

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 47 Number 2 July 2024 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[第47巻 第2号]

## 会 告 ( 1 )

2023年度事業 評議員・役員選挙の結果、下記の方々が選出されました。

任期は、2024年定時社員総会の日より2028年社員総会前日まで（ただし、理事として選出された評議員の任期は、2028年社員総会終結のときまで）。

2024年6月9日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

選挙会告時の地区登録による所属です。ただし、それ以降本人より所属変更の申出があった場合、所属は変更しております。

### 評議員地区別名簿

(敬称略)

#### 北海道地区 (3名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
菅原 美樹	公立大学法人札幌市立大学	升田由美子	旭川医科大学医学部看護学科
堀口 雅美	札幌医科大学保健医療学部看護学科		

#### 東北地区 (4名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
小倉能理子	弘前大学大学院保健学研究科	古瀬みどり	山形大学医学部看護学科
今田 志保	山形大学医学部看護学科	森鍵 祐子	山形大学大学院医学系研究科看護学専攻

#### 関東地区 (6名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
岡 美智代	群馬大学大学院保健学研究科	中山登志子	千葉大学大学院看護学研究科看護教育学専門領域
近藤 浩子	群馬大学大学院保健学研究科	廣瀬現代美	群馬県立県民健康科学大学
近藤 由香	群馬大学大学院保健学研究科	村井 文江	常磐大学看護学部

#### 東京地区 (8名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
池田 真理	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学分野	谷口 珠実	山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系
菊池麻由美	東邦大学看護学部	西村 礼子	東京医療保健大学医療保健学部看護学科
北 素子	東京慈恵会医科大学医学部看護学科	前田 樹海	東京有明医療大学看護学部看護学科
北川 公子	共立女子大学看護学部	横井 郁子	東邦大学看護学部

## 東海地区 (12名)

氏名	所属	氏名	所属
大平 肇子	三重県立看護大学看護学部看護学科	林 みよ子	静岡県立大学看護学部看護学科
岡田 由香	日本福祉大学看護学部	東野 督子	日本赤十字豊田看護大学看護学部
小木曾加奈子	岐阜大学医学部看護学科	深田 順子	愛知県立大学看護学部看護学科
須釜 淳子	藤田医科大学研究推進本部社会実装看護創成研究センター	藤野あゆみ	愛知県立大学
鈴木みづえ	浜松医科大学臨床看護学講座	柳澤 理子	愛知県立大学看護学部
野口 眞弓	日本赤十字豊田看護大学看護学部看護学科	山口みのり	国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科

## 近畿・北陸地区 (15名)

氏名	所属	氏名	所属
赤澤 千春	大阪医科薬科大学看護学部	高見沢恵美子	関西国際大学看護学研究科
池田 清子	神戸市看護大学看護学部	塚崎 恵子	金沢大学医薬保健研究域保健学系
石澤美保子	奈良県立医科大学医学部看護学科	徳重あつ子	武庫川女子大学看護学部
伊部 亜希	敦賀市立看護大学看護学部	仁尾かおり	大阪公立大学大学院看護学研究科看護学専攻
大桑麻由美	金沢大学医薬保健研究域保健学系	新田 紀枝	敦賀市立看護大学看護学部
奥津 文子	関西看護医療大学	真継 和子	大阪医科薬科大学看護学部看護学科
清水 安子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	米田 昌代	石川県立看護大学母性・小児看護学講座
鈴木 久美	大阪医科薬科大学看護学部		

## 中国・四国地区 (10名)

氏名	所属	氏名	所属
井上真奈美	山口県立大学看護栄養学部看護学科	小野 美穂	香川県立保健医療大学看護学科
岩佐 幸恵	徳島大学医歯薬学研究部看護教育学分野	鈴木 康江	鳥取大学医学部保健学科
大谷 美樹	島根県立大学看護栄養学部看護学科	陶山 啓子	愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
岡田 淳子	県立広島大学保健福祉学部看護学科	津本 優子	島根大学医学部看護学科
越智 百枝	愛媛県立医療技術大学	森 恵子	岡山大学大学院保健学研究科看護学分野

## 九州・沖縄地区 (9名)

氏名	所属	氏名	所属
柊中智恵子	熊本大学大学院生命科学部環境社会進学部内看護学講座	原田 千鶴	大分大学医学部基盤看護学講座
古賀 明美	佐賀大学医学部看護学科	藤田 君支	九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野
国府 浩子	熊本大学大学院生命科学部	松浦 江美	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
竹熊 千晶	熊本保健科学大学地域包括連携医療教育研究センター	松成 裕子	鹿児島大学医学部保健学科
藤内 美保	大分県立看護科学大学		

(合計 67名)

## 理事地区別名簿

(敬称略)

地 区	氏 名
北 海 道	堀 口 雅 美
東 北	古 瀬 みどり
関 東	岡 美智代
東 京	北 素 子
東 海	鈴 木 みずえ
東 海	野 口 眞 弓
近畿・北陸	池 田 清 子
近畿・北陸	清 水 安 子
中国・四国	森 恵 子
九州・沖縄	藤 田 君 支

以上

## 会 告 ( 2 )

一般社団法人日本看護研究学会2024年度定時社員総会が2024年6月9日(日)11時00分から、一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

2024年6月9日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

### 記

報告事項：1. 会員数の動向について  
2. 第8回評議員・役員選挙(2023年度)について  
3. 第50回学術集会について  
4. 第51回学術集会について  
5. 地方会の活動について  
北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄

審議事項：第1号議案 2023年度事業報告について  
第2号議案 2023年度一般会計・特別会計決算, 監査報告について  
第3号議案 学会賞・奨励賞 推薦について  
第4号議案 役員の選任について  
・再任理事・監事の信任決議  
・新理事候補の承認  
・理事長・副理事長の承認  
・理事長推薦理事の承認  
・常任理事の承認  
・新監事の承認  
第5号議案 名誉会員の推薦について  
第6号議案 奨学会奨学金制度の廃止および研究助成制度の制定について  
(定款第4条(事業)の改定)  
第7号議案 奨学会規程の改定および研究助成規程の制定について  
第8号議案 学会賞・奨励賞規程の改定について

理事会報告：1. 2024年度事業案について  
2. 2024年度予算案について  
3. 奨学会研究費授与について

以上

## 会 告 ( 3 )

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り2024年度奨学会研究が決定いたしました。

2024年6月9日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

山田晃子香氏

研究課題「発熱した子どもへの保護者の対処力向上のための基礎的研究」

友岡 史沙氏

研究課題「新人看護師の医療事故経験を支援するプリセプター自己評価版普段の関り方尺度 (SRI: Supportive relationship inventory inventory) と医療事故後のサポート認識尺度 (PAPeST : Perceived availability of post post-error support skill) の開発」

以上

## 会 告 ( 4 )

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、2024年度定時社員総会において、2023年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

2024年6月9日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

#### 学 会 賞

筆頭著者名：堀口 智美

受賞対象論文：The Self-Care Behaviors of Adults With Type 2 Diabetes Within 10 Years After Diagnosis:  
Relationship Between Self-Care Behaviors, Knowledge and Education  
日本看護研究学会雑誌44巻4号, pp.613-622, 2021

#### 奨 励 賞

受賞対象論文：がん患者の呼吸困難感に影響する要因

Factors Affecting the Perception of Dyspnea in Patients with Cancer  
日本看護研究学会雑誌46巻2号, pp.153-164, 2023

筆頭著者名：橋本 晴美

共同著者名：今井 洋子, 本多 昌子, 京田亜由美, 藤本 桂子

受賞対象論文：COVID-19に関する仕事経験を通じた看護師の学習プロセス

Process of Nurses' Learning Through Work Experience in a COVID-19 Ward  
日本看護研究学会雑誌45巻4号, pp.705-724, 2022

筆頭著者名：小野寺美希子

受賞対象論文：周手術期熟練看護師の術後観察時の視線と手技

Gaze and Procedures During Postoperative Observation Among Perioperative Expert Nurses  
日本看護研究学会雑誌44巻5号, pp.721-734, 2022

筆頭著者名：天野 功士

共同著者名：當日 雅代, 小笠 美春, 田中 邦彦

受賞対象論文：2つの精神科病棟における入院患者の自殺をめぐる看護師の体験：病棟チームの組織的・文化的文脈に注目して

Nurses' Experiences of Patient Suicide in Two Psychiatric Wards: Focusing on the Organizational and Cultural Contexts of the Ward Team

日本看護研究学会雑誌45巻5号, pp.915-925, 2022

筆頭著者名：上山千恵子

受賞対象論文：慢性心不全患者における病気認知の関連因子

Related Factors of Illness Perception in Patients with Chronic Heart Failure

日本看護研究学会雑誌44巻1号, pp.41-50, 2021

筆頭著者名：浅井 克仁

共同著者名：簗持知恵子, 南村二美代

以上

## 会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)、第13条(役員を選任)により、叶谷由佳氏が理事長に決定いたしました。

任期は、2024年定時社員総会の日より2026年定時社員総会まで。

2024年6月9日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

## 会 告 (6)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)、第13条(役員を選任) 2. により、理事長指名理事に、安藤詳子氏、金田明子氏が決定いたしました。

任期は、2024年定時社員総会の日より2026年定時社員総会まで。

2024年6月9日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

## 会 告 (7)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)、第13条(役員を選任)および理事・監事選出規程第9条により、国府浩子氏が監事に決定いたしました。

任期は、2024年定時社員総会の日より2028年定時社員総会まで。

2024年6月9日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

## 会 告 ( 8 )

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員12条（役員）第13条（役員を選任）により、理事会を下記の通り構成しました。

2024年6月9日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

### 記

理事役職名	氏 名
理 事 長	叶 谷 由 佳
副 理 事 長	安 藤 詳 子
副 理 事 長	鈴 木 み ず え
理 事	池 田 清 子
理 事	遠 藤 み どり
理 事	岡 美 智 代
理 事	岡 山 久 代
理 事	金 田 明 子
理 事	北 素 子
理 事	佐 伯 由 香
理 事	作 田 裕 美
理 事	清 水 安 子
理 事	野 口 眞 弓
理 事	長 谷 川 眞 澄
理 事	藤 田 君 支
理 事	古 瀬 み どり
理 事	堀 口 雅 美
理 事	三 橋 睦 子
理 事	森 恵 子
理 事	山 勢 博 彰
監 事	国 府 浩 子
監 事	任 和 子

(五十音順)

以上

## 目 次

## 《研究論文》

## — 原 著 —

がん患者へのアドバンス・ケア・プランニングを行う上でリンクナースが感じる障壁の検討 .....	175
和歌山県立医科大学附属病院 石徹白 しのぶ	
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 山 田 忍	

筋萎縮性側索硬化症療養者の呼吸療法の意思決定を支える訪問看護師の支援の質的研究 .....	189
鈴鹿医療科学大学看護学部看護学科 丸 山 幸 恵	

## — 研究報告 —

在宅看護論実習の到達度別に教員が捉える『関心・意欲・態度』の様相 .....	201
別府大学看護学部設置準備室 首 藤 八千子	
大分大学医学部看護学科 脇 幸 子	
大分大学医学部看護学科 大 野 夏 稀	
大分大学医学部看護学科 末 弘 理 恵	

病院で働く女性のスタッフ看護職の個人・看護単位レベルの要因と妊娠出産意欲との関連： 階層モデル分析による検証 .....	219
日本赤十字看護大学 安 部 陽 子	
日本赤十字看護大学 新 田 真 弓	
東京医療保健大学 高 田 由 紀 子	
済生会宇都宮病院看護専門学校 千 葉 邦 子	
石巻赤十字病院 佐々木 美 喜	
神奈川工科大学健康医療科学部看護学科 辻 田 幸 子	
杏林大学 古 谷 麻 実 子	

「LTD (Learning Through Discussion) 話し合い学習法」で実習体験の 語り合いを行った看護倫理の授業による看護学生の道徳的感受性の変化 .....	233
島根県立大学看護栄養学部看護学科 高 橋 梢 子	
島根県立大学看護栄養学部看護学科 安 部 史 子	
島根県立大学看護栄養学部看護学科 岡 安 誠 子	
島根県立大学看護栄養学部看護学科 川 瀬 淑 子	
島根県立大学看護栄養学部看護学科 平 井 由 佳	

## — 総 説 —

脳卒中後疲労 (Post-Stroke Fatigue) に関する国内外の文献レビュー .....	241
島根県立大学 佐 藤 美 紀 子	
日本赤十字広島看護大学 百 田 武 司	

一資料・その他一

看護・医療技術系大学1年次生の方言の理解:

医療現場の方言を用いたコミュニケーションの授業後の学び ..... 263

弘前医療福祉大学保健学部看護学科 石 沢 幸 恵

弘前医療福祉大学保健学部看護学科 工 藤 千 賀 子

弘前医療福祉大学保健学部看護学科 小 玉 有 子

## CONTENTS

### 《Research papers》

#### Original Article

- Barriers Perceived by Link Nurses in Conducting Advance Care Planning for Cancer Patients ..... 175

Wakayama Medical University Hospital, Wakayama, Japan : Shinobu Ishidoshiro, RN

Wakayama Medical University Graduate School of Health and Nursing Science,

Wakayama, Japan : Shinobu Yamada, RN

- Support of Visiting Nurses in Respiratory Therapy Decision-Making

- for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis ..... 189

Nursing Course, Department of Nursing, Faculty of Nursing,

Suzuka University of Medical Science, Mie, Japan : Yukie Maruyama, PhD, RN, PHN

#### Research Report

- Teacher Perceptions of “Interest, Motivation, And Attitude”

- for Different Levels of Achievement in Home Nursing Practical Training ..... 201

Beppu University Faculty of Nursing Preparation Office, Oita, Japan : Yachiko Shutou, Ms, RN

Oita University Nursing School of Medicine, Oita, Japan : Sachiko Waki, PhD, RN

Oita University Nursing School of Medicine, Oita, Japan : Natsuki Oono, Ms, RN, PHN

Oita University Nursing School of Medicine, Oita, Japan : Rie Suehiro, PhD

- The Relationship between Individual and Nursing Unit Factors

- and the Desire for Motherhood among Female Japanese Hospital Staff Nurses:

- A Hierarchical Linear Model Analysis ..... 219

Japanese Red Cross College of Nursing, Tokyo, Japan : Kiyoko Abe, PhD, RN, PHN

Japanese Red Cross College of Nursing, Tokyo, Japan : Mayumi Nitta,

PhD, RN, CNM, PHN

Tokyo Healthcare University, Tokyo, Japan : Yukiko Takada,

PhD, MNS, RN, CN

in Intensive Care

Saiseikai Utsunomiya Hospital Nursing School, Tochigi, Japan : Kuniko Chiba,

MNS, RN, CNM, PHN

Japanese Red Cross Ishinomaki Hospital, Miyagi, Japan : Miki Sasaki,

MNS, RN, CNM, PHN

Kanagawa Institute of Technology, Kanagawa, Japan : Sachiko Tsujita,

MNS, RN, CNA, PHN

Kyorin University, Tokyo, Japan : Mamiko Furuya, MNS, RN, CNA

Changes in Nursing Students' Moral Sensitivity in a Nursing Ethics Class Using the Learning Through Discussion Method for Practice Experiences .....	233
The University of Shimane, Shimane, Japan : Shoko Takahashi, PhD, RN, PHN	
The University of Shimane, Shimane, Japan : Fumiko Abe, MSN, RN	
The University of Shimane, Shimane, Japan : Masako Okayasu-Kimura, PhD, RN	
The University of Shimane, Shimane, Japan : Yoshiko Kawase, PhD, RN	
The University of Shimane, Shimane, Japan : Yuka Hirai, PhD, RN	
General Remark	
Review of Japanese and International Literature on Post-Stroke Fatigue .....	241
The University of Shimane, Shimane, Japan : Mikiko Sato, MSN, RN, PHN	
Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan : Takeshi Hyakuta, PhD, RN, PHN	
Material and Others	
Post-Classroom Learning among First-Year Nursing and Medical Technology University Students: Understanding "Communication in the Medical Setting Using Dialects" .....	263
Hirosaki University of Health and Welfare, Faculty of Health Nursing, Aomori, Japan : Sachie Ishizawa, MS, RN	
Hirosaki University of Health and Welfare, Faculty of Health Nursing, Aomori, Japan : Chikako Kudo, PhD, RN	
Hirosaki University of Health and Welfare, Faculty of Health Nursing, Aomori, Japan : Ariko Kodama, MA, RN	



# 研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 総 説
- ・ 資料・その他



# がん患者へのアドバンス・ケア・プランニングを行う上でリンクナースが感じる障壁の検討

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(2), 175-187  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231019234>

石徹白しのぶ<sup>1</sup>, 山田 忍<sup>2</sup>

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学附属病院, <sup>2</sup>和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科

## 要旨

**目的:** がん患者へのACPを行う上でリンクナースが感じる障壁を明らかにすること。**方法:** がん診療連携拠点病院のリンクナース 8 人に半構成的面接を行い、質的研究においても客観性を確保する利点のあるテキストマイニングを用い、クラスター分析、対応分析を行った。**結果:** リンクナースの障壁として [患者の様々な情報を共有しなくてはいけない難しさ] [研修での学びを還元し興味を引き出すことの難しさ] [化学療法を継続する中でACPを説明することの難しさ] [余命告知というバッドニュースへのためらいからタイミングを図ることの難しさ] [人それぞれのターミナルへの思いに踏み込むことの難しさ] [施設を横断しながら患者の意向を尊重したACPが確認できないことへの不安] [他者の実践場面から学ぶことの難しさ] など13の障壁が明らかとなった。**結論:** ACPを支援するシステム、実践に即した教育、リンクナースへの支援の必要性が示唆された。

## キーワード

リンクナース, 障壁, テキストマイニング, アドバンス・ケア・プランニング

責任著者: 石徹白しのぶ. Email: dosiro@wakayama-med.ac.jp

## I. 問題

アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: ACP) は、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス (厚生労働省, 2018) と定義されている。ACPの必要性として患者側の側面から本人の意思決定能力がなくなっても本人の意向を尊重した治療やケアが受けられること、家族側の側面から、家族の後悔や精神的な負担が少なくなることや抑うつや悲嘆が少ない (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010) ことが明らかとなっている。しかし一般国民への調査では、「人生の最終段階における医療に関心がある」についての回答は59.3%であるものの、「家族等や医療介護関係者と話し合っている」についての回答は2.7%とACPは臨床で進んでいない現状がある (厚生労働省, 2018)。ACPが進まない要因として、医師のACPの認識の欠如, リソース・時間の欠如, ACPに関わる精神的な重圧 (中山・吉田・森, 2021), 地域の病院で働く専門医, がん関連の認定看護師, 医療ソーシャルワーカーのケアの目標に関するヘルスケアチームの意見の相違, 終末期の議論における会話をするための訓練の欠如 (Kimura,

Hosoya, Toju, Shimizu, & Morita, 2020) が挙げられている。

これらのことから、2018年のがん診療連携拠点病院整備指針は、ACPを含めた意思決定支援を提供する体制整備が急務とされ、がん治療を行う病棟や外来にリンクナースの配置が推奨されている。一方緩和ケアリンクナースとして活動する上でその活動を阻む要因を明らかにした研究ではマンパワーに対する不安、職場での活動方法がわからないなどの困難感 (廣瀬・渡邊・小島・浦田・藤本, 2010; McIlfratrick, Mawhinney, & Gilmour, 2010; 宮嶋ほか, 2009) が明らかとなっている。他部門や専門家などと部署をつなぐ役割や部署の教育的な役割を担う緩和ケアリンクナースの臨床での影響や役割は大きく、ACPを行う上でリンクナースが感じている障壁を明らかにすることは、リンクナースの支援につながり、臨床でのACP促進の一助になると考えられる。

本研究では、近年質的研究においても分析者のもつ理論や問題意識によるバイアスを、より明確に排除でき、分析の客観性・信頼性・透明性を確保するという利点がありインタビュー調査においても有用性が示されているテキストマイニングを用いた。がん患者へのACPを行うことについて緩和ケアリンクナースへの半構成的面接を行い、テキ

ストマイニングの手法を用いてリンクナースが感じる障壁を抽出し、臨床経験年数とがん看護経験年数の違いによる特徴的な障壁を明らかにした。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

#### (1) ACP

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスとする。

#### (2) 緩和ケアリンクナース

「患者・家族を看護するスタッフナースと緩和ケアの専門家をつなぐ橋渡しとしての役割」や「部署スタッフの実践状況を客観的に捉え、部署内で継続的に教育を行う役割」を担い、「部署スタッフの資質向上に向けた取り組み」の一助を担うナースとする。

#### (3) リンクナースが感じる障壁

リンクナースがACPを行う難しさであり、物理的なものだけではなく、制度的なもの、文化・情報面、意識上のものも含む。

### 2. 研究対象者

A県内、がん診療連携拠点病院で緩和ケアに携わるリンクナース8人とした。

対象者の選択基準は緩和ケアリンクナースであること、ACPの内容を含む研修として厚生労働省委託事業として開催されている、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」、エンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアを提供する看護師に必須とされる能力修得のための体系的な教育プログラムである、「The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan コアカリキュラム看護師教育プログラム」、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに基づいた「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の研修のうち一つ以上の研修を受講していることとした。

各がん診療連携拠点病院の看護管理者に、電話で研究の趣旨を説明し、研究協力依頼文を送付した。看護管理者により、対象者を選択、その後同意が得られた対象者に半構成的面接を行った。

### 3. 調査期間

2022年4月から5月に実施した。

### 4. 調査方法

リンクナースの役割に照らし、先行研究（小林・有村・

松元, 2020; 中山ほか, 2021; 大桃・鶴若, 2018; 田代・藤田, 2021) を参考にACPを行う上で妨げとなる障壁が表出されるように物理的、制度的、文化、情報、意識上のものを網羅し作成したインタビューガイドに沿った半構成的面接を行うことによってデータを収集した。ただし脱線やその場での思いつきなどを許容し、事前に用意した回答にとらわれる必要がないと教示し、自由に発言してもらった。その他基本属性は、年齢、臨床経験年数、がん看護経験年数、病床規模、所属病棟の診療科を調査した。

インタビューガイドの内容は、「患者・家族を看護するスタッフナースと緩和ケアの専門家をつなぐ橋渡しとしての役割」としては①ACPを多職種で共有するためのツール（記録など）に関する困難について、②リンクナースとして緩和ケア専門チームとの連携を行うことの困難について、③協力が得られるリソースや支援体制の不足について、④ACPを行うための医療者間連携に関する困難についての4項目とした。「部署スタッフの実践状況を客観的に捉え、部署内で継続的に教育を行う役割」としては、①ACPを行うための業務調整・時間調整・場（環境）の調整に関する困難について、②ACPを行うためのパンフレットなどの材料に関する困難について、③ACPのプロセスを展開していくシステム（規定された手順など）に関する困難について、④リンクナースの活動を推進する上で、スタッフナースの協力を得ることの困難について、⑤ロールモデルの不足について、⑥ACPを行う上でのスタッフナースの実践指導における困難についての6項目とした。「部署スタッフの資質向上に向けた取り組み」としては①リンクナースの活動を推進する上で、部署の管理者の協力を得ることの困難について、②ACPを行うために患者・家族側の認知（必要性、準備性）を促進することについて、③ACPを行うために医療者の認知（必要性、準備性）を促進することについて、④ACPを行う上でのスタッフナースのコミュニケーションスキル、ACPの内容、看護師役割の教育に関する困難についての4項目とした。

### 5. 分析方法

逐語録からテキストデータを作成し、樋口（2020）のフリーテキストマイニングソフトウェアKH Coder Ver. 3.0に読み込み、テキスト形式のデータを定量的に分析できる形に変換し、文を名詞や動詞などの品詞に分類する形態素解析を行った。また先生や医師、ドクターは医師として統一するなど同義語の処理、また「キーパーソン」は「キーパー」「ソン」と分かれて抽出されるため、1つの単語として認識するよう強制抽出の操作など前処理を行った。またテーマに含まれるACPや会話のつながりとしての「結構」「なんか」や全ての文章に出現する「医師」「看護師」「患

者」「本人」「家族」「リンクナース」などの登場人物, 「思う」「聞く」などの動詞は使用しない語として指定した。

次にデータの概要をつかむための抽出語の出現頻度を算出した。抽出語の出現頻度を確認することで分析する上で重要な語が不自然に分割されていないか, 分析に無関係と思われる語があり, かつその語の出現頻度が低いことを確認できる。その後, 非類似度を示す併合水準を指標に階層的クラスタ分析を行った。クラスタ分析にはWard法を採用した。Ward法は, クラスタ内のデータ平方和を最小にするように考慮した方法で, クラスタ分析法の中ではバランスのとれた方法である(柳井, 2005)。類似性の指標には抽出語の共起の強さを測るのに適した係数であるJaccard係数を用いた。そしてKey Words in Context (KWIC) コンコーダンスで原文に戻りつつ, 前後文脈の意味内容を踏まえ, テーマであるリンクナースが感じる障壁に戻りクラスタ名を命名した。

調査対象者に対して抽出された語からクラスタ名の解釈において対象者のACPを行う上でリンクナースが感じる障壁が正しく反映されているかメンバーチェックを行った。またがん看護に携わる専門家によるスーパーバイズを受けた。

階層的クラスタ分析で全体的な傾向を見た後, 外部変数と抽出語の関連性を把握するために対応分析により分析した。対応分析は2次元の散布図において外部変数間の関係性とその特徴語の違いを可視化することができる。対応分析では原点(0, 0)からみて各外部変数の方向に布置されている抽出語ほど各外部変数を特徴づける語であると解釈される。外部変数は, ドレイファスモデル(Benner, 2001)の初心者から達人に至る実践レベルの特徴を参考に, 今回の対象者を「臨床経験年数/がん看護経験年数が7年以上の看護師」, 「臨床経験年数が7年以上であり, がん看護経験年数が7年未満の看護師」, 「臨床経験年数/がん看護経験年数が7年未満の看護師」の3群に分け外部変数として分析した。

KH Coderは, 多変量解析によってデータを要約・提示する際の手作業を省き, 分析者のもつ理論や問題意識によるバイアスを, より明確に排除でき, 分析の客観性・信頼性・透明性を確保するという利点があり(今井・高瀬・佐藤, 2018; 勝谷・岡・坂本, 2018; 瀬島・杉澤・大滝・前沢, 2001), インタビュー調査においても用いられている(菅野・後藤・佐藤・川原・畠山, 2019)。

### Ⅲ. 倫理的配慮

研究は和歌山県立医科大学倫理審査委員会の承認を受けた後実施した(承認番号: 3460)。研究参加者に対しては研究の趣旨を説明し, 研究への参加・協力に関する拒否や途中辞退の自由, 個人情報保護, 得られたデータは研究目的以外には使用しないことについて明記し, 文書にて同意を得た。

### Ⅳ. 分析結果

#### 1. 対象者の属性

対象者8人のうち全員から同意を得て半構成的面接を行った。基本属性は(表1)に示す。

#### 2. 抽出語の出現頻度

総抽出語数は39,352語であり, 前処理を行わない場合は, [思う(423)] [患者(286)] [ACP(143)] という語が抽出された(( )は抽出された語の語数を示す)。これらはどんな文章にも出現するため文章の特徴を際立たせることが困難であり, 分析には利用しにくい結果となった。そのため前処理を行った結果, 4,579語が抽出され, 898種類の語が含まれていた。抽出頻度の多かった語としては, [人(221)] [話(108)] [病棟(78)] [外来(76)] [自分(67)] [時間(65)] [記録(62)] [入院(62)] [緩和ケアチーム(51)] などが上位に出現し特徴的な主要語が抽出された(表2)。

表1 属性

ID	年齢	臨床経験年数	がん看護経験年数	病床規模	所属病棟の診療科	インタビュー時間(分)
A	37	16	6	500以上	内科	53
B	26	5	5	500以上	外科	63
C	41	16	13	500未満	外科	61
D	25	5	5	500以上	外科	49
E	27	6	6	500以上	外科	55
F	34	13	10	500以上	内科	64
G	32	12	12	500未満	内科	81
H	33	12	5	500未満	内科	73
平均	31.9	10.6	7.8	-	-	62.4
SD	5.3	4.4	3.2	-	-	9.9

3. 階層的クラスター分析の結果

対象者の障壁に関する発言内容とその背景要因をあわせて構造化し抽出するため、階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析でクラスター併合の段階が6で非類似度が大きくなっていたが、クラスター内の抽出語が多くなり価値のある抽出語を見落とす可能性があるため、非類似度が大きくなっている13をクラスター数に設定した(図1)。

以下に抽出語から要約されたクラスター名を [ ] で示

す。( ) は抽出された語の語数を示す。また「 」は代表的な発言内容を示す(図2)。

クラスター①抽出語は情報(40)、共有(28)を含み、「得ている情報をどこへ、どんなふう、どういう方法でつなげたらいいのか」「記録にかけてないで、それはどんな形で共有していくか」「情報共有をするけどもその情報が意味するところをちゃんと知識と結び付けてってところが難しい」等が述べられており、クラスター名は「患者の様々な情報を共有しなくてはいけない難しさ」とした。

表2 上位60位の頻出語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
人	221	医療	32	今後	20
話	108	他	32	チーム	19
病棟	78	意向	30	部屋	19
外来	76	場	30	カンファレンス	18
自分	67	説明	30	意思決定	18
時間	65	連携	30	関わり	18
記録	62	共有	28	関係	18
入院	62	自身	28	受け持ち	18
緩和ケアチーム	51	状態	28	ケア	17
今	47	必要	28	希望	17
タイミング	43	確認	25	形	17
状況	43	病院	25	場合	17
知識	42	看護	24	地域	17
情報	40	認定看護師	24	臨床心理士	17
相談	38	認識	22	コミュニケーション	16
意識	36	興味	21	元気	16
化学療法	36	経験	20	自体	16
一緒	35	研修	20	退院	16
業務	34	現状	20	大事	16
治療	33	告知	20	勉強	16

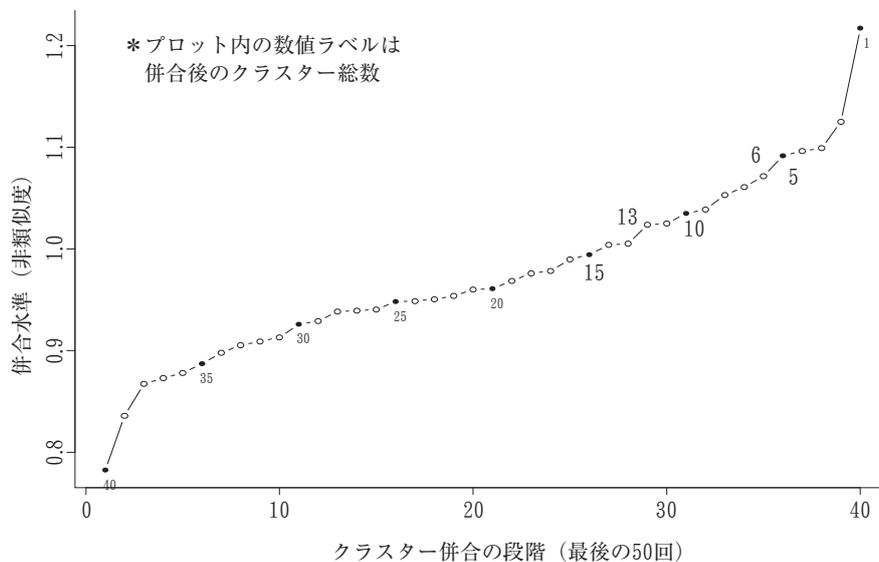
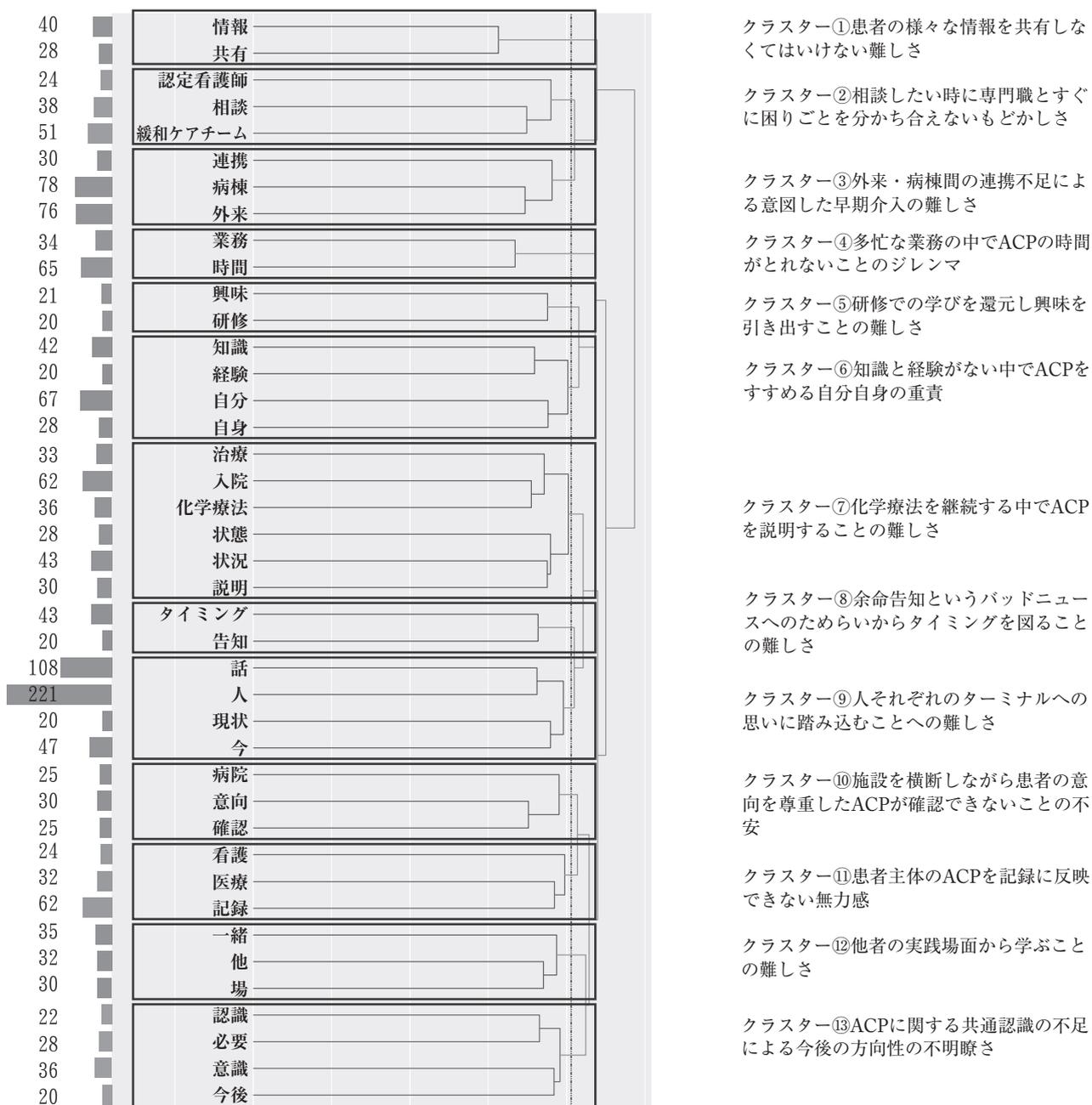


図1 クラスター併合水準



注) Ward法を選択し、距離の定義はJaccard係数を用いている。数字は語数を示している。

図2 階層的クラスター分析

クラスター② 認定看護師 (24), 相談 (38), 緩和ケアチーム (51) を含み, 「ACPを進めていく上で相談できる人とかってあまりいてない」「緩和ケアチームがラウンドに来てくれる時間に合わせるのが難しい」「緩和ケアチームの輪の中に入っていきづらい」等が述べられており, [相談したい時に専門職とすぐに困りごとを分かち合えないもどかしさ] とした。

クラスター③ 連携 (30), 病棟 (78), 外来 (76) を含み, 「多職種と連携というか, 話し合いはしてても方向性

が全然定まってない」「化学療法してて, 例えばもう治療ができなくなりましたってなったら, 外来で説明されて状態悪くなって, 緊急入院で入院してくることが多いので, 外来と病棟と連携とれてたらと思う」等が述べられている。また, 「ACPは入院っていうよりは外来で通院してる時の段階なのかなと思う」等 ACPの開始時期は入院時では遅いと感じており, [外来・病棟間の連携不足による意図した早期介入の難しさ] とした。

クラスター④ 業務 (34), 時間 (65) を含み, 「通常

業務をしながらっていうのは、なかなか取り組めない」「ACPってある程度の時間が必要だから、その時間調整も難しさはある」等が述べられ、「多忙な業務の中でACPの時間がとれないことのジレンマ」とした。

クラスター⑤ 興味 (21), 研修 (20) を含み、「興味とかがね、持ってもらえるようにはしていかないといけないのはあるんですけど、なかなか難しい」「研修に参加してみたけど、実際に患者でうまくまだ活用できてないというか、関わりの中に落とし込めてないというか、そういうのがあるので、なかなか他の人に勧めてもいけない」等が述べられ、「研修での学びを還元し興味を引き出すことの難しさ」とした。

クラスター⑥ 知識 (42), 経験 (20), 自分 (67), 自身 (28) を含み、「ACPを推進していくにあたっては、心理面のところのサポートのところ、その知識だったり結構支障です」「私自身がACPに関してはほんとに経験がまだない」「自分の話の持っていきようによって、患者の選択も左右されるのかなと思うのですごく責任が重い」「自分自身がそこに入っていきことの自信のなさ」「医師自身も患者側の反応とかも医療者で共有しないといけないという意識は高めていく必要がある」等が述べられ、「知識と経験がない中でACPをすすめる自分自身の重責」とした。

クラスター⑦ 治療 (33), 入院 (62), 化学療法 (36), 状態 (28), 状況 (43), 説明 (30) を含み、「医師に聞いてもまだできる治療がある時点でACPはできやんして言われる」「化学療法の効果がなくなってきた時に、体力あまり残ってない状況で、終末期の時にACPって難しい」「インフォームド・コンセントの記録とかあったりするけどそれは、もうほんとに説明に終始している感じ」等が述べられ、「化学療法を継続する中でACPを説明することの難しさ」とした。

クラスター⑧ タイミング (43), 告知 (20) を含み、「このタイミングの時に話を決めていった方がいいっていう時期を決められなくて」「医師は余命の告知とか、バッドニュースにはなるから医師が言うのをためらう」等が述べられ、「余命告知というバッドニュースへのためらいからタイミングを図ることの難しさ」とした。

クラスター⑨ 話 (108), 人 (221), 現状 (20), 今 (47) を含み、「シビアな話を聞きに行きにくい」「なんでこの人こういう選択をしたのかっていうところは、なかなか掴めない」「まだまだもうほんとにターミナルになってどうするっていう話が行われる現状が今でもある」「患者がどういふふう経過をたどって家に帰って家でどう過ごすとか、どこの病院でとかあんまり、関わっている今しか知らない」等が述べられ、「人それぞれのターミナルへの思いに踏み込むことの難しさ」とした。

クラスター⑩ 病院 (25), 意向 (30), 確認 (25) を含み、「病院の中で医療が完結しない」「本当にその意向が尊重されてケアが提供されていたのかっていうのがわからない」「状態が悪くなってっていう時、本人の意思も確認できない状況」等が述べられ、「施設を横断しながら患者の意向を尊重したACPが確認できないことへの不安」とした。

クラスター⑪ 看護 (24), 医療 (32), 記録 (62) を含み、「医療者の価値を押し付けてるんじゃないか、医療者が思い描くことをやってるんじゃないか」「どういう方法でつなげたらいいのか、記録だけでは伝わらないこともある」「ACPについて医療者間で共有する記録の活用がなかなかうまくいかない」等が述べられ、「患者主体のACPを記録に反映できない無力感」とした。

クラスター⑫ 一緒 (35), 他 (32), 場 (30) を含み、「病気を持ってても、その人となり、その人の人生をもうちょっと考えて一緒にいけたら」「他の人がどんなコミュニケーションスキルもってるか、コミュニケーションの場を見るような、そんな機会ってない」「双方の関係のその場だからこそ患者から話もあるけど、そこに1人が加わることで、話しにくくなったり、阻害させたり」等が述べられ、「他者の実践場面から学ぶことの難しさ」とした。

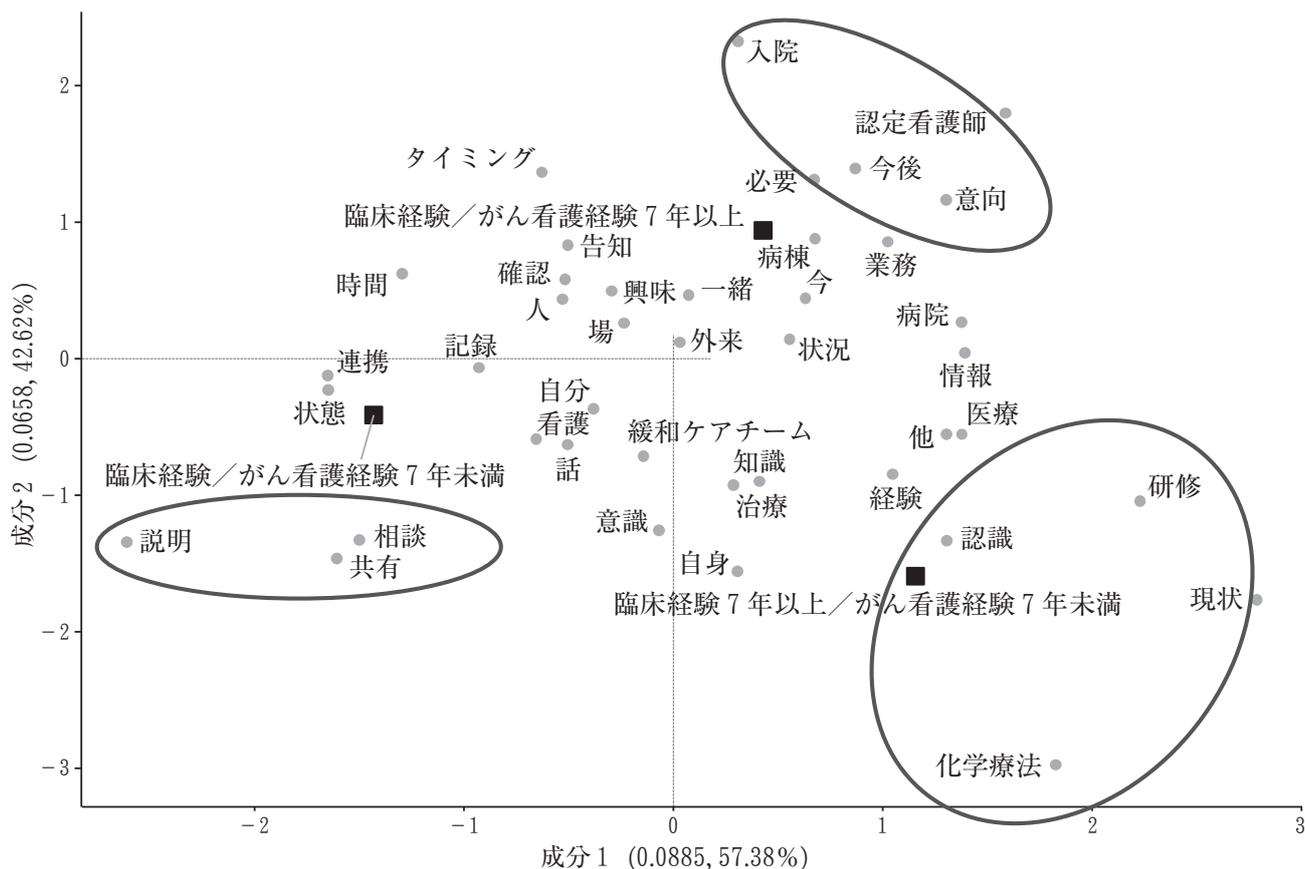
クラスター⑬ 認識 (22), 必要 (28), 意識 (36), 今後 (20) を含み、「看護師間で認識が違う」「人生会議とか言われてるけど、あんまり患者家族の認識とかは変わってない」「必要性はわかるけど、そこからどう進めていけばいいのか」「忙しいからとか時間の問題とかっていうより意識の問題」「患者家族、医師、看護師とかで、症状とか痛みとか、それこそ退院する先、行きたい場所とかの捉え方とかアセスメントとか、今後の方向性とかがずれてる」等が述べられ、「ACPに関する共通認識の不足による今後の方向性の不明瞭さ」とした。

#### 4. 「臨床経験年数-がん看護経験年数」外部変数を使った対応分析の結果 (図3)

〈 〉は抽出語、また「 」は代表的な発言内容を示す。

##### (1) 「臨床経験年数/がん看護経験年数が7年以上の看護師」

〈入院〉〈認定看護師〉〈意向〉〈今後〉が原点 (0, 0) より離れてプロットされており、特徴的な抽出語である。「入院期間が短かったりするので関われる期間が短い」「入院してくる時って状態が悪い時が多いから」等から〈入院〉は入院中にACPを行うことの困難さ、〈認定看護師〉は「難しかったら、認定看護師に相談してどうしたらいいかっていうのはあります」等、ACPには認定看護師など専門的な支援者を必要としている内容であり、ACPを行うための専門的な支援者の不足、〈意向〉は「確認した意



外部変数を使った対応分析の結果

図3 「臨床経験年数-がん看護経験年数」

向をちゃんとこっちも汲み取ってケアができていないか」等から患者、家族の意向を汲み取ることの困難さ、〈今後〉は「今後どうしていきたいかというところの確認まではできていない」等から現状ではなく、今後を見据えて関わることの困難さがみられた。

(2) 「臨床経験年数が7年以上であり、がん看護経験年数が7年未満の看護師」

特徴的な抽出語は〈化学療法〉〈現状〉〈研修〉〈認識〉であった。〈化学療法〉は「全体悪くなるギリギリまで化学療法して良くなる時もあるし、急激に悪くなることもあるので、どの段階で介入していくべきなのか」等、化学療法中の患者にACPを行うことの困難さ、〈現状〉は「ACPとかも聞いたことはあると思うんですけど、具体的に何かっていう理解とかってというのがやっぱりなかなかできていない現状」等からACPが浸透していない現状、〈研修〉は「研修で聞いてもそれを実施となるとハードルが上がる」等、ACPを学ぶ機会の不足、〈認識〉は「看護師の共通認識しないといけないところとどうやったら進めていけるかっていうのが問題」等、ACPの共通認識の不足がみられた。

(3) 「臨床経験年数/がん看護経験年数が7年未満の看護師」

特徴的な抽出語は〈説明〉〈共有〉〈相談〉であった。〈説明〉は「医師に治療が終わった時点で説明をすべきやで、治療をしてる間にその話をするのは違うって言われる」等、医師との認識の違い、〈共有〉は「医療者で共有しないといけないという意識は高めていく必要があると思います」等、ACPに関する情報共有の困難さ、〈相談〉は「ACPを進めていく上で相談できる人とかってあまりいない」等、相談できる体制の不足がみられた。

V. 考 察

1. 緩和ケアリンクナースの役割としてこの3つの側面から考察する。

(1) 患者・家族を看護するスタッフナースと緩和ケアの専門家をつなぐ橋渡しとしての役割の中での障壁

この役割には① [患者の様々な情報を共有しなくてはいけない難しさ]、② [相談したい時に専門職とすぐに困りごとを分かち合えないもどかしさ]、③ [外来・病棟間の連携不足による意図した早期介入の難しさ]、⑩ [施設を

横断しながら患者の意向を尊重したACPが確認できないことの不安]のクラスターが関連していると考えられる。臨床では外来で医師の診察を受け、薬物療法センターでがん治療を行い、入院となれば受け持ち看護師であっても短い入院期間で日々担当の看護師は変わる状況や、地域での療養をサポートする部門もあり、その中で情報や医療者間、部門の連携がとりづらく情報共有がされていないことが考えられる。代表的な発言内容には病院の中で医療が完結しないという発言もあり、これは、医療現場の専門分化や機能分化が進み、一つの医療現場で療養を続けることができなくなっていることがあげられる(南口, 2019)。そのため包括的に個人を捉えにくい状況があると考えられる。またリンクナースが所属する病院は、がん診療連携拠点病院であり、急性期病院として、治療や救命に焦点をあてた高度な医療の提供が主となることが多く、ACPを考えることが必ずしも優先的に行われない状況にある(Tan, Car, Lall, Low, & Ho, 2019)。最期までがん治療に希望を求めようとする患者も少なくない(Earle, et al., 2008)状況があり、ACPを行う上では、リンクナースは様々な障壁を抱えていることが明らかとなった。そのためにリンクナースの置かれている状況を配慮した上でリンクナースと問題状況について考える機会をもつことが必要と考えられる。

急性期病院の医師と看護師からみたACPの障壁(鶴若, 2021)では、話しあった内容の記録方法がない、医師同士の連携体制が構築されていないことが明らかとなっており、これはリンクナースの発言内容にも記録にかけていないために共有が難しいことや外来の医療者との連携がないことがあり、共通する障壁であると考えられる。しかし、リンクナースは「得ている情報をどこへ、どんなふうに、どういう方法でつなげたらいいの」「情報共有をするけどもその情報が意味するところをちゃんと知識と結び付けてっていうところが難しい」などがあり、リンクナースはスタッフナースがACPをシームレスに継続できるように多施設、多職種に、効果的に意図して伝えることができないという障壁を感じていたと考えられる。

また今回のリンクナースの所属は全員病棟であったが、がん患者の治療は外来を中心に展開されており、発言内容からもACPを始めるタイミングは外来で通院している段階と感じていた。外来通院時の早期からACPを行う必要性を認識し、外来との連携での障壁を感じていた。また外来看護師の多忙な状況も理解している中で、外来でのACPの困難さも障壁ととらえていた。外来通院中のがん患者のACP促進に向けた取り組みに関する研究(屋比久・神里・謝花, 2020)では、外来看護師は看護師1人での対応のため患者・家族支援の方向性の検討が不十分、多職種

の情報が集約できていないため患者の状況把握が困難なことが明らかとされている。そのためそれぞれの部署の医療者が持つ情報を統合し、継続したプロセスおよび組織としてACPを支援するシステム整備が必要と考えられる。

またリンクナースは、ACPについて相談できる人が少ないことや緩和ケアチームの輪の中に入っていくづらいという発言もあったように、専門チームや認定看護師、専門看護師からの支援の乏しさにも支障を感じていた。ACPの実践に影響を与える因子としてACPを実践する際に協力を得られるリソースが身近にあることが影響している(中山ほか, 2021)と言われている。リソースの周知や常時相談できる体制、相談しやすい関係性を求める発言内容があり、忙しい現場でスタッフナースが安心してACPを行っていけるように、橋渡しするリンクナースの障壁が少なくなるように専門チームへの相談しやすい環境づくりやリソース側から介入できる部分を見極め、積極的な関わりを行っていくことの必要性が考えられた。

## (2) 部署スタッフの実践状況を客観的に捉え、部署内で継続的に教育を行う役割の中での障壁

この役割には④[多忙な業務の中でACPの時間がとれないことのジレンマ]、⑤[研修での学びを還元し興味を引き出すことの難しさ]、⑥[知識と経験がない中でACPをすすめる自分自身の重責]、⑪[患者主体のACPを記録に反映できない無力感]、⑫[他者の実践場面から学ぶことの難しさ]、⑬[ACPに関する共通認識の不足による今後の方向性の不明瞭さ]のクラスターが関連していると考えられる。ACPの実践に労力がかかること(中山ほか, 2021)や一般病棟では急性期の看護も行っている中で、業務過多やジレンマを抱くことが多く、じっくり取り組む余裕がない(川野, 2010)とあり、本研究でも多忙な業務の中で、患者1人に対して時間を調整することの難しさや時間の確保の難しさの発言があり、同様の障壁がみられた。

しかしリンクナースは、ACPの重要性を認識しているからこそ、ジレンマを抱いているとも考えられる。リンクナースは役割を認識し、部署全体の看護の質向上やスタッフナースの育成、支援する役割を担う上で忙しい臨床でACPをすすめていくための重責があると考えられた。

またリンクナースはACPに対する患者の認識もすすんでいないことや看護師間での認識の違いも障壁と感じていた。ACPには定まった形式もなく、ACPに関する一般病棟看護師の認識の研究(小松・島谷, 2017)では、一般病棟でのACPは、認識は十分ではなくほとんどされていない現状が明らかとなっており、業務過多の環境もある中で、どのようにスタッフナースの興味を引き出したか、意識を高めていけば共通の認識が得られるのかわからないという支障を感じていたと考えられる。ACPの重要性を認

識しながらも業務過多のために実践困難な現状やリンクナース自身も困難さを感じているACPの実践をすすめる重責があるため、リンクナース自身の取り組みに対して肯定的なフィードバックを行うとともに、リンクナースと協働してスタッフナースに知識や技術を浸透させていくための支援が必要と考えられた。

次にリンクナースは、ACPの知識だけでは実践につながらないため、経験の蓄積や経験を共有する場を調整することの難しさという支障があると考えていた。ACPは患者と医療者、患者にとって大切な人との話し合いの過程を基本とし、人物間の関係性やコミュニケーションスタイルはACPに影響を与える要因となる(川原, 2021)と言われており信頼関係の構築の上に成り立つものと考えられる。患者は信頼する医療者との間でつくり出されるその場の状況であるからこそ本当の意向を話せることがあり、実践の場の共有が難しく、ロールモデルを示すことの難しさという支障も感じていると考えられる。そのためロールプレイや具体的な症例を示しながらの研修、言葉で自分の思いを表現することが苦手な患者の希望をうまく表出させるためのコミュニケーション教育などを積極的に取り入れ、実践力を高める教育の必要性があると考えられる。

またリンクナースは自分自身がそこに入っていくことの自信のなさや実践の経験も不足していること、スタッフナースに教えることの困難さを話していた。これはリンクナースが教育的役割を果たすことを躊躇させる心理的な障壁である。心理的な障壁を減らすことができるようにスタッフナースへの教育を共に行うこと、リンクナース自身の実践の後方支援を行うことや肯定的なフィードバックを行い、自信を持ちスタッフナースを支援していけるような支援者の存在が必要と考えられた。リンクナースだけで解決しようとするのではなく、リンクナースが部署の中で支援を得ながら活動できるような調整も必要と考えられる。

### (3) 部署スタッフの資質向上に向けた取り組みの中での障壁

この役割には⑦ [化学療法を継続する中でACPを説明することの難しさ], ⑧ [余命告知というバッドニュースへのためらいからタイミングを図ることの難しさ], ⑨ [人それぞれのターミナルへの思いに踏み込むことの難しさ] のクラスターが関連していると考えられる。

リンクナースは早期からACPを行っていく必要性を感じながら、医師との認識の違いや、化学療法に希望をもち治療に取り組んでいる患者にどのようにスタッフナースとACPを行っていけばよいか困難さを感じていた。

医師はACPにおいて重要な役割を担うが、ACPの課題として、バッドニュースを伝えることへの負担感や治療を頑張ろうとしている患者にどのように介入していくか、逆

に不安にしてしまう危険性を感じるなど、バッドニュースを伝える困難感を課題としている(屋比久ほか, 2020)。そしてがん治療の中止を患者に伝えることは医師にとっても非常に大きな負担である(Otani, et al., 2011)。リンクナースは関わる医療者の支障も理解した上で調整の役割を担っていく必要があると考えられる。実際ACPについて患者、家族に十分な説明がされないと死を予測させるため、患者に苦痛を引き起こす可能性(Johnson, Butow, Kerridge, & Tattersall, 2016)があることも明らかであり、患者の状況を慎重に把握する必要もある。そのため患者や家族の置かれている状況を把握するには身体面や医療面のみになく、精神面、社会関係や経済状況を含めた観点が必要であり、個々の患者にとっての適切なACPの導入時期を見極める必要があると考えられる。そのため関わる医療者それぞれのACPを行う困難感についても率直に話し合える多職種間の調整や共有できていない患者や医療者の精神面の情報の提供が必要と考えられる。

またリンクナースは、治療の効果がなくなり、患者の体力が残っていない状況で終末期の時にはACPを行いきにくいことや、全身状態が悪く正常に考える時期を過ぎているなどの発言もあり、入院時には患者の病状が深刻でACPを行う時期を逸していることも支障だと感じていた。人生の最期を見据えた意思決定に関する話し合いは状況が切羽詰まるほど本人の体調や、家族の心情等の変化により困難の度合いが増していく(佐藤, 2020)ため、関わる患者の対応方法の決定やACPのタイミングの判断の難しさ、周囲のコンセンサスを得ることの難しさという障壁を感じていると考えられる。リンクナースには医療者側、患者側の状況の問題を見極める力をもち調整していく資質向上に向けた取り組みが必要である。

大学病院やがん診療連携拠点病院など高度先進医療を提供する医療機関ではケアが複雑化しており、専門看護師や認定看護師が効果的に介入することによる看護の質の向上が期待されている(小迫, 2008)。また専門看護師が看護師に知識・技術による支援や看護師への肯定的フィードバック、円滑なチーム医療への支援を行うことで知識や技術の向上、全人的な患者理解や適切なケアの提供につながる、看護師自身の成長など精神面の向上につながる(関谷・大西・辻川, 2012)ことが明らかとなっている。ACPにおいてはそれぞれの医療者の置かれている状況を配慮した上で連携できるよう、医療チームの調整役割を行うことや、患者の捉え方の視点や患者理解を促進するような支援、客観的に捉えた問題状況を伝え、後方支援を行うこと、リンクナースの活動の意味づけやリンクナースの活動による効果を伝え、支持し尊重するなど専門看護師の支援の必要性があることが考えられた。

## 2. 臨床経験年数、がん看護経験年数による違いを外部変数とした対応分析

### (1) 「臨床経験年数／がん看護経験年数が7年以上の看護師」

経験年数を重ねると、それまで培ってきた知識・経験に伴い視野が広がるとともに、病態の理解が深まる（若田ほか, 2019）ことが明らかとなっている。またがん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズ（西脇, 小松, 竹内, 2011）では、経験年数の長い群ほど意思決定を支える援助や倫理的ジレンマへの対処, チーム内のコミュニケーションの学習ニーズが高いことが明らかとなっている。そのためACPを行う上での患者の意向を汲み取る際の支障として〈意向〉やACPを行うための専門的な支援者の不足として〈認定看護師〉, 現在から将来という視野を広げての〈今後〉という特徴的な抽出語がみられたと考えられる。そのため「臨床経験年数／がん看護経験年数が7年以上の看護師」のリンクナースがACPを行う上での障壁を解消するには、患者の状況を全体的に捉えるための視点を高めることや、リソースの活用をすすめていく必要があると考えられる。

### (2) 「臨床経験年数が7年以上であり、がん看護経験年数が7年未満の看護師」

ベナー（1992）は高いレベルの技能を持つ看護師でも、経験したことのない状況におかれれば、初心者のレベルに分類されると述べている。臨床経験年数は長い、がん看護経験年数が短い看護師では、がん患者のACPに関する知識についての支障として〈化学療法〉や〈研修〉〈認識〉という特徴的な抽出語がみられたと考えられる。そのため「臨床経験年数が7年以上であり、がん看護経験年数が7年未満の看護師」のリンクナースが障壁を解消するにはがん看護に関する知識を得るための学習の機会の提供が必要と考えられる。

### (3) 「臨床経験年数／がん看護経験年数が7年未満の看護師」

がん看護において、自らの知識・技術に関することで臨床経験年数、がん看護経験年数が短い看護師において困難感が高い（若田ほか, 2019）と述べられており、そのために〈相談〉が特徴的な抽出語としてみられたと考えられる。また臨床においてはリーダーとしての役割よりも患者に直接対応する機会も多いことから〈共有〉〈説明〉という特徴的な抽出語がみられたと考えられる。「臨床経験年数／がん看護経験年数が7年未満の看護師」のリンクナースが障壁を解消するには常時相談に応じる体制やACPの実践におけるスタッフナースへの教育をリンクナースと一緒に進めていくような支援が必要と考えられる。

## VI. 結 論

がん患者にACPを行う上でリンクナースが感じる障壁として13の障壁が明らかとなった。患者・家族を看護するスタッフナースと緩和ケアの専門家をつなぐ橋渡しとしての役割の中での障壁として、リンクナースはスタッフナースがACPをシームレスに継続できない障壁を感じており、それぞれの部署の医療者が持つ情報を統合し継続したプロセスおよび組織としてACPを支援するシステム整備の必要性が明らかになった。ACPについて相談できる支援者の乏しさも障壁と感じており、スタッフナースがACPを行っていきけるように橋渡しするリンクナースの障壁が少なくなるよう専門チームや専門看護師や認定看護師などのリソースナースに相談しやすい環境づくりの必要性が示唆された。

部署スタッフの実践状況を客観的に捉え、部署内で継続的に教育を行う役割の中での障壁として、ACPの重要性を認識しながら業務過多のために実践困難な現状やリンクナース自身も困難さを感じているACPの実践における重責が明らかとなり、リンクナース自身の取り組みに対して肯定的なフィードバックを行うとともにリンクナースと協働してスタッフナースへの支援を行うことの必要性が示唆された。ACPは実践の場の共有が難しく、ロールモデルを示すことの障壁が明らかとなり、実践力を高める教育の必要性が示された。

部署スタッフの資質向上に向けた取り組みの中での障壁として医師との認識の違いや、希望をもち治療に取り組んでいる患者にACPを行っていくことの障壁が明らかとなった。リンクナースには医療者側、患者側の状況の問題を見極める力をもち調整していく資質向上に向けた取り組みができるような支援の必要性が明らかとなった。

経験年数の違いを外部変数とした対応分析では特徴的な障壁が明らかとなり、臨床経験年数／がん看護経験年数が長いリンクナースには、患者の状況を広く捉える視点や自部署だけではなく組織全体の資源の活用における支援の必要性が示唆された。臨床経験年数は長く、がん看護経験年数が短いリンクナースにはがん看護に関する知識を得るための学習の機会の必要性、臨床・がん看護経験年数とも短いリンクナースには常時相談に応じる体制やリンクナースと共に協働する支援の必要性が示唆された。

## VII. 今後の課題

本研究の対象者は8人であり、一つの県内の施設に限られていることから一般化には限界がある。今後は施設数を増やし、また研修を受講していないリンクナースも存在す

ることから、リンクナースの背景を幅広くし、調査を重ねる必要がある。

## 謝 辞

研究に参加いただいた施設関係者の皆様、リンクナースの皆様にご心より感謝申し上げます。また論文作成にあたりご指導いただきました先生方にご心より感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- Benner, P. (2001) / 井部俊子監訳 (2005). ベナー看護論 新訳版: 初心者から達人へ. 11-32, 東京: 医学書院.
- Detering, K.M., Hancock, A.D., Reade, M.C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *24*, 340, c1345.
- Earle, C.C., Landrum, M.B., Souza, J.M., Neville, B.A., Weeks, J.C., & Ayanian, J.Z. (2008). Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue?. *Journal of Clinical Oncology*, *26* (23), 3860-3866.
- 樋口耕一 (2020). KH Coder: 計量テキスト分析・テキストマイニングのためのフリーソフトウェア. <http://khcoder.net>. (参照 2021年 5月 5日)
- 廣瀬理絵, 渡邊智子, 小島リヨ子, 浦田真澄美, 藤本弘美 (2010). 一般病棟における緩和ケアに携わるリンクナースのサポートシステムづくり: リンクナースへの教育と啓発にむけての現状分析. *日本看護学会論文集 (看護管理)*, *40*, 51-53.
- 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. *日本看護研究学会雑誌*, *41* (4), 685-700.
- Johnson, S., Butow, P., Kerridge, I., & Tattersall, M. (2016). Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*, *25* (4), 362-386.
- 菅野範子, 後藤あや, 佐藤恵子, 川原礼子, 畠山とも子 (2019). がん患者の手術療法の意思決定を支援する外来看護師の認識と実践. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, *42* (2), 78-84.
- 勝谷紀子, 岡 隆, 坂本真士 (2018). 大学生を対象とした「新型うつ」のしろうと理論の検討. *心理学研究*, *89* (3), 316-322.
- 川原佳代 (2021). 慢性疾患患者に対するアドバンス・ケア・プランニングの概念分析. *日本看護科学会誌*, *41*, 279-285.
- 川野遼祝 (2010). 一般病棟でターミナル期に関わる看護師の緩和ケアに対する思い. *神奈川県立保健福祉大学看護教育研究集録. 教員・教育担当者養成課程・看護コース = Reports of Nursing Research*, *36*, 301-308.
- Kimura, Y., Hosoya, M., Toju, K., Shimizu, C., & Morita, T. (2020). Barriers to end-of-life discussion with advanced cancer patient as perceived by oncologists, certified/specialized nurses in cancer nursing and medical social workers. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *50* (12), 1426-1433.
- 小林聖子, 有村鮎美, 松元和代 (2020). 個人の生き方を尊重した医療・ケアの提供: ACPの実践における課題の抽出. *日本看護学会論文集, 慢性期看護*, *50*, 94-97.
- 小松 恵, 島谷智彦 (2017). がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識. *Palliative Care Research*, *12* (3), 701-707.
- 小迫富美恵 (2008). 専門看護師の存在は病棟・病院をどう変えるのか?: わが国におけるCNSを取り巻く状況. *看護学雑誌*, *72* (4), 278-282.
- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会, 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書.
- McIlfratrick, S., Mawhinney, A., & Gilmour, F. (2010). Assessing the educational needs of palliative care link nurses. *International journal of palliative nursing*, *16* (11), 555-559.
- 南口陽子 (2019). 終末期がん患者の療養の場および死を迎える場へのがん患者と家族の意向に関する文献レビュー. *大阪医科大学看護研究雑誌*, *9*, 3-12.
- 宮嶋摩実, 渡辺ノエル, 長谷川綾, 塚本 圭, 佐藤さうみ, 根岸恵, 千田かおり, 酒井きくえ (2009). 急性期病院における緩和ケアリンクナースの活動に伴う困難感. *成人看護*, *40*, 398-400.
- 中山智裕, 吉田健史, 森 雅紀 (2021). アドバンス・ケア・プランニングの実践における医師の障壁: 単施設質問紙調査より. *Palliative Care Research*, *16* (1), 19-25.
- 西脇可織, 小松万喜子, 竹内久子 (2011). 終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連. *死の臨床*, *34* (1), 121-127.
- 大桃美穂, 鶴若麻理 (2018). アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁: 独居高齢者一訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して. *生命倫理*, *28* (1), 11-21.
- Otani, H., Morita, T., Esaki, T., Ariyama, H., Tsukasa, K., Oshima, A., & Shiraisi, K. (2011). Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *41* (8), 999-1006.
- パトリシア・ベナー (1984) / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳 (1992). *ベナー看護論: 達人ナースの卓越性とパワー*. 東京: 医学書院.
- 佐藤 惟 (2020). 人生の最終段階を支えるソーシャルワーク機能の検討: アドバンス・ケア・プランニングの運用に向けて. *東京福祉大学・大学院紀要*, *10* (1-2), 133-140.
- 瀬島克之, 杉澤廉晴, 大滝純司, 前沢政次 (2001). 質的研究の背景と課題: 研究手法としての妥当性をめぐって. *日本公衆衛生雑誌*, *48* (5), 339-343.
- 関谷陽子, 大西和子, 辻川真弓 (2012). がん看護専門看護師によるがん看護に携わる看護師への支援内容: 看護師への面接調査から. *三重看護学誌*, *14* (1), 41-53.
- Tan, W.S., Car, J., Lall, P., Low, C.K., & Ho, A.H.Y. (2019). Implementing advance care planning in acute hospitals: Leading the transformation of norms. *Journal of the American Geriatrics Society*, *67* (6), 1278-1285.
- 田代真理, 藤田佐和 (2021). がん患者のACPにおける看護支援の構成要素とその影響要因. *日本がん看護学会誌*, *35*, 70-79.

鶴若麻理 (2021). 急性期病院の医師と看護師からみた ACP を促進する要因と障壁. *生存科学*, 32(1), 89-106.

若田由美, 澁木秀美, 中山亜弓, 原 彩, 太田彩美, 原田理恵, 勝浦明恵, 岸本有加里 (2019). がん看護の困難感尺度を用いた実態調査と今後の課題: よりよいがん看護の提供を求めて. *旭川赤十字病院医学雑誌*, 31, 25-29.

屋比久夏生, 神里みどり, 謝花小百合 (2020). 外来通院中のがん患者のアドバンス・ケア・プランニング促進に向けた取り組み. *沖縄県立看護大学紀要*, (22), 29-48.

柳井久江 (2005). *エクセル統計: 実用多変量解析編一*. 116, 所沢: オーエムエス出版, 東京: 星雲社.

[2023年5月10日受 付]  
[2023年10月19日採用決定]

# Barriers Perceived by Link Nurses in Conducting Advance Care Planning for Cancer Patients

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2024, 47(2), 175-187  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231019234>

Shinobu Ishidoshiro, RN<sup>1</sup>, Shinobu Yamada, RN<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Wakayama Medical University Hospital, Wakayama, Japan

<sup>2</sup>Wakayama Medical University Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama, Japan

## Abstract

**Objective:** To identify the barriers link nurses perceive in providing ACP to cancer patients. **Methods:** Semi-constructive interviews were conducted with eight link nurses at a base hospital for cancer treatment, and text mining was used for cluster and correspondence analyses, which has the advantage of ensuring objectivity in qualitative research. **Results:** The barriers for link nurses are “difficulty in sharing various information about patients,” “difficulty in giving back what they learned in the training and arousing interest,” “difficulty in explaining ACP while continuing chemotherapy,” “difficulty in timing owing to hesitation of bad news from life expectancy announcement,” “difficulty in stepping into each person’s thoughts about terminal care,” “anxiety about not being able to confirm ACP respecting patients’ wishes while crossing facilities,” “difficulty in learning from others’ practice situations,” and “difficulty in learning from others.” We identified the following 13 barriers: “difficulty in entering into each person’s thoughts about the terminal” “anxiety about not being able to confirm ACP that respects the patient’s wishes while crossing facilities” “difficulty in learning from others’ practice situations.” **Conclusions:** This study suggests for systems to support ACP, practice-based education, and support for link nurses.

## Key words

link nurses, barriers, text mining, advance care planning

---

**Correspondence:** S. Ishidoshiro. Email: [dosiro@wakayama-med.ac.jp](mailto:dosiro@wakayama-med.ac.jp)



# 筋萎縮性側索硬化症療養者の呼吸療法の意思決定を支える訪問看護師の支援の質的研究

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(2), 189-200  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231109236>

丸山幸恵

鈴鹿医療科学大学看護学部看護学科

## 要 旨

目的：ALS療養者の呼吸療法の意思決定を支える訪問看護師の支援を明らかにする。方法：ALS療養者の呼吸療法の意思決定支援の経験のある訪問看護師12名に半構造化面接を実施した。結果：意思決定支援は、【ALS療養者・家族らしさの理解】【将来や家族への思いで生じる心情の理解と配慮】【ALS療養者らしい生活の維持】【症状進行により重くなる介護負担の軽減】【療養者・家族が必要とするサービス調整】【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】【生活のイメージ化への助力】【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】【療養者の意思保障】【療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有】を行い、支援を通し【訪問看護の質向上のための自己研鑽】をしていた。結論：訪問看護師は療養者が意思と向き合えるよう療養者、家族の懸念を軽減し、意思表出の支援、意思保障をする重要性が示唆された。

## キーワード

訪問看護、意思決定支援、筋萎縮性側索硬化症、呼吸療法

責任著者：丸山幸恵. Email: maruyama@yokohama-cu.ac.jp

## 緒 言

筋萎縮性側索硬化症（Amyotrophic lateral sclerosis：ALS）は、延髄運動神経核の障害により嚥下障害、呼吸筋麻痺を発症し（大野・田中・中谷・黒川・齋藤，2000，pp.160-161）、個人差はあるが、呼吸筋障害のため非侵襲的陽圧換気療法（Noninvasive positive pressure ventilation：NPPV）、または気管切開下陽圧換気療法（Tracheostomy positive pressure ventilation：TPPV）を選択するか、あるいは対症療法を選択せず死への道をたどる。ALS療養者は、弱くなっていく自分を自覚する落胆（Vitale & Genge，2007，p.32）、やりたいことへの心残りや課せられた役割が遂行できない思い（牛久保，2005，p.74）など、ALS症状の進行でできなくなっていくことが増え、強い喪失を感じていることが推測される。そういった中、呼吸療法の選択と連動した生死の間の葛藤（丸山・安田，2021，p.71）、TPPVをすることへの迷いやTPPVをして生きることへの否定的思い（岡田・鈴木・牛込・櫛谷，2012，p.165）などの苦悩を抱きながら、呼吸療法に対する意思決定を求められる。ALS療養者は症状が安定している場合は在宅で過ごす。在宅療養で関わりの深い訪問看護師は、ALS療養者と家族がこれからの人生

を考え、呼吸療法に対して納得のいく決定ができるように支援する役割を求められている。

訪問看護師が実践する意思決定支援は四肢障害時期から行われ（福島・飯田・牛込，2010，pp.153-155）、家族関係の調整と意思の揺れに付き合う（古橋・中村・当間，2003）、補助換気を装着した療養生活のイメージ化や療養者の意思尊重の徹底（丸山・安田，2021，p.71）などが報告されている。しかし、訪問看護師は意思決定支援に困難を感じており（中木，2020，pp.143-144）、またALS療養者の呼吸療法の意思決定に関する研究は事例検討が多く、明らかになっていない看護支援が多いと考える。ALS療養者がどのように生きていくかを考えることは、生活の質向上には非常に重要である。訪問看護師が、多様なニーズを持つ療養者やその家族の生活に対する考えをどのように引き出し、呼吸療法の意思決定や療養者たちの生活の再構築をどのように支援しているのかについて検討する必要がある。

本研究の目的は、ALS療養者の呼吸療法の意思決定を支える訪問看護師の支援内容を明らかにすることである。

## I. 研究方法

### 1. 用語の定義

#### (1) 思い

呼吸療法に対する気持ちや方針を考える、呼吸療法決定に関する思考過程

#### (2) 意思

人工呼吸器装着など、どの呼吸療法を選択するのかという方針の決定

#### (3) 意思決定に対する行為

ALS療養者が呼吸療法について意思決定していく中で、訪問看護師が思慮し、選択し、決心を経て意識的に行う動作

### 2. 研究対象者

A圏域にある訪問看護ステーションに従事し、ALS療養者の呼吸療法の意思決定に関わる介入を経験したことのあつた訪問看護師12人とした。

### 3. 調査方法

質的記述的研究で、訪問看護師によるALS療養者の呼吸療法の実践的な意思決定支援を抽出するため、インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。インタビュー内容は、印象に残っている呼吸療法の意思決定に関わつたALS療養者で、①療養経過順にどのようなことがあつたのか、②起つた出来事の詳しい状況について（なぜそれが起きたのか、実際にあなたはと言つたのか、あるいは行動したのか）、③ALS療養者の呼吸療法の意思決定に関わる中であなたが大切・重要だと思うこと、である。メモリーバイアスを最小限にするため、インタビュー時に事例の訪問看護記録を準備してもらい、記憶が曖昧な時は記録を確認してもらつた。面接は許可を得てICレ

コーダーに録音した。調査期間は2019年1月～2019年9月である。

### 4. 分析方法

インタビュー内容を逐語録に起こし、対象者がALS療養者の呼吸療法の意思決定に対する行為について語っている箇所を時系列に沿って抽出、整理し、意味内容を違えないようにコード化した。順序性、類似性、相違性に関して比較、検討し、詳細な支援内容が捉えられるように抽象度を高めカテゴリ化した。分析の信頼性を高めるため家庭訪問援助、難病看護に精通している研究者と調査から分析まで検討を重ねた。

### 5. 倫理的配慮

研究対象者に口頭にて研究の趣旨、ならびに研究協力の自由意思、撤回の権利等の倫理的配慮を説明し、同意書に署名を得た訪問看護師のみを研究対象者とした。本研究は、長野県看護大学倫理委員会の承認を得て行つた（承認番号：23-025）。

## II. 結果

### 1. インタビュー対象者の概要

対象者の年齢は平均45.8±7.3歳、医療機関勤務経験は平均7.3±3.2年、訪問看護経験は平均13.1±5.9年であつた。今まで関わつたALS療養者は平均6.0±4.4人であつた（表1）。

対象者が語つた全事例数は13事例であり、望んでTPPVを選択した事例はなく、1事例のみTPPVを望まなかつたが意思に反して装着してつた。また、NPPVは4事例、気管切開のみが2事例であつた。訪問看護導入のきっかけは、生活援助と体調管理が11事例、NPPVの管理が2事例

表1 インタビュー対象者の概要

年齢	資格	医療機関勤務経験	訪問看護経験	役職	関わつたALS療養者
50歳代	看護師、介護支援専門員	15年	17年	所長	7人
50歳代	看護師	10年	19年	なし	3人
50歳代	看護師	7年	10年	なし	3人
40歳代	看護師、介護支援専門員	6年	9年	なし	4人
30歳代	看護師	7年	7年	所長	3人
40歳代	看護師、緩和ケア認定看護師、介護支援専門員、建築士	3年	20年	副所長	11人
40歳代	看護師	7年	20年	管理者	7人
30歳代	看護師	10年	5年	なし	1人
30歳代	看護師	7年	6年	実習指導者	6人
50歳代	看護師、介護支援専門員	6年	17年	なし	3人
40歳代	看護師	4年	9年	管理者	7人
50歳代	看護師、保健師	5年	18年	管理者	17人

であった。ALS療養者の意思と家族の意思が相違していた事例は4事例であった。

## 2. ALS療養者の呼吸療法の意思決定を支える訪問看護師の支援

ALS療養者の呼吸療法の意思決定を支える支援として、11のコアカテゴリ、25のカテゴリ、91のサブカテゴリが抽出された(表2)。以降、【 】はコアカテゴリ、『 』はカテゴリ、「 」はサブカテゴリで示す。

### (1) 【ALS療養者・家族らしさの理解】

【ALS療養者・家族らしさの理解】は、『ALS療養者らしさの理解』『家族の中で育んできた関係性の把握』で構成されていた。

訪問看護師と療養者との出会いの時期があり、訪問するごとに、療養者との世間話などから「療養者の性格や価値観などの個性を理解し」、生活にも表れるALS療養者のこだわりから、「工夫している生活方法を把握する」ことで、生活者である『ALS療養者らしさの理解』を深めていた。また、療養者と家族と一緒に歩んできた生活について、家族の思い出話や、それぞれの家族員の今の生活などからそれぞれの家族が持つ絆を理解し、家族の協力関係から「家族だからこそ療養者の意思を家族に任せている療養者を認める」ことや、直に言葉を発さなくても通じ合える家族ならではの空気を感じて「家族の中で気持ちが通じ合っている感覚を認める」ことで、『家族の中で育んできた関係性の把握』を深めていた。

### (2) 【将来や家族への思いで生じる心情の理解と配慮】

【将来や家族への思いで生じる心情の理解と配慮】は、『症状進行により生活を変えざるを得ない療養者の心情理解』『家族を大切に思うがゆえに意思が揺れる療養者の心情理解』『ALSだからこそ生じる療養者の苦悩への配慮』で構成されていた。

訪問看護師は、1人では生活できない不安、病状進行による死への不安、また、新しい生活を夢見ていた時にALSを患い夢が壊れていく悔しさ、辛さなどの感情を「疾患により夢を変えざるを得ない療養者の悔しさを察することなどから受け止め、『症状進行により生活を変えざるを得ない療養者の心情理解』を深めていた。さらに、療養者と苦楽を共にしてきた家族への気持ちとして「家族へ迷惑をかけたくない思いを推察」し、家族を大切に思う療養者の気持ちと、療養者自身の意思のせめぎ合いで板挟みになっているという『家族を大切に思うがゆえに意思が揺れる療養者の心情理解』を深めていた。ALS療養者が抱く心情はそれだけではない。進行性の疾患であることで療養者が抱く不安や恐れを、「療養者が表に出すマイナスな感情を受け止める」とともに、時には療養者の夢に対してで

きることはないかと療養者と一緒に語り合ったり、少しでも楽しい時間が過ごせるように「訪問の時間を楽しく過ごせるように明るく過ごす」ことで『ALSだからこそ生じる療養者の苦悩への配慮』をし、療養者へ感情を理解していることが伝わるように態度で示していた。

### (3) 【生活のイメージ化への助力】

【生活のイメージ化への助力】は、『ALSと歩む生活のイメージ化への助力』で構成されていた。

訪問看護師は、療養者、家族がALS疾患と共に歩む具体的な生活のイメージを膨らませていくため、「療養者の病状理解を評価」し、これから起こる病状進行や障害によって生活がどのように変化していくか、療養者、家族が具体的に理解できるよう、「療養者が今後を具体的に考えられるように他の療養者の疾病経過を伝える」といった『ALSと歩む生活のイメージ化への助力』をしていた。

### (4) 【療養者・家族が必要とするサービス調整】

【療養者・家族が必要とするサービス調整】は、『療養者・家族が受け止められる情報量を勘案したサービス調整』『他職種の専門性を考え療養者・家族へつなげる仲介役』『療養者の意思が守られるような緊急時体制の整備』で構成されていた。

訪問看護師は、療養者や家族が膨大な情報によって混乱しないよう、「受け止められる情報量を勘案しながら情報提供」し、声だけでなく視覚を利用して「療養者・家族が納得してサービスが受けられるように提供可能な医療・援助を具体的に説明する」などによって、サービスを有効的に活用できるよう『療養者・家族が受け止められる情報量を勘案したサービス調整』をしていた。また、訪問看護師は、複雑な医療・福祉サービスを療養者・家族が活用できるように、「療養者・家族の介護生活観に適した医療・福祉サービスをつなげる」ことを意識し、時には「医療や医療処置に関する説明は適任の専門家に一任する」ことや、「療養者の状況から気管切開の時期を推測し主治医に相談する」など、『他職種の専門性を考え療養者・家族へつなげる仲介役』となっていた。

症状進行によっては急変も考えられ、「何かあった時のために地域の医療環境をアセスメントし把握する」ことで、療養者の身体症状が予測と反して悪化した時に対して『療養者の意思が守られるような緊急時体制の整備』を進めていた。

### (5) 【ALS療養者らしい生活の維持】

【ALS療養者らしい生活の維持】は、『残存機能を活かしたALS療養者らしい生活維持への支援』『医療的手技の獲得に向けた介護者への指導』で構成されていた。

訪問看護師は、療養者らしさを喪失することがないように「課題に対応しつつ生活が継続できるようケア方法を提

表2 ALS療養者・介護家族の呼吸療法の意思決定を支える支援

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
ALS療養者・家族らしさの理解	ALS療養者らしさの理解	療養者の性格や価値観などの個性を理解していく 工夫している生活方法を把握する
	家族の中で育んできた関係性の把握	家族の営んできた歴史を理解し家族関係を捉える 家族全体の介護力をアセスメントする 家族の中で気持ちが通じ合っている感覚を認める 家族だからこそ療養者の意思を家族に任せている療養者を認める
将来や家族への思いで生じる心情の理解と配慮	症状進行により生活を変えざるを得ない療養者の心情理解	1人では生活できない不安を抱えていることを捉える 疾患により夢を変えざるを得ない療養者の悔しさを察する 症状の進行による療養者の諦める気持ちを察知する 病状進行による療養者の死への不安を察する
	家族を大切に思うがゆえに意思が揺れる療養者の心情理解	療養者自身の価値観と家族への想いの中で揺れる療養者を捉える 家族へ迷惑をかけたくない思いを推察する
	ALSだからこそ生じる療養者の苦悩への配慮	深入りしてほしくない抵抗感を感じ取り無理なことはしない 療養者が表に出すマイナスな感情を受け止める 療養者の心情への理解を態度で示す 訪問の時間を楽しく過ごせるように明るく過ごす
生活のイメージ化への助力	ALSと歩む生活のイメージ化への助力	療養者の病状理解を評価する 療養者が今後を具体的に考えられるように他の療養者の疾病経過を伝える 介護者が生活のイメージを持ち考えることを促すため他の療養者を紹介する
療養者・家族が必要とするサービス調整	療養者・家族が受け止められる情報量を勘案したサービス調整	受け止められる情報量を勘案しながら情報提供する 現実を受け止め落ち着いたところを見計らって新たなサービスを提案する 福祉用具を使いこなす力の程度を把握する 療養者・家族が納得してサービスを受けられるように提供可能な医療・援助を具体的に説明する 経済的状況を把握してサービス調整をする
	他職種の専門性を考え療養者・家族へつなげる仲介役	療養者・家族の介護生活観に適した医療・福祉サービスをつなげる 医療や医療処置に関する説明は適任の専門家に一任する 信頼関係維持のため他職種からの意見は直接本人に話すように依頼する 気管切開の時期は検査を統合的に観て判断するよう助言する 療養者の状況から気管切開の時期を推測し主治医に相談する
	療養者の意思が守られるような緊急時体制の整備	何かあった時のために地域の医療環境をアセスメントし把握する 急変時に療養者の想いが損なわれないように緊急時体制を整える
ALS療養者らしい生活の維持	残存機能を活かしたALS療養者らしい生活維持への支援	療養者の残存機能を考慮し安全に生活できるように生活環境を整える 課題に対応しつつ生活が継続できるようケア方法を提案する ケア方法の安全性を考慮し療養者の言う通りではなく妥協を求めめる その日の身体状況に合わせてケア内容を変更する 病状の変化に応じてケア方法を選択できるように複数の方法を提案する
療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール	医療的 hand技の獲得に向けた介護者への指導	療養者が生活するうえで必要な医療処置を介護者ができるようになるまで繰り返し指導する
	ALSの身体症状のアセスメント	病状の進行による障害や予後を把握する 病状進行ではなく心理的要因による呼吸症状をアセスメントする 早期から緩和ケアを考えて医療・ケアを提案する
症状進行により重くなる介護負担の軽減	ALS症状のコントロール	呼吸症状を緩和するために呼吸管理のケアを実践する 意思決定できる余裕が持てる精神状態が維持できるように体調を維持する 感情の変化で出現する呼吸苦に冷静に対処する
	ALS症状が進行する療養者を眼前にして生じる家族の心情への理解	介護者が抱く期待と死への焦りを推察する 現実と向き合えない療養者・家族が発する意思の曖昧さを認識する 見ているだけではいられない周囲の家族が主張する訴えを疑いながら関わる 訪問看護師が介護者の心情を理解し付き合うように見守る できなくなっていく療養者を介護することで最期を覚悟していく家族を捉える
介護者の負担軽減への支援	介護者の負担軽減への支援	ストレスと感じている日常生活動作を支援する 介護者の安心のために訪問を調整する 介護者の話を聴き入れ負担感を緩和する 家族の頑張りを認める 介護者の生活・健康状況から介護への限界を推測する 介護者がパニックになっている場合は冷静な人を中心にコミュニケーションを展開する

表2 ALS療養者・介護家族の呼吸療法の意味決定を支える支援(続き)

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
タイミングを考えた意思を固める過程への支援	意思を聴き出すタイミングの見極め	療養者の思いを聴き出す機会を見極める 呼吸が変化したときやALS疾患の話題を出したときなど、時を見計らい意思を確認する 関わりを持つ中で日ごろの何気ない会話を挟み込みながら少しずつ生活に対する思いを聴く
	療養者・家族の互いの意思を表出するための投げかけ	事ある毎に療養者自身が意思と向き合えるように意思確認の話を振る 分かり合えることを信じて療養者が避けていることを話す 療養者・家族が各々の思いを理解できるように話題に出す 意思決定は家族の問題として訪問看護が入ることで家族内で話ができる時間を提供する
	ぎりぎりまで意に沿う気構え	療養者の願望を汲み取りぎりぎりまで療養者の意に沿う
	療養者の真意を明かす意思確認	第一印象にこだわらず看護師自身が療養者を理解するため療養者が何を考えているのか聴く 意思の変化を評価するために初回に療養者の意思を聴く 看護師自身のことを腹を割って話す 事が起こる前に療養者の意思を尊重できるように延命治療に対する意思を確認する 療養者の揺れ動く気持ちを感じながら真の意思を捉える
療養者の意思保障	他者により療養者の意思が歪められないようにする予防策	他者により歪められないよう直接療養者本人の意思を確認する 中立の立場を維持するため聞き役に徹する
	療養者の呼吸療法に対する意思を第一とした対応の保障	家族と意思の相違があっても療養者の意思を尊重する 死への恐怖を理解しケア方針はいつでも変更できることを確約する どのような呼吸療法の選択でも支援を保証する 他者に漏らしたくない情報もあるため開示して良いか確認する
療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有	ALS療養者・家族の意思を関係職種内で統一	説明内容を共有できるようにできるだけ訪問診療に同席する 療養者を支える関係職種内で療養者・家族への説明内容を共有する 疾患・治療の説明に対する療養者・家族の反応を関係職種内で情報共有する 療養者の意思を尊重した方針に統一できるように何度もカンファレンスを開催する 療養者・家族の意向が主治医へ伝わるように他医療者を介する サービス提供者によってケアの偏りがないように援助の質を統一する
	多職種を巻き込む連携	独りで関わるのではなく他の支援者に相談するかたちで巻き込み対応する
訪問看護の質向上のための自己研鑽	ALS療養者との関わりを通じた訪問看護師の役割認識の深化	療養者に対して関心を寄せる 療養者との関わりを通して人の生活への支援に対する理解を深める 関わりを通して療養者・家族の数だけ価値観があることを認める 相手の意思を把握するために日ごろのコミュニケーションの重要性を認識する 療養者の思いに沿って介護を含めた生活を整えていくことが訪問看護の役割と認識する 医療者として望ましいケアの価値観と療養者の価値観の間で葛藤しながらも訪問看護の楽しさを見出す
	自らを省みて看護師としての芯を築く自己研鑽	対応に苦慮する状況を自己分析する 療養者との関わりを通して自分の援助の未熟さを客観視する 予想外の療養者の状況と対応を振り返り教訓として活かす 療養者・介護者の質問に対応できるように勉強する 療養者の意思が歪められないように勉強会に参加し知識を得る

案」したり、生活の中にある物を最大限に活かして「療養者の残存機能を考慮し安全に生活できるように生活環境を整え」、療養者本人の力を発揮できるように『残存機能を活かしたALS療養者らしい生活維持への支援』をしていた。しかし、症状の進行によっては療養者がこだわる生活スタイルのままでは危険が生じるおそれがあり、「ケア方法の安全性を考慮し療養者の言う通りではなく妥協を求め」こともあった。

常日頃、療養者を看ているのは介護者であり、医療的ケ

アが必要な場合も少なくない。訪問看護師は、医療器具に触れたことがない介護者の不安に配慮し、介護者の能力に合わせて繰り返し『医療的手技の獲得に向けた介護者への指導』をしていた。

(6) 【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】

【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】は、『ALSの身体症状のアセスメント』『ALS症状のコントロール』で構成されていた。

気が緩んだ時に開口してしまうなどの些細な症状を見逃さず「病状の進行による障害や予後を把握」し、的確に『ALSの身体症状のアセスメント』をしていた。また、療養者が苦痛症状に意識を向けすぎないように、「早期から緩和ケアを考えて医療・ケアを提案する」ことや、「意思決定できる余裕が持てる精神状態を維持できるように体調を維持する」こと、さらに、症状は感情により左右されることもあるため「感情の変化で出現する呼吸苦に冷静に対処する」など、『ALS症状のコントロール』を実践していた。

#### (7) 【症状進行により重くなる介護負担の軽減】

【症状進行により重くなる介護負担の軽減】は、『ALS症状が進行する療養者を眼前にして生じる家族の心情への理解』『介護者の負担軽減への支援』で構成されていた。

訪問看護師は、「介護者が抱く期待と死への焦りを推察」しながら、食べられなくなっていく療養者を看て「できなくなっていく療養者を介護することで最期を覚悟していく家族を捉える」こと、逆に「現実と向き合えない療養者・家族が発する意思の曖昧さを認識」し、『ALS症状が進行する療養者を眼前にして生じる家族の心情への理解』をしていた。介護者が介護負担によって健康を害して療養者の生活に支障が出ないよう、「ストレスと感じている日常生活動作を支援」したり、「家族の頑張り認め」たり、場合によっては介護者が療養者の前で感情を出せない時に、「介護者の話を聴き入れ負担感を緩和する」ことで『介護者の負担軽減への支援』をしていた。この支援は、訪問看護師が介護者の健康状況や混乱などをアセスメントし、介護者の介護の限界も推測していた。

#### (8) 【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】

【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】は、『意思を聴き出すタイミングの見極め』『療養者・家族の互いの意思を表出するための投げかけ』『ぎりぎりまで意に沿う気構え』『療養者の真意を明かす意思確認』で構成されていた。

訪問看護師は、「療養者の思いを聴き出す機会を見極め」、療養者が呼吸の変化を感じたり、療養者がニュースで話題となった同じALS疾患に関する話をしたり、ALS疾患に対して知りたい情報をメモに書いて渡してきた時を好機と捉え「呼吸が変化したときやALS疾患の話題を出したときなど、時を見計らい意思を確認」し、世間話のような「関わりを持つ中で日ごろの何気ない会話を挟み込みながら少しずつ生活に対する思いを聴く」など、『意思を聴き出すタイミングの見極め』をしていた。療養者、家族によっては呼吸器を着けるか、着けないかについてお互いの思いを話していないこともあるため、「療養者・家族が各々の思いを理解できるように話題に出す」こと、「分かり合えることを信

じて療養者が避けていることを話す」といった意図的な行動で『療養者・家族の互いの意思を表出するための投げかけ』をしていた。また、療養者が納得して意思を固められるように身体症状をアセスメントしながら、呼吸療法選択の時期『ぎりぎりまで意に沿う気構え』をしていた。一方で、「意思の変化を評価するために初回に療養者の意思を聴き、意思が固まっていない状況下でも「事が起こる前に療養者の意思を尊重できるように延命治療に対する思いを確認」し、療養者がどのように思っているのか、揺れ動く療養者の思いを感じながら、『療養者の真意を明かす意思確認』をしていた。

#### (9) 【療養者の意思保障】

【療養者の意思保障】は、『他者により療養者の意思が歪められないようにする予防策』『療養者の呼吸療法に対する意思を第一とした対応の保障』で構成されていた。

訪問看護師は、療養者の呼吸療法の意思に影響を与えないよう「中立の立場を維持するため聞き役に徹」し、療養者の意思は家族を介するのではなく「他者により歪められないよう直接療養者本人の意思を確認する」といった『他者により療養者の意思が歪められないようにする予防策』を取っていた。また、呼吸機能が徐々に低下することによって生じる「死への恐怖を理解しケア方針はいつでも変更できることを確約する」ことや「どのような呼吸療法の選択でも支援を保証する」ことで『療養者の呼吸療法に対する意思を第一とした対応の保障』をしていた。この保障は、療養者が大切にしているプライベートなことを絡ませて呼吸療法に対する胸の内を明かした時、他のサービス提供者へ話してほしくない内容があることもあり、「他者に漏らしたくない情報もあるため開示して良いか確認する」ことも含まれていた。

#### (10) 【療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有】

【療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有】は、『ALS療養者・家族の意思を関係職種内で統一』『多職種を巻き込む連携』で構成されていた。

ALS療養者、家族には多くのサービス提供者が関わっている。「説明内容を共有できるようにできるだけ訪問診療に同席」して主治医が説明した内容や療養者・家族の反応を把握し、「療養者の意思を尊重した方針に統一できるように何度もカンファレンスを開催」してケア方針が異なることがないように『ALS療養者・家族の意思を関係職種内で統一』をしていた。また、ALS療養者の呼吸療法の意思決定への関わりは精神的に重く、訪問看護師独りで悩み、思い詰めることがないように『多職種を巻き込む連携』をしていた。

(11) 【訪問看護の質向上のための自己研鑽】

【訪問看護の質向上のための自己研鑽】は、『ALS療養者との関わりを通じた訪問看護師の役割認識の深化』『自らを省みて看護師としての芯を築く自己研鑽』で構成されていた。

訪問看護師は、「療養者に対して関心を寄せる」ことでより療養者への理解を深め、「関わりを通して療養者・家族の数だけ価値観があることを認め」たり「療養者の思いに沿って介護を含めた生活を整えていくことが訪問看護の役割と認識」したりするなど、訪問看護師自身の支援を振り返り『ALS療養者との関わりを通じた訪問看護師の役割認識の深化』をしていた。また、訪問看護師は「対応に苦慮する状況を自己分析する」ことで「療養者との関わりを通して自分の援助の未熟さを客観視」し、「療養者・介護者の質問に対応できるように勉強」したり「療養者の意思が歪められないように勉強会に参加し知識を得」たりするなど、『自らを省みて看護師としての芯を築く自己研鑽』をすることで訪問看護師としての能力を向上させていた。

3. ALS療養者の呼吸療法の意思決定を支える訪問看護師の支援に関するコアカテゴリーの関係

訪問看護師が実践していた意思決定支援について、抽出されたコアカテゴリーの関係を検討した結果を図1に示す。コアカテゴリーの矢印の方向は意思決定支援の流れを示し、二重枠内は療養者・家族に関わる意思決定支援である。訪問看護師は【ALS療養者・家族らしさの理解】と【将来や

家族への思いで生じる心情の理解と配慮】とともに【ALS療養者らしい生活の維持】をし、【症状進行により重くなる介護負担の軽減】【療養者・家族が必要とするサービス調整】【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】【生活のイメージ化への助力】をへて、【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】【療養者の意思保障】を行い、【療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有】から【ALS療養者らしい生活の維持】へ関係していた。これらの支援を通して【訪問看護の質向上のための自己研鑽】をし、さらに対象理解を深めていた。

ALS療養者の思いを促すための環境を整える支援は、訪問看護師と療養者との出会いから始まり、訪問看護師は【ALS療養者・家族らしさの理解】と【将来や家族への思いで生じる心情の理解と配慮】を深め、ALS療養者の呼吸療法の意思決定へどのように関わっていくかを考えていく。ALS療養者、家族の今ある生活をできるだけ維持し続けるためには、【ALS療養者・家族らしさの理解】から【ALS療養者らしい生活の維持】に向け、【症状進行により重くなる介護負担の軽減】と療養者の障害に合わせた【療養者・家族が必要とするサービス調整】が必要となる。また、療養者が思いと向き合うためには、ALS疾患の呼吸苦という死を連想する症状をいかにコントロールするかがカギであり、【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】が療養者への支援として最も優先度の高い支援となる。これらの環境が整うと同時

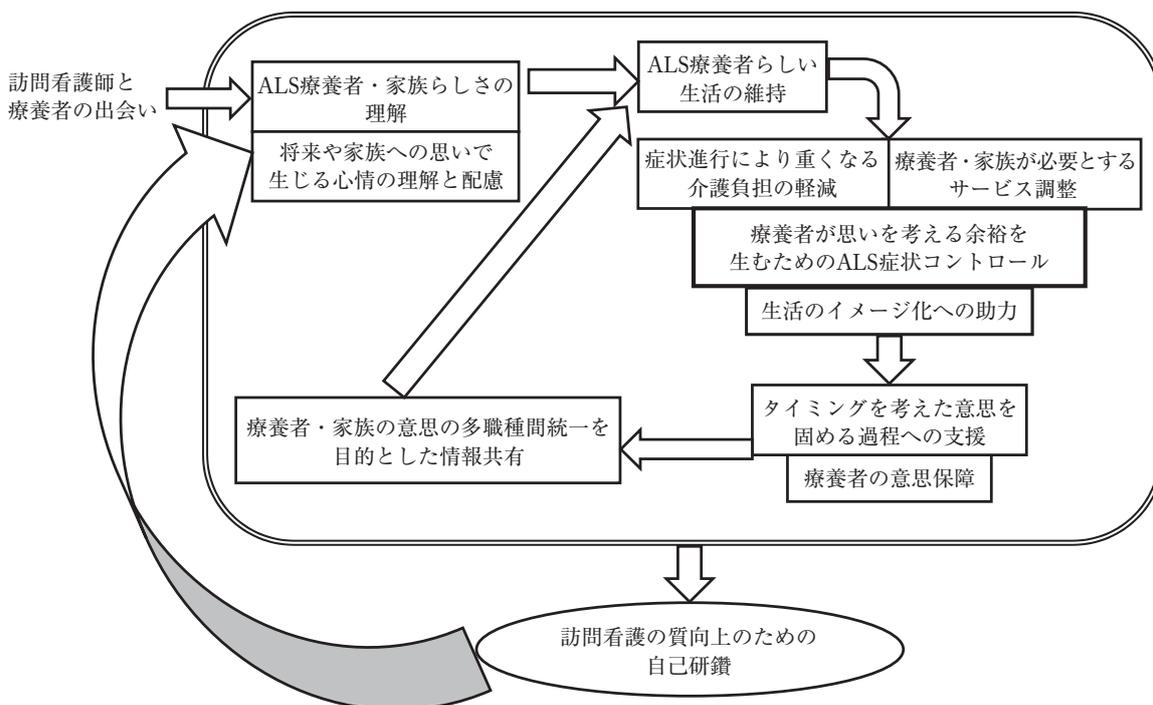


図1 ALS療養者の呼吸療法の意思決定支援

にALS疾患と共に歩む生活がどういったものかについて、【生活のイメージ化への助力】をしていくことにより、療養者が少しずつ呼吸療法への思いに向き合っていくことを支えていた。療養者が自分の思いに少しでも向き合えるようになった時、ALS療養者の意思に直接働きかける支援へつながる。療養者が自分の思いに向き合い、ふっとことばに出た時がALS療養者の意思に直接働きかける支援へのサインであった。今まで療養者の思いにあえて触れていなかったが、【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】で療養者の思いを引き出すことで、療養者にも自身の意思を認識することを助け、家族やサービス提供者へ、ALS療養者がことばとして意思を伝えることを助けていた。意思は揺れ続けるものであり、その時々に変化していく意思をそのまま受け止めて【療養者の意思保障】し、同時にサービス提供者間でばらばらに介入しないように、【療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有】においてサービス提供者が同じ方針を持って【ALS療養者らしい生活の維持】へ関わっていた。訪問看護師は、これら一連の支援を通して、常に内省し、【訪問看護の質向上のための自己研鑽】を重ね、ALS療養者らしさ、家族らしさへの理解を深めるとともに、ALS療養者の呼吸療法の意思決定を支える支援を循環させていた。

### Ⅲ. 考 察

#### 1. 療養者の思考を促すための環境を整える支援

意思決定支援の【ALS療養者・家族らしさの理解】【将来や家族への思いで生じる心情の理解と配慮】【生活のイメージ化への助力】【療養者・家族が必要とするサービス調整】【ALS療養者らしい生活の維持】【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】【症状進行により重くなる介護負担の軽減】は、療養者の思考を促すための環境を整える支援であると考えられる。

【ALS療養者・家族らしさの理解】として、療養者の性格や価値観や家族関係の把握をしていた。療養者らしさとは、人生の中で育まれてきた生活のこだわり等の価値観であり、訪問看護師がその人らしさを理解することで、個別の意思決定支援が始まる。また、療養者だけでなく家族も生活を営んでおり、Zhang (2019) は家族の絆、役割遂行、家族が持つ問題解決力などの理解はサポートの提供に役立つと述べている。療養者を理解すること、家族を理解することによって、意思決定支援は大きく変化すると考える。

また、ALS療養者が生活を変えざるを得ない心情が示されていた。いつまで、何ができるかという不安は、心理的な不安定さをもたらす。さらに、介護する家族を身近で見る療養者は、家族に迷惑をかけたくない思い（森・湯

浅, 2006, p.640) があり、自身と家族の間で意思が揺れる。訪問看護師はこれらの感情を察知し、療養者が心に溜め込まないように、感情を吐露していい存在であることを示していく必要がある。また、訪問看護は社会のつながりの一つである。世間話ができる楽しみとなるように気さくで、さらに専門的なことも話し合える人がいることは、苦しみも楽しみも分かち合う療養者のよき理解者となり、障害を乗り越えるための心の支えとなりうる。この支援は療養者と訪問看護師の関係として、相互的な信頼関係（圓増, 2008）が意思決定支援の基盤となると考える。

ALS療養者、家族が、症状の進行過程における生活の変化の理解を促すために、【生活のイメージ化への助力】を実践していた。療養者が意思を考えるには、自分の健康の軌跡の全体像を理解できるように関わるのが重要となる（Scherer, et al., 2021）。情報は断片的であり、療養者が情報をつなぎ合わせ全体を展望することは難しく、訪問看護師は療養者、家族が疾患をどのように受け止め、障害を持つ生活をどこまでイメージしているかを評価し、望む時に必要な情報を発信することが重要である。さらに、療養者、家族が同疾患の療養者の生活を知ることによって、医療者から知り得た知識に現実の情報を補い、思考を促すきっかけになると考える。しかし、実際の生活を知ることによってショックを受け、思考を阻害する可能性もある。情報のニーズは高いが、タイミングと方法は意思決定に影響する（Lemoignan & Ells, 2010, p.211）とされ、情報のタイミングの見極めは重要である。

【療養者・家族が必要とするサービス調整】として、情報量を勘案した提案や、他職種との仲介役が挙げられた。ALS療養者の症状の進行に合わせて適切な社会サービスを導入していく必要性は高い。しかし、家族はサポートを求める反面、家に人が入ることを不安に感じており（Weisser, Bristowe & Jackson, 2015, p.741）、サービス提供者を受け入れる心の準備が必要であり、ADLが低下する前に提案することが重要である。さらに、ALS症状の進行を考慮し、何かあった時にはどこに連絡するのかなどを決定しておくことは、安心した生活を保障する支援でもありと考える。

【ALS療養者らしい生活の維持】に向けた支援として、残存機能を活かした支援が挙げられた。心身機能の低下はQOLに大きく影響し（Simmons, 2015, pp.397-399）、できなくなっていく自分に囚われることで自尊心を脅かし、QOL低下につながる。重要なのは、ALS療養者の認識を今ある自分に向け、療養者が思い描く生活を現実と安全性のバランスをみて維持することだと考える。症状の進行によっては家族に医療的ケアを求めることもあるが、在宅療養が始まってすぐに実践できるものではない。訪問看護師

は、家族に技術習得をどこまで求めるかを判断し、訪問時のフォローも考慮した関わりが必要である。

訪問看護師の重要な支援として、【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】が挙げられていた。人が生きるために欠かせない呼吸が脅かされることは、一番死を感じる症状であり、療養者、家族ともに不安、不眠につながる (Blackhall, 2012, pp.313-314)。苦痛症状は精神的不安定さをもたらし、意識が苦痛へと傾き、これからの生き方の模索を妨げる要因となりえるため、呼吸症状のアセスメント、緩和ケアの重要性は大きい。療養者が思いに向き合う余裕を生むためにも、先々を予測し、呼吸機能低下前から呼吸換気改善のためのリハビリ、呼吸苦出現時における家族の対処の指導が必要である。

家族が抱く心情の理解とともに介護負担の軽減が挙げられていた。ALS療養者が疾患の告知を受けた際に生じるショックは、家族にも同様に起こる。家族は療養者の生存を望む一方で、介護負担と療養者の人生を天秤にかけて思いが揺れ (山本・清水, 2019, pp.52-54)、家族が抱く精神的負担は大きいと考える。また、療養者は家族に課せられた介護欲求への懸念を抱いており (Young, Marshall & Anderson, 1994)、介護している家族を間近で見る療養者は、家族の健康によっては、療養者自身の意思ではなく、家族を考えての意思となる可能性がある。そのため、療養者が自分の思いに向き合えるように、家族の介護負担軽減への支援は重要となる。ストレスの対処行動は、心の苦痛を軽減させる情動中心の対処と、問題に向けて解決策を試みる問題中心の対処があり、互いに促進と抑制の関係である (Lazarus & Folkman, 1984/1991, pp.154-160)。家族のマイナス感情が強ければ思考の欠如や、本来の意思と違った決断となる可能性があり、家族への心情の理解と支援の重要度は高い。本結果では、訪問看護師が家族の話の聞いたり、頑張りを認めたりするなど情動に働きかける支援が多かった。これらの支援は、介護負担感を軽減し介護に対して前向きに考えることを助ける (櫻井, 1999, pp.207-209) とされ、家族の心の負担を軽くする関わりにより、家族が療養者のこれからの生活を考え、呼吸療法の意思を決めることに向き合うことを促しているのではないかと考える。

## 2. ALS療養者の意思に直接働きかける支援

【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】【療養者の意思保証】【療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有】は、療養者の意思に直接働きかける支援だと考える。

【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】は、決定ではなく考えることを助ける支援である。訪問看護師

は、ALS療養者がALSに関連した話題を出すことは心の中で何かしらを考えているシグナルであると捉え、意思に働きかける支援のタイミングを見極めていた。呼吸療法は何をするかという目的のための手段であり (松原, 2001, pp.1-11)、ALS療養者の呼吸療法の意思決定は、その後続く生活への覚悟を含み「どう生きたいか」を引き出していくことになる。それには訪問看護師は世間話を通して、療養者が辿ってきた人生の中で大切にしてきたことをことばとして引き出し、療養者が自分の思いに気付けるよう、意図して話題を振る支援が重要となる。また、家族によっては死を忌避し話題に触れていないかもしれない。訪問看護師は、曖昧な意思によって想定外のことが起こる可能性を認識し、家族で思いを語り合えるように療養者と家族がいる前で話題に出すなど、相互の思いが触れ合うよう意図した支援が必要だと考える。訪問看護師はこれらの支援を通し、療養者を含む家族全体が「どう生きたいか」という思いの断片をつなぎ合わせ、隠れている真の意思を探っていると考える。意思を固める支援を繰り返すことで、療養者、家族、訪問看護師などのサービス提供者間による意思の共有へとつながっていくと考える。

誰の意思を尊重するのかということについては、【療養者の意思の保証】が示された。多くのALS療養者は家族と生活し、必ずしも療養者の思いと家族の思いが一致する訳ではなく、葛藤が生じる。意思決定は自律性が不可欠で責任は療養者にあること (Hogden, Greenfield, Nugus & Kiernan, 2015, p.1775)、ALS療養者は呼吸療法の意思決定を自ら決定すると認識していたこと (Greenaway, et al., 2015, p.1005) が報告されている。意思の揺らぎは止められるものではなく常に存在している。揺れ続ける意思を保証することは療養者の尊厳を守ることであり、意思に合わせて柔軟にケアを変更することや、療養者が意思を固めていくことを見守る姿勢は、訪問看護師に求められている力の一つといえる。

在宅療養は訪問看護師だけでなく、多くの職種が関わり生活を支えている。各サービス提供者の訪問は、同じ日、同じ時間ではなく、さらに療養者の思いはその日によって揺れるため、意思の把握の複雑性は増す。ALS療養者は医療サービス事業所間のコミュニケーション不足を感じていた (Hogden, Greenfield, Nugus & Kiernan, 2012, p.833)。意思決定支援の方向性を統一して支援をより深めていくためには、他事業所、多職種が連携し、事業所間のオープンな関係づくりも必要である。

## 3. 意思決定に関わる訪問看護師に求められていること

【訪問看護の質向上のための自己研鑽】は、難病看護実践を通じた看護師自身の学び (岩永・岡崎, 2008, pp.128-130)

とあるように、訪問看護師がALS療養者、家族へ真摯に向き合い、学んでいくという姿勢である。看護は経験的学習（富安・山村，2009，pp.263-264）である。訪問看護師自身の内面で生じている未熟さの認識、人生の中で育成されてきた家族観や生活観の相違による衝突は、訪問看護師としての看護観の形成の糧となり、専門職としての行動力・判断力を成長させ、ALS療養者との援助関係を深め、訪問看護師自身の死生観や人生観の醸成を促していくと考える。これらは、さらに療養者の理解を促進し、意思決定支援を向上させていくことにつながるといえる。

#### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、具体的な支援の想起を求めたため印象に残っている事例を挙げてもらった結果、TPPVを自主的に選択した事例がなかった。ALS療養者がTPPVを選択していく過程では別の働きかけをしている可能性があり、さらに調査していく必要がある。また、訪問看護で関わるALS療養者の多くは、病名を告知され、今後起こりうる障害と対病療法の説明を受けて在宅療養しており、訪問看護師はALS療養者の意思決定過程からの関わりとなる。看護師によるALS療養者の意思決定支援は、医療機関の受診から始まる。外来や、入院中のALS患者の意思決定を支える看護師の支援を検討し、医療機関の支援から訪問看護へと引き継がれていく支援を含め、ALS療養者の意思決定を支える看護師の支援の全体像の検討が必要である。

### 結 論

訪問看護師の意思決定支援は、【ALS療養者・家族らしさの理解】を深め、症状進行により療養者が夢を諦めたり家族介護に頼らざるを得なくなったりするという【将来や家族への思いで生じる心情の理解と配慮】をしながら、障害を持ちながらの【症状進行により重くなる介護負担の軽減】、【療養者・家族が必要とするサービス調整】、【療養者が思いを考える余裕を生むためのALS症状コントロール】、【生活のイメージ化への助力】をしつつ、療養者からの呼吸療法の話題を好機と捉えて【タイミングを考えた意思を固める過程への支援】をしながら、【療養者の意思保障】を行い、【療養者・家族の意思の多職種間統一を目的とした情報共有】を実施し、支援を通し【訪問看護の質向上のための自己研鑽】をしていた。これらから、訪問看護師の意思決定支援には、療養者が呼吸療法への思いに向き合うことができるように、療養者と家族の生活を安定させるために進行する症状を緩和させ、今後待ち受けている障害とともにある生活のイメージを助け、タイミングを見極めた意思への働きかけや、療養者の意思の保障をすること

が重要だと示唆された。また、訪問看護師は療養者・家族との関わりを通して、専門職としての行動力や判断力を向上させていく必要がある。

### 謝 辞

本研究にご参加、ご協力いただきました訪問看護師の皆様、本研究をまとめるにあたりご指導いただきました長野県看護大学の安田教授、北山教授、新潟県立看護大学の平澤教授にこころより感謝申し上げます。本研究は、長野県看護大学大学院看護学研究科の博士論文に加筆・修正を加えたものである。

### 利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

### 文 献

- Blackhall, L.J. (2012). Amyotrophic lateral sclerosis and palliative care: Where we are, and the road ahead. *Muscle & Nerve*, 45(3), 311-318.
- 圓増 文 (2008). 医療従事者と患者の信頼関係構築に向けた取り組みとしての「目的の共有」. *医学哲学 医学倫理*, 26, 1-10.
- 福島昌子, 飯田苗恵, 牛込三和子 (2010). 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 療養者の症状・障害時期別の訪問看護の特性: 訪問時の看護内容調査より. *日本難病看護学会誌*, 15(2), 152-158.
- 古橋聡子, 中村孔美, 当間麻子 (2003). 在宅療養が困難であった人工呼吸器装着患者の訪問看護: その意思決定に関わって. *訪問看護と介護*, 8(4), 276-283.
- Greenaway, L.P., Martin, N.H., Lawrence, V., Janssen, A., Al-Chalabi, A., Leigh, P.N., & Goldstein, L.H. (2015). Accepting or declining non-invasive ventilation or gastrostomy in amyotrophic lateral sclerosis: Patients' perspectives. *Journal of Neurology*, 262(4), 1002-1013.
- Hogden, A., Greenfield, D., Nugus, P., & Kiernan, M.C. (2012). What influences patient decision-making in amyotrophic lateral sclerosis multidisciplinary care? A study of patient perspectives. *Patient Preference Adherence*, 6, 829-838.
- Hogden, A., Greenfield, D., Nugus, P., & Kiernan, M.C. (2015). Development of a model to guide decision making in amyotrophic lateral sclerosis multidisciplinary care. *Health Expectations*, 18(5), 1769-1782.
- 岩永真由美, 岡崎寿美子 (2008). 難病看護領域におけるエキスパートの看護の実際に基づく看護診断. *千里金蘭大学紀要*, 2008, 125-132.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) / 本明 寛, 春木 豊, 織田正美監訳 (1991). *ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究*. (pp.154-160). 東京: 実務教育出版.
- Lemoignan, J., & Ells, C. (2010). Amyotrophic lateral sclerosis and assisted ventilation: How patients decide. *Palliative & Supportive Care*, 8(2), 207-213.
- 丸山幸恵, 安田貴恵子 (2021). 筋萎縮性側索硬化症療養者の呼吸療法の意思決定における看護支援に関する文献レビュー. *日本健康医学会雑誌*, 30(1), 65-75.
- 松原 望 (2001). *意思決定の基礎*. 1-11, 東京: 朝倉書店.
- 森 朋子, 湯浅龍彦 (2006). 筋萎縮性側索硬化症患者の心理: 人

- 工呼吸器装着の意思決定. *医療*, 60(10), 637-643.
- 中木里実 (2020). 終末期の意思決定支援において訪問看護師が抱える困難感について. *ホスピスケアと在宅ケア*, 28(2), 141-147.
- 岡田 彩, 鈴木珠水, 牛込三和子, 櫛谷雅子 (2012). 筋萎縮性側索硬化症で非侵襲的陽圧換気療法を行っている療養者の今を生きる想いに関する研究. *日本難病看護学会誌*, 17(2), 163-172.
- 大野良之, 田中平三, 中谷比呂樹, 黒川 清, 齋藤英彦 (2000). *難病の最新情報: 疫学から臨床・ケアまで*. 160-161, 東京: 南山堂.
- 櫻井成美 (1999). 介護肯定感をもつ負担軽減効果. *心理学研究*, 70(3), 203-210.
- Scherer, L.D., Matlock, D.D., Allen, L.A., Knoepke, C.E., McIvannan, C.K., Fitzgerald, M.D., Kini, V., Tate, C.E., Lin, G., & Lum, H.D. (2021). Patient roadmaps for chronic illness: Introducing a new approach for fostering patient-centered care. *MDM Policy & Practice*, 6(1), 1-11.
- Simmons, Z. (2015). Patient-perceived outcomes and quality of life in ALS. *Neurotherapeutics*, 12(2), 394-402.
- 富安眞理, 山村江美子 (2009). 訪問看護師が訪問した在宅療養者とその家族を支えるための看護実践内容の構成要素: 質的調査による検討. *日本健康教育学会誌*, 17(4), 260-267.
- 牛久保美津子 (2005). 神経難病とともに生きる長期療養者の病体験: 苦悩に対する緩和的ケア. *日本看護科学会誌*, 25(4), 70-79.
- Vitale, A., & Genge, A. (2007). The experience of hope in ALS patients. *Axone*, 28(2), 27-35.
- Weisser, F.B., Bristowe, K., & Jackson, D. (2015). Experiences of burden, needs, rewards and resilience in family caregivers of people living with motor neurone disease/amyotrophic lateral sclerosis: A secondary thematic analysis of qualitative interviews. *Palliative Medicine*, 29(8), 737-745.
- 山本麻理奈, 清水裕子 (2019). 筋萎縮性側索硬化症患者と家族の人工呼吸器装着の意思決定場面における心理に関する文献検討. *香川大学看護学雑誌*, 23(1), 47-57.
- Young, J.M., Marshall, C.L., & Anderson, E.J. (1994). Amyotrophic lateral sclerosis patients' perspectives on use of mechanical ventilation. *Health Social Work*, 19(4), 253-260.
- Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3205-3224.

[2023年2月3日受付]  
[2023年11月9日採用決定]

# Support of Visiting Nurses in Respiratory Therapy Decision-Making for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(2), 189-200  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231109236>

Yukie Maruyama, PhD, RN, PHN

Nursing Course, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Suzuka University of Medical Science, Mie, Japan

## Abstract

**Objective:** This study examined the decision-making support provided by visiting nurses to patients undergoing treatment for amyotrophic lateral sclerosis (ALS). **Methods:** Twelve visiting nurses were interviewed to examine their roles and perspectives regarding providing decision-making support during respiratory therapy in patients with ALS. **Results:** The support of the visiting nurses was classified into 11 core categories: “understanding patients with ALS and the characteristics of their family;” “understanding and considering patients’ feelings regarding their thoughts about the future and their family;” “helping with their outlook on life;” “making service adjustments for patients with ALS and their families;” “maintaining a living of the characteristics of patients with ALS;” “managing ALS symptoms and enabling the patients to express their thoughts;” “reducing the associated long-term care burden that grows heavier with symptom progression;” “supporting the process of solidifying intention;” “guaranteeing the intention of the patients;” “sharing information with patients and their families;” and focusing on “self-improvement to enhance the quality of home-visit nursing.” **Conclusions:** Our findings suggested that visiting nurses should always strive to understand the perspectives of patients with ALS and create an environment that allows them to express their thoughts. Furthermore, they must always respect the patients’ beliefs.

## Key words

visiting nursing, support of decision-making, Amyotrophic Lateral Sclerosis, Respiratory therapy

---

**Correspondence:** Y. Maruyama. Email: [maruyama@yokohama-cu.ac.jp](mailto:maruyama@yokohama-cu.ac.jp)

# 在宅看護論実習の到達度別に教員が捉える『関心・意欲・態度』の様相

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(2), 201-218  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230222232>

首藤八千子<sup>1</sup>, 脇 幸子<sup>2</sup>, 大野夏稀<sup>2</sup>, 末弘理恵<sup>2</sup>

<sup>1</sup>別府大学看護学部設置準備室, <sup>2</sup>大分大学医学部看護学科

## 要旨

目的：実習での情意領域評価の検討に向けて、記録において到達度別に教員が捉える『関心・意欲・態度』の様相の特徴を明らかにする。方法：総括的評価が優良可の各々5名の記録から『関心・意欲・態度』と捉えた記述をデータ化し、KJ法にて構造化した。結果：優は【看護の動機づけ・自身の課題への関心】から【主体的学習への意欲】と善循環サイクルをなして【看護観形成・倫理的態度】を、良は【療養者に動機づけられた学習意欲の高まり・学生の内面への関心】の2つの正のスパイラルから波及した【療養者主体の看護への関心】を基盤に【看護専門職としての態度の芽生え】を、可は【身体的側面・療養者の生活への関心】から【在宅看護への関心】を捉えていた。結論：感情を伴う関心と意欲の相互関連性や情意領域と認知領域の連動性を見極め、知識や思考を動機づけとして意欲を引き出す等、形成的評価によって情意領域を育成することの重要性が示唆された。

## キーワード

関心, 意欲, 態度, 情意領域

責任著者：首藤八千子. Email: shu0717.keyaki@gmail.com

## はじめに

少子高齢化が一層進む中で、地域包括ケアシステムにおける看護師の役割の重要性が増している。看護基礎教育においては、人々の療養の場の多様化に対応した看護実践能力の習得が求められている（厚生労働省医政局看護課, 2019, pp.3-4）。そのため看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインにおいて、在宅看護論の実習については、病院、診療所、訪問看護ステーションの他、地域包括支援センター等の実習施設を確保すること（厚生労働省医政局, 2015）と示されている。また、地域における生活者とその家族の理解のためには、療養の場としては自宅などその人の住み慣れた生活の場の設定は欠かせない。そこで、A校では、多種多様な場において看護職者に同行訪問して援助に参加しながら在宅看護を経験する実習形態をとっている。そのうえで、在宅で暮らす生活者としての療養者とその家族の生活の理解、在宅という生活の場における看護の工夫、多職種連携の必要性、介護予防における看護の役割、その人らしく生きることへの看護の意義を、認知領域・精神運動領域・情意領域の目標分類に基づいて実習目標に掲げ、形成的評価と総括的評価を行っている。

しかし、在宅看護論実習では同時に複数の学生が複数の

療養者の生活の場に出向いての看護活動になるため、教員が援助の場面において直接指導および形成評価をすることが難しい。そのため、教員は学生が実習目標達成に向けた学習過程を記した実習記録を媒体として、フィードバックによる指導や評価をする場合が多くなる（高橋・松田・山下・吉富, 2014, p.13）。一方、臨地の実習指導者は実践の場における学生のふるまいや、援助の場面で必要な思考を直接または実習記録を通して指導・評価している。よって、総括的評価は実習終了後に教員と実習指導者がそれぞれに評価し、最後に両者を合わせて教員が総合的に判断している場合が多い。教員はこの総括的評価を行う中でも、実習目標に準拠し実習記録を媒体として学習の成果を捉え評価することの難しさを感じている。その難しさには、情意領域の実習目標において見ていたものが、認知領域に主眼を置いて評価しやすい（首藤・脇, 2019, p.42）ことが関連していると推測された。

情意領域・認知領域は、ブルームらの「教育目標の分類学」（Bloom, Hastings & Madaus, 1971/1979, p.58）の領域に含まれる。学習過程や成果を評価する際には、教育目標を認知領域・情意領域・精神運動領域の視点から分析し、これらは複雑な構造であるため、教育内容を学習構造として整理することが重要とされている（Bloom, et al.,

1971/1979, p.16; 田島, 2009, pp.55-56)。

つまり、情意領域とは、認知領域・精神運動領域とは区別された教育目標分類の重要な要素の一つである。また、田島は「情意領域の内容を特定し、目標として表すことが難しく、目標として表現する必要がないとする考え方と、目標設定の必要性を主張する考え方がある。」(2009, p.58), さらに「情意領域の内容は認知領域の発達の成果に付随して現れるものであることから、その内容を特定し明確な目標として表すことが難しい場合が多いが、対人関係が中心となる看護の場合には、この領域の内容をできるだけ行動化して表現しておく必要がある。」(2009, p.58)とその意義を述べている。

情意領域と認知領域の関係性については、田島(2009)が言うように付随した関係で区別がしづらいことが推測される。このことが、情意領域の目標の曖昧さと相まって、教員である研究者の情意領域の実習目標において見ていたものが、認知領域に主眼を置いて評価していたという経験は、情意領域の観点をもっていたとしても、認知領域が優れている学生の総括的評価が高くなった可能性もぬぐい切れない。

また、看護学教育に特定されず一般的な高等教育でも、情意領域は「達成・向上目標」として大いに利用する価値があるとされており、それに相当する評価観点は『関心・意欲・態度』と示されている(沖, 2007, p.64)。この情意領域の評価観点である『関心・意欲・態度』について、看護学教育では、田島(2009)は、情意領域の内容には、自分自身に対するものとして科学的な思考をする態度、学習の習慣をもつ態度、創造的の態度、社会的存在としての態度、常に新しい知識を求める態度、固執した信念を再考する態度などがあり、対人関係としては療養者・家族・看護職間・医療従事者間との関係上必要な配慮および調整、職業倫理としての価値判断などがあると言っている(2009, p.58)。このように、『態度』の観点は明確に示されているが、『関心・意欲』の観点は不明瞭である。

一般的な教育においては、北(2014)は、『関心』とはある事象に対して興味をもって心にかけることであり、『意欲』とは積極的に関わろうとする意思や気持ちをもつようになること、そして『態度』とは自分の意思や感情を表情や身振りや言葉遣いなどで外部に表出することだと言っている。さらにこの3つの要素はそれぞれ独自の意味をもちながら相互に関連しているとし、『関心・意欲・態度』を相互関連性で捉えている。一方、中村・堀内・岡本・尾崎(2006)は、『関心・意欲・態度』は学生の内面の学習状況であり、直接つかみにくく読み取りにくくもあり、学生の個性が出るため、学習の到達点は個人差が大きいとともに到達の姿も多様である(p.90)とし、『関心・

意欲・態度』の形成は段階的である(中村ほか, 2006, p.95)と述べている。さらに西岡・石井・田中(2015)は、関心は意欲・態度とともに「生きて働く学力」として、認知的な側面に関連づけつつ、情意的な側面を位置づけている(pp.85-91)が、『関心・意欲・態度』の構造については言及されていない。このように、『関心・意欲・態度』の様相は見えにくく混沌としていることがわかった。

そこで、今後の在宅看護論実習における情意領域の実習目標設定と到達度を評価する総括的評価の曖昧さを改善する示唆を得るためには、到達度ごとにおける、教員が見ている『関心・意欲・態度』の様相を捉える必要があると考えた。実習の総括的評価の到達度ごとに、教員が見ている『関心・意欲・態度』の構造や意味に違いがあるのかが明確になれば、情意領域の評価を実習記録にどのように見出せば形成的に評価することや総括的評価に反映できるのかの示唆が得られると考える。

## I. 研究目的

在宅看護論実習における情意領域の評価の検討に向けて、総括的評価の到達度ごとに教員が捉えた『関心・意欲・態度』の様相の特徴を明らかにする。

## II. 用語の定義

**関心・意欲・態度**：広辞苑第7版(2018)によると、関心とは「特定の事象に興味をもって注意を払うこと」、意欲とは「積極的に何かをしようと思う気持」、態度とは「状況に対応して自己の感情や意志を外形に表したものの。表情・身ぶり・言葉つき」とされている。これらを在宅看護論実習目標に照らして、関心とは、在宅看護論実習に興味をもって心にかけること、意欲とは、在宅看護論実習の学習を進んで活用して積極的に関わろうという意思や気持ちをもつこと、態度とは、在宅看護論実習の学習を看護実践や学習に活かそうとする自分の感情や意思を表出することとする。

**情意領域**：ブルームら(1971/1979)が提唱する教育目標分類であり、認知領域・精神運動領域とともに3領域の一つ。情意領域の観点は『関心・意欲・態度』とする。

**到達度**：教育目標に準拠した測定・評価(田島, 2009, p.42)であり、本研究では、総括的評価において、評価基準ごとに点数化したものを学則の成績判定基準の優(80点以上)・良(70点~79点)・可(60点~69点)で表したものの。

### Ⅲ. 研究方法

本研究は教員である研究者が担当している在宅看護論実習の実習記録を用いた質的研究である。

#### 1. 研究の対象

研究対象は、A校2年課程2年次学生15名の在宅看護論実習の実習記録である。2年次学生32名中の15名は、実習終了後の総括的評価の、優（以下、到達度Aとする）、良（以下、到達度B）、可（以下、到達度C）の中から、各々5名の実習記録を選定した。

選定の理由としては、教員が捉える『関心・意欲・態度』の様相には、到達度A・到達度B・到達度Cによる特徴があると推測した。

選定方法は、到達度Aは総合点80点以上・到達度Bは総合点70点以上79点以下・到達度Cは総合点60点以上69点以下のように、点数の差ができる限り開くように選定した。

認知領域・精神運動領域・情意領域は相互に関連して形成的に成長すると捉え、全記録を研究の対象とした。ただし、アセスメントの様式ではその性質上、『関心・意欲・態度』の定義を踏まえて、学生の意思や感情を表出するものではないことから、除外することとした。

#### 2. データ収集方法

データ収集においては、2年次学生32名の卒業判定会議後、研究の主旨を説明し、同意を得て在宅看護論実習記録（ファイル）のすべてを回収し、研究の対象とする15名の実習記録を選定し、研究目的のためデータ収集した。

#### 3. 分析方法

分析方法は、質的統合法（以下KJ法とする）を用いて、到達度A・到達度B・到達度Cそれぞれの特徴を導き出すために、到達度別に分析をした。

質的統合法は混沌とした記述データを基に、実態把握を行い、得られたデータの関連性を構造的に見ていくことで、データに内在する論理を発想するという方法である。

『関心・意欲・態度』は学力の中でも内面のところであるため直接つかみにくく、多様で、実態はわかりにくく混沌としている。また、『関心・意欲・態度』は評価の観点としては、ひとくくりで取り扱われることが多いが、それぞれ独自の意味をもちながら相互に関連しあっているとも言われている。しかし、その関連性は明確ではない。これらのことから、KJ法を用いることにした。

#### 4. KJ法を活用した到達度A・到達度B・到達度C別の分析の手順

(1) ラベルの作成：『関心・意欲・態度』と教員が捉えた記述内容を文の意味に注意して1文（意味の上から切り離せない場合は2文）を元ラベル（「斜体」で示す）として抽出した。『関心・意欲・態度』の記述は文の語尾を、『関心』は思った・分かった・気づいた・驚いた、『意欲』はしたい・していきたい・なりたい・考え方が変わった、『態度』は活用して～したい・～をしていきたいのように着目し、抽出した。

(2) グループ編成：到達度A・到達度B・到達度Cごとに5名分のラベルを一面に並べ、並べたラベルを1枚ずつ読み進め、3～4周したのち、ラベルの訴える志（研究目的）が似た者同士を寄せ集め、似た者同士がなくなった時点で終了した。集まったグループごとに複数のラベルの内容の全体感を1文で表現し、表札とした。これをグループ編成と言ひ、何回か繰り返し、ラベルの抽象度を上げつつ具体性を加味していった。最終的にラベルの数が6～7枚になるまで行き、最終ラベル（〈 〉で示す）とした。

(3) シンボルモデル図の作成と叙述化：常に全体を意識しながら、最終ラベルの相互関係を探し、関係記号と添え言葉を用いてラベル同士の関係を確定させ、空間配置を行った。そして、全体像におけるラベルの位置づけとなる【事柄】と、各ラベルの内容をキーワードや象徴的に表した【エッセンス】を、【事柄：エッセンス】の二重構造で表したシンボルマークを抽出し、シンボルモデル図を図解化した。最後にシンボルモデル図をストーリー化し叙述した。

#### 5. 信頼性・妥当性の確保

研究者は事前にKJ法の研修プログラムを受講し体験した。またデータ抽出・データ分析においてはKJ法と看護学教育・看護研究に精通した研究者のスーパーバイズを受けた。

#### 6. 倫理的配慮

学生の実習記録を使用することで、実習評価への影響や、実習記録内に記載している学生の氏名・訪問先の在宅療養者や家族の情報・実習先の訪問看護ステーションに関する情報の漏洩が生じるリスク対応として、実習評価終了後の単位認定と卒業判定に係る会議終了後を、研究対象期間開始日と設定した。実習記録には訪問先の在宅療養者や家族・実習先の訪問看護ステーションが特定できる情報は記載しないように規定はしているが、個人情報につながる記載内容と学生氏名について記録内をチェックし、情報があつた場合はすべて黒塗りにしコピーして用いた。

紙データは対象とする教育機関の鍵付きの書庫に保管

し、電子データはパソコンにパスワードを設定して保管した。研究終了後はシュレッダーまたは焼却処分とし、電子データはデータが復元できないよう完全に削除することとした。

研究対象とする看護学教育機関の学校長と対象学生全員に、研究の主旨、個人情報保護の徹底、参加への自由意思と参加を断っても実習評価への影響はないこと、公表の配慮について、文書および口頭で説明し同意を得た。

本研究は大分大学医学部倫理委員会による審査を受け承認（承認番号1755）を得た。

#### IV. 結 果

到達度A・到達度B・到達度C別に、実習記録5様式から『関心・意欲・態度』の記述として抽出したラベル数は、到達度別では、到達度Aは119ラベル、到達度Bは49ラベル、到達度Cは37ラベルであった。

次に到達度別に、シンボルモデル図を図解化した分析結果を、シンボルマークは【事柄：エッセンス】、元ラベルは「斜体」で、グループ編集の最終ラベルは〈 〉で示して述べる。

#### 1. 到達度Aの結果

到達度Aは、元ラベル数は119ラベルで、6段階のグループ編成を行い最終ラベルは7ラベルに集約し、シンボルモデル図（図1）を図解化した。

##### (1) 到達度Aのシンボルマークの説明（表1）

【看護への動機づけとなる関心：五感を使ったケアの面白さや自身のケアの未熟さの痛感から実感した看護のやりがいと責任】

このシンボルマークの最終ラベルは〈様々なリスクをもつ多様な療養者を目の当たりにして、五感を使ったケアの面白さや未熟な自分のケアの痛感から、在宅看護のやりがいと責任を実感し始めた。〉であった。

表1に示すように、「1件目に訪問した〇氏が亡くなった」や「チューブは身体の一部となっているが、（中略）気がかりなものでもあり、細心の注意を払っている」のように様々なリスクをもつ様々な療養者を目の当たりにして、「人の手と五感を活かしたケアが看護の基本であったと実感」や「スクイーピングや体位変換を行うことで、重力～（中略）ズルズルと痰が吸引されていくと、〇氏の表情が和らいでいく」という援助の効果を実感してケアの面白さや、「間違っただけをやってしまったのではないかと、吸引が悪かったのではないだろうか」と未熟な自分のケアを

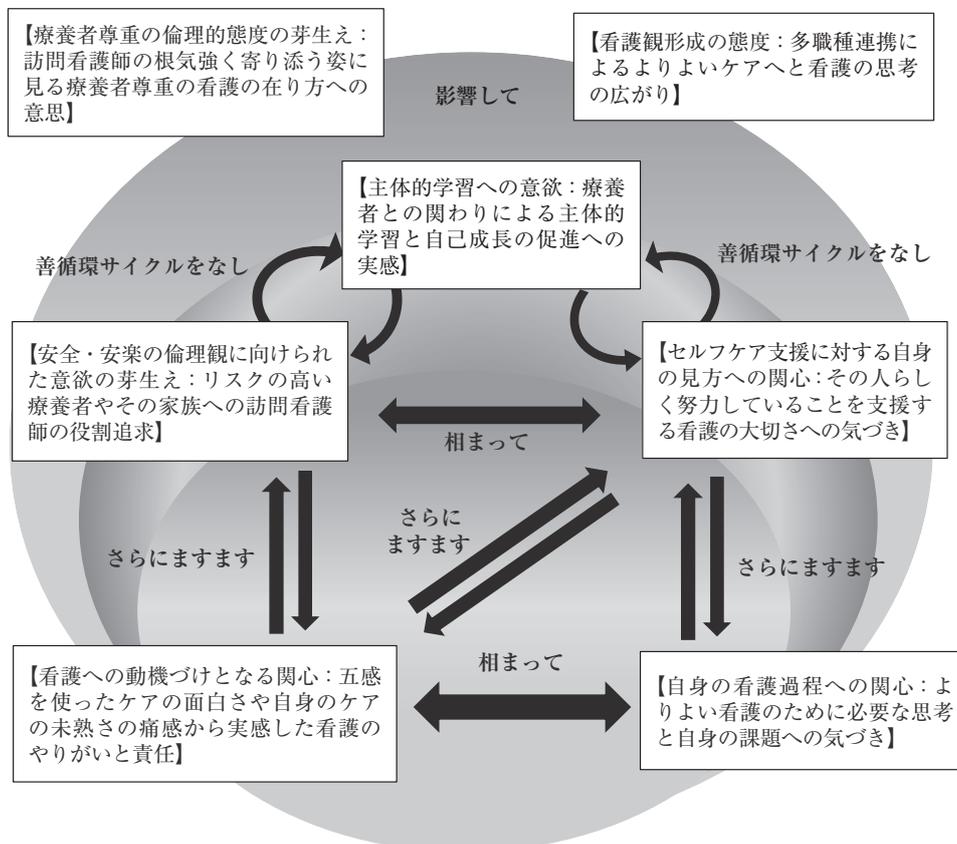


図1 到達度Aのシンボルモデル図

痛感して「身が引き締まった」のように、看護のやりがいと責任を感じ始めている様相であると捉えていた。

【自身の看護過程への関心：よりよい看護のために必要な思考と自身の課題への気づき】

このシンボルマークの最終ラベルは〈よりよい看護のた

表1 到達度A 最終ラベルと元ラベル(抜粋)

<p>〈様々なリスクをもつ多様な療養者を目の当たりにして、五感を使ったケアの面白さや未熟な自分のケアの痛感から、在宅看護のやりがいと責任を実感し始めた。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「2件目の訪問から帰ると、1件目に訪問した〇氏が亡くなったということを知った。この瞬間、バイタルサイン測定や吸引の援助を(中略)、間違ったことをしてしまったのではないかと不安な気持ちでいっぱいになった。」</li> <li>●「気にはかけていたが〇氏にとってチューブは身体の一部となっているが、(中略)気がかりなものでもあり、細心の注意を払っているということであり、所長さんより『チューブのことを気にして寝返りもしない』というのを聞いて身が引き締まった。」</li> <li>●「スクイージングや体位変換を行うことで、重力(中略)ズルズルと痰が吸引されていくと、〇氏の表情が和らいでいくのを確認することができ、人の手と五感を活かしたケアが看護の基本であったと実感することができた。」</li> </ul>
<p>〈よりよい看護のためには意図的で十分な情報収集・根拠をもったの判断が重要であり、私には学習不足や情報収集不足・理解不足などの課題があることに気づいた。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「なぜそれを観察する必要があるのかを考え、疾患からだけではなく(中略)など観察の視点を広くもち、療養者の普段の状態と比較し異常の判断を行い、今後起こりうるリスクまで予測していくことが後半の実習の課題である。」</li> <li>●「在宅での生活では安全を阻害することもあるが、それでも在宅での生活を希望されることに対し起こりうるリスクを考え介入する必要があるのだとわかった。」</li> <li>●「実際に家に足を運び、〇氏の独居で暮らしたいという思いを大切にしながら、身体機能・心理機能・環境・生活の側面、家族介護の状況をアセスメントすることで、何を補えば思い通りに今までの生活ができるのかを考えるという(思考過程)が重要だと感じた。」</li> <li>●「私は(中略)援助を計画できなかったことは、私の意図的な情報収集不足・学習不足であったと反省した。」</li> </ul>
<p>〈訪問看護師はリスクの高いことを判断して、ケアの基本となる安全・安楽の確保に努めることが重要であるとわかったため、日々の実習の中で追求していきたい。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「次のヘルパーの訪問まで30分～1時間の時間が空くため、(中略)痰の量や性状の観察を行い、リスクがないことを判断するとともに訪問が終わる前(帰る前)に再度吸引し、次の介護者が訪問するまでの療養者の安全に努めていることが分かった。」</li> <li>●「看護師としてケアに当たるには安全・安楽は基本であることを忘れないように(中略)と向き合って学びを深めていきたい。」</li> </ul>
<p>〈セルフケア維持・向上に向けてその人らしく努力していることを支援する看護こそが大切なのだと見方が変わった。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「指導者より『〇氏は自分の病気をよく調べ、自身の生き方を家族とともに選択し、今を精一杯楽しみ生きている。』と助言を受けたことで、できないことでなく、できることに目を向けようと思うことができた。」</li> <li>●「妻のサポートで、自主的に薬の整理をしていた療養者に対し、看護師は『すごいですね』『うれしいです』と肯定的な発言をしており、これに対して夫婦が嬉しそうにしているのを見て、頑張ってたよかったですとってくれることが大切なのだと感じた。」</li> <li>●「病院で行う療養者さんへの教育は病院だから上手くできるように感じるが、療養者を理解し、“その方らしい生活とは何か”と考え教育を行わなければ医療者側の一方的な教育であり、療養者と一緒と同じ方向性をもった看護ができなくて学んだ。」</li> </ul>
<p>〈療養者との関わりが主体的学習や看護師をめざすことへの意思の高まりとなり、自己の成長につながると実感した。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「〇氏を通して知る世界は想像を絶することの連続であり、〇氏が実習を受け入れてくれたからこそ知ることができたことを考えると、〇氏の思いを無駄にしないためにもしっかりと学びたいと思うことができた。」</li> <li>●「今だけのつもりで精いっぱい生きること、未来を考えて生きることのバランスを考える」という言葉を聞いて、今国試を目前にした私は、一発で国試に合格するために精一杯頑張って、看護師となった未来、沢山の患者さんの支えになれる看護師になろうと思った。</li> <li>●「難しい複雑だと感じていた制度も、ひとつひとつの療養者の暮らしぶりや利用しているサービスを制度と照らし合わせると、イメージが湧き、難しいけれどわかるようになりたいと感じることができたことは成長といえる。」</li> </ul>
<p>〈苦勞が多いが療養者や家族の価値観に反映された生活を共に根気強く寄り添い模索する訪問看護師の実践に、療養者を尊重した看護の在り方を見出し自身もそうありたいと思った。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「一見不衛生であり、生活に何らかの問題が起こりそうだが、それはただ私の価値観であり、その方にとってはそれが普通であり問題ではないと考えていることに気づいた。」</li> <li>●「〇氏と関わる際は〇氏には正直に食べた物などを言ってもらえるような環境づくりをし、(中略)一緒に振り返る時間を設ける事や(中略)予防行動はとれているか確認をし、自己管理について根気強く意識づけをすることが重要だと考えた。」</li> <li>●「在宅看護を行う上で、(中略)、療養者が何を必要としているかを真剣に考えていくことが、尊重した関わりといえるのではないかと。」</li> </ul>
<p>〈療養者と家族のセルフケアを支援することで生活の継続をめざす訪問看護の役割とサービス利用システムの理解の深まりから、さらに多職種連携によるよりよいケアを考えていきたいと思った。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「(前略)すべてに介護を必要とする要介護5の状態であるのに対し、主介護者である夫は働いており日中独りであるため、誰がどのように介入し、在宅での生活が継続できているのかと疑問をもった。」</li> <li>●「1人の利用者に対し、施設の方・主任ケアマネジャー・保健師・社会福祉士・作業療法士・市役所の高齢者福祉課の方と、たくさんの方が関わり話し合っていることを初めて知りびっくりしたのと同時に、(中略)アセスメントが深まっていくのを感じた。」</li> <li>●「生活を整えるためには、チームとして連携していくことは病院でも不可欠であるため、これからもチームの一員として多職種を尊重し、療養者にとってよりよいケアについて共に考えていきたい。」</li> </ul>

めには意図的で十分な情報収集・根拠をもった判断が重要であり、私には学習不足や情報収集不足・理解不足などの課題があることに気づいた。》であった。

表1に示すように、「在宅での生活で起こりうるリスクを考え介入する必要がある」・「〇氏の独居で暮らしたいという思いを大切にしながら、アセスメントすることで、何を補えば今までの生活ができるのかを考えるという（思考過程）が重要だと感じた。」のようによりよい看護のためには意図的で十分な情報収集や根拠をもった判断をすることが必要であるが、「私の意図的な情報収集不足・学習不足であったと反省」のように、学習不足・情報収集不足・理解不足などの課題があることに気づいた様相であると捉えていた。

#### 【安全・安楽の倫理観に向けられた意欲の芽生え：リスクの高い療養者やその家族への訪問看護師の役割追求】

このシンボルマークの最終ラベルは〈訪問看護師はリスクの高いことを判断して、ケアの基本となる安全・安楽の確保に努めることが重要であるとわかったため、日々の実習の中で追求していきたい。〉であった。

表1に示すように、「痰の量や性状の観察を行い、リスクがないことを判断する」や「次の介護者が訪問するまでの療養者の安全に努めている」のように訪問看護師は療養者のリスクが高いことを判断し、ケアの基本となる安全・安楽の確保に努めることを忘れないようにして学びを深めていきたいといった意欲の芽生えの様相であると捉えていた。

#### 【セルフケア支援に対する自身の見方への関心：その人らしく努力していることを支援する看護の大切さへの気づき】

このシンボルマークの最終ラベルは〈セルフケア維持・向上に向けてその人らしく努力していることを支援する看護こそが大切なのだと見方が変わった。〉であった。

表1に示すように、「指導者より『〇氏は自分の病気をよく調べ、自身の生き方を家族とともに選択し、今を精一杯楽しみ生きている。』と助言を受けた」のように、療養者がその人らしく努力してセルフケアしながら生きていることに気づき、「自主的に薬の整理をしていた療養者に対し、看護師は『すごいですね』『うれしいです』と肯定的な発言をしている」や「“その方らしい生活とは何か”と考えなければ療養者と一緒に同じ方向性をもった看護ができない」のように、その人らしい生活を前提にした看護の支援の在り方に気づき、療養者の見方の変化という関心の様相であると捉えていた。

#### 【主体的学習への意欲：療養者との関わりによる主体的学習と自己成長の促進への実感】

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者との関わりが主体的学習や看護師をめざすことへの意思の高まりとなり、自己の成長につながると実感した。〉であった。

表1に示すように、「〇氏を通して知る世界は想像を絶することの連続であり、〇氏が実習を受け入れてくれたからこそ知ることができたことを考えると、〇氏の思いを無駄にしないためにもしっかりと学びたいと思うことができた。」のように、療養者との関わりが主体的学習や看護師をめざすことへの意思の高まりとなっている。そして「制度について、難しいけれどわかるようになりたいと感じることができたことは成長といえる。」と、自分の主体性や成長を実感している意欲の様相であると捉えていた。

#### 【療養者尊重の倫理的態度の芽生え：訪問看護師の根気強く寄り添う姿に見る療養者尊重の看護の在り方への意思】

このシンボルマークの最終ラベルは〈苦勞が多いが療養者や家族の価値観に反映された生活を共に根気強く寄り添い模索する訪問看護師の実践に、療養者を尊重した看護の在り方を見出し自身もそうありたいと思った。〉であった。

表1に示すように、「一見不衛生であり、生活に何らかの問題が起ころうのだが、それはただ私の価値観であり、その方にとってはそれが普通であり問題ではない」や「〇氏と関わる際は〇氏には正直に食べた物などを言ってもらえるような環境づくりをし〜」のように、療養者の価値観で生活を捉えることが大切だと気づき、「自己管理について根気強く意識づけをすることが重要だと考えた。」や「療養者が何を必要としているかを真剣に考えていくことが、尊重した関わりといえるのではないか」のように、訪問看護師の実践に療養者を尊重した看護の在り方を見出し、自分もそうありたいとその必要性を強く感じている倫理的態度の芽生えの様相であると捉えていた。

#### 【看護観形成の態度：多職種連携によるよりよいケアへと看護の思考の広がり】

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者と家族のセルフケアを支援することで生活の継続をめざす訪問看護の役割とサービス利用システムの理解の深まりから、さらに多職種連携によるよりよいケアを考えていきたいと思った。〉であった。

表1に示すように、「要介護5の状態であるのに対し、主介護者である夫は働いており、誰がどのように介入し、在宅での生活が継続できているのかと疑問をもった」、「1人の利用者に対し、たくさんの人が関わり話し合っていることを初めて知り〜」のように、サービス利用システムの

理解の深まりを表現していた。そのうえで、「チームの一員として多職種を尊重し、療養者にとってよりよいケアについて共に考えていきたい。」と看護の思考を多職種連携へと広げている看護観形成への態度の様相と捉えていた。

## (2) 到達度Aのシンボルモデル図の叙述化(図1)

在宅看護論実習において、教員が見た到達度Aの学生の『関心・意欲・態度』の様相は、【看護への動機づけとなる関心：五感を使ったケアの面白さや自身のケアの未熟さの痛感から実感した看護のやりがいと責任】と【自身の看護過程への関心：よりよい看護のために必要な思考と自身の課題への気づき】とが相まっていた。【看護への動機づけとなる関心：五感を使ったケアの面白さや自身のケアの未熟さの痛感から実感した看護のやりがいと責任】がさらにますます【安全・安楽の倫理観に向けられた意欲の芽生え：リスクの高い療養者やその家族への訪問看護師の役割追求】【セルフケア支援に対する自身の見方への関心：その人らしく努力していることを支援する看護の大切さへの気づき】と相まっていた。また、さらにますます、【自身の看護過程への関心：よりよい看護のために必要な思考と自身の課題への気づき】が【セルフケア支援に対する自身の見方への関心：その人らしく努力していることを支援する看護の大切さへの気づき】に影響して【安全・安楽の倫理観に向けられた意欲の芽生え：リスクの高い療養者やその家族への訪問看護師の役割追求】と【セルフケア支援に対する自身の見方への関心：その人らしく努力していることを支援する看護の大切さへの気づき】が相まっていた。【安全・安楽の倫理観に向けられた意欲の芽生え：リスクの高い療養者やその家族への訪問看護師の役割追求】と【セルフケア支援に対する自身の見方への関心：その人らしく努力していることを支援する看護の大切さへの気づき】が【主体的学習への意欲：療養者との関わりによる主体的学習と自己成長の促進への実感】と善循環サイクルをなしていた。【看護への動機づけとなる関心：五感を使ったケアの面白さや自身のケアの未熟さの痛感から実感した看護のやりがいと責任】から【主体的学習への意欲：療養者との関わりによる主体的学習と自己成長の促進への実感】へと影響してきたことが【療養者尊重の倫理的態度の芽生え：訪問看護師の根気強く寄り添う姿に見る療養者尊重の看護の在り方への意思】と【看護観形成の態度：多職種連携によるよりよいケアへと看護の思考の広がり】となっていた。

## 2. 到達度Bの結果

到達度Bは、元ラベル数は49ラベルで、5段階のグループ編成を行い最終ラベルは7ラベルに集約し、シンボルモデル図(図2)を図解化した。

### (1) 到達度Bのシンボルマークの説明(表2)

#### 【療養者の生活支援への関心：療養生活を継続させるための支援体制への疑問】

このシンボルマークの最終ラベルは〈症状悪化やセルフケア上のリスクが多く、介護を必要とする療養者へ、家族・ヘルパー・訪問看護師などがどのように役割分担をして、療養生活ができていのか気になった。〉であった。

表2に示すように、「誤嚥による呼吸不全など発症する恐れもある」や「高血圧の方であっても、内服していると思うのに、訪問時のBPが170/80だった」のように、症状悪化やセルフケア上のリスクが多く介護を必要とする療養者へ、「ヘルパーや訪問看護師が常に交代で介入しているとのことであったが、食事はどうしているのか」と療養者の生活に疑問が生じるという、療養者の生活支援への関心の様相であると捉えていた。

#### 【療養者に動機づけられた学習意欲の高まり：療養者や看護の学びから頑張る気持ちの芽生え】

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者の思いや姿勢に触れたり、療養者のケアを通して多くのことを学び、療養者の言葉に、受け入れられたと感じ頑張ろうと思った。〉であった。

表2に示すように、「〇氏はすごいと思わされる部分がたくさんあった。」「〇氏のケアをたくさん見学させてもらって、〇氏に教えてもらった」のように療養者のケアを通して多くのことを学んだり、「『ありがとう、よろしくね』と言ってくださったとき、すごく温かさを感じた。」や前回の訪問時の関わりに対して「〇氏の方から『じゃあ今日もやりますか』と言って、自発的に動く姿が見られた」と、療養者の言葉や援助への反応から受け入れられたと感じたり、「頑張りたい」と思えた。」と頑張る気持ちの芽生えという意欲の様相と捉えていた。

#### 【学生の内面への関心：自分の援助の傾向への内省】

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者に寄り添った援助になっていなかった自分の傾向に気づき反省した。〉であった。

表2に示すように、「何度も聞き返して療養者さんに負担をかけ、『疲れた』と言わせてしまった」「〇氏が継続できる援助計画を考えられていなかったことが心残り」や「自尊心の低下につながらないコミュニケーションでなく、むしろ自信につなげる関わりができたのに」、「療養者の言葉をさえぎってしまった」のように、自分のコミュニケーションの傾向を振り返り、「療養者の思いに沿った関わりができなかっただけでなく、コミュニケーション手段を奪っていたと気づいた。」のように、反省という学生の内

面への関心であると捉えていた。

**【在宅看護に向けられた意欲：在宅看護に特有の援助の応用への意欲】**

このシンボルマークの最終ラベルは〈限られた資材の中で個別性に応じた創意工夫の考え方を退院支援や援助の視点に活用していきたい。〉であった。

表2に示すように、「シャワーボトルを用いた創表面の洗浄による壊死組織のデブリードマン」や「一つ一つの動作、観察に看護の工夫、その人の生活に合わせたやり方で実施し生活を整えられている」のように限られた資材の中で個別性に応じた創意工夫の援助を「これが在宅看護なのか」と目の当たりにして学んでいた。そのうえで、「老年看護学実習の中で退院支援に活かしたい」や「これからの実習で退院支援を行うとき、服薬管理の視点を特に重要視しないといけないという視点の変化があった」のように、今後に活用したいと意欲を示している様相と捉えていた。

**【自己へ向けられた関心：価値観の尊重という看護倫理への気づき】**

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者の生活は様々あり戸惑いもあるが、学生の価値観で判断しないよう

にすることが大切だと気づいた。〉であった。

表2に示すように、「猫、犬、ウサギと夫と暮らしている療養者の自宅の廊下や床は動物の毛でいっぱい服に毛がつくぐらい落ちていた」や「〇氏の自宅が長年掃除されおらず、床がベタベタでたばこのヤニで部屋中が黄色くなって鼻につんと来る臭いが残る」のように、療養者の生活は様々で戸惑いもあるが、「療養者さんにとって病院での生活は特別なのだと気づいた。」「私が普通と思っていることは私の価値観で判断していることもあるということに気づくことができました。」のように、療養者の生活を学生の価値観で見ていることに気づいたと自己に向けられた関心の様相であると捉えていた。

**【療養者主体の看護という考え方への関心：療養者が努力して行っているセルフケア支援こそが看護であるという深い気づき】**

このシンボルマークの最終ラベルは〈看護者が主体として援助するという意識に反して、療養者が自らの力を振り絞って行われているセルフケアを支えることが看護であると腑に落ちた。〉であった。

表2に示すように、「私達看護側が療養者の生活を整えるという意識になってしまっていた」のように看護者が主

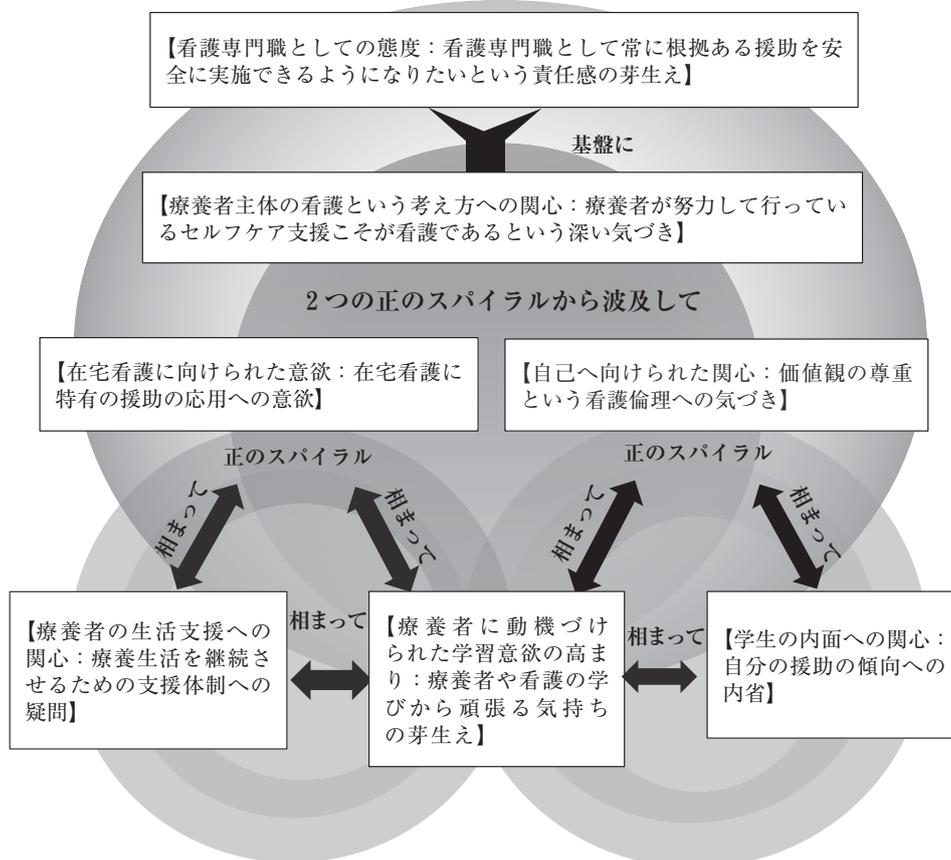


図2 到達度Bのシンボルモデル図

表2 到達度 B 最終ラベルと元ラベル (抜粋)

<p>〈症状悪化やセルフケア上のリスクが多く、介護を必要とする療養者へ、家族・ヘルパー・訪問看護師などがどのように役割分担をして、療養生活ができていのか気になった。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「誤嚥による呼吸不全など発症する恐れもあるが、本人・妻共に延命処置はしないという選択の下で、妻は仕事をしながらできるだけ介護をしていた。」</li> <li>●「妻はできるだけ夫についているが仕事も行っているため、延命しないと言われ、本人も承諾済みで、こういった選択をする家族の形があるのかと驚いた。」</li> <li>●「高血圧の方であっても、内服していると思うのに、訪問時のBPが170/80だったのはなぜか、大丈夫なのかと心配になった。」</li> <li>●「頸椎損傷で上肢の手指の動きにも障害がある方へ訪問したとき、生活感あふれた部屋だと感じた。独居でヘルパーや訪問看護が常に交代で介入しているとの事であったが、食事はどうしているのかと疑問に思った。」</li> </ul>
<p>〈療養者の思いや姿勢に触れたり、療養者のケアを通して多くのことを学び、療養者の言葉に、受け入れられたと感じ頑張ろうと思った。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「〇氏は私にとって初めての神経難病の方であったこと、訪問するたびにすごいと思わされる部分がたくさんあったこと、「ありがとう、よろしくね」と言って下さった時、すごく温かさを感じたこと、私自身がすごく心を動かされることが多かった。」</li> <li>●「〇氏のケアをたくさん見学させてもらって、〇氏に教えてもらったことや〇氏にいただいた『ありがとう、よろしくね』の言葉を忘れずに頑張りたいと思った。」</li> <li>●「『前回ヨガを私に教えたことで、嫌な気分になったりしましたか?』と聞いたところ、(中略)〇氏の方から『じゃあ今日もやりますか』と言って、自発的に動く姿が見られたことから、私は〇氏が(中略)ストレスになっていなかったと考え、よかったと思った。」</li> </ul>
<p>〈療養者に寄り添った援助になっていなかった自分の傾向に気づき反省した。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「文字盤を使って(中略)、何度も聞き返して療養者さんに負担をかけ、『疲れた』と言わせてしまって申し訳ない。」</li> <li>●「〇氏に対して、『当時のことを振り返って、薬を飲んでいるじゃないですか』と声をかけられていたら、ゴールである自尊心の低下につながるコミュニケーションでなく、むしろ自信につなげる関わりができたのにと反省した。」</li> <li>●「〇氏の生活に則した、〇氏が継続できる援助計画を考えられていなかったことが心残りである。」</li> <li>●「療養者の言葉をさげすんでしまったことで、自分のコミュニケーション時の傾向について振り返ることができた。」</li> <li>●「療養者の思いに沿った関わりができなかっただけでなく、コミュニケーション手段を奪っていたと気づいた。」</li> </ul>
<p>〈限られた資料の中で個別性に応じた創意工夫の考え方を退院支援や援助の視点に活用していきたい。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「DESIGH-Rを用いた褥瘡評価やシャワーボウルを用いた創表面の洗浄による壊死組織のデブリードマンを行っている」と学ぶことができたため、今後褥瘡リスクのある療養者さんに対し褥瘡の評価を行い、ケア方法が適切であるか判断していきたい。」</li> <li>●「様々な援助が1時間半で実施されていたが、一つ一つの動作、観察に看護の工夫、その人の生活に合わせたやり方で実施し生活を整えられているのだと感じることができた。」</li> <li>●「同じ看護援助でも療養者さんにとっては全く違う様々なアプローチ法があることや限られた物資の中で行う援助方法について実際に見て学べたので、老年看護学実習の中で退院支援に活かしたい。」</li> <li>●「限られた資料の中で工夫して援助や処置を行うということで『これが在宅看護なのか』と目の当たりにすることができ、明日からも在宅ならではの工夫を見つけ学んでいきたい。」</li> <li>●「在宅で暮らし続けるためには服薬の管理はとても重要であるということを実感することができ、これからの実習で退院支援を行うとき、服薬管理の視点を特に重要視しないといけないという視点の変化があった。」</li> </ul>
<p>〈療養者の生活は様々あり戸惑いもあるが、学生の価値観で判断しないようにすることが大切だと気づいた。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「猫、犬、ウサギと夫と暮らしている療養者の自宅の廊下や床は動物の毛でいっぱい服に毛がつくぐらい落ちていたため、環境としてどうなのだろうと疑問であったが、療養者さんは常に笑顔で看護師さんと動物の話をして、「かわいい、かわいい」と連呼してまるで自分の子供のことのように楽しそうに話しており、動物と日々触れ合うことによりQOLにつながっていると考えた。」</li> <li>●「私は〇氏の自宅が長年掃除されておらず、床がベタベタでたばこのヤニで部屋中が黄色くなって鼻につんと来る臭いが残る部屋に入ることに戸惑い、〇氏はこの状況の中で生活していることが驚愕であった。」</li> <li>●「利用者さんは自宅に帰ることを目標に治療や入院生活を頑張ってきたと思うので利用者さんにとって病院での生活は特別なのだと気づいた。」</li> <li>●「私が普通と思っていることは私の価値観で判断していることもあるということに気づくことができた。」</li> </ul>
<p>〈看護者が主体として援助するという意識に反して、療養者が自らの力を振り絞って行われているセルフケアを支えることが看護であると腑に落ちた。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「私は下半身麻痺でも、介助なしで一人で入浴や導尿、排便を行っているということが驚きで、〇氏を通して、環境を整えることと、本人が自宅で暮らしたいという思いがあれば介助なしでも生活することができると考え方が変わった。」</li> <li>●「私達看護側が療養者の生活を整えるという意識になってしまっていたが、看護師の介入により自身で生活を整えることができるようになってもらうことが訪問看護師の役割だと考えることができた。」</li> <li>●「以前まではBS値300~400mg/dlであり、現在の190~200mg/dlになるまでインスリン注射を変えたり、〇事業所のスタッフと療養者で話し合って間食を減らしたりと努力していることが分かった。」</li> </ul>
<p>〈その人らしく生きることを支援するために看護専門職として常に、知識を活用して根拠のある個別性に応じた援助を、安全に責任をもって実施できるようになりたい。〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「限られた時間で観察援助を行い、次の訪問まで問題ないと責任をもった看護を行うことが重要であると学んだ。そのためには根拠のある看護を行えるようにしていきたいと思った。」</li> <li>●「ボディメカニクスの原理を活用することで療養者への身体的負担を最小限にして不安・不快感を取り除いていることに気づき、私も療養者の生命の消耗を最小限にするような看護技術を考えて介入していきたいと思った。」</li> <li>●「退院支援の際、地域包括支援センターの働きを知っておくことや法律を理解することで、退院支援時に自宅でのサービス活用や相談窓口の説明が行え、QOLの向上をめざした看護提供ができると実感した。」</li> <li>●「短い時間でその人らしさを捉えることは難しいが、後半の実習でその人らしく生きることを支援する看護を深めていきたい」</li> </ul>

体として援助するという意識であったが、これに反して「環境を整えることと、本人が自宅で暮らしたいという思いがあれば介助なしでも生活することができる」や「インスリン注射を変えたり、○事業所のスタッフと療養者で話し合っただけで間食を減らしたりと努力している」のように療養者が自らの力を振り絞って行われているセルフケアに対して、「自身で生活を整えることができるようになってもらうこと」に意味があり、「セルフケアを支えることこそが訪問看護の役割」なのだと思えることができたというセルフケア支援に見る療養者主体の看護という考え方への関心の様相であると捉えていた。

**【看護専門職としての態度：看護専門職として常に根拠ある援助を安全に実施できるようになりたいという責任感の芽生え】**

このシンボルマークの最終ラベルは〈その人らしく生きることを支援するために看護専門職として常に、知識を活用して根拠のある個性に応じた援助を、安全に責任をもって実施できるようになりたい。〉であった。

表2に示すように、看護介入や看護援助のリフレクションを通して、「限られた時間で観察援助を行い、次の訪問まで問題ないと責任をもった看護を行うこと」や「ボディメカニクスの原理を活用することで療養者への身体的負担を最小限にして不安・不快感を取り除いている」といった看護技術の提供、「法律を理解したうえでサービス活用の説明を行う」など、知識を活用して根拠をもって個性に対応することで「QOLの向上をめざした看護提供ができると実感した。」と表現していた。これらは看護専門職業人としての視点であり、「その人らしく生きることを支援する看護を深めていきたい。」「根拠のある看護を行えるようにしていきたいと思った。」と自身の意思を示している看護専門職としての態度であると捉えていた。

### (2) 到達度Bのシンボルモデル図の叙述化(図2)

在宅看護論実習において、教員が見た到達度Bの学生の『関心・意欲・態度』の様相は、【療養者の生活支援への関心：療養生活を維持させるための支援体制への疑問】と【療養者に動機づけられた学習意欲の高まり：療養者や看護の学びから頑張る気持ちの芽生え】と【在宅看護に向けられた意欲：在宅看護に特有の援助の応用への意欲】、【療養者に動機づけられた学習意欲の高まり：療養者や看護の学びから頑張る気持ちの芽生え】と【学生の内面への関心：自分の援助の傾向への内省】と【自己へ向けられた関心：価値観の尊重という看護倫理への気づき】がそれぞれ相まって正のスパイラルをなし、さらに、【在宅看護に向けられた意欲：在宅看護に特有の援助の応用への意欲】と

【自己へ向けられた関心：価値観の尊重という看護倫理への気づき】の2つの正のスパイラルから波及して、【療養者主体の看護という考え方への関心：療養者が努力して行っているセルフケア支援こそが看護であるという深い気づき】をなし、これらを基盤に【看護専門職としての態度：看護専門職として常に根拠ある援助を安全に実施できるようになりたいという責任感の芽生え】となっていた。

### 3. 到達度Cの結果

到達度Cは、元ラベル数は37ラベルで、4段階のグループ編成を行い最終ラベルは6ラベルに集約し、シンボルモデル図(図3)を図解化した。

#### (1) 到達度Cのシンボルマークの説明(表3)

##### 【身体的側面への関心：身体的変化への疑問や驚き】

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者の身体状況を表す検査データと症状との関連に引っかかりを感じ、良くも悪くも身体的変化が思いがけないことにハッと気がつき、身体的側面への関心をもつ〉であった。

表3に示すように、発症後の後遺症で失語症があったという情報と、訪問してリハビリによって会話ができるほどに回復している状況に「人間の回復力はすごいと思った。」や、「褥瘡がわずかではあるが広がっているのを見て、1日で変化するのかと驚いた」等、よくも悪くも身体的変化が想像以上であることに驚いている表現があった。さらに、医師と看護師の会話の用語に疑問をもったり、検査データが意味する身体症状に対する疑問が表現されており、全体的に身体的側面への驚きや疑問という関心の様相であると捉えていた。

##### 【療養者の生活への関心：自分にイメージできない療養者の生活状況への疑問】

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者の生活の実際は生活の場が変わったとき自分にはわからない範囲であり、どのように過ごしているのかと疑問をもった。〉であった。

表3に示すように、夫婦でサービスを利用して暮らしている療養者や、医療機器を用いて暮らしている療養者、施設入所して行く療養者、様々な療養者の生活を見ていく中で、サービスが介入しない時間の過ごし方や療養の場が変わる状況がある場合など、自分にはわからない範囲があることに気づき、どのように過ごしているのだろうかという疑問をもったという生活への関心の様相であると捉えていた。

##### 【看護過程への関心の深まり：臨地での情報を捉え知識を活用したアセスメントから援助につなげることの重要性】

このシンボルマークの最終ラベルは〈思い込みや一般論

だけで療養者を捉えるのではなく、臨地での実際の経過や状態について情報を得て分析したことを援助につなげることが大切だ。)であった。

表3に示すように、「自己にて行うことは難しいと思いつ込んでいたが、実際は違ったことから、自分の思い込みでイメージしていたことに気づいた」や「療養者さんのストーマは平たんで、パウチも私が今まで見たタイプとはまた違っていた(後略)」のように、思い込みや一般的な知識で療養者を捉えていることに気づいている。さらに観察点の知識不足や医療処置での意図される情報収集不足、生活行動や様式など療養者の生活の詳細を理解するための情報の不足に気づき、主体的に情報収集を行い、個別性を考えた援助が大切と看護の思考をしており、看護過程への関心の深まりの様相であると捉えていた。

**【看護実践の前提への関心：療養者の楽しみや大切にしている存在がもつ力の重要性】**

このシンボルマークの最終ラベルは〈療養者が健康に過ごせるためには、看護実践の前提に療養者の楽しみや大切にしている存在の力が大きいことに気づいている。〉であった。

表3に示すように、看護師がペットのことを気にかけていることに対して、うれしそうな笑顔で答えていたり、体

調を壊すリスクがありながらも旅行に行こうとしていることに対して、ペットが家族のような存在であったり、体調以上に楽しみな旅行であったりと、療養者にとっては療養生活の上で大切なものの存在への気づきであり、看護実践の前提への関心の様相であると捉えていた。

**【療養者や家族への関心の深まり：療養者・家族の絆や療養生活上の苦悩に対する感情】**

このシンボルマークの最終ラベルは〈実際だからこそ見える家族介護者—療養者の絆や苦悩や日常生活と療養の折り合いの難しさに触れ、心が揺れ動かされる。〉であった。

表3に示すように、「療養者にすごく親身に関わっている家族介護を初めて見て驚いた」や「夫の介護の工夫や、〇氏を気遣う様子を見て〇氏のことを大切に思っていること、〇氏もまた夫を頼っており支え合って生活している」のように、生活の実際から見える家族介護者の絆を感じている。また、「高齢になるまで一緒にいた人が急に疾患を患い、夫である自分にも暴言を言ってくる」や「療養者のその人らしい生活リズムに合わせた介入となっているので、座位時間が長くなり、褥瘡は悪化を辿っている。」のように、介護の苦悩や日常生活と療養の折り合いの難しさに、感情移入して泣きそうになるなどの心の揺れ動きから、療養者や家族への関心の深まりの様相であると捉えていた。

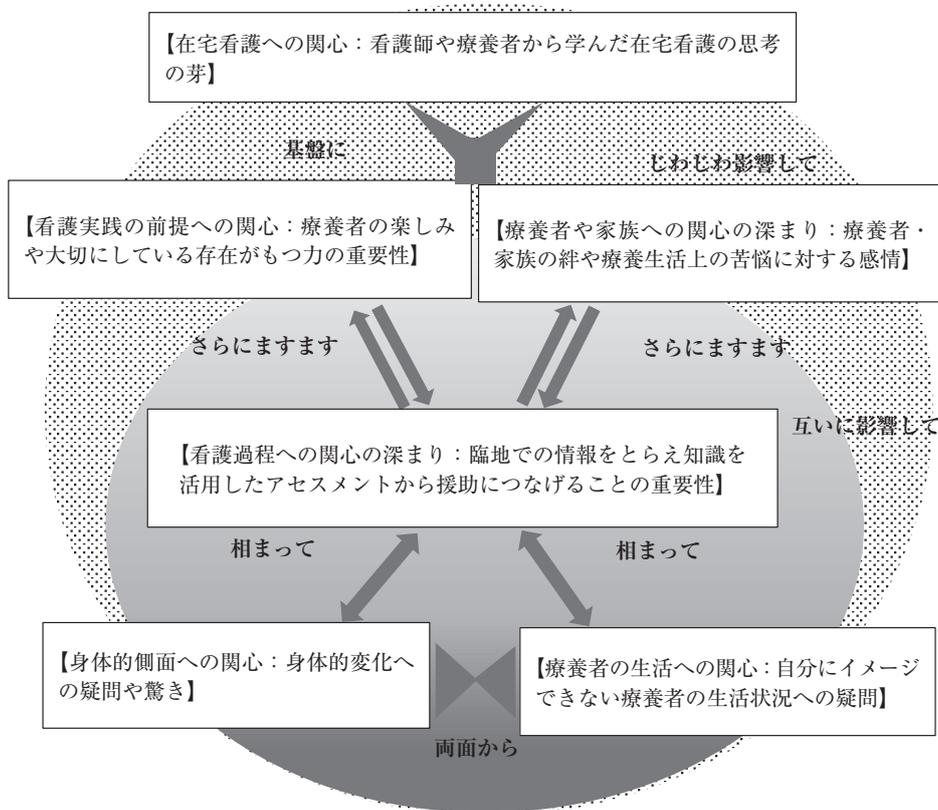


図3 到達度Cのシンボルモデル図

**【在宅看護への関心：看護師や療養者から学んだ在宅看護の思考の芽】**

このシンボルマークの最終ラベルは〈看護師のロールモデルや療養者からの評価に影響を受けて療養者の強みや意向を大切に、根拠のある看護を思考している。〉であった。

表3に示すように、地域包括支援センターのスタッフは

「在宅に戻った後のことを考えて、リスクを予測し、対処法を模索して」いたり、「腹部マッサージ後に多量の便が排出された」や入浴剤を入れた清拭や足浴に「〇氏も『気持ちいい。今日は最高の日だ』と言った」などの効果的な反応があり、「腹部マッサージのすごさに改めて驚いた。」や「工夫することで療養者の喜びにつながる」などと、学

表3 到達度C 最終ラベルと元ラベル(抜粋)

<p>〈療養者の身体状況を表す検査データと症状との関連に引っかかりを感じ、良くも悪くも身体的変化が思いがけないことにハッと気がつき、身体的側面への関心をもつ〉</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●「外傷性急性硬膜下血腫の診断で、要介護5(寝たきり状態・嚥下障害・失語症があり意思の確認困難)の状態であったが、リハビリを行い、今は自分の思いを言ったり、私の名札に書いてある名前を声に出して読んだり、質問に答えたりと想像以上に話すことができている、人間の回復力はすごいと思った。」</li> <li>●「昨日の訪問時に比べ、2か所新しい亀裂ができていて褥瘡がわずかではあるが広がっているのを見て、1日で変化するのかと驚いた。」</li> <li>●「医師が看護師に『DNAR?』と聞いたり、採血結果から『低栄養からくるHB8.6かもしれないね。』と言っているのを聞いて、言葉の意味や検査データが意味する身体症状は何かと疑問に思った。」</li> </ul>	
<p>〈療養者の生活の実際は生活の場が変わったとき自分にはわからない範囲であり、どのように過ごしているのかと疑問を持った。〉</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●「夫婦2人とも脳性麻痺で、訪問看護やヘルパーを利用してご夫婦で暮らしていたが、サービスの介入がない時間はどのように過ごしているのだろうかと疑問をもった。」</li> <li>●「現在機器メンテナンスが良好に行えているが、引越先ではどうなっていくのだろうかと思った。」</li> <li>●「施設の方は療養者さんに、施設入所後のことについて様々な質問をしていたが、療養者さんは認知症のため適切に答えられないときもあったことから、質問の意図や認知症の療養者さん本人への質問に疑問を感じた。」</li> </ul>	
<p>〈思い込みや一般論だけで療養者を捉えるのではなく、臨地での実際の経過や状態について情報を得て分析したことを援助につなげることが大切だ。〉</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●「療養者は認知症であるため、自己にて行うことは難しいと思い込んでいたが、実際は違ったことから、自分の思い込みでイメージしていたことに気づいた。療養者の認知症の程度を把握し、できることはそのまま継続して続けられるように声掛けし、できない部分のみ介入していく必要があるのだと気づいた。」</li> <li>●「療養者さんのストーマは平たんで、パウチも私が今まで見たタイプとはまた違っていたため、看護師さんに話を聞くと糜爛がひどく、術後に使ったパウチのまま何年もこのパウチを使っているということが分かった。」「褥瘡処置のときに看護師さんはノギスにて創の大きさ、幅を測定し、創縁の段差・肉芽の色まで観察していたが、自分は創の広がりや前回測定時より広がっていないか、滲出液の量・色ばかりに目が行っており、観察点の知識不足があったことが今になって分かった。」「認知症だから細かく分けたほうがいいとひとくくりにするのではなく、療養者をそれぞれ疾患の進行度等の個別性を考えた援助が大切と改めて学んだ。」</li> </ul>	
<p>〈療養者が健康に過ごせるためには、看護実践の前提に療養者の楽しみや大切にしている存在の力が大きいことに気づいている。〉</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●「看護師さんが猫や犬が『太った?』と気に掛ける話をすると療養者さんは嬉しそうに笑顔で答えており、療養者さんにとって犬や猫は家族のような存在であるため、その家族を気にかけてもらえてうれしかったのかなと思った。」</li> <li>●「2泊3日で旅行に行くため環境が変わるし活動量も増え、食事がなかなかとれなくなったりして低血糖となったり、体調を壊すリスクがあり、〇氏が心配である。旅行先で体調を壊してほしくないし、楽しんで欲しいから低血糖について話をしたいということ传达了。」</li> </ul>	
<p>〈実際だからこそ見える家族介護者—療養者の絆や苦悩や日常生活と療養の折り合いの難しさに触れ、心が揺れ動かされる。〉</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●「療養者にすごく親身に関わっている家族介護を初めて見て驚いた。」</li> <li>●「〇氏と夫の2人暮らしをしており、長年〇氏の健康管理に関与してきた夫の介護の工夫や、〇氏を気遣う様子を見て〇氏のことを大切に思っていること、〇氏もまた夫を頼っており支え合って生活していることが改めて分かった。」</li> <li>●「高齢になるまで一緒にいた人が急に疾患を思い、夫である自分にも暴言を言うようになってきたら、と自分を療養者の夫と置き換えて考えると、感情移入してしまい泣きそうになってしまった。」</li> <li>●「今現在、療養者の家で過ごしたいという望みと復職したいという望みに対して褥瘡処置を行っているが、療養者のその人らしい生活リズムに合わせた介入となっているので、座位時間が長くなり、褥瘡は悪化を辿っている(後略)」</li> </ul>	
<p>〈看護師のロールモデルや療養者からの評価に影響を受けて療養者の強みや意向を大切に、根拠のある看護を思考している。〉</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●「地域包括支援センターのスタッフは療養者の入院前の在宅の様子を詳しく知っているからこそ、在宅に戻った後のことを考えて、リスクを予測し、対処法を模索しており、先のことを考えられるのがすごいと感じ、自分にも身に付いたらいいな、頑張ろうと思った。」</li> <li>●「NSは顔色の観察を行ったり、気分不良はないか本人に確認をしていた。腹部マッサージ後に多量の便が排出されたため腹部マッサージのすごさに改めて驚いた。」</li> <li>●「清拭や足浴のお湯に入浴剤が入れられており、香りがあることで気分が変わると気づいたが、〇氏も『気持ちいい。今日は最高の日だ』と言っており、工夫することで療養者の喜びにつながると思った。」「家族の意向に沿った看護を行うことが大切であることを学んだので、家族の協体制や介護の疲労を確めながら訪問していきたい。」「療養者の強みは、自らの意思を表現し、回復に向けた行動を理解し、実践につなげていることなので、今後は栄養面に介入し、内側からアプローチしていきたいと考えている。」</li> </ul>	

生自身が「すごいなと感じ、自分にも身に付いたらいいな、頑張ろうと思った。」と影響を受けていた。さらに、「家族の意向に沿った看護を行うことが大切であることを学んだので、家族の協力体制や介護の疲労を確かめながら訪問していきたい。」や「療養者の強みは、自らの意思を表現し、回復に向けた行動を理解し、実践につなげていることなので、今後は栄養面に介入し、内側からアプローチしていきたいと考えている。」のように、療養者・家族の意向や強みを大切に、回復に向けた実践につなげたいという、在宅看護への関心の様相であると捉えていた。

## (2) 到達度Cのシンボルモデル図の叙述化(図3)

在宅看護論実習において、教員が見た到達度Cの学生の『関心・意欲・態度』の様相は、まず、【身体的側面への関心：身体的変化への疑問や驚き】と【療養者の生活への関心：自分にイメージできない療養者の生活状況への疑問】の両面から、【看護過程への関心の深まり：臨地での情報を捉え知識を活用したアセスメントから援助につなげることの重要性】と互いに相まっており【看護実践の前提への気づき：療養者の楽しみや大切にしている存在がもつ力の重要性】、【療養者や家族への関心の深まり：療養者・家族の絆や療養生活上の苦悩に対する感情】にさらにますます相まっていた。全体がじわじわと影響して、【在宅看護への関心：看護師や療養者から学んだ在宅看護の思考の芽】の基盤となっていた。

## 4. 到達度A・到達度B・到達度C別に教員が見る『関心・意欲・態度』の様相の比較

到達度A・到達度B・到達度C別に教員が見る『関心・意欲・態度』の様相において、関心の様相がどの到達度においても捉えられていたことは共通していたが、意欲と態度においてそれぞれの到達度の特徴をもって違いが見られた。

まず、到達度Aでは、看護への動機づけや自身の看護過程への関心と安全・安楽の倫理観に向けられた意欲が、さらにますます影響して、【主体的学習への意欲：療養者との関わりによる主体的学習と自己成長の促進への実感】と善循環サイクルをなしたところで、態度の形成を捉えたところに特徴があった。【主体的学習への意欲】は、元ラベル「〇氏の思いを無駄にしないためにもしっかり学びたいと思うことができた。」や「精一杯頑張っ、看護師となった未来、たくさんの療養者さんの支えになれる看護師になろうと思った。」や「療養者の暮らしぶりや利用しているサービスを制度と照らし合わせると、イメージが湧き、難しいけれどわかるようになりたいと感じることができたことは成長といえる。」のように、自己成長の促進を実感し、さらに成長しようとする意欲の様相であり、到達度B・Cでは捉えられなかった。

次に、到達度Bでは、療養者の生活支援と自身に向けられた2つの関心と学習意欲を基盤に態度形成に発展していると捉えたところに特徴があった。

元ラベル「誤嚥による呼吸不全など発症する恐れもあるが、本人・妻共に延命処置はしないという選択の下で、妻は仕事をしながらできるだけ介護をしていた。こういった選択をする家族の形があるのかと驚いた。」のような【療養者の生活支援への関心】と元ラベル「文字盤を使ってコミュニケーションをとることは難しく、何度も聞き返して療養者さんに負担をかけ、『疲れた』と言わせてしまって申し訳ない。」や「〇氏の生活に則した、〇氏が継続できる援助計画を考えられていなかったことが心残りである。」といった【学生の内面への関心：自分の援助の傾向への内省】は双方ともに感情を伴った関心であった。これらの関心が、元ラベル「『ありがとう、よろしくね』と行ってくださったとき、すごく温かさを感じたこと、私自身がすごく心を動かされることが多かった。」のように【療養者に動機づけられた学習意欲の高まり：療養者や看護の学びから頑張る気持ちの芽生え】という意欲とが相まって発展していくという様相は到達度A・Cには見られないものと捉えていた。

最後に、到達度Cでは、【身体的側面への関心】と【療養者の生活への関心】という2つの療養者への関心が【看護過程への関心の深まり】に影響されることで看護へ思考が向き、【在宅看護への関心】へと関心が深まっていたが、到達度A・Bのように、意欲や態度形成への発展が見られないと捉えていた。

## V. 考 察

教員は、到達度A・到達度B・到達度Cの『関心・意欲・態度』の様相を、到達度ごとに特徴をもって捉えた。その特徴の意味と情意領域の評価の在り方について考察する。

### 1. 教員が捉えた『関心・意欲・態度』の様相の特徴の意味 (1) 教員が捉えた到達度Aの『関心・意欲・態度』の様相の特徴の意味

到達度Aは優(80点以上)と評価した学生の『関心・意欲・態度』の様相である。この様相の特徴は、【主体的学習への意欲：療養者との関わりによる主体的学習と自己成長の促進への実感】に見られており、療養者との関わりが主体的学習や看護師をめざすことへの意思の高まりとなり、主体性や自分の成長を実感している意欲が影響した態度形成の様相と捉えていたところにある。

意欲とは、北(2014)は「積極的に関わろうとする意思や気持ちをもつようになること」、速水(1998)は「自分

を伸ばしたいという気持ち、動機づけである」と述べている (p.156)。さらに速水 (1998) は「動機づけの最も基本的な構成要素に『感情』があり、感情が強く生起するほど動機づけは高くなる」と感情と動機づけの関連を述べている (pp.24-26)。

このシンボルマークの元ラベルには、例えば「難しい複雑だと感じていた制度も、ひとつひとつの療養者の暮らしぶりや利用しているサービスを制度と照らし合わせると、難しいけれどわかるようになりたいと感じることができたことは成長といえる。」のように、療養者との関わりが主体的学習や看護師をめざすことへの意思の高まりとなっていたり、主体性や自分の成長を実感しているという意欲の様相であると言える。

速水 (1998) は自分の成長を実感できることは、自尊感情と似ており、動機づけの過程で作用すると言っている (pp.36-37) ことから、【主体的学習への意欲】は、自尊感情が作用して動機づけられたものと考えられる。

また、このシンボルモデル図は、【看護への動機づけとなる関心：五感を使ったケアの面白さや自身のケアの未熟さの痛感から実感した看護のやりがいと責任】や【自身の看護過程への関心：よりよい看護のために必要な思考と自身の課題への気づき】の2つの関心が相まって始まっていた。この様相から、【主体的学習への意欲】は、在宅看護の実際の場面で“看護”や“自身”に対して、感情を伴った関心を向けることがきっかけの一つになっていると考えられる。

さらに、2つの関心が影響して、【安全・安楽の倫理観に向けられた意欲の芽生え：リスクの高い療養者やその家族への訪問看護師の役割追求】や【セルフケア支援に対する自身の見方への関心：その人らしく努力していることを支援する看護の大切さへの気づき】は【主体的学習への意欲】と善循環サイクルをなした様相であると、教員は捉えていた。

この様相から、【主体的学習への意欲】は、援助における療養者の安全の確保という意味を追求したり、看護師の助言や発言を深く思考することで、セルフケア支援に対する自身の見方に変化が起こると捉えていた。田中・市川 (2017) が、感情にのみ訴える形で喚起される関心に比べ、学習内容に内在する価値の認知を伴った関心の方がより深い関心と述べている (pp.203-215) ように、専門性や本質性への価値を伴った“知識”と“思考”の認知領域と連動して動機づけられていると考える。このことから、到達度 A の学生は認知領域の学習活動が多いことが予測され、認知領域に主眼をおいて評価をしていたのではないかと危惧したことは、情意領域と認知領域が連動している様相であったことがわかる。

さらに、『関心・意欲・態度』の形成は段階的であり認知領域と連動して育てることができると言われており (中村ほか, 2006, p.95), 本研究において教員が捉えた到達度 A の『関心・意欲・態度』の様相は段階的ではないが、関心と意欲が相互に関連し、“知識”と“思考”の認知領域と連動して価値を見出し動機づけられた主体的学習への意欲が影響して、態度が形成される様相を捉えていたと考える。

これらのことより、態度のみを見るのではなく、その態度に至るまでの関心や意欲の相互関連性を見極めることが情意領域の育成において重要だと考える。

## (2) 教員が捉えた到達度 B の『関心・意欲・態度』の様相の特徴の意味

到達度 B は良 (70点~79点) と評価した学生の『関心・意欲・態度』の様相である。この様相の特徴は、療養者との関わりでの豊かな感情を伴い療養者と自分自身への関心から学習意欲を高め態度が芽生えたと捉えていたところにある。

まず、療養者の生活支援と自身に向けられた2つの関心は、強い感情をもつ関心であった。1つ目の療養者の生活支援に向けられた関心について、【療養者の生活支援への関心：療養生活を継続させるための支援体制への疑問】では「本人・妻共に延命処置はしないという選択の下で、妻は仕事をしながらできるだけ介護をしていた。」といった選択をする家族の形への強い驚きの感情をもっていた。【療養者に動機づけられた学習意欲の高まり：療養者や看護の学びから頑張る気持ちの芽生え】では、療養者の「『ありがとう、よろしくね』の言葉」に温かさを感じ自己効力感が高まり、私の看護に価値を伴い強く感情が喚起されていた。これらの強い感情をもった関心が動機づけとなって (田中・市川, 2017, pp.203-215) 学習意欲が高まっていたと考える。その学習意欲はさらに、正のスパイラルをなして【在宅看護に向けられた意欲】へと発展していると捉えていた。療養者に向けられた強い感情の喚起や価値を伴う関心の深まりが、動機づけとなって、学習意欲をさらに高め合う相互関係が重要と考える。

次に2つ目の自身に向けられた関心について、【学生の内面への関心：自分の援助の傾向への内省】では、文字盤を使ってコミュニケーションをとることは難しく、『疲れた』と言わせて“申し訳ない”と記述しており、これは、速水 (1998) のいう価値を伴った内省の感情を伴う関心 (pp.24-26) と考える。この強い感情を伴った関心は【療養者に動機づけられた学習意欲の高まり】の学習意欲と相まって、学習者自身への関心が、正のスパイラルをなして【自己へ向けられた関心】へと発展し、価値観の尊重への気づきへと関心が深まっている (田中・市川, 2017,

pp.203-215) と考えた。

この2つの正のスパイラルから波及して、【療養者主体の看護という考え方の関心】は、セルフケアの概念を用いて思考したことで、療養者は努力してセルフケアを行っているという療養者の理解の考え方が変わり、米沢(1980)が述べているように、専門性を高めることによりセルフケア支援こそが看護だと、療養者主体の看護という本質性に気づき関心を深めた(pp.12-13) と考える。

最後の【看護専門職としての態度】では、責任をもった看護の実践の重要性に気づいており、根拠のある看護を行えるようにしていきたいと、自律的動機づけ(速水, 1998, pp.156-162) となっている。責任をもった看護の実践や根拠のある看護は、葛西・大坪(2005)の言う、看護職の専門職性を構成する概念である、「専門職としての自律性」・「専門的知識と技術に基づく看護実践」(pp.89-96)と同様で、さらにこれらに関連して、自分もそうなりたいという意味は、「専門職としての成長」につながる自己研鑽に結びつく動機づけと考えられる。これらの【看護専門職としての態度】は、看護専門職としての倫理(日本看護協会, 2021, p.5)にも該当する重要な態度と考えられ、先に向かって自分もそうなりたいという意味を表出した態度を形成する相互関係が重要である。

到達度Bでは、療養者との関わりを豊かな感情で捉えており、療養者と自分自身への関心が高いことが特徴である。強い感情の生起や内省の動機づけから関心が深まり意欲となっている。ここでは動機づけを初発させる必須の要素である認知領域が感情ほどに強くないためか、到達度Aのような、主体的学習意欲へとは発展していなかった。しかし、セルフケア支援の気づきでは知識と思考を伴ったことから、態度形成へと発展していると捉えており、認知と思考を伴うことが発展へ大きく影響するのだと考えた。

### (3) 教員が捉えた到達度Cの『関心・意欲・態度』の様相の特徴の意味

到達度Cは可(60点~69点)と評価した学生の『関心・意欲・態度』の様相である。この様相の特徴は、関心が深まっていく様相はあったが、意欲や態度形成への発展が見られなかったと捉えていたところにある。

米沢(1980)は、関心の構造には関心を向ける対象、関心のレベルとなる専門性がある(pp.12-13)と言い、田中・市川(2017)は、興味(以下同義語として関心と表現する)の深さとなる時間的持続性(一時的か、持続的か)、内容本質性(表面的か、本質的か)、価値随伴性(関心に価値が随伴しているか否か)がある(p.208)としている。これをもとに到達度Cを見ると、療養者の身体や生活を【関心】の対象とし、在宅ならではのところに着目し人間の回復力といった本質的なところに感銘を受けて、関心の

深まりが見られていると捉えたと考えられた。しかしこれらの、【身体的側面への関心】【療養者の生活への関心】は療養者の身体や生活の実際を見て取った表層的な関心であったと考える。

この2つの関心と相まって深くなっていると捉えた【看護過程への関心の深まり】では、例えば、「療養者は認知症であるため、自己にて行うことは難しいと思い込んでいたが、実際は違ったことから、自分の思い込みでイメージしていたことに気づいた。療養者の認知症の程度を把握し、できることはそのまま継続して続けられるように声掛けし、できない部分のみ介入していく必要があるのだと気づいた。」のように、価値観に触れながら、療養者のもてる力といった本質(田中・市川, 2017, pp.203-215)に向きつつ、また、「認知症の程度を把握し介入していく」ところではアセスメントの思考を伴った看護の専門性(米沢, 1980, pp.12-13)が加わり、関心が深まったと考える。

さらに、【療養者や家族への関心の深まり】では療養者や家族介護の在り方にこれまでの認識と違った様子を見て「驚いた」との感情が生じ、中村ら(2006)の報告と同様で関心が深まっている(p.96)が、意欲につながるほどの強い感情の喚起(速水, 1998, pp.24-26)とはなっていないと考えられる。

これらの関心の様相を基盤に、【在宅看護への関心】ではこれまでの本質性や価値観に触れた関心がじわじわ影響したことと看護のロールモデルによって、在宅看護の思考に気づき、それに価値を見出し、自身もそうありたいと感情が動いている(前川, 2007, pp.135-137)が、意欲までには至っていないと考える。

到達度Cでは、感情の生起はあるものの強いものではないことや、知識や思考を伴う動機づけが見当たらない。それでも看護過程の関心の深まりから知識や思考を伴っているが強い動機づけとはならず意欲への発展がなく、態度の形成までには至らなかった。態度を形成するためには、知識や思考を伴う動機づけられた意欲を引き出すことが重要と考える。

## 2. 『関心・意欲・態度』の様相から振り返る情意領域の評価の在り方

教員が捉える『関心・意欲・態度』の様相から、在宅看護論実習における教員の評価を振り返り、情意領域の評価の在り方について考察する。

まず、教員が実習記録から『関心・意欲・態度』の記述として抽出したラベル数は、到達度Aは119ラベル、到達度Bは49ラベル、到達度Cは37ラベルで、到達度Aのラベル数は到達度Bや到達度Cと比較して多かった。これは、実習記録別においても同様であり、記録の量が限られてい

るため、単に到達度Aの記録の量が全体的に多いということではなく、到達度Aの実習記録には、教員が『関心・意欲・態度』と捉える表現が多く記述されていたことになる。また、到達度Aの“関心・意欲が相まって、知識と思考が連動して動機づけられた主体的学習への意欲が影響し、態度形成となる”様相の特徴から、教員が曖昧であると感じていた情意領域の評価は、総括的評価における到達度Aとして妥当であったと考える。教員が情意領域の評価基準を曖昧だと感じていたのは、『関心・意欲・態度』に対する明確な目標をもたないまま感覚的に捉えたためだと考える。このことは、到達度Bや到達度Cにおいても同様のことが言える。

情意領域の『関心・意欲・態度』は見えにくい学力であり直接つかみにくく、到達の姿も多様とされている（中村ほか、2006、p.90）。本研究においても、到達度Aでは【療養者尊重の倫理的態度の芽生え】【看護観形成の態度】、到達度Bでは【看護専門職としての態度】、到達度Cでは【在宅看護への関心】のように、到達の姿は多様で、その様相は複雑だと実感するところではあるが、『関心・意欲・態度』の概念をもって捉えていけば情意領域の学習成果を捉えることは可能であるとわかった。田島（2009）は、「情意領域の内容は最も目標化しにくい領域ではあるが、対人関係が中心となる看護の場合には、この領域の内容をできるだけ行動化して表現していく必要がある。それも看護援助の過程でその内容が確実に考慮されるように表現しておくことが望まれる」と言っている（p.58）ように、本研究では、到達度ごとに明らかになった様相を基に、情意領域の目標と評価基準の設定を可能とする示唆が得られた。

また、到達度Cでは、療養者への関心があり、看護過程への関心の深まりがあるものの、到達度Aの自己の課題や到達度Bの内省といった自己への関心が薄く、表層的な関心に終わったと考えられる。表出されている感情を活用して認知と思考を促すような形成的な評価をしていくことが必要であったことが示唆された。そしてそれは、毎日の記録を丁寧に見て、学生との対話を通して動機づけしていく教員の役割なのだと認識した。

次に、構造化された到達度A・B・Cの様相は多様であった。到達度Aの【主体的学習への意欲】のように途中に基盤がある場合もあった。これらの到達の姿や基盤に至るまでに共通していたことは、さらに多様な関心と意欲が相まって影響していたことである。到達度AやBは、療養者や自身に向けられた関心や意欲を持ち、到達度Cは表層的な関心が深まっていた。つまり、これらの関心や意欲の様相を見極め、さらに促進して発展させるためには、形成的評価は欠かせないものだと考える。

また、到達度Bでは“療養者に動機づけられ意欲へと発

展し価値を伴う認知によって態度形成”に発展している。情意領域の評価としては、療養者との関わりを豊かな感情で捉え、自分自身への関心も高く、態度形成を成していることから、到達度Aに相当すると考える。しかし、到達度Bは総括的評価であることから、豊かな情意領域を強みとして、認知領域への動機づけがあれば総括的評価が到達度Aとなる可能性が高いと考えられ、認知領域と共に情意領域を形成的に評価していくことの重要性が示唆された。まさに、ブルームらが言う、「情意的目標の形成的評価は、成績をつけることを目的とするのではなく、学生にフィードバックすることを目的とする」（Bloom, et al., 1971/1979, p.318）ということであると深く認識できる。

このように、『関心・意欲・態度』が相互に関連して発展していく（北、2014）と言われているように、本研究においても到達度A・到達度B・到達度C別に構造化することによって、『関心』『意欲』『態度』の具体的な相互関連性が見られ、形成的な評価の重要性とその在り方が認識でき、実習記録を媒体としてでも情意領域を見極めて育てていくことは教員の役割の一つであって、さらに実習記録には記述されなかった実習現場での学生の情意領域の評価を行う実習指導者との協働も大切になってくると考える。

## VI. 本研究の限界と課題

本研究は、A校における在宅看護論実習評価において、到達度別に教員が捉えた『関心・意欲・態度』の様相である。到達度の評価は在宅看護論実習目標に沿ったものであり、教育機関・教育課程の違いによって教員が捉える『関心・意欲・態度』の様相には違いがあることが予測され、一般化することはできない。しかし、今回抽出された『関心・意欲・態度』の様相は一人一人の学生の『関心・意欲・態度』の育ちがどのように形成されているかを捉える指標になると考える。つまり、到達度別の『関心・意欲・態度』の様相を総合して分析をすることによって、実習目標において情意領域の指標が明確となり、到達度ごとの実習目標の評価規準の資料になり得ると考える。

## 結 語

在宅看護論実習記録を用いた評価において、教員は総括的評価の到達度別に『関心・意欲・態度』の様相の特徴を捉えており、『関心』『意欲』『態度』の相互関連性や情意領域の評価の在り方の示唆が得られた。

1. 総括的評価優（到達度A）では、段階的ではないが、関心と意欲が相互に関連し、“知識”と“思考”の認知領域と連動して価値を見出し動機づけられた主体的学習

への意欲が影響して、態度が形成される様相を捉えていた。また、到達度Aの学生は認知領域の学習活動が多いことが予測され、認知領域に主眼をおいて評価をしていたのではないかと危惧したことは、情意領域と認知領域が連動している様相であったことがわかった。そのため、態度のみを見るのではなく、その態度に至るまでの関心や意欲の相互関連性を見極めることが情意領域の育成において重要である。

2. 総括的評価良（到達度B）では、療養者との関わりを豊かな感情で捉えており、療養者と自分自身への関心が高いことが特徴である。強い感情の生起や内省の動機づけから関心が深まり意欲となっているが、動機づけを初発させる必須の要素である認知領域が感情ほどに強くないためか、到達度Aのような、主体的学習意欲へとは発展していなかった。しかし、専門性を高め、本質性に気づき知識と思考を伴ったことから、態度形成へと発展していると捉えており、豊かな関心と意欲の相互関連性に、認知領域を連動させることが重要である。
3. 総括的評価可（到達度C）では、感情の生起はあるものの強いものではないことや、知識や思考を伴う動機づけが見当たらない。それでも看護過程の関心の深まりから知識や思考を伴ってはいるが強い動機づけとはならず意欲への発展がなく、態度の形成までには至らなかったと捉えた。態度を形成するためには、知識や思考を伴う動機づけられた意欲を引き出すことが重要である。
4. 到達度ごとに明らかになった『関心・意欲・態度』の様相を基に、情意領域の目標と基準を設定し、関心・意欲の相互関連性を見極め、さらに発展させていくために、認知領域と共に情意領域を形成的に評価していくことの重要性が示唆された。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、研究の主旨に理解を示し実習記録を用いることに快く同意していただいた学生の皆様に感謝申し上げます。本研究は、大分大学大学院医学研究科修士論文に加筆修正したものであり、第47回日本看護研究学会学術集会において発表した。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 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

- Bloom, S.B., Hastings, T.J. & Madaus, F.G. (1971) / 梶田毅一, 渋谷憲一, 藤田恵聖訳 (1979). *教育評価法ハンドブック：教科学習の形成的評価と総括的評価 (九版)*. 東京：第一法規出版.
- 速水敏彦 (1998). *自己形成の心理：自律的動機づけ*. 東京：金子書房.
- 葛西敦子, 大坪正一 (2005). 看護職の専門職性を構成する概念. *The concept constituting nurses' professionalism*, 弘前大学教育学部紀要, 93, 89-96.
- 北 俊夫 (2014). 教育の小径No.65, ぶんけい教育研究所.
- 公益社団法人日本看護協会 (2021). 看護職の倫理綱領, *公益社団法人日本看護協会*, 5.
- 厚生労働省医政局 (2015年3月31日). 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインについて. 厚生労働省. [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc1593&dateType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc1593&dateType=1&pageNo=1) (参照2015年4月)
- 厚生労働省医政局看護課 (2019年10月5日). 看護基礎教育検討会報告書. 厚生労働省. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_07297.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07297.html) (参照2020年10月1日)
- 前川幸子 (2007). 看護基礎教育における臨地実習の教育方法. *日本看護研究学会雑誌*, 30(2), 135-137.
- 中村祐治, 堀内かおる, 岡本由希子, 尾崎 誠 (2006). *これならできる 授業が変わる 評価の実際：「関心・意欲・態度」を育てる授業：家庭科, 技術・家庭科*, 東京：開隆堂出版.
- 西岡加名恵, 石井英真, 田中耕治 (編) (2015). *新しい教育評価入門：人を育てる評価のために (第1版)*. 85-91, 東京：有斐閣.
- 沖 裕貴 (2007). 観点別教育目標から考えるカリキュラム・ポリシーの構造：理念・目標, ディプロマ・ポリシー, シラバスとの関連において. *立命館高等教育研究*, 7, 64.
- 新村 出編 (2018). *広辞苑第7版*, 東京：岩波書店.
- 首藤八千子, 脇 幸子 (2019). 在宅看護論実習の評価基準の課題分析：実習記録における教員によるパフォーマンス評価対象の明確化を通して. *日本看護研究学会第24回九州・沖縄地方学術集会学術誌*, 42.
- 田島桂子 (2009). *看護学教育評価の基礎と実際：看護実践能力育成の充実に向けて*. 東京：医学書院.
- 高橋裕子, 松田安弘, 山下暢子, 吉富美佐江 (2014). 看護学教員による実習記録へのフィードバックに関する研究. *群馬県立県民健康科学大学紀要*, 9, 13.
- 田中瑛津子, 市川伸一 (2017). 学習・教育場面における興味の深化をどう捉えるか：鼎様相モデルによる諸研究の分析と統合. *心理学評論*, 60(3), 203-215.
- 米沢 弘 (1980). *日本人の関心の構造*. 12-13, 東京：至誠堂.

2022年2月27日受 付  
2023年2月22日採用決定

# Teacher Perceptions of “Interest, Motivation, And Attitude” for Different Levels of Achievement in Home Nursing Practical Training

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(2), 201-218  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230222232>

Yachiko Shutou, Ms, RN<sup>1</sup>, Sachiko Waki, PhD, RN<sup>2</sup>,  
Natsuki Oono, Ms, RN, PHN<sup>2</sup>, Rie Suehiro, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Beppu University Faculty of Nursing Preparation Office, Oita, Japan

<sup>2</sup>Oita University Nursing School of Medicine, Oita, Japan

## Abstract

**Objective:** To clarify the characteristics of “interest, motivation, and attitude” as perceived by teachers based on student records for different levels of achievement, in order to investigate assessment of the affective domain in training. **Methods:** Descriptions that were perceived as reflecting “interest, motivation, and attitude” in the records of 15 students with overall grade assessments of A, B, or C ( $n=5$  for each) were converted into data and structured by the KJ method. **Results:** A students formed an effective cycle from their “incentive for nursing and interest in their own issues” to their “willingness to learn independently,” and were perceived to demonstrate “formation of nursing values and an ethical attitude.” B students were perceived to have “the beginnings of an attitude of a specialist nursing professional” based on their “interest in patient-centered nursing,” which was influenced by the two positive patterns of “increased willingness to learn motivated by patients” and “interest in internal aspects of students.” C students were perceived to have taken “interest in home nursing” because of their “interest in physical aspects and in the everyday lives of patients.” **Conclusions:** The results suggest the importance of nurturing the affective domain through formative assessments such as determination of the interrelationship between willingness and interest resulting from emotion, and the link between the affective domain and the cognitive domain, using knowledge and thought as motivation to elicit willingness.

## Key words

interest, motivation, attitude, affective domain

---

**Correspondence:** Y. Shutou. Email: [shu0717.keyaki@gmail.com](mailto:shu0717.keyaki@gmail.com)

# 病院で働く女性のスタッフ看護職の 個人・看護単位レベルの要因と 妊娠出産意欲との関連： 階層モデル分析による検証

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(2), 219-232  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230728230>

安部陽子<sup>1</sup>, 新田真弓<sup>1</sup>, 高田由紀子<sup>2</sup>, 千葉邦子<sup>3</sup>, 佐々木美喜<sup>4</sup>,  
辻田幸子<sup>5</sup>, 古谷麻実子<sup>6</sup>

<sup>1</sup>日本赤十字看護大学, <sup>2</sup>東京医療保健大学

<sup>3</sup>済生会宇都宮病院看護専門学校, <sup>4</sup>石巻赤十字病院

<sup>5</sup>神奈川工科大学健康医療科学部看護学科, <sup>6</sup>杏林大学

## 要旨

目的：病院で働く女性のスタッフ看護職を対象として、個人レベルの要因および看護単位レベルの要因と、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲の関連を階層モデル分析により明らかにする。方法：2病院の20～49歳を対象に質問紙調査を行い、欠損値のない26看護単位の221スタッフ看護職のデータを一般化線形階層モデルで分析した。結果：現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲のオッズ比は、35歳以上は0.44、夫・パートナーがいる場合は2.22、小学生のときの母親の就労状況が正職員・自営・農業の場合は2.23、准看護師免許を持っている場合は0.17、看護単位の業務負担の平均値が1単位（標準偏差）高い場合は1.24であった。結論：20歳代で就業を中断しても再就業できる制度、ジョブ型雇用の導入、AIを活用した看護職配置ソフトウェアの開発、柔軟な看護職配置に対する診療報酬での評価が妊娠出産意欲の向上に有用な可能性がある。

## キーワード

病院, 看護職, 関連要因, マルチレベル分析, 妊娠出産意欲

責任著者：安部陽子. Email: k-abe@redcross.ac.jp

## 緒言

日本では、少子化対策として就業と妊娠出産の両立に関する政策が進められている。Bronfenbrenner (1979/1996) は、妊娠出産のような、役割の変化を伴う人の発達には、その人を取り巻く入れ子構造の環境から影響を受けると説明している。入れ子構造とは地域の中の職場、職場の中の個人のように、大きいものの中に小さいものが入る構造のことである。Bronfenbrenner (1979/1996) が説明したように、女性の妊娠出産には、個人だけでなく、その個人を取り巻く職場や、その職場を取り巻く地域の要因が関連している。日本女性の妊娠出産と関連する個人の要因の例としては、年齢・学歴・雇用状況等の基本属性や、家族・子どもに関する価値観等が報告されている（藤野, 2019; 林・山内・藤本, 2015; 樋口・松浦・佐藤, 2007; 樋口・坂本・萩原, 2016; 大関・大井・佐藤・葛西・池田, 2012; 鈴木・和田, 2010; 山口, 2004; 山崎・齋藤, 2009）。職場

の要因の例としては、組織の規模、現在は法律で義務化された育児休業制度の有無（樋口・坂本ほか, 2016; 山口, 2004）、地域の要因の例としては、保育所定員が記述されている（樋口・松浦ほか, 2007）。

しかし、妊娠出産と関連する要因の既存の研究には、研究デザイン、変数、研究対象者の点で限界がある。第一に、基本属性や価値観等の個人要因との関連は調査されているが、例えば、職場の上司や同僚の妊娠出産する部下への態度、業務負担、法で定められた妊娠出産関連制度の実際の利用可能性、組織の妊娠出産支援制度、地域の子育て支援政策や文化等、入れ子構造になった変数を含めたデザインによる研究はない。第二に、実際の妊娠出産と妊娠出産意欲は強い関連があり（山口, 2004）、実際に妊娠出産する前に「妊娠出産したい」と思っていることは重要だが、妊娠出産意欲を目的変数として個人、職場、地域の要因との関連を調査した研究はない。第三に、既存の研究は一般的な女性労働者を研究対象者としており、病院で働く

女性の看護職を研究対象者として、個人、職場、地域の要因と妊娠出産意欲の関連を包括的に調べた研究はない。

これらの研究における限界の結果、労力、予算、時間などの資源に限られる中、実際に妊娠出産する前の妊娠出産意欲と、個人、職場、地域の要因のうち関連する要因は何か、どの要因に優先的に対応すればよいか、は明らかではない。さらに、病院で働く女性の看護職は、専門職としての免許を得て働いていること、24時間稼働することが必要な病院において交代制勤務が求められること、法令や診療報酬上、決まった数の看護職の配置が必要で誰かが休めば誰かが働かなければならないこと、患者の健康を左右する緊張感の高い業務に従事していること等から、一般的な女性労働者とは妊娠出産意欲と関連する個人、職場、地域の要因が異なる可能性がある。加えて、病院で働く女性の看護職は、女性労働者3,044万人（厚生労働省雇用環境・均等局、n.d.）の約3%と比較的大きな割合を占める（厚生労働省、2022から計算）。けれども、このように比較的大きな割合を占める女性労働者への対応の根拠となるデータは不足している。

そこで、研究者らは人を取り巻く入れ子構造の環境が人の発達に影響を与えるというBronfenbrenner (1979/1996)のエコロジカルモデルから着想を得て、病院で働く女性の看護職を対象に3段階の調査を行った。第1段階では、妊娠出産意欲に関する半構造化面接調査を行い、病院で働く女性の看護職の妊娠出産意欲と関連がある個人、看護単位、病院、地域の要因を記述した。第2段階では、①これらの要因を測定する尺度を作成し、②地域の異なる2病院間における妊娠出産意欲の変動（差異）の有無を確認した。加えて、③2病院の26看護単位間における妊娠出産意欲の変動の有無を確認し、個人、看護単位、病院、地域の要因の中から、個人レベルの要因（妊娠出産に関する価値観、妊娠出産と就労に関する環境に対する個人の認識等）および看護単位レベルの要因（妊娠出産と就労に関する環境に対する看護単位の看護職全体の認識等）と個人の妊娠出産意欲の関連を階層モデル分析で確認した。階層モデル分析は、個人、職場、地域のような、入れ子になった複数の変数と、個人の変数の関連を、重回帰分析やロジスティック回帰分析よりも正確に分析するための手法である。第2段階の②と③の結果、地域の異なる病院間、看護単位間において妊娠出産意欲の変動があることが確認され、第3段階では、個人、看護単位、病院、地域の要因が日本の女性病院看護職の妊娠出産意欲と関連する程度を説明する階層モデル分析を、全国の病院を対象とした質問紙調査により行った。

病院で働く女性の看護職を含めて、すべての女性には、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むか

を自分で決める権利があり、妊娠出産の強要はできない（WHO, n.d.）。この研究結果は、女性労働者のうち比較的大きな割合を占める、病院で働く女性の看護職が、躊躇せずに妊娠出産意欲を持てる状況を作り出すためには、個人、職場、地域のどの要因に優先的に対処すればよいかを検討する際の一資料となる。

## I. 目的

3段階の研究全体の目的は、病院に勤務する女性看護職の個人、職場、地域の要因と妊娠出産意欲との関連を明らかにすることであった。本論文では、第2段階での③にあたる部分の分析結果を報告する。本論文の具体的な目的は、病院に勤務する女性のスタッフ看護職を対象として、第1段階を経て抽出された要因のうち、個人レベルの要因（妊娠出産に関する価値観、妊娠出産と就労に関する環境に対する個人の認識等）および看護単位レベルの要因（妊娠出産と就労に関する環境に対する看護単位の看護職全体の認識等）と、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲の関連を階層モデル分析により明らかにすることであった。なお、第2段階では、看護管理者の参加が少なかったため、本論文の分析の対象者をスタッフ看護職に絞った。

## II. 方法

### A. 用語の定義

**病院で働く女性のスタッフ看護職**：病院に勤務する女性の保健師、助産師、看護師、准看護師で看護単位の責任者以上の職位にない者とする。

**現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲**：現在の看護単位で就業しながら、妊娠して出産することを希望する気持ちとする。

**妊娠出産に関する価値観**：看護職の妊娠出産と就労に関する「バランスの比重」と「タイミング」に関する考え方とする。「バランスの比重」は妊娠出産により、就業より私生活を優先するため、離職やパート勤務等雇用状況を変更したいと考えるか、「タイミング」は結婚・妊娠出産について、職場で一人前になってからなど計画的に行うべきと考えるかを示す。

**妊娠出産と就労に関する環境**：看護職の妊娠出産と就労に関する「看護師長の管理」、「同僚との関係」、「業務負担」とする。「看護師長の管理」は看護職が、所属する看護単位の看護師長が妊娠出産育児をする看護職に対して支援的であると思っているかどうかを指す。「同僚との関係」は

看護職が、所属する看護単位の同僚が妊娠出産育児をする看護職に対して支援的であると思っているかどうかを指す。また「業務負担」は看護職が、所属する看護単位の勤務時間、残業、人的資源の観点から、妊娠出産育児と就労を両立させるためには業務の在り方が障害になると思っているかを指す。なお、ここでは第1段階を経て抽出された妊娠出産意欲に関連する要因に、妊娠出産後の育児を見据えた内容も含まれていたため、「妊娠出産育児をする看護職」としている。

## B. 研究デザイン

研究のデザインは横断的自記式質問紙調査であった。

## C. 研究協力病院

第2段階の調査では、第3段階の調査に向けて、地域は違うが、設置主体・規模・機能が類似した病院間、その病院の看護単位間で妊娠出産意欲の変動があるかを明らかにするために、合計特殊出生率 (total fertility rate : TFR) が最も低い、あるいは最も高い都道府県から、それぞれ1病院ずつに研究協力を依頼した。TFRが最も低い、あるいは最も高い都道府県は2013-2017年の都道府県別TFRの平均値 (厚生労働省, n.d.) を計算して設定した。これらの病院は、医療法第31条上の公的病院であり、便宜的標本抽出法により選出された300床台規模の急性期病院であった。

## D. 研究参加者

研究参加者の組入基準はTFRが最も低い、あるいは最も高い都道府県の2病院で働く20-49歳の女性の看護職であった。日本では、子どもの99%が20-49歳の母親から生まれている (厚生労働省, 2019) ことから、このように研究参加者の年齢を設定した。また、保健師助産師看護師法上、助産師、保健師は看護師の業務ができ、准看護師も医師の指示があれば看護師の業務ができるため、保健師、助産師、看護師、准看護師を研究参加者とした。研究参加者の除外基準は産前産後休業、育児休業、あるいは他の休業等により病院で質問紙を受け取ることができなかった看護職であった。今回は、看護単位の責任者以上の管理者に該当する研究参加者が少なかったことから、病院で働く女性のスタッフ看護職のデータに絞って分析を行った。

## E. 概念モデル

看護職個人の、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲 (目的変数) は、個人レベルおよび看護単位レベルの要因 (説明変数) と関連があるとした (図1)。

個人レベルの要因は、年齢 (35歳未満か、35歳以上か)、夫・パートナーの有無、同居する子どもの有無、実母と

の同居の有無、小学生のときの母親の就労状況 (正職員・自営・農家か、パート・無職・その他か)、看護基礎教育 (4年制大学卒か、またはそれ以外か)、所有免許 (保健師、助産師、看護師、准看護師)、経験年数 (看護、病院、看護単位)、雇用状況 (フルタイム正職員か、それ以外か)、通勤時間、通勤方法 (公共交通機関の使用の有無)、残業時間、妊娠出産に関する価値観 (「バランスの比重」, 「タイミング」), 妊娠出産と就労に関する環境 (「看護師長の管理」, 「同僚との関係」, 「業務負担」) とした。

看護単位レベルの要因は、看護職が属する看護単位のフルタイム正職員の割合、助産師の有無、妊娠中の看護職の有無、育児短時間正職員の有無、夜勤免除者の有無、夜勤の有無、残業時間、離職率、看護単位における妊娠出産に関する価値観の平均値 (「バランスの比重」, 「タイミング」), 看護単位における妊娠出産と就労に関する環境の平均値 (「看護師長の管理」, 「同僚との関係」, 「業務負担」) とした。

## F. データ収集

### 1. 尺度と測定方法

#### a. 研究参加者の属性

年齢、夫・パートナーの有無、同居する子どもの有無、実母との同居の有無、小学生の時の母親の就労状況、看護基礎教育、所有免許、経験年数、雇用状況、通勤時間、通勤方法、残業時間等について質問紙でたずねた。

#### b. 妊娠出産意欲

研究参加者に現在の看護単位に所属している間に妊娠出産したいかどうかについて、それぞれ1「全くそう思わない」から6「全くそう思う」の尺度でたずねた。

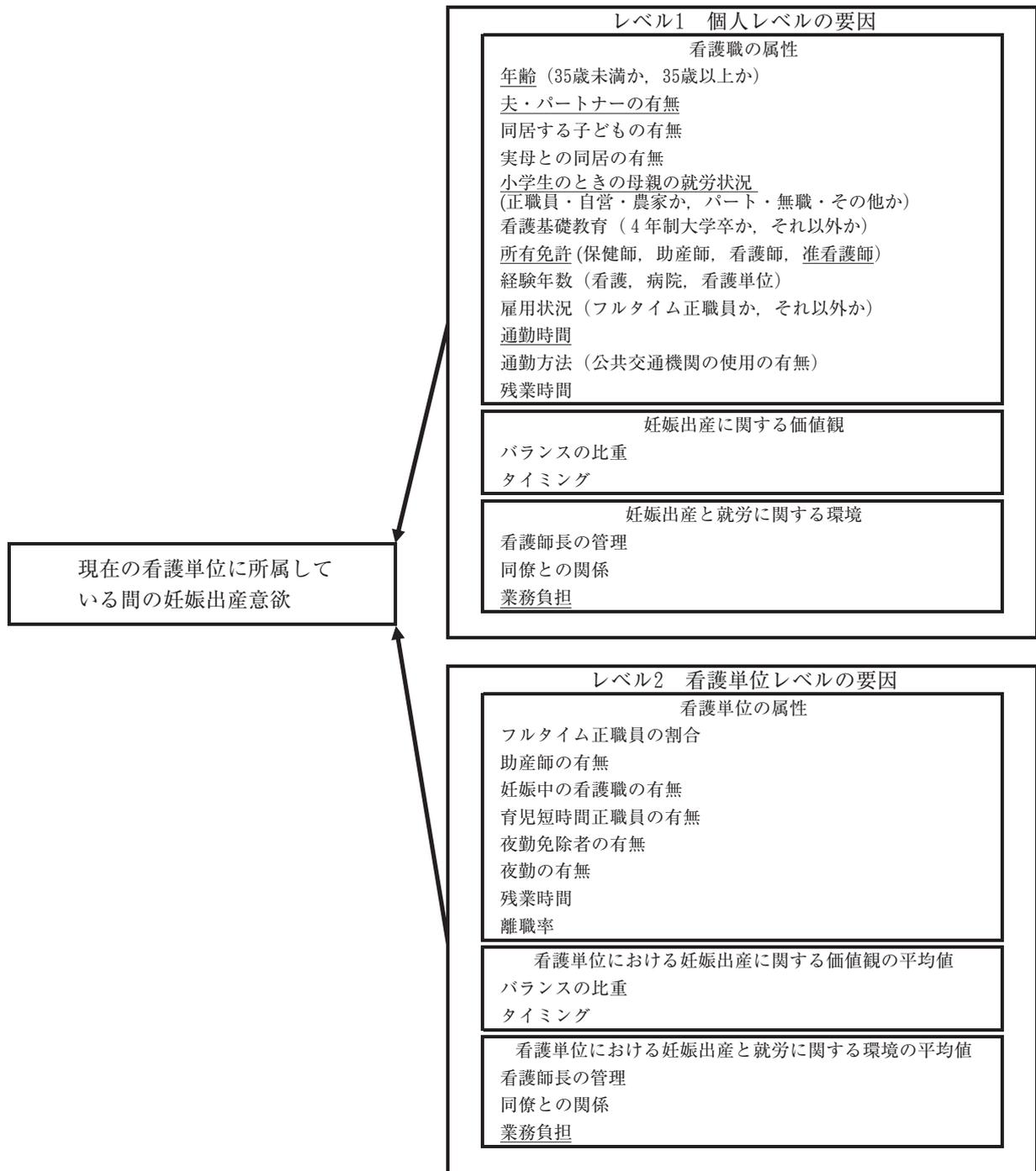
#### c. 妊娠出産に関する価値観

7項目2因子構造 (「バランスの比重」, 「タイミング」) の6段階 (1「全くそう思わない」から6「全くそう思う」) のリッカートタイプ尺度で得点化した。研究者らは第1段階の半構造化面接調査、文献検討、有識者からの助言を経て、尺度原案を作成した。DeVellis & Thorpe (2022, pp.95-97) が説明するとおり、この時点では内容が類似していても表現が異なる項目は尺度原案に残した。研究者は項目分析を行い、15%を超える研究参加者が1 (全くそう思わない) または6 (全くそう思う) と回答した項目は、床効果または天井効果が疑われるため (Terwee, et al., 2007, p.37) 削除した。項目を削除した後で、尺度内の項目間相関を確認し、.70を超える対があった場合 (Streiner, Norman, & Cairney, 2014, p.134) は項目の内容を確認して削除を検討した。さらに、修正済IT相関が.30未満の項目 (Streiner, et al., 2014, p.84) も内容を確認・検討した後、削除した。その後データを無作為に2分した。一方のデータ

で探索的因子分析 (exploratory factor analysis : EFA) を行った。最尤法, スクリー基準, プロマックス回転を用いて, 因子負荷量が.35未満の項目を削除し, 因子構造を確認した。他方のデータでは完全情報最尤推定法で欠損値を処理し, 確認された因子構造の確認的因子分析 (confirmatory factor analysis : CFA) を行った。そして, 内的整合性を検証するために尺度とその下位尺度の McDonald's  $\omega$  を算出

した。McDonald's  $\omega$  は Cronbach's  $\alpha$  より統計的前提が少なく現実的であるため (Dunn, Baguley, & Brunnsden, 2014) 近年使用が推奨されている。

個人の特性73項目 4 カテゴリ (バランスの考え方, ライフプラン, 健康状態, 周囲からの支援) の尺度原案から, 床効果または天井効果により33項目を削除した。また, 項目間相関が高く内容が類似した 2 対の項目から, それぞ



注：下線は事前分析等の結果, 「現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲」を目的変数としたHGLMに投入した説明変数

図1 病院で働く女性のスタッフ看護職の個人・看護単位レベルの要因と妊娠出産意欲との関連モデル

れ1項目ずつ合計2項目を削除した。加えて、修正済IT相関が.30に満たない28項目を削除し、10項目でEFAを実施した。EFAにより、因子負荷量が.35未満の3項目を削除し、7項目2因子構造（「バランスの比重」, 「タイミング」）を抽出した。CFAでの適合度は5.06 (13) ( $p=.97$ ), CFI=1.00, RMSEA=.00であった。項目は内容を検討して削除したが、73項目から7項目に減少した点については、大学院で尺度開発の授業を担当する教員から助言を得た。その結果、内容は類似するが表現が異なる項目も尺度原案に残していたことから問題がないと判断された。

McDonald's  $\omega$ は尺度全体が.68, 「バランスの比重」が.67, 「タイミング」が.67であった。

「バランスの比重」は「妊娠・出産・育児をきっかけにいったん退職し、子育てが落ち着いたら再就職したい（逆転項目）」等の4項目より構成されている。すべての項目は逆転項目として計算され、得点が高いほど、就業より私生活を優先するため、離職やパート勤務等雇用状況を変更したいと考える傾向が低い。「タイミング」は「与えられた役割を一人前にこなせるようになるまでは妊娠は避けなければならない（逆転項目）」等の3項目から構成されている。「タイミング」についても、すべての項目は逆転項目として計算され、得点が高いほど結婚・妊娠出産は計画的に行うべきと考える傾向が低い。

データは研究参加者から収集し、個人レベルのデータ（看護職個人の認識）には、個人の尺度得点を用い、看護単位レベルのデータ（看護単位の看護職全体の認識）には、個人の尺度得点を看護単位で平均した値を用いた。看護単位レベルでは、同じ看護単位に所属する看護職が、全体的に、妊娠出産により雇用状況を変更したいと考えたり、結婚・妊娠出産は計画的に行うべきと考えたりする傾向が低いかが表される。なお、階層モデル分析では、集団レベルのデータとして個人レベルの値の平均値を用いることが一般的に行われる。

#### d. 看護単位の属性

看護単位の種類、病床数（病棟の場合）、勤務体制、看護職の雇用形態、妊娠中・未就学児を育児中の看護職数、夜勤の免除者数、看護職1人当たりの月平均夜勤回数（前年度）、看護職1人当たりの月平均残業時間数（前年度）、離職率（前年度）等について、病院の研究協力者より収集した。

#### e. 妊娠出産と就労に関する環境

17項目3因子構造（「看護師長の管理」, 「同僚との関係」, 「業務負担」）の6段階（1「全くそう思わない」から6「全くそう思う」）のリッカートタイプ尺度で得点化した。妊娠出産に関する価値観の尺度と同様の方法で95項目3カテゴリ（「看護師長の管理」, 「同僚との関係」, 「労

務環境」）の尺度原案を作成し、項目分析等を行った。

低い回答率のため3項目、床効果または天井効果のため39項目を削除した。また、項目間相関が高く内容が類似した16対の項目のうち、8項目を削除した。加えて、修正済IT相関が.30に満たない22項目を削除し、23項目でEFAを実施した。因子負荷量が.35未満の6項目が削除され、17項目3因子構造（「看護師長の管理」, 「同僚との関係」, 「業務負担」）が抽出された。CFAでの適合度は222.26 (116) ( $p=.00$ ), CFI=.87, RMSEA=.09であった。適合度が低いため、アイテムパーセリング（パーセリング）を行った。パーセリングは複数項目の合計得点を観測変数の代わりに用いる方法である（Matsunaga, 2008）。心理測定学上は共通性の向上、ランダムエラーの減少、対象となる概念の分布の正規化、モデル化の際の効率化といった利点があり、共分散構造分析上は推測値の安定、適合度の向上といった利点がある（Matsunaga, 2008）。パーセリングの方法として、Matsunagaは5種類の計算方法を紹介し、1因子当たり3パーセルの構築を推奨しているため、今回はランダム法を用いて1因子当たり3パーセルを構築した。パーセリング後のCFAでの適合度は33.23 (24) ( $p=.10$ ), CFI=.98, RMSEA=.06であった。McDonald's  $\omega$ は尺度全体が.79, 「看護師長の管理」が.88, 「同僚との関係」が.76, 「業務負担」が.71であった。

「看護師長の管理」は「看護師長は体調がよくない妊婦の業務内容を調整してくれる」等の5項目、「同僚との関係」は「スタッフが妊婦に心身の負担が少ない業務を担当させる」等の7項目、「業務負担」は「妊娠・出産・育児と仕事の両立に配慮した勤務時間が設定されている」「他の部署よりもスタッフの残業が多い（逆転項目）」「中堅以上のスタッフが多い」等の5項目から構成されている。「看護師長の管理」と「同僚との関係」は得点が高いほど、所属する看護単位の看護師長や同僚が妊娠出産育児をする看護職に対して支援的と思う傾向が高い。「業務負担」は得点が高いほど、妊娠出産育児と就労を両立させるために業務の在り方が障害になっていると思う傾向が低い。

データは研究参加者から収集し、妊娠出産に関する価値観と同様、個人レベルのデータには、個人の尺度得点を用い、看護単位レベルのデータには、個人の尺度得点を看護単位で平均した値を用いた。看護単位レベルでは、同じ看護単位に所属する看護職が、全体的に、「看護師長の管理」や「同僚との関係」が妊娠出産育児をする看護職に対して支援的であるかどうか、「業務負担」に関して業務の在り方が障害になっていると思う傾向が低いかが表される。

## 2. 質問紙の配布・回収

質問紙は無記名であったが、階層モデル分析のために看

護単位、病院とはID番号で連結を行った。2病院の研究協力者に依頼し、2019年1月に質問紙を配布、約2週間後に回収してもらった。最もTFRが低い都道府県の病院(低TFR病院)では、管理部門以外のすべての看護単位の看護職に質問紙を配布するが研究参加者の選択基準を満たす看護職のみに回答してもらい、最もTFRが高い都道府県の病院(高TFR病院)では、すべての看護単位の選択基準を満たす看護職に質問紙を配布してもらった。

質問紙に添付された研究説明書を読み、研究参加に同意した看護職は質問紙に回答し、回答済み質問紙を封筒の中に入れて封をし、研究協力者に提出した。質問紙の入った封筒と引き換えに、研究参加者は各病院の研究協力者から500円の金券を受け取った。また、研究助成金の事務処理のために、研究参加者は金券と引き換えに、別の封筒に密封された受領証を研究協力者へ提出した。質問紙の入った封筒と受領証の入った封筒は研究協力者がそのまま中身が見えない2つのアンケートボックスに別々に保管し、研究者らはそのアンケートボックスを回収した。

## G. 分 析

個人レベル(レベル1)と看護単位レベル(レベル2)の2階層の階層モデル分析を行った。階層モデル分析では、集計バイアス(aggregation bias)の排除、独立同一分布の違反への対処、職場毎に異なる、職場の変数と個人の変数の関係の統計的処理が可能になり(Raudenbush & Bryk, 2002, pp.99-100)、従来の重回帰分析やロジスティック回帰分析では不可能であった、より正確な分析結果が期待できる。

階層モデル分析の手順は、①変数の分布の確認、②正規性が確認できない場合は、目的変数の二項変数への変換、③階層モデル分析に投入する説明変数の選定、④Nullモデル(説明変数を投入しないモデル)による分散変量の検定、⑤概念モデルから選定した変数による階層モデル分析の実施とした。階層モデル分析には、目的変数が連続変数の場合の線形階層モデル(Hierarchical Linear Model: HLM)分析と目的変数が二項変数の場合の一般化線形階層モデル(Hierarchical Generalized Linear Model: HGLM)分析がある。線形階層モデル分析は目的変数の正規分布を前提としており、正規分布が確認できない場合は変数を対数変換するなどして正規化するか、二項変数に変換するなどして分析を行う。また、説明変数を投入しないモデルによる分散変量の検定が有意でない場合は、階層を設けて分析する必要がなく、階層モデル分析は行われない。検定には、別途記述がない限り、.05の有意水準を用いた。これらの統計的分析はIBM SPSS Statistics 28、階層モデル分析のための専用ソフトウェアであるHADS、HLM8を使っ

て行った。

## H. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会により本研究の承認を得た(承認番号2018-78)。質問紙に添付された文書により、研究の目的、意義、研究参加者の条件および病棟・病院とのデータの連結を含む研究方法、再分析の可能性、その他の倫理的配慮等の説明を行った。研究参加は自由意思であり、記入済み質問紙の提出をもって研究参加への同意を得たとした。

## Ⅲ. 結 果

### A. 研究参加者

579の質問紙のうち、262(45.25%)が回収された。男性看護師1名、50歳以上の看護職14名、看護師長3名からの回答を除外し、26看護単位から得られた合計244回答(42.14%)を分析に使用した。各看護単位の回答者は2名から21名であり有効回答率は11.77%から100.00%であった。低TFR病院では、364の質問紙が配布され、125(34.34%)が回収され、108(29.67%)を分析した。高TFR病院では、215の質問紙が配布され、137(63.72%)が回収され、136(63.26%)を分析した。

研究参加者の属性・個人レベルの要因を表1に示した。平均年齢は33.93歳(SD=8.06)で、84名(34.43%)がパートナーなしの未婚、45名(18.44%)がパートナーありの未婚、98名(40.16%)が既婚であった。同居する子どものいない看護職が157名(64.34%)を占めた。実母と同居している者が32名(13.11%)、小学生のときの母親の就労状況は正職員77名(31.56%)、自営・農家18名(7.38%)、パート101名(41.39%)、無職43名(17.62%)であった。看護基礎教育は3年制看護学校が131名(53.69%)であった。研究参加者は1名を除いて看護師免許を所有しており、看護師免許を所有していない1名は助産師免許を所有していた。准看護師免許は21名(8.61%)が所有していた。平均経験年数は看護職が10.46年(SD=7.63)、現在の病院が8.40年(SD=6.95)、現在の看護単位が4.00年(SD=3.70)であった。雇用状況はフルタイム正職員が203名(83.20%)、通勤時間は平均24.47分(SD=16.31)で、公共交通機関を使用していない者が199名(81.56%)であった。直近1年間の月平均残業時間は平均10.91時間(SD=12.04)であった。

現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲は、平均3.54(SD=1.77)であった。妊娠出産に関する価値観は、バランスの比重が平均14.79(SD=4.08)、タイミングが平

表1 研究参加者の属性・個人レベルの要因

属性	全研究参加者					
	<i>N</i>	%	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
年齢	244		21	49	33.93	8.06
35歳未満	135	55.33				
35歳以上	109	44.67				
婚姻状況						
未婚 (パートナーなし)	84	34.43				
未婚 (パートナーあり)	45	18.44				
既婚	98	40.16				
別居, 離婚, 死別	16	6.56				
無回答	1	0.41				
子ども数						
0	157	64.34				
1	25	10.25				
2	36	14.75				
3 ≤	26	10.66				
実母との同居						
なし	212	86.89				
あり	32	13.11				
小学生のときの母親の就労状況						
正職員	77	31.56				
自営・農家	18	7.38				
パート	101	41.39				
無職	43	17.62				
その他	5	2.05				
看護基礎教育						
3年制看護学校	131	53.69				
3年制短期大学	20	8.20				
4年制看護大学	79	32.38				
その他	9	3.69				
無回答	5	2.05				
所有免許 (複数回答)						
准看護師	21	8.61				
看護師	243	99.59				
助産師	30	12.30				
保健師	58	23.77				
経験年数						
看護	213		0.75	28.83	10.46	7.63
現在の病院	205		0.08	27.83	8.40	6.95
現在の看護単位	199		0.08	22.67	4.00	3.70
雇用状況						
フルタイム正職員	203	83.20				
育児短時間正職員	24	9.84				
パート	4	1.64				
嘱託	13	5.33				
通勤時間	244		3.00	120.00	24.47	16.31
通勤方法						
公共交通機関の使用なし	199	81.56				
公共交通機関の使用あり	45	18.44				
直近1年間の月平均残業時間	219		0.00	80.00	10.91	12.04
現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲 (得点範囲 1-6)	224		1	6	3.54	1.77
妊娠出産に関する価値観 (得点範囲 7-42)	241		7	42	25.01	5.82
バランスの比重 (得点範囲 4-24)	242		4	24	14.79	4.08
タイミング (得点範囲 3-18)	242		3	18	10.24	3.06
妊娠出産と就労に関する環境 (得点範囲 17-102)	234		34	102	66.05	10.55
看護師長の管理 (得点範囲 5-30)	240		7	30	20.94	4.78
同僚との関係 (得点範囲 7-42)	239		8	42	27.87	5.19
業務負担 (得点範囲 5-30)	240		5	30	17.35	4.81

均10.24 (SD=3.06)であった。また、妊娠出産と就労に関する環境は「看護師長の管理」が平均20.94 (SD=4.78), 「同僚との関係」が平均27.87 (SD=5.19), 「業務負担」が平均17.35 (SD=4.81)であった。

看護単位の属性・看護単位レベルの要因は表2に示した。各看護単位におけるフルタイム正職員の割合は平均86.89% (SD=12.23)であった。助産師は7看護単位、妊

娠中の看護職は14看護単位、育児短時間正職員は20看護単位に配置されていた。夜勤は20の看護単位で行われており、夜勤免除者は12看護単位に存在した。前年度の1人当たり平均残業期間は平均7.83時間 (SD=4.00), 前年度の離職率は12.50% (SD=7.68)であった。

現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲の看護単位における平均得点の平均は3.39 (SD=0.89)であった。

表2 看護単位の属性・看護単位レベルの要因

属性	N	%	Min.	Max.	M	SD
種類						
病棟	17	65.38				
その他	9	34.62				
病床数	17		6	55	37.65	16.97
勤務体制						
3交代制	2	7.69				
変則3交代制	6	23.08				
変則2交代制	12	46.15				
オンコール	2	7.69				
日勤のみ	4	11.11				
看護職数	26		7	48	26.15	10.55
フルタイム正職員の割合 (%)	26		46.15	100.00	86.89	12.23
助産師の配置						
あり	7					
なし	19					
妊娠中の看護職の配置						
あり	14					
なし	12					
未就学児を育児中の看護職の配置						
あり	22					
なし	4					
育児短時間正職員の配置						
あり	20					
なし	6					
夜勤免除者の配置						
あり	12					
なし	14					
看護職1人当たりの月平均夜勤回数 (前年度)						
3交代制	2		7.30	7.70	7.50	0.20
変則3交代制	6		4.20	5.00	4.43	0.12
変則2交代制	12		0.00	5.70	3.43	1.70
1人当たりの月平均残業時間数 (前年度)	26		0.80	14.40	7.83	4.00
離職率 (前年度) (%)	26		2.90	28.60	12.50	7.68
現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲の平均値 (得点範囲 1-6)	26		2.00	6.00	3.39	0.89
妊娠出産に関する価値観の平均値 (得点範囲 7-42)	26		20.50	35.00	25.64	3.30
バランスの比重 (得点範囲 4-24)	26		11.67	20.50	15.01	2.13
タイミング (得点範囲 3-18)	26		8.33	14.50	10.65	1.65
妊娠出産と就労に関する環境の平均値 (得点範囲 17-102)	26		53.10	74.00	65.06	6.44
看護師長の管理 (得点範囲 5-30)	26		11.75	25.29	20.64	3.59
同僚との関係 (得点範囲 7-42)	26		19.50	32.00	27.59	2.71
業務負担 (得点範囲 5-30)	26		11.67	22.00	16.87	3.63

妊娠出産に関する価値観の看護単位における平均得点の平均は、バランスの比重が15.01 (SD=2.13), タイミングが10.65 (SD=1.65) であった。また、妊娠出産と就労に関する環境の看護単位における平均得点の平均は「看護師長の管理」が20.64 (SD=3.59), 「同僚との関係」が27.59 (SD=2.71), 「業務負担」が16.87 (SD=3.63) であった。

## B. 階層モデル分析

### 1. 変数の分布の確認・目的変数の変換

まず、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲について分布を確認し、正規性が担保されていなかったため、「1 (全くそう思わない)」から「3 (どちらかというところ思わない)」と回答した低意欲群を「0」, 「4 (どちらかというところ思う)」から「6 (全くそう思う)」と回答した高意欲群を「1」に変換し、二項変数の目的変数とした。

### 2. 階層モデル分析に投入する説明変数の選定

#### a. 看護職レベルの説明変数の選定

次に、階層モデル分析に投入する看護職レベルの変数をロジスティック回帰分析の強制投入法により選択した。所有免許については、看護師免許は99.59%の研究参加者が保持していたため、准看護師免許の有無、助産師免許の有無、保健師免許の有無についてのみ投入を行った。さらに、35歳未満か、35歳以上かで有意に相違が生じる、つまり年齢と関連が強い看護職経験年数 ( $p<.001$ ) および病院経験年数 ( $p<.001$ ) は経験年数としては用いず、看護単位経験年数のみを変数として投入した。

その結果、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲と .10の有意水準で有意に関連があった個人レベルの変数は、年齢、夫・パートナーの有無、小学生のときの母親の就労状況、准看護師免許、通勤時間、業務負担であった。したがって、同居する子どもの有無、実母との同居の有無、雇用状況など、当初概念モデルに含まれていたその他の変数は階層モデルに投入されなかった。

#### b. 看護単位レベルの説明変数の選定

その後、看護単位レベルの変数を選択した。概念モデルの変数の中で、個人レベルの平均値が看護単位レベルの変数となるもののうち、級内相関係数 (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) が有意であり、デザインイフェクト (Design Effect: DE) が2以上 (清水, 2014, pp.11-12) の変数は、「看護師長の管理」, 「同僚との関係」, 「業務負担」であった。したがって、「バランスの比重」と「タイミング」は、ロジスティック回帰分析に投入せず、「業務負担」と有意に強い相関があった月平均残業時間 ( $r_s = -.733$ ,  $p<.001$ ) も投入しなかった。現在の看護単位に所属して

いる間の妊娠出産意欲と、.10の有意水準で有意に関連があった変数は「業務負担」であり、これらを階層モデル分析に投入した。

#### c. Nullモデルによる分散変量の検定

欠損値のある研究参加者のデータはデータ作成時に削除し、adaptive Gaussian quadrature (AGQ) 推定、単位特定モデル (unit-specific model) により、221看護職、26看護単位のHGLM分析を行った。AGQ推定はレベル2内のレベル1の研究参加者数が少ない場合に適している推定法である (Garson, 2020, p.465)。今回は、分析に使用される看護職のデータが2名になる看護単位もあったため、AGQ推定を用いた。単位特定モデルは、統計モデルに投入された、他の説明変数やランダム効果が一定であるときに、ある説明変数の1単位 (1標準偏差) の増加に伴う、目的変数の期待される変化である、固定係数が計算される分析方法である (Raudenbush & Bryk, 2002, p.334)。

看護職と看護単位の2階層のNullモデルにより、切片の分散変量 ( $\tau_{00}$ ) の検定を行った。分散変量は .213 ( $df=25$ ,  $\chi^2=36.716$ ,  $p=.06$ ) であり .10の有意水準で有意であることから、階層モデル分析は適切であると判断した。

#### d. 概念モデルから選定した変数による階層モデル分析の実施

一般化線形階層モデルにより、目的変数を現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲、説明変数を年齢、夫・パートナーの有無、小学生のときの母親の就労状況、准看護師免許、通勤時間、業務負担、所属する看護単位における「業務負担」の平均値として分析を行った。有意水準 .05で、有意に関連がない変数を  $p$  値の高い順に1つずつ削除し、最終モデルを確定した (表3)。その結果、現在の看護単位に所属している間に妊娠出産したいと思うオッズ比は、35歳以上の場合には35歳未満の場合より0.44、夫・パートナーがいる場合はいない場合より2.22、小学生のときの母親が正職員・自営・農業であった場合はパート・無職等より2.23、准看護師免許がある場合はない場合より0.17であった。また、看護職が所属する看護単位の業務負担の平均値が1単位 (1標準偏差=3.63点) 高い場合に、その看護職が妊娠出産したいと思うオッズ比は1.24であった。これらの変数を含むモデルはNullモデルより有意にデータとの当てはまりが良かった ( $\chi^2=45.466$ ,  $df=5$ ,  $p<.001$ ) (表3)。

## IV. 考 察

### A. 研究参加者の特徴

本研究では、20-49歳の病院で働く女性のスタッフ看護

表3 個人レベル・看護単位レベルの要因と現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲の関連

	固定効果						ランダム効果				Deviance	
	$\gamma$	SE	t値	df	p	オッズ比	95% CI	$\tau_{00}$	df	$\chi^2$		p
Nullモデル												
切片 ( $\gamma_{00}$ )	.184	.179	1.028	25	.314	1.202	(0.831, 1.738)					
分散成分 ( $u_{0j}$ )								.213	25	36.716	.061	704.944
最終モデル												
切片 ( $\gamma_{00}$ )	-0.121	0.281	-0.429	24	.672	0.886	(0.496, 1.583)					
切片 業務負担 (看護単位の平均) ( $\gamma_{01}$ )	0.216	0.045	4.761	24	<.001	1.241	(1.130, 1.362)					
切片 年齢 ( $\gamma_{10}$ )	-0.815	0.330	-2.466	191	.015	0.443	(0.231, 0.850)					
切片 夫・パートナー有 ( $\gamma_{20}$ )	0.796	0.321	2.479	191	.014	2.217	(1.177, 4.176)					
切片 小学生のときの母親の就労状況 ( $\gamma_{30}$ )	0.801	0.317	2.528	191	.012	2.227	(1.192, 4.161)					
切片 准看護師免許 ( $\gamma_{40}$ )	-1.786	0.630	-2.836	191	.005	0.168	(0.048, 0.581)					
分散成分 ( $u_{0j}$ )								.001	24	23.912	>.500	659.478

職を分析対象とし、単なる子ども数ではなく同居中で育児中と考えられる子ども数について情報を収集した。日本看護協会 (2018, pp.3-4) の調査では、日本の病院看護職のうち、31.7%は未婚であり、60.1%は子どもを有している。本研究では、未婚と回答した研究参加者は52.87%であり、日本看護協会の調査より割合が多かった。同時に、子どもを持つ研究参加者は35.66%であり、日本看護協会の調査より少なかった。これらの割合の乖離は本研究の研究参加者の年齢や子ども数の設定によるものと考えられる。

現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲の、看護単位レベルの平均値は2.00から6.00であり、妊娠出産意欲の分布範囲が広く、また看護単位間で有意に相違があった。このことから、看護職の妊娠出産意欲の平均が高い看護単位と低い看護単位があることが示された。さらに、看護単位レベルでは、「看護師長の管理」(5項目)と「業務負担」(5項目)の標準偏差は、「同僚との関係」(7項目)よりも広い傾向にあった。「同僚との関係」と比較して、「看護師長の管理」と「業務負担」に関しては、看護職全体としての評価に、看護単位によるばらつきがあったといえる。

**B. 看護職および看護単位レベルの要因と妊娠出産意欲の関連**

全出生数に対する35歳以上の母親からの出生が2000年の11.90%から2020年には29.24%に増加し、40歳以上の母親からの出生も1.28%から5.90%に増加している(厚生労働省, 2022a)。35歳以上では、自然流産や染色体異常が起こる率が高く、とくに35歳以上の初産婦は高齢初産婦と定義

され、妊娠高血圧症候群、胎児機能不全を要因とした帝王切開や、同じく妊娠高血圧症候群、糖尿病の合併からなる周産期死亡のリスクが高いこと(武谷・上妻・藤井・大須賀, 2014, pp.385-386)が医学系の教科書等で説明されている。看護職は35歳以上の出産に対するリスクを認知しており、35歳以上は35歳未満に比べて、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲のオッズ比が0.44となったと考える。35歳以上の初産婦が高齢初産婦と定義されている一方で、Kyojuka, et al. (2019) は、日本の30歳以上の初産婦において早産、低出生体重児、在胎不当過小児のリスクが高まることを報告している。妊婦、新生児の身体面からは、20歳代において看護職が妊娠出産意欲を持てる環境や、妊娠出産が可能な環境の整備が望まれる。

妻の年齢が35歳未満の場合も、35歳以上の場合も、予定の子ども数が理想の子ども数を下回る最多の理由は、育児や教育の費用であることが示されている(国立社会保障・人口問題研究所, 2022)。日本では教育は家族の責任とされ、高等学校修了後の高等教育における公費負担よりも私的負担の割合が国際的に高い(小林, 2018)。そのため、近年の経済状況の悪化とともに、返済義務のある奨学金・教育ローンの返済期間と妊娠出産育児の期間が重なることが問題視されている(小原・平野, 2019)。遠藤(2019)は、3年制専門学校卒の看護師が60歳まで就業した場合の期待生涯賃金は1.76億円であり、看護師の年収は36歳までは大卒の平均年収を上回ることから、国立大卒の医師に次いで教育投資の収益率が高いことを説明している。その一方で、遠藤・島(2019)は、妊娠出産による就業の中断期間が1年のみだったとしても、正規職員での再就職が可能

でなければ、専門学校卒での教育の投資効果が減少すること、妊娠出産等を機に退職する場合は36または37歳まで就業しなければ教育投資の効果が無いことを報告している。だが、看護職が教育投資を回収しようとして、36または37歳まで妊娠出産せずに就業すれば、妊娠出産したいと思わない年齢になる。実際は小林・五十嵐・池田(2022)が、25歳未満では女性全体の就業率よりも看護職の就業率が高いが、25歳以降は女性全体の就業率よりも看護職の就業率が低いことを明らかにしており、その理由として結婚、出産、育児による看護職の離職を挙げている。よって、妊婦、新生児の身体面や経済的基盤の確立からみた理想の子ども数の実現のためには20歳代に就業を中断しても1年以内に正規職員として再就業できる制度を整えることが重要である。

夫・パートナーの存在は、現実的に妊娠出産を検討する前提であったと考える。日本では、妊娠出産は結婚が前提となっている。婚外子の割合はOECD諸国の平均の40.7%に比べて2.3%と低い(OECD, 2022)。また、嫡出第1子出生における結婚期間が妊娠期間より短い出生の割合は2001年より減少しているが、2019年には平均18.4%となっている(厚生労働省, 2021)ことから、妊娠してから婚姻する例は5人に1人程度いると推測できる。25-34歳の女性の48.1%が結婚しない理由として「適当な相手にめぐり合わない」を挙げており(国立社会保障・人口問題研究所, 2022)、結婚しているか、結婚が可能なパートナーがいる看護職の妊娠出産意欲が高いと改めて確認された。

小学生のときの母親の就労状況が正職員・自営・農業とフルタイムに近い場合には、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲が有意に高かった。看護職は妊娠出産育児と就業の両立について事前に計画している傾向が強いことが報告されており(横山・車井, 2020)、働く母親がロールモデルとなることで、より具体的に就業と妊娠出産の両立のイメージができ、妊娠出産意欲との関連が生じた可能性がある。海外に比べて、日本では母親の就労が子どもに与える影響に関する研究が少ないと言われている(明石, 2019)。McGinn, Castro, & Lingo (2019)は、日本を含む29か国からのデータを用いた分析で、就業していた母親の娘は、就業している可能性が高く、就業している場合、管理者である可能性が高く、労働時間が長く、賃金も高いことを報告している。日本において働く母親の娘は働く傾向が高いか、また、働く母親となる傾向も高いかは今後研究の余地がある。

本研究での准看護師免許の所有者は、看護師免許も所有しており、他の看護職より妊娠出産意欲が低かった。年齢階級別の50歳以上の就業准看護師の割合は59.5%をしめ、就業保健師の29.7%、就業助産師の27.4%、就業看護師の

28.1%より高い(厚生労働省, 2022b)。本研究でも、准看護師免許を所有している看護師は年齢が高く、年齢が高いと妊娠出産意欲が低いことから、結果として、妊娠出産意欲が低い結果となったことが考えられる。より多数の研究参加者を対象とし、年齢と准看護師免許保有の相互作用効果をモデル化した分析を行うことで、より精緻な分析が可能になるかもしれない。

看護単位の看護職が平均して認知する業務負担が軽ければ、看護職の妊娠出産意欲も高いことが明らかになった。仕事量をはじめとする職場環境(藤沢, 2004)や労働時間(樋口・坂本ほか, 2016)が、助産師や女性の妊娠出産後の就業継続と関連することは報告されている。本研究では、病院で働く女性のスタッフ看護職が妊娠出産したいと思うためには、その看護単位で働くスタッフ看護職全体の業務負担の軽減が必要であることが示唆された。つまり、就業と妊娠出産の両立に関する政策としては、妊娠出産育児を行う個人を対象とした制度の充実も必要であるが、それ以外の個人への対応も重要である。日本では、仕事に人を当てはめる「ジョブ型雇用」ではなく、人に仕事を当てはめる「メンバーシップ型雇用」が行われる(濱口, 2009, pp.1-22)。例えば、米国の病院では特定の看護単位の特定の勤務帯の業務に対して、看護師長のような看護単位の責任者レベルで看護職を雇用することもある。けれども、日本の病院では交代制勤務や配置転換を前提として、院長・事務長・看護部長のような病院の責任者レベルで看護職を雇用することが多い。そのため、日本の病院の看護職は配置転換により他の看護単位に異動する可能性がある。しかし、勤務時間の問題については、交代制勤務や配置転換を前提としたメンバーシップ型雇用を廃止し、ジョブ型雇用を導入することにより、すべての看護職が働きたい時間・看護単位を選ぶことができるようになる。長時間労働・業務密度といった業務負荷の問題については、業務量と看護職の能力・人数の両方の観点から見た看護提供能力が合致していなければ残業等が発生しやすい。看護職の勤務計画は事前に作成されるため、業務量と看護提供能力が合致するためには、精緻な業務量の予測と看護職個々の看護提供能力の推定が必要となる。現在、AIを活用した看護職配置ソフトウェアの開発が行われている(Leung, Lau, Law, & Djeng, 2022)。業務量の予測と看護職の看護提供能力の推定に基づいた看護職配置ソフトウェアの開発や、このようなソフトウェア等に基づいた、看護職の柔軟な配置に対する診療報酬への反映等により、病院で働く女性の看護職の業務負担が軽減し、妊娠出産意欲が高まる可能性がある。

### C. 研究の限界

本研究で用いた尺度は第2段階で開発されたものである。当初の尺度原案には存在した妊孕性・不妊治療等、研究参加者の健康状態に関する項目が開発過程で削除されている点、「バランスの比重」と「タイミング」について妊娠出産意欲との関連が見られなかった点については、尺度の検証や他の集団での検証が求められる。また、本研究では、看護単位間で妊娠出産意欲に変動があることが認められたため、第3段階では再度尺度の検証を行い、地域、病院、看護単位、個人の要因を包括した階層モデル分析を行う。

なお、研究参加者の年齢や研究協力病院の選定の際に参考とした人口動態統計（厚生労働省，2018；厚生労働省，2019）については都道府県からの申告漏れにより、研究実施後に再集計が行われたが、再集計後の統計値から本研究への影響がないことを確認した。

### 結 論

1. 病院で働く女性のスタッフ看護職の、現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲は看護単位間で変動があった。
2. 病院で働く女性のスタッフ看護職の現在の看護単位に所属している間の妊娠出産意欲のオッズ比は、他の説明変数やランダム効果が一定であるとき、35歳以上の場合には0.44、夫・パートナーがいる場合は2.22、小学生のときの母親の就労状況が正職員・自営・農業であった場合は2.23、准看護師免許がある場合は0.17、看護職が所属する看護単位の業務負担の平均値が1単位（標準偏差）高い場合は1.24であった。
3. 病院で働く女性のスタッフ看護職が、妊娠出産意欲を持つためには、20歳代で就業を中断しても正規職員として復職できる制度、ジョブ型雇用の導入、AIを活用した看護職配置ソフトウェアの開発、看護職の柔軟な配置に対する診療報酬への反映が求められる。

### 謝 辞

研究にご協力・ご参加いただいた2病院の皆様には深くお礼申し上げます。

### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

### 研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP15K11569の助成を受けたもの

である。なお、本論文の概要は第42回日本看護科学学会学術集会において報告した。

### 著者貢献度

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

### 文 献

- 明石留美子 (2019). 母親の就労が子どもに与える影響：日本の研究で明らかにされていること. *明治学院大学社会学・社会福祉学研究*, 153, 1-13.
- Bronfenbrenner, U. (1979) / 磯貝芳郎・福富護訳 (1996). *人間発達の生態学 (エコロジー)：発達心理学への挑戦*. pp.3-16. 東京：川島書店.
- DeVellis, R.F. & Thorpe, C.T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dunn, T. J., Baguley, T., Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- 遠藤さとみ (2019). 女子高等教育の経済的効果：要資格職の収益率に着目して. *東北大学大学院教育学研究科研究年報*, 68(1), 65-80.
- 遠藤さとみ・島 一則 (2019). 女子の高等教育投資収益率の変化と現状：時系列変動とライフコース・イベントに着目した収益率推計. *生活経済学研究*, 49(0), 41-56.
- 藤野敦子 (2019). 若年非正規雇用者の出生意欲は低いのか？：混合研究法を用いた国際比較分析から. *京都産業大学論集 社会科学系列*, 36, 37-73.
- 藤沢寿美江 (2004). 家庭をもつ看護師が離職・復職する背景と職業意欲. *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録*, (30), 260-266.
- Garson, G.D. (2020). *Multilevel modeling: Applications in STATA®, IBM® SPSS®, SAS®, R, & HLM™*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 濱口桂一郎 (2009). *新しい労働社会：雇用システムの再構築へ*. 1-22, 東京：岩波書店.
- 林 宏美・山内弘子・藤本ひとみ (2015). A病院看護職員の出産に関する実情と影響要因の追究. *福井医療科学雑誌*, 12, 61-68.
- 樋口美雄・松浦寿幸・佐藤一磨 (2007). 地域要因が出産と妻の就業継続に及ぼす影響について：家計経済研究所「消費生活に関するパネル調査」による分析. 独立行政法人経済産業研究所. <https://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/07j012.pdf> (参照2022年11月23日)
- 樋口美雄・坂本和靖・萩原里紗 (2016). 女性の結婚・出産・就業の制約要因と諸対策の効果検証：家計パネル調査によるワーク・ライフ・バランス分析. *三田商学研究*, 58(6), 29-57.
- 小林雅之 (2018). 高等教育費負担の国際比較と日本の課題. *日本労働研究雑誌*, 60(5), 4-15.
- 小林美亜・五十嵐中・池田俊也 (2022). 分担研究報告1 潜在看護職員数の推計. 小林美亜. 厚生労働科研費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「新たな看護職員の働き方等に対応した看護職員需給推計への影響要因とエビデンスの検証についての研究」令和2年度 総括・分担研究報告書. (pp.9-25). [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download\\_](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_)

- pdf/2020/202022038A.pdf (参照2023年3月20日)
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2022). 2021年社会保障・人口問題基本調査〈結婚と出産に関する全国調査〉第16回出生動向基本調査 結果の概要. <https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j-doukou16/JNFS16gaiyo.pdf> (参照2023年3月20日)
- 厚生労働省 (n.d.). 人口動態調査: 人口動態統計 確定数 出生 4-5 都道府県別にみた年次別合計特殊出生率. 政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411598> (参照2023年3月20日)
- 厚生労働省 (2019). 人口動態調査: 平成30年 (2018) 人口動態統計 (確定数) の概況: 第4表 母の年齢 (5歳階級)・出生順位別にみた出生数. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/dl/08\\_h4.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/dl/08_h4.pdf) (参照2022年11月23日)
- 厚生労働省 (2021). 令和3年度 出生に関する統計の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo07/index.html> (参照2022年11月23日)
- 厚生労働省 (2022a). 令和2年 (2020) 人口動態推計 (確定数) の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei20/index.html> (参照2022年11月23日)
- 厚生労働省 (2022b). 令和2年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況: 就業保健師・助産師・看護師・准看護師. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/dl/kekka1.pdf> (参照2022年11月23日)
- 厚生労働省雇用環境・均等局 (n.d.). 令和2年版 働く女性の実情. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/20.html> (参照2022年11月23日)
- Kyozuka, H., Fujimori, K., Hosoya, M., Yasumura, S., Yokoyama, T., Sato, A., Hashimoto, K., & the Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. (2019). The effect of maternal age at the first childbirth on gestational age and birth weight: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *Journal of Epidemiology*, 29(5), 187-191.
- Leung, F., Lau, Y.-C., Law, M., & Djeng, S.-K. (2022). Artificial intelligence and end user tools to develop a nurse duty roster scheduling system. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 373-377.
- Matsunaga, M. (2008). Item parceling in structural equation modeling: A primer. *Communication Methods and Measures*, 2(4), 260-293.
- McGinn, K.L., Castro, M.R., & Lingo, E.L. (2019). Learning from mum: Cross-national evidence linking maternal employment and adult children's outcomes. *Work, Employment and Society*, 33(3), 374-400.
- 日本看護協会 医療政策部 (2018). 日本看護協会調査研究報告 (No.92): 2017年看護職員実態調査. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/92.pdf> (参照2022年11月23日)
- OECD. (2022). OECD Family Database, Chart SF2.4.B. Share of births outside of marriage over time. [https://www.oecd.org/els/family/SF\\_2\\_4\\_Share\\_births\\_outside\\_marriage.pdf](https://www.oecd.org/els/family/SF_2_4_Share_births_outside_marriage.pdf) (accessed 2022-11-23)
- 小原篤次・平野あかり (2019). 奨学金貸与率と都道府県別の距離・出生率の関係性: 日本学生支援機構の大学別データを用いた実証分析. *東アジア評論*, 11, 95-105.
- 大関信子・大井けい子・佐藤 愛・葛西紗幸・池田礼美 (2012). 次子を産みたいが産まない母親の心理的背景. *女性心身医学*, 17(2), 213-219.
- Raudenbush, S.W., & Bryk, A.S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 清水祐士 (2014). 個人と集団のマルチレベル分析. 11-12, 京都: ナカニシヤ出版.
- Streiner, D.L., Norman, G.R., & Cairney, J. (2014). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- 鈴木沙江子・和田由美子 (2010). 母親の理想子ども数と予定子ども数に影響を及ぼす要因. *健康科学大学紀要*, (6), 93-103.
- 武谷雄二・上妻志郎・藤井知行・大須賀穰監修 (2014). *プリンシプル産婦人科学2* (第3版). 東京: メジカルビュー社.
- Terwee, C.B., Bot, S.D.M., de Boer, M.R., van der Windt, D.A.W.M., Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M., & de Vet, H.C.W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42.
- WHO. (n.d.). Sexual and reproductive health and research (SRH). <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health> (accessed 2023-3-20)
- 山口一男 (2004). 少子化の決定要因と対策について: 夫の役割, 職場の役割, 政府の役割, 社会の役割. 独立行政法人経済産業研究所. <https://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/04j045.pdf> (参照2022年11月23日)
- 山崎圭子・齋藤益子 (2009). 妊孕力の低下年齢の認識と妊娠決定尺度との関連. *日本母子看護学会誌*, 3(2), 23-31.
- 横山由紀子・車井浩子 (2020). 女性の就業継続意欲形成の要因. *商大論集*, 71(1-3), 1-14.

〔2022年12月8日受付〕  
〔2023年7月28日採用決定〕

# The Relationship between Individual and Nursing Unit Factors and the Desire for Motherhood among Female Japanese Hospital Staff Nurses: A Hierarchical Linear Model Analysis

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(2), 219-232  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230728230>

Kiyoko Abe, PhD, RN, PHN<sup>1</sup>, Mayumi Nitta, PhD, RN, CNM, PHN<sup>1</sup>,  
Yukiko Takada, PhD, MNS, RN, CN in Intensive Care<sup>2</sup>,  
Kuniko Chiba, MNS, RN, CNM, PHN<sup>3</sup>,  
Miki Sasaki, MNS, RN, CNM, PHN<sup>4</sup>,  
Sachiko Tsujita, MNS, RN, CNA, PHN<sup>5</sup>,  
Mamiko Furuya, MNS, RN, CNA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Japanese Red Cross College of Nursing, Tokyo, Japan, <sup>2</sup>Tokyo Healthcare University, Tokyo, Japan

<sup>3</sup>Saiseikai Utsunomiya Hospital Nursing School, Tochigi, Japan, <sup>4</sup>Japanese Red Cross Ishinomaki Hospital, Miyagi, Japan

<sup>5</sup>Kanagawa Institute of Technology, Kanagawa, Japan, <sup>6</sup>Kyorin University, Tokyo, Japan

## Abstract

**Objective:** To investigate the relationship between individual and nursing unit factors and the desire for motherhood among female Japanese hospital staff nurses through hierarchical linear models. **Methods:** A questionnaire survey was conducted on nurses aged 20-49 years among two hospitals. A total of 579 questionnaires were distributed, 262 were returned, and data from 221 nurses in 26 nursing units, without missing values, were analyzed. **Results:** The odds ratio of desire for motherhood while working at the current unit was 0.44 times lower for those aged 35 years or older, 2.22 times higher for those with a husband/partner, 2.23 times higher for those whose mothers were employed full-time, self-employed, or employed in agriculture when the nurses were in elementary school, 0.17 times lower for those with an assistant nurse license, and 1.24 times higher when the mean score for “workloads” was one unit (standard deviation) higher and thus better for the unit where a nurse worked. **Conclusions:** Securing a system in which nurses who delivered a child in their 20’s can return to full-time employment, the development of AI-based nursing roster software, and the medical reimbursement for flexible nursing staffing may be useful to improve the desire for motherhood.

## Key words

hospital, nurse, related factor, multilevel analysis, desire for motherhood

---

**Correspondence:** K. Abe. Email: k-abe@redcross.ac.jp

# 「LTD (Learning Through Discussion) 話し合い学習法」で実習体験の語り合いを行った看護倫理の授業による看護学生の道徳的感受性の変化

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(2), 233-240  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231030231>

高橋梢子, 安部史子, 岡安誠子, 川瀬淑子, 平井由佳  
島根県立大学看護栄養学部看護学科

## ◆要旨

目的：本研究の目的は、看護学生のLTD (Learning Through Discussion) 学習法による看護倫理の授業前後における道徳的感受性の変化を明らかにすることである。方法：A大学4年次生、84名を対象に、改訂道徳的感受性質問紙看護学生版第2版を用い、看護倫理の授業の前後で無記名自記式質問紙調査を実施した。分析はWilcoxonの符号付順位検定を用い、得点の変化を比較した(有意水準5%未満)。結果：84部配布し、2回とも回収でき、データに欠損がなかった75部を分析対象とした。道徳的感受性の全体の得点は有意に上昇し( $p < .001$ )、下位因子では「道徳的強さ」「道徳的な気づき」では有意に得点が上昇したが( $p < .05$ )、「道徳的責任感」の変化は有意ではなかった。結論：教育によって、「道徳的強さ」「道徳的な気づき」は育まれるものの、「道徳的責任感」は変化が期待できないことが示唆された。

## ◆キーワード

看護倫理, 道徳的感受性, 看護学生, LTD学習法, 実習体験

責任著者：高橋梢子. Email: s-takahashi@u-shimane.ac.jp

## 緒言

医療技術の高度化によって先端医療などの選択肢も増え、人々の価値の多様化もますます進み、医療において患者は自分が受ける医療サービスを選択できるようになってきた。看護師には患者の意思決定を支え、患者が希望する医療を享受できるよう、倫理的判断ができ、倫理的に行動できる力が求められている。現在、看護基礎教育の基本方針として、「看護師としての責務を自覚し、対象の立場に立った倫理に基づく看護を実践する基礎的能力を養う」ことが明示されている(厚生労働省, 2020)ように、基礎教育において倫理に基づく実践能力の育成が求められている。

倫理的に正しい行為ができるようになるためには、看護師は、まず、倫理的問題に気づく必要がある。この気づく力を道徳的/倫理的感受性という。看護師が倫理的に判断し、行動するためには、道徳的/倫理的感受性が必要である。ここで、道徳的/倫理的感受性をいかに涵養するかという問題がある(青柳, 2016; 太田, 2016)。佐々木(2008)は臨地実習中での倫理的問題との遭遇の有無

で、道徳的感受性の強さに違いが生じたという報告をしている。武用・岩根・明神・山岡・川田(2018)は、事例展開を行うアクティブラーニングに道徳的感受性を高める効果があることを示している。一方で、実習を経験することで、その環境に慣れてしまい道徳的/倫理的感受性の一部が低下したという調査報告もある(指方ほか, 2012; 滝沢・太田, 2019)。この結果を踏まえ、共感性を高める教育方法の必要性(指方ほか, 2012, p.45)、臨地実習における振り返り、および1, 2年次の看護倫理に関する教育の見直しの必要性が指摘されているが(滝沢・太田, 2019, p.22)、確立された教育方法は報告されていない。

この問題を解決すべく、我々はLTD (Learning Through Discussion) 話し合い学習法(以降「LTD学習法」)に着目した。LTD学習法は、協同学習の技法の一つであり、授業は「予習(家庭)+ミーティング(授業)」で構成される(安永・須藤, 2014, p.8)。協同学習とは、学校のすべての場面において子どもの学習に対する支援の基盤にある基本原理に関する理論である(杉江, 2011, p.20)。具体的には、次の5つの要素を含むグループで学ぶ手法である

(D.W.Johnson, R.T.Johnson, & Holubec, 1984/2010, pp.13-16) : ①互恵的な協力関係②個人の責任とグループとしての責任③活発な相互交流④集団スキルの促進⑤グループの改善手続き。LTD学習法の予習は厳密に決められたステップによって行われ、同様のステップで授業でのミーティングを進める。予習では、学生に課題文が与えられ、ステップ1：課題文の全体像を把握する、ステップ2：分からない言葉を調べる、ステップ3：著者の主張を理解する、ステップ4：課題文の話題を理解する、ステップ5：既存知識と関連付ける、ステップ6：自己の体験と関連付ける、ステップ7：課題文を評価する、ステップ8：発表のリハーサルをする(安永・須藤, 2014, p.8)。授業でのミーティングはグループで行われ、予習過程におけるステップ1は「雰囲気づくりをする」、ステップ8は「グループの振り返りを行う」に置き換えられる。安永・須藤(2014)は、この技法により、読解力、分析的・論理的・批判的思考スキルといった確かな学力、対人関係スキルの改善が期待され(pp.12-13)、傾聴されることで自己効力感が向上すること(pp.72-73)を、研究成果を踏まえながら著書に示している。看護の分野でも、LTD学習法を用いた授業によって、自己肯定感の向上や内省の促進が期待されている(高橋, 2022)。道徳的感受性が、「我々が『この人がよく生きるように』』とって他者を気遣うときに体験する純粋な関心である」(Lützn, Dahlqvist, Eriksson, & Norberg, 2006, p.189)ならば、お互いの経験を語り合い、関心を寄せ、内省を深めるLTD学習法によって、道徳的感受性が高まるのではないかと考えた。そこで、本研究では、LTD学習法を用いた看護倫理の授業前後における学生の道徳的感受性の変化を明らかにすることを目的とした。

ここで、道徳的感受性と倫理的感受性の違いについて述べる。両者はよく似た概念であり、区別されずに用いられることもある。Lützn, et al. (2006)はこれらが置き換え可能であると述べながらも、関連論文を踏まえつつ、「道徳的感受性は培うこともできるし、弱めることもできるた

め、教育者や倫理的重みのある意思決定状況に責任を持つ者が無視してならない」「倫理的感受性とは、倫理理論や原則に関連する概念である」と説明している(p.189)。また、神徳・池田(2017)は、道徳的感受性が、主観的側面が強く反映されるのに対し、倫理的感受性は客観的であるとし、両者が区別されるべきであることを主張している。以上を踏まえ、本研究では道徳的感受性と倫理的感受性を区別し、基礎教育での涵養がより重要と考える道徳的感受性に焦点を当てる。

## I. 研究目的

本研究の目的は、LTD学習法を用いた看護倫理の授業における学生の道徳的感受性の変化を明らかにすることである。

## II. 用語の定義

**道徳的感受性**：Lützn, et al. (2006)の述べる定義を使用し、本研究において、道徳的感受性とは、「我々が『この人がよく生きるように(welfare)』』とって他者を気遣うときに体験する純粋な関心とする(p.189)」。

**LTD学習法**：安永・須藤(2014)によれば、「LTDは課題文の『予習+ミーティング』で構成される授業」(p.8)である。本研究では「教科書の予習+ミーティング」で構成される授業とする。

## III. 授業の概要

今回対象となったのは、A大学で2022年春学期(4~7月)に、1単位で開講された看護倫理の授業であった。履修生は4年次生で、必修科目であった。全8回の授業のうち、4回がLTD学習法を用いて展開され、課題文は教科書とした。授業スケジュールと内容を表1に示す。教科書

表1 授業スケジュールと学習内容

回	方法	学習内容
1	講義	①看護倫理の歴史の概観②看護倫理のアプローチの変遷③倫理綱領の変遷
2	LTD学習法	①徳の倫理とは何か?②徳という考え方がなぜ必要か?③徳のアプローチの限界は?
3	LTD学習法	①原則の倫理とは何か?②原則の倫理の問題点は?③ケアの倫理とは何か?④ケアの倫理の特徴と限界は?
4	LTD学習法	①インフォームド・コンセントとは何か?②インフォームド・コンセントにおける看護師の役割は?③守秘義務とは何か?④プライバシーとは何か?
5	LTD学習法	①アドボカシーとは何か?②アドボカシーにおける看護師の役割とは何か?③道徳的感受性とは何か?④道徳的レジリエンスとは何か?
6	講義	意思決定のステップ、看護倫理問題へのアプローチ
7	演習	事例検討
8	演習	まとめ

は基本的な概念が理解できる小西恵美子編集「看護倫理(改訂第3版)よい看護・よい看護師への道しるべ」(2021年発行, 南江堂)を用いた。課題文を教科書としたことに伴い, 予習では, 「ステップ3: 著者の主張を理解する」, 「ステップ4: 課題文の話題を理解する」は結合させ, 「著者の主張と教科書の話題を理解する」とした。また「ステップ6: 自己の体験と関連付ける」は「自己の実習体験と関連付ける」とした。学生には, このステップを基に研究者が作成した「LTD予習シート」に沿った予習を課した。予習シートはA4用紙2~3枚で, 予習時間は3時間と見込んだ。

授業はグループミーティングで進められた。グループはランダムに組まれた4~5人で編成した。ミーティング時間は学生の意見を聞きながら柔軟に対応しつつ, 最終的には53分となった(表2)。ミーティング中, 教員は適宜机間巡回をしたが, 話し合いの内容に介入することはなかった。

表2 ミーティングの進め方と時間配分

段階	ステップ	活動内容	配分時間
導入	ステップ1	雰囲気づくり	1分
理解	ステップ2	言葉の理解	4分
	ステップ3	主張と話題の理解	15分
関連付け	ステップ4	知識との関連付け	12分
	ステップ5	自己との関連付け	15分
評価	ステップ6	課題文の評価	3分
	ステップ7	振り返り	3分

(合計53分)

授業後, ミーティングでの学びを追記したLTD予習シートの提出を課した。教員はその内容のフィードバックを次回授業の冒頭で20分程度行った。

## IV. 研究方法

### 1. デザイン

無記名自記式質問紙法による量的研究

### 2. 研究対象者

A大学看護学科4年次生看護倫理履修者84名

### 3. データ収集期間

2022年4月・7月

### 4. 調査内容

看護学生の道徳的感受性を測定する尺度である「改訂道徳的感受性質問紙看護学生版第2版(J-MSQ-ST第2版)(滝沢・太田, 2019; Takizawa, Ota & Maeda, 2021)」

を用いて, 授業開始前(以降「授業前」と授業終了後(以降「授業後」)に質問紙調査を行った。この尺度は前田・小西(2012)がLützn, et al. (2006)のRevised Moral Sensitivity Questionnaire (rMSQ)の日本語版として開発した改訂道徳的感受性質問紙日本語版(J-MSQ)をもとに, その看護学生版である改訂道徳的感受性質問紙学生版第1版を経て開発された尺度である。質問は11項目あり, 「道徳的強さ」「道徳的な気づき」「道徳的責任感」の3因子で構成される。回答は「1点: 全くそう思わない~6点: とても強くそう思う」までのリッカートスケールが用いられている。本尺度は, IFI=.91, CFI=.91, RMSEA=.08, クロンバック $\alpha$ 係数は.62であり, 妥当性とある程度の信頼性が確認されており, 学生の道徳的感受性の変化を確認する尺度として適切である(Takizawa, et al., 2021, p.498)。今回, 授業後の調査では, 「授業開始前より自信をもって回答した」という項目を追加した。追加項目についても, 同様の6段階のリッカートスケールを用いた。

### 5. データ収集法

調査は授業前と授業後の計2回行った。授業前の調査は, 授業初回のガイダンス時に質問紙の配布・回収を行った。授業後の調査は授業最終回で行う予定であったが, COVID-19の感染拡大により, 授業がオンラインになったため, 学生が対面で集合する機会(授業最終回より3週間後)に質問紙の配布・回収を行った。本調査は授業評価も兼ねているため, 対象者全員に質問紙の配付・回収を行ったが, 研究協力の同意については, 別途, 質問紙に意思を示す欄を設け, 研究対象者の意向を確認した。

### 6. 分析方法

本研究の全ての統計処理にはIBM社SPSS ver. 28 for Windowsを用いた。得点の非正規性の確認後, Wilcoxonの符号付順位検定を行い, 授業前後の得点の変化について比較した(有意水準5%)。

## V. 倫理的配慮

回答は無記名とし, 対象者には, 研究の趣旨, 目的・方法, 匿名性の保持, 研究参加の自由意思, データの厳重管理, 本研究目的以外でデータを使用しないこと, 研究結果は公表することについて口頭及び文書で説明した。授業評価を兼ねていたため, 質問紙の回答・提出は全員に求めたが, 研究協力は自由意思であること, 成績にはいっさい関係しないことを強調し, 質問紙の同意の意向を示す欄で「同意する/同意しない」にチェックを付けてもらい確認を行った。本研究では授業前後の調査でデータを連結させ

る必要があるため、対象者には個人を特定できないコードを付した。なお、使用したJ-MSQ-ST第2版については開発者の許諾を得ている。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を得て実施した（承認番号354）。

## VI. 結 果

アンケート配布数は84部、授業前、授業後の2回とも回収でき、同意が得られたのは82部（97.6%）であった。さらに、回答に欠損があるものを除き、75部（有効回答率91.5%）を分析対象とした。対象者は全員20歳代であった。男子学生は少数であり、個人の特定につながるため、性別の回答は得なかった。

因子分析の結果、授業前の尺度全体のクロンバック $\alpha$ 係数は.69であり、各因子のクロンバック $\alpha$ 係数は、道徳的強さ：.71、道徳的な気づき：.70、道徳的責任感：.30であった。授業後の尺度全体のクロンバック $\alpha$ 係数は.79であり、各因子のクロンバック $\alpha$ 係数は、道徳的強さ：.80、道徳的な気づき：.80、道徳的責任感：.45であった。

表3に示す通り、11項目中、最も得点が高かったのは、授業前後共に、「Q4 患者の思いに気づいた時、私はそのま

ま放置できなくなってしまうと思う」であった。逆に、最も得点が低かったのは、授業前後共に、「Q9 規則どおりに実習を行えば、自分は十分に責任を果たしていると思う（逆転項目）」であった。

合計得点におけるShapiro-Wilk検定では、有意確率は授業前で $p=.032$ 、授業後では $p=.273$ となり、授業後のみ正規分布に従った。各項目における、Shapiro-Wilk検定の結果、有意確率が $p<.01$ となり、正規性は確認されなかった。また、因子ごとの合計得点におけるShapiro-Wilk検定では、有意確率はそれぞれ、「道徳的強さ」では授業前 $p=.221$ 、授業後 $p=.003$ 、「道徳的な気づき」では授業前 $p=.230$ 、授業後 $p=.046$ 、「道徳的責任感」では授業前 $p=.001$ 、授業後 $p=.32$ であり、授業前後ともに正規分布に従う因子はなかった。

正規性が確認されなかったため、授業前後の全体合計、項目ごとおよび因子ごとでWilcoxonの符号付順位検定を行い、授業前後の得点の変化を確認した（表3）。「道徳的強さ（4～24点）」では、授業前平均得点15.67点、授業後平均得点17.95点であり、有意に上昇していた（ $p<.001$ ）。「道徳的な気づき（5～30点）」では、授業前平均得点20.60点、授業後平均得点21.84点であり、有意に上昇していた（ $p=.013$ ）。「道徳的責任感（2～12点）」で

表3 質問項目および因子ごとの授業前後における得点の比較

$n=75$

質問項目	平均値（標準偏差）		$p$ 値
	授業前	授業後	
道徳的強さ（4～24点）	15.67 (2.38)	17.95 (2.80)	<.001 *
Q2 患者の思いによく気づける私の能力は、臨地実習を行う上でいつも役立っている	3.99 (0.86)	4.55 (0.87)	<.001 *
Q3 患者に難しいことや話にくいことを説明する時に、その場の様子を読み取って、どのような配慮が看護師として必要か私にもよく分かる	4.09 (0.87)	4.57 (0.89)	<.001 *
Q5 患者がよいケアを受けていない時、私はそれに気づく能力がとても高いと思う	3.80 (0.84)	4.37 (0.97)	<.001 *
Q10 患者のニーズによく気づける私の能力は、臨地実習を行う上でいつも役立っている	3.79 (0.72)	4.45 (0.81)	<.001 *
道徳的な気づき（5～30点）	20.60 (3.72)	21.84 (4.41)	.013 *
Q4 患者の思いに気づいた時、私はそのまま放置できなくなってしまうと思う	4.59 (1.05)	4.93 (1.08)	.008 *
Q6 苦しんでいる患者のそばにいる時、私はどうしようもない感情でつらくなる	4.28 (1.07)	4.52 (1.17)	.071
Q7 患者にケアを提供する時、私は患者にとってよかったかどうかいつまでも気になる	4.04 (1.19)	4.07 (1.27)	.822
Q8 患者のニーズに気づいたら、私はもっと他にもニーズがあるのではと気が重くなる	3.49 (1.10)	4.01 (1.08)	<.001 *
Q11 私は苦しんでいる患者を見ると、自分自身とてもつらくなってしまう	4.16 (1.13)	4.43 (1.08)	.318
道徳的責任感（2～12点）	7.61 (1.54)	8.01 (2.00)	.500
Q1 指導者が不在だったり実習時間が限られているために最善のケアを提供できなくても、それは自分の責任ではないと思う*	4.23 (1.02)	4.37 (1.20)	.389
Q9 規則どおりに実習を行えば、自分は十分に責任を果たしていると思う*	3.39 (0.99)	3.64 (1.03)	.109
合 計	43.84 (5.41)	47.80 (6.68)	<.001 *
Q12 授業開始前より自信をもって回答した		4.43	

注1) \*は $p<.05$

注2) \*は逆転項目として処理をしている

は、授業前平均得点7.61点、授業後平均得点8.01点であり、得点は上昇していたものの、有意差は認められなかった ( $p = .50$ )。合計得点 (6~66点) においては、授業前平均得点は43.84点、授業後平均得点は47.80点であり有意に上昇していた ( $p < .001$ )。質問項目数で見ると、有意に上昇していたのは、「道徳的強さ」は4項目中4つ、「道徳的な気づき」は5項目中2つ、「道徳的責任感」では2項目中0であった。授業後の、「授業開始前より自信をもって回答した」の平均得点は4.43点であった。

## VII. 考 察

本研究ではLTD学習法を用いた看護倫理の授業の前後における道徳的感受性の変化を調べた。その結果、全体の合計得点、因子では「道徳的強さ」「道徳的な気づき」において有意に得点が増加し、「道徳的責任感」では得点の上昇は有意ではなかった。武用ら (2018) は、シミュレーションを使用した看護倫理演習前後で道徳的感受性が高まることを示している。本研究で、大がかりなシミュレーション演習と同等の効果が認められたことは意義深い。詳細な考察を以下に述べる。

### 1. 道徳的強さ

「道徳的強さ」は4つの質問項目すべてにおいて、授業後の得点が増加した。道徳的感受性には道徳的知識も必要である (Alnajjar & Abou Hashish, 2021; Lützn, et al., 2006)。「道徳的強さ」の質問項目は患者の思いやニーズに気づく力など、ケアの倫理に通じるものであるが、授業によって、ケアの倫理の知識が深まったことが示唆された。また、LTD学習法では、看護倫理に関連付けられた実習体験を学生同士で語り合う。つまり、実習の追体験から倫理の知識を深く学ぶことができ、「道徳的強さ」を高められたと考える。さらに、学生は自分の実習体験を傾聴してもらうことで、承認される。承認されることで自己効力感が高まり (Bandura, 1995/1997, p.1-15)、「授業開始前より自信をもって回答した」という質問項目の回答の平均得点が4.43点であることから、学生が自己効力感を強めた結果、自身の「道徳的強さ」を認知し、得点を高めたと考える。また、同じような経験をしている人同士で体験を語り合うことは、代理体験にもつながる (Bandura, 1995/1997, p.4)。このことも、自己効力感の向上の要因となると考える。しかし、道徳的感受性は、実習期間から時間が経過していることや、実習で現実と直面し問題意識が下がることで、4年次では得点が低下するという報告もある (指方ほか, 2012; Takizawa, et al., 2021)。看護倫理の授業を低学年で開講するか、高学年で開講するかという議

論があるが (Davis, Tschudin, & Raeve, 2006/2008, p.246)、今回、「道徳的強さ」の得点が増加したことは、4年次にLTD学習法を用いて授業を開講する意義を示したものと考える。近年、道徳的苦悩のポジティブな成り行きとして道徳的レジリエンス (中村, 2022) という概念が注目されている。レジリエンスの獲得には自己効力感が必要であることを考えると、LTD学習法による看護倫理の授業は、道徳的レジリエンスの獲得にもつながることも期待される。

### 2. 道徳的な気づき

「道徳的な気づき」では、因子全体で見ると得点が増加して上昇していた。リフレクションでは、新たな気づきが生まれ、視野が広がることで、成長し、意識変容や行動変容がおきる (小山, 2022)。学生の語り合いがリフレクションへつながり、内省が深まり、自己の感情に敏感になったことが「道徳的な気づき」の得点が増加した要因だと考えられる。特に、得点が増加した2つの項目、「Q4 患者の思いに気づいた時、私はそのまま放置できなくなってしまうと思う」「Q8 患者のニーズに気づいたら、私はもっと他にもニーズがあるのではと気が重くなる」は、「道徳的強さ」同様、患者の思いやニーズに焦点があたる、ケアの倫理に通じるものであった。実習体験を語り合うことで、自己の感情だけでなく、ケアの第1相である「気にかける」 (八尋, 2021, p.43) が強化されたことが考えられた。前田・小西 (2012) は、道徳的強さのみが教育で変化が期待できると述べている (p.36) が、本研究により道徳的な気づきの一部も教育で変化が期待できると示唆された。

一方で、得点の上昇が増加しなかった3つの項目「Q6 苦しんでいる患者のそばにいる時、私はどうしようもない感情でつらくなる」「Q7 患者にケアを提供する時、私は患者にとってよかったかどうかいつまでも気になる」「Q11 私は苦しんでいる患者を見ると、自分自身とでもつらくなってしまふ」は、道徳的な心の重みが強く表現されている。今回使用したJ-MSQ-ST第2版が参考になっている。J-MSQ (前田・小西, 2012) の基となっている、Lützn, et al. (2006) が開発したr-MSQに立ち返ると、道徳的な気づきは「Sense of Moral Burden」であり、直訳すると、「道徳的負担感」である。前田・小西 (2012) も「道徳的価値を含む問題や状況により惹起される道徳的負担感に対する感覚」と説明している (p.33)。道徳的につらいと感じる自分の気持ちに気づくという力はLTD学習法の授業での涵養が難しいことが示唆された。

### 3. 道徳的責任感

「道徳的責任感」は全体および各項目において有意な得

点の上昇はなかった。前田・小西（2012）の説明によれば「道徳的責任感は、一義的に規則や制度に従って働くための道徳的義務およびその目的を見抜く力、さらには個々の患者の視点から何が道徳的問題なのかを知る事」である（p.33）。そのためには、鋭い洞察力や分析力が必要であり、豊富な臨床経験が必要と考えられ、まだ経験の少ない学生にとって、短期間で顕著な変化は難しかったと考える。学生は実習中多くの制約があり、ケアも自分一人で行えないことが多く、ケアの責任を負える立場にない。倫理は規則の上位概念であり、倫理的行動をとるために、時には規則を破る必要もあるが、学生は厳しい規則内で実習を展開することを余儀なくされている。必然的に、学生では対象者を守るために規則を破りそれが正当化されるような体験に乏しくなるため、「道徳的責任感」の涵養には難しさもあると考える。

## VIII. 研究の限界

本研究はLTD学習法による看護倫理の授業前後における道徳的感受性の変化を明らかにすることであった。しかし、コントロール群は設けていないこと、また、全8回の授業の中でLTD学習法は4回であり、事例検討なども含めた授業前後の得点の変化であるため、この変化がどの程度LTD学習法に依拠していたのか、厳密に測定できていない。また、今回は課題文として特定の教科書を用いた授業による研究であったが、用いた教科書の影響も否定できない。今後LTD学習法の効果を厳密に明確にするには、研究方法のさらなる工夫が必要である。

## 結 論

本研究ではLTD学習法による看護倫理の授業による道徳的感受性の変化を調査した。その結果、道徳的感受性尺度の下位因子のうち「道徳的強さ」「道徳的な気づき」の得点が有意に上昇（ $p < .05$ ）し、「道徳的責任感」の得点の上昇は有意ではなかった。LTD学習法による授業では、リフレクションが促進され、自己効力感が高まり、道徳的レジリエンスの獲得につながる事が示唆された。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただいた学生の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本論文は、日本看護倫理学会第16回年次大会で発表した内容に、一部加筆・修正を行ったものである。

## 利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反はない。

## 著者貢献度

すべての著者は、研究の構想及びデザイン、データ収集・分析及び解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿の確認をした。

## 文 献

- Alnajjar, H.A., & Abou Hashish, E.A. (2021). Academic ethical awareness and moral sensitivity of undergraduate nursing students: Assessment and influencing factors. *SAGE Open Nursing*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.1177/23779608211026715>. (accessed 2023-3-20)
- 青柳優子 (2016). 医療従事者の倫理的感受性の概念分析. *日本看護科学会誌*, 36, 27-33.
- Bandura, A. (1995) / 本明 寛・野口京子訳 (1997). *激動社会の中の自己効力*. (pp.1-15). 東京: 金子書房.
- 武用百子, 岩根直美, 明神哲也, 山岡由実, 川田美和 (2018). アクティブラーニングを導入した看護倫理演習が道徳的感受性、職業的アイデンティティ及びプロフェッショナリズムに及ぼす影響: 「倫理的判断をした行動を選択できる」という授業設計に基づいた看護倫理演習を教材として. *日本シミュレーション医療教育学会雑誌*, 6, 9-17.
- Davis, A.J., Tschudin, V., & de Raevé, L. (2006) / 小西恵美子・和泉成子・江藤裕之訳 (2008). *看護倫理を教える・学ぶ: 倫理教育の視点と方法*. (p.246). 東京: 日本看護協会出版会.
- Johnson, D.W., Johnson, R.T., & Holubec, E.J. (1984) / 石田裕久, 梅原巳代子訳 (2010). *改訂新版学習の輪: 学び合いの協同教育入門*. (pp.13-16). 大阪: 二瓶社.
- 神徳和子, 池田清子 (2017). 看護倫理学における道徳的感受性と倫理的感受性の意味. *日本看護倫理学会誌*, 9(1), 53-56.
- 厚生労働省 (2020). 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインについて. [https://www.mhlw.go.jp/kango\\_kyouiku/\\_file/1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/_file/1.pdf) (参照 2023年3月20日)
- Lützn, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne837oa> (accessed 2023-3-20)
- 前田樹海, 小西恵美子 (2012). 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の開発と検証: 第1報. *日本看護倫理学会誌*, 4(1), 32-37.
- 中村充浩 (2022). 特別記事 看護師が身に付けておきたいモラルレジリエンス: 道徳的苦悩をしなやかに乗り越えるために. *看護管理*, 32(10), 828-832.
- 太田勝正 (2016). 道具としての倫理的感受性「もどき」. *日本看護倫理学会誌*, 8(1), 1-2.
- 小山理英 (2022). 看護におけるリフレクションの概念分析: Walker & Avantの手法を用いて. *伝統医療看護連携研究*, 3(2), 102-113.
- 佐々木理恵子 (2008). 看護学生の臨地実習における倫理的問題の遭遇と道徳的感性との関連. *日本赤十字秋田短期大学紀要*, (12), 7-19.
- 指方明美, 佐川ひろ子, 上野典子, 湯本美穂, 船木加代, 森千鶴 (2012). 看護学生の倫理的感受性に影響する要因. *日本看護学教育学会誌*, 21(3), 37-47.
- 杉江修治 (2011). *協同学習入門: 基本の理解と51の工夫*. 20, 京

都：ナカニシヤ出版.

高橋梢子 (2022). LTD (話し合い) 学習法を用いた「看護倫理」の授業実践. *日本協同教育学会第18回大会発表要旨集録*, 66-67.

滝沢美世志, 太田勝正 (2019). 看護学生の道徳的感受性の変化: 1校の看護専門学校生の縦断調査より. *中部大学生命健康科学研究紀要*, 16, 22-30.

Takizawa, M., Ota, K., & Maeda, J. (2021). Development of a questionnaire to measure the moral sensitivity of nursing students. *Nagoya Journal of Medical Science*, 83(3), 477-493, 498.

八尋道子 (2021). ケアの倫理. 小西恵美子 (編), *看護倫理* (改訂第3版) よい看護・よい看護師への道しるべ (pp.42-48). 東京: 南江堂.

安永 悟, 須藤 文 (2014). *LTD話し合い学習法*. 8-9, 12-13, 72-73. 京都: ナカニシヤ出版.

[2023年7月11日受 付]  
[2023年10月30日採用決定]

# Changes in Nursing Students' Moral Sensitivity in a Nursing Ethics Class Using the Learning Through Discussion Method for Practice Experiences

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(2), 233-240  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231030231>

Shoko Takahashi, PhD, RN, PHN, Fumiko Abe, MSN, RN,  
Masako Okayasu-Kimura, PhD, RN, Yoshiko Kawase, PhD, RN,  
Yuka Hirai, PhD, RN

The University of Shimane, Shimane, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aims to assess the changes in nursing students' moral sensitivity before and after a nursing ethics class utilizing the learning-through-discussion (LTD) method. **Methods:** A self-administered, anonymous questionnaire was administered to 84 fourth-year students at University A before and after a nursing ethics class, using the Revised Moral Sensitivity Questionnaire for Nursing Students, 2nd Edition. We employed Wilcoxon's signed rank test to analyze the changes in scores at a 5% significance level. **Results:** Of the 84 distributed questionnaires, 75, with no missing data, were included in the analysis. The findings indicate a significant increase in the overall score for moral sensitivity ( $p < .001$ ), specifically in the subfactors of "Moral Strength" and "Sense of Moral Burden" ( $p < .05$ ). However, the change in "Moral Responsibility" was not significant. **Conclusions:** The results suggest that the LTD method fosters "Moral Strength" and "Moral Awareness" in nursing students but does not significantly affect "Moral Responsibility."

## Key words

nursing ethics, moral sensitivity, nursing students, learning through discussion method, practice experiences

---

**Correspondence:** S. Takahashi. Email: s-takahashi@u-shimane.ac.jp

# 脳卒中後疲労 (Post-Stroke Fatigue) に関する国内外の文献レビュー

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(2), 241-261  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230714233>

佐藤美紀子<sup>1</sup>, 百田武司<sup>2</sup>

<sup>1</sup>島根県立大学, <sup>2</sup>日本赤十字広島看護大学

## ◆要旨

目的：脳卒中後疲労に関する研究の動向、疲労の特定方法、実態、介入方法を明らかにする。方法：PubMedと医学中央雑誌から抽出した324文献を分類、記述した。結果：過去およそ20年間で実態調査等が行われ、薬物療法は過去15年間、非薬物療法は過去10年間で知見が積み重ねられていた。脳卒中後疲労の特定方法は主観的評価であった。疲労にはパーソナリティ特性、脳卒中、身体・心理・社会・行動・環境要因が関連し、高い割合で持続性疲労を有し、機能低下、QOL低下、死亡リスクを招いていた。薬物療法、認知行動療法、マインドフルネス、運動療法、教育、照明・光療法等で疲労改善が期待できるが、エビデンスは十分に構築されていなかった。結論：脳卒中後疲労は主観的評価で特定され、持続性疲労が重篤な結果を招いていた。薬物療法のほか非薬物療法でも疲労改善が期待できるが、非薬物療法のエビデンスは十分に構築されておらず、介入の開発が求められる。

## ◆キーワード

脳卒中後疲労, 文献レビュー

責任著者：佐藤美紀子. Email: m-sato@u-shimane.ac.jp

## 緒言

脳卒中後の療養生活上の課題には一般的に、「疲労 (fatigue)」「身体機能上の問題」「情緒の問題」がある (Lorig, et al., 2020, pp.1-22)。特に、脳卒中後疲労 (post-stroke fatigue : PSF) に関しては、メタアナリシスの結果、保有率は50%と高いことが報告されている (Cumming, Packer, Kramer, & English, 2016)。また、脳卒中後疲労は「日常生活活動動作 (activities of daily living : ADL) 依存性」(Glader, Stegmayr, & Asplund, 2002), 「生活の質 (quality of life : QOL) の低下」(Tang, et al., 2010) の独立予測因子である。そして、重度の疲労は「死亡リスク」を高めると言われている (Glader, et al., 2002)。脳卒中後疲労は患者にとっての苦痛症状であることに加えて、結果の重大性の観点からも、重要な健康課題である。

国外では、前述の通り、メタアナリシス等、脳卒中後疲労に関する質の高い研究が報告されている。一方で、国内において脳卒中後疲労に関する研究は少なく、ほとんど検索されない。また、脳卒中治療ガイドライン2021 (日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会, 2021) に、脳卒中後疲労に関する記載はなく、その治療やマネジメント方法は、十分に確立していないと推察された。

そこで、本研究では、国内外の文献を網羅的にレビューすることで、脳卒中後疲労に関する研究の動向 (研究内容と文献件数の年次推移)、脳卒中後疲労の特定方法、脳卒中後疲労の実態、脳卒中後疲労の改善が期待できる介入方法を明らかにすることを目的とした。

## I. 用語の定義

### A. 疲労 (fatigue) とは

本研究では、日本疲労学会 (2011) の疲労の定義を引用し、「疲労とは過度の肉体的および精神的活動、または疾病によって生じた独特の不快感と休養の願望を伴う身体の活動能力の減退状態である」と定義する。

日本疲労学会 (2011) の定義においては、『疲労は「疲労」と「疲労感」とに区別して用いられることがあり、「疲労」は心身への過負荷により生じた活動能力の低下を言い、「疲労感」は疲労が存在することを自覚する感覚』とされている。また、「疲労感」の同義語には「倦怠感」があり、『様々な疾病の際にみられる全身倦怠感、だるさ、脱力感は「疲労感」とほぼ同義』(日本疲労学会, 2011) とされている。

「疲労」は英語で「fatigue」と翻訳される。「fatigue」という単語には、活動能力の減退状態を意味する「疲労」と、主観的な感覚である「疲労感・倦怠感」の両方の意味が含まれる (Hornby, et al., 2020)。日本疲労学会の定義を用いると「疲労」と「疲労感・倦怠感」を区別して用いることが可能であるが、一般的には明確に区別されずに用いられている。また、「fatigue」の日本語訳は、「疲労」、「疲労感」、「倦怠感」と様々であり、日本語訳について一定のコンセンサスが得られていない。したがって、本研究では、「fatigue」を「疲労」と翻訳して用いる。

## B. 脳卒中後疲労 (post-stroke fatigue) とは

本研究では、日本疲労学会 (2011) の疲労の定義を引用し、脳卒中後疲労とは、脳卒中患者に生じる、「過度の肉体的および精神的活動、または疾病によって生じた独特の不快感と休養の願望を伴う身体の活動能力の減退状態」および、「疲労が存在することを自覚する感覚」(疲労感、倦怠感) と定義する。

なお、脳卒中後疲労の症例定義は、「日常生活に支障をきたすほどの著しい疲労を自己申告すること」(Lynch, et al., 2007, p.540) とされる。また、疲労スケールで、一定のカットオフ値によっても定義される (Wu, Mead, Macleod, & Chalder, 2015, p.893)。

## II. 研究方法

### A. 文献検索方法

#### 1. 文献検索データベース

「PubMed」と「医学中央雑誌」を用いて、各データベースの収録開始年から2022年11月までに収録された文献を検索対象とした。

#### 2. 検索語・検索式

PubMedにおいては、検索語を「stroke」と「fatigue」とし、「Journal Article (学術誌)」に限定して「AND」検索を行った。医学中央雑誌においては、検索語を「脳卒中」と「疲労」とし、「原著論文」に限定して「AND」検索を行った。

なお、PubMedにおいて、「fatigue」のMeSH用語には「muscle fatigue (筋疲労)」、「fatigue syndrome (疲労症候群)」、「mental fatigue (精神的疲労)」等の12のMeSH用語が登録されている。本研究では、網羅的に文献を検索するため、これらの全てのMeSH用語を含めた全検索を行った。

医学中央雑誌においては、「倦怠感」のシソーラス用語に「疲労」が含まれるため、検索語を「脳卒中」と「倦怠

感」とした場合も、同様の文献が抽出されることを確認した。また、「脳卒中」のシソーラス用語には「脳血管障害」が含まれないため、検索語を「脳血管障害」と「疲労」として同様の検索を行ったが、抽出された文献は全て、検索語を「脳卒中」と「疲労」として抽出された文献に含まれ、後者の方がより網羅的に脳卒中後疲労に関する文献が抽出できることを確認した。

### 3. 分析対象文献の選択基準

前述の検索式で検索された文献のうち、①タイトルに「脳卒中/stroke」と「疲労/fatigue」を含む文献、②内容が脳卒中後疲労に関する文献、③学術誌に掲載されている学術論文といった3つの選択基準を満たす文献を抽出した。②においては、タイトルと抄録、抄録のみで判断できない場合は論文全文を読み、選択可否を判断した。タイトルに「脳卒中/stroke」と「疲労/fatigue」という用語を含まないために除外された文献は、主として、脳卒中以外の疾患を対象とした文献であり、脳卒中後疲労に関する文献は含まれていないことを確認した。

### B. 分析対象文献の抽出過程

PubMedにおいて、「stroke」AND「fatigue」という検索式で検索し、「Journal Article (学術誌)」に限定すると、2,360件が検索された (検索日: 2020年10月26日, 更新日: 2022年2月15日, 2022年11月15日)。このうち、タイトルに「stroke」と「fatigue」という用語を含む文献は342件であった。さらに、学術論文のみ選択すると337件となり、脳卒中後疲労に関する文献が321件抽出された。

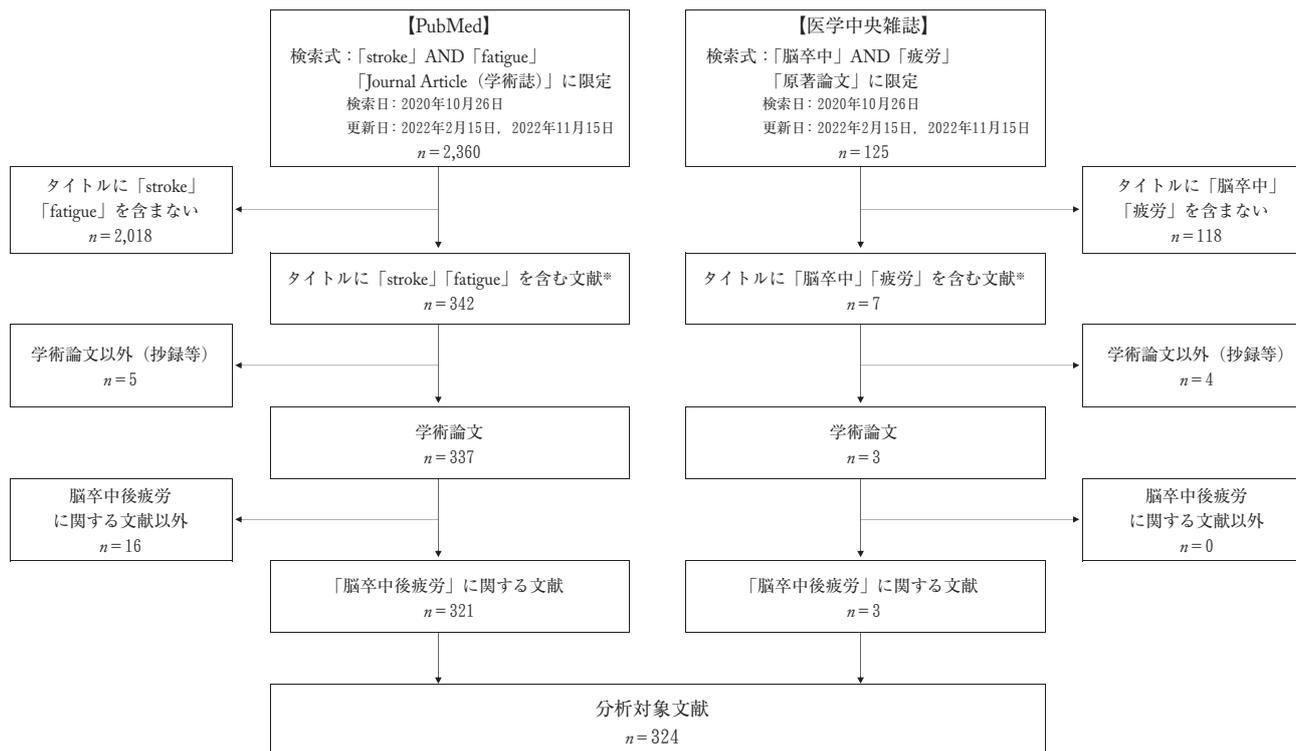
医学中央雑誌においては、「脳卒中」AND「疲労」という検索式で検索し、「原著論文」に限定すると、125件が検索された。このうち、タイトルに「脳卒中」と「疲労」を含む文献は7件であった。さらに、学術論文のみ選択すると3件となり、脳卒中後疲労に関する文献が3件抽出された。

PubMedから抽出された321件、医学中央雑誌から抽出された3件、計324件を分析対象文献とした (図1)。

### C. 分析方法

「脳卒中後疲労に関する研究の動向 (研究内容と文献件数の年次推移)」を明らかにするために、分析対象文献324件の文献のタイトルと抄録、抄録のみで内容を判断できない場合は本文全体を精読し、文献内容の類似性に基づいて分類し、分類名をつけた。また、分類ごとに年次推移をカウントした。

続いて、上記の分類結果に基づき、「脳卒中後疲労の特定方法」を明らかにするために、脳卒中後疲労の評価ツ



※タイトルに「脳卒中/stroke」「疲労/fatigue」を含まないために除外された文献中に、脳卒中後の疲労に関する文献が含まれないことを確認した。

図1 脳卒中後疲労に関する国内外の文献レビューにおける文献の抽出過程

ルの開発に関する文献内容を要約して記述した。また、「脳卒中後疲労の実態」を明らかにするために、実態調査の結果、実態調査のメタアナリシスの結果、および、脳卒中後疲労の実態を表す脳卒中後疲労モデルの開発に関する文献を要約して記述した。さらに、「脳卒中後疲労の改善が期待できる介入方法」を明らかにするために、介入研究の結果および、介入研究のメタアナリシスの結果を要約して記述した。

なお、メタアナリシス、モデルの開発については、過去の複数の研究結果の統合であり、個々の研究結果と重複する部分もある。しかし、メタアナリシスについては、過去の複数の研究結果を系統的にレビュー、統合し、新たなエビデンスを提供することを目的としたエビデンスレベルの高い研究であり、個々の研究結果と必ずしも同一ではないため、分析対象に含めた。また、モデルの開発についても同様に、単に複数の研究結果を統合したものではなく、脳卒中後疲労に関連する因子や因子間の関連性を示した、新たな知見を提供する研究であるため、分析対象に含めた。

### Ⅲ. 研究結果

#### A. 脳卒中後疲労に関する研究の動向

##### 1. 脳卒中後疲労に関する研究内容

全324件の文献のタイトルと抄録から、また、抄録で判断できない場合は本文を精読し、研究内容の類似性に基づいて分類し、分類名をつけた。以下、【 】は分類名を、〈 〉および、《 》は下位分類名を示す。

研究内容は、【実態調査】193件、【レビュー】30件、【モデル開発】3件、【評価ツール開発】29件、【介入研究】41件、【メタアナリシス】21件、【ガイドライン】3件、【その他】4件に大別された(表1)。

##### a. 【実態調査】

この分類は、脳卒中後疲労の実態を明らかにすることを目的とした研究である。【実態調査】は、さらに〈脳卒中後疲労の体験とその対処に関する質的記述的研究〉11件、〈脳卒中後の筋疲労に関する量的記述的研究・準実験研究〉13件、〈脳卒中後疲労の実態に関する量的記述的研究〉58件、〈脳卒中後疲労の専門家支援に関する量的記述的研究〉2件、〈脳卒中後疲労の原因・要因に関する探索的研究〉64件、〈脳卒中後疲労と機能的アウトカムに関する探索的研究〉45件に分類された。

〈脳卒中後疲労の原因・要因に関する探索的研究〉は、

さらに《パーソナリティ特性（遺伝的特性・性格特性）との関連》, 《脳病変との関連》, 《炎症反応・代謝障害・栄養状態との関連》, 《心理状態（うつ・ストレス等）・身体状態（心肺機能・運動機能・感覚機能・疼痛）との関連》, 《身体活動・休養との関連》, 《薬剤使用との関連》に分類された。

#### b. 【レビュー】

この分類は、過去の複数の研究結果のレビューであり、〈脳卒中後疲労の実態に関するレビュー〉25件、〈脳卒中後疲労に対する介入研究のレビュー〉5件に分類された。

#### c. 【モデル開発】

この分類は、過去の複数の研究結果を系統的にレビュー、統合し、脳卒中後疲労に関連する因子や、因子間の関連性を示す〈脳卒中後疲労モデルの開発〉を目的とした研究である。「感覚運動障害に基づく脳卒中後疲労モデル」(Kuppuswamy, Rothwell, & Ward, 2015), 「脳卒中後疲労とうつの身体・心理・社会モデル」(Ormstad & Eilertsen, 2015), 「脳卒中後疲労モデル」(Wu, Mead, Macleod, & Chalder, 2015) の3件が報告されていた。

#### d. 【評価ツール開発】

この分類は、〈脳卒中後疲労の評価指標・評価ツールの開

表1 脳卒中後疲労に関する文献の内容分類

	内容	件数
実 態 調 査	脳卒中後疲労の体験とその対処に関する質的記述的研究	11
	脳卒中後の筋疲労に関する量的記述的研究・準実験研究	13
	脳卒中後疲労の実態に関する量的記述的研究	58
	脳卒中後疲労の専門家支援に関する量的記述的研究	2
	脳卒中後疲労の原因・要因に関する探索的研究	
	パーソナリティ特性（遺伝的特性・性格特性）との関連	3
	脳病変との関連	19
	炎症反応・代謝障害・栄養状態との関連	21
	心理状態（うつ・ストレス等）・身体状態（心肺機能・運動機能・感覚機能・疼痛）との関連	10
	身体活動・休養との関連	10
薬剤使用との関連	1	
	脳卒中後疲労と機能的アウトカムに関する探索的研究	45
	計	193
レ ビ ュ ー	脳卒中後疲労の実態に関するレビュー	25
	脳卒中後疲労に対する介入研究のレビュー	5
	計	30
モ デ ル 開 発	脳卒中後疲労モデルの開発	3
評 価 ツ ー ル 開 発	脳卒中後疲労の評価指標・評価ツールの開発	29
介 入 研 究	脳卒中後疲労に対する薬物療法	18
	脳卒中後疲労に対する非薬物療法	
	経頭蓋電気刺激療法	4
	電気鍼療法	1
	教育・認知行動療法・マインドフルネス	9
	運動療法	4
	認知行動療法と運動療法の併用	2
	照明・光療法	2
	園芸療法	1
		計
メ タ ア ナ リ シ ス	脳卒中後疲労の実態に関するシステマティックレビュー・メタアナリシス	14
	脳卒中後疲労に対する介入研究のシステマティックレビュー・メタアナリシス	7
	計	21
ガ イ ド ラ イ ン	脳卒中後疲労に関する声明・ガイドライン	3
そ の 他	脳卒中後疲労の改善を直接的な目的とはしないが結果的に脳卒中後疲労に関する報告のある文献	4

n = 324

PubMed：検索式「stroke」AND「fatigue」, 分析対象文献の選択基準を満たした文献 n = 321

医学中央雑誌：検索式「脳卒中」AND「疲労」, 分析対象文献の選択基準を満たした文献 n = 3

検索日：2020年10月26日, 更新日：2022年2月15日, 2022年11月15日

発)を目的とした研究である。脳卒中後疲労の症例定義の開発, 評価指標の開発, 評価ツールの開発が行われていた。

#### e. 【介入研究】

この分類は, 脳卒中後疲労の改善を目的とした介入研究であり, 〈脳卒中後疲労に対する薬物療法〉18件と, 〈脳卒中後疲労に対する非薬物療法〉23件に分類された。

〈脳卒中後疲労に対する非薬物療法〉については, さらに, 《経頭蓋電気刺激療法》4件 (De Doncker, Ondobaka, & Kuppaswamy, 2021; Dong, et al., 2021; Sun, et al., 2022; Ulrichsen, et al., 2022), 東洋医学の《電気鍼療法》1件 (Zhou, Zhou, Li, & Jin, 2010), 《教育・認知行動療法・マインドフルネス》9件 (Barker-Collo, et al., 2022; Boehm, Muehlberg, & Stube, 2015; Byun, Becker, Kohen, Kirkness, & Mitchell, 2021; Clarke, Barker-Collo, & Feigin, 2012; Gillespie, et al., 2020; Johansson, Bjuhr, & Rönnbäck, 2012; Mead, et al., 2022; Nguyen, et al., 2019; Wu, et al., 2017), 《運動療法》4件 (Ghaffari, et al., 2022; Wang, Xiao, et al., 2022; Xu, et al., 2020; Yoon, Cha, & You, 2020), 《認知行動療法と運動療法の併用》2件 (Zedlitz, Fasotti, & Geurts, 2011; Zedlitz, Rietveld, Geurts, & Fasotti, 2012), 《照明・光療法》2件 (Connolly, Rajaratnam, Spitz, Lockley, & Ponsford, 2021; West, et al., 2019), 《園芸療法》1件 (Pálsdóttir, et al., 2020) に分類された。

#### f. 【メタアナリシス】

この分類は, 過去の複数の研究結果を系統的にレビュー, 統合し, 新たなエビデンスを提供することを目的とした研究であり, 〈脳卒中後疲労の実態に関するシステムティックレビュー・メタアナリシス〉14件と, 〈脳卒中後疲労に対する介入研究のシステムティックレビュー・メタアナリシス〉7件に分類された。

〈脳卒中後疲労の実態に関するシステムティックレビュー・メタアナリシス〉においては, 脳卒中後疲労の保有率と関連因子に関するエビデンスが示されていた (Cumming, et al., 2016; Cumming, et al., 2018; Shu, Ren, Liu, & Wei, 2022; Zhang, et al., 2021; Zhan, et al., 2022)。

〈脳卒中後疲労に対する介入研究のシステムティックレビュー・メタアナリシス〉においては, 介入研究の効果に関するエビデンスが示されていた (Su, Yuki, & Otsuki, 2020; Tai, Falck, Davis, Vint, & Liu-Ambrose, 2022; Wu, Kutlubaev, et al., 2015)。メタアナリシスに含まれる個々の研究において効果が認められた介入であっても, メタアナリシスでは効果が見出されない場合があり, 脳卒中後疲労に対する介入効果は限定的であった。

#### g. 【ガイドライン】

この分類は, 医療従事者に向けた〈脳卒中後疲労に関する声明・ガイドライン〉を示すものである。

脳卒中ベストプラクティスの推奨事項の一つに, 脳卒中後疲労に関する記述があり, 2015年と2019年に推奨事項の改訂が行われていた (Eskes, et al., 2015; Lanctôt, et al., 2020)。この推奨事項においては, 脳卒中後疲労に対する非薬物療法として, 「認知行動療法」「マインドフルネス」「運動」「活動と休息に対する教育・カウンセリング」が推奨されていた (Lanctôt, et al., 2020)。ただし, 無作為化比較試験のメタアナリシスまたは, 2つ以上の無作為化比較試験の結果に基づくエビデンスレベル「Grade A」のものには含まれていなかった。

2017年には, 米国心臓協会 (American Heart Association) から, 医療従事者に対する脳卒中後疲労に関する声明が発表されていた。この声明においては, 脳卒中後疲労に対する非薬物療法はバイアスリスクが高く, 「脳卒中後疲労に対する非薬物療法のエビデンスは構築されていない」と述べられていた (Hinkle, et al., 2017)。

#### h. 【その他】

この分類には, 脳卒中後疲労の改善を直接的な目的とはしないが, 何らかの介入の結果として, 脳卒中後疲労に関する報告のある文献が含まれた。拘束誘発性運動療法後の疲労 (Mushtaq, Hamdani, Noohu, & Raghavan, 2020; Underwood, Clark, Blanton, Aycok, & Wolf, 2006), 痙縮に対するボツリヌス注射後の脱力感と疲労感 (Varghese-Kroll & Elovic, 2009), 上肢運動療法と疲労の関連 (Foong, et al., 2020) といった研究が報告されていた。

## 2. 脳卒中後疲労に関する文献件数の年次推移

内容分類別研究件数の年次推移 (累積) を図2に示す。文献は1999年以降に報告され, 【実態調査】の件数が経年的に増加していた。【介入研究】は2007年以降に報告され, 薬物療法については, 向精神薬である「モダフィニル (Modafinil)」に関する知見が積み重ねられていた (Bajorek, et al., 2020; Bivard, et al., 2017; Brioschi, et al., 2009; Lillcrap, Levi, Holliday, Parsons, & Bivard, 2018; Poulsen, Damgaard, Zerahn, Overgaard, & Rasmussen, 2015; Visser, Goodin, et al., 2019; Visser, Maréchal, et al., 2019)。非薬物療法については, 2010年以降に報告され, 「認知行動療法」に関する研究が複数報告されていた (Barker-Collo, et al., 2022; Boehm, et al., 2015; Byun, et al., 2021; Gillespie, et al., 2020; Mead, et al., 2022; Nguyen, et al., 2019; Wu, et al., 2017; Zedlitz, et al., 2011; Zedlitz, et al., 2012)。また, 2009年以降, システムティックレビューやメタアナリシスが行われ, 2015年以降, 脳卒中後疲労モデルの開発, および, 介入の指針となる脳卒中ベストプラクティス (Eskes, et al., 2015; Lanctôt, et al., 2020) や米国心臓協会の声明 (Hinkle, et al., 2017) が発表されていた。

脳卒中後疲労に関する研究は過去およそ20年間で報告され、薬物療法は過去15年間、非薬物療法は過去10年間で知見が積み重ねられ、近年は、無作為化比較試験やメタアナリシス等の質の高い研究が行われていた。

ただし、国内の研究機関等に所属する著者による国内文献は、実態調査5件（金森・酒井・山田・塩見・小林, 2019; Mutai, Furukawa, Hourii, Suzuki, & Hanihara, 2017; 大串・鈴木・坂本, 2018; Su, et al., 2021; 安田・稲垣・田中, 2022）と、メタアナリシス1件（Su, et al., 2020）のみであった。

## B. 脳卒中後疲労の特定方法

脳卒中後疲労の特定には、①症例定義、②評価スケール（主観的評価法）が用いられていた。生理学的指標は開発されていなかった。

### 1. 症例定義を用いた脳卒中後疲労の特定

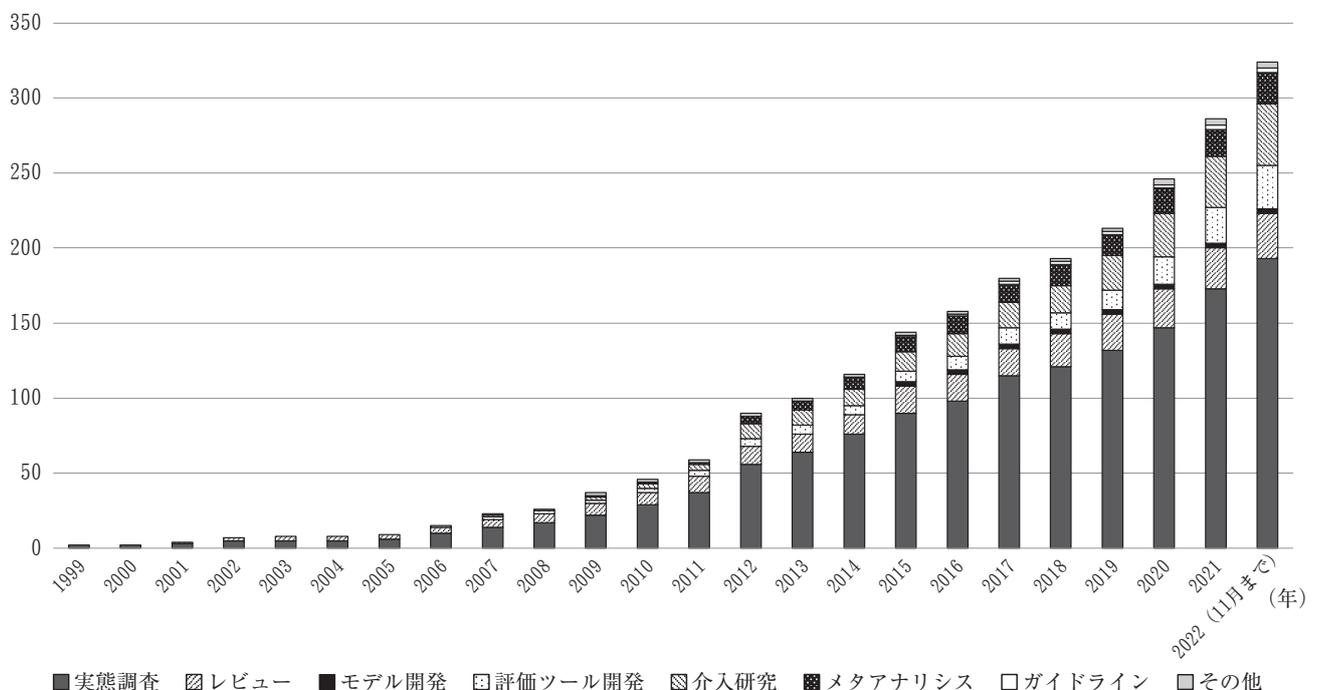
症例定義を用いる場合、「日常生活に支障をきたすほどの著しい疲労を自己申告すること」という定義が用いられる（Lynch, et al., 2007, p.540）。さらに、在宅患者においては、「過去1か月間で、少なくとも2週間、毎日またはほぼ毎日、疲労感、エネルギーの欠如、休養が必要な状態が

あり、この疲労が原因で、日常生活に支障をきたす状態」と定義される（Lynch, et al., 2007, p.543）。また、入院患者においては、「脳卒中後から、毎日またはほぼ毎日、疲労感、エネルギーの欠如、休養が必要な状態があり、日常生活に支障をきたす状態」と定義される（Lynch, et al., 2007, p.543）。

### 2. 評価スケール（主観的評価法）を用いた脳卒中後疲労の特定

評価スケールの開発については、脳卒中に特化した疲労スケールの開発ではなく、既存の疲労スケールを脳卒中患者に適用し、信頼性・妥当性の検証、カットオフ値の算出が行われている。既存の疲労スケールには、「フェイススケール」や「ビジュアルアナログスケール（visual analogue scale; VAS）」、一般的集団を対象に開発された「Multidimensional Fatigue Inventory-20: MFI-20」（Smets, Garssen, Bonke, & De Haes, 1995）および「Fatigue Assessment Scale: FAS」（Michielsen, De Vries, & Van Heck, 2003）、神経疾患（多発性硬化症）を対象に開発された「The Fatigue Severity Scale: FSS」（Krupp, LaRocca, Muir-Nash, & Steinberg, 1989）および「the Neurological Fatigue Index: NFI-MS」（Mills, Young, Pallant, & Tennant, 2010）、慢性疾患を対象に開発された「Functional

(累積件数)



PubMed：検索式「stroke」AND「fatigue」、分析対象文献の選択基準を満たした文献  $n=321$

医学中央雑誌：検索式「脳卒中」AND「疲労」、分析対象文献の選択基準を満たした文献  $n=3$

検索日：2020年10月26日、更新日：2022年2月15日、2022年11月15日

図2 脳卒中後疲労に関する文献の内容別件数の年次推移 (累積)

Assessment of Chronic Illness Therapy - fatigue: FACIT-F」(Yellen, Cella, Webster, Blendowski, & Kaplan, 1997)がある。

このように脳卒中後疲労の特定, 重症度評価に用いられる疲労スケールは様々であるが, 最も一般的に用いられるスケールは, FSS (Krupp, et al., 1989)である (Cumming, et al., 2016)。FSS (Krupp, et al., 1989)は9項目であるが, そのうちの2項目の適合度が低く, 脳卒中患者を対象とした調査において, 9項目から7項目へと改訂され, 7項目の方がより優れた心理測定特性を示し, 近年はFSS-7 (Lerdal & Kottorp, 2011)が一般的に用いられている。FSS (Krupp, et al., 1989; Lerdal & Kottorp, 2011)は「全般的疲労」の1因子構造をとり, 「過去2週間」の疲労が測定できる。FSS-7 (Lerdal & Kottorp, 2011)では, 5ポイント以上で, 脳卒中後疲労と特定される (Poulsen, Skovbølling, Kruuse, Overgaard, & Rasmussen, 2020)。

FSS (Krupp, et al., 1989; Lerdal & Kottorp, 2011)の他, MFI-20 (Smets, et al., 1995)も脳卒中後疲労の特定, 重症度評価に一般的に用いられている。MFI-20 (Smets, et al., 1995)は「全般的疲労」「身体的疲労」「精神的疲労」「意欲の減退」「活動の減退」の5因子構造をとり, 「最近」の疲労が測定できる。MFI-20 (Smets, et al., 1995)では, そのサブスケール「全般的疲労」の得点が12ポイント以上で, 脳卒中後疲労と特定される (Poulsen, et al., 2020)。

脳卒中後疲労の特定に最も一般的に用いられるFSS (Krupp, et al., 1989; Lerdal & Kottorp, 2011)の日本語版は開発されておらず, 国内で利用可能な評価スケールは「日本語版MFI-20」(菅谷・貝谷・岩佐・野村, 2005)等, 限定的である。FSS-7 (Lerdal & Kottorp, 2011)とVASの同時妥当性は検証されており (Nadarajah, Mazlan, Abdul-Latif, & Goh, 2017), VASを用いることも可能である。ただし, 半側空間無視のある患者に対するVASの適用においては注意を要する。

## C. 脳卒中後疲労の実態

### 1. 脳卒中後疲労の体験とその対処

脳卒中後疲労は患者にとって「通常の疲労」と明確に区別される体験であり (Kirkevold, Christensen, Andersen, Johansen, & Harder, 2012), 患者は「心と体に感じられる突然の変化」を体験する (Eriksson, Larsson, Guidetti, & Johansson, 2022)。脳卒中後疲労は発症直後から体験され, 退院後早期, または発症前のライフスタイルを再開させる際に体験されやすい (Bicknell, Said, Haines, & Kuys, 2022; White, et al., 2012)。さらに, 発症後5年以上も長期的に脳卒中後疲労を保有し続けるケースが存在する (Eriksson, et al., 2022)。

患者は, 脳卒中後の長期の療養生活の中で, 発症前のラ

イフスタイルの維持, 役割遂行ができないといった, 日常生活における困難を体験している (Eriksson, et al., 2022; White, et al., 2012)。そして, 患者は脳卒中後疲労が自分にどのような影響を及ぼしているのか, 体験から理解を深め, 何年にもわたってその課題への対処を行い, 時間をかけて試行錯誤しながら対処法を獲得している (Eriksson, et al., 2022; White, et al., 2012)。脳卒中後疲労への対処は, 「日常生活の中で目に見えない調整を伴う長くゆっくりとしたプロセス」である (Eriksson, et al., 2022)。

対処法としては, 脳卒中後疲労の存在を受け入れ, 今のエネルギーでは発症前のライフスタイルや役割を維持することが困難であることを認め, 重要な役割を遂行するために, 日常のルーティーンを変化させる, 一時的に他者との面会を控えるなどの「エネルギーの消耗を抑える」よう努めている (Ablewhite, et al., 2022; Eriksson, et al., 2022; White, et al., 2012)。また, 休息時間を取り入れながら活動をスローペースで行うなど, 「活動のペースング」を行っている (Ablewhite, et al., 2022; Eriksson, et al., 2022; White, et al., 2012)。さらに, 疲労の発生を予測し, 活動を遂行するためには, どのような進め方が良いのか, 活動前に十分な「スケジュール調整を行うこと」を試みている (Ablewhite, et al., 2022; Eriksson, et al., 2022)。その他, 疲労日誌, リラクゼーション法, 食事・運動等の生活習慣を整えること (Ablewhite, et al., 2022), 医療従事者に専門的な支援を求めること (Ablewhite, et al., 2022; 安田他, 2022), 脳卒中後疲労に対する他者の理解を求めること (Ablewhite, et al., 2022) など, 様々に対処している。そして, これらの対処により, 長い時間をかけて, 疲労改善を果たすケースも存在する (Eriksson, et al., 2022)。

### 2. 脳卒中後疲労の保有率

脳卒中後疲労の保有率については, 2件のメタアナリシスで報告されている (Cumming, et al., 2016; Zhan, et al., 2022)。脳卒中患者の50% (95% CI: 43-57%, 22文献,  $n=3,491$ ) (Cumming, et al., 2016), あるいは, 47% (95% CI: 43-50%, 66文献,  $n=11,697$ ) (Zhan, et al., 2022)が, 脳卒中後疲労を保有する。ただし, 保有率には, 研究間で高い異質性が存在し, アジアの研究で35% (95% CI: 20-50%)と低い (Cumming, et al., 2016)。

国内の調査においては, 急性期の脳卒中後疲労の保有率は56.4% (Mutai, et al., 2017), 25.5% (Su, et al., 2021)といった報告がある。また, 退院後1か月時点の慢性期においては29.8%という調査結果もある (Su, et al., 2021)。上記のメタアナリシスに我が国のデータは含まれず, 国内において, 大規模調査が行われていないことから, 我が国の脳卒中後疲労の保有率は十分に明らかになっていない。

### 3. 脳卒中後疲労の自然経過

脳卒中後疲労は短期的な問題ではなく、長期的な経過をたどるケースが存在する。長期的な経過をたどるケースについては、複数の横断調査、縦断調査で報告され、約3～5割の患者が、数年から5年以上にわたり、疲労を保有し続けている (Delva, Lytvynenko, & Delva, 2017; Elf, Eriksson, Johansson, von Koch, & Ytterberg, 2016; Hawkins, et al., 2017; Mahon, et al., 2018)。

5つの縦断研究 ( $n=762$ ) のレビュー結果から明らかにされた「脳卒中後疲労モデル」(Wu, Mead, et al., 2015, p.893) では、脳卒中後疲労の自然経過として、患者の3分の1以上が「初期疲労 (Early Fatigue) (通常脳卒中後3か月以内)」を有し、初期疲労を有した患者の3分の1は疲労回復を果たすが、3分の2は「持続性疲労」へ移行し、「晩期疲労 (Late Fatigue) (通常脳卒中後1年以上)」を保有することが示されている。また、脳卒中後に初期疲労を保有しなかった患者であっても、時間経過により、1～6割の患者が「晩期疲労」を保有する (Wu, Mead, et al., 2015, p.893)。

初期疲労と晩期疲労には相違点があり、Chen & Marsh (2018) は、晩期疲労は初期疲労とは異なり「脳卒中自体」の影響はないとしている。また、Lerdal & Gay (2013) も同様に、晩期疲労の最大の予測因子は、「脳卒中自体」ではなく、「初期疲労」であると報告している。つまり、初期疲労には脳卒中の発症自体 (炎症反応や解剖生理学的変化) が影響するが、晩期疲労には脳卒中自体の影響はなく、初期疲労の自然回復が図られず、晩期疲労に移行する経過をたどる。

### 4. 脳卒中後疲労の関連因子

脳卒中後疲労の発生には、「脳卒中」の発症自体、つまり、脳卒中による炎症反応、神経毒性、神経筋伝達障害が影響する (Ormstad & Eilertsen, 2015)。したがって、障害の重症度が高いほど脳卒中後疲労の保有率も高くなる (Cumming, et al., 2018)。脳卒中後の炎症反応は、一般的に、発症後1～3日の炎症期を経て、発症3日目以降に終息に向かい、1週間程度で終息する (七田, 2018)。このことから、特に発症後1週間程度は炎症反応に伴う疲労の発生が予測される。

その他、脳卒中後疲労の関連因子については、以下5件のメタアナリシスで報告されている。①脳病変との関連について、脳卒中後疲労と「脳卒中病型 (出血性脳卒中)」には関連が認められる一方で、「脳卒中部位 (皮質/皮質下, 皮質下/テント下, 大脳基底核/その他, 右側/左側, 片側/両側)」との関連は認められない (8文献,  $n=1,816$ ) (Shu, et al., 2022)。②脳卒中後疲労は「性別 (女

性)」、「発症後の時間 (長い)」、「障害の重症度 (重症度が高い)」、「うつ」と、独立して関連する (12文献,  $n=2,102$ ) (Cumming, et al., 2018)。③脳卒中後疲労は「性別 (女性)」、「障害の重症度 (重症度が高い)」、「うつ」、「脳卒中部位 (視床)」、「睡眠障害」、「白内障」と関連する (14文献,  $n=3,933$ ) (Zhang, et al., 2021)。④脳卒中後疲労は「性別 (女性)」、「脳卒中病型 (出血性脳卒中)」、「学歴 (大卒以上)」、「婚姻 (未婚・離婚者)」と関連する (66文献,  $n=11,697$ ) (Zhan, et al., 2022)。⑤脳卒中後疲労は「うつ」 (19文献,  $n=6,712$ )、「不安」 (4文献,  $n=3,884$ )、「コーピングスタイル (乏しいコーピング)」 (2文献,  $n=123$ )、「コントロール感覚の喪失」 (6文献,  $n=1,978$ ) と関連する (Wu, Barugh, Macleod, & Mead, 2014)。

メタアナリシスでは示されていないが、脳卒中後疲労と、歩数の低下等の「身体活動量の低下」は強く関連する (Braaten, Askim, Gunnes, & Indredavik, 2020; Duncan et al, 2015)。

### 5. 脳卒中後疲労がもたらす機能的アウトカム

脳卒中後疲労と、身体機能、心理機能、認知機能、社会機能、および、QOLとの関連等、脳卒中後疲労による機能的アウトカム不良については、多数の研究で報告されている (Bhimani, Chappuis, Mathiason, & Anderson, 2022; Pedersen, et al., 2022; Sibbritt, Bayes, Peng, Maguire, & Adams, 2022; 他)。

発症2年後の追跡調査において、「常に疲れている」ことは「ADL依存」の独立予測因子である (OR: 3.68, 95% CI: 2.81-4.80) (Glader, et al., 2002, p.1330)。また、「重度の疲労」は、「全般的な健康状態の悪化」の独立予測因子である (OR: 4.54, 95% CI: 3.37-6.12) (Glader, et al., 2002, p.1330)。さらに、「重度の疲労」は、発症2年後の追跡調査後1年以内または、発症後3年以内の「死亡」の独立予測因子と推定され (OR: 1.48, 95% CI: 0.99-2.22) (Glader, et al., 2002, p.1330)、発症3年後までの死亡者 ( $n=297$ ) のうち、「常に疲れている」者の死亡率が有意に高い (17.3%対7.1%,  $p<.001$ ) (Glader, et al., 2002, p.1330)。

その他、脳卒中後疲労と「認知機能の低下」、「うつ」、「復職率の低下」(Pihlaja, Uimonen, Mustanoja, Tatlisumak, & Poutiainen, 2014) との関連が報告されている。さらに、「QOLの低下」との関連も認められる (Almhdawi, et al., 2021; Chen, et al., 2015; Ramirez-Moreno, Muñoz-Vega, Alberca, & Peral-Pacheco, 2019)。このように、複数の研究で、脳卒中後疲労と身体・心理・社会機能、および、QOLの低下との関連が報告されている。

### 6. 脳卒中後疲労モデル

脳卒中後疲労に関するレビュー結果に基づいて、3つの

脳卒中後疲労モデルが開発されている (Kuppuswamy, et al., 2015; Ormstad & Eilertsen, 2015; Wu & Mead, et al., 2015)。

#### a. 感覚運動障害に基づく脳卒中後疲労モデル

感覚運動障害に基づく脳卒中後疲労モデル (Kuppuswamy, et al., 2015) においては, ①脳卒中後疲労は抗うつ薬では軽減しないこと, ②脳卒中後早期においては, 疲労と炎症性サイトカインの関連があるが, 脳卒中後晩期においては関連がないこと, ③慢性期脳卒中患者の疲労は, 皮質運動および行動障害と関連すること, ④遺伝的要因が脳卒中後疲労に関連する可能性があることを挙げ, 脳卒中後疲労は神経精神医学的な問題ではなく, 感覚運動障害によるものである可能性が示されている。

#### b. 脳卒中後疲労とうつの生物心理社会モデル

虚血性脳卒中後急性期の疲労の生物学的因子として, 炎症反応, キヌレン経路の活性化による神経伝達障害, 神経毒性がある (Ormstad & Eilertsen, 2015)。脳卒中急性期に患者が疲労の存在を「認知」することで, 活動と休息のバランスをとるといった「対処行動」が図られ, 疲労が軽減する。一方で, 疲労の存在が認知されないことに加えて, 心理社会的要因や行動要因が加わると, 持続的に強度の疲労を保有する。さらに, 持続的な強度の疲労が認知されず, 心理社会的要因や行動要因, 危険因子が加わることで「うつ」を発症する。脳卒中後疲労の存在を「認知」することが疲労の軽減や, うつの発症予防のキーポイントとなる。

#### c. 脳卒中後疲労モデル

脳卒中後疲労には, 通常脳卒中後3か月以内の「初期疲労」と通常1年以上の「晩期疲労」がある (Wu, Mead, et al., 2015)。「初期疲労」は, ストレスへの脆弱性等の「脳卒中前の状態」がある中で, 引き金として「脳卒中」を発症することで発生する。また, 初期疲労には「感情因子」「身体的因子」「心理的因子」「行動因子」といった複数の因子が関連する。「初期疲労」は「晩期疲労」へと移行するプロセスがある。初期疲労と晩期疲労はともに, 感情・身体・心理・行動因子が関連する一方で, 晩期疲労には「脳卒中」自体の影響はない。

### D. 脳卒中後疲労の改善が期待できる介入方法

#### 1. 介入研究の結果

脳卒中後疲労に対する薬物療法については, 向精神薬である「モダフィニル (Modafinil)」に関する報告が最も多く, その治療効果は, 二重盲検無作為化比較試験によって検証され, QOL改善効果, 医療経済効果が報告されている (Bajorek, et al., 2020; Bivard, et al., 2017; Brioschi, et al., 2009; Lillicrap, et al., 2018; Poulsen, et al., 2015; Visser, Goodin et al., 2019; Visser, Maréchal, et al., 2019)。その他,

「フルオキセチン (Fluoxetine)」等の選択的セロトニン再取り込み阻害薬に分類される抗うつ薬 (Choi-Kwon, Choi, Kwon, Kang, & Kim, 2007; Johansson, Carlsson, et al., 2012; Karaiskos, Tzavellas, Spengos, Vassilopoulou, & Paparrigopoulos, 2012; Nilsson, Johansson, Carlsson, Schuit, & Rönnbäck, 2020; Wang, Wang, et al., 2022), 「漢方薬」 (Guo, Chen, & Xie, 2012; Jin, et al., 2019; Liu, et al., 2016), 「ビタミン薬 (ビタミンB, ビタミンD)」 (Costantini, Pala, Catalano, Notarangelo, & Careddu, 2014; Wang, Zhao, Wang, Wu, & Wang, 2021) に関する報告がある。ただし, 抗うつ薬, 漢方薬, ビタミン薬については, 症例報告, 準実験研究等の研究デザインが用いられ, 盲検化された無作為化比較試験は報告されていない。また, 抗うつ薬については, 脳卒中後疲労に対する治療効果は見出されず (Choi-Kwon, et al., 2007; Wang, Wang, et al., 2022), うつを併発する脳卒中後疲労患者への有効性は期待できるが, うつを併発しない患者への効果は見出されていない (Wang, Wang, et al., 2022)。国内においては, 脳卒中治療ガイドライン2021 (日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会, 2021) に, 脳卒中後疲労に対する薬物療法の記載はなく, 我が国において, 脳卒中後疲労に対する薬物療法が標準治療として行われている現状にはない。

脳卒中後疲労に対する非薬物療法については, 前述の通り, 《経頭蓋電気刺激療法》, 《電気鍼療法》, 《教育・認知行動療法・マインドフルネス》, 《運動療法》, 《認知行動療法と運動療法の併用》, 《照明・光療法》, 《園芸療法》が報告されている。

「経頭蓋電気刺激療法」については, 2件の無作為化比較試験 (De Doncker, et al., 2021; Dong, et al., 2021) によって, 疲労改善が報告されている。また, 二重盲検無作為化比較試験のプロトコル論文 (Sun, et al., 2022) が報告され, 近年, 経頭蓋電気刺激療法の有効性を示す知見が積み重ねられている。東洋医学の「電気鍼療法」については, 1件の無作為化比較試験 (Zhou, et al., 2010) によって, 疲労改善が報告されている。

経頭蓋電気刺激療法, 電気鍼療法といった治療, 動物実験研究, プロトコル論文を除外すると, 脳卒中後疲労に対する非薬物療法は14件となる。この14件の研究内容の要約を表2に示し, 下記に研究の概要を記す。

経頭蓋電気刺激療法, 電気鍼療法の他, 無作為化比較試験で, 主要評価項目 (疲労) に有意差が認められた介入研究は, 「マインドフルネス」 (Johansson, Bjuhr, et al., 2012), 「照明・光療法」 (West, et al., 2019), 「運動療法」 (Ghaffari, et al., 2022; Wang, Xiao, et al., 2022; Yoon, et al., 2020) の5件である。「マインドフルネス」では, 晩期疲労を有する在宅患者に対して, 定期的なマインドフルネスグループセッションと継続的な自主トレーニングを8週間行うこと

表 2 - 1 脳卒中後疲労に対する非薬物療法の概要

著者 (発行年) 内容	研究対象者	介入内容	介入期間	アウトカム	アウトカム測定時期	結果	介入効果
Johansson, Bjuhr, et al. (2012) マインドフルネス 無作為化比較試験	【選択基準】 ・脳卒中、外傷性脳損傷後12か月以上 ・30～65歳 ・Glasgow Outcome Scale 5 中程度の障害より高い回復レベル ・疲労を保有 【除外基準】 ・重篤な精神・神経疾患 ・重度の認知機能障害 【対象数】 ・介入群：12名 ・対照群：14名 ・待機介入群：10名	【介入群】 マインドフルネス (mindfulness-based stress reduction: MBSR) ・8週間、1回2.5時間のグループセッション ・週6日、45分間の自主トレーニング ・自主トレーニング用のガイドとCDの配布 【対照群】 8週間待機 【待機介入群】 対照群の患者が、8週間待機後にMBSRを受ける	8週間	【主要評価項目】 疲労スケール: Self evaluation questionnaire for mental fatigue (MFS) 【副次評価項目】 神経心理学評価 (情報処理速度、注意、ワーキングメモリー)	8週間の介入期間終了後	・介入群の疲労が有意に低い。 ・介入群は、介入前後で、介入後の疲労が有意に低い。 ・対照群は、ベースライン時と8週間後で、疲労に有意差なし。 ・待機介入群は、介入前後で、介入後の疲労が有意に低い。 ・介入群 待機介入群は、介入後の情報処理速度が改善。	*
Zedlitz, et al. (2012) 認知行動療法と運動療法 無作為化比較試験	【選択基準】 ・4か月以上前に脳卒中を発症した在宅患者 ・重度の疲労を保有 (Checklist Individual Strength-subscale Fatigue score $\geq 40$ ) ・18～70歳 ・自立歩行可能 【除外基準】 ・重度の心疾患、肺疾患、うつ ・重度の認知機能障害 【対象数】 ・介入群：38名 ・対照群：35名	【介入群】 グループ認知療法と運動療法 ・グループ認知療法と、トレッドミル、筋力トレーニング等の段階的活動トレーニング、最大心拍数と最大強度を、トレーニング開始時40%から終了時70%まで徐々に増加。 ・グループ認知療法に加えて、毎週2回、2時間のセッションを計24回、12週間。 【対照群】 グループ認知療法 ・グループ認知療法 ・毎週1回、2時間のセッションを計12回、12週間 ※グループ認知療法は心理学者、段階的活動トレーニングによる介入	12週間	【主要評価項目】 ・ Checklist Individual Strength-subscale Fatigue (CIS-f) : 過去2週間の疲労を測定 ・ Fatigue self-observation list (SOL-f) : 1日4回 (午前・午後・夕方・就寝時) の疲労の合計点の7日間の平均値を測定 【副次評価項目】 ・ うつ・不安 ・ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ・ 機能的健康状態 ・ Stroke-Adapted Sickness Impact Profile 30 (SA-SIP 30) ・ 持久力 : 6分間歩行試験 ・ 治療に対する満足度 ・ Visual Analog Scale (VAS)	介入後3か月 (3か月間の介入期間終了後) 介入後6か月 (介入期間終了から3か月後のフォローアップ)	・介入後3か月、6か月のいずれにおいても疲労は有意差なし。 ・介入後3か月、6か月の6分間歩行が向上。 ・介入後6か月において、対照群と比較して、介入群は、疲労の改善を果たした者の割合が有意に高い。	-
Clarke, et al. (2012) グループ教育 無作為化比較試験 (ハイロット試験)	【選択基準】 ・脳卒中後3～8か月 ・疲労を保有 (Fatigue Severity Scale: FSS > 3.9) ・入院中または在宅の患者 【除外基準】 ・重篤な障害 (Mini-Mental State Examination: MMSE < 23) ・介入を妨げる行動 (興奮など) ・英語が十分に理解できない ・病態が不安定 ・認知症、ネグレクトなど 【対象数】 ・介入群：9名 ・対照群：7名	【介入群】 疲労マネジメント群 ・毎週60分の疲労改善を目的とした教育を6セッション。 ・患者は疲労日誌 (疲労と活動量の記録) をつける。 ・疲労日誌のレビュー、特定された問題の解決策についてグループで検討。個々の経験の共有、個別支援の提供。 【対照群】 脳卒中教育群 ・毎週60分の脳卒中に関する一般的な教育を6セッション。 ・直近のセッションの簡単なレビューを行う。 ・個々の経験の共有、個別支援の提供。	6週間	【主要評価項目】 ・ 疲労スケールの変化 ・ Fatigue Severity Scale (FSS) 【副次評価項目】 ・ 疲労 ・ Visual Analogue Scale for Fatigue (VAS-F) ・ Checklist of individual strength (CIS) ・ 健康関連QOL ・ Short Form-36 (SF-36) ・ 不安・うつ ・ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ・ 障害の重症度 ・ Modified Rankin Scale (mRS) ・ Barthel Index (BI)	介入終了後 介入終了から3か月後のフォローアップ	・両群ともに、6週間後に疲労が有意に低下し、3か月のフォローアップ時まで維持。 ・疲労の変化量は、両群で有意差なし。 ・介入群の3名は疲労のカットオフ値を下回ったが、対照群は全員がカットオフ値を上回ったまま。 ・両群ともに、SF-36の社会的機能が有意に上昇。 ・両群で有意差なし。 ・その他の評価項目においては有意差なし。	-

\* : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められた介入研究。

- : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められなかった介入研究。または、準実験研究、症例報告等の研究デザインにより、介入効果が十分に明らかでない介入研究。

表 2-2 脳卒中後疲労に対する非薬物療法の概要

著者 (発行年) 研究デザイン	研究対象者	介入内容	介入期間	アウトカム	アウトカム測定時期	結果	介入効果
Boehm, et al. (2015) 疲労マネジメント 電話遠隔支援 症例報告	【選択基準】 ・ 研究対象地域に在住 ・ 過去5年以内の脳卒中の発症 ・ 軽症～中等症 ・ 41歳以上 ・ 疲労を保有 ・ 8週間、週に1回電話アクセスが可能 ・ 英語が堪能である 【除外基準】 ・ 重度の脳卒中 ・ 重度の認知機能障害 ・ 識字機能の障害 【対象数】 1名	電話での6週間の遠隔支援による慢性疾患の疲労のマネジメントコース (Packer et al., 1995) ・ 休息 ・ コミュニケーションとボアタイムカニクス ・ 人間工学の適用、優先順位付けと計画、スケジューリング調整、コースのレビューと将来の計画について話し合う6セッション	6週間	介入後 ・ 作業パフォーマンス Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ・ 疲労 Fatigue Impact Scale (FIS)	介入後	・ 介入前後で疲労スコアが低下。 ・ 介入前後で作業パフォーマンスがわずかに上昇。	-
Wu, et al. (2017) 認知行動療法 準実験研究	【選択基準】 ・ 18歳以上 ・ 3～24か月より前に脳卒中を発症 ・ 疲労を保有 ・ イギリス、スコットランド、ロージアン州に在住 【除外基準】 ・ 重度のうつ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9: 15以上) ・ 重度の認知機能障害とコミュニケーション障害 ・ 医学的に不安定またはナーシングホームに住んでいる ・ 他の調査研究に参加 ・ 疲労やうつの治療を受けている ・ 身体的負担の増加が予測される場合 【対象数】 12名	・ 2週間隔で6回のセッションと、セッション終了1か月後のセラピストによる電話ブースターセッション1回。 ・ 1セッション60分間。第1セッションは90分間。 ・ 第1セッション「導入・心理教育」。 第2「目標・計画設定」。 第3「評価・修正」。 第4「認知の再構築」。 第5「障壁・挫折への対処」。 第6「習得スキルのレビューと将来計画作成」 ・ プラスターセッション「過去1か月間の疲労克服状況の確認、改善計画の立案」 ・ セッション間に、対象者は、活動・睡眠日誌をつける。活動量を増やす等の課題をばせ。 ※ 将来的には看護師が介入を行うことを想定しているが、パイロット試験では臨床心理士が介入を実施。	14週間	・ 疲労 Fatigue Assessment Scale (FAS) ・ うつ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ・ 日常生活活動動作 Norrington Extended Activities of Daily Living (NEADL) ・ 脳卒中後の機能 Stroke Impact Scale (SIS)	介入終了後 介入後から1か月、3か月のフォローアップ	・ 12名中4名が脱落。脱落者は全員女性。 ・ 非脱落者・脱落者では、女性の脱落が有意に高い。 ・ 非脱落者・脱落者では、体力スコア (SIS) が低い者の脱落が有意に高い。 ・ 介入を完了した8名において、介入前後で、疲労 (FAS)、うつ (PHQ-9)、日常生活活動動作 (NEADL)、脳卒中後の機能 (SIS) の全てが有意に改善。	-
Nguyen, et al. (2019) 認知行動療法 無作為化比較試験 (パイロット試験)	【選択基準】 ・ 16～70歳 ・ 脳卒中の既往 ・ 疲労を保有 (Fatigue Severity Scale: FSS $\geq 4$ ) かつ/または睡眠障害を保有 (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI $> 5$ ) 【除外基準】 ・ 他の神経疾患の併存 ・ 薬物による急性の精神症状 ・ 過去1か月に日付変更線をまたぐ旅行、夜間勤務 ・ 睡眠時無呼吸症候群 【対象数】 ・ 介入群: 9名 ・ 対照群: 6名	【介入群】 認知行動療法 ・ 疲労と睡眠障害に対する8週間の個別セッション 「心理教育」「毎日のスケジューリングの再編成」「エネルギーの依存」「認知の再構築・睡眠介入」「自身の疲労への対処」「再発防止レビニューテック：治療効果の統合」 ・ ガイドラインに基づいて適度な運動を実施。 【対照群】 ・ 通常のケア。 ※ 認知行動療法は、トレーニングを受けた博士号を持つ心理学者が実施。	8週間	【主要評価項目】 ・ 疲労 Fatigue Severity Scale 7 item version (FSS-7) 【副次評価項目】 ・ 睡眠: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ・ 日々の疲労: Brief Fatigue Inventory: (BFI) ・ 不眠の重症度: Insomnia Severity Index: (ISI) ・ 日中の眠気: Epworth Sleepiness Scale: (ESS) ・ うつ・不安: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ・ QOL: Short Form-36 (SF-36)	ベースラインから2か月後 (介入終了後) ベースラインから4か月後 (介入終了後2か月のフォローアップ)	介入終了後とフォローアップ時のいずれにおいても、 ・ 介入群の疲労 (FSS) は、対照群よりも有意に低い。 ・ 介入群の睡眠の質は、対照群より有意に高い。 ・ 介入群の不安・うつは有意に低い。	-

\* : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められた介入研究。  
 - : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められなかった介入研究。または、準実験研究、症例報告等の研究デザインにより、介入効果が十分に明らかでない介入研究。

表 2-3 脳卒中後疲労に対する非薬物療法の概要

著者 (発行年) 内容	研究対象者	介入内容	介入期間	アウトカム	アウトカム測定時期	結果	介入効果
West, et al. (2019) 照明・光療法 無作為化比較試験	【選択基準】 ・急性期脳卒中ユニットに入院中の患者のうち、リハビリテーションを2週間以上必要とする脳卒中患者 【除外基準】 ・意識障害・重度の失語症 【対象数】 ・介入群: 39名 ・対照群: 32名	【介入群】 ・自然光照明を取り入れたユニットでのリハビリテーション ・照明器具は天井とベッドの後ろの壁に配置。 ・午前7時に低い照度の青色光で照らし始め、正午に最大照度になり、青色光の含有量も高くなる。午後2時から夕方にかけて、ゆっくりと暗くなり、午後6時に温白色に変わり、午後10時に消灯。 【対照群】 ・標準的な室内照明を備えたユニットでのリハビリテーション。	10週間	【主要評価項目】 ・無作為化後8か月の疲労 Mental Fatigue Scale (MFS) 【副次評価項目】 ・無作為化後8か月、14か月後の ・疲労の重症度: modified Rankin Scale (mRS) ・不安・うつ Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) ・健康関連QOL: EuroQoL-5 Dimension Questionnaire (EQ-5D) ・職業的価値 Occupational value instrument with pre-defined items (Oval-pd)	介入終了後 (リハビリテーションセッション ニット退室時)	・介入群の疲労 (MFI-20) は、対照群よりも有意に低い。 ・眠気、睡眠の質に有意差なし。	*
Palsdottir, et al. (2020) 園芸療法 無作為化比較試験	【選択基準】 ・脳卒中後3か月の重症性脳卒中患者と脳卒中後1年以降の慢性脳卒中患者 ・50~80歳 ・在宅療養中の患者 ・ADLが自立 ・疲労を保有 【除外基準】 ・認知症 ・スウェーデン語が堪能でない ・重度な併存疾患 【対象数】 ・介入群: 51名 ・対照群: 50名	【介入群】 ・標準ケアと、10週間の園芸療法。 ・週に2日間、各セッションは3.5時間。 ・2ヘクタールの自然帯と園芸地帯をもつ庭園で行われた。 ・園芸、豊かな庭園環境での休息と精神的回復の促進。 ・毎日同じ基本構造の4つのテーマセッションから集う。 ①天候が良くないときには温室内で身体活動。 ②園芸作業または、ただそこにいることで、庭を楽しむ。 ③その日の終了の集いのとして、軽食をとりながら集う。 最終セッションでは、プログラムを通して自己の変化について考える。 【対照群】標準ケア。 ※介入は心理療法士、理学療法士、作業療法士、園芸家が実施。	4週間	・呼吸機能: 努力筋活量、一秒率 最大吸気圧、最大呼気圧 ・疲労: Fatigue Severity Scale (FSS) ・日常生活動作: 機能的自立度 Functional Independence Measure (FIM)	介入前後	・介入群 (DCS群) において、呼吸機能、疲労が有意に改善。	*
Yoon, et al. (2020) 運動療法 無作為化比較試験	【適格基準】 ・脳卒中後3か月以上 ・片麻痺を伴う ・Mini-Mental State Examination score $\geq$ 24 ・Trunk Impairment Scale $\geq$ 2 【除外基準】 ・半身不遂 ・未梢神経障害 ・整形外科疾患、外科疾患の既往 【対象数】31名 (介入群16名、対照群15名)	【介入群: DCS群】 dynamic core-postural chain stabilization (DCS) ・腹式呼吸の横隔膜の下降運動により背筋底筋と腹筋を共動させ、腹腔内圧を調整し、体幹の安定化を図る運動。 【対照群: NDT群】 neurodevelopmental treatment (NDT) ・骨盤の運動	2週間	【主要評価項目】 ・疲労: Brief Fatigue Inventory (BFI) 【副次評価項目】 ・睡眠: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ・精神運動覚醒 : Psychomotor Vigilance Task (PVT) ・1日目の生産活動: 活動日誌	介入前後	・疲労改善効果なし。 ・コロナタイプ (夜型タイプ) は、疲労改善 (中程度の効果量)。 ・年齢 (若年者) は、生産活動改善 (大きな効果量)。	-
Connolly, et al. (2021) 照明・光療法 被験者内クロスオーバー 無作為化比較試験	【選択基準】 ・外傷性脳損傷または脳卒中 ・在宅療養 ・疲労を保有 【除外基準】 ・入院を要する精神障害 ・睡眠障害、慢性疲労症候群、視覚障害 ・日付変更線を越える旅行 【対象数】24名	【介入群】 ・家庭内照明機器の設置 ・星間は高照度白色光、眠前は低照度で青色を含まない白色光	2か月	【主要評価項目】 ・疲労: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ・精神運動覚醒 : Psychomotor Vigilance Task (PVT) ・1日目の生産活動: 活動日誌	介入前後	・疲労改善効果なし。 ・年齢 (若年者) は、生産活動改善 (大きな効果量)。	-

\* : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められた介入研究。

- : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められなかった介入研究。または、準実験研究、症例報告等の研究デザインにより、介入効果が十分に明らかでない介入研究。

表 2-4 脳卒中後疲労に対する非薬物療法の概要

著者 (発行年) 内容	研究対象者	介入内容	介入期間	アウトカム	結果	介入効果
Byun, et al. (2021) 認知行動療法 無作為化比較試験	【適格基準】 ・脳卒中後 4 か月以内 ・21歳以上 【除外基準】 ・うつ ※うつに対する介入研究の二次分析 【除外基準】 ・他の精神疾患の既往 等 【対象数】100名 【対照群】通常ケア (電話介入37名, 対面介入35名, 対照群28名)	【介入群】認知行動療法 ・1週間に1回1時間の電話または対面の介入を計6回。 ・うつ ※うつと脳卒中の関連についての教育 ・うつは観察、対処が可能であることについて教育 ・楽しいと感じる活動を日常生活に組み込む ・個々の課題に対する問題解決プロセスの促進 【対照群】通常ケア ・脳卒中とうつに関する教材の配布 ・通常のうつの治療	6週間	・疲労 : the PROMIS severe-item scale ・睡眠障害 : the PROMIS eight-item sleep scale ・覚醒障害 : the PROMIS eight-item wake scale	・介入群において、疲労、睡眠障害、覚醒障害は、12か月において有意に減少。対照群では減少しなかった。 ・介入群・対照群において、介入群の覚醒障害が有意に減少。疲労は有意差なし。	介入効果 -
Wang, Xiao, et al. (2022) 運動療法 無作為化比較試験	【適格基準】 ・脳卒中の診断 ・脳卒中後 1～6 か月 ・35～75歳 【除外基準】 ・心疾患、肝疾患、腎疾患、感染症、重度の認知機能障害、全失語、 ・β遮断薬、ACE阻害薬、抗不整脈薬、向精神薬 ・能動、受動喫煙、多量飲酒 【対象数】60名 (介入群30名, 対照群30名)	self-generate physiological coherence system (SPCS) ・対象者の心拍変動、自律神経活動をリアルタイムで評価し、心拍変動、自律神経活動を調整するトレーニングを提供。 ・日曜日を除き、12週間毎日継続的に実施。	12週間	・疲労 : fatigue severity scale (FSS) ・うつ : Hamilton Depression Scale (HAM-D) ・心拍変動 : R-R間隔等 ・治療満足度 : The treatment satisfaction scale (SASC-19)	・介入群の疲労、うつが有意に改善。 ・介入群の心拍変動が有意に改善。 ・介入群の治療満足度が有意に改善。	介入効果 *
Mead, et al. (2022) 認知行動療法 電話遠隔支援 無作為化比較試験 (実現可能性試験)	【適格基準】 ・18歳以上 ・脳卒中後 3 か月～2 年以内 ・疲労を保有 ・ナーシングホームに住んでいない ・医学的に安定している 【除外基準】 ・生命を脅かす疾患 (進行がん、進行した心不全) ・重度の失語症、認知機能障害 ・自殺企図、うつ、パニック障害、PTSD ・強度の不安 ・以前認知行動療法を受けたことがある ・英語が堪能でない 【対象数】76名 (介入群39名, 対照群37名)	・12週間で6回の電話 (それぞれ最大1時間、2～4週間後に「ブースター」コール。 ・セッション1 : 疲労に関する教育と心理教育 ・セッション2 : 目標設定と活動計画 ・セッション3 : 進捗評価と目標修正 ・セッション4 : 認知の再構築 ・セッション5 : 障壁と壁打ちへの対処 ・セッション6 : レビュートと将来の計画 ブースターセッション : レビュートと新たな計画立案 ・①身体活動に対する恐怖を克服する。②日記、活動計画を活用して身体活動を増やす。③活動・休息、睡眠バランス、④疲労や気分落ち込みに関する役立つ考えに対処することを奨励。 ※介入は、認知行動療法に関する簡単なトレーニングを受けた7人の脳卒中専門家 (看護師6名、理学療法士1名) が実施。	12週間	・疲労 : Fatigue Assessment Scale (FAS) ・気分 : Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ・不安 : Generalised Anxiety Disorder (GAD) ・社会参加 : Short Form of Stroke Impact Scale (SIS) ・生活の質 : EuroQoL-5D-5L ・職場復帰と労働時間の変化の有無 ・身体活動に対する恐怖心 ・Cognitive and Behavioural Responses Questionnaire (CBRQ) の下位尺度	・全てのアウトカムにおいて、有意差なし。 ・介入試験の実現可能性が示された。	介入効果 -
Chaffari, et al. (2022) 運動療法 無作為化比較試験	【適格基準】 ・過去 6～36か月前の片側片麻痺を伴う脳卒中 ・歩行可能 ・疲労を保有 【除外基準】 ・重度の認知機能障害 ・重度の失語症 ・重度の片側空間無視 ・下肢の重度の変形性膝関節症など整形外科疾患 【対象数】32名 (介入群16名, 対照群16名)	【介入群】 前庭リハビリテーション ・週3回、各60分、計24セッション ・静的ボジション : 立位と膝立ち ・硬い表面、柔らかい表面、トランポリン、チルトボード ・ダイナミックボジション : ウォーキング ・眼球運動トレーニング 【対照群】 標準的リハビリテーション ・週3回、各60分、計24セッション	8週間	・疲労 : Fatigue Impact Scale (FIS) ・うつ : Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ・日常生活動作 : Barthel Index (BI) ・手段的日常生活動作 : Lawton Instrumental Activities of Daily Living	・全てのアウトカムにおいて、有意に改善。	介入効果 *

\* : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められた介入研究。

- : 無作為化比較試験において主要評価項目 (疲労) に有意差が認められなかった介入研究。または、準実験研究、症例報告等の研究デザインにより、介入効果が十分に明らかでない介入研究。

で、疲労改善が認められる (Johansson, Bjuhr, et al., 2012)。「照明・光療法」では、初期疲労を有する急性期リハビリテーションユニット入院中の患者に対して、ユニット入室から退室までの期間、自然光照明を設置した環境下でリハビリテーションを行うことで、疲労改善が認められる (West, et al., 2019)。「運動療法」では、晩期疲労を有する患者に対して、吸気時の横隔膜の下降運動により骨盤底筋と腹筋を共働させ、腹腔内圧を調整し、体幹の安定化を図るリハビリテーション (dynamic core-postural chain stabilization; DCS) を1回30分、週3回、4週間実施することで、疲労改善が認められる (Yoon, et al., 2020)。また、脳卒中後1～6か月の患者に対して、心拍変動と自律神経活動をリアルタイムで評価し、心拍変動、自律神経活動を調整するトレーニングを12週間継続することで、疲労改善が認められる (Wang, Xiao, et al., 2022)。さらに、晩期疲労を有する患者に、前庭リハビリテーションを1回60分、週3回、8週間行うことで、疲労改善が認められる (Ghaffari, et al., 2022)。

その他、認知行動療法と運動療法の併用 (Zedlitz, et al., 2012)、グループ教育 (Clarke et al., 2012)、疲労のマネジメントコース電話遠隔支援 (Boehm, et al., 2015)、認知行動療法 (Byun, et al., 2021; Nguyen, et al., 2019; Wu, et al., 2017)、園芸療法 (Pálsdóttir, et al., 2020)、照明・光療法 (Connolly, et al., 2021)、認知行動療法電話遠隔支援 (Mead, et al., 2022) においても、疲労改善が期待できる結果が示されている (表2)。

なお、マインドフルネス、教育、認知行動療法、電話遠隔支援においては、単一の介入ではなく、教育、疲労等のモニタリング・記録、定期的な医療従事者支援、患者のセルフマネジメントの実践等を組み合わせてプログラム化した複雑介入が提供されていた。また、認知行動療法は、患者自身で問題を特定し、目標設定を行い、計画立案、実施、評価を行う「問題解決プロセス」が基盤となっている。

## 2. 介入研究のメタアナリシスの結果

脳卒中後疲労に対する介入研究のメタアナリシスでは、「マインドフルネス」において、中程度の効果が報告されている (effect size  $-0.37$ , 95% CI:  $-0.58, -0.17$ ) (Ulrichsen, et al., 2016)。「運動療法」については、研究の質において、バイアスリスクが高く、運動療法が脳卒中後疲労に良好な結果を及ぼす可能性は示唆されるものの、運動療法がどの程度、疲労改善に有効であるかは不明確とされている (Tai, et al., 2022)。その他、認知行動療法、教育等の非薬物療法においても、バイアスリスクが高く、確固たる結論を導くにはデータが不十分であり、効果は見出されていない (Su, et al., 2020; Wu, Kutlubaev, et al., 2015)。

## IV. 考 察

### A. 脳卒中後疲労に関する研究の動向について

脳卒中後疲労に関する研究内容として、実態調査、レビュー、モデル開発、評価ツール開発、介入研究、メタアナリシス、ガイドライン等が報告されていた。また、研究の動向として、脳卒中後疲労に関する研究は過去およそ20年間で報告されており、薬物療法は過去15年間、非薬物療法は過去10年間で知見が積み重ねられ、近年は、無作為化比較試験やメタアナリシス等の質の高い研究が行われている。しかし、脳卒中後疲労に対する非薬物療法については、十分なエビデンスは構築されていなかった。今後は、脳卒中後疲労に対する介入の開発が期待される。また、我が国においては、脳卒中後疲労に関するデータが非常に少なく、脳卒中後疲労の保有率には、調査国による異質性が認められることから (Cumming, et al., 2016)、我が国における脳卒中後疲労の実態の明確化も期待される。実態の明確化においては、脳卒中後疲労の評価ツールが必要となるが、国内で利用可能な評価ツールは限定的であったことから、国内で利用可能な評価ツールの開発も期待される。

### B. 脳卒中後疲労の特定方法について

脳卒中後疲労の特定方法については、症例定義と、主観的評価法が用いられていた。一般的な疲労の評価法としては、自律神経指標、生理学的指標 (酸化ストレス、免疫・サイトカイン)、行動指標 (作業パフォーマンス)、睡眠指標等が用いられるが (日本疲労学会, 2011)、脳卒中後疲労の特定にこれらの生体指標は用いられていなかった。疲労は主観的な感覚であり、活動負荷等の状況により変化する特性があるため、他者評価の難しさがある。実際に、脳卒中後疲労に関する医療従事者調査において、疲労評価ツールの日常的な使用率は低く、脳卒中後疲労を正確に評価できていない可能性が指摘されている (Blackwell, et al., 2022)。また、主観的評価法の一定のカットオフ値を用いて、患者を二分することの限界もある (Wu, Mead, et al., 2015)。さらに、主観的評価と客観的評価が乖離するケースも存在すると推察される。主観的評価法と共に、生体指標を用いた客観的評価法の開発、活用が期待される。

### C. 脳卒中後疲労の実態について

レビュー結果から、脳卒中後疲労の実態として、以下のプロセスがあると推察された (図3)。

脳卒中後通常3か月以内の急性期・回復期においては、性別や性格特性、睡眠障害、併存疾患、学歴、婚姻状況といった「パーソナリティ特性」が基盤として存在するとこ

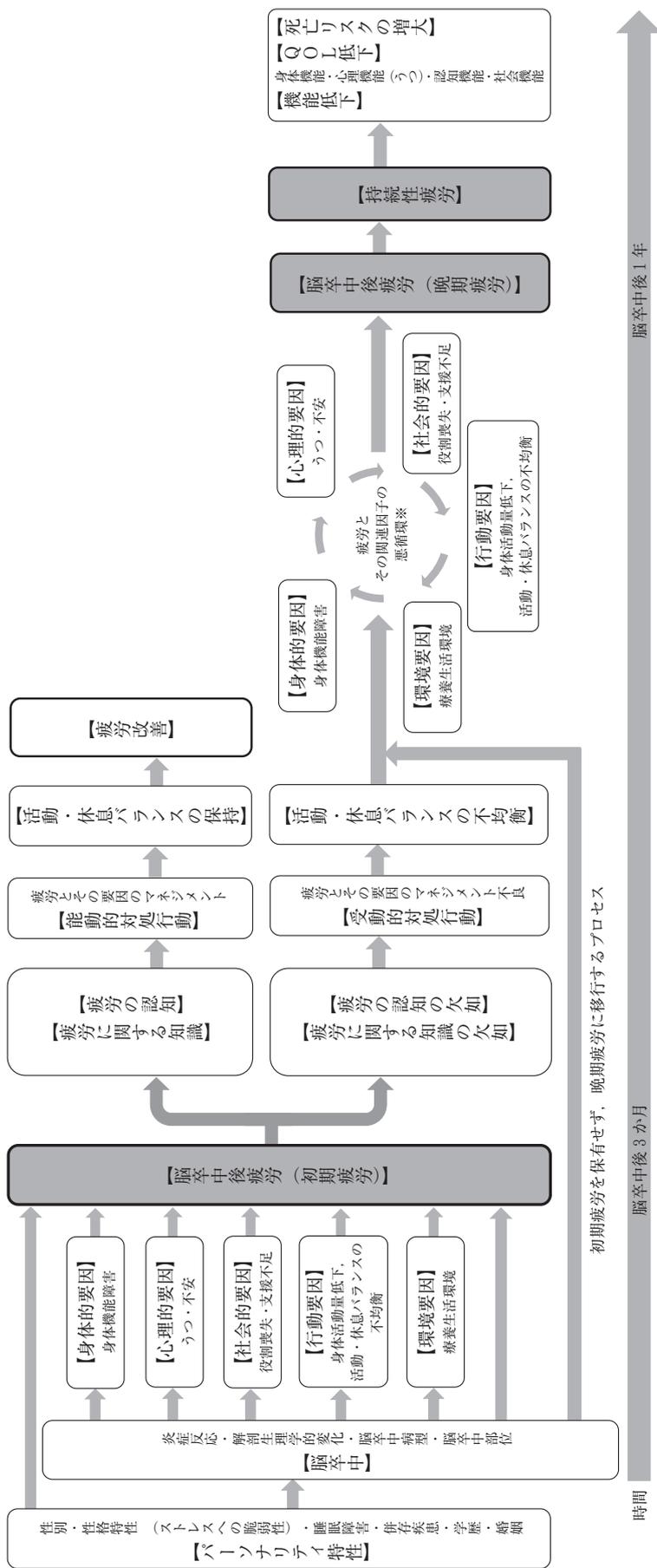


図3 脳卒中後疲労に関する国内外の文献レビュー結果に基づいて考えられた「脳卒中後疲労の実態」

脳卒中後疲労の発生には、【脳卒中】の発症に加えて、【パーソナリティ特性】【身体的要因】【心理的要因】【社会的要因】【行動的要因】【環境的要因】が複数関与する。  
 【脳卒中】の発症自体は、【初期疲労】には影響するが、【晩期疲労】には影響しない。  
 【初期疲労】が【晩期疲労】に移行し、【持続性疲労】が【機能低下】【QOL低下】【死亡リスクの増大】を招く。  
 【初期疲労】を保有せず、【晩期疲労】を保有するプロセスも存在する。  
 ※慢性疾患においては、慢性疾患に伴う症状の悪循環が形成される (Lorig, et al., 2020)。

ろに、「脳卒中」の発症による炎症反応・解剖生理学的変化が加わり、さらに、「身体的要因」、「心理的要因」、「社会的要因」、「行動要因」、「環境要因」といった複数の要因が関連することで、「脳卒中後疲労（初期疲労）」を保有する。特に脳卒中後1週間程度は、脳卒中による炎症反応による疲労の発生が予測される。

「脳卒中後疲労（初期疲労）」を保有した場合であっても、「脳卒中後疲労に関する知識」があり、「脳卒中後疲労の認知」ができることで、疲労とその要因をマネジメントする「能動的対処行動」が図られ、「活動・休息バランスの保持」が果たされることで、「疲労改善」に至るケースが存在する。一方で、「脳卒中後疲労に関する知識の欠如」が認められ、「脳卒中後疲労の認知の欠如」がある場合、疲労とその要因のマネジメントが適切に行われない「受動的対処行動」が図られ、「活動・休息バランスの不均衡」を招き、疲労改善には至らないケースが存在する。受動的対処行動とは、脳卒中後疲労に対して何も対処行動をとらない、あるいは、単に疲れたら休む等、その時の状況に身を任せた対処行動である。このような受動的対処行動は、身体活動量の低下を招き、さらなる疲労の発生につながる。

脳卒中をはじめとした慢性疾患においては、慢性疾患に伴う症状が相互に影響し合い、病気の状態がさらに悪化するという「悪循環」を招く (Lorig, et al., 2020)。したがって、長期の療養生活の中で、「初期疲労」の改善が果たされず、疲労とその要因の悪循環が形成されることで、脳卒中後1年以降の慢性期において、「初期疲労」が「晩期疲労」へと移行し、長期に及ぶ「持続性疲労」を保有すると考えられた。そして、持続性疲労が「機能低下」、「QOL低下」さらには、「死亡リスクの増大」を招くと考えられた。なお、脳卒中後3か月以内に初期疲労を保有しなかった場合であっても、長期の療養生活の中で疲労とその要因の悪循環が形成されると、晩期疲労を保有するケースも存在する。

持続性疲労の背景には、初期疲労が適切にマネジメントされず、疲労とその要因の「悪循環」の形成があると考えられたことから、疲労改善においては、脳卒中後早期の段階で、疲労とその要因を包括的にマネジメントする必要があると考えられた。

#### D. 脳卒中後疲労の改善が期待できる介入方法について

レビュー結果から、薬物療法、経頭蓋電気刺激療法、東洋医学の他、「認知行動療法」、「マインドフルネス」、「運動療法」、「教育」、「照明・光療法」、「園芸療法」による疲労改善が期待できるが、非薬物療法のエビデンスは十分に構築されていないことが明らかになった。

脳卒中後疲労に対する非薬物療法は、単一の介入ではなく、複数の介入を組み合わせた複雑介入であった。脳卒中後疲労の発生には複数の要因が関与し、疲労とその関連要因を包括的にマネジメントする必要があることから、単一の介入ではなく、包括的な介入がより効果的であると推察された。また、認知行動療法、マインドフルネス、教育は、患者が主体的に目標設定を行い、問題解決プロセスをたどることを支援する介入であった。脳卒中後疲労は長期的な療養生活上の課題であることから、医療の直接的な管理下でない在宅において、患者自らが主体的に問題解決に向けて取り組むことができるよう、セルフマネジメントスキルの獲得を支援する必要がある。脳卒中後疲労に対する非薬物療法のエビデンスは十分に構築されていないことから、介入の開発が期待される。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究は文献検索データベースPubMedと医学中央雑誌の検索結果であり、データベースが限定されている。しかし、国内外の医学・看護学等の関連分野の研究を広く、網羅的に検索可能なデータベースであり一定の研究の質は確保できた。近年、脳卒中後疲労に関する介入研究の知見が積み重ねられており、今後もレビューを更新する必要がある。

## 結 語

PubMedと医学中央雑誌から抽出した脳卒中後疲労に関する324文献を分析した結果、脳卒中後疲労に関する研究は、過去およそ20年間で報告されており、薬物療法は過去15年間、非薬物療法は過去10年間で知見が積み重ねられていた。ただし、国内文献は5件のみであった。また、脳卒中後疲労に対する非薬物療法のエビデンスは十分に構築されていなかった。

脳卒中後疲労の特定には、症例定義、主観的評価法が用いられ、生体指標は用いられていなかった。脳卒中後疲労の発生には、脳卒中に加えて、パーソナリティ特性、身体・心理・社会・行動・環境といった複数の要因が関連し、高い頻度で持続性疲労を保有していた。そして、持続性疲労が機能低下、QOL低下、死亡リスクの増大を招いていた。

疲労改善が期待できる介入方法は、薬物療法、経頭蓋電気刺激療法、東洋医学の他、認知行動療法、マインドフルネス、運動療法、教育、照明・光療法、園芸療法であった。

国内の脳卒中後疲労の実態の明確化、評価指標の開発、および、介入の開発が期待される。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- Ablewhite, J., Nouri, F., Whisker, A., Thomas, S., Jones, F., das Nair, R., Condon, L., Jones, A., Sprigg, N., & Drummond, A. (2022). How do stroke survivors and their caregivers manage post-stroke fatigue? A qualitative study. *Clinical Rehabilitation*, *36*(10), 1400-1410.
- Almhdawi, K.A., Jaber, H.B., Khalil, H.W., Kanaan, S.F., Shyyab, A.A., Mansour, Z.M., & Alazrai, A.H. (2021). Post-stroke fatigue level is significantly associated with mental health component of health-related quality of life: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*, *30*(4), 1165-1172.
- Bajorek, B., Gao, L., Lillcrap, T., Bivard, A., Garcia-Esperon, C., Parsons, M., Spratt, N., Holliday, E., & Levi, C. (2020). Exploring the economic benefits of modafinil for post-stroke fatigue in Australia: A cost-effectiveness evaluation. *Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases*, *29*(11), 105213. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105213>
- Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Ikeda, T., TeAo, B., Green, G., Ratnasabapathy, Y., DeSilva, S., Feigin, V., & Jones, K. (2022). Methodology of the fatigue after stroke educational recovery group randomized controlled trial. *International Journal of Stroke*, *17*(1), 120-124.
- Bhimani, R., Chappuis, D., Mathiason, M.A., & Anderson, L.C. (2022). Spasticity, pain, and fatigue: Are they associated with functional outcomes in people with stroke? *Rehabilitation Nursing*, *47*(2), 60-71.
- Bicknell, E.D., Said, C.M., Haines, K.J., & Kuys, S. (2022). "I give it everything for an hour then I sleep for four." The experience of post-stroke fatigue during outpatient rehabilitation including the perspectives of carers: A qualitative study. *Frontiers in Neurology*, *13*, 900198. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.900198>
- Bivard, A., Lillcrap, T., Krishnamurthy, V., Holliday, E., Attia, J., Pagram, H., Nilsson, M., Parsons, M., & Levi, C.R. (2017). MIDAS (Modafinil in debilitating fatigue after stroke): A randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Stroke*, *48*(5), 1293-1298.
- Blackwell, S., Crowfoot, G., Davey, J., Drummond, A., English, C., Galloway, M., Mason, G., & Simpson, D. (2022). Management of post-stroke fatigue: An Australian health professional survey. *Disability and Rehabilitation*, *11*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2143578>
- Boehm, N., Muehlberg, H., & Stube, J.E. (2015). Managing poststroke fatigue using telehealth: A case report. *The American Journal of Occupational Therapy*, *69*(6), 1-7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.016170>
- Braaten, R.S., Askim, T., Gunnes, M., & Indredavik, B. (2020). Fatigue and activity after stroke. Secondary results from the life after stroke study. *Physiotherapy Research International*, *25*(4), e1851. <https://doi.org/10.1002/pri.1851>
- Brioschi, A., Gramigna, S., Werth, E., Staub, F., Ruffieux, C., Bassetti, C., Schluep, M., & Annoni, J.M. (2009). Effect of modafinil on subjective fatigue in multiple sclerosis and stroke patients. *European Neurology*, *62*(4), 243-249.
- Byun, E., Becker, K.J., Kohan, R., Kirkness, C.J., & Mitchell, P.H. (2021). Brief psychosocial intervention to address poststroke depression may also benefit fatigue and sleep-wake disturbance. *Rehabilitation Nursing*, *46*(4), 222-231.
- Chen, K., & Marsh, E.B. (2018). Chronic post-stroke fatigue: It may no longer be about the stroke itself. *Clinical Neurology Neurosurgery*, *174*, 192-197.
- Chen, Y.K., Qu, J.F., Xiao, W.M., Li, W.Y., Weng, H.Y., Li, W., Liu, Y.L., Luo, G.P., Fang, X.W., Ungvari, G.S., & Xiang, Y.T. (2015). Poststroke fatigue: Risk factors and its effect on functional status and health-related quality of life. *International Journal of Stroke*, *10*(4), 506-512.
- Choi-Kwon, S., Choi, J., Kwon, S.U., Kang, D.-W., & Kim, J.S. (2007). Fluoxetine is not effective in the treatment of post-stroke fatigue: A double-blind, placebo-controlled study. *Cerebrovascular Diseases*, *23*(2-3), 103-108.
- Clarke, A., Barker-Collo, S.L., & Feigin, V.L. (2012). Poststroke fatigue: Does group education make a difference? A randomized pilot trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *19*(1), 32-39.
- Connolly, L.J., Rajaratnam, S.M.W., Spitz, G., Lockley, S.W., & Ponsford, J.L. (2021). Factors associated with response to pilot home-based light therapy for fatigue following traumatic brain injury and stroke. *Frontiers in Neurology*, *12*, 651392. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.651392>
- Costantini, A., Pala, M.I., Catalano, M.L., Notarangelo, C., & Careddu, P. (2014). High-dose thiamine improves fatigue after stroke: A report of three cases. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *20*(9), 683-685.
- Cumming, T.B., Packer, M., Kramer, S.F., & English, C. (2016). The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke*, *11*(9), 968-977.
- Cumming, T.B., Yeo, A.B., Marquez, J., Churilov, L., Annoni, J.M., Badaru, U., Ghotbi, N., Harbison, J., Kwakkel, G., Lerdal, A., Mills, R., Naess, H., Nyland, H., Schmid, A., Tang, W.K., Tseng, B., van de Port, I., Mead, G., & English, C. (2018). Investigating post-stroke fatigue: An individual participant data meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *113*, 107-112.
- De Doncker, W., Ondobaka, S., & Kuppawamy, A. (2021). Effect of transcranial direct current stimulation on post-stroke fatigue. *Journal of Neurology*, *268*(8), 2831-2842.
- Delva, I.I., Lytvynenko, N.V., & Delva, M.Y. (2017). Post-stroke fatigue and its dimensions within first 3 months after stroke. *Wiadomości Lekarskie*, *70*(1), 43-46.
- Dong, X.L., Sun, X., Sun, W.M., Yuan, Q., Yu, G.H., Shuai, L., & Yuan, Y.F. (2021). A randomized controlled trial to explore the efficacy and safety of transcranial direct current stimulation on patients with post-stroke fatigue. *Medicine (Baltimore)*, *100*(41), e27504. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027504>
- Duncan, F., Lewis, S.J., Greig, C.A., Dennis, M.S., Sharpe, M., MacLulich, A.M., & Mead, G.E. (2015). Exploratory longitudinal cohort study of associations of fatigue after stroke. *Stroke*, *46*(4), 1052-1058.
- Elf, M., Eriksson, G., Johansson, S., von Koch, L., & Ytterberg, C.

- (2016). Self-reported fatigue and associated factors six years after stroke. *PLoS One*. 11(8), e0161942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161942>
- Eriksson, G., Larsson, I., Guidetti, S., & Johansson, U. (2022). Handling fatigue in everyday activities at five years after stroke: A long and demanding process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 1-11. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2089230>
- Eskes, G.A., Lanctôt, K.L., Herrmann, N., Lindsay, P., Bayley, M., Bouvier, L., Dawson, D., Egi, S., Gilchrist, E., Green, T., Gubit, G., Hill, M.D., Hopper, T., Khan, A., King, A., Kirton, A., Moorhouse, P., Smith, E.E., Green, J., Foley, N., Salter, K., & Swartz, R.H.; Heart Stroke Foundation Canada Canadian Stroke Best Practices Committees. (2015). Canadian stroke best practice recommendations: Mood, cognition and fatigue following stroke practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*. 10(7), 1130-1140.
- Foong, R., Ang, K.K., Quek, C., Guan, C., Phua, K.S., Kuah, C.W.K., Deshmukh, V.A., Yam, L.H.L., Rajeswaran, D.K., Tang, N., Chew, E., & Chua, K.S.G. (2020). Assessment of the efficacy of EEG-based MI-BCI with visual feedback and EEG correlates of mental fatigue for upper-limb stroke rehabilitation. *IEEE Transactions on Bio-Medical Engineering*. 67(3), 786-795.
- Ghaffari, A., Asadi, B., Zareian, A., Akbarfahimi, M., Raissi, G.R., & Lavasani, F.F. (2022). The effects of vestibular rehabilitation on poststroke fatigue: A randomized controlled trial study. *Stroke Research and Treatment*. 2022:3155437. <https://doi.org/10.1155/2022/3155437>
- Gillespie, D.C., Barber, M., Brady, M.C., Carson, A., Chalder, T., Chun, Y., Cvor, V., Dennis, M., Hackett, M., Haig, E., House, A., Lewis, S., Parker, R., Wee, F., Wu, S., & Mead, G. (2020). Study protocol for POSITIF, a randomised multicentre feasibility trial of a brief cognitive-behavioural intervention plus information versus information alone for the treatment of post-stroke fatigue. *Pilot and Feasibility Studies*. 6:84. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00622-0>
- Glader, E.-L., Stegmayr, B., & Asplund, K. (2002). Poststroke fatigue: A 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33(5), 1327-1333.
- Guo, Y.-H., Chen, H.-X., & Xie, R.-M. (2012). [Effects of qi-supplementing dominated Chinese materia medica combined with rehabilitation training on the quality of life of ischemic post-stroke fatigue patients of qi deficiency syndrome]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*. 32(2), 160-163.
- Hawkins, L., Lincoln, N.B., Sprigg, N., Ward, N.S., Mistri, A., Tyrrell, P., Worthington, E., & Drummond, A. (2017). The Nottingham fatigue after stroke (NotFAST) study: Results from follow-up six months after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 24(8), 592-596.
- Hinkle, J.L., Becker, K.J., Kim, J.S., Choi-Kwon, S., Saban, K.L., McNair, N., Mead, G.E.; American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing and Stroke Council. (2017). Poststroke fatigue: Emerging evidence and approaches to management: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Stroke*. 48(7), e159-e170.
- Hornby, A.S., Lea, D., Bradbery, J., Bull, V., Hey, L., Bateman, S., Pridgeon, K., Leicester, G., & Oxford University Press. (2020). *Oxford advanced learner's dictionary of current English (10th edition)*. 570, Oxford: Oxford University Press.
- Jin, C., Cho, S.-Y., Park, S.-U., Jung, W.-S., Moon, S.-K., Park, J.-M., Ko, C.-N., Cho, K.-H., & Kwon, S. (2019). Buyang Huanwu Tang (Buyang Hwano Tang) for the treatment of post-stroke fatigue: Protocol for a systematic review of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 98(37), e17116. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017116>
- Johansson, B., Bjuhr, H., & Rönnbäck, L. (2012). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Injury*. 26(13-14), 1621-1628.
- Johansson, B., Carlsson, A., Carlsson, M.L., Karlsson, M., Nilsson, M.K., Nordquist-Brandt, E., & Rönnbäck, L. (2012). Placebo-controlled cross-over study of the monoaminergic stabiliser (-)-OSU6162 in mental fatigue following stroke or traumatic brain injury. *Acta Neuropsychiatrica*. 24(5), 266-274.
- 金森雅幸, 酒井 涼, 山田克範, 塩見格一, 小林康孝 (2019). 慢性期脳卒中片麻痺患者の上肢機能改善と疲労の関係. *福井医療科学雑誌*, 16, 14-18.
- Karaiskos, D., Tzavellas, E., Spengos, K., Vassilopoulou, S., & Paparrigopoulos, T. (2012). Duloxetine versus citalopram and sertraline in the treatment of poststroke depression, anxiety, and fatigue. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 24(3), 349-353.
- Kirkevold, M., Christensen, D., Andersen, G., Johansen, S.P., & Harder, I. (2012). Fatigue after stroke: Manifestations and strategies. *Disability and Rehabilitation*. 34(8), 665-670.
- Krupp, L.B., LaRocca, N.G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A.D. (1989). The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*. 46(10), 1121-1123.
- Kuppuswamy, A., Rothwell, J., & Ward, N. (2015). A model of poststroke fatigue based on sensorimotor deficits. *Current Opinion in Neurology*. 28(6), 582-586.
- Lanctôt, K.L., Lindsay, M.P., Smith, E.E., Sahlas, D.J., Foley, N., Gubit, G., Austin, M., Ball, K., Bhogal, S., Blake, T., Herrmann, N., Hogan, D., Khan, A., Longman, S., King, A., Leonard, C., Shoniker, T., Taylor, T., Teed, M., de Jong, A., Mountain, A., Casaubon, L.K., Dowlatshahi, D., & Swartz, R.H.; Management of mood, cognition and fatigue following stroke best practice writing group, the heart & stroke Canadian stroke best practices and quality advisory committee; in collaboration with the Canadian stroke consortium (2020). Canadian stroke best practice recommendations: Mood, cognition and fatigue following stroke, 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke*. 15(6), 668-688.
- Lerdal, A., & Gay, C.L. (2013). Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. *Neurology*. 81(18), 1581-1587.
- Lerdal, A., & Kottorp, A. (2011). Psychometric properties of the fatigue severity scale-rasch analyses of individual responses in a Norwegian stroke cohort. *International Journal of Nursing Studies*. 48(10), 1258-1265.
- Lillicrap, T.P., Levi, C.R., Holliday, E., Parsons, M.W., & Bivard, A. (2018). Short- and long-term efficacy of modafinil at improving quality of life in stroke survivors: A post hoc sub study of the modafinil in debilitating fatigue after stroke trial. *Frontiers in Neurology*. 9, 269.
- Liu, C.-H., Tsai, C.-H., Li, T.-C., Yang, Y.-W., Huang, W.-S., Lu, M.-K., Tseng, C.-H., Huang, H.-C., Chen, K.-F., Hsu, T.-S., Hsu, Y.-T., Tsai, C.-H., & Hsieh, C.-L. (2016). Effects of the traditional Chinese herb *Astragalus membranaceus* in patients with poststroke

- fatigue: A double-blind, randomized, controlled preliminary study. *Journal of Ethnopharmacology*. 194, 954-962.
- Lorig, K., Laurent, D., González, V., Sobel, D., Minor, M., & Gecht-Silver, M. (2020). *Living a healthy life with chronic conditions (5th Edition)*, 1-22, Colorado: Bull Publishing Company.
- Lynch, J., Mead, G., Greig, C., Young, A., Lewis, S., & Sharpe, M. (2007). Fatigue after stroke: The development and evaluation of a case definition. *Journal of Psychosomatic Research*/*Journal of Psychosomatic Research*. 63(5), 539-544.
- Mahon, S., Theadom, A., Barker-Collo, S., Taylor, S., Krishnamurthi, R., Jones, K., Witt, E., & Feigin, V. (2018). The contribution of vascular risk factors in prevalence of fatigue four years following stroke: Results from a population-based study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 27(8), 2192-2199.
- Mead, G., Gillespie, D., Barber, M., House, A., Lewis, S., Ensor, H., Wu, S., & Chalder, T. (2022). Post stroke intervention trial in fatigue (POSITIF): Randomised multicentre feasibility trial. *Clinical Rehabilitation*. 36(12), 1578-1589.
- Michielsen, H.J., De Vries, J., & Van Heck, G.L. (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: The Fatigue Assessment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 345-352.
- Mills, R.J., Young, C.A., Pallant, J., & Tennant, A. (2010). Development of a patient reported outcome scale for fatigue in multiple sclerosis: The Neurological Fatigue Index (NFI-MS). *Health and Quality of Life Outcomes*. 8, 22. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-22>
- Mushtaq, W., Hamdani, N., Noohu, M.M., & Raghavan, S. (2020). Effect of modified constrain induced movement therapy on fatigue and motor performance in sub acute stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 29(12), 105378. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105378>.
- Mutai, H., Furukawa, T., Hourai, A., Suzuki, A., & Hanihara, T. (2017). Factors associated with multidimensional aspect of post-stroke fatigue in acute stroke period. *Asian Journal of Psychiatry*. 26, 1-5.
- Nadarajah, M., Mazlan, M., Abdul-Latif, L., Goh, H.-T. (2017). Test-retest reliability, internal consistency and concurrent validity of fatigue severity scale in measuring post-stroke fatigue. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 53(5), 703-709.
- Nguyen, S., Wong, D., McKay, A., Rajaratnam, S.M.W., Spitz, G., Williams, G., Mansfield, D., & Ponsford, J.L. (2019). Cognitive behavioural therapy for post-stroke fatigue and sleep disturbance: A pilot randomised controlled trial with blind assessment. *Neuropsychological Rehabilitation*. 29(5), 723-738.
- 日本疲労学会 (2011年7月22日). 抗疲労臨床評価ガイドライン: 日常生活により問題となる疲労に対する抗疲労製品の効果に関する臨床評価ガイドライン. <http://www.hirougakkai.com/guideline.pdf>(参照2023年4月23日)
- 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 (2021). 脳卒中治療ガイドライン2021. 東京: 協和企画.
- Nilsson, M.K.L., Johansson, B., Carlsson, M.L., Schuit, R.C., & Rönnbäck, L. (2020). Effect of the monoaminergic stabiliser (-)-OSU6162 on mental fatigue following stroke or traumatic brain injury. *Acta Neuropsychiatrica*. 32(6), 303-312. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.22>.
- 大串徹郎, 鈴木新志, 坂本和志 (2018). 職場復帰支援した脳卒中患者における疲労感の検討: 6MDとSF36を用いて. 日本職業・災害医学会誌, 66(3), 190-195.
- Ormstad, H., & Eilertsen, G. (2015). A biopsychosocial model of fatigue and depression following stroke. *Medical Hypotheses*. 85(6), 835-841.
- Pálsdóttir, A.M., Stigmar, K., Norrving, B., Petersson, I.F., Åström, M., & Pessah-Rasmussen, H. (2020). The nature stroke study; NASTRU: A randomized controlled trial of nature-based post-stroke fatigue rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 52(2), jrm00020. <https://doi.org/10.2340/16501977-2652>
- Pedersen, A., Almkvist, E., Holmegaard, L., Lagging, C., Redfors, P., Blomstrand, C., Jood, K., Samuelsson, H., & Jern, C. (2022). Fatigue 7 years post-stroke: Predictors and correlated features. *Acta Neurologica Scandinavica*. 146(3), 295-303.
- Pihlaja, R., Uimonen, J., Mustanoja, S., Tatlisumak, T., & Poutiainen, E. (2014). Post-stroke fatigue is associated with impaired processing speed and memory functions in first-ever stroke patients. *Journal of Psychosomatic Research*/*Journal of Psychosomatic Research*. 77(5), 380-384.
- Poulsen, M.B., Damgaard, B., Zerahn, B., Overgaard, K., & Rasmussen, R.S. (2015). Modafinil may alleviate poststroke fatigue: A randomized, placebo-controlled, double-blinded trial. *Stroke*. 46(12), 3470-3477.
- Poulsen, M.B., Skovbølling, S.L., Kruuse, C., Overgaard, K., & Rasmussen, R.S. (2020). How to identify fatigue in stroke patients: An investigation of the post-stroke fatigue case definition validity. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 27(5), 369-376.
- Ramírez-Moreno, J.M., Muñoz-Vega, P., Alberca, S.B., & Peral-Pacheco, D. (2019). Health-related quality of life and fatigue after transient ischemic attack and minor stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 28(2), 276-284.
- 七田 崇 (2018). 脳梗塞における炎症惹起・収束メカニズム. 日本薬理学会雑誌, 151(1), 9-14.
- Shu, J., Ren, Y., Liu, G., & Wei, W. (2022). Association between stroke characteristics and post-stroke fatigue: A meta-analysis. *Neurology India*. 70(2), 676-681.
- Sibbritt, D., Bayes, J., Peng, W., Maguire, J., & Adams, J. (2022). Associations between fatigue and disability, depression, health-related hardness and quality of life in people with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 31(7), 106543. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106543>
- Smets, E.M., Garssen, B., Bonke, B., & De Haes, J.C. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*. 39(3), 315-325.
- Su, Y., Asamoto, M., Yuki, M., Saito, M., Hasebe, N., Hirayama, K., Otsuki, M., Iino, C. (2021). Predictors and short-term outcomes of post-stroke fatigue in initial phase of transition from hospital to home: A prospective observational study. *Journal of Advanced Nursing*. 77(4), 1825-1838.
- Su, Y., Yuki, M., & Otsuki, M. (2020). Non-pharmacological interventions for post-stroke fatigue: Systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 9(3), 621.
- 菅谷 渚, 貝谷久宣, 岩佐玲子, 野村 忍 (2005). 日本語版 Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) の信頼性・妥当性の検討. 産業ストレス研究, 12(3), 233-240.
- Sun, X., Dong, X., Yuan, Q., Yu, G., Shuai, L., Ma, C., & Sun, W. (2022). Effects of transcranial direct current stimulation on patients with post-stroke fatigue: A study protocol for a double-blind randomized controlled trial. *Trials*. 23(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06128-9>
- Tai, D., Falck, R.S., Davis, J.C., Vint, Z., & Liu-Ambrose, T. (2022).

- Can exercise training promote better sleep and reduced fatigue in people with chronic stroke? A systematic review. *Journal of sleep research*. 31(6), e13675. <https://doi.org/10.1111/jsr.13675>
- Tang, W.K., Lu, J.Y., Chen, Y.K., Mok, V.C., Ungvari, G.S., & Wong, K.S. (2010). Is fatigue associated with short-term health-related quality of life in stroke? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(10), 1511-1515.
- Ulrichsen, K.M., Kaufmann, T., Dørum, E.S., Kolskär, K.K., Richard, G., Alnæs, D., Arneberg, T.J., Westlye, L.T., & Nordvik, J.E. (2016). Clinical utility of mindfulness training in the treatment of fatigue after stroke, traumatic brain injury and multiple sclerosis: A systematic literature review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 7, 912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00912>
- Ulrichsen, K.M., Kolskär, K.K., Richard, G., Pedersen, M.L., Alnaes, D., Dørum, E.S., Sanders, A.M., Tornås, S., Maglanoc, L.A., Engvig, A., Ihle-Hansen, H., Nordvik, J.E., & Westlye, L.T. (2022). No add-on effect of tDCS on fatigue and depression in chronic stroke patients: A randomized sham-controlled trial combining tDCS with computerized cognitive training. *Brain and Behavior*, 12(7), e2643. <https://doi.org/10.1002/brb3.2643>
- Underwood, J., Clark, P.C., Blanton, S., Aycocock, D.M., & Wolf, S.L. (2006). Pain, fatigue, and intensity of practice in people with stroke who are receiving constraint-induced movement therapy. *Physical Therapy*, 86(9), 1241-1250.
- Varghese-Kroll, E., & Elovic, E.P. (2009). Contralateral weakness and fatigue after high-dose botulinum toxin injection for management of poststroke spasticity. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88(6), 495-499.
- Visser, M.M., Goodin, P., Parsons, M.W., Lillicrap, T., Spratt, N.J., Levi, C.R., & Bivard, A. (2019). Modafinil treatment modulates functional connectivity in stroke survivors with severe fatigue. *Scientific Reports*, 9(1), 9660. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46149-0>
- Visser, M.M., Maréchal, B., Goodin, P., Lillicrap, T.P., Garcia-Esperon, C., Spratt, N.J., Parsons, M.W., Levi, C.R., & Bivard, A. (2019). Predicting modafinil-treatment response in poststroke fatigue using brain morphometry and functional connectivity. *Stroke*, 50(3), 602-609.
- Wang, J., Wang, F., Gu, M., Xiao, L., Xu, P., Guo, J., Jiang, S., Liu, Y., Liu, Y., Sun, W., & Liu, X. (2022). Effect of the early administration of selective serotonin reuptake inhibitors on the time course of poststroke fatigue: A 2-year longitudinal study. *Frontiers in Neurology*, 12, 748473. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.748473>.
- Wang, L., Zhao, X.-M., Wang, F.Y., Wu, J.-C., & Wang, Y. (2021). Effect of vitamin D supplementation on the prognosis of post-stroke fatigue: A retrospective cohort study. *Frontiers in Neurology*, 12, 690969. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.690969>.
- Wang, Y., Xiao, G., Zeng, Q., He, M., Li, F., Lin, J., Luo, X., & Wang, Y. (2022). Effects of focus training on heart rate variability in post-stroke fatigue patients. *Journal of Translational Medicine*, 20(1):59. <https://doi.org/10.1186/s12967-022-03239-4>
- West, A., Simonsen, S.A., Jennum, P., Hansen, N.C., Schønsted, M., Zielinski, A., Sander, B., & Iversen, H.K. (2019). An exploratory investigation of the effect of naturalistic light on fatigue and subjective sleep quality in stroke patients admitted for rehabilitation: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 45(2), 187-200.
- White, J.H., Gray, K.R., Magin, P., Attia, J., Sturm, J., Carter, G., & Pollack, M. (2012). Exploring the experience of post-stroke fatigue in community dwelling stroke survivors: A prospective qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 34(16), 1376-1384.
- Wu, S., Barugh, A., Macleod, M., & Mead, G. (2014). Psychological associations of poststroke fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 45(6), 1778-1783.
- Wu, S., Chalder, T., Anderson, K.E., Gillespie, D., Macleod, M.R., & Mead, G.E. (2017). Development of a psychological intervention for fatigue after stroke. *PLoS One*, 12(8), e0183286. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183286>
- Wu, S., Kutlubaev, M.A., Chun, H.-Y.Y., Cowey, E., Pollock, A., Macleod, M.R., Dennis, M., Keane, E., Sharpe, M., & Mead, G.E. (2015). Interventions for post-stroke fatigue. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7), CD007030. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007030.pub3>
- Wu, S., Mead, G., Macleod, M., & Chalder, T. (2015). Model of understanding fatigue after stroke. *Stroke*, 46(3), 893-898.
- Xu, Y., Yao, Y., Lyu, H., Ng, S., Xu, Y., Poon, W.S., Zheng, Y., Zhang, S., & Hu, X. (2020). Rehabilitation effects of fatigue-controlled treadmill training after stroke: A rat model study. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 8, 590013. <https://doi.org/10.3389/fbioe.2020.590013>
- 安田 香, 稲垣美紀, 田中結華 (2022). 回復期リハビリテーション病棟入院初期の脳血管障害患者が経験する疲労と対処. *摂南大学看護学研究*, 10(1), 1-11.
- Yellen, S.B., Cella, D.F., Webster, K., Blendowski, C., & Kaplan, E. (1997). Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(2), 63-74.
- Yoon, H.S., Cha, Y.J., & You, J.S.H. (2020). The effects of dynamic core-postural chain stabilization on respiratory function, fatigue and activities of daily living in subacute stroke patients: A randomized control trial. *NeuroRehabilitation*, 47(4), 471-477.
- Zedlitz, A.M.E.E., Fasotti, L., & Geurts, A.C.H. (2011). Post-stroke fatigue: A treatment protocol that is being evaluated. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 487-500.
- Zedlitz, A.M.E.E., Rietveld, T.C.M., Geurts, A.C., & Fasotti, L. (2012). Cognitive and graded activity training can alleviate persistent fatigue after stroke: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 43(4), 1046-1051.
- Zhan, J., Zhang, P., Wen, H., Wang, Y., Yan, X., Zhan, L., Chen, H., Xu, N., & Lu, L. (2022). Global prevalence estimates of poststroke fatigue: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke*, 17474930221138701. <https://doi.org/10.1177/17474930221138701>
- Zhang, S., Cheng, S., Zhang, Z., Wang, C., Wang, A., & Zhu, W. (2021). Related risk factors associated with post-stroke fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, 42(4), 1463-1471.
- Zhou, Y., Zhou, G.-Y., Li, S.-K., & Jin, J.-H. (2010). [Clinical observation on the therapeutic effect of electroacupuncture combined with cupping on post-stroke fatigue]. *Zhen Ci Yan Jiu*, 35(5), 380-383.

〔2023年1月31日受付〕  
〔2023年7月14日採用決定〕

# Review of Japanese and International Literature on Post-Stroke Fatigue

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2024, 47(2), 241-261  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230714233>

Mikiko Sato, MSN, RN, PHN<sup>1</sup>, Takeshi Hyakuta, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>The University of Shimane, Shimane, Japan, <sup>2</sup>Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, Hiroshima, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aims to clarify the current state of post-stroke fatigue research, including trends in identification and intervention methods, and to shed light on the actual situation regarding post-stroke fatigue. **Methods:** A comprehensive search of PubMed and Igaku Chuo Zasshi yielded 324 relevant papers, which were categorized and analyzed in this study. **Results:** Over the past two decades, multiple fact-finding surveys and investigations have contributed to the knowledge accumulated on post-stroke fatigue, with specific focus on pharmacological therapies for the past 15 years and non-pharmacological therapies for the past 10 years. Subjective assessment emerged as the primary method for identifying post-stroke fatigue, with its onset linked to personality traits, stroke characteristics, and various physical, psychological, social, behavioral, and environmental factors. Notably, a substantial number of cases exhibited persistent fatigue, leading to functional deterioration, reduced quality of life, and an increased risk of mortality. Several treatment approaches, including pharmacological therapy, cognitive behavioral therapy, mindfulness, exercise therapy, education, and light/phototherapy, showed potential for alleviating fatigue. However, it is crucial to acknowledge that the current evidence supporting these interventions remains limited. **Conclusions:** Subjective assessment stands as a prominent means of identifying post-stroke fatigue, and the persistence of this condition has severe consequences. Although both pharmacological and non-pharmacological therapies offer hope for improving fatigue, the existing evidence is inadequate. Therefore, further research and the development of more effective interventions to address this debilitating condition in post-stroke patients are a pressing need.

## Key words

post-stroke fatigue, literature review

---

**Correspondence:** M. Sato. Email: [m-sato@u-shimane.ac.jp](mailto:m-sato@u-shimane.ac.jp)



# 看護・医療技術系大学1年次生の 方言の理解： 医療現場の方言を用いた コミュニケーションの授業後の学び

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(2), 263-272  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231210235>

石沢幸恵, 工藤千賀子, 小玉有子  
弘前医療福祉大学保健学部看護学科

## ◆要旨

目的：看護学科および医療技術学科（作業療法学専攻・言語聴覚学専攻）大学1年次生の、方言を用いた「医療現場のコミュニケーション」の授業後の学びを明らかにする。方法：対象の学生132名に自記式調査票を配布し、授業後の学びについて自由記述してもらった内容を質的記述的に分析した。結果：方言を用いたコミュニケーションの授業を受けて学んだこととして、【方言の理解の難しさや気づき】、【コミュニケーションにおける方言の重要性】、【信頼関係構築における方言の必要性】、【適切な医療につながる方言の理解】、【方言を学習する重要性】の5つのカテゴリーが抽出された。結論：学生は医療現場における方言理解の必要性および重要性を学ぶことができた。今後は、多職種連携教育における各専門分野の対象者の特徴をふまえたコミュニケーションの教育内容および方法を検討する必要がある。

## ◆キーワード

方言, 方言教育, 医療現場のコミュニケーション

責任著者：石沢幸恵. Email: [ss07071225@yahoo.co.jp](mailto:ss07071225@yahoo.co.jp)

## 緒言

言語的コミュニケーションに用いられる日本語は、共通語と地域社会特有の方言を有する。東北地方は、日常の言語生活を方言で営む「方言主流社会」と言われる地域であり（佐藤, 1996, p.5）、その中の青森県は、同一県内における津軽地方と南部地方で、異なった方言を有する県である。青森県内における年代別にみた方言使用の割合では、70代以上はほぼ100%の人が方言を使用し、60代以下では共通語と方言を使い分けていることが明らかになっている（泉・小田, 2016）。青森県の高齢化率は33.3%と全国の高齢化率（28.8%）よりも高く（内閣府, 2019）、保健医療福祉分野のケアやサービスを受ける対象者も高齢者が多くを占めている。しかし核家族化が進み（厚生労働省, 2022）、現代の大学生は高齢者と接する機会が少なくなっている。独特の語彙や発音を用いる方言の使用が減少し共通語化の中で生活している現代の学生には、方言が日常の生活語である保健医療福祉分野の対象者の話しことばが理解できず、日常会話や訴えの内容を理解することに困難を

きたしている（工藤, 2017）。臨地（臨床）実習では教員や実習指導者が通訳をしたり、わからないままにしたりしているなど教育上支障をきたすこともある（工藤, 2017）。そのため、対象者を生活者としてとらえ理解するためには、対象者が生活語として話す「方言」を理解できるよう教育することが課題であると考えられる。

全国的にみると、医療現場において共通語とは異なる方言の発音の問題が生じやすい地域として、東北地方、沖縄地方、鹿児島県などが挙げられている（友定, 2014）。看護師、介護士、医師、理学療法士、言語聴覚士またはその養成課程における学生を対象とした方言理解の調査は全国各地に散見している。山形県の介護士が使用する方言と共通語の混交の傾向（後藤, 2020）や、沖縄県における高齢者のケア現場および医療現場での方言理解が難しいことが報告され（永田・鈴木・大城, 2010；友定, 2014）、沖縄県内の言語聴覚士を対象とした研究では心情を表す方言への知識が各検査時の語の呼称に必要であること（岩城, 2017；齊藤ほか, 2018）が報告されている。また、東北地方における看護教育および看護場面での理解困難な方言に

については先行研究により明らかになっており、教育教材も開発されている（工藤，2017）。さらに、医療・福祉関係者に向けた身体部位を示す方言をPC等で表示するシステムの開発（山本・北村・岩城・今村，2016；北村・篠本・今村・岩城，2016）もされている。臨床現場で看護師等が対象者と初めて出会いコミュニケーションをとる際に、その意味や用法を理解しておけばそれ以降ではスムーズに対応できていたことが示されている（式司・岡崎・八代・宮内・ジェラルド，2006）。対人援助を専門とする看護および医療技術系の養成課程では、人間関係を構築するための基盤であるコミュニケーション能力の育成が重要であると考えられる。しかし、看護および医療技術分野の養成課程における教養科目として、低学年の学生の方言理解の現状は明らかになっていない。

そこで本研究では、各学科の専門分野におけるコミュニケーション技術や臨地（臨床）実習を学修する前段階である、看護学科および医療技術学科（作業療法学専攻・言語聴覚学専攻）大学1年次生の、方言を用いた「医療現場のコミュニケーション」の授業後の学びを明らかにすることを目的とした。その結果を基に、多職種連携教育における各専門分野の対象者別によるコミュニケーション技法の効果的な教育内容および方法を検討する。

## I. 用語の定義

### 学び

学習や経験を通じて知り得た、知識、態度、技術などを自らのものとして、身につけていくこと、あるいは身につけたこととした。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究である。

### 2. 調査対象者

1年次前期に教養科目「コミュニケーション論」を履修するA大学の看護学科および医療技術学科（作業療法学専攻・言語聴覚学専攻）の学生133名。

### 3. 調査期間

2021年6月～7月

### 4. 調査方法

#### (1) 対象となる授業（表1）

1年次前期開講の必修科目の教養科目「コミュニケーション論」（2単位・30時間）である。

授業目的は、社会生活の基礎に基づいて、コミュニケーションの定義と基本モデルから、いろいろなコミュニケー

表1 「コミュニケーション論」の授業内容

回数	テーマ	主な授業内容
1	コミュニケーションとは	講義のオリエンテーション
2	コミュニケーション基礎力	聴く力・話す力・構成力エンカウンター
3	挨拶	TPOに合った挨拶
4	「聴く」スキル	上手な聴き方・聴く心がまえ
5	「聴く」スキル	質問の技法
6	「聴く」スキル	情報を引き出す技法
7	「話す」スキル	わかりやすい伝え方
8	「話す」スキル	アサーティブな話し方
9	「話す」スキル	スピーチとプレゼンテーション
10	敬語	正しい敬語の使い方
11	良好な人間関係を築く	話し合いのスキル・コーチング
12	医療現場のコミュニケーション	患者さんとのコミュニケーションで大切なもの
13	医療現場のコミュニケーション	方言の理解 ・津軽地方の方言について ・看護師の問診時（高齢女性が入院時に看護師に身体症状を説明する場面）のDVD（看護教育教材）視聴
14	医療現場のコミュニケーション	医療現場の事例から考える ・方言話者（教員）によるロールプレイ初回問診時の場面（転倒し救急車で搬送された際の医療者による問診）：津軽地方の方言話者と、南部地方の方言話者とのやりとり（同じ事例で、方言がわかる医療者とわからない医療者の場合）
15	総括	自分のコミュニケーションの課題

ションスキルを育成することである。また、保健医療福祉分野に関わる職場での、対人関係を円滑にするための精神・知識・スキルを獲得できるようにする。理想的なコミュニケーションを理解するだけでなく、ミス・コミュニケーションを直す能力、難しい場面での実践的なコミュニケーション能力も育成することを目指している。

## (2) データ収集方法

看護学科および医療技術学科（作業療法学専攻・言語聴覚学専攻）の1年次生が履修する教養科目「コミュニケーション論」の単元「医療現場のコミュニケーション」のうち、第13回「方言の理解」と、第14回「医療現場の事例から考える」のロールプレイ等の授業を受講した後に実施した。事前に科目責任者に研究協力依頼文書を用いて、研究への協力の説明を行い了承を得た。授業当日、研究者から文書と口頭で研究協力の依頼内容を説明した後、無記名自記式の調査票を配布した。さらに、投函することにより同意したとみなすこと、拒否しても成績評価に一切関係がないことを説明し、回答後は設置した回収箱に投函してもらった。科目責任者および講義担当者ではない研究者がデータ収集を実施した。

## (3) データ収集内容

①属性（所属学科・専攻、中学校まで過ごした地域と入学前の居住地域、家族構成）

中学生まで過ごした地域については、言語形成期（真田・陣内・井上・日高・大野, 2007）といわれる13歳前後頃までどの地域で生活していたかが本結果に影響すると考えたため、中学生まで過ごした地域を尋ねた。現在方言を積極的に使用するとされている60歳以上の世代（田中・前田, 2012; 泉・小田, 2016）は学生の祖父母世代にあたる。祖父母との交流を通し、日常生活の中で方言に触れる機会の有無が影響すると考えたため家族構成について尋ねた。

②授業を受けて、患者とのコミュニケーションにおける方言について、わかったことと考えたこと

対象となる第13回（「方言の理解」）の内容として、方言

の特徴および視聴覚教材による講義）と第14回（実際の方言のロールプレイによる講義）を受けた後である14回目の授業終了後に、「授業を受けて、患者とのコミュニケーションにおける方言について、わかったことと考えたこと」について自由記述を求めた。

## 5. 分析方法

対象者の属性は、IBM SPSS Statistics 28を使用しクロス集計を行った。また、「授業を受けて、患者とのコミュニケーションにおける方言について、わかったことと考えたこと」についての自由記述から、意味の理解が可能な語を最小単位の文節で区切ったコードとして取り出した。類似性と相互性を検討しながらコードを質的帰納的に分析および分類し、カテゴリーを作成した。最終抽出物をカテゴリー、その1段階前をサブカテゴリーとした。妥当性・信頼性の確保のため、コード、サブカテゴリー、カテゴリーと各抽出段階においてコミュニケーション教育及び質的研究に精通した研究者2人にスーパーバイズを受けた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、弘前医療福祉大学研究倫理委員会（承認番号2021-1）の承認を得て実施した。対象者に対して、書面と口頭で本研究の趣旨や内容を説明した。研究への参加は自由意思によるもので、記述した調査票の提出をもって同意したこととみなし、無記名のため投函後は同意撤回ができないこと、同意しない場合でもそれによる学業上での不利益は生じないこと、得られたデータは本研究以外の目的で使用しないこと、個人が特定されないように匿名化することを文書および口頭で説明した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の概要（表2）

A大学の看護学科および医療技術学科（作業療法学専

表2 中学生までの居住地域と入学直前家族構成

	入学直前家族構成				合計
	祖父母と同居	核家族だが 祖父母と 交流あり	核家族で 交流なし	一人暮らし・ その他	
中学生までの 居住地域	青森県津軽地方	30	57	3	93 (73.8%)
	青森県南部地方	1	2	1	6 ( 4.7%)
	青森県下北地方	1	3	0	4 ( 3.1%)
	秋田県	3	10	0	14 (11.1%)
	岩手県	2	0	0	2 ( 1.5%)
	その他	1	6	0	7 ( 5.5%)
合計	38	78	4	6	126

攻・言語聴覚学専攻)に在籍する1年次生(以下、学生とする)のうち当日授業に出席した132名に配布した。回収126部(回収率95.4%)、自由記述内容の有効回答は115部(有効回答率91.2%)であった。

対象者126名の概要を以下に示す。

中学生まで過ごした地域は、青森県津軽地方が93名(73.8%)、青森県南部地方が6名(4.7%)、青森県下北地方が4名(3.1%)、秋田県が14名(11.1%)、岩手県が2名(1.5%)、その他が7名(5.5%)であった。入学前の居住地は、青森県津軽地方が95名(75.3%)、青森県南部地方が6名(4.7%)、青森県下北地方が4名(3.1%)、秋田県が13名(10.3%)、岩手県が2名(1.5%)、その他が6名(4.7%)で、中学生まで過ごした地域とはほぼ同じ結果であった。

入学直前の家族構成については、祖父母と同居が38名(30.1%)、核家族だが祖父母と交流ありが78名(61.9%)、核家族で交流なしが4名(3.1%)、一人暮らし・その他が6名(4.7%)であった。

入学直前の家族構成が祖父母と同居あるいは交流がある学生(116名)について、中学生まで過ごした地域とのクロス集計の結果は、青森県津軽地方で過ごした学生は87名(69%)であった。中学生まで青森県南部地方で過ごした学生は3名(2%)、中学生まで青森県下北地方で過ごした学生は4名(3%)、中学生まで秋田県で過ごした学生は13名(10.3%)、中学生まで岩手県で過ごした学生は2名(1.5%)、中学生までその他の地域で過ごした学生は7名(5.5%)であった。

## 2. 看護・医療技術系大学1年次生が方言を用いたコミュニケーションの授業後に学んだこと(表3)

看護・医療技術系大学1年次生が方言を用いたコミュニケーションの授業を受けて学んだことについて、自由記述内容の分析対象115部を分析した結果、327の自由記述から51コード、12サブカテゴリー、5カテゴリーが抽出された。それぞれのカテゴリーについてサブカテゴリーおよびコードを用いて述べる。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、コードを〈 〉、生データを「 」で示す。

### (1) 【方言の理解の難しさと感じる】

学生は授業を受けたことで、〈津軽弁は聞き慣れているため聞き取ることができたが、南部弁は全然聞き取ることができなかった〉ということを経験した。〈同じ県内でも方言が複数あることがわかった〉ことなどから、《居住地と方言の理解》について学んだ。そしてネイティブの方言を実際に聞き、〈わからない単語ばかりだった〉、〈話すスピードで理解できるかできないかが変わる〉ことなどか

ら、《方言そのものの理解》の難しさを学んだ。居住地で使用されている方言について、「意外と自分が思っていたよりも地元の方を理解していないことがわかった」、「自分が津軽地方に生まれ育っていても初めて聞く方言が沢山あって驚いた」という体験から、〈方言の難しさが改めてわかった〉などの気づきがあった。

### (2) 【コミュニケーションにおける方言の重要性】

学生は授業を通し、〈方言で会話することで患者は話しやすく、たくさん話せる〉、〈方言をある程度理解していないと会話が成立しない〉などと考え、《コミュニケーション成立のための方言の理解》の重要性を学んだ。また、〈方言は緊急時は重要なことが伝わらないため使わない〉、〈初対面の人には方言を使わない〉、〈方言で話す人には方言で対応する〉ということから、《コミュニケーションにおける臨機応変な方言の使用》を学んだ。

### (3) 【信頼関係構築における方言の必要性】

学生は授業を通して、〈方言を使用することで、患者と良い関係を築くことができる〉、〈方言を使うことで患者と距離が縮まる〉などと考え、《方言と信頼関係構築》について学んだ。また、「患者に合った慣れ親しんだ言葉や方言で話すことで患者は安心して話せると思うし、自分の話をきちんと聞いてくれていると心を開けると思う」など、〈話を理解してもらえることで患者の安心感につながる〉こと、〈言いたいことが伝わらないと患者の負担になる〉などと考え、《方言の理解と患者心理》について学んだ。

### (4) 【適切な医療につながる方言の理解】

学生は授業を通して、〈患者は方言のほうが詳しく、正確に症状を伝えることができる〉、〈方言を理解することで、患者がどのような状況、症状であるか詳しく聞き出すことができる〉と考え、《話者の症状の理解》について学んだ。そして、〈患者の言葉を間違っただけで解釈すると、医療事故につながる可能性があるため理解できなければいけない〉、〈方言を聞き流すことは、重大な情報がわからず医療事故につながる可能性がある〉などと考え、《誤った解釈が医療事故につながる可能性》について学んだ。

### (5) 【方言を学習する重要性】

学生は授業を通し、〈就職したら、いろいろな方言の患者とコミュニケーションをとるため、方言を勉強することは大切だと思った〉ことから、〈より良い医療従事者になるために今から少しずつたくさんの方言を身につけたい〉、〈他の地域の方言も覚えたい〉などと考え、《医療従事者になる者として方言を覚える必要性》を学んだ。

〈方言を使うことより理解できるかが大事であると学んだ〉、〈方言はわからなくてもわかろうとする姿勢が大事だと学んだ〉、〈わからないことはそのままにせず、聞き返して確認をすることが大切だと学んだ〉、〈正しく聞き取るた

表3 看護・医療技術系大学1年次生が方言を用いたコミュニケーションの授業後に学んだこと

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
方言の理解の難しさと気づき	居住地域と方言の理解	津軽弁は聞き慣れているため聞き取ることができたが、南部弁は全然聞き取ることができなかった 南部弁が全く理解できなかった 津軽地方出身のため津軽弁は理解できた 南部弁はわかったが、津軽弁が理解できなかった 県外出身のため方言を聞き取ることが難しかった 同じ県内でも方言が複数あることがわかった
	方言そのものの理解	自分が思ったより方言を理解していなかったことがわかった 完璧に聞き取ることができなかった 初めて聞く方言があり驚いた 方言の難しさが改めてわかった わからない単語ばかりだった 方言を使う人の年齢が高齢になるとわからない 話すスピードで理解できるかできないかが変わる
コミュニケーションにおける方言の重要性	コミュニケーション成立のための方言の理解	方言で会話することで患者は話しやすく、たくさん話せる 方言をある程度理解していないと会話が成立しない 方言がわからないと何度も聞き返し、患者に負担をかける
	コミュニケーションにおける臨機応変な方言の使用	方言は緊急時は重要なことが伝わらないため使わない 初対面の人には方言を使わない 方言で話す人には方言で対応する
信頼関係構築における方言の必要性	方言と信頼関係構築	方言を使用することで、患者と良い関係を築くことができる 方言を患者と共有することで、信頼を得られる 方言を使うことで患者と距離が縮まる 方言は相手と信頼関係が成立してから使う
	方言の理解と患者心理	話を理解してもらえないことで患者の安心感につながる 言いたいことが伝わらないと患者の負担になる 話を理解してもらえないと患者は不安になる
適切な医療につながる方言の理解	話者の症状の理解	患者は方言のほうが詳しく、正確に症状を伝えることができる 方言を理解することで、患者がどのような状況、症状であるか詳しく聞き出すことができる
	誤った解釈が医療事故につながる可能性	患者の言葉を間違えて解釈すると、医療事故につながる可能性があるため理解できなければいけない 方言を聞き流すことは、重大な情報がわからず医療事故につながる可能性がある 方言が理解できると、コミュニケーションがスムーズになり適切な治療につながる

め、語を繰り返す工夫をすることを学んだ) などということから、学生は自らが方言を話せなくても《方言を理解しようとすることの重要性》を学んだ。

医療現場では、〈身体の部位に関する単語の方言があることを覚える必要がある〉こと、〈どこがどのように痛いかを表現する方言を理解できるようにする必要があると学んだ〉ことで、学生は方言の《語彙の理解の必要性》についても学んだ。

そして、学生は《高齢者との会話に向けた方言理解の必

要性》について学んだ。〈病院で関わることが多い高齢者と話すときは、もっと理解できるようにしなくてはいけないことを学んだ〉ことで、〈祖父母と会話する機会を増やし、気をつけて聞こうと思った〉などと考えていた。

表3 看護・医療技術系大学1年次生が方言を用いたコミュニケーションの授業後に学んだこと(続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
方言を学習する重要性	医療従事者になる者として方言を覚える必要性	就職したら、いろいろな方言の患者とコミュニケーションをとるため、方言を勉強することは大切だと思った
		県内に就職したいため、方言を覚えることは必要だと思った
		方言は医療において必要だと学んだ
		医療におけるコミュニケーションの大切さを学んだ
		より良い医療従事者になるために今から少しずつたたくさんの方言を身につけたい
	方言を理解しようとすることの重要性	他の地域の方言も覚えたい
		方言を使うことより理解できるかが大事であると学んだ
		方言が理解できなくても、予測をして患者を思いやるのが大事であると学んだ
		方言はわからなくてもわかろうとする姿勢が大事だと学んだ
		できるだけ話の全体像を作っておける理解力も大事であると学んだ
語彙の理解の必要性	方言は聞き慣れることが大切であることを学んだ	
	聞き取れない方言、わからない方言はわからないと伝えることが大切だと学んだ	
	聞き取れない方言、わからない方言は、わかる人に聞く、調べるが必要だと学んだ	
	わからないことはそのままにせず、聞き返して確認をすることが大切だと学んだ	
	正しく聞き取るため、語を繰り返す工夫をすることを学んだ	
高齢者との会話に向けた方言理解の必要性	身体的部位に関する単語の方言があることを覚える必要がある	
	どこがどのように痛いかを表現する方言を理解できるようにする必要があると学んだ	
		病院で関わることが多い高齢者と話すときは、もっと理解できるようにするにはいけないことを学んだ
		祖父母と会話する機会を増やし、気をつけて聞こうと思った
		高齢社会では方言理解の必要性は高いと学んだ

#### IV. 考 察

##### 1. 大学1年次生の中学生までの居住地域と祖父母との交流の有無と方言理解

一般に2～3歳から12～13歳頃までが言語形成期と言われる、その時期に方言に触れる環境にできれば、その言語を獲得することは困難であるとされている(工藤, 2017; 真田ほか, 2007)。本研究の対象である学生は、言語の獲得ではなく言語の理解を目的とした教育を受けており、中学生までの居住地域と入学直前の居住地域が75%前後とほぼ同じ割合で、大学の所在地域でもある青森県津軽地方だという結果であった。いわゆる地元から通学する学生が多かったため、言語形成期に方言に触れ、方言を聞き慣れている学生が多いことが示された。

本研究の学生が在学する青森県津軽地方は、方言使用の地域類型で、話し相手が同郷人が共通語を話す人であるかによって使い分けをする「使い分け型」に分類され、年代別では、60代以上が「積極的方言話者」であることが明らかになっている(田中・前田, 2012; 泉・小田, 2016)。60代以上の年代は学生の祖父母世代にあたる。本研究では、在学する大学が所在する津軽地方で、祖父母と同居あるいは交流し、自身も居住している対象者は約70%であった。また、三世代家族の割合が全国の4.9%(厚生労働省, 2022)に比べて、本研究の学生は約30%と高い結果であった。このことから、本研究の対象である学生は、言語形成期から現在において日常生活の中で方言に触れる環境で過ごし、さらに祖父母との交流も方言の理解に影響をおよぼしていることが考えられる。

## 2. 看護・医療技術系大学1年次生が方言を用いたコミュニケーションの授業後に学んだこと

看護・医療技術系大学1年次生が方言を用いたコミュニケーションの授業を受けて学んだこととして、本研究で抽出された【方言の理解の難しさと気づき】、【コミュニケーションにおける方言の重要性】、【信頼関係構築における方言の必要性】、【適切な医療につながる方言の理解】、【方言を学習する重要性】について考察する。

全国の看護学生を対象とした看護教育場面において方言が理解できなかった経験についての調査では、理解できなかった経験があると回答した学生が31.3%で、中学生まで過ごした地域と教育を受けている地域が異なる学生は、話者の方言が理解できない割合が高いという結果であった。その中でも青森県の話者の場合、その土地に生まれ育った学生であっても理解することが困難な現状が明らかになっている(工藤, 2017)。伝統的な方言は、若者にもよく知られている語彙であれば津軽地方の若者のほうが使用する、あるいは使わなくても意味がわかる割合が高いことも報告されている(岩崎・夏坂・日比・畑, 2018)。本研究の対象者は地元出身の学生が多く、聞き慣れた方言はわかるが別の地域の方言はわからなかったり、聞き慣れているはずの方言も、スピードや話す年代、語彙によっては理解できなかったりするという体験をした。また、わかっていると思っていた方言もわからなかった、ということに授業を通して気づいたことから、【方言の理解の難しさと気づき】が示された。言語形成期である中学生までにその方言に触れる機会がなければその言語を獲得すること、理解することは困難であるように、居住地域と異なる地域の方言の理解の難しさを実感していた。さらに、学生と話者が同じ地域の方言を使用している場合についても理解が難しいという同様の結果が得られた。そもそも自身のことばが方言か否か意識しない無関心層も存在することが考えられ(岩崎ほか, 2018)、そのようなものにとっては、授業を機に方言に意識を向けることにつながることを示唆された。また、大学生を含む若年層の方言使用の特徴として、地域性を持つが自身は共通語と認識し、他地域の人から指摘されて方言であることに気がつく、あるいは気づかずに使用している方言も明らかになっている(岩崎ほか, 2018; 小林・篠崎, 2003, pp.211-212)。気づかない方言は、他地域出身者がその地域で感じた違和感から、方言話者にとってそれが方言であると認識されることが多い(小林・今村, 2020)。本研究では【方言の理解の難しさと気づき】が示され、客観的にネイティブな方言を聞いたことで、他地域の学生には難しい方言として認識され、気に留めずにこれまで自身が使用している方言あるいは共通語だと思い使用していたことばが、その地域特有の方言であったこと

に気づく機会となった。

医療者が患者の使う方言を理解しようと努力すること、状況に応じて方言を使うことは、患者-医療者間の信頼関係や協力関係の構築に役立つ(吉岡・有満, 2009)。また、医師が診察時に方言を使う効果として、患者をリラックスさせ心を開かせる、患者の中には痛みなどの感覚や自覚症状の微妙なニュアンスや気持ちのありようなどを、方言でなくともうまく表現できない人もいることから、医療に必要な情報を円滑に収集できるメリットがあることが明らかになっている(吉岡ほか, 2008)。その結果、医療チームの情報共有にも役立つことが示されている(吉岡・有満, 2009)。また、沖縄県の言語聴覚士において、方言を理解していないと失語症評価で患者の発した言葉が、方言か失語症か判断することが困難になると報告されている(岩城, 2017)。本研究でも、【コミュニケーションにおける方言の重要性】、【信頼関係構築における方言の必要性】、【適切な医療につながる方言の理解】が示された。専門分野の各領域の方法論を学修する前段階にある低学年の学生に同様の結果が得られたことは、今後、各領域の臨地(臨床)実習等でさらに学びを深めることが期待できる。

本研究の対象学生は、将来看護師およびリハビリテーションの専門職を目指している。看護師およびリハビリテーション職は、医療現場においても対象者を生活者にとらえ、長期間患者に関わることが多い。援助する場は医療施設だけではなく多岐にわたる。現在、地域包括ケアシステムの構築から地域共生社会(厚生労働省, 2017)を築いていくことを目指している。対象者が住み慣れた地域でその人らしく暮らせるように関わるためには、対象者の理解に向け対象者が使い慣れた生活語である方言を理解し、円滑にコミュニケーションを取る必要がある。さらに、多職種でチームアプローチをしていく際に、多職種で情報を共有し協働していくためにもコミュニケーションは重要であり、方言を使用する場合は共通認識を持つためにも方言の理解が不可欠となる。現在、対象者のニーズに応じて多職種でチームアプローチするために多職種連携教育が推進されている。その教育において医療人として基盤となる人間性およびコミュニケーション能力を修得することがある(小林・野原・水戸, 2017)。本研究では1年次生の学生が、《医療従事者になる者として方言を覚える必要性》を感じ、【方言を学習する重要性】を学んでいた。また、〈他の地域の方言も覚えたい〉、〈より良い医療従事者になるために今から少しずつたくさんの方言を身につけたい〉と学習意欲の向上につながっていた。

本研究では、文字や単語のみで方言を学習するのではなく、ネイティブの方言話者による実際のコミュニケーション場面を設定し、聴覚的に方言を受容する目的でロールプ

レイを実施した。ロールプレイでは教員が、方言話者の患者と方言話者の医療者、方言話者の患者と方言がわからない医療者とのやりとりという2つの場面を、それぞれ津軽地方の方言と南部地方の方言で実施した。学生が将来医療従事者として対象者とコミュニケーションをとる際に想像しやすい場面を設定したことで、一つのことばのみを聴き取るのではなく、文脈および非言語的コミュニケーションも含めて話者の方言を聴き取り、さらに《方言の理解と患者心理》として患者の心理的側面についても考えることができた。そのため、本研究の方言を用いたコミュニケーションの教育方法は有効であったと考える。

よくわからないものが「わかる」ということは、対象となるものを分けることで区別し（例：それがイヌであるとわかることは、他の動物と区別することでそれがイヌだとわかる）、その物事の本質が何であるかが「わかる」ことである（江藤, 2013）。本研究においても、本研究の対象学生が多く使用する津軽地方の方言のみを単独で理解するのではなく、聞き慣れた方言と他の地域の方言をネイティブによるロールプレイから聴き取る体験をした。ネイティブによる同地域の方言および他の地域の方言も聴いたことで、学生はそれが「わかる」かどうかを区別して判断していた。結果として、普段使用している方言が「わかる」、普段使用している方言も「わからない」、他の地域の方言は「わからない」ということを判断していたことが示された。

方言の価値が高まるとともに、日本全国の中でも弘前、沖縄、鹿児島地方は「積極的使い分け派」から「積極的方言話者」の方向に傾いていく可能性が示唆されている（田中・前田, 2012）。方言の理解の必要性については方言主流地域のみならず、共通語が主流となっている首都圏においても課題となっている。横浜市では75歳以上の転入者の75%が県外からであり、地方で暮らしていた高齢者が首都圏に住む子どものもとに移り住む事例が増えている。東京が勤務地の看護師への調査で、約7割が患者の方言がわからなかった経験をしていた（小林・今村, 2020, pp.28-30）ことから、全国において方言理解の必要性が示唆された。医療に関連する方言教育においては、方言は共通語にはない音声的な特徴があるため、聴覚教材の開発が進んでいる（今井, 2020；今村・工藤, 2012；今村かほる研究チーム, 2012；岩城, 2018；岩崎, 2020；北村ほか, 2016；高知大学教育学部日本語学研究室, 2015；工藤, 2017）。津軽地方の介護福祉士の養成校に在籍する学生が介護施設実習を行った際に、高齢者の方言がわからないことがなかったと回答した学生が約半数いたが、実習指導者から実際にはわからなかったこと自体がわかっていない、わかったつもりでいると思われるという意見があった（小

林・今村, 2020, p.58）。本研究では、学生は臨地（臨床）実習を経験する前の低学年から、わかっていたつもりの方がわからなかったことに気づき、他の地域の方言を聴き取ることは難しく、自身が話せなくても理解しようという姿勢が大切であることを学んだ。また、相手に合わせて方言を使用することで、方言を聞き取るためにはゆっくり話す必要であることなど、具体的な方法も学んでいた。進級し臨地（臨床）実習で実際に方言話者と関わり、わかったつもりで聞き流さずにコミュニケーションをとり、方言話者である対象者と信頼関係を築き適切な援助ができるよう、本研究で示された1年次生のレディネスを基に、各専門分野のコミュニケーション技法の教育方法・内容の手立てとして視聴覚教材を用いることの他に、ロールプレイやより効果的な事例の内容の検討に役立つことが期待される。

## V. 研究の限界と課題

本研究は限られた地域の看護・医療技術系大学1年次生を対象としていることから、一般化するには限界がある。今後は対象地域を拡大し検証を重ねていく必要がある。また、1年次に医療現場の方言を用いたコミュニケーションの授業を受講した学生が、各学科専攻の領域別臨地（臨床）実習の経験や受け持ち対象者とのコミュニケーションの実際の場面などで学んだことに発展させ、それを基に具体的な教育方法を見出していくことが課題である。

## VI. 結 論

本研究では、各学科の専門分野におけるコミュニケーション技術や臨地（臨床）実習を学修する前段階である、看護学科および医療技術学科（作業療法学専攻・言語聴覚学専攻）大学1年次生の、方言を用いた「医療現場のコミュニケーション」の授業後の学びについて、【方言の理解の難しさと気づき】、【コミュニケーションにおける方言の重要性】、【信頼関係構築における方言の必要性】、【適切な医療につながる方言の理解】、【方言を学習する重要性】の5つのカテゴリーが示された。この結果を基に今後は、多職種連携教育における各専門分野の対象者の特徴をふまえたコミュニケーションの教育内容および方法を検討する必要がある。

## 謝 辞

本研究の調査に参加協力していただいた学生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

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

- 江藤裕之 (2013). ことばと理解 Understanding With Words. *看護研究*, 46(5), 530-535.
- 後藤典子 (2020). 介護士が介護現場で使用している山形方言の特徴. *東北文教大学・東北文教大学短期大学部紀要*, 10, 25-38.
- 今井 雅 (2020年11月). 弘大×AI×津軽弁プロジェクト. <http://tgrb.jp/research.html> (参照2023年4月14日)
- 今村かほる, 工藤千賀子 (2012). 看護コミュニケーション教材の開発. 平成21~23年度科学研究費基盤研究 (C) 研究成果報告書.
- 今村かほる方言研究チーム (2012年). 医療・看護・福祉と方言. [http://www.hougen-i.com/?action\\_user\\_search\\_list=true](http://www.hougen-i.com/?action_user_search_list=true) (参照2023年4月14日)
- 岩城裕之 (2017). 沖縄の言語聴覚士の「方言問題」. *高知大学教育学部研究報告*, 77, 239-243.
- 岩城裕之 (2018). 理学療法士に即応した痛みを表す語彙の記述と方言資料の作成. 平成27年~29年度科学研究費補助金基盤研究 (C) 研究成果報告書. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-15K02571/15K02571seika.pdf> (参照2023年4月11日)
- 岩崎真梨子 (2020). 地域方言の教材開発による教育効果. *八戸工業大学紀要*, 39, 1-10.
- 岩崎真梨子, 夏坂光男, 日比俊介, 畑 文子 (2018). 八戸市の若者の「気づかない方言」と言語活動. *八戸工業大学紀要*, 37, 21-39.
- 泉ゆうき, 小田匡保 (2016). 青森県における方言の地域郷世代差: 津軽・南部地方境界地域の調査から. *地域学研究*, 29, 21-33.
- 北村達也, 篠本尚輝, 今村かほる, 岩城裕之 (2016). 身体部位を表す方言語彙の表示システム 第2報. *日本語教育方法研究会誌*, 23(1), 32-33.
- 小林 隆, 今村かほる (2020). *実践方言学講座 第3巻 人間を支える方言*. 28-30, 58, 東京: くろしお出版.
- 小林 隆, 篠崎晃一 (2003). *ガイドブック方言研究*. 211-212, 東京: ひつじ書房.
- 小林れい子, 野原真理, 水戸美津子 (2017). 大学における多職種連携教育の現状と課題. *聖徳大学研究紀要*, 28, 113-118.
- 近藤紗耶 (2011). 若年層の方言使用と方言意識: 愛知県豊明市の中学生を対象として. *東京女子大学言語文化研究*, 19, 33-49.

- 高知大学教育学部日本語学研究室 (2015年9月2日). 保健・医療・福祉のための方言データベース Ver. 1.1. <http://cgi.mediamix.ne.jp/~k3236/cgi-bin/index.html> (参照2023年4月14日)
- 厚生労働省 (2017). 「地域共生社会」の実現に向けて. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (参照2023年4月11日)
- 厚生労働省 (2022). 2021(令和3)年国民生活基礎調査の概況 I 世帯数と世帯人員の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa21/dl/12.pdf> (参照2023年4月11日)
- 工藤千賀子 (2017). 地域方言の理解を助ける看護教育教材の開発. 平成26~28年度科学研究費事業基盤研究 (C) 研究成果報告書.
- 永田美和子, 鈴木啓子, 大城凌子 (2010). 沖縄県やんばる地域の方言を使用した高齢者ケアの効果に関する研究: 看護・介護職の方言使用の実態と課題の検討. *名桜大学総合研究*, 17, 19-24.
- 内閣府 (2019). 地域別にみた高齢化 | 令和元年版高齢社会白書 (全体版). <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html> (参照2023年4月11日)
- 齊藤恵美, 齊藤優佳, 田中康博, 大倉和貴, 岩倉正浩, 菅原慶勇, 高橋仁美, 高橋雅史 (2018). 方言を用いる対象の発語評価に関する研究. *ディサースリア臨床研究*, 8(1), 91-92.
- 真田信治, 陣内正敬, 井上史雄, 日高貢一郎, 大野眞男 (2007). *シリーズ方言学3 方言の機能*. 東京: 岩波書店.
- 佐藤和之 (1996). *地域語の生態シリーズ 東北編 方言主流社会: 共生としての方言と標準語*. 5, 東京: おうふう.
- 式司美由貴, 岡崎寿子, 八代利香, 宮内信治, シャーリー・ジェラルド (2006). 臨床現場における看護職等の方言に関する体験と認識: 大分弁体験集の作成. *九州農村医学会雑誌*, 15, 36-42.
- 田中ゆかり, 前田忠彦 (2012). 話者分類に基づく地域類型化の試み: 全国方言意識調査データを用いた潜在クラス分析による検討. *国立国語研究所論集*, 3, 117-142.
- 友定賢治 (2014). 「臨床方言学」の確立に向けて. *人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌*, 14(1), 37-49.
- 山本悠人, 北村達也, 岩城裕之, 今村かほる (2016). 身体部位を表す方言語彙の表示システム. *日本語教育方法研究会誌*, 22(3), 56-57.
- 吉岡泰夫, 有満憲恵 (2009). 医療コミュニケーションと方言: 患者さんと方言で話すとどんな効果があるのでしょうか?. *看護管理*, 19(5), 366-370.
- 吉岡泰夫, 早野恵子, 徳田安春, 三浦純一, 本村和久, 相澤正夫, 田中牧郎, 宇佐美まゆみ (2008). 良好な患者医師関係を築くコミュニケーションに効果的なポイント・ストラテジー. *医学教育*, 39(4), 251-257.

〔2023年7月4日受付〕  
〔2023年12月10日採用決定〕

# Post-Classroom Learning among First-Year Nursing and Medical Technology University Students: Understanding “Communication in the Medical Setting Using Dialects”

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(2), 263-272  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231210235>

Sachie Ishizawa, MS, RN, Chikako Kudo, PhD, RN,  
Ariko Kodama, MA, RN

Hirosaki University of Health and Welfare, Faculty of Health Nursing, Aomori, Japan

## ► Abstract

**Objective:** This study aimed to elucidate the post-classroom learning experiences of first-year university students in the Nursing and Medical Technology Departments (Occupational Therapy and Speech-Language-Hearing Therapy specializations) in a course on “Communication in the Medical Setting” using dialects. **Methods:** A self-administered questionnaire was distributed among 132 students. Their independently described lessons were then subjected to a qualitative descriptive analysis. **Results:** Five categories emerged from the class on communication using dialects: “difficulty and consciousness in understanding dialects,” “significance of dialects in communication,” “necessity of dialect in trust-building,” “understanding the appropriate dialect linked to medical care,” and “relevance of learning dialects.” **Conclusion:** Students were able to comprehend the necessity and significance of understanding dialects in medical settings. In the future, considering the educational content and methods of communication based on the characteristics of the target audience in each specialized field of interprofessional education will be necessary.

## ► Key words

dialects, dialect education, communication in medical setting

---

**Correspondence:** S. Ishizawa. Email: [ss07071225@yahoo.co.jp](mailto:ss07071225@yahoo.co.jp)

## 一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

### 1. 投稿者

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

### 2. 著者および研究貢献者

#### 1) 著者

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

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

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

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

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

#### 2) 研究貢献者

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

### 3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

#### ■原著論文

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

#### ■研究報告

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

#### ■技術・実践報告

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

#### ■総説

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

#### ■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

### 4. 研究倫理

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

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

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

#### ■ミスコンダクト

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

#### ■断片的投稿

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

#### ■二重投稿

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

#### ■不合理な投稿の取り下げ

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

■投稿の際の注意点

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

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

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

8. 利益相反自己申告書

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

9. 原稿の受付

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

10. 投稿論文の採否

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

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

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

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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

〔凡例〕 ○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

## 11. ゲラ刷りの校正

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

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

## 12. 原稿掲載料・別刷料

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

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

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

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

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

## 13. 著作権

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

## 14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

### 附 則

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

# 原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

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

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

## 1. 投稿の際の電子書式等について

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

## 2. 文体ならびに句読点について

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

### 3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

### 5. 図について

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

### 6. 引用について

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

## 著作権法

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

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

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

## 7. 引用形式について

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

### ■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき(本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など)はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。  
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

## ■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

### ① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

### ② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地：出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪：研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

### ③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地：出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京：医学書院.

### ④ 分担執筆の文献で著者と書籍に编者 (監修者) が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地：出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学Ⅱ (pp.123-146). 東京：研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

### ⑤ 電子文献の場合：

#### ◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)

- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない学術論文
  - 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
  - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍
  - ・DOIがある書籍
    - 著者名 (出版年). 書籍名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
  - ・DOIのない書籍
    - 著者名 (出版年). 書籍名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍の1章または一部
  - ・DOIがある書籍
    - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
  - ・DOIのない書籍
    - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆Webサイト, Webページ
  - 著者名 (投稿・掲載の年月日). Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
  - Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆shortDOI, 短縮URL
  - DOI, URLが長かったり, 複雑な場合は, shortDOI, 短縮URLを用いる。

## 8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から, 自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果, 希望する種別では不採用となったり, 採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード (5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること), 本文枚数, 図枚数 (用紙1枚につき1つ), 表枚数 (用紙1枚につき1つ), 写真点数 (用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける), 著者氏名 (著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所 (連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス)を入力する。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

## 9. 抄録について

- 1) 英文抄録は250ワード以内とする。構造化された形式とし, Objective, Methods, Results, Conclusionsの見出しをつける。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック (英語を母国語とする人によるチェック) の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。構造化された形式とし, 目的, 方法, 結果, 結論の見出しをつける。

## 10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を下記の例を参考に、「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

《利益相反のある場合》

(和文)

- 本研究は資金の提供を [企業名] から受けた。
- [該当する著者名] らは, [企業名] から報酬を受領している。
- 本研究は, [該当する著者名] が所属する [企業名] の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by [企業名].
- XXX, YYY, and ZZZ [該当する著者名] received honorarium from [企業名].
- AAA, BBB, and CCC [該当する著者名] are employees of [企業名].

《利益相反のない場合》

(和文)

- なお, 本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

## 11. 著者貢献度

著者貢献度（Author Contributions）について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

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

## 12. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字、英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合には、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

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

## 13. 電子付録について

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

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（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。

理事会承認の上、24巻5号会報57号でお知らせしましたように、任期終了に伴い査読者のご氏名については、本号で以下のように公表させていただきます。

## 日本看護研究学会査読委員

(五十音順)

(2022年7月22日～2024年6月9日)

會田 信子	青山ヒフミ	赤澤 千春	赤瀬 智子	赤松 公子	吾郷美奈恵	朝倉 京子
浅野みどり	東 ますみ	足立 久子	阿部 祝子	荒川 満枝	安藤 詳子	池田 清子
池西 悦子	石垣 恭子	石橋 照子	伊丹 君和	市江 和子	市村久美子	伊東美佐江
井上 都之	井上真奈美	岩脇 陽子	宇佐美しおり	内田 宏美	内野 聖子	江藤 真紀
遠藤 英子	遠藤みどり	岡田 由香	岡田 佳詠	岡山 久代	岡山 寧子	沖中 由美
折山 早苗	蛸崎奈津子	片岡 純	片岡 三佳	勝山貴美子	加藤真由美	角濱 春美
門間 晶子	金井 一薫	叶谷 由佳	鎌田佳奈美	川本利恵子	岸 恵美子	岸田 泰子
北池 正	北村 有子	城戸 滋里	木下由美子	清村 紀子	楠葉 洋子	久米弥寿子
グライナー智恵子	黒田寿美恵	黒田 裕美	小泉美佐子	古賀 美紀	小長谷百絵	小林 優子
小山 幸代	近藤 暁子	近藤 浩子	近藤真紀子	近藤 由香	紺家千津子	坂梨 薫
作田 裕美	佐々木くみ子	佐々木新介	佐藤 正美	佐藤 幸子	真田 弘美	篠崎恵美子
島袋 香子	生野 繁子	白水真理子	塩飽 仁	末次 典恵	菅原 京子	杉浦 太一
杉本 吉恵	鈴木 啓子	鈴木 幸子	鈴木 玲子	鷺見 尚己	關戸 啓子	祖父江育子
高井ゆかり	高橋 眞理	高橋由起子	多喜田恵子	竹内久美子	竹田 恵子	田中 愛子
田中マキ子	田中美智子	田中 裕二	樗木 晶子	塚本 尚子	堤 雅恵	堤 由美子
津本 優子	當目 雅代	登喜 和江	泊 祐子	富田 美加	中尾富士子	中島美津子
中西 純子	中根 薫	名越 民江	名越 恵美	行田 智子	檜木野裕美	西片久美子
西沢 義子	西田 佳世	西村 ユミ	新田 紀枝	新田 真弓	任 和子	野口 眞弓
野崎真奈美	野戸 結花	長谷川真澄	服部 淳子	鳩野 洋子	濱園 環	濱田真由美
濱田 裕子	林 裕栄	林 みよ子	東野 督子	樋之津淳子	平松 知子	廣瀬 幸美
深井喜代子	深田 美香	福田美和子	藤井 徹也	藤野 成美	布施 淳子	武用 百子
古瀬みどり	古田加代子	細田 泰子	堀口 雅美	本田 彰子	本田可奈子	前田ひとみ
眞茅みゆき	眞嶋由貴恵	松浦 江美	松下由美子	松下由美子	松田 光信	松本 賢哉
丸山マサ美	實金 栄	三木 明子	三国 久美	水田真由美	水野恵理子	箕浦 哲嗣
三橋 睦子	宮園 真美	三吉友美子	村井 文江	村上 好恵	村田 節子	望月 留加
森 一恵	森 真喜子	森本美智子	安田 智美	柳澤 理子	矢野 理香	山内 栄子
山口 桂子	山口みのり	山口 曜子	山下 暢子	山勢 博彰	山田紀代美	山田 聡子
結城美智子	米田 昌代	和賀 徳子	脇 幸子	渡邊 順子	渡部 節子	

(敬称略) (195名)

Introducing *JINR*,  
an English-language Open Access Journal!

Now  
accepting  
submissions

# JINR

Journal of  
International  
Nursing Research

For details on guidelines for authors,  
please go to the *JINR* web site at  
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN  
Online ISSN: 2436-1348  
Print ISSN: 2436-3448  
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>



Online ISSN: 2436-1348  
Print ISSN: 2436-3448

The Japan Society of Nursing Research has  
launched publication of the English-language  
*Journal of International Nursing Research*  
(*JINR*) in February 2022.

*JINR* welcomes submissions of unpublished  
papers on nursing and related topics,  
including review articles, original research,  
practice guidelines, technical reports and  
brief reports.

## About *JINR*:

- an international English-language journal  
published by the Japan Society of Nursing Research
- research topics covering a wide range of fields related to nursing science
- upon acceptance, papers will be promptly available via open access
- papers will also be registered in PubMed  
as soon as the requirements are met in the future
- no charge for publication if the first author holds membership in  
the Japan Society of Nursing Research
- secondary publication of articles published in  
*the Journal of Japan Society of Nursing Research* can be considered

Volume 1 | Number 1  
February 2022

Japan Society of Nursing Research

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN  
Mail contact for inquiries: [jinr@kyorin.co.jp](mailto:jinr@kyorin.co.jp) (JINR editorial office)



## 事務局便り

## 1. 2024年度会費納入のお願い

2024年度会費納入のお願いをお送りしております。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

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

## 年会費納入口座

記	
年会費 正会員	8,000円
学生会員A	3,000円
学生会員B	1,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

## 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をさせていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

## 3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

## 4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

## 〈事務局〉

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3982-2030 FAX: 03-5981-9852

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto:g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp)

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

## 日本看護研究学会雑誌

## 第47巻 第2号

無料配布

2024年7月20日 印刷

2024年7月20日 発行

## 編集委員

委員長 佐伯 由香 (理事) 人間環境大学松山看護学部  
委員 會田 信子 (会員) 信州大学学術研究院保健学系  
伊丹 君和 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部  
佐々木新介 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部  
高井ゆかり (会員) 群馬県立県民健康科学大学看護学部  
名越 恵美 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部  
武用 百子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科  
法橋 尚宏 (理事) 神戸大学大学院保健学研究科  
本田可奈子 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部  
松田 光信 (会員) 大阪公立大学大学院看護学研究科  
水野恵理子 (会員) 順天堂大学大学院医療看護学研究科  
光木 幸子 (会員) 同志社女子大学大学院看護学研究科  
(五十音順)

## 発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目  
39-2-401

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3982-2030 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<https://www.jsnr.or.jp/>

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto:g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp)

発行者 叶谷由佳

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

