

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 47 Number 4 October 2024 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[第47巻 第4号]

## 会 告 ( 1 )

一般社団法人日本看護研究学会2024年度会員総会において、次の事項について提案のとおり決定されたのでお知らせいたします。

2024年8月24日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

### 記

一般社団法人日本看護研究学会定款第3章第6条3)により、以下の1名が名誉会員として承認された。  
第二十七号 山口桂子氏

以上

## 会 告 ( 2 )

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

2024年9月17日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

記

### 一般社団法人日本看護研究学会 研究助成（正会員）規程

#### 第1条（目 的）

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

#### 第2条（資 金）

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

#### 第3条（研究助成の対象）

看護学研究に関する個人または共同の研究とする。

- 2) 申請者は、本法人正会員である期間が3年度以上ある者であること。
- 3) 申請により研究目的、研究内容を審査の上、適当と認められた者であること。
- 4) 共同研究者は、申請時に本法人正会員であること（手続き中を含む）。
- 5) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと。
- 6) 申請の手続きや様式は別に定める。
- 7) 研究助成金は1題50万円以内、年間総額100万円を上限とする。

#### 第4条（義 務）

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

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

#### 第5条（罰 則）

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

第6条 (募集)

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

第7条 (選考及び決定)

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

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

第8条 (中断・中止)

第4条4項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

附 則

この規程は、令和6年6月9日より実施する。

## 一般社団法人日本看護研究学会 2025年度研究助成（正会員）募集要項

1. 研究助成の対象

看護学研究に関する個人または共同の研究

2. 応募資格

- 1) 本学会会員であり、応募時に本法人正会員である期間が3年度以上ある者。
- 2) 共同研究者は、申請時に正会員であること（手続き中を含む）。
- 3) 本人の単独研究もしくは共同研究の責任者であること。
- 4) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと。

3. 研究助成金額

研究課題1題について50万円以内とし、総額100万円を上限とする。

4. 研究助成期間

2025年4月1日～2026年3月31日までとする。

5. 応募方法

- 1) 所定の申請用紙に必要事項を記入の上、事務局あてにメールにて送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。
- 3) 応募書類は返却しない。

6. 応募期間

2024年9月17日（火）～2024年11月27日（水）（必着）

7. 選考方法

研究助成委員会で審査を行い、理事会で決定する。

8. 研究助成金の使途と報告

- 1) 研究助成金の使途は、研究活動に必要な旅費、消耗品費、通信・運搬費、印刷費などとする。学会参加費・旅費、備品購入費は認めない。
- 2) 研究助成を受けた者は、研究成果概要報告書と収支報告書を別紙様式で2026年4月末日までに理事長宛に提出する。

9. 研究成果の発表

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

10. 研究助成の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内 一般社団法人日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

以上

## 目 次

### 《研究論文》

#### —原 著—

- 精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断 ..... 735  
川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健看護学専攻 八 塔 達 寛  
介護老人保健施設いるかの家リハビリテーションセンター 塚 原 貴 子
- 新卒看護師の職業的アイデンティティの変化  
—卒業前と就職後の関連についての縦断的検討— ..... 751  
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 近 藤 智 恵  
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 吉 良 淳 子
- レム睡眠行動障害高齢者の病院受診に至るまでの体験 ..... 765  
水戸赤十字病院看護部 森 島 一 成  
獨協医科大学大学院看護学研究科 金 子 昌 子
- 攻撃性マネジメントトレーニングに参加する精神科看護師の優位—劣位関連特性と攻撃性に関する研究 ..... 777  
信州大学学術研究院保健学系 木 下 愛 未  
信州大学学術研究院保健学系 下 里 誠 二
- 患者に生じている表面化していない問題を明確にする看護師の実践経験の総体：  
看護師と患者との相互行為場面に焦点を当てて ..... 789  
札幌市立大学看護学部 栗 原 知 己  
群馬県立県民健康科学大学看護学部 松 田 安 弘  
群馬県立県民健康科学大学看護学部 服 部 美 香  
群馬県立県民健康科学大学看護学部 山 下 暢 子  
群馬県立県民健康科学大学看護学部 金 谷 悦 子
- 看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離 ..... 801  
聖徳大学大学院看護学研究科 西 田 三 十 一  
東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域 習 田 明 裕
- 病院の勤務経験を有する新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎ自己評価尺度の開発 ..... 813  
高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科 浅 井 直 美  
群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科 飯 田 苗 恵  
群馬パース大学看護学部看護学科 齋 藤 基  
群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科 大 澤 真 奈 美

一研究報告一

看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題と必要と考える支援 ..... 825

日本赤十字九州国際看護大学看護学部看護学科 山本孝治

中小規模病院における卒後5年目までの看護師の看護実践能力と職場支援との関連 ..... 839

雲南市立病院地域医療部訪問事業課 柿木守

島根大学医学部基礎看護学講座 古賀美紀

鳥取大学医学部保健学科看護学専攻基礎看護学講座 宮本まゆみ

島根大学医学部基礎看護学講座 津本優子

がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択の構造：

構造モデルの開発に向けて ..... 849

上智大学総合人間科学部看護学科 田村南海子

東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域 習田明裕

一技術・実践報告一

集中治療室に勤務する先輩看護師が新人看護師の自立に向けて必要と考える報告・連絡・相談 ..... 863

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 今村佐知子

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 辻本朋美

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 藤井誠

兵庫医科大学看護学部看護学科 永安真弓

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 竹下悠子

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 井上智子

一資料・その他一

卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟と影響要因 ..... 871

岐阜大学医学部看護学科 山田加奈子

岐阜大学医学部看護学科 竹下美恵子

岐阜大学医学部看護学科 社本生衣

## CONTENTS

### 《Research papers》

#### Original Article

Clinical Judgment of Skilled Nurses for Insomnia in Persons with Mental Disorders .....	735
Doctoral Program in Nursing, Graduate School of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan : Tatsuhiro Hatto, PhD, RN, PHN Health Care Facility for the Elderly Iruka no Ie Rehabilitation Center, Okayama, Japan : Takako Tsukahara, PhD, RN	
Evolving Professional Identities of New Graduate Nurses: A Longitudinal Study of Pre-Graduation and Post-Employment Dynamics .....	751
Ibaraki Prefectural University of Health Sciences, Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Sciences, Ibaraki, Japan : Tomoe Kondo, MSN, RN Ibaraki Prefectural University of Health Sciences, Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Sciences, Ibaraki, Japan : Junko Kira, MSN, RN	
Experiences Leading up to Hospital Visits for Elderly Individuals with REM Sleep Behavior Disorder .....	765
Japanese Red Cross Mito Hospital, Nursing Department, Ibaraki, Japan : Kazunari Morishima, MSN, RN Dokkyo Medical University, Graduate School of Nursing, Tochigi, Japan : Shoko Kaneko, MSN, RN	
Superiority-Inferiority Traits and Aggression during Care among Psychiatric Nurses Undergoing Aggression Management Training .....	777
Institute of Medical Sciences, Shinshu University, Nagano, Japan : Aimi Kinoshita, PhD, RN, PHN Institute of Medical Sciences, Shinshu University, Nagano, Japan : Seiji Shimosato, PhD, RN	
Total Experience of Nursing Practice in Clarifying Non-Surface Problems in Patients: Focusing on Nurse-Patient Interactions .....	789
Sapporo City University, Hokkaido, Japan : Tomoki Kuribara, RN, MSN Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan : Yasuhiro Matsuda, RN, DNSc Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan : Mika Hattori, RN, DNSc Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan : Nobuko Yamashita, RN, DNSc Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan : Etsuko Kanaya, RN, DNSc	
Psychological Distance Nurses Create with Dying Patients .....	801
Seitoku University, Graduate School of Nursing Science, Chiba, Japan : Mitoi Nishida, RN, PHN, PhD Tokyo Metropolitan University, Division of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo, Japan : Akihiro Shuda, RN, PHN, PhD	



<b>Development of a Self-Rating Scale for Measuring Uncertainty about the Professional Identity of Novice Visiting Nurses with Hospital Experience</b> .....	813
Takasaki University of Health and Welfare, Gunma, Japan : Naomi Asai, PhD, RN	
Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan : Mitsue Iida, PhD, RN, PHN	
Gunma Paz University, Gunma, Japan : Motoi Saito, PhD, RN, PHN	
Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan : Manami Osawa, PhD, RN, PHN	
<b>Research Report</b>	
<b>Nurses' Perspective on Issues Encountered and Support Required in Home Care of Older Patients with Crohn's Disease</b> .....	825
Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Fukuoka, Japan : Koji Yamamoto, PhD, RN, PHN	
<b>Relationship between Clinical Nursing Competence and Workplace Support for Nurses in Small- and Medium-Sized Hospitals</b> .....	839
Unnan City Hospital, Shimane, Japan : Mamoru Kakinoki, MSN, RN	
Shimane University, Faculty of Medicine, Dep. of Fundamental Nursing, Shimane, Japan : Miki Koga, PhD, RN, PHN	
Tottori University, Faculty of Medicine, School of Health Science, Tottori, Japan : Mayumi Miyamoto, PhD, RN, PHN	
Shimane University, Faculty of Medicine, Dep. of Fundamental Nursing, Shimane, Japan : Yuko Tsumoto, PhD, RN, PHN	
<b>Interviews with Family Members of Cancer Patients on the Choice of a Place for End-of-Life Care: Toward the Development of a Structural Model</b> .....	849
Sophia University Faculty of Human Sciences Department of Nursing, Tokyo, Japan : Namiko Tamura, PhD	
Tokyo Metropolitan University Graduate School of Human Health Sciences Department of Nursing Sciences, Tokyo, Japan : Akihiro Shuda, PhD	
<b>Technical Report</b>	
<b>Reports, Contacts, and Consultations that Senior Nurses Working in Intensive Care Units Consider Necessary for Novice Nurses to Become Independent</b> .....	863
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan : Sachiko Imamura, RN	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan : Tomomi Tsujimoto, RN	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan : Makoto Fujii, PhD, RN	
Department of Nursing, School of Nursing, Hyogo Medical University, Hyogo, Japan : Mayumi Nagayasu, RN	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan : Yuko Takeshita, RN	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan : Tomoko Inoue, PhD, RN	
<b>Material and Others</b>	
<b>Career Maturity and Influential Factors among Nursing Students on the Verge of Graduation</b> .....	871
Gifu University, Gifu, Japan : Kanako Yamada, MSN, RN	
Gifu University, Gifu, Japan : Mieko Takeshita, PhD, RN	
Gifu University, Gifu, Japan : Ikue Shamoto, PhD, RN	

# 研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 技術・実践報告
- ・ 資料・その他



# 精神障害者の不眠における 熟練看護師の臨床判断

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 735-749  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231128241>

八塔達寛<sup>1</sup>, 塚原貴子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健看護学専攻, <sup>2</sup>介護老人保健施設いるかの家リハビリテーションセンター

## 要 旨

目的：熟練看護師が精神障害者の不眠について、どのような臨床判断を行っているのか、その内容を明らかにすることで看護師の臨床判断の基礎的資料を得る。方法：A県内の単科である精神科病院3施設に所属する熟練看護師13名を対象に、半構成的面接で得られたデータを質的に分析した。結果：精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断は、【睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける】、【評価期間で得た主観的・客観的情報を統合し不眠を判断する】、【不眠の背景を把握し患者の対処能力を見極める】、【看護チームでニーズを見極めた向き合い方を考える】、【服薬コンプライアンスを意識して適正を評価する】、【睡眠状態と精神状態の相互関係を捉える】の6つのカテゴリーで構成された。結論：熟練看護師は、潜在的な不眠を探るための手がかりとして、とりわけセルフケアの視点に着目していたことが示唆された。

## キーワード

精神障害者, 不眠, 熟練看護師, 臨床判断

責任著者：八塔達寛. Email: wa319004@kwmw.jp

## 緒 言

近年、国内外の数多くの睡眠研究により、睡眠不足や睡眠障害は、うつ病などの精神疾患や、生活習慣病などの身体疾患と密接に関連することが知られている（降籬, 2018）。また、最近の生活様式の多様化、夜型化により睡眠時間の短縮、就寝時刻の遅れが様々な弊害をもたらしており、社会的にも睡眠や睡眠障害に大きな関心が寄せられている。このように、医学のみならず幅広い分野で独自に睡眠研究が進められてきた（大川, 2011）。

睡眠障害の頻度として、成人の30%以上が入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難などいずれかの不眠症状を有しているという報告がなされており、多様な精神・身体症状を伴うことが多い。その結果、不眠症は長期欠勤や医療費の増加、生産性の低下、産業事故の増加など、様々な人的および社会経済的損失をもたらすことが明らかとなり、公衆衛生学上の大きな課題の一つとなっている（平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適性使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」, 2013）。

とりわけ、睡眠障害は多くの精神疾患の症状として高頻

度で観察される。特に精神疾患の急性期には、睡眠障害は必発といっていいほどである（吉浜, 2012a）。加えて、精神科急性期において、睡眠と休息は、精神機能状態の評価をする上でも欠かせない指標となっており、看護師がアセスメントや判断によって患者の状態を適切かつ迅速に把握するということは、その後の入院期間に影響する（大山, 2008）。また、睡眠の乱れは多くの精神症状悪化の前駆症状や再燃の初期兆候に先行して出現する一方で、精神症状の回復に伴い睡眠状態も回復していく（白石, 2018）。さらに、精神科看護では回復過程の把握や病状悪化の初期兆候を捉えるのにもっとも重要な非特異症状は睡眠である（吉浜, 2012b）と言われている。このことから、睡眠は心身の健康のために不可欠な現象であり、特に疾病からの回復過程にある患者にとって良い睡眠を得ることは非常に重要であると言える。加えて、睡眠は身体疾患と同様に精神疾患においても回復過程における重要なバロメーターの一つであり、看護師には睡眠に関する適切なアセスメントを行うことが求められる。

不眠症の定義は、米国睡眠医学会（2014/2018, p.3）によって国際的に定められている。また精神看護領域において、看護師が急性期統合失調症患者に対し、精神機能障害とその回復への認識に焦点を当てたアセスメント指標が9

領域にわたって抽出されており、そのうち睡眠と休息の分野に関してもアセスメント指標が明らかになっている(大山, 2005)。しかしながら看護師が患者を不眠であると明確に判断するためのアセスメントツールはない。加えて不眠患者のケアの実際としては、頓服薬投与(小西・国方・岩崎・山下, 2017; 八巻ほか, 2018)や睡眠衛生指導(色本・仲秋, 2014)、不眠症に対する認知行動療法(cognitive behavioral therapy for insomnia: CBT-I)(佐藤, 2018)などを行っているものの、不眠患者のケアのアルゴリズムは確立されていない。先行研究において、臨床場面で頓服薬の与薬に関する戸惑いや迷いが大きいと明らかになっている。また、看護師の経験からの予測が与薬の判断に影響しており、特に経験の浅い看護師にとっては、いっそう判断に迷うということが述べられている(前川・山崎・橋本, 2007)。このことから、不眠における臨床判断に関しても判断要因やアセスメントは看護師個々で異なるのではないかと考えた。不眠を正確かつタイムリーに捉えられないことは患者への適切な介入が遅れ、ひいては病状の悪化あるいは遷延化につながる可能性がある。そのため、もっとも身近にいる看護師が患者の潜在的な不眠を正しく捉えることは重要である。しかし、これまで精神障害者の不眠における看護師の臨床判断については研究がなされておらず、その内容については明らかにされていない。

看護師の臨床判断に関する研究は、Benner(2001/2005, pp.26-32)がエキスパートナースの臨床能力の卓越性について述べたことを始めとし、これまで多分野にわたって行われてきた。熟練看護師は、豊富な経験をもとに状況を直感的に把握し、問題を正確に見極めることが明らかにされている(Benner, 2001/2005, pp.26-28)。不眠は夜間の睡眠状態に加えて、日中の多様な機能障害も評価する必要があることから、熟練看護師は、患者の睡眠状況や生活に関連する多面的な状況を把握するため、必要な情報を能率的に収集した上で臨床判断を行っていることが想定される。このことから、経験豊かで高い臨床能力を持つ熟練看護師の臨床判断を明らかにすることで、看護師の不眠に対する臨床判断についての有効な資料が得られると考えた。

そこで、本研究では精神障害者の不眠において、熟練看護師の臨床判断の内容を明らかにすることで、看護師の臨床判断の基礎的資料を得ることを試みた。そうすることで、不眠患者の臨床判断を行うための示唆を得ることができると考える。

## I. 研究目的

熟練看護師が精神障害者の不眠について、どのような臨床判断を行っているのか、その内容を明らかにすることで

看護師の臨床判断の基礎的資料を得る。

## II. 用語の定義

### 1. 熟練看護師

Benner(2001/2005, pp.26-30)は技能習得過程の段階を5段階で示すドレイファスモデルにおける4段階「中堅レベル」をベテラン看護師とし、「通常、類似の科の患者を3~5年ほどケアした看護師(誰でも到達できるわけではなく、質的な飛躍が必要)」と定義している。また、Cutcliffe(1997, p.326)は「経験年数5年以上の看護師」を熟練と定義している。本研究では、精神科急性期病棟で5年以上勤務経験があり、加えてドレイファスモデルにおける4段階「中堅レベル」、または5段階「達人レベル」を熟練看護師と定義する。

### 2. 臨床判断

Corcoran(1990)は、臨床判断について、「患者ケアについて決定を下すことであり、それには、認知的な熟考および直感的な過程が関与し、適切な患者のデータ、臨床的な知識及び状況に関する情報が考慮される」と定義している。本研究では、精神障害者の不眠において、看護師が患者のデータや臨床的な知識、状況に関する多様な情報を考慮し、直感や熟考を含んだ決意、ケアを決定することを臨床判断と定義する。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

半構成的面接による質的記述的研究。

### 2. 研究対象者

A県内の単科である精神科病院3施設において、精神科急性期病棟で5年以上勤務経験があり、かつ看護部長にドレイファスモデル(Benner, 2001/2005, pp.26-30)における4段階「中堅レベル:通常、類似の科の患者を3~5年ほどケアした看護師(誰でも到達できるわけではなく、質的な飛躍が必要)」と5段階「達人レベル:状況を直感的に把握して正確な問題領域に的を絞り、適切な行動に結びつけられる看護師」を口頭にて説明した上で、看護部長から中堅または達人であると推薦を受け、研究参加への同意を得た看護師13名(性別は問わない)を研究対象者とした。

### 3. データ収集期間

2020年6月~2020年12月

#### 4. データ収集方法

不眠患者の臨床判断に関するインタビューガイドを作成し、プライバシーが保てる個室で60分程度の面接を実施した。面接は個室にて2（主任研究者と分担研究者）対1（研究対象者）で行い、了承を得て録音し、逐語録作成にて分析用のデータとした。インタビュー内容は統合失調症、うつ病・躁病・双極性感情障害を含む気分障害を持つ患者を想定してもらい、不眠患者だと判断した際の経験について、不眠と判断するために重要視している情報や視点、不眠患者における判断の基準、過去に経験した不眠患者への対応事例などを中心に語ってもらった。その際、患者の個人情報には触れないようにした。面接は研究対象者が認識している不眠患者の臨床判断について自由に語ってもらい、研究者が考える不眠の臨床判断の枠組みに誘導しないように留意した。

#### 5. データ分析方法

インタビュー内容から、不眠の臨床判断について焦点を当て抽出し、分析用のデータとした。抽出したデータの意味を損なわない文脈で区切りコード化、さらに意味内容の類似性と相違性を比較しながら類似化し、サブカテゴリー化した。サブカテゴリーを内容別に類似化し抽象度を高め、カテゴリー化した。なお、データ収集および分析過程においては、研究者間で検討を重ね、信用性の確保に努めた。

#### 6. 倫理的配慮

本研究は、川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得た上で実施した（受付番号：20-001）。研究対象者の選定においては、所属施設の看護部長に文書と口頭で研究活動への

協力の許可を得た上で、対象者となる熟練看護師の選定を依頼した。選定された熟練看護師については所属病棟と氏名の情報のみが提供され、それ以後、看護部を介さずに研究者が直接病院経由の電話で面接のアポイントメントを取り、対象者の都合の良い日程で面会する手筈を整えた。研究対象者に文書と口頭にて研究の目的および方法、研究の参加および途中辞退の自由、個人情報の保護、結果公表の予定、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説明した上で、同意書に署名と捺印をもらって回収し、研究参加の同意を得た。面接時は長時間の面接による研究参加者の疲労に配慮し、疲労の程度を確認しながら進めた。

## IV. 結果

### 1. 研究対象者の概要

研究協力施設は3施設であり、研究対象者は13名で、性別は男性7名、女性6名であった。平均年齢は $40.4 \pm 8.3$ 歳、平均看護師経験年数は $17.2 \pm 7.9$ 年であった。対象者の概要は表1に示した。

### 2. データ分析結果

精神科の熟練看護師の語りを通して、精神障害者の不眠における臨床判断について分析した結果、89のコードが抽出され、これらを分類した結果、27のサブカテゴリー、6のカテゴリーが生成された。カテゴリーは、【睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける】、【評価期間で得た主観的・客観的情報を統合し不眠を判断する】、【不眠の背景を把握し患者の対処能力を見極める】、【看護チームでニーズを見極めた向き合い方を考える】、【服薬コンプライ

表1 対象者の属性

対象者	性別	年齢	看護師 経験年数	精神科看護師 経験年数	精神科急性期病棟 合計勤務年数	面接時間 (分)
A	男性	30歳代	14	13	7	46
B	男性	40歳代	15	15	10	39
C	男性	40歳代	19	19	13	49
D	男性	40歳代	26	25	14	55
E	男性	40歳代	12	12	7	57
F	女性	40歳代	21	16	8	55
G	女性	40歳代	26	26	6	42
H	女性	50歳代	30	24	13	50
I	女性	20歳代	7	7	7	49
J	女性	20歳代	6	6	5	56
K	女性	40歳代	20	10	8	45
L	男性	40歳代	21	7	7	52
M	男性	20歳代	7	7	6	70
平均値±標準偏差		$40.4 \pm 8.3$	$17.2 \pm 7.9$	$14.4 \pm 7.3$	$8.5 \pm 3.0$	$51.2 \pm 8.0$

アンスを意識して適正を評価する】、【睡眠状態と精神状態の相互関係を捉える】であった(表2)。本文中のカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, コードを《 》, 熟練看護師の語りを「斜体」で示し, ( ) 内のアルファ

ベットは該当する研究対象者を示した。

(1) 睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける【睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける】は, 不眠は身体的健康および精神的健康に影響するため,

表2-1 精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける	不眠を身体的・精神的健康と関連付ける	不眠で疲労が生じる 不眠は身体疾患につながり得る
	不眠によって低下しているセルフケアを見極める	対人関係に支障が出る 食事や水分が摂れなくなる やりたいこと・やるべきことができなくなる 清潔が保てなくなる 生活習慣が乱れる 活動性が変化する 安全が保てなくなる ネガティブ思考になる 不眠は生活の様々なことに悪影響を及ぼす
	患者本来の生活と入院生活を比較する	退院後を見据えた関わりを意識する 病院のルールが生活に影響する
	包括的な情報を統合して不眠を捉える	主観的な訴えを大切に 客観的情報を大切に 患者と看護師の評価が異なる 主観的情報と客観的情報両方を大切に
	健康である時と現状を比較する	健康である時と現在を比較する
評価期間で得た主観的・客観的情報を統合し不眠を判断する	一定期間の情報から不眠を判断する	不眠を一定期間で評価する 何か変化があったかと疑念を持つ
	1日を通した情報から睡眠状態をアセスメントする	睡眠の質を評価する 体動の有無を判断する 午睡の影響を考える 入眠中の様子を評価する 日中の眠気の有無を判断する 表情から睡眠状態を評価する 会話から睡眠状態を評価する
	個々の看護師が異なる判断基準を用いる	不眠の判断は個々によって違うと思う 病院の文化や習わしが判断に影響する
不眠の背景を把握し患者の対処能力を見極める	不眠の原因を精神疾患に限定しない	不眠の原因は多岐にわたる 不眠は幅広い世代で起こり得る 一般的な不眠として捉える
	不眠の原因を身体面から判断する	身体的苦痛が不眠につながる 夜間の多飲が休息できないことにつながる 排泄の頻度が増えると中途覚醒につながる
	不眠の原因を心理面から判断する	ストレスが不眠に影響する 考え事で不安や緊張が高まる
	不眠の原因を精神症状から判断する	患者の精神状態を評価する
	不眠の原因を生理的要因から判断する	生活環境の変化が不眠につながる
	不眠の原因を薬理学的要因から判断する	薬剤が不眠につながる
	患者の不眠に対する対処能力を判断する	不眠の対処行動がとれるか見極める 場にそぐわない発言や行動があるかを評価する 認知機能に問題があると状況の理解が困難になる 就寝のための準備行動が適切か判断する

日常生活におけるあらゆるセルフケアに支障をきたすという認識を持ち、入院前の患者の生活習慣を考慮しながら、不眠の影響で低下しているセルフケアを見極めるという臨床判断を示す。このカテゴリーは、〈不眠を身体的・精神

的健康と関連付ける〉、〈不眠によって低下しているセルフケアを見極める〉、〈患者本来の生活と入院生活を比較する〉の3つのサブカテゴリーから生成された。

〈不眠を身体的・精神的健康と関連付ける〉は、「不眠と

表2-2 精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看護チームでニーズを見極めた向き合い方を考える	介入の必要性を見極める	介入に優先順位をつける 治療方針に沿った介入を考える 積極的な介入は不要と判断する 他患者と相互に影響し合うことを懸念する
	チームで不眠患者へのケアを検討する	統一したケアを意識する チームでの不眠ケアを大切にする 夜間は休んでもらいたいと思う 介入することでの達成感がある
	患者が眠りにつくための支援を考える	リラクセーションの方法を検討する 生活のリズムに焦点を当てる 睡眠環境について評価する 患者の気持ちや思いに寄り添う姿勢を大切にする 患者が休息に専念できるような関わりを意識する 寝れないことの苦痛や困り感に焦点を当てる 家族の力がケアに活かせるかを検討する
	患者中心のケアを意識する	不眠の是正には時間がかかる 患者の希望やベースを大切にする 患者によって最善のケアが異なることもあると思う 患者との関係性を大切にする
	過剰な関わりを避ける	刺激をしない関わりを意識する 不適切な愛着形成を懸念する
服薬コンプライアンスを意識して適正を評価する	リスクを理解した上での投薬を心がける	看護師の指示の入らない患者に陰性感情を持つ 看護師自身の気持ちに余裕がなくなると感じる 薬剤に脆弱な高齢者を気にかける 頓服薬の依存性を気にかける 睡眠薬の持ち越し効果を気にかける
	頓服薬のタイミングと必要性を判断する	不眠に頓服薬以外の方法で介入したいと考える 現在の内服状況を把握する 頓服薬の必要性を判断する 精神症状が強ければ頓服薬の活用を検討する 不眠が続いていれば睡眠薬の活用を検討する 状態に応じた頓服薬を選択する 不適切な与薬が生活のリズムの乱れにつながり得る 与薬のリスクとベネフィットのバランスを検討する 与薬の判断に迷う
	患者の服薬に対する抵抗を評価する	病状の不安定が拒薬につながる 患者の反応を見ながら服薬を勧めることを意識する 患者の服薬に対する不信感や不安感を評価する
睡眠状態と精神状態の相互関係を捉える	頓服薬の適正性を評価する	頓服薬の服用状況や処置の実施状況を評価する 頓服薬の薬効を評価する
	睡眠状態と精神状態の相関を想定する	精神状態が良くなると睡眠もとれるようになる 精神状態が悪いと睡眠状態も悪くなる 眠れないと精神状態が悪化する 眠れると精神状態も良くなる
	前駆症状を捉えて精神状態悪化を察知する	精神状態悪化の初期兆候と捉える



は、休息できずに疲れが取れていない状態ですね (E)」、  
「不眠によって活動量が低下し、イレウスや便秘傾向になる患者もいます (G)」などの語りから生成された。

〈不眠によって低下しているセルフケアを見極める〉は、  
「不眠であると不機嫌になったり、イライラするので対人関係に影響を及ぼすと思う (L)」、「眠たいと、食欲より睡眠欲の方が強くなって食事を抜いてしまう人がいますよね (B)」、「寝れていないと日中眠くなり、やるべきこと、やりたいことができない (A)」、「眠れていなかったら、日中元気がなくて、清潔に関心が向かないと思う (B)」、「入眠時間が変わったり起床時間が乱れることは、その人の日中の活動の時間なり、習慣的なことが乱れてくることになりやすいね (A)」、「夜間不眠であると昼間に寝て、作業療法活動に参加できなくなる (E)」、「不眠で転倒のリスクが高い人など、拘束となるような状態の患者に困るんですよね (B)」、「不眠だと前向きな思考が浮かばずに、先の展望や希望が見えなくなる (F)」、「動かない、何の刺激もない、つまらない、という負の連鎖を繰り返す感じがする (F)」などの語りから生成された。

〈患者本来の生活と入院生活を比較する〉は、「入院中に、退院後と乖離した環境を作ってしまうとよくないと思います (M)」、「入院することで、本来の生活のリズムから病院の生活のリズムへ変わっていつちゃうんですよね (D)」などの語りから生成された。

## (2) 評価期間で得た主観的・客観的情報を統合し不眠を判断する

【評価期間で得た主観的・客観的情報を統合し不眠を判断する】は、不眠の評価期間に得た様々な情報と、健康である時の患者の睡眠状態とを比較した上で、各々の看護師が異なる判断基準を用いながら不眠の判断を行っているという臨床判断を示す。このカテゴリーは、〈包括的な情報を統合して不眠を捉える〉、〈健康である時と現状を比較する〉、〈一定期間の情報から不眠を判断する〉、〈1日を通じた情報から睡眠状態をアセスメントする〉、〈個々の看護師が異なる判断基準を用いる〉の5つのサブカテゴリーから生成された。

〈包括的な情報を統合して不眠を捉える〉は、「本人が不眠だと感じていれば不眠と捉える (F)」、「巡回時に寝ているかどうかの観察を不眠の判断指標にしている (E)」、「スタッフが寝ていると判断しても、患者が寝れていないと言うことがよくある (J)」、「看護師の巡視は1時間に1回で継続的に観察できていないので、患者の思いも不眠の判断の指標にしている (C)」などの語りから生成された。

〈健康である時と現状を比較する〉は、「ショートスリーパーの方も中にはいるので、その人のもともとの生活スタ

イル、睡眠サイクル、睡眠時間を押さえる (A)」、「入院前と比較して現在ほどの程度逸脱しているのかということが大切なポイントになっている (A)」などの語りから生成された。

〈一定期間の情報から不眠を判断する〉は、「2日、3日の経過から睡眠パターンを把握し、不眠かどうかの判断をしますね (E)」、「普段寝れている患者が、消灯後しばらくして入眠できていなかったら何かあったかと思う (I)」などの語りから生成された。

〈1日を通じた情報から睡眠状態をアセスメントする〉は、「十分な睡眠時間でも、患者が夢を見るばかりで熟睡感を得られず休めなかったなら良い睡眠がとれていないと思う (L)」、「前回の巡視から体の向きや位置が大きく変わっていれば寝れていないと思う (J)」、「昼寝をする習慣がある患者は、夜寝れなくなると思う (J)」、「起きている患者は、ライトの光や人の気配を察すると何らかの反応をする (E)」、「日中の眠気が来てしまうのは、夜間の睡眠がうまくいっていない証拠で、不眠と思う (M)」、「表情や姿勢、顔つきや目つきなどの外観から患者の状況を把握します (I)」、「睡眠について患者自身の発言が前向きな評価をしているか、後ろ向きな評価をしているかを考える (E)」などの語りから生成された。

〈個々の看護師が異なる判断基準を用いる〉は、「職員によってその時々への対応が違う (F)」、「準夜帯または深夜帯で2時間未満の睡眠時間であれば不眠であると教わった (G)」などの語りから生成された。

## (3) 不眠の背景を把握し患者の対処能力を見極める

【不眠の背景を把握し患者の対処能力を見極める】は、患者が不眠に至った原因について正しく把握することで、原因に即したケアにつなげると同時に、患者の持つ対処能力の有無を推し量り、判断するという臨床判断を示す。このカテゴリーは、〈不眠の原因を精神疾患に限定しない〉、〈不眠の原因を身体面から判断する〉、〈不眠の原因を心理面から判断する〉、〈不眠の原因を精神症状から判断する〉、〈不眠の原因を生理的要因から判断する〉、〈不眠の原因を薬理学的要因から判断する〉、〈患者の不眠に対する対処能力を判断する〉の7つのサブカテゴリーから生成された。

〈不眠の原因を精神疾患に限定しない〉は、「何が睡眠の妨げになっているのか考えます (L)」、「不眠は老若男女を問わずあるものですからね (J)」、「健康な人にも日によって寝れないことがあるように、患者にもある (G)」などの語りから生成された。

〈不眠の原因を身体面から判断する〉は、「身体的な痛みや苦しみの訴えを観察しますね (G)」、「お茶を何回も飲んだりしていると、寝る時間を定めましょうと伝えます (J)」、「口渇で飲水行動が増えて、その結果夜間のトイレ

通いにつながると思います (K)」などの語りから生成された。

〈不眠の原因を心理面から判断する〉は、「眠れない時は何らかのストレスがかかっていると思う (L)」, 「夜間気がかりな点がある場合, 気になって寝られない患者がいる (F)」などの語りから生成された。

〈不眠の原因を精神症状から判断する〉は、「夜間に声をかけた時の相手の反応がいつもと違うと, 精神状態が良くないと思う (I)」, 「患者の精神状態と訴えを観察しながら不眠を判断している (G)」などの語りから生成された。

〈不眠の原因を生理的要因から判断する〉は、「入院初日で寝れないなどの環境の変化の脆弱性を不眠の判断に用いる (J)」, 「入院初日は興奮していることがある (E)」などの語りから生成された。

〈不眠の原因を薬理学的要因から判断する〉は、「アカジアなど, 薬剤の副作用が不眠につながっている可能性を考える (K)」, 「高齢者に服用する睡眠薬を増やすことで夜間せん妄のリスクが高まる (D)」などの語りから生成された。

〈患者の不眠に対する対処能力を判断する〉は、「休息するという姿勢が見える人は自己判断に任せて様子を見て, 姿勢が見えない人には睡眠薬を勧める (C)」, 「その時間帯の行動が破綻しているかどうかを判断の基準にしています (C)」, 「認知の悪い患者に追加の頓服薬の必要性を説明しても理解できず, 対応に困る (J)」, 「睡眠薬の服用後から寝る時間までの過ごし方を, 大切な視点にして (F)」などの語りから生成された。

#### (4) 看護チームでニーズを見極めた向き合い方を考える

【看護チームでニーズを見極めた向き合い方を考える】は, 不眠患者に対して看護チームで向き合い, 介入方法や介入の必要性を検討することで, 患者中心の適切なケアにつなげるという臨床判断を示す。このカテゴリーは, 〈介入の必要性を見極める〉, 〈チームで不眠患者へのケアを検討する〉, 〈患者が眠りにするための支援を考える〉, 〈患者中心のケアを意識する〉, 〈過剰な関わりを避ける〉, 〈患者への向き合いにくさを評価する〉の6つのサブカテゴリーから生成された。

〈介入の必要性を見極める〉は, 「少人数の夜勤スタッフでは, 寝ていない患者全員に関われないので, 行動が破綻している人を選んで介入している (C)」, 「患者の不眠に対し, 主治医-患者間の治療方針が固まっていれば, 様子を見ますね (H)」, 「患者が困っていないと自覚している時には, あまりにも介入する動機が低いので強い介入をしてこなかったなあ (F)」, 「患者が夜間に叫ぶことで他患者が反応して, 自傷行為に及ぶケースがあるんですね (M)」などの語りから生成された。

〈チームで不眠患者へのケアを検討する〉は, 「患者が看護師によって介入が違うというわだかまりを抱かないように配慮したいですね (M)」, 「1つの勤務帯ではなく, チームで各勤務帯において患者の不眠のケアを行っていくことが大切だと思います (D)」, 「夜間は少人数のスタッフで患者全員を看ないといけないので, 患者には寝て欲しいという希望がありますね (M)」, 「服薬以外での関わりで患者を睡眠につなげるのは達成感や, やりがいを得たり, 自己肯定感を高めることにつながると思います (M)」などの語りから生成された。

〈患者が眠りにするための支援を考える〉は, 「アロマのエッセンスを頭もとに置くことで, リラックスできるようにしています (K)」, 「起床後, カーテンを開けて光を取り入れるように伝えています (H)」, 「温度や湿度, 音やにおいなどの環境面を考慮する (D)」, 「その場での解決は難しくても, 看護師が話を聞いてあげることで気持ちが落ち着くこともある (L)」, 「急性期症状が強くて寝れない人には, 不眠は病気の症状であり, 経過とともに改善してくると説明します (A)」, 「患者へ服薬支援をする際には, 疾患について焦点を当てた関わりでなく, 患者の生活上の困り感に焦点を当てて関わる (L)」, 「家族からの関わりで行動が是正できる患者であれば, 家族にも援助を依頼し, 家族の力をケアに活かす (D)」などの語りから生成された。

〈患者中心のケアを意識する〉は, 「長いスパンの中で生活のリズムを整えていく (D)」, 「日中に考え事をしてもらいたいが, 人によってタイミングは異なるので, それが原因であるのであれば積極的な関わりは行わない (A)」, 「患者が主観的にそれでいいと捉えているのであれば, 完璧な睡眠は目指さなくて良いと思いますね (M)」, 「看護師に敵意が向いている場合には, 介入ができないです (L)」などの語りから生成された。

〈過剰な関わりを避ける〉は, 「スタッフのドアの開閉音で目覚めることもあるので, 音を立てないように意識している (E)」, 「コミュニケーションの方法として不眠の訴えをしてくる患者に積極的に関わると, 癖になったり, よくない意味で学習すると思う (M)」などの語りから生成された。

〈患者への向き合いにくさを評価する〉は, 「薬剤の要求が強くと所から離れない患者は, しつこいと思ったり, たちが悪いと思ってしまうこともある (G)」, 「自分自身が不眠になると身体が消耗し, 患者の話をゆっくり聞く余裕がなくなる (F)」などの語りから生成された。

#### (5) 服薬コンプライアンスを意識して適正を評価する

【服薬コンプライアンスを意識して適正を評価する】は, 患者の不眠に対して安易な頓服薬の与薬を実施せず, 慎重

に必要性を見極めた上で、患者の服薬に対する抵抗の評価と頓服薬の適正の評価を行うという臨床判断を示す。このカテゴリーは、〈リスクを理解した上での投薬を心がける〉、〈頓服薬のタイミングと必要性を判断する〉、〈患者の服薬に対する抵抗を評価する〉、〈頓服薬の適正性を評価する〉の4つのサブカテゴリーから生成された。

〈リスクを理解した上での投薬を心がける〉は、「高齢者の薬の副作用では、生活が変わり得る転倒のリスクが気になる薬剤に脆弱な高齢者を気にかける (A)」、**「決まった薬剤を決まった時間に服用すれば、寝れるという安心感のために頓服薬を服用する患者がいる (D)」、**「頓服薬の服用が多いとフラつきが残っている印象がある (H)」などの語りから生成された。

〈頓服薬のタイミングと必要性を判断する〉は、「患者さんと一緒に眠剤以外の不眠の対処方法を考えたい (A)」、**「患者の服用している睡眠薬や頓服薬などの薬剤の内容を、アセスメントに取り入れています (B)」、**「夜勤者3名で情報を共有して、頓服の眠剤の追加服用の是非を判断していますね (B)」、**「精神状態に左右されて寝れない人には、看護師から頓服を勧めるべきだと思う (G)」、**「夜間の睡眠時間が短縮して、日中の睡眠時間が増えていくようであれば、頓服の睡眠薬を投与して睡眠パターンを整えていこうと思っています (D)」、**「寝れない原因をアセスメントし、原因に応じた頓服薬を選択することを心がけてます (M)」、**「患者に睡眠薬を早い時間帯に与薬し、早朝覚醒させているのは職員ではないかと思うこともあります (D)」、**「休息の確保と転倒のリスクのバランスを考慮して、リスクの方が高いと判断すれば対象者から除外します (B)」、**「高齢者に薬剤を与薬しても寝れなかった場合に更に負担をかけてしまうので、与薬の判断に困ります (C)」などの語りから生成された。

〈患者の服薬に対する抵抗を評価する〉は、「精神状態の悪い患者は服薬をしようとしな (I)」、**「不眠患者に頓服薬の服用を勧める時には、引き際を考えながらになりますね (H)」、**「患者さんが、過去の経験から頓服薬の拒否につながっているかもしれないですね (F)」などの語りから生成された。

〈頓服薬の適正性を評価する〉は、「**頓服薬の服用回数が多いと、生活の見直しが要ると思う (M)」、**「睡眠薬が本人に不適當だと感じれば、主治医に相談しています (L)」などの語りから生成された。

#### (6) 睡眠状態と精神状態の相互関係を捉える

【睡眠状態と精神状態の相互関係を捉える】は、睡眠状態と精神状態は非常に関連が強く、一方が悪化すると他方も悪化するという相関関係にあるという認識を持ち、不眠という前駆症状を捉えることで精神状態悪化を察知し、早

期からの介入につなげるという臨床判断を示す。このカテゴリーは、〈睡眠状態と精神状態の相関を想定する〉、〈前駆症状を捉えて精神状態悪化を察知する〉の2つのサブカテゴリーから生成された。

〈睡眠状態と精神状態の相関を想定する〉は、「**数日寝れなくても、時間経過で精神症状が改善してきたら睡眠の状況も改善してくる (A)」、**「希死念慮で自殺企図があったり、攻撃性が高いような切迫している人は休息できないと思う (B)」、**「不眠であると、焦燥感や不安感や恐怖感や苛立ちなどの精神的な不調が現れると思う (M)」、**「夜間寝れてない患者がある程度睡眠がとれるようになってきたら、同時に精神症状も良くなってきたのを目の当たりにしてきたから (J)」などの語りから生成された。

〈前駆症状を捉えて精神状態悪化を察知する〉は、「**不眠とは、病状の悪化や病状の初期兆候をイメージする (K)」、**「**不眠が不調のきっかけになる人がいますよね (I)」**などの語りから生成された。

## V. 考 察

本研究の結果、精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断について、6つのカテゴリーが生成されたため、それぞれのカテゴリーについて考察する。また、潜在的な不眠を探るための手がかりとしてセルフケアに着目し、睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付けていたことが明らかになったため、この知見に焦点を当てて考察する。さらに、精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断の検討から、精神看護の専門性を高めていくために得られた示唆についても述べる。

### 1. 精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断

(1) 睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける  
熟練看護師は患者との日々の関わりを通して、日常生活行動におけるあらゆる面のセルフケアレベルを評価した上で、患者の不眠を疑っていた。このことから、熟練看護師が不眠の判断にセルフケアを指標として用いており、〈不眠を身体的・精神的健康と関連付ける〉という認識を常に持ちながら日々の判断を行っているということが考えられる。

【睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける】ことは、昼夜を通して常時観察可能な看護師のみが実施できる評価方法であり、看護の専門性の一つであると言える。その際、あらゆる分野における患者のセルフケアレベルの変動に気付くには、患者本来の姿を理解しておく必要がある。このことから、〈不眠によって低下しているセルフケアを見極める〉ために、患者の入院前の生活状況や入

院中の生活状況を正しく把握し、評価した上で、患者本来のセルフケアレベルとなる基準を持っておくことが重要であると考えた。白石(2018)は、「睡眠の質は一方で覚醒の質であるとも言える」と述べているが、日中の様子と夜間の様子が互いに影響するという点については、本研究の語りと一致する。精神科看護領域においては、セルフケアの視点を重視したオレム-アンダーウッド理論が用いられることが少なくないが、患者の背景にある不眠を正確に捉え、〈不眠によって低下しているセルフケアを見極める〉ことで具体性のある看護計画の立案が行え、患者への適切な援助につなげることが可能になる。このように、熟練看護師が患者の日常生活において、セルフケアという視点を重んじることには意義があると考えられる。

熟練看護師は患者によって個々のライフスタイルは異なることを理解した上で、自宅での睡眠のリズムと入院中の睡眠のリズムがかけ離れないように意識していた。病院で決められている規則正しいスケジュールが、自宅での患者の生活にそのまま適合するとは限らない。患者のライフスタイルに合った理想の睡眠に近づけるために、〈患者本来の生活と入院生活を比較する〉ことを通して、入院中の好ましい生活習慣を検討していることが考えられる。

## (2) 評価期間で得た主観的・客観的情報を統合し不眠を判断する

患者の不眠が疑われると判断すると、〈包括的な情報を統合して不眠を捉える〉ことにつながっていた。判断には主観的な情報と客観的な情報の双方が用いられており、このことは精神障害によって少なからずとも精神機能に影響のある患者から訴えられた情報も、判断の指標の一つとして用いられているということである。先行研究においても、患者の睡眠パターンと比較しながら寝られていないという客観的事実だけでなく、患者自身が自覚する寝られていないという主観的な要素も十分に考慮し、不眠だとアセスメントしていることが明らかになっている(小西ほか, 2017)。しかしながら、患者の中には精神状態の不調により病的体験に圧倒され、様々な精神機能に支障が及んでいくことで、患者本人の訴えに信頼性を欠くケースも存在する。本研究の語りからは、その信頼性を担保するために看護師の観察によって得た情報と、患者から訴えられた情報をすり合わせることで整合性を確認していることが明らかになった。

また、熟練看護師は患者の不眠を判断する際、〈健康である時と現状を比較する〉ことを行っていた。これは、熟練看護師が個々によって睡眠パターンが異なっているということを考慮した上で、現在の睡眠状況が健康である時のものからどの程度逸脱しているかを見定めようとしていると考える。語りからは、患者本来の生活リズムに近づけら

れるような援助を意識していることが汲み取れ、健康である時の睡眠状況を把握することは、不眠に対するケアのアウトカムの一つになり得るものであると考える。

さらに、睡眠状態においては一定期間を設けてアセスメントすることで、最終的な不眠の判断につなげていた。大山(2008)は、「睡眠と休息の指標に関してはその時々々の状態から判断するのではなく、数日間観察したうえで『ある程度の期間』の傾向を捉えることで、アセスメントの情報としている」と述べている。本研究においても、不眠の判断までの過程において、2日間以上の期間を設けて多様な情報を収集し、統合し、評価するということが語られており、〈一定期間の情報から不眠を判断する〉という点は先行研究に似通っている部分である。たとえ患者が1日眠らなかったとしても、それを安易に不眠として捉えてはいないことが窺える。

加えて、アセスメントの情報としては夜間の睡眠状況だけでなく、日中の午睡や眠気、会話時の表情や表現の仕方など、〈1日を通した情報から睡眠状態をアセスメントする〉ことによって、生活の様々な面を包括的に考慮し、不眠か否かを判断していた。このことは、眠る機会や環境が適切であるにもかかわらず、睡眠の開始と持続、安定性、あるいは質に持続的な障害が認められ、その結果、何らかの日中の障害をきたす状態であるという不眠症の定義(米国睡眠医学会, 2014/2018, p.1)に即した観察が行われていることを示唆していることから、妥当な観察が行われていると考える。

一方では、〈個々の看護師が異なる判断基準を用いる〉ために、不眠の判断に戸惑いを覚えたり、迷いが生じたりするなどの困難を抱えていたことが明らかとなり、この点は新たな視点と言え。これは、看護師が患者を不眠と判断する際に用いる判断基準が存在しないために、何をもって不眠患者であると判断するかが不明確であることが原因となっていると考えられ、迷いながらも個々の経験に基づき不眠への介入の判断が行われていることを示唆している。このことは、不眠と判断されるべき患者が不眠と判断されずに必要なケアが実施されないことや、逆に不眠への介入が必要のない患者に積極的に介入してしまうなど、チームとして効果的な看護ケアが行いにくい状況に陥ってしまい、ひいてはそれが患者の不利益につながり得ると考える。白石(2018)は、「夜間の断片的な観察には限界があり、眠っているように見えても睡眠の質を観察によって正確に判断することは難しい。しかし、看護師は患者さんの不眠の訴えに最初に遭遇する」と述べている。患者を取り巻く多職種において、患者の不眠を最初に発見できるのは常時観察が可能である看護師であり、その際の対応によってその後の病状の経過にも影響が及んでくると考えられる。

### (3) 不眠の背景を把握し患者の対処能力を見極める

熟練看護師は、不眠は決して精神疾患に特異的なものではないと認識していることが明らかとなった。このことは、〈不眠の原因を精神疾患に限定しない〉ことにつながっており、加齢に伴う体内時計の変化やライフスタイルの多様化、24時間社会における生活リズムの乱れ、現代社会におけるあらゆるストレスなど、健康な人々にでも生じ得る様々な現象も含めて不眠を捉えようとしていることが考えられる。

熟練看護師は患者が不眠であると判断すると、不眠の原因を把握するために、関わりの中からどういった側面が睡眠状態に支障をきたしているかを模索していたことが明らかになった。権(2018)は、「不眠は脳内の睡眠系-覚醒系の異常であり、その要因として生活習慣・睡眠環境・身体疾患・精神疾患・睡眠関連疾患・薬物等が同時に関係してくる。そのためケースに応じて様々なアプローチを併用することが重要となる」と述べている。本研究においても、熟練看護師は不眠を引き起こしている要因は様々であるという認識を持ち、時に複合し複雑化する状況がある中でも、原因に即した看護ケアの実践の必要性が語られていた。不眠の原因として5P (Physical, Physiologic, Psychological, Psychiatric, Pharmacologic) という表現が用いられることがあるが、本研究においても、〈不眠の原因を身体面から判断する〉、〈不眠の原因を心理面から判断する〉、〈不眠の原因を精神症状から判断する〉、〈不眠の原因を生理的要因から判断する〉、〈不眠の原因を薬理学的要因から判断する〉ことが行われており、原因を模索する際の視点が一致していることが分かった。

また、熟練看護師は〈患者の不眠に対する対処能力を判断する〉ために、患者の発言や行動の観察から、患者自身の持つ能力を見極めようとしていた。精神機能に支障をきたす精神疾患の特性を考慮すると、現状を正しく認識し、判断し、適切な行動に移せるかは、患者の精神状態に大きく左右され、本人の持つ対処能力を正しく見極めることがケアの効果を最大限に引き出すことにつながると考える。それゆえに、メンタルステータスイグザミネーション (Mental Status Examination : MSE) の適切な実施の重要性が窺える。そして、対処能力を推し量る際に、元々自己主張の苦手な人は行動に移すことができない場合もあるということも語られていた。これは精神疾患だけではなく、患者の持つパーソナリティを理解することにも着目していることが考えられる。

### (4) 看護チームでニーズを見極めた向き合い方を考える

患者の対処能力を判断し、熟練看護師は〈介入の必要性を見極める〉ことで不眠のケア対象者の選別を行っていた。また、その上で選定された不眠のケア対象者におい

て、観察された行動から《介入に優先順位をつける》ことで、必要性の高い患者を選別しケアにあたっていたことが語りから明らかになった。これは、少人数である夜間の勤務体制の中でも、効果的なケアの実践につなげることを意識しながら関わろうとしていることが考えられる。

また、看護ケアにおいては、〈チームで不眠患者へのケアを検討する〉必要性が述べられていた。これはその都度対応した看護師が別々の介入方法を実践することで、患者自身が困惑してしまう状況になり得ることと、看護師がその時々適切な睡眠に向けた介入に悩んでいることが根本にあると語りから明らかになった。このことは、不眠と判断された患者に統一したケアが行われるべきであることを示唆しており、そのためにはチームでカンファレンスを通じてあらゆる情報共有がされるべきであると考えられる。また、不眠のケアは夜間に限定されるものではなく、日中においても同様に行われるべきケアがある。各勤務帯において、日中と夜間に連続性を持った関わりを行うことで、効果的な不眠のケアにつながると考える。その観点を考慮すれば、看護師個々でケアを実践することは難しく、《チームでの不眠ケアを大切に》ことには意義があると思われる。

〈患者が眠りにつくための支援を考える〉にあたり、ケアの内容としては第一に不安の軽減、睡眠衛生指導、環境調整、傾聴などの非薬物療法での関わりを検討していた。杉本・松岡・田淵(2005)は、「夜間不眠への援助との関連において、日常生活リズムや、また、より望ましい生活環境を整えるなど工夫し、療養状況を再認しておくことは重要である」と述べている。本研究においても、病状との兼ね合いで患者が休まる状況にあるかという精神状態の評価だけではなく、病棟の設備などのハード面や周囲の状況は患者の療養に影響はないかと、療養環境の評価を丁寧に行っていた。このことは、熟練看護師が環境整備は看護ケアにおいて非常に大きな役割を持つと認識していると考えられる。さらに、患者が信頼を置きやすい《家族の力がケアに活かせるか》を検討する》ことを行っており、家族の力を積極的に治療に用いよう意識していることが考えられる。

加えて、介入時には〈患者中心のケアを意識する〉ことを心がけており、《不眠の是正には時間がかかる》ことを認識した上で、患者の希望を取り入れていた。このことは、患者自身が納得し、主体的に治療に参加できるようになる取り組みの一つであると考えられる。

そればかりでなく、患者の睡眠の妨げにならないように、夜間巡回時のドアの開閉音やライトの照度、観察における患者との物理的距離に気を配っていた。また、眠気の消失や不適切な愛着形成につながるような夜間の長時間の関わりは控えるように心がけていた。このような〈過剰な

関わりを避ける) ことに細心の注意を払っていたことが明らかとなり、このことは看護師の対応が時には患者の睡眠に悪影響を及ぼすことにつながり得ると認識していることが考えられる。

一方で看護師側の問題として、時には患者に陰性感情を抱いたり、看護師自身の心に余裕が持てない状況に陥ることも明らかになり、これには患者からの過剰な要求や、看護師自身の不健康が影響していた。これらのネガティブな問題は、患者-看護師間における関係性に対して、好ましくない影響も起こり得ると考えられる。看護師自身の感情を確かめ、〈患者への向き合いにくさを評価する〉ことで、安定した関係性の維持につながると考える。

#### (5) 服薬コンプライアンスを意識して適正を評価する

患者への頓服薬の与薬に関して、熟練看護師は前もって様々なリスクを考慮していたことが明らかとなった。加齢に伴う生理的变化による身体への過度な影響、薬剤の常用がもたらす身体および精神依存、翌日への持ち越し効果は、いずれも日常生活に様々な支障をきたし得る。〈リスクを理解した上での投薬を心がける〉という意識を持ちながら関わるということは、言い換えれば安易な薬剤投与は避けたいという意味合いを持つ。このことから、頓服薬の与薬には慎重を期していることが分かる。

また、熟練看護師は不眠のケアを実践する上で、必要性のある患者に対してのみ、薬剤の投与を行おうとしていることが明らかになった。西尾・松原・菅野・田中(2005)は、「不眠時追加与薬の必要性は、患者の状態、患者の状況、患者の薬物への依存度など、様々な要因を勘案して判断されるものであり、総てを十把一絡げにした基準を設けることは難しい」と述べている。本研究においても熟練看護師は、服薬に伴うベネフィットを検討すると同時に、様々な観点から服薬に伴うリスクを予測しながら頓服薬の必要性を総合的に判断しており、この点は先行研究と一致する。しかしながら本研究ではそれに加え、幅広い視野で予測的判断を持ちながらケアを実践する経験豊富な熟練看護師でさえ、与薬の判断に迷いが生じていることが明らかになった。これには不眠時に与薬する上での患者の状況に即した頓服薬の適切な選択、高齢者への過度な服薬の影響、頓服薬服用の最良のタイミングが関与していた。八巻ほか(2018)は、「頓服薬使用の判断と実施は看護師の裁量が大きいため、情報共有し認識を深めていく必要がある」と述べている。適切に〈頓服薬のタイミングと必要性を判断する〉ために、定期的なチームカンファレンスを繰り返し行い、情報共有していくことは重要であると言える。

さらに、熟練看護師は服薬の必要性の検討と併せて、患者の病状と服薬への思いから服薬に対する抵抗を適切に評価し、可能な範囲内で与薬を行おうとしていた。不眠時頓

服薬使用の判断に関する先行研究は散見されているが、患者の服薬に対する抵抗の評価は新たなアセスメントの視点である。頓服薬使用の判断については、患者および看護師が主に関与することになるが、患者の病状によってはその実施は半ば強制的となり、患者に侵襲的な手段を取らざるを得ない場合も少なくない。故に鎌谷・塩入(2017)は、「頓服薬の投与により、医師あるいはスタッフと患者との信頼関係に支障が生じ、その後の治療に様々な影響が出る可能性が想定される」と述べている。また小森・河内(2008)は、「治療的必要性を重視するあまり、薬物療法の援助目的を『確実に服用させること』だけに定めたコンプライアンスをしてしまうと、患者の自己決定やそこにある思いを置き去りにしてしまうこともある」と述べている。本研究において熟練看護師は、患者の状態から頓服薬投与の必要性が高いと判断する場合であっても、服薬に対する抵抗を評価した上での強制的な与薬は望まないという姿勢がみられた。これは精神科看護において、治療の過程では患者-看護師関係が非常に重要であると認識していることから、治療者側の意図を優先させるのではなく、患者の意思に沿ったケアを行うことで関係性の破綻を招かないようにしていることが考えられる。〈患者の服薬に対する抵抗を評価する〉ことで、適切な支援に結び付き、関係性の悪化ではなくむしろ良好な関係性の構築につながるのではないかと考える。本研究の語りでは不眠は一朝一夕に解決できるものではなく、一定の期間をかけながら是正していくものと認識されており、この点においても今後を見据えて継続的な関わりを行っていくためには、患者との良好な関係性は不可欠であると考えられる。

患者が頓服薬を服用した際には、服用後の睡眠状況を丁寧に観察したり、翌日に患者と振り返りを行ったりすることにより、薬効の評価をしていた。また、患者の頓服薬の服用状況や処置の実施状況から、薬剤使用の頻度を把握していた。このことから、〈頓服薬の適正性を評価する〉よう意識していることが考えられる。さらに、語りからは一晩に薬剤を複数回用いていけば不眠と判断し、医師へ定期薬の調整や頓服薬の指示変更を依頼したり、患者の生活の見直しを行ったりすることにつながっていたと明らかになった。このことから、頓服薬の使用頻度が不眠の判断の一つの指標になっており、看護過程を展開していく中でも患者の不眠を捉えようとしていることが考えられる。

#### (6) 睡眠状態と精神状態の相互関係を捉える

熟練看護師は、患者の睡眠状態を評価する際に、精神状態を関連付けながらアセスメントすることの必要性を感じていた。「睡眠リズムの回復は急性期状態の患者の回復度をほぼ正確に投影している」と計見は述べている(1998, p.64)が、本研究においても熟練看護師は〈睡眠状態と精

神状態の相関を想定する」という認識を持ちながら不眠の評価を行っており、先行文献と一致する。このことから、睡眠状態と精神状態は非常に関連性が深いものと認識していることが考えられる。さらにこの視点は、常日頃から患者の精神状態を評価し続けている精神科看護師特有のものであり、他科における不眠の臨床判断には用いられない視点であると言える。

また、精神状態悪化の初期兆候の一つとして、睡眠状態の悪化が挙げられていた。このことは、患者の睡眠状態から精神状態の悪化の傾向を前もって捉えようとしたり、今後の予測を立てようとしていることが考えられる。〈前駆症状を捉えて精神状態悪化を察知する〉ことは、患者の不調にいち早く気づき、必要である患者に早期から状態に応じた不眠への介入が行え、その結果として病状の悪化や遷延化の阻止につながり得ると考える。

## 2. 精神障害者の潜在的な不眠を探るためのセルフケアへの着目

精神科における不眠は、精神状態によって引き起こされる随伴症状としての不眠であると捉えられている。そのため、精神状態と睡眠状態の関連性を観る意義は大きく、精神科以外で取り扱われる不眠と比較すると、特異的な視点であると言える。熟練看護師は、患者の不眠を捉えるにあたり、主にセルフケアに着眼点を置き、普遍的セルフケア要素とセルフケアレベルの変化に着目していた。語りからは、不眠によって影響が起り得るセルフケアとして、対人関係に関するもの、摂食行動に関するもの、活動に関するもの、安全の確保に関するもの、保清に関するものが挙げられた。これらのほとんどは、オレム－アンダーウッド理論で示されている普遍的セルフケア要素（粕田ほか、2000, p.37）に含まれるものであり、熟練看護師が理論的な枠組みを用いて不眠の影響を捉えようとしていることが推察される。不眠によるセルフケアへの影響としては、不快な感情となることで《対人関係に支障が出る》、意欲が亢進あるいは低下することで《食事や水分が摂れなくなる》、《やりたいこと・やるべきことができなくなる》、《清潔が保てなくなる》、《生活習慣が乱れる》、《活動性が変化する》、意識の側面である注意力が低下することで《安全が保てなくなる》と関連付けていた。また、不眠であると前向きな思考になり辛いことで《ネガティブ思考になる》と関連付けており、これはあらゆるセルフケアに影響を及ぼすものであると考えられる。そして、《不眠は生活の様々なことに悪影響を及ぼす》と認識されていたことが明らかとなった。このことは、不眠の影響は単一ではなく時には多方面に及んだり、あるセルフケアの影響から二次的に他のセルフケアへ影響が及んだりするなど、生活への支

障が複雑化し得ることを示唆している。このことから熟練看護師が、不眠は感情、意欲、意識、思考などの精神機能に支障をきたし、その結果として広範囲にわたって普遍的セルフケア要素に影響を与えていると認識していることが考えられる。これらの関連性を考慮した上で、潜在的な不眠を探るための手がかりとして、とりわけセルフケアという視点に着目している点は、精神科特有の専門性の一つであろう。

経験豊富な熟練看護師でさえ、不眠の判断に困難を抱えていたことが明らかとなり、それには判断の視点と判断の基準が関与していたことが明らかになった。判断に用いる情報としては、主観的情報と同様に、看護師による関わりや観察から得られる客観的情報を大切にしていた。不眠症の定義は、不眠症状の有無と、日中の機能障害の有無が診断のポイントになっており、一般的には患者の主観的な情報のみでも不眠症を診断することが可能である。しかしながら精神障害者においては、病状によって現実検討能力や判断力、理解力、記憶力などの認知機能に関する能力に支障をきたしているケースがあり、本研究においても不眠に関する《患者と看護師の評価が異なる》ことも多々あることが語られていた。そうすると、医療者側が患者の不眠を適切に判断できないことが懸念される。それ故に、熟練看護師が精神科の不眠においては、主観的情報だけでは不十分な面があると認識した上で客観的情報も重要視していることが推察される。その上で、日中に視覚的な観察による評価が可能であり、不眠と関連の深いセルフケアという視点にとりわけ着目していることが考えられる。

## 3. 精神障害者の不眠に対する看護への示唆

精神障害によって精神機能に影響が及んでいる患者の不眠を適切に捉えるためには、患者から訴えられた主観的情報と、看護師の観察によって得られた客観的情報の双方による視点からアセスメントを行うことが必要である。だがそれに加えて、主観的情報をアセスメントとして用いる際に、MSEを適切に実施し患者の精神状態の評価を正しく行うことで、患者からの主観的情報の信頼性を推し量ることにつながられる。

日中の状況、夜間の状況および精神状態のそれぞれの視点からアセスメントを行うことで、精神障害者の不眠を捉えようとすることは重要である。よって情報共有のためにチームカンファレンスを行う際には、夜間の睡眠状態にばかり焦点を当てるのではなく、日中のセルフケアや精神状態にも同様に目を向け、バランスをとりながら全体像の把握を行っていく必要がある。

看護師が精神障害者の不眠の判断において困難を抱えている状況の中でも、昼夜問わず生活の様々な面が常時観察

可能な看護師は、患者の不眠を早期に発見しやすい立場に置かれている。それ故に、看護師が適切に患者の睡眠状態をアセスメントし、妥当な不眠の判断を行うことが重要である。

不眠に対して頓服薬の与薬を行う際には、あらかじめ服薬に伴うベネフィットとリスクを勘案した上で頓服薬の必要性を総合的に判断していた。しかしながら、経験豊富な熟練看護師でさえ、与薬の判断に迷いが生じ得る。このことから、精神科薬物療法における薬力と薬物動態の知識を正しく身につけることと、医師を含めたチームでの情報共有および統一した対応の検討が重要であると考えられる。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の研究対象者は、A県内の単科である精神科病院3施設に勤務する熟練看護師であった。そのため、本研究は単科の精神科病院以外に属する全ての精神科熟練看護師の不眠における臨床判断を網羅するものではない。また、本研究の結果は、対象を熟練看護師に限定して抽出したものである。今後は研究対象人数を増やしたり、対象を熟練看護師以外に設定したり、単科の精神科病院以外の病院や、地域を拡大したりして研究を進めていくことが課題となる。さらに、今回得られた知見を基盤として、精神障害者の不眠に対する熟練看護師の臨床判断の過程や構造を明確にすることは、本研究においての発展的な課題である。

## 結 語

1. 精神障害者の不眠における熟練看護師の臨床判断は、【睡眠状態と日常生活全般のセルフケアを関連付ける】、【評価期間で得た主観的・客観的情報を統合し不眠を判断する】、【不眠の背景を把握し患者の対処能力を見極める】、【看護チームでニーズを見極めた向き合い方を考える】、【服薬コンプライアンスを意識して適正を評価する】、【睡眠状態と精神状態の相互関係を捉える】の6つのカテゴリーから構成されていた。
2. 経験豊富な熟練看護師でさえ、不眠の判断に困難を抱えていたことが明らかとなり、迷いながらも個々の経験に基づき介入の判断が行われていた。
3. 熟練看護師は、潜在的な不眠を探るための手がかりとして、とりわけセルフケアの視点に着目していた。

## 謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、快くインタビューに応じてくださいました研究参加者の方々に心より感謝申し上げます。また、研究協力施設として快く本研究をお引き受

けくださいました皆様に厚くお礼申し上げます。

本研究の一部は日本看護研究学会第47回学術集会において発表した。なお、本研究は川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科に提出した修士論文を一部加筆、修正したものである。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- 米国睡眠医学会 (2014) / 日本睡眠学会診断分類委員会 (2018). *睡眠障害国際分類* (第3版). (pp.1-22). 東京: 日本睡眠学会.
- 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*. (pp.23-32). 東京: 医学書院.
- Corcoran, S.A. (1990). 看護における Clinical Judgement の基本的概念. *看護研究*, 23(4), 351-360.
- Cutcliffe, J.R. (1997). The nature of expert psychiatric nurse practice: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 6(4), 325-332.
- 降旗隆二 (2018). 不眠症と睡眠薬に関する疫学的事実. *精神医学*, 60(9), 957-963.
- 権 淳嗣 (2018). 不眠は万病のもと: 不眠のシステムとオレキシン受容体拮抗薬. *広島市立広島市民病院医誌*, 34(1), 31-35.
- 鎌谷俊輔, 塩入俊樹 (2017). 臨床スタッフのための薬のあれこれ 第2章 こんな目的で薬を使っています 上手な頓服薬の使い方. *精神科臨床サービス*, 17(4), 427-430.
- 粕田孝行, 宇佐美しおり, 伊藤則子, 田巻広之, 岡本典子, 竹内純夫, 小川真貴子, 河原畑佳子, 平賀牧夫, 吉田智世子, 高山邦子, 澤村きよみ, 松原久子, 小泉隆司, 石倉秀子, 香田真希子, 堀内久美子, 長谷川美紀子, Patricia Underwood (2000). 野嶋佐由美 (編). *セルフケア看護アプローチ 第2版 理と実践—そして創造*. 34-44, 愛知: 日経研出版.
- 計見一雄 (1998). 急性期入院治療の実践. 計見一雄 (編), *スタンダード精神科救急医療*. (pp.61-68). 東京: メヂカルフレンド社.
- 小森博高, 河内俊二 (2008). 服薬拒否に至った要因を患者と看護師の関係性から考える: 援助の失敗から学びを抽出する「失敗知識」の明確化. *日本精神科看護学会誌*, 51(2), 153-157.
- 小西智久, 国方ひとみ, 岩崎絵里香, 山下昌弘 (2017). 精神科入院患者への不眠時頓服薬使用についての看護師の判断. *高松市民病院雑誌*, 32, 25-29.
- 平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」(2013). *睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン—出口を見据えた不眠医療マニュアル*. <http://www.jssr.jp/data/pdf/suiminyaku-guideline.pdf> (参照2020年1月15日)
- 前川千里, 山崎京子, 橋本喜次郎 (2007). 精神科救急病棟における頓服薬の与薬に関わる看護師の判断とケア. *日本看護学会*



- 論文集 精神看護, 38, 90-92.
- 西尾由紀子, 松原昇子, 菅野昭子, 田中令子 (2005). 不眠時追加  
与薬の判断に影響を与える因子について. *日本精神科看護学  
会誌*, 48(1), 50-51.
- 大川匡子 (2011). 睡眠障害研究の将来展望. *学術の動向*, 16(7),  
32-36.
- 大山明子 (2005). 急性期の統合失調症患者に対する看護アッセ  
メント 看護者の精神機能障害と回復の認識. *聖路加看護大学  
大学院修士論文 精神看護 CNSコース課題研究*, 14-23.
- 大山明子 (2008). 急性期看護の基本とテクニック 東京武蔵野病院  
の実践から 精神科救急・急性期におけるケアの技 精神科  
急性期看護に必要な観察とアセスメント. *精神科看護*, 35(8),  
62-66.
- 佐藤絵里子 (2018). 不眠症に対する認知行動療法の有効性: 睡眠  
状態誤認患者への睡眠日誌を用いた看護介入. *日本精神科看  
護学術集会誌*, 61(1), 42-43.
- 色本 涼, 仲秋秀太郎 (2014). その不眠をどう治療するか, あるい  
は治療しないか: 高齢者の不眠の訴え. *精神科治療学*, 29(11),  
1359-1365.
- 白石美由紀 (2018). 不眠をはじめとする睡眠障害のアセスメント  
と看護ケアの基本. *精神科看護*, 45(9), 17-20.
- 杉本幸生, 松岡近政, 田淵加奈 (2005). 夜間不眠を訴える患者へ  
の精神科看護者の判断と対応 看護者の判断分類表を用い  
て. *日本精神科看護学会誌*, 48(1), 202-203.
- 八巻絵里奈, 小久保崇正, 鬼海一幸, 鬼形有紀, 笛木治和, 磯部幸  
子 (2018). 精神科救急病棟において患者が不眠時薬を希望し  
た時の看護師の対応について: 病棟看護師へインタビュー調  
査を試みて. *日本精神科看護学術集会誌*, 61(1), 370-371.
- 吉浜文洋 (2012a). なぜ睡眠のアセスメントなのか: パート①  
回復過程と睡眠. *精神科看護*, 39(6), 4-16.
- 吉浜文洋 (2012b). なぜ睡眠のアセスメントなのか: パート  
② 非特異症状を観察することの意義. *精神科看護*, 39(6),  
17-26.

[2022年11月1日受 付]  
[2023年11月28日採用決定]

# Clinical Judgment of Skilled Nurses for Insomnia in Persons with Mental Disorders

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2024, 47(4), 735-749  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231128241>

Tatsuhiko Hatto, PhD, RN, PHN<sup>1</sup>, Takako Tsukahara, PhD, RN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctoral Program in Nursing, Graduate School of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan

<sup>2</sup>Health Care Facility for the Elderly Iruka no Ie Rehabilitation Center, Okayama, Japan

## Abstract

**Objective:** To obtain essential data for nurses' clinical judgments by clarifying how skilled nurses make clinical judgments about insomnia in persons with mental disorders. **Methods:** Thirteen skilled nurses from three single-department psychiatric hospitals in prefecture A were included in this study. Data obtained from semi-constructive interviews with the nurses were qualitatively analyzed. **Results:** The clinical judgments of skilled nurses for insomnia in persons with mental disorders were classified into six categories: relating sleep status to general self-care in daily life, integrating subjective and objective information obtained during the evaluation period to determine insomnia, understanding the background of insomnia to determine the patient's coping ability, considering how to deal with the patient taking into account their needs at the nursing team level, assessing appropriateness with medication compliance in mind, and capturing the interrelationship between sleep and mental status. **Conclusions:** Our results suggested that skilled nurses focused specifically on self-care as a clue to detect potential insomnia.

## Key words

persons with mental disorders, insomnia, skilled nursing, clinical judgment

---

**Correspondence:** T. Hatto. Email: wa319004@kwmw.jp



# 新卒看護師の 職業的アイデンティティの変化 —卒業前と就職後の関連についての 縦断的検討—

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 751-764  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231218242>

近藤智恵, 吉良淳子

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

## ■要旨

目的：看護学生と新卒看護師の職業的アイデンティティの変化と関連要因を明らかにする。方法：看護系大学4年次生60名に対し、卒業前と就職3か月後に、「職業的アイデンティティ尺度」、「精神的回復力尺度」と、職業的アイデンティティの関連要因について無記名オンライン縦断調査を実施した。結果：卒業前と就職3か月後の職業的アイデンティティの経時変化について就職後の職業的アイデンティティは有意に低下していた。各要因間の相関分析と重回帰分析により、卒業前は、「看護師に就きたい意思の強さ」、「精神的回復力」、「看護基礎教育達成感」、就職後は「職業継続」、「職業満足度」、「精神的回復力」との因果関係が示された。結論：卒業前は、「看護基礎教育達成感」を高め「看護師に就きたい意思の強さ」を持つこと、「精神的回復力」を強化しておくことが職業的アイデンティティ形成を促し、就職後の一時的な職業的アイデンティティの低下を抑制したり回復を早めたりする可能性があることが示唆された。

## ■キーワード

看護学生, 新卒看護師, 職業的アイデンティティ

責任著者：近藤智恵. Email: kondoto@jpu.ac.jp

## 緒言

アイデンティティとは、「自我同一性」、「自我が特定の社会的現実の枠組みの中で定義されている自我へと発達しつつあるという確信」(Erikson, 1959/2011)であり、自分がどうありたいか自己を確立することである。次に職業的アイデンティティとは、「職業を通して自覚される私」という主観的感觉で、個人のアイデンティティの誕生から生涯獲得されるもの(Erikson, 1959/2011)である。青年後期にあたる大学生において職業的アイデンティティを確立することは、進路選択以降の社会への適応や生き方を左右する重要課題である。就業継続においても職業における自己の存在意義を見出すために形成・発達させていくことが重要である。つまり、職業的アイデンティティは就業継続において必要不可欠な概念なのである。

看護系大学に入学する多くの学生は青年期後期にあり、これはアイデンティティ確立の時期にあたる。卒業前の看護学生は、アイデンティティの揺らぎを経験しながら(合

田・黒田・小薮・新見, 2011)、看護基礎教育を通じて職業的アイデンティティを形成していく(清水・古株・本田・川端・玉川, 2015)ことが明らかになっている。職業的アイデンティティを確立していくことが看護実践の質を向上させるためには必要不可欠である(グレッグ, 2002)と同時に、看護職に対する意識や看護師養成課程の継続に影響することが明らかにされている(Worthington, Salamonsen, Weaver, & Cleary, 2013)。文部科学省「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」の提言においても、職業的アイデンティティの確立が求められており(文部科学省, 2017)、看護基礎教育において職業的アイデンティティの基盤づくりが重要な課題である。職業的アイデンティティが発達している看護学生は、看護師養成課程を継続する傾向がある一方で、職業的アイデンティティの発達が不十分である看護学生は看護職に対する意識が低下することが明らかにされている(Worthington, et al., 2013)。看護学生を対象にした横断的研究において、実習達成感と職業的アイデンティティが関連していることが報

告されているが（辻田・入山・高橋，2011），縦断的な調査は実施されていないため，就職後の職業的アイデンティティとの因果関係は明らかになっていない。職業的アイデンティティでは，自尊心がその形成において重要であり（合田ほか，2011），自己効力感が職業的アイデンティティと共に経年変化していく（高畑・大川・梅田，2015）ことが明らかになっている。また，精神的回復力（江上，2008；小薮・黒田・合田・新見，2007）が看護学生の職業的アイデンティティの形成に関連していることが明らかになっている。看護基礎教育により人格形成や職業的アイデンティティの形成が促進されるが，これらが高める要因として自己効力感や達成感が相互に関連していることが明らかになっている（鈴木・能見，2020）。千葉（2013）は，職業的アイデンティティと「看護師に就きたい意思の強さ」との関連があることを明らかにしている。看護師が職業を継続する上で職業的アイデンティティの形成は，学生の看護基礎教育の導入とともに始まり，職業経験を通して発達することが示されている（Johnson, Cowin, Wilson, & Young, 2012；Sabanciogullari & Dogan, 2015）。また，看護基礎教育で獲得した職業的アイデンティティは就職後に影響し，患者との関係性や，職業に対する肯定的な認識や意欲を持ち，仕事に対する満足度を高めることが示されている（Farčić, et al., 2020）。さらに，新人看護師を対象とした職業的アイデンティティに関連する研究において，職場適応（三輪・志自岐・習田，2010），看護実践能力（平賀・布施，2007），精神的回復力との関連が明らかになっている。また，職業的アイデンティティとレジリエンス双方の高まりにより，職業経験の質の向上につながることを示されている（鈴木，2022）。さらに，看護師の職業的アイデンティティは，看護実践に直接つながる概念（Fagermoen, 1997）であり，職業継続意思の獲得（吉村・原田・山田，2018）や，看護の質の向上に関連するとされている（グレッグ，2002）。近年，医療の高度化や人口動態の変化，人々の健康意識への関心の高まりにより，看護職は様々な能力や役割が求められている。看護師の成長プロセスについて，初心者，新人，一人前，中堅，達人と定義し，プロセスに沿って長期的なキャリアを積んで専門職化（Benner, 1984/2012）していく看護師にとって，キャリアを継続していくことは重要である。看護師の職業的アイデンティティの形成は，心理的かつ社会的に自分を看護師として発展させることにつながるとともに，充実した看護実践は看護師の自尊心を高め，さらなる看護への積極的な関わりへと連鎖していく（畑中・伊藤，2018）とされており，看護師にとって職業継続は重要である。しかしながら，新卒看護師の職業的アイデンティティは，就職時は高いが就職3か月後に低下することが報告されており（落合ほか，

2007），職業的アイデンティティの低下が職業継続の影響要因となっていることが考えられる。看護師が職業を継続していくためには，看護基礎教育においては職業的アイデンティティの確立・形成支援が重要であり，臨床現場においては形成された職業的アイデンティティを発達・維持できるような支援を，就職後も切れ目なく継続していく必要がある。

看護学生と新卒看護師それぞれにおいて職業的アイデンティティの形成の重要性を示す報告はあるが，これまでの研究では卒業前の看護学生の職業的アイデンティティが就職後にどのように変化しているのか，その変化について注目した研究は少なく，さらに職業的アイデンティティに影響するとされている「精神的回復力」，「看護基礎教育達成感」，「看護師に就きたい意思の強さ」などについて，就職前後の職業的アイデンティティの関連を示す縦断的な研究は，現在までに国内外において報告は見当たらない。よって看護学生が新卒看護師として就職した後も職業的アイデンティティを維持することができ，職業を継続できるような支援の方法や，看護職の職業的アイデンティティを確立・形成・発達・維持することを支えるための基盤づくりとなる教育的支援方法への示唆を得ることを目的とする。

## I. 研究目的

本研究は，卒業前の看護学生の時と新卒看護師となった時，この2つの時期を縦断的に比較することにより，職業的アイデンティティの変化，看護学生の卒業前の時の職業的アイデンティティと「精神的回復力」，「看護基礎教育達成感」，「看護師に就きたい意思の強さ」との関連性，新卒看護師の就職後3か月後の時の職業的アイデンティティと「精神的回復力」，「職業継続」，「職業満足度」の関連性を明らかにし，さらに，それぞれの要因が新卒看護師の職業的アイデンティティの変化に関連している可能性について探索的に検討することを目的とした。図1に上記の本研究の枠組みを示す。

## II. 用語の操作的定義

### 1. 職業的アイデンティティ

藤井ほか（2002）は，職業的アイデンティティを「看護職を通して自分らしさの確認と成長への自己意識」と定義している。

本研究では，看護学生または看護師が看護という職業の価値観を自己のものとして形成・発達・確立していくプロセスとする。

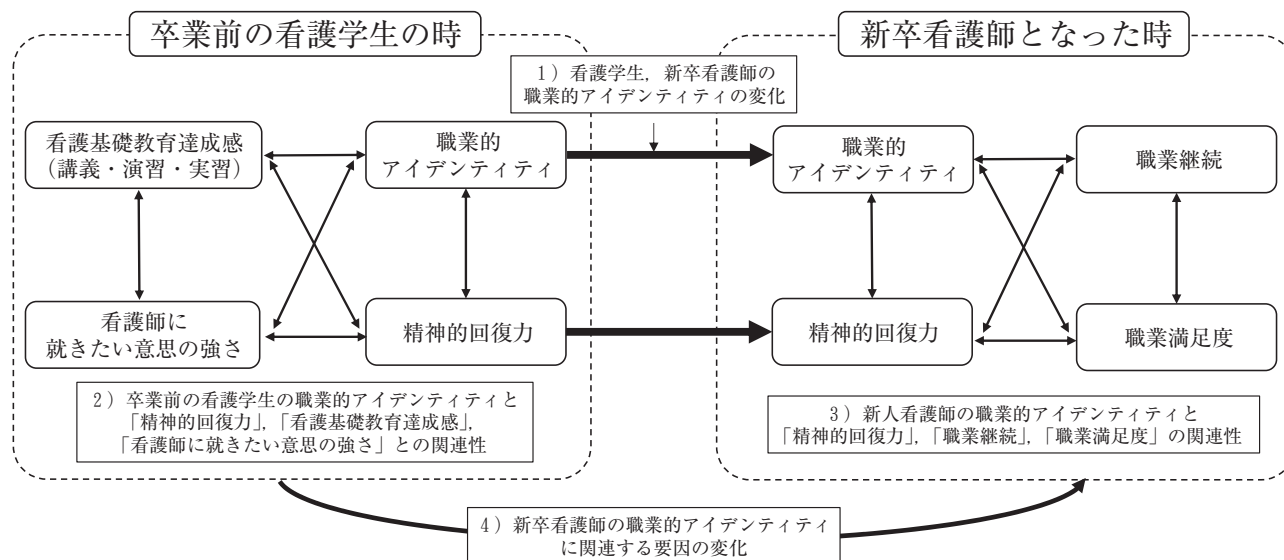


図1 本研究における職業的アイデンティティの各変数間の関係性

2. 精神的回復力 (レジリエンス)

小塩・中谷・金子・長峰 (2002) は, 精神的回復力をレジリエンスと同義として「困難な状況を乗り越え, 適応していく力」と述べている。

本研究では, 精神的回復力を, 困難な体験をしたときに乗り越えて適応していくための力とする。本研究において精神的回復力とレジリエンスは同義である。

3. 新卒看護師

厚生労働省の新人看護職員研修ガイドラインにおいて, 到達目標の設定がおおむね1年以内とされていることを基準と考え, 新卒看護師とは看護師養成機関を卒業し, 看護師の経験がなく4月に就職して1年未満の看護師とする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

看護大学4年次の卒業直前の2月の時と就職3か月後の新卒看護師の時の職業的アイデンティティの変化と関連要因を調査した縦断研究である。

2. 対象者

対象は, 看護系大学の卒業を控えた看護大学4年次生とその学生が病院に就職した3か月後とした。一般社団法人日本看護系大学協議会に所属し, 2020年5月時点で開学している看護系大学93大学のうち, 承諾の得られた13校の4年次生を対象とした。

3. 調査方法

研究に承諾を得られた看護系13大学の4年次生に文書に

よる説明を行った。そして研究協力の同意を得られた60人に対し, 卒業前の時と就職3か月後の時にGoogle Formsによる無記名オンライン縦断的調査を行った。調査は2021年2月から7月に実施した。本研究は縦断的調査であるため, 就職後も継続して使用できるメールアドレスの入力を依頼した。研究協力者同一個人のデータを紐づけするために, アンケート回答時に送信されたメールアドレスで確認し, 連結可能匿名化したのちID化した。研究協力者のメールアドレスと匿名化IDとの対応表は, パスワード機能が付いた電子媒体を使用し鍵のかかる保管庫で管理した。

研究用に取得したGoogleアカウントのパスワードは研究責任者だけが知るパスワードとし, 調査終了後は直ちに公開設定を非公開設定に切り替えて厳重に管理した。

4. 調査内容

卒業前の看護学生の時および就職3か月後の新卒看護師の時ともに, 以下の職業的アイデンティティおよび精神的回復力に関する尺度, 個人特性を調査した。

(1) 職業的アイデンティティ

藤井ほか (2002) の医療系学生を対象とした4因子20項目で信頼性・妥当性が検証されている職業的アイデンティティ尺度を用いた。「医療職の選択と成長への自信」5項目, 「医療職観の確立」5項目, 「医療職として必要とされることへの自負」5項目, 「社会への貢献の志向」5項目の合計20項目からなり, 回答は各項目「非常によく当てはまる = 7点」, 「かなり当てはまる = 6点」, 「少し当てはまる = 5点」, 「どちらとも言えない = 4点」, 「あまり当てはまらない = 3点」, 「ほとんど当てはまらない = 2点」, 「まったく当てはまらない = 1点」の7段階リッカート式

である。得点範囲は20点～140点であり、合計得点が高いほど職業的アイデンティティが高いことを示す。当尺度に関しては著作者に承諾を得てから使用した。

### (2) 精神的回復力尺度

小塩・中谷・金子・長峰(2002)の精神的回復力尺度を用いた。この尺度は3因子21項目で構成され、信頼性・妥当性が検証されている。「新奇性追求」7項目、「感情調整」9項目、「肯定的未来志向」5項目の合計21項目からなり、回答は各項目「はい=5点」、「どちらかというとはい=4点」、「どちらでもない=3点」、「どちらかというといいえ=2点」、「いいえ=1点」の5段階リッカート式である。得点範囲は21点～105点であり、合計得点が高いほど精神的回復力が高いことを示す。当尺度に関しては、研究において使用が許可されており公開されている尺度である。

### (3) 個人特性

卒業前の4年次生の時は、性別、年齢、看護師に就きたい意思の強さ、看護基礎教育達成感を調査した。看護基礎教育における達成感、講義、演習、実習の3項目についてそれぞれ評価することにより調査した。就職3か月後の2回目の調査時は、性別、年齢、配属希望、職業満足度、職業継続意思を調査した。性別、年齢、配属希望以外の項目は、「はい=5点」、「どちらかというとはい=4点」、「どちらでもない=3点」、「どちらかというといいえ=2点」、「いいえ=1点」の5段階リッカート式である。

## 5. 分析方法

回答者のデータは、個人が特定できないようにIDコード化した。統計解析には、IBM SPSS Statistics Ver.28およびAmos28.0を使用し、以下の(1)から(3)までの分析を行った。有意水準は5%未満とした。すべての変数について記述統計量を算出した。

看護大学4年次生の卒業直前の2月の時と就職3か月後の新卒看護師の時の職業的アイデンティティの変化については、対応のある $t$ 検定を用いて分析し、職業的アイデンティティと関連要因を分析するために重回帰分析を用いた。検出力について、効果量はグループごとの平均値の差を標準化したCohenの $d$ を.50、統計的有意差は、有意水準.05、検出力.80と設定し(水本・竹中, 2008; 豊田, 2009)、その結果、対応のある $t$ 検定におけるサンプルサイズは34となった。重回帰分析においては、効果量のEffect Size:  $f^2$ を.15、有意水準.05、検出力.80(水本・竹中, 2008)、説明変数を4個とした場合にサンプルサイズは85となった。なお、それぞれのサンプルサイズは、G\*Power3を用いて算出した。共分散構造分析におけるサンプルサイズはR(Ver. 4.3.0)のSEM Toolsで算出し、RMSEA .05、自由度18とした場合、204となった。

## 6. 項目分析

職業的アイデンティティ尺度、精神的回復力尺度は、内的整合性の確認のため尺度全体と各因子のCronbach's  $\alpha$ 係数を求めた。

### (1) 卒業前の看護学生の時と新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの経時的変化

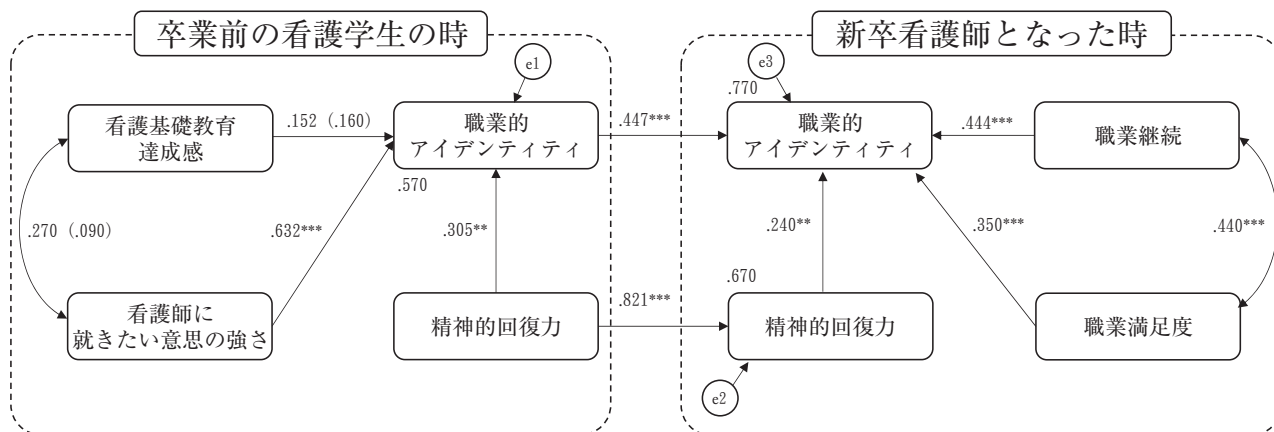
卒業前の看護学生の時と新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ尺度および精神的回復力尺度は正規性をShapiro-Wilk検定で確認後、尺度の合計点を対応のある $t$ 検定を用いてペアごとの比較を行い、効果量を算出した。

### (2) 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの関連要因の検討

まず、各変数の正規性をShapiro-Wilk検定で確認後、正規性が確認されなかったためSpearmanの順位相関係数を用いて、卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティと精神的回復力や看護基礎教育達成感、看護師に就きたい意思の強さといった各変数との関係を確認し効果量を算出した。次に、職業的アイデンティティと相関がみられた変数の影響の程度を明らかにするために、有意な相関がみられた( $p < .05$ )変数を説明変数とし、職業的アイデンティティを従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った。新卒看護師となった時の職業的アイデンティティについては、精神的回復力、職業継続、職業満足度について同様の解析を実施した。

新卒看護師の時の職業的アイデンティティと卒業前の看護学生の時の変数の関連についてSpearmanの順位相関係数を用いた。有意な相関がみられた( $p < .05$ )変数の新卒看護師の時の職業的アイデンティティに与える影響の程度を明らかにするために、有意な相関がみられた( $p < .05$ )看護学生の時の変数を説明変数とし、新卒看護師の時の職業的アイデンティティを従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った。多重共線性については、独立変数間の相関係数( $r > 0.7$ )およびVIF統計量(VIF10未満)により確認した。適合度指標として調整済み $R^2 > 0.5$ とした。

さらに、職業的アイデンティティと卒業前の看護学生の時の変数である「看護師に就きたい意思の強さ」、「精神的回復力」と新卒看護師となった時の変数である「職業継続」、「職業満足度」、「精神的回復力」との関連について、因果関係を検証するために共分散構造分析を用いてパスモデルを作成した(図2)。適合度指標は、カイ2乗値(CMIN), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)を採用し、豊田(2007)を参考にしてCFIは.90以上、RMSEAは.05以下とし、有意水準は.05とした。



$\chi^2 = 55.796$  ( $df = 18$ ),  $CFI = .803$ ,  $RMSEA = .226$   
 $*p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $***p < .001$

図2 職業的アイデンティティの関連要因の検討

### 7. 倫理的配慮

研究協力者に文書にて研究の趣旨と以下の内容について説明し、協力の同意を得て実施した。研究対象者へ研究目的と方法、自由意志の尊重、匿名性の保証、個人情報保護、回答拒否による不利益が生じないこと、データ管理等、研究責任者の氏名と連絡先を明記し、個別対応を保証することを書面で説明し、調査票の返信をもって同意を得たと判断した。本研究は、茨城県立医療大学研究倫理委員会の承認（承認番号974）を得て行った。

## IV. 結果

対象者810人にGoogle Formsを用いて質問紙を配信し、1回目の調査となる卒業前の看護学生の時60人(7.4%)、そのうち2回目の調査となる就職後3か月後は、41人(68.3%)から回答を得た。すべての項目に回答があった卒業前の看護学生の時60人(有効回答率100%)、新卒看護師となった時の41人(有効回答率100%)を分析対象とした。

### 1. 対象者の背景

卒業前の看護学生の時、男性2人(3.3%)、女性58人(96.7%)であった。年齢は21歳から25歳で、22歳が最も多く平均年齢は22.1歳、標準偏差(Standard Deviation, 以下SDとする)は.54であった。卒業前の看護学生を時の「看護基礎教育達成感」は、平均点3.75点(SD=.79)であり、「実習」の平均点は4.53点(SD=.65)と最も高かった。「看護師に就きたい意思の強さ」の平均点は3.92点(SD=.93)であった。

新卒看護師となった時は、男性2人(4.9%)、女性39人(95.1%)であった。年齢は22歳から25歳で、22歳が最も

多く平均年齢および標準偏差は22.2歳(SD=.57)であった。配属希望については、希望の配属先が29人(70.7%)、希望していない配属先が12人(29.3%)でありおおむね希望した配属先となっていた。「職業継続」の平均点は3.34点(SD=.94)、「職業満足度」の平均点は3.24点(SD=.89)であった。

### 2. 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ得点

職業的アイデンティティの得点を表1に示した。尺度全体のCronbach's  $\alpha$ 係数を算出した結果、卒業前の看護学生を時は $\alpha = .94$ 、新卒看護師となった時は $\alpha = .95$ で、いずれも高い内的整合性が確認された。尺度全体の合計点は、卒業前の看護学生を時は平均点93.75点(SD=16.34)、範囲は54点~120点であった。新卒看護師となった時の平均点は84.02点(SD=21.19)、範囲は36点~121点であった。Shapiro-Wilk検定を行い尺度全体は正規性が確認された( $p > .05$ )。

### 3. 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の精神的回復力得点

精神的回復力の得点を表2に示した。尺度全体のCronbach's  $\alpha$ 係数を算出した結果、卒業前の看護学生を時は $\alpha = .83$ 、新卒看護師となった時は $\alpha = .89$ で、いずれも高い内的整合性が確認された。尺度全体の合計点は、卒業前の看護学生を時は、平均点73.06点(SD=11.01)、範囲は44点~96点、新卒看護師となった時は、平均67.024(SD=13.72)、範囲は33点~94点であった。Shapiro-Wilk検定を行い尺度全体は正規性が確認された( $p > .05$ )。



表1 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ得点

	卒業前の看護学生 <i>n</i> = 60			新卒看護師 <i>n</i> = 41		
	中央値 (最小値-最大値)	平均値 (± SD)	Cronbach's $\alpha$	中央値 (最小値-最大値)	平均値 (± SD)	Cronbach's $\alpha$
職業的アイデンティティ 尺度合計	95.5 (54-120)	93.75 (± 16.34)	.94	87.0 (36-121)	84.02 (± 21.19)	.95
医療職の選択と 成長への自信	24.5 (10- 35)	23.37 (± 5.58)	.87	20.0 ( 6- 33)	20.92 (± 6.27)	.84
医療職観の確立	23.0 ( 8- 32)	22.8 (± 4.77)	.86	21.0 ( 7- 31)	20.56 (± 6.79)	.91
医療職として必要と されることへの自負	22.0 ( 6- 29)	21.17 (± 4.92)	.84	19.0 ( 7- 28)	18.73 (± 5.71)	.86
社会への貢献の志向	27.0 (14- 33)	26.42 (± 4.07)	.85	23.0 ( 5- 33)	23.8 (± 5.26)	.87

表2 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の精神的回復力得点

	卒業前の看護学生 <i>n</i> = 60			新卒看護師 <i>n</i> = 41		
	中央値 (最小値-最大値)	平均値 (± SD)	Cronbach's $\alpha$	中央値 (最小値-最大値)	平均値 (± SD)	Cronbach's $\alpha$
精神的回復力尺度合計	73.0 (44-96)	73.06 (± 11.01)	.83	67.0 (33-94)	67.024 (± 13.72)	.89
新奇性追求	24.0 (13-35)	24.48 (± 5.07)	.81	23.0 ( 9-33)	22.34 (± 5.36)	.83
感情調整	31.0 (18-42)	30.20 (± 6.09)	.76	29.0 (15-39)	28.24 (± 7.18)	.84
肯定的未来志向	21.5 ( 8-29)	20.33 (± 4.66)	.81	17.0 ( 6-24)	16.43 (± 4.43)	.82

#### 4. 卒業前の看護学生の時と新卒看護師となった時の職業的アイデンティティおよび精神的回復力の経時的変化

職業的アイデンティティおよび精神的回復力は卒業前の看護学生の時と比べて、就職3か月後の新卒看護師の時の方が有意に低下していた(表3)。職業的アイデンティティは,  $t(40) = 3.79$ ,  $p < .001$ ,  $d = .45$ であり, Cohenの効果量は $d = .45$ で中程度であった。精神的回復力は,  $t(40) = 5.16$ ,  $p < .001$ ,  $d = .49$ であり, Cohenの効果量は $d = .49$ で中程度であった。

#### 5. 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の職業的アイデンティティと各変数との関連

卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに関連する要因を検討した。

卒業前の看護学生を時の職業的アイデンティティと「看護基礎教育達成感」( $\rho = .298$ ,  $p = .021$ ), 「看護師に就きたい意思の強さ」( $\rho = .686$ ,  $p < .001$ ), 「精神的回復力」合計( $\rho = .375$ ,  $p < .003$ )において, 職業的アイデンティティとの間に有意な正の相関がみられた。一方で「看護基礎教育達成感」と「看護師に就きたい意思の強さ」( $\rho = .183$ ,  $p = .161$ ), または精神的回復力合計( $\rho = .206$ ,  $p = .115$ )の間には有意な相関はみられなかった(表4)。

新卒看護師となった時の職業的アイデンティティと「精神的回復力」( $\rho = .583$ ,  $p < .001$ ), 「職業継続」( $\rho = .669$ ,  $p < .001$ ), 「職業満足度」( $\rho = .717$ ,  $p < .001$ )において,

有意な正の相関がみられた(表5)。

#### 6. 重回帰分析による卒業前の看護学生の時・新卒看護師となった時における職業的アイデンティティの関連要因の検討

職業的アイデンティティに関連する要因を明らかにするために相関係数で有意な関連がみられた各変数を説明変数, 職業的アイデンティティを従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った。

##### (1) 卒業前の看護学生を時の職業的アイデンティティに関連する要因

卒業前の看護学生を時の時では, 相関分析で有意な相関がみられた「看護基礎教育達成感」, 「看護師に就きたい意思の強さ」, 「精神的回復力」を説明変数, 卒業前の看護学生を時の職業的アイデンティティを従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った結果, 相関行列は,  $|r| > .9$ となるような変数は存在しなかったため, すべての変数を対象とした(表6)。 $R^2 = .545$ であったため適合度は高いと評価した。各説明変数のVIFがすべて10未満であることが確認できたため, 多重共線性はないと判断した。その結果, 「看護師に就きたい意思の強さ」( $\beta = .622$ ,  $p < .001$ )は有意に影響しており関連の強い要因であることが示されたが, 「看護基礎教育達成感」( $\beta = .129$ ,  $p = .160$ ), 「精神的回復力」( $\beta = .188$ ,  $p = .052$ )と有意な関連は認められなかった。

表3 卒業前の看護学生の時と新卒看護師となった時の職業的アイデンティティおよび精神的回復力の経時的変化

	卒業前の看護学生	新卒看護師	t値	自由度	p値	d
	平均値 (±SD)	平均値 (±SD)				
職業的アイデンティティ	92.90 (±18.53)	84.02 (±21.19)	3.79	40.00	.00***	.45
精神的回復力	73.36 (±12.01)	67.02 (±13.72)	5.16	40.00	.00***	.49

t検定 \*\*\*p<.001, \*\*p<.01  
d: Cohen's d

n = 41

表4 卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティと各変数との関連

	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) 職業的アイデンティティ	-			
(2) 看護基礎教育達成感	.298*	-		
(3) 看護師に就きたい意思の強さ	.686**	.183	-	
(4) 精神的回復力合計	.375**	.206	.400**	-

Spearman 順位相関係数 \*\*p<.01, \*p<.05

n = 60

表5 新卒看護師となった時の職業的アイデンティティと各変数との関連

	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) 職業的アイデンティティ	-			
(2) 精神的回復力	.583**	-		
(3) 職業継続	.669**	.478**	-	
(4) 職業満足度	.717**	.360*	.416**	-

Spearman 順位相関係数 \*\*p<.01, \*p<.05

n = 41

表6 卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティに関連する要因

説明変数	標準偏回帰係数	有意確率	VIF
看護基礎教育達成感	.129	.160*	1.06
看護師に就きたい意思の強さ	.622	.00***	1.20
精神的回復力	.188	.052*	1.16

強制投入法による重回帰分析

R<sup>2</sup> = .545 F値 = 24.585 Durbin-Watson比 = 1.738

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

従属変数: 卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティ

n = 60

(2) 新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに関連する要因

新卒看護師となった時では、相関分析で職業的アイデンティティと有意な相関がみられた「職業継続」, 「職業満足度」, 「精神的回復力」を説明変数とし、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティを従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った。相関行列表を観察したが、|r|>.9となるような変数は存在しなかったため、すべての変数を対象とした(表7)。R<sup>2</sup> = .720であり適合度は高いと判断した。各説明変数のVIFがすべて10未満であることが確認できたため多重共線性はないと判断した。重回帰分析の結果、職業的アイデンティティと有意に関連

表7 新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに関連する要因

説明変数	標準偏回帰係数	有意確率	VIF
職業継続	.381	.001**	1.43
職業満足度	.434	.000***	1.26
精神的回復力	.293	.004**	1.27

強制投入法による重回帰分析

R<sup>2</sup> = .720 F値 = 35.243 Durbin-Watson比 = 1.795

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

従属変数: 新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ

n = 41

する要因は、「職業継続 (β = .381, p = .001)」, 「職業満足度 (β = .434, p < .001)」, 「精神的回復力 (β = .293,

$p = .004$ )」であった。職業的アイデンティティに「職業満足度」が関連の強い要因であることが示された。

(3) 新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに関連する看護学生の時の要因

卒業前の看護学生の時の変数と新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの関連の程度について、相関係数で有意な相関がみられた「看護師に就きたい意思の強さ」、「卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティ」、「精神的回復力」を説明変数とし、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティを従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った(表8)。相関係数は $|r| > .9$ となるような変数は存在しなかったため、すべての変数を対象とした。 $R^2 = .494$ であったため適合度は妥当と評価した。各説明変数のVIFがすべて10未満であることが確認できたため多重共線性はないと判断した。「卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティ ( $\beta = .627, p = .001$ )」、「看護師に就きたい意思の強さ ( $\beta = .055, p = .744$ )」、「精神的回復力 ( $\beta = .104, p = .441$ )」で、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに、「卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティ」が関連の強い要因であることが示された。

7. 共分散構造分析による卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時における職業的アイデンティティの関連性の検討

職業的アイデンティティに関連する要因の関連の構造をみるため、共分散構造分析を行った(図2)。有意な関連が認められたのは、卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティと「看護師に就きたい意思の強さ」( $\beta = .632, p < .001$ )、卒業前の看護学生の時の「精神的回復力」( $\beta = .305, p = .003$ )、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ ( $\beta = .447, p < .001$ )、卒業前の看護学生の時の「精神的回復力」と新卒看護師となった時の「精神的回復力」( $\beta = .821, p < .001$ )であった。

新卒看護師となった時の職業的アイデンティティには、「職業継続」( $\beta = .444, p < .001$ )、職業満足度 ( $\beta = .350,$

$p < .001$ ) に有意な関連がみられた。有意な関連がみられなかったのは、卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティと「看護基礎教育達成感」( $\beta = .152, p = .160$ )であった。モデルの適合度は、 $\chi^2 = 55.796 (df = 18), p < .001, CFI = .803, RMSEA = .226$ であった。

V. 考 察

本研究では、卒業前の看護学生の時と就職3か月後の新卒看護師となった時の職業的アイデンティティと関連要因について調査を実施した。卒業前の看護学生の時に比べて就職3か月後の新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ、精神的回復力が有意に低下していた。卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティには「看護基礎教育達成感」が有意に関連していた。一方、就職3か月後の新卒看護師となった時の職業的アイデンティティには「職業継続」、「職業満足度」、「精神的回復力」が有意に関連していた。そして、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティには、卒業前の看護学生の時の「職業的アイデンティティ」が有意に関連していた。さらに各因子の関連性は、卒業前の看護学生の時、新卒看護師となった時のそれぞれにおいて認められたことに加え、卒業前の看護学生の時と新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ、精神的回復力には因果関係が示唆された。

1. 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の職業的アイデンティティと各要因に関する特徴

本研究の卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティの下位尺度において、「社会への貢献の志向」の平均点が高かった一方、「医療職として必要とされることへの自負」の平均点は低かった。この得点の傾向は、同じ学年を対象とした先行研究と同様の結果であった(高畑・大川・梅田, 2015)。山内・松本・山本(2009)は、職業的アイデンティティの形成過程の中心的なテーマは、看護職は自分に向いているか、自分にできるかという看護職としての自分探しであり、その過程には「看護職は自分の仕事という感覚を得ていく」、「看護職は自分の仕事か否かの葛

表8 新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに関連する看護学生の時の要因

説明変数	標準偏回帰係数	有意確率	VIF
看護師に就きたい意思の強さ	.055	.744	2.174
卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティ	.627	.001**	2.574
精神的回復力	.104	.441	1.405

強制投入法による重回帰分析  
調整済み  $R^2 = .494$   $F$ 値 = 14.02 Durbin-Watson比 = 2.728  
\*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$   
独立変数: 新卒看護師となった時の職業的アイデンティティ

藤をし続ける」, 「看護職は自分の仕事か否かの葛藤を止める」という3つの類型が認められたと述べている。合田ほか(2011)は、看護学生はアイデンティティの揺らぎを繰り返しながら職業的アイデンティティが形成されていくことを述べている。本研究で、職業的アイデンティティの下位尺度「社会への貢献の志向」, 「医療職の選択と成長への自信」の得点が高く, 「医療職として必要とされることへの自負」の得点が低い理由は、卒業を控え看護基礎教育で修得した学び体験および看護基礎教育を終えた達成感などから, 「看護師に就きたい意思の強さ」が芽生え、看護師としての将来の目標を持つことができているが、就職という転換点を前にしたアイデンティティの揺らぎが関連したと考えられる。就職3か月後の新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの下位尺度の平均点において, 「社会への貢献の志向」が高かった一方で, 「医療職として必要とされることへの自負」は低かった。この結果は、落合ほか(2007)の新卒看護師の就職3か月後の下位尺度においても同様であった。「社会への貢献の志向」の得点が高いのは、医療職を支えている根底にある動機であり、一方で「医療職として必要とされることへの自負」の得点が低いのは、医療職の中で自分の職の独自性を自覚することに関わるものであり、患者との関係性などが関連していることが示されている。就職3か月後の新卒看護師となった時の得点の傾向は、本研究の卒業前の看護学生の時の結果と同様であるが、就職3か月後の新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの下位尺度は一様に低下していた。これは、患者との関わりなどから看護師としての自身の独自性が損なわれていることや、就職に伴う環境の変化、リアリティショックなどが影響してアイデンティティが低下し、かつ対象者ごとの低下の程度にばらつきが大きいことが示唆された。Duchscher(2008)も、新卒看護師が就職3か月後に新たな役割や環境に適応する準備ができず、学生時代に形成された職業的アイデンティティが低下することを明らかにしている。精神的回復力の下位尺度に関して、新卒看護師を対象にした先行研究が実施されていないため比較できないが、本研究の卒業前の看護学生の時の結果と同様であり、看護学生は経験を重ねることにより、「感情調整」能力が身につけており、就職後も継続することができていることが考えられる。一方で「肯定的未来志向」は、将来に向けて努力しようとする精神的回復力の側面であるが、最初の3~4か月は不慣れな実践の中で不安が増していく時期であり(Duchscher, 2008)、初めて専門職として実践する立場になった新人看護師は、以降の経験の中で身体的、知識的、感情的、発達の、社会文化的という多様な側面の変化に直面している(Duchscher & Windey, 2018)ため、アイデンティティの揺らぎとともに

に将来への不安が増幅している可能性が考えられる。また、前述した通り本研究の調査期間は、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い新人看護師教育において様々な影響を受けている。厚生労働省(2021)は、看護基礎教育での臨地実習の経験が例年と比べて少ないことで、リアリティショックの増大や医療安全上の課題、職場での業務習得に例年より時間を要するなどの影響を予測している。この現状を踏まえ、厚生労働省は、2021年度に「新型コロナウイルスの影響に係る看護職員卒後フォローアップ研修事業」を実施しており、各施設においても様々な取り組みがなされている。新型コロナウイルス感染症に伴う影響とその支援を受けた新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの変化についても、継続した調査を実施していく必要がある。

## 2. 職業的アイデンティティおよび精神的回復力の就職前後の変化

本研究における縦断的検討において職業的アイデンティティは、卒業前と比較して就職3か月後に有意に低下していることが明らかになった。これは、これまでに報告されている看護学生、新卒看護師を異なる対象者間で比較した横断的研究における職業的アイデンティティの変化と同様の結果であった(小藪ほか, 2007; 落合ほか, 2007; 高畑・大川・梅田, 2015)。看護学生の職業的アイデンティティは、1年次生が高く、2・3年次生は低くなり、4年次生で再び高くなる傾向があることが示されている(高瀬・佐藤・西沢, 2018)。一方で、新卒看護師の職業的アイデンティティは、就職時は高く、就職3か月後に低下することが示されている(落合ほか, 2007)。合田ほか(2011)は、看護学生が入学以降に職業的アイデンティティの揺らぎを何度も繰り返しながら職業的アイデンティティを形成していること、波多野・小野寺(1993)は、学生時代から段階を経て発達していることを明らかにしている。看護基礎教育において経験を重ねることによって看護師という職業を現実的に捉えられるようになることや、卒業時の看護基礎教育における達成感が得られたことにより、卒業前の看護学生の時の職業的アイデンティティが高まり、結果として就職時点では卒業時の高い職業的アイデンティティが維持されていることが考えられる。一方、就職3か月後から新卒看護師は自立を求められ、看護実践能力の向上が必要とされるが、不十分な看護実践能力と就職後の様々な精神的要因からもたらされる状況との間にリアリティショックを認識し、それが職業的アイデンティティの低下につながり、離職願望に影響していることが示されている(平賀・布施, 2007)。したがって、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの維持は職業継続のた

めの重要な課題であることが示唆され、看護学生時代を通じていかに職業的アイデンティティを高めて就業するかが、重要な意味を持つと考えられる。

これまでに精神的回復力の縦断的研究の報告は少なく、精神的回復力を高め、就職後も維持するための適切な支援策を提案できることを目標として、卒業前の看護学生の時から就職3か月後の新卒看護師となった時の縦断的解析を実施した。本研究における縦断的検討において精神的回復力は、卒業前と比較して就職後に低下していることが明らかになった。齋藤（2011）は、看護学生の学年別レジリエンスの比較において4年次生が高いことを示している。したがって、看護基礎教育において学生は様々な経験を重ねることにより精神的回復力が高められると考えられる。一方で、福澤・富田（2020）は、仕事に対するストレスを発散し健康に自信があると感じている新卒看護師はレジリエンスが高いが、仕事に対してストレスを感じている新卒看護師はレジリエンスが低いことを示している。新卒看護師は、様々なストレス要因や疲労の蓄積により精神的回復力が低下していることが考えられる。したがって、看護基礎教育において精神的回復力を高められる関わりや土台づくりが重要であり、精神的回復力の維持は職業継続のための重要な課題であることが示唆された。

### 3. 卒業前の看護学生の時および新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに関連する要因

卒業前の看護学生の時における職業的アイデンティティに関連する要因について、「看護師に就きたい意思の強さ」、「精神的回復力」、「看護基礎教育達成感」が高い看護学生ほど職業的アイデンティティが高いことが示された。また、重回帰分析においては職業的アイデンティティに関連が高い順に「看護師に就きたい意思の強さ」、「精神的回復力」、「看護基礎教育達成感」であり、共分散構造分析においても「看護師に就きたい意思の強さ」、「精神的回復力」、「看護基礎教育達成感」について正の相関があることが明らかになり、「看護師に就きたい意思の強さ」が卒業前の看護学生を時の職業的アイデンティティに影響を及ぼす可能性が示唆された。千葉（2013）は、職業的アイデンティティと「看護師に就きたい意思の強さ」との関連があることを明らかにし、さらに「看護師に就きたい意思の強さ」に変化を及ぼす関連要因として実習における達成感を示している。また、上述の考察において、看護学生の「精神的回復力」は変動を繰り返しながら経時的に発達していくことや、職業的アイデンティティも同様の傾向があることが明らかにされており、いずれの上昇についても看護基礎教育の過程が関連していることが示されていることから、両者の関連性が見いだされたことは妥当であると

考える。看護基礎教育における達成感も同様に職業的アイデンティティを高めることが明らかにされており、特に実習を通しての自己成長は、職業的アイデンティティに強く関連しており、自己成長感が高い学生は職業的アイデンティティが高くなることを示している（片岡，2014；辻田ほか，2011）。高瀬ほか（2018）は、職業的アイデンティティは臨地実習や個人特性から影響を受けていることを示している。落合ほか（2006）は、モデルとなり得る授業者の授業によって学生の職業的アイデンティティと自己効力感が高まることを示している。看護学生は、講義において看護の専門性・患者中心の看護の重要性について学習し、看護に対する自覚が芽生えると考えられる。そして、講義で学習した看護技術は学内演習を通じて獲得している。講義、演習で習得したことを踏まえて実習で実践しながら知識や技術を統合して看護実践能力を習得するとともに、看護の専門性の理解を深め、看護師を目指す者としての自覚と責任が芽生えていると考えられる。したがって、看護学生は看護基礎教育において様々な体験を通して達成感を得ることにより、「看護師に就きたい意思の強さ」と「精神的回復力」を高め、職業的アイデンティティを形成していると考えられる。看護学生が、様々な困難やストレスを乗り越えていく適応能力を身に付けられるように教育的支援が重要であり、これによって看護基礎教育における達成感を高めることが職業的アイデンティティの確立において重要である可能性が示唆された。新卒看護師となった時の職業的アイデンティティにおいては、「職業満足度」と「職業継続」が職業的アイデンティティに関連していることが明らかとなった。また、重回帰分析の結果、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティとの関連は、高い順に「職業満足度」、「職業継続」、「精神的回復力」であり、就職3か月後の新卒看護師となった時の職業的アイデンティティと「職業満足度」の関連が強かった。共分散構造分析においても「職業継続」、「職業満足度」と正の相関があることが明らかになり、「職業継続」と「職業満足度」が職業的アイデンティティに影響を及ぼす可能性が示唆された。高橋（2014）は、看護師は教育機関を卒業後、看護師としての職業を継続し、経験を積む中で得られた「仕事満足度」が職業的アイデンティティに影響することを示している。また、茅原（2008）は、新卒看護師の職場の満足度を高める支援がストレスの認知に有効であり、勤務時間・仕事の調整、看護技術に関する教育、休暇、配置場所などの職場環境における仕事満足度を高める支援を重視している。新卒看護師にとって、就職後に業務の中で職業満足度を感じ、看護師を継続することが職業的アイデンティティの維持・向上につながる事が考えられる。また「精神的回復力」が、就職後においても職業的アイデンティティに

関連していることが明らかとなった。上述の考察において、新卒看護師は、様々なストレス要因や疲労の蓄積により精神的回復力が低下していることが考えられる。福澤・富田 (2020) によりレジリエンスを高めることは職業継続につながることを示されていることや、吉村ほか (2018) により職業継続の意思と職業的アイデンティティが強く関係することが示されていることは、今回の解析結果を支持するものである。しかし、共分散構造分析において、CFIはモデルが適合するためには.90以上、RMSEAは.05以下で望ましい適合度といえるが (豊田, 2007)、本研究において望ましい適合度とはならなかった。

看護師の職業的アイデンティティの危機は、職業継続を阻害するため職業的アイデンティティの形成が重要な課題である (畑中・伊藤, 2018) ことや、職業的アイデンティティの形成が職業継続の意思の獲得につながる (吉村ほか, 2018) ことが明らかになっている。したがって、新卒看護師の職業的アイデンティティの形成・発達・確立のためには、「職業満足度」を高めること、新卒看護師の持つ精神的回復力を維持向上できる関わりを持つことが大切であり、結果として看護実践能力の向上と職業継続において重要な意味を持つことが示唆された。

新卒看護師となった時の職業的アイデンティティと卒業前の看護学生の時の各変数の関連性については、高い順に「看護学生の職業的アイデンティティ」、「精神的回復力」、「看護師に就きたい意思の強さ」であり、卒業前に形成された職業的アイデンティティは、就職後の職業的アイデンティティの高さに関連していることも明らかになった。職業的アイデンティティは、生涯にわたって発達し続けるため、看護基礎教育は重要な時期である (Johnson, et al, 2012)。新卒看護師の職業的アイデンティティを維持するためには、看護基礎教育では、看護学生の時に「看護基礎教育達成感」を高め「看護師に就きたい意思の強さ」を持つことと、「精神的回復力」を強化しておくことが職業的アイデンティティ形成の土台づくりになると考えられる。そして、看護基礎教育で形成された職業的アイデンティティは就職後にも形成・発達・確立するために、新卒看護師の「職業継続」、「職業満足度」、「精神的回復力」を高める支援を継続していくことが重要であると考えられる。

#### 4. 研究の限界と課題

本研究では、看護学生の期間に、看護基礎教育の影響を受けながら職業的アイデンティティは形成され、新卒看護師となった時の職業的アイデンティティに関連することを明らかにすることができた。しかし、職業的アイデンティティの低下や維持されない要因は明らかにできていないため、さらに調査を継続していく必要がある。また、明らか

になった要因については、具体的にどのような体験が職業的アイデンティティに関連しているのか調査していく必要がある。本研究における職業的アイデンティティとその他の要因との因果関係については、共分散構造分析を用いて分析したが適合度が低かった。適合度は、サンプルサイズ、推定法、観測変数の数、正規性、モデルの複雑さ、モデルの誤設定等が影響することが明らかになっており (星野・岡田・前田, 2005)、特にサンプルサイズは、共分散構造分析において大きなサンプルサイズを要することが報告されている (久保, 2022)。また、モデルの複雑さにもよるが、母集団ごとに最低でも100のサンプルサイズが必要であると報告されている (Kim, 2005)。本研究では分析に必要なサンプルサイズ204に対して得られたサンプル数が60であり、サンプル数の少なさが適合度低下の要因の一つと考えられる。サンプル数が伸び悩んだ1つの要因としては、調査対象者の負担感を配慮して回答しやすいオンライン調査としたことが影響した可能性が考えられる。今後は、サンプル数を確保する方法として、回答しやすくするためにオンライン調査と質問紙調査を併用していくことや調査の時期なども検討していく。また、本研究の調査項目は、先行研究において職業的アイデンティティとの関連が指摘されているが、縦断的研究での解析が実施されていない項目に限定したこともモデルの設定に影響を及ぼしていたと考えられる。今後は、本研究の調査に含まなかった職業的アイデンティティと自己効力感 (鈴木・能見, 2020)、自尊感情 (合田ほか, 2011)、個人特性 (高, 2018) 等の調査項目を追加し、モデルの適合度を参考にしながら調査項目を検討していく。

さらに、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、看護基礎教育、新人教育への影響が本研究結果に関連してくる可能性が考えられるため、調査期間の延長や対象者を拡大して継続的に調査していく必要がある。

## 結 語

本研究の縦断的調査では、卒業前の看護学生の時よりも新卒看護師となった時の職業的アイデンティティの方が低下していた。職業的アイデンティティに関連する要因として、卒業前の看護学生の時は、「看護師に就きたい意思の強さ」、「精神的回復力」、「看護基礎教育達成感」であり、新卒看護師となった時は、「職業継続」、「職業満足度」、「精神的回復力」であることが明らかになった。一方で、卒業前に形成された職業的アイデンティティは、就職後の職業的アイデンティティに強く関連していることが明らかになった。新卒看護師の職業的アイデンティティを維持するためには、看護基礎教育において、卒業前の看護学生の

時に「看護基礎教育達成感」を高め「看護師に就きたい意思の強さ」を持つことと、「精神的回復力」を強化しておくことが職業的アイデンティティ形成の土台づくりになることが示唆された。以上から、新卒看護師の職業的アイデンティティは就職後に有意に低下するものの卒業前に形成された職業的アイデンティティが強く関連しており、また明らかとなった職業的アイデンティティの変化に関連する要因については、卒業前後で適切に支援することにより職業的アイデンティティの形成・発達・確立につながる示唆が得られた。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました看護系大学の教職員の皆様、研究協力者の方々に深く感謝いたします。本研究は、日本看護研究学会第48回学術集会において発表し、令和4年茨城県立医療大学大学院保健医療科学研究科博士前期課程看護学専攻に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- Benner, P. (1984) / 井部俊子訳 (2005). ベナー看護論新訳版：初心者から達人へ. 東京：医学書院.
- 千葉朝子 (2013). 看護学校在学中の看護師志望意志の変化と影響因子および職業的アイデンティティとの関連. *国立病院看護研究学会誌*, 9(1), 2-12.
- Duchscher, J.B. (2008). A Process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher, J.B. & Windey, M. (2018). Stages of transition and transition shock. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(4), 228-232. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000461>
- 江上千代美 (2008). 看護学生の首尾一貫感覚と精神健康度との関係. *心身健康科学*, 4(2), 111-116.
- Erikson, E.H. (1959) / 西平 直・中島由恵訳 (2011). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*. New York: International Universities Press 1959, アイデンティティとライフサイクル. (pp.180-183). 東京：誠信書房.
- Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 434-441. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025434.x>
- Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., Vesna, I. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3059-3061. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093059>
- 藤井恭子, 野々村典子, 鈴木純恵, 澤田雄二, 石川演美, 長谷龍太郎, 山元由美子, 大橋ゆかり, 岩井浩一, バリーN.D., 才津芳昭, 海山宏之, 紙屋克子, 落合幸子 (2002). 医療系学生における職業的アイデンティティの分析. *茨城県立医療大学紀要*, 7, 131-142.
- 福重真美, 森田敏子 (2013). 看護学生のレジリエンスへの影響要因と教育的支援. *応用心理学研究*, 39(1), 19-24.
- 福澤知美, 富田幸江 (2020). 新卒看護師のレジリエンスに関連する要因. *日本健康医学会雑誌*, 29(1), 71-83.
- 合田友美, 黒田裕子, 小藪智子, 新見明子 (2011). 看護学生の自尊感情と職業的アイデンティティとの関連から考える教育的支援. *川崎医療短期大学紀要*, 31, 75-81.
- グレッグ美鈴 (2002). 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. *看護研究*, 35(3), 196-204.
- 畑中純子, 伊藤 収 (2018). 看護師としての職業的アイデンティティを育むための現任教育プログラムの開発. *岩手県立大学看護学部紀要*, 20, 1-18.
- 波多野梗子, 小野寺杜紀 (1993). 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化. *日本看護研究学会雑誌*, 16(4), 21-28.
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007). 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 30(1), 97-107.
- 星野崇宏, 岡田謙介, 前田忠彦 (2005). 構造方程式モデリングにおける適合度指標とモデル改善について：展望とシミュレーション研究による新たな知見. *行動計量学*, 32(2), 209-235.
- Johnson, M., Cowin, L.S., Wilson, I., & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: Contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), 562-569. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x>
- 片岡 祥 (2014). 講義を用いた看護学生の職業的アイデンティティを高める取り組み：臨床場面を想定したロールプレイの効果の検討. *応用心理学研究*, 40(1), 56-62.
- 茅原路代 (2008). 新人看護師の離職願望に影響する要因の検討：就職3ヵ月目の調査から. *日本看護学会論文集 看護管理*, 39, 6-8.
- Kim, K.H. (2005). The relation among fit indexes, power, and sample size in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 12(3), 368-390. [https://doi.org/10.1207/s15328007sem1203\\_2](https://doi.org/10.1207/s15328007sem1203_2)
- 厚生労働省 (2007). 「看護基礎教育の充実に関する検討会」2007. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/s0420-13.html> (参照2021年12月29日)
- 厚生労働省 (2014). 新人看護職員研修ガイドライン. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf) (参照2021年10月10日)
- 小藪智子, 黒田裕子, 合田友美, 新見明子 (2007). 看護学生の職業的アイデンティティ形成に関する研究 (第二報)：経年的変化から考える教育的支援. *川崎医療短期大学紀要*, 27, 25-29.
- 久保沙織 (2022). 「教育心理学研究」における測定・評価・研究法の研究動向と展望—共分散構造分析の適用実態の概観を中心に—. *教育心理学年報*, 61, 133-150.
- 三輪聖恵, 志引岐康子, 習田明裕 (2010). 新卒看護師の職場適応に関連する要因に関する研究. *日本保健科学学会誌*, 12(4), 211-220.
- 水本 篤, 竹中 理 (2008). 研究論文における効果量の報告のた

- め：基礎的概念と注意点. *英語教育研究*, 31, 57-66.
- 文部科学省 (2017). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会. [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/\\_icsFiles/afldfile/2017/10/31/1397885\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf) (参照2021年7月30日)
- 村田尚恵, 分島るり子, 古島智恵, 高島 利, 井上範江 (2011). 看護学生の精神的回復力と臨地実習自己効力感および実習満足度の学年比較. *日本看護学会論文集 看護教育*, 42, 38-41.
- 日本看護系大学協議会 看護学教育質向上委員会 (2020). 2020年度COVID-19に伴う看護学実習への影響調査A調査・B調査報告書. 一般社団法人 日本看護系大学協議会, <https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2021/04/covid-19cyousaAB.pdf> (参照2021年12月29日)
- 落合幸子, 紙屋克子, マイマイティ パリダ, 落合亮太, 本多陽子, 藤井恭子 (2006). エキスパート・モデルが看護学生の職業的アイデンティティに及ぼす影響：自己効力感・評価懸念との関連からみた効果. *茨城県立医療大学紀要*, 11, 71-78.
- 落合幸子, 紙屋克子, マイマイティ パリダ, 高木有子, 落合亮太, 本多陽子, 黒木淳子, 服部満生子 (2007). 看護師の職業的アイデンティティの発達過程. *茨城県立医療大学紀要*, 12, 75-82.
- 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 長峰伸治 (2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性：精神的回復力尺度の作成. *カウンセリング研究*, 35(1), 57-65.
- Sabanciogullari, S., Dogan, S. (2015). Effects of the professional identity development programme on the professional identity, job satisfaction and burnout levels of nurses: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 847-857. <https://doi.org/10.1111/ijn.12330>
- 齋藤雅子 (2011). 学年別看護学生のレジリエンスに関する横断的研究：ソーシャルサポート, 自己効力感, 社会性に注目して. *日本看護学会論文集 看護教育*, 42, 7-9.
- 清水美恵, 古株ひろみ, 本田可奈子, 川端智子, 玉川あゆみ (2015). 看護学生の志望動機と実習達成感, 看護職の職業的アイデンティティとの関係. *人間看護学研究*, 13, 1-7.
- 鈴木梨花, 能見清子 (2020). A大学の看護学生が認識した看護学を学ぶことによる人格形成の要素ときっかけ. *ヒューマンケア研究学会誌*, 11(1), 13-19.
- 鈴木智子 (2022). 新人から一人前の段階にある看護師の職業経験の質と自我同一性, 職業的アイデンティティおよびレジリエンス特性の関連. *日本看護管理学会誌*, 26(1), 140-149.
- 高橋美和 (2014). 看護師の職業的アイデンティティの確立過程と関連要因. *日本看護学会論文集 看護教育*, 44, 201-204.
- 高畑正子, 大川明子, 梅田徳男 (2015). 看護大学生の特性的自己効力感が職業的アイデンティティに与える影響—学年間の比較—. *中京学院大学看護学部紀要*, 5(1), 27-39.
- 高瀬園子, 佐藤美佳, 西沢義子 (2018). 看護学生における職業的アイデンティティの文献レビュー. *保健科学研究*, 9(1), 1-10.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [Amos編]: 構造方程式モデリング. 東京: 東京図書.
- 豊田秀樹 (2009). 検定力分析入門: Rで学ぶ最新データ解析. 東京: 東京図書.
- 辻田大介, 入山茂美, 高橋美和 (2011). 看護学生の実習達成感と職業的アイデンティティの関連. *看護教育*, 52(1), 42-46.
- 渡邊智之, 笹川智子, 小池真規子, 奈良雅之, 田中勝博 (2018). 新規採用看護師の職場におけるストレス要因と緩衝要因及び個人特性がストレス反応に及ぼす影響：新卒者と既卒者の比較を通じた有効な支援の考察. *日白大学心理学研究*, 14, 69-81.
- Worthington, M., Salamonson, Y., Weaver, R., Cleary, M. (2013). Predictive validity of the Macleod Clark Professional Identity Scale for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 33(3), 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.01.012>
- 山内栄子, 松本葉子, 山本雅子 (2009). 現代の看護系大学生の学生生活における職業的アイデンティティの形成過程. *日本看護学教育学会誌*, 18(3), 11-24.
- 吉村千草, 原田博子, 山田千尋 (2018). 女性看護師における働きやすさ・職業的アイデンティティと職業継続・職場定着意思の関係. *日本医療・病院管理学会誌*, 55(4), 173-183.

〔2022年10月3日受 付〕  
〔2023年12月18日採用決定〕



# Evolving Professional Identities of New Graduate Nurses: A Longitudinal Study of Pre-Graduation and Post-Employment Dynamics

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(4), 751-764  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231218242>

Tomoe Kondo, MSN, RN, Junko Kira, MSN, RN

Ibaraki Prefectural University of Health Sciences, Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Sciences, Ibaraki, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to elucidate the shifts in occupational identity “ID” and related factors among pre-graduation nursing students and newly graduated nurses. **Methods:** A longitudinal survey was conducted, involving 60 fourth-year nursing college students. Assessments were administered prior to graduation and three months into their employment, using a self-administered, ungraded questionnaire covering the Vocational Identity Scale, Mental Resilience Scale, and factors influencing vocational identity. **Results:** The temporal analysis indicated a significant decrease in professional ID after the transition to professional employment. Correlation and multiple regression analyses indicated causal relationships between factors such as the “strength of intention to become a nurse,” “mental resilience,” and “sense of achievement in basic nursing education” prior to graduation, and “job continuity,” “job satisfaction,” and “mental resilience” after employment. **Conclusions:** Prior to graduation, fostering a “sense of achievement in basic nursing education,” nurturing the “strength of intention to become a nurse,” and strengthening “mental resilience” may facilitate the development of professional ID. This approach could also mitigate the temporary decline in professional ID or accelerate its recovery following employment.

## Key words

Nursing students, New graduate nurse, Professional identity

---

**Correspondence:** T. Kondo. Email: [kondoto@ipu.ac.jp](mailto:kondoto@ipu.ac.jp)

# レム睡眠行動障害高齢者の 病院受診に至るまでの体験

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 765-775  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231225240>

森島一成<sup>1</sup>, 金子昌子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>水戸赤十字病院看護部, <sup>2</sup>獨協医科大学大学院看護学研究科

## 要旨

目的：レム睡眠行動障害（RBD）高齢者の病院受診に至るまでの体験を明らかにする。方法：RBDの診断を受け、睡眠医療センターの外来に通院している65歳以上の高齢者9名に診療録からの記録調査と30～60分の半構造的インタビューを実施した。データ化したものを意味内容の類似性に基づいて比較・分類し、サブカテゴリー化・カテゴリー化した。最終的なカテゴリーとして、時系列に並べ大カテゴリーを生成した。結果：RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験は、《悪夢を見て抵抗する体験》、《睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験》、《受診を決める体験》の3つから構成された。結論：本研究により、RBD高齢者が見続ける悪夢に思い悩みなから、病院への受診に至るまでの体験が明らかになった。看護師は、RBD高齢者の悪夢につながる後悔や気がかりを傾聴し、過去の出来事を意味づけ、乗り越えられるように支援していく必要があると示唆された。

## キーワード

高齢者, 睡眠障害, レム睡眠行動障害, 受診に至るまでの体験

責任著者：森島一成. Email: k.morishima1010@gmail.com

## はじめに

睡眠は、成長や発達、加齢に伴い変化する。中でも高齢者は、「夜間の総睡眠時間の減少、睡眠開始の遅延、概日リズムの位相の前進、徐波睡眠の減少、レム睡眠の減少、頻回の覚醒を伴う睡眠の分断」などの睡眠の変化が多くみられる（小曾根, 2018, p.8）。三島（2017）は、高齢者に多い睡眠障害として睡眠呼吸関連障害、睡眠関連運動障害、睡眠時随伴症、不眠症、内科／精神科的疾患に合併する睡眠障害を挙げている。American Academy of Sleep Medicine International Classification of Sleep Disorders 3rd ed（以下、ICSD-3）によると、その睡眠時随伴症の中のレム睡眠行動障害（REM sleep behavior disorder 以下、RBD）は、レム睡眠中に起こる夢に関連した寝言や異常行動が特徴的な症状であり、病院を受診するまでに不快感や恐怖感を伴う悪夢を見る例が多い（American Academy of Sleep Medicine, 2014/2018, pp.181-182）。近年、RBDを発症した患者を追跡した研究では、レビー小体型認知症などの神経変性疾患を後に発症する割合が3年で11.9%、5年で20.3%、7年で33.2%、10年で51.4%と高く（Miyamoto, T., & Miyamoto, M., 2018）、高齢者の注目される疾患の一つと言える。

特にRBD高齢者は、加齢に伴う睡眠の変化に加え、RBDによる悪夢や異常行動により不眠をきたし、新たな睡眠障害の発症や活動性の低下を招いてしまうと考えられる。高齢者のRBDは、有病率0.38～0.5%であり、ベッドからの転落やベッドパートナー等への他害、睡眠の分断などで受診に至るケースが報告されている（Olson, Boeve, & Silber, 2000；前田・吉岡・桜井・植田・秋山, 2011；American Academy of Sleep Medicine, 2014）。竹内・内村・小島居・前田（2002）は、RBDの患者35人の患者背景についての調査で、「RBDの異常行動により外傷を負った者は34.3%」、「不眠を訴える者は25.7%」、「配偶者が恐れて一緒に寝ようとしない」、「会社の同僚と仕事や余暇で旅行にも行けない患者がいた」ことを報告している。

以上のことから、RBD患者は睡眠中の異常行動による自他ともに及ぶ外傷や不眠、一緒の部屋で眠る家族や会社の同僚へ迷惑をかけた経験などを日常生活の中で体験し、制約のある睡眠習慣を送ってきたことが推測される。しかし、RBD患者が病院を受診するまでの体験について具体的に記述した研究は調べた限り見当たらない。さらに、臨床においてもRBDの認識が低いことが予測されるため、RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験を理解することには意義があると考えられる。なお、本研究における「体験」

は、広辞苑（新村，2008）や中木・谷津・神谷（2007）の体験の定義を参考に、「睡眠中の夢の内容や、行動により生じた出来事とその時の思い・考え」とした。

## I. 研究目的

RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験を明らかにすることを目的とする。

## II. 研究方法

### A. 研究デザイン

RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験を探索的に明らかにするため、質的記述的研究デザインを用いた。

### B. 調査実施施設

日本睡眠学会のホームページにおいて、T県内の日本睡眠学会専門医療機関は2018年7月1日時点で3ヶ所あった。その中のA大学病院睡眠医療センター（以下、睡眠医療センター）を実施場所とした。

### C. 研究参加者

研究参加者は、ICSD-3（2014）の診断基準においてRBDの診断を受け、睡眠医療センターの外来に通院している65歳以上の高齢者とし、以下の条件を満たすこととした。選定基準は、①認知機能の低下がない（MMSE24点以上）、②言語的コミュニケーションが可能であることとした。除外基準は、①Movement Disorder Societyの診断基準においてパーキンソン病と診断されている（Postuma, et al., 2015）、②レビー小体型認知症の臨床診断基準（2017年版）においてレビー小体型認知症と診断されている（McKeith, et al., 2017）こととした。睡眠医療センターの医師から上記の条件を満たした高齢者9名の紹介を受けた。

### D. 研究期間

2019年3月～2020年11月

### E. データ収集方法

データ収集は、診療録からの記録調査とインタビューを行った。診療録からの記録調査は、①年齢、②性別、③既往歴、④RBDの推定発症年齢、⑤初診から診断時までの経過、⑥RBDの診断年齢、⑦治療経過を収集した。インタビューは、半構造化面接法で行った。インタビューガイドは、研究参加者の基本情報（家族構成、一緒に寝ている

人の有無、現在治療中の他の疾患）、睡眠中に寝言や行動が出始めた頃から睡眠医療センターへの受診に至ったきっかけ（症状と頻度、思い、受診まで期間を要した場合の理由）、レム睡眠行動障害と診断を受けてどのように思ったかとした。1回のインタビュー時間は30～60分程度とし、研究参加者の許可を得たうえでICレコーダーに録音およびフィールドノートへの記録をした。

### F. データ分析方法

ICレコーダーに録音されたデータは、全て文字起こし逐語録を作成した。逐語録は、研究参加者の語りのみになるように場面の再構成を行い、必要に応じて言葉を補った。場面を再構成した全文章から、RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験の部分を文脈単位で切片化した。切片化した文脈は、意味内容を損なわないように注意し、要約してデータとした。データ化したものを意味内容の類似性に基づいて比較・分類し、サブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリーを比較・分類し、意味内容が共通するサブカテゴリーをまとめ、カテゴリー化した。次に、研究参加者個々のカテゴリーを比較し類似性を確認した。最後に、研究参加者全体のデータの類似性をみて比較・分類し、新たなカテゴリーが生成されなくなった時点で分析を終了し、最終的なカテゴリーとした。最終的なカテゴリーは、時系列に並べ大カテゴリーを生成した。

### G. 信用性・確証性の確保

研究の全分析過程では、質的研究に精通した研究者や質的研究の経験のある研究者、RBDの診療経験が豊富な医師よりスーパーバイズを受け、繰り返し検討を行った。加えて、データの解釈やカテゴリーの分類については、質的研究の経験のある看護師とディスカッションし、信用性・確証性を確保した。

### H. 倫理的配慮

研究参加者には、研究目的や研究方法、研究協力は自由意思であることを説明し、同意を得た。研究協力に同意した後でも、途中辞退や中止は可能であること、その場合でも研究参加者が不利益を受けないことを保証した。個人情報の保護について、個人や施設の特定ができないように、研究実施施設の名称、研究参加者は匿名化し、データと対応表は別の場所で保管した。この研究は、獨協医科大学看護研究倫理委員会の承認（看護30047）を得た。

### Ⅲ. 結 果

#### A. 研究参加者の概要

研究参加者は9名(男性6名, 女性3名)であり, 平均73.6歳(範囲: 67~83歳)だった(表1)。研究参加者が初めて症状を自覚した推定発症年齢は平均62.6歳(範囲: 58~68歳), RBDと診断された初診年齢は平均67.6歳(範囲: 60~72歳)であった。研究参加者のRBD推定発症から初診に至るまでの年数は平均約5年(範囲: 1~10年)だった。既往歴は, 8名が何らかの疾患を有しており, 1名はこれまで罹患した疾患はなかった。そのうち, 睡眠時無呼吸症候群を合併している研究参加者は2名おり, いずれも経鼻的持続陽圧呼吸療法(以下, CPAP療法)の治療を受けていた。RBDの治療法は, 8名が薬物療法だった。家族構成は, 独居2名, 核家族(夫婦のみ)5名, 大家族2名であった。

#### B. 分析結果

RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験について分析した結果, 113データ, 29サブカテゴリー, 12カテゴリー, 3大カテゴリーが抽出された(表2)。以下, 大カテゴリーごとに結果を示す。( )は大カテゴリー, 【 】はカテゴリー, < > はサブカテゴリーを示す。斜体は研究参加者の語りの代表例を示す。

##### 1. (悪夢を見て抵抗する体験)

(悪夢を見て抵抗する体験)は, 6カテゴリーから抽出さ

れた。この体験は, これまでなかった怖い夢を見て睡眠中に手足を動かし, 症状を自覚し始めた時期の体験である。

##### a. 【嫌な夢や死者と会話する夢を見る】

【嫌な夢や死者と会話する夢を見る】は, 7データ, 3サブカテゴリーから抽出された。この体験は, 過去の仕事で上司に怒られている嫌な夢や, 亡くなった身近な家族が出てくる夢を見るようになった体験である。

##### (1) <仕事で失敗する夢を見る>

<仕事で失敗する夢を見る>は, 過去に仕事をしていた時の上司から叱責を受けたり, 研究参加者自身が業務を失敗したりする夢を見た体験である。

得体のしれないものなんかは飛んでこないけど, 正月は現役時代(仕事)のことをよくみましたよ。今で言うパワハラってやつかな。いろんなことを上司に言われて, 怒られているっていうか。怒鳴られているっていうか, いい感じはしないよね。そんなのが正月は続きました。

##### (2) <死者が現れる>

<死者が現れる>は, 研究参加者の配偶者や兄弟, 仕事で遭遇した自殺者と夢で再会した体験である。

(亡くなった家族は弟さんかの確認の問い) そうですね。あと, (夢に出てくるのは亡くなった) 夫や私の姉ですね。「こっちにおいで」(あの世へ)と呼んでいるようで, 私はまだいかないよ(死なない)っていつも言うんです。

##### (3) <現実では起こらない夢を見る>

<現実では起こらない夢を見る>は, 現実で起こり得ない出来事の夢を見た体験である。

(電車の車掌をしていたけど, 線路がないところを走っている夢を見て) おお, すげえって。線路がないところ

表1 研究参加者の概要

研究参加者	年齢性別	初診年齢	推定発症年齢	既往歴	RBDの治療法	家族構成
A	83歳女性	72歳	68歳	子宮筋腫, 大腸がん, 糖尿病, 気管支喘息	薬物療法(クロナゼパム)	独居
B	71歳男性	64歳	63歳	なし	薬物療法(クロナゼパム, プラミペキソール)	妻, 息子夫婦, 孫
C	73歳女性	66歳	60歳	高血圧, 糖尿病, 睡眠時無呼吸症候群	経鼻的持続陽圧呼吸療法	夫
D	72歳男性	67歳	63歳	胃潰瘍, 胆石, 便秘	薬物療法(クロナゼパム)	妻
E	74歳女性	72歳	67歳	糖尿病, 腎盂腎炎, 白内障, 難聴	薬物療法(抑肝散)	息子夫婦, 孫
F	67歳男性	60歳	59歳	脂質異常症, 副鼻腔炎, 睡眠時無呼吸症候群, 左膿胸	薬物療法(抑肝散) 経鼻的持続陽圧呼吸療法	妻
G	77歳男性	71歳	65歳	虫垂炎, 前立腺肥大症	薬物療法(クロナゼパム)	妻
H	74歳男性	68歳	58歳	脂質異常症, 貧血, 鼠径ヘルニア, 胆嚢ポリープ	薬物療法(クロナゼパム)	独居
I	71歳男性	68歳	60歳	前立腺肥大症, 胆石, 鎖骨骨折	薬物療法(クロナゼパム)	妻
平均	73.6歳	67.6歳	62.6歳			

表2 RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験

サブカテゴリー (29)	カテゴリー (12)	大カテゴリー (3)
仕事で失敗する夢を見る 死者が現れる 現実では起こらない夢を見る	嫌な夢や死者と会話する夢を見る	
夢の中で大きな昆虫やヤクザに襲われ、怖い思いをする	夢の中で襲われ怖い思いをする	
夢の中で何かに追いかけれ必死に逃げる 夢を見て襲ってくるものを追い払ったり、振り払う 床を這って逃げ回る	何かに追いかけれ、夢の中で必死に逃げる	
睡眠中手足を動かし隣で寝ている人を叩く 睡眠中、ベッドから落ちたり物を投げる	怖い夢を見て、物を投げたり叩いて抵抗する	悪夢を見て抵抗する体験
家族の自殺をきっかけに睡眠中に大声で怒鳴る 殺されたり、襲われる夢を見ながら大声で怒鳴る ベッドから落ちて怪我をする	睡眠中に手足を動かし、怒鳴る	
睡眠中の打撲で手足にアザと痛みが残る 怖い夢や印象の強い夢を見た翌朝に疲労感が残る 睡眠中の言動で誰かに迷惑をかけているかもしれない 睡眠中の寝言で家族に迷惑をかける	怖い夢に引き起こされる言動が自他に危害を及ぼす	
夢の中での驚きや寝言で突然目が覚める 睡眠中の大声や手足の動きを家族から指摘される 睡眠中の寝言や身体の動きを自覚する	浅い睡眠と睡眠中の異常な言動を自覚する	
浅い眠り 寝具を変えたり、寝室を分ける 寝ぼけてふりまわさないよう、刃物をしまう 寝る前の思いや考えが睡眠中の暴言につながっていると捉える テレビや身の回りで起きた印象的な出来事が夢につながると捉える	自他への危害を回避するために対策をとる 夢につながる原因を自分なりに探る	睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験
悩みやストレスが怖い夢の原因と捉える 怖い夢や異常な言動の原因が分からず、思い悩む		
メディア情報から病気を疑い、病院受診を決断する 新たな症状やエスカレートする睡眠中の症状から病院受診を決断する 家族に促され、病院を受診する	受診を決める	受診を決める体験

走っていると。(笑顔)

**b. 【夢の中で襲われ怖い思いをする】**

【夢の中で襲われ怖い思いをする】は、5データ、1サブカテゴリーから抽出された。この体験は、夢の中で大きな昆虫や怖い存在と感じているものから襲われ、恐怖を感じた体験である。

(1) 〈夢の中で大きな昆虫やヤクザに襲われ、怖い思いをする〉

〈夢の中で大きな昆虫やヤクザに襲われ、怖い思いをする〉は、大きな蜘蛛やゴキブリ、ヤクザ、得体のしれないものから襲われ、恐怖を感じた体験である。

今でもいろんな夢を見ますよ。先ほど言った亡くなった家族の(夢)ときもあれば、蜘蛛が出てくるときや、ゴキブリがみえることもあります。面白いでしょ。(笑顔)ただの蜘蛛やゴキブリじゃないよ。これくらい(人間よりも大きいジェスチャーで)大きい。(夢に出てきたら)そりゃ怖いですよ。(笑顔)

**c. 【何かに追いかけれ、夢の中で必死に逃げる】**

【何かに追いかけれ、夢の中で必死に逃げる】は、7データ、3サブカテゴリーから抽出された。この体験は、動物や泥棒、正体がはっきりしないものから襲われたり追いかけて回され、夢の中で逃れようと行動した体験である。

(1) 〈夢の中で何かに追いかけれ必死に逃げる〉

〈夢の中で何かに追いかけれ必死に逃げる〉は、得体のしれないものや正体がはっきりしないものから追いかけて回される夢を見て、逃れようとして必死に逃げた体験である。

あんまり(その夢は)気持ちが良いもんじゃないですね。何に襲われたってのはあんまり覚えてないんですけど、何かから逃げるのに必死でね。

(2) 〈夢を見て襲ってくるものを追い払ったり、振り払う〉

〈夢を見て襲ってくるものを追い払ったり、振り払う〉は、何者かに襲われるような怖い夢を見て追い払うなど、

逃れようとして抵抗した体験である。

やっぱり怖い夢を見て、動物に襲われる夢や、泥棒を追いかける夢、それから攻撃される夢とかいろいろでした。

### (3) 〈床を這って逃げ回る〉

〈床を這って逃げ回る〉は、何かに襲われる夢を見て抵抗し、現実で床を這って逃げ回った体験である。

65歳のときから、夜中に夢を見て飛び起きて這い回ったり、いろいろしてみたいでした。多いときは週3回かな。

#### d. 【怖い夢を見て、物を投げたり叩いて抵抗する】

【怖い夢を見て、物を投げたり叩いて抵抗する】は、7データ、2サブカテゴリーから抽出された。この体験は、怖い夢を見て夢の中で抵抗し、結果的に現実で物を投げたり、隣で寝ている人を叩くなど、夢の中の動作が行動化したことに気付いた体験である。

##### (1) 〈睡眠中手足を動かし隣で寝ている人を叩く〉

〈睡眠中手足を動かし隣で寝ている人を叩く〉は、襲われるような怖い夢を見て抵抗した結果、実際に隣に寝ている妻や夫を叩いてしまった体験である。

それに、リビングのカーペットに寝ているときに急に起きだして、大声も出して、妻がなんか文句を言ってきたから、叩いたってことは聞きました。自分でも気づいたよ。その時、相手を叩く夢を見ていたからね。

##### (2) 〈睡眠中、ベッドから落ちたり物を投げる〉

〈睡眠中、ベッドから落ちたり物を投げる〉は、怖い夢を見て逃れようと必死に抵抗した結果、ベッドから転落したり、寝ている近くにある物を投げた体験である。

(家族は)妻と2人です。今は大丈夫ですけど、前はいろいろやらかしましたので。前に(寝ているときに)物を投げたことがあって、その時は迷惑かけたなって。そりゃいきなり飛んで来たら、びっくりするよね。今はないから大丈夫、だと思っ。(無意識なのかな)そう。全然、自分ではやった感覚はなくて、少したってから、なんかやっちゃったんだなって思ったよ。

#### e. 【睡眠中に手足を動かし、怒鳴る】

【睡眠中に手足を動かし、怒鳴る】は、7データ、2サブカテゴリーから抽出された。この体験は、怖い夢を見て必死に抵抗した結果、睡眠中に大声で怒鳴り、手足をバタバタと動かした体験である。

##### (1) 〈家族の自殺をきっかけに睡眠中に大声で怒鳴る〉

〈家族の自殺をきっかけに睡眠中に大声で怒鳴る〉は、兄弟が自殺をして悲しんでいる頃から、夢の内容が攻撃的になり、なぜか大声を出すようになったと認識した体験である。

(睡眠医療センターを受診したきっかけは、) えーとね。昔のことだからだんだんと忘れちゃうけど、72歳の時か

な、寝ているときに「テメー、この野郎」と暴言を吐くようになったんです(目を見開いて声を大きく)。17年前(66歳のとき)に私の弟が倒産や家庭の問題で自殺した過去のことを引きずって前向きになれなかった時期だったんだと思います。

##### (2) 〈殺されたり、襲われる夢を見ながら大声で怒鳴る〉

〈殺されたり、襲われる夢を見ながら大声で怒鳴る〉は、人や猛獣に殺されそうになり大声を出した夢を見て、現実でも夢に関連した大声を出していることを自覚した体験である。

以前は、なんか草原にいる動物に襲われる夢を見て、「きたー」って叫んでみたいですね。ついこの間、12月9日だったかな、草原にいる夢を見ましたよ。草原にいる猛獣がこっちに向かってきて、「きたー」って声を出しました。

#### f. 【怖い夢に引き起こされる言動が自他に危害を及ぼす】

【怖い夢に引き起こされる言動が自他に危害を及ぼす】は、16データ、5サブカテゴリーから抽出された。この体験は、襲われるような怖い思いをする夢を見て必死に抵抗した結果、身体を動かし外傷を負い、さらに他者には大きな寝言で迷惑をかけた体験である。

##### (1) 〈ベッドから落ちて怪我をする〉

〈ベッドから落ちて怪我をする〉は、夢の中で怒られている親戚を擁護しようと駆けつけようとした結果、ベッドから転落した体験である。

(特徴的な夢)だからね、夢の内容を覚えているの。家が実家で畳なの。私はベッドに寝てて(夢を)見ているわけだから、(夢で)姪を姉がすごく怒っているのを助けなくちゃって思い、それを私が止めようとして、それでベッドから飛び降りて、そこにテレビとか置いてあるからさ、ガチャって(音が)なったら、みんな(家族が)慌てて起きてさ。

##### (2) 〈睡眠中の打撲で手足にアザと痛みが残る〉

〈睡眠中の打撲で手足にアザと痛みが残る〉は、夢を見て知らぬ間に手足を動かし、ベッドのフレームや壁に手足を打撲して怪我をした体験である。

(ベッドから落ちてしまったの) そう、なんだか知らないうちに壁をはたいて、手にアザができていたり……。起きて手が痛いなって思ったら、そういえば夢でそういうこと(抵抗した体験)あったなって朝思い返すんですよ。

##### (3) 〈怖い夢や印象の強い夢を見た翌朝に疲労感が残る〉

〈怖い夢や印象の強い夢を見た翌朝に疲労感が残る〉は、大きな昆虫が出てくる悪夢などを見て、大声を出したり、

手足を激しく動かしたときは疲労感が残った体験である。

〈睡眠の質は〉夢の内容によりますね。先程も言ったように、(夢で) 暴言なんかを怒鳴っていたりすると、疲れますね。

(4) 〈睡眠中の言動で誰かに迷惑をかけているかもしれない〉

〈睡眠中の言動で誰かに迷惑をかけているかもしれない〉は、睡眠中に大声を出すことで、同居している家族や近隣住民に迷惑をかけていると推測した体験である。

それで私の声(寝言)が、隣の家に聞こえてしまうのではないかといつも思っています。

(5) 〈睡眠中の寝言で家族に迷惑をかける〉

〈睡眠中の寝言で家族に迷惑をかける〉は、睡眠中の大きな寝言や言動により、寝ている家族を起こし、迷惑をかけて申し訳なく思った体験である。

それと、寝言とか大声で迷惑はかけちゃったんでしょうね。妻の睡眠を妨害したかもしれませんね。

## 2. 《睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験》

《睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験》は、5 カテゴリーから抽出された。この体験は、睡眠中の言動を異常と捉え始め、自分なりに対処し始めた時期の体験である。

### a. 【浅い睡眠と睡眠中の異常な言動を自覚する】

【浅い睡眠と睡眠中の異常な言動を自覚する】は、20 データ、4 サブカテゴリーから抽出された。この体験は、これまで体験してきた睡眠中の言動を自覚し、異常と捉えた体験である。

(1) 〈夢の中での驚きや寝言で突然目が覚める〉

〈夢の中での驚きや寝言で突然目が覚める〉は、夢の中で何者かから攻撃を受けたり、夢の内容に大きな声を出すなど驚いて覚醒した体験である。

昔は、ここ(睡眠医療センター)の先生にお世話になる前は、(自分の) 声にびっくりして目が覚めたりとか。声出しているときは、自分がキャーとかなんか言うわけでしょう。それであまりに大きい声だったので、それで(気がついて)目が覚める。

(2) 〈睡眠中の大声や手足の動きを家族から指摘される〉

〈睡眠中の大声や手足の動きを家族から指摘される〉は、曖昧だった睡眠中の言動を一緒に寝ている家族から指摘され、明確に自覚した体験である。

60歳から大きな寝言を言うようになり、次第に手足を動かしていたみたいなんです。私は(大きな寝言や手足を動かしているのを)知りませんが。

(3) 〈睡眠中の寝言や身体の動きを自覚する〉

〈睡眠中の寝言や身体の動きを自覚する〉は、最初は睡

眠中の言動は分からなかったが、徐々に研究参加者自身で自覚できるようになった体験である。

手は動かしているみたい。自分でもこの間分かりました。寝言もありますね。

(4) 〈浅い眠り〉

〈浅い眠り〉は、悪夢を見たり睡眠中の言動により、睡眠が浅いのではないかと推測した体験である。

たぶんそう(眠りは浅かった)だと思うよね。自分ではちゃんと寝ているつもりだけど。

### b. 【自他への危害を回避するために対策をとる】

【自他への危害を回避するために対策をとる】は、6 データ、2 サブカテゴリーから抽出された。この体験は、怖い夢を見た際に言動を伴って抵抗することがあるので、現実での危害を最小限に抑えようと行動した体験である。

(1) 〈寝具を変えたり、寝室を分ける〉

〈寝具を変えたり、寝室を分ける〉は、睡眠中の言動と一緒に寝ている家族に迷惑をかけないようにするためや、研究参加者自身が手足を動かして外傷を負わないように対策した体験である。

(妻に) あまりにも声がうるさいのと、手が飛んできそうとかいって、(妻と) 別の部屋に寝ることにしたんです。(妻に) 迷惑かけちゃったみたいでね。

(2) 〈寝ぼけてふりまわさないよう、刃物をしまう〉

〈寝ぼけてふりまわさないよう、刃物をしまう〉は、悪夢を見て夢の中で抵抗しようと現実で刃物を振り回し、他者に危害を加えないように対策した体験である。

それと、(私が) 寝ぼけて刃物出すんじゃないか、と思って、刃物をしっかりしまってます(笑顔)。

### c. 【夢につながる原因を自分なりに探る】

【夢につながる原因を自分なりに探る】は、5 データ、2 サブカテゴリーから抽出された。この体験は、これまで体験してきた睡眠中の異常な言動の原因を探り、寝る前の思いや考えごと、身の回りの出来事が夢に出てきていると捉えた体験である。

(1) 〈寝る前の思いや考えが睡眠中の暴言につながっていると捉える〉

〈寝る前の思いや考えが睡眠中の暴言につながっていると捉える〉は、悪夢の内容を思い返し、寝る前の死者への思いや考えごとが睡眠中の言動と関連していると予測した体験である。

それから2年後(インタビュー時から15年前・68歳のとき)、自分で暴言を言っていること、しかも暴言というのは10代の時に言ってたような悪い言葉、バカヤローみたいなことを言っているのに(自分で) 気づいて、寝る前の考えごとをしたことが夢の内容に出てくるんだと分かったんです。

## (2) 〈テレビや身の回りで起きた印象的な出来事が夢につながると捉える〉

〈テレビや身の回りで起きた印象的な出来事が夢につながると捉える〉は、日常生活の中で何気なく観ていたテレビの内容のうち、印象的・刺激的なものが悪夢につながると推測した体験である。

あとはテレビで怖いのを観たりすると、それがもう（夢に出てくる）。テレビが大っ嫌いだから、もう。テレビなんか観たらすぐ、夢に出てくるよね。（テレビはどうして嫌いなのかの問い）だから、（テレビの）現実からのね、（夢に）つながっている部分があるよね。

### d. 【悩みやストレスが怖い夢の原因と捉える】

【悩みやストレスが怖い夢の原因と捉える】は、7データ、1サブカテゴリーから抽出された。この体験は、怖い夢につながる原因を探った結果、現実での悩みやストレスにより悪夢が引き起こされていると認識した体験である。

#### (1) 〈悩みやストレスが怖い夢の原因と捉える〉

〈悩みやストレスが怖い夢の原因と捉える〉は、日常生活の中で抱える悩みやストレスを消化できず、それらが悪夢につながっていると捉えた体験である。

イライラしちゃっているときにはお酒が進んじゃったりして、あんまり意味がないことが多いんだけどね。正月なんかはやっぱりお酒が進んだから、症状が出たってことも関係しているんだろうね。

### e. 【怖い夢や異常な言動の原因が分からず、思い悩む】

【怖い夢や異常な言動の原因が分からず、思い悩む】は、3データ、1サブカテゴリーから抽出された。研究参加者は、怖い夢につながるのが悩みやストレスだと捉えたが、はっきりとした原因は分からず、思い悩む体験である。

#### (1) 〈怖い夢や異常な言動の原因が分からず、思い悩む〉

〈怖い夢や異常な言動の原因が分からず、思い悩む〉は、これまで体験してきた悪夢や異常な言動の原因について推測するが断定するには至らず、思い悩んだ体験である。

（夢からスタートしてる感覚はあったのかは、）最初は分からなかったけど、夢を見て声を出したり、手足をバタバタさせたりで、きっかけは夢なんだと。夢を見ないわけにはできないから、どうしようかなって。なんだかいろいろ思いましたね。しばらく悩んではいたんですよ。病院に行く前まで。

## 3. (受診を決める体験)

〔受診を決める体験〕は、1カテゴリーから抽出された。この体験は、睡眠中の言動を病気と認識した時期の体験である。

### a. 【受診を決める】

〔受診を決める〕は、12データ、3サブカテゴリーから抽出された。研究参加者が、これまで思い悩まされてきた悪夢や睡眠中の異常な言動を病気だと予測し、受診行動に移した体験である。

#### (1) 〈メディア情報から病気を疑い、病院受診を決断する〉

〈メディア情報から病気を疑い、病院受診を決断する〉は、何気なく観ていたテレビ番組や新聞記事の内容を自分事だと認識し、病院受診を決断した体験である。

新聞を見たときははっとなりましたよ。これは私のことだって。

#### (2) 〈新たな症状やエスカレートする睡眠中の症状から病院受診を決断する〉

〈新たな症状やエスカレートする睡眠中の症状から病院受診を決断する〉は、夢の内容が攻撃的になり、睡眠中の言動が激しくなっていくことに異変を感じ、病院受診を決断した体験である。

次第に（症状が）エスカレートして、喧嘩をするような言葉を言ったり、殴るや、足をバタバタさせていたのが続いたんです。これはおかしいなってのをずっと思ってたんです。

#### (3) 〈家族に促され、病院を受診する〉

〈家族に促され、病院を受診する〉は、一緒に寝ている家族から睡眠中の言動やいびきが異常であると指摘され、病院受診を決めた体験である。

そしたら、娘がね、E地方のF市ってところにおいて、泊まり行ったときに、やっぱりそこで（睡眠中に）声出したらしいのね。私は（声を出しているのを）気が付かなかったけど。もう何回も（病院に）行きな、行きなって（娘に）言われたけど、そんな（行かなくて）いいよって、（病院に）行かなかったの。そしたら、私が知らない間に、全部遠くにいる娘ともう一人がO市にいるんですけど、2人で相談して、私が知らない間に、病院を予約して、そんなでもう片方はその日に病院に連れて行くっていう感じで、やって（病院に行つて）。もう（受診からは）逃げられないから。（後略）

## IV. 考 察

### A. RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験

RBDの特徴的な症状には、睡眠中の悪夢がある。今回の研究参加者も夢の中で何かに襲われ必死で逃げたり、死者と会話する体験をしていた。これらの体験は、全て夢に支配された体験であり、〔悪夢を見て抵抗する体験〕と考



えられる。(悪夢を見て抵抗する体験)は、悪夢と悪夢によって引き起こされる異常な言動を伴う体験と、異常な言動によって自分自身や他者に怪我を負わせるなど迷惑をかける体験によるものであった。通常RBDの悪夢は、夢の中で見知らぬ人物や動物と対決するなどの暴力的で不可解な内容が多いと言われている(ICSD-3, p.182)が、今回の研究で新たに長い人生の中で起こった死別の体験や就労中の嫌な体験が悪夢として語られた。これらの語りは、研究参加者の脳裏に残る思いや感情から引き出されたものであり、長い人生の中で今なお心に刻まれた思いと捉えることができる。小川(2015)は、人間が恐怖感や不快感を抱く夢を見るメカニズムは解明されていないが、日中におけるストレスや体験などの嫌な事柄が関係し悪夢になると指摘している(p.489)ことから、過去の体験やストレスも悪夢につながると考えられる。このことから、研究参加者は、過去の印象的な出来事や辛い体験などを後悔や気がかりとして抱え、整理できずに生活していることも悪夢につながることが明らかになった。

その後、研究参加者は、見続ける悪夢と悪夢によって引き起こされる異常な言動に対処できずに思い悩む体験をしていた。これらの体験は、悪夢の解決策が見出せず、(睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験)と考えられる。(睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験)は、研究参加者が悪夢の原因を探索し自他への危害の対策を施すが、改善がみられないことによる体験であった。研究参加者は、悪夢や睡眠中の異常な言動を病気の症状となかなか認識することができずに平均約5年間経過し、中には10年症状に思い悩んでいた参加者もいた。その要因として、RBDの認知度が低く、病気と認識できなかったからだと考える。RBDは、1986年にSchenck, Bundlie, Ettinger, & Mahowaldが夢体験に支配された行動を示す5例の患者を報告し、後に1990年の睡眠障害国際分類第1版に収録された、比較的歴史の浅い疾患である。そのため、研究参加者は悪夢や睡眠中の異常な言動が病気の症状だとは知らずに平均約5年間思い悩み続けていたと考える。この間、研究参加者と家族は、悪夢や異常な言動をなかなか「異常」とは捉えられず、身体の異変や病気と認識できなかったと考える。Mishel(1988)は、「個人が病気に関与する出来事の意味を決定できない認知状態」を「不確かさ」としている。Mishelは不確かさ理論の中で、「十分な手掛かりが欠如しているために、人が病気にかかわる出来事を適切に構造化または分類できない時に、不確かさが生じる」と述べている(鈴木・山口, 2015, p.463)。今回の研究参加者も、RBDに関する知識や情報を有しておらず、悪夢や睡眠中の異常な言動が病気の症状だと認識できずに受診に数年間を要していることから、この間に不確かさを抱えながら生

活していたと考えられる。さらに、研究参加者はこの不確かさを解消する行動として、悪夢につながる原因を自分なりに探り、自他への危害を最小限にする対策をとるよう行動していた。Mishelが「危険と評価された不確かさは、不確かさの減少と、不確かさのコントロールへ向けた対処(コーピング)を促す」と述べているように、研究参加者は、不確かだと思っていた悪夢や睡眠中の異常な言動を徐々に危険と判断し、対処行動をとっていたと考える。これらのことから、先行研究で明らかにされていないRBD高齢者が悪夢と悪夢によって引き起こされる異常な言動に思い悩む様相が明らかになった。

悪夢に思い悩んできた研究参加者は、悪夢や睡眠中の言動に関する情報が得られたことで病気を推測し、病院受診を決断する体験をしていた。この体験は、(受診を決める体験)と考えられる。(受診を決める体験)は、悪夢や悪夢によって引き起こされる異常な言動が病気の症状と認識できた体験によるものである。中神・明石(2010)は、「症状を自覚した患者は、今までの経験・知識と相談や検索などで得られた新たな情報を用い、自分の身体を調べて何らかの病気を予測する」(p.17)自己診察の概念を報告している。しかし、今回の研究参加者は、RBDに関する経験や知識を有しておらず、日中の自覚症状がなかったことから病気と認識することができず、中神・明石のいう自己診察には至ることができなかったと考える。RBDは認知度の低い疾患で有病率が低いことから、今回の参加者にとって新たな情報を得たことは受診を決めるきっかけになったと考えられる。また、研究参加者は、一緒の部屋に寝ている家族からの後押しもあり、病院受診につながった例もある。原田・大籠・安孫子・山根(2015)は、家族が若年認知症の発症に気付いてから受診に至るまでの対処の中で、【不安をもちながらようすをみる】、【情報収集する】、【相談先、受診先を探す】があると報告している(p.733)。今回の研究参加者の家族は、研究参加者のエスカレートする異常な言動を観察し続け様子を見たが、その異常な言動の正体が分からず、病気と認識できなかったと考える。今回の研究参加者は、平均約5年で病院受診に至っていたが、高齢者が睡眠中の異常な言動を単なる「寝ぼけ」と認識してしまう可能性もある。このことから、悪夢や異常な言動が病気の一つの症状と認識できるように、RBDの啓発が必要であることが示唆された。

## B. RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験のプロセス(図1)

RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験は、夢の中で何かに襲われ必死で逃げたり、死者と会話することで睡眠中の言動につながり、(悪夢を見て抵抗する体験)をしてい

た。その後、RBD高齢者は、悪夢と睡眠中の言動への為す術がなく(睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験)をし、この2つの体験は平均約5年間繰り返して続いていた。最後に、RBDに関する情報を得たことで(受診を決める体験)に至った。これらにより、RBD高齢者が見続ける悪夢に思い悩みながら、病院への受診に至るまでの体験が明らかになった。

### C. 看護への示唆

研究参加者は、長い人生の中での後悔や気がかりを抱え、それらを寝る前に考える、あるいは無意識に夢で引き出されることで悪夢を見ていた。第一に看護師は、研究参加者の悪夢につながる後悔や気がかりを傾聴し、過去の出来事を意味づけ、乗り越えられるように支援していく必要があると考える。過去の出来事を意味づける方法の一つにライフストーリーの聴取がある。ライフストーリーは、「高齢者個人が主體的にとらえた自己の人生の歴史、現在および未来のあり方を本人が自らのことばによって意識的にまとめ、聞き手に対して表現した語り」(原, 2008, p.23)であり、過去の出来事や思いの整理につながる有用なケアと考える。研究参加者は、悪夢を見る原因として寝

る前に考えごとをしたり悩みごとを抱えていたりしていたことから、日常的にRBD高齢者のライフストーリーを聴取し、特に後悔や気がかりが整理できるような看護支援が必要だと考える。

また、研究参加者は、悪夢や睡眠中の異常な言動を病気の症状だと認識できずに数年が経過していた。この期間を短くするため、RBDについての啓発活動が必要だと考える。加えて、高齢者は慢性疾患や複数の老年症候群を抱えていることが多く、病院やクリニック等に受診する機会がある。その際、外来の看護師は受診の契機になっている疾患だけでなく、食事や睡眠・活動などの日常生活全般に目を向け、意図的に情報収集をすることで、異常な睡眠障害としてのRBDの早期発見につなげることができると考える。

### D. 研究の限界と課題

本研究は、RBDの診断を受け、睡眠医療センターの外れに通院している65歳以上の高齢者を対象とし、RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験を明らかにした。研究参加者は、睡眠医療センターに通院する高齢者9名であり、一般化には限界がある。今後、研究参加者の性別や家族構

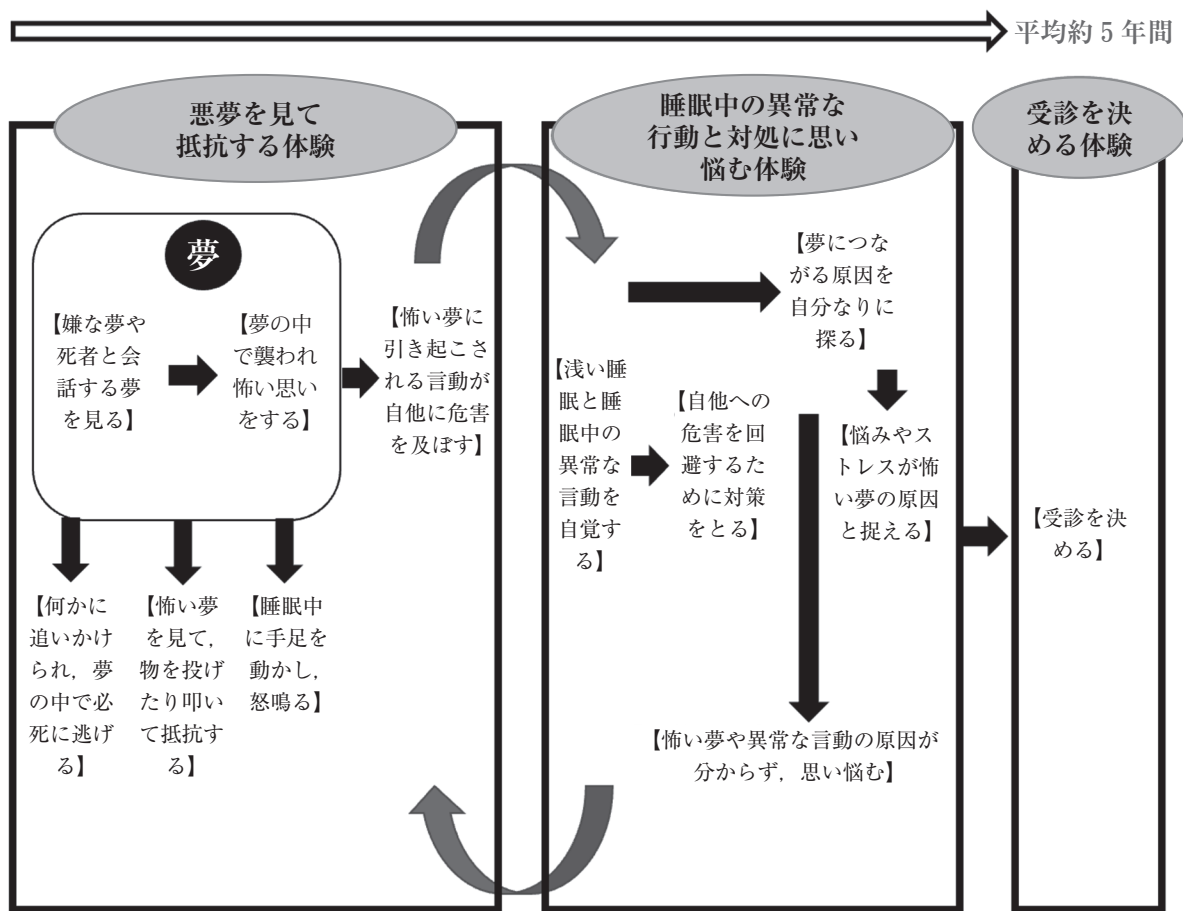


図1 RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験のプロセス

成, RBDの治療法を考慮し, 継続的に研究していく必要があると考える。また, 今後我が国では独居高齢者の増加が見込まれており, 他者から睡眠中の様子を指摘されない独居高齢者のRBDを早期発見するための検討も必要だと考える。

本研究は, RBD高齢者を対象としたが, RBD以外でもこれまでの人生の後悔や気がかりを抱え悪夢を見続ける高齢者がいると考える。今後, RBDに限らず悪夢を見続ける高齢者を対象に, 悪夢の要因や支援方法を検討していくことも意義があると考えられる。

## 結 論

RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験を明らかにすることを目的とした。インタビュー内容を質的記述的に分析した結果, 以下の知見を得た。

1. RBD高齢者の病院受診に至るまでの体験は, 《悪夢を見て抵抗する体験》, 《睡眠中の異常な行動と対処に思い悩む体験》, 《受診を決める体験》の3つから構成された。本研究により, RBD高齢者が見続ける悪夢に思い悩みながら, 病院への受診に至るまでの体験が明らかになった。
2. 看護師は, RBD高齢者の悪夢につながる後悔や気がかりを傾聴し, 過去の出来事を意味づけ, 乗り越えられるように支援していく必要性があると示唆された。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり, RBDを発症してからの体験を振り返って語っていただきました研究参加者の皆様に心より感謝申し上げます。また, A大学病院の看護部長, 睡眠医療センターのスタッフの皆様に感謝申し上げます。

なお, 本論文は獨協医科大学大学院看護学研究科の課題研究論文の一部に加筆・修正を加えたものである。本研究の一部を日本看護研究学会第47回学術集会で発表した。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

American Academy of Sleep Medicine. (2014) / 日本睡眠学会診断分類委員会 (2018). *睡眠障害国際分類* (第3版). (pp.181-186).

東京: 日本睡眠学会。

- 原 祥子 (2008). 老年看護実践におけるライフストーリー・アプローチの可能性. *老年看護学*, 12(2), 23-27.
- 原田小夜, 大籠広恵, 安孫子尚子, 山根 寛 (2015). 若年認知症者と家族の発症に気づいてから受診に至るまでの対処. *日本認知症ケア学会誌*, 13(4), 729-738.
- 前田 均, 吉岡資朗, 桜井淳子, 植田真理, 秋山祥子 (2011). 市中の睡眠医療センターで観察されたレム睡眠行動障害28例の臨床的検討. *兵庫県医師会医学雑誌*, 53(2), 11-17.
- McKeith, I.G., Boeve, B.F., Dickson, D.W., Halliday, G., Taylor, J.-P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C.G., Bayston, A., Beach, T.G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A., Duda, J.E., El-Agnaf, O., Feldman, H., Ferman, T.J., Ffytche, D., Fujishiro, H., Galasko, D., Goldman, J.G., Gomperts, S.N., Graff-Radford, N.R., Honig, L.S., Iranzo, A., Kantarci, K., Kaufer, D., Kukull, W., Lee, V.M. Y., Leverenz, J.B., Lewis, S., Lippa, C., Lunde, A., Masellis, M., Masliah, E., McLean, P., Mollenhauer, B., Montine, T.J., Moreno, E., Mori, E., Murray, M., O'Brien, J.T., Orimo, S., Postuma, R.B., Ramaswamy, S., Ross, O.A., Salmon, D.P., Singleton, A., Taylor, A., Thomas, A., Tiraboschi, P., Toledo, J.B., Trojanowski, J.Q., Tsuang, D., Walker, Z., Yamada, M., & Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88-100.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- 三島和夫 (2017). 高齢者の睡眠障害. *老年精神医学雑誌*, 28(4), 335-340.
- Miyamoto, T., & Miyamoto, M. (2018). Phenoconversion from Idiopathic Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder to Lewy Body Disease. *Movement Disorders Clinical Practice*, 5(5), 506-511.
- 中神克之, 明石恵子 (2010). 症状出現からがん発見までにおける術前消化器がん患者のヘルス・リテラシーの発揮. *日本看護科学会誌*, 30(3), 13-22.
- 中木高夫, 谷津裕子, 神谷 桂 (2007). 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. *日本赤十字看護大学紀要*, 21, 42-54.
- 小川景子 (2015). 夢の発生メカニズム. *睡眠医療*, 9(4), 485-490.
- Olson, E.J., Boeve, B.F., & Silber, M.H. (2000). Rapid eye movement sleep behaviour disorder: demographic, clinical and laboratory findings in 93 cases. *Brain*, 123(3), 331-339.
- 小曾根基裕, 島崎勇人 (2018). 1. 加齢による睡眠・概日リズムの変化. *Geriatric Medicine*, 56(1), 7-10.
- Postuma, R.B., Berg, D., Stern, M., Poewe, W., Olanow, C.W., Oertel, W., Obeso, J., Marek, K., Litvan, I., Lang, A.E., Halliday, G., Goetz, C.G., Gasser, T., Dubois, B., Chan, P., Bloem, B.R., Adler, C.H., & Deuschl, G. (2015). MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 30(12), 1591-1601.
- Schenck, C.H., Bundlie, S.R., Ettinger, M.G., & Mahowald, M.W. (1986). Chronic behavioral disorders of human REM sleep: A new category of parasomnia. *Sleep*, 9(2), 293-308.
- 新村 出 (2008). *広辞苑* (第6版). 1676, 東京: 岩波書店.
- 鈴木真知子, 山口未久 (2015). マールH. ミシュル: 不確かさ. 筒井真優美 (編), *看護理論家の業績と理論評価* (pp.460-475). 東京: 医学書院.
- 竹内 暢, 内村直尚, 小鳥居湛, 前田久雄 (2002). レム睡眠行動障害における患者背景の検討. *精神医学*, 44(11), 1241-1245.

2023年5月7日受 付  
2023年12月25日採用決定

# Experiences Leading up to Hospital Visits for Elderly Individuals with REM Sleep Behavior Disorder

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(4), 765-775  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231225240>

Kazunari Morishima, MSN, RN<sup>1</sup>, Shoko Kaneko, MSN, RN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Japanese Red Cross Mito Hospital, Nursing Department, Ibaraki, Japan

<sup>2</sup>Dokkyo Medical University, Graduate School of Nursing, Tochigi, Japan

## Abstract

**Objective:** To elucidate the experiences leading up to hospital visits for elderly individuals diagnosed with REM Sleep Behavior Disorder (RBD). **Methods:** A 30- to 60-minute semi-structured interview was conducted with nine outpatients aged 65 years or older, all diagnosed with RBD and attending an outpatient clinic at a sleep medicine center. The digitized data were compared and classified based on the similarity of semantic content, and then subcategorized and categorized. The final classifications were arranged in a chronological order to generate large categories. **Results:** The experiences leading up to hospital visits for the elderly with RBD consisted of three categories: “Nightmares and resistance,” “Concerns about behavior and coping during sleep,” and “Decision to see a doctor.” **Conclusions:** This study shed light on the experiences of elderly people with RBD, particularly their distressing encounters with nightmares leading up to the hospital visit. It is recommended that nurses should actively listen to the regrets and worries of elderly individuals with RBD, offering meaningful insights into past events and providing support to facilitate improvement.

## Key words

elderly, sleep disorder, REM sleep behavior disorder, experience leading up to hospital

---

**Correspondence:** K. Morishima. Email: [k.morishima1010@gmail.com](mailto:k.morishima1010@gmail.com)



# 攻撃性マネジメントトレーニングに 参加する精神科看護師の 優位－劣位関連特性と攻撃性に関する研究

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 777-788  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240112239>

木下愛未, 下里誠二

信州大学学術研究院保健学系

## 要 旨

目的：患者の攻撃性マネジメントにおいて重要となる，看護師の優位－劣位関連特性を3群（優位群，一般群，劣位群）に分け，攻撃性（特性的攻撃，状況的攻撃）との関連について，基本属性を踏まえて検討した。方法：攻撃性マネジメントトレーニング受講者を対象に質問紙調査を実施し，性別，優位－劣位関連特性を説明変数，年齢，経験年数，攻撃性を目的変数として，対応のない二要因の分散分析を行った。結果：574名の回答を分析した。経験年数が短ければ劣位に立って敵意を持ち，長ければ優位に立って敵意を持ちにくかった。男性看護師は，劣位群の攻撃性が高く，女性よりも身体的攻撃の得点が高かった。女性看護師は優位でも劣位でもない平均的な援助を行う群（一般群）の攻撃性が高く，年齢が男性の一般群よりも高かった。結論：属性や優位－劣位関連特性の違いによって攻撃性にも違いが示されることが明らかとなった。

## キーワード

精神科看護師，優位－劣位関連特性，攻撃性，性差，対人円環モデル

責任著者：木下愛未. Email: [akinoshi@shinshu-u.ac.jp](mailto:akinoshi@shinshu-u.ac.jp)

## はじめに

精神科で起こる暴力は常に大きな問題とされている。精神科看護師が入院患者から身体的攻撃や言語的攻撃を受けると，怒り，絶望，恐怖などの否定的感情を抱き，患者への敵意を背景とした強制的な介入に結びつく（Farrell, Shafiei, & Salmon, 2010；Jalil, Huber, Sixsmith, & Dickens, 2017）。すると患者は，看護師の行動の背景にある否定的感情を敏感に察知し，強制的な介入への強い抵抗として攻撃行動を起こす（Nijman, 2002）。このように患者の攻撃行動の背景には患者－看護師間の権力闘争（power struggles）の問題が生じていることが多い（Secker, et al., 2004）。権力闘争は，人間関係上の優位性－劣位性という支配－被支配の構造から生じ，結果として患者と看護師間の対立関係を深めてしまう。とりわけ強制的な介入は，社会的影響力や社会的相互作用の観点から攻撃の一形態として捉えられており（Tedeschi & Felson, 1994），立場が優位な者による攻撃行動とされる。これらを踏まえると，患者の攻撃性マネジメントを行う上では，患者の暴力や攻撃性を直接ケアする看護師の，「攻撃性」と，「優位性」「劣位性」を理解することが必要になる。ところが看護援助上の

これらの特性は，従来，経験的に語られてきただけで実証的な研究は少ない。患者の攻撃事象に対する看護師の態度やマネジメント様式に関する研究報告は，ことにアジア圏で不足していることが課題として指摘されている（Valimäki, et al., 2022）。

このような中，近年，対人円環モデル（Interpersonal Circumplex model：IPC）の構造を用いて，看護師が患者に対して提供する行動のパターン（看護援助特性）としての優位性と劣位性を明らかにする試みがなされ始めた（木下・下里，2020）。それによれば，看護師の管理的で患者に従ってもらうような特性を管理的な援助特性（優位性），患者からよく思われたいという情緒不安定さから患者に調和するような特性を従属的な援助特性（劣位性）という（木下・下里，2020）。IPCはKaiser Foundation research projectによる研究成果を起源に持ち（Leary, 1957；橋本・小塩，2016），概念的にも数学的にも支持されていることから，欧米では対人特性研究や精神療法の分野にも広く活用されている（Plutchik & Conte, 1997/2019）。対人特性とは，「あるタイプの対人行動（例えば，攻撃）に向かう個人の傾向あるいは対人スタイル」（大湖・堀毛，1996，p.24）のことであり，IPCは対人特性を測定することがで

きる。IPCは、対人特性を直交座標上に16ないし8角形として円環上に類似構造を示し、隣り合う因子同士は正に相関し、原点を挟んで対極に位置する因子同士は負に相関する。そのため「優位性」「劣位性」という、対極する特性を同時に扱うことが可能であり、円環上の各因子のベクトル和によって、優位性から劣位性までを軸（優位-劣位関連特性）として連続性を持った測定が可能である（Leary, 1957）。このようなIPCの性質を利用することで、患者の攻撃事象に対する看護師の優位-劣位関連特性について、攻撃性や、属性などの影響要因との関連を明らかにできる。

看護師の攻撃性と属性に関して、渋谷・高橋（2015）は、特定の地域にある精神科病院の看護師を対象に調査し、看護師の怒りの表出では、男性は女性に比べて精神科経験年数の影響を受けやすく、身体的攻撃に向かいやすいことを示した。Shimosato & Kinoshita（2018）は、患者の攻撃性マネジメントトレーニングを受講する全国の精神科看護師を対象に調査し、女性は年齢と経験年数、看護師の特性的な攻撃性が、患者の攻撃性に対する怒り（状況的な攻撃性）の程度に影響していたが、男性は経験年数が影響していたものの、年齢との関連は示されなかったと報告している。このように、属性（年齢、経験、性別）と看護師の攻撃性（特性的・状況的）との関連について一致した見解はない。一方、優位-劣位関連特性に関しては、優位性と看護師の属性（年齢、経験、性別）との関連について一定の見解は示されていないとされ（Al-Maraira & Hayajneh, 2020；Doedens, Vermeulen, Boyette, Latour, & de Haan, 2020）、劣位性との関連も検証されていない。

そこで本研究は、患者の攻撃事象に対する看護師の態度について明らかにするために、Shimosato & Kinoshita（2018）に倣って、患者の攻撃性マネジメントトレーニングを受講する精神科看護師を対象とした。患者の暴力や攻撃性に関する事象に対応するのは、年齢の若い（渋谷, 2005, p.15）、男性看護師であることが多く（下里, 2011）、先行研究では男性看護師が身体的暴力のリスクが高い部署に配置されやすいといわれている（Edward, et al., 2016）。ところが男性看護師は女性看護師よりも研究報告のデータ数が少ない（Edward, et al., 2016）。そこで攻撃性マネジメントトレーニングを受講する看護師を対象とすれば、若い男性看護師の割合が高く（Kinoshita & Shimosato, 2022）、一般的な精神科看護師を無条件に対象とするよりも、直接患者の攻撃性をマネジメントし、ケアを提供する立場の看護師を対象にできると考えた。これらの看護師の援助における優位-劣位関連特性と、看護師の特性的攻撃（看護師個人が持つ性格傾向としての攻撃性）、状況的攻撃（患者の攻撃行動を受けて生じる看護師の攻撃性）との関

連について、性差を考慮して検討した。その際、影響要因として年齢と経験年数の関係も明らかにすることを目的とした。

本研究は、患者の攻撃性に対峙した時に看護師に起こりやすい攻撃性や優位-劣位関連特性を把握することで、不適応的なケアにつながらないような方略を検討するための一助とするものである。

## I. 用語の操作的定義

**攻撃性**：攻撃性は暴力の心的機能である（大淵, 2011, pp.12-13）。本研究では性格特性としてのいわゆる個人の傾向である攻撃性を「特性的攻撃」とし、看護場面での状況的攻撃性を「状況的攻撃」とした。

**優位性**：患者より自分（看護師）が上であると感じ、自己顕示的で、自信に満ちており（橋本・小塩, 2016）、管理的で厳格な行動をとり、患者に従ってもらおうなどの行動を示す特性である（木下・下里, 2020）。

**劣位性**：患者より自分（看護師）が下であると感じ、従順で患者の顔色を窺い、患者に従うなどの行動を示す特性である（木下・下里, 2020）。

**優位-劣位関連特性**：看護師の援助における行動の特性を優位-劣位の側面から特徴づけたものである。優位性から劣位性までを含み、その中間にある、優位性も劣位性も高くない、看護師の多くが示す平均的な特性をも含む。

## II. 概念枠組み

看護援助の優位-劣位関連特性は、個人要因（性別、年齢、経験年数、特性的攻撃）と状況要因（状況的攻撃）との関連があることを仮定した。看護師の状況的攻撃は、状況に応じた攻撃性の認知的側面や道具的側面を測定するのに適した尺度がなく、情緒的側面のみを扱った。優位-劣位関連特性と攻撃性との関連では、優位性には自信などの側面（木下・下里, 2020）があるものの、優位性が高ければ（優位群）、患者に応諾を求めたり強制をしたりしやすいため（Tedeschi & Felson, 1994）、道具的攻撃性が高いと考えた。劣位性が高ければ（劣位群）、アサーティブネスが弱く、フラストレーションが溜まりやすいため（Williams & Barlow, 1998/2007）、情緒的・認知的攻撃性が高いことが想定された。さらに本研究ではこれまで攻撃性の理論の中で語られてこなかった、優位性も劣位性も高くない場合（一般群）も検証の対象とし、一般群の攻撃性は低いと考えた。

これらの仮説から概念枠組みを構成した（図1）。

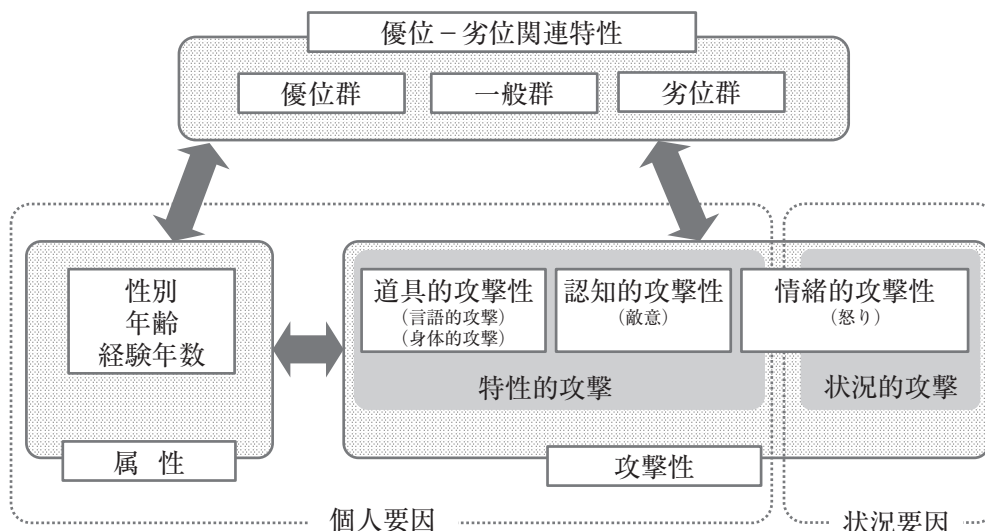


図1 本研究の概念枠組み

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

質問紙を用いた横断的研究デザインとした。

#### 2. 研究対象者の選定

攻撃性マネジメントトレーニングの受講者として、地域の偏りがないように、全国各地で開催されている包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Program：CVPPP）トレーナー養成研修を受講する者とした。この受講者の多くは看護師で、9割以上に被暴力経験があり（Kinoshita & Shimosato, 2022）、攻撃的な行動を伴う状況に介入する機会が多い集団であることから（Shimosato & Kinoshita, 2018）、研究対象者として適切であると考えた。

日本こころの安全とケア学会が認定し、2018年に日本全国の精神科病院や精神科に関連する団体が開催したCVPPPトレーナー養成研修の参加者1,106名を対象に調査を実施した。得られた回答から看護師の回答のみを抽出し、分析に用いた。なお、本研究では男性看護師、女性看護師と表現する場合はすべて精神科の看護師を対象としている。

#### 3. データの収集方法

CVPPPトレーナー養成研修を取りまとめている日本こころの安全とケア学会事務局に説明文書と質問紙を送付し、各研修開催団体の管理者に配布・回収を依頼した。研修管理者によって、参加者全員に調査の説明がなされ、自由意思による同意を得た。アンケートが研修内容に反映されたり、回答を強制されたりすることがないように匿名と

し、研修前に記入し、研修後に研修管理者が回収した。アンケート用紙は、回収後、研究者に郵送してもらった。

#### 4. 調査内容

##### (1) 基本属性

性別、年齢、経験年数、被暴力経験、研修の受講動機とした。

性別、年齢、経験年数は、優位-劣位関連特性や攻撃性に関連すると仮説を立てた属性である。性別については、自身の性別の認識に従って回答してもらった。被暴力経験、受講動機は、説明変数として用いないものの、本研究が患者の攻撃事象に対する看護師の態度に関するものであるから、対象者の特徴を把握するために攻撃事象の曝露として回答を求めた。

##### (2) 援助上の優位-劣位関連特性の測定

看護師の援助上の優位-劣位関連特性の測定には、精神科看護援助特性質問紙（Interpersonal Circumplex for Psychiatric care：IPC-PC）を用いた（木下・下里, 2020）。IPC-PCは32項目8因子の自己評価尺度で、「全く当てはまらない」（1点）から「非常に当てはまる」（5点）までの5件法で回答を求めた。IPC-PCの8因子は、優位性の中心である「管理」、優位性に親和性が含まれる「自己肯定」、優位性に拒否性が含まれる「利己」、劣位性の中心である「従属」、劣位性に親和性が含まれる「寛容」、劣位性に拒否性が含まれる「自己否定」、それから優位-劣位関連特性には関与しないが親和性の中心である「確信」、拒否性の中心である「拒否」である。IPC-PCの各因子のCronbach's  $\alpha$  係数は.51～.79であり（木下・下里, 2020）、許容できる安定性と内部一貫性が示されている。

IPC-PCはIPCの一つであり、優位-劣位関連特性の得



点は、Wiggins, Phillips, & Trapnell (1989) の Dominance 得点を用いて算出した。これは標準化された優位性と劣位性のベクトル和を求めるものであり、得点が高いほど優位性が高く、得点が低いほど劣位性が高いことを示す。

優位-劣位関連特性得点 (Dominance 得点) =  $(.3) \sum_{i=1}^8 Z_i \sin \theta_i$

$Z_i$  は  $i$  番目の下位尺度得点 (「管理的看護援助」を 1 として反時計回りに順に 1, 2, 3 …… とする) の標準化得点を示す (橋本・小塩, 2016)。

優位-劣位関連特性得点 (Dominance 得点) を算出するために必要なのは、IPC-PC 「管理」「利己」「自己否定」「従属」「寛容」「自己肯定」の 24 項目 6 因子のみである。しかし、尺度の各質問項目の回答内容が相互に影響し合っている可能性を考慮し、さらに尺度の信頼性として円環構造の確認を行うため、尺度を構成する 32 項目 8 因子のすべてを質問項目に含めた。

### (3) 攻撃性の測度

看護師の特性的攻撃は、Buss-Perry Aggression Questionnaire (以下、BAQ) 日本語版 (安藤ほか, 1999) を用いて測定した。BAQ は 24 項目 4 因子の自己評価尺度で、「まったく当てはまらない」(1 点) から「非常に当てはまる」(5 点) までの 5 件法で回答を求めた。BAQ は、参加者の個人的な特性として、「たいした理由もなくかつとなることがある」などの攻撃性の情緒的側面である「短気」(5 項目)、「私を嫌っている人は結構いると思う」などの認知的側面である「敵意」(6 項目)、「誰かに不愉快なことをされたら、不愉快だとはっきり言う」などの道具的側面である「言語的攻撃」(5 項目)、「人をなぐりたいという気持ちになることがある」などの「身体的攻撃」(6 項目) の 4 つの因子に基づいて、攻撃性の複数の側面を測定する。BAQ の各因子の Cronbach's  $\alpha$  係数は .70 ~ .81 であり (安藤ほか, 1999)、許容できる安定性と内部一貫性が示されている。

看護師の状況的攻撃は、Shimosato & Kinoshita (2018) の怒り感情喚起場面での怒りの強さ (以下、怒りの強さ) を用いて測定した。怒りの強さは 16 項目の自己評価尺度である。怒りの強さは、看護師が怒り感情を喚起するような、患者の攻撃行動として、「物を投げつけられる」などの身体的要因による怒りの強さ (4 項目) と、「怒鳴られる」、「無視される」などの非身体的要因による怒りの強さ (12 項目) の 2 要素から測定するものである。怒りを「全く感じない」(1 点) から「非常に強く感じる」(7 点) までの 7 件法で回答を求めた。怒りの強さの Cronbach's  $\alpha$  係数は、.94 (Shimosato & Kinoshita, 2018) であり、高い内部一貫性が示されている。

## 5. 分析方法

本研究では、優位性や劣位性が高い場合と、優位性も劣位性も高くない平均的な場合についても検討する (図 1)。まずは優位-劣位関連特性得点について、円環性の確認と Kolmogorov-Smirnov 検定による正規性の確認を行った。円環性の確認として IPC-PC に主成分分析を行った結果、円環構造として 2 次元軸構造と順序性は確認され、等間隔性については「拒否」と「確信」の因子のみ不等間隔であったが、本研究では使用しない因子のため問題はないと判断した (図 2)。Kolmogorov-Smirnov 検定の結果、 $p = .058$  で正規性が認められ、平均値が 0.00、標準偏差が 0.89 であったことから、優位-劣位関連特性得点が  $-0.89$  より小さい群を「劣位群」、 $-0.89$  以上  $0.89$  以下の群を「一般群」、 $0.89$  より大きい群を「優位群」の 3 群に分けた。一般群は、優位性得点の平均値 0.00 を中心とした両側 1  $\sigma$  範囲に当てはまる者で、CVPPP トレーナー養成研修受講者のうち約 7 割の看護師が属する、受講者の一般的な優位-劣位関連特性を持つ集団とした。

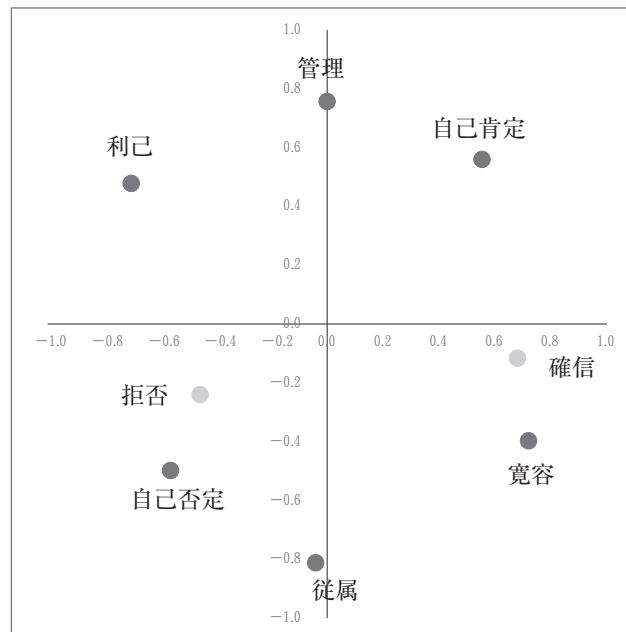
基本属性の名義尺度 (性別、被暴力経験、研修受講動機) の基礎統計量 (度数、割合)、連続尺度 (年齢、経験年数) の基礎統計量 (度数、割合、平均値、標準偏差、中央値、四分位範囲) を求めた。

性差と優位-劣位関連特性の違いによって攻撃性に差があるかどうかを検証するため、性別および優位-劣位関連特性 3 群 (優位群、一般群、劣位群) を説明変数、年齢、経験年数、攻撃性の各尺度 (BAQ、怒りの強さ) における下位項目を目的変数として、対応のない二要因の分散分析を行った。有意な交互作用が認められた変数については、単純主効果検定として下位検定と Bonferroni 法による多重比較を実施した。交互作用が有意ではなかったが主効果が確認できた変数についても下位検定と Bonferroni 法による多重比較を実施した。

有意水準を 5% 未満とし、欠損値はペアワイズ法で処理して分析した。分析には統計解析ソフト SPSS Statistics ver. 27.0 (IBM 社) を使用した。

## 6. 倫理的配慮

信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号: 3167)。対象者に対し、研修前に研究の目的、内容、結果の公表、研究参加の任意性、匿名性、データの厳重な管理について説明し、質問紙の提出をもって研究参加の同意とみなした。調査への参加状況が研修に影響しないように十分に配慮した。



注：拒否、確信の因子は本研究では使用しないが、円環構造の確認のために掲載をしている。  
 注：固有値は2.32, 2.24, 0.90であり、第2主成分までの累積寄与率は56.89%であることから、2次元軸構造が確認された。  
 注：先行研究と同じ順序で負荷量がプロットされ、使用する6因子の等間隔性も概ね確認された。  
 注：「管理」は譲渡したり甘くしたりしない特性を示す  
 「利己」は謙虚で献身的な援助とは逆の特性を示す  
 「自己否定」は援助に対する不安や他者の意見に流される特性を示す  
 「従属」は好かれたいためにより人であろうと振舞う特性を示す  
 「寛容」は尊敬したり感謝したりする特性を示す  
 「自己肯定」は身勝手ではなく自己決定して援助するという特性を示す（木下・下里, 2020）

図2 IPC-PC (Interpersonal Circumplex for Psychiatric care) の負荷量プロット

#### IV. 結果

回答があった697名（回収率63.0%）のうち、看護師は615名であった。そこから性別とIPC-PCに欠損があった者を除き、574名（有効回答率93.3%）を分析対象とした。

##### 1. 対象の基本属性

男性（63.6%）が女性（36.4%）よりも多く、平均の年齢が $36.77 \pm 8.38$ 歳、経験年数が $10.65 \pm 7.60$ 年であった（表1）。被暴力経験がある者は93.6%を占め、研修の受講動機は自主的参加と上司の勧めによる参加の重複回答を6名認めしたが、自主的参加（42.2%）、上司の勧めによる参加（47.7%）が多くを占めていた。

##### 2. 年齢・経験年数における性差と優位-劣位関連特性との違い

年齢について性別要因の主効果は有意でなかったが、優位-劣位関連特性要因の主効果（ $F(2,564) = 4.38, p < .05$ ）と、交互作用は有意であった（ $F(2,564) = 3.89, p < .05$ ）（表2）。単純主効果の検定の結果、優位-劣位関連特性の一般群では、女性看護師が男性看護師よりも有意に年齢が

高かった（ $p < .01$ ）。一方、女性看護師は劣位群よりも有意に一般群の年齢が高かった（ $p < .01$ ）（表3）。

経験年数は優位-劣位関連特性の主効果が有意であった（ $F(2,559) = 6.23, p < .01$ ）。劣位群は、一般群（ $p < .05$ ）、優位群（ $p < .01$ ）よりも有意に経験年数が低かった。優位群は経験年数が長く、劣位群は経験年数が短かった。

##### 3. 特性的攻撃（BAQ）における性差と優位-劣位関連特性の違い

性別および優位-劣位関連特性の違いによって、看護師の職務上だけでなく日常生活を含む全般的な攻撃性（BAQ）に差があるかどうかを分析した。

短気について性別要因の主効果は有意でなかったが、優位-劣位関連特性要因の主効果（ $F(2,566) = 3.72, p < .05$ ）および交互作用（ $F(2,566) = 3.44, p < .05$ ）は有意であった（表2）。単純主効果の検定の結果、一般群では女性看護師が男性看護師よりも有意に短気の得点が高かった（ $p < .05$ ）。一方、男性看護師は有意な結果が認められず、女性看護師は優位群よりも一般群の方が短気の得点が高い（ $p < .05$ ）（表3）。

言語的攻撃について性別要因の主効果は有意でなかった

表1 基礎統計量

	<i>n</i>	%	mean	SD	median	IQR (25% -75%)
性別						
男性	365	63.6				
女性	209	36.4				
研修の受講動機						
自主的	242	42.2				
上司の勧め	274	47.7				
義務	21	3.7				
被暴力経験						
あり	537	93.6				
なし	37	6.4				
優位-劣位関連特性3群						
劣位群	93	16.2				
一般群	405	70.6				
優位群	76	13.2				
年齢	570		36.77	8.38	37	30-43
経験年数	565		10.65	7.60	9	5-15
BAQ						
短気	572		12.63	3.67	12	10-15
敵意	568		16.16	3.41	16	14-18
言語的攻撃	569		14.62	2.87	15	13-16
支配的攻撃	567		14.24	4.50	14	12-17
患者の攻撃行動への怒り						
身体的要因	560		19.72	5.77	20	16-24
非身体的要因	556		46.78	13.97	48	38-56

注 SD：標準偏差 IQR：四分位範囲

表2 性別および優位-劣位関連特性3群を説明変数、年齢、経験年数、攻撃性を目的変数とした、対応のない二要因の分散分析の結果

		劣位群		一般群		優位群		主効果		交互作用
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	性差	優位-劣位関連特性	
基本属性	年齢	35.84	33.50	35.94	38.96	37.63	38.21	<i>p</i> = .651	<i>p</i> = .013*	<i>p</i> = .021*
	経験年数	8.89	8.63	9.91	12.07	12.63	13.21	<i>p</i> = .326	<i>p</i> = .002**	<i>p</i> = .341
BAQ	短気	13.60	12.37	12.43	13.19	11.93	11.46	<i>p</i> = .417	<i>p</i> = .025*	<i>p</i> = .033*
	敵意	16.90	17.37	16.05	16.20	15.85	14.65	<i>p</i> = .610	<i>p</i> = .002**	<i>p</i> = .232
	言語的攻撃	14.32	13.29	14.54	15.20	15.02	14.34	<i>p</i> = .266	<i>p</i> = .008**	<i>p</i> = .017*
	身体的攻撃	14.88	13.34	14.75	13.54	14.45	12.83	<i>p</i> = .001**	<i>p</i> = .611	<i>p</i> = .891
怒りの強さ	身体的要因	19.91	18.40	19.79	20.42	18.74	18.56	<i>p</i> = .586	<i>p</i> = .088	<i>p</i> = .293
	非身体的要因	52.84	46.15	46.09	49.22	38.82	42.29	<i>p</i> = .985	<i>p</i> < .001**	<i>p</i> = .010*

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

が、優位-劣位関連特性要因の主効果 ( $F(2,563) = 4.90$ ,  $p < .01$ ) および交互作用 ( $F(2,563) = 4.11$ ,  $p < .01$ ) は有意であった(表2)。単純主効果の検定の結果、優位-劣位関連特性の一般群では女性看護師が男性看護師よりも言語的攻撃の得点が有意に高かった ( $p < .05$ )。一方、女性看護師は劣位群よりも一般群の方が言語的攻撃の得点が有意に高かった ( $p < .01$ ) (表3)。

交互作用は有意でなかったが、身体的攻撃と性差 ( $F$

(1,561) = 10.67,  $p < .01$ )、敵意と優位-劣位関連特性 ( $F(2,562) = 6.29$ ,  $p < .01$ ) で主効果が有意であった(表2)。女性看護師よりも男性看護師の方が有意に身体的攻撃の得点が高く、男性看護師の劣位群が、一般群 ( $p < .05$ )・優位群 ( $p < .01$ ) よりも敵意が有意に高かった。

看護師の職務上だけでなく日常生活を含む全般的な攻撃性では、男性看護師が女性看護師よりも身体的攻撃に向かいやすく、優位-劣位関連特性が低い群ほど敵意が強

表3 交互作用が認められた変数における単純主効果検定の結果

			SS	df	MS	F	p
年齢	性別における	劣位群	117.853	1	117.853	1.721	.190
		一般群	829.899	1	829.899	12.117	<.001**
		優位群	6.076	1	6.076	0.089	.770
		誤差	38629.027	564	68.491		
	優位-劣位関連特性3群における	男性	107.004	2	53.502	0.781	.458
		女性	817.302	2	408.651	5.966	.003**
		誤差	38629.027	564	68.491		
BAQ (短気)	性別における	劣位群	32.544	1	32.544	2.753	.097
		一般群	53.754	1	53.754	4.548	.033*
		優位群	4.165	1	4.165	0.352	.553
		誤差	6689.927	566	11.820		
	優位-劣位関連特性3群における	男性	82.388	2	41.194	3.485	.031*
		女性	90.899	2	45.450	3.845	.022*
		誤差	6689.927	566	11.820		
BAQ (言語的攻撃)	性別における	劣位群	23.009	1	23.009	2.841	.092
		一般群	39.370	1	39.370	4.861	.028*
		優位群	8.770	1	8.770	1.083	.298
		誤差	4559.444	563	8.098		
	優位-劣位関連特性3群における	男性	12.388	2	6.194	0.765	.466
		女性	108.177	2	54.089	6.679	.001**
		誤差	4559.444	563	8.098		
怒りの強さ (非身体的要因)	性別における	劣位群	940.186	1	940.186	5.057	.025*
		一般群	869.167	1	869.167	4.675	.031*
		優位群	219.170	1	219.170	1.179	.278
		誤差	102249.704	550	185.909		
	優位-劣位関連特性3群における	男性	4542.160	2	2271.080	12.216	<.001**
		女性	1383.649	2	691.824	3.721	.025*
		誤差	102249.704	550	185.909		

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ 

多重比較は, Bonferroni法による

い。女性看護師の一般群は, 女性看護師の優位群よりも短気で, 女性看護師の劣位群よりも言語的攻撃に向かいやすく, 男性看護師の一般群よりも短気で言語的攻撃に向かいやすかった。

#### 4. 状況的攻撃における性差と優位-劣位関連特性との違い

性別および優位-劣位関連特性の違いによって, 看護師が職務上, 患者から攻撃行動を受けた際に抱く怒りの強さに差があるかどうかを分析した。

患者からの身体的攻撃については, 性別要因・優位-劣位関連特性要因ともに主効果も交互作用も有意ではなかった。患者からの非身体的攻撃は, 性別要因の主効果は有意でなかったが, 優位-劣位関連特性要因の主効果 ( $F(2,550)=9.92, p < .01$ ) および, 交互作用 ( $F(2,550)=4.61, p < .05$ ) は有意であった (表2)。単純主効果の検定の結果, 劣位群では女性看護師より男性看護師の方が有意に

怒りの程度が高く ( $p < .05$ ), 一般群では女性看護師の方が男性看護師より有意に怒りの程度が高かった ( $p < .05$ )。一方, 男性看護師は優位群より一般群が ( $p < .01$ ), 一般群より劣位群が ( $p < .01$ ) 有意に怒りの程度が高く, 女性看護師は優位群よりも一般群が有意に怒りの程度が高かった ( $p < .05$ ) (表3)。

看護師が職務上, 患者から非身体的攻撃行動を受けた際に抱く怒りについて, 男性看護師では優位-劣位関連特性が低い群ほど強かった。男女では劣位群と一般群で性差があり, 男性看護師の劣位群は女性看護師の劣位群よりも怒りが強く, 男性看護師の一般群は女性看護師の一般群よりも怒りが弱かった。

## V. 考 察

対象者の男女比や, 平均年齢, 経験年数, 被暴力経験は, CVPPPトレーナー養成研修の参加者として, 先行研

究とほぼ同様の基本属性を持つ集団であった (Shimosato & Kinoshita, 2018; Kinoshita & Shimosato, 2022)。

一般的な精神科看護師 (Mukaihata, Fujimoto, & Greiner, 2020; 奥村・小久保, 2023) と比べて年代が若く男性の割合が高く、9割以上の参加者に被暴力経験があったことは、患者の攻撃性に直接ケアの場面で関わる人が多い集団であると考えられた。さらに自主的な研修参加者と上司による勧めによる参加者が多かったことは、対象者が、患者の攻撃性や暴力に対して適切に援助するための方法論を学ぶ必要性を強く感じていると想定された。本研究は患者の攻撃性に対峙した時に看護師に起こりやすい攻撃性や優位-劣位関連特性を把握することを目的としており、CVPPP トレーナー養成研修を受講する者を対象に調査したことは妥当であったと考えられた。

## 1. 経験年数の長さが支援の優位-劣位関連特性に与える影響

経験年数が短いのは劣位群であり、経験年数が長いのは優位群であった。これについては性差による交互作用はなく、男女に限らず認められた。看護師の医療についての知識や技術、医療者としての経験や立場は「力」となって、看護師は患者の優位に立つ。一方で、患者は、病気の治療や生活の質を高めるために看護師の知識や技術を信頼し、良好な関係を築こうとするために従順になりやすい (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020)。このように看護師-患者間は優位-劣位関係になりやすいが、経験年数の短い看護師の知識や技術には限りがあり、自信がなく優位に立てないことは臨床的にも理解しやすい。さらに経験が短ければ、患者の攻撃性に対峙するような場面で権力闘争が生じやすく、むしろ患者との良好な関係を築くために好意的な印象を与えようとして、積極的に劣位に立つ (木下・下里, 2020) 可能性も考えられた。

## 2. 援助上攻撃性が高まる状況の性差

男性看護師が女性看護師よりも身体的攻撃性が高いことは、先行研究を支持する結果であったが (Shimosato & Kinoshita, 2018)、一般群に限り女性看護師が男性看護師よりも攻撃性 (短気、言語的攻撃、非身体的攻撃行動を受けた時の怒り) が高いことは特徴的な結果であった。

強制 (coercion) は攻撃の一形態であるため (Tedeschi & Felson, 1994)、優位性が高いほど言語的攻撃 (道具的攻撃性) が高いというモデルを仮定したが、本研究ではむしろ男性看護師の劣位群や、女性看護師の一般群で攻撃性の高さが示された。本研究の結果は、優位的ではない看護師も怒りが強くなれば攻撃行動をする可能性があり、かならずしも特別な看護師が患者に対して攻撃行動をするわけでは

ないことを示している。

### (1) 男性看護師の援助上の劣位群と攻撃性の高さについて

男性は、自分が優位に立てば、劣位に立っている相手に対して積極的に援助をしようとするが、自分が劣位に立っている場合には援助をしようとしないう傾向があり (齊藤, 1990, p.80)、服従させられることや指導を受けることに反発心を抱きやすいといわれている (齊藤, 1990, pp.69-70)。結果から、男性看護師は、援助上の劣位性が高いと、敵意や怒りを蓄積しやすく、我慢の限界がおとずれた時に、患者に対して反動的に身体的攻撃を行ってしまう恐れが考えられた。患者から関わりを拒否されたり、暴力を受けたりするなどの被害的な臨床場面に繰り返し遭遇する場合、看護師は患者の劣位に立ちやすい。男性看護師は患者から身体的攻撃を受けやすいといわれているが (Edward, et al., 2016)、このような状況で、男性看護師は劣位に立って「自己愛的な傷つき」を経験すると考えられる。援助者が自己愛的な傷つきを経験すると、患者を「人」ではなく「もの」とみなして対応しようとする意識が生じやすい (富樫, 2021, pp.5-6)。このような意識が生じた状態では、認知的な制御機能が働きづらく、反動的攻撃をしてしまう可能性が高まる。

看護師が、患者に対して反動的攻撃をしてしまうことを防ぐには、トレーニングが必要である (Gudde, Olsø, Whittington & Vatne, 2015)。また、個人のトレーニングだけでなく、男性看護師が傷つきや葛藤を乗り越えるために、患者との感情的対立から抜け出せるような環境づくりも必要だろう。本研究では経験の少ない看護師が劣位性を持ちやすいという結果が得られており、様々な経験を持つ看護師と一緒にIPC-PCを活用して、ケアにおける相互作用を共有していく場を設けることなどが考えられる。

一方で女性は、優位・劣位の立場に関係なく積極的に援助をしようとする傾向があり (齊藤, 1990, pp.80-81)、好意的感情を持つ対象に対しては恭順で、相手を支配しようとする欲求も低い (齊藤, 1990, p.70)。さらに経験の浅い劣位的な女性看護師は、患者との良好な関係をつくるために、従順さや同調性を高く示す可能性もある。社会的役割理論によれば、このような女性の特徴は攻撃性の強い抑制因子として働くため (Krahé, 2001/2004)、女性看護師は男性看護師に比べて劣位群の攻撃性が低いという結果が得られたと考えられた。

### (2) 一般群の女性看護師の攻撃性の高さについて

成人女性は、成人男性よりも脅威刺激に敏感で、脅威を潜在的に過大評価する可能性が指摘されている (Goos & Silverman, 2002; Edward, et al., 2016)。つまり女性看護師は被暴力体験によって、患者に脅威を感じ、陰性感情を持

つ者が多いと想定される。女性は、先に述べたように好意的感情を持つ相手には恭順だが、嫌悪的感情を持つ対象に対しては、苛立ちを感じ、援助することへの拒絶を示す(齊藤, 1990, pp.75-76)。したがって女性看護師は、劣位的になるか、攻撃的になるかを決定する背景に、感情が重視されやすいのかもしれない。本研究の結果では、女性看護師はBAQの言語的攻撃が高かった。女性看護師は男性看護師よりも患者からの言語的攻撃を受けやすいといわれており(Edward, et al., 2016), それによって生じた嫌悪感情は、攻撃的な言動として患者に示される可能性がある。

一方で、BAQの言語的攻撃は、「自分の権利は遠慮しないで主張する」、「意見が対立した時は、議論しないと気が済まない」などの項目を含む。これらは道具的攻撃に位置づけられているが(安藤ほか, 1999), 逆に、自己権利擁護や、議論しながら一つの結論を導くといった適応的なコミュニケーションの一部とも捉えうる。太田(2019)によれば、年齢層によってコミュニケーション能力に対する意味付けは異なり、年齢が高いほど、周囲の人を動かしたり、自分の役割を把握して行動したり、自分の意見を伝えたり、自分なりに判断することをコミュニケーション能力に含める傾向がある。女性看護師の一般群が劣位群よりも年齢が高く、BAQの言語的攻撃が高かったことは、BAQの言語的攻撃の質問項目の一部がコミュニケーション能力の一部として捉えられていた可能性も考えられた。

本研究では、男女合わせてみると、援助としての優位性が高ければ看護師経験年数が長い傾向があった。教師を対象とした研究では、自分の職業上の役割に対して葛藤を経験する頻度が高く、自分に期待されていることが曖昧だと感じるほど、BAQの短気、敵意、身体的攻撃が高くなるという報告がある(Kanchika, et al., 2015)。本研究における優位-劣位関連特性の一般群は優位群よりも反応的攻撃が高かった。看護師としての経験が増すにしたがって優位性も高まるが、同時に自らの職業上の役割も次第に明確になり、患者からの劣位的な反応も獲得しやすくなる(Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020)。これにより看護師としての承認欲求や自己顕示欲求が満たされ、その欲求の充足が抑制因子となって攻撃性の減少につながっている可能性がある。しかしこれは看護師が優位に立ち、患者は劣位に立てばよいということではない。例えば、「共感」は、看護師が患者より社会的な場の優位性を確保するための手段としても用いられ、患者への「見下し」を成立させる場合がある(崎山, 1999)。患者が見下されたと感じた場合、その看護師の「共感」は、患者にとって自尊感情を傷つけられた行為となるために、患者の反応的攻撃性を誘発する可能性がある。このように攻撃行動は複雑な相互作用性の結果として生じるため(Farrell, et al., 2010), 攻撃性マネ

ジメントトレーニングなどでは、看護師の「加害性と脆弱性」(富樫, 2021)を扱っていく必要があるだろう。

## VI. 本研究の限界

本研究で性差を扱ったことは、攻撃性が男性と女性で異なることが古くから議論されてきたこと(Krahé, 2001/2004)による。本研究の意図からすれば生物学的な性を質問すべきであるが、多様な性の在り方を考慮し、本調査では性自認を聞いた。先行研究で、ほぼ生物学的な性差を扱っていることとの差異については本研究の限界である。

また、援助の際の優位-劣位関連特性について、臨床上で看護師が自分の行動を優位と判断しなかったとしても、患者からすると優位と認識することがあるかもしれない。本研究で用いたIPC-PCは、看護師の援助という行動の特性を測定するものであるが、看護師の自己評価による回答であることと、開発されて間もなく、尺度を使用しての検証がまだ不足しているという点についても本研究の限界である。

最後に、本研究では、優位的な特性を持つ群の攻撃性が低いという結果であった。優位性は能動的攻撃性との関連が想定されたが、本研究で能動的攻撃性は言語的攻撃のみで、間接的攻撃などを測定していないことがこの結果に影響しているかもしれない。本研究において反応的攻撃性(怒り、短気、敵意)を中心に調査をしたことは、職務上、制裁や報復のために行われるような能動的攻撃自体に倫理的に問題があり、自己評価尺度による質問紙調査では回答に社会的抑制が働くことが考えられたためである。今後の課題として、より多様な攻撃性との関連を検証していくことが挙げられる。

## 結 語

本研究では患者の暴力や攻撃性に対して直接ケアを提供する立場にあり、攻撃性マネジメントトレーニングを受講する精神科看護師の特徴として、以下の点が明らかとなった。

1. 看護師は、経験年数が短ければ患者に対して劣位的に関わり敵意も強く持つが、経験年数が長ければ優位的な関わりをしやすく、敵意も低い。
2. 男性は女性よりも身体的攻撃に向かいやすい。
3. 平均的な優位-劣位関連特性を持つ女性は、同じく平均的な特性の男性と比べて、年齢が高く、短気の傾向があり、非身体的な攻撃を受けた時にも怒り感情を強く生起しやすく、言語的な攻撃性も高い。

4. 劣位的な特性を持つ男性は、同じく劣位的な特性の女性と比べて非身体的な攻撃を受けた時に怒り感情を強く生じやすい。
5. 女性は、平均的な優位-劣位関連特性を持つ一般群の攻撃性が高く、劣位群よりも言語的な攻撃性が高く、優位群よりも短気で非身体的な攻撃行動を受けた時にも怒り感情を強く生じやすかった。
6. 男性は、敵意と非身体的な攻撃行動を受けた時の怒りについて、優位群より一般群が、一般群よりも劣位群の方が、強く敵意や怒り感情を抱いた。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました、CVPPP トレーナー養成研修の受講者の皆様、および研修管理者の皆様に心より感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- Al-Maraira, O.A., & Hayajneh, F.A. (2020). Correlates of psychiatric staff's attitude toward coercion and their sociodemographic characteristics. *Nursing Forum*, 55(4), 603-610. <https://doi.org/10.1111/nuf.12476>
- 安藤明人, 曾我祥子, 山崎勝之, 島井哲志, 嶋田洋徳, 宇津木成介, 大芦 治, 坂井明子 (1999). 日本版Buss-Perry攻撃性質問紙 (BAQ) の作成と妥当性, 信頼性の検討. *心理学研究*, 70(5), 384-392.
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L.-L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446-459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Edward, K.-L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P., & Giandinoto, J.-A. (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 289-299. <https://doi.org/10.1111/jocn.13019>
- Farrell, G.A., Shafiei, T., & Salmon, P. (2010). Facing up to 'challenging behaviour': A model for training in staff-client interaction. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1644-1655. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05340.x>
- Goos, L.M., & Silverman, I. (2002). Sex related factors in the perception of threatening facial expressions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 26, 27-41. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1014418503754>

- Gudde, C.B., Olsø, T.M., Whittington, R., & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of multidisciplinary Healthcare*, 8, 449-462. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89486>
- 橋本泰央, 小塩真司 (2016). 対人円環モデルに基づいたIPIP-IPC-Jの作成. *心理学研究*, 87(4), 395-404.
- Jalil, R., Huber, J.W., Sixsmith, J., & Dickens, G.L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018>
- Kanchika, M., Iwasaki, S., Konishi, A., Deguchi, Y., Kobayashi, Y., Nakada, A., & Inoue, K. (2015). Aggression in teachers is related to role conflict and role ambiguity as occupational stress. *Osaka City Medical Journal*, 61, 93-104.
- 木下愛未, 下里誠二 (2020). 対人円環モデルに基づく精神科看護援助特性質問紙の開発とその信頼性・妥当性の検討. *日本看護研究学会誌*, 43(1), 37-49.
- Kinoshita, A., & Shimosato, S. (2022). Effectiveness of an aggression management training program in Japan: A quasi-experimental study. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(6), 543-551. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1999542>
- Krahé, B. (2001) / 秦 一士, 湯川進太郎編訳 (2004). 攻撃の心理学. (pp.53-59). 京都: 北大路書房.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Mukaihata, T., Fujimoto, H., & Greiner, C. (2020). Factors influencing work engagement among psychiatric nurses in Japan. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 306-316. <https://doi.org/10.1111/jonm.12923>
- Nijman, H.L.I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 142-143. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.30.x>
- 西谷博則 (2005). 看護と暴力. 包括的暴力防止プログラム認定委員会 (編), *医療職のための包括的暴力防止プログラム* (pp.14-19). 東京: 医学書院.
- 大淵憲一 (2011). *セレクション社会心理学9 新版 人を傷つける心: 攻撃性の社会心理学*. 東京: サイエンス社.
- 大淵憲一, 堀毛一也編 (1996). *対人行動学研究シリーズ5 パーソナリティと対人行動*. 東京: 誠信書房.
- 奥村智志, 小久保知由起 (2023). 精神科看護師の研究成果活用に対する意識に影響する要因. *看護科学研究*, 21, 41-49.
- 太田昌志 (2019). 年齢層によるコミュニケーション能力に対する意味づけの違い. *早稲田大学大学院教育学研究科紀要: 別冊*, 27(2), 125-136.
- Plutchik, R., & Conte, H.R. (1997) / 橋本泰央, 小塩真司 (2019). パーソナリティと感情の円環モデル. Plutchik, R., & Conte, H.R. *円環モデルからみたパーソナリティと感情の心理学*. (pp.7-18). 東京: 福村出版.
- 齊藤 勇 (1990). *対人感情の心理学*. 57-260, 東京: 誠信書房.
- 崎山治男 (1999). 「肯定的な」感情経験の陥穽: 感情経験の利用による「見下し」を巡って. *ソシオロギス*, (23), 69-85.

- Secker, J., Benson, A., Balfe, E., Lipsedge, M., Robinson, S., & Walker, J. (2004). Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11* (2), 172-178.
- 渋谷菜穂子, 高橋里沙 (2015). 精神科看護師における怒りの表出過程とその関連要因の因果モデルの作成. *日本看護科学会誌, 34* (1), 340-352.
- 下里誠二 (2011). 暴力への対応: CVPPP. *精神科臨床サービス, 11* (3), 408-412.
- Shimosato, S., & Kinoshita, A. (2018). Degree of anger during anger-generating situations among psychiatric staff nurses: Association between nurses' attitudes toward service users' aggression and confidence in intervening in aggressive situations. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 56* (9), 51-59. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180322-02>
- Tedeschi, J.T., & Felson, R.B. (1994). Part II. A theory of coercive actions Chapter 6. Coercive actions of aggression. Tedeschi, J.T., & Felson, R.B., *Violence, aggression, and coercive actions*. (pp.153-176). Washington, DC: American Psychological Association.
- 富樫公一 (2021). 当事者としての治療者: 差別と支配への恐れと欲望. 1-29, 東京: 岩崎学術出版社.
- Välimäki, M., Lam, J., Bressington, D., Cheung, T., Wong, W.K., Cheng, P.Y.I., Ng, C.F., Ng, T., Yam, C.P., Ip, G., Paul, L., & Lantta, T. (2022). Nurses', patients', and informal caregivers' attitudes toward aggression in psychiatric hospitals: A comparative survey study. *PLoS One, 17* (9), e0274536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274536>
- Wiggins, J.S., Phillips, N., & Trapnell, P. (1989). Circular reasoning about interpersonal behavior: Evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification. *Journal of Personality and Social Psychology, 56* (2), 296-305.
- Williams, E., & Barlow, R. (1998) / 壁屋康洋, 下里誠二, 黒田 治 訳 (2007). アンガーコントロールトレーニング: 怒りを上手に抑えるためのステップガイド. Part IV技法と補足プログラム. (pp.14-21). 東京: 星和書店.

[2023年7月24日受 付]  
[2024年1月12日採用決定]



# Superiority-Inferiority Traits and Aggression during Care among Psychiatric Nurses Undergoing Aggression Management Training

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(4), 777-788  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240112239>

Aimi Kinoshita, PhD, RN, PHN, Seiji Shimosato, PhD, RN

Institute of Medical Sciences, Shinshu University, Nagano, Japan

## Abstract

**Objective:** This study investigated the relationships among nurses' superiority–inferiority traits (superiority, general, and inferiority groups), aggression (characteristic and situational aggression), and their basic attributes in the context of patient violence and aggression management. **Methods:** A questionnaire survey was conducted with participants undergoing aggression management training. Gender and superiority–inferiority traits were considered dependent variables, whereas age, years of experience, and aggression were considered independent variables. A two-factor analysis of variance, with no correspondence, was performed. **Results:** A total of 574 responses were analyzed. Fewer years of experience were associated with inferiority and greater hostility, whereas more years of experience were associated with superiority and reduced hostility. Male nurses were more aggressive in the inferiority group. Male nurses scored higher on physical aggression than female nurses. Female nurses were more aggressive in the average assistance group (general group), which was neither dominant nor subordinate. Female nurses were older than male nurses in the general group. **Conclusions:** The differences in basic attributes and characteristics related to superiority–inferiority suggested variations in aggressiveness among nurses.

## Key words

Psychiatric nurse, Superiority–Inferiority Traits, Violence and aggression, Gender difference, Interpersonal Circumplex model

---

**Correspondence:** A. Kinoshita. Email: [akinoshi@shinshu-u.ac.jp](mailto:akinoshi@shinshu-u.ac.jp)

# 患者に生じている表面化していない問題を明確にする看護師の実践経験の総体： 看護師と患者との相互行為場面に焦点を当てて

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 789-799  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240212245>

栗原知己<sup>1</sup>, 松田安弘<sup>2</sup>, 服部美香<sup>2</sup>, 山下暢子<sup>2</sup>, 金谷悦子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>札幌市立大学看護学部, <sup>2</sup>群馬県立県民健康科学大学看護学部

## 要 旨

目的：様子が変化した患者に生じている表面化していない問題を、その時その場で明確にする看護師の実践経験を表す概念を創出し、その総体を明らかにする。方法：方法論に看護概念創出法を適用した。様子が変化した患者に生じている表面化していない問題を明確にした経験を有する看護師14名を対象に、半構造化面接によりデータを収集し、質的帰納的に分析した。結果：【普段との僅かな差異の感受による患者の状態変化の察知】【察知した状態変化を確定づける根拠の探索】【疑念を持つ問題の関連所見の査定による問題発生の予測】【推測した問題と原因の特定に向けた情報収集】【客観的指標の査定による問題と原因の特定】など、9概念を創出した。結論：分析の結果から、実践経験の総体を表す9概念を創出した。これらは問題を明確にする過程の中で、状態の変化への対応を優先しながら問題の明確化と解決を目指すなど、特徴的な実践経験を示唆した。

## キーワード

看護師, 実践経験, 問題の明確化

責任著者：栗原知己. Email: t.kuribara@scu.ac.jp

## 緒 言

看護師は、あらゆる健康レベルにある人々を対象に、情報の組織化と活用を通して、患者に生じている多様な問題を探索、発見し（定廣・舟島・杉森, 1997）、その問題の解決、回避を目指している（服部・舟島, 2009）。また、看護師が患者と展開する相互行為の第一義的な目的は、患者が問題に対処するのを援助することであり（King, 1981/1985, p.104）、問題の解決は問題の明確化なくして成立しない。

複数の先行研究は、いつもと様子が変化した患者に生じた、表面化していない何らかの問題に対し、看護師がその時その場で問題を明確にしていることを明らかにした（Freire, Landeiro, Martins, Martins, & Peres, 2016；磯本・名越・若崎・犬飼・掛橋, 2011；山岸・外崎, 2010）。しかしながら、患者に生じている問題の明確化に対し、困難を感じる看護師がいることも明らかにしている（紅林・原田・井上, 2016；田村・田中・田中・堀内, 2009；横川・淘江・森口, 2008）。

このような現状は、様々な専門書に記されているような一般的な方法のみでは、情報の組織化に基づく問題の明確化に困難が生じていることを示している。特に、様子が変化した患者に生じている問題をその時その場で明確にするための実践に着目した資料は少ない。これは、その実践を理解するための知識が不足している可能性を示すとともに、一般的な知識だけでは実践が困難である、難易度の高い実践であるという可能性も示している。

様子が変化した患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にしている看護師の経験を明らかにすることは、その実践を理解するための知識となりうる。経験とは、主体としての人間が関わった過去の事実を主体の側から見た内容（見田・栗原・田中, 1988）である。また概念は、人が過去の経験を現在の事象に関係づけるのを助け、個々の人間の世界に意味づけと固定化を与える（King, 1981/1985, p.21）。したがって、様子が変化した患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にした看護師の経験から創出された概念は、同様の場面で看護の実践を試みる看護師にとって、必要となる実践を

理解することに活用可能である。また、そのような看護を  
実践した看護師に対し、自己の実践を意味づけることも可  
能とする。

以上を背景とする本研究は、様子が変化した患者に生じ  
ている表面化していない問題をその時その場で明確にする  
看護師の実践経験を表す概念を創出し、その総体を明らか  
にすることを目的とした。本研究の成果は、表面化してい  
ない問題の明確化に向けて必要な実践を理解する資料とな  
り、それを迅速に実践するために活用可能な資料となりう  
る。また、その活用による問題の明確化は、問題解決に向  
けた適切な看護の実践をも導く。

## I. 用語の定義

本研究の前提となる概念について、経験、問題を以下の  
ように定義する。

**経験**：主体としての人間が関わった過去の事実を、主体の  
側から見た内容（見田ほか、1988）であり、人間と環境と  
の関連の仕方やその成果の総体（下中、1992）を意味する  
ことを前提とし、本研究では、対象者が関わった事実を顧  
みて言葉で表現した内容であると定義する。

**問題**：問題とは、看護の対象となる個人・家族・社会の健  
康に関わる問題であり、看護実践により解決・緩和できる  
問題（見藤・小玉・菱沼、2011）と、看護師が病気の発症  
や状態の変化を見つけるために継続的な観察を要する生理  
的な合併症（Carpenito, 2016/2018）であると定義する。

## II. 研究方法

本研究は、看護に関わる多様な現象を体験した人間の  
経験の総体を明らかにするために、それらを表す概念の

創出を試みる研究方法論である、看護概念創出法（舟島、  
2018, pp.120-198）を適用した。

### 1. 研究対象者

本研究の対象者を、看護師として病院に勤務し、患者の  
様子に何らかの変化が生じた場面に遭遇し、患者との相互  
行為を通して患者に生じている表面化していない問題をそ  
の時その場で明確にした経験を有しており、その経験を明  
瞭に想起し、言語化できる者とした。対象者は、研究者と  
知人のネットワークを用いたネットワークサンプリングに  
より探索した。対象候補者への研究協力の依頼は、研究者  
の知人で研究対象者の要件を満たす者に対象者が希望する  
手段（電話やメール等）を用いて連絡した。また、研究対  
象者の要件を満たす可能性がある他の対象候補者の紹介を  
知人に依頼した。いずれの場合も、事前に研究の趣旨を説  
明し、参加の意向が得られた場合に研究対象候補者とし、  
面接時に正式な同意が得られた場合に研究対象者とした。

### 2. データ収集方法

半構造化面接によるデータ収集を行った。面接内容は研  
究対象者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語記録  
を作成した。

#### (1) 質問項目の決定

半構造化面接を用いて看護職者の様々な経験を概念化し  
た複数の研究の検討と、研究対象者の要件を満たす看護師  
3名へのプレテストをもとに、様子が変化した患者に生じ  
ている表面化していない問題をその時その場で明確にでき  
た実践経験を問うための質問項目を決定した（表1）。

#### (2) データ収集期間

2019年4月から2019年7月の期間にデータを収集した。

表1 質問項目

〈導入〉

1. 「先程と様子が違う」「いつもとどこか違う」など、患者との関わりの最中に患者の様子の変化に気づき、その変化からどのような問題が生じているのか、患者に生じている問題を明確にした時のことを思い出してください。その患者はどのような理由で入院された方でしたか。
2. その患者との関わりの最中に「先程と様子が違う」「いつもとどこか違う」と感じて、様々な関わりをしながら最終的にはどのような問題があると判断しましたか。

〈問題を明確にする実践経験に関する質問項目〉

3. 患者との関わりを通して患者の様子が変わったことに気づいた時、最初にどのようなことを考え、何をしましたか。
4. 次に、どのようなことを考えて、何をしましたか。
5. その次に、どのようなことを考えて、何をしましたか。
6. 問題が明確になるまで、どのように考えて、何をしたのか教えてください。
7. 最終的に、どのような問題が生じていると判断しましたか。
8. ○○という判断を下すまでに、追加して考え行動したことがあればお話しください。
9. 今お話いただいた場面の他に、患者の様子が変化し、患者に生じている問題を明確にできた場面がありましたらお話しください。（上記1から8の質問を繰り返す）

### 3. データ分析

本研究の目的を達成するにあたり、「様子が変化した患者に生じている問題のその時その場での明確化」という視点に基づき分析することで、目的の達成に有用な成果が産出できるものと考えた。そこで、本研究における持続比較のための問いを「この看護師の実践経験は、様子が変化した患者に生じている問題のその時その場での明確化という視点から見るとどのような経験か」に設定した。

(1) データ化 (舟島, 2018, pp.145-149)

各研究対象者への面接終了後に逐語記録を作成し、その

内容を規定の面接フォームである〈面接記録〉, 〈質問項目別回答の概要〉, 〈対象者プロフィール〉に記載した(表2)。次に、〈質問項目別回答の概要〉に持続比較のための問いをかけ、各回答内容の同質性と異質性を検討した。差異が大きいと判断した回答内容から順に、それぞれの意味内容が変わらないように逐語記録を要約、整理しながら分析フォームの「初期コード」欄に転記した(表3)。その際、対象者の経験を余すところなく記載することに留意し、新たな回答が出現しない状態である、面接内容の飽和化が確認できるまで面接とデータ化を繰り返した。

表2 規定の面接フォーム

〈面接記録〉			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【面接記録】</p> <p>面接年月日:</p> <p>面接場所・時間:</p> <p>【逐語記録】</p> </div>			
〈質問項目別回答の概要〉			
面接日		面接時間	
面接対象者		場面数	
回答内容番号	質問項目別回答の概要		
最初の実践			
⋮			
明確になるまでの実践			
〈対象者プロフィール〉			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>〔面接対象者〕</p> <p>〔年齢〕</p> <p>〔性別〕</p> <p>〔看護師経験年数〕</p> <p>〔所属する病棟〕</p> <p>〔修了した看護基礎教育課程〕</p> <p>〔その他看護師に関連して所有する資格〕</p> </div>			

表3 規定の分析フォーム

面接DATA:		面接対象者:	
初期コード	看護師の実践 経験コード	看護師の実践経験-問題明確化 対応コード	根拠

## (2) コード化 (舟島, 2018, pp.149-158)

コード化には, [初期コード], [一般的経験コード], [一般的経験-持続比較のための問い対応コード], [根拠]の4項目からなる規定の分析フォームをもとに, 本研究用に名称を変更した表3の分析フォームを用いた。コード化では, 各回答内容が表す文脈を理解しながら現象を構成する各経験を1単位とし, 次の4つの手順を経た。第1に, [初期コード]欄に面接の逐語記録を要約, 整理し, 看護師の経験として転記した。第2に, 初期コードの内容を短縮表示するために, 初期コードを「一般的な人間の経験として見るとどのような経験か」という視点から抽象度を上げ, 一般的経験コードとして[看護師の実践経験コード]欄に命名した。第3に, 第2の手順によって得られた[看護師の実践経験コード]に持続比較のための問いをかけ, 問いに対する回答として, [看護師の実践経験-問題明確化対応コード]欄に命名した。第4に, 第3の手順によって得られた[看護師の実践経験-問題明確化対応コード]について, その命名した理由を[根拠]の欄に記述した。コード化の際に, 異なる現象の異なる場面における異なる経験をコード化しているにもかかわらず, 過去に抽出したコードと類似したコードが頻繁に出現する状態であるコードの飽和化を確認できたため, コード化を終了した。

## (3) カテゴリ化 (舟島, 2018, pp.158-168)

コード化で得られた[看護師の実践経験-問題明確化対応コード]の一覧表を作成した。一覧表の各コードを確認し, 経験の同質性と異質性により分離, 結合することを通して複数のコードから一つの集合体を形成した。このコードの集合体に持続比較のための問いをかけ, 問いに対する回答をサブカテゴリとして命名した。全コードでサブカテゴリを形成した後, サブカテゴリ一覧表を作成した。同様の手順を繰り返し, カテゴリ, コアカテゴリと抽象度を上げ, これ以上は結合も分離も不可能という状態までこの作業を繰り返した。なお, 以上の過程から形成されたコアカテゴリを概念とした。

## (4) 信用性の確保 (舟島, 2018, p.126)

カテゴリ化の全過程を複数回繰り返し行うことで, 洗練された概念の創出に努めた。また, データ化, コード化, カテゴリ化の全過程において看護概念創出法を熟知する共同研究者からスーパービジョンを受けることで, 信用性の確保に努めた。

## 4. 倫理的配慮

対象者には研究の趣旨, 個人情報保護, 研究協力に伴う不自由や不利益に対する配慮, 研究協力および途中辞退の自由意思による決定の権利の保障について文書および口頭で説明し, 同意の署名を得た。本研究は群馬県立県民健康

科学大学倫理委員会の承認(健科大倫第2018-29号)を得て実施した。

## Ⅲ. 結 果

研究対象者12名の面接が終了した時点で, 〈質問項目別回答の概要〉にそれまでと性質の異なる新たな内容が包含されていないことを確認した。さらに2名の面接を追加し, 性質の異なる内容が現れないことを確認して, 14名から得たデータが飽和化したと判断したためデータ収集を終了した。

## 1. 対象者の概要

研究対象者は, 女性8名, 男性6名であり, 平均年齢は $32.9 \pm 7.1$ 歳であった。看護師としての経験年数は平均 $9.4 \pm 5.6$ 年であった。面接に要した時間は合計11時間59分55秒, 平均51分25秒であった。その他の対象者の特性は表4に示す。

対象者14名から質問項目別に265の回答を得た。これらのうち性質の異なる経験として抽出した120の回答から300コード, 124サブカテゴリ, 59カテゴリを形成し, 9コアカテゴリを形成した。すなわち, 様子が変化した患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にする看護師の実践経験を表す9概念を創出した(表5)。以下, 概念は【 】で示す。

## 2. 様子が変化した患者に生じている表面化していない問題を明確にする看護師の実践経験を表す概念

## (1) 【普段との僅かな差異の感受による患者の状態変化の察知】

この概念は, 看護師が, 普段との僅かな様子の違いを感じ取り, 患者の身体や精神的な状態がこれまでと変化している可能性を認識するという経験を表す。

看護師は, 患者との相互行為中に患者の表情や言動を観察し, 僅かな異変を感じていた。また, 前回の訪室時の状態や把握していた情報とは異なっていることに気づき, これまでとは明らかに状態が変化していることを察していた。

## (2) 【察知した状態変化を確定づける根拠の探索】

この概念は, 看護師が, 察知した患者の状態変化に対し, 状態変化前の様子を確かめることや, その状態変化に対する確証を得ることを意図し, 患者の入院経過や状態変化の詳細を確認するという経験を表す。

看護師は, 察知した患者の状態変化の背後にある問題を発見するために, 状態の変化を表す症状を観察したり, 症状に関する本人の訴えを聴取したりしていた。また, カル

テを閲覧したり, スタッフや家族に患者の状態変化前の様子を尋ねたりすることで, 患者の状態変化に関与する情報を取得していた。

### (3) 【疑念を持つ問題の関連所見の査定による問題発生の予測】

この概念は, 看護師が, 表面化していない問題が患者に生じていることを直観的に疑い, その問題に関連する可能性のある複数の所見を評価することを通じて, 問題が表面化する可能性を感じているという経験を表す。

看護師が直観的に発生を疑った問題の関連所見とは, 食事摂取量の低下, つじつまが合わない言動, 意識レベルの変調や活動性の低下などであった。看護師は, これらの所見の正常や異常を判断したり, 過去と現在の状態を比較したり, 複数の所見や検査結果を組み合わせる関連性を検討したりしながら, 問題が表面化する可能性を感じていた。

### (4) 【推測した問題と原因の特定に向けた情報収集】

この概念は, 看護師が, 何らかの事柄を根拠に問題が表面化することを推測し, 推測した問題とその原因を明確にするために, 関与する様々な情報を同時に収集するという経験を表す。

看護師は, 推測した問題やその原因に関与する客観的な指標を得るために, Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) などのツールを活用したり, 原因に関与する症状を継続的に観察したりしていた。また, 患者の問題やその原因に対する自身の予測への確証を得るために, 他のスタッフの見

解を聴取していた。

### (5) 【客観的指標の査定による問題と原因の特定】

この概念は, 看護師が, 【4】で収集した様々な情報から問題や原因と関与する所見を発見し, 推測した問題やその原因との関係性を自身で検討することで, 原因の推測や否定をしながら患者に生じている問題を特定するという経験を表す。

看護師は, 検査結果の悪化や指標となる症状の出現など, 予測した問題の客観的指標となる直接的な所見を獲得し, 予測した問題の関連性を検討することで患者に生じている問題を特定していた。また, 獲得した指標と特定した問題の因果関係を検討したり, 仮定した問題の原因の一部を否定したりすることを通して, 患者に生じている問題の原因も特定していた。

### (6) 【推測した問題の早期解決に向けた具体策の即座の検討と実施】

この概念は, 看護師が, 問題の発生を予測した段階から, 患者に生じている問題を早期に解決することを意図し, 問題の明確化と併行して推測した問題の解決に向けた援助を検討し, 場合によってはその場で実施するという経験を表す。

看護師は, 患者に生じた問題が明確になる以前から, 患者の訴えの傾聴や食事内容の変更など, 問題の原因を解消する援助や現時点で実施可能な援助を検討していた。また, 可能な限り早期に問題を解決するために, 患者を励ま

表4 対象者の特性

		n = 14
項目		n (%)
年齢 (mean ± SD)		32.9 ± 7.1
看護師経験年数 (mean ± SD)		9.4 ± 5.6
性別	女性	8 (57.1)
	男性	6 (42.9)
所属する病棟	集中治療室	5 (35.8)
	救急外来	2 (14.3)
	外科病棟	2 (14.3)
	呼吸器内科病棟	2 (14.3)
	循環器内科病棟	1 (7.1)
	混合内科病棟	1 (7.1)
	救急病棟	1 (7.1)
修了した看護基礎教育課程	大学	9 (64.3)
	専門学校	5 (35.7)
看護師に関連する資格所有者	救急看護認定看護師 (うち1名は特定行為研修修了)	2 (14.3)
	集中ケア認定看護師	2 (14.3)
	急性重症患者看護専門看護師	1 (7.1)
	慢性心不全看護認定看護師	1 (7.1)
	所有なし	8 (57.2)

SD : Standard deviation

表5 様子が変化した患者に生じている表面化していない問題を明確にする看護師の実践経験を表す概念

カテゴリ	コアカテゴリ
患者の現状と以前の状態の比較による変化の察知	1. 普段との僅かな差異の感受による患者の状態変化の察知
患者との接触による僅かな異変の感受	
問題の発見意図による察知した状態変化に関わる本人と他者からの具体的な情報の収集	2. 察知した状態変化を確定づける根拠の探索
察知した状態変化前の状態把握の意図によるカルテからの情報の収集	
感受した様子の変化への確認の意図による言動の観察	
察知した状態変化の確認獲得の意図による最適な情報提供者からの情報の収集	
察知した状態変化の確認獲得の意図による患者と関わりを持つスタッフからの見解の聴取	
患者の変化した状態に続く関連症状の出現の予測による観察の継続	3. 疑念を持つ問題の関連所見の査定による問題発生への予測
患者の変化した状態に続く関連症状の観察による症状の発見	
患者担当による察知した状態変化に関わる関係者からの情報の受理	
察知した状態変化に関与する複数の所見の統合による可能性のある問題発生への予測	
疑念を持つ問題に関与する所見の獲得による可能性のある問題発生への予測	
疑念を持つ問題の明確化の意図による状態変化に関与する複数の身体所見の関連性の検討	
疑念を持つ問題に関与する可能性のある身体所見の査定による異常の有無の判断	
疑念を持つ問題の明確化の意図による問題に関与する可能性のある症状に焦点化した情報の収集	
患者の状態変化の察知による問題発生への可能性の疑念	
予測した問題の断定意図による客観的指標の獲得に向けた情報の収集	
予測した問題や原因の否定の意図による問題や原因に関与する症状の観察	
疑念を持つ問題の原因特定への意図による原因に関与する情報の収集	
疑念を持つ問題や原因に対する確認獲得の意図による自身以上に専門的知識を持つスタッフの見解の聴取	
疑念を持つ問題の原因特定への意図による可能性のある症状出現への予測	
情報収集による予測した問題や原因に関与する所見の発見	
不明確な問題の原因の特定に向けた可能性のある身体所見の査定による異常の有無の判断	
察知した状態変化の原因特定への意図による状態変化に関わる情報に基づく原因の推測	
予測した問題の関連要因に関する知識と経験の活用による原因の推測	
予測した問題の原因に関与する所見の査定による仮定した原因の否定	
問題に関与する獲得した情報と因果関係の査定による問題の原因の特定	5. 客観的指標の査定による問題と原因の特定
予測した問題と原因の関連性確認の意図による原因解消のための実践の試行	
問題の客観的指標となる直接的な指標の獲得による問題の断定	
客観的な指標に基づく問題断定後の問題解決の意図による原因の探索	
予測した問題の解決に向けた援助実施による問題解決に向けたさらなる情報の獲得	
予測した問題の解決に向けた具体策の即座の検討の意図による患者の要望の聴取	
問題の早期解決の意図による具体策の即座の検討	
疑念を持つ問題出現後の早期対応の意図による過去の実践の経験に基づく対応の検討	
予測した問題の早期解決の意図による問題解決に向けた援助の実施	
合併症に関する知識の活用による状態悪化への可能性の予測	
察知した状態変化に関与する複数の所見の統合による状態悪化への予測	
患者の状態悪化の感受による検査結果の悪化への予測	
予測した問題の指標となる明確な身体所見の発見による検査結果の悪化への予測	
合併症に関する知識の活用による状態変化に関与する合併症の出現への予測	
可能性のある合併症に関与する所見の査定による合併症出現への否定	
予測した合併症出現の判断の意図による系統的に収集した身体所見の査定	
患者の状態変化前後の検査結果の比較による検査結果の悪化の判断	
患者の変化した状態悪化の早期発見の意図による観察の継続	
予測した合併症出現の早期発見の意図による合併症に関与する可能性のある症状の観察	
合併症の出現予測に基づく観察による合併症に関与する可能性のある症状の発見	7. 状態悪化と合併症出現への予測に基づく早期対応の必要性の査定
患者の状態変化への対処の効果査定の意図による経過の観察	
患者の状態悪化や合併症出現への早期対応の意図による想定可能な範囲の治療開始の準備	
察知した状態変化への対応優先による対応と問題の明確化に向けた情報収集の並行	
患者の状態変化への対応模索による関連情報の収集	
患者の状態悪化の察知による早期対応	
問題の明確化困難による明確化に向けた自身以上に専門的知識を持つ看護スタッフからの助言の獲得	
看護師単独での問題の原因除去の不可による医師への対処の依頼	
医師による患者の状態悪化への早期の適切な対処の希求による対処の依頼	
患者の状態変化への対応の模索による自身以上に専門的知識を持つ看護スタッフからの助言の獲得	
医師による患者の状態変化への早期の適切な対処の希求による対処の判断に必要な情報の伝達	8. 察知した患者の状態変化に伴伴する症状の緩和
患者の状態悪化への対応困難による他の看護師の支援の要請	
患者の状態変化への効率的な対応の意図によるスタッフとの役割の分担	
看護スタッフ協働での対処の希求による患者の問題に関わる情報の伝達	
問題の明確化と状態変化への対応に向けたスタッフからの支援獲得	

すような対応を取ることや、検査データを医師へ早期に提供できるよう調整するなど、検討した援助を実施していた。

#### (7) 【状態悪化と合併症出現の予測に基づく早期対応の必要性の査定】

この概念は、看護師が、自身の知識や過去の経験をもとに、問題が表面化したことに伴い患者の状態が悪化することや合併症が出現することを予測し、合併症の出現を判断することや、対応の必要性を検討するという経験を表す。

看護師は、変化を感じ取った患者の状態を観察し続け、その経過から呼吸状態の悪化や、循環動態の変調など、状態が悪化する可能性や状態変化に関連する可能性がある合併症の発生を予測していた。また、薬剤の投与や外科的処置などの治療を準備するといった、想定できる範囲で状態悪化や合併症出現時に向けた準備を始めていた。

#### (8) 【察知した患者の状態変化に伴う症状の緩和】

この概念は、看護師が、問題の明確化を意図しながらも患者の体調を第一に考え、察知した患者の状態の変化に対応することを最優先し、問題を明確にする最中であってもその対応の模索や、実際に対応するという経験を表す。

看護師が優先させた対応とは、嘔気や嘔吐の軽減に向けた飲水や気分転換の試みなどであった。看護師は、患者の状態変化の背後にある問題を明確にする一方、症状の軽減や緩和に向けた対応を最優先していた。

#### (9) 【問題の明確化と状態変化への対応に向けたスタッフからの支援獲得】

この概念は、看護師が、患者に生じている問題を明確にしたり、患者の状態変化に対応したりするために、自身以上に専門的知識を持つ他の看護スタッフから助言を得ることや、他の看護スタッフと協働して対処するために、情報の伝達や役割を分担するという経験を表す。

看護師は、自身の知識や経験のみでは患者に生じている問題を明確にすることが難しいと自覚した場合や、自身の技術や独力では患者の状態変化に十分に対応できないと判断した場合、先輩看護師などから助言を得ていた。また、医師や他の看護スタッフと協働するために情報を伝達することや、役割を分担することで効率的な対応を目指していた。

## IV. 考 察

本研究では、様子が変化した患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にする看護師の実践経験の総体を表す9概念を創出した。総体とは、研究対象とする経験の特徴的な側面に限定することなく、特徴的な側面の経験を含む全体を意味する(舟島, 2018, p.122)。本

研究の対象者の特性は、看護基礎教育課程や看護師経験年数、所属する病棟など多様であった。また、対象者のうち6名は認定看護師や専門看護師の資格を有していたが、その分野も多様であった。これらは、本研究の対象者が多様な特性を持ち、その背景に基づく実践経験をしている看護師であることを示している。

以上のことから、本研究の結果は多様な背景を持つ看護師の経験を表す、多様なデータから創出されており、本研究で創出された9概念は様子が変化した患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にする看護師の実践経験の総体であることが示された。

得られた9概念から実践経験としての特徴を検討した結果、5つの特徴が示されたため、その特徴について以下で考察する。

### 1. 患者の普段の状態把握に基づく現状との僅かな差異の判断

看護師は、患者の普段の様子を知り、その様子との僅かな違いを見落とすことなく患者の変化に気づく、またはそれを判断することで、問題の発生に向けた様子の変化を認識していた。看護師は、患者の様子が普段とは違うという感覚や、患者の様子が今までとは違うという感覚など、感覚に矛盾があるという感覚により患者の異常を察知しているといわれている(杉本・堀越・高橋・齋藤, 2005; 継田・坂元・武田, 2015)。本研究の結果は、概念1.【普段との僅かな差異の感受による患者の状態変化の察知】において、看護師が普段の患者の様子と比較し、表情や言動などを通して、何らかの僅かな異変を感じ取ることで患者の状態変化を感じていたことを明らかにした。

以上のことから、先行研究と同様に普段の様子と現状を比較し、その差異を認識することで、患者の状態変化を感じている様子が明らかになった。また、本研究の結果は僅かな様子の変化も見落とさない看護師の経験が見られており、これは表面化していない問題を明確にするための特徴的な経験である可能性が示唆された。

### 2. 推測される問題と原因に関連する指標の査定と問題の特定

表面化していない問題を明確にする実践経験において、問題の仮説を立て、その仮説を検証しながら問題を明確にするという、看護師が扱う様々な問題を明確にする実践と類似した実践を経験していた。しかし看護師は、問題が表面化していない状況において、患者の僅かな変化を察知したことで、患者の状態変化のみならず問題の発生にも疑念を抱いていた。

先行研究は、看護師が患者と相互行為を展開する場面に



において、患者の状態の観察を通して情報を収集している（定廣ほか、1997）ことを明らかにした。また、患者の状態の変化を察知した際に、身体症状の観察やモニターなどの数値から客観的な情報を収集し、患者の異常を判断している（岩田ほか、2006；継田ほか、2015）ことも明らかにされていた。本研究の結果である概念2.【察知した状態変化を確定づける根拠の探索】は、先行研究と同様に、状態変化の確証を得るために、関与する情報を様々な方法を通して獲得していることを示した。また、それだけでなく、察知した状態変化の背後にある問題を発見するため、患者に関する情報収集をしていることも示した。これは、看護師が患者の状態変化を認識した際に、状態の変化に対応するだけでなく、表面化していない何らかの問題が発生していることに疑念を抱き、問題の明確化を意識した行動を取っていたことも示している。

概念3.【疑念を持つ問題の関連所見の査定による問題発生予測】に表される「所見」とは、診断および治療に重要な観察結果（和田・南・小峰、2010）であり、看護師による観察の結果を意味する。これは、看護師が疑念を持っていた問題があることを示す複数の観察結果を査定し、問題の発生を予測していたことを示す。看護師は、収集した複数の情報と情報の関連性を査定し、問題の発生を認知している（服部・舟島、2009）。また、看護師は、問題の特定に向けて、収集した情報が何を示唆しているのかを分析し、可能性のある問題の仮説を立てた後、さらなるデータ収集を行うという過程をたどる（Herdman,& Kamitsuru, 2017/2021）といわれている。これらは、【3】が先行研究と同様に、複数の観察結果の関連性を査定することを通して問題の発生を予測し、疑念を持つ問題との関連性を示す仮説を設定する経験である可能性を示している。これに関連して、本研究の結果は、看護師が概念4.【推測した問題と原因の特定に向けた情報収集】を経験していることを明らかにした。この「情報収集」は、【3】に表される「問題発生予測」に続く経験である可能性が高い。つまり、【3】と【4】は、看護師が複数の観察結果の査定を通して問題の発生を予測したり、疑念を持つ問題との関連性を示す仮説を設定し、その問題や原因の特定に向けて情報収集を行っていることを示している。

看護師は、得られた情報を統合し、本質的な問題を明確にするために、その患者の一部だけでなく、全体を一人の人間としてバランス良く捉えることを心がけ、得た情報と主訴のつながりを明らかにすることを実践する（船越・田中・服部・アリマ・田中、2013）。また、看護師は、問題の原因を特定する際に異なる複数の情報を収集し、それを活用する（服部・舟島、2009）。これらは、概念5.【客観的指標の査定による問題と原因の特定】が、患者の客観的

指標を査定し、客観的指標を含む複数の情報を収集し、それらと患者の主訴の関連性を識別している可能性を示している。本研究における【5】は、患者の様子の変化を察知したその時その場で行われている看護師の実践であり、患者の様子の変化を察知してから数時間の間に行われていた。

以上のことから、患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にする際に、看護師が扱う様々な問題を明確にする実践と同様の実践を経験していることが示された。また、そのみでなく、本結果は、看護師が患者の僅かな変化を察知したことで問題の発生に疑念を抱き、変化を察知してから数時間の間に問題を明確にしていたことを明らかにした。

### 3. 問題解決に向けた具体策の即座の検討と実施の反復

看護師は、様子に変化した患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にする実践経験の中で、問題の明確化と併行して推測した問題の解決も考慮していた。概念6.【推測した問題の早期解決に向けた具体策の即座の検討と実施】は、患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にした研究対象者の実践経験を表している。つまり、本結果は問題の明確化と併行し、看護師が看護診断のような資料の活用による援助計画の立案ではなく、即座に必要な援助計画を立案し、推測した問題の解決に向けて援助を実施していたことを意味する。

看護師が患者の様々な問題を解決に導く際に、問題の解決に向けてその手段を計画し、実施した上で必要に応じてその計画を修正していることが報告されている（服部・舟島、2009）。加えて、看護師は情報収集と査定を繰り返しながら、患者に顕在もしくは潜在する問題の解決に至る一連の過程を推し進めるという行動を取ることも報告されている（服部・舟島、2009）。これは【6】が、看護師が既に明確になった問題を解決に導いた際と同様の実践を、問題を明確にする前から行っていることを示している。

以上のことから、【6】が既に明確になった問題を解決に導いた際の実践と同様の経験であったことが示された。それだけでなく、様子に変化した患者に生じている表面化していない問題を明確にする、その場において推測した問題の解決に向けた援助を併行していたことも示された。

### 4. 問題未特定下で予測される問題と状態変化への対応

患者に生じている問題の明確化に向けた実践とともに、看護師は患者の変化への対応を最優先することで、患者の状態悪化や合併症出現へのリスクを予測し、その出現回避の一助になった可能性がある。

看護師は、患者の原疾患、患者に行われている治療や侵

襲的な検査などにより生じる恐れのある潜在的合併症や出現する可能性のある徴候を予測するためにモニタリングを行う必要がある (Alfaro, 2008/2012), モニタリングにより発見した合併症や状態悪化に早期に対応することが求められる。また, 患者が心停止する6時間前には何らかの症状や徴候が現れる (Franklin, & Mathew, 1994) といわれており, 看護師が察知する患者の様子の変化は, 今後の急変の前兆である可能性も否定できない。そのため, 急変の前兆となる好ましくない反応の出現を視野に入れて対応しなければ, 患者の状態が急激に悪化した際の対応が遅れ, 危機的状況を招く恐れがある。これに対し本研究では, 概念7.【状態悪化と合併症出現の予測に基づく早期対応の必要性の査定】や, 概念8.【察知した患者の状態変化に伴う症状の緩和】に示されるように, 看護師は, 問題がまだ明確になっていない時点でも, 患者の状態変化への対応を最優先していたことが明らかになった。

以上のことから, 【7】【8】が, 問題が不明確な段階であっても, 状態変化や出現する可能性のある合併症に対し, 早期の対応を検討または実施することで, 患者が危機的状況に陥ることを予防するための一助となっていた可能性が示唆された。また, 状態が安定した患者の問題を明確にする実践にはない, 様子の変化した患者の問題を明確にする実践における, 特徴的な実践経験である可能性が高い。

## 5. 他スタッフの支援や知識の活用

看護師は, 独力での対応が困難な場合には, 他のスタッフに支援を求めるところを日常的に行っており, 本結果にも同様の経験が示された。先行研究は, 看護師が, 患者との相互行為の最中に予期せぬ変化を察知した場合, モニタリングや検査, 処置など複数の対応を迅速に求められることを示している (山勢・山勢, 2015)。また, 看護師は, 自身の知識不足や対応に困難を感じた場合, 他の看護スタッフにその支援を求めている (唐澤ほか, 2008) ことも示されていた。概念9.【問題の明確化と状態変化への対応に向けたスタッフからの支援獲得】は, 患者の状態が変化し, 独力での対応が困難な場合や, 問題の明確化に困難を感じた場合に, 他の看護師や他の職種スタッフの支援を求めている経験を表していた。

これは【9】に示される経験が, 看護師は日々の業務の中で協働しながらその職務を果たし, 患者の状態が変化した場合にも看護師や他職種と協働してその職務を果たしていることを示している。

## 6. 本研究の限界

看護師は, 本研究が明らかにした結果を活用することで

問題の明確化に向けた実践の質を高められる可能性がある。しかし, 本研究は, 問題を明確にする看護師の実践経験を表す各概念と, 問題の明確化促進との関連性は明らかにしておらず, 結果の活用可能性には限界がある。

## 結 論

本研究の結果は, 様子の変化した患者に生じている表面化していない問題をその時その場で明確にする看護師の実践経験の総体を表す9概念を創出した。これらの概念は, 看護師が扱う様々な問題を明確にする過程と類似した実践を経験する一方で, 早期から問題の発生に疑念を抱き, 状態の変化に対応することを優先しながらも問題の明確化と併行してその解決を目指すなど, 特徴的な看護師の実践経験があったことを示唆した。

## 謝 辞

本研究にご協力くださった皆さまに謹んで御礼申し上げます。

本稿は令和元年度群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものであり, 第40回日本看護科学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

- Alfaro, R. (2008) / 本郷久美子監訳 (2012). 基本から学ぶ看護過程と看護診断 第7版. 142, 東京: 医学書院.
- Carpenito, L.J. (2016) / 黒江ゆり子監訳 (2018). 看護診断ハンドブック 第11版. 8, 東京: 医学書院.
- Franklin, C., Mathew, J. (1994). Developing strategies to prevent in-hospital cardiac arrest: Analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Critical Care Medicine*, 22(2), 244-247.
- Freire, R.M., Landeiro, M.J., Martins, M.M., Martins, T., Peres, H.H. (2016). Taking a look to promoting health and complications' prevention: Differences by context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-9.
- 船越明子, 田中敦子, 服部希恵, アリマ美乃里, 田中洋美 (2013). 児童・思春期精神科病棟における熟練看護師の看護ケア: 子どもが抱える問題の解決に向けた看護介入. *看護研究*, 46(5), 504-517.

- 舟島なをみ (2018). 看護教育学研究 発見・創造・証明の過程：実践・教育の質向上を目指す研究の方法論 第3版. 120-198, 東京：医学書院.
- 服部美香, 舟島なをみ (2009). 看護師が展開する問題解決支援に関する研究：問題を予防・緩和・除去できた場面に焦点を当てて. 看護教育学研究, 18(1), 35-48.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S. (2017) / 上鶴重美訳 (2021). NANDA-I 看護診断：定義と分類2021-2023 原書 第12版. 58, 東京：医学書院.
- 磯本暁子, 名越恵美, 若崎淳子, 犬飼昌子, 掛橋千賀子 (2011). 外来がん化学療法に携わる看護師によって語られた看護実践と課題. 新見公立大学紀要, 32, 43-50.
- 岩田幸枝, 國清恭子, 千明政好, 星野悦子, 鶴田晴美, 荒井真紀子, 齋藤やよい (2006). 異常を判断したICU看護師の思考パターンの分析. 群馬保健学紀要, 26, 11-18.
- 唐澤由美子, 中村 恵, 原田慶子, 太田規子, 大脇百合子, 千葉真弓 (2008). 就職後1ヶ月と3ヶ月に新人看護師が感じる職務上の困難と欲しい支援. 長野県看護大学紀要, 10, 79-87.
- King, I.M. (1981) / 杉森みど里訳 (1985). キング看護理論. 東京：医学書院.
- 紅林佑介, 原田祐輔, 井上善久 (2016). 精神科看護師の看護実践能力と職業性ストレスとの関連. 日本保健福祉学会誌, 22(2), 1-8.
- 見田宗介, 栗原 彬, 田中義久 (1988). 社会学事典 経験の項. 245, 東京：弘文堂.
- 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (2011). 看護学事典 第2版 看護問題の項. 174, 東京：日本看護協会出版会.
- 定廣和香子, 舟島なをみ, 杉森みど里 (1997). 看護場面における看護婦(士)行動に関する研究. 千葉県看護学会会誌, 3(1), 1-7.
- 下中 弘 (1992). 哲学事典経験の項. 391, 東京：平凡社.
- 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 齋藤やよい (2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. The Kitakanto Medical Journal, 55(2), 123-131.
- 滝島紀子 (2019). 看護過程から理解する看護診断 改訂3版. 15-19, 東京：丸善出版.
- 田村沙織, 田中久美子, 田中沙紀, 堀内基衣 (2009). 看護問題に対応する経験年数別看護師の行動の特徴：看護問題対応行動自己評価尺度を用いて. 第40回 日本看護学会論文集 看護管理, 246-248.
- 継田裕美, 坂元孝衣, 武田芽衣 (2015). 何か変と感じてから急変までの看護師の臨床判断と行動分析—経験年数で比較して—. 第45回 日本看護学会論文集 急性期看護, 309-312.
- 和田 攻, 南 裕子, 小峰光博 (2010). 看護大事典 第2版 所見の項. 1487, 東京：医学書院.
- 山岸直子, 外崎明子 (2010). 2型糖尿病患者に対する熟練看護師の姿勢とアセスメント：食事療法の自己管理が困難な患者の支援に向けて. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14(2), 138-146.
- 山勢博彰, 山勢善江 (2015). 疾患の看護プラクティスがみえる：救命救急デイズ. 11, 東京：学研メディカル秀潤社.
- 横川絹恵, 淘江七海子, 森口靖子 (2008). 短期大学卒業生の医療施設における看護実践能力の形成に関する調査：看護問題対応行動自己評価尺度 (OPSN) を用いて. 香川県立保健医療大学紀要, 5, 47-52.

〔2023年3月20日受付〕  
〔2024年2月12日採用決定〕

# Total Experience of Nursing Practice in Clarifying Non-Surface Problems in Patients: Focusing on Nurse-Patient Interactions

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(4), 789-799  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240212245>

Tomoki Kuribara, RN, MSN<sup>1</sup>, Yasuhiro Matsuda, RN, DNSc<sup>2</sup>,  
Mika Hattori, RN, DNSc<sup>2</sup>, Nobuko Yamashita, RN, DNSc<sup>2</sup>,  
Etsuko Kanaya, RN, DNSc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sapporo City University, Hokkaido, Japan, <sup>2</sup>Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan

## Abstract

**Objective:** This study conceptualized the experience of nursing practice in extemporaneously clarifying and evaluating non-surface problems in patients whose appearance changed. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted, and data were collected from 14 nurses with previous experience in clarifying non-surface problems in patients. Data were analyzed qualitatively and inductively using a conceptualization of nursing. **Results:** Based on 265 responses, 300 codes, 59 categories, and 124 subcategories were created. These 59 categories were analyzed and grouped into nine concepts: “Detecting changes in condition because you sense that something is slightly different,” “Exploring evidence to substantiate detected changes in patient state,” “Predicting the occurrence of problems by assessing suspicious findings,” “Collecting information to identify presumed problems and causes,” “Identifying problems and causes through objective index assessment,” “Immediately considering and implementing concrete measures for early resolution of the presumed problem,” “Assessing the need for early action based on predictions of deterioration and emergence of complications,” “Alleviating symptoms accompanying the perceived changes in patient status,” and “Gaining support from staff for clarifying problems and responding to changes in conditions.” Based on these results, five characteristics were discussed for understanding non-surface problems. **Conclusions:** This study identified nine concepts related to the experience of nursing practice in extemporaneously clarifying and evaluating non-surface problems in patients whose appearance changed. These findings highlight the distinctive nursing practice experiences where nurses identify problems and their causes while prioritizing responses to patients whose conditions change during problem clarification.

## Key words

Nurse, Practical experience, Clarifying problems

---

**Correspondence:** T. Kuribara. Email: [t.kuribara@scu.ac.jp](mailto:t.kuribara@scu.ac.jp)



# 看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 801-812  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240214243>

西田三十一<sup>1</sup>, 習田明裕<sup>2</sup>

<sup>1</sup>聖徳大学大学院看護学研究科, <sup>2</sup>東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域

## 要旨

目的：看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離（以下、心理的距離）の要素を抽出し、心理的距離のタイプを明らかにすることである。方法：2つの医療施設に勤務する看護師18名を対象に、死にゆく患者との印象に残るエピソードについて、半構成的面接法にてインタビューを実施し、質的帰納的に分析した。結果：24のエピソードが語られ、心理的距離の要素として、〈患者についての理解〉〈患者への感情調整・思考〉〈患者への看護行為〉〈患者との一体感〉の4つが抽出された。これらの要素に特徴づけられたタイプとして、《主体的形成型》《感情遮断型》等の6つを示した。結論：心理的距離は、〈患者への感情調整・思考〉が核となり、他の3要素と関与し合いながら形成され、その過程には看護師の経験の積み重ね方が影響していると考えられた。看護師が自己の感情を含めて内省しながら経験を蓄積できる組織的支援の重要性が示唆された。

## キーワード

看護師, 死にゆく患者, 心理的距離, 要素, タイプ

責任著者：西田三十一. Email: [nishida@wa.seitoku.ac.jp](mailto:nishida@wa.seitoku.ac.jp)

## はじめに

死にゆく患者への熟達したケアには、看護師の患者への効果的なコミュニケーション・スキルが重要であるが (Johnston & Smith, 2006), これを実践することは容易ではない。死にゆく患者と関わる看護師は、患者との関わりに恐怖を感じ避けたいと思っていたり (坂下, 2017), 10年経過した現在も患者から逃避した自己を責め、他者に心を開くことができないことが報告されている (梅野, 2004)。また、看護師は、死という感情的に最も揺さぶられる体験を職務上強いられているとの指摘もある (武井, 2001)。このような現状があるにもかかわらず、業務の忙しさに追われる現場では、看護師自身の心理面に着目した支援は少ない。病院内では振り返りの場としてデス・カンファレンスが実施されることも増えたが、理性的であることが求められ、看護師は自己の感情を身体の隅に押し込め続けているとの指摘もある (広瀬, 2011)。

死にゆく患者と関わる看護師の心理面を明らかにした先行研究は、看護師が患者の心理面にアプローチできずに否定的感情を抱き (阿部・菅原・木村, 2020), その感情が患者の傍にいたくないという思いと関連することを示した (下平・上別府・杉下, 2007)。一方、看護師が、苦悩しな

がらも逃げずに患者と共に歩み、最後まで生き抜こうとする力を支え続けたとの報告もある (西田・白鳥・梅村, 2021)。これらの知見から、看護師と患者の間には、距離を置いたり、近づいたりするような心理的距離が存在すると考えられた。心理的距離は、主に心理学分野において親密感であると示され、自己から他者および他者から自己への2方向性と、表象 (個人の他者への内面的な距離) と表出 (自他との間で行動により示される距離) という2層の計4種の距離感により成る心理的距離が存在すると述べられている (山根, 2005)。さらに、表出としての行為は、相手に対する思いを可視化した距離であると述べられ、心理的距離の形成に行為は必要不可欠であるといえる。一方、看護学分野においては、看護師からみた患者との心理的距離は親密感のみで表すことはできず、看護師として果たすべき役割を意識し調整していると述べられている (鈴木, 1998)。また、看護師からみた患者との心理的距離の概念分析で示された要素には、'患者情報の認知', '患者への感情調整', '専門職的役割意識', '患者との一体感' などが抽出され、看護師は能動的に患者との心理的距離を形成している側面があることが報告されている (西田, 2016)。

病院で死亡する患者は、全死亡数の71.3%と多く (厚生

労働省大臣官房統計情報部, 2020), 死にゆく患者へのケアは一般病棟に勤務する多くの看護師に求められ, 急性期のケアと混在するなど多様な臨床経過にある患者への看護を同時に実践している現状がある。このような中で, 看護師が死にゆく患者とどのような心理的距離を形成しているかを明らかにした先行研究はみられない。よって, 本研究では, 一般病棟において看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離について, その要素および心理的距離のタイプを明らかにすることを目的とした。これにより, 死にゆく患者へのケアに携わる看護師がより良い関わりを見いだすための示唆を得られると考える。

## I. 用語の定義

**死にゆく患者**: 患者の病状が治癒するための治療ができない状態であり, 看護師が死に向かっていることを確実に予期している患者とする。

**心理的距離**: 看護学, 心理学, 医学分野の心理的距離に関する先行研究に基づく「看護師からみた患者との心理的距離」の概念分析(西田, 2016)で示された定義をもとに, 本研究では, 「看護師が患者からの情報を認知し, 看護役割を意識し患者への感情を調整しながら, 患者との一体感を捉える心の動き」とする。なお, 一体感を捉える心の動きとは, 看護師から患者および患者から看護師の2方向の距離感が一致する程度を動的に捉えるありさまを表す。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

### 2. 研究参加者

がん診療連携拠点病院の一般病棟(集中治療室, 緩和ケア病棟, 小児科, 産科を除く)において死にゆく患者を受け持った経験があり, 臨床経験年数を問わず, 研究協力で同意の得られた看護師

### 3. 調査方法

研究協力の得られた医療施設の看護管理者に, 対象となる看護師への研究依頼書の配布を依頼し, 同意の得られた研究参加者に半構成的面接法を用いてインタビューを実施した。インタビュー時間は60分程度であることを説明の上, 研究参加者の了解を得てICレコーダーに録音した。調査期間は, 2011年1月~11月であった。

## 4. 調査内容

看護師に, 印象に残る終末期患者とのエピソードについて尋ねた。エピソード数は限定せず, 印象は肯定的もしくは否定的のどちらでもよいと説明し, 自己(看護師)の思いを含めて語ってもらった。インタビュー内容は, 看護師からみた患者との心理的距離の概念分析(西田, 2016)で示された要素を手掛かりに検討し, 患者の感情・態度をどう捉えたか, 自己の感情・態度はどうであったか, なぜそのような関わりをしたのかを尋ねた。また, 心理的距離について, 患者との関わりはどのような体験として自己の中に位置づけられているか, 自己から患者および患者から自己への心の距離をどう捉えていたかを尋ねた。

## 5. 分析方法

インタビューによって得られた看護師の語りについて, 質的帰納的に分析した。各エピソードの看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離の様相を明確化した後に, 全てのエピソードから抽出されたサブカテゴリを抽象化することにより, 要素およびタイプの抽出を行った。以下に分析方法の詳細を述べる。

### (1) 各エピソードの「看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離」の様相の明確化

看護師の語りは逐語録に起こし熟読した。エピソードごとに, 看護師の思考や感情, 心理的距離の表現等に注目しながら文脈を抽出し, 意味内容を損ねないように切片化しコーディングを行った。また, 看護師の語りを心の動きを含めて深く理解するためにコードを時系列に整理し, 類似する意味内容のコードをまとめ抽象化しサブカテゴリを抽出した。データに繰り返し戻り検討しながら, 抽出されたサブカテゴリの関係性や時間軸に沿って, エピソードがどのような心理的距離の様相を表しているかを詳細に記述し, 各エピソードの特徴を浮き彫りにするために, 心理的距離の様相を的確に表す題名をつけた。

### (2) 「看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離」の要素の抽出

次に, 各エピソードの題名から, 類似していると考えられるエピソードを仮にグループ化しながら, (1)で抽出された各エピソードのサブカテゴリを抽象化し要素を抽出するための小カテゴリとして示した。その際, 各グループおよび小カテゴリは, グループの特徴を浮き彫りにして他グループと差別化でき, その特徴を説明できるように繰り返し検討し精選した。その結果, 最終的に抽出された小カテゴリを抽象化することにより中カテゴリ, 大カテゴリとして示し, 看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離の要素とした。

(3) 「看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離」のタイプの抽出

これらの分析を経て、各要素の小カテゴリが類似し、同様の特徴がみられたグループを心理的距離の特徴を表す型(以下、タイプとする)として決定した。タイプ名は、看護師が患者との心理的距離をどのように形成していたのかという看護師の視点から命名し、各タイプの要素およびタイプの特徴について記述した。さらに、各看護師のエピソードのタイプとエピソード体験時の臨床経験年数を示した。

6. 真実性の確保

インタビューでは、看護師が語った内容の意味を研究者が的確に理解できているかについて、問い直しながら適宜確認した。研究結果が研究者の偏見や歪みにより影響を受けていないか、妥当な結果を得られているかを確認するために、研究者間で合意が得られるまで検討を重ね、質的研究に精通する研究者のスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

医療施設の看護管理者及び研究参加者(看護師)へ、研究参加の自由意思、プライバシーの保護、研究辞退による不利益がないこと、研究結果の公表方法等について説明した。研究参加承諾の書類は、看護師から研究者に直接返信した。なお、本研究は首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を受けた(承認番号10073)。

Ⅲ. 結 果

結果を以下に示す。心理的距離のタイプ名を《 》, 要素(大カテゴリ)を〈 〉, 要素の中カテゴリを { }, 要素の小カテゴリを【 】, エピソードの題名を『 』, エピ

ソード番号を(Ep番号), 看護師の語りを「 』, 「 』内の( )は筆者による補足として示した。

1. 研究参加者の背景, エピソードで語られた患者の背景(表1)

研究参加者は、関東圏内にあるがん診療連携拠点病院2施設(病床数:500~1,000床)に勤務する看護師18名であった。エピソード経験時の臨床経験年数は1~16年, インタビュー時間は45~185分(平均約70分)であった。予定した時間は60分程度であったが、本人の希望を確認の上、インタビューを継続した。各エピソードで語られた患者の年齢は30~80歳代, 疾患は、患者20名はがん疾患, 4名はその他の疾患であった。

2. 各エピソードの「看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離」の様相の明確化(表2)

看護師18名のうち12名は1つのエピソード, 6名は2つのエピソードを語り、総エピソード数は24であった。『患者の言動から心情を察知し、患者に合わせた距離感で見守り、患者の生きる気力を支える(Ep4)』のように、各エピソードにおいて看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離のエピソードの題名が示された。

3. 「看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離」の要素(表3)

看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離の要素(大カテゴリ)は、〈患者についての理解〉〈患者への感情調整・思考〉〈患者への看護行為〉〈患者との一体感〉の4つが抽出された。〈患者についての理解〉の小カテゴリは【患者の死や病状への思いを推し量ることによる深い理解】等が抽出され、中カテゴリは{患者自身の死や病気に対す

表1 研究参加者の背景, エピソードで語られた患者の背景

研究参加者	臨床経験年数(年)	インタビュー時間(分)	エピソード番号	エピソード経験時の臨床経験年数(年)	患者の年齢(歳代)	患者の疾患名	研究参加者	臨床経験年数(年)	インタビュー時間(分)	エピソード番号	エピソード経験時の臨床経験年数(年)	患者の年齢(歳代)	患者の疾患名
A	10	80	1	5	70	直腸がん	K	3	55	13	2	50	間質性肺炎
B	4	61	2	2	50	肺がん	L	6	60	14	3	60	腎がん
C	2	49	3	1	50	悪性リンパ腫				15	4	40	重症筋無力症
D	10	61	4	10	30	卵巣がん	M	1	50	16	1	80	胃がん
E	11	45	5	5	70	前立腺がん	N	7	70	17	3	50	胃がん
			6	11	50	肺がん				18	7	40	胃がん
F	13	60	7	7	40	悪性リンパ腫	O	14	60	19	13	80	胃がん
			8	10	70	胃がん	P	16	69	20	13	60	膵臓がん
G	4	72	9	3	40	白血病				21	16	70	膵臓がん
H	6	69	10	5	50	間質性肺炎	Q	13	185	22	11	60	胃がん
I	10	63	11	8	60	慢性腎不全				23	12	50	膵臓がん
J	10	91	12	9	70	皮膚がん	R	1	68	24	1	30	悪性リンパ腫



る認識の理解| 等の3つであった。これは、看護師が、死にゆく過程にあることを重視し、患者自身の死が迫っていることへの思いや、残りの時間の過ごし方の希望等をとらえ解釈する様子が特徴として示された。〈患者への感情調整・思考〉の小カテゴリは【看護役割を意識した感情調整による患者への歩み寄り】等が抽出され、中カテゴリは「看護役割を意識した患者との距離の調整」等の4つであった。これは、患者が死にゆく存在であることおよび患者からの反応に対し人として湧き上がる感情や思考、「死」に関わることへの恐怖、看護役割を意識しながら感情を調整する様子が特徴として示された。〈患者への看護行為〉の小カテゴリは【死までの過程を患者と共に歩む関わり】等が抽出され、中カテゴリは「患者に対する自己の在り方」等の2つであった。これは、看護師が実践する患者へのケア内容および患者に関わる際の態度が特徴として示された。〈患者との一体感〉の小カテゴリは【患者への親近感】等が抽出され、中カテゴリは「自己の患者への思いから捉える距

離の一致度| 等の2つであった。これは、自己の患者に対する思いと患者の自己に対する思いが一致しているかという看護師の感覚であることが特徴として示された。

#### 4. 「看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離」のタイプ

4要素によって特徴づけられるタイプを抽出した結果、看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離は、《主体的形成型》、《肯定的変化型》、《随時尽力型》、《消極的関与型》、《部分的関与型》、《感情遮断型》の6タイプが抽出された。各看護師の語った心理的距離のタイプとエピソード体験時の臨床経験年数は表4-1に示しており、18名中6名の看護師は2つのエピソードを語ったがいずれも異なるタイプであった。各タイプにおける4要素の説明および小カテゴリは表4-2に示す。各タイプの特徴について以下に記述する。

表2 看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離のエピソードの題名

エピソード番号	題名
1	死にゆく患者に、家族の代わりのように強い思い入れをもち、自己ができる限られたケアを精一杯行う
2	近寄り難かった患者の意識低下後、患者への理解が深まることにより患者に歩み寄り、患者にとって良いと推測されるケアを積極的に行うようになる
3	自己中心的に関わっていた患者の心情の変化に気づくことで、一番思い入れのある患者へ変化し、患者の死への思いに応えるような特別な関係を築く
4	患者の言動から心情を察知し、患者に合わせた距離感で見守り、患者の生きる気力を支える
5	患者の態度の変化に動揺し、感情調整できずに気持ちに蓋をし、患者との関わりも遠のく
6	自己の感情と対峙しながら、患者を理解しようとする歩み寄りにより信頼関係を築く
7	自己中心的な関わりの中で、患者の最期の希望を尊重できなかったことへの謝罪の気持ちから、患者へ歩み寄り丁寧にケアを行う
8	看護師として患者の死を意識した上で気がかりに思っていることについて、自己の視点から部分的に介入する
9	強く感情移入することで巻き込まれ、患者の死への恐怖に動揺し、波風立てない関わりをする
10	患者へのケアを熱心に考えるが、死への恐怖や関わり方がわからないという思いから、一線を引いた関わりをする
11	自己が感情的に巻き込まれないために、常に一線を引いて、患者の死を意識しながら、冷静にケアを行う
12	看護師としての客観的な視点を重視しながら、患者の心に意図的に近づき、寄り添うことで希望を支える
13	患者に対し家族のような強い思い入れをもち、患者の最後の時間を意識した自己ができるケアを熱心に実践する
14	自己の気遣いや思い入れのあるケアにより患者から信頼を獲得することで、患者に対し肯定的感情が増大し特別な近さを感じる
15	患者に対する粗雑な自己の対応を反省することにより、歩み寄り、死を意識したケアを行う
16	患者の死を実感することで、患者への思い入れはさらに強くなるが、関わり方はわからなくなり遠のいた
17	患者への否定的感情の積み重ねにより、患者に対し線を引き遠のく
18	自己の感情を調整し、患者が死にゆく過程にあることを意識し、求めていることに精一杯応える
19	患者への強い思い入れをもちながら、患者との客観的な距離を意識し、患者の死の恐怖を理解し支える
20	患者を自己の父親に重ね、死にゆく患者にできる限りのことをしたいという思いで関わることで、患者から肯定的反応があり近さを感じる
21	患者を自己の母親に重ねることで患者の心情を推測し、患者の死を意識した上で気がかりに思っていることに部分的に介入する
22	遠のくような気持ちを抱いた患者へ近づく努力をしたことにより、患者が最期に死を受容したことを受けとめる
23	専門職として患者に意図的に近づくことで患者を理解し、死の受容を促しながら患者と一緒に最期までの過程を歩む
24	悲観的感情を表出する患者について自己の身に置き換えて理解しようという気持ちがあるが、患者が死ぬことに動揺し関わり方もわからず、患者に応えることができない

(1) 《主体的形成型》の特徴  
 4つのエピソードにより特徴づけられたこのタイプは、  
 ‘看護役割を自覚しながら、意図的に患者の心に近づくよ  
 うな距離を形成することによって患者を深く理解する。患  
 者に親近感をもちながら、自己の感情を調整し、患者の意  
 思に沿いながら、死までの過程を見据えて患者と共に歩む

表3 看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離の要素

要素 (大カテゴリ)	要素の中カテゴリ	要素の小カテゴリ
〈患者についての理解〉	{患者自身の死や病気に対する認識の理解}	【患者の死や病状への思いを推し量ることによる深い理解】 【患者の死や病状への思いの推察】
	{患者の希望の理解}	【患者の真意の把握】 【患者の死に対する思いや希望についての部分的なとらえ】
	{患者の心情の理解}	【患者の心情の変化の察知】 【患者の心情への理解の深まり】 【患者の言動を推し量ることによる心情のとらえ】 【患者の心情の不十分な理解】
〈患者への感情調整・思考〉	{看護役割を意識した患者との距離の調整}	【看護役割を意識した感情調整による患者への歩み寄り】 【患者の真意を把握するための意図的な心の近づき】 【患者に合わせた感情の調整】
	{患者が死にゆく過程にあることを意識した思考}	【患者の残された時間が少ないからこそ患者の意思に沿ったケアを実践したいという思い】 【患者にとって最後の時間であることへの意識】 【死にゆく患者へできる限りのことをしたいという思い】 【死にゆく患者のために何かをしたいという強い思い】 【死にゆく患者への関わり方がわからないことによる困惑】 【患者の死に対する思いを傾聴しようとする心がけ】 【患者が死にゆく過程にあることへの気遣い】
	{自己の患者への思考}	【自己の視点からの思考】 【自己の患者への関わり方への反省】
	{自己への患者の反応に対する思い}	【患者への関わり方の後悔や後ろめたい気持ち】 【看護業務ができない程の感情の動揺】 【自信喪失】
〈患者への看護行為〉	{患者に対する自己の存り方}	【死までの過程を患者と共に歩む関わり】 【患者の気持ちを理解していることを示すための意識的なアピール】 【死にゆく患者に適切に対応できない自身の困惑により一線を引く関わり】 【患者の死への思いを傾聴しなければならないという考えによる話しやすい環境作り】
	{患者へのケア}	【患者の意思に沿う今後を見据えた意図的な実践】 【死にゆく患者にとって良いと考えるケアの積極的な実施】 【患者に尽くしたケアの実践】 【看護役割を意識した判断に基づいた部分的なケア】 【必要最小限の日常業務のみの遂行】
〈患者との一体感〉	{自己の患者への思いから捉える距離の一致度}	【患者への親近感】 【患者への関心の高まり】 【思い入れの強い患者との関わりに見いだす自己肯定感】 【患者の死に関わることへの恐怖を伴う感情の動揺による気後れ】 【患者の心情への気がかり】 【感情の遮断による自己防衛】
	{患者の自己への行為から捉える距離の一致度}	【患者からの信頼獲得の認識】 【患者からの歩み寄りの察知】 【自己の関わりに対する患者からの肯定的反応の認知】 【患者は自己に特別な思いがないという推測】 【患者にとって自己が特別な存在ではないという捉え】 【患者からの心の距離が遠いことの察知】

※ 〈 〉: 要素 (大カテゴリ), { } 要素の中カテゴリ, 【 】 要素の小カテゴリ

表4-1 各エピソードの心理的距離のタイプ

研究参加者	エピソード番号	エピソード経験時の臨床経験年数 (年目)	タイプ	研究参加者	エピソード番号	エピソード経験時の臨床経験年数 (年目)	タイプ
A	1	5	随時尽力型	K	13	2	随時尽力型
B	2	2	肯定的変化型	L	14	3	随時尽力型
C	3	1	肯定的変化型		15	4	肯定的変化型
D	4	10	主体的形成型	M	16	1	消極的関与型
E	5	5	感情遮断型	N	17	3	感情遮断型
	6	11	肯定的変化型		18	7	随時尽力型
F	7	7	肯定的変化型	O	19	13	主体的形成型
	8	10	部分的関与型	P	20	13	随時尽力型
G	9	3	消極的関与型		21	16	部分的関与型
H	10	5	消極的関与型	Q	22	11	肯定的変化型
I	11	8	部分的関与型		23	12	主体的形成型
J	12	9	主体的形成型	R	24	1	消極的関与型

表 4 - 2 看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離のタイプ

	要素と要素の小カテゴリー・特徴	〈患者への感情調整・思考〉	〈患者への看護行為〉	〈患者との一体感〉
	<p>看護師 (エピソード番号) タイプの特徴</p> <p>《主体的形成型》 D (Ep4), J (Ep12), O (Ep19), Q (Ep23)</p> <p>看護役割を自覚しながら、意図的に患者の心に近づきような距離感を形成することによって患者を深く理解する。患者に親近感をもちながら、自己の感情を調整し、患者の意思に沿いながら、死までの過程を見据えて患者と共に歩む姿勢をもち、実践することによる患者との一体感がある。</p>	<p>〈患者についての理解〉</p> <p>患者とのコミュニケーションを通して患者の死に対する思いを察し、真の思いをとらえることにより患者を深く理解する。</p> <p>【患者の死や病状への思いを推し量ることによる深い理解】 【看護役割を意図した感情調整による患者への歩み寄り】 【患者の残された時間が少ないからこそ患者の意思に沿ったケアを実践したいという思い】</p>	<p>患者に気づかせることを示すために、近い距離を意図的に形成する。死までの過程を長期的な視点で見据え、共に歩むような姿勢をもちながら患者の意思に沿ったケアを判断し実践する。</p> <p>【患者の真意を把握するための意図的な心の近づき】 【看護役割を意図した感情調整による患者への歩み寄り】 【患者の残された時間が少ないからこそ患者の意思に沿ったケアを実践したいという思い】</p>	<p>患者と患者との間に信頼関係が構築され、互いに親密な思いを抱いていることを認識したことにより、患者との一体感を感じる。</p> <p>【患者への親近感】 【患者からの信頼獲得の認識】</p>
	<p>《肯定的変化型》 B (Ep2), C (Ep3), E (Ep6), F (Ep7), L (Ep15), Q (Ep22)</p> <p>距離が遠のいていた死にゆく患者について徐々に理解が深まることにより関心が高まり、患者のためになると考えるケアを実践できるようになる。それに伴い、看護師は、患者から歩み寄るような反応を捉えることにより、患者との距離が接近していくような一体感がある。</p>	<p>死に対する思いを含めた患者の心情について徐々に理解できるようになる。</p> <p>【患者の心情への理解の深まり】</p>	<p>患者の死を意図し、患者のためになることが考えられるケアを積極的に行うようになる。</p> <p>【死にゆく患者への関わり方への反省】 【患者にとって最後の時間であることへの意識】</p>	<p>患者への関心が高まり、患者も自己に歩み寄るような反応に変化したと察知することにより、患者との関係が肯定的に変化していくような一体感を感じる。</p> <p>【患者への関心の高まり】 【患者からの歩み寄りの察知】</p>
	<p>《随時尽力型》 A (Ep1), K (Ep13), L (Ep14), N (Ep18), P (Ep20)</p> <p>思い入れの強い患者に尽力したケアに対し患者から肯定的な反応を得られることにより、看護師の自己肯定感が増し、随時思いを共有するようになり、患者との距離が接近していくような一体感がある。</p>	<p>患者の言動から心情を推し量りとりとらえる。</p> <p>【患者の言動を推し量ることによる心情のとらえ】</p>	<p>自己の感情を患者に合わせて調整し、死にゆく患者のためにはできる限りのことをしたいという思いがある。</p> <p>【患者に合わせて感情の調整】 【死にゆく患者へできる限りのことをしたいという思い】</p>	<p>強い思い入れのある患者へのケアに対して、患者から満足感や信頼感を得ていると感じることにより、随時思いを共有するようになり、患者との関係が肯定的に変化していくような一体感を感じる。</p> <p>【思い入れの強い患者との関わりに見いだす自己肯定感】 【自己の関わりに対する患者からの肯定的反応の認知】</p>
	<p>《消極的関与型》 G (Ep9), H (Ep10), M (Ep16), R (Ep24)</p> <p>患者のために何かしたいという思いが強いが、患者の死に対する恐怖や動揺により自己の感情を調整できず、患者との間に一線を引く。患者から自己に特別な思いは無いと推測し、患者との一体感を得られにくい。</p>	<p>患者の言動から死や病状への思いを推察する。</p> <p>【患者の死や病状への思いの推察】</p>	<p>死にゆく患者のために何かをしたいという強い思いがあるが、どのように関わればよいか分からず困惑し、己に自信がなく患者への関わりに懸念する。</p> <p>【死にゆく患者のために何かをしたいという強い思い】 【死にゆく患者への関わり方がわからないことによる困惑】 【患者の死に対する思いを傾聴しようとする心がけ】 【自信喪失】</p>	<p>死にゆく過程にある患者との関わり方に恐怖を感じ動揺する自己に気後れし、患者は自己に対し特別な思いはないと推測することから、患者と思いを共有しているような一体感を得られにくい。</p> <p>【患者の死に関わることで患者の感情の動揺による気後れ】 【患者は自己に特別な思いがないという推測】</p>
	<p>《部分的関与型》 F (Ep8), I (Ep11), P (Ep21)</p> <p>自己の視点から判断した必要であると考えられるケアを部分的に実践することから、患者との一体感ほとんど得ない。</p>	<p>患者の死への思いや希望について部分的にとらえている。</p> <p>【患者の死に対する思いや希望についての部分的にとらえ】</p>	<p>看護役割として行うべきだと判断したケアを部分的に行う。</p> <p>【看護役割を意識した判断に基づいた部分的なケア】</p>	<p>患者について部分的に気にかけるが、患者にとって自己はあまり特別な存在ではないと捉えており、患者との一体感ほとんど得ない。</p> <p>【患者の心情への気がかり】 【患者にとつて自己が特別な存在ではないというとらえ】</p>
	<p>《感情遮断型》 E (Ep5), N (Ep17)</p> <p>患者への負の感情による動揺が強くなり、自己の感情を遮断して必要最小限のケアのみ実施する。患者との距離が遠いと感じており、一体感ほとんどない。</p>	<p>患者の心情をとらえられない。</p> <p>【患者への関わり方への後悔や後を悔やみたい気持ち】 【看護業務ができていない程の感情の動揺】</p>	<p>必要最小限の日常業務のみを遂行する。</p> <p>【必要最小限の日常業務のみの遂行】</p>	<p>自己から患者への感情を遮断し、患者も自己との距離を遠く感じていることから、患者との一体感ほとんどない。</p> <p>【感情の遮断による自己防衛】 【患者からの心の距離が遠いことへの察知】</p>

※Ep: エピソード、《 》: タイプ名、〈 〉: 要素 (大カテゴリー)、【 】: 各タイプの要素の小カテゴリー

姿勢をもち、実践することによる患者との一体感がある」と示された。その根拠を以下に述べる。

Q看護師は、1年前（臨床経験年数11年目）に次項で述べる《肯定的変化型》に示されたエピソード（Ep22）を経験していた。この時、患者の拒否的態度に対し、「できるだけ必要な事がある時以外行きたくない」という思いがあり、「そうすると患者さんもシャットアウト、何も見えない」と感じ、最後までこれで良いのかと焦る気持ちが生じていたと語った。この経験を振り返り、「次には絶対そういう思いはさせないというか—中略—逃げちゃいけない」と、自己を奮い立たせ律していたと述べている。その後、臨床経験年数12年目（Ep23）に、同様に拒否的態度を表出した患者から遠のきそうになったが「足踏みしてここで引いてしまったら多分距離がすごく空いてしまって、もう踏み出せないとかタイミングがすごく遅くなるな、頑張っただけで踏み込んでみようって自分の中での決意というか覚悟もあって」と思い直し「心配してますよっていうのを何かしら伝える」という実践に至ったという。そして、患者から普通の人とはどのように死までの経過を辿るのかと尋ねられた際には、動くことが厳しくなってくる時期が来るということを率直に伝えている。「そういう時にはどうしていかって心づもりをしていってほしい」「それを受けとめられる患者さんだということのはわかってたから」と語った。患者との率直な対話や、患者は死を受けとめていく大事な時間を過ごしているという深い理解が伴った実践により、患者からの信頼を獲得できていたとのことであった。Q看護師は「患者が構えているからといって、自分が遠のいていいとは思わない」と振り返っていた。

また、O看護師は、「（患者の死に対する発言にドキッとした自分を）悟られ（たく）ない（という）恐怖よりも、逆に悟られながら、一緒に考えていこうかみたいな」（Ep19）と語った。患者の死にゆく過程に関わるがゆえの恐怖を自覚し、患者と感情を悟り合う覚悟をもち、互いの存在を確認し合っていたという。「（患者に対し）痛くなくても何がなくても寂しかったら、呼んでいいからって、（ナースコールが）ここにあるからねって、呼ぶんだよって。そうすると、結構、ピッ（ナースコール）って、（O看護師）『どうしたの、体変えるの』って、（患者）『寂しかったんだ』、（O看護師）『だよね』って」と語った。この場面では、O看護師が患者の孤独感を察し、その思いを支える関わりが患者の思いと一致したことが語られ、死を前に揺れ動く患者の心情に添いながら、患者と共にその過程を歩むことが大切であると述べていた。

## (2) 《肯定的変化型》の特徴

6つのエピソードにより特徴づけられたこのタイプは、

「距離が遠のいていた死にゆく患者について徐々に理解が深まることにより関心が高まり、患者のためになると考えるケアを実践するようになる。それに伴い、看護師は、患者から歩み寄るような反応を捉えることにより、患者との距離が接近していくような一体感がある」と示された。その根拠を以下に述べる。

Q看護師は、患者について「廊下で会っても無視」「具合が悪くなるタイミングで助けて、殺される、死ぬんでしょ（と言う）—中略—便汁を吐く方がいいと管を拒み、ついに耐え切れなくなってからお願いと言う」（Ep22）と語った。そのような否定的態度を表出する患者に関わりたくないと思いつつも遠のいていたが、同時に最後までこれで良いのかと葛藤もしていた。ある時、患者の状態が重症化した際に患者から「傍にいて」と言われ、「いてもいいんだ」と思い直し、傍にいた回数を増やした。その後、管が嫌だと言っていた患者が自分から「入れてください」「（これから）どうなっていくの」と尋ねた。この時、「（患者は）心残りとか、こんなはずじゃなかったってずっと言ってきた人だったので、その人が今（死に）向かおうとしているというか、本当は心のどっかで受けとめてた事実をちゃんと言葉にして受けとめたというか、認めようとしている。もう、この後に及んではぐらかしても」と考え、（患者）「血圧が下がるの」、（Q看護師）「下がりますよ」、（患者）「もっと下がるの」……と対話し続けた。看護師は、徐々に患者の理解を深め、求めているものを察知して実践したことにより、患者に歩み寄るような一体感を感じていたと述べていた。

## (3) 《随時尽力型》の特徴

5つのエピソードにより特徴づけられたこのタイプは、「思い入れの強い患者に尽力したケアに対し患者から肯定的な反応を得られることにより、看護師の自己肯定感が増し、随時思いを共有するような一体感がある」と示された。その根拠を以下に述べる。

K看護師は、「（患者への）思い入れが相当強かった、大好きだった。（看護師としてより）人として（サポートしたい）という部分が多かった。距離を保つのがすごく難しくて」（Ep13）と語った。さらに、「自分がどうすればいいかわからない、その苦しんでいる患者さんにとって背中をさすとか」と述べ、自己が認知したケアすべき状況に関わることでできる最大のポイントとして捉え、患者に尽くすようにケアを行っていたという。N看護師は、「自分の提案したことで良くなったっていうフィードバックもいただけてる」（Ep18）と語り、その時々感謝の反応を得たことから自己肯定感を高め、随時、患者との一体感を得ていたと語っていた。

#### (4) 《消極的関与型》の特徴

4つのエピソードにより特徴づけられたこのタイプは、'患者のために何かしたいという思いが強いが、患者の死に対する恐怖や動揺により自己の感情を調整できず、患者との間に一線を引く。患者から自己に特別な思いは無いと推測し、患者との一体感は得られにくい'と示された。その根拠を以下に述べる。

G看護師は、家族を残していく患者の辛さを推察し、「なんとしてもベストを尽くしたい」(Ep9)という強い思いがあった。しかし、患者が死に向かっていることに恐怖を感じ「家で泣いたりとかしてた」と、亡くなるまでその事実を冷静に捉えられず、「彼自身に対して私は何をしているんだろう、ただ点滴をかけているだけじゃないか」と思っていた。また、H看護師は、「死体になっていく過程が怖い。一線引いてますね—中略—尊重することと踏み込むことと関わり方を困ってた」(Ep10)と語った。M看護師も、患者が先輩に死に関して話したことを知り、「(患者と関わることに)一気に、臆した」(Ep16)と述べた。死に関わることへの強い恐怖や病状が悪化する現状に激しく動揺し気後れして患者から一線を引く距離をとったが、自己の関わりを良いとは思っていなかった。G看護師は、「患者にとって自分は悲しいけれど『よく来ている人』くらい」(Ep9)と語り、患者は自己(看護師)の存在を認識はしているが、特別な感情は抱いていないと推測していた。

#### (5) 《部分的関与型》の特徴

3つのエピソードにより特徴づけられたこのタイプは、'自己の視点から判断した必要であると考えるケアを部分的に実践することから、患者との一体感はほとんど得ない'と示された。その根拠を以下に述べる。

臨床経験年数10年目のI看護師は、1年目の時に、窒息する程の痰が貯留していた患者から吸引を拒否されショックを受けた体験を「泣いて先輩に報告したらしょうがないよと言われた—中略—患者に混乱させられた、巻き込まれたみたいな感覚」と振り返っていた。この体験により、「(今の私は患者に)一線引いてるんだなってすごく思いました。どんなに思い入れがある患者さんでも、私たちの付き合いはここまでみたいなっていうのをすごく自分は(感情への対処として)必要なのかな」(Ep11)とインタビューを通して振り返りながら語っている。また、「あんまり患者さんがどう思っているのかわからなくて」と患者の思いを捉えきれていなかったと述べた。F看護師は、「死の話をするのは1回でいい」(Ep8)と語り、自己の視点から必要であると判断したある部分に関するケアを実践していたという。I看護師は「看護婦のひとりって感じのような気がする。(プライマリですとは)いいました」(Ep11)と述べ、患者にとって自己はあまり特別な存在で

はないと捉えており、患者との一体感はほとんどないと語った。

#### (6) 《感情遮断型》の特徴

2つのエピソードにより特徴づけられたこのタイプは、'患者への負の感情による動揺が強く、自己の感情を遮断して必要最小限のケアのみ実施する。患者との距離が遠いと感じており、一体感は全くない'と示された。その根拠を以下に述べる。

N看護師は、「こちらの言うことを聞かない患者さん—中略—(患者へ)嫌な負の怒りの感情とかもってたからか、なんて罪深いんだろうって」と、患者からの拒否的態度に対し怒り等の激しい感情を抱く自己を「罪深い」と表現した。「その人と関わってないって自分で壁を作ってたっていか、自分にいいイメージはもってないんだろうなとかそういう思いもあって、だから、血压測ったり日々の業務だけをやって」(Ep17)と語った。さらに、「患者との関係性は論外(な程遠い)」と述べ、患者との一体感を全く得られなかったと振り返っていた。

## IV. 考 察

### 1. 「看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離」の要素とタイプ

本研究では、看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離は、〈患者についての理解〉〈患者への感情調整・思考〉〈患者への看護行為〉〈患者との一体感〉の4要素により成り立ち、6つの心理的距離のタイプがあることが明らかになった。患者—看護師関係における心理的距離は、親密感のみならず看護師の役割意識が関与するとの指摘があり(鈴木, 1998)、本研究ではその特徴を4つの要素と6つのタイプから示すことができた。《主体的形成型》のエピソードを語った看護師は、6タイプのうち、患者と最も'近い'心理的距離を形成していたと考えられた。このタイプでみられた看護師と患者の関係における'近さ'とは、単に親密であることのみならず、患者から拒否的な態度が表出されても看護役割を意識して感情調整し、患者から遠のくことなく(〈患者への感情調整・思考〉)、患者の真の思いを深く理解することであった(〈患者についての理解〉)。時にはそっと見守るような態度であっても決して心が離れることはなく、死までの過程を共に歩む関わり(〈患者への看護行為〉)の中で患者から肯定的反応があり、一体感を得る(〈患者との一体感〉)ということであった。これは、Morse(1991)が看護師と患者の関係性のひとつとして述べたConnected, すなわち専門職的視点を失わずに患者を「人」として捉え信頼関係を築く関わりと類似していると考えられた。また、緩和ケア病棟の看護師を対象

とした研究では、患者からどのような態度が表出されても、最後まで生き抜こうとする力を支え続ける姿勢を貫き通したことにより、患者との心理的距離が近づいたことが報告され（西田ほか, 2021）、本研究においても同様の現象がみられた。例えば、Q看護師は1年前に患者から拒否的な態度を表出され逃げてしまった経験から、今度は逃げたはけないと感情を調整し、「ここで足踏みしたら距離が空きもう踏み出せない」と判断した。心配していることを患者に伝え、自己の動揺を悟られる覚悟をもって死に関する患者の問いについて率直に対話し、患者から信頼を得ていると捉えていた。Q看護師は過去の経験を柔軟に応用し、拒否的な態度をとった患者の要求を捉え、タイミングを逃さず近づき、患者の質問に答えるなど専門的な力を発揮したといえる。一方、《肯定的変化型》のエピソードを語った看護師も、患者から拒否されていると認知していたが患者から気持ちが遠のき葛藤しており、《主体的形成型》のように近づくことはできなかった。これら2つのタイプでは、患者から表出された態度により看護師の感情が揺さぶられた際の〈患者への感情調整・思考〉の仕方に違いがみられ、患者との心理的距離に変化をもたらしていたと考えられる。

《随時尽力型》のエピソードを語った看護師は、死にゆく患者へできる限りのことをしたいと強く思っていたが、どう関わればよいかかわからなかった。このような〈患者への感情調整・思考〉から、その時々を考え得る患者に尽くしたケアを実践し（〈患者への看護行為〉）、随時〈患者との一体感〉を得ていた。これに対して、《部分的関与型》のエピソードを語った看護師は、死の話をするのは1回でいいと自己の視点から思考していた（〈患者への感情調整・思考〉）。これら2つのタイプは共に、状況を全体ではなく局面の視点で捉えていた（Benner, 2001/2005）と考えられた。しかし、〈患者への感情調整・思考〉では、患者に尽くしたいと思ったのかあるいは自己の視点を中心に考えたのかが大きく異なり、〈患者との一体感〉の得られ方に変化がみられた。

《消極的関与型》のエピソードを語った看護師は、死にゆく患者のために何かをしたいという強い思いを抱きつつ、自宅で泣くなど感情が大きく揺れ動き動揺していた（〈患者への感情調整・思考〉）。このように看護師が消耗する程の感情を患者に向け同一化し、患者との境界が曖昧になると、看護役割等の専門性を発揮することが困難になると指摘されている（牧野・比嘉, 2019）。このタイプでも、看護師は〈患者についての理解〉が深まらず、患者の心情に添った〈患者への看護行為〉が困難となり、〈患者との一体感〉を得られなかった。他方で、《感情遮断型》のエピソードを語った看護師は、患者に負の感情があった（〈患

者への感情調整・思考〉）。死にゆく患者への‘否定的感情’と‘仕事と割り切ること’には関連がみられ（下平ほか, 2007）、このタイプでも必要最小限の日常業務のみを（〈患者への看護行為〉）遂行していた。その結果、〈患者についての理解〉は不十分であり、〈患者との一体感〉は「論外（な程遠い）」と語った。これら2つのタイプは共に、結果的に患者から遠のき〈患者との一体感〉を得ていないが、その過程における〈患者への感情調整・思考〉では、‘患者のために何かしたいが動揺している’あるいは‘患者への負の感情で溢れている’という違いがみられ、看護師の心理面にまで着目した支援の重要性が示唆された。

また、心理学分野において報告された心理的距離の構造（山根, 2005）では、自己の相手に対する思い（能動表象）が心理的距離の中核をなすと示した。これまで述べてきた本研究の看護師が形成する患者との心理的距離の6タイプにおいても、看護師の〈患者への感情調整・思考〉が患者との心理的距離に大きく変化を及ぼしていることが明らかとなり、さらには看護師の役割意識が影響していることが特徴として示された。よって、看護師が形成する死にゆく患者との心理的距離の4要素は、〈患者への感情調整・思考〉が核となり〈患者についての理解〉〈患者への看護行為〉に影響し、その過程を経て〈患者との一体感〉に変化を及ぼしており、互いに独立しているのではなく、むしろ関与し合いながらひとつの心理的距離を形成していたといえる。

## 2. 看護への示唆

死に直面する患者の苦しみは大きく、その患者と関わる看護師の葛藤や苦悩も多大であるが、多忙な臨床現場においては、ケア提供者である看護師の内面が着目されることは少ない。本研究では、看護師の内面について心理的距離の視点から明らかにし、同一の看護師であっても、その時々で患者と形成する心理的距離が異なることを示した。本研究の看護師18名のうち、2つのエピソードを語った看護師6名が示した2つのタイプは全て異なっていた。例えば、Q看護師は臨床経験年数11年目の《肯定的変化型》、12年目の《主体的形成型》の経験を語った。一方で、F看護師は臨床経験年数7年目の《肯定的変化型》、10年目の《部分的関与型》の経験を語っている。Travelbee (1971/1974) は、看護師と患者の関係は人と人の関係であり、その相互作用のひとつひとつは他のどれとも異なる力動的で創造的なプロセスであると述べており、本研究でも患者の状況が刻々と変化する中で、時には目の前にいる患者に応じる自己の感情を調整できないことも示された。これらから、心理的距離のタイプは、臨床経験年数は必ずしも関係せず、その時々看護師の感情や思考、患者との相

相互作用に影響されるものであると考えられた。

よって、看護師の感情や思考は、患者との関係性を構築する上で重要である。Wilkinson (1991) も、看護師の‘不安’が大きいと自己への関心に集中し、患者の言葉を遮り、患者との相互作用は促進されないと述べている。しかし、比較的经验の少ない看護師は、自己の感情に対処することは難しく、卒後に学習する機会が少ないことも指摘されている(西脇・小松・竹内, 2011)。組織的な取り組みとして、近年、デス・カンファレンスを実施する病棟も多く、看護実践力を向上させるために効果的である(安藤ほか, 2010)。ところが、デス・カンファレンスの場は理性的であることが求められ、感情を語ることをよしとされない暗黙のルールがあり、看護師は深く傷ついた感情を抑圧していることを問題視した指摘もあり(広瀬, 2011)、看護師の感情に着目した支援が重要であると考えられる。

本結果は、死にゆく患者との関わりについて、看護師がとった行動のほか、その時の感情や思考も明らかにし、看護師が死にゆく患者との関わりをどのような経験としてとらえ、その後の看護につなげたのかを示した。例えば、《主体的形成型》のエピソードを語ったQ看護師と《部分的関与型》のエピソードを語ったI看護師の臨床経験年数は、それぞれ12年目と8年目であり、大差はなかった。Q看護師は、過去の体験を内省し、患者から拒否的な態度が表出されても患者から逃げずに歩み寄っていたのに対し、I看護師は、過去の傷ついた体験から自己防衛として患者との関わりに一線を引いていた。この結果は、各看護師が、経験年数の多さ(時間軸)ではなく、どのように経験を積み重ねてきたのかによって、看護師の〈患者への感情調整・思考〉の仕方が異なることを示唆している。臨床経験年数の多い看護師は、死にゆく患者との情緒的な距離をとり自らを精神的動揺から守っている可能性(山田・野島, 2002)も指摘されている。よって、看護師の〈患者への感情調整・思考〉に着目することは特に重要であり、本研究が示した4つの要素は、看護師が患者に対して形成している心理的距離を自ら振り返り認識する視点として活用できると考える。また、本研究では死にゆく患者との関わりに焦点化した結果となっているが、心理的距離は看護師と患者の間に常に存在するものであり、他の患者との関わりにおいても活用可能であると考えられる。自己の感情を含めて患者との関わりを自律(古賀, 2012)して内省することは重要であり、患者と共に歩む看護を実践するために、看護師がリフレクションにより体験を前向きに意味づけ成長していくこと(西田・志自岐・習田, 2011)を支援する職場環境を構築することが必要である。

### 3. 研究の限界と今後の課題

本研究は「心理的距離」という看護師の思考や認識などの言語化しづらい側面を可視化することを目的とした。そのため、概念分析の結果を手掛かりにインタビューガイドを作成し、看護師が言語化できるように努めたが、その全てを語ることはできなかった可能性も考えられる。また、本研究の参加者は、がん診療連携拠点病院2施設の病棟に勤務する看護師18名に限られていることから、今後は在宅も含む多様な療養の場の看護師を対象にさらに探究し、死にゆく患者と関わる看護師が成長を見いだすための具体的な方法について明らかにすることが課題である。また、COVID-19などの社会情勢の影響により看護師の行動に制限が加わり、思うように患者の最後の時間を支援できない状況もある。このような葛藤は看護師の死にゆく患者との心理的距離に影響すると考えられ、さらなる探究が必要である。

### 謝 辞

お忙しい中、本調査にご協力いただきました看護師の皆様は心より御礼申し上げます。また、本研究において多大なるご指導を賜りました首都大学東京(現東京都立大学)の志自岐康子名誉教授及び勝野とわ子名誉教授に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成25年度首都大学東京大学院人間健康科学研究科博士後期課程学位論文の一部を加筆修正したものである。また、研究の一部を第40回日本看護科学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

- 阿部愛子, 菅原よしえ, 木村三香 (2020). 卒後1~2年目に経験した終末期にある白血病患者の看護における困難. *日本がん看護学会誌*, 34, 173-179.
- 安藤悦子, 吉田美也子, 岩田千波, 益富美津代, 岩永喜久子, 山口智美 (2010). ホスピス・緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの機能: ホスピス・緩和ケア病棟師長の視点より. *死の臨床*, 33(1), 126-132.
- 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*. 東京: 医学書院.
- 広瀬寛子 (2011). *悲嘆とグリーフケア*. 東京: 医学書院.
- Johnston, B., Smith, L.N. (2006). Nurses' and patients' perceptions of

- expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 700-709.
- 古賀節子 (2012). 「看護師の自律性」測定尺度の開発. 首都大学東京人間健康科学研究科博士論文.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2020). 令和2年度 厚生統計要覧. 東京: 一般財団法人 厚生労働統計協会.
- 牧野耕次, 比嘉勇人 (2019). 患者—看護師関係におけるインボルブメントの概念分析. *日本看護科学会誌*, 39, 359-365.
- Morse, J.M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16(4), 455-468.
- 西田三十一 (2016). 看護師からみた患者との心理的距離: 概念分析. *日本保健科学学会誌*, 19(1), 5-13.
- 西田三十一, 志自岐康子, 習田明裕 (2011). 患者の死を体験した看護師の成長に関連する要因の検討. *日本看護科学会誌*, 31(4), 3-13.
- 西田三十一, 白鳥孝子, 梅村美代志 (2021). 緩和ケア病棟においてエキスパートナースが形成する死にゆく患者との心理的距離. *ヒューマン・ケア研究*, 21(1), 27-37.
- 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.
- 坂下恵美子 (2017). 一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難の検討. *南九州看護研究誌*, 15(1), 31-38.
- 下平和代, 上別府圭子, 杉下知子 (2007). ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情. *日本看護科学学会*, 27(3), 57-65.
- 鈴木千衣 (1998). 小児がん患者—看護婦関係における看護婦の心理的な距離感の構成因子と意味. *看護研究*, 31(2), 179-188.
- 武井麻子 (2001). 感情と看護人とのかかわりを職業とすることの意味. 東京: 医学書院.
- Travelbee, J. (1971) / 長谷川浩, 藤枝知子訳 (1974). 人間対人間の看護 (第1版, p.134). 東京: 医学書院.
- 梅野奈美 (2004). 臨床看護経験10年以上の看護師が語る死生観: 面接で語られた内容の分析と考察. *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*, 29, 9-16.
- Wilkinson, S. (1991). Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 677-688.
- 山田淳子, 野島一彦 (2002). ターミナルケアにおける死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究: 緩和ケア病棟の看護婦を対象に. *九州大学心理学研究*, 3, 217-227.
- 山根一郎 (2005). 私とあなたの心理的距離: その社会心理学から存在論へ. (pp.15-18). 東京: 青山社.

[2023年6月28日受 付]  
[2024年2月14日採用決定]



# Psychological Distance Nurses Create with Dying Patients

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(4), 801-812  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240214243>

Mitoi Nishida, RN, PHN, PhD<sup>1</sup>, Akihiro Shuda, RN, PHN, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Seitoku University, Graduate School of Nursing Science, Chiba, Japan

<sup>2</sup>Tokyo Metropolitan University, Division of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo, Japan

## Abstract

**Objective:** This study explores the elements of psychological distance nurses create with dying patients. It also clarifies the various types of psychological distancing. **Methods:** Eighteen nurses working in two general hospitals participated. Dying patient episodes created a lasting impression on the nurses. Based on these experiences, data were collected through semi-structured interviews and analyzed qualitatively. **Results:** Twenty-four episodes of psychological distancing were identified during the interviews. Four elements extracted by analyzing the interview data characterized nurses' processes of creating psychological distance with dying patients. These included nurses' understanding of the patients, control of their emotions and thoughts about patients, their behavior towards the patients, and their sense of unity with the patients. From these four interrelated elements, psychological distance was characterized by six features, including active creation type and intercepting emotion types. **Conclusions:** Psychological distance was created through the nurses' control of their emotions and thoughts about patients while interacting with the other three elements. Gathering these experiences primarily influenced the nurses' creation of psychological distancing. Thus, the results suggest the importance of organizational support in helping nurses accumulate their experiences and reflect upon their relationships with and emotions toward dying patients.

## Key words

nurses, dying patient, psychological distance, element, type

---

**Correspondence:** M. Nishida. Email: [nishida@wa.seitoku.ac.jp](mailto:nishida@wa.seitoku.ac.jp)

# 病院の勤務経験を有する新人訪問看護師の 職業的アイデンティティのゆらぎ 自己評価尺度の開発

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 813-823  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240229244>

浅井直美<sup>1</sup>, 飯田苗恵<sup>2</sup>, 齋藤 基<sup>3</sup>, 大澤真奈美<sup>2</sup>

<sup>1</sup>高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科, <sup>2</sup>群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科

<sup>3</sup>群馬パース大学看護学部看護学科

## 要 旨

目的：病院の勤務経験を有する新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎ自己評価尺度を開発し、尺度の検証を目的とする。方法：病院勤務経験3年以上、訪問看護事業所に就業後2年未満の全国の訪問看護師10,000人に、尺度原案55項目の質問紙調査を実施し、信頼性および妥当性を検討した。結果：有効回答数917人（有効回答率9.2%）を分析対象とした。探索的因子分析の結果、4因子23項目を作成した。Cronbach's  $\alpha$  係数は全体 .903、再テスト法の級内相関係数は全体 .755であった。確認的因子分析は仮説モデルとの適合性、既知グループ法は有意な関連、収束的妥当性は有意な負の相関が示された。信頼性・妥当性は統計学的に許容範囲であった。結論：本尺度は4因子23項目から構成され、新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎの強さを測定できる可能性が高いことが示された。

## キーワード

新人訪問看護師, 職業的アイデンティティ, ゆらぎ, 尺度開発

責任著者：浅井直美. Email: [asai-n@takasaki-u.ac.jp](mailto:asai-n@takasaki-u.ac.jp)

## 緒 言

地域包括ケアシステムの構築に向け、療養者を医療と生活の両面から支援できる訪問看護師は、重要な役割を担っている（全国訪問看護事業協会, 2021）。日本看護協会は、訪問看護師の量的確保のため「訪問看護師倍増策」（日本看護協会, 2021）を策定し、取組のひとつとして潜在看護師やプラチナナースなどの就業および転職促進を行っている。訪問看護事業所での過去5年以内の新卒看護師の採用は3.4%（全国訪問看護事業協会, 2018）であることから、ほとんどの事業所は病院の勤務経験を有する看護師を採用していると推察される。

病院勤務との比較による訪問看護の特性は、対象者の年齢が幅広く、多様な疾病の様々な健康レベル（厚生労働省, 2021a）であり、1人での訪問、限られた訪問時間、多様な家族の状況への対応（高田・石原, 2020）、生活に即したケア（仁科・長江・谷垣, 2019）、制度等の社会資源の活用と連携（片平・植村, 2021）等である。この特性の違いから、訪問看護師に期待される役割は病院勤務の看護師とは異なると考える。看護職は年齢が上がるにつれ、病院

勤務から訪問看護事業所等へ転職する者も現れるが、理想と現実のギャップ等から早期に離職する者が多いという問題（厚生労働省, 2019）が指摘されており、転職者への対応が課題である。

先行研究では、臨床経験を有し、訪問看護の経験が2年未満である看護師の職業的アイデンティティは、職務満足感および離職意向と関連している（西田志穂・西田和子, 2016）と報告されている。アイデンティティとは、自我が特定の社会的現実の枠組みの中で定義されている自我へと発達しつつあるという確信（Erikson, 1959/1982, p.9）である。一方、成人期のアイデンティティはラセン的に安定期と危機期を繰り返し発達すること、危機期には必ずしも達成の方向へ移行せず発達のより低い方向へ変動する可能性があり、それまでの自分のあり方や生き方ではうまく自分を支えきれないと自覚し、一時的な混乱が生じ、アイデンティティのゆらぎが起ること、ゆらぎをきっかけにアイデンティティの組み替えが起ること（岡本, 2002, pp.58-78）が示されている。このゆらぎが起った時に危機をうまく解決できない場合は、不安状態の持続、妥協や現実逃避となるため、危機への対応には自己の危機への認

知と主体的な対応が必要である（岡本，2002，pp.58-78）。

病院から訪問看護に異動した訪問看護の勤務経験が浅い新人訪問看護師は、病院の看護と訪問看護の特性の違いから、病院の勤務経験で培った看護師としてのあり方では、訪問看護師としての自分を支えきれないと自覚し、一時的な混乱が生じ、職業的アイデンティティのゆらぎが起これると考える。職業的アイデンティティのゆらぎは成人期の職業的アイデンティティの発達には重要であるが、ゆらぎが強く危機をうまく解決できない場合には、不安状態の持続や現実逃避から離職に繋がる可能性があると考えられる。

新人訪問看護師の先行研究では、病院と訪問看護のギャップから不安、困難感、戸惑いなどの現象が生じ、看護師としてのこれまでのアイデンティティがゆらぐこと（中村，2009）、理想と現実とのギャップによる苦悩を解決できずに離職した逃避の体験（楢原・谷水，2020）が報告されている。新人訪問看護師への支援では、訪問看護に従事した段階から職業的アイデンティティの発達の支援（山口・百瀬，2013）や職業的アイデンティティのゆらぎに気づき乗り越えられる働きかけ（中村，2009）などの必要性が示されている。そこで、職業的アイデンティティのゆらぎを認知するには、ゆらぎの強さを数値化し測定用具となる尺度の開発が方策の一つであると考えられる。しかし、看護職の職業的アイデンティティの達成方向の変動を測定する尺度（佐々木・針生，2006；内海・松井・沖・畑，2017）は開発されているが、看護師経験により達成方向へ発達したアイデンティティがさらに達成方向へ移行することなく、発達のより低い方向への変動による職業的アイデンティティのゆらぎの強さを測定する尺度は開発されていない。

新人訪問看護師が自己評価により職業的アイデンティティのゆらぎに気づき、その強さを認知することは、現状への主体的な対応を可能にし、職業的アイデンティティが達成方向へ移行すると考える。また、看護師の職業的アイデンティティを確立することは、看護の質を向上させる一つの方法である（グレッグ，2002）と報告されていることから、職業的アイデンティティの発達支援への方策は、新人訪問看護師の離職予防による量的確保や訪問看護の質の向上に繋がると考える。そこで、「病院の勤務経験を有する新人訪問看護師（以下、新人訪問看護師とする）の職業的アイデンティティのゆらぎ自己評価尺度」を開発し、尺度の検証を行うことを本研究の目的とする。

## I. 方 法

尺度開発の方法はグローブら（Grove, Burns & Gray, 2013/2015, pp.398-399）を基本とし、尺度原案の作成方法は先行研究（成瀬・加藤，2018）を参考に以下の通りとした。

### A. 尺度の構成概念の明確化

新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎの構成概念には、看護師独自の職業的アイデンティティの確立の方向に発達するための経験を示した「看護師の職業的アイデンティティを確立するプロセスの構造モデル」（Gregg, 2000；グレッグ，2002）を適用した。モデルでは、「看護師の職業的アイデンティティ」は「看護師との自己一体意識」と定義されている。職業的アイデンティティの概念は、アイデンティティの概念を基盤としている（宮下ほか，1984，pp.154-157）ため、看護師の職業的アイデンティティを確立するプロセスの構造モデルに、成人期のアイデンティティのラセン式発達モデル（岡本，2002）のゆらぎの説明を取り入れ定義した。

新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎの上位概念は、「所属している組織や文化の中で、『教育からの影響』、『仕事の経験からの学び』、『看護の価値の認識』、『自己の看護観の確立』、『自己の看護実践の承認』、『看護へのコミットメント』を経験する過程において、病院勤務の経験で培った看護師としての自己のあり方ではうまく支えられないことを自覚し、一時的な混乱が生じ、発達のより低い方向への変動による自己と訪問看護師の一体感が得られない意識」とした。下位概念は、自己と看護師の統合に向かう①教育からの影響、②仕事の経験からの学び、③看護の価値の認識、④自己の看護観の確立、⑤自己の看護実践の承認、⑥看護へのコミットメントの各定義（Gregg, 2000；グレッグ，2002）を適用し上位概念に基づき再定義した。

本研究の「新人訪問看護師の職業的アイデンティティの発達」の概念図を図1に示した。看護師は、所属している病院の組織や文化の中で、前述の①～⑥を経験し自己と看護師の一体意識を発達させている。病院から訪問看護事業所に職場を変更した新人訪問看護師は、病院と訪問看護の文化の違いから、①～⑥を経験する過程において、病院勤務の経験で培った看護師としての自己のあり方では訪問看護師である自己をうまく支えられないことを自覚する。そのため、混乱が起き、職業的アイデンティティが発達のより低い方向へ一時的に変動し、自己と訪問看護師の一体感が得られない意識、すなわち、職業的アイデンティティのゆらぎが生じる。職業的アイデンティティが発達のより低い方向へ変動する時期は職業的アイデンティティの危機期である。ゆらぎが強い場合には、職業的アイデンティティの危機の状態となり、危機に対応できず、自己探求の放棄・妥協・現実逃避に向かう。一方、危機の状態の認知により危機への対処が可能となる場合には、自己と訪問看護師の一体意識の発達に向かうと考えた。

B. 尺度のアイテムプールおよび尺度原案の作成

アイテムプールは先行研究（浅井・河村, 2016; 平尾・原田・山田・大桐・佐藤, 2017; 小森・二重作, 2011; 日本訪問看護財団, 2015; 西山・西村・磯本・梁元・濱元, 2018; 柴田・富田・高山, 2018; 曾根, 2018; 田嶋・飯塚・佐々木, 2018; 徳岡・林田・田中・香川・古谷, 2016; 富安・川越, 2005）から、構成概念に適合した120項目を作成し網羅性を確認した。

測定形式は「自身の訪問看護実践について、どのように思われるのか、その程度をお答えください」の質問に「あてはまる」「ややあてはまる」「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「あてはまらない」（5点～1点）のリッカート尺度とした。各下位概念には8～10項目と、妥当とされる尺度の項目数（舟島, 2015, p.10）を参考に55項目の尺度原案とした。内容的妥当性は、新人や管理者を含む訪問看護師、尺度開発の経験を有する研究者を含む看護系大学の地域・在宅看護学領域の研究者など6人で構成した専門家会議、新人訪問看護師10人へのパイロットスタディにより確保した。

C. 全国調査（データ収集方法と項目）

1. 研究対象者および対象事業所

研究対象者は、全国の訪問看護事業所に従事する新人訪問看護師とし、3年以上の病院勤務を経験後、訪問看護事業所に就業してから2年未満の者とした。

サンプルサイズは、探索的因子分析には質問項目の5～10倍のデータ数が必要である（松尾・中村, 2002, p.38）こと、新人訪問看護師を対象とした研究（森・大山・廣岡・深堀, 2016）を参考に有効回答率を10%と推定し決定した。対象事業所は、全国訪問看護事業協会の正会員リスト（全国訪問看護事業協会, 2020）に掲載されている6,448か所から令和2年7月豪雨の災害地区698か所を除外後、無作為抽出により5,000か所、研究対象者は各事業所に2人ずつ合計10,000人とした。そのうち、1,000か所の事業所の2,000人に、再テスト法を加えて依頼した。

2. 調査内容

a. 研究対象者の特性

年齢、性別、訪問看護の経験期間、訪問看護事業所の設置主体などとした。

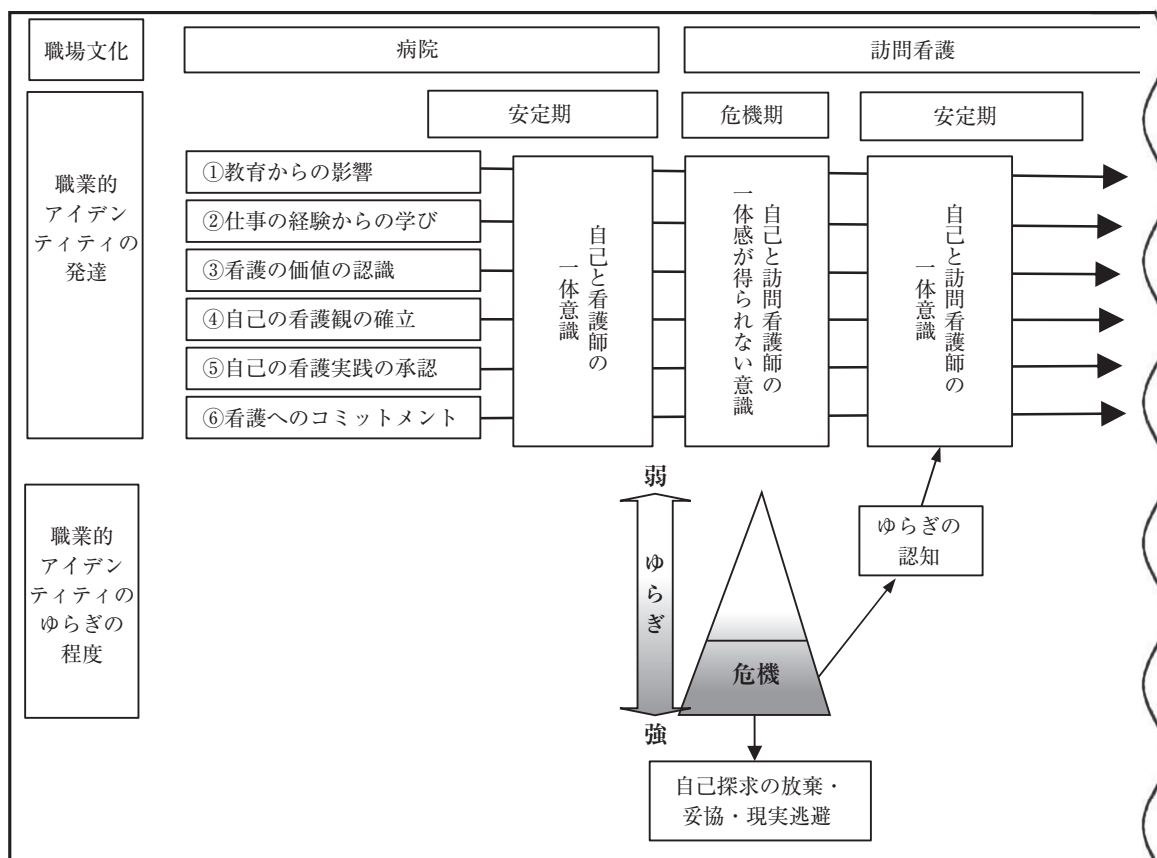


図1 新人訪問看護師の職業的アイデンティティの発達の概念図

### b. 「病院の勤務経験を有する新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎ自己評価尺度」原案

尺度原案は、総得点が高いほど自己と訪問看護師の一体感が得られない意識が強いことを示す。

### c. 収束的妥当性の検討のための「看護師の職業的アイデンティティ尺度（以下、PISNとする）」

収束的妥当性の検討は、本尺度と理論上想定される相関パターンが実際に存在するという証拠を示す（柳井・井部, 2012, p.15）ために、著者の使用許諾を得てPISN（佐々木・針生, 2006）を基準尺度とした。次元性のPISNは得点が高いほど職業的アイデンティティの達成方向への変動を示すため、本尺度とPISNの得点には負の関連があると仮定した。

### d. 既知グループ法

自己と訪問看護師の一体感が得られない意識が強い研究対象者は、「訪問看護師としての自分に違和感がある」と仮定した。専門家会議での指摘により再検討し、「一体感が得られない意識」という表現では回答しにくいと考えたため、「一体感が得られない意識」を「違和感」（新村, 2018, p.222）と置き換え、回答を求めた。

## 3. 調査方法および調査期間

調査対象の訪問看護事業所に管理者への依頼文書、各2通の研究対象者への依頼文書、質問紙、返信用封筒を郵送した。再テスト法の研究対象者には、再テスト法の質問紙、返信用封筒を追加し、質問紙には個人情報の連結をさせず、1回目と2回目の関連が識別可能なコード番号を付し、1回目の回答から2週間後に2回目の回答を依頼した。研究対象者の個別投函により質問紙を回収した。調査期間は2020年9月から10月であった。

## D. 分析方法

研究対象者の特性は記述統計量を算出し、尺度得点は分析前に、平均値、標準偏差、中央値、最大値、ヒストグラムによる尺度得点の正規性を確認した。

項目分析は、以下の①～④の基準により削除項目を抽出し、削除の適否について共同研究者間で検討を行った。①天井効果：平均値 + 標準偏差  $\geq 5.0$ , ②床効果：平均値 - 標準偏差  $\leq 1.0$ , ③Item-Total相関（I-T相関）： $r \leq .40$ （河口, 2012, pp.129-131）, ④項目間相関： $r \geq .70$ （柳井・井部, 2012, p.88）, ⑤Cronbach's  $\alpha$  係数の変化：各項目を除外した場合に尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数を上回る（河口, 2012, pp.129-131）。

尺度の信頼性は、内的整合性では、尺度全体と各因子のCronbach's  $\alpha$  係数を算出し .80以上を基準とし、安定性では、再テスト法により1回目と2回目調査の尺度得点の級

内相関係数を確認した。

尺度の妥当性は構成概念妥当性（Grove, et al., 2013/2015, pp.355-356）を以下の方法で検討した。①探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）では、固有値1以上の因子を抽出し、因子負荷量 .40未満および複数の因子に高い因子負荷量を示す項目を削除基準とし共同研究者間で吟味した。探索的因子分析で得られた因子構造を仮説モデルとし、確認的因子分析によりデータと仮説モデルの適合度を確認した。モデル適合度は、Goodness of Fit Index（GFI）、Adjusted Goodness of Fit Index（AGFI）、Comparative Fit Index（CFI）を .90以上、Root Mean Square Error of Approximation（RMSEA）を .08以下、Akaike's information criterion（AIC）を小さい値（Mulaik, et al., 1989, pp.430-445）とした。採用した項目に基づき因子について解釈・命名した。②既知グループ法は、「訪問看護師としての自分に違和感がある群」、「違和感がない群」の2群の平均尺度得点の差についてWelchのt検定を行った。③収束的妥当性の検討は、PISN得点と本尺度得点との相関係数を求めた。

統計学的解析には、IBM SPSS Statistics Ver. 26.0およびAmos Ver. 26.0を使用した。

## E. 倫理的配慮

令和2年7月豪雨の災害地区を除いた研究対象の訪問看護事業所管理者および研究対象者に対して、研究目的、自由意思の保証、匿名化などについて文書で説明・依頼した。研究は群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認（承認番号：健科大倫第2019-3号、第2020-06号）を得て実施した。

## II. 結 果

質問紙の回収数は1,227人（回収率12.3%）であった。研究対象者の条件に適合しなかった243人および尺度項目に未回答の67人を除外し、有効回答数917人（有効回答率9.2%）を分析対象とした。また、尺度の合計得点は正規分布に従うことを確認した。

### A. 研究対象者の特性（表1）

研究対象者の平均年齢は41.3  $\pm$  9.6歳、訪問看護の平均経験期間は11.2  $\pm$  6.6か月、病院勤務の平均経験期間は13.7  $\pm$  8.7年であった。サービス提供体制強化加算の取得事業所の割合は55.5%であった。

### B. 項目分析

尺度原案55項目のうち天井効果には該当せず、床効果には10項目が該当した。I-T相関では、相関係数が.40未満の

表1 研究対象者の特性

項目	平均値±標準偏差	n=917	
		人数	(%)
年齢(歳)	41.3±9.6		
20歳代		119	13.0
30歳代		287	31.3
40歳代		312	34.0
50歳代		162	17.7
60歳代		29	3.2
70歳代		5	0.5
無回答		3	0.3
性別			
女性		841	91.7
男性		76	8.3
訪問看護の経験期間(月)	11.2±6.6		
12か月未満		478	52.1
12か月-24か月未満		439	47.9
病院勤務の経験期間(年)	13.7±8.7		
3～5年未満		105	11.5
5～10年未満		255	27.8
10～20年未満		334	36.4
20～30年未満		160	17.4
30～40年未満		54	5.9
40年以上		9	1.0
勤務形態			
常勤		682	74.4
非常勤		234	25.5
無回答		1	0.1
基礎教育課程における「在宅看護論」履修の有無			
あり		606	66.1
なし		297	32.4
無回答		14	1.5
訪問看護事業所の設置主体			
営利法人(会社)		354	38.6
医療法人		263	28.7
社団・財団法人		89	9.7
社会福祉法人		66	7.2
協同組合		43	4.7
地方公共団体		39	4.2
NPO		11	1.2
公的・社会保険関係団体		7	0.8
その他		19	2.1
無回答		26	2.8
訪問看護事業所の看護師の常勤換算数			
3.0人未満		71	7.8
3.0～5.0人未満		323	35.2
5.0～7.0人未満		246	26.8
7.0～10.0人未満		151	16.4
10.0人以上		86	9.4
無回答		40	4.4
訪問看護事業所のサービス提供体制強化加算取得の有無			
あり		509	55.5
なし		359	39.1
無回答		49	5.4

ものは4項目で、うち1項目は床効果の該当項目と重複した。項目間相関では.70以上の組み合わせは3組あり、相互の内容を検討し、類似性を確認したため構成概念に照らして一方を削除した。各項目を除外した場合のCronbach's  $\alpha$  係数は.949～.950と、尺度全体の.950を上回る項目は該当しなかった。以上、削除基準に該当した16項目を削除し39項目を採用した。

### C. 信頼性の検討

尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数は.903、第1因子.872、第2因子.853、第3因子.817、第4因子.809であった。再テスト法では105人のデータを分析対象とした。1回目調査と2回目調査における級内相関係数は尺度全体.755、第1因子.792、第2因子.574、第3因子.566、第4因子.737であった。

### D. 妥当性の検討

#### 1. 尺度の因子構造

因子構造の変化を確認する手続きを繰り返しながら、探索的因子分析により因子負荷量.40未満および複数の因子に高い因子負荷量を示す16項目を削除した。その結果、23項目4因子構造(第1因子8項目、第2因子6項目、第3因子5項目、第4因子4項目)を確認した。得られた因子構造を仮説モデル①とし、モデル①とデータとの適合度は、GFI.910、AGFI.889、CFI.916、RMSEA.061、AIC1091.684であった。AGFIの値がやや低かったため、項目の吟味を行いながら、探索的因子分析を再度行い、23項目4因子構造(第1因子7項目、第2因子7項目、第3因子5項目、第4因子4項目)の因子構造(表2)を確認した。得られた因子構造を仮説モデル②とし、このモデル②では、項目22「病院とは清潔・不潔の観念が異なり、実施していたことがよいのか迷う」を新たに採用した。モデル②とデータとの適合度は、GFI.922、AGFI.903、CFI.928、RMSEA.056、AIC968.357であった。最終的に、モデル②を尺度の因子構造とした。また、4因子の因子間の相関係数は.274～.635であった。

第1因子は7項目で構成され、療養者や家族のニーズを満たしているかなど、訪問看護実践を自身で認められないことや自信が持てないことから、【訪問看護実践への不確かさ】と命名した。第2因子は7項目で構成され、療養者・家族の望みや価値観、生活や介護環境、健康面など必要あるいは重要視する訪問看護実践の優先度に迷うことから、【訪問看護実践の優先度への葛藤】と命名した。第3因子は5項目で構成され、過去には経験のない訪問看護実践の特性である在宅で療養生活をしている療養者や家族の状況に応じた看護実践を提供することに対して手段や方法を思い描けないことから、【過去の経験と異なる訪問看護

表2 病院の勤務経験を有する新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎ自己評価尺度

n=917

因子 質問項目	因子負荷量				
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
<b>第1因子：訪問看護実践への不確かさ</b>					
Q54 自分が行っている看護実践に自信が持てない	.941	-.131	-.036	-.006	
Q52 療養者や家族の問題に対処できるか不安である	.692	.128	-.081	-.018	
Q30 自分の行ったケアが療養者・家族のニーズを満たしているか、確信できない	.681	.150	-.075	.015	
Q55 今までできていたことができず、これまでの看護師経験に疑問を抱く	.677	-.130	.124	.056	
Q12 療養者・家族に臨機応変なケアを行えていないと感じる	.635	.047	.075	-.053	
Q27 判断の根拠となる情報を療養者・家族に十分に説明できない	.576	.084	.060	-.029	
Q31 療養者・家族が自分の行ったケアに対し満足していないと感じる	.558	.066	.010	.027	
<b>第2因子：訪問看護実践の優先度への葛藤</b>					
Q25 病状悪化予防と療養者・家族の希望との間で葛藤する	.017	.808	-.108	-.041	
Q24 療養者や家族が健康によいと思いつていることに疑問を抱き、助言するか迷う	.054	.743	-.051	-.046	
Q23 療養者や家族の希望をどこまで優先するか迷う	.056	.710	.023	-.008	
Q19 介護環境の悪さが影響し、それ以上看護師としてケアができないことに悩む	-.100	.664	.034	.030	
Q18 かたくなな価値観を持つ療養者・家族の生活指導が難しく、看護師としてケアができないことに悩む	.001	.622	.092	-.005	
Q21 療養者や家族との関係性を重視するがゆえに、療養者や家族に必要な助言ができない	.105	.507	.051	.089	
Q22 病院とは清潔・不潔の観念が異なり、実施していることがよいのか迷う	.019	.468	.119	.055	
<b>第3因子：過去の経験と異なる訪問看護実践の特性へのとまどい</b>					
Q5 多様な家族の状況に対応する必要があることにとまどう	.009	.024	.832	-.037	
Q6 限られた介護・サービスの状況や環境の範囲でできるケアを行うことにとまどう	-.068	.152	.667	-.020	
Q3 病院に比べ、療養者・家族から看護師の行動が見られ評価されることに抵抗がある	.101	-.086	.664	-.006	
Q4 病院で他の専門職が行っていたことを、看護師が行うことにとまどう	.056	-.015	.613	.044	
Q1 病院に比べ、療養者・家族の意思や希望をより一層重視する必要があることにとまどう	-.047	.002	.612	.030	
<b>第4因子：所属事業所の教育システムへの困惑</b>					
Q43 判断の根拠について事業所内で指導を受ける機会がない	.010	-.006	-.058	.879	
Q44 在宅療養の制度やサービスの知識について、事業所内で指導を受ける機会がない	.001	.059	-.050	.738	
Q40 事業所内で教育担当者が決まっていないことにとまどう	-.068	-.010	.053	.682	
Q38 単独訪問に向けて計画的な同行訪問が実施されていないことにとまどう	.070	-.034	.087	.551	
<b>因子間相関</b>					
	第1因子	1.000			
	第2因子	.635	1.000		
	第3因子	.549	.546	1.000	
	第4因子	.274	.286	.317	1.000

最尤法 プロマックス回転

実践の特性へのとまどい】と命名した。第4因子は4項目で構成され、訪問看護実践の判断の根拠および在宅療養に関わる知識など所属施設の教育的支援を受けられていないと認識し困ることから【所属事業所の教育システムへの困惑】と命名した。以上、因子名は共同研究者4人で検討し合意を得た。

## 2. 既知グループ法による妥当性の検討

既知グループ法の質問に回答が得られた896人を分析対象とした。Welchのt検定により、訪問看護師としての自分に違和感がある群(245人)、違和感がない群(651人)の2群の平均尺度得点の関連では、違和感がある群の方が平均尺度得点および第1～第4因子の平均尺度得点は有意に高かった( $p < .001$ )。

### 3. 収束的妥当性の検討

PISN得点と本尺度の総得点の相関係数は $-0.513$ 、各因子の相関係数は、第1因子 $-0.588$ 、第2因子 $-0.283$ 、第3因子 $-0.354$ 、第4因子 $-0.282$ であった ( $p < .01$ )。

## Ⅲ. 考 察

### A. データの特徴

質問紙の配布数に対する回収率 $12.3\%$  (有効回答率 $9.2\%$ ) は一般的な郵送法の回収率 (土田・山川, 2011, p.31) と比較すると低かった。全国の訪問看護事業所数 $12,393$ か所 (厚生労働省, 2021b), 訪問看護師数 $62,157$ 人 (厚生労働省, 2022), 訪問看護経験2年未満の看護師の割合約 $15\%$  (日本看護協会, 2015) から、対象事業所の2年未満の訪問看護師数に対する質問紙の回収率は約 $26.2\%$ と推計される。ただし、比較可能な調査データは、調査期間と数年の違いがあることから、回収率からデータの妥当性を述べるのが難しいと考える。

全事業所におけるサービス提供体制強化加算の取得率 (厚生労働省, 2020) は $39.2\%$ だが、本研究では $55.4\%$ であり、加算取得率が高かった。サービス提供体制強化加算は看護師の研修計画や技術指導を目的とした会議の開催などを加算の条件としている (厚生労働省, 2015)。そのため、本研究の対象事業所は、教育体制が比較的整っていることが予測される。

### B. 尺度の信頼性および妥当性

#### 1. 信 頼 性

Cronbach's  $\alpha$  係数は $.80$ 以上であり、内的整合性を確保していると考えられる。再テスト法の級内相関係数では尺度全体、第1・4因子は高度の相関、第2・3因子は中等度の相関であり、概ね安定性が確保されたと考えられる。

#### 2. 妥 当 性

##### a. 尺度の因子構造

本尺度では、概念モデルを適用し構成概念を演繹的に定義したため、尺度項目の内容網羅性 (Streiner, Norman & Cairney, 2014/2016, pp.23-25) の確保ができたと考えられる。一方、探索的因子分析では、仮定した6下位概念とは異なる4つの因子が得られた。最終的に採用した尺度のモデル適合度から、モデルの妥当性は概ね満たしている (Mulaik, et al., 1989, pp.430-445) と考える。4因子の因子間の相関係数は $.274 \sim .635$ であった。各因子間の相関係数は正の相関であり、4因子は因子間の関連性があると考えられる。また、多次元尺度因子間の相関係数が $.7$ 以上を示す因子の組

み合わせがないため、尺度の下位概念がおおよそ明確に区別できている (柳井・井部, 2012, p.94) と考える。

本尺度で得られた4因子が「新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎ」の構成概念として解釈が可能であるかについて以下に検討する。

第1因子【訪問看護実践への不確かさ】は、訪問看護実践を自身で認められないことや自信を持ってないことが含まれていた。看護実践とは、看護職が看護を必要とする人々に働きかける行為であり、看護職の活動の主要な部分をなすものとして位置づけられている (日本看護科学学会, 2011)。また、急性期から在宅へ職場を変えた看護師の移行への成功戦略には、在宅での役割を果たすこと、充実感と満足感等 (Hartung, 2005) がある。訪問看護師の活動の主要な部分である訪問看護実践に対し自身で認められないことや自信を持ってないことは、看護師との自己一体意識に繋がらず発達の低い方向へ変動すると考えられる。したがって、訪問看護実践への不確かさは、職業的アイデンティティのゆらぎの構成概念として解釈可能と考えられた。

第2因子【訪問看護実践の優先度への葛藤】は、必要な訪問看護実践や重要視する訪問看護実践の優先度に対して迷うことが含まれていた。新人訪問看護師は、病院と訪問看護の違いを医療から生活へ看護の軸を移す (富安・川越, 2005) ととらえ、判断基準が病院と異なる (平尾ほか, 2017) と感じている。看護実践は、知識基盤としてのケアに不可欠な創造性、支援者としての自己認識、対象者にとって善悪を判断する倫理が含まれ、これらが組み合わされて用いられる (日本看護協会, 2007)。そのため、新人訪問看護師が医療的に必要あるいは重要であると考えられる看護実践と生活者として療養者や家族が希望する看護実践の間で優先度を迷うことは、看護師との自己一体意識に繋がらず発達の低い方向へ変動すると考えられる。したがって、訪問看護実践の優先度への葛藤は、職業的アイデンティティのゆらぎの構成概念として解釈可能と考えられた。

第3因子【過去の経験と異なる訪問看護実践の特性へのとまどい】は、過去には経験のない訪問看護実践の特性に対して手段や方法を思い描くことができないことが含まれていた。訪問看護実践の判断の特性は、生活者としての対象をよく知る、先を見通す、対象者の生活に即したケアを共に考える等のプロセスである (仁科ほか, 2019)。新人の看護師が「状況の局面」を理解するには、実際の臨床状況を前もって経験しておく必要がある (Benner, 2001/2005, pp.11-22)。新人訪問看護師は訪問看護実践の特性に応じた状況を前もって経験していないため、その状況を理解し手段や方法を思い描けないことから、看護師との自己一体意識に繋がらず発達の低い方向へ変動すると考えられる。したがって、訪問看護実践の特性へのとまど



いは、職業的アイデンティティのゆらぎの構成概念として解釈可能と考えられた。

第4因子【所属事業所の教育システムへの困惑】は、所属事業所の教育システムを肯定的に受け取れないことが含まれていた。新人訪問看護師に対する教育の現状は、各事業所に任されている（森・深堀，2020）ため、教育システムは事業所によって様々であると推察される。新人訪問看護師の職業的アイデンティティは内部講習参加の有無と関連がある（杣木・中村，2021）。また、仕事における自分自身の知識や、自分たちが属しているグループによって価値づけられた知識の感覚は、アイデンティティの感覚の重要な部分を構成する（Merriam, 2008/2010, pp.39-41）。職場における教育システムを肯定的に受け取れず困惑することは、看護師との自己一体意識に繋がらず発達の低い方向へ変動すると考えられる。したがって、訪問看護実践の教育的支援への困惑は、職業的アイデンティティのゆらぎの構成概念として解釈可能と考えられた。

#### b. 既知グループ法による妥当性の検討

既知グループ法では、訪問看護師としての自分に「違和感がある群」の方が「違和感がない群」に比べ全体および各因子の平均尺度得点が有意に高かった。既知グループ法による妥当性の検討は、測定尺度において、対照的な集団に尺度を適用し一方の集団のスコアが有意に高くなる（Streiner, Norman & Cairney, 2014/2016, p.235）。訪問看護師としての自分に違和感がある人は、職業的アイデンティティのゆらぎが強い、すなわち尺度得点が高いと仮定した結果が確認され、既知グループ法による妥当性を満たしていると考えられる。

#### c. 収束的妥当性の検討

収束的妥当性では、PISN得点と本尺度の総得点の相関係数は、 $p < .01$ 水準において、 $-.513$ 、各因子では、第1因子 $-.588$ 、第2因子 $-.283$ 、第3因子 $-.354$ 、第4因子 $-.282$ であった。本尺度の総得点と第1因子得点はかなりの負の相関、第2～第4因子得点は弱い負の相関であった。本尺度とPISNは、看護師の職業的アイデンティティの達成の程度を測定する尺度であり、本尺度とPISNで得られた得点は、仮定した通りに負の相関関係になり、収束的妥当性を概ね満たしていると考えられる。

以上、本尺度の信頼性、妥当性は統計学的に許容範囲であることが確認されたため、新人訪問看護師が本尺度の自己評価により、職業的アイデンティティのゆらぎの強さを認知すれば、職業的アイデンティティの危機の回避や危機への対応が可能となると考える。本尺度は、新人訪問看護師自身の自己評価のための活用をはじめ、訪問看護事業所の管理者、教育担当者等による新人訪問看護師の育成支援への活用可能性を有すると考える。

## IV. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象事業所は教育体制が比較的整っていることが予測され、本尺度の項目に影響した可能性が考えられる。今後は、構成概念妥当性のさらなる検証、職業的アイデンティティのゆらぎが強いことを判断する尺度得点の基準を示すことが必要であると考えられる。また、尺度の総得点が高い、あるいは低い新人訪問看護師の特性を調査し、さらなる尺度の活用可能性の検討が必要である。

## 結 論

新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎ自己評価尺度を作成し、信頼性・妥当性の検証を行った。その結果、本尺度は【訪問看護実践への不確かさ】【訪問看護実践の優先度への葛藤】【過去の経験と異なる訪問看護実践の特性へのとまどい】【所属事業所の教育システムへの困惑】の4因子23項目で構成された。本尺度の信頼性、妥当性は統計学的に許容範囲であることが確認された。本尺度は、新人訪問看護師の職業的アイデンティティのゆらぎの強さを測定できる可能性が高いことが示された。

## 謝 辞

本研究を実施するにあたり、調査に快くご協力いただきました新人訪問看護師の皆様、訪問看護事業所の管理者の皆様にご心より感謝申し上げます。

## 付 記

本研究は、群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科に提出した博士論文に加筆・修正を加えたものである。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究の一部は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2019年度（前期）「在宅医療推進のための調査研究等への助成」を受けたものである。

## 著者貢献度

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

## 文 献

浅井直美, 河村麻佐子 (2016). 新人訪問看護師の訪問看護実践に

- おける困難感を抱いた経験. *日本在宅看護学会誌*, 5(1), 98.
- Benner, P. (2001) / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子, 新妻浩三訳 (2005). *ベナー看護論 新訳版: 初心者から達人へ* (第1版). (pp.11-22). 東京: 医学書院.
- Erikson, E.H. (1959) / 小此木啓吾訳 (1982). *自我同一性: アイデンティティとライフサイクル* (新装版). (p.9). 東京: 誠信書房.
- 舟島なをみ (2015). *看護実践・教育のための測定用具ファイル: 開発過程から活用の実際まで* (第3版). 10, 東京: 医学書院.
- Gregg, M.F. (2000). Professional identity of Japanese nurses: Bonding into nursing. *Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Colorado*, 1-208.
- グレッグ美鈴 (2002). 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. *看護研究*, 35(3), 196-204.
- Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J.R. (2013) / 黒田裕子, 中木高夫, 逸見 功訳 (2015). *バーズ&グローブ看護研究入門: 評価・統合・エビデンスの生成* (原著第7版). 東京: エルゼビア・ジャパン.
- Hartung, S.Q. (2005). Choosing home health as a specialty and successfully transitioning into home health nursing practice. *Home Health Care Management & Practice*, 17(5), 370-387.
- 平尾由美子, 原田光子, 山田志枝, 大桐四季子, 佐藤富子 (2017). 病棟業務から訪問看護業務に移行した直後に看護師が感じる戸惑い・困難. *千葉県立保健医療大学紀要*, 8(1), 69-76.
- 片平伸子, 植村由美子 (2021). 日本の訪問看護師の看護実践能力についてのナラティブレビュー. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 44(2), 89-96.
- 河口てる子 (2012). 第11章 測定尺度の開発. 小笠原知枝, 松木光子 (編), *これからの看護研究: 基礎と応用* (第3版) (pp.129-131), 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 小森直美, 二重作清子 (2011). 訪問看護ステーションにおける新人職者のための育成支援に関する研究. *木村看護教育振興財団看護研究集録*, 18, 31-38.
- 厚生労働省 (2015). 厚生労働省告示第九十五号 厚生労働大臣が定める基準. [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=82ab4584&dataType=0&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82ab4584&dataType=0&pageNo=1) (参照 2023年 5月18日)
- 厚生労働省 (2019). 医療従事者の需給に関する検討会 第12回看護職員需給分科会 中間とりまとめ (概要版). 9, [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_07927.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07927.html) (参照 2021年 3月1日)
- 厚生労働省 (2020). 訪問看護の報酬・基準について 第193回社会保障審議会介護給付費分科会資料 サービス提供体制強化加算取得. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000694882.pdf> (参照 2021年 8月20日)
- 厚生労働省 (2021a). 訪問看護のしくみ. 130-132, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougai-hokenfukushibu/0000123638.pdf> (参照 2021年 4月27日)
- 厚生労働省 (2021b). 令和2年介護サービス施設・事業所調査の概況. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service20/dl/kekka-gaiyou\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service20/dl/kekka-gaiyou_1.pdf) (閲覧日 2023年 3月4日)
- 厚生労働省 (2022). 令和2年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/dl/kekka1.pdf> (参照 2023年 3月15日)
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002). *誰も教えてくれなかった因子分析: 数式が絶対に出てこない因子分析入門* (初版). 38, 京都: 北大路書房.
- Merriam, S.B. (2008) / 立田慶裕, 岩崎久美子, 金藤ふゆ子, 荻野亮吾訳 (2010). *成人学習理論の新しい動向: 脳や身体による学習からグローバル化まで* (pp.39-41). 東京: 福村出版.
- 宮下一博, 田辺敏明, 小柳晴生, 岡本祐子, 上地雄一郎, 磯部修一, 沢田章子, 森川早苗 (1984). 外国 (ことに米国) における同一性研究の展望. 鍾幹八郎, 山本 力, 宮下一博 (編). *アイデンティティ研究の展望 I* (pp.154-157). 京都: ナカニシヤ出版.
- 森 陽子, 深堀浩樹 (2020). 訪問看護事業所による就業時の教育的支援への臨床経験を持つ新人訪問看護師の認識. *日本看護評価学会誌*, 10(1), 31-39.
- 森 陽子, 大山裕美子, 廣岡佳代, 深堀浩樹 (2016). 新たに訪問看護分野に就労した看護師が訪問看護への移行期に経験した困難とその関連要因. *日本看護管理学会誌*, 20(2), 104-114.
- Mulaik, S.A., James, L.R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C.D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105, 430-445.
- 中村順子 (2009). 訪問看護ステーション管理者による新人訪問看護師への関わり: 安心して訪問を任せられるようになるまで. *日本看護管理学会誌*, 13(1), 5-13.
- 榎原理恵, 谷水名美 (2020). 病院勤務後の新人訪問看護師が訪問看護への移行期に体験した困難感の様相: 1事例の語りを通して. *四條驛学園大学看護ジャーナル*, 4, 13-22.
- 成瀬早苗, 加藤真由美 (2018). 要支援高齢者の一人暮らし生活意欲測定尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 38, 97-106.
- 日本訪問看護財団 (2015). *訪問看護師OJTガイドブック* (第3版). 12-22. 東京: 公益社団法人日本訪問看護財団.
- 日本看護科学学会 (2011). 看護学を構成する重要な用語集 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会第9・10期委員会. <https://www.jans.or.jp/uploads/files/committee/yogoshu.pdf> (参照 2023年 5月15日)
- 日本看護協会 (2007). 看護にかかわる主要な用語の解説: 概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf> (参照 2023年 6月7日)
- 日本看護協会 (2015). 訪問看護実態調査報告書. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2015/homonjittai.pdf> (参照 2021年 4月28日)
- 日本看護協会 (2021). 訪問看護 訪問看護師倍増策の推進. <https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/index.html> (参照 2021年 3月1日)
- 西田志穂, 西田和子 (2016). 新人訪問看護師の職業アイデンティティに関連する要因. *日本在宅ケア学会誌*, 19(2), 51-58.
- 仁科祐子, 長江弘子, 谷垣静子 (2019). 日本の訪問看護師の行う訪問看護実践における判断の概念分析. *日本看護科学会誌*, 39, 74-81.
- 西山陽子, 西村伸子, 磯本一夫, 梁元陽子, 濱元淳子 (2018). 訪問看護における急変時の困難と要因. *日本看護福祉学会誌*, 23(2), 119-130.
- 岡本祐子 (2002). *アイデンティティ生涯発達論の射程*. 58-78, 京都: ミネルヴァ書房.
- 佐々木真紀子, 針生 亨 (2006). 看護師の職業的アイデンティティ尺度 (PISN) の開発. *日本看護科学会誌*, 26(1), 34-41.
- 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子 (2018). 訪問看護師が抱く困難感. *日本農村医学会雑誌*, 66(5), 567-572.
- 新村 出 (2018). *広辞苑* (第7版). 222, 東京: 岩波書店.
- 柚木佐知子, 中村裕美子 (2021). 訪問看護ステーションにおける新任看護師の教育ニーズと職業的アイデンティティの関連とその要因. *日本在宅看護学会誌*, 9(2), 10-19.
- 曾根志穂 (2018). 神経難病患者の在宅療養支援に対する訪問看護師の不安と困難感, 負担感. *石川看護雑誌*, 15, 75-82.

- Streiner, D.L., Norman, G.R., & Cairney, J. (2014) / 木原雅子, 加治正行, 木原正博訳 (2016). *医学的測定尺度の理論と応用: 妥当性, 信頼性から G 理論, 項目反応理論まで* (第 1 版). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 田嶋ひろみ, 飯塚裕美, 佐々木真弓 (2018). 心不全患者への援助における訪問看護師の困難. *日本循環器看護学会誌*, 14(1), 27-35.
- 高田恵子, 石原多佳子 (2020). 訪問看護師の職場継続意思に関連する要因の研究. *日本在宅ケア学会誌*, 23(2), 45-54.
- 徳岡良恵, 林田裕美, 田中京子, 香川由美子, 古谷 緑 (2016). 進行・再発治療期のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難と学習ニーズ. *日本がん看護学会誌*, 30(1), 45-53.
- 富安眞理, 川越博美 (2005). 病院から在宅へ移行した新人訪問看護師が看護実践への自信を深める要因の検討. *日本看護学教育学会誌*, 15(2), 39-50.
- 土田昭司, 山川栄樹 (2011). *新・社会調査のためのデータ分析入門: 実証科学への招待* (第 1 版). 31, 東京: 有斐閣.
- 内海恵子, 松井妙子, 沖亞沙美, 畑吉節未 (2017). 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度開発の試みと信頼性・妥当性の検討. *香川大学看護学雑誌*, 21(1), 41-54.
- 山口陽子, 百瀬由美子 (2013). 訪問看護師の職業的アイデンティティの特徴および個人特性との関係. *日本在宅ケア学会誌*, 17(1), 49-58.
- 柳井晴夫, 井部俊子 (2012). *看護を測る: 因子分析による質問紙調査の実際* (初版). 東京: 朝倉書店.
- 全国訪問看護事業協会 (2018). 平成29年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 訪問看護事業所が新卒看護師を採用・育成するための教育体制に関する調査研究事業報告書. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h29-2.pdf> (参照 2021年 5月29日)
- 全国訪問看護事業協会 (2020). 協会概要 正会員リスト (訪問看護ステーション). [https://www.zenhokan.or.jp/business\\_society/member\\_list/](https://www.zenhokan.or.jp/business_society/member_list/) (参照 2020年 7月 1日)
- 全国訪問看護事業協会 (2021). 令和 2 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 訪問看護事業所の質の確保に向けた自己評価を支援するための研究事業 報告書. 1, <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r2-1-1.pdf> (参照 2021年 4月27日)

〔2023年11月7日受 付〕  
〔2024年 2月29日採用決定〕

# Development of a Self-Rating Scale for Measuring Uncertainty about the Professional Identity of Novice Visiting Nurses with Hospital Experience

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(4), 813-823  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.2040229244>

Naomi Asai, PhD, RN<sup>1</sup>, Mitsue Iida, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>,  
Motoi Saito, PhD, RN, PHN<sup>3</sup>, Manami Osawa, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Takasaki University of Health and Welfare, Gunma, Japan

<sup>2</sup>Gunma Prefectural College of Health Sciences, Gunma, Japan, <sup>3</sup>Gunma Paz University, Gunma, Japan

## Abstract

**Objective:** We aimed to develop and validate a self-rating scale for measuring uncertainty in the professional identity of novice visiting nurses with prior hospital experience. **Methods:** A questionnaire survey comprising 55 draft scale items was administered to 10,000 visiting nurses nationwide with  $\geq 3$  years of hospital experience and  $< 2$  years of experience working at visiting nurse stations. The scale's reliability and validity of the scale were assessed based on the responses received. **Results:** Valid responses were obtained from 917 nurses (valid response rate: 9.2%) and analyzed. Based on the exploratory factor analysis results, we constructed a 4-factors, 23-item scale. The Cronbach's  $\alpha$  coefficient was .903, and the intraclass correlation coefficient for the test-retest trial was .755. Confirmatory factor analysis was used to examine the fitness of the hypothetical model. The known group method determined a significant association, and convergent validity confirmed a significantly negative correlation. Both reliability and validity fell within a statistically acceptable range. **Conclusions:** The results indicate that the 4-factors, 23-item scale developed in this study demonstrates high potential.

## Key words

novice visiting nurses, professional identity, uncertainty, scale development

---

**Correspondence:** N. Asai. Email: [asai-n@takasaki-u.ac.jp](mailto:asai-n@takasaki-u.ac.jp)



# 看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題と必要と考える支援

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 825-837  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231218237>

山本孝治

日本赤十字九州国際看護大学看護学部看護学科

## ■要旨

目的：看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題と必要と考える支援について明らかにすることを目的とした。方法：日頃、老年期クローン病患者に看護を実践する看護師5名を対象とし、半構成的面接から得られたデータを質的に分析した。結果：看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題は9つのカテゴリー、必要と考える支援は6つのカテゴリーが抽出された。看護師は、老年期患者は加齢や合併症のリスクが高まるがその経過は個人差があり、認知や感覚機能の低下で便失禁や転倒しやすくなるなど、生活やセルフケアに影響すると捉えていた。看護師は加齢や病気特有の症状を踏まえ、家族や訪問看護といった社会資源の活用を視野に入れた支援の必要性を認識していた。結論：客観的な観察を重視して患者がこれまで培ってきた療養を尊重し、家族のサポートや訪問看護の活用を念頭に置いて在宅療養支援を充実させる必要性が示唆された。

## ■キーワード

クローン病, 老年期患者, 在宅療養, 課題, 支援

責任著者：山本孝治. Email: k-yamamoto@jrckicn.ac.jp

## はじめに

クローン病は原因不明で、免疫異常などの関与が考えられる肉芽腫性炎症性疾患であり、若年者に発症し、小腸、大腸を中心に浮腫や潰瘍を認め、腸管狭窄や瘻孔など特徴的な病態が生じる（久部，2021）。近年、クローン病の治療では生物学的製剤や免疫抑制剤が用いられ比較的病状のコントロールは可能になったが、根本的な治療は未だなく、重症例や再燃を繰り返す患者もおり、難病医療費助成制度の対象疾患に指定されている。クローン病は10代後半から20代前半に好発し、年齢層別にみた患者数では20歳以上60歳未満の成人期にあたる割合では84.6%を占める（厚生労働省，2021）。一方、60歳以上の老年期にあたる患者は6,731人であり、10年前の3,776人（厚生労働省，2012）と比べると約1.8倍となっており、クローン病患者の高齢化が進んでいる。クローン病と潰瘍性大腸炎を含めた炎症性腸疾患（Inflammatory Bowel Disease；以下IBD）の老年期における病態について、非定型の症状や合併症の併発、重症化をきたしやすいことが報告されている（Younge, & Ipenburg, 2019）。Nurses European Crohn's and Colitis Organisation（以下N-ECCO）は、2017年にIBD患者のケアにおける看護師の役割について2ndケアコンセンサスを

表明し、老年期IBD患者のケア方策として、加齢による影響を考慮しながら症状のコントロールと合併症の予防を図り、寛解を維持してQuality of Life（以下QOL）を高める支援を行う重要性を示している（Kemp et al., 2018）。日本ではIBDは元よりクローン病患者の看護指針はない。一方、N-ECCOの提言は潰瘍性大腸炎を含めたIBD患者に対するもので、クローン病に特化しておらず、海外と日本とでは一部実施される治療法が異なり、これらを踏まえた具体的な看護支援内容が示されているとはいえず、そのままのかたちで本邦において活用することは限界があると考えられる。

クローン病患者を対象にした先行研究の多くは成人期の患者を対象にしており、長期的な視点をもち発達段階を踏まえて、ライフスタイルやライフイベントに折り合いをつけ生活を再構築していくことが明らかにされている（吹田・鈴木，2009；山本・中村，2019；Zutshi, Hull, Hammel, 2007）。これらの研究背景を踏まえ、著者は老年期クローン病患者の療養に着目し、加齢により身体機能や認知機能が低下するなかでこれまで培ってきた経験を發揮して自分らしさを実現する様相を明らかにした（山本，2021）。一方で、Smith, Watson, & Thompson（2008）による老年期IBDに関するシステマティックレビューにおいて、看護師

はIBD患者のケアで重要な役割を担うが、いずれの研究も老年期の特徴を踏まえた支援内容について考慮されていないことを報告した。

そこで、老年期クローン病患者に即した具体的な支援を検討するにあたり、日頃老年期患者に看護を実践する看護師が捉える在宅療養における課題と必要と考える支援を明らかにしたいと考えた。

## I. 用語の定義

1. 老年期：Levinson (1978/1992, pp.73-80) による老年期の設定を参考にして、本研究では、「65歳以上で、衰えのときであると同時に社会とのかかわりおよび自分自身とのかかわりに新しい形のバランスを見つけ、さらに成長する好機の時期」と定義する。
2. 在宅療養における課題：本研究では、「老年期クローン病患者が病気とともに日々在宅で生活するなかで支障をきたすこと、対処が必要となる問題。特に、クローン病の病態や症状・治療、老年期という発達段階に伴う支障・問題」と定義する。
3. 必要と考える支援：本研究では、「老年期クローン病患者が病気とともに在宅で生活するなかで、看護師が必要だと考える看護実践内容」と定義する。

## II. 研究の方法と対象

### A. 研究デザイン

看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題と必要と考える支援を明らかにすることを目的としているため、質的記述的研究デザインを用いた。

### B. 研究対象者

#### 1. 対象者の選定条件

下記の条件をすべて満たす看護師を研究対象者とした。

- ①インタビュー時点で消化器内科外来または消化器内科病棟に勤務している
- ②日頃より老年期のクローン病患者への看護を実践している
- ③看護師経験年数が3年以上
- ④ICレコーダーの録音を承諾した

#### 2. 対象者の選定

本研究では、IBDセンターを設置しており、クローン病患者が多く通院する九州地区にある1医療施設に研究協力を依頼し、承諾を得た（以下、研究協力施設）。研究協力

施設の看護部の責任者に研究の目的と方法、倫理的配慮、対象者の条件について口頭および文書で説明し、研究の協力で研究対象候補者の紹介を依頼した。選出された候補者に対して看護部の責任者より研究者への紹介の是非について確認がなされ、承諾した候補者のみ紹介を受け、研究者より研究の詳細について説明し、同意が得られた者を研究対象者とした。

### C. データ収集方法

インタビュー内容を主要データとした。

主要なデータ収集は、半構成的面接により行った。インタビューではまず研究対象者の属性について、年齢、性別、看護師経験年数、現在の所属と現所属在籍年数を質問した。その後、インタビューガイドに従って進め、「成人期と老年期のクローン病患者を比較して、症状や療養生活、支援の実践内容の違い」、「老年期クローン病患者の加齢による影響を踏まえた支援」、「老年期クローン病患者に対する支援において困難を感じたこと」、「老年期クローン病患者に対する支援で必要と考えること」について質問し、会話の流れに沿って自由に語ってもらった。面接は1名につき1回で時間は30～60分程度をめどとし、日時は対象者の希望により調整した。プライバシーが確保できる個室をインタビューの場所とした。対象者の許可を得て、ICレコーダーに録音した。

データ収集期間は、2018年8月から同年10月であった。

### D. データ分析

データ分析は谷津（2010）による質的看護研究の分析手順に準じた方法で行った。

- ①録音したICレコーダーから逐語録を作成した後、繰り返し読み、可能なかぎり対象者の言葉を使用しながら、老年期クローン病患者の在宅療養における課題、必要と考える支援に関する文節あるいは項目を抽出しコード化した。
- ②個人毎にコード化したものを文節や文脈を考慮しながら、類似点・相違点を比較しつつ同じような特徴をもつものを老年期クローン病患者の在宅療養における課題と必要と考える支援に分類し、サブカテゴリーとして抽出した。
- ③個人毎に老年期クローン病患者の在宅療養における課題と必要と考える支援について抽出されたサブカテゴリーを、全対象者で類似点・相違点を比較し、さらに抽象化したカテゴリーを抽出した。
- ④サブカテゴリー、カテゴリーの名称については、対象者が実際に語った言葉や概念を用いて表現した。

## E. 分析の真実性・妥当性

サブカテゴリーおよびカテゴリーの抽出にあたっては、文脈からの逸脱がないかデータに戻りつつ、解釈内容の妥当性を確認し、解釈を深める解釈学的循環の手法（谷津, 2010）をとった。解釈学的循環として、真実性の確保の観点からも対象者の語りを大切に、実際に語られた言葉や概念とカテゴリー、サブカテゴリーの名称との比較を行った。また、分析の過程については適切に記録に残し、データの解釈については質的研究に精通した専門家の助言を受けた。また、クローン病の専門病院に勤務する看護師4名と検討会を行い、妥当性の確保に努めた。検討会で配布する資料には対象者が特定されないよう対象者の概要が分かる個別の情報や個人毎の逐語録は記載せず、分析によって抽出したコード、サブカテゴリー、カテゴリーを示し、配布した資料は検討会終了後に回収した。研究対象者には、データ分析において検討する場を設けるがその際はデータの匿名化を厳重に行ううえで実施することを説明し、同意を得た。

## F. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会（承認番号：17-007-①）、および研究協力施設の医に関する倫理審査委員会（承認番号：R17-060）の承認を得た。本研究では研究対象者について研究協力施設の看護部の責任者から紹介を受けたため、研究への協力を断りづらい状況が生じると考えられた。そのため、紹介を受けた後、研究者より研究の目的および方法とともに参加は自由意思であり拒否する権利があること、承諾後の辞退も自由であり、参加を拒否しても不利益が生じないことを説明した。また、プライバシーおよび匿名性、秘密が保護される権利について、逐語録やインタビュー内容のデータはパスワードのかかった電子保存媒体に保存し、記録物は鍵のかかる場所に保管すること、研究の目的以外に用いることはないこと、個人が特定できないようにデータ処理を行い学会および学術雑誌へ公表することを説明した。上記の内容について文書もしくは口頭での説明をした後、対象者の同意を得て同意書に署名を受けた。

## Ⅲ. 結 果

## A. 研究対象者の概要

研究協力施設は九州地区の郊外に位置し、IBDセンターを有するため県内を中心に九州各県から来院する患者が多い。電車の最寄り駅が施設から徒歩圏内にあり、高速道路のインターチェンジも近隣にあるため、交通の便は比較的良好い。

対象者は5名ですべて女性であった（表1）。平均年齢は36.6歳、看護師経験年数の平均は14.8年、インタビュー時点の所属は1名が消化器内科病棟、4名が消化器内科外来であった。実施したインタビュー時間は平均47.4分であった。

## B. 分析結果

分析の結果、看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題について9つのカテゴリー、必要と考える支援は6つのカテゴリーを抽出した（表2-1, 2-2）。以下、文中ではカテゴリーを〔 〕、サブカテゴリーを「 」として示した。対象者の語りについては“ ”内に斜体で表記し、（ ）内に対象者の記号A～Eを示した。個人の特定を避けるため、方言の一部は話の筋を変えずに標準語に修正した。

## C. 抽出されたカテゴリーの説明

## 1. 老年期クローン病患者の在宅療養における課題

看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題として、〔合併症や認知症の併発リスクが高まる〕、〔経過を見通すことの難しさ〕、〔病気治療の理解・観察不足が生じる〕、〔排便トラブルと転倒リスクが高まる〕、〔遠距離通院の大変さと遠方だと必要な支援が行き届かない〕、〔孤立するとセルフケアが難しくなる〕、〔認知機能低下と経験則を優先した内服管理〕、〔患者自ら不安を発言しない〕、〔細かいセルフケアは難しい〕の9つのカテゴリーから構成された。

## a. 〔合併症や認知症の併発リスクが高まる〕

このカテゴリーは、老年期患者は合併症や認知症を併発

表1 対象者の属性・インタビュー所要時間

	年齢 (歳)	性別	インタビュー時点 の所属	看護師経験年数 (年)	現所属在籍年数 (年)	インタビュー所要時間 (分)
A	30代	女	消化器内科病棟	11	3	51
B	40代	女	消化器内科外来	23	16	28
C	20代	女	消化器内科外来	6	3	39
D	40代	女	消化器内科外来	24	13	63
E	30代	女	消化器内科外来	10	4	56



表 2 - 1 老年期クローン病患者の在宅療養における課題

カテゴリー	サブカテゴリー
合併症や認知症の併発リスクが高まる	加齢と治療で免疫機能が低下 (D)
	高齢でDVTのリスクが高まる (D)
	がん発症でクローン病の治療方針変更も生じうる (D)
	がん治療で栄養摂取がさらに難しくなる (D)
	老年期はリスクの高い短腸, ポート, ストーマをもっている (E)
経過を見通すことの難しさ	認知症で施設入所した患者もいる (E)
	実施した治療が功を奏すか不透明さがある (D)
	今後どのように経過を辿るかの予測は難しい (A)
病気治療の理解・観察不足が生じる	IBDの経過は一樣じゃない (E)
	難聴, 視覚の低下で病気の理解自体難しい (A)
	新しい治療, 療養の理解が難しい (B)
	便の観察不足, 性状を正確に表現できない (A)
	新しい知識より経験と勘を優先 (B)
	老年期でも自立度と管理方法は個人差がある (D)
排便トラブルと転倒リスクが高まる	老年期は説明内容の吸収に時間を要す (E)
	分かっているようで病識の理解不足がある (E)
	加齢で間に合わず便失禁が増える (C)
	便回数増加でお尻がヒリヒリ痛くなる (C)
	下痢の回数増加で皮膚トラブル (A)
遠距離通院の大変さと遠方だと必要な支援が行き届かない	トイレの回数増加で転倒リスクが増す (A)
	自宅での転倒リスクも上がる (D)
	年齢を重ねると遠方からの通院は大変 (D)
	病院から遠方に居住のため必要なセルフケア支援が受けられず入院 (B)
孤立するとセルフケアが難しくなる	遠方からの通院は高齢だと大変 (A)
	家族の協力がないと療養継続の難しさがある (C)
	独居だといざという時, 遠方の家族に協力は得にくい (C)
	核家族で外来に子どもの付き添いがいない (E)
	自立していないとコミュニティとの関係性が難しく孤立 (D)
	家族のサポートがないと受診が難しい場合もある (A)
	独居で高齢になるとセルフケアが問題になる (D)
	独居になると役割の喪失が起きる (E)
	セルフケアは全て妻任せで後が不安 (B)
	セルフケアを妻に依存してきた男性患者 (E)
妻任せだった夫へのセルフケア支援 (D)	
認知機能低下と経験則を優先した内服管理	認知機能が低下して薬の飲み忘れが起きる (D)
	経験則優先の自己判断による内服 (E)
	内服管理ができない高齢患者が多くなる (C)
患者自ら不安を発言しない	内服管理ができない高齢患者が多くなる (C)
	老年になると不安があっても口にださない (C)
細かいセルフケアは難しい	老年期は多くを語らず自ら発信しない (E)
	高齢だとヒュミラ®自己注射の手技習得が難しい (C)
	ストーマ管理のように細かい作業, 認知の問題でケアができなくなる (A)
	自己, 家族で管理ができない場合, ヒュミラ®自己注射の導入は難しい (E)

( ) 内は研究対象者の記号

しやすくなることを示しており, 6つのサブカテゴリーから構成される。看護師は老年期クローン病患者について, 「加齢と治療で免疫機能が低下」することや「高齢でDVTのリスクが高まる」, 「認知症で施設入所した患者もいる」など, 合併症や認知症を併発するリスクが高まると捉えていた。また, 「がん発症でクローン病の治療方針変更も生

じうる」と語り, 合併症発症で現在実施している治療法が中断・変更されることになる課題があると捉えていた。

“高齢化に伴ってももちろん高脂血症とかDVTのリスクも高くなってくるので…… (中略) ……IBDはDVTのリスク因子の1つの病名でも完全にそれは定義が入ってるので, そういったところで脳梗塞とか心筋梗塞とか静脈血栓

表 2 - 2 老年期クローン病患者に必要と考える支援

カテゴリー	サブカテゴリー	
加齢と合併症リスクを予測しながら観察の実施	出血, 皮膚トラブルが起きていないか要観察 (A)	
	ADL低下, 顔色が悪く前屈姿勢じゃないか観る (C)	
	目が据わっていて反応が悪くなる人は気に留める (C)	
	外傷を発見したら, ケアの視点で掘り下げて状況確認 (D)	
	血栓を予測して問診と観察 (D)	
	問診で内服薬の飲み忘れがないか確認 (C)	
	会話の呂律でおかしいと思う感覚をもつ (D)	
	会話やできなくなった部分を観て認知力の評価 (D)	
	長期ストーマ患者もケアできているか確認 (A)	
	予約外や普段と違う様子があると声をかける (E)	
ポイントを押さえて長期的に繰り返し指導	処置や関わりの中で近況を声かけ確認 (E)	
	長期的に確認を繰り返して指導を工夫 (C)	
	説明はポイントを絞って補足書き込みで強調 (E)	
	パンフレットを使って言葉で補足説明 (A)	
	ベースの説明を状況に合わせて付け加える (C)	
	治療変更時に情報をキャッチして説明 (B)	
	検査の下剤の飲み方もこまめに指導 (C)	
	解りやすい説明で安全に検査 (A)	
	ポイントを押さえた薬剤に対する説明 (B)	
	夜間トイレは付き添いを依頼するように指導 (A)	
患者の生活スタイルを尊重して 必要な指導を加味する	お尻の皮膚観察と清潔ケアの指導 (C)	
	患者が何を求めているか察知して提案 (E)	
	患者のスタイルを大事にして必要な情報のみ助言 (A)	
	自宅での生活継続を目指して必要な指導を加味する (C)	
	仕事や生きがいのある生活ができるように関わる (B)	
	厳密な食事制限でなく食の組み合わせと量で調整 (A)	
	役割を引き出す支援が必要 (E)	
	生活に目を向けた支援で寛解を長く伸ばす (E)	
	個々のスタイルを聴いて次の看護に活かす (E)	
	老後は妻に依存せず夫婦で支え合えるように支援 (E)	
家族が患者をサポートできるように指導	状態が変化していたら家族に確認 (C)	
	自宅の生活状況を家族に確認 (D)	
	家族が患者をサポートできるように指導 (A)	
	妻を巻き込んでヒュミラ®注射の指導 (C)	
	家族も高齢化していくので指導の工夫と他のサポート員を探す (C)	
	子どもを含めた家族指導が必要 (E)	
	同行訪問・訪問看護, 看護専門外来を 活用して在宅支援を充実	病院看護師が在宅同行訪問する機会が増える (D)
		退院後訪問の活用で受診頻度の減少 (A)
		在宅療養支援で訪問看護と連携 (B)
		ケアが継続され自宅で生活できるよう訪問看護サービスにつなぐ (A)
独居の人への介入で訪問看護も検討 (C)		
地域連携室を通して訪問看護との連携 (E)		
ストーマ, IBDに特化したケアを実践できる訪問看護を探す (A)		
ポートやストーマ管理, 短腸や貧血対策で訪問看護を活用 (B)		
訪問看護の得意分野を踏まえて調整 (B)		
ストーマが看られる訪問看護を選択して連携 (D)		
多職種との連携で患者の療養を支える	いつでも相談できる看護外来が必要 (E)	
	飲み忘れがないよう薬剤師と連携して管理を工夫 (A)	
	訪問薬剤師を活用した服薬支援 (E)	
	薬剤師も含めた訪問も検討 (C)	
	栄養士, 薬剤師との連携で専門的なアドバイス (A)	
相談支援センターを活用 (D)		

( ) 内は研究対象者の記号

とかですね、気をつけとかなないといけないと思います。”  
(D)

“がんになる方は増えるので……(中略)……5-ASA製剤は継続するけど、免疫調整剤はケモと併用しない方がいいんじゃないかっていうところで、やっぱり治療方針はちょっと変わってきますし……(中略)……レミケード®も免疫を抑制しちゃうので、しない方がいいんじゃないかっていうところで病態によっては中止になります。”  
(D)

#### b. [経過を見通すことの難しさ]

このカテゴリーは、老年期患者は治療実施の効果や今後どのような経過を辿るのか見通すことが難しいことを示しており、3つのサブカテゴリーから構成される。看護師は老年期患者について「実施した治療が功を奏すか不透明さがある」と語り、治療の選択・実施は個人差があると捉えていた。また、その経過は一律でなく「今後どのように経過を辿るかの予測は難しい」と捉えていた。

“*(高齢患者の場合)* 具体的に今後どういうふうな経過を辿っていくとかっていうのは*(予測するのが)* 少しちょっと難しくなっていくかな……。” (A)

#### c. [病気治療の理解・観察不足が生じる]

このカテゴリーは、患者の感覚機能や認知機能が低下することで病気の理解力やモニタリングする力が低下することを示しており、7つのサブカテゴリーから構成される。看護師は老年期患者が加齢によって感覚機能である「難聴、視覚の低下で病気の理解自体難しい」、「新しい治療、療養の理解が難しい」といった課題があると捉えていた。また、患者が行うセルフモニタリングについて、若年者と比較して「便の観察不足、性状を正確に表現できない」傾向にあることを語った。

“機能的なところで難聴があったりとかで、先生のその説明の内容を全て十分に理解できているかっていうのは少し難しいところがあって、先生もそこまで詳しく説明っていうのは、もうほんとに腸の病気っていう感じで、その時は説明されていたように思います。” (A)

“便の観察っていうところは……(中略)……あまり意識して便を見たりとか、回数を考え数えていくとかっていうところが少し薄い感じが……やっぱり若いときに診断された方の方がすごく注意深く便を観察したりとか、回数が今日はどうだったとかっていうようなところの変化をすごく見てるなって……。” (A)

#### d. [排便トラブルと転倒リスクが高まる]

このカテゴリーは、加齢によって便失禁や下痢による皮膚障害、転倒リスクが増加することを示しており、5つのサブカテゴリーから構成される。看護師は老年期患者の場合、クローン病の特徴的な下痢症状に関連して、下肢筋力

低下など「加齢で間に合わず便失禁が増える」、「便回数増加でお尻がヒリヒリ痛くなる」といった排便トラブルが生じやすくなると捉えていた。また、下肢筋力が低下することは「トイレの回数増加で転倒リスクが増す」と考えていた。

“老年期の人の方が*(便失禁が)* そうですね、多いですね。どうしても我慢ができないからですね、成人期の方は便回数多くても、ちゃんとトイレに駆け込むじゃないですけど、それなりの行動をとってると思うので、そこまで失禁したりまでは言われぬ。” (C)

“トイレに行く回数が多いから、それだけ転倒のリスクも多いなっていうのはある……(中略)……やっぱり若い方はもちろんトイレ回数多いのは大変だとは思いますが、そこら辺のこける心配っていうのは比較的少ないかな。” (A)

#### e. [遠距離通院の大変さと遠方だと必要な支援が行き届かない]

このカテゴリーは、専門病院への遠距離の通院は老年期患者にとって大変なものであること、また病院と自宅の距離が離れていると必要な支援が行き届かず病状が悪化することを示しており、3つのサブカテゴリーから構成される。看護師は筋力低下や自動車の運転が難しくなるため「年齢を重ねると遠方からの通院は大変」になると捉えていた。また、「病院から遠方に居住のため必要なセルフケア支援が受けられず入院」に至った患者がおり、遠方に居住する患者に対する支援の難しさが語られた。

“遠方*(に居住する患者)* で成分栄養剤とか*(服用)* されてて物品の調整とかが中々スムーズにできなかった……(中略)……地元でかかりつけの病院が特にないから、ここ*(病院)* まで来る手間とか、そういう患者さんの思いがこっちにあまり伝わりにくいっていかですかね。それで、電話でのやりとりでちょっと苦労した……(中略)……結局その方一時して入院されて、外科的な治療されたんですけど、思うようにセルフケアができなかった。” (B)

#### f. [孤立するとセルフケアが難しくなる]

このカテゴリーは、患者が独居であったり家族のサポートが得られなかったりするとセルフケアの実施が難しくなることを示しており、10のサブカテゴリーから構成される。看護師は患者が老年期になると、「家族の協力が無いと療養継続の難しさがある」と捉え、特に「独居だといざという時、遠方の家族に協力は得にくい」と認識していた。老年期であっても多くの患者は「核家族で外来に子どもの付き添いが無い」状況にあると話し、患者自身が「自立していないとコミュニティとの関係性が難しく孤立」してしまうという懸念があると考えていた。また、男性患者のなかには「セルフケアは全て妻任せで今後が不安」な

ケースもあると話し、妻も高齢のため体調不良などで患者のセルフケアを代行できなくなった場合、どのように対応すべきかという課題があると捉えていた。

“老年期の方たち多いので、それを介護するサポートになる人がいるのかいないのか。そこがやっぱり一番大事かなって思うんですけど、今は1人で大丈夫ってことで家族も遠くにいるけど、ほんとにいざ必要になったときに近くに來れる人は中々いないって人たちがやっぱり多い。” (C)

“やっぱり自立しないともう高齢化社会に入るから、コミュニティと。で、そういう（自立できていない）人に限ってやっぱりコミュニティとの関係性が難しかったりするんです。” (D)

“奥さんがもう全て管理してる感じだったんで。在宅療養のこととか電話のやり取りも全部奥さんでしたね。薬の残薬とか全部把握してました、奥さんが。でも、奥さんがなんかあったときどうするんだろうっていう問題はあったんですね。” (B)

#### g. [認知機能低下と経験則を優先した内服管理]

このカテゴリーは、認知機能の低下や長年の療養経験を踏まえた自己判断によって薬を選択する内服管理を示しており、3つのサブカテゴリーから構成される。看護師は外来通院する老年期患者の内服管理について口頭で服用していることを確認したとしても、実際は「認知機能が低下して薬の飲み忘れが起きる」ケースがあったことが語られた。また、処方通りの服用指示ではなく、長年の療養による「経験則優先の自己判断による内服」を行い大量の残薬が見つかった老年期患者の事例についても語られた。

“内服もしてるって言ってるけど、ほんととはしてなかったりとかいうことがあったりするのかなとか。成人期だと意図的に飲まないっていうことあるんですよ。だけど、老年期の場合には認知的な問題で、やっぱり飲み忘れとかで……。” (D)

“「実はこうこうこうで薬が余ってたんです」って地域連携室に連絡があって……（中略）……（確認すると）結構余ってて、しかも数に差があってですね。自分で選んで飲んでなかった……（中略）……（患者に）話聞いていく中で「あそこの日は飲んでなかったのかな」とか「なんか調子悪かったんですか?」とか「起きれなかったんですか?」とか。「飲めなかった日ありました?」とか言って「熱が出たからね」とかいう話はしてて。一応必要な分だけ出るからですね。残薬調整も全然されてなかったから、飲んでるっていうふうでずっと（処方）出してたけど、実は飲んでなかった。” (E)

#### h. [患者自ら不安を発言しない]

このカテゴリーは、老年期になると患者は自分から不安

を含めた思いを発言しない傾向にあることを示しており、2つのサブカテゴリーから構成される。看護師は患者に対する看護を実践するうえで必要となる情報の把握にあたり、患者が「老年になると不安があっても口にださない」、「老年期は多くを語らず自ら発信しない」傾向にあるため、様々な視点から患者の思いを察知する必要があると捉えていた。

“訪看（訪問看護）とか独居になったときとか施設に入るようになったときとか、逆にそれをこんだだけ色々話してくれない。自分からこう（情報を）くれるわけではないので。カルテで見て、……（中略）……あっそうだったんだって知ることが多いから。やっぱり患者さんの方から老年期の方って色々多くを語らないんで、そこをいかに察知するかというか、網に掛けるじゃないですけど……。” (E)

#### i. [細かいセルフケアは難しい]

このカテゴリーは、生物学的製剤の自己注射やストーマ管理といった細かい手技が必要となるセルフケアの実施が難しくなることを示しており、3つのサブカテゴリーから構成される。看護師はクローン病の治療薬である生物学的製剤の開始にあたりセルフケア指導を行うなかで、患者が「高齢だとヒュミラ®自己注射の手技習得が難しい」と捉えていた。また、これまでは患者自身がセルフケアできていたが、高齢となり「ストーマ管理のように細かい作業、認知の問題でケアができなくなる」ため、直接ケアの実施状況を確認する必要があると考えていた。

“ヒュミラ®を導入して、自己注射の指導っていうかたちで当たった人がいるんですけど。注射をするのに高齢者だと手の震えがあったりとか、理解がですね。うまくいってるように思っても、次回2週間後に（外来に）来たときには中々忘れてたりとか多くて、何回か（指導）することが多かった……。” (C)

“ストーマとかがある場合に、段々高齢になると自分でそれをケアできなくなってくる。目が見えなくなるとか、手が（震えて）細かい作業ができなくなるとか、認知の問題で……（中略）……ストーマをもう長期に造られてる方でも、やっぱりそのケアがちゃんとできてるのかどうかっていうのは本人任せじゃなくて、こちらでも時々見させてもらって確認はしていけないといけないかな。” (A)

## 2. 老年期クローン病患者に必要と考える支援

看護師が捉える老年期クローン病患者に必要と考える支援として、[加齢と合併症リスクを予測しながら観察の実施]、[ポイントを押さえて長期的に繰り返し指導]、[患者の生活スタイルを尊重して必要な指導を加味する]、[家族

が患者をサポートできるように指導], [同行訪問・訪問看護, 看護専門外来を活用して在宅支援を充実], [多職種との連携で患者の療養を支える] の6つのカテゴリーから構成された。

#### a. [加齢と合併症リスクを予測しながら観察の実施]

このカテゴリーは, 老年期患者への支援において, 加齢や起こり得る合併症のリスクを予測して観察を実施することが必要であることを示しており, 11のサブカテゴリーから構成される。看護師は来院時の老年期患者について, 問診と併せて「出血, 皮膚トラブルが起きていないか要観察」であり, 「ADL低下, 顔色が悪く前屈姿勢じゃないか観る」などの客観的な観察を重視していた。また, 看護師は患者の「会話の呂律がおかしいと思う感覚をもつ」ことや「会話やできなくなった部分を観て認知力の評価」をし, 普段の様子との変化を捉える必要性を認識していた。

“車椅子で乗ってる人顔色がちょっとあれな人とか, ADLがちょっと低下している人はちょっと気に掛けるようには, 前では見るようにはしてて…… (中略) ……老年期の方結構目を見ると…… (中略) ……やっぱ物言える人たちは目がちゃんと真っ直ぐ向いてるけど。話しかけてもあんまり反応が悪い。返事はできるけど, やっぱ目がちょっと据わってるじゃないですけど。” (C)

“会話しててちょっとおかしいなって思う, なんかその感覚…… (中略) ……あれっ? と感じて「何とかさ〜ん」って言って「私ね」って「なんか呂律が回ってない気がするんだけど」って言ったら「いや最近ね, 妻にも言われるんよ」って言ったから…… (中略) ……で, 四肢麻痺もない。んっ? 瞳孔も別に左右差もない。おかしい, 何だろうと思ったら睡眠薬とかがすごく大量に出てたんですね。” (D)

#### b. [ポイントを押さえて長期的に繰り返し指導]

このカテゴリーは, セルフケア指導においてパンフレット等を用い, ポイントを絞って複数回繰り返し説明し, 患者と長期的に関わっていく必要があることを示しており, 10のサブカテゴリーから構成される。看護師は老年期患者が加齢による影響で, 説明を理解するのに時間を要することや, 補足が必要な状況にあることを踏まえ, 「長期的に確認を繰り返して指導を工夫」することや「説明はポイントを絞って補足書き込みで強調」するという必要性を認識していた。特に, 「治療変更時に情報をキャッチして説明」や「検査の下剤の飲み方もこまめに指導」のように, 治療や検査といった療養に関わることで変更が生じた場合, 支援の強化が必要だと考えていた。また, クロウン病では下痢症状が続くと皮膚トラブルにつながるため, 患者に対し「お尻の皮膚観察と清潔ケアの指導」が重要であると認識していた。

“ポイントは繰り返し, 大事なことをまず伝えて, あとはもう手書きで書き込んだりとか, 「どうしてもここだけはしてくださいね」とか「気を付けてくださいね」っていうところを一番に伝えるようにはしてます…… (中略) ……情報が多いと, パーンと一杯一杯になってしまったらいけないかなと思うんで, 必要なことは必ず話すんですけど, そこを強調してフラットに説明してます。” (E)

“トイレに行けない状況でお尻を洗ってるのか洗えてないのか。そこまで確認してやっぱ皮膚の状態が気になるので, 確認できるときはしていきたいなとは思いますが…… (中略) ……高齢の方でも便回数が増えたとお尻はやっぱりヒリヒリ痛み〜って言われるので……。” (C)

#### c. [患者の生活スタイルを尊重して必要な指導を加味する]

このカテゴリーは, 老年期患者の生活スタイルを尊重しつつ変容が必要な部分を加味した指導が必要であることを示しており, 9つのサブカテゴリーから構成される。看護師は, 「患者が何を求めているか察知して提案」する姿勢をもつことや, これまで培ってきた「患者のスタイルを大事にして必要な情報のみ助言」したり, 「自宅での生活継続を目指して必要な指導を加味する」ことが重要であると認識していた。患者の拘りなどを把握し, これを尊重して「仕事や生きがいのある生活ができるように関わる」ことを重要視していた。

“本人の解釈の基にやっていることもあるから, そこはでも (患者の考えを) 大事にそれを否定するのではなくてそれは受け入れつつ, 必要な追加の知識だったり助言っていうか, サポートだったりとしてはしていく必要があるなと思います…… (中略) ……ただなんか拘りってところで, こうしてきたっていうのがあるから, そこはそのままそれに合わせて……。” (A)

#### d. [家族が患者をサポートできるように指導]

このカテゴリーは, 家族が患者に対して必要なサポートを行えるように指導する必要性を示しており, 6つのサブカテゴリーから構成される。看護師は, 患者について「状態が変化していたら家族に確認」することや, 必要時に「自宅の生活状況を家族に確認」といった対応をとり, 家族と連携をとることを重要視していた。また, 在宅療養において必要時に「家族が患者をサポートできるように指導」し, 生物学的製剤の自己注射のように手技が難しいセルフケアでは, 「妻を巻き込んでヒュミラ®注射の指導」を実践する必要性があると考えていた。

“「良かったら奥様も一緒に来られて栄養指導とか聞いてみませんか〜?」とか言って, …… (中略) ……ご本人さんがしっかり理解してても, じゃあご家族がそこがちょっと知らない部分があったりとか, なんかあったりすると,

もしかしたらそこに介入できるんじゃないかな〜とか思うんで「一緒にどうですか?」って……。」(E)

e. [同行訪問・訪問看護, 看護専門外来を活用して在宅支援を充実]

このカテゴリーは、退院後の自宅への同行訪問や訪問看護を活用して老年期患者の在宅療養を支援し、ストーマ管理などクローン病に特化した支援を充実させる必要性を示しており、11のサブカテゴリーから構成される。看護師は、退院した患者に対する「病院看護師が在宅同行訪問する機会が増える」状況を語り、「退院後訪問の活用で受診頻度の減少」といった効果があると認識していた。老年期患者の「在宅療養支援で訪問看護と連携」する重要性を認識しており、さらには「ストーマ、IBDに特化したケアを実践できる訪問看護を探す」ことが必要になってくると考えていた。

“訪問看護ステーションにWOCがいたりとかする、そういうストーマ専門を強みとしてやられてる所もあるのでそういう所を選択、こっちが(患者に)情報提供をしてどこでも訪問看護ステーションがいいとかではなくて、やっぱりこのステーションがいいんじゃないかとかっていうような情報提供とかっていうのを……(中略)……そこら辺を高齢の患者さんに対してはしてもいいのかな……。”(A)

f. [多職種との連携で患者の療養を支える]

このカテゴリーは、老年期患者の在宅療養を支援するにあたり多職種で連携していく必要性を示しており、5つのサブカテゴリーから構成される。看護師は患者が内服薬について「飲み忘れがないよう薬剤師と連携して管理を工夫」したり、「訪問薬剤師を活用した服薬支援」の必要性を認識していた。また、食事栄養療法や薬物療法について個々の患者に応じた支援を実施するために、「栄養士、薬剤師との連携で専門的なアドバイス」を患者が受けられるよう調整する必要性を認識していた。

“訪問薬剤師だったりとかほかの職種の方でも全然できることではあるんですけど。内服管理がうまくいけば、治療もちょっとはうまくいくことにつながるんじゃないかとは思うので。”(C)

## IV. 考 察

### A. 老年期クローン病患者の在宅療養における課題の特徴

本研究では、看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題について、老年期の発達段階、特有の病態や治療を踏まえて明らかにした。在宅療養における課題の特徴について、[合併症や認知症の併発リスクが高ま

る]、[経過を見通すことの難しさ]を踏まえ、患者の予後を捉えることの困難さ、[排便トラブルと転倒リスクが高まる]、[患者自ら不安を発言しない]を踏まえ、排便トラブルで患者のADL・QOLへの影響、[病気治療の理解・観察不足が生じる]、[孤立するとセルフケアが難しくなる]、[認知機能低下と経験則を優先した内服管理]、[細かいセルフケアは難しい]を踏まえ、加齢に伴うセルフケアの実施困難の3つの視点で考察する。

#### 1. 患者の予後を捉えることの困難さ

看護師は老年期クローン病患者の予後について[合併症や認知症の併発リスクが高まる]のように、加齢に伴う機能低下や合併症を併発するリスクがあり、治療の効果を含め[経過を見通すことの難しさ]があると捉えていた。高齢者は一般的に、内部環境の恒常性維持機能の低下や複数の病気や症状をもち、現疾患と関係のない合併症を起しやすく、典型的な症状を呈するとは限らないという特徴をもつ(東京都医師会, 2011)。老年期のクローン病患者においても他疾患への罹患や腸管、肛門部のがんを合併するリスクの上昇、生物学的製剤や副腎皮質ステロイド剤の投与において副作用の出現リスクが高まるなど(Sturm et al., 2017)、身体的な問題は複雑化する。看護師は老年期患者に対し、加齢に伴う身体機能の変化や合併症の兆候がないか、実施する治療の効果はあるか、副作用の出現がないかを、予測的かつ複合的なアセスメントを実施する必要がある。

#### 2. 排便トラブルで患者のADL・QOLへの影響

クローン病を含めたIBD患者は、疾患活動性が上昇したとしてもADLは低下しにくく(小松ほか, 2005)、老年期クローン病患者を対象にした研究(山本, 2021)においても身体活動に著しい低下がないことを報告した。本研究の看護師についても、老年期クローン病患者の在宅療養における課題として、ADL低下や日常生活における活動に支障をきたすといった問題は捉えていなかった。一方で患者の筋力低下と排泄を関連させて、[排便トラブルと転倒リスクが高まる]と捉え、頻回の下痢症状でトイレへの移動中に転倒が生じるリスクを予測していた。下痢による排泄移動に伴った転倒のリスクであるため、下痢に対する症状コントロールや万が一に備えた失禁用パッドを準備するという対策が有効であると考えられる。クローン病患者の場合、転倒すると骨折をきたしやすく(Young, & Ipenburg, 2019)、患者のADLやQOLに影響する可能性を念頭においておく必要がある。また、排便トラブルの1つに「加齢で間に合わず便失禁が増える」ことを挙げ、療養上の課題として捉えていた。老年期クローン病患者を対象にした研

究(山本, 2021)では、年齢をさらに重ねた際、自立してトイレまで移動できるのか患者は不安に感じていたが、便失禁の実態は明らかにならなかった。一方、看護師は老年期患者の療養における課題として便失禁を認識していた。便失禁は肛門部周囲の皮膚トラブルに発展したり、患者の自尊心の低下や外出など社会参加の制限につながりQOLの低下をきたすため(Norton, Dibley, & Bassett, 2013)、老年期患者にとって単純な課題とはいえない。また、看護師は老年期では「患者自ら不安を発言しない」と捉えており、便失禁症状があり不安を感じていても、患者自ら相談することを躊躇してしまうことが推察される。相談ができずに一人で悩みを抱えることで、皮膚トラブルの悪化や心理的負担が増すなど悪循環が生じる可能性も考えられる。看護師は便失禁に関する専門的知識を踏まえ、患者が排便トラブルに対処するセルフケアを実践できるように支援する必要がある。他方で、老年期クローン病患者の便失禁に関する具体的な観察の視点や支援内容は明確でないため、今後検討が必要である。

### 3. 加齢に伴うセルフケアの実施困難

看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題のうち、「病気治療の理解・観察不足が生じる」、「認知機能低下と経験則を優先した内服管理」、「細かいセルフケアは難しい」は、日常的に患者が実施するセルフケアに関するものであった。また「孤立するとセルフケアが難しくなる」は、セルフケア実施にあたるソーシャルサポートに関連する課題であった。老年期では加齢による認知機能や感覚機能が低下し、セルフケア能力に影響する。老年期クローン病患者の研究(山本, 2021)においても、患者は薬の飲み忘れなどのセルフケア実践が難しくなることが報告されていたが、「家族の協力がなく療養継続の難しさがある」のように、看護師は老年期患者のセルフケアを含めた療養において、家族を含めたソーシャルサポートが影響すると認識していた。クローン病患者は食事栄養療法をはじめ、病状によっては生物学的製剤の自己注射やストーマ管理など細かなセルフケアが必要になり、老年期患者単独で実施することが難しい場合もある。患者が核家族や独居の場合、家族のサポートが得られずセルフケアの実施困難が生じ得るため、老年期クローン病患者に対する家族に限定しないソーシャルサポートを考慮した支援体制の構築が課題といえる。また「経験則優先の自己判断による内服」のように、老年期のセルフケアでは認知機能の問題に限らず、長年の療養経験から誤った認識と自己判断で内服を中断するといった行動が生じる可能性もある。看護師は患者との対話を通してセルフケアへの認識と実施状況を併せて捉え、セルフケアにおける課題を明確にする必要

がある。

先行研究では一般の高齢者全般のセルフケアについて、看護師は高齢者が自分のことは自分でしたいという意思をもち積極的に役割を遂行すると認識していることが報告されている(金子, 2011)。本研究の看護師は、一部の老年期の男性クローン病患者について「セルフケアは全て妻任せで今後が不安」と捉えており、セルフケアを自ら実施できるにもかかわらず妻に全てを依存してきた歴史があり、患者としての積極的な役割の遂行に課題があった。クローン病は生物学的製剤を含め治療法が多様で、体調に応じた食事栄養療法の調整のように、セルフケアの難易度は比較的高く、老年期となり患者単独での実施が難しくなることや、長年妻に依存する状況が生じるものと考えられる。看護師は病気を診断された時期から患者が主体的にセルフケアを実施できるように支援し、発達段階に応じてセルフケアの実施時にサポートを行うべきかを見極めることが必要である。

### B. 老年期クローン病患者の在宅療養を支える支援

看護師は老年期クローン病患者に対して加齢や病気特有の症状を踏まえ、家族や訪問看護といった社会資源の活用を視野に入れた支援の必要性を認識していた。以下、患者の在宅療養を支えるための支援について考察する。

看護師は老年期患者への支援にあたって、「加齢と合併症リスクを予測しながら観察の実施」が必要であると捉えていた。この支援内容は、N-ECCO(Kemp et al., 2018)による老年期IBD患者のケア方策の加齢による影響を考慮して症状コントロールと合併症の予防を図ることにあたりと考える。このことから本研究では、老年期患者に対する支援として、合併症を直接的に予防するというよりも、併発リスクを踏まえ客観的観察を強化する必要性が明確になったといえる。一般的に高齢者の場合、恒常性維持機能である回復力・適応力・予備力・防衛力が加齢に伴い低下するため(田中, 2022)、老年期クローン病患者の在宅療養における課題「便の観察不足、性状を正確に表現できない」のように、セルフモニタリングする力の低下や症状を医療者に正確に伝達できない問題が生じるものと考えられる。また、クローン病の主症状である腹痛や下痢、倦怠感は主観的な症状であるため、認知機能や感覚機能の低下によって、症状を的確に察知したり他者に表現したりすることが難しくなり、異常を見過ごされる可能性がある。そのため、看護師は「出血、皮膚トラブルがおきていないか要観察」や「ADL低下、顔色が悪く前屈姿勢じゃないか観る」のように、客観的観察を重視する必要性を認識していたと考える。加えて、老年期では加齢や病気に伴う症状は患者の生活やADLに影響し、セルフケアを阻害する要因とな

り得る。病気に関連する身体的な症状の把握に留まらず患者の生活状況やセルフケアの実施状況を含めた、包括的なアセスメントを実施する必要がある。

看護師は、老年期患者が加齢によってセルフケアの実施が難しくなるため、[ポイントを押さえて長期的に繰り返し指導]することや[患者の生活スタイルを尊重して必要な指導を加味する]支援の必要性を認識していた。患者の認知機能や記憶力の低下を踏まえて、パンフレットや「説明はポイントを絞って補足書き込みで強調」するという工夫が、患者のセルフケア維持に向けた支援につながると考える。老年期であってもセルフケアの継続は可能で、これまで経験したことと共通点がある場合には新しくセルフケアを学習することも可能とされる(内海, 2022)。老年期クローン病患者のセルフケアは長年の療養で培われ構築されたものだが、年齢を重ね生活スタイルの変化や、新たにストーマの造設や栄養療法を導入するなど、新たなセルフケアの獲得が必要になる場合もある。看護師は患者や家族とセルフケアの目標や生きがいを共有して、日々行うセルフケアについてどのように取り組んでいくのかを一緒に検討していく必要がある。さらに、老年期患者にとってこれまで実践できていたセルフケアができなくなることは自信喪失につながるといえ、看護師はできない部分ばかりに着目せず、患者の自尊心が低下しないよう強みを見出してこれを伸ばす支援を行う必要がある。

看護師は療養の主体は患者であると捉えつつ、[家族が患者をサポートできるように指導]することや[同行訪問・訪問看護、看護専門外来を活用して在宅支援を充実]や[多職種との連携で患者の療養を支える]必要性を認識していた。老年期IBD患者に対する看護支援についてコミュニケーションが難しい場合は家族との関わりを強化し、体系的な介入を検討する必要性が報告されているが(Younge, & Ipenburg, 2019)、訪問看護の導入や必要となるサービス内容を報告したものはなく、本研究において在宅療養を支える社会資源活用の必要性が明確になった。近年、生物学的製剤をはじめクローン病の治療法の選択肢が増え、病状が悪化した場合は速やかな症状緩和を目指した炎症の沈静化と日常生活に復帰するための治療がなされるようになった(鈴木, 2011)。クローン病患者に対する外来での看護師による支援の充実が図られるべき状況になっているといえる。入院していた老年期患者に対し、「病院看護師が在宅同行訪問する機会が増える」といった取り組みもなされており、入院から在宅療養までのシームレスな支援、自宅における患者の療養状況を直接捉える貴重な機会になると考える。外来において看護師が老年期患者を支援する際、自立した療養が可能であるのかを判断して、難しい場合は同居家族はいるのか、独居であればサポートを

得られる状況かを確認し、サポートを得ることが難しければ訪問看護を含めた介護保険サービスの活用を考慮する。クローン病患者の在宅療養支援には、「ストーマ、IBDに特化したケアを実践できる訪問看護を探す」必要があるため、看護師は地域連携室や介護支援専門員との調整を行う。また、患者の在宅療養では食事栄養療法や生物学的製剤を含めた薬物療法が継続されるが、患者個人によって使用される栄養剤や薬剤は異なり、その実施方法や留意点は複雑なため、[多職種との連携で患者の療養を支える]ことを重視し、栄養士や薬剤師による各専門的な立場から患者への支援がなされるよう看護師は調整役を担う。

## V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、対象者が1医療施設の看護師を対象にしたインタビュー調査であったため、看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題や必要と考える支援について網羅できているとはいえないことが挙げられる。また、本研究では老年期クローン病患者の在宅における療養に特化しているため、入院する老年期患者の療養における課題や支援について言及していない。これを踏まえ、フィールドを広げた調査を継続するとともに、本研究で得られた知見を活用して老年期クローン病患者を対象に療養やQOL、セルフケアに関する実態調査を行い、老年期クローン病患者に対する看護指針を体系化させていくことが今後の課題である。

## 結 論

- A. 看護師が捉える老年期クローン病患者の在宅療養における課題として、[合併症や認知症の併発リスクが高まる]、[経過を見通すことの難しさ]、[病気治療の理解・観察不足が生じる]、[排便トラブルと転倒リスクが高まる]、[遠距離通院の大変さと遠方だと必要な支援が行き届かない]、[孤立するとセルフケアが難しくなる]、[認知機能低下と経験則を優先した内服管理]、[患者自ら不安を発言しない]、[細かいセルフケアは難しい]が抽出された。
- B. 看護師が捉える老年期クローン病患者に必要なと考える支援として、[加齢と合併症リスクを予測しながら観察の実施]、[ポイントを押さえて長期的に繰り返し指導]、[患者の生活スタイルを尊重して必要な指導を加味する]、[家族が患者をサポートできるように指導]、[同行訪問・訪問看護、看護専門外来を活用して在宅支援を充実]、[多職種との連携で患者の療養を支える]が抽出された。



## 謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、快くインタビューに応じていただきました対象者の皆さまに心よりお礼申し上げます。また、研究を進めるにあたりご指導を賜りました日本赤十字九州国際看護大学の中村光江教授、研究にあたり助言をいただきました皆さまに深く感謝申し上げます。

なお、本研究は第24回日本難病看護学会学術集会（山形）で発表した内容に一部加筆・修正したものである。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は、JSPS科研費17K18304の助成を受けたものである。

## 文 献

- 吹田麻耶, 鈴木純恵 (2009). クロウン病者の食生活体験のプロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 32(5), 19-28.
- 久部高司 (2021). 第1章 診断と分類 クロウン病の診断. NPO法人日本炎症性腸疾患協会 (CCFJ) (編), *クロウン病の診療ガイド 第3版* (pp.10-16). 東京: 文光堂.
- 金子史代 (2011). 看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因. *日本看護研究学会雑誌*, 34(1), 181-189.
- Kemp, K., Dibley, L., Chauhan, U., Greveson, K., Jäghult, S., Ashton, K., Buckton, S., Duncan, J., Hartmann, P., Ipenburg, N., Moortgat, L., Theeuwes, R., Verwey, M., Younge, L., Sturm, A., Bager, P. (2018). Second N-ECCO consensus statements on the European nursing role in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12(7), 760-776.
- 小松喜子, 前川厚子, 神里みどり, 渋谷優子, 山崎京子, 片平洸彦 (2005). クロウン病 (CD) 患者の人生の満足度に関わる要因について. *日本難病看護学会誌*, 9(3), 179-187.
- 厚生労働省. 令和3年度 (2021年度) 衛生行政報告例. (第10章 難病・小児慢性特定疾病, 1. 特定医療費 (指定難病) 受給者証所持者数, 年齢階級・対象疾患別). <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&ctoukei=00450027&ctstat=000001031469&ccycle=8&ctclass1=000001200300&ctclass2=000001200301&ctclass3=000001200302&ctclass4val=0> (参照2023年5月1日)
- 厚生労働省. 平成24年度 (2012年度) 衛生行政報告例. (第10章 特定疾患 (難病), 1. 特定疾患 (難病) 医療費受給者証所持者数, 性・年齢階級・対象疾患別). <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&ctoukei=00450027&ctstat=000001031469&ccycle=8&ctclass1=000001061240&ctclass2=000001061241&ctclass3=000001062614&ctclass4val=0> (参照2023年5月1日)

- Levinson, D.J. (1978) / 南 博訳 (1992). *ライフサイクルの心理学 (上)*. (pp.73-80). 東京: 講談社.
- Norton, C., Dibley, L.B., Bassett, P. (2013). Faecal incontinence in inflammatory bowel disease: Associations and effect on quality of life. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(8), 302-311.
- Smith, G.D., Watson, R., Thompson, D.R. (2008). Older people and inflammatory bowel disease: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 400-406.
- Sturm, A., Maaser, C., Mendall, M., Karagiannis, D., Karatzas, P., Ipenburg, N., Sebastian, S., Rizzello, F., Limdi, J., Katsanos, K., Schmidt, C., Jeurings, S., Colombo, F., Gionchetti, P. (2017). European Crohn's and colitis organisation topical review on IBD in the elderly. *Journal of Crohn's and Colitis*, 11(3), 263-273.
- 鈴木康夫 (2011). IV. 炎症性腸疾患の内科的治療 クロウン病治療 (総論). 渡辺 守 (編), *IBD炎症性腸疾患を究める* (pp.140-145). 東京: メジカルビュー社.
- 田中久美 (2022). 第4部 加齢で変化するセルフケアを捉える 2 高齢者ともなう変化を踏まえてセルフケアを支援する 02 高齢者の身体的特徴を考慮したセルフケア支援. 黒田久美子, 清水安子, 内海香子 (編), *看護判断のための気づきとアセスメント: セルフケア支援* (pp.213-215). 東京: 中央法規出版.
- 東京都医師会 (2011). *介護職員・地域ケアガイドブック 2. 高齢者の身体と疾病の特徴*. [https://www.tokyo.med.or.jp/docs/chiiki\\_care\\_guidebook/035\\_072\\_chapter02.pdf](https://www.tokyo.med.or.jp/docs/chiiki_care_guidebook/035_072_chapter02.pdf) (参照2023年5月1日)
- 内海香子 (2022). 第2部 疾病・障害とともに生きる人を支援する 4 多様な支援の場や方法で支援する ② 地域で生活する高齢者を支援する: 多職種との連携・協働. 黒田久美子, 清水安子, 内海香子 (編), *看護判断のための気づきとアセスメント: セルフケア支援* (pp.90-103). 東京: 中央法規出版.
- 山本孝治 (2021). 老年期クローン病患者の療養生活の実際: 加齢による影響, 心理的变化, ニーズに焦点をあてた分析. *日本看護研究学会雑誌*, 44(2), 237-249.
- 山本孝治, 中村光江 (2019). 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築. *日本看護研究学会雑誌*, 42(1), 17-29.
- 谷津裕子 (2010). *Start Up 質的看護研究*. 103-145, 東京: 学研メディアカル秀潤社.
- Younge, L., & Ipenburg, N. (2019). Elderly. Sturm, A., & White, L. Editor (Eds.), *Inflammatory bowel disease nursing manual* (pp.249-255). Switzerland: Springer.
- Zutshi, M., Hull, T.L., Hammel, J. (2007). Crohn's disease: A patient's perspective. *International Journal of Colorectal Disease*, 22(12), 1437-1444.

2023年5月16日受付  
2023年12月18日採用決定

# Nurses' Perspective on Issues Encountered and Support Required in Home Care of Older Patients with Crohn's Disease

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2024, 47(4), 825-837  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231218237>

**Koji Yamamoto, PhD, RN, PHN**

Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Fukuoka, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to clarify the challenges and necessary support perceived by nurses in home care of older patients with Crohn's disease. **Methods:** Data were obtained through semi-structured interviews with five nurses who provided regular home nursing care to older patients with Crohn's disease, and qualitatively analyzed. **Results:** Challenges and necessary support perceived by nurses were divided into nine and six categories, respectively. The nurses perceived older patients to have an increased risk of aging and complications; however, factors varied among individuals. Furthermore, the decline in cognitive and sensory functions affected their lives and self-care habits, such as fecal incontinence and increased susceptibility to falls. Nurses recognized the necessary support for patients based on their age- and disease-specific symptoms using social resources such as family and home nursing. **Conclusions:** Findings revealed that it is necessary to demonstrate respect for the care support developed by nurses through objective observation and enhance home care support through utilization of family support and home nursing care.

## Key words

Crohn's disease, Older patients, Home care, Issue, Support

---

**Correspondence:** K. Yamamoto. Email: [k-yamamoto@jrckicn.ac.jp](mailto:k-yamamoto@jrckicn.ac.jp)



# 中小規模病院における卒後5年目までの 看護師の看護実践能力と職場支援との関連

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 839-847  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240129246>

柿木 守<sup>1</sup>, 古賀美紀<sup>2</sup>, 宮本まゆみ<sup>3</sup>, 津本優子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>雲南市立病院地域医療部訪問事業課, <sup>2</sup>島根大学医学部基礎看護学講座

<sup>3</sup>鳥取大学医学部保健学科看護学専攻基礎看護学講座

## 要旨

目的：中小規模病院における卒後5年目までの看護師の看護実践能力と職場支援との関連を明らかにする。方法：全国の自治体病院100から299床の中小規模病院の卒後2年目から5年目の看護師619名を対象に、無記名自記式質問紙調査を行った。結果：対象者のCNCSSの得点は、「基本的責務」や「倫理的実践」は高く、「ケアコーディネーション」および「専門性の向上」「質の改善」は低い傾向を示した。また、経年数別比較では「基本的責務」「看護の計画的な展開」のみで有意差を認め、重回帰分析の結果、職場支援では先輩看護師からの《手段的支援》が多く、多くの能力に寄与していたが、看護師長からの支援はあまり寄与していなかった。結論：対象者のCNCSSの得点は経年ごとに向上していなかった。今後卒後2年目以降の段階的かつ継続的な教育体制の整備、先輩看護師や看護師長の教育力の向上を図る支援の必要性が示唆された。

## キーワード

看護実践能力, 中小規模病院, 職場支援

責任著者：柿木 守. Email: [maamo.kaaki@gmail.com](mailto:maamo.kaaki@gmail.com)

## 緒言

今日の医療の高度化・複雑化、少子高齢化の進展、慢性かつ複数の疾患を抱える高齢者の増加など、医療を取り巻く環境は大きく変化してきている。全国の病院では、在院日数の短縮化や病床の機能分化が進められ、2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が推進されている。その中で病院全体の82.5%を占める300床以下の中小規模病院が地域医療を担い、地域の特性を踏まえた医療介護生活支援の一体的なサービス提供の中核になると想定されている（日本看護協会, 2017）。今後中小規模病院は、高度急性期機能病院からの患者の受け入れから、退院支援など様々な回復過程にある患者の看護を担うことが期待されている。そのため、高度な医療を提供すると同時に、在宅復帰まで切れ目ないサービス提供を行うことができる高い看護実践能力を有した看護師の育成が求められる。

看護師の人材育成において、病院における教育体制の整備が努力義務化され、教育の重要性が周知されたことにより、近年全国の病院において教育体制が整備されてきた。中小規模病院においても、教育に伴う委員会の設置や教育責任者の配置を行っている病院は約8割、教育計画を作成している病院は約5割と病院全体の教育体制は整備されて

きている（日本看護協会, 2017, pp.21-44）。しかし、院内の研修計画を評価する余裕がなく、教育委員会が十分に機能していない（鈴木, 2018, p.20）ことや、教育担当者は具体的な実践内容が分からず十分に役割を果たすことができていない（日本看護協会, 2017, p.80）ことが報告されている。また、業務多忙に伴い教育時間、専門的な看護実践機会の不足など（山本・真壁・木下・安田, 2018, p.104）や、新卒看護師への指導に協働できない、興味がないスタッフがいる（馬場・窪田・伊丹, 2019, p.28）ことなど、病棟における職場内指導（以下OJT）においても多く課題が指摘されている。さらに、クリニカルラダーを導入している病院は25.6%（日本看護協会, 2017, p.43）と低く、院内での看護師の能力評価や開発が難しい現状がある。教育上の課題が多くある中で、中小規模病院の看護師が、病院の役割や機能に合わせて看護実践能力の習得ができていないか明らかにすることは、今後人材育成を行っていく上でとても重要である。

看護実践能力は、卒後5年目までは上昇し、それ以降は停滞する（辻ほか, 2007, p.34）と報告されており、成長過程である卒後5年目までの人材育成が重要である。これまで、新人看護師や中堅看護師の看護実践能力を明らかにした先行研究はあるが、卒後5年目までを対象とした研究

は少ない。特に中小規模病院は、1病院あたりの平均職員数が1から2年目は約5人、3から5年目は約11人と卒業5年目までの看護師数が少ないため（日本看護協会、2017, p.27）、看護実践能力の実態は明らかになっていない。また、自己教育力（工藤、2009）、自己研鑽力（山田、2016）、専門職としての自律性（辻ほか、2007）などの看護師の内的要因と、大規模病院における同僚看護師からの人的支援（烏田・津本・内田、2015）や他者支援（山口ほか、2017）などの外的要因が看護実践能力と関連していることは明らかになっている。しかし、中小規模病院の看護師の看護実践能力に影響を与える要因は明らかになっていない。

中小規模病院に勤務する卒業5年目までの看護師の看護実践能力の実態と職場支援との関連を明らかにすることは、今後地域包括ケアシステムの基軸になる中小規模病院で提供される看護サービスの質の向上に寄与できると考える。

## I. 研究目的

本研究は、中小規模病院における卒業5年目までの看護師の看護実践能力と職場支援との関連を明らかにすることを目的とする。

## II. 用語の定義

なお、本研究における看護実践能力とは、看護師としての知識、技術、価値、信条、経験を複合的に用いて行為を起こす能力であり、看護専門職として感情、思考判断を伴いながら実際に行っている総合的な行動とする（中山ほか、2010）。

また、職場支援とは、中原（2010, pp.13-70）が示すように職場において他者から日常的な業務の中で行われる仕事に対する援助的な介入であり、業務遂行に関する助言や指導、実践に対する承認や内省的な関わり、精神的な援助などを含む支援である。本研究では、職場における看護師長、先輩看護師、同期看護師からの支援とする。

## III. 研究方法

### 1. 調査期間

2020年7月から2020年10月

### 2. 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査を用いた関連検証研究である。

## 3. 研究対象

COVID-19の感染拡大により、感染拡大地域の医療提供体制が逼迫していたことに鑑み、全国の自治体病院の100から299床の中小規模病院のうち、COVID-19の影響により内閣官房（令和2年5月14日発出）が指定した「特定警戒都道府県」（内閣官房、2020）を除外した、245病院に研究依頼書を送付した。研究協力の同意が得られた64病院に勤務する卒業2年目から5年目の准看護師を除いた看護師619名を対象とした。

## 4. 調査内容

### (1) 対象者の背景

個人的背景として、性別、年齢、看護師の経験年数、現在の所属部署、現在の所属部署の年数、病棟異動経験、看護基礎教育課程、保健師資格の有無についての回答を求めた。組織的背景として、病院の病床数、病棟入院基本料、研修内容について回答を求めた。

### (2) 看護実践能力

看護実践能力の測定には、中山ら（2010）が開発した4概念13コンピテンス64項目からなる看護実践能力自己評価尺度（Clinical Nursing Competence Self-assessment Scale 〈以下CNCSS〉）を用いた。CNCSSを測定するには、「達成の頻度」によって測定をすることが適切であるとされている（丸山ほか、2011）。よって本研究では「達成の頻度」を「1自信がない」から「4自信を持ってできる」までの4件法で評価した。本尺度の使用にあたり、開発者から使用の承諾を得ている。

### (3) 職場支援

対象者に対する同僚看護師からの教育的支援の機能的評価のために、中原（2010, pp.13-70）が開発した職場の他者からの支援評価尺度を参考に中小規模病院の看護師に対する支援を反映できるよう独自の項目を作成した。職場の同僚からの支援を対象者がどの程度受け止めているかを評価した。評価尺度は、業務や内省、精神などの支援を含めた28項目からなる。職場で対象看護師を支援する同僚として、看護師長、先輩看護師、同期看護師の各々に対し、28項目について「全くしていない（0点）」から「いつもしている（10点）」の間で点数評価を行うものとした。

## 5. 分析方法

個人的背景、組織的背景の記述統計を行った。基準変数となるCNCSSのコンピテンス得点の平均値と中央値の差、標準偏差、歪度及び尖度を確認し、±1以下であり、ヒストグラムは釣鐘状になっているため、正規分布とみなした。CNCSSのコンピテンス得点の記述統計値の算出および経験年数別、先行研究および項目間の比較を行うた

め、CNCSSの各コンピテンス得点の記述統計値を算出した。経験年数別にCNCSSの各コンピテンス得点の比較を行うため、一元配置分散分析を行った。

次に、職場支援について、因子構造を確認するため、因子分析（因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiserの正規化を伴うオプティム法）を実施した。内容の妥当性と信頼性を確認するためにCronbachの $\alpha$ 係数を求めた。因子別に合計点を項目数で割った平均点を因子別得点とした。これは10点満点であり、得点が高いほど支援を得ていることを示す。看護師長、先輩看護師、同期看護師別に職場支援の因子別得点の比較をするため、一元配置分散分析を行った。

CNCSSの各コンピテンス得点と職場支援の因子別得点の相関関係をPearsonの相関係数より求めた。さらに、CNCSSの各コンピテンス得点と職場支援との独立した関連を明らかにするため、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。データ分析にはIBM SPSS Ver. 25を使用し、有意水準は5%とした。

## 6. 倫理的配慮

島根大学医学部看護研究倫理委員会での承認を得た（承認番号：第350号）後に、対象病院の看護管理責任者に研究概要を文章で説明し、研究協力を依頼した。回答書で研究協力の同意を得た後、質問紙を各対象病院の担当者宛に一括郵送し、対象者への配布を依頼した。回答が上司の影響を受けないように、回収は個別郵送法とした。研究の目的、研究への参加は自由意思によるものであること、データは本研究以外には用いないこと、結果は学会等で公表すること、質問紙は無記名であり、個人や施設が特定されないことなどを記した説明文書を質問紙に添付し、回答をもって研究への同意とした。

## IV. 結 果

### 1. 対象者の概要

配布数619、回収数295（回収率47.7%）のうち、基準となるCNCSSの質問項目に欠損のなかった275部を有効回答とした（有効回答率93.2%）。対象者の概要を表1に示す。

対象者の平均年齢は、26.4±5.61歳、性別は女性241名、男性34名であった。経験年数は2年目59名（21.5%）、3年目102名（37.1%）、4年目67名（24.4%）、5年目47名（17.1%）であった。看護基礎教育課程は3年課程が181名（65.8%）と最も多かった。所属する部署は一般病棟が160名（58.2%）と最も多かった。その他は外来など34名（12.4%）であった。

表1 対象者の概要

		n=275
		人数 (%)
性別	女性	241 (87.6)
	男性	34 (12.4)
経験年数	2年目	59 (21.5)
	3年目	102 (37.1)
	4年目	67 (24.4)
	5年目	47 (17.1)
	5年一貫教育	44 (16.0)
看護基礎教育課程	3年課程	181 (65.8)
	4年課程（看護系大学）	49 (17.8)
	無回答	1 (0.4)
	一般病棟	160 (58.2)
所属部署	地域包括ケア病棟	15 (5.5)
	回復リハビリテーション病棟	30 (10.9)
	療養病棟	20 (7.3)
	ハイケア病棟	16 (5.8)
	その他*	34 (12.4)

[注] \*精神病棟、重症心身障害者・児病棟、外来などに所属

### 2. 看護実践能力の実態と経験年数別の各コンピテンス得点比較

中小規模病院に勤務する看護師の看護実践能力の実態を把握したうえで、経験年数別比較を行った結果を表2に示す。

CNCSSの各コンピテンス得点の平均値は、「倫理的実践」が最も高く3.2±.41で、「ケアコーディネーション」が2.6±.59と最低値を示した。各コンピテンス得点を経験年数で比較すると、「基本的責務」に有意差を認めた ( $p=.022$ )。また、「看護の計画的な展開」に有意差を認めた ( $p=.029$ )。一方、それ以外のコンピテンスにおいて、経験年数別で有意差を認めなかった。

### 3. 職場支援に関する因子分析

職場支援28項目を用いて因子分析を行った結果を表3に示す。分析の結果、2因子が抽出された。各因子のCronbachの $\alpha$ 係数は、第1因子が.976、第2因子が.938であり、内的整合性が認められた。

第1因子は「自分が知らない知識や技術を教えてくれる」「自分の実践について振り返る機会を与えてくれる」等の21項目で構成された。これらは、必要な技術や情報の提供、他部門との調整、実践の振り返りなどを行う内容であるため、因子名を《手段的支援》とした。

第2因子は「職場のチームの一員として認めてくれる」「仕事上の悩み（役割や人間関係など）について相談にのってくれる」等の7項目で構成された。これらは、対象者を精神的に支える内容であるため、因子名を《精神的支

表2 各コンピテンス得点の平均値および経験年数別比較

n = 275

看護実践能力の概念	コンピテンス	平均値 ± SD	2年目	3年目	4年目	5年目	p値
			平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	
看護の基本に関する実践能力	基本的責務	3.1 ± .46	3.0 ± .5	3.2 ± .4	3.1 ± .5	3.3 ± .4	.022*
	倫理実践	3.2 ± .41	3.2 ± .4	3.2 ± .4	3.2 ± .4	3.2 ± .4	.921
	援助的人間関係	2.9 ± .47	2.9 ± .5	3.0 ± .5	2.8 ± .4	2.9 ± .5	.282
健康レベルに対応した援助の展開能力	クリニカルジャッチメント	2.9 ± .46	2.9 ± .4	2.9 ± .5	3.0 ± .5	3.1 ± .5	.207
	看護の計画的な展開	2.9 ± .47	2.8 ± .4	2.9 ± .5	3.0 ± .4	3.0 ± .5	.029*
	ケアの評価	2.9 ± .44	2.8 ± .4	2.9 ± .5	2.9 ± .4	2.9 ± .5	.618
	ヘルスプロモーション	2.8 ± .55	2.7 ± .5	2.8 ± .6	2.8 ± .5	2.9 ± .6	.442
ケア環境とチーム体制の調整能力	リスクマネジメント	3.0 ± .50	3.0 ± .4	3.1 ± .5	3.1 ± .5	3.0 ± .5	.696
	ケアコーディネーション	2.6 ± .59	2.5 ± .6	2.6 ± .6	2.7 ± .5	2.7 ± .6	.280
	看護管理	2.9 ± .52	2.9 ± .5	3.0 ± .6	2.9 ± .5	3.0 ± .5	.563
看護実践のなかで研鑽する能力	専門性の向上	2.6 ± .51	2.7 ± .5	2.6 ± .6	2.7 ± .5	2.6 ± .5	.918
	質の改善	2.7 ± .54	2.8 ± .5	2.7 ± .6	2.7 ± .5	2.7 ± .6	.924
	継続学習	2.8 ± .52	2.8 ± .5	2.9 ± .6	2.8 ± .5	2.8 ± .6	.500

[注] 一元配置分散分析, \*:  $p < .05$ 

表3 職場支援の因子分析

質問項目	第1因子	第2因子	Cronbachの α係数
	手段的支援	精神的支援	
第1因子：手段的支援			
失敗した時に次の実践で具体的にどのように行動するのか問いかけてくれる	.977	-.182	.976
実践の根拠や意味を深める問いかけをしてくれる	.970	-.170	
自分の新たな気づきを促す問いかけをしてくれる	.900	-.049	
患者や家族とうまく関わられるように配慮してくれる	.890	-.039	
自分の実践について振り返る機会を与えてくれる	.885	-.073	
必要な他部門との調整をしてくれる	.855	-.076	
社会人として患者への接遇やマナーを教えてくれる	.851	-.054	
他のスタッフや他職種とうまく関わられるように配慮してくれる	.826	.043	
書類（入院診療計画書など）の手続きの方法を教えてくれる	.771	.045	
カンファレンスや会議の際、発言する機会を与えてくれる	.757	.002	
具体的な学習法や資料（本や文献）、研修等を教えてくれる	.730	.049	
自分の実践を手本として見せてくれる	.725	.064	
自分が知らない知識や技術を教えてくれる	.680	.154	
業務の優先順位を考慮し、時間調整できるようにしてくれる	.676	.184	
自分の実践に対して適切に評価してくれる	.673	.246	
自分が自律的に働けるよう、まかせてくれる	.622	.246	
自分が実践したいことを後押ししてくれる	.593	.307	
良くできた点や努力を認める声掛けをしてくれる	.591	.311	
業務内容を遂行するのに必要な情報を教えてくれる	.584	.314	
自分にはない新たな視点を与えてくれる	.577	.338	
一人では解決できない問題について一緒に考えてくれる	.553	.387	
第2因子：精神的支援			
仕事上の悩み（役割や人間関係など）について相談にのってくれる	-.059	.940	.938
プライベートなど仕事以外の悩みの相談にのってくれる	-.091	.888	
どんな意見も気兼ねなく発言・質問できるような態度で関わってくれる	.056	.844	
楽しく仕事ができる雰囲気を与えてくれる	.164	.720	
今後のキャリアプランについて相談にのってくれる	.138	.720	
職場のチームの一員として認めてくれる	.315	.534	
困っているときに助けてくれる	.395	.529	

[注] 因子抽出法：一般化された最小二乗法 回転法：Kaiserの正規化を伴うオプティミム法

援》とした。

職場支援の因子別得点を、看護師長、先輩看護師、同期看護師の3群間で比較した結果を表4に示す。《手段的支援》では、先輩看護師が8.3±1.6点、看護師長が7.2±2.4点、同期看護師が6.1±2.7点であり、3群間で有意差を認めた ( $p < .001$ )。また、《精神的支援》についても、同期看護師が7.9±2.6点、先輩看護師が7.9±2.0点、看護師長が6.9±2.7点で、3群間で有意差を認めた ( $p < .001$ )。

4. 看護実践能力と外的要因との関連

(1) CNCSSの各コンピテンス得点と職場支援の因子別得点との相関

対象者のCNCSSの各コンピテンス得点と職場支援の因子別得点との相関係数を求めた結果を表5に示す。

職場支援の因子別得点は、各コンピテンス得点との間で弱い相関を認めた。先輩看護師からの《手段的支援》は、「倫理的実践」をはじめとする8つのコンピテンスとの間に0.208~0.289の弱い相関を認めた。先輩看護師からの《精神的支援》は、「リスクマネジメント」をはじめとする5つのコンピテンスとの間に0.216~0.238の弱い相関を認めた。同期看護師からの《手段的支援》は、「リスクマネジメント」のみコンピテンスとの間に0.200の弱い相関を認めた。看護師長からの《手段的支援》《精神的支援》、同期看護師からの《精神的支援》は、各コンピテンスとの間に相関を認めなかった。

(2) CNCSSの各コンピテンス得点の関連要因との重回帰分析

職場支援、経験年数が、CNCSSの各コンピテンス得点への独立した影響を与えることを確認するために重回帰分析を行った。結果の有意に寄与しているものを抜粋し表6

に示す。

「基本的責務」は経験年数 ( $\beta = .221, p < .001$ )、先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .189, p = .002$ ) が有意に寄与していた。「倫理的実践」は先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .217, p < .001$ ) が有意に寄与していた。「援助的人間関係」は先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .126, p = .042$ ) が有意に寄与していた。「クリニカルジャッチメント」は先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .201, p = .001$ )、経験年数 ( $\beta = .189, p = .002$ ) が有意に寄与していた。「看護の計画的な展開」は経験年数 ( $\beta = .218, p < .001$ )、看護師長からの《精神的支援》 ( $\beta = .177, p = .004$ ) が有意に寄与していた。「ケアの評価」は先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .251, p < .001$ )、経験年数 ( $\beta = .147, p = .016$ ) が有意に寄与していた。「リスクマネジメント」は先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .242, p < .001$ ) が有意に寄与していた。「ケアコーディネーション」は経験年数 ( $\beta = .130, p = .034$ )、同期看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .377, p < .001$ )、同期看護師からの《精神的支援》 ( $\beta = -.291, p = .003$ ) が有意に寄与していた。「看護管理」は先輩看護師からの《精神的支援》 ( $\beta = .208, p = .001$ ) が有意に寄与していた。「専門性の向上」は看護師長からの《精神的支援》 ( $\beta = .171, p = .009$ )、同期看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .357, p < .001$ )、同期看護師からの《精神的支援》 ( $\beta = -.288, p = .003$ ) が有意に寄与していた。「質の改善」は先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .197, p = .001$ ) が有意に寄与していた。「継続学習」は先輩看護師からの《手段的支援》 ( $\beta = .234, p < .001$ ) が有意に寄与していた。「ヘルスプロモーション」はどれも寄与していなかった。

表4 職場支援の因子別得点の比較

職場支援	n	看護師長	先輩看護師	同期看護師	p値
		平均値±SD	平均値±SD	平均値±SD	
手段的支援 (21項目)	258	7.2±2.4	8.3±1.6	6.1±2.7	<.001***
精神的支援 (7項目)	260	6.9±2.7	7.9±2.0	7.9±2.6	<.001***

[注] 一元配置分散分析, \*\*\* :  $p < .001$

表5 各コンピテンス得点と職場支援の因子別得点との相関

	基本的責務	倫理的実践	援助的人間関係	クリニカルジャッチメント	看護の計画的な展開	ケアの評価	ヘルスプロモーション	リスクマネジメント	ケアコーディネーション	看護管理	専門性の向上	質の改善	継続学習
手段的支援 (看護師長)	.126*	.146*	.049	.162**	.144*	.150*	.012	.188**	.123*	.153*	.167**	.114	.183**
手段的支援 (先輩看護師)	.175**	.230**	.128*	.208**	.163**	.243**	.117	.289**	.130*	.214**	.227**	.231**	.263**
手段的支援 (同期看護師)	.169**	.169**	.108	.155*	.173**	.152*	.118	.200**	.155*	.183**	.193**	.187**	.182**
精神的支援 (看護師長)	.135*	.173**	.064	.164**	.173**	.168**	.044	.188**	.122*	.175**	.186**	.099	.187**
精神的支援 (先輩看護師)	.166**	.181**	.105	.198**	.170**	.225**	.129*	.228**	.141*	.223**	.216**	.162**	.238**
精神的支援 (同期看護師)	.080	.101	.019	.041	.047	.022	-.006	.179**	-.006	.093	.050	.054	.068

[注] Pearsonの相関係数, \* :  $p < .05$ , \*\* :  $p < .01$



表6 各コンピテンス得点に影響する要因

看護実践能力の概念	コンピテンス	影響した要因	$\beta$	$p$ 値	調整済 $R^2$
看護の基本に関する実践能力	基本的責務	経験年数	.221	<.001	.069
		手段的支援 (先輩看護師)	.189	.002	
	倫理実践	手段的支援 (先輩看護師)	.217	<.001	.043
		援助的人間関係	手段的支援 (先輩看護師)	.126	.042
健康レベルに対応した援助の展開能力	クリニカルジャッチメント	手段的支援 (先輩看護師)	.201	.001	.061
		経験年数	.189	.002	
	看護の計画的な展開	経験年数	.218	<.001	.069
		精神的支援 (看護師長)	.177	.004	
	ケアの評価	手段的支援 (先輩看護師)	.251	<.001	.070
		経験年数	.147	.016	
	ヘルスプロモーション	—	—	—	—
	ケア環境とチーム体制の調整能力	リスクマネジメント	手段的支援 (先輩看護師)	.242	<.001
ケアコーディネーション		経験年数	.130	.034	.072
		手段的支援 (同期看護師)	.377	<.001	
		精神的支援 (同期看護師)	-.291	.003	
看護管理		精神的支援 (先輩看護師)	.208	.001	.040
看護実践のなかで研鑽する能力	専門性の向上	精神的支援 (看護師長)	.171	.009	.079
		手段的支援 (同期看護師)	.357	<.001	
	質の改善	精神的支援 (同期看護師)	-.288	.003	.035
		手段的支援 (先輩看護師)	.197	.001	
		継続学習	手段的支援 (先輩看護師)	.234	

[注] ステップワイズ法,  $\beta$ : 標準化係数

投入した変数: 経験年数, 職場支援 (看護師長・先輩看護師・同期看護師)

## V. 考 察

### 1. 中小規模病院の卒後5年目までの看護師の看護実践能力の特徴

卒後5年目までの看護師の看護実践能力の特徴として、【看護の基本に関する実践能力】である「基本的責務」「倫理実践」が高い傾向があった。一方で【ケア環境とチーム体制の調整能力】である「ケアコーディネーション」が一番低い傾向であった。また、【看護実践のなかで研鑽する能力】である「専門性の向上」「質の改善」も全体に比べ低い傾向であった。この傾向の特徴は、先行研究(中山ほか, 2010; 佐々木・深田・奥田・畠山, 2013)とほぼ同様の結果となった。

「基本的責務」は、患者にケア内容の目的と方法を説明し、同意を得るなどの項目が含まれている。看護師としての基本的な資質に関わる内容であり、本研究対象者は、看護基礎教育課程の講義や演習、実習を通して能力を一定程度習得できていたと考える。一方、低値を示した「ケアコーディネーション」は、患者の退院に向けて、社会資源や制度を活用できるように調整することや他職種に情報を伝えるなどの項目が含まれている。他職種との連携や社会資源などの知識が必要であるため、卒後5年目までの看護師には習得しにくい能力であると推察される。しかし、中

小規模病院は、看護師一人一人が、他職種と連携しながら、患者の退院後の生活を見据えて援助していく能力を習得していく必要があり、今後さらに求められる能力である。中小規模病院は、大規模病院と比べると職員数が少なく組織が小さいことから、スタッフ同士は日頃からお互い顔が見える関係で働いており、役割や部署は違っていてもそれぞれ近い存在であることが特徴である(稲垣・菅原・並松, 2012, pp.68-71)。そういった特徴を活かし、退院前カンファレンスや他職種とのケースカンファレンスなど、「ケアコーディネーション」の能力を向上させていくために、日頃から他職種との連携や協働の機会を活かした意図的な支援を行っていく必要がある。また、「専門性の向上」や「質の改善」は、看護師の役割や機能、専門性を意識してケアを行うことや、自己目標を明確にし、それに向かって自己研鑽することについての項目が含まれている。自己研鑽力は看護実践能力に影響している(山田, 2016, pp.48-56)ことから、看護実践の向上を図る上で、とても重要な能力である。特に中小規模病院では、未だ教育体制に課題があったり、学習環境として状況的不利があったりする(大野ほか, 2016, pp.11-21)ことから、他者からの支援を頼るだけではなく、より自ら学び看護実践能力を向上させていくことが求められる。看護専門職として自己学習を行う意欲やモチベーションの維持、向上を図

る支援を行っていく必要がある。

看護実践能力の経験年数別の比較では、経験年数を重ねること有意に向上した能力は、「基本的責務」「看護の計画的な展開」だけであった。日々の看護実践を通して経験を重ねることで、看護師としての基本的な資質に関わる能力や、患者や家族の状態を把握し、個別的な看護計画を立案したり優先順位を考えてケアをしたりする能力が向上したと考える。しかし、その他の能力は経験年数ごとに有意に向上しておらず、卒後2年目から5年目までの看護師の看護実践能力は、全体的に向上せず停滞していることが明らかとなった。看護実践能力は卒後5年目まで向上し、それ以降は停滞しやすい（辻ほか, 2007, p.34）とされる先行研究とは異なる結果となった。

看護職を雇用している組織側に対し、看護職の継続教育や生涯学習に対するガイドラインが示されている（日本看護協会, 2023）が、実際の継続教育計画の作成や実施は各施設に任せられている。特に、中小規模病院においては、経験年数が上がるほど院内研修などの教育機会が減少していること（日本看護協会, 2017, pp.21-44）や、クリニカルラダー・キャリアラダーといった組織的な教育支援体制の整備ができていない病院は61.7%（日本看護協会, 2017, p.43）であることを踏まえると、2年目以降の継続教育プログラムが十分に実施できていない可能性が考えられる。また、卒後5年目以降の看護実践能力は停滞しやすい（辻ほか, 2007, p.34）という報告もあるため、卒後5年目までに中堅看護師としての看護実践能力を習得できるように、病院全体として卒後2年目以降の段階的かつ継続的な教育体制の構築を実施していく必要があることが示唆された。また、教育体制が十分ではない中小規模病院における看護師の看護実践能力の向上には、先輩看護師などからの支援を活かしながら自ら学ぶ力をつけていくことが必要であると考えられる。

## 2. 看護実践能力に影響する要因

重回帰分析の結果、看護実践能力に影響する要因として、先輩看護師からの《手段的支援》が最も多くのコンピテンスに寄与していた。中小規模病院は、卒後5年目までの看護師の人数は少なく、経験年数が高い看護師の人数が多い背景（日本看護協会, 2017, p.27）や、病棟内ではOJT中心の教育が実施されていることから、先輩看護師からの《手段的支援》が多くのコンピテンスに寄与していたと考える。しかし、病棟内の教育において、新卒看護師への指導に協働できない、興味がないスタッフがいる（馬場ほか, 2019, p.28）など、看護師の教育に対する意識の低さや意欲の差という課題があり、慢性的な人員不足といった背景からも、教育する体制が十分整っているとは言えない。

い。また、経験年数が増加しても看護実践能力が向上していないという本研究の結果を踏まえると、卒後5年目までの看護師の看護実践能力の向上をさらに図るためには、核となる先輩看護師を中心とした病棟全体の教育力向上を目指した研修の必要性が示唆された。《手段的支援》は、看護実践に対する振り返りや、根拠・意味づけを深める問いかけなどのリフレクション、実践に対して肯定的に承認することなどが支援内容である。特に実地指導者など病棟におけるOJTの中心的な役割を担う先輩看護師の負担を軽減するために、若手看護師のリフレクションを促す方法等を含めた実践的な教育研修を取り入れる必要があると考える。

一方で、看護師長からの《手段的支援》は、どのコンピテンスにも寄与していなかった。中小規模病院の看護師長などの管理者は、知識不足で試行錯誤しながら教育活動を行っていたり（鈴木, 2018, p.20）、人員不足などの影響から人材育成に関する教育機会が得にくかったりする（大島・福島, 2014, pp.61-63）ことで教育力低下につながり、看護師長の支援が効果的に機能していなかった可能性がある。新人教育のOJTにおける看護師長の役割として、部署の教育方針の決定と周知、個人の能力に応じた段階的・継続的な教育、部署の教育体制の整備、専門職業人としての自立促進などの役割を担う（大森・寺岡・伊東, 2017, pp.161-171）重要な立場にある。看護師長は、卒後5年目までの看護師に対する教育的支援やスタッフ同士で共に学び合う機会の創出など、病棟全体として教育における良質な職場風土が醸成されるように働きかける必要がある。今後は病院として看護師長の人材育成における知識や実践能力の向上を図る支援や外部機関を活用した研修機会を得られるように推進していく必要がある。

「ヘルスプロモーション」の能力には、いずれの職場支援も寄与していなかった。「ヘルスプロモーション」に関する援助が、看護基礎教育の中に組み込まれたのは近年のことであり、先輩看護師の中でも基礎教育課程や研修等で学習していなかった者は知識や経験が少なく、後輩の看護師を十分に支援できていないと考える。今後どのように能力を習得できるように支援していくかが課題である。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象病院を自治体病院に限定したため、中小規模病院の実態を反映しているとは言えない。また、重回帰分析の結果、決定係数は低く適合度は十分ではなかった。本研究では、COVID-19の影響により新人看護師の教育機会や看護実践能力が特殊なものとなっている可能性があるため卒後1年目を除外したこと、中小規模病院の教育体制を補う自己教育力についての影響を考慮していなかつ

たことが関与していた可能性を考える。今後研究規模を拡大し、卒後1年目の看護師を入れ、想定される他の外的要因を踏まえた調査を行っていく必要がある。

## Ⅶ. 結 論

全国の自治体病院の100から299床の中小規模病院に勤務する卒後2年目から5年目までの看護師の看護実践能力のうち、「基本的責務」や「倫理的実践」は相対的に高く、「ケアコーディネーション」および「専門性の向上」「質の改善」は低い傾向であった。また、経験年数別比較では、「基本的責務」「看護の計画的な展開」のみ有意差を認められた。職場支援において、先輩看護師からの《手段の支援》が多く、看護実践能力のコンピテンンスに寄与してした。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、研究目的をご理解いただき、快く調査の許可をいただいた中小規模病院の看護管理者の皆様、ならびに、研究に参加、協力していただいた卒後2年目から5年目までの看護師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、研究構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文作成に関与し、最終原稿を確認した。

## 文 献

- 馬場さゆり, 窪田好恵, 伊丹君和 (2019). 中小規模病院の教育担当者における役割遂行に対する認識. *人間看護学研究*, 17, 23-33.
- 稲垣伊津穂, 菅原祐三子, 並松睦世 (2012). 中小規模病院の研修責任者による院内研修の振り返りからみえた新人教育に対する課題: 教育担当者・実地指導者の「つなぐ・支える・育てる」. *日本看護学会論文集 (看護管理)*, 42, 68-71.
- 鳥田志乃, 津本優子, 内田宏美 (2015). 新卒看護師の看護実践能力と教育的支援との関連: 新卒1年後の調査の結果から. *鳥根大学医学部紀要*, 37, 24-36.
- 工藤一子 (2009). 看護職者の自己教育力と看護実践の関連: A県の11病院における質問紙調査から. *日本看護管理学会誌*, 13(1), 76-83.
- 丸山育子, 松成裕子, 中山洋子, 工藤真由美, 石井邦子, 石原昌, 大平光子, 大見サキエ, 小松万喜子, 田村正枝, 土居洋子, 戸田肇, 永山くに子, 東サトエ, 黒田るみ (2011). 看護系大学卒業の看護師の看護実践能力を測定する「看護実践能力自己評価尺度 (CNCSS)」の適合度の検討. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 13, 11-18.

- 内閣官房 (2020年6月4日). 新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の実施状況に関する報告. [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel\\_coronavirus/th\\_siryou/houkoku\\_r020604.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/houkoku_r020604.pdf) (参照2023年7月27日)
- 中原 淳 (2010). *職場学習論: 仕事の学びを科学する*. 13-70, 東京: 東京大学出版会.
- 中山洋子, 工藤真由美, 丸山育子, 石井邦子, 石原 昌, 大平光子, 大見サキエ, 小松万喜子, 田村正枝, 土居洋子, 戸田肇, 永山くに子, 東サトエ, 松成裕子, 黒田るみ (2010). 看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究: 臨床経験1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践能力に関する横断的調査. *平成18~21年度科学研究費補助金 (基盤研究 (A))*, 1-61.
- 日本看護協会 (2017年3月22日). 平成28年度厚生労働省 医療関係者研修費等補助金 (看護職員確保対策特別事業) 「中小規模病院の看護の質の向上に係る研修等に関する調査」報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000156154.html> (参照2023年7月27日)
- 日本看護協会 (2023年6月7日). 看護職の生涯学習のガイドライン. <https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/learning/lllearning-guide.pdf> (参照2023年7月27日)
- 大森美由紀, 寺岡幸子, 伊東美佐江 (2017). OJTにおける新人教育で師長が果たす役割に関する文献検討. *川崎医療福祉学会誌*, 26(2), 160-173.
- 大野晶子, 柿原加代子, 東野督子, 水谷聖子, 石黒千映子, 杉村鮎美, 三河内憲子 (2016). 中小規模病院に継続勤務する看護師のキャリアアップに関する認識. *日本看護医療学会雑誌*, 18(1), 11-21.
- 大鳥和子, 福島 (植本) 和代 (2014). 熊本県内の中小規模病院における看護管理者教育の実態調査. *九州看護福祉大学紀要*, 15(1), 57-65.
- 佐々木晶子, 深田美香, 奥田玲子, 畠山久美子 (2013). A県の臨床経験1年目から5年目の看護師の実践能力に関する自己評価. *米子医学雑誌*, 64(6), 154-162.
- 鈴木康美 (2018). A県内の中規模病院の教育責任者からみた院内教育の現状と困難. *保健医療福祉科学*, 8, 17-23.
- 辻 ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 片山由加里, 井村香積, 永山弘子 (2007). 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトール現象とその要因. *日本看護研究学会雑誌*, 30(5), 31-38.
- 山田智子 (2016). 女性中堅看護師の看護実践能力に影響を与える要因: 個人属性からの検討. *広島国際大学看護学ジャーナル*, 14(1), 45-56.
- 山口大輔, 浅川和美, 柳澤節子, 小林千世, 上原文恵, 松永保子 (2017). 新卒看護師の看護実践能力と他者支援との関連: 大学附属病院に就職後6か月目と1年目の比較. *日本看護研究学会雑誌*, 40(2), 131-140.
- 山本智恵子, 真壁五月, 木下香織, 安田陽子 (2018). 中山間地域の医療機関に勤務する看護職が看護実践で直面する問題と継続教育の課題 (第3報): 中山間地域の中小規模病院における卒後2年目以降の看護職員教育の課題. *新見公立大学紀要*, 39, 101-107.

2023年4月15日受 付  
2024年1月29日採用決定

# Relationship between Clinical Nursing Competence and Workplace Support for Nurses in Small- and Medium-Sized Hospitals

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2024, 47(4), 839-847  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240129246>

Mamoru Kakinoki, MSN, RN<sup>1</sup>, Miki Koga, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>,  
Mayumi Miyamoto, PhD, RN, PHN<sup>3</sup>, Yuko Tsumoto, PhD, RN, PHN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unnan City Hospital, Shimane, Japan

<sup>2</sup>Shimane University, Faculty of Medicine, Dep. of Fundamental Nursing, Shimane, Japan

<sup>3</sup>Tottori University, Faculty of Medicine, School of Health Science, Tottori, Japan

## Abstract

**Objective:** To investigate the relationship between the clinical nursing competence of nurses with two to five years of experience and the level of workplace support provided to them at small-and medium-sized hospitals.

**Methods:** A self-administered, anonymous questionnaire survey was conducted among 619 nurses with two to five years of experience working in small- and medium-sized municipal hospitals nationwide, equipped with 100 to 299 beds. **Results:** The nurses' CNCSS scores were high for [basic responsibilities] and [ethical practices] and low for [care coordination], [enhanced specialization], and [quality improvement]. Only [basic responsibilities] and [planned development of nursing practice] exhibited significant differences based on the years of experience. Multiple regression analysis revealed that in terms of workplace support, (instrumental support) from senior nurses contributed to the competencies of junior nurses, whereas support from head nurses showed little impact. **Conclusions:** The nurses' CNCSS scores did not show improvement over time, underscoring the need for developing a structured and continuous education system for nurses beyond their second year of practice, while also improving the educational skills of senior nurses and head nurses.

## Key words

the clinical nursing competence, small-and medium-sized hospitals, workplace support

---

**Correspondence:** M. Kakinoki. Email: maamo.kaaki@gmail.com



# がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択の構造：構造モデルの開発に向けて

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 849-861  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240512248>

田村南海子<sup>1</sup>, 習田明裕<sup>2</sup>

<sup>1</sup>上智大学総合人間科学部看護学科, <sup>2</sup>東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域

## 要旨

目的：がん患者と家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関するコミュニケーションとその影響要因、また選択した場における患者の生活について明らかにし、療養場所選択の構造を導く。方法：がん患者の遺族7名を対象にインタビューを行い質的記述的に分析した。結果：がん患者と家族の療養場所選択に関するコミュニケーションの内容が明らかになり、影響要因として【患者と家族の客観的な病状の理解】【がんの進行による症状への気付きと予測】【療養場所に関する知識と生活のイメージ】【家族の対処能力】が抽出された。また、【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】が十分に図れていることが【療養場所決定時の患者のPS】が軽度であること、および【緩和ケア主体の時期の患者のQOL】に肯定的な影響を与えうると考えられた。結論：カテゴリーを構成概念とした、がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する構造モデルが導かれた。

## キーワード

がん患者家族, 緩和ケア主体の時期, 療養場所選択, 構造モデル

責任著者：田村南海子. Email: t-namiko-2rp@sophia.ac.jp

## はじめに

国内のがん患者の遺族による緩和ケア主体の時期の患者のQOLの評価は、自宅・緩和ケア病棟・一般病棟のいずれの場合でも希望する場所で過ごした方が有意に高いことが報告されている（首藤, 2014, p.58; 升川, 2017, p.59）。しかし、全国調査の結果では終末期を患者の希望する場所で過ごせた割合は、自宅群が87%・緩和ケア病棟群が48.5%・一般病棟群が40.9%であり、病院施設で過ごす多くの患者は希望した場所で過ごすことができていないと推察される（国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援部, 2022）。また、がん患者と家族の意思決定の特徴として、診断から治療の当初は患者が中心となるが、終末期に近づくにつれて家族主導へと移行することが明らかになっており（Edwards, Olson, Koop, & Northcott, 2012, pp.182-183）特に療養場所については患者本人の希望と共に、生活とのバランスや家族の介護力を考えながら決定している（柳原, 2009, p.89）。これらのことから、がん患者の療養場所の選択には、患者と家族の意向や価値観を擦り合わせながら答えを出すことが求め

られる。また、がん患者の終末期ケアの場の決定要因に関するシステマティックレビューでも、ソーシャルサポートや医療的ケアの関わりとともに患者の意向があげられている（Murray, Fiset, Young, & Kryworuchko, 2009, p.71）。すなわち、患者の意向を引き出し反映させるための話し合いの在り方が重要だと考えられる。さらに、がん患者の特徴として、予後1～2ヶ月で急速に体力が低下することが明らかになっており（Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003, p.2390）、終末期になり最期の過ごし方を考えることは、患者・家族ともに体力的にも精神的にも難しいことが考えられる。

一方、国内の看護師を対象としたがん患者のAdvance Care Planning（以下、ACP）の実態調査によると、昨今がん治療の主軸を担う外来において「患者・家族等が集まり終末期の治療やケアについて話し合う機会を持つ」といった項目の実践の評価が低いことが報告されている（田代・藤田, 2020, p.37）。看護師が終末期がん患者・家族の療養場所の意思決定支援に積極的に関われない要因として、医療者間で支援の適切な時期に関して認識にずれがあることや、医師が積極的治療の中止を明確にしていないこと

(加利川・小河, 2013, p.14), 話し合いに効果的な時期が不明確であること, 誰が話し合いの口火を切るべきかわからないことが報告されている (Pfeil, Laryionava, Reiter-Theil, Hiddemann, & Winkler, 2015, pp.58-59)。

これらの課題から, 著者らはがん患者及び家族の緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関する文献検討を行い (田村・習田, 2023), 国内ではEnd of Life discussions (以下, EOLd) として療養場所に関する話し合いが行われていること, よく話し合いをした時期はがんに対する治療中であることが明らかになった。また, 話し合いに影響する要因として, 療養場所の理解・病状の理解・家族機能が抽出された。しかし, 各要因がどのように関連し話し合いに影響を与えるか, どのような話し合いをいつ行うことが療養場所の選択にあたり効果的か, それらは十分に明らかにされなかった。

## I. 研究の目的

本研究は, がん患者と家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する話し合いの内容や時期と影響要因, また話し合いの結果として選択した場における患者の生活について明らかにすることを目的とした。これらが明らかになることにより, がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する話し合いとその成果を含めた構造の全体, および構成概念を導くことができると考える。これにより, モデル開発及び検証に発展させる基盤を創ることで, 緩和ケア主体の時期の患者のQOLを高めるために効果的な看護実践を導くことにつながると考えた。

## II. 用語の定義

**緩和ケア主体の時期**: 緩和ケアは大阪・渡邊・志真・倉持・谷田 (2019) の定義によると「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを, 痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで, 苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」とされている。これらが主体となる時期として, 本研究では「がんの根治の方法がなく病状の進行による身体的・心理社会的・スピリチュアルな症状を緩和することが目的の時期」とする。  
**がん患者家族/家族**: 患者とその他の家族成員を整理するため, 「結婚, 血縁, 同居を問わず, 家族成員であると自覚している人々の集団のうち, がん患者本人を除く家族成員」とする。

## III. 研究方法

### 1. 研究参加者

看取り後6ヶ月～13年のがん患者を看取った家族 (主介護者) を対象とした。Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson (2007) によると, 悲嘆反応を不信・思慕・怒り・抑うつを指標とした研究で, 悲嘆のピークは初めの6ヶ月でありその後軽減することが報告されている。そのため, 本研究では参加者の心理的な負担を考慮し患者の看取り後6ヶ月以上を経過していることとした。また, 2006年に介護保険制度における第二号被保険者の特定疾病にがんが加えられ, 国内のがん患者の療養場所の選択の様相が変化したことが考えられるため, 看取り後13年以内とした。さらに, 主介護者が未成年である場合, 体験を想起し語ることに心理的負担が大きいこと, また療養場所の選択に主介護者の発達課題が及ぼす影響が大きいことが考えられたため18歳未満の場合は除外することとした。研究協力の依頼は, 訪問看護ステーションとがん患者遺族会の代表者に行った。

### 2. データ収集

#### (1) 調査期間

2019年6月～2020年7月

#### (2) 方法

半構造的面接を1対1で, 全ての参加者に対して1回行った。調査は個室で行いインタビューは1時間程度とし, ICレコーダーに録音し逐語録とした。インタビューは, 患者ががんを発症してから亡くなるまでの経過や, がんを発症する前に患者と家族で人生の終末期について話し合った経験, 緩和ケアが主体となる時期に過ごす場所に関する話し合い, 緩和ケア主体の時期の療養生活について質問した。なお, 研究参加者の語りに合わせできるだけ自由に語ってもらった。

### 3. 分析方法

グレッグ・麻原・横山 (2016) の質的記述的研究におけるデータ分析方法 (pp.74-82) を参考に分析を進めた。はじめに, 逐語録にしたデータを, 患者のがんの発症前から終末期に至るまでの一連のプロセスに並び替え整理した。次に, 緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関する話し合いの時期や内容と, 話し合いに影響する要因, また選択した療養場所における生活について抽出しコード化した。コードの共通性を検討しながら分類しサブカテゴリーを抽出した。その後, サブカテゴリーの意味内容から共通性を検討し, カテゴリーを抽出した。抽出されたカテゴリーについて, 文献検討の結果を参考にカテゴリー名を検討した。また, 分析の過程では質的研究の指導経験のある共同

研究者よりスーパーバイズを受け、明晰性や確認可能性の確保を行った。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は2018年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会において承認され（承認番号：18075）実施した。リクルートに際して、訪問看護ステーションからの紹介の場合は、研究参加者の要件に該当する家族に、研究協力の依頼文書一式を直接渡すまたは送付を依頼し、研究者が研究への参加意思がない対象者の個人情報を入力することを防いだ。また、紹介元である訪問看護師に研究参加者の研究への参加・不参加についての連絡は行わないことにより、研究協力における自由意思が守られるようにした。遺族会では研究協力における自由意思の尊重と、また研究参加者の個人情報の保護を目的として、遺族会の他の参加者に研究協力の参加・不参加が伝わらないようにした。インタビュー当日、参加者に個人情報保護の方法、研究データの分析時や研究成果を公表する際のいずれにおいても、個人が特定されることは一切ないこと、インタビュー途中や終了後を含めていつでも辞退が自由であること、インタビューに答えにくい場合は質問への回答を拒否できることを説明し、同意書への署名を得た。また、インタビュー中に研究参加者が患者の治療経過を想起することで心理的な負担が生じていないか、研究参加者の表情等に注意をはらった。

## IV. 結 果

### 1. 研究参加者の概要

研究参加者は7名であり、参加者の概要を表1に示す。

### 2. がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関するコミュニケーションとその影響要因、およびコミュニケーションがもたらす結果

分析の結果から、がん患者と家族の緩和ケア主体の時期の【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケー

ション】に影響する要因として、【患者と家族の客観的な病状の理解】【がんの進行による症状への気付きと予測】【療養場所に関する知識と生活のイメージ】【家族の対処能力】という4つのカテゴリーが抽出され、コミュニケーションの結果として【希望する療養場所の決定】【選択した療養場所での患者のQOL】という2つのカテゴリーが抽出された。カテゴリー・サブカテゴリー・コードを表2に示す。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, コードを《 》, 語りを「 」, 語りについて補足した内容を（ ）で示す。

#### (1) 【患者と家族の客観的な病状の理解】

このカテゴリーは、〈発症当初から患者・家族で病状を理解する〉〈標準治療の方法がないことを知る〉〈客観的な予後を認識する〉という3つのサブカテゴリーで構成された。このうち、〈発症当初から患者・家族で病状を理解する〉は、「再発の時に、家族も含めてもう一回話してくれてたら、ちょっと違ってたんだらうなって思う。みんな本人が理解して、意思を決定できることを信じすぎちゃったなって思って。医療者も、私たち家族も、自分で決定してくんだらうなっていうふうに思ってしまっていたけど、本当はそうじゃないよねって。本当に理解し決定はできてないよねっていうのに後で気付いて。」と《本人の理解に任せすぎたことにより客観的な病状の認識ができなかった後悔》が語られ、診断から始まる全てのプロセスにおいて患者と家族が病状を客観的に共通理解していることが重要であることが示された。〈標準治療の方法がないことを知る〉〈客観的な予後を認識する〉は、いずれも医師から病状が進行していることを客観的に説明され患者・家族がそれを認識することを示している。病状の進行に対して衝撃を受けるといった反応も語られたが、同時に患者が希望的な観測を抱いていたことや家族が推測していた病状について、客観的に理解できたことで今後の療養について患者と家族で話し合うことに影響することが示された。

#### (2) 【がんの進行による症状への気付きと予測】

このカテゴリーは、現在患者に出現している症状をがんの進行によるものと気付くことを示す〈出現している症

表1 インタビュー調査の参加者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏	G氏
参加者の年代	80	50	70	30	60	60	60
患者との続柄	妻	次女	妻	長女	夫	妻	妻
患者のがんの部位	食道	食道	肝臓	乳腺	子宮	膀胱	食道
診断時の患者の年代	80	80	70	50	50	60	60
診断から死亡までの期間	4ヶ月	1年3ヶ月	4ヶ月	12年	6ヶ月	6ヶ月	2年
死亡場所	自宅	自宅	一般病棟	自宅	一般病棟	自宅	自宅
看取りからインタビューまでの期間	1年	1年	1年6ヶ月	2年6ヶ月	6年5ヶ月	1年8ヶ月	1年11ヶ月



表 2-1 緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する患者と家族の話し合いと影響要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者と家族の客観的な病状の理解	発症当初から患者・家族で病状を理解する	本人と家族でがんと転移について聞き落ち着いて受けとめる がんという病名を突然伝えられ本人の苦悩を懸念し病状について話し合えない 激しい腰痛の原因ががんの転移によるものだと本人・家族が知り医師と対応を話し合う 本人の理解に任せすぎたことにより客観的な病状の認識ができなかったことを後悔する
	標準治療の方法がないことを知る	治療を続けたいと強く思う中で治療の打ち切りについて説明される 抗がん剤治療をしても本人の希望する年までは生きられないことを説明され納得する セカンドオピニオンも受けた上で治療を諦めることを納得する
	客観的な予後を認識する	本人自ら医師に余命を問いただす 知識として知ってはいた予後聞き可能性が確信に変わる 聞いた予後の短さと目の前の患者とのギャップに鼓動が聞こえるほどの衝撃を受ける
がんの進行による症状への気付きと予測	出現している症状ががんの進行によるものと気付く	現在の体調不良ががんの進行による症状と認識することは難しい 急激な症状の変化に驚きながら死が迫りつつあることを確信する 歩けなくなってきたことにより進んでいると感じる
	がんの進行により今後出現しうる症状を予測することは難しい	患者・家族が症状の変化に気付き一歩先を予測することは難しい 今後の症状の進行を予測することは難しいため今の症状で療養方法を定める 看取りが近いことを知っても亡くなるまでのイメージや死が近いことの実感がわからない 急激にできなくなることが増える本人の様子に戸惑いを抱く
	症状への気付きと予測が療養場所の選択に影響する	息が苦しく吸引をするような場合は入院の方が良い 歩けなくなってきたことから今後の介護を予想して家で看続けたいと思う 本人も家族も疲弊せずにいられるうちを家で過ごしたい 残された時間のごくわずかで本人の苦痛がないことが家で過ごすことを後押しする
療養場所に関する知識と生活のイメージ	療養場所に選択肢があることを知る	緩和ケア病棟という選択肢を紹介される 治療の打ち切りと同時にホスピスを紹介され衝撃を受ける 緩和ケア病棟は紹介をされないと入院の対象になるのわからない 知り合いの地域の看護師に自宅で療養することをすすめられた 今なら自宅に帰れると医師から在宅療養をすすめられた 仕事の経験上もともと在宅療養について知っていた
	先を見越した自宅での療養をサポートする存在を知る	症状が進む前に地域包括支援センターの存在を覚えてもらう 近所で相談できる往診医を見つけるように勧められる 安心して任せられる訪問看護師の存在が家での生活を後押しする
	緩和ケア病棟の入院の条件を知る	緩和ケア病棟は抗がん剤を拒否した場合は入院ができないと思っていた
	入院期間の限界と緊急入院ができないことを感じ不安を抱く	緩和ケア病棟の個室料や期間を説明され入院をしたいとは思えなかった 入院期間に制限があることを感じ行き場がなくなる不安を感じる ホスピスは緊急入院ができない可能性が高いから不安が残る
	看取りを専門とする環境とスタッフの存在を知る	緩和ケア病棟の見学をした 緩和ケア病棟の看護師は看取りの時を見計らうスペシャリストであることを知る 緩和ケア病棟の温かなスタッフや環境を知るが本人には響かなかった
	できなくなることが増える中で自宅での生活をイメージすることは難しい	経験がないため家で具合が悪くなった人を見るイメージが全くわからない ケアマネージャーとしての経験がなかったら家での生活を準備することは難しかった
	自宅での生活は緊急で入院できる病院がないと怖い	緊急の時は入院できる病院がないと怖い 自宅で具合が悪くなった時にたらい回しにされてしまう不安 どうしても時は入院できる体制を準備する もしもの時の安心材料としてホスピスを予約する
	緩和ケア病棟は言葉の印象から死を待つイメージ	緩和ケア病棟は死を待つ場所と思った 緩和ケア病棟やホスピスという言葉が死を連想させ辛い
	一般病棟の不自由さや生活感がない環境と看護ケアの限界	入院生活で感じた看護ケアの限界 入院生活はこれまでの自由な生活ができないと本人・家族共に実感する 納得がいかない病院の対応や殺風景な環境に自宅で過ごすことを決める
	一般病棟だからこそ慣れた環境とスタッフに安心する	入院経験から慣れた環境やスタッフへの安心感 これまで関係がある医師に診てもらえる安心感

表 2-2 緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する患者と家族の話し合いと影響要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
家族の 対処能力	もともと家族で本音や踏み込んだ話をする	干渉はしないが本音をぶつけあえる家族とともに家で自由に過ごしたい もともとお互いに踏み込んだ話をしない
	家族内の生命の危機的状況や介護に関する経験	がんになる前の本人の大病に対処してきた経験 ケアマネージャーとしての仕事上の経験から不安はない 本人が親を家で看た経験から具合が悪くても家で過ごすことが普通という価値観 未知の介護経験
	具合が悪くなった時に過ごしたい場所や過ごし方を家族で共有していた	具合が悪くなった時のことについて話し合ったことはない がんになる前からリビングウィルについて共有する がんになる前から介護が必要になった状態をイメージし生活する場所を話し合う
	がんについて客観的な情報を自分たちで調べたり知人に相談する	治療の選択肢や予後に関する客観的な知識を病院のホームページや論文から得る セカンドオピニオンの病院を本人と一緒に調べて受診する 手術件数を調べたりがんの闘病経験がある友人に相談し病院を決める 親族・友人・知人からがんについての情報を得ようとする 援助されるという関係ではなく同等に付き合える医療者に相談する
	療養場所について知人に聞いたり自分たちで調べる	知り合いの看護師に療養場所の相談をする 知り合いの看護師から往診医について情報を得る 突然の退院に家族で何とか自宅の状況を整え社会資源や療養支援の窓口にあたる 自分で調べた緩和ケア病棟の見学をする
	病気や治療の情報を本人と家族で共有する	家族からもらった食道がんに関する資料をもとに病気のことを知ろうとする 病状や治療について調べたことを本人と家族で共有する 本人のみに病状の理解や治療の選択を任せすぎたことの後悔
	病状の進行に関する説明は家族が同席する	検査結果の診察は色々な所に一緒に付いて回り把握する 受診は必ず本人と家族と一緒に行き結果を詳しく聞く 病状の進行後も本人のみで外来の受診を繰り返す 本人の希望をかなえるために病状の進行について医師に質問する
	症状の変化を家族間で情報共有し対応する	本人の症状から段階病状が進んだことを家族間で共有する 症状の進行を認識し受診を早める
	治療と本人の大切にしたいことのバランスについて話し合う	治療よりも生きる上での楽しみや生活の中で大切にしていることを優先したいと本人が伝える 食べる楽しみを大切にしたいという本人の意思を尊重し治療中止を決める 安易な理由で治療の拒否をしてほしくないため繰り返し本人と家族で話し合う 標準治療の中止を提案されたが本人と共に何とか治療を受けたいと強く思い代替療法にかける
	家族だからこそ病状や予後についての受けとめは直接話せない	家族だからこそ病状や治療に対するお互いの受けとめといった踏み込んだ話はできない 進行度や家族の認識している予後は説明しない 本人に予後伝えることは酷でありできない 突然の余命告知に家族では何も言葉が出ない
療養場所の 選択に関する患者と 家族の コミュニケーション	予後を見越して仕事や生活の予定の調整をする	医師からの転移と予後の説明に覚悟を決め会社に報告する 本人が歩けなくなったことから駄目だと思い仕事を辞める
	本人が過ごしたい場所とその理由を家族と共有する	症状がないのに入院はしたくないと一貫して家族に伝える 何とか食べて歩けるから今は家で過ごしたい 自由に家族と過ごせる家が良いという希望を本人が家族に伝える 本人が大切にしている食べることや美容への気遣いといった自由な生活のため家で過ごすことを話し合う 治療方法がなければ家で過ごしたいという本人の意思に賛同する 家は元気だった頃を思い出して辛いから帰らないと話す やっと辿り着けた信頼できる病院を離れる不安から入院生活を続けたいと伝える 緩和ケア病棟は最期の場所という雰囲気と追い出される可能性を感じて行きたくないことを伝える
	本人の日々の楽しみや目標を共有する	やりたいことや行きたい所のために胃瘻を造るという本人の考えを家族に伝える オリンピックまで生きたいという本人の目標を大切に この先もあることを前提とした本人の希望（お正月の準備）を大切に 残りわずかな思い出づくりになることを認識しながら旅行の準備をする 次の旅行を予約し本人と家族で楽しみとなる目標を持ち過ごす 病院の近くの散歩や食事を家族と楽しむ日課とする 予後にとらわれず本人のしたいことに向けて準備を整え気持ちを立て直す

表 2-3 緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する患者と家族の話し合いと影響要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
希望する療養場所の決定	療養場所の選択肢の中から本人の価値観を尊重して決める	家族は緩和ケア病棟を希望するが本人の意思を尊重して家で過ごし続けることを決める 本人の生活の様子から病院で過ごすより家で過ごした方が良いと悩んだ末に決める 本人の希望を第一に一般病棟の高い個室料も払い続けると覚悟を決める
	家族の介護の限界から決める	家で看ることができる状態ではないという家族の判断に本人も納得する
選択した療養場所での患者のQOL	苦痛がない	痛みや苦しむことがなかったから家で看られた 病院に入院をして痛みから解放された
	医療者に信頼を寄せる	苦痛をとってもらえたことと日々のケアを信頼し病院に居続けたいと願う 対等に関わってもらえる看護師に信頼を寄せる 一歩先を読んだ対応に安心感を抱く
	本人の希望を日々の生活で叶える	本人が求める時にいつでもすぐに対応ができた 生活の中での本人の細かな希望を叶える 本人の大切にしたいことを日々の暮らしの中で叶えられる
	本人と家族で時間を過ごす	毎日家族が面会に行く 医療者や友人には外の顔をするが家族とはありのままの患者自身で過ごす 亡くなる前日に家族と同じベッドで眠る
	人生を肯定的に振り返る	人生を肯定的に振り返り話す
	一般病棟でも落ち着いた環境で過ごす	チャペルに通うようになり洗礼を受ける 個室での療養を何とか守る
	慌ただしく療養がスタートする	家族で何とか自宅での療養生活を整える 怒涛の勢いで社会資源の導入が始まる
	できなくなることが増えることを実感する	夜中に転んで起き上がれないことにショックを受ける 座って食事をとることができなくなる
	生きていることの辛さを吐露する	本人から夜が辛いと話される 迷惑をかけて辛いと言われる

状ががんの進行によるものと気付く)、患者に今後出現しうる症状を家族が予測することの難しさを示す(がんの進行により今後出現しうる症状を予測することは難しい)、現在の症状への気付きや今後生じうる症状の予測が療養場所の選択に影響することを示す(症状への気付きと予測が療養場所の選択に影響する)という3つのサブカテゴリーで構成された。このうち、(症状への気付きと予測が療養場所の選択に影響する)では、「痰が詰まっちゃうから吸引するとか話を聞いてたので。それって私、たぶんできないし、息が苦しいのって、毎回呼ぶのもつらいだろうから。肺(がん)って聞いてたので、息が苦しくなっちゃうのかなと思って、そしたら絶対病院のほうがいいって思ってたんですけど。苦しがりなかつたし、喉も通ってたので、まだ(家で)いいって言う(本人の意見)も分かって。」と《息が苦しく吸引をするような場合は入院の方が良い》と、家族なりに患者の症状の進行を予想し、いつまで家で過ごせるか考えていることが語られた。一方、(がんの進行により今後出現しうる症状を予測することは難しい)の《患者・家族が症状の変化に気付き一歩先を予測することは難しい》では、「細かい徴候は(家族は)たぶんキャッチできない。一気に悪くなったイメージになっちゃ

う。ほんとは段階を追って悪くなってるはずなのに。」と、家族が症状の進行をイメージし準備をすることの難しさが語られていた。

(3) 【療養場所に関する知識と生活のイメージ】

このカテゴリーは、緩和ケア主体の時期の療養場所について(療養場所に選択肢があることを知る)や(先を見越した自宅での療養をサポートする存在を知る)、また緩和ケア病棟に関する(緩和ケア病棟の入院の条件を知る)(入院期間の限界と緊急入院ができないと感じ不安を抱く)(看取りを専門とする環境とスタッフの存在を知る)という療養場所に関する知識を示す5つのサブカテゴリーと、(できなくなることが増える中で自宅での生活をイメージすることは難しい)(自宅での生活は緊急で入院できる病院がないと怖い)(緩和ケア病棟は言葉の印象から死を待つイメージ)(一般病棟の不自由さや生活感がない環境と看護ケアの限界)(一般病棟だからこそ慣れた環境とスタッフに安心する)という自宅・緩和ケア病棟・一般病棟での生活のイメージを示す5つのサブカテゴリーで構成された。このうち、(療養場所に選択肢があることを知る)は《知り合いの地域の看護師に自宅で療養することをすすめられた》といった、医療者からの関わりにより緩和

ケア主体の時期の療養場所に選択肢があることを知ることや、家族自身の経験により選択肢を知っていたことが含まれた。また、《治療の打ち切りと同時にホスピスを紹介され衝撃を受ける》では、標準治療の選択がなくなる説明と同時にそれらの情報を提供された家族は、代替治療も含めて治療の継続を検討しているにもかかわらず緩和ケア主体の時期の療養場所について検討する必要があるという説明に大きな衝撃を受けていた。また、《できなくなることが増える中で自宅での生活をイメージすることは難しい》の《経験がないため家で具合が悪くなった人を見るイメージが全くわからない》では、「(診察後)車椅子を借りたんですけど、私押すのは分かるんですけど、看護師さんが止めてくれたのを、外し方とかも分かんなかったんです。(中略)家族としては緩和ケア病棟に入院するだろうと思ってたところもあって。(自宅で過ごしたいという本人の希望から)ちょっとここからの1ヶ月は、新しいことへの出会いの連続だった。」と、症状が進行した状態の患者が自宅で生活することや介護のイメージがわからない中で療養の場の選択が迫られていたことが語られた。一方で、〈先を見越した自宅での療養をサポートする存在を知る〉の《症状が進む前に地域包括支援センターの存在を教えてもらう》では、「本当にいいタイミングで情報が入ってきて、(介護)認定調査員の人も調査に来た時に、「もし万が一何か困ったことがあったら、(地域)包括支援センターに連絡してくださいね」って、その一言があったんです。だから、夫が杖歩行が危なくなってきた時に、あ、地域(包括)支援センターだなと思って電話したらすぐ動いてくれた。だから、何か所々でそういうアドバイスを一言残してってくれるともうちょっと家でも看れるよっていうのをイメージできる。」と語られ、先を見越した支援を得られた場合は、療養の準備が進みやすいことが示された。

#### (4) 【家族の対処能力】

このカテゴリーは、〈もともと家族で本音や踏み込んだ話をする〉〈家族内の生命の危機的状況や介護に関する経験〉〈具合が悪くなった時に過ごしたい場所や過ごし方を家族で共有していた〉という患者ががんを発症する前からの家族の対処能力を示す3つのサブカテゴリーと、〈がんについて客観的な情報を自分たちで調べたり知人に相談する〉〈療養場所について知人に聞いたり自分たちで調べる〉〈症状の変化を家族間で情報共有し対応する〉〈治療と本人の大切にしたいことのバランスについて話し合う〉〈予後を見越して仕事や生活の予定の調整をする〉などの、患者ががんを発症した後の家族の対処能力を示す8つのサブカテゴリーにより構成された。このカテゴリーのうち、〈がんについて客観的な情報を自分たちで調べたり知人に相談する〉や〈療養場所について知人に聞いたり自分たちで調

べる〉は、家族が能動的にがんに関する情報を得ようとしていたり、療養場所に関して主体的に情報を得たり調整する力が示された。一方、〈家族だからこそ病状や予後についての受けとめは直接話せない〉では、「余命宣告だけはやめてくれて(医師に)言った。いくら何でもかわいそうだから。そしたら、じゃ、それはやめておきましょうって言って。で、(本人への病状説明の際に)だいぶ症状についても、ちょっと包んでくれたような物の言い方はしてくれ。」と《本人に予後を伝えることは酷でありできない》が含まれ、家族だからこそ病状や治療に関する想いなどを直接的に話し合うことの難しさが語られた。

#### (5) 【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】

このカテゴリーは、〈本人が過ごしたい場所とその理由を家族と共有する〉という患者の過ごしたい場所を家族に伝えるとともにその理由を家族と共有することを示すサブカテゴリーと、〈本人の日々の楽しみや目標を共有する〉という今後の療養における患者の楽しみや目標を共有することを示す2つのサブカテゴリーで構成された。〈本人が過ごしたい場所とその理由を家族と共有する〉の《自由に家族と過ごせる家が良いという希望を本人が家族に伝え続ける》では、「早く家に帰りたい。まず床屋に行くって。歯医者に行ってもいつも通り歯石もとりたいて。」と患者自身が言語的に家で過ごしたいことやその理由を家族に伝えていたことが語られた。また、《治療方法がなければ家で過ごしたいという本人の意思に賛同する》では、「家にいたっていう気持ちは分かる。好きに過ごしたので。毎日散歩に行ったり、好きなものを食べたり。」と語られ、日々の生活の様子から非言語的にも患者が家での生活を望む理由を家族が理解していたことが語られていた。さらに、「家内は帰りたくない。帰っても、うちにいて天井を見て、同じ染みを見ても、昔見た頃には元気だったなとか、そんなことを思うとかえって辛いって言って。」と《家は元気だった頃を思い出して辛いから帰らないと話す》というように、病院を選択する本人なりの理由を家族に話していたことが語られていた。〈本人の日々の楽しみや目標を共有する〉の《やりたいことや行きたい所のために胃瘻を造るという本人の考えを家族に伝える》では、「リビングウィルを書く頃は、『俺は胃瘻なんかするんなら生きてない』って言ってたんですよ。『お父さん、どうして(造ることにしたの)?』って言ったら、『早く帰りたい。うちへ帰ったらあそこへも行きたい、ここへも行きたい。』って、『それには点滴なんかぶら下げて出られるか』って。」と、実際にがんになった状況下で患者自身が日々の目標を家族に話し、今後の療養場所や過ごし方について話し合うことが示された。

(6) 【希望する療養場所の決定】とその時期

このカテゴリーは患者または家族を主体とした意思決定を示す2つのサブカテゴリーにより構成された。PS1の段階から繰り返し患者・家族で療養場所について話し合い、一貫して場所を決めていた参加者が3名、PS1に患者・家族で話し合い自宅を選択したが、その理由や目標の共有はしておらず、症状の進行に伴いPS3で家族の意向により入院を選択した参加者が1名、PS1から繰り返し話し合いPS3で患者の意向を優先し一般病棟の個室を選択した参加者が1名、PS3～4で家族を主体に話し合い自宅を選択した参加者が2名だった。

(7) 【選択した療養場所での患者のQOL】

このカテゴリーは、〈苦痛がない〉〈医療者に信頼を寄せる〉〈本人の希望を日々の生活で叶える〉〈本人と家族で時間を過ごす〉〈人生を肯定的に振り返る〉〈一般病棟でも落ち着いた環境で過ごす〉というQOLが高かったことを示す6つのサブカテゴリーと、〈慌ただしく療養がスタートする〉〈できなくなることが増えることを実感する〉〈生きていることの辛さを吐露する〉というQOLが低かったことを示す3つのサブカテゴリーで構成された。このうち、〈慌ただしく療養がスタートする〉は、PS3で在宅療養を選択した2名から語られ、急遽退院を迫られたり患者の症状が急速に進む状況下で、怒涛の勢いで在宅療養が始まったことが示された。また、〈本人の希望を日々の生活で叶える〉の《本人の大切にしたいことを日々の暮らしの中で叶えられる》では、「もともと美容に気を使う人だったから、白髪染めをしてほしいと言われて。結構大変なんだよね。でもそういうのもすごく手軽にできたっていうのはすごい良かったと思う。」と、本人の日々の楽しみや目標をコミュニケーションを通して共有した上で、生活の中で患者の希望を叶えられるように家族が関わっていたことが語られた。

V. 考 察

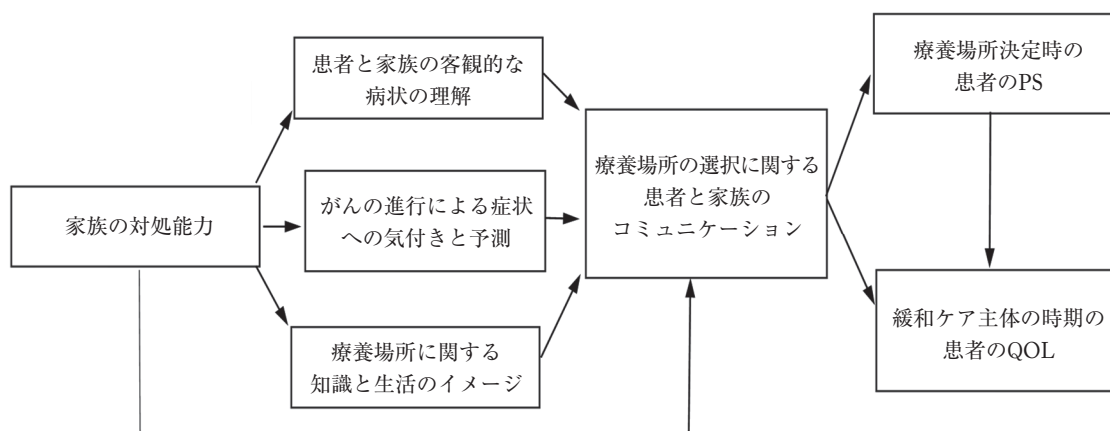
1. がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する構造

結果から、カテゴリーを構成概念とし図1に示すがん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する構造のモデルが導かれた。以下に、モデルの構成概念と構成概念間の関係性を述べる。

(1) モデルの構成概念

【患者と家族の客観的な病状の理解】は、医療者からの説明により患者と家族が客観的な病状を共通理解することが、患者・家族が残された時間を理解し日々の生活で行いたいことや目標を共有することに影響することが明らかになった。日本では従来、患者よりも先に家族に対して病状の説明がされ患者にどのように告知するかということについて家族が判断することが多いと指摘されてきた(Gabbay, et al., 2005, pp.619-620)。しかし、患者の自己決定を尊重することが重要視されるようになり、昨今は患者自身に病状説明が行われるようになっており、がん患者を対象とした調査によると医療スタッフからの情報の取得について75%がある程度取得できていたと回答している(国立がん研究センターがん対策情報センター, 2020)。一方で、本研究の結果から患者への病状説明はされていたが、家族が十分に患者の病状を理解していないままに患者の病状が進行し、療養場所の選択に関する話し合いや準備がされなかったことが示された。これらのことから、文献検討では病状の理解としていたが、【患者と家族の客観的な病状の理解】という概念名に修正した。

【がんの進行による症状への気付きと予測】は、〈症状への気付きと予測が療養場所の選択に影響する〉ことが示され、療養場所の選択に直接影響することが明らかとなっ



→ 構成概念間の因果関係

図1 がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する構造モデル

た。一方で家族が〈がんの進行により今後出現しうる症状を予測することは難しい〉ことも明らかとなった。文献検討の結果ではこの概念は抽出されなかったが、本研究の結果から療養場所の選択に関する話し合いに影響する要因であると考え追加した。

【療養場所に関する知識と生活のイメージ】は、各療養場所の特徴等の説明を受けることで選択肢として患者・家族に認識され、話し合いのきっかけとなることが考えられた。また、本研究の結果より医療者から療養場所に関する情報提供を受ける場合、標準治療の選択肢がなくなった段階で説明を受けることは患者・家族にとり大きな衝撃となることが語られた。先行研究では、根治治療ができなくなった段階で、主治医から転院の促しがあった対象者は、見捨てられたと感じ療養場所の検討時の辛さとして語られていた(三條・広瀬・柳澤・宮下・数間, 2008, pp.585-588)。標準治療の選択肢がなくなるということは、がん患者や家族にとり大きな衝撃であり、それと同時に緩和ケア主体の時期の療養場所に関する情報提供や選択肢の提示がされることは患者や家族にとり受けとめが難しいことが考えられる。先行研究では、医療者と患者・家族の話し合いに効果的な時期が不明確であることが指摘されているが(Pfeil, et al., 2015, pp.58-59)、今回の結果から初めて話し合いをする時期として、標準治療の選択肢がなくなると同時に話し合いをすることは効果的ではないことが考えられた。一方、〈できなくなることが増える中で自宅での生活をイメージすることは難しい〉ことが示され、国内の病院・施設での死亡者数が自宅での死亡者数を上回ってから40年以上を経ている現在(厚生労働省, 2023)、身の回りのことができない状態になった人の生活をイメージすることは難しいことが推察された。知識に加えて生活をイメージできることが重要だと考え【療養場所に関する知識と生活のイメージ】という概念名にした。

【家族の対処能力】は、〈療養場所について知人に聞いたり自分たちで調べる〉や〈がんについて客観的な情報を自分たちで調べたり知人に相談する〉といった家族内外の資源を活用しながら、家族が能動的に対処していることが明らかになった。先行研究ではEOLdには家族のダイナミクスが影響していることが報告されているが(Koh, S. Kim, & J. Kim, 2016, p.74)、これまでがん患者と家族が療養場所の選択について話し合うことに、家族のセルフケア機能がどのように影響しているか明らかになっていなかった。家族の危機に関するストレス対処個人評価尺度によると、家族内の資源を用いて危機に対処することや家族システム外の資源を活用しようとする積極的な行動が重要であることが述べられている(McCubbin, Olson, & Larsen, 1987, p.199)。本研究の結果より、家族成員ががんを発症し緩和

ケア主体の時期に至るという危機的な状況においても、家族内外の資源を活用できる力が重要であることが明らかになり、【家族の対処能力】という概念名にした。

【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】は本人の過ごしたい場所を確認するのみではなく、その理由や本人の日々の楽しみや目標を共有することで構成されることが明らかになった。先行研究では、EOLdとして療養場所に関する話し合いが行われていることや(門脇, 2016, p.266)家族が療養場所を決定する時に重要視した要因(首藤, 2014, p.56-57)、緩和ケア病棟に入院した患者が入院を決定した要因(吉田・小島, 2006, p.63)については示されているが、患者と家族で何を共有し場の選択をしているか、またそれが緩和ケア主体の時期の患者のQOLにどのような影響を与えるか、それらは十分に明らかになっていなかった。本研究の結果から、患者が療養場所を選択した理由や目標を家族と共有することで、場の選択に際してその意味を患者・家族がともに明確にすることにつながり、患者のQOLに重要な影響を与えることが示された。本研究の参加者の内、患者の選択の理由や目標を家族が十分に理解していなかった場合、症状の進行に伴い家族の意向で療養の場が選択されることが示されており、患者の意向を家族が理解し支えるためにコミュニケーションの内容として理由や目標が重要であることが考えられた。また、本研究の結果より、患者の意向を家族が理解する方法には言語的・非言語的なやりとりがあることが明らかになった。これまで先行研究では話し合いという概念で取り扱われていたが(吉田・小島, 2006; 山口, 2014; 辰巳, 2017)、家族だからこそこれまでの生活の様子などから、患者本人が大切にしていることを非言語的にも理解していることが示された。特に日本では明確な自己主張よりも察し合う文化があると言われており(森・森田, 2021, pp.31-35)、療養場所の選択についても話し合うのみではなく、非言語的なコミュニケーションから家族が患者の意向をとらえていることが考えられた。そのため、コミュニケーションという言語的・非言語的な方法を合わせた概念名にした。

【選択した療養場所での患者のQOL】は患者の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな側面を包含した全人的なQOLが示された。これらのサブカテゴリーは、先行研究による日本人の緩和ケア主体の時期のQOLに重要な要素としてあげられている10の要素に類似していた(Miyashita, et al., 2008, p.491)。このことから、【緩和ケア主体の時期の患者のQOL】という概念名に修正した。

また、【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】が十分に図られることが、【希望する療養場所の決定】と症状が進行する前の決定に影響することが示

された。患者が希望する療養場所で過ごすことは、前述した日本人の緩和ケア主体の時期のQOLに重要な10の要素に含まれるため、【緩和ケア主体の時期の患者のQOL】に含めることとし、症状が進行する前の療養場所の決定を示す構成概念として【療養場所決定時の患者のPS】という概念名にした。

## (2) 構成概念間の関係性

がん患者及び家族の緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関する文献検討の結果(田村・習田, 2023), 療養場所の選択に関するコミュニケーションに影響する要因間の関係性やコミュニケーションがもたらす結果といった構造全体を示すモデルはなかった。本研究では、分析結果から療養場所選択の構造が導かれたため、モデルの構成概念間の関係性について以下に説明する。

【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】に影響する要因として【患者と家族の客観的な病状の理解】【がんの進行による症状への気付きと予測】【療養場所に関する知識と生活のイメージ】【家族の対処能力】が考えられた。そのうち、【家族の対処能力】は、〈病気や治療の情報を本人と家族で共有する〉というサブカテゴリーが含まれ、患者と家族ががんに関する情報を共有できる家族内部の力が、医師からの病状説明について共通理解することを表す【患者と家族の客観的な病状の理解】に影響すると考えられた。また、〈症状の変化を家族間で情報共有し対応する〉というサブカテゴリーが含まれ【がんの進行による症状への気付きと予測】に影響することが考えられた。加えて〈療養場所について知人に聞いたり自分たちで調べる〉というサブカテゴリーが含まれ、療養場所について能動的に家族が調べる力が【療養場所に関する知識と生活のイメージ】に影響することが考えられた。一方、家族だからこそ病状や予後などの受けとめを直接話せないことも示され、そのような場合は療養場所の選択に関するコミュニケーションも図りにくいことが考えられた。

加えて、【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】が十分に図られていることが、症状が進行する前の療養場所の決定に影響することが示され、【療養場所決定時の患者のPS】に影響すると考えた。また、患者と家族のコミュニケーションには、本人の過ごしたい場所とその理由や日々の楽しみや目標を共有することが含まれ、これらが【緩和ケア主体の時期の患者のQOL】に影響することが考えられた。さらに、療養場所を決定した時期が、PS3~4と症状が進行した状態で自宅を選択している場合、〈慌ただしく療養がスタートする〉が示され緩和ケア主体の時期の患者のQOLに負の影響を与えることが明らかになったことから、【療養場所決定時の患者のPS】が軽度であることが、患者・家族が落ち着いて準備

することにつながり、結果的に【緩和ケア主体の時期の患者のQOL】に肯定的な影響を与えうると考えた。

## 2. 看護への示唆

本研究の結果から、がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関する構造の全体が明らかになり、療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーションとその影響要因に対して看護師が働きかける必要があると考えられた。特に、療養場所の選択に関するコミュニケーションでは、患者が場を選択する理由や選択した場での目標を家族と共有することが重要であり、看護師には患者と家族がそれらを共有できているかアセスメントすることが求められる。また、コミュニケーションへの影響要因として患者と家族の病状の共通理解があり、診断時から継続した病状の共通理解を促す働きかけが重要であることが示された。昨今、がんの診断や治療方針の説明は主に外来で行われている。医師による患者への病状説明に加えて、患者と家族で病状や治療に関する考えを話し合うことができているかアセスメントし、十分に共有ができていない場合はそれらを助ける働きかけが重要になることが示唆された。このことは、患者・家族の関係性や生活、またがんと共に生きる人生を包括的に捉えた看護師独自の関わりが求められていると言える。また、今回の結果から、患者ががんになったことやその治療・療養について家族が他者に相談できる力や療養場所に関する知識やイメージが重要になることが明らかになった。先行研究では医師からの説明の前に患者が緩和ケア病棟などの情報を得ていると、患者と家族から医師に療養場所の選択肢として提示することが報告されている(吉田・小島, 2006, pp.62-63)。これらのことから、対象者を生活者にとらえ生活を支えることを専門とする看護師だからこそ、緩和ケア主体の時期の生活について自宅・緩和ケア病棟やホスピス・一般病棟など各療養場所でのどのような生活を送ることができるか、患者・家族がイメージできるように関わることが求められている。このためには、看護師自身が緩和ケア主体の時期のがん患者の生活を十分に理解することが必要であり、看護基礎教育や卒後教育における訪問看護や緩和ケア病棟における看護などの学びを継続できる機会が重要だと考えた。さらに、病院施設内における役割の発揮に加えて、地域での相談や広報等を通じて、人々が緩和ケア主体の時期の療養について情報を得る機会をつくれるように働きかけることが求められると考えた。先行研究においても、まちの保健室などの地域における保健室が、専門職による多様な相談を行う役割を担っており、医療や看護・生活面の相談ができる場になっていることが報告されている(聲高・合田, 2022, pp.22-23)。地域包括ケアシステムの推進とともに、地域

における看護師の役割が発揮されることにより、人々が主体的に療養場所に関する知識を得られる機会をつくる重要性が示唆された。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は7名であり、死亡場所は自宅または一般病棟であり緩和ケア病棟やホスピスを選択した家族が含まれていない。このことから、現在がん患者の死亡場所のうち一般病棟の次に多い13.4%を占める緩和ケア病棟(平山・升川・宮下, 2021, p.68)を選択したがん患者と家族の選択の構造を反映できていないため、がん患者家族の療養場所選択の構造を十分に反映する上で課題がある。今後は、本研究により導かれた構造モデルをもとに、対象者を拡大し統計学的にモデルの開発と検証を行う必要があると考える。

## 結 論

本研究の結果より、がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択の構造のモデルが導かれた。【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】に影響する要因として【患者と家族の客観的な病状の理解】【がんの進行による症状への気付きと予測】【療養場所に関する知識と生活のイメージ】【家族の対処能力】という4つの構成概念が導かれた。このうち【家族の対処能力】は、他の3つの構成概念に影響を与えることが示唆された。また、【療養場所の選択に関する患者と家族のコミュニケーション】が十分に図られていることが、【緩和ケア主体の時期の患者のQOL】を高めること、【療養場所決定時の患者のPS】が軽度であることに影響すると考えられた。さらに、【療養場所決定時の患者のPS】が軽度であることが、患者・家族が落ち着いて準備することにつながり、結果的に【緩和ケア主体の時期の患者のQOL】に肯定的な影響を与えうると考えた。

## 謝 辞

本研究のインタビュー調査を行うにあたり、ご家族が患者様のがんの診断から看取りまでという体験を、丁寧に回想しお話しくださいました。ご協力いただきましたすべてのご家族に、心より深く感謝を申し上げます。また、研究の趣旨に賛同していただき、インタビュー調査に多大なるご尽力を賜りました各機関の皆さまに、心より深く感謝を申し上げます。

## 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19K19687の助成を受けたものである。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- Edwards, S.B., Olson, K., Koop, P.M., & Northcott, H.C. (2012). Patient and family caregiver decision making in the context of advanced cancer. *Cancer Nursing, 35*(3), 178-186. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822786f6>
- Gabbay, B.B., Matsumura, S., Etzioni, S., Asch, S.M., Rosenfeld, K.E., Shiojiri, T., Balingit, P.P., & Lorenz, K.A. (2005). Negotiating end-of-life decision making: A comparison of Japanese and U.S. residents' approaches. *Academic Medicine, 80*(7), 617-621.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2016). よくわかる 質的研究の進め方・まとめ方: 看護研究のエキスパートをめざして 第2版. 1-84, 東京: 医歯薬出版.
- 平山英幸, 升川研人, 宮下光令 (2021). データでみる日本の緩和ケアの現状. 木澤義之, 志真泰夫, 高宮有介, 恒藤 暁, 宮下光令 (編), *ホスピス・緩和ケア白書2021* (pp.56-97), 東京: 青海社.
- 門脇 緑 (2016). がん患者との end-of-life discussions の概念分析. *日本看護学会誌, 36*, 263-272.
- 加利川真理, 小河育恵 (2013). ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ. *ヒューマンケア研究学会誌, 4*(2), 7-16.
- 聲高英代, 合田加代子 (2022). 地域包括ケアシステムにおける「地域の保健室」の役割. *甲南女子大学研究紀要II, 16*, 19-26.
- Koh, S.J., Kim, S., & Kim, J. (2016). Communication for end-of-life care planning among Korean patients with terminal cancer: A context-oriented model. *Palliative and Supportive Care, 14*(1), 69-76. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000590>
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2020年11月1日). 患者体験調査報告書平成30年度調査. [https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health\\_s/H30\\_all.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/H30_all.pdf) (参照2022年11月22日)
- 国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援部 (2022年1月14日). 厚生労働省委託事業がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」平成30年度調査結果概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000880054.pdf> (参照2022年11月30日)
- 厚生労働省 (2023). 厚生統計要覧(令和5年度)第1編人口・世帯 第2章人口動態. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_1\\_2.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html) (参照2023年11月2日)
- Lunney, J.R., Lynn, J., Foley, D.J., Lipson, S., & Guralnik, J.M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *Journal of the American Medical Association, 289*(18), 2387-2392. <https://doi.org/10.1001/jama.289.18.2387>



- Maciejewski, P.K., Zhang, B., Block, S.D., & Prigerson, H.G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, 297(7), 716-723. <https://doi.org/10.1001/jama.297.7.716>
- 升川研人 (2017). Good Deathの規定因子に関して. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究4 (J-HOPE4), 58-61.
- McCubbin, H.I., Olson, D.H., Larsen, A.S. (1987). Family crisis oriented personal evaluation scale. Fredman, N. & Sherman, R. (Eds.), *Handbook of measurements for marriage and family therapy* (pp.199-203). New York: Brunner/Mazel.
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5), 486-498.
- 森 雅紀, 森田達也 (2020). *Advance Care Planningのエビデンス*. 31-35, 東京: 医学書院.
- Murray, M.A., Fiset, V., Young, S., & Kryworuchko, J. (2009). Where the dying live: A systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 69-77.
- 大阪 巖, 渡邊清高, 志真泰夫, 倉持雅代, 谷田憲俊 (2019). わが国におけるWHO緩和ケア定義の定訳—デルファイ法を用いた緩和ケア関連18団体による共同作成—, *Palliative Care Research*, 14(2), 61-66. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspm/14/2/14\\_61/\\_article/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspm/14/2/14_61/_article/-char/ja)
- Pfeil, T.A., Laryionava, K., Reiter-Theil, S., Hiddemann, W., & Winkler, E.C. (2015). What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key. *The Oncologist*, 20(1), 56-61. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2014-0031>
- 三條真紀子, 広瀬寛子, 柳澤 博, 宮下光令, 数間恵子 (2008). 終末期がん患者の療養場所移行に関する家族の経験と医療者への家族支援ニーズ: 終末期に一般病棟で療養したがん患者の遺族への質的調査を通じて. *がん看護*, 13(5), 580-588.
- 首藤真理子 (2014). 療養場所を決定する時に重要視した要因と希望する療養場所と実際の療養場所の一致に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3), 55-59.
- 田村南海子, 習田明裕 (2023). がん患者及び家族の緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関する文献検討. *日本看護研究学会第49回学術集会抄録*.
- 田代真理, 藤田佐和 (2020). がん患者のアドバンスケアプランニングの看護支援についての実態調査. *高知女子大学看護学会誌*, 46(1), 31-40.
- 辰巳有紀子 (2017). 患者・家族間のEnd of Life Discussionについての遺族の評価. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究4 (J-HOPE4), 74-78.
- 山口 崇 (2014). 終末期の話し合い (End-of-Life discussion) の実態と終末期の患者 quality of life・遺族の精神的な健康に及ぼす影響に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3), 50-54.
- 柳原清子 (2009). がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究: ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて. *ルーテル学院研究紀要*, (42), 77-96.
- 吉田智美, 小島操子 (2006). 緩和ケア病棟への入院を決定した肺悪性腫瘍再発患者の病状認知および緩和治療・ケアの場の決定に影響した要因. *大阪府立大学看護学部紀要*, 12(1), 59-65.

〔2023年12月13日受付〕  
〔2024年5月12日採用決定〕

# Interviews with Family Members of Cancer Patients on the Choice of a Place for End-of-Life Care: Toward the Development of a Structural Model

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2024, 47(4), 849-861  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240512248>

Namiko Tamura, PhD<sup>1</sup>, Akihiro Shuda, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sophia University Faculty of Human Sciences Department of Nursing, Tokyo, Japan

<sup>2</sup>Tokyo Metropolitan University Graduate School of Human Health Sciences Department of Nursing Sciences, Tokyo, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to (1) clarify the factors that influence communication between cancer patients and their family members regarding the choice of a place for end-of-life (EOL) care and (2) guide these choices through a structural model. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with seven family members of cancer patients. The data were analyzed qualitatively and descriptively. **Results:** We identified the following four categories of factors influencing communication between cancer patients and their family members regarding the choice of a place for EOL care: (1) objective understanding of the medical condition by the patients and their family members, (2) awareness and prediction of symptoms brought about by the progress of the cancer, (3) learning about places for EOL care and visualizing one's life there, and (4) family members' coping ability. Moreover, sufficient communication regarding the choice of a place could have a positive influence on the patient's performance status when deciding on a place for EOL care and on their QOL during their EOL stage. **Conclusions:** Based on the relationships between the categories, a structural model was developed to guide family members of cancer patients on the choice of a place for EOL care.

## Key words

family members of patients with cancer, end-of-life care, choice of place, structural model

---

**Correspondence:** N. Tamura. Email: [t-namiko-2rp@sophia.ac.jp](mailto:t-namiko-2rp@sophia.ac.jp)



# 集中治療室に勤務する先輩看護師が 新人看護師の自立に向けて必要と考える 報告・連絡・相談

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 863-870  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240407247>

今村佐知子<sup>1</sup>, 辻本朋美<sup>1</sup>, 藤井 誠<sup>1</sup>, 永安真弓<sup>2</sup>, 竹下悠子<sup>1</sup>,  
井上智子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

<sup>2</sup>兵庫医科大学看護学部看護学科

## 要 旨

目的：急性期病院ICUにおいて、先輩看護師が新人看護師の自立に向けて必要と考える報告・連絡・相談の実例を明らかにする。方法：先輩看護師8名に半構造的面接を実施し、質的分析をした。結果：【状況理解に基づく積極的言動】、【緊急度に応じた報告】、【業務遂行状況の報告】、【メンバーシップに基づく言動】、【高度治療のリスクをふまえた言動】の5つのカテゴリを抽出した。結論：先輩看護師は、チームの一員としての自覚の育成や医療安全の保障のためアセスメントを含めた報告・連絡・相談を求めている。新人看護師にとって高度であるアセスメントを含む報告については、先輩看護師が自身の経験やアセスメントを含めて指導することで、経験の少ない新人看護師の看護実践能力向上につながることを、そして先輩看護師が経験やアセスメントを言語化することは看護の質向上と組織の成長をもたらすことが示唆された。

## キーワード

新人看護職, 現職教育, ICU

責任著者：今村佐知子. Email: sachiko.i@sahs.med.osaka-u.ac.jp

## はじめに

交代制勤務を有する医療施設の各部署に配属された新人看護師は、先輩看護師のもと日々看護ケアの指導を受ける。しかし看護基礎教育においては、医療の高度化や医療安全に対する意識の高まりなどの背景から、臨床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で習得する看護実践能力との間に乖離があることが指摘されている（厚生労働省, 2014）。そのため、看護基礎教育修了時点の能力と臨床現場で求められる能力にはギャップが生じることが指摘されており（厚生労働省, 2009）、新人看護師の自立には時間がかかる傾向にある。新人看護師の自立に時間がかかると、ひとりの看護要員としてマンパワーが期待できず、看護ケアの質や安全の維持が困難になる恐れがある。したがって、新人看護師が一人の看護要員として早期に自立できる教育を行うことが望まれる。

これまででも新人看護師の自立に向け、新人看護師の夜勤導入や独り立ちの判断基準を明確にする研究が行われてきた。その結果、看護師長による夜勤導入の判断基準とし

て、安全な看護技術、スタッフへの報告・連絡・相談、育成状況に関するスタッフの評価（高平ほか, 2009）、指導に携わる看護師が求める夜勤導入に必要な能力として、バイタルサイン測定が一人ででき正常値・異常値がわかること、報告・連絡・相談ができることが示された（酒井・太田・野澤, 2016）。そして病棟スタッフによる新人看護師の独り立ちの判断基準として、コミュニケーション、知識・技術の習得、業務の理解、情報処理能力、本人の自覚（左, 2011）、のカテゴリが示された。このように、新人看護師の自立のためには、知識、技術、報告・連絡・相談が必要な要素だと明らかとなった。

集中治療室（以下ICU）においても、看護実践能力を高めることを目的に、2014年に集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダーが公表され、2019年には改訂版が出されている。ここでのレベルⅠの実践例は「ニーズをとらえる力」、「ケアする力」、「協働する力」、「意思決定を支える力」に分けられており、その行動目標には助言を受けて実施することや報告・連絡・相談ができることが挙げられている（日本集中治療医学会, 2019）。そして、重症患者

の看護に携わる新人看護師にとって、確実に報告・連絡・相談できることが最も基本的な看護実践能力と言われていることから（今井・池田, 2015, p.46）、ICUにおける報告・連絡・相談が重要な要素であることはわかる。

一般病棟と同様に、ICUでの新人教育も指導担当看護師を中心として行われるが、看護師配置基準により他部署と比べ看護師の配置人数が多いため（日本集中治療医学会, 2022）、新人看護師は先輩看護師から常時見守られ、複数の先輩看護師から指導や支援を受ける環境で勤務している。加えて二交代制などの勤務形態の多様化により、日々違う先輩看護師からその日の担当として指導を受ける状況も起こる。そのためICUでの新人教育は、常に複数の先輩看護師が関わる環境で行われることになる。

そして各々先輩看護師は根拠をもって指導・支援しながら、状況に応じて新人看護師に報告・連絡・相談を求めている。しかし、日々指導する先輩看護師によって求められる報告・連絡・相談のレベルや内容が異なると、新人看護師はどのように報告・連絡・相談してよいか混乱し、ひいては自立へのモチベーションの低下を招く恐れさえある。したがって、先輩看護師が新人看護師の自立に向けて求める報告・連絡・相談を、実際に起きた事例を通して語ってもらうことで、先輩看護師各々が考えている基準を具体的に言語化して示す必要がある。

本研究では、急性期病院ICUにおいて、先輩看護師が新人看護師の自立に向けて必要と考える報告・連絡・相談の実例を明らかにする。

## I. 研究目的

本研究は、急性期病院ICUにおいて、先輩看護師が新人看護師の自立に向けて必要と考える報告・連絡・相談の実例を明らかにする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

半構造的面接法を用いた質的研究である。

### 2. 研究協力者

研究者らの知人を介してインタビューの依頼をし、同意が得られた500床以上の急性期病院のICUに勤務する看護師で、日々の実務の中で新人看護師に指導を行う臨床経験年数5年目以上の4施設8名の看護師である。

### 3. データ収集方法

2019年2月～7月の期間で承諾が得られた看護師に日

時・場所を連絡し、研究の趣旨を口頭と文書で説明し同意書を取得した。その後インタビューガイドに沿い、新人看護師の独り立ちが可能であると判断するために新人看護師に行ってほしい報告・連絡・相談について、実際に報告・連絡・相談を受けた事例、または報告・連絡・相談を受けなかったが本来はどのように報告・連絡・相談してほしいのかを語ってもらった。抽象的な語りについては、具体例を聴取した。約1時間の半構造的面接とし、ボイスレコーダーと紙面により記録した。

## 4. データ分析方法

記録したデータは個人が特定できないように符号化し、逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、語りの全体像を把握したのち新人看護師に求める報告・連絡・相談について語られている箇所を抜き出し、簡潔な表現にまとめコード化した。抽象的な語りについてはさらに具体例を聴取したため、その内容に関する語りをひとつのまとまりとし、コード化していった。それぞれのコードの相違点と類似点を比較し、抽象度をあげた。抽出・集約は臨床経験のある複数の研究者で行い、真実性の確保に尽くした。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：18335）。研究協力者には、研究目的、研究方法、研究参加は自由であり参加しなくても不利益を受けないこと、本データは研究で公表されることがあるが個人情報保護されることを文書と口頭で説明し、同意を得た。

## III. 結果

### 1. 研究協力者の概要

施設数は4施設、研究協力者は男性2名、女性6名で、年齢、看護師年数、ICU勤務年数の平均（標準偏差）は、年齢32.4（8.1）歳、看護師経験10.8（8.5）年目、ICU勤務経験7.5（3.3）年目であった（表1）。

### 2. 先輩看護師が新人看護師の自立に向けて求める報告・連絡・相談の実例

新人看護師に求める報告・連絡・相談の実例は、88のコード、20のサブカテゴリ、5つのカテゴリで構成された（表2）。具体的に自由に語ってもらうことで、より実践的な場面をとらえることができた。カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》, 代表的な語りを「斜体」で示す。以下、5つのカテゴリ【状況理解に基づく積極的言動】、【緊急度に応じた報告】、【業務遂行状況の報告】、【メンバーシップ

表1 研究協力者の概要

協力者	性別	年齢	看護師年数 (年目)	ICU勤務年数 (年目)	面接時間 (分)
A	男性	27	5	5	37
B	女性	27	5	5	50
C	女性	27	6	6	55
D	女性	31	11	4	43
E	女性	32	11	11	62
F	男性	33	11	11	44
G	女性	29	5	5	39
H	女性	53	32	13	48

表2 新人看護師に求める報告・連絡・相談の実例の分類

カテゴリ	サブカテゴリ
状況理解に基づく積極的言動	時間に余裕をもって支援を求める
	単独実施禁止事項を判断でき相談する
	方法・対応・関連知識の不明点を申し出る
	実施予定行為の経験や不安レベルを申し出る
緊急度に応じた報告	重大な容態変化は直ちに報告する
	異変に気づいて事態を報告する
	予測内変動の観察事項とアセスメントを伝え対応を相談する
	観察事項とアセスメントを伝えて対処法を相談する
業務遂行状況の報告	状態変化および経過を報告する
	行為・行動の前後に報告する
メンバーシップに基づく言動	適時的確・主体的に情報を共有する
	支援を受けるときに現況を端的に説明する
高度治療のリスクをふまえた言動	技量をふまえて状況を伝える
	協力要請するとき重要性や必要性を優先して報告・提案する
	緊急対応リスクの高い処置は計画時点で報告する
	観察事項とアセスメントを含む人工呼吸器管理を報告する
	ME機器からリスク情報に気づき報告する
	観察事項とアセスメントを含むドレーン管理を報告する
	微量で作用する薬剤の開始や量変更前後に報告する
使用薬剤の変更を随時報告する	

に基づく言動】、【高度治療のリスクをふまえた言動】に沿って記述する。研究協力者の年齢、経験年数には幅があったが、【状況理解に基づく積極的言動】、【緊急度に応じた報告】、【高度治療のリスクをふまえた言動】の3つのカテゴリは、8名中7名の語りより構成された。

(1) 【状況理解に基づく積極的言動】

【状況理解に基づく積極的言動】は、新人看護師自身が自分のおかれた状況、つまりは看護ケアに対する経験や力量を認識して申告することを表し、《時間に余裕をもって支援を求める》、《単独実施禁止事項を判断でき相談する》、《方法・対応・関連知識の不明点を申し出る》、《実施予定行為の経験や不安レベルを申し出る》の4つのサブカテゴリより構成された。そして、先輩看護師からの声掛けを待つだけでなく、新人看護師であっても自ら申し出てほしい内容が語られた。

「報告してくれたのはいいけれど、自分がそのときに行けないから、あとどれぐらい待てるのかも合わせて報告してほしかった」と、報告そのものだけでなく、《時間に余裕をもって支援を求める》ことを求めている。具体的な状況として、「『回らないのでお願いしてもいいですか』と依頼する」など、業務が滞る前に早めの支援依頼を期待する語りがあった。そして、自分の知識や技術が不十分であれば、自ら《単独実施禁止事項を判断でき相談する》ことを求めている。加えて、「処置の介助に入ることがないからわからないと言うことができる」や、「ご家族が眠っていない様子なので、何か支援できることはないですか」など、ただわからないと言うだけでなく、具体的な《方法・対応・関連知識の不明点を申し出る》ことを求めている。その上で、先輩看護師が適切に支援するために、「今日のこの処置は初めてです」、「介助につくのは〇回目で、ここ

まではできません」など、《実施予定行為の経験や不安レベルを申し出る》ことを求めている。

## (2) 【緊急度に応じた報告】

【緊急度に応じた報告】は、ICUに入室する患者の病態に関連した内容を表し、《重大な容態変化は直ちに報告する》、《異変に気づいて事態を報告する》、《予測内変動の観察事項とアセスメントを伝え対応を相談する》、《観察事項とアセスメントを伝えて対処法を相談する》、《状態変化および経過を報告する》の5つのサブカテゴリより構成された。ここでは、患者の病態が複雑で、重症度、緊急度が高いICUにおいて、先輩看護師が早急に報告してほしいと考える内容が語られた。

「患者さんの状態に関わることは絶対言ってほしい。すぐ言ってほしい」と、《重大な容態変化は直ちに報告する》ことを求めている。容態変化への早急な対応が必要なことも多く、「循環が結構変動したりするようなこととかがあるので、そういう変動をしているときに、その都度どうしたらいいですかと聞きに来てくれたりすると安心はします」と語られた。「何かおかしいの気づいて報告できれば、割と早くに目を離しても大丈夫」と、《異変に気づいて事態を報告する》ことが、一つの基準であることが示された。加えて、「引き継ぎ前の状態と同じですが、これはそのまま経過観察でいいですか」のように、異常については漫然と引き継ぐだけでなく、きちんと先輩看護師に報告できることを期待していた。予測内の変動に関しても報告のみにとどまらず、「『様子を見ようと思うのですがこれでいいですか』と、自分でアセスメントして考えた結果を言ってくれたのがすごく良かった」と、《予測内変動の観察事項とアセスメントを伝え対応を相談する》ことを求めている。「意識レベルによって鎮静剤の流量の調整指示がある場合、『呼吸が怪しいのですが、せん妄で落ち着かないので増量してもいいですか』と事前に聞いてくれると、再挿管のリスクを避けることができる」と、助言を求めるときには、《観察事項とアセスメントを伝えて対処法を相談する》ことで、安全な対応につながると考えていた。《状態変化および経過を報告する》では、「エピソードがなくても、特に変わりはないというのを午前の最終ぐらいには一度報告してもらわない」と、報告できることそのものが基本だと考えていることが示された。

## (3) 【業務遂行状況の報告】

【業務遂行状況の報告】は、新人看護師が自分の担当する患者の業務がどのように遂行されているのか報告することを表し、《行為・行動の前後に報告する》、《適時的確・主体的に情報を共有する》の2つのサブカテゴリより構成された。ここでは先輩看護師が新人看護師の状況を知っておきたいと考えている内容が語られた。

ここでは「業務に関してできた、できていないという報告を」と、基本として《行為・行動の前後に報告する》ことを求めている。さらに「忙しさを察して報告してほしい」と、先輩看護師側の忙しさを察して声をかけるタイミングまで考慮して《適時的確・主体的に情報を共有する》ことを求めている。

## (4) 【メンバーシップに基づく言動】

【メンバーシップに基づく言動】は、先輩看護師からの支援や協力を求める上で、受け身ではなくチームの一員として働く自覚を持って情報提供ができることを表し、《支援を受けるときに現況を端的に説明する》、《技量をふまえて状況を伝える》、《協力要請するときに重要性や必要性を優先して報告・提案する》の3つのサブカテゴリより構成された。チームの一員として、自分の担当業務に関しては自ら情報を発信し、必要な支援を伝えることを求める内容が語られた。

「途中から先輩が手伝うときに、終わっていること、まだのこと、してほしいことが言えれば」と《支援を受けるときに現況を端的に説明する》や、「自分の力量を考えて他の人に仕事を割り振るところも必要な」と《技量をふまえて状況を伝える》ことを求めている。そして「患者さんから離れなければならないときには必ず『ちょっと離れるので見ておいてほしい』」と伝えるなど、《協力要請するときに重要性や必要性を優先して報告・提案する》ことを求めている。

## (5) 【高度治療のリスクをふまえた言動】

【高度治療のリスクをふまえた言動】は、生命に直結する可能性のあるルート類や薬剤の取り扱いを表し、《緊急対応リスクの高い処置は計画時点で報告する》、《観察事項とアセスメントを含む人工呼吸器管理を報告する》、《ME機器からリスク情報に気づき報告する》、《観察事項とアセスメントを含むドレーン管理を報告する》、《微量で作用する薬剤の開始や量変更前後に報告する》、《使用薬剤の変更を随時報告する》の6つのサブカテゴリより構成された。ここでは、高度治療が行われるICUゆえに、新人看護師からの報告が必要だと考えられる内容が語られた。

人工呼吸器やMedical Engineering機器（以下ME機器）の管理など緊急性の高い処置を行うことが多いため、「抜管をする前に『今から抜管する準備します』と言っておいてくれない」と、《緊急対応リスクの高い処置は計画時点で報告する》ことを求めている。そしてその観察に対しても、「今日はレントゲンこうだったので、たぶん抜管はないと思いますみたいなのを何かちらっと言ってもらえるだけでも、すごくうれしいです」という《観察事項とアセスメントを含む人工呼吸器管理を報告する》ことや、「アラームが鳴らないものに対して変化していることを報告し

てくれると、ちょっと任せられるかなという判断のひとつになっているかな」と、《ME機器からリスク情報に気づき報告する》ことを求めている。また、ドレーンの管理が多いため、「出ていたものが止まったという変化が、いい変化なのかどうか、言ってくれたら」など、《観察事項とアセスメントを含むドレーン管理を報告する》ことを求めている。また、ハイリスク薬を使用することが多く、「『今鎮静下げました』とか、抜管前の鎮静を下げるなども言ってほしい。したことを、する前に『今からします、しました』、くらいはほしいです」という《微量で作用する薬剤の開始や量変更前後に報告する》ことや、《使用薬剤の変更を随時報告する》ことを求めている。

#### IV. 考 察

ICUに勤務する先輩看護師のインタビューを分析した結果、先輩看護師が新人看護師に求める報告・連絡・相談の実例は【状況理解に基づく積極的言動】、【緊急度に応じた報告】、【業務遂行状況の報告】、【メンバーシップに基づく言動】、【高度治療のリスクをふまえた言動】の5つのカテゴリに集約された。日々新人看護師に看護ケアを指導している先輩看護師の実体験に基づく語りをまとめることにより、「必要時や異常時は報告・連絡・相談してほしい」と臨床現場で表現される実例を分類し、具体的な場面として提示することができた。また今回の研究では、新人看護師が自立できると考える報告・連絡・相談の具体例を語ってもらったが、先輩看護師は発言内容そのものだけでなく、報告・連絡・相談のタイミング、態度、姿勢も含めて求めていることがわかった。これらの場面が抽出されたことについて、チーム医療、医療安全、看護の質向上の観点から考察する。

##### 1. 新人看護師の成長を促し、チームの一員としての自覚を育てる

報告・連絡・相談は、先行研究で夜勤導入や独り立ちの判断基準に挙げられているように、新人看護師の成長度合いを評価する指標のひとつとなっている（高平ほか、2009；酒井・太田・野澤、2016；左、2011）。先輩看護師は、新人看護師に不足する知識や技術を支援するために、何がわからないのか、どこまでできるのかを把握したいと考えていた。そして多忙さゆえに、先輩看護師からの一方向の状況把握が困難となり得る臨床現場の実情から、新人看護師であっても自ら相談するなど主体的な報告・連絡・相談が求められることがわかっており（今井・高瀬、2017）、今回の【状況理解に基づく積極的言動】を求める結果と一致した。

ICU看護師も新人看護師に対して求めるのは、クリティカルケア領域に必要な看護技術や看護展開能力よりも人間関係や専門職としての行動、そして自主性・自律性といったいわゆる社会人としてのマナーや常識である（上野・竹本・藤井・吉中・向井、2021, p.17）。すなわち本研究では【メンバーシップに基づく行動】と表されたように、新人看護師がチームの一員として自ら発信することで成長していくことを先輩看護師は期待していると言える。しかし一方で、新人看護師は何がわからないのかわからない状態であり（山田・藤内、2015）、新人看護師が自ら報告・連絡・相談が必要となる事象を判断することは難しい。それゆえに、新人看護師は先輩看護師からの受動的な支援を期待している（久留島、2004；隅田・細田、2016）と考えられる。そして萩野・小澤（2020, p.151）が、「新卒看護師の気持ちや状況に理解を示し、新卒看護師の意見を聞くことで、新卒看護師が病棟での自分を肯定的にとらえることにつながり、先輩看護師への報告・相談が促進される可能性がある」と述べているように、新人看護師が成長していくためには、新人看護師の自己肯定感が必要である。そのためには、先輩看護師が新人看護師の現状に理解を示し良好な関係構築を図りながら、なぜこのような報告・連絡・相談を求めるのか、そしてなぜ主体的に発信してほしいのかを含めて伝えることで、チームの一員としての自覚を育てる新人教育を行うことが必要である。そして新人看護師の成長のためには、どのような報告・連絡・相談が必要であったのか必ず適切な早いタイミングで振り返り、自分ができていないということだけでなく、それがどうチームに影響を及ぼすのかも合わせて伝える必要がある。新人看護師が、チームに及ぼす影響をふまえて発信できるようになることが、重症度、緊急度の高い部署において、新人看護師に患者を任せてよいと先輩看護師が判断する一つの基準になっていると考える。今回、先輩看護師が新人看護師にどのような報告・連絡・相談を求めるのか実例を聞き取ったことにより現状がわかり、具体的な言動として示すことができた。これを部署の先輩看護師間で共有し、どこまで新人看護師に求めるのか一定の基準を取り決めて日々指導することで、先輩看護師によって求めることが違うために起こる新人看護師のモチベーション低下を防ぐことにつながると期待する。

##### 2. 臨床現場の医療安全を保障する

新人看護師が一人の看護要員として早期に自立できることで看護ケアの質や安全の維持ができる。しかし重症度、緊急度の高いICUでは、ME機器、劇薬やハイリスク薬の使用が多い。加えて病態や鎮静の影響から、コミュニケーションが困難である患者も多い。このような環境下で安全



に組織運営を行うためには、高度な知識や技術が必要であり、展開が速い中での確かな判断をしつつ業務を行うことが求められる。しかしICUでは、紺野・大下（2009, p.24）が「基本的な看護技術でも重症な患者の状態に合わせた技術へ応用させなければならず、技術習得には11カ月の期間を要すると考えられた」と述べているように、新人看護師の自立には約1年の期間が必要となる。ICUでの看護は、生命の危機状態にある患者を常時的確な臨床判断に基づいて危機感を持ちながら実践することで安全性を高めており、そのことはICU看護師にとって困難さを増す要因でもあると山本（2017, p.78）は述べている。そのためICUの先輩看護師は、新人看護師の知識や経験不足からくる困難さを予測し、臨床現場で起こり得るリスクを未然に防ぐ医療安全の観点から、綿密な報告・連絡・相談が必要と考えている。

そして先輩看護師が適時に新人看護師を支援するためには、【緊急度に応じた報告】、【高度治療のリスクをふまえた言動】が必要であり、支援の必要性を判断するためには、【業務遂行状況の報告】が求められる。クリティカルケア領域における医療事故を防ぐために、看護師は医師の指示内容が患者に適しているのかを患者のアセスメントと合わせて判断していたと三輪（2020, p.42）が示すように、重症度や緊急度の高い臨床現場において安全なケアを提供するためには、即時に患者の状況を把握しケア後の展開を予測する必要がある。そのため、アセスメントまで含めた適時的確な報告・連絡・相談を求めるのではないかと考える。

しかし新人看護師に限らずICUに配置転換して勤務経験の浅い看護師は、知識、技術、患者の病態や急変時の対応、アセスメントなどの様々な困難を感じていると報告されている（長山・白尾・野澤, 2011; 田口ほか, 2013）ように、ICUにおける知識や看護技術は、新人看護職員研修ガイドライン（厚生労働省, 2014）と比較しても高度である。富永（2015, p.73）は、「先輩看護師が経験から得た知識を活用することも、的確な判断を導く一手段である」と述べている。先輩看護師が自分の経験やアセスメントを含めて指導することで、経験の少ない新人看護師の看護実践能力を向上させ、リスクを予測し、安全な組織の運営につながると考える。

### 3. 組織全体の看護の質の向上を図る

新人看護師の独り立ちの判断基準である報告・連絡・相談に関して、これまでは具体的な行動レベルが示されていなかった。しかし、今回実践での場면을語ってもらうことで、先輩が求める報告・連絡・相談が具体例として言語化された。臨床判断能力の高い看護師は、実践モデルを示す

だけでなく、指導の中で思考プロセスや判断を言語化し説明することが、全体の臨床判断能力を向上させる（江口・明石, 2017, p.59）ので、先輩看護師はなぜ報告・連絡・相談が必要なのか、なぜこのような対処が必要と考えるのか理由があり指導しているが、そのことを言語化して新人看護師に伝える必要がある。

また一人前レベルの看護師であっても、患者の些細な変化を察知し異常の早期発見ができる能力、および多角的なアセスメント能力の必要性を感じているが、同時にアセスメントの困難さを認識している（阿部・鹿村・水田, 2020）ことが示されている。しかし、宮部ほか（2020, p.633）が新人教育の中心となり得る中堅看護師の教育力について、「中堅看護師が教育力を向上するには成人看護者へ看護実践モデルを示す経験を通して自らも学び成長している」と述べている。このように、言語化し説明する経験の積み重ねこそが、経験の少ない新人看護師が今後自分で判断して実践する能力を身につける手助けとなるだけでなく、中堅、一人前レベルの看護師の成長、ひいては看護の質を向上させ組織を成長させることにつながると考える。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、ICUの新人看護師が、一人の看護要員として自立するために必要な報告・連絡・相談の具体的な場面をとらえることができた。しかし、インタビューの対象が8名であるうえ、すべての場面をインタビューで収集することは困難であるため、本研究の結果だけで一般化することは困難である。また、事象が起きたときに記録されているわけではなく事後に聴取しているため、印象の強いものが事例として出やすいバイアスがある。加えて半構造的インタビューであるため、語りの多い参加者の意見が多く含まれている。今回の結果、各々の先輩看護師が新人看護師の自立に求めるレベルが明らかとなったため、それを統一し新人看護師に求めるレベルを示すことが必要である。そして、今後は本研究を基礎資料として教育ツールなどを作成し実用を目指すことで、効果的に新人教育を行うことが望まれる。

## 結 論

ICUに勤務する先輩看護師のインタビューを分析した結果、先輩看護師が新人看護師に求める報告・連絡・相談の実例は【状況理解に基づく積極的言動】、【緊急度に応じた報告】、【業務遂行状況の報告】、【メンバーシップに基づく言動】、【高度治療のリスクをふまえた言動】の5つのカテゴリで構成されることが示された。

## 謝 辞

本研究にご協力いただいた看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。なお本研究は大阪大学大学院医学系研究科博士前期課程論文を加筆、修正したものであり、結果の一部を2020年 East Asian Forum of Nursing Scholars および2020年日本集中治療医学会で発表した。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- 阿部香織, 鹿村真理子, 水田真由美 (2020). 一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識. *日本看護研究学会雑誌*, 43(4), 693-704.
- 江口秀子, 明石恵子 (2017). 救急部で勤務する看護師の臨床判断の実態および救急経験年数と所属施設の救急医療体制との関連. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 13(3), 49-60.
- 萩野美穂, 小澤三枝子 (2020). 新卒看護師・2年目看護師の病棟における報告・相談行動に影響する要因. *日本看護管理学会誌*, 24(1), 141-153.
- 左 雅美 (2011). 新人看護師の独り立ちに関する病棟スタッフの判断基準. *日本看護学会論文集：看護管理*, (41), 302-305.
- 今井多樹子, 池田敏子 (2015). ICU, CCU, および救命救急センターに配属される新人看護師に必要な基礎教育内容：テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から. *日本看護学教育学会誌*, 24(3), 39-50.
- 今井多樹子, 高瀬美由紀 (2017). 新人看護師の看護実践の質向上に資する職場の支援体制：KJ法による看護管理者の面接内容の構造化から. *日本職業・災害医学会会誌*, 65(3), 111-117.
- 紺野蘭子, 大下静香 (2009). 集中治療室における新人看護師の看護技術達成度：新人看護師の自己評価とコーチによる他者評価を用いて. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 11, 15-27.
- 厚生労働省 (2009). 新人看護研修の現状について. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0430-7b.pdf> (参照 2023年5月4日)
- 厚生労働省 (2014). 新人看護職員研修ガイドライン. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf) (参照 2023年5月4日)

- 久留島美紀子 (2004). 新人看護師が先輩看護師から受けた効果的な支援. *人間看護学研究*, (1), 39-42.
- 三輪晃子 (2020). クリティカルケア領域における看護師による医療事故の未然防止事例の検討. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 20, 35-43.
- 宮部明美, 鈴木玲子, 常盤文枝, 山口乃生子, 大場良子, 東口晴菜 (2020). 「中堅看護師の教育力」の概念分析. *日本看護科学会誌*, 40, 629-635.
- 長山有香理, 白尾久美子, 野澤明子 (2011). 集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難. *日本看護研究学会雑誌*, 34(1), 149-159.
- 日本集中治療医学会 (2019). 集中治療に携わる看護師のクリニカルラダーと実践例. [https://www.jsicm.org/news/upload/clinical\\_ladder201906\\_002.pdf](https://www.jsicm.org/news/upload/clinical_ladder201906_002.pdf) (参照 2023年5月4日)
- 日本集中治療医学会 (2022). 集中治療部設置のための指針. <https://www.jsicm.org/publication/ICU-kijun.html> (参照 2023年5月4日)
- 酒井美保, 太田真弓, 野澤美江子 (2016). 指導に携わる看護師からみた新人看護師の夜勤導入に必要な能力. *日本看護学会論文集：看護管理*, (46), 96-99.
- 隅田千絵, 細田泰子 (2016). 新人期看護師の看護コンピテンシーの向上に寄与する中堅期看護師からの支援. *日本医学看護学教育学会誌*, 25(1), 32-37.
- 田口智恵美, 佐藤まゆみ, 三枝香代子, 浅井美千代, 阿部恭子, 白鳥孝子, 広瀬由美子 (2013). 経験の浅いICU看護師が看護実践で感じる困難. *千葉看護学会会誌*, 19(1), 11-18.
- 高平明美, 水野裕子, 三島知晶, 阿部貴子, 山谷禎子, 松村佳絵, 田辺久美子 (2009). 新人看護師の夜勤導入における看護師長の判断基準. *日本看護学会論文集：看護管理*, (39), 78-80.
- 富永明子 (2015). 的確なアセスメントに向けたICU看護師の実践. *群馬県立県民健康科学大学紀要*, 10, 61-78.
- 上野和美, 竹本詩織, 藤井佐織, 吉中美夕紀, 向井亜祐美 (2021). 集中治療室に勤務する看護師が入職時の新人看護師に求める看護実践能力. *保健学研究*, 34, 11-20.
- 山田貴子, 藤内美保 (2015). 早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理のプロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 38(5), 41-51.
- 山本伊都子 (2017). ICU看護師が抱く看護実践に対する困難さと職務継続意思との関係. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 13(3), 71-82.

〔2023年7月2日受付〕  
〔2024年4月7日採用決定〕

# Reports, Contacts, and Consultations that Senior Nurses Working in Intensive Care Units Consider Necessary for Novice Nurses to Become Independent

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2024, 47(4), 863-870  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240407247>

Sachiko Imamura, RN<sup>1</sup>, Tomomi Tsujimoto, RN<sup>1</sup>,  
Makoto Fujii, PhD, RN<sup>1</sup>, Mayumi Nagayasu, RN<sup>2</sup>,  
Yuko Takeshita, RN<sup>1</sup>, Tomoko Inoue, PhD, RN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan

<sup>2</sup>Department of Nursing, School of Nursing, Hyogo Medical University, Hyogo, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to identify examples of reports, contacts, and consultations that senior nurses consider necessary for novice nurses to become independent in a hospital intensive care unit. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with eight senior nurses, and the results were analyzed qualitatively. **Results:** Five categories were extracted: proactive speech and action based on understanding the situation, reporting according to the level of urgency, reporting on the status of work execution, words and actions based on membership, and words and actions considering the risks of advanced treatment. **Conclusion:** Senior nurses asked for reports, contacts, and consultations, including assessments, to develop novice nurses' awareness as team members and guarantee medical safety. Regarding reports that include assessments deemed advanced for novice nurses, it was suggested that senior nurses' guidance, experiences, and assessments could help them improve their nursing skills. Senior nurses' verbalization of their experiences and assessments can improve nursing quality and organizational growth.

## Key words

novice nurse, preservice education, ICU

---

**Correspondence:** S. Imamura. Email: sachiko.i@sahs.med.osaka-u.ac.jp

# 卒業を控えた看護大学生の キャリア成熟と影響要因

日本看護研究学会雑誌  
2024, 47(4), 871-877  
©2024 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230921238>

山田加奈子, 竹下美恵子, 社本生衣  
岐阜大学医学部看護学科

## ■要旨

目的：卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟とその影響要因について明らかにする。方法：卒業を控えた看護大学生に対して、キャリア成熟とその影響要因について無記名自記式質問紙調査を実施した。結果：有効回答数228を分析対象とした。卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟得点の総合計の平均値は104.88±13.40（中央値105）であった。キャリア成熟の下位尺度は〈自律性〉の得点が最も高く、次いで〈関心性〉、〈計画性〉であった。社会人経験、相談相手や役割モデルの存在、インターンシップへの参加により、キャリア成熟得点の総合計は有意に高値であった。結論：卒業を控えた看護大学生は、看護職に関心を持ち、自律的に行動できていたが、看護師としての将来の展望を見据えられていない者もいることが示唆された。キャリア成熟に影響を与える要因は、相談相手や役割モデルの存在、インターンシップへの参加であった。

## ■キーワード

キャリア成熟, 看護大学生

責任著者：山田加奈子。Email: [yamada.kanako.g8@f.gifu-u.ac.jp](mailto:yamada.kanako.g8@f.gifu-u.ac.jp)

## 序 論

キャリアとは、人が生涯の中でさまざまな役割を果たす過程で、自らの役割の価値や自分と役割との関係を見だしていく連なりや積み重ね（文部科学省，2011，p.15）である。看護系大学は、優れた看護系人材の育成を使命としており、その学生の多くが、入学時に看護職としてのキャリアを選択し、看護基礎教育における演習や臨地実習で看護実践を経験していく中で、看護職としてキャリア発達を遂げていくと考える。

近年、少子化や大学の入学定員の拡大により、大学全入時代にあるといわれており、大学生の能力・適性や志向は多様化している（文部科学省，2008，pp.3-4）。看護大学生の入学動機は、“資格取得を目指して”や“人の役に立ちたいとの思いから”などがある一方で、“人に勧められた”“本当にやりたい職業に関する大学等の進学をあきらめた”“何となく”といった消極的なものがあることも報告されている（大鳥・福島，2017，p.64）。看護大学生の中には、看護基礎教育の過密なカリキュラムや専門的知識の多さ、臨地実習で現実の厳しさを知り、看護職としてのキャリア選択に戸惑い悩む学生も少なくない。特に消極的な志望動機で入学した看護大学生には、主体的に自身の

キャリア形成を考えるための支援が必要であると考え。そのためには、看護大学生のキャリアに対する捉え方について現状を明らかにする必要がある。

坂柳は「キャリアの選択・決定やその後の適応への個人のレディネスないし取り組み姿勢」をキャリア成熟と定義し、尺度開発を行い数量化した（1996，p.9）。また、キャリア成熟と職業生活満足度の関連から、キャリア成熟が高い者は、より職業に適応的であることを明らかにしている（坂柳，1999，pp.120-121）。看護大学生が、4年間の講義や臨地実習、他者との関わりの中で、看護職としてのキャリア成熟をどの程度高めて卒業を迎えるか明らかにすることは、看護基礎教育におけるキャリア教育の一資料となる。また、キャリア成熟の影響要因を明らかにすることで、支援の助けになると考える。

さらに、キャリア成熟は職場適応と関連があるとされており、キャリア成熟を高めることは、職場適応を進め、職業継続へとつながると考える。学生から労働者へと役割が変化する時期のキャリア成熟を明らかにすることは、看護職に就いた後の支援にとっても有用な一資料となると考える。

## I. 研究の目的

本研究の目的は、卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟と影響要因について明らかにすることである。

## II. 用語の操作的定義

### 1. キャリア

本研究では「看護職を自分の役割の一つと捉え、人生の中に位置づけ価値を見いだすこと」とする。

### 2. キャリア成熟

本研究では、坂柳が定義した、「キャリアの選択・決定やその後の適応への個人のレディネスないし取り組み姿勢」(1996, p.9) とする。

### 3. 卒業を控えた看護大学生

本研究では、専門領域別臨地実習をすべて終了した看護大学の4年生とする。専門領域別臨地実習を終了しているということは、専門分野の知識・技術・態度の統合を図りつつ、看護実践力の基盤を修得し、看護師になるための用意を整えている過程にあると考える。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

横断的な量的記述的研究

### 2. 研究対象者

所属長より研究同意が得られたA地方の看護大学5校に在籍する、専門領域別臨地実習を終えた4年生を対象とした。5校のうち3校は統合実習を終了していた。なお、研究対象者が所属する看護大学は、卒業後の医療機関への就職率が93～97%であった。

### 3. データ収集方法

2018年6～10月の期間に無記名自記式質問紙調査法で行い、質問紙の回収は留め置き法とした。

### 4. 調査内容

#### (1) キャリア成熟

坂柳が大学生のキャリア成熟を測定するために作成し、十分な信頼性および妥当性が確認されているキャリア・レディネス尺度(1996, p.10)を用いた。キャリア・レディネス尺度は、〈関心性；自己のキャリアに対して積極的な関心を持っているか〉〈自律性；自己のキャリアへの取り

組み姿勢が自律的であるか〉〈計画性；自己のキャリアに対して、将来展望を持ち計画的であるか〉の3つの下位尺度による態度特性がある。本研究では、以下下位尺度を〈関心性〉〈自律性〉〈計画性〉とした。「1点：全くあてはまらない」「2点：あまりあてはまらない」「3点：どちらとも言えない」「4点：ややあてはまる」「5点：とてもよくあてはまる」の5段階評定法を用い、合計得点を算出した。合計得点が高いほどキャリア成熟が高いことを示す。なお、坂柳の信頼性の検討ではCronbachの $\alpha$ 係数は、キャリア・レディネス尺度全体0.911、〈関心性〉0.841、〈自律性〉0.803、〈計画性〉0.832であった。

#### (2) キャリア成熟へ影響を与える要因

看護大学生のキャリア発達は、看護職として就業しても継続していく。看護大学生を対象としてキャリア成熟へ影響する要因を明らかにした文献はなかったため、看護師のキャリア成熟へ影響する要因を明らかにしている先行研究(山田・竹下, 2021, p.226)から、職場内での支援や労働条件、就業後の影響要因を除いた、【社会人経験の有無】【相談相手の有無】【憧れや理想とする看護師の有無】【インターンシップへの参加の有無】を質問項目とした。

### 5. 分析方法

統計ソフトIBM SPSS Statistics Ver. 23 for Windowsを使用し記述統計量を算出し、キャリア成熟へ影響を与える要因の有無によりキャリア成熟得点を比較した。なお、回答に正規性が認められなかったため、キャリア・レディネス尺度の下位尺度間の比較はFriedman's検定と多重比較、キャリア成熟へ影響を与える要因の有無による比較はMann-WhitneyのU検定を用い、有意水準は5%とした。

### 6. 倫理的配慮

岐阜大学大学院医学系研究科医学研究等倫理審査小委員会の審査・承認を得た(承認番号：30-099)。調査対象者へは、本研究の趣旨、方法、データの取り扱い、プライバシー・個人情報保護について文書で提示し、自由意思による研究協力への承諾を得た。質問紙は無記名とし、匿名性を確保した。既存の尺度であるため、尺度開発者に文書で研究概要を説明し使用許可を得て使用し、知的財産へ配慮した。

## IV. 結果

### 1. 卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟得点(図1)

調査用紙は401部配布し、回収数は269(回収率67.08%)、有効回答数は228(84.76%)であった。

卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟得点の総合計の

平均値は104.88 (SD=13.40), 中央値は105であった。下位尺度〈関心性〉の平均値は35.97 (SD=5.23), 中央値は36, 〈自律性〉の平均値は36.54 (SD=4.24), 中央値は37, 〈計画性〉の平均値は32.37 (SD=5.75), 中央値は33であった。下位尺度間の比較では, 〈関心性〉〈自律性〉は, 〈計画性〉より有意に高い得点であった。

2. キャリア成熟へ影響を与える要因 (表1)

社会人経験の有無による比較では, 社会人経験がある学生は8名 (3.5%) であった。キャリア成熟得点の総合計, キャリア成熟〈計画性〉において社会人経験がある群は有意に高い得点を示した。

相談相手の存在の有無による比較では, 相談相手がいる看護大学生は222名 (97.37%) であった。相談相手について複数回答を得た結果, 家族が最も多く, 次いで友人, 教員, 先輩であった。その他の相談相手として, 恋人・知人 (バイト先の人) との回答があった。キャリア成熟得点の総合計, キャリア成熟〈関心性〉において相談相手がいる群は低い群に比べ有意に高い得点を示した。

憧れや理想とする看護師の有無による比較では, 憧れや理想とする看護師がいる看護大学生は137名 (60.09%) であった。憧れや理想とする看護師は, 臨床で出会った看護師が最も多く, 次いで臨床実習指導者, その他, 教員, TVや漫画の登場人物であった。その他には, 母親・姉・いとこ・先輩などの回答があった。キャリア成熟得点の総合計, キャリア成熟〈関心性〉, キャリア成熟〈自律性〉, キャリア成熟〈計画性〉すべてにおいて, 憧れや理想とする看護師がいる群は低い群と比較して, 有意に得点が高

かった。

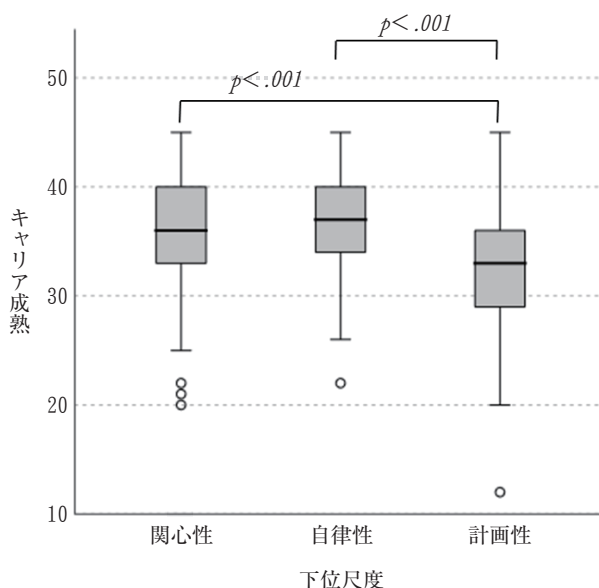
インターンシップ参加の有無による比較では, インターンシップに参加したことがある看護大学生は174名 (76.32%) であった。キャリア成熟得点の総合計, キャリア成熟〈関心性〉, キャリア成熟〈計画性〉において, インターンシップの経験がある群は低い群に比べ有意に得点が高かった。

V. 考 察

1. 卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟

久司が看護大学1・2年生を対象とした先行研究 (2017, pp.59-60) と比較すると, 本研究対象の看護大学4年生のキャリア成熟得点は高値であった。看護専門学生を対象とした先行研究において, キャリア成熟は職業的アイデンティティと正の相関があることが明らかにされている (田中・鮎川・山口・永田, 2014, p.100)。この, 職業的アイデンティティは, 臨床実習での達成感により高められることが報告されている (清水・古株・本田・川端・玉川, 2015, p.4)。これらのことから, 今回の調査の対象である4年生は, すでに専門領域別臨床実習を終了しており, 臨床実習を通して職業的アイデンティティが高まったため, キャリア成熟得点が1・2年生より高値となったと推察される。

また, 久司は因子得点の中央値は〈関心性〉, 〈自律性〉, 〈計画性〉の順に高かったと報告している (2017, pp.59-60) が, 今回の調査では〈関心性〉, 〈自律性〉が〈計画性〉より有意に高値であった。看護大学4年生は, 臨床実習の経



Friedman's検定と多重比較の結果を示す

図1 卒業を控えた看護大学生228名のキャリア成熟得点 (下位尺度)

表1 キャリア成熟へ影響を与える要因によるキャリア成熟得点の比較

社会人経験	総合計				関心性				キャリア成熟				自律性				計画性				
	あり	なし	いる	いない	n ( % )	平均 ± SD	中央値	ρ	平均 ± SD	中央値	ρ	平均 ± SD	中央値	ρ	平均 ± SD	中央値	ρ	平均 ± SD	中央値	ρ	
あり	なし	いる	いない	8 ( 3.5088 )	114.63 ± 11.15	117.50	.029	39.13 ± 3.87	39.00	.065	38.88 ± 4.79	40.50	.102	36.63 ± 11.70	38.00	.018					
				220 ( 96.49 )	104.52 ± 13.36	104.50	.030	35.85 ± 5.24	36.00	.036	36.45 ± 4.20	37.00	.065	32.21 ± 5.76	32.50	.099					
				222 ( 97.37 )	105.14 ± 13.47	105.00	.009	36.06 ± 5.25	36.00	.024	36.63 ± 4.22	37.00	.106	32.45 ± 5.79	33.00	.015					
				6 ( 2.6316 )	95.17 ± 13.47	95.50	.001	32.50 ± 2.88	32.50	.012	33.33 ± 3.72	34.50	.001	29.33 ± 2.50	29.50	.002					
					185 ( 81.14 )	105.82 ± 13.38	107.00	.009	36.30 ± 5.21	37.00	.024	36.76 ± 4.19	37.00	.106	32.76 ± 5.76	33.00	.015				
					43 ( 18.86 )	100.84 ± 12.87	99.00	.001	34.56 ± 5.14	34.00	.012	35.60 ± 4.34	36.00	.001	30.67 ± 5.45	30.00	.002				
					181 ( 79.39 )	106.44 ± 12.98	107.00	.008	36.40 ± 5.09	37.00	.037	37.06 ± 4.05	37.00	.041	32.98 ± 5.70	34.00	.005				
					47 ( 20.61 )	98.85 ± 13.41	98.00	.611	34.42 ± 5.48	35.00	.885	34.53 ± 4.40	34.00	.941	30.00 ± 5.35	31.00	.151				
					61 ( 26.75 )	109.03 ± 12.72	108.00	.001	37.30 ± 4.43	38.00	.008	37.64 ± 3.82	38.00	.001	34.10 ± 6.02	35.00	.005				
					167 ( 73.25 )	103.36 ± 13.36	103.00	.008	35.49 ± 5.42	36.00	.611	36.14 ± 4.32	37.00	.941	31.73 ± 5.53	32.00	.005				
					39 ( 17.11 )	106.31 ± 12.88	106.00	.001	35.95 ± 4.97	37.00	.885	36.67 ± 4.35	37.00	.941	33.69 ± 5.33	34.00	.151				
					189 ( 82.89 )	104.58 ± 13.52	104.00	.001	35.97 ± 5.29	36.00	.001	36.51 ± 4.22	37.00	.001	32.10 ± 5.81	32.00	.002				
					137 ( 60.09 )	108.20 ± 12.30	109.00	.001	37.18 ± 4.57	38.00	.001	37.44 ± 3.99	37.00	.001	33.58 ± 5.57	34.00	.001				
					91 ( 39.91 )	99.87 ± 13.50	99.00	.009	34.14 ± 5.63	34.00	.009	35.19 ± 4.26	35.00	.059	30.54 ± 5.55	30.00	.017				
					86 ( 37.72 )	107.95 ± 12.07	108.00	.009	37.14 ± 4.41	37.00	.009	37.29 ± 3.82	37.00	.059	33.52 ± 5.61	34.00	.017				
					142 ( 62.28 )	103.01 ± 13.85	102.50	.002	35.26 ± 5.57	35.00	.002	36.08 ± 4.42	36.50	.031	31.67 ± 5.74	32.00	.003				
					48 ( 21.05 )	110.17 ± 13.19	111.00	.004	38.10 ± 4.55	39.00	.004	37.58 ± 4.82	38.00	.005	34.48 ± 5.91	35.00	.022				
					180 ( 78.95 )	103.47 ± 13.14	103.00	.004	35.40 ± 5.26	36.00	.004	36.26 ± 4.04	36.00	.005	31.81 ± 5.59	32.00	.378				
					23 ( 10.09 )	112.17 ± 11.36	115.00	.731	38.39 ± 4.30	39.00	.731	38.91 ± 3.33	39.00	.165	34.87 ± 5.90	35.00	.002				
					205 ( 89.91 )	104.06 ± 13.39	104.00	.001	35.70 ± 5.26	36.00	.001	36.27 ± 4.25	36.00	.001	32.09 ± 5.68	32.00	.002				
					13 ( 5.70 )	106.31 ± 10.39	106.00	.001	36.23 ± 4.82	36.00	.001	36.38 ± 3.43	37.00	.001	33.69 ± 4.31	35.00	.378				
					215 ( 94.30 )	104.79 ± 13.58	105.00	.001	35.95 ± 5.26	36.00	.001	36.55 ± 4.29	37.00	.001	32.29 ± 5.82	33.00	.002				
					174 ( 76.32 )	106.74 ± 12.07	106.50	.001	36.85 ± 4.39	37.00	.001	36.82 ± 4.03	37.00	.001	33.06 ± 5.39	33.00	.002				
					54 ( 23.68 )	98.89 ± 15.67	97.00	.001	33.13 ± 6.59	34.00	.001	35.63 ± 4.77	36.00	.001	30.13 ± 6.32	30.00	.002				

Mann-WhitneyのU検定の結果を示す

験や就職活動などを通して、看護師への〈関心性〉が高まり、能動的かつ主体的な〈自律性〉を身につけたと考える。尺度を開発した坂柳は、〈計画性〉とは自己のキャリアに対して、将来展望を持ち計画的であるかといった態度特性だとしている(1996, p.10)。本研究対象の卒業を控えた看護大学生は〈関心性〉や〈自律性〉に比べて〈計画性〉が低かったことから、看護基礎教育において将来の自己の職業展望をイメージし目標に向けて進めることができるキャリア教育の必要性が示唆された。また野口(2020, p.34)は、病院で勤務する1年以上5年未満の看護師を対象とした研究で、キャリア成熟の〈計画性〉が職業継続の確率を高めると報告している。つまり、卒業を控えた看護大学生がキャリア成熟の〈計画性〉を高めておくことは、卒業後に看護職として働き始めた後の離職予防のためにも重要である。そのため、卒業時の看護大学生のキャリア成熟の特徴を新卒看護師の教育担当者が理解しておくことに意味があると考える。

## 2. キャリア成熟へ影響を与える要因

社会人経験の有無による比較では、4年間の教育課程を通して、看護職に対する関心やキャリアに対する自律的な姿勢は社会人経験の有無による差はなかった。一方で吉川・田中は、社会人学生は前職に対し不満や限界を感じ、迷いながらも将来を長期的に見据えてキャリア変更をしていると述べている(2011, p.75)。つまり、長期的にキャリアを見据え行動している社会人経験のある学生の方がよりキャリア成熟〈計画性〉が高かったと考える。

相談相手の存在の有無による比較では、ソーシャルサポート(相談相手)の存在は、看護師と同様に看護大学生のキャリア成熟と関連があった。風間・山下は、女子学生の進路決定の確信度と柔軟性に影響する要因としてのソーシャルサポートに関する研究で、ともに友人や教員が情緒的あるいは道具的サポートの役割を果たしており、特に教員は進路決定をより確固たるものとし曖昧さを排除するよう学生を方向づける役割を果たしていると述べている(2016, p.23)。看護大学生にとって友人や看護教員は身近な存在であり、悩みを打ち明けると助言が得られ、具体的な手立てを示し看護職としてのキャリア成熟を高める存在であると考えられた。

憧れや理想とする看護師の有無による比較では、看護師と同様に看護大学生にとっても憧れや理想とする看護師(役割モデル)の存在は、キャリア成熟と関連があることが明らかになった。役割モデルの存在は目指すべき姿を具体化することにつながり、キャリア成熟を促す上で重要な役割を果たすことが明らかにされている(小手川他, 2010, p.22)。看護大学生が役割モデルとして捉えキャリ

ア成熟と関連がある存在が、教員や臨地実習指導者であったことは、授業や臨地実習で身近にまた密接に関わる看護師であり、その考えや看護に触れる中で憧れや理想とする看護師となったためだと考える。一方で、TVや漫画の主人公が役割モデルとしてキャリア成熟と関連がなかったのは、この時期の看護大学生にとって目指すべき姿を具体化するにはリアリティに欠けるからではないかと考える。

インターンシップ参加の有無による比較では、キャリア成熟〈自律性〉に有意差がみられなかった。これは、寺田が大学生を対象とした研究で、インターンシップ参加はキャリア成熟の低位尺度すべてを高める(2015, p.133)とした報告と異なる結果であった。インターンシップへの参加は、興味関心のある病院や領域で職場体験を行うものであり、自己のキャリアへの関心として〈関心性〉や就職を見据えて職業展望である〈計画性〉の高さと関連があったと考える。一方で、キャリア成熟〈自律性〉は、〈関心性〉とは有意差がないものの、〈計画性〉より有意に高値であったことから、キャリア成熟〈自律性〉を高める要因が他にあることが示唆された。

同様に、相談相手の有無・役割モデルの有無において、その対象によっては、キャリア成熟〈自律性〉にのみ有意な差がみられない項目が複数みられた。初期キャリア看護師を対象とした先行研究で、職場のソーシャルサポートがキャリア成熟〈自律性〉と関連しているが明らかにされている(加納・津本・内田, 2016)ことから、キャリア成熟〈自律性〉と関連する相談相手や役割モデルは、身近な看護職であることが必要であると考えられる。さらに、自己教育力や自己効力感がキャリア成熟〈自律性〉と関連があることが明らかにされていることから、外的要因だけでなく内的要因に関しても今後検討していく必要がある。

## 本研究の限界と課題

本研究は卒業を控えた看護大学生の横断研究であり、キャリア成熟と関連する要因を明らかにするに留まっているため、今後看護大学生のキャリア成熟が、入学後にどのような変化を遂げるのか縦断的調査を行うとともに、その成熟過程に影響を与える要因を明らかにすることが必要であると考える。

また、看護職になることを前提とし、その後の職場適応と関連があるキャリア成熟に着目し調査を行ったが、看護職以外を希望した学生が含まれていた可能性も否定できない。多様な進路を希望する看護大学生もいるため、今後は対象を限定し調査を行うとともに、看護職以外を希望する看護大学生のキャリア教育についても検討が必要である。



## 結 語

卒業を控えた看護大学生のキャリア成熟は、〈関心性：自己のキャリアに対して積極的な関心を持っているか〉・〈自律性：自己のキャリアへの取り組み姿勢が自律的であるか〉が高く、その2つに比べて〈計画性：自己のキャリアに対して、将来展望を持ち計画的であるか〉が低い傾向にあった。

また、看護大学生のキャリア成熟の影響要因として、相談相手や役割モデルの存在、インターンシップへの参加が明らかになった。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、お忙しい中ご協力くださいました看護大学生の皆様、全ての関係者の皆様に感謝申し上げます。本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文を加筆・修正したものであり、内容の一部を日本看護研究学会第46回学術集会において発表した。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

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

## 文 献

- 加納さえ子, 津本優子, 内田宏美 (2016). 初期キャリア看護師の職業キャリア成熟度と背景要因. *島根大学医学部紀要*, 38, 63-73.
- 風間文明, 山下倫実 (2016). 女子大学生の就職活動における進路決定の確信度と柔軟性に影響する要因：自己効力感とソーシャルサポートに着目して. *十文字学園女子大学紀要*, 47, 15-24.
- 小手川良江, 本田多美枝, 阿部オリエ, 本田由美, 寺門とも子, 八尋万智子 (2010). 看護師の「職業キャリア成熟」に影響する要因. *日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report*, 9, 15-25.

- 久司一葉 (2017). 看護大学生のキャリア成熟に関する研究. *金沢医科大学教養論文集*, 44, 57-63.
- 文部科学省 (2008年). 学士課程教育の構築に向けて (審議のまとめ). [http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2013/05/13/1212958\\_001.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2013/05/13/1212958_001.pdf) (参照 2019年 6月 22日)
- 文部科学省 (2011). 中学校キャリア教育の手引き 第1章 キャリア教育とは何か. [https://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/\\_icsFiles/afieldfile/2011/06/16/1306818\\_04.pdf](https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2011/06/16/1306818_04.pdf) (参照 2022年 2月28日)
- 野口久美子 (2020). 職業キャリア成熟からみた職業継続に関する研究：病院で勤務する1年以上5年未満の看護師に焦点をあてて. *帝京大学福岡医療技術学部紀要*, 15, 29-37.
- 大鳥和子, 福島和代 (2017). 看護大学生の職業志望動機とストレス. *心身健康科学*, 13(2), 62-71.
- 坂柳恒夫 (1996). 大学生のキャリア成熟に関する研究：キャリア・レディネス尺度 (CRS) の信頼性と妥当性の検討. *愛知教育大学教科教育センター研究報告*, 20, 9-18.
- 坂柳恒夫 (1999). 成人キャリア成熟尺度 (ACMS) の信頼性と妥当性の検討. *愛知教育大学研究報告. 教育科学*, 48, 115-122.
- 清水美恵, 古株ひろみ, 本田可奈子, 川端智子, 玉川あゆみ (2015). 看護学生の志望動機と実習達成感, 看護職の職業的アイデンティティとの関係. *人間看護学研究*, 13, 1-7.
- 田中里美, 鮎川まさよ, 山口愛, 永田弓枝 (2014). 新卒看護師の離職と看護基礎教育との関連：看護学生のキャリア成熟と職業的アイデンティティに着目して. *国際ナショナル Nursing Care Research*, 13(4), 95-104.
- 寺田未来 (2015). インターンシップへの参加がキャリア成熟と問題解決能力の変化に及ぼす影響. *大手前大学論集*, 16, 125-138.
- 山田加奈子, 竹下美恵子 (2021). キャリア成熟への影響要因に関する文献検討：看護職及び看護学生を対象として. *教育医学*, 66(3), 220-229.
- 吉川浩美, 田中奈緒子 (2011). 成人初期女性のキャリア変更過程：社会人経験を経て大学・大学院に再入学した女性を対象に. *昭和女子大学生生活心理研究所紀要*, 13, 69-78.

〔2023年3月28日受付〕  
〔2023年9月21日採用決定〕

# Career Maturity and Influential Factors among Nursing Students on the Verge of Graduation

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2024, 47(4), 871-877  
©2024 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230921238>

Kanako Yamada, MSN, RN, Mieko Takeshita, PhD, RN,  
Ikue Shamoto, PhD, RN  
Gifu University, Gifu, Japan

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to delineate the levels of career maturity among nursing students nearing graduation and explore the factors influencing it. **Methods:** An anonymous, self-administered questionnaire-based survey on career maturity and its influencing factors was conducted nearing the graduation of nursing university. **Results:** A total of 228 valid responses were analyzed. The respondents achieved an average career maturity score of  $104.88 \pm 13.40$  (median: 105). Among the career maturity subscales, “autonomy” garnered the highest score, followed by “interest” and “planning.” The career maturity total scores increased significantly with work experience, the presence of a mentor or role model, and participation in an internship. **Conclusions:** Although students were interested in the nursing profession and could act autonomously, some of them harbored reservations about their prospects as nurses. The presence of a mentor or role model, along with participation in internships, emerged as pivotal factors influencing nursing students’ career maturity.

## Key words

career maturity, undergraduate nursing students

---

**Correspondence:** K. Yamada. Email: [yamada.kanako.g8@f.gifu-u.ac.jp](mailto:yamada.kanako.g8@f.gifu-u.ac.jp)



一般社団法人  
**日本 看護 研究 学会**  
**会報**

第 128 号

(2024年10月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 2022年度第4回理事会 議事録	1
一般社団法人日本看護研究学会 2022年度第2回臨時理事会 議事録	7
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第1回理事会 議事録	8
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度定時社員総会 議事録	13
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第2回理事会 議事録	15
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度会員総会 議事録	20
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第1回臨時理事会 議事録	23
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第3回理事会 議事録	24
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第2回臨時理事会 議事録	29
一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第3回臨時理事会 議事録	30

一般社団法人日本看護研究学会  
 2022年度第4回理事会 議事録

日 時：2023年2月21日（火）18：00～21：00

会 場：オンライン会議システム（Zoom）によるオンライン会議

出席者（敬称略）：

理事長：浅野みどり，副理事長：安藤詳子，前田ひとみ

理 事：遠藤みどり，岡山久代，勝山貴美子，叶谷由佳，小松万喜子，佐伯由香，  
 佐藤正美，塩飽仁，中西純子，長谷川真澄，布施淳子，法橋尚宏，三橋睦子，  
 森千鶴，矢野理香，山勢博彰，若村智子

監 事：稲垣美智子

欠席者（敬称略）：

理 事：宇佐美しおり，作田裕美

監 事：任和子

陪 席（敬称略）：

竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 浅野みどり

- 資料：01 会員数の動向  
 02 和文誌編集委員会資料  
 03 英文誌編集委員会資料  
 04 看保連ワーキング資料  
 05 実践研究活動推進ワーキング資料

- 06 渉外担当報告
  - 07 第49回学術集会資料
  - 08 2023年度奨学金受給者候補理事会報告書
  - 09 2022年度学会賞・奨励賞推薦書類
  - 10 2022JNSNR大規模災害支援事業（コロナ禍編 理事会選考資料）
  - 11 大学院生対象の研究助成について
  - 12 研究チーム支援事業に関する規程と申請書について
  - 13 JNSNR 将来構想事業基金（仮）について
  - 14 2022年度事業報告・2023年度事業計画
  - 15-1 2023年度予算案（各委員会提出分）
  - 15-2 2023年度予算案
  - 15-3 ガリレオ価格改定のお知らせ
  - 16 学術集会一覧
  - 17 名誉会員推薦内規
  - 18 入会申込理事会承認
- 番号なし 2022年度第3回理事会議事録

浅野みどり理事長挨拶

## 1. 議事録の確認

2022年度第3回理事会議事録が承認された。

## 2. 報告事項

### 1) 会員数の動向（資料1）（前田副理事長）

資料に基づき、会員数の動向について報告された。

### 2) 委員会報告

#### (1) 和文誌編集委員会（資料2）（委員長 佐伯理事）

佐伯理事より、資料に基づき、学会雑誌第45巻の編集進捗状況について説明があった。2022年度の投稿数は2月13日現在75本である。

#### (2) 英文誌編集委員会（資料3）（委員長 法橋理事）

法橋理事より、資料に基づき、*JINR*の編集進捗状況について説明があった。AEが不足しているので、推薦があれば申し出てくれるよう依頼があった。

PubMedへの掲載は来年の予定である。Volume2, Number2を8月頃に発行する予定であるが、1号追加すると、費用が13万円くらい増加となる。

2月19日開催の英文誌編集委員会企画セミナーについて、当初定員を大きく超える参加があった。後日、*JINR*にスペシャルレポートとして掲載の予定である。

## (3) 奨学会委員会 (委員長 小松理事)

小松理事より、1月9日に委員会を開催し、2023年度奨学会研究募集に応募があった5件について審査し2件を推薦すること、また、大学院生に対する研究助成のあり方について検討を行ったことが報告された。

## (4) 学会賞・奨励賞委員会 (委員長 長谷川理事)

長谷川理事より、1月9日に委員会を開催し、2022年度学会賞・奨励賞について審議を行ったこと、また、英文学会誌掲載論文の表彰についても検討を行ったことが報告された。

## (5) 将来構想委員会 (委員長 浅野理事長)

浅野理事長より、月に1回程度オンライン会議を開催し、基金の件等について検討を行っていることが報告された。

## (6) 研究倫理委員会 (資料5) (委員長 森理事)

森理事より、第49回学術集会にて交流集会を開催予定であることが、報告された。講師は、宮坂道夫氏(新潟大学 教授)で、テーマは「看護研究の倫理-研究者のマナー」とする。講演に先立ち、ウェブ上のアンケートで、会員から研究倫理に関する困ったことや、講演で知りたいことなどの意見を募る。

## (7) 国際活動推進委員会 (委員長 若村理事)

若村理事より、オンラインでの会議を定期的で開催していること、国際活動の現状とニーズに関する実態調査の結果をNLで報告し、学会誌にも投稿予定であることが報告された。

## (8) 大規模災害支援事業委員会 (委員長 中西理事)

中西理事より、コロナ禍での困窮者を対象とした支援募集で16件の応募があったことが報告された。

## (9) 広報委員会 (委員長 塩飽理事)

塩飽理事より、前回の理事会以降、NL第7号を始め、ウェブサイトでの広報を6件行ったことが報告された。

## (10) 看保連ワーキング (資料4) (ワーキング長 叶谷理事)

叶谷理事より、1月6日に診療報酬体系等のあり方検討会が開催され、出席した旨の報告があった。本会からは小児関連で「医療的ケア児の主治医と訪問看護の連携(仮称)の新設」と「医療的ケア児の居宅外訪問の新設」の2件の要望を提出している。また、日本老年看護学会と日本看護リハビリテーション学会と連携して「せん妄予防の取り組みへの評価」についての要望を提出した。別途、周術期の看護のケアについて、日本手術看護学会と連携して要望の検討を進めている。

## (11) 実践研究活動推進ワーキング (資料5) (ワーキング長 佐藤理事)

佐藤理事より、12月13日に「仲間と研究をつなごう会」を開催したこと、また、次回は3月14日に開催の予定である旨の報告があった。

## (12) 50周年記念事業ワーキング (ワーキング長 安藤副理事長)

安藤副理事長より、50周年に向けて稼働中であること、詳細は、資料14を参照してほしい旨報告があった。

## 3) 関連会議（資料6）（安藤副理事長）

- ①日本看護系学会協議会
- ②日本看護系学会協議会 災害看護連携会議
- ③看護系学会等社会保険連合
- ④日本学術会議

安藤副理事長より、資料6に基づき、主に審議を要した案件について報告があった。

## 4) 第49回学術集会について（資料7）（叶谷第49回学術集会会長）

叶谷学術集会会長より、現在、演題募集中であること、委員会企画を予定している委員会については、2月28日までに申し出をして欲しい旨、報告があった。

## 5) 地方会の活動について

若村理事より、地方会銀行口座の名義変更の手続が煩雑であることについて、情報共有があった。

## 6) その他

特になし。

## 3. 審議事項

## 1) 2023年度奨学会奨学金授与について（資料8）（奨学会委員会委員長 小松理事）

小松理事より資料に基づき説明があり、奨学金受給候補者として初治沙矢香氏、徳島佐由美氏の2名が承認された。

今回応募があった5件は、すべて教育機関の所属であった。

## 2) 2022年度学会賞・奨励賞推薦について（資料9）（学会賞・奨励賞委員会委員長 長谷川理事）

長谷川理事より、学会賞1名、奨励賞5論文について推薦があり、異議なく承認された。

また、現行の申請・推薦書類について、過去の規程に基づいた書類となっていると考えられることから、現在の規程に合わせた書類に変更するとともに、不要な個人情報の記載を廃することなどを委員会で検討していくことが承認された。今後は、英文学会誌掲載論文についても学会賞・奨励賞の表彰対象とすることの検討も進めていく。

過去の学会賞・奨励賞受賞者が、学会ウェブサイトに掲載されていないが、掲載することとし、広報委員会にて準備を進める。

## 3) 2022年度大規模災害支援事業について（資料10）（大規模災害支援事業委員会委員長 中西理事）

中西理事より、資料に基づき、コロナ禍支援として16件160万円の支援が提案され、異議なく承認された。

## 4) 大学院生を対象とした研究助成について（資料11）（奨学会委員会委員長 小松理事）

小松理事より、資料に基づき、大学院生を対象とした研究助成制度について検討事項が提示され、現

行の奨学会奨学金制度を研究助成制度に変更する方向で検討することで、承認された。大学院生の資格条件、助成金額について委員会で検討していくこととする。

5) 研究チーム支援事業に関する規程と申請書について (資料12) (実践研究活動推進ワーキング ワーキング長 佐藤理事)

佐藤理事より、資料に基づき、規程と申請書について説明があった。

規程のなかで、「実践研究活動」および、「研究チーム」の定義を具体的に示す必要があるのではないか、との意見が提示され、

若村理事より、「実践研究活動」とは、看護研究の質の向上に資する研究活動を指し、それを行っているチームを支援することを目的としている旨の説明があった。

今年度、対象となるチームがあればトライアルで実績を作り、状況をみながら規程案、申請書を修正していくことで承認された。

6) 将来構想事業基金 (仮) について (資料13) (浅野理事長)

浅野理事長より、資料を基に規程案の説明があった。

理事会後、メール等で意見交換することとし、継続審議とする。

予算は2千万円を想定しているが、学会全体の予算案を勘案して今後、検討していく。

7) 2022年度事業報告について (資料14)

8) 2023年度事業案について (資料14)

資料に基づき、各委員会委員長より、2022年度事業報告、2023年度事業案について説明があり、異議なく承認された。

9) 2023年度予算案について (資料15) (会計担当委員長 布施理事)

資料に基づき、布施理事より説明があった。

現状、各委員会から提出された2023年度予算案と前年度の予算案を元に作成しているが、2022年度決算確定後に、最終の予算案を作成し、理事会に諮ることとなる。意見、修正があれば、会計担当理事または、事務局に申し出ること。

また、事務局業務委託先のガリレオ社から2023年4月からのサービス価格改定 (個人情報保全管理費の追加) について説明があり、承認された。個人情報保全管理費は、会員情報管理システムで保有している個人情報数によって金額が変動するため、退会後の会員情報をどれくらいの期間保有すべきかを、今後検討する必要がある。浅野理事長より、会員情報の保有期間等について意見があればメールで申し出て欲しい旨の依頼があった。

10) 第53回学術集會会長推薦について (資料16)

浅野理事長より、推薦があれば申し出て欲しい旨の依頼があった。



## 11) 名誉会員の推薦について (資料17)

推薦基準を満たしている，深井喜代子氏，宮腰由紀子氏の2名を推薦することで承認された。

## 12) 選挙管理委員会委員の選出について

選挙管理委員は，評議員の互選により選出されることとなっている。推薦があれば，申し出てくれるよう浅野理事長より依頼があった。

## 13) その他

## ①入会申込理事会承認 (資料18)

入会申込者74名について異議なく承認された。

## ②2023年度 理事会，社員総会，会員総会日程および開催方式について

2023年度第1回理事会は対面（オンライン併用）で開催し，同日午後には，オンラインで評議員意見交換会を開催することで調整することとなった。社員総会については，オンラインシステムを使用した書面表決とする。会員総会については，第49回学術集會会期中にライブ配信にて報告を行うが，議決については，オンラインによる書面表決とする。

## ③トルコ・シリア大地震への支援（寄付）について

寄付を行うことについて承認された。寄付先，金額については，後日浅野理事長より提案のうえ，書面理事会に諮ることとする。

## 一般社団法人日本看護研究学会 2022年度第2回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2023年3月13日（月） ※本理事会の決議があったとみなされる日

会 場：書面による

出席者：【理事】浅野みどり理事長，安藤詳子副理事長，前田ひとみ副理事長，宇佐美しおり理事，遠藤みどり理事，岡山久代理事，勝山貴美子理事，叶谷由佳理事，小松万喜子理事，佐伯由香理事，作田裕美理事，佐藤正美理事，塩飽仁理事，中西純子理事，長谷川真澄理事，布施淳子理事，法橋尚宏理事，三橋睦子理事，森千鶴理事，矢野理香理事，山勢博彰理事，若村智子理事

【監事】稲垣美智子監事，任和子監事

議 案：

第1号 トルコ・シリア大地震への支援について、UNHCRを通じて、100万円の寄付をすることを承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：矢野理香

## 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第1回理事会 議事録

日 時：2023年5月28日（日）10：00～12：30

会 場：AP浜松町 Gルーム

〒105-0011 東京都港区芝公園2丁目4-1 B1F 芝パークビルB館

および オンライン会議システム（Zoom）による ハイブリッド開催

出席者（敬称略 O＝オンライン出席）：

理事長：浅野みどり，副理事長：安藤詳子，前田ひとみ

理事：遠藤みどり（O），岡山久代（O），勝山貴美子（O），叶谷由佳，小松万喜子（O），  
佐伯由香（O），作田裕美（O），佐藤正美，塩飽仁（O），中西純子（O），  
長谷川真澄（O），布施淳子，法橋尚宏，三橋睦子（O），矢野理香，若村智子

監事：稲垣美智子（O），任和子（O）

第50回学術集会会長：上野栄一（O）

欠席者（敬称略）：

理事：宇佐美しおり，森千鶴，山勢博彰

陪席（敬称略）：

竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 浅野みどり

資料：00 2023年度第1回理事会理事会 議題

01 会員数の動向

02 和文誌編集委員会資料

03 英文誌編集委員会資料

04-1 看保連ワーキング報告

04-2 看保連ワーキング資料

05 50周年記念事業ワーキング資料

06 渉外担当からの報告

07 第49回学術集会報告

08 第50回学術集会資料

09 名誉会員の推薦について

10 理事の辞任について

11-0 2022年度決算報告書（内訳表）

11-1 2022年度決算報告書（一般会計）

11-2 2022年度決算報告書（奨学会）

11-3 2022年度決算報告書（選挙事業）

- 11-4 2022年度決算報告書 (第48回学術集会)
- 11-5 2022年度決算報告書 (災害支援)
- 11-6 2022年度決算報告書 (第49回学術集会)
- 12 2022年度監査報告
- 13 2023年度予算案
- 14 地方会活動報告・活動計画
- 15 Nursing Innovation Seeds 基金に規程について
- 16 英文誌掲載論文の表彰制度および学会賞奨励賞選考要領の検討について
- 17 奨学会から研究助成規程への変更案 (対比表)
- 18 入会申込者リスト

浅野みどり理事長挨拶

## 1. 報告事項

### 1) 会員数の動向 (資料1) (前田副理事長)

資料に基づき、会員数の動向について報告された。

### 2) 委員会報告

和文誌編集委員会

資料2 参照

英文誌編集委員会

資料3 参照

奨学会委員会

報告なし

学会賞・奨励賞委員会

報告なし

将来構想検討委員会

報告なし

研究倫理委員会

報告なし

国際活動推進委員会

報告なし

大規模災害支援事業委員会

報告なし

広報委員会

報告なし

看保連ワーキング

資料4-1, 4-2 参照

実践研究活動推進ワーキング

報告なし

50周年記念事業ワーキング

資料5 参照

### 3) 関連会議

①日本看護系学会協議会

②日本看護系学会協議会 災害看護連携会議

③看護系学会等社会保険連合

④日本学術会議

資料6 参照

### 4) 第49回学術集会について(資料7)(叶谷第49回学術集会会長)

資料7参照。最新の登録状況などについては、後日資料を共有する。

### 5) 第50回学術集会について(資料8)(上野第50回学術集会会長)

資料に基づき、上野学術集会会長から第50回学術集会について説明があった。

2024年8月24日(土)・25日(日)に奈良県コンベンションセンターにて開催予定。

学術集会内で実施する50周年記念事業の実施については、50年記念事業ワーキンググループと連携のうえ進めていく。学術集会1日目の夕方に座談会・懇親会を予定しており、浅野理事長より上野学術集会会長に、座談会はメイン会場で実施できるよう調整してもらいたい旨の申し出があった。

### 6) 地方会の活動について

報告なし

### 7) その他

名誉会員の推薦について(資料9)(前田副理事長)

前田副理事長より、名誉会員2名の推薦書について報告があった。社員総会の議を経て、会員総会の承認を得る。

## 2. 審議事項

### 1) 理事の辞任について(資料10)(浅野理事長)

宇佐美しおり理事より体調不良を理由に、理事および国際活動推進委員会委員の辞任の申し出があった旨、浅野理事長より説明があり、承認された。理事については、任期中の欠員を補充しないこととなっていることが確認された。

### 2) 2022年度決算について(資料11-0~11-06)(会計担当委員長 布施理事)

布施理事から、資料に基づき一般会計、奨学会特別会計、選挙事業積立金特別会計、災害支援特別会

計, 第48回学術集会特別会計において, その具体的用途について報告があり, 承認された。会費納入率は94%, 一般正味財産期末残高は, 109百万円であった。

3) 2022年度会計監査報告について(資料12)(任監事)

会計監査報告書に基づき, 監査結果・監査意見について報告があり, 承認された。

一般会計の正味財産期末残高について, 中・長期的な計画的活用方法を含めた検討と, 会員減少傾向の対策を踏まえた事業計画が望まれる。

4) 2023年度予算案について(資料13)(会計担当委員長 布施理事)

布施理事から資料に基づき説明があり, 承認された。新たにSeeds基金特別会計を設置し, 一般会計より2千万円を繰り入れる。

5) 第50回学術集会 予算案について(資料8)(上野第50回学術集会会長)

上野学術集会会長より, 参加者は1,400名を想定して予算を組んでいる。協賛企業の募集を積極的に進めていきたいと説明があった。異議なく承認された。

6) 地方会 2022年度活動報告・決算報告, 2023年度活動計画案・予算案について(資料14)

資料に基づき, 各地方会の活動などについて報告があり, 近畿・北陸地方会の予算資料の一部修正を含め, 承認された。

- ・北海道(矢野理事)
- ・東海(浅野理事長)
- ・近畿・北陸(若村理事)
- ・中国・四国(中西理事)
- ・九州・沖縄(前田副理事長)

7) Nursing Innovation Seeds 基金規程について(資料15)(浅野理事長)

浅野理事長より資料に基づき, 前回理事会後, 顧問弁護士, 顧問税理士に相談しアドバイスに従って一部文言を修正したこと, 「若手研究者」の定義については, 別途内規を定めるものとし, 規程に詳細の掲載はしていないことが説明された。

第4条について下記の修正を行うこととし, 承認された。

修正前: 日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者および若手研究者または臨床実践の研究者を含むチームでの申請により,

修正後: 日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者とし, 若手研究者または臨床実践の研究者を含むチームでの申請により

8) Outstanding Reviewer Awardsについて(資料3)(英文誌編集委員長 法橋理事)

資料に基づき, 法橋理事より4名の候補者の推薦があり, 承認された。

受賞者には賞状を電子メールで送信するとともに, JINRウェブサイトおよび冊子体に掲載する。

9) Guidelines for AuthorsおよびGuidelines for Reviewersの更新について(資料3)(英文誌編集委員長 法橋理事)

資料に基づき、法橋理事よりICMJEの統一規格がアップデートされたことに伴い、Guidelines for AuthorsおよびGuidelines for Reviewersを更新したい旨が説明され、承認された。主な変更点は、AIツールの利用に関する記述および性別に関するガイドラインの追加である。

10) 英文誌掲載論文の表彰制度および学会賞・奨励賞選考要領の検討について

(資料16)(学会賞・奨励賞委員会委員長 長谷川理事)

長谷川理事より、資料に基づき改定点が説明され、承認された。2014年度の定時社員総会で承認を得て、2014年度から英文誌掲載論文を含めた選考ができるように進めていくこととする。

資料16の別紙2-2, 2-3の推薦書式の変更については、本理事会で承認し、2023年度の選考から使用することとなった。

11) 奨学会制度から研究助成制度への変更(規程変更)について(資料17)

(奨学会委員会委員長 小松理事)

前回理事会で承認された、奨学会規程を研究助成規程にかえ、正会員用と学生会員用の規程を作成する件について、小松理事より、資料に基づき、具体的な規程案の提案があった。

規程案に対し、下記の意見が寄せられた。

- ・学生用 第2条第3項は「在学中に限る」など制限をかけたほうがよいのではないか。
- ・学生用 研究助成金1題20万円以内、上限年間総額40万円は妥当であるか。→上限をあげてもよいのではないか。
- ・第4条の論文投稿の義務について、なかなか投稿することができない受給者が多いことを考えると再検討が必要ではないか。一方で学生の論文投稿義務について「4年以内」では期間が長すぎるのではないか。

継続審議とするものとし、今回の規程案に追加の意見がある場合には、2週間以内に小松委員長に提出することとする。

12) その他

①入会申込理事会承認(資料18)

資料に基づき入会希望者を確認し、承認された。

②その他

前田副理事長より、実践研究活動推進ワーキングが実施している仲間をつなぐサポートでできた研究グループが研究を進めるにあたり、調査協力の依頼を本会ウェブサイトに掲載することの可否について相談があった。

個別の研究について掲載することはできないが、ワーキングの活動報告のかたちで研究グループについてお知らせする程度の協力は可能であるとの判断となった。

# 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度定時社員総会 議事録

日 時：2023年6月25日（日） 11：00～12：00

会 場：一般社団法人日本看護研究学会事務局 会議室

（〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2 大住ビル401）

議事進行：理事長 浅野みどり

陪 席（敬称略）：安藤詳子，前田ひとみ，矢野理香

事務局 竹下清日

書 記：矢野理香

資 料：2023年度定時社員総会資料

## I. 開 会

### 1. 会議成立の報告

開会に際し、議長により本社員総会に対する書面表決による出席者数が122名（総社員数139名）となっていることが報告され、定款第27条の規定により出席した社員の議決権の過半数（特別決議においては総社員の2／3以上）をもって決議を行うことが宣言された。

## II. 議 事

### 《報告事項》

1. 会員数の動向について
2. 第49回学術集会について
3. 第50回学術集会について
4. 地方会の活動について（北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州・沖縄）

上記報告事項1～4について、社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことが確認された。

### 《審議事項》

#### 第1号議案 2022年度事業報告について

書面表決を集計の結果、賛成122名，反対0名となり，過半数の賛成をもって本議案は可決された。

#### 第2号議案 2022年度一般会計・特別会計決算，監査報告について

書面表決を集計の結果，賛成122名，反対0名となり，過半数の賛成をもって本議案は可決された。

#### 第3号議案 2022年度学会賞・奨励賞推薦について

書面表決を集計の結果，賛成122名，反対0名となり，過半数の賛成をもって本議案は可決された。



## 第4号議案 選挙管理委員会委員の選出について

書面表決を集計の結果、賛成122名、反対0名となり、過半数の賛成をもって本議案は可決された。

## 第5号議案 名誉会員の推薦について

書面表決を集計の結果、賛成121名、反対0名となり、過半数の賛成をもって本議案は可決された。

## 第6号議案 Nursing Innovation Seeds 基金規程の制定について

書面表決を集計の結果、賛成122名、反対0名となり、過半数の賛成をもって本議案は可決された。

なお、第1号～第6号の議案について、社員から書面により寄せられた意見・質問はなかったことが確認された。

## 《理事会報告》

1. 2023年度事業案について
2. 2023年度予算案について
3. 奨学会研究費授与について

上記報告事項1～3について、社員からの書面による意見・質問等はなかったことが確認された。

以上

## 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第2回理事会 議事録

日 時：2023年8月11日（金） 10：00～13：00

会 場：オンライン会議システム（Zoom）によるオンライン会議

出席者（敬称略）：

理事長：浅野みどり，副理事長：安藤詳子，前田ひとみ

理事：遠藤みどり，岡山久代，勝山貴美子，叶谷由佳，小松万喜子，佐伯由香，作田裕美，  
佐藤正美，塩飽仁，中西純子，長谷川真澄，布施淳子，法橋尚宏，三橋睦子，  
森千鶴，矢野理香，若村智子

監事：稲垣美智子

第50回学術集会会長：上野栄一

欠席者（敬称略）：

理事：山勢博彰

監事：任和子

陪席（敬称略）：

竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 浅野みどり

資料：00 2023年度第1回理事会理事会 議題

01 会員数の動向

02 和文誌編集委員会資料

03 英文誌編集委員会資料

04 看保連WG資料

05 実践研究活動推進WG資料

06 50周年記念事業WG資料

07 渉外担当報告資料

08 第49回学術集会資料

09-1 第50回学術集会PR資料

09-2 第50回学術集会 全国地方会企画案

09-3 第50回学術集会プログラム

09-4 第50回学術集会ポスター差替

10 2023年度選挙日程

11 2024年度奨学会研究募集資料

12 奨学会から修助成への移行について

13 学会賞・奨励賞規程改正移行期の選考方法について

- 14 診療報酬・介護報酬改訂要望に関する会員調査案
- 15 評議員選出規程－理事・監事選出規程新旧対照表
- 16 入会申込者リスト

浅野みどり理事長挨拶

第49回学術集会の参加者の呼びかけの協力依頼と、日本看護系学会協議会（JANA）を通じて依頼のあった日本看護系大学協議会（JANPU）が文部科学省より受託して実施している看護学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に向けた調査研究事業への協力について、会員への周知を行ったことが報告された。

## 1. 報告事項

### 1) 会員数の動向（資料1）（前田副理事長）

資料に基づき、会員数の動向について報告された。学生会員Aの数が伸びている

### 2) 委員会報告

#### ①和文誌編集委員会（資料2）（佐伯委員長）

資料2に基づき、学会雑誌発行と投稿状況の説明があった。

#### ②英文誌編集委員会（資料3）（法橋委員長）

資料3に基づき、*JINR*の投稿・査読状況の説明があった。Volume 2, Number 2については、2023年8月25日発行予定である。また、第49回学術集会では、英文誌編集委員会企画を開催予定。Outstanding Reviewer Awardsについては、4名を、*JINR*のウェブサイトおよび*JINR*の冊子体に掲載した。PubMed掲載について引き続き対応している。

#### ③奨学会委員会（小松委員長）

7月20日に、学会賞・奨励賞委員会と合同で委員会を開催した。委員会では、第49回学術集会での奨学会報告（1件）の進め方、2024年度奨学会研究募集要項の検討、奨学会から研究助成への移行について、検討した。

#### ④学会賞・奨励賞委員会（長谷川委員会）

第49回学術集会で、2022年度学会賞・奨励賞の授与を行う。来年規程を変更予定であるが、移行期の対応について、審議をお願いしたい。

#### ⑤将来構想検討委員会（浅野理事長）

委員会を開催し、Nursing Innovation seeds規程の「若手研究者および臨床実践の研究者」の定義について、また選考の進め方について検討を行った。

若手研究者は「39歳以下の会員」、臨床実践の研究者は「現在、主として教育・研究機関に所属していない会員」とする予定である。選考委員会の構成メンバーは、将来構想委員のほか研究倫理委員長、奨学会委員長の計8名としたい。

申請書式については、現在、奨学会奨学金申請書を参考に詳細検討中のため、上記詳細と併せて、後日書面理事会で審議するものとし、年内の採択を目指して進めていきたい。

⑥研究倫理委員会（森委員長）

第49回学術集会で交流集会を開催する。また、今年度のCOIの受付を8月21日から開始する予定である。

⑦国際活動推進委員会（若村委員長）

第49回学術集会で交流集会を開催する。昨年実施した、会員のニーズ調査に基づいた内容となっている。ニーズ調査の結果については、日本看護研究学会雑誌に調査報告として掲載することとなった。また、国際セミナーの開催に向けて、講師の選出を行っているところである。

⑧大規模災害支援事業委員会（中西委員長）

梅雨前線による豪雨について、激甚災害指定される見込みであるので、動向確認し、本会の予算との兼ね合いを検討したうえで、次回理事会で、2023年度の支援事業について提案を行いたい。

⑨広報委員会（塩飽委員長）

定時社員総会が終了したので、学会ウェブサイトにて、貸借対照表等の公告を行った。

7月25日付けニュースレター第8号を発刊した。また、50周年記念事業について、ロゴマークとホームページの作成を行った。

⑩看保連ワーキング（資料4）（叶谷委員長）

会議を開催し、学術集会で開催する交流集会の準備、今後の要望についての検討等を行った。今後の要望内容について、会員にアンケートを行いたい（審議事項4）。

⑪実践研究活動推進ワーキング（資料5）（佐藤委員長）

第49回学術集會にて「仲間と研究をつなごう会」を開催する。また、第2回～第4回も計画している。セミナー「研究室をのぞいてみよう」は、12月に開催予定。訪問先研究室の募集も行っている。

研究チーム支援については、「基礎教育チーム」「継続教育チーム」の支援を行っている。

⑫50周年記念事業ワーキング（資料6）（安藤副理事長）

ワーキングメンバーに田中裕二氏に加わってもらうこととなった。記念事業計画で前回理事会から変更となった事項について資料6を基に説明がなされた。また、第49回学術集会で、50周年記念事業キックオフミーティングを開催予定である。

作成したロゴを使用したオンライン会議用の壁紙（背景）を作成したので、理事に共有し使用してもらいたい。

## 3) 関連会議 (資料6) (安藤副理事長)

資料6に基づき, ①日本看護系学会協議会, ②日本看護系学会協議会 災害看護連携会議, ③看護系学会等社会保険連合, ④日本学術会議の活動について報告があった。

## 4) 第49回学術集会について (資料8) (叶谷第49回学術集会会長)

8月8日時点の参加登録者数は, 924名となった。8月14日まで, セッション間の幕間スライドを募集していること, また, 学術集会サイトをプレオープンして入室可能としているので, 本番前に, 是非試してもらいたいとの, 案内があった。

## 5) 第50回学術集会について (資料9) (小松理事)

上野第50回学術集会会長欠席のため, 企画委員である小松理事より資料9に基づき, 説明があり, 主な日程について紹介があった。「地方会の歩みとこれから」についてシンポジウムを開催予定。この企画のためだけに参加する地方会参加者の旅費について, 50周年記念事業から支出できるかを検討してほしいという依頼があり。

## 6) 地方会の活動について

報告なし

## 7) 会員総会について

現時点で定足数を満たしており, 開催に問題はない。理事は事前に配布されるZoomミーティングURLから, 参加者は学術集会のウェブサイト内から参加する。

## 8) 第8回評議員・役員選挙日程について (資料10)

事務局より, 資料10に基づき, 評議員選挙日について説明があった。

第49回学術集会の幕間スライドで会員周知すること, 投票期間中に, 投票リマインドを行うことが, 提案された。

## 2. 審議事項

## 1) 2024年度奨学会研究募集について (資料11) (小松委員長)

資料11に基づき, 2024年度奨学会研究募集要項, 申請様式について説明があり, 一部口頭による修正含め, 異議なく承認された。

## 2) 奨学会から研究助成への移行について (資料12) (小松委員長)

資料12に基づき, 奨学会規程の研究助成規程への変更について説明があり, 異議なく承認された。

今後は, 委員会規程の変更も進めていく。

## 3) 学会賞・奨励賞規程改正移行期の選考方法について (資料13) (長谷川委員長)

資料12に基づき, 学会賞・奨励賞規程改正移行期の選考方法について説明があった。日本看護研究学

会雑誌（和文誌）については、第2案のタイミングで選考を行うこととなった。

JINR（英文誌）の選考のタイミングと表彰名称については、法橋英文誌編集委員長と別途相談のうえ、決定する。

学会賞・奨励賞の受賞者について、広報委員会にて一覧表を作成したので、学会賞・奨励賞委員会および、事務局にて確認のうえ、学会ウェブサイトに掲載を行う。

4) 診療報酬・介護報酬改訂要望に関する会員調査について（資料14）（叶谷委員長）

資料14に基づき、調査内容の説明が行われ、異議なく承認された。

5) 評議員選出規程、理事・監事選出規程の改定について（資料15）

会員種別に学生会員を加えたことにより、評議員選出規程、理事・監事選出規程の改定が必要となった旨が事務局より説明された。資料15の新旧対照表のとおり改定することが承認された。

6) その他

①入会申込理事会承認（資料18）

資料に基づき入会希望者を確認し、承認された。

②その他

## 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度会員総会 議事録

日 時：2023年8月19日（土）17：10～18：10

会 場：オンライン開催

### 理事長挨拶

会員総会をはじめに当たり、浅野みどり理事長から挨拶があった。

議長：定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）

3. 会員総会の議長は、その年度の学術集会会長が当たる。

第49回学術集会会長 叶谷由佳 氏

### 総会成立の確認

2023年度会員総会は、完全オンラインでの開催となるため、出欠にかかわらず、審議事項については、オンラインシステムによる議決権行使もしくは委任状の提出にて議決を行った（議決権行使期間 2023年8月1日（火）～8月14日（月））。

定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）4. 会員総会は会員の10分の1以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。に基づき、会員総会成立の確認がなされた。

会員総数 5,317名（8/19現在）

議決権行使または委任状の提出 1,050名

会員の10分の1（532名）以上の出席（委任状含む）が確認され、会員総会は成立

### 議事事項

#### 報告事項

#### 1. 会員数の動向について

前田ひとみ副理事長より、2023年4月1日現在、会員総数5,234名（8月19日現在5,317名）。内、正会員5,154名、学生会員A 65名、学生会員B 1名であることが報告された。会員数は年々減少の傾向である。

#### 2. 2022年度事業報告

浅野みどり理事長より、資料3～4頁に基づき事業報告があった。

#### 3. 2022年度決算報告

##### 1) 会計報告

布施淳子会計担当理事より、資料5～28頁について会計報告があった。

##### 2) 監査報告

稲垣美智子監事より、資料29頁に基づき、2022年度決算の監査結果について報告があった。事業の

活性化が進んでいる一方、繰越金が1億円を超える金額となっているため、中・長期的な計画的活用方法を含めた検討を期待したい旨の監査意見が述べられた。

4. 2023年度事業計画について

浅野みどり理事長から資料31～33頁に基づいて事業計画の報告があった。

5. 2023年度予算について

布施淳子会計担当理事より、資料34～40頁に基づいて予算の報告があった。

6. 奨学会研究助成について（2023年度）

小松万喜子奨学会委員会委員長より、資料41頁に基づいて、2023年度奨学会研究助成授与者として、初治沙矢香氏、徳島佐由美氏が決定したことが報告された。

7. 学会賞・奨励賞選考について（2022年度）

長谷川真澄学会賞・奨励賞委員会委員長より資料41～42頁に基づいて、2022年度学会賞1名、奨励賞5論文が決定したことが報告された。

8. 第49回学術集会について

叶谷由佳学術集会会長より、2023年8月19日朝の時点での参加者数が1,073名（会員658名、非会員306名、学生109名）であることが報告された。

9. 第50回学術集会について

浅野みどり理事長より、第50回学術集会（学術集会会長：上野栄一氏）が2024年8月24日、25日に奈良県コンベンションセンターにて開催の予定であることが報告された。

10. 地方会の活動について

浅野みどり理事長より、資料44～64頁掲載の各地方会の活動報告のとおり、地方会の活動が行われていることが報告された。

11. Nursing Innovation Seeds 基金規程について

浅野みどり理事長より、資料65～66頁に基づいてNursing Innovation Seeds 基金を設置したことの報告があった。

審議事項

1. 名誉会員の承認

浅野みどり理事長より、資料67～68頁に基づいて深井喜代子氏、宮腰由紀子氏を名誉会員として推薦する旨が説明された。議決権行使または委任状の提出 1,050名のうち、賛成 1,048名で承認された。

以上



会員総会終了後に以下の事項が行われた。

- ・ 第50回（2024年度）学術集会会長挨拶

上野栄一氏（奈良学園大学）より、第50回（2024年度）学術集会「発祥の地から未来を拓く看護研究」について、2024年8月24日、25日に奈良県コンベンションセンターで開催されることが説明された。

- ・ 名誉会員の証授与
- ・ 2023年度奨学会奨学金授与
- ・ 2022年度学会賞表彰
- ・ 2022年度奨励賞表彰

## 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第1回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数21名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2023年10月4日（水） ※本理事会の決議があったとみなされる日

会 場：書面による

出席者：【理事】浅野みどり理事長，安藤詳子副理事長，前田ひとみ副理事長，遠藤みどり理事，  
岡山久代理事，勝山貴美子理事，叶谷由佳理事，小松万喜子理事，佐伯由香理事，  
作田裕美理事，佐藤正美理事，塩飽仁理事，中西純子理事，長谷川真澄理事，  
布施淳子理事，法橋尚宏理事，三橋睦子理事，森千鶴理事，矢野理香理事，  
山勢博彰理事，若村智子理事  
【監事】稲垣美智子監事，任和子監事

議 案：

第1号 2023年度Nursing Innovation seeds研究募集要項および申請書式について，別紙資料1～3のとおりとすることを承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：矢野理香

## 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第3回理事会 議事録

日 時：2023年11月17日（金）17：00～20：00

会 場：オンライン会議システム（Zoom）によるオンライン会議

出席者（敬称略）：

理事長：浅野みどり，副理事長：安藤詳子，前田ひとみ

理事：遠藤みどり，岡山久代，勝山貴美子，叶谷由佳，小松万喜子，佐伯由香，作田裕美，  
佐藤正美，中西純子，長谷川真澄，布施淳子，法橋尚宏，三橋睦子，森千鶴，  
矢野理香，若村智子

監事：稲垣美智子，任和子

第50回学術集会会長：上野栄一

第50回学術集会実行委員長：西蘭貞子

欠席者（敬称略）：

理事：塩飽仁，森千鶴，山勢博彰

陪席（敬称略）：

竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 浅野みどり

資料：00 2023年度第3回理事会 議題

01 会員数の動向

02-1 一般会計 決算書2023半期

02-2 奨学会 決算書2023半期

02-3 選挙 決算書2023半期

02-4 災害支援 決算書2023半期

02-5 Seeds 決算書2023半期

03 和文誌編集委員会資料

04 英文誌編集委員会資料

05 報告 将来構想委員会

06-1 看保連WG資料1 第2回議事録案

06-2 看保連WG資料2 診療報酬・介護報酬改訂要望に関する会員調査結果概要

06-3 看保連WG資料3 看護連情報交換会2023年10月13日開催資料

07 50周年記念事業WG報告

08-1 第49回学術集会資料1

08-2 第49回学術集会資料2 アンケート結果

08-3 第49回学術集会資料3 予算書案・決算案

- 09-1 研究助成関連資料1～9
  - 09-2 申請書(正会員)(学生会員)
  - 09-3 採択者・不採択者への通知
  - 09-4 研究成果概要報告書
  - 09-5 収支報告(収支簿)
  - 10-1 学会賞・奨励賞の英語表記等について
  - 10-2 【別紙1】学会賞・奨励賞規程新旧対照表
  - 10-3 【別紙2】学会賞・奨励賞選考要領(案)
  - 11-1 2023年度大規模災害支援事業実施要領(案)
  - 11-2 申請様式1(看護学生用/非会員)
  - 11-3 申請様式2(研究者/会員用)
  - 11-4 災害情報R5.4～8
  - 12 入会申込者リスト
- 番号なし 2023年度第2回理事会議事録(案)

浅野みどり理事長挨拶

Nursing Innovation seeds 基金の募集が始まったこと、また評議員理事選挙実施中であることが報告された。

## 1. 議事録の確認

2023年度第2回理事会議事録について、異議がないことが確認された。

## 2. 報告事項

### 1) 会員数の動向(資料1)(前田副理事長)

資料に基づき、会員数の動向について報告された。会員数は微増である。会費納入率86.68%と悪くはないが、引き続き会員に納入を働きかけていきたい。

### 2) 2023年度上半期 決算・会計監査報告(資料2)(布施会計担当理事・稲垣監事)

布施理事より資料に基づき、2023年度上半期 決算の報告がされた。会費の納入率はほぼ例年どおり。上半期の委員会活動費については、上半期中に支払が実行されていないものが多く、下半期での計上となる。新たに開設したSeeds基金口座に一般会計から2,000万円を資金移動する予定である。

稲垣監事より、11月12日に会計監査を行ったが、特に問題がなかった旨の報告があった。

### 3) 委員会報告

#### ①和文誌編集委員会(資料3)(佐伯委員長)

佐伯委員長より資料3に基づき発行と投稿状況の説明があった。論文投稿数の減少がみられるので、迅速査読や共著者が非会員でも投稿可とする、大幅修正の論文の再投稿を許可するといった施策を検討していきたい。

オンライン投稿査読システム ScholarOne Manuscripts の契約本数については、年間100本で継続契

約予定であるが、少な目に契約したほうが実情に合うのではないかとの意見があり、再度、杏林舎に契約見直しが可能かを確認することとした。

②英文誌編集委員会（資料4）（法橋委員長）

法橋委員長より資料4に基づき、JINRの投稿・査読状況、第49回学術集会で実施した英文誌編集委員会企画セミナーの参加状況、医中誌への掲載が決定したこと、PubMedへの申請準備についての報告があった。PubMedへの掲載に際し、国外からの投稿が少ないことが課題となっているため、看護理論の特集を組む予定である。

査読者が常に不足しているため。編集委員の推薦をお願いしたい。

③奨学会委員会（小松委員長）

10月27日に、第2回の委員会を開催し、奨学会から研究助成への移行について、検討を行った。2024年度奨学会研究募集の受付中で、現在3件の応募がある。

④学会賞・奨励賞委員会（長谷川委員長）

2023年度学会賞・奨励賞の選考を開始した。第4回理事会で審議の予定である。また、学会ウェブサイトへの過去の受賞者一覧の掲載を準備中である。

⑤将来構想検討委員会（資料5）（浅野理事長）

Nursing Innovation seeds基金の募集を開始した。学会ウェブサイトには、基金の目的と説明を合わせて掲載しており、締切は12月1日である。

⑥研究倫理委員会

報告事項なし

⑦国際活動推進委員会（若村委員長）

第49回学術集会で交流集会を開催した。今後の企画について検討中である。

⑧大規模災害支援事業委員会（中西委員長）

報告事項なし

⑨広報委員会

報告事項なし

⑩看保連ワーキング（資料6）（叶谷委員長）

10月13日に開催された看保連の情報交換会（テーマ「高齢者への抑制の実態と課題」）について、資料6-3の資料をもとに情報提供が行われた。

また、本会会員を対象に行った診療報酬・介護報酬改訂要望に関する会員調査結果の報告があっ

た(資料6-2)。11月13日に開催された委員会にて、会員調査でエビデンスありと意見が出された内容について検討を進めていく方針となったので、今後対応していく。

安藤副理事長より、看保連ワーキングについて委員会とするかどうかについて検討する必要がある旨の発言があり、継続審議とすることとなった。

#### ①実践研究活動推進ワーキング(佐藤委員長)

「仲間と研究をつなごう会」は、今年度2回実施した。次回は12月12日開催予定。また、12月25日にセミナー「研究室をのぞいてみよう」を開催予定。

#### ②50周年記念事業ワーキング(資料7)(安藤副理事長)

第49回学術集会で、50周年記念事業キックオフミーティングを開催し、無事終了した。

50周年記念誌および、第50回学術集会での記念講演(座談会)、50周年記念祝賀懇親会、記念品の準備を進めている。

#### 4) 関連会議(安藤副理事長)

日本医療安全調査機構からの医療事項調査制度の現況報告は、学会ウェブサイトで周知することとなった。日本学術会議は第26期がスタートとなっている。

#### 5) 第49回学術集会について(資料8)(第49回学術集会 叶谷会長)

資料に基づき第49回学術集会の開催報告が行われた。完全WEB開催(LIVE配信:8月19日(土)・20日(日)、オンデマンド配信:8月21日(月)~9月29日(金))にて実施し、参加者は合計1,220名であった。最終的には、300万円の黒字となったため、そのうち200万円を大規模災害支援事業に繰り入れてほしいという叶谷学術集會会長からの申し出があり、承認された。

#### 6) 第50回学術集会について(第50回学術集會 上野会長, 西園実行委員長)

上野会長よりポスターおよび広報動画の紹介が行われた。

また、西園実行委員長より演題募集期間(12月12日開始)、プログラム概要、予算の概要について説明があった。参加費(会員事前 11,000円, 会員当日 13,000円, 非会員事前 12,000円, 会員当日 14,000円, 学生 3,000円)について、承認された。

#### 7) 地方会の活動について

若村理事より、近畿・北陸地方会において今年度、選挙費用の立替が発生する予定であるが、可能であれば、地方会で立替をせずに本会から直接選挙費用を支払うなどの対応を行ってもらえないかとの要望があった。事前に申請をもらえれば、仮払を行うことは可能である旨、事務局から回答があった。

### 3. 審議事項

#### 1) 奨学会から研究助成への移行について(資料9)(小松委員長)

資料9に基づき、研究助成規程(今までの理事会での審議結果を反映したもの)、研究助成委員会規

程、定款における「事業」の変更、委員会規程の制定・廃止のスケジュール、2025年度研究助成募集要項および申請書類等について説明があった。

正会員の研究助成の用途および成果の発表について意見の確認を行ったが、異議はなかった。

学生会員の研究助成については、支払い済みの支出も、立替払い分として、遡って研究助成金をあてることができるとしているが、どれくらい遡れるかについて再度検討を行うこと、また念のため、本会計上問題がないか確認することとなった。

また、法橋理事より、「研究課題に深く関連する学会出席」の参加費・旅費については、本会の学術集會に出席の場合のみに限ったほうがよいのではないかと、また申請受付時に、同一の研究課題で助成を受けていないことの確認を強化したほうがよいのではないかと、との提案があった。

本件については、12月15日まで理事からメールにて意見を受け、委員会にて最終案を作成し、次回の理事会にて審議することとなった。

## 2) 学会賞・奨励賞の英語表記および選考スケジュール等について（資料10）（長谷川委員長）

資料に基づき、学会賞・奨励賞の英語表記および、前回理事会にて提案したスケジュールの変更について説明があり、承認された。併せて、規程にも学会賞・奨励賞の英語表記を追加することが承認された。

## 3) 2023年度大規模災害支援事業について（資料11）（中西委員長）

資料に基づいて、2023年度大規模災害支援事業の実施について説明があった。災害から数カ月経過しているが、「2023年6月～7月の梅雨前線による大雨ならびに8月の台風6号・7号」について支援を行うものとする。提案のとおり承認された。

## 4) 50周年記念祝賀懇親会の費用負担について（資料7）（安藤副理事長）

資料7に基づき、第50回学術集會時に開催する50周年記念祝賀懇親会の一部の費用（参加者1名あたり2,000円）を、本会にて負担することとしたいと提案があり、承認された。

## 5) その他

### ①入会申込理事会承認（資料12）

資料に基づき入会希望者を確認し、承認された。

## 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第2回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数21名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2023年12月14日（木） ※本理事会の決議があったとみなされる日

会 場：書面による

出席者：【理事】浅野みどり理事長，安藤詳子副理事長，前田ひとみ副理事長，遠藤みどり理事，  
岡山久代理事，勝山貴美子理事，叶谷由佳理事，小松万喜子理事，佐伯由香理事，  
作田裕美理事，佐藤正美理事，塩飽仁理事，中西純子理事，長谷川真澄理事，  
布施淳子理事，法橋尚宏理事，三橋睦子理事，森千鶴理事，矢野理香理事，  
山勢博彰理事，若村智子理事  
【監事】稲垣美智子監事，任和子監事

議 案：

第1号 『*Journal of International Nursing Research (JINR)*』のAssociate Editorとして、別紙資料の2名を追加することを承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：矢野理香



## 一般社団法人日本看護研究学会 2023年度第3回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数21名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2024年1月24日（水） ※本理事会の決議があったとみなされる日

会 場：書面による

出席者：【理事】浅野みどり理事長，安藤詳子副理事長，前田ひとみ副理事長，遠藤みどり理事，  
岡山久代理事，勝山貴美子理事，叶谷由佳理事，小松万喜子理事，佐伯由香理事，  
作田裕美理事，佐藤正美理事，塩飽仁理事，中西純子理事，長谷川真澄理事，  
布施淳子理事，法橋尚宏理事，三橋睦子理事，森千鶴理事，矢野理香理事，  
山勢博彰理事，若村智子理事  
【監事】稲垣美智子監事，任和子監事

議 案：

第1号 令和6年能登半島地震被災者への支援として、石川県に義援金100万円を送付することを承認する。

第2号 2023年度Nursing Innovation Seeds研究募集について、2024年4月末を期限として再度募集を実施することを承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：矢野理香

## 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、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■投稿の際の注意点

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

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

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

8. 利益相反自己申告書

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

9. 原稿の受付

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

10. 投稿論文の採否

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

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

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

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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

〔凡例〕 ○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

## 11. ゲラ刷りの校正

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

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

## 12. 原稿掲載料・別刷料

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

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

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

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

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

## 13. 著作権

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

## 14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

### 附 則

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

# 原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

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

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

## 1. 投稿の際の電子書式等について

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

## 2. 文体ならびに句読点について

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

### 3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

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

年会費		記	
正会員	8,000円	郵便振替口座	00100-6-37136
学生会員A	3,000円	加入者名	一般社団法人日本看護研究学会
学生会員B	1,000円		

### 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をして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4号

無料配布

2024年10月20日 印刷

2024年10月20日 発行

#### 編集委員 委員長

佐伯 由香 (理事) 愛媛大学大学院医学系研究科  
會田 信子 (会員) 信州大学学術研究院保健学系  
伊丹 君和 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部  
佐々木新介 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部  
高井ゆかり (会員) 群馬県立県民健康科学大学看護学部  
名越 恵美 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部  
武用 百子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科  
法橋 尚宏 (会員) 神戸大学大学院保健学研究科  
本田可奈子 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部  
松田 光信 (会員) 大阪公立大学大学院看護学研究科  
水野恵理子 (会員) 順天堂大学大学院医療看護学研究科  
光木 幸子 (会員) 同志社女子大学大学院看護学研究科  
森 恵子 (理事) 岡山大学大学院保健学研究科  
(五十音順)

#### 発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3982-2030 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<https://www.jsnr.or.jp/>

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](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



