

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 48 Number 5 January 2026 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[第48卷 第5号]



## 会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会 Nursing Innovation Seeds 基金規程に基づいて、2025年度の研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2025年12月1日

一般社団法人日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

記

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

#### 第1条 (名 称)

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

#### 第2条 (目 的)

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

#### 第3条 (資 金)

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

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

#### 第4条 (対 象)

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

- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者を含むチームであること。
- 3) 申請の手続きや様式、条件等は別に定める。

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

- a. 臨床の研究者とアカデミアとの連携した看護実践研究
- b. 看護教育改革／次世代の看護師育成に関する研究

※若手研究者 および 臨床実践の研究者の定義については、別に定める。

#### 第5条 (義 務)

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

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

#### 第6条（受給者の報告）

日本看護研究学会理事長がSeeds基金を受けた者を会員総会で報告する。

#### 第7条（罰則）

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

#### 第8条（募集）

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

#### 第9条（中断・中止）

第5条3項に該当する場合の手続きは、将来構想委員会において別に定める。

### 附 則

この規程は、令和5年6月25日より実施する。

## 一般社団法人日本看護研究学会 2025年度Nursing Innovation Seeds研究募集要項

### 1. 応募方法

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

### 2. 応募資格

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

### 3. 応募期間

2025年12月1日（月）から2026年1月16日（金）の間に必着のこと。

### 4. 選考方法

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

### 5. 研究費の授与

選考されたチームには、研究課題の費用に充当するものとして、2026年4月1日以降の研究に対し、研

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

6. 応募書類は返却しない。

7. Nursing Innovation Seeds 基金に関する事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013

東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

**【本基金における用語の定義】**

①若手研究者：39歳以下の会員

②臨床実践の研究者：現在、主として教育・研究機関に所属していない会員

以上

## 会 告 (2)

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

2026年1月13日

一般社団法人日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

記

### 一般社団法人日本看護研究学会 研究助成（学生会員）規程

#### 第1条（目的）

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

#### 第2条（資金）

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

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

#### 第3条（研究助成の対象）

学生会員による個人の研究とする。

2) 申請者は、本法人学生会員である期間が1年度以上ある者であること。

3) 指導教員の意見書があること。

4) 申請により研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めた者であること。

5) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと。

6) 申請の手続きや様式は別に定める。

7) 研究助成金は1題20万円以内、年間総額60万円を上限とする。

#### 第4条（義務）

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

2) 研究助成を受けた研究の成果を論文として、研究助成年度の翌年から2年以内に投稿する義務を負うものとする。

3) 研究助成を受けた者は、収支報告書を別紙様式で研究助成年度の翌月4月末までに理事長宛に報告する。

4) 研究助成を受けた者が病気、災害（死亡、被災者）などの事由で、義務を果たすことができないと理事会が認めた場合はこの限りではない。

#### 第5条（罰則）

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

#### 第6条（募集）

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

#### 第7条（選考及び決定）

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

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

#### 第8条（中断・中止）

第4条4項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

#### 附 則

この規程は、令和6年6月9日より実施する。

### 一般社団法人日本看護研究学会 2026年度研究助成（学生会員）募集要項

#### 1. 研究助成の対象

看護学研究に関する本法人学生会員による個人の研究

#### 2. 応募資格

- 1) 本法人学生会員である期間が1年度以上ある者
- 2) 2026年3月修了見込みでない者
- 3) 指導教員の意見書があること
- 4) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと

#### 3. 研究助成金額

研究課題1題について20万円以内とし、総額60万円を上限とする。

#### 4. 研究助成期間

- 1) 2026年4月1日～2027年3月31日までとする。
- 2) 研究助成申請書に記載され、申請された研究遂行に必要な経費として理事会で認められた支払い済みの支出は、立替払い分として、2026年4月1日以前に遡って研究助成金をこれにあてることができる。ただし、在学期間内の支出に限る。

#### 5. 応募方法

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

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

#### 6. 応募期間

2026年1月13日（火）～2026年3月6日（金）（必着）

#### 7. 選考方法

研究助成委員会で審査を行い、理事会で決定する。

#### 8. 研究助成金の使途と報告

- 1) 研究助成金の使途は、研究活動に必要な旅費、消耗品費、通信・運搬費、印刷費などとする。旅費は、研究課題による研究を実施する上で必要な場合のほか、本学会出席の参加費・旅費を認める。学位論文申請にかかる英文校正費、学位論文の製本費は認めない。
- 2) 研究助成を受けた者は、研究成果概要報告書と収支報告書を別紙様式で2027年4月末日までに理事長宛に提出する。

#### 9. 研究成果の発表

- 1) 研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を研究助成年度の翌年から2年以内（2028年度学術集会まで）に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表する義務がある。
- 2) 研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を論文として、研究助成年度の翌年から2年以内（2029年3月末まで）に投稿する義務がある。
- 3) 研究助成成果を公表する場合は、本学会の研究助成金による研究であることを明記する。

#### 10. 助成の取り消し

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

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

#### 11. 研究助成の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013

東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

以上

## 会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会第52回学術集会を、下記のとおり開催しますので、お知らせいたします。

2026年1月20日

一般社団法人日本看護研究学会

第52回学術集会

会長 岡 美智代

(群馬大学大学院保健学研究科 教授)

記

### 一般社団法人日本看護研究学会 第52回学術集会 メインテーマ：「語り合おう、看護の近未来」

【会期】2026年9月5日（土）・6日（日）

【方法】現地開催（一部オンデマンド配信）

【会場】Gメッセ群馬 〒370-0044 群馬県高崎市岩押町12-24

【演題登録期間】「一般演題」・「交流集会」・「実践・研究スタートアップ」

2026年2月23日（月）～3月23日（月）まで

【プログラム】（テーマなどは変更になる可能性もあります）

1. 会長講演：「語り合おう、看護の近未来」

岡 美智代（群馬大学大学院保健学研究科 教授）

2. 特別講演

1) 「政策決定のプロセス：政治学の立場から」

太田 宏（早稲田大学 名誉教授）

2) 「違いは宝—Z世代の力を引き出すコミュニケーション—」

内藤知佐子（愛媛大学医学部附属病院 総合臨床研修センター 助教）

3) 「気候変動と看護」

Gina A. Friel, DNP, RN, CRNP-PC (Director, Global Nurses Working Group, Columbia University Mailman School of Public Health)

4) 「コクラン・レビューのプロセス：コクラン・レビューアーの視点から」

Wendy Chaboyer, PhD, RN (Professor Emeritus, School of nursing and Midwifery, Griffith University)

3. 市民公開講座

「人生110年時代を目指す裏切らない体づくり」

谷本 道哉（順天堂大学スポーツ健康科学部 教授）

4. 特別企画

1) 日本保健医療行動科学会との共同企画

「職種間相互理解のための対話的ミーティング（DMIU）の概要と実践」

小坂 素子（神戸女子大学看護学部看護学科 准教授）

岡 美智代（群馬大学大学院保健学研究科 教授）

木村 聰子（宝塚大学看護学部 准教授）

樋口 優子（明海大学外国語学部 教授）

二瓶 映美（秀明大学看護学部 准教授）

野呂瀬崇彦（一般社団法人ソーシャルユニバーシティ 研究員）

松本 光寛（群馬大学大学院保健学研究科 助教）

吉野 亮子（関西医療大学医療保健学部 研究員）

2) 東日本腎不全研究会との共同企画

「3Dプリンターを使ったテーラーメイド・グッズ開発による看護イノベーション」

近藤 健（群馬パース大学 講師）

徳田 幸子（広瀬川クリニック 看護師）

5. シンポジウム

1) 「生成AI×医療系教育：AIリテラシー教育をいかに整えていくか」

高橋 宏瑞（順天堂大学医学部総合診療科 准教授・診療）

鋪野 紀好（千葉大学大学院医学研究院地域医療教育学 特任教授）

近藤 猛（名古屋大学医学部附属病院 病院講師）

児玉 悠希（国立健康危機管理研究機構 上級研究員）

永井 翔（人間環境大学看護学部 助教）

2) 「合理的配慮のその先へ：動機づけ面接で学生の学びを支える看護教育モデル」

藤澤 雄太（国立健康危機管理研究機構国立看護大学校 講師）

瀬在 泉（防衛医科大学校医学教育部看護学科 准教授）

3) 「看護の近未来を見据えたキャリアの語り—専門看護師の歩みから学ぶ成長と挑戦」

松本 光寛（群馬大学大学院保健学研究科 助教・慢性疾患看護専門看護師）

深澤 友子（群馬大学大学院保健学研究科 助教・母性看護専門看護師）

## 6. 研究方法ミニレクチャー

1) 「初心者のための再帰的テーマティックアナリシス」

岡 美智代（群馬大学大学院保健学研究科 教授）

2) 「初心者のためのシステムティックレビュー」

劍持 貴史（群馬医療福祉大学看護学部 准教授）

3) 「初心者のための概念分析」

白土菜津実（群馬医療福祉大学医療技術部 助教）

4) 「初心者のためのナラティブレビュー」

堀越 香（NPO法人日本ヨーガ療法士協会・群馬 ヨーガ療法士）

## 7. 一般演題、交流集会、実践・研究スタートアップなど

【ホームページ】 <https://jsnr52.com/>



### 【問い合わせ先】

学術集会事務局

群馬大学大学院保健学研究科 岡 美智代 研究室

〒371-8514

群馬県前橋市昭和町 3-39-22

運営事務局

株式会社インターグループ

〒107-0052

東京都港区赤坂 3-3-3 住友生命赤坂ビル6F

TEL : 03-5549-6911, FAX : 03-5549-3201

E-mail : jsnr52@intergroup.co.jp

以上

## 目 次

### 《研究論文》

#### －原 著－

統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセス ..... 627

島根県立大学看護栄養学部看護学科 鈴 貴 裕

島根県立大学看護栄養学部 石 橋 照 子

島根県立大学看護栄養学部看護学科 大 森 真 澄

レシピエントとともに暮らす腎移植ドナーの経験 ..... 643

藤 澤 和歌子

地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践と影響要因 ..... 655

訪問看護ステーションマハロ 木 村 幸 恵

日本赤十字広島看護大学 百 田 武 司

日本赤十字広島看護大学 山 本 浩 子

日本赤十字広島看護大学 中 村 もとゑ

中山間地域の条件不利性に着目した訪問看護ステーション経営に関する看護師の経験：

質的メタ統合による分析 ..... 669

大分県立看護科学大学看護学部 荒 木 章 裕

植草学園大学看護学部 姫 野 雄 太

大分県立看護科学大学看護学部 矢 野 亜紀子

大分県立看護科学大学看護学部 福 田 広 美

看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育の現状と影響要因の認識の分析 ..... 681

公立西知多総合病院

日本福祉大学看護学部 春 田 美 保

日本福祉大学看護学部 新 美 綾 子

日本福祉大学看護学部 山 口 桂 子

#### －研究報告－

看護師が所属する病棟のチームアプローチと転倒・転落予防の実践状況に対する評価の関連 ..... 697

札幌市立大学看護学部 吉 田 実 和

札幌医科大学保健医療学部看護学科 堀 口 雅 美

終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者への訪問看護師の支援 ..... 709

千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程

元大分県立看護科学大学 山 田 貴 子

別府大学 藤 内 美 保

－資料・その他－

「8050問題」を抱える家庭に訪問している訪問看護師が考える伴走型支援 ..... 721

奈良学園大学大学院 岡 本 韶 子

関西医科大学看護学部 上 山 千恵子

山陽学園大学総合人間学部ビジネス心理学科 松 浦 美 晴

日本看護研究学会雑誌およびJournal of International Nursing Researchにおける掲載論文の動向と今後の課題 ..... 733

北海道大学大学院保健科学研究院 宍 戸 穂

北海道大学大学院保健科学研究院 出 塚 望

一宮研伸大学看護学部 安 藤 詳 子

北海道大学大学院保健科学研究院 矢 野 理 香

日本看護研究学会雑誌第42巻の検定力の分析 ..... 743

元東京都立大学 猫 田 泰 敏

静岡県立大学 篠 宗 一

## CONTENTS

### 《Research papers》

#### Original Article

Acquiring Medication Independence in Patients with Schizophrenia .....	627
--	-----

The University of Shimane, Shimane, Japan : Takahiro Tatara, MSN, RN

The University of Shimane, Shimane, Japan : Teruko Ishibashi, PhD, RN

The University of Shimane, Shimane, Japan : Masumi Omori, PhD, RN

Experiences of Kidney Transplant Donors Living with Their Recipients .....	643
--	-----

Wakako Fujisawa, PhD, RN

#### Interdisciplinary Collaboration to Support Patients' Transition to Home

by Community-Based Integrated Care Ward Nurses and Factors Influencing this Practice .....	655
--	-----

Mahalo Visiting Nursing Station, Hiroshima, Japan : Yukie Kimura, MSN, RN

Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Takeshi Hyakuta, PhD, RN

Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Hiroko Yamamoto, PhD, RN

Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Motoe Nakamura, PhD, RN

#### Nurses' Experiences in Managing Visiting Nursing Stations

##### Under Disadvantageous Conditions in Hilly and Mountainous Areas:

A Qualitative Meta-Synthesis .....	669
------------------------------------	-----

Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan : Akihiro Araki, PhD, RN, PHN

Faculty of Nursing Science, Uekusa Gakuen University, Chiba, Japan : Yuta Himeno, PhD, RN

Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan : Akiko Yano, MSN, RN

Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan : Hiromi Fukuda, PhD, RN, PHN

#### Analysis of the Current Status of Aromatherapy Education

in Basic Nursing Curricula and Identification of Key Influencing Factors .....	681
--	-----

Nishichita General Hospital, Aichi, Japan :

Nihon Fukushi University, Aichi, Japan : Miho Haruta, MD

Nihon Fukushi University, Aichi, Japan : Ayako Niimi, PhD

Nihon Fukushi University, Aichi, Japan : Keiko Yamaguchi, PhD

### Research Report

Relationship between Nurses' Evaluation of the Team Approach and Fall Prevention Practices in Wards .....	697
---	-----

Sapporo City University, Sapporo, Japan : Miwa Yoshida, MSN, RN, PHN

Sapporo Medical University, Sapporo, Japan : Masami Horiguchi, PhD, RN, PHN

Home Care Nurses Support for Husband Caregivers Providing End-of-Life Care at Home to Wives with Terminal Cancer .....	709
Doctoral Program Graduate School of Nursing, Chiba University, Chiba, Japan :	
Former Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan : Takako Yamada, MSN, RN	
Beppu University, Oita, Japan : Miho Tonai, PhD, RN	

## Material and Others

Companion-Type Support as Conceived by Visiting Nurses Attending Families Facing the “8050 Problem” .....	721
Naragakuen University, Nara, Japan : Kyoko Okamoto, PhD, RN	
Kansai Medical University, Osaka, Japan : Chieko Kamiyama, PhD, RN	
Sanyo Gakuen University, Okayama, Japan : Miharu Matsuura, PhD	
Trends and Future Challenges of Research Articles Published in the <i>Journal of Japan Society of Nursing Research</i> and <i>Journal of International Nursing Research</i> .....	733
Faculty of Health Sciences, Hokkaido University, Hokkaido, Japan : Inaho Shishido, PhD, RN, PHN	
Faculty of Health Sciences, Hokkaido University, Hokkaido, Japan : Nozomi Detsuka, MSN, RN, PHN, MW	
School of Nursing, Ichinomiya Kenshin College, Aichi, Japan : Shoko Ando, PhD, RN	
Faculty of Health Sciences, Hokkaido University, Hokkaido, Japan : Rika Yano, PhD, RN, PHN	

Analysis of Statistical Power in the <i>Journal of Japan Society of Nursing Research</i> Vol. 42 .....	743
Former Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan : Yasutoshi Nekoda, PhD, RN, PHN	
University of Shizuoka, Shizuoka, Japan : Soichi Takamura, PhD, RN, PHN	

## 研 究 論 文

- ・原 著
- ・研究報告
- ・資料・その他

# 統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセス

鉢 貴裕<sup>1</sup>, 石橋照子<sup>2</sup>, 大森眞澄<sup>1</sup>

<sup>1</sup>島根県立大学看護栄養学部看護学科, <sup>2</sup>島根県立大学看護栄養学部

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 627-642  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250331269>

## 要 旨

目的：本研究の目的は、統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセスを明らかにすることである。方法：統合失調症患者8名に半構造的面接法を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。結果：37の概念を生成し、【揺れ動く】など12カテゴリー、【医療者との関係】【治療の捉え】【病いの捉え】という3つの大力テゴリーと〈試す〉などカテゴリーにならない5つの概念に分類でき、《一緒に試行錯誤》をコア概念とした。患者にとって服薬への主体性の獲得プロセスとは、医療者と《一緒に試行錯誤》しながら、何でも【言い合える関係】を築き、服薬の必要性を【納得】し、服薬を【続ける覚悟】をもって取り組み、【病いを受け容れ】た状態を維持するプロセスであった。結論：患者にとって服薬への主体性を獲得するプロセスは、医療者とともに病いや服薬と向き合い続ける営みであることが明らかとなった。

## キーワード

服薬への主体性、服薬、統合失調症、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者：鉢 貴裕. Email: t-tatara@u-shimane.ac.jp

## 緒 言

統合失調症における薬物療法は1952年にクロルプロマジンが発見されて以降、今なお統合失調症治療の中心となっている。一方で、薬物療法は統合失調症の根本的な治療法ではなく、服薬し続けることで症状のコントロールを目指すものであり、患者には長期間にわたる服薬が求められる。医療者はかつて患者が医療者の指示にどの程度従うかというコンプライアンスの考え方方に則って治療に関わってきた（山田・上島, 2006, p.8）。しかし、患者の多くは病識を得られないため、薬の服用を拒否する（Amador, et.al., 1994）。また、服薬に伴う副作用が強いことや退院によって生活リズムが乱れることで服薬ができなくなり服薬中断に至ってしまう（小谷・河井・武田・井手添・三木, 2008, pp.275-276）。服薬中断により症状が再燃すると、再入院が必要な事態となる。そのため、統合失調症をはじめ慢性疾患患者の治療には患者に治療の意義や必要性を理解してもらい、協力してもらうというアドヒアランスの考え方に基づく支援が必要と報告されており（World Health Organization, 2013）、患者が治療に主体的に参加し、納得・同意したうえで治療を進めることが重要であると認識されるようになった。さらに、近年ではコンコーダンス

や共同意思決定（Shared Decision Making [SDM]）という考え方へ発展し、患者-医療者間の意見を調和・一致させたうえで治療を進めることを目指している。

服薬への主体性に関する研究として、これまでに服薬アドヒアランスの評価法の開発（松田ほか, 2012；柳田・井上・内野, 2018）、服薬アドヒアランスに影響を与える因子の検討（阿部・森, 2009；福山ほか, 2013；松田・河野・先谷, 2012；佐藤・金井・安藤・神田, 2006；高木ほか, 2008）や服薬アドヒアランス向上のためのプログラム開発および検討（松田, 2008a；矢野・柏村・柴田・楫野・山根, 2009）がなされていた。また、看護分野においては服薬への主体性向上の取り組みの中でもコンコーダンス・スキルの活用や心理教育導入に関する実践報告が多数みられた（榎本・吉田・武用, 2014；榎本・榎本・武用, 2018；濱ほか, 2012；川村・今井・林, 2022；中村・黒石・神田・武藤, 2008）。SDMに関する研究では、SDMの理念を徹底した面接法の導入によりDrug Attitude Inventory 30と抗精神病薬治療下主観的ウェルビーイング評価尺度短縮版の日本語版ともに総得点の上昇が認められたことが明らかにされている（保科・西村, 2021）。

統合失調症患者本人の語りから服薬に対する思いや捉え方を明らかにしようとした研究には以下のようなものがあ

る。看護分野では松田（2008b, p.23）が心理教育を受けた入院中の患者を対象に、服薬についてどのように受け止めているかを明らかにしており、患者が心理教育を受けることによって医療者や薬を信じて頼ろうとする気持ちと、医療者や薬を信じられず頼りたくないというアンビバレントな心理状態に至ることを明らかにした。心理教育によるこのような心の揺れは、服薬によって得られる利益を模索している状態であり、この揺れによって徐々に主体性を獲得していくのだと述べていた。また水野・佐藤・岩崎・津田（2005, pp.18-21）は入院時と心理教育を受けて退院した後の服薬の受け止めを比較し、心理教育によってどのように服薬を受け止めるようになるかを明らかにした。服薬によって症状が改善されると、就職活動や人との交流ができるようになるなど、日常生活における変化によって薬効を実感できるようになっていくと述べていた。また、病気の自覚については自分の言動が周囲に与えた影響を振り返ったり、服薬行為が自分が病気であることを自覚させたりするものであったことを明らかにしていた。作業療法士である佐川（2001, pp.347-348）は服薬プログラムを受けて知識を得ることで、医師との間で薬や病気について話がしやすくなり、これによって医師との心理的距離感が近づくことを明らかにしていた。これらは統合失調症患者の服薬に対する主観的経験を明らかにした重要な研究である。しかし、統合失調症は根本的な治療が困難であるため、長期にわたり病いや服薬と付き合っていかなければならぬ。この点を考慮すると、統合失調症患者が服薬に対して主体的に関われるようになるまでのプロセスは極めて多様で、様々な出来事から影響を受けて服薬への主体性を獲得していくのではないかと考えられる。しかし、統合失調症患者が発症し、治療が開始されてから服薬への主体性をどのように獲得していったかという本人の体験を明らかにした研究はみられなかった。

そこで、本研究では服薬を続けることを選択した患者が、そのような選択をした経緯や服薬を自分事として捉えて取り組み、医療者と協力しながら治療に参加できるようになった体験に焦点を当てる。医療者が患者と対等な関係で意思決定をしながら治療を進めるためには患者の服薬にまつわる様々な体験を理解することが必要であり、服薬への主体性獲得のプロセスを患者の語りから明らかにしていく必要があると考えた。統合失調症患者にとって服薬することはどのように捉えられ、服薬とどう向き合ってきたかという体験を発症から現在に至るまでという時間軸で語つてもらい、服薬への主体性獲得のプロセスを明らかにする。

## I. 本研究の目的

統合失調症患者が抗精神病薬に対する服薬への主体性を獲得するプロセスについて明らかにする。これにより服薬への主体性を獲得するための支援を検討する。

## II. 用語の定義

**服薬**：“主たる治療として定期的に抗精神病薬の内服薬を服用する、もしくはデポ剤を接種すること”と定義した。  
**服薬への主体性**：“統合失調症患者が服薬を自分事として捉え、服薬を続けることを自ら選択したうえで医療者と協力しながら治療に参加する姿勢”と定義した。なお、コンコードансやSDMにおける服薬したくない、しないといった意思や行動の表出を含む「主体性」とは異なる。

## III. 研究方法

### A. 研究デザイン

GlaserとStraussの分析法（Glaser & Strauss, 1967/1996）をより理解、活用しやすいように分析方法を修正し開発された修正版グラウンド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach [M-GTA]）（木下, 2020）を使用して分析した。本研究では、以下3点の理由から分析法としてM-GTAが適切であると考えた。①統合失調症患者が発症し診断を受け、服薬を開始してから服薬への主体性を獲得している今に至るまでというプロセス性を有する事象を明らかにしようとしている、②統合失調症患者と家族や医療者といった人対人の相互作用を有する、③統合失調症患者の薬物療法という限定された範囲において服薬への主体性をどのように獲得していくかという具体理論の生成を目指している。理論を生成することで、統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセスが明らかになり、医療者が統合失調症患者の服薬に対する思いを理解する助けになると考えたためである。

### B. 研究参加者

研究参加者の条件は、以下の3つすべてを満たす者とした。

- ①ICD-10におけるF20統合失調症もしくはF25統合失調感情障害と診断を受けた者のうち、服薬への主体性を獲得している者。
- ②現在精神科に通院することで服薬を継続しており、直近6か月の間に入院歴がなく、定められた間隔で受診できている者。

③主治医が病状が安定していると判断し、面接の許可がある者。

研究参加者のリクルートにあたっては医療機関の代表者および主治医に研究目的、方法と倫理的配慮等について説明し、研究協力の同意が得られた後、研究参加者の条件を満たす候補者の選定をおこなつてもらった。主治医からは研究参加候補者に対して研究依頼が来ており、説明を聞いてみるかという確認のみをおこなつてもらい、説明を聞くことに同意した者に対して研究者が直接、書面と口頭にて研究の目的、方法、倫理的配慮等について説明をおこない、同意が得られた者を研究参加者とした。

### C. データ収集方法

データ収集は、研究参加者が通院している施設内の個室を利用し、プライバシーが守られた環境下で半構造的面接法により実施した。1回の面接時間は原則、約60分とした。面接を延長する場合、参加者の心身の負担を考慮し日を改めることを基本としつつ、本人の希望があればそのまま延長した。しかし、延長しても1回の面接時間は120分以内とした。インタビュー内容はインタビューガイド（表1）を参考に、医師から病気だと伝えられ服薬治療を開始してから、どのように服薬と向き合ってきたか、主体的に治療に参加できるようになったきっかけはどのようなものであったなどをできるだけ時間軸に沿って自由に語ってもらつた。ICレコーダーを使用し、面接内容を録音した。録音したデータを逐語録に起こしてデータとして使用した。

### D. データ収集期間

2022年12月から2023年11月に対象施設を訪問し、 インタビューを実施した。

### E. データ分析方法

M-GTAでは、分析テーマと分析焦点者を設定する（木下、2020, pp.62-64）。分析テーマとは、データと密着した分析のために研究テーマから導き出したものである。本研究では、“統合失調症の診断を受け、服薬が必要との説明を受けてから、服薬への主体性を獲得している今に至るま

でに、服薬をどのように捉え、向き合ってきたか”とする。

次に、分析焦点者とは分析結果の中心に位置する人間で、分析焦点者の設定とは特定の人間に焦点を当てたデータの解釈を意味する。研究者の関心は、統合失調症患者がどのように服薬への主体性を獲得してきたかというプロセスの明確化であるため、“服薬への主体性を獲得した統合失調症患者”を分析焦点者とする。

概念の生成について、まず1人分のデータを通読し、分析テーマに関連がありそうな箇所に着目し、着目箇所の解釈をデータの欄外に書き込んでいく。その部分をヴァリエーション（具体例）とする概念を生成し分析ワークシートに記入する。分析ワークシートには、概念名、定義、ヴァリエーション、理論的メモを記載する。分析の偏りを防ぐため、類似例と対極例が豊富にあるかを確かめながら概念を生成していく。このように概念を生成しつつ、同時並行で概念の内容や概念間の関係性を考え、カテゴリー化した。カテゴリーにならないものはそのまま概念として残した。最終的に概念とカテゴリーの関係性を考慮して図解化し、結果図の作成および文章化（ストーリーライン）した。

### F. 概念生成の提示

本論文における1つの概念生成過程を例示する。以下は、統合失調感情障害の診断を受け、服薬治療を継続している患者D氏の語りである。D氏は主治医が診察時、自分ではなく主に母の話を聴こうとする行動に不信感を募らせていた。その主治医が別の場面で取った対応について語った部分である。

「(調子が悪く)母と(診察予定ではない日に)たまにX病院に行ったら、(偶然)先生に会えて、だいたい行ったら会えたんですよ。なんか先生が(他の患者の)診察中じゃなくて。で、通りがかりに会った先生が(私を)見つけてくれて、(予約していないのに)診察してくださったりしてたから、あ、この先生信用できるんだと思って」

この部分より、主治医が自分を思いやって取る行動に信頼が芽生えたと解釈し、“医療者が自分のことを思いやって取る行動や発言に対して信じてみようという思いを抱くこと”と定義し、概念名を〈信頼感の芽生え〉とした。この

表1 統合失調症患者の服薬への主体性獲得のプロセスに関するインタビューガイド

- ・あなたが統合失調症と診断され、服薬治療を開始してから今日に至るまでの経緯についてご自身のペースで自由にお話しください  
以下、必要に応じて追加で質問
- ・服薬に対する考え方や気持ち
- ・服薬に対する考え方や気持ちに基づいてどのような行動を取っているか
- ・服薬に対する考え方や気持ち、行動は変わってきたか。もし変わったのであればどのような理由で変わったか
- ・主体的に服薬治療に参加しようと思ったきっかけ
- ・あなたと主治医や看護師との関係

ように概念を生成し、分析ワークシートを作成した（表2）。他の概念も同様の手順で解釈し、最終的に37の概念を生成した。

#### G. 分析内容の妥当性の確保

本研究では、分析テーマの設定から1例目の概念生成で指導者にスーパーバイズを受けた。以降も概念生成や結果図とストーリーラインを作成する段階などで、継続的に指導者にスーパーバイズを受け、内容が妥当であるか、データと研究者の解釈とを対照させて、概念名や結果図の修正をおこなった。また、完成した結果図とストーリーラインについて研究参加者の1人に依頼しメンバーチェッキングをおこなった。

#### H. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究参加は個人の自由意思に基づくこと、研究参加に同意するかどうかと病院で受ける治療には一切関係がないこと、一度同意した後であっても辞退が可能であること、語りたくないことは語らないでよいことを説明した。また、収集・分析したデータは研究目的以外に使用せず厳重に管理し、プライバシーを保護したうえで、学会等の場で発表することを口頭および書面で説明し同意を得た。なお、本研究は島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認（承認番号：376）を得ておこなった。

## IV. 結 果

### A. 研究参加者の概要

研究の趣旨を理解、同意したうえでインタビューを受けたのは30～70代の男性4名、女性6名の計10名であった。

面接内容から逐語録を作成し、分析のため何度も通読した。このうち、B氏は「（使用している薬剤名や効果は）よくわからないですね」、「（家族の送迎がなければ受診するか）わからないですね」と語り、服薬への主体性が確認できなかった。C氏は質問に対して様々な話題に移り、インタビュー中に発病してから現在に至るまでの出来事や服薬に対する思いを語ることがなく、分析することができなかった。そのため、この2名を今回の分析対象から外すこととし、計8名のデータを分析した。研究参加者の概要を表3に示す。

研究参加者8名の面接時間は平均94.8分で、1名のみ本人と相談のうえ計2回の面接をおこなった。面接後、参加者から面接によって心身に不調をきたしたといった申し出はなかった。

### B. 結果図とストーリーライン

分析の結果、37の概念を生成し、12のカテゴリー、3つの大カテゴリーとカテゴリーにならない5つの概念に分類でき、1つのコア概念を抽出した。概念間の関係性を整理し、その概要を簡潔に文章化したストーリーラインと結果図：統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセス

表2 分析ワークシート例

概念名4		信頼感の芽生え
定義	医療者が自分のことを思って取る行動や発言に対して信じてみようという思いを抱くこと	
ヴァリエーション（具体例）	1. （調子が悪く）母と（診察予定ではない日に）たまにX病院に行ったら、（偶然）先生に会えて、だいたい行ったら会えたんですよ。なんか先生が（他の患者の）診察中じゃなくて。で、通りがかりに会った先生が（私を）見つけてくれて、（予約していないのに）診察してくださったりしてたから、あ、この先生信用できるんだと思って（D氏） 2. いろいろ病室に来てくださって（中略）心を許すじゃないけど、なんかこの先生だったら話してもいいかなとか信頼が生まれとって、よく話してましたね（E氏） 3. やりんさいね！みたいな、そんな強制とかじゃなくて、やってみたらいいんじゃない？という説明をすごくいい感じにしてくれたんですよ。何かやりたくなるような。（一般）病棟にも出れるかもしれない退院もできるかもしれないしちょっとやってみんかねっていうのを本当に丁寧に言ってください（F氏） 4. 私のお母さんに、（H氏は）40（歳代）に入ったら落ち着きますよっていうのを言われてたんです、病状は。したら、確かに40代に入って落ち着いてきたんですよ、先生の言われるとおり（H氏） 5. 入院の説明とかいろいろありますしょ。あんなんでも、はっきりと説明してもらえる人と、なかなかそうしてもうれない人があるんですね。前の病院では一切そういう（はっきりとした説明をされた）ことがなかったんで。関わるやうにいたくないわという態度だったんで余計にそう思ったんですよね。だから、Z病院の看護師さんたちはやっぱり違いますよ（I氏）	
理論的メモ	1. 新しい主治医の思いやりのある対応に、医師という対象への信頼感を覚えた。 2. 自分のもとに何度も足を運んで話をしてくれる担当医に信頼を覚えた。 3. 看護師の押し付けない態度に信じてみようと思った。 4. 病状に対する見立ての正確さに医師として信じられた。 5. 明確に説明してくれる対応に再び医療者を感じる気持ちを持った。	
対極例	・僕が言いかけたら、『いいです』みたいな感じで言葉を遮られ、『次の予約を』と言われる先生だったので。だけ、『その話はいいです』みたいな、話もさせてもらえないような、何かそういう感じがあったんですよ。だけ、この人は相性が悪いわと思って（中略）そういう態度だったのが、もう自分に合わないなって思うきっかけだった（G氏）	

(図1)を作成した。

以下にストーリーラインを記述する。なお、概念を〈〉、カテゴリーを【】、大カテゴリーを〔〕、コア概念を《》で表す。

〔医療者との関係〕は、統合失調症と診断され、治療を医療者に〈おまかせ〉することで始まっていた。しかし、医療者に裏切られたような思いを抱くと、〈不信感〉を募らせていた。そして、医療者が信用できるかを見定めるため〈試す〉言動を取っていた。その結果、言葉で伝えなければ思いはわかってもらえないと〈割り切〉る者や、約束した期間は服薬しようと〈契約する〉者もいた。こうして【付き合い方を修得】すると、医療者に対して率直に意見を伝えることができていた。そして、《一緒に試行錯誤》

した医療者を同志のような存在と捉えていた。服薬を続ける中で、医療者の自分を思いやる言動に触れることで〈信頼感が芽生え〉、【言い合える関係】になっていった。

〔治療の捉え〕は、最初は服薬の勧めに〈応じ〉ていたが、自分事として〈引き受けられ〉ず、【他人事として捉え】ていた。そのうえ服薬による強い副作用を経験して【抵抗感の高まり】がみられていた。そのため〈調整要望〉や〈主体的拒薬〉をするなど【行動化】を起こしていた。【行動化】により薬が効いていたことを自覚すると【自分事としての捉え】ができるようになっていた。こうして、服薬の必要性を【納得】し、【続ける覚悟】をもって主体的に治療と向き合う姿が語られていた。

〔病いの捉え〕は、診断に対し【病いの否定】で始まる

表3 研究参加者の概要

ID	年齢	性別	疾患名	服薬への主体性を獲得してからの期間	合計面接時間
A	70代	男性	統合失調症	1年	50分
D	40代	女性	統合失調感情障害	10数年	120分
E	30代	女性	統合失調症	10数年	62分
F	30代	女性	統合失調症	10年未満	84分
G	50代	男性	統合失調症	10年未満	202分
H	40代	女性	統合失調症	10数年	65分
I	70代	女性	統合失調症	数年	80分
J	60代	男性	統合失調症	数年	96分

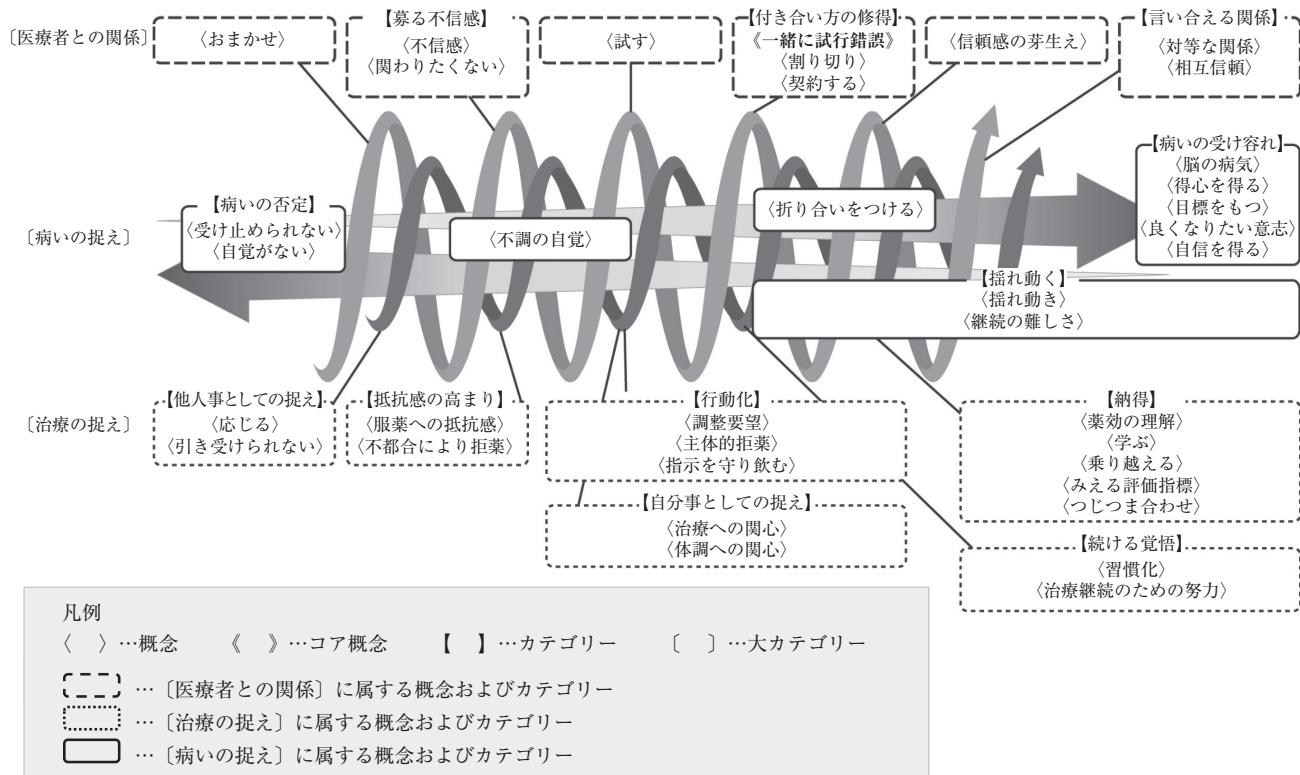


図1 統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセス

場合と、病気と認めていないが〈不調の自覚〉をしている場合がみられた。当初は服薬で治ると期待していた。しかし、徐々に病気はコントロールし、付き合っていくものだと〈折り合いをつけ〉、【病いの受け容れ】をしようと捉える方に向かっていった。一方、医療者との【付き合い方を修得】し、治療を【自分事として捉え】るようになる頃には、薬をやめてしまいたいと、根底では【搖れ動く】気持ちを常に抱えながら、時に【病いを否定】したい思いに引っ張られることがみられた。しかし、患者は病いや服薬と向き合い続けてきたことで、ここでやめまいと【続ける覚悟】をもって【病いを受け容れ】ていた。患者に内在する【病いの捉え】は、これを取り巻く【医療者との関係】と【治療の捉え】が変化する中で、【病いの受け容れ】と【病いの否定】の思いが綱引きをするようにせめぎ合いながらも【病いの受け容れ】が勝っている状態を保っていた。

統合失調症患者当事者からみた服薬への主体性を獲得するプロセスは、治療を医療者に〈おまかせ〉していた時期や【募る不信感】から医療者を〈試し〉、【行動化】する時期がありながらも、医療者と《一緒に試行錯誤》する体験を通して、何でも【言い合える関係】を築いていた。これにより、服薬の必要性を【納得】したうえで、【搖れ動く】思いを抱えながらも、【続ける覚悟】をもって服薬に取り組むことで、【病いを受け容れ】た状態を維持するプロセスであった。

### C. 概念、カテゴリー

生成したカテゴリー、大カテゴリー、概念とその定義の一覧を表4に示す。

各カテゴリー、大カテゴリー、概念およびコア概念について説明する。「データ」内の（ ）は研究者の発言や、意味がわかりやすくなるよう研究者が補足した内容を記載している。「データ」後の（ ）内には、概念名と研究参加者を示す。例：（おまかせ：F）

各カテゴリーおよびカテゴリーと同等の説明力を有する概念の後にカテゴリー内の概念を用いた要約を示す。

#### 1. 大カテゴリー：【医療者との関係】

結果図の上方に横一直線に並んでいる【カテゴリー】と〈概念〉が表す現象は、【医療者との関係】に集約した。これは統合失調症患者が精神科受診から始まる医療者との関わりに伴い生じる感情や対人関係における距離感であり、この関係が病いや治療への捉えに影響をおよぼすものと解釈した。

##### a. おまかせ

〈おまかせ〉は一つの概念であるが、カテゴリーと同等

の説明力をもつ概念として扱う。

「(医師に統合失調症と言われたら) しょうがないじゃんって思いますよ、私は。だって、そうなんだもんって私は思いました。だって、自分より何倍も頭のいいお医者さんが『統合失調症です』と言ったら、そうですかとなるかなという感じです、私は」(おまかせ：F)

「病院で処方される薬は、風邪薬でも何でも、飲まにゃいけんっていう、やっぱり刷り込みがあるじゃないですか。幼い頃。病院から処方されるんだけ、それは飲まにゃいけんわ、という感じで。そこに疑問とかなかったです」(おまかせ：G)

医師は高学歴であり、間違ったことを言うはずがないという心理が働いていた。また、病院で出された薬は飲むものだという刷り込みがあり、薬を処方されるということは自分は病いなのだろうと考え、治療を〈おまかせ〉していた。

##### b. 募る不信感

【募る不信感】とは医療者に治療を全面的に任せていた関係から、このまま任せていて大丈夫なのかという感情を抱き始める関係であり、〈不信感〉と〈関わりたくない〉の2つの概念で構成されていた。

「僕が言いかけたら、『いいです』みたいな感じで言葉を遮られ、『次の予約を』と言われる先生だったので。だけ、『その話はいいです』みたいな、話もさせてもらえないような、何かそういう感じがあったんですよ。だけ、この人は相性が悪いわと思って（中略）そういう態度だったのが、もう自分に合わないなって思うきっかけだった」(不信感：G)

I氏は1回目の入院時は家族の説得で入院し、治療を言われた通り受けていたが、「(病状や薬について) 一切説明なしだったから、だから2回目の入院のときに『先生、代わってください』って言ったんですよ」(関わりたくない：I)

話を聴こうともしない不誠実な対応や前回入院の際、病状や薬への説明がなかった主治医の言動に〈不信感〉を募らせたことで、〈関わりたくない〉と医療者を拒絶していた。

##### c. 試す

〈試す〉は一つの概念であるが、カテゴリーと同等の説明力をもつ概念として扱う。

D氏の主治医は診察に同席している母の話を聞くばかりで、D氏自身への問診はごくわずかだった。このような対応に本当に自分のことを診てくれているのかという思いを抱くようになり、「先生にちゃんと（今の自分の状態を）話さずに（躁状態のときはうつ状態であるかのような申告をすることで処方された）この薬、飲んだらどうなるんだろうと思って自分で（勝手に飲んで）人体実験し始めたんですよ」(試す：D)

「(拒薬・拒食して) 試してみたわけですね。僕（の病

表4 統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセスを構成するカテゴリー、概念、および定義一覧

大カテゴリー	カテゴリー	概念名	定義	参加者
医療者との関係	おまかせ	おまかせ	医師が診断したことは受け容れないと仕方がないと指示に従うこと	F,G,J
		不信感	治療に効果が感じられないことや、医療者の対応に衝撃を受けたり、誠実さを感じられなかつたりすることで医療者に裏切られたような思いを抱くこと	A,D,E,F,G,H,I,J
		関わりたくない	医療者の対応や服薬の効果が信じられず、怒りや不安感を覚え医療者との関わりを拒むこと	D,I
	試す	試す	医療者を信じたいという思いを基盤に、本当に信用できる存在か見定めるためにあえて困らせたり、疑問を投げかけてみたりすること	A,D,G,H,J
		一緒に試行錯誤	病状の安定を目指して医療者と対話を通じてともに治療に取り組むこと	A,D,E,F,G,H,I,J
		割り切り	困った時やわかって欲しいことは言葉にしないと伝わらないと気付くこと	A,D
	付き合い方の修得	契約する	治療参加は、自分の目的達成のための一時的なものだとして関係を結ぶこと	D,F,J
		信頼感の芽生え	医療者が自分のことを思って取る行動や発言に対して信じてみようという思いを抱くこと	D,E,F,G,H,I
	言い合える関係	対等な関係	本人と医療者、双方の信頼関係を基盤に、病状の維持、治療の継続を目的とした建設的な話し合いができること	A,D,F,H,I,J
		相互信頼	本人と医療者が互いに治療に誠実に取り組んでいると認識し合い信頼できること	A,D,F,I,J
治療の捉え	他人事としての捉え	応じる	医療者や家族など周囲の人からの勧めで必要性がよくわからないまま治療をはじめること	A,D,E,F,G,I,J
		引き受けられない	治療を自分のこととして捉えようとしないこと	H,I
	抵抗感の高まり	服薬への抵抗感	向精神薬の作用に対する怖さや副作用に伴う苦痛体験、服薬の必要性を自覚しないなどの理由から服薬への抵抗感を抱くこと	G,H,I
		不都合により拒薬	服薬による副作用があることや必要性を感じられないなどの理由から通院や服薬をやめること	H,J
	行動化	調整要望	服薬に伴う不都合から減量や変更を要望すること	A,D,E,F,G
		主体的拒薬	症状が悪化するかもしれないと思いつつ、今しかないと思って服薬を中止すること	D,G,I
		指示を守り飲む	服薬行動そのものに意義を見出し医療者の指示通りに服薬すること	A,G,J
	自分事としての捉え	治療への関心	自分が服用している薬のことが気になりだし、体に起きている変化が薬のせいではないかと疑問に思い始めること	E,F
		体調への関心	自分の体調は病いによってどのように変化するのか観察し捉えること	D,E,F
	納得	薬効の理解	服薬をやめたり、忘れたりすることで症状の再燃を体験して薬の効果や必要性がわかること	A,D,E,F,G,H,I,J
		学ぶ	病いや治療について自分も知りたいという思いを持ち勉強すること	A,E,G,I,J
		乗り越える	医療者と対話をしながら治療を進めてきたと自信すること	D,E
		みえる評価指標	減薬や一般就労が自分の状態が良くなっているサインと捉え、モチベーションの維持や状態の目安になっていること	D,G,H
		つじつま合わせ	服薬が必要だと言われることについて、捉え方を変えたり、経験や起きたことをつなぎ合わせたりして受け容れようとしてすること	A,G,H
病いの捉え	続ける覚悟	習慣化	特に意識しなくても必要な服薬行動が取れること	A,I
		治療継続のための努力	薬は続けるものと理解し、なんとか続けていくうと思いつき取り組むこと	A,D,E,F,H
	病いの否定	受け止められない	自分が統合失調症であるという診断にショックを受けたり、病いであるとは認めないこと	F,G,H,I
		自覚がない	自分は精神疾患であるという認識がないこと	A,H,I
	不調の自覚	不調の自覚	体調に違和感がある、声が聴こえてくるといったこれまでにないことを体験し、精神状態がいつもとちがうと自覚すること	A,D,E,F,G,H,I,J
		折り合いをつける	しんどくても病いを自分のこととして向き合い、折り合いをつけること	D,G
	揺れ動く	揺れ動き	病いであることを認め服薬を続けた方が良いと思う一方、やめたいという気持ちも同時に持っており、その二つの思いで葛藤すること	A,D,E,J
		継続の難しさ	服薬は必要なことだと理解していても、病いと向き合い続けることは難しいと自覚していること	A,D,F,I
	病いの受け容れ	脳の病気	メカニズムを理解することで統合失調症は体の病気であると受け止めること	D,E
		得心を得る	病いと向き合う中で、自分が病いを持った意味を見出し、受け容れていくこと	A,G
		目標をもつ	目標をもつことで病いを受け容れること	A,D,F
		良くなりたい意志	良くなりたいと思って薬を飲むこと	D,G,H
		自信を得る	発症後の経験から自分の病いや治療を理解できていって、上手に付き合えていると実感すること	A,D,F,G

状)は、どうなるのかということを。本当に僕を診てくれるつもりで、(薬)を飲ましてるのか。それとも僕を何か利用して、何かをごまかして、また僕に危害を与えるためにやっとるのかなという、そういう疑惑から、ま、そう思ったわけですけどね」(試す: J)

患者は病いを何とかしたいので、医療者を信じたいと思っていた。しかし、本当に信じるに足る存在かわからなくなつたため、これを見定めようとあえて治療を拒否したり、症状を偽って話したりして医療者を〈試し〉ていたことが語られた。

#### d. 付き合い方の修得

【付き合い方の修得】とは医療者に治療を全面的に任せのでもなく、全面的に拒否するのでもない、よい塩梅で関わる距離感をつかむことで《一緒に試行錯誤》、〈割り切り〉と〈契約する〉の3つの概念で構成されていた。特にコア概念である《一緒に試行錯誤》は、本研究において研究参加者全員から語られた。この《一緒に試行錯誤》の関係に至ることは、患者の治療に対する主体性を獲得していくために重要な概念であった。

「(主治医が) Y先生になってから出される薬を少しづつ飲み始めて、で先生も根気よく(付き合ってくれて)。(私が)「これは合うけどこれはダメ」とかっていうのもあつたりして。(いろいろと薬を試して)なんかどの薬か知らんけど、合わんのが1個あったけど、だいたい合った」(一緒に試行錯誤:D)

「(基本的に主治医の方針を尊重するが、薬が多すぎる状態が続くと)『先生もう少し軽くしてもらえませんか』ってくらいのことは言うけどね、そこまでだね。多めの薬を続けられたりなんかすると『薬なんとかなりませんか』ってことは言う」(割り切り:A)

「入院してから先生がお薬を合わせて、私が飲むようになってから退院するまでに1か月ぐらいかかったのかな?その時に。あの『とりあえず薬は3年は飲んでもらうから』って言われたんですよ。わかった、3年ねと思ってその時。その時3年ねって思った」(契約する:D)

治療に取り組む中で医療者に自分の気持ちを察して欲しいと望むも、思っていることは言葉にしないと医療者には伝わらないと〈割り切〉っていた。そこで治療を一時的なものとして〈契約〉して治療に取り組む中で、服薬してみてどうだったか、率直に意見を伝えると主治医もそれに応えるように根気強く薬剤を調整してくれた。このより良い治療を目指して《一緒に試行錯誤》する体験を通して、医療者を同志のような存在と捉えるようになっていた。

#### e. 信頼感の芽生え

〈信頼感の芽生え〉は一つの概念であるが、カテゴリーと同等の説明力をもつ概念として扱う。

「(調子が悪く)母と(診察予定ではない日に)たまにX病院に行ったら、(偶然)先生に会えて、だいたい行ったら会えたんですよ。なんか先生が(他の患者の)診察中じやなくて。で、通りがかりに会った先生が(私を)見つけてくれて、(予約していないのに)診察してくださつたりしてたから、あ、この先生信用できるんだと思って」(信頼感の芽生え:D)

「入院の説明とかいろいろありますしょ。あんなんでも、はっきりと説明してもらえる人と、なかなかそうしてもらえない人があるんですね。前の病院では一切そういう(はっきりとした説明をされた)ことがなかったんで。関わり合いたくないわという態度だったんで余計にそう思つたんですよね。だから、Z病院の看護師さんたちはやっぱり違いますよ」(信頼感の芽生え:I)

これまでの医療者の言動に不信感を抱いていたが、予約外の診察希望に応じてくれたり、明確な説明をしてくれたりすることに徐々に〈信頼感が芽生え〉ていったことを語った。

#### f. 言い合える関係

【言い合える関係】とは患者、医療者双方が思っていることを率直に言葉にしても大丈夫という思いから、伝えるべきことはきちんと伝え合うことができる関係のこと、〈対等な関係〉と〈相互信頼〉の2つの概念で構成されていた。

「やっぱり(子供が欲しくて、妊娠しても胎児に影響が出ないように減薬したかったが)先生に(減薬を希望するためには)薬をちゃんと飲んで(精神状態が)安定してからじゃないと言えないし。(だから)安定してて、例えばその最近眠いっていうのが多いなあって思つたりすると、ちょっと薬が多いんかなって思つたりして、それで先生に言うと減らしてもらえるってことが何度もあって」(対等な関係:D)

J氏の今までの主治医は一方的に治療内容を決めていたが、今の主治医は診察時に双方向のやりとりをしながら治療を決定してくれており、「(今の主治医が)精神科の先生として、一番頼れる先生だと思っています。落ち着いておられて、で、僕のことをよくわかっておられて。理解のある先生だなと思っています。K先生を信頼していますね。(言いたいことを)言えますね」(相互信頼:J)

薬を勝手にやめたりするわけではなく、自分の目標を共有したうえで、それを達成するために主治医と対話を通して〈対等な関係〉で治療を進めていた。これまでの主治医との関わりと今の主治医との関わりを比較して、自分と主治医は〈相互に信頼〉していると捉えていた。そして、より良い治療のために必要な事を【言い合える関係】へと発展していることが語られた。

## 2. 大力テゴリー：【治療の捉え】

結果図の下方に横一直線に並んでいる【カテゴリー】と〈概念〉が表す現象は、【治療の捉え】に集約した。これは統合失調症患者が治療が必要であると診断を受け、服薬を勧められることによって生じる服薬に対する姿勢や感情であり、【医療者との関係】に呼応する形で展開するものであると解釈した。

### a. 他人事としての捉え

【他人事としての捉え】とは服薬が必要と告げられたものの、必要性や意義についてよく考えることはない状態のこと、〈応じる〉と〈引き受けられない〉の2つの概念で構成されていた。

「(病院の人が家に)呼びに来らいてね。うん、で話きいちょっと親戚のおっちゃんが『Aや、お前入院したほうがええぞ』って言われて、そうでもないなと思ったけど、破談にするのも惜しいなと思って入院しただ。だけん、(治療を始めたのは)親戚のおっちゃんの勧め(があったから)だわね」(応じる：A)

「その(内科の受診の)ときに、『(精神科の)薬なくなったよ』って言ったら(中略)『精神的なものの場合は、薬は途中でなくなることはないんだけどな』って(中略)ことをぼそっと言われたんですよ、看護師さんが。だから、そんなものかなと思って。ただ、あの、(精神科の)先生が『飲まなくても大丈夫だよ』って言われたから、良かったなと思ってたぐらいで」(引き受けられない：I)

治療の必要性について考えることなく勧められるまま服薬に〈応じ〉てはいたものの、精神に関わる薬は飲み続けるものではないかという看護師の助言をどこか他人事のように思い、〈引き受けられない〉ことを語った。

### b. 抵抗感の高まり

【抵抗感の高まり】とはこれまで服薬していたが、副作用のつらさやよくわからない薬を飲むことに対する恐怖を抱き、服薬をやめることで〈服薬への抵抗感〉と〈不都合により拒薬〉の2つの概念で構成されていた。

「30代のころは散々そういうこと(大暴れ)をしてきて、薬もまともにそのときは飲んでなかつたんですよ。で、あの、薬をもらっても服薬自殺、大量服薬して自殺未遂とかを3回ぐらいしてるんですよ。だから、薬を飲むのもちょっと抵抗があって」(服薬への抵抗感：H)

「40歳近くになったころにリスピダールという薬を飲まれまして。それを飲んでいたら、こう動悸がしますし、それから呼吸が苦しくなりますし、それから体が渇れてくれますし、それが同時に3ついつべんに来ますんで。びっくりしまして、これは大変なことになるなと思ってやめました」(不都合により拒薬：J)

薬を適切に取り扱えないことで〈服薬への抵抗感〉を抱

いており、服薬すると副作用により身の危険を感じるという〈不都合により拒薬〉したことが語られた。

### c. 行動化

【行動化】とは服薬に対する要望や付き合い方を実際に行動で示すことで〈調整要望〉、〈主体的拒薬〉と〈指示を守り飲む〉の3つの概念で構成されていた。

「私は子どもが欲しかったので、(薬を)減らしてもらわないとお腹に赤ちゃんができる時、赤ちゃんに薬が行くじゃないですか。それが嫌で、とにかく『薬を減らしてください』『薬を減らしてください』ってちょっと良くなるたびに言って減らしてもらって」(調整要望：D)

「(思い切って薬をやめてみて)今(は)良かったと思った。でも(また)その後薬飲まんといけなくなるかもしれないと思いつつ、でも今やめるしかないと思って1回やめたんですよ、周りの人の誘いもあって」(主体的拒薬：D)

「飲む責任があるから飲むっていう感じでしょうかね、飲まなければ、あの、僕の都合が悪くなるっていうか、ま、先生にとては何で飲まないんだってことになるから、それに対してはやっぱし、答えを出すためには飲むちゅう行為に及ぶわけです」(指示を守り飲む：J)

〈主体的拒薬〉によってどのようなことが起こるのか確かめていた。また、妊娠した時に悪影響が出ると困るために〈調整要望〉をしたり、服薬行動を取ったりすることが大切だと〈指示を守り飲む〉など、自分なりの意義をもって服薬に関する行動を選択していることが語られた。

### d. 自分事としての捉え

【自分事としての捉え】とは医療者に治療を全面的に任せのでも全面的に拒否するのでもない距離感で関わるような関係になったとき、治療にまつわる様々なことに目を向けられるようになることで〈治療への関心〉と〈体調への関心〉の2つの概念で構成されていた。

「何の気なしに飲んどるけど、何の薬じゃいなみたいな。だんだん、やっぱ(治療を続けているとだんだん)ちょっと人間的に戻ってくるんで、不思議になってくるんですね」(治療への関心：F)

D氏は子どもを産みたいという目標をもち、医師の指示通り服薬すれば病状が良くなつて3年後には薬をやめられると考えていたため、病状が良くなっているか気に掛けるようになり、「春ぐらいになってぐわーっとこの芽吹き時?エネルギーがぐわーつてくるのが、自然界のあれが自分でもなんかわかるような感じで。もう地の底からぐわーってエネルギーが来るけん、もうイヤーって具合悪くなるのが2年ぐらい続いて。で、そのたびに入院して、しんどかった」(体調への関心：D)

治療を継続する中で、〈治療への関心〉を抱くようになり、服薬を続けることで、きちんと効いているか〈体調へ

関心〉が向き、病状の改善を実感すると同時に、季節の変化などの要因に影響を受けるのだと気付くなど治療を【自分事として捉え】るようになっていったことが語られた。

#### e. 納得

【納得】とは服薬の意義や必要性に気付いた状態のことと〈薬効の理解〉、〈学ぶ〉、〈乗り越える〉、〈みえる評価指標〉と〈つじつま合わせ〉の5つの概念で構成されていた。

「症状も、悪くなってたんだと思います。だから、性格が悪いようになっちゃったっていうか、たぶん周りの人とのズレが生じてたりとか。たぶんそれは症状が悪くなってきたからだと思います。それを見かねたマスターが、『おまえ、ちょっとちゃんとせいや』っていうことを言ってくれたので、あ、私は飲めてないわ（ってことに気付いた）みたいな」（薬効の理解：F）

「入院してる時に仲良くなった1人の女性、女の子がいたんですけど、その人が自分の病気の説明書とか勉強用具持つてたんで。それ見てあ、私も勉強しようかなとかって思つて、勉強とかしたいなと思ってするようになった」（学ぶ：E）

「先生が出された薬を疑いなく飲んでもたまに合わない薬もあります。でも入院してる時に（処方を調整し）直されて、あ、これだったら大丈夫かなって思つて退院つてなるけど、そこまでに行き着くまでが大変だったかな私」（乗り越える：D）

「（症状が）安定してるとこれって（薬を）少しずつ減らしてもらえるかな？どうかな？と思って減らしてもらえるとやっぱり嬉しいから。それでまた頑張ろうと思って」（みえる評価指標：D）

「般若心経というのは、あのー、色即是空空即是色という、般若心経はどういうお経ですかと言われたときに、一言で答えると、その、悪いことであった、否、それは良いことだった、というこういう考え方。これが般若心経だわね。それを話さんだったけどね。そういう考え方、そういう風に考えれば、いろんな解釈でいえばどうにでもなる、という可能性が非常に高い。だから非常に大事なわけ」（つじつま合わせ：A）

服薬を忘れがちになり、症状が悪化することで〈薬効の理解〉をしていた。また、薬について教材から〈学ぶ〉ことでも理解を深めていた。さらに、〈つじつま合わせ〉や〈みえる評価指標〉を使って服薬の意義や必要性を【納得】していた。このように付き合い続けてきた結果、大変な時期を〈乗り越え〉たと実感し、治療に【納得】する気持ちを強めていた。

#### f. 続ける覚悟

【続ける覚悟】とは服薬を続けていく決意のもと、服薬

行動を生活の一部として組み込んだり、自分なりの工夫を凝らしたりしながら取り組み続けることで、〈習慣化〉と〈治療継続のための努力〉の2つの概念で構成されていた。

「わしも飛ぶ（服薬を忘れてしまう）よ？1日くらいね。だけどあれだわ。おかしいわ。毎週（服薬カレンダーに）お薬が入っとるよ、毎週薬が。薬を忘れるっちゅうことがないね。毎日いることだよ？それを習慣になっとるやつを忘れるっちゅうことがないね」（習慣化：A）

「（薬を飲み続けていることを）誰も評価してくれないけれど、自分（一人）でコツコツを積み上げることの大変さも確かにあったりして。コツコツ積み上げることってすごく大切なんだけれど、それを（すべて投げ出して）グシャーってたまにしたくなることもあります。あるけれど、それをしたこともあるけど、やらない方の強さっていうのはどっかで身に付けたんだろうなあ」（治療継続のための努力：D）

「母に『薬飲みます』って言って飲んで、で朝、夜、寝る前で飲んでるんですけど、母に言ったりとか、自分でお薬カレンダー使っても忘れるんで母に言ったりとか（中略）、ホワイトボードみたいのがあって、そこにもう薬を忘れずって書いてあるんで、それ見て、あ、薬飲んだっけって、数えたりとかして飲んでます」（治療継続のための努力：E）

薬は続けるものだと理解し、何とか続けていこうと〈治療継続のための努力〉を怠らなかったこれまでの自分を裏切らないために、服薬行動を〈習慣化〉していた。日々の生活に服薬行動を組み込むことで治療継続のハードルを下げ、自分なりに続けやすくするための工夫を凝らしながら日々取り組んでいることが語られた。

### 3. 大力テゴリー：【病いの捉え】

結果図の中央に横一直線に並んでいる【カテゴリー】と〈概念〉が表す現象は、【病いの捉え】に集約した。これは統合失調症患者が診断を受けたのち、自己の内面に生じる病いに対する感情や受け止め方である。患者に内在する【病いの捉え】はこれを取り巻く【医療者との関係】や【治療の捉え】から影響を受けながら変動していた。【病いの捉え】は自らが統合失調症ではないと否定する思いと、自らが病いであることに気付き、認め、上手に付き合い続けようという思いが両方向へ網引きをするようにせめぎ合っていると解釈した。

#### a. 病いの否定

【病いの否定】とは自らが統合失調症であることに気付かない、あるいは認められない状態のことで、〈受け止められない〉と〈自覚がない〉の2つの概念で構成されていた。

「(統合失調症と診断されて) すごいショックでした。えーっと思って、まさか自分が(精神)分裂(病)?と思つてすごいショックでした。すごい、やっぱり悪いイメージがありました」(受け止められない:H)

「(初回入院時のこと)飛び飛びにしか覚えてませんけど、自分が最初精神科だつちゅうことがわからんだったから。(中略)(宗教の)先生の声が聴こえて。幻聴でね。幻聴の声が聴こえてね。声がしとるもんで『(目の前の医師から)あれは本当でしょうか』つちゅうのを聴かれてきたわね」(自覚がない:A)

統合失調症は病識をもちづらい疾患であり〈自覚がなく、ステイグマが強い疾患でもあるため診断を受けても〈受け止められない〉状態であった。このような状況から【病いの否定】をしたくなる心情が芽生えていた。

#### b. 不調の自覚

〈不調の自覚〉は自分の精神状態が普通ではないことに気付くことであり、一つの概念であるが、カテゴリーと同等の説明力をもつ概念として扱う。

「幻聴というのは人の声が聴こえてきて、何か私に嫌がらせをしてくる声が聴こえて来たりして。ほんで、それがXさんの妹のY子さんという、その人が嫌がらせしているのがすごい聴こえてきて。見えてきて姿、顔が見えてきて。嫌がらせするのが聴こえてくるんです」(不調の自覚:H)

「(初診前の状態について)年明けてすぐにもう具合が悪くなつて、横になって動けなくなつて。つらくていろんなことがあって泣きはするんだけど、なんでこんなに体が動かないのかもわからないし。で、壁に向かって私いろんなことを思い出しながらになんか言いながら泣くんですよ」(不調の自覚:D)

何か聴こえてくる、体が動かないなど〈不調である自覚〉をし、これまでの自分の状態と明らかに異なり普通ではないと考えていたことが語られた。

#### c. 折り合いをつける

〈折り合いをつける〉は病いを受け容れようとする対処であり、一つの概念であるが、カテゴリーと同等の説明力をもつ概念として扱う。

「グループホームのときからもう、自分はもう障害とともに生きるしかないなっていう思いが強くなつたっていう感じですかね。そのオーバードーズの後から(中略)ここまで来たらやっぱり障害を無視して生きることはできないなと思うようになったので。それまでは、やっぱり受け容れたくない思いが強かったんですけど、やっぱりどこかで折り合いをつけて生きなきゃいけないなっていうのは何となく感じましたね」(折り合いをつける:G)

「(薬の管理は)自分でするから余計にしんどかったです。でもたぶん、任せてもらって、そこのあたりぐらい任

せてもらえない、自分でその(何をどのくらい頑張つたらいいか)加減ができる。自分に対して。だって若い頃なんか特に自分で具合悪くさせてるじゃないですか」(折り合いをつける:D)

長年服薬の管理を続けてきて、ある程度症状のコントロールもできていたため、いつかは発症前の状態に完全に戻れるのではないかという期待を少なからず抱いていたが、元通りにはならないことを悟り〈折り合いをつける〉ことで病いと向き合わなければならぬと痛感したことが語られた。

#### d. 摆れ動く

【揆れ動く】とは自分が病いであることを認め、服薬の意義や必要性について理解できた一方で、服薬をやめてしまいたいという思いを抱くことで〈揆れ動き〉と〈継続の難しさ〉の2つの概念で構成されていた。

「(症状は)しんどかったけど(服薬を再開して)3年目ぐらいがまあそこまでじゃないから大丈夫みたいな感じで、バイトとかもできるようになって。でーその、で、それぐらいで(元々服薬期間として約束していた3年が経ったので)1回先生に本当は『薬もう飲まなくともいいですか』って聞きたかったけど、でも先生何も言われないしなあ、これ飲めってことだよなあって思つて先生に聞きたかったけど、結局聞けなくて」(揆れ動き:D)

「7時30分ごろに(ヘルパーさんが)来るけんね。そうすると朝の薬を飛ばしとったときに『Aさん朝の(薬)飲まれましたか』って聞かれるけん。聞かへんヘルパーさんもおられて、そういう時に限つて飲み忘れ」(継続の難しさ:A)

病いであることを認め服薬を続けた方が良いと思う一方、やめたいという気持ちも同時にもつておらず、その2つの思いの間で〈揆れ動く〉の中で、毎日欠かさず服薬を続ける〈継続の難しさ〉が語られた。

#### e. 病いの受け容れ

【病いの受け容れ】とは自らが病いであることについて自分なりに病いをもつた意味を見出したり、体の病気であると捉えたりして受け容れることで〈脳の病気〉、〈得心を得る〉、〈目標をもつ〉、〈良くなりたい意志〉と〈自信を得る〉の5つの概念で構成されていた。

「テレビでその映像で(統合失調症の原理について)見せられると、なんか例えばこっちからシナプスからポップ(神経伝達物質が出て)行ってそのそれを受け取る側がどうのこうの(問題がある)とかって言われると、あ、なるほど私はそれが足りないのかもしれないと思う」(脳の病気:D)

「入院中だわね。あの時に(精神状態が)不安定になつて、不安定になつたけども、(自分の)仕事として(は

自分が不幸になると誰かが救われるという役割を担っているので、自分の精神状態が不安定ということは代わりに誰かが安定している)ってこと」(得心を得る: A)

「たぶん私子ども産みたいっていう風な夢っていうか思いがなかつたら、もうちょっと薬と向き合ってない時間が多かったかもしれないです」(目標をもつ: D)

「病状が悪くて暴れたり、こう、自分で幻聴、幻覚、妄想があったんで(病院に)行ってみようと思って。車を自分で運転して行ってました。自分で病状が悪いから、良くなりたいから」(良くなりたい意志: H)

「一人暮らしを頑張ろうと思って動いてきて、一人暮らしがスタートして、今はもう(丸々)8年で9年目なんですね。ここまでできたらもう大丈夫だろうと思って、少し余裕が出たかなっていうところですけどね」(自信を得る: G)

統合失調症はステигマが強く、受け容れ難い病気であるとされているが、病気のメカニズムを理解することでの〈脳の病気〉だと捉えたり、自分なりに病いをもった意味を見出し〈得心を得〉たりすることで【病いを受け容れ】ていた。また、〈目標をも〉ち、〈良くなりたい意志〉を糧に治療に取り組み続けてきた結果〈自信を得る〉ことができ、【病いの受け容れ】につながっていた。

## V. 考 察

統合失調症患者当事者からみた服薬への主体性を獲得するプロセスは、治療を医療者に〈おまかせ〉していた時期や【募る不信感】から医療者を〈試し〉、【行動化】する時期がありながらも、医療者と《一緒に試行錯誤》する体験を通して、何でも【言い合える関係】を築いていた。これにより、服薬の必要性を【納得】したうえで、【揺れ動く】思いを抱えながらも、【続ける覚悟】をもって服薬に取り組むことで、【病いを受け容れ】た状態を維持するプロセスであった。

当事者にとって服薬への主体性は治療に取り組む姿勢や向き合い方に留まるものではなく、医療者との関係や病いの受け容れの状態をも含むものであった。また、服薬を【自分事として捉え】る過程でみられる医療者や服薬を拒否する態度および行動は治療の失敗や後退を意味するものではなく、患者自身が服薬への主体性を獲得するプロセスであると理解する必要があることが明らかとなった。さらに、服薬への主体性は一度獲得することができれば失われることはなく、不変であるというものではなかった。常に服薬をやめてしまいたいと【揺れ動く】気持ちを抱えながら、ここまで続けてきた服薬をやめまいとする患者の〈治療継続のための努力〉によって何とか維持されるものであることも明らかとなった。

なお、用語の定義で示したように本研究における「服薬への主体性」とは、コンコーダンスやSDMにおける服薬したくないという意思や服薬しないという行動の表出を含む「主体性」とは異なるものであることを踏まえ、考察ではA. 統合失調症患者が医療者や服薬を拒否する行動が意味すること、B. 《一緒に試行錯誤》できるために、C. 服薬への主体性は一度獲得したら終わりではないという点について考察し、統合失調症患者の立場を尊重した服薬への主体性獲得に向けた支援のあり方について検討する。

### A. 統合失調症患者が医療者や服薬を拒否する行動が意味すること

服薬中断によって引き起こされる再入院は、医療者に无力感を抱かせる事象である(福浦ほか, 2022, p.22)。それは、看護師に入院中の支援や介入に意味がなかったのではないかなどといった思いを抱かせるからである。しかし、本研究では、統合失調症患者が医療者や服薬を拒否する行動およびそれに伴う再入院は、むしろ前向きに捉えることができる事象であることが明らかとなった。本研究参加者の語りから、患者の医療者や服薬への拒否の意味は服薬を自分事として引き受けしていくために必要なプロセスであり、服薬への主体性獲得のきっかけとができるものであった。佐川(2001, p.348)は治療過程における拒薬を「自覚的中止」と名付けている。この行動は患者の自分のことは自分でコントロールしたいという意志が含まれ、これを経ることで病状の悪化を経験したり、服薬中断前後や再開前後の状態を比較して認識する「自己モニタリング機能」が働くとしている。すると患者は一層治療に主体的に取り組むようになると述べている。本研究でも〈不都合により拒薬〉することによって、症状の悪化を経験し、薬が効いていたことを実感したり、服薬によって効果が表れるかと〈体調への関心〉をもったりするなど【自分事として捉え】、治療に対する主体性が芽生えていた。そのため、患者が医療者との関係において拒否する行為を、医療者と対等に言い合える関係を構築していくために必要なプロセスと理解し、一喜一憂せず一貫した態度で根気強く関わっていくことが重要であると考える。

一喜一憂せず一貫した態度を取るためにには、患者の医療者に対する拒絶や服薬に対する拒否の行動そのものに焦点を当てるのではなく、文脈においてそのような行動を取る意味に焦点を当てて理解する必要がある。そのために医療者はリフレーミングすることが有効である。患者の拒絶や拒否といった行動に対して、そのような行動を取る意味を考えることがリフレーミングすることにつながり、積極的、肯定的な意味を見出すことができると思われる。医療者が患者に対して前向きに関わることができると、患者も自

分の拒否の行動を受け止めてもらえたと感じ、医療者への信頼感を覚えることにつながる。

### B. 《一緒に試行錯誤》できるために

本研究のコア概念である《一緒に試行錯誤》するという関係は、患者にとって治療が自分だけの孤独な取り組みではなく、医療者とともにおこなう協働作業であり、医療者のことをつらい時期を乗り越えた同志のような存在として捉え直す契機となるものであった。これにより信頼感が芽生えると、【言い合える関係】に至る。そのため、《一緒に試行錯誤》することは服薬への主体性を獲得していくうえで欠かせないものであることが明らかとなった。しかし、抗精神病薬の服用で強い副作用を経験するなど【募る不信感】により《一緒に試行錯誤》する関係に至ることは容易ではない。また、統合失調症発症後の患者の経験は一様ではなく、極めて複雑な思いを抱き、病いや治療への捉えが変化しながら服薬する、服薬しないという行動を選択していた。このような患者に《一緒に試行錯誤》したと実感させたのは、医療者が丁寧に患者の思いや経験を聴きながら治療を進める姿勢や態度であった。この実感をもってもらうために医療者に求められるのが、無知の姿勢であると考える。この無知の姿勢は、ナラティヴの考え方に基づく (Mcnamee & Gergen, 1992/2014; 森岡, 2015; 野口, 2002)。ナラティヴは語りや物語と訳され、社会の様々な事象は人々の頭の中で作り上げられたものとする立場を取っている。つまり、ただ一つの事実というものは存在せず、すべての事象はそれを語る人の数だけあり、同じ事象でも語る人によって全く異なるナラティヴがあると捉えられている。野口 (2002, p.96) は無知の姿勢について「『セラピストの旺盛で純粋な好奇心がそのふるまいから伝わってくるような態度ないスタンス』のことであり、『話されたことについてもっと深く知りたいという欲求』を表すもので、常にクライエントに『教えてもらう』立場のことである」と述べている。統合失調症患者にとって、発症することで生じる病いの捉えや服薬に対する捉えはその人自身のものである。患者と医療者が合意して治療を進めるためには医療者が専門知識やこれまでの他の患者との関わりの経験から「きっとこう思っているのだろう」とすぐに解釈するのではなく、まずは患者固有の体験を教えてもらうことが重要であり、その態度や姿勢が伝わることで患者は医療者を《一緒に試行錯誤》した人と捉えてくれるようになると考える。

ここまで、患者が医療者や服薬への拒否をする意味と、《一緒に試行錯誤》できるために必要な手立てを考察してきた。患者の拒否の行動は医療者や薬に対する不安や不信感をもっていたり、あるいは信じたいのに信じきれないと

いった心情に基づく行動であった。不安や不信感といった心情を抱えることは決して心地よいものではない。また、服薬中断によって幻覚、妄想といった精神症状が再燃することは強い恐怖感や苦痛を伴う。よって、できることなら〈不信感〉や〈試す〉関係に至ることなく、早期に《一緒に試行錯誤》できる関係を経て【言い合える関係】に至ることが望ましいと考える。そこで着目したのが〈試す〉の定義である。患者が医療者を〈試す〉のは医療者を信じたいという思いが基盤にあるからであった。この段階では患者はすでに症状の自覚をしており、困り感を覚えているため、症状を何とかしたいという気持ちをもっていた。そのため、症状を何とかしてくれるであろう医療者を信じたいという思いを抱いていた。このことから医療者は治療関係が始まった段階から患者に対して、症状の自覚の有無や周囲とのコミュニケーションがうまくいかないといった状況がないかなどについて無知の姿勢で丁寧に聴いていくことが重要である。患者が自らの生活を言語化する中で症状や困りごとを自覚できたり、真摯な態度で話を聴いてくれたりする医療者の姿に信頼感を覚えることで《一緒に試行錯誤》できれば、〈不信感〉といった感情や症状悪化を招くことなく服薬への主体性を獲得することが可能になるのではないかと考える。

これはコンコーダンスにもつながる考え方である。コンコーダンスは治療に関して患者に従ってもらうのではなく、患者と医療者の考えを調和、一致させることを目指す概念であり、これを達成するための方法をコンコーダンス・スキルとしている (安保・武藤, 2010, pp.10-11)。患者との調和を図るには対話することによって患者の思いを知ることが欠かせない。つまり、統合失調症患者当事者にとって、服薬への主体性はコンコーダンス・スキルの実践により獲得が促されることが明らかとなった。

### C. 服薬への主体性は一度獲得したら終わりではない

統合失調症患者は【医療者との関係】、【治療の捉え】、【病いの捉え】という側面から様々な困難や糾余曲折があり、服薬への主体性を獲得した状態に至っていることが明らかとなった。患者の服薬への主体性はこれまで大変な思いをしながらも誠実に治療と向き合ってきた自分の努力を裏切りたくないという思いから、容易に失くしたり、崩れたりするものではないと考えられる。しかし、服薬への主体性を獲得して数年～10年以上経過し、安定した地域生活を送っている研究参加者ですら【揺れ動く】気持ちが完全になくなってしまはなかった。松田 (2008b, p.23) は「心理教育プログラムを受けた統合失調症患者の服薬の受け止めは対立カテゴリーで構成されており、それは医療者を感じるか信じないか、薬に頼ろうとする気持ちと頼りたくな

い気持ち、そして生活の中に服薬を組み込むか組み込まないか、という内容」であり、4回の心理教育プログラムを受けた者でさえこの対立した認識をもち続けることを述べている。本研究でも、服薬によって症状が安定していることがわかっていても、いつまでも服薬し続けていることへの違和感を覚え、服薬をやめてしまいたいという欲求に抗い続けている姿が明らかとなった。患者はこのような拮抗する思いを抱きながらも服薬を忘れたり、誤って重複して服用しないための工夫として、家族の者に一声掛けてから服薬したり、生活の動線を考えて「薬を忘れず」という合言葉が視界に入るようになりすることで、条件反射的に服薬を想起できるようにするなど地道な取り組みを続けていた。

研究参加者D氏の「グシャーってたまにしたくなる」という語りが服薬継続への葛藤を的確に表していると感じる。多くの医療者にとって患者が服薬しているかどうかは大きな関心事であるが、統合失調症患者にとって毎日欠かさず服薬することは決して容易なことではない。これまで築き上げてきた医療者との関係を保ちたい、一般就労や妊娠をしたいといった目標に向かって治療に取り組み続けてきた自分を裏切りたくないといった思いに支えられたものであった。

統合失調症患者は、長きにわたる病いや服薬との付き合いの中で服薬に意義を見出しながらも、幾度となく薬をやめてしまいたいという衝動に駆られていた。服薬により強い副作用を体験すること、症状が治まり、治ったのではないかと思ってしまうことや毎日飲み忘れないように大変な苦労をしている患者にとって、これは極めて自然な反応であると考える。そのため、医療者は患者から服薬に対するネガティブな感情を表出された時、服薬をやめてしまわないかと不安を覚えその思いを否定したり、服薬を継続することを説得したりするのは避けるべきであると考える。それよりも、これまで服薬を続けてきたことへの苦労や努力を勞い、そのネガティブな感情を医療者に表出してくれたことを肯定的に評価していくことが重要であると考える。そして、医療者は患者とともに病いや服薬と向き合うパートナーとしてお互いの気持ちを尊重しつつ、「また一緒に頑張ってみよう」と前向きな気持ちになれるまで、患者が抱えている思いを聴きながら伴走していく姿勢と覚悟をもって関わることが必要であると考える。

## VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は年齢や性別を問わず、服薬への主体性を獲得した8名のデータを分析したものであり、服薬への主体性を獲得している統合失調症患者についてのみ説明力を有して

いる。しかし、研究参加者の概要にある服薬への主体性を獲得してからの期間を見ると若年者ほど服薬への主体性獲得が早いことがわかる。これは精神疾患患者を取り巻く法改正による処遇の改善や、副作用の少ない抗精神病薬の登場などの要因が考えられる。よって、世代の違いにより精神医療や薬への思いは異なることが予想される。そのため、世代ごとに分析することで、さらに説明力の高い理論が生成される可能性がある。また、ステigmaが強かったり、長期的な服薬を求められたりする疾患は統合失調症だけではない。本研究の理論はエイズや糖尿病といった疾患をもつ患者が服薬への主体性を獲得するための支援にも活用が期待できるため、さらに研究を発展させて適用の可能性を検討する必要がある。

## 謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき、快くインタビューに応じてくださいました皆様、ご協力いただきました関係機関の皆様に心より深く感謝申し上げます。

なお、本研究は鉢貴裕が公立大学法人島根県立大学大学院看護学研究科修士課程に提出した学位論文の一部に加筆・修正したものであり、内容の一部を日本看護研究学会第50回学術集会において発表した。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- 阿部裕美、森 千鶴（2009）. 統合失調症者の服薬態度とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 32(3), 244.
- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S. A., Clark, S.C., Gorman, J.M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(10), 826-836.
- 安保寛明、武藤教志（2010）. コンコーダンス：患者の気持ちに寄り添うためのスキル21. 10-11, 東京：医学書院.
- 榎本真次、吉田裕紀子、武用百子（2014）. 治療抵抗性統合失調症患者に対する心理教育とコンコーダンス・スキルの効果. 日本看護学会論文集：精神看護, 44, 34-37.
- 榎本真次、榎本裕紀子、武用百子（2018）. 亜急性期における治療抵抗性統合失調症患者に対する心理教育とコンコーダンス・スキルの効果. 日本精神保健看護学会誌, 27(2), 61-68.
- 福浦善友、舞弓京子、藤原由泰、松島亜希子（2022）. 入退院を繰り返す成人中期患者への精神科看護師が抱く葛藤. 日本精神保健看護学会誌, 31(2), 19-27.

- 福山雄卯介, 後藤史子, 藤田強記, 小藪真紀子, 下村真代, 鈴田浩孝 (2013). 精神科急性期患者における服薬アドヒアラנסに影響を及ぼす因子の検討. *日本病院薬剤師会雑誌*, 49(8), 871-875.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967/1996). 後藤 隆, 大出春江, 水野 節夫訳 (1996). データ対話型理論の発見: 調査からいかに理論をうみだすか. 東京: 新曜社.
- 濱 恵, 高園由紀子, 宮地暁美, 山崎京子, 山川裕子, 藤本裕二 (2012). 精神科急性期患者に対する服薬SSTとコンコーダンス・スキルを用いた看護面接の効果. *日本看護学会論文集: 精神看護*, 42, 114-117.
- 保科杏子, 西村美香 (2021). 統合失調症患者への服薬管理におけるshared decision makingの導入による主観的な服薬体験の変化について. *日本看護学会論文集: ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護*, 51, 191-194.
- 川村美佳, 今井翔吾, 林 明代 (2022). 服薬心理教育による退院後の服薬に与える効果と課題: 面接結果からの一考察. *日本精神科看護学術集会誌*, 65(1), 138-139.
- 木下康仁 (2020). 定本 M-GTA : 実践の理論化をめざす質的研究方法論. 62-64, 東京: 医学書院.
- 小谷直江, 河井佑介, 武田由美子, 井手添典子, 三木明美 (2008). 精神科における服薬中断の諸要因を明らかにする: 患者インタビューから. *鳥取臨床科学研究会誌*, 1(2), 273-277.
- 松田光信 (2008a). 急性期統合失調症患者に対する看護介入としての心理教育プログラムの開発過程. *日本看護研究学会雑誌*, 31(1), 91-99.
- 松田光信 (2008b). 心理教育を受けた統合失調症患者の「服薬の受け止め」. *日本看護研究学会雑誌*, 31(4), 15-25.
- 松田光信, 河野あゆみ, 先谷 亮 (2012). 統合失調症患者の服薬アドヒアラנסに影響する要因の探索: 早期退院を控えた患者に焦点を当てた基礎的研究. *神戸常盤大学紀要*, 5, 1-8.
- 松田光信, 河野あゆみ, 前田正治, 内野俊郎, 坂本明子, 松原六郎 (2012). 統合失調症患者の服薬意識尺度の開発. *精神医学*, 54(4), 393-401.
- Mcnamee, S., Gergen, K.J. (1992/2014). 野口裕二, 野村直樹訳. ナラティヴ・セラピー: 社会構成主義の実践. 東京: 金剛出版.
- 水野恵理子, 佐藤雅美, 岩崎みすず, 津田紫緒 (2005). 入院から外来退院後における統合失調症者の病気と服薬に対する認識の変化. *山梨大学看護学会誌*, 4(1), 15-26.
- 森岡正芳 (2015). 臨床ナラティヴアプローチ. 京都: ミネルヴァ書房.
- 永江誠治, 花田裕子 (2009). 精神科看護における服薬アドヒアラנס研究の現状と課題. *保健学研究*, 22(1), 41-50.
- 中村 操, 黒石 一, 神田智子, 武藤教志 (2008). 精神科救急入院料病棟における心理教育の効果の検証. *日本精神科看護学会誌*, 51(2), 476-480.
- 野口裕二 (2002). 物語としてのケア: ナラティヴ・アプローチの世界へ. 96, 東京: 医学書院.
- 佐川佳南枝 (2001). 分裂病患者の薬に対する主体性獲得に関する研究: グラウンデッド・セオリーを用いた分析. *作業療法*, 20(4), 344-351.
- 佐藤浩司, 金井敦己, 安藤 恵, 神田直子 (2006). 統合失調症患者の服薬アドヒアラنسに影響を与える要因について: 質問紙面接法を通じた患者の「服薬に対する構え」の分析. *日本看護学会論文集: 精神看護*, 37, 127-129.
- 高木恵子, 亀井浩行, 西田幹夫, 松葉和久, 山之内芳雄, 内藤 宏, 岩田伸生 (2008). 統合失調症患者における精神症状・病識・アドヒアラנסの関連性について. *臨床精神薬理*, 11(8), 1491-1498.
- 上野治香, 山崎喜比古, 石川ひろの (2014). 日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアラנס尺度の信頼性及び妥当性の検討. *日本健康教育学会誌*, 22(1), 13-29.
- 渡邊衡一郎, 澤田法英 (2012). 統合失調症におけるshared decision makingの実現可能性: アドヒアラנסからコンコーダンスへ. *臨床精神薬理*, 15(11), 1759-1768.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (参照2023年12月6日).
- 山田浩樹, 上島国利 (2006). 服薬アドヒアラنسとは: コンプライアンスからアドヒアラنسへ. *Schizophrenia Frontier*, 7(3), 155-159.
- 山口創生, 種田綾乃, 下平美智代, 久永文恵, 福井里江, 吉田光爾, 佐藤さやか, 片山優美子, 伊藤順一郎 (2013). 精神障害者支援におけるshared decision makingの実施に向けた課題: 歴史的背景と理論的根拠. *精神障害とリハビリテーション*, 17(2), 182-192.
- 柳田信彦, 井上和博, 内野俊郎 (2018). 精神科病院入院中の統合失調症患者を対象とした簡易的な評価法による服薬アドヒアラנס評価の試み. *鹿児島大学医学部保健学科紀要*, 28(1), 119-124.
- 矢野節子, 柏村政江, 柴田綾子, 楠野由美子, 山根俊恵 (2009). 地域における服薬心理教育プログラムの開発. *日本精神科看護学会誌*, 52(1), 30-31.

〔2024年9月17日受付  
2025年3月31日採用決定〕

# Acquiring Medication Independence in Patients with Schizophrenia

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2026, 48(5), 627-642  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250331269>

**Takahiro Tatara, MSN, RN, Teruko Ishibashi, PhD, RN,  
Masumi Omori, PhD, RN**

The University of Shimane, Shimane, Japan

## Abstract

**Objective:** To determine how patients with schizophrenia acquired medication independence. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted individually during an outpatient visit with eight patients diagnosed with schizophrenia. The interview data were analyzed using a modified grounded theory approach. **Results:** We generated 37 concepts that were organized into 12 categories (e.g., “shaking”), three major categories (“relationship with the healthcare provider,” “perception of treatment,” and “perception of illness”). Additionally, five concepts (e.g., “trying”) could not be categorized; however, one core concept (“trial and error together”) was extracted. The relationship among the categories and concepts can be summarized as follows: patients acquiring medication independence underwent a process of “trial and error together” in which they developed a relationship with their healthcare providers, where they could “discuss anything,” “agree” on the necessity of medication, “prepare to continue taking medication,” and “accept the occurrence of illness” that prevailed. **Conclusions:** Acquiring medication independence requires patients to continuously confront their illness and take their medication in collaboration with their healthcare providers.

## Key words

Medication independence, Taking medicine, Schizophrenia, Modified grounded theory approach

---

**Correspondence:** T. Tatara. Email: t-tatara@u-shimane.ac.jp

# レシピエントとともに暮らす腎移植ドナーの経験

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 643-654  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250509270>

藤澤和歌子

## ■要 旨

**目的：**レシピエントとともに暮らす腎移植ドナーの腎提供の経験を明らかにする。**方法：**質的記述的アプローチ。主たる研究参加者はレシピエントと同一世帯、または別世帯の場合も近隣に住み、レシピエントと往来のある腎移植ドナー8名で、術前から術後6か月の間に、参加観察とインタビューを実施した。データ分析はドナーにとっての腎提供の経験に焦点を当てて解釈し、研究参加者ごとにテーマ化を行った。**結果：**ドナーは、今までの家族としての歴史などから固有の意思決定をしており、術後、思ったような経過を辿らない場合も、腎提供に肯定的な意味を見出そうとしていた。一方で、腎提供に至るまでの経緯や家族との関係性から腎提供の意味を見出せず、葛藤が続いているドナーもいた。**結論：**ドナーへの看護は、ドナー個人に留まらず、家族との関係性や腎提供への意味づけも視野に入れた関わり方が必要であり、術後も継続的な支援が求められている。

## ■キーワード

生体腎移植ドナー、経験、意味づけ、質的研究

責任著者：藤澤和歌子 Email: wakako.f12@gmail.com

## 緒 言

末期腎不全の治療法は、透析療法（血液透析・腹膜透析）と腎移植の2種類がある。その中でも腎移植は、半永久的に免疫抑制剤の内服が必要ではあるものの、生命予後が最もよく、最終的なQOLを改善させる治療法として位置している（酒井・閔、2022, pp.2-3）。

臓器移植は、諸外国においては脳死移植が主流であるが、日本では脳死下の臓器提供が少なく、臓器移植の約9割が生体臓器移植（以下、生体移植）である。腎臓に限ってみても、2021年における日本の腎移植の実施症例数は、1,773例であり、そのうち生体腎が1,648例、献腎が125例である（日本臨床腎移植学会・日本移植学会、2022, p.199）。

日本移植学会倫理指針では、生体臓器移植ドナーの条件を6親等内の血族および配偶者と3親等内の姻族に限定しており（日本移植学会、2021），実際にドナーとなるのはレシピエントと近い関係、すなわち親子、配偶者、兄弟姉妹にある者が多く、その割合は、腎移植で82%である（日本臨床腎移植学会・日本移植学会、2022, pp.211-212）。その中でも配偶者間の移植が42.8%と最も多く、次いで親子間の移植が多いことから、ドナーとレシピエントが同一世帯を営んでいたり、現在は世帯を別にしていたとしても結びつきの強い関係にあつたりすることが推察できる。

密な家族関係の中で行われる生体移植は、それぞれが複雑な感情を抱きやすい。ドナーは、家族を助けるために、自分の健康な身体を傷つけなければならず、レシピエントにとっても、大切な家族を傷つけてしまうという負い目や罪悪感を抱く場合がある。また常に一緒に過ごしている家族だからこそ本心が言いづらい場合もあるだろう。これまで、家族間の問題に医療者がどこまで踏み込んでよいかという問題もあり、生体移植に関わる人々の経験を明らかにしづらい側面があったと考えられる。

ドナーに焦点を当てた研究を概観すると、倫理的問題を含んでいるために、術前の意思決定に関する研究が多く、臓器の提供は本人の自発的な意思によって行われるべきものとされているが、その自発性は様々であることが報告されている（藤田・赤林、2007）。移植後は、ドナーが腎提供したことに対して「肯定的評価をしたい」という願望」をもちながら腎提供した意味を探し続けることが明らかになっていること（高田、2009）や、以前はドナーの生命予後は健常人と比較して遜色ないとされてきたが、近年では、末期腎不全になるリスクが高いなど長期的な影響が指摘されつつある（Muzaale, et al., 2014）。これらのドナーの経験は、レシピエントとの関係やレシピエントおよびドナー自身の術後の経過により異なることが示唆されている。これまで、腎移植ドナーの経験に関しては、母子間に

焦点を当てた研究（田村, 2014）や、腎移植ドナー一般に共通する経験（高田, 2009）が明らかにされている。海外における生体移植の先行研究では、臓器提供の自発的意思のレベルは様々であること（Yi, 2003）など概ね日本の研究報告と類似していたが、ドナーになるという決断が、神によって定められた使命を意味すると受け止めるなどスピリチュアルな側面が臓器提供の意思に影響を与えていた点は異なっていた（Cruz, Daspett, Roza, Ohara, & Horta, 2015；Leander, 2011）。いずれにしても、ドナーがレシピエントとともに暮らす場合に着目し、時間をかけて調査している研究は見当たらなかった。特にレシピエントとともに暮らすドナーはこれまでレシピエントの闘病を支えてきた者が多く、そのことが腎提供の動機となったり、移植後の生活への期待を高めたりする可能性があるが、ドナーがレシピエントと暮らす生活の中で、どのように腎提供を決心し、手術を経て、自らの経験を意味づけているかは十分に明らかにされていない。本研究を通じてレシピエントとともに暮らすドナーに焦点を当てて腎提供の経験を明らかにすることは、ドナーの手術前から退院後の生活を見据えた看護支援を見出すことに役立つと考えた。

## I. 目的

生体腎移植ドナーにとっての腎提供の経験を、レシピエントとともに暮らすドナーに焦点を当てて明らかにする。

## II. 用語の定義

ともに暮らす：本研究において「ともに暮らす」とは、同一世帯を営んでいる、または、現在は世帯を別にしても、近隣に住み、住居間で頻繁に往来があり、情緒的結びつきが深い場合とした。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

レシピエントとともに暮らす腎移植ドナーの経験は一般

的に知られていない現状があるため、研究デザインは現象の率直な記述が求められるときに選択する質的記述的アプローチとした（Sandelowski, 1993-2009/2013, pp.140-145）。ドナーは一つひとつの出来事を自分が置かれている状況や他の人々との関係の中で様々に意味づけ、過去から未来へと進んでいく。そして自らが選び、行為した結果を踏まえて、その出来事を自分なりに意味づけながら経験している。それゆえに、それぞれのドナーの経験は、固有の文脈を持つものであることを考慮に入れたアプローチが必要だと考えた。

### 2. 研究参加者

主たる研究参加者は、レシピエントと同一世帯を営むか、別世帯の場合も近隣に住みレシピエントと往来のある腎移植ドナー8名とした。また、腎移植ドナーが主たる研究参加者となるが、参加観察を実施するにあたり、ドナーがその場にいるレシピエントなどの家族やレシピエント移植コーディネーター（以下、RTCとする）と関わる様子を観察する場合もあると考えられたため、研究参加者となったドナーが臓器提供するレシピエントおよびキーパーソンとなる家族と、ドナーの看護に携わるRTCも参加者とした。

### 3. データ収集期間

2018年5月～12月および2021年4月～2022年7月までであった。

### 4. データ収集方法

基本的には、1名の研究参加者につき、ドナーとなることが決定した後から、退院後3回目の外来受診をするまで（手術後6か月）の期間をデータ収集期間とした。データ収集の基本的な場面に関しては表1に記す。このうち①と②は、研究者は研究フィールドに身を置いて、主に参加観察によりドナー、およびドナーとレシピエントを含む家族員の関わりやRTCの関わりに関するデータを収集することにした。可能ならドナーへのインフォーマル・インタビューを行った。③～⑤の退院後は初回から3回目の外来

表1 移植手術前後の流れとデータ収集のプロセス

移植手術前後の流れ	データ収集のプロセス
①ドナーの入院3日前に手術の最終的な説明が行われる。 ドナーが手術前日に入院する	①参加観察、インフォーマル・インタビュー（予備調査のみ）
②手術を受け、病棟で療養する（入院期間：7～10日程度）	②参加観察、インフォーマル・インタビュー
③1回目の外来受診（退院日の2週間後）	③1回目のフォーマル・インタビュー
④2回目の外来受診（手術から3か月後）	④2回目のフォーマル・インタビュー
⑤3回目の外来受診（手術から6か月後）	⑤3回目のフォーマル・インタビュー

※一部の参加者のみ2回目以降のインタビューを手術後6か月以降に行った。

受診時まで、主たる研究参加者であるドナーへフォーマル・インタビューを実施し、インタビューは許可を得て録音した。現在の体調や家庭での過ごし方、腎提供への意味づけ、今後の家族生活に関する思い等ドナーにとっての腎提供の経験についてのデータを収集することにした。

## 5. データ分析方法

フィールドノーツ、逐語録、メモを繰り返し読み込み、ドナーの視点から、術前から術後6か月までの様々な出来事を通してドナーが感じたこと、考えたこと、行為したこと、ドナー個人としてだけでなく、レシピエント、家族、社会との関係などの様々な文脈から捉え、分析の観点を検討した。最終的には、一人ひとりのドナーの経験についての解釈を時間的経過のプロセスに沿って再構成し、研究参加者ごとのストーリーを大切にし、サブテーマを抽出した後、個別に中心となるテーマを見出した。質的研究では、出来事を経験しているときには、その出来事を語ることができず、十分な時間をかけて研究参加者の振り返りを可能にすることで、インタビューデータから得た結果はその妥当性が高まると考えられている (Sandelowski, 1993-2009/2013, pp.86-87)。サブテーマおよびテーマを見出す際は、ドナー自身の過去から未来へつながる時間の中でドナーが遭遇した一つひとつの出来事を解釈することで、経験の成り立ちを浮かび上がらせるように心がけた。その際、語りには表れない発言や行為の意味も、文脈から読み取れる範囲で解釈した。なお、本研究におけるドナーの経験とは、ともに暮らす家族が病気だとわかり、腎代替療法が必要となり、腎移植を検討する段階から腎提供を決意するまでのプロセス、周手術期の体験、退院し日常生活に戻るまでの身体的および内面的な変化を含むものである。ドナーの経験には、今までの家族関係や家族としての歴史、および腎移植に至るまでの経過などが大きく影響しており、それぞれ固有の文脈を持つものと考えられ、上記の分析方法とした。データ収集と分析の過程では、指導教員との面接により、質問内容や解釈についてスーパーバイジョン

を受け、妥当性、厳密性の確保に努めた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会（承認番号2020-058）および研究施設の倫理審査委員会（承認番号265）の承認を得て実施した。生体移植が家族関係に影響を与える医療であることを念頭に置き、研究参加の同意はドナーだけではなく、家族の代表者からもドナーが研究に参加することの同意を得た。手術前後で研究参加者と関わる際は、生体腎移植ドナーの身体的・心理的状態が不安定であることを配慮し実施した。参加観察やインタビューはいつでも中断できることを伝え、観察や質問の仕方に十分配慮し、参加者の表情や言動に細心の注意を払いながら実施した。

## IV. 結 果

### 1. 研究協力施設と研究参加者の概要

研究協力施設は、都市近郊における500床超の一病院であり、看護師資格を有するRTCが1名在籍していた。研究参加者の概要は表2に示す通りである。本研究の参加者は、男性3名、女性5名であった。レシピエントとの続柄は、配偶者間移植が6組、親子間移植が2組で、年代は30歳代が1名、40歳代が1名、60歳代が4名、70歳代は2名であった。

### 2. レシピエントとともに暮らす腎移植ドナーの経験

研究参加者8名の腎移植ドナーとしての経験のテーマとサブテーマを表3に示す。本論文ではドナーとレシピエントの関係性や年代、腎提供に対する思いや回復過程が異なる、Aさん、Bさん、Cさん、Dさん、Eさんの5名の経験について記述する。本文中では、サブテーマを【】で示す。研究参加者の語りの直接的な引用は「」で示し、インタビューデータの引用は段落を変え、斜体で示す。(F-O-O)は、フィールドノーツからの引用で、フィールドワークの実施回

表2 研究参加者の概要

参加者 (ドナー)	続柄	同居の有無	ドナー 年齢／性別／職業等	レシピエント 年齢／性別／職業等
Aさん	配偶者間	妻→夫	同一世帯 60歳代前半／女性／教師	60歳代前半／男性／退職後無職
Bさん	配偶者間	夫→妻	同一世帯 40歳代後半／男性／整備工	40歳代後半／女性／保育士
Cさん	配偶者間	妻→夫	同一世帯 60歳代前半／女性／パート	60歳代後半／男性／建築業
Dさん	配偶者間	夫→妻	同一世帯 60歳代後半／男性／退職後無職	60歳代後半／女性／主婦
Eさん	配偶者間	夫→妻	同一世帯 70歳代前半／男性／パート	60歳代後半／女性／主婦
Fさん	親子間	母→長女	同一世帯 70歳代後半／女性／主婦	50歳代後半／女性／退職後無職
Gさん	配偶者間	妻→夫	同一世帯 60歳代前半／女性／病院職員	60歳代後半／男性／退職後パート
Hさん	親子間	次女→母	別世帯 30歳代後半／女性／会社員	70歳代後半／女性／主婦

と場面を示す。(I-O-O) は、フォーマル・インタビューからの引用で、インタビュー実施回と逐語録の番号を示す。

### (1) 互いへの気遣いを知って、家族としての健康と自由を大切にする：Aさん

Aさんは60歳代前半の女性であり教師をしている。趣味は旅行や音楽鑑賞であり、現在は夫と長女の3人暮らしである。レシピエントである同世代の夫は、かつて暴飲暴食をしていたが、病気になってからは、自身の健康管理をきっちりと行っていた。糖尿病性腎症と診断され、移植をする4年前に腹膜透析となり、しばらくは職場で腹膜透析をしながら働いていたが、定年を待たずに退職した。

Aさんは自分の仕事がとても忙しく、夫の「病気のことは考えたくない」(I-1-34)とあまり関わってこなかった。腹膜透析についても「自分の生活が乱れた結果だからね」(I-1-32)という感じで夫と話していた。しかし、周囲から少しづつ血液透析を続けた場合の予後についての話を耳にする機会があった。【いよいよ（血液透析が必要）となり「夫が死んでしまっては困る」ということが頭に浮かんだ】。

加えて、数年後には定年退職することを思ったとき、透析の影響で退職後に夫や子どもたちと毎年のように行っていた旅行に行けないのはつまらないと思った。

表3 レシピエントとともに暮らす腎移植ドナーの経験のテーマとサブテーマ

参加者	テーマ	サブテーマ
Aさん	互いへの気遣いを知って、家族としての健康と自由を大切にする	いよいよとなり「夫が死んでしまっては困る」ということが頭に浮かんだ 似たような境遇にある友人の一言に後押しされた 責任感から職場復帰までに回復するかを心配し、気分が落ち込んだ 家族の気遣いを感じ、手に入れた健康と自由を大切にしたい
Bさん	妻の仕事への取り組みや周囲からの支援を思って、腎提供の意味を確認する	40代で透析はかわいそうと思い、「じゃあ移植で」とその場で決めた 手術の痛みについて話を聞かされて、術前はナイーブになった 痛みがぶり返して寝てばかりいたが、回復後はやりかたったことをした 妻の仕事への取り組みと周囲の支援に、腎提供して良かったとの思いを新たにする
Cさん	老後を見据えドナーになったが、期待したのと違う結果に戸惑う	夫は自分にとってなくてはならない存在である 移植により夫の食事管理から解放されるはずだったが、術後も食事制限が続いたことが一番つらかった 期待していたのとは違う現実に戸惑い、受け止めようとする
Dさん	失った腎臓に喪失感を持ち、腎提供の意味を見出せないでいる	事前に相談がなかったが、関係を悪化させたくなくて承諾した 周囲の雰囲気に撤回できず、納得しようとした 術後にはじめて喪失感を覚え、自分の腎臓に申し訳ないと思った 食事をつくって支えたが、感情的には巻き込まれないようにしていた 変わらない夫婦のあり様に腎提供の意味が見出せない 自発的に臓器を提供したドナーへの支援がないことは伝えてほしい
Eさん	移植による生活改善の実感がなく、飄然としない	妻の介護の大変さからドナーになったが、手術については楽觀視していた 術後の痛みに耐えながら、これで妻の透析がなくなるとよいと思った 退院後、回復途中であっても妻と長女を支えるためにできることをした 基礎疾患があるために、移植による生活改善の実感がなく飄然としない
Fさん	移植によって自由な生活を送る娘の姿を喜びながらも、夫の介護に戸惑う	年齢的にもギリギリであり、間に合ってよかったとドナーになった 上手に気分転換をしながら、夫の介護と娘のために食事づくりをしてきた 術後の疼痛と嘔吐に耐え、歩いて長女に会いに行った 夫がデイケアに行っている間に、退院が延期された長女の面会を行った 長女の自由を喜びつつも、認知症が進行した夫の介護に戸惑う
Gさん	ようやく移植にたどり着き、手に入れた夫の健康と生活の自由を喜ぶ	移植には抵抗があったが、夫の意思に自分の気持ちを寄せていった 夫婦で試練を乗り越えて、ようやく移植にたどり着いた 仕事復帰を果たし、手に入れた夫の健康と生活の自由に満足する 移植を理由に義母を施設に入所させ、夫の認知症を心配する
Hさん	生活を楽しむ母の姿をみて、移植して良かったことを実感する	周囲の無理解、自身の妊娠へのリスクを引き受けてドナーになった 母がつらい思いをし、移植を後悔しているのではと不安になった 他の家族がいることで、ドナーとレシピエントにとって支えられた 自身の回復を実感し、生活を楽しむ母をみて移植をして良かったと思う ドナーは保険に加入できず、福利厚生もないことを疑問に思う

血液透析になっちゃったらすごく疲れると言っていたし、普通の生活はできないから、たとえば私もあと何年かで退職になったとしても、旅行も一緒に行けないのでと。そういうふうに考えるようになって、別にいいじゃん、私が死ぬわけじゃないのだったら移植したほうがいいじゃんと思うようになりました。(I - 1 - 41)

Aさんが術前、一番気になっていたのは仕事のことであり、どれくらいで普通に動けるようになるかであった。手術は予定通り行われたが、術後、Aさんはとても体調が悪く、起き上がるのが大変で、退院してから術後1か月までは、ほとんど寝たきりの生活だった。

医師やRTCから術前に聞いた説明では、術後2日程度は痛いが、その後はだんだん歩けるようになり、2週間は安静が必要とのことだった。しかし実際は違っており、そのギャップは大きかった。RTCから痛みが強い理由については説明されており、納得もしていたが、他の人は2週間で普通に歩けるのに、なぜ自分は1か月もこんな感じなのだろうと【責任感から職場復帰までに回復するかを心配し、気分が落ち込んだ】。

たとえばどれぐらいの方がそうであって、ひどい人だとどれぐらいまでは動けないとか、早い人はこうだとか、何%ぐらいの人がこうだとか、そういう説明が本当は欲しいですよ。本人としてはね。……(中略)……たとえば職場のほうに説明するときも、もしかするとこういう可能性もあるというふうに説明を受けていますとか、言うじゃないですか。(I - 1 - 72~78)

1か月後には職場に復帰した。復帰してからの約1か月(術後2か月目)は、しばらくは同じ姿勢で座っていると横になりたいと感じた。同僚には配慮を求めなかった。

夫の術後の経過は良好で、Aさんによれば、夫はもともと感情を表に出すタイプではなく、移植して良かったことを言葉にしないが、Aさんは夫が喜んでいることがわかつていた。

普通に良かったと思っているのは伝わってくるし、もっと言葉にしてよとも全然思わないんです。……(中略)……普段は言わないけど、あるとき何か急に言ったりすることもありますね。ありがとうございますとか、そういうのを言ったりすることはありますけど……。そうそう、まだ私が痛くて寝ているときはよくそういうことを言っていました。本当に申し訳ないねとか……。(I - 2 - 66~69)

Aさんは、教育者として責任のある立場で日々忙しく働きながらも、家族との時間や趣味を大切にしていた。またAさんは、長年、夫の病気や生活についてお互いに表立って話することもなく過ごしてきたが、折に触れて相手を勞わり、感謝する気持ちを伝えてきたのだろう。その思いが伝わっていたから、血液透析が必要となったとき、夫が

いなくなつては困るということが頭に浮かび、腎提供を決断したと考えられる。Aさんは自身について、腎臓が1つになったことで「むしろ体調に気を付けるようになった」と語っていた。その語り口調からは、【家族の気遣いを感じ、手に入れた健康と自由を大切にしたい】という気持ちがうかがえた。

## (2) 妻の仕事への取り組みや周囲からの支援を思って、腎提供の意味を確認する；Bさん

Bさんは40歳代後半の男性で、保育士の妻と中学生の長男の3人家族である。レシピエントである妻は、移植術を受ける4年前から職場の健診で腎機能の低下を指摘され、8か月前にIgA腎症と診断された。夫妻で研究協力施設を受診して、腎代替療法の選択肢を示された際、Bさんは【40代で透析はかわいそうと思い、「じゃあ移植で」とその場で（ドナーになることを）決めた】。

手術を受ける1か月ほど前、妻と共に友人が、自分が手術を受けたときの経験をもとに、Bさんに、痛みが気を失うくらい強いということを繰り返し話した。当初、移植をしようと決めたときは、痛みのことも腎臓が1つになることの影響さえも頭になかったが、それからは痛みのことが気になりだした。Bさんは、【手術の痛みについて話を聞かされて、術前はナイーブになった】と当時を振り返った。

Bさんは術後1週間で退院し、妻も術後2週目に退院してきた。帰ってきた妻は「本当に元気」(I - 1 - 18)で、妻からウォーキングに誘われたが、Bさんは傷の痛みがぶり返してしまい、一緒に行く状態ではなかった。買い物の際、荷物を持って痛みを感じたときは、あまり遠慮せず妻に「痛い」(I - 1 - 14)と伝えていた。術後2か月程度で痛みは治まった。

予定通り、術後3か月目でBさんは職場に復帰した。職業柄、腰に負担がかかる作業が多いが、腰の痛みも気にならなかった。妻も順調に回復しており、職場復帰をとても楽しみにしていた。

Bさんは、保育士の妻が今回の腎移植の手術にあたって、職場関係の人々から、たくさんの応援をもらったことを教えてくれた。

妻は保育園に勤めてるんですけど、そこでサポートがすごくて。(研究者：サポートというと？) 今〇歳児のクラスを受け持ってるんですよね。それで休暇を取る前に子どもたちに先生はおしつこが出なくなる病気になっちゃって、今回のこと説明したらいいんです。そしたら、子どもってよくおしつことか言うと笑ったりするじゃないですか。なのに1人も笑わないので真剣に聞いてたって。それで次の日、園児の子と保護者の方が頑張れって書いた寄せ書きみたいなものをくれたらしくて、すごい

ですよね。同僚の保育士の先生も理解があるし、今病室行ったら今度は千羽鶴があって、いいねーって言いました。(F-1-1)

妻は「子どもの喜ぶ顔が見たい」(I-1-179)と日頃から保育の仕事に熱心に取り組み、自宅で絵本に出てくるキャラクター等の製作をすることもあった。Bさんはそこまでやらなくてもいいのにと思いながらも、その製作作業を一緒に行うこともあった。今回の自宅での療養中も、妻は千羽鶴のお礼にと、子どもたちへのプレゼントとして割りばし鉄砲を作っていた。

Bさんは、自分が腎提供することで妻が元気になるならと、あまり深く考えずにドナーになることを決断した。その後、手術を経験した友人の体験談を聞き、手術に伴う痛みが気になりだし、術前はナイーブになったと当時を振り返っていた。これは痛みだけでなく、今まで経験したことのない手術や未来に対する漠然とした不安の表れでもあると考えられる。術後は、妻が職場で周囲の人々にとても慕われていることを感じ、そのことに感謝するとともに誇りに思っており、肯定的に腎提供の意味を確認しているのが伝わってきた。Bさんは、【妻の仕事への取り組みと周囲の支援に、腎提供して良かったとの思いを新たに（する）】していた。

### (3) 老後を見据えドナーになったが、期待したのと違う結果に戸惑う；Cさん

Cさんは60歳代前半の女性で、長年パートの仕事をしながら、レシピエントである建築業の夫を支えてきた。現在は夫と2人暮らしである。以前から聞き上手の【夫は自分にとってなくてはならない存在である（る）】った。夫は移植術の1年前には無機能腎となり、腎代替療法が必要な状態となった。Cさんは夫の食事管理を継続することに疲れ果てていたこと、夫が透析をしながら体力を必要とし、危険も伴う仕事を続けるのは難しいと考え、すぐに腎提供を決断した。

まず1つは、食事（療法）が私にはできないって思ったの。これからまだ長い人生、2人で生きていくのに、そんなに制限がある生活はちょっと無理かなって思いましたね。あとはね、仕事のこともあるってね。（夫を指さして）この人、肉体労働なんですよ……（中略）……だからね、透析したら、今の職場は無理かなって。(F-1-1)

Cさん夫妻の術後の経過はともに順調であった。Cさんは自身の体調に関して「腎臓を1個取られた意識がない」(I-1-41)と表現するほど、回復が早く感じられた。夫は、Cさんの退院後10日目に予定より2日早く退院してきた。術後の経過が良いことは喜ばしいことだったが、夫の退院後は、Cさん自身も回復途上の状態で、食事管理や感染予防に気を付けなければならず、「一番きつかったのは

主人が退院した後で、もうちょっと入院してほしかった」(I-2-58)と語った。夫の退院直前に行われた栄養相談で、Cさんは引き続き、塩分に気を付けるようにと伝えられた。

料理はできないし、下手なのでわからないんですけど、そっちのほうが手術より疲れる……（中略）……だから移植したらそれ（制限）がなくなるかなあと思ったのに、まだ続くのかなと思って。(I-1-50～51)

Cさんにとっての移植は、これから的人生を2人で生きていく決意として語られていた。夫妻の中で移植は自然なことであり、腎臓をもらいましたとかあげたんだからという意識はないと繰り返していた。移植後、予想外だったのは、【移植により夫の食事管理から解放されるはずだったが、術後も食事制限が続いたことが一番つらかった】という経験である。術後もこれまでと同様に夫のことを常に気にかけ、透析になってほしくないという思いは人一倍強いように感じられた。その思いが苦手な食事づくりを続けなければならないという気持ちに拍車をかけているようだった。夫がときどき腎機能を示す値が高くなっているたびにCさんの心配は絶えなかった。そして、「あと（腎臓が）10年ほどもってくれれば諦めもつく」(I-3-1)と述べ、腎臓がいつまでもつかうかという不安を持ちながら、腎臓が機能しなくなった将来のことも考え、【期待していたのとは違う現実に戸惑い、受け止めようと（する）】していた。

### (4) 失った腎臓に喪失感を持ち、腎提供の意味を見出せないでいる；Dさん

Dさんは、60歳代後半の男性で、定年後再就職せず、趣味でエッセーなどを書いて暮らしている。同世代の妻に腎臓を提供した。現在は妻と2人暮らしである。

妻は、長く高血圧で通院してきたが、その間、腎機能の低下を指摘され、降圧剤の内服と食事管理を行っていた。移植を行う約15年前には腎硬化症と診断され、2年前にはいずれは腎代替療法が必要であると告げられた。当初、腹膜透析を導入するつもりで準備をしていたが、妻が移植を希望するようになり、夫であるDさんを連れて、研究協力施設を受診した。そこではじめて医師から移植について聞かされた。

一緒に（病院へ）行ってくれと言われて……RTCさんもいたのかな。あとは先生が何人かいらっしゃって、何かなと思ったら腎臓移植はこうこうこうでという話だったから、えーっと思ってね。本人がいつの間にか移行していて、腹膜じゃなくて生体腎移植の希望を出したのか、そのプロセスは全然知らないんですよ。行ったらいきなり腎臓移植について説明があったので、えーって、それでも（妻が）何も言わないんですよ。(I-1-23)

Dさんは不意打ちを食らったような気持ちだったが、その場にいた医療者に今初めて移植について聞かされたとは言わず、妻に対しても、いつどのようにして腹膜透析から移植をしたいというふうに気持ちが変わったのか問うことをしなかった。Dさんは【事前に相談がなかったが、（妻との）関係を悪化させたくない（ドナーになることに）承諾した】。

Dさんはインターネットを通じて、腎移植について調べた。移植のメリットやデメリット、ドナーへの影響や保障など、見返りがまったくないことも知った。最近では配偶者間の移植も増えていることを知り、移植には「これまで実績があるし、自分も現役を退いているのでいいか」(I-2-23)と思うことにした。【周囲の雰囲気に撤回できず、納得しようとした】。

気が進まないまま手術を受けたDさんだったが、その気持ちを少しだけ払拭する出来事があった。術直後に、手術室スタッフが家族に「お父さんの腎臓はすごくピチピチしていて若かったよ」(I-1-38)と伝えてくれたとのことだった。Dさんは、提供した腎臓が若いと言われたことを「うれしい」(I-1-40)を感じた。

おれの腎臓がそんなに良かったのかと思ったら、そこで自分の腎臓の存在を初めて自覚したんです。……（中略）……必要があって2つあるものを無理やり1個取ったんだよね。逆に腎臓に申し訳なかったねという感じです。うちの女房の中に入っていますけれども、女房の存在よりも、あげた腎臓の存在をすごく考えましたよ。(I-2-24)

Dさん夫妻は、以前から同じ家に住みながらも、それぞれ離れた部屋で暮らしてきており、ほとんど接点のない生活だったが、夕食だけはDさんがつくり、妻と一緒に食卓で食べていた。退院後もそれは変わらず【食事をつくって支えたが、感情的には巻き込まれないようにしていた】。そしてDさんは、ドナーになったことだけでなく、日常生活の中でも妻から配慮をしてもらったり、感謝の気持ちを伝えられたりすることがないと感じていた。

本当に、腎臓移植をしてからどうのこうのは全くないですよ。それも通過点の中で、ああ、腎臓移植があったのねという世界で、うちは終わりなんです。腎臓移植をしたから、それによってこうなってきたという深みは全然ないので……。(I-3-79)

Dさんは、移植によってこの研究に参加することになり、自分の思いを伝えることができたことを次のように語った。

でもこういう形で、対面で話を聞いてもらうというのは想定外じゃないですか。そんなことはないと思っていたけども、こういう形で聞いてもらえると、ある意味では自分も安心するじゃないですか。こういうことでしたよといっ

て話ができるのは。(I-1-94)

Dさん自身も今回の経緯は、これまでの夫婦の歴史からなるべくしてなったものであると理解はしていた。それでも、妻との話し合いがないまま、ドナーを引き受ける流れになったのは納得できないというDさんの思いが解消されることではなく、【術後にはじめて喪失感を覚え、自分の腎臓に申し訳ないと思った】という経験につながっていた。その腎臓は、不本意ながら腎提供をすることになったDさん自身を反映しているようにも思われた。そして【変わらない夫婦のあり様に腎提供の意味が見出せない】ことと向き合っていた。その中で、研究に参加したことにより、これまでの経験を語れたことは、一時でも混沌とした思いからの解放だったのかもしれない。

#### (5) 移植による生活改善の実感がなく、釈然としない：

Eさん

Eさんは70歳代前半の男性で、現在はパートで働いている。60歳代後半の妻と長女の3人家族である。レシピエントである妻は、移植から数年前に糖尿病性腎症と診断され、両下肢に閉塞性動脈硬化症があった。1年前に血液透析が導入されており、透析後の低血圧の症状が強く、帰宅直後は、自宅のある2階まで自力で昇ることはできなかった。腎提供を決意した一番の理由は、透析の大変さからであり、「透析、大変苦労してたから、それがなくなれば……（中略）……透析終わって、ぐたってして帰ってきたのを見るのはね」(I-1-71)と述べていた。Eさんは、長女が仕事をしながら母の介護もしていることを常に気にかけており、【妻の介護の大変さからドナーになったが、手術については楽観視していた】。自分がドナーになることについて、以下のように語っていた。

（腎臓が）2ついらねえっていうんだから、1つでいいんだからね。娘はまだ若いから、何があるかわかんないから。俺なんか70過ぎてるんだから、それでどうってことねえし。（万が一、ドナー手術に伴う合併症が起こったとしても）それはそれで、しょうがねえって思ってる。自分はそんなことねえって思ってるから。(I-2-47~49)

術前日に入院したEさんは、腎提供の意思は変わらないかと問われ、「はい」と即答し「やるしかない」(F-2-1)と語った。Eさんは、術後1日目から車いすで妻の面会に行き【術後の痛みに耐えながら、これで妻の透析がなくなるとよいと思った】。手術を受けて一番つらかったことは傷の痛みで、術後1か月のインタビューでは次のように語った。

（医師からの説明を）あんまり聞いてなかったよね（笑）。言ってたでしょなんて、家内にも言われたけどね（笑）。あんまり痛くねえと思ったから……。ここまで痛いと思わなかったから、楽天家だからさあ（笑）。(I-1

-105～106)

Eさんは予定通り1週間で退院した。Eさんは退院直後から、妻の面会のため、車で1時間ほどの道のりを病院まで通った。妻は、術後1か月で退院する予定だったが延期となった。Eさんは「(妻が) いなくて、かえって神経つかわなくていい」(I-1-96)と冗談交じりに言いながらも、「でも、やっぱり体の調子が悪いと、心配だよね」(I-1-110)と述べていた。長女については、術後しばらくは面会などで疲れているようだったが、徐々に母親がいない生活にも慣れたのか、「これ幸いとばかりに友達とごはん食べに行ったりさ、出かけたりしてた」(I-2-41)と語り、笑っていた。今まで仕事の合間に縫って妻の介護を行っていた長女が、自分の時間を持つことができて喜んでいた。

3ヶ月後のインタビューのときには、すでにEさんは仕事に復帰していた。仕事については「生きている間は働きたいね」と語っていた。2ヶ月後、妻が退院してきた。退院に向けて、長女は介護用のベッドを購入するなどして準備をしていた。Eさんは「透析がないのは楽だよね。かみさんの方はベッドだから、楽になったよね。トイレも行けるし。今まで下(床に布団を敷いて)だったんだよね」(I-2-20～23)と述べ、透析や起き上がりのための介助の必要がなくなり、以前より楽になったと述べていた。

妻は手術前から下肢の浮腫がみられており、術後に下肢浮腫が強くなったことを心配していた。Eさんは、少し怪訝な表情で次のように語った。

(妻の)足が太くなっちゃってるんだよね。よくわかんないけど、前は右足だけだったのかな。両足の方になっちゃって。(I-2-72～73)

Eさんは、透析後に血圧が低下する妻の姿を目の当たりにしたり、仕事と介護を両立する娘を気遣う中で、透析を続ける日々から解放されるためには「(腎提供を) やるしかない」とドナーになることを決断したのだろう。移植後、透析をしなくてすむことには安堵していたが、慢性腎不全の他に、閉塞性動脈硬化症を抱え、日常生活動作のレベルが低下している妻が移植をしても、健康を実感できるような状態まで回復することは難しかった。このことに関して、術前にどの程度予測できていたかは定かでない。Eさんの妻には【基礎疾患があるために、移植による生活改善の実感がなく飄然としな(い)】かった。

## V. 考 察

前述の結果では、レシピエントとともに暮らすドナーが腎提供するという一連の経験を明らかにした。本章では、この間のドナーが意思決定する上で検討した内容や影響し

た要因、腎提供をすることの意味、移植腎がいつまでもつかという不安について考察し、これからドナーの支援の在り方についての考えを述べる。

### 1. レシピエントとともに暮らすドナーが意思決定する上で検討した内容や影響した要因

#### (1) 家族の苦しみを見守ることの負担や制限のある生活からの解放

家族の中で療養を必要とするような病人が生じると、家族としての生活にも様々な影響が及ぶ。レシピエントとともに暮らすドナーは、レシピエントが心身ともに疲れやすい姿を間近に見てきた。自分が腎提供することで、レシピエントを元気にしたいというのが研究参加者がドナーになると決めた一番の理由であるが、それに加えて研究参加者の側にも、レシピエントの苦しむ姿をそばで見続けることのつらさがあったと考えられる。Charon (2006/2011) は『ナラティブ・メディスン』という著書の中で、言葉以上に、傷ついた身体が周囲の人々に説得力をもって語りかける事実について述べている。「傷ついた身体を目撃することは、みる者を複雑な行動に巻き込む。それらは抗議、自責の念、そして他者の身体になされた暴力に対して応答しようとする努力などである。それは基本的に自己自身の感覚の反映である」(p.134) という。ともに暮らす家族の闘病する姿をそばで見ていると、日々その感覚が自己自身に反映されることとなる。このように、自分が腎臓を提供しなかった場合のレシピエントの結末を、ともに暮らしながら見続けていくことを想定すると、制限のある生活が長期にわたり続いたり、家族が苦しむ姿をそばで見続けながら、罪悪感と向き合うなど相当な覚悟が必要であることがわかる。

#### (2) 生活の質の維持と老後の負担軽減

とくに研究参加者が高齢である場合には、食事制限を続けながらの生活がかなり負担となることや、透析療法と仕事の両立は難しいことを考慮し、負担となることを減らしておきたいという考えをもっていた。加齢によって生活機能は少しづつ衰えるにしても、人々は長く生きられる前提で人生設計をするようになっている。また介護を子に期待しなくなり、家庭内の問題を夫婦のみで解決しようとする風潮(春日, 2001, p.9)も、介護不安から高齢夫婦が移植に踏み切る要因となっているように考えられる。

2021年のレシピエントの平均年齢は49.2歳となり、約30年前と比較すると、17歳高齢化した。それに伴い、ドナーの平均年齢も58.8歳と上昇している(日本臨床腎移植学会・日本移植学会, 2022, pp.202-204)。今後も、老後の生活を見越して、高齢の配偶者間での移植が増えていくことが予想される。

### (3) 意思決定の様相

Yi (2003) は生体腎移植ドナーの意思決定には、熟慮段階と実行段階があり、実行段階の同意のあり様として自発的な同意、妥協的な同意、受動的な同意の3つがあることを明らかにした。本研究では、この3つの同意の中に分類されるものと、これらの同意には分類されない同意のあり様も明らかとなった。自発的な同意は、本研究では、家族であるレシピエントに自分が腎提供をするのは当然のことであり、むしろ積極的に提供したいと考えていたCさんが分類されると考えられ、腎提供を「自然なこと」と述べ、術前にそのことへの躊躇や不安を語ることは一切なかった。

妥協的な同意は、本研究では、移植をしなくても済むのであればしたくはなかったが、様々に検討した上でドナーとなったAさんが近いと考えられた。比較的時間をかけて、移植をするか、またドナーになるかを検討し、ドナーになることを選んでいた。

受動的な同意は、本研究では、Dさんのように家族で腎移植に関する話し合いがなく、妻の受診に付き添ったときに移植に関する説明をされ、考える猶予などなく同意したケースが分類されるだろう。Yi (2003) はこれらのドナーがたとえば夫婦であるからといった義務感を動機とし、手術の直前までドナーになる決断が良かったのかと何度も考え続けると述べており、Dさんが入院前に準備をするにも気が進まなかつたと語っていたことから、この同意に分類されると考えられた。

さらに本研究では、Bさんのように、レシピエントと親密な関係であっても、妻が元気になるならと十分な検討をせずに短期間のうちに同意をしてしまうドナーや、Eさんのように楽天家だからと同意した後もあえて情報を得たり検討したりしなかった者もいた。Eさんの場合は、手術の恐怖や不安と向き合わないようにするためにと考えられる。BさんとEさんに共通しているのは、意思決定の際十分な検討をしていないことであり、いずれも術前の不安が強かった。

ドナーにはレシピエントとともに暮らしてきた生活の中での実感や思いがある。それとともに、家族をはじめ周囲の人々や社会からの様々な期待や暗黙の圧力も受け止めながら意思決定をしている。ドナーの自発性や任意性といった概念も、これらの関係の中で捉えていく必要がある。

## 2. 腎提供をすることの意味

先に述べたように、レシピエントとともに暮らすドナーは、今までのレシピエントとの関係性や家族としての歴史などからそれぞれ固有の腎提供に対する意思決定をしていると考えられる。そして、Takada (2017) は、ドナーがレ

シピエントの体調に影響を受けながら腎提供の意味を見出そうとしていると言っているように、腎提供に対する意味づけは、その後の出来事とともに変化していくことが考えられる。Aさんは、夫の経過が良好であり、腎臓が1つになったことで、むしろ体調に気を付けるようになったとドナーになったことを前向きに捉えていた。Cさんの経験からも、移植後の出来事とともに意味づけが変化していることが見て取れる。Cさんは、夫と2人の生活をより良くするため腎提供を決断したが、移植後、夫が入退院を繰り返すことは予想外の出来事であった。それでも、透析をしないですむ期間が長くなることに肯定的な意味を見出そうとしていた。

腎提供の意味づけに関して、家族との関わり方や関係性も大きく影響する。たとえば、Aさんは、術後1か月間ほぼ寝たきりの生活を過ごしたときに、夫からかけられた言葉から感謝の思いを感じ取っていた。一方で、Dさんは、妻からの相談がないままドナーになることを決断し、その後も妻からの配慮の思いや夫婦関係の変化を感じ取ることができなかった。甲斐 (2016) は、臓器の提供がドナーとレシピエントの人格的関係のもとで行われる場合にのみ、人体の一部としての臓器の尊厳を保つことができるとの考え方のもと、その場合の臓器提供は「自己と他者との間の相互関係 (interrelationships) の表明として考えるべきである。そのような贈与は、レシピエントとの人格的関係の中で行われるか、さもなくばそのような贈与がそのような関係を創出する」(p.17) と述べる。このことはドナーにとってレシピエントを含む家族との人格的関係の中で腎提供の意味を見出せることが重要になるというだけでなく、そうでない場合もそこで行われる腎提供がドナーとレシピエントを含む家族との人格的な関係をつくりだすということを意味する。Dさんのように、本人が望む形で人格的な関係を築けない場合、術後に失った腎臓に対して喪失感を覚え、腎提供の意味を見出せないという経験をすることになるのだろう。

ドナーの腎提供の意味づけに関しては、術前の意思決定の様相とあわせて考える必要がある。意味づけは、移植にいたるまでの経緯や移植後のドナーの体調、家族との関わり方や関係性によって影響を受け、喪失感を強めてしまう場合もあれば、これから的人生を生きていく糧となる場合もあり、移植後の出来事によってさらに変化していくと考えられる。

## 3. 移植腎がいつまでもつかという不安

移植腎の生着率は完全ではなく、移植後数年経過した後、透析が必要となるケースもある。5年、10年、20年後の生着率をみると、ドナーやレシピエントの年齢、レシピ

エントの糖尿病などの基礎疾患の有無によっても影響をうける（太田、中、河辺、2004）。特に71歳以上のマージナルドナーは、他のドナーに比べ、生着率が低い。

レシピエントに提供した腎臓の機能が廃絶する可能性もあり、レシピエントが移植とは直接の関係のない病気になることや死別することも考えられる。ドナー自身も後遺症に悩まされる可能性がある。

Frank (1995/2002) は『傷ついた物語の語り手』という著書の中で、「回復の物語は、病いを一過性のものと見なすことによって死の問題を遠ざけてしまおうとする」(p.163)と述べており、江口・春木・岡田 (1998) は、移植患者の心のケアで常に注意している点について次のように述べる。「移植を希望される患者さんは、自分の身に起きた運命・宿命（病気のこと）をかならずしも受容されているわけではありません。むしろ、否認・否定されています。……（中略）……悲嘆・悲哀の心の仕事の観点から言えば、まだ次に不安、怒りとか嘆き、抑うつななどの心理的プロセスをたどられると思います」(p.26)。

この言葉はドナーにもあてはまる。移植による解決は一時的である。いずれはレシピエントの運命とともに、移植をしたことでの影響を含めて、家族として受容していくなければならない。移植を患者・家族がその運命・宿命を受け入れていくプロセスの一部とみる江口ほかの捉え方は、この医療の本質を捉えていると考えられる。

#### 4. 看護実践への示唆と提言

田村 (2020) は、健康なドナーの身体を傷つける以上は、単に他人の善を促進するというだけでなく、「レシピエントが受ける利益」と「ドナーが被る不利益」が比較衡量される必要があり、前者が後者を上回ると予想されるのでなければならない (p.132) とした上で、さらに「ドナーの精神的利益とレシピエントの利益」が「ドナーの不利益とレシピエントの不利益」に優ることが求められている (p.144) と述べている。

ドナーにとって不利益を上回るような精神的利益がドナーに担保されることが必要だが、移植をしても実感できるほどにレシピエントの健康や生活の質の改善が見込まれない場合もあるのに加え、一時的に改善がみられたとしてもそれが永遠に続く保証はなく、思ってもいなかった影響がドナー自身や家族に及ぶ可能性もある。つまり、ドナーおよびレシピエントの比較衡量は、術前だけで判断することが難しく、容易には解決できない場合もある。

先に述べたように、医療において現時点ではドナーの術後のフォローは身体的な側面に留まっている。医療者の持つ責任として、生体移植術の質を保障するだけでなく、ドナーおよびレシピエントを含めた家族を人格的な存在とし

て捉え、術後を見据えた支援を考える必要がある。そのため、術前の意思決定から術後の外来受診に至るまで、看護師やRTCとの話し合いの場を複数もつことを提言したい。このことは、レシピエントが受ける利益とドナーが被る不利益の比較衡量を当事者が判断する上でも有効だと考えられる。また、術前の意思決定だけでなく、ドナーがその後の人生を生きていく上で、あるいはレシピエントを含む家族との関係の中で、腎提供の意味をあらためて問い合わせ直す場面が出てくる可能性がある。看護職が長期にわたりドナーおよびレシピエント、家族と関わることで、そのときの家族間の関係性の変容やドナーが腎提供に対し肯定的な意味を持っているなど様々なことに気付き、必要な支援につなげることが可能になる。レシピエントに意識が向きがちで、家族の中でドナーに対する配慮が足らないように見受けられるなど、状況によっては、家族にドナーへの関心を向けさせるような支援も必要だと考える。ドナーは、自分がケアが必要であることに気付きづらい場合が多く、さらに心理的な問題を抱えている場合の診療、カウンセリングの機会の保証が必須だと考えられる。

#### 5. 研究の限界と今後の課題

今回、レシピエントとともに暮らしているドナーを対象としたが、レシピエントとの情緒的な結びつきが浅いドナーの場合では、本研究の結果とは異なる経験や意味づけがあることが考えられる。

今後、生体腎移植ドナーへの具体的な支援体制の確立のために、実際に移植を検討中の人々や移植をした後の家族への看護相談、当事者グループなどの実施可能性やその効果を確かめる研究に着手することが課題である。

#### 謝 辞

本研究にご協力いただきました研究参加者ならびに研究協力施設の皆様、ご指導くださいました日本赤十字看護大学の川原由佳里教授、高田早苗名誉教授、三浦英恵教授、細野知子准教授に深く感謝申し上げます。本研究は令和4年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科に提出した博士論文に基づいており、本研究の一部は第18回日本移植・再生医療看護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

なお、本研究は、令和3年度日本赤十字看護大学松下清子記念教育・研究及び奨学金、令和4年度日本赤十字看護学会研究助成の助成を受けたものである。

## 文 献

- Adams, L.S. (2011). The experiences of African-American living kidney donors. *Nephrology Nursing Journal*, 38(6), 499-508.
- Charon, R. (2006)／斎藤清二・岸本寛史・宮田靖志・山本和利訳 (2011). ナラティブ・メディシン：物語能力が医療を変える. (pp.130-141). 東京：医学書院.
- Cruz, M.G.D.S., Daspert, C., Roza, B.D.A., Ohara, C.V.D.S., Horta, A.L.D.M. (2015). Family experience in the kidney transplant process from a living donor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 275-280.
- 江口研二, 春木繁一, 岡田宏基 (1998). 座談会／先端医療とQOL の関連をめぐって（先端医療と心のケア：がん医療と臓器移植を通じて；臓器移植）. 現代のエスプリ, (371), 5-26.
- Frank, A.W. (1995)／鈴木智之訳 (2002). 傷ついた物語の語り手：身体・病い・倫理. (p.163). 東京：ゆみる出版.
- 藤田みさお, 赤林 朗 (2007). 【心理的ストレスの疫学的調査研究】生体肝移植ドナーの意思決定に関する心理・社会的研究. ストレス科学, 21(4), 193-199.
- 甲斐克則 (2016). 医事刑法研究第6巻：臓器移植と刑法. 11-18, 東京：成文堂.
- 春日キスヨ (2001). 介護問題の社会学. 9, 東京：岩波書店.
- Muzaale, A.D., Massie, A.B., Wang, M.-C., Montgomery, R.A., McBride, M.A., Wainright, J.L., Segev, D.L. (2014). Risk of end-stage renal disease following live kidney donation. *Journal of the American Medical Association*, 311(6), 579-586.
- 日本移植学会 (2021年9月18日). 日本移植学会倫理指針. [https://www.asas.or.jp/jst/about/doc/info\\_20210918\\_1.pdf?20240124](https://www.asas.or.jp/jst/about/doc/info_20210918_1.pdf?20240124) (参照2025年3月21日)
- 日本臨床腎移植学会・日本移植学会 (2022). 腎移植臨床登録集計報告 (2022) 2021年実施症例の集計報告と追跡調査結果. 移植, 57(3), 199-219.
- 太田和夫, 中 牧子, 河辺絵里 (2004). わが国における腎移植の長期成績. 日本透析医学会雑誌, 37(10), 1847-1856.
- 酒井 謙, 関真奈美 (2022). 腎代替療法における腎移植の位置づけ. CKD委員会腎移植ケアガイドワーキンググループ (編), 腎移植ケアガイド (pp.2-3). 東京：医学書院.
- Sandelowski, M. (1993-2009)／谷津裕子・江藤裕之訳 (2013). 質的研究をめぐる10のキークエスチョン：サンデロウスキーライ文に学ぶ. 東京：医学書院.
- 高田幸江 (2009). 生体腎移植ドナーの腎提供の体験. 日本看護学会誌, 29(3), 24-33.
- Takada, Y. (2017). Recognition of kidney donation by living kidney donors that accompanies changes in the recipients' physical condition: Focusing on its influences on donors. *Transplantation Proceedings*, 49(5), 944-949.
- 田村京子 (2020). 生体臓器移植の倫理：臓器をめぐる逡巡と規範. 132-144, 東京：慶應義塾大学出版会.
- 田村幸子 (2014). 母子間生体腎移植におけるドナーの経験. 日本腎不全看護学会誌, 16(2), 52-58.
- Yi, M. (2003). Decision-making process for living kidney donors. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 61-66.

〔2024年5月27日受付  
2025年5月9日採用決定〕

# Experiences of Kidney Transplant Donors Living with Their Recipients

Wakako Fujisawa, PhD, RN, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to explore and clarify the lived experiences of kidney transplant donors who cohabit with their recipients. **Methods:** This qualitative descriptive study involved eight living kidney transplant donors. Data were collected primarily through interviews and fieldwork. The thematic analysis focused on the donors' personal experiences of kidney donation, with themes identified for each participant. **Results:** Donors made inherent decisions based on family history and other factors. They sought to find positive meaning in kidney donation, even if the recipient's recovery did not meet expectations. However, some donors experienced inner conflict and struggled to find personal meaning in kidney donation owing to the circumstances leading to the donation and their family relationships. **Conclusions:** Rather than being limited to the individuals concerned, nursing care for donors should consider wider family relationships and the meaning of kidney donation. These findings suggest the need for continuous support for donors throughout the preoperative to postoperative stages.

## Key words

living kidney transplant donors, experience, meaning, qualitative study

---

**Correspondence:** W. Fujisawa. Email: wakako.f12@gmail.com

# 地域包括ケア病棟看護師の 在宅移行支援における多職種協働の実践と 影響要因

木村幸恵<sup>1</sup>, 百田武司<sup>2</sup>, 山本浩子<sup>2</sup>, 中村もとゑ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>訪問看護ステーションマハロ, <sup>2</sup>日本赤十字広島看護大学

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 655-667  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250613273>

## ■要 旨

**目的：**地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践と影響要因を明らかにした。**方法：**Web調査を実施し、探索的因子分析の後、重回帰分析にて影響要因の検討を行った。**結果：**有効回答315名を対象とした探索的因子分析の結果、4因子19項目が抽出された。重回帰分析の結果、退院前カンファレンスへの参加頻度が高いことは在宅移行支援における多職種協働の実践全体と、【院内の職種間のコミュニケーション】【緊急時の対応方法に関する理解の確認】にやや影響し、退院後自宅訪問の経験があることは【院外他職種との情報共有】と【患者や家族を尊重したアプローチ】にやや影響していた。**結論：**地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践を促進するためには、地域包括ケア病棟看護師の退院前カンファレンスへの参加頻度を高めることや、退院後自宅訪問の経験をもつことが有用であることが示唆された。

## ■キーワード

地域包括ケア, 在宅移行支援, 協働

責任著者：木村幸恵. Email: xinghuimucun441@gmail.com

## 序 論

日本は、諸外国に例をみないスピードで進む高齢化に対し、地域の包括的な支援・サービス提供体制である地域包括ケアシステムを推進している。イギリスやアメリカを含めたあらゆる諸外国も日本より緩やかではあるが高齢化は進んでおり、増大する医療・介護の需要に応えるべく、地域包括ケアシステムに関する制度改革・構造改革に着手している（伊東, 2017）。国際的にみた地域包括ケアシステムにおいては、イギリスの国民保健サービスであるNHS (National Health Service) や、アメリカの高齢者包括ケア・プログラムであるPACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) などが挙げられるが、両者ともに多職種協働に関する課題や重要性が報告されている（Avinash, Samuel, & Kyle, 2018 ; NHS Professionals., 2019）。一方、日本は地域包括ケアシステム構築のため、2014年に地域包括ケア病棟を新設した。地域包括ケア病棟の役割は、急性期治療を経過した患者の受け入れや、在宅療養を行っている患者等の受け入れ、在宅復帰支援とされている（地域包括ケア推進病棟協会, n.d.）。なかでも、在宅復帰支援においては、病棟で患者を受け入れた時点から多職種で協働し実践しな

ければならない、地域包括ケアシステムを構築するうえで重要な役割である。

宇都宮（2011）は、退院支援・退院調整は、第1段階に退院支援が必要な患者の把握、第2段階に生活の場に帰るためのチームアプローチ、第3段階に地域・社会資源との連携・調整のプロセスがあるとし、病棟看護師は第1段階・第2段階のプロセスで主体的に関わる必要があると述べている（pp.10-11）。しかし、在宅復帰支援を役割とする地域包括ケア病棟の看護師は、第1段階・第2段階のみならず、第3段階を含むすべてのプロセスにおいて、院内外の多職種や患者・家族とともに、より主体的に取り組まなければならないと考える。

先行研究では、地域包括ケア病棟看護師は在宅移行支援における多職種協働・連携の意識や認識が高く、地域包括ケア病棟の特徴や使命を理解し在宅移行支援にやりがいを感じているなど肯定的な評価の報告がある（堀之内・内野, 2020；前川, 2018）。しかし、これらの研究は、病棟看護師の在宅移行支援に対する意識や認識に着目しており、実際に在宅移行支援においてどのような多職種協働の実践を行っているのか調査されたものではない。また、田渕・笠嶋・田嶋・丸岡（2018）は、地域包括ケア病棟の退

院支援において、病棟看護師・退院調整看護師すべてが院内外の連携に課題があると認識していたことを報告している。これらのことから、地域包括ケア病棟の看護師は在宅移行支援に対する意識や認識は高いが、在宅移行支援における多職種協働の実践には課題があると考えた。一方で、地域包括ケア病棟の病棟看護師を対象として多職種協働に関する関連要因について調査した研究には、辻村・渕田（2021）の研究があり、カンファレンスを有効活用することが地域包括ケア病棟のチームケアを促進する可能性を示唆している。しかし、この研究は、地域包括ケア病棟看護師に限定した尺度を用いておらず、チームケアへの影響要因を調査したものではない。

これらを踏まえて考えた本研究の独自性は、地域包括ケア病棟看護師が在宅移行支援を行う際に、どのような多職種協働が実践されているかを明らかにする点である。先行研究が看護師の意識に焦点を当てているのに対し、本研究では、多職種協働の実践とその影響要因に焦点を当てている点で新規性がある。これにより、今後の実践やスタッフ教育に具体的な指標を提供することが期待される。

そこで、本研究の目的を、地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践と影響要因について明らかにすることとした。

## I. 研究方法

### 1. 用語の定義

#### (1) 在宅移行支援

在宅移行は、患者が住み慣れた環境での生活継続を支援することで生活の質を高め、また、高齢化が進行し医療の需要が高まる中で、限られた医療資源の有効活用につながるものであり、その重要性が高いといわれている（全国国民健康保険診療施設協議会、2014）。地域包括ケア病棟の役割の1つとして「在宅復帰支援」という用語が用いられている（地域包括ケア推進病棟協会、n.d.）が、前述した理由により、病院完結型から地域完結型へと移行している我が国において、患者の状態が入院前の状態に回復しておらずとも退院を余儀なくされる現状がある。このことより、元の状態に戻ることを意味する「復帰」という用語よりも、新たな状態に移り行くことを意味する「移行」という用語を用いる方が適切であると考えた。そこで、本研究における在宅移行支援を「住み慣れた在宅への退院を目指し、在宅での生活を継続するために必要となる支援」と定義した。ここでいう「在宅」とは、患者が自宅において生活を継続することを想定しており、有料老人ホームや介護付き施設などの施設系居住形態は含まない。

#### (2) 多職種協働、多職種連携

「協働」と「連携」は同義語として扱われることが多い用語であるが、「協働」するためには「連携」が必要不可欠であること（吉池・栄、2009）、また、両者とも共通の目標達成に向けて協力し合う点は共通しているが、「協働」には互いの専門性を理解し認めたうえで、より能動的に（溝江・八島、2016）、そして、患者・家族の参加を重要視する（西梅・西内・鈴木・住友、2010）という点で違いがあると考え、本研究では「協働」と「連携」は区別して扱うこととした。そして、多職種協働は、複数の領域の専門職種が患者・家族とともに、共通の目標達成に向けて、互いの専門性を認め能動的に協力し合うこととし、多職種連携は、複数の領域の専門職種が、共通の目標達成に向けて、情報の共有化を図り協力し合うこととした。そして、本研究は、より能動的で、患者・家族を巻き込んで考える多職種協働に焦点を当てることとした。

## 2. 研究対象者

#### (1) 対象施設

地域包括ケア推進病棟協会に加入している全国の医療機関から無作為に抽出した。

#### (2) 対象者

地域包括ケア病棟に勤務する病棟看護師とし、主任（副師長、係長など）以上の役職がついた者を含めた。

#### (3) 対象者数

本研究では、因子分析と重回帰分析を用い調査を行った。因子分析に必要なサンプルサイズは一般的に質問項目の5～10倍（松尾・中村、2002, p.38）とされる。本研究で因子分析を行う目的変数の調査項目は29項目であるため、290名以上の対象者数を必要とした。また、重回帰分析に必要なサンプルサイズについては、Cohen（1988）、水本・竹内（2010）は、重回帰分析の効果量 $f^2$ について、小（Small）を.02、中（Medium）を.15、大（Large）を.35としている。そこで、G\*Power 3.1.9.2において、効果量中（Medium）の.15を用い、 $\alpha$ エラーを0.05、検出力を0.8、独立変数を22として算出した。その結果、重回帰分析に必要な対象者数として、163名が算出された。これらのことより、本研究の対象者数は、サンプルサイズの大きい因子分析に必要な対象者数である290名以上とした。

## 3. 調査項目

#### (1) 個人要因と環境要因

個人要因と環境要因の選定は、病棟看護師が行う多職種協働や退院支援に関連があると報告した、下記で述べる先行研究を参考に行った。なお、これらの先行研究から、地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働

の実践には、看護師の個人要因と、看護師個人を取り巻く環境要因が影響を与えていていると考え、図1のような概念枠組みを設定した。

まず、個人要因として、年齢（角・池田・角田, 2017; 山本・小川・酒井・美ノ谷, 2021; 吉田, 2018）や、性別、職位（前川・谷山, 2018）、所有資格、在宅ケアに関する職種の経験（角ほか, 2017）、看護師経験年数（藤田・習田, 2016）、地域包括ケア病棟経験年数（吉田, 2018）、退院前カンファレンスへの参加頻度（前川・谷山, 2018; 山本・百瀬, 2018）、今までの多職種協働に関する勉強会や研修への参加の有無、今までの退院支援に関する勉強会や研修への参加の有無（前川・谷山, 2018; 山本・百瀬, 2018; 山本ほか, 2021）、今までの退院前後自宅訪問の経験の有無（野上ほか, 2019）、今までの身近な人を自宅で介護した経験の有無（角ほか, 2017）とした。

そして、環境要因としては、在宅移行支援における多職種協働に困難が生じた際の上司のサポートの有無（宇城・中山, 2006）や、在宅移行支援における多職種協働に困難が生じた際の同僚のサポートの有無（宇城・中山, 2006）、退院支援係の配置の有無（錦織・永田・水井・戸村, 2016）、訪問看護ステーションの併設の有無（山本ほか, 2021）、退院支援に活用できるマニュアルの有無（山本ほか, 2021）、電子カルテの有無（西山・関井, 2019）とした。なお、サポートとは、相談にのる、助言をくれるなどの心理的な支えを示し、退院支援係とは、主な業務として通常の看護ケアを行いながら、役割の1つとして退院支援に関することを実施する、病棟看護師が担う係を示すこととした。

## (2) 地域包括ケア病棟看護師が行う在宅移行支援における多職種協働の実践

多職種協働に関する既存の尺度（藤井・齊藤, 2018; 藤田・福井・池崎, 2015; Sakai, et al., 2017）や、退院支援の実践に関する既存の尺度（Sakai, et al., 2015; 山本・百瀬, 2017）、退院支援の質向上を目的に行った質的研究（藤澤・渡邊・加藤・黒江, 2020）といった先行研究や、研究者自身が行った7名の退院支援看護師を対象としたフィールド調査を参考に、約70項目のアイテムプールを作成した。フィールド調査の際に対象とした退院支援看護師の中には地域包括ケア病棟を担当する者も含まれており、調査項目の妥当性検討において地域包括ケア病棟特有の連携実践が反映された。そして、類似性により調査項目を収束し、在宅移行支援における多職種協働の実践について行動を問う項目で統一した。また、この際に連携のみを問う項目は削除した。なお、調査項目に用いる用語や問い合わせなどについては、日常的に多職種協働を行っていると考えられる認定看護師3名と、退院支援看護師と地域包括ケア病棟看護師として働いた経験のある看護師2名、複数の研究者で、研究目的や用語の定義と照らし合わせながら検討を重ね、最終的に29項目の調査項目を残した。また、類似性により収束した調査項目については、それぞれの特徴から「チームの凝集性を高めるための行動（10項目）」、「在宅移行支援に向けたケアの統一化（8項目）」、「在宅移行支援を専門とした看護師の役割遂行（5項目）」、「患者家族の意向を尊重した目標の共有（3項目）」、「地域ケアチームとのシームレスケア（3項目）」の5つの構成要素を考えた。なお、この調査項目の中には院外の職種との協働に関する項目も含まれるが、その実践方法については直接的

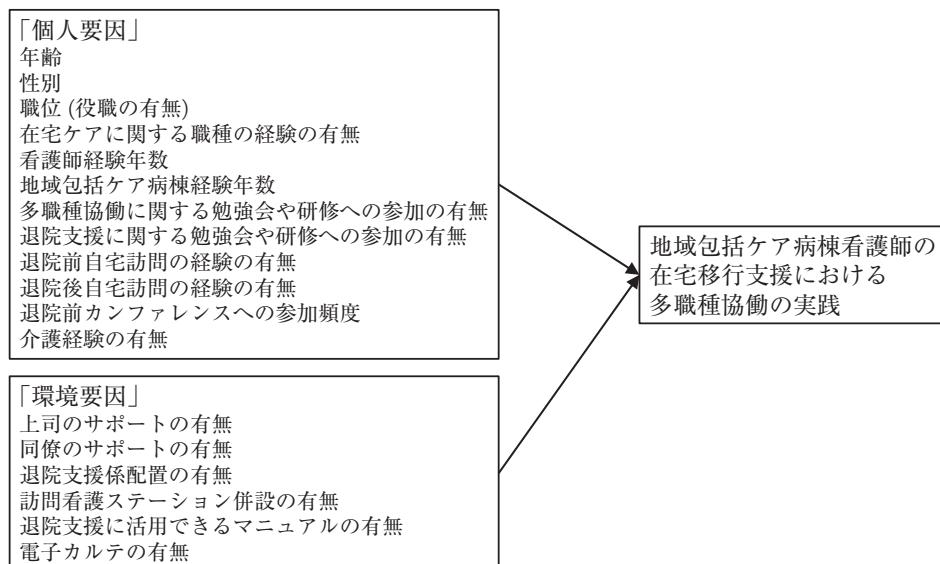


図1 本研究の概念枠組み

なものだけでなく、入退院調整部門を通す、看護情報提供書を用いるなどを含め手段は問わないことを前提とした。対象者には在宅移行支援を行う際の多職種協働の実践で最も当てはまる行動について問い合わせ、「いつも行っている（実施度：100%）」5点、「たびたび行っている（実施度：75%）」4点、「どちらともいえない（実施度：50%）」3点、「あまり行っていない（実施度：25%）」2点、「全く行っていない（実施度：0%）」1点と点数化して評価した。得点が高いほど在宅移行支援における多職種協働を実践していることを示した。作成した質問紙の信頼性を確認するため、地域包括ケア病棟や退院支援看護師としての経験がある看護師10名を対象に、再テスト法を実施し、各項目に対して Wilcoxon の符号付順位和検定にて確認した。その結果、2回の調査間で  $p < .01$  にて有意差のある項目はみられなかった。また、再テスト法を用いて測定指標の信頼性を評価した結果、級内相関係数は .13 から .88 の範囲であり、平均値は .52 であった。そして、95% 信頼区間の範囲は最も狭いもので [0.61, 0.97]、最も広いもので [-0.67, 0.49] であった。

#### 4. データ収集方法

地域包括ケア推進病棟協会に加入している全国の医療機関528施設（2022年3月時点）をリスト化し、Excel の RAND 関数で乱数を発生させた。そして、乱数を降順に並び替え、医療機関の看護部長へ研究協力の依頼を文書にて行った。対象施設への依頼は、施設からの研究承諾の同意率を30.0%、1施設あたりの協力者数を8～10名程度と想定し、まず100施設に依頼した。そのうち、承諾を得られた施設の地域包括ケア病棟看護師に対して、看護部長を通して本研究の目的や調査内容、倫理的配慮等を記載した研究依頼・説明書を配布した。そして、Web上の入力にて質問票を回収したところ、施設からの研究承諾の同意率は28.0%、1施設あたりの協力者数は平均12.6名、質問票の回収率は57.3%であった。これらの値を参考にしながら、サンプルサイズが290名に達するまで依頼する施設を追加し、最終的に220施設に依頼した。データ収集期間は2022年7月～2023年1月であった。

#### 5. データ分析方法

##### (1) 記述統計

対象の属性と実態把握のため個人要因と環境要因、地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践（以下；在宅移行支援における多職種協働の実践）の記述統計を行った。

##### (2) 「在宅移行支援における多職種協働の実践」の調査項目の信頼性・妥当性の検討

目的変数である「在宅移行支援における多職種協働の実践」の調査項目の信頼性と妥当性の検討を行った。まず、各項目の記述統計を算出後、天井・フロア効果にて各項目の回答分布の偏りについて検討し、さらに、一貫性を測定する手段として IT 相関を確認し、項目の信頼性を低下させる基準として .3 未満を削除対象とした。その後、構成概念妥当性を示すため探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）にて、共通性や因子負荷量などから因子構造の検討を行った。信頼性の検討には、クロンバッック  $\alpha$  係数を算出した。探索的因子分析には EZR version1.61 (Kanda, 2013) を使用した。

##### (3) 在宅移行支援における多職種協働の実践への影響要因の検討

因子分析にて抽出された「在宅移行支援における多職種協働の実践」の合計点と、各因子の合計点を目的変数、「個人要因」（所有資格を除く）と「環境要因」のすべてを説明変数とした強制投入法による重回帰分析を実施した。また、この際に職位については、主任（副師長、係長など）以上を役職あり、スタッフナースを役職なしに分けた。そして、説明変数における性別や職位の有無などの名義変数はダミー変数（女性 = 0、男性 = 1 また、なし = 0、あり = 1）とし、年齢などの連続変数は実数値を投入した。重回帰分析には IBM SPSS Statistics Ver. 24 を使用し、有意水準は 5 % とした。なお、回帰係数の影響度の大きさである標準化係数  $\beta$  は、五嶋（2020, p.150）を参考に、 $|\beta| < 0.2$  を影響なし、 $|\beta| = 0.2 \sim 0.4$  をやや影響、 $|\beta| = 0.4 \sim 0.7$  をかなり影響、 $|\beta| > 0.7$  をかなり強い影響とした。

#### 6. 倫理的配慮

本調査は、回答者が特定できないように無記名方式で実施し、調査の同意は Web 上の専用サイトの同意確認欄にチェックがあれば同意したものとみなした。調査協力は、研究対象者の自由意思に基づき、調査に参加しなくても不利益は生じないことを保証した。研究で得られた調査票は、研究結果の最終公表後 5 年間厳重に保管し、その後は適切な方法で破棄すること、調査票を送信した後は個人が特定できないため、データを削除することはできないことを説明した。分析結果は、関連学会などを通して社会に還元する予定であることを、文書で説明した。なお、本調査は、日本赤十字広島看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号 M-2201-S）を受けて実施した。

## II. 結 果

### 1. 対象者の背景

無作為に抽出した地域包括ケア推進病棟協会に加入している全国の医療機関のうち、調査協力の同意が得られた57施設の地域包括ケア病棟看護師756名に調査を依頼し、329名から回答を得た（同意率43.5%）。そのうち、回答項目の欠損が認められる等の14名を除いた315名（有効回答率41.7%）を分析対象とした。

対象者の背景は表1に示す通りで、対象者の平均年齢は39.6 [SD 10.0] 歳、看護師経験年数は16.0 [SD 10.0] 年、地域包括ケア病棟経験年数は3.2 [SD 1.8] 年であった。職位は、スタッフナース239名（75.9%）、主任（副師長、係長）53名（16.8%）、師長23名（7.3%）であった。

### 2. 在宅移行支援における多職種協働の実践項目に関する信頼性と妥当性の検討

在宅移行支援における多職種協働の実践に関する29項目の得点分布では、項目5、項目19、項目25、項目28の4項目が天井効果を示した。フロア効果を示す項目はなく、I-T相関においても削除の対象となる項目はなかった（表2）。また、Bartlettの球面性検定は $p < .001$ であり、項目間の相関はあると判断した（松尾、2021, p.31）。そして、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性はmeasure of sampling adequacy（以下；MSA値）=.94を示した。MSA値は1に近づくほど、項目全体の相関が高くデータとして適切であることを意味する（Kaiser, 1974；松尾, 2021, p.32）。これらのことより、本研究における標本妥当性および、探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）の適合性を確認した。

今回、天井効果を示した4項目については、すべての項目を削除すると因子の解釈が困難となつたため、探索的因子分析を行う際に因子負荷量と識別度を加味し優先的に削除する項目とした。なお、因子負荷量は0.40を目安（中山, 2018, p.252）とし、因子負荷量が0.40未満の項目は削除対象とした。さらに、他の因子に0.30以上の因子負荷がある項目を識別度が低いと判断し、削除対象とした。因子数は、先行研究を参考に考えた5つの構成要素を踏まえながら、ガットマン・カイザー基準や、スクリー法、平行分析を用いて解釈可能な因子構造を検討した結果、4因子構造とし、後述する探索的因子分析を行った。

まず、29項目すべてで探索的因子分析を行い、因子負荷量が0.30と最も低く天井効果もあった項目28を優先的に削除した。つぎに、項目28を除いた、28項目で探索的因子分析を行い、因子負荷量が0.40未満の項目7, 15, 14, 16と、他の因子に0.30以上の因子負荷があり識別度が低い項

目26, 8, 2, 3, 4を削除した。そして、これらの項目を除いた19項目で探索的因子分析を行った（表3）。項目29においては因子負荷量0.39であったが、意味内容的に重要であり因子負荷量も0.40を大きく下回ってはいないため削除しなかった。

下位項目の特性から、第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】、第2因子【院外他職種との情報共有】、第3因子【患者や家族を尊重したアプローチ】、第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】と命名した。項目全体のクロンバッック $\alpha$ 係数は.93で、各因子については、第1因子から順に、 $\alpha = .90, .82, .79, .88$ であった。これらのことより、在宅移行支援における多職種協働の実践の4因子19項目は、信頼性と構成概念妥当性を備え、因子ごとに得点を合計して分析可能と判断した。

### 3. 在宅移行支援における多職種協働の実践の実態と影響要因

在宅移行支援における多職種協働の実践の実態について、平均得点が最も高かったのは第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】4.09 [SD 0.81] と、第3因子【患者や家族を尊重したアプローチ】4.09 [SD 0.85] で、次いで第2因子【院外他職種との情報共有】3.56 [SD 1.11]、第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】3.41 [SD 1.04] の順となっていた。

在宅移行支援における多職種協働の実践に影響する要因を検討するにあたり、探索的因子分析にて示された在宅移行支援における多職種協働の実践のすべての項目の合計点と、因子ごとの合計点を目的変数とした重回帰分析を行った（表4）。その結果、在宅移行支援における多職種協働の実践の合計点には退院前カンファレンスへの参加頻度（ $\beta = .25$ ）、第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】の合計点には退院前カンファレンスへの参加頻度（ $\beta = .25$ ）、第2因子【院外他職種との情報共有】の合計点には退院後自宅訪問の経験の有無（ $\beta = .20$ ）、第3因子【患者や家族を尊重したアプローチ】の合計点には退院後自宅訪問の経験の有無（ $\beta = .20$ ）、第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】の合計点には退院前カンファレンスへの参加頻度（ $\beta = .26$ ）に有意な関連が認められ、「やや影響あり」という結果であった。

## III. 考 察

### 1. 対象の看護師の特性

本研究における対象者の平均年齢と平均看護師経験年数は、日本看護協会による調査研究報告（2022）や、辻村・渕田（2021）の研究と比較すると、年齢は若く看護師経験

表1 対象者の背景

n=315

項目		人数 (%)	M [SD]
年齢			39.6 [10.0]
性別	男性	24 ( 7.6)	
	女性	291 (92.4)	
職位	スタッフナース	239 (75.9)	
	主任（副師長、係長）	53 (16.8)	
	師長	23 ( 7.3)	
所有資格	看護師	307 (97.5)	
	准看護師	44 (14.0)	
	保健師	18 ( 5.7)	
	介護支援専門員	7 ( 2.2)	
	社会福祉士	1 ( 0.3)	
	認定看護師	7 ( 2.2)	
	専門看護師	0 ( 0.0)	
	その他	5 ( 1.6)	
在宅ケアに関する職種の経験	なし	272 (86.3)	
	訪問看護師	25 ( 7.9)	
	介護支援専門員	4 ( 1.3)	
	退院支援（調整）看護師	8 ( 2.5)	
	その他	6 ( 1.9)	
看護師経験年数			16.0 [10.0]
地域包括ケア病棟経験年数			3.2 [ 1.8]
介護経験	あり	89 (28.3)	
	なし	226 (71.7)	
退院前自宅訪問の経験	あり	90 (28.6)	
	なし	225 (71.4)	
退院後自宅訪問の経験	あり	93 (29.5)	
	なし	222 (70.5)	
退院前カンファレンスへの参加頻度	いつも参加している	37 (11.7)	
	たびたび参加している	141 (44.8)	
	どちらともいえない	64 (20.3)	
	あまり参加していない	52 (16.5)	
	全く参加していない	21 ( 6.7)	
多職種協働に関する勉強会や研修への参加	【院外】		
	あり	132 (41.9)	
	なし	183 (58.1)	
	【院内】		
	あり	200 (63.5)	
	なし	115 (36.5)	
	【病棟内】		
	あり	190 (60.3)	
	なし	125 (39.7)	
退院支援に関する勉強会や研修への参加	【院外】		
	あり	112 (35.6)	
	なし	203 (64.4)	
	【院内】		
	あり	181 (57.5)	
	なし	134 (42.5)	
	【病棟内】		
	あり	186 (59.0)	
	なし	129 (41.0)	
上司のサポート	あり	279 (88.6)	
	なし	36 (11.4)	
同僚のサポート	あり	285 (90.5)	
	なし	30 ( 9.5)	
退院支援係配置	あり	211 (67.0)	
	なし	104 (33.0)	
訪問看護ステーション併設	あり	187 (59.4)	
	なし	128 (40.6)	
退院支援に活用できるマニュアル	あり	181 (57.5)	
	なし	134 (42.5)	
電子カルテ	あり	305 (96.8)	
	なし	10 ( 3.2)	

表2 地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践項目

n=315

地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働（29項目）	平均値 [SD]	I-T相関
<b>チームの凝集性を高めるための行動（10項目）</b>		
1 在宅でのケアのありかたについて、院内の多職種で話し合っている	4.12 [0.82]	.65
2 院内の多職種で行う在宅移行に向けたカンファレンスでは自分の意見を述べている	4.04 [0.94]	.69
3 院外の多職種を含めた在宅移行に向けたカンファレンスでは自分の意見を述べている	3.58 [1.21]	.67
4 多職種間で気後れせずになんでも言える関係を築いている	3.84 [0.92]	.66
5 分からないことがあれば他職種に教えてもらう	4.37 [0.73]	.62
6 他職種に仕事や役目を一方的に押しつけないようにしている	4.03 [0.86]	.62
7 院内の他職種に対してねぎらいや肯定的な言葉を伝えている	4.17 [0.78]	.60
8 院外の他職種に対してねぎらいや肯定的な言葉を伝えている	3.42 [1.30]	.59
9 看護の方針について、院内の多職種で意見交換をしている	3.91 [0.85]	.69
10 支援について何か気がかりがある場合は院内の多職種で相談している	4.30 [0.68]	.72
<b>在宅移行支援に向けたケアの統一化（8項目）</b>		
11 統一した内容のケアが行えるよう院内の他職種に働きかけている	4.04 [0.77]	.71
12 薬剤管理方法（点滴・内服）について、医師や薬剤師等の他職種と連携し在宅でも対応可能となるよう工夫している	3.86 [0.89]	.61
13 在宅生活を想定したADL動作について、医師やリハビリスタッフ等の他職種と連携し患者に指導している	4.11 [0.76]	.69
14 在宅生活を想定したADL動作について、医師やリハビリスタッフ等の他職種と連携し家族に指導している	3.80 [0.91]	.74
15 在宅での食事や栄養について、管理栄養士やNST等のチームメンバーの他職種に相談している	3.78 [0.88]	.56
16 在宅での医療処置（在宅酸素管理やストーマ管理など）方法について、退院調整部門や、専門看護師、認定看護師等の他職種と連携し工夫している	3.60 [1.12]	.59
17 在宅生活で起こりうる緊急時の対応方法を患者が理解できているか確認している	3.35 [1.03]	.67
18 在宅生活で起こりうる緊急時の対応方法を家族が理解できているか確認している	3.47 [1.04]	.71
<b>在宅移行支援を専門とした看護師の役割遂行（5項目）</b>		
19 家族の状況変化について予測し、院内の他職種へ伝えている	4.16 [0.85]	.70
20 家族の状況変化について予測し、院外の他職種へ伝えている	3.35 [1.26]	.69
21 病態から予測した生活への影響について、院内の他職種に伝えている	4.19 [0.74]	.73
22 病態から予測した生活への影響について、院外の他職種に伝えている	3.49 [1.15]	.67
23 たとえ多職種間で意見が違っても、看護の専門性の観点から必要な意見を述べている	4.02 [0.82]	.71
<b>患者家族の意向を尊重した目標の共有（3項目）</b>		
24 今後の在宅での生活について、患者が自己決定できるように関わっている	3.77 [0.87]	.61
25 今後の在宅での生活について、家族の意向も尊重している	4.33 [0.74]	.62
26 患者の意見と家族の意見が違う場合、合意形成に向けて必要な支援を行っている	3.79 [0.94]	.75
<b>地域ケアチームとのシームレスケア（3項目）</b>		
27 在宅移行に向けて必要な入院前の生活情報を院外の他職種から得ている	3.72 [0.94]	.62
28 看護情報提供書は、院外の他職種が活用できるよう意識して記載している	4.17 [0.87]	.57
29 入院中に達成できなかった課題を院外の他職種に引き継いでいる	3.69 [1.00]	.65

年数も少ない集団であったが、いずれも2年以内であり大きな差ではなく、一般的な対象群であると考える。

## 2. 在宅移行支援における多職種協働の実践の因子構造

在宅移行支援における多職種協働の実践として、第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】、第2因子【院外他職種との情報共有】、第3因子【患者や家族を尊重したアプローチ】、第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】の4因子を抽出した。当初は5つの構成要素を想定していたが、項目数が絞られたことにより構成要素が

統合され、在宅移行支援における多職種協働を実践するうえで欠かすことのできない因子が抽出されたと考える。例えば、「チームの凝集性を高めるための行動」と「在宅移行支援に向けたケアの統一化」は、第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】という因子に統合されたことにより、地域包括ケア病棟看護師が在宅移行支援における多職種協働の実践をしていくために、まずは院内の職種間で密接なコミュニケーションを図ることが重要であることが示されたものだと考える。また、この第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】は下位項目が10項目と多く、

表3 探索的因子分析の結果

n=315

地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働項目 (Cronbach $\alpha = .93$ )	因子負荷量				得点平均値 [SD] 3.91 [0.93]
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
第1因子：院内の職種間のコミュニケーション ( $\alpha = .90$ )					
11 統一した内容のケアが行えるよう院内の他職種に働きかけている	0.98	-0.01	-0.24	0.01	0.66
10 支援について何か気がかりがある場合は院内の多職種で相談している	0.82	-0.05	0.02	-0.01	0.64
5 分からないことがあれば他職種に教えてもらう	0.82	-0.11	0.04	-0.12	0.51
9 看護の方針について、院内の多職種で意見交換をしている	0.68	0.01	-0.08	0.14	0.53
13 在宅生活を想定したADL動作について、医師やリハビリスタッフ等の他職種と連携し患者に指導している	0.59	0.03	0.06	0.07	0.50
1 在宅でのケアのありかたについて、院内の多職種で話し合っている	0.54	0.12	0.13	-0.07	0.48
6 他職種に仕事や役目を一方的に押しつけないようにしている	0.50	-0.05	0.10	0.10	0.38
23 たとえ多職種間で意見が違っても、看護の専門性の観点から必要な意見を述べている	0.48	0.25	0.16	0.13	0.54
21 病態から予測した生活への影響について、院内の他職種に伝えている	0.48	0.15	0.23	-0.03	0.59
12 薬剤管理方法（点滴・内服）について、医師や薬剤師等の他職種と連携し在宅でも対応可能となるよう工夫している	0.42	-0.07	0.13	0.19	0.37
第2因子：院外他職種との情報共有 ( $\alpha = .82$ )					
22 病態から予測した生活への影響について、院外の他職種に伝えている	-0.06	1.07	-0.17	-0.06	0.79
20 家族の状況変化について予測し、院外の他職種へ伝えている	-0.14	0.80	0.09	0.07	0.66
27 在宅移行に向けて必要な入院前の生活情報を院外の他職種から得ている	0.14	0.51	0.02	0.01	0.40
29 入院中に達成できなかった課題を院外の他職種に引き継いでいる	0.04	0.39	0.14	0.14	0.39
第3因子：患者や家族を尊重したアプローチ ( $\alpha = .79$ )					
25 今後の在宅での生活について、家族の意向も尊重している	0.06	0.04	0.75	-0.11	0.59
24 今後の在宅での生活について、患者が自己決定できるように関わっている	-0.08	-0.08	0.73	0.14	0.48
19 家族の状況変化について予測し、院内の他職種へ伝えている	0.16	0.00	0.71	-0.07	0.64
第4因子：緊急時の対応方法に関する理解の確認 ( $\alpha = .88$ )					
17 在宅生活で起こりうる緊急時の対応方法を患者が理解できているか確認している	-0.05	-0.02	0.00	1.01	0.92
18 在宅生活で起こりうる緊急時の対応方法を家族が理解できているか確認している	0.12	0.10	-0.04	0.72	0.71
因子寄与率	0.24	0.12	0.11	0.09	
因子間相関	第2因子	0.66			
	第3因子	0.79	0.72		
	第4因子	0.63	0.56	0.54	

因子寄与率も最も高い因子であった。これは、地域包括ケア病棟が、在宅復帰に係る職員配置や、リハビリテーションに係る職員配置を施設基準（厚生労働省、2024, p.135）とし、在宅移行支援に必要な職種間のコミュニケーションを取りやすい病棟という特徴を反映したものだと考える。さらに、第2因子【院外他職種との情報共有】と第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】も、地域包括ケアシステムの構築を支える地域包括ケア病棟看護師が在宅移行支援のために行う多職種協働として特徴的な因子であった。地域包括ケア病棟は、在宅療養者の急性増悪時の

受け入れ機能も有している（地域包括ケア推進病棟協会、n.d.）ため、在宅療養者の急性増悪時の受け入れを日常的に経験する中で、在宅での緊急時対応の重要性をより強く認識する特徴があると考える。その結果として、在宅移行支援を行う際は、院外他職種と情報共有を行いながら、患者や家族に対しては緊急時の対応方法に関する理解の確認をしていることを反映したものだと考える。一方で、第3因子【患者や家族を尊重したアプローチ】は、カナダのCanadian Interprofessional Health Collaborative (2024) のワーキンググループが示す多職種連携の6つのコンピテン

表4 地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践の影響要因

n=315

対象者の背景	地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践									
	総得点		第1因子 院内の職種間の コミュニケーション		第2因子 院外他職種との 情報共有		第3因子 患者や家族を 尊重した アプローチ		第4因子 緊急時の対応 方法に関する 理解の確認	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
<b>個人要因</b>										
年齢	.02	.84	.11	.23	.01	.94	-.05	.60	-.18	.05
性別（男性／女性） <sup>a</sup>	-.04	.44	-.06	.26	-.06	.26	.04	.42	.01	.86
職位（役職あり／役職なし） <sup>b</sup>	.17	.00**	.18	.00**	.12	.04*	.12	.06	.14	.02*
在宅ケアに関する職種の経験 <sup>c</sup>	-.03	.53	-.03	.62	-.05	.39	.02	.79	-.05	.38
看護師経験年数	.01	.88	-.07	.44	.04	.70	.07	.46	.15	.10
地域包括ケア病棟経験年数	-.16	.00**	-.18	.00**	-.12	.03*	-.07	.23	-.12	.02*
院外の多職種協働に関する勉強会や研修への参加 <sup>c</sup>	.02	.80	-.00	.96	.01	.86	-.02	.80	.11	.12
院内の多職種協働に関する勉強会や研修への参加 <sup>c</sup>	-.04	.53	-.04	.52	-.07	.33	.04	.53	-.03	.61
病棟内の多職種協働に関する勉強会や研修への参加 <sup>c</sup>	.12	.07	.13	.07	.11	.12	.07	.37	.08	.28
院外の退院支援に関する勉強会や研修への参加 <sup>c</sup>	.10	.15	.13	.06	.05	.45	.09	.25	-.01	.89
院内の退院支援に関する勉強会や研修への参加 <sup>c</sup>	.05	.42	.07	.28	.04	.57	-.00	.95	.02	.71
病棟内の退院支援に関する勉強会や研修への参加 <sup>c</sup>	.10	.14	.07	.34	.15	.03*	.05	.48	.07	.33
退院前自宅訪問の経験 <sup>c</sup>	-.06	.27	-.07	.23	-.01	.92	-.10	.09	-.03	.64
退院後自宅訪問の経験 <sup>c</sup>	.19	.00**	.13	.02*	.20	<.001***	.20	.00**	.14	.01*
退院前カンファレンスへの参加頻度 <sup>d</sup>	.25	<.001***	.25	<.001***	.18	.00**	.15	.01*	.26	<.001***
介護経験 <sup>c</sup>	.04	.39	.04	.50	.05	.36	.01	.84	.05	.33
<b>環境要因</b>										
上司のサポート <sup>c</sup>	.11	.05	.09	.13	.05	.36	.14	.03*	.14	.02*
同僚のサポート <sup>c</sup>	-.06	.28	-.03	.67	-.03	.57	-.08	.24	-.15	.02*
退院支援係配置 <sup>c</sup>	-.07	.19	-.07	.22	-.08	.16	-.05	.41	-.02	.78
訪問看護ステーション併設 <sup>c</sup>	-.04	.41	-.04	.42	-.01	.80	-.09	.11	-.00	.98
退院支援に活用できるマニュアル <sup>c</sup>	.08	.12	.02	.73	.18	.00**	.02	.79	.08	.15
電子カルテ <sup>c</sup>	-.07	.22	-.06	.25	-.03	.65	-.08	.19	-.07	.22
R <sup>2</sup>	.27		.29		.11		.28		.20	
Durbin-Watson	2.10		2.07		2.00		1.99		2.27	

強制投入法による重回帰分析 \* :  $p < .05$  \*\* :  $p < .01$  \*\*\* :  $p < .001$ 

a : 男性 = 1, 女性 = 0

b : 役職あり = 1, 役職なし = 0

c : あり = 1, なし = 0

d : 「全く参加していない」 = 0 から 「いつも参加している」 = 5 まで

シーエンジニアリングや、我が国の多職種連携コンピテンシー開発チーム（2016）によって開発された医療保健分野の多職種連携コンピテンシーにも含まれる内容であり、協働する対象や場所を問わず必要な基本的な要素であると考える。

### 3. 在宅移行支援における多職種協働の実践と各因子に影響を与える要因について

重回帰分析の結果、在宅移行支援における多職種協働の

実践には退院前カンファレンスへの参加頻度が高いことがやや影響していた。また、第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】と、第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】にも退院前カンファレンスへの参加頻度が高いことがやや影響していた。これは、辻村・渕田（2021）が報告した、カンファレンスの有効活用が地域包括ケア病棟のチームケアを促進する可能性を支持するものと考える。また、前川・谷山（2018）が示した退院前カン

ファレンスに参加した頻度の高い者が在宅療養支援の実施状況の割合が高いという研究結果や、都築・宇城（2023）が示した院外在宅ケアスタッフや家族との退院カンファレンスは退院支援の実践を促進するという研究結果と類似した結果であった。しかし、前川・谷山（2018）は単変量解析にて分析し、都築・宇城（2023）は、一県の一般病棟看護師を対象としているのに対し、本研究は重回帰分析にて交絡要因を調整し、全国の地域包括ケア病棟看護師を対象としており、我が国の地域包括ケア病棟の現状を表していると考える。退院前カンファレンスは病棟看護師が院内で、院外の職種と直接連携する唯一のフォーマルな機会であり、在宅移行支援における多職種協働の実践を高めるためには、地域包括ケア病棟看護師が退院前カンファレンスに積極的に参加できるような体制を整えることが必要であると考える。また、患者や家族、そして退院後の生活を支える院外の多職種にとって、退院後の緊急時の対応方法について確認することは重要であり、院内外の多職種が集う退院前カンファレンスで確認されることの多い情報であると考える。そのため、退院前カンファレンスへの参加頻度が高い地域包括ケア病棟看護師は、在宅での緊急時対応の重要性を再認識し、患者や家族に対して緊急時対応方法の理解の確認を積極的に行うことにつながったのではないかと考える。なお、第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】は最も得点平均値が低い因子であり、実践状況が低かった。このことからも、退院前カンファレンスへの参加頻度を高めることは在宅移行支援における多職種協働の実践の底上げを行うためにも意義があると考える。そして、退院前カンファレンスへの参加を通じ、職種間での職種背景や、役割、価値観が異なることに気づき、双方向性のコミュニケーションの重要性を認識することで、院内の職種間のコミュニケーションの実践を高めることにつながっていくのではないかと考える。

また、第2因子【院外他職種との情報共有】と、第3因子【患者や家族を尊重したアプローチ】には退院後自宅訪問の経験があることがやや影響していた。これは、野上ほか（2019）が示した退院前後自宅訪問経験は、退院に向けた看護実践に関連があるという研究結果に類似している。松原・森山（2015）は、訪問看護との同行訪問の経験は、病棟看護師として積極的に退院支援に関わる態度や個別性のある退院指導に変化すると述べ、辻村ほか（2017）は、受け持ち病棟看護師にとって自分の看護を評価する機会となると述べている。本研究で扱った退院後自宅訪問の経験も、自身が行った在宅移行支援を振り返る機会となり、患者や家族を尊重した積極的な関わりや院外他職種との情報共有の必要性の認識を高め、在宅移行支援における多職種協働の実践のために必要な行動を高めることにつながった

と考える。一方で、野上ほか（2019）の調査では、27.2%の病棟看護師が退院前後自宅訪問の経験があると回答していたことに対し、本研究では29.5%の地域包括ケア病棟看護師が退院後自宅訪問の経験があると回答していた。野上ほか（2019）の研究で扱った調査項目は退院前の自宅訪問の経験も含むものであるが、本研究は退院後の自宅訪問に限定した調査項目であることからも、本研究で対象とした地域包括ケア病棟看護師は退院後自宅訪問の経験がある者が多い集団であったといえる。このことは、在宅移行支援を役割とする地域包括ケア病棟看護師の特徴を表していると考える。

#### 4. 看護実践への示唆

本研究で示された在宅移行支援における多職種協働の実践の因子や項目については、地域包括ケア病棟看護師の多職種協働の実践状況を把握し、課題を明らかにするうえでの参考指標となる可能性がある。そして、実践状況の評価をスタッフ間で共有することにより、在宅移行支援における多職種協働の実践の全体像が把握しやすく、適切なサポートや教育ニーズが明らかになると見える。また、院外の職種を含めた退院前カンファレンスが開催される際は地域包括ケア病棟看護師が参加できるよう、さらに、退院後自宅訪問に関してもできるだけ多くの地域包括ケア病棟看護師が経験できるような仕組みづくりや環境調整が求められる。

#### 5. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践に限局し調査項目を自作した。このことにより、地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における役割を反映した具体性の高い調査項目を作成することができたと考える。しかし、探索的因子分析を行った結果、第4因子においては2項目のみで構成され、項目29など因子負荷量が決して高いとはいえない項目も存在したため、項目のさらなる洗練化が必要であると考える。さらに、実践を測定する調査項目ではあるが自己評価であるため、実際に行動できていたかについては、退院した患者や家族、同僚や上司などの他者評価に加え、参加観察等を用いた検討も必要になると考えられる。また、本研究で設定した個人要因と環境要因は、主に先行研究から多職種協働や退院支援に関連があると報告されているものを選定し、重回帰分析にて交絡要因を調整することに新規性を見出したため、先行研究で報告のない要因については設定していない。そのため、例えば、地域包括ケア病棟の看護管理者の多職種協働に対する考え方や姿勢、病院全体としての多職種協働に対する取り組みなど、新たな要因が影響を与える可能性も考えられ、さらなる調査が必要である。

## 結論

地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践と影響要因について明らかにすることを試みた。その結果、地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践については、第1因子【院内の職種間のコミュニケーション】、第2因子【院外他職種との情報共有】、第3因子【患者や家族を尊重したアプローチ】、第4因子【緊急時の対応方法に関する理解の確認】が探索的因子分析にて抽出され、具体的な行動指標を得ることができた。そして、これらの実践を促進するためには、地域包括ケア病棟看護師の退院前カンファレンスへの参加頻度を高めることや、退院後自宅訪問の経験をもつことが有用であることが示唆された。

## 謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました対象者の皆さま、ご指導くださいました先生方に心より深く感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文献

- Avinash, W., Samuel, C., Kyle, M. (2018). The future of PACE programs in the United States. *Frontiers in Management Research*, 2(1), 14-19.
- 地域包括ケア推進病棟協会 (n.d.). 地域包括ケア推進病棟とは. <https://chiiki-hp.jp/about-hcc> (参照2025年1月24日)
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (2024). CIHC competency framework for advancing collaboration, <https://cihcippis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC-Competency-Framework.pdf> (accessed 2025-1-24)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 407-414.
- 藤井博之, 斎藤雅茂 (2018). 医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開発. 厚生の指標, 65(8), 22-28.
- 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 黒江ゆり子 (2020). 退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題の検討. 岐阜県立看護大学紀要, 20(1), 145-155.
- 藤田厚美, 習田明裕 (2016). 回復期リハビリテーション病棟看護師の多職種連携実践能力に関する要因. 日本看護科学会誌, 36, 229-237.
- 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江 (2015). 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. 厚生の指標, 62(6), 1-9.
- 五嶋裕子 (2020). 変数どうしの因果関係を知りたい：回帰分析・重回帰分析. 対馬栄輝 (編), 医療統計解析使いこなし実践ガイド (pp.146-159). 東京: 羊土社.
- 堀之内若名, 内野良子 (2020). 地域包括ケア病棟における看護職の役割と課題. 日本臨床看護マネジメント学会誌, 2, 17-23.
- 伊東めぐみ (2017). 日本における地域包括ケアシステム構築に関する一考察：諸外国の事例を踏まえて. 四條畷学園短期大学紀要, 50, 74-80.
- Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kanda, Y. (2013). Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics, *Bone Marrow Transplant*, 48(3), 452-458.
- 厚生労働省 (2024). 令和6年度診療報酬改定の概要 (医科全体版). <https://www.pt-ot-st.net/contents4/medical-treatment-reiwa-6/wp-content/uploads/sites/11/2024/03/001219088.pdf> (参照2025年1月24日)
- 前川一恵 (2018). 地方圏にある地域包括ケア病棟の看護師が行う在宅療養支援の事例報告. 日本医療マネジメント学会雑誌, 19(1), 24-29.
- 前川一恵, 谷山 牧 (2018). 都市部にある地域包括ケア病棟の看護師による在宅療養支援の現状と課題. 日本医療マネジメント学会雑誌, 18(4), 242-246.
- 松原みゆき, 森山 薫 (2015). 訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化. 日本赤十字広島看護大学紀要, 15, 11-19.
- 松尾太加志 (2021). 数式がなくてもわかる！ Rでできる因子分析. 京都: 北大路書房, 31-32.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002). 誰も教えてくれなかつた因子分析: 数式が絶対に出てこない因子分析入門. 京都: 北大路書房, 38.
- 溝江弓恵, 八島妙子 (2016). 高齢者ケアにおける看護職と介護職の「協働」概念. 看護学研究, 8, 23-35.
- 水本 篤, 竹内 理 (2010). 効果量と検定力分析入門: 統計的検定を正しく使うために. 外国語教育メディア学会 (LET) 関西支部メソドロジー研究部会2010年度報告論集「より良い外国語教育研究のための方法」, 47-73.
- 中山和弘 (2018). 看護学のための多変量解析入門. 東京: 医学書院, 252.
- NHS Professionals (2019). Understanding the key success factors in collaborative working. <https://www.nhsprofessionals.nhs.uk/Partners/Publications/-/media/96C3BF9D08194C5096AE45B67EB7B71E.ashx> (accessed 2025-1-24)
- 日本看護協会 医療政策部編 (2022). 2021年 看護職員実態調査. 日本看護協会調査研究報告, 98. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf> (参照2025年1月24日)
- 錦織梨紗, 永田智子, 水井 翠, 戸村ひかり (2016). 病棟看護師が担う退院支援係の配置の有無と病院の特徴および退院支援への取り組み状況との関係. 日本地域看護学会誌, 19(1), 72-79.
- 西梅幸治, 西内 章, 鈴木孝典, 住友雄資 (2010). インタープロフェッショナルワークの特性に関する研究関連概念との比較をとおして. 高知女子大学紀要, 社会福祉学部編, 60, 83-94.
- 西山和代, 関井愛紀子 (2019). 病棟看護師の退院支援実践力とチームアプローチとの関連. 日本看護管理学会誌, 23(1), 1-10.

- 野上瀬奈, 桑本奈々美, 大櫃恵子, 雜賀倫子, 福谷洋子, 深田美香, 花木啓一, 大草智子 (2019). 病棟看護師の退院前後自宅訪問経験と在宅療養への移行を支援する看護実践の自己評価の関連. 日本看護学会論文集, 在宅看護, 49, 11-14.
- Sakai, I., Yamamoto, T., Takahashi, Y., Maeda, T., Kunii, Y., Kurokochi, K. (2017). Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency, The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29). *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 59-65.
- Sakai, S., Yamamoto-Mitani, N., Takai, Y., Fukahori, H., Ogata, Y. (2015). Developing an instrument to self-evaluate the discharge planning of ward nurses. *Nursing Open*, 3(1), 30-40. <https://doi.org/10.1002/nop2.31>.
- 角 智美, 池田美智子, 角田直枝 (2017). 急性期病院の病棟看護師が実践する退院支援とその関連要因. 日本看護学会論文集, 在宅看護, 48, 19-22.
- 田渕知世, 笠嶋凪紗, 田嶋瑞穂, 丸岡直子 (2018). 地域包括ケア病棟における退院支援の現状と課題：病棟師長・病棟看護師・退院調整看護師へのグループインタビューから. 石川看護雑誌, 15, 99-108.
- 多職種連携コンピテンシー開発チーム (2016). 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー Interprofessional competency in Japan. [https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai\\_iryo/pdf/Interprofessional\\_Competency\\_in\\_Japan\\_ver15.pdf](https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryo/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf) (参照2025年1月24日)
- 辻村真由子, 島村敦子, 権平くみ子, 加瀬千鶴, 木暮みどり, 河野由紀, 津野祥子, 鈴木のり子, 山崎潤子, 岩田尚子, 犬山彩乃, 渡邊章子, 諏訪さゆり (2017). 受け持ち病棟看護師と訪問看護師による退院後同行訪問の実施（第1報）：病棟看護師の気づきと看護活動の変化. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 39, 1-9.
- 辻村早苗, 渕田英津子 (2021). 地域包括ケア病棟における看護師のチームケアを促進する要因. 日本農村医学会雑誌, 69(5), 445-456.
- 都築久美子, 宇城 令 (2023). 病棟看護師の退院支援の実践に影響する要因. 日本看護管理学会誌, 27(1), 112-121.
- 宇城 令, 中山和弘 (2006). 病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因. 日本看護管理学会誌, 9(2), 22-30.
- 宇都宮宏子 (2011). 退院支援・退院調整を理解するための3段階プロセス. 宇都宮宏子, 三輪恭子 (編), これからの退院支援・退院調整：ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域 (pp.9-38). 東京：日本看護協会出版会.
- 山本さやか, 百瀬由美子 (2017). 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成. 日本看護研究学会雑誌, 40(5), 837-848.
- 山本さやか, 百瀬由美子 (2018). 地域医療支援病院の病棟看護師における退院支援の実施状況とその関連要因. 愛知県立大学看護学部紀要, 24, 83-90.
- 山本多恵子, 小川典子, 酒井太一, 美ノ谷新子 (2021). 退院支援教育が病棟看護師の退院支援行動におよぼす影響. 順天堂保健看護研究, 9, 1-13.
- 吉田有美 (2018). 中規模病院における看護職の退院支援・退院調整に影響を及ぼす要因. 日本看護学会論文集, 在宅看護, 48, 3-6.
- 吉池毅志, 栄セツコ (2009). 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理：精神保健福祉実践における「連携」に着目して. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(3), 109-122.
- 全国国民健康保険診療施設協議会 (2014). 在宅移行支援の際の退院カウンタレンスを題材とする地域包括ケアにおける医療介護連携・多職種協働の課題整理に関する調査研究事業 報告書. [https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/Report-houkokusyo/H25/H25地域連携\\_報告書.pdf](https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/Report-houkokusyo/H25/H25地域連携_報告書.pdf) (参照2025年1月24日)

[2024年10月16日受付  
2025年6月13日採用決定]

# Interdisciplinary Collaboration to Support Patients' Transition to Home by Community-Based Integrated Care Ward Nurses and Factors Influencing this Practice

Yukie Kimura, MSN, RN<sup>1</sup>, Takeshi Hyakuta, PhD, RN<sup>2</sup>,  
Hiroko Yamamoto, PhD, RN<sup>2</sup>, Motoe Nakamura, PhD, RN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahalo Visiting Nursing Station, Hiroshima, Japan

<sup>2</sup>Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2026, 48(5), 655-667  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250613273>

## Abstract

**Objective:** This study aimed to clarify interdisciplinary collaboration by community-based integrated care ward nurses to support patients transitioning to their homes from a hospital. Factors influencing this practice were also examined. **Methods:** A Web-based survey was conducted. Following the exploratory factor analysis, a multiple regression analysis was performed to examine the influencing factors. **Results:** The exploratory factor analysis of valid responses from 315 participants identified four factors and 19 items. The multiple regression analysis revealed that frequent participation in pre-discharge conferences influenced the overall practice of interdisciplinary collaboration to support patients' transition to their homes, as well as "interprofessional in-hospital communication" and "confirming the understanding of emergency measures." Having experience with post-discharge home visits also influenced the "sharing of information with other professionals outside the hospital" and "approaches that respect patients and their families". **Conclusions:** Our findings suggest the importance of participating in pre-discharge conferences more often and having experience with post-discharge home visits to promote interdisciplinary collaboration by community-based integrated care ward nurses in supporting patients' transition to their homes.

## Key words

community-based integrated care, transition to home, collaboration

---

**Correspondence:** Y. Kimura. Email: xinghuimucun441@gmail.com

# 中山間地域の条件不利性に着目した訪問看護ステーション経営に関する看護師の経験：質的メタ統合による分析

荒木章裕<sup>1</sup>, 姫野雄太<sup>2</sup>, 矢野亜紀子<sup>1</sup>, 福田広美<sup>1</sup>

<sup>1</sup>大分県立看護科学大学看護学部, <sup>2</sup>植草学園大学看護学部

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 669-679  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250724272>

## 要 旨

目的：中山間地域の訪問看護ステーション（以下、ST）の実情が示された文献から経営の要素を抽出し、現状と課題について考察する。方法：10件の文献を抽出し、中山間地域のSTの経営と中山間地域の条件不利性に関するメタデータを抜き出し、メタ統合を行った。結果：限られた医療資源としての責任感、構造的制約要因によるサービス提供の限界、中山間地域から求められるSTの役割、地域特性への適応、マンパワー不足と業務運営課題、人材育成・定着への取組み、地域コミュニティにおける関係性の活用と配慮、訪問地域の安全管理体制の8カテゴリに統合された。結論：中山間地域の経営の実態と工夫が見出され、経営上の対策の可能性が示唆された。これらは住民同士の繋がりと、環境に対する理解と覚悟によるものであり、中山間地域に根差した医療を提供するうえで欠かせない活動だと考えられた。

## キーワード

訪問看護ステーション、中山間地域の看護、経営管理、居住地域特性

責任著者：荒木章裕. Email: araki@oita-nhs.ac.jp

## 緒 言

少子高齢化が急速に進む日本において、安定した医療提供体制の整備は急務である。その一部である訪問看護ステーション（以下、ST）の事業所数は急速に増加しており（一般社団法人全国訪問看護事業協会、2024），それに伴って訪問看護の利用者も増加し続けている（厚生労働省、2023）。少子高齢化が急速に進む中山間地域においてSTの役割は一層重要であり、持続可能な経営が地域から求められているが、事業所数の増加率はいわゆる都市的地域において顕著であり、中山間地域を多く含む地方になるほど少なく、従事する看護師の数も少ない（山本、2021, p.2）。

中山間地域は、食料・農業・農村基本法第47条において「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」と規定されている地域であり、その生活の基盤である医療・福祉の採算性は高いとはいはず、STもまた人員や資金面での経営上の課題を抱えている割合が高い（磯山・王、2011；李ほか、2016）。また物流の効率性や生活サービスの統廃合や撤退

など、様々な条件の不利性（以下、条件不利性）が、STの経営をさらに厳しくしているといえよう。

一般にSTの経営は資金・人材・設備と労務管理が重要とされ（佐藤、2021, p.36），継続的にサービスを提供していくうえで、いずれの対策も欠かせない。STの経営に関する先行研究では、比較的安定した経営状態にあるSTを中心に、働きやすい職場環境、資金管理、サービスの拡充、収支のモニタリング、生産性の向上、看護の質保証、市場調査が安定的な経営管理に有用であると報告されている（柿沼・飯田・大澤・原・斎藤、2015, pp.7-9）。しかし、これらは条件不利性を伴う中山間地域のSTにおいて、そのまま活用できないものも多く、中山間地域のSTの特色を踏まえた研究の知見が必要となる。実際に、中山間地域におけるSTに関する報告には、広大な訪問エリアゆえの移動コストや人材確保の困難さのような知見は散見されるものの（磯山・王、2011；李ほか、2016），その多くは限定的な地域の課題の断片的な言語化に留まり、経営的持続可能性に関する体系的な知見が不足している。

中山間地域のST経営の要素を統合し分析することで、経営モデルとして提示できる可能性があるが、上述のと

おりそうした研究は見当たらない。STの経営においては、看護サービスの質的向上と収益性の両方が求められることから、現場の看護実践と経営的意思決定が密接に関係しているといえる。そこで著者らは、現場の看護師が蓄積してきた経験を質的メタ統合によって経営学的視点から体系化することで、中山間地域特有の環境要因を考慮した持続可能な経営モデルの構築に寄与できると考えた。

## I. 研究目的

本研究は、質的メタ統合の手法を用いて、中山間地域のST経営の実情から、条件不利性に関連した看護師の経験を体系化することを目的とした。看護師の経験は、ST経営に基づく多角的な分析統合を行うため、ST機能評価の視点から質的メタ統合を行うこととした。また、分析結果をもとに中山間地域のSTの安定的な経営管理を行うための具体策についても考察を行うこととした。

## II. 用語の定義

**中山間地域**：「農業の面では、農地の生産性や物流の効率性等の面で不利性があり、生活面では、都市部・平野部に比べて人口減少や高齢化が著しく、病院・診療所等の生活サービスの統廃合や撤退や交通手段が確保できないなどのほか、デジタル人材の不足等、様々な課題を抱えている」地域とする（内閣官房、2022）。

**看護師の経験**：中木・谷津・神谷（2007）による、看護学研究論文における「経験」の定義の一部である「印象に残る出来事とそのときの心身の状態」のうち、経営上の意思決定、サービス提供体制の構築、人材管理などにおける実践知とする。

**条件不利性**：中山間地域に共通してみられる、物流の効率性、人口減少および高齢化、生活サービスの統廃合や撤退といった中山間地域特有の課題とする。

## III. 研究方法

本研究は、宮崎（2008, p.359）によるメタ統合の定義「複数の質的な一次研究（primary qualitative research）の結果（findings）を統合して、ある目的について、新たな、かつ拡大された理解をもたらす一連の方法論的アプローチであり、共同研究メンバーによる絶え間ない協議を経ながら、目的とする本質を表わす統合概念を創出する。」を参考に質的メタ統合を行った。本研究は中山間地域のSTの経営に関する看護師の経験について統合概念を明らかにするため、本研究の問い合わせ「中山間地域のST経営において

看護師はどのような経験をしているのか」とした。

### 1. 文献検索の手順

中山間地域のSTの経営は国の医療制度等により強い影響を受けるため、国内外の知見の統合により本研究の目的を達成することは困難と判断した。そのため本研究では、日本国内におけるSTに関する文献を対象に、文献データベースである医中誌Webを用いて検索を行った。検索式は「中山間地域の訪問看護事業所の経営の実情」について、キーワードを組み合わせて作成した。

検索に用いたキーワードは、医中誌Webのシソーラスプラウザを用いて、『訪問看護』、『経営』、『中山間』をそれぞれ検索した結果から、目的に合致する用語の選定を行った。『訪問看護』に代表される単語として「訪問看護」、「訪問看護ステーション」、「訪問看護師」を採用した。また『経営』では「病院管理」、「組織の目的」、「経営管理」、「医業管理」、「マーケティング」、「情報管理」、「財務管理」、「リスク管理」、「労務管理」、「経営戦略」、「経営組織」、「人的資源管理」、「サービス品質管理」、「経営」を採用し、『中山間』では「地方居住者」、「地方の保健」、「地方の看護」、「中山間」を採用した。最新のデータベース検索は、2022年12月23日に実施した。

### 2. 文献の選定基準

抽出された文献の選定は、文献レビューの経験がある著者全員で実施した。最初にタイトル、アブストラクトを精読し、明らかにSTの経営に関係しないキーワードを含む文献（例：介護負担感）や、日本国外の文献を除外した。その後、残った全ての文献を取り寄せ、著者らが分担してフルテキストを読み、除外基準に従って選定を行い、最終的に全員の合意を得て文献採用の判定を行った。文献の除外基準は、①中山間地域等の条件不利性を判定できない文献、②STの経営に関する情報がない文献、③会議録の3つとした。

### 3. メタデータの抽出

選定された文献から、中山間地域のSTの経営に関する看護師の経験（メタデータ）を抽出するワークシートを作成した。ワークシートの作成にあたり、メタ統合によるあらたな知見の創出を目指しつつ、分析の視点として「訪問看護サービス質評価のためのガイド」（公益財団法人日本訪問看護財団、2022）で示された8つのST機能評価項目（運営理念・組織、経営・人事・労務管理、看護サービスの運営基準、感染管理、事故・緊急対策、記録・情報管理、教育・研修・研究、連携）を参照することとした。これは、全国の訪問看護ステーションの実態を踏まえて開発

され、実践での活用実績がある評価指標である。この標準指標を用いることで、本研究の目的である中山間地域のST経営における条件不利性に関連した看護師の経験をより明確に抽出できると判断し、ワークシート作成の参考にした。人事管理については、人材確保と定着が中山間地域の課題であるという先行研究（磯山・王, 2011；李ほか, 2016）の指摘から、労務とは独立した項目として扱い、さらに教育・研修・研究と合わせたST経営および看護師の経験の分類項目（以下、フレーム）としてワークシートを構成した。また、各フレームは佐藤（2021, pp.36-64）のST経営に関する事項、および医中誌WebのソースラスプラウザまたはPubMedのMeSHを参考に分類基準を設定した。

分析対象となる文献から研究目的に該当する記述をメタデータとして扱うこととし、その条件を「中山間地域のSTの経営に関する看護師の経験が含まれた記述」、および「中山間地域の条件不利性に伴うSTの経営に関する看護師の経験」とした。著者全員でワークシートを共有し、著者間の合意を得てワークシートのフレームごとに分析対象とするメタデータの採用を決定した。なお、最終的にメタデータが分類されたフレームは「運営理念」、「経営管理」、「人事管理」、「記録・情報管理」、「事故・緊急対策」の5フレームであった。フレームごとの分類基準の概要を表1に示す。

#### 4. 分析方法

メタデータの分析はワークシートの5つのフレームごとに行なった。ワークシートの各フレームにおいて抽出されたメタデータは、文献中の前後の文脈を含めて注意深く熟読し、経営に該当する記述をコーディングシートに抽出した。メタデータの意味内容を損なわないようにコード化を行なった後、コードの意味内容を比較分析し、類似性に基づきカテゴリ化を実施した。カテゴリ名は、データの本質を反映しつつ、抽象度を高めた概念として表現し、名詞句ま

たは動名詞の形式で統一した。

コード化とカテゴリ化のプロセスにおいては、質的研究の経験豊富な共著者からスーパーバイズを得て、分析結果の信憑性・真実性の確保に努めた。具体的には、筆頭著者が初期コード化を行なった後、別の著者が独立して確認し、不一致点については議論を通じて合意に達するまで検討を重ねた。また、研究プロセス全体を通じて著者の主観や偏見を明示し振り返るため、著者間の会議録と著者個人のメモを記録しておくこと、分析中に参照することで、リフレクティビリティを保持するよう努めた。

#### 5. 倫理的配慮

研究は文献研究のため所属機関の倫理審査を実施していない。データを抜き出す際には、本文に記載された情報から忠実に記載したが、個人および機関の名称は特定されないように配慮した。また用いた文献を適切に引用・提示することで、著作権を侵害しないよう配慮した。

### IV. 結 果

文献検索結果を表2、文献抽出フローチャートを図1に示す。文献検索で採用された文献数は42件であったが、最終的にメタデータが抽出され分析対象となった文献数は10件に絞られた。一次研究の概要を表3に示す。以下、カテゴリを【】、サブカテゴリを〔〕で示す。

統合の結果、中山間地域のST経営において、管理者は運営理念の中に【限られた医療資源としての責任感】を踏まえて、【構造的制約要因によるサービス提供の限界】を感じながらも、【中山間地域から求められるSTの役割】を担おうと【地域特性への適応】に向けた経営管理を経験していることが示された。さらに、人事管理では【マンパワー不足と業務運営課題】を抱えながらも、【人材育成・定着への取組み】を講じ、【地域コミュニティにおける関

表1 フレームの概要

フレーム名	概要
運営理念	「何のためにこの事業を行うのか」を示すもの。 「企業が、事業を通じて社会に対して何をしようとするのか」あるいは「どういう価値観に基づいて事業を行うとしているのか」を示すもの。管理プロセスを通じて確立された、個々の組織またはその単位の目的、使命、および目標に関すること。
経営管理	基本方針や基本理念で目的とされたことを具体的にどうすれば実現できるかを示したもの。医療提供に関連する職務の遂行およびその実務管理に関する戦略・計画に関すること。
人事管理	人事に関するすべての活動の計画、組織、管理に関すること。
記録・情報管理	情報の取得、整理、保管、検索、発信に関すること。
事故・緊急対策	事故、負傷、その他の不利な事態の発生を防止するために、潜在的な危険を特定・分析するシステムを開発し、また、発生した事象や事件を、その影響とコストを最小限に抑えるような方法で処理しようとすることにより、組織のリスクを最小限に抑えるプロセス。

表2 文献検索結果

キーワード	検索式（医中誌Web検索タグ）	検索結果
① 訪問看護	訪問看護 or 訪問看護ステーション or 訪問看護師	34,856
② 経営	病院管理 or 組織の目的 or 経営管理 or 医業管理 or マーケティング or 情報管理 or 財務管理 or リスク管理 or 労務管理 or 経営戦略 or 経営組織 or 人的資源管理 or サービス品質管理 or 経営	515,551
③ 中山間	地方居住者 or 地方の保健 or 地方の看護 or 中山間	7,111
	① and ② and ③	42

Note. 検索日：2022年12月23日

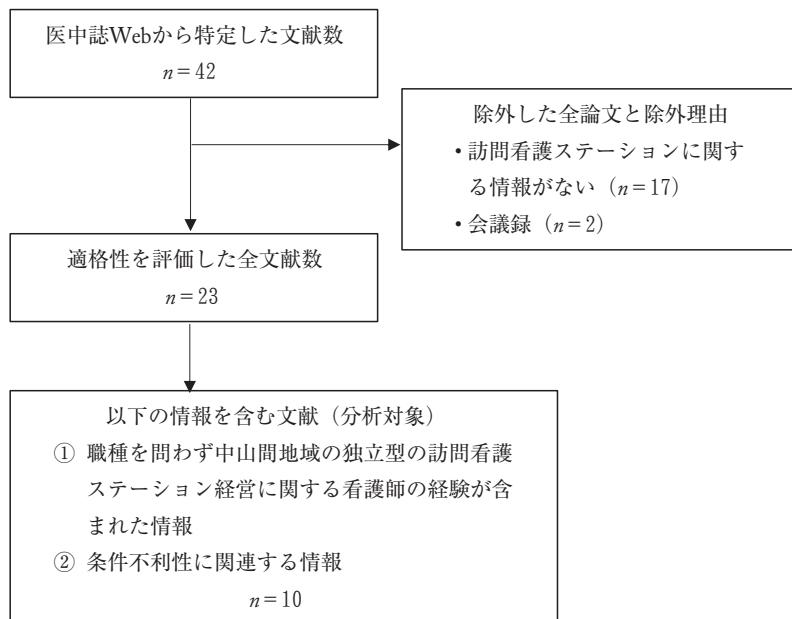


図1 文献抽出のフローチャート

表3 一次研究の概要

No.	著者（発行年）	論文タイトル	研究デザイン または投稿区分
1	高橋・片倉・藤井・油谷 (2009)	訪問看護ステーションの経営に影響する地域的要因の検討：北海道のへき地における6施設の聞き取り調査から	質的研究
2	安田・柄澤・御子柴・酒井・下村・北山 (2012)	山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策	質的研究
3	李・山本・牛尾・森・増野・細川 (2016)	過疎・高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ	質的記述的研究
4	高木 (2017)	中山間地域等における訪問支援の可能性に関する研究：訪問支援の経験がある支援者へのインタビュー調査から	質的研究
5	Takeu・Honda (2017)	Development and evaluation of community residents participating in livelihood support system for community-dwelling cancer patients (CPL-CCP system)	アクションリサーチ
6	工藤・藤井 (2018)	北海道過疎地域における看取りの看護実践から捉えた訪問看護師の役割	質的研究
7	藤野 (2019)	【持続可能な制度と経営を実現する 医療と介護の事業マネジメント】(第3部) マネジメントから見る医療・介護の未来 2040年の在宅看護を展望する 訪問看護St.の生産性を高めて地域に貢献する	解説
8	山田 (2020)	過疎地域における地域密着型看護師の専門性：山形県小国町の訪問看護師の実践と語りから	質的研究
9	山本 (2021)	中山間地域における訪問看護ステーション同士の連携促進を目指した取り組み：但馬地域の訪問看護情報提供ツール作成を通じた連携システムの構築	質的研究
10	川上 (2022)	【看護業務の効率化 看護業務の効率化 先進事例アワード2021】(2章) 事例「看護業務の効率化 先進事例アワード2021」受賞施設の実践 AI・ICT等の技術の活用 在宅サービス過疎地域における訪問看護ステーションの一元管理	事例報告

係性の活用と配慮】により中山間地域の特色を活かした看護を行い、【訪問地域の安全管理体制】により看護の質を担保しようとしていた。以下に各フレームについて結果を示す。

### 1. 運営理念（表4）

このフレームでは、5件の文献から抽出された7のコードに対して、3のサブカテゴリと1のカテゴリが生成された。

中山間地域の住民は都市部と比して資源が限られた地域で暮らすことを覚悟しており、STは【限られた資源で生きる住民の覚悟の尊重】をしながら、事業所が経済的な問題を抱えながらも【地域への奉仕の精神が基盤】となり、【地域で数少ない訪問看護ステーションとしての役割】を果たすことで、【限られた医療資源としての責任感】を示そうとしていることが示された。

### 2. 経営管理（表5）

このフレームでは、8件の文献から抽出された33のコードに対して、8のサブカテゴリと3のカテゴリが生成された。

地理的な条件不利性に伴う【遠隔地への移動コストがもたらす弊害】、【緊急時の対応遅延】、【人手不足や天候によるサービス提供困難】に加え、【利用者の経済的理由によるサービス量の不足】という状況から、【構造的制約要因によるサービス提供の限界】という課題が示された。

それゆえ【ケアマネジャーが求める確実な訪問看護サービスの提供】と【医療資源不足に対する代替的サービスの

提供】が【中山間地域から求められるSTの役割】となっていた。また訪問コストに見合わない収益が中山間地域のSTの大きな壁となっていた一方で、【地理的条件に対応した効率的な訪問体制の構築】や【安定したサービス提供のための地域密着型チーム編成】といった【地域特性への適応】を戦略とすることで、経営を持続させていた。

### 3. 人事管理（表6）

このフレームでは、5件の文献から抽出された12のコードに対して、4のサブカテゴリと2のカテゴリが生成された。

中山間地域のSTは、【人材確保・採用の課題】を抱えたまま【人材不足による業務負担増大】が生じるという、【マンパワー不足と業務運営課題】の悪循環状態が続けていた。そうした課題を抱えつつ、【地理的制約による研修機会の制限】がありながらも、【人材定着とキャリア発展の施策】を模索しているという【人材育成・定着への取組み】の工夫が示された。

### 4. 記録・情報管理（表7）

このフレームでは、3件の文献から抽出された5のコードに対して、2のサブカテゴリと1のカテゴリが生成された。

中山間地域のSTは、【地域ネットワークを通じた情報収集】を行う一方で、【訪問看護利用者の秘匿性確保】の工夫を行うという【地域コミュニティにおける関係性の活用と配慮】を経験していた。

表4 フレーム「運営理念」の統合結果

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献番号
限られた医療資源としての責任感	限られた資源で生きる住民の覚悟の尊重	看護師は自分を含めた町民の厳しい環境下の生活を理解し、町民の暮らす覚悟を尊重することを使命感とする 訪問ST管理者の地域住民の健康を守ることで地域に貢献したいという使命感や責務をベースに、訪問看護師は地域住民としての自覚と地域への愛着、利用者に親しみを持った対応を行い、中山間地域の在宅療養生活を支える	1 2
	地域で数少ない訪問看護ステーションとしての役割	その地域で唯一のSTとして、住民の心身機能の維持や、他職種への助言、看護実習生の受け入れを役割として求められ、責任をもってその役割を果たす	3
		N市内の小規模STの存続の原動力は、この地域にSTが医療資源として不可欠であることを協力機関の保健所や自治体、医療機関と共に理解すること	4
		STの利用者数は少ない地域だが、住民が慣れ親しんだ土地で暮らし続けたいという願いから「訪問看護を絶対になくさないでほしい」という希望を聞き、訪問看護の存在意義を確認する	4
地域への奉仕の精神が基盤	過疎地域の利用者が点在しており、経済的な課題を抱えながらでも、訪問看護が必要な利用者がいれば、採算度外視で対応することが期待されていると考える どんな条件でも要請があったら断らずに受ける	5 3	

表5 フレーム「経営管理」の統合結果

カテゴリ	サブカテゴリ	コード（一部）	文献番号
構造的制約要因によるサービス提供の限界	緊急時の対応遅延	夜間に方向の違う遠方への緊急訪問が重なるとさらに時間を要する 24時間対応体制を取っていても、移動に時間要する場合には緊急時にすぐに対応できない	2 2
	人手不足や天候によるサービス提供困難	遠方の利用者が多く緊急時の対応を待たせてしまう	6
		冬季は天候の影響による移動への影響や不安が大きく、交通障害による訪問中止は多くのステーションが経験している 就労人口の減少にともなって多くの医療・福祉サービスが人手不足であり、利用者のニーズが満たせていない	3 4
利用者の経済的理由によるサービス量の不足	冬季や遠隔地は移動に係るコストとリスクが高いため訪問を積極的には受け入れない	利用者の収入源は中山間地域の主産業や年金収入であり、訪問看護のニーズに対して、利用者の経済的な理由から訪問時間・件数が制限され、ST事業所の収益に影響する STがサービスを提供する地域の高齢者の経済状況は契約するサービスの種類や利用状況に関連し、訪問看護サービスの利用が望ましいケースでも、本人の優先度が低い	3 3
		訪問の距離や時間は無視できないが、町内唯一のSTとして町全体を担当し遠方の集落にいく 訪問のための移動だけで半日を要する	1 2
		どの事業所でも遠方に住む利用者を一定数抱えており、往復の移動に見合った収益が得られず、制度によっては交通費が徴収できないため訪問効率が著しく悪い	3
中山間地域から求められるSTの役割	ケアマネジャーが求める確実な訪問看護サービスの提供	ケアマネジャーのSTの選択基準は、天候や距離をふまえた利用者宅への訪問可能性 ケアマネジャーは、訪問看護の質と共に、確実にサービス提供が行えることを最重要事項としている	7 7
	医療資源不足に対する代替的サービスの提供	高齢者宅への道が除雪できていない場所はサービスを提供するためにその作業を訪問看護師が行う 過疎地域では医療機関と医師不足を理由に入院が困難であり、24時間訪問診療が難しいため代わりに訪問看護を提供する努力をする	2 5
		次の利用者宅への移動に時間がかかるため、利用者が希望する日に合わせるばかりではなく、同じ地区に同じ曜日で訪問できるよう調整し、複数のスタッフが乗り合わせて向かうことで移動コストを最小限に抑える	3
地域特性への適応	地理的条件に対応した効率的な訪問体制の構築	訪問看護師の担当エリアを縮小することで時間効率を高め、定時帰宅が可能なへき地ではエリア限定チーム編成により経営安定化を図り、社会インフラとしての訪問を維持させる	8
	安定したサービス提供のための地域密着型チーム編成	過疎地域の訪問看護は医療従事者不足を補う役割も担うため、地理や悪天候に適した訪問スケジュールの工夫を行い、サービスを提供する	5
		移動がスタッフの負担やリスクとなり退職の理由となっていたため、それらを最小限にする訪問のスケジュールを工夫する	6

## 5. 事故・緊急対策（表8）

このフレームでは、4件の文献から抽出された7のコードから、「移動に関する物理的リスク」と「地理的制約によるリスク」という中山間地域ならではのリスクが見出され、【訪問地域の安全管理体制】の整備が必要となっていた。

## V. 考察

農林水産省（2023）によれば、日本国内の中山間地域に属する市町村は約1,191か所であり、日本の国土の約7割を占めている。本研究では幅広く文献を収集したが、単純検索結果自体が42件であったことは、中山間地域のSTに関する研究そのものが少ないと想定される。この背景として、時間的・経済的にも制限が多い中山間地域のSTが（高橋・片倉・藤井・油谷、2009, p.14）、主体と

表6 フレーム「人事管理」の統合結果

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献番号
マンパワー不足と業務運営課題	人材不足による業務負担増大	ST管理者は他のスタッフと同じ業務をこなしながら、管理者業務を並行して行う 重症な利用者がいるとSTの人員的に対応が困難になる 慢性的なマンパワー不足で疲れ果てて困っている 人員不足で遠隔地の訪問ができない 24時間体制を取る小規模の訪問看護STは夜勤当番が頻回であり、肉体的・精神的疲労が増大していくても人手不足のなかで看護に従事する	2 2 2 2 5
	人材確保・採用の課題	病院併設型のSTであっても母体病院で訪問看護を学ぶ体制が整っておらず、訪問看護への異動希望者が少ないため中途採用の訪問看護経験者が多い 公募による求人は成果が期待できないため、地元の看護管理者や個人的なネットワークから情報を収集しているが人材確保は困難	4 3
人材育成・定着への取り組み	地理的制約による研修機会の制限	研修の場所が遠く研修で学ぶ機会が少ない 遠方の研修は宿泊が必要になるため、近い場所で研修を希望する 研修は近い地域であれば参加できるが遠い県内都市部では参加できない	2 2 2
	人材定着とキャリア発展の施策	定着しているスタッフの多くが、開設地域あるいはその近郊の出身者であるため、離職者の補充が必要な場合は地元出身者にあたっている 小さな組織(ST)ではキャリアアップが困難なため、他組織との人事交流を通して昇任できるとよい	4 6

表7 フレーム「記録・情報管理」の統合結果

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献番号
地域コミュニティにおける関係性の活用と配慮	地域ネットワークを通じた情報収集	人口の少なさから「お互い知り合いなのが当たり前」という生活感覚があり、利用者の知り合いを辿れば看護師の関係者に繋がることが多いため、初回の訪問時には利用者から看護師の個人的なことについて聞かれる 利用者による看護師の個人情報聴取から、間接的に利用者の情報収集に繋がる人間関係が見えてくるため、看護師も関係構築やケアのための情報収集に活用する	1 1
	訪問看護利用者の秘匿性確保	訪問看護が来ていることを周囲に知られたくないという利用者に寄り添い、訪問することで周囲がどのように見ているのかを気にして対応する 訪問看護とわかる車で利用者宅に向かうことを嫌がる利用者に対しては、訪問用の車の事業所名を隠して訪問する	9 9
		利用者は家族以外の身近な人に、自分の病気のことや家庭の事情を知られたくないという想いがあり、訪問看護サービスを利用すると、それが知られてしまうことになるので気が滅入る	10

なって調査を行うためのコストを割きづらいことや、部外者が実施する調査であっても積極的な参加が難しいと推測される（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング、2019, p.86）ことが考えられる。しかしながら、経営状況の改善策を講じるために、実態調査およびデータの集積は不可欠である。

本研究の結果、中山間地域のSTの経営に関する看護師の経験は、条件不利性に伴う経営の課題のみならず、中山間地域の特色を活かしたサービス提供の工夫やリスク管理

など、厳しい環境下にありながらも、それを乗り越える看護師の経験が新たな概念として明らかになった。中山間地域のST経営は、都市部の経営と異なり経営の維持やサービスの継続が困難とされてきたが（磯山・王、2011；李ほか、2016），本研究の分析結果はそうした困難を乗り越えるヒントにもなりうる。

また本研究において8つの機能評価項目を基準としたことで、中山間地域のST運営の包括的な分析を可能にした。特に人事管理を独立項目として扱い、教育・研修・研究と

表8 フレーム「事故・緊急対策」の統合結果

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献番号
訪問地域の安全管理体制	移動に関わる物理的リスク	動物の飛び出しや夜道が暗いという交通事故に対する恐怖	2
		交通事故や立ち往生、路面凍結への不安があり、特に冬季の訪問に対する心理的負担が大きい	3
地理的制約によるリスク		豪雪で訪問にリスクが伴うときには訪問を中止することがあり、利用者も理解してくれる	2
		医療機関の救急受け入れが21時までのため、緊急時に療養者が困らないように先手を打つ	2
		冬季の遠隔地への緊急訪問はすぐに対応できないので、救急車を要請した方が早い	6
		遠隔地への夜間訪問は時間がかかるため、すぐに到着できないことを家族に理解してもらう	6
		遠隔地に住んでいる利用者宅への緊急訪問が難しい場合に備え、予備の薬をセットしておくなどの工夫をすることで、訪問に行けない場合にも備えておく	10

統合したこと、中山間地域特有の人材確保・定着という課題に焦点を当てた分析が可能となった。冒頭に述べたとおり、ST経営には看護サービスの質的向上と収益性の両方が求められることから、本来であれば訪問看護サービスの質評価も含めた議論が必要である。しかしながら、研究の範囲と焦点を明確に保つため、本研究ではSTの機能評価に限定した質的メタ統合を実施した。その結果、機能評価の基礎的な理解が確立されたことで、これを土台としてサービスの質評価へと発展させることができると考えられる。

本研究によって新たに得られた知見は、中山間地域のST経営において看護師が様々な困難や課題を経験しながらも、彼らが中山間地域の特色を活かした対応や対策の実施を経験していた点にある。中山間地域のST看護師の経験は、運営理念の【限られた医療資源としての責任感】を軸に、住民同士の繋がりと環境に対する理解・覚悟をもって、中山間地域のST経営を行ううえで様々な課題解決に活かされていたものと解釈された。

### 1. 中山間地域のST経営と看護師の軸となる運営理念

中山間地域のST看護師の軸は「地域への奉仕の精神」であり、ST看護師自らも中山間地域に住む住人として地域に対する愛着をもち、利用者に看護を必要とされることで誇りと責任、使命感に繋がっていた。その使命感は、時には収益よりも優先される場合があるという特徴が見出され、これは中山間地域のSTならではの特性であるといえよう。運営理念は組織で働くうえでの拠り所であるが、一般に組織に浸透することが難しく形骸化しやすいことが課題とされている（水野、2021）。しかし、中山間地域のST経営においては、看護師自らも住民として同じ地域での生活を通して苦楽を共にすることで、利用者をより身近に感

じ、理念を自分事として捉えやすくなることが考えられる。MacKay, Smith, Kyle, & Beattie (2021) の研究では、利用者と暮らしを共にする医療者の帰属意識や働きがいの感情が強いことが報告されている。収益の優先度を下げることは、経営の安定や存続に直結するとは言い難く、先行研究においても経営安定化を妨げるものとして指摘されているが（中井・中井・堀池・板谷、2023；Fukui, Yamamoto-Mitani, & Fujita, 2014），長期的な視点で見ると地域住民や関係機関との信頼関係の構築に役立つ姿勢もあると考えられた。こうした点からも、中山間地域のST経営において、自らの暮らしと専門職としての看護が結び付くことで獲得する軸は、中山間地域における看護サービスの原動力であり経営安定化に向けた重要な知見だと考える。こうした軸は、看護師が一方的に感じることで成り立つものではなく、地域の住民や専門職等、同じ地域内の人間との相互関係により成立するものと示唆された。次に、軸を成立させ、あらゆる課題解決の鍵となる「住民同士の繋がり」について述べる。

### 2. 住民同士の繋がり

本研究の結果、経営に関する各フレームにおいて中山間地域のST経営における様々な困難や課題と共に、解決策や対策が明らかになった。これは中山間地域のSTの看護師が、医療者という別の次元から地域を評価・モニタリングするのみならず（普照ほか、2009），看護師自身も地域住民であるという強みを活かし、住民間のネットワークを駆使して互いの理解や関係性に基づく深い繋がりを直接的、間接的に様々な場面で活かすという点であった。例えば、STの人手不足を解決するために地元の知り合いを通じて探したり、訪問看護では地域の繋がりを活かして利用者の情報を得たり、利用者の希望に合わせた配慮を行って

いた。また、看護師のキャリアを発展させるための人事交流など、遠方の研修は参加できなくても、身近な地域で繋がりを活かした解決策を考えていた。地域との繋がりは、都市部を含めSTにとって重要な視点の一つだが（中村・月野木, 2019; 綱嶋・土肥・叶谷, 2023）、管理者自身の生活者と専門職者という線引きのあいまいさが中山間地域STの特徴であり、地域に暮らし働くうちに人と関係性や互いの理解を深めていくことにより発展していくと考えられる。住民同士の繋がりは、中山間地域においてSTが安定的な経営を目指すうえで、様々な課題解決に繋がる大きな可能性をもつ武器であり、重要なスキルだと考える。

### 3. 環境に対する理解と覚悟

住民同士の繋がりがSTの存在を支えているように、中山間地域の看護師は自然環境をはじめとした条件不利性についても、地元住民ならではの理解と覚悟をもとに、経営課題のあらゆる側面で役立てていた。中山間地域の厳しい自然環境や広大な地域に点在する自宅への訪問など、人手不足のなかで地域のニーズに応えるために、地域の特性に適応しようと地理的条件を活かした訪問スケジュール作成や移動の効率化といった経営管理を実行していた。また、リスク管理では中山間地域に特有の事故を予測したり、訪問先の利用者のリスクを予測したりしながら、適切な備えと対応を行っていた。このように条件不利性に伴う課題に対しての自助努力と戦略は、いずれも中山間地域の環境に対する理解がなければ成しえない対策であり、企業の社会的責任（Corporate Social Responsibility: CSR）を果たすための活動に繋がっていると同時に、中山間地域の経営に欠かせないスキルであると考える。地域のSTとして使命感をもち、困難な環境でいかに訪問を行うかを常に考えることで、より環境に適応した経営が可能になっていくのではないか。

以上のように、中山間地域のSTは環境に対する理解から、少ない医療資源の地域で、専門職同士がいかに助け合い、補完しあうかという視点と、コントロールし難い条件不利性を受け入れる覚悟をもって経営していた。こうした活動の原動力も地域への奉仕の精神から来るものであり、中山間地域に根差した医療を提供するうえで欠かせない活動だと考えられる。

## VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は中山間地域のST経営における看護師の経験を体系化するために、特に条件不利性に関連したメタデータを分析しカテゴリ化を行ったものである。この研究手法の限界として、分析や統合において一次研究の条件不利性を

焦点化した部分的なデータを扱っているために、文脈的な側面が見過ごされている可能性がある。また、文献検索の時点での該当数が少なく、分析する文献のクオリティを確保することに限界があった。今後中山間地域を対象とした文献を集積させていくとともに、より質の高い分析を行う必要がある。

分析では「人材不足」という課題に対して人事管理と労務管理を分けて実施したが、結果として具体的な解決策を見出すには至らなかった。今後は、同地域における経営の好事例の集積とあわせて、本研究で得られたフレームを軸にインタビュー調査を実施し、経営の実態を詳細に明らかにしていくとともに、安定した経営方略の提案に向けた分析を行っていく必要がある。

## 結 語

10件の文献を用いた質的メタ統合によって、中山間地域の条件不利性に着目したST経営に関する看護師の経験を体系化し、その認識・行動・思考の特徴を見出した。その結果、中山間地域のST経営において、管理者は【限られた医療資源としての責任感】を運営理念として、【構造的制約要因によるサービス提供の限界】があるなかで、【中山間地域から求められるSTの役割】を担おうと【地域特性への適応】を推進するための経営管理を経験していることが示された。さらに、人事管理では【マンパワー不足と業務運営課題】を抱えながらも、【人材育成・定着への取組み】を講じ、【地域コミュニティにおける関係性の活用と配慮】により中山間地域の特色を活かした看護を行い、【訪問地域の安全管理体制】によりサービスの信頼性を担保しようとしていた。以上の要素はすべて、住民同士の繋がりと、環境に対する理解と覚悟によってもたらされるものであり、中山間地域に根差した医療を提供するうえで欠かせない活動だと考えられた。

### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

### 著者貢献度

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

## 文 献

藤野泰平 (2019). 【持続可能な制度と経営を実現する 医療と介護の事業マネジメント】(第3部) マネジメントから見る医療・介護の未来 2040年の在宅看護を展望する 訪問看護

- St.の生産性を高めて地域に貢献する. *医療と介護Next*, (2019年秋季増刊), 89-94.
- Fukui, S., Yamamoto-Mitani, N., Fujita, J. (2014). Five types of home-visit nursing agencies in Japan based on characteristics of service delivery: Cluster analysis of three nationwide surveys. *BMC Health Services Research*, 14, 644.
- 普照早苗, 田内香織, 森 仁実, 藤澤まこと, 今井さち子, 安江こず枝, 米増直美, 片岡三佳 (2009). 過疎地域における訪問看護師の役割に関する検討. 岐阜県立看護大学紀要, 10(1), 13-21.
- 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2024年5月30日). 令和6年度 訪問看護ステーション数 調査結果. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r6-research.pdf> (参照 2025年3月1日)
- 磯山 優, 王 麗華 (2011). 山間部における訪問看護ステーションの管理. 埼玉学園大学紀要 経営学部篇, 11, 1-9.
- 柿沼直美, 飯田苗恵, 大澤真奈美, 原美弥子, 斎藤 基 (2015). 「訪問看護ステーションにおける安定的な経営管理のための自己評価尺度」の開発. 日本看護科学会誌, 35, 1-9.
- 川上 京 (2022). 【看護業務の効率化 看護業務の効率化 先進事例アワード2021】(2章)事例「看護業務の効率化 先進事例アワード2021」受賞施設の実践 AI・ICT等の技術の活用 在宅サービス過疎地域における訪問看護ステーションの一元管理. 看護, 74(8), 70-75.
- 公益財団法人日本訪問看護財団 (2022). 新版 訪問看護サービス質評価のためのガイド. 5-18, 東京: 文創堂.
- 厚生労働省 (2023年9月26日). 令和4年度 介護給付費等実態統計の概況 (令和4年5月審査分～令和5年4月審査分). 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/22/dl/11.pdf> (参照 2024年6月18日)
- 工藤 香, 藤井智子 (2018). 北海道過疎地域における看取りの看護実践から捉えた訪問看護師の役割. 日本ルーラルナーシング学会誌, 13, 1-12.
- 李 錦純, 山本大祐, 牛尾裕子, 森 菊子, 増野園恵, 細川裕平 (2016). 過疎・高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 23, 89-103.
- MacKay, S.C., Smith, A., Kyle, R.G., Beattie, M. (2021). What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and Remote Health*, 21: 6335.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (2019年3月). 訪問看護事業所における看護師等の従業者数の規模別にみたサービスの実態に関する調査研究事業報告書. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. [https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai\\_190410\\_18.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_18.pdf) (参照 2024年10月10日)
- 宮崎美砂子 (2008). 【看護学の基盤形成にいかすメタ統合 質的研究の蓄積と活用】質的研究のメタ統合の創出 Patersonによるメタスタディを中心に. 看護研究, 41(5), 359-366.
- 水野優子 (2021). 看護部理念の機能と看護職員を対象とした理念の浸透に関する調査. 岐阜県立看護大学紀要, 21(1), 87-99.
- 内閣官房 (2022年3月15日) 第五回デジタル田園都市国家構想実現会議「農林水産省 中山間地域等のデジタル活用による課題解決に向けて」. 内閣官房. [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_denen/dai5/siryou10.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_denen/dai5/siryou10.pdf) (参照2024年6月18日)
- 中木高夫, 谷津裕子, 神谷 桂 (2007). 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. 日本赤十字看護大学紀要, (21), 42-54.
- 中井寿雄, 中井有里, 堀池 謙, 板谷智也 (2023). 高知県の訪問看護ステーションにおける空間アクセシビリティの評価. 日本看護科学会誌, 43, 752-760.
- 中村 茜, 月野木ルミ (2019). 地域づくりを推進する訪問看護師の実践. 日本看護科学会誌, 39, 366-372.
- 農林水産省 (2023年4月1日). 中山間地域等について. 農林水産省. [https://www.maff.go.jp/nousin/tyusan/siharai\\_seido/s\\_about/cyusan/](https://www.maff.go.jp/nousin/tyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/) (参照 2024年6月18日)
- 佐藤美穂子 (2021). 第1章 訪問看護ステーションを開設しよう 3 開設までの準備および必要な資金・人材・設備と労務管理. 公益財団法人日本訪問看護財団(監), 新版 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル第4版 (pp.36-64). 東京: 日本看護協会出版会.
- 高木健志 (2017). 中山間地域等における訪問支援の可能性に関する研究: 訪問支援の経験がある支援者へのインタビュー調査から. 山口県立大学学術情報, (10), 21-31.
- 高橋由美子, 片倉洋子, 藤井智子, 油谷清美 (2009). 訪問看護ステーションの経営に影響する地域的要因の検討: 北海道のべき地における6施設の聞き取り調査から. 日本ルーラルナーシング学会誌, 4, 9-20.
- Takeu, R., Honda, A. (2017). Development and evaluation of community residents participating in livelihood support system for community-dwelling cancer patients (CPL-CCP system). お茶の水看護学雑誌, 11(1/2), 1-28.
- 綱嶋里枝子, 土肥眞奈, 叶谷由佳 (2023). 地域包括ケアシステムにおける訪問看護師のサービス創出スキルの明確化. 日本看護管理学会誌, 27(1), 82-91.
- 山田 香 (2020). 過疎地域における地域密着型看護師の専門性: 山形県小国町の訪問看護師の実践と語りから. 保健医療社会学論集, 31(1), 73-83.
- 山本大祐 (2021). 中山間地域における訪問看護ステーション同士の連携促進を目指した取り組み: 但馬地域の訪問看護情報提供ツール作成を通じた連携システムの構築. *Phenomena in Nursing*, 5(1), 1-10.
- 安田貴恵子, 柄澤邦江, 御子柴裕子, 酒井久美子, 下村聰子, 北山秋雄 (2012). 山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策. 日本ルーラルナーシング学会誌, 7, 17-29.

[2024年11月28日受付  
2025年7月24日採用決定]

# Nurses' Experiences in Managing Visiting Nursing Stations Under Disadvantageous Conditions in Hilly and Mountainous Areas: A Qualitative Meta-Synthesis

Akihiro Araki, PhD, RN, PHN<sup>1</sup>, Yuta Himeno, PhD, RN<sup>2</sup>,

Akiko Yano, MSN, RN<sup>1</sup>, Hiromi Fukuda, PhD, RN, PHN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan

<sup>2</sup>Faculty of Nursing Science, Uekusa Gakuen University, Chiba, Japan

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2026, 48(5), 669-679  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250724272>

## Abstract

**Objective:** This study conducted a qualitative meta-synthesis of the literature to extract elements pertaining to managing visiting nursing stations in hilly and mountainous areas (hereinafter, "mountainous VNS"), and analyzed their current operational status and associated challenges. **Methods:** A meta-synthesis of ten scholarly publications was undertaken with the systematic extraction of metadata concerning mountainous VNS management practices and the inherent disadvantages of operating in hilly and mountainous regions.

**Results:** The analytical process yielded eight distinct categories: (1) sense of responsibility because of limited medical resources, (2) service delivery limitations due to structural constraints, (3) VNS' expected role in mountainous rural areas, (4) adaptation to regional characteristics, (5) personnel shortages and operational challenges, (6) human resource development and retention initiatives, (7) utilization and consideration of relationships within the local community, and (8) a safety management system for visiting areas. **Conclusions:** The findings elucidate the operational realities and innovative practices, and highlight potential management interventions. These insights, predicated on a comprehensive regional understanding, are fundamental for providing locally adapted healthcare services in hilly and mountainous regions.

## Key words

Visiting nursing station, Rural nursing, Practice management, Neighborhood characteristics

---

**Correspondence:** A. Araki. Email: araki@oita-nhs.ac.jp

# 看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育の現状と影響要因の認識の分析

春田美保<sup>1・2</sup>, 新美綾子<sup>2</sup>, 山口桂子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>公立西知多総合病院, <sup>2</sup>日本福祉大学看護学部

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 681-695  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250824276>

## 要 旨

目的：看護師学校養成所全体の看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育導入の現状およびその促進要因と阻害要因に関する教員の認識を明らかにする。方法：全国の看護基礎教育に携わる教員5,306名を対象に、Web調査により教育導入の現状や教育導入に関する認識などの回答を求めた。結果：669名（回収率12.6%）の回答が得られた。アロマセラピーの教育導入は10.0%であったが、教育導入の有無に関わらず学習効果への期待は高く、特にコミュニケーションツールとしての活用や関係性の構築への期待が高かった。また、教育導入の促進要因では【教育の条件・環境が確保できる】、阻害要因では【ケアの位置づけが不明瞭である】が各因子の1項目あたりの平均値が高値であった。結論：教育導入の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果、教員は促進要因と阻害要因のそれぞれにおいて「教育体制の整備」を最も影響する要因として捉えていた。

## キーワード

アロマセラピー、看護基礎教育、促進要因、阻害要因

責任著者：春田美保 Email: mu200054@n-fukushi.ac.jp

## 緒 言

アロマセラピーは補完代替療法（Complementary and Alternative Medicine/Therapy : CAM/CAT：以下CAT）の一つに位置づけられている。米国では1960～1970年代にかけて看護師の自律的な介入手段としてCATが注目され始めた（相原・川原, 2018；相原・内布, 2016）。アロマセラピーは、精油の心理的作用、薬理作用、またはアロマセラピーマッサージによるタッチの生理的作用によって症状緩和やQOLの向上をもたらし、患者の自然治癒力向上や安楽を目的として行われている（相原, 2021）。看護介入分類（Nursing Interventions Classification：以下NIC）でも身体安楽促進の介入技術であると明記され（Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018），現在アロマセラピーは、米国40州で看護技術として認められている（相原, 2021）。

米国では、アロマセラピー関連の研究が1990年代から増加し、2023年においてもその傾向は続いている（山下ほか, 2023）。しかし、日本の研究における報告は2000年頃より急増したが、2018年頃には半数以下に激減している。さらには、その8割以上は臨床からの実践報告で、研究目的はアロマセラピーの効果の探索が最も多く、睡眠効果、

リラックス効果、ストレス緩和、不安・緊張の緩和、疼痛緩和、倦怠感の緩和、浮腫の緩和などであった。加えて、周産期、緩和ケア、周術期、認知症・高齢者、精神看護などの看護領域からの報告が多くなっている。このように、アロマセラピーの効果については、日本においても臨床現場での検証が進みつつあるものの、欧米諸国のように看護ケアとして明確に位置づけられていないこともあり、看護基礎教育では看護ケアとしてアロマセラピーを教育している報告は非常に少ない。

しかし、Takata, Kuramoto, Imamura, Kishida, & Yasui (2013)は、看護・助産学を専攻する学生ではCATに対して肯定的で積極的な傾向が認められ、そのなかでもアロマセラピーへの興味・関心と有効性については、他の医療系大学生より有意に高いという調査結果を示している。加えて、臨床で実践できる手技・手法であるため看護ケアに有用であると報告している。また、西山ほか (2013) はアロマセラピーを含むCATを看護ケアの専門的技術の一つとして位置づけるためには、看護基礎教育においてCAT教育の機会があることが望ましいと述べている。しかし、看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育に焦点をあて、かつ看護師学校養成所全体を対象とした先行研究はみられない。そのため、看護師学校養成所全体における教育導入

の実態や教員の教育に対する認識も明らかになっていない現状がある。

少子高齢化社会のなかで、看護職の活躍の場は拡大している。「治す医療」から「治し、支える医療」へ転換が図られていることや、患者の多様性を尊重した看護の提供が求められている。心身の苦痛の緩和や健康の保持増進、疾病予防を目的に自然治癒力に働きかけ、患者の個性や特性にあわせた看護独自の介入方法の一つとして、ホリスティックケアであるアロマセラピーについて学生が学ぶ機会を得ることは看護の幅を広げることとなり、昨今の社会的ニーズへの呼応につながることが考えられる。実際にアロマセラピーを看護基礎教育に導入している定方（2021）は、看護を学ぶ学生は患者役と看護師役のどちらにおいても、五感を使うことによってリラクセーションの体験学習となり、五感を使って患者を観察する重要性を学ぶ機会となっていると述べている。

医療の現場におけるアロマセラピーの利用は、患者個々の意思によるものが大きい。看護独自の介入方法の一つである、ホリスティックケアとしてアロマセラピーについて学ぶ機会を得ることは多様なニーズに呼応する看護師の育成のために意義がある。そのため、本研究では看護師学校養成所全体の教員を対象に看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育導入や教育内容の現状を把握し、また、教育導入の有無に関わらず看護基礎教育に携わる教員の教育導入に関する影響要因についての認識を明らかにすることで、教育の可能性について検討できると考えた。

## I. 用語の定義

### アロマセラピー

NICの示した定義を用い、「落ち着き、鎮静、痛みの緩和、リラクセーション、快適性向上のためのマッサージ療法、軟膏・ローションの局所塗布、入浴、吸入、鎮痛剤、温罨法や冷罨法で精油を活用し、看護職（保健師・助産師・看護師）が臨床で行うホリスティックケア」とする。

### 補完代替療法

米国国立補完統合衛生センター（National Center for Complementary and Integrative Health : NCCIH）の示した定義に準じ、「一般的に従来の通常医療とみなされていない、さまざまな医学・ヘルスケアシステム、施術、生成物質などを用い、看護職（保健師・助産師・看護師）が臨床で行うホリスティックケア」とする。本研究では、CAT（Complementary and Alternative Therapy）と表記した。

## II. 研究目的

本研究では、看護師学校養成所全体の看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育導入や教育内容の現状を把握すること、および教育導入の有無に関わらず教員全体のアロマセラピーの教育導入に関連する促進要因と阻害要因に関する認識を明らかにすることを目的とする。それにより、看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育拡大の可能性について検討する。

## III. 研究方法

### A. データ収集期間

2022年4月～6月

### B. 研究対象者

研究対象者は、全国の看護師学校養成所の専任教員である。看護師学校養成所の教育機関は、看護系大学は日本看護系大学協議会会員校290校（2021年5月現在）、看護短期大学は文部科学省ホームページ内の文部科学大臣指定（認定）医療関係技術者養成学校一覧の15校（2020年5月現在）、看護専門学校・5年一貫看護師養成課程校は、日本看護学校協議会会員校453校（2021年6月現在）の総計758校とした。そして、各教育機関の看護専門7領域（基礎看護学、成人看護学、老年看護学、小児看護学、母性看護学、精神看護学、在宅看護学）の担当教員各1名を研究対象者とし、総数は5,306名とした。

### C. データ収集方法

全国の看護師学校養成所の教育管理責任者宛に「研究依頼書」「研究概要」「質問見本」を各1部、専門領域担当教員用各7部を郵送し、Webによる調査の研究協力を依頼した。Web調査は株式会社マクロミル「Questant」のセルフアンケートツールで作成し実施した。

### D. 調査内容

#### 1. 研究対象者の属性

研究対象者の属性は、看護職としての臨床経験年数、看護教員としての経験年数、所属している教育機関の種類、専門領域、およびアロマセラピーを学んだ経験と学んだ場所について質問した。

#### 2. 看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育導入の現状

看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育導入の有無

を教員全体に質問した。また、教育導入している教員に教育の分類、教育方法、教育内容を質問した。

### 3. 教育導入による学習効果への期待と促進要因と阻害要因に関する認識

調査内容は、医中誌Webにおいて「アロマセラピー」・「看護」・「教育」のキーワードにおいて48文献を抽出した。アロマセラピーの教育導入による学習効果と課題に関する文章を、文節ごとにコード化し、さらに類似したコードをまとめ、カテゴリー化した。アロマセラピー教育導入による学習効果は7項目（下位項目18項目）、アロマセラピー教育導入の課題は3項目（下位項目8項目）にまとめた。その上で、看護系大学のCATの教育に関して教員および看護師に調査した先行研究の結果（西山ほか, 2013；本谷・藤村, 2014a；本谷・藤村, 2014b）も加え、全ての過程で研究者間での検討を重ね整理を行った。その結果とともに、アロマセラピーを教育導入することで得られる教育の成果を「学習効果への期待」として10項目、アロマセラピーの教育導入に関する「促進要因」と「阻害要因」の認識は各21項目の質問項目を5件法で作成した。なお、影響要因として抽出した項目内容は促進する要因と阻害する要因に同義と思われるものが混在していた。教育導入するにあたり影響の大きい要因を探索するために、質問項目を促進要因と阻害要因の両面の表現に置き換えて質問を作成した。暫定的に「看護ケアとしてのアロマセラピー」・「教育体制の整備」・「教員間の共通理解」・「教育効果と評価」・「教育のための人材確保」・「教育のための教材の確保」の6カテゴリーに分類した。

### E. 分析方法

収集したデータは、株式会社マクロミル「Questant」で集計した。統計解析ソフトSPSS（IBM SPSS Statistics27）を用いて基本統計量を算出後、分析した。なお $p < .05$ を有意水準とした。

### 1. 属性およびアロマセラピーの教育導入の現状

単純集計後、属性とアロマセラピーを学んだ経験と教育導入の有無の関連については、臨床経験年数と教育機関、およびアロマセラピーを学んだ経験は $\chi^2$ 検定、教員経験年数と専門領域はフィッシャーの正確確率検定を行い、属性全体で有意な結果が示されたものは残差分析を実施した。学んだ場所は単純集計を行った。また、教育の分類として「必修科目・選択科目」、教育方法として「授業形態」、教育内容として「講義内容」・「アロマセラピーの方法」・「使用している教材」については、該当項目を選択した結果を単純集計した。

教育導入に関連して「教育のねらい」のみ、自由記載による回答を求めたが、分析は質的に行った。記載内容について、意味のある文節ごとにコード化し、類似したコードをまとめ、カテゴリー化した。

### 2. 教育導入による学習効果への期待と促進要因・阻害要因に関する認識

アロマセラピーの教育導入による学習効果への期待と促進要因と阻害要因の質問項目は「あてはまる：5点・少しあてはまる：4点・どちらでもない：3点・少しあてはまらない：2点・あてはまらない：1点」として得点化して分析した。

#### a. アロマセラピーの教育導入による学習効果への期待

アロマセラピーを教育導入した場合、学生の学習効果として期待できる度合いの期待値の高さを教育導入の有無により、等分散性の検定後にt検定を行い比較した。

#### b. アロマセラピーの教育導入の促進要因・阻害要因に関する認識

アロマセラピーの教育導入の促進要因と阻害要因に関する認識は、それぞれ21項目に共通する性質の集約を目的として因子分析（主因子法、プロマックス回転）を実施した。因子数はKaiser基準から固有値が1.0以上で抽出し、因子内の変数は因子負荷量.30以下を削除基準とした。なお、KMO（Kaiser-Meyer-Olkin）により促進要因と阻害要因それぞれの因子分析全体の妥当性を検証した。また、抽出した各因子の信頼性はCronbach's  $\alpha$ 係数を算出し、内的整合性を検証した。その後、因子分析により抽出した促進要因と阻害要因の各因子項目の合計得点を算出し、教育導入の有無により、等分散性の検定後t検定を行い比較した。さらに、教育導入の有無を従属変数、因子分析で抽出した促進要因と阻害要因それぞれの因子を独立変数とし、ロジスティック回帰分析によりオッズ比（Odds Ratio：以下OR）を算出し、各因子が教育導入の有無に与える影響の度合いを分析した。

### F. 倫理的配慮

本研究は、日本福祉大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認（承認番号：21-041）を受けて実施した。

まず、各施設の教育管理責任者に対して「研究依頼書」・「研究概要」・「質問見本」を送付し研究の説明を行い、研究協力の承諾が得られた後、各専門領域の担当教員1名の選出と研究対象者用の書類の配布を依頼した。研究対象者は研究の目的と意義、調査協力に際しての利益や不利益、研究参加は自由意思に基づき不参加による不利益は生じないこと、看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育

を薦めたり、強要したりするものではないことを「研究依頼書」により説明した。その上で研究参加の意思は回答フォームの「同意する」を押すことで確認した。加えて調査の特性上「送信」を押す前に「送信後は研究協力の撤回ができないことを承諾する」を確認した後、送信する設定にした。また、回収したデータはSSL暗号化通信になっており、収集したデータのセキュリティ対策は24時間・365日監視体制で管理され、個人も特定されず個人情報は守られること、データ収集結果は研究の目的以外では使用しないことなどデータ管理方法を説明の上実施した。

## IV. 結 果

調査の結果、669名（回収率12.6%）からの回答を得ることができた。回収したデータ全てが分析に支障がないことを確認し有効回答として取り扱った。

### A. 研究対象者の属性とアロマセラピーの教育導入の現状

研究対象者の属性と属性ごとの教育導入の有無と教育導入している教員のアロマセラピーを学んだ経験と学んだ場所を表1に示した。アロマセラピーの教育を導入している教員は67名（10.0%）であった。臨床経験年数、教員経験年数、教育機関、専門領域と教育導入の有無を比較したところ、教員経験年数（ $p=.022$ ）と専門領域（ $p=.023$ ）に有意差が認められた。さらに、残差分析で確認したところ教員経験年数の教育導入ありでは、3年未満が-2.7と有意に少なく、10年以上が2.4と有意に多い結果であった。専門領域の教育導入ありにおいては、成人看護学が2.0と有意に多く、小児看護学が-3.0と有意に少ない結果であった。

また、教育導入している教員ではアロマセラピーを学んだ経験がある教員が38名（24.2%）で、学んだ経験がない教員の29名（5.7%）に比し有意に高い結果（ $p<.001$ ）を認めた。教育導入している教員で看護基礎教育において学んでいたのはわずか1名（0.6%）のみであった。

教育導入している教員67名から教育内容について回答を得た。アロマセラピーの教育のねらいにおいて抽出したコード数は75件、サブカテゴリー27件、カテゴリーは【アロマセラピーの効果を学ぶ】・【補完代替療法のケアを学ぶ】・【癒しのケアを学ぶ】・【リラクセーションのケアを学ぶ】・【疼痛緩和のケアを学ぶ】・【症状緩和のケアを学ぶ】・【コミュニケーションを学ぶ】・【看護の幅を広げるケアを学ぶ】の8件に整理できた。そして、アロマセラピーの教育の現状を表2に示した。科目においては50名（74.6%）が必修科目の一部として学生全体を対象に教育していた。授業形態は講義のみは14名（21.2%）であった。

講義では、アロマセラピーの概論、歴史、メカニズム、方法、精油についてなどが教授されており、演習もしくは臨地実習を含む授業が約8割で、マッサージ、芳香浴、沐浴法、湿布法、吸入法などが教授されていた。教材は「看護学領域のテキスト」のみより「配布資料」は約2.5倍、「アロマセラピーに関する書籍・文献」は約1.5倍使用されていた。

### B. アロマセラピーの教育導入による学習効果への期待

アロマセラピーの教育を導入した場合の学習効果への期待についての項目ごとの平均値と教育導入の有無で比較した結果を表3に示した。

研究対象者全体で平均値は「教育導入なし」の4項目以外4.0以上を示し「教育導入あり」では、「①アロマセラピーの効果を体験することができる」・「⑧対象者との関係性の構築に役立てることができる」・「⑦コミュニケーションツールとして活用することができる」・「⑤看護の可能性と実践の幅を広げることができる」の順で平均値が高かった。また、教育導入の有無による比較では、学習効果への期待は全ての項目で「教育導入あり」が「教育導入なし」に比し有意に高いことが示された（ $p<.001\sim.029$ ）。

### C. アロマセラピーの教育導入の促進要因・阻害要因に関する認識

#### 1. 教育導入に関する促進要因・阻害要因の因子分析

アロマセラピーの教育導入における促進要因と阻害要因として、共通する変数の集約と構造を探索する目的で要因ごとに因子分析を実施し表4・表5に示した。なお、21項目中促進要因は18項目、阻害要因は13項目に天井効果がみられた。質問項目はアロマセラピーの教育に関連した先行研究より抽出した項目で、教育導入に際して考慮される内容であり、ある程度回答が上位の得点に偏ることは想定していた。そのため、そのなかでより教員が重要視する項目を探査する目的で今回は全ての項目を対象として分析した。

各21項目を主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った結果、Kaiser基準の固有値1.0以上で促進要因3因子、阻害要因5因子が抽出された。各因子への割り当てにおいて因子負荷量 .30以下を削除基準としたが、これに該当する項目はなかったことから、それぞれ21項目全てが各因子に割り当てられた。

促進要因と阻害要因それぞれの標本妥当性を示すKMOは、促進要因は .947、阻害要因は .926であった。また、促進要因と阻害要因各因子の信頼性は Cronbach's  $\alpha$ 係数を求め確認した。促進要因全体では .952、促進要因3因子は .875~.938、阻害要因全体は .935、阻害要因5因子は .810~.908であった。

表1 研究対象者の属性と教育導入の有無

n=669

		教育導入		$\chi^2$ (2) = .470 $p=.791$
		あり	なし	
		名 (%)	[調整済み残差]	
臨床経験年数	10年未満	219 (32.7)	20 (-9.1)	199 (90.9)
	10~20年未満	262 (39.2)	26 (-9.9)	236 (90.1)
	20年以上	188 (28.1)	21 (11.2)	167 (88.8)
				$p=.022$
教員経験年数	3年未満	75 (11.2)	1 (-1.3) [-2.7]	74 (98.7) [2.7]
	3~6年未満	116 (17.4)	9 (7.8) [-0.9]	107 (92.2) [0.9]
	6~10年未満	130 (19.4)	13 (10.0) [0.0]	117 (90.0) [0.0]
	10年以上	348 (52.0)	44 (12.6) [2.4]	304 (87.4) [-2.4]
				$\chi^2$ (1) = 3.351 $p=.067$
教育機関	大学・短期大学	232 (34.7)	30 (12.9)	202 (87.1)
	専門学校・5年一貫	437 (65.3)	37 (8.5)	400 (91.5)
				$p=.023$
専門領域	基礎看護学	107 (16.0)	9 (-8.4) [-0.6]	98 (91.6) [0.6]
	成人看護学	120 (17.9)	18 (15.0) [2.0]	102 (85.0) [-2.0]
	老年看護学	90 (13.5)	9 (10.0) [0.0]	81 (90.0) [0.0]
	小児看護学	88 (13.2)	1 (-1.1) [-3.0]	87 (98.9) [3.0]
	母性看護学	106 (15.8)	16 (15.1) [1.9]	90 (84.9) [-1.9]
	精神看護学	87 (13.0)	7 (-8.0) [-0.7]	80 (92.0) [0.7]
	在宅看護学	71 (10.6)	7 (-9.9) [0.0]	64 (90.1) [0.0]
				$\chi^2$ (1) = 45.828 $p<.001$
アロマセラピーを学んだ経験	経験あり	157 (23.5)	38 (24.2)	119 (75.8)
	経験なし	512 (76.5)	29 (5.7)	483 (94.3)
アロマセラピーを学んだ場所 (n=156 未回答1/複数回答)	看護基礎教育		1 (0.6)	5 (3.2)
	看護基礎教育以外 (内訳)			
	職場外の研修	15 (9.6)	48 (30.6)	
	資格認定団体の学校	15 (9.6)	38 (24.2)	
	職場内の研修	3 (1.9)	21 (13.4)	
	大学院、専攻科	0 (0.0)	4 (2.5)	
	その他	4 (2.5)	3 (1.9)	

注) 臨床経験年数・教育機関は  $\chi^2$  検定

教育経験年数・専門領域は、フィッシャーの正確確率検定

表2 アロマセラピーの教育の現状

			<i>n</i> =67
科目		必修科目	50 (74.6)
		選択科目	17 (25.4)
授業形態 ( <i>n</i> =66)		講義+演習	22 (33.3)
		講義のみ	14 (21.2)
		演習のみ	8 (12.1)
		講義+演習+臨地実習	7 (10.6)
		臨地実習のみ	6 ( 9.1)
		講義+臨地実習	5 ( 7.6)
		演習+臨地実習	4 ( 6.1)
講義内容 (複数回答)		アロマセラピーの方法	60 (89.6)
		アロマセラピーの概論	50 (74.6)
		アロマセラピーのメカニズム	47 (70.1)
		精油について	41 (61.2)
		アロマセラピーの歴史	21 (31.3)
		その他	5 ( 7.5)
アロマセラピーの方法 (複数回答)		マッサージ	44 (65.7)
		芳香浴	40 (59.8)
		沐浴法	33 (49.3)
		清拭・温湿布・冷湿布	15 (22.4)
		湿布法	10 (14.9)
		吸入法	8 (12.0)
		含嗽	0 ( 0.0)
使用している教材 (複数回答)		その他	3 ( 4.5)
		配布資料	49 (74.2)
		アロマセラピーに関する書籍・文献	31 (47.0)
		看護学領域のテキスト	20 (30.3)
		視聴覚教材	14 (21.2)
その他		その他	3 ( 4.5)

注) 講義内容・アロマセラピーの方法・使用している教材の割合 (%) は、教育導入教員数67に対する割合

表3 アロマセラピーの教育導入による学習効果への期待

*n*=669

	教育導入あり ( <i>n</i> =67)		教育導入なし ( <i>n</i> =602)		<i>p</i>
	Mean	SD	Mean	SD	
①アロマセラピーの効果を体験することができる	4.51	(0.943)	4.10	(0.928)	.001
②全人的な健康へのケアに活用することができる	4.37	(0.714)	3.99	(0.913)	.001
③西洋医学以外の療法としてケアに活かす知識・技術を得ることができる	4.31	(0.820)	3.93	(0.920)	.001
④看護師独自の判断による症状緩和や安楽を図るケアの手段となることができる	4.36	(0.732)	4.04	(0.933)	.007
⑤看護の可能性と実践の幅を広げることができる	4.48	(0.612)	4.09	(0.888)	<.001
⑥個別的なニーズを知り、ホリスティックケアに活用することができる	4.31	(0.763)	4.05	(0.861)	.019
⑦コミュニケーションツールとして活用することができる	4.49	(0.683)	4.26	(0.821)	.029
⑧対象者との関係性の構築に役立てることができる	4.51	(0.660)	4.09	(0.888)	<.001
⑨看護する喜びの体験の機会となる	4.33	(0.805)	3.87	(0.970)	<.001
⑩看護の探求への動機付けとなる	4.12	(0.879)	3.69	(0.999)	.001

今回、影響要因の項目を暫定的に6つのカテゴリーに分けていたが、促進要因は3因子、阻害要因は5因子に割り当てられ、各因子を以下のように命名した。促進要因の第

1因子は教育導入のための教材や人材、環境に関する10項目で【教育の条件・環境の確保ができる】、第2因子は看護ケアとしての位置づけや実践に関連した8項目で【位置

表4 教育導入に関する促進要因の因子分析

n=669

調査項目	因子		
	第1因子	第2因子	第3因子
<b>第1因子 【教育の条件・環境の確保ができる】 (Cronbach's <math>\alpha = .938</math>)</b>			
⑩教材 (テキスト・視聴覚教材等) が充実すること	0.966	-0.129	-0.044
⑯教育可能な教員、教育を支援するセラピスト・外部講師がいること	0.915	-0.061	-0.074
⑮教育導入のための情報が充実していること	0.865	0.059	-0.051
⑪教材 (精油等) の費用が確保できること	0.833	-0.086	0.013
⑯教育のための知識・技術を修得するための機会があること	0.830	0.141	-0.100
⑭専門家の育成・認定制度が確立していること	0.670	-0.038	0.051
⑮実践に対する評価基準が明確であること	0.658	-0.038	0.174
⑬学生の学習効果が示されていること	0.488	0.233	0.149
⑫教員間の教育の必要性のコンセンサスが得られること	0.395	0.281	0.187
⑪医療体制や患者のニーズに応じたケアであること	0.309	0.296	0.200
<b>第2因子 【位置づけが明確で実践可能である】 (Cronbach's <math>\alpha = .879</math>)</b>			
④看護基礎教育において、習得可能なケアであること	-0.254	0.878	0.047
③既存の看護技術に併用して活用できるケアであること	-0.051	0.799	-0.064
⑤補完代替療法のなかで、看護ケアとして活用できること	-0.055	0.798	-0.051
①安全性や効果のエビデンスが示されること	0.210	0.633	-0.146
②アロマセラピーの定義・概念が示されること	0.235	0.600	-0.155
⑥教育を導入するための組織・体制があること	0.206	0.426	0.267
⑩臨地実習での実践が可能であること	0.143	0.382	0.182
⑫教員がアロマセラピーを教育する必要性を感じること	0.247	0.350	0.206
<b>第3因子 【教育体制が整備されている】 (Cronbach's <math>\alpha = .875</math>)</b>			
⑧教育計画にアロマセラピー教育が位置づけられること	-0.025	-0.076	0.990
⑦指定規則・国家試験の出題基準として明示されること	-0.104	-0.067	0.878
⑨カリキュラム・科目に組み込まれ、時間確保ができること	0.211	-0.015	0.676
全体の Cronbach's $\alpha$ 係数			.952
全体の KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)			.947
因子間相関	第1因子	1.000	
	第2因子	0.753	1.000
	第3因子	0.693	0.620
			1.000

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス回転

づけが明確で実践可能である】、第3因子は教育体制に関する3項目で【教育体制が整備されている】とした。促進要因では、3因子の因子間相関が.620～.753と高い相関を示していた。

阻害要因の第1因子は教育導入のための教材や人材、環境に関する7項目であり【教育の条件・環境の確保が困難である】、第2因子は看護ケアとして実践することに関連した5項目で【ケアの実践が困難である】、第3因子は教育体制に関する4項目で【教育体制が整備されていない】、第4因子は教育者の意向に関連した3項目で【教員の理解が得にくい】、第5因子は看護ケアとしての位置づけに関する2項目であり【ケアの位置づけが不明瞭である】と、それぞれ命名した。

## 2. 促進要因・阻害要因各因子の合計得点の教育導入別比較

促進要因と阻害要因の各因子項目の合計得点を教育導入の有無において比較し、その結果を表6に示した。各因子の1項目あたりの平均値は促進要因では【教育の条件・環境の確保ができる】(4.30)、阻害要因では【ケアの位置づけが不明瞭である】(4.35)が最も高かった。そして、教育導入の有無では促進要因の【位置づけが明確で実践可能である】以外は全て「教育導入なし」が高かった。促進要因においては「教育導入あり」の【位置づけが明確で実践可能である】(4.39)が最も高く、「教育導入なし」では【教育の条件・環境の確保ができる】(4.31)の1項目あたりの平均値が高かった。阻害要因では「教育導入あり」の1項目あたりの平均値は全て4.0未満で、「教育導入なし」

表5 教育導入に関する阻害要因の因子分析

n=669

調査項目	因子				
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
<b>第1因子 【教育の条件・環境の確保が困難である】 (Cronbach's <math>\alpha = .908</math>)</b>					
⑩教材 (テキスト・視聴覚教材等) が不足していること	0.924	0.031	-0.025	-0.152	0.025
⑪教育のための知識・技術を修得するための機会がないこと	0.898	-0.026	-0.059	0.045	-0.006
⑫教育可能な教員、教育を支援するセラピスト・外部講師がないこと	0.864	-0.100	-0.040	0.046	-0.059
⑬教育導入のための情報が不足していること	0.825	-0.119	-0.056	0.159	0.029
⑭教材 (精油等) の費用の確保が困難であること	0.689	0.210	-0.084	-0.137	0.010
⑮専門家の育成・認定制度が確立されていないこと	0.671	0.065	0.104	-0.138	0.057
⑯実践に対する評価基準が不明確であること	0.346	0.131	-0.006	0.337	0.098
<b>第2因子 【ケアの実践が困難である】 (Cronbach's <math>\alpha = .823</math>)</b>					
⑤補完代替療法のなかで、看護ケアとして活用できないこと	-0.023	0.869	0.034	-0.108	0.021
⑥既存の看護技術に併用して活用できるケアでないこと	-0.029	0.836	-0.023	-0.019	0.054
⑦医療体制や患者のニーズに応じたケアでないこと	-0.168	0.551	0.015	0.403	-0.034
⑧看護の基盤ができた上での、応用技術のケアであること	0.200	0.539	0.012	-0.067	0.018
⑨臨地実習での実践の場の確保が困難であること	0.248	0.325	0.208	0.121	-0.243
<b>第3因子 【教育体制が整備されていない】 (Cronbach's <math>\alpha = .849</math>)</b>					
⑩教育計画にアロマセラピー教育が位置づけられていないこと	-0.023	-0.005	0.906	0.007	0.026
⑪指定規則・国家試験の出題基準の項目に含まれていないこと	-0.104	0.035	0.894	-0.078	0.044
⑫教育を導入するための組織・体制がないこと	0.408	-0.014	0.417	0.091	0.019
⑬カリキュラム・科目に組み込む時間がないこと	0.325	-0.060	0.410	0.092	-0.044
<b>第4因子 【教員の理解が得にくい】 (Cronbach's <math>\alpha = .810</math>)</b>					
⑭教員がアロマセラピーを教育する必要性を感じないこと	-0.151	0.023	-0.029	0.890	0.027
⑮教員間の教育の必要性のコンセンサスが得られないこと	0.129	-0.150	0.035	0.818	0.015
⑯学生の学習効果が不確かであること	0.116	0.337	-0.109	0.469	0.032
<b>第5因子 【ケアの位置づけが不明瞭である】 (Cronbach's <math>\alpha = .871</math>)</b>					
⑰アロマセラピーの定義・概念が不明瞭であること	0.057	0.053	0.026	-0.031	0.885
⑱安全性や効果のエビデンスが不明瞭であること	-0.038	-0.005	0.026	0.094	0.798
全体の Cronbach's $\alpha$ 係数					.935
全体の KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)					.926
因子間相関	第1因子	1.000			
	第2因子	0.527	1.000		
	第3因子	0.621	0.504	1.000	
	第4因子	0.639	0.599	0.491	1.000
	第5因子	0.439	0.494	0.319	0.474
因子抽出法：主因子法	回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス回転				

の【ケアの位置づけが不明瞭である】(4.41) が最も高かった。

因子ごとの教育導入の有無の1項目あたりの平均値の比較では、促進要因は【教育体制が整備されている】のみ「教育導入なし」が有意に高く ( $p=.024$ )、阻害要因は全ての因子で「教育導入なし」が有意に高い結果を認めた ( $p<.001$ )。

### 3. 教育導入への促進要因と阻害要因の影響（ロジスティック回帰分析）

教育導入の有無を従属変数、因子分析で抽出した促進要因3因子、阻害要因5因子を独立変数として、それぞれロジスティック回帰分析を実施した結果を表7に示した。

その結果、促進要因では【教育の条件・環境の確保ができる】( $OR=1.083$ , 95%CI=1.024-1.145), 【位置づけが明確で実践可能である】( $OR=0.832$ , 95%CI=0.762-0.909), 【教育体制が整備されている】( $OR=1.137$ , 95%

表6 促進要因・阻害要因の合計得点の教育導入別比較

因子	(n=669) 教育導入あり (n=67) 教育導入なし (n=602)	n=669			
		Mean	SD	Mean 1項目あたり	P
		全体会	(7.904)	4.30	
促進要因	第1因子 (10項目) 【教育の条件・環境の確保ができる】	あり	(6.909)	4.18	.182
	なし	43.10	(8.000)	4.31	
	第2因子 (8項目) 【位置づけが明確で実践可能である】	全体会	(5.570)	4.27	
	あり	35.09	(4.252)	4.39	.144
	なし	34.04	(5.691)	4.26	
	第3因子 (3項目) 【教育体制が整備されている】	全体会	(3.141)	3.87	
阻害要因	あり	10.79	(3.445)	3.60	.024
	なし	11.71	(3.096)	3.90	
	第1因子 (7項目) 【教育の条件・環境の確保が困難である】	全体会	(5.689)	4.22	
	あり	25.99	(7.258)	3.71	<.001
	なし	29.96	(5.348)	4.28	
	第2因子 (5項目) 【ケアの実践が困難である】	全体会	(4.728)	3.65	
阻害要因	あり	15.63	(5.613)	3.13	<.001
	なし	18.51	(4.534)	3.70	
	第3因子 (4項目) 【教育体制が整備されていない】	全体会	(3.602)	4.14	
	あり	13.49	(4.272)	3.37	<.001
	なし	16.91	(3.354)	4.23	
	第4因子 (3項目) 【教員の理解が得にくい】	全体会	(2.786)	3.95	
阻害要因	あり	10.19	(3.602)	3.40	<.001
	なし	12.05	(2.618)	4.02	
	第5因子 (2項目) 【ケアの位置づけが不明瞭である】	全体会	(1.758)	4.35	
	あり	7.60	(2.349)	3.80	<.001
	なし	8.82	(1.637)	4.41	

表7 教育導入への促進要因と阻害要因の影響 (ロジスティック回帰分析)

因子	$\beta$	OR(Exp( $\beta$ ))	OR95%信頼区間 (CI)		P
			下限	上限	
促進要因	第1因子 【教育の条件・環境の確保ができる】	0.080	1.083	1.024	1.145 .005
	第2因子 【位置づけが明確で実践可能である】	-0.184	0.832	0.762	0.909 <.001
	第3因子 【教育体制が整備されている】	0.129	1.137	1.026	1.261 .015
阻害要因	第1因子 【教育の条件・環境の確保が困難である】	-0.017	0.983	0.925	1.045 .577
	第2因子 【ケアの実践が困難である】	-0.009	0.991	0.915	1.072 .814
	第3因子 【教育体制が整備されていない】	0.182	1.199	1.096	1.311 <.001
	第4因子 【教員の理解が得にくい】	0.059	1.061	0.938	1.199 .347
	第5因子 【ケアの位置づけが不明瞭である】	0.155	1.167	1.001	1.361 .048

CI=1.026-1.261) の全てが有意な因子として抽出された。このなかでORが1.0を上回っていた因子は【教育体制が整備されている】、【教育の条件・環境の確保ができる】の順で、教育導入促進要因として影響が高いことが示された。

一方、阻害要因では【教育体制が整備されていない】(OR=1.199, 95%CI=1.096-1.311) と【ケアの位置づけが不明瞭である】(OR=1.167, 95%CI=1.001-1.361) が有意な因子であった。どちらもORが1.0を上回っており【教育体制が整備されていない】、【ケアの位置づけが不明

瞭である】の順で教育導入阻害要因として影響が高いことが示された。

## V. 考 察

### A. 看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育の現状

看護師学校養成所全体のアロマセラピーの教育導入は、わずか10.0%であった。これは西山ほか(2013)が実施し

た、看護系大学におけるCATの教育導入の調査結果252名中アロマセラピーの教育を実施していた39名（15.5%）より導入率は低い結果であった。本研究において、教育機関の教育導入率は、短期大学は3名中1名（33.3%）、5年一貫看護師養成課程校は5名中0名（0.0%）であったため、短期大学は大学と5年一貫看護師養成課程校は専門学校に合一させて集計した結果で教育導入率を比較した。その結果「大学・短期大学」のみの導入率でも232名中30名（12.9%）と西山ほか（2013）より少なく、さらに教員全体の約2/3を占める「専門学校・5年一貫」が437名中37名（8.5%）とさらに低かったため、全体の教育導入率を下げる結果に繋がった。西山ほか（2013）と本調査の結果との比較において、この間の教育導入率が増加していない要因としては、看護師学校養成所の総単位数は2020年度のカリキュラム改正で102単位に引き上げられたが、3年間の育成期間では既にカリキュラムは過密な状況であることが挙げられる。さらに看護学教員が講義の授業設計の過程で、多数の学習内容の中から教授すべき内容を精選することが一番困難を感じる活動であるという報告（高橋・松田・山下・服部、2022）に加え、「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」にはCATについての記載がないことも教育導入率の低さに影響していると考える。

また、教員経験年数ごとの教育導入率は「10年以上」が有意に高く、「3年未満」が有意に低い結果であった。（一社）日本看護学校協議会（2017）では「3年未満」の教員の教育実践能力は「指導を受けて授業設計に沿って学習指導案を作成し授業を実施するレベル」と示している。そのため、経験の少ない教員では、アロマセラピーが看護基礎教育に看護ケアとして位置づけられていないことで、指定規則や国家試験出題基準に沿って授業案を組み立てることが優先され、教育導入率に有意差が認められたと考える。

専門領域ごとの教育導入率は「成人看護学」が有意に高く、「小児看護学」が有意に低い結果を認めた。西山ほか（2013）の研究でも「小児看護学」が一番少ない結果が報告されている。城戸（2018）は、アロマセラピーに使用する精油の成分や香りは、対象者の特性や環境などの条件に大きく影響することから、児童生徒に使用できる精油が限られていることを述べており、臨床現場においても小児領域の実践報告は少ない。さらに乳幼児・小児に使用が望ましくない精油があることに加え、急性期・慢性期の病態や発達段階などの多様性、ニーズの把握や効果判定が困難であることなどが「小児看護学」における教育導入の優先度を低くしていると考える。

また、教育導入している教員のうち看護基礎教育で教育を受けた経験がある人は1名と非常に少なく、ほぼ全員が看護基礎教育以外の場で学びの機会を得ていた。看護に科

学的根拠が必要という価値観が定着しているなかで、ホリスティックケアが看護になかなか取り入れられなかった理由は、科学的実証が乏しかったためと述べられている（諸橋・松井・西原、2011）。加えて、わが国のアロマセラピーは癒しや美容の位置づけとして普及されてきた背景があり、看護ケアとして未だ位置づけられていない現状がある。そのため、教員自身も看護基礎教育で学ぶ機会を得られず、教育内容として取り入れる認識に結びつかなかったともいえよう。また、アロマセラピーを看護基礎教育で学んだ経験のない教員がほとんどで、国家資格でもないため教育導入することについて教員間の認識に差があると思われること、さらには、学生自身の香りの嗜好性や皮膚障害のリスク、実践のための教材や環境などの整備上の課題なども低い教育導入率に影響していると考える。

次に、教育の分類では、7割以上が必修科目の一部のなかで教育導入され、教育方法は、その約8割は演習もしくは臨地実習のなかで教授されていた。教育内容としては、概論や実施方法に関する知識だけでなく、アロマセラピーの作用・伝達経路や精油など看護ケアとして安全に実施するために必要な基本的情報が教育されていた。川島（2009）は、看護の真価は、その人の自然治癒力を發揮させるアプローチにより發揮できるとし、岡田（2024）は安楽と癒しのケアにおいて「手を用いたケアの有用性」の理解の必要性を述べている。アロマセラピーには「香り」・「触れるこ」・「精油の薬理効果」の三要素があり、アロマセラピーマッサージには「不安や緊張感を軽減し、無心になる時間や体調のよさを感じる状況をつくる」・「諦めたくない気持ちを支える」・「癒される時間をつくる」・「十分な睡眠を確保する」・「入院生活の時間を有効的に過ごす」・「孤独感を軽減する」・「精神的活力の補充になる」といった効果が見いだされている（相原・川原、2018）。教育方法として、今回の結果では演習や臨地実習での実施が約8割であったが、講義のみでなく演習や臨地実習を活用し教育されていることは、学生自身が安楽や癒しを体験することで、患者理解や共感も深まる学習の機会になっていることが示唆された。また、教材に関しても、看護学領域のテキストのなかに、実際に教員が教授するための講義例やアロマセラピーの方法の記載がほとんどないことから、現在は教員個々の教育の目的に合わせ、独自の教材で看護ケアとしてのアロマセラピーの教育を展開していると考えられる。教育導入を検討する教員にとっては、既に教育導入している教員からの講義や演習における方法の詳細などの例示が、教育導入の動機付けになる可能性もあることから、今後はこれらの実践例の報告に期待したい。

## B. アロマセラピーの教育導入による学習効果への期待

アロマセラピーの教育導入による学習効果への期待は、全ての項目において「教育導入あり」が「教育導入なし」に比し有意に高いことを示していた。これは、既に教育導入している教員の方が学習効果をより実感しているため期待が高かったと考える。

教育導入の有無に関わらず平均値が高かった項目に「①アロマセラピーの効果を体験することができる」や「⑤看護の可能性と実践の幅を広げることができる」以外に「⑦コミュニケーションツールとして活用することができる」・「⑧対象者との関係性の構築に役立てることができる」の2項目があった。アロマセラピーは症状緩和や安楽を図りQOLを高めることで、対象の反応を得やすく、患者・看護者間の関係形成や促進に相乗効果が発揮される。実際にアロマセラピーを実践した時にコミュニケーションの学習効果に繋がったとする先行研究も多かった（狩谷・閔・足立・長島, 2011; 笠井・小濱・中村, 2018; 城戸, 2018; 小濱・中村, 2016; 小濱ほか, 2006; 鈴木・飯出・瀧谷, 2006; 山本, 2010）。教育導入している約7割の教員は10年以上の臨床経験を有しており、安楽や癒しのケアがコミュニケーションや関係性の構築に役立つことを経験的に体得していると予測されるが、これらの教員においては、看護実践のなかでコミュニケーションに困難を感じている（森ほか, 2018; 佐藤・柿並, 2014）という近年の学習者観を踏まえ、コミュニケーションツールとしての学習効果への期待が高い結果となったと考える。

## C. アロマセラピーの教育導入の促進要因・阻害要因に関する認識

今回の結果から、アロマセラピーの教育導入による学習効果への期待の高さだけでは教育導入には繋がらない現状が示されたが、アロマセラピーの教育導入に影響する要因を探査するために促進要因・阻害要因について、因子分析・ロジスティック回帰分析を実施した。

まず、因子分析の結果では、促進要因は【教育の条件・環境の確保ができる】・【位置づけが明確で実践可能である】・【教育体制が整備されている】の3つの因子が抽出され、阻害要因は【教育の条件・環境の確保が困難である】・【ケアの実践が困難である】・【教育体制が整備されていない】・【教員の理解が得にくい】・【ケアの位置づけが不明瞭である】の5つの因子が抽出された。今回、調査項目を、暫定的にそれぞれ6つのカテゴリーに分けていたが、因子分析の結果では、各影響要因の因子数やそこに含まれる項目が異なる結果となった。このことは、アロマセラピーの教育導入に関して、その項目があれば促進されると考える

度合いと、なければ教育導入に障壁となると考える度合いが異なっていたための結果と考えた。また、促進要因は3因子に分類されたが、因子間相関係数が $r=.620\sim.753$ と高く、促進要因の3因子において関連性の高さが示され、教育導入に関しては、全体的にどれも同様に促進するためには必要な因子と捉えられていることが示唆された。

KMOは促進要因 .947、阻害要因 .926で標本妥当性が示され、Cronbach's  $\alpha$ 係数は促進要因では .875~.938、阻害要因も .810~.908と全て0.7以上であり内的整合性が認められ信頼性が示された。看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育に関する先行研究は少ないが、それらから抽出した各項目によって構成された因子がそれぞれ影響要因としての高い信頼性を示したことは、これまでの指摘と今回の研究対象者の認識がともに実情に即した同様のものであることがいえよう。

促進要因と阻害要因の因子ごとの平均値は、1因子を除いて「教育導入なし」が「教育導入あり」より高かった。これは、既に教育導入している教員においては、促進要因がないことや阻害要因があることが、教育導入に影響するという認識が、教育導入していない教員に比べて低いためと考える。それは、阻害要因においては、全ての項目において「教育導入なし」が有意に高かったことからもいえる。加えて促進要因の【教育体制が整備されている】と阻害要因の【教育体制が整備されていない】はどちらも「教育導入なし」が有意に高く、アロマセラピーの教育導入に向けて、多くの教育導入していない教員は「教育体制の整備」を重要視していることが示された。

ロジスティック回帰分析において、促進要因では【教育体制が整備されている】・【教育の条件・環境の確保ができる】の順でORが正の方向に高かった。阻害要因では【教育体制が整備されていない】・【ケアの位置づけが不明瞭である】の順でORが正の方向に高かった。特に促進要因の【教育体制が整備されている】と阻害要因の【教育体制が整備されていない】はそれぞれの影響要因のなかで一番ORが高く、「教育体制の整備」は教育導入に対して最も影響度が高いという結果であった。

現在、わが国の人口動態および疾病の構造の変化や療養の場の多様化を踏まえ、看護職に求められる能力は多岐に渡る。（公社）日本看護協会（2019）は、現在のカリキュラムを3年間で教育することは既に過密な状態であるとし、2022年からのカリキュラム改正の適用を受けて、看護師に必要な教育内容を現行以上に追加するには3年間では不可能であることについて言及している。林（2019）も医療系大学での教育については「国家試験に出題されない領域」を教育機関が独自にカリキュラムの内容として組み込むことは非常に難しいと述べている。研究対象者全体の約

6割を占める「専門学校・5年一貫」の教育導入率が8.5%と低いことは、過密なカリキュラムの影響もあると考える。

しかし、2019年厚生労働省より示された看護基礎教育検討会報告書では看護基礎教育をめぐる現状および課題において「コミュニケーション能力の一層の強化の必要性がある」ことが明文化されている（厚生労働省、2019）。これに関連して、今回の結果にみられるように、アロマセラピー教育導入による学習効果への期待の高かったコミュニケーションや信頼関係の構築のための具体的教育内容の一部として、既存の看護ケアに併用してアロマセラピーを活用することは看護の幅を広げ質の向上にも繋がると考える。

阻害要因の中で2番目に影響度の高かった【ケアの位置づけが不明瞭である】においては、臨床場面におけるアロマセラピー導入と普及に関する研究において、41.9%が「問題を感じる」とされ、その理由の一つに「科学的根拠の立証はこれから」という報告がある（北川・江川・玉置、2009）。それは、わが国のアロマセラピーが美容や癒しを目的として広まった歴史があるため、教育導入していない教員にとってアロマセラピーは科学的根拠や定義・概念が不明瞭と捉えられたための結果と考える。しかし、日本においても厚生労働省のeJIM『「統合医療」に係る情報発信等推進事業』からコクラン補完医療のリストの作成やランダム比較試験の集積による情報提供が行われている（厚生労働省、2021）。また、「がん補完代替医療ガイドライン」（日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会 補完代替医療ガイドライン作業部会、2009）においては、多くのCATはグレードC（行うよう勧めるだけの根拠が明確でない）だが、アロマセラピーはグレードB（行うよう勧められる）と記載され奨励されている。看護基礎教育の教員が、このような情報をお互いに共有する機会をもつことで、今後教育導入を進めていくことが可能になると考える。

そして【教育の条件・環境の確保ができる】には、情報の充実、教育するための教材や人材の確保、評価基準や学習効果などが含まれている。本研究においてアロマセラピーを学んだ教員は157名と教育導入している教員の2倍以上いたが、看護基礎教育で学んだ教員は研究対象者全体の1%にも満たなかった。新田（2008）は、臨床でアロマセラピーを実践している看護職は、講習会などへの参加で知識・技術を習得した人より、「知人に教えてもらった」・「専門書などの独学・自己流である」の割合が高い調査結果を報告しており、独学・自己流に対する問題に言及している。米国、英国、豪州のアロマセラピーのガイドラインでは、精油の知識、解剖学・生理学の講義、症例報告や筆

記試験が必要と示されている（Buckle, 2007；Lee, 2003）。しかし、日本のアロマセラピーの教育は民間の資格認定団体によるものが中心で、一定の基準が定められていない。一部の看護学のテキストにアロマセラピーの掲載があるものの、教員自身がほとんど看護基礎教育で教育を受けていない現状では、安全性を確保した看護ケアとして教育導入していくためには、知識・技術の習得の機会や情報の充実についての検討の必要がある。

【教育の条件・環境の確保ができる】に含まれる項目は、学校単位もしくは教員個人の裁量で条件や環境を整えることが可能な要因である。しかし、看護基礎教育において看護ケアとしてアロマセラピーを教育するためには、教育上の目標となる一定の基準が必要と考えるが、現状ではそれが示されていないことで、教育する側の知識・技術の習得の水準や目標を見定めることができず、教育内容を選定する上では消極的になる可能性がある。本研究の結果では、教育導入の有無に関わらず、教員全員がアロマセラピーの教育導入に関して高い学習効果への期待をもっている。また、岡田ほか（2012）は、実際に看護基礎教育でCATを学んだ学生は「大学で知る機会がなかったら活かしていけない」・「看護に活かせるCATの方法を学んだ」・「授業での学びは実技を通して体で覚えている」と語り、看護の基礎としての知識を獲得したと学生自身の学びの結果を報告している。米国のHolistic Nursing Educationに関わる教員達は、人を全体的に捉え、リフレクションとセルフケアに関わり、全人的看護と補完的な健康へのアプローチに精通するように学生を教育することの重要性を述べており（Kalb & O'Conner-Von, 2019），先行研究の教育の現状や諸外国の教育の現状などを共有する機会をもつことが、わが国のアロマセラピーの教育導入に繋がっていくことになると考える。

2021年のアロマ市場規模は3,973億円（2018年の前回調査比112%）でコロナ禍においても引き続き市場が拡大していることが示された（（公社）日本アロマ環境協会、2023）。日常生活に浸透してきているアロマセラピーを看護基礎教育で看護ケアとして学ぶことは、コミュニケーションの活用や信頼関係の構築だけでなく看護独自のホリスティックケアを学ぶ機会となり、看護の幅を広げていくことに繋がり教育内容として意義あることと考える。

## VII. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界としては、今回、回収率が非常に低かったことに加え、教育導入している教員は約1割と少数であり、教育導入していない教員の意見が大半を占めていたこと、加えて、対象者の所属する教育機関においては短期

大学と5年一貫看護師養成課程校は共に0.5%前後であり、主に看護大学と専門学校の現状を反映する結果にとどまった点である。本研究を一般化していくためには、適切なサンプリングなどの上で、回収率をあげる研究方法の検討が必要である。また、学習効果への期待値は教育導入の有無に関わらず高かったが、研究対象の約2/3を占める専門学校の教育導入率が低かったため、教育課程や教員の役割、学生数などの教育機関の特徴を踏まえた影響要因も探索することでアロマセラピーの教育導入にむけた新たな知見を得られるのではないかと考える。

## 結論

本研究は、看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育導入の実態と導入への影響要因について明らかにする目的で全国の看護師学校養成所の教員を対象として実態調査を行った。

看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育の現状として、教育導入率は全体の10.0%で、教育機関による有意差はなかったが、教員経験年数は「10年以上」、専門領域は「成人看護学」の教育導入率が有意に高かった。7割以上が必修科目の一部として教授し、約8割が演習もしくは臨地実習において教育が行われていた。しかし、看護学領域のテキストのみの活用は3割程度で、7割以上が配布資料による教材を使用し独自の教育を展開している現状があった。

また、教育導入している教員はアロマセラピーの学びの経験知が有意に高いことと実際の教育の成果により、教育導入による学習効果への期待値が「教育導入なし」の教員に比し有意に高い結果となった。

アロマセラピーの教育導入への影響要因は、促進要因は3因子、阻害要因は5因子で構成された。因子別項目ごとの平均値は、促進要因の【教育体制が整備されている】と阻害要因の全ての因子で「教育導入なし」が有意に高い結果を認めた。また、ロジスティック回帰分析の結果では促進要因の【教育体制が整備されている】と阻害要因の【教育体制が整備されていない】のORが正の方向に高く、教育導入において「教育体制の整備」に関する因子の影響度が最も高い結果として示された。

## 謝辞

本研究に御協力頂きました全国の看護師学校養成所の教育管理責任者および専任教員の皆様に心より感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文献

- 相原由花 (2021). 臨床におけるアロマセラピーの有効性. におい・かおり環境学会誌, 52(3), 149-156.
- 相原由花, 川原由佳里 (2018). 看護におけるホリスティック・アロマセラピーの意義. 看護展望, 10, 51-55.
- 相原由花, 内布敦子 (2016). アロマセラピーマッサージを看護師が臨床現場で実践するときに必要なプロセス. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 23, 47-58.
- Buckle, J. (2007). Literature review: Should nursing take aromatherapy more seriously? *British Journal of Nursing*, 16(2), 116-120.
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2018) /黒田裕子・社会福祉法人聖隸福祉事業団総合病院聖隸浜松病院看護部監訳 (2017). 看護介入分類 (NIC) 原著第7版. (p.73). 東京: エルゼビア・ジャパン株式会社.
- 一般社団法人日本看護学校協議会 (2017). 資料1 看護教員のラダー (2017. 9 日本看護学校協議会あり方検討会で決定). <https://www.nihonkango.org/report/ladder/pdf/ladder.pdf> (参照 2021年7月30日)
- 林真一郎 (2019). アロマセラピーの現状と将来展望. *Aromatopia*, NO.157, 16-19.
- Kalb, K.A., O'Conner-Von, S. (2019). Holistic nursing education: Teaching in a holistic way. *Nursing Education Perspectives*, 40(3), 162-164.
- 狩谷恭子, 関千代子, 足立妙子, 長島 緑 (2011). アロマテラピーマッサージ実施後の患者インタビューに学生が同席する意味: 臨地実習における学生の自己効力感を高める学習方法の考察. *医療保健学研究*, 2, 117-129.
- 笠井由美子, 小濱優子, 中村滋子 (2018). 看護学生のアロマハンドマッサージを用いたボランティア活動の学び (第2報) —看護学生の臨地実習の経験に着目して—. *川崎市立看護短期大学紀要*, 23(1), 35-42.
- 川島みどり (2009). 統合医療と看護. 病院, 68(11), 924-927.
- 城戸裕子 (2018). アロマセラピー活用を通しての教育的効果の検証: 看護学への導入から. *日本アロマセラピー学会誌*, 17(1), 25-32.
- 北川 恵, 江川幸二, 玉置麻実 (2009). メディカル・アロマセラピーの臨床実践経験がある看護職の問題意識. *神戸市看護大学紀要*, 13, 11-20.
- 小濱優子, 荒木こずえ, 島田祥子, 藤村真希子, 赤坂憲子, 森末真理 (2006). 看護基礎教育における代替療法の活用に関する一考察: メディカルアロマセラピーを中心として. *川崎市立看護短期大学紀要*, 11(1), 61-68.
- 小濱優子, 中村滋子 (2016). 看護学生のアロマセラピーを用いたボランティア活動の学び: 病院での患者と家族への関わりを通して. *川崎市立看護短期大学紀要*, 21(1), 39-47.
- 公益社団法人日本アロマ環境協会 (2023). 2021年アロマ市場に関する調査レポート. [https://www.aromakankyo.or.jp/pdf/news/1894/2021shijochosa\\_v7.pdf](https://www.aromakankyo.or.jp/pdf/news/1894/2021shijochosa_v7.pdf) (参照2024年1月5日)

- 公益社団法人日本看護協会 (2019). 「看護基礎教育検討会」報告書に対する日本看護協会の見解. [https://www.nurse.or.jp/nursing/4th\\_year/index.html](https://www.nurse.or.jp/nursing/4th_year/index.html) (参照2021年6月15日)
- 厚生労働省 (2019). 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (参照2023年12月28日)
- 厚生労働省 (2021). 厚生労働省『「統合医療」に係る情報発信等推進事業』(eJIM). <https://www.ejim.ncgg.go.jp/public/index.html> (参照2021年8月1日)
- Lee, C.O. (2003). Clinical aromatherapy. Part II: Safe guidelines for integration into clinical practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(5), 597-598.
- 森 幸弘, 中尾奈歩, 福田峰子, 緒形明美, 堀田清司, 松田武美 (2018). 老年看護学臨地実習における学生が認識する老年者とのコミュニケーション困難の内容と要因. *生命健康科学研究所紀要*, 14, 35-44.
- 諸橋由美子, 松井美子, 西原由美子 (2011). 授業案検討 基礎看護学において“ホリスティックケア”の何を教えるか：知識を融合させること、心で触れることを大切に. *看護教育*, 52(9), 759-765.
- 本谷久美子, 藤村朗子 (2014a). 看護系大学における補完代替療法の教育の検討：看護教育への導入に対する看護師の期待や考え. *東都医療大学紀要*, 4(1), 8-17.
- 本谷久美子, 藤村朗子 (2014b). がん患者の補完代替療法に関する看護師の認識. *日本がん看護学会誌*, 28(3), 24-29.
- 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会 補完代替医療ガイドライン作業部会 (2009). がん補完代替医療ガイドライン (第1版). 14-15.
- 西山ゆかり, 岡田朱民, 糊谷康子, 小山敦代, 中島真由美, 中島小乃美 (2013). 看護系大学における補完代替医療／療法の教育に関する研究（第2報）：各専門分野における補完代替医療／療法の導入実態. *日本統合医療学会誌*, 6(2), 51-61.
- 新田紀枝 (2008). ナースの代替療法の実施、習得状況に関する調査：ホスピス・緩和ケア病棟に勤務するナースの現状. *統合医療*, 4(1, 2合併号), 91-94.
- 岡田朱民, 西山ゆかり, 小山敦代, 中島小乃美, 田村真由美, 糊谷康子, 山田皓子 (2012). 明治国際医療大学看護学部における補完代替医療／療法の教育履修者の学び. *明治国際医療大学誌*, 7, 35-43.
- 岡田里香 (2024). 本当にここちよい看護が実践できる看護師を育てる：新設科目「安楽と癒しのケア」の取り組みと成果. *看護教育*, 65(1), 68-74.
- 定方美恵子 (2021). 医療におけるアロマセラピーの実践を目指して：看護教育の立場から. *日本アロマセラピー学会誌*, 20(1), 75-79.
- 佐藤美幸, 柿並洋子 (2014). A大学看護学生のコミュニケーションおよび行動の傾向. *宇都フロンティア大学看護学ジャーナル*, 7(1), 15-19.
- 鈴木はるみ, 飯出美枝子, 濵谷貞子 (2006). 成人看護学実習における看護学生のアロマテラピー効果. *桐生短期大学紀要*, 17, 135-140.
- 高橋裕子, 松田安弘, 山下暢子, 服部美香 (2022). 看護学教員が講義の授業設計の過程で困難を感じる活動. *日本看護学教育学会誌*, 32(3-1), 15-27.
- Takata, T., Kuramoto, M., Imamura, M., Kishida, S., Yasui, T. (2013). Differences in knowledge of and attitudes regarding complementary and alternative medicine among health care profession students in Japan. *Japanese Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 10(2), 87-97.
- 山本多香子 (2010). 周手術期実習におけるアロマセラピーを取り入れる効果. *京都市立看護短期大学紀要*, 35, 95-100.
- 山下道生, 柴藤淳子, 平林敬浩, 千葉義彦, 塩田清二, 竹ノ谷文子 (2023). 臨床現場におけるメディカルアロマセラピーの研究動向と課題：文献調査による検証. *日本アロマセラピー学会誌*, 22(1), 24-34.

〔2024年10月1日受付  
2025年8月24日採用決定〕

# Analysis of the Current Status of Aromatherapy Education in Basic Nursing Curricula and Identification of Key Influencing Factors

Miho Haruta, MD<sup>1·2</sup>, Ayako Niimi, PhD<sup>2</sup>,  
Keiko Yamaguchi, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nishichita General Hospital, Aichi, Japan

<sup>2</sup>Nihon Fukushi University, Aichi, Japan

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2026, 48(5), 681-695  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250824276>

## Abstract

**Objective:** To clarify the current status of aromatherapy integration into basic nursing education, examine nursing instructors' perceptions of its promotion, and identify related inhibiting factors. **Methods:** A web-based survey targeted 5,306 teachers involved in basic nursing education across Japan to collect their responses regarding the current status of aromatherapy integration into curricula and to assess their awareness.

**Results:** Of the 669 respondents (response rate: 12.6%), 10.0% had integrated aromatherapy into their education programs. However, regardless of whether aromatherapy had been integrated into education, expectations regarding learning outcomes were high, particularly for its role as a communication tool. Similarly high expectations were reported for the effective use of information and for fostering relationships. Overall, the primary factor promoting aromatherapy integration was "securing the conditions and environment for education," while the major hindering factor, frequently reported, was that "the position of care is unclear."

**Conclusions:** Logistic regression analysis, using the presence or absence of aromatherapy integration as the dependent variable, indicated that teachers perceived "improvement of the educational system" as the most influential factor among both facilitating and inhibiting elements.

## Key words

aromatherapy, basic nursing education, promoting factors, inhibiting factors

---

**Correspondence:** M. Haruta. Email: mu200054@n-fukushi.ac.jp

# 看護師が所属する病棟の チームアプローチと転倒・転落予防の 実践状況に対する評価の関連

吉田実和<sup>1</sup>, 堀口雅美<sup>2</sup>

<sup>1</sup>札幌市立大学看護学部, <sup>2</sup>札幌医科大学保健医療学部看護学科

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 697-708  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250418267>

## 要旨

**目的:** 病棟勤務の看護師を対象に病棟のチームアプローチと転倒・転落予防の実践状況を評価し、その関連を明らかにした。**方法:** 看護師509名にWebアンケートシステムで調査した。調査内容は基本属性、病棟のチームアプローチの実践状況と転倒・転落予防の実践状況を尋ねた。**結果:** 有効回答者数は143名、学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点と転倒・転落予防に関するカンファレンス実施における多重比較では、学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点と転倒・転落予防の実践状況得点のいずれも有意差があり、カンファレンスを定例および必要時実施群はいずれの得点も他の群より高かった。**結論:** 看護師が所属する病棟のチームアプローチの実践状況の評価と転倒・転落予防の実践状況の評価は正の相関があり、カンファレンスなど情報共有の実施が評価に関連することが示唆された。

## キーワード

転倒・転落予防、看護師、看護チーム、チームアプローチ、学際的チームアプローチ実践評価尺度

責任著者：吉田実和 Email: mi.yoshida@scu.ac.jp

## 緒 言

近年の医療施設における医療事故の件数では「療養上の世話」に関する事故が医療事故全体の31%と「治療・処置」と並んで多く（日本医療機能評価機構, 2023a），中でも「転倒」「転落」が医療事故の全報告数の中で最も多い（日本医療機能評価機構, 2023b）。転倒・転落の要因は単一ではないことから多職種で連携し、医療安全管理体制といった組織的な対策の実践が提唱されており（Registered Nurses' Association of Ontario, 2017; World Health Organization, 2008），転倒・転落予防の取り組みの例として転倒予防ワーキンググループによる介入効果（佐伯・舌間・蜂須賀, 2010）や、職種間協働による転倒予防の認識の変化（山本・宮腰, 2013a; 2013b）などが報告されている。

医療施設における転倒・転落予防は、病棟の看護チームおよび看護師以外の職種が含まれる多職種で構成されるチームとして実践されている。転倒・転落予防の実践状況の評価には、転倒・転落リスク要因のアセスメント、転倒・転落予防の実施とその評価、さらに看護チーム内や多職種で構成されるチームにおける情報共有について目を向ける必要がある。多職種連携については、職種間の意識の

違いが連携の阻害要因となること、また連携を促進するには看護師以外の職種が看護チームの申し送りに参加できるといった連携を支援する組織体制が必要であると報告されている（牧野・加藤・正源寺・関井・浅川, 2017）。したがって、多職種チームのチームアプローチに対する評価は、どのような組織体制をとっているのかによって異なることが推察される。

入院患者にとってリスクとなる転倒・転落の予防は、主に病棟看護師が担っている。リスク感性の特徴について、岩本・内海・細原・孝壽（2014）は臨床現場の変化や曖昧さを感じ取り、専門職者としての自覚をもって医療安全行動を確実に実施することとし、必要な要素に「チーム医療を認識した行動」があると示している。つまり、転倒・転落予防の実践には、チーム医療を認識することが必要であると言える。この岩本ほか（2014）の研究はチームにおける個人の評価や行動であるが、個人の状況はチームの状況に直結するとは限らない。そこで、本研究では看護師自身が所属するチームが協働・連携できているか、つまりチームアプローチの実践について看護師がどのように評価しているのか、そして、チームが行っている転倒・転落予防の実践を看護師がどのように評価しているのかに焦点を当て

た。また、転倒・転落予防に関わる多職種チームのあり方が組織によって異なることから、まず病棟で転倒・転落予防を日常一緒に実践している看護チームの実践状況に焦点を当て、次に多職種で構成されるチームに拡大するというように、段階的な検討が必要なのではないかと考えた。

以上より、本研究では医療事故のうち療養上の世話で最も件数の多い転倒・転落の予防と看護チームという点に着目し、所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況に対する評価と転倒・転落予防の実践状況の評価との関連を明らかにした。チームアプローチの実践状況の評価と転倒・転落予防の実践状況の評価の関連を検討することにより、チームアプローチへの働きかけが有効であるかという点に関して、転倒・転落予防の充実を図るために基礎資料を得ることができる。また、看護チームの実践状況を検討することにより、今後多職種で構成されるチームアプローチを検討するための示唆を得た。

## I. 研究目的

病棟に勤務する看護師を対象に、看護師が所属する病棟におけるチームアプローチと転倒・転落予防の実践状況を評価し、その関連を明らかにすることを目的とした。

## II. 本研究の概念枠組み

本研究では、看護師が所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況に対する評価と転倒・転落予防の実践状況の評価の関連を検討した。概念枠組みを図1に示した。チームアプローチの実践状況に対する評価が高ければ、転倒・転落予防の実践状況は高くなる、反対に転倒・転落予防の実践状況が高ければ、チームアプローチの実践状況に対する評価は高くなるという双方向性が予測された。また、所属する病棟における看護チームの基本属性を背景要

因とし、所属する病棟のチームアプローチの実践状況に対する評価との関連および転倒・転落予防の実践状況の評価との関連を検討した。仮説を「学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点と所属する病棟における転倒・転落予防の実践状況得点は正の相関がある」とした。

## III. 用語の操作的定義

**転倒・転落予防**：医療者が転倒・転落を未然に防ぐこととし、転倒・転落による傷害を軽減することも含めた。内容は転倒・転落リスクアセスメントとそれに基づく対策の実施および評価とした。

**看護チーム**：同じ病棟で働く看護師の集団とした。

**チームアプローチ**：菊地（2004）の定義に基づき、チームメンバーである専門職が課題を達成するために主体的に関与し、協働・連携のもとに行われる支援活動とした。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

Webアンケートシステムを使用した横断的観察研究。

### 2. 研究対象者

約900床の特定機能病院1施設に勤務する看護師を対象とした。NICU・GCU病棟と病棟以外の部署に勤務している看護師、看護師長および副師長の職位にある看護師、長期休暇等の看護師を除く509名を対象とした。

### 3. 調査期間

2020年10月15日から2020年10月31日まで。

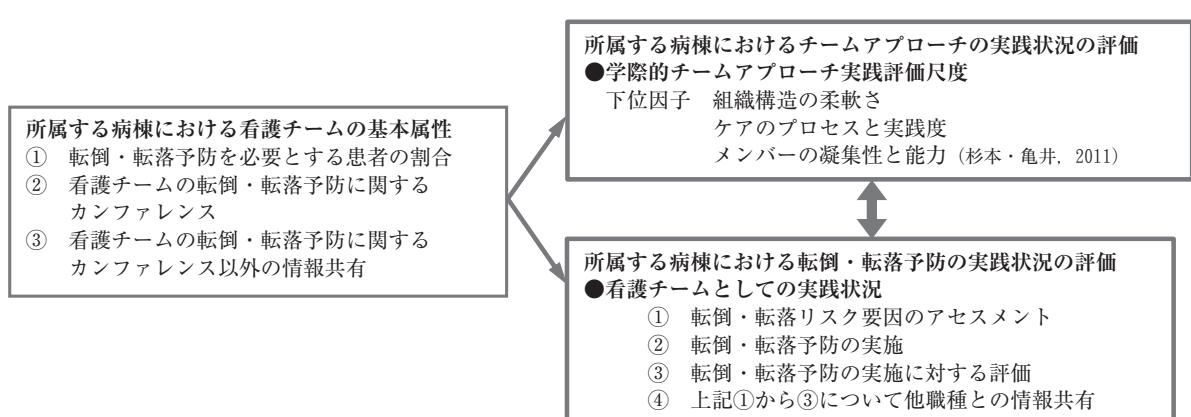


図1 本研究の概念枠組み

#### 4. 調査方法

対象施設の看護部を通じ、研究対象者がいる部署宛に説明文書を509部配布した。Webアンケートシステム（フォームメーカー®）を使用した無記名自記式調査とし、研究対象者には指定した期日までにWebアンケートシステムの回答フォームに回答を依頼した。

#### 5. 調査内容

##### (1) 研究対象者の基本属性

年齢、看護師経験年数、および所属する病棟における経験年数と転倒・転落予防の活動に関わる役割を選択式で尋ねた。転倒・転落予防の活動に関わる役割は、所属する病棟において転倒・転落予防の係活動などを行っているかを尋ねた。

##### (2) 所属する病棟における看護チームの基本属性

基本属性として転倒・転落予防を必要とする患者の割合、看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス、および看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有について回答日からさかのぼって3か月間の状況を選択式で尋ねた。入院患者で転倒・転落予防を必要とする患者の割合を、「25%未満」「25%以上50%未満」「50%以上75%未満」「75%以上」の中から、看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンスについては、「なし」「定例カンファレンスのみあり」「必要時のみカンファレンスあり」「定例および必要時カンファレンスあり」から、看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有については、「全く実施していない」「あまり実施していない」「おおむね実施している」「常に実施している」から1つ選択とした。なお、情報共有とは、電話や対面による直接的な双方向の情報のやりとりとした。

##### (3) 所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況の評価

杉本・亀井（2011）が開発した学際的チームアプローチ実践評価尺度を用いて評価した。この評価尺度は、「組織構造の柔軟さ」「ケアのプロセスと実践度」「メンバーの凝集性と能力」の3因子構造32項目で構成され、回答者が所属する組織について質問する。回答形式は「全くそう思わない」（0点）、「そう思わない」（1点）、「そう思う」（2点）、「とてもそう思う」（3点）の4件法である。本評価尺度の使用に際し杉本知子氏に使用許諾を得た。

##### (4) 所属する病棟における転倒・転落予防の実践状況の評価

所属する病棟における転倒・転落予防の実践状況を看護チームを主とした実践状況として、①転倒・転落リスク要因のアセスメント、②転倒・転落予防の実施、③転倒・転

落予防の実施に対する評価、④前述①から③について他職種との情報共有で評価した。回答は4件法で「全く実践していない」（0点）、「あまり実践していない」（1点）、「おおむね実践している」（2点）、「常に実践している」（3点）とし、4項目の合計点を「転倒・転落予防の実践状況得点」とした。

#### 6. 分析方法

記述統計の後、学際的チームアプローチ実践評価尺度は探索的因子分析を行いCronbachの $\alpha$ 係数を求めた。学際的チームアプローチ実践評価尺度は、介護福祉施設の職員を対象に信頼性・妥当性を検証している（杉本・亀井、2011）。本研究では病院に勤務する看護師のみを対象に適用しており、対象とする集団が異なることから杉本・亀井（2011）が確証的因子分析で検証した下位因子の各5項目、計15項目について探索的因子分析を行い構成概念妥当性について検証した。そして、学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点と転倒・転落予防の実践状況得点はSpearmanの順位和検定を行った。看護チームの基本属性と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点はKruskal-Wallis検定後、Dunn検定を行った。有意水準は5%とした。データの分析には統計解析ソフトウェアIBM SPSS Statistics ver. 22を使用した。

#### 7. 倫理的配慮

本研究は、札幌医科大学倫理委員会による承認を受けて実施した（承認番号2-1-36）。Webアンケートシステムによる回答は無記名かつ、回答者のメールアドレスを取得しない設定として個人が特定されないようにした。研究対象者に研究説明書を読んでもらい、調査への協力に同意する場合にのみWebアンケートシステムの回答フォームにアクセスしてもらった。回答フォームには研究協力への同意の可否に回答する項目を設け、同意を確認した。

## V. 結 果

### 1. 回答率と研究対象集団の概要

回答者数は144名で、回答率は28.3%であった。学際的チームアプローチ実践評価尺度の回答すべて0点と回答した1名を除外し、分析対象とした有効回答者数は143名、有効回答率は28.1%であった。

研究対象者の基本属性を表1に示した。年齢は20代の67名（46.9%）が最も多かった。看護師経験年数（通算）の範囲は1年未満から37年で、中央値は8.0年、最も多いのは15年以上の43名（30.1%）であった。所属する病棟の経験年数（通算）の範囲は1年未満から15年で、中央値

は4.0年、最も多いのは1年以上5年未満の56名（39.2%）で、5年未満までが78名（54.5%）であった。

看護チームの基本属性を表2に示した。転倒・転落予防を必要とする患者の割合は、「75%以上」が52名（36.4%）と最も多かった。看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンスは、「必要時のみカンファレンスあり」が86名（60.1%）と最も多く、123名（86.0%）が定例か必要時かは問わず、看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンスを実施していると回答していた。看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有は、「おおむね実施している」が87名（60.8%）で最も多く、112名（78.3%）は看護チーム内で転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有を行っていると回答していた。

## 2. 学際的チームアプローチ実践評価尺度の因子分析

KMO測度は.91、Bartlettの球面性検定では $p < .001$ で、因子分析を行う妥当性が確認できた。探索的因子分析の結果を表3に示した。固有値1以上が3因子となり、因子負荷量は.35から.87の範囲であった。第1因子は「メンバーの凝集性と能力」で4項目が該当した。第2因子は「ケアのプロセスと実践度」で6項目が該当し、第3因子は「組織構造の柔軟さ」で5項目が該当した。第3因子の「組織構造の柔軟さ」は杉本・亀井（2011）が開発した尺度通りの分類となったが、「ケアのプロセスと実践度」に「メンバーの凝集性と能力」の1項目が含まれた。1項目を除き因子負荷量が.4以上を示していることから構成概念妥当性についてはおおむね得られた。また、Cronbachの $\alpha$ 係数は、第1因子「メンバーの凝集性と能力」が $\alpha = .87$ 、第

表1 研究対象者の基本属性

項目	選択肢	n	( % )	n=143
年齢	20代	67	( 46.9 )	
	30代	34	( 23.8 )	
	40代	26	( 18.2 )	
	50代	16	( 11.1 )	
	60代	0	( 0 )	
看護師経験年数（通算）	1年未満	9	( 6.2 )	
	1年以上5年未満	36	( 25.2 )	
	5年以上10年未満	33	( 23.1 )	
	10年以上15年未満	22	( 15.4 )	
	15年以上	43	( 30.1 )	
所属病棟の経験年数（通算）	1年未満	22	( 15.4 )	
	1年以上5年未満	56	( 39.2 )	
	5年以上10年未満	52	( 36.4 )	
	10年以上15年未満	12	( 8.4 )	
	15年以上	1	( 0.6 )	
転倒・転落予防活動の役割	あり	43	( 30.1 )	
	なし	100	( 69.9 )	

表2 所属する病棟における看護チームの基本属性

項目	選択肢	n	( % )	n=143
転倒・転落予防を必要とする患者の割合	25%未満	16	( 11.1 )	
	25%以上50%未満	31	( 21.7 )	
	50%以上75%未満	44	( 30.8 )	
	75%以上	52	( 36.4 )	
転倒・転落予防に関するカンファレンス	なし	20	( 14.0 )	
	定例カンファレンスのみあり	8	( 5.6 )	
	必要時カンファレンスあり	86	( 60.1 )	
	定例および必要時カンファレンスあり	29	( 20.3 )	
転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有	全く実施していない	3	( 2.1 )	
	あまり実施していない	28	( 19.6 )	
	おおむね実施している	87	( 60.8 )	
	常に実施している	25	( 17.5 )	

2因子「ケアのプロセスと実践度」が $\alpha = .84$ , 第3因子「組織構造の柔軟さ」が $\alpha = .83$ を示し, 各因子で.8以上を示し内的一貫性が確保されていることが確認された。

### 3. 学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および下位因子得点と転倒・転落予防の実践状況得点の相関関係

#### (1) 学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および下位因子得点

学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点は非正規分布で, 合計点の範囲は45点から96点, 中央値は63.0点, 第一四分位は58.0点, 第三四分位は70.0点であった。

学際的チームアプローチ実践評価尺度の下位因子得点についても非正規分布で, 「組織構造の柔軟さ」の範囲は15点から39点で, 中央値は25.0点, 「ケアのプロセスと実践度」の範囲は15点から33点で, 中央値は22.0点, 「メンバーの凝集性と能力」の範囲は8点から24点で, 中央値は16.0点であった。

#### (2) 転倒・転落予防の実践状況得点

転倒・転落予防の実践状況得点は二峰性を示した。範囲は4点から12点で, 中央値は9.0点, 第一四分位は7.0点, 第三四分位は10.0点であった。なお, 転倒・転落予防の実践状況の評価項目は標準化された尺度ではないため, 内的

一貫性を確認する目的でCronbachの $\alpha$ 係数を算出したところ,  $\alpha = .78$ を示し受容可能な内的一貫性が認められた。

#### (3) 学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および

#### 下位因子得点と転倒・転落予防の実践状況得点の相関分析

学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点と転倒・転落予防の実践状況得点の散布図を図2に示した。Spearmanの順位和検定の結果, 相関係数は $\rho = .48$  ( $p < .001$ ) で, 正の相関が認められた。

同じく, 学際的チームアプローチ実践評価尺度の下位因子得点と転倒・転落予防の実践状況得点の相関についてはいずれも $p < .001$ で, 相関係数は「組織構造の柔軟さ」 $\rho = .41$ , 「ケアのプロセスと実践度」 $\rho = .43$ , 「メンバーの凝集性と能力」 $\rho = .46$ で正の相関が認められた。

### 4. 所属する病棟における看護チームの基本属性と, 学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点の比較

看護チームの基本属性のうち, 「転倒・転落予防を必要とする患者の割合」の比較結果を表4に, 「看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス」の比較結果を表5に, 「看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレン

表3 学際的チームアプローチ実践評価尺度の因子分析

項目	(先行研究の因子名)	因子			Cronbach $\alpha$
		第1因子 メンバーの 凝集性と能力	第2因子 ケアのプロ セスと実践度	第3因子 組織構造の 柔軟さ	
<b>第1因子：メンバーの凝集性と能力</b>					
チームの理念を認識している	(メンバーの凝集性と能力)	.87	.02	-.08	
チームの目標を共通理解している	(メンバーの凝集性と能力)	.85	-.10	.08	.87
チームの目標に価値を感じている	(メンバーの凝集性と能力)	.81	.11	-.11	
チームには一体感があると感じている	(メンバーの凝集性と能力)	.72	-.12	.14	
<b>第2因子：ケアのプロセスと実践度</b>					
根拠に基づいてケアを実践している	(ケアのプロセスと実践度)	-.03	.75	-.04	
ケアの手順の見直しをしている	(ケアのプロセスと実践度)	-.19	.71	.06	
達成可能な目標を立てている	(ケアのプロセスと実践度)	.07	.60	.10	.84
目標の達成度を評価している	(ケアのプロセスと実践度)	.21	.54	.10	
専門性に適した役割を遂行している	(メンバーの凝集性と能力)	.28	.48	-.02	
ケアの内容を評価している	(ケアのプロセスと実践度)	.32	.44	-.05	
<b>第3因子：組織構造の柔軟さ</b>					
チームを改革するための意見の発言が認められている	(組織構造の柔軟さ)	.11	-.07	.72	
少数意見であっても傾聴している	(組織構造の柔軟さ)	-.11	.14	.69	
ケアの方針の決定のための自由な発言が認められている	(組織構造の柔軟さ)	-.06	.03	.69	.83
メンバー同士がケアへの貢献を尊重しあっている	(組織構造の柔軟さ)	.28	.02	.56	
問題状況に応じてメンバーを柔軟に取り入れながら活動している	(組織構造の柔軟さ)	.34	.04	.35	
<b>因子相関行列</b>					
メンバーの凝集性と能力		1.00	.70	.72	-
ケアのプロセスと実践度		.70	1.00	.65	-
組織構造の柔軟さ		.72	.65	1.00	-

$n=143$  因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法  
因子負荷量 .35以上のものを太字表記した

ス以外の情報共有」の比較結果を表6に示した。

#### (1) 転倒・転落予防を必要とする患者の割合（表4）

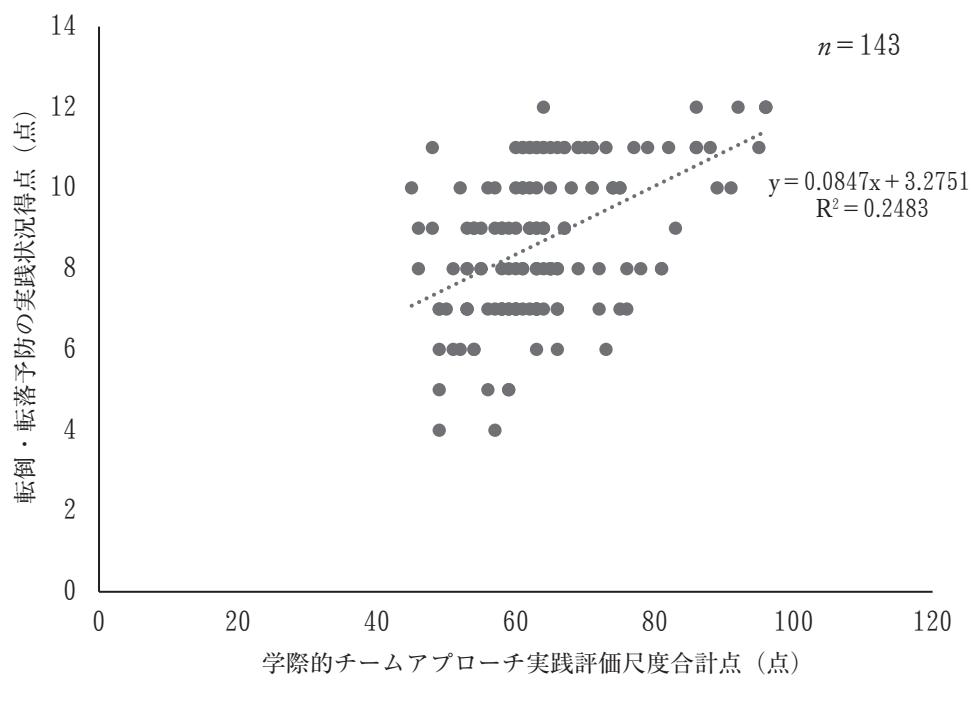
転倒・転落予防を必要とする患者の割合を「25%未満」群、「25%以上50%未満」群、「50%以上75%未満」群、「75%以上」群の4群に分類し、学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点について比較するため、それぞれ Kruskal-Wallis 検定を行ったところ、いずれも有意な差は認められなかった。

同様に学際的チームアプローチ実践評価尺度の下位因子得点についても検定を行ったが、転倒・転落予防を必要と

する患者の割合の違いによる有意な差は認められなかった。

#### (2) 看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス（表5）

看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンスについて、「定例カンファレンスのみあり」の回答者数が8名であったため、「必要時のみカンファレンスあり」と統合して「定例または必要時カンファレンスあり」群とした。すなわち、「カンファレンスなし」群、「定例または必要時カンファレンスあり」群、「定例および必要時カンファレンスあり」群の3群に分類し、学際的チームアプローチ実



Spearmanの順位相関係数  $\rho = .48$   $p < .001$   
学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点の範囲：45-96  
転倒・転落予防の実践状況得点の範囲：4-12

図2 所属する病棟における学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点と転倒・転落予防の実践状況得点の散布図

表4 転倒・転落予防を必要とする患者の割合と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点、転倒・転落予防の実践状況得点の比較

項目	転倒・転落予防を必要とする患者の割合												$P$	
	25%未満 (n=16)			25%以上50%未満 (n=31)			50%以上75%未満 (n=44)			75%以上 (n=52)				
	第一四分位 (中央値)	第二四分位 (中央値)	第三四分位 (中央値)	第一四分位 (中央値)	第二四分位 (中央値)	第三四分位 (中央値)	第一四分位 (中央値)	第二四分位 (中央値)	第三四分位 (中央値)	第一四分位 (中央値)	第二四分位 (中央値)	第三四分位 (中央値)		
学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点	53.0	60.5	65.5	58.0	62.0	66.0	59.0	63.0	70.0	57.5	63.0	74.0	.407	
下位因子得点														
組織構造の柔軟さ	21.0	24.5	27.0	23.0	25.0	27.0	23.0	25.0	27.0	23.0	25.0	28.0	.823	
ケアのプロセスと実践度	20.0	21.5	22.5	21.0	22.0	23.0	21.0	22.0	24.5	20.0	22.5	28.0	.246	
メンバーの凝集性と能力	12.0	15.5	16.0	14.0	16.0	16.5	14.0	16.0	17.0	14.0	16.0	18.0	.311	
転倒・転落予防の実践状況得点	7.0	7.5	9.0	7.0	9.0	10.0	7.0	9.0	11.0	7.5	9.0	11.0	.088	

Kruskal-Wallis 検定,  $n = 143$   
有意水準は .05

践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点を比較するため、それぞれKruskal-Wallis検定を行った。学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点 ( $p < .001$ )、転倒・転落予防の実践状況得点 ( $p < .001$ ) のいずれも有意な差が認められ、どの群に差があるか調べるために多重比較を行った。

学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点における多重比較では、「定例および必要時カンファレンスあり」群と「カンファレンスなし」群および「定例または必要時カンファレンスあり」群に有意差が認められた（「カンファレンスなし」群  $p < .001$ 、「定例または必要時カンファレンスあり」群  $p = .001$ ）。「定例および必要時カンファレンス

あり」群は「カンファレンスなし」群および「定例または必要時カンファレンスあり」群よりも、学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点が高かった。転倒・転落予防の実践状況得点における多重比較でも、「定例および必要時カンファレンスあり」群と「カンファレンスなし」群および「定例または必要時カンファレンスあり」群に有意差が認められた（「カンファレンスなし」群  $p = .003$ 、「定例または必要時カンファレンスあり」群  $p < .001$ ）。「定例および必要時カンファレンスあり」群は「カンファレンスなし」群および「定例または必要時カンファレンスあり」群よりも、転倒・転落予防の実践状況得点が高かった。

表5 看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンスと学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点、転倒・転落予防の実践状況得点の比較

項目	看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス												$p$	多重比較の項目	$p^*$			
	なし (n=20)			定例または必要時あり (n=94)			定例および必要時あり (n=29)											
	第一四分位	第二四分位	第三四分位	第一四分位	第二四分位	第三四分位	第一四分位	第二四分位	第三四分位									
	(中央値)			(中央値)			(中央値)											
学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点	51.5	57.0	63.5	58.0	62.5	66.0	64.0	72.0	83.0	<.001	なし - 定例または必要時	.177	なし - 定例および必要時	<.001	定例または必要時 - 定例および必要時	.001		
下位因子得点																		
組織構造の柔軟さ	21.0	23.5	25.5	23.0	25.0	27.0	25.0	29.0	33.0	<.001	-	-						
ケアのプロセスと実践度	18.5	21.0	22.5	21.0	22.0	23.0	22.0	25.0	29.0	.001	-	-						
メンバーの凝集性と能力	12.0	14.0	16.5	14.0	16.0	16.0	16.0	18.0	21.0	<.001	-	-						
転倒・転落予防の実践状況得点	6.5	8.0	10.0	7.0	8.0	10.0	9.0	11.0	11.0	<.001	なし - 定例または必要時	1.000	なし - 定例および必要時	.003	定例または必要時 - 定例および必要時	<.001		

Kruskal-Wallis検定、多重比較法はDunn検定、 $n = 143$

\*調整済み有意確率 有意水準は .05

表6 看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点、転倒・転落予防の実践状況得点の比較

項目	看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有												$p$	多重比較の項目	$p^*$			
	実施していない (n=31)			おおむね実施している (n=87)			常に実施している (n=25)											
	第一四分位	第二四分位	第三四分位	第一四分位	第二四分位	第三四分位	第一四分位	第二四分位	第三四分位									
	(中央値)			(中央値)			(中央値)											
学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点	53.5	58.0	62.0	59.0	63.0	69.5	62.0	67.0	86.0	<.001	実施していない - おおむね実施	.002	実施していない - 常に実施	<.001	おおむね実施 - 常に実施	.239		
下位因子得点																		
組織構造の柔軟さ	21.5	24.0	25.0	23.0	25.0	27.0	24.0	27.0	33.0	.001	-	-						
ケアのプロセスと実践度	19.0	21.0	22.0	21.0	22.0	24.0	22.0	23.0	29.0	<.001	-	-						
メンバーの凝集性と能力	12.0	14.0	16.0	14.0	16.0	17.0	15.0	16.0	21.0	.001	-	-						
転倒・転落予防の実践状況得点	7.0	7.0	8.5	8.0	9.0	10.0	9.0	11.0	11.0	<.001	実施していない - おおむね実施	.006	実施していない - 常に実施	<.001	おおむね実施 - 常に実施	.005		

Kruskal-Wallis検定、多重比較法はDunn検定、 $n = 143$

\*調整済み有意確率 有意水準は .05

### (3) 看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有（表6）

看護チームの転倒・転落予防に関するカンファレンス以外の情報共有について、「全く実施していない」の回答者数が3名であったため、「あまり実施していない」と統合して「実施していない」群とした。すなわち、「実施していない」群、「おおむね実施している」群、「常に実施している」群の3群に分類し、学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点を比較するため、それぞれKruskal-Wallis検定を行った。学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点 ( $p<.001$ )、転倒・転落予防の実践状況得点 ( $p<.001$ ) のいずれも有意な差が認められ、どの群に差があるか調べるため多重比較を行った。

学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点における多重比較では、「実施していない」群と「おおむね実施している」群および「常に実施している」群に有意差が認められた（「おおむね実施している」群  $p=.002$ 、「常に実施している」群  $p<.001$ ）。「実施していない」群は「おおむね実施している」群および「常に実施している」群よりも学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点が低かった。転倒・転落予防の実践状況得点における多重比較では、すべての群間に有意差が認められた（「実施していない」群と「おおむね実施している」群  $p=.006$ 、「実施していない」群と「常に実施している」群  $p<.001$ 、「おおむね実施している」群と「常に実施している」群  $p=.005$ ）。転倒・転落予防の実践状況得点は「実施していない」群よりも「おおむね実施している」群の方が高く、また、「おおむね実施している」群よりも「常に実施している」群の方が高かった。

## 5. 研究対象者の年齢と学際的チームアプローチ実践評価

### 尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点の比較

研究対象者の年齢と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点との比較結果について、20代と50代は、30代・40代と比較して中央値、第一・第三四分位が高かったが、研究対象者の年齢と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点とのKruskal-Wallis検定による比較では、有意差はみられなかった ( $p=.052$ )。同様に転倒・転落予防の実践状況得点とのKruskal-Wallis検定による比較においても、有意差は認められなかった ( $p=.101$ )。

## 6. 看護師経験年数と学際的チームアプローチ実践評価尺

### 度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点の相関

看護師経験年数と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点はSpearmanの順位和検定の結果、有意な相関は

認められなかった ( $p=.319$ )。また、看護師経験年数と転倒・転落予防の実践状況得点についても Spearmanの順位和検定の結果、有意な相関は認められなかった ( $p=.529$ )。

## VII. 考 察

本研究では、学際的チームアプローチ実践評価尺度を用いて所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況に対する評価を行い、転倒・転落予防の実践状況の評価との関連を検討した。所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況に対する評価と転倒・転落予防の実践状況の評価には有意な正の相関がみられ、仮説は採択された。以下、研究対象集団の特徴、学際的チームアプローチ実践評価尺度の適用、所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況の評価と転倒・転落予防の実践状況に対する評価の関連および看護チームの基本属性との比較について考察する。

### 1. 研究対象集団の特徴

研究対象集団は約半数が20代であり、看護師経験年数5年未満までが31.5%であった。佐々木（2012）は、リスク感性の評価と年齢および看護師経験年数との相関はほとんどなかったと報告している（年齢  $r=.06$ 、経験年数  $r=.08$ 、いずれも  $p<.05$ ）。本研究でも、年齢によるチームアプローチの実践状況の評価および転倒・転落予防の実践状況の評価に有意差はなく、看護師経験年数と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点とは相関は認められなかった。このことから、年齢や看護師経験年数はチームアプローチの実践状況の評価や転倒・転落予防の実践状況の評価に関連はないと考える。杉本・亀井（2011）は専門職の経験期間が1年未満の者は他の者よりも学際的チームアプローチ実践評価尺度の平均が有意に高く、管理職の平均は有意に低かったと報告しており、専門職としての経験が豊富な者は経験が浅い者と比べて自分を取り巻く環境に目を向けることができているため、尺度の得点が低くなったと杉本・亀井は推測している。本研究では看護師経験年数が1年未満の者が9名と少数であったため1年未満に着目した分析は行っておらず、この点については不明である。しかしながら、学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点の中央値が20代と50代が30代・40代より高かったのは、転倒・転落予防の実践状況得点が二峰性を示したことと関係している可能性があるため、今後年齢との関係を分析する必要があると考える。

## 2. 看護師のみの集団への学際的チームアプローチ実践評価尺度の適用について

本研究で使用した学際的チームアプローチ実践評価尺度は、介護福祉施設の職員を対象に信頼性・妥当性を検証している（杉本・亀井, 2011）。本研究では病院に勤務する看護師のみを対象に適用しており、対象とする集団が異なることから探索的因子分析を行った。その結果、杉本・亀井（2011）の結果と同様に3因子構造を示し、構成概念妥当性がおおむね得られた。また、Cronbachの $\alpha$ 係数は各因子で.8以上を示し内の一貫性が確保されていることが確認され、学際的チームアプローチ実践評価尺度は看護師のみの集団にも適用できることが示唆された。本研究の結果は、医療施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度の適用について1つの指標になるものと考える。

## 3. 看護師が所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況の評価と転倒・転落予防の実践状況の評価との関連および看護チームの基本属性との比較

所属する病棟における学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点と転倒・転落予防の実践状況得点は正の相関が認められた。病院における転倒・転落は患者の自立した行動に伴って発生する場合もあり、発生の予測は難しい。看護師は患者の転倒・転落リスクに応じて適宜観察やアセスメントを行い、それらの情報を看護チームでタイムリーに共有し連携することが求められている。認知症高齢者の転倒予防に関する研究では、看護職も介護職も「スタッフ同士の連携・伝達」がとても必要と回答している（杉山・湯浅, 2014）。本研究において、チームアプローチの実践状況の評価と転倒・転落予防の実践状況の評価が有意な正の相関になった理由として、日頃から看護チームで情報共有と連携ができており、転倒・転落予防が実践できていたと考える。

まず、本研究で転倒・転落予防を必要とする患者の割合が「75%以上」が最も多く、また転倒・転落予防を必要とする患者の割合と学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点とは有意な差が認められなかった。このことは、転倒・転落予防を必要とする患者の割合に関係なく転倒・転落予防が実践できていたと言え、アセスメントによる転倒・転落の高リスク患者のスクリーニング、計画立案、ケアの実施というプロセスが習慣化されていると考える。これは、チームアプローチである根拠に基づいたケアのプロセスとその協働的な実践成果を評価する「ケアのプロセスと実践度」と言える。

また、看護チームでの情報共有の方法にカンファレンスがある。本研究では研究対象者の約86%は転倒・転落予防に関するカンファレンスを定例または必要時に実施してお

り、約78%はカンファレンス以外の電話や対面といった直接的な方法での情報共有を行っていたことから、転倒・転落予防に関する情報共有を看護チームで実施している状況が伺えた。転倒・転落予防に関するカンファレンスを定例と必要時の両方実施している看護チームでは、カンファレンスを実施していない看護チーム、定例または必要時のみ実施している看護チームよりも学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点の中央値が有意に高かった。したがって、カンファレンスを密に実施することは、看護チーム内で患者の情報が十分に共有され、転倒・転落予防ケアに活かされていることが推察される。そして、カンファレンス以外の情報共有を実施していない看護チームでは、実施している看護チームよりも学際的チームアプローチ実践評価尺度合計点および転倒・転落予防の実践状況得点の中央値が有意に低かった。転倒・転落リスクがある患者については、観察した情報を看護チームでタイムリーに共有しないと援助が遅れ、転倒・転落につながる。カンファレンスや情報共有の実施は、チームアプローチであるチームの目標理解やチームメンバーの結束状態を表す「メンバーの凝集性と能力」を反映していると考える。これらのことから、転倒・転落予防に関するカンファレンスおよびカンファレンス以外の情報共有の実施が、チームアプローチの実践状況の評価を高め、それが転倒・転落予防の実践状況の向上に寄与すると考える。

急性期病院の看護師を対象にした転倒の発生と予防に影響する要因の研究では、勤務交代がある看護師は患者の流動的な情報について共有不足となりやすいことを指摘しており、看護記録など文字による情報があつても、定期的なカンファレンスやタイムリーなコミュニケーションによって情報を共有することが重要だと述べている（犬飼・兵藤, 2013）。本研究の結果からも、所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況の評価および転倒・転落予防の実践状況の評価に関する要因として転倒・転落予防に関するカンファレンスやそれ以外の情報共有があることが示唆された。田村（2018）はカンファレンスにおいて「参加者の十分な納得のもとで合意形成が行われた意思決定であれば、その後の行動はチームで一貫したものになる」と述べている。また、効果的なカンファレンスの成果の一側面にチームメンバーの関係性の向上を挙げている（田村, 2018）。転倒・転落予防に関するカンファレンスの在り方や情報共有の方法、共有する内容によって、チームアプローチの向上や、チームでの一貫した転倒・転落予防の実施につながると考える。したがって、チームアプローチの実践状況の評価と転倒・転落予防の実践状況の評価に正の相関があったことは、日頃からカンファレンスや対面で情

報共有を行うなどチームアプローチに働きかけることで、転倒・転落予防の実践力の向上につながると考える。

牧野ほか（2017）は転倒・転落予防において看護職間の連携は行っているが、他職種との情報共有不足や連携が必要と思う機会などに職種間での認識の違いを報告している。したがって、本研究結果を踏まえて多職種チームでのチームアプローチに広げ、多職種間でのカンファレンスや情報共有の方法、具体的な内容との関連について今後検討していくことが転倒・転落予防への一助になると考えられる。

#### 4. 研究の限界と今後の課題

本研究は対象を1施設の病院に勤務する看護師としていること、また有効回答率が28.1%であり、得られた結果を一般化することには限界がある。

学際的チームアプローチ実践評価尺度を用いて把握できる内容は、所属する組織におけるチームアプローチの実践状況を評価者がどのように認識しているかに限定される。また、転倒・転落予防の実践状況の評価項目については、受容可能な内的一貫性は認められたが、標準化された尺度ではないこと、本研究は横断調査で転倒・転落予防の実践状況は回答日時点の回答者の認識による評価であり実際の実践状況との関連は分析していないことから、必ずしも実際を反映できていない点に限界がある。

本研究では病棟ごとに分けた分析は行っていないため、あくまで個人からみたチームの評価となっている。今後、チームレベルの評価とチーム内の個人の評価を弁別して分析する必要がある。

本研究の結果を踏まえ、多職種で構成されるチームアプローチについて検討をしていくことが今後の課題となる。

#### 結論

本研究は病院に勤務する看護師509名を対象にWebアンケートシステムを使用した調査を行い、143名を分析対象として所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況に対する評価と転倒・転落予防の実践状況の評価との関連を検討した。同時に、所属する病棟における看護チームの基本属性とチームアプローチの実践状況の評価および転倒・転落予防の実践状況の評価との比較を行った。その結果、所属する病棟におけるチームアプローチの実践状況に対する評価と転倒・転落予防の実践状況の評価には、有意な正の相関があった。また、チームアプローチの実践状況の評価および転倒・転落予防の実践状況の評価に関連する要因として、転倒・転落予防に関するカンファレンスなどの情報共有の実施があり、定例および必要時のカンファレンスの実施や、カンファレンス以外の情報共有を実施して

いると、チームアプローチの実践状況の評価および転倒・転落予防の実践状況の評価が高いことが示唆された。

#### 謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき調査にご協力いただいた、研究対象施設の看護部の方々、ならびに研究対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、札幌医科大学大学院保健医療学研究科修士論文として提出した内容の一部であり、日本看護研究学会第47回学術集会において内容の一部を発表した。

#### 利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

#### 研究助成情報

本研究は札幌医科大学学術振興事業教育研究事業による学術助成金の交付（プロジェクトCD：2000170）と、札幌医科大学大学院保健医療学研究科運営費によって行われた。

#### 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

- 犬飼智子、兵藤好美（2013）。急性期病院における転倒の発生と予防に影響する要因。日本看護研究学会雑誌, 36(4), 55-64。
- 岩本真紀、内海知子、細原正子、孝壽香織（2014）。リスク感性に必要なコンピテンシー要素の明確化。香川県立保健医療大学雑誌, 5, 15-22。
- 菊地和則（2004）。多職種チームのコンピテンシー：インディビデュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理。社会福祉学, 44(3), 23-31。
- 牧野真弓、加藤真由美、正源寺美穂、関井愛紀子、浅川康吉（2017）。回復期リハビリテーション病棟の転倒予防における職種間の意識の違い及び多職種連携に関する促進要因と阻害要因。看護実践学会誌, 30(1), 32-45。
- 日本医療機能評価機構（2023年6月29日a）。医療事故情報収集等事業2022年年報。https://www.med-safe.jp/pdf/year\_report\_2022.pdf（参照2023年8月24日）
- 日本医療機能評価機構（2023年6月29日b）。医療事故情報収集・分析・提供事業2022年1月～12月（2022年年報分）参加登録医療機関からの報告（報告月に基づいた集計）。YA-65-C事故の内容×事故の程度、https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2022/TTL260\_YA-65-C.html（参照2023年8月24日）
- Registered Nurses' Association of Ontario（2017）。Preventing falls and reducing injury from falls, Fourth edition. Best practice guidelines. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL\_PREVENTION\_WEB\_1207-17.pdf（参照2023年8月24日）
- 佐伯 覚、舌間秀雄、蜂須賀研二（2010）。当院における転倒・転落

- 落予防の取り組み：転倒予防ワーキンググループによる介入の効果. 日本職業・災害医学会会誌, 58(4), 184-189.
- 佐々木真由美 (2012). 看護師のリスク感性と看護実践能力・臨床経験の関連の検証：看護実践能力尺度を用いて比較検討. 国立病院機構長崎医療センター医学雑誌, 13, 32-39.
- 杉本知子, 亀井智子 (2011). 高齢者ケア施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度の開発：信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 31(4), 14-23.
- 杉山智子, 湯浅美千代 (2014). 認知症高齢者の転倒予防に関する看護職・介護職の認識. 医療看護研究, 10(2), 48-53.
- 田村由美 (2018). 新しいチーム医療 改訂版：看護とインターブロフェッショナル・ワーク入門. 80-82, 東京：看護の科学社.

World Health Organization (2008年3月17日). WHO global report on falls prevention in older age. <https://www.who.int/publications/item/9789241563536> (参照2023年8月24日)

山本恵子, 宮腰由紀子 (2013a). 職種間協働による転倒予防に関する職員の認識変化（第1報）. 九州看護福祉大学紀要, 13(1), 3-17.

山本恵子, 宮腰由紀子 (2013b). 職種間協働による転倒予防に関する職員の認識変化とその効果（第2報）. 九州看護福祉大学紀要, 13(1), 19-29.

〔2024年3月9日受付  
2025年4月18日採用決定〕

# Relationship between Nurses' Evaluation of the Team Approach and Fall Prevention Practices in Wards

Miwa Yoshida, MSN, RN, PHN<sup>1</sup>, Masami Horiguchi, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sapporo City University, Sapporo, Japan, <sup>2</sup>Sapporo Medical University, Sapporo, Japan

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2026, 48(5), 697-708  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250418267>

## Abstract

**Objective:** To clarify the relationship between evaluations of the team approach and fall prevention practices in wards among nurses working in hospital. **Methods:** A total of 509 nurses were surveyed using a web-based questionnaire, which covered basic attributes, evaluation of the team approach within hospital wards, and fall prevention practices. **Results:** A total of 143 valid responses were obtained. The correlation coefficient between the total score of the Interdisciplinary Team Approach Assessment Scale and the Fall Prevention Practice Status score was  $p=.48$  ( $p<.001$ ). Multiple comparisons regarding the implementation of fall prevention conferences and information sharing revealed significant differences in both the total score on the aforementioned scale and status score. The group conducting conferences on a regular and as-needed basis had higher scores on both the scale and status score. **Conclusions:** Nurses' evaluations of the team approach and those of fall prevention practices in their wards were positively correlated. The results suggest that the implementation of information sharing, such as conferences, is relevant to the evaluation.

## Key words

fall prevention, nurse, nursing team, team approach, interdisciplinary team approach assessment scale

---

**Correspondence:** M. Yoshida. Email: mi.yoshida@scu.ac.jp

# 終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者への訪問看護師の支援

山田貴子<sup>1</sup>, 藤内美保<sup>2</sup>

<sup>1</sup>千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程／元大分県立看護科学大学, <sup>2</sup>別府大学

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 709-719  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.1506/jjsnr.20250520271>

## 要 旨

目的：終末期がん療養者の妻を介護し在宅で看取る夫介護者に対し訪問看護師が心掛けている支援を明らかにすることを目的とした。方法：訪問看護経験年数が5年以上で、在宅での終末期がん療養者およびその夫への支援経験がある訪問看護師4名を対象に半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析した。結果：終末期がん療養者の妻を介護し在宅で看取る夫介護者に対し訪問看護師が心掛けている支援には、〔妻と夫の意向を尊重し、二人の生活を調整する支援〕、〔共に生きてきた夫婦の絆を深めながら、気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援〕、〔妻との死別に向けた支援〕の3つのコアカテゴリが抽出された。結論：訪問看護師は、夫婦の意向を尊重し、夫介護者の負担軽減を図る支援や、夫婦の絆を深めるための心理的サポート、最期まで自宅で安心して妻を看取ることができる環境づくりを重要視していることが示唆された。

## キーワード

在宅介護、看取り、夫介護者、訪問看護師、支援

責任著者：山田貴子 Email: 19nd2358@student.gs.chiba-u.jp

## 緒 言

我が国のがん患者死亡者数は増加傾向にあり、厚生労働省（2023）の「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」では、「治る見込みがない病気になった場合、最期を迎える場所」として「自宅」が43.8%で最も多かった。住み慣れた自宅で最期を迎えると希望する療養者は少なくない。しかし、終末期がん療養者を看取る家族は、在宅で療養者を介護する中で心身の負担や、介護と仕事など多重役割による負担（本多・京田・神田、2022；石井・宮下・佐藤・小澤、2011；奥村、2013）、療養者の病状進行に伴う急激な日常生活の変化への戸惑いや心の揺らぎを感じている（古瀬、2014；斎木ほか、2015）。在宅での看取りは家族にとって身体的にも精神的にも負担が大きく、在宅療養の継続は厳しい状況にある。また、がん療養者の在宅死は1割程であり（厚生労働省、2020），がん療養者の在宅で看取りができる体制整備は重要な課題である。

厚生労働省（2022）の「2022（令和4）年国民生活基礎調査」によると、同居の主な介護者については「配偶者」が22.9%で最も多く、次いで「子」が16.2%となっている。性別では、女性が74.5%，男性が25.5%であり、男性介護

者の割合は女性と比較して、圧倒的に少ない。統柄別で見ると、女性の「配偶者」が45.7%と最も多く、次いで女性の「子」18.5%，男性の「配偶者」15.7%となっており、6,7人に1人は男性の配偶者が介護者となっている。かつては妻や子の女性配偶者（嫁）が看ることが当然視されてきたが、家族形態の変化による核家族化や女性の社会進出によって、夫介護者の数は増加傾向にある。

がん療養者の配偶者の介護経験に関する先行研究では、夫介護者は家事や介護役割に対する準備不足が影響し、睡眠不足や疲労感を感じていたり（Fletcher, Miaskowski, Given, & Schumacher, 2012），介護における自身の感情を表現することの困難さを抱えていたりしていた（Lopez, Copp, & Molassiotis, 2012）。一方で、夫介護者は介護を仕事と考え、自己修練や満足感につながっていること（Ussher & Sandoval, 2008）や、妻への恩返しの気持ち（大西・小山・田中、2020）から介護に取り組む傾向がある。また、死別後の悲嘆に関する研究では、配偶者と死別した男性は女性よりも悲嘆からの回復が遅れると指摘されている（人見ほか、2000）。以上のような夫介護者の特性を理解し、終末期がん療養者を最期まで在宅で看取るように夫介護者を支援することは重要である。

終末期がん療養者の家族支援に関する先行研究では、訪

問看護師による家族調整の支援（園田・石垣, 2007）、臨死期における家族介護者の体験と支援（齋木ほか, 2015）、訪問看護師の視点から見た終末期がん療養者の在宅看取りに求められる家族介護者の特徴（伊藤・田高, 2021）が報告されている。日本では、介護は女性が担うものと考えられてきた背景もあり、家族支援に関する研究の対象者は女性（妻や女性の子供）が多く、配偶者である夫介護者に焦点を当てた研究はほぼない。大西ほか（2020）の研究では、在宅で妻を介護した夫の看取りの特徴と訪問看護師の支援について明らかにし、夫婦との相互関係や他者との関係の中で看取り期の夫のケア、死別後の生活再建やグリーフケアの示唆を得ている。夫介護者の男性という特性を踏まえ、在宅療養開始から最期まで在宅での看取りが継続でき、少しでも後悔をしない夫介護者への支援に焦点を当てた研究はない。終末期がん療養者の夫介護者が最期まで在宅での看取りができるために訪問看護師はどのようなことを心掛けて夫介護者を支援しているのか、その内容について明らかにすることは意義があると考える。

訪問看護師が心掛けていることとは、これまでの成功体験や失敗体験を踏まえた上で、経験の蓄積によって考えたり、行動化されたりした意図的な思考や言動であり、当該訪問看護師の心掛けていることには根拠があるものと考える。研究参加者である訪問看護師が心掛けていることについて、インタビューにより、夫介護者の特性や状況に応じてどのように意図的な関わりをしようと心掛けているのか、その共通性を見出し、言語化することによって、夫介護者が在宅での看取りを継続でき、少しでも満足を得られる支援に導く示唆が得られると考える。

そこで本研究では、終末期がん療養者の妻を介護し在宅で看取る夫介護者に対して訪問看護師が心掛けている支援を明らかにすることを目的とした。

## I. 研究方法

### A. 研究デザイン

本研究は半構造化面接法による質的研究である。

### B. 研究参加者

研究参加者は、九州圏A市内に所在する2か所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師であり、訪問看護経験年数が5年以上かつ、在宅終末期がん療養者および夫への支援経験を有している者である。

### C. データ収集方法

A市内に所在する訪問看護ステーションの管理者に対

し、研究の趣旨を説明し、研究参加者となる訪問看護師の紹介を依頼する文書を口頭および書面で説明した。その後、研究の対象となる条件に適した訪問看護師を紹介してもらった。紹介を受けた訪問看護師に対し、研究参加の承諾を得た後、30分から1時間程度のインタビューを依頼した。インタビューは研究参加者の都合に合わせて、訪問看護ステーション内の静かでプライバシーが保護された個室を借用して実施した。インタビュー内容は、「終末期がん療養者である妻を介護し、在宅で看取る夫介護者に対して心掛けている支援」などについて、インタビューガイドを用いて半構造化面接を実施した。インタビュー内容は、研究参加者の同意のもと、ICレコーダーに録音し、記録した。訪問看護師の基本属性（年齢、看護師経験年数、訪問看護経験年数）については、質問紙で記入してもらった。データ収集期間は、2019年8月～10月であった。

### D. データ分析方法

ICレコーダーで録音した内容またはメモした記録を全て逐語録に書き起こし、それをデータとした。次に、逐語録から文脈ごとに主題である「終末期がん療養者である妻を介護し在宅で看取る夫介護者に対して訪問看護師が心掛けている支援」について理解できる最小単位のデータを抜き出し、コード化した。コード化した意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリ化した。さらに、サブカテゴリを内容別に類型化して抽象度を高め、カテゴリ化、コアカテゴリ化した。最後に、時間の流れを横軸に示し、コアカテゴリ同士の関係性を探りながら、終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者に訪問看護師が心掛けている支援の構造図を作成した。

データ分析の信頼性・妥当性を高めるために、分析過程において得られた逐語録データはコアカテゴリごとにエクセルシートに整理し、分析の視点や解釈などを記載し、データの成立過程をメモした。研究プロセス全体にわたって、研究者間で議論し、検討・修正を繰り返しながらデータ解釈の妥当性の確保に努めた。

### E. 倫理的配慮

本研究は、大分県立看護科学大学研究倫理・安全委員会の承認を得て実施した（承認番号19-43）。研究参加者に対して、研究協力依頼文書を用いながら、①研究趣旨および研究目的、方法、インタビュー内容、インタビュー時間、②本研究への協力は自由意思であり、協力せざとも不利益は生じないこと、③研究協力に同意した後でも途中で同意を撤回することができること、④データの保管は研究責任者の研究室で施錠できる場所に保管し、研究終了後に破棄すること、⑤研究結果を公表する際には個人が特定できな

いよう匿名扱いにすること、⑥本研究の目的以外でデータを使用しないこと、を口頭および書面で説明し、同意書への署名を得た上でインタビューを実施した。インタビューは研究参加者の意見を尊重し、実施日時、場所および時間などを調整し、プライバシーを保護できる場所で行った。インタビュー内容をICレコーダーに録音する際には、個人情報を漏洩しないことを説明した上で同意を得た。

## II. 結 果

### A. 研究参加者の概要

研究参加者は4名であり、全員女性であった。年齢は40歳代が2名、50歳代が2名であった。看護師の経験年数は18年から33年で、その平均は25.7年であった。そのうち訪問看護の経験年数は5年から8年で、その平均は6.6年であった（表1）。インタビュー時間は20分から70分で、そ

表1 研究参加者の概要

研究参加者	年齢	看護師経験年数（年）	訪問看護経験年数（年）
ID 1	40歳代	18	5
ID 2	40歳代	22	7
ID 3	50歳代	30	8
ID 4	50歳代	33	7

の平均は50分であった。

### B. 終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者に訪問看護師が心掛けている支援

分析の結果、終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者に訪問看護師が心掛けている支援には、103のコードから28個のサブカテゴリ、そして7個のカテゴリが生成され、最終的に3個のコアカテゴリに集約された。さらに、構造図を図1に示す。なお、文中ではコアカテゴリは〔 〕、カテゴリは【 】、サブカテゴリは《 》、コードは「 」で記載した。

#### 1. 終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者に訪問看護師が心掛けている支援を構成するコアカテゴリ

##### a. [妻と夫の意向を尊重し、二人の生活を調整する支援]

このコアカテゴリは、夫介護者と妻が最期まで在宅で生活できるように、夫介護者が介護において柔軟に対応できるよう支援し、妻と夫の意向を尊重し夫の生活も維持しながら、妻を見る環境を整える支援であった。以下、3つのカテゴリから構成された。

##### (1) 【男性特有の思考や行動を踏まえ夫介護者が柔軟に対応できるように支援する】

このカテゴリは、《夫の援助力や介護力を的確にアセス

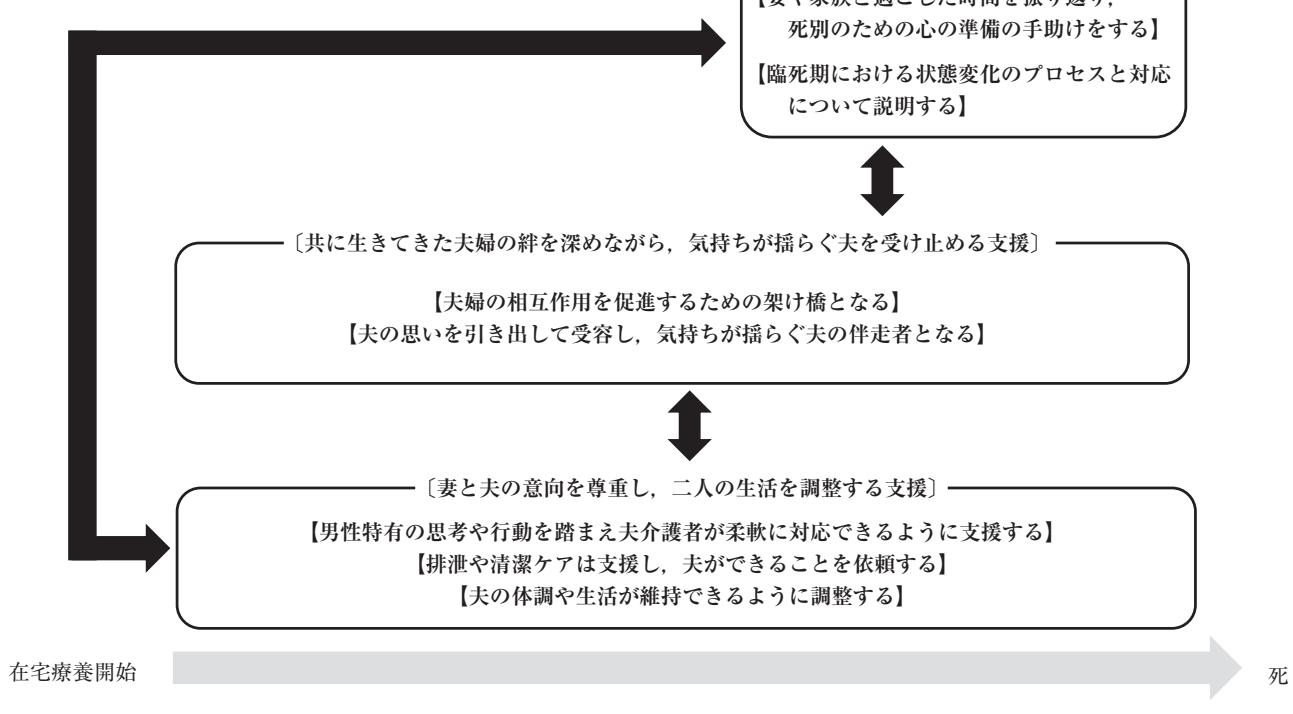


図1 終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者に訪問看護師が心掛けている支援

メントする》、《規範的思考や行動を理解する》、《根拠に基づく説明や様々な選択肢を提示しながら情報提供する》、《夫が段階的に理解できるように支援する》の4つのサブカテゴリから構成された。

訪問看護師は、夫介護者がこれまで仕事に専念し、育児や親の介護経験が少ないため、「夫がこれまでどれくらい家事をしていたのかを確認すること」や、「親の介護経験の話を聞き、どれだけの介護力があるのかを判断する」など、《夫の援助力や介護力を的確にアセスメントする》ことを心掛けていた。また、「男性は長年の社会生活や会社の規則により『こうしなければならない』という考えが強い」ことや、「女性は育児や親の介護経験を通して自己流のやり方でできるが、男性は経験知がないため、模範に従って実施する」など男性特有の社会的な役割や責任に基づいて判断や行動をする《規範的思考や行動を理解《する》》していた。このような夫介護者の特徴を理解し、夫介護者が柔軟に対応できるように「経験知だけの説明ではなく、様々なことをエビデンスに基づいて説明すること」を行っていた。また、「『こうしなければならない』という思いが強いと、例えば最初の頃に妻がトイレに行きたいと言っていたから、最期まで妻を負ぶってでも連れて行かないといけないと想い込んでしまう。でも、トイレに行けなくなつても自宅で妻を看取ることができることを理解してもらうために様々な選択肢を示す」ことを意識していた。このような意識を持ちながら、《根拠に基づく説明や様々な選択肢を提示しながら情報提供する》ことを心掛けていた。また、「夫の希望で介護方法を紙媒体で勉強してもらってから一緒に実施すること」や、「妻の状況に応じた介助方法を指導する」など、《夫が段階的に理解できるように支援する》ことを心掛けていた。

## (2) 【排泄や清潔ケアは支援し、夫ができるることを依頼する】

このカテゴリは、《妻の排泄や清潔ケアに抵抗を感じる夫と妻の思いを汲み取る》、《排泄や清潔ケアは専門職者が対応する》、《夫に全ての介護を任せることではなく、夫ができることに焦点を当てて依頼する》、《妻が夫に望むことを拾い上げて依頼する》の4つのサブカテゴリから構成された。

訪問看護師は、「排泄や清潔ケアを男性には見せたくない、させたくないと思う妻の気持ちと、排泄や清潔ケアに抵抗感を感じる夫の思いを汲み取る」など、《妻の排泄や清潔ケアに抵抗を感じる夫と妻の思いを汲み取る》りながら、夫婦にとって良い方法を提案することを心掛けていた。また、「介護者が男性の場合、下の世話や身体介護が難しいため、訪問看護師やヘルパーが支援すること」や、「できるだけ夫の負担を軽減するため、清潔ケアは訪

問看護師が行い、オムツ交換はヘルパーに依頼する」など、《排泄や清潔ケアは専門職者が対応《する》》していた。また、「短期間で夫に全てを習得させることは難しいため夫にしかできないことは何か、ポイントを絞ってお願いする」ことを心掛けていた。例えば、「妻は自宅で点滴をしていても自分でトイレに行ったり、台所に行きたいと希望していたため、夫が点滴台を工夫し妻が自由に動ける環境を作った」など、《夫に全ての介護を任せることではなく、夫ができることに焦点を当てて依頼する》ことを心掛けていた。また、「夫にして欲しいことは何かを聞き取り依頼する」ことや、「妻は夫になら遠慮なく細かいリクエストが言えるため、妻のリクエストに対応してもらう」など、《妻が夫に望むことを拾い上げて依頼する》ことを行っていた。このように、夫ができることに焦点を絞って依頼することにより、夫の負担軽減を図るとともに達成感や満足感が得られるように支援していた。

## (3) 【夫の体調や生活が維持できるように調整する】

このカテゴリは、《夫の体調や生活状況を把握しスタッフと情報共有する》、《夫の健康問題や介護以外の生活に対する家族も含めたサポート体制を把握する》、《夫なりの生活を維持しながら妻を見る環境を整える》の3つのサブカテゴリから構成された。

訪問看護師は、「夫が眠れているかを確認する」ことや、「夫が疲労を溜めていないか、生活状況に変化がないかを確認し、スタッフと共有する」など、《夫の体調や生活状況を把握しスタッフと情報共有する》ことで夫介護者の負担になっていないか、今後も在宅での看取りが継続できるかどうかを検討していた。また、夫自身が高齢で持病を抱えているため、「夫の通院などは家族の支援で円滑に行われているかを確認する」ことや、「夫の生活を維持しながら、夫婦が自宅での生活を継続できるように誰がどのようにサポートしているかを確認する」など、《夫の健康問題や介護以外の生活に対する家族も含めたサポート体制を把握する》ことも行っていた。そして、「家族の支援や社会資源を受けることで、夫は自分なりの生活を維持しながら、妻の介護も行える環境を整える」ことに配慮していた。夫の日常生活に介護を無理なく取り入れることを心掛け、《夫なりの生活を維持しながら妻を見る環境を整える》支援を行っていた。

## b. 【共に生きてきた夫婦の絆を深めながら、気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援】

このコアカテゴリは、訪問看護師が共に生きてきた夫婦の絆を促進するための架け橋となり、夫が最期まで在宅で看取りができるよう、夫の気持ちに寄り添いながら支援することであった。以下、2つのカテゴリから構成された。

### (1) 【夫婦の相互作用を促進するための架け橋となる】

このカテゴリは、《少量摂取になることを予測しながらも、妻の食へのニードを叶える》、《妻の思いや感謝を夫に届ける》、《最期を迎える妻の希望と夫の意向を確認する》、《妻の希望と夫の意向を結ぶ環境を作る》、《夫婦の関係性を尊重する》の5つのサブカテゴリから構成された。

訪問看護師は、「妻の希望を尊重し、無理に食べさせようとせず、食べたいものを提供することを心掛けていた。例えば、「妻がお寿司を食べたいと言ったら夫に買って来てもらい、結果的に食べなくても穏やかに妻の希望を叶える」ことや、「食事の摂取が困難になっても食べたい意欲はあるため、食事形態の工夫を提案する」など、《少量摂取になることを予測しながらも、妻の食へのニードを叶える》ための支援を行っていた。また、「妻が喜んでいたことや感謝していたことは夫に伝えるようにしている」など、夫が介護の原動力を得ることができるよう《妻の思いや感謝を夫に届ける》ことを心掛けていた。さらに、「妻が望むことと夫にできることを明確にする」ことや、「夫はどうしたいか、どうしてあげたいのかの気持ちをしっかり引き出して確認する」といった《最期を迎える妻の希望と夫の意向を確認する》支援を行っていた。しかし、「夫が妻の気持ちを上手く汲み取れない時には、間に入ってアドバイスし、妻の気持ちと夫がすることを合わせてあげることや、「妻に何をしてあげたいか、妻が何をして欲しいかを話せるような環境と機会を作る」など夫婦の架け橋となり、《妻の希望と夫の意向を結ぶ環境を作る》ことを心掛けていた。また、「訪問看護師が頬周りの介助を試みると、『あー、それはお父さんにしてもらうからいい』と言われることが度々あった。このやり取りから、妻は夫に甘えられることを嬉しく感じており、その関係性を尊重する」というように、妻は夫を頼り、夫は妻から頼られることで、互いに喜びを感じていた。訪問看護師は《夫婦の関係性を尊重する》ことを行い、夫婦の相互作用を促進する支援を心掛けていた。

### (2) 【夫の思いを引き出して受容し、気持ちが揺らぐ夫の伴走者となる】

このカテゴリは、《家の主として次々と決断を強いられる夫の相談相手になる》、《夫の決断を肯定的に支持する》、《夫と訪問看護師が共に過ごす時間を積み重ねる》、《夫が気持ちを吐き出せるような声掛けや受け皿になる》、《気持ちが揺らぐ夫の逃げ道を作る》、《同士であることを夫に伝え、孤独にしない》の6つのサブカテゴリから構成された。

訪問看護師は、初めて看取りを経験する夫に対して「多くのことを決断していかなければいけない夫は、看取りの話をできる友人や相談相手が少ないため、訪問看護師がその役割を担う」というように、《家の主として次々と決断

を強いられる夫の相談相手になる》ことで、困った時に相談できる拠り所となっていた。また、「夫の最良の決断を絶対に否定しない」ことや、「夫が後悔しないように何度も話し合いを重ね、どんな対応でも肯定的に捉えられるように声掛けをし、選択肢と一緒に考える」など、《夫の決断を肯定的に支持する》支援を行い、選択肢と共に考えることを心掛けていた。訪問時には、「必ずケアに入る前に夫の話を聞き、ケアが終わった後に夫婦と一緒に話す時間や場を作る」ことを心掛け、《夫と訪問看護師が共に過ごす時間を積み重ねる》よう努めていた。さらに、「夫が話したいタイミングを逃さず、夫の話を引き出せるように質問を工夫する」ことや、「夫は弱音を吐ける場所がないため、その受け皿になることを心掛けていた」など、《夫が気持ちを吐き出せるような声掛けや受け皿になる》ことで、夫の思いを引き出し、受容することを心掛けていた。「どうしても不安になったり、気持ちが揺らぐ時には、揺らいだ側と一緒に揺れてもいいというように、どこか逃げ道をきちんと作っておくことを心掛けていた」というように、《気持ちが揺らぐ夫の逃げ道を作る》ことで、揺れる思いに寄り添い、夫の看取りへの不安やストレスを軽減し支え続けていた。また、「訪問看護師は理解者であり、一緒に協力し同じ方向を目指す仲間である」ことや、「夫を一人ぼっちにさせない」など、《同士であることを夫に伝え、孤独にしない》ように心掛けていた。

### c. 【妻との死別に向けた支援】

このコアカテゴリは、夫や家族が妻との別れを受け入れ、その後の人生を前向きに進められるように、また、妻との最期を安心して迎えられるように支援することであった。以下、2つのカテゴリから構成された。

#### (1) 【妻や家族と過ごした時間を振り返り、死別のための心の準備の手助けをする】

このカテゴリは、《妻を失う悲しみや不安をしっかりと受け止める》、《今後の希望を家族と共に確認する》、《家族との思い出を通じて今後の人生を考えるきっかけを作る》、《夫をそばに感じられるケアは最期まで夫にしてもらう》の4つのサブカテゴリから構成された。

弱りゆく妻の姿を目の当たりにし、妻の最期が近づいていることを察知し動搖する夫に対して、訪問看護師は「妻を失うかもしれない寂しさや、今後どうしていいか分からなくなると感じている夫と一緒に、今できることは何かを考える」など、《妻を失う悲しみや不安をしっかりと受け止める》姿勢で支援を行っていた。さらに、「最期の何週間にADLが低下した際には、今までできていたことが急にできなくなるため、ADLの段階に合わせてご家族とできること・できないこと、どこまでして欲しいかを確認しながら調整する」など、妻と夫や家族が望む最期が迎えら

れるよう妻の状態に合わせて、《今後の希望を家族と共に確認する》支援を行っていた。また、「家族が大切にしていた時間や旅行の話を聞いたりしながら、夫にこれまでの時間を振り返ってもらう」ことや、「家族の思い出話を通じて夫が人生を振り返り、これから的人生をどう過ごすかを考えるきっかけを作る」など、《家族との思い出を通じて今後の人生を考えるきっかけを作る》支援が行われた。加えて、「妻が自宅で最期まで過ごしたいという希望は、夫と一緒に居たいという意味でもあるため、夫をそばに感じられるケアは夫にしてもらう」ことや、「夫がそばにいて、手を握ったり顔を拭いたりして最期の瞬間まで妻のそばにいてもらう」など、《夫をそばに感じられるケアは最期まで夫にしてもらう》支援が行われた。このように、訪問看護師は死別のための心の準備を支援していた。

#### (2) 【臨死期における状態変化のプロセスと対応について説明する】

このカテゴリは、《死に近づく過程とその対応について夫や家族に説明する》、《24時間いつでも対応できることを約束する》の2つのサブカテゴリから構成された。

死期が近づくにあたり、訪問看護師は、妻の状態が悪化することを予測し、「夫や家族の不安や恐怖が少しでも軽減できるように、今後どのような経過をたどるかをその都度説明する」ことに努めていた。また、「死に近づいていく過程を説明し、呼吸が止まったからといって慌てて何かをしなければならないわけではない。もしその時が来たら、まずは連絡をして欲しいと伝える」ことで、《死に近づく過程とその対応について夫や家族に説明する》支援を行っていた。そして、「いつでも連絡があれば必ず訪問することを保証する」ことで、《24時間いつでも対応できることを約束する》ことを実施していた。これにより、夫や家族が安心して妻の最期を見取れるよう支援していた。

### 2. 終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者に訪問看護師が心掛けている支援の構造図の説明

訪問看護師は、在宅療養開始時から死期にかけて、【妻と夫の意向を尊重し、二人の生活を調整する支援】、【共に生きてきた夫婦の絆を深めながら、気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援】、【妻との死別に向けた支援】の3つの支援を相互に関連させながら提供していた。これらの支援は単独で行われるのではなく、状況や時間の経過に合わせて、相互に関連し合いながら柔軟に提供されていた。【妻と夫の意向を尊重し、二人の生活を調整する支援】は、夫婦が安心して在宅療養生活を継続するための基盤となっていた。訪問看護師は、【男性特有の思考や行動を踏まえ夫介護者が柔軟に対応できるように支援する】ことを心掛けていた。また、妻の排泄や清潔ケアに抵抗を感じる夫と妻

の思いを汲み取りながら、訪問看護師が【排泄や清潔ケアは支援し、夫ができる仕事を依頼する】ことで夫の負担軽減を図っていた。さらに、夫の体調や生活状況を把握し、夫が自分なりの生活を維持しながら妻を見る環境を整え、【夫の体調や生活が維持できるように調整する】ことを支援していた。在宅療養開始時は、生活の基盤を整えるために【妻と夫の意向を尊重し、二人の生活を調整する支援】に重点を置いて支援していた。

【共に生きてきた夫婦の絆を深めながら、気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援】は、夫婦の精神的なつながりを強化し、夫が孤独を感じずに介護を続けられるように支援していた。療養生活を支援する中で訪問看護師は、夫が介護の原動力となるよう妻の思いや感謝を夫に伝えるなど、【夫婦の相互作用を促進するための架け橋となる】支援をしていた。また、夫は初めての看取りを経験する中で、不安になったり、気持ちが揺らいだりする時があった。夫の気持ちが揺らいだ時には、訪問看護師は【夫の思いを引き出して受容し、気持ちが揺らぐ夫の伴走者となる】支援を重視して行い、夫婦の生活を調整する支援とともに、心理的サポートも行っていた。訪問看護師による【共に生きてきた夫婦の絆を深めながら、気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援】は、夫が妻との死別に向き合う準備をする上で、非常に重要であった。

【妻との死別に向けた支援】は、夫や家族が安心して妻との最期を迎えるように、【妻や家族と過ごした時間を振り返り、死別のための心の準備の手助けをする】支援を行っていた。また、【臨死期における状態変化のプロセスと対応について説明する】支援も行っていた。妻との死別が近づき、夫が不安を抱えていた時は、【共に生きてきた夫婦の絆を深めながら、気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援】を行っていた。この時期の訪問看護師は、夫や家族が安心して妻との最期を迎えるように【妻との死別に向けた支援】に重点を置いて支援していた。また、【妻との死別に向けた支援】は、【妻と夫の意向を尊重し、二人の生活を調整する支援】によって安定した生活が確保されてこそ円滑に進めることができていた。

訪問看護師によるこれらの3つのコアカテゴリの支援は、在宅療養の状況に応じて重視する支援を変化させつつ、相互に影響を与え合いながら、夫婦の生活と心身の安定を支援していた。

### III. 考 察

本研究は、終末期がん療養者の妻を介護し在宅で看取る夫介護者に対して訪問看護師が心掛けている支援を明らかにすることを目的として行った。その結果、【妻と夫の意

向を尊重し, 二人の生活を調整する支援], [共に生きてきた夫婦の絆を深めながら, 気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援], [妻との死別に向けた支援] の3つのコアカテゴリが抽出された。本考察では, 得られた3つのコアカテゴリを中心に, 得られた研究結果から注目すべき点を明示し, 訪問看護師が心掛けている支援の内容と, 夫介護者に与える影響について考察を述べる。

#### A. 妻と夫の意向を尊重し, 二人の生活を調整する支援

本研究では, 夫婦それぞれの意向を尊重しつつ, 夫介護者が抱える負担感や心理的な障壁に配慮した支援の重要性が明らかになった。特に注目すべき点は, 訪問看護師が夫婦の意向を尊重し, 夫が自宅で介護を継続できるよう, 男性特有の《規範的思考や行動を理解《する》》し, 夫介護者が柔軟に対応できるように支援している点である。

日本には古くから「男性は会社で働き, 女性は家庭を守るべき」という性役割意識が根強く存在する。かつては育児や介護は女性である妻や嫁の役割とされ, 男性がこれらに参加することは稀であった(春日, 2011)。育児や介護経験の不足, さらに長年の規則的な会社勤務といった背景から, 夫介護者は規範的思考に固執する傾向がある。このため, 夫介護者は自身に「~しなければならない」という強いプレッシャーを感じやすく, こうした思考は介護の場面において柔軟性を欠いた行動につながり, 在宅介護継続を困難にする可能性がある。本研究の訪問看護師は, 夫介護者が感じる負担を軽減するために, まず彼らの育児や介護経験, また家事をどの程度行っていたかなど《夫の援助力や介護力を的確にアセスメント《する》》した上で, 「できること」に焦点を絞って支援を行っていた。男性は合理的で効率的な方法を好み, 「最善の方法で介護したい」と考える傾向がある(小松・寺島・中村・深沢, 2010)。この特性を踏まえ, 訪問看護師はエビデンスに基づいて説明しながら, 具体的に実行可能な選択肢を提供することにより, 夫介護者が介護方法を理解し, 柔軟に対応できるようサポートすることを心掛けていた。特に, 夫介護者は口頭での説明よりもパンフレットや本を用いた説明を好むため, 訪問看護師は資料を活用し, 介護方法を詳細に説明し, 実際に一緒に行うことが効果的であった。このように, 繰り返し確認できる情報提供は, 夫介護者の理解を深めることにつながっていた。

また, 夫介護者が抱える心理的な障壁に配慮することも重要である。特に, 排泄ケアや清潔ケアといった場面では, 大きな負担となることが多い(彦, 2019)。本研究の結果においても, 夫介護者にとって排泄ケアの負担は大きく, 被介護者である妻も夫からの排泄ケアを嫌がる傾向が見られた。この点については, 市森ほか(2004)による先行

研究でも同様の傾向が指摘されている。妻は夫よりも, 専門職や娘による排泄ケアを希望している。夫が妻の排泄ケアや清潔ケアに対して抵抗感を持つことは, 性別の違いから来る自然な感情である。この感情を無視せず配慮することは, 介護される妻の尊厳を守り, 介護する夫の負担を軽減することにつながる。自宅で最期を見取り, 死後も妻のために介護をしたという満足感を得たり, 後悔を避けたりするためには, 一部の苦手な介護のために, 自宅で最期を迎えることを望む夫婦の望みを断念させないことが重要である。そのためには, 様々な介護行為の中で, 介護負担や介護を断念するリスクとなるものを見極めることが重要となる。夫婦の意向を尊重し, 身体介護による夫の負担感が大きい場合は, 早期に専門職による対応を行う必要がある。

夫が最期まで介護を継続できるためには, 夫が感じる負担を減らし, 柔軟に介護に取り組める環境を整えることが必要である。夫介護者は, 仕事中心の生活を送ってきた背景から, 規範的な考え方や責任感が強く(工藤・平川・岡田・高・小池, 2018), 自分一人で全てを担うべきと考えがちである。また, 男性介護者は男性として長年培ってきた生活観を変化させ, 家事や介護に適応できないことが介護継続の障壁になる(坂倉, 2002)。そのため, 役割の変化に戸惑いを感じることが予測される。訪問看護師は, 夫介護者の規範的な考え方や責任感を理解した上で, 「自分一人で全てを担う必要はない」「無理せずできる範囲で支援を受ける」といった思考に転換しながら【排泄や清潔ケアは支援し, 夫ができる仕事を依頼《する》】していた。夫ができることに焦点を絞って支援していくことにより, 夫介護者は自分のペースで介護を進められるようになり, 夫婦の生活が円滑に維持できるようになる。また, 夫介護者が自分にできる能力を活かし, 役割に柔軟に適応することで, 最期まで自宅で介護を継続できたと考える。そして, 夫ができる範囲で介護をしてくれることにより, 妻は夫の支えに感謝し, 安心感を得ることができ, 夫婦の絆が深まると考える。

#### B. 共に生きてきた夫婦の絆を深めながら, 気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援

本研究では, 訪問看護師の支援が夫婦の絆を深め, 夫の不安や心理的な負担を軽減するために重要な役割を果たすことが明らかになった。特に注目すべき点は, 夫婦が共に過ごす時間, 特に食事を通じた支援, 妻からの感謝の気持ちを夫に伝えること, そして夫が抱える不安や恐怖を軽減するための支援が, 夫婦の絆を強化し, 最期まで夫が自宅で妻を看取るために不可欠な要素であったという点である。

終末期がん療養者にとって, 大切な夫と共に過ごす時

間、特に食事の時間は非常に深い意味を持っている。訪問看護師は、療養者の心身の苦痛を軽減するだけでなく、食事を通じて妻の思いや意味を理解し、そのニーズに応じた支援を行うことが重要である。訪問看護師は最期の時まで、《少量摂取になることを予測しながらも、妻の食へのニードを叶える》ために、妻が食べたいと思う物を食べられる分だけ、食べられる方法で支援していた。人間にとつて食事は、栄養の摂取という意味だけでなく、人生の楽しみ、家族や友人とのコミュニケーションの場としても大きな役割を果たす（佐藤ほか、2017）。終末期がん療養者にとって「食べられない」ことは単に栄養を摂れないだけではなく、予後への不安や死を強く意識させ、心理・社会的な苦痛を伴う（清水・戸室・竹内、2006）。逆に、終末期がん療養者が食べたいものを選び、味わうことができれば、死を待つだけの時間から一転し、自分の思いを実現し心地よい思いに浸ることができ、生きている自分を支えることにつながる（大塚・尾岸、2011）。また、黒江（2001）は、家族で食を共にすることは「共に生きたい」というメッセージの交換であり、風邪をひいた家族に炊く粥は、「良くなって欲しい」というメッセージの伝達であると述べている。夫は妻のことを思いながら妻が食べたい物を準備し、妻はそれを食べることで、夫の「共に生きたい」、「良くなって欲しい」というメッセージを受け取る。そして、この行為を通じてお互いの愛情が深まり、心理的な支え合いが生まれていたと考える。

訪問看護師は、《妻の思いや感謝を夫に届ける》ことにより、夫の介護への取り組みを支援していた。男性は愛情を介護の原動力とし、真面目に介護に取り組む傾向がある（彦、2019）。本研究においても、訪問看護師は妻の感謝の気持ちを夫に伝えることで、夫の介護への積極的な態度をサポートしていた。佐藤（1999）は、夫婦について「“面倒を見る・見られる” “愛し・愛される” ことを通して、お互いの存在に触れ、安心感と安全感を生む」と述べている。また、石本（2009）は、相手が死に近づいているという現状を踏まえ、今ある二人の時間を大切にすることで互いの絆が深まり、互いを思う気持ちが強まったり、二人の人生を肯定し、互いがかけがえのない存在だと実感できたりすると意味づけている。このように、介護は夫にとって身体的にも精神的にも負担はあるものの、夫婦の面倒を見る・見られる、頼る・頼られるという関係性は夫婦の絆を深め、安心感や喜びを生むと考える。

その一方で、夫は将来への不安や配偶者を失うことへの恐怖を抱えている（Lopez, et al., 2012）。特に男性は、感情を表現することが難しく、一人で抱え込んでしまうことが多いため（奥山、1997）、訪問看護師の支援が不可欠である。訪問看護師の支援として重要なのは、《夫が気持ち

を吐き出せるような声掛けや受け皿にな《る》》り、感情を表現する機会を提供することである。また、夫一人で負担を抱え込まなくて良いことを伝え、夫が安心して自分の感情を表現できる関係を築くことが重要である。そして、夫が抱える不安やストレスを軽減するために、《気持ちが揺らぐ夫の逃げ道を作る》ことも心理的支援として重要である。訪問看護師が夫と共に歩んでくれる「伴走者」となることによって、夫は孤独を感じることなくいつでも支援を求めることができる。実際に、夫からは「私（夫）のことまで気に掛けてくれてありがとう。そのおかげで最期まで頑張れた。自分がきつい時に一緒にいてくれたことが心強かった」との語りがあった。このように訪問看護師は、夫婦に寄り添い、共に歩む「伴走者」としての役割を果たすことでの、夫婦の絆を深め、夫は悔いのない看取りを迎えることができたと考える。

### C. 妻との死別に向けた支援

本研究では、訪問看護師の支援が、夫が妻との死別に向けて心の準備を進め、最期の時を悔いなく迎えるために不可欠な役割を果たしていることが明らかになった。特に訪問看護師の支援が、夫が妻との死別に備え、最期を迎える過程で非常に重要であることがわかった。本研究で特に注目すべき点は、訪問看護師がどのように夫や家族の心理的なサポートを行い、最期の時を迎えるための準備を進める手助けをしているかという点である。

夫は妻の弱りゆく姿を目の当たりにし、死期が近づいていることを察知する中で、悲しみや不安に襲われることが多い（Northouse, Williams, Given, & McCorkle, 2012）。また、夫が妻を看取る心の準備が十分でない場合は、悲嘆に陥るリスクが高くなるとも言われている（Hauksdóttir, Steineck, Fürst, & Valdimarsdóttir, 2010）。このような状況において、訪問看護師が【妻や家族と過ごした時間を振り返り、死別のための心の準備の手助けをする】ことは、夫が最期の時に悔いのない看取りを実現するためには重要な支援である。本研究の訪問看護師は、妻が望むことや家族がしてあげたいことなど《今後の希望を家族と共に確認する》とともに、《家族との思い出を通じて今後の人生を考えるきっかけを作る》ことを心掛け、妻との残された時間をどのように過ごすかを共に考えるよう努めていた。

一方で、夫や家族は、妻の状態悪化に不安を感じつつ、今後どのような経過をたどるのかについて疑問を抱くようになっていた。本研究の訪問看護師は、臨死期に向けて妻の状態が急激に悪化することを予測し、夫や家族に対して【臨死期における状態変化のプロセスと対応について説明する】ことを行っていた。佐藤ほか（2011）の研究でも、がん患者の家族が臨死期に至るまでの看取りに関する教育

を受けることで、比較的落ち着いて看取りを行うことができることが報告されており、本研究でも同様の結果であった。このように、訪問看護師による臨死期における状態変化について事前に情報提供を行うことは、夫が妻との死別に向けて準備を進めるための重要な支援であると考える。さらに、本研究の訪問看護師は《24時間いつでも対応できることを約束する》ことで、夫や家族の不安を軽減し、安心感を提供していた。厚生労働省（2018）の自宅での終末期療養に関する調査では、在宅療養の継続が困難と考える理由として、「症状悪化時の不安」とともに、「すぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安」という点が挙げられている。先行研究でも、自宅で看取りを行った介護者は訪問看護師がいつでも駆けつけてくれるという安心感があったため、介護を継続することができたと報告されている（黒澤・河原、2013）。本研究でも同様の支援が実施されており、訪問看護師の存在が非常に重要であることが確認できた。このように、妻は住み慣れた自宅で最期まで過ごしたいと願い、夫や家族も最期まで自宅で看取ってあげたいという双方の意向に寄り添いながら、安心して最期まで自宅で看取ることができるためには、緊急時の訪問体制を保証することが極めて重要であると考える。さらに、訪問看護師が《家族との思い出を通じて今後の人生を考えるきっかけを作る》支援を行うことにより、夫は妻との死別後に新たな人生の意義を見出しあやすくなると考える。

## 結論

本研究では、終末期がん療養者の妻を介護し在宅で看取る夫介護者に対して訪問看護師が心掛けている支援を明らかにすることを目的として行った。その結果、終末期がん療養者の妻を介護し在宅で看取る夫介護者に対して訪問看護師が心掛けている支援には、「妻と夫の意向を尊重し、二人の生活を調整する支援」、「共に生きてきた夫婦の絆を深めながら、気持ちが揺らぐ夫を受け止める支援」、「妻との死別に向けた支援」の3つのコアカテゴリが抽出された。訪問看護師は、夫婦の意向を尊重し、夫介護者の負担軽減を図る支援や、夫婦の絆を深めるための心理的サポート、最期まで自宅で安心して妻を看取ることができる環境づくりを重要視していることが示唆された。

## 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究参加者が4名と少なかったことがある。今後はさらに調査対象を増やし、追加調査を継続することが必要である。また、夫介護者にもインタビューを実施し、終末期がん療養者の夫介護者への支援の具体的内

容をさらに検討することが今後の課題である。さらに、本研究では九州圏内に限定されていたため、今後は対象地域を全国に拡大することが必要である。

## 謝辞

本研究を行うにあたり調査にご協力いただきました訪問看護師、および訪問看護ステーションの管理者の皆様に深く感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文献

- Fletcher, B.S., Miaskowski, C., Given, B., Schumacher, K. (2012). The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 387-398.
- 古瀬みどり (2014). 終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア. *家族看護学研究*, 19(2), 90-100.
- Hauksdóttir, A., Steineck, G., Fürst, C.J., Valdimarsdóttir, U. (2010). Long-term harm of low preparedness for a wife's death from cancer: A population-based study of widowers 4-5 years after the loss. *American Journal of Epidemiology*, 172(4), 389-396.
- 彦 聖美 (2019). 北陸3県の介護支援専門員がとらえる男性介護者の特徴. *日本在宅ケア学会誌*, 22(2), 56-63.
- 人見裕江, 大澤源吾, 中村陽子, 小河孝則, 中西啓子, 江原明美 (2000). 高齢者との死別による介護者の悲嘆とその回復に関する要因. *川崎医療福祉学会誌*, 10(2), 273-284.
- 本多恵子, 京田亞由美, 神田清子 (2022). 仕事や子どもの世話役割を担う家族員が自宅で終末期がん療養者を看取るプロセス. *日本がん看護学会誌*, 36, 1-10.
- 市森明恵, 大下真以子, 北島麻美, 西川瑠美, 橋本 文, 福村有夏, 南 貴子, 山越 紫, 横川紀美子, 織田初江, 佐伯和子 (2004). 男性介護者が抱く排泄ケアへの抵抗感と排泄ケアの実施を受け入れる思い. *日本地域看護学会誌*, 6(2), 28-37.
- 石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 小澤竹俊 (2011). 遺族, 在宅医療・福祉関係者からみた, 終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 25(1), 24-36.
- 石本万里子 (2009). 終末期がん患者を在宅で介護する家族にもたらされるenrichment. *日本がん看護学会誌*, 23(1), 31-43.
- 伊藤絵梨子, 田高悦子 (2021). 終末期がん療養者の在宅看取りに求められる家族介護者の特徴: 訪問看護師の視点から. *横浜看護学雑誌*, 14(1), 19-26.
- 春日キスヨ (2011). 介護問題の社会学. 147-150, 東京: 岩波書店.
- 小松みどり, 寺島陽子, 中村妙子, 深沢香織 (2010). 在宅での男性介護者の実態と支援方法の検討. *長野赤十字病院医誌*, 24, 60-65.

- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) (参照2024年2月3日)
- 厚生労働省 (2020). 主な死因(死因年次推移分類)別にみた性・死亡の場所・年齢(特定階級)別死亡数及び百分率. 2019年人口動態調査. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tclass=00001041646&ccycle=7&year=20190> (参照2024年2月3日)
- 厚生労働省 (2022). 介護の状況. 2022(令和4)年国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf> (参照2024年2月3日)
- 厚生労働省 (2023). 令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_r04.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf) (参照2024年2月3日)
- 工藤雄行, 平川美和子, 岡田康平, 高 裕子, 小池妙子 (2018). 男性家族介護者の在宅介護継続に関する意識:首都圏で生活する男性家族介護者に焦点をあてて. 日本保健医療行動科学会雑誌, 33(2), 55-64.
- 黒江ゆり子 (2001). 病いの慢性性chronicityと食に関する一考察: 糖尿病における患者と家族の語りを礎として. 大阪市立大学看護短期大学部紀要, 3, 61-70.
- 黒澤泰子, 河原加代子 (2013). 在宅ターミナルケアにおける訪問看護師とのかかわりがもたらす介護者の思いの変化. 日本在宅ケア学会誌, 16(2), 53-60.
- Lopez, V., Copp, G., Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: Experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing*, 35(6), 402-410.
- Northouse, L., Williams, A.L., Given, B., McCorkle, R. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1227-1234.
- 奥村美奈子 (2013). A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 103-113.
- 奥山則子 (1997). 性別役割からみた高齢男性介護者の介護. 月刊地域保健, 28(1), 62-74.

- 大西奈保子, 小山千加代, 田中 樹 (2020). 在宅で妻を介護した夫の看取りの特徴と訪問看護師の支援. 日本看護科学会誌, 40, 113-122.
- 大塚有希子, 尾岸恵三子 (2011). 終末期の患者が食べることの意味. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 111-120.
- 齋木千尋, 伊藤絵梨子, 田高悦子, 有本 梢, 大河内彩子, 白谷佳恵, 臺 有桂 (2015). 訪問看護師のとらえる臨死期における在宅終末期がん療養者の家族介護者の体験と支援に関する質的研究. 日本地域看護学会誌, 18(1), 56-64.
- 坂倉恵美子 (2002). 在宅療養における男性介護者の介護の価値と継続するまでの困難. 家族看護学研究, 8(1), 123.
- 佐藤悦子 (1999). 夫婦療法:二者関係の心理と病理. 37-47, 東京:金剛出版.
- 佐藤 泉, 山本則子, 竹森志穂, 平野優子, 宮田乃有, 深堀浩樹, 上野まり, 柏木聖代, 木全真理, 山田雅子 (2011). 終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻度の違い:がんとがん以外の事例の比較. 日本看護科学会誌, 31(1), 68-76.
- 佐藤まゆみ, 大内美穂子, 豊島裕子, 塩原由美子, 笠谷美保, 小宮山日登美, 小坂美智代 (2017). 終末期がん患者への食事/栄養サポートにおいて訪問看護師が抱く困難. 千葉県立保健医療大学紀要, 8(1), 9-18.
- 清水千世, 戸室真理子, 竹内康子 (2006). 終末期患者の希死念慮への対応:「もう眠りたい」と訴える患者にどのように向き合い, 支えるか. がん看護, 11(3), 424-426.
- 園田芳美, 石垣和子 (2007). 癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調整に関する質的研究:終末期の療養場所選択に焦点をあてて. 千葉看護学会誌, 13(1), 102-110.
- Ussher, J.M., Sandoval, M. (2008). Gender differences in the construction and experience of cancer care: The consequences of the gendered positioning of carers. *Psychology and Health*, 23(8), 945-963.

[2024年3月5日受付  
2025年5月20日採用決定]

# Home Care Nurses Support for Husband Caregivers Providing End-of-Life Care at Home to Wives with Terminal Cancer

Takako Yamada, MSN, RN<sup>1</sup>, Miho Tonai, PhD, RN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctoral Program Graduate School of Nursing, Chiba University, Chiba, Japan/Former Oita University of Nursing and Health Sciences, Oita, Japan

<sup>2</sup>Beppu University, Oita, Japan

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2026, 48(5), 709-719  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250520271>

## Abstract

**Objective:** To clarify the support that home care nurses planned for husband caregivers who were providing end-of-life care at home for their wives with terminal cancer. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with four home care nurses with more than five years of home care nursing experience and with experience supporting terminally ill cancer patients and their husbands at home. The data were analyzed qualitatively and inductively. **Results:** The support that home care nurses provide to husband caregivers who care for their wives with terminal cancer at home and provide end-of-life care is categorized into three core areas: “support for adjusting the couple’s life while respecting the wishes of both the wife and the husband,” “support for the husband, who is experiencing fluctuating emotions, while deepening the bond between the couple who have lived together,” and “support for the husband to cope with the wife’s approaching death.” **Conclusions:** It is important that visiting nurses respect the wishes of the couple, provide support to alleviate the burden on husband caregivers, offer psychological support to strengthen their bond, and create an environment where the wife can be peacefully cared for at home until the end.

## Key words

home care, end-of-life care, husband caregiver, visiting nurse, support

---

**Correspondence:** T. Yamada. Email: 19nd2358@student.gs.chiba-u.jp

# 「8050問題」を抱える家庭に訪問している 訪問看護師が考える伴走型支援

岡本響子<sup>1</sup>, 上山千恵子<sup>2</sup>, 松浦美晴<sup>3</sup>

<sup>1</sup>奈良学園大学大学院, <sup>2</sup>関西医科大学看護学部

<sup>3</sup>山陽学園大学総合人間学部ビジネス心理学科

日本看護研究学会雑誌

2026, 48(5), 721-731

©2026 日本看護研究学会

<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250113268>

## 要 旨

目的：「8050問題」の渦中にある家庭に訪問看護を行っている看護師にインタビューを行い、訪問看護師が考える伴走型支援の内容を抽出する。方法：訪問看護師22名にインタビューを行い、計量的テキスト分析と質的帰納的分析を用いて、それぞれの分析ごとに構成概念を抽出した。結果：計量的テキスト分析では【関係性を重視して支援する】【利用者や家族が相談できるような存在でいる】など7クラスターが抽出された。質的帰納的分析では【将来を見越して家族への支援をする】【家族全体を1つと考え支援する】【支援者間での情報共有をする】など10カテゴリーに整理された。結論：訪問看護師が考える伴走型支援とは、家族全体が支援の対象であり、課題解決を目指すアプローチとつながり続けるアプローチを包含しているもので、「一緒に」考えるという訪問看護の姿勢を表しているものと考えられた。

## キーワード

「8050問題」, 訪問看護師, 伴走型支援

責任著者：岡本響子. Email: ajisaikei.0716@gmail.com

## 緒 言

「8050問題」とは、80歳代の親と50歳代の子どもの組み合わせによる生活問題といわれる。高齢の親が経済的にひっ迫することや、壮年期の子が親の年金に生活を依存するなどの状況に陥ること、親が病気などで要介護状態になることで、ひきこもっている子が介護者になったり、働いていた子が離職し生活困窮に陥ったりするなど、社会的孤立や経済的な窮迫が背景となっている（KHJ全国ひきこもり家族会連合会, 2019, p.3）。

厚生労働省は分野横断的な対応が求められている課題の一つに「8050問題」をあげている。その背景として日本社会の人口構造や世帯構造の変化、社会保障を取り巻く環境の変化と人々の交流の希薄化があると述べている（2023a, p.58）。「8050問題」に求められる分野横断的な対応に関して、厚生労働省が地域共生社会推進検討会のとりまとめ報告の中で打ち出したのが、伴走型支援である（厚生労働省, 2019a, pp.5-7）。伴走型支援とは、社会福祉の現場の実践を通して生まれた概念で（奥田・原田, 2021, pp.4-18）、深刻化する社会的孤立に対応するため「つながり続けること」を目的とする支援と定義される。厚生労働省は報告の中で、対人支援において今後求められるアプローチと

して、具体的な課題解決を目指すアプローチと、つながり続けることをを目指すアプローチの両方を組み合わせていくことが必要としている。とりわけ伴走型支援は「8050問題」のように課題が複合化した場合において有効とされている（厚生労働省, 2019a, pp.5-7）。

伴走型支援に関しては、2021年に作成された日本伴走型支援協会による映像教材や自立生活援助の運営ガイドブック（厚生労働省, 2021, p.11）、伴走型支援に関する解説書（奥田・原田編, 2021）などが公表されている。また、ひきこもりを含め、生活困窮者の生きづらさを解消していく支援としても有用であることが示されている（稻月, 2022）。日本伴走型支援協会（2021）は映像教材の中で、伴走型支援は元々ホームレス支援の実践が最初にあって出てきた概念であることや、厚生労働省のとりまとめ報告がきっかけで脚光を浴び始めたことなどを述べている。最近は看護の分野でも、伴走型支援と問題解決型の支援という異なるモデルをハイブリッドにすることが提案されたり（萱間, 2021, pp.6-13）、精神科看護の実践（増子, 2022, pp.4-10）や、医療的ケア児への支援（梶原・新井・白木, 2019, pp.104-110）などでも注目され始めている。しかし提案や報告が主で、研究論文はみつけられなかった。

岡本（2022）は「8050問題」に関する訪問看護師を対象

とした全国調査を行った。その結果、訪問看護師は「80」世代の親にケアが必要になり訪問した家庭で、「50」世代の子に出会う率が回答者の6割以上と高いことが示された。訪問看護師が「50」の方に出会った状況は、「親の介護者として」が最も多く、次に「自宅で（偶然を含む）出会った」などであった。調査から訪問看護師の支援内容は多岐にわたっていることがわかった。「50」の方に対する支援としては、訪問先のルールを尊重して「50」の方が混乱しないようにすること、話の傾聴をすること、ケアマネジャーや行政に支援をつなげることなどがあった。調査からは訪問看護師が出会った先で、コミュニケーションに苦労しながらもゆっくりと「50」の方との関係を築いている姿が浮かび上がってきた。このような家族を丸ごと支援するという姿勢は、関わり続けることに重点がおかれていることから伴走型支援に近いものであると推察された。

一方で厚生労働省とりまとめ報告にある伴走型支援に関するモデル図（厚生労働省, 2019b, p.6）をそのまま当てはめることは、難しいと考えられた。何故なら、この図の対象者は個人が基本と考えられるためである。「8050問題」の対象者は、文字通り「80」の方と「50」の方であり、個人に対する支援とは状況が異なる。そこで本研究では、「8050問題」の渦中にある家庭に訪問看護を行っている看護師にインタビューを行い、訪問看護師が考える伴走型支援の内容を抽出することを目的とした。本研究の意義として、訪問看護師が実践している支援が先行研究で述べられている伴走型支援と重なるものであれば、現行では訪問対象ではないとされる「50」の方に対する継続支援につながれる可能性がある。なお本研究では、「8050問題」における「80」に相当する当事者を「80」の方、「50」に相当する当事者を「50」の方と表記した。

## I. 研究目的

「8050問題」の渦中にある家庭に訪問看護を行っている看護師にインタビューを行い、訪問看護師が考える伴走型支援の内容を抽出する。

## II. 研究方法

### 1. 研究協力者

研究協力者は訪問看護ステーションに所属する訪問看護師とした。

### 2. 研究協力者のリクルート方法

研究者らは2020年に、「8050問題」に関して層化抽出法にてランダムに抽出した全国の訪問看護ステーションの管

理者にアンケート調査を実施した。その際、今後支援に関するインタビューを予定していることを記載し、役職や経験年数などの条件は設けず任意での協力を求めたところ、13名の協力の了解が得られた。さらに、機縁法により参加者を募った。

### 3. インタビュー内容とインタビュー方法

インタビューの最初に、「8050問題」に関する定義を伝え、理解を確認したうえでインタビューに臨んだ。伴走型支援に関するインタビューの前に、「8050問題」に関する実態や支援内容や課題を知るために、訪問先での利用者（「80」の方、「50」の方）の生活の様子、直面している「8050問題」と両者に対してどのような支援をしているか、支援する上での困難や課題、地域の中でどのような支援が必要かについてもインタビューした。本研究では伴走型支援に関するインタビュー内容をデータとした。伴走型支援については「過去に伴走型支援という言葉を聞いたことがあるか」を確認した。次に伴走型支援とは「対象者と支援者が継続的につながることを目指す支援である」と説明した。その上で「自分たちが行っている実践において具体的にどのような支援が伴走型支援に当たると考えられるか」について質問した。インタビューは訪問看護を実践している共同研究者と2名で実施した。コロナ禍で移動が難しかったことからオンラインでのインタビューとなった。インタビュー内容は協力者の同意を得て録音した。

### 4. データ分析

本研究では計量的テキスト分析と質的帰納的分析を行い、それぞれの分析ごとに構成概念を抽出した。計量的テキスト分析は、定量的かつ客観的な結果を導き出せる反面、出現頻度が低い単語は分析できない。一方で質的帰納的分析は、分析者が文脈のなかで言葉の意味を解釈しながら分析できる反面、データ全体から共通のテーマを見出すことに主眼を置いていたため分析者の解釈が入らざるを得ない（今井・高瀬・佐藤, 2018, p.685；田垣, 2009, p.72）。結果の信頼性を高めるために、量的および質的両方の手法を用いて分析を行うこととした。また、それぞれの分析結果を比較検討し共通点と相違点についても検討することとした。

計量的テキスト分析ではKH Coderを用いた。インタビューデータをもとに逐語録を作成し、テキストデータに変換しエクセルを用いて入力した。分析に使用しない語（固有名詞や地名、感嘆詞など）のリストを作成し、ファイルを読み込んで個人情報などを削除した。次に品詞ごとに抽出し、全体を俯瞰した後、國府・山崎・野坂（2013）を参考に、独立した意味をなす「名詞」「サ変名詞」「形容

動詞」「動詞」「形容詞」を分析対象とした。分析は、まず特徴的な主要語を明らかにするために、出現頻度の高い語を抽出した。次に階層的クラスター分析（樋口, 2020, pp.115-217）によって全体傾向を把握した。

質的帰納的分析においては谷津（2015）を参考に以下の手順で行った。まず逐語録のデータを熟読した。その際、個人や場所などが特定されるようなデータは匿名化した。次に協力者が語った伴走型支援について述べられている文脈を一文ごとに抽出した。次に意味内容を吟味したうえでコード化した。次にコードを「伴走的支援」の視点でサブカテゴリー、カテゴリーへと抽象化、整理する作業を繰り返し、カテゴリー名をつけた。各サブカテゴリーに該当するコード数をカウントした。

最後に、計量的テキスト分析と質的帰納的分析における共通点と相違点を抽出した。

## 5. 倫理的配慮

調査にあたっては2020年のアンケート調査時にインタビュー調査への協力を申し出た訪問看護師および、機縁法にて協力を申し出た看護師に対して、管理者宛の依頼文書と協力者宛の本研究の概要を記した説明書と同意書および同意撤回書を郵送した。協力者は、研究者から目的、方法、研究参加の自由意思と途中辞退の自由、個人情報の保護、研究成果の取り扱いについて説明を受けた上で、自ら語る意思を示した看護師とした。協力者からは文書での同意を得た。インタビュー開始前にも倫理的配慮について説明し、口頭での同意を得た。インタビューに際しては、オンラインは対面とは違う緊張が生じることを想定し、研究者らの自己紹介、インタビュアー側のカメラはオンにするが、協力者については希望に応じることなどの配慮を行った。なお本研究は天理医療大学倫理審査委員会の承認後実施した（承認番号第146号）。

## III. 結 果

### 1. 研究協力者の属性

研究協力者は22名であった。年齢は30歳代～60歳代、うち男性が4名、訪問看護歴は2年～23年で平均は9.3年であった。11名が管理者であった。伴走型支援という言葉については全員が知らないと答えた。以下、計量的テキスト分析と質的帰納的分析の結果を記す。

### 2. 計量的テキスト分析による結果

対象となる記述文の数は910、使用した異なり語数（同一の語は複数回登場しても1語とみなす）は798、出現回数の平均値は3.19 ( $SD=5.50$ ) であった。階層的クラス

タ分析では、集計単位を段落、最小出現数を9回に設定し54語を分析対象とした。

出現頻度の多い主要語を抽出した結果、上位20番まででは「家族（54回）」「本人（54回）」「支援（49回）」「入る（36回）」「看護（34回）」「話（33回）」「聞く（29回）」「行く（25回）」などであった（表1）。

階層的クラスター分析の結果、7つのクラスターに分かれた（図1）。以下クラスターを〔 〕、出現した語を「 」、抽出語がどのように用いられていたのかという文脈を示すために、KIWCコンコーディンス機能を使って抽出された結果の一例をイタリック体に、文脈内で使用されている抽出語は下線を用いて記載する。なおクラスターには数字で番号を記載した。

#### 〔1 関係性を重視して支援する〕

クラスター1は「関係」「入る」「引く」「伴走」「支援」「お母さん」などの語で構成された。具体的には、“今は家に入つていいよって言われてるその関係性を崩さないように、あわよくば少しずつ、本当に少しずつでもお母さんがよくなっているたり、お父さんが安心できたりすることが引きこもっている方の安心につながったり、私たちを受容してもらえることにつながるのかなと思った。”“利用者の父親・母親が死くなると、そこで伴走が切れてしまうのがやはり問題。家に入ることを認めてもらって訪問しているので、拒否されるような関係には絶対にしたくない。”など、訪問先での信頼関係を重視するという内容が散見されたことから命名した。

#### 〔2 対象者が安心して生活できることを目指しチームで共有する〕

クラスター2は「生活」「安心」「困る」「目標」「難しい」などの語で構成された。“その人たちが安全に安心に生活ができるように、訪問看護に行ったときに本人とご家族と話をしながら、何が困ってて、次私たちが行くまでにどういうことができたらいいよねっていうことで整えたり、ご説明さしてもらったりとかして。”“それぞれの職種が同じ目標に向かってその人たちを、どんなことに困ってるのかっていうので耳を澄ますっていうか、それが何かの発見にもつながるとは思うんですけど、なかなかいろんな人いますから難しいですね。”など、支援の対象者が安全に生活できることを目指しているが、難しさもあるという内容が散見されたことから命名した。

#### 〔3「50」の方に医療や福祉の支援が必要なケースが多い〕

クラスター3は「ケア」「ケース」「多い」などの語で構成された。“私が体験したケースっていうのは、何らかの精神障害を抱えてた方、50のほうが抱えてた方とかで、生活能力が乏しい人が多かった。そういう50でうまく福祉とか医療につなげたので、そこまでいってくれれば生活は

表1 出現回数5回以上の主要語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
家族	54	情報	17	生きる	10	状態	8	お話	6
本人	54	関係	16	認知	10	精神	8	意味	6
支援	49	目標	16	亡くなる	10	誰か	8	計画	6
多い	43	考える	15	来る	10	病気	8	肯定	6
自分	37	分かる	15	ヘルパー	9	役割	8	行ける	6
入る	36	関わる	14	医療	9	悪い	7	事業	6
看護	34	見る	14	気持ち	9	介入	7	書く	6
話	33	難しい	14	言える	9	確保	7	職種	6
聞く	29	解決	13	言葉	9	管理	7	制度	6
行く	25	使う	13	行う	9	頑張る	7	長い	6
介護	24	利用	13	出る	9	距離	7	得る	6
伴走	23	話す	13	女性	9	継続	7	入れる	6
一緒	22	ケース	12	存在	9	現状	7	部分	6
生活	22	ケア	12	変わる	9	仕事	7	望む	6
感じ	21	引く	11	サービス	8	思い	7	キン	5
安心	19	最初	11	患者	8	状況	7	パー	5
困る	18	持つ	11	感じる	8	掃除	7	奥さん	5
相談	18	先生	11	後見人	8	男性	7	何とか	5
訪問	18	タイミング	10	作業	8	動く	7	会う	5
お母さん	17	違う	10	若い	8	お子さん	6	関わり	5

確保できると思うんですよね。”“(50の方は) 支援を拒否されるケース多いんで、何とか訪問看護を受け続けてもらうための努力をいっぱいしてて (略)”などから命名した。

[4 「80」の方だけではなく、家族も含めて訪問時には話すことが必要]

クラスター4は「話」「聞く」「家族」「本人」「訪問」などの語が抽出された。主要語上位10のうち4つが入っていた。“訪問看護に行ったときに本人とご家族と話をしながら、何が困ってて、次私たちが行くまでにどういうことができたらいいよねっていうことで整えたり、ご説明させてもらったりとかして。”“本当に分からないことだらけと思うんで。そういう時間さえ確保されたら、本人も家族さんも言える時間があるって、その下で訪問が、途中からでもいいんで、必要やなって、その時間が確保される訪問に変われば、家族さんも言いやすいし、質問もふと思ったときに書き留められたりすると思うので。”など、家族も含めて話を聞くことが必要という内容が散見されたことから命名した。主要語の解釈からも「本人」「家族」の「話」を「聞く」ことを重要視していることがわかった。

[5 「50」の方の負担が軽減できるよう支援に適したタイミングで介入する]

クラスター5は、「介護」「気持ち」「情報」「タイミング」などの語が抽出された。“家族から言われたら、やっ

ぱ本人 (『50』の方) もどこかでこう、「どうにかしやなあかんのかな」っていう気持ちも出てくる。そのタイミングで、「じゃあ、何か私らが手伝えることがあったらさしてもらいますよ」っていうようなことで、そのタイミングうかがって介入できるときに一緒に掃除始めるとか。”“介護が必要な80の人に直接的に支援するのもそうですけど、その介護をしないといけない50、介護をしないといけないけどできない50の人にも併せて支援できるような支援者が、80のほうに関わらないといけないってことですね。”など、「50」の方にも支援に適したタイミングで介入することが必要という内容が散見されたことから命名した。

[6 利用者や家族が相談できるような存在でいる]

クラスター6は「利用」「相談」「自分」「存在」などの語が抽出された。“何かあったら、ほんとにすぐ相談できるような関係であって、それが継続できる関係であれば、利用者としては、それはすごい助かるのかなっていうふうには思うんです。”“普通に何か困ったときに相談できる人がいたら、自分もうれしいですし、何かそういう存在で自分がいること、何かあったら駆けつけるのもそうですし、こまめに連絡を取るっていうのもそうですし、何かそういうのが、人がいるだけで何か安心して頑張れるというか、そういうのはあるのかなっていうのは思います。”など、訪問看護師は、いつでも利用者や家族が相談しやすい存在でありたいという内容が散見されたことから命名した。

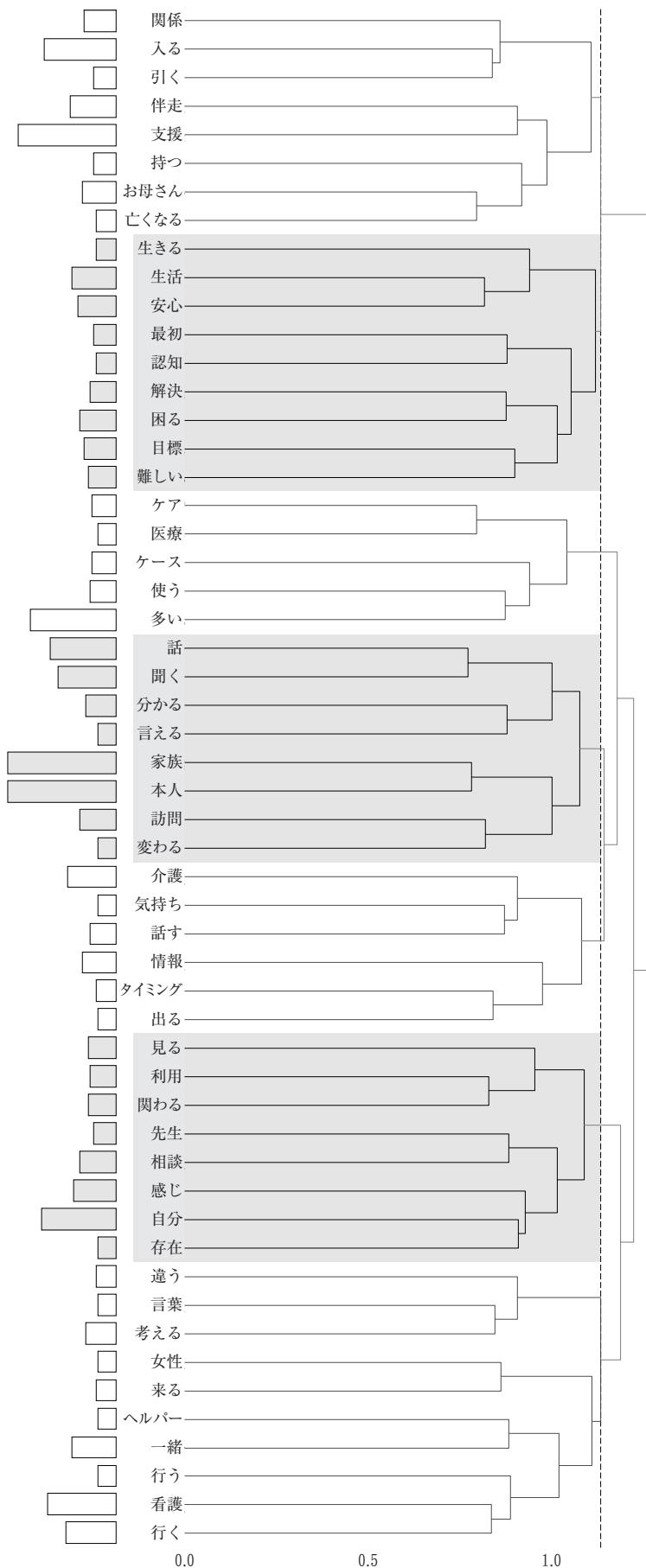


図1 階層的クラスター分析結果

## [7 相手を問わず一緒に考える姿勢が大切]

クラスター7は「違う」「言葉」「考える」「ヘルパー」「一緒」「看護」「行く」などの語が抽出された。“ヘルパーさんもヘルパーさんの役割があるし、看護師も看護師の役割で入ってるから、必要なことは必要な役割分担して、させてもらって、それで一緒に協力してやっていくのがいいのかなって思う”“病棟とは違って訪問看護っていうのは、本人さんのいらっしゃる自宅がベースっていうこともあるし、その中で、一緒に考えていましょうっていう言葉、私も使うことあるんですけど。”など、訪問看護師は利用者や家族であれ、支援者であれ、誰であっても一緒に考える姿勢が大切という内容が散見されたことから命名した。

7クラスターはデンドログラムの距離からさらに3クラスターに分類された。クラスター1と2は、訪問看護師が考える伴走型支援は、関係性を重視しながら家族全員の生活の維持を目指している内容であると解釈した。クラスター3～5は、「80」と「50」それぞれの方との対話を大

切にしながら、「50」の方を支援につなげることも見据えているという内容であると解釈した。クラスター6と7は、訪問看護師は「80」の方からも「50」の方からも頼りにされる関係を維持し、利用者や支援関係者と一緒に考えていく姿勢を大切にするという内容であると解釈した。

## 3. 質的帰納的分析による結果

質的帰納的分析では、10カテゴリー、30サブカテゴリーに整理された（表2）。10カテゴリーを以下に記す。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、コードを「 」で示す。

## 【将来を見越して家族への支援をする】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。  
〈「80」の方の将来を見越して家族全体を支援する〉は「私たちは大体、先のことは予想されて分かる。家族からしたら、分からないことだらけ」など4コードを集約した。  
〈「50」の方の不安を見越して軽減できる準備をしておく〉

表2 質的帰納的分析結果

カテゴリー	サブカテゴリー ( ) はコード数
将来を見越して 家族への 支援をする	「80」の方の将来を見越して家族全体を支援する (4) 「50」の方の不安を見越して軽減できる準備をしておく (2)
家族と目標を 共有する	「80」の方が求めていることを実現する (4) 家族と一緒に目標を持つ (2)
家族全体を 1つと考え 支援する	家族全体の生活が維持されるような支援をする (7) 家族それぞれの性格を考慮した対応 (2) 「50」の方が家族全体の中で肯定されていくプロセスを支える (1)
家族を支える 存在でいる	家族が困ったときにタイムリーに相談できる関係性を作る (4) 家族と人としてつながるよう関わる (2) 家族から頼りにされる存在でいる (1)
関係性を 重視する	相互作用の中で関係性が築かれていく関わり方を意識する (7) 問題解決よりも関係の構築を重視する (4) 一緒に取り組んでいましょうという姿勢で関わる (3)
つながり続ける	家族が言いたいことが言えて聞きたいことが聞ける場を維持する (6) 「50」の方とはつかず離れずの距離感を保ちながら支援のタイミングをみきわめる (3) 定期的な訪問を続ける (3)
「50」の方の 意欲を優先する	「50」の方が持っている力を肯定し意欲を高める (5) 「50」の方の意思を尊重する (3) 変化に気づき声をかける (3)
家族との 関係作りの 工夫	「50」の方も気にかけているということを伝える (2) 同居者に対しても行った支援内容の報告は欠かさない (1) 話しやすいようにオープンでいる (1) 関係する支援者同士が対等な立場で協力することを意識する (1)
支援者間での 情報共有をする	支援者間での情報共有をする (3) 自己判断はせずチームで動く (1)
「50」の方を 支援者に つなげる	必要だと考えるリソースにつなげる (21) 同じ看護師が「50」の方を含めて支援する (3) 相談窓口の設置を企画する (1) 「50」の方との関係の構築が優先であることを支援者に対しても説明する (1) 訪問看護師の「8050」支援に対する意識を高めていく (1)

は、「もし親が入院となれば、ストレスがかかりしんどくなるというタイプなので、そうなる前にできることと一緒に準備しておくと、その大変さも少し和らぐ」など2コードを集約した。看護師が先を見越しつつ、「80」の方や「50」の方を介護する「50」の方を含む家族に対しても支援するという考えが語られた。

#### 【家族と目標を共有する】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。〈「80」の方が求めていることを実現する〉は「何をしたいのかにできるだけ近づけてあげたい、本人たち（「80」の方）が希望することを叶えてあげたい」など4コードを集約した。〈家族と一緒に目標を持つ〉は「在宅では看護師が求めるものではなく、本人、ご家族が話し合って何がしたいか、どこまで、今何が困ってるかっていうところからスタートする」など2コードを集約した。病院では、問題解決が優先されるが、在宅看護は「80」の方や家族と話し合って、同じ目標を共有するという考えが語られた。

#### 【家族全体を1つと考え支援する】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーで構成された。〈家族全体の生活が維持されるような支援をする〉は「あくまでも療養生活の主役はご本人であり、ご家族であることを大切にしないといけない」など7コードを、〈家族それぞれの性格を考慮した対応〉は「人それぞれなので、言葉の声かけとか性格とかを考えて行っている」など2コードを、〈「50」の方が家族全体の中で肯定されていくプロセスを支える〉は「（親の介護という）重要な役割を果たせたことで家族の中で大事な存在になり自信を取り戻していくようだ」など1コードを集約した。訪問看護師は家族全体を支援の対象と考えて支援しているという考えが語られた。

#### 【家族を支える存在である】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーで構成された。〈家族が困ったときにタイムリーに相談できる関係性を作る〉は「何かあったら、すぐ相談できるような関係であって、それが継続できる関係であれば、利用者としては助かると思う」など4コードを集約した。〈家族と人としてつながるよう関わる〉は「大事にしているのは、支援者と自分が人としてつながっているということ」「間違った方向にいきそうなときは、上からではなく対等な立場として提案し意見を求める」など2コードを集約した。〈家族から頼りにされる存在である〉は、「『50』の方が何か困ったときに相談できる人がいたら自分もうれしいし、自分がそういう存在でいるようにしていて、何かあったら駆けつけたり、こまめに連絡を取っている」など1コードを集約した。訪問看護師は、家族と人としてつながり、家族が困ったときに相談できる存在でいたいという考えが語られた。

#### 【関係性を重視する】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーで構成された。〈相互作用の中で関係性が築かれていく関わり方を意識する〉は「『家に入つていい』と言われている関係性を崩さず、少しずつでも母親が良くなったり、父親が安心できると、ひきこもっている人の安心や私たちの受容につながる」など7コードを集約した。〈問題解決よりも関係の構築を重視する〉は「周りが問題と思っていることと離れていたとしても、本人が問題だと思ってること、困っていることを解決したり寄り添ったりする」など4コードを集約した。〈一緒に取り組んでいきましょうという姿勢で関わる〉は、「『80』『50』の言葉にならない思いを汲み取って一緒に解決していこうとするのが伴走型支援だと思う」など3コードを集約した。訪問看護師はとりわけ「50」の方に対しては相互作用の中で信頼関係を継続していくことを重視しているという考えが語られた。

#### 【つながり続ける】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーで構成された。〈家族が言いたいことが言えて聞きたいことが聞ける場を維持する〉は、「言いたいことが言える場と、不安なことが聞ける場とがあるとわかってたら、今度あの人来たときに聞こうとかいうのが増える」など6コードを集約した。〈「50」の方とはつかず離れずの距離感を保ちながら支援のタイミングをみきわめる〉は「問題を把握しているので焦って次々やってあげたくなるが、見守りながら、何かチャンスがあれば情報を提供したり、何かをしたりしている」など3コードを集約した。〈定期的な訪問を続ける〉は、「定期的な訪問で社会とつながっている感が得られ、母親もありがたく思っていた」などの3コードを集約した。「80」「50」それぞれの当事者との関係を作りつながり続けることを大切にしているという考えが語られた。

#### 【「50」の方の意欲を優先する】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。〈「50」の方が持っている力を肯定し意欲を高める〉は、「どのような病気でも、どのような状態でも、今ある状態を認められるのは、誰にとっても大事だ」など5コードを集約した。〈「50」の方の意思を尊重する〉は「何か起こったときは本人の意見を聞きながらそれに沿っていく」など3コードを集約した。「50」の方を肯定し、意思を尊重して支援するという考えが語られた。

#### 【家族との関係作りの工夫】

このカテゴリーは5つのサブカテゴリーで構成された。〈変化に気づき声をかける〉は「様子が変だと思って話を聞くと、不安や困っていることを打ち明けられる」など3コードを集約した。常に様子を観察し、気になれば看護師から声をかけるという内容であると解釈した。〈「50」の方

も気にかけているということを伝える〉は、「息子に対しても存在を気にかけているということを常に伝える」など2コードを集約した。家族に対しても常に声をかけるという内容であると解釈した。〈同居者に対しても行った支援内容の報告は欠かさない〉は「やりっ放しでは終わらないよう、父親や介護者がいれば必ず直接報告し、それが安心につながると思っている」の1コードであった。家族の安心につながるよう報告は欠かさないという内容であると解釈した。〈話しやすいようにオープンでいる〉は、「ひきこもっている人はいきなり距離を縮めても嫌がる。徐々にというのと、向こうが入ってきやすいようにこちらはオープンにしておく」の1コードであった。〈関係する支援者同士が対等な立場で協力することを意識する〉は「どの職務が偉いかではなく、みなで一緒に協力して同じ立ち位置ですることが一番良い」の1コードであった。「50」の方に対して支援者同士が対等な関係で支援することが大事という考えが語られた。

#### 【支援者間での情報共有をする】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。〈支援者間での情報共有をする〉は、「情報共有ができるれば継続的に利用者も安心して利用できる」など3コードを集約した。〈自己判断はせずチームで動く〉は「向こうが何を求めているか分からないと、一歩踏み出すのがとても難しいときに自分の判断だけで動かない」の1コードであった。チームでの情報交換が大切で自分の判断だけで動かないという考えが語られた。

#### 【「50」の方を支援者につなげる】

このカテゴリーは5つのサブカテゴリーで構成された。〈必要だと考えるリソースにつなげる〉は「利用者以外の家族に直接介入できない場合はケアマネジャーなどの専門職につなぐ」「無理やり引っ張りはせず、本人が望んだタイミングで出て行ける。それに付き合ってくれるような支援者、事業所も数が多いほうが良い」など21コードを集約した。〈同じ看護師が「50」の方を含めて支援する〉は「新たな支援者につなげるのではなく、築いた関係の延長で同じ看護師がひきこもり者も対象に支援ができるといい」など3コードを集約した。〈相談窓口の設置を企画する〉は「ひきこもりの方の相談窓口になったら良いと、啓蒙・啓発目的のイベントをした」の1コードであった。〈「50」の方との関係の構築が優先であることを支援者に対しても説明する〉は「拒否されないように、まず関係を作るまで時間をくださいと支援者に言う」の1コードであった。〈訪問看護師の「8050」支援に対する意識を高めていく〉は「訪問看護師がちょっとつないどいたらいいなと思ったときに、その窓口があるよっていうように訪問看護師自身の意識を高めていく」の1コードであった。訪問看

護師自身も支援についての意識を高めることが必要という考えが語られた。

#### 4. 計量的テキスト分析と質的帰納的分析の共通点と相違点

計量的テキスト分析のクラスターと質的帰納的分析のカテゴリーの共通点をみると、クラスター1【関係性を重視して支援する】は【関係性を重視する】【家族との関係作りの工夫】と、クラスター2【対象者が安心して生活できることを目指しチームで共有する】は【家族と目標を共有する】と、クラスター3【「50」の方に医療や福祉の支援が必要なケースが多い】は【「50」の方を支援者につなげる】と、クラスター4【「80」の方だけではなく、家族も含めて訪問時には話すことが必要】・クラスター6【利用者や家族が相談できるような存在でいる】は【家族を支える存在でいる】【つながり続ける】と、クラスター5【「50」の方の負担が軽減できるよう支援に適したタイミングで介入する】は【「50」の方の意欲を優先する】と対応していた。【将来を見越して家族への支援をする】【家族全体を1つと考え支援する】【支援者間での情報共有をする】は、クラスター分類に対応していなかった。

本研究の結果を統合し、以下のようなストーリーラインが考えられた。訪問看護師が考える伴走型支援は、【将来を見越して家族への支援をする】ことや、【「50」の方の意欲を優先する】ことを踏まえて【支援者間での情報共有】を行い、まだ社会資源につながっていない【「50」の方を支援者につなげる】ことが大切という、当事者と社会をつなぐことに重点がおかれた内容のまとまりと、当事者との【関係性を重視する】ことを踏まえて【家族との関係作りの工夫】を行い、【家族と目標を共有する】【家族を支える存在でいる】という【つながり続ける】ことを大切にする内容のまとまりとなった。訪問看護師は【家族全体を1つと考え支援する】という考え方のもと、「80」の方の今後を踏まえ「50」の方を社会につなぐことを見据えながらも、「80」と「50」本人や、つなぐ先の支援者などクラスター7【相手を問わず一緒に考える姿勢が大切】との立場を維持していた。

#### IV. 考 察

本研究の目的は、「8050問題」の渦中にある家庭に訪問看護を行っている看護師にインタビューを行い、訪問看護師が考える伴走型支援の内容を抽出することであった。インタビューした訪問看護師は全員、伴走型支援について知らないと答えていた。しかし、分析結果全体が伴走型支援の内容であり、訪問看護師は実際には伴走型支援を行っているが、それが伴走型支援だと思わず看護実践しているこ

とが推察された。

分析の方法として、計量的テキスト分析と質的帰納的分析を行った。量的分析と質的分析の結果から共通点と相違点が明らかになった。結果に違いが出た理由として、階層的クラスター分析による分類は、テキスト型データから語を自動的に抽出し、語と語の結びつきを探っている（樋口, 2020, p.37）ことが考えられた。階層的クラスター分析にあって質的帰納的分析にはなかったのがクラスター7であった。このクラスターは元のテキストデータを確認すると〈関係する支援者同士が対等な立場で協力することを意識する〉を含む【家族との関係作りの工夫】および〈「80」の方の将来を見越して家族全体を支援する〉〈「50」の方の不安を見越して軽減できる準備をしておく〉のカテゴリーである【将来を見越して家族への支援をする】と対応していた。質的分析においては、支援者と一緒に考えることと、家族と一緒に考えることは別の内容であると考えられた。しかし、計量的テキスト分析では、「一緒」と「考える」の語どうしの距離が近く配置されたため、1つのクラスターにまとまつたものと推察できる。今井ほか(2018, p.696)は、同一データを量的分析と質的分析で比較した場合、表現が異なるのは必然といえ、そのうえで内容に共通性が見受けられると述べているが、本研究からも同じ結果が導き出されたといえる。

導き出されたストーリーラインに関して、このストーリーは、厚生労働省(2019b, p.6)が提示した伴走型支援のモデル図に類似していた。モデル図では車輪の両輪である左側には具体的な課題解決を目指すアプローチを、右側にはつながり続けることをを目指すアプローチを配し、両輪の共通の基盤として本人を中心として“伴走”する意識が置かれている。両輪の歯車は互いにかみ合いながら進んでいく。本研究の結果も対象者と社会資源とをつなぐという課題解決型に近い内容と、つながり続けることを大切にする伴走型支援に近い内容に大別された。

一方で厚生労働省のモデル図になく本研究結果で示されたものとして、訪問看護師は、対象者の今後を見据えてはいるが、【家族全体を1つと考え支援する】考え方の方がより強いこと、「80」と「50」のそれぞれ本人とも、関与する支援者とも一緒に考えることが優先される姿勢があげられる。また図では、本人という言葉が使用されており、対象者は基本的には個人であるが、訪問看護師の視点は「80」と「50」の双方を見据えており、対象者が家族全体であることも相違点である。この理由として、訪問看護においては家族を支援することや、家族の負担感を軽減することが重要とされていることがあげられる（梶・塚崎・京田, 2017, pp.55-63）。対象者にとって家族が一番身近なケア提供者であり、病院で看護師が担う役割が在宅では家族

に求められる。家族の負担感が増すことで在宅療養の継続が困難になる可能性もあり、「50」の方への支援は必須であると考えられる。

最後に本研究の意義に照らし、訪問看護師が行っている支援が伴走型支援であるならば、現行では訪問対象ではないとされる「50」の方への継続支援の可能性があるのかについて検討したい。現行の訪問看護の制度では、訪問看護の主な対象は「80」の方であり、家族の相談に乗るなどの支援も役割はある。しかし、「50」の方が、自身の支援を承諾しない限り支援を継続することは難しく、「50」の方への伴走は「80」の方への支援終了とともに中断してしまう可能性がある。川北(2019, pp.68-75)は、従来の支援は、利用する人が制度の枠組みに合わせざるを得ず、積極的な利用に結び付かないことが多いと述べ、個人に関する情報を包括的に集め、きめ細かく支援していくためには個人を包括的・継続的に支える視点が欠かせないと述べている。近年では「8050問題」は国による重層的支援体制の整備においても、人と人とのつながりを基盤としたセーフティネットを強化するために、本人や世帯の状態に寄り添い、社会とのつながりを段階的に回復する体制を構築する(厚生労働省, 2023b)などの動きが始まっている。本研究の結果から訪問看護師が継続的に「80」「50」の方に寄り添っていることが明らかになった。今後、訪問看護師が伴走型支援を意識し、地域包括支援センターや保健所、相談支援事業所などの支援機関に相談することで、多職種による継続支援の可能性が生まれ、段階的に社会につながっていくことが期待できる。

## 謝 辞

本研究にご協力いただいた訪問看護師の皆様に厚く御礼申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2021年度（前期）在宅医療推進のための調査研究等への助成を受けたものである。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- 樋口耕一 (2020). 社会調査のための計量テキスト分析：内容分析の継承と発展を目指して（第2版）. 37, 115-217, 京都：ナカニシヤ出版。
- 今井多樹子, 高瀬美由紀, 佐藤健一 (2018). 質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性：新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から. 日本看護研究学会誌, 41(4), 685-700.
- 稻月 正 (2022). 伴走支援システム：生活困窮者の自立と参加包摂型の地域づくりに向けて. 東京：明石書店。
- 梶 瑞紀, 塚崎恵子, 京田 薫 (2017). 訪問看護師による家族支援を必要とする事例への支援実態と看護師の主観的効果の関連要因. 日本地域看護学会誌, 20(2), 55-63.
- 梶原厚子, 新井朋子, 白木きよみ (2019). 東京子ども等支援連絡協議会多摩「のびのび育ちの会」多職種・異業種のネットワークで「伴走型支援」をつくる. 看護, 71(4), 104-110.
- 川北 稔 (2019). つながりの貧困から考える「8050問題」. 福祉労働, 165, 68-75.
- 萱間真美 (2021). 伴走型支援と問題解決型支援：看護はハイブリッドモデルで. 日本精神保健看護学会誌, 29(Supplement), 6-13.
- KHJ全国ひきこもり家族会連合会 (2019). 地域包括支援センターにおける「8050」事例への対応に関する調査報告書. 3.
- 國府久嗣, 山崎治子, 野坂政司 (2013). 内容推測に適したキーワード抽出のための日本語トップワード. 日本感性工学会論文誌, 12(4), 511-518.
- 厚生労働省 (2019a). 「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」(地域共生社会推進検討会)最終とりまとめ. <https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000581294.pdf> (参照 2025年 2月 3日)
- 厚生労働省 (2019b). 「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」(地域共生社会推進検討会)最終とりまとめ(概要). <https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000582595.pdf> (参照 2025年 2月 3日)
- 厚生労働省 (2021). 令和2年度障害者総合福祉推進事業：自立生活援助の運営ガイドブック. 11. <https://www.mhlw.go.jp/content/000998222.pdf> (参照 2025年 3月 30日)
- 厚生労働省 (2023a). 令和5年版厚生労働白書：第2章 福祉制度の概要と複雑化する課題. 58. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/1-02.pdf> (参照 2025年 3月 30日)
- 厚生労働省 (2023b). 重層的支援体制整備事業を検討することになった人に向けたガイドブック／重層的支援体制整備事業を始めてみたけどなんだかうまくいかない人に向けたガイドブック. [https://www.mhlw.go.jp/content/zyuso\\_guidebook-R5.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/zyuso_guidebook-R5.pdf) (参照 2025年 3月 30日)
- 増子徳幸 (2022). 精神科看護の力が地域から求められている：「つながる・つながり続ける」伴走型支援. 精神科看護, 49(10), 4-10.
- 日本伴走型支援協会 (2021). 伴走型支援に関する映像教材活用の手引き.
- 岡本響子 (2022). 訪問看護師が把握する高齢の親と暮らす高齢ひきこもり者の実態と課題, 2018~2022年度JSPS科研費・基盤研究C (研究課題番号18K10664) 調査報告書.
- 奥田知志, 原田正樹編 (2021). 伴走型支援：新しい支援と社会のカタチ. 4-18, 東京：有斐閣.
- 田垣正晋 (2009). 市町村障害者基本計画のニーズ調査の自由記述回答に対するKJ法とテキストマイニングの併用のあり方. 社會問題研究, 58, 71-86.
- 谷津裕子 (2015). Start Up質的看護研究（第2版）. 東京：学研メディカル秀潤社.

[2024年 6月11日受付  
2025年 1月13日採用決定]

# Companion-Type Support as Conceived by Visiting Nurses Attending Families Facing the “8050 Problem”

Kyoko Okamoto, PhD, RN<sup>1</sup>, Chieko Kamiyama, PhD, RN<sup>2</sup>,  
Miharu Matsuura, PhD<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Naragakuen University, Nara, Japan, <sup>2</sup>Kansai Medical University, Osaka, Japan

<sup>3</sup>Sanyo Gakuen University, Okayama, Japan

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2026, 48(5), 721-731  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250113268>

## Abstract

**Objective:** This study examined the content of companion-type support as perceived by visiting nurses who provide home care to families amid the “8050 problem.” **Methods:** Interviews were conducted with 22 visiting nurses. The study employed quantitative text analysis and qualitative inductive analysis to extract conceptual constructs. **Results:** The quantitative text analysis revealed seven clusters, including “emphasizing relationships and providing companion-type support” and “being an entity that the users and their families can consult.” The qualitative inductive analysis organized the findings into 10 categories, including “providing support to families with a view to the future,” “considering the entire family as one unit for support,” and “sharing information among supporters.” **Conclusions:** Companion-type support as conceived by visiting nurses involves considering the entire family as the support target and encompasses problem-solving and ongoing-connection approaches. In addition, it reflects the stance of visiting nurses to “think collectively” with the families they support.

## Key words

8050 Problem, Visiting Nurses, Companion-Type Support

---

**Correspondence:** K. Okamoto. Email: [ajisaikirei.0716@gmail.com](mailto:ajisaikirei.0716@gmail.com)

# 日本看護研究学会雑誌および Journal of International Nursing Research における掲載論文の動向と今後の課題

宍戸 穂<sup>1</sup>, 出塚 望<sup>1</sup>, 安藤詳子<sup>2</sup>, 矢野理香<sup>1</sup>

<sup>1</sup>北海道大学大学院保健科学研究院, <sup>2</sup>一宮研伸大学看護学部

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 733-742  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250307275>

## 要旨

**目的：**日本看護研究学会雑誌（和文誌）およびJournal of International Nursing Research（JINR）（英文誌）に2000年以降に掲載された研究論文の動向を分析し、今後の看護学研究における課題について明らかにすること。

**方法：**和文誌は医中誌Webで検索し2000年1月～2024年3月に掲載された原著論文とした。英文誌はJ-STAGE「JINR」で入手し、総説や資料等を除外した。

**結果：**対象は和文誌894件、英文誌35件だった。論文数は2011年まで増加傾向にあり、以降は増減を繰り返していた。量的研究デザインが最も多かったが、質的研究デザインの増大が著明だった。研究対象は看護職者（313件）、患者（211件）、患者の家族（70件）、看護学生（66件）の順に多かった。

**結論：**看護教育水準の高等化が進み、研究の実施環境が整備されたことで論文数が増加し、特に質的研究デザインの実施環境も整備されてきたと考えられる。

## キーワード

文献研究、研究デザイン、看護研究

責任著者：宍戸 穂. Email: [inaho\\_s@hs.hokudai.ac.jp](mailto:inaho_s@hs.hokudai.ac.jp)

## はじめに

一般社団法人日本看護研究学会（以下、本学会とする）は、広く看護学の研究者を組織し、看護学の教育、研究および進歩発展に寄与することを目的に、前身である四大学研究協議会として1970年に発足した。1993年には、本学会が日本学術会議に承認され、特定の専門分野に限定されない看護学全般の領域を包含した学会として看護学術活動の発展に中心的な役割を果たしてきた（川口ほか、2000）。また、本学会では、年1回の学術集会に加えて年間5号の学会誌を発行している。2020年には、英文誌Journal of International Nursing Researchが発刊され、今後も看護学の教育や研究の発展に寄与することが期待される。

1975年に第1回四大学看護学研究会が学術集会として徳島大学で開催され、2024年度で学術集会は50回目を迎える。そこで、50周年を迎える本学会において、日本看護研究学会雑誌およびJournal of International Nursing Researchに2000年以降に掲載された研究論文のこれまでの動向を分析し、今後の看護研究活動における課題を検討したいと考えた。

## I. 研究目的

本研究の目的は、日本看護研究学会雑誌およびJournal of International Nursing Researchに2000年以降に掲載された研究論文の動向を分析し、今後の看護学研究における課題について明らかにすることである。

## II. 研究方法

### 1. 対象文献の選定

和文誌は、医中誌Webを使用し、収載誌名を「日本看護研究学会雑誌」として検索した。発行期間は2000年1月～2024年3月とし、論文種類を「会議録除く」とした。英文誌は、J-STAGE「Journal of International Nursing Research」にて全件を入手し、Article Typeを「Original Research」、「Review Article」、「Technical Report」、「Brief Report」とした。総説や資料などの論文の形式を取っていないものは除外した。なお、検索は2024年12月3日に行った。

### 2. 文献レビューの方法

Microsoft Excelを用いて文献リストを作成し、「研究タ

イトル」「研究対象」「掲載された年次」「研究デザイン」別に整理した。リサーチクエスチョンを「学会誌に掲載された研究内容・デザイン・年次・著者にはどのような特徴があるのか」「年次によって研究内容にどのような特徴があるのか」「研究デザインによって研究内容にどのような特徴があるのか」とした。研究デザインは、バーンズ＆グローブ看護研究入門（Gray & Grove, 2021/2023）を参考に分類した。年次別にみた掲載論文数や研究デザインについては、記述統計として集計した。また、和文誌のみを対象に樋口らが開発したKH Coderを用いて計量テキスト分析を行い（樋口, 2016；樋口, 2020），研究タイトルより研究内容の特徴を明らかにした。計量テキスト分析とは、計量的分析手法を用いてテキスト型データを整理または分析し、内容分析（content analysis）を行う方法である（樋口, 2020, pp.12-16）。

計量テキスト分析における具体的な手順は次の通りである。文献リストをKH Coderに取り込み、前処理（データ中から自動的に語を取り出しデータベースに格納すること）を行った。その際、「新人看護師」など一般的には「新人」「看護」「師」と抽出される恐れがあるため看護の分野における特徴的な複合語は強制抽出語として抽出されるようにした（表1）。次に、抽出語リストから多く出現していた語を確認したのち、語と語の結びつきを探るために起ネットワーク図を作成した。適宜、それぞれの語がどのように用いられているのか確認するため、KWIC（Key Word in Context）コンコーダンスを使用した。共起ネットワーク図より主題を研究者が解釈し、研究内容の特徴を明らかにした。

### 3. 倫理的配慮

文献の使用にあたっては、著作権法を遵守した。また、本文中に詳細を述べる場合は出典を明らかにし、内容を正

確に読み取り、著者の意図に反しないように配慮した。

## III. 結 果

### 1. 対象文献の概要

医中誌Webを用いた検索の結果、1,107件の文献が抽出された。そのうち、基準に基づいて213件が除外され、日本看護研究学会雑誌（以下、和文誌）における分析対象は894件だった。Journal of International Nursing Research（以下、英文誌）は35件だった。

年次別にみると、2000年以降は論文発表件数が増加傾向にあり、2011年にピークを迎え、それ以降は増減を繰り返していた（図1）。英文誌の論文数は、掲載が始まった2022年では5件、翌年の2023年では23件と大きく件数を伸ばし、和文誌の論文と合わせた件数の約4割を占めていた。

研究デザイン別では、和文誌、英文誌ともに量的研究デザイン（以下、量的研究とする）が最も多かった（合わせて393件）（表2）。和文誌では特に、記述的デザインや記述的相関関係デザイン、予測研究デザインが多く含まれていた。量的研究に次いで多かったのは質的研究デザイン（以下、質的研究とする）300件で、準実験研究デザイン（以下、準実験研究とする）73件、尺度開発研究58件と続いた。文献研究は和文誌、英文誌合わせて53件が掲載され、システムティックレビュー、スコピングレビューも含まれていた。

研究対象について最も多かったのは看護職者（313件、33.7%）であり、次いで患者（211件、22.7%）、患者の家族（70件、7.5%）、看護学生（66件、7.1%）、健康成人（62件、6.7%）の順に多かった。患者の内訳は、精神疾患患者およびがん患者が各39件（4.2%）と最も多かった。10件以上の文献で対象となっていたのは、脳血管疾患患者（認知

表1 計量テキスト分析における強制抽出語

強制抽出語	強制抽出語	強制抽出語
1 看護師	13 看護者	25 精神障害者
2 看護学生	14 看護職者	26 臨地実習
3 関連要因	15 実態調査	27 看護管理者
4 高齢者	16 認知症高齢者	28 文献レビュー
5 看護職	17 影響要因	29 看護実践能力
6 訪問看護師	18 中堅看護師	30 首尾一貫感覚
7 信頼性・妥当性	19 介護老人保健施設	31 コロナウイルス
8 新人看護師	20 文献検討	
9 がん患者	21 型糖尿病患者	
10 統合失調症患者	22 信頼性	
11 妥当性	23 家族介護者	
12 新卒看護師	24 助産師	

症患者含む) が21件 (2.3%), 糖尿病患者が14件 (1.5%), 循環器疾患患者が12件 (1.3%), 透析患者が11件 (1.2%) だった。患者の家族を対象とした70件のうち, 障害を抱える児の親を対象とした文献は22件 (2.4%) と最も多かった。英文誌掲載論文に限定すると, 文献と看護師を対象とした研究が各7件 (20.0%) と最も多く, 次いで, 患者の家族と患者を対象とした研究が各5件 (14.3%), 健康成人を対象とした研究が3件 (8.6%) だった。患者の疾患はがん, 肝炎, 循環器疾患, 精神疾患, 糖尿病患者であり, それぞれ1件だった。

和文誌掲載論文におけるKH Coderより抽出された語の出現回数を表3に示す。最も頻度の高かった語は「看護師」であり, 次いで, 「看護」「患者」であった。また, 共起ネットワーク図(図2)より「尺度開発」「障害を有する児の母親」「認知症高齢者の介護」「在宅療養・訪問看護」「看護学生の実習」「がん患者」「患者のQOL」「退院支援」「精神疾患・精神科病棟」に関する研究が主に和文誌に掲載されている主題だった。

掲載論文の筆頭著者の所属は多い順に, 教育・研究機関(大学・専門学校等)が821件 (88.4%), 医療機関が89件 (9.6%), その他が19件 (2.0%) だった。筆頭著者の所属別に掲載論文数を年次ごとに算出したが, いずれの年次も教育・研究機関に所属する筆頭著者の論文が最も多かった。研究デザインについて, 教育・研究機関に所属する者

が筆頭著者の場合は, 量的研究 (351件, 42.8%)・質的研究 (255件, 31.1%)・準実験研究 (66件, 8.0%) の順に多かったが, 医療機関に所属する者が筆頭著者の場合は質的研究デザインが38件 (42.7%) と最も多かった(表4)。研究対象者については, どの著者においても看護職者, 患者の順に多く, 教育・研究機関に所属する著者の論文では, 患者の家族, 看護学生, 健康成人を対象に研究を行っていた。

## 2. 研究デザイン別にみた研究内容の特徴

### (1) 研究デザイン別にみた掲載論文数の推移

掲載件数の多かった上位6デザイン(順に, 量的研究デザイン, 質的研究デザイン, 準実験研究デザイン, 尺度開発研究, 文献研究, 混合研究法)について, 年次別の分布図を図3に示す。量的研究デザインは2006年ごろまで発表論文の大多数を占めていた。しかし, 質的研究デザインの発表件数が2000年以降経時に増加し2011年にピークを迎えた頃から上記2デザインの発表件数は同程度で推移し, 質的研究デザインの件数が上回る年次もみられた。2020年に量的研究デザインの発表件数が急激に減少したが, 以降は10件程度で推移していた。

その他の4デザインは, 年間約1~10件の範囲で発表されていた。文献研究と尺度開発研究は毎年コンスタントに発表されている傾向だった。文献研究は2010年代から緩徐

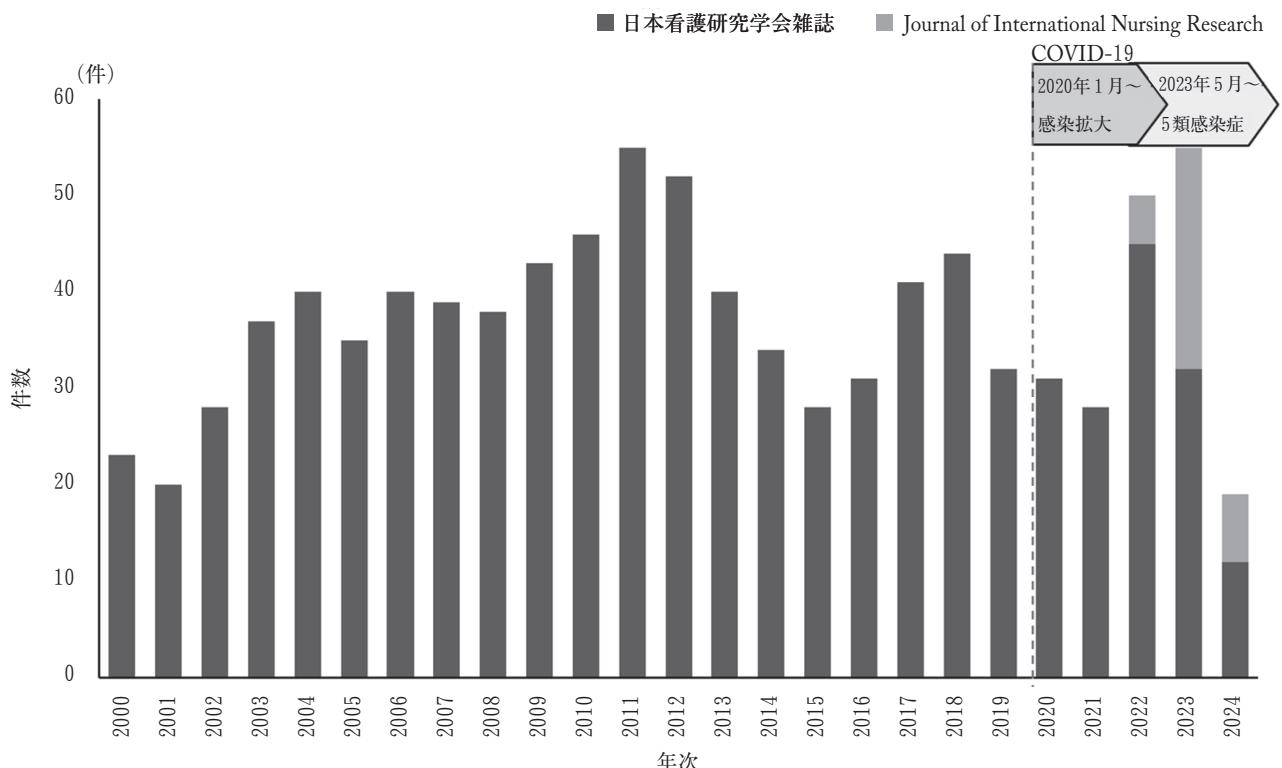


図1 日本看護研究学会雑誌およびJournal of International Nursing Researchにおける掲載論文数の経時的变化

表2 研究デザイン別にみた掲載論文数

(n=929)

研究デザイン	和文誌 (n=894)		英文誌 (n=35)		総数 (n=929)	
	n	%	n	%	n	%
量的研究デザイン	379	42.4	14	40.0	393	42.3
記述的デザイン	93	10.4	1	2.9	94	10.1
記述的相関関係デザイン	69	7.7	0	0.0	69	7.4
予測研究デザイン	67	7.5	1	2.9	68	7.3
モデル検証デザイン	50	5.6	0	0.0	50	5.4
比較記述的デザイン	46	5.1	3	8.6	49	5.3
縦断的デザイン	33	3.7	1	2.9	34	3.7
横断的デザイン	21	2.3	8	22.9	29	3.1
質的研究デザイン	297	33.2	3	8.6	300	32.3
実験研究デザイン	2	0.2	0	0.0	2	0.2
ランダム化比較試験	2	0.2	0	0.0	2	0.2
準実験研究デザイン	69	7.7	4	11.4	73	7.9
クロスオーバーデザイン	18	2.0	2	5.7	20	2.2
比較群を伴うプレ-ポストテストデザイン	14	1.6	1	2.9	15	1.6
1群プレ-ポストテストデザイン	10	1.1	0	0.0	10	1.1
介入を繰り返し行う時系列分断デザイン	8	0.9	0	0.0	8	0.9
比較群を伴うポストテストのみのデザイン	7	0.8	0	0.0	7	0.8
1群ポストテストのみのデザイン	3	0.3	0	0.0	3	0.3
単純な時系列分断デザイン	2	0.2	1	2.9	3	0.3
2つの比較介入を行い、標準的ケア群もしくは通常ケア群を伴う プレ-ポストテストデザイン	2	0.2	0	0.0	2	0.2
2つの比較介入を行うプレ-ポストテストデザイン	2	0.2	0	0.0	2	0.2
比較群を伴い介入を行わない時系列分断デザイン	2	0.2	1	2.9	3	0.3
介入をとり除くプレ-ポストテストデザイン	1	0.1	0	0.0	1	0.1
尺度開発研究	54	6.0	4	11.4	58	6.2
文献研究	46	5.1	7	20.0	53	5.7
文献レビュー	37	4.1	2	5.7	39	4.2
概念分析	6	0.7	2	5.7	8	0.9
システムティックレビュー	2	0.2	1	2.9	3	0.3
スコーピングレビュー	1	0.1	2	5.7	3	0.3
混合研究法	28	3.1	0	0.0	28	3.0
その他（ヒト以外を対象、実践報告など）	10	1.1	3	8.6	13	1.4
事例研究デザイン	9	1.0	0	0.0	9	1.0

に件数が増加し、特に2022～2023年は、分析対象とした発行期間において最も発表件数が多かった。一方で、準実験研究デザインの発表件数は2014～2021年の期間において他の年次よりも少なかった。図3には示していないが、システムティックレビューやスコーピングレビューは和文誌、英文誌ともに2020年以降、年間1～2件発表されていた。混合研究法は2005年から発表され始め、2011年の掲載件数は質的研究デザイン、量的研究デザインに次いで多かった。

## (2) 研究デザイン別にみた研究対象の特徴

量的研究における対象は、看護職者（142件）、患者（85件）、看護学生（38件）の順に多かった（図4）。質的研究においては、量的研究同様に看護職者を対象としたものが

120件と最も多く、患者を対象とした研究は88件で量的研究における患者を対象とした研究数を上回っていた。次いで多かったのは、患者の家族を対象とした研究だった（39件）。

準実験研究においては、健康成人を対象としたものが26件と最も多く、患者を対象とした文献が11件、看護職者を対象とした文献は9件にとどまった。介入を受ける患者が持つ疾患や状態は「糖尿病患者」、「手術後患者」、「統合失调症患者」、「ECGモニター装着中」など多岐にわたっていた。

尺度開発研究では、看護職者（31件）および患者（14件）を対象とした文献が中心だった。加えて、医療従事者、看護学生なども対象となっており、看護サービスを提供する側、または看護教育に関わる者が使用できる尺度の

表3 日本看護研究学会雑誌における研究タイトルの抽出語リスト（上位45語）

抽出語	頻度	抽出語	頻度	抽出語	頻度
1 看護師	209	16 分析	55	31 心理	41
2 看護	193	17 在宅	54	32 評価	41
3 患者	189	18 開発	52	33 経験	40
4 関連	101	19 教育	51	34 健康	39
5 研究	95	20 介護	51	35 ストレス	38
6 検討	84	21 認知	50	36 訪問	37
7 高齢者	84	22 自己	49	37 関係	36
8 影響	80	23 精神	49	38 関連要因	36
9 支援	69	24 尺度	48	39 変化	36
10 プロセス	68	25 家族	46	40 構造	35
11 ケア	67	26 効果	45	41 実践	35
12 要因	64	27 体験	45	42 がん患者	34
13 行動	57	28 及ぼす	44	43 病棟	34
14 病院	56	29 看護学生	41	44 医療	33
15 生活	55	30 看護職	41	45 子ども	33

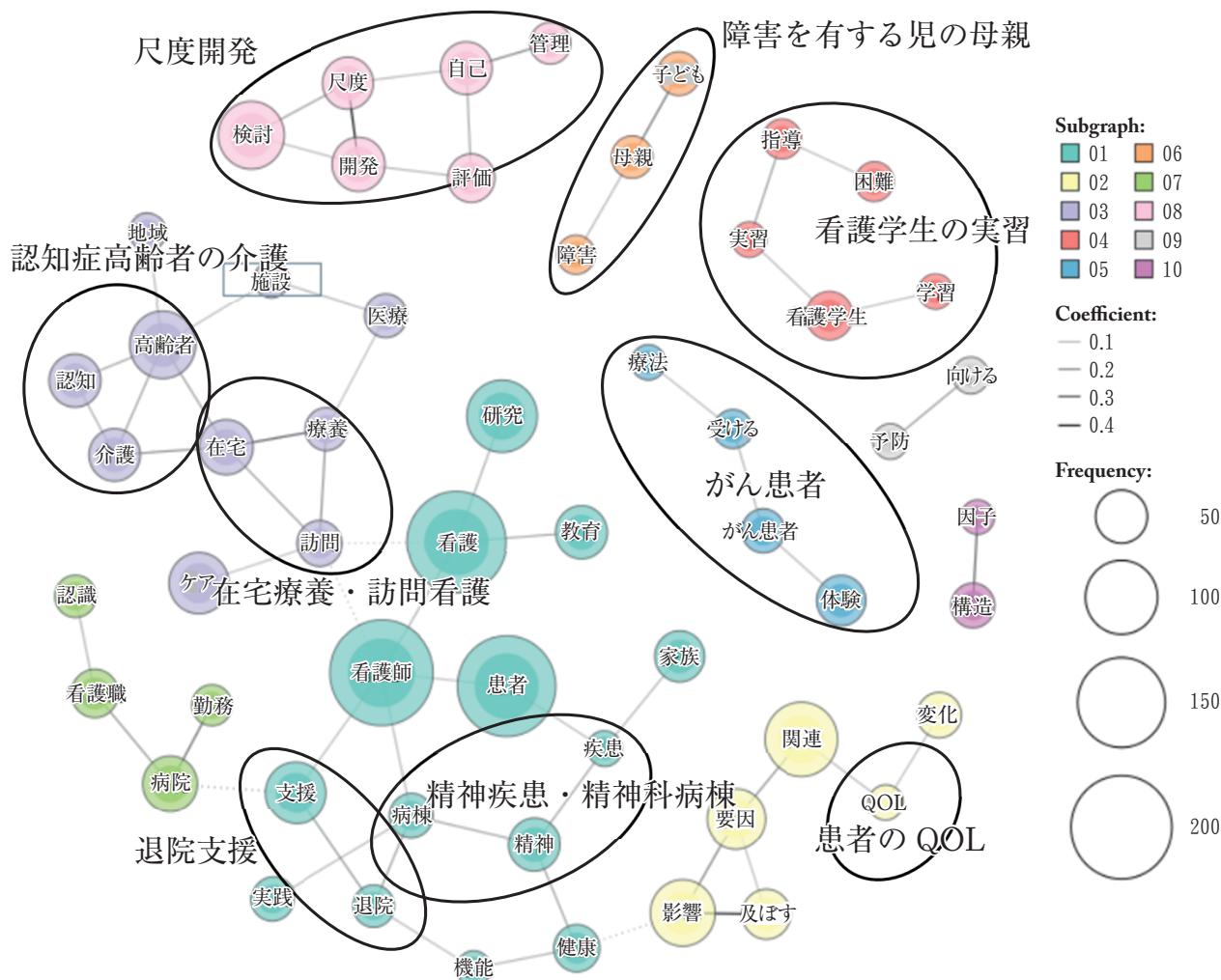


図2 日本看護研究学会雑誌掲載論文における抽出語より作成した共起ネットワーク図

表4 著者の所属別にみた掲載論文の研究デザインの特徴

	量的研究 (n=393)	質的研究 (n=300)	準実験研究 (n=73)	尺度開発研究 (n=58)	文献研究 (n=53)	混合研究法 (n=28)	その他 (n=24)
教育・研究機関 (n=821)	351 (42.8)	255 (31.1)	66 (8.0)	54 (6.6)	48 (5.8)	26 (3.2)	21 (2.6)
医療機関 (n=89)	35 (39.3)	38 (42.7)	5 (5.6)	4 (4.5)	3 (3.4)	1 (1.1)	3 (3.4)
その他 (n=19)	7 (36.8)	7 (36.8)	2 (10.5)	0	2 (10.5)	1 (5.3)	0

Note: 研究デザインの「その他」には、事例研究および実験研究デザインを含む。割合は行の総数に対する値である。

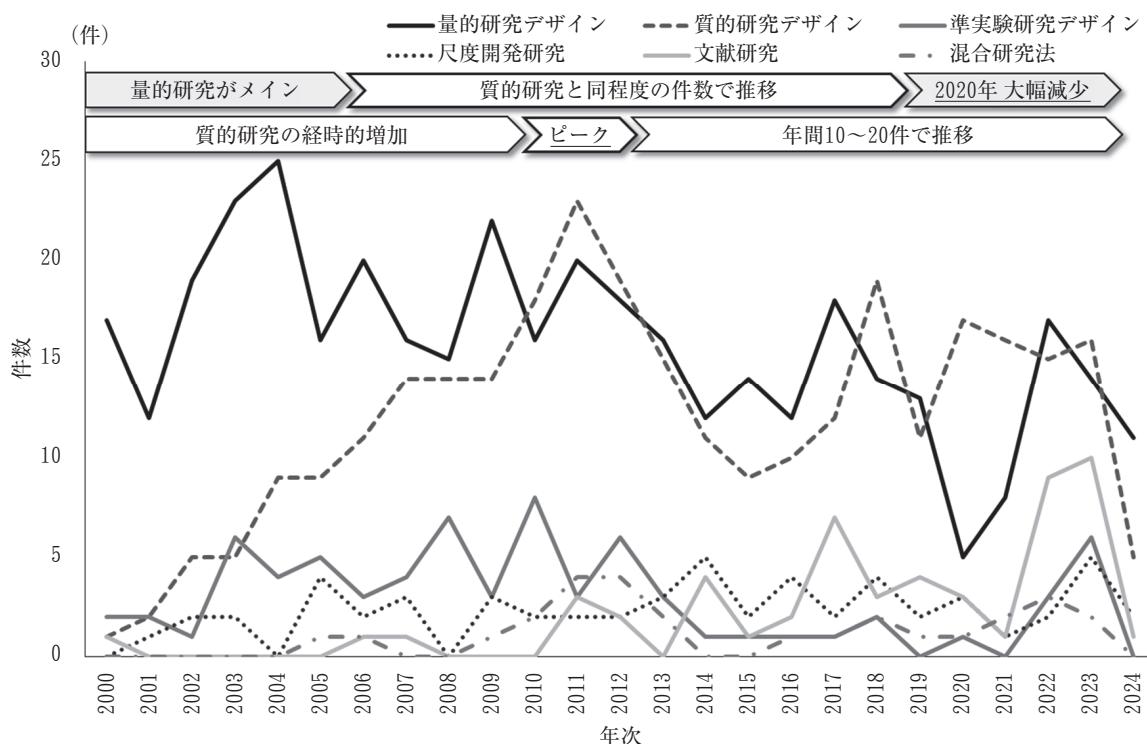


図3 研究デザイン別にみた掲載論文数の推移（上位6デザイン）

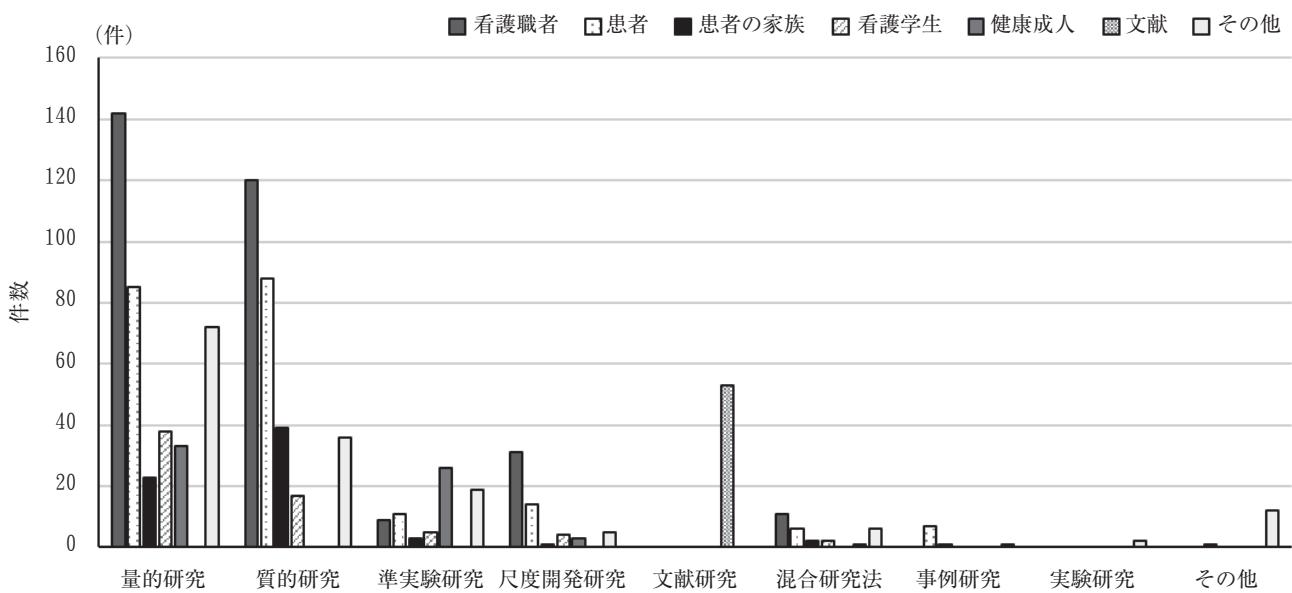


図4 研究デザイン別にみた研究対象の特徴 (n=929)

開発が多くみられていた。「看護実践能力」や「ケアの質」のように看護師の能力に関する自己評価の他、「職業性ストレス尺度」や「心理的安全性尺度」など職場環境に関する内容を評価する尺度も見られた。

文献研究のうち、39件（和文誌37件、英文誌2件）は文献レビューであった。和文誌の文献レビュー37件のうち、20件（54.1%）は国内文献のみを対象としていた。看護師に関しては、「腰痛に関する文献検討」、「終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス」、「へき地で働く看護師が直面する看護上の問題」などのレビューがなされていた。患者に関しては、「出生前診断における胎児異常の障がい受容過程」、「外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面」に関するレビューなどがみられた。和文誌の文献レビューのうち、国内・国外両方の文献を検索したものは37件中15件（40.5%）であった。国外文献のみを対象とした研究は2件（5.4%）であった。

混合研究法では看護職者を対象とした文献が最も多く11件だった。「精神科」、「生殖医療」、「訪問看護」など対象者のフィールドは多岐にわたっていた。患者や介護老人保健施設利用者などを対象とした研究は8件みられ、「がん患者」や「精神疾患患者」など主に成人や高齢者を対象にしていた。

## IV. 考 察

### 1. 論文掲載数と研究デザインの動向

日本看護研究学会雑誌における10年間（1989～1998年）の論文の動向を調査した報告では合計で117件の論文発表があったことが示された（川口ほか、2000）。川口ほか（2000）の報告では1998年までの論文数の年次推移は約5～15件の範囲であったが、本研究結果から2000年以降は毎年20～50件ほどであり、掲載論文数が著明に増加していることが示された。1990年以降看護系大学の設置数・入学定員数は急激に増加し、看護系大学院数・入学定員数においても増加傾向である（文部科学省、2019）。論文数の増加は、看護教育水準の高等化が進み、研究を実施する環境が整備されてきていることが表れている結果とも考えられる。

一方で、2019～2021年においては掲載件数が減少し、特に、2020年における量的研究の掲載数が大幅に減少していた。2020年は国内で新型コロナウイルス（COVID-19）の急激な感染拡大が発生し、感染拡大予防のために厳密な行動制限が講じられていた。実際に、国内の看護学大学教員1,023名を対象とした横断研究から、COVID-19拡大の第1波（2020年4～6月）において対象者のうち71.1%は研究活動全般に費やす時間が減少し、77.4%は実験や

調査を行う時間を減らしていたことが明らかとなっている（Yoshinaga, et al., 2022）。COVID-19の感染拡大が研究活動に影響を与え、論文投稿件数の減少に繋がった可能性がある。全体の論文発表件数が減少する中で、文献研究の発表件数は2022～2023年にかけて増加した。この背景にもCOVID-19の感染拡大が関連し、人を対象とした研究活動が制限されていたことが示唆された。

また、1989～1998年の間で和文誌に掲載された論文の研究デザインについて、量的研究は107件（91.5%）、質的研究が10件（8.5%）であり、量的研究の占める割合が圧倒的に多かった（川口ほか、2000）。しかし、2000年以降質的研究の増大が顕著であり、論文掲載数の増加に寄与していた。日本看護系学会協議会加盟学会の学会誌を対象とした調査においても、質的研究の割合は掲載論文数の約半数を占めていることが報告され（三浦、2024）、本学会誌も同様の傾向である。質的研究発展の要因として、質的研究を大学院で指導する卓越した研究者が増加してきたこと、質的研究の厳格性が確保されてきたこと、質的研究を実施する研究環境が整備されてきたことなどが挙げられる（黒田、2020, p.1327）。

### 2. 研究内容の特徴

研究内容については、タイトルから作成された共起ネットワーク図および研究対象別の掲載論文数より、臨床現場、在宅療養、看護学生への教育といった多岐にわたるテーマが扱われており、本学会の目的「広く看護学の研究者を組織し、看護学の教育、研究および進歩発展に寄与すること」（一般社団法人 日本看護研究学会ホームページ）と一致していた。その一方で、患者を対象とした研究は、精神疾患患者、がん患者、脳血管疾患患者（認知症患者含む）などの特定の疾患に限局され、周産期医療に関する研究は10件未満であったことから、すべての分野を網羅しているとは言い切れない。

KH Coderを用いた分析より「認知症高齢者の介護」「在宅療養・訪問看護」「退院支援」「障害を有する児の母親」といった在宅療養に関する研究がなされていることが明らかとなった。その背景には、病院における1日当たりの在院患者数の減少・病床利用率の低下・平均在院日数の短縮（厚生労働省、2022）に伴う在宅療養者の増加や、介護保険法（2000年施行）、介護報酬改定、地域包括ケアシステムに関する提言（2011年）といった国の施策の影響があると考えられる。加えて、研究対象の上位3項目のうちに「患者の家族」が含まれていたことも、在宅療養の増加が影響していたと予測される。対象者のケアの大半を担う家族は、様々な身体的精神的負担を抱えている。家族の経験を理解することは患者と家族の幸福を高めるために重要で

あることが指摘されており (Shiba, Yamakawa, Endo, Konno, & Tanimukai, 2022), 今後多くの研究がなされることが推察される。

また、「がん患者」「精神疾患患者」に関する研究は患者のうち最も多い対象者であり、共起ネットワーク図の結果とも一致していた。がんは2人に1人が罹患する疾患であるためがん患者を対象とした研究数が多かったと考えられる。精神疾患患者は近年増加傾向にあり、特に統合失調症患者が最多であることが (厚生労働省, 2020), 本学会誌においても統合失調症に関する文献が多いことに影響していたと予測される。がんおよび精神疾患患者のいずれにおいても、入院患者は減少し外来患者が増加していることから、前述したように、地域で暮らす患者を対象とした研究が今後も増加する可能性がある。

### 3. 英文誌 (JINR) に掲載された文献の現状と今後に向けて

英文誌 (JINR) は2020年に発刊され、2024年4月までに2巻（全3号）が公開されている。2022年から2023年にかけては掲載された文献数も増加しており、採択後の迅速な公開や優秀査読者賞の表彰などの施策の効果も大きいと考えられる。質の高い研究の迅速な発信により、投稿数の増加が予測される。特に、文献研究は発表開始から約2年の間で7件発表され、システムティックレビュー・スコピングレビューも含まれていたことから、今後の研究への活用に寄与する役割も大きいと考えられる。また、看護職を対象とした研究のみならず、患者やその家族を対象とした研究も報告されており、基礎研究のみならず、臨床におけるエビデンスの蓄積も期待される。

### 4. 本学会誌における課題

量的研究や質的研究の論文掲載件数と比較して、本学会誌における準実験研究や実験研究の掲載件数は圧倒的に少ない。文献研究においては、システムティックレビュー・スコピングレビューが2020年以降に掲載され始めており、今後の掲載件数の増加が期待される。研究のエビデンスレベルは高い順に、システムティックレビュー・メタアナリシス、ランダム化比較試験・実験研究、準実験研究、コホート研究や症例対照研究などの観察研究、記述的研究・質的研究、エキスパートの意見や権威者の意見が続く (黒田, 2017, p.8)。看護系大学院数の増加によって看護研究を実施する環境は増加していると考えられるが、研究の積み重ねの結果からデザインされる実験的介入研究、特に臨床における介入研究には結びついていないことが推察される。川口ほか (2000) の学会誌掲載論文の分析においても考察されているが、科学的検証力の強い研究方法の実

践を進めることが今後の課題であり、同時に倫理的課題を十分ふまえた上での実施の必要性も指摘される。今後の看護学の発展において、臨床における介入研究の推進には何が必要かを慎重に検討し、学会として支援を検討することが重要である。

### おわりに

本論文では、日本看護研究学会雑誌および *Journal of International Nursing Research* に2000年以降に掲載された研究論文の動向を分析した。看護教育水準の高等化が進み、研究の実施環境が整備されたことで論文数が増加し、特に質的研究の実施環境も整備されてきた。研究テーマや対象は多岐にわたっていたが、実験研究等は少なく、科学的検証力の強い研究を進めると同時に倫理的課題を十分に考慮していくことが求められる。

### 謝 辞

本原稿内容にご助言くださいました、日本看護研究学会50周年記念事業ワーキンググループの皆さまと和文誌編集委員長の佐伯由香氏、英文誌編集委員長の法橋尚宏氏にお礼申し上げます。

### 利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

### 著者貢献度

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

### 文 献

- Gray, J.R., Grove, S.K. (2021) / 黒田裕子, 逸見 功, 佐藤富美子監訳 (2023). バーンズ&グローブ看護研究入門：評価・統合・エビデンスの生成 (原著第9版). (pp.189-252). 東京: エルゼビア・ジャパン.
- 樋口耕一 (2016). A two-step approach to quantitative content analysis: KH coder tutorial using Anne of Green Gables (Part I). 立命館産業社会論集, 52(3), 77-91. <https://doi.org/10.34382/00003706>
- 樋口耕一 (2020). 社会調査のための計量テキスト分析：内容分析の継承と発展を目指して 第2版. 京都: ナカニシヤ出版.
- 川口孝泰, 小西美和子, 山口桂子, 川島みどり, 石井トク, 泉キヨ子, 金川克子, 紙屋克子, 河合千恵子, 近田敬子 (2000). 学会誌掲載論文からみた今後の看護研究活動の課題：学術学会2誌の比較・分析より. 日本国看護研究学会雑誌, 23(4), 85-91.
- 厚生労働省 (2020). 令和2年 (2020) 患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html> (参照2024年5月14日)
- 厚生労働省 (2022). 令和4 (2022) 年医療施設 (動態) 調査・病

- 院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/22/> (参照2024年5月14日)
- 黒田裕子 (2017). 黒田裕子の看護研究 *Step by Step* 第5版. 8, 東京: 医学書院.
- 黒田裕子 (2020). 看護分野における質的研究の動向と可能性. *理学療法ジャーナル*, 54(11), 1326-1330.
- 三浦友理子 (2024). 看護学における質的研究論文に用いられた方法論の動向. *看護研究*, 57(1), 40-44.
- 文部科学省 (2019). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 (2019) (第5回) 配付資料. [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/mext\\_00126.html](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/mext_00126.html) (参照2024年5月13日)

- Shiba, T., Yamakawa, M., Endo, Y., Konno, R., Tanimukai, S. (2022). Experiences of families of people living with frontotemporal dementia: A qualitative systematic review. *Psychogeriatrics*, 22(4), 530-543. <https://doi.org/10.1111/psyg.12837>
- Yoshinaga, N., Nakagami, G., Fukahori, H., Shimpuku, Y., Sanada, H., Sugama, J. (2022). Initial impact of the COVID-19 pandemic on time Japanese nursing faculty devote to research: Cross-sectional survey. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(1), e12454. <https://doi.org/10.1111/jjns.12454>

〔2024年10月3日受付  
2025年3月7日採用決定〕

# Trends and Future Challenges of Research Articles Published in the *Journal of Japan Society of Nursing Research* and *Journal of International Nursing Research*

Inaho Shishido, PhD, RN, PHN<sup>1</sup>,  
Nozomi Detsuka, MSN, RN, PHN, MW<sup>1</sup>,  
Shoko Ando, PhD, RN<sup>2</sup>,  
Rika Yano, PhD, RN, PHN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Health Sciences, Hokkaido University, Hokkaido, Japan

<sup>2</sup>School of Nursing, Ichinomiya Kenshin College, Aichi, Japan

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2026, 48(5), 733-742  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250307275>

## ► Abstract

**Objective:** The study aim was to analyze trends in research articles published in the *Journal of Japan Society of Nursing Research* and *Journal of International Nursing Research* since 2000 and identify future challenges in nursing research. **Methods:** Articles in Japanese, particularly original papers, published between January 2000 and March 2024 were searched on Ichushi-Web. Articles in English were obtained from the J-STAGE *Journal of International Nursing Research*. Editorials and commentaries were excluded. **Results:** In total, 894 and 35 articles were obtained from Japanese and English journals, respectively. The number of articles increased until 2011, after which it continuously fluctuated. Quantitative studies were the most common; however, a marked increase in the number of qualitative studies was observed. The most common participants were nurses ( $n=313$ ), followed by patients ( $n=211$ ), their family members ( $n=70$ ), and nursing students ( $n=66$ ). **Conclusions:** The number of publications increased because of advancements in nursing education standards and improvements in the research environment, particularly for qualitative research. Despite the wide range of research themes, few experimental studies have been conducted. Therefore, research with strong scientific validation should be encouraged while adequately considering relevant ethical issues.

## ► Key words

Literature Review, Research Design, Nursing Research

---

**Correspondence:** I. Shishido. Email: [inaho\\_s@hs.hokudai.ac.jp](mailto:inaho_s@hs.hokudai.ac.jp)

# 日本看護研究学会雑誌第42巻の検定力の分析

猫田泰敏<sup>1</sup>, 篠 宗一<sup>2</sup>

<sup>1</sup>元東京都立大学, <sup>2</sup>静岡県立大学

日本看護研究学会雑誌  
2026, 48(5), 743-747  
©2026 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250613274>

## 要 旨

目的：看護の量的研究において $\alpha$ はよく利用されるが、 $1 - \beta$ （検定力）に着目することは少ない。そこで、日本看護研究学会雑誌第42巻の掲載論文のうち、一定の範囲の検定手法を用いる量的研究の検定力の分析を行った。  
方法：全34編のうちCohenが小・中・大の効果量の大きさの目安を示した基本的かつ頻繁に用いられる検定手法を含む15編を分析対象とした。論文別に目安ごとの検定力を求め、全体の中央値を計算した。  
結果：サンプルサイズの中央値は254人であった、また、全体の検定力は目安が小では.25、中では.98、大では1.00であった。  
結論：本誌の検定力は大きい傾向にあることがわかった。また、サンプルサイズの設計に反映できる内容も認められた。本分析ではCohenが目安を示していないため対象外となったが、ノンパラメトリック検定などを含め、看護科学において妥当な大きさの目安の検討が課題である。

## キーワード

検定力分析、検定力、効果量、サンプルサイズ、量的研究

責任著者：猫田泰敏. Email: nekoda@tmu.ac.jp

## はじめに

看護科学分野では、数理統計的な理解の広範化と統計ソフトウェアの実用化などが背景となり、最新の統計的方法を含む量的研究が広く実践されている。そこで適用される統計的検定では、正しい帰無仮説を誤って棄却し対立仮説を採択する確率である「第1種の過誤」(Type I error)の確率（有意水準、 $\alpha$ ）は.05とする基準が広く用いられている（丹後、2013）。これに対し、正しくない帰無仮説を誤って採択する確率である「第2種の過誤」(Type II error)の確率（ $\beta$ ）に関して、 $1 - \beta$ で表される指標は検定力（Statistical Power、検出力ともいう）といわれ、「対立仮説が正しいときに、これを正しく検出する確率」であり（丹後、2013）、.80が慣習的に使用されている（Cohen, 1988）。看護の量的研究において $\alpha$ の重要性はよく知られているものの、 $1 - \beta$ が着目されることは少ない。

これと密接に関連する事項として、日本心理学会の「執筆・投稿の手びき（2022年版）」（日本心理学会、2022）およびアメリカ心理学会の「APA論文作成マニュアル」（前田・江藤訳、2020/2023）では、論文の結果の記述において、得られた研究成果の重要性を評価できるよう効果量（Effect Size）とその信頼区間（大久保・岡田、2012）を示

すべきことが述べられている。これらの有意水準、検定力、効果量およびサンプルサイズ（Sample Size、標本の大きさ）の4種類のパラメータは検定手法ごとに数理統計的に相互に関連しており、3つが定まれば残りの1つが決まる性質を持つ。そして、より効果的な統計的検定を行うために、それらを吟味・考慮する方法は検定力分析（Statistical Power Analysis）といわれ（豊田、2009），言及する論文が多い（Cohen, 1962；Dziadkowiec, 2021；Gaskin & Happell, 2013；Gaskin & Happell, 2014；南風原, 1995；波田野・吉田・岡田, 2015；長島, 2018；Nelson, Wooditch, Dario, 2015；Polit & Sherman, 1990；Rossi, 1990；Sakai, 2016；杉澤, 1999；孫, 2010；戸ヶ里, 2019）。しかし本邦の看護科学分野で検定力分析を行った事例はほとんどみられない。

本研究は検定力分析の一例として、日本看護研究学会雑誌（以下、本誌という）の第42巻1～5号（2019）の量的研究論文について、検定力分析の要素である検定力に焦点をあて、一定の範囲の検定手法を用いているものを対象として、まず全論文のサンプルサイズを集計した。次に、個別の論文について検定力を計算し、全論文における中央値を求め、本誌の検定力の現状として示した。

本研究の結果がサンプルサイズの見積もりおよび検定力の重視の進展に寄与すれば幸いである。

## I. 研究方法

本誌の第42巻に掲載された原著論文、研究報告および資料・その他に該当する全34編のうち、量的研究で統計的検定を含む18編について研究方法、結果および図表を精査し、使用されている検定手法を調べた。

効果量を初めて提案したCohenは、基本的かつ頻繁に用いられる検定手法について、それぞれ操作的な定義(Operational definition)として「効果量の大きさの目安」(以下、目安という)を3段階(小さな効果、中くらいの効果、大きな効果)ごとに提示した(Cohen, 1988; Cohen, 1992)。そこで、18編のうち、目安を示した検定手法を用いていない3編を除いたため、目安のある検定手法を1つ以上含む15編を分析対象とした(表1)。なお、この目安は「効果量の解釈の目安となる値」と説明されており、効果量が大きいほど統計的検定において有意差の得られる確率は大きくなることが指摘されている(大久保・岡田, 2012)。

表1 使用されている検定手法数

(n=15)

検定手法	論文数	%
t検定(対応のない場合)	8	53.3
ピアソンの積率相関係数の無相関検定	4	26.7
$\chi^2$ 検定	5	33.3
一元配置分散分析	4	26.7
重回帰分析	6	40.0

注:各論文中での使用の有無のみ(使用回数ではない)に着目して集計したものである。

検定手法として、t検定が最も多く約半数の論文で使用され、次いで重回帰分析、 $\chi^2$ 検定などの順であった。また、Cohenは検定手法別の目安として表2を提示している。なお、表2の検定手法以外にも比率の差の検定や多要因分散分析など複数の検定手法を取り上げているが(Cohen, 1988; Cohen, 1992)、分析対象では用いられていないかった。

表2 検定手法別Cohenによる効果量の大きさの目安

検定手法	効果量の大きさの目安		
	小	中	大
t検定(対応のない場合)	.20	.50	.80
ピアソンの積率相関係数の無相関検定	.10	.30	.50
$\chi^2$ 検定	.10	.30	.50
一元配置分散分析	.10	.25	.40
重回帰分析	.02	.15	.35

注:Cohen (1988) およびCohen (1992) から引用した。

サンプルサイズについては、15編のうち3編で、全人数

での分析に加え属性別分析など全人数より小さいサンプルサイズによる分析を行っていたが、各論文には1つの全人数の値を当てて15編のサンプルサイズを集計した。

次に、各論文で用いられている検定手法別の目安ごとの検定力を以下の手順で求めた。

まず、全検定の有意水準を.05とし、両側検定と片側検定の区別のある検定手法ではすべて両側検定を行ったものとした。サンプルサイズは、欠損値がある場合も全人数について分析したものとみなした。

その上で、同一の調査対象に対して同じ検定手法を複数回繰り返し行っている場合は、自由度、サンプルサイズや説明変数の数を考慮して検定力を計算した。また、検定手法別に有意か否かを判断した回数だけの検定力を求めながら、その根拠として、例えば複数の変数間におけるピアソンの積率相関係数の無相関検定のように、研究の中で最重要の意味は持たない検定が全体の検定力に相対的に大きな影響を及ぼすことを避けたいと考えたことが挙げられる。

検定力の具体的な計算手順は以下のとおりである。

- ・t検定(対応のない独立な2群間の平均値の差の検定)とピアソンの積率相関係数の無相関検定では、変数の組み合わせの種類は区別せず、サンプルサイズが異なる場合の数だけの検定力を計算した。ここで、サンプルサイズが同一の複数のt検定がある場合、相互で群別的人数が異なる場合は均等の人数を配置して1つの検定力を求めた。
- ・ $\chi^2$ 検定(2×2を含む)と一元配置分散分析(多重検定は含まない)の検定では、変数の組み合わせの種類は区別せず、自由度およびサンプルサイズが異なる場合の数だけの検定力を計算した。ここで、自由度とサンプルサイズが同一の複数の一元配置分散分析がある場合、相互で群別的人数が異なる場合は人数を均等に配置して1つの検定力を求めた。
- ・重回帰分析の検定では、変数の組み合わせの種類は区別せず、説明変数の数およびサンプルサイズが異なる場合の数だけの検定力を計算した。なお、変数選択の有無は考慮せず、強制投入法とみなして計算した。

以上の手順により各論文の目安ごとの検定力を計算し、検定力が1つの場合はその値を、2つ以上の場合には中央値を求め、当該論文の目安ごとの代表値とした。そして、最終的に全15編の目安ごとの中央値を求め本誌の検定力とした。

検定力の計算にはPASS2020(NCSS, LLC. Kaysville, UT.)を使用し、分位点の計算にはSAS(SAS Institute Inc., Cary, NC.)を用いた。

## II. 結 果

分析対象の15編のサンプルサイズの中央値：[25パーセント点, 75パーセント点]は254人：[103人, 582人]であった。

15編における目安ごとに計算した検定力の分布は表3のとおりであり、検定力は目安が小では.25 [0.17, 0.59], 中では.98 [0.79, 1.00], 大では1.00 [0.98, 1.00] であった。

表3 効果量の大きさの目安ごとの検定力の分布

検定力	効果量の大きさの目安 (n=15)		
	小	中	大
0.0-	1	0	0
0.1-	3	0	0
0.2-	4	1	0
0.3-	2	0	0
0.4-	0	0	0
0.5-	2	0	1
0.6-	2	1	0
0.7-	1	2	0
0.8-	0	3	1
0.9-	0	4	6
1.0	0	4	7

## III. 考 察

統計的検定を行う場合、第2種の過誤の確率を十分に小さく、つまり検定力を大きくし、実質的な科学的意義があると判断される効果量に基づき、できるだけ小さいサンプルサイズで実施することが理想といわれている（豊田, 2009）。また、検定力が小さい研究において有意な結果が得られたとしても、同じ条件により追試を行った場合、有意な結果が再現される確率は小さくなることが示されている（杉澤, 1999）。一方、サンプルサイズが極度に大きい場合は、実質的にはほとんど意味がないわずかな差までも検出され、有意性が示されたことにより、結果を過大評価してしまうことにつながる（Button, et al., 2013；長島, 2018；Sedgwick, 2013）。

研究方法は、特定の検定手法ごとに $\alpha$ を.05とし、目安となる効果量の大きさの下でサンプルサイズを定めれば検定力が決まることを利用したものであり、明快な論理といえる（南風原, 2018；豊田, 2009）。個別の論文の中身は取り上げてはいないが、全論文を対象とした分析の意義は大きいと考えられる。

本研究ではサンプルサイズの中央値は254人であった。検定力については、看護科学、心理学や教育心理学等の分野で複数の先行研究が発表されており、比較的新しい1990

年以降の知見について表4にまとめた（Gaskin & Happell, 2013；Gaskin & Happell, 2014；Polit & Sherman, 1990；Rossi, 1990；杉澤, 1999）。これらの先行研究と比較すると、本研究では目安が小の場合の検定力は.25であり、同水準であった。しかし、中では.98と慣習的に用いられている基準である.80を上回り、かつ既存論文より大きく、さらに大では1.00であった。

表4 先行研究における効果量の大きさの目安ごとの検定力の代表値

先行研究	効果量の大きさ			代表値の種類
	小	中	大	
Politほか (1990)	.26	.71	.95	平均値
Rossi (1990)	.17	.57	.83	平均値
杉澤 (1999)	.15	.68	.96	中央値
Gaskinほか (2013)	.34	.79	.94	平均値
Gaskinほか (2014)	.40	.98	1.00	中央値
本研究 (2024)	.25	.98	1.00	中央値

これらの知見は、研究計画におけるサンプルサイズの設計に直接的に反映できる内容を含むものと考えられ、研究計画上の各種工夫を凝らすことが可能である（豊田, 2009）。例えば、これらのパラメータ値を想定した論文において、検定力分析の観点から、目安が中の場合に検定力を.80の値に近づけ、サンプルサイズが小さくなるように設計する、あるいは、目安を中よりも小さい値で見積もり、検定力を.80の値に近づけ、サンプルサイズは同じ規模を保つように設計することなどが考えられる。

また、本研究で取り上げた検定手法は、Cohenが目安を示している基本的かつ頻繁に用いられる検定手法に限定されている。なお、分析対象において目安が提示されていないため分析結果には含めていないが、Mann-WhitneyのU検定と共に分散構造分析が4編、ロジスティック回帰分析は3編、Kruskal-Wallisの順位検定とFisherの正確な検定は2編、Wilcoxonの符号付順位和検定と再テスト法における級内相関係数は1編で用いられていた。今後、使用頻度の大きいノンパラメトリック検定などについて目安を検討することが求められる。

最後に、Cohenは自身が提唱した目安は行動科学のうちの一分野における経験的および理論的考察に基づくものであると述べており（Cohen, 1962），直接的に看護科学における妥当な目安として応用できるとは限らない。このため、実際の研究事例における効果量の大きさに関する幅広い調査、臨床経験や専門家の知識などを踏まえた検討を実施することが課題である（中村, 2022；Thompson, 2002）。

## IV. 結論

分析の結果、本誌の検定力は大きい傾向にあることがわかった。また、サンプルサイズの設計に反映できる内容も認められた。本分析では Cohen が目安を示していないため対象外となったが、ノンパラメトリック検定などにおける目安などを含め、看護科学において妥当な大きさの目安の検討が課題である。

### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

### 研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費 JP18K10238 の助成を受けたものです。

### 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

- American Psychological Association (2020)／前田樹海・江藤裕之訳 (2023). *APA論文作成マニュアル 第3版*. 東京：医学書院.
- Button, K.S., Ioannidis, J.P.A., Mokrysz, C., Nosek, B.A., Flint, J., Robinson, E.S.J., Munafò, M.R. (2013). Power failure: Why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 365-376. <https://doi.org/10.1038/nrn3475>
- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145-153. <https://doi.org/10.1037/h0045186>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. 8-14, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Dziadkowiec, O. (2021). Use of statistical power analysis in prospective and retrospective research. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(2), 119-121. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.01.004>
- Gaskin, C.J., Happell, B. (2013). Power of mental health nursing research: A statistical analysis of studies in the International Journal of Mental Health Nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00845.x>
- Gaskin, C.J., Happell, B. (2014). Power, effects, confidence, and significance: An investigation of statistical practices in nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 795-806. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.014>

南風原朝和 (1995). 教育心理学研究と統計的検定. *教育心理学年報*, 34, 122-131. [https://doi.org/10.5926/arepj1962.34.0\\_122](https://doi.org/10.5926/arepj1962.34.0_122)

南風原朝和 (2018). 心理統計の新しい展開と今後の統計教育. *心理評論*, 61(1), 142-146. [https://doi.org/10.24602/sjpr.61.1\\_142](https://doi.org/10.24602/sjpr.61.1_142)

波田野結花, 吉田弘道, 岡田謙介 (2015). 『教育心理学研究』における p 値と効果量による解釈の違い. *教育心理学研究*, 63(2), 151-161. <https://doi.org/10.5926/jjep.63.151>

長島俊輔 (2018). 看護学分野での統計改革を目指して: *t* 検定における *d* 族効果量の報告状況とその普及に向けた課題. *日本看護研究学会雑誌*, 41(5), 1013-1019. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20180422032>

中村大輝 (2022). 効果量に関するまとめ. <https://daiki-nakamura-git.github.io/effectsize/> (参照2025年4月20日)

Nelson, M.S., Wooditch, A., Dario, L.M. (2015). Sample size, effect size, and statistical power: A replication study of Weisburd's paradox. *Journal of Experimental Criminology*, 11(1), 141-163. <https://doi.org/10.1007/s11292-014-9212-9>

日本心理学会 (2022). 執筆・投稿の手びき (2022年版). <https://psych.or.jp/wp-content/uploads/2019/02/The-JPA-Publication-Manual.pdf> (参照2025年4月20日)

大久保街亜, 岡田謙介 (2012). 伝えるための心理統計. 43-115, 東京: 勁草書房.

Polit, D.F., Sherman, R.E. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*, 39(6), 365-370. <https://doi.org/10.1097/00006199-199011000-00010>

Rossi, J.S. (1990). Statistical power of psychological research: What have we gained in 20 years?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 646-656. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.5.646>

Sakai, T. (2016). Statistical significance, power, and sample sizes: A systematic review of SIGIR and TOIS, 2006-2015. *Proceedings of the 39th International ACM SIGIR conference on Research and Development in Information Retrieval*. 5-14. <https://doi.org/10.1145/2911451.2911492>

Sedgwick, P. (2013). The importance of statistical power. *British Medical Journal*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6282>

杉澤武俊 (1999). 教育心理学研究における統計的検定の検定力. *教育心理学研究*, 47(2), 150-159. [https://doi.org/10.5926/jjep1953.47.2\\_150](https://doi.org/10.5926/jjep1953.47.2_150)

孫媛 (2010). 教育心理学研究の明日のために. *教育心理学年報*, 49, 109-119. <https://doi.org/10.5926/arepj.49.109>

丹後俊郎 (2013). 医学への統計学 (第3版). 48-49, 東京: 朝倉書店.

Thompson, B. (2002). "Statistical," "practical," and "clinical": How many kinds of significance do counselors need to consider?. *Journal of Counseling & Development*, 80(1), 64-71. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00167.x>

戸ヶ里泰典 (2019). サンプルサイズ諸論. *医療看護研究*, 15(2), 1-8. [https://doi.org/10.60254/jhcn.15.2\\_1](https://doi.org/10.60254/jhcn.15.2_1)

豊田秀樹 (2009). 豊田秀樹 (編著). 検定力分析入門: R で学ぶ最新データ解析. 東京: 東京図書.

[2024年7月3日受付  
2025年6月13日採用決定]

# Analysis of Statistical Power in the Journal of Japan Society of Nursing Research Vol. 42

Yasutoshi Nekoda, PhD, RN, PHN<sup>1</sup>,

Soichi Takamura, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Former Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan, <sup>2</sup>University of Shizuoka, Shizuoka, Japan

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2026, 48(5), 743-747  
©2026 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250613274>

## Abstract

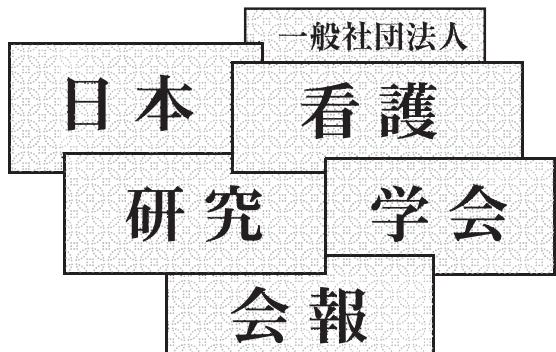
**Objective:** In quantitative research in nursing,  $\alpha$  is often used, but  $1-\beta$  (statistical power) is rarely paid attention to. Therefore, we analyzed the statistical power of quantitative research that used a certain range of test methods among the papers published in the 42nd volume of the Journal of Japan Society of Nursing Research. **Methods:** Of the 34 papers in total, 15 were analyzed, including basic and frequently used test methods that Cohen indicated as guidelines for small-, medium-, and large-effect sizes. For each paper, the type of test method used was carefully examined, and the overall median was calculated. **Results:** Among the said 15 papers, the median sample size was 254 patients. The guideline for the median of statistical power was .25 for small, .98 for medium, and 1.00 for large sizes. **Conclusions:** As a result of this analysis, we found this journal tends to have a large effect of statistical power. Moreover, we acknowledge that this content reflects on the design of the sample size. In future, it will be necessary to consider appropriate sample size guidelines for nursing science, including nonparametric statistical tests, as these were excluded from this analysis according to Cohen's guidelines.

## Key words

Statistical Power Analysis, Statistical Power, Effect Size, Sample Size, Quantitative Research

---

**Correspondence:** Y. Nekoda. Email: [nekoda@tmu.ac.jp](mailto:nekoda@tmu.ac.jp)



## 第 130 号

(2026年1月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

### 目 次

第52回学術集会開催のご挨拶 ..... 1

## 第52回学術集会開催のご挨拶

一般社団法人

日本看護研究学会第52回学術集会

会長 岡 美智代

(群馬大学大学院保健学研究科看護学専攻 教授)

会員の皆様、日本看護研究学会 第52回学術集会長を拝命いたしました、岡美智代と申します。今回の学会は、下記のとおり開催する予定です。

◆会期：2026年9月5日（土）・6日（日）

オンデマンド配信2026年9月14日（月）～10月12日（月）予定

◆会場：Gメッセ群馬（東京駅から約1時間）

◆演題募集期間：2026年2月23日（月）～3月23日（月）

本大会のテーマは「語り合おう、看護の近未来」といたしました。

みなさまが考える看護の近未来とは、どのようなものでしょうか。ひとりひとりが考える看護の近未来は多岐にわたると思います。しかし、共通することは、わたしたち看護者は創造力に基づいた「看護の近未来」を語り合うことが重要であるということです。それにより、未来は予測するものから、創り出すものになると確信しています。みなさまには本学会を、看護の未来を見つめ語り合う場としてご活用いただきたいと考えております。

今回は市民公開講座として、NHKテレビの「おはspo筋肉体操（おはよう日本）」など多数のメディア出演をしていらっしゃる、順天堂大学大学院スポーツ科学研究科教授の谷本道哉先生にご講演いただきます。近未来のみなさまの筋肉について考える良い機会になると思います。

第52回の特長としては、「実践・研究スタートアップ報告」というセッションを設けました。これは、臨床看護師や大学院生などの研究初心者の方を対象にしたセッションです。学会発表に少し不安を感じる

方にも、お気軽にご発表いただきたいと思います。

会場であるGメッセ群馬は、東京駅から新幹線と徒歩で1時間程度と、都心から大変アクセスの良い場所でございます。現在、学術集会事務局では、みなさまに本学会での学術交流、さらには群馬の地を楽しんでいただけるよう銳意準備しております。本学術集会が実り多き場となりますよう、みなさまのご支援とご参加を心よりお願い申し上げます。

【第52回学術集会ホームページ】

<https://jsnr52.com/>



## 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いければならない\*。

- 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。

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

#### 2) 研究貢献者

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

### 3. 投稿の内容と種別

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

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

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

\* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のようなれば、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。

\*\* 产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、产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。产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)等にかなっていなければならない。

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

### ■投稿の際の注意点

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

## 5. 投稿手続きおよび採否

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

## 6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

## 7. 投稿前チェックリスト

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

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

## 8. 利益相反自己申告書

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

## 9. 原稿の受付

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

## 10. 投稿論文の採否

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

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

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

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信 賴 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）の初回校正是著者が行う。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回目以降の校正是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、看護にかかる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

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

### 1. 投稿の際の電子書式等について

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

### 2. 文体ならびに句読点について

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

### 3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しが「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) 本文の見出しが、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) ..... : 上位の見出しそれより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ..... : 上位の見出しそれより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、その後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。本文中の表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

### 5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、その後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<sup>\*</sup>で行なわれるものでなければならない。

2 國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。

#### 一例—

- 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。

#### 一例—

- 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。

#### 一例—

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

5) 複数文献を同一箇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。

#### 一例—

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单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) 雜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 雜誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員（西暦発行年）、表題、雑誌名、巻（号）、開始ページ-終了ページ。  
—例—

日本太郎、看護花子、研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名（西暦発行年）、書籍名、引用箇所の開始ページ-終了ページ、出版地：出版社名。  
—例—

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪：研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名（原著発行年）／訳者名（翻訳書発行年）、翻訳書名（版数）、(pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数)、出版地：出版社名.

—例—

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京：医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者（監修者）が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名（西暦発行年）、表題、編集者名（編）、書籍名（pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ）、出版地：出版社名.

—例—

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎、看護花子（編）、臨床看護学Ⅱ (pp.123-146). 東京：研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

-著者名（出版年）、論文名、誌名、巻（号）、頁、doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)

- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない学術論文
  - 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 卷 (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: xx,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〕から報酬を受理している。
- 本研究は、〔該当する著者名〕が所属する〔企業名〕の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by [企業名].
- XXX, YYY, and ZZZ [該当する著者名] received honorarium from [企業名].
- AAA, BBB, and CCC [該当する著者名] are employees of [企業名].

### 《利益相反のない場合》

(和文)

- なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

## 11. 著者貢献度

著者貢献度（Author Contributions）について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

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

## 12. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字、英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

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

## 13. 電子付録について

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

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

#### 14. 英語論文について

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

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

#### 附 則

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

(注)

1. 論文目録

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

著者名：標題、英文標題、巻（号）、掲載頁、発行年（西暦）の順に掲載した。

2. 著者索引

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

3. 事項索引

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

## 1. 論 文 目 錄

### 第48巻

#### 〔原著〕

近藤協子, 新井清美: 植込型補助人工心臓装着者の配偶者である介護者が新しい生活を探っていくプロセス, How Caregivers who are Spouses of People with a Newly Implanted left Ventricular Assist Device Navigate their Daily Lives, 48(1), 17-27, 2025.

田中奈生子, 杉村鮎美, 安藤詳子: 病棟看護師による婦人科がん患者への性生活支援の構造, Structure of Sexual Health Support for Patients with Gynecologic Cancer by General Ward Nurses, 48(1), 29-39, 2025.

武田ひかる: 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, The Constitution of Nursing Practice for Sustained Consciousness Disorders in an Acute Care Unit: Focusing on Exploring Responses, 48(2), 67-80, 2025.

大村由紀美, 松本智晴, 前田ひとみ: 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, Development of a Competency Self-evaluation Scale for Continuing Nursing Educators of Hospitals(CNE Competency Scale), 48(2), 81-90, 2025.

大島亮, 綱嶋里枝子, 土肥真奈, 叶谷由佳: 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, Experiences and Conflicts of Nursing Staff Caring for Patients who Voluntarily Stop Eating and Drinking, 48(2), 91-100, 2025.

岩井真奈美: 急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案の作成, Drafting a Scale for Assessing Nursing Practice with Ethical Sensitivity Among Nurses Caring for Acutely Critically Ill Patients, 48(4), 551-562, 2025.

鉢貴裕, 石橋照子, 大森真澄: 統合失調症患者が服薬への主体性を獲得するプロセス, Acquiring Medication Independence in Patients with Schizophrenia, 48(5), 627-642, 2026.

藤澤和歌子: レシピエントとともに暮らす腎移植ドナーの経験, Experiences of Kidney Transplant Donors Living with Their Recipients, 48(5), 643-654, 2026.

木村幸恵, 百田武司, 山本浩子, 中村もとゑ: 地域包括ケア病棟看護師の在宅移行支援における多職種協働の実践と影響要因, Interdisciplinary Collaboration to Support Patients' Transition to Home by Community-Based Integrated Care Ward Nurses and Factors Influencing this Practice, 48(5), 655-667, 2026.

荒木章裕, 姫野雄太, 矢野亜紀子, 福田広美: 中山間地域の条件不利性に着目した訪問看護ステーション経営に関する看護師の経験: 質的メタ統合による分析, Nurses' Experiences in Managing Visiting Nursing Stations Under Disadvantageous Conditions in Hilly and Mountainous Areas: A Qualitative Meta-Synthesis, 48(5), 669-679, 2026.

春田美保, 新美綾子, 山口桂子: 看護基礎教育におけるアロマセラピーの教育の現状と影響要因の認識の分析, Analysis of the Current Status of Aromatherapy Education in Basic Nursing Curricula and Identification of Key Influencing Factors, 48(5), 681-695, 2026.

[研究報告]

吉田浩二, 辻麻由美, 大山祐介: 臨地実習前後の看護学生が持つエイジズムと高齢者に関する知識の変化, Changes in Nursing Students' Ageism and Knowledge of Older Adults Before and After Clinical Practice, 48(1), 41-49, 2025.

吉田実和, 堀口雅美: 看護師が所属する病棟のチームアプローチと転倒・転落予防の実践状況に対する評価の関連, Relationship between Nurses' Evaluation of the Team Approach and Fall Prevention Practices in Wards, 48(5), 697-708, 2026.

山田貴子, 藤内美保: 終末期がん療養者の妻を在宅で看取る夫介護者への訪問看護師の支援, Home Care Nurses Support for Husband Caregivers Providing End-of-Life Care at Home to Wives with Terminal Cancer, 48(5), 709-719, 2026.

[技術・実践報告]

江口実希: 看護師の精神的健康を支援する反すうの心理教育を強化した低強度マインドフルネスプログラムの効果の評価, Evaluation of the Effectiveness of Low-intensity Mindfulness Program with Enhanced Psychoeducation on Rumination for Supporting Nurses' Mental Health, 48(4), 563-574, 2025.

[総説]

早川仙華, 森井暁音, 村上 章, 青柳寿弥: 病院勤務看護師が高齢者看護において抱くジレンマに関する文献研究, A Literature Review of Dilemmas Experienced by Hospital Nurses While Caring for Older Adults, 48(4), 575-583, 2025.

[資料・その他]

和田美穂, 白水真理子: 看護職の道徳性を測定する研究に関するスコピングレビュー, Morality Measurement in the Nursing Profession: A Scoping Review, 48(4), 585-600, 2025.

工藤雄行, 福士尚葵, 佐藤厚子: 介護者と要介護者の身体的負担を軽減する持ち手付きスライドシートの開発, Developing a Sliding Sheet with Handles to Minimize the Physical Strain of Caregivers and Care Recipients, 48(4), 601-609, 2025.

岡本響子, 上山千恵子, 松浦美晴: 「8050問題」を抱える家庭に訪問している訪問看護師が考える伴走型支援, Companion-Type Support as Conceived by Visiting Nurses Attending Families Facing the "8050 Problem", 48(5), 721-731, 2026.

宍戸 穂, 出塚 望, 安藤詳子, 矢野理香: 日本看護研究学会雑誌およびJournal of International Nursing Researchにおける掲載論文の動向と今後の課題, Trends and Future Challenges of Research Articles Published in the Journal of Japan Society of Nursing Research and Journal of International Nursing Research, 48(5), 733-742, 2026.

猫田泰敏, 篠 宗一: 日本看護研究学会雑誌第42巻の検定力の分析, Analysis of Statistical Power in the Journal of Japan Society of Nursing Research Vol. 42, 48(5), 743-747, 2026.

## 2. 著者索引

**あ**

- 青柳寿弥 48(4) 575  
 新井清美 48(1) 17  
 荒木章裕 48(5) 669  
 安藤詳子 48(1) 29, 48(5) 733

**い**

- 石橋照子 48(5) 627  
 岩井真奈美 48(4) 551

**え**

- 江口実希 48(4) 563

**お**

- 大島亮 48(2) 91  
 大村由紀美 48(2) 81  
 大森真澄 48(5) 627  
 大山祐介 48(1) 41  
 岡本響子 48(5) 721

**か**

- 叶谷由佳 48(2) 91  
 上山千恵子 48(5) 721

**き**

- 木村幸恵 48(5) 655

**く**

- 工藤雄行 48(4) 601

**こ**

- 近藤協子 48(1) 17

**さ**

- 佐藤厚子 48(4) 601

**し**

- 宍戸穂 48(5) 733  
 白水真理子 48(4) 585

**す**

- 杉村鮎美 48(1) 29

**た**

- 笠宗一 48(5) 743  
 武田ひかる 48(2) 67

**い**

- 鉢貴裕 48(5) 627

**つ**

- 辻麻由美 48(1) 41  
 綱嶋里枝子 48(2) 91

**て**

- 出塚望 48(5) 733

**と**

- 土肥真奈 48(2) 91  
 藤内美保 48(5) 709

**な**

- 中村もとゑ 48(5) 655

**に**

- 新美綾子 48(5) 681

**ね**

- 猫田泰敏 48(5) 743

**は**

- 早川仙華 48(4) 575

- 春田美保 48(5) 681

**ひ**

- 姫野雄太 48(5) 669  
 百田武司 48(5) 655

**ふ**

- 福士尚葵 48(4) 601

**福田広美 48(5) 669****藤澤和歌子 48(5) 643****ほ****堀口雅美 48(5) 697****ま****前田ひとみ 48(2) 81****松浦美晴 48(5) 721****松本智晴 48(2) 81****む****村上章 48(4) 575****も****森井暁音 48(4) 575****や****矢野亜紀子 48(5) 669****矢野理香 48(5) 733****山口桂子 48(5) 681****山田貴子 48(5) 709****山本浩子 48(5) 655****よ****吉田浩二 48(1) 41****吉田実和 48(5) 697****わ****和田美穂 48(4) 585**

## 3. 事項索引

**あ**

アロマセラピー

48(5) 681

**い**

意識障害

48(2) 67

意味づけ

48(5) 643

**う**

植込型補助人工心臓

48(1) 17

**え**

エイジズム

48(1) 41

**お**

夫介護者

48(5) 709

**か**

介護者

48(1) 17

概念

48(4) 585

学際的チームアプローチ実践評価尺度

48(5) 697

看護学生

48(1) 41

看護基礎教育

48(5) 681

看護ケア

48(2) 67

看護研究

48(5) 733

看護師

48(4) 563, 48(5) 697

看護実践

48(4) 551

看護生涯教育

48(2) 81

看護職

48(2) 91

看護チーム

48(5) 697

緩和ケア病棟

48(2) 91

**き**

急性重症患者

48(4) 551

協働

48(5) 655

居住地域特性

48(5) 669

**け**

経営管理

48(5) 669

経験

48(2) 91, 48(5) 643

研究デザイン

48(5) 733

検定力

48(5) 743

検定力分析

48(5) 743

**こ**

効果量

48(5) 743

高齢者

48(1) 41, 48(4) 575

**さ**

在宅移行支援

48(5) 655

在宅介護

48(5) 709

the Facts on Aging Quiz(FAQ)

48(1) 41

サンプルサイズ

48(5) 743

**し**

支援

48(5) 709

自己評価

48(2) 81

質的研究

48(2) 67, 48(5) 643

指導者

48(2) 81

自発的飲食停止

48(2) 91

尺度

48(4) 585

尺度開発

48(4) 551

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

48(1) 17, 48(5) 627

ジレンマ

48(4) 575

身体的負担

48(4) 601

心不全

48(1) 17

**す**

スコーピングレビュー

48(4) 585

**せ**

精神的健康

48(4) 563

性生活支援

48(1) 29

生体腎移植ドナー

48(5) 643

専門能力

48(2) 81

**ぞ**

阻害要因

48(5) 681

促進要因

48(5) 681

**ち**

地域包括ケア

48(5) 655

チームアプローチ

48(5) 697

中山間地域の看護

48(5) 669

て

転倒・転落予防 48(5) 697

と

統合失調症 48(5) 627

道徳性 48(4) 585

は

「8050問題」 48(5) 721

反すう 48(4) 563

伴走型支援 48(5) 721

ひ

病院 48(2) 81

病院勤務看護師 48(4) 575

病棟看護師 48(1) 29

ふ

服薬 48(5) 627

服薬への主体性 48(5) 627

婦人科がん 48(1) 29

文献研究 48(5) 733

文献レビュー 48(4) 575

ほ

訪問看護師 48(5) 709, 48(5) 721

訪問看護ステーション 48(2) 91, 48(5) 669

ま

マインドフルネス 48(4) 563

み

看取り 48(5) 709

も

持ち手付きスライディングシート 48(4) 601

り

量的研究 48(4) 585, 48(5) 743

臨地実習 48(1) 41

倫理的感受性 48(4) 551

**A**

- acutely critically ill patients 48(4) 551  
 ageism 48(1) 41  
 aromatherapy 48(5) 681

**B**

- basic nursing education 48(5) 681

**C**

- caregiver 48(1) 17  
 clinical practice 48(1) 41  
 collaboration 48(5) 655  
 community-based integrated care 48(5) 655  
 Companion-Type Support 48(5) 721  
 concept 48(4) 585  
 Consciousness Disorders 48(2) 67  
 Continuing nursing education 48(2) 81

**D**

- dilemma 48(4) 575

**E**

- 8050 Problem 48(5) 721  
 Effect Size 48(5) 743  
 end-of-life care 48(5) 709  
 ethical sensitivity 48(4) 551  
 Experience 48(2) 91  
 experience 48(5) 643

**F**

- fall prevention 48(5) 697

**G**

- gynecological cancer 48(1) 29

**H**

- heart failure 48(1) 17  
 home care 48(5) 709  
 hospital nurse 48(4) 575  
 Hospitals 48(2) 81  
 husband caregiver 48(5) 709

**I**

- inhibiting factors 48(5) 681

interdisciplinary team approach assessment scale

48(5) 697

**L**

- Left Ventricular Assist Device 48(1) 17  
 literature review 48(4) 575  
 Literature Review 48(5) 733  
 living kidney transplant donors 48(5) 643

**M**

- meaning 48(5) 643  
 Medication independence 48(5) 627  
 mental health 48(4) 563  
 Mindfulness 48(4) 563  
 Modified Grounded Theory Approach 48(1) 17  
 Modified grounded theory approach 48(5) 627  
 morality 48(4) 585

**N**

- Neighborhood characteristics 48(5) 669  
 nurse 48(4) 563, 48(5) 697  
 Nursing Care 48(2) 67  
 nursing practice 48(4) 551  
 Nursing Research 48(5) 733  
 Nursing Staff 48(2) 91  
 nursing students 48(1) 41  
 nursing team 48(5) 697

**O**

- older adults 48(4) 575  
 older people 48(1) 41

**P**

- Palliative Care Unit 48(2) 91  
 Physical Strain 48(4) 601  
 Practice management 48(5) 669  
 Professional Competence 48(2) 81  
 promoting factors 48(5) 681

**Q**

- Qualitative Research 48(2) 67  
 qualitative study 48(5) 643  
 quantitative research 48(4) 585  
 Quantitative Research 48(5) 743

R

Research Design	48(5) 733
rumination	48(4) 563
Rural nursing	48(5) 669

S

Sample Size	48(5) 743
scale	48(4) 585
scale development	48(4) 551
Schizophrenia	48(5) 627
scoping review	48(4) 585
Self Assessment	48(2) 81
sexual health support	48(1) 29
Sliding Sheet with Handles	48(4) 601
Staff Development Instructors	48(2) 81
Statistical Power	48(5) 743
Statistical Power Analysis	48(5) 743
support	48(5) 709

T

Taking medicine	48(5) 627
team approach	48(5) 697
the Facts on Aging Quiz(FAQ)	48(1) 41
transition to home	48(5) 655

V

visiting nurse	48(5) 709
Visiting Nurses	48(5) 721
Visiting Nursing Station	48(2) 91
Visiting nursing station	48(5) 669
VSED	48(2) 91

W

ward nurses	48(1) 29
-------------	----------

# 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. 2026年度会費納入のお願い

2025年12月に2026年度会費納入のお願いをお送りいたしました。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。また、学生会員への会員種別変更をご希望の方はお申し出ください。

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

年会費は、オンラインクレジット決済でもご納入が可能です。下記2.に記載の「会員情報管理システム」よりご利用ください。

#### 年会費納入口座

		記
年会費	正会員	8,000円
	学生会員A	3,000円
	学生会員B	1,000円

### 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ（<https://www.jsnr.or.jp/>）から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

### 3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さん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5号

2026年1月20日 印刷

無料配布

2026年1月20日 発行

編集委員  
委員長 佐伯 由香 (理) 人間環境大学松山看護学部  
委員 會田 信子 (会員) 信州大学学術研究院保健学系  
伊丹 君和 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部  
佐々木新介 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部  
高井ゆかり (会員) 群馬県立県民健康科学大学看護学部  
名越 恵美 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部  
武用 百子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科  
法橋 尚宏 (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) 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)ガリレオ  
学会業務情報化センター内  
TEL 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  
発行責任者 叶谷由佳  
印刷所 (株) 正文社  
〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

