティングのニーズが高かったという結果は妥当である。一方で、臨床現場で就労する会員の国際活動の現状や本委員会へのニーズについて、本調査では把握することができなかった。

海外の学会と交流締結のニーズに関して、本委員会規程は「海外の学会・関連機関との連携・交流を行う」ことが活動内容として記されているが、会員の現状のニーズは半数以下であった。本委員会として、国際交流を組織的かつ積極的に推進するために、海外の学会との交流締結は非常に有効的な支援策である。したがって、交流締結の前段階として、共同セミナーの実施など、会員のニーズを適宜確認しながらスモールステップで進めていくことが得策であると考えられる。

過去10年間の海外学会参加経験や英語論文投稿経験はな

いが、参加や投稿意欲のある集団においては、阻害要因として英語への自信のなさを挙げる人が最も多かった。研究活動に関わらず元々英語力のある人を除いて、多くの会員にとって、国際活動に対して英語が心理的な壁となっていることが窺われる。英語力のスキルアップとは別に、現在の英語スキルでどのように国際活動を実施していくかという実践的なセミナーや、心理的ハードルを取り除くことに関する企画なども、海外学会参加経験や英語論文投稿経験が少ない人に向けて実施していくことが推奨される。そして、国際活動が一步步促進されると、その先の目標として海外の学会・関連機関との連携・交流につながることを期待できる。

最後に、本調査の限界について述べる。2019年からのコロナ禍は、会員の国際活動や国際学会参加の機会を奪った一方で、学術集会のオンライン開催が増え、海外の学会参加が以前よりも容易となった可能性がある。しかし、本結果へのコロナ禍の影響を考察することは難しい。また、ニーズや阻害要因の項目は、本委員会規程、今までの本委員会および他学会の国際関係委員会における活動内容を検討したものを使用したため、項目に含まれていなかった他のニーズや阻害要因も存在する可能性があり、妥当性は検証できていない。したがって、今後さらにインタビューや自由記述での調査によって、他のニーズや阻害要因を抽出していくことが必要である。本調査の参加者の年齢および性別分布は、本学会員の分布と類似であったため、結果には一定の代表性があることが予想された。しかし、回収率が3.9%であり、回答者が国際活動に興味がある集団に偏っていたバイアスは否定できない。回答率の低さは、会員あてのリマインドメール、および理事会で実施計画を事前に報告していたものの、会員情報管理システム自体を用いた調査方法に不慣れであった可能性も考えられたので、告知方法も含めて検討が必要である。今後は、本調査に回答しなかった国際活動にあまり関心がない可能性がある会員にも、興味をもって参加していただける企画や支援も計画していく必要がある。

謝 辞

本調査にご協力してくださった会員の皆様に深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

著者貢献度

すべての著者は、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

- 上鶴重美, 石川陽子, 田島桂子, 松田たみ子 (2010). 日本看護研究学会「国際活動推進委員会」報告. *日本看護研究学会雑誌*, 33(5), 145-150. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20101201015>
- 今野理恵 (2016). 質的研究のシステムティックレビューの国際的動向. *日本看護研究学会雑誌*, 39(3), 82. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20160729012>
- 文部科学省 (2017年10月31日). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～. https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_jcsFiles/afeldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf (参照2022年12月9日)
- 中平みわ, 若村智子, 岡美智代, 中本五鈴 (2022). Becoming an author: An introduction to writing to publish for Japanese nurses. *日本看護研究学会雑誌*, 45(3), 459-460. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221019021>
- 日本看護研究学会 (2022年5月22日). 委員会規定. <https://www.jsnr.or.jp/outline/regulations/committee-reg.html> (参照2023年3月24日)
- 岡美智代, 若村智子, 中平みわ, 中本五鈴, 法橋尚宏 (2021). 国際活動への第一歩, いまさら聞けない英文投稿のすすめ. *日本看護研究学会雑誌*, 44(3), 400-401. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210812019>
- 植田満美子, 舟島なをみ, 服部美香, 伊勢根尚美, 亀岡智美, 金谷悦子, 鹿島嘉佐音, 宮芝智子, 山下暢子, 山澄直美 (2020). 看護学教育における学術的執筆に関する海外文献の検討. *看護教育学研究*, 29(1), 1-9.

[2023年1月4日受 付]
[2023年6月9日採用決定]

International Activities and Support Required from the International Activities Promotion Committee among Members of the Japan Society of Nursing Research

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 143-148
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230609225>

Isuzu Nakamoto¹, PhD, RN, PHN, Michiyo Oka², PhD, RN,
Tomoko Wakamura¹, PhD, RN, PHN,
Miwa Nakahira¹, RN, GradDip (Geront Nrs), MN (Hons)

¹International Activity Promotion Committee, Japan Society of Nursing Research, Tokyo, Japan

²International Activity Promotion Committee Chairperson (2019-2021), Japan Society of Nursing Research, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This report aims to investigate the international activities and support required by members of the Japan Society of Nursing Research (JSNR) from the International Activities Promotion Committee. **Methods:** An online survey was conducted among 5,419 JSNR members between June and July 2022. The questionnaire contained items regarding international activities and the support required from the International Activities Promotion Committee in relation to English academic writing skills, collaborations, and interactions with overseas academic societies, financial support for conference participation, and financial support for submitting papers to English journals. **Results:** We received 211 responses (response rate: 3.9%). Academic writing was perceived by 81.2% of the respondents as the most significant support required from the International Activities Promotion Committee. A lack of confidence in English was the most common barrier to international activities among those who had not attended an international conference or submitted a paper in English in the past 10 years. **Conclusions:** English academic writing seminars and practical seminars for international activities should be conducted for JSNR members.

Key words

International activities, Academic writing

Correspondence: I. Nakamoto. Email: isuzu.nakamoto.c7@tohoku.ac.jp

精神障害者の病の意味に関する文献検討

日本看護研究学会雑誌
2024, 47(1), 149-156
©2024 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230810229>

栗原淳子¹, 中林 誠²

¹目白大学看護学部看護学科精神看護学, ²医療創生大学看護学部看護学科成人看護学

◆要旨

目的: 精神障害者にとっての病の意味を明らかにする。**方法:** PubMed, CINAHL, CiNii, 医学中央雑誌のWeb版を使用し, 「精神障害者」「精神疾患」「患者」「病」「病気」「意味」「意味づけ」「病の意味」をキーワードとした。また, 日本語と英語で書かれた原著論文, 事例報告, 症例での質的研究に限定した。著作権に配慮し, 内容を時系列に沿って統合した。**結果:** 選定された5文献を対象とした。精神障害者の病の意味は, 【精神の病であることに気づく契機】【病に至った原因を追究する】【精神の病であることを受け入れられない体験】【精神障害者であることにより受ける苦難】【自分を理解してくれる他者と病の体験を共有し共に生きる】【病の受容と自分を再構築する】の6つに分けられた。**結論:** 医療者は病を生物学的な構造や機能の変化と捉えがちであるが, 精神障害者にとって病は主観的な経験であることを認識する必要がある。

◆キーワード

病の意味, 精神疾患, 患者, 精神障害者, 看護

責任著者: 栗原淳子. Email: j.kurihara@mejiro.ac.jp

はじめに

病 (illness) は, 本人や家族, そしてそれらを取り巻く人々がどのように本人の症状や能力の低下を認識し, それとともに生活し, 反応するのかが示す生きられた経験である (Kleinman, 1988/1996)。病は症状から来る身体的な苦痛のみならず, 治療に伴うライフプランの変更や家族の役割変化, 病による予後の不安など精神的な苦痛を伴う。これに対し医療者は, しばしばこれらの患者による病の訴えを生物学的な構造や機能が変化する疾患と捉え, データとして数値化し薬物等による介入を試みる治療に目が向きがちである。しかし, これだけに目が向けられると患者は病をどのように受け止めて理解し, 病により変化した周囲の人々との関係性や日常をどのように生きていったらよいかという患者が病とともに生きることに関するケアが届けられなくなってしまう (Kleinman, 1988/1996; Toombs, 1992/2001)。なぜ自分が病になったのかという病の意味を問い, 病の意味を明らかにすることにより患者は疾患がもたらす身体的な苦痛や能力の低下による落胆という重苦しい鉄の檻に囚われていた状態から解放される (Kleinman, 1988/1996)。そこで, 看護師は薬物等により患者の身体的な苦痛を軽減するとともに精神的な苦痛も軽減できるような患者が自分の病をどのように受け止め, 意味づけしているのか理解することが必要である。

病の中でも精神疾患を有する患者は, 自分が認知し思考したことが他者に理解されず, 自分は病であると認識していないにもかかわらず病気と診断され, 入院の際には安全上の理由からやむを得ず本人の意思に反した強制入院や隔離・拘束が行われる場合がある。また, 社会からは精神疾患であることによる差別や偏見であるスティグマを付与される (Goffman, 1963)。しかし, そのような中であっても病に意味を見出し前向きに生きている人も存在する。

そこで病の中でも精神障害に焦点を当て, 精神障害者がどのような病の体験をし, どのような意味を見出しているか文献検討により明らかにし, 精神障害を持ちながら生活する人に対する看護の示唆を得たいと考えた。

I. 研究目的

精神障害者にとって自身の病がどのような意味を持っているか文献検討により明らかにし, 精神障害を持ちながら生活する人に対する看護の示唆を得る。

II. 研究方法

1. 対象となる文献の選定

学術論文データベースPubMed, CINAHL, CiNii, 医学中央雑誌のWeb版を使用し, 2022年8月までに掲載された学

術論文を検索した。医学中央雑誌のWeb版とCiNiiでは「精神障害者」「精神疾患」「患者」「病」「病気」「意味」「意味付け」「病の意味」をキーワードにした。PubMed, CINAHLでは(“mental illness” OR “mental disorder”) AND (patient OR patients) AND (meaning OR “meaning making”) AND (illness OR disease)を検索式とした。検索期間は限定せず、対象言語は日本語と英語に限定した。対象文献は原著論文、事例報告、症例とした。また、病についての印象や意味は時代や場所による文化の影響を受けており、病による苦難に耐えることもその人が属する社会により共通の行動スタイルやパターンがある(Kleinman, 1988/1996)ことから対象を国内の研究論文に限定した。抽出した文献のタイトルと抄録を精査し、精神障害者にとっての病の意味が論じられている文献を抽出した。身体疾患を合併している文献、治療プログラムや看護ケアの開発や評価に関する文献は除外した。また、病の意味を理解する上で必要な主観性が理解できることから質的研究に限定した。文献の選定については、2名の研究者が独立して選定基準と除外基準に従ってタイトルと抄録の内容を確認し、除外できなかったものは全文を精読して最終的な対象文献を決定した。

2. 分析方法

各論文を精読し、精神障害者の病の意味が記述されている内容を時系列に沿って文献中の表現の意図が損なわれない範囲で抽出した。テーマの抽象度が高い場合、論文中に記載されている内容に戻って精神障害者にとっての病の意味を理解するために必要な背景を抽出した。次に、抽出した内容に着目しながら時系列に沿って整理し統合した。精神障害者の病の意味を示す文節や文章を一つの意味のあるまとまりとなるようにコード化した。その後、類似性のあるコードを集めコードの内容を包括し、抽象化してカテゴリー化する質的帰納的研究手法を用いた。カテゴリーに名前を付ける際には、それらの意味を包括し端的に伝える表現にした。なお、複数の研究者で簡潔かつ明快な表現や内容について検討し、信憑性の確保に努めた。

Ⅲ. 倫理的配慮

各文献の著作権に配慮し、引用する際には、文献中の表現を使用し、あるいは文献中の表現の意図が損なわれない範囲で要約した。

Ⅳ. 結果

1. 研究の概要

文献検索の結果、PubMed652件、CINAHL310件、CiNii

73件、医学中央雑誌1,415件の合計2,450件が抽出された。重複文献7件を除いた後、タイトルおよび抄録を精査し、上述の除外条件に従って1,655件を除外した。次に本文を精読し、精神障害者の病の意味について論じられていない文献782件、国内の文献でないスウェーデンの文献1件を除外した結果5文献が抽出された(図1)。

これらの文献から見出された精神障害者の病の意味は、【精神の病であることに気づく契機】【病に至った原因を追究する】【精神の病であることを受け入れられない体験】【精神障害者であることにより受ける苦難】【自分を理解してくれる他者と病の体験を共有し共に生きる】【病の受容と自分を再構築する】の6つのカテゴリーに分けられた。以下に詳述する。

2. 精神障害者の病の意味

(1) 精神の病であることに気づく契機

宗教に関する妄想により教祖から赤い服を着るように言われた精神障害者は、全身赤一色になった自分の姿を見た時に、常軌を逸していたことに気がついた(田中, 2000a)。そして、これまで全く矛盾なく保ってきた自分が入院により否定されたように感じ、エゴにヒビが入ったと感じた(田中, 2000a)。昭和初期の農村に育ち母親も精神疾患であったため、近隣の人から「キチガイの子」と呼ばれていた精神障害者は、茶碗などを片っ端から投げて壊し暴れていたのを近隣の男性に押さえられた体験を後に精神の病の症状として理解していた(田中, 2000b)。この他にだるい、眠い、やる気が出ないという身体感覚や自分を見失う危険や自信の喪失、誰かに追われ、殺されるという対人恐怖などの精神的な苦痛は精神の病であることに気づく体験としての意味を持っていた(田中, 2000a; 北村, 2004)。

(2) 病に至った原因を追究する

精神障害者は、自分の病を遺伝として親から引き継がれたものと意味づけていた(田中, 2000b)。また、希望する学校や仕事に就くことができず、相次ぐ家族の病気などのストレスが積み重なった結果と捉えていた(北村, 2004)。この他に医療観察法病棟に入院した統合失調症患者は、初めは自分が行った他害行為(以下対象行為)についてなぜこうなるのか、自分のどこが間違っているのかわからなかった。そのような対象者が看護師から「被害者の気持ちを考えたことはありますか?」と聞かれて初めて被害者のことを考えるようになった。また「あなたが人に優しくしなければ、人に優しくしてもらえないですよ」と繰り返言われた。これにより、それまで自分は他者の気持ちを考えたことがなかったことや自分のストレス対処の仕方が間違っており、それが病を引き起こしたことがわかり、対象

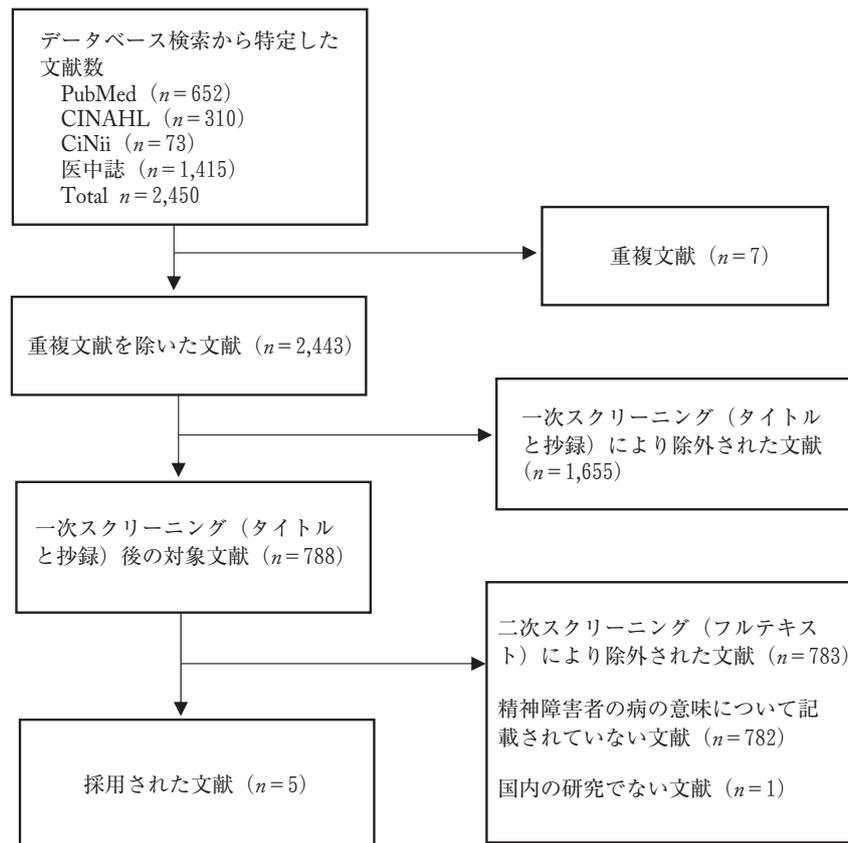


図1 精神障害者の病の意味に関する文献抽出手順

行為に至った経過を振り返り、病の持つ意味を省察していた (牧野・浦川, 2013)。

(3) 精神の病であることを受け入れられない体験

精神障害者は、自分の病を受け入れられない、人には知られたくない、生きる上での妨げとして捉え、自分が精神の病になったことを受け入れることができなかった (渡部・大石, 2006)。障害年金の手続きをした際に自分の病名を知った精神障害者は「頭を金槌で殴られたような衝撃を受けました」「人生が終わったような深い絶望感に襲われました」と述べていた (渡部・大石, 2006)。また、国立大学を卒業し希望の就職先に就いた精神障害者は、働き始めた矢先に誇大妄想が出現し、精神状態の悪化をきたしてベランダから飛び降りようとしたため入院となった。この精神障害者は入院中に、会社では同期がバリバリ仕事をしていることや気になっていた女性は自分が精神の病気で入院したことを知ったら、もう自分に好意を寄せることはないだろうということを考えると絶望感に襲われ、自分が精神の病であることがどうしても受け入れられなかった (渡部・大石, 2006)。

(4) 精神障害者であることにより受ける苦難

ある精神障害者は「母子二代、実に100年間以上にわたって精神の病に悩み、私は生まれながらにして心の病

を持って涙を流し続けてきた人生でした。ある意味では本人にしかわからない辛さであり、“どうにもならない人生だということです”と述べていた。精神障害者であることにより差別や偏見を受け、近隣から出て行って欲しいと言われ、居る場所のない苦難を体験していた (田中, 2000b)。また、入院することになり病室のドアをガチャンと閉められたときから、努力しても出られない、努力のしようがないという点で入院生活を地獄にいるようだったと捉えていた (田中, 2000a)。入院治療の後、電話の取次業務を行うことになり職場復帰した精神障害者は、記憶力の低下から電話の相手が誰なのか思い出せなかった。そして、そのような自分にふがいなさや惨めさを感じていた (渡部・大石, 2006)。離婚後独りで生活を始めた精神障害者は「買い物、炊事、お金のやりくり (中略) 大変な山がいっぱいあった」「病気にならなかったら家族がいて、一生働いて、年金暮らしをしていると思う。そういうことひとつひとつが崩れていくのがこの病気」と述べ、病の意味を苦難として捉えていた (北村, 2004)。

(5) 自分を理解してくれる他者と病の体験を共有し共に生きる

ある精神障害者は、自分が回復したのは自分を理解してくれ病の体験を共有できた仲間が存在が大きいと述べてい

表1 精神障害者の病の意味に関するカテゴリー表

コード	カテゴリー
命令を受けて全身赤一色になった自分の姿を見て、常軌を逸していたことに気づく 物を壊し暴れていたのを近隣の男性に押さえられたことから病に気づく 入院	精神の病であることに気づく契機
エゴにヒビが入ったと感じる だるい、眠い、やる気が出ないという身体感覚 自分を見失う危険や自信の喪失、誰かに追われ、殺されるという対人恐怖による精神的苦痛 病を遺伝として親から引き継がれたものと捉える	
家族の病気など相次ぐストレスが積み重なった結果として捉える それまで他者の気持ちを考えたことがなかったことやストレス対処の仕方が間違っており、それが病を引き起こしていたと理解する 自分の病を受け入れられない気持ち 頭を金槌で殴られたような衝撃 人には知られたくないという思い 生きる上での妨げ 同僚と差をつけられ、好意を寄せていた異性からも見放されるという人生が終わったような深い絶望感 本人にしかわからない辛さ どうにもならない人生だと捉える	
精神障害者であることにより差別や偏見を受け、近隣から出て行って欲しいと言われ居る場所のない苦難 努力しても出られない、努力のしようがないという点で入院を地獄のように感じる 病による能力の低下に気づいて、ふがいなさや惨めさを感じる 買い物、炊事、お金のやりくりなど大変な山がいっぱいある 病気になるなかったら家族がいて、働いて、年金暮らしをしてという生活のひとつひとつが崩れていく 自分を理解してくれ、病の体験を共有できる仲間の存在を知る 病の体験を人に語る必要性を感じる	精神障害者であることにより受ける苦難
コントロール不可能な身体感覚や精神的な苦しさが同じ精神障害を抱えている仲間と居ることで、それが病から来ていることがわかる セルフヘルプグループに参加して辛くて厳しいことばかりではない世界や今までとは違う価値観に触れる だるさなどの身体感覚や精神的な苦しさは病が原因であったことを理解したことが病を受け入れるきっかけとなる 失敗を繰り返す中で病を自分だけの力ではコントロールできないものとして受け止める その人なりのペースを持つことが回復につながると理解し、病をこれからも付き合うものとして意味づける もしかしたらあったかもしれない生き方を思い浮かべながらも、それでも今の自分を受け入れることで今の生き方を豊かなものにする 神が与えたしんどい試練だったが、深い人生になったと捉える 病気になる前に比べて精神的に豊かになったと捉える	自分を理解してくれる他者と病の体験を共有し共に生きる
	病の受容と自分を再構築する

た(田中, 2000a)。「『何が怖い』っていうけど、怖くない人には怖くないだろうけど、怖い人にはホント怖いんだよ」「だから、やっぱりそういう部分を話したいっていう気持ちがあってね」と病の体験を人に語る必要性を感じていた(田中, 2000a)。だるさややる気のなさなどのコントロールが不可能な身体感覚や精神的な苦しさはどこから来ているのだろうと長年疑問に感じていた精神障害者は、同じ精神障害を抱えている仲間と一緒に居ることで、それが統合失調症という病から来ていることがわかった(渡部・大石, 2006)。また、セルフヘルプグループについて「『世

の中は、つらくて厳しくて、ノルマだ、競争だ』という世界と違う世界があった。『つらいって言って良いんだ』と言われた。世の中は、辛くて厳しいことばかりではないと思ひ、そういう世界に初めて触れた。違う価値観のところだった」と話し、これまでとは違う新しい価値観で生きている人たちと接することで価値観の転換が起こっていた(渡部・大石, 2006)。

(6) 病の受容と自分を再構築する

ある精神障害者は、だるさなどの身体感覚や精神的な苦しさは病が原因であったことを理解したことが病を受け入

表2 精神障害者の病の意味に関する文献リスト

著者, 発表年	目的	対象者	分析方法	病の意味
1 田中, 2000a	地域で生活している精神障害者の人生体験を本人の視点からありのままに記述し, 本人にとっての病の意味をその人生を通して理解する。	地域で生活する40代男性の精神障害者1名	ライフヒストリー法	病気そのものからくる辛さ。エゴの亀裂。地獄に送り込まれた入院体験。スティグマからくる困難。病識を獲得し立ち直る困難(自己を見失う危険, 自信喪失, 対人恐怖), 自己変革(希望を失わない, 主体性を持ち続けた)。仲間との出会いから病と共存する意識。精神障害者としての自分への居直り。精神障害者としての自己の選び取り。自己の再構築。病いの体験を語ることで自己の体験の価値づけ。
2 田中, 2000b	地域で生活している精神障害者の人生体験を本人の視点からありのままに記述し, 本人にとっての病の意味をその人生を通して理解する。	地域で生活する70代男性の精神障害者1名	ライフヒストリー法	病気そのものからくる辛さ。スティグマからくる困難さとそこからの脱出。自己変革のための努力。仲間との出会いと世界および自己の解釈の変化。解釈の共有としての語り。
3 北村, 2004	統合失調症を生きる人々の人生についての語りを通して病いの意味が創り出されていく過程に存在する構成要素とその構造を明らかにする。	統合失調症患者2名	ライフヒストリー法	病いを得る前の人生が影響している世界観に独自の意味を創り出す。社会とのかかわりと身体感覚に気づき病いを受け容れる体験。今とは別の生き方を思い描くことで今の自分の生き方を肯定する。
4 渡部・大石, 2006	地域で生活している精神障害者の人生経験をありのままに記述し, 病気の意味を理解する。	地域で生活する30代男性の精神障害者1名	ライフヒストリー法	受け入れられない, 人には知られたくない体験。生きる上での妨げ。仲間には話せる体験。神が与えた試練。深い人生を生きることができた。病気を隠さずに逆手に取って生きる。
5 牧野・浦川, 2013	心神耗弱・喪失状態において重大な他害行為(以下対象行為)を行い入院となった医療観察法入院患者の入院体験を患者自身がどのように意味付けているのかを記述し, 理解する。	統合失調症の男性患者1名	ハイデガーの存在論に基づくBennerの解釈的現象学	他者の気持ちを思いやることができず, 対象行為を行っていたことは, 自己のストレス対処によるもので, これが病であることがわかったこと。

れるきっかけとなっていた。そして, 無理をしては失敗することを繰り返す中で, 病は自分だけの力ではコントロールできないものとして受け止めていた(北村, 2004)。また, 仲間の精神障害者がある人なりの暮らし方や運動をしているのを見て, その人なりのペースを持つことが回復につながると理解し, 病をこれからも付き合うものとして意味づけていた(北村, 2004)。ある精神障害者は, もし希望の学校や就職先に入ることができていたら病気にはならなかったかもしれない, 病気をしなければ同級生のように結婚して子どもがいて, いい家に住んでいたかもしれないという思いと自分だけがなぜという怒りや疑問を抱えていた。しかし, 病の意味を問う長い過程を経て, もしかしたらあったかもしれない生き方を思い浮かべながらも, それでも今の自分を受け入れることで, その生き方を豊かなものにしていく(北村, 2004)。就職後発病し入院治療の後復職したが, 結局退職することとなった精神障害者は, その後福祉の仕事をするようになり, 福祉という人の役に立つ仕事をしていることに喜びを感じていた。仕事の関連で依頼を受けて自分の病の体験を語ったことが自信となり, 「こんな人生を歩むとは思わなかった。人生はおもしろいと, 今, 思えばすばらしいと思う。神が与えたしんどい試練だったが, 深い人生になった」と述べていた(渡部・大

石, 2006)。この他にも精神障害者は, 精神の病になったが, 病気になる前に比べて精神的に豊かになったと病の意味を受け止めていた(田中, 2000a)。

V. 考 察

精神障害者にとって病は自分自身の中で「何かおかしい」と感じ, 他者との関係の中で上手くいかないことが繰り返される主観的な経験であった。精神障害者は, これまで上手くいっていた自分が病名の宣告と共に否定されたように感じ, 絶望感を味わっていた。しかし, 同じ精神障害者を持つ仲間との出会いや自分の病の体験を他者に語ることを通して, それまで属していた競争社会から互いの弱さを受け入れ合う新しい価値観を持つ世界に触れて価値観の転換が生じていた。そして, 病気をしなければ結婚して子どもがいて, いい家に住んでいたかもしれないという思いと自分だけがなぜという疑問が長い時間をかけて病の意味として問われ続けていた。そして, 神が与えた試練だったが深い人生を生きることができた病に意味づけし, 人生を豊かなものにしていく。

このように精神障害者にとって病は主観的な生きられた経験であった。これに対し, 医療者は患者の訴えが痛みで

あれば、規則正しい時間の経過に沿って身体的あるいは精神的な事象と生物学的過程を測定し、病状として定義しがちである。しかし、精神障害者にとって痛みは情緒的な不安や心配事によって変化し、数分が数時間に、数時間が数日に感じられる体験である。疾病と損傷の治療が医療の中心的関心になると、苦悩を伴う痛みや症状を数値化して治療することのできない患者の訴えには、ケアが届けられないことになってしまう (Toombs, 1992/2001)。

精神障害者は、初めは不快な身体感覚や自分を見失うなど制御不能な状態に置かれ不安や恐怖を感じていた。また、精神障害者にとって幻覚や妄想はリアルな体験であり、これらに支配された言動が他者との関係を破壊していた。看護師は、このような状態にある精神障害者を理解し、「不安がありますか?」「怖いですか?」と問いかけることにより自分が感じている得体の知れない不快感が不安や恐怖であると認識させ、言語化できるよう援助していく必要がある。そして、聞こえてくる声に従った精神障害者の行動は、幻覚や妄想に支配された結果であることを精神障害者の状態に合わせて説明していく必要がある。また、自分自身で症状のきっかけになった要因に気づいて対処するための方法を精神障害者と一緒に考えていくことができる。この他に精神の病であることを受け入れられない精神障害者は、自分が精神の病にあるという事実とそれを受け入れたくないという思いが葛藤し、追い詰められおびえている状態にある (武井ほか, 2021)。そこで、看護師はそのような葛藤状態にある精神障害者を理解し、追い詰めず、安全であると感じられる場を提供していく必要がある。また、精神障害者であることにより受ける苦難が最小となるように看護師は精神障害者の良き理解者となって家族や周囲の人々に精神疾患についての正しい知識を伝え、差別や偏見が減るよう努める役割がある。また、退院に向けてのゴール設定を明確にし、精神障害者の強みやあらゆる苦難にもかかわらず回復しようとする力であるレジリエンスに注目したかわかりが望まれる (武井ほか, 2021)。本研究により精神障害者が病に意味を見出す上で大きな影響を与えていたのは、同じ精神障害を持つ仲間と病の体験を共有し、自分の病の体験を他者に語った経験であった。同じ精神障害を持つ仲間と病の体験を共有し、自分の病の体験を他者に語った精神障害者は、それまでの価値観が転換し、病に肯定的な意味づけをしていた。これはナラティブアプローチの言うドミナントストーリーからオルタナティブストーリーへの転換であり、語り手と聞き手の協働による希望の発見である (White & Epston, 1990/2017)。看護師は、精神障害者が集まる自助グループを紹介し、「何かおかしい」「上手くいかない」と感じているのは自分だけではないと安心し、病を受け止め理解しようとする姿

勢が持てるよう援助していくことが大切である。

また、看護師は、精神障害者にとって病は健康の他に自分の存在の意味や体験できたかもしれない人生の機会、人間関係など精神障害者にとってかけがえのないものを失う体験であることを理解する必要がある。そして、精神障害者の状態をアセスメントし、適切と判断した場合には、精神障害者に自分の病の体験を語ってもらうナラティブアプローチの技法を用いて、その人にとってのかけがえのない病の意味を見出し、病に対する見方を変えて人生に希望を持てるよう援助していくことが望まれる。

VI. 研究の限界

分析対象者は、年齢、成育歴、成育した地域、疾患に伴う症状などが異なっており、対象文献も5件と少なかつたため病の意味の特性を明らかにできていない。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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。

本論文の内容の一部は、第26回EAFONS 2023 (東アジア看護学研究者フォーラム)において発表した。

文 献

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* (1st ed). 2-4, New Jersey: Prentice-Hall.
- 北村育子 (2004). 病いの中に意味が創り出されていく過程: 精神障害・当事者の語りを通して、構成要素とその構造を明らかにする. *日本精神保健看護学会誌*, 13(1), 34-44.
- Kleinman, A. (1988) / 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳 (1996). *病いの語り: 慢性の病いをめぐる臨床人類学*. (pp.iv-v, 4-12). 東京: 誠信書房.
- 牧野英之, 浦川加代子 (2013). ある医療観察法入院患者の体験の語りとその解釈: 臨床看護師による現象学的アプローチ. *三重看護学誌*, 15(1), 9-18.
- 武井麻子, 末安民生, 小宮敬子, 下平美智代, 白柿 綾, 松本佳子, 柴田真紀, 鷹野朋実, 堀井湖浪, 仲野 栄 (2021). *系統看護学講座 専門分野 精神看護学2 精神看護の展開* (第6版). 54, 407. 東京: 医学書院.
- 田中美恵子 (2000a). ある精神障害・当事者にとっての病いの意味: 地域生活を送るNさんのライフヒストリーとその解釈. *看護研究*, 33(1), 37-59.
- 田中美恵子 (2000b). ある精神障害者・当事者にとっての病いの意味: Sさんのライフヒストリーとその解釈: ステイグマからの自己奪還と語り. *聖路加看護学会誌*, 4(1), 1-20.
- Toombs, S. K. (1992) / 永見 勇訳 (2001). *病いの意味: 看護と患者理解のための現象学* (第2版). 東京: 日本看護協会出版会.

- 渡部鏡子, 大石洋一 (2006). ある精神障害者にとっての病の意味.
神奈川県立保健福祉大学誌, 3(1), 105-112.
- White, M., & Epston, D. (1990) / 小森康永訳 (2017). 物語としての
の家族. 東京: 金剛出版.

[2023年1月16日受 付]
[2023年8月10日採用決定]

Significance of Illness in Mental Health: A Literature Review

Journal of Japan Society of Nursing Research
2024, 47(1), 149-156
©2024 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230810229>

Junko Kurihara, MSN¹, Makoto Nakabayashi, PhD²

¹Mejiro University, Saitama, Japan, ²Iryo Sosei University, Fukushima, Japan

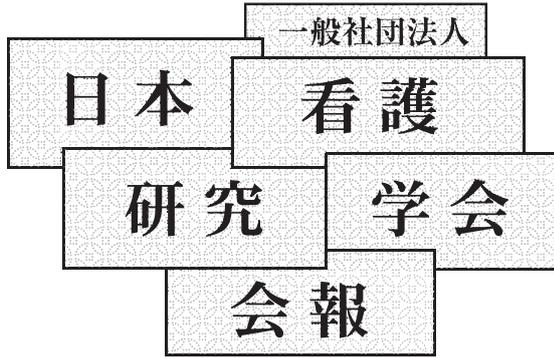
Abstract

Objective: This literature review aimed to clarify the meaning of illness within the context of mental health. **Methods:** PubMed, CINAHL, CiNii, and Japan Medical Abstracts Society were used as the primary databases. Keywords included “patients with mental illness,” “mental illness,” “patient or patients,” “illness or disease,” “meaning or meaning-making,” and “meaning of illness.” The search contained original articles, clinical studies, and case reports, both in English and Japanese, including qualitative studies. The copyright has been considered in the case of citations, and the parts containing the meaning of mental illness chronologically were integrated. **Results:** Finally, five articles were retained and categorized into six themes: “The meaning of illness as an opportunity to recognize mental illness,” “The meaning of illness to investigate the cause of illness,” “The meaning of illness as an experience not to accept mental illness,” “The meaning of illness as a source of suffering,” “The meaning of illness for coexistence with people with the same illness,” and “Meaning of illness to accept mental illness and rebuild from there.” **Conclusions:** Medical staff tend to perceive illness as changes in biological structure or function. However, illness is a lived experience for patients with mental illness, and medical staff must realize it.

Key words

meaning of illness, mental illness, patients, mentally ill, nursing

Correspondence: J. Kurihara. Email: j.kurihara@mejiro.ac.jp



第 127 号

(2024年 4 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

第 8 回評議員・理事選挙 (2023年度) 報告 …… 1

第 8 回評議員・理事選挙 (2023年度) 報告

一般社団法人

日本看護研究学会選挙管理委員会

委員長 塚 本 尚 子

委員 岸 恵美子

委員 柏 木 公 一

この度、一般社団法人日本看護研究学会定款第11条ならび、第13条により定める評議員選出規程、理事・監事選出規程に則り第8回評議員、理事選挙を実施いたしました。すべての選挙プロセスについて、滞りなく終了いたしましたことを報告申し上げます。これにより北海道3名、東北4名、関東6名、東京8名、東海12名、近畿・北陸15名、中国・四国10名、九州・沖縄9名の合計67名の評議員を選出いたしました。また引き続き行われた新評議員による互選投票によって、北海道、東北、関東、東京、中国・四国、九州・沖縄各1名、東海と近畿・北陸各2名、合計10名の理事候補者が選出されました。理事につきましては、令和6年度定時社員総会を経て選任される予定です。

選挙の経過につきましては、評議員選挙は2023年9月30日に公示を行い、11月1日～30日を投票期間とし、オンライン形式での投票を行いました。続いて2024年1月に、新評議員による理事の互選投票を行いました。評議員の投票率は32.3%であり、前回に引き続き30%の目標を達成することができました。オンラインによりスムーズに選挙が進行するようになり、安定して30%を超える投票率が確保できるようになってまいりました。ただし今回も投票率には地域差があり、東京地区では27.6%であり30%を下回っていました。投票率が低い地区については、その原因を分析して改善のための方策を打つ必要性があると考えます。また白票数は3,698 (38%) であり、その割合には大きな改善はありませんでした。学会活動の活性化により、会員同士が相互に知り合うことが白票を減らすひとつの方策であると思います。ただし、白票数の傾向を分析すると、会員数が多く、それに伴って評議員定数の多い地域で高い傾向がありまし

た。このことは、選挙地区の適正なサイズについても、今後検討が必要である可能性を示すものでした。

学会活動は、研究者にとって意義ある活動であり、教育活動の源泉でもあります。それぞれの研究者が実りある活動をするために、学会は非常に重要であり、それを支える良い学会組織が必要です。良い組織づくりのためには、会員の皆様の選挙を通じた協力が不可欠です。ぜひ会員の皆様には選挙に高い関心を向けていただき、投票へのご協力を引き続きよろしくお願いいたします。

最後に、公平な選挙実施にむけて、選挙のすべてのプロセスにおいて丁寧にご支援をいただきました学会事務局に感謝申し上げます。

以 上

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの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ると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げ場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ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。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり(漢字、仮名遣いを一部変更)。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき(本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など)はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地：出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪：研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地：出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京：医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に编者 (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, 掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は, 所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書, 音声, 高解像度画像, 動画などのファイルで, 著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば, 開発した尺度のpdfファイル, データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお, これらのファイルには, コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて, ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル (Supplementary Files)」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は, 合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナルJournal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 15) 令和元年12月15日 一部改正実施する。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年11月29日 一部改正実施する。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

英文オープンアクセスジャーナル!

第7報

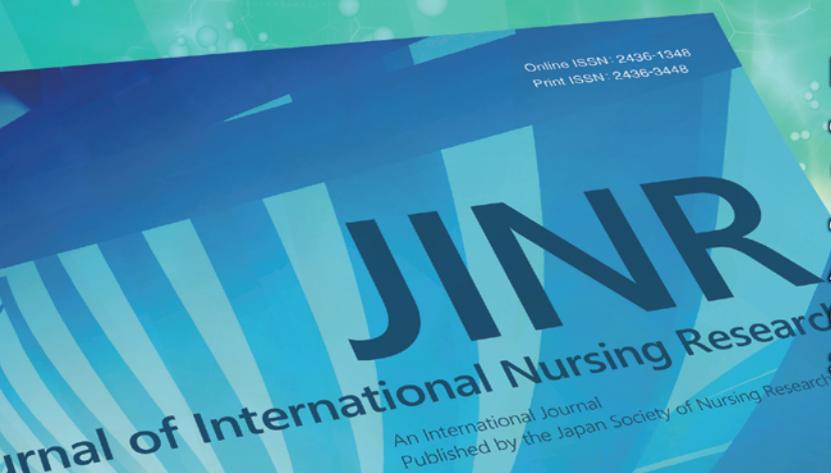
論文
受付中

JINR

Journal of
International
Nursing Research

投稿規程はJINR誌のウェブサイト
(<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>)で公開中!

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN
Online ISSN: 2436-1348
Print ISSN: 2436-3448
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>



日本看護研究学会は、国際英文ジャーナル *Journal of International Nursing Research* (JINR) を2022年2月に創刊いたしました。JINR誌は、看護学に関連する論文 (Review Article, Original Research, Practice Guidelines, Technical Report, Brief Report) を募集しております。

- 日本看護研究学会が発行する国際英文ジャーナル
- 看護学に関連する幅広い分野の研究がスコープ
- アクセプトされた論文はオープンアクセスにて迅速公開
- 要件が整い次第、PubMedに掲載予定
- 筆頭著者が日本看護研究学会会員であれば論文掲載料は無料
- 『日本看護研究学会雑誌』で公表した論文の二次出版が可能

Volume 1 | Number 1
February 2022

発信日: 2022年10月17日

一般社団法人 日本看護研究学会
理事長: 浅野みどり 編集委員長: 法橋尚宏
問い合わせ先 (JINR編集事務局): jinr@kyorin.co.jp

NR
Japan Society of Nursing Research

事務局便り

1. 2024年度会費納入のお願い

2024年度会費納入のお願いをお送りしております。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。また、学生会員への会員種別変更をご希望の方は、2024年4月末までにお申し出ください。

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

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・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3982-2030 FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第47巻 第1号

無料配布

2024年4月20日 印刷

2024年4月20日 発行

編集委員

委員長 佐伯 由香 (理事) 人間環境大学松山看護学部
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

