

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 48 Number 2 July 2025 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[第48巻 第2号]

## 会 告 ( 1 )

一般社団法人日本看護研究学会2025年度定時社員総会が2025年6月22日(日)10時00分から、一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

2025年6月22日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

- 報告事項：1. 会員数の動向について  
2. 第51回学術集会について  
3. 第52回学術集会について  
4. 地方会の活動について

北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄

- 審議事項：第1号議案 2024年度事業報告について  
第2号議案 2024年度一般会計・特別会計決算, 監査報告について  
第3号議案 学会賞・奨励賞 推薦について  
第4号議案 選挙管理委員会委員の選出について  
第5号議案 名誉会員の推薦について  
第6号議案 入会資格の変更について  
(定款第6条(会員の構成)および定款施行細則の改定)  
第7号議案 理事任期中の欠員補充について  
(定款第14条(役員の任期)および理事・監事選出規程の改定)  
第8号議案 地方会施行細則の改定について  
第9号議案 学会賞・奨励賞規程の改定について

- 理事会報告：1. 2025年度事業案について  
2. 2025年度予算案について  
3. 研究助成金授与について  
4. Nursing Innovation Seeds 基金授与について  
5. Outstanding Reviewer Awards 授与について  
6. 看護の質向上委員会規程について  
7. 第53回(2027年)・第54回(2028年)学術集会会長推薦について

以上

## 会 告 ( 2 )

一般社団法人日本看護研究学会研究助成規程により、下記の通り2025年度研究助成研究が決定いたしました。

2025年6月22日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

#### 2025年度研究助成（正会員）

八塔 達寛氏

研究課題「精神障害者の不眠を判断するためのアセスメントツールの開発」

#### 2025年度研究助成（学生会員）

該当なし

以上

## 会 告 ( 3 )

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、2025年度定時社員総会において、2024年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

2025年6月22日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

#### 学 会 賞

筆頭著者名：川口賀津子

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

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

日本看護研究学会雑誌46巻5号, pp.767-776, 2024

筆頭著者名：Mitsuyo Nonaka

受賞対象論文：Development of a weight loss intervention by mothers for adults with severe intellectual disabilities and autism

*Journal of International Nursing Research*, Vol.2 No.2, e2022-0003

#### 奨 励 賞

受賞対象論文：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

日本看護研究学会雑誌47巻1号, pp.97-106, 2024

筆頭著者名：山根 友絵

共同著者名：百瀬由美子

受賞対象論文：喫煙者が加熱式タバコを「タバコを吸い続けるための逃げ道」とするプロセス

Process of Using Heated Tobacco Products for Smokers to Continue Smoking

日本看護研究学会雑誌45巻5号, pp.937-950, 2022

筆頭著者名：宮田瑠里子

共同著者名：尾崎伊都子, 門間 晶子

受賞対象論文：入院している統合失調症者の人生の意味の関連要因

Factors Related to the Meaning of Life in Patients Hospitalized with Schizophrenia

日本看護研究学会雑誌44巻5号, pp.709-719, 2022

筆頭著者名：小川 賀恵

共同著者名：森 千鶴

受賞対象論文：セクシュアル・ハラスメントを受けた男性看護師が働き方を構築するプロセス

Work Style Development Processes of Male Nurses Exposed to Sexual Harassment

日本看護研究学会雑誌45巻2号, pp.231-244, 2022

筆頭著者名：後藤 喜広

共同著者名：伊藤 桂子

受賞対象論文：Appropriate needle penetration depth for intramuscular injections depends on the injection site, recipient arm position, and injection technique: A randomized crossover study

*Journal of International Nursing Research, Vol.3 No.2, e2024-0002*

筆頭著者名：Kosuke Maeda

以上

## 会 告 ( 4 )

一般社団法人日本看護研究学会Nursing Innovation Seeds基金規程により, 下記の通り2024年度 Nursing Innovation Seeds研究が決定いたしました。

2025年6月22日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

記

岡 美智代氏

研究課題「国際共同研究による日本語版血液透析患者の看護満足度の英語版尺度の開発」

以上

## 会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会第9回評議員選挙・役員選挙(2025年度)のため、本学会定款第4章11条及び、評議員選出規程第8条に従って、2025年度定時社員総会において評議員の互選により、下記の3名が選挙管理委員として選出されましたので、選挙管理委員を委嘱し選挙管理委員会を組織しました。

2025年6月22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第9回評議員選挙・役員選挙(2025年度) 選挙管理委員  
委員 池田 真理氏(東京大学)  
委員 岸 恵美子氏(東京医療保健大学)  
委員 西村 礼子氏(東京医療保健大学)  
任期は、2025年度選挙業務終了までとする

以上

## 会 告 (6)

一般社団法人日本看護研究学会第9回評議員選挙・役員選挙(2025年度) 選挙管理委員会 選挙管理委員長について、評議員選出規程第8条2.により、委員長を下記のとおり委嘱しました。

2025年6月22日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

### 記

委員長 岸 恵美子氏  
任期は、2025年度選挙業務終了までとする

以上

## 会 告 (7)

一般社団法人日本看護研究学会定款, 定款施行細則, 理事・監事選出規程, 地方会施行細則, 学会賞・奨励賞規程の改定について, 下記の通り決定いたしました。

2025年6月22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定款

#### 第3章 会 員

##### 第6条 (会員の構成)

###### 【改定前】

- 1) 正会員とは, 看護学を研究する者で本法人の目的に賛同し, 評議員 (以下「社員」という。) の推薦並びに理事会の承認を経て, 所定の手続きと会費の納入を完了した者をいう。
- 2) 学生会員とは, 高等教育機関の学生で本法人の目的に賛同し, 社員の推薦並びに理事会の承認を経て, 所定の手続きと会費の納入を完了した者をいう。

###### 【改定後】

- 1) 正会員とは, 看護学を研究する者で本法人の目的に賛同し, 社員総会が定める基準に基づき理事会の承認を経て, 所定の手続きと会費の納入を完了した者をいう。
- 2) 学生会員とは, 高等教育機関の学生で本法人の目的に賛同し, 社員総会が定める基準に基づき理事会の承認を経て, 所定の手続きと会費の納入を完了した者をいう。

#### 第5章 役 員

##### 第14条 (役員の任期)

###### 【改定前】

3. 理事については, 任期中の欠員を補充しない。
4. 理事は, 任期満了の場合においても, 後任者が就任するまでは, その職務を行わなければならない。
5. 監事は, 辞任した場合又は任期満了の場合においても, 後任者が就任するまでは, その職務を行わなければならない。

###### 【改定後】

3. 理事の任期中に欠員が生じた場合は, 補欠として選任された理事をその任にあてることができる。その場合の任期は前任者の任期の残余の期間とする。
4. 理事又は監事は, 辞任した場合又は任期満了の場合においても, 後任者が就任するまでは, その職務を行わなければならない。

5. (削除)

(附則)

【改定後】(追加)

この定款は令和7年6月22日に第3章第6条, 第5章第14条を改定し施行する。

## 一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則

【改定後】(追加)

第2章 入会資格

第3条 (入会資格)

本法人の会員となる者は, 次の各項のいずれかに該当する者とする。

1. 評議員の推薦を得た者
2. 看護学に貢献する研究業績が1つ以上ある者

研究業績とは以下を指す。

- 1) 修士以上の学位論文
- 2) 全国規模の学会での発表。当該年次の本会学術集会への応募演題が採択された場合は, この発表も該当する(共同研究含む)。
- 3) 学術雑誌, 紀要に掲載された論文(共同研究含む)
- 4) 書籍(分担執筆含む)

以下の章, 条番号繰り下げ

(附則)

【改定後】(追加)

11. 本細則は, 令和7年6月22日に改定し施行する。

## 一般社団法人日本看護研究学会理事・監事選出規程

第7条 (当選者の決定・報告)

【改定前】

選挙管理委員会は, 得票数上位の者により定数枠内の者を当選者とし, 理事長に理事候補者として提出する。

【改定後】

選挙管理委員会は, 得票数上位の者により定数枠内の者を当選者とし, 理事長に理事候補者及び次点候補者の名簿を提出する。

## 第10条 (役員を選任)

### 【改定前】

理事会は、理事候補者、理事長による理事推薦者及び理事会による監事推薦者を、役員を選出する社員総会に役員候補者として諮る。

### 【改定後】

理事会は、次点候補者を含む理事候補者、理事長による理事推薦者及び理事会による監事推薦者を、役員を選出する社員総会に役員候補者として諮る。

(附則)

### 【改定後】(追加)

5. 本規程は令和7年6月22日から改定し施行する。

## 地方会施行細則

### 4. 会 計

#### 【改定前】

1) 本会会計は、当該年度4月1日の各地方会に所属する会員数に応じて、会員1名あたり500円の補助金を、4月中に各地方会会計口座に振り込む。役員選出にかかる費用については、選挙実施報告に基づく申請書により、会員1名あたり500円を上限として、本会が実費を負担するものとする。

#### 【改定後】

1) 本会会計は、当該年度4月1日の各地方会に所属する会員数に応じて会員1名あたり500円、または300,000円のいずれか多い金額を補助金として、4月中に各地方会会計口座に振り込む。役員選出にかかる費用については、選挙実施報告に基づく申請書により、会員1名あたり500円を上限として、本会が実費を負担するものとする。

### 5. 附 則

#### 【改定後】(追加)

5) 本細則は令和7年6月22日から改定施行し、改定後の4.1)については令和7年4月1日に遡って適用する。

## 学会賞・奨励賞規程

### 第1条 (目 的)

#### 【改定前】

本賞は看護学の研究の発展に寄与するために、看護学の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰することを目的とする。

【改定後】

本賞は看護学の研究の発展に寄与するために、看護学の学術領域において優れた業績があったと認められる論文を表彰することを目的とする。

第3条（表彰の対象）

【改定前】

表彰対象は次のとおりとする。

1) 学会賞

推薦年度を含む過去3年間に、日本看護研究学会雑誌（以下、学会雑誌）および Journal of International Nursing Research（以下、JINR）に発表された学術論文の中で最も秀でており、看護学の発展に貢献できる先駆的な原著論文、Original Researchの筆頭著者に授与する。

2) 奨励賞

推薦年度を含む過去3年間に、学会雑誌およびJINRに発表された論文の中で、独自性があり、将来に発展が期待される論文に対して授与する。

【改定後】

表彰対象は次のとおりとする。

1) 学会賞

推薦年度を含む過去1年間に、日本看護研究学会雑誌（以下、学会雑誌）および Journal of International Nursing Research（以下、JINR）に発表された学術論文の中で最も秀でており、看護学の発展に貢献できる先駆的な原著論文、Original Researchの論文に対して授与する。

2) 奨励賞

推薦年度を含む過去1年間に、学会雑誌およびJINRに発表された原著論文、Original Researchの中で、独自性があり、将来に発展が期待される論文に対して授与する。

第4条（受賞の資格）

【改定前】

表彰を受けることができる者（学会賞は筆頭著者、奨励賞は著者の全員）は、当該年度の8月末日時点で日本看護研究学会への入会日より満3年以上の会員または名誉会員でなければならない。

【改定後】

表彰を受けることができる論文の筆頭著者は、当該年度の8月末日時点で日本看護研究学会への入会日より満3年以上の正会員、学生会員、または名誉会員でなければならない。

第5条（推薦方法）

【改定前】

4) 学会賞については、共著・共同発表の場合は共著・共同発表者の同意書。

【改定後】

4) 削除

第6条 (表彰の数)

【改定前】

各賞の受賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度、学会雑誌およびJINRから各1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度、学会雑誌およびJINRから各5論文以内。

【改定後】

各賞の表彰論文数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度、学会雑誌およびJINRから各1論文以内。
- 2) 奨励賞は毎年度、学会雑誌およびJINRから各5論文以内。

第7条 (表彰の決定)

【改定前】

前条により推薦された表彰候補者、表彰候補論文について理事会で審議し、社員総会で承認を受ける。

【改定後】

前条により推薦された表彰候補論文について理事会で審議し、社員総会で承認を受ける。

第8条 (表 彰)

【改定前】

- 2) 学会賞・奨励賞受賞者の筆頭著者には、賞状ならびに副賞を授与する。
- 3) 奨励賞の共著者には、賞状を授与する。

【改定後】

- 2) 学会賞・奨励賞受賞論文の筆頭著者には、賞状ならびに副賞を授与する。
- 3) 学会賞・奨励賞受賞論文の共著者には、賞状を授与する。

附 則

【改定後】(追加)

この規程は、令和7年6月22日に一部改正し、実施する。

以上

## 会 告 ( 8 )

看護の質向上委員会規程について、下記の通り決定いたしました。

2025年6月22日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

## 看護の質向上委員会規程

### 第1条 (名 称)

本会は、一般社団法人日本看護研究学会看護の質向上委員会（以下、本委員会）とする。

### 第2条 (目 的)

本委員会は、一般社団法人日本看護研究学会定款（以下、定款）第4条1号の10による事業として、エビデンスに基づく質の高い看護の確保に向けた看護技術・診療報酬・介護報酬体系のあり方に関する提言、政策提言、臨床への還元をめざした啓発・普及に関する業務を行うことを目的とする。

### 第3条 (委員会)

定款第33条に基づいて、本委員会をおく。

1. 本委員会の運営は、一般社団法人日本看護研究学会会員の中より若干名の委員を選出して行う。
2. 委員の任期は選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会終結のときまでとし、再任を妨げない。
3. 委員長は本条第1項で選出された委員の中から互選する。委員長は本委員会を総務する。
4. 委員長が必要と認めた場合、委員以外の者にオブザーバーとして出席を要請し意見を求めることができる。

### 第4条 (活動事項)

本委員会は、第2条の目的を達成するために、次に掲げる活動を行う。

1. 質の高い看護提供に向けたエビデンス構築に関すること。
2. 前項を基盤とした質の高い看護の確保に向けた看護技術・診療報酬・介護報酬体系のあり方に関すること。
3. 研究結果の臨床への還元をめざした啓発・普及・政策提言に関すること。

### 附 則

この規程は、令和7年5月12日より施行する。

以上

## 目 次

### 《研究論文》

#### —原 著—

急性期病棟において意識障害が持続する患者に関わる看護師の実践の成り立ち：

応答を探ることに注目して ..... 67

東京都立大学大学院人間健康科学研究科 武 田 ひかる

病院の看護教育者のためのコンピテンシー自己評価尺度の開発 ..... 81

令和健康科学大学看護学部看護学科／熊本大学大学院保健学教育部博士後期課程 大 村 由紀美

熊本大学大学院生命科学研究部 松 本 智 晴

熊本保健科学大学大学院保健科学研究科 前 田 ひとみ

Voluntarily Stopping Eating and Drinkingを選択した患者・療養者に対する看護職の経験と葛藤 ..... 91

横浜南共済病院 大 島 亮

横浜市立大学医学部看護学科 綱 嶋 里枝子

東京医療保健大学千葉看護学部看護学科 土 肥 眞 奈

横浜市立大学医学部看護学科 叶 谷 由 佳

## CONTENTS

### 《Research papers》

#### Original Article

- The Constitution of Nursing Practice for Sustained Consciousness Disorders in an Acute Care Unit:  
Focusing on Exploring Responses ..... 67  
Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University,  
Tokyo, Japan : Hikaru Takeda, MSN, RN
- Development of a Competency Self-evaluation Scale for Continuing Nursing Educators of Hospitals  
(CNE Competency Scale) ..... 81  
Faculty of Nursing, School of Nursing, Reiwa Health Sciences University, Fukuoka, Japan :  
Doctoral Program in Nursing, Graduate School of Health Sciences,  
Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Yukimi Omura, MSN, RN, PHN  
Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University,  
Kumamoto, Japan : Chiharu Matsumoto, PhD, RN  
Graduate School of Health Sciences, Kumamoto Health Science University,  
Kumamoto, Japan : Hitomi Maeda, PhD, RN
- Experiences and Conflicts of Nursing Staff Caring for Patients who Voluntarily Stop Eating and Drinking ..... 91  
Yokohama Minami Kyouzai Hospital, Kanagawa, Japan : Ryo Ohshima, RN, PHN  
Yokohama City University, School of Medicine, Nursing Course, Kanagawa, Japan : Rieko Tsunashima, RN, PHN  
Tokyo Healthcare University, Chiba Faculty of Nursing, Chiba, Japan : Mana Doi, PhD, RN, PHN  
Yokohama City University, School of Medicine, Nursing Course, Kanagawa, Japan : Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN

研 究 論 文

· 原 著



# 急性期病棟において意識障害が持続する患者に関わる看護師の実践の成り立ち： 応答を探ることに注目して

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(2), 67-80  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20241122260>

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：急性期病棟において、意識障害が持続する患者の応答を探る看護師の実践に注目し、その成り立ちを明らかにする。方法：現象学的研究デザインを採用し、脳神経外科・脳神経内科病棟に勤務する看護師1名の実践に同伴して参加観察とインタビューを行った。結果：患者の応答を探る実践について4つのテーマ、その背景として3つのテーマが明らかになった。結論：看護師の実践は、患者の反応や身体に関心を引き寄せられ、微細な変化に応じることで成り立っていた。私と患者との間で生じる「エピソード」は、患者の応答を得ることや、他のスタッフの経験したことを尋ねるといった交流を促進しており、客観的な評価にとどまらず、患者との関わりの経験を共有することの重要性が示された。

## キーワード

意識障害, 看護ケア, 質的研究

責任著者：武田ひかる。Email: [takeda-hikaru1@ed.tmu.ac.jp](mailto:takeda-hikaru1@ed.tmu.ac.jp)

## 緒 言

近年の救急医療への需要の高まりに加え、急性期病院において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の患者は、退院先が決まらず60日以上長期入院を余儀なくされる患者が多い（松澤, 2002, p.115; 佐山ほか, 2010, p.15）。しかし、意識障害が持続する患者に対する有効な介入のエビデンスは不足しており（Klingshirn, et al., 2015, p.582）、積極的なりハビリテーションの対象とはならないなど（青柳, 2020, p.4）、適切なケアを受けることが困難な状況にある。

しかし、戸田（2009）は、遷延性意識障害における誤診率の高さを指摘した論文の分析から、長期にわたる遷延性意識障害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、家族や看護師などの間断のないケアを行う者の役割が大きい」と述べ、適切なりハビリとケアの必要性を強調している（p.17）。したがって、特に状態が変化しやすく、遷延性意識障害として診断される前段階である急性期において看護師がどのように関わるのか、とりわけ患者の反応や変化をいかに発見するのか、ということとは、適切なケアを模索するうえで重要である。

看護師がどのように患者の反応や変化を発見しているの

かについて、梅垣（2018）は、療養病床において遷延性意識障害患者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素として、参加観察とインタビューから「きっかけを仕掛けて反応を待つ」「わずかな反応から推測する」「【意思や感情を代弁し交流する】」「新たな反応を家族やスタッフと共有し巻き込む」などを導き出している。また、稲野辺（2019）によると、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は、「視覚」「触覚」「聴覚」「嗅覚」を使って変化を知覚することから始まるとされている。また、看護師は発症から1か月以内の意識障害患者に対しても、患者を知ろうという気持ちで五感を張り巡らせて特に身体に注意して苦痛や気持ちを察していたと言われている（石川, 2011）。しかし、先行研究では複数人の参加者のデータから一部の実践や語りを抜き出し端的に整理されており、それらの事象が看護師にどのように経験され、その場の状況の中で実践として成り立っているのかを明らかにしたものは見当たらなかった。

加えて、看護師は意識障害のある患者に対して、患者と看護師という一対一の関係だけではなく、家族や共にケアをするスタッフといった他者を巻き込みながら関わっている。意識障害が持続する患者に関わる看護師の経験の特徴として、肯定的な感情と否定的な感情の揺れ動きの中で、

看護師自身以外の他者からの刺激を受けて変化していくことがあると言われている(武田, 2024)。例えば, 看護師は家族とのコミュニケーションを通して患者を知り, 患者への関わりが変化したり, 同僚看護師の患者を配慮したケアに影響を受けて自分の看護を顧みたりしている(佐々木美和子・佐々木真紀子, 2014)。これらのことから, 特定の状況の中で成り立つ看護師の実践を明らかにするためには, その場の状況に加え, その看護師自身以外の関わりを含めた文脈に応じた探究が必要であると考えられる。

そこで, 本研究では, 特に遷延性意識障害と定義されるまでの発症後3か月未満(鈴木・兎玉, 1974, pp.18-19)の意識障害患者が入院する急性期病棟において, 意識障害が持続する患者の応答を探る看護師の実践に注目し, 現象学を手がかりとしてその成り立ちを明らかにする。現象学において成り立ちとは, その現象が成立するための前提条件を含めてどのような構造になっているのか, または過去の経験の積み重ねや知識の更新に基づく時間の流れの中でどのように発生しているのかということの意味する(榊原, 2018, pp.45-48)。看護師の「応答を探ること」として浮かび上がった実践を下支えしている複雑な構造や発生を解きほぐすことは, 読み手となる看護師が日頃の何気ない実践に意味づけを行うことを促し, 患者の捉え方や関わり方を再考することにつながると思われる。

## I. 目的

急性期病棟において, 意識障害が持続する患者の応答を探る看護師の実践に注目し, 現象学を手がかりとしてその成り立ちを明らかにする。

## II. 研究方法

### 1. 本研究における現象学の必要性

本研究では, これまでの見方をいったん棚上げし, 事象そのものへと立ち帰る現象学を手がかりとした。

現象学は, 自然を客観的な所与として前提し, 私と関係なくあらかじめ対象が「ある」と決めてかかる態度を傍に置き, 私たちの日常的な経験に立ちもどって検討しなおす(木田, 1970, pp.40-49)。前述したように, 意識障害が持続する患者の治療やケアは不確実な側面が多い中, 病院においては看護師一人ひとりが, 文脈に応じてその場での実践を成り立たせている。このような特徴を持つ実践を探究するには, あらかじめ結果を想定して質問紙や構造化されたインタビューによって普段の実践を問う, または複数人の看護師の実践データを収集して統合し, 共通性を見出すという方法では不十分であった。

また, 西村(2018, pp.22-55)は, 植物状態患者と看護師とのはっきりとは見てとることのできない関係について, 自然科学的方法やデータを抽象化する方法では限界があったとし, 主体と客体の分離を超えた現象学的記述を行っている。本研究においても, 意識障害が持続し, 意思疎通が困難な患者に関わる看護師の実践を探究することを目的としているため, 患者を客体としてみる自然科学的方法や, 主体と客体に分けて相互作用を探究する方法, そして得られたデータから共通性を抽出するという方法をとることで, 何気ない振る舞いや実践が見落とされてしまい, その成り立ちを解明することは困難になると考えた。

### 2. 看護師一人の実践を探究することの意義

現象学は「一人称的な観点から私たちの経験を探究することで, 世界を理解する」(吉川, 2017, p.7)。急性期病院における一人称的な看護実践を探究することについて, 前田(2020)は, 一人の看護師が組織の代表として一人の患者に出会うことができるのは, 複数の看護師たちの協働実践の結果である, と述べる(p.102)。そして, この意味で, 「看護師たちの知覚経験は, それがたとえ一人称的なものであろうとも, 同時に, 社会的なものである」(前田, 2020, p.102)と主張している。つまり, 協働実践としての看護師の実践には常に他者との関わりが含み込まれており, 「一人の実践」ではないと言える。

また, 現象学の発展に身体次元から貢献したMerleau-Ponty(1960/2020)は, 人類学への言及を通して人間の実際の状況をありのままに捉えることの重要性を説いている(p.192)。この論考の中で彼は「普遍」を2種類に分け, 「厳密で客観的な方法という, 上にそびえ立つ普遍」と, 「民俗学的経験によって獲得される側面的普遍」があると主張する(Merleau-Ponty, 1960/2020, p.187)。さらに, この「側面的普遍」について考察した家高(2017, p.43)は, 民俗学とは, 他の文化の事象を理解するだけではなく, その事象によって自分の文化を考え直すという営みであり, 自文化と他文化の「間」で思考することが「側面的」と呼ばれていると述べる。

本研究において一人の看護師の実践を起点に事象を分析し, 「側面的普遍」を提示することは, 研究参加者の実践と研究者, さらにそれを読む読者との間で思考や理解の更新を促す。この意味で, 本研究は臨床で行われている一つひとつの個別の実践に示唆を与えるものとなると考える。

### 3. 調査期間

本研究の調査期間は, 2022年5月から6月の約2か月間であった。

#### 4. 研究参加者

本研究参加者は、急性期病棟において日常的に意識障害が持続する患者に関わっている臨床経験3年以上の看護師とした。「意識障害が持続する患者」とは、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, 1980/1982, pp.1-6)ことを踏まえ、その時期を超えて認知機能の障害が持続し、全面的な日常生活援助が必要な患者とした。また、臨床経験年数3年未満の看護師は、厚生労働省(2014)が各病院に対し努力義務としている新人研修において、看護技術の習得や施設機能の理解、他職種や家族との関わりを学ぶ時期である。そのため、自施設における自身の役割を理解し、患者や周囲の人々とコミュニケーションを実践して言語化できると考えられる臨床経験3年以上の看護師を研究参加者の条件とした。

参加者の選定については、研究協力機関の管理者から上記条件の看護師の紹介を依頼し、研究者から研究の趣旨を文書と口頭で説明し、二次救急医療機関の脳神経外科・脳神経内科病棟(以下、X病棟)に勤務する4名の看護師から同意を得た。

本研究では、同意を得た4名の看護師の実践を観察し、それぞれのフィールドノーツを分析した結果、「応答を探る」実践が際立って見られた臨床経験15年以上の看護師Aさんを起点とした実践を対象とした。

#### 5. データ収集方法

##### (1) 参加観察

佐藤(2002, pp.156-217)を参考に参加観察を行った。参加者の勤務開始から勤務終了時まで同行し、意識障害が持続する患者との関わりを中心に、他の受け持ち患者やスタッフとのやり取り、カンファレンスなどを観察した。参加観察は、参加者の日勤帯に2回行った。観察中は、場所、参加者の言葉、行為、その場の出来事、周囲の状況、研究者が感じたことなどを「現場メモ」として書き留めた。その後、「現場メモ」と記憶をもとに、目にした情報をひとつのまとまりのある場面として再現する「清書版フィールドノーツ」を作成しデータとした。

##### (2) インタビュー

急性期から回復期まで様々な状態の患者が入院する急性期病棟において、看護師は周囲の状況や人々へ関心を寄せながら、優先順位をつけて実践をしている。このような看護師の視線の向け方や病棟での協働実践は、看護師たちにとって日常的で明白な営みであるために、それをどのように行っているのかを説明することは難しい(西村, 2011)。Merleau-Ponty(1945/1974)は人々の対話について、「相手の唱える異議が私から、自分が抱えていることさえ知ら

なかったような考えを引き出したりもする」(pp.219-220)と述べる。これらのことから、本研究では参加観察の最中、研究者が参加者の実践について疑問に思ったことを「現場メモ」に書き留めておき、インタビューの際の問かけの糸口とし、「どのようにその実践をしているのか」という観点で、話の流れに任せて自由に語ってもらうことにした。このように、研究者の疑問を糸口にしつつ、互いに語り合う対話によって新たな気づきや考えが生まれ、日々の何気ない実践の複雑な成り立ちを解きほぐすことが可能になると考えた。具体的には、参加者が希望する日時に、落ち着いて話ができて、プライバシーが守られる個室で2回実施し、参加者の許可を得てICレコーダーに録音した。音声データは、言い淀みや沈黙、振る舞いを含めて言語化した逐語録を作成し、データとした。

#### 6. 分析および記述の方法

分析は、松葉・西村(2014, pp.122-149)の現象学的看護研究の方法を参考に、以下の通り行った。

まず、全体の流れや特徴をつかむために、フィールドノーツと逐語録全体を繰り返し読み、気になる箇所に印をつけ、印象を書き留めた。次に、研究目的と照らし合わせ、患者の応答を探る実践として浮かび上がった場面を抜粋し、患者との直接的な関わりに加え、その時の状況や、他のスタッフとのやり取りがどのように応答を探る実践につながっていくのかという視点で分析した。そして、フィールドノーツを用いて記述した場面に関する語りの部分を逐語録から抜粋し、参加者の視点から、応答を探る実践の背景にあるものは何か、という視点で分析しテーマをつけて記述した。

データは出来事の順にテーマをつけ、ゴシック体で表記した。各テーマにおけるデータを分析する際のキーワードには下線を引き、特に注目する言葉に傍点をつけて示した。データからの引用は「」内に、補足および研究者の所感は( )に示した。また、本研究における参加観察やインタビューでは、研究者であり看護師でもある私が知覚したことをデータとして含んでいる。この個人的な事実を示すために、研究者を「私」と表記した。各データの末尾にはデータ番号([データの種類(FNまたはIN)]参加者のアルファベット-調査回数-行番号)を記した。

分析および記述の信用性を高めるために、現象学的看護研究の専門家、現象学の専門家、質的看護研究の専門家、その他の看護研究者、そして実践家などの複数メンバーとともに分析および考察を検討する機会を設けた。最後に、研究結果を参加者に提示し、記述に問題がないかどうか確認するメンバーチェックを行った。

## 7. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究目的および意義、研究方法、研究参加が自由意志に基づくものであること、研究参加が随時撤回できる旨、データの記録方法、研究に関する情報公開の方法、個人情報の保管方法、データの匿名化などについて書面と口頭で説明を行い、同意を得た。また、研究参加者が勤務する病棟のスタッフ、患者、家族への周知のために、研究の概要および目的、観察を希望しない場合の観察の中止やデータの削除は研究者もしくは病棟看護師長に申し出が可能であることを記載したポスターを掲示した。本研究は、東京都立大学荒川キャンパス研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：21083）。

## Ⅲ. 結 果

参加観察当日、AさんはX病棟に配属されて間もない新人看護師N1さんとペアになり、6人の患者を受け持っていた。その中の一人である三井さん（仮名）は、下垂体腫瘍で入院し数回にわたる手術を行ったものの、重篤な意識障害が続いており、呼びかけや刺激に対してほとんど反応がない状態だった。Aさんは三井さんのプライマリー看護師であり、三井さんについて「同時進行っていうか、治るかなー、できるかなオベっていう気持ち」で関わりつつ、これ以上の回復は難しいかもしれないとも思っていたと語った。

分析の結果、1. 三井さんの応答を探る実践として、

(1) 反応のない三井さんに関心を引き寄せられ、「今日はちょっと反応がある」をつかむ、(2) パツと現れた三井さんに応じる、(3) 医師の言う「レスポンス」に促される、(4) 知覚している人として捉え、ともに経験するがあった。そして、2. 三井さんの応答を探る背景には、(1) 驚きと疑問の持続、(2) 私のエピソードがない、(3) 安定していないがあった。

### 1. 三井さんの応答を探る実践

(1) 反応のない三井さんに関心を引き寄せられ、「今日はちょっと反応がある」をつかむ

勤務開始後、ナースステーションで行われたN1さんとの受け持ち患者の情報共有と予定の確認では、Aさんにより「右前腕に振戦と、左第一趾のピクつきがある」ため「身体所見」に注意していくこと、また痰の貯留があるかもしれないので、最初に訪室することが共有された。

ナースステーションを出ると、AさんはN1さんに「ちらっと三井さん見ていきましょ」と言い、ナースステーションからすぐ近くの三井さんの部屋へ向かった。以下は、その場面のフィールドノートである。

### 【フィールドノート】

ナースステーションを出ると、Aさんは「ちらっと三井さん見ていきましょ」と言って、コンコンと2号室の入り口を叩き、部屋に入る。「おはようございまーす。三井さんおはよー」と、明るい声で三井さんに近づく。Aさんは三井さんに顔を近づけて、「おはようございまーす。目、開けてくださいね。最近目開けてくれるでしよー」と声をかける。三井さんの顔は右側に向いている。目が開き、口はもごもごと動いている。Aさんは三井さんの手を見て、「手、どうかされましたー？今日は雨ですよー」と声をかけ続ける。N1さんは、Aさんのいる反対側、三井さんの左側に立って見ている。AさんはN1さんに、「朝だからちょっと、カーテン開けましようか」と言う。N1さんは後ろにあるカーテンをサーっと開ける。Aさんは、「今日はちょっと反応がある」と小さな声で言いながら、部屋を出ていく。（[FN] A-1-87-95）

この場面では、ナースステーションを出た時から「ちらっと三井さん見ていきましょ」と言って部屋に向かっていることから、最初から三井さんへの関心が向いていることがわかる。Aさんは、三井さんの部屋に入ると、「おはようございまーす」と挨拶をしながら近づいていく。その後、さらに「顔を近づけ」、挨拶を繰り返す。Aさんが最初に三井さんに挨拶した後、その反応は記録されておらず、Aさんが挨拶を繰り返していることから、Aさんにおいても三井さんの反応がみられていないことがわかる。

また、「目、開けてくださいね。最近目開けてくれるでしよー」という声かけから、Aさんは「最近」、言い換えれば現在に近い過去にその経験をしていることがわかる。しかし、この場面ではそれが無い。このように、三井さんの反応がないことは、Aさんの関心をさらに引き寄せ、何度も声をかけることを促している。

その後、三井さんの目が開くと、「手、どうかされましたー？」と問う。目が開くという反応があることは、次の話題へと移ることを可能にしている。「どうか」という言葉からは、ただ振戦があったという事実を観察し伝えるだけではなく、三井さん自身がそれをどのように経験していたか、という過去を問うものになっている。

そして、最後に「今日はちょっと反応がある」と小さな声で言っているが、「今日は」という表現から、過去と比較した変化を捉えたことがわかる。また、「ちょっと」という言葉からわかるように、単にある・ないではなく、微細な反応を捉えていることがわかる。

このように、Aさんは三井さんに関心を向け「ちらっと見ていきましょ」と言って部屋に入ったが、Aさんが一方的に、ただ見るだけではなかった。挨拶に反応のない三井

さんにさらに関心を引き寄せられ、目を開く反応があることで次の声かけが促されていた。このように、Aさんは、三井さんの反応がないことに、それと同時にあることに応じることで、「今日はちょっと反応がある」をつかんでいた。

## (2) パツと現れた三井さんに応じる

Aさんは、三井さんの「今日はちょっと反応がある」をつかんだ後、他の患者への挨拶や採血、点滴などへ向かう。それらを一通り終えた後、三井さんの陰部洗浄をするために再び部屋に入る。以下は、その場面のフィールドノートである。

### 【フィールドノート】

2号室に入ると、中に電子カルテが置かれていて、N1さんがいた。Aさんはワークシートにチェックをつけて、手袋とエプロンをつける。そして部屋の入り口をコンコンと叩き、「失礼しまーす。三井さーん、お、朝よりいいですね。眠かったの？全然朝よりいいじゃないですか」と三井さんに声をかける。三井さんの顔は右に向いており、目は開いているが視線はどこを見ているのかわからない。口はもごもごと動いており、「ふー」と小さい声が聞こえる。([FN] A-1-190-194)

Aさんは三井さんの部屋に入ると、気がついたように「お、朝よりいいですね」と言う。この前後でバイタルサインを測定しているわけではなく、どこをどう見てどのように良いかという判断の手前で、パツと見た時には「朝よりいい」ことが浮かび上がってきている。それと同時に、「眠かったの？全然朝よりいいじゃないですか」と、「朝」、つまり1. (1) 反応のない三井さんに関心を引き寄せられ、「今日はちょっと反応がある」をつかむ場面における様子が「眠かった」と意味づけられた。

Aさんの言葉に続き、私はその様子を「顔は右に向いており、目は開いているが視線はどこを見ているのかわからない」、「口はもごもごと動いており」と、顔の向きや視線、口の動きに着目して記録している。この記録は、Aさんが「朝よりいい」と言ったことについて、三井さんの身体各所を観察することで、その根拠を探そうという意識が働いたものである可能性がある。いずれにせよ、Aさんにとっての三井さんの浮かび上がり方と、私にとってのそれは異なっていたことがわかる。

このように、1. (1) 反応のない三井さんに関心を引き寄せられ、「今日はちょっと反応がある」をつかむことは、Aさんにとって現在の三井さんを捉える視点となると同時に、過去の様子を捉え直すことを可能にしている。言い換えれば、先の場面の実践が、訪室時にパツと現れた三井

さんに応じること、ここでは「朝よりいい」や「眠かった」可能性を捉える、1つの手がかりとなっているのである。

## (3) 医師の言う「レスポンス」に促される

先の場面続き、AさんはN1さんと一緒に三井さんの清潔ケアを行う。以下、Aさんが三井さんの身体に直接触れながら実践する中で、応答を得ようとする場面のフィールドノートである。

### 【フィールドノート】

Aさんが、お湯をかけて泡とガーゼで陰部洗浄を始める。洗いながら、N1さんに「なんか先生がー、なんか頷くようなレスポンスがあるって。私は感じないんだけど」と話す。そして三井さんに顔を近づけて、「三井さん、私担当ですよー。覚えてる？」と声をかける。三井さんは、反応がないようだ。N1さんが、三井さんを左向きにする。(略) Aさんは、新しいおむつを敷きながら、「そっちのN1さんとも、目合いますー？」と聞く。N1さんは、三井さんに顔を近づけて、「三井さーん」と声をかける。そして「(目は)合いますね」と言う。三井さんを上向きにすると、Aさんは、三井さんの右手を握り、「わかったら、ギューっとしてね」と声をかける。三井さんの下唇は左右にわずかに動くだけである。([FN] A-1-197-208)

Aさんは、医師が「頷くようなレスポンスがある」と言うのに対し、「私は感じない」と言っており、三井さんの「レスポンス」、つまり応答をめぐる解釈の違いが生じている。また、Aさんは応答を反応のように「ある」「ない」ではなく、「感じる」「感じない」という水準で捉えている。このことから、Aさんにとって、応答は傍から見て観察するというより、関わりの中で感じ取るものであるということが見てとれる。

その後、Aさんは三井さんに顔を近づけて「私担当ですよー。覚えてる？」と問いかけている。医師の言うレスポンスを「感じない」ことは、Aさんの関心を三井さんに引き寄せ、声をかけるという、次の働きかけを作り出す。

三井さんからの反応はないが、N1さんの方を向いたときに、Aさんは「N1さんとも、目合いますー？」と言う。ここでも、問いかけの宛先は三井さんである。このように繰り返し行われる三井さんへの問いかけは、医師が言う「レスポンス」を感じられる可能性を期待して行われており、それはともにその場にいるN1さんの行為をも促す。

さらに、N1さんが三井さんと目が合うことを確認すると、今度は手を握り、「わかったら、ギューっとしてね」と、他の手段で応答を得ようとする。この場面では、医師の言葉を発端に、なんとか応答を感じようとする試みが行われている。この試みには、ともに実践するN1さんも加

わり、Aさんのさらなる働きかけを作り出していた。

#### (4) 知覚している人として捉え、ともに経験する

Aさんは、三井さんの清拭や吸引をするとき、たびたび「痛いかな」「やだね」と、三井さんの知覚を代弁していた。以下は、経管栄養の投与のために訪室したAさんが、三井さんの「視線の先」に関心を引き寄せられ、その知覚経験をともにする場面のフィールドノートである。

#### 【フィールドノート】

Aさんは部屋の中に持ってきていた電子カルテを見て、「午後バイタルか」と言う。そして「お食事中だけど、血圧測るね」と言って三井さんの左上肢に血圧計を巻く。そして「左に体温計ね」と、左脇に体温計を挟む。さっき体を左側、窓の方に向けた三井さんに顔を近づけて、「何見てんの三井さん」と、三井さんの視線の先、窓の外を見る。少しして、「壁しか見えないね」と言う。三井さんは、目を開けたまま時々「うー」と声を出す。(略)左前腕に入れられた点滴を見て、「むくんでんじゃない？三井さん」「痛くなーい？ここ、痛くないですー？」と、腕に触り、向こう側を向いている三井さんの顔を覗き込みながら話しかける。([FN]A-1-300-314)

このとき、三井さんの体は左側で窓の方を向いており、出入り口から入ってきたAさんに背を向けている状態だった。血圧計を巻き、体温計を挟むと、Aさんは三井さんに顔を近づけ、その「視線の先」である窓の外を見る。Aさんには、背を向けている三井さんが、窓の方を向いて、何かを見ている人として現れている。

そして、Aさんはただ自分の位置から「視線の先」を見るのではなく、三井さんの視点に接近して、同じ場所から窓の外を見ようとしている。これは、三井さんとAさんの間で、知覚経験の共有が行われていると解釈できる。Aさんは三井さんと同じ視点から「壁しか見えない」、逆に壁が見えるということとともに経験し、それを代弁していたのである。

その後も、Aさんは左前腕に挿入されている点滴を見て、むくみや痛みについて、腕に触れ、「顔を覗き込みながら」聞く。ここでも、Aさんは聞き、触れることに加え、三井さんの顔に接近している。「顔を覗き込む」ということは、三井さんの表情を見ようとする行為であるともいえるが、「視線の先」に入り込み、三井さんの知覚の対象になろうとする行為でもある。

以上のことは、Aさんにとって三井さんが見たり、痛みを感じたりする、「知覚している人」として現れていることを示している。この現れは、Aさんが三井さんの「視線の先」に近づき、ともに経験を成り立たせる素地にあると

いえる。

## 2. 三井さんの応答を探る背景

1. 三井さんの応答を探る実践において、三井さんの存在や医師の言葉に応じ、わずかな変化を捉え、応答を探り続けていたAさんだったが、その実践の背景には何があったのだろうか。これについて、実践を振り返ったインタビューから紐解いていく。

### (1) 驚きと疑問の持続

1. (3) 医師の言う「レスポンス」に促されるでは、Aさんと医師の間に「レスポンス」をめぐる解釈の違いがあった。以下、この解釈の違いについて、インタビューで問いかけた際の語りである。

#### 【インタビューデータ】

私：(略)先生がレスポンスあるって言ってたけど、私はわからないんだよねみたいなことを、言ってたんですけど、なんか……先生が見るレスポンスと、なんか私がみてる感じだと、なんか……応答っていうのは難しいかもしれないですけど、んーとか、ちょっと声出たなって思うんですけど。そのあたりは。

Aさん：うんうんうんうん。……えーと明確な意思を持って、先生、確か領きがあるって言ったんですよね。だから、問いかけに、きちんとしたこの、いいタイミングで、意思がわかる、伝わるような、領きとか首振りとかっていうのは、私は経験がなくて、ただなんか……ほんとにすごいドロージーだった、もっとドロージーだったと思うんですけど。結構追視とかもしっかりしてきて、で……んー……まあ確かに声、声が出る時もあったのが、ちょっと意味があるように聞こえることもあったんですけど、ただなんか評価として、なんかきちんとした何かの表出っていうような、……感じにはちょっと見え、あんまり見えなかったので、……先生がそう自信をもって……領きがあると言った時はちょっと驚いたんですよね(笑)ええ～ほんと？と思って (横目で再現する)。([IN]A-1-97-109)

Aさんにとって、医師が言った「領きがある」は、「問いかけ」に対して「きちんとした」「いいタイミングで」「意思がわかる、伝わる」ような「領き」や「首振り」である。これは、Aさんが何度も言葉を変えて形容しているように、はっきりとしたものとして受け取られるはずのものである。これが、Aさんにとっての「レスポンス(応答)」の意味である。しかし、Aさんはこのような「レスポンス(応答)」を確認した経験がない。

そして、三井さんとの関わりを振り返ると、以前は「ほ

んとにすごいドロージーだった, もっとドロージーだった」, つまり意識レベルが著しく低下していたが, 「結構追視とかもしっかりしてきて」と, 過去と現在の様子が比較される。この変化の中では, 「声が出る時」が「ちょっと意味があるように聞こえる」こともあったという。しかしながら, 「評価として」は, 「きちんとした何かの表出」というような「感じ」には見えなかった。

以上のことからわかるのは, 「追視」や意味があるように聞こえることもあった「声」は, 「評価」をしようとする, はっきりとした応答としてつかみきれないものであったということである。Aさんが直接捉えた「追視」や「声」は, 他者, ここでは私と共有する時に, 「何かの表出」とはいえない経験として評価し直されているのである。

続く語りでは, 医師が「領きがある」と言った時のことが, 再び振り返られる。医師の言葉に対し, Aさんは驚き, 「ええ～ほんと?」という疑問を抱いた。普段から三井さんと接していたからこそ, 医師の捉え方との違いが引き立ち, 慎重な判断が要求されるのだろう。

しかし, 「評価」としての応答とは言えないとしても, 1. (3) 医師の言う「レスポンス」に促されるで見たように, 何度も三井さんの応答を探り, その場にいたN1さんの働きかけをも促していた。これは, 三井さんの「きちんとした何かの表出」をつかめないままに, 医師の言葉に対する驚きや疑問が持続していることを示しており, これが応答を探っていくことの背景にあったといえる。

## (2) 私のエピソードがない

ここでは, Aさんが三井さんと他の患者とを比較して語っているデータを示す。以下より登場する吉村さん(仮名)は, 入院時は意思疎通が図れていたが, 入院後に状態が急変してJapan Coma Scale (JCS) 3桁となり, 数か月以上ベッド上での生活を送っていた。Aさんは吉村さんについて, 「レスポンスっていう意味ではほとんどない」が, 「聞こえてんのかな」と思うことはできると話した。

### 【インタビューデータ】

Aさん:(略) 吉村さんはほんとに1年……みてきてー, ほんとに全然……なんだろ, ほんとに昔で言う植物状態っていうか, ほんとにそうなっちゃ……ってたから多分, なんかすごい絶望ーだったんですけど, 皆で。でもまあ……うーん……なんかスタッフの中では絶対意思を持って, 表出できてないけど, 絶対もうなんか意思があるよねーっていうスタッフもいるぐらいで, うん。でもーなんか, そう思う瞬間ってやっぱり……ちょっとあってー。でも三井さんに, あんまり……そう, こないだも話したけど先生ほど, なんかその明確に何か私のこ

と……に, こたえてもらってるって感じるエピソードは……三井さんの方が少なかった……, がなかったかなーと思うのでー。なんかないかなんかないかなっていう感じでは声かけてた, とは思うんですけどー, 吉村さんの方がもう少し……, なんかほんとはわかってるでしょ! みたいな(笑) 気持ちで, 話してるかなーとは思います。

私:(笑)。はいはいはい。ありがとうございます。なんかその先生がレス, ああ, 三井さんの時, レスポンスがあるって言った時, 他の看護師さんとかは, 特に何か共有したりは……。

Aさん:うーん。私ーそんな時は, ええそうなの? と思ったんでー, なんかまあ身近な同じチームのスタッフにどーお? って聞いたんですけどー, あんまり多分なんかそうかなー? っていう意見のが多かった, ですよね。だから私の時もこんなエピソードがあったよーとかいう……のは誰もいなかったの, いや, そうだよーって。まあ……そういうところもあるかなーとは思いますが……なんか……すごいわあ～っていうエピソードは誰もいないねーみたいな感じ……だった。うーん。(〔IN〕A-2-146-163)

吉村さんを1年みてきたAさんは, 「植物状態」のようになっちゃったという, 最初の頃の状態について語る。ここでは, 「ほんとに」という言葉が多用され, 最初の頃の吉村さんの状態が「皆」にとって「すごい絶望」と表現されるほど, ショッキングなものであったようだ。しかし, スタッフの中には「表出できてないけど」「意思がある」というスタッフもおり, Aさん自身も「そう思う瞬間」があった。Aさんを含め, スタッフ間で「意思」を持っているように思う, 応答を感じる経験が共有されていたのである。

他方で, 三井さんについては, 「明確に何か私のこと」に「こたえてもらってるって感じるエピソード」はなかった。三井さんの応答や意思は, 2. (1) 驚きと疑問の持続でもあったように「明確」であることに加え, 「私のこと」にこたえてもらうことが必要であることがわかる。これが, 「なんかないかなんかないかな」と三井さんに声をかけ, 応答を探ることの背景にあったといえる。

そして, 医師から三井さんのレスポンスがあると聞いた時は, 「ええそうなの?」と疑問を持ち, チームのスタッフに「どーお?」と聞いたという。しかし, 「そうかなー?」と, Aさんと同じように疑問を持つスタッフの方が多く, 「私の時もこんなエピソードあったよー」という人はいなかった。医師の言葉が驚きや疑問として持続し, 「エピソード」としてレスポンスをつかめないことは, 三

井さんの応答を探るだけでなく、他のスタッフの「エピソード」を集めるきっかけにもなっている。

Aさんは自分自身の経験について「私のこと」と言うほか、他のスタッフの経験についても「私の時」と言っている。このことから、「エピソード」はその人に所有される、一人ひとりのスタッフと、三井さんや吉村さんとのコミュニケーションの中で形成されるものであることがわかる。したがって、「エピソード」は共有可能な一方で、「私」と患者との間で成立する必要があるのだ。この「エピソード」の所有のあり方が、Aさんが何度も応答を探る実践の背景にあった。

### (3) 安定していない

三井さんへの絶え間ない声かけは、1回目のインタビューにおいて、きちんとした計画や意図があったわけではなく、「ほんとに日常っていうか、なんか……仕事の中での声かけだった」と表現された。私は、「仕事の中での声かけ」が何を意味するのが気になり、2回目のインタビューで改めて問いかけた。

#### 【インタビューデータ】

私：なんかそれ（「仕事の中での声かけ」）がちょっともう少しどうということかなっていうのを……。

Aさん：ああー。ちょっと……ほんとにごめんなさい、自分の言葉に責任を（笑）、とれてないけど……。おそらく、その例えば今の、今日の吉村さん、との違い……はやっばりあって、三井さんとかは。……あー……でも……どうかなあ。な、何かをしに行くから多分、その……ことを伝えるのに、前後の話がついてきてるような、どっちかっていうと多分三井さんの……場合は一、まあ業務的っていうわけではないけど、（略）、まあ経管栄養つなぎにいくから一、なんかお昼だよーって声かけから入って、なんか……お腹いっぱいじゃないー？とか、結構胃残が引けたり（シリンジを引くような仕草をする）とかもあったので……とかっていう一、なんか……自分が知りたい情報とか取りにいったりする中での声かけっていうのが確かに多かったかもしれないですね。吉村さんとかも、ほんと、1年とかいるんで、安定しちゃってるから一、もう……熱が出てたりとかも繰り返すんですけど、なんかそういう、何にもない時にはほんとになん、な、なんだろ……別に、何か異常はないかなとかっていう気持ちで行くって言うよりは、ああ、吉村さん（笑）みたいな……感じで、行くのの違いはあるのかもしれないですね。（[IN] A-2-115-128）

「仕事の中での声かけ」について、Aさんは言い淀みつつ思い出しながら、吉村さんとの違いをもって語る。三井

さんの場合は、何かをしに行くために、それを伝える際に前後の話がついてきているという。経管栄養をつなぎに行く時の声かけを例にあげ、「自分が知りたい情報とか取りにいったりする中での声かけ」が多かった。吉村さんについては、1年入院しており、安定していることから、「ああ、吉村さん（笑）」という感じで訪室していたと語った。

このことからわかるのは、Aさんにとって、三井さんは「安定」していない人として捉えられていることである。経管栄養を行う際には胃残が引ける可能性が懸念されている。また、1. (1) 反応のない三井さんに関心を引き寄せられ、「今日はちょっと反応がある」をつかむでは、「右前腕に振戦と、左第一趾のピクつきがある」ため「身体所見」に注意が向けられていた。「お腹いっぱいじゃないー？」や「手、どうかされましたー？」という声かけの背景には、三井さんの状態に対する不確かさがあったといえる。これが、「知りたい情報を取りに行く」ような、積極的な働きかけを促していたのだ。また、Aさんが「知りたい情報」には、(2) 私のエピソードがないで述べた、「私」と三井さんとの間で成立する「エピソード」も含まれているといえるだろう。三井さんは状態の不確かさがあり、「エピソード」をつかめないことが、「安定」していて「ほんととはわかってるでしょ」と思える吉村さんとの違いなのである。

さらに、Aさんは1年入院しているという吉村さんと、長い期間関わってきており、その中で「ああ、吉村さん（笑）」と声をかけるような関係性を築いてきた。一見すると、「ああ、吉村さん（笑）」という声かけの方が、「日常」を思わせる。しかし、Aさんは自分が知りたい情報を得ようとし、何か異常はないかを知るための声かけが、その時を思い出すのに言い淀むくらい「日常」であり、「仕事の中での声かけ」の一つなのである。X病棟は急性期病棟であり、在院日数は約12～13日だった。1年間入院している吉村さんとの関わりは、X病棟の「日常」「仕事の中」とは異なるあり方であったのだろう。

## IV. 考 察

### 1. 急性期病棟において意識障害が持続する患者に関わる看護師の実践の成り立ち

本研究結果から、看護師Aさんが三井さんの「反応」を捉えながらも、「応答」を感じられるような「エピソード」がなく、それが三井さんの応答を何度も探る背景にあることが明らかになった。ここでは、意識障害が持続する患者に関わる看護師の実践の成り立ちとして、(1) 患者の反応や身体に関心を引き寄せられる、(2) 微細な変化に応じ

る。(3) 評価やスタッフ間の交流の手前で継続する知覚経験について考察し、看護実践への示唆を述べる。

#### (1) 患者の反応や身体に関心を引き寄せられる

Aさんは、勤務開始後、受け持ち患者のもとへまわるとあたり、身体所見への注意や痰の貯留の可能性から、「ちらっと三井さん見ていきましょ」と一番に三井さんのもとへ向かった。最初から関心を向けて向かった三井さんのもとでは、挨拶に対して反応がみられず、Aさんが近づきつつ何度も挨拶を繰り返すことが促されていた。また、「手、どうかされましたー？」や、2. (3) 安定していないにあったように、経管栄養の投与時の「お腹いっぱいじゃないー？」という問いかけには、安定していない状態への注意が背景にあった。

小林・當日(2010)は、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が【患者との意思疎通が困難】だからこそ【患者に関心を持つ】ようになり、患者に代わって症状の悪化がないかに注意を向け、積極的に働きかけようとしていた、と報告している。本研究においても、看護師は意思疎通困難であり、自ら異変を訴えることや、身の回りのことができない患者に関心を向けていた。このような関心の向け方は、現象学におけるHeidegger(1927/2013)の「気遣い」と関連する。Heidegger(1927/2013)は、とりわけ他者への「気遣い」を「顧慮」と呼んだうえで、その積極的なあり方の一つは「別の者から心配、『気遣い』をいわば取り去ってやる、配慮することで相手に代わって負担を肩代わりしてやる」(p.181)ことであると述べた。このような積極的な働きかけや気遣いのあり方は、Aさんが三井さんの安定していない状態に注意を向け、絶え間ない問いかけを行う実践の一部を説明している。

しかし、本研究において、看護師が患者に関心を向けてそのもとに向かった際には、その患者の現れにさらに関心を引き寄せられ、その都度振る舞いが促されているようにみえることもあった。例えば、1. (4) 知覚している人として捉え、ともに経験するにあつたように、その視線の先に近づき、「何見てんの三井さん」とともに窓の外を見るという実践は、看護師の側から関心を向けるという、積極的な働きかけとは必ずしもいえないだろう。

Merleau-Ponty(1945/1974)は、各々の主観が世界に対して別の展望を持っているのではなく、「そうした展望がすべて相寄って、知覚の無記名の主観としてのわれわれすべてが分与している唯一の世界のうちに集められている」(p.217)と述べる。意識的な経験においては「私の経験」が強調され私的なものになる一方、知覚的な経験においては私的な経験に閉じられてはいない。「知覚の無記名の主観」とは、知覚が未だ特定の誰かのものとして分化していない主観を指し、知覚的な経験における他者は、「私

の」が強調されない、いわば普遍的な主観として、私とともに同じ1つの世界を共有していることを意味している。さらに、Merleau-Ponty(1945/1974)は「知覚される身体のみには渦が巻いていて、私の世界もそこに引き込まれ、まるで吸い込まれるかのようなのである」(p.218)と述べる。彼が「渦」という言葉で表現しようとしているのは、私に知覚される他者の身体が、物体と同じような仕方ではなく、何かをしようとしている活動的な身体として現れてくるのであり、そこに巻き込まれるような感覚が生じるということであろう。これらの論考を参照すると、無記名の主観として同じ一つの世界を知覚する三井さんの身体は、例えば見たり感じたりする身体として現れ、Aさんはそれに巻き込まれるような仕方で近づくことになる。「引き込まれる」「吸い込まれる」という言葉の通り、このような他者の身体を知覚する際の構造が、積極的に働きかけるといっても、患者の身体に関心を引き寄せられるという実践を成り立たせていると考えられる。

集中治療室における看護師の行為の成り立ちについて、現象学を手がかりに探究した田代(2020)は、看護師はその都度の感覚と時間的な厚みをもった経験によって手に入れた、意思疎通困難な重症患者の“感じている人”としての見方に促され、薬剤による沈静下であってもなお、ベッドからはみ出した指のきつさに応じるなどの、何気ない行為を成り立たせていた、と述べている。本研究においても、Aさんは三井さんのむくみや痛みに応じており、それは“感じている人”としての見方に促されていたと考えられる。

また、三井さんの視線の先に関心を引き寄せられ、三井さん自身の過去を問うたり、「何見てんの三井さん」と言って窓の外をともに見るなど、時間の経過を共有しようとする実践もあった。Merleau-Ponty(1945/1974)は、時間の本質について「生成する」のであって「存在する」のではないとし、「私の生きた現在」は「私が生きているのではない多くの時間性」にも開かれていると述べる(pp.312-340)。三井さんは、振戦があることや、何かを見ているという身体の経験を言葉にすることはできず、その時点では過去に「存在する」時間の、看護師によって観察された出来事である。しかし、Aさんが三井さんのもとへ向かうと、三井さんが“感じている人”にとどまらず、時間の持続を伴って“経験している人”として現れてくる。この現れは、三井さんの「生きた時間」、あるいは「生きている時間」に触れることを可能にしていたと考えられる。

さらに、本研究の調査場所であったX病棟に入院していた患者は、超急性期を脱し、沈静下や昏睡状態ではなかった。また、状態が安定すれば心電図などの医療機器が取り

外されることもあった。このようにして転院や退院に向けて療養していく患者のありようも、過去を携え、未来に向かって現在を“経験している人”として現れてくる素地にあるといえよう。

## (2) 微細な変化に応じる

Aさんは、三井さんのはっきりとした「レスポンス」は感じないと言いつつ、実践においては「今日はちょっと反応がある」「お、朝よりいいですね」と、その都度わずかな変化を捉えて言葉にしていた。「今日はちょっと反応がある」は反応の有無を示すものだが、「お、朝よりいいですね」と変化に応じる発言は、その後「眠かったの?」という問いかけにつながり、応答を探る関わりへと発展していった。

先行研究では、看護師が意識障害のある患者の変化を捉えることについて、観察時の着眼点には【身体の部分】【バイタルサイン】【日々の状態比較】【患者の認識力・意思表出】【動作・反応】などがあり、看護師は患者の変化を察知するために意図的に自身の行動を配慮していたこと(土屋・三上・會津・西沢, 2017)、また、「知覚」「想起」「目の前の患者の事象と比較や照合」「新たな患者像を創造」「対象理解」「看護行為の実践」の6段階のプロセスを経て患者を理解していたこと(稲野辺, 2019)が明らかとなっている。これらの成果は、例えば本研究において過去と現在を比較して三井さんの変化を捉えるなど、【日々の状態比較】や「想起」を通じた実践の成り立ちの一端を説明するものであるといえる。

しかし、前項でも述べたように、患者に応じることは、必ずしも意図的なものではなかった。また、1.(2) パツと現れた三井さんに応じるにあつたように、部屋に入ってパツと三井さんが現れた時に「朝よりいい」という言葉が浮かび上がるという、必ずしも【バイタルサイン】や【動作・反応】などの観察を介さず、6段階のプロセスを経ているようにはみえない捉え方があった。これは、何を意味しているのだろうか。

Merleau-Ponty (1945/1974) は「感覚する」ことについて、バラバラに分離された感覚器官における経験は、ある特定の何かを凝視したり、自分に何を見ているのか問うたりする時など、特殊な態度のもとでしか起こらないと述べる。「諸感覚は、物の構造にみずからを開くことによって、たがいに交流しあう」(p.40) のであり、こうした「共感覚」(p.39) と呼ばれる性質によって、われわれは目の前の対象を直接見てとる、つまり知覚することが可能になる。Merleau-Ponty (1945/1974) の考える知覚は、意識的に「視覚」や「触覚」などそれぞれの感覚器官を統合して事象を捉えることではなく、「私の知覚は、内部から見ても、或るあたえられた状況を表現している」(p.21) ので

ある。だとすれば、「今日はちょっと反応がある」や「朝よりいい」はそれぞれの感覚器官から捉えられて理解へと到達したのではなく、それ自体が知覚経験の表現であると考えられる。

では、知覚として表現された状況とは、どのようなものなのだろうか。Benner & Wrubel (1989/1999) は、「現象学的に人間を心身の統合された存在と捉える時、我々の人間理解は改められ、人間は〈意味上の際立ちを具えた世界〉に参与している存在と見なされることになる」(p.28) と述べ、これを「状況づけられた自由」と表現している。この考え方によれば、人は自由でも不自由でもなく、「人は自分固有の一連の意味・習慣・ものの観方を携えて状況に入っていく。そしてその状況にその人がどのように身を置くかに応じて、行為の特定の方向と特定の可能性が開けてくる」(p.29)。

Aさんは、三井さんを含め6人の患者を受け持っており、自ら何かを訴えることができない三井さんを「ちらっと」見てから他の患者のもとへまわっていた。三井さんのもとでは、プライマリーとしての過去の関わりや、「右前腕に振戦と、左第一趾のピクつきがある」という情報に関連して振る舞いが生起していた。また、その実践の背景には、例外的に長期入院をしていた吉村さんとの比較で浮き彫りになった、2.(3) 安定していないことへの注意があった。このように状況づけられて患者のもとへ向かった先では、例えば「最近目開けてくれる」という意味が際立ち、これに応じることで、「今日はちょっと反応がある」「朝よりいい」といった変化を捉える方向へと開いていくのだと考えられる。そして、このようなAさんに固有の状況づけられ方が、1.(2) パツと現れた三井さんに応じるにおける三井さんの浮かび上がり方について、Aさんと観察者である私との間に違いを生じさせていたのだろう。

こうした看護師の微細な変化の捉え方は、エキスパートナースが分析的手順を経ずに状況を把握する「直観」(Benner, 1984/1992, p.22) の体現と考えることもできる。「直観」に基づく行為は遡及的に分析して説明可能なものもある一方、直観に基づく看護師の行為プロセスは十分に明らかになっていない(大谷, 2023)。本研究では、「直観」ともいえる、微細な変化を捉えるプロセスの成り立ちの一端として、急性期病棟において状況づけられた看護師固有のあり方と、安定していないことへの注意という二点を明らかにしたと考える。

## (3) 評価やスタッフ間の交流の手前で継続する知覚経験

これまで述べてきたように、Aさんは“経験している人”としての三井さんに、関心を引き寄せられつつ応じながら、細やかに変化を捉えていた。これらの実践は、三井さんとの関わり方の経験として、Aさんの言葉でいえば「エ

ピソード」となる。また、医師が言ったという「レスポンス」についても、医師の経験、「エピソード」として実践の中で浮かび上がっていた。同じように、ベアナースであったN1さんも、同じチームのスタッフも、「私」と患者との間で生じる「エピソード」を持っていたといえる。

そして、意識障害が持続する患者の応答や意思の有無、変化を検討する際には、「エピソード」の共有が度々行われていた。しかし、Aさんは三井さんの応答を「感じない」のであり、意味があるように思えた三井さんの追視や声は、「評価」としてははっきりとつかむことのできないものであった。この場合、応答があったという「エピソード」となることができない。これらのことからわかるのは、「私」と患者との間で生じる、例えば追視や声に意味があるように思えた経験は、他のスタッフと共有される時に「評価」とのズレが生じることがあるということだ。

意識障害を客観的に評価するスケールには、主に意識の3要素（覚醒、運動反応、意識内容）に対応して各々をその程度に応じて点数（スコア）をつける Glasgow Coma Scale (GCS) が国際的に広く用いられ、より簡便な評価方法として Japan Coma Scale がある（松田, 2010, p.24）。本研究の参加者もこれらのスケールを用いて記録をしており、意識障害のある患者を観察し、評価を他者と共有する際の基本となるものと理解されていると考えられる。しかし、このような客観的な評価スケールも、誰が用いるかによって誤差が生じる場合がある。戸田（2011）は、患者の意識レベルを評価する際に、プライマリ・ナースが最も高いスコアをつけ、医師が最も低いスコアをつけたという先行研究の報告から、「患者を観察する期間が長いほど、看護を通して患者と相互作用を行うほど、意識を有しているという主観的印象はより強いものへと変化してゆく」（p.8）と述べる。本研究では、医師があると言ったレスポンスに対し、プライマリ看護師であったAさんが驚きと疑問を持ち、慎重に捉えようとしていた。これは、戸田（2011）が述べる内容と相反する結果であり、観察する者によって評価が異なることは、患者との直接的な関わりの期間が長いことによるものでは必ずしもないことを示唆している。

Merleau-Ponty（1945/1967）は、客観的存在に取り憑かれ、客観的思考、常識的思考、科学の思考が形成されることについて、「これはもと知覚経験の結果であり、自然的帰結でしかないにもかかわらず、これが知覚経験との接触をわれわれに失わせてしまう」（p.132）と批判的に述べる。Aさんは、客観的で他の人と共有可能な「評価」という契機を経る時に、医師があると言った「レスポンス」、追視や声が意味のあるように聞こえたという可能性を、閉じてしまったと考えることもできる。しかし、だからといってAさんは応答を探ることをやめるのではなく、「なんかな

いかなんかないかな」と思いながらその都度声をかけ、問いかけ続けていた。したがって、評価をしたり他者と共有をしたりする手前の実践において、知覚経験との接触は持続しているのである。

Lee, et al. (2013) は、長期間にわたる昏睡状態の患者が回復した症例報告において、看護スタッフや家族を含む多職種チームは、患者の限られた運動反応でも継続的に評価し直す必要があり、様々な方法（formal or informal）でのコミュニケーションが患者のためのより良いケアに寄与する、と述べている。Aさんが医師の言う「レスポンス」に対して驚きや疑問を持ち、それを感じ取り、「エピソード」を得ようと三井さんに問いかけ続けることは、患者だけではなく他のスタッフとの交流を生み、継続的なチームでの実践を成り立たせていたといえる。

## 2. 看護実践への示唆

一般病床の機能分化により、急性期病棟では在院期間の短縮が要請され、患者は短期間の間に手術・治療を受け、転院や退院に向けて治療及びリハビリテーションをしていく。そこで働く看護師は、患者を複数人受け持ち、様々な状況に対応している。このような時間の流れの中で、自ら訴えたり動いたりすることが困難な患者のそばにとどまり、患者を中心とした実践をすることは困難なこともある。さらに、患者が全面的な生活援助を要する場合、清潔ケアや体位変換などのケアは、個別性を欠いたルーチンワークとなりやすい。こうした状況は、看護する者に、患者を人として尊重できていないような感覚などの葛藤を生じさせる（Villanueva, 1999）。

本研究では、こうした難しさを持つ中でも応答を探り続ける看護師Aさんの実践を記述し、その成り立ちを考察した。その結果、Aさんは意識障害の重篤な患者にもともと関心を向けつつ、直接的なケアの場では患者の反応や身体に関心を引き寄せられ、微細な変化に応じていることが明らかとなった。これは、一見ルーチンワークとみなされるような実践の中でも、看護師が紛れもなく人としての患者との交流を成り立たせていることを示しており、患者を中心としたケアの一端であったと考えられる。看護師を志す学生や臨床で実践する看護師が、これらの実践の記述と成り立ちを理解することで、患者の捉え方や接し方について再考するきっかけを与えるものになると考える。

また、周囲の家族や関係者にとって、交通外傷や疾患により患者が突如として意識障害に陥った際の絶望や不安は計り知れない。急性期の重症意識障害患者の家族成員は、患者とのつながりに対する希望と落胆の共存状態にあり、患者がもとに戻らない可能性を認識すると、“身近な存在”である看護師に患者の過ごし方や様子を確認することが多

くなるという(樽松・黒田, 2011)。このような家族との対話の際には、客観的な「評価」を伝えることも必要だが、ともに希望を持って患者を支えていく姿勢も重要となる。その際に、患者との関わりにおける経験を含む「エピソード」を共有することは有用である。

本研究では、看護師であるAさんにとって、医師の言った「レスポンス」に対する驚きと疑問が持続し、三井さんやその他ケアにあたる周囲の人々へ働きかけていたことが明らかとなった。このように、患者の応答に関する一人ひとりの経験は、共有されることで次の実践へとつながっていく。

現象学の創始者であるフッサールは、私たちは一人ひとりが身体を持って〈ここ〉にいるため、全く同じ物事の現出を捉えることは困難である、と述べる(Husserl, 1952/2009, pp.34-39)。しかし、私たちは互いにコミュニケーションを取り、了解し合うことで自分自身を他者との間に位置づけることができる間主観性を備えているため、同じ物事が自分自身と同じように他者にも現れていると捉えることができる(榎原, 2023, p.31)。このようなあり方において、各主観にとって互いに異なる現出の差は「記述を交換すれば判明し、経験の間主観的な一致に基づいて不一致が明白になる」(Husserl, 1952/2009, p.40)。この論考は、一人ひとりの看護師が捉えた患者の応答が完全に一致することはないが、記述によって差異が明らかになり、それを検討できる可能性を持っていることを示している。このことから、一人ひとりの「エピソード」は客観的な「評価」とは別に、言語化して共有する必要性が支持される。

このように、意識レベルの評価や電子カルテへの記録の際には削ぎ落とされてしまうような患者との関わりを経験をきっかけとして交流を促し、患者および家族へのケアへとつなげていくことは、意識障害が持続する患者の看護として重要な営みであると考えられる。

## V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究参加者および患者の疾患・背景が限定されていたこと、参加観察の日数が2日と限られていたことである。また、参加観察のデータはインタビューで振り返ることができなかったものもあり、研究者の解釈と参加者が実際に捉えたこととの間には差異が生じている可能性がある。今後の課題として、様々な患者に関わる看護師の実践について長期的に調査を行い、必要時は言語化や記述を通して差異を検討しつつ探究することで、応答を探ることやそれ以外の重要な実践を明らかにすることができると考える。

## 結 論

急性期病棟において意識障害が持続する患者に関わる看護師の実践は、患者の反応や身体に関心を引き寄せられ、微細な変化に応じることで成り立っていた。状況づけられた看護師のあり方と、安定していないことへの注意を背景に知覚された経験は、評価として応答を「感じる」とはいえないものであった。しかし、私と患者との間の交流で生じる「エピソード」は、患者や周囲の人々との交流を生み、継続的なチームの実践を成り立たせていた。本研究結果により、客観的な評価にとどまらず、患者との関わりを経験を共有することの重要性が示された。

## 謝 辞

本研究にご協力いただいた参加者の皆様、患者様方、病院関係者の皆様に感謝申し上げます。本研究の計画から調査、論文執筆まで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43回日本看護科学域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

- 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.E. (1984) / 井部俊子・井村真澄・上泉和子訳 (1992). ベナー看護論：達人ナースの卓越性とパワー. (p.22). 東京：医学書院.
- Benner, P.E., Wrubel, J. (1989) / 難波卓志訳 (1999). 現象学的人間論と看護. (pp.28-29). 東京：医学書院.
- Heidegger, M. (1927) / 高田珠樹訳 (2013). 存在と時間. (p.181). 東京：作品社.
- Husserl, E. (1952) / 立松弘孝・榎原哲也訳 (2009). *イデー二 II*. (pp.34-40). 東京：みすず書房.
- 家高 洋 (2017). 質的ケース・スタディの正当性：「ケースの知」と「個別」、そして「普遍」. *東北医科薬科大学教養教育関係論集*, 30, 23-52.
- 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.
- 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.
- 木田 元 (1970). *現象学*. 40-49, 東京：岩波書店.
- 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 (2014年2月). 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf) (参照2024年8月24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.
- Lee, T.M., Savage, J., McKee, H., Flament, M.P., D'Onofrio, S., Eckert, S. (2013). How do you know when your patient is "waking up": Coma recovery assessment in a complex continuing care setting. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 35(2), 27-33.
- 前田泰樹 (2020). 現象学とエスノメソロジー: 経験の一人称性と社会性. *フッサール研究*, 17, 87-106.
- 松葉祥一, 西村ユミ (2014). *現象学的看護研究: 理論と分析の実際*. 122-149, 東京: 医学書院.
- 松田和郎 (2010). 意識とは何か: 意識障害治療と神経解剖学研究の現場から. *人体科学*, 19(1), 21-35.
- 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.
- Merleau-Ponty, M. (1945)/竹内芳郎・小木貞孝訳 (1967). *知覚の現象学 1*. (p.132). 東京: みすず書房.
- Merleau-Ponty, M. (1945)/竹内芳郎・木田元・宮本忠雄訳 (1974). *知覚の現象学 2*. (pp.21, 39-40, 217-220, 312-340). 東京: みすず書房.
- Merleau-Ponty, M. (1960)/廣瀬浩司編訳 (2020). *精選 シーニュ*. (pp.187, 192). 東京: 筑摩書房.
- 西村ユミ (2011). 看護ケアの実践知: 「うまくできない」実践の語りが見せるもの. *看護研究*, 44(1), 49-62.
- 西村ユミ (2018). *語りかける身体: 看護ケアの現象学*. 22-55, 東京: 講談社.
- 大谷則子 (2023). 看護師の直観に関する文献検討: 哲学的な見方を手がかりとした一考察. *和洋女子大学紀要*, 64, 185-193.
- Plum, F., Posner, J.B. (1980)/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.
- 榊原哲也 (2018). *医療ケアを問いなおす: 患者をトータルにみることの現象学*. 45-48, 東京: 筑摩書房.
- 榊原哲也 (2023). *フッサール現象学の展開*. 榊原哲也, 本郷均 (編著), *現代に生きる現象学: 意味・身体・ケア* (p.31). 東京: 放送大学教育振興会.
- 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. *秋田大学保健学専攻紀要*, 22(1), 45-57.
- 佐藤郁哉 (2002). *フィールドワークの技法: 問いを育てる, 仮説をきたえる*. 156-217, 東京: 新曜社.
- 佐山静江, 福井トシ子, 紙屋克子, 日高紀久江, 林裕子, 小野田舞 (2010). *急性期病院に入院している遷延性意識障害患者の実態調査報告書*. <https://www.kanhoren.jp/wp/wp-content/themes/twentyseventeen/pdf/jimukyoku/79-22-03.pdf> (参照2024年8月24日)
- 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.
- 武田ひかる (2024). 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*, 47(5), 985-996. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240304251>
- 田代幸子 (2020). 集中治療室看護師の何気ない行為の成り立ち: 意思疎通困難な患者を「感じている人」として捉え直す. *質的心理学研究*, 19(19), 158-174.
- 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](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](https://doi.org/10.20593/jabedit.21.1_4)
- 土屋涼子, 三上佳澄, 會津桂子, 西沢義子 (2017). 意識障害のある患者に対する看護師の観察に関する実態調査: グループインタビューからの分析. *日本看護研究学会雑誌*, 40(4), 613-621.
- 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だ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. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31(4), 216-223. <https://doi.org/10.1097/01376517-199908000-00003>
- 吉川孝 (2017). 現象学の特徴. 植村玄輝, 八重樫徹, 吉川孝 (編著), 富山豊, 森功次 (著), *ワードマップ 現代現象学: 経験から始める哲学入門* (p.7). 東京: 新曜社.

[2024年4月10日受付]  
[2024年11月22日採用決定]

# The Constitution of Nursing Practice for Sustained Consciousness Disorders in an Acute Care Unit: Focusing on Exploring Responses

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2025, 48(2), 67-80  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20241122260>

Hikaru Takeda, MSN, RN

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

## Abstract

**Objective:** This study aimed to investigate nursing practices that explore patient responses in acute care wards for individuals with persistent consciousness disorders and clarify how these practices are constituted.

**Methods:** A phenomenological research design was employed, focusing on the practices of nurses working in neurology and neurosurgery wards. Data collection involved both observations and interviews with a nurse.

**Results:** The analysis identified four themes related to the practice of “exploring response” and three additional background themes. **Conclusions:** Nursing practices are grounded on patient responses, conditions, and subtle changes. Interactions between the nurse and patient facilitated communication that either elicited direct responses from the patient or involved inquiries into the experiences of other staff members. The findings underscored the importance of sharing nurses’ experiences of patient interactions alongside their objective evaluations.

## Key words

Consciousness Disorders, Nursing Care, Qualitative Research

---

**Correspondence:** H. Takeda. Email: [takeda-hikaru1@ed.tmu.ac.jp](mailto:takeda-hikaru1@ed.tmu.ac.jp)

# 病院の看護教育者のためのコンピテンシー自己評価尺度の開発

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(2), 81-90  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20241127259>

大村由紀美<sup>1</sup>, 松本智晴<sup>2</sup>, 前田ひとみ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>令和健康科学大学看護学部看護学科/熊本大学大学院保健学教育部博士後期課程, <sup>2</sup>熊本大学大学院生命科学研究部

<sup>3</sup>熊本保健科学大学大学院保健科学研究科

## 要旨

目的：看護教育者のコンピテンシー自己評価尺度（CNE Competency Scale）を作成し妥当性と信頼性を検証する。方法：文献より抽出したコンピテンシー項目について、病院における看護教育経験者により内容妥当性と表面妥当性を評価し尺度原案60項目を作成した。全国400床以上の214病院の看護教育者501名に質問紙調査をした。尺度の妥当性と信頼性を分析した。結果：分析対象は301名で、因子分析の結果、【教育者に適した個人特性】【教育活動の計画と評価】【周囲に働きかけるスキル】【学習者に合わせた教育の実践】【生涯学習の支援】【研究成果の創出と活用】の6因子34項目となった。尺度のモデル適合度は概ね良好で高い収束的妥当性、既知グループ妥当性と信頼性が示された（ $\alpha$ 係数 .95）。結論：妥当性と信頼性が確保されたCNE Competency Scaleが作成できた。

## キーワード

病院, 看護生涯教育, 指導者, 専門能力, 自己評価

責任著者：大村由紀美, Email: y.omura@rhs-u.ac.jp

## 緒言

2010年4月より新人看護職員の臨床研修が努力義務化され、各病院で看護職の継続教育を担当する教育者が配置されるようになった。近年では、少子超高齢社会の進行や、人々の価値観の変化等により、国民の健康に対するニーズはさらに多様化・複雑化している。2023年には日本看護協会から、変化する社会やニーズに合わせ、看護職は個人のキャリアビジョンに沿って継続的な学習を主体的かつ自律的に取り組む生涯学習の重要性が示された（日本看護協会, 2023）。病院の看護職員全体の教育や学習支援に携わる教育部署や教育委員会等の教育者（以下、看護教育者）は、教育プログラムの立案から評価、集合研修の講師等、個人や集団を対象とした教育や学習支援を担っており、その役割は益々重要となってきている。しかし、日本看護協会（2015）の「新人看護職員臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド」には、研修の企画、運営、実施、評価や集合研修の講師等を行う看護教育者の役割については示されているが、看護教育者に必要な具体的能力については言及されていない。そのため、看護教育者の育成や能力開発は、組織や個人に任されており、2016年の調査では看護教育者の育成プログラムがあ

る施設は21.4%であった（大村ほか, 2017）。このことから、初めて看護教育者となる人の多くは、系統的な教育を受ける機会を得られないままその役割を担うことを強いられ、不安や（原, 2011）困難を感じている（村井・中山・植田, 2023）のが現状である。一方で、米国ではCertified Nurse Educator（CNE）やClinical Nurse Leader（CNL）などの看護教育者の養成プログラムや資格認定制度があることから（Hagler, Poindexter, & Lindell, 2014 ; Murphy, 2014 ; Rankin, 2015）、これらの教育を受けた担当者が看護職への教育を行っており、看護教育者を対象としたコンピテンシーのアセスメントツールや教育プログラムの開発が進んでいる（Collazo, 2016）。

コンピテンシーの定義は職種や分野により異なっているが（加藤, 2011）、一般的にSpencer & Spencer（1993/2011）の「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根拠的特性」（p.11）という定義が用いられることが多く、具体的には、表在化している知識やスキルだけでなく、行動を引き出す動因、個人の特性や自己イメージ、価値観を含むものとされる。看護教育者のコンピテンシーにおいても、専門的な能力やスキル、態度や価値観を含んだものと定義されることが多く（Kalb, 2008 ; Poindexter, 2013）、

看護師の人材育成において、コンピテンシーは教育の質の向上や標準化のための重要な概念として、近年、注目されている。国内においては森山（2010）が、看護継続教育に従事する“Educator”の概念を明らかにした研究で、教育担当者の主要能力を6つの領域に整理したが、各能力の抽象度が高いため、コンピテンシー測定には測定可能なレベルまで具体化する必要があると述べている。しかし、その後、本邦では看護教育者のコンピテンシーを具体的に示した研究は見当たらなかった。看護教育者のコンピテンシーが明らかになれば、学習すべき点が明確になり、コンピテンシーを基盤にした専門的なプログラム開発や質の高い看護教育者の育成につながると考える。国内においては、看護教育者になる人の不安や困難があるという現状や、看護教育者の能力開発の基盤となるコンピテンシーが具体的な現状から、まずは看護教育者に必要なコンピテンシーを明らかにする必要があると考えた。

以上より、本研究では、日本の病院に勤務する看護教育者のコンピテンシー自己評価尺度（Competency Self-evaluation Scale for Continuing Nursing Educators）を作成し、その妥当性と信頼性を検証することを目的とした。本尺度を作成することで、看護職の生涯学習の支援者としてのコンピテンシー開発や、多様化・複雑化する社会のヘルスケアニーズに対応できる看護職員の育成につながると考える。

## I. 用語の操作的定義

1. 看護教育者：従来の継続教育（日本看護協会，2012）の定義を参考に、病院の看護職員全体の教育や学習支援に携わる教育部署や教育委員会等の組織に所属する看護職を指す。
2. コンピテンシー：Spencer & Spencer（1993/2011）、Kalb（2008）、Poindexter（2013）の定義を参考に、看護教育者の職務に必要な能力で、知識、スキル、態度やその他の行動特性を包括したものとす。

## II. 研究方法

### 1. 尺度原案の作成プロセス

Brunt（2014）は病院で働く看護教育者に当てはまるコンピテンシーの項目を具体的に示した看護専門職能力開発者のコンピテンシーのアセスメントツール（Nursing Professional Development Specialist Competency Assessment Tool, 以下、NPDコンピテンシーツール）を開発している。NPDコンピテンシーツールは、79の大項目の下に4～7つの小項目があり、合計404項目で構成されている。しかし、このツールは病院で働く看護教育者だけでなく、大

学等の教育機関の教育者にも適用できるよう、大学や学術機関での教育・研究活動、学生の役割開発に関することも含まれており、日本の病院で働く看護教育者の現状に合わない項目もある。また、小項目は細かすぎて類似した項目があることから、NPDコンピテンシーツールの大項目とコンピテンシーに関するその他の文献（Southern Regional Education Board, 2002；Robinson, 2009；National League for Nursing, 2005；Johnsen, Aasgaard, Wahl, & Salminen, 2002）も加え、看護教育者の経験がある研究者6名で全員の合意が得られるまで検討し、看護教育者に必要なコンピテンシーを抽出した。それらをコンピテンシーの定義に沿って具体的に表現し、1項目に複数のコンピテンシーを含まないように検討した結果、合計60項目となった。これらが「看護継続教育に従事する“Educator”の概念分析」（森山，2010）の属性の「必要な知識、スキル、態度や行動、資質」として記載されている項目を含んでいるかを確認した。さらに、これらの60項目について、看護教育者の経験を持つ大学教員2名を加え、内容妥当性と表面妥当性を検討し、表現の修正を行った結果、最終的に60項目のCNE Competency Scale原案を作成した。

### 2. 対象者

尺度作成のサンプルサイズは質問項目の5～10倍程度が必要であるとされており（松尾・中村，2002）、分析対象者数の目標を300名以上とした。400床以上の病院で看護部長の承諾が得られた214施設に勤務する看護教育者501名を対象とした。対象者の条件は、看護部全体の看護職の教育を担当する部署（または組織）に配属されている看護職員で、看護職員の院内の集合研修（部署を離れた場で行われる院内研修）や教育プログラム全体の企画、運営、実施、評価に1回以上携わったことがある看護教育者の専任（専ら、看護職員の教育を業務とする看護職員）および兼任（病棟等勤務と兼任）とした。

### 3. データ収集方法

厚生労働省や都道府県が公開しているデータを基に作成された病院情報局ホームページのデータベースから、全国の400床以上の病院を検索し、774施設（2020年9月時点）を抽出した。対象病院を400床以上とした理由は、大規模病院であることから看護教育者の人数が多く配置されると推測され、特定機能病院や大学病院を含み様々な教育機会の必要性が高いと考えたためである。

対象病院の看護部長宛に郵送で書面による研究協力を依頼し、研究協力の諾否と協力可能な対象者数について郵送で回答を得た。研究協力への内諾が得られた施設の対象者宛に、同意説明文書と無記名自記式質問紙を郵送して、各

自が返信用封筒を用いて質問紙を投函できるようにし、郵送法で回収した。1回目調査から1ヶ月後に再テストとして2回目調査を行った。1回目と2回目の質問紙へ任意の4桁の数字を記入してもらうことで2回分のデータを照合した。調査は2020年10月～12月に実施した。

#### 4. 調査内容

##### (1) 対象者の属性

対象者の属性として、年齢、性別、職位、最終学歴、臨床経験年数、看護教育者としての経験年数、従事形態、教育部署の有無と専任者の人数、看護教育者の育成研修の有無等について回答を求めた。

##### (2) CNE Competency Scale原案

尺度原案60項目について、「自分にあてはまる程度」(1 全くあてはまらない, 2 ほとんどあてはまらない, 3 どちらともいえない, 4 ややあてはまる, 5 非常にあてはまる)を5段階で回答を求め点数化した。

##### (3) 教育ニードアセスメントツール—院内教育担当者用—

教育ニードアセスメントツール—院内教育担当者用—(服部・舟島・中山, 2015)は、院内教育担当者に特有の望ましい状態や行動について院内教育担当者の教育ニードを測定する尺度で、信頼性や妥当性が検証されている。院内教育担当者に特有の望ましい状態や行動は、看護教育者に求められるコンピテンシーの一部と考えられることから、収束的妥当性の検討に用いることにした。この尺度は7下位尺度、35項目に4段階のリッカートスケールで回答し、点数が高いほど教育ニードが高いと判断する。尺度の使用許諾の手続きを得て使用した。本研究におけるCronbachの $\alpha$ 係数は、.95であった。

##### (4) 看護教育者としての教育の経験

CNE Competency Scaleの得点との関連を分析するため、これまでの教育実践の経験、看護教育者に必要な研修を受講した経験の有無について回答を求めた。

#### 5. 分析方法

統計解析には、IBM SPSS Statistics Ver. 28, AMOS Ver. 27を用い、有意水準は5%未満とした。

##### (1) 項目分析

天井効果、フロア効果、I-T相関分析、項目間相関分析、G-P分析を行った。天井効果またはフロア効果がある項目については、必要性の判断と、一つの選択肢に75%以上の集中を認めたものを除外するという判断(浦上・脇田, 2008)を参考に決定した。I-T相関分析の相関係数が.40未満、項目間相関分析の相関係数が.80以上の項目は除外した。その後、構造的妥当性として探索的因子分析(主因子

法、プロマックス回転)を行い、因子数は固有値1以上の基準と因子の解釈可能性の観点から決定し、因子負荷量が.40以上を採択の基準とした。因子負荷量が.40未満の項目を除外しながら分析を繰り返した。

##### (2) 妥当性の検証

探索的因子分析の妥当性を確認するために、モデルの適合度を算出した。適合度指標のGFIとAGFIは.90以上、RMSEAは.05以下を基準としモデルの当てはまりがよいと判断した(小塩, 2008)。

収束的妥当性の検証として、教育ニードアセスメントツール—院内教育担当者用—とCNE Competency Scaleとの相関係数を算出した。2つの尺度はリッカート尺度の設定が逆向きになっているため、教育ニードアセスメントツール—院内教育担当者用—の得点を逆転処理して分析した。既知グループ妥当性の検証では、看護教育者としての経験や教育を受けた経験がある人はコンピテンシーが高いと仮定した。Lane (1996)の教育担当者のレベルを参考に、経験3年以上で自立して教育活動ができると判断し、看護教育者としての経験が2年目以下の群と3年目以上の群に分けた。教育実践の回数については参考となる基準はないため平均値で二分し、16回未満を少ない群、16回以上を多い群に分け、看護教育者に必要な研修の受講についても有無別に2群に分け、各項目について2群でCNE Competency Scaleの得点を比較し、独立2群の $t$ 検定を行った。

##### (3) 信頼性の検証

Cronbachの $\alpha$ 係数を算出し、内的整合性を検証した。また、再テスト法による尺度全体、下位尺度毎の得点について級内相関係数(intraclass correlation coefficient: ICC)を算出し尺度の安定性を検証した。

#### 6. 倫理的配慮

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部等人を対象とする生命科学・医学系研究疫学・一般部門倫理委員会の承認(倫理第2122号)および福岡大学医に関する倫理委員会の承認(承認番号:U19-12-010)を得て実施した。看護部長と対象者に、研究の趣旨、目的、研究協力の任意性、データの機密性と保管方法、研究情報の開示方法と、結果の公表の際には個人が特定できないようプライバシーに配慮することを文書で説明した。質問紙の返信は密封の上、個別返送とし、質問紙の同意確認欄へのチェックをしてもらい研究への同意を確認した。

### Ⅲ. 結 果

回収数は350名(回収率69.9%)であった。コンピテン

シー項目に欠損値や無効回答のあるデータ49名分を除外し、60項目全てに回答のあった301名（有効回答率86.0%）を分析対象とした。収束的妥当性の検証では、2つの尺度の全てに回答のあった162名を分析対象とした。

1. 対象者と施設の概要（表1）

対象者の平均年齢は、48.1±6.1歳、臨床経験年数の平均は25.1±6.9年、看護教育者としての経験年数の平均は4.7±4.2年であった。従事形態は、教育部署の専任139名（46.2%）、看護部管理部門119名（39.5%）、病棟等で勤務し教育組織に所属している人（兼任）が42名（14.0%）であった。

表1 対象者の属性

		n = 301	
項目		人数	%
性別	男性	27	9.0
	女性	274	91.0
職位	看護部長・副看護部長	64	21.3
	看護師長	124	41.2
	副看護部長・主任	94	31.2
	スタッフ	13	4.3
	その他	6	2.0
最終学歴	専門学校	167	55.5
	短期大学	24	8.0
	大学	51	16.9
	大学院（修士）	53	17.6
	大学院（博士）	5	1.7
	無回答	1	0.3
従事形態	専任	139	46.2
	管理部門	119	39.5
	兼任	42	14.0
	無回答	1	0.3
教育部署の有無	あり	218	72.4
	なし	82	27.3
	無回答	1	0.3
看護教育者の役割の明文化	明文化されている	240	79.7
	明文化されていない	57	19.0
	無回答	4	1.3
看護教育者の育成研修	あり	57	18.9
	なし	239	79.4
	無回答	5	1.7
		平均値	標準偏差
年齢		48.1	6.1
臨床経験年数		25.1	6.9
看護教育者の経験年数		4.7	4.2
教育部署の専任者の人数		2.2	1.4

2. CNE Competency Scaleについて

コンピテンシー60項目のうち、4項目に天井効果を認めしたが、看護教育者としての倫理的な内容や個人情報を取り

扱いに関する内容であることからコンピテンシーの構成に必要であり、一つの選択肢への集中は34.2~56.5%にとどまっていたため除外しなかった。フロア効果はなかった。I-T相関は $r=.37\sim .73$ の範囲であり、 $r=.40$ 未満の1項目を除外した。また、項目間の相関が $r=.80$ 以上の1項目を除外した。G-P分析では、合計得点を3群に分け、上位群（ $n=100$ ）と下位群（ $n=100$ ）の各項目の平均値をt検定した結果、全項目で上位群が有意に高かった（ $p<.001$ ）。

58項目について探索的因子分析を行った。因子数は固有値1以上の基準と因子の解釈可能性の視点から決定し、因子負荷量が.40未満の項目を削除しながら繰り返し分析し、最終的に34項目、6因子構造となった（表2）。Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度は.94（ $p<.001$ ）であった。正規性の検定（Kolmogorov-Smirnov検定）で、34項目全体の得点は正規分布であることを確認した（ $Z=.04$ ,  $p=.2$ ）。

第1因子は、倫理観や責任感、柔軟性や自己理解など自己の内面に関する項目であったことから【教育者に適した個人特性】とした。第2因子は、教育プログラムや自己の教育活動の計画と評価に関する項目であったことから【教育活動の計画と評価】とした。第3因子は他者に働きかける力に関する項目であったことから【周囲に働きかけるスキル】とした。第4因子は、教育学的な知識を基盤にした教授・教育方法の選択や実践に関する項目であったことから【学習者に合わせた教育の実践】と命名した。第5因子は、生涯学習やキャリア形成支援に関する項目であったことから【生涯学習の支援】とした。第6因子は、学習者の研究支援に関する項目であったことから【研究成果の創出と活用】と命名した。

3. 妥当性と信頼性の検証

構造的妥当性の検証として、34項目6因子で確証的因子分析を行った結果、モデルの適合度はGFI=.86, AGFI=.83, CFI=.93, RMSEA=.05であった（図1）。

収束的妥当性の検証として、CNE Competency Scaleと教育ニードアセスメントツール—院内教育担当者用—との相関係数の分析の結果、合計得点では $r=.59$ と中程度の正の相関があった。下位因子間では全ての組み合わせで相関があり、 $r=.18\sim .57$ で弱い相関から中程度の正の相関を示した。

既知グループ妥当性の検証として、CNE Competency Scaleの得点は看護教育者としての経験年数が3年目以上の群の方が2年目以下の群より高く（ $p<.001$ ）、教育実践の回数が多い群が少ない群より高く（ $p=.001$ ）、看護教育者に必要な研修を受講している群はそうでない群に比べ有意に高かった（ $p<.001$ ）（表3）。

表2 看護教育者に必要なコンピテンシーの因子構造

n = 301

No	因子名・質問項目 (34項目全体の Cronbach $\alpha = .95$ )	因子負荷量						
		因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	
<b>第1因子：教育者に適した個人特性 (8項目 <math>\alpha = .90</math>)</b>								
54	学習者の個人情報取り扱いについて、看護組織の方針や手順に従う	0.81	0.09	-0.17	-0.01	-0.08	0.0	
55	教育活動において倫理観をもって行動する	0.80	-0.08	-0.08	0.07	0.01	0.13	
56	教育活動に責任をもつ	0.72	0.13	0.01	-0.13	0.07	0.06	
52	教育活動において、自己や他者の感情を理解し感情をコントロールする	0.68	0.10	-0.01	-0.01	0.10	-0.12	
49	学習者に対して興味・関心をもって接する	0.61	-0.05	0.17	0.12	-0.04	-0.03	
53	状況に応じて自らの方法や行動を柔軟に変更する	0.60	0.16	0.21	-0.02	-0.07	-0.06	
59	自己の失敗を認める	0.59	-0.16	0.34	0.02	-0.03	-0.09	
60	自己の強みや弱みがわかる	0.48	-0.10	0.30	0.06	0.10	-0.02	
<b>第2因子：教育活動の計画と評価 (8項目 <math>\alpha = .88</math>)</b>								
10	最新の知識を基に教育プログラムを計画する	-0.03	0.82	0.10	-0.01	-0.11	-0.03	
11	教育プログラムの評価を基に新たな教育プログラムを改定、立案する	0.10	0.76	-0.15	-0.01	-0.02	0.08	
12	看護組織の理念や教育目標に基づいた教育プログラムを開発する	0.12	0.64	-0.13	-0.06	0.08	0.14	
9	教育計画に学習者のニーズ分析結果を組み込む	0.10	0.62	0.08	0.03	-0.07	0.02	
17	教育プログラムの成果指標を看護組織で共有する	-0.03	0.60	0.10	0.02	0.12	-0.16	
15	教育プログラムの分析・評価のために様々な評価指標 (尺度) を使用する	-0.17	0.50	0.22	0.04	0.18	-0.10	
18	教育活動を看護組織の優先順位に基づいて修正する	0.12	0.46	-0.01	0.09	0.07	0.02	
6	教育プログラムに学習理論や成人教育の原理を使用する	-0.11	0.44	0.14	0.31	-0.05	0.04	
<b>第3因子：周囲に働きかけるスキル (7項目 <math>\alpha = .88</math>)</b>								
44	ユーモアを発揮する	0.01	-0.01	0.80	-0.05	-0.10	-0.04	
57	創造性に富んでいる	0.04	0.17	0.72	-0.12	-0.09	0.06	
58	教育に対する強い熱意を表現する	0.07	-0.03	0.65	0.04	0.00	0.03	
45	教育に関わるチームの明確な目標を達成するためにチームビルディングを促進する	-0.05	0.08	0.47	0.11	0.16	0.14	
48	コーチングを活用しリーダーシップを発揮する	0.22	0.01	0.46	0.10	0.06	0.04	
46	教育者としてロールモデルとなる	0.17	0.08	0.46	0.01	0.14	0.07	
40	教育の実践について同僚にフィードバックを求める	0.13	0.04	0.46	0.03	-0.02	0.06	
<b>第4因子：学習者に合わせた教育の実践 (5項目 <math>\alpha = .87</math>)</b>								
2	学習者の特徴 (グループサイズや学習ニーズ) に合わせ、視聴覚教材を使用する	-0.07	-0.06	-0.05	0.99	-0.05	0.02	
1	学習者の特徴 (グループサイズや学習ニーズ) に合わせ、教授方法を選択する	0.13	0.10	-0.10	0.76	-0.07	0.04	
3	研修目標を達成するために学習教材を選択する	0.16	0.00	-0.01	0.65	0.09	-0.06	
4	学習者の反応に合わせて、プレゼンテーションの内容と方法を調整する	-0.09	0.25	0.15	0.45	0.04	-0.01	
5	学習者のグループディスカッションや対話が促進されるように導く	0.06	0.16	0.14	0.41	0.05	-0.02	
<b>第5因子：生涯学習の支援 (3項目 <math>\alpha = .87</math>)</b>								
22	看護職員個人の生涯学習を促進する	-0.01	-0.03	-0.05	0.06	0.94	-0.07	
23	看護組織全体の生涯学習を促進する	0.03	0.05	-0.10	-0.07	0.90	0.03	
24	学習者のキャリア形成について支援する	0.00	0.03	0.06	-0.03	0.63	0.16	
<b>第6因子：研究成果の創出と活用 (3項目 <math>\alpha = .82</math>)</b>								
33	学習者の研究を促進するために支援をする	0.08	0.03	-0.13	0.04	-0.04	0.83	
34	研究を実施し、新たな知見を共有する	-0.10	-0.05	0.24	-0.04	-0.01	0.74	
32	研究成果を看護実践で活用するために学習者を支援する	-0.06	0.02	0.10	0.02	0.17	0.57	
因子間相関		第1因子	1.00					
		第2因子	.53	1.00				
		第3因子	.59	.62	1.00			
		第4因子	.53	.62	.63	1.00		
		第5因子	.41	.57	.59	.46	1.00	
		第6因子	.33	.51	.49	.37	.56	1.00

因子抽出法：主因子法, 回転法：プロマックス回転

表3 既知グループにおける尺度合計得点の比較

調査項目	群分け	n	尺度合計得点		
			平均値±SD	t値	p
看護教育者の 経験年数	2年目以下	115	123.95±18.61	-5.07	<.001
	3年目以上	186	134.28±16.28		
看護職教育の 実践回数/年	16回未満	147	126.99±17.74	-3.22	.001
	16回以上	154	133.53±17.51		
看護教育者の 研修受講	なし	65	123.28±18.75	-3.66	<.001
	あり	236	132.28±17.19		

独立2群のt検定

信頼性の検証として、内的一貫性を示すCronbachのα係数は34項目全体で.95、下位因子では.82～.90であった(表2)。再テスト法による1回目と2回目調査の尺度の合計得点の級内相関係数は.82、各因子の得点の級内相関係数は.67～.82の範囲であった。

#### IV. 考 察

##### 1. 尺度の構成要素

第1因子の【教育者に適した個人特性】は、倫理観や責任感、柔軟性や自己理解等の看護専門職に必要な資質に関する内容で構成されていた。特に倫理観については看護教育者として必須あるいは中核のコンピテンシーとして認識されている(Salminen, et al., 2016; WHO, 2016)。看護教育者がこれまでの十分な臨床経験から看護専門職として培った価値観や姿勢をもとに、教育活動を行う際の在り方を示す基本的な要素といえる。第2因子と第4因子は教育学的知識を基盤にしたコンピテンシーであった。第2因子の【教育活動の計画と評価】は学習理論や成人教育の原理を活用しながら、学習者のニーズ把握、教育プログラムの立案・評価、修正までの一連のプロセスに沿った内容で構成された。第4因子の【学習者に合わせた教育の実践】では、学習者の特徴に合わせた教授方法の活用に必要な要素で、看護職員の研修を担当する際の基本的コンピテンシーといえる。看護教育者のコンピテンシーは教育者として実践するための教育学的なコンピテンシーを含む(Mikkonen, et al., 2019)ことから第2因子、第4因子の要素は妥当といえる。第3因子の【周囲に働きかけるスキル】は周囲と協働しながら教育活動を行うために必要なコミュニケーションスキルや他者に働きかける行動が含まれていた。院内で組織横断的に活動する看護教育者に必要な要素といえる。コミュニケーションやチームと協働するコンピテンシーは看護教育者の中核的なコンピテンシーである(WHO, 2016)。第5因子の【生涯学習の支援】は、個人や組織の生涯学習の促進やキャリア形成支援から構成された。キャリア形成支援や生涯学習支援は看護職を雇用し

ている組織等の責務とされ、近年、看護職の主体的な学びや能力を高めるために支援の重要性は増している(日本看護協会, 2023)。看護職の能力開発を支援する看護教育者のコンピテンシーとして必須の要素といえる。第6因子の【研究成果の創出と活用】は研究による知見の共有や研究成果の臨床への活用といった研究支援に関する内容で構成された。

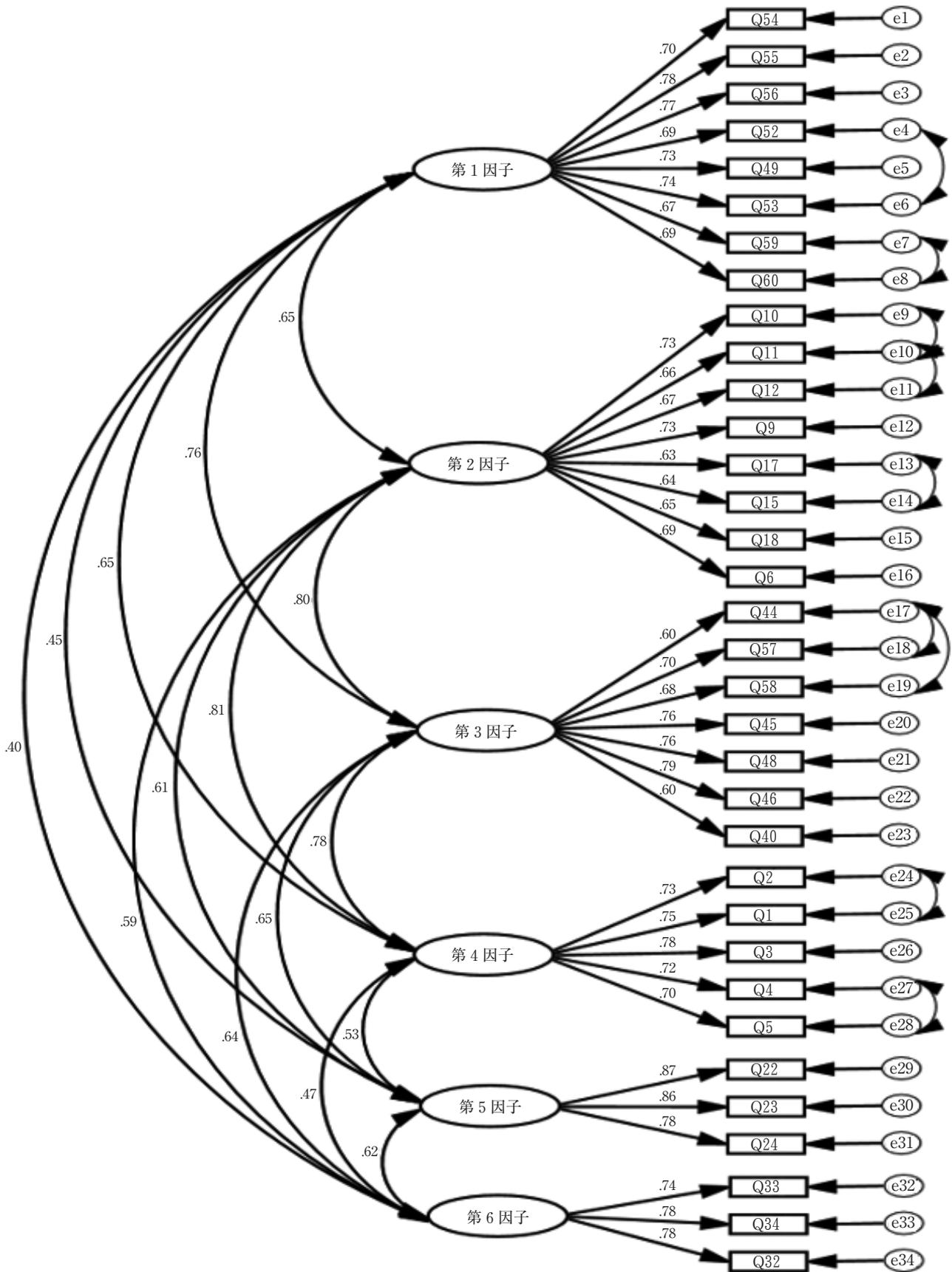
看護教育者のコンピテンシーは教育者として実践するための教育学的なコンピテンシーや看護職としてのコンピテンシーに加え、前向きな価値観や姿勢、看護専門職としての能力開発の要素を含む(Lemetti, Pakarinen, Salminen, Virtanen, & Haapa, 2023; Mikkonen, et al., 2018; Salminen, Stolt, Koskinen, Katajisto, & Leino-Kilpi, 2013)。CNE Competency Scaleに示されたコンピテンシーは、看護職の臨床経験により培われたコンピテンシーと臨床経験だけでは培われることのない教育学的知識を基盤にした個人や集団への学習支援や能力開発支援、研究の創出や活用といった教育・研究に関するコンピテンシーを含んでいた。したがって、病院における看護教育者のコンピテンシーの項目として妥当といえる。

##### 2. 尺度の妥当性と信頼性

まず、コンピテンシー項目の作成にあたっては、看護教育者を対象とした研究を基に開発されたコンピテンシー項目(Brunt, 2014)を中心に複数の文献から抽出し、看護教育者としての経験がある者で項目を検討した。

本尺度におけるモデルの適合度指標は、GFI=.86とAGFI=.83はやや.90を下回ったが概ね基準値に近く、RMSEA=.05は基準値内であり良好なモデルといえる。

収束的妥当性では、CNE Competency Scaleと教育ニードアセスメントツール—院内教育担当者用—との相関係数は $r=.59$ であり中程度の正の相関があった。また、下位因子間では全ての組み合わせで相関があり、 $r=.18\sim.57$ で弱い相関から中程度の正の相関を示したことから、本尺度が病院の看護教育者に求められる能力を測定できていると判断する。



GFI = .86 AGFI = .83 CFI = .93 RMSEA = .05 n = 301

図1 看護教育者のためのコンピテンシー自己評価尺度の確証的因子分析

本研究では、看護教育者の経験年数が長いこと、教育実践の経験や教育を受けた経験によって尺度得点が有意に高かった。先行研究では看護教育者の経験年数の長さはコンピテンシーの高さに影響することが明らかになっており (McAllister & Flynn, 2016)、コンピテンシーは経験により習得可能なものである (古川・JMAMコンピテンシー研究会, 2002) という理論と矛盾しない結果であった。従って、CNE Competency Scaleはコンピテンシーの高さを適切に判別できる可能性が高い。

Cronbachの $\alpha$ 係数は、.80以上が望ましい (Polit & Beck, 2004/2010)。CNE Competency Scale全体のCronbachの $\alpha$ 係数は、.95で内的整合性が高く、全項目が同じ特性を測定していると判断できる。また、再テスト法では良好な安定性を確認でき、信頼性について確認できた。

### 3. 尺度の活用可能性

本研究で可視化されたコンピテンシーは、看護教育者の能力開発の際の一つの評価指標となり、本尺度は活用の可能性が高いといえる。具体的には、尺度得点の低い内容が新任の看護教育者にとって強化すべき点であり、尺度項目に関連した学習内容を明確にすることができる。また、経時的に評価することで自己の課題についてリフレクションができ、自己成長へと繋げることができる。さらに、看護教育者の教育プログラムを開発する際の評価指標とすることができ、発展性が高いといえる。

### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では400床以上の病院の看護教育者を対象とした。そのため、400床未満の病院における看護教育者にも適応可能であるか検証が必要である。

本尺度は自己評価による回答であったが、将来的には、実際の高パフォーマンス者の特徴と本尺度の得点との関連について検証し、より客観的評価が可能な尺度へと発展させる必要がある。

## 結 論

CNE Competency Scaleは、【教育者に適した個人特性】【教育活動の計画と評価】【周囲に働きかけるスキル】【学習者に合わせた教育の実践】【生涯学習の支援】【研究成果の創出と活用】の6因子34項目で構成された。CNE Competency Scaleは内容妥当性、構造的妥当性、収束的妥当性、既知グループ妥当性の複数の視点と、内的整合性や安定性の面から検証し尺度の妥当性と信頼性が確認された。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました看護部長の皆様、対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

## 付 記

本研究の一部は、第41回日本看護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。

## 研究助成情報

本研究はJSPS科研費JP19K24216、JSPS科研費JP21K10595の助成を受け実施した。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- Brunt, B.A. (2014). *Nursing professional development competencies*. 41-48, Danvers, MA: HCPro.
- Collazo, S. (2016). *Nursing professional development educator competency learning and development. Doctoral dissertation of Capella University*, 12-16.
- 古川久敬, JMAMコンピテンシー研究会 (2002). *コンピテンシーラーニング：業績向上につながる能力開発の新指標*. 67, 東京：日本能率協会マネジメントセンター.
- Hagler, D., Poindexter, K., Lindell, D. (2014). Integrating your experience and opportunities to prepare for nurse educator certification. *Nurse Educator*, 39(1), 45-48.
- 原 寿子 (2011). 教育委員の経験を通して語られた思い. *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録*, 37, 172-178.
- 服部美香, 舟島なをみ, 中山登志子 (2015). 「教育ニードアセスメントツール—院内教育担当者用—」の開発. *看護教育学研究*, 24(1), 101-113.
- Johnsen, K.O., Aasgaard, H.S., Wahl, A.K., Salminen, L. (2002). Nurse educator competence: A study of Norwegian nurse educators' opinions of the importance and application of different nurse educator competence domains. *Journal of Nursing Education*, 41(7), 295-301.
- Kalb, K.A. (2008). Core competencies of nurse educators: Inspiring excellence in nurse educator practice. *Nursing Education Perspectives*, 29(4), 217-219.
- 加藤恭子 (2011). 日米におけるコンピテンシー概念の生成と混乱. *日本大学経済学部産業経営研究所所報*, 68, 46-50.
- Lane, A.J. (1996). Developing healthcare educators. The application of a conceptual model. *Journal of Nursing Staff Development*, 12(5), 252-259.
- Lemetti, T., Pakarinen, A., Salminen, L., Virtanen, H., Haapa, T. (2023). Instruments assessing nurse educator's competence: A scoping

- review. *Nursing Open*, 10(4), 1985-2002.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002). *誰も教えてくれなかった因子分析: 数式が絶対に出てこない因子分析入門*. 38, 京都: 北大路書房.
- McAllister, M., Flynn, T. (2016). The Capabilities of Nurse Educators (CONE) questionnaire: Development and evaluation. *Nurse Education Today*, 39, 122-127.
- Mikkonen, K., Koskinen, M., Koskinen, C., Koivula, M., Koskimäki, M., Lähteenmäki, M.L., Mäki - Hakola, H., Wallin, O., Sjögren, T., Salminen, L., Sormunen, M., Saaranen, T., Kuivila, H.M., Kääriäinen, M. (2019). Qualitative study of social and healthcare educators' perceptions of their competence in education. *Health and Social Care in the Community*, 27(6), 1555-1563.
- Mikkonen, K., Ojala, T., Sjögren, T., Piirainen, A., Koskinen, C., Koskinen, M., Koivula, M., Sormunen, M., Saaranen, T., Salminen, L., Koskimäki, M., Ruotsalainen, H., Lähteenmäki, M.L., Wallin, O., Mäki - Hakola, H., Kääriäinen, M. (2018). Competence areas of health science teachers - A systematic review of quantitative studies. *Nurse Education Today*, 70, 77-86.
- 森山ますみ (2010). 医療施設において看護継続教育に従事する“Educator”の概念分析. *日本看護学教育学会誌*, 20(2), 25-34.
- 村井佳美, 中山登志子, 植田満美子 (2023). 院内教育の講師を担当する看護職者が直面する困難と克服法: 病院に就業し講師を担当する看護職者に着眼して. *看護教育学研究*, 32(1), 39-53.
- Murphy, E.A. (2014). Healthcare reform - A new role for changing times: embracing the clinical nurse leader role - A strategic partnership to drive outcomes. *Nurse Leader*, 12(4), 53-57.
- National League for Nursing (2005). *Core Competencies of nurse educators with task statements*. New York, NY: National league of Nursing Organization.
- 日本看護協会 (2012). *継続教育の基準 Ver. 2*. <https://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/9519723/www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku> (参照2016年9月11日)
- 日本看護協会 (2015). *新人看護職員臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド: 三大資料付*. 16-25, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 (2023). *生涯学習支援ガイドブック*. <https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/learning/support-lll-guide.pdf> (参照2023年10月24日)
- 大村由紀美, 吉川由香里, 酒井久美子, 平川善大, 伊藤明美, 山口千夏 (2017). 看護職のOff the Job Training担当者に求められるコンピテンシーの構成要素と影響因子: Off the Job Training担当者への全国調査. *木村看護教育振興財団看護研究集録*, 24, 1-15.
- 小塩真司 (2008). *はじめての共分散構造分析: Amosによるパス解析*. 115-116, 東京: 東京図書.
- Poindexter, K. (2013). Novice nurse educator entry-level competency to teach: A national study. *Journal of Nursing Education*, 52(10), 559-566.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2004)/近藤潤子監訳 (2010). *看護研究: 原理と方法 (第2版)*. (pp.243, 435). 東京: 医学書院.
- Rankin, V. (2015). Clinical Nurse Leader: A Role for the 21st Century. *MEDSURG Nursing*, 24(3), 199-201.
- Robinson, C.P. (2009). Teaching and clinical educator competency: Bringing two worlds together. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-14.
- Salminen, L., Stolt, M., Koskinen, S., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2013). The competence and the cooperation of nurse educators. *Nurse Education Today*, 33(11), 1376-1381.
- Salminen, L., Stolt, M., Metsämäki, R., Rinne, J., Kasen, A., Leino-Kilpi, H. (2016). Ethical principles in the work of nurse educator - A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 36, 18-22.
- Southern Regional Education Board (2002). *Nurse Educator Competencies*. [https://www.sreb.org/sites/main/files/file-attachments/02n04\\_nurse\\_competencies.pdf?1460059601](https://www.sreb.org/sites/main/files/file-attachments/02n04_nurse_competencies.pdf?1460059601) (参照2023年3月27日)
- Spencer, L.M., Spencer, S.M. (1993). *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons./梅津祐良・成田 攻・横山哲夫訳 (2011). *コンピテンシー・マネジメントの展開 [完訳版]*. (p.11). 東京: 生産性出版.
- 浦上昌則, 脇田貴文 (2008). *心理学・社会科学研究のための調査系論文の読み方*. 93, 東京: 東京図書.
- WHO (World Health Organization) (2016). *Nurse educator core competencies*. <https://www.who.int/publications/i/item/nurse-educator-core-competencies> (参照2023年10月24日)

[2024年5月29日受 付]  
[2024年11月27日採用決定]

# Development of a Competency Self-evaluation Scale for Continuing Nursing Educators of Hospitals (CNE Competency Scale)

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2025, 48(2), 81-90  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20241127259>

Yukimi Omura, MSN, RN, PHN<sup>1</sup>, Chiharu Matsumoto, PhD, RN<sup>2</sup>,  
Hitomi Maeda, PhD, RN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, School of Nursing, Reiwa Health Sciences University, Fukuoka, Japan/Doctoral Program in Nursing, Graduate School of Health Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

<sup>2</sup>Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

<sup>3</sup>Graduate School of Health Sciences, Kumamoto Health Science University, Kumamoto, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to develop a self-evaluation scale for assessing the competencies of continuing nursing educators (CNE Competency Scale) and to evaluate its validity and reliability. **Methods:** Items for the scale were derived from a literature review, and 60 items were selected based on evaluations of content and face validity by nurses experienced in providing continuing nursing education. A questionnaire-based survey was conducted with 501 continuing nursing educators from 214 hospitals in Japan having 400 or more beds. The scale's validity and reliability were assessed. **Results:** A total of 301 valid responses were analyzed. Factor analysis identified 34 items grouped into the following six factors: [personal characteristics suitable for educators], [planning and evaluating educational activities], [skills to influence others], [practicing education tailored to learners], [supporting lifelong learning], and [creating and utilizing research results]. The scale demonstrated good model fit, high convergent validity, known group validity, and excellent reliability ( $\alpha = .95$ ). **Conclusions:** The CNE Competency Scale is a valid and reliable tool.

## Key words

Hospitals, Continuing nursing education, Staff Development Instructors, Professional Competence, Self Assessment

---

**Correspondence:** Y. Omura. Email: [y.omura@rhs-u.ac.jp](mailto:y.omura@rhs-u.ac.jp)

# Voluntarily Stopping Eating and Drinking を選択した患者・療養者に対する 看護職の経験と葛藤

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(2), 91-100  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250113261>

大島 亮<sup>1</sup>, 綱嶋里枝子<sup>2</sup>, 土肥真奈<sup>3</sup>, 叶谷由佳<sup>2</sup>

<sup>1</sup>横浜南共済病院, <sup>2</sup>横浜市立大学医学部看護学科

<sup>3</sup>東京医療保健大学千葉看護学部看護学科

## 要 旨

目的：Voluntarily Stopping Eating and Drinking (VSED) を選択した患者・療養者に対する看護職の経験と葛藤の実態を明らかにする。方法：全国の機能強化型Ⅰ・Ⅱ訪問看護ステーション687事業所と緩和ケア病棟452病院の看護職を対象に質問紙またはWEB調査を実施した。結果：1,580名（有効回答率33.1%）の回答のうち、VSEDを知っていた看護職は22.5%で、対応経験があったのは18.9%であった。その中でも、65.8%がVSED選択者への対応に葛藤を感じ、葛藤と認定看護師資格、思ったことをお互いに伝えやすい職場環境の間に有意差がみられた。所属間で対応経験に有意差はなかった。結論：日本において在宅医・緩和ケア医より看護職はVSED選択者への対応経験が少なく、VSEDに関するガイドラインおよび倫理規定が未確立な現状では、看護職の葛藤への支援として、自身の感情表出、共有を目的としたカンファレンスの機会を設ける必要がある。

## キーワード

看護職, 経験, 緩和ケア病棟, 自発的飲食停止, 訪問看護ステーション

責任著者：綱嶋里枝子. Email: [tsunashima.rie.hb@yokohama-cu.ac.jp](mailto:tsunashima.rie.hb@yokohama-cu.ac.jp)

## はじめに

先進国では、多死社会を迎え、死への考え方も多様化している。積極的安楽死や医師による自殺補助（Physician Assisted Suicide：PAS）、自発的飲食中止（Voluntarily Stopping Eating and Drinking：VSED）を選択する患者（以下、VSED選択者）の存在が報告されている（Bolt, Hagens, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2015；Quill, 2015；Shinjo et al., 2019；Stängle, Schnepf, Büche, & Fringer, 2020）。これらの患者には意思決定能力があり、死を早める意思がある。積極的安楽死は、患者の死を招く医師の行為であり、PASは医師が死を招く意図を持って薬物を提供し、その薬物を患者自身が使用し人生を終了することを意味する（World Medical Association, 2019）。一方VSEDは、患者自身が経口摂取可能であるにもかかわらず、自発的に水分と栄養摂取を止め、死を早める行為である（Shinjo, et al., 2019）。よって、患者が意思決定すること、医師等の介入が不要であること、早い段階では可逆的であること（Wax, An, Kosier, & Quill, 2018）から、積極的安楽死やPASとは異なる。

VSEDに関して、積極的安楽死、PASが合法であるオランダ、スイス、アメリカの一部地域ではガイドライン（KNMG Royal Dutch Medical Association and V&VN Dutch Nurses' Association, 2014；Swiss Academy of Medical Science (SAMS), 2018；Wechkin, et al., 2023）がある。オランダでは、かかりつけ医の46%がVSED選択者への対応を経験し、81%がVSEDにおける苦痛症状に対して緩和的鎮静は適応であると考えていた（Bolt, et al., 2015）。スイスでは、Nursing home管理者（看護職）の88%がVSEDを知っており、92%がVSED中に医療やケアを受ける権利があると考えていた（Stängle, et al., 2020, p.529）。

日本では、積極的安楽死は刑法199条殺人罪（後藤, 2020, p.102）、PASは刑法202条自殺補助罪に抵触する（西元, 2017, p.156）。一方、VSEDの実態が医師を対象に調査され（Shinjo, et al., 2019）、在宅医と緩和ケア医の52%がVSEDを知っており、32%がVSED選択者に対応していた。これは医師の経験からVSED選択者について明らかにしているが、患者の最も近くにいる看護職の経験に焦点を当てた調査はない。

看護職は、半数が積極的安楽死を要求され（Asai, Ohnishi,

Nagata, Tanida, & Yamazaki, 2001, p.326), 葛藤を経験している (De Bal, Gastmans, & Dierckx de Casterlè, 2008, pp.638-639)。葛藤は、看護職の精神的負担やストレスを増強し (佐竹・荒尾, 2018, pp.202-205), パーンアウトにつながる可能性がある (児屋野・香月, 2018, pp.5-7)。日本のVSEDに関する倫理規定およびガイドラインは確立しておらず, VSED選択者のケアに当たる看護職は様々な思いでケアに当たっていると推察するが, 実態は明らかとなっていない。

## I. 目的

VSED選択者に対する看護職の実態と葛藤の有無を明らかにする。

## II. 用語の定義

### 1. VSED

胃腸障害や悪液質といった経口摂取障害がないにもかかわらず, 避けられない苦痛から逃れるために自発的に水分と栄養摂取を止め自身の死を早める行為 (Shinjo et al., 2019, p.144)

### 2. 葛藤

心の中に相反する動機・欲求・感情などが存在し, そのいずれをとるか迷うこと (松村, 1995, p.495; 野口, 2017, p.112)

## III. 研究方法

### 1. 研究対象者と選定方法

先行研究 (Shinjo et al., 2019) を参考に, 看取りや終末期看護の経験が多いと予想される機能強化型訪問看護管理療養費ⅠまたはⅡの指定を受けている訪問看護ステーション (以下, 訪問看護ST) と緩和ケア病棟に勤務する看護職とした。各地方厚生局ホームページ (2022) 内の届出受理指定訪問看護事業所名簿にて機能強化型Ⅰ・Ⅱ訪問看護STの687事業所と, 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ (2021) 内の緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧に記載されている452病院へ電話連絡し, 管理者へ研究協力を依頼した。同意を得られた事業所と病院の管理者に質問紙調査かWEB調査を選定してもらい, 希望する方法で調査を実施した。

### 2. 調査期間

2022年9月～2023年1月

### 3. 調査方法

郵送法およびWebシステムによる無記名自記式質問紙調査を行った。

### 4. 調査項目

#### (1) 対象者の属性

年齢, 性別, 最終学歴, 看護職経験年数, 保有資格, 所属先 (訪問看護STまたは緩和ケア病棟), 役職の有無, 訪問看護経験年数, 緩和ケア経験年数, 職場での倫理カンファレンスやケアカンファレンス等の話し合う機会の有無について回答を求めた。また, 先行研究 (神徳・池田, 2017; 前田・小西・八尋・福宮, 2019; 塚本・野村, 2007) を参考に, 終末期看護の知識への自信, 患者が良いケアを受けていないと気づく能力への自信, 思ったことをお互いに伝えやすい職場環境かを「1. 全く当てはまらない～5. とても当てはまる」の5件法で尋ねた。

#### (2) VSED選択者への経験

本研究におけるVSEDの定義を示し, VSEDを知っているか, VSED選択者への対応をした経験の有無 (Shinjo et al., 2019, p.144), VSEDと表明されていないがVSEDだったのではないかと思う事例経験の有無の回答を求めた。

#### (3) VSEDへの葛藤

VSED選択者に対する看護職の葛藤の程度を「1. 全くそう感じない～4. とてもそう感じる」の4件法で回答を求めた。

#### (4) VSEDへの考え

患者がVSEDを選択していると表明したケース (以下, 表明されたVSED) についての考えを先行文献 (Stängle et al., 2020, pp.529-530) を参考に「医師と看護師に支援された自然死」「消極的安楽死」「終末期の自己決定/自律の権利」「医師と看護師に支援された自殺」「死の別の形」「ケースによって決まる」の6つの選択肢から回答を求めた。

### 5. 分析方法

記述統計算出後, VSED選択者への対応経験の有無と関連要因を検討した。また, VSED選択者への対応経験者の葛藤を「とてもそう感じる, そう感じる」と「全くそう感じない, そう感じない」の2群に分け検討した。検定は $\chi^2$ 検定, フィッシャーの正確確率検定,  $t$ 検定, Mann-WhitneyのU検定を用いた。統計解析にはIBM SPSS Statistics ver. 28を用い, 有意水準は全て5%とした。

### 6. 倫理的配慮

対象看護職へ研究説明文書を郵送し, 研究目的や方法, 倫理的配慮等を示し, 自己決定の権利を保障した。質問紙の回収は無記名個別投函とし, 同意欄へのチェックにて研

究参加の同意とした。なお、本研究は横浜市立大学の人を対象とする生命科学・医学系研究倫理委員会にて承認を得て実施した（承認番号：F220800015）。

#### IV. 結 果

255事業所、140病院の4,779名の対象者に送付し、1,773名（回収率37.1%）から回答があった。研究参加同意欄にチェックのないもの、データに欠損のあるものを除外した1,580名（有効回答率33.1%）を分析の対象とした。

##### 1. 対象者の属性（表1）

対象者は、年齢45.3±9.5歳（平均値±標準偏差、以下同

様）、看護職経験年数20.8±9.4年、訪問看護経験年数4.8±6.9年、緩和ケア経験年数3.8±5.5年、女性1,531名（96.9%）であった。最終学歴は専門学校卒業が最も多く1,160名（73.4%）、保有資格は、看護師が1,542名（97.6%）と最多で、看護専門資格は認定看護師98名（6.2%）、専門看護師13名（0.8%）で、役職がある者は373名（23.6%）であった。「当てはまる・とても当てはまる」と回答した者は、終末期看護の知識への自信では550名（34.8%）、患者が良いケアを受けていないと気づく能力への自信では779名（49.3%）、思ったことをお互いに伝えやすい職場環境では1,133名（71.7%）だった。倫理・ケアカンファレンス等の話し合う機会がある者は1,468名（92.9%）であった。所属は、訪問看護STが830名（52.5%）、緩和ケア病棟は750名（47.5%）であった。

表1 対象者の属性

N=1,580

項目	全体		訪問看護ST (n=830)		緩和ケア病棟 (n=750)		
	平均	(SD)	平均	(SD)	平均	(SD)	
年齢（歳）	45.3	9.5	47.0	9.1	43.5	9.6	
看護職経験年数（年）	20.8	9.4	22.5	9.2	19.0	9.3	
訪問看護経験年数（年）	4.8	6.9	8.9	7.3	0.2	1.2	
緩和ケア経験年数（年）	3.8	5.5	2.5	5.8	5.2	4.7	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別	男	49	3.1	20	2.4	29	3.9
	女	1,531	96.9	810	97.6	721	96.1
最終学歴	看護系高校	50	3.2	24	2.9	26	3.5
	専門学校	1,160	73.4	591	71.2	569	75.9
	短期大学	135	8.5	86	10.4	49	6.5
	大学	194	12.3	108	13.0	86	11.5
	大学院（修士）	33	2.1	19	2.3	14	1.9
	大学院（博士）	1	0.1	0	0.0	1	0.1
	その他（通信教育等）	7	0.4	2	0.2	5	0.6
保有資格（複数回答）	看護師	1,542	97.6	807	97.2	735	98.0
	准看護師	257	16.3	124	14.9	133	17.8
	保健師	147	9.3	95	11.4	52	6.9
	助産師	9	0.6	4	0.5	5	0.7
	認定看護師	98	6.2	40	4.8	58	7.7
	専門看護師	13	0.8	6	0.7	7	0.9
役職 <sup>†</sup>	あり	373	23.6	208	25.1	165	22.0
	なし	1,207	76.4	622	74.9	585	78.0
終末期看護の知識への自信	全く当てはまらない・当てはまらない	332	21.0	186	22.4	146	19.5
	どちらでもない	698	44.2	367	44.2	331	44.1
	当てはまる・とても当てはまる	550	34.8	277	33.4	273	36.4
患者が良いケアを受けていないと気づく能力への自信	全く当てはまらない・当てはまらない	133	8.4	63	7.6	70	9.3
	どちらでもない	668	42.3	355	42.8	313	41.7
	当てはまる・とても当てはまる	779	49.3	412	49.6	367	49.0
思ったことをお互いに伝えやすい環境	全く当てはまらない・当てはまらない	115	7.2	41	4.9	74	9.9
	どちらでもない	332	21.0	119	14.3	213	28.4
	当てはまる・とても当てはまる	1,133	71.7	670	80.8	463	61.7
倫理・ケアカンファレンス等の話し合う機会の有無	あり	1,468	92.9	751	90.5	717	95.6

ST：Station, SD：Standard Deviation, <sup>†</sup>副主任級以上

2. VSED 選択者への看護職の経験 (表 2)

VSEDを知っていたのは356名(22.5%), VSED 選択者への対応経験があったのは298名(18.9%)で、その内253名(84.9%)が5人以下の経験であった。VSEDと表明されていないがVSEDだったのではないかという事例を470名(29.8%)の看護職が経験していた。

所属別では、VSEDを知っていたのは訪問看護STで200名(24.1%), 緩和ケア病棟で156名(20.8%), VSED 選択者への対応経験は、訪問看護STでは146名(17.6%), 緩和ケア病棟では152名(20.3%)だった。対応経験人数5人以下は、訪問看護STでは130名(89.0%), 緩和ケア病棟では123名(80.9%), VSEDだったのではないかという事例の経験は訪問看護STでは233名(29.0%), 緩和ケア病棟では237名(33.3%)であった。いずれの回答も所属間で有意な差はみられなかった。

3. VSED 選択者への対応経験の有無と関連要因 (表 3)

VSED 選択者への対応経験がある298名と、経験なしと回答した1,282名の2群に分け関連要因について分析した。VSED 選択者への対応の経験あり群では、有意に年齢( $p < .001$ )が高く、看護職経験年数( $p = .002$ ), 緩和ケア経験年数( $p = .003$ )が長く、役職(副主任以上)( $p < .001$ )があり、話し合う機会があり( $p = .042$ ), VSEDを知っており( $p < .001$ ), VSEDと表明されていないがVSEDではないかという事例の経験があった( $p < .001$ )。また、経験あり群では自身に終末期看護の知識への自信がある( $p < .001$ ), 患者が良いケアを受けていないと気づく能力がある( $p < .001$ )と回答した者が有意に多かった。

4. VSEDへの葛藤の関連要因 (表 4)

VSED 選択者への対応を経験した298名のうち、VSEDに葛藤を感じるかどうかは「全くそう感じない、そう感じ

ない」と102名(34.2%)が回答し、「とてもそう感じる、そう感じる」と196名(65.8%)が回答した。所属間での葛藤に差はみられなかった( $p = .484$ )。また、「全くそう感じない、そう感じない」を葛藤なし群、「とてもそう感じる、そう感じる」を葛藤あり群として分析したところ、葛藤あり群は認定看護師資格保有者( $p = .046$ )と、思ったことをお互いに伝えやすい職場環境( $p = .047$ )と回答した割合が有意に高かった。

5. 表明されたVSEDへの考え (表 5)

VSED 選択者への対応を経験した298名(18.9%)の内、表明されたVSEDへの考えに関して、回答が多かった項目は「終末期の自己決定/自律の権利」196名(65.8%)であった。所属別では訪問看護STが92名(63.0%), 緩和ケア病棟が104名(68.4%)だった。次に多い回答は「ケースによって決まる」47名(15.8%)で、訪問看護STは22名(15.1%), 緩和ケア病棟は25名(16.4%)だった。

V. 考 察

本研究はVSED 選択者に対する看護職の経験の実態と葛藤の有無を明らかにすることを目的に調査を行った。本研究対象者は先行する訪問看護ST、緩和ケア病棟を対象とした全国調査(高野・山花・山本, 2018, pp.358-359; 内田・谷垣, 2020, p.94)の属性と近似し、これらの看護職の一定の代表性を確保できていると考えた。以下、本研究の調査結果からVSED 選択者に対応する看護職へ必要な支援を考察する。

1. VSED 選択者への対応経験の実態

訪問看護STと緩和ケア病棟に勤務する看護職のうち、VSEDを知っていた者は22.5%で、VSED 選択者への対応

表 2 VSED を選択した患者・療養者への看護職の経験

項目	全体		訪問看護ST (n=830)		緩和ケア病棟 (n=750)		p 値
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
	N=1,580						
VSEDを知っているか							
はい	356	22.5	200	24.1	156	20.8	.121
VSEDを選択した患者・療養者への対応経験の有無							
はい	298	18.9	146	17.6	152	20.3	.170
経験人数(人)							
1~5	253	84.9	130	89.0	123	80.9	.071
6~	17	5.7	8	5.5	9	5.9	
不明	28	9.4	8	5.5	20	13.2	
VSEDだったのではないかという事例の有無 <sup>†</sup>							
はい	470	29.8	233	29.0	237	33.3	.070

ST: Station,  $\chi^2$ 検定, <sup>†</sup>訪問看護ST n=803 緩和ケア病棟 n=711

表3 VSEDを選択した患者・療養者への対応経験の有無と関連要因

N=1,580

項目	全体		経験あり (n=298)		経験なし (n=1,282)		p値	
	平均	(SD)	平均	(SD)	平均	(SD)		
年齢 (歳)	45.3	9.5	47.0	9.0	44.9	9.6	<.001 ***	
看護職経験年数 (年)	20.8	9.4	22.4	9.2	20.5	9.4	.002 **	
訪問看護経験年数 (年)	4.8	6.9	5.4	7.6	4.6	6.7	.103	
緩和ケア経験年数 (年)	3.8	5.5	4.7	6.1	3.5	5.3	.003 **	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
性別	男	49	3.1	8	2.7	41	3.2	.645
	女	1,531	96.9	290	97.3	1,241	96.8	
保有資格 (複数回答)	准看護師	257	16.3	54	18.1	203	15.8	.335
	看護師	1,542	97.6	1,254	97.9	1,255	97.9	.108
	保健師	147	9.3	126	9.8	126	9.8	.137
	助産師	9	0.6	3	1.0	6	0.5	.232
	認定看護師	98	6.2	21	7.0	77	6.0	.502
	専門看護師	13	0.8	5	1.7	8	0.6	.080
	所属	訪問看護ST	830	52.5	146	49.0	684	53.4
	緩和ケア病棟	750	47.5	152	51.0	598	46.6	
役職あり <sup>†</sup>		373	23.6	97	32.6	276	21.5	<.001 ***
話し合う機会がある		1,468	92.9	285	95.6	1,182	92.3	.042 *
VSEDを知っている		356	22.5	145	48.7	211	16.5	<.001 ***
VSEDだったのではないかと いう事例の経験がある		470	29.8	207	72.1	263	20.5	<.001 ***
				中央値 (最小-最大)		中央値 (最小-最大)		
学歴 <sup>§</sup>				2 (1-4)		2 (1-5)	.576	
終末期看護の知識への自信 <sup>§§</sup>				3 (1-5)		3 (1-5)	<.001 ***	
患者が良いケアを受けていない と気づく能力 <sup>§§</sup>				4 (1-5)		3 (1-5)	<.001 ***	
お互いに伝えやすい環境 <sup>§§</sup>				4 (1-5)		4 (1-5)	.153	
葛藤を感じるか <sup>§§§</sup>				3 (1-4)		3 (1-4)	.440	

SD: Standard Deviation, ST: Station, <sup>†</sup>副主任以上

t検定: 年齢, 看護職経験年数, 訪問看護経験年数, 緩和ケア経験年数

χ<sup>2</sup>検定 (フィッシャーの正確確率検定): 性別, 保有資格, 所属, 役職, 話し合う機会, VSEDを知っているか, VSEDだったのではないかという事例の経験の有無

Mann-WhitneyのU検定: 学歴, 終末期看護の知識への自信, 患者が良いケアを受けていないと気づく能力, お互いに伝えやすい環境, 葛藤を感じるか

<sup>§</sup> 学歴はその他を除外し教育年数順とし順序尺度とした n=1,572

(1. 看護系高校 2. 専門学校/短期大学 3. 大学 4. 大学院修士 5. 大学院博士)

<sup>§§</sup> 5件法 (1. 全く当てはまらない 2. 当てはまらない 3. どちらでもない 4. 当てはまる 5. とても当てはまる)

<sup>§§§</sup> 4件法 (1. 全くそう感じない 2. そう感じない 3. そう感じる 4. とてもそう感じる)

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

経験がある者は18.9%であった。日本の在宅医・緩和ケア医 (Shinjo, et al., 2019, p.144) の認知52%, 経験32%に比べ看護職の方が認知・経験共に少ない結果となった。Shinjoらの研究 (2019, p.144) は専門医を対象としており、終末期や死に関する学会参加や論文を通し、積極的に情報を得る機会をもつ集団であり、医師の専門分野経験年数は13±6.3年と本研究対象者の訪問看護・緩和ケア経験年数より長かった。本研究対象者は、看護職の中でも看取りや終末期看護の経験が多いものの、訪問看護ST勤務の看護

職が対応する療養者の疾患は終末期に限らず、緩和ケア病棟勤務の看護職は職場・部署移動により緩和ケアを継続して専門としているとは限らない。そのためVSED選択者への対応を経験する可能性がある専門分野経験年数の長い医師の方がVSEDを知っていると回答し、またVSED選択者に対応していたと推測する。本研究のVSED選択者への対応経験のある看護職においても、看護職経験年数や緩和ケア経験年数が長いほど、役職があるほど有意に多く経験している者の割合が高かったため、看取りや終末期看護の経

表4 VSEDへの葛藤の関連要因

N=298

項目	葛藤あり (n=196)		葛藤なし (n=102)		p値	
	平均	(SD)	平均	(SD)		
年齢(歳)	46.6	9.0	47.8	8.9	.275	
看護職経験年数(年)	22.5	9.1	22.1	9.2	.783	
訪問看護経験年数(年)	5.4	7.6	5.4	7.8	.987	
緩和ケア経験年数(年)	4.8	6.0	4.4	6.3	.609	
	n	(%)	n	(%)		
性別	男	4	2.0	4	3.9	.275
	女	192	98.0	98	96.1	
保有資格 (複数回答)	准看護師	36	18.4	18	17.6	.878
	看護師	187	95.4	100	98.0	.210
	保健師	12	6.1	9	8.8	.387
	助産師	3	1.5	0	0.0	.283
	認定看護師	18	9.2	3	2.9	.046 *
	専門看護師	4	2.0	1	1.0	.442
	所属	訪問看護ST	93	47.4	53	52.0
	緩和ケア病棟	103	52.6	49	48.0	
役職あり <sup>†</sup>		66	33.7	31	30.4	.566
話し合う機会がある		187	95.4	98	96.1	.524
VSEDを知っている		100	51.0	45	44.1	.258
VSEDだったのではないかという事例の経験がある		133	71.1	74	74.0	.605
	中央値	(最小-最大)	中央値	(最小-最大)		
学歴 <sup>§</sup>	2	(1-4)	2	(1-4)	.816	
終末期看護の知識への自信 <sup>§§</sup>	3	(1-5)	3	(1-5)	.889	
患者が良いケアを受けていないと気づく能力 <sup>§§</sup>	4	(2-5)	4	(1-5)	.531	
お互いに伝えやすい環境 <sup>§§</sup>	4	(2-5)	4	(1-5)	.047 *	

SD: Standard Deviation, ST: Station, <sup>†</sup>副主任以上

t検定: 年齢, 看護職経験年数, 訪問看護経験年数, 緩和ケア経験年数  
 $\chi^2$ 検定(フィッシャーの正確確率検定): 性別, 保有資格, 所属, 役職, 話し合う機会, VSEDを知っている, VSEDだったのではないかという事例の経験がある  
 Mann-WhitneyのU検定: 学歴, 終末期看護の知識への自信, 患者が良いケアを受けていないと気づく能力, お互いに伝えやすい環境

<sup>§</sup> 学歴はその他を除外し教育年数順とし順序尺度とした n=296  
 (1. 看護系高校 2. 専門学校/短期大学 3. 大学 4. 大学院修士 5. 大学院博士)  
<sup>§§</sup> 5件法 (1. 全く当てはまらない 2. 当てはまらない 3. どちらでもない 4. 当てはまる 5. とても当てはまる)  
 p<.05\*

表5 表明されたVSEDへの考え

N=298

項目	全体		訪問看護ST (n=146)		緩和ケア病棟 (n=152)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
終末期の自己決定/自律の権利	196	65.8	92	63.0	104	68.4
ケースによって決まる	47	15.8	22	15.1	25	16.4
医師と看護師に支援された自然死	25	8.4	16	11.0	9	5.9
消極的安楽死	18	6.0	8	5.5	10	6.6
死の別の形	4	1.3	1	0.7	3	2.0
医師と看護師に支援された自殺	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	8	2.7	7	4.8	1	0.7

ST: Station

験年数が長いほどVSED選択者へ対応する経験の機会があるといえる。

また、VSED選択者への対応経験あり群は、なし群よりもVSEDを知っていると回答した者が有意に多く、終末期看護の知識への自信および、患者が良いケアを受けていないと気づく能力への自信があるほど有意に多く経験していた。人は物事を理解・記憶する際、個人の関心や態度が知覚の方向や内容を決定し、過去の経験から得たパターンや構造、枠組みを利用するといわれている (Bartlett, 1932/1983)。本研究では、VSEDを対応前に知っていたのか、対応後に知ったのかの因果関係は明らかにしていない。しかし、VSEDを知っていたり、終末期看護の知識や患者が良いケアを受けていないと気づく能力を持って患者・療養者の言葉に関心を寄せたりする看護職は、本研究におけるVSED選択者の想起につながった可能性がある。そのことからVSEDの枠組みの認識と、終末期看護の知識や良いケアを受けていないと気づく能力は、VSED選択者の苦痛を察知し、ケアにつなげる可能性が示唆される。

VSEDだったのではないかという事例について本研究対象者の29.8%が経験しており、表明しないVSED選択者の数は実際に表明する者より多いと推測できる。先行研究では、VSED選択者は家で死にたいという願望が報告されているが (Wax et al., 2018, p.442)、本研究では、在宅療養の訪問看護STと病院療養の緩和ケア病棟での所属間では看護職におけるVSED選択者への対応経験に有意差は示されなかった。VSED選択者の背景には、全人的苦痛の存在が指摘され、VSED選択は、疾患によるものではなく、個人の考えや身体・精神状況に影響される (Bolt, et al., 2015)。そのため、看護職は療養場所に関わらず、食事摂取しなくなった患者・療養者がいた際には、悪液質や消化器症状等が原因か、苦痛からVSEDにより自ら命を終わらせようとしているのかといった様々な可能性を考え、VSED選択者が潜在することを認識しながら声や表情、しぐさなどを注意深く観察し関与することが重要と考える。

## 2. VSEDへの葛藤

VSED選択者への対応経験のある看護職の65.8%が、VSEDに対する葛藤について「そう感じる・とてもそう感じる」と回答した。日本は、積極的安楽死やPASは非合法であり、死の話は不謹慎とされる文化がある (柏木, 2007, p.2905)。そのためVSED選択者への対応経験のある看護職は、患者・療養者の死に向かう意思決定を尊重して良いのか、法的・倫理的に問題はないのか、他に苦痛を和らげる方法はないのかといった葛藤が生じていると推察する。

また、葛藤の関連要因を検討した結果、葛藤あり群は認

定看護師資格保有者の割合が有意に高く、思ったことをお互いに伝えやすい職場環境であると回答した者が有意に多かった。認定看護師の役割は、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術および知識を用いて水準の高い看護を実践することである (日本看護協会, 2020)。先行研究 (佐竹・荒尾, 2018, pp.202-205) では、終末期看護の葛藤について、確信がもてないまま実践する看護ケアへの葛藤や、看護師としての死生観がうむ葛藤など、罪悪感や無力感を伴う看護師自身への葛藤が報告されている。そのため、認定看護師は、多角的視点でVSEDという行為および意思を捉え、高い看護実践能力をもっても解決できないことへの葛藤や、無力感・罪悪感を伴う葛藤がより生じやすいと推察するが、認定看護師の葛藤の詳細については今後、さらに検討が必要と考える。

本研究では、思ったことをお互いに伝えやすい職場環境であることが、葛藤を生じることに関連した。思ったことをお互いに伝えやすい職場環境は、多様な考えの共有につながる一方、VSEDに関する法整備や指針、ガイドラインのない状況では、看護ケアの方向性が不確かであり、看護師個人は多様な考えによってさらに迷いや葛藤が生じると推察するが、看護師としての倫理観や組織理念などの影響も考えられ、因果関係を検証する必要がある。

葛藤は、患者・療養者へのケアからの退避を起し、離職やバーンアウトにもつながる (児屋野・香月, 2018, pp.5-7; Lewin, 1935/1957, pp.94-96)。先行研究では、感情管理の勉強会やグループディスカッションにより自身の感情を管理できると報告している (渡部・小西・石川, 2020, pp.36-39)。そのため、VSEDを表明されたり、VSEDではないかと疑ったりした事例のカンファレンスでは、ケアの方向性に焦点が当たりやすいが、看護職自身の葛藤を含む感情の表出、共有を目的としたカンファレンスの機会を設ける必要があると考える。また、VSED選択者への対応後のカンファレンスにおいても、ケアの評価だけでなく、看護職の感情にも焦点を当てた振り返りが必要であると考える。

表明されたVSEDへの考えについてスイスの研究では、「医師と看護師に支援された自然死」が64.2%であり、「消極的安楽死」は25.7%と報告されている (Stängle, et al., 2020, pp.529-530)。本研究でVSED選択者への対応経験のある看護職で回答が多かった項目は「終末期の自己決定/自律の権利」の65.8%であり、スイスで回答の多い「医師と看護師に支援された自然死」は8.4%、「消極的安楽死」は6.0%と少ない回答であった。これらの結果より、PASが合法であり自己決定権を重要視するスイス (松原・山中, 2012) と、非合法であり古代から死を穢れたものとみなしてきた日本の文化 (石川, 2015, p.358) が影響し、

VSEDへの考えに死を想起する表現と自己決定や権利を想起する表現の違いが現れているといえる。また、日本では人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省, 2018）にて、本人による意思決定を基本に、医療・ケアを進めることが最も重要な原則としているが、生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象外のため、看護師は「死」そのものに着目せず、人生の最終段階の「自己決定」と捉えてケアに取り組んでいると推察する。日本では多死社会を迎えており、死への考え方の多様化に対応せざるを得ない状況である。VSED選択者への対応をする看護職は、ガイドライン等のない現状（湯川・松繁, 2023, pp.25-27）では、VSEDの意思を「終末期の自己決定／自律の権利」と捉えケアの方向性を模索し、葛藤を抱えながら対応していると推察できる。そのため、VSEDについて社会全体で活発に議論され、日本の文化や価値観を尊重したガイドラインおよび倫理規定の早期確立が望まれる。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、看取りや終末期看護の経験が多いと予想される機能強化型Ⅰ・Ⅱ訪問看護STと緩和ケア病棟に勤務する看護職を対象としたが、VSED選択者への対応はこれらの所属以外でも存在すると考えられ、一般化には限界がある。そのため、今後は対象とする看護職の所属を広げ調査を行う必要があると考える。また、本研究は経験と葛藤の有無に関する実態調査のため、今後はVSED選択者に抱く看護職の葛藤の詳細、内容に焦点を当てた追加検証が必要と考える。

## 結 論

VSEDを知っていた看護職は22.5%で、VSED選択者への対応経験は18.9%で、所属間で経験の有無に有意差はなかった。対応経験のある看護職は対応経験のない看護職に比べ、VSEDを知っていること、VSEDではないかという事例の経験があること、看護職経験年数や緩和ケア経験年数、役職、倫理・ケアカンファレンス等の話し合う機会、終末期看護の知識への自信および患者が良いケアを受けていないと気づく能力への自信に有意な差がみられた。また、対応経験のある看護職の65.8%がVSEDへの対応に葛藤を感じており、葛藤と認定看護師資格、思ったことをお互いに伝えやすい職場環境の間に有意差がみられた。葛藤に対する支援として、看護職自身の感情の表出、共有を目的としたカンファレンスの機会を設ける必要があると考え、認定看護師の葛藤の詳細については追加検証が必要である。VSEDに関する倫理規定およびガイドラインは確立

していない現状下では、ケアの方向性が定まらず葛藤が生じやすいため、日本の文化や価値観を尊重した倫理規定およびガイドラインの早期確立が望まれる。

## 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

- Asai, A., Ohnishi, M., Nagata, S. K., Tanida, N., & Yamazaki, Y. (2001). Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: Survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *Journal of Medical Ethics*, 27(5), 324-330. <https://doi.org/10.1136/jme.27.5.324>
- Bartlett, F.C. (1932) / 宇津木保・辻 正三訳 (1983). *想起の心理学：実験的社会的心理学における一研究*. (pp.226-245). 東京：誠信書房.
- Bolt, E.E., Hagens, M., Willems, D., & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2015). Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Annals of Family Medicine*, 13(5), 421-428. <https://doi.org/10.1370/afm.1814>
- De Bal, N., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlè, B. (2008). Nurses' involvement in the care of patients requesting euthanasia: A review of the literature. *International journal of nursing studies*, 45(4), 626-644. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.06.009>
- 後藤有里 (2020). 消極的安楽死における終末期の定義と治療中止の正当化要件及び根拠：福生病院透析中止事件をきっかけとして. *法学ジャーナル*. 98, 95-131.
- 石川美智 (2015). 時代の変遷からみるわが国の看取り. *ホスピスと在宅ケア*, 23(3), 357-363.
- 柏木哲夫 (2007). 生と死の医学 (2) 死生観とホスピス. *総合臨牀*, 56(10), 2904-2908.
- KNMG Royal Dutch Medical Association and V&VN Dutch Nurses' Association. (2014). Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life, <https://sterbefasten.org/uploads/caring-for-people.pdf> (accessed 2021-11-14)
- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (参照2024年11月10日)
- 厚生労働省中国四国厚生局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/chousaka/shisetsukijunuri.html> (参照2022年3月31日)
- 厚生労働省北海道厚生局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryu\\_shido/ns\\_iryou.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryu_shido/ns_iryou.html) (参照2022年3月31日)
- 厚生労働省関東信越厚生局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/houmon.html> (参照2022年3月31日)
- 厚生労働省近畿厚生局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/)

- shitei\_jokyo\_00005.html (参照2022年3月31日)
- 厚生労働省九州厚生局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/index\\_00018.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00018.html) (参照2022年3月31日)
- 厚生労働省四国厚生支局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/shitei/index.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei/index.html) (参照2022年3月31日)
- 厚生労働省東北厚生局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/houmon\\_00005.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/houmon_00005.html) (参照2022年3月31日)
- 厚生労働省東海北陸厚生局 (2022). 届出受理指定訪問看護事業所名簿. [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihoukuri/newpage\\_00245.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihoukuri/newpage_00245.html) (参照2022年3月31日)
- 神徳和子, 池田清子 (2017). 看護倫理学における道徳的感受性と倫理的感受性の意味. *日本看護倫理学会誌*, 9(1), 53-56.
- 児屋野仁美, 香月富士日 (2018). 精神科看護師の感情労働と精神障害者に対する否定的態度がバーンアウトに及ぼす影響. *日本精神保健看護学会誌*, 27(2), 1-9.
- Lewin, K. (1935) / 相良守次・小川隆訳 (1957). *パーソナリティの力学説*. (pp.94-96). 東京: 岩波書店.
- 前田樹海, 小西恵美子, 八尋道子, 福宮智子 (2019). 道徳的感受性質問紙日本語版2018 (J-MSQ 2018): 下位概念「道徳的責任感」を見直して. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 100-102.
- 松原絵海以, 山中龍也 (2012). 日本・海外における「死の権利」について: 安楽死・尊厳死をどう考えるか. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 22, 65-73.
- 松村 明 (1995). *大辞林* (第二版). 495, 東京: 三省堂.
- 日本ホスピス緩和ケア協会 (2021). 緩和ケア病棟入院届出受理施設一覧. [https://www.hpcj.org/what/pcu\\_list.pdf](https://www.hpcj.org/what/pcu_list.pdf) (参照2022年1月6日)
- 日本看護協会 (2020). 公益社団法人日本看護協会 認定看護師制度規定. [https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2020/10/CN\\_kitei\\_20201020.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2020/10/CN_kitei_20201020.pdf) (参照2024年2月23日)
- 西元加那 (2017). 医師による自殺補助合法化の理論的根拠に関する一考察: Glucksberg判決・Carter判決を素材に. *現代社会研究*, 15, 149-156.
- 野口亜矢 (2017). 認知症看護で感じる葛藤とその改善への取り組み: ユマニチュードの実践を試みて. *日本精神科看護学術集会誌*, 60(1), 112-113.
- Quill, T.E. (2015). Voluntary stopping of eating and drinking (VSED), physician-assisted death (PAD), or neither in the last stage of life? Both should be available as a last resort. *Annals of Family Medicine*, 13(5), 408-409. <https://doi.org/10.1370/afm.1850>
- 佐竹陽子, 荒尾晴恵 (2018). 救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤. *Palliative Care Research*, 13(2), 201-208.
- Shinjo, T., Morita, T., Kiuchi, D., Ikenaga, M., Abo, H., Maeda, S., Tsuneto, S., & Kizawa, Y. (2019). Japanese physicians' experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: A national survey. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(2), 143-145. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001426>
- Stängle, S., Schnepf, W., Büche, D., & Fringer, A. (2020). Long-term care nurses' attitudes and the incidence of voluntary stopping of eating and drinking: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 526-534. <https://doi.org/10.1111/jan.14249>
- Swiss Academy of Medical Science (SAMS). (2018). Management of dying and death. <https://www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html> (accessed 2024-2-22)
- 高野純子, 山花令子, 山本則子 (2018). わが国の緩和ケア病棟における看護師のターミナルケア態度に関連する要因. *Palliative Care Research*, 13(4), 357-366.
- 塚本尚子, 野村明美 (2007). 組織風土が看護師のストレス、バーンアウト、離職意図に与える影響の分析. *日本看護研究学会雑誌*, 30(2), 55-64.
- 内田史江, 谷垣静子 (2020). 訪問看護師のがん患者ターミナル看護支援尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本看護学会誌*, 40, 91-99.
- 渡部勇三, 小西由紀恵, 石川美奈 (2020). 緩和ケア病棟看護師の感情労働における感情管理要因の変化. *松江市立病院医学雑誌*, 24(1), 33-40.
- Wax, J.W., An, A.W., Kosier, N., & Quill, T.E. (2018). Voluntary stopping eating and drinking. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(3), 441-445. <https://doi.org/10.1111/jgs.15200>
- Wechkin, H., Macauley, R., Menzel, P.T., Reagan, P.L., Simmers, N., & Quill, T.E. (2023). Clinical guidelines for voluntarily stopping eating and drinking (VSED). *Journal of Pain and Symptom Management*. 66(5), e625-e631. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.06.016>
- World Medical Association. (2019). WMA declaration on euthanasia and physician-assisted suicide. <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/> (accessed 2021-11-21)
- 湯川慶子, 松繁卓哉 (2023). 日本の終末期ケアにおける課題の整理および終末期の自発的飲食中止 (Voluntary Stopping of Eating and Drinking: VSED) の倫理的法的課題の整理と展望. *保健医療科学*, 72(1), 22-30.

[2024年8月28日受付]  
[2025年1月13日採用決定]

# Experiences and Conflicts of Nursing Staff Caring for Patients who Voluntarily Stop Eating and Drinking

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2025, 48(2), 91-100  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250113261>

Ryo Ohshima, RN, PHN<sup>1</sup>, Rieko Tsunashima, RN, PHN<sup>2</sup>,  
Mana Doi, PhD, RN, PHN<sup>3</sup>, Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yokohama Minami Kyousai Hospital, Kanagawa, Japan

<sup>2</sup>Yokohama City University, School of Medicine, Nursing Course, Kanagawa, Japan

<sup>3</sup>Tokyo Healthcare University, Chiba Faculty of Nursing, Chiba, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to explore the experiences and conflicts of nursing staff caring for patients who voluntarily stop eating and drinking (VSED). **Methods:** A questionnaire or web survey was conducted among nursing staff at 687 functional enhancement type I and II visiting nursing stations and 452 palliative care units across Japan. **Results:** After excluding those with missing data, valid responses were obtained from 1,580 nurses (response rate: 33.1%). The survey results revealed that 22.5% of respondents were aware of patients' VSED decisions and 18.9% had experience caring for such patients. Among those with VSED-related experience, 65.8% reported feelings of conflict. This conflict was associated with environments conducive to mutual communication and certified nursing care. However, no differences were observed in how nurses managed these experiences, despite their different affiliations. **Conclusions:** In Japan, nursing staff encounter fewer VSED cases compared to home and palliative care doctors. Given the current lack of established guidelines and ethical standards regarding VSED decisions, providing support to address nurses' emotional conflicts is necessary. Opportunities for attending conferences to express and share emotions and feelings related to these experiences are recommended.

## Key words

Nursing Staff, Experience, Palliative Care Unit, VSED, Visiting Nursing Station

---

**Correspondence:** R. Tsunashima. Email: [tsunashima.rie.hb@yokohama-cu.ac.jp](mailto:tsunashima.rie.hb@yokohama-cu.ac.jp)

## 一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

### 1. 投稿者

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

### 2. 著者および研究貢献者

#### 1) 著者

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

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

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

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

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

#### 2) 研究貢献者

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

### 3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

#### ■原著論文

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

#### ■研究報告

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

#### ■技術・実践報告

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

#### ■総説

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

#### ■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

### 4. 研究倫理

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

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

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

#### ■ミスコンダクト

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

#### ■断片的投稿

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

#### ■二重投稿

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

#### ■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げ場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願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・文系にまたがる場所があるが、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  $\alpha$  では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

### 3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線かわりに十分な空白を置く。

### 5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

### 6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり(漢字、仮名遣いを一部変更)。

## 著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内\*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

## 7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

### ■本文中の引用

- 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, 掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は, 所定の料金を徴収する」と定められている。

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

## 13. 電子付録について

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

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

#### 14. 英語論文について

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

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

##### 附 則

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

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/>



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](mailto:jinr@kyorin.co.jp) (JINR editorial office)



# 事務局便り

## 1. 2025年度会費納入のお願い

2025年度会費納入のお願いをお送りしております。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず**会員番号**をご記入ください。また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。年会費は、オンラインクレジット決済でもご納入が可能です。下記2.に記載の「会員情報管理システム」よりご利用ください。

### 年会費納入口座

		記	
年会費	正会員	8,000円	郵便振替口座
	学生会員A	3,000円	加入者名
	学生会員B	1,000円	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48巻 第2号

無料配布

2025年7月20日 印刷

2025年7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) 岡山大学学術研究院保健学域 (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



