

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 47 Number 5 January 2025 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第47巻 第5号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会 Nursing Innovation Seeds 規程に基づいて、2024年度の研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2024年12月2日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 叶 谷 由 佳

記

一般社団法人日本看護研究学会 Nursing Innovation Seeds 基金規程

第1条 (名 称)

本基金を一般社団法人日本看護研究学会 Nursing Innovation Seeds 基金 (以下、Seeds 基金) とする。

第2条 (目 的)

Seeds 基金は看護学全体を包含する日本看護研究学会として、社会の多様なニーズや課題解決につながる融合研究、国際共同研究への発展が期待される seeds や活動を支援することを目的とする。本学会事業の一つとして、本学会のミッションや特徴を明確化し、本学会の魅力アップのための重点事業を選定し、その活動を促進・支援する。

第3条 (資 金)

前条の目的を達成するための資金として、一般会計から Seeds 基金特別会計に2,000万円を繰り入れ、これにあてる。支給対象とする活動の選考は、年間2件程度で3年間の実施を予定しており、概ね5年間で活用する。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者および若手研究者または臨床実践の研究者を含むチームでの申請により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認められたチーム若干数とする。

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

3) 申請の手続きや様式、条件等は別に定める。

4) Seeds 基金は、以下の a. b いずれかに合致し、適当と認められたチームに研究課題の費用に充当するものとして、年間100万円を上限とし、最長3年間の支給とする。

a. 臨床の研究者とアカデミアとの連携した看護実践研究

b. 看護教育改革/次世代の看護師育成に関する研究

※若手研究者 および 臨床実践の研究者の定義については、別に定める。

第5条 (義 務)

この基金を受けたチームは、対象研究課題に関する毎年の成果を年度末までに中間報告書を将来構想委員会に提出する義務を負うものとする。

- 2) 支給開始3年以内に日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、概ね4年以内に研究の成果を論文として本学会誌に誌上発表する義務を負うものとする。
- 3) Seeds基金を受けた者が病気、災害（死亡、被災者）などの事由で、義務を果たすことができないと理事会が認めた場合はこの限りではない。

第6条（受給者の報告）

日本看護研究学会理事長がSeeds基金を受けた者を会員総会で報告する。

第7条（罰則）

Seeds基金を受けた者が義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、授与された資金の全額を返還しなければならない。

第8条（募集）

Seeds基金課題の募集規程は、将来構想委員会において別に定め、会員に公告する。

第9条（中断・中止）

第5条3項に該当する場合の手続きは、将来構想委員会において別に定める。

附則

この規程は、令和5年6月25日より実施する。

一般社団法人日本看護研究学会 2024年度Nursing Innovation Seeds研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、事務局あてにメールにて送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。
- 3) 以下 a. b. のいずれか一方を選択して応募すること。
 - a. 臨床の研究者とアカデミアとの連携した看護実践研究
 - b. 看護教育改革／次世代の看護師育成に関する研究

2. 応募資格

- 1) 一般社団法人日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者（筆頭者）および若手研究者または臨床実践の研究者1名以上を含むチームであること。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上の発表をしている者を含むチームであること。

3. 応募期間

2024年12月2日（月）から2025年1月17日（金）の間に必着のこと。

4. 選考方法

将来構想委員会は、応募締切後、規程に基づいて研究目的、研究内容、チーム編成の整合性を審査の上、適当と認めたチーム若干数を速やかに選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

5. 研究費の授与

選考されたチームには、研究課題の費用に充当するものとして、2025年4月1日以降の研究に対し、研

究計画に応じて年間100万円を上限とし、最長3年間（上限合計300万円）支給する。

6. 応募書類は返却しない。
7. Nursing Innovation Seeds 基金に関する事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013

東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

【本基金における用語の定義】

- ①若手研究者：39歳以下の会員
- ②臨床実践の研究者：現在、主として教育・研究機関に所属していない会員

以上

会 告 (2)

令和6年9月能登半島豪雨災害に対する支援事業を下記要領で実施いたします。

2024年12月23日

一般社団法人日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

大規模災害支援事業委員会

2024年度委員長 三 橋 睦 子

記

令和6年9月能登半島豪雨災害に対する支援事業実施要領

能登半島地震および豪雨災害で被災された皆さまへ、心よりお見舞いを申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会では、委員会規定第2条（目的）、第4条（活動事項）に基づき、令和6年1月1日の石川県能登半島の大地震で被災された看護学生（経済的支柱となっている保護者の被災を含む）の就学継続並びに本学会会員の看護学研究者の研究継続を支援するため、大規模災害支援事業として第一次を2024年3月末日までとし、第二次を4月末日とし実施しました。

本学会では、2024年9月20日からの豪雨水害による被災につきましても、改めて大規模災害支援事業を実施します。

実施要領は以下の通りです。該当する本学会会員及び学生会員の方はどうぞ自己申請をしてください。非会員の看護学生は、会員の皆さまならびに所属長の推薦により申請ができます。会員の皆さまには、ご所属機関の学生支援部門や周囲の方々へ本事業にかかわる情報提供をしていただき、学生たちに広く情報が周知されますようお願いいたします。

I. 支援金の種類と支給額

1. 看護実践・教育・研究・修学支援金

- ・被災状況に応じて配分し、最高額を20万円とする。

2. 本学会2024年度年会費、および 本学会第50回学術集会参加費

- ・原則として、それぞれの全額とする。

※参考：年会費を8,000円、第50回学術集会参加費13,000円（正会員）、3,000円（学生会員A）

3. 総額500万円を予定

II. 申請資格

次のいずれにも該当する人

- ① 国内の大学, 短期大学, 大学院, 看護学校, 高等学校に在学する看護学生, もしくは, 日本看護研究学会の会員及び学生会員。
- ② 令和6年9月能登半島豪雨により, 居住する住宅(当該学生又はその生計を維持する者が生活の本拠として日常的に使用している住居をいう)や動産(自動車・家財・学修用機器など)への被害, あるいは生計維持者の死亡や失職等により, 学修や研究継続に支障をきたした者。

III. 申請の方法

1. 看護実践・教育・研究・修学支援金

1) 看護学生(非会員の大学院生を含む)の場合

- ・災害発生時にすでに会員であった本学会会員からの推薦により申請する。
- ・所属校に本学会会員がいない場合は, 所属長(学校長・学部長・学科長等)の推薦で申請できます。
- ・別紙申請書(様式1)に必要事項を記入し, 推薦者, 受給候補者とも署名のうえ, 必要書類を添えて事務局(本委員会委員長あてに)へ郵送で申請する。

2) 本学会会員の場合(学生会員を含む)

- ・災害発生時にすでに会員であったことを条件とし, 自己推薦により申請する。
- ・別紙申請書(様式2)に必要事項を記入し, 署名のうえ, 必要書類を添えて事務局(本委員会委員長あてに)へ郵送で申請する。

2. 本学会2024年度会費 および 本学会第50回の学術集会参加費

- ・災害発生時にすでに会員であったことを条件とし, 自己推薦により申請する。
- ・別紙申請書(様式2)に必要事項を記入し, 署名のうえ, 必要書類を添えて事務局(本委員会委員長あてに)へ郵送で申請する。

3. 添付書類((1)はいずれも共通, (2)は学生のみ, (3)は年会費・学術集会参加費の支給を希望する場合のみ)

- (1) 罹災証明書または罹災届出証明書, 被災証明書または被災届出証明書でもよい。
- (2) 在籍証明書(学生証のコピーで可)
- (3) 本学会2024年度会費, 本学会第50回学術集会の参加費については支払いを証明する書類。

※必要書類の添付が遅れる, または不可能な場合は, その理由を様式の「その他」に具体的に記載することによって, 提出を省略できる場合があります。

※推薦者は, 受給希望の理由(自己申告)欄を読んで, 本人の記載事項に虚偽がないかよく確認してください。

※申請書類に虚偽があった場合は支援金を返納していただきます。

※書類に記載された個人情報につきまして, 厳重に管理し, 本事業の目的以外には使用しません。

IV. 受給者の選考と決定

- ・委員会は申請書に記載された被災状況と推薦または受給希望理由によって審議し、支給が適切と判断される候補者を選考し、理事会へ推薦します。
- ・理事会は委員会からの推薦を基に受給者を決定します。
- ・支給の可否については申請者本人にお知らせし、指定口座に振り込む手続きを行います。

締切日：2025年2月10日（月）必着

郵送先住所および問い合わせ先

〒170-0013

東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会 事務局 Tel：03-3982-2030

●申請関連様式等は、学会ウェブサイト <https://www.jsnr.or.jp/outline/disaster-relief/> 参照

以上

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会研究助成規程に基づいて、2025年度研究助成（学生会員）の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2025年1月14日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 叶 谷 由 佳

記

一般社団法人日本看護研究学会 研究助成（学生会員）規程

第1条（目 的）

一般社団法人日本看護研究学会（以下、本法人とする）の事業の一として、優秀な看護学研究者の育成の為に、学生会員の研究費用を助成し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第2条（資 金）

本事業の資金として、前条の目的で特別会計に配分された資金を研究助成金に当てる。会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

2) 研究助成申請書に記載され、使用が認められた支出は、前倒しで使用した立替払い分にあてることができる。ただし、在学期間内の支出に限る。

第3条（研究助成の対象）

学生会員による個人の研究とする。

- 2) 申請者は、本法人学生会員である期間が1年度以上ある者であること。
- 3) 指導教員の意見書があること。
- 4) 申請により研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めた者であること。
- 5) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと。
- 6) 申請の手続きや様式は別に定める。
- 7) 研究助成金は1題20万円以内、年間総額60万円を上限とする。

第4条（義 務）

研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を研究助成年度の翌年から2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表する義務を負うものとする。

- 2) 研究助成を受けた研究の成果を論文として、研究助成年度の翌年から2年以内に投稿する義務を負うものとする。
- 3) 研究助成を受けた者は、収支報告書を別紙様式で研究助成年度の翌月4月末までに理事長宛に報告する。
- 4) 研究助成を受けた者が病気、災害（死亡、被災者）などの事由で、義務を果たすことができないと理事会が認めた場合はこの限りではない。

第5条（罰則）

研究助成を受けた者が義務を怠り、また本法人会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合または義務不履行の場合は、授与された研究助成金の全額を返還しなければならない。

第6条（募集）

研究助成の募集規程は、研究助成委員会（以下、委員会）において別に定め、会員に公告する。

第7条（選考及び決定）

応募書類は委員会で、推薦の可否及び申請助成額の適切性を審査し、理事会で決定する。

- 2) 審査に当たっては、課題の必要性、独創性、計画及び方法の妥当性、実行可能性、研究の準備状況、倫理的配慮、研究の論理的一貫性を評価する。

第8条（中断・中止）

第4条4項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

附則

この規程は、令和6年6月9日より実施する。

一般社団法人日本看護研究学会 2025年度研究助成（学生会員）募集要項

1. 研究助成の対象

看護学研究に関する本法人学生会員による個人の研究

2. 応募資格

- 1) 本法人学生会員である期間が1年度以上ある者
- 2) 2025年3月修了見込みでない者
- 3) 指導教員の意見書があること
- 4) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと

3. 研究助成金額

研究課題1題について20万円以内とし、総額60万円を上限とする。

4. 研究助成期間

- 1) 2025年4月1日～2026年3月31日までとする。
- 2) 研究助成申請書に記載され、申請された研究遂行に必要な経費として理事会で認められた支払い済みの支出は、立替払い分として、2025年4月1日以前に遡って研究助成金をこれにあてることができる。ただし、在学期間内の支出に限る。

5. 応募方法

- 1) 所定の申請用紙に必要事項を記入の上、事務局あてにメールにて送付のこと。

- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。
- 3) 所属教育機関における研究指導教授の承認を得て、申請書の意見書欄に記名して提出すること。
- 4) 応募書類は返却しない。

6. 応募期間

2025年1月14日（火）～2025年3月14日（金）（必着）

7. 選考方法

研究助成委員会で審査を行い、理事会で決定する。

8. 研究助成金の使途と報告

- 1) 研究助成金の使途は、研究活動に必要な旅費、消耗品費、通信・運搬費、印刷費などとする。旅費は、研究課題による研究を実施する上で必要な場合のほか、本学会出席の参加費・旅費を認める。学位論文申請にかかる英文校正費、学位論文の製本費は認めない。
- 2) 研究助成を受けた者は、研究成果概要報告書と収支報告書を別紙様式で2026年4月末日までに理事長宛に提出する。

9. 研究成果の発表

- 1) 研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を研究助成年度の翌年から2年以内（2027年度学術集會まで）に、日本看護研究学会学術集會において口頭発表する義務がある。
- 2) 研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を論文として、研究助成年度の翌年から2年以内（2028年3月末まで）に投稿する義務がある。
- 3) 研究助成成果を公表する場合は、本学会の研究助成金による研究であることを明記する。

10. 助成の取り消し

次の項目のいずれかに該当する場合は、助成金の全額もしくは一部の返還を求めることがある。

- ・助成金を対象研究課題の遂行以外の目的で使用したとき。
- ・事実と相違した申請または報告を行ったとき。

11. 研究助成の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013

東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

以上

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会第51回学術集会を、下記のとおり開催しますので、お知らせいたします。

2025年1月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第51回学術集会

会長 法 橋 尚 宏
(神戸大学大学院保健学研究科 教授)

記

テーマ：「プラネタリーヘルス時代における看護学研究のグレートリセット」

会 期：2025年8月30日（土）・31日（日）

会 場：石川県金沢市 石川県立音楽堂 ほか

〒920-0856 石川県金沢市昭和町20-1

ホームページ：https://nursingresearch.jp/51jsnr/

「一般演題」・「交流集会」・「実践・教育報告」募集期間：2025年4月11日（金）まで

学術集会事務局

神戸大学大学院保健学研究科家族看護学分野

〒654-0142

兵庫県神戸市須磨区友が丘7-10-2

E-mail：51jsnr@nursingresearch.jp

運営事務局

株式会社インターグループ

〒531-0072

大阪府大阪市北区豊崎3-20-1 インターグループビル

TEL：06-6372-3051

E-mail：51jsnr@intergroup.co.jp

以上

目 次

《研究論文》

一原 著一

- 地域密着型特別養護老人ホームにおける魅力ある職場づくりのための
リテンションマネジメント評価尺度の開発 925
- 中部大学生命健康科学部保健看護学科 緒 形 明 美
岐阜大学医学部看護学科 小木曾 加奈子
岐阜保健大学看護学部看護学科・大学院看護学研究科 藤 原 奈佳子

一研究報告一

- 脳卒中患者の急性期における思い：
「諦め」と「諦めない」思いに焦点をあてて 937
- 川崎市立多摩病院（指定管理者 聖マリアンナ医科大学） 竹 内 廣 美
- 大学病院に勤務する新人看護師のリアリティショックの現状とグリット（やり抜く力）との関連 949
- 聖カタリナ大学看護学部看護学科 上 田 裕 子
前愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 乗 松 貞 子
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 城賀本 晶 子
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 藤 村 一 美
- 新卒看護師が訪問看護ステーションに就職することについての教員の認識と就職支援の関連 959
- 徳島大学大学院保健科学研究科 久 田 玲 子
徳島大学大学院医歯薬学研究部 山 下 留理子
徳島大学大学院医歯薬学研究部 岩 佐 幸 恵

一総 説一

- がん患者の「希望」に焦点をあてた看護研究の動向と課題：
セルフケア能力との関連の考察 971
- 高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科 吉 田 久美子
- 意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験についての文献検討 985
- 東京都立大学大学院人間健康科学研究科 武 田 ひかる

一資料・その他一

- 看護師の点眼指導における実態とセルフケアの評価視点：
眼科病棟の点眼指導の実態調査から 997
- 明治国際医療大学看護学部 工 藤 大 祐
武庫川女子大学大学院看護学研究科 徳 重 あつ子
武庫川女子大学大学院看護学研究科 片 山 恵
武庫川女子大学大学院看護学研究科 岩 崎 幸 恵

CONTENTS

《Research papers》

Original Article

- Development of a Retention Management Assessment Scale for Community-Based Welfare Facilities for Older Adults to Create Engaging Workplaces 925
Chubu University College of Life and Health Sciences Department of Nursing,
Aichi, Japan : Akemi Ogata, PhD, RN
Nursing Course School of Medicine Gifu University, Gifu, Japan : Kanako Ogiso, PhD, RN
Gifu University of Health Sciences School of Nursing,
Graduate School of Nursing, Gifu, Japan : Nakako Fujiwara, MD, PhD, RN

Research Report

- Thoughts of Stroke Patients in the Acute Phase:
Focus on “Giving Up” and “Not Giving Up” 937
Kawasaki Municipal Tama Hospital, Kanagawa, Japan : Hiromi Takeuchi, RN

- Current State of Reality Shock and its Relationship with Grit (Passion and Perseverance) among New Nurses Working at University Hospitals 949
Department of Nursing, Faculty of Nursing, St. Catherine University, Ehime, Japan : Yuko Ueda, MSN, RN, PHN
former Ehime University Graduate School of Medicine Nursing and Health Sciences Course,
Ehime, Japan : Sadako Norimatsu, PhD, RN
Ehime University Graduate School of Medicine Nursing and Health Sciences Course,
Ehime, Japan : Akiko Jogamoto, PhD, RN, PHN
Ehime University Graduate School of Medicine Nursing and Health Sciences Course,
Ehime, Japan : Kazumi Fujimura, PhD, RN,
PHN, MW

- Faculty Members' Perceptions of New Graduate Nurses in Home-Visit Nursing Stations and their Relationship to Job Placement Support 959
Graduate School of Health Sciences, University of Tokushima, Tokushima, Japan : Reiko Hisada, MSN, RN
Institute of Biomedical Sciences, University of Tokushima Graduated School,
Tokushima, Japan : Ruriko Yamashita, PhD, RN, PHN
Institute of Biomedical Sciences, University of Tokushima Graduated School,
Tokushima, Japan : Yukie Iwasa, PhD, RN

General Remark

Trends and Issues in Nursing Research Focusing on the “Hope” of Cancer Patients:

- Consideration of the Relationship with Self-care Agency 971
Takasaki University of Health and Welfare, Gunma, Japan : Kumiko Yoshida, PhD, RN

Experiences of Nurses Caring for Patients with Sustained Consciousness Disorders:

- A Literature Review 985
Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan : Hikaru Takeda, MSN, RN

Material and Others

The Current Status of Nurses’ Eye Drop Guidance and Self-Care Evaluation Perspectives:

- Survey of the Current Status of Eye Drop Guidance in the Ophthalmology Ward 997
Meiji University of Integrative Medicine, School of Nursing, Kyoto, Japan : Daisuke Kudo, PhD, RN
Mukogawa Women’s University, Graduate School of Nursing, Hyogo, Japan : Atsuko Tokushige, PhD, RN, PHN
Mukogawa Women’s University, Graduate School of Nursing, Hyogo, Japan : Megumi Katayama, PhD, RN, PHN
Mukogawa Women’s University, Graduate School of Nursing, Hyogo, Japan : Yukie Iwasaki, PhD, RN, PHN

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 総 説
- ・ 資料・その他

地域密着型特別養護老人ホームにおける 魅力ある職場づくりのための リテンションマネジメント評価尺度の開発

日本看護研究学会雑誌
2025, 47(5), 925-936
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240314249>

緒形明美¹, 小木曾加奈子², 藤原奈佳子³

¹中部大学生命健康科学部保健看護学科, ²岐阜大学医学部看護学科

³岐阜保健大学看護学部看護学科・大学院看護学研究科

要 旨

目的：研究の目的は、地域密着型特別養護老人ホームの職員を惹きつけ引き留め、魅力ある職場運営がされているか評価する尺度を開発し、妥当性と信頼性を検証することである。方法：全国の地域密着型特別養護老人ホーム2,369施設のうち、地域タイプ別に510施設を抽出した。その後、1施設につき看護職2名・介護職3名の合計2,550名を対象に質問紙調査を実施した。結果：合計598通の調査票が回収され（回収率23.5%）、563通が有効な回答であった（有効回答率94.1%）。「職員に対する尊重的サポート」「地域との連携強化」「施設の宣伝・広報戦略」「迅速で柔軟な運用」の4因子21項目が抽出された。確認的因子分析の結果は、GFI \geq AGFI, CFI=.905, RMSEA=.069であった。基準関連妥当性はいくつかの因子で有意な相関が確認された。結論：妥当性、信頼性の検証の結果、尺度の有用性が示唆された。

キーワード

特別養護老人ホーム, 職場, 保健医療施設管理

責任著者：緒形明美. Email: ogata@isc.chubu.ac.jp

緒 言

我が国の超高齢社会の現状を鑑み、国策として高齢者の暮らしを支えるヘルスケアシステムである地域包括ケアシステムが推進されてきた。地域包括ケアシステムは、厚生労働省の老健局が組織した高齢者介護研究会において2003年に提言（厚生労働省, 2003）され、20年以上経過した現在はすでに成熟期に入っている。具体的施策の一つとして、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みづくりの普及と共に、地域密着型サービスが構築された。地域密着型サービスは2006年の導入以降、サービスの種類が追加され、現在は大枠として、自宅でケアを受ける訪問サービス、通いによる通所サービス、入所による施設サービス、通所や短期入所などを組み合わせた複合サービスの計10種類が展開されている（厚生労働省, 2016）。高齢者においては、住み慣れた地域の馴染みある環境の下で、ニーズに応じたケアを受けることができるサービス体系として期待されている。

地域密着型サービスに関する先行研究では、地域差（畠山, 2012）や、地域資源の可能性と課題（西尾, 2009）が明らかにされており、ケアサービスの特徴から医療との連携強化の課題も示されてきた（永田・北村, 2014）。サービスを俯瞰的にとらえた研究が散見される一方で、訪問、通所、施設、複合など個々のサービスの特徴から地域密着型サービスを受ける高齢者の生活の安寧に寄与する研究は少ない。高齢者に安心をもたらす暮らしの継続には、物理的にも人的にも馴染みの環境が重要である（Lawton & Nahemow, 1973）。物理的環境の点から、施設に入所して生活する場面では、自宅の使い慣れた家具や持ち物に囲まれ、慣れ親しんだ環境のなかで生活することが望まれる。人的環境では、高齢者のケアを提供する職員の影響力は大きく、顔馴染みの職員、つまり同じ施設に継続して働く職員の存在が重要となる。言い換えれば、施設職員が定着する組織運営は、高齢者が施設で安心して生活を送ることに大きく寄与するといえる。いかにして職員を惹きつけ引き留め、魅力ある職場にするか、その運営のあり方が重要になると考えられる。

病院の看護師を対象とした人材定着に関する組織運営

として、磁石のように人材を惹きつけて離さない磁力の源泉をとらえた概念にマグネットモデルがある (American Nurses Credentialing Center, 2005)。マグネットモデルの構成要素は、「変革的なリーダーシップ」、「構造的なエンパワーメント」、「規範的な看護実践」、「新しい知見・改革・改善」、「実際の質に関するアウトカム」の5つがあり、看護師がある組織に所属するという事は、単に受動的に組織に引きよせられているわけではなく、組織が看護師の所属行動に影響を与える組織の特性がある (桑原, 2008) と考えられている。本研究は、このモデルを基盤として、地域密着型サービスの入所施設の中でも、高齢化の進展および介護の重度化を見込んで重視される地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (地域密着型特別養護老人ホーム、以下、地域特養) に着眼し、職員を惹きつける職場運営のあり方に関する研究を推進してきた (緒形・小木曾・藤原, 2022a, 2022b, 2022c)。研究は、探索的順次デザイン (Creswell, 2015/2017, pp.44-47) で構成することにより尺度開発を進めている。第1段階 (研究1および研究2) では、運営側 (緒形ほか, 2022a) および、働く側 (緒形ほか, 2022b) の両側面から質的に調査し、地域特養の職員を職場に惹きつける要素について検討した。検討した結果を用いて変数を作成し、第2段階 (研究3) では、働く側である看護職・介護職を対象として量的に調査し、地域特養の職員を惹きつける職場運営指標を開発した (緒形ほか, 2022c)。この指標は、地域特養の職員を惹きつける職場運営の重要項目の因子構造を検証したもので、「地域・施設間における資源の有効活用」、「小規模施設の強みを活かした取り組み」、「施設長のリーダーシップ」、「施設の魅力の情報発信」、「地域住民と施設の相互交流」の5因子38項目で構成された。本研究 (研究4) はこの指標を用い、

地域特養の看護職・介護職を対象に、職員を惹きつけ引き留める魅力ある職場運営がされているか評価する尺度を開発する (図1)。本尺度は、地域特養に特化した人材の定着につながる職場運営に貢献し、間接的に地域で暮らす高齢者の生活の安寧に資すると考える。なお、職員が職場に留まることを意味するリテンションという用語を用い、リテンションマネジメント評価尺度 (Retention Management Assessment Scale for Community-Based Welfare Facilities for Older Adults以下、RMAS-C) と命名した。

I. 研究目的

地域特養の職員によるリテンションマネジメント評価尺度 (RMAS-C) を開発し、その妥当性と信頼性を検証することである。

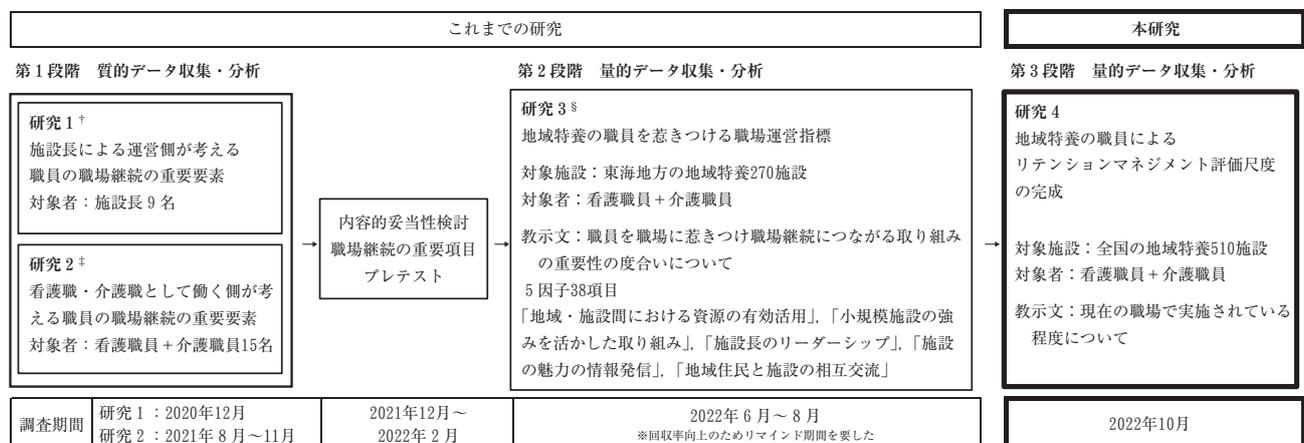
II. 用語の操作的定義

1. リテンション (Retention)

リテンション (Retention) とは、維持、保留、保持という意味の言葉で、そこから転じて人事関連の領域で使用される際、人材の維持、人材の保留 (長谷川, 1997)、従業員を組織内に確保する (山本, 2009) といった意味で用いられている。本研究では、リテンションを、地域特養の人材である看護職と介護職が職場に惹きつけられ職場に留まり定着すること、とする。

2. マネジメント

経済学の視点からとらえたマネジメント (金森・荒・森口, 2013) とは、「管理」・「経営」と同義語と考えること



† 緒形明美, 小木曾加奈子, 藤原奈佳子 (2022). 地域密着型特別養護老人ホームの施設管理責任者が考える職員を職場に惹きつけ人材定着につながる取り組み. 教育医学, 67(4), 251-261.
 ‡ 緒形明美, 小木曾加奈子, 藤原奈佳子 (2022). 地域密着型特別養護老人ホームの職員が考える魅力ある職場：人材定着につながる取り組み. 教育医学, 67(4), 262-269.
 § 緒形明美, 小木曾加奈子, 藤原奈佳子 (2022). 地域密着型特別養護老人ホームにおける職員を惹きつける職場運営指標の開発. 日本看護学会誌, 42, 819-828.

図1 地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度の開発プロセス

ができ、決定された目標を実行可能なように具体化し、複数の人々が協働する組織のなかで現場の作業状況を考慮しながら作業の効率化を図るとともに、活動をコントロールすることである。社会福祉施設の場合、施設管理のあり方には、施設長主導によるトップダウン型と、現場の職員主導によるボトムアップ型がある（深山, 2014）。本研究におけるマネジメントは、運営側と働く側の両者による職場運営のコントロール、とする。

3. リテンションマネジメント

本研究においてリテンションマネジメントとは、地域特養に職員を惹きつけ定着につなげる組織の運営および人的資源の管理の施策全体、とする。リテンションマネジメントの対象は、人的資源のほか物理的側面として職場の環境も包含する。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象施設と対象者

対象施設は、全国の地域特養2,369施設（2022年6月時の全施設数）（日本医師会, 2022）のうち、大都市型、地方都市型、過疎地域型の地域タイプごとに170施設ずつ等配分した計510施設である。地域タイプとは、二次医療圏を、人口と人口密度をベースに3形態に分類したもので、各地域タイプの中でも都道府県に偏りが生じないよう均等数で無作為抽出した。タイプ別に抽出した理由は、人口密度の差により街や地域の様子は異なり、地域の特性に影響を受けると推測され、地域特養の運営状況が異なると考えられたためである。対象者は、1施設につき看護職2名、介護職3名とする地域特養の職員2,550名であった。地域特養で働く職員の配置基準は、看護職員と介護職員の総数は、常勤換算法で入所者3名に対し1名以上、看護職員は1名以上とされている（厚生労働省, 1999）。看護職員を2名に設定する理由は、看護師の配置人数は常勤換算のため、1施設に必ずしも3名配置されているわけではないことによる。介護職に対しては、今までの合計の経験年数に偏りが生じないよう、およそ3年未満、3年以上8年未満、および8年以上の常勤の職員1名ずつ計3名に、看護職に対しては、可能な限り常勤職員として働いている職員2名に質問紙等を配布してもらうよう、施設長に文書で依頼した。本研究への同意は、質問紙への記載と返送によって得られたものとした。

2. 調査方法・調査期間・調査内容

調査方法は、郵送法による無記名自記式質問紙法とした。対象施設の施設長宛の研究説明書、対象者への研究説

明書と質問紙、返信用封筒を同封して郵送し、施設長から対象者に配付を依頼した。調査期間は、2022年10月1日から同年10月31日であった。

調査内容は、個人属性と施設特性14項目、RMAS-C原案38項目、基準関連妥当性における併存的妥当性の確認のため外的基準である組織風土尺度12項目（The 12-item Organizational Climate Scale 以下、OCS-12）（福井ほか, 2004）の計64項目である。

なおRMAS-Cの教示文は、「以下の38項目は地域密着型特別養護老人ホームのスタッフが、地域特養で仕事を継続するための魅力ある職場として必要な事柄を過去の調査をもとに抽出して羅列しています。それぞれの質問に対して、現在の職場で実施されている程度について、もっとも当てはまる数字に○を一つ付けてお答えください」とした。また、回答は4件法（1：全く当てはまらない、2：ほとんど当てはまらない、3：やや当てはまる、4：とても当てはまる）で求めた。OCS-12については、質問文の「会社」を「施設」、「社員」を「職員」、「管理者」を「施設長」、「中間管理職」を「リーダー」に文言を置き換えて使用した。

3. 分析方法

(1) 欠損値の取扱い

リッカート尺度であるRMAS-Cの欠損値には各項目の平均値を割り当てた。ただし、連続して3つ以上の欠損がある場合および、組織風土尺度に欠損がある場合は、有効回答が得られていないと判断し分析から除外した。

(2) 項目分析

項目分析の削除基準を、a) 天井効果が（平均値 + 標準偏差）> 4、b) 床効果が（平均値 - 標準偏差）< 1、c) Item-Total Correlation Analysis（以下、I-T分析）はPearsonの相関係数が.30以下（Polit & Beck, 2004/2010, p.436）、d) Item-Item相関（以下、項目間相関）は.70以上の項目のどちらか一方、の4条件として検討した。

(3) 探索的因子分析

探索的因子分析を用いることにより内的一貫性を確認し（畑中, 2014, p.154）、複数の項目が全体として同じ内容を測定しているかを明らかにした。因子数の決定基準はスクリープロットで仮定し、因子負荷量.40以上の項目を採択した。因子抽出法は、重み付き最小二乗法を用い、因子間の相関を仮定してプロマックス回転による分析を繰り返した。因子分析の適用評価は、Kaiser-Meyer-Olkin（以下、KMO）の標本妥当性の測定値が.5以上、Bartlettの球面性検定が有意であるかによって評価した。なお、因子の命名においては、因子ごとの項目の内容を包括的に解釈して相応しいと考えられるものとした。また、最終的にI-T分析にて係数が.30以下の項目がないか確認した。

(4) 構成概念妥当性・基準関連妥当性の検討

尺度の構成概念妥当性の確認は、確認的因子分析で評価した。モデルの適合度評価にあたっては、GFI (Goodness of Fit Index) は1に近いほど説明力のあるモデルとし、AGFI (Adjusted GFI) は自由度を修正したGFIであり、GFIと同様に.90以上 (Polit & Beck, 2004/2010, p.547)、CFI (Comparative Fit Index) は1に近いほど、RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) は.05以下を目安に当てはまりが良いとした。

さらに、基準関連妥当性における併存的妥当性を確認するためにRMAS-Cの下位尺度とOCS-12との相関関係を確認した。福井ほか (2004) によると、OCS-12は、伝統性因子と組織環境性因子の下位尺度で構成されており、伝統性因子とは、伝統的で封建的といえる組織の体質を示し、権威的な指導中心型の組織であるため強制的・命令的・閉鎖的で無用な緊張感が強く、やむを得ず働いているような雰囲気の特徴を現している。一方、組織環境性因子は、物理的・心理的環境に恵まれ、活動に対する明確な計画が示され、指導者の目が行き届き、職員の組織への関わりが多く開かれていて民主的な管理の行き届いた組織の特徴を表している。伝統性因子が低く、組織環境性因子が高い場合、強制的・命令的な雰囲気が少なく、かつ合理的な組織管理もなされている風土で、職員のモラルが高いとされている。先行研究の田邊・岡村 (2001) によると、離職意向と強制的・命令的な雰囲気である伝統性因子に有意な関連が確認されている。これらをふまえ、RMAS-Cの点数が高いということは職員を惹きつける魅力的な職場であることを前提にして、離職意向と関連が示されたOCS-12の伝統性因子が低く、職員のモラルの高さを示す組織環境性因子が高いことが想定された。従って、RMAS-Cの各下位尺度の合計・尺度全体の合計点と、OCS-12の伝統性因子の合計点との負の相関、および組織環境性因子の合計点との正の相関を確認することにより、基準関連妥当性における併存的妥当性を確認することができると考えた。

(5) 信頼性の検討

内的整合性の確認は、下位尺度のCronbach's α 係数により評価した。

以上の解析は、統計ソフトIBM SPSS Statistics 28, Amos 28を用い有意水準5%で行った。

IV. 倫理的配慮

対象者に研究の目的・意義・方法、研究参加への自由意思、結果の公表、個人情報保護が遵守されることなどについて文書で説明し、無記名による質問紙の回答と返送を

もって同意とした。施設長から対象者に配付する際は、強制力が働かないよう対象者の研究参加は自由意思であることを研究説明書に明記した。また、質問紙の回収は、施設長を介さず、対象者が個別に郵送にて直接返送することとした。なお本研究は人間環境大学研究倫理審査委員会の承認 (承認番号2022N-002) 後に実施した。

V. 結果

回収数は598 (回収率23.5%)、有効回答は563 (有効回答率94.1%)であった。

1. 対象者の特徴

対象者563名の年齢は、40～49歳が158名 (28.1%)、50～59歳が135名 (24.0%)であり、性別は女性が394名 (70.0%)であった。職種では、介護職が371名 (65.9%)であった (表1)。

施設概要の所在地は、関東地方が117 (20.8%)、近畿地方が103 (18.3%)、中部地方が99 (17.6%)であった。地域タイプは、過疎地域型が226 (40.1%)、大都市型が190 (33.7%)、地方都市型が147 (26.1%)であり、設置主体は社会福祉法人が538 (95.6%)を占めていた。また、施設長の職種は社会福祉職が188名 (33.4%)、介護職が145名 (25.8%)であった (表2)。

2. 項目分析

天井効果はなく、床効果は2, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 13の8項目に確認された。またI-Tに関する結果、削除項目はなかった。項目間相関では、27と23・24・25・26に相関があるため27を、31と30・32に相関があるため31を、23と24では23を、28と29では28を、35と36では35を削除候補として、項目として必要と考えた方を残した。以上より、削除項目は13項目確認され、25項目を探索的因子分析の対象とした (表3)。

3. 探索的因子分析

25項目を対象にした探索的因子分析では、因子数をスクリープロットで確認し、因子負荷量、および解釈可能性から、21項目からなる4因子構造が妥当であると判断した。

因子1は6項目で構成され、職員が施設の中で評価および尊重される項目であると考え「職員に対する尊重的サポート」とし、因子2は7項目で構成され、地域と施設間の活発な交流に関する項目であることから「地域との連携強化」と命名した。因子3は5項目で構成され、施設の紹介や広報に関することと捉え「施設の宣伝・広報戦略」とし、因子4は3項目で構成され、ケア実践に至る経過の短

表1 対象者563名の個人特性

項目	人数(名)	%
年齢		
19歳以下	1	0.2
20～29歳	77	13.7
30～39歳	109	19.4
40～49歳	158	28.1
50～59歳	135	24.0
60歳以上	83	14.7
性別		
男性	168	29.8
女性	394	70.0
無回答	1	0.2
雇用形態		
正規(正職員)	486	86.3
非正規で常勤(人材派遣, 契約職員)	31	5.5
非常勤	45	8.0
無回答	1	0.2
職種		
看護職員	185	32.9
介護職員	371	65.9
無回答	7	1.2
職位		
スタッフ	323	57.4
ユニットリーダー	107	19.0
介護もしくは看護の副責任者	67	11.9
介護もしくは看護の責任者	58	10.3
無回答	8	1.4
資格〔複数回答〕		
看護師	135	24.0
准看護師	74	13.1
介護福祉士	300	53.3
介護職員初任者研修	72	12.8
介護職員実務者研修	70	12.4
介護支援専門員	67	11.9
社会福祉士	21	3.7
社会福祉主事	15	2.7
旧ホームヘルパー1級	9	1.6
旧ホームヘルパー2級	78	13.9
旧ホームヘルパー3級	2	0.4
その他†	5	2.5
現在の職場の勤務年数		
1年未満	37	6.6
1年～3年未満	108	19.2
3年～5年未満	86	15.3
5年～10年未満	178	31.6
10年～20年未満	111	19.7
20年～30年未満	36	6.4
30年以上	2	0.4
無回答	5	0.9
看護職・介護職としての経験年数		
1年未満	9	1.6
1年～3年未満	29	5.2
3年～5年未満	37	6.6
5年～10年未満	115	20.4
10年～20年未満	173	30.7
20年～30年未満	125	22.2
30年以上	74	13.1
無回答	1	0.2

†認知症介護実践研修, 精神保健福祉士, 管理栄養士, 保育士, 保健師, 皮膚・排泄ケア認定看護師, 助産師, 柔道整復師, 衛生管理者, 福祉住環境コーディネーター, 終末期ケア専門士, 調理師, 医療事務

表2 対象者563名の施設概要

項目	人数(名)	%
所在地		
北海道	19	3.4
東北地方	84	14.9
関東地方	117	20.8
中部地方	99	17.6
近畿地方	103	18.3
中国地方	33	5.9
四国地方	42	7.5
九州・沖縄	64	11.4
無回答	2	0.4
地域タイプ		
大都市型	190	33.7
地方都市型	147	26.1
過疎地域型	226	40.1
設置主体		
社会福祉法人	538	95.6
市町村	8	1.4
組合立	5	0.9
医療法人	5	0.9
NPO法人	3	0.5
無回答	4	0.7
施設の型†		
サテライト型	205	36.4
併設型	103	18.3
単独型	231	41.0
無回答	24	4.3
居室形態‡〔複数回答〕		
ユニット型個室	489	86.9
多床室	88	15.6
従来型個室	51	9.1
無回答	3	0.5
施設長の職種		
社会福祉職	188	33.4
介護職	145	25.8
看護職	60	10.7
事務職	11	2.0
理学療法士	5	0.9
医師	1	0.2
作業療法士	1	0.2
わからない	136	24.0
その他	16	2.8

†サテライト型：連携して運営する本体施設として, 定員30名以上の広域型特別養護老人ホームがある
併設型：訪問・通所サービスの居宅サービス事務所や地域密着型サービス事務所と併設している
単独型：連携して運営する本体施設はない
‡ユニット型個室：居間等共有スペースを併設した個室の部屋
多床室：定員2名以上の相部屋
従来型個室：居間がない居室だけの部屋

表3 地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度原案と項目分析

n = 563

削除 項目	番号	項目	平均値	SD	天井 効果	床 効果	IT 相関
	1	施設内行事を実施する際は地域のボランティアによるサポートを活用する	2.18	0.96	3.14	1.22	.411**
*	2	地域の小・中学生のボランティアを採用して利用者と関わり合う	1.90	0.93	2.83	0.97	.420**
*	3	定期的に地域の傾聴ボランティアの協力を得る	1.79	0.90	2.69	0.89	.431**
	4	利用者は、施設が立地している地域主催のお祭りに参加する	2.02	1.00	3.02	1.02	.433**
*	5	施設外にある認知症カフェに出向くことをケアの一つとして実施する	1.35	0.67	2.02	0.68	.429**
*	6	料理に関するボランティアに近隣の主婦の協力を得る	1.27	0.55	1.82	0.72	.379**
	7	施設外の地域に出向く行事は業務の一環とする	2.44	1.11	3.55	1.33	.366**
	8	インターネットを活用して近隣の高校生や専門学校生を対象とした人材募集をする	2.11	1.03	3.14	1.08	.448**
*	9	地域の高齢者も利用できる店舗（パン屋、喫茶店など）を施設の敷地内に併設する	1.32	0.75	2.07	0.57	.322**
*	10	地域住民が気軽に立ち寄ることができる認知症カフェを施設の敷地内に併設する	1.33	0.75	2.08	0.58	.273**
	11	地域の行事には施設の業務に支障のない職員が参加する	2.05	1.00	3.05	1.05	.467**
*	12	施設の設備は地域住民に開放して利用してもらう	1.83	0.91	2.74	0.92	.413**
*	13	若い人（サラリーマンやOL）が気軽に訪ねることができる企画を実践する	1.33	0.57	1.90	0.76	.518**
	14	企画や改革案は複雑な手続きを経ず、時間をかけないでスピーディに実現させる	2.20	0.85	3.05	1.35	.433**
	15	小規模な施設で職員数が少ないことを強みにして、会議で決定したことは複雑な手続きをしないで実践までに時間をかけない	2.44	0.85	3.29	1.59	.401**
	16	職員が提案するケアの工夫については職員の裁量で実施できる	2.84	0.72	3.56	2.12	.339**
	17	イラストや写真で可視化したケア方法の一覧表を作成してケアの統一をはかる	2.59	0.86	3.45	1.73	.472**
	18	ケアプランの修正を繰り返すことでケアの専門性を高める	2.95	0.74	3.69	2.21	.443**
	19	職員からの希望があれば関連施設への転勤を可能とする	2.57	0.93	3.50	1.64	.411**
	20	職員が利用者や家族と顔見知りの場合は、その関係性に合わせて人員配置を調整する	2.17	0.90	3.07	1.27	.424**
	21	職員の希望が尊重されてキャリアアップする	2.56	0.84	3.40	1.72	.566**
	22	施設内に、現場の意見を行政へ伝えるための窓口を設ける	2.08	0.89	2.97	1.20	.539**
*	23	施設長は、職員の個性をとらえて個別に指導する	2.38	0.94	3.32	1.44	.600**
	24	施設長は、職員のケアの様子を確認し適切な方法について助言する	2.36	0.95	3.31	1.41	.600**
	25	施設長は、職員が立てた年間の自己目標の達成を賞賛する	2.36	0.94	3.30	1.42	.667**
	26	施設長は、職員の自己目標に関する面談について時間をかけて全職員にする	2.28	0.99	3.27	1.29	.561**
*	27	施設長は、職員の長所を伸ばせる適材適所の業務ができるように育成する	2.31	0.93	3.24	1.38	.655**
*	28	施設長は、職員間の人間関係について気軽に相談にのる	2.69	0.96	3.65	1.74	.543**
	29	施設長は、職員の置かれている家庭環境を理解する	2.66	0.92	3.58	1.74	.553**
	30	利用者中心の良いケアを実践している施設の良さをホームページに掲載する	2.57	0.91	3.48	1.66	.557**
*	31	インターネットを活用してホームページやブログから施設の取り組みについて情報発信する	2.64	0.98	3.62	1.66	.527**
	32	施設の働きやすさを紹介する内容をホームページに掲載する	2.42	0.90	3.32	1.52	.604**
	33	看護職と介護職の人としての優しさを紹介する内容をホームページに掲載する	2.14	0.86	3.00	1.28	.609**
	34	新規採用において、他の施設にはない独自の取り組みをアピールする	2.16	0.84	3.00	1.32	.622**
*	35	地域住民は施設内を自由に見学できる	2.20	0.93	3.13	1.27	.450**
	36	地域住民が誰でも施設に訪問できるように受け入れる体制を整える	2.27	0.91	3.18	1.36	.507**
	37	地域住民が施設内行事に参加してもらうよう自治体に働きかける	2.12	0.87	2.99	1.25	.531**
	38	職員は、地域の奉仕活動（お祭り・地域清掃・交通安全運動・挨拶運動など）に参加する	2.15	0.97	3.12	1.18	.515**

SD：標準偏差 Spearmanの相関係数 ** < .01

期化についての項目であることから「迅速で柔軟な運用」と命名した。なお、因子名については、研究3の地域特養の職員を惹きつける職場運営指標の因子構造を確認し、比較検討して項目内容を表わす相応しい表現となるようにした(表4)。因子分析の適用評価として、KMOは.89、Bartlettの球面性検定は、 $p < .001$ で有意であった。また、I-T分析による相関係数は、.402~.683であった。

4. 構成概念妥当性・基準関連妥当性の検討

構成概念妥当性の確認である確認的因子分析による適合指数は $\chi^2 = 667.299$, $p < .001$ を示し、GFI=.895, AGFI=

.867, CFI=.905, RMSEA=.069であった。標準化係数推定値は全て.40以上であった(図2)。

基準関連妥当性における併存的妥当性を確認するためのRMAS-CとOCS-12との相関関係では、伝統性因子については負の弱い相関の傾向があったがRMAS-Cの因子2については有意でなかった。組織環境性因子については、相関係数が.220~.409と正の相関の傾向があった(表5)。

5. 信頼性の検討

RMAS-CのCronbach's α 係数は、因子1より順に.864, .816, .841, .725であった。

表4 地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度の探索的因子分析の結果

内容	共通因子†			
	1 (6項目)	2 (7項目)	3 (5項目)	4 (3項目)
因子1 職員に対する尊重的サポート				
25 施設長は、職員が立てた年間の自己目標の達成を賞賛する	.886	-.037	.037	-.022
24 施設長は、職員のケアの様子を確認し適切な方法について助言する	.870	-.062	-.053	.036
26 施設長は、職員の自己目標に関する面談について時間をかけて全職員にする	.769	.000	.003	-.042
29 施設長は、職員の置かれている家庭環境を理解する	.745	-.046	-.060	.096
21 職員の希望が尊重されてキャリアアップする	.431	.011	.176	.151
22 施設内に、現場の意見を行政へ伝えるための窓口を設ける	.419	.223	.121	-.103
因子2 地域との連携強化				
37 地域住民が施設内行事に参加してもらうよう自治体に働きかける	.106	.796	-.027	-.121
38 職員は、地域の奉仕活動(お祭り・地域清掃・交通安全運動・挨拶運動など)に参加する	.001	.726	.029	-.020
1 施設内行事を実施する際は地域のボランティアによるサポートを活用する	-.051	.645	-.024	-.057
36 地域住民が誰でも施設に訪問できるように受け入れる体制を整える	.179	.643	-.100	-.005
4 利用者は、施設が立地している地域主催のお祭りに参加する	-.136	.615	.113	-.008
11 地域の行事には施設の業務に支障のない職員が参加する	-.015	.549	-.040	.195
7 施設外の地域に出向く行事は業務の一環とする	-.139	.502	.020	.176
因子3 施設の宣伝・広報戦略				
32 施設の働きやすさを紹介する内容をホームページに掲載する	-.060	-.067	.976	-.012
33 看護職と介護職の人としての優しさを紹介する内容をホームページに掲載する	.064	-.034	.822	-.039
30 利用者中心の良いケアを実践している施設の良さをホームページに掲載する	-.006	-.030	.767	.045
34 新規採用において、他の施設にはない独自の取り組みをアピールする	.218	.069	.545	-.001
8 インターネットを活用して近隣の高校生や専門学校生を対象とした人材募集をする	-.088	.244	.417	.020
因子4 迅速で柔軟な運用				
15 小規模な施設で職員数が少ないことを強みにして、会議で決定したことは複雑な手続きをしないで実践までに時間をかけない	-.016	.010	-.013	.840
14 企画や改革案は複雑な手続きを経ず、時間をかけないでスピーディに実現させる	.027	.050	.071	.626
16 職員が提案するケアの工夫については職員の裁量で実施できる	.092	-.019	-.038	.572
Cronbach's α 係数	.864	.816	.841	.725
因子間相関	1.000			
	.349	1.000		
	.556	.413	1.000	
	.429	.237	.432	1.000

因子抽出法：重み付き最小二乗 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法
†因子は、因子1から順に「職員に対する尊重的サポート」「地域との連携強化」「施設の宣伝・広報戦略」「迅速で柔軟な運用」と命名

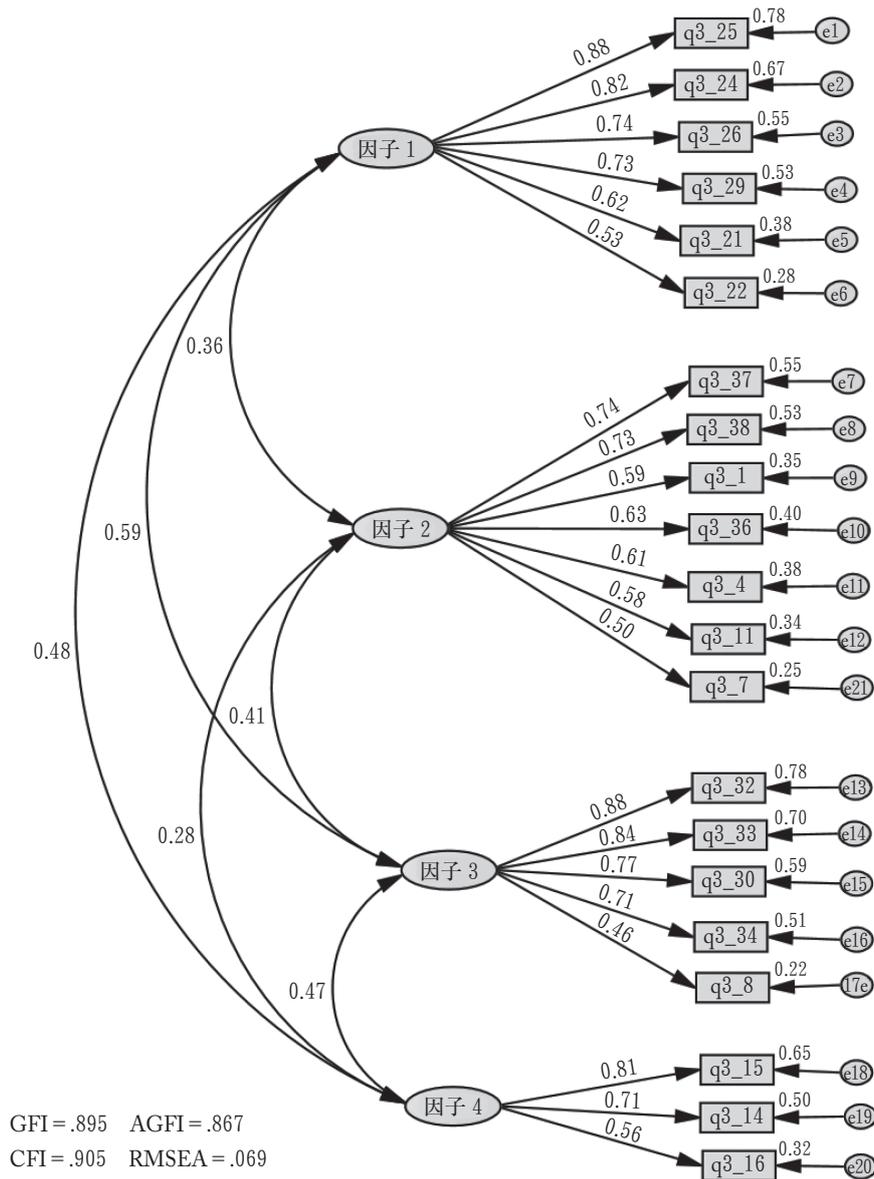


図2 地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度のパス図 (n=563)

表5 地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度と組織風土尺度の相関関係

n = 563

	地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度				尺度合計 (21項目)
	因子1 職員に対する 尊重的サポート (6項目)	因子2 地域との 連携強化 (7項目)	因子3 施設の宣伝・ 広報戦略 (5項目)	因子4 迅速で柔軟な 運用 (3項目)	
組織風土尺度					
伝統性因子†	-.237**	-0.016	-.085*	-.125**	-.151**
組織環境性因子‡	.400**	.220**	.308**	.296**	.409**

Spearmanの相関係数 **<.01 *<.05 相関関係は |r| ≤ .200をほとんど相関なし, |r| = .400~.200を弱い相関, |r| = .700~.400を比較的強い相関を示すこととする

† 伝統性因子は、得点が高い程、権威的な指導中心型の組織で強制的・命令的・閉鎖的で無用な緊張感が強くやむを得ず働いているような雰囲気であることを示す

‡ 組織環境性因子は、得点が高い程、物理的・心理的環境に恵まれ活動に対する明確な計画が示され、指導者の目が行き届き職員の組織への関わりが多く開かれた民主的な管理の行き届いた組織の特徴を示す

(出典) 福井里江ほか (2004). 職場の組織風土の測定: 組織風土尺度12項目版 (OCS-12) の信頼性と妥当性. 産業衛生学雑誌, 46(6), 213-222.

VI. 考 察

1. 母集団と標本抽出枠から考えるデータの適切性

回収率は過去の同様の研究から15%程度と見込み、全体で382件の回収を予定していたが、想定より高い回収数を得ることができた。本研究の標本における職種割合は、介護職員が65.9%と多いものの、現状の看護職と介護職の構成割合を反映していると考えられ、職員を惹きつける職場運営を図ることを目的としたデータとして妥当であると考ええる。地域特養の運営状況は、地域の人口密度や文化、風習などの地域特性に影響を受ける（畠山, 2016）と推測された。このため、全国の全地域特養2,369施設（日本医師会, 2022）から人口と人口密度で区分された地域タイプ別に170施設を割り当て、その中でも都道府県に偏りが生じないように無作為抽出した。各地域タイプから得られた標本は大都市型33.7%、地方都市型26.1%、過疎地域型40.1%で過疎地域型の比率がやや高いが、およそ地域タイプに偏りはないと考える。全国の地域特養の母集団の地域タイプ別分布は、大都市型21%（500施設）、地方都市型61%（1,435施設）、過疎地域型18%（434施設）と、地方都市型の割合が高い（日本医師会, 2022）。しかし、本研究の目的は、地域タイプに特化しておらず、各地域タイプに共通した地域特養の職員を惹きつけ引き留める魅力ある職場づくりの指標となる尺度を作成することとしている。このため、得られた標本は地域タイプに偏りが生じないように均等数で無作為抽出した結果であり、各地域タイプに広く用いることとした尺度開発のためのデータとして適切であると考ええる。

2. RMAS-Cの内的一貫性・構成概念妥当性・基準関連妥当性・信頼性の検討

探索的因子分析の結果、各項目は因子に対して.40以上の因子負荷量を示し、職員を惹きつけ引き留める魅力ある運営がされているか評価する視点として4因子21項目で内的一貫性を確認できた。また、I-T相関の確認により、各項目が尺度全体で測定している内容を反映していると考えられた。因子1「職員に対する尊重的サポート」は、特に施設長からの直接的支援に関する内容が4項目含まれていた。施設のトップマネージャーである施設長から人材として評価され、施設において職員自身が認められ尊重されることが重要である。この因子は、施設長側からすると、職員に対する関わりのある要素として示唆が得られたと考える。因子2「地域との連携強化」は、地域包括ケアシステム下における地域密着の特徴を反映した内容となった。施設として入居者の住み慣れた地域を重んじた運営がされていることが重要となる。また、施設の魅力を公開す

る因子3「施設の宣伝・広報戦略」は、情報発信の主流がインターネットになった時代を表わす内容となった。さらに、人的・物的に小規模な地域特養の特徴を活かした内容が因子4「迅速で柔軟な運用」で示された。小規模施設の強みを活かした運営が重要であると考ええる。

構成概念妥当性の検証は、確認的因子分析から検討した。確認的因子分析によるモデルの適合度は、GFI=.895、AGFI=.867、CFI=.905、RMSEA=.069と良好判断の基準値を上回るものではなかったが、概ね基準値に近い値であり許容範囲と考えるのが妥当であると判断した。

基準関連妥当性における併存的妥当性の検証において、OCS-12との相関を確認した。分析の結果、RMAS-CとOCS-12との相関関係では、伝統性因子については負の弱い相関の傾向があったが、有意でないものが示された。組織環境性因子については、相関係数が.220～.409と正の相関の傾向が示唆されたが、十分な結果が得られたとは言い難い。十分な評価が得られなかった原因として、外的基準であるOCS-12が今回の研究には適さなかったことが考えられる。

OCS-12は、民間企業の社員を対象とした会社の伝統や習慣について尋ねている尺度で、先行研究では、病院の看護師（田邊・岡村, 2011）や看護管理者（山本・太田, 2020）を対象とした研究における妥当性検証に用いられており、離職意向と伝統性因子に有意な関連が確認されている。しかし、地域特養は、医療・介護・福祉サービスを日常生活の場で提供し、地域とのつながりを重視した小規模施設の特徴を持つという点で民間企業や病院の職場環境とは大きく異なる。また、対象は看護職と介護職の両職種の職員であり、一般企業の従業員および看護師、看護管理者とは異なる対象の特徴もある。組織特性をふまえた上で、地域特養の職員が自分の働く職場に魅力をどの程度感じているかに関する外的基準を用いることが適切であった。しかしながら、地域特養そのものが新しい取り組みで、小規模施設の看護職および介護職を対象とした職場環境に関する他の尺度は確認されていない。既存の外的基準となる尺度を用いて併存妥当性を検証することは困難なことが考えられ本研究の限界である。適切な外的基準を見つけることが難しい場合、構成概念妥当性を検討することで尺度の妥当性評価が可能になる（畑中, 2014, p.162）という見解がある。今後さらに調査を継続することにより構成概念妥当性の精度を検証していくことが必要であると考ええる。

信頼性に関してはCronbach's α 係数の算出により検討した。信頼係数は.80以上が望ましい（Polit & Beck, 2004/2010, p.435）とされている。今回は、因子4のみ.725であるが許容範囲であると考えられるため内的整合性は確認された。

3. 地域特養の職員を惹きつけるためのRMAS-Cの有用性

RMAS-Cの運用としては、看護職および介護職の職員が、職場が職員を惹きつけ引き留める魅力ある運営がされているかを評価する基準とすることができる。RMAS-C因子ごとに合計点を算出し、4つの因子を頂点としたレーダーチャート式で可視化し(図3)、点数の低い因子については職員を惹きつける職場を目指し取り組むべき課題と捉えることができる。具体的には、職員による職場改善や業務改善の会議などで項目を見直して話し合いの議題にしたり、項目をヒントに職員自らのアイデアを提案したりと、働きやすい魅力ある職場として整えていくことに用いることが可能である。一方、RMAS-Cの因子1「職員に対する尊重的サポート」は、施設長の職員に対する関わりのあるあり方における要素として捉えることができる。そのため、施設管理者側の目線で、職員を大切にしている人的資源の管理ができていないか内省することで魅力ある職場運営の視座に資すると考える。働く側と管理者側の双方が共に協同し、施設を魅力ある運営にしていくことが必要であり、職員が職場をどのように評価しているか管理者も知ることが重要であると考え。高齢者施設の組織運営には、運営側のトップダウンだけでなく、働く側の職員も経営に参加し、組織全体で運営に参画することが重要(崔, 2018)である。いかにして運営側と働く側が共に話し合いながら職場を整えていくか、RMAS-Cを両者の話し合いの共通用語とすることで、共に組織運営に参画し魅力ある職場運営の促進に活かすこともできると考える。

以上のようなRMAS-Cの活用により、地域特養の職員の長期的な職場継続につなげるとともに、高齢者と職員が馴染みの関係性を形成して、地域特養で生活する高齢者が安心して生活することに寄与することが期待される。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究により、地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度の開発をした。尺

度のモデル適合度は、良好判断の基準値を上回るものではなかったが、概ね基準値に近い値であり許容範囲と考え妥当であると判断した。基準関連妥当性の検証については、既存の外的基準を用いた妥当性検証は困難なことが考えられ、今後は尺度を精緻化して構成概念妥当性の検証を確認していく必要がある。

さらに、尺度が地域特養の高齢者の生活の安寧につながる自立した日常生活を営むことに寄与するには、RMAS-Cの因子に示された項目がいかにして高齢者に実践されるかが求められる。地域特養の施設長や管理的な役割を担う職員を対象として本研究の成果をもとにシンポジウムなどを開催し、運営のあり方を含めて実践に関する課題など、意見交換を通して多角的に課題を見出していくことが重要である。地域特養を対象とした調査研究は萌芽的であるため、地域特養を住まいとしている高齢者の生活の質向上の評価などを含めた研究の継続が今後の課題である。

付 記

本研究は、人間環境大学大学院看護学研究科に提出した博士論文に加筆・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。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP 20K11087の助成を受けたものである。

著者貢献度

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

文 献

American Nurses Credentialing Center. (2005). Magnet Model - Creating

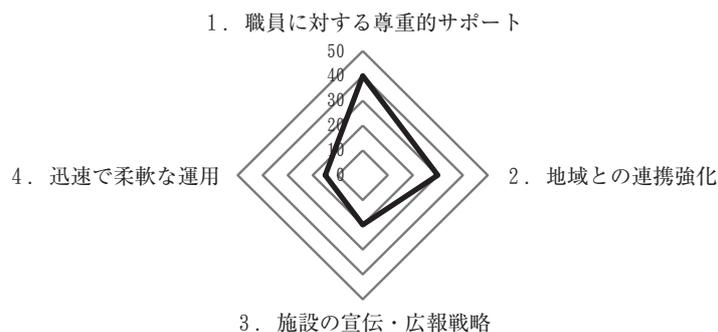


図3 地域密着型特別養護老人ホームの職員によるリテンションマネジメント評価尺度の活用レーダーチャート

- a Magnet Culture. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/> (accessed 2020-9-10)
- 崔 允姫 (2018). 特別養護老人ホームにおける組織マネジメントが介護職の人材定着に影響を及ぼす要因: 施設経営管理職へのインタビュー調査を中心として. *社会福祉学*, 59(1), 40-55.
- Creswell, J. W. (2015) / 抱井尚子 (2017). *早わかり混合研究法*. (pp.44-47). 京都: ナカニシヤ出版.
- 深山誠也 (2014). 社会福祉法人のマネジメント: 高齢者介護組織の事例研究. *組織学会大会論文集*, 3(1), 44-49.
- 福井里江, 原谷隆史, 外島 裕, 島 悟, 高橋正也, 中田光紀, 深澤健二, 大庭さよ, 佐藤恵美, 廣田靖子 (2004). 職場の組織風土の測定: 組織風土尺度12項目版 (OCS-12) の信頼性と妥当性. *産業衛生学雑誌*, 46(6), 213-222.
- 長谷川啓之 (編) (1997). *最新英和経済ビジネス用語辞典*. 1294, 東京: 春秋社.
- 畠山輝雄 (2012). 介護保険地域密着型サービスの地域差とその要因. *地理学評論*, 85(1), 22-39.
- 畠山輝雄 (2016). 2009年度介護報酬改定に伴う地域密着型サービスの地域差の変化. *地理誌叢*, 57(2), 1-12.
- 金森久雄, 荒憲治郎, 森口親司 (2013). *有斐閣経済辞典* (第5版). 198, 東京: 有斐閣.
- 厚生労働省 (2003). 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」: 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/> (参照2023年4月15日)
- 厚生労働省 (1999). 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=411M50000100046> (参照2023年5月20日)
- 厚生労働省 (2016). 介護サービス情報公表システム. <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/commentary/service.html> (参照2023年4月15日)
- 桑原美弥子 (2008). *マグネット・ホスピタル入門: 磁石のように看護師をひきつける病院づくり*. 4-32, 東京: ライフサポート社.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*, 619-674. *American Psychological Association*.
- 畑中美穂 (2014). 心理測定尺度の尺度構成. 宮本聡介, 宇井美代子 (編). *質問紙調査と心理測定尺度—計画から実施・解析まで—*. p.154, 162, 東京: サイエンス社.
- 永田千鶴, 北村育子 (2014). 地域包括ケア体制下でエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型サービスの機能と課題. *日本地域看護学会誌*, 17(1), 23-31.
- 日本医師会 (2022). 地域医療情報システム. <https://jmap.jp> (参照2022年8月22日)
- 西尾敦史 (2009). 沖縄県における地域介護資源の現状: 地域密着型サービスを中心に. *沖縄大学人文学部紀要*, 11, 13-29.
- 緒形明美, 小木曾加奈子, 藤原奈佳子 (2022a). 地域密着型特別養護老人ホームの施設管理責任者が考える職員を職場に惹きつけ人材定着につながる取り組み. *教育医学*, 67(4), 251-261.
- 緒形明美, 小木曾加奈子, 藤原奈佳子 (2022b). 地域密着型特別養護老人ホームの職員が考える魅力ある職場: 人材定着につながる取り組み. *教育医学*, 67(4), 262-269.
- 緒形明美, 小木曾加奈子, 藤原奈佳子 (2022c). 地域密着型特別養護老人ホームにおける職員を惹きつける職場運営指標の開発. *日本看護科学会誌*, 42, 819-828.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004) / 近藤潤子訳 (2010). *看護研究: 原理と方法* (第2版). (p.436). 東京: 医学書院.
- 田邊智美, 岡村 仁 (2011). 看護師の離職意向に関連する要因の検討: 緩和ケア病棟における調査結果をもとに. *Palliative Care Research*, 6(1), 126-132.
- 山本 寛 (2009). 人材定着のマネジメント: 経営組織のリテンション研究. 14-15, 東京: 中央経済社.
- 山本麻記子, 太田勝正 (2020). 看護管理者が認識する道徳的苦悩の軽減を目指した組織的支援のあり方. *日本看護倫理学会誌*, 12(1), 44-53.

2023年11月17日受 付
2024年3月14日採用決定

Development of a Retention Management Assessment Scale for Community-Based Welfare Facilities for Older Adults to Create Engaging Workplaces

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 47(5), 925-936
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240314249>

Akemi Ogata, PhD, RN¹, Kanako Ogiso, PhD, RN²,
Nakako Fujiwara, MD, PhD, RN³

¹Chubu University College of Life and Health Sciences Department of Nursing, Aichi, Japan

²Nursing Course School of Medicine Gifu University, Gifu, Japan

³Gifu University of Health Sciences School of Nursing, Graduate School of Nursing, Gifu, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to develop a Retention Management Assessment Scale for Community-Based Welfare Facilities for Older Adults (RMAS-C) to attract and retain staff and create an attractive workplace atmosphere within these facilities. This study also aimed to establish the validity and reliability of the scale. **Methods:** Of 2,369 community-based welfare facilities catering to older adults nationwide, 510 were selected based on regional variations. Subsequently, a questionnaire survey was administered to 2,550 participants, comprising two nurses and three caregivers from each facility. **Results:** A total of 598 survey responses were collected (response rate=23.5%), of which 563 were considered valid (response rate=94.1%). The analysis identified 21 items distributed across 4 key factors: “respectful support for staff,” “enhancement of collaboration with the community,” “facility advertising and public relations strategy,” and “swift and flexible operations.” The confirmatory factor analysis results indicated the following: GFI \geq AGFI, CFI=.905, and RMSEA=.069. The criterion-related validity was significantly correlated with several factors. **Conclusions:** The validity and reliability of the assessment highlight the utility of the RMS-C.

Key words

Nursing Homes, Work Environment, Health Facility Administration

Correspondence: A. Ogata. Email: ogata@isc.chubu.ac.jp

脳卒中患者の急性期における思い： 「諦め」と「諦めない」思いに 焦点をあてて

日本看護研究学会雑誌
2025, 47(5), 937-947
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240426250>

竹内廣美

川崎市立多摩病院（指定管理者 聖マリアンナ医科大学）

要旨

目的：脳卒中患者の急性期における思いを分析し、「諦め」と「諦めない」の視点から考察し急性期における看護支援の示唆を得る。方法：急性期の患者10名にインタビューを行い質的記述的に分析した。結果：《機能不全に対する不思議な感覚を持つ》《これから先の生活への気付き》《なんとかなる》《回復意欲の喪失》《頑張ることを手放す》《周囲の支え》《どん底の感情を跳ね返す力の源》《どん底の感情を跳ね返す力》《社会復帰へつながる思い》《願いや希望》《頑張りを取り戻す工程》の11カテゴリが導き出された。患者は自分ではどうすることもできない現状へのストレス回避のため「諦め」、過去の経験などから希望を見出し推進する「諦めない」思いを持っていた。結論：脳卒中患者は急性期において「諦め」と「諦めない」思いを持ち、「諦め」の思いを支援し意味づけることで「諦めない」で頑張る意欲につながることを示唆された。

キーワード

脳卒中, 急性期, 諦めない, 思い, 諦め

責任著者：竹内廣美. Email: hiromi.takeuchi@marianna-u.ac.jp

諸言

近年、脳血管疾患は、医療水準の向上により、死亡率は低下（厚生労働省，2021）したものの、65歳以上の要介護となった主な原因の第2位（内閣府，2018）であり、これは、脳血管疾患は発症すると要介護となる障害を残す可能性があることを示唆している。脳血管疾患による障害は、身体、高次脳機能と多様で、それに伴い患者はさまざまな心理的葛藤を体験し、生活再構築のため、自己の障害と向き合いながら、リハビリテーションに取り組むことになる。

脳血管疾患によって身体機能に障害が生じた患者のリハビリテーションにおいて、主要な概念の一つが障害受容である。上田（1980）は「障害の受容は諦めという消極的心理とは異なり、むしろ障害の心理的克服という積極的なプロセスである」と述べている。この視点によれば、障害受容は、障害を有する患者が自らの障害を受け入れ、それと向き合い、社会復帰する過程が含まれる。しかし近年、障害受容は、患者が障害を受容しなければならないという風潮があり、障害を受容することが患者のあるべき姿だという考え方へ変化してきたことが指摘されている（南雲，2002，p.44）。このような患者の障害受容に関する考え方

に対し、南雲（2002，pp.43-47）の社会受容といったアプローチや、田島（2009）による障害受容の再考を取り入れ、障害を否定するのではなく、障害に縛られず自由になることの重要性を強調した視点も存在する。これらは、患者が障害と向き合う上で必要だと考えられてきた障害受容の考え方に異論を唱える考え方である。

これまでの脳卒中患者の障害受容に関する看護研究は、症例から障害受容の関連要因を明らかにしたもの（梶谷，1997）、障害受容に関する患者事例（田村・村尾・谷本，2014；上山・谷垣・谷本，2014）、障害の受容過程を明らかにしたもの（瀧田，2008）がある。障害受容の過程や関連要因などが明らかになってはいるものの、これらの研究は、障害受容という考え方自体が研究の背景に存在しており、障害受容が社会復帰にとって必要な概念として使用されている。そして、障害受容は「諦め」ではない（上田，1980）としながらも、脳血管疾患患者による片麻痺患者の回復期における障害受容における概念分析（椋本，2020）では、その先行要因に、障害を認識することや回復を断念することがあげられており、「諦め」が障害受容には重要な概念であることが示されていた。

「諦め」に関して、菅沼（2013）は、心理学の観点から

「諦めざるを得ない」状況に直面した場合、ストレスを最小限に抑えながら「諦める」ことが重要だと指摘している。この「諦める」ことを「建設的な諦め」といい、具体的には、現実には難しいことを悟り、次の希望や望みに気持ちを切り替えることが大切だとし、このような「建設的な諦め」は精神的な健康に対して、適応的に働くと述べている。

しかしながら、脳卒中患者の主観的体験に焦点をあてた研究（河島，2020；新山・鈴木，2012）では、実際に患者が「諦めない」思いを語っており、患者は受傷前に培ってきた人生の価値から脱却せず、発症前と同様の人生の目標や希望を持ち「諦めない」思いを持ち続けていると考えられる。

「諦めない」思いは、看護領域における先行研究において、がん看護（井上・加藤，2011；工藤・藤井，2018；松谷，2014；田中・藤田，2015）や精神看護（岡本・松本，2014；富川・野嶋，2014），不妊治療の分野（福島・杉浦，2013；立木・成田，2011）などで語られている。これらの文献では、「諦めない」ことによって、自己の状態を認識し、自分らしさに気づき、自己を肯定的に捉えることにつながっていた。これは、以前の自分から、「諦めない」という感情を持ち行動したことによって、新しい自分の価値を見出した過程であると考えられ、価値転換の方法が示されていると捉えられる。障害受容における価値転換に関しては、他者からの押しつけではない価値の転換の必要性について南雲（2004）は述べており、この点においては、これまでのがん看護や精神看護、不妊治療の分野における先行研究では「諦めない」ことで、自らの価値転換につながることが明らかとなっていると言える。

そして、看護師はリハビリテーション看護の看護師の信念として、医学的に達成困難と思われる機能回復を諦めない患者の気持ちを支援し（長谷川・森田・木下・田村，2014），患者の可能性を信じて機能回復を意識したケア（佐藤・伊東・戸沢・高橋，2015）の実践報告がされており、脳卒中患者の発症後の心理や主観的体験において、達成困難と思われる回復を諦めず、回復への期待を持ち続ける患者の気持ちを支援することは看護独自の働きかけではないかと考える。

脳卒中により身体機能に障害を有した患者が、ストレスから精神的健康を維持するためにどのような思いを持っているのか、また、自己認識や価値観を変化させる思いはどのような思いなのかを「諦め」や「諦めない」思いから検討することは、「諦め」や「諦めない」思いを持つ患者の看護支援において重要な意味を持つと考える。

これらのことから、急性期における脳卒中患者の今の思いとこれからの生活に対する思いを明らかにし、「諦め」や「諦めない」思いに焦点をあてて考察することで、患者

の持つ「諦め」や「諦めない」思いを支援するための看護の構築の一助になると考える。

I. 研究目的

本研究では急性期における脳卒中患者の今の思いとこれからの生活に対する思いを明らかにする。そして、明らかにされた思いを「諦め」や「諦めない」思いに焦点をあてて考察し、急性期の患者に必要な看護支援について検討する。

II. 用語の定義

1. 急性期脳卒中患者

急性期は一般的に発症から約1ヶ月を示すとされる（酒井，2010）。本研究においては、急性期の思いを明らかにするという目的から、発症から1ヶ月前後にある脳卒中患者とした。

2. 諦め

広辞苑（新村，2008，p.30）では、「諦める」は「思い切る。仕方がないと断念したり、悪い状況を受け入れたりする」とこととされる。心理学の分野において、菅沼（2013）は、「諦める」ことを「自らの目標の達成もしくは望みの実現が困難であるとの認識をきっかけとして、その目標や望みを放棄すること」と定義している。今回は、菅沼の定義を採用した。また、今回の研究では「諦め」という語は行動そのものを示す語として、「諦める」と同一の内容を示す。

3. 諦めない

急性期脳卒中患者は突然の障害からの回復を諦めていないという思いを示す論文はあるが、「諦めない」に関しては、定義がされていない。そこで、医中誌Web版とPubMed、CINAHLを用い、検索語を「諦めない、諦め、原著論文、看護文献」「Don't give up, never give up」として検索し、患者が主語となる看護学領域と関係する分野における21文献を対象として概念分析（竹内・小長谷，2021）を行った。分析方法はWalker & Avantの概念分析（中木・川崎，2008）とし、分析の結果、先行要件【厳しい状況に屈しない心】【希望があること】の2つ、属性【やめない】【執着して】【最善を尽くす】の3つ、帰結【対処法が見つかる】【成し遂げる】【エネルギーとなる】【自分らしさ】【覚悟する】の5つが抽出された。患者の「諦めない」思いを、【希望がある】から【厳しい状況に屈しない心】を持ち、治療やリハビリを【やめず】生活に【執着し】【最善を尽くす】ことで【対処法が見つかり】諦めない思い

を【成し遂げる】ことができ、それは【エネルギーとなり】【自分らしさ】につながる。そして、この過程を経てこれだけで生きると【覚悟する】ことができるという思いと定義した。

4. 建設的な諦め

菅沼(2013)は、「諦めざるを得ない」状況となった場合、現実には難しいことを悟り、次の希望や望みに気持ちを切り替えることが必要で、このような諦めは、可能な限りストレスが生じない方法としての「諦め」であると述べており、今回はこれを定義とした。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、脳卒中を発症した患者の体験から、その思いを探究するため、患者の発言を記述し質的に分析する質的記述的研究とする。

2. 研究対象

インタビュー対象者は、脳卒中発症間もない入院中の患者10名で、医師からの病名告知をうけ、病状説明を理解している患者とした。また、意識障害がある患者(Japan Coma ScaleにおいてⅡ以上)、失語症がある患者、認知機能障害がある患者(長谷川式簡易知能評価スケールもしくはMini-Mental State Examinationで26点以下)を研究対象から除外とした。

3. データ収集期間と方法

2021年8月～11月とした。

対象者の選定については、研究実施施設の倫理審査を受け承認後、病棟師長に対して研究の趣旨を説明し対象者を推薦していただいた。研究対象者に直接、研究の主旨と方法、倫理的配慮について口頭と書面で説明し、同意が得られた研究対象者に半構造化面接法によるインタビューを行った。

なお、研究対象者への研究説明においては、今の思いを語るができるよう言葉の使用に注意し、患者自身が「諦め」や「諦めない」という言葉を意識して語ることがないように、インタビュー時は「諦め」や「諦めない」という語を使用しないように配慮した。

急性期患者の今の思いのインタビュー内容は、①医師からどのように病状説明を受けたか②今どのように病状を認識しているか③今の感情・思いはどのようなものか④今後のことをどのように考えているかとし、できるだけ対象者の思いが語られるように配慮した。

面接時間は長時間とならないように40分以内とし、プライバシーに配慮した場所で実施した。インタビュー内容は後日分析に使用するため、対象者に同意を得て、ICレコーダーに録音した。

4. データの分析方法

データの分析は質的記述的分析方法(グレッグ・麻原・横山, 2016; 谷津, 2014)を用いた。録音した面接内容から作成した逐語録を精読し、脳卒中の急性期における患者の思いを発症からインタビュー時点に至るまでの個々の体験を把握した。次に、対象者ごとに文脈が損なわれないように逐語録を区切り、患者の思いを示している内容を抽出し、データにより近い表現でコード化した。

コード化したものを言葉の順序や前後の言葉にも注目しながら、逐語録と見比べて研究参加者が語っている意味を読み取り、相違性、類似性を比較して分類した。複数のコードに共通の名前をつけサブカテゴリとカテゴリを生成し抽象度を上げ、質的記述的に分析した。さらにカテゴリ間の関連を「諦め」と「諦めない」の観点から検討し図に表記した。

分析過程においては、リハビリテーション分野に精通した看護研究者と検討を行い、さらに質的研究に精通した研究者のスーパーバイズを受け、分析の妥当性を確認した。

5. 倫理的配慮

本研究は、上智大学「人を対象とする研究」に関する倫理委員会の承認(承認番号2021-03)と、聖マリアンナ医科大学生命倫理委員会の承認(承認番号5323)を得て行った。

研究参加者への配慮として、研究の目的、方法、参加の自由意思、利益・不利益、プライバシーの保護、研究結果の公表の可能性と匿名化などを口頭と書面で説明し、すべてにおいて了解が得られた対象者に書面にて同意を得て研究参加者とした。

データは匿名化し、テキストデータに変換したインタビューデータは、パスワード付きの電子媒体(USBメモリ)に保存し、厳重に管理した。

Ⅳ. 結果

1. 研究参加者の背景

研究参加者は10名(男性3名、女性7名)、年齢は39歳～91歳(平均年齢66.4歳)であり、インタビューまでの期間は、発症後6日～22日(平均15.7日)、インタビュー時間は平均28分(最大42分、最小18分)であった。入院前のADLは全員自立であった。研究参加者の背景を表1に示す。

表1 研究参加者の背景

対象	年齢(歳)	性別	病名	障害	発症から面接までの日数	面接時のADL	転帰
A	88	男	C	呂律障害 バランス障害 右不全麻痺	16日	杖歩行	自宅
B	41	女	C	左不全麻痺 高次脳機能障害 注意障害, 失行	16日	独歩	回りハ
C	39	女	H	高次脳機能障害 注意障害, 失行	22日	独歩	回りハ
D	71	女	C	左不全麻痺	17日	杖歩行	自宅
E	56	女	C	右不全麻痺 呂律障害	21日	杖歩行	回りハ
F	91	女	C	左不全麻痺 呂律障害 左顔面麻痺	14日	杖歩行	自宅
G	76	女	C	左不全麻痺	14日	杖歩行	回りハ
H	79	男	C	左不全麻痺 空間無視	17日	杖歩行	自宅
I	81	女	C	右不全麻痺	6日	独歩	自宅
J	42	男	C	右不全麻痺 呂律障害	14日	独歩	自宅

注) 病名のCは脳梗塞 Hは脳出血 転帰の回りハは回復期リハビリテーション病院への転院を示す

2. カテゴリの記述

脳卒中患者の急性期における思いを帰納的に分析した結果、データは89にコード化され、34サブカテゴリ、11カテゴリが導き出された。以下、カテゴリを《 》、サブカテゴリを〈 〉で表記し、カテゴリについてサブカテゴリを使用して説明していく。また、カテゴリを導き出した患者自身の実際の発言を、本文中の斜体文字で記載し下線を引いた。

(1) 《機能不全に対する不思議な感覚を持つ》

《機能不全に対する不思議な感覚を持つ》では、〈病気発症に気づけそうだった〉状況や〈病気発症を気づけなかった〉こと、〈初めての身体感覚〉が語られた。さらに、自分の病状を医師に尋ねた際に、“もっと悪くなるかもしれないし、ここで止まるかもしれないし、わからないって言われた……” (E)と、医師にも判断がつかない症状があることから病気の難しさを感じていた。麻痺の症状があるにもかかわらず脳梗塞という病気の理解ができず、〈病気の原因や理由を思いめぐらす〉体験も語られた。これらのことから、発症により生じた今までに経験したことのない身体感覚、身体機能の不全状態を認識していながらも、脳梗塞という病気と結びつかずに、原因や理由のことを考えてしまうという不思議な感覚を持っていた。

(2) 《これから先の生活への気がり》

このカテゴリは、突然の発症により、身体に障害を持つことで、以前と同じような生活や仕事ができるかどうか未未来に対し先行きがわからなくなり、〈先が見えないことで

の気がかり〉を感じていた。一方、身体に障害を持つことで、今までと同じような生活は送れないとわかり、将来展望が変わることを予期し、〈先が見えたことでの気がかり〉を感じていた。そして、これからの生活に対して《これから先の生活への気がり》が語られた。

(3) 《なんとかなる》

このカテゴリでは、発症をどうすることもできないことだったと捉えて、“うつつつしちやいそうだから、今はあえて考えないようにしている” (A)と、自分の力ではどうすることもできないことに時間をかけても仕方がないと考え〈解決できないことにエネルギーを費やすことをやめる〉ことで、《なんとかなる》と考え、自分の気持ちの負担を減らしていた。

(4) 《回復意欲の喪失》

このカテゴリでは、発症により仕事継続が困難と判断し寂しさや未練の思いを持ち、過去の落ち込んだ経験と重なる今の辛い気持ちや発症による落ち込みや情けない気持ちが語られた。これらの気持ちは仕事先からのプレッシャーややりたいことができない社会情勢という〈落ち込みを感じさせる周囲の状況〉も重なり〈どん底感情〉を抱かせていた。

また、入院時に死を覚悟したことや人の思考に影響することやよくわかっていない臓器であるという認識から人知の及ばないことに対する恐怖を感じ〈生命の危機を病気から感じる〉思いを持っていた。また、“ICUにいた1週間はすごく恐かった、すごくよくしてもらったけど、すごく

恐かった。……実際、どんどん悪くなったし。良くなるって思えなかった”(E)と、病気の進行により感じる恐怖を体験し、〈病気の進行には抗えない〉という思いが語られた。これらの思いによって、患者は回復に対する意欲を失っていた。

(5) 《頑張ることを手放す》

このカテゴリでは、仕事に対するこだわりのない思いや病気を抱えながら仕事に復帰することで家族や他者に迷惑がかかるかもしれないと理性的に判断して仕事継続を断念する思いが語られた。そして、“覚悟って……、これで良くなるか、良くならないなら、努力してダメだったら仕方がないって”(A)と、努力しても改善しないことは仕方がないことであると考えようになり「これが自分の人生だ」と悟り〈仕事や発症前の生活を諦めることを決意する感情〉が語られた。《頑張ることを手放す》思いは、以前の自分の信念の意味づけを変化させて導き出された思いであった。

(6) 《周囲の支え》

このカテゴリでは、〈医療者からの励まし〉を心の支えにし、また、〈家族への感謝〉の気持ちが語られた。〈周囲の励まし〉によって、頑張ろうという思いへつながり、これらの思いは、自分を支えてくれる人に対するものであった。〈家族への感謝〉は、仕事を辞めることに賛成してくれることなど、患者の決定を後押しする思いであった。また、〈医療者からの励まし〉は患者の努力を後押しする思いであった。

(7) 《どん底の感情を跳ね返す力の源》

このカテゴリでは、自分の症状の回復に気づき“なんかいつの間にか手がこうあがるようになったんですよ”(E)と〈自分への可能性を見出した経験〉のほか、医療者の言葉や自分の身体機能の改善に安堵する〈回復を実感して安堵する思い〉が語られた。《どん底の感情を跳ね返す力の源》は、自分自身で回復を実感したことや安堵する思いから生まれており、この思いは落ち込んだ気持ちを跳ね返すために、自分に自信を持たせ、前進させるような思いであった。

(8) 《どん底の感情を跳ね返す力》

このカテゴリでは、患者は、“こっちの方(脳梗塞)は薬も必要だろうけど、こっち(運動障害)は、努力しかない、それ、それよりしょうがない、やることないですよ”(A)と、自分の回復には努力しか自分にはできないという思いや周囲からの励ましで頑張ろうと思ひ、自分でやらなくてはいけないという思いから〈自分への気概の気持ち〉が語られた。

また、いろいろ心配なことはあるが、自分の〈病気を治すことに集中したい思い〉を持って、頑張りたいと語っ

た。そして、発症により自分の身体を大切にしようと思ひ、過去の失敗した経験から次へ活かそうと〈失敗を糧にする〉気持ちを持ち、〈やるしかないと自分を追い込む〉ことで、《どん底の感情を跳ね返す力》が生まれていた。

(9) 《社会復帰へつながる思い》

このカテゴリでは、仕事に関する問題が一旦落ち着いたことなどから〈努力することに安心できる状況〉、やってきたことができたことで、これからの生活に自信を持つことにつながり〈回復への自信につながる思い〉が語られた。

(10) 《願いや希望》

このカテゴリでは、〈自分でやりたい〉〈やってきたことをやりたい〉という思いや、病名が何であってもやり残したことをやるために、〈生きていたい〉気持ちや自分の役割を果たしたいという〈役割を果たしたい〉思いが語られた。この思いは、《どん底の感情を跳ね返す力》と《社会復帰へつながる思い》によって見出されていた。なお、対象者Fは“死んでもいいが、自分の役割は果たしたい”と生きることに執着することはなかったが、対象者Cは“生きていたい”と生きることに執着する思いが語られた。患者の年齢や役割によって、生への思いが異なるということもあったが、生への思いは異なっているにもかかわらず、結果として何らかの《願いや希望》へつながっていた。

(11) 《頑張りを取り戻す工程》

このカテゴリでは、患者は、人生を進めるために〈前に進むために立ち止まらない〉で進もうとし、〈願いや希望のために視点を変える〉ことを語った。

発症の原因を振り返り、年齢に合わせた行動や自分の体調に合わせた行動、できないところは家族に頼るという考え方から〈願いや希望のための方法を考える〉思いが語られた。また、《願いや希望》のために視点を変えて、方法を考えた結果導き出された〈頑張るための具対策〉について語られた。

以上のことから患者の思いは、発症により《機能不全に対する不思議な感覚を持つ》《これから先の生活への気がかり》の思いを持ち、自分自身で対処できない状況に対して自分の気持ちの負担を減らすためのストレス対処として《なんとかなる》という思いを持っていた。その後、落ち込む思いや病気には抗えないなどの思いから、回復は「諦め」《回復意欲の喪失》の思いを持つが《周囲の支え》によって、生きることは「諦めない」ために仕事など自分がやりたいことは《頑張ることを手放す》という「諦め」を行っていた。そして、《周囲の支え》や「自分の可能性を見出した経験」、「回復を実感して安堵する思い」の《どん底の感情を跳ね返す力の源》から生み出された《どん底の感情を跳ね返す力》と《社会復帰へつながる思い》を持っていた。そして、今の思いから《願いや希望》であるこ

表 2 - 1 脳卒中患者の急性期における思い

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
機能不全に 対する不思議な 感覚を持つ	病気発症に 気づけそうだった	脳梗塞なのではないかと疑う気持ち 脳梗塞だとは思いたくない気持ち
	病気発症を 気づけなかった	脳梗塞にはならないだろうという思い込み 知っている知識と症状が異なり病気と判断できない 他 2
	初めての身体感覚	自分が今自覚している症状 病気になって身体の機能を知る 他 1
	病気の原因や理由を 思いめぐらす	病気の難しさを感じる 症状はあるのに病気のことがわからない 他 1
これから先の 生活への 気がかり	先が見えない ことでの気がかり	これから先がどうなるかわからない気持ち 障害がみえないので、やってみないとわからない
	先が見えた ことでの気がかり	以前と同じようにできるかどうかわからない 発症により自分の役割が果たせなくなることへの気がかり
なんとかなる	仕方がない	仕方がないと思う気持ち なるようにしかならない
	解決できないことに エネルギーを 費やすことをやめる	答えが出ないことは考えないと思う どうにもできないことは放置する
回復意欲の喪失	どん底感情	過去の落ち込んだ経験と重なる今の辛い気持ち 発症による落ち込みや情けない気持ち 他 1
	落ち込みを感じさせる 周囲の状況	自分の障害が周囲に理解されないことに対する不安 やりたいことができない社会情勢 他 1
	生命の危機を 病気から感じる	入院時に死を覚悟する 人知の及ばないことに対する恐怖
	病気の進行には 抗えない	病気の進行により感じる恐怖 病気の悪化による回復意欲の喪失
今の思い	仕事や発症前の生活を 諦めることを決意する感情	高度な専門的仕事の提供は脳梗塞だと継続が困難だと感じる 満足のいく仕事ができない可能性から仕事継続を困難だと感じる 他 1
	頑張ることを 手放す	退院後の再発への不安 退院後の1人での生活への不安 再発予防の準備がまだできていない
	回復への努力を ためらう感情	自分のために頑張ることに対する罪悪感 頑張っても結果が出ないことがある 他 2
周囲の支え	医療者からの励まし	医療者の支援 医療者への感謝
	家族への感謝	家族への感謝 家族の役に立ちたい
	周囲の励まし	周囲の励ましで頑張ろうと思う
どん底の感情を 跳ね返す力の源	自分への可能性を 見出した経験	自分を信じることのきっかけとなる体験 自分の頑張りで困難を乗り越えた入院中の経験 他 2
	回復を実感して 安堵する思い	医療者の言葉に安堵する気持ち 自分がどの時期にあるのかを判断し安堵する気持ち 他 1
どん底の感情を 跳ね返す力	自分への気概の思い	努力しか自分にはできないのではないかという思い 自分でやらなくてははいけないと思う気持ち 他 1
	病気を治すことに 集中したい思い	病気を治すことに集中したい思い
	失敗を糧にする	発症により自分の身体を大切にしようと思う 過去の失敗した経験から次へ活かそうとする 他 1
	やるしかない 自分を追い込む	運動をやるしかない 食事療法をやるしかない 他 1
社会復帰へ つながる思い	努力することに 安心できる状況	身体能力を判断し仕事復帰を視野に入れる 仕事復帰への安心材料
	回復への自信に つながる思い	身体症状から判断したこれからの生活に対する前向きな思い やってきたことができたことで、これからの生活に自信をもつ

表 2-2 脳卒中患者の急性期における思い

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
これからの生活に対する思い	願いや希望	家族に迷惑をかけたくない
		仕事先に迷惑をかけたくない
		医療者に迷惑をかけたくない気持ち 他 2
	やってきたことをやりたい	やってきたことをやりたい気持ち
		やってきた仕事をやりたい思い
	生きていたい	好きなことをやって生きていきたい
		病名は生きていくことには関係ない
	役割を果たしたい	自分の役割を果たしたい気持ち
	前に進むために立ち止まらない	色々あるけど今できることをやる
		自分でできないことは人に頼ろうと思う気持ち
頑張りを取り戻す工程	願いや希望のために視点を定める	気持ちを切り替えることの重要性 発病を良い機会として捉える
	願いや希望のための方法を考える	年齢に合わせた行動を考える
		自分の体調に合わせた行動を考える 他 1
	頑張るための具体策	退院の準備として前もって準備する 病気のことを知ろうと医療者に質問する 今までやってきたことにプラスしてやる 他 3

これから先の生活への思いを持ち、《願いや希望》のために《頑張りを取り戻す工程》を推進させる思いを持っていた。

患者は発症により《機能不全に対する不思議な感覚を持つ》ことで、《これから先の生活への気付き》を感じるが、《なんとかなる》と捉えてストレスを減らしていた。そして、落ち込む気持ちにより《回復意欲の喪失》を感じ、《周囲の支え》により実現の困難を悟り《頑張ることを手放す》決断をしていた。

その後、《周囲の支え》や《どん底の感情を跳ね返す力

の源》から生み出された《どん底の感情を跳ね返す力》と《社会復帰へつながる思い》によって《願いや希望》を見出し、《願いや希望》のために、《頑張りを取り戻す工程》を推進させていた。「諦めない」思いの定義に当てはめ検討すると、《願いや希望》を持ち、《頑張りを取り戻す工程》において、さまざまな行動をすることから、「諦めない」という思いの流れがあった。各カテゴリの流れを図1に示す。

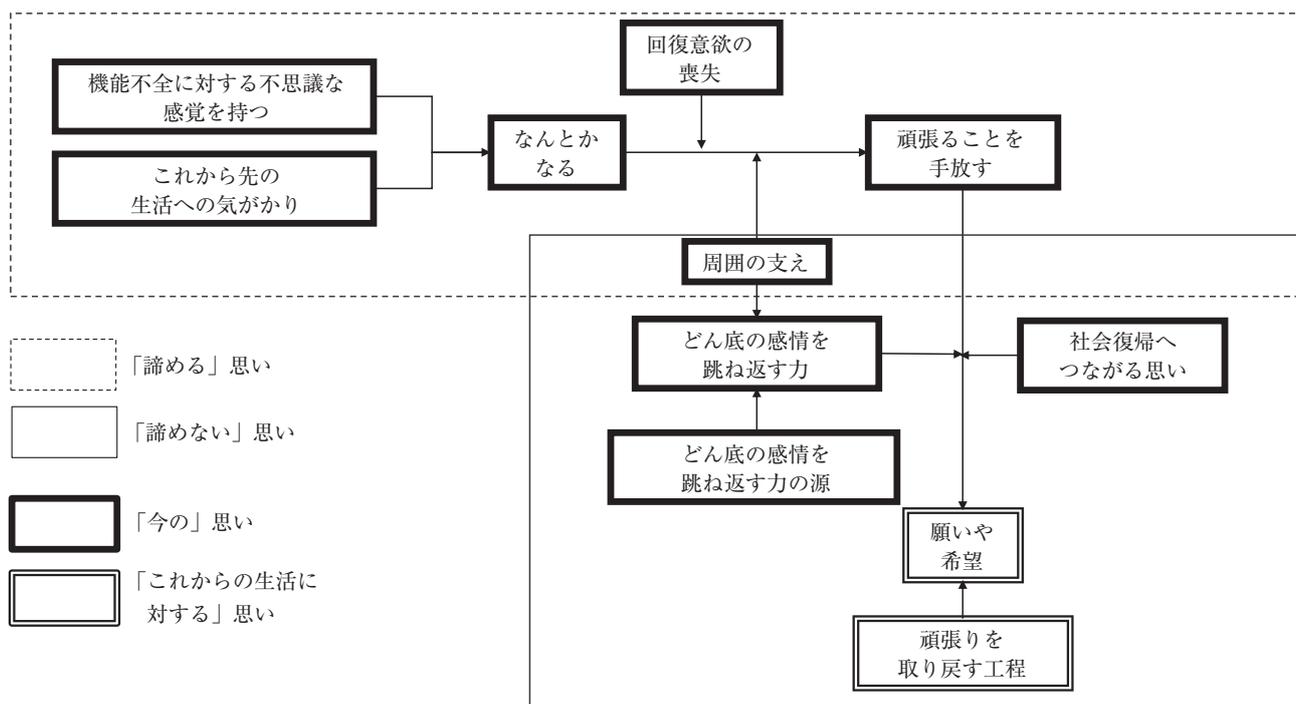


図 1 脳卒中患者の急性期における思いの流れ

V. 考 察

脳卒中の急性期における患者にインタビューを行った結果、患者の思いとして、11のカテゴリに分類される思いがあった。考察では、この思いを「諦め」と「諦めない」という視点から考察していく。

1. 脳卒中の急性期における患者の思いの中の「諦め」

患者は、脳卒中の発症により障害を持ったことでさまざまな思いを巡らし、その理由を探るように、自己を責めるような思いを語っていた。特に、脳という臓器の働きが理解できないことから、今ある症状の理解ができず、このことは、患者にとって大きなストレスとなっていた。

菅沼（2015）は諦めのプロセスの中で、諦めるしかないという再選択型の諦めのプロセスについて、目標に対する固執が精神的苦痛を生じさせることを予想しており、諦めることによって、精神的な負担を減らすという「諦め」があることを述べている。本研究において患者は、身体の変化に対して脳卒中というつかみ所のない理解できない病気になり、自分の今までの経験や力では対応できないと感じ、「どうすることもできないこと」と捉え、情動的な苦痛を低減させるために〈仕方がない〉と捉えて、エネルギーの少ない〈解決できないことにエネルギーを費やすことをやめる〉というストレスが少ない「諦め」を行っていた。さらに、ストレス・コーピング（Lazarus & Folkman, 1984/1991）の中の情動中心の対処として、情動的な苦痛を低減させるために、その事実を認めず、否定するという対処があるが、今回は否定ではなく、〈仕方がない〉と捉えて、自分の気持ちの負担を減らす対処を行っており、この点は新しい視点であると考えられる。この負担を減らす諦めができない場合、気持ちの負担が増し、精神的健康を維持することが困難となってしまう可能性が示唆される。

よって、この時期は、患者の訴えを傾聴し、自己を責めるような発言を受けとめ、患者が現実を考えることを放棄したような発言や患者が考えることをやめてその場にとどまっていたとしても、その気持ちを支持し、十分に休息がとれているかを確認しながら日々のリハビリテーションが継続できるように支援することが必要なのだと考える。

そして、患者は自己の内的な振り返りと患者を取り巻く人々の支えによって、ストレスフルな状況に対処するという建設的な「諦め」をしていた。「どうすることもできないこと」に対して「諦め」《なんとかなる》と考える対処と、家族の支えや自己の内的な振り返りによって「諦め」《頑張ることを手放す》という対処は対処の方法が異なっていた。《なんとかなる》という対処は、発症により生じた理解できない状況やこれから先を気にかけることで生じ

たストレスフルな状況に対する「諦め」の対処であると考えられたが、《頑張ることを手放す》という対処は、身体に障害を持ち、自分の身体では仕事継続が困難であると理性的に考えたことや、一生懸命に仕事をやりさまざまな苦労があってもそれを自分の努力で乗り越えてきたという人生の充実感から、努力しても結果がでなかったとしてもこれが自分の人生であると捉え、仕事よりも生きることが大切であると患者自身が持っている信念や思いの意味づけを変え「諦める」という対処であった。Park & Folkman（1997）は、ストレスが生じた際の対処について、あらゆる手段を尽くしても対処不可能な事柄に対して、人は自分の信念や目標を変化させて対処することを意味づけの対処として説明しており、この意味づけの対処は状況に対して適応的に働くとして述べている。今回も《頑張ることを手放す》という対処は、意味づけを変化させて対処しているという点でParkらの研究で述べられている意味づけの対処と同様の対処であると考えられる。

これらのことから、患者は、発症後のストレスに対して、まずは、状況に対して「諦める」という対処を行い、その後、意味づけを変化させて「諦める」という2度の「諦め」を行って建設的に適応しようとしていたと考えられた。

2. 脳卒中の急性期における患者の思いの中の「諦めない」

カテゴリの中には、《願いや希望》を持ち、その実現に向けて方法を考え、頑張るというカテゴリが含まれていた。今回のインタビューから導き出された患者のこれから生きていくことの思いのなかには、《願いや希望》があることや、立ち止まらない・具体策を頑張って実行することから、「諦めない」思いがあると考えられる。この「諦めない」思いは、〈自分でやりたい〉〈やってきたことをやりたい〉〈生きていたい〉〈役割を果たしたい〉という思いが含まれていた。この「諦めない」思いを実現するために患者は今できることをやろうとし、自分でできないことは人に頼るなどの、いくつかの方法を挙げており、今回の研究で明らかにされた《頑張りを取り戻す工程》のサブカテゴリはこれまでの価値から別の価値への転換と捉えることもできると考える。価値の転換では「価値を転換したのか、価値が転換したのか」その転換方法が他者からの押しつけや強制ではなく自らの変化であることが重要であり（南雲, 2002, pp.53-54）、「諦めない」思いは自らの変化の過程であることから、南雲の言う価値の転換に類似するものであり、価値を転換させる機能があると考えられる。

よって、患者の「諦めない」思いを支援するためには、会話の中から患者が何を諦めないと思っているのか把握し支援することが必要であり、それを支援することで、患者自らの価値転換につながるのだと考えられる。

3. 看護師の役割について

脳卒中の急性期の患者における思いとして、「諦め」と「諦めない」という2つの相反する思いを持つことと、「諦めない」という思いは重要な思いであることが明らかになった。しかしながら、障害受容という概念の過程において、患者が障害を受容することが当然のようになってしまった経緯から、患者が「諦める」思いを持つことが当然なのではなく、患者が「諦めずにやりたいこと」を制限する「諦めを強要」するような状況を医療者や周囲が作り、「諦めない」思いを患者が持てないような状況にしていないうかを考えていく必要があり、その状況を作らないようにすることが看護師の役割なのではないかと考える。

VI. 研究の限界と課題

本研究はどのような「諦め」や「諦めない」思いがあるかを幅広く収集するために対象者に細かい条件設定を行わなかった。そのため、患者背景が多岐にわたっており、年齢においては30代から90代と幅広く、年齢による役割や家族との関係性などから思いが変化する可能性を無視できない。また、データとなる対象者が10名であることや1施設での実施であることから、今回の結果すべてを一般化することはできない。今後は、患者の「諦めない」思いを支援する看護の実践を積み重ね裏づけていく必要がある。

結 論

脳卒中の急性期における看護支援について検討する事を目的として、脳卒中患者の急性期における今の思いとこれからの生活に対する思いについて10名の患者にインタビューを行い、その思いを分析した結果、データは89にコード化され、34サブカテゴリ、11カテゴリが導き出された。

急性期において、脳卒中患者は「諦め」と「諦めない」という相反する思いを持っていた。発症によるストレスから、《なんとかなる》と考えてストレスを減らそうとしている時期には患者の気持ちを支援することと、患者が《願いや希望》を持ち、自らの変化を通じて価値を転換し、立ち上がろうとしている時期には、積極的に患者の思いを聴き患者を肯定的に支えることで、患者の「諦めない」思いを支援する看護ができることが示唆された。

利益相反の開示

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

文 献

- 福島千恵子, 杉浦絹子 (2013). 非妊時の糖尿病自己管理が良好ではなかった1型糖尿病をもつ女性の産褥期における経験と思い. *三重看護学誌*, 15(1), 19-25.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2016). よくわかる 質的研究の進め方・まとめ方 (第2版). 64-84, 東京: 医歯薬出版.
- 長谷川理香, 森田なつ子, 木下八重子, 田村美子 (2014). 生き抜くことを支える脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の技. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 44, 309-312.
- 井上直子, 加藤千恵 (2011). ターミナル期における諦めない気持ちを支える看護. *日赤医学*, 62(2), 275-277.
- 实用日本語表現事典 (2011年4月28日). 諦めない【あきらめない】. 实用日本語表現辞典. http://www.practical-japanese.com/2011/04/blog-post_6498.html (参照2021年2月6日)
- 梶谷佳子 (1997). 脳卒中患者の障害受容プロセスと関連要因. *神戸市看護大学短期大学部紀要*, 16, 113-125.
- 河島光代 (2020). 分岐粥腫型梗塞を発症した進行性脳卒中患者の病の体験の特徴. *聖路加看護学会誌*, 23(2), 30-36.
- 厚生労働省 (2021年6月4日). 令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/gaikyouR2.pdf> (参照2024年2月23日)
- 工藤 香, 藤井智子 (2018). 北海道過疎地域における看取りの看護実践から捉えた訪問看護師の役割. *日本ルーラルナース学会誌*, 13, 1-12.
- 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.
- 松谷由美子 (2014). 在宅での看取り支援: 「最期を家で迎えたい」希望にそった退院支援. *ホスピスケアと在宅ケア*, 22(1), 16-20.
- 椋本美帆 (2020). 「脳血管疾患による片麻痺患者の回復期における障害受容」の概念分析. *関西看護医療大学紀要*, 12(1), 44-53.
- 内閣府 (2018年6月19日). 平成30年版高齢社会白書(全体版). https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html (参照2021年12月8日)
- 南雲直二 (2002). *社会受容: 障害受容の本質*. 53-54, 東京: 荘道社.
- 南雲直二 (2004). 現代のリハビリテーション・アプローチを支える考え方: リハビリテーションと心理的援助: 相互作用という方法. *Quality Nursing*, 10(7), 634-639.
- 中木高夫, 川崎修一 (2008). *看護における理論構築の方法*. 92, 東京: 医学書院.
- 新山真奈美, 鈴木圭子 (2012). 脳血管障害による身体機能障害のある高齢者のライフスタイル再編成の過程. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要*, 20(2), 11-19.
- 新村 出 (編) (2008). *広辞苑* (第6版・机上版). 30, 東京: 岩波書店.
- 岡本隆寛, 松本浩幸 (2014). 就労を継続する統合失調症者のリカバリー: 働く生活ストーリー当事者の手記より. *日本看護学会論文集: 地域看護*, 44, 160-163.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- 酒井郁子, 金城利雄 (2010). *看護学テキスト NiCE: リハビリテーション看護: 障害をもつ人の可能性とともに歩む*. 東京都: 南江堂.
- 佐藤和子, 伊東紀美恵, 戸沢智也, 高橋由紀子 (2015). 遷延性意識障害患者の意識レベル改善を目指した口腔ケアの取り組み: 療養病棟における歯肉マッサージを含めた口腔ケアの導入による考察. *リハビリナース*, 8(2), 191-196.

- 菅沼慎一郎 (2013). 青年期における「諦める」ことの定義と構造に関する研究. *教育心理学研究*, 61(3), 265-276.
- 菅沼慎一郎 (2015). 青年期において諦めることはどのように体験されるか: プロセスに着目して. *発達心理学研究*, 26(1), 23-34.
- 立木歌織, 成田 伸 (2011). Late Preterm 児を出産した母親の授乳や育児に関連する困難と乗り越えるのに影響した要因. *日本母性看護学会誌*, 11(1), 59-65.
- 田島明子 (2009). *障害受容再考: 「障害受容」から「障害との自由」へ*. 東京: 三輪書店.
- 竹内廣美, 小長谷百絵 (2021). 看護における患者の「諦めない」の概念分析. *上智大学総合人間科学部看護学科紀要*, (6), 43-49.
- 瀧田真純 (2008). 壮年期に脳血管障害を発症した患者の思いの変化. *日本看護学会論文集: 成人看護II*, 38, 86-88.
- 田村 唯, 村尾麻紀子, 谷本栄子 (2014). 障害受容が困難であったワレンベルグ症候群患者の看護について. *公立八鹿病院誌*, (22), 19-23.
- 田中まゆこ, 藤田佐和 (2015). 外来で化学療法を受ける進行がん患者のアドヒアランス行動とその意味づけ. *高知女子大学看護学会誌*, 40(2), 42-52.
- 富川順子, 野嶋佐由美 (2014). 統合失調症を持つ人の resilience: 病という逆境からの回復過程を表すテーマ. *高知女子大学看護学会誌*, 40(1), 31-40.
- 上田 敏 (1980). 障害の受容: その本質と諸段階について. *総合リハビリテーション*, 8, 515-521.
- 上山多恵, 谷垣理恵, 谷本栄子 (2014). 壮年期の脳梗塞発症患者の障害受容段階に応じた看護者の関わり. *公立八鹿病院誌*, (22), 13-18.
- 谷津裕子 (2014). *Start Up 質的看護研究 (第2版)*. 98-157, 東京: Gakken.

[2023年12月2日受 付]
[2024年4月26日採用決定]

Thoughts of Stroke Patients in the Acute Phase: Focus on “Giving Up” and “Not Giving Up”

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 47(5), 937-947
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240426250>

Hiromi Takeuchi, RN

Kawasaki Municipal Tama Hospital, Kanagawa, Japan

► Abstract

Objective: This study aims to analyze the thoughts and feelings of stroke patients in the acute phase of their illness, examine their perspective of “giving up” and “not giving up,” and obtain suggestions for nursing support in this phase. **Methods:** We interviewed ten patients in the acute phase of their illness and analyzed the obtained data qualitatively and descriptively. **Results:** Eleven categories were derived: “strange feeling of dysfunction,” “concern for future life,” “ability to manage,” “loss of motivation to recover,” “letting go of trying hard,” “support from surroundings,” “source of strength to bounce back from feelings of hitting rock bottom,” “strength to bounce back from feelings of hitting rock bottom,” “thoughts leading to social rehabilitation,” “wishes and hopes,” and “regaining the ability to try.” Furthermore, patients “gave up” to avoid stress about the current situation they could not control and had “not giving up” thoughts of finding and increasing hope based on past experiences and other factors. **Conclusions:** Stroke patients experience thoughts of “giving up” and “not giving up” during the acute phase of their illness. By supporting those with thoughts of “giving up” and providing appropriate meaning, we can motivate patients to “not give up” and do their best.

► Key words

stroke, acute phase, never give up, thought, give up

Correspondence: H. Takeuchi. Email: hiromi.takeuchi@marianna-u.ac.jp

大学病院に勤務する新人看護師の リアリティショックの現状と グリット（やり抜く力）との関連

日本看護研究学会雑誌
2025, 47(5), 949-958
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240615253>

上田裕子¹, 乗松貞子², 城賀本晶子³, 藤村一美³

¹聖カタリナ大学看護学部看護学科, ²前愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

³愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

要旨

目的：新人看護師のリアリティショックの緩和に向けた基礎資料を得るため、新人看護師のリアリティショックとグリットの実態およびその関連を明らかにする。方法：国立大学病院に勤務する新人看護師511名を対象に、新卒看護師のリアリティショック尺度、日本語版グリット尺度で構成した質問紙調査を実施した。関連性は重回帰分析で検討した。結果：回収率30.9%。リアリティショックの平均得点は182.82点、グリットは3.13点であった。グリットは、リアリティショックに有意な負の影響を与えており、構成因子の「看護実践能力」と「仕事のやりがい、楽しさ」と有意に関連していた。結論：グリットは、リアリティショックを緩和する方向に働くことが明らかになった。新人看護師のグリットを育成し、リアリティショックを緩和することが可能となれば、現在実施されている対策と並行して実施可能な離職防止へのアプローチとなりうると考えられた。

キーワード

新人看護師, リアリティショック, グリット

責任著者：上田裕子. Email: ueda-y@catherine.ac.jp

はじめに

医療現場における看護師の人材不足は深刻であり、新人看護師の離職が問題視されて久しい。その離職の一因として注目されてきた現象がリアリティショックである。

リアリティショックについては、1974年に出版されたKramerの著書『Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing』が、1986年に雑誌『看護展望』において紹介された後（宗像・及川, 1986, p.562）、日本の看護分野において研究が進んだ。平賀・布施（2007, p.98）は、Kramerの定義（Kramer, 1974, pp.3-4）を基本とした上で、リアリティショックを「就職後に看護基礎教育で形成された看護の理想と現実との間にギャップを感じることによって生じる身体的、精神的、社会的なものを含む総合的な事象」と定義し、「職場の人間関係」「看護実践能力」「身体的要因」「精神的要因」「業務の多忙さと待遇」「仕事のやりがい、楽しさ」「業務への責任感」「患者の死に関する対応」という8つの因子で構成されていることを明らかにした。また、就職後3か月時には65.2%、6か月時には46.4%の新人看護師がリアリティショックに陥っていること（水田, 2004,

p.98）、リアリティショックが新人看護師の離職願望を高くすること（亀岡・富樫, 2014, pp.144-145）、リアリティショックは深刻化すると、職場適応を阻害し、離職への引き金になること（平賀・布施, 2007, pp.105-106）などが明らかにされている。

このように、リアリティショックが深刻化すると、新人看護師の心身および職場適応に悪影響を及ぼし、看護師としての成長が著しい時期に（Takase, 2012）早期離職に至ってしまうことから、看護基礎教育と臨床とのギャップを埋め、リアリティショックを防ぐべく、卒業前教育（水田・辻・中納・井上・上坂, 2006）や卒後教育、新人教育の充実化（勝原・ウィリアムソン・尾形, 2005）について言及されてきた。それを受け、2010年には新人看護職員研修が努力義務化（厚生労働省, 2014, p.2）されるなど、新人看護師に対する支援の充実が図られた。その効果もあって、2005年度には9.3%であった新人看護師の離職率が、2011年度には7.5%まで低下した（公益社団法人日本看護協会, 2023）。しかしながら、その後は7~8%台で横ばい傾向にあり、2021年度には、10.3%と2005年以降で最も高い離職率となった（公益社団法人日本看護協会,

2023)。この背景としては、2021年度は、COVID-19による医療のひっ迫や看護学生の臨地実習等の学習環境の制約などの影響を受け、新人看護師の看護基礎教育で形成された看護の理想と現実との間に感じるギャップが、従来よりも強まったのではないかと推測された。さまざまな育成および教育上のサポートをもってしても、離職率は横ばい傾向で低下は見られず、増加に転じていることから、現行の対策のみでは、リアリティショックのさらなる緩和は困難であり、新たな方策を検討する必要があると考えられた。糸嶺（2017, p.2）は、施設の実施している職場適応に向けた新人看護師へのサポートについて、「それらには限界があるため、今後は就職する新卒看護師個人が適応してゆく能力を身につけることも必要である」と提言している。そこで、本研究では、近年注目されている個人の非認知能力であるグリットに着目した。

非認知能力とは、知能検査で測定される能力ではない、「よい結果」へと繋がる心理特性であり、教育や訓練によって伸ばすことができると説明される（小塩, 2021, pp.1-10）。そして、その一つであるグリットは、困難、失敗、競合目標にもかかわらず、長期目標に対して示す「情熱」と「粘り強さ」であると定義されている（Eskreis-Winkler, Gross, & Duckworth, 2016, p.380）。2007年にDuckworthは、長期的な目標を達成できるかということに焦点をあて、グリットを提唱し、個人のグリットを測定する尺度を開発した（Duckworth, Peterson, Matthews, & Kelly, 2007）。その後、日本においても、尺度が邦訳され（竹橋・樋口・尾崎・渡辺・豊沢, 2019）、徐々にグリットに関する研究が進められている。看護分野においても、グリットに基づいた関わり方やその育成の重要性（内藤, 2021）について述べられはじめています。

グリットは、幸福感や健康と比例すること（Duckworth, 2016/2016, pp.357-360）、グリットが高い人はそうでない人よりも転職しにくいこと（Duckworth, et al., 2007）、仕事にポジティブに取り組むこと（Suzuki, Tamesue, Asahi, & Ishikawa, 2015）が明らかになっている。また、対人援助職を対象とした研究では、グリットはバーンアウト傾向を抑制すること（井川・中西, 2019）が明らかにされている。これらの先行研究より、新人看護師においても、グリットは、新人看護師の職務上の健康にポジティブに影響し、離職の要因であるリアリティショックを軽減するのではないかと考えた。しかしながら、新人看護師のグリットに関する研究は少なく、その実態およびリアリティショックとグリットの関連に関する知見は見当たらなかった。新人看護師のグリットがリアリティショックを緩和することが明らかとなれば、卒後のみでなく、看護基礎教育段階から継続したリアリティショック対策を図ることができ、ひいては

新人看護師の離職防止に繋げることができると考えた。

そこで、グリットを応用した新人看護師のリアリティショック緩和についての基礎資料を得るために、本研究は、新人看護師のリアリティショックおよびグリットの実態を調査し、リアリティショックとグリットの関連を明らかにすることを目的とした。

I. 研究目的

大学病院に勤務する新人看護師のリアリティショックとグリットの実態およびこれらの関連を明らかにする。

II. 用語の定義

1. 新人看護師

社会人経験の無い、看護師免許取得後に初めて就労した看護師とした。

2. リアリティショック

平賀・布施（2007, p.98）の示した定義に基づき、「就職後に看護基礎教育で形成された看護の理想と現実との間にギャップを感じることによって生じる身体的、精神的、社会的なものを含む総合的な事象」とした。

3. グリット

日本語版尺度を作成した竹橋ほか（2019, p.581）の示したEskreis-Winkler, et al.（2016, p.380）の定義に基づき、「困難、失敗、競合目標にもかかわらず、長期目標に対して示す情熱と粘り強さ」とした。

III. 研究方法

1. 調査対象者

教育体制や職場環境等の条件をある程度一定にするため、調査対象を国立大学病院に勤務する新人看護師とした。全国45箇所国立大学病院の看護部長の研究協力承諾が得られた14箇所の病院に勤務している新人看護師511名を対象とした。

2. 調査方法

2021年8月～2021年9月に無記名自記式質問紙法による調査を実施した。全国の国立大学病院看護部長に研究協力を依頼し、承諾の意思を得られた病院に、調査対象者用研究説明文書、質問紙、返信用封筒一式を送付し、対象者への配布を依頼した。質問紙の回収は、回答後に返信用封筒に入れ、対象者個々が投函、郵送する方法で行った。

3. 調査内容

(1) 基本属性

基本属性として、年齢、性別、最終看護専門学歴、所属部署、夜勤の有無、現在の所属病院は第一希望であったか否か、現在の所属部署は第一希望であったか否かについて回答を求めた。

(2) リアリティショック

平賀・布施(2007)により作成、信頼性の検証がなされた新卒看護師のリアリティショック尺度(以下、リアリティショック尺度)を使用した。この尺度は、第1因子「職場の人間関係」、第2因子「看護実践能力」、第3因子「身体的要因」、第4因子「精神的要因」、第5因子「業務の多忙さと待遇」、第6因子「仕事のやりがい、楽しさ」、第7因子「業務への責任感」、第8因子「患者の死に関する対応」の8因子62項目で構成され、各因子の信頼係数(Cronbach's α)は、第1因子 .92、第2因子 .90、第3因子 .81、第4因子 .85、第5因子 .77、第6因子 .81、第7因子 .72、第8因子 .67であったと報告されている。各項目について「5: 当てはまる」から「1: 当てはまらない」の5件法で回答を求めた。尺度全体の得点は、全項目の得点を合計して算出し、下位尺度の得点は、その因子に内包される項目の得点を平均することで算出した。得点が高いほどリアリティショックの程度が高いことを意味する。

(3) グリット

竹橋ほか(2019)により作成、信頼性の検証がなされた日本語版グリット尺度(以下、グリット尺度)を使用した。この尺度は「興味の一貫性」と「努力の粘り強さ」の2因子12項目で構成され、尺度の全体の信頼係数(Cronbach's α)は .67、興味の一貫性 .83、努力の粘り強さ .85であったと報告されている。各項目について「5: 非常に当てはまる」から「1: 全く当てはまらない」の5件法で回答を求めた。得点の算出にあたっては、逆転項目を逆転処理し、尺度全体の得点は全項目の得点を平均して算出し、下位尺度の得点はその因子に内包される項目の得点を平均することで算出した。得点が高いほどグリットが高いことを意味する。

(4) グリットに関連すると考えられる看護学生時代の状況

看護学生時代の状況として、看護師学校養成所への進学は自分の意思であったか、講義・臨地実習に興味を持って取り組んだか、褒められた体験が多かったか、物事を楽観的にとらえる傾向があったか、目標とする看護師がいたか、支えになった人物がいたか、卒業後のキャリアデザイン決定時期、就職を希望する病院の決定時期、2年以上継続して部活動・サークル活動をしていたか、2年以上継続してアルバイトをしていたか、健康的な生活習慣であったか、睡眠時間について回答を求めた。

4. 分析方法

基本属性および各尺度得点については記述統計を行い、各尺度についてCronbach's α 係数を算出し、内的整合性の確認を行った。看護学生時代の状況からみたグリットの特徴の把握のために、看護学生時代の状況別にグリット尺度得点をt検定または一元配置分散分析(Tukey法)で比較した。リアリティショックとグリットの関連性を検討するために、リアリティショック尺度得点とグリット尺度得点についてPearsonの積率相関係数を算出した。相関係数 $r \leq |.20|$ の場合の変数間の関係性については、有意水準が5%以下であっても、十分な相関関係があるとは言えないと解釈した。グリットがリアリティショックに与える影響を検討するために、リアリティショック尺度得点を目的変数、グリット尺度得点を説明変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。その際、属性(年齢、性別、最終看護専門学歴、所属部署が第一希望であったか否か)を制御変数として投入した。さらに、グリットがリアリティショックの構成因子に与える影響を明らかにするために、リアリティショック下位尺度得点を目的変数、グリット尺度得点を説明変数とし、属性を制御変数として分析した。なお、多重共線性を避けるため、説明変数間および制御変数間の相関分析を行い、相関係数の高い変数がないことを確認し、分散拡大係数(Variance Inflation Factor)が、10.0以下であることを確認した。また、目的変数となるリアリティショック尺度得点およびリアリティショック下位尺度得点の残差の正規性を確認したうえで、重回帰分析を行った。

分析には統計ソフトIBM SPSS Statistics 28.0 for Windowsを使用し、有意確率は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

調査対象者の所属する施設の看護部長に研究協力の承諾を得た上で、調査対象者に対して研究目的、方法、個人情報保護の保護・取り扱い、結果の公表などについて文書で説明を行った。また、研究への参加は自由意思であること、非参加であっても不利益を受けないことを説明した。質問紙内に研究協力への同意欄を設け、同意欄へのチェックと質問紙の投函をもって研究への同意を得た。グリット尺度、リアリティショック尺度の使用に際し、それぞれの作成者に事前承諾を得た。

本研究は愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻研究倫理審査委員会の承認(承認番号看2021-3)を得て実施した。

IV. 結 果

質問紙を配布した14箇所の国立大学病院に勤務している新人看護師511名中158名（回収率30.9%）より回答が得られた。このうち、尺度に係る欠損データのあった者12名を除いた146名（有効回答率28.6%）を分析対象とした。

分析対象者の平均年齢および標準偏差は22.5±1.0歳、性別は女性142名（97.3%）、男性4名（2.7%）であった。対象者の概要を表1に示した。

1. 新人看護師のリアリティショックの実態

リアリティショック尺度平均得点および標準偏差は182.82±37.66点で、下位尺度平均得点は、得点の高い因子から順に、「業務への責任感」4.26±0.66点、「患者の死に関する対応」4.13±0.96点、「看護実践能力」3.41±0.68点と続いた（表2）。

2. 新人看護師のグリットの実態

グリット尺度平均得点および標準偏差は、3.13±0.49点で、グリット下位尺度平均得点および標準偏差は、表3の通りであった。

看護学生時代の状況別にグリット尺度得点を比較した結果、看護師学校養成所への進学を自分の意思で決めた者

表2 新人看護師のリアリティショック

項目	M	SD	Cronbach's α
リアリティショック総得点	182.82	37.66	—
職場の人間関係	1.97	0.65	.91
看護実践能力	3.41	0.68	.91
身体的要因	2.63	0.99	.90
精神的要因	3.39	1.15	.92
業務の多忙さと待遇	3.37	0.84	.80
仕事のやりがい, 楽しさ	2.99	1.21	.90
業務への責任感	4.26	0.66	.74
患者の死に関する対応	4.13	0.96	.90

表3 新人看護師のグリット

項目	M	SD	Cronbach's α
グリット総得点	3.13	0.49	—
興味の一貫性	3.15	0.63	.70
努力の粘り強さ	3.12	0.62	.75

($p < .01$), 授業に興味を持って取り組んだ者 ($p < .01$), 褒められた体験が多かった者 ($p < .05$) は、否とした者よりグリット尺度得点が有意に高く、その他の項目には有意差は認めなかった（表4）。

表1 対象者の概要

				N=146
項目	内 訳	n	(%)	M ± SD
年齢				22.5 ± 1.0
性別	女性	142	(97.3)	
	男性	4	(2.7)	
最終看護専門学歴	大学院	3	(2.1)	
	大学	121	(82.9)	
	専門学校	20	(13.7)	
	5年一貫校	2	(1.4)	
所属部署	外科系病棟	41	(28.1)	
	内科系病棟	34	(23.3)	
	混合病棟	23	(15.8)	
	小児科病棟	8	(5.5)	
	産婦人科病棟	15	(10.3)	
	精神科病棟	2	(1.4)	
	集中治療室等	15	(10.3)	
	手術室	8	(5.5)	
夜勤	している	126	(86.3)	
	していない	20	(13.7)	
所属病院の希望	第一希望であった	132	(90.4)	
	第一希望ではなかった	14	(9.6)	
所属部署の希望	第一希望であった	83	(56.8)	
	第一希望ではなかった	62	(42.5)	
	無回答	1	(0.7)	

表4 看護学生時代の状況別新人看護師のグリット

項目	内 訳	n	M	SD	p値
看護師学校養成所への進学	自分の意思である	115	3.2	0.5	.002**
	自分の意思でない	31	2.9	0.5	
授業に興味を持って取り組んだか	そう思う	111	3.2	0.5	.008**
	そう思わない	35	2.9	0.5	
褒められた体験は多かったか	そう思う	71	3.2	0.5	.043*
	そう思わない	75	3.1	0.5	
物事を楽観的にとらえる傾向はあったか	そう思う	73	3.1	0.5	.812
	そう思わない	73	3.1	0.5	
目標とする看護師はいたか	いた	80	3.2	0.5	.255
	いなかった	66	3.1	0.5	
支えになった人はいたか	いた	140	3.1	0.5	.109
	いなかった	5	2.8	0.5	
キャリアデザイン決定時期	入学前	19	3.1	0.6	.989
	入学から最終学年前まで	57	3.1	0.4	
	最終学年	69	3.1	0.5	
就職先自己決定時期	入学前	12	2.9	0.7	.343
	入学から最終学年前まで	53	3.2	0.5	
	最終学年	81	3.1	0.4	
2年以上継続して部活動・サークル活動をしてきたか	していた	91	3.1	0.5	.247
	していなかった	55	3.2	0.5	
2年以上継続してアルバイトをしていたか	していた	130	3.1	0.5	.812
	していなかった	16	3.1	0.4	
生活習慣は健康的だったか	そう思う	97	3.2	0.5	.228
	そう思わない	49	3.1	0.4	
睡眠時間	3-4時間程度	8	3.2	0.2	.862
	5-6時間程度	84	3.1	0.5	
	7時間以上	54	3.1	0.5	

2 集団はt検定, 3 集団以上は一元配置分散分析 (Tukey法) を実施

* $p < .05$ ** $p < .01$

3. 新人看護師のリアリティショックとグリットとの関連

リアリティショック尺度得点とグリット尺度得点には、有意な負の相関 ($r = -.22, p < .01$) があることを認めた。

4. 新人看護師のグリットがリアリティショックに与える影響

グリットがリアリティショックに与える影響を検討するために、リアリティショック尺度得点を目的変数、グリット尺度得点を説明変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。その結果、グリット尺度得点は、リアリティショック尺度得点に有意な負の影響を与えていた ($\beta = -.19, p < .05$)。さらに、グリットがリアリティショックの構成因子に与える影響を明らかにするために、リアリティショック下位尺度得点を目的変数、グリット尺度得点を説明変数とした強制投入法による重回帰分析を行った結果、グリット尺度得点は、リアリティショック下位尺度の「看護実践能力」 ($\beta = -.30, p < .001$)、「仕事のやりがい、楽しさ」 ($\beta = -.29, p < .001$) に負の影響を与えていた (表5)。

V. 考 察

1. 新人看護師のリアリティショックの実態

リアリティショック構成因子の平均得点の小数第一位を四捨五入し、4点以上であった因子は、「業務への責任感」と「患者の死に関する対応」であった。そこで、この2因子およびそれに次いで得点が高く、多くの先行研究 (平賀・布施, 2007; 久保ほか, 2007; 水田, 2004; 岡本, 2016) においてリアリティショックの要因として挙げられる「看護実践能力」を中心に考察する。

「業務への責任感」因子は、「自分の行った看護に対して責任の重さを感じる」「医療事故防止に努めなければならない」「仕事へのスムーズさが要求される」「職場に緊張感がある」という質問項目からなる (平賀・布施, 2007, p.100)。本研究対象者の8割は夜勤業務を始めていたことから、徐々に業務の範囲が拡大するにつれ、自分の実施する看護ケアの責任や医療事故について考える機会が多くなり、「業務への責任感」に関するリアリティショックが高

表5 新人看護師のグリットがリアリティショックに与える影響

説明変数	リアリティショック		
	標準化係数β	p値	調整済みR ²
グリット	-.19	.021*	.05

説明変数	職場の人間関係			看護実践能力			身体的要因			精神的要因		
	標準化係数β	p値	調整済みR ²	標準化係数β	p値	調整済みR ²	標準化係数β	p値	調整済みR ²	標準化係数β	p値	調整済みR ²
グリット	-.13	.108	.03	-.30	.000***	.09	-.06	.510	-.01	-.16	.055	.04

説明変数	業務の多忙さと待遇			仕事のやりがい, 楽しさ			業務への責任感			患者の死に関する対応		
	標準化係数β	p値	調整済みR ²	標準化係数β	p値	調整済みR ²	標準化係数β	p値	調整済みR ²	標準化係数β	p値	調整済みR ²
グリット	-.04	.631	-.02	-.29	.000***	.07	-.07	.408	.06	-.08	.310	.02

重回帰分析（強制投入法）を実施
 年齢, 性別, 最終看護専門学歴, 所属部署の希望を制御変数として投入した
 *p<.05 ***p<.001

まったのではないかと推察された。新人看護師が「業務への責任感」にギャップを強く感じていたという結果は、久保ほか（2007, pp.48-50）の就職後6か月頃の看護師が、就職前の予想よりも悪かったこととして、仕事の責任の重さを挙げたという報告と合致するものであった。さらに、看護師の所掌する業務範囲は広く、医療の高度化と患者の高齢化で医療事故や労働安全衛生上のリスクはますます高まっている（川村, 2018, p.191）。このような背景も、新人看護師の責任感や緊張感を高め、「業務への責任感」に関するリアリティショックに影響を及ぼしたと考えた。

「患者の死に関する対応」は、“死にゆく患者への対応ができない” “患者死亡時の家族への対応ができない” “患者の死後の処置ができない” という質問項目から構成される因子である（平賀・布施, 2007, p.100）。看護基礎教育においては、臨地実習時間の限界もあり、臨死期の看護を経験する機会を持つことが非常に少ない。看護学生時代に経験のないまま、臨床ではじめて死に直面し、対応できないという思いを感じたことでリアリティショックが強く生じたのであろうと推察された。リアリティショックの「患者の死に関する対応」は、新人看護師の仕事に対するモチベーションを低下させる（亀岡・富樫, 2014, pp.143-144）ことが明らかとなっていることから、「患者の死に関する対応」についてのリアリティショックを緩和できるように、看護基礎教育の段階から死生観や臨死期の学修を強化していく必要があると考える。

「看護実践能力」は、「業務への責任感」「患者の死に関する対応」に次ぐ得点であった。新人看護師の看護実践能力については、2009年の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、2010年よ

り、新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が努力義務化され、すべての医療機関で研修を実施することができる体制の整備を目指して新人看護職員研修ガイドラインが作成された（厚生労働省, 2014, p.2）。このように、看護基礎教育と臨床との乖離を埋めることを目的に教育体制が整備されるとともに、各施設において新人看護師の特徴に合わせた職場支援がなされている。看護基礎教育においても、2008年の第4次カリキュラム改正において、臨床実践に近い形で知識・技術を統合させる目的で「看護の統合と実践」が教育内容として設けられる（厚生労働省, 2007, p.16）などの取り組みが実施されてきた。調査対象・時期が異なるため、単純比較はできないが、2007年の「看護実践能力」の平均得点が3.55点（平賀・布施, 2007, p.101）であったのに対し、本研究結果が3.41点と減少していたことは、これらの取り組みの効果であると考えられる。しかしながら、依然としてリアリティショック構成因子のうち3位に位置することを考えると、さらなる対策が必要であると考えられる。

また、本研究の調査時期である2021年は、2019年末に端を発したCOVID-19感染流行の波が繰り返されていた状況下にあった。看護系大学においては、臨地で実施する予定であった科目のうち74.1%を学内での学習に変更していた（一般社団法人日本看護系大学協議会高等教育行政対策委員会, 2020, p.3）という調査報告もあり、本研究対象者は、感染流行の影響を受け、看護学生最終学年の時期に、臨床での実習経験がほとんど得られないまま卒業し、入職するという状況にあった。つまり、新人看護師は、従来の入職前の準備状態とは異なり、臨地実習経験を基にした看護の現場のイメージを持っていないまま、深刻な医療ひっ迫の

状況にある看護の現場に入った。そのことが、「業務への責任感」を高め、“一人で業務を行うことに自信がない”“基本的な技術が一人でできない”といった「看護実践能力」に関するギャップを生じやすくさせたと考えられる。リアリティショックを緩和していくためには、このような医療や教育などの外的環境の変化があっても、それに対応していけるような、新人看護師個人の能力を高めることも重要となると考えられた。

2. 新人看護師のグリットの実態

今回の対象者のグリット尺度平均得点は3.13点であった。対象が異なるため単純比較はできないものの、竹橋ほか(2019, pp.583-585)によると、20~60歳代の一般成人が3.09点、大学生が3.14点であったことから、対象の新人看護師においても、大学生および一般成人と同程度のグリットを有していると推定された。

看護学生時代の状況別にグリットの特徴をみると、看護師学校養成所への進学を自分の意思で決めた者、授業に興味を持って取り組んだ者、褒められた体験が多かった者は、グリットが高いという結果であった。これは、大学生アスリートを対象にした研究において、内的動機により競技を始めた者はグリット得点が高いこと(秋葉・角田, 2016)、成人を対象とした研究では、よく褒められた経験があった者はグリット得点が高いこと(橋本, 2017)が明らかとなっており、先行研究と矛盾しない結果であった。本研究では、これらの特徴とグリットとの因果関係は明らかにしていないが、新人看護師についても、主体的な動機を持つこと、授業に興味を持って取り組むこと、学生時代に褒められた体験を持つことが、高いグリットを有する上で重要となる可能性がある。

一方で、グリットと関連があると予想していた、物事を楽観的にとらえる傾向、目標とする看護師や支えになった人の有無、キャリアデザインや就職先の決定時期、部活動やアルバイトの継続経験、健康的な生活習慣、睡眠時間については、有意差が認められなかった。グリットはやり抜くという特性をもつことから、単に経験があったかどうかではなく、どの程度のものであったのかを考慮する必要があったと考えられ、さらなる調査、検討が必要である。

3. 新人看護師のグリットがリアリティショックに与える影響とリアリティショック緩和に向けた示唆

今回、新人看護師のグリット尺度得点とリアリティショック尺度得点に負の相関を認めたことから、新人看護師のグリットが低いほどリアリティショックの深刻化を来しやすいことが示唆された。伊藤(2004, p.166)は、新人看護師のリアリティショックは、多かれ少なかれ必ず生

じるものであり、リアリティショックが生じても、それを克服していくことが大切であると述べている。よって、リアリティショックが深刻化しやすい低グリット者には、その深刻化を防ぎ、克服していけるようなサポートが特に重要となると考えられた。

さらに、新人看護師のグリットは、リアリティショックを緩和し、リアリティショック構成因子のうち、“看護実践能力や問題解決能力が不足している”“一人で業務を行う自信がない”“与えられた業務が遂行できない”等の質問項目からなる「看護実践能力」と、“仕事に対して楽しさを感じない”“仕事に対してやりがいを感じない”の質問項目からなる「仕事のやりがい、楽しさ」を緩和することが明らかとなった。

グリットの高い者は、困難や失敗を学びや改善につながるものと認識し(Dweck & Yeager, 2020)、自ら意欲を高めて学習方略を工夫し(Wolters & Hussain, 2015)、努力ができる(Duckworth, 2016/2016, pp.58-78)と言われている。したがって、高いグリットを持つ新人看護師は、看護現場において困難や失敗にぶつかった際に、それを学びや改善につながるものと認識できることによって、“看護実践能力や問題解決能力が不足している”ことや“与えられた業務が遂行できない”といった思いばかりにとらわれずにいられるのではないだろうか。また、その解決に向け意欲的に学びを進め、自ら努力し続けることができることで、「看護実践能力」に関するリアリティショックを緩和しているのではないかと考える。

また、「仕事のやりがい、楽しさ」を緩和する効果については、グリットが、幸福感や健康状態に比例する(Duckworth, 2016/2016, pp.357-360)、対人援助職のバーンアウト傾向を抑制する(井川・中西, 2019)といった先行研究と矛盾しない結果であった。また、グリットが高い者は、神経症傾向が低く(竹橋ほか, 2019)、仕事に対してポジティブな感情を持つ(Suzuki, et al., 2015)ことが明らかになっている。これらより、グリットの高い看護師は、仕事に対してポジティブに取り組むことができるため、「仕事のやりがい、楽しさ」に関するギャップが生じにくいのではないかと考えられる。

新人看護師の「看護実践能力」に関するリアリティショックは、離職の一因である(厚生労働省, 2014, p.2)と指摘されている。また、亀岡・富樫(2014, p.144)は、「仕事のやりがい、楽しさ」に関するリアリティショックは、新人看護師の就労意識に多くのネガティブな影響を与えと言及している。これらのことから、高いグリットを持ち、「看護実践能力」および「仕事のやりがい、楽しさ」に関するリアリティショックを軽減することは、新人看護師の離職を防止するうえで重要であるといえる。グ

リットを育成し、リアリティショックを緩和することが可能となれば、現在実施されている対策と並行して実施可能な離職防止へのアプローチとなりうる。さらに、看護基礎教育段階からグリットの育成に取り組むことができれば、早期から対策を講じることが可能となる。よって、グリットを育成し、リアリティショックを緩和することは、新人看護師の離職防止に向けた新たな方策の一つとなる可能性があると考えられた。

4. 研究の限界と課題

本研究では、新人看護師の看護学生時代の状況とグリット得点については、比較検定をするに留まったため、育成要因を明らかにするまでには至らなかった。今後、リアリティショックの緩和にグリットを応用していくためには、グリットを高める要因を具体的に明らかにしていく必要がある。また、重回帰分析において調整済み R^2 値が低値であった。リアリティショックの緩和に向けては、他の要因が存在していることも考えられるため、リアリティショックをより説明できる変数の検討が必要である。

結 論

大学病院に勤務する新人看護師のリアリティショックとグリットの実態とその関連を明らかにすることを目的として質問紙調査を行い、以下の結論を得た。

1. 就職後4～5か月の新人看護師のリアリティショック尺度平均得点および標準偏差は182.82±37.66点であった。特に「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」、「看護実践能力」というリアリティショックを感じていた。
2. 就職後4～5か月の新人看護師のグリット尺度平均得点および標準偏差は3.13±0.49点であった。新人看護師の看護学生時代の状況によるグリットの特徴として、看護師学校養成所への進学を自分の意思で決めた者、授業に興味を持って取り組んだ者、褒められた体験が多かった者はグリットが高かった。
3. 新人看護師のリアリティショックとグリットには、有意な負の相関があった。グリットはリアリティショックに対して緩和する方向に働くこと、リアリティショック構成因子のうち「看護実践能力」、「仕事のやりがい、楽しさ」に対して負の影響を与えていた。

以上のことから、グリットは、リアリティショックを緩和し、特にリアリティショック構成因子のうち「看護実践能力」および「仕事のやりがい、楽しさ」を緩和することが明らかとなった。よって、グリットを育成し、リアリティショックを緩和することが可能となれば、現在実施さ

れている対策と並行して実施可能な離職防止へのアプローチとなりうると考えられた。

謝 辞

本研究の実施にあたり、アンケート調査にご協力をいただきました全国の国立大学病院の新人看護師の皆様、看護部長をはじめ看護部の皆様に心よりお礼申し上げます。本研究は愛媛大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものであり、結果の一部を第48回日本看護研究学会学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

- 秋葉茂季, 角田直也 (2016). 大学生アスリートにおける Grit に関連する要因. *国士舘大学体育研究所報*, 35, 63-66. <https://kokushikan.repo.nii.ac.jp/records/12565> (参照 2024年 2月 7日)
- Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). Grit: Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(6), 1087-1101. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.6.1087>
- Duckworth, A. L. (2016) / 神崎朗子訳 (2016). やり抜く力: 人生のあらゆる成功を決める「究極の能力」を身につける (pp.357-360). 東京: ダイヤモンド社.
- Dweck, C. S., & Yeager, D. S. (2020). A growth mindset about intelligence. In G. M. Walton, & A. J. Crum (Eds.), *Handbook of wise interventions: How social psychology can help people change* (pp.9-35). New York: Guilford Press.
- Eskreis-Winkler, L., Gross, J. J., & Duckworth, A. L. (2016). Grit: Sustained self-regulation in the service of superordinate goals. In K. D. Vohs, & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications third edition* (pp.380-395). New York: Guilford Press.
- 橋本博文 (2017). 褒められた経験が自尊心およびやり抜く力に与える影響. *日本教育心理学会総会発表論文集*, 59, 524. https://doi.org/10.20587/pamjaep.59.0_524
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007). 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 30(1), 97-107. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20061102006>
- 井川純一, 中西大輔 (2019). 対人援助職のグリット (Grit) とバーンアウト傾向及び社会的地位の関係: 高グリット者はバーンアウトしにくいのか?. *パーソナリティ研究*, 27(3), 210-220. <https://doi.org/10.2132/personality.27.3.6>
- 一般社団法人日本看護系大学協議会高等教育行政対策委員会 (2020). 2020年度看護系大学4年生の臨地実習科目(必修)の実施状況 調査結果報告書, 3. <https://doi.org/10.32283/rep>

598a3d11

- 伊藤徳子 (2004). 新人看護師がリアリティショックを克服していく過程とその要因. *看護教育研究集録教員養成課程看護教員養成コース*, (30), 160-167.
- 糸嶺一郎 (2017). 新卒看護師の社会人基礎力がバーンアウトに及ぼす影響 (博士論文), 2. <https://iuhw.repo.nii.ac.jp/record/858/files/32206AS283.pdf> (参照2024年2月7日)
- 亀岡正二, 富樫千秋 (2014). リアリティショックが新卒看護師の就労意識に及ぼす影響. *NURSING BUSINESS*, 8(2), 141-145.
- 勝原裕美子, ウィリアムソン彰子, 尾形真実哉 (2005). 新人看護師のリアリティ・ショックの実態と類型化の試み: 看護学生から看護師への移行プロセスにおける二時点調査から. *日本看護管理学会誌*, 9(1), 30-37. https://doi.org/10.19012/janap.9.1_30
- 川村治子 (2018). 看護サービス管理におけるリスクマネジメント. 小池智子, 松浦正子, 中西睦子 (編), *看護サービス管理 第5版* (p.191). 東京: 医学書院.
- 公益社団法人日本看護協会 (2023年3月31日). 2022年病院看護実態調査. https://www.nurse.or.jp/home/assets/20230301_n104.pdf (参照2024年2月7日)
- 厚生労働省 (2007年4月16日). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 16. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (参照2024年2月7日)
- 厚生労働省 (2014年2月24日). 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】, 2. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf (参照2024年2月7日)
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*, 1-8. St. Louis: C. V. Mosby.
- 久保江里, 前田ひとみ, 山田美幸, 津田紀子, 串間秀子, 池田スエ子 (2007). 新卒看護師の仕事に対する予想とのギャップと対処の実態: 就職3ヶ月後と6ヶ月後の縦断的調査から. *南九州看護研究誌*, 5(1), 45-52.
- 水田真由美 (2004). 新卒看護師の職場適応に関する研究: リアリティショックと回復に影響する要因. *日本看護研究学会雑誌*, 27(1), 91-99. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20040106006>
- 水田真由美, 辻 幸代, 中納美智保, 井上 潤, 上坂良子 (2006). リアリティショック緩和のための卒業前技術トレーニングとストレスマネジメント教育の実施と評価. *日本看護学教育学会誌*, 16(1), 43-52. https://doi.org/10.51035/jane.16.1_43
- 宗像恒次, 及川尚美 (1986). リアリティショック: 精神衛生学の視点から. *看護展望*, 11(6), 562-567.
- 内藤知佐子 (2021). プロセスレコードで学ぶスタッフに寄り添う育成術 (第48回) コロナ禍におけるチームづくり (失敗の共有で育てる“やり抜く力”). *NURSING BUSINESS*, 15(8), 736-739.
- 岡本響子 (2016). 新人看護師のリアリティショックに関する研究. 広島大学大学院総合科学研究科紀要. 1, *人間科学研究*, 11, 37-39. <https://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/00042546> (参照2024年2月7日)
- 小塩真司 (2021). 非認知能力とは. 小塩真司 (編), *非認知能力概念・測定と教育の可能性* (pp.1-10). 京都: 北大路書房.
- Suzuki, Y., Tamesue, D., Asahi, K., & Ishikawa, Y. (2015). Grit and work engagement: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 10(9), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137501>
- Takase, M. (2012). The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: A tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1400-1410. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04239.x>
- 竹橋洋毅, 樋口 収, 尾崎由佳, 渡辺 匠, 豊沢純子 (2019). 日本語版グリット尺度の作成および信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, 89(6), 580-590. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.89.17220>
- Wolters, C. A., & Hussain, M. (2015). Investigating grit and its relations with college students' self-regulated learning and academic achievement. *Metacognition and Learning*, 10, 293-311. <https://doi.org/10.1007/s11409-014-9128-9>

[2023年10月18日受付]
[2024年6月15日採用決定]

Current State of Reality Shock and its Relationship with Grit (Passion and Perseverance) among New Nurses Working at University Hospitals

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 47(5), 949-958
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240615253>

Yuko Ueda, MSN, RN, PHN¹, Sadako Norimatsu, PhD, RN²,
Akiko Jogamoto, PhD, RN, PHN³,
Kazumi Fujimura, PhD, RN, PHN, MW³

¹Department of Nursing, Faculty of Nursing, St. Catherine University, Ehime, Japan

²former Ehime University Graduate School of Medicine Nursing and Health Sciences Course, Ehime, Japan

³Ehime University Graduate School of Medicine Nursing and Health Sciences Course, Ehime, Japan

Abstract

Objective: This study investigated the extent of and relationship between reality shock and grit among new nurses, aiming to develop basic data to mitigate new nurses' experiences of reality shock. **Methods:** It targeted 511 new nurses working at national university hospitals. It used a questionnaire consisting of the "Reality Shock Scale for New Nursing Graduates" and the "Japanese version of the Grit Scale." Associations were examined using a multiple regression analysis. **Results:** The study collected completed questionnaires from 30.9% of new nurses. The mean reality shock scale score was 182.82, while the mean Grit Scale score was 3.13. Grit negatively affected reality shock and was significantly related to the structural factors of "practical nursing skill" and "work satisfaction and enjoyment." **Conclusions:** These findings indicate that grit mitigates reality shock among new nurses. If reality shock can be mitigated in new nurses by encouraging grit, this approach could prevent staff turnover and be implemented in parallel with current measures.

Key words

new nurses, reality shock, grit

Correspondence: Y. Ueda. Email: ueda-y@catherine.ac.jp

新卒看護師が訪問看護ステーションに就職することについての教員の認識と就職支援の関連

日本看護研究学会雑誌
2025, 47(5), 959-969
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240709254>

久田玲子¹, 山下留理子², 岩佐幸恵²

¹徳島大学大学院保健科学研究科, ²徳島大学大学院医歯薬学研究部

要旨

目的: 看護基礎教育修了後すぐに訪問看護師になることへの教員の認識と就職支援の関連を明らかにする。**方法:** 看護系大学教員に対し質問紙調査を実施した。**結果:** 115名から回答があった(有効回答率19.8%)。教員は本人の希望, 就職先の看護の質と内容, 就職先の教育体制を大切に考えて就職支援を行っていた。訪問看護師になりたいと相談を受けた教員は約7割いたが相談後に就職した学生がいた教員は5割であった。病院等で経験を積んだ後に訪問看護師になることを勧める教員は約1割おり, その理由として教育体制の不十分さや高い実践能力の必要性をあげていた。訪問看護ステーションに就職する場合は病院より高いレベルの看護実践能力を求められると考えていた。**結論:** 訪問看護ステーションに就職する場合には病院に就職する場合よりも高い実践能力が求められるとの認識をもつ教員は, 病院で経験を積んだ後に訪問看護師になることを勧める傾向にあった。

キーワード

新卒看護師, 訪問看護, 臨床能力

責任著者: 久田玲子. Email: reirei.p@icloud.com

はじめに

わが国では高齢化が進展し85歳以上人口の急増や生産年齢人口の急減が見込まれている(内閣府, 2023)。医療や介護が必要な状態となっても住み慣れた生活の場で自分らしい生活を続けるためには, 地域における医療・介護の関係機関が連携し, 継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。そのため, 訪問看護ステーションや介護保険施設等の「在宅サービス」を充実させるとともに, 安心して生活を営むことができるように地域に必要な看護職員の確保が進められてきた(厚生労働省, 2019)。

看護基礎教育修了後すぐに訪問看護師として就労することに関心がある学生は, 約49%いるといわれている(佐々木・榎倉・柏崎・保下・叶谷, 2021; 大和・金谷・田中・河野, 2019)。しかし, 厚生労働省の看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査(2022)によると卒業後すぐに看護師として就労する90%以上の学生は病院に就職しており, 看護基礎教育機関では「まずは病院で働く」という就職指導が行われていると推察される。訪問看護ステーションへ看護基礎教育修了後すぐに就職するには, 一人で訪問する責任や就職後の教育体制に不安があるため難

しい(小池, 2015; 西村・勝負, 2017)と学生が感じていることも新卒訪問看護師が増えない理由と考えられるが, 就職を支援する教員の認識も影響している可能性がある。例えば, 新卒訪問看護師になることは勧められることだと考えているのか, 新卒で訪問看護ステーションに就職する際にどの程度の看護実践能力が求められると考えているのかといった認識である。きらきら訪問ナース研究会の報告(2015)において, 新卒で訪問看護ステーションに就職することに対して「臨床経験がないと在宅でのアセスメントができない」, 「知識・技術が未熟で社会人能力も低い」という教員の意見があったが, 2015年以降, 新卒看護師が訪問看護ステーションに就職することや, そのために必要な看護実践能力を教員がどのように考えているかを明らかにする研究は見当たらない。そこで, 看護教員は学生が新卒で訪問看護ステーションに就職することをどのように認識し, どのような就職支援を行っているかを明らかにし, 新卒訪問看護師になることを推進するために必要な支援を検討する。

I. 研究目的

看護基礎教育修了後すぐに訪問看護師になることについての教員の認識と就職支援の関連を明らかにする。

II. 用語の定義

新卒看護師：看護基礎教育を修了後すぐに就職した看護師

新人訪問看護師：看護の実践経験がある訪問看護ステーションに就職してすぐの看護師

新卒訪問看護師：看護基礎教育を修了後すぐに訪問看護ステーションに就職した看護師

III. 研究方法

1. 対象

2020年度看護学校便覧（医学書院）に掲載されていた看護系大学291校の教務主任または就職担当教員と、在宅看護論担当教員の合計582名を研究対象者とした。

2. 調査方法

Microsoft Forms を用いWeb上で無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は2021年7月9日から8月8日であった。

3. 調査内容

調査の内容は、先行文献（きらきら訪問ナース研究会、2015）を参考に質問項目と選択肢を作成した。回答者の基本属性の他に、教員の認識として新卒で訪問看護ステーションに就職することを勧めるかどうか、就職時に必要と考える看護実践能力、学生が訪問看護ステーションに就職する際に教員が不安に感じる、就職支援として新卒訪問看護師になりたいと相談を受けた場合の教員の対応とその理由、新卒訪問看護師になりたい学生の就職支援の際に教員が重要と考えていることを問うた。新卒訪問看護師になることを勧めるかどうかは、「勧める」「やや勧める」「どちらでもない」「あまり勧めない」「勧めない」の多肢選択、新卒訪問看護師になりたいと相談を受けた場合の教員の対応は、「就職できるように支援を考える」「他の教員と相談する」「病院で経験を積んだ後に訪問看護師になるように勧める」「考え直しを勧める」「その他（自由記述）」の多肢選択、その理由は自由記述とした。学生が訪問看護ステーションに就職する際に教員が不安に感じる、新卒訪問看護師になりたい学生の就職支援の際に教員が重要と考えていることは、5段階リッカート尺度で問うた。看護実践能力を測る基準としては、日本看護協会（2016）の

「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）活用のための手引き」（2016）を用いた。

看護師のクリニカルラダーとは、あらゆる施設や場におけるすべての看護師に共通する看護実践能力の標準的指標として、2016年に公表された。必要な核となる看護実践能力を、4つの力を基盤に分類している。4つの力とは①ニーズをとらえる力：ケアの受け手をとらえ、判断しその人に適した方略を選択する、②ケアする力：ケアの実施・評価を行う、③意思決定を支える力：ケアの受け手が立ち会う場面において、その人らしい選択ができるための意思決定を支える、④協働する力：ケアの受け手を中心に情報やデータを多職種間で共有し、ケアの方向性を検討、連携する、である。4つの力はそれぞれ5つの習熟段階（レベルと表記されている）で構成され、レベルⅠは基本的な看護手順に従い必要に応じて助言を得て看護を実践する、レベルⅡは標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する、レベルⅢはケアの受け手に合う個別的な看護を実践する、レベルⅣは広い視野で予測的判断を持ち看護を実践する、レベルⅤはより複雑な状況においてケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践すると定義されている。今回の調査ではラダーレベルⅠ～Ⅴに1点～5点を対応させて看護実践能力を算出した。また、「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」については、どのレベルでも複数の行動目標が示されている。そこで、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から情報収集ができる能力を「ニーズをとらえる力1」とし、情報を統合し全体像をとらえ緊急度や優先度を判断できる能力を「ニーズをとらえる力2」とした。また、「ケアする力1」は看護過程を展開する能力、「ケアする力2」は状況に応じてケアを実践できる能力とした。「協働する力1」はケアの受け手のニーズに対応するために関係者に働きかける力、「協働する力2」はケアの受け手を取りまく関係者の連携が機能するように調整する力である。

4. 分析方法

各項目について記述統計を行った。新卒看護師として就職する際に教員が必要と考える看護実践能力については、病院に就職する場合と、訪問看護ステーションで就職する場合に分けて項目ごとにWilcoxonの符号付順位検定を用いて比較した。また、病院に就職する場合と、訪問看護ステーションに就職する場合の関係をみるために7項目の平均点を求め、Spearmanの順位相関係数を算出した。訪問看護ステーションへの就職を勧めるかどうかと他の要因の関連については χ^2 独立性の検定を行った。教員の背景や考え方による新卒看護師に求める看護実践能力の比較は、

Mann-WhitneyのU検定を行った。自由記述の内容についてはコード化し類似するものをカテゴリーにまとめる内容分析の手法で分析した。なお、統計解析にはIBM SPSS ver. 27を使用し、各検定の有意水準は $p < .05$ とした。

5. 倫理的配慮

本研究は徳島大学病院医学系研究倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号 3999)。同意取得に当たっては、研究責任者が作成した説明文書を用いて研究の目的・方法、研究参加への意思決定の自由とそれによる不利益はないこと、匿名性の保護、得られたデータを研究目的以外では使用しないことを、文書を用いて説明した。研究対象者は、研究の内容を十分に理解した上で回答フォームの同意確認欄へのチェックをし、研究参加への同意の意思を示した。

IV. 結 果

看護系大学291校に依頼文書を送付し、研究の対象者となる582名のうち115名より回答があった(有効回答率19.8%)。表1に示すように在宅看護論担当教員が83名と回答者の72.2%であり、50歳代以上の教員が87名(75.7%)と多くを占め、訪問看護の経験がある教員は49名(42.6%)と半数以下であった。新卒訪問看護師になりたいと相談を受けた経験がある教員は80名(69.6%)おり、そのうち実際に就職した学生がいた教員は40名(50.0%)であった。

表2に示すように新卒訪問看護師になることを「勧める」・「やや勧める」と回答した教員は合わせて51名(44.3%)、「あまり勧めない」・「勧めない」と回答した教員は13名(11.3%)、「どちらでもない」と回答した教員は51名(44.3%)であった。表3に示すように新卒訪問看護師になりたいと相談を受けた場合に教員が行う対応は「就職できるように支援を考える」が75名(65.2%)と最も多いが、最初は病院で経験を積むことを勧める教員も12名(10.4%)いた。その他と回答した教員は11名(9.6%)おり、「学生の意欲や資質によって、検討する」「希望している学生の能力と適性を見て対応する」といったように学生の目的意識、動機、適性、能力によって対応を考えるといった内容が多かったが、「(教員が学生) 本人と違う意見

を述べると(学生・保護者から)パワハラと言われる」といった意見もあった。

図1に示すように訪問看護ステーションに限らず就職支援をする時に教員が大切と考えていることは「本人の希望」が最も多く、108名(93.9%)が「とても大切」と回答したが、次には「看護の質と内容」87名(75.7%)、「就職先の教育体制」82名(71.3%)が「とても大切」と回答し、就職先の訪問看護ステーションのことがあがった。図2に示すように訪問看護ステーションに就職する際に教員が心配と感ずることは「教育体制」が最も多く、53名(46.1%)が「とても心配」と回答した。次いで「一人

表1 回答者の基本属性

		N=115	
項目	区分	n	(%)
職務	教務主任	13	(11.3)
	就職担当	19	(16.5)
	在宅看護論担当	83	(72.2)
年齢	20歳代	2	(1.7)
	30歳代	8	(7.0)
	40歳代	18	(15.7)
	50歳代	60	(52.2)
	60歳代以上	27	(23.5)
訪問看護経験	あり	49	(42.6)
	なし	66	(57.4)
訪問看護への就職相談を受けた経験	あり	80	(69.6)
	なし	35	(30.4)
相談後に就職した学生(n=80)	あり	40	(50.0)
	なし	40	(50.0)

表2 新卒で訪問看護ステーションに就職することを勧めるかどうか

N=115		
項目	n	(%)
勧める	20	(17.4)
やや勧める	31	(27.0)
どちらでもない	51	(44.3)
あまり勧めない	8	(7.0)
勧めない	5	(4.3)

表3 新卒訪問看護師になりたいと相談を受けた場合の教員の対応

N=115		
項目	n	(%)
就職できるように支援を考える	75	(65.2)
他の教員と相談する	17	(14.8)
病院で経験を積んだ後に訪問看護師になるよう勧める	12	(10.4)
考え直しを勧める	0	(0.0)
その他	11	(9.6)

で訪問するリスク」「看護実践能力」が共に33名（28.7%）と多かった。

表4に示すように就職する際に教員が必要と考える看護実践能力において訪問看護ステーションの方が高かった項目は、「ケアする力2」（ $p=.040$ ）,「協働する力2」（ $p=.041$ ）,「意思決定を支える力」（ $p=.011$ ）であった。

全体の平均では有意な差があるとはいえなかった。

表5に示すように新卒訪問看護師として就職を勧めるかどうかと教員の背景との関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ、有意に在宅看護論担当教員の方が就職を勧める割合が高かった（ $p=.007$ ）。また、訪問看護への就職相談を受けた経験のある方が就職を勧める教員が多く

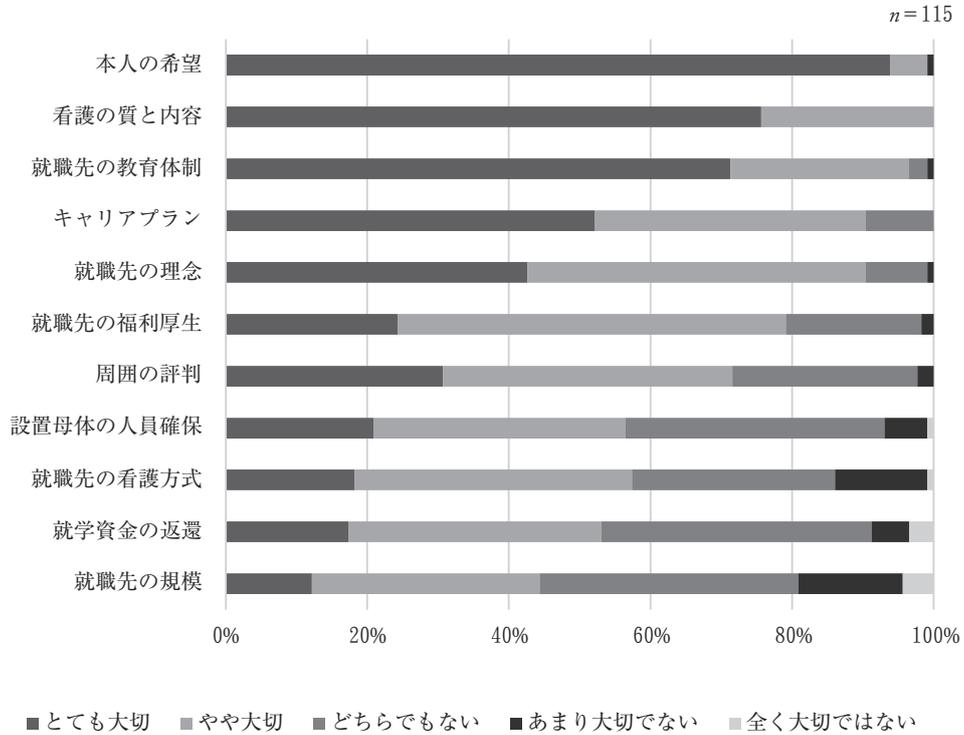


図1 就職支援の際に教員が重要と考えていること

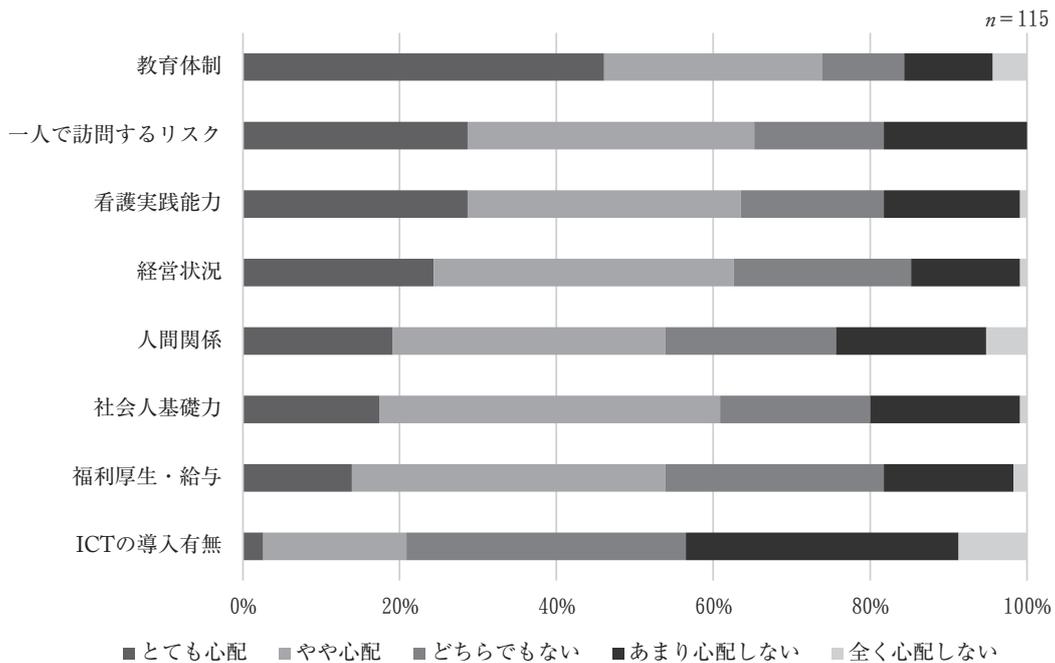


図2 学生が訪問看護ステーションに就職する際に教員が心配に感じていること

($p < .001$), 相談後に就職した学生がいた方が就職を勧める教員が多かった ($p = .017$)。

表 6 に示すように Mann-Whitney の U 検定を用いて新卒で訪問看護師になることを勧める教員と勧めない教員で、病院に就職する際に必要と考える看護実践能力のレベルを比較したところ、有意な差があるとはいえなかった ($p = .775$) が、上記と同じ条件で、訪問看護ステーションに就職する際に必要な看護実践能力を比較した場合は有意な

差がみられ ($p = .048$), 勧めない教員の方が高い能力を求めている。同様に学生から新卒訪問看護師になりたいと相談を受けた場合に、訪問看護ステーションに就職できるように支援する教員と最初は病院で経験を積んだ後で訪問看護師になることを勧める教員と比較したところ、病院では有意な差があるとはいえなかったが ($p = .249$), 訪問看護ステーションでは有意な差がみられ ($p = .019$), 最初は病院を勧めることを考える教員の方が高い能力を求めている。

表 4 病院・訪問看護ステーション別にみた教員が就職時に必要と考える看護実践能力

N = 115

項目	病院		訪問看護ステーション		p^a	効果量 (r) ^b
	M	SD	M	SD		
ニーズをとらえる力 1	1.63	0.93	1.72	1.07	.221	.11
ニーズをとらえる力 2	2.16	1.07	1.99	1.10	.120	.15
ケアする力 1	1.75	0.92	1.77	0.95	.585	.05
ケアする力 2	1.54	0.87	1.66	0.95	.040	.19
協働する力 1	1.48	0.86	1.53	0.83	.217	.12
協働する力 2	1.50	0.82	1.63	0.94	.041	.19
意思決定を支える力	1.55	0.73	1.70	0.93	.011	.24
全体	1.75	0.64	1.80	0.79	.880	.01

注. ^a Wilcoxon の符号付順位検定, ^b Cliff's delta: $r = Z/\sqrt{N}$

ニーズをとらえる力 1 : 身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から情報収集ができる能力

ニーズをとらえる力 2 : 情報を総合し全体像をとらえ緊急度や優先度を判断できる能力

ケアする力 1 : 看護過程を展開する能力

ケアする力 2 : 状況に応じてケアを実践できる能力

協働する力 1 : ケアの受け手のニーズに対応するために関係者に働きかける力

協働する力 2 : ケアの受け手を取りまく関係者の連携が機能するように調整する力

表 5 新卒訪問看護師への就職を勧めるかどうかと教員の属性との関連

N = 115

項目	就職を勧める			どちらでもない			就職を勧めない			χ^2	p^a	効果量
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)						
教員の職務												
在宅看護論担当	45 (54.2)	31 (37.3)	7 (8.4)	9.88	.007	.308 ^b						
それ以外の教員	6 (18.8)	20 (62.5)	6 (18.8)									
教員の年代												
40歳代以下	8 (28.6)	16 (57.1)	4 (14.3)	4.71	.318	.166 ^c						
50歳代	33 (55.0)	21 (35.0)	6 (10.0)									
60歳代以上	10 (37.0)	14 (51.9)	3 (11.1)									
訪問看護の経験												
あり	27 (55.1)	18 (36.7)	4 (8.2)	4.09	.130	.185 ^b						
なし	24 (36.4)	33 (50.0)	9 (13.6)									
訪問看護への就職相談を受けた経験												
あり	46 (57.5)	28 (35.0)	6 (7.5)	16.16	< .001	.375 ^b						
なし	5 (14.3)	23 (65.7)	7 (20.0)									
相談後に就職した学生 (n = 80)												
あり	30 (75.0)	8 (20.0)	2 (5.0)	7.16	= .017	.344 ^b						
なし	16 (40.0)	20 (50.0)	4 (10.0)									

注. ^a χ^2 独立性の検定, ^b 効果量: 連関係数 (ϕ), ^c 効果量: Cramer's V

図3に示すように教員が病院に就職する場合に必要と考える実践能力と訪問看護ステーションに就職する場合に必要な実践能力の関連を、Spearmanの順位相関係数を用いて検定した結果、有意差があり ($p < .01$)、病院で高い能力を求めるほど訪問看護ステーションでも高い能力を求めている。

新卒で訪問看護師になりたいと相談を受けた場合の対応について、自由記載で理由を求めたところ、就職できるように支援すると回答した教員では、表7に示すように、本人の意思を尊重する(31名)、教育体制が整っているから(27名)との理由が多かった(重複回答)。最初は病院等で経験を積むことを勧めると回答した12名の教員は、表8に示すように、訪問看護ステーションでは新卒者の教育体制が不十分であること(7名)や高い臨床能力が必要である(6名)ことを理由にあげていた(重複回答)。

V. 考 察

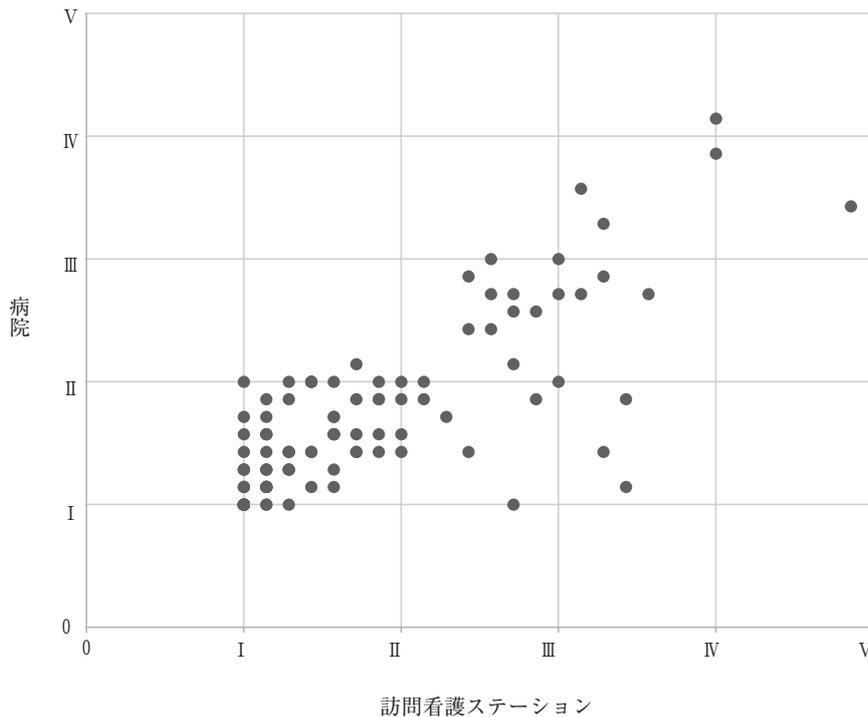
今回の調査結果では、教員は病院に就職する場合よりも訪問看護ステーションに就職する場合の方が、状況に応じてケアを実践できる能力(ケアする力2)やケアの受け手を取りまく関係者の連携が機能するように調整する力(協働する力2)、意思決定を支える力が必要と認識していた。また、新卒で訪問看護師になることを勧めない教員は、勧める教員に比べて訪問看護ステーションに就職する場合には高い実践能力が必要と認識し、病院就職時に高い実践能力を求める教員ほど訪問看護ステーションでも高い実践能力を求める傾向にあった。そして、訪問看護ステーションに就職したいと相談を受けた場合の対応として、最初は病院に就職し経験を積んだ後に訪問看護師になるよう勧める教員は、訪問看護ステーションへの就職を支援する教員に比べて、訪問看護ステーションにおいてはより高い実践能力が必要と考えていた。これらのことから、訪問看護ス

表6 教員の属性や訪問看護ステーションへの就職の考え方の違いによる必要と考える看護実践能力の比較

項目	n	病院		p ^a	効果量 ^b (r)	訪問看護 ステーション		p ^a	効果量 ^b (r)
		M	SD			M	SD		
教員の職務									
在宅看護論担当	83	1.74	0.61	.945	.006	1.73	0.72	.288	.099
それ以外の教員	32	1.77	0.72			1.97	0.95		
教員の年代									
40歳代以下	28	1.63	0.52	.342	.089	1.66	0.67	.317	.093
50歳代以上	87	1.78	0.67			1.84	0.83		
訪問看護の経験									
あり	49	1.71	0.64	.423	.075	1.76	0.75	.555	.055
なし	66	1.77	0.64			1.83	0.83		
訪問看護への就職相談経験									
あり	80	1.76	0.59	.418	.075	1.78	0.77	.956	.005
なし	35	1.73	0.74			1.84	0.84		
相談後に就職した学生									
あり	44	1.76	0.63	.741	.031	1.76	0.74	.923	.009
なし	71	1.74	0.65			1.82	0.83		
新卒訪問看護師となること									
勧める	51	1.73	0.51	.775	.027	1.66	0.57	.048	.184
勧めない	13	1.93	0.82			2.37	1.03		
相談を受けた場合の対応									
支援する	75	1.62	0.67	.249	.110	1.60	0.73	.019	.220
最初は病院を勧める	12	1.95	0.96			2.56	1.31		

注. ^a Mann-WhitneyのU検定, ^b Cliff's delta: $r = Z/\sqrt{N}$

n = 115



注. Spearmanの順位相関係数, $p < .01$, $r_s = .77$

図3 教員が就職時必要と考える病院と訪問看護ステーションの看護実践能力の関連

表7 就職できるように支援を考える理由 (重複回答)

カテゴリー	サブカテゴリー	n
本人の意思を尊重するから (n=31)	本人の希望が実現するよう支援したい	24
	本人の意思を尊重したい	4
	学生が主体的に選択することが重要だから	2
	本人の看護観を大切にできる場で働くことが、資質能力を高めると思うから	1
教育体制が整っているから (n=27)	教育体制が整っていれば十分に成長できる	13
	教育体制が整っているところであれば問題ない	7
	最近では教育体制が整ってきたから	4
	訪問看護の新人育成プログラムができ運用されているから	2
	サポートがあれば新人でも就職可能だから	1
訪問看護師を育成する必要があるから (n=5)	地域に訪問看護師が必要だから	2
	訪問看護師を一人でも増やしたいから	2
	新人を受け入れたい施設が増えてきているから	1
キャリアが多様化しているから (n=5)	キャリアが多様化し病院だけでなく多様な場で働く看護師が必要だから	3
	新卒では訪問看護師になれないという考えは古いから	1
	看護師としての基本は同じなので、どこで経験を積んでもよいと思うから	1
新卒から育成することにメリットがあるから (n=5)	在宅看護の視点を養うには新卒で訪問看護を経験するのがよいと考えるから	3
	訪問看護ステーションが新卒を希望しているから	2
	学生の学習意欲があれば修業可能である	2
学生の資質に見込みがあるから (n=4)	学生のやる気次第である	1
	訪問看護に向いている学生もいる	1
	新卒で就職した学生が、病院とは違った方向に成長しており、それも良いと思ったから	2
訪問看護ステーションの質向上につながるから (n=2)	新卒で就職した学生がいきいきしているから	1
	若い力を訪問看護ステーションの質向上につなげて欲しいから	2

表 8 最初は病院等で経験を積んだ後に訪問看護師になることを勧める理由（重複回答）

カテゴリー	コード
新卒者の教育体制が不十分だから (n=7)	新卒の訪問看護師のための卒業教育システムが整っているステーションが少ない 新卒者の教育計画が未整備 病院における新人教育のように、2年程度サポートがつく環境ではない 訪問看護ステーションにおける新任期の教育体制が十分とは言えない 訪問看護ステーションの新人教育資源の限界を感じる どこまでやっても、学生が不安を持ち続ける状態のこともあった 学部から経験がないまま在宅に行くと特にアセスメント力が伸び悩む
高い臨床能力が必要だから (n=6)	ある程度一人で判断できる能力や技術が必要と考える 在宅看護師は全身状態を判断できるスキルを身につけていることが必要 日常生活援助であっても、疾患、薬理学、病態学などを統合するなど臨床推論の領域を学ぶ必要があるからだ 急性期・慢性期病院と在宅との連携のためには、病院での看護経験が重要だ ステーション側からも臨床経験を積んでから就職して欲しいと言われる 技術習得や思考の不十分さがありすぎる
離職率が高いから (n=2)	県内の訪問看護ステーションに就職した新卒者10名（他学校）のうち、半数が1年以内に離職していた 多くは実習施設で就職したが、退職した時の実習施設との関係にギクシャクしたものが残る可能性も考えてしまう
同期の仲間がいないから (n=1)	同期の仲間の存在が大きいが、訪問看護ステーションでは同じ悩みを相談できる新卒仲間がいない
福利厚生が不十分だから (n=1)	新卒の場合、結婚や出産も控えており、産休育休制度が訪問看護ステーションではないこともある

テーションでは新卒であっても高い実践能力が必要との認識から、まずは病院で経験を積んで実力をつけてから訪問看護ステーションに就職するよう勧めている教員像が示唆された。病院で経験を積んだ後に訪問看護師になるように勧めていると回答した教員は約10%であり、それほど大きな割合ではない。しかし、回答者の約7割が在宅看護論担当であり、在宅看護論を担当する教員は就職を勧める割合が高いことから、実際にはより多いと推測される。

病院に就職する場合でも訪問看護ステーションに就職する場合でも、求められる看護実践能力は、看護基礎教育修了時はレベルIであるべきだが、それ以上を求めている教員が多くおり、必要な実践能力の平均値はいずれも1以上であった。「新人職員研修ガイドライン（改訂版）」では、研修を修了するとクリニカルラダーIと位置付けている(2014)。そのことから看護基礎教育修了時の実践能力はクリニカルラダーIより低いと推測され、それ以上を新卒訪問看護師に求めることは過剰な期待といえる。新卒訪問看護師を採用しない・採用することの検討もしないという訪問看護ステーションの管理者は「即戦力がほしい」、「単独での訪問になるため経験がないと難しい」ことを理由にあげていた（きらきら訪問ナース研究会, 2015）。高い実践能力が必要と考える教員も、このような理由によると推測する。しかし、訪問看護ステーション管理者が新卒訪問看護師に期待する能力は「新卒者だからこそその気づきや疑問」、「固定観念がなく成長度が大きい」ことであり、「就

職に備えてプラスして学習してほしいことはない」と考えている報告もある（齊藤・諏訪・島村・辻村, 2013）。このことから、新卒訪問看護師になりたいと希望する学生に対する教員のすべき支援は、実践経験を積ませることではなく、就職することへの後押しである。今回の調査結果では、新卒で訪問看護ステーションへの就職を希望したうち、約半数は就職につながっていた。病院で働くよりも訪問看護師は責任が重いと考えがちであるが、指導を受けながら成長していくことが重要と伝え、訪問看護ステーションへの就職をあきらめさせないような支援を行うことが必要である。

病院で経験を積んだ後に訪問看護師になることを勧める理由の一つは、新卒者の教育体制が不十分なことであった。反対に、就職できるように支援を考える理由として教育体制が整っていることが上位にあげられ、教育体制が整っているかどうかの認識の違いによって教員の対応は異なる。

日本訪問看護財団の訪問看護年報によると、看護職員が10人以下である訪問看護ステーションは約90%であり（2023）、新人看護師の教育は管理者が管理業務や実務業務をしながら担っている割合が高いと明らかにされている（丸山・後藤・叶谷, 2017）。訪問看護ステーションは小規模であるため病院のように専任の教育担当者やプリセプターをおくことが難しい。新人看護職員として十分な研修を受けないまま一人で訪問しなければならないと思っていることが入

職時に高いレベルが必要ととらえている原因だと推測する。しかし、教育プログラムの開発やICTを使用した情報共有システム、電子カルテの普及により（前田, 2016）、教育や業務を支援する体制が整ってきている。地域・在宅看護論担当教員だけでなく、担当していない教員もそのことを認識し、新卒訪問看護師になりたい看護学生の就職支援をすることができれば、新卒訪問看護師が増えていく一助になると考える。

また、訪問看護ステーションに就職する際に教員が心配に感じていることの2位は一人訪問のリスクであった。新人訪問看護師は一人で訪問すること自体や、不測の事態への対応が不安であり、サポート体制や教育体制の整備が必要であると松原・眞崎は述べている（2017）。近年の訪問看護においてICTの発達には目覚ましいものがあり、バイタルサインや写真、動画等の患者情報をリアルタイムに共有できるシステムが使われるようになった。緊急性等の臨床判断や対処法についての相談、緊急時の連絡が容易になり、一人で行動・判断することへの不安が軽減されている（前田, 2016）。ICTの導入のみが一人で訪問するリスクや不安を軽減するものではないが、就職支援に必要な情報の一つであると考えられる。

そして、入職時に病院よりも高い看護実践能力をもたなくても安心して新卒訪問看護師になれると教員が意識改革できるように、訪問看護ステーションでは新人教育体制を整えることや、そのことを広報することも必要である。訪問看護への進路志向には訪問看護実習前の訪問看護への関心の高さが影響しており（大和ほか, 2019）、学生が安心して実習できるような環境を作り、学生に看護の魅力を伝えたり、看護師が新人看護師を丁寧に育てている場面を見せたりすることが新人看護師確保の一助となる（松井・清水・永尾・笹山・政時, 2019）。そのような関わりが、新卒訪問看護師として働くことに興味を持つ看護学生を増やすことにつながると考える。

VI. 研究の限界

教員の背景により、訪問看護に就職することについての認識が異なることは明らかになったが、有効回答率が低く、在宅看護論担当でない教員からの回答は少なかった。そのため、教員一般の認識を明らかにするまでには至らず、今後は大学以外の看護基礎教育機関や、在宅看護論担当教員以外について対象者数を増やし、一般化できるように取り組む必要がある。

結 論

訪問看護ステーションに就職する場合には病院に就職する場合よりも高い実践能力が求められるとの認識をもつ教員は、新卒訪問看護師になることを勧めず、病院で経験を積んだ後に訪問看護師になることを勧める傾向にあった。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただきました皆様に心より感謝いたします。

利益相反の開示

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

著者貢献度

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

文 献

- 医学書院 (2020). 2020年度看護学校便覧. 医学書院.
 きらきら訪問ナース研究会 (2015). 新卒看護師のための訪問看護事業所就業促進プログラム開発に関する調査研究事業報告書, 46-50.
 小池真紀 (2015). 看護学生が職業として訪問看護を選択しない要因についての調査研究. 日本在宅看護学会誌, 4(1), 129.
 厚生労働省 (2014). 新人職員研修ガイドライン【改訂版】. 3-6.
 厚生労働省 (2019). 医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000567572.pdf> (参照2023年10月30日)
 厚生労働省 (2022). 看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査/令和4年度卒業. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/100-1.html> (参照 2023年10月30日)
 前田和哉 (2016). ICTの活用と教育の充実で若手人材が集まるステーション. コミュニティケア, 18(12), 54-57.
 丸山幸恵, 後藤順子, 叶谷由佳 (2017). 訪問看護ステーションにおける訪問看護師の現任教育の実態と課題. 千葉科学大学紀要, (10), 101-108.
 松原みゆき, 眞崎直子 (2017). 新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ために必要と捉える実践能力: 新人訪問看護師と管理者の比較. 日本赤十字広島看護大学紀要, 17, 43-52.
 松井聡子, 清水夏子, 永尾寛子, 笹山万紗代, 政時和美 (2019). 実習施設を就職先として意識するきっかけとなった看護師の魅力的な態度. 福岡県立大学看護学研究紀要, 16, 35-43.
 内閣府 (2023). 令和4年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. 令和5年版高齢社会白書. 79-81. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/2s2s_02.pdf (参照2023年10月30日)
 日本訪問看護財団 (2023). 訪問看護年報2023. 日本訪問看護財団事業のご案内令和5年度, 7-10.
 日本看護協会 (2016). 看護師のクリニカルリーダー (日本看護協会版) 活用のための手引き. 1-4.

西村和子, 勝真久美子 (2017). 新卒看護師の訪問看護ステーションへの就職を阻む要因—看護学生の意識に焦点を当てて—. *日本看護学会論文集 在宅看護*, 47, 39-42.

齊藤磨理子, 諏訪さゆり, 鳥村敦子, 辻村真由子 (2013). 新卒訪問看護師の育成に必要な環境と教育体制. *コミュニテイケア*, 15(4), 56-61.

佐々木晶世, 榎倉朋美, 柏崎郁子, 保下真由美, 叶谷由佳 (2021). 看護学生の訪問看護就労意向の実態と課題. *日本看護研究学会雑誌*, 44(1), 135-144.

大和章浩, 金谷志子, 田中陽子, 河野あゆみ (2019). 看護系大学生の訪問看護への進路志向に関連する要因. *日本在宅ケア学会誌*, 23(1), 97-105.

[2023年11月24日受 付]
[2024年7月9日採用決定]

Faculty Members' Perceptions of New Graduate Nurses in Home-Visit Nursing Stations and their Relationship to Job Placement Support

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 47(5), 959-969
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240709254>

Reiko Hisada, MSN, RN¹, Ruriko Yamashita, PhD, RN, PHN²,
Yukie Iwasa, PhD, RN²

¹Graduate School of Health Sciences, University of Tokushima, Tokushima, Japan

²Institute of Biomedical Sciences, University of Tokushima Graduated School, Tokushima, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to elucidate the relationship between faculty members' perceptions of new graduates becoming visiting nurses immediately after completing basic nursing education and the provision of employment support. **Methods:** A questionnaire survey was conducted among nursing university faculty members. **Results:** Responses were received from 115 participants (valid response rate: 19.8%). Faculty members provide employment support by considering individual preferences, the quality and nature of nursing at the place of employment, and the post-employment educational system. Approximately 70% of faculty members had been consulted about becoming visiting nurses, but half of them did not find any such employment. Around 10% of faculty members recommended gaining hospital experience before becoming a visiting nurse, citing the need for higher practical nursing skills and inadequate educational systems in home-visit nursing stations. **Conclusions:** Faculty members who acknowledged the necessity for higher practical skills in home-visit nursing compared to hospital settings tended to recommend that students first gain experience in hospitals prior to becoming visiting nurses.

Key words

new graduate nurses, home-visit nursing, clinical competence

Correspondence: R. Hisada. Email: reirei.p@icloud.com

がん患者の「希望」に焦点をあてた 看護研究の動向と課題： セルフケア能力との関連の考察

日本看護研究学会雑誌
2025, 47(5), 971-984
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230212255>

吉田久美子

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

◆要旨

目的：「がん患者」と「希望」をキーワードとした国内外の文献の研究結果を体系化することによりがん患者の「希望」に関する看護研究の動向と課題を明らかにすることを目的とした。方法：文献はCINAHL, PubMed, PMC, 医中誌Web, CiNiiを用い「がん患者」「希望」をキーワードとし検索を行った。対象文献は海外文献が34件,国内文献は17件が抽出された。結果：海外文献は量的研究により患者や介護者の希望に関する特徴を捉えた研究が多く国内文献では質的研究の方が多かった。対象文献の結果から【がん患者が望むことと生きる姿勢】【がん患者が希望を持ち続けるプロセス】【がん患者と介護者の療養に関する意向】【がん患者の希望の影響要因とその特徴】【希望を支えるためのケア】の5カテゴリ15サブカテゴリが生成された。結論：がん患者の希望に焦点をあてた看護プログラムの構築が課題であり,セルフケア能力との関連も考慮することが重要と考える。

◆キーワード

がん患者, 希望, セルフケア能力

責任著者：吉田久美子。Email: yoshikumi@takasaki-u.ac.jp

緒言

人間は本当に苦しい状況のなかでこそ, 希望に未来を託そうとし, 未来に挑む原動力として人は希望をあえて意識的に持とうとする(玄田, 2010)。また, がん患者の「希望」の存在は, 痛みや疲労, 咳嗽などの身体症状を減少させる(Berendes, et al., 2010)という特徴がある。

がん患者の「希望」に関する先行研究は, 海外では希望の概念に関する研究(Huen, Ip, Ho, & Yip, 2015; Olsman, Willems, & Leget, 2016)などがあり, また希望の影響要因に関する研究(Li, et al., 2017), さらに介入研究として希望を支援する医療相談の方法(Werner, & Steihaug, 2017)などがある。そして, 支援プログラムの実施により肯定的感情が向上したという報告(Chan, et al., 2020)などもあり, 様々な角度から研究結果を積み上げ発展してきた。一方, 国内では終末期患者の表現から導き出された希望の意味(川端, 2015)や, 希望の内容(濱田・佐藤, 2002; 堀, 2013)など, 希望に含まれる事柄について追求した論文が見受けられる。

がん治療は長期にわたり, また通院治療を受ける患者が増加している(厚生労働省, 2015)。通院治療として化学

療法や放射線療法など副作用症状を伴う長期的な治療を行う場合も多く, 看護師が患者の希望を維持し強化できるように支援することができれば, 患者はセルフケア能力を最大限に発揮し, がんサバイバーとしての生活の構築に前向きに取り組んでいけるのではないかとという考え方(板東・雄西・今井, 2020)がある。そして, それらの治療に伴う副作用症状を管理しながら療養生活を継続するために活用される「がん患者のセルフケア能力(吉田・神田, 2012)」には, 大表題『体調の変化を捉える能力』『自主的に判断し保健行動を形成する能力』『人とのつながりを保ち社会生活を調整する能力』『がんの存在にとらわれないよう思考を和らげ進む能力』『生き方を見つめ自己の発達を促す能力』が含まれている。特に, 『がんの存在にとらわれないよう思考を和らげ進む能力』『生き方を見つめ自己の発達を促す能力』のセルフケア能力は, 患者が肯定的に思考し生きる能力として示されており, がん患者がもつ希望と関連することも予測され, がん患者の「希望」を支援するための手がかりとしても考えられる。

以上のことから, がん患者の療養生活の支援の視点として「希望」に焦点をあてた看護の検討が必要であり, がん患者の看護として「希望」をキーワードとした近年の研究

結果や動向をもとに、「希望」を支援する看護を積み上げていくことが重要である。しかし、がん患者の「希望」という概念をキーワードとし研究結果を体系化し、結果の概要や動向を捉えた文献は見当たらない。

そこで、本研究では「がん患者」と「希望」をキーワードとした国内外の文献の研究結果を体系化することにより、がん患者の「希望」に関する看護研究の動向と課題を明らかにすることを目的とした。

I. 用語の定義

希望とは、目的到達あるいは目標達成の欲望によって特徴づけられた精神状態であり、その目的や目標は、欲望あるいは探求することで得られるという期待に結びついている (Travelbee, 1971/1974)。また、患者は一人残らずいくばくかの希望を持ち続け、とりわけつらい時期の心の糧としていた (Kubler-Ross, 1969/1998)。

上記の特性をふまえ、本研究では、がん患者の希望とは未来に対して感じる肯定的な感情および生きるための心の支えとなる思いや欲求とする。

II. 研究方法

A. 検索方法

国内のがん治療は平成23 (2011) 年以降さらに外来へ移行し、入院期間は平成8 (1996) 年より半減し (厚生労働省, 2015)、がん診療連携拠点病院の整備や緩和ケアが推進された。また、欧米ではがんサバイバーのためのインターネットによる医療情報提供サイト Medpedia や体験共有・相互支援コミュニティサイト patientslikeme などの拡大 (久保, 2012) により、患者と家族を取り巻く環境が変化した。これらの変化を考慮し、検索期間は2010年~2021年の11年間に出版された論文とした。和文献は医中誌 Web と CiNii で論文タイトルに「希望」と「がん患者」を含む論文とし、英文献は CINAHL と PubMed, PMC で検索し、論文タイトルに「hope」「cancer patient」が含まれていること、言語は English に限定し検索した。

さらに文献の採用条件は、①研究対象を小児期以外のがん患者とし、②研究目的をがん患者や家族の希望と看護に関することとした。

B. 対象文献の選択

検索の結果、海外文献は CINAHL では27件、PubMed では1件、PMC では20件が該当し、国内文献は医中誌 Web では14件、CiNii では8件であった。これらの70文献のう

ち、一次スクリーニングとして、除外条件の重複文献、海外のレビュー文献、研究対象が小児期のがん患者の文献、タイトルにキーワードがない文献は除外した。その時点での文献数は海外文献40件、国内文献21件の合計61文献であった。

さらに二次スクリーニングとして、本文の枚数が4枚未満、事例研究、焦点が看護以外の分野、研究論文の形式以外の文献の計10件を除外した。その結果、文献数は海外文献が34件、国内文献は17件の合計51文献が該当し、これらを対象文献とした (図1)。なお、がん患者と家族に対するケアは国内外で緩和ケアによって展開され、患者と家族に対するケアが実践されているため (大坂・渡邊・志真・倉持・谷田, 2019)、がん患者の希望に関する研究の動向と課題を捉える手立てとして、家族を対象とした文献も含めた。

C. 分析方法

分析のためにレビューシートを作成し、概要として各文献から掲載年、研究筆頭者、研究テーマ、調査国、研究目的を抽出し、研究方法として研究の種類と研究対象者、分析方法を抽出した。また、研究目的に対する研究結果の内容に注目し概要を抽出した。研究結果の概要の類似性に基づき、カテゴリ化によってサブカテゴリ名を生成し、さらに抽象度をあげカテゴリ名を生成した。

III. 結果

A. 掲載概要の動向

対象文献の51文献の動向として、掲載時期別の文献数、研究デザイン、研究対象者について以下の動向が明らかになった (表1)。

掲載時期別の文献数は、2014~2017年の期間が最も多く、国内文献7件 (13.7%)、海外文献16件 (31.4%) の計23件 (45.1%) で、次に多かった期間は2010~2013年であり、計17件 (33.3%) であった。2018~2020年には文献数は減少しており、11件 (21.6%) に留まっていた。

研究の種類は、国内文献では質的研究が13件 (25.5%) と量的研究よりも多かったが、海外文献では量的研究の方が質的研究よりも多く、25件 (49.0%) の文献が掲載されていた。全体では量的研究は29件 (56.9%)、質的研究は20件 (39.2%)、量的・質的の両方で分析された研究は2件 (3.9%) であった。

また、研究対象者は国内文献と海外文献のいずれも患者が最も多く、39件 (76.5%) を占めていた。

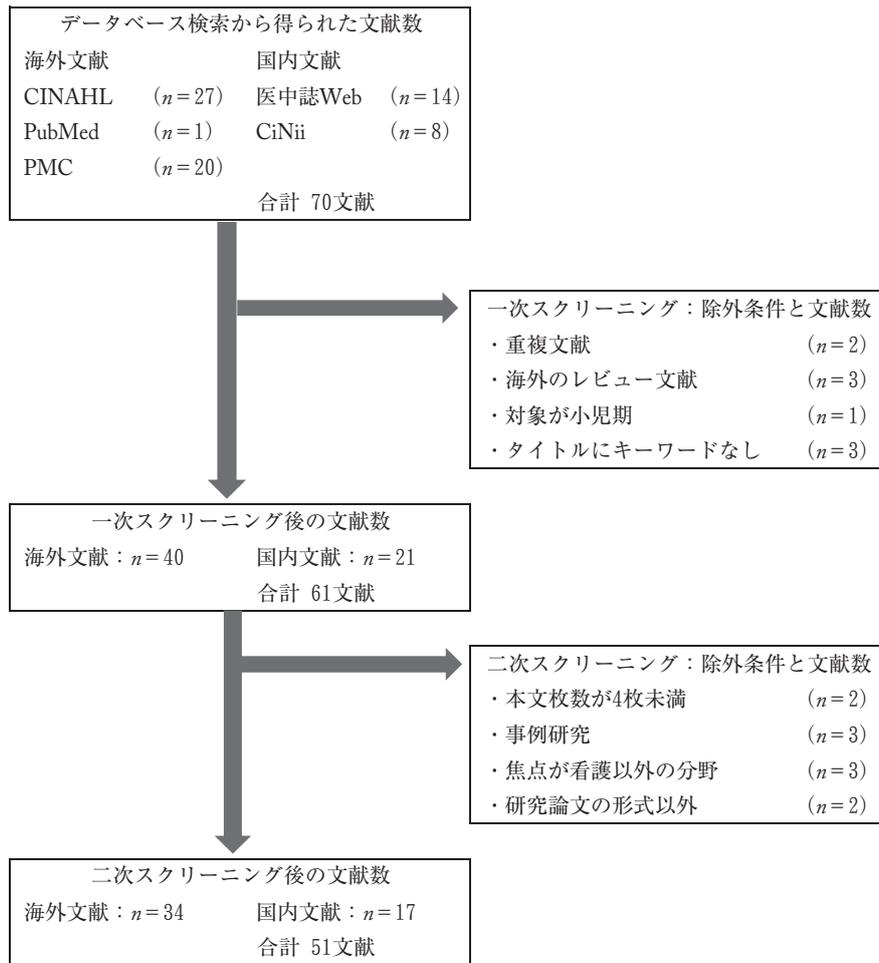


図1 対象文献の選定プロセスと文献数

表1 掲載概要の動向

							N=51	
項目	内訳	国内文献	%	海外文献	%	小計	%	
掲載年	2010~2013	7	13.7	10	19.6	17	33.3	
	2014~2017	7	13.7	16	31.4	23	45.1	
	2018~2020	3	5.9	8	15.7	11	21.6	
	計	17	33.3	34	66.7	51	100.0	
研究の種類	量的研究	4	7.8	25	49.0	29	56.9	
	質的研究	13	25.5	7	13.7	20	39.2	
	量的・質的研究	0	0.0	2	3.9	2	3.9	
	計	17	33.3	34	66.7	51	100.0	
研究対象者	患者	10	19.6	29	56.9	39	76.5	
	患者と家族	1	2.0	3	5.9	4	7.8	
	患者と看護師	1	2.0	0	0.0	1	2.0	
	看護師	3	5.9	0	0.0	3	5.9	
	家族・介護者	1	2.0	2	3.9	3	5.9	
	多職種	1	2.0	0	0.0	1	2.0	
	計	17	33.3	34	66.7	51	100.0	

B. がん患者の希望に関する研究結果の概要

がん患者の希望に関する研究結果について意味内容をもとにカテゴリ化した結果、51文献から5カテゴリ、15サブ

カテゴリが生成された。カテゴリ名は【 】で以下に示し、サブカテゴリ名は《 》で、対象文献の研究結果のカテゴリは「 」で示す(表2-1, -2, -3, -4)。

表 2 - 1 がん患者の希望に関する研究結果の概要

カテゴリ	サブカテゴリ	著者名 (掲載年)	調査国	研究の種類	研究対象者・人数	研究デザイン	結果の概要	
《体調につきあい生活を送ることを望む》		Mok, et al. (2010)	中国	質的	緩和ケアを受けた患者 17名	内容分析	進行がん患者が経験した「希望」には「普通の生活を送ること」があった。	
		原ほか (2011)	日本	質的	治療中の高齢患者 3名	因子探索型研究デザイン	高齢がん患者が抱く希望には、「健康ということ」があった。今まで抱いていた希望を基礎とし、健康という新たな視点が追加された希望へと変化していた。	
		板東ほか (2020)	日本	質的	肺がん手術療法を受けた患者23名	内容分析	術後回復過程にある肺がん患者のHopeの体験には、「肺がんでも手術ができた」「手術をしてもその生活ができる」「残された肺とともに生きる」「今ある症状はそのうち治る」のカテゴリがあった。	
《大切な人の幸福を願い、つながりを深めることを望む》		茂木ほか (2010)	日本	質的	成人前の子どもを育てている初発乳がん患者 10名	内容分析	成人前の子どもを育てている初発乳がん患者が、退院前に抱く希望には「自分と周囲の成長」があった。	
		Mok, et al. (2010)	中国	質的	緩和ケアを受けた患者 17名	内容分析	進行がん患者が経験した「希望」には「社会的サポートを得ること」「大切な人の幸福を願うこと」があった。	
【がん患者が望むことと生きる姿勢】	《自分の価値観を深めることを望む》	川端 (2015)	日本	質的	緩和ケア科外来に通院中の患者 4名	現象学的アプローチ	語られた希望には、他者により自分自身の存在意義が明らかになる「つながりの意味づけ」があった。	
		Mok, et al. (2010)	中国	質的	緩和ケアを受けた患者 17名	内容分析	進行がん患者が経験した「希望」には「制御されている感覚から積極的に離れること」があった。	
		茂木ほか (2010)	日本	質的	成人前の子どもを育てている初発乳がん患者 10名	内容分析	成人前の子どもを育てている初発乳がん患者が、退院前に抱く希望には「自己実現」があった。	
		原ほか (2011)	日本	質的	治療中の高齢患者 3名	因子探索型研究デザイン	高齢がん患者が抱く希望には「自分の価値観を貫いて生きていく」があった。	
		田中 (2012)	日本	質的	再発もしくは転移の診断を受けた患者10名	内容分析	再発・転移後の患者の希望には、「自分らしさの表現」があった。	
		堀 (2013)	日本	質的	壮年期以降の患者 4名	ライフレビュー	がん患者の希望には、ライフレビューにより他者に語るという行為が物事に違った意味を見出し、新たな気づきを生むという意味があった。	
		川端 (2015)	日本	質的	緩和ケア科外来に通院中の患者 4名	現象学的アプローチ	語られた希望には、自分自身で在り続けることを可能にする「私で在り続けることの肯定」があった。	
	《生き方を見つめ自己の発達を促すセルフケア能力の活用》		Olsson, et al. (2011)	スウェーデン	質的量的	外来患者50名	GTA 相関関係研究	緩和型在宅ケアを受けている患者は、前向きな出来事に焦点を当て、何かを楽しみにするために形成された「確信的な」希望の創造をしていた。
			板東ほか (2020)	日本	質的	肺がん手術療法を受けた患者23名	内容分析	術後回復過程にある肺がん患者のHopeの体験には「がんに負けず前向きに生きたい」があった。
			茂木ほか (2010)	日本	質的	成人前の子どもを育てている初発乳がん患者 10名	内容分析	成人前の子どもを育てている初発乳がん患者が、退院前に抱く希望には「治癒」があった。
		Mok, et al. (2010)	中国	質的	緩和ケアを受けた患者 17名	内容分析	進行がん患者が経験した希望には「生と死の調和」があった。	
		Olsson, et al. (2011)	スウェーデン	質的量的	外来患者50名	GTA 相関関係研究	緩和型在宅ケアを受けている患者は、喜びや楽しみの瞬間を持ち続け、「今日をつかみたい」という希望の瞬間の収集と維持をしていた。	
		原ほか (2011)	日本	質的	治療中の高齢患者 3名	因子探索型研究デザイン	高齢がん患者が抱く希望には、「自分の時間を大切に生きる」があった。	
		Olsson, et al. (2011)	スウェーデン	質的量的	外来患者50名	GTA 相関関係研究	緩和型在宅ケアを受けている患者は、現実性の欠如を認識しつつ、非現実的な希望の理由を信じようとする「模範的な」希望の創造をしていた。	
		田中 (2012)	日本	質的	再発もしくは転移の診断を受けた患者10名	内容分析	転移・再発後の希望には、希望を見出す要因では「もう少し生きる」「生きられる時間を意識する」などが得られた。	
《不安を抱えながら生きる》		川端 (2015)	日本	質的	緩和ケア科外来に通院中の患者 4名	現象学的アプローチ	語られた希望には、生物学的な終焉にとらわれない「新たな未来の見通し」があった。	
		原ほか (2011)	日本	質的	治療中の高齢患者 3名	因子探索型研究デザイン	高齢がん患者が抱く希望は、継続している治療への不安に影響を受け、希望を抱くことそのものが困難な状況にあった。	
		Olsson, et al. (2011)	スウェーデン	質的量的	外来患者50名	GTA 相関関係研究	緩和型在宅ケアを受けている患者には、エネルギーの欠如と時間切れの感覚によって特徴付けられる「徐々に消滅する」希望があった。	
	板東ほか (2020)	日本	質的	肺がん手術療法を受けた患者23名	内容分析	術後回復過程にある肺がん患者のHopeの体験には「手放して喜ばない現実を生きる」のカテゴリがあった。		

表 2 - 2 がん患者の希望に関する研究結果の概要

カテゴリ	サブカテゴリ	著者名 (掲載年)	調査国	研究の種類	研究対象者・人数	研究デザイン	結果の概要
【がん患者が希望を持ち続けるプロセス】	《診断時から苦痛と希望を持つ経験》	Rosenberg, et al. (2018)	アメリカ	量的	AYA 世代患者37名とその親40名	共分散分析・回帰分析	患者の苦痛と希望のスコアは、診断時と3～6ヶ月後のフォローアップ時で、診断時の苦痛の得点が高いほど、3～6ヶ月後に苦痛が上昇した。一方、診断時の希望の得点が高いほど、その後の高い苦痛は低下した。
		Sales, et al. (2014)	ブラジル	質的	診断を受け6ヶ月経過したがん患者8名	現象学的アプローチ	診断時に希望が持てなかった状態から復活した人は、極限まで自分の気持ちと向き合い、希望を持つことができていた。「がんと向き合う中で希望を探す」、「他者と一緒にいる中で希望と絶望の感情を経験する」という存在論的なテーマが得られた。
		Olsson, et al. (2010)	スウェーデン	質的	成人のがん患者11名	GTA	緩和ケアを受けている患者が希望を持ち続けるプロセスには、「生命維持」と「死への準備」があった。
	《進行がん患者の希望のプロセス》	Brown, et al. (2015)	オランダ	質的	進行期がん患者13名	現象学的アプローチ	臨床医への信頼と、自分や将来の患者のための治療薬への希望は、患者が新薬を入手する際の可能性の視野を再構成する上で重要であった。信頼と希望が織り成すプロセスは、脆弱性の中に組み込まれており、薬や治療、専門家に対する疑念を切り離すことを支えていた。
		角田ほか (2016)	日本	質的	再発・進行がん患者16名	M-GTA	再発・進行がん患者が希望を見いだすプロセスは「気持ちの葛藤から自己と対峙し自らの力を信じる体験」、「ごく普通の日常が残された時間の希望と気づく体験」から構成され、「希望を見いだす推進力」がプロセス全体を支えていた。
		三部ほか (2019)	日本	質的	再発肺がん患者10名	質的記述的	再発期の肺がん患者が希望を見いだすプロセスは「見え隠れする死と向き合い生き方の転換を迫られる」体験から始まり、「自己を立て直し闇の中で光に気づく」段階を経て、「光から見いだした希望を抱く」過程をたどっていた。
【がん患者と介護者の療養に関する意向】	《今後の療養に関するがん患者の意向》	Lakdawalla, et al. (2012)	アメリカ	量的	化学療法や放射線療法中の患者150名	共分散分析	8割ほどの患者が「安全な治療」より「化学療法や放射線療法などの期待の持てる治療法」を好み、期待の持てる治療のために多額の支払いをする患者もいた。
		内藤ほか (2016)	日本	質的	ホスピス入院患者10名	内容分析	Advance Care Planning (ACP) の希望時期は、治療中、転移が判明した時、ホスピスの施設への入院時、主治医が適切と判断した時などであった。大半の患者が望ましい話し合いの相手は主治医と回答した。
		Gray, et al. (2018)	アメリカ	質的	AYA 世代のⅣ期の患者12名	内容分析	AYA 世代の医療的意思決定に関する経験として、AYA 世代は積極的な治療を選択し、死に直面したときのサポートを望んでいるというテーマが明らかになった。
	《介護者の希望に関する背景》	荒井ほか (2019)	日本	量的	在宅ケアを受けた患者111名	記述統計	当初の希望が自宅の患者の95.6%・家族の96.8%が最期まで自宅を希望し、当初の希望が自宅でない患者の87.9%・家族の84.8%が最期に自宅を希望した。
		Hoesseini, et al. (2020)	オランダ	質的	頭頸部がん患者21名と介護者19名	GTA	頭頸部がん患者の全ての患者が余命に関する情報を得ることを「やや重要」から「非常に重要」と考えている一方で、定量的な情報を得たいと考えているのは一部の患者だけだった。
		笹川ほか (2011)	日本	量的	外来治療中の患者の妻81名	記述統計	患者の妻の不安は、病気の予後・病状・症状・治療に関する内容と、療養に関わる内容が多かった。患者や妻の不安や悩みに対応しているのは家族や身内であり、十分に専門職が活用されていないかった。
		Rumpold, et al. (2017)	オーストリア	量的	介護者80名	回帰分析ほか	患者の死は、介護者の精神疾患には影響を与えていなかった。介護者の不安と抑うつは、希望と感情への対処が重要な影響を与えていた。
		Nouzari, et al. (2019)	イラン	量的	介護者112名	ピアソン相関係数、一元分散分析、重回帰分析ほか	介護者の心的外傷後成長 (Post-traumatic Growth: PTG) と社会的支援および希望の間には、有意な正の相関が認められた。希望は、社会的支援に比べて、PTGに高い影響を与えていた。

表 2 - 3 がん患者の希望に関する研究結果の概要

カテゴリ	サブカテゴリ	著者名 (掲載年)	調査国	研究の種類	研究対象者・人数	研究デザイン	結果の概要
《身体的・心理的要因との関係》		Rustoen, et al. (2010)	アメリカ	量的	乳がんなどの患者194名	回帰分析	乳がんの患者の希望は、心理的苦痛と健康状態との関係に媒介していた。生活満足度には、健康状態の悪さ、希望の低さ、心理的苦痛の高さが有意に関連していた。
		光木ほか (2010)	日本	量的	外来治療に移行した患者148名と、その家族126名	記述統計	外来治療に移行したがん患者の不安の内容は、病気の予後・病状・症状・治療に関する内容と療養に関する内容が多くを占めていた。しかし、不安や悩みに対応しているのは家族や身内であった。
		Wakiuchi, et al. (2015)	ブラジル	量的	化学療法を受けた患者60名	2標本検定マン-ホイットニーのU検定	化学療法終了時の希望のスコアには、学歴が高いこと、転移がないこと、治療または補助療法を受けていること、痛みが軽いことなどが、スコアの上昇に大きく影響した。
		Peh, et al. (2017)	シンガポール	量的	成人患者144名	相関係数	患者の希望は不安と抑うつと相関し、感情抑制は、より高い不安と落ち込みと相関していた。
		Cao, et al. (2017)	中国	量的	入院患者192名	相関係数	告知を受けた患者のうち、医師からの精神的サポートの認知度が高い、個別の情報開示の認知度が高い、複数の治療計画の話し合いの認知度が高い患者は、医師への信頼度が高かった。
		Wettergren, et al. (2017)	アメリカ	量的	AYA世代の患者465名	多変量ロジスティック回帰	AYA世代の患者の49%が、がんと診断されてから1年後に性機能への否定的な影響を報告し、46%が子どもを持つ計画に悪影響を及ぼしたと回答した。否定的な影響があると回答した人の70%が診断から2年後も否定的な認識を持ち続けていた。
		Li, et al. (2017)	中国	量的	放射線療法中の患者480名	相関関係研究	心理的苦痛をもつ患者は68%であり、主な要因は感情的問題と身体的問題であった。放射線療法中の多くの患者は中程度から高いレベルの希望を持っており、患者の心理的苦痛の指数は希望のレベルと負の相関があった。
		Baczewska, et al. (2019)	ポーランド	量的	終末期患者246名	多変量解析	終末期がん患者の最も希望が高かった分野は精神的・宗教的な分野で、最も低かった分野は病気の治療に関することだった。
		Duggleby, et al. (2013)	カナダ	量的	外来患者310名	多変量解析	年齢別の希望の得点の比較では、65歳以上の患者の方が65歳未満の人々より希望の得点が低かった。また、女性の方が男性よりも希望の得点が低かった。
		Steffen, et al. (2018)	アメリカ	量的質的	肺がん患者50名	マルチレベルモデル	より多くの日常的な希望を報告した患者は、より高い社会的・役割的機能を報告した。希望は社会的機能および役割機能の低下と関連し、希望が高いほど機能が向上した。
《社会的背景との関係》		Ho, et al. (2011)	スウェーデン	量的	緩和ケアを受けた患者11名	共分散分析ほか	口腔がん患者の希望と楽観主義は、PTGに強く相関した。未婚者と既婚者の比較では既婚者の患者の方が、PTGと希望は高いレベルを示した。
		Sjoquist, et al. (2013)	オーストラリア	量的	化学療法中の卵巣がん患者123名	相関関係	化学療法中の患者の「希望」と「化学療法による症状改善の期待」の間には、弱い相関が見られた。症状の認識と期待の乖離が小さいほど、うつ病を示すスコアを持つ可能性は低かった。
		Seyedrasooli, et al. (2014)	カナダ	量的	18歳以上の患者199名	t検定、一元配置分散分析、ピアソン相関係数	Herth Hope Index (HHI) を用いた結果、年齢が若い人、家族のサポートがあると感じている人、希望のレベルが高い人ほど、がんの予後を肯定的にとらえていた。
		Li, et al. (2016)	中国	量的	膀胱がん患者365名	重回帰分析	膀胱がん患者のQOLにはソーシャルサポート、希望、レジリエンスが3割を占めていた。ソーシャルサポート、希望、およびレジリエンスは、QOLと有意かつ正の相関を示した。
		Solano, et al. (2016)	ブラジル	量的	結腸直腸がん患者44名	相関関係	進行がん患者のレジリエンスと希望の間には強い相関関係が認められた。希望と日常生活自立度、家族からのサポートには、相関関係は認められなかった。
		Toussaint, et al. (2017)	アメリカ	量的	患者38名と介護者44名	パス解析	患者の自己寛容さは、自責の念や心理的苦痛と逆相関し、希望と正の相関があった。
		Steffen, et al. (2020)	アメリカ	量的	肺がん患者50名	相関関係	目標に到達するための複数の方法を考える経路思考が高い患者は日常的な症状が少なく、自立感や有能性に関する悩みが少なかった。目標に到達するための複数の方法を考えることは、日々の疲労、痛み、機能的関心の低下と関連し、目標指向の動機づけの増加は、日々の疲労と痛みの低下と関連した。
		Sachs, et al. (2013)	アメリカ	質的	終末期患者22名	内容分析	終末期患者の希望と絶望の要因は、肯定的な対人関係は希望を高め、コントロールできない身体的苦痛は絶望への脆弱性を高めた。
		Baczewska, et al. (2020)	ポーランド	量的	進行がん患者246名	有意差検定	終末期患者で気分が不安定な人は、安定している人に比べて、より強い感情的で動機的な希望を持つ傾向があった。
	《自己寛容や思考パターンとの関係》						
《終末期がん患者の希望の要因》							

表2-4 がん患者の希望に関する研究結果の概要

カテゴリ	サブカテゴリ	著者名 (掲載年)	調査国	研究の種類	研究対象者・人数	研究デザイン	結果の概要
【希望を支えるためのケア】	《希望を支えるケアの視点》	石井ほか (2014)	日本	質的	エキスパートナース11名	内容分析	若年がんサバイバーの希望を支える看護ケアとしてエキスパートナースは「希望の存在を(の)捉え」、「希望の実現可能性を(の)見極め」、「希望を支える取り組み」を実践し、「状況のモニタリング」をし続けケアを行っていた。
		草島ほか (2014)	日本	質的	多職種職員45名	帰納的分析	終末期がん患者の苦悩には「死の不安」「希望のなさ」「回復への希望の揺らぎ」があり、ケアの視点は「患者の支えとなるような死や死後のイメージを育む」「希望を見いだすことを助け、希望を支える」などであった。
		渡部ほか (2017)	日本	質的	緩和的リハビリテーション看護を実践している看護師18名	内容分析	緩和的リハビリテーション看護には「希望を紐解く関わり」「希望と現実に対する患者の折り合いへの関わり」「苦痛緩和を通して患者の内在する力を引き出す関わり」があった。
	《看護介入の実態と尺度開発》	山本ほか (2010)	日本	質的	患者1名と看護師1名	記述的探索的デザイン	終末期がん患者の希望を支えるケアプログラムを活用し、担当看護師が患者の情報を収集し、患者の希望を明確にし、看護実践を開始した。患者は病状の悪化を伴いながらも、自己の意思を貫き、自分らしく生活できていた。
		Thornton, et al. (2014)	アメリカ	量的	乳がんまたは婦人科癌の女性患者32名	実験研究	再発がん患者への心理的介入によって、希望とマインドフルネスはともに増加し、マインドフルネスのスキルの使用は不安の減少と関連していた。
		石川ほか (2017)	日本	量的	訪問看護師374名	ロジスティック回帰分析ほか	ACPのうち、生活上の支障を含めた予後の説明(以下、生活予後の説明)の実施割合は27.8~31.8%と低く、悪化期の生活予後の説明が関連していた。
		Montazer, et al. (2017)	イラン	量的	乳がん患者34名	準実験研究	乳がん患者の希望に対するコミットメントと受容の効果は、テスト前とテスト後のスコアに有意な差があった。
		Rustoen, et al. (2018)	ノルウェイ	量的	骨転移の痛みをもつ成人の外來患者167名	尺度開発	HHIの心理測定の7項目のスケールは、モデルに対する項目の適合性、許容可能な一次元性、人物の適合度の許容範囲、十分な分離度と項目間数の差がないことを示した。
Sung, et al. (2021)	中国	量的	治療中の在宅患者72名 (実験群=37, 対照群=35)	準実験的研究	運動・教育・精神療法を行った実験群は、病気のストレススコアが有意に低く、健康増進のためのライフスタイルスコアが増加した。特に、社会的関係とストレスマネジメント、医療行動に関する変化が顕著であった。病気に対するストレスは、6週間後と10週間後に有意な変化が見られた。しかし、希望やレジリエンスには効果が見られなかった。		

1. 【がん患者が望むことと生きる姿勢】

【がん患者が望むことと生きる姿勢】は、《体調につきあい生活を送ることを望む》《大切な人の幸福を願い、つながりを深めることを望む》などによって形成された。

a. 《体調につきあい生活を送ることを望む》

《体調につきあい生活を送ることを望む》には3文献が含まれ、それらは治療中のがん患者が生活や健康に対して望む内容として質的研究から示されていた。

Mok, et al. (2010)の研究では、進行がん患者が経験した希望として「普通の生活を送ること」が示された。また、板東ほか(2020)の研究によって、術後回復過程にある肺がん患者の希望の体験として「残された肺とともに生きる」「今ある症状はそのうち治る」などの望みが明らかになった。

b. 《大切な人の幸福を願い、つながりを深めることを望む》

《大切な人の幸福を願い、つながりを深めることを望む》に関する文献には3文献が含まれた。

Mok, et al. (2010)の研究から、進行がん患者の希望には「社会的サポートを得ること」や「大切な人の幸福を願うこと」があり、また、川端(2015)の研究で緩和ケア科外来に通院している患者の語りから、他者によって自分自身の存在意義が明らかになる「つながりの意味づけ」があった。

c. 《自分の価値観を深めることを望む》

Mok, et al. (2010)の研究では、進行がん患者が経験した希望に「制御されている感覚から積極的に離れること」があった。

また、原・武居・瀬山・高井・角田(2011)の研究結果から、高齢がん患者が抱く希望には「自分の価値観を貫いて生きていく」という生き方が示され、川端(2015)の研究で緩和ケア科外来に通院中の患者から「私で在り続けることの肯定」などが望みに含まれることが示された。

d. 《生き方を見つめ自己の発達を促すセルフケア能力の活用》

Olsson, Östlund, Strang, Grassman, & Friedrichsen (2011)

は緩和型在宅ケアを受けている患者の希望について、前向きな出来事に焦点を当て何かを楽しみにするために形成された「確信的な」希望の創造などがあることを明らかにしていた。また、田中（2012）の研究では転移・再発後の患者は「生きられる時間を意識する」と自己の発達を促すことを結果として導き出していた。

e. 《不安を抱えながら生きる》

《不安を抱えながら生きる》には和文献の2件と海外文献の1件が含まれた。原ほか（2011）とOlsson, et al.（2011）の文献では、希望を抱くことが困難、あるいは希望が徐々に消滅する状況があることを示していた。また、板東ほか（2020）はがん患者の体験には「手放して喜べない現実を生きる」ことを捉え、不安と共に生きる状態を示していた。

2. 【がん患者が希望を持ち続けるプロセス】

【がん患者が希望を持ち続けるプロセス】は、《診断時から苦痛と希望を持つ経験》と《進行がん患者の希望のプロセス》から形成された。

a. 《診断時から苦痛と希望を持つ経験》

《診断時から苦痛と希望を持つ経験》には海外文献の2件が含まれた。Rosenberg, et al.（2018）は、患者の苦痛と希望のスコアについて、診断時の希望のポイントが高いほど、その後の苦痛は低下したことを変化として捉えていた。

そして、Sales, Cassarotti, Piolli, Matsuda, & Wakiuchi（2014）の研究から、診断時に希望が持てなかった状態から復活した人は極限まで自分の気持ちと向き合い、希望をもつことが明らかになった。

b. 《進行がん患者の希望のプロセス》

《進行がん患者の希望のプロセス》には、国内文献と海外文献の4件が含まれ、それらは質的研究の結果から、変化のプロセスや特徴を明らかにしていた。

角田・望月・神田（2016）は、再発・進行がん患者が希望を見いだすプロセスは「気持ちの葛藤から自己と対峙し自らの力を信じる体験」や「ごく普通の日常が残された時間の希望と気付く体験」から構成され、「希望を見いだす推進力」がプロセス全体を支えていることを明らかにした。

また、三部・山崎・内堀・本田（2019）は再発期の肺がん患者が希望を見いだすプロセスについて「見え隠れする死と向き合い生き方の転換を迫られる」体験から始まり、「自己を立て直し闇の中で光に気付く」段階を経て、「光から見いだした希望を抱く」過程を辿っていたことを示した。

3. 【がん患者と介護者の療養に関する意向】

【がん患者と介護者の療養に関する意向】は、《今後の療養に関するがん患者の意向》と《介護者の希望に関する背

景》で形成された。

a. 《今後の療養に関するがん患者の意向》

《今後の療養に関するがん患者の意向》には、5件の文献が含まれ、Adolescent and Young Adult (AYA) 世代の意思決定やAdvance Care Planning (ACP) に関する患者の意向に関する結果が含まれた。

内藤ほか（2016）の研究から、治療中、あるいは転移が判明した時、またホスピスの施設への入院時、さらに主治医が適切と判断した時などがACPの希望時期として捉えられた。

また、Hoesseni, et al.（2020）は頭頸部がん患者が余命に関する情報を得ることの重要性について「やや重要」「非常に重要」と考えている一方で、定量的な情報を得たいと考えている患者は一部のみだったという結果を述べていた。

b. 《介護者の希望に関する背景》

《介護者の希望に関する背景》には3件の文献があり、介護者の心的外傷後成長（Post-traumatic Growth: PTG）などと希望との関係が主な結果として得られていた。

Rumpold, et al.（2017）の研究では、介護者の不安と抑うつには、希望と感情への対処が影響を与えていたと明らかになった。

さらに、Nouzari, Najafi, & Momennasab（2019）の研究では、介護者のPTGと社会的支援および希望の間には有意な正の相関が認められ、希望は社会的支援に比べPTGに高い影響を与えていたことを結果として得ていた。

4. 【がん患者の希望の影響要因とその特徴】

【がん患者の希望の影響要因とその特徴】は《身体的・心理的要因との関係》、《社会的背景との関係》、《自己寛容や思考パターンとの関係》、《終末期がん患者の希望の要因》から形成された。

a. 《身体的・心理的要因との関係》

《身体的・心理的要因との関係》には8件の文献が含まれ、希望と心理的状态に影響する要因を明らかにした研究が複数あった。

Peh, et al.（2017）は、患者の希望は不安や抑うつ状態の低下と相関し、感情抑制はより高い不安と落ち込みと相関していたことを明らかにした。

さらに、Li, et al.（2017）は、放射線療法中の480名の患者を対象とし、多くの患者は中程度から高いレベルの希望を持っており、患者の心理的苦痛の指数は希望のレベルと負の相関を示した。

b. 《社会的背景との関係》

《社会的背景との関係》に関する文献は3件あり、対人関係や社会的・役割的機能と希望の関係を示していた。

Duggleby, Ghosh, Cooper & Dwernychuk (2013) は、年齢別の希望の得点の比較について65歳以上の患者の方が65歳未満の患者より希望の得点が低く、性別では女性の方が男性よりも希望の得点が低かったことを示していた。

Steffen, Vowles, Smith, Gan, & Edelman (2018) は、より多くの日常的な希望を報告した患者はより高い社会的・役割的機能を報告したことを述べていた。

c. 《自己寛容や思考パターンとの関係》

《自己寛容や思考パターンとの関係》に関する文献は7件あり、患者の自己寛容と希望との関係、希望とPTGとの関係が明らかにされていた。

Ho, et al. (2011) は、口腔がん患者の希望と楽観主義はPTGに強く相関し、未婚者と既婚者の比較では既婚者の方がPTGと希望は高いレベルを示したことを述べていた。

また、Solano, da Silva, Soares, Ashmawi, & Vieira (2016) は、進行がん患者のレジリエンスと希望の間には強い相関関係があることを結果として得ていた。

d. 《終末期がん患者の希望の要因》

《終末期がん患者の希望の要因》には2件の文献が含まれ、終末期がん患者の希望に影響する要因が特徴づけられた。

Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld, & Breitbart (2013) の研究では、終末期患者の希望と絶望の要因として、肯定的な対人関係は希望を高め、コントロールできない身体的苦痛は絶望への脆弱性を高めたという結果があった。

また、Baczewska, et al. (2020) の研究から、終末期患者で気分が不安定な人は安定している人に比べ、より強い感情的で動機的な希望を持つ傾向があると明らかにされた。

5. 【希望を支えるためのケア】

【希望を支えるためのケア】は、《希望を支えるケアの視点》、《看護介入の実態と尺度開発》から形成された。

a. 《希望を支えるケアの視点》

《希望を支えるケアの視点》に関して3件の文献があり、いずれも国内の文献であった。

草島・河・坂井・森田(2014)の研究からは、終末期がん患者の苦悩には「死の不安」「希望のなさ」「回復への希望の揺らぎ」があり、ケアの視点には「患者の支えとなるような死や死後のイメージを育む」「希望を見いだすことを助け、希望を支える」などが明らかになった。

また、渡部・大釜(2017)は、緩和的リハビリテーション看護を実践している看護師を対象にした質的研究から、緩和的リハビリテーション看護には「希望を紐解く関わり」「希望と現実に対する患者の折り合いへの関わり」などがあることを述べていた。

b. 《看護介入の実態と尺度開発》

《看護介入の実態と尺度開発》に関する文献は6件あり、国内の質的研究1件、量的研究1件以外は海外の量的研究によって介入の効果や尺度開発について明らかにしたものであった。

看護介入の実態に関して、Thornton, et al. (2014) の研究では、再発がん患者への心理的介入によって希望とマインドフルネスはともに増加していたと示された。

また、尺度開発に関して、Rustøen, Lerdal, Gay, & Kottorp (2018) の研究では、Herth Hope Index (HHI) の心理測定7項目のスケールは、モデルに対する項目の適合性、許容可能な次元性、人物の適合度の許容範囲、十分な分離度と項目関数の差がないことが示された。

IV. 考 察

A. 掲載概要の動向について

2010年から2020年に掲載された、がん患者の「希望」をキーワードにした文献は、海外文献では量的研究が多く、国内文献では質的研究の方が多かった(表1)。この背景として、海外では日本よりも早い時期である1990年代前半には、希望の理論が展開され定義づけがされた(Snyder, et al., 1991) ことなどから、それらを基盤とし、その後、がん患者や介護者の希望の特徴や傾向を具体的に捉えるための研究が積み重ねられてきたと推察できる。海外文献はがん患者を対象にした文献数が29件(56.9%)あることも、その動向の裏付けとして考えられる。

B. がん患者の希望に関する研究結果について

【がん患者が望むことと生きる姿勢】には、《体調につきあい生活を送ることを望む》《大切な人の幸福を願い、つながりを深めることを望む》などのサブカテゴリが示され、結果の概要には、他者とのつながりについては「大切な人の幸福を願うこと」(Mok, et al., 2010) や「つながりの意味づけ」(川端, 2015) などが含まれた。このことから、がん患者は生活者として身体的状態や症状を管理しながら、社会的な存在としてあり続けることを希望していることが推察された。

また、《自分の価値観を深めることを望む》には、人生と今後の自己の有り様に思いを巡らす、「自分らしさの表現」(田中, 2012) や「私で在り続けることの肯定」(川端, 2015) などが含まれていた。

《生き方を見つめ自己の発達を促すセルフケア能力の活用》では、進行がん患者の希望することは国内外の研究結果において類似し、患者自身の生活に関して何かを楽しみ

にするために形成された「確信的な」希望の創造 (Olsson, et al., 2011) や、「生きられる時間を意識する」(田中, 2012) など患者の前向きな思考が表現されていた。この特徴からがん患者の希望には、がんに負けず前向きに生きたという思いや日々の生活時間に含まれる楽しみを創造し、喜びや楽しみの瞬間を維持すること、そして周囲の人との絆や幸福を願い、さらに生と死を線状にとらえた見通しをもつことも含まれるという特徴があった。また、研究結果には「自分の時間を大切に生きる」(原ほか, 2011) ことや「生きられる時間を意識する」(田中, 2012)、そして「新たな未来の見通し」をもつ (川端, 2015) ことが含まれた。これらは、「がん患者のセルフケア能力 (吉田・神田, 2012)」の大表題『生き方を見つめ自己の発達を促す能力』の表題〔人生で大切なことと向き合う能力〕や、表題〔今後の過ごし方を決定する能力〕と関連し、患者が生き方を前向きに模索しながら療養している点において共通していると考察できる。そして、がん患者の《体調につきあい生活を送ることを望む》《大切な人の幸福を願い、つながりを深めることを望む》《自分の価値観を深めることを望む》という状態に向け生きる姿勢としてセルフケア能力を活用していると推察できる。そのため、今後のがん看護において患者が望むことへの支援と共に『生き方を見つめ自己の発達を促す能力』を支援する看護についても検討し構築していくことが重要と考えられる。

【がん患者が希望を持ち続けるプロセス】には、《診断時から苦痛と希望を持つ経験》と《進行がん患者の希望のプロセス》が含まれた。Rosenberg, et al. (2018) の量的研究では、診断時の希望の得点が高いほど、その後の苦痛の得点も低下していたものの、角田ほか (2016) の研究から、がん患者には希望を見いだすプロセスがあり、自らの力を信じる体験や気付く体験を経ながら、希望を見いだす推進力がプロセス全体を支えていた。これらの複数の研究結果から、診断時に希望が持てなかった状態から復活した人は「がんと向き合う中で希望を探す」ことができ (Sales, et al., 2014)、その後も様々な体験を経ながら希望を持ち続けることが軌跡として期待できる。

【がん患者と介護者の療養に関する意向】では、特に介護者の希望には社会的支援に比べてPTGに高い影響を与えていた (Nouzari, et al., 2019) ことから、介護者への希望を支援する看護の重要性が示唆され、今後の課題として位置づけられる。

【がん患者の希望の影響要因とその特徴】には、《身体的・心理的要因との関係》、《社会的背景との関係》、さらに《自己寛容や思考パターンとの関係》などが含まれており、今後、希望を支援する看護の構築にはこれら多方面からの支援を含め検討していく必要性が示された。特に、レ

ジリエンスや自己寛容とは希望と正の相関が認められている (Solano, et al., 2016 : Toussaint, Barry, Angus, Bornfriend, & Markman, 2017) ことは複数の論文に共通するため、支援の鍵と考えられる。

【希望を支えるためのケア】には、介入の実態などが含まれ、今後のケアの構築に向けた基盤になると考えられる。Travelbee (1971/1974) は、希望はいつも他の人々の援助に期待することや、個人的体験から得た主観的知識と関連をもつと述べており、患者は看護師の援助に期待していることや、患者の体験をもとに希望は形成されることをふまえて援助方法を検討していくことが課題と考えられる。

V. 結 論

がん患者の希望をキーワードにした文献は、海外文献では量的研究により患者や介護者の特徴を捉える研究が多く、国内文献では質的研究によって希望の内容などを調査することを目的にした研究が多かった。文献内容の分析から【がん患者が望むことと生きる姿勢】【がん患者が希望を持ち続けるプロセス】【がん患者と介護者の療養に関する意向】【がん患者の希望の影響要因とその特徴】【希望を支えるためのケア】の5カテゴリと15サブカテゴリが生成された。そのため、上記のカテゴリを考慮し、がん患者の希望に焦点をあてた看護プログラムの構築が今後の課題と考える。

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。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP 19K10882の助成を受け実施した研究の一部である。

文 献

- 荒井康之, 鈴木隆雄, 長島晃司, 福地将彦, 小坂由道, 太田秀樹 (2019). 在宅ケアを受けたがん患者の療養場所の希望と実際: 在宅療養中の希望の変化を含めた検討. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 42(3), 150-157. <https://doi.org/10.14442/generalist.42.150>
- Baczewska, B., Block, B., Kropornicka, B., Malm, M., Musiał, D., Makara-Studzińska, M., & Zwolak, A. (2020). Hope in advanced cancer patients in the terminal phase of neoplastic disease and stability of basic mood. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3550. <https://doi.org/10.3390/jcm9113550>
- Baczewska, B., Block, B., Kropornicka, B., Niedzielski, A., Malm, M., Zwolak, A., & Makara-Studzińska, M. (2019). Hope in hospitalized patients with terminal cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3867. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203867>

- 板東孝枝, 雄西智恵美, 今井芳枝 (2020). 術後回復過程にある肺がん患者のHopeの体験. *日本がん看護学会誌*, 34, 41-49.
- Berendes, D., Keefe, F.J., Somers, T.J., Kothadia, S.M., Porter, L.S., & Cheavens, J.S. (2010). Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.01.014>
- Brown, P., de Graaf, S., Hillen, M., Smets, E., & van Laarhoven, H. (2015). The interweaving of pharmaceutical and medical expectations as dynamics of micro-pharmaceuticalisation: Advanced-stage cancer patients' hope in medicines alongside trust in professionals. *Social Science & Medicine*, 131, 313-321. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.053>
- Cao, W., Qi, X., Yao, T., Han, X., & Feng, X. (2017). How doctors communicate the initial diagnosis of cancer matters: Cancer disclosure and its relationship with patients' hope and trust. *Psycho-Oncology*, 26(5), 640-648. <https://doi.org/10.1002/pon.4063>
- Chan, K., Wong, F., Tam, S.L., Kwok, C.P., Fung, Y.P., & Wong, P.N. (2020). The effects of a brief hope intervention on decision-making in chronic kidney disease patients: A study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3631-3640. <https://doi.org/10.1111/jan.14520>
- Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D., & Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(5), 661-670. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.12.004>
- 玄田有史 (2010). *希望のつくり方*. p.30, 東京: 岩波書店.
- Gray, M.F., Ludman, E.J., Beatty, T., Rosenberg, A.R., & Wernli, K.J. (2018). Balancing hope and risk among adolescent and young adult cancer patients with late-stage cancer: A qualitative interview study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(6), 673-680. <https://doi.org/10.1089/jayao.2018.0048>
- 濱田由香, 佐藤禮子 (2002). 終末期がん患者の希望に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 16(2), 15-25. <https://doi.org/10.18906/jjscn.2002-16-2-15>
- 原 祥子, 武居明美, 瀬山留加, 高井ゆかり, 角田明美 (2011). 治療を受ける高齢がん患者の語りに見る希望. *北関東医学*, 61(4), 509-514. <https://doi.org/10.2974/kmj.61.509>
- Ho, S., Rajandram, R.K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., & Zwahlen, R.A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*, 47(2), 121-124. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.11.015>
- Hoesseini, A., Dronkers, E.A.C., Sewnaik, A., Hardillo, J.A.U., Baatenburg de Jong, R.J., & Offerman, M.P.J. (2020). Head and neck cancer patients' preferences for individualized prognostic information: A focus group study. *BMC Cancer*, 20(1), 399. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-6554-8>
- 堀 理江 (2013). ライフレビューに見出されるがん患者の希望. *日本がん看護学会誌*, 27(2), 56-64. <https://doi.org/10.18906/jjscn.2013-27-2-56>
- Huen, J.M.Y., Ip, B.Y.T., Ho, S.M.Y., & Yip, P.S.F. (2015). Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PLOS ONE*, 10(6), e0130073. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130073>
- 石井 歩, 藤田佐和 (2014). 若年がんサバイバーの希望を支える看護ケア: エキスパートナースの実践より. *高知女子大学看護学会誌*, 39(2), 32-41.
- 石川孝子, 福井小紀子, 岡本有子 (2017). 訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連. *日本看護学会誌*, 37, 123-131. <https://doi.org/10.5630/jans.37.123>
- 川端 愛 (2015). がんの集学的治療を断念した患者を支える希望の意味. *日本がん看護学会誌*, 29(2), 62-70. <https://doi.org/10.18906/jjscn.2015-29-2-62>
- 厚生労働省 (2015). 平成26年 (2014) 患者調査の概況. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/> (参照 2022年 7月18日)
- Kübler-Ross, E. (1969) / 鈴木 晶訳 (1998). *死ぬ瞬間: 死とその過程について完全新訳改訂版*. (pp. 206-207). 東京: 読売新聞社.
- 久保五月 (2012). 海外におけるがんサバイバーシップの潮流: 拡大するニーズに応えるために. *がん看護*, 17(4), 473-477. <https://doi.org/10.15106/J03022.2012280664>
- 草島悦子, 河 正子, 坂井さゆり, 森田達也 (2014). 終末期がん患者の死の不安と希望をめぐる苦悩に対するケア: 緩和ケアに従事する多職種のスピリチュアルケア経験に関するインタビュー調査. *臨床死生学*, 18・19(1), 46-57.
- Lakdawalla, D.N., Romley, J.A., Sanchez, Y., Maclean, J.R., Penrod, J.R., & Philipson, T. (2012). How cancer patients value hope and the implications for cost-effectiveness assessments of high-cost cancer therapies. *Health Affairs*, 31(4), 676-682. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1300>
- Li, L.-R., Lin, M.-G., Liang, J., Hu, Q.-Y., Chen, D., Lan, M.-Y., Liang, W.-Q., Zeng, Y.-T., Wang, T., & Fu, G.-F. (2017). Effects of intrinsic and extrinsic factors on the level of hope and psychological health status of patients with cervical cancer during radiotherapy. *Medical Science Monitor*, 23, 3508-3517. <https://doi.org/10.12659/msm.901430>
- Li, M.-Y., Yang, Y.-L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: A cross-sectional study. *Health & Quality of Life Outcomes*, 14, 73. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0481-z>
- Liu, J., Griva, K., Lim, H.A., Tan, J.Y.S., & Mahendran, R. (2017). Longitudinal study of the protective effect of hope on reducing body image distress in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(1), 77-89. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1221490>
- 光木幸子, 毛利貴子, 堀井たづ子, 笹川寿美, 嶋田理佳, 佐伯良子, 前野正子, 松岡正美, 越智幾世, 富田英津子, 藤本早和子, 高岡みどり, 稲森晶子, 中川雅子 (2010). 外来治療移行時期におけるがん患者とその家族の不安内容と希望するサポート: 地域がん診療連携拠点7病院と都道府県がん診療連携拠点病院の調査から. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 19, 53-61.
- Mok, E., Lam, W.M., Chan, L.N., Lau, K.P., Ng, J.S.C., & Chan, K.S. (2010). The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 298-305. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.6.48836>
- Montazer, A., Nemati, F., Dehghani, F., & Fallah, T. (2017). Efficacy of acceptance and commitment therapy on breast cancer female patients' hope. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 10(2), e5526. <https://doi.org/10.5812/ijcp.5526>
- 茂木寿江, 大山ちあき, 藤野文代, 神田清子 (2010). 子どもを持つ乳がん患者が抱く希望. *北関東医学*, 60(3), 235-241.
- 内藤 (白土) 明美, 森田達也, 山内敏宏, 横道直佑, 小田切拓也,

- 今井堅吾, 井上 聡 (2016). Advance Care Planningに関するホスピス入院中の進行がん患者の希望. *Palliative Care Research*, 11(1), 101-108. <https://doi.org/10.2512/jspm.11.101>
- Nouzari, R., Najafi, S.S., & Momennasab, M. (2019). Post-traumatic growth among family caregivers of cancer patients and its association with social support and hope. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(4), 319-328. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73959.0>
- Olsman, E., Willems, D., & Leget, C. (2016). Solicitude: Balancing compassion and empowerment in a relational ethics of hope-An empirical-ethical study in palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(1), 11-20. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9642-9>
- Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E.J., & Friedrichsen, M. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 607-612. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.607>
- Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E.J., & Friedrichsen, M. (2011). The glimmering embers: Experiences of hope among cancer patients in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*, 9(1), 43-54. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000532>
- 大坂 巖, 渡邊清高, 志真泰夫, 倉持雅代, 谷田憲俊 (2019). わが国におけるWHO緩和ケア定義の定訳: デルファイ法を用いた緩和ケア関連18団体による共同作成. *Palliative Care Research*, 14(2), 61-66. <https://doi.org/10.2512/jspm.14.61>
- Peh, C.X., Liu, J., Bishop, G. D., Chan, H.Y., Chua, S.M., Kua, E.H., & Mahendran, R. (2017). Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1191-1197. <https://doi.org/10.1002/pon.4297>
- Rosenberg, A.R., Bradford, M.C., Bona, K., Shaffer, M.L., Wolfe, J., Baker, K.S., Lau, N., & Yi-Frazier, J. (2018). Hope, distress, and later quality of life among adolescent and young adults with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(2), 137-144. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1382646>
- Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Ebert-Vogel, A., Kirchheiner, K., Masel, E., Watzke, H., & Schrank, B. (2017). Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(5), 672-678. <https://doi.org/10.1002/pon.4205>
- Rustoen, T., Cooper, B.A., & Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(4), 258-267. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181d6fb61>
- Rustoen, T., Lerdal, A., Gay, C., & Kottorp, A. (2018). Rasch analysis of the Herth Hope Index in cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1025-5>
- Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2013). On sinking and swimming: The dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(2), 121-127. <https://doi.org/10.1177/1049909112445371>
- Sales, C.A., Cassarotti, M. da S., Piolli, K.C., Matsuda, L.M., & Wakiuchi, J. (2014). The feeling of hope in cancer patients: An existential analysis. *Rev Rene*, 15(4), 659-667. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400013>
- 三部ひさ子, 山崎智子, 内堀真弓, 本田彰子 (2019). 再発期の肺がん患者が希望を見いだし生きるプロセス. *臨床死生学*, 23(1), 10-19.
- 笹川寿美, 光木幸子, 毛利貴子, 瀧田理佳, 堀井たづ子, 佐伯良子, 前野正子, 松岡正美, 越智幾世, 富田英津子, 藤本早和子, 中川雅子 (2011). 外来治療移行時期におけるがん患者の妻が抱える不安と希望するサポート. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 21, 85-93.
- Seyedrasooli, A., Rahmani, A., Howard, F., Zamanzadeh, V., Mohammadpoorasl, A., Aliashrafi, R., & Pakpour, V. (2014). Iranian cancer patient perceptions of prognosis and the relationship to hope. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(15), 6205-6210. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.15.6205>
- Sjoquist, K.M., Friedlander, M.L., O'Connell, R.L., Voysey, M., King, M.T., Stockler, M.R., Oza, A.M., Gillies, K., Martyn, J.K., & Butow, P.N. (2013). Hope, quality of life, and benefit from treatment in women having chemotherapy for platinum-resistant/refractory recurrent ovarian cancer: The gynecologic cancer intergroup symptom benefit study. *The Oncologist*, 18(11), 1221-1228. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0175>
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Solano, J.P.C., da Silva, A.G., Soares, I.A., Ashmawi, H.A., & Vieira, J.E. (2016). Resilience and hope during advanced disease: A pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliative Care*, 15, 70. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>
- Steffen, L.E., Cheavens, J.S., Vowles, K.E., Gabbard, J., Nguyen, H., Gan, G.N., Edelman, M.J., & Smith, B.W. (2020). Hope-related goal cognitions and daily experiences of fatigue, pain, and functional concern among lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(2), 827-835. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04878-y>
- Steffen, L.E., Vowles, K.E., Smith, B.W., Gan, G.N., & Edelman, M.J. (2018). Daily diary study of hope, stigma, and functioning in lung cancer patients. *Health Psychology*, 37(3), 218-227. <https://doi.org/10.1037/hea0000570>
- Sung, K.M., Yu, M., Kang, Y.S., Gu, M.O., Jung, M.S., Eun, Y., & Jeon, M.Y. (2021). The effects of a tripod approach for cancer patients on illness stress, health-promoting lifestyle, hope, and resilience. *Cancer Nursing*, 44(2), 125-135. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000746>
- 田中いずみ (2012). 再発・転移後のがん患者が見いだす希望とその希望を見いだすための要因. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 8(1), 39-47.
- Thornton, L.M., Cheavens, J.S., Heitzmann, C.A., Dorfman, C.S., Wu, S.M., & Andersen, B.L. (2014). Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1087-1100. <https://doi.org/10.1037/a0036959>
- Toussaint, L., Barry, M., Angus, D., Bornfriend, L., & Markman, M. (2017). Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(5), 544-560. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1309615>
- Travelbee, J. (1971) / 長谷川浩, 藤枝知子訳 (1974). 人間対人間の看護. (pp.110-120). 東京: 医学書院.

- 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. <https://doi.org/10.2974/kmj.66.201>
- Wakiuchi, J., Marchi, J.A., Norvila, L.S., Marcon, S.S., & Sales, C.A. (2015). Hope of cancer patients undergoing chemotherapy. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 202-208. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>
- 渡部優子, 大釜徳政 (2017). 終末期中期がん患者の希望を支える緩和的リハビリテーション看護に関する検討. *日本がん看護学会誌*, 31, 116-123.
- Werner, A., & Steihaug, S. (2017). Conveying hope in consultations with patients with life-threatening diseases: the balance between supporting and challenging the patient. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2), 143-152. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333322>
- Wettergren, L., Kent, E.E., Mitchell, S.A., Zebrack, B., Lynch, C.F., Rubenstein, M.B., Keegan, T.H.M., Wu, X.-C., Parsons, H.M., Smith, A.W., & the AYA HOPE Study Collaborative Group (2017). Cancer negatively impacts on sexual function in adolescents and young adults: The AYA HOPE study. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1632-1639. <https://doi.org/10.1002/pon.4181>
- 山本知枝子, 大西和子, 辻川真弓 (2010). 終末期がん患者の希望を支え, その人らしく生きるためのケアに関する研究: ケアプログラムシート作成とそれを使用する看護師の学び. *三重看護学誌*, 12, 31-48.
- 吉田久美子, 神田清子 (2012). 治療期にあるがん患者のセルフケア能力. *日本がん看護学会誌*, 26(1), 4-11. <https://doi.org/10.18906/jjscn.2012-26-1-4>

[2022年4月21日受付]
[2023年2月12日採用決定]

Trends and Issues in Nursing Research Focusing on the “Hope” of Cancer Patients: Consideration of the Relationship with Self-care Agency

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 47(5), 971-984
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230212255>

Kumiko Yoshida, PhD, RN

Takasaki University of Health and Welfare, Gunma, Japan

Abstract

Objective: This study aims to clarify the trends and issues in nursing research on “hope” among cancer patients by systematizing the results reported in the international literature using “cancer patients” and “hope” as keywords. **Methods:** Electronic databases, including CINAHL, PubMed, the Web version of the Japana Centra Revuo Medicina, and CiNii, were searched for the keywords “cancer patients” and “hope.” In total, 34 foreign and 17 domestic articles were identified. **Results:** The majority of the foreign articles were quantitative studies that ascertained the characteristics of patients and caregivers’ hopes; contrastingly, most of the domestic articles were qualitative studies. Five categories and 12 subcategories were generated based on the results: “Cancer patients’ hopes and their attitude toward life,” “The process by which cancer patients maintain hope,” “Cancer patients’ and caregivers’ views on care,” “Factors influencing cancer patients’ hopes and the characteristics of those factors,” and “Care to sustain hope.” **Conclusions:** Creating a care program focusing on the hopes of cancer patients is a topic for future research; additionally, the relationship between hope and self-care agency needs to be considered.

Key words

Cancer Patients, Hope, Self-care Agency

Correspondence: K. Yoshida. Email: yoshikumi@takasaki-u.ac.jp

意識障害が持続する患者に関わる 看護師の経験についての文献検討

日本看護研究学会雑誌
2025, 47(5), 985-996
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240304251>

武田ひかる

東京都立大学大学院人間健康科学研究科

要旨

目的：病院において意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験とその特徴を明らかにすること。方法：医中誌Web, CiNii Research, PubMed, CINAHL with Full textを用い、「意識障害 (Consciousness Disorders)」「経験or体験 (experience) or 語り」「看護 (nurse / nursing)」をキーワードとして検索し、計21件が分析の対象となった。結果：対象文献の分析の結果、看護師の経験は【患者との関わりにおける経験】、【患者の家族との関わりにおける経験】、【患者に関係する他のスタッフとの関わりにおける経験】の3つのカテゴリーに分類された。結論：看護師の経験の特徴は、難しさを感じながらも、自己の内面に手かかりを求め、感情の揺れ動きの中で他者からの刺激を受けて変化していくことであった。

キーワード

意識障害, 看護師, 経験

責任著者：武田ひかる。Email: pkr0911p@gmail.com

諸言

外傷や虚血によって脳に損傷を負った後、覚醒反応を取り戻したものの、認識などの精神活動を喪失したままの患者がおり、Jannett & Plum (1972, p.734)はこの状態を遷延性植物状態 (Persistent Vegetative State: PVS) と定義した。日本では主に「遷延性意識障害」と呼称されている。PVSの診断基準については、日本において1974年に(鈴木・児玉, 1974)、米国においては1994年に(The Multi-Society Task Force on PVS, 1994) 確立されている。一方で、PVSの診断は誤診率が高く (Andrews, Murphy, Munday, & Littlewood, 1996)、また“vegetative”という言葉が倫理的な問題を多くはらんでいることが指摘され、安楽死や尊厳死をめぐる議論がされてきた (Andrews, 1997; 日本学術会議「死と医療特別委員会」, 1995)。

日本における遷延性意識障害患者の数は全国で約5万人と推計されているが (厚生労働省, 2011)、2020年の傷病分類別平均在院日数をみると、脳血管疾患は77.4日であり、全体の33.3日と比較すると2倍以上長い (厚生労働省, 2022)。この中には意識障害が長期化した患者も含まれることが予測できる。また、近年の救急医療への需要の高まりや、遷延性意識障害が発症後3か月経過してから診断されること (鈴木・児玉, 1974, pp.18-19) を考慮すると、

病院に入院する患者数は厚生労働省 (2011) の推計よりも多い可能性がある。

意識障害が長期化する患者の増加が予測される一方、こうした患者に対するエビデンスの高い治療法は少なく、リハビリテーションの対象としても議論されることが少ない (青柳, 2020, p.4)。しかし、看護の領域においては、意識障害患者に対する意識の回復や生活行動の再獲得を目指した努力がなされている。具体的には、生活リズムの確立や運動プログラムの開発 (紙屋, 2003)、特定の感覚刺激による脳波の変化 (林, 2010)、背面開放座位による車椅子乗車までの期間短縮などの介入の効果 (Okubo, 2012) の報告がある。他方で、意識障害患者の療養上の問題に関する調査では、入院患者のうち重症群の1日の過ごし方は「ほとんど臥床」(62.7%)であり、家族は「意識レベルが改善しない」ことに困難を抱えていたことが報告されている (日高・福良・林・紙屋, 2017, pp.24-25)。また、感覚刺激等の特別な介入は、臨床における意思決定を支えるエビデンスが不足しており (Klingshirn, et al., 2015, p.582)、臨床実践に積極的に取り入れられるに至ってはいないことが示唆されている。

このように、実際の臨床において特別なケアを取り入れることは困難な現状だが、患者の意識回復には「患者に対して希望を持って接する態度そのもの」(戸田, 2011, p.9)

が重要であり、そうした患者の行動学的変化を発見するには「不連続な査定を行う医師よりも、家族や看護師など間断のないケアを行う者の役割が大きい」(戸田, 2009, p.17)。しかし、このように重要な役割を持つ看護師は、回復の可能性の低さや身体的な負担、家族との関係などにより、医療専門職の中でも特にバーンアウトの症状が生じていることが指摘されている(Gosseries, et al., 2012; Wang, J., Wang, W., Laureys, & Di, 2020)。また、病院において慢性期意識障害患者をケアする看護師の心理構造について、【ケアの効果が現れない】ことや【回復は期待できない】という認識から“アパシー”に陥るプロセスと、【患者の好ましい予想外の反応を感じる】ことや【他者からの刺激に反応する】ことによって、“アパシー”から引き戻されるプロセスが明らかになっている(小林・當日, 2010)。看護師は、意識障害が持続する患者との関わりのプロセスの中で“アパシー”から引き戻されない場合、患者に関心を持ち続け、ケアを継続することが困難になることが予測される。

患者との関わりの中で変化する看護師の困難や葛藤、意外な気づきは、看護において「認識・感情・欲望・価値観などの〈内面的変化〉や〈主観的にとらえたあるがままの状態〉」(中木・谷津・神谷, 2007, p.48)と定義される「経験」の要素ということが出来る。そこで、本研究では先行研究の中で、上記の定義をもとに「病院において意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験」に焦点を当て、その特徴を明らかにすることとした。これにより、看護師が直面する状況への理解を深め、その実践を支える方法を検討するための一助となると考える。

I. 研究目的

病院において意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験とその特徴を文献検討により明らかにする。

II. 研究方法

A. 対象文献を限定するための用語の操作的定義

1. 意識障害が持続する患者

日本における「遷延性意識障害」の診断基準の中には、欧米で2002年に提案された、わずかに自己や周囲に対する認識を示す最小意識状態(Minimally Conscious State: MCS)(Giacino, et al., 2002)の状態が一部含まれている。また、「遷延性意識障害」の診断が発症から満3か月間が経過してからの診断となること、先行研究において「慢性期意識障害」や「重症意識障害」など様々な表現が使用されていることから、特定の診断名を扱った文献のみを対象

とすることで、網羅性が欠けると考えられた。そこで、脳に損傷を負った後、覚醒状態の完全な消失を示す昏睡状態が2~4週間以上持続することがない(Plum & Posner, 1982/1982, pp.1-6)ことを踏まえ、本研究では「意識障害が持続する患者」を「脳の器質的な障害により意識障害が生じ、発症後または受傷後2~4週間を超えて認知機能の障害が持続する、昏睡、最小意識状態、遷延性意識障害等の患者」と定義した。なお、救命救急センターや集中治療室における調査を行った文献について、意識障害の原因が頭部外傷や脳血管疾患と明記されているもの、または患者と長期にわたって関わっていることが確認できたものは検討の対象に含めた。

2. 看護師の経験

「経験」は、哲学における議論として取り上げられることが多いが、「経験」の基本的な特徴として「志向性」と「一人称性」が取り上げられ議論されている(植村, 2017, p.92)。また、福田(2020)は、「経験」であることの必要十分条件は「1)それが私自身に生じている、あるいはそれが私に帰属することと、2)そのとき私がそのことに気づいていること」(p.16)であり、例として感覚知覚、身体感覚、情動や感情、思考、行為を挙げている。看護学研究論文における「経験」については、中木ほか(2007)の概念分析により、「〈不確か〉な状況で生じた〈印象に残る出来事とそのときの心身の状態〉、特に認識・感情・欲望・価値観などの〈内面的変化〉や〈主観的にとらえたあるがままの状態〉であり、結果として〈自己受容〉〈関心〉〈問題への対峙〉〈確信〉〈再構築〉〈習得・熟達〉を示す現象が見出されるもの」(pp.48-49)と定義されている。「体験」と「経験」は明確な区別をもって使用されていないものの、「体験」は「特定時期の身体感覚と反応」に着目する一方、「経験」は「一連の過程における主観や内面的変化」に着目することが多い(中木ほか, 2007, p.50)。これらのことから、本研究においては、一時的な「体験」ではなく、変化するプロセスの中で生じる困難や葛藤、意外な気づきを包含する「経験」を使用することが適切と考えた。したがって、本研究における「意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験」とは、「意識障害が持続する患者に関わる中で看護師に生じた、患者や周囲の人々と関わる一連の過程における主観的・内面的変化」と定義した。

B. 対象文献の抽出方法

2023年5月に、1960~2023年に発表された、病院において意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験に関する文献について、以下の通り検索を行った。

まず、和文文献について、医中誌Webにより検索キー

ワードは「意識障害/TH」 and 「経験/AL or 体験/AL or 語り/AL」 and 「看護/TH or 看護/AL」で、分類を看護として原著論文で絞り込むと、110件が検索された。また、「CiNii Research」にて同様のキーワード、論文で絞り込んで検索を行ったところ、24件が該当した。

英文文献について、「PubMed」により「“Consciousness Disorders” [Mesh] and 「nursing or nurse」 and 「experience」, Abstract, Englishで検索を行うと、118件が該当した。また、「CINAHL with Full text」にて同様のキーワードで検索を行ったところ、8件が該当した。

結果、和文文献は134件、英文文献は126件の計260件が検索された。その後、重複文献を除外し、文献タイトルと抄録をスクリーニングした。そして、意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験について、患者や家族、その他周囲の人々との関わりが記述された文献のみに絞り込み、ハンドリサーチの3件を追加し合計22件の文献を入手した。なお、文献の入手にあたって、オンライン上で入手困難な文献は所属機関の図書館で取り寄せを行った。入手した文献について、日本看護協会出版会（2020）のクリ

テイク・チェックシートを用いて品質を評価し、看護師の経験に関する詳細な記述がなかった文献1件を除外し、最終的に21件を分析の対象とした。文献の抽出プロセスと文献数の詳細を図1に示す。

C. 分析方法

検討の対象となった21件の文献で明らかになった看護師の経験について、患者や周囲の人々と関わる一連の過程における主観的・内面的変化を読み取るという視点で精読し、要約表を作成した。その後、各文献から意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験を抜き出してコードとし、類似性・相違性に基づいて分類して命名し、サブカテゴリー化、カテゴリー化を行った。

D. 倫理的配慮

対象とした文献については、参加者に対する倫理的配慮が含まれているかどうかを確認した。研究の誠実性を保つため、文献の内容は公平に記述し、既存のリストや図、尺度を使用することは避けた。

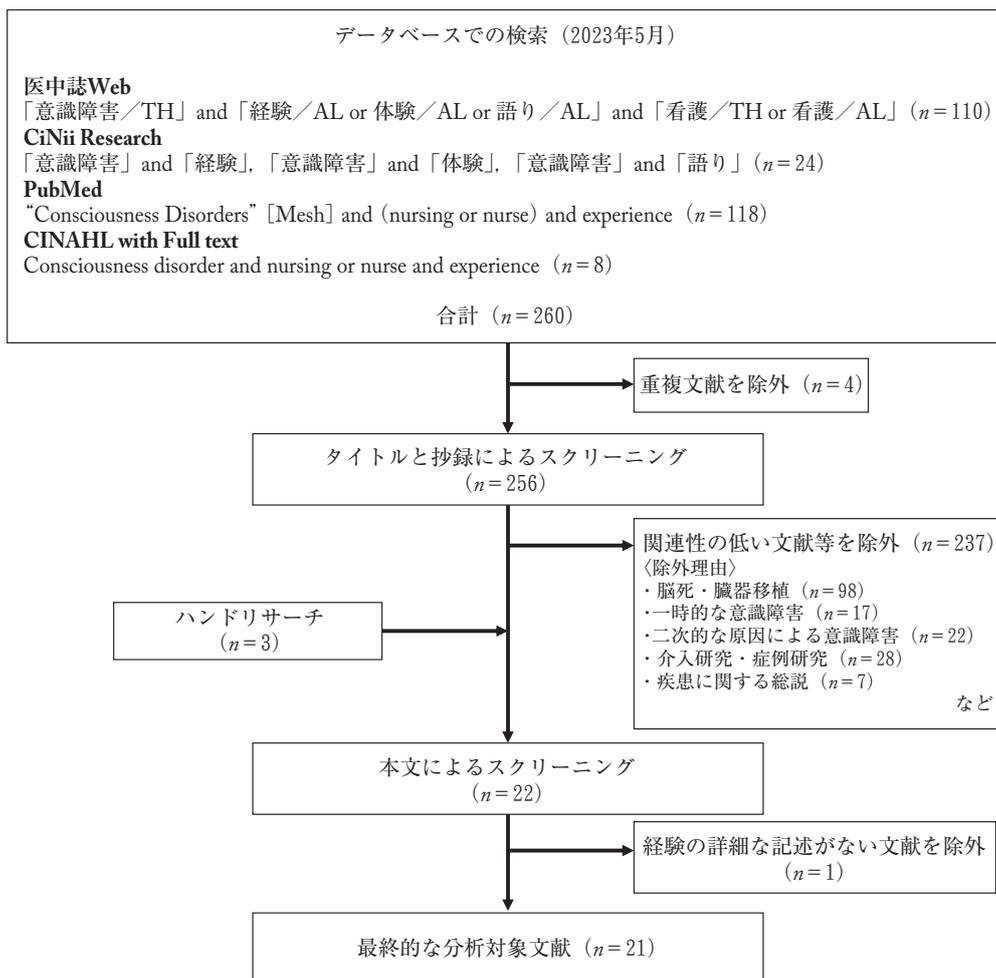


図1 文献抽出のプロセスと文献数

Ⅲ. 結 果

対象文献は出版年代順に整理し、文献リストとして表1に示した。

A. 経年的な研究の動向

検討の対象とした文献の発行年と文献数は、2000年以前は2件、2001年から2010年は6件、2011年から2020年は13件であり、2000年以降継続的に研究が行われ、増加傾向であった。日本の文献数が多いが、これは検索にあたって日本語と英語を用いており、和文文献を入手しやすいことが要因と考えられる。また、日本の高度医療を提供する病院において、患者が重度脳損傷により昏睡または半昏睡状態が続く遷延性意識障害を有している場合、退院後の行き先が決められずに長期入院を余儀なくされる患者が多い状況(松澤, 2002, p.115)が表れている可能性がある。

B. 研究方法の概要

対象とした文献における研究デザインは、質的研究が20件、事例研究が1件であった。研究対象者の勤務場所については、脳・神経系の病棟が7件と最も多く、次いで遷延性意識障害患者を専門的にケアする病院が5件、療養型病棟またはリハビリテーション病棟が3件、救命救急センターまたは集中治療室が3件であった(その他3件は記載なし)。

C. 対象文献の分析結果

意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験について整理した結果、54のコードが抽出され、11サブカテゴリー、3つのカテゴリーに統合された。カテゴリーは、【患者との関わりにおける経験】、【患者の家族との関わりにおける経験】、【患者に関係する他のスタッフとの関わりにおける経験】であった(表2)。なお、21件の文献のうち12件は1つの研究において複数の関わりを扱っており、患者との関わりの経験は19件、患者の家族との関わりの経験は14件、患者に関係する他のスタッフとの関わりの経験は5件(1件は他の医療者の経験も含む)の文献から抽出された。以下、カテゴリーごとに、カテゴリー内のサブカテゴリーについては〈 〉内に示して説明する。

1. 【患者との関わりにおける経験】

a. 〈患者との関わりの期間が短いと難しさを感じる〉

集中治療室における新人看護師は、技術的なケアに集中し、患者の安全を守ることに焦点を当てるため、患者や家族とのコミュニケーションを欠く傾向にあり、看護教育課程における学びとの相違に苛立ちを感じていた

(Villanueva, 1999)。遷延性意識障害を看護する困難な状況は、新人看護師だけではなく、遷延性意識障害患者を看護する経験が不足している場合にも起き、最初は患者の状態が理解できず、人として親しみが湧かない、返答がないことによる否定的感情を持っていた(佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014)。また、遷延性意識障害患者を専門的にケアする病院で働く看護師であっても、患者を受け持ち始めた最初の頃は、患者の反応が読み取れずにケアに自信を持っていないと感じていた(稲野辺, 2020)。

b. 〈倫理的な葛藤や苦悩が生じる〉

集中治療室で患者のケアを行う看護師は、神経筋遮断薬によって鎮静下の患者は理解力と聴力に問題がなく比較的確信を持ってケアできるのに対し、頭部外傷によって意識疎通困難となっている患者は理解力が未知数であり、患者を人としてみられなくなる「ジレンマにもがく(Struggling with dilemmas)」経験をしていた(Villanueva, 1999)。具体的には、患者からの反応がない場合はバイタルサイン等の数値データに注目し、患者にはそれほど注意を払わなくなる傾向にあった。患者を継続的にケアする看護師も、患者の「生きる意味」(谷口・坪井・沼本, 2014)や「生きたままの死(living death)」(Logeswaran, Papps, & Turner-Stokes, 2018; Montagnino & Ethier, 2007)にとらわれ、葛藤していた。さらに、医学的には患者が植物状態とされていても、その意識レベルには疑問があり、看護師は患者を擁護したいという気持ちと、死の過程を延長することの間で倫理的葛藤を抱えていた(Montagnino & Ethier, 2007)。

c. 〈患者との近づきを感じる〉

看護師は、ケアの経験を重ねることで、患者への愛情や同情が湧いて心情的な近づきを感じ(佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014)、家族になったような感覚になり接する(石川, 2011; 飯塚・榎本, 2018; 岡ほか, 2008)という経験をしていた。患者の理解についても、徐々に患者とのタイミングが合い始め、少しずつ患者のことがわかるようになっていた(稲野辺, 2020)。また、遷延性植物状態患者のプライマリー看護師は、「視線が絡む」「手の感触が残る」「雰囲気をつかむ」「馴染む」といった経験をしていた(西村, 2000)。他方で、患者との分かち難い経験は、仕事とプライベートの切り替えを難しくさせ、家族の立場になって辛くなることもあった(Logeswaran, et al., 2018)。

d. 〈患者を理解し尊重する〉

看護師は、遷延性意識障害の患者や他の患者へのケアの経験を重ね、振り返ることで「バランスの取れた視点(balanced perspective)」を獲得していた(Montagnino & Ethier, 2007)。また、看護師が患者を観察して理解し、ケアの実践に至るまでには「知覚」「想起」「目の前の患者の事象と比較・照合」「情報を統合し新たな患者像を創造」

表1 文献リスト

番号	著者 (発表年)	タイトル	国	研究デザイン (方法論・分析)	研究対象	データ 収集方法	分類 (関わり)
1	Villanueva (1999)	Experiences of critical care nurses caring for unresponsive patients	アメリカ	質的研究 (GTA)	脳神経集中治療室に勤務する看護師16名	インタビュー	患者, 家族
2	西村 (2000)	遷延性植物状態患者の看護ケアの意味: 対話・記述・解釈による現象学的接近	日本	質的研究 (現象学)	遷延性植物状態患者を専門的にケアする施設において, 遷延性植物状態患者のケアに携わるプライマリー看護師1名	参加観察・インタビュー	患者
3	川本・藤岡 (2004)	脳神経外科病棟に勤務する看護師のケア意欲の源泉: 遷延性意識障害患者と脳卒中後遺症患者へのケア意欲の比較	日本	質的研究 (なし)	脳神経外科病棟で3年以上勤務している看護師16名	参加観察・インタビュー	患者, 家族
4	Montagnino & Ethier (2007)	The experiences of pediatric nurses caring for children in a persistent vegetative state	アメリカ	質的研究 (van Kaamの現象学)	PVSの子どものケアをする小児科看護師8名	インタビュー	患者, 家族, 他のスタッフ
5	岡ほか (2008)	脳神経外科病棟における重症意識障害患者への関わり: 脳神経外科病棟に勤務する看護師へインタビューを実施して	日本	質的研究 (なし)	経験5年以上の看護師10名	インタビュー	患者, 家族
6	日野浦・渡邊 (2009)	遷延性意識障害患者の看護に携わる看護師のケア意欲の変容過程とその要因	日本	質的研究 (M-GTA)	遷延性意識障害患者の看護に1年以上携わり, 臨床経験が3年以上ある看護師6名	インタビュー	患者, 家族, 他のスタッフ
7	河原木・滝沢 (2010)	救命救急センターに勤務する看護師が, 意識障害患者へのケア意欲を感じる要因	日本	質的研究 (なし)	救命救急センター・ICUでの勤務経験が5年以上で, 現在救命救急センターに勤務する看護師10名	インタビュー	患者, 家族
8	小林・當目 (2010)	急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護師の心理の構造	日本	質的研究 (GTA)	急性期病院3施設の脳神経病棟に勤務する看護師19名	インタビュー	患者, 家族, 他のスタッフ
9	石川 (2011)	中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味	日本	質的研究 (なし)	急性期意識障害患者の看護経験年数5年以上の看護師7名	インタビュー	患者, 家族
10	木元 (2011)	救命救急センターに勤務する看護師の緊急入院した重度意識障害患者の家族への関わり: 積極的な家族への関わりが必要な場面に焦点をあてて	日本	質的研究 (なし)	救命救急センターのICUまたはHCUに勤務し, 重度意識障害患者の家族と関わった経験をもつ看護師3名	参加観察・インタビュー	家族
11	佐々木美和子・佐々木真紀子 (2014)	遷延性意識障害の患者を看護し続ける看護師の経験	日本	質的研究 (なし)	脳神経疾患の専門病院に勤務し遷延性意識障害患者の看護の経験が5年以上ある看護師6名	インタビュー	患者, 家族, 他のスタッフ
12	谷口ほか (2014)	意思疎通不可能な高齢者の終末期ケアに取り組む看護職の体験	日本	質的研究 (なし)	療養病棟で意思疎通不可能な高齢者の終末期ケアに携わっている看護師10名	インタビュー	患者
13	Miyata, et al. (2015)	Facilitating patients with disorders of consciousness to sit without trunk support: a qualitative study	日本	質的研究 (テキストマイニング)	意識障害患者に背面開放座位を行った経験のある看護師5名	参加観察・インタビュー	患者
14	高橋・松下 (2017)	遷延性意識障害患者とその家族への看護援助: 家族の思いを基盤とした看護援助	日本	事例研究 (なし)	著者が看護師として入院時から受け持った3事例	家族の言動の記述・チームカンファレンスの記録・看護記録	家族
15	飯塚・榎本 (2018)	脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識	日本	質的研究 (質的内容分析)	脳神経外科病棟に勤務し, 5年以上の経験を有する看護師17名	グループインタビュー	患者, 家族
16	梅垣 (2018)	遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素と看護師の変容過程	日本	質的研究 (GTA)	職経9年以上および遷延性意識障害患者の看護経験3年以上の看護師8名	参加観察・インタビュー	患者, 家族
17	Logeswaran, et al. (2018)	Staff experiences of working with patients with prolonged disorders of consciousness: a focus group analysis	イギリス	質的研究 (GTA)	慢性期意識障害患者の専門リハビリテーションユニットで勤務する臨床スタッフ	フォーカスグループインタビュー	患者, 家族, 他のスタッフ
18	吉田ほか (2019)	意識障害のある脳卒中患者の離床援助に背面開放座位を導入した看護師の経験	日本	質的研究 (なし)	JCS II桁の患者に対し, 離床援助として背面開放座位援助を実践した看護師5名	インタビュー	患者
19	稲野辺 (2019)	看護師の遷延性意識障害患者の観察と対象理解のプロセスの特徴	日本	質的研究 (佐藤の分析方法を参考)	遷延性意識障害患者の専門病院において看護経験6か月以上の看護師8名	参加観察・インタビュー	患者
20	Poulsen, et al. (2019)	Nociception Coma Scale-Revised: Nurses' experience in clinical practice	デンマーク	質的研究 (Kvaleの分析方法を参考)	脳神経リハビリテーション病棟に勤務する看護師9名と看護助手3名	フォーカスグループインタビュー	患者
21	稲野辺 (2020)	遷延性意識障害患者を看護し続けてきた看護師が患者との関わりにおける確かさを感じるまでのプロセス	日本	質的研究 (佐藤の分析方法を参考)	遷延性意識障害患者の専門病院において経験6か月以上の看護師8名	参加観察・インタビュー	患者

表2 意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【患者との関わりにおける経験】	〈患者との関わりが短いと感じる〉	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師は患者の安全を守ることに焦点を当てており、患者・家族との会話を欠く傾向にあり、看護教育で学んだこととの相違から、苛立ちが生じる (Villanueva, 1999) ・病棟配属後、最初の頃は患者がどのような状態かわからず、人としての親しみが湧かない、返答が返ってこないことによる否定的感情を持つ (佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014) ・最初の頃は患者の気持ちがわからず戸惑い、声をかけても仕方ないと、義務的・機械的に看護する (梅垣, 2018) ・患者を受け持ち始めたばかりの頃は、先輩たちのように患者の反応が読み取れずに自信を持つことができない (稲野辺, 2020)
	〈倫理的な葛藤や苦悩が生じる〉	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の理解力が未知数であり、特に患者に関わり始めた頃は、人としてみるができなくなって「ジレンマにもがく (Struggling with dilemmas)」 (Villanueva, 1999) ・医療者に生かされているような患者を見て、「生きる意味」をめぐる疑問や苦悩が生じる (谷口ほか, 2014) ・患者にとっては生きていることが良いかわからなくなり「生きたままの死 (living death)」をめぐる葛藤が生じる (Logeswaran, et al., 2018; Montagnino & Ethier, 2007) ・医学的根拠で植物状態とされていても、関わりの中でその意識レベルに疑問が生じる (Montagnino & Ethier, 2007)
	〈患者との近づきを感じる〉	<ul style="list-style-type: none"> ・患者との交流を通して「視線が絡む」「手の感触が残る」「雰囲気をつかむ」「馴染む」といった経験をjする (西村, 2000) ・自分の家族のように思い接する (岡ほか, 2008) ・経験を重ねることで、患者への愛情や同情が湧き、心情的な距離の近づきを感じるようになる (佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014) ・患者との分かち難い経験に関連して、仕事とプライベートの切り替えが難しく、家族の立場になって辛くなる (Logeswaran, et al., 2018) ・家族になったような感覚になる (石川, 2011; 飯塚・榎本, 2018) ・徐々に患者とのタイミングが合い始め、ちょっとずつ患者のことがわかるようになる (稲野辺, 2020)
	〈患者を理解し尊重する〉	<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしさを取り入れ、一人一人に向き合うなど患者を尊重して関わる (岡ほか, 2008) ・もし自分だったらどうして欲しいか、といった価値観や自身の看護観からケアを選択する (河原木・滝沢, 2010) ・遷延性意識障害や他の状態の患者をケアする経験を重ね、バランスの取れた視点 (balanced perspective) を手にいれる (Montagnino & Ethier, 2007) ・最期までその人らしく「生ききる」ことを支える (谷口ほか, 2014) ・患者に対して人として関わる (飯塚・榎本, 2018) ・患者や家族の気持ちに近づこうと出産や育児など自分自身の人生経験を手がかりに関わる (梅垣, 2018) ・実践に至るまでに「知覚」「想起」「目の前の患者の事象と比較・照合」「情報を統合し新たな患者像を創造」「対象理解」「看護行為の実践」の6段階を経ており、知覚した情報をもとに「緊張がない」などの患者像を創りだす (稲野辺, 2019)
	〈ケア意欲が変容する〉	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に関与するケア意欲の源泉には、母性感情や同情心の喚起、ひた向きに生きている実感、奇跡の体験、肯定的サインがある (川本・藤岡, 2004) ・看護師の経験は否定的な側面と肯定的な側面を揺れ動く「動的なバランスのプロセス (a process of dynamic balance)」と理解できる (Montagnino & Ethier, 2007) ・ケア意欲の変容過程にはケア意欲を失うルート、回復し維持するルート、早期から維持するルートがあり、患者への関心と変化の発見の体験が転換点・原動力である (日野浦・渡邊, 2009) ・ケアの効果や回復が期待できないと配慮を欠き、患者の予想外の反応を感じるとうケアを充実させたいという思いが生じる「アパシーへの陥り」と引き戻し」という心理状態がある (小林・當日, 2010) ・患者の中に力強さを感じ、意識が戻るという期待を持ちながら看護を行う (石川, 2011) ・ポジティブな側面として、変化を発見すること、患者の人生に関われる誇りがある (Logeswaran, et al., 2018)
	〈スケールでの評価や介入を行う〉	<ul style="list-style-type: none"> ・背面開放座位を行う理由には、日常生活活動の評価をすることが含まれており、自立を促進するものであると捉えられていた (Miyata, et al., 2015) ・痛みの評価について、NCS-Rでは痛みと知覚の混乱を見分けることができず、スケールのみで患者の微妙な反応を解釈することは困難である (Poulsen, et al., 2019) ・背面開放座位の取り組みを導入し、患者への効果を実感できたことでケアに対する達成感を得て回復への期待を高めていった (吉田ほか, 2019)
	〈家族との知識・予期のギャップがある〉	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の知識を確認し、情報を提供しギャップを埋めるように努める (Villanueva, 1999) ・家族の不安そうな様子や現実を受け入れられていない様子を見て、家族に付き添ったり声をかけたりと積極的に関わる (木元, 2011) ・自分たちと家族には患者の状態に関する理解のギャップがある (飯塚・榎本, 2018) ・家族はメディアによる意識の非現実的な期待をもっていることがあり、家族の期待や苦悩に対処することが困難である (Logeswaran, et al., 2018)
	〈家族との情報交換の重要性を認識する〉	<ul style="list-style-type: none"> ・遷延性意識障害の子どもの場合、両親に焦点を当て、彼らの疲労やそばにいられないことへの罪悪感を軽減できるように連絡を取りつづける (Montagnino & Ethier, 2007) ・家族の支えが大切であることを伝え、患者の状態の変化を知らせ労いの言葉をかけることを大切にする (岡ほか, 2008) ・患者の変化を発見するには患者の家族との関わりがあり、患者の様子を伝え家族からも患者について教えてもらう (日野浦・渡邊, 2009; 石川, 2011) ・家族を通して患者を知ることで家族の気持ちに気づき患者を尊重できるようになる (佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014) ・家族のいない時間であった変化について、面会時に伝えて家族の不安に配慮することを心がける (飯塚・榎本, 2018)
	〈きっかけを通じて患者・家族を尊重するようになる〉	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の一生懸命な様子を見て、自分も一生懸命にやりたい、何かしたいと思う (川本・藤岡, 2004) ・家族が患者や看護師に接する態度や面会時の様子を見たり、家族からの感謝を受けて喜びを感じると同時に自分の行った看護を評価したりして次のケアにつなげる (河原木・滝沢, 2010) ・反応できる患者に喜ぶ家族を見てもっと話しかけられるようになる (小林・當日, 2010) ・最初の頃は家族との向き合い方がわからなかったが、経験を経て家族を尊重し自分から関わるようになった (佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014) ・家族の思いを把握してチームで共有して援助を行った結果、苦手意識を持っていた家族との会話ができるようになり、生命の維持と意識賦活だけではなく、一人の生活者として生きるための援助を行うことができるようになった (高橋・松下, 2017) ・家族の鋭い観察力や刺激を続ける様子を見て患者の力を信じるようになる (梅垣, 2018)
	【患者に関係する他のスタッフとの関わりにおける経験】	〈他のスタッフから影響を受けて変化する〉
〈経験豊富なスタッフの存在の重要性を感じる〉		<ul style="list-style-type: none"> ・経験豊かなスタッフがいることでケアを適切にできるという誇りを持ち、お互いに学び合うことができる (Logeswaran, et al., 2018) ・同僚看護師、特により経験豊富なスタッフとのつながりは安らぎの手段である (Montagnino & Ethier, 2007)

「対象理解」「看護行為の実践」の6段階を経ており、患者に関わる事象を知覚し、その情報をもとに患者が「緊張がない」などの患者像を創りだしていた(稲野辺, 2019)。そして、患者や家族の気持ちに近づこうと、出産や育児などの自分自身の経験を手がかりにし(梅垣, 2018)、もし自分だったらどうして欲しいか、といった価値観や自身の看護観からケアを選択していた(河原木・滝沢, 2010)。患者への尊重した関わりについては、患者に対して人として関わり(飯塚・榎本, 2018)、その人らしさを取り入れ一人一人に向き合い(岡ほか, 2008)、最期まで「生ききる」ことを支えていた(谷口ほか, 2014)。

e. 〈ケア意欲が変容する〉

遷延性意識障害患者に対する特異的なケア意欲の源泉として、母性感情や同情心の喚起、ひた向きに生きている実感、奇跡の体験、そして看護師のみが察知する肯定的なサインがあった(川本・藤岡, 2004)。また、急性期意識障害の患者への看護の場合も、看護師は意識が戻るといふ奇跡が起こる期待を持ちながら実践していた(石川, 2011)。しかし、ケア意欲は変容するプロセスで、ケア意欲を失うルート、回復し維持するルート、早期から維持するルートを辿っており、転換点・原動力は患者への関心と変化の発見の体験であった(日野浦・渡邊, 2009)。また、患者と関わる経験のポジティブな側面として、変化を発見することのほか、患者の人生に関われる誇りもあった(Logeswaran, et al., 2018)。患者をケアする看護師の心理状態は、ケアの効果や回復が期待できないと患者への配慮を欠き、予想外の反応を感じるとケアを充実させたいという思いが生じる「アパシーへの陥りと引き戻し」(小林・當目, 2010)、肯定的な側面と否定的な側面で揺れ動く「動的なバランスのプロセス (a process of dynamic balance)」と表現された(Montagnino & Ethier, 2007)。

f. 〈スケールでの評価や介入を行う〉

意識障害患者の痛みを評価するために開発されたスケール(Nociception Coma Scale-Revised)を使用している看護師は、運動反応・言語機能・表情反応で構成されるスケールに同意を示しつつも、痛みの表出は個々の患者で異なっており、それのみによっては判断できないと感じていた(Poulsen, Balle, & Givard, 2019)。患者の回復を促すための看護ケアとして背面開放座位を取り入れた看護師は、それを意識回復のためだけではなく患者の自立を促進するものであると捉え(Miyata, Yoshimura, & Hayashi, 2015)、ケアの達成感や回復への期待の高まりを実感し、患者を人として捉えるなど、援助行動の変容へとつながっていた(吉田・萩原・古瀬・宮澤・関根, 2019)。

2. 【患者の家族との関わりにおける経験】

a. 〈家族との知識・予期のギャップがある〉

脳卒中後に意識障害を残す患者の家族ケアについては、看護師は自分たちと家族の間には理解のギャップがあり、家族には良好な術後回復と意識回復の区別が難しいと認識していた(飯塚・榎本, 2018)。また、家族はメディアによって形成された意識に対する非現実的な期待を持っていることがあり、その期待への対処に困難を感じていた(Logeswaran, et al., 2018)。家族との知識や予期の違いがあることから、看護師は家族の知識を確認し、情報を提供してギャップを埋めるように努め(Villanueva, 1999)、家族の不安そうな様子や現実を受け入れられていない様子を見ると積極的に関わっていた(木元, 2011)。

b. 〈家族との情報交換の重要性を認識する〉

患者の変化を発見できるようになる重要な要素として家族との関わりがあり、看護師は患者の様子を伝えつつ、家族から生活や価値観について教えてもらっていた(日野浦・渡邊, 2009)。家族を通して患者を知ること、家族の気持ちに気がつき、患者を尊重できるようになっていた(佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014)。また、家族のいない時間にあった変化を伝えることは、家族の不安に配慮する目的もあった(飯塚・榎本, 2018)。さらに、遷延性意識障害の子どもの場合、看護師は両親に焦点を当て、彼らの疲労を軽減し、子どものそばにいられないことへの罪悪感を感じないように連絡を取り続けていた(Montagnino & Ethier, 2007)。

c. 〈きっかけを通じて患者・家族を尊重するようになる〉

看護師は、最初の頃は家族との向き合い方がわからないが、経験を経て家族を尊重し、自ら積極的に関わるようになっていた(佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014)。こうした肯定的な変化のきっかけには、経験を経るだけではなく、家族の鋭い観察力や懸命に刺激を続ける様子(梅垣, 2018)、反応ができる患者に喜ぶ様子(小林・當目, 2010)を目の当たりにすることがあった。また、家族の思いをチームで共有して援助を行った際には、看護師は苦手意識を持っていた家族との会話ができるようになり、患者の生命の維持と意識の賦活化だけではなく、一人の生活者として生きていくための援助が可能になっていた(高橋・松下, 2017)。さらに、家族からの感謝を受けると、喜びを感じると同時に自分の行った看護を評価し、次のケアにつなげていた(河原木・滝沢, 2010)。

3. 【患者に関係する他のスタッフとの関わりにおける経験】

a. 〈他のスタッフから影響を受けて変化する〉

看護師にとって、《他者との意見の相違》や《統一できない生命観》は患者へのケア意欲を低下させる要因(日野

浦・渡邊, 2009) である一方, 同僚看護師の熱意ある対応 (小林・當目, 2010) や, 患者を配慮したケア (佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014) を見ることで, 自分の看護を顧み, その後の感情や行動に影響を受けていた。さらに, 患者の変化が見えた際には, 一人ではなくチームで共有して分かち合うことが, 看護に変化を与えていた (佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014)。

b. 〈経験豊富なスタッフの重要性を感じる〉

意識障害が持続する患者に関わる看護師にとって, 経験豊富なスタッフは重要な存在として認識されており, 遷延性意識障害患者を専門的にケアする病院で働くスタッフは, 経験豊かなスタッフがいることでケアを適切にできているという誇りを持ち, お互いに学び合うことができていた (Logeswaran, et al., 2018)。また, 遷延性意識障害の子どもをケアする看護師自身の苦悩に対する安らぎの手段として, 同僚看護師の中でも特に経験豊富なスタッフのつながりがあり, 彼らからサポートを受けていた (Montagnino & Ethier, 2007)。

IV. 考 察

本研究では, 21件の文献から, 病院において意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験を集約し, 11のサブカテゴリと3つのカテゴリが導き出された。前述したように, 21件中12件の文献で患者, 患者の家族, 患者に関係する他のスタッフという複数の関わりを扱っており, カテゴリ, サブカテゴリ間は相互に関係し合っていると考えられる。ここでは, 本研究で得られた結果から, 意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験の特徴を要約し, その特徴が持つ意味について4つの切り口から考察する。

まず, 患者との関わりの期間の長さが, 看護師にとっての患者の意味づけや実践の仕方を規定していた。患者と関わる期間の短さは, 新人看護師であるということや, それらの患者を看護する経験の不足 (佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014) だけではなく, 患者を受け持ち始めたばかりの頃 (稲野辺, 2020) のことも指していた。Benner & Wrubel (1989/1999) は, 人間の身体には「身体に根差した知性」が備わっており, 「高度な技能知は必ず身体に根差している。身体がある技能を『取り込んで』いくにつれて, 課題はより容易に達成できるようになる」(p.433) と述べている。「技能」を意識障害が持続する患者との関わりとすると, 看護師は経験を重ねていくうちに, 患者をケアする技能を取り込み, 容易に実践ができるということになる。しかし, 本研究が対象とした文献では, 看護師は経験があったとしても, 患者を受け持ち始めたばかりの頃は患者の反応がわからずに自信が持てない (稲野辺, 2020)

経験をしており, これは意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験として特徴的であるといえる。Benner & Wrubel (1989/1999) の主張と実際の看護師の経験との相違は, 西村 (2018) が「人と人との関わりを基盤に成立している看護のいとなみそのものが, 習慣化される」(p.230) というベナーの考え方に疑問を呈し, 常に変化する状況で, 人間の「いのち」に直接関与する臨床現場でのその都度の経験には戸惑いと躊躇がみられ, 〈身体〉のふるまいをも踏みとどまらせている, と指摘していることを支持するものであると考える。意識障害のある患者の場合, 言語を介したコミュニケーションが困難であり, 病態の複雑さや治療・リハビリテーションの不確実性も相まって, 患者の理解力は未知数である (Villanueva, 1999)。つまり, 意識障害が持続する患者との関わりにおける経験は, あらかじめ推奨された「技能」を取り込むようなものではなく, その都度の, 一人ひとりの看護師と患者との関わりによって異なる, 開かれたものであるといえる。これが, 看護師としての経験があっても意識障害が持続する患者との関係性を構築し, 自信を持つまでに時間を要する一つの要因であると考えられる。したがって, 意識障害が持続する患者の看護を検討する場合, 経験年数のみを考慮するのではなく, 一人ひとりの看護師がその都度の関わりにかに専心し, またその関わりから何を感じているのか, という点について開示していくことも重要であると考えられる。

一方で, 看護師は〈患者との関わりの期間が短いと難しさを感じ(る)〉, 〈倫理的な葛藤や苦悩が生じ(る)〉ながらも, 自分だったらどうして欲しいかという価値観や自身の看護観 (河原木・滝沢, 2010), 出産・育児などの人生経験 (梅垣, 2018) を拠り所にして〈患者を理解し尊重(する)〉し, 家族のように接する中で〈患者との近づくを感じ(る)〉ていた。佃・森下 (2016) は, ICU看護師は意思疎通困難な患者の看護において, 【自らの看護を拠りどころに持ち看護援助に臨む】姿勢があり, 患者への看護を実践していく中で, 看護師としてのあり方や看護の捉え方を見出し, それらを根底にして自分なりの看護を築き上げて援助を発展させていく, と述べている。これは本研究が対象とした文献の結果と類似しているが, 自らの看護だけではなく, 自身の人生や価値観, 家族になったような感覚など, 看護師自身の内面に手がかりを求めているという内容は含まれていなかった。Mayeroff (1971/1987) は, ある対象によって必要とされているという事実からくる帰属感を深く身を感じると, その経験は私を根底から支え他を受容できる「基本的確実性」の要素となる, と述べる (pp.142-144)。そして, この「基本的確実性」の要素には「外面と内面との統合」があり, 他者に自分自身を関わらせることによって, 自分の価値観や考え方と実際の振る舞

い、内面からの見方と他者からの見られ方の間には集約点がやってくる、と述べる (Mayeroff, 1971/1987, pp.144-145)。この論考を参照すると、看護師が自身の人生や価値観を手がかりに患者と関わるという経験は、患者にそうした内面を開くことによって、その手がかりと、患者から受け取った感覚とを統合させるものであるといえる。つまり、言葉による意思疎通が困難な患者との関わりにおいては、「看護師として」という手前で、外面と内面の統合を成立させることは重要な経験であり、実践である。Henderson (1960/1995) は、患者が生命を保持し、健康をとり戻すために何を必要としているのかを知るために、看護師は患者の「皮膚の内側」に入り込まねばならない (p.13) と述べる。例えば、看護師は意識を失っている人の意識となり、自ら命を断とうとしている人に代わって生命の熱愛者として立つなど、相手の身になることが求められる (Henderson, 1960/1995, p.13)。他方で、本研究が対象とした文献から明らかとなったように、看護師自らが内面を開くことも、「皮膚の内側」に入り込み、それにより〈患者を理解し尊重する〉あるいは〈患者との近づきを感じる〉ための一つの手段であると考えられる。しかしながら、「感情移入」によって感じ取ったものの根拠は自分の中にしかなく、「看護師の自己アイデンティティは宙吊り状態」(武井, 2001, p.132) になるという指摘もある。したがって、患者へのケアを実践する看護師や周囲のスタッフは、この特徴が仕事とプライベートとの切り替えを困難にすることもある (Logeswaran, et al., 2018) という点も理解し、必要時にはサポートし合える環境が必要である。

また、看護師が肯定的な側面と否定的な側面を揺れ動いていることも複数の文献で述べられており、「アパシーへの陥り」(小林・當日, 2010) や「ケア意欲を失うルート」(日野浦・渡邊, 2009) を経験することがあるが、患者の回復や変化、家族の様子を見るなど、〈きっかけを通じて患者・家族を尊重するようになる〉、あるいは〈経験豊富なスタッフの存在の重要性を感じ(る)〉、〈他のスタッフから影響を受けて変化(する)〉していた。撫養・勝山・尾崎・青山 (2011) は、一般病棟に勤務する看護師の職務満足を構成する概念について【仕事に対する肯定的感情】など6カテゴリーを導き出している。【仕事に対する肯定的感情】の中では、患者が「回復する過程」をみることや、「楽になっていく」のを患者と共に経験することで「仕事のやりがい」を感じていることが示され、それ自体が報酬であり、重要な内発的動機づけであると考察している。意識障害が長期化する患者の場合は、その特徴から著しい回復や患者と経験を共にすることが難しく、内発的動機づけを得られにくい。だからこそ、患者の肯定的反応のほか、看護師自身以外の家族や他のスタッフという外的

な刺激が、看護師の経験を肯定的なものとし、ケア意欲を維持するために重要であると考えられる。〈スケールでの評価や介入を行う〉にあったように、スタッフ同士の意思疎通のための客観的指標や回復に向けた介入は、家族や他のスタッフと情報を共有し、治療やケアの効果を実感するきっかけとなり得ることが示唆される。

最後に、看護師は〈家族との知識・予期のギャップがある〉ことを経験しながら、〈家族との情報交換の重要性を認識(する)〉して家族と積極的に関わろうとしていた。樽松・黒田 (2011) は、重症意識障害患者の家族成員の認識のプロセスについて、患者が倒れた時の気持ちである〈嘘と本当の交叉〉を起点とした〈生きていてくればよい〉〈もとに戻って欲しい〉〈もとには戻らないかもしれない〉〈変化の受け入れ〉の4つのゆらぎながら変化していく位相を明らかにしている。そして、交通事故に遭い、瀕死の状態からたとえ命が助かっても意識障害の状態は免れないという事実を認識していくプロセスには、医師や看護師、家族、そして患者との相互作用が不可欠であると述べている。本研究が対象とした文献には、看護師が家族の認識プロセスに応じていることまでは記述されていなかった。しかし、〈家族との知識・予期のギャップがある〉ことは、看護師にとって困難を感じさせるものである場合もあるが (Logeswaran, et al., 2018)、それはまた積極的に家族と関わることを促すものでもあった (木元, 2011; Villanueva, 1999)。これは、家族の変化する認識プロセスと看護師の行為の相互作用を示しており、患者との言語交流の困難によって阻害されやすい「患者」「家族」「看護師」間の関係構築 (犬飼・渡邊・野村, 2009) を促進させるきっかけとなると考えられる。こうした相互作用は、患者の意識障害が長期にわたり、変化や反応が乏しい場合に面会が遠のきがちになる家族と患者とを繋ぐ看護ケアの実践 (伊藤・原・沖中・小野, 2013) をも支えると考えられる。しかし、先にも述べたように家族の認識プロセスに応じた看護師の経験については明らかとなっていないため、家族の様子の変化から、その都度看護師が何を感じ取っているのかについて明らかにしていく必要があると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、意識障害が持続する状態についての定義づけを行い、抽出基準に合致する文献21件のみを対象とした。また、日本語と英語に限った検索であったため、偏りが生じており、未抽出の文献に含まれる特定の文化や地域における重要な示唆を得られていない可能性がある。さらに、研究者が定義した「看護師の経験」という概念には文献によって異なる解釈が存在し、それを断片化して抽出し

た過程で、研究者の解釈が影響を与え偏りが生じた可能性がある。しかし、本文献検討により、看護師が直面する困難や、それに対処する方法に関する一連の経験の特徴が明らかになったことには意義があると考ええる。

今後は、厳密なプロトコルを採用して系統的なレビューを行うこと、海外の知見や周辺領域の文献も参照して検討することで、多様な背景を踏まえた看護師の経験をより客観的に明らかにできると考える。また、本研究が対象とした文献はインタビューによるものが比較的多く、観察研究を取り入れた研究をさらに行うことで、看護師、患者、家族およびスタッフの間の相互作用や関係性のあり方を具体的に探究できるだろう。その上で、看護師がやりがいを持って患者へのケアを継続できるような環境づくりや体制構築が必要であると考ええる。

結 論

1. 看護師の経験は、【患者との関わりにおける経験】、【患者の家族との関わりにおける経験】、【患者に関係する他のスタッフとの関わりにおける経験】の3つのカテゴリに分類された。
2. 看護師の経験の特徴は、患者と関わる期間の長さに規定されて難しさを感じながらも、自己の内面に手がかりを求め、感情の揺れ動きの中で他者からの刺激を受けて変化していくことであった。

以上より、患者の状態や状況が常に変化する中で、一人ひとりの看護師がその都度患者や周囲の人々との関わりをどのように経験しているのかを開示し、ケアを継続していくことができる環境を整えていく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に対し、熱心にご指導くださいました東京都立大学西村ユミ教授に感謝申し上げます。本研究は2022年度東京都立大学大学院人間健康科学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものであり、結果の一部を第32回日本保健科学学会学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Andrews, K. (1997). Vegetative state: Background and ethics. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(11), 593-596.
- Andrews, K., Murphy, L., Munday, R., & Littlewood, C. (1996). Misdiagnosis of the vegetative state: Retrospective study in a rehabilitation unit. *British Medical Journal*, 313(7048), 13-16. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7048.13>

- 青柳陽一郎 (2020). 意識障害とリハビリテーション医学・医療：総論. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 57(1), 4-10.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989) / 難波卓志訳 (1999). *現象学的人間論と看護*. (p.433). 東京：医学書院.
- 福田敦史 (2020). 経験が経験であることの必要十分条件は何か：経験の主体である自我は何の主体なのか. *埼玉工業大学教養紀要*, 37, 5-17.
- Giacino, J. T., Ashwal, S., Childs, N., Cranford, R., Jennett, B., Katz, D. I., Kelly, J. P., Rosenberg, J. H., Whyte, J., Zafonte, R. D., & Zasler, N. D. (2002). The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. *Neurology*, 58(3), 349-353. <https://doi.org/10.1212/wnl.58.3.349>
- Gosseries, O., Demertzi, A., Ledoux, D., Bruno, M.-A., Vanhauzenhuyse, A., Thibaut, A., Laureys, S., & Schnakers, C. (2012). Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Injury*, 26(12), 1493-1499. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.695426>
- 林 裕子 (2010). 脳活動に影響を及ぼす単一感覚刺激の効果. *日本脳神経看護研究学会誌*, 32(2), 109-116.
- Henderson, V. (1960) / 湯槿ます, 小玉香津子訳 (1995). *看護の基本となるもの*. (p.13). 東京：日本看護協会出版会.
- 日高紀久江, 福良 薫, 林 裕子, 紙屋克子 (2017). 意識障害患者の療養上の問題とケアニーズ. *日本ヒューマン・ナースング研究学会誌*, 5(2), 23-28.
- 日野浦裕子, 渡邊岸子 (2009). 遷延性意識障害患者の看護に携わる看護師のケア意欲の変容過程とその要因. *日本看護学会論文集 看護管理*, 40, 213-215.
- 飯塚麻紀, 榎本佳子 (2018). 脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識. *駒沢女子大学研究紀要 人間健康学部・看護学部編*, 1, 49-60.
- 稲野辺奈緒子 (2019). 看護師の遷延性意識障害患者の観察と対象理解のプロセスの特徴. *秀明大学看護学部紀要*, 1(1), 11-19.
- 稲野辺奈緒子 (2020). 遷延性意識障害患者を看護し続けてきた看護師が患者との関わりにおける確かさを感じるまでのプロセス. *秀明大学看護学部紀要*, 2(1), 13-21.
- 大飼智子, 渡邊久美, 野村佳代 (2009). 脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」：急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析. *日本看護研究学会雑誌*, 32(5), 75-81.
- 石川倫子 (2011). 中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味. *看護実践学会誌*, 23(1), 13-23.
- 伊藤都七子, 原 祥子, 沖中由美, 小野光美 (2013). 急性期病院における高齢遷延性意識障害患者への看護ケア. *鳥根大学医学部紀要*, 36, 31-38.
- Jannett, B., & Plum, F. (1972). Persistent vegetative state after brain damage: A syndrome in search of a name. *The Lancet*, April 1 (7753), 734-737.
- 紙屋克子 (2003). 意識障害患者の看護プログラムの開発と実践. *EB NURSING*, 3(2), 121-128.
- 川本秀子, 藤岡智恵 (2004). 脳神経外科病棟に勤務する看護師のケア意欲の源泉：遷延性意識障害患者と脳卒中後遺症患者へのケア意欲の比較. *日本看護学会誌*, 13(2), 39-48.
- 河原木春香, 滝沢 隆 (2010). 救命救急センターに勤務する看護師が、意識障害患者へのケア意欲を感じる要因. *日本看護学会論文集成 成人看護 I*, 41, 191-194.
- 木元千奈美 (2011). 救命救急センターに勤務する看護師の緊急入院した重度意識障害患者の家族への関わり：積極的な家族への関わりが必要な場面に焦点をあてて. *日本赤十字看護大学*

紀要, 25, 85-93.

- Klingshirn, H., Grill, E., Bender, A., Strobl, R., Mittrach, R., Braitmayer, K., & Müller, M. (2015). Quality of evidence of rehabilitation interventions in long-term care for people with severe disorders of consciousness after brain injury: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(7), 577-585. <https://doi.org/10.2340/16501977-1983>
- 小林秋恵, 當日雅代 (2010). 急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理の構造. *日本看護研究学会雑誌*, 33(5), 83-92.
- 厚生労働省 (2022年6月30日). 令和2年(2020)患者調査の概況 3 退院患者の平均在院日数等. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/heikin.pdf> (参照2023年6月27日)
- 樽松久美子, 黒田裕子 (2011). 救急・集中治療を要する重症意識障害患者に対する家族成員の認識プロセスと看護支援の探求. *日本看護科学会誌*, 31(1), 36-45.
- Logeswaran, S., Papps, B., & Turner-Stokes, L. (2018). Staff experiences of working with patients with prolonged disorders of consciousness: A focus group analysis. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 25(11), 602-612. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2018.25.11.602>
- 松澤智美 (2002). 重症脳損傷例に対する院内外における連携の現状と課題. *リハビリテーション連携科学*, 3(1), 115-124.
- Mayeroff, M. (1971) / 田村 真, 向野宣之訳 (1987). ケアの本質: 生きることの意味. (pp.143-144). 東京: ゆみる出版.
- Miyata, K., Yoshimura, S., & Hayashi, Y. (2015). Facilitating patients with disorders of consciousness to sit without trunk support: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2498-2504. <https://doi.org/10.1111/jocn.12834>
- Montagnino, B.A., & Ethier, A.M. (2007). The experiences of pediatric nurses caring for children in a persistent vegetative state. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 8(5), 440-446. <https://doi.org/10.1097/01.PCC.0000282172.11035.A6>
- 撫養真紀子, 勝山貴美子, 尾崎フサ子, 青山ヒフミ (2011). 一般病院に勤務する看護師の職務満足を構成する概念. *日本看護管理学会誌*, 15(1), 57-65.
- 中木高夫, 谷津裕子, 神谷 桂 (2007). 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. *日本赤十字看護大学紀要*, 21, 42-54.
- 日本学術会議「死と医療特別委員会」(1995). 死と医療特別委員会報告: 尊厳死について. *蘇生*, 13, 160-164.
- 日本看護協会出版会 (2020年5月). クリティーク・チェックシート. 研究手法別のチェックシートで学ぶ よくわかる看護研究論文のクリティーク (第2版). https://jnapcdc.com/cq/2nd_checksheet.html (参照 2023年6月19日).
- 西村ユミ (2000). 遷延性植物状態患者の看護ケアの意味: 対話・記述・解釈による現象学的接近 (博士論文). 日本赤十字看護大学, 東京.
- 西村ユミ (2018). *語りかける身体: 看護ケアの現象学*. 230, 東京: 講談社.
- 岡 知子, 原かおり, 神田光恵, 澤田由美, 大橋美由紀, 小原八重子 (2008). 脳神経外科病棟における重症意識障害患者への関わり: 脳神経外科病棟に勤務する看護師へインタビューを実施して. *日本看護学会論文集成人看護II*, 39, 128-130.
- Okubo, N. (2012). Effectiveness of the "Elevated Position" Nursing Care Program in promoting the reconditioning of patients with acute cerebrovascular disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 9(1), 76-87. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2011.00188.x>
- Plum, F., & Posner, J.B. (1982) / 川村純一郎訳 (1982). *昏迷と昏睡の診断* (第3版). (pp.1-6). 新潟: 西村書店.
- Poulsen, I., Balle, M., & Givard, K. L. (2019). Nociception coma scale-revised: Nurses' experience in clinical practice. *Pain Management Nursing*, 20(6), 592-598. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.02.003>
- ピアスピリッツ (2011年3月). 平成22年度障害者総合福祉推進事業 訪問系サービス利用者のサービス利用状況等の実態把握に関する調査報告書. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/dl/seikabutsu23-1.pdf> (参照2023年6月26日)
- 佐々木美和子, 佐々木真紀子 (2014). 遷延性意識障害の患者を看護し続ける看護師の経験. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要*, 22(1), 45-57.
- 鈴木二郎, 児玉南海雄 (1974). 我が国脳神経外科における植物状態患者の実態: 特に頭部外傷による患者を中心に. *日本医事新報*, 2621, 13-19.
- 高橋智子, 松下光子 (2017). 遷延性意識障害患者とその家族への看護援助: 家族の思いを基盤とした看護援助. *岐阜県立看護大学紀要*, 17(1), 31-42.
- 武井麻子 (2001). *感情と看護: 人とのかかわりを職業とすることの意味*. 132, 東京: 医学書院.
- 谷口由佳, 坪井桂子, 沼本教子 (2014). 意思疎通不可能な高齢者の終末期ケアに取り組む看護職の体験. *老年看護学*, 18(2), 95-104.
- The Multi-Society Task Force on PVS. (1994). Medical aspects of the persistent vegetative state (1). *The New England Journal of Medicine*, 330(21), 1499-1508. <https://doi.org/10.1056/NEJM199405263302107>
- 戸田聡一郎 (2009). 意識障害における有効なりハビリテーション方法の構築: 誤診率のメタ分析を手がかりとして. *生命倫理*, 19(1), 13-20. https://doi.org/10.20593/jabedit.19.1_13
- 戸田聡一郎 (2011). 遷延性意識障害におけるケア提供と資源配分に関する倫理的諸問題: 日本に特異的な診断基準からの一考察. *生命倫理*, 21(1), 4-11. https://doi.org/10.20593/jabedit.21.1_4
- 佃 雅美, 森下利子 (2016). ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢. *高知女子大学看護学会誌*, 42(1), 67-76.
- 植村玄輝 (2017). 経験の志向性と一人称性. 植村玄輝, 八重樫徹, 吉川 孝 (編著), *ワードマップ現代現象学 経験から始める哲学入門*, p.92, 東京: 新曜社.
- 梅垣弘子 (2018). 遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素と看護師の変容過程. *老年看護学*, 23(1), 94-102.
- Villanueva, N.E. (1999). Experiences of critical care nurses caring for unresponsive patients. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 31(4), 216-223. <https://doi.org/10.1097/01376517-199908000-00003>
- Wang, J., Wang, W., Laureys, S., & Di, H. (2020). Burnout syndrome in healthcare professionals who care for patients with prolonged disorders of consciousness: a cross-sectional survey. *BioMed Central Health Services Research*, 20(1), 841. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05694-5>
- 吉田仁美, 萩原加代子, 古瀬さやか, 宮澤初美, 関根明子 (2019). 意識障害のある脳卒中患者の離床援助に背面開放座位を導入した看護師の経験. *日本リハビリテーション看護学会誌*, 9(1), 45-50.

2023年9月7日受 付
2024年3月4日採用決定

Experiences of Nurses Caring for Patients with Sustained Consciousness Disorders: A Literature Review

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 47(5), 985-996
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240304251>

Hikaru Takeda, MSN, RN

Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: To clarify the experiences and characteristics of nurses caring for patients with sustained consciousness disorders in hospitals. **Method:** A literature review was conducted using the Ichushi Web, PubMed, CiNii Research, and CINAHL electronic databases. The keywords employed were “Consciousness Disorders,” “nurse/nursing,” and “experience/narration.” Consequently, a total of twenty-one studies were selected for the analysis. **Result:** The relevant literature was analyzed and the results were classified into three chief categories: “interactions with patients,” “interactions with families of patients,” and “interactions with other healthcare professionals related to patients.” **Conclusion:** A characteristic of the experiences of the nurses was that despite facing difficulties, they sought clues in their inner selves and were stimulated by others to change amid their emotional vacillation.

Key words

consciousness disorders, nurses, experience

Correspondence: H. Takeda. Email: pk0911p@gmail.com

看護師の点眼指導における実態とセルフケアの評価視点： 眼科病棟の点眼指導の実態調査から

日本看護研究学会雑誌
2025, 47(5), 997-1009
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240407252>

工藤大祐¹, 徳重あつ子², 片山 恵², 岩崎幸恵²

¹明治国際医療大学看護学部, ²武庫川女子大学大学院看護学研究科

要旨

目的：看護師が実施する点眼指導の実態から、眼科患者が的確に点眼薬を投与するための評価視点を明らかにする。**方法：**全国438施設の眼科病棟の看護師に無記名自記式での質問紙調査を行った。**結果：**点眼指導は病棟で行うことが多く、点眼姿勢や点眼法は、点眼指導時に説明がある施設が有意に多かったが、成人と高齢者で指導内容を区別し実施しているかに有意な差はなかった。点眼姿勢ではベッドに端座位姿勢が多く、点眼法は下眼瞼牽引法またはゲンコツ点眼法を用いていた。点眼指導は個別指導が多く、術後点眼日に合わせる施設が多かった。また、看護師は「加齢」、「独居」、「認知機能の低下」を点眼指導時の困難感として抱いていた。**結論：**点眼指導は必要な支援であり、看護師は患者の身体面のセルフケア評価を行っていた。さらに「加齢」、「独居」、「認知機能の低下」は点眼指導を行う際の患者のセルフケア評価視点となる。

キーワード

看護師, 点眼指導, 実態調査, 評価視点

責任著者：工藤大祐. Email: d_kudo@meiji-u.ac.jp

はじめに

我が国における眼科領域の臨床疫学では、中途失明原因の1位は緑内障であり、40歳以上の20人に1人が罹患している (Iwase, et al., 2004)。また、白内障の罹患率に至っては80歳以上でほぼ100%である (山田, 2008)。人間は視機能から情報を80~90%得ており、視覚障害による弊害として、高齢者が転倒・骨折によって要介護状態の原因になることや認知症になりやすいことがあげられている (川上・加藤・太田, 2006)。加えて、白内障手術によって転倒が減少していること (Harwood, et al., 2005) や認知症、視覚QOL、抑うつ状態が改善傾向であるとの報告もある (石井, 2014)。視機能を維持するための支援は、視覚障害の予防や生活全般における生活の質の維持、高齢者における介護予防の観点からも重要である。

眼科領域特有の治療法に点眼がある。点眼とは、薬物を水性または油性溶媒に溶解し、結膜嚢内に滴下することであり、眼科における局所薬物療法としては、最も重要なものとなっている (内菌・小坂, 2002, p.1515)。点眼は、薬剤を汚染しないよう容器の先端が睫毛や眼瞼などに触れないように注意し、下眼瞼を軽く下に引き、やや上方

を見た状態で薬液を1~2滴滴下することである (阿曾・井上・伊部, 2019, p.350)。また、点眼法には、片手点眼法と両手点眼法があり (庄司・河嶋・吉川, 2015)、日本眼科医会監修の医療者向けの資料 (点眼剤の適正使用ハンドブックQ&A) には、下まぶたを引いて点眼薬を結膜に滴下する「下眼瞼下垂法」と、拇指を手の中に入れゲンコツを作り、下まぶたにゲンコツを当てて引き下げ、ゲンコツの上に点眼容器を持った手を乗せて固定し、点眼を行う「ゲンコツ点眼法」が記載されている。このため、臨床現場では、これらの点眼法が推奨されていると考えられる。

眼科治療の初期では、点眼治療を行い、その後必要に応じて外科的な治療に移行することがある。外科的な治療に移行しても、術後合併症の予防のため、一定期間複数の薬剤の点眼を行うことがある。さらに緑内障では、治療薬を長期間継続して点眼する必要がある。眼科疾患は加齢性疾患が多くを占めており (Hiratsuka, Yokoyama, & Yamada, et al., 2021)、高齢者が眼科疾患に罹患している割合が高い。加えて、2020年の内閣府の調査 (高齢社会白書) では、我が国の高齢化率は28.8%となっており、今後も高齢者が増加すると推測できる。超高齢社会の我が国では、ますます高齢の眼科疾患患者の増加が考えられることから、高齢者

が点眼治療を行う機会が増加すると予想される。眼科疾患の点眼治療は介護予防の観点からも重要であり、合併症予防に欠かせない術後点眼や緑内障のように失明に至らないために長期的に行う点眼は必須であり、高齢者が的確に点眼治療が行えるよう支援する必要がある。

的確に点眼治療を行うにあたり、看護支援として、看護師は患者が自己点眼を行う際の注意点やいくつかの点眼方法を患者に紹介し、入院期間中や退院後の在宅中に継続して点眼が行えるように点眼指導を通して支援を行っていると考えられる。しかし、自身の臨床経験から、点眼指導を行った眼科患者を観察すると、点眼薬が眼的に的確に滴下されていないことや、点眼容器の先端が結膜や睫毛に接触することなどがみられた。管理に関することでは、患者が複数の点眼薬を投与している場合、投与間隔や投与忘れ、用法用量の違い等がしばしばみられた。また、緑内障患者を対象にした研究では、眼に点眼薬が入らない、点眼容器先端との接触、1回で複数滴の点眼を行う等で、6割以上の方が点眼に失敗しているとの報告もある (Kashiwagi, et al., 2021)。点眼を的確に行えないことは、薬物の効果、薬物動態、副作用出現の恐れ、点眼薬の汚染や術後創部感染の観点から望ましいものとはいえ、誤った点眼で治療効果が期待できない人がいると考える。厚生労働省における2020年の患者調査の概況 (厚生労働省, 2020) では、我が国の傷病分類の総数の平均在院日数は32.3日、眼および付属器の疾患における平均在院日数は、全年齢では3.9日、65歳以上は3.6日であり、他の診療科と比較して在院日数が短い。加えて、白内障手術では日帰りまたは1泊で退院することも多く、眼科疾患患者は点眼手技を習得するまでに退院してしまうことが多いと考えられる。退院後の点眼治療では患者自身によるセルフケアが重要となる。

このように、眼科疾患患者は入院期間が短い現状があり、在宅で的確に点眼治療を継続していく必要がある。そのため、看護支援として、初回の点眼指導から看護師がその患者の個別性に合わせた点眼指導を行うことができるよう、患者の点眼に対するセルフケア能力を評価する視点を明確にすることが必要であると考えられる。しかし、臨床看護師がどのような視点をもち、患者支援を行っているかは現在のところ明確にされていないため、本研究で明らかにすることとした。

I. 研究目的

本研究では、眼科病棟の看護師が実施している点眼指導の実態から、眼科患者が的確に点眼薬を投与するための評価視点を明らかにし、患者への有効な点眼指導への示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

A. 対象施設および対象者

対象施設は、厚生労働省が指定している特定機能病院 (令和2年5月1日現在)、および全国自治体病院協議会の登録病院で眼科診療科を標榜する病院、かつ眼科病棟を有している、合計438施設を対象とした。

点眼指導については、多くの施設では医師の指示のもと、担当部署で慣例的に行われている指導方針が存在する可能性がある。このことより、対象者は、各対象施設の眼科病棟で取り組んでいる点眼指導の実態を明らかにするため、対象施設1施設に対して、看護師1名を選定した。対象看護師の選定基準には、日本看護協会による看護師のクリニカルラダー (以下、クリニカルラダー) を参考にした。クリニカルラダーのラダーIIレベルにおける「ケアをする力」では「患者に対して指導をする場合、一般的な内容について、網羅して説明することができる」としている。クリニカルラダーIIレベルは看護師経験2~3年目での到達目標であるため、本研究では、看護師経験年数3年以上、かつ眼科看護経験年数3年以上の看護師を研究対象者とした。

なお、本研究では、看護師が患者に対して行う点眼手技に関する指導を点眼指導と定義した。

B. 調査方法

調査は、無記名自記式の調査票を作成し、対象施設に対して郵送法により実施した。調査期間は2021年5月1日から2021年7月31日までとした。

C. 調査項目

質問紙調査票の質問項目は、日本眼科医会監修の「点眼剤の適正使用ハンドブックQ&A」, 「点眼薬クリニカルブック第2版」 (庄司・河嶋・吉川, 2015) を参考に質問内容を作成した。対象者の属性についての設問 (4項目)、対象施設で実施されている点眼指導についての設問 (9項目)、対象者自身が点眼指導事例で困難であったことや感じたことを問う設問 (13項目) と自由記載で構成した。記述式の質問には回答を回答欄に記入してもらい、選択肢がある質問の回答は、選択した該当項目の番号に丸印を付けてもらった。また、該当項目に対し、回答が複数ある場合は複数回答可とした。

1. 研究対象者の属性 (4項目)

「性別」, 「年齢」, 「看護師経験年数」, 「眼科看護経験年数」とする。

2. 対象施設で実施されている点眼指導に関する項目 (9項目)

a. 点眼指導の説明内容の概況 (5項目)

「点眼姿勢の説明の有無」, 「点眼法の説明の有無」, 「点眼容器把持方法の説明の有無」, 「成人と高齢者での点眼指導内容の区別の有無」, 「点眼補助具の提案の有無」の5項目に対し回答を求めた。そのうち, 点眼姿勢, 点眼法, および点眼容器把持方法に関しては, 説明が「ある」と回答した場合に具体的な姿勢, 点眼法, および点眼把持方法に関して該当項目を選択してもらい, 該当項目が複数ある場合は複数項目を回答してもらった。

b. 対象施設における点眼指導の体制 (4項目)

「点眼指導を行う担当部署」, 「点眼指導の指導方法」, 「初回の点眼指導の時期」, 「点眼指導時の指導媒体」の4項目に対して該当項目を選択してもらい, 該当項目が複数ある場合は複数項目を回答してもらった。

3. 看護師個人に対しての項目

患者には様々な背景があり, 直接指導を行う中で, 看護師が点眼指導時に困難であった事例があると考えられる。点眼指導時の困難感を医療者の側面から明らかにすることで, 解決の方法を検討することができ, より効果的な点眼指導方法の構築につながるのではないかと考えた。これらのことから以下の2点について調査を行った。

a. 「看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること」について (13項目)

点眼指導時にあった困難事例の実態を明らかにする目的で「看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること」(13項目)に対して, 点眼手技の習得に関する5項目(点眼薬を点眼容器から押し出す力加減がわかりにくい, 患者が点眼時に顔を上に向けることができない, 患者が点眼補助具を使用しても点眼が上手くできない, 患者が点眼容器を握ることができない, 患者が点眼時に腕を上げることができない), 適切な手技を阻害する要因に関する項目3項目(点眼容器先端が睫毛などへ接触している, 点眼指導を行っていても患者が点眼時の注意点を忘れている, 患者が用量以上の点眼薬を滴下している), 適切な点眼方法の定着に関する項目5項目(独居の患者が退院後も点眼が継続して行えているか不明, 高齢患者が退院後も点眼指導を理解しているか不明, 患者が点眼薬の投与する順番が分からなくなる, 点眼指導を行っていても, 患者が自己流の点眼方法を行っている, 患者が点眼薬を投与する左右の眼が分からなくなる)を設定し3つの項目に大別した。対象者には, 該当項目を選択し, 項目が複数ある場合は複数項目を回答してもらった。

b. 「点眼指導時に困難であった事例や感じたこと」について (自由記載)

「点眼指導時に困難であった事例や感じたこと」に対して, 自由に記載してもらった。

Ⅲ. 分析方法

A. 研究対象者の属性 (4項目)

「性別」, 「年齢」, 「看護師経験年数」, 「眼科看護経験年数」の記述統計量を算出した。

B. 対象施設で実施されている点眼指導に関する項目 (9項目)

1. 点眼指導の説明内容の概況

「点眼姿勢の説明の有無」, 「点眼法の説明の有無」, 「点眼容器把持方法の説明の有無」, 「成人と高齢者での点眼指導内容の区別の有無」, 「点眼補助具の提案の有無」, の5項目の記述統計量を算出した。加えて, 二者択一である説明内容の有無の理論比率を1/2と仮定し, 実測値と期待値の差を比較するため, χ^2 適合度の検定を行った。また, 点眼指導時に点眼姿勢, 点眼法, 点眼容器把持方法の説明が「ある」と回答した施設には, 点眼姿勢, 点眼法, 点眼容器把持方法の各項目を複数回答とし, 合計数と割合(%)を算出した。

2. 対象施設による点眼指導の実態

「点眼指導を行う担当部署」, 「点眼指導の指導方法」, 「初回の点眼指導の時期」, 「点眼指導時の指導媒体」の4項目に対して記述統計量を算出した。

3. 「看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること」(13項目)

「看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること」(13項目)に関して, 点眼手技の習得に関する5項目(点眼薬を点眼容器から押し出す力加減がわかりにくい, 患者が点眼時に顔を上に向けることができない, 患者が点眼補助具を使用しても点眼が上手くできない, 患者が点眼容器を握ることができない, 患者が点眼時に腕を上げることができない), 適切な手技を阻害する要因に関する項目3項目(点眼容器先端が睫毛などへ接触している, 点眼指導を行っていても患者が点眼時の注意点を忘れている, 患者が用量以上の点眼薬を滴下している), 適切な点眼方法の定着に関する項目5項目(独居の患者が退院後も点眼が継続して行えているか不明, 高齢患者が退院後も点眼指導を理解しているか不明, 患者が点眼薬の投与する順番が分から

なくなる、点眼指導を行っていても、患者が自己流の点眼方法を行っている、患者が点眼薬を投与する左右の眼が分からなくなる)について、それぞれ複数回答とし、合計数と割合(%)を算出した。

4. 「点眼指導時に困難であった事例や感じたこと」について(自由記載)

自由記載によるデータは内容分析法を用いて、自由回答の内容を分類しコード化を行った。加えて、それぞれの示す顕在的内容から各コードのカテゴリー化を行った。

C. 統計解析ソフト

数量化データ分析にはIBM SPSS Statistics (ver. 26.0 for Windows)を用いて分析を行った。各検定いずれにおいても有意水準は5%とした。

IV. 倫理的配慮

調査対象施設の看護管理者および病棟管理者、調査対象者に調査依頼書と質問紙を郵送し、調査依頼書には研究目的、方法、倫理的配慮について明記した。また、対象者に生じる負担並びに予測されるリスクおよび利益、調査協力は自由意志であること、研究への参加の可否に関わらず不利益を被らないこと、研究に関する情報公開方法、個人情報等の取扱い、匿名化による個人情報の保護、試料・情報の保管および破棄の方法、学会等への研究結果の発表について明記した。対象者が質問紙に回答し返送があったことで同意を得たと判断した。調査は武庫川女子大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:20-59)。

V. 結果

438施設に質問紙調査票を郵送し、159名(回収率36.3%)の看護師から回答があった。回答者の属性が本研究の対象看護師としての条件を満たしていなかった17名を除いた142名(有効回答率89.3%)の看護師を分析対象とし、その

回答結果を述べる。無回答に関しては、薬剤部が点眼指導を行っており、看護師が指導自体を行っていないというものについて、関連するものを「無回答」と処理した。

A. 研究対象者の属性

対象者の属性として、女性131名(92.3%)、男性11名(7.7%)であった。回答者の平均年齢(標準偏差)は40.5(10.8)歳、平均看護師経験年数(標準偏差)は18.1(10.5)年、平均眼科看護経験年数(標準偏差)は6.4(3.5)年であった(表1)。

表1 研究対象者の属性

項目	n = 142	
	平均値	標準偏差
年齢(歳)	40.5	10.8
看護師経験年数(年)	18.1	10.5
眼科看護経験年数(年)	6.4	3.5

B. 対象施設で実施されている点眼指導の実態

1. 点眼指導の説明内容の概況

点眼指導の説明内容の概況を表2に示す。点眼指導時に点眼姿勢に関する説明があるのは102件(71.8%)、説明がないのは34件(23.9%)、無回答が6件(4.2%)であった。また、 χ^2 適合度検定では有意な偏りがみられ、説明がある施設が多かった($p = .000$)。

点眼指導時に点眼法に関する説明があるのは132件(93.0%)、説明がないのは4件(2.8%)、無回答が6件(4.2%)であった。また、 χ^2 適合度検定では有意な偏りがみられ、説明がある施設が多かった($p = .000$)。

点眼指導時に点眼容器把持方法の説明があるのは66件(46.5%)、説明がないのは64件(45.1%)、無回答が12件(8.5%)であった。 χ^2 適合度検定では有意な偏りはみられず($p = .861$)、点眼指導時に点眼容器把持方法のある施設とない施設に有意な差はなかった。

成人と高齢者で指導内容を区別し実施しているのは67件(47.2%)、実施していないのは64件(45.1%)、無回答が11件(7.7%)であった。 χ^2 適合度検定では有意な偏りはみら

表2 点眼指導の説明内容の概況と χ^2 適合度の検定

項目	n = 142			p
	あり 件数 (%)	なし 件数 (%)	無回答 件数 (%)	
点眼姿勢の説明の有無	102 (71.8)	34 (23.9)	6 (4.2)	.000 *
点眼法の説明の有無	132 (93.0)	4 (2.8)	6 (4.2)	.000 *
点眼容器把持方法の説明の有無	66 (46.5)	64 (45.1)	12 (8.5)	.861
成人と高齢者での指導内容の区別の有無	67 (47.2)	64 (45.1)	11 (7.7)	.793
点眼補助具の提案の有無	97 (68.3)	44 (31.0)	1 (0.7)	.000 *

chi-square goodness-of-fit test * $p < .01$

れず ($p = .793$), 成人と高齢者で指導内容を区別し実施している施設と実施していない施設に有意な差はなかった。

点眼指導時に点眼補助具の提案を実施しているのは97件 (68.3%), 実施していないのは44件 (31.0%), 無回答が1件 (0.7%) であった。また, χ^2 適合度検定では有意な偏りがみられ, 点眼補助具の提案を実施している施設が多かった ($p = .000$)。

2. 眼科病棟で実施されている点眼指導の実態

眼科病棟で実施されている点眼指導の実態を表3に示す。回答は142人の看護師から得られた。なお, 回答は複数回答とし, 以下, 回答が得られた件数を述べる。

a. 点眼指導時の点眼姿勢についての説明

「点眼指導時の点眼姿勢」の回答件数は148件であった。点眼指導時の患者の姿勢はベッドに端座位が48件 (32.4%), 背もたれがある椅子を使用した座位が32件 (21.6%), 枕を使用する仰臥位が27件 (18.2%), 枕を使用しない仰臥位が17件 (11.5%), 背もたれがない椅子を使用した座位が10件 (6.8%), 患者の状況に応じて等のその他の回答が14件 (9.5%) であった。

b. 点眼指導時の点眼法についての説明

「点眼指導時の点眼法」の回答件数は242件であった。点眼指導時の患者の点眼法はゲンコツ点眼法が104件 (43.0%), 下眼瞼牽引法が99件 (40.9%), 片手点眼法が17

表3 眼科病棟で実施されている点眼指導の実態

項目	件数	$n = 142$ 回答は複数回答	
		比率 (%)	
点眼指導時の点眼姿勢 (件数 = 148)	ベッドに端座位	48	32.4
	背もたれがある椅子を使用した座位	32	21.6
	枕を使用する仰臥位	27	18.2
	枕を使用しない仰臥位	17	11.5
	背もたれがない椅子を使用した座位	10	6.8
	その他	14	9.5
点眼指導時の点眼法 (件数 = 242)	ゲンコツ点眼法	104	43.0
	下眼瞼牽引法	99	40.9
	片手点眼法	17	7.0
	両眼開眼法	7	2.9
	特になし	1	0.4
	その他	14	5.8
点眼指導時の点眼容器把持方法 (件数 = 85)	二点支持法	63	74.1
	三点支持法	12	14.1
	特になし	6	7.1
	その他	4	4.7
点眼指導を行う担当部署 (件数 = 149)	病棟	76	51.0
	外来と病棟の双方	61	40.9
	外来	4	2.7
	点眼指導なし	0	0.0
	その他	8	5.4
点眼指導の指導方法 (件数 = 144)	個別指導	116	80.6
	個別指導と集団指導の併用	15	10.4
	集団指導	8	5.6
	その他	5	3.5
初回の点眼指導の時期 (件数 = 154)	手術後1日目	67	43.5
	入院当日	49	31.8
	外来診察時	21	13.6
	その他	17	11.0
点眼指導時の指導媒体 (件数 = 186)	自施設作成のパンフレット	94	50.5
	口頭説明	55	29.6
	製薬会社作成のパンフレット	13	7.0
	自施設作成の視聴覚教材 (DVD等)	12	6.5
	製薬会社作成の視聴覚教材 (DVD等)	7	3.8
	その他	5	2.7

件 (7.0%), 両眼開眼法が 7 件 (2.9%), 特になしが 1 件 (0.4%), 点眼器の使用等のその他の回答が 14 件 (5.8%) であった。

c. 点眼指導時の点眼容器把持方法についての説明

「点眼指導時の点眼容器把持方法」の回答件数は 85 件であった。点眼容器把持方法は、2 種類の把持方法について回答を求めた。二点支持法は、拇指とそれ以外の指を使用して容器の側面を押さえて点眼する方法のことであり、三点支持法は、拇指と中指で容器をつまむように持ち、示指で容器の底を押す方法のことであり。点眼指導時の点眼容器把持方法は二点支持法が 63 件 (74.1%), 三点支持法が 12 件 (14.1%), 特になしが 6 件 (7.1%), 患者の状況に応じて等のその他の回答が 4 件 (4.7%) であった。

d. 点眼指導を行う担当部署について

「点眼指導を行う担当部署」の回答件数は 149 件であった。点眼指導を行う担当部署は、病棟 76 件 (51.0%), 外来と病棟の双方 61 件 (40.9%), 外来 4 件 (2.7%), 点眼指導なし 0 件 (0.0%), 薬剤部や薬剤師が行う等のその他の回答が 8 件 (5.4%) であった。

e. 点眼指導の指導方法

「点眼指導の指導方法」の回答件数は 144 件であった。点眼指導の指導方法は、個別指導が 116 件 (80.6%), 個別指導と集団指導の併用が 15 件 (10.4%), 集団指導が 8 件 (5.6%), 認知力の状況に応じて等のその他の回答が 5 件 (3.5%) であった。

f. 点眼指導の指導時期

「初回の点眼指導の時期」の回答件数は 154 件であった。点眼指導の指導時期は、手術後 1 日目が 67 件 (43.5%), 入院当日が 49 件 (31.8%), 外来診察時が 21 件 (13.6%), 術式に応じて等のその他の回答が 17 件 (11.0%) であった。

g. 点眼指導時の指導媒体

「点眼指導時の指導媒体」の回答件数は 186 件であった。点眼指導時の指導媒体は、自施設作成のパンフレットが 94 件 (50.5%), 口頭説明が 55 件 (29.6%), 製薬会社作成のパンフレットが 13 件 (7.0%), 自施設作成の視聴覚教材 (DVD 等) が 12 件 (6.5%), 製薬会社作成の視聴覚教材

(DVD 等) が 7 件 (3.8%), 実際に行う等のその他の回答が 5 件 (2.7%) であった。

3. 「看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること」および「点眼指導時に困難であった事例や感じたこと」の自由記載について

a. 看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること (13 項目)

「看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること」の有効回答は 141 人より得られた。それぞれの設問への回答結果 (複数回答) を以下に述べる。

点眼手技の習得に関する 5 項目では、「点眼薬を点眼容器から押し出す力加減がわかりにくい」が 80 件 (56.7%), 「患者が点眼時に顔を上に向けることができない」が 66 件 (46.8%), 「患者が点眼補助具を使用しても点眼が上手くできない」が 62 件 (44.0%), 「患者が点眼容器を握ることができない」が 38 件 (27.0%), 「患者が点眼時に腕を上げることができない」が 33 件 (23.4%) であった (表 4)。

適切な手技を阻害する要因に関する 3 項目では、「点眼容器先端が睫毛などへ接触している」が 120 件 (85.1%), 「点眼指導を行っていても患者が点眼時の注意点を忘れていている」が 75 件 (53.2%), 「患者が用量以上の点眼薬を滴下している」が 72 件 (51.0%) であった (表 5)。

適切な点眼方法の定着に関する 5 項目では、「独居の患者が退院後も点眼が継続して行っているか不明」が 109 件 (77.3%), 「高齢患者が退院後も点眼指導を理解しているか不明」が 103 件 (73.0%), 「患者が点眼薬の投与する順番が分からなくなる」が 59 件 (41.8%), 「点眼指導を行っていても、患者が自己流の点眼方法を行っている」が 58 件 (41.1%), 「患者が点眼薬を投与する左右の眼が分からなくなる」が 37 件 (26.2%) であった (表 6)。

b. 「点眼指導時に困難であった事例や感じたこと」の自由記載について

有効回答であった 141 名の看護師のうち、78 名 (回答率 54.9%) の看護師から回答が得られた。看護師 78 名の属性は、女性 75 名 (96.2%), 男性 3 名 (3.8%) であった。回

表 4 看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること (点眼手技の習得に関する項目)

項目	n = 141	
	回答数	比率 (%)
点眼薬を点眼容器から押し出す力加減がわかりにくい	80/141	56.7
患者が点眼時に顔を上に向けることができない	66/141	46.8
患者が点眼補助具を使用しても点眼が上手くできない	62/141	44.0
患者が点眼容器を握ることができない	38/141	27.0
患者が点眼時に腕を上げることができない	33/141	23.4

有効回答数 = 141 無回答 = 1
回答数は複数回答

表5 看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること(適切な手技を阻害する要因に関する項目)

n = 141		
項目	回答数	比率 (%)
点眼容器先端が睫毛などへ接触している	120/141	85.1
点眼指導を行っていても患者が点眼時の注意点を忘れている	75/141	53.2
患者が用量以上の点眼薬を滴下している	72/141	51.0

有効回答数 = 141 無回答 = 1
回答数は複数回答

表6 看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていること(適切な点眼方法の定着に関する項目)

n = 141		
項目	回答数	比率 (%)
独居の患者が退院後も点眼が継続して行えているか不明	109/141	77.3
高齢患者が退院後も点眼指導を理解しているか不明	103/141	73.0
患者が点眼薬の投与する順番が分からなくなる	59/141	41.8
点眼指導を行っていても、患者が自己流の点眼方法を行っている	58/141	41.1
患者が点眼薬を投与する左右の眼が分からなくなる	37/141	26.2

有効回答数 = 141 無回答 = 1
回答数は複数回答

答者の平均年齢(標準偏差)は42.5(11.3)年, 平均看護師経験年数(標準偏差)は20.2(10.9)年, 平均眼科看護経験年数(標準偏差)は6.8(3.9)年であった(表7)。

表7 調査票の自由記載に回答した研究対象者の属性

n = 78		
項目	平均値	標準偏差
年齢(歳)	42.5	11.3
看護師経験年数(年)	20.2	10.9
眼科看護経験年数(年)	6.8	3.9

「点眼指導時に困難であった事例や感じたこと」の自由記載を分析した結果を表8に示す。記述件数は193件であった。それらの内容から33のコードが抽出され, 13のサブカテゴリー, 7のカテゴリーが生成された。以下, コードは〈 〉, サブカテゴリーは《 》, カテゴリーは【 】で示す。

生成された7つのカテゴリーは【高齢者】, 【点眼手技の阻害事由】, 【誤った点眼手技・知識】, 【退院後の自己管理状況】, 【点眼補助具の使用困難】, 【点眼容器の使用性】, 【医療者側の事由】であった。

(1) 【高齢者】

【高齢者】は【高齢患者】の1つのサブカテゴリーから構成されていた。

a) 《高齢患者》

《高齢患者》のコードは, 〈患者が高齢である〉, 〈手術を受ける高齢者が多い〉, 〈患者が要介護者である〉の33件であった。

(2) 【点眼手技の阻害事由】

【点眼手技の阻害事由】は《認知機能の低下》, 《身体機能の低下》, 《視力低下・視野障害》, 《硝子体手術の術後》

の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

a) 《認知機能の低下》

《認知機能の低下》のコードは, 〈認知症や認知機能低下がある〉, 〈患者の理解力が乏しい〉, 〈点眼薬の自己管理ができない〉の32件であった。

b) 《身体機能の低下》

《身体機能の低下》のコードは, 〈麻痺や障害, 疾患があり点眼ができない〉, 〈点眼容器を押す力がない〉, 〈開眼ができないことや開眼困難がある〉, 〈点眼容器を押す力加減が分からない〉, 〈運動制限がある〉の21件であった。

c) 《視力低下・視野障害》

《視力低下・視野障害》のコードは, 〈視力が低下している〉, 〈全盲や失明などの視覚障害を有している〉の14件であった。

d) 《硝子体手術の術後》

《硝子体手術の術後》のコードは, 〈眼内に充填物があるため見えにくい〉, 〈術後のフェイスダウンで眼瞼の腫脹があり, 薬液が入らない〉の4件であった。

(3) 【誤った点眼手技・知識】

【誤った点眼手技・知識】は《様々な点眼方法》, 《誤った点眼手技》の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

a) 《様々な点眼方法》

《様々な点眼方法》のコードは, 〈点眼が自己流であったり, こだわりや癖があったりする〉, 〈点眼手技がまちまちである〉の11件であった。

b) 《誤った点眼手技》

《誤った点眼手技》のコードは, 〈点眼時に眼との距離が近い〉, 〈点眼時に睫毛に接触している〉の6件であった。

表8 看護師が回答した「点眼指導時に困難であった事例や感じたこと」

(193件)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
高齢者 (33件)	高齢患者 (33件)	患者が高齢である (30件) 手術を受ける高齢者が多い (2件) 患者が要介護者である (1件)
点眼手技の阻害事由 (71件)	認知機能の低下 (32件)	認知症や認知機能低下がある (16件) 患者の理解力が乏しい (12件) 点眼薬の自己管理ができない (4件)
	身体機能の低下 (21件)	麻痺や障害、疾患があり点眼ができない (7件) 点眼容器を押す力がない (6件) 開眼ができないことや開眼困難がある (6件) 点眼容器を押す力加減が分からない (1件) 運動制限がある (1件)
	視力低下・視野障害 (14件)	視力が低下している (9件) 全盲や失明などの視覚障害を有している (5件)
	硝子体手術の術後 (4件)	眼内に充填物があるため見えにくい (3件) 術後のフェイスダウンで眼瞼の腫脹があり、薬液が入らない (1件)
誤った点眼手技・知識 (17件)	様々な点眼方法 (11件)	点眼が自己流であったり、こだわりや癖があったりする (10件) 点眼手技がまちまちである (1件)
	誤った点眼手技 (6件)	点眼時に眼との距離が近い (3件) 点眼時に睫毛に接触している (3件)
退院後の自己管理状況 (46件)	独居や高齢者のみの世帯 (35件)	独居 (16件) 家族の協力、又は他の協力者が得られにくい (12件) 日中、家族が不在である (5件) 高齢者のみの世帯 (2件)
	退院後の点眼状況の確認 (11件)	退院後に点眼ができていないか不明である (11件)
点眼補助具の使用困難 (11件)	点眼補助具の使用状況 (11件)	患者が適切に点眼補助具を使用することができない (9件) 全ての点眼容器が点眼補助具に装着できない (1件) 患者にあった補助具が分からない (1件)
点眼容器の使用性 (7件)	点眼容器の形態 (7件)	点眼容器が硬い (5件) 製薬会社によって容器の形状が異なる (2件)
医療者側の事由 (8件)	指導時間の不足 (6件)	入院期間が短い・点眼指導時間が確保できない (4件) 看護師のマンパワー不足 (1件) 点眼指導に時間がかかる (1件)
	アセスメントの個人差 (2件)	看護師のアセスメントや評価に違いがある (2件)

(4) 【退院後の自己管理状況】

【退院後の自己管理状況】は《独居や高齢者のみの世帯》、《退院後の点眼状況の確認》の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

a) 《独居や高齢者のみの世帯》

《独居や高齢者のみの世帯》のコードは、〈独居〉、〈家族の協力、又は他の協力者が得られにくい〉、〈日中、家族が不在である〉、〈高齢者のみの世帯〉の35件であった。

b) 《退院後の点眼状況の確認》

《退院後の点眼状況の確認》のコードは、〈退院後に点眼ができていないか不明である〉の11件であった。

(5) 【点眼補助具の使用困難】

【点眼補助具の使用困難】は《点眼補助具の使用状況》の1つのサブカテゴリーから構成されていた。

a) 《点眼補助具の使用状況》

《点眼補助具の使用状況》のコードは、〈患者が適切に点眼補助具を使用することができない〉、〈全ての点眼容器が点眼補助具に装着できない〉、〈患者にあった補助具が分からない〉の11件であった。

(6) 【点眼容器の使用性】

【点眼容器の使用性】は《点眼容器の形態》の1つのサブカテゴリーから構成されていた。

a) 《点眼容器の形態》

《点眼容器の形態》のコードは、〈点眼容器が硬い〉、〈製薬会社によって容器の形状が異なる〉の7件であった。

(7) 【医療者側の事由】

【医療者側の事由】は《指導時間の不足》、《アセスメントの個人差》の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

a) 《指導時間の不足》

《指導時間の不足》のコードは、〈入院期間が短い・点眼指導時間が確保できない〉、〈看護師のマンパワー不足〉、〈点眼指導に時間がかかる〉の6件であった。

b) 《アセスメントの個人差》

《アセスメントの個人差》のコードは、〈看護師のアセスメントや評価に違いがある〉の2件であった。

VI. 考 察

A. 対象施設で実施されている点眼指導の実態

点眼指導の説明内容の概況における点眼指導時の「点眼姿勢」, 「点眼法」, 「点眼補助具の提案」の説明の有無では、 χ^2 適合度検定で有意な差が認められた。大多数の対象施設では、点眼指導を行う際の重要指導項目であると認識していると考えられる。

点眼姿勢に関しては、点眼指導時に71.8%の対象施設で説明を行っており、指導時に多い点眼姿勢はベッドに端座位姿勢であった。端座位姿勢が多いのは、一般的な病室では患者が使用できるスペースが限られることや椅子がない場合もあるため、点眼の際にベッドに端座位姿勢で指導を行っていると考えられた。さらに点眼指導を行う担当部署で最も多い回答が病棟51.0% ($n=76$)、次いで外来と病棟の双方40.9% ($n=61$) であり、点眼指導を個別指導で行っている施設が80.6% ($n=116$) との結果からも患者のプライバシーを配慮して病室等で個別で支援していることも考えられた。

しかし、端座位で点眼を行う場合、椅子を使用した座位と比較して、頸部の伸展動作のみで行う必要があるため、失敗するリスクがある。また、頸部伸展角度が70度未満であると点眼を失敗するリスクがある。工藤・徳重・片山・田丸・岩崎 (2022) は、椅子の背もたれの有無による点眼動作および点眼姿勢の検証を行い、椅子の背もたれを使用すると点眼時の点眼容器先端への接触や点眼薬滴下の位置ずれによる失敗リスクを軽減できることを明らかにしている。このことより、頸部伸展が不十分な対象者には、椅子の背もたれを使用した点眼方法を選択することが望ましい。今回の点眼姿勢のその他の回答では、特に指定はなく、個人のやりやすい方法で点眼を行う等の回答があった。このため、自己流の方法である場合、頸部を十分伸展させた姿勢で、点眼が正しく行えているかを観察する必要があると考える。

対象施設が推奨している点眼法では、ゲンコツ点眼法 (43.0%) と下眼瞼牽引法 (40.9%) が大多数を占めていた。ゲンコツ点眼法や下眼瞼牽引法は眼科看護の専門書に

も記載されており、眼科看護に従事する看護師は広く周知できていると考えられた。一方で点眼法に関するその他の回答が14件あり、いつも通りの点眼方法や市販の点眼器を使用するといった回答が含まれていた。対象施設で推奨する点眼法の指導は行うが、個々の状況等を評価しており、推奨する点眼法を一概に押し付けてはいないといえる。

点眼容器の把持方法については、46.5%の施設で説明を行っていた。しかし、点眼姿勢 (71.8%) や点眼法 (93.0%) の説明と比較して、点眼容器を把持する方法については説明が少ない傾向にある。一方で点眼補助具の提案がある施設は多いという結果であった (68.3%)。看護師は「点眼容器の把持が困難である」、「点眼薬が眼に的確に入らない」等の患者状況を観察し、評価を行い補助具の提案を行っていると考えられる。しかし、自由記載の分析にて生成されたカテゴリ【点眼補助具の使用困難】には、サブカテゴリ【点眼補助具の使用状況】があり、コード〈患者が適切に点眼補助具を使用することができない〉が含まれていた。点眼補助具は市販品や各種製薬会社が製作しているものがあり、その種類は多数存在している。このように、点眼を適切に行うためではあるが、種類が様々であるために点眼補助具を提案しても運動機能障害の違いや理解力が乏しい患者では点眼補助具を扱うことが困難であると予想される。村上ほか (2005) の研究では、各点眼補助具で説明書に基づく理解度や装着方法の理解度に相違があることを報告している。このように、点眼補助具にも長所・短所があり、疾患や点眼薬の種類によって使用方法も異なり、万人に適したものではない可能性があった。安易に提案することで、かえって混乱を招き使用ができないことにもつながる可能性もあると考える。

「成人と高齢者での点眼指導内容の区別」の有無では、有意な差は認められず、施設ごとに取り組みへの違いがあることがうかがえる。眼科疾患は加齢疾患が占めており、(山田, 2008), 高齢者が点眼を行う機会は多いと推察できる。成人であっても身体機能の低下や手指の巧緻性障害等がある患者もいるため、対象患者の身体・認知機能の程度を把握することは重要であるといえる。そのため、一般的な加齢現象に伴う心身の変化に応じた指導内容を基本とした上で、対象者の特徴を捉えることで、高齢患者が点眼時に困難と感じている部分を重点的に指導できるのではないかと考えた。

点眼指導の指導時期では、手術後1日目が最も多く43.5% ($n=67$) で、術後点眼の開始日に合わせた指導を行っていると考えられる。次いで入院当日に指導を行っているとの回答が31.8% ($n=49$) であり、入院当日が手術日ではない患者等においては、術前点眼を行う際に指導があると考えられた。これらの点眼は術前処置や術後点眼を開始

する医師による指示であるため指導時期を変更していくことは困難である。しかし、指導時期に合わせてあらかじめ患者の状態や在宅環境等の情報収集を行い、患者のセルフケア状態をアセスメントし点眼指導を行うことで効果的な指導が行えるといえる。

今回の調査では点眼指導の担当が看護師ではなく、薬剤師や薬剤師が指導をしているという回答が8件みられた。2012年の診療報酬改定で病棟薬剤業務実施加算が新設され、病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性・安全性の向上を目的に薬剤師を病棟に配置できるようになった。病棟で薬剤師が服薬指導や薬剤管理業務等を行う病院も増加し、薬剤師の専門家の立場で指導を行っていると考えられた。看護師と薬剤師が連携することで知識や点眼の成否に関する情報共有ができ、よりの確な点眼指導が可能になるといえる。

本研究における質問紙調査では、点眼指導を行っていないと回答した対象施設はなく、大多数の施設では点眼指導を取り入れていた。看護支援として、点眼指導が必要であると認識していると考えられた。点眼指導を行うと点眼技術や意識向上に効果があることが明らかにされており(Lampert, Bruckner, Haefeli, & Seidling, 2019)、点眼指導は患者への支援としては必要なことであるといえる。

B. 点眼指導時の困難について

看護師の立場で点眼指導時に困難と感じていることで最も多い回答は「点眼容器先端が睫毛などへ接触している」であり比率は85.1% ($n=120$)であった。また、「点眼薬を点眼容器から押し出す力加減がわかりにくい」の回答も56.7% ($n=80$)と半数以上が困難であると回答しており、看護師は、まず患者自身が正しく点眼自体を行うことができるかに視点を置き観察していると考えられた。Kashiwagi, et al. (2021)の研究では高齢、頸部伸展角度の浅さ、把持力の弱さ、上肢の運動機能の低下、運動失調の程度、矯正視力の低下、および視野評価は、点眼失敗の危険因子であることを報告しており、点眼の失敗には身体面に関することが大きく影響を及ぼしているといえる。また、自由記載の分析で生成されたカテゴリ【点眼手技の阻害事由】にはサブカテゴリ《視力低下・視野障害》が含まれており、視力低下や視野障害が点眼を困難にしていると推察できる。視覚障害と点眼の失敗には関連があることは明らかになっており(Kashiwagi, et al., 2021; Naito, et al., 2017)、疾患に伴う視野障害は点眼の失敗要因となっており、視野障害がある患者に対しての指導時に困難さを抱いていると考える。

加えて、自由記載の分析で生成されたカテゴリ【高齢者】には、サブカテゴリ《高齢患者》があり、コー

ド(患者が高齢である)、(手術を受ける高齢者が多い)等が含まれていた。眼科領域の臨床疫学では、眼科疾患は加齢性疾患が多いことが明らかとなっている(山田, 2008)。さらに2020年の内閣府の調査(高齢社会白書)によると、我が国の高齢化率は28.8%であり、今後も増加傾向を示すと予測される。超高齢社会の我が国では点眼治療を受けている高齢者が多く、高齢者が治療継続のため点眼薬を使用する頻度が高いことが推測できる。また、若年者と高齢者の自己点眼動作を比較したところ高齢者のほうが点眼の失敗が多いことが明らかとなっている(工藤・片山・徳重・阿曾, 2019)。高齢になると関節の可動域制限や円背など身体動作や姿勢の面で点眼動作に支障をきたしていることがあり、点眼を成功できるようにするために、看護師が点眼の際に観察を行う必要がある。

さらに自由記載の分析からも看護師は、加齢現象に伴う身体機能や感覚機能の低下がある高齢者への指導に困難感があることが示された。高齢者全てが、身体的側面によって点眼を失敗するとは限らないが、加齢に伴う身体機能や感覚機能の低下などの加齢現象は点眼の失敗要因の1つであるといえる。また、加齢現象の1つに手指の巧緻性障害がある。江藤・原沢・平井(1983)の研究では、手指巧緻動作は加齢の影響を受けることを報告しており、八田・大友・吉田・高以良・大竹(1993)の研究では、高齢者は、年齢とともにつまみ力、握力が減少することを報告している。自由記載の分析によって抽出されたカテゴリ【点眼容器の使用性】には、サブカテゴリ《点眼容器の形態》があり、コード(点眼容器が硬い)、(製薬会社によって容器の形状が異なる)が含まれていた。巧緻性障害がある高齢患者では点眼容器の形態や形状が異なるため使用しづらい。また、土井ほか(2018)の研究では緑内障点眼薬の各種点眼容器でスクイーズ力や使用感に違いがあることを報告している。しかし、患者は疾患の違いや治療目的によって複数の点眼薬を使用するため、患者が点眼容器を扱うことに困難を感じており、看護師も指導の際に困難感を抱いていると考えられた。点眼治療を行う割合が多い高齢者では、点眼容器のような小さなものを把持し的確に点眼薬を滴下するための動作が困難となっていると推察できる。自己点眼の点眼失敗には患者側の要因が重なり合うことで、点眼が失敗しやすい状況になっていると予測でき、多くの看護師が患者側の要因において、指導時に困難感を抱いていることが考えられた。

自由記載の回答には、「独居の患者が退院後も点眼が継続して行えているか不明」77.3% ($n=109$)、「高齢患者が退院後も点眼指導を理解しているか不明」73.0% ($n=103$)等の退院後の管理体制に関する回答も多かった。点眼薬を眼瞼結膜嚢内に滴下することが可能である患者はい

ると考えられるが、点眼薬の投与忘れ、用法用量通りに行うことができなかつたなどの自己管理が難しい患者が多数いることが推察できる。さらに、自由記載の分析にて生成された【点眼手技の阻害事由】には、サブカテゴリー《認知機能の低下》があり、コード〈認知症や認知機能低下がある〉、〈患者の理解力が乏しい〉、〈点眼薬の自己管理ができない〉が含まれており、加齢現象による認知機能の低下が在宅での自己管理を困難にしているものと推察できる。認知機能や記憶力は加齢に伴い低下することがある。加齢性疾患が多い眼科疾患では高齢者が点眼を行う頻度は高く、その中でも患者に認知機能の低下があると点眼指導を行ったとしても適切に理解することが困難であることから、治療の継続ができないことや誤った管理方法で治療効果が十分に発揮できないことが予想される。入院中では、看護師が点眼を適切に行えるように時間の調整や用法用量の厳守、管理を行うことができるが、退院後は複数の点眼薬を一定期間、患者自身が管理し点眼する必要がある。そのため、在宅でも継続して行えるようにするため認知機能障害がある患者に対し、点眼が行えるような工夫や他者が介入する支援が必要である。しかし、自由記載の分析で生成されたカテゴリー【退院後の自己管理状況】には、サブカテゴリー《独居や高齢者のみの世帯》があり、コード〈独居〉、〈家族の協力、又は他の協力者が得られにくい〉が含まれていた。先述したように日本の高齢化は年々増加しており、高齢者の独居世帯も増加傾向である。2020年の総務省統計局の調査では高齢者の独居世帯の割合が22.4%である。このように高齢患者の独居や高齢者世帯、家族の協力が得られにくい状況があることは指導の困難さの要因となっているといえる。入院期間中であれば看護師が管理するため適切に投薬することも可能であり、また家族との同居であれば、家人が確認を行うことも可能であるが、独居の場合では在宅で適切に治療の継続や管理が行えているかは不明であることが、多くの看護師が困難さを抱いている要因となっている。サブカテゴリー《退院後の点眼状況の確認》では、コード〈退院後に点眼ができているか不明である〉が含まれていた。自由記載の内容の中には、点眼治療や管理のために介護保険を利用して訪問看護を取り入れることが困難であるという記述もあり、公的な支援のみでは限界があるといえる。

点眼支援のための指導には医療者側の要因も含まれていることが自由記載の分析から明らかとなった。カテゴリー【医療者側の事由】には、サブカテゴリー《指導時間の不足》等があり、コード〈入院期間が短い・点眼指導時間が確保できない〉、〈看護師のマンパワー不足〉等が含まれていた。的確に点眼ができるように支援は必要であると認識しているが、理解力が乏しい患者や認知機能が低下した高

齢者等への指導時間の確保や看護師不足が点眼指導を困難にしている要因になっていると推察できた。

以上のことより、点眼指導は点眼治療を継続するために、必要な看護支援として看護師が考えていることが示された。また、「加齢」や「独居」、「認知機能の低下」は、看護師が点眼指導を行う際の困難感として抱いていた点から、「点眼姿勢（頸部伸展角度）」、「容器の把持力」等の患者の身体状況と合わせて、点眼指導を行う際の患者のセルフケア評価視点となると考える。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、厚生労働省が指定している特定機能病院、および全国自治体病院協議会の登録病院で眼科診療科を標榜する病院、かつ眼科病棟を有している施設の看護師を対象とした。また、本研究では全国規模での調査を行ったが、匿名での回答であったため地域別での分析は行えず、地域による回答施設数に偏りがある可能性が考えられた。また、本研究は病院の眼科病棟を対象としているため、眼科外来や診療所における実態調査は今後の課題であるといえる。さらに、本研究では、高齢患者や認知機能障害がある患者においては、在宅での自己管理に対して困難事例があることが明らかとなった。点眼指導では認知機能に支障がない患者だけを対象とするわけではないため、認知機能障害がある眼科患者に対しての在宅での自己管理に関する調査等は今後の課題といえる。また、今回は看護師の視点のみの分析であり、実際の患者の点眼のセルフケアの状況や患者の視点からの分析は行っていないため、看護師と患者の視点を統合して分析を行っていく必要がある。

結 論

本研究では、全国の眼科病棟に勤務する看護師を対象とした、点眼指導の実態調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

多くの看護師は点眼指導は看護支援として必要な支援であると考えている。看護師はまず患者の身体面のセルフケア評価を行っていることが明らかとなった。さらに「加齢」、「独居」、「認知機能の低下」は、看護師が点眼指導を行う際の困難感として抱いている。これらは、点眼指導を行う際の患者のセルフケア評価視点となる。

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

- 阿曾洋子, 井上智子, 伊部亜希 (2019). 基礎看護技術 第8版. 350, 東京: 医学書院.
- 土井信幸, 毎田千恵子, 高橋恵美利, 井出美晴, 宮本悦子, 秋山滋男 (2018). 点眼容器の違いが高粘度懸濁性点眼液 (アゾルガ® 配合懸濁性点眼液) の使用感に与える影響. *医療薬学*, 44(7), 380-392.
- 江藤文夫, 原沢道美, 平井俊策 (1983). 手指巧緻動作における加齢の影響. *日本老年医学会雑誌*, 20(5), 405-409.
- 八田美鳥, 大友英一, 吉田尚志, 高以良佳子, 大竹伸子 (1993). 高齢者における握力・ピンチ力と手指巧緻性の検討: 年齢, 性ならびに体格因子とその関連について. *総合リハビリテーション*, 21(6), 489-492.
- Harwood, R. H., Foss, A. J. E., Osborn, F., Gregson, R. M., Zaman, A., Masud, T. (2005). Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: A randomised controlled trial. *The British Journal of Ophthalmology*, 89(1), 53-59.
- Hiratsuka, Y., Yokoyama, T. & Yamada, M. (2021). Higher participation rate for specific health checkups concerning simultaneous ophthalmic checkups. *Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200052>
- 石井晃太郎 (2014). 認知症患者への白内障手術によるQOL向上. *日本老年医学会雑誌*, 51, 312-325.
- Iwase, A., Suzuki, Y., Araie, M., Yamamoto, T., Abe, H., Shirato, S., Kuwayama, Y., Mishima, H. K., Shimizu, H., Tomita, G., Inoue, Y., & Kitazawa, Y.; Tajimi Study Group, Japan Glaucoma Society. (2004). The prevalence of primary open-angle glaucoma in Japanese: The Tajimi Study. *Ophthalmology*, 111(9), 1641-1648.
- Kashiwagi, K., Matsuda, Y., Ito, Y., Kawate, H., Sakamoto, M., Obi, S., Haro, H. (2021). Investigation of visual and physical factors associated with inadequate instillation of eyedrops among patients with glaucoma. *PLOS ONE*, 16(5), e0251699.
- 川上 治, 加藤雄一郎, 太田壽城 (2006). 高齢者における転倒・骨折の疫学と予防. *日本老年医学会雑誌*, 43(1), 7-18.
- 公益社団法人 東京医薬品工業協会 点眼剤研究会, 関西医薬品協会 点眼剤研究会 (2022年12月). 点眼剤の適正使用ハンドブック—Q&A (医療関係者向け) (第2版). http://www.dy-net.jp/eyedrop/tenganzai_handbook.pdf (参照 2022年12月20日)
- 厚生労働省 (2021). 令和2年(2020)患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html> (参照 2021年8月20日)
- 工藤大祐, 片山 恵, 徳重あつ子, 阿曾洋子 (2019). 若年者および高齢者の自己点眼の成功・失敗に関する動作要因. *看護人間工学会誌*, 1, 25-30.
- 工藤大祐, 徳重あつ子, 片山 恵, 田丸朋子, 岩崎幸恵 (2022). 高齢者の点眼失敗要因に着目した椅子の背もたれ使用による点眼姿勢の比較. *バイオメカニズム学会誌*, 46(2), 95-104.
- Lampert, A., Bruckner, T., Haefeli, W. E., Seidling, H. M. (2019). Improving eye-drop administration skills of patients: A multicenter parallel-group cluster-randomized controlled trial. *PLoS One*, 14(2), e0212007.
- 村上雅裕, 三浦友里, 桂木聡子, 大野雅子, 天野 学, 森山雅弘 (2015). 点眼補助器具の使用性に関する検討. *日本医薬品情報学会誌*, 17(3), 140-144.
- Naito, T., Namiguchi, K., Yoshikawa, K., Miyamoto, K., Mizoue, S., Kawashima, Y., Shiraiishi, A., & Shiraga, F. (2017). Factors affecting eye drop in stillation inglaucoma patients with visual field defect. *PLOS ONE*, 12(10), e0185874.
- 庄司 純 編著, 河嶋洋一, 吉川啓司 (2015). 点眼薬クリニカルブック 第2版. 16, 21-22, 金原出版.
- 総務省統計局 (2020). 高齢者の人口. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1261.html> (参照 2021年8月20日)
- 内菌耕二・小坂樹徳監修 (2002). *看護学大辞典* 第5版. 1515, 東京: メヂカルフレンド社.
- 山田昌和 (2008). 眼科領域の臨床疫学, 効用研究. *医療*, 62(12), 695-700.

2023年7月12日受 付
2024年4月7日採用決定

The Current Status of Nurses' Eye Drop Guidance and Self-Care Evaluation Perspectives: Survey of the Current Status of Eye Drop Guidance in the Ophthalmology Ward

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 47(5), 997-1009
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240407252>

Daisuke Kudo, PhD, RN¹, Atsuko Tokushige, PhD, RN, PHN²,
Megumi Katayama, PhD, RN, PHN², Yukie Iwasaki, PhD, RN, PHN²

¹Meiji University of Integrative Medicine, School of Nursing, Kyoto, Japan

²Mukogawa Women's University, Graduate School of Nursing, Hyogo, Japan

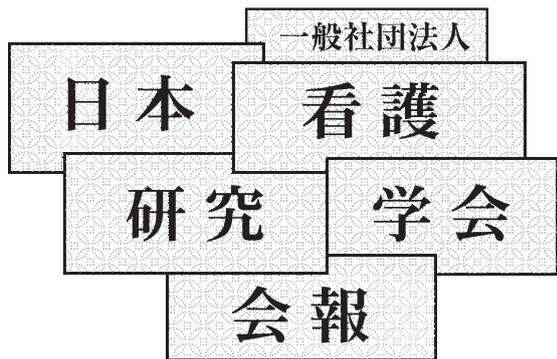
Abstract

Objective: This study aims to clarify the evaluation perspectives of ophthalmology patients on accurately administering eye drops based on the current status of eye drop guidance provided by nurses. **Methods:** An anonymous, self-administered questionnaire survey was administered to nurses in ophthalmology wards at 438 facilities nationwide (one nurse at each facility). **Results:** Eye drop guidance was often provided in the wards, and significantly more facilities explained posture and methods when administering eye drops during guidance. However, there was no significant difference in the guidance content between adults and older people. Most patients were seated on the edge of the bed when administering eye drops, and the lower eyelid traction method, or the first method, was used. Most eye drop guidance is individualized, and many facilities match the guidance to postoperative eye drop dates. Moreover, nurses felt that “aging,” “living alone,” and the “presence or absence of cognitive functions” were difficult when guiding about eye drops. **Conclusions:** Eye-drop guidance is a necessary form of support, and nurses can evaluate the status of patients' physical self-care. Furthermore, “aging,” “living alone,” and the “presence or absence of cognitive functions” are factors to consider when evaluating the status of patients' self-care when guiding them about eye drops.

Key words

nurse, eye drop guidance, fact-finding survey, evaluation perspective

Correspondence: D. Kudo. Email: d_kudo@meiji-u.ac.jp



第 129 号

(2025年 1 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

日本看護研究学会第50回学術集会を終えて	1
一般社団法人日本看護研究学会 第50回学術集会印象記	3

日本看護研究学会第50回学術集会を終えて

一般社団法人

日本看護研究学会第50回学術集会
会 長 上 野 栄 一

日本看護研究学会第50回学術集会は令和6年8月24日(土)、25日(日)と2日間にわたり奈良県コンベンションセンター(奈良市)で開催されました。本学術集会では900名以上のご参加をいただきました。無事盛会のうちに終了することが出来ましたこと感謝申し上げます。さて奈良県は、日本のほぼ中央部に位置し、「古都奈良の文化財」としてユネスコの世界遺産に登録され、素晴らしい文化財があります。東大寺、薬師寺、平城宮跡、さらに忍性、叡尊、鑑真が活躍した看護の原点となるケアがあります。また奈良は古くからシルクロードを通し紀元前2世紀から15世紀半ばまで活躍したユーラシア大陸の交易路網でもあり東西の多くの交易品や文化等の交流があります。第50回学術集会を奈良で開催できましたこと大変嬉しく思っております。本学術集会を通して、奈良の文化にもふれていただけたと存じます。本学術集会でご協力いただいた事務局、企画委員、実行委員、ご参加いただいた皆様、協賛いただきました皆様方に深く感謝申し上げます。

学術集会の主な企画内容は次の通りです。

会長講演「発祥の地から未来を拓く看護研究～進化する研究～」上野栄一、基調講演(大会特別講演)「日本最初の法治国家に何を学ぶか」森本公誠(東大寺長老)、特別講演「これからの健康的な生活を見守る先端テクノロジー」才脇直樹(奈良女子大学研究院工学系工学領域)、特別講演(市民公開講座)「すべての人に星空を－「病院がプラネタリウム」の実践」高橋真理子(星つむぎの村代表)、教育講演Ⅰ「大学教育としての看護教育を改めて考える－昨今のウェルビーイングの視点も踏まえて」溝上慎一(学校法人桐蔭学園理事長)、教育講演Ⅱ「看護の知の普及－ある出版社の試み－」井部俊子(井部看護管理研究所代表)、特別企画Ⅰ「未来に羽ばたく若手：課題を可視化し未来を拓く」板谷崇央(京都大学大学院医

学研究科) 飯田真子 (東京大学大学院精神保健分野), 特別企画Ⅱ「生を受けた子どもたちの笑顔輝く～ソーシャルサポートで開く未来～」赤崎正佳 (奈良県産婦人科医会会長 赤崎クリニック理事長)・中上幸 (奈良県立医科大学附属病院看護師長)・橋本 綾 (奈良県立医科大学附属病院看護師長)・佐藤拓代 (母子保健推進会議会長), シンポジウムⅠ「予期しない体験は今後はどう生きるか」酒井明子 (福井大学名誉教授)・茅野龍馬 (WHO神戸センター)・神原咲子 (神戸市看護大学災害看護・国際看護学), シンポジウムⅡ「DXを活用した若手研究」平 和也 (京都大学 地域看護学講座)・堀池 諒 (大阪医科薬科大学 公衆衛生看護学), シンポジウムⅢ「研究の芽を社会の発展へと開花する」井川順子 (京都大学医学部附属病院)・丸山美津子 (兵庫県看護協会会長)・江川隆子 (関西看護医療大学学長), 50周年企画Ⅰ JSNR50周年記念座談会「古きを訪ねて新時代を拓く」工藤せい子 (弘前大学名誉教授)・山口桂子 (愛知県立大学名誉教授)・深井喜代子 (岡山大学名誉教授)・吉永尚紀 (宮崎大学)・佐藤正美 (東京慈恵会医科大学), 50周年企画Ⅱ パネルディスカッション「地方会の歩みとこれから」北海道地方会: 山田律子 (北海道医療大学)・東海地方会: 白尾久美子 (日本福祉大学), 近畿・北陸地方会: 若村智子 (京都大学)・中国・四国地方会: 中西純子 (愛媛県立医療技術大学)・九州・沖縄地方会: 長家智子 (元佐賀大学)・学術集会企画「万葉の星空」嶋田理博 (奈良学園大学), 看護薬理学セミナー 共催日本薬理学会: ウイルス感染症に対する生体の応答-ワクチンの影響-今井由美子 (医療法人徳洲会野崎病院附属研究所メディカル感染システム研究部長), 緊急特別企画「被災地からのメッセージ 能登半島地震における看護活動の実際について」千島佳也子 (国立病院機構本部厚生労働省DMAT事務局)・高見知世子 (金沢医科大学病院看護副部長)・出口 好 (金沢大学附属病院看護部)・油野規代 (福井医療大学保健医療学部)・近藤やよい (福井医療大学保健医療学部)などの多彩な講演, シンポジウム, くつろぎタイム 笑いセミナー, 委員会企画, ランチョンセミナー, 協力講演, 市民公開講座があり, 交流集会, 一般演題 (口演・示説) 発表もとても活発な意見交換がなされました。また, 50周年の特別な企画としてオープニングに本学のマーチングバンドの演奏, そしてランチタイムや懇親会でのプロのカルテットの演奏を企画し, 多彩なプログラムで第50回学術集会にふさわしい学会となりました。

最後に第50回学術集会のテーマ「発祥の地から未来を拓く看護研究」とあるように, 今後のますますの日本看護研究学会の発展, そして, 皆様のご健勝とご活躍を祈念してご挨拶といたします。ありがとうございました。

一般社団法人日本看護研究学会 第50回学術集会印象記

第50回の記念大会となった本学術集会は、「発祥の地から未来を拓く看護研究」と題し、今までの看護研究学会が社会の課題と向き合い社会の発展に寄与された足跡を辿り、これらの社会のニーズを見据えて未来を拓く研究について視野を広げる学術集会を目指しました。

メインホールでの若手の研究発表は、最も多くのご参加を頂き、既存に囚われない広い視点での取り組みに期待があることを感じました。また、学術集会会場内での昼食タイムは交流と寛ぎの時間として、コンサートやお笑いライブを導入するなど、新たな試みも始めました。

学内企画や実行委員として力を注いで頂きました2名の会員にメッセージを頂きました。

1. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 永江誠治

2023年8月、宮崎県立看護大学の同窓生である蓮池先生から私宛に一通の連絡が届きました。「本学で日本看護研究学会の実行委員を担当することになった。当日の運営を手伝ってほしい」という内容で、学術集会の運営に関わることができる喜びと不安の両方がありましたが、受付や座長としてならお役に立てるだろうと二つ返事で承諾しました。その後、しばらくして「自分は会場全体の統括を任せられることになった。永江先生には第1会場の統括をお願いしたい」という連絡がありました。正直なところ、自分には荷が重すぎると感じ、一度はお断りしようと思いましたが、奈良学園大学の先生方が開催準備に奔走されている様子を知り、少しでも貢献できるのであればと考え直し、引き受けることにしました。

奈良学園大学には7月と学術集会前日に訪問させて頂き、大会長である上野先生、実行委員長である西園先生をはじめ、企画・運営担当の先生方との交流を持たせて頂きました。奈良学園大学の先生方は、開催直前まで数々のトラブル対応に追われ、学会当日も休む暇なく奔走されていましたが、外部から実行委員として参加していた私たちにも細やかな配慮をしてくださり、丁寧に対応してくださいました。

第1会場の運営は、私を含め他県から参加している教員による混成チームであり、学会当日に初顔合わせと打ち合わせをするという状況でした。私の当日の管理運営が不十分だったため、参加者からの厳しいお叱りを受けることもありましたが、スタッフ間で協力し合い、大きなトラブルもなく無事に役割を終えることができました。

私は普段、精神看護学に関連する学会に参加することが多く、本学会への参加は初めてでした。私は、第1会場の担当だったため、メインの講演を最前列で聴講することができ、「これまでの看護研究の変遷」と「これからの看護研究の発展」について、1つの流れとして学ぶことができました。また、東大寺長老による講演や「病院がプラネタリウム」という実践活動など、看護とは異なる視点から得られた知見は、私の看護学研究者としての視座を高めるものとなりました。さらに、蓮池先生が企画したホストクラブへの支援やお笑い芸人との協働という斬新な取り組みにも多くの方々に関心を持ってくださり、この分野における研究や実践に確かな手応えを感じることもできました。

今後、学術集会に参加させて頂く際には、穏やかな気持ちで好きな講演を聴講できる喜びと、学会を運営して下さる実行委員の先生方へ労いと感謝を忘れずにいたいと思います。

2. 奈良学園大学保健医療学部看護学科 蓮池光人

大会2日目の昼食時間に「くつろぎタイム お笑いセミナー お笑い芸人の笑いの作り方と笑いが作るコミュニケーション～お笑いライブを添えて～」という企画をしました。関西ならではの企画を何か提供できないかと実行委員長をはじめ企画委員で検討した結果、リアルなお笑いライブを体験していただくとの思いで準備いたしました。開催直前まで、学術集会という場に相応しいのか、遊びだけの企画になってしまわないのかなど、企画者として多くの不安と葛藤を抱えながら当日を迎えました。

お招きしたのは、大阪を中心に東京でも活躍されている大阪男塾（現サンズ）です。前半は大阪男塾のリーダーでネタを作られている塾長から「ネタの作り方」「ボケとツッコミ、フリ」についてお話がありました。失敗などのネガティブ要素こそがネタの種になるとのことで、ネガティブな出来事を笑いにすることでポジティブ要素へと変換し、それによってネガティブなことも受け入れていけること。また、「フリ」を作ることによって、それがコミュニケーションのポイントとなること、失敗やネガティブなことを昇華できるようにツッコミことによって救われること、そのツッコミを受け入れることでお互いを受け入れさらに関係性が深まることなど、お笑いのプロの視点での話は、我々、対人関係職である看護師に大きな示唆を与えてくれました。

その後は、大阪男塾の漫才の生で観劇で会場は大爆笑となりました。多くの参加者からは「初めて生で漫才を見た」「お笑い初体験でした」など、お笑い文化が地元根付いている関西の文化に少しでも触れることができていたようでした。

最後の企画は、「実際に漫才をやってみよう」とのことで、大阪男塾のメンバーと組んで即興で漫才を行いました。学生、院生、大学教員などがチャレンジし、緊張しながらも見事な漫才を披露し拍手喝采でした。

会場には立ち見の方もでて、入場できない方もいらっしゃるぐらいの大盛況で盛り上がり終えることが出来ました。これまでにない学術集会の企画として今後も企画していければと思います。

日常生活においては起こることは変わらないからこそ、おもしろいに昇華し受け入れたうえでイジル。

笑いは、若返り効果、ストレスを貯めない、免疫が上がるなどの健康にも大きな効果がある。

これからも、「お笑い与健康」をテーマとした企画に取り組んでいきたいと思っています。興味がある方、企画をしてみたい方など、ご連絡いただければ大阪男塾とともに駆けつけます。

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

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

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2017)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。投稿する際には、研究倫理審査委員会の承認書を電子投稿システムに登録する。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造 (Fabrication)、改竄 (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿 (こま切れ投稿) は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えと同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げの場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■投稿の際の注意点

著者の都合により投稿論文を取り下げる場合は、理由を添えて編集委員長宛に願い出てください。取り下げた後、修正版を新規論文として投稿できますが、その機会は1回に限ります。再投稿時に、取下げ論文の論文IDをカバーレターに明記してください。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel, PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

<https://www.jsnr.or.jp/contribution/docs/checklist.pdf>の中の英文抄録は250ワード以内

8. 利益相反自己申告書

研究の成果のバイアスがかかっているかを判断する材料となるよう利益相反（Conflict of Interest：COI）の開示が必要である。著者全員が研究内容に関する企業・組織または団体との利益相反状態について、利益相反自己申告書を記載し署名の上スキャンし、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

10. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」となった論文の再投稿は認めない。「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てを1回に限ることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

11. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

12. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

13. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 16) 平成30年11月23日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 18) 令和2年11月29日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会 (American Psychological Association, APA) が発行している『Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)』(2020) に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。論文に必要不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。
Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例] 「さらに…」 「ただし…」 「および…」 「または…」 「すぐに…」 「ときどき…」 「…すること」 「…したとき」 「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
 - 第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え
 - 第3階層：A．B．C．……………：左端揃え
 - 第4階層：1．2．3．……………：左端揃え
 - 第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる
 - 第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる
 - 第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる
- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線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、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頁以下の場合には、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメントファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナルJournal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 15) 令和元年12月15日 一部改正実施する。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年11月29日 一部改正実施する。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦），の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第47巻

[原著]

塩入久仁子, 山口大輔, 松永保子: 看護師の自己教育力と他者からの支援との関連, Relationship between Self-Directed Learning of Nurses and Support from Others, 47(1), 51-60, 2024.

林真紀子, 山田 忍: 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, Relationship between Nursing Care for Patients Receiving Cancer Genome Medicine and Nurses' Views of Life and Death, 47(1), 61-72, 2024.

森つばさ: 日本の看護における「ソーシャルスキル」の概念分析, A Concept Analysis of the Social Skills Required by Nurses in Japan, 47(1), 73-84, 2024.

河本乃里, 田中マキ子: 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, Process from Employment to the Decision to Leave among Nurses who Left their First Workplace in the 2-3 Years after Graduation, 47(1), 85-95, 2024.

山根友絵, 百瀬由美子: 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, 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, 47(1), 97-106, 2024.

石徹白しのぶ, 山田 忍: がん患者へのアドバンス・ケア・プランニングを行う上でリンクナースが感じる障壁の検討, Barriers Perceived by Link Nurses in Conducting Advance Care Planning for Cancer Patients, 47(2), 175-187, 2024.

丸山幸恵: 筋萎縮性側索硬化症療養者の呼吸療法の意思決定を支える訪問看護師の支援の質的研究, Support of Visiting Nurses in Respiratory Therapy Decision-Making for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis, 47(2), 189-200, 2024.

八塔達寛, 塚原貴子: 精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断, Clinical Judgment of Skilled Nurses for Insomnia in Persons with Mental Disorders, 47(4), 735-749, 2024.

近藤智恵, 吉良淳子: 新卒看護師の職業的アイデンティティの変化—卒業前と就職後の関連についての縦断的検討—, Evolving Professional Identities of New Graduate Nurses: A Longitudinal Study of Pre-Graduation and Post-Employment Dynamics, 47(4), 751-764, 2024.

森島一成, 金子昌子: レム睡眠行動障害高齢者の病院受診に至るまでの体験, Experiences Leading up to Hospital Visits for Elderly Individuals with REM Sleep Behavior Disorder, 47(4), 765-775, 2024.

木下愛未, 下里誠二: 攻撃性マネジメントトレーニングに参加する精神科看護師の優位—劣位関連特性と攻撃性に関する研究, Superiority-Inferiority Traits and Aggression during Care among Psychiatric Nurses Undergoing Aggression Management Training, 47(4), 777-788, 2024.

栗原知己, 松田安弘, 服部美香, 山下暢子, 金谷悦子: 患者に生じている表面化していない問題を明確にする看護師の実

実践経験の総体：看護師と患者との相互行為場面に焦点を当てて、Total Experience of Nursing Practice in Clarifying Non-Surface Problems in Patients: Focusing on Nurse-Patient Interactions, 47(4), 789-799, 2024.

西田三十一, 習田明裕：看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離, Psychological Distance Nurses Create with Dying Patients, 47(4), 801-812, 2024.

浅井直美, 飯田苗恵, 齋藤 基, 大澤真奈美：病院の勤務経験を有する新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎ自己評価尺度の開発, Development of a Self-Rating Scale for Measuring Uncertainty about the Professional Identity of Novice Visiting Nurses with Hospital Experience, 47(4), 813-823, 2024.

緒形明美, 小木曾加奈子, 藤原奈佳子：地域密着型特別養護老人ホームにおける魅力ある職場づくりのためのリテンションマネジメント評価尺度の開発, Development of a Retention Management Assessment Scale for Community-Based Welfare Facilities for Older Adults to Create Engaging Workplaces, 47(5), 925-936, 2025.

[研究報告]

森つばさ：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, Correlation between Social Skills and Cross-cultural Adjustment of Chinese Nurses in Japan, 47(1), 107-117, 2024.

山本裕子, 岩脇陽子, 室田昌子, 木下涼子：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, Difficulties in Self-Management among Late Middle-Aged and Older Adult Patients with Chronic Heart Failure, 47(1), 119-129, 2024.

首藤八千子, 脇 幸子, 大野夏稀, 末弘理恵：在宅看護論実習の到達度別に教員が捉える『関心・意欲・態度』の様相, Teacher Perceptions of “Interest, Motivation, And Attitude” for Different Levels of Achievement in Home Nursing Practical Training, 47(2), 201-218, 2024.

安部陽子, 新田真弓, 高田由紀子, 千葉邦子, 佐々木美喜, 辻田幸子, 古谷麻実子：病院で働く女性のスタッフ看護職の個人・看護単位レベルの要因と妊娠出産意欲との関連：階層モデル分析による検証, The Relationship between Individual and Nursing Unit Factors and the Desire for Motherhood among Female Japanese Hospital Staff Nurses: A Hierarchical Linear Model Analysis, 47(2), 219-232, 2024.

高橋梢子, 安部史子, 岡安誠子, 川瀬淑子, 平井由佳：「LTD (Learning Through Discussion) 話し合い学習法」で実習体験の語り合いを行った看護倫理の授業による看護学生の道徳的感受性の変化, Changes in Nursing Students' Moral Sensitivity in a Nursing Ethics Class Using the Learning Through Discussion Method for Practice Experiences, 47(2), 233-240, 2024.

山本孝治：看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題と必要と考える支援, Nurses' Perspective on Issues Encountered and Support Required in Home Care of Older Patients with Crohn's Disease, 47(4), 825-837, 2024.

柿木 守, 古賀美紀, 宮本まゆみ, 津本優子：中小規模病院における卒後5年目までの看護師の看護実践能力と職場支援との関連, Relationship between Clinical Nursing Competence and Workplace Support for Nurses in Small- and Medium-Sized Hospitals, 47(4), 839-847, 2024.

田村南海子, 習田明裕：がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択の構造：構造モデルの開発に向けて, Interviews with Family Members of Cancer Patients on the Choice of a Place for End-of-Life Care: Toward the Development of a Structural

Model, 47(4), 849-861, 2024.

竹内廣美：脳卒中患者の急性期における思い：「諦め」と「諦めない」思いに焦点をあてて, *Thoughts of Stroke Patients in the Acute Phase: Focus on "Giving Up" and "Not Giving Up"*, 47(5), 937-947, 2025.

上田裕子, 乗松貞子, 城賀本晶子, 藤村一美：大学病院に勤務する新人看護師のリアリティショックの現状とグリット（やり抜く力）との関連, *Current State of Reality Shock and its Relationship with Grit (Passion and Perseverance) among New Nurses Working at University Hospitals*, 47(5), 949-958, 2025.

久田玲子, 山下留理子, 岩佐幸恵：新卒看護師が訪問看護ステーションに就職することについての教員の認識と就職支援の関連, *Faculty Members' Perceptions of New Graduate Nurses in Home-Visit Nursing Stations and their Relationship to Job Placement Support*, 47(5), 959-969, 2025.

【総説】

矢野英樹, 齋藤信也：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, *Review of Foreign Literature on Discharge Planning for Stroke Patients and Readmission Rates*, 47(1), 131-142, 2024.

佐藤美紀子, 百田武司：脳卒中後疲労（Post-Stroke Fatigue）に関する国内外の文献レビュー, *Review of Japanese and International Literature on Post-Stroke Fatigue*, 47(2), 241-261, 2024.

吉田久美子：がん患者の「希望」に焦点をあてた看護研究の動向と課題：セルフケア能力との関連の考察, *Trends and Issues in Nursing Research Focusing on the "Hope" of Cancer Patients: Consideration of the Relationship with Self-care Agency*, 47(5), 971-984, 2025.

武田ひかる：意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験についての文献検討, *Experiences of Nurses Caring for Patients with Sustained Consciousness Disorders: A Literature Review*, 47(5), 985-996, 2025.

【技術・実践報告】

今村佐知子, 辻本朋美, 藤井 誠, 永安真弓, 竹下悠子, 井上智子：集中治療室に勤務する先輩看護師が新人看護師の自立に向けて必要と考える報告・連絡・相談, *Reports, Contacts, and Consultations that Senior Nurses Working in Intensive Care Units Consider Necessary for Novice Nurses to Become Independent*, 47(4), 863-870, 2024.

【資料・その他】

中本五鈴, 岡美智代, 若村智子, 中平みわ：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, *International Activities and Support Required from the International Activities Promotion Committee among Members of the Japan Society of Nursing Research*, 47(1), 143-148, 2024.

栗原淳子, 中林 誠：精神障害者の病の意味に関する文献検討, *Significance of Illness in Mental Health: A Literature Review*, 47(1), 149-156, 2024.

石沢幸恵, 工藤千賀子, 小玉有子：看護・医療技術系大学1年次生の方言の理解：医療現場の方言を用いたコミュニケー

シヨンの授業後の学び, Post-Classroom Learning among First-Year Nursing and Medical Technology University Students: Understanding "Communication in the Medical Setting Using Dialects", 47(2), 263-272, 2024.

山田加奈子, 竹下美恵子, 社本生衣: 卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟と影響要因, Career Maturity and Influential Factors among Nursing Students on the Verge of Graduation, 47(4), 871-877, 2024.

工藤大祐, 徳重あつ子, 片山 恵, 岩崎幸恵: 看護師の点眼指導における実態とセルフケアの評価視点: 眼科病棟の点眼指導の実態調査から, The Current Status of Nurses' Eye Drop Guidance and Self-Care Evaluation Perspectives: Survey of the Current Status of Eye Drop Guidance in the Ophthalmology Ward, 47(5), 997-1009, 2025.

2. 著者索引

あ

浅井直美 47(4) 813
安部陽子 47(2) 219
安部史子 47(2) 233

い

飯田苗恵 47(4) 813
石沢幸恵 47(2) 263
石徹白しのぶ 47(2) 175
井上智子 47(4) 863
今村佐知子 47(4) 863
岩佐幸恵 47(5) 959
岩崎幸恵 47(5) 997
岩脇陽子 47(1) 119

う

上田裕子 47(5) 949

お

大澤真奈美 47(4) 813
大野夏稀 47(2) 201
岡美智代 47(1) 143
緒形明美 47(5) 925
岡安誠子 47(2) 233
小木曾加奈子 47(5) 925

か

柿木守 47(4) 839
片山恵 47(5) 997
金谷悦子 47(4) 789
金子昌子 47(4) 765
川瀬淑子 47(2) 233
河本乃里 47(1) 85

き

木下愛未 47(4) 777
木下涼子 47(1) 119
吉良淳子 47(4) 751

く

工藤大祐 47(5) 997
工藤千賀子 47(2) 263
栗原淳子 47(1) 149
栗原知己 47(4) 789

こ

古賀美紀 47(4) 839
小玉有子 47(2) 263
近藤智恵 47(4) 751

さ

齋藤信也 47(1) 131
齋藤基 47(4) 813
佐々木美喜 47(2) 219
佐藤美紀子 47(2) 241

し

塩入久仁子 47(1) 51
下里誠二 47(4) 777
社本生衣 47(4) 871
習田明裕 47(4) 801, 47(4) 849
首藤八千子 47(2) 201
城賀本晶子 47(5) 949

す

末弘理恵 47(2) 201

た

高田由紀子 47(2) 219
高橋梢子 47(2) 233
竹内廣美 47(5) 937
竹下美恵子 47(4) 871
竹下悠子 47(4) 863
武田ひかる 47(5) 985
田中マキ子 47(1) 85
田村南海子 47(4) 849

ち

千葉邦子 47(2) 219

つ

塚原貴子 47(4) 735
辻田幸子 47(2) 219
辻本朋美 47(4) 863
津本優子 47(4) 839

と

徳重あつ子 47(5) 997

な

中林誠 47(1) 149
中平みわ 47(1) 143
中本五鈴 47(1) 143
永安真弓 47(4) 863

に

西田三十一 47(4) 801
新田真弓 47(2) 219

の

乗松貞子 47(5) 949

は

八塔達寛 47(4) 735
服部美香 47(4) 789
林真紀子 47(1) 61

ひ

久田玲子 47(5) 959
百田武司 47(2) 241
平井由佳 47(2) 233

ふ

藤井誠 47(4) 863
藤村一美 47(5) 949
藤原奈佳子 47(5) 925

古 谷 麻美子 47(2) 219

ま

松 田 安 弘 47(4) 789

松 永 保 子 47(1) 51

丸 山 幸 恵 47(2) 189

み

宮 本 まゆみ 47(4) 839

む

室 田 昌 子 47(1) 119

も

百 瀬 由美子 47(1) 97

森 つばさ 47(1) 73, 47(1) 107

森 島 一 成 47(4) 765

や

矢 野 英 樹 47(1) 131

山 口 大 輔 47(1) 51

山 下 暢 子 47(4) 789

山 下 留理子 47(5) 959

山 田 加奈子 47(4) 871

山 田 忍 47(1) 61, 47(2) 175

山 根 友 絵 47(1) 97

山 本 孝 治 47(4) 825

山 本 裕 子 47(1) 119

よ

吉 田 久美子 47(5) 971

わ

若 村 智 子 47(1) 143

脇 幸 子 47(2) 201

3. 事 項 索 引

あ

ICU	47(4) 863
アカデミックライティング	47(1) 143
諦め	47(5) 937
諦めない	47(5) 937
アドバンス・ケア・プランニング	47(2) 175

い

意識障害	47(5) 985
意思決定支援	47(2) 189
異文化適応	47(1) 107
意欲	47(2) 201
医療現場のコミュニケーション	47(2) 263

え

LTD学習法	47(2) 233
--------	-----------

お

思い	47(5) 937
----	-----------

か

概念分析	47(1) 73
家族支援	47(1) 97
課題	47(4) 825
がん看護	47(1) 61
がん患者	47(5) 971
がん患者家族	47(4) 849
がんゲノム医療	47(1) 61
看護	47(1) 73, 47(1) 149
看護学生	47(2) 233, 47(4) 751
看護師	47(4) 789, 47(4) 801 47(5) 985, 47(5) 997
看護実践能力	47(4) 839
看護師の死生観	47(1) 61
看護職	47(2) 219
看護大学生	47(4) 871
看護倫理	47(2) 233
患者	47(1) 149
関心	47(2) 201
関連要因	47(2) 219
緩和ケア主体の時期	47(4) 849

き

希望	47(5) 971
キャリア成熟	47(4) 871
急性期	47(5) 937
業務支援	47(1) 51
筋萎縮性側索硬化症	47(2) 189
近距離介護	47(1) 97

く

グリット	47(5) 949
クローン病	47(4) 825

け

経験	47(5) 985
現職教育	47(4) 863

こ

攻撃性	47(4) 777
構造モデル	47(4) 849
高齢者	47(1) 97, 47(4) 765
呼吸療法	47(2) 189
国際活動	47(1) 143

さ

在宅療養	47(4) 825
再入院率	47(1) 131

し

支援	47(4) 825
自己教育力	47(1) 51
実習体験	47(2) 233
実践経験	47(4) 789
実態調査	47(5) 997
死にゆく患者	47(4) 801
尺度開発	47(4) 813
熟練看護師	47(4) 735
受診に至るまでの体験	47(4) 765
情意領域	47(2) 201
障壁	47(2) 175
初期キャリア	47(1) 85
職業的アイデンティティ	47(4) 751, 47(4) 813
職場	47(5) 925

職場支援	47(4) 839	な	
職場の人間関係	47(1) 85	内省支援	47(1) 51
新人看護師	47(5) 949		
新人看護職	47(4) 863	に	
新人訪問看護師	47(4) 813	妊娠出産意欲	47(2) 219
新卒看護師	47(4) 751, 47(5) 959		
心理的距離	47(4) 801	の	
		脳卒中	47(1) 131, 47(5) 937
す		脳卒中後疲労	47(2) 241
睡眠障害	47(4) 765		
		ひ	
せ		病院	47(2) 219
性差	47(4) 777	評価視点	47(5) 997
精神科看護師	47(4) 777		
精神支援	47(1) 51	ふ	
精神疾患	47(1) 149	不眠	47(4) 735
精神障害者	47(1) 149, 47(4) 735	文献レビュー	47(1) 131, 47(2) 241
セルフケア能力	47(5) 971		
セルフマネジメント	47(1) 119	へ	
先輩看護師	47(1) 85	別居介護	47(1) 97
そ		ほ	
ソーシャルスキル	47(1) 73, 47(1) 107	方言	47(2) 263
		方言教育	47(2) 263
た		訪問看護	47(2) 189, 47(5) 959
退院支援	47(1) 131	訪問看護師	47(1) 97
対人円環モデル	47(4) 777	保健医療施設管理	47(5) 925
態度	47(2) 201		
タイプ	47(4) 801	ま	
他者からの支援	47(1) 51	マルチレベル分析	47(2) 219
多様化	47(1) 73	慢性心不全	47(1) 119
ち		も	
中国人看護師	47(1) 107	問題の明確化	47(4) 789
中小規模病院	47(4) 839		
中年期以降	47(1) 119	や	
		病の意味	47(1) 149
て			
テキストマイニング	47(2) 175	ゆ	
点眼指導	47(5) 997	優位-劣位関連特性	47(4) 777
		ゆらぎ	47(4) 813
と			
道徳的感受性	47(2) 233	よ	
特別養護老人ホーム	47(5) 925	要素	47(4) 801

り

リアリティショック 47(5) 949

療養場所選択 47(4) 849

リンクナース 47(2) 175

臨床能力 47(5) 959

臨床判断 47(4) 735

れ

レム睡眠行動障害 47(4) 765

ろ

老年期患者 47(4) 825

A

Academic writing	47(1)	143
acute phase	47(5)	937
advance care planning	47(2)	175
affective domain	47(2)	201
among late middle-aged	47(1)	119
Amyotrophic Lateral Sclerosis	47(2)	189
attitude	47(2)	201

B

barriers	47(2)	175
----------	-------	-----

C

Cancer nursing	47(1)	61
Cancer Patients	47(5)	971
career maturity	47(4)	871
caregiving living apart	47(1)	97
Chinese nurse	47(1)	107
choice of place	47(4)	849
chronic heart failure	47(1)	119
Clarifying problems	47(4)	789
clinical competence	47(5)	959
clinical judgment	47(4)	735
communication in medical setting	47(2)	263
Concept analysis	47(1)	73
consciousness disorders	47(5)	985
Crohn's disease	47(4)	825
cross-cultural adjustment	47(1)	107

D

desire for motherhood	47(2)	219
dialect education	47(2)	263
dialects	47(2)	263
discharge planning	47(1)	131
Diversification	47(1)	73
duties support	47(1)	51
dying patient	47(4)	801

E

early career	47(1)	85
elderly	47(1)	97, 47(4) 765
element	47(4)	801
end-of-life care	47(4)	849
evaluation perspective	47(5)	997

experience	47(5)	985
experience leading up to hospital	47(4)	765
eye drop guidance	47(5)	997

F

fact-finding survey	47(5)	997
family members of patients with cancer	47(4)	849
family support	47(1)	97

G

Gender difference	47(4)	777
genome therapy for cancer	47(1)	61
give up	47(5)	937
grit	47(5)	949

H

Health Facility Administration	47(5)	925
Home care	47(4)	825
home-visit nursing	47(5)	959
home-visiting nurses	47(1)	97
Hope	47(5)	971
hospital	47(2)	219

I

ICU	47(4)	863
insomnia	47(4)	735
interest	47(2)	201
International activities	47(1)	143
Interpersonal Circumplex model	47(4)	777
Issue	47(4)	825

L

learning through discussion method	47(2)	233
link nurses	47(2)	175
literature review	47(1)	131, 47(2) 241

M

meaning of illness	47(1)	149
mental illness	47(1)	149
mental support	47(1)	51
mentally ill	47(1)	149
moral sensitivity	47(2)	233
motivation	47(2)	201
multilevel analysis	47(2)	219

N

never give up	47(5) 937
New graduate nurse	47(4) 751
new graduate nurses	47(5) 959
new nurses	47(5) 949
novice nurse	47(4) 863
novice visiting nurses	47(4) 813
nurse	47(2) 219, 47(5) 997
Nurse	47(4) 789
nurses	47(4) 801, 47(5) 985
Nurses' Views of Life and Death	47(1) 61
Nursing	47(1) 73
nursing	47(1) 149
nursing ethics	47(2) 233
Nursing Homes	47(5) 925
nursing students	47(2) 233
Nursing students	47(4) 751

O

Older patients	47(4) 825
----------------	-----------

P

patients	47(1) 149
persons with mental disorders	47(4) 735
post-stroke fatigue	47(2) 241
Practical experience	47(4) 789
practice experiences	47(2) 233
preservice education	47(4) 863
Professional identity	47(4) 751
professional identity	47(4) 813
Psychiatric nurse	47(4) 777
psychological distance	47(4) 801

R

readmission rates	47(1) 131
reality shock	47(5) 949
reflection support	47(1) 51
related factor	47(2) 219
REM sleep behavior disorder	47(4) 765
Respiratory therapy	47(2) 189

S

scale development	47(4) 813
Self-care Agency	47(5) 971

Self-Directed Learning	47(1) 51
self management	47(1) 119
senior nurses	47(1) 85
short distance care	47(1) 97
skilled nursing	47(4) 735
sleep disorder	47(4) 765
small-and medium-sized hospitals	47(4) 839
Social skills	47(1) 73
social skills	47(1) 107
stroke	47(1) 131, 47(5) 937
structural model	47(4) 849
Superiority-Inferiority Traits	47(4) 777
Support	47(4) 825
support from others	47(1) 51
support of decision-making	47(2) 189

T

text mining	47(2) 175
the clinical nursing competence	47(4) 839
thought	47(5) 937
type	47(4) 801

U

uncertainty	47(4) 813
undergraduate nursing students	47(4) 871

V

Violence and aggression	47(4) 777
visiting nursing	47(2) 189

W

Work Environment	47(5) 925
workplace relationships	47(1) 85
workplace support	47(4) 839

Introducing *JINR*,
an English-language Open Access Journal!

Now
accepting
submissions

JINR

Journal of
International
Nursing Research

For details on guidelines for authors,
please go to the *JINR* web site at
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN
Online ISSN: 2436-1348
Print ISSN: 2436-3448
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>



Online ISSN: 2436-1348
Print ISSN: 2436-3448

The Japan Society of Nursing Research has
launched publication of the English-language
Journal of International Nursing Research
(*JINR*) in February 2022.

JINR welcomes submissions of unpublished
papers on nursing and related topics,
including review articles, original research,
practice guidelines, technical reports and
brief reports.

About *JINR*:

- an international English-language journal
published by the Japan Society of Nursing Research
- research topics covering a wide range of fields related to nursing science
- upon acceptance, papers will be promptly available via open access
- papers will also be registered in PubMed
as soon as the requirements are met in the future
- no charge for publication if the first author holds membership in
the Japan Society of Nursing Research
- secondary publication of articles published in
the Journal of Japan Society of Nursing Research can be considered

Volume 1 | Number 1
February 2022

Japan Society of Nursing Research

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN
Mail contact for inquiries: jinr@kyorin.co.jp (JINR editorial office)



事務局便り

1. 2025年度会費納入のお願い

2024年12月に2025年度会費納入のお願いをお送りいたしました。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。また、学生会員への会員種別変更をご希望の方はお申し出ください。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。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
学生会員A	3,000円
学生会員B	1,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3982-2030 FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第47巻 第5号

無料配布

2025年1月20日 印刷

2025年1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
 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 (会員) 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
 森 恵子 (理事) 岡山大学大学院保健学研究科
 (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 叶谷由佳

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

