

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 38 Number 2 June 2015 ISSN 2188-3599

## 日本看護研究学会雑誌

[38巻2号]

## 会 告 ( 1 )

一般社団法人日本看護研究学会平成27年度定時社員総会が平成27年5月17日(日)13時15分から、東医健保会館2階ホールにおいて開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

平成27年5月17日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒田裕子

### 記

- 報告事項：1. 会員数の動向について
2. 各委員会平成26年度活動実績報告および平成27年度活動計画について
  3. 第41回学術集会について
  4. 第42回学術集会について
  5. その他
    - ・日本学術会議について
    - ・日本看護系学会協議会の活動について
    - ・看護系学会社会保険連合(看保連)の活動について
    - ・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
    - ・その他
- 審議事項：1. 定款・規程改定案について
- 定款 第6章第23条(理事会の決議)
  - 理事・監事選出規程 第5条(投票)
  - 大規模災害支援事業委員会規程
    - 第2条(目的)・第4条(活動事項)・第7条(事務局)
  - 地方会施行細則 4. 会計 1)
2. 平成26年度事業報告について
  3. 平成26年度一般会計・特別会計決算報告について
  4. 監査報告について
  5. 学会賞・奨励賞 推薦について
  6. 選挙管理委員会委員の選出について
  7. その他
- 理事会報告：1. 平成27年度事業案について
2. 平成27年度予算案について

3. 奨学会研究費授与について
4. 第44回（平成30年）学術集会会長推薦について
5. その他

以上

## 会 告 ( 2 )

一般社団法人日本看護研究学会定款および理事・監事選出規程、大規模災害支援事業委員会規程、地方会  
施行細則について、以下の通り決定いたしました。

平成27年 5 月17日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

記

### 一般社団法人日本看護研究学会定款

#### 第 6 章 会 議

#### 第23条 (理事会の決議)

##### 【改定前】

理事会の議事は、決議に加わることができる理事の過半数が出席し、出席理事の過半数の同意をもって決  
する。可否同数の場合は議長の決するところによる。

##### (新設)

##### 【改定後】

理事会の議事は、決議に加わることができる理事の過半数が出席し、出席理事の過半数の同意をもって決  
する。可否同数の場合は議長の決するところによる。

2. 理事長が、理事会の決議の目的である事項について提案した場合において、その提案について、議決  
に加わることのできる理事の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、その提  
案を可決する旨の理事会の決議があったものとみなす。ただし、監事が異議を述べたときは、この限  
りではない。

##### (附 則)

##### 【改定前】

##### (新設)

##### 【改定後】

この定款は 平成27年 5 月17日から第23条を改定し施行する。

## 一般社団法人日本看護研究学会理事・監事選出規程

### 第5条（投票）

#### 【改定前】

投票締切日は、理事長が決定し、投票は郵送により行う。

2. 投票締切日消印は有効とする。

#### 【改定後】

投票締切日は、理事長が決定し、投票は郵送もしくはインターネットを介したオンラインシステムにより行う。

2. 郵送による投票の場合、投票締切日消印は有効とする。

### 附 則

#### 【改定前】

#### （新設）

#### 【改定後】

3. 本規程は平成27年5月17日から改定し施行する。

## 一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会規程

### 第2条（目的）

#### 【改定前】

本会は、一般社団法人日本看護研究学会定款（以下、定款とする）第4条1号の8による事業として、大規模災害で被災された看護職を目指す学生の修学継続と、看護学研究者の研究継続を支援するための事業を行い、看護学の発展に寄与することを目的とする。

#### 【改定後】

本会は、一般社団法人日本看護研究学会定款（以下、定款とする）第4条1号の8による事業として、大規模災害で被災された看護学生の就学継続はもとより、看護学研究者の研究継続を支援するための事業を行い、看護学の発展に寄与することを目的とする。

### 第4条（活動事項）

#### 【改定前】

本会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

- 1) 大規模災害により被災した看護学生及び看護学研究者等に対し、緊急支援金を給付するための選考と理事会への推薦を行う。
- 2) 大規模災害により被災した看護学研究者等に対し、本学会活動への参加に要する会費等の経費を給付するための選考と理事会への推薦を行う。

- 3) 大規模災害により被災した看護学生及び看護学研究者等に対し、必要な情報提供などの支援に要する事項の検討および活動を行う。
- 4) 前項の1), 2), 3)の活動を達成するために募金活動を行う。
- 5) その他, 委員会が必要と認めた事業を行う。

【改定後】

本会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

(削除)

- 1) 大規模災害により被災した看護学研究者等に対し、本学会活動への参加に要する会費等の経費を給付するための選考と理事会への推薦を行う。
- 2) 大規模災害により被災した看護学研究者等に対し、必要な情報提供などの支援に要する事項の検討および活動を行う。
- 3) 前項の1), 2)の活動を達成するために募金活動を行う。
- 4) その他, 委員会が必要と認めた事業を行う。

第7条（事務局）

【改定前】

本会事務は日本看護研究学会事務局（千葉市中央区富士見2-22-6 富士ビル6階）において行う。

【改定後】

本会事務は一般社団法人日本看護研究学会事務局（東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4階 株ガリレオ）において行う。

附 則

【改定前】

(新設)

【改定後】

この規約は、平成27年5月17日に改定し施行する。

## 地方会施行細則

### 4. 会 計

#### 【改定前】

- 1) 本会会計は、当該年度4月1日の各地方会に所属する会員数に応じて、一人あたり500円の補助金を、4月中に各地方会会計口座に振り込む。

#### 【改定後】

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

### 5. 附 則

#### 【改定前】

#### (新設)

#### 【改定後】

- 4) 本細則は平成27年5月17日から改定し施行する。

以上

## 会 告 ( 3 )

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により,下記の通り平成27年度奨学会研究が決定いたしました。  
平成27年 5 月17日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

### 記

菅野 真奈 氏 横浜市立大学医学部看護学科  
研究課題「全国の医療および介護施設における胃瘻管理の実態調査」

以上



## 会 告 ( 4 )

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、平成27年度定時社員総会において、平成26年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

平成27年 5 月17日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

### 記

#### 学 会 賞

受賞対象論文：産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」を  
他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス  
— 乳幼児虐待の発生予防を目指して —

The Process by which Nurses at Maternity Hospitals Recognize “Patients and Children of Concern”  
and Decide to Pass on this Information to Other Institutions for Child Abuse Prevention

日本看護研究学会雑誌37巻 2 号, pp.25-37, 2014

筆 頭 著 者 名：唐 田 順 子

共 同 著 者 名：市 江 和 子, 濱 松 加 寸 子

#### 奨 励 賞

受賞対象論文：要支援一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセス

How Elderly Men that Live Alone and Are Certified in the Tow Lowest Levels of Required Care  
under the Long-Term Care System Obtain Support

日本看護研究学会雑誌35巻 5 号, pp.1-11, 2012

筆 頭 著 者 名：山 根 友 絵

共 同 著 者 名：百 瀬 由 美 子, 松 岡 広 子

受賞対象論文：高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス

The Process by Which Male Patients with Schizophrenia Living with Their Elderly Parents Attain  
“Independence”

日本看護研究学会雑誌36巻 5 号, pp.13-24, 2013

筆 頭 著 者 名：石 飛 マ リ コ

共 同 著 者 名：越 田 美 穂 子, 尾 形 由 起 子

受賞対象論文：中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発

Development of a Nursing Administrator's Competency Assessment Scale (NACAS) for Nursing  
Administrator in Mid-Size Hospitals

日本看護研究学会雑誌36巻1号, pp.61-70, 2013

筆頭著者名：本村 美和

共同著者名：川口 孝泰

以上

## 会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会第4回評議員選挙・役員選挙（平成27年度）のため、本学会定款第4章11条及び、評議員選出規程第8条に従って、平成27年度定時社員総会において評議員の互選により、下記の3名が選挙管理委員として選出されましたので、選挙管理委員を委嘱し選挙管理委員会を組織しました。

平成27年5月17日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒田裕子

### 記

一般社団法人日本看護研究学会第4回評議員選挙・役員選挙（平成27年度）選挙管理委員  
委員 出口 禎子 氏 北里大学  
委員 高島 尚美 氏 東京慈恵会医科大学  
委員 藤井 徹也 氏 聖隷クリストファー大学  
任期は、平成27年度選挙業務終了までとする。

以上

## 会 告 (6)

一般社団法人日本看護研究学会第4回評議員選挙・役員選挙（平成27年度）選挙管理委員会 選挙管理委員長について、評議員選出規程第8条2.により、委員長を下記のとおり委嘱しました。

平成27年5月17日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒田裕子

### 記

委員長 出口 禎子 氏  
任期は、平成27年度選挙業務終了までとする。

以上

# 会 告 (7)

平成27年 6 月20日

一般社団法人日本看護研究学会  
第41回学術集会  
会長 宮 腰 由紀子

記

## 一般社団法人日本看護研究学会 第41回学術集会

メインテーマ：日本から世界へ 看護，発信！

— いのちと暮らしを支える 和と輪と環と話 —

【会 場】 広島国際会議場

〒730-0811

広島市中区中島町 1 - 5

URL： <http://www.pcf.city.hiroshima.jp/icch/access.html>

【期 日】 平成27年 8 月22日（土）， 23日（日）

### 【プログラム】

会 長 講 演：「和と輪と環と話」

宮腰 由紀子（広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授）

座長：中木 高夫（天理医療大学医療学部 教授）

基 調 講 演：「日本から世界へ 看護，発信！ — 褥瘡看護を例に」

真田 弘美（東京大学大学院医学系研究科 教授）

座長：宮腰 由紀子（広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授）

特 別 講 演 I：「愛しき哉，極限生物の命！」

長沼 毅（広島大学大学院生物圏科学研究科 准教授）

座長：深井 喜代子（岡山大学大学院保健学研究科 教授）

特 別 講 演 II：「ヒロシマに生きて」

被爆を語り継ぐ会

座長：市村 久美子（茨城県立医療大学保健医療学部 教授）

特別講演Ⅲ：「いにしえびとの生命観」

桑原 國雄（御調八幡宮 宮司）  
座長：石川 ふみよ（上智大学総合人間科学部 教授）

教育講演Ⅰ：「欧州看護教育における放射線看護は今」

Gerhilde Schüttengruber（グラーツ医科大学 准教授）  
座長：小西 恵美子（長野県看護大学 名誉教授）

教育講演Ⅱ：「気がつけば隣は異文化」

Allan Sutherland（九州看護福祉大学 准教授）  
座長：小山 真理子（日本赤十字広島看護大学 学長）

教育講演Ⅲ：「語り」が高めるQOL — SEIQoL-DWを用いて —

渡邊 知子（横浜市立大学医学部 准教授）  
中村 令子（東北福祉大学健康科学部 教授）  
藤田 あけみ（弘前大学大学院保健学研究科 准教授）  
座長：酒井 郁子（千葉大学大学院看護学研究科 教授）

教育講演Ⅳ：「放射線医療と看護」

神谷 研二（広島大学 副学長 原爆放射線医科学研究所  
福島県立医科大学 副学長  
放射線医学県民健康管理センター 教授）  
座長：作田 裕美（大阪市立大学大学院看護学研究科 教授）

鼎 談：「保健医療そして看護におけるビッグデータの活用と課題」

話題提供：水流 聡子（東京大学大学院工学系研究科 特任教授）  
高木 廣文（東邦大学看護学部 教授）  
中澤 港（神戸大学大学院保健学研究科 教授）  
進行：梯 正之（広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授）

特別交流集会Ⅰ：「トランスレーショナル・ヘルス・サイエンスとシステムティックレビューの国際的動向」

今野 理恵（関西国際大学保健医療学部 准教授）  
Japan Centre for Evidence Based Practice（大阪大学）  
企画：国際活動推進委員会

特別交流集会Ⅱ：「看護研究における発表倫理を考える」

山崎 茂明（愛知淑徳大学人間情報学部 教授）  
企画：研究倫理委員会

特別交流集会Ⅲ：「新電子投稿システムの紹介 ― 投稿者に向けて ―」

中西 純子（愛媛県立医療技術大学保健科学部 教授）

企画：編集委員会

特別交流集会Ⅳ：「リハビリテーション看護の未来を問う

―「いのち」と「くらし」を支えるリハビリテーション看護―

石鍋 圭子（国際リハビリテーション看護研究会 理事長）

下村 晃子（横浜市立脳卒中・神経脊椎センター看護部

慢性疾患看護担当係長 専門看護師）

粟生田 友子（国立障害者リハビリテーションセンター病院 看護部長）

企画：リハビリテーション看護グループ

特別交流集会Ⅴ：「これからの放射線看護と教育の展望」

太田 勝正（名古屋大学大学院医学系研究科）

吉田 浩二（福島県立医科大学災害医療総合学習センター）

野戸 結花（弘前大学大学院保健学研究科）

浦田 秀子（長崎大学原爆後障害医療研究所）

企画：放射線看護グループ

シンポジウム：「生き生き地域を支える看護活動」

シンポジスト：中村 順子（秋田大学 教授）

夏見 昭子（広島県世羅郡世羅町健康保険課）

三浦 紀子（多摩南部地域病院 看護部長）

指定発言者：横山 純子（光武内科循環器科病院看護部外来看護課 健診主任）

岩川 彰子（鶴巻温泉病院湘南リハビリテーションセンター）

司会：山本 雅子（広島大学病院 看護部長）

新道 幸恵（NPO法人看護アカデミア幸 理事長）

パネルディスカッション：「看護とロボットのやさしい関係」

パネリスト：三枝 亮（豊橋技術科学大学 特任准教授）

パラマウントベッド株式会社

大和ハウス工業株式会社

富士ソフト株式会社

司会：山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科 教授）

奨学会研究発表：「開腹手術後の患者を対象とした「安楽感尺度」の開発」

山下 美智代（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

「看護院内研修におけるeラーニング活用に影響を与える要因の検討」

藤野 ユリ子（福岡女学院看護大学）

座長：祖父江 育子（広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授）

交流集会Ⅰ：「インスリン自己注射針着脱補助具の開発」

世話人：渡辺 千枝子（松本短期大学 教授）

講師：百瀬 ちどり（松本短期大学 教授）

日久田 純一（松本短期大学 助教）

嶋崎 昌子（松本短期大学 助教）

垣内 いづみ（松本短期大学 助教）

丸山 泰司（松本市立病院）

交流集会Ⅱ：「福島第一原子力発電所事故からの再生・復興へ向けた取り組み

— 浪江町における現状と看護職の活動 —」

世話人：富澤 登志子（弘前大学大学院保健学研究科）

西沢 義子（弘前大学大学院保健学研究科）

野戸 結花（弘前大学大学院保健学研究科）

井瀧 千恵子（弘前大学大学院保健学研究科）

大津 美香（弘前大学大学院保健学研究科）

北島 麻衣子（弘前大学大学院保健学研究科）

五十嵐 世津子（弘前大学大学院保健学研究科）

扇野 綾子（弘前大学大学院保健学研究科）

米内山 千賀子（弘前大学大学院保健学研究科）

新開 たい子（浪江町健康保険課）

交流集会Ⅲ：「医療従事者のアディクション事例を通じて、アディクション看護の課題を考える」

世話人：松下 年子（横浜市立大学医学部看護学科）

日下 修一（聖徳大学看護学部看護学科）

河口 朝子（長崎県立大学看護栄養学部看護学科）

原田 美智（九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科）

辻脇 邦彦（埼玉医科大学保健医療学部）

荒木 とも子（埼玉医科大学医学研究科）

内野 小百合（東京女子医科大学看護学研究科）

桐山 敬一郎（羽島市民病院）

交流集会Ⅳ：「実験研究を行なう上で重視すべき研究プロトコル作成時のポイント

世話人：掛田 崇寛（静岡県立大学看護学部看護学科 教授）

一般演題 口演

一般演題 示説

ランチョンセミナー：Ⅰ ヨーグルトと健康

司会：井上 真奈美（山口県立大学看護栄養学部 准教授）

共催：株式会社 明治

Ⅱ 情報セキュリティー ― 被害者そして加害者にならないために ―

共催：西日本電信電話株式会社

Ⅲ 航空における安全の取組み

共催：日本航空株式会社

Ⅳ グローバル化における英語教育

共催：株式会社 アルク

Nursing Science Cafe：

中学・高校生並びに引率の教員の方は、学生証等を総合受付で提示して、ナーシングサイエンスカフェの入場券（無料）を入手し、会場内では着装して下さい。

企業展示

#### 【懇親会】

■ 日 時：平成27年8月22日（土）18：00～20：00

■ 会 場：広島リーガロイヤルホテル

■ 会 費：5,000円

#### 【参加費】

① 当日 会員 11,000円

② 当日 非会員 14,000円（抄録集を含みます）

③ 学生 3,000円（大学院生は学生扱いにはなりません）

#### 【学術集会事務局】

広島大学大学院医歯薬保健学研究院基礎看護開発学研究室

〒734-8553 広島市南区霞1丁目2番3号

TEL：082-257-5555（内線6326）

E-mail：jsnr41@hiroshima-u.ac.jp



**【運営事務局】**

株式会社近畿日本ツーリスト中国四国

〒730-0032 広島市中区立町1番24号

TEL : 082-502-0909 / FAX : 082-221-7039

E-mail : jsnr41-hiro@or.kntcs.co.jp

# 目 次

## －原 著－

特別養護老人ホームにおける看取りの看護実践能力の因子構造と関連要因 ..... 1

人間環境大学看護学部 大 村 光 代  
聖隷クリストファー大学 山 下 香 枝 子  
静岡県立大学 西 川 浩 昭

病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル ..... 13

山形大学医学部看護学科 田 中 聡 美  
山形大学医学部看護学科 布 施 淳 子

## －研究報告－

回復期脳血管疾患患者の移乗時見守り解除の意思決定方法とそれに対する看護師のとらえ方 ..... 23

新潟県立看護大学 高 柳 智 子

デジタルストーリーテリングを活用した在宅療養生活に関する映像の作成と病棟看護師への介入効果 ..... 33

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程 宮 本 由 香 里  
金沢大学医薬保健研究域 塚 崎 恵 子

在宅筋萎縮性側索硬化症患者の主介護者の介護肯定感とその関連要因 ..... 43

愛知県知多保健所 末 益 友 佳 子  
名古屋市立大学看護学部 門 間 晶 子

# CONTENTS

## Original Papers

- The Structure of Nursing Competence in End-of-Life Service in Nursing Homes and Related Factor ..... 1  
School of Nursing, University of Human Environments : Mitsuyo Ohmura  
Seirei Christopher University : Kaeko Yamashita  
Shizuoka Prefectural University : Hiroaki Nishikawa

- Factor Extraction of the Turnover Values among Hospital Nurses ..... 13  
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Satomi Tanaka  
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Junko Fuse

## Research Reports

- Strategies to Determine the Willingness of Patients in the Convalescent Stage of Cerebrovascular Disease  
to Move between a Bed and Wheelchair without Healthcare Providers Watching Them,  
and Nurses' Impressions Regarding Such Strategies ..... 23  
Niigata College of Nursing : Tomoko Takayanagi

- Effect of Intervention Using Digital Storytelling to Improve Floor Nurses' Attitudes toward Home Care ..... 33  
Division of Health Sciences, Graduate School of Medical,  
Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University : Yukari Miyamoto  
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical,  
Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University : Keiko Tsukasaki

- Positive Appraisal of Primary Caregivers for Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)  
Patients at Home and Related Factors ..... 43  
Aichi Chita Health Center : Yukako Suemasu  
Nagoya City University School of Nursing : Akiko Kadoma

# 特別養護老人ホームにおける看取りの看護実践能力の因子構造と関連要因

The Structure of Nursing Competence in End-of-Life Service in Nursing Homes and Related Factor

大村 光代<sup>1)</sup> 山下 香枝子<sup>2)</sup> 西川 浩昭<sup>3)</sup>  
Mitsuyo Ohmura Kaeko Yamashita Hiroaki Nishikawa

キーワード：特別養護老人ホーム，看取り，看護実践能力，構成概念妥当性，5因子モデル  
Key Words：nursing homes, end-of-life care, nursing competence, construct validity, five factors model

## はじめに

わが国の高齢者が死を迎える場所としては、病院が78.4%、自宅が12.4%、老人ホーム等の施設が3.2%となっている（厚生労働省，2009）。病院や自宅と比較して老人ホームでの死亡割合は低いが、女性の社会進出ならびに核家族化に起因する独居老人や老老介護の増加、病院の滞在日数の短縮化という社会背景も加わって、その死亡割合は1995年の1.5%から緩やかに上昇し続けている。なかでも特別養護老人ホーム（以下、特養）には、家族介護が期待できない要介護度の高い高齢者が、医療や福祉の専門職による生活支援を受けながら最期まで安心して暮らすことができる、終の棲家としての役割が求められてきている。国も、特養での看取りの質を確保するために2006年に看取り介護加算を創設し、その算定要件として常勤の看護師の配置を義務づけた。つまり、生活の場である特養において、高齢者が安寧な最期を迎えるための看取りの質を保証する役割が看護師に委ねられたといえる。

常勤の医師や看護職の配置割合が少ない特養が多いなかで、看取り期にある高齢者の生命の危機に対する予測や緊急時の対応、医師や介護職をはじめ他職種との連携による高齢者の個性を尊重したケアの提供が看護職の役割として明らかにされており（高山・三重野，2005）、このような役割をもつ看護師は、最期の場として特養を選択した入居者のQOLを維持し、安寧な臨終を迎えるための環境を整えるなど多職種連携のなかでの調整役を担っていた（井澤・水野，2009）。さらに、特養で看取りに積極的に取り組む看護師は、看取りが近づく過程で入居者への思いに応えるために医療的判断を多く求められる看取りを実現するという役割を意識し、介護職など他職種と情報共有するなかで協力しあえる仲間の存在を実感する、と報告されている。そして、この協働の実感が看取りに対する前向きな意

識を強化し、これらの意識によって安らぎを導くためのケアを模索していることが明らかになっている（坂下・西田，2012）。以上のように、特養での看取りの看護実践について、看取りの過程に沿った実践内容や看護師の役割認識については明らかにされてきているが、これらの看取りにおける看護実践や役割認識を統合して能力としてとらえた研究はまだ散見できない。看取りの看護実践能力を明らかにすることによって、その能力を評価することが可能になり、教育や指導に評価指標として活用すれば能力の獲得に有効であると考えられる。吉岡ら（2009）は、一般病棟における終末期がん患者の家族視点に焦点を当てた看取りケア尺度を開発しているが、特養をはじめグループホームや有料老人ホームなど、生活の場である高齢者施設での看取りに関する尺度は開発されていない。高瀬・寺岡・宮腰・川田（2011）が、看護技術面だけでなく潜在能力としての多様な要素を測定できる厳密な尺度の開発が必要であると述べているように、特養での看取りの質を高めるためには、生活の場における終末期高齢者の特徴を踏まえた看取りの看護実践能力を正確に評価できる尺度が必要だといえる。

そこで、本研究ではまず特養での看取りの看護実践能力の構造を明らかにし、尺度の基盤を明確化したい。また、特養での看取りの看護実践能力に関連する要因を明らかにし、看取りの質確保につながる看護実践能力向上への示唆を得たいと考えた。

## I. 研究目的

本研究では、特養での看取りの看護実践能力の因子構造を明らかにし、その構成概念妥当性と関連要因を統計学的に検証することを目的とする。

1) 人間環境大学看護学部 School of Nursing, University of Human Environments

2) 聖隷クリストファー大学 Seirei Christopher University

3) 静岡県立大学 Shizuoka Prefectural University

## II. 用語の定義

- ①看取り：本研究では、看取りを「特養の入居者に対して“回復の見込みがなく死期が近い”と医師によって判断された時から臨終までの全人的なケア」と定義する。
- ②特養での看取りの看護実践能力：本研究では、特養での看取りの看護実践能力を「看取りの状況にある特養入居者が、全人的苦痛のない穏やかな最期を迎えるという看護目標を達成するための看護職の能力」と定義する。

## III. 概念枠組み

特養での看取りの看護実践能力のアイテムプールを抽出するために、特養の看護職のみを対象とした先行研究から看取りにおける看護を実践する際の判断や予測および配慮や工夫、あるいは倫理的な心構えなどを、Benner理論の7領域に基づいて項目の偏りを考慮しながら看取りの看護実践能力として可能な限り抽出した(Benner, 2001/2005)。次に、厚生労働省による老人保健健康増進事業として作成された特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン(三菱総合研究所, 2007)に照らして、項目の内容と文章表現およびカテゴリー分類の見直しを繰り返し、特養の特性を踏まえたカテゴリー名をつけた。その結果、6カテゴリー60項目の看護実践能力の構成要素が作成された。項目の精練には、老年看護学の指導者からスーパーバイズを受けた。

作成した特養での看取りの看護実践能力の60項目は、意味内容ごとに6カテゴリーに分類され、【予測的アセスメント】(14項目)、【尊厳優先的プランニング能力】(8項目)、【調整的医療管理能力】(12項目)、【ソーシャルサポート的連携力】(9項目)、【協働的家族支援力】(13項目)、【省察的評価能力】(4項目)となった。これらが、本研究における特養での看取りの看護実践能力の構成要素である。看取り介護ガイドライン(三菱総合研究所, 2007)には、看取り介護では最期まで入居者本人と家族の望みをかなえつつ、日々の生活を支えるために施設長をはじめ医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員、介護支援専門員など多職種の連携が重要である、と記されている。その一方で、看取り期には心地よい環境や必要に応じた苦痛の緩和がより重要視され、体調や容態の変化に注意を払い医師との連携を密に行うため、看護職員のかかわりが重要になってくるとも記されている。つまり、看護職員は入居者を中心とした看取りケアチームの先導者であり、科学的根拠をもとにアセスメントしたケアの方向性を示すチーム全体のマネジメントを担う立場である。したがって、特養での看取りの看護実践能力の構成要素には、

単に看護の専門的知識に裏づけられた看護技術の提供を行う能力だけに留まらず、入居者の尊厳を守りつつ、入居者が最期まで苦痛のない穏やかな生活が送れるための他職種連携や管理および調整に関する高度な潜在能力が秘められており、この能力如何が看取りの質に大きく影響すると考えられる。

## IV. 研究方法

### 1. 対象者の概要

本研究の対象者は、A県内にある看取りを実践している特養に勤務する看取り経験のある看護職(1施設3人)とした。そのため、独立行政法人福祉医療機構(WAMNET)に掲載されているA県内の特養の事業所概要を閲覧し、看取り介護を実施していること、看護職員が常勤で4~6人配置されている132施設を選択した。そして、対象者の条件を、特養での看取り経験が豊富な看護職(准看護師含む)とし、看護責任者に選出を依頼した。この場合の「豊富」とは、看護責任者から見て、入居者および家族の意向に沿った看取りが実践できると評価されることを意味する。また、看護職が少人数の特養では、看護責任者も他の看護スタッフとほぼ同様の業務内容を担っており、看護責任者が看取りにおけるリーダーシップをとっているため、看護責任者を含む看護職を対象者とした。

### 2. データ収集方法

調査期間は、平成24年7月から9月である。データ収集方法は、自記式質問紙郵送法で行った。本調査の研究協力依頼書は、対象とする施設長および看護部門の責任者宛と、研究対象とする看護職宛を作成し同封した。看護部門の責任者には、対象者の選定を文書で依頼した。また、自作の調査用紙と返信用封筒を各1部同封し、無記名で返送するよう研究協力依頼書に明記した。調査用紙の返送をもって、研究への参加同意を得られたとみなした。

### 3. 調査内容

自作の調査用紙項目は、施設の概要および対象者の基本属性14項目、特養での看取りの看護実践能力の構成要素60項目の合計74項目である。

#### (1) 対象者の基本属性と対象施設の概要

対象者の基本属性は、年齢、性別、資格、職位、病院での臨床経験年数、高齢者施設での臨床経験年数、看取り経験数、身内との死別経験の有無、看取りの学習経験の有無の9項目である。対象施設については、入所者数と施設内死亡数(平成23年分)、施設の看取り方針、医師の協力的性、事前指示確認時期の5項目を尋ねた。

## (2) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素60項目

先行研究から抽出した特養での看取りの看護実践能力の構成要素60項目を構成要素として質問項目とした。測定方法としては、特養での看取りの看護実践として必要であるという看護職の認識の程度を問う。また、看護実践能力の抽出を裏づけるために、必要な看護実践が実際に行われているかという認識の程度も同時に測定した。つまり、看取りの看護実践の必要度と実践頻度を調査した。ケアの必要度は「必要ない：1点」～「とても必要：4点」まで、実践頻度は「していない：1点」～「十分している：4点」までの4段階のリッカート方式で測定した。なお、実践頻度の測定は、必要度との測定の混同を避けるため、「十分している：A」～「していない：D」とアルファベット表記とした。

## 4. 分析方法

対象者の属性および施設概要の記述統計を算出した。そして、特養での看取りの看護実践能力の項目分析のあとに、因子抽出のための探索的因子分析を実施した。特養での看取りの看護実践能力における構成概念妥当性は、共分散構造分析による検証的因子分析により確認した。また、対象者の属性および施設概要と特養での看取りの看護実践能力との関連は、相関分析を行った。検証的因子分析の適合度指標には、 $\chi^2/df$ 値、GFI、AGFI、CFI、IFI、RMSEAを用いた。統計解析ソフトは、『SPSS ver.19.0 for Windows』および『Amos ver.20』を使用した。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認を得た（承認番号：11076）。対象施設の施設長および看護部門の責任者宛の研究協力依頼書には、研究の目的をはじめ、管理的立場での研究への協力依頼を重点にした説明文とともに、対象となる看護職への圧力がかからない配慮をお願いする旨を明記した。看護職宛の研究協力依頼書には、参加は自由意思であること、参加の有無にかかわらず不利益が生じることはないこと、どのような場合にも匿名性を遵守すること、データの厳重な保管と研究後の破棄について明記した。アンケートの返送をもって、研究への参加同意とみなした。

## V. 結果

看取りを実践する特養の看取り経験のある看護職総数396人中159人の回収を得た（回収率38.8%）。そのうち有効回答は154人で、有効回答率は97%であった。

## 1. 対象施設の概要と対象者の属性に関する記述統計

### (1) 対象施設の概要（表1）

本研究の対象施設の入居者数は51～100人の施設が最も多く、101人（65.6%）であった。次いで、50人以下の施設が35人（22.7%）、100人以上の施設は18人（11.7%）であった。

平成23年の施設内死亡数は11～20人の範囲が最も多く70人（45.5%）、次いで10人以下が61人（39.6%）、21人以上は23人（14.9%）であった。

施設の看取り方針は「実施している」が141人（91.6%）であり、「希望があれば実施する」が13人（8.4%）であった。施設で行われる看取りでの医師の協力性については、「協力的だ」が137人（89%）、「どちらともいえない」が15人（9.7%）、「協力的ではない」が2人（1.3%）であった。看取りに関する事前指示の確認時期は、「入所時と状態変化時」が138人（89.6%）、「定期的に確認」が14人（9.1%）で、「入所時のみ」「していない」は2人であった（表1）。

### (2) 対象者の基本属性（表2）

年齢は50歳代が66人（42.9%）と最も多く、次いで40歳代49人（31.8%）、30歳代22人（14.3%）と続いた。20歳代は4人（2.6%）と最も少なかった。性別は女性が147人（95.5%）、男性が7人（4.5%）であった。資格は看護師が111人（72.1%）、准看護師が42人（27.3%）であった。職位はスタッフナースが97人（63%）で、責任者は47人（30.5%）であった。病院での臨床経験年数は、10年以上が79人（51.3%）と半数を占め、1～3年は16人（10.4%）と最も少なかった。高齢者施設での臨床経験年数は、4～7年が46人、8～10年が43人、10年以上が45人とそれぞれ30%弱でほぼ同等であった。3年未満は20人（13%）であった。対象者の看取り経験数は、「20回以上」が78人（50.6%）、「6～19回」が59人（38.3%）、「5回以内」が17人（11%）であった。身内との死別経験は、「あり」が134人（87%）、「なし」が20人（13%）であった。看取りの学習経験は、「施設外または自己学習」が最も多く85人（55.2%）、「施設内の勉強会」が58人（37.7%）、「していない」が11人（7.1%）であった。（表2）。

## 2. 特養での看取りの看護実践能力の項目分析の結果（表3）

特養での看取りの看護実践能力の必要度および実施頻度について、どちらも天井効果・フロア効果は見られなかった。全体の平均値は、必要度が $3.74 \pm 0.47$ 点、実施頻度が $3.13 \pm 0.70$ 点であり、全体的に必要な度のほうが得点が高かった。必要度の得点はすべて3点以上を示したが、実施頻度の得点は3点以下が約3割あった。また、標準偏差（SD）は実践頻度のほうがより高く、得点も2.43～3.38と回答に幅が出ていることがわかった。

表1 対象施設の概要に関する基本統計 (n = 154)

		人数	%
入所者数	50人以下	35	22.7
	51~100人	101	65.6
	100人以上	18	11.7
施設内死亡数 (平成23年度)	5人以下	22	14.3
	6~10人	39	25.3
	11~15人	26	16.9
	16~20人	44	28.6
	21~30人	23	14.9
施設の看取り方針	希望があれば実践する	13	8.4
	実践している	141	91.6
医師の協力性	協力的ではない	2	1.3
	どちらともいえない	15	9.7
	協力的だ	137	89.0
事前指示確認時期	していない	1	0.6
	入所時のみ	1	0.6
	入所時と状態変化時	138	89.6
	定期的に確認	14	9.1

表2 対象者に関する基本統計 (n = 154)

		人数	%
年齢	20歳代	4	2.6
	30歳代	22	14.3
	40歳代	49	31.8
	50歳代	66	42.9
	60歳代	12	7.8
	その他	1	0.6
	性別	女性	147
男性		7	4.5
資格	看護師	111	72.1
	准看護師	42	27.3
	その他	1	0.6
職位	スタッフナース	97	63.0
	師長または主任	47	30.5
	その他	10	6.5
病院経験	1~3年	16	10.4
	4~7年	34	22.1
	8~10年	25	16.2
	10年以上	79	51.3
施設経験	1~3年	20	13.0
	4~7年	46	29.9
	8~10年	43	27.9
	10年以上	45	29.2
看取り経験数	5回以内	17	11.0
	6~10回	30	19.5
	11~19回	29	18.8
	20回以上	78	50.6
身内との死別経験	なし	20	13.0
	あり	134	87.0
看取りの学習経験	していない	11	7.1
	施設外または自己学習	85	55.2
	施設内の勉強会	58	37.7

特養での看取りの看護実践能力の必要度と実施頻度の関連を調べるため、データの正規性を確認したところ、どちらも正規分布を示さなかった。そのため、スピアマンの順位相関係数を算出した。表3の網かけ項目が探索的因子分析によって選択された項目であり、これらの項目の必要度と実践頻度の関連はほぼ中程度の有意な正の相関を示した ( $p < .001$ ,  $p < .01$ )。一方、相関を示さなかったあるいは相関の弱い項目は、項目4「利用者の尊厳保持のために、発生しやすい褥瘡を予防する」、項目5「利用者の尊厳保持のために、身体(口腔・陰部含む)の清潔を保つ」、項目10「看取りに適した環境を利用者と家族に提供する」であり、これらの項目は探索的因子分析によっても抽出されなかった。

これらの結果から、対象者は、看取りにおいて必要だと認識している看護実践ほど積極的に実施している状況が示された。しかし、必要度と実施頻度の得点差において、必要だと認識していても必ずしも実践頻度が高いとは限らないことがわかった。特に、個人の宗教的慣習や死後の振り返りに関する項目(項目15~18, 57~60)の実践頻度の得点が他の項目と比べて低かった。

### 3. 特養での看取りの看護実践能力の因子構造

#### (1) 探索的因子分析のためのデータの選択

特養での看取りの看護実践能力の測定にあたり、必要度の平均値と実践頻度の平均値の間には、得点差はあるものの有意な正の相関が認められ ( $p < .01$ ) (表3)、看護職が看取りに必要なと考える看護実践ほど、十分に行われている傾向にあることが示された。

一方、特養での看取りのケアには、看護職だけでなく生活支援の専門職である介護職が実施するケアもあり、看護職のケアへのかかわりの範囲がアセスメントおよびマネジメントに限局する場合から介護職とともに協働する場合まで幅が広い。つまり、必要だと認識している日常生活援助を含む看護ケアを、看護職がマネジメントしつつ介護職が実践している状況もありうる。このような背景から、特養での看取りの看護実践能力の因子構造を抽出するためには、実施頻度との有意な相関を確認したうえで、看取りに必要な看護実践だという看護職の認識を示した必要度データを用いたほうが信頼性が高いと判断した。

#### (2) 探索的因子分析の結果(表4)

特養での看取りの看護実践能力における必要度のデータを用いた探索的因子分析の結果から、5因子21項目が抽出され、信頼性および因子間の相関が確認された。以下に、その分析過程を述べる。

特養での看取りの看護実践能力の構成要素が6カテゴリーであったことから、6因子構造を仮定して最尤法・プ

表3 看取りの看護実践能力の尺度項目の記述統計量

(n = 154)

	b-Mean (必要度)	b-SD (必要度)	c-Mean (実施頻度)	c-SD (実施頻度)	相関係数	有意確率	共通性
1 看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする	3.8411	.38458	3.2119	.64920	.304	***	.363
2 医師に報告すべき状態かどうかを見極める	3.8477	.36052	3.5629	.52378	.348	***	.308
3 身体状況の安定性をアセスメントし、最期まで入浴を促す	3.4636	.61941	3.3311	.67054	.524	***	.243
4 利用者の尊厳保持のために、発生しやすい褥瘡を予防する	3.9404	.23754	3.5497	.53776	.191	*	.376
5 利用者の尊厳保持のために、身体（口腔・陰部含む）の清潔を保つ	3.9603	.19599	3.5298	.58661	.113	n.s.	.268
6 精神性の異常行動は、利用者の安全と尊厳を守る方法で対応する	3.7616	.45766	3.0795	.57182	.302	***	.441
7 自然な便通を苦痛なくコントロールする	3.6093	.50297	3.0861	.63183	.354	***	.217
8 水分摂取量と排尿量のバランスを管理する	3.4172	.70576	3.1325	.67008	.532	***	.241
9 最期まで安全かつ安楽な姿勢を保つためのケアを提供する	3.8742	.33276	3.3510	.57964	.355	***	.462
10 看取りに適した環境を利用者と家族に提供する	3.9073	.29100	3.1921	.69007	.169	*	.197
11 誤嚥に注意しながら、できる限り経口摂取を促す	3.6556	.55433	3.3974	.57827	.536	***	.229
12 利用者の気持ちを察して共感的理解を示しながら寄り添う	3.7682	.45378	3.0993	.60833	.397	***	.411
13 利用者や家族の孤独感や寂しさを和らげるコミュニケーションをはかる	3.7947	.42139	3.1126	.65872	.340	***	.480
14 利用者が看取りと判断される状態に近づいていることを予測する	3.8543	.37233	3.3775	.56263	.348	***	.415
15 利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる	3.5563	.58465	2.7219	.84978	.448	***	.460
16 できるかぎり利用者の意思を最優先したケアを提供する	3.7947	.40526	2.9868	.69269	.301	***	.412
17 利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する	3.6755	.48373	2.9139	.75666	.395	***	.648
18 意思確認が困難でも、利用者の人柄から思いを推測しケアを摸索する	3.6821	.46720	2.8874	.72611	.425	***	.629
19 利用者の意思確認が困難な場合、家族から利用者の意思の代弁を聴く	3.7483	.47915	3.1788	.72191	.404	**	.561
20 看取り以前から、利用者とは看取りについての話ができる関係性を築く	3.6689	.52563	2.5033	.83166	.258	**	.458
21 看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係性を築く	3.8411	.38458	2.8344	.67755	.256	**	.585
22 看取り以前から看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会をもつ	3.8146	.43824	2.9272	.75806	.317	***	.416
23 医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う	3.7815	.48845	3.0265	.77414	.392	***	.367
24 介護職それぞれの能力にあわせて医療行為を指導する	3.5298	.61976	2.9205	.70733	.540	***	.201
25 医師と連携し、過不足のない医療行為を提供する	3.4238	.72514	3.0596	.73241	.474	***	.281
26 特養での高齢者の終末期医療に対する医師の考え方を理解しておく	3.7815	.46035	3.2185	.72013	.367	***	.328
27 特養での高齢者の終末期医療に対する考えをチームで話しあう	3.8411	.38458	2.9868	.76583	.306	***	.300
28 日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する	3.8411	.38458	3.4702	.55146	.338	***	.408
29 起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ	3.6490	.54404	3.2715	.64222	.487	***	.353
30 夜勤介護職に利用者の急変の可能性を引き継いでおく	3.9007	.30011	3.6225	.53841	.430	***	.430
31 看取りと判断されたら、改めて治療・検査を見直す	3.6026	.60088	3.1987	.78333	.494	***	.259
32 利用者の状態から、医師がするであろう指示を予測する	3.1921	.84629	2.9272	.82542	.703	***	.256
33 施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する	3.9139	.28143	3.6490	.54404	.331	***	.482
34 医師による死亡診断が適切に行えるよう調整する	3.7219	.64456	3.5695	.72581	.597	***	.158
35 他職種の見解も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する	3.8874	.31713	3.2715	.64222	.246	**	.627
36 他職種とは利用者の観察情報とアセスメントを密に情報交換し共有する	3.8477	.36052	3.1854	.66737	.300	***	.619
37 経験の浅い介護職が抱く看取りへの恐怖心を理解しサポートする	3.7483	.46502	2.9603	.71069	.327	***	.656
38 有効な食事ケアのために栄養士と協働する	3.7550	.44672	3.2583	.73452	.433	***	.492
39 相談職に対して、利用者とその家族に関する情報交換を密に行う	3.7351	.51254	3.2252	.69448	.419	***	.603
40 看取りを行ううえで利用者の利益となる態勢づくりを施設長に提案する	3.2914	.78816	2.3245	.91323	.309	***	.289
41 生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する	3.8609	.38366	3.2517	.64517	.271	**	.714
42 利用者が会いたいと希望する人に会える調整をする	3.7748	.47850	2.9801	.79557	.387	***	.332
43 利用者の希望を実現するために必要な地域資源を活用する	3.2848	.78636	2.2318	.79535	.390	***	.261
44 看取りに対する家族の気持ちに共感的理解を示し、不安の軽減をはかる	3.8543	.35397	3.1523	.58593	.366	***	.514
45 家族に施設での看取り態勢を理解してもらえるように説明する	3.8742	.33276	3.4768	.66166	.449	***	.473
46 家族に利用者への現状を密に連絡する	3.9007	.30011	3.4371	.62797	.346	***	.456
47 利用者本人と家族が互いの意思統一をはかれるように調整する	3.7682	.42338	2.9205	.77048	.360	***	.421
48 臨終を迎える心構えを家族がもてるようにかかわる	3.8543	.38983	3.2053	.77733	.388	***	.405
49 看取りに対する家族の負担を軽減できるようサポートする	3.7616	.44285	3.0927	.70570	.414	***	.485
50 家族と医師の相互理解が深まるように調整する	3.6424	.55791	2.8874	.80451	.553	***	.488
51 家族の意向をケアプランに活かして、看取りへの関心をもてるよう促す	3.6887	.51879	2.9470	.79823	.414	***	.516
52 利用者や家族の状況に合わせて、適宜看取りの希望を確認する	3.8278	.41250	3.2384	.69961	.416	***	.461
53 家族が臨終に立ち会えるように連絡調整する	3.8411	.36684	3.4503	.63967	.397	***	.275
54 延命処置に関する利用者や家族の希望を確認する	3.8808	.38170	3.5364	.65090	.449	***	.238
55 臨終後の家族の心情を受け止め、寄り添うケアを実践する	3.7881	.41003	2.9801	.77002	.350	***	.585
56 臨終に間にあわなかった家族に対して、理解の得られる状況説明を行う	3.8278	.42835	3.3179	.63635	.419	***	.471
57 利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する	3.7483	.50621	3.0066	.89812	.498	***	.733
58 実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する	3.6424	.61476	2.8543	.88992	.544	***	.831
59 家族との交流場面での反応を思い返し支援が適切だったかを評価する	3.6556	.58931	2.8609	.85666	.416	***	.798
60 利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する	3.7152	.53388	2.9139	.87894	.451	***	.758

[注] n.s. : not significant, \* :  $p < 0.05$ , \*\* :  $p < 0.01$ , \*\*\* :  $p < 0.001$



表 4 特養での看取りの看護実践能力の探索的因子分析の結果

(n = 154)

質問項目	特養での看取りの看護実践能力因子					共通性
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	
1 b59 家族との交流場面での反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する	.920	.234	-.055	-.064	-.120	.892
2 b58 実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する……	.858	-.009	.031	-.018	.034	.784
3 b57 利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する……	.761	-.197	.122	.074	.185	.770
4 b60 利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する……	.660	.125	.122	-.042	.089	.739
5 b22 看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会をもつ	.122	.788	-.105	.096	-.147	.590
6 b21 看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係性を築く	.052	.695	-.065	.005	.123	.610
7 b31 看取りと判断されたら、改めて不必要な治療・検査を見直す……	.057	.534	.087	-.021	-.042	.339
8 b23 医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う……	-.040	.528	-.089	.175	.048	.350
9 b16 できるかぎり利用者の意思を最優先したケアを提供する……	-.123	.426	.174	-.040	.264	.412
10 b35 他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する……	-.044	-.014	.921	.025	-.049	.768
11 b41 生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する……	.153	-.011	.707	.096	-.044	.659
12 b1 看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする……	.172	-.150	.545	.112	-.068	.358
13 b14 利用者が看取りと判断される状態に近づいていることを予測する……	-.048	.374	.436	-.201	.009	.380
14 b30 夜勤介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく……	-.001	.043	-.225	.927	.018	.811
15 b33 施設で行える医療行為について利用者や家族に説明する……	.057	.090	.255	.519	.004	.539
16 b29 起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ……	.035	.143	.047	.454	-.003	.321
17 b28 日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する……	-.209	.129	.311	.445	.048	.396
18 b54 延命処置に関する利用者や家族の希望を確認する……	.007	-.118	.174	.427	.020	.224
19 b18 意思確認が困難でも、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する……	.034	-.016	-.062	.005	.917	.811
20 b17 利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する……	.016	.157	.054	-.073	.735	.726
21 b15 利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる……	.081	-.062	-.135	.127	.638	.428
	1.000					
	.564	1.000				
因子相関行列	.565	.491	1.000			
	.340	.417	.327	1.000		
	.593	.637	.486	.426	1.000	
Cronbach's α 係数	.928	.757	.770	.707	.816	
累積寄与率			56.703			

ロマックス回転にて探索的因子分析を行った。初回の分析では、6因子構造あるいは7因子構造ともに回転が収束しなかった。そのため、5因子構造を仮定した因子分析を継続した。因子負荷量が低い項目(.40未満)、あるいは高い因子負荷量が重複する項目を削除しながら分析を進め、累積寄与率が56.703を示したこと、また下位項目の数と内容のまとまりを確認して5因子21項目に確定した。

探索的因子分析を進めるうえで、高い負荷量の重複を示したために削除されていった項目は、介護職と協働して実施する清潔ケアや排便コントロールなど日常生活ケアに関する項目や家族支援に関する項目であった。また、因子負荷量が低かった項目は、看取りの態勢づくりともいえる他職種連携や医師との看取り方針の統一に関する項目であった。一方、因子抽出後の共通性(表4)を確認したところ、全体的にほぼ共通性を保っていたが、第4因子の項目54「延命処置に関する利用者や家族の希望を確認する」については.224と低い値を示した。しかし、この項目54の因子負荷量.427であるとともに、第4因子における他の項目との意味内容の関連性が認められたため、削除の対象ではないと判断した。

次に、抽出された因子の意味内容と命名について以下に述べる。第1因子は4項目で、看取った入居者が苦痛なく自然に死を迎えることができたかについて、実践したケアの効果や家族との交流場面なども思い返して評価する能力に関する項目に高い負荷量を示したため、【看取り後の振り返り】と命名した。第2因子は5項目で、看取り以前から医療行為に対する入居者および家族の意思を確認し、その意思を尊重したうえでの疼痛コントロールおよび過不足のない医療提供に関する項目に高い負荷量を示したため、【入居者本意に沿った医療管理】と命名した。第3因子は4項目で、入居者にとって苦痛のない安らかな臨終に向けて他職種と連携してケア方針を統一しながら共に実践していく項目に高い負荷量を示したため【安寧な臨終に向かう協働】と命名した。第4因子は5項目で、臨終間近の急変や症状の経過を予測したフィジカルアセスメントから、他職種や家族への速やかな連絡等臨終への準備を整える管理能力に関する項目に高い負荷量を示したため、【予測準備的マネジメント】と命名した。第5因子は3項目で、たとえ入居者の意思確認が困難であっても、入居者の趣味や生活歴等から最期の瞬間をその人らしく迎えるケアを模索す

るといふ働きかけを實踐する項目に高い負荷量を示したため、【その人らしい最期へのケア】と命名した。これらの5因子は、病院のような医療態勢のない生活の場である施設において、入居者ができるかぎり安寧な死を迎えるための看取りに必要な看護として抽出された実践能力である。

因子間の関係性は、すべて中程度の正の相関を示し、抽出された5因子が相互に関連しあっている関係性が認められた。最も高い相関係数を示したのは、第2因子の【入居者本意に沿った医療管理】と第5因子の【その人らしい最期へのケア】で、.637であった ( $p < .05$ )。この関係性から、特養での看取りを實踐する看護職は、入居者本人の意思の尊重を特に重要視していることがわかった (表4)。

特養での看取りの看護実践能力の各因子について、必要度と実践頻度の両方におけるCronbach's  $\alpha$  係数を算出した (表5)。必要度では、第1因子から順に  $\alpha = .928, .757, .77, .707, .816$  を示し、信頼性が確認された。次に、必要度のデータから得られた5因子構造に実践頻度のデータを投入し、Cronbach's  $\alpha$  係数を算出

表5 必要度と実践頻度のクロンバックの  $\alpha$  係数の比較 (n = 154)

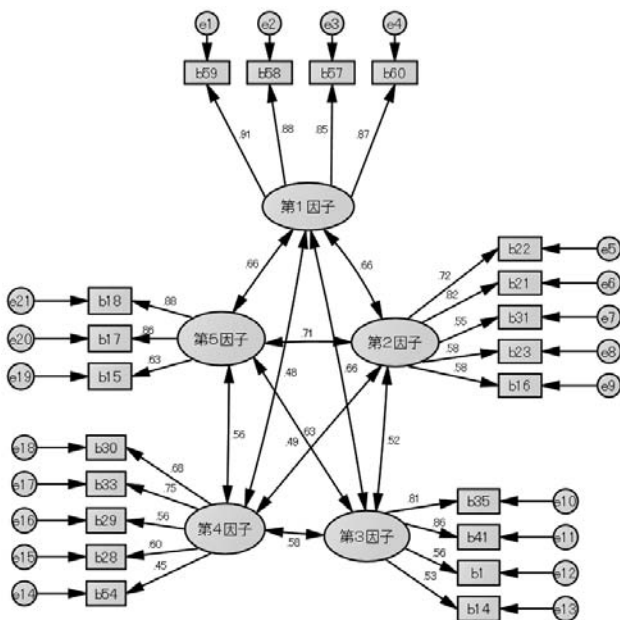
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
必要度	.928	.757	.770	.707	.816
実践頻度	.952	.740	.694	.707	.743

した。その結果、実践頻度では第1因子から順に  $\alpha = .952, .740, .694, .707, .743$  であった。必要度と実践頻度ともにはほぼ同等の数値ではあったが、実践頻度の第3因子は .70 を下まわっていた。

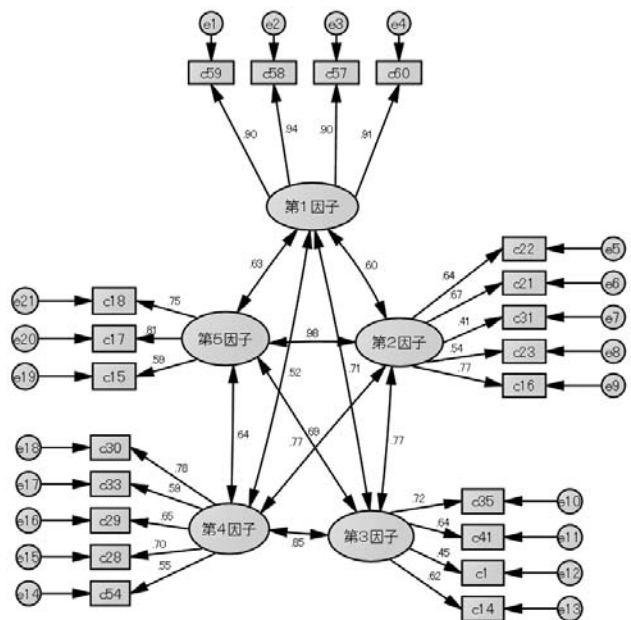
#### 4. 特養での看取りの看護実践能力の検証的因子分析の結果 (図1, 図2)

探索的因子分析の結果抽出された5因子21項目について、必要度と実践頻度ともに検証的因子分析を試みた。潜在変数は、第1因子から第5因子を示す。観測変数の項目bは必要度の下位項目、項目cは実践頻度の下位項目を示し、eは、誤差変数を示す。必要度モデルの適合度指標は、 $\chi^2/df$  値 = 2.009, GFI = .831, AGFI = .781, IFI = .894, CFI = .892, RMSEA = .081 ( $p = .000$ ) であった。実践頻度モデルの適合度指標は、 $\chi^2/df$  値 = 1.515, GFI = .857, AGFI = .815, IFI = .946, CFI = .945, RMSEA = .058 ( $p = .000$ ) であった。下位項目へのパス係数は、必要度モデルが推定値 = .45 ~ .91, 実践頻度モデルが推定値 = .41 ~ .94 であった。

また、因子間のパス係数においては、両モデルとも第2因子と第5因子間のパス係数が最も高値であった。これは、探索的因子分析による因子相関行列の係数と同じ結果を示しており、【入居者本意に沿った医療管理】と【その人らしい最期へのケア】の強い関連性を裏づける結果と



n = 154  
 $\chi^2/df$  値 = 2.009  
 GFI = .831  
 AGFI = .781  
 IFI = .894  
 CFI = 0892  
 RMSEA = 0.81  
 $p = .000$   
 b : 観測変数  
 c : 誤差変数



n = 154  
 $\chi^2/df$  値 = 1.515  
 GFI = .857  
 AGFI = .815  
 IFI = .946  
 CFI = .945  
 RMSEA = .058  
 $p = .000$   
 b : 観測変数  
 c : 誤差変数

図1 特養での看取りの看護実践能力の【必要度】モデルにおける検証的因子分析の結果

図2 特養での看取りの看護実践能力の【実践頻度】モデルにおける検証的因子分析の結果

表6 特養での看取りの看護実践能力の関連要因

(n = 154)

	実践頻度 1	実践頻度 2	実践頻度 3	実践頻度 4	実践頻度 5	必要度 1	必要度 2	必要度 3	必要度 4	必要度 5
年齢	.082	.098	-.038	-.055	.087	-.033	-.133	-.034	-.126	-.105
資格	.104	.105	.006	.057	.174 *	-.003	-.029	-.110	.070	.042
職位	-.030	.034	-.033	-.007	.060	.034	-.040	-.057	-.051	-.028
病院経験	-.016	.004	.014	.050	.010	-.022	.045	-.025	.039	.001
施設経験	.139	.069	.099	.103	.062	.019	-.090	.013	.015	-.035
施設の看取り方針	.135	.106	.175 *	.139	.150	.219 **	.281 ***	.182 *	.084	.262 **
医師の協力性	-.031	.109	.000	-.007	.049	.026	-.060	-.001	-.095	.078
事前指示確認時期	.130	.066	.097	.021	.090	-.034	-.149	-.055	-.034	-.064
看取り経験数	.155	.106	.190 *	.196 *	.136	.124	.095	.192 *	.050	.163 *
身内との死別経験	.084	.156	.126	.063	.096	.072	.169 *	.079	.071	.013
看取りの学習経験	.155	.235 **	.231 **	.252 **	.193 *	.077	.115	.135	.055	.018

[注] \*:  $p < 0.05$ , \*\*:  $p < 0.01$ , \*\*\*:  $p < 0.001$

注釈: 看取りの学習経験: ①していない, ②施設外または自己学習, ③施設内の勉強会  
施設の看取り方針: ①実施していない, ②希望があれば実施する, ③実施している

なった。

結果として、必要度モデルおよび実践頻度モデルはともに収束し、適合度もほぼ許容範囲であることから、特養での看取りの看護実践能力の構成概念妥当性が確認できた。

### 5. 特養での看取りの看護実践能力の関連要因の探索 (表6)

特養での看取りの看護実践能力との関連要因について、スピアマンの順位相関係数を算出した。その結果、必要度因子には施設の看取り方針が有意な相関を示した ( $.18 < r < .29$ ,  $p < .05$ ,  $p < .01$ ,  $p < .001$ )。一方、実践頻度因子には看取りの学習経験が有意な相関を示した ( $.19 < r < .26$ ,  $p < .05$ ,  $p < .01$ )。

## VI. 考 察

### 1. 特養での看取りの看護実践能力の構造

作成した特養での看取りの看護実践能力の構成要素6カテゴリ60項目は、探索的因子分析によって5因子21項目となった。また、特養での看取りの看護実践能力因子について、その特性を簡潔明瞭に表現できる因子名に改名した。これらは、特養という実際の看取りの現場で働く看取り経験豊富な看護職の実践から導かれた看取りの看護実践能力の構造を示している。文献から抽出した構成要素6因子60項目と探索的因子分析によって抽出された5因子21項目の関係性を含めて以下に説明する。構成要素のカテゴリを [ ] で示し、探索的因子分析によって抽出された因子を【 】で示す。

まず、生活の場である特養での看取りにおける意思確認に関する第2因子の5項目は、入居者が元気なうちに看護職をはじめ周囲に気持ちを表出できる関係性を築き、施設での看取りについて入居者自身の意思を確認しながら実施するという「尊厳優先的プランニング能力」の項目16, 21,

22と、過不足のない医療の提供や疼痛コントロールにおける医師との連携などの医療管理に関する「調整的医療管理能力」の項目23, 31で構成されていた。この「尊厳優先的プランニング能力」の項目21, 22は、入居者が看取りと判断される以前から、医療態勢の整った病院ではない生活の場で死を迎えることについての、入居者や家族の不安や要望を確認し施設での看取りに理解を得るために求められる看護実践能力を示している。入居者自身が自らの死をどこで誰とどのように迎えたいと思っているのか、またどのような不安を抱えているのかを知るためには、特養での入居者の生活に入り込んでなじみの関係を築き、施設で看取られることについて入居者や家族が気兼ねなく不安を表出でき、施設での看取りのあり様を理解してもらえようなかかりを継続的にもつことが必要である。特養の看護職は、入居者本意に沿った看取りを実践したいという願望をもち(加瀬田・山田・岩本, 2005)、そのためには入居者がしっかりしているうちに意思確認を行わなければならないという認識をもっている(曾根ら, 2011)。このような認識をもった特養の看護職は、入居者の意識がしっかりしているうちから入居者本人やその家族の意思や望みを確認する機会を設けるなど、医師による看取りのためのインフォームドコンセントの場を適宜調整している。それによって、入居者やその家族は、穏やかに死を迎えるために必要な点滴や吸引、酸素吸入などは特養でも提供できる医療態勢として整っていることを理解し、病院へ搬送され昇圧剤の投与や気管内挿管など単に延命をはかるためだけの医療に依存することなく、生活の場である特養であっても苦痛なく穏やかな死を迎えることが可能であるという、看取りの理解と不安の軽減につながっていると考えられる。このように、施設での安寧な看取りを望む入居者の思いに応えるためには、施設で可能な点滴や吸引、酸素吸入、疼痛のコントロール、さらには看取りへの経過のなかで不要になってい

く治療や検査の見直し等について、施設に常駐していない医師と円滑な連携を保ちながら適切に医療管理を実施する看護実践能力が必要である。以上のことから、第2因子の因子名を【入居者本意に沿った医療管理】とした。

この【入居者本意に沿った医療管理】の質を高めるためには、症状の経過を予測したフィジカルアセスメントによって死を迎えるための準備を行う第4因子の【予測準備的マネジメント】5項目が必要不可欠である。この因子は、入居者の身体症状の急変やこれから起こりうる症状の経過を予測して医師をはじめ他職種と連携したり、家族が臨終に立ち会えるように連絡調整するなど、入居者の人生最期の場を整えるための準備を行う能力であり、[調整的医療管理能力]の項目28, 29, 30, 33と[協働的家族支援力]項目54で構成されていた。この[協働的家族支援力]からは、延命処置に関する意思確認に関する1項目のみが残り、家族支援に関する因子は抽出されなかった。これは、特養には家族と疎遠な入居者が多いことが背景にあると推察する。家族に見守られ安らかな臨終を迎える入居者が希少であるがゆえに、できるかぎり家族にかかわってもらいたいという看護職の願いが看取りの看護実践として先行研究に反映されていたのではないかと考える。

他方、特養の全国調査では、内科の嘱託医が決まっている施設は94.6%だが、常勤の医師が配置されている施設は4%と報告されている(池上ら, 2010)。そのため、生活の場である特養における嘱託医との連携は、与薬の指示や受診時、看取りにおけるインフォームドコンセント、臨終の際などに限られており、生活の場における医療者としての看護職の予測をもったアセスメント力は、入居者の側にいない医師に入居者の正確な情報を提供するとともに、その後の指示の適切さに活かされるなど看取りの質にかかわってくると考えられる。さらに、夜勤を担う介護職に急変の可能性を伝えたり、家族への入居者の状態変化について密な情報提供を行うなど、臨終に向けて的確な対応と家族の立会いができるよう調整する看護職のマネジメント力が、家族にとっても心残りのない看取りとなると考える。

このように、【予測準備的マネジメント】と【入居者本意に沿った医療管理】が十分に発揮されれば、望まれた環境のなかで入居者を苦痛のない穏やかな状態に保ち、看取りにおける入居者の尊厳や個性性を重視した第5因子の【その人らしい最期へのケア】に安心して取り組むことができる。この能力は、入居者の意識の有無や認知障害の程度にかかわらず、最期までその人らしく生活が送れるよう、入居者本人のあらゆる情報をもとに推測したニーズをケアに反映していく。たとえば、歌が好きであった入居者の部屋で好みの音楽をかけたり、話し好きであった入居者の傍にゆっくり寄り添って思い出のある話題を話かけてみ

たり、あるいは入浴が好きであった入居者には看取りであっても可能なかぎり入浴を実施するなど、死を迎える最期までその人らしく生活するためのさまざまな工夫や配慮を積極的に試行錯誤するというパフォーマンス性の高いケア能力である。【その人らしい最期へのケア】を試行錯誤することは、意識障害のある入居者にとって認識できない無意味な行為であるのとらえるのではなく、聴覚は最期まで残っていることを踏まえて積極的に親身なかかわりをもつような対応が必要だと考える。また、それによって同じ施設でともに生活してきた同居者、特に家族と疎遠な同居者から見れば、死が近づき意識がなくなってもこれほど親身にしてくれるという安心感や信頼感につながるとも考えられる。【その人らしい最期へのケア】は、[尊厳優先的プランニング能力]の項目15, 17, 18で構成されており、入居者本人の人生そのものを尊重し、その人の人生を統合するという高齢者の終末期を締めくくるスピリチュアルケアの一環でもあると考える。

また、特養の日常生活支援は介護職を中心に行われており、看取りも例外ではない。急変が危惧されるため看護職のかかわりは増えるが、看護職の【その人らしい最期へのケア】は、介護職との連携によって強化される(大村, 2013)。入居者の生活に密着している介護職は、入居者のその人らしさを熟知しており、家族との関係が疎遠な特養入居者にとって家族同様の関係性をもつ場合もある。そのため、介護職による毎日の食事摂取量や嚥下状態、発語や生活意欲などの情報は、看護職の【予測準備的マネジメント】や【入居者本意に沿った医療管理】の的確さや、看取りの状態を予測し医師への連絡の迅速さをもたらすと考えられる。さらに看取りでは、可能なかぎり経口摂取を促すための食事形態の工夫を担う栄養士や、家族など入居者周囲の人間関係や経済面での相談支援を担う相談職との連携も、入居者のQOLを高める看取りに影響する。このように、第3因子の【安寧な臨終に向かう協働】は、看取りの質を高めるための他職種との円滑な連携力であり、[予測的アセスメント能力]項目1, 14と[ソーシャルサポート的連携力]項目35, 41で構成されていた。

最後の第1因子【看取り後の振り返り】は、[省察的評価能力]と同じ4項目で構成されていた。この看護実践能力は、看取った後で実践したケアを思い返して評価し、内省を次の看取りへと活かしていく能力を意味している。そのため、看取りを実践したケアの効果がどうであったかについては入居者のご遺体の状況を確認して評価し、苦痛のない自然な死を迎えたかについて振り返る。たとえば、亡くなった入居者の皮膚の状態や四肢の拘縮の程度、眼や口腔、陰部等の状態、さらには臨終前後の苦痛の表情など入居者の身体面について評価を行う。また、入居者の思いを

くみとり寄り添っていたか、望みに応えることができているかという入居者の意思の尊重について振り返り、精神面についても評価を行う。さらに、入居者の生前にかかわった家族との関係性についても、生活の場である特養で看取ることに対する理解が得られていたか、本当にこのままでいいのかという家族の不安や心のゆらぎに対して、不安を軽減するようなかかわりができたか、また家族が、入居者の意思を尊重し、入居者にとっての最善を落ち着いて考えられたかなど、家族支援について評価を行う。【看取り後の振り返り】によって得られた内省は、次の看取りのアセスメントの重要な資料となり、入居者と家族が穏やかな最期を迎えるという看護目標を達成するための原動力となると考える。

以上のように、病院のような医療設備が充実していない生活の場である特養において質の高い看取りの看護実践には、高齢者の終末期にみられる不安定な症状の変化にあわせた【予測準備的マネジメント】をもとに、住み慣れた施設で看取られたいと望む本人および家族の思いに応えるために最期まで穏やかに暮らすための過不足のない医療を提供する【入居者本意に沿った医療管理】に努め、毎日の生活に密着して生活支援を行う介護職など看取りのチームでの【安寧な臨終に向かう協働】と、死の瞬間まで入居者がありのままの自分らしさを保てるよう【その人らしい最期へのケア】が重要であった。そして、【看取り後の振り返り】を積み重ねることによって、内省を次の看取りに活かしつつ看護実践能力の向上がはかられていた。これらの看護実践能力は、入居者が自ら望んだ場所で、家族に見守られながら苦痛のない穏やかな死を迎えるという看護目標を達成に導いていくと考える。このように、抽出された5因子21項目は、生活の場である特養での終末期高齢者の特徴を踏まえた看護実践能力の測定に適した尺度項目だといえる。

## 2. 特養での看取りの看護実践能力の尺度化

以上の考察を踏まえて、特養での看取りの看護実践能力尺度は、病院のように医療態勢が十分整っていない生活の場である施設において、そこで暮らす高齢者の意思を尊重し、その人の尊厳を守りつつ全人的苦痛を除去し死を看取るケアが実践できる能力を、看護職がどの程度獲得しているかを評価するための物差しである。

本研究における特養での看取りの看護実践能力尺度は初期段階の検証であり、適合度は十分でなかった。しかし、豊田(2007)によれば、変数が30以上のパス図の場合、適合度指標のGFIが.9以下であっても、GFIの低さの理由だけでそのパス図を捨てる必要はないと述べており、特養での看取りの看護実践能力における内の一貫性と構成概念妥

当性は確認できたと判断した。したがって、5因子21項目は特養での看取りの看護実践能力を評価するための尺度項目として妥当であることが検証された。今後も、尺度としての信頼性および妥当性は、継続的に検証していく必要がある。

一方、丸山ら(2011)は、看護実践能力自己評価尺度(CNCSS)(中山ら, 2010)について、実施頻度で問うよりも、自信をもってできたかという達成の程度で問うほうが適していることを、モデルの適合度の比較により確認していた。つまり、共分散構造分析によるモデルの適合度が許容範囲を満たすことは、データの当てはまりについて説明力の高い評価ができることを意味している(豊田, 2007)。したがって、本研究における特養での看取りの看護実践能力尺度は、モデル検証によって必要度の面からも実践頻度の面からも測定可能であることが確認され、たとえば、看護職の認識を問う場合あるいは看取りの実態調査など、目的別に測定できる活用可能性も示唆していると考える。

また、60項目のアイテムプールが21項目に絞られたが、Nunnally & Bernstein(1994)は、組み立てられる項目の数は最終的尺度として考案されたものの少なくとも2~3倍のサイズで項目のプールをつくることを推奨している。本研究では、看取りの看護実践能力を包括的にとらえたアイテムプールから5因子21項目を導き出すことができた。質問紙の項目数としては、負担なく回答できる簡便な尺度としての活用可能性を示す項目数であると考えられる。

## 3. 特養での看取りの看護実践能力の関連要因

特養での看取りの看護実践能力を発揮する実践頻度と有意な正の相関が認められた関連要因は、看取りの学習経験であった(表6)。看取りの看護実践能力を発揮する実践頻度が多い、つまり、看取りが多く行われている特養では、施設内での勉強会の開催にも積極的に取り組んでいると考えられる。先行研究でも、入居者の尊厳ある看取りについて、職員同士で語りあえる態勢の充実や、多職種が協働して看取りを実践できるように継続的な職員研修の必要性が叫ばれている(坂下・西田, 2012; 塚田・浅見, 2012)。また、筆者の先行研究では、特養の看護職と介護職が看取りを積み重ねることによって、互いにそのスキルを高めていくことが明らかになった(大村, 2013)。このことから、看護職の【予測準備的マネジメント】や【入居者本意に沿った医療管理】および【安寧な臨終に向かう協働】や【その人らしい最期へのケア】は、その施設での勉強会を通して、看取りの実践を積み重ねながら、その施設の特性に沿った看取りの看護実践能力へと培われていくと考えられる。

一方、看取りの看護実践能力の必要度と有意な正の相関が認められた関連要因は、施設の看取り方針であった。現在、日本の特養の看取り方針は、各施設の状況によってその受け入れ態勢が多様である。金・鈴木・高木（2009）は、特養の施設長の看取り実施の判断に影響する要因として、24時間看護態勢などの医療態勢の確立や、介護職の看取りケアに対するレベルアップの必要性を明らかにしている。看取りにおいて、死に対する恐怖心が強いといわれる経験の浅い介護職に対する医療面での教育的かかわりや、入居者の身体症状の変化を予測して多職種や家族と連携するケアマネジメントは、生活の場で医療を担う看護職に委ねられている（上村ら、2011、大村、2013）。施設が、看取りを積極的に受け入れるという方針を掲げるのであれば、【入居者本意に沿った医療管理】や【その人らしい最期へのケア】が発揮できる看護職の確保は不可欠である。以上のことから、特養において入居者やその家族が望む看取りを実現するためには、施設内の看取り研修を充実させ、1人ひとりの看取りを振り返りながら、看護実践能力を培っていくことが重要であるという示唆を得た。

#### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の調査対象者がA県内の特養に勤務する看護職に限定していることが、本研究の限界である。特養での看取りの看護実践能力の因子構造は明らかにされたが、今後、

対象者数を増やして検証を繰り返し、生活の場である特養での看取りの看護実践能力を測定する評価指標としての妥当性を高める必要がある。

## 結 論

1. 特養での看取りの看護実践能力とは、【入居者本意に沿った医療管理】を重要視し、そのために【安寧な臨終に向かう協働】をはかり、看取りの方向性を示す【予測準備的マネジメント】を効果的に発揮するなかで、これらの相互作用によって【その人らしい最期へのケア】を試行錯誤し、毎回の【看取り後の振り返り】を次の看取りに活かしながら経験を積み重ねていく能力であった。
2. 特養での看取りの看護実践能力として抽出された5因子21項目は、構成概念妥当性および信頼性が統計学的に検証され、尺度化への活用可能性が示唆された。

## 謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただいた看護職の皆さまに深く感謝いたします。また、本研究における分析および論文執筆にあたりご指導いただきました諸先生方に深く感謝申し上げます。

本研究は、第18回日本看護研究学会東海地方会学術集会において発表した内容を加筆修正したものである。

## 要 旨

本研究の目的は、特養での看取りの看護実践能力の因子構造を明らかにし、その構成概念妥当性と関連要因を統計学的に検証することである。A県内の看取りを実践している特養に勤務する看取り経験のある看護職396名を対象に、自記式質問紙郵送法を実施した。分析方法は、特養での看取りの看護実践能力の探索的因子分析を実施した。抽出された因子の構成概念妥当性は、共分散構造分析による検証的因子分析により確認した。その結果、154人（有効回答率97%）から回答を得た。探索的因子分析の結果【看取り後の振り返り】【入居者本意に沿った医療管理】【安寧な臨終に向かう協働】【予測準備的マネジメント】【その人らしい最期へのケア】という5因子21項目が抽出された。構造方程式モデリングによる検証的因子分析の適合度はほぼ許容範囲を示し、特養での看取りの看護実践能力尺度の構成概念妥当性は確認された。

## Abstract

The purpose of this study was to clarify the structure of nursing competence and related factors in end-of-life service in nursing homes in order to confirm construct validity using structural equation modeling. To this end, questionnaires were sent to 396 nurses providing end-of-life care in nursing homes, and 154 responses were received. Exploratory factor analysis and covariance structure analysis were performed on the results.

The outcomes showed that nursing competence in end-of-life service in nursing homes involved five factors in particular: reflections on nursing care after death, respect by medical management for end-of-life wishes, collaboration for a peaceful passing, management and preparations for prediction of death, and care for individual end-of-life scenarios. The results also showed consideration of a further 21 items.

The goodness of fit observed in confirmatory factor analysis based on structural equation modeling indicated the permissible range and the construct validity of nursing competence in end-of-life service in nursing homes.

文 献

- Benner, P. (2001) / 井部俊子 (2005). ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ. 医学書院.
- 池上直己, 他 (2010). 地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究 (II). 平成21年度厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書.
- 井澤玲奈, 水野敏子 (2009). 特別養護老人ホームにおいて最期を迎える利用者への援助. 東京女子医看護学会誌, 4(1), 29-36.
- 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ (2005). 特別養護老人ホームのターミナルケアに携わる看護職者の悩み: 全国調査における自由記述の分析. 南九州看護研究誌, 3(1), 11-21.
- 金 貞任, 鈴木隆雄, 高木安雄 (2009). 特別養護老人ホームの要介護高齢者の看取りケアの実施に関する施設長の判断とその規定要因. 老年社会科学, 31(3), 331-341.
- 丸山育子, 松成裕子, 中山洋子, 工藤真由美, 石井邦子, 石原 昌, …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.
- 三菱総合研究所 (2007). 特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン—特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書—. 平成18年度厚生労働省老人保健健康増進事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分).
- 中山洋子, 工藤真由美, 丸山育子, 石井邦子, 石原 昌, 大見サキエ, …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調査. 平成18~21年度科学研究費補助金 (基盤研究 (A)) 研究成果報告書.
- Nunnally, J.C. and Bernstein, I.H. (1994). Psychometric Theory. 3rd ed., New York: McGraw-Hill.
- 大村光代 (2013). 特別養護老人ホームの看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造. 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 47-53.
- 坂下恵美子, 西田佳世 (2012). 特別養護老人ホームで積極的に看取りに取り組む看護師の意識の構造. ホスピスケアと在宅ケア, 20(3), 268-274.
- 曾根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 柄澤邦江, 多賀谷昭 (2011). 介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法—長野県内介護老人福祉施設の特徴—. 長野県看護大学紀要, 13, 39-50.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子 (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 103-109.
- 高山直子, 三重野英子 (2005). 介護老人福祉施設の看護師が行う End-of-life care の実際. 老年看護学, 10, 62-68.
- 竹迫弥生, 梶井英治 (2007). 介護保険施設における終末期ケア: 介護老人福祉施設入居者家族の終末期に関する希望. プライマリ・ケア, 30(4), 328-336.
- 塚田久恵, 浅見 洋 (2012). 石川県の指定介護老人福祉施設における終末期ケアの現状と課題. 石川看護雑誌, 9, 61-70.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [Amos編]—構造方程式モデリング—. 東京図書.
- 上村聡子 (2010). 介護職・施設長から期待される特別養護老人ホームの看護職の役割: 終末期ケアを中心に. 甲南女子大学研究紀要 (看護学・リハビリテーション学編), 4, 135-143.
- 上村聡子, 山内恵美, 佐瀬美恵子, 兼田美代, 藤永新子, 中野美加 (2011). 特別養護老人ホームにおけるターミナル期の食事援助の様相: ケアカンファレンス記録に見る看護職の役割. 甲南女子大学研究紀要 (看護学・リハビリテーション学編), 5, 107-117.
- 山田美幸, 岩本テルヨ (2004). 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題. 南九州看護研究誌, 2(1), 27-37.
- 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文 (2009). 終末期癌患者の家族視点に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. 日本看護学会誌, 29(2), 11-20.

〔平成26年3月10日受 付〕  
〔平成27年2月2日採用決定〕

# 病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル

Factor Extraction of the Turnover Values among Hospital Nurses

田中聡美  
Satomi Tanaka

布施淳子  
Junko Fuse

キーワード：看護師，転職，転職観

Key Words：nurses, turnover, turnover values

## 緒 言

現在、わが国の看護師の離転職は人口減少社会（国立社会保障・人口問題研究所，2012）における人的資源確保に関連した医療現場の課題（厚生労働省，2010）となっている。高度看護実践能力を有する看護師が転職する場合、組織の看護の質になんらかの影響を与える。また、医療機関では看護師の転職により人的資源開発への投資効率が低下し、知的熟練が蓄積されず、他の医療機関に流出するという影響も受ける。これらの点から、看護師が転職に至る過程や関連要因および転職観を解明することは、定着率を向上させ、医療機関等の活性化のために重要であると考えられている。

看護師の就業状況を概観すると、平成23年度の常勤看護職員離職率は10.9%（日本看護協会，2013）であり、約50%の看護師が転職を経験し、離職者の約70%が離職後5年以内に再就業している（日本医師会，2008）。採用者の転職者比率では、平成21年度に再就業をした看護師は約11.5万人、同年の看護師免許新規取得者数は約4万6千人（厚生労働省，2011）であり、転職入職者の比率は新規採用による入職率を上まわっている。また、近年自分にあった仕事内容、働き方を求める転職者が増加していること、今後、労働力人口の不足により転職の必要性がさらに増す（太田，2005）ことが予想されている点から、転職は一部の人が体験する出来事ではなく、ほとんどの労働者にとって避けられない問題（山本，2008）と考えられている。

転職者の増加は、労働者個人の転職行為そのものについての考え方、つまり転職観の変化を表している。長期雇用・終身雇用が慣行されていた時代では、組織の雇用システムや教育システムが労働者個人の転職観を形成し、職場に強い不満がない限りは転職すべきでないとした意見がほとんど（内閣府，2004）であった。しかし、個人志向性が高まり労働の流動化が促進している現代では、労働者個人

の転職観は職業生活に対する価値観と深く関連し、組織への忠誠心・帰属心に反映されると報告（内閣府，2004）されている。これらのことから、労働者個人の転職観は組織と労働者のマッチングに影響しうると予測される。したがって、労働市場の大半を占める転職入職者の転職観を把握することは、組織と労働者のマッチングを検討するうえで重要と考える。

国内の労働者の転職観に関する先行研究では、転職観に影響する要因として、性別、年齢、転職経験数、配偶者の有無、転職理由（坂井，2007）との関連性が示され、労働者の転職観が「利得・挑戦」と「損失・逃避」の2因子から構成されることが明らかになっている。看護職は女性就業者が大半を占め、組織風土やジェンダー構造に対する認知が他職種と異なることが推測され、転職観の構成因子も他職種とは異なる側面があると考えられる。しかし、看護師に焦点をあてた転職観については検討されていない。総務省「労働力調査」（2014）によれば、女性の就業率は平成14年以降上昇が続き、平成26年4月では63.1%と過去最高を更新している。女性の就業数では「医療、福祉」産業で大幅な増加が続いている。そこで、今後増加が見込まれる看護師の転職入職者と組織のマッチングを検討するためには、看護師固有の転職観を明らかにする必要があると考える。以上より本研究は、病院に勤務する看護師の転職観の構成因子を抽出し、因子構造モデルを検証することを目的とした。

## I. 用語の操作的定義

①転職：山本（2008）は、転職の類似概念の1つとして離職をあげ、両者は混同して用いられていることを指摘している。転職は本人主導で異なる組織へ移ることを前提とし、地位の変化は小さい。一方、離職とは職業生活を終え無職状態となることを前提としていることから、両



者は厳密には異なる概念といえる。また、安藤（2011）によれば、「日本における転職とは職業を変えることや勤務先を変える転社の意味が強く、その慣用上の語義の再定義がなされないまま研究上用いられている」と指摘している。看護における転職状況は、離職後5年以内に看護職者として他の医療機関に再就業するものが多い。このことから看護師の転職とは、再就業までの期間を問わず、勤務先を変える転社の意味合いが強いと考えられる。そこで本研究では転職の操作的定義を「離職期間にかかわらず、看護師が看護師として他の組織へ転社すること」とした。

②転職観：本研究では、坂井（2007）の成人前期有職者における転職観の検討に基づき、転職観を「転職そのものに対する個人の認識・価値観」と定義した。

## II. 研究方法

### A. 調査対象施設

調査施設は、日常生活圏から二次医療圏において急性期から慢性期まで幅広く対応する全国の200床以上の病院とした。全国の200以上の病院は、独立行政法人福祉医療機構（旧社会福祉・医療事業団）の福祉保健医療情報ネットワーク（WAM-NET）事業に登録された病院のなかから、300施設を単純無作為抽出法にて抽出した。研究協力の依頼は、単純無作為抽出法にて抽出した300施設の看護部代表者に、文書を用いて郵送法により行った。その結果、承諾が得られた39施設を調査対象施設とした。

### B. 調査対象者

調査対象者は、全国の200床以上の病院39施設に勤務する看護師とした。新人看護師のリアリティショックにかかわる早期離職との混合を避けるために、看護職者としての通算就業年数1年未満のものは除外した。

### C. 調査期間

調査期間は平成25年6月30日から7月30日とした。

### D. 調査方法

調査は、郵送調査法による自己記入式質問紙調査を用いた調査を行った。研究協力の得られた施設の看護部代表者に調査対象となる看護師の人数について回答を依頼し、対象者数の調査依頼書、調査票、返信用封筒を看護部代表者宛に送付した。対象者への調査票の配布は、各調査施設の看護部代表者に依頼した。対象者の具体的な選択については、各施設の看護部代表者に、看護職者としての通算就業

年数2年以上の看護師に配布するよう依頼した。調査票の回収方法は、同封した返信用封筒を用いて各対象者の自由意思により投函する方法とした。回収の期限は、調査票の配布から2週間以内の返信を依頼した。

### E. 調査項目

#### 1. 看護師の属性

看護師の属性は性別、年齢、臨床経験年数、現在勤務している病院での就業年数、看護の最終学歴、現在勤務している病院での職位、現在勤務している病院の種類、現在勤務している病院での勤務形態、看護職者としての転職回数、前職の転職理由、婚姻状況、子どもの有無、子どもの人数、家族介護の有無について回答を求めた。

#### 2. 病院に勤務する看護師の転職観に関する項目

日本の看護師の転職に関する先行研究は、水野・江幡・山元・吉田（1985）による離・転職の要因の検討、松原・水野・岩月・鎌倉（2003）による転職意図の発生プロセスの検討が質問紙調査で行われている。これらの先行研究では、転職は現職への不適応の結果生じる現象としてとらえていることから、既成の調査項目では転職観を明らかにすることは困難であると考えた。そのため、病院に勤務する看護師の転職観（以下、看護師の転職観）を総合的に把握するための調査票を独自に作成した。

調査票の作成手順は次のとおりである。『医中誌Web（Ver.5）』を用い、キーワードは「看護」と「転職」とし、検索期間は1985～2012年までの27年間とした。検索式は、（看護／TH or 看護／AL）and（職歴の移動／TH or 転職／AL）とした。文献の種類は原著論文、解説、総説とし、文献のタイトルおよび要旨から、看護師の転職観について記述されている文献を抽出した。また、抽出された文献から、看護師の転職観を明らかにするために、舟島（2009）によるBerelsonの内容分析の手法を参考にし、次の手順で分析を行った。初めに、看護師の転職観を記述している単文を抜き出し1文脈単位とした。その結果、45の文献から109の文脈単位を抽出できた。次に、それらを意味内容の類似性に従い分類し、その分類が表す内容をカテゴリネームとした。以上の過程を経て、看護師の転職観を表す6カテゴリ「看護師としてのキャリア発達の阻害」「看護の質と量の流出」「自己実現のための手段」「問題状況に対する打開策」「仕事と生活の両立の手段」「専門職者としての認識不足」と57サブカテゴリを抽出し、これら57サブカテゴリを質問項目として回答を求めた。回答方法は、各質問項目について「非常にそう思わない」1点、「かなりそう思わない」2点、「ややそう思わない」3点、「ややそう思う」4点、「かなりそう思う」5点、「非常にそう思う」6

点とし、各質問項目の諾否の程度は6件法で測定した。

質問項目の内容妥当性については、質的手法を用いた調査票の作成に精通した研究者よりスーパーバイズを受け、その内容および表現方法について検討した。

## F. 分析方法

分析には統計処理ソフト『SPSS Ver.21.0 for Windows』および『Amos 21.0』を使用し、以下の分析を行った。

### 1. 質問項目の分析

質問項目はすべて集計し、度数および百分率、平均値および標準偏差を算出した。 $p < .05$ を統計学的に有意とみなした。検定はすべて両側検定とした。

### 2. 因子分析

#### a. 質問項目の選定

看護師の転職観の質問項目57項目について、回答の天井・床効果を検討した。

#### b. 探索的因子分析

看護師の転職観の構成因子を明らかにするため、看護師の転職観の質問項目について、主因子法プロマックス回転にて因子分析を行った。質問項目の信頼性の検討のためG-P分析を行った。また内的整合性の検討のため、抽出された因子の質問項目についてCronbachの $\alpha$ 係数を求めた。

#### c. 確認的因子分析

探索的因子分析より明らかになった4因子に対して、確認的因子分析を実施した。因子構造の適合度指標としては、カイ二乗値、GFI (Goodness of Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を用いた(豊田・前田・柳井, 1992)。因子構造の部分的評価は検定統計量で評価し、検定統計量の絶対値が1.96以上、 $p < .05$ を満たしていることを基準(豊田ら, 1992)とした。

## G. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理委員会の承認(承認番号: 第32号)を得た。

倫理的配慮として、文書にて各調査施設の看護部代表者および病棟看護師に研究の目的、方法、所要時間、研究への参加は対象者の自由意志によるものであり辞退しても不利益を被らないこと、回答は無記名であること、得られたデータは統計的に処理し個人が特定できないこと、回答の内容は本調査以外の目的には使用しないこと、調査の同意の有無や回答が個人や所属機関に影響することはないこと、研究者へ調査票が返送されたことをもって同意を得ら

れたものと判断することを説明した。また、調査票および返信用封筒には対象者の氏名や施設名を記載する項目を設けず、厳封にて研究者宛に返送してもらうようにした。調査票およびデータを記録した電子媒体は、研究が終了するまで施錠して保管した。

## III. 結 果

研究を依頼した全国の200床以上の病院300施設のうち、39施設(13%)から研究協力の承諾が得られた。看護師の転職観の調査票は、39施設の病院において、看護師3,050名に調査票を配布し、1,733名(56.8%)からの回答が得られた。そのうち、新人看護師のリアリティショックにかかわる早期離職との混合を避けるために、看護師としての通算就業年数が1年未満と回答した18名のデータを除外した。また、調査票の質問項目について、明らかに不適切な回答のあった473名のデータと、回答に欠損が認められた29名のデータを分析から除外した。以上の処理の結果、最終的に1,213名(39.8%)のデータを分析の対象とした。

### A. 看護師の属性(表1)

性別は女性1,144名(94.3%)、男性67名(5.5%)であった。平均年齢は $37.0 \pm 9.1$ 歳、平均経験年数は $14.4 \pm 9.1$ 年であった。看護師としての転職回数は、転職なし605名(49.9%)、1回が298名(24.6%)、2回が138名(11.4%)であり、1回以上転職を経験している看護師が606名(49.9%)と半数を占めた。詳細は表1に示した。

### B. 病院に勤務する看護師の転職観の構成因子

#### 1. 探索的因子分析(表2)

看護師の転職観を明らかにするために、質問項目57項目について、主因子法プロマックス回転で探索的因子分析を行った。初めに、看護師の転職観の57項目について平均値と標準偏差を算出し、得点分布を確認したところ、2項目で天井効果や床効果と考えられる得点分布の偏りがみられた。そこで、これらの項目を以降の分析から除外した。次に、残りの55項目に対して主因子法による因子分析を行った。因子数はスクリープロットおよび初期解における固有値の減衰状況を参考に因子数を判断した結果、4因子が抽出された。そこで4因子を仮定し、因子負荷量が.40未満を示した項目、かつ2因子以上に.40以上を示した項目を分析から除外して再度、主因子法プロマックス回転による因子分析を行った。最終的に、因子負荷量が1項目のみに.40以上を示した28項目からなる4因子が抽出された。

病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル

表1 看護師の属性

		(n = 1,213)	
		n	(%)
性別	女性	1,144	(94.3)
	男性	67	(5.5)
	無回答	2	(0.2)
年齢		平均 ± 標準偏差	37.0 ± 9.1
看護職員経験年数		平均 ± 標準偏差	14.4 ± 9.1
現在勤務している病院での経験年数		平均 ± 標準偏差	9.9 ± 8.5
看護の最終学歴	専修・各種学校	890	(73.4)
	高等学校看護専攻科	101	(8.3)
	短期大学2年課程	93	(7.7)
	短期大学3年課程	72	(5.9)
	大学	27	(2.2)
	大学院	5	(0.4)
	その他	17	(1.4)
	無回答	8	(0.7)
現在勤務している病院での職位	スタッフ (常勤)	1,037	(85.5)
	管理職	53	(4.4)
	スタッフ (非常勤)	112	(9.2)
	その他	4	(0.3)
	無回答	7	(0.6)
現在勤務している病院の種類	救急医療機能を持ち急性期医療を担う病院	729	(60.1)
	地域医療支援病院	213	(17.6)
	救命救急センター	131	(10.8)
	都道府県がん診療連携拠点病院	62	(5.1)
	200床程度の一般病院 (療養含む)	29	(2.4)
	地域がん診療連携拠点病院	18	(1.5)
	小児病院	18	(1.5)
	その他	2	(0.2)
	無回答	9	(0.7)
現在勤務している病院での勤務形態	三交代	541	(44.6)
	二交代	329	(27.1)
	日勤のみ	216	(17.8)
	短時間労働	28	(2.3)
	夜勤・準夜勤	2	(0.2)
	その他	94	(7.7)
	無回答	3	(0.2)
看護職者としての転職回数		平均 ± 標準偏差	1.0 ± 1.4
	0回	605	(49.9)
	1回	298	(24.6)
	2回	138	(11.4)
	3回	94	(7.7)
	4回	44	(3.6)
	5回以上	32	(2.6)
	無回答	2	(0.2)
1施設あたりの平均勤務年数		平均 ± 標準偏差	10.3 ± 7.3
前職の転職理由 (n = 586)	結婚・出産・育児	105	(17.9)
	地元に戻る	89	(15.2)
	スキルアップ	78	(13.3)
	労働条件 (賃金以外) がよくなかった	73	(12.5)
	配偶者の転勤	34	(5.8)
	人間関係がうまくいかなかった	31	(5.3)
	満足のいく仕事内容でなかった	29	(4.9)
	賃金が低かった	23	(3.9)
	家族の介護	20	(3.4)
	病気・ケガ	19	(3.2)
	進学	17	(2.9)
	病院等の閉鎖	15	(2.6)
	知人から誘われた	9	(1.5)
	能力・実績が正当に評価されなかった	4	(0.7)
	定年	2	(0.3)
	その他	38	(6.5)
婚姻状況	既婚	749	(61.7)
	未婚	460	(37.9)
	無回答	4	(0.3)
子どもの有無	有	626	(51.6)
	無	584	(48.1)
	無回答	3	(0.2)
子どもの人数 (n = 626)	1人	166	(26.4)
	2人	307	(48.8)
	3人	140	(22.3)
	4人以上	12	(1.9)
	無回答	4	(0.6)
家族介護の有無	有	104	(8.6)
	無	1,105	(91.1)
	無回答	4	(0.3)

表2 病院に勤務する看護師の転職観の因子構造

(n = 1,213)

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
<b>第1因子 自己実現の可能性</b>				
転職したら、私が看護師として達成すべき目標が今よりも明確になる	.75	-.02	.03	.05
転職することは、キャリアアップのための手段を得ることである	.73	.02	-.12	-.06
転職することは、自分の看護実践能力を高めることである	.72	.05	-.12	-.13
転職することは、私が看護師として果たすべき役割を明確にすることだ	.72	-.07	.01	.10
転職したら、いまよりも仕事から充実感を得られるようになる	.71	-.09	.15	-.01
転職することは、看護師としての専門性を高めることだ	.70	-.03	-.09	.01
転職することは、自分が思い描く理想の看護を追及することである	.70	.01	-.03	.05
転職することは、自己実現の手段を得ることである	.65	-.05	.17	-.10
転職することで、看護職を生涯の仕事としてより意識するようになる	.61	.04	-.01	.07
転職することは、自分のキャリア形成に対して自己管理することである	.58	.02	-.13	-.03
転職することは、現在所属する病院では成し得ないことを成す機会を得ることである	.56	.20	-.01	-.07
転職したら、新しい自分に生まれ変わることができる	.55	-.04	.08	.08
転職したら、私の看護実践能力がいまよりも認められる	.53	.04	.17	.04
<b>第2因子 現職場における労働環境の多忙化</b>				
私が転職することで、現在所属する病院の看護師のストレスを増大させる原因になる	.04	.73	.00	.01
私が転職することで、現在所属する病院の看護師の数がさらに減少する原因になる	-.05	.71	.03	-.06
私が転職することで、現在所属する病院の看護師の仕事量がさらに増える	.01	.67	.01	-.02
私が転職することで、現在所属する病院の中間看護師層が減少する	.01	.55	.07	.01
私が転職することで、現在所属する病院の看護師の定着率が低下する	.04	.54	-.03	.12
<b>第3因子 仕事と生活の両立の手段</b>				
転職したら、家事を優先できるようになる	-.06	.02	.89	-.07
転職したら、育児を優先できるようになる	-.02	.02	.85	-.01
転職したら、配偶者の仕事を優先できるようになる	-.01	.01	.70	.03
<b>第4因子 経験知喪失への不安</b>				
転職したら、私の看護師としての経験の積み重ねがリセットされる	.06	-.09	-.01	.64
転職したら、現在所属する病院から受けた教育が無駄になる	-.08	-.01	.03	.63
転職したら、新しい転職先の施設では、これまでの経験で培った自信を失う	.05	.03	.09	.58
転職したら、現在所属する病院に対して投資してきた金が無駄になる	.05	.01	-.06	.54
転職したら、現在所属する病院に対して投資してきた時間が無駄になる	-.03	.10	-.05	.54
一度転職したら、続けて就業することは困難になる	.00	-.10	.04	.51
転職したら、私の看護師としてのキャリア形成が阻害される	-.06	.15	-.03	.50
因子相関行列	第1因子	1.00	.30**	.23**
	第2因子		1.00	.10**
	第3因子			1.00
	第4因子			1.00
信頼性係数 (Cronbach's $\alpha$ )	.91	.79	.85	.77

[注] 因子抽出法：主因子法， 回転法：プロマックス回転。回転前の4因子で28項目の全分散を説明する割合は51.60%。  
KMO 標本妥当性：.90。\*： $p < .05$ ，\*\*： $p < .01$

プロマックス回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を表2に示す。

なお、回転前の4因子28項目の全分散を説明する割合は51.60%であった。因子妥当性を表すKMO標本妥当性は.90を示した。また、質問項目の信頼性の検討として質問28項目に対してG-P分析を行った。その結果、質問28項目の上位群25%の平均得点は、下位群25%の平均得点よりも有意に高かった ( $p = .00$ )。これにより、今回の調査では十分な信頼性が得られたと判断した。

## 2. 因子の命名

第1因子は13項目で構成されており、「転職したら、私

が看護師として達成すべき目標がいまよりも明確になる」「転職することは、キャリアアップのための手段を得ることである」「転職することは、自分の看護実践能力を高めることである」等が含まれた。これらの項目は、専門職者としての目的、役割、充実した仕事内容等を追求することに意識が向かう内容が高い負荷量を示していた。そこで、各項目の意味内容から【自己実現の可能性】因子と命名した。

第2因子は5項目で構成されており、「私が転職することで、現在所属する病院の看護師のストレスを増大させる原因になる」「私が転職することで、現在所属する病院の看護師の数がさらに減少する原因になる」「私が転職する

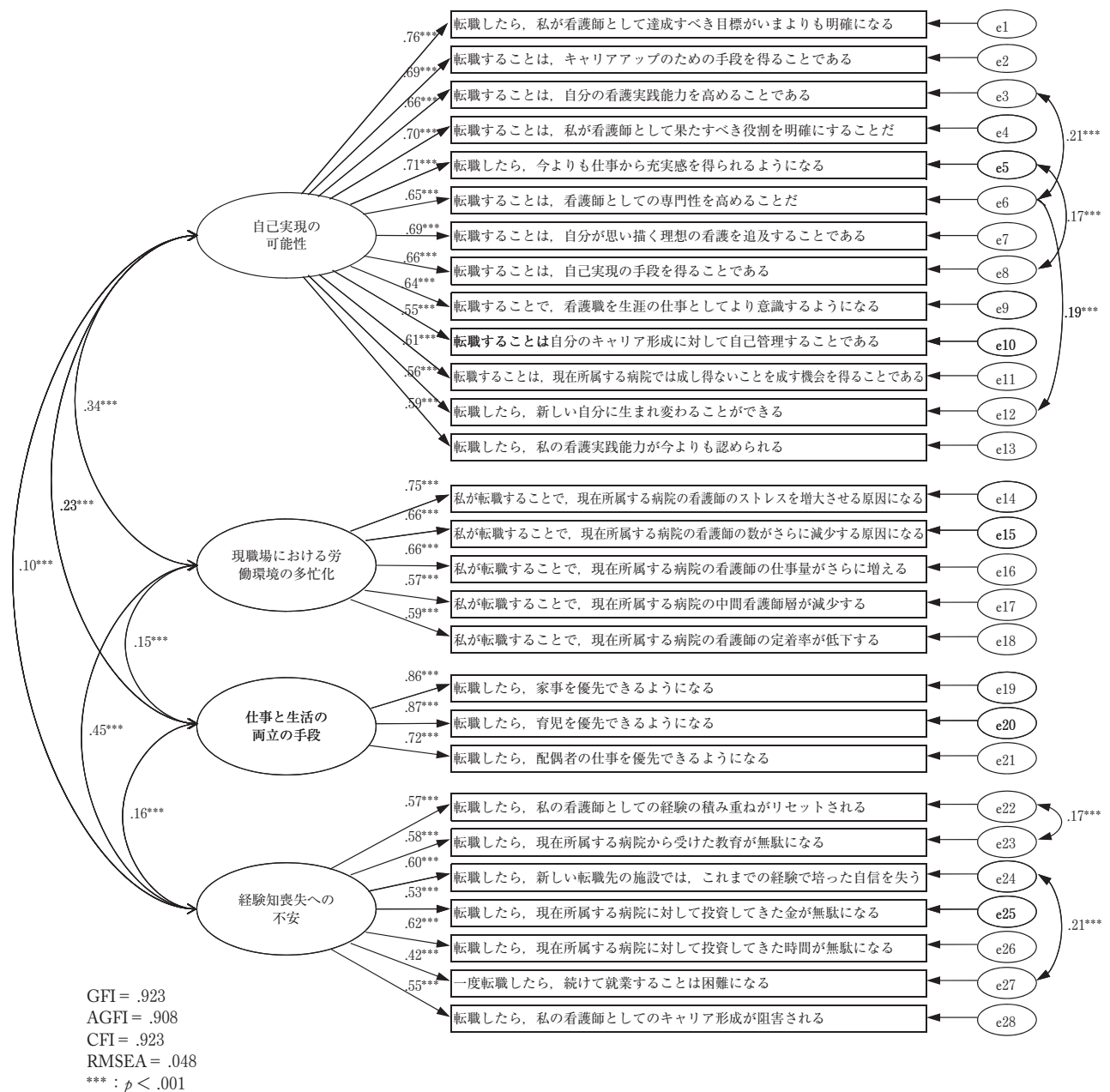


図1 病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル

ことで、現在所属する病院の看護師の仕事量がさらに増える」などが含まれた。これらの項目は、自分が転職することで現在所属する病院の看護の質および量が低下し、労働環境の多忙化を懸念する内容が高い負荷量を示していた。そこで、各項目の意味内容から【現職場における労働環境の多忙化】因子と命名した。

第3因子は3項目で構成されており、「転職したら、家事を優先できるようになる」「転職したら、育児を優先できるようになる」「転職したら、配偶者の仕事を優先できるようになる」が含まれた。これらの項目は、看護師がワーク・ライフ・バランスを要求する内容が高い負荷量を示していた。そこで、各項目の意味内容から【仕事と生活の両立の手段】因子と命名した。

第4因子は7項目で構成されており、「転職したら、私の看護師としての経験の積み重ねがリセットされる」「転職したら、現在所属する病院から受けた教育が無駄になる」「転職したら、新しい転職先の施設では、これまでの経験で培った自信を失う」などが含まれた。これらの項目は、転職によってこれまで積み重ねてきた経験知がリセットされることに対する不安を示す内容が高い負荷量を示していた。そこで、各項目の意味内容から【経験知喪失への不安】因子と命名した。

各因子のCronbachの $\alpha$ 係数は、【自己実現の可能性】が $\alpha = .91$ 、【現職場における労働環境の多忙化】が $\alpha = .79$ 、【仕事と生活の両立の手段】が $\alpha = .85$ 、【経験知喪失への不安】が $\alpha = .77$ であり、高い内的整合性が確認された。

### 3. 構成概念妥当性の検討

探索的因子分析により抽出された4因子と、文献レビューおよび内容分析による質問項目作成時に構成した6カテゴリに属する項目を比較検討した。その結果、【自己実現の可能性】は「自己実現のための手段」「問題状況に対する打開策」、【仕事と生活の両立の手段】は「仕事と生活の両立の手段」、【現職場における労働環境の多忙化】は「看護の質と量の流出」、【経験知喪失への不安】は「看護師としてのキャリア発達の阻害」と同様の項目で構成されていた。

### 4. 確認的因子分析 (図1)

探索的因子分析により明らかになった看護師の転職観の因子構造の妥当性を検討するために、確認的因子分析を用いた。看護師の転職観は、探索的因子分析で得られた因子により構成されていると仮定し、各因子を潜在変数とした。また因子間相関の結果より、各因子間に相関があると仮定し分析を行った。その結果、適合指標は $\chi^2 = 1157.30$ ,  $p = .00$ , GFI = .884, AGFI = .866, CFI = .871,

RMSEA = .060と低い値を示した。カイ二乗値はサンプル数が増えるほど高値となり、棄却される性質がある(豊田, 2007)。また、低い適合度を示した要因として、潜在変数を十分に説明できなかった要素が誤差変数となった可能性が考えられる。このことから、高い修正指数を示した誤差変数間に相関があると仮定し再度分析を行った。その結果、適合度指標はGFI = .923, AGFI = .908, CFI = .923, RMSEA = .048で統計学的な許容水準を満たした。検定統計量はすべての項目において1.96以上であった( $p < .05$ )。

## IV. 考 察

### 1. 病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデルの信頼性および妥当性の検討

探索的因子分析を行った結果、【自己実現の可能性】【現職場における労働環境の多忙化】【仕事と生活の両立の手段】【経験知喪失への不安】の4因子が抽出された。抽出された4因子の内的整合性の信頼性を検討するために、Cronbachの $\alpha$ 係数を算出した結果、【自己実現の可能性】 $\alpha = .91$ 、【現職場における労働環境の多忙化】 $\alpha = .79$ 、【仕事と生活の両立の手段】 $\alpha = .85$ 、【経験知喪失への不安】 $\alpha = .77$ であった。一般にCronbachの $\alpha$ 係数は0.7以上であれば内的整合性が高い(小田, 2013)とみなされることから、本研究における各因子の信頼性は高いといえる。

看護師の転職観の因子構造の妥当性は、内容妥当性、構成概念妥当性から検討した。内容妥当性は、質問項目作成段階において各質問項目が、看護師の転職そのものに対する認識・価値観をとらえているかを検討した。離職と転職は厳密には異なる概念であり、文献レビューの際に転職に対する認識、価値観のみ表す記述・言述を採用したことは有用であった。

構成概念妥当性は、探索的因子分析により抽出された4因子と質問項目作成時に構成した6カテゴリを比較検討した結果、ほぼ同様の項目で構成された。質問項目作成時に構成したカテゴリ「専門職者としての認識不足」は採択されなかったが、探索的因子分析において回転前の4因子28項目の全分散を説明する割合は51.60%を示した。また確認的因子分析では、適合指標はGFI = .923, AGFI = .908, CFI = .923, RMSEA = .048だった。GFI, AGFI, CFIの基準値は.9以上であればモデルが適合的と判断され(豊田ら, 1992), RMSEAについては.05以下であれば良好, .08以下であれば中程度の適合度, .1以上であればモデルを棄却すべき(山本・小野寺, 2002)との基準が示されている。本研究ではGFI, AGFI, CFIは.9以上であり、

RMSEAについては.05以下を示した。したがって、以上の適合指標を総合的に判断すると、探索的因子分析によって抽出された看護師の転職観の4因子28項目の妥当性は検証できたと考える。以上より、看護師の転職観の因子構造モデルは信頼性と妥当性が確保されたと判断できる。

## 2. 探索的因子分析による病院に勤務する看護師の転職観の因子

第1因子【自己実現の可能性】は、「転職したら、私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明確になる」「転職することは、キャリアアップのための手段を得ることである」「転職することは、自分の看護実践能力を高めることである」などの項目で構成されていた。Hall & Chandler (2005) は、主体的に転職を経験し、目標を達成することで仕事に対する深い心理的成功を感じるができる、と述べている。【自己実現の可能性】という転職観は、看護師個人が主体的にキャリアプランニングを行い、自らがキャリアマネジメントのイニシアチブをとり、組織外に向けたキャリア展望をも求める内容を含むことから、看護師は心理的成功感に対する個人的・主観的な側面から転職をとらえていることが示唆された。

第2因子【現職場における労働環境の多忙化】は、「私が転職することで、現在所属する病院の看護師のストレスを増大させる原因になる」「私が転職することで、現在所属する病院の看護師の数がさらに減少する原因になる」「私が転職することで、現在所属する病院の看護師の仕事量がさらに増える」などの項目で構成されていた。これらの項目には、医療の高度化・複雑化により自分が転職することで現在所属する病院の看護師の労働環境が多忙化することを懸念する内容が含まれていた。樋口 (2007) は、勤労者は転職することで現在勤務している企業で生じている問題から回避・解消しようとする行動様式をもつ、と述べている。【現職場における労働環境の多忙化】という転職観は、看護師の病院経営やスタッフに対する配慮を含むことから、看護師は自らが労働条件や職場環境を整える一員であるという職業倫理的な側面から転職をとらえていることが示唆された。

第3因子【仕事と生活の両立の手段】は、「転職したら、家事を優先できるようになる」「転職したら、育児を優先できるようになる」「転職したら、配偶者の仕事を優先できるようになる」などの項目で構成されていた。これらの項目は、近年の出生率の低下傾向に伴う次世代の労働力の減少や、女性に対する労働人口としての社会参画への期待が反映されている。石田 (1992) によると、結婚や家事、育児による転職は女性特有のものであり、女性は家事や育児を行いながら仕事を継続するためにより条件のよい職場

を必要としている、と述べている。【仕事と生活の両立の手段】という転職観は、個々の看護師が非労働力化せず継続して就業する意思と私生活を優先する内容が含まれている。このことから看護師は、結婚や家事、育児負担を負いながらも就労継続に対する肯定的側面から転職をとらえていることが示唆された。

第4因子【経験知喪失への不安】は、「転職したら、私の看護師としての経験の積み重ねがリセットされる」「転職したら、現在所属する病院から受けた教育が無駄になる」「転職したら、新しい転職先の施設では、これまでの経験で培った自信を失う」などの項目で構成されている。勇上 (2005) は、産業や職種に特有の一般的な技能は転職後も有用である可能性がある、と述べる一方で、企業特異的な技能の有用性は転職により失われることを指摘している。この現象は看護職にも共通しており、伊藤 (2011) は看護師のキャリアの評価について、「経験を積んだ看護師でも、異なる環境下におかれることで臨床実践能力が低下し (Benner, 2001/2005), エキスパートとして機能できない“new novice”となる (Thomes, 2003)」、と述べている。【経験知喪失への不安】という転職観は、看護師の臨床実践能力の評価は医療機関によるところが大きく、転職することは現在所属する病院組織で蓄積された経験・キャリア形成に関連する損失を表す内容を含む。これらのことから、看護師は自身のキャリア形成に関する社会的・客観的な側面から転職をとらえていることが示唆された。

## 3. 看護師の転職観の因子構造の特徴

転職観を検討した先行研究では、成人有職者 (男性134名、女性128名) における転職観は、【利得・挑戦】と【損失・逃避】の2因子から構成される (坂井, 2008) ことが明らかにされている。【利得・挑戦】は転職だけではなく仕事それ自体に関連するプラスイメージを表し、【損失・逃避】は生活や社会的位置に関連するマイナスイメージを表している。看護師の転職観は、【自己実現の可能性】【現職場における労働環境の多忙化】【仕事と生活の両立の手段】【経験知喪失への不安】の4因子から構成され、【自己実現の可能性】は仕事に関連するプラスイメージを表し、【経験知喪失への不安】は仕事や社会的位置に関するマイナスイメージを表す点では先行研究が示す転職観と同様の構造であった。【仕事と生活の両立の手段】を構成する項目については、看護職のジェンダー構造に影響していることが考えられる。石田 (1992) は女性の高転職率の背景を調査し、男女の転職行動の違いには性別役割分業意識が根づいていることを指摘している。ライフイベントに応じて女性が離職する社会では、転職は、離職せずに就業継続するポジティブな行為であると述べ、女性の転職は就業継続の手

段であることを示唆している。このことから、【仕事と生活の両立の手段】という転職観は、本調査対象者のほとんどが女性であったことによる特徴と考える。【現職場における労働環境の多忙化】は、成人有職者における転職者の2因子を構成する項目と共通する内容が見当たらない。このことから、【現職場における労働環境の多忙化】は看護師独自の転職観であり、看護師は他の成人有職者と比較すると転職を職業倫理的な側面からとらえている点が特徴的であることが確認された。

#### 4. 病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデルの意義と活用可能性

労働者個人の転職に対する価値観は、実際に転職という行為そのものに影響する(坂井, 2008)。また、労働者個人の転職観は職業生活に対する価値観と深く関連し、組織への忠誠心・帰属心に反映される(内閣府, 2004)、と報告されている。これらのことから労働者個人の転職観は、組織と労働者のマッチングに影響しうると予測され、転職の説明因子として転職観を分析する意義は大きいと考える。今回は、文献レビューの際に転職を表す記述・言述に限定したことで看護師の転職観を分析した。このことは、転職の説明因子として転職観を明らかにするうえで有用であると考えられる。

活用可能性としては、転職観を構成する4因子と個人属性との関連を分析することで、転職者および定着者の転職観と諸状況を分類し、定着者像と転職者像をモデル化できる可能性がある。この結果を踏まえ、人的資源管理において組織と転職入職者のマッチングを検討するうえでの一助となると考える。また、転職意思が高いものに対してリテンションをはかる介入指標を開発し、医療機関における転職の解決策の手がかりになることが期待できる。

#### V. 研究の限界と今後の課題

本研究では看護師の転職観の因子構造を明らかにし、看護師の転職観の特徴について示唆を得た。本研究の測定対

象となる転職観は、調査票の質問項目において転職と離職を厳密に区別する内容があげられず、回答者によっては離職と転職を混同して回答している可能性がある。また、調査票には「転職」の操作的定義を記載し、看護職から看護職への転職を想定した回答を依頼しているが、看護職から他職種への転職を想定し回答している可能性がある。本研究において作成した尺度は、統計学的には因子構造の妥当性が検証されたが、質問項目の弁別力に問題があったことは本研究の限界と考えられた。

#### 結 論

全国の200床以上の病院39施設に勤務する看護師を対象として、看護師の転職観の因子構造を明らかにすることを目的に調査を実施した。その結果、以下の結論を得た。

1. 看護師の平均年齢は $37.0 \pm 9.1$ 歳、平均経験年数は $14.4 \pm 9.1$ 年、1回以上転職を経験している看護師は49.9%であった。
2. 探索的因子分析より、看護師の転職観は【自己実現の可能性】13項目( $\alpha = .91$ )、【現職場における労働環境の多忙化】5項目( $\alpha = .79$ )、【仕事と生活の両立の手段】3項目( $\alpha = .85$ )、【経験知喪失への不安】7項目( $\alpha = .77$ )の4因子28項目であった。
3. 確認的因子分析より、看護師の転職観の因子構造の適合指標はGFI = .923, AGFI = .908, CFI = .923, RMSEA = .048を示し、因子構造の妥当性が検証された。以上より、転職そのものに対する看護師の認識・価値観は【自己実現の可能性】【現職場における労働環境の多忙化】【仕事と生活の両立の手段】【経験知喪失への不安】から構成されていることが明らかになった。

#### 謝 辞

本研究を行うにあたり、質問紙調査にご協力と貴重なご意見を賜りました看護師の皆さまに心からお礼を申し上げます。

#### 要 旨

本研究は全国の200床以上の病院に勤務する看護師を対象として、看護師の転職観の因子構造モデルを検証することを目的とした。調査は郵送法による自記式質問紙を用いた調査を実施し、同意の得られた1,733名のうち1,213名の有効回答を分析の対象とした。その結果、探索的因子分析より【自己実現の可能性】13項目、【現職場における労働環境の多忙化】7項目、【仕事と生活の両立の手段】3項目、【経験知喪失への不安】5項目の4因子28項目が抽出された。各因子のCronbachの $\alpha$ 係数は.77から.91を示し、高い内的整合性が確認された。確認的因子分析の結果、適合度指標はGFI = .923, AGFI = .908, CFI = .923, RMSEA = .048であり因子構造の妥当性が支持された。



## Abstract

The purpose of this study was to identify the factors responsible for the turnover values among hospital nurses.

A questionnaire was distributed to 3,050 nurses working in 39 hospitals over 200 hospital beds. In total 1,733 (56.8%) of the questionnaires were returned; among them, 1,213 (39.8%) fully completed questionnaires were included in the exploratory and confirmatory factor analyses.

The exploratory factor analysis highlighted four factors: "Potential for self-actualization" (13 items), "Excessive workload" (7 items), "Measures for realizing the work-life balance" (3 items), and "Diminished experience-based intelligence" (5 items). The internal consistency was high as confirmed by a Kaiser-Meyer-Olkin value of .90 and the Cronbach's  $\alpha$  ranged from .77 to .91 for all four factors. The confirmatory factor analysis confirmed the factor structure of the turnover values among hospital nurses (GFI=.923, AGFI=.908, CFI=.923, RMSEA=.048) and provided statistically evidence of validity. For nurses, the turnover values reflect their personal values, with an emphasis on decisions regarding self-fulfillment and lifestyle.

## 文 献

- 安藤りか (2011). キャリアモデルの発展と転職観の変化. *キャリアデザイン研究*, 7, 199-212.
- Benner, P. (2001) / 井部俊子 (2005). ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ. 医学書院.
- 舟島なをみ (2009). 質的研究への挑戦 (第2版). 40-79, 東京: 医学書院.
- Hall, D.T. and Chandler, D.E. (2005). Psychological success: when the career is a calling. *J Organiz Behav*, 26, 155-176.
- 樋口隆正 (2007). 平成不況期における労働需要の減少—労働需要減少によって生じた転職類型について. *Review of economics and information studies*, 8(1), 77-130.
- 石田好江 (1992). 女性の高転職率の背景. *愛知淑徳短期大学研究紀要*, 31, 33-43.
- 伊藤美奈子 (2011). 中堅看護師が転職前に行う予測と転職後に遭遇する現実との相違の構造. *日本看護管理学会誌*, 15(2), 135-146.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2012). 日本の将来推計人口 (平成24年1月推計). <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gH2401.pdf>
- 厚生労働省 (2010). 第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000z68f-img/2r9852000000z6df.pdf>
- 厚生労働省 (2011). 看護師の「雇用の質」向上に関する省内プロジェクトチーム報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001f0g4-att/2r9852000001foyp.pdf>
- 松原敏浩, 水野 智, 岩月宏泰, 鎌倉やよい (2003). 病院看護師の意識行動発生プロセスの分析. *経営行動科学*, 16(3), 195-207.
- 水野 智, 江幡美智子, 山元昌之, 吉田尚美 (1985). 看護の現場における職務要因と離職・転職との関連性について. *病院管理*, 22(4), 411-421.
- 内閣府 (2004). 第7回世界青年意識調査報告書. <http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/worldyouth7/html/hyoushi.html>
- 日本医師会 (2008). 潜在看護職員再就業支援モデル事業報告書—日本医師会「看護職員確保対策」—. [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090114\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090114_1.pdf)
- 日本看護協会 (2013). 「2012年病院における看護職員需給状況調査」速報. [http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20130307163239\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf)
- 太田聰一 (2005). サーチ均衡における転職行動と社会厚生. *経済科学*, 53(2).
- 小田利勝 (2013). ウルトラ・ビギナーのための SPSSによる統計解析入門. 212, 長野: プレアデス出版.
- 坂井敬子 (2007). 成人前期 (25-39歳) 有職者における転職観の検討. *キャリアデザイン研究*, 3, 5-14.
- 坂井敬子 (2008). 成人前期有職者における仕事意味づけの変容の検討: 二方向の仕事意味づけをもたらす「仕事不満・ストレス」に着目して. *日本教育心理学会総会発表論文集*, (50), 731.
- 総務省 (2014). 労働力調査 (基本集計) 平成27年 (2015年) 3月分. <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/tsuki/index.htm>
- Thomes, J. Changing career paths. From expert to novice. *Orthop Nurs*, 22(5): 332-334, 2003.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [Amos編] —構造方程式モデリング. 18, 東京: 東京図書.
- 豊田秀樹, 前田忠彦, 柳井晴夫 (1992). 原因をさぐる統計学: 共分散構造分析入門. 174-184, 東京: 講談社.
- 山本 寛 (2008). 転職とキャリアの研究—組織間キャリア発達の観点から (改訂版). 3, 東京: 創成社.
- 山本嘉一郎・小野寺孝義 (2002). Amosによる共分散構造分析と解析事例 (第2版). 京都: ナカニシヤ出版.
- 勇上和史 (2005). 転職と賃金変化: 失業者データによる実証分析. *JILPT Discussion Paper*, 05-004. [http://www.jil.go.jp/institute/discussion/documents/dps\\_05\\_004.pdf](http://www.jil.go.jp/institute/discussion/documents/dps_05_004.pdf)

[平成26年6月24日受 付]  
[平成27年2月3日採用決定]

## 回復期脳血管疾患患者の移乗時見守り解除の意思決定方法と それに対する看護師のとらえ方

Strategies to Determine the Willingness of Patients in the Convalescent Stage of  
Cerebrovascular Disease to Move between a Bed and Wheelchair without Healthcare Providers Watching Them,  
and Nurses' Impressions Regarding Such Strategies

高柳 智子  
Tomoko Takayanagi

キーワード：移動運動, リハビリテーション看護, 脳血管障害, 意思決定

Key Words : locomotion, rehabilitation nursing, cerebrovascular disorder, decision-making

### はじめに

脳血管疾患は、要介護状態に至る原因疾患の第1位であり、その発症により自立した生活を奪われ、生活の再構築を余儀なくされることが多い疾患である。実用歩行が困難で車椅子を主たる移動手段とする脳血管疾患患者にとって、移乗動作は排泄をはじめとする生活行動の自立に大きく関係し、自宅退院を可能にする大きな要因であることが報告されている(植松・猪飼, 2002; 池田ら, 2009)。回復期にある脳血管疾患患者の移乗自立に向けて、看護師は全面介助、部分介助、見守り、自立へと患者がステップアップできるよう、対象の力を引き出す目的で安易な手出しは行わず、安全に配慮しつつも本人の主体的な動作を尊重した姿勢をとることが重要となる。先行研究では、医療機関での転倒・転落について、看護師がその場にいた場合といなかった場合では、前者で転倒・転落を未然に防ぐことができたnear fall事例が多いことが報告され(川村, 2006)、介護保険施設においても、転倒事故は介助行為や見守りを行っていない状況下での発生が多いことが指摘されている(三田寺・赤澤, 2013)。これらより、見守りは自立支援と転倒予防の両面において重要な役割を果たしているケア、といえる。しかし、脳血管疾患患者は運動機能が回復した後も、記憶障害や注意障害をはじめとする高次脳機能障害の合併により、常に安定した移乗動作を遂行できるとは限らない不安定さがあり、見守りを解除する意思決定に躊躇する看護師は多い(高柳・泉, 2009)。

回復期リハビリテーションは、多くの専門職が患者とかわり、リハビリテーションゴールに向かって協働するチームアプローチにより行われる。厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ(2011)は、リハビリ

テーションにおけるチーム医療において、関係職種間の情報共有、チームとしての共通目標、家族の参加、専門職種が互いに尊重しあうことの4点の重要性を述べている。しかし一方で、チーム内の各職種の役割分担や協働部分の棲み分けは施設により異なることが報告されている(鳥飼・井上・笈, 2004)。荒木・上田(2012)は、リハビリテーション医療において看護は各専門職と役割がオーバーラップするため、協働の場において看護の役割を矮小化してとらえてしまう傾向にあることを指摘している。山元ら(2003)も、リハビリテーション専門病院勤務の看護師は職業的アイデンティティのなかで患者に必要とされる存在の認知が一般病院勤務の看護師より有意に低かったことを報告している。これらより、リハビリテーション看護は、チーム医療のなかでの看護の専門性を見出すことが容易ではない看護分野の1つ、といえる。回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟と略す)に入院中の患者には、上限1日9単位(180分)のリハビリテーションの実施が可能であり、休日リハビリテーションの提供など365日切れ間のない集中的なりハビリテーションの実施が求められている(黒川ら, 2013)。しかし、休日リハビリテーション提供体制加算により、日曜・祝日の理学療法や作業療法を実施している施設は全体の80%を超えているものの、夜間や早朝の実施は全体の10~20%という現状にある(回復期リハビリテーション病棟協会, 2013, pp.19-20)。このことから、日中は看護師だけでなく理学療法士や作業療法士といったセラピストからも移乗援助を受ける機会があるのに対し、夜間から早朝にかけての夜勤帯において病棟での生活場面での移乗援助にかかわるのは主に看護師であることがうかがえる。森田・高野・松原(2012)は、セラピストの立場から回復期リハ病棟での看護とセラ

ピストとの連携について、患者のADLが少しずつ拡大するたびに、情報提供や討議、方針の決定が必要とされることを述べており、なかでも自立と判断して見守りを外すときは正確な評価が求められることを指摘している。看護師を対象とした研究（高柳・泉，2013）においても、移乗時の見守り解除に迷う患者として、スタッフ間で見守り解除の判断が分かれる患者があげられており、見守り解除に反対する意見があれば、見守り続行が選択されることが報告されている。しかし、上記は3施設の回復期リハ病棟の看護師を対象とした質的記述的研究であり、回復期リハ病棟での移乗時見守り解除における意思決定の実態とは言いがたい。

そこで本研究は、全国にある回復期リハ病棟に勤務する看護師を対象とした量的記述的研究により、回復期リハ病棟での脳血管疾患患者のベッド・車椅子間移乗における見守り解除の意思決定方法の実態、ならびにそれに対する看護師のとらえ方と関連要因を明らかにすることを目的とする。

## I. 用語の操作的定義

移乗時の見守り：見守りについて、日本看護科学学会第6期・7期看護学術用語検討委員会（2005）では、「必要な介助、支援ができるような体制を整えて、意図的に対象の行為や様子を観察すること」と定義されている（p.55）。また、ベッド・車椅子間の移乗において見守りを必要とする状態は、機能的自立度評価（FIM）の移乗：ベッド・椅子・車椅子の項目の5点に該当するが（千野，1997）、この評価法の見守りに対する具体的な説明は見あたらない。

これらをふまえ、本研究における移乗時の見守りとは、回復期にある脳血管疾患患者のベッド・車椅子間の移乗において、移乗補助具の使用の有無を問わず、援助者は基本的に手を出さないが、必要時は即座に介助や声かけができる構えを準備しつつ、患者の傍らで観察を行うこと、と定義する。

## II. 研究方法

### 1. 対象

脳血管疾患系リハビリIを取得している病院の回復期リハ病棟に勤務する病棟看護管理者ならびにリーダー業務を担っている看護師とした。

調査対象を病棟看護管理者とリーダー業務を担う看護師としたのは、次の理由による。病棟看護管理者は、病棟全体の状況に精通しており、勤務病棟で主に用いられている

移乗時の見守り解除の意思決定方法の回答者として適切と考えた。また、リーダー業務を担う看護師は、日本リハビリテーション看護学会（2013）が策定した『リハビリテーション看護師のキャリア発達の目安』（第1報）の4段階のうち、リーダーシップ能力として看護チームのリーダー的役割を遂行できる「ステージⅡ」以上に該当する。「ステージⅡ」はリハビリテーション看護を実践できるレベルであり、指導を受けて看護実践できるレベルである「ステージⅠ」とは異なり、主体的にリハビリテーション看護を行える看護師といえる。したがって、本研究での移乗時見守り解除の意思決定に対する看護師のとらえ方を調査するのに適した集団と考えた。

### 2. 調査方法

まず、上記の条件に該当する全国945施設の看護部長に調査協力依頼を行い、その結果、427施設より調査票配布に協力してもよい旨の返信があった。各施設が有する回復期リハ病棟ごとに、病棟看護管理者用1部と看護師用3部を一組とした自記式質問紙を郵送し、各個人が研究参加に同意した場合に各自で返送していただくよう文書で依頼した。調査期間は、2013年10月～2014年1月であった。

### 3. 調査内容

#### a. 病棟看護管理者

病棟の病床数、回復期リハ病棟の開設年、車椅子を主たる移動手段としている脳血管疾患患者のベッド・車椅子間移乗時の見守りを解除する際の病棟での意思決定方法（日勤帯と夜勤帯別）とした。なお、意思決定方法については、回復期リハ病棟におけるチームアプローチや自立判断に関する文献（川畑，2011；杉本，2010；武田・池田，2009）、ならびに回復期リハ病棟に勤務する看護師に対する情報を参考に作成した選択肢より、日勤帯・夜勤帯別に主たる意思決定方法を1つだけ選び、回答してもらった。

#### b. 看護師

看護実務経験年数、回復期リハ病棟勤務年数、勤務病棟での移乗時見守り解除における意思決定方法への看護師の意見の反映度4件法（日勤帯と夜勤帯別）、移乗時の見守り解除を判断するうえでの困難感4件法とその理由（自由記載）とした。なお、看護師の意見の反映度は、「1点：反映されていると思わない」から「4点：反映されていることを示す。また、移乗時見守り解除を判断するうえでの困難感は、「1点：感じない」から「4点：感じる」とし、点数が高いほど困難感が強いことを示す。

#### 4. 分析方法

まず、調査項目ごとに記述統計を行い、次いで下記の推計統計を行った。統計ソフトは、『IBM SPSS Statistics 19.0』と『PASW Text Analytics for Surveys 3』を用いた。

##### a. 病棟看護管理者

日勤帯と夜勤帯の移乗時見守り解除の意思決定方法は、両者の類似性を把握する目的でコレスポネンス分析を行った。また、日勤帯および夜勤帯の移乗時見守り解除の意思決定方法との関連は、 $\chi^2$ 検定と残差分析を用いて分析した。

##### b. 看護師

移乗時見守り解除の意思決定における看護師の意見の反映度の日勤帯と夜勤帯の比較には、Wilcoxonの符号つき順位検定を行った。また、回復期リハ病棟勤務年数別にみた移乗時見守り解除の意思決定での看護師の意見の反映度や移乗時見守り解除の判断の困難感の比較については、Mann-WhitneyのU検定を行った。さらに、病棟看護管理者が回答した移乗時見守り解除の意思決定方法別に、同病棟に勤務する看護師が回答した移乗時見守り解除の意思決定における看護師の意見の反映度（1～4点）を比較する目的で、Kruskal-Wallis検定ならびにBonferroniの多重比較を行った。これらの統計手法を用いたのは、移乗時見守り解除の意思決定における看護師の意見の反映度と移乗時見守り解除の判断の困難感の程度（1～4点）を分析に反映させる点において、上記を順序尺度として扱い比較する方法が適切と考えたからである。

移乗時見守り解除の判断での困難感の理由は、テキストマイニング技法を用いて分析した。まず、『PASW Text Analytics for Surveys 3』を用いて、困難感1～4点別に頻出語句を求めた。次いで、困難感1～4点別に、各看護師

の頻出語句の出現を、『IBM SPSS Statistics 19.0』を用いて2値データ（各看護師の記述にその語句があれば「1」、なければ「0」）に変換し、上位10語句について階層クラスタ分析（ウォード法）を行った。

#### 5. 倫理的配慮

本研究は、新潟県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した。なお、各調査票は病棟単位でコード番号を付記したが、病棟看護管理者ならびに看護師の回答内容を対応させて分析する項目の照合のみに用いること、コード番号と病棟の対応表は別に管理し、匿名化して分析することを文書で説明した。また、収集した調査票ならびにデータを入力した記憶媒体は、研究者専用の施錠できる保管庫で厳重に管理した。

### Ⅲ. 結 果

390施設509病棟より返送があった（病棟看護管理者もしくは看護師いずれか一方からの返送を含む）。

#### 1. 病棟看護管理者への調査結果

返送された437部のうち、有効回答は431部（有効回答率96.4%）であった。病床数は $46.0 \pm 11.1$ 床で、回復期リハ病棟開設からの経過年数は $7.3 \pm 3.2$ 年であった。

##### a. 移乗時見守り解除の意思決定方法

日勤帯および夜勤帯の移乗時見守り解除の意思決定方法を表1に示した。いずれの勤務帯でも、「看護職を含む多職種合同カンファレンスで検討して決定する」と回答した病棟が最多で50%を上まわっていた。しかし、2番目に多かった意思決定方法には違いがみられ、日勤帯は「他の職

表1 日勤帯および夜勤帯の移乗時見守り解除の意思決定方法

意思決定方法	日勤帯 (%)	夜勤帯 (%)
看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する	45 (10.4)	96 (22.3)
看護職を含む多職種合同カンファレンスで検討して決定する	277 (64.3)	256 (59.4)
他の職種からの指示や意見により変更しており、チームでの検討は行わない	59 (13.7)	35 (8.1)
その他	50 (11.6)	44 (10.2)

[注] 「その他」：セラピストと看護師で検討する、多職種合同カンファレンスを経て医師が指示を出す、看護チームカンファレンスを経てセラピストと検討など。

表2 日勤帯と夜勤帯の意思決定方法のコレスポネンス分析結果

次元	特異度	寄与率	累積寄与率
1	.938	.822	.822
2	.334	.104	.925
3	.283	.075	1.000

[注] 次元とは、日勤帯と夜勤帯の移乗時見守り解除の意思決定方法の両者に含まれる情報を圧縮したものである。

種からの指示や意見により変更しており、チームでの検討は行わない」であったのに対し、夜勤帯では「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」であった。日勤帯と夜勤帯での移乗時見守り解除の意思決定方法についてコレスポネン分析を行ったところ、3つの次元が抽出された(表2)。累積寄与率が次元2までで92.5%であることから、次元2までの軸で布置図を作成した(図1)。この図では、類似度・関連性が強い要素同士が近くに、弱い要素同士が遠くにプロットされるが、どの意思決定方法ともに日勤帯・夜勤帯は近くにプロットされていた。

## 2. 看護師への調査結果

調査票の返送は1,255部であった。欠損データがあるものや同病棟の看護管理者からの返送がなかったものを除いた結果、有効回答は1,233部(有効回答率98.2%)であった。看護師の看護実務経験年数は16.3±8.5年、回復期リハ病棟勤務は4.8±3.2年であった。

### a. 看護師が感じる移乗時見守り解除の意思決定方法における看護師の意見の反映度

日勤帯と夜勤帯での中央値は、それぞれ3.0と4.0であり、看護師は夜勤帯での移乗時見守り解除において看護師の意見が有意に反映されていると評価していた( $p < .001$ )。また、回復期リハ病棟勤務年数の平均値5年で二分し、5年未満と5年以上と比較した(表3)。日勤帯の中央値は、5年未満3.0で5年以上3.0であり、夜勤帯の中央値は5年未満3.0で5年以上4.0であった。日勤帯および夜勤帯ともに、5年以上の回復期リハ病棟経験のある看護師が移乗時見守りの意思決定において看護師の意見の反映を有意に高く評価していた( $p < .001$ ,  $p < .001$ )。また、病棟看護管理者が回答した日勤帯・夜勤帯での移乗時見守り解除の意思決定方法別に同病棟に勤務する看護師の回答した意見の反映度を比較したところ、日勤帯・夜勤帯ともに意思決定方法での有意差が認められた( $p < .001$ ,  $p < .001$ )。多重比較の結果、「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」病棟の看護師は、日勤帯・夜勤帯と

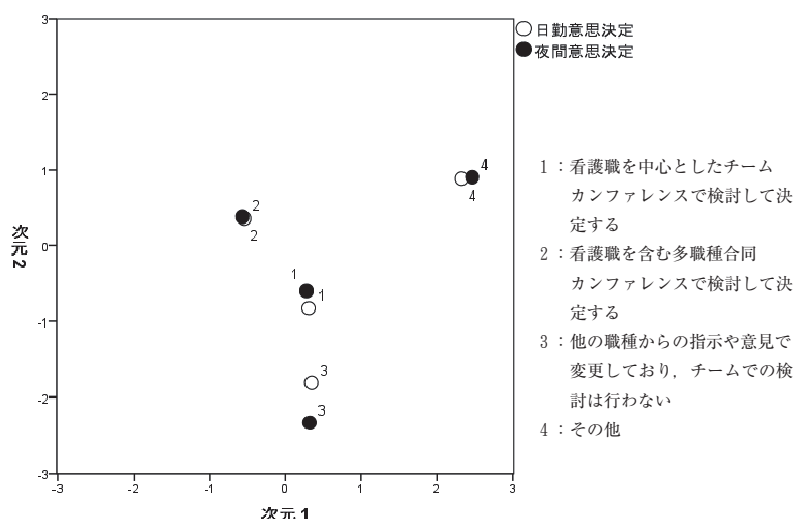


図1 日勤帯と夜勤帯の移乗時見守り解除の意思決定方法の布置図 (n = 431)

表3 回復期リハ病棟勤務年数別にみた移乗時見守り解除の意思決定での看護師の意見の反映度

(n = 1,233)

看護師の意見の反映度	回復期リハ病棟勤務年数				p値
	5年未満 (n = 659)		5年以上 (n = 574)		
	人数	平均ランク	人数	平均ランク	
日勤帯	1: そう思わない	10		1	
	2: どちらかといえばそう思わない	88	580.71	61	652.24
	3: どちらかといえばそう思う	334		252	
	4: そう思う	227		260	
夜勤帯	1: そう思わない	7		3	
	2: どちらかといえばそう思わない	52	571.47	37	662.86
	3: どちらかといえばそう思う	276		162	
	4: そう思う	324		372	

[注] Mann-Whitney U検定

もに他の意思決定方法を用いる病棟の看護師よりも意見の反映度を有意に高く評価していた (すべて  $p < .05$ )。

**b. 移乗時の見守り解除を判断するうえでの困難感**

4 件法での回答の分布は, 「感じない」 72名 (5.8%), 「あまり感じない」 422名 (34.2%), 「やや感じる」 588名 (47.7%), 「感じる」 151名 (12.2%) であった。選択回答別に理由の自由記載での出現頻度が上位10番目までの語句を表4に示した。「感じない」と「あまり感じない」の回答理由では, 『セラピスト』がともに最多であり, 出現頻度上位10番目までのうち7語が共通した語句であった。「やや感じる」と「感じる」の回答理由では, 「感じない」と「あまり感じない」ではみられなかった『転倒』『相違』『リスク』『自立』といった語句が入っていた。また, 「やや感じる」と「感じる」の回答理由の出現頻度上位10番目までのうち, 8語目までが共通した語句であった。

困難度別に回答理由についてウォード法によるクラスター分析を行った。デンドログラムを作成し, クラスター

数を決定した。移乗時見守り判断の判断に困難を「感じない」の回答理由では, 2つのクラスターが得られた (図2)。第1クラスターは『カンファレンス』『決定』『判断』などの語句から構成され, “カンファレンスにかけて他の意見を聞いたり, 皆で考えて結論を出すので” などの記載内容より〈チーム共同の意思決定〉と命名した。第2クラスターは『セラピスト』『看護師』の2語句で構成され, “セラピストと病棟看護師が連携し個別的に自立度を確認している” など両職種の協働が理由としてあげられていたため, 〈セラピストとの連携〉と命名した。「あまり感じない」の回答理由においても, 2つのクラスターが得られた (図3)。第1クラスターは『解除』『スタッフ』『意見』以外の5語句は先述の「感じない」の第1クラスターと共通していた。生データでの“カンファレンスで他のスタッフと相談できる” などの内容から〈チーム共同の意思決定〉とした。第2クラスターは『セラピスト』『判断』の2語句から構成されていた。“セラピストとも相談

表4 困難感別にみた理由の頻出語句 (上位10番目まで)

順位	「感じない」 (n = 72)		「あまり感じない」 (n = 422)		「やや感じる」 (n = 588)		「感じる」 (n = 151)	
	抽出語	出現頻度	抽出語	出現頻度	抽出語	出現頻度	抽出語	出現頻度
1	セラピスト	23	セラピスト	156	患者	177	転倒	49
2	患者	16	判断	134	判断	165	解除	39
3	看護師	15	スタッフ	87	解除	164	患者	33
4	話しあう	14	解除	77	セラピスト	158	セラピスト	30
5	カンファレンス	13	患者	72	転倒	136	判断	28
6	判断	12	決定	67	見守る	132	見守る	27
7	見守る	10	見守る	65	移乗動作	126	看護師	22
8	決定	8	意見	58	相違	100	意見	18
9	移乗	7	カンファレンス	57	意見	88	移乗動作	17
10	評価	5	評価	55	リスク	86	自立	13

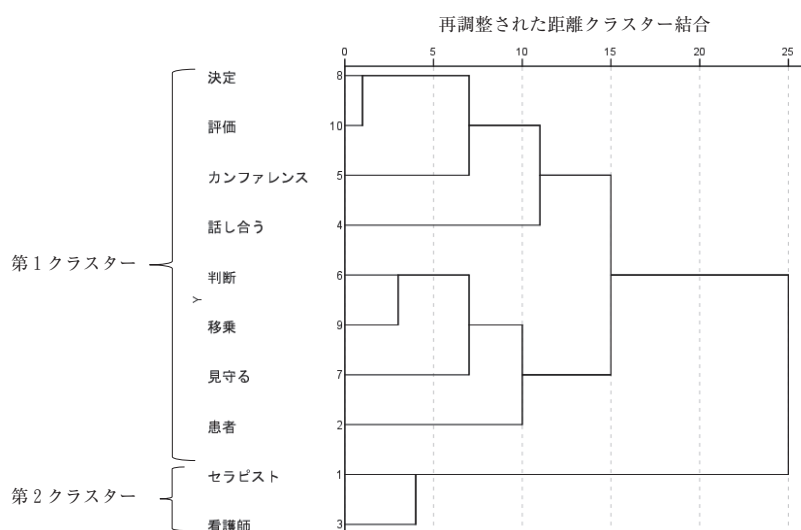


図2 移乗時見守り解除の判断での困難を「感じない」回答理由のクラスター分析 (n = 72)

しながら判断しており、自分だけの考えで判断しているわけではないため”などの「感じない」での第2クラスターと同様の内容がある一方で、“決定権はセラピストにあるので、相談や意見は言うが決断はできない”など意思決定での主導権はセラピストにあることを示した記述がみられるのが特徴であった。したがって、第2クラスターは〈セラピストの意見の重視〉と命名した。「やや感じる」の回答理由でも2つのクラスターが得られた(図4)。第1クラスターは『相違』『意見』『セラピスト』の3語句で成り立っており、“セラピストと意見が合わない”“セラピストと意見が異なる。特に夜間”などの生データから〈セラピストとの意見の相違〉と命名した。また、第2クラスターは『転倒』『移乗動作』などの7語句で構成され、“転倒リスクにとられすぎると、解除はかなり困難になってしまう”などの記述が多く認められたため、〈見守り解除に伴

う転倒リスク〉とした。「感じる」においても2つのクラスターに分類された(図5)。第1クラスターは3語句のうち2語句が「やや感じる」の第1クラスターと共通していたが、“看護師とセラピストとの意見が違うため。セラピストの判断ではほぼ決定されてしまう”などの職種間で意見が分かれた際にセラピストの意見が優先されることに言及した記述が多いことが特徴であった。したがって、第1クラスターは〈セラピストとの合意形成のむずかしさ〉とした。第2クラスターでも7語句中1語句を除いて「やや感じる」の第2クラスターと共通していた。しかし、“見守り解除した途端、転倒されるケースがあるため”“見守り解除してからしばらく経過後に転倒してしまった患者様がいたので、いくら判断に時間を費やしても危険がないとは言いきれない”など転倒リスクではなく実際の転倒事例の経験の記述が特徴的であった。そのため、〈見守り解除

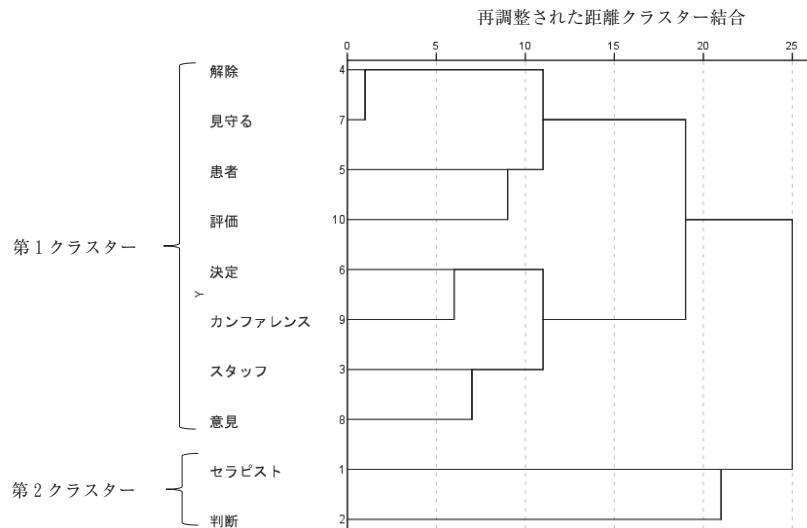


図3 移乗時見守り解除の判断での困難を「あまり感じない」回答理由のクラスター分析 (n = 422)

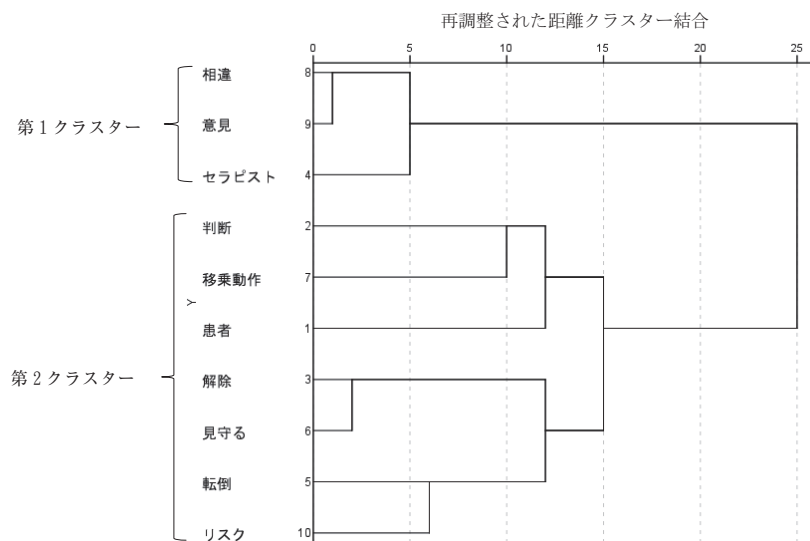


図4 移乗時見守り解除の判断での困難を「やや感じる」回答理由のクラスター分析 (n = 588)

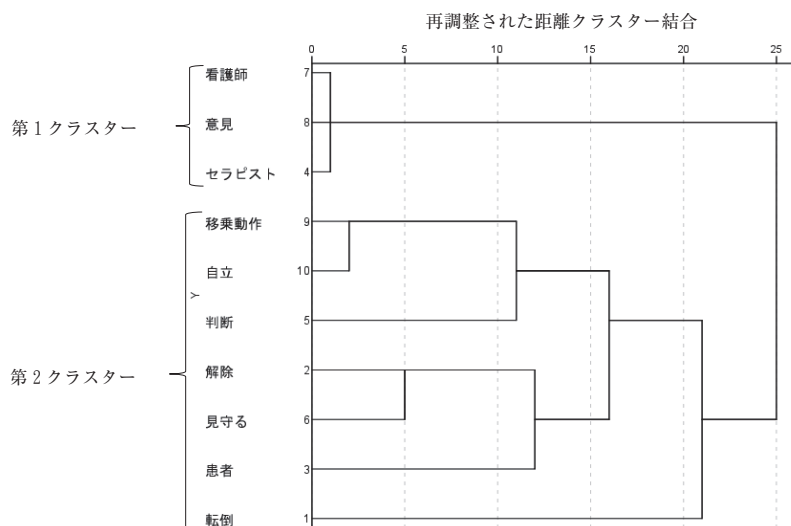


図5 移乗時見守り解除の判断での困難「感じる」回答理由のクラスター分析 (n = 151)

に伴う転倒発生」とした。

#### IV. 考 察

本研究での回復期リハ病棟の病床数は、回復期リハビリテーション病棟協会の調査報告 (2013, p.5) での病床数規模の分布とほぼ同様の傾向であった。また、回復期リハ病棟開設からの経過年数も、回復期リハ病棟の新規届け出が最多であった平成18年度と本研究での平均値が一致していた。これらより、本研究の分析対象となった病棟は、日本の回復期リハ病棟の病床規模や開設からの経過年数の点において、ほぼ似通った特徴をもつ集団と考えられる。

##### 1. 移乗時の見守り解除の意思決定方法

移乗時見守り解除の意思決定方法で最多であったのは、日勤帯・夜勤帯ともに「看護職を含む多職種合同カンファレンスで検討して決定する」であった。回復期リハ病棟の現状調査 (回復期リハビリテーション病棟協会, 2013, p.21) においても、多職種合同カンファレンスは96.0%の病棟で実施されており、この機会を利用して移乗時見守り解除の意思決定を行っていることがうかがえる。2番目に多かった意思決定方法が日勤帯と夜勤帯で異なっていたのは、セラピストの早出・遅出勤務によるモーニングケアやイブニングケアの参加は多くの病棟で行われているものの、夜間も途切れなく勤務しているのは看護職と介護職のみの病棟が大半であることが関係していると推察される。すなわち、夜間は日中とは移乗動作の安定性が異なる患者が多いため、実際の移乗場面に立ち会う職種に意思決定が委ねられていると考えられる。

##### 2. 移乗時の見守り解除を判断するうえでの看護師の困難感

移乗時見守り解除の判断に困難を、「あまり感じない」と「やや感じる」の選択者が全体の約80%を占めており、大きな困難感ではないが多少の困難を経験している看護師が多いことが示された。「感じない」から「感じる」までの全選択肢の理由の頻出語句に『セラピスト』が入っていたことから、看護師の移乗時見守り解除の判断での困難感にセラピストとの関係性が大きく影響していることが推察される。クラスター分析において、困難を「感じない」と「あまり感じない」の理由として、第2クラスター構成する2語句は共通していたものの、「感じない」では〈セラピストとの連携〉がうまく機能していることがあげられているのに対し、「あまり感じない」では〈セラピストの意見の重視〉と自由記載の内容から意味の相違が認められた。看護師とセラピストが専門職として対等な立場での連携なのか、一方が主導権を有するかたちでの連携なのかにより、この2つの選択肢の差につながったと考えられる。このことは、判断に困難を「やや感じる」と「感じる」の回答理由でさらに顕著となり、〈セラピストとの意見の相違〉や〈セラピストとの合意形成のむずかしさ〉といったクラスターが抽出された。小野 (2006) による回復期リハ病棟看護師の退院援助における多職種との連携行動の研究においても、看護師は自分と相談する職種の専門性や個性を考慮し、専門領域と立ち入り可能な範囲を考える、多職種のテリトリーと介入領域を推し量る思考が核となっていたことが報告されている。回復期リハ病棟では、看護師と他職種の仕事がオーバーラップする部分は多い。各職種のテリトリーとの境界をどうふまえてリハチームとして協働していくのかは、看護師が移乗時見守り解除の判断で感



じる困難にも影響していると考えられる。このことは、病棟看護管理者が「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」と回答した病棟の看護師は、日勤帯・夜勤帯ともに他の意思決定方法を用いる病棟の看護師よりも、移乗時見守り解除における看護師の意見の反映度を有意に高く評価していた結果ともつながっている。病棟看護管理者と看護師の移乗時見守り解除の意思決定方法の認識は完全に一致しているとは断言できないが、「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」病棟では、看護師が病棟生活でのADLレベルを臨床判断し意思決定していくことを他のリハチームメンバーから比較的認められた状況にある、といえる。一方、他職種からの指示のみならず多職種合同カンファレンスの場での意思決定では、各専門職の判断が必ずしも一致するとは限らない。多職種協働のなかで各職種の専門性を尊重できるように、意見交換を通してチーム全体が納得できる意思決定が行えるようなカンファレンスのもち方や関係性が重要と考えられる。

また、移乗時見守り解除の判断に困難を「やや感じる」と「感じる」の理由では、〈見守り解除に伴う転倒リスク〉や〈見守り解除に伴う転倒発生〉のクラスターが見出された。回復期リハ病棟では、患者のADL拡大に伴い転倒が引き起こされやすく、転倒予防への取り組みは重要な課題の1つである(杉本, 2010)。病棟での転倒事故が生じた場合、病棟看護師は自責の念やインシデントレポートを記載することへの負担感を抱くことが多い(山下, 2007; 斎藤, 2008)。それは、どのような意思決定方法で移乗時見守り解除が決定されても同様に抱く感情と考えられる。なぜならば、看護師は患者安全の視点から組織的に転倒予防対策を講じ、リスクを最小限とする看護計画を立案し実行する責任を有しているからである(酒井, 2009)。よって、移乗時見守り解除後の転倒発生を経験した看護師は、さらに判断に大きな困難を感じたものと推察できる。加えて、転倒ハイリスク者を判別するためのリスクアセスメントツールは転倒予防に重要な役割をもつが、脳血管疾患患者では高次脳機能障害を有する患者が多いため、ほとんどの患者がハイリスクと判定されてしまい、的確なスクリーニング機能が果たせない場合があることが指摘されている(高取ら, 2013)。このように、自身の判断の裏づけを既存のアセスメントツール等からも得られにくいことも、看護師の判断の困難感を大きくしている一因と推察される。また、どれだけ予見義務や注意義務を全うしても、転倒発生の可能性は残る。したがって、もし転倒しても重大な損傷を負わない環境整備等を行ったうえで、患者にとって転倒が次の転倒予防につながられるような教育的なかかわりを考えていくことも重要と考えられる。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、病棟看護管理者ならびにリーダー業務を担う看護師への質問紙調査から、回復期リハ病棟での脳血管疾患患者のベッド・車椅子間移乗における見守り解除の意思決定方法の実態とそれに対する看護者のとらえ方を明らかにした。しかし、回復期リハ病棟での医療は、多職種協働アプローチにより行われており、他職種の見解もあわせて検討していくことが必要と考えられる。また、リハビリテーションの主体である患者自身についても同様である。今後は本調査で得られた知見をもとに、当事者である患者や他のリハビリテーション医療に従事する専門職のとらえ方や思いについても調査を実施し、比較検討していくことが課題となる。

## 結 論

1. 回復期リハ病棟における脳血管疾患患者の移乗時見守り解除の意思決定は、「看護職を含む多職種合同カンファレンスで検討して実施する」が最多であった。「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」病棟の看護師は、他の意思決定方法を用いる病棟の看護師よりも、移乗時見守り解除において看護師の意見が有意に高く反映されていると評価していた。
2. 移乗時見守り解除の判断に困難を「やや感じる」と回答した看護師は47.7%で最多であった。回答理由をテキストマイニング技法を用いて分析した結果、「感じない」では〈チーム共同の意思決定〉と〈セラピストとの連携〉、「あまり感じない」では〈チーム共同の意思決定〉と〈セラピストの意見の重視〉が抽出された。「やや感じる」では〈セラピストとの意見の相違〉と〈見守り解除に伴う転倒リスク〉、「感じる」では〈セラピストとの合意形成のむずかしさ〉と〈見守り解除に伴う転倒発生〉が抽出された。

以上より、看護師が病棟生活における移乗時見守り解除の意思決定に苦慮することなく主体性をもってリハ看護を展開していくためには、多職種協働チームにおける各職種の専門性が尊重しあえる関係性と合意形成が重要と考えられた。

## 謝 辞

調査にご協力いただきました看護管理者ならびに看護師の方々に深謝いたします。本研究は、JPS 科研費23593455の助成を受けたものです。

## 要 旨

**目的：**回復期リハビリテーション病棟での脳血管疾患患者のベッド・車椅子間移乗における見守り解除の意思決定方法の実態とそれに対する看護師のとらえ方を明らかにすることである。

**方法：**全国の回復期リハビリテーション病棟の病棟看護管理者とリーダー業務を担う看護師に質問紙調査を行った。

**結果：**病棟看護管理者431名と病棟看護師1,233名から有効回答を得た。意思決定方法の最多は、「看護職を含む多職種合同カンファレンスで検討して決定する」であった。脳血管疾患患者の移乗時見守り解除の判断に困難を「やや感じる」を選択した看護師は47.7%と最も多かった。困難度別の理由をテキストマイニング技法で分析した結果、多職種協働チームでの意思決定や見守り解除に伴う転倒を示すクラスターが抽出された。

**結論：**リハビリテーション看護実践では多職種協働チームでの合意形成が重要であることが示唆された。

## Abstract

**Objectives:** To clarify the strategies to determine the willingness of cerebrovascular disease patients hospitalized on a convalescent rehabilitation ward to move between a bed and wheelchair without healthcare providers watching them, and nurses' impressions regarding such strategies.

**Methods:** The author conducted a nationwide questionnaire survey involving ward nursing managers and nurses leading other staff, who worked on convalescent rehabilitation wards. A total of 431 ward nursing managers and 1,233 ward nurses provided completed questionnaires with effective answers.

**Results:** The most common strategy was a joint conference held by multiple professionals, including nursing staff. When nurses were asked to what extent they rated determining whether such patients needed assistance for moving as difficult, the most common response was "slightly difficult" (47.7%). The reasons for nurses' responses were analyzed according to the level of difficulty using text mining, which extracted a cluster indicating decisions made by a joint team of those from multiple professions, including therapists, and falls associated with the discontinuation of assistance.

**Conclusion:** The author findings suggest that, to implement successful rehabilitation nursing, it is important to form a joint team of staff from multiple professions, and hold discussions to reach agreement.

## 文 献

- 荒木暁子, 上田広美 (2012). 看護師の立場から (特集 リハビリテーション病棟と看護師: 病棟創りへの提言). 総合リハビリテーション, 40(8), 1067-1072.
- 千野直一 (1997). 脳卒中患者の機能評価—SAISとFIMの実際. 74-77, 東京: シュプリンガー・ジャパン.
- 池田真琴, 桑田稔丈, 徳永 誠, 三宮克彦, 中島雪彦, 渡邊 進, 橋本洋一郎, 辻 哲也, 中西亮二, 山永裕明 (2009). 回復期リハビリテーション病棟入院時のFIM総得点が80点未満の脳卒中患者における転倒の予測. 理学療法ジャーナル, 43(4), 355-360.
- 回復期リハビリテーション病棟協会 (2013). 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 (平成24年度版). 東京: 回復期リハビリテーション病棟協会.
- 川畑みゆき (2011). 回復期リハビリテーションでの看護の実際と現状. 茨城県総合リハビリテーションケア学会誌, 18, 5-8.
- 川村治子 (2006). 2群2ステップで考えよう—転倒・転落事故防止1,500事例の分析から— . ナーシング・トゥデイ, 21(10), 18-19.
- 厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (2011). チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. [http://www.jascsw.jp/researchpaper/201106team\\_iryuu.pdf](http://www.jascsw.jp/researchpaper/201106team_iryuu.pdf)
- 黒川理加, 松葉好子, 高塚美貴, 遠藤美帆, 二見真紀子, 吉岡文, 藤森秀子 (2013). 当センターにおける回復期リハビリテーションの概要. 臨牀看護, 39(5), 683-692.
- 三田寺裕治, 赤澤宏平 (2013). 介護保険施設における介護事故の発生状況に関する分析. 社会医学研究, 30(2), 123-130.
- 森田秋子, 高野麻美, 松原 徹 (2012). 療士士の立場から (特集 リハビリテーション病棟と看護師: 病棟創りの提言). 総合リハビリテーション, 40(8), 1077-1082.
- 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2005). 看護行為用語分類. 55, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本リハビリテーション看護学会 (2013). リハビリテーション看護の人材育成を支援する『リハビリテーション看護師のキャリア発達の目安』(第1報). 日本リハビリテーション看護学会誌, 3(1), 42-45.
- 小野美喜 (2006). 回復期リハビリテーション病棟看護師の退院援助における多職種との連携行動. 日本看護学会誌, 15(2), 88-96.
- 斎藤万寿子, 木村優子, 豊田茂子, 岡本雪美, 岩本春香, 伊藤加津枝 (2008). 転倒転落事故後の振り返りカンファレンス導入による看護師の意識の変化. 日本看護学会論文集 (看護管理), 39, 288-290.
- 酒井郁子 (2009). 生活支援のためのシステム要素の開発と展開. 吉本照子・酒井郁子・杉田由加里 (編), 地域高齢者のための看護システムマネジメント. 18-29, 東京: 医歯薬出版.
- 杉本真理子 (2010). 転倒・転落の予測. リハビリナース, 3(5), 450-458.
- 高取克彦, 鶴田佳世, 徳久謙太郎, 橋本加奈子, 山崎美恵, 西川由美子, 坂中有子, 庄本康治 (2013). 多職種協働の視点から見た転倒予防: 回復期リハビリテーション病棟での取り組み. リハビリナース, 6(3), 264-269.

- 高柳智子, 泉キヨ子 (2009). 回復期脳卒中患者のベッド・車椅子間移乗自立における看護師の判断の視点. 第29回日本看護科学学会学術集会講演集, 258.
- 高柳智子, 泉キヨ子 (2013). 脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における看護師の臨床判断—中堅看護師を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 36(2), 69-77.
- 武田好史, 池田裕哉 (2009). 当院回復期リハビリ病棟における早出遅出業務について. みんなの理学療法, 20, 38-41.
- 鳥飼達也, 井上由起子, 笈 淳夫 (2004). 回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチのあり方に関する研究. 病院管理, 41(1), 27-36.
- 植松海雲, 猪飼哲夫 (2002). 高齢脳卒中患者が自宅退院するための条件: Classification and regression trees (CART) による解析. リハビリテーション医学, 39(7), 396-402.
- 山元由美子, 長谷龍太郎, 藤井恭子, 石鍋圭子, 落合幸子, 野々村典子 (2003). 看護領域の違いによる職業的アイデンティティの差異の検討: 一般病院とリハビリテーション専門病院の看護師の比較. 茨城県立医療大学紀要, 8, 89-98.
- 山下悦子 (2007). 転倒・転落アセスメントの実際と問題点. エキスパートナース, 23(3), 116-117.

〔平成26年 8月13日受 付〕  
〔平成27年 1月14日採用決定〕

## デジタルストーリーテリングを活用した在宅療養生活に関する 映像の作成と病棟看護師への介入効果

Effect of Intervention Using Digital Storytelling to Improve Floor Nurses' Attitudes toward Home Care

宮本 由香里<sup>1)</sup> 塚崎 恵子<sup>2)</sup>  
Yukari Miyamoto Keiko Tsukasaki

キーワード：退院支援, イメージ, 在宅療養生活, デジタルストーリーテリング, 病棟看護師  
Key Words : discharge support, image, home care, digital storytelling, floor nurses

### 序 論

医療ニーズと介護ニーズを合わせもつ終末期や難病患者の自宅復帰に向け、継続ケアの必要性が高まっている。しかし、病院から地域への在宅移行時の連携は必ずしも円滑にしているとはいえず、入院中の療養者とその家族において、適切なタイミングで退院ができない、在宅での介護方法の指導不足による介護困難というしわ寄せが生じている(樋口・原田・大木, 2009)。

在宅移行期の患者や家族は新しい生活への立て直しの漠然とした不安を抱いており、病棟看護師は個々に応じた指導や情報提供のための知識が要求される(河原・小泉・矢島・伊藤, 2000)。病棟看護師の多くは退院調整の必要性を認識しているが、介護保険制度や急激な社会情勢の変化に追いついていないと感じており(原ら, 2010)、在宅療養態勢の構築に関する退院調整活動の実施率は低い傾向にあった(丸岡ら, 2011)。その原因の一つとして、退院支援を行う病棟看護師が健康問題を抱えて退院する患者の在宅療養生活をイメージすることがむずかしいと感じているため(洞内・丸岡・伴・川島, 2009)、退院支援に関するアセスメントが十分でないことが考えられる。また、必要時、退院前に病院内外の多職種による事例カンファレンスが行われているので、病棟看護師は地域からの情報は入手可能であるが、在宅との連携のためにはその情報が十分活用されていないことが考えられる。一方、退院後の継続看護を行う訪問看護師は、病棟看護師に患者・家族が在宅で生活する「生活者」としての退院指導や情報提供を望んでいる(齊藤・古城, 2010)。

このように、退院支援における病棟看護師と訪問看護師の連携は必要であるにもかかわらず、病棟看護師が連携に困難を感じていないのは、在宅療養に移行した患者の状態

を知る機会が少なく、退院支援に対する病棟看護師の役割認識が低い(土田ら, 2013)という報告もある。また、病棟看護師に対する退院支援や在宅医療の知識の習得を目的とした研修会の内容の多くは、介護保険制度に関する知識(中島ら, 2008)や、在宅医療に関する知識、多職種との連携(白井・田中・佐藤・大堀・坂井, 2011)であり、在宅療養生活自体について関心をもつような取り組みはなされていない。

以上のことから、退院支援をさらに効果的に進めていくためには、病棟看護師が退院後の生活に関心を持ち、肯定的にイメージし、生活者としての対象を理解できるように介入することが必要であると考えられる。その介入方法の一つとして、デジタルストーリーテリング(digital storytelling : DST)の活用に着目した。DSTは90年代にアメリカで生まれた「ナラティブ」と「デジタル技術」を融合させた新しいコミュニケーション技法(高木, 2011)であり、いわゆる電子紙芝居のようなものである。作品の制作は、コンピュータを使用して数枚のデジタルカメラ画像や手書きの絵などの静止画像と、その画像を見ながら自分自身の語りの録音やbackground music (BGM)などをあわせて、2～3分の映像のかたちでストーリーを編集する。その制作した作品の上映会を行うことで、語り手と視聴者が相互にものごとのとらえ方とかかわり方を学びあい、わかりあうという効果を狙っている。これまでに看護の分野では、金子(2011)が東日本大震災の被災地支援活動を実施した看護師たちの経験の共有のためにDSTを活用した実践例、地域連携の会で退院後の患者の画像を見て病棟看護師と訪問看護師が回復と苦労した経緯を分かちあったことを報告している。このようにDSTの実際は紹介されているが、その効果を検証した研究はない。

多田(1996)や小川・深江・三輪・今福(2003)は、学

1) 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程

Division of Health Sciences, Graduate School of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

2) 金沢大学医薬保健研究域 Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

生の臨地実習前後の高齢者のイメージの変化を明らかにするため、SD (semantic differential, 意味微分) 法を用いて肯定的なイメージと否定的なイメージを比較した結果、実習後は高齢者との同居に限らず、イメージが肯定的に変化していた。工藤・石井・平元・佐々木・長谷部 (2003) は、学生の看護に対するイメージを調査した結果、「なりたいたい」や「責任感が強い」など、全体に好印象寄りであった。学生だけではなく、看護師においても、学習の機会をつくることによって、在宅療養生活のイメージを肯定的に変化させることが期待できると考えた。

訪問看護師は在宅療養者にとって身近な存在であり、その人が望む在宅生活を理解して、その人らしい生活が送れるように在宅療養環境を調整している。したがって、訪問看護師から病棟看護師へ在宅療養生活に関する情報提供の方法としてDSTを活用することで、病棟看護師の在宅療養生活のイメージを肯定的に変化させ、退院支援に対し関心をもつのではないかと考えた。そこで、本研究の目的は、病棟看護師が在宅療養生活に即した退院支援ができることを目指して、DSTを活用した在宅療養生活に関する映像を作成したうえで、そのDST映像を病棟看護師に用いた介入効果について明らかにすることとした。

## I. 研究方法

### A. DSTを活用した在宅療養生活に関する映像作品の制作方法

#### 1. 映像作品の作成協力者

A県内にある医療機関併設型訪問看護ステーションの管理者4名から紹介された、在宅療養をしている人工呼吸器などの医療機器が必要な者、または要介護4・5の者とその家族4事例と、担当の訪問看護師とした。

#### 2. 方法

映像作品は2012年4月から6月に制作した。

##### a. 在宅療養生活と訪問看護活動の様子の写真撮影と録音

研究者が、療養者宅で訪問看護師が療養者の医療処置やケアを行っている様子をデジタルカメラで撮影した。さらに、療養者と家族に退院時困ったことや不安だったこと、現在の在宅療養生活の様子を語ってもらい、ICレコーダに録音した。

##### b. 映像作品の制作と編集

研究者が病棟看護師に対し、日常生活全般に介護が必要で、医療器具を使用しながらも在宅療養生活を送っている様子が伝わるように、在宅療養者の写真画像をもとにし

て、研究者が療養者の在宅療養生活に関するストーリーを作成して語りを録音した。

以上の写真画像と、療養者と家族、担当訪問看護師、研究者の語り、およびBGMをパーソナルコンピュータに取り込み、映像ソフトを用いて編集した。その際には、DSTの専門家の助言を受けた。

##### c. 訪問看護師の語りと映像作品の再編集

訪問看護ステーション4施設の管理者と研究者が、4事例の映像作品を見ながら、対象者の退院時を振り返り、現在の在宅療養生活の様子や病棟看護師からの情報で役立ったこと、不足していたことを話しあった。その内容を研究者が映像作品の語りに追加して、在宅療養生活が肯定的イメージになるように再編集した。

##### d. 映像作品の完成と保存

研究者が療養者宅に訪問して、在宅療養者と家族に映像作品を確認してもらい、DVDに保存した。

## B. 病棟看護師への映像作品を用いた介入および評価方法

### 1. 対象

地域連携室を設置している同一市内の2つの一般病院(7対1看護, 3交替)で、退院支援を行っている病棟看護師を対象とした。DST映像作品の上映会の約10日前に、各病棟師長が研究の主旨を説明した。上映会当日、日勤で働いていた看護師132名のうち、上映会に参加を希望して同意を得た看護師54名(41%)を実験群とした。上映会に参加できなかった看護師212名のうち、研究の同意を得た看護師44名(21%)を対照群とした。

### 2. 介入方法

介入および評価期間は2012年7月から8月とした。

#### a. 実験群

研究者が施設ごとに、DST映像作品の上映会を平日の夕方に行った。映像作品の視聴直前に介入前の質問紙調査を行い、その場で回収した。病棟看護師は、視聴後約6名ずつのグループに分かれて映像を見た感想を語りあった。訪問看護に関する情報量を対照群と同じ程度にするため、『訪問看護活用ガイド』(在宅医療助成勇美記念財団「在宅医療と訪問看護のあり方検討会」委員会, 2012)(以下、パンフレット)を各人に配付して、介入後調査までに読んでもらうように依頼した。2週間後、介入後の質問紙調査を行い、留置法により回収した。なお、パンフレットは訪問看護の具体的内容や制度、および気管切開や人工呼吸器の装着、難病や認知症、糖尿病などの小児から成人までを対象にした7つの事例が掲載されている。

#### b. 対照群

質問紙に回答後、実験群と同様にパンフレットを配付し

て読むように依頼した。2週間後に質問紙調査を行い、留置法により回収した。

### 3. 評価内容

介入効果を評価するため、介入前と介入後に、以下の項目を調査した。

#### a. 介入前の調査内容

##### (1) 属性

年齢、看護師経験年数、性別、職位、訪問看護実習の経験、病院からの家庭訪問の経験、在宅支援の看護での苦労や工夫の経験と内容を調査した。

##### (2) 在宅支援の実施状況

峰村・吉田・宮崎・丸山(2008)と細川・石鍋・三津谷(2008)による在宅支援の看護の行動を参考にして、「生活重視の看護」「生活の自立支援」「予測と予防」「家族関係の理解と調整」「チームケア」「ケアマネジメント」の6カテゴリ29項目からなる調査項目を作成した。各項目は、「全く実施していない：1点」から「常に実施している：4点」までの4段階リッカート法で調査した。

#### b. 介入前および介入後の調査内容

##### (1) 在宅支援の考え方

峰村ら(2008)と細川ら(2008)による在宅支援の看護の認識を参考に、在宅支援の実施状況と同じ6カテゴリ25項目からなる調査項目を作成した。各項目は、「全く意識していない：1点」から「常に意識している：4点」までの4段階リッカート法で調査した。

##### (2) 在宅療養生活の実現性

高齢者世帯において、ADL全介助や車椅子でトイレ介助、人工呼吸器や在宅酸素療法、点滴・IVH、胃瘻、褥瘡処置が必要な7つの場合において、在宅療養生活の実現性について「全くできない：1点」から「完全にできる：5点」までの5段階リッカート法で調査した。

##### (3) 在宅療養生活のイメージ

多田(1996)による高齢者のイメージの調査項目と工藤ら(2003)による看護のイメージの調査項目を参考にして、20項目からなる在宅療養生活のイメージに関する調査項目を作成した。これは「重い-軽い」「暗い-明るい」など肯定的な内容と否定的な内容を対にして、「非常に否定的：1点」「どちらともいえない：4点」「非常に肯定的：7点」までの7段階リッカート法で調査した。

さらに、SD法により中央の「どちらともいえない」を0点とし、「非常に否定的：-3点」から「非常に肯定的：+3点」とした。

以上の調査項目は、看護管理者5名と訪問看護師3名に、病棟と在宅の立場から、質問紙の内容が在宅療養生活をイメージするために妥当であるか確認してもらった。

#### c. 介入後の感想

実験群は映像作品を視聴後、グループで話しあい、パンフレットを読んだ後に感想を自由記載した。対照群はパンフレットを読んだ後に自由記載した。

### 4. 分析方法

2群間の比較には、 $t$ 検定、 $\chi^2$ 検定、Mann-Whitney  $U$ 検定を用いた。介入前後の変化はWilcoxon符号付順位検定を用いて分析した。解析は『SPSS ver.18』を用い、有意水準は5%とした。さらに、在宅療養生活のイメージはSD法により、SDプロフィール(折れ線グラフ)を作成し、否定的イメージから肯定的イメージの変化も分析した。感想はカテゴリーに分類した。

### C. 倫理的配慮

病棟看護師には、事前に文書で研究の趣旨と方法、匿名性の保証、参加への自由意思の尊重、本研究と業務はかわりなく、調査への不参加による不利益がないことを説明した。療養者と家族、訪問看護師に研究の主旨等を説明し、制作後の映像作品を視聴してもらい、研究に活用することの同意を文書で得た。病棟看護師には、質問紙への回答をもって参加の同意を得たと判断した。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した(2012年3月8日、374号)。

## II. 結果

### A. DSTを活用した在宅療養生活に関する映像作品の制作

DSTの手法を活用して、4事例をまとめた18分の映像作品を制作した。

#### 1. 事例1：作品テーマ「車椅子でいきいきライフ」

60代男性、妻と二人暮らし。6年前に頸髄損傷で四肢麻痺となり、電動車椅子とリフターによる移乗が必要で、膀胱瘻、食事などの日常生活動作(ADL)はすべて介助が必要な状態だった。療養者と妻は退院時を振り返って、膀胱瘻の閉塞や排便コントロールがうまくいかずにとまどったことと、現在の通所ケア利用中の楽しい様子を語った。療養者は映像作品をうなづきながら視聴し、最後のテロップの作成場所の「いなかみちの表現がいい」とうれしそうに語った。

#### 2. 事例2：作品テーマ「寝たきり、胃瘻、在宅酸素の介護」

80代女性、娘夫婦と3人暮らし。1年前に腸閉塞と肺炎のため食べることができなくなり入院した。胃瘻造設、在

在宅酸素療法を導入して、ADLは全介助の状態での退院となった。療養者は認知症があり、娘以外の人は認識できない。娘は、療養者が胃瘻を触っていないか、酸素カニューラを外していないか気にしながら、おむつ交換を兼ねて、夜中に何度も目を覚まして介護している。ショートステイ中に下血するなど、いくつかのトラブルはあったが、訪問看護と訪問入浴を利用しながら在宅介護を継続している。娘は母と一緒に暮らせることが何よりも幸せであると誇らしげに語った。

娘は映像作品を視聴して「上出来です。もっと在宅療養のよさを広めてほしい」と語った。また、研究者が1回目の訪問時に介護負担軽減のために夜用パッドの利用を勧めたことが役立ったことと、日常の療養者との何気ない様子についてうれしそうに語った。

### 3. 事例3：作品テーマ「脳卒中で退院直後のハブニング」

70代男性、妻と二人暮らし。脳卒中を発症し半年間入院後、自宅に退院となった。妻は腰痛があり介護は大変であるが、通所リハビリテーションとショートステイを利用しながら、退院後1か月が経過した。妻は予想していなかった療養者のけいれん発作と排泄の介助にとまどっていた。

妻は映像作品を視聴して「施設での介護は夫にはあまりよいとは思っていないが、1人で介護を抱え込むことはできないので、割り切って夫をあずけている」と語った。研究者は、映像の作成前よりも妻が介護に自信をもち、堂々としていると感じた。

### 4. 事例4：作品テーマ「人工呼吸器、吸引、在宅酸素の自己管理」

60代女性、夫と二人暮らし。4年前から慢性閉塞性肺疾患のため、在宅酸素療法を導入した。半年前に呼吸不全のため入院し、気管切開と人工呼吸器を使用することになった。人工呼吸器の使用が夜間のみ、室内での歩行が可能となり、3か月前に退院となった。当初、療養者は話すことができないため、緊急時の連絡方法にとまどった。その後、訪問看護と訪問リハビリテーションで呼吸訓練を行い、1か月前にスピーチカニューレで話すことができるようになった喜びを語った。

映像作品の完成後、療養者が体調を崩したため、研究者が直接、療養者の反応を聞くことはできなかった。

### 5. 研究者と訪問看護師の語り

研究者と訪問看護師は、4事例の映像作品を確認後、現在の在宅療養生活の様子、病棟看護師からの情報で役立ったことや不足していたことについて語った。さらに、研究者とともに自己の看護を振り返り、在宅療養生活の可能性

や退院支援時の困難について語った。病棟看護師に伝えたいこととして、医療依存度が高く、介護力が弱くても、在宅療養は可能であること、入院中に病棟看護師だけで介護指導が完全にできるわけではないため、早期から訪問看護師と病棟看護師が役割分担し、連携していく必要があることを話しあった。

## B. 病棟看護師への映像作品を用いた介入評価

### 1. 属性 (表1)

実験群は病棟看護師54名 (A施設24名, B施設30名)、対照群は病棟看護師42名 (A施設25名, B施設17名) だった。両群間の属性に有意な違いはみられなかった。

### 2. 在宅支援の実施状況 (表2)

介入前の実験群と対照群に有意差はみられなかった。

### 3. 在宅支援の考え方 (表3)

介入前の実験群と対照群に有意差はみられなかった。介入後は、6項目中「予測と予防」のみ、対照群のほうが実験群より高かった ( $p = .01$ )。

介入前後では、実験群は「家族関係の理解と調整」( $p < .00$ )、「ケアマネジメント」( $p = .03$ )の2カテゴリーに有意差がみられた。対照群は「予測と予防」( $p = .01$ )、「家族関係の理解と調整」( $p < .00$ )、「チームケア」( $p = .03$ )、「ケアマネジメント」( $p = .01$ )の4カテゴリーにおいて、介入前後に有意差がみられた。いずれも、介入後は高くなっていた。

### 4. 在宅療養生活の実現性 (表4)

介入前の2群間では、7項目中「重度寝たきりADL全介助」( $p = .02$ )、「車椅子トイレ介助」( $p = .01$ )、「人工呼吸器装着・気管切開・吸引」( $p = .03$ )、「在宅酸素療法」( $p = .04$ )の4項目に有意差がみられ、実験群のほうが対照群よりいずれも高かった。介入後は、両群に有意差はみられなかった。介入前後では、実験群は「人工呼吸器装着・気管切開・吸引」( $p = .01$ )にのみ有意差がみられた。対照群では7項目すべてにおいて介入前後に有意差がみられた (すべて  $p < .00$ )。2群とも、介入後は高くなっていた。

### 5. 在宅療養生活のイメージ (図1)

介入前と介入後それぞれにおいて、実験群と対照群間の2群の差をMann-Whitney U検定で比較分析した。介入前の2群間では、20項目中「暗い-明るい」( $p = .03$ )、「労の多い-楽な」( $p = .04$ )の2項目に有意差がみられ、実験群のほうが対照群より肯定的イメージをもっていた。介入後は、「貧困-裕福」( $p = .04$ )にのみ実験群のほうが

表1 病棟看護師の概要

項目		実験群	対照群	p値
		n = 54 (%)	n = 42 (%)	
年代	20代	8 (14.8)	9 (21.4)	.81 <sup>1)</sup>
	30代	20 (37.0)	13 (31.0)	
	40代	17 (31.5)	14 (33.3)	
	50代以上	9 (16.7)	6 (14.3)	
経験年数	平均 ± SD	17.6 ± 9.1	15.0 ± 8.6	.16 <sup>2)</sup>
性別	男性	5 (9.3)	4 (9.5)	.97 <sup>1)</sup>
	女性	49 (90.7)	38 (90.5)	
介護支援専門員の資格	あり	2 (3.7)	4 (9.5)	.40 <sup>1)</sup>
	なし	52 (96.3)	38 (90.5)	
職位	師長・主任	24 (44.4)	14 (33.3)	.08 <sup>1)</sup>
	スタッフ	30 (55.6)	28 (66.7)	
訪問看護実習の経験	あり	21 (38.9)	23 (54.8)	.12 <sup>1)</sup>
	なし	33 (61.1)	19 (45.2)	
病院から家庭訪問の経験	あり	13 (24.1)	7 (15.9)	.38 <sup>1)</sup>
	なし	41 (75.9)	35 (83.3)	
在宅療養に向けた患者での苦労や工夫の経験	あり	48 (89.9)	36 (85.7)	.64 <sup>1)</sup>
	なし	6 (11.1)	6 (14.3)	
在宅療養に向けた患者での苦労や工夫の内容 (複数回答)	家族の心理的受け入れ	29 (53.7)	21 (50.0)	.72 <sup>1)</sup>
	患者と家族の考えの相違	24 (44.4)	17 (40.5)	.68 <sup>1)</sup>
	介護力確保	21 (38.9)	20 (47.6)	.39 <sup>1)</sup>
	社会的サポート・資源の調整	26 (48.1)	14 (33.3)	.14 <sup>1)</sup>

[注] <sup>1)</sup>:  $\chi^2$ 検定, <sup>2)</sup>: t検定

表2 介入前の在宅支援の実施状況

カテゴリー	実験群 n = 54	対照群 n = 42	p値
	平均 (min - max)	平均 (min - max)	
在宅重視の看護	3.0 (2.0 - 4.0)	3.0 (1.5 - 4.0)	.46
生活と自立	3.0 (2.1 - 4.0)	3.3 (2.0 - 4.0)	.13
予測と予防	3.0 (1.8 - 4.0)	3.0 (1.6 - 4.0)	.98
家族関係の理解と調整	2.9 (2.1 - 4.0)	3.0 (1.7 - 4.0)	.75
チームケア	3.0 (2.0 - 4.0)	3.3 (1.7 - 4.0)	.23
ケアマネジメント	3.0 (1.8 - 4.0)	3.1 (1.8 - 4.0)	.60

[注] Mann-Whitney U検定

表3 介入前後の在宅支援の考え方

カテゴリー		実験群 n = 54		対照群 n = 42	
		平均 (min - max)	p値	平均 (min - max)	p値
在宅重視の看護	介入前	3.5 (2.0 - 4.0)	.85	3.6 (3.0 - 4.0)	.47
	介入後	3.5 (2.3 - 4.0)		3.8 (2.5 - 4.0)	
生活と自立	介入前	3.3 (2.0 - 4.0)	.13	3.4 (2.6 - 4.0)	.24
	介入後	3.4 (2.4 - 4.0)		3.4 (2.6 - 4.0)	
予測と予防	介入前	3.3 (2.0 - 4.0)	.19	3.3 (2.0 - 4.0)	.01*
	介入後	3.3 (2.0 - 4.0) <sup>†</sup>		4.0 (2.3 - 4.0) <sup>†</sup>	
家族関係の理解と調整	介入前	3.0 (2.0 - 4.0)	.00**	3.3 (2.0 - 4.0)	.00**
	介入後	3.7 (2.0 - 4.0)		4.0 (2.7 - 4.0)	
チームケア	介入前	3.0 (2.0 - 4.0)	.06	3.3 (2.0 - 4.0)	.03*
	介入後	3.3 (2.0 - 4.0)		3.7 (2.7 - 4.0)	
ケアマネジメント	介入前	3.0 (2.0 - 4.0)	.02*	3.3 (2.0 - 4.0)	.01*
	介入後	3.3 (2.0 - 4.0)		4.0 (2.0 - 4.0)	

[注] Wilcoxon符号付順位検定, \*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

<sup>†</sup>: 介入後の実験群と対照群間に有意差があったことを示す (Mann-Whitney U検定)。

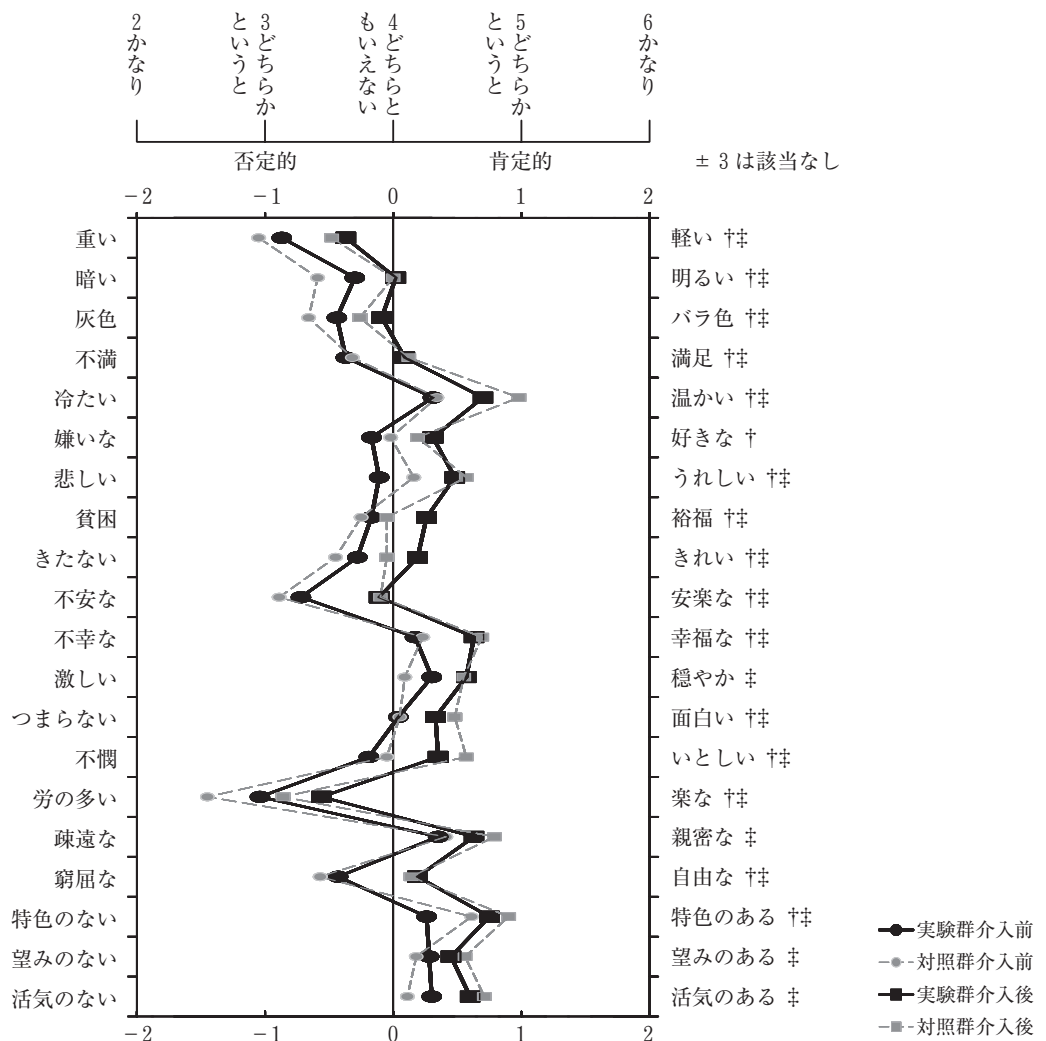


表4 介入前後の在宅療養生活の実現性

項目		実験群 n = 54		対照群 n = 42	
		平均 (min - max)	p値	平均 (min - max)	p値
重度寝たきり	介入前	3.0 (1-5) †	.39	2.0 (1-4) †	.00**
ADL全介助	介入後	3.0 (2-5)		3.0 (1-5)	
車椅子	介入前	3.0 (1-5) †	.60	3.0 (1-4) †	.00**
トイレ介助	介入後	3.0 (2-5)		3.0 (2-5)	
人工呼吸器装着	介入前	2.0 (1-5) †	.01*	2.0 (1-4) †	.00**
気管切開・吸引	介入後	3.0 (1-5)		3.0 (1-4)	
在宅酸素療法	介入前	4.0 (2-5) †	.66	3.0 (1-5) †	.00**
	介入後	3.5 (2-5)		4.0 (2-5)	
点滴・IVH	介入前	3.0 (1-5)	.25	3.0 (1-5)	.00**
	介入後	3.0 (1-5)		3.0 (2-5)	
経管栄養 (胃瘻)	介入前	3.0 (2-5)	.38	3.0 (1-5)	.00**
	介入後	3.0 (2-5)		4.0 (1-5)	
褥瘡処置	介入前	3.0 (1-5)	.86	3.0 (1-5)	.00**
	介入後	3.0 (1-5)		4.0 (2-5)	

[注] Wilcoxon符号付順位検定, \*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

†: 介入前の実験群と対照群間に有意差があったことを示す (Mann-Whitney U検定)。



[注] 介入前後 Wilcoxon符号付順位検定  $p < .05$  †実験群 ‡対照群

図1 介入前後の在宅療養生活のイメージ; SDプロフィール

表5 介入後の感想の比較

項目	実験群	対照群
知識の修得	在宅で特色ある介護ができるよう情報提供や選択できる方法を伝えていけるようになりたい。	自分たちも十分な知識と理解が必要だと思う。 在宅療養が患者にとって有意義になるように、各種サービスが充実してきていることを知った。 介護保険や医療保険のことがわかりやすく書かれており、参考になった。 訪問看護に対する一般的知識の修得に役立った。
訪問看護への関心	訪問看護師が患者の思いを聴き、患者が呼吸リハによって言葉を話すのが楽になったと言われる場面が印象に残った。積極的なかわりが必要だと感じた。	訪問看護について興味がわいた。 どんな重症な疾患であったとしても在宅療養は、できるということをあらためて認識した。
退院支援への意欲	急変時の指導は大切だと思った。 在宅でも不安なく生活できるよう、入院中から支援していくことが大切だと思った。 入院中から患者の状態をしっかりと伝える必要があると思った。 入院中のかかわりがどのような影響を与えるのか知ること大切だと思った。	
肯定的イメージ	いままでは「介護で疲れる」というイメージしかなかったが、「前向きに生きている」という感じがした。介護者も前向きで「ほっとさせられた」。「特色的で明るい」イメージ。 患者も家族も「一まわり人間が大きくなった」感じがして、私まで「うれしい気持ち」になった。「なんとかかやっているよ」という普通の生活に戻れた喜びを感じた。	これまで在宅介護のイメージは暗くて先が見えず、「孤独で大変」というマイナスイメージが大きかったが、「現実少し違うのだな」と思った。 細かい介入まで知ることができ、退院後の在宅でのイメージがつきやすくなった。
その他	もっとサービスが使えるれば、在宅に帰れる患者が増えると思う。 DVDを患者か家族に見てもらおうとイメージがついていいと思う。 在宅療養にかかわる人材育成が必要。	成功例ばかりだったが、うまくいかなかったことや問題点も知りたい。

[注] 下線は具体的支援の方向性を示す。

対照群より肯定的イメージをもっていた。介入前後では、Wilcoxon符号付順位検定で比較した結果、実験群は20項目中16項目、対照群は19項目で有意差がみられた。また、両群とも介入後は、中央値4点以上が16項目あり、在宅療養生活に対するイメージが肯定的に変化していた。

SDプロフィール(図1)でみると、実験群において介入前に否定的イメージだったのは12項目あり、そのうち介入後に肯定的イメージに変化したのは「暗い-明るい」( $p = .01$ )、「不満-満足」( $p < .00$ )、「嫌いな-好きな」( $p < .00$ )、「悲しい-うれしい」( $p < .00$ )、「貧困-裕福」( $p < .00$ )、「汚い-きれい」( $p < .00$ )、「不憫-いとしい」( $p < .00$ )、「窮屈な-自由な」( $p < .00$ )の8項目だった。対照群では、介入前に否定的イメージだったのは10項目あり、そのうち介入後に肯定的イメージに変化したのは「不満-満足」( $p = .01$ )、「嫌いな-好きな」( $p < .00$ )、「不憫-いとしい」( $p < .00$ )、「窮屈な-自由な」( $p < .00$ )の4項目だった。以上より、実験群のほうが対照群より、否定的イメージから肯定的イメージに変化した項目が多かった。

## 6. 介入後の感想の比較(表5)

実験群は、映像作品の視聴後に小グループで語りあった

後、「特色的で明るい」「ほっとさせられた」「うれしい」といった肯定的イメージを表出していた。また、「在宅で特色ある介護ができるよう、患者家族に情報提供や選択できる方法を伝えていけるようになりたい」「急変時の指導は大切だ」「入院中から訪問看護師に患者の状態をしっかりと伝える必要がある」「入院中のかかわりがどのような影響を与えるのか知る」といった具体的な在宅支援の方向性を見出していた。対照群は、保険制度の理解や社会資源の知識を得て、在宅支援への関心につながったが、在宅療養生活の具体的な支援の方法を示した感想はなかった。

## Ⅲ. 考 察

### A. DSTを活用した映像作品による病棟看護師への介入効果について

本研究は、DSTを活用した在宅療養者4事例の在宅療養生活の映像作品を制作して、病棟看護師が在宅療養生活に即した退院支援ができることを目指した介入を行った。

これまでに、病棟看護師の退院支援の研修会のうち、在宅療養生活のイメージを高める効果については、小倉・首

藤・青戸（2012）は、在宅介護の知識や訪問看護の実際など写真を含んだ講義を行った結果、病棟看護師が在宅生活の様子・環境をイメージでき、退院支援に対する意識の向上につながったと述べている。しかし、訪問看護のイメージができたか否かを調査しており、その具体的なイメージの内容は明らかにされていない。

本研究では、在宅療養生活の映像作品を視聴した実験群とパンフレットのみ参照した対照群は、どちらも介入後に在宅支援の考え方や、在宅療養生活の実現性とイメージが肯定的に変化しており、映像作品を用いた介入効果は明らかにならなかった。これは、介入前から2群間に重度の寝たきり者、車椅子使用者、人工呼吸器使用者、在宅酸素療法者の在宅療養生活の実現性に差があったこと、実験群と対照群の調査対象が少なかったことが考えられる。また、2群間のパンフレットの読む期間は同じであるが、全員がパンフレットをすべて読んだかは把握できない。実験群は映像作品の視聴後にパンフレットを読んでおり、パンフレットの効果に違いがあった可能性もある。パンフレットは訪問看護の具体的な内容や制度が詳細に掲載されており、対照群のほうが集中してパンフレットを読むことで在宅支援に関する知識を得た影響が大きかったことが考えられる。在宅療養生活をイメージした映像作品の上映会を平日の夕方勤務終了後に開催した。対象は実験群を日勤者、対照群を日勤以外の者とした時点でセレクションバイアスが生じたと考える。

今後、さらに調査対象を増やし、DST活用による介入により病棟看護師の在宅療養生活のイメージが高まるかの効果を分析していくことが必要であると考えられる。

## B. 在宅療養生活のイメージに対するDSTの効果について

介入前後で在宅療養生活のイメージを「重い-軽い」「暗い-明るい」など肯定的な内容と否定的な内容を対にして調査した。SDプロフィールの結果では、実験群のほうが対照群より介入前に「暗い」、「不満」といった否定的だったイメージが、介入後に「明るい」、「満足」といった肯定的イメージに変化したものが多かった。また、実験群では、映像作品の視聴後に小グループで語りあった後、「特色的で明るい」「ほっとさせられた」という肯定的イメージを表出していた。介入後の感想では「情報提供や選択できる方法を伝えていけるようになりたい」「急変時の指導は大切」「入院中から患者の状態をしっかりと伝える必要がある」といった具体的な支援の方向性を見出していた。

DSTは、自分の考えや気持ちを語り、「伝える力」「表現する力」を高めることに有効である（須曾野・下村・織田・大野、2007）。また、語り手と視聴者が相互にものごととのとらえ方とかかわり方を学びあい、わかりあうという

効果を狙ったものである（高木、2011）。視聴した実験群の感想として肯定的イメージが表出されたのは、DSTのなかで訪問看護師が対象のとらえ方やかかわり方を語ったことにより、病棟看護師が在宅療養生活への具体的な支援方法を理解できたと考えられる。

また、映像を視聴後、病棟看護師が皆で語りあうという参加体験型学習とDSTを用いた新しいコミュニケーション技法の活用により、肯定的な感情を共有する機会が得られたことで各自の在宅療養生活のイメージが肯定的に変わり、具体的な支援の方法を導いたと考えられる。

## C. 本研究の限界と今後の課題

病棟看護師が持つ在宅療養生活のイメージに対する介入方法として、映像作品としての在宅療養生活の4事例の選出、パンフレットと映像作品の介入方法と介入時期、および、評価に使用した「在宅療養生活の実現性」の質問項目の妥当性について今後検証が必要である。調査対象者は1地区2施設の病棟看護師に限られており、本結果の一般化には限界がある。今後、例数を増やして結果を検証する必要がある。また、介入後の結果は、介入直後に調査したものである。今後、実際に病棟看護師が退院支援を実施していくなかでの効果について、継続的に評価していく必要がある。

## 結 論

DSTの手法を活用して、4事例の在宅療養者の家庭生活の映像作品を在宅療養者と家族と訪問看護師とともに制作した。病棟看護師54名に対して、在宅療養生活に即した退院支援ができることを目指して、パンフレットを読み、DSTを用いた映像作品を視聴して語りあうという介入を実施した。対照群はパンフレットのみ介入だった。実験群と対照群はともに、介入後に在宅療養生活のイメージが有意に変化しており、DSTを用いた介入によるパンフレットと異なったイメージの変化は明らかにならなかった。一方、対照群は在宅看護についての知識を得ていたが、実験群は継続看護の必要性と、患者家族への今後の具体的な支援方法を理解していた。

## 謝 辞

研究にご協力いただきました療養者およびご家族さま、看護師の皆さまに深謝いたします。DSTに関していいいにご指導いただきました三重大学教育学部須曾野仁志教授に厚くお礼申し上げます。本論文は宮本由香里が金沢大学大学院医学系研究科に提出した修士論文（指導：塚崎恵子）に加筆修正を加えたものであり、その一部は第33回日本看護科学学会学術集会において報告した。

## 要 旨

**目的：**病棟看護師が在宅療養生活に即した退院支援ができることを目指して、デジタルストーリーテリング (DST) を活用した介入を行い、その効果を評価した。

**方法：**DSTを活用して、4事例の在宅療養生活の映像作品を制作した。実験群 (病棟看護師54名) は映像を見て語りあいパンフレットを読み、対照群 (病棟看護師42名) にはパンフレットのみの介入を行った。介入前後に在宅療養生活のイメージに関する自記式質問紙調査を行い、介入の効果を比較分析した。

**結果：**介入後の在宅療養生活のイメージは、実験群も対照群も同様に有意に変化していた。一方、介入後の感想として、対照群は在宅看護に関する知識をあげていたが、実験群は継続看護の必要性と、患者家族への今後の具体的な支援方法をあげていた。

**結論：**DSTを活用した介入により、パンフレットと異なるイメージの変化は明らかにならなかったが、実験群の病棟看護師は在宅療養生活の具体的な支援方法を理解していた。

## Abstract

**Purpose:** This study examined the effect of intervention using digital storytelling (DST) on floor nurses' attitudes toward home care.

**Methods:** Four home care patients, their families, and visiting nurses produced four digital stories on home care, using DST. The experimental group (54 floor nurses) watched the videos and together discussed their views of home care, and then brochures were distributed. The control group (42 floor nurses) was only given brochures. The nurses each completed an individual written survey about their views of home care before and after the intervention, and we compared the two groups to analyze the effect of the intervention.

**Results:** The attitudes of both groups toward home care improved significantly after the intervention. However, the experimental group showed slightly different types of changes. The knowledge and understanding of the control group improved, but the members of the experimental group were prepared to suggest methods of providing practical support at home to patients and families in the future, and understood the need for continuing nursing care.

**Conclusion:** The DST intervention did not affect attitudes toward home care compared to the brochures, but it slightly improved floor nurses' understanding of how to provide practical support for home care.

## 文 献

- 原 元子, 増田千春, 大野清美, 中田京子, 高田ゆき, 前野ひろみ, …炭谷靖子 (2010). 臨床現場における地域連携の現状と問題点: 在宅療養に関わる看護師の思いについてのKJ法によるグループ討議から. 共創福祉, 5(2), 41-52.
- 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆 (2009). 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状—連携上の困難・役立った支援より. 看護実践の科学, 34(10), 61-69.
- 洞内志湖, 丸岡直子, 伴真由美, 川島和代 (2009). 病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 6, 59-66.
- 細川満子, 石鍋圭子, 三津谷恵 (2008). 計画的な退院の促進に向けた大学教員による病院支援の評価: 療養型病床における看護・介護職の認識・行動の変化から. リハビリテーション連携科学, 9, 91-98.
- 金子八重子 (2011). デジタルストーリーテリングの実際 (その2). 看護, 63(14), 82-86.
- 河原加代子, 小泉美佐子, 矢島まさえ, 伊藤まゆみ (2000). 脳血管障害者の家族の介護場面に生じる困難に対する効果的な支援方法の検討. *Kitakanto Med J*, 50, 267-274.
- 小倉美香, 首藤悦子, 青戸まり子 (2012). 訪問看護師が行う退院支援に関する研修会の効果, 日本看護学会論文集 (地域看護), 42, 50-53.
- 工藤由紀子, 石井範子, 平元 泉, 佐々木真紀子, 長谷部真木子 (2003). 看護大学生の看護に対するイメージ—入学時における家族背景・入学動機と卒業後進路志望との関連から—. 秋田大学医学部保健学科紀要, 11(2), 119-126.
- 丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 下嶋恵美子, 向井孝子, 尾崎真裕美, 古本桂子 (2011). 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題—退院調整活動質指標を用いた調査から—. 石川看護雑誌, 8, 29-39.
- 峰村淳子, 吉田久美子, 宮崎歌代子, 丸山美知子 (2008). 病院看護師の在宅支援の看護についての研究 (第4報) —3施設の看護師の認識と行動の実態分析—. 東京医科大学看護専門学校紀要, 18(1), 1-34.
- 中島康子, 谷口佳子, 佐々木さゆり, 山崎理恵, 諸井孝枝, 田中優子 (2008). 看護スタッフの退院調整に対する現状と今後の課題. 東邦大学看護研究会誌, 5, 30-34.
- 小川亜矢, 深江久代, 三輪真知子, 今福恵子 (2003). 看護学生の老人イメージに関する研究—入学時, 老人看護実習終了後の比較. 静岡県立大学短期大学部特別研究報告書, 21, 1-10.
- 齊藤広美, 古城美穂 (2010). 当院における病院と在宅を結ぶ継続看護の現状と課題: 訪問看護ステーション所長へのインタビュー調査から. 北海道社会保険病院紀要, 9, 56-58.
- 白井佳代, 田中優子, 佐藤由紀子, 大堀洋子, 坂井志麻 (2011). 院内看護師を対象にした在宅医療勉強会の効果の検証—研修前後のアンケート調査より. 癌と化学療法, 38(suppl-1), 91-93.
- 須曾野仁志, 下村 勉, 織田揮準, 大野恵理 (2007). 協働参加型学習のためのストーリーテリング制作. 三重大学教育学部附

属教育実践総合センター紀要, 27, 1-6.

多田敏子 (1996). 老人看護学における臨地実習による看護学生の高齢者に対する印象の変化. 老年看護学, 1(1), 63-70.

高木亮一 (2011). 物語る心の動き 声にのせ デジタル活かしきずな深まる. 看護, 63(14), 74-79.

土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子, 鈴木育子, 細谷たき子, 小林淳子, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2013). 医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践. 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 39-46.

在宅医療助成勇美記念財団「在宅医療と訪問看護のあり方検討会」委員会 (2012). 訪問看護活用ガイド：在宅医療をはじめの方へ. 東京：健康と良い友だち社.

[平成26年 4月24日受 付]  
[平成27年 2月24日採用決定]

## 在宅筋萎縮性側索硬化症患者の主介護者の介護肯定感とその関連要因

Positive Appraisal of Primary Caregivers for Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)  
Patients at Home and Related Factors

末 益 友佳子<sup>1)</sup>      門 間 晶 子<sup>2)</sup>  
Yukako Suemasu      Akiko Kadoma

キーワード：筋萎縮性側索硬化症，主介護者，介護肯定感  
Key Words：ALS, primary caregivers, positive appraisal

### はじめに

筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis：ALS）は、脊髄および延髄の運動神経が侵される進行性の疾患である。ALSは症状の進行に伴い、移動や排泄の援助、体位交換、コミュニケーション支援、吸引や呼吸障害への対応など日常生活の全面的な介助が必要となる。療養期間が長期に及ぶ場合も多く、神経難病のなかでもとりわけ介護量が多いことが知られている。一方で、ALS患者は知覚や知能、視力、聴力などの機能は保たれるため、患者のQOLをいかに支援していくかが重要視されている。

筆者は、保健所保健師として難病患者に対して訪問相談等の支援を行っているが、実際には支援の成果が見えづらく、はかり知れないであろう患者や家族の苦しみを感じるが多かった。しかし、負担の大きい毎日を過ごしながらも前向きに介護を行っている方との出会いもあった。

これまで、在宅で介護を行う介護者に関する研究は、主に介護における負担感などの否定的側面について検討が行われており、ALS患者の介護者は他疾患の介護者や要介護高齢者の介護者に比べて介護負担感が高い傾向がある、といわれている（藤田・池田・米岡・村木・海野，2005；齋藤・小林，2001）。ALS患者の特徴のうち、在宅療養期間は介護負担感との間に負の相関が認められ、在宅療養期間が長くなるほど、介護負担感は減少する傾向にあり（齋藤・小林，2001）、比較的早期のALS患者の介護者に対し、機能障害の進行に伴う介護負担の増加を防ぎ、心の健康面のケアを行う必要性が示された（中川・魚住・辻，2010）。しかしながら、介護者の介護負担感を軽減させる介護サービスは訪問看護や訪問介護など一部のサービスのみに限る現状があり（筒井，2010）、今後はさらに介護者の負担感を軽減できる方法を考えていく必要がある。

一方で、介護が介護者に与える影響は否定的側面だけではない。Lawton, Kleban, Moss, & Glicksman (1989) および Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine (1991) は、介護の経験には負担等の否定的な側面以外の要素があり、否定的側面があっても肯定的側面を有することで介護に対する前向きな感情を維持できる、と述べている。また、Kramer (1997) は、介護に対する肯定的な認識は、介護の過程のなかで獲得する利得であるとし、介護成果の評価であると位置づけた。日本では、櫻井 (1999) が介護に対する肯定的感情が負担感を軽減させる効果があると明らかにしたのを始め、介護肯定感の形成には介護者の対処行動が関連すること（陶山・河野（理）・河野（保），2004）や、介護肯定感の形成には介護者と高齢者の関係が重要であり、片山・陶山 (2005) は、介護者が介護を自分の役割であると認識できること、と述べている。藤田・安田・吉井・道券 (2010) は、介護負担感・肯定感において抽出されたそれぞれの因子と介護者の褥瘡予防行動とは有意な相関がみられた、と述べている。杉浦・伊藤・久津見・三上 (2010) の研究では、夫が介護者の場合では介護役割の積極的受容型が、妻が介護者の場合では問題解決志向型対処によって介護役割に適應しようとする傾向がみられた。また、妻が介護者の場合では経年的に介護保険サービスの利用を増加させていたにもかかわらず、介護肯定感が低下したことから、公的サービスの拡大は精神的な健康状態の改善にはあまり貢献しないことが示された。

上述の先行研究は、主に要介護高齢者の介護者を対象に行われてきた。ALS患者の介護者に関しては、事例検討やインタビュー等の質的研究において、介護に対する前向きな気持ちや患者とのかかわり、適應の過程などが介護者から語られており（齋藤・大竹・小林，2005；金子・野嶋・長戸，2009；豊田ら，2009；長瀬・山尾・中

1) 愛知県知多保健所 Aichi Chita Health Center

2) 名古屋市立大学看護学部 Nagoya City University School of Nursing

村・古池・中井, 2007) 介護者の肯定的な感情が在宅療養生活を継続させる要因となっていることが述べられている。ALS患者の介護者を対象とした量的研究では、岩木・鳩野 (2011) が初めてALS患者の介護者の介護に対する肯定的認知の実態把握を行い、「介護への自信」「患者の年齢」「介護時間」「患者自身の楽しみの有無」「相談相手の有無」との関連を明らかにした。しかし、他の要因との関連の可能性も示唆されており、今後はさらに、ALS患者の介護者の介護肯定感に関連する要因や介護肯定感の構造を明らかにする必要があると考える。これらを明らかにすることは、介護者が前向きに生活する力となり、ALS患者のより質の高い療養生活にもつながると考えられる。

本研究では、在宅で生活するALS患者の主介護者の介護肯定感の構造と特徴、および、介護肯定感に関連する要因

を明らかにし、今後の支援への示唆を得ることを目的とした。

## I. 本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みについて図1に示した。本研究では、在宅で生活するALS患者の家族介護者の介護肯定感に関連する要因を明らかにする。帰結となる変数は介護者の介護肯定感であり、櫻井 (1999) の介護肯定感尺度によって表すものとした。いくつかの先行研究〔陶山ら (2004), 片山・陶山 (2005)〕をもとに、本研究では、患者と介護者の特性、介護者の介護への対処行動、公的・非公的な社会資源の活用が介護肯定感に影響を及ぼすと仮定した。

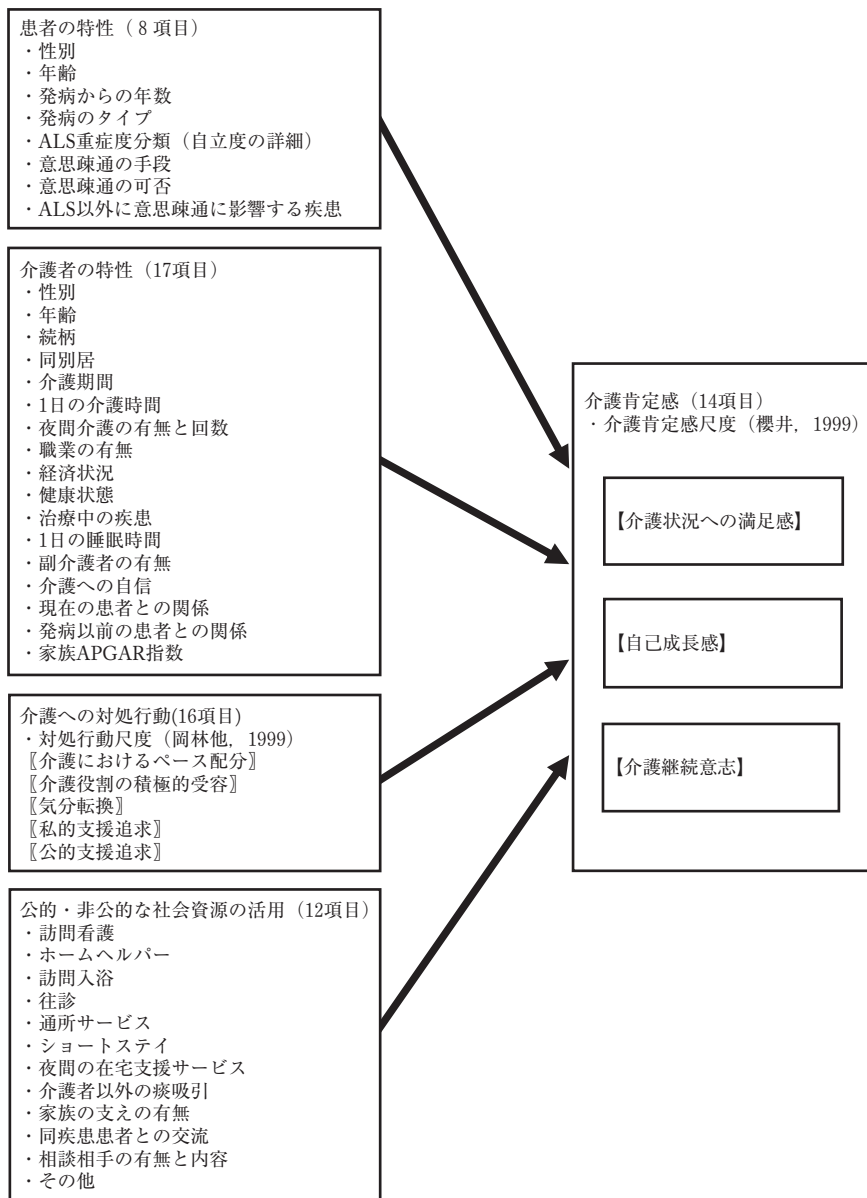


図1 研究概念枠組み

## II. 研究方法

### 1. 用語の操作的定義

#### (1) 主介護者

在宅でALS患者を主に介護している人（配偶者、子、親など）とした。

#### (2) 介護肯定感

片山・陶山（2005）の定義を用い、「日々介護を経験している過程の中でフィードバックを繰り返し、さまざまな対処行動をとりながら介護者自身が培ってきた成果、および形成されてきた『介護をしてきてよかったと思える』といった、介護者の介護に対する認識の肯定的側面」とした。

### 2. 対象者

日本ALS協会各支部の会員、関連団体の会員で調査時期にALS患者の在宅介護を行っている主介護者とした。日本ALS協会は、ALS患者の療養生活の向上と治療法の確立を目的とした非営利の組織である。1986年に設立され全国の支部は39、会員数は約6,000名である（2014年現在。家族や遺族、医療従事者等の関係者も含む）。全国的な組織であり、できるだけ多くの介護者に協力を得たいと考え、ALS協会を通じての調査協力を依頼した。その結果、日本ALS協会本部の協力は得られなかったものの、各支部に直接依頼することへの承認は得られた。その他、機縁法による患者団体を含め233名の対象者に質問紙を配布でき、120名から返答があった（回収率51.5%）。このうち回答時にALS患者が入院・入所中、あるいは患者がすでに死亡している場合など本研究の対象とならない21名を除外し、全質問項目のうち30%以上に記載がなかったもの、または、介護肯定感の項目に欠損のある6名を除いた計93名（有効回答率39.9%）を分析対象とした。

### 3. 調査期間

平成24年4月から平成24年8月。

### 4. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。研究対象者への質問紙の配布は、日本ALS協会の各支部とALS関連団体のうち、特定疾患医療受給者症の交付件数がおおむね200件以上の都道府県を管轄する各支部に依頼をし、研究の協力が得られた機関に質問紙の郵送を依頼した。返信は対象者から研究者に同封の返信用封筒にて直接郵送を依頼した。また、協力機関との相談の過程で、対象者に直接依頼と手渡しをすることへの助言を受け、可能な場合には対象者に直接説明と依頼を行い、13名に手渡しで質問紙

を配布した。日本ALS協会本部には、各支部に直接依頼することへの同意を得た。

### 5. 調査内容

#### (1) 患者の特性（8項目）

性別、年齢、発病からの年数、発病のタイプ（上肢から、下肢から、球麻痺から、その他）、ALS重症度分類（祖父江、2006）、意思疎通の手段、意思疎通の可否、ALS以外に意思疎通に影響する疾患の有無と疾患名を尋ねた。ALS重症度分類（祖父江、2006）については症状を細分化して回答を求め、対象者の記載内容をもとに筆者が分類した。

#### (2) 介護者の特性（17項目）

性別、年齢、続柄、同別居、介護期間、1日の介護時間、夜間介護の有無と回数、職業の有無、経済状況、健康状態、治療中の疾患、睡眠時間、副介護者の有無、介護への自信の有無について尋ねた。また、現在の患者との関係、発病以前の患者との関係、家族機能について回答を求めた。家族機能の測定には「The family APGAR (Smilkstein, 1978)」を使用した。この尺度は、社会的機能の評価で使用される簡易なスクリーニング用具であり、家族の機能の5つの側面（適応・協力関係・成長・愛情・問題解決）を評価する。それぞれの項目は0～2点で、得点の範囲は0～10点である。3点以下を家族の機能に「大きな不全」あり、4～6点を「中等度の不全」あり、7～10点を「良好」と評価する。他の質問項目の表現と統一するため、主語を「私」から「あなた」に変更して使用した。

#### (3) 公的・非公的な社会資源の活用（12項目）

訪問看護、ホームヘルパー等の訪問介護、訪問入浴、往診、デイサービス・デイケア等の通所サービス、ショートステイ、夜間の在宅支援サービス、介護者以外の痰吸引、家族の支えの有無、同疾患患者の家族との交流の有無、相談相手の有無と内容について尋ねた。

#### (4) 介護への対処行動（16項目）

介護におけるストレスへの対処行動を測定する指標として岡林・杉澤・高梨・中谷・柴田（1999）の作成した測定項目を使用した。この尺度は信頼性・妥当性が確認されており、全国の都市における在宅障害高齢者の主介護者に一般化できる結果となっている。また、この尺度はALS患者の介護者に特有のものではないが、高齢者以外でも共通する内容であり、ALS患者の介護者にも適用できると考えた。16項目からなり、得点の範囲は16点から64点である。この尺度は、第1因子【介護におけるペース配分】3項目、第2因子【介護役割の積極的受容】4項目、第3因子【気分転換】2項目、第4因子【私的支援追求】3項目、第5因子【公的支援追求】4項目、の5因子で構成さ



れる。

研究対象者への配慮から表現を一部変更して使用した。開発者に連絡がとれ、変更箇所を論文に明記することを条件にこの尺度を使用する承諾が得られている。変更した点については、変更箇所の下線を記し以下に示す。①「○○さん」から「患者さん」へ、②「お世話」から「介護」へ、③「○○さんに頼まれたことは後回しにせずすぐに実行してあげる」から「実行するように努力する」へ、④「役所や医師・看護婦などの専門家に相談する」から「医師や介護、看護等の専門家に相談する」へ、⑤選択肢を『全然できていない』1点、「あまりできていない」2点、「少しできている」3点、「よくできている」4点、「必要ないのでしていない」0点から『全くあてはまらない』1点「あまりあてはまらない」2点、「少しあてはまる」3点、「よくあてはまる」4点へ。

本研究では、既存の尺度の表現を一部改変しているため、介護への対処行動の因子分析を行い、因子構造を確認したうえで、岡林ら(1999)の作成した因子を使用した。因子分析の結果は以下のとおりである。5因子が抽出され、各因子とそれに属する項目は岡林ら(1999)の結果と同様であり、因子の順位が異なっていた。5因子の累積寄与率は64.8%であった。因子分析後のCronbach's  $\alpha$  の値は【介護役割の積極的受容】(4項目)が.82、【私的支援追求】(3項目)が.78、【気分転換】(2項目)が.81、【介護におけるペース配分】(3項目)が.70、【公的支援追求】(4項目)が.65であった。因子分析により、本研究における対処行動の各因子とそれに属する項目が既存の尺度と同じであり、尺度に使用された表現の一部変更による大きな変化はみられないとして、重回帰分析の説明変数としては変更しないこととした。

#### (5) 介護肯定感 (14項目)

介護肯定感の測定には櫻井(1999)の開発した尺度を使用した。この尺度は在宅高齢者の家族の介護に対する肯定的認知評価を測定する尺度であり、信頼性・妥当性が確認されており、多くの先行研究において使用されている(藤田ら, 2005; 陶山ら, 2004; 片山・陶山, 2005)。現在、ALS患者の介護者に対する介護肯定感尺度はなく、櫻井の尺度はALS患者の介護者の介護肯定感測定においても使用できると考えた。この尺度は14項目からなり、得点の範囲は14点から56点であり、それぞれの項目について「非常にそう思う」4点、「ややそう思う」3点、「あまりそう思わない」2点、「全くそう思わない」1点の4件法で回答を求めるものである。この尺度は、第1因子【介護状況への満足感】9項目、第2因子【自己成長感】3項目、第3因子【介護継続意志】2項目、の3因子で構成され、研究対象者への配慮から表現を一部変更して使用した。

なお、開発者の連絡先が不詳であるため承諾が得られていない。変更箇所を下線を記し、以下に示す。①主語を「お年寄り」から「患者さん」へ、②「お世話」から「介護」へ、③「何か小さなことに喜ぶのを見て嬉しくなる」から「喜ぶのを見ると嬉しくなる」へ、④「自分が最後までみてあげようと思う」から「自分が最後までみたく思う」へ。

## 6. 分析方法

介護肯定感、対処行動の尺度はShapiro-Wilkの正規性の検定によりそれぞれ、有意確率.085 ( $p \geq .05$ ), .134 ( $p \geq .05$ )で正規性が確認された。まず、介護肯定感の因子構造を明らかにするため、介護肯定感の14項目について因子分析(最尤法・プロマックス回転)を行った。因子負荷量がいずれか1項目のみに.4以上である項目を選択し、3因子が抽出された。因子名は櫻井(1999)の尺度と同一とした。

次に、介護肯定感得点と各項目との関係について、量的データの場合は相関係数(Pearsonの積率相関係数)を算出し、質的データの場合は平均値の差の検定( $t$ 検定、一元配置分散分析)を行った。発病のタイプ、ALS重症度分類、ALS以外に意思疎通に影響する疾患については、サンプルサイズが小さい項目がみられたため分析を行わなかった。また、現在と発病以前の患者との関係について4段階の順序尺度(よい・どちらかといえばよい・どちらかといえば悪い・悪い/よかった・どちらかといえばよかった・どちらかといえば悪かった・悪かった)から2段階(よい・悪い/よかった・悪かった)に修正して $t$ 検定を行った。家族APGAR指数得点の結果を、「大きな不全」「中等度不全」「良好」の3段階に分け、一元配置分散分析による平均値の差の比較を行った。多重比較にはTukey法を用いた。

最後に、介護肯定感を従属変数、有意差のあった項目を独立変数として重回帰分析を行い、介護肯定感に関連する要因の強さを検討した。有意水準は $p < .05$ とし、ステップワイズ変数増減法を使用し、基本属性については、患者と介護者の性別・年齢を考慮した結果を得るために強制投入法を使用した。標準化偏回帰係数は $\beta$ と示す。介護肯定感得点と有意な相関関係が認められた項目(自力で移動ができない・1日の介護時間・夜間介護の回数・介護への自信あり・現在の関係が良好・家族APGAR指数得点・家族の支えあり・相談相手あり・対処行動各因子の得点)、および患者の年齢・介護者の年齢・介護者の性別を加えて独立変数とした。重回帰分析を行うにあたり、多重共線性による重回帰式の精度の低下を防ぐため変数間の相関関係を観察し、互いに相関係数が $|r| > .7$ と高かった変数の

うち一方（患者の性別・自力での寝返りの可否・夜間介護の有無）を除外した。独立変数の名義尺度（自力での移動の可否・介護への自信の有無・現在の関係・家族の支えの有無・相談相手の有無）と順序尺度（家族APGAR）のデータをダミー変数化した。重回帰分析の際の独立変数の選択にはステップワイズ変数増減法（ $p_{in}=0.05$ ,  $p_{out}=0.1$ ）を用い、患者の年齢、介護者の年齢・介護者の性別は強制投入法を用いた。介護肯定感の3因子を従属変数とし、介護肯定感得点と有意差の認められた項目および患者の年齢、介護者の性別と年齢を独立変数として重回帰分析を行った。統計解析は『SPSS Statistics 19.0』を用いて行った。

## 7. 倫理的配慮

名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した（ID番号：11033-3）。研究対象者に対し、質問紙とともに依頼文を同封して郵送した。本研究への参加は自由意志に基づくもので、参加・不参加により不利益が及ぶことはないこと、質問紙調査は無記名であり、情報管理、論文作成、発表に至るまで個人を特定できないよう配慮することを説明し、質問紙の返信をもって本研究への同意が得られたと判断した。また、患者団体の総会等に直接研究者が伺って説明と手渡しを行った場合にも、本研究への参加はあくまで自由意志であること等、同じ要旨を口頭で説明した。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 対象者の特性

#### (1) 患者の特性（表1）

患者の性別は、男性が58名（62.4%）、女性が35名（37.6%）で、平均年齢は $63.1 \pm 11.8$ （25-84）歳、発病年数の平均は $8.1 \pm 6.1$ （1-30）年であった。自立度は、「自力で移動ができない」が75名（80.6%）、「自力で寝返りができない」が68名（73.1%）であった。

#### (2) 介護者の特性（表2, 表3）

介護者の性別は、男性25名（26.9%）、女性68名（73.1%）で、平均年齢は $59.8 \pm 13.8$ 歳であった。患者との続柄は、「配偶者」が76名（81.7%）、「子ども」が10名（10.8%）であった。介護期間の平均値は $6.3 \pm 5.8$ 年、1日の介護時間の平均値は $11.7 \pm 8.3$ 時間であった。夜間介護をしているものは56名（60.2%）であり、1晩における夜間介護の平均回数は $2.4 \pm 1.6$ 回であった。介護を手伝ってくれる人の存在は「いる」が66名（71.0%）であった。患者との現在の関係は「よい」が43名（46.2%）、「どちらかといえばよい」が36名（38.7%）、「どちらかといえば悪い」が

11名（11.8%）、「悪い」が2名（2.2%）であった。家族APGAR指数の平均点は $5.9 \pm 3.3$ 点であり、「大きな不全」が19名（20.4%）、「中等度の不全」が32名（34.4%）、「良好」が36名（38.7%）であった。

#### (3) 公的・非公的な社会資源の活用（複数回答）（表4）

公的・非公的な社会資源の活用は、訪問看護が最も多く74名（79.6%）、次いで往診61名（65.6%）、訪問入浴54名（58.1%）、訪問介護52名（55.9%）、デイサービス25名（26.9%）、介護者以外の痰吸引17名（18.3%）、ショートステイ13名（14.0%）、夜間サービス7名（7.5%）の順で利用していた。家族の支えありが47名（50.3%）で、相談相手がいるものが75名（80.6%）であった。

#### (4) 介護への対処行動

介護への対処行動得点の平均は $46.7 \pm 7.2$ 点〔信頼区間45.2, 48.3〕であった。

## 2. 介護肯定感の因子構造分析

### (1) 因子分析前の介護肯定感得点

介護肯定感得点の平均は $40.6 \pm 8.3$ 点〔信頼区間38.9, 42.2〕であった。

### (2) 介護肯定感の因子分析（表5）

第1因子は7項目で構成され【介護状況への満足感（以下満足感とする）】、第2因子は4項目で構成され【自己成長感】、第3因子は3項目で構成され【介護継続意志】とした。3因子の累積寄与率は64.8%であった。因子分析後のCronbach's  $\alpha$  の値は介護肯定感総得点が.93、【満足感】（7項目）が.91、【自己成長感】（4項目）が.86、【介護継続意志】（3項目）が.85であり、十分な内部一貫性が得られていることが確認された。

## 3. 各変数と介護肯定感との関連（表6）

介護肯定感得点に有意差がみられた項目は、患者の特性では「自力で移動ができない（ $p < .01$ ）」「自力で寝返りができない（ $p < .05$ ）」、介護者の特性では「夜間介護をしている（ $p < .05$ ）」「介護への自信がある（ $p < .05$ ）」「1日の介護時間が長い（ $r = .24$ ,  $p < .05$ ）」「夜間介護の回数が多い（ $r = .22$ ,  $p < .05$ ）」、家族関係では「現在の患者との関係がよい（ $p < .01$ ）」と「家族APGAR指数得点が高い（ $p < .01$ ）」、公的・非公的な社会資源の活用では「家族の支えがある（ $p < .05$ ）」と「相談相手がいる（ $p < .01$ ）」であった。相談相手がいると答えた75名に対し、誰に相談するかを複数回答で尋ねたところ「主治医」（ $p < .01$ ）、「看護師」（ $p < .05$ ）、「ケアマネジャー」（ $p < .05$ ）に相談すると答えたものにおいて有意差がみられた。また、介護肯定感と介護への対処行動との相関関係については、対処行動総得点（ $r = .63$ ,  $p < .01$ ）、第1因

表1 患者の特性

(n = 93)

項目	選択肢	人数 (%)
性別	男性	58 (62.4)
	女性	35 (37.6)
年齢	平均年齢 ± SD	63.1 ± 11.8
発病年数	平均年数 ± SD	8.1 ± 6.1
発病タイプ	上肢から	29 (31.2)
	下肢から	35 (37.6)
	球麻痺障害から	15 (16.1)
	その他	12 (12.9)
	無回答	2 (2.2)
自立度 (複数回答)	自力で食事ができない	72 (77.4)
	自力で排泄ができない	49 (52.7)
	自力で移動ができない	75 (80.6)
	自力で寝返りがうてない	68 (73.1)
	飲み込みの障害がある	54 (58.1)
	痰を出すのがむずかしい	57 (61.3)
	呼吸困難がある	44 (47.3)
	気管切開をしている	38 (40.9)
	鼻マスクによる人工呼吸器装着	11 (11.8)
	気管切開を伴う人工呼吸器装着	37 (39.8)
	経鼻経管栄養・点滴栄養 (IVH) をしている	18 (19.4)
	胃瘻を造設している	54 (58.1)
ALS重症度分類	1	1 (1.1)
	2	6 (6.5)
	3	11 (11.8)
	4	11 (11.8)
	5	64 (68.8)
意思疎通の手段 (複数回答)	言葉	47 (50.5)
	筆談	8 (8.6)
	口の動き	14 (15.1)
	文字盤	22 (23.7)
	パソコン	28 (30.1)
	その他	15 (16.1)
意思疎通の可否	かなりできている	35 (37.6)
	まあできている	41 (44.1)
	あまりできていない	11 (11.8)
	全くできていない	6 (6.5)
ALS以外の疾患	あり	4 (4.3)
	なし	87 (93.5)
	無回答	2 (2.2)

子 ( $r = .50, p < .01$ ), 第2因子 ( $r = .70, p < .01$ ), 第5因子 ( $r = .43, p < .01$ ) との間で有意な正の相関がみられた。

#### 4. 介護肯定感に関連する要因 (表7)

重回帰分析の結果, 【満足感】において, 「自力で移動ができない ( $\beta = .293, p < .01$ )」【介護役割の積極的受容 ( $\beta = .629, p < .01$ )】【公的支援追求 ( $\beta = .251, p < .05$ )】に有意な正の回帰が示された。【自己成長感】

において, 【介護におけるペース配分 ( $\beta = .233, p < .01$ )】【介護役割の積極的受容 ( $\beta = .364, p < .05$ )】【公的支援追求 ( $\beta = .232, p < .05$ )】に有意な正の回帰が示された。【介護継続意志】において, 「自力で移動ができない ( $\beta = .203, p < .05$ )」「現在の関係がよい ( $\beta = .386, p < .01$ )」【介護役割の積極的受容 ( $\beta = .418, p < .01$ )】【公的支援追求 ( $\beta = .251, p < .05$ )】に有意な正の回帰が示された。VIFの値はいずれも1点台であり, 多重共線性の問題はないと考えられた。

表2 介護者の特性

(n = 93)

項目	選択肢	人数 (%)
性別	男性	25 (26.9)
	女性	68 (73.1)
年齢	平均年齢 ± SD	59.8 ± 13.8
患者との続柄	配偶者	76 (81.7)
	子ども	10 (10.8)
	親	5 (5.4)
	子どもの配偶者	1 (1.1)
患者との同居	親戚	1 (1.1)
	している	90 (96.8)
介護期間 (年)	していない	3 (3.2)
	平均期間 ± SD	6.3 ± 5.8
	0年	3 (3.2)
	1～3年未満	30 (32.3)
	3～6年未満	27 (29.0)
	6～9年未満	14 (15.1)
	9～12年未満	10 (10.8)
	12～15年未満	1 (1.1)
	15年～	7 (7.5)
	無回答	1 (1.1)
1日の介護時間 (時間)	平均時間 ± SD	11.7 ± 8.3 (n = 84)
	0時間	5 (5.4)
	1～3時間未満	18 (19.4)
	3～6時間未満	8 (8.6)
	6～9時間未満	2 (2.2)
	9～12時間未満	10 (10.8)
	12～15時間未満	10 (10.8)
	15～18時間未満	10 (10.8)
	18時間～	21 (22.6)
	無回答	9 (9.7)
夜間介護の有無	あり	56 (60.2)
	なし	37 (39.8)
夜間介護の回数	平均回数 ± SD	2.4 ± 1.6 (n = 56)
介護者の職業	あり (フルタイム)	18 (19.4)
	あり (パートタイム)	4 (4.3)
	なし	71 (76.3)
経済状況	ゆとりがある	12 (12.9)
	どちらかというゆとりがある	47 (50.5)
	どちらかというゆとりがない	17 (18.3)
	ゆとりがない	15 (16.1)
	無回答	2 (2.2)
介護者の健康状態	かなり健康である	13 (14.0)
	まあ健康である	57 (61.3)
	あまり健康でない	20 (21.5)
	健康でない	3 (3.2)
介護者の治療中の疾患	あり	39 (41.9)
	なし	53 (57.0)
	無回答	1 (1.1)
介護者の睡眠時間	平均時間 ± SD	5.8 ± 1.2 (n = 92)
介護を手伝ってくれる人	いる	66 (71.0)
	いない	26 (28.0)
	無回答	1 (1.1)
介護への自信	自信がある	13 (14.0)
	少しは自信がある	43 (46.2)
	あまり自信がない	24 (25.8)
	自信がない	13 (14.0)

表3 介護者の特性（家族関係）

(n = 93)		
項目	選択肢	人数 (%)
現在の関係	よい	43 (46.2)
	どちらかといえばよい	36 (38.7)
	どちらかといえば悪い	11 (11.8)
	悪い	2 (2.2)
	無回答	1 (1.1)
発病以前の関係	よかった	49 (52.7)
	どちらかといえばよかった	38 (40.9)
	どちらかといえば悪かった	4 (4.3)
	悪かった	1 (1.1)
	無回答	1 (1.1)
家族APGAR指数	平均得点 ±SD	5.9 ± 3.3 (n = 87)
	大きな不全	19 (20.4)
	中等度不全	32 (34.4)
	良好	36 (38.7)
	無回答	6 (6.5)

表4 公的・非公的な社会資源の活用

(n = 93)	
項目	人数 (%)
訪問看護	74 (79.6)
訪問介護	52 (55.9)
訪問入浴	54 (58.1)
往診	61 (65.6)
デイサービス	25 (26.9)
ショートステイ	13 (14.0)
夜間の在宅支援サービス	7 (7.5)
介護者以外の痰吸引	17 (18.3)
家族の支え	46 (49.5)
同病家族との交流	19 (20.4)
相談相手がいる	75 (80.6)
その他	8 (8.6)

表5 介護肯定感尺度の因子分析（最尤法-プロマックス回転）

項目	因子負荷量		
	第1因子 介護状況 への満足感	第2因子 自己成長感	第3因子 介護継続意志
5 介護をすることで患者さんと親密になったように感じる	.93	-.19	.03
4 患者さんを介護することによって満足感が得られる	.79	.21	-.12
3 患者さんの介護をするのが自分の生きがいになっている	.69	.10	.06
8 患者さんが介護に感謝したり喜んでいて感じる	.67	.03	-.08
6 患者さんが喜ぶのをみると嬉しくなる	.62	-.07	.28
2 患者さんといるのが楽しいと感じる	.58	.00	.30
7 患者さんを介護していて逆に自分が元気付けられたり励まされたりする	.42	.33	.03
12 介護のおかげで人間として成長したと思う	.01	.82	.00
10 患者さんの介護をすることで学ぶことがたくさんある	-.04	.77	.10
11 介護をすることは自分の老後のためになると思う	-.19	.76	.22
9 介護のおかげでむずかしい状況に対処する力など自信がついた	.34	.66	-.24
13 患者さんを自分が最後までみたいと思う	-.12	.03	.95
14 介護の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う	.21	.15	.57
1 患者さんの介護を義務感ではなく望んでしている	.37	-.03	.52
因子寄与率	51.32	6.48	5.89
因子間相関	因子1	.66	.64
	因子2		.53

[注] 櫻井（1999）の尺度を利用。項目の番号は櫻井の尺度の項目と同じ。

表6 介護肯定感に関連があった項目

項目		n	介護肯定感 得点平均値	標準偏差	t値	p値	
患者の 特性	自力で移動ができない	あてはまる	75	41.72	7.69	2.76	.007 **
		あてはまらない	18	35.89	9.41		
	自力で寝返りができない	あてはまる	68	41.63	7.75	2.02	.046 *
		あてはまらない	25	37.76	9.31		
介護者の 特性	夜間介護	している	56	42.04	7.98	2.10	.039 *
		していない	37	38.41	8.47		
	介護への自信	あり	56	41.98	7.79	2.01	.047 *
		なし	37	38.49	8.77		
	1日の介護時間	—	85	—	—	.24 *	(相関係数)
	夜間介護の回数	—	86	—	—	.22 *	(相関係数)
家族 関係	現在の関係	よい	79	42.16	7.53	4.69	.000 **
		悪い	13	31.62	7.40		
	家族APGAR指数	①大きな不全	19	37.26	9.65	—	.004 **
		②中等度不全	32	39.09	8.81		
		③良好	36	44.17	5.95		
Tukey法				①, ②<③			
社会 資源 の活用	家族の支え	あり	46	42.41	7.53	2.13	.036 *
		なし	47	38.81	8.75		
	相談相手	あり	75	41.80	7.93	2.98	.004 **
		なし	18	35.56	8.25		
介護への 対処 行動	総得点	—	85	—	—	.63 **	(相関係数)
	第1因子【介護におけるペース配分】	—	91	—	—	.50 **	(相関係数)
	第2因子【介護役割の積極的受容】	—	89	—	—	.70 **	(相関係数)
	第5因子【公的支援追求】	—	89	—	—	.43 **	(相関係数)

[注] 櫻井 (1999) の尺度と岡林ら (1999) の尺度を利用。\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

表7 介護肯定感に対する重回帰分析 (強制投入法・ステップワイズ法) (基本属性および関連があった項目を表示)

(n = 72)

変数	【介護状況への満足感】		【自己成長感】		【介護継続意志】	
	標準偏回帰係数 $\beta$	p値	標準偏回帰係数 $\beta$	p値	標準偏回帰係数 $\beta$	p値
(基本属性)						
患者の年齢	-.134	.120	.163	.181	-.038	.708
介護者の性別 (0:女性, 1:男性)	-.007	.922	-.015	.886	-.023	.774
介護者の年齢	.063	.468	-.047	.704	.035	.732
移動の可否 (0:できる, 1:できない)	.293	.000 **	—	—	.203	.017 *
現在の関係 (0:悪い, 1:よい)	—	—	—	—	.386	.000 **
(介護への対処行動)						
第1因子【介護におけるペース配分】	—	—	.233	.003 **	—	—
第2因子【介護役割の積極的受容】	.629	.000 **	.364	.035 *	.418	.000 **
第5因子【公的支援追求】	.251	.003 **	.232	.041 *	.206	.021 *
R	.832	.000 **	.626	.000 **	.792	.000 **
R <sup>2</sup>	.692		.392		.628	
調整済みR <sup>2</sup>	.662		.332		.584	

[注] 櫻井 (1999) の尺度と岡林ら (1999) の尺度を利用。\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

## IV. 考 察

### 1. 本研究における患者と介護者の特徴

まず、本研究における患者の特徴について考察する。患者の平均年齢は63.1歳であり、男性が62.4%であった。また、ALS重症度分類において、重症度4以上の患者が80.6%であった。平成18年にALSおよびALS以外の在宅療養患者・障害者の、療養環境や療養環境の充足状況や課題、在宅療養の安全性に関する検討を行うことを目的に行われた研究事業（川村，2007）と比較すると、重症度は高い状況であった。さらに、半数以上の患者に球麻痺の症状と呼吸困難感が出現しており、非侵襲的陽圧人工呼吸療法者と気管切開を伴う人工呼吸器装着者をあわせて約半数を占めていた。これは、平成18年の実態調査（川村，2007）におけるALS患者の呼吸機能の状態と同程度の患者に調査できたと考えられる。

次に本研究における介護者の特徴について考察する。介護者の平均年齢は59.8歳、性別は女性が73.1%で続柄は81.7%が配偶者であり、実態調査（川村，2007）や在宅ALS患者の介護者の介護負担感に関連する項目を調べた研究（藤田ら，2005；小長谷，2001；齋藤・小林，2001）やALS患者の介護者の介護に対する肯定的認知の実態把握と関連要因を明らかにする研究（岩木・鳩野，2011）とほぼ同様の結果であった。約80%が訪問看護を利用し、その他訪問サービス（訪問介護、訪問入浴、往診）を半数以上のものが利用していた。一方、デイサービス、ショートステイ等の通所サービスや夜間サービス、介護者以外の痰吸引等は利用者が少なかった。平野（2010）がALS患者を重症度別に分類し各群の医療・福祉サービスの利用状況を調査した研究では、ALS患者は重症度が高くなるほどショートステイ施設を利用していない実態あり、本研究の対象者である介護者においても利用のむずかしさがあると考えられた。相談相手がいるものは80%で、家族の支えがあるものが約半数だった。同疾患患者家族との交流があるものが20%と多くはなかったが、本研究対象者がALS患者会の会員であることから、会員でないものに比べて交流の機会を得やすい対象者であると考えられる。

### 2. ALS患者の介護者の介護肯定感の構造とその特徴について

本研究での因子分析後の3因子の構成を櫻井（1999）の尺度と比較したところ、「患者さんの介護を義務感ではなく望んでしている」と「介護のおかげでむずかしい状況に対処する力など自信がついた」の項目が、櫻井（1999）の研究では【満足感】に入っていたが、本研究においてはそれぞれ【介護継続意志】と【自己成長感】に移動した。高

齢者の介護者を対象とする櫻井（1999）の研究は介護者の多くが子どもの世代であるのに対し、本研究の対象者の多くは配偶者であったことが因子構造の違いに影響を与えたと考えられる。また、ALSは認知機能が障害されないため、意思疎通の手段が確保できれば患者は介護者に対して感謝の気持ちを伝えることが可能であるなど、患者と介護者の絆や結びつきの強さが【介護継続意志】に影響したと考える。さらに、ALSという進行性の神経難病は、将来起こりうることを予測しながら、介護のために必要な情報収集などの対処が必要であるという点で、他の疾患に比べ介護者の努力や自己研鑽が求められる。このような特性が本研究における【自己成長感】という因子構造を特徴づけていると考えられた。また、本研究における介護者の介護肯定感総得点の平均値は40.6点であり、これは医療的ケアの有無で比較した先行研究（片山・陶山，2005）に比べても高く、本研究対象者の介護肯定感総得点は一般的な介護者に比べ高い傾向にあると推察された。

### 3. ALS患者の介護者の介護肯定感に関連する要因

#### (1) 【満足感】（介護肯定感第1因子）に関連する要因

患者が「自力で移動ができない」という介護者の身体的・精神的拘束が大きい状態において【満足感】が高い結果となった。ALS患者の介護者の介護負担とQOLが患者の機能障害と関連があるか検討した中川ら（2010）の研究では、介護者の介護負担は症状進行に伴い最初は増大するが、ある程度進行するとそれ以上の変化はなかった。また、齋藤・國崎・金川（2001）が家族介護者の介護継続意向と介護の肯定的側面である介護に対する喜びや楽しみ、介護満足感および介護負担感との関連について検討した研究において、介護継続意向が高い介護者は介護態度がより積極的であり介護満足度が高かった。これらの先行研究と同様に、本研究においても症状の進行した患者の介護者は介護技術の習得や経験の積み重ねによって自信がついたことにより【満足感】が高まったことが考えられた。また、【介護役割の積極的受容】ができる介護者の【満足感】が高い結果となった。【介護役割の積極的受容】は、患者の気持ちを尊重し介護役割を積極的に行うという対処行動である。患者の気持ちを尊重し、優しい気持ちで真心を込めて接するという行動や、とにかく精一杯頑張ろうという決意は介護のノウハウを身につけたり単にうまくやりこなすといった対処行動とは異なり、介護に対する心構えや日ごろの患者との関係において形成される精神的な要素が強い対処行動をとることができる介護者の特性が満足感を高めたと考えられる。また、【公的支援追求】の対処行動をとる介護者のほうが【満足感】が高いことが示された。公的サービスを利用して在宅生活を行えていることが、介護者

の自信につながり満足が高まったと考える。

(2) 【自己成長感】(介護肯定感第2因子)に関連する要因  
 【介護におけるペース配分】【介護役割の積極的受容】【公的支援追求】の対処行動をとる介護者の【自己成長感】が高いことが認められた。ALS患者の介護者は、患者の病状の進行に伴い多岐にわたる症状への対応が必要となり、最新の治療の動向や介護の知識を得る必要も生じる。このように、ALSの介護という特性から介護者は自分の生活のなかで介護とそれ以外の時間配分を調整し、支援を求めて情報収集し、介護という役割を積極的に受け止めていこうとする。そのことが【自己成長感】に影響したのではないかと考える。

### (3) 【介護継続意志】(介護肯定感第3因子)に関連する要因

患者が「自力で移動ができない」という介護者の身体的・精神的拘束が大きい状態において【介護継続意志】が高い結果となった。また、「患者との現在の関係がよい」ほうが【介護継続意志】が高い結果となった。斉藤ら(2001)は、介護者が介護を通じて「要介護者からの感謝」「介護についての学び」「家族の絆が深まった」などの楽しみや喜びを感じる出来事を体験し、これらの喜びや楽しみが介護肯定感の側面である、と述べている。日々の患者との生活において、関係を築きながら家族関係を高めていくことで、介護継続意志が高まっていくものと考えられた。さらに【介護役割の積極的受容】【公的支援追求】の対処行動をとる介護者の【自己成長感】が高い傾向があることが認められた。

## 4. ALS患者、介護者に対する支援への示唆

本研究では、介護への対処行動因子である【介護役割の積極的受容】が最も介護肯定感に影響を与えており、介護肯定感が高い介護者は、患者の気持ちを尊重し真心を込めて精一杯がんばって介護をするという傾向が示された。また、患者が自力で移動ができない状況において介護肯定感が高い結果となった。介護者の身体的・精神的負担が高い状態は客観的にみると介護負担の大きい状況であるが、患者と多くの時間を過ごし、患者の基本的欲求の充足のために力を尽くす介護者は【介護役割の積極的受容】ができていたと考えられた。さらに、【介護におけるペース配分】や【公的支援追求】等の対処行動との関連もみられたことから、重度であっても複数の対処行動をとることで介護肯定感が高められたことが示唆された。保健師として、患者と介護者の関係に配慮し、介護者がさまざまな困難に対処していく力を支援していくことが必要だと考える。以下に、具体的な支援への示唆を記す。

ALSと診断を受けた患者や介護者への支援として、ま

ずは疾患の告知と受容への支援が重要な課題であるといえる。一般に病名と予後の告知は主治医によって行われるため、患者と医師の信頼関係をもとに、患者や家族の心理に配慮した告知を行うことが求められる。また、一度ではなく時間をかけて患者・家族の精神的支援が行われるよう、関係機関との連携・調整の機能を果たすことも保健師としての役割であると考えられる。そして、支援者は介護の体験には負担を伴うが同時に肯定感もあわせもつことを認識し、介護者の負担軽減のみに目を向けるのではなく、まずは介護者のさまざまな気持ちをしっかりと聴くことが大切である。さらに、患者・家族の求めに応じてセカンドオピニオン外来や難病医療相談、患者会等の情報提供を行うことが疾患の受容につながると考える。また、患者・家族の意向を確認し、家族間の役割分担の調整や医療機関での技術指導の機会の確保を行うことが介護者の不安の軽減につながり、自信をもって介護に臨める一助となるのではないかと考える。特に、衝撃の大きい告知直後や在宅療養移行準備期、在宅療養移行直後は新たな技術習得というストレスを抱える時期(齋藤ら, 2005; 丹羽ら, 2008)とされている。保健所の保健師は、年1回の特定疾患医療助成の申請時に患者・家族と面接を行う。その際に、患者や家族の訴えをよく聞いて問題を的確にアセスメントし情報提供を行うとともに、必要な機関・サービスにつなげる役割がある。新規申請の患者の場合は、医療機関以外で最初に出会うのが保健師である場合が多く、療養生活初期の保健師のかかわりの重要性は大きい(田中, 2006)、といわれている。在宅療養ではかかりつけ医との連携を支援していくことや、複数の関係機関の役割を引き出すコーディネーターとしての機能を果たすことも保健師に期待されている役割である(田中, 2006)。また、介護者が社会資源を活用できるよう支援することが、介護への対処行動の促進につながると考える。さらに、遺族を含む同じ体験をしてきた人からの支えやピアサポートも重要な支援である。支援者は常に家族関係を視野に入れ、患者と介護者の関係を考慮し、コミュニケーションがはかれるように意識的に働きかけていくことが重要である。さらに、個別支援を通して患者の療養生活上の問題点を患者全体、地域全体の課題としてとらえ、地域の課題や問題解決方法を難病関係事業の企画・立案に反映させたり、地域の統計資料として情報を集約し地域ケア会議等で関係機関に還元するなど、患者の療養生活環境の整備を行っていく必要がある(田中, 2006, p.235, pp.258-261)。

## 5. 研究の限界と課題

本研究の対象者は患者会の会員であるため、そうでない対象者に比べ病気の情報や同疾患患者との交流をはかる機



会が得られやすいという特性があった可能性がある。また、日本における2006年の時点ではALS患者の約30%が入院・入所をしている状況（祖父江，2006）を踏まえると、本研究の対象者はすでに在宅での介護を継続できている介護者であることから、もともと対処能力や介護肯定感が高いものであった可能性がある。また、質問紙を用いた調査のため、多忙な介護者への配慮から最小限の質問内容に留める必要があった。また、介護肯定感という日々変化し揺れ動く感情を、質問紙による一時点の調査で明らかにすることには限界があった。しかし、本研究は、ALS患者の介護者の介護肯定感の因子構造を明らかにした調査であり、介護への対処行動や患者・家族関係などの関連要因についても検討することができた点で意義があったと考える。

## V. 結 論

在宅で生活するALS患者の主介護者の介護肯定感の構造と特徴、および介護肯定感に関連する要因を明らかにし、今後の支援への示唆を得ることを目的に調査を行った結果、以下の結論を得ることができた。

1. ALS患者の介護者の介護肯定感因子分析により、【介護状況への満足感】【自己成長感】【介護継続意志】の3因子が抽出された。

2. 【介護状況への満足感】を高める要因は、「自力で移動ができない」【介護役割の積極的受容】【公的支援追求】であった。
3. 【自己成長感】を高める要因は、【介護におけるペース配分】【介護役割の積極的受容】【公的支援追求】であった。
4. 【介護継続意志】を高める要因は、「自力で移動ができない」「現在の患者との関係がよい」【介護役割の積極的受容】【公的支援追求】であった。
5. 以上より、介護者は患者の症状が重度であっても複数の対処行動をとることで介護肯定感が高められたことが示唆された。保健師として、患者と介護者の関係に配慮し、介護者がさまざまな困難に対処していく力を支援していく重要性が示された。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました介護者の皆さま、そして、研究内容をご理解いただき協力していただきました日本ALS協会各支部ならびに関連団体の関係者の皆さまに心より感謝の意を表します。

本研究は平成24年度名古屋市立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものであり、研究の一部を第72回日本公衆衛生学会で発表した。

## 要 旨

本研究は在宅で生活するALS患者の主介護者の介護肯定感の構造と特徴および介護肯定感に関連する要因を明らかにすることを目的とした。在宅ALS患者の主介護者を対象に質問紙調査を実施した。233名に配布し有効回答数93名を分析対象とした。因子分析の結果【介護状況への満足感】【自己成長感】【介護継続意志】の3因子が抽出された。重回帰分析の結果、患者が自力で移動できない、介護役割の積極的受容と公的支援追求の対処行動をとる介護者は【介護状況への満足感】が高く、ペース配分、介護役割の積極的受容、公的支援追求の対処行動をとる介護者は【自己成長感】が高く、自力で移動ができない、患者との現在の関係がよい、介護役割の積極的受容、公的支援追求の対処行動をとる介護者は【介護継続意志】が高かった。今後のALS患者の介護者への支援には、患者と介護者の関係に配慮し、介護者がさまざまな困難に対処していく力を支援していく重要性が示唆された。

## Abstract

This study examines the structure, characteristics, and correlates of caregiving affirmation in primary caregivers of community-dwelling ALS patients. A questionnaire was administered to 233 such caregivers; 93 valid responses were analyzed. Factor analysis showed that caregiving affirmation comprised three factors: satisfaction with care conditions, self-growth, and willingness to continue caregiving. Multiple regression analysis showed that satisfaction with care conditions was high among caregivers whose patients were unable to move on their own and those who had positive acceptance of their caregiving role and coped by seeking public support. Self-growth was high among those who completed tasks at an appropriate pace, had positive acceptance of their caregiving role, and coped by seeking public support. Willingness to continue caregiving was high among caregivers whose patients were unable to move on their own, whose current relationship with their patients was good, who showed positive acceptance of their caregiving role, and who coped by seeking public support. To support caregivers in the future, it is necessary to consider the patient-caregiver relationship and thereby develop strategies to improve caregivers' capacity to deal with various difficulties.

## 文 献

- 藤田真樹, 池田恭敏, 米岡沙織, 村木敏明, 海野幸太郎 (2005). 茨城県におけるALS在宅療養の実態と介護者の介護負担感. 茨城県立病院医学雑誌, 23(2), 57-66.
- 藤田尚子, 安田智美, 吉井 忍, 道券夕紀子 (2010). 家族介護における褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連. 日本看護研究学会雑誌, 33(2), 113-124.
- Gallo, J.J., Reichel, W., and Andersen, L.M. / 輪湖史子, 佐貫順子, 岡本祐三, 笹鹿美帆子 (1995/1998). 高齢者機能ハンドブック—医療・看護・福祉の多面的アセスメント技法. 141, 東京: 医学書院.
- 平野優子 (2010). 在宅人工呼吸療法を行うALS患者における身体的重症度別の医療・福祉サービスの利用状況. 日本公衆衛生雑誌, 57(4), 298-304.
- 岩木三保, 鳩嶋洋子 (2011). 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 介護者の介護に対する肯定的認知に関連する要因の検討. 日本難病看護学会誌, 15(3), 173-184.
- 金子智美, 野嶋佑由美, 長戸和子 (2009). 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 病者の主介護者による家族コントロールのプロセス. 家族看護学研究, 14(3), 11-19.
- 片山陽子, 陶山啓子 (2005). 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護学研究学会雑誌, 28(4), 43-52.
- 川村佐和子 (2007). 平成18年度厚生労働科学研究費補助金「ALSおよびALS以外の療養患者・障害者における在宅医療の療養環境整備に関する研究」報告書.
- 小長谷百絵 (2001). 筋萎縮性側索硬化症患者を介護する家族の介護負担感に関する研究—介護負担感の特徴と関連要因—. 日本在宅ケア学会誌, 5(1), 34-41.
- Kramer, B.J. (1997). Gain in the Caregiving Experience; Where are We? What Next? *Gerontologist*, 37(2), 218-232.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M., and Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *J Gerontol*, 44(3), 61-71.
- Lawton, M.P., Moss, M., Kleban, M.H., Glicksman, A., and Rovine, M. (1991). A Two-Factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being. *J Gerontol*, 46, 181-189.
- 長瀬唱子, 山尾沙織, 中村之彦, 古池洋子, 中井正子 (2007). 家族が在宅介護に向かって前向きになった要因を分析して—人工呼吸器を装着したALS患者への関わり—. 日本看護学会論文集 (地域看護), 37, 65-67.
- 中川悠子, 魚住武則, 辻 貞俊 (2010). 筋萎縮性側索硬化症患者における介護負担とQOLの検討. 臨床神経学, 50(6), 412-414.
- 丹羽員代, 日置敦巳, 堀 幸子, 窪田いくよ, 伊藤悦子, 林 深雪 (2008). ALS患者の介護者が抱える不安や困難からみた支援のあり方: 介護者のグリーンケアを展望して. 保健師ジャーナル, 64(2), 172-177.
- 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨 薫, 中谷陽明, 柴田 博 (1999). 在宅障害高齢者の主介護者における対処法略の構造と燃えつきへの効果. 心理学研究, 69(6), 486-493.
- 齋藤明子, 小林淳子 (2001). 在宅筋萎縮性側索硬化症患者の介護負担感に関する研究. 日本地域看護学会誌, 3(1), 38-45.
- 齋藤明子, 大竹まり子, 小林淳子 (2005). 在宅筋萎縮性側索硬化症患者の家族介護者の介護に関する認識. 日本難病看護学会誌, 10(2), 117-129.
- 齊藤恵美子, 國崎ちはる, 金川克子 (2001). 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討. 日本公衆衛生雑誌, 48(3), 180-189.
- 櫻井成美 (1999). 介護肯定感がもつ負担軽減効果. 心理学研究. 70(3), 203-210.
- 祖父江元 (2006). 特定疾患臨床調査個人票から見た我が国の筋萎縮性側索硬化症患者の現状. 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業「神経変性疾患に関する調査研究班」2005年度研究報告書, 6-15.
- 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 久津見雅美, 三上 洋 (2010). 在宅介護継続配偶者介護者における介護経験と精神的健康状態との因果関係の性差の検討. 日本公衆衛生雑誌, 57(1), 3-16.
- 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子 (2004). 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. 老年社会科学, 25(4), 461-470.
- 田中久恵 (2006). 成人保健指導論: 難病保健指導論 (第3版増補版). 公衆衛生看護学大系・第4巻, 235, 256, 257, 258-261, 東京: 日本看護協会出版会.
- 豊田敦子, 松尾慶子, 寺内由美, 小石原千佳子, 松川景子, 金盛桂子 (2009). 長期在宅療養を可能にしている要因—難病療養者を支える介護者の肯定感を分析して—. 日本看護学会論文集 (地域看護), 39, 69-71.
- 筒井孝子 (2010). 在宅サービスの利用が家族介護者の介護負担感に及ぼす影響に関する研究—訪問介護, 通所介護, 短期生活入所介護別サービス利用の効果—. 訪問看護と介護, 15(8), 630-639.

〔平成26年4月24日受 付〕  
〔平成27年3月11日採用決定〕

一般社団法人  
日本 看護  
研究 学会  
会報

第 97 号

(平成27年 6 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  
平成26年度第5回理事会 議事録…………… 1

一般社団法人日本看護研究学会  
平成26年度第5回理事会 議事録

日 時：平成27年 2 月22日 (土) 13：00～15：00

場 所：東京八重洲ホール 511会議室

出席者：黒田裕子，川口孝泰，本田彰子，塩飽 仁，鈴木みずえ，祖父江育子，工藤せい子，  
小山真理子，石井範子，青山ヒフミ，中西純子，村嶋幸代，泊 祐子，法橋尚宏，  
前田ひとみ，叶谷由佳 (以上，理事16名)  
松田たみ子 (監事 1 名)  
宮腰由紀子 (第41回学術集会会長)

欠席者：中村恵子，江守陽子，小西恵美子，高田早苗，川本利恵子，岩本幹子，荒木田美香子  
(以上，理事 7 名)，道重文子 (監事 1 名)

陪 席：海老根潤，竹下清日 (ガリレオ社)，福田和明 (北里大学・学会員)

議 長：黒田裕子

書 記：福田和明

(順不同・敬称略)

【配布資料】

1. 会員動向
2. 編集委員会資料
3. 国際活動推進委員会資料
4. 看保連ワーキング会員対象一次調査結果
5. 看護系学会等社会保険連合「平成26年度第1回診療報酬および介護報酬体系のあり方に関する検討委員会」資料
6. 特定行為に係る看護師の研修制度省令案に関する意見募集 提出内容

7. 第41回学術集会資料
8. 定款 改定案
9. 大規模災害支援事業委員会規程 改定案
10. 理事・監事選出規程 改定案
11. 学会賞・奨励賞 推薦書・申請書
12. 第12回（平成27年度）日本学術振興会賞受賞候補者の推薦について（通知）
13. 学会活動に関する会員対象調査票案
14. 平成27年度事業案
15. 平成27年度実施選挙日程（案）
16. 平成27年度予算案
17. 他の学会，研究会等からの本学会および本学会地方会Websiteへのリンクの掲載依頼
18. 退会願（評議員 稲光光子氏 評議員任期：平成30年度定時社員総会前日まで）
19. 入会申込理事会承認一覧
20. 奨学会委員会資料

番号なし：第4回理事会議事録

議事に先立ち，黒田理事長より，一般社団法人日本看護研究学会定款第22条に基づき，過半数の理事の出席によって本理事会は成立することが確認され，議事が開始となった。

## 1. 報告事項

### 1) 会員数の動向 (資料1, 資料19)

総務・本田理事より，資料1に基づき，会員数の動向および会費納入状況について報告があった。平成27年2月17日現在，6,386名，平成26年度新入会458名，退会者54名，会費納入率は88.9%であると報告があった。黒田理事長より平成26年11月13日～平成27年2月14日までの入会申込について中村理事と本田理事で審議し，承認している旨の追加報告があった。

### 2) 会計報告

前回理事会にて報告済であった。

### 3) 委員会報告

#### (1) 編集委員会 (資料2)

委員長・法橋理事より，資料に基づき，日本看護研究学会雑誌の旧編集委員会，および新編集委員会担当の編集作業の進捗状況について報告があった。また，査読委員の委嘱状況および次回学術集会にて特別交流集会（「新電子投稿システムの紹介」）を開催予定である旨の説明があった。

#### (2) 奨学会委員会 (資料20)

委員長・祖父江理事より，資料に基づき第41回学術集会での奨学会研究発表予定者について報告があった。予定者は以下のとおりである。

山下美智代氏（筑波大学）「開腹手術後の患者を対象とした『安楽感尺度』の開発」

藤野ユリ子氏（福岡女学院看護大学）

「看護院内研修におけるeラーニング活用に影響を与える要因の検討」

次に、奨学会の使用期間に関する申し合わせ事項について下記のように修正した旨の報告があった。

(旧)「奨学金の使用期間は、奨学金授与年度（4月1日より翌年3月31日まで）とする。

(新)「奨学金の使用期間は、奨学金の振り込み日より次年度3月31日までとする。

(3) 学会賞・奨励賞委員会

報告はなかった。

(4) 将来構想検討委員会

報告はなかった。

(5) 研究倫理委員会

欠席の委員長・江守理事の代理として、委員の青山理事より、口頭にて第41回学術集会初日に研究倫理委員会企画で特別交流集会「看護研究における発表倫理」（講師 山崎茂明氏・愛知淑徳大学）を開催する旨の報告があった。

(6) 国際活動推進委員会

(資料3)

委員長・前田理事より、資料に基づき、第41回学術集会初日に国際活動推進委員企画で特別交流集会「国際的な視点に立ったsystematic reviewの仕方（仮）」を開催すること、イヤブックスの発行とホームページの整理状況について報告があった。

(7) 大規模災害支援事業委員会

報告はなかった。

(8) 渉外・広報

渉外・広報担当の塩飽理事より、学会ホームページのトップページに大きなバナーを設置したため、広告希望の場合は連絡してほしいと説明があった。

(9) 看保連ワーキング

(資料4, 資料5)

看保連担当の叶谷理事より、資料に基づき会員を対象とした第一次調査結果について報告があった。概要は以下のとおりであった（資料4）。

対象会員6,331名中174名から回答があった。困難事例としては転倒・転落が最も多かった。高齢者への対応で工夫している点については看護補助者や看護職の訪室・訪問等であった。認定・専門看護師による介入への報酬を要望するのが妥当であろう。介護施設所属の会員からの回答はなかったため、項目を設けるかどうかは検討していく必要がある。

黒田理事長より、ヒアリングによる二次調査は来年度予定しているのかと質問があり、叶谷理事からは具体的な調査計画を立案し提案する予定であると回答があった。

続いて看保連担当の泊理事より、看保連 平成26年度第1回診療報酬および介護報酬体系のあり方に関する検討委員会の参加報告があった（資料5）。来年度から「重度障がい児と家族の生活世界を広げる支援事業案」が開始すること、診療報酬改定における要望項目の評価状況について報告があった。

4) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会

川口理事より、平成26年12月15日に臨時総会が開催され、平成27年4月1日より、一般社団法人となることが決定した旨の報告があった。

## (2) 日本学術会議

川口理事より、来週以降に会議が開催予定であり、看護の専門性グループとケアサイエンスグループの2つの事業を継続する旨の報告があった。

## (3) 厚生労働省関連

(資料6)

総務担当・本田理事より、厚生労働省より依頼のあった「特定行為に係る看護師の研修制度省令案に関する意見募集」について報告があり、学会より提出した旨の説明があった。

## 5) 第41回学術集会について

(資料7)

第41回学術集会会長・宮腰氏より、学術集会の準備状況（開催プログラム・予算書）について報告があった。なお、演題募集期間を3月8日24時まで延期する旨の報告があった。

## 6) その他

渉外・広報担当の塩飽理事より、資料17に基づき、地方会に他学会や研究会等からの本学会および本学会へのリンク掲載依頼について常任理事会で審議した結果、依頼があった場合には地方会ホームページにはリンクは掲載せず本学会へリンクする旨の報告があった。なお、これについては学会ホームページで通知する。

## 2. 審議事項

## 1) 定款の改定について

(資料8)

黒田理事長より「メール等による書面理事会」および「決議の省略」について弁護士より指導を受け、定款に第23条に「理事会の決議」の項目を追加する案について説明があった。

定款の改定案について異議なく、承認された。

## 2) 規程の改定について

## (1) 大規模災害支援事業委員会規程

(資料9)

黒田理事長より、看護学生を支援する事業は4年間で終了し、対象を拡大するため規程を改定した目的について説明があり、規程案について説明があった。

中西理事より、看護学生の場合、「研究継続」より「学業継続」を支援してきたため、単に学業継続のために申請することは適用外になるのかと質問があり、黒田理事長からは生活支援が必要な場合も出てくるであろうが、提出された内容で審査すること、看護学生だけではなく看護学研究者へ門戸を広げると回答があった。

意見交換の後、下記のように文言を修正した。異議なく承認され、次回の社員総会にて審議に諮ることとなった。

## 委員会規程の第2条

「……看護学生の就学継続はもとより、看護学研究者の研究継続を支援するための……」

## (2) 理事・監事選出規程

(資料10)

黒田理事長より、一般社団法人日本看護研究学会理事・監事選出規程の第5条「投票」に「郵送もしくはインターネットを介したオンラインシステムにより行う」「2. 郵送による投票の場合、投票締切日消印は有効とする」を追加する旨の説明があり、異議なく承認され、次回社員総会にて審議を諮ることとなった。

## 3) 平成26年度学会賞・奨励賞推薦について (資料11)

学会賞・奨励賞委員長・工藤理事より、本学会誌に掲載された原著論文を対象に学会賞・奨励賞規程第4条に基づき検討した結果、下記の方を推薦する旨の説明があった。

併せて対象論文の回覧があった。

学会賞1名：

唐田順子氏 (西武文理大学)

「産科医療施設(総合病院)の看護職者が「気になる親子」を他機関への情報提供ケースとして  
確定するプロセス ―乳幼児虐待の発生予防を目指して―

奨励賞3名：

山根友絵氏 (豊橋創造大学)

「要支援一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセス」

石飛マリコ氏 (福岡大学医学部)

「高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス」

本村美和氏 (茨城県立医療大学)

「中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発」

以上、異議なく、承認された。対象者には会員総会で表彰の予定である。

## 4) 平成27年度奨学会奨学金授与者について (資料20)

奨学会委員長祖父江理事より、平成27年度奨学会研究選考経過と授与候補者について説明があった。授与候補者は以下のとおりである。

菅野真奈氏「全国の医療および介護施設における胃瘻管理の実態調査」

奨学金額：50万円

異議なく、承認された。対象者には会員総会で奨学金を授与する予定である。

## 5) 第12回日本学術振興会賞受賞候補者の推薦について (資料12)

黒田理事長より、日本学術振興会より振興会賞受賞候補者の推薦依頼があり、候補となる該当者がいれば事務局に連絡してほしいと説明があった。

## 6) 学会活動等に関する会員対象調査について (資料13)

総務担当・本田理事より、資料に基づき、学会活動等に関する会員対象調査について説明があった。常任理事会での審議をもとに、対象者を社員である評議員に変更した旨の説明があった。地方会活動については地方会会長等の世話人代表からの意見を求める旨の説明があった。本調査の実施については異議なく、承認された。

## 7) J-STAGEへの論文掲載について (資料2の4頁)

編集委員長・法橋理事より、J-STAGEへの論文掲載について3月の審査において掲載が決定する見通しであり、正文社による作業後、7月には掲載できる予定であること、学術集会号を除いた平成27年37巻5号までの論文掲載料の見積(726万6,240円)について説明があり、これについては異議なく承認された。

泊理事より平成28年度の費用について質問があり、法橋委員長からは年間26万円程度の登録料がかかると回答があった。

黒田理事長より、学術集会号については今後検討していく旨の説明があった。

## 8) 投稿者向け ScholarOne Manuscripts の操作動画の作成と公開について (資料2の5頁)

編集委員長・法橋理事より、ScholarOne Manuscripts 操作動画の作成と公開についてガリレオ社の2つの見積案について報告があった(スタンダード版233,280円, わかりやすい説明を加えたバージョン307,800円)。ガリレオ社からテロップを入れる等でわかりやすい内容となる旨の説明があった。後者の案を採用することで異議なく、承認された。

## 9) 有料購読会員向けのCDについて (資料2の6~7頁)

編集委員長・法橋理事より、有料購読会員向けのCD発行に関して現在の有料購読会員127機関に対するCD作成料について報告があり、J-STAGEへの論文登載に伴い今後は購読機関数も減少する可能性はあるが収支の余裕はある旨の説明があった。

平成27年7月頃、論文のJ-STAGE登載の見通しであり、図書館等の有料購読会員がCDを購入する意味はないため作成は不要という意見が出た一方で、すでに有料購読を決定している機関もあるため次年度のみCDを作成する方がよいのではないかと意見も出た。

以上、意見交換の結果、平成27年度のみ有料購読会員向けのCDを作成することで異議なく承認された(6頁の見積案で採択)。

## 10) 『日本看護研究学会雑誌』の和欧混載誌化について (資料2の8頁)

編集委員長・法橋理事より、和欧混載誌化について英語論文の受理が可能であることを明確に提示するために、原稿執筆要項に「英語論文」および和文の抄録も併せて提出する旨を追記する提案があり、異議なく承認された。承認日は「平成27年2月22日」とする。

## 11) 平成27年度定時社員総会準備について

## (1) 平成27年度事業案(評議員・役員選挙含む) (資料14, 資料15)

総務担当・本田理事より、資料14に基づき事業案について説明があった。続いて、資料15に基づき、平成27年度選挙の実施スケジュール、選挙管理委員会委員長は北里大学の出口禎子氏に承諾を得た旨の説明があった。

黒田理事長より、選挙管理委員については聖隷クリストファー大学の藤井徹也氏、東京慈恵会医科大学の高島尚美氏に依頼したい旨の説明があった。

以上、平成27年度事業案と選挙スケジュールについては異議なく、承認された。

## (2) 平成27年度予算案 (資料16, 差し替え資料)

会計担当・鈴木理事より、資料16に基づき平成27年度予算案に関して、一般会計予算(4,955万1,000円収入:前年度比 2,745,000円減, 支出は4,738万9,269円)、奨学会特別会計予算、選挙事業積立金特別会計予算(資料差し替え)、災害支援事業特別会計予算について説明があった。

小山理事より、ガリレオ社への業務委託費はどの項目に該当するのかと質問があり、鈴木理事からは「事務局委託費」に該当する旨の回答があった。

以上、平成27年度予算案については異議なく、承認された。

ガリレオ社の海老根氏より、有料購読機関の購読希望数、地方会への選挙補助金額によって多少金額の変更が生じるかもしれない旨の説明があった。

## 12) 第44回(平成30年度)学術集會会長推薦

黒田理事長より、熊本大学の前田ひとみ氏を推薦し承諾を得たと説明があり、前田氏より挨拶があった。



## 13) 他学会等からのホームページリンクの依頼について

塩飽理事より「報告事項」にて報告済であった。

## 14) 評議員からの退会申出について

(資料18)

黒田理事長より、評議員の稲吉光子氏（北里大学）より、所属先の定年退職に伴い本学会を退会したいと申し出があったと説明があった。評議員任期期限を待たずに退会することについて異議なく、承認された。

## 15) 会員情報の取り扱いについて

ガリレオ社より会員のIDとパスワードの取り扱いに関するクレームへの対応について確認があり、意見交換を行った。

郵送の場合、「親展」と記載してあれば他人は閲覧しない、会員IDとパスワードを別途に送付する、IDのみ送付すればログイン画面にリマインダー機能を付記しているため対応できる等の意見があった。

ガリレオ社より、現在は新規入会の会員については会員IDとパスワードは別々に送付していると報告があった。

## 16) その他

## (1) 学会ホームページの更新について

川口理事より、理事長の「旧」「新」を削除してもらい、学会の概要や奨励賞選考に関して最新情報に更新した方がよいと説明があった。黒田理事長より、担当業務に関連するページを確認してもらい、修正が必要な場合は塩飽理事に連絡するよう説明があった。

## (2) 論文のJ-STAGEへの登載に伴う会報の取り扱いについて

ガリレオ社の海老根氏より、学会誌に掲載していた会報等は今後どうするかと確認があり、黒田理事長より学会ホームページに掲載する旨の回答があった。

## (3) 学会誌発行時の会員への通知について

泊理事より、CDを作成しないことに伴う学会誌発行の会員への通知について質問があり、発行時には編集委員長の法橋理事より事務局へ連絡し、事務局から会員へメール配信することとなった。

## 次回常任理事会・理事会日程

日 時：平成27年5月9日（土）

常任理事会 11：00～12：00

理 事 会 13：00～16：00

場 所：東京八重洲ホール 302会議室

# 一般社団法人日本看護研究学会 第29回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

## テーマ：患者が見える実践家の育成

◆会 期：平成28年3月6日（土）10：00～16：30（受付9：30～）

◆会 場：京都光華女子大学（京都市右京区西京極葛野町38）

### ◆プログラム

◇会長講演「精神科の臨床から見た自立した看護師とは」

大会長：櫻庭 繁（京都光華女子大学大学院看護学研究科）

座 長：江川 隆子（関西看護医療大学）

◇シンポジウム「患者が見える実践家からの提言」

シンポジスト：山口 曜子（京都光華女子大学大学院看護学研究科）…教育

竹田 寿里（京都大学医学部付属病院）…病棟

堀井とよみ（京都看護大学）…地域

座 長：若村 智子（京都大学大学院）

◇教育講演「政府におけるヘルス産業政策の動向 — 地域包括ケアシステム等との連携 —」

講 師：藤岡 雅美（経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課課長補佐）

座 長：林 優子（大阪医科大学看護学部）

◇地方会総会

◇一般演題発表

◆参加費 会員：4,000円 非会員：5,000円 学生：1,000円

\*参加費は当日、会場受付でお支払いただきます。

\*演題および参加申し込みの詳細については、一般社団法人日本看護研究学会近畿・北陸地方会のホームページ <http://www.jsnr.jp/district/kinki-hokuriku/meeting/> にてご確認ください。

### ◆問い合わせ先

一般社団法人日本看護研究学会第29回近畿・北陸地方会学術集会事務局

〒615-0082 京都市右京区西京極葛野町38 京都光華女子大学健康科学部看護学科

E-mail：29kangoken@mail.koka.ac.jp



### ◆交通アクセス（京都駅発の公共バス情報）

#### 【京都市営バス】

「特27」「32」「73」「80」「84」系統

「73」系統（烏丸口C5のりば）

「84」系統（八条口4のりば）

#### 【京都京阪交通バス】

「21」「21A」「27」系統

全系統（烏丸口C2のりば）

#### 【京都バス】

「81」「84」系統

「84」系統（烏丸口C6のりば）

下車はすべて「光華女子学園前」

（京都駅から公共バスにて約25分）

# 一般社団法人日本看護研究学会 第20回 東海地方会学術集会のご案内

## メインテーマ：「実践と教育を看護研究に編み込む」

第20回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会を開催させていただきますプランナーの東海大学小島善和です。第20回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会は、平成28年3月19日（土）横浜市教育会館において、“実践と教育を看護研究に編み込む”のテーマで、開催することになりました。

看護実践や看護教育に携わりながら、看護研究の活動を進めている参加者の方々に、看護研究の視点、研究疑問の絞り込み、研究仮説の証明について、国内外の知見を取り入れながら検討して頂きたいと考えています。

本学術集会は、示説での研究発表を中心に、発表者と参加者の交流の機会を設けています。年度末のご多忙な時期かと思いますが、多くの発表演題をお待ちしています。

また、マックマスター大学副学長のAndrea Baumann先生は、看護教育、国際看護、看護管理、WHOでの活動等に、著名な業績をお持ちの方です。“カナダにおける実践と教育の看護研究への編み込み”について、講演をお願いしています。

予定参加者が200名から250名の学術集会ですが、これからの看護実践と看護教育について、広く意見を交換し、探究していく学術集会にしたいと考えています。

本学術集会を通して参加者相互のネットワークの輪が広がることを期待して、実りあるものにしていきたいと考えております。

第20回学術集会をより充実したものにすべく、ご支援・ご協力を賜れば幸いです。

第20回一般社団法人日本看護研究学会  
東海地方会学術集会プランナー 小島 善和  
(東海大学 成人看護学領域)

◆日 時：平成28年3月19日（土）

◆会 場：横浜市教育会館

### ◆プログラム

◇基 調 講 演：看護学からの学際的研究 — 外傷予防学の構築 — 小島 善和（東海大学 准教授）

◇特 別 講 演：カナダにおける実践と教育を編み込む看護研究の展開

Interweaving practice and education in nursing research in Canada

招聘講師：Andrea Baumann

カナダ オンタリオ州 マックマスター大学 副学長

WHOプライマリヘルスケアと看護教育協力センター 所長

◇リレー講演：実践と教育から導かれたデータを研究として整理し、新たな知見を実践と教育に還元する

①萱間 真美（聖路加国際大学 精神看護学 教授）

②卯野木 健（筑波大学附属病院 集中治療室 看護師長）

◇ミニ講座：カバーメイクとは 小澤奈知子（メイクアップアーティスト）

◇一般演題（示説のみ）

一般社団法人日本看護研究学会 第20回 東海地方会学術集会のご案内および演題申し込み方法、申し込み用紙、抄録原稿のフォーム、学術集会参加申し込み方法については、ホームページに掲載してあります。

一般社団法人日本看護研究学会東海地方会ホームページ <http://www.jsnr.jp/district/tokai/meeting/>

## 1. 示説演題の募集について

1) 申し込み期限：平成27年9月1日（火）～平成28年1月29日（金）必着

### 2) 申し込み方法

一般社団法人日本看護研究学会東海地方会ホームページ <http://www.jsnr.jp/district/tokai/meeting/>より「一般演題抄録原稿見本」および「一般演題申込書」をダウンロードおよび記入後、下記のメールアドレスへお送りください。審査の上、折り返し採否等について通知いたします。

\*送付メールの件名（タイトル）には必ず、「【一般演題申込】」（このフォームをコピーしてください）とだけ入れてください。

「一般演題抄録原稿見本」および「一般演題申込書」の送り先

E-mail : jsnr-tokai20@tsc.u-tokai.ac.jp

第20回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

### 3) 発表形式

- ・すべて示説（ポスターセッション）による発表です。
- ・ポスターの掲示面は、幅85cm×高さ165cm（左上に、15cm×15cmの演題番号が入ります）を予定しております。

### 4) 演題発表者と共同研究者について

- ・発表者および共同研究者は、全て一般社団法人日本看護研究学会員に限ります。
- ・非会員の方は、一般社団法人日本看護研究学会 学会事務局にて入会手続きを完了してからご応募ください。
- ・本地方会学術集会は、参加費で運営されています。当日に参加できない共同研究者の方も、全員参加費を事前にお支払い下さい。

## 2. 学術集会に関するお問い合わせ先

東海大学健康科学部看護学科 大山 太

第20回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

TEL : 0463-90-2046

E-mail : jsnr-tokai20@tsc.u-tokai.ac.jp

## 3. 学術集会参加申込について

1) 事前参加申し込み期限：平成27年9月1日（火）～平成28年2月29日（月）

### 2) 参加申し込み方法

- ・事前申し込み方法：郵便局の振込用紙にて参加費をお支払いください。
- ・会員の方は、通信欄に必ず会員番号をご記入ください。
- ・事前申し込みの方には順次抄録集をお送りいたします。
- ・当日の参加も可能です。会場にて参加費をお支払いください。抄録集は当日お渡しいたします。
- ・当日は混雑が予想されます。極力事前申し込み、期日厳守をお願いいたします。
- ・納入された参加費は返却されません。

### 3) 参加費と振込先

①参加費：会員4,000円 非会員5,000円 学生1,000円（学生に大学院生は含まない）

②振込先：郵便振込口座

口座番号：00850-7-142916

加入者名：一般社団法人日本看護研究学会東海地方会

## 4. 学術集会参加に関するお問い合わせ先

〒470-1192

愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

藤田保健衛生大学医療科学部看護学科内

一般社団法人日本看護研究学会東海地方会事務局

TEL : 0562-93-2613 (此島), E-mail : yumiya@fujita-hu.ac.jp (此島)

# 日本学術会議の動き



会長からの  
メッセージ

## 「日本学術会議の新たな展望を考える 有識者会議」が報告書をまとめる

日本学術会議会長 大西 隆

「日本学術会議の新たな展望を考える有識者会議」（以下、有識者会議）については、前にもこの欄で触れたことがあります。科学技術政策担当大臣の私的懇談会として、昨年7月から開催されてきたもので、尾池和夫座長（京都造形芸術大学学長）、羽入佐和子座長代理（前お茶の水女子大学学長）をはじめとする12人が委員です。学術について見識をお持ちの、各分野の方々が、外部からの視点で学術会議の展望を考えるための組織でした。こうした会議が設置されたのは、会員の定年・任期制、会員選考におけるコ・オペレーション制度、幹事会制度、連携会員制度等の現在の日本学術会議を特徴付ける制度が2005年の法・制度改正で導入されてからおよそ10年経つのを機に、一連の改革の成果を評価し、併せてその時点で積み残しになった「設置形態の在り方」を検討するために、新たに体制を整備して評価、検討を行ったものです。

有識者会議は、昨年7月から都合7回開催され、事務局長と私は、尾池座長の要請を受けて、会議に出席し、日本学術会議の考えをご説明したり、委員からのご質問にお応えするという役割を務めました。歴代会長や、諸学会からの意見聴取も行われ、去る3月20日に最後の第7回有識者会議が開催されて取りまとめられ、山口俊一大臣に報告書が手交されたのです。日本学術会議が直接設けた会議ではありませんが、8ヶ月にわたって、日本学術会議の在り方を考えていただき、日本学術会議の活動全般にわたる種々の提言を含む報告をまとめていただいたことに対して、深い感謝の念を抱かざるを得ません。

報告書を受領された大臣も、これをベースに日本学術会議で種々の改革を進めるようにとのお話をされました。日本学術会議としても、幹事会で早速検討して、できるだけ早い機会に有識者会議の

報告の趣旨を踏まえて改革に着手していきたくと思っています。

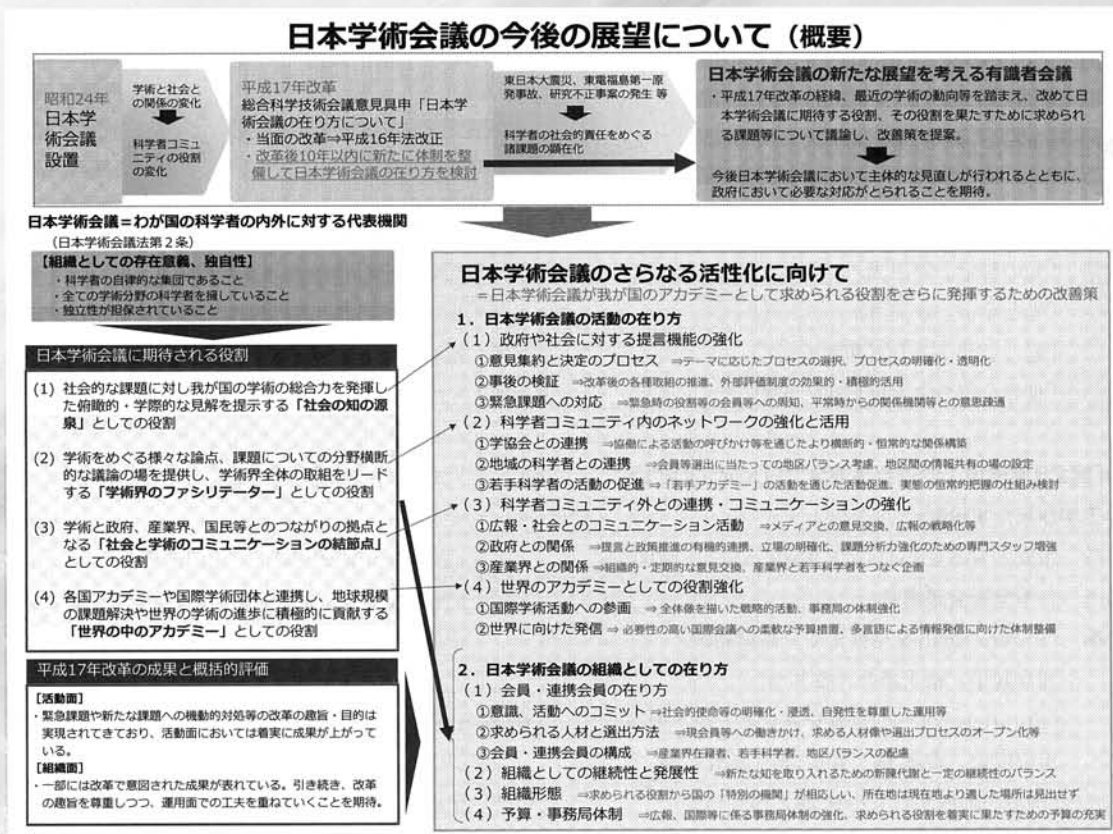
提言の主要な項目に触れておきましょう。10年前からの懸案になっていた設置形態については、報告書では組織形態として取り上げ、政府や社会から一定の重みをもって受け取られる位置づけと、権限、事業実施機関ではなく審議機関であることから国の予算措置による財政基盤の確保が必要であることを考慮すると、「国の機関でありつつ法律上独立性が担保されており、かつ、政府に対して勧告を行う権限を有している現在の制度は、日本学術会議に期待される機能に照らして相応しいものであり、これを変える積極的な理由は見出しにくい」とあります。また、2005年法改正の重要事項であった会員の定年制・任期制については、「長期在籍会員や高齢会員が増加して、会員構成が硬直化して、活動が損なわれないよう」任期や定年制を定めた趣旨を踏まえた上で、必要に応じて元会員の助言を受ける機会を設けることで継続性に配慮することが適当としています。

対外的な活動、広報、国際化については課題が指摘され、更なる挑戦が求められました。政府関係機関、学協会との意思の疎通や情報の共有、メディア関係者との定期的な懇談、広報戦略を定めた重点的な発信、外務省との連携強化を通じた在外公館のネットワークの活用、経済団体との意見交換、国際活動の一層の強化、多言語による国際的な情報発信、会員・連携会員からの自発的なテーマ提案や委員会参加等です。さらに、若手アカデミーの役割への期待も表明されました。

これらの諸提言を、できるだけ早い機会に活かすように尽力し、有識者会議のご努力に報いたいと思っています。

## 日本学術会議ニュース

報告書「日本学術会議の今後の展望について」の概要は以下の通りです。



2014年11月号に掲載いたしました、会長談話「赤崎勇教授、天野浩教授、中村修二教授のノーベル物理学賞受賞を祝して」におきまして、事実関係に関する御指摘があり、記述の一部を修正しました。修正版につきましては、日本学術会議ホームページをご参照ください。

## Information Plaza 情報プラザ

### 学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成27年4月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆「国際光年記念シンポジウム」

日時 平成27年4月21日(火) 14時00分～17時30分

場所 東京大学安田講堂

次第 「光の科学」 霜田光一

「光と宇宙」 家 正則

「光とデザイン」 石井幹子

「世界を照らす青色LED」 天野 浩

#### ◆「第28回環境工学連合講演会『Future earth : 工学が果たす役割について』」

日時 平成27年5月15日(金) 9時15分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「Future earthを見据えて」 高島和則／

浦島邦子／福士謙介／安井 至

「Future earthへの貢献を考える」 岸本充生／

黒沢厚志／齊藤 修／井川 学／原田幸明

「環境の理解から」 小林 潤／宿谷昌則／

野尻幸宏／増永二之

「特別セッション」 依田照彦／春日文子

「都市・システムの設計から」 秋元孝之／

秋澤 淳／丹羽英治／古米弘明／館 隆広

「資源循環から」 香倉宏史／藤田豊久／

笹木圭子／ハザリカ ヘマンタ／高岡昌輝

「新材料の開発から」 阿部英喜／国岡正雄／

三宅通博／加藤之貴

#### ◆「東京電力福島第一原子力発電所爆発事故後の労働 者と緊急および除染作業員の被ばくと健康管理」

日時 平成27年5月16日(土) 9時40分～11時40分

場所 グランフロント大阪

次第 「東電福島第一原発事故対応の緊急作業従事

者と除染作業従事者の放射線障害防止対策及び健康管理」 安井省侍郎

「福島第一原子力発電所事故後の緊急作業員の被ばくと健康管理」 吉永信治

「福島第一原発事故に関連した作業を行った労働者等の健康上の課題」 森 見爾

「福島第一原子力発電所爆発事故の緊急作業員等の健康影響調査」 秋葉澄伯

#### ◆「大学とグローバル化—いま人文社会系大学の国際化のために求められていること—」

日時 平成27年5月31日(日) 13時00分～15時15分

場所 成城大学3号館講堂

次第 「アメリカの大学とグローバル化」

矢澤修次郎

「韓国の大学国際化と私立大学の試み」

金益基

「日本の大学の国際化」 山口博史

「香港大学の場合を踏まえた総括と展望」

王向華

#### ◆「第8回構造物の安全性・信頼性に関する国内シンポジウム」

日時 平成27年10月14日(水)～10月16日(金)

場所 日本学術会議講堂、外5室

次第 「リスクコミュニケーション」 北村正晴

「航空機の信頼性評価」 岡田孝雄

# 日本学術会議の動き



会長からの  
メッセージ

## 会長アドバイザー

日本学術会議会長 大西 隆

昨年度から日本学術会議の会長アドバイザー制度が発足しました。もともと、会長補佐制度が第21期に作られていたのですが、会長のスタッフ的な意味合いを持つ「補佐」に加えて、「会長」に対して種々のアドバイスを行う顧問的な役割を果たす方々が必要という考えから、規則を改正して会長アドバイザー制度が発足したものです。会長補佐は、まだ実績がありません。しかし、会長アドバイザーは、今期になって、家泰弘先生、小林良彰先生、春日文子先生の前期の3人の副会長にご就任いただきました。3人の方々は、昨年9月で会員としての任期を終えて、現在は連携会員です。前期には、副会長として、それぞれ、「組織運営及び科学者間の連携に関すること」、「政府、社会及び国民等との関係に関すること」、「国際活動に関すること」を担当していただきました。これらの担務は、今期には向井千秋副会長、井野瀬久美恵副会長、花木啓祐副会長が務めているので、十分な活動が継続されているのですが、実は日本学術会議の活動は、様々に拡大してきているのです。これは、日本学術会議の活動が各方面に根を張ってきたからだともいえます。例えば、科学研究の健全性では、ガイドラインやテキストを作成するのに役割を果たしたことから、これらを各研究機関が活用していく際の推進役を果たさなくてはならなくなっています。また、国の研究機関の組織体制の在り方や国の研究費の在り方について、日本学術会議の経験に基づいた意見を求められることも多くなりました。国際活動では、特にフューチャーアースで、日本学術会議が東京大学や総合地球環境学研究所等と連携して、国際活動の一環を担うことになっています。こうしたことに的確に対処するために、これまでの副会長

としてのご経験を十分に活かして、会長へのアドバイスをさせていただきたいと思っています。

また、去る2月には、念願の若手アカデミーが発足しました。若手アカデミーはメンバーに年齢制限があるので、これまで前身の若手アカデミー委員会にあって推進役を果たしてきた駒井章治先生には、会長アドバイザーとして、日本学術会議としての若手科学者の活動の推進についてアドバイスをいただくことにしました。どの組織でも、過去の蓄積を生かして、新たな活動を行うことで、力を発揮できます。海外の科学アカデミーでは終身会員制をとっているケースが多い中で、日本学術会議は6年任期制をとっており、比較的早く会員が入れ替わっていくことになります。そこで、経験を継承する工夫が必要です。もちろん、基本的には、連携会員制度によって、多くの会員経験者が引き続き連携会員として日本学術会議の活動に参加しています。また、栄誉会員制度もできています。これに加えて、会長アドバイザー制度を活用することによって、執行部においても経験の蓄積がより適切に進み、力を発揮することができればいいと思っています。

しかし、一方で、あまり経験の継承が過ぎると新しいことができなくなる弊害が生ずることも予想されます。その意味では、新陳代謝が進むことを保証しつつ、経験の伝承がきちんと行われるようにバランスを保つことが重要と思います。会長アドバイザーの人数を6人と制限して、こうしたバランスが効果的に保てるようにしているのもそのためです。制度がうまく作用して、日本学術会議の力が強まるようにしていきたいと思っています。



## Information Plaza 情報プラザ

### 学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成27年5月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆「第28回環境工学連合講演会『Future earth : 工学が果たす役割について』」

日時 平成27年5月15日(金) 9時15分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「Future earthを見据えて」高島和則／浦島邦子／福士謙介／安井 至  
「Future earthへの貢献を考える」岸本充生／黒沢厚志／齊藤 修／井川 学／原田幸明  
「環境の理解から」小林 潤／宿谷昌則／野尻幸宏／増永二之  
「特別セッション」依田照彦／春日文子  
「都市・システムの設計から」秋元孝之／秋澤 淳／丹羽英治／古米弘明／館 隆広  
「資源循環から」肴倉宏史／藤田豊久／笹木圭子／ハザリカ ヘマンタ／高岡昌輝  
「新材料の開発から」阿部英喜／国岡正雄／三宅通博／加藤之貴

#### ◆「東京電力福島第一原子力発電所爆発事故後の

労働者と緊急および除染作業者の被ばくと健康管理」

日時 平成27年5月16日(土) 9時40分～11時40分

場所 グランフロント大阪

次第 「東電福島第一原発事故対応の緊急作業従事者と除染作業従事者の放射線障害防止対策及び健康管理」安井省侍郎  
「福島第一原子力発電所事故後の緊急作業者の被ばくと健康管理」吉永信治  
「福島第一原発事故に関連した作業を行った労働者等の健康上の課題」森 晃爾  
「福島第一原子力発電所爆発事故の緊急作業

者等の健康影響調査」秋葉澄伯

#### ◆「農学教育の現状と大学附属農場等の果たすべき役割」

日時 平成27年5月22日(金) 13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「大学と農場」田島淳史  
「農林水産省における食育の取組」道野英司  
「大学で学ぶ農学とは？」奥野員敏  
「中部高冷地域における農業教育共同利用拠点」濱野光市  
「農場と食卓をつなぐフィールド教育拠点」大山憲二  
「九州畜産地域における産業動物教育拠点」小林郁雄

#### ◆「大学とグローバル化—いま人文社会系大学の国際化のために求められていること—」

日時 平成27年5月31日(日) 13時00分～15時15分

場所 成城大学3号館講堂

次第 「アメリカの大学とグローバル化」矢澤修次郎  
「韓国の大学国際化と私立大学の試み」金益基  
「日本の大学の国際化」山口博史  
「香港大学の場合を踏まえた総括と展望」王向華

#### ◆「われわれはどこに住めばよいのか？

—地図を作り、読み、災害から身を守る—」

日時 平成27年6月20日(土) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

#### ◆「衛生動物が媒介する病気と被害」

日時 平成27年8月1日(土) 13時00分～17時00分

場所 東京大学弥生講堂

# 日本学術会議の動き



会長からの  
メッセージ

## 塚田裕三先生と近藤次郎先生

日本学術会議会長 大西 隆

続けて元会長の訃報が飛び込んできた。近藤次郎先生（第13期～第15期）と塚田裕三先生（第12期の最後の期間、昭和58年5月から昭和60年7月まで）である。お二人が会長を務められた時期は、日本学術会議にとっては激変の時代であった。日本学術会議法の最初の大きな改正で、それまで科学者からなる選挙権者による投票で会員を選出していたものが、学協会からの推薦制に変わり、新たなメンバーで第13期が始まったのが昭和60年7月であった。本来、昭和59年1月までであった第12期の3年間で、法改正に伴い1年半延長されたのである。したがって、塚田裕三先生と近藤次郎先生は旧新会長という繋がりがあるが、会長を選考した会員の選ばれ方という点で、大きな変化を挟んでいた。因みに、会員選考に係る2回目の法改正は平成17年に行われ、学協会からの推薦制から、現会員による次期会員（半数交代）の選考、即ち、現行のCo-Optation制度へと変わり、現在に至っている。

科学者からなる選挙権者による投票で会員を選ぶという方法は、ある意味で、オーソドックスな方法であり、特に、戦後、民主主義の発足とともに設立された日本学術会議の会員選考方法として、少なくとも理屈上は、相応しいものであったといえよう。しかし、現実には、なかなか深刻な問題を抱えるようになった。有権者数が当初の4万人程度から次第に増加し、20万人を超えるようになった。投票率は当初は90%前後、次第に減少したとはいえ、制度の終期にも60%を超えていたから、名簿や投票の管理は容易ではなかったと思われる。また、郵送投票による選挙には公職選挙法は適用されなかった。戸別訪問や電話による請託を禁ずるなど、次第に様々選挙運動に関わる制限が加えられたことや、この間、選挙における不適切行為が度々

報道されたことなどから、科学者の代表を選ぶというイメージを下げるが多かったことが窺える。そして、何よりも問われるようになったのは、会員の適格性であった。選挙権者、被選挙権者の資格は、ともに「科学者であって、大学卒業後2年以上の者」等と相当幅の広いものであり、日本の科学者の内外に対する代表機関としての日本学術会議を構成するメンバーとしてふさわしいのかという点が国会でも取り上げられるようになった。特に、選挙の度に、著名な科学者である候補者が落選したという報道がもたら行われることで、選挙制度への疑問が、国民の間にも広がったといえよう。終期には、政権与党から、組織票のために日本学術会議のメンバー構成が偏っているという批判を受けるに至り、日本学術会議廃止論まで登場するようになった。

こうして、いわばその存亡をかけた議論を経てできたのが、選挙制度を廃止し、学協会による推薦をベースにした新たな会員選考制度であり、その結果、第13期には、大幅にメンバーが入れ替わることになった。近藤次郎先生も第12期までは、会員ではなく、新人会員として会長に就任したことになる。その動向が注視される中で始まった第13期からの活動の記録を見ると、それまで多かった政府への「勧告」や「要望」等が激減し、それとともに、審議結果を取りまとめる「報告」という外部公表スタイルが増加するまで、対外発表という観点からの成果の全体も減少することにならざるを得なかった。出直しのための苦闘の時期だったのである。

お二人の訃報を受けて、改めて激変期の日本学術会議の議論に思いを馳せ、科学者の総意を代表する日本学術会議の重要な責務を再認識するとともに、両先生のご努力に感謝し、ご冥福をお祈りするのである。

## 日本学術会議ニュース

日本学術会議が代表を務める「フューチャー・アース国際本部事務局日本コンソーシアム」は、2015年5月12日、フューチャー・アース国際本部事務局日本ハブ事務局長に、日本学術会議連携会員（会長アドバイザー、前副会長）であり、国立医薬品食品衛生研究所安全情報部長の春日文子氏を指名することになりました。

本決定により、フューチャー・アースに対する日本の貢献が、より促進されることが期待されます。

## Information Plaza 情報プラザ

### 学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成27年6月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆「われわれはどこに住めばよいのか？」

—地図を作り、読み、災害から身を守る—

日時 平成27年6月20日(土) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「堆積物が教えてくれる大津波の痕跡」

佐竹健治

「火山と共存する日本人が向き合う災害」

中田節也

「地域の災害特性を地理院地図で理解する」

宇根 寛

「災害リスク管理のための地質地盤情報の共有化」 佃 榮吉

「分かりやすいハザードマップを作るための要件とは？」 森田 喬

「地理情報と統計解析を用いた土砂災害の発生可能性の評価」 小口 高

「家や工場を建てる際には水害地形図で事前の検討を」 春山成子

「防災・減災につなげるハザードマップの活かし方」 鈴木康弘

「ハザードマップの展開：最新情報と普及の実際」 寶 馨

#### ◆「地域史料に未来はあるか？」

—史料の保存利用と地域のアイデンティティー—

日時 平成27年6月27日(土) 13時30分～17時30分

場所 駒澤大学駒沢キャンパス1号館204教場

次第 「島根県における地域資料をめぐる現状と保存問題」 小林准士

「過疎化する地域の歴史遺産とその担い手」

添田 仁

「学校所蔵史料の保存と活用」 和崎光太郎

#### ◆「動物と法」

日時 平成27年7月4日(土) 13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「動物保護の法理を考える」 嶋津 格

「動物・生類・裁判・法」 新田一郎

「野生動物法の多様な諸相について」 高橋満彦

「ドイツ憲法から見た動物保護と法」 浅川千尋

「動物保護法の日英比較」 青木人志

#### ◆中部地区会議主催学術講演会

「日本海地域の未来」

日時 平成27年7月17日(金) 13時00分～16時00分

場所 富山大学五福キャンパス

次第 「国土計画と日本海地域」 大西 隆

「日本海の生い立ちと海底資源」 竹内 章

「ラフカディオ・ハーンとフランス」 中島淑恵

#### ◆「若者の投票率をいかに向上させるか」

—選挙権年齢18歳への引き下げに寄せて—

日時 平成27年7月18日(土) 14時00分～17時30分

場所 明治大学駿河台キャンパス・リパティタワー10階1013教室

次第 「若者の投票率はなぜ低いのか」 中谷美穂

「日本学術会議提言『各種選挙における投票率低下への対応策』をどう生かしていくか」

小野耕二

「総務省の『投票環境の向上方策等に関する研究会』報告書めぐって」 小谷克志

「18歳を市民にするには」 黒崎洋介

日本学術会議会長談話

「ネパール科学技術アカデミーへのお見舞い」

2015年4月25日に発生した非常に強い地震がネパールに被害をもたらしたことを受けて、大西会長は、ネパール科学技術アカデミーカフレ会長に対し、被災者へのお見舞いと被災地の早期復旧・復興を祈念する旨のレターを発出しました。

8 May, 2015

Prof. Dr. Jibaraj Pokharel,  
Vice-Chancellor  
Nepal Academy of Science and Technology (NAST)

Dear Prof. Dr. Jibaraj Pokharel,

We are deeply saddened to know that thousands of people lost their lives and suffered by the big earthquake attacked the area near the city of Kathmandu.

On behalf of all members of Science Council of Japan, I would like to convey my sincere condolences and sympathies to the Nepalese people.

We are still worried that aftershocks caused additional damages to the buildings and infrastructure of the affected areas. We really hope that such situation will not bring any further harm.

I am sure all kinds of efforts should be urgently done to save the lives and cure the injured. This will be followed by the recovery process, which may be challenging and enduring. We truly pray and hope that the people of your country will soon overcome the hardships and regain the normal with utmost courage, solidarity and resilience. We, SCJ, would like to work with you and your academy to do what sciences can do in this situation to challenge the large-scale natural disasters that are and will be threatening our safety and society.

With deepest sympathy,

Takeshi Onishi  
President  
Science Council of Japan

# 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\*\*」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)、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(2008)、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(2008)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。

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<sup>ねつぞう</sup> (Fabrication)、改竄<sup>かいざん</sup> (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、編集委員長宛に願出しなければならない。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。

## 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「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、投稿論文とともに送付する。

## 8. 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。

## 9. 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することができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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

## 10. 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。

## 11. 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。

## 12. 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。著作権に他者に帰属する資料を転載する際は、著者がその転載許可についての申請手続きを行う。

当該論文を所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、その都度、理事長の許諾を必要とする。

## 13. 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。

### 付 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。



# 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, 6<sup>th</sup> ed.』(2010)／『APA論文作成マニュアル第2版』[2011, 医学書院]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。  
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。

## 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名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一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。

\* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するの必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

— 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し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意: 和文の場合は斜字体にしない)。
- 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編者 (監修者) が存在する場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学 II (pp.123-146). 東京: 研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

- 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

- 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 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)

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。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる (原著論文, 研究報告のみ)。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。

#### 10. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する(2,400字)。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

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

#### 11. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、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。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

#### 付 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。

# 事務局便り

## 1. 平成27年度会費納入のお願い

平成27年度会費未納の方は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。

### 年会費納入口座

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

## 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先やご所属先等、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 (<http://www.jsnr.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局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。上記2. の記載方法によりご登録をお願いいたします。

## 4. 学会雑誌について

平成27年度発行の38巻より会員向けのCDによる配布を廃止し、オンラインジャーナルのみでの提供となっています。学会のホームページで学会誌を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。

### 〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3944-8236 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38巻 2号

会員無料配布

平成27年6月20日 印刷

平成27年6月20日 発行

### 編集委員 委員長

法橋 尚宏 (理事) 神戸大学大学院保健学研究科  
秋山 智 (会員) 広島国際大学看護学部  
荒木 孝治 (会員) 大阪医科大学看護学部  
市江 和子 (会員) 聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部  
猪下 光 (会員) 岡山大学大学院保健学研究科  
内田 宏美 (会員) 島根大学医学部看護学科  
河原 宣子 (会員) 京都橘大学看護学部  
川本利恵子 (理事) 公益社団法人日本看護協会  
小西美和子 (会員) 兵庫県立大学看護学部  
定方美恵子 (会員) 新潟大学大学院保健学研究科  
高島 尚美 (会員) 東京慈恵会医科大学医学部看護学科  
高山 成子 (会員) 石川県立看護大学  
中西 純子 (理事) 愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科  
若村 智子 (会員) 京都大学大学院医学研究科

(五十音順)

### 発行者 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1  
第2ユニオンビル4階  
株式会社ガリレオ  
学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto:g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp)

発行者  
印刷所

黒田 裕子

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録を迅速に処理することができますのでできるだけ早くご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東郷1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学業業務情報化センター内  
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費8,000円、合計11,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかかか○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、( )内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかか○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認のち、お知らせいたします。

(切り取り線より切り取ってお出しく下さい)

## 入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	氏名	専門区分	看護学・医学・その他 ( )
氏名	TEL	生年	西暦 年 月 日
所属	自宅・所属 (いずれかか○)	性別	男 ・ 女
送付先住所	FAX		
E-mail	TEL		
自宅	FAX		
評議員	会員番号		
推薦者氏名	印		
推薦者所属			
理事会承認年月日			
事務局	受付番号	年度入会会員番号	
記入欄	受付日	巻	号～
	通知番号	送付日	

地区名	都道府県名
1 北海道	北海道
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7 中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄



# 変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 03-5981-9852)  
下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

変更する項目にご記入ください。

## 自宅住所の変更

〒 \_\_\_\_\_

## 電話及びFAX

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

## 勤務先の変更

所属名: \_\_\_\_\_

所属住所

〒 \_\_\_\_\_

## 電話及びFAX

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名の変更 \_\_\_\_\_

## 地区の変更

### 地区割

地区名	都道府県名	地区名	都道府県名
1 北海道	北海道	5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7 中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について: 勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 ( ) 自宅 ( )

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録していません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について: 一般社団法人日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

