

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 38 Number 5 December 2015 ISSN 2188-3599

日本看護研究学会雑誌

[38巻5号]

会 告 (1)

平成27年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第42回学術集会
会長 川 口 孝 泰

記

一般社団法人日本看護研究学会第42回学術集会

メインテーマ：先端科学と看護イノベーション

【会 期】 2016年 8月20日（土）～21日（日）

【会 場】 つくば国際会議場

〒305-0032 茨城県つくば市竹園 2 - 20 - 3

TEL : 029 - 861 - 0001 FAX : 029 - 861 - 1209

URL : <http://www.epochal.or.jp>

【プログラム】

1. 会 長 講 演 : 「先端科学と看護イノベーション」
川口 孝泰（筑波大学医学医療系保健・医療学域 教授）

2. 特 別 講 演 : 「革新的サイバニックシステムが拓く医療・看護の未来」
山海 嘉之（筑波大学 教授／
サイバーダイン社長, ロボットスーツ HAL 開発者）

3. 教 育 講 演
 - 1) 「筑波大学発ベンチャー：訪問看護ステーションの起業」
林 啓子（らふえる訪問看護ステーション）

 - 2) 「臨床看護研究におけるコクラン・ライブラリーの活用術」
森 臨太郎（国立成育医療研究センター）
大田 えりか（国立成育医療研究センター）

 - 3) 「健康医療サービスにおける看護経営学とは」
松下 博宣（東京農業大学戦略室 教授）

4) 「宇宙での健康管理：看護師の果たす役割」

井上 夏彦 (JAXA：宇宙航空研究開発機構)

5) 「「口から食べる」ことの援助と科学 (案)」

小山 珠美 (伊勢原協同病院看護師)

NPO法人口から食べる幸せを守る会理事長)

4. シンポジウム：「地域包括ケアにおける看護情報の未来」

座長：山内 一史先生

シンポジスト：調整中

5. 学会特別企画：

1) 国際活動推進委員会企画

「質的研究のシステマティックレビューの国際的動向」

今野 理恵 (関西国際大学)

2) 研究倫理委員会企画

看護研究における発表倫理を考える (実践編)

青山 ヒフミ (研究倫理担当理事)

3) 渉外担当企画

27年度「看護系学会等社会保険連合」活動報告

重症心身障がい児と家族の在宅生活が維持できる訪問看護事業 — 診療報酬につなげるために —

泊 祐子 (渉外担当理事)

4) 「ナーシングサイエンスカフェ」

6. 一般演題 (口演, 示説), 交流集会 (「演題募集」についてはホームページでご確認ください。)

7. その他 (ランチョンセミナー, スイーツセミナー, 企業展示, 書籍展示 他)

【懇親会】

日 時：平成28年8月20日 (土) 18:30~20:30

場 所：つくば国際会議場内 2F大ホールホワイエ

会 費：5,000円

【参加費】

	事前	当日
会 員	10,000円	11,000円
非会員	12,000円	14,000円
学 生	3,000円	3,000円

※事前参加申し込みは、2016年2月1日（月）～2016年7月8日（金）までです。

※「学生」は、当日の参加登録のみとなります。大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

※「学生」料金には、学術集会抄録集を含みません。

申し込みは<http://ech.co.jp/jsnr42/> 学術集会ホームページよりお申し込みください。

【一般社団法人日本看護研究学会 第42回学術集会運営事務局】

株式会社イベント&コンベンションハウス

〒110-0016 東京都台東区台東4-27-5 秀和御徒町ビル8F

TEL：03-3831-2601 FAX：03-5807-3019

E-mail：jsnr42@ech.co.jp

一般社団法人日本看護研究学会第42回学術集会 一般演題募集

一般社団法人日本看護研究学会第42回学術集会は、下記の要領で募集いたします。多数の方々のご参加をお待ちしております。

平成27年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第42回学術集会

会長 川 口 孝 泰

[一般演題募集要項]

■募集期間

平成28年2月1日(月)～平成28年3月11日(金) 24時まで

■演題募集の受付

オンライン登録のみで受け付けています。郵送による応募は受け付けておりませんのでご注意ください。

■演題登録資格

筆頭発表者、共同発表者を含め、すべて本学会会員であることが必要です。筆頭発表者の方は、発表者自身を含め共同発表者全員の会員番号および平成28年度の会費納入をご確認ください。なお、学会発表時までに平成28年度会費未入金の方がおられますと発表できません。未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続き(入会金の納入)と発表年度(平成28年度)年会費の納入を済ませてください。

※入会申込み方法・会員番号確認方法

入会申込みは、日本看護研究学会ホームページ「入会のご案内」からお手続きください。また、お手続きなどのお問い合わせは一般社団法人日本看護研究学会事務局へお願いします。会員番号は、受領される封筒の宛名部分の右下に記しておりますので、ご確認ください。ご不明の場合などのお問い合わせは一般社団法人日本看護研究学会事務局へお願いします。

(TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852 E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp)

■演題登録方法

《推奨ブラウザ》・IE ver.9以上

- ・ Chrome ver.25以上
- ・ Firefox ver.15 (Mac環境 ver.20) 以上
- ・ Safari ver.5.1以上

■発表形式

演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重発表は認められません。筆頭発表者としての申し込みはお1人につき口演1演題、示説1演題、計2演題までとさせていただきます。

連番による発表を希望される場合には、演題名に順序が判るよう表現してください。連番は原則3題までの申し込みとします。発表形式は口演、示説のいずれかを選択してください。なお、発表形式の決定は学術集会事務局に一任願います。最終発表形式はご希望と異なる可能性もありますことをあらかじめご了承ください。

口演：発表時間は1演題10分間（発表7分間、質疑3分間）を予定しております。会場に準備するPCのOSは、Windows7。アプリケーションソフトは、「Windows版PowerPoint 2007/2010/2013」となります。USBフラッシュメモリーを持参し、PC受付でご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。動画や音声を使用される場合は、ご自身のPCをお持ちください。

示説：一定時間を設け、討論します。発表者を中心にポスターを囲んで討論していただきます。発表者は準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示してください。パネル上でポスターが貼れる範囲は、縦210cm×横90cm（A3判横の用紙なら10枚程度入ります）です。演題番号を表示するためにパネル左上のスペース（20×20cm）は空けておいてください。事務局が演題番号を貼ります。

■抄録本文の記載項目

本文には【目的】【方法】【結果】【考察】を記述してください。研究方法には研究対象に対する倫理的配慮を必ず記載してください。

■文字数制限

抄録本文は、あらかじめMicrosoft Wordで作成してください。演題名は全角48文字以内とします。演題名、発表者名等を含む抄録本文の文字数は、全角1,200文字以内（図表なし）、もしくは全角840文字以内（図表あり）とします。

※演題登録の際にアップロードする抄録本文中には、演題名および発表者名は記載しないでください。文字数確認後、演題名および発表者名を必ず外した抄録本文をアップロードしてください。

■登録可能な所属機関数、共同発表者の数

筆頭発表者の他に共同発表者数を合わせ、10名まで登録可能です。筆頭発表者の所属の他に共同発表者の所属数を合わせ、5機関まで登録可能です。会員番号の入力が必要ですので、あらかじめ各共同発表者の会員番号をご準備ください。入会手続き中の方は、入会申込書が学会事務局に到着した時点で仮の会員番号を発行いたしますのでそちらをご入力ください。

■演題区分

申込み演題の区分を以下から選択してください。(第2希望まで)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 基礎看護・看護技術 | 16. 地域看護 |
| 2. 看護教育(基礎教育) | 17. 在宅看護 |
| 3. 看護教育(継続教育) | 18. 健康増進・予防看護 |
| 4. 看護教育(その他) | 19. 感染看護 |
| 5. 看護管理(病院管理・医療安全) | 20. がん看護 |
| 6. 看護管理(新人教育・その他) | 21. 終末期ケア・緩和ケア |
| 7. 急性期看護 | 22. 看護理論・看護診断・看護過程 |
| 8. 慢性期看護 | 23. 看護情報 |
| 9. リハビリテーション看護 | 24. 看護倫理 |
| 10. 外来看護 | 25. 災害看護 |
| 11. 老年看護 | 26. 国際看護 |
| 12. 精神看護 | 27. 看護史 |
| 13. 小児看護 | 28. 放射線看護 |
| 14. 母性看護 | 29. その他 |
| 15. 家族看護 | |

■図表の挿入

図、表、図版、写真は1つのみ掲載できます。図表がある場合は本文の文字数は840字になります。図表のフォーマットは、JPEGまたはGIFに限ります。ExcelやWordで作成した図表は、登録前に指定のフォーマットにご変換ください。図表のサイズは10MBまでとなります。抄録集に載る図表は、最大でA7判(7.4cm×10.5cm)となります。大きさを考慮の上、読めるようご作成ください。

図表は、抄録本文には入れずに、別のファイルで作成し、アップロードしてください。演題登録システムの操作方法につきましては、第42回学術集会デスクにお問い合わせください。「お問い合わせ」の項に記載しております。

■申込IDおよび登録完了メール

演題登録完了の際に発行される申込IDを必ず控えてください。登録内容の確認・修正や採否など問い合わせに必要です。演題登録が完了すると、「大会発表演題申込登録のお知らせ」がご登録いただいたメールアドレスに送信されますので、ご確認ください。メールが届かない場合は、ご登録のメールアドレスに誤りがあるか、演題登録が完了していない可能性がありますので、再度、演題登録システムにログインのうえ、ご確認ください。また、メール本文に、アップロードしたファイルの名称が掲載されていない場合は、アップロードが完了していませんので、アップロードをお願いいたします。

■登録内容の確認・修正

募集期間内であれば登録した内容(抄録本文を含む)の修正や削除が何度でも可能です。学術集会ホームページの演題登録画面から変更・確認・削除を行ってください。

■採否の通知

ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。査読の結果、原稿の修正をお願いする場合があります。最終的な採否の結果は、学術集会事務局に一任願います。最終的な採否の結果、一般演題プログラム番号、発表時間等は学術集会ホームページ上に掲載します。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、一般社団法人日本看護研究学会第42回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また、ご入力いただいた個人情報は、必要なセキュリティー対策を講じ、厳重に管理いたします。

■お問い合わせ

①演題登録システムの操作、演題内容や学術集会に関すること

一般社団法人日本看護研究学会第42回学術集会デスク E-mail : jsnr42@ech.co.jp

②入会、会員登録に関すること

一般社団法人日本看護研究学会事務局 株式会社ガリレオ学会業務情報化センター内

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1丁目24-1 第2ユニオンビル4F

Fax : 03-5981-9852 E-mail : g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

[交流集会募集要項]

■募集期間

平成28年2月1日（月）～平成28年3月11日（金）24時まで

■応募資格

交流集会の企画代表者（申込者）をはじめ共同企画者は本学会会員であることが必要です。

■交流集会申込み方法

交流集会の主題、企画者・発表者全員の氏名（所属、会員番号）、1,200文字以内の抄録のすべてをWindows版Word 2007版で作成した文書A4判1枚に納めて、下記の申込み先宛てにメールで送付してください。なおファイル名は「JSNR42交流集会応募：代表者氏名」としてください。

※交流集会申込み先

交流集会に関する申込みおよびお問い合わせは、下記「日本看護研究学会第42回学術集会デスク」へお願いします。

E-mail : jsnr42@ech.co.jp

■実施方法

交流集会では、代表者を中心に各々のテーマで自由な形式で発表及びフロア参加者とのディスカッションを行っていただきます。交流集会による会場使用時間は、準備から後始末まで含めて、1交流集会当たり90分間です。会場のレイアウトはシアター形式をご用意します。目的に適したレイアウトに変更された場合は、終了後には現状復帰をお願いいたします。決定した交流集会の代表者には、担当者より会場・方法等の詳細をお知らせいたします。

■採否の結果

申し込み受理後、採否結果、日時等の連絡は、全て代表者のE-mail宛に行います。

E-mailアドレスが変更になった場合は、学術集会デスク E-mail (jsnr42@ech.co.jp) または、FAX (03-5807-3019) までご連絡ください。

会 告 (2)

日本看護研究学会雑誌38巻3号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P10 講師

誤 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（松本短期大学看護学科）
講師：百瀬ちどり（松本短期大学看護学科）
目久田純一（松本短期大学幼児保育学科）
嶋崎 昌子（松本短期大学看護学科）
垣内いづみ（松本短期大学看護学科）
丸山 泰地（松本市立病院）
会場：第9会場（ラン1）

正 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（松本短期大学看護学科）
講師：百瀬ちどり（松本短期大学看護学科）
目久田純一（松本短期大学幼児保育学科）
嶋崎 昌子（松本短期大学看護学科）
垣内いづみ（松本短期大学看護学科）
丸山 泰司（松本市立病院）
会場：第9会場（ラン1）

(2) 以下の通り訂正いたします。

P10 司会

誤 ランチョン「ヨーグルトと健康」
セミナー I 共催：株式会社 明治
司会：井上真奈美（山口県立大学看護栄養学部 准教授）
会場：第3会場（ダリア2）

正 ランチョン「ヨーグルトと健康」
セミナー I 共催：株式会社 明治
司会：井上真奈美（山口県立大学看護栄養学部 教授）
会場：第3会場（ダリア2）

(3) 以下の通り訂正いたします。

P18 発表者・所属

誤 5 看護師長の看護情報活用力向上のための行動変容を目的としたワークショップ開催の効果
○伊津美 孝子¹ 1名追加
¹森ノ宮医療大学 1箇所追加

正 5 看護師長の看護情報活用力向上のための行動変容を目的としたワークショップ開催の効果
○伊津美 孝子¹, 真嶋由貴恵²
¹森ノ宮医療大学, ²大阪府立大学

(4) 以下の通り訂正いたします。

P24 発表者・所属

誤 54 周手術期看護におけるアクティブラーニングの効果の検証 - 課題理解, 動機づけ, および達成感への影響 -

○前田 隆子¹, 市村 久美子¹, 黒田 暢子¹, 梅津 百代²

¹茨城県立医療大学保健医療学部看護学科, ²前茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

正 54 周手術期看護におけるアクティブラーニングの効果の検証 - 課題理解, 動機づけ, および達成感への影響 -

○前田 隆子¹, 市村 久美子¹, 黒田 暢子¹

¹茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

(5) 以下の通り訂正いたします。

P32 発表者

誤 114 成人看護学急性期実習事前演習における危険予知トレーニングの効果の検証

○佐藤 安代¹, 岡本 佐智子¹, 野崎 由里子¹, 志間 佐和¹, 松岡 彩¹, 工藤 理恵¹

¹日本保健医療大学保健医療学部看護学科

正 114 成人看護学急性期実習事前演習における危険予知トレーニングの効果の検証

○佐藤 安代¹, 岡本 佐智子¹, 志間 佐和¹, 工藤 理恵¹

¹日本保健医療大学保健医療学部看護学科

(6) 以下の通り訂正いたします。

P50 発表者

誤 290 看護職者の指導者育成プログラムの取り組み - 第3報 - 修正プログラム内容の評価

○佐藤 真由美¹, 藤田 あけみ¹, 漆坂 真弓¹, 小林 朱実², 花田 久美子², 木村 淑子², 竹内 香子², 福井 眞奈美², 一戸 とも子³

¹弘前大学大学院保健学研究科, ²弘前大学医学部附属病院看護部, ³青森中央学院大学

正 290 看護職者の指導者育成プログラムの取り組み - 第3報 - 修正プログラム内容の評価

○佐藤 真由美¹, 藤田 あけみ¹, 漆坂 真弓¹, 小林 朱実², 花田 久美子², 竹内 香子², 一戸 とも子³

¹弘前大学大学院保健学研究科, ²弘前大学医学部附属病院看護部, ³青森中央学院大学

(7) 以下の通り訂正いたします。

P107 講師

誤 垣内 いずみ (松本短期大学看護学科) 正 垣内 いづみ (松本短期大学看護学科)

丸山 泰地 (松本市立病院)

丸山 泰司 (松本市立病院)

(8) 以下の通り訂正いたします。

P108 講師

誤 松本短期大学看護学科 垣内 いずみ

松本市立病院 丸山 泰地

正 松本短期大学看護学科 垣内 いづみ

松本市立病院 丸山 泰司

(9) 以下の通り訂正いたします。

P115 司会

誤 司 会：井 上 真奈美（山口県立大学看護栄養学部 准教授）

正 司 会：井 上 真奈美（山口県立大学看護栄養学部 教授）

(10) 以下の通り訂正いたします。

P120 発表者・所属

誤

5) 看護師長の看護情報活用力向上のための行動変容を
目的としたワークショップ開催の効果

○伊津美孝子¹ 1名追加
¹森ノ宮医療大学 1箇所追加

正

5) 看護師長の看護情報活用力向上のための行動変容を
目的としたワークショップ開催の効果

○伊津美孝子¹，真嶋由貴恵²
¹森ノ宮医療大学，²大阪府立大学

(11) 以下の通り訂正いたします。

P150 発表者・所属

誤

54) 周手術期看護におけるアクティブラーニングの効果
の検証 -課題理解，動機づけ，および達成感への
影響-

○前田隆子¹，市村久美子¹，黒田暢子¹，梅津百代²
¹茨城県立医療大学保健医療学部看護学科，
²前茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

正

54) 周手術期看護におけるアクティブラーニングの効果
の検証 -課題理解，動機づけ，および達成感への
影響-

○前田隆子¹，市村久美子¹，黒田暢子¹
¹茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

(12) 以下の通り訂正いたします。

P186 発表者

誤

114) 成人看護学急性期実習事前演習における危険予知ト
レーニングの効果の検証

○佐藤安代¹，岡本佐智子¹，野崎由里子¹，志間佐和¹，
松岡 彩¹，工藤理恵¹
¹日本保健医療大学保健医療学部看護学科

正

114) 成人看護学急性期実習事前演習における危険予知ト
レーニングの効果の検証

○佐藤安代¹，岡本佐智子¹，志間佐和¹，工藤理恵¹
¹日本保健医療大学保健医療学部看護学科

(13) 以下の通り訂正いたします。

P224 表

誤

187) 背部への温度刺激が脳血流動態に及ぼす影響 ー入浴温度からの比較ー

○前田耕助^{1,2}, 中村雅子², 大黒理恵², 大河原知嘉子², 齊藤やよい²
¹首都大学東京,
²東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

【目的】

本研究では、温度を活用した脳の活動を促す看護技術の開発を目指し、普段の入浴温度の違いが及ぼす脳の活動への影響を、背部温度刺激による脳血流動態の変化から明らかにすることを目的とした。

【方法】

健康な男性29名(26.3±3.9歳)を対象とした。普段の入浴温度を確認し、腹臥位で7分間安静をとった後、背部の肩甲骨間に7分間(刺激中①, 刺激中②, 刺激中③)42℃の温度刺激を加えた。その後再び7分間(刺激後①, 刺激後②, 刺激後③)安静とした。

脳血流量は、近赤外分光計測装置(HOT121B:HITACHI社製)で測定した。各時間帯の最大値と最小値の差を変化量とし、刺激前の安静の変化量を基準に、各時間帯の変化率を算出した。分析はWilcoxonの符号付順位検定, Kruskal-Wallis検定により行い、有意水準は5%未満とした。倫理的配慮は、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を得て、対象者に研究の意義・方法、プライバシー保護、研究参加への自由意思の尊重を説明し、同意を得た。

【結果】

一般男性の平均入浴温度(40℃)を参考に、普段の入浴温度が高い高温群(11人, 41.5±0.5℃), 同等の平均群(10人, 40℃), 低い低温群(8人, 37.4±1.5℃)に群分けした。高温群の脳血流量は、刺激中に平均122.1~126.9%となり、刺激中②124.9%で有意に上昇した。さらに刺激後も131.1~139.1%を維持した。

平均群は、刺激中104.3~118.9%と有意な変化はなかったが、刺激後①136.8%で有意に上昇した。

低温群は、刺激中③は90.9%, 刺激後③は98.8%と刺激前の安静時を下回ったが、全体を通して有意な変化はなかった。

【考察】

本研究から、看護師が温罨法やリラクゼーションを目的に用いることの多い42℃の温度刺激であっても、普段の入浴温度により脳血流の反応は異なることが明らかになった。低温群は脳の活動促進には影響を及ぼさず、むしろ脳血流量を低下させる傾向があることから、従来のケア目的であるリラクセス効果が期待された。しかし、高温群は温度刺激中に、平均群は温度刺激後に一時的に2~3割増加し、脳の活動を促す看護技術に活用することの可能性が示唆された。

表1 学生が目標としてとらえた看護師象

	学生 A	学生 B
手際が良い	キビキビ仕事をする メリハリがある	手際が良い
話を聞いて対応する	患者の前ではいろいろ話を聞いて対応する 頼りがいがある	不安にならないよう説明する 苦しんでいる人を助ける 少しでも力になれる
患者に受け入れられる	患者に受け入れられている	少しでもポジティブなことを言う 元気に接する 声掛けを頻繁にする あらゆる動作の時に優しく、分りやすく声をかける
感染に配慮している		感染予防が徹底されている

正

187) 背部への温度刺激が脳血流動態に及ぼす影響 ー入浴温度からの比較ー

○前田耕助^{1,2}, 中村雅子², 大黒理恵², 大河原知嘉子², 齊藤やよい²
¹首都大学東京,
²東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

【目的】

本研究では、温度を活用した脳の活動を促す看護技術の開発を目指し、普段の入浴温度の違いが及ぼす脳の活動への影響を、背部温度刺激による脳血流動態の変化から明らかにすることを目的とした。

【方法】

健康な男性29名(26.3±3.9歳)を対象とした。普段の入浴温度を確認し、腹臥位で7分間安静をとった後、背部の肩甲骨間に7分間(刺激中①, 刺激中②, 刺激中③)42℃の温度刺激を加えた。その後再び7分間(刺激後①, 刺激後②, 刺激後③)安静とした。

脳血流量は、近赤外分光計測装置(HOT121B:HITACHI社製)で測定した。各時間帯の最大値と最小値の差を変化量とし、刺激前の安静の変化量を基準に、各時間帯の変化率を算出した。分析はWilcoxonの符号付順位検定, Kruskal-Wallis検定により行い、有意水準は5%未満とした。倫理的配慮は、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を得て、対象者に研究の意義・方法、プライバシー保護、研究参加への自由意思の尊重を説明し、同意を得た。

【結果】

一般男性の平均入浴温度(40℃)を参考に、普段の入浴温度が高い高温群(11人, 41.5±0.5℃), 同等の平均群(10人, 40℃), 低い低温群(8人, 37.4±1.5℃)に群分けした。高温群の脳血流量は、刺激中に平均122.1~126.9%となり、刺激中②124.9%で有意に上昇した。さらに刺激後も131.1~139.1%を維持した。

平均群は、刺激中104.3~118.9%と有意な変化はなかったが、刺激後①136.8%で有意に上昇した。

低温群は、刺激中③は90.9%, 刺激後③は98.8%と刺激前の安静時を下回ったが、全体を通して有意な変化はなかった。

【考察】

本研究から、看護師が温罨法やリラクゼーションを目的に用いることの多い42℃の温度刺激であっても、普段の入浴温度により脳血流の反応は異なることが明らかになった。低温群は脳の活動促進には影響を及ぼさず、むしろ脳血流量を低下させる傾向があることから、従来のケア目的であるリラクセス効果が期待された。しかし、高温群は温度刺激中に、平均群は温度刺激後に一時的に2~3割増加し、脳の活動を促す看護技術に活用することの可能性が示唆された。

(14) 以下の通り訂正いたします。

P245 表

誤

228) 見学実習を通して学生が目標としてとらえた看護師像 -インタビュー結果からの考察- (第1報)

○大澤久美枝¹, 中村昌子², 長谷川真美¹
¹東都医療大学, ²共立女子大学

【目的】

看護系大学で1年次に行われる見学実習において、学生が捉えた目標とする看護師像を知り、今後の学生指導を考える基礎資料とする。

【方法】

研究者所属大学の研究倫理委員会承認(承認番号:H2619)を受け、参加の有無が成績に影響しないことを保証し、同意が得られたA看護系大学1年生を対象とした。「こんな看護師になりたい」と感じた看護師の行動について、半構成的インタビューを実施し、逐語録化して学生が目標と捉えた看護師像を示す言葉を抽出した。

【結果】

データは2名のインタビューから得られた14のコードを表1に示した。学生が目標と捉えた看護師像は「手際が良い」「話を聞いて対応する」「患者に受け入れられる」「感染に配慮している」の4つのカテゴリに分類した。

【考察】

2名のインタビュー内容から、看護師の技術面に対しては「手際」や「感染予防」についての言葉が抽出され、看護師の仕事の正確さや能力に対する視点を持っていることが伺えた。また、「患者に受け入れられる」「話を聞いて対応する」など、看護師の患者への対応にも関心が寄せられ、患者の身体面のみならず、心理面にも配慮できる看護師に目標を見出していると考えられた。

若林ら¹⁾は、看護師のイメージについて「有能性」、「『天使』性」、「頑強性」、「陰険性」の4因子を抽出している。学生は、「手際」といった「有能性」、「話を聞いて対応する」「患者に受け入れられる」など「『天使』性」の要素に注目していることが分かった。目標という質問であったため、ポジティブ面のみが抽出され、「頑強性」や「陰険性」というネガティブ面は含まれにくかったと考えられる。今後、対象数を増やすとともに、目標とする看護師像の共通項を見出すためにデータを蓄積していきたい。

表追加

正

228) 見学実習を通して学生が目標としてとらえた看護師像 -インタビュー結果からの考察- (第1報)

○大澤久美枝¹, 中村昌子², 長谷川真美¹
¹東都医療大学, ²共立女子大学

【目的】

看護系大学で1年次に行われる見学実習において、学生が捉えた目標とする看護師像を知り、今後の学生指導を考える基礎資料とする。

【方法】

研究者所属大学の研究倫理委員会承認(承認番号:H2619)を受け、参加の有無が成績に影響しないことを保証し、同意が得られたA看護系大学1年生を対象とした。「こんな看護師になりたい」と感じた看護師の行動について、半構成的インタビューを実施し、逐語録化して学生が目標と捉えた看護師像を示す言葉を抽出した。

【結果】

データは2名のインタビューから得られた14のコードを表1に示した。学生が目標と捉えた看護師像は「手際が良い」「話を聞いて対応する」「患者に受け入れられる」「感染に配慮している」の4つのカテゴリに分類した。

【考察】

2名のインタビュー内容から、看護師の技術面に対しては「手際」や「感染予防」についての言葉が抽出され、看護師の仕事の正確さや能力に対する視点を持っていることが伺えた。また、「患者に受け入れられる」「話を聞いて対応する」など、看護師の患者への対応にも関心が寄せられ、患者の身体面のみならず、心理面にも配慮できる看護師に目標を見出していると考えられた。

若林ら¹⁾は、看護師のイメージについて「有能性」、「『天使』性」、「頑強性」、「陰険性」の4因子を抽出している。学生は、「手際」といった「有能性」、「話を聞いて対応する」「患者に受け入れられる」など「『天使』性」の要素に注目していることが分かった。目標という質問であったため、ポジティブ面のみが抽出され、「頑強性」や「陰険性」というネガティブ面は含まれにくかったと考えられる。今後、対象数を増やすとともに、目標とする看護師像の共通項を見出すためにデータを蓄積していきたい。

表1 学生が目標としてとらえた看護師像

	学生 A	学生 B
手際が良い	キビキビ仕事をする メリハリがある	手際が良い
話を聞いて対応する	患者の前ではいろいろ話を聞いて対応する 頼りがいがある	不安にならないよう説明する 苦しんでいる人を助ける 少しでも力になれる
患者に受け入れられる	患者に受け入れられている	少しでもポジティブなことを言う 元気に接する 声掛けを頻繁にする あらゆる動作の時に優しく、 分かりやすく声をかける
感染に配慮している		感染予防が徹底されている

(15) 以下の通り訂正いたします。

P280 発表者

誤

290) 看護職者の指導者育成プログラムの取り組み ー第
3報ー 修正プログラム内容の評価

○佐藤真由美¹, 藤田あけみ¹, 漆坂真弓¹, 小林朱実²,
花田久美子², 木村淑子², 竹内香子², 福井真奈美²,
一戸とも子³

¹弘前大学大学院保健学研究科, ²弘前大学医学部附属病
院看護部, ³青森中央学院大学

正

290) 看護職者の指導者育成プログラムの取り組み ー第
3報ー 修正プログラム内容の評価

○佐藤真由美¹, 藤田あけみ¹, 漆坂真弓¹, 小林朱実²,
花田久美子², 竹内香子², 一戸とも子³

¹弘前大学大学院保健学研究科, ²弘前大学医学部附属病
院看護部, ³青森中央学院大学

目 次

—原 著—

産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」の情報を
提供してから他機関との連携が発展するプロセス

— 乳幼児虐待の発生予防を目指して — 1

国立看護大学校 唐 田 順 子
聖隷クリストファー大学看護学部 市 江 和 子
常葉大学健康科学部 濱 松 加寸子

特別養護老人ホームにおける看取りの質を看護の視点から評価する因果モデルの検証 13

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看護学部 山 下 香 枝 子
静岡県立大学看護学部 西 川 浩 昭

—研究報告—

介護老人保健施設の看護職の役割・認識とやりがい感との関連 23

西南女学院大学保健福祉学部看護学科 丸 山 泰 子
福岡県立大学看護学部 櫛 直 美
西九州大学健康栄養学部健康栄養学科 横 尾 美智代

生後2～3か月児がいる母親の育児困難感とその関連要因 33

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 申 沙 羅
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 山 田 和 子
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 森 岡 郁 晴

早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセス 41

大分県立看護科学大学基礎看護科学講座看護アセスメント学研究室 山 田 貴 子
大分県立看護科学大学基礎看護科学講座看護アセスメント学研究室 藤 内 美 保

慢性肝炎患者が行う活動休息調整とソーシャルサポートのQuality of Lifeへの影響 53

福井県立大学看護福祉学部 内 田 真 紀
朝日大学歯学部附属村上記念病院 矢 島 直 樹
福井県立大学看護福祉学部 有 田 広 美

—資料・その他—

人工股関節全置換術を受けた患者のQOLの変化と関連要因の検討 61

宮城大学 木 下 美 樹
宮城大学 吉 田 俊 子
宮城大学 山 田 嘉 明
宮城大学 高 橋 和 子

京都府内の産婦人科診療所における性暴力被害者への支援の実態調査 73

京都府立医科大学医学部看護学科 福 本 環

京都府立医科大学医学部看護学科 岩 脇 陽 子

京都府立医科大学医学部看護学科 松 岡 知 子

CONTENTS

Original Papers

- Developmental Process of Cooperation with other Institutions through the Provision of Information on
“Parents and Children of Concern” by Nurses Working at Maternity Hospitals:
with an Aim to Preventing Infant Abuse 1

National College of Nursing, Japan : Noriko Karata
Seirei Christopher University : Kazuko Ichie
Tokoha University : Kazuko Hamamatsu

- Verification of a Causal Model for Use in Evaluating the Quality of End-of-Life Care in Nursing Homes 13

School of Nursing, University of Human Environments : Mitsuyo Ohmura
School of Nursing, Seirei Christopher University : Kaeko Yamashita
School of Nursing, Shizuoka Prefectural University : Hiroaki Nishikawa

Research Reports

- Relationship between Nursing Professionals’ Roles/Understanding in
Long-term Health Care Facilities for the Elderly and Sense of Job being Worthwhile 23

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University : Yasuko Maruyama
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Naomi Ichiki
Department of Health and Nutrition Sciences, Faculty of Health and Nutrition Sciences,
Nishikyushu University : Michiyo Yokoo

- Feelings of Difficulty with Child-Rearing and their Related Factors
among Mothers with a Baby at the Age of 2-3 Months 33

Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Sara Shin
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Kazuko Yamada
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ikuharu Morioka

- Psychological Process from Hiring to Post-resignation of
Early Resignation New Graduate Hospital-employed Nurses 41

Division of Nursing Assessment, Department of Basic Nursing Sciences,
Oita University of Nursing and Health Sciences : Takako Yamada
Division of Nursing Assessment, Department of Basic Nursing Sciences,
Oita University of Nursing and Health Sciences : Miho Tonai

- Influence of a Chronic Hepatitis Patient’s Quality of Life on Activity/Rest Adjustment and Social Support 53

Faculty of Nursing & Social Welfare Sciences, Fukui Prefectural University : Maki Uchida
Murakami Memorial Hospital Asahi University : Naoki Yajima
Faculty of Nursing & Social Welfare Sciences, Fukui Prefectural University : Hiromi Arita

Preliminary Session

Factors Associated with Change in The Quality of Life after Total Hip Arthroplasty 61

Miyagi University : Miki Kinoshita
Miyagi University : Toshiko Yoshida
Miyagi University : Yoshiaki Yamada
Miyagi University : Kazuko Takahashi

Factual Investigation of Support for Victims of Sexual Assault at
Obstetrics/Gynecology Clinics in Kyoto Prefecture 73

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Tamaki Fukumoto
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Yoko Iwawaki
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Tomoko Matsuoka

産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」の情報を提供してから他機関との連携が発展するプロセス

— 乳幼児虐待の発生予防を目指して —

Developmental Process of Cooperation with other Institutions through the Provision of Information on
“Parents and Children of Concern” by Nurses Working at Maternity Hospitals:
with an Aim to Preventing Infant Abuse

唐 田 順 子¹⁾ 市 江 和 子²⁾ 濱 松 加 子³⁾
Noriko Karata Kazuko Ichie Kazuko Hamamatsu

キーワード：児童虐待，発生予防，連携，周産期，産科医療施設

Key Words：child abuse, prevention, cooperation, perinatal period, maternity hospitals

緒 言

児童相談所の虐待相談対応件数は年々増加し、2013年度の相談対応件数は73,765件であった（厚生労働省、2014a）。2012年度の児童虐待による死亡事例は51人が報告され、0歳児の死亡事例が22人で全体の43.1%、とくに1か月未満の児が11人（0歳児の50%）と最多であった（厚生労働省、2014b）。子ども虐待死亡事例等の検証結果報告の第1次から第10次までの報告を通して、0歳児の死亡事例は全体の40～50%程度で推移し、最も多い割合を占めている。1か月未満の児の死亡事例のなかには、妊娠期からすでに虐待の危険性があったにもかかわらず適時に介入できず死亡に至る事例もあることから、2008年の「児童福祉法」の改正により「特定妊婦」が規定され、要保護児童地域対策協議会の対象者として明記され妊娠期からの支援が可能となった。同時に、乳児家庭全戸訪問事業の創設、養育支援訪問事業等子育て支援事業、要保護児童対策地域協議会の充実に向けた改正が行われ、児童虐待の発生予防に向けた対策が本格的にスタートした。しかし、その後も0歳児の死亡は減少せず、第7次報告から0日・0か月児の死亡検証が継続して行われている。

乳児の虐待の発生予防には妊娠期からの切れ目のない支援が必要とされ、そのためには妊娠・出産管理を行う産科医療施設と保健・福祉機関の連携が重要である。小林（2010）は乳幼児の虐待死亡事例の鍵機関は保健と医療であると、産科医療施設で早期にハイリスク児を把握し、保健機関と連携することの重要性を述べている。厚生労働

省は2011年、2012年の2度にわたり通知を発令し（厚生労働省、2011；厚生労働省、2012）、行政機関と医療機関との連携体制づくりと積極的な情報共有の推進を促した。

児童虐待の発生予防における連携に関しては、ハイリスク妊産婦を支援するための連絡票の作成、妊産婦の情報提供システムの構築、先駆的な取り組みによる効果を示した実践（三上・佐賀、2013；宮崎、2013；東保、2013）が報告されている。また、母親の産後うつ傾向の把握と虐待予防に向けた育児支援システムの構築（上別府・杉下・栗原・村山・山崎、2010；栗原ら、2010）が報告されている。しかし、病院内に虐待防止委員会の設置が進んでいる現状においても、行政との連携が課題とする報告があり（宮本・中板・曾根、2012）、医療機関と保健・福祉の行政機関との連携の促進は重要な課題である。

医学系分野において連携の概念整理が遅れていると指摘（Leutz, 1999）されていたが、医療・保健・福祉領域の連携の概念整理は徐々に行われている（鈴木、2006；山中、2003；吉池・栄、2009）。児童虐待の発生予防における連携に関して、大友・麻原（2013）は助産師と保健師の相互の連携システム構造を、助産師と保健師双方が母親と信頼関係を築き、関係職種が支援の必要な母子を漏らさない網目をつくることとした。このように、児童虐待の発生予防に向けた連携のシステムについて報告されているが、産科医療施設と保健・福祉機関の「連携」という現象そのものについて焦点をあてた研究は少なく、産科医療施設と他機関の連携という相互作用が、専門職者にどのような変化をもたらし、どのような効果が得られているのかは

1) 国立看護大学校 National College of Nursing, Japan

2) 聖隷クリストファー大学看護学部 Seirei Christopher University

3) 常葉大学健康科学部 Tokoha University

明らかにされていない。

本研究は、唐田・市江・濱松（2014）による『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—』の続報にあたる。前報では、産科医療施設の看護職者（以下、看護職者）が「気になる親子」に出会ってから、同意を得て情報提供ケースとして確定するプロセスを明らかにした。「気になる親子」の判断には【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことが重要であり、その視座を育むためには他機関からの情報提供が不可欠であることを示した。本研究では、「気になる親子」を情報提供する段階から他機関との連携が発展するプロセスを明らかにする。連携の発展プロセスを明確にすることにより、連携促進のための方略を検討することができ、乳児の虐待発生予防のために寄与できると考える。

I. 研究目的

産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」の情報を提供してから、他機関との連携がどのように発展していくのか、そのプロセスを明らかにする。

II. 用語の定義

- ①気になる親子：現在のところ明らかな虐待の所見はないが児童虐待のリスク因子が存在し、親子の様子に違和感や不自然さを感じ他機関へ情報提供したいと感じる親子とする。
- ②産科医療施設（総合病院）：医療法による20床以上の病院で、複数の診療科目を有する施設で、診療科目の中に産科のある施設とする。ハイリスクな母子の治療を行う周産期母子医療センターを厚生労働省から指定されている施設も含める。新生児を中心に治療・看護するNICU病棟は含めない。
- ③支援：対象者のニーズを満たすため、あるいは対象者を望ましい状態にするために行う直接的・間接的な行為とする。援助より広い概念であり、多職種・組織間の連携を含める。
- ④連携：Leutz（1999, pp.83-89）の連携の3つの水準を参考に、情報・援助の集約化や、コーディネーション機能も明確にはされていないが、地域のどこで何が行われているのかについての認識が共有されている「ゆるやかな連携」(linkage) のレベルであるととらえ、以下のように定義する。支援において、異なる分野の専門職者ないし各機関が共通の目的に向けて活動すること。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」(M-GTA)による質的記述研究。

B. 研究参加者

研究参加者は、産科医療機関（総合病院）に勤務する「気になる親子」を支援した経験をもつ、産科経験年数3年以上の看護職者（助産師、看護師）で、施設の看護管理者の推薦を受けた人とした。産科経験3年以上とした根拠は、Benner（2001/2005, pp.23-32）の中堅看護師の定義を参考に、「気になる親子」に気づき、他機関との連携に向けた行動ができるのは、親子の子育てという長期目標をふまえて状況の意味を知覚できる中堅看護職者であると考えたからである。

「産科医療保障制度」に加入している関東1都6県および東海4県の総合病院、周産期母子医療センターのなかから、施設を無作為に選定し、看護管理者に依頼文・調査協力者選定依頼文を送付し、調査参加者を推薦可能な場合はハガキの返信を依頼した。合計173通の依頼文を送付した。推薦可能との意思を示した施設の看護管理者へ、調査参加者宛ての依頼文・インタビュー内容・返信ハガキを送り、調査参加候補者への配布を依頼した。協力可能な候補者には希望連絡先・日時をハガキに記入したうえで返信を依頼した。返信のあった候補者に希望された連絡方法で連絡をとり、インタビュー日時を決定した。

C. データ収集方法

データは2011年9月から2012年7月にかけて収集した。インタビューは半構造化面接により行った。面接は各施設内でプライバシーの保たれる個室で実施した。主なインタビュー内容は、①「気になる親子」に関しての情報提供はどのような手順を経て行われたのか、②連絡をとるための行動は経験によりどのように変化したのか、③保健機関等との連携はどのような意味があるかと考えるか、等である。インタビュー内容は研究参加者の許可を得て録音した。インタビュー時間は51～107分で、平均75分（1時間15分）であった。

D. 倫理的配慮

インタビュー実施前に研究協力者に対して協力依頼説明書を用いて、調査の目的、調査方法・所要時間、自由意思による協力であること、途中辞退を含む辞退する権利があること、得たデータは研究目的以外には使用しないこと、

プライバシーへの配慮を行うこと、答えたくない質問には答えなくてもよいこと、研究結果の公表の了解等の倫理的配慮を説明し、同意書への署名を得た。研究計画書は聖隷クリストファー大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得た（認証番号：1104）。本研究における利益相反はない。

E. 分析方法

本研究はM-GTAを用いて分析を行った。M-GTAは、人間と人間が直接的にやりとりをする社会的相互作用にかかわる研究、研究対象とする現象がプロセス的特性をもち、研究結果が実践的に活用される研究に適しているときとされている（木下，2003）。本研究は連携が発展するプロセスを明らかにするものであるが、この現象はプロセス的性格をもっており、看護職者と他機関の専門職者との社会的相互作用性の要素が強い。また、得られた結果を看護実践に活用できることから、M-GTAが本研究の分析に適していると判断した。

具体的な分析手順は次のとおりである。

- ①インタビュー内容から作成した逐語録を熟読し、分析テーマと分析焦点者に照らしてデータを解釈し、説明概念を生成した。概念の生成には、分析ワークシートを使用し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載した。
- ②生成した概念の定義に照らし合わせてデータを継続比較分析し、類似例だけでなく対極例を探し、解釈が恣意的に進まないよう配慮した。
- ③概念名や定義は、追加される具体例を的確に表現できるように見直し修正した。
- ④概念と他の概念との関係性を検討し、複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成した。カテゴリー相互の関係から、そのプロセスを説明する結果図と文章化したストーリーラインを作成した。

概念の生成から結果図、ストーリーラインの作成までの過程において、M-GTAに精通した質的研究者のスーパービジョンを受けた。また分析過程において、小児看護、助産、母子保健を専門とする研究者と定期的に検討した。

IV. 結 果

A. 研修参加者の概要

25人の看護職者（総合病院9，周産期センター指定総合病院16）から本研究への同意が得られ、インタビューを行った。研究参加者はすべて女性であった。年齢は28～57歳で、平均年齢43.0歳であった。経験年数は6～31年で、平均15.2年であった。職種は助産師が24人、看護師が1人であった。院内に虐待防止委員会が設置されていたのは9

施設であった（表1）。看護師1人のデータを含め分析した理由は、看護師から得られたデータが他の助産師のデータとの差がなく、「気になる親子」を情報提供ケースとして確定してから、どのように連携が発展するのかが豊かに語られていたからである。

B. 分析結果

分析の結果、29の概念、7つのサブカテゴリー、6つのカテゴリーが生成された。

M-GTAによる分析結果を文章化したストーリーラインと、それを説明する結果図を示す（図1）。〈 〉は概念、《 》はサブカテゴリー、【 】はカテゴリーを表す。

1. ストーリーライン

産科医療施設（総合病院）の看護職者が、「気になる親子」の情報を提供してから他機関との連携が発展するプロセスは、確定した情報提供ケースの状況から、緊急に複数の機関に介入を要請したほうがよいか、出生連絡票を利用した新生児訪問依頼でよいか等【リスクのレベルを判断したうえでつなぐ】ことから始まる。

情報提供後、他機関の専門職者から支援の結果が書面や電話で〈情報がフィードバックされる〉。その情報によって看護職者は退院後の親子が、現状において問題が発生しているのか、順調に子育てできているのか、【親子のなりゆきを知る】。看護職者は【親子のなりゆきを知る】ことにより《親子の生活理解が深まる》。また、〈自己の支援を振り返る〉ことで《支援を自己評価する》。それが、気になる親子発見のための〈アンテナが高くなる〉〈次への示唆を得る〉といった《自己の支援が進化する》ことにつながる。同時に、〈橋渡しの必要性を認識する〉〈病院の限界を認識する〉〈長期的な視点を認識する〉〈つなぐ目的を認識する〉といった《認識強化が起きる》。看護職者は親子の退院後のなりゆきを知り、支援の振り返りを行うという体験を重ねながら、【支援に還元される経験的な学びを得る】。この過程は多くの看護スタッフが働く環境において、他機関からの〈フィードバック情報を共有する〉ことで可能となる。

他機関からの情報フィードバックにより、【親子のなりゆきを知る】だけでなく、他機関の支援内容や役割分担を知り、他機関とのやりとりが進むと他機関の事情を知り《他機関への理解が深まる》。そして、看護職者は〈他機関に支援をゆだねる〉ことができるようになる。情報のフィードバックは、看護職者が他機関を【頼れる支援機関として認識する】ことにつながっていた。

【支援に還元される学びを得る】【頼れる支援機関として認識する】ことにより、看護職者の《連携へのモチベー

表1 研究参加者の概要

事例	年齢	職種	経験年数(年)	病院区分	インタビュー時間(分)	院内虐待防止委員会設置の有無
1	40歳代前半	助産師	16	周産期センター	104分	有
2	30歳代後半	助産師	12	総合病院	68分	無
3	50歳代後半	助産師	11	周産期センター	97分	無
4	30歳代前半	助産師	6	周産期センター	88分	無
5	20歳代後半	助産師	5	周産期センター	74分	有
6	30歳代前半	助産師	11	周産期センター	84分	無
7	40歳代前半	助産師	7	周産期センター	76分	有
8	40歳代前半	助産師	17	周産期センター	58分	有
9	50歳代後半	助産師	30	周産期センター	76分	有
10	40歳代前半	看護師	5	周産期センター	66分	有
11	40歳代後半	助産師	19	総合病院	73分	無
12	30歳代前半	助産師	7	総合病院	69分	無
13	30歳代後半	助産師	15	周産期センター	67分	有
14	40歳代前半	助産師	16	総合病院	51分	無
15	40歳代後半	助産師	23	総合病院	103分	無
16	20歳代後半	助産師	5	周産期センター	67分	無
17	40歳代後半	助産師	10	周産期センター	56分	無
18	50歳代前半	助産師	20	周産期センター	76分	無
19	30歳代後半	助産師	6	総合病院	94分	無
20	50歳代前半	助産師	28	周産期センター	80分	有
21	40歳代前半	助産師	16	周産期センター	56分	有
22	50歳代前半	助産師	22	周産期センター	69分	無
23	40歳代前半	助産師	15	総合病院	52分	無
24	50歳代前半	助産師	31	総合病院	107分	無
25	50歳代前半	助産師	27	総合病院	66分	無

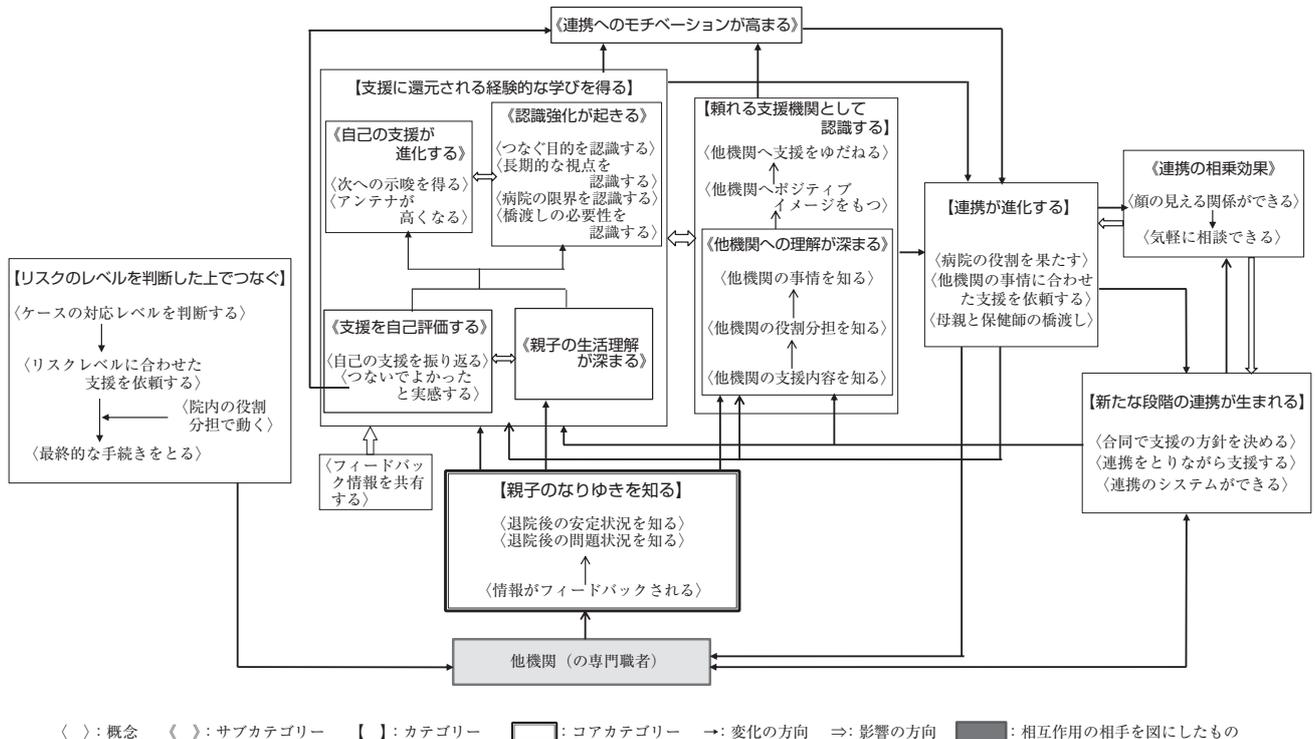


図1 産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」を情報提供ケースと確定してから連携が発展するプロセス

ションが高まる》ことで、他機関の支援を認識したうえで〈病院の役割を果たす〉〈他機関の事情に合わせて支援を依頼する〉〈母親と保健師の橋渡し〉へと【連携が進化する】。連携が進むと他機関の専門職者と〈顔の見える関係ができる〉ことで、〈気軽に相談できる〉ようになる《連携の相乗効果》で連携がさらに進化し、〈合同で支援の方針を決める〉〈連携をとりながら支援する〉、〈連携のシステムができる〉という【新たな段階の連携が生まれる】。

2. 各カテゴリーと概念

以下に各カテゴリーを、サブカテゴリー、概念、研究参加者の語りを用いて説明する。語りは『ゴシック体』で示し、（ ）は文脈を明確にするために研究者が補った。

a. 【リスクのレベルを判断したうえでつなぐ】

【リスクのレベルを判断したうえでつなぐ】は、〈ケースのリスクレベルを判断する〉〈リスクのレベルに合わせた支援を依頼する〉〈院内の役割分担で動く〉〈最終的な手続きをとる〉の4つの概念からなる。

〈ケースのリスクレベルを判断する〉と〈リスクのレベルに合わせた支援を依頼する〉は対となる概念で、緊急に複数の他機関に介入を要請したほうがよいか、妊娠中から連携した支援が必要か等を判断し、合同カンファレンスの開催、病院への保健師の訪問等の支援を依頼する。〈最終的な手続きをとる〉は、看護職者や医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）が院内の役割分担に沿って、看護要約や情報提供用紙を記入し、他機関に電話やファックス、郵送等で情報を提供することである。

『これ（夫のDVがあって、上の子への虐待の危険があるケース）は保健所だけでなく警察も入ったほうがいいかもしれないねって言って、連絡をしました』（事例21）

『地区担当の保健師が定期的に家庭訪問だけでは養育がむずかしいケース。家族がいたとしても養育の支援者にはなり得ないかもしれない、子どもは絶対に児童相談所が関与しなければいけないケースのときには、合同カンファレンスを開いています』（事例9）

b. 【親子のなりゆきを知る】（コアカテゴリー）

【親子のなりゆきを知る】は3つの概念からなる。〈情報がフィードバックされる〉は、他機関から情報提供用紙の返事が戻ってきたり、電話等で親子の状況や支援内容の情報が返ってくることであり、その情報によりネグレクトが発見されたり、最悪の状況としては子どもが死亡する等の〈退院後の問題状況を知る〉場合と、順調に子育てができてきている等の〈退院後の安定状況を知る〉場合の2つがある。

『育児の状況としては、不衛生が発覚したり、結局DVがあったから、児童相談所がかかわって、結局保護されたとい

うような経過を知ることができます』（事例11）

『心配なことはたくさんあるみたいで、訪問すると訴えてはくるけれど、一つ一つをちゃんとアドバイスしたらできていますよって報告を受けると、安心はしますね』（事例22）

c. 【支援に還元される経験的な学びを得る】

【支援に還元される経験的な学びを得る】は、《支援を自己評価する》《親子の生活理解が深まる》ことにより、《自己の支援が進化する》《認識強化が起きる》ことである。4つのサブカテゴリーからなり、〈フィードバック情報を共有する〉という1つの影響概念をもつ。以下、サブカテゴリーごとに説明する。

《支援を自己評価する》は、看護職者が、情報提供が他機関の継続支援へつながり、親子の状況が安定していることを知り〈つないでよかったと実感する〉と同時に、気になるサインに気づけていたか、自己の支援が有効だったか、改善点はないか等、〈自己の支援を振り返る〉ことである。

『返事にはこのケースについては、多機関で連携して虐待予防していきまうっていうふうには、いろんな機関がチームを組みます、みたいな感じで。やっぱり相当重いケースなんだな、つなげてよかったなとは思いました』（事例11）

『そうする（退院後の親子の状況を知ることができる）と、ずっと先をみると、いまの病院でのかかわりとかというのはそれで有効だったのか、もうちょっとこういう視点があったほうがいいのかというところの振り返りになりますね』（事例8）

《親子の生活理解が深まる》は、看護職者が退院後の親子の状況を知り、親子が地域でどのような生活をしているのか理解を深めることである。

『病院では見えなかった家庭環境っていうのが見えて、わあ、こんなところで生活してたんだ、このお母さんと思ったりしました』（事例11）

『人って、その場その場で見せる顔って違うと思うんです。病院で話してくれているその（母親の）姿と、実際の家に帰ってその地域で（の姿と）。結構出し方が違う人って多いんです。逆に地域で見せている顔を（保健センターなどが）伝えてくれると、病院では、「え？」って驚いちゃうこともあるけど、「そういう（病院で見せない）面もあるんだ」って（理解できる）。きっと病院よりは、そこ（地域）がもともと本人のもっている素じゃないかなって思うから』（事例10）

《自己の支援が進化する》は、看護職者が〈次への示唆を得る〉、「気になる親子」に対する気づきの〈アンテナが高くなる〉ことである。

『（情報のフィードバックは）私たちの反省材料になるし、またこれが活かされて次のステップになるし、こういう場合はああしようってケアにつながっていく』（事例16）

『(情報提供したケースのその後の状況を知ることは) アンテナが高くなる効果はあるような気がします。「この人がお家に帰ってからはどうなるのかな……」ってというような想像が豊かになると思います』(事例12)

《認識強化が起きる》は、看護職者の親子理解のための認識や連携に対する認識が強くなることである。具体的には、以下の4つの認識である。

〈橋渡しの必要性を認識する〉は、精神疾患をもつ母親等の他機関の支援へスムーズにバトンタッチすることが困難なケースに対し、母親と他機関の専門職者との間を仲介することの必要性を認識することである。〈病院の限界を認識する〉は、病院は来院された人に対して援助を提供する場であり、「気になる親子」の退院後の子育てを支援するには限界があると認識することである。〈長期的な視点を認識する〉は、子育ては地域の生活のなかで長期的に続くものであることを認識することである。〈つなぐ目的を認識する〉は、何のために他機関と連携をとるのかを認識することである。

『高年初産とか精神科疾患がある人だと、他者の受け入れというのがなかなかできなくて、この病院のここぞというのが強いと、それをどううまく保健師さん、地域にゆだねていくかということが必要かなと感じますね』(事例9)

『生活が(病院のなかにいる)私にはもう見えない、家での生活が。生活に入ってもらえる保健師さんに何とかしてもらわなければもう(病院のなかにいる)自分の力では何ともならないんだなと思ったんです』(事例8)

『いまここだけを見ていてもだめだよ、子育ては長いから先のことを考えて、本当に、そこも考えながら見ていかないと、やっぱり判断はできないから』(事例9)

このカテゴリへの影響概念として、〈フィードバック情報を共有する〉がある。看護職者が、他機関からフィードバックされた情報を看護職チームで共有することである。フィードバックされた情報がおのおのの看護職者に共有されなければ、経験的な学びが得られず支援を改善することが困難となる。

『(家庭訪問を)「依頼したよ」とか、その後、「こんなふう(保健センターから返事が)来てたよ」みたいなことを、連絡ノートで師長さんが書いてくれたり(します)』(事例17)

d. 【頼れる支援機関として認識する】

【頼れる支援機関として認識する】は、《他機関への理解が深まる》という1つのサブカテゴリ、〈他機関の支援内容を知る〉〈他機関の役割分担を知る〉〈他機関の事情を知る〉〈他機関へポジティブイメージをもつ〉〈他機関へ支援をゆだねる〉の5つの概念からなる。5つの概念は他機関とのやりとりに応じて段階的に進んでいく。

《他機関への理解が深まる》は3つの段階で進んでいく。まず、他機関からの情報のフィードバックにより〈他機関の支援内容を知る〉。すると、連携先の他機関のおのおのがどのような支援の分担をしているのか〈他機関の役割分担を知る〉。さらに他機関とのやりとりが進むと、産科医療施設の看護職者がこれまで知らなかった〈他機関の事情を知る〉。具体的には、親子に問題がなければ新生児訪問は2~3か月後くらいになる、早く新生児訪問に行きたくて欲しいときは、医療施設がハガキに一筆追加したほうがよい、気になるケースをすべて養育支援連絡票で情報提供すると保健師が対応できなくなる等を指す。

《他機関への理解が深まる》と、看護職者は尊敬できる、心強い、頑張っている等の〈他機関へポジティブイメージをもつ〉。そして看護職者は〈他機関へ支援をゆだねる〉ことができるようになり、他機関を【頼れる支援機関として認識する】。

『子育て支援でヘルパーさんを雇っている行政もあるので、ヘルパーさんが毎日行ってくれて、手厚くフォローしてくるところ(行政)もある』(事例1)

『政令指定都市なので、市のなかに保健所と保健センターがあるんです。だから、大まかなハイリスクは保健所が担当しているんですが、ちょっとした生活支援なり育児支援のサポート的なフォローはセンターがやるというように分かれています』(事例7)

『産後の「こんにちは赤ちゃん事業」で保健師さんが訪問してくれるというのも、時期がすぐ後になってしまうことや、(親子に)何も問題がなければ助産師訪問だったり、保健センターのなかで出生連絡票を振り分けたりして3~4か月後くらいになって訪問に行く場合もあるというお話を聞いたので』(事例8)

『特にA市は(児童虐待予防に)わりと関心が高いので、(情報提供ケースの支援依頼に)受け入れがいい感じがします。そうすると、違うB県の人に(情報提供用紙を)書くというときでも、きつとこういうのを送っても嫌がられはしないよね、うまくキャッチしてもらえ人が絶対にいるだろうと(思います)』(事例11)

『退院した後は私たちがかかわることができないから、できるだけ地域の人をお願いしようということで』(事例19)

e. 《連携へのモチベーションが高まる》

【支援に還元される経験的な学びを得る】、他機関を【頼れる支援機関として認識する】、〈つないでよかったと実感する〉ことを通して、連携を進めていこうとするモチベーションが高まることである。

『(情報提供した人の)その後の様子がわかると、結局DVがあったから児童相談所がかかわって保護されたというような経過を知ることができて。それがこっち(病院)で早く発

見つけてないでいこうという意識に還元されるのだと思う』（事例12）

f. 【連携が進化する】

【連携が進化する】は、〈病院の役割を果たす〉〈他機関の事情に合わせて支援を依頼する〉〈母親と保健師の橋渡し〉の3つの概念からなる。

〈病院の役割を果たす〉は、看護職者が連携における他機関の役割分担を認識したうえで、病院が行なわなければならない支援に取り組むことである。〈他機関の事情に合わせて支援を依頼する〉は、看護職者が他機関のさまざまな事情に合わせて支援を依頼することである。具体的には、新生児訪問を早期に実施してほしい場合は依頼ハガキに一筆添えたり電話で伝える、ハイリスクケースでなければ家庭訪問依頼に新生児訪問依頼のハガキを活用する等である。〈母親と保健師の橋渡し〉は、保健機関の支援へスムーズに移行できない母親への保健師の介入を容易にするため、看護職者が母親と保健師との間をとりもつことである。具体的には、妊娠期の早い段階から病院で母親と保健師の顔合わせをする、保健師と一緒に家庭訪問すること等である。

『(妊婦健診を未受診の人は) 地域に帰ると、本人さんがつかまりにくくなってしまおうということ(保健師さんが) おっしゃって、病院で情報を聞いてもらえるとありがたいと。確かにそうだと思って。病院にはそういう役割もあるんだって思いました』(事例5)

『(退院して) 3~4か月後くらいになって訪問に行く場合もあるというお話を聞いたので、本当に(家庭訪問が遅いと)、ノイローゼになってしまったりと予測される人には、退院してすぐ調整してもらって行ってもらっています。全然手伝ってくれる人がいないとか、子どもがいっぱいる人のところにも、いまは(早めに) 訪問してもらっています』(事例8)

『若年妊婦のときは、助産師が段取りをして、ここ(病棟)でお話をしましたね。本人と家族と保健師さん2人入って。顔合わせみたいな感じで、これからこの保健師さんが担当になりますって導入していきました』(事例6)

g. 《連携の相乗効果》

《連携の相乗効果》は、進化した連携を経験するうちに他機関の専門職者と〈顔の見える関係ができる〉。すると、気になるケースについて〈気軽に相談できる〉ようになり、さらに連携が発展することである。2つの概念からなる。

『保健師さんと顔見知りになると、ちょっと連絡したりということが出てくる。児童相談所の人とも、「この間はお世話になりました」みたいな感じになり、こういう場合はどうしたらいいのでしょうかと相談できるようになってきたと思う

んです』(事例9)

h. 【新たな段階の連携が生まれる】

【新たな段階の連携が生まれる】は、〈合同で支援の方針を決める〉〈連携をとりながら支援する〉〈連携のシステムができる〉の3つの概念からなる。

進化した連携を継続すると連携が新たな段階へと発展する。〈合同で支援の方針を決める〉は、産科医療施設のケース関係者と他機関の関係者が合同カンファレンスを開催し、支援の方針を決定することである。〈連携をとりながら支援する〉は、看護職者が親子を他機関と情報交換し支援することである。〈連携のシステムができる〉は、児童虐待発生子予防のための発見、情報提供、継続的な情報共有というシステムができることである。具体的には、ハイリスクケースの発見のためのチェックリストの共同作成、情報提供用紙の作成、定例会議の開催等である。

『子ども家庭支援センター(の職員)にケースの状況を伝え、ヘルパーが派遣できないのか、利用できる支援を事前に調べてもらうように依頼して。このケースの場合、平日職員が(自宅に) 訪問しても(母親は日本語ができないので) 対応できないし支援につながらないと思い、支援につながりやすいタイミングを2人で一緒に検討して、受診の後の日本語ができる夫がいるときに支援につなげました』(事例2)

『拡大カンファレンスというのを市でやっているのです。2か月に1回、関係機関が集まるというようなかたちになっています。こちら(病院)からは気になるケースの紹介をします。情報交換をしています』(事例7)

3. 対極概念による連携の発展を阻害する【一方通行の悪循環】

M-GTAでは、データを概念の定義に照らし合わせ、類似例と対極例を継続比較検討していく。この分析において概念の対極例が意味することは、他機関との連携の発展が阻害されることを意味する。具体例の多数存在する対極例を対極概念として扱い、連携を阻害する【一方通行の悪循環】の結果図(図2)を示し、ストーリーを説明する。

産科医療施設(総合病院)に勤務する看護職者が「気になる親子」の情報を提供しても、他機関から〈情報がフィードバックされない〉と、《親子のなりゆきがわからない》状況となる。

『毎回サマリーをあれだけ送って、しかも返事が返ってくるように、わざわざ用紙までつけて送ってるにもかかわらず返事が返ってこない』(事例12)

『(ケースの退院後の情報は) すごく知りたいんです。本当は。だけど、退院後の情報はもうわからないです。地域に行っちゃうと。その方がどうなっていったのかってことは、実は知りたいです。知りたいけど、知るすべもないし』

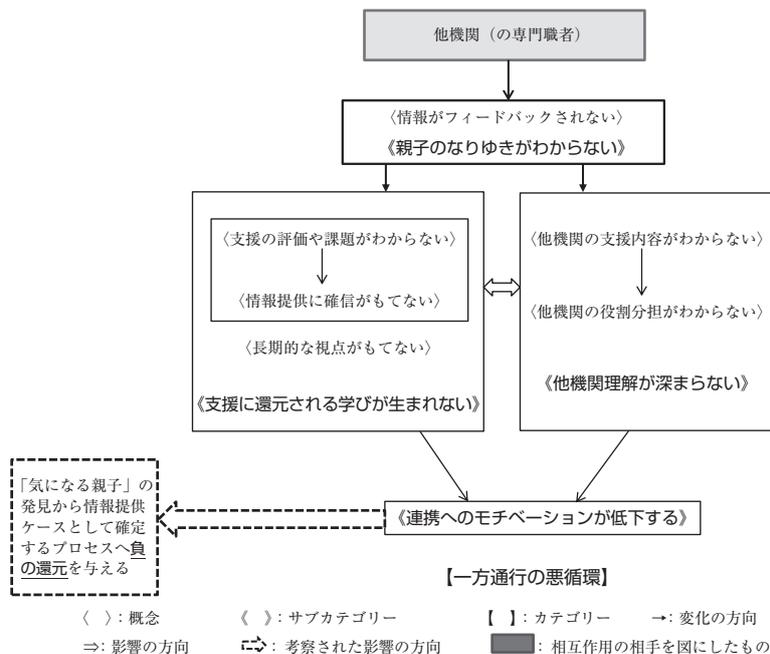


図2 対極概念による結果図 連携を阻害する【一方通行の悪循環】

（事例6）

「親子のなりゆきがわからない」ため支援の振り返りができず「支援の評価や課題がわからない」。そのため、「情報提供に確信がもてない」、退院後の子育てを理解するための「長期的な視点がもてない」状況になり、「支援に還元される学びが生まれない」ことにつながっていた。

『本当に何が問題なのかっていうのを、いまの状態じゃみつけられない。この人問題だったんだというのが、（情報が戻らず）結果も何もわからないから、わからない』（事例16）

『自分が違和感をもったケースのその後がどうだったのかというのを追えることによって、自分の経験を固めることができる。あの違和感があっていたと思う経験ってすごく重要なような気がします。その先の自分の経験に活かせる。地域でのことがわかればもっと長い目で（子育て）全体を見られる助産師が育つと思いますが、情報が返ってこないから無理ですね』（事例13）

「情報がフィードバックされない」ことで、「親子にどのような支援が行われたのか知ることができず「他機関の支援内容がわからない」、「他機関の役割分担がわからない」と「他機関理解が深まらない」状況となる。

『（保健センターから返事がないので）どこまで、対処してくれてるのかわからないので私たちには』（事例15）

『向こう（保健センター）の状況を知ること（が必要）です。（お母さんに）紹介するにも、どうしているところか知らないと伝えられないので』（事例21）

自己の「支援に還元される学びが生まれない」こと、「他機関理解が深まらない」ことは、「連携へのモチベー

ションが低下する」ことにつながっていた。

『自分たちがこういうの（情報提供用紙）を送って、その後どう対応してくれたのかっていうところのフィードバックがあると、私たちも、よかったなとか、もうちょっと頑張ろうかなっていうモチベーションにつながるのにとったりします』（事例5）

『どこまでやってるのかわからないでいると、やり甲斐にならない。「送ってよかったね」ってどうしても言えない。動機づけにならないですね』（事例15）

産科医療施設の看護職者が「気になる親子」の情報を提供しても、他機関からの情報のフィードバックがないため、退院後の親子の様子や他機関が親子にどのような支援を行ったのかの情報が得られない。退院後の「親子のなりゆきがわからない」ことにより「他機関理解が深まらない」「支援に還元される学びが得られない」。すなわち、情報提供した親子がどのようになっていったか知りたいが知ることができず、自身が行った援助がよかったのかどうかかわからず、情報提供に確信がもてない。「気になる親子」に他機関はどのような支援をどの程度行ってくれるのかわからないことと相まって、連携へのモチベーションを低下させていた。このように、産科医療施設の看護職者からの情報提供のみという一方通行は、「支援に還元される学びが得られない」ことで「気になる親子」の発見から情報提供ケースとして確定するプロセスに負の還元を与え、「連携へのモチベーションが低下する」ことにより連携の発展を阻害し、【一方通行の悪循環】となっていた。

V. 考 察

他機関からフィードバックされる「退院後の親子の状況」や「他機関の支援内容」に関する情報が看護職者へもたらす有用性を中心に考察を述べる。

A. 親子の生活理解の深まりによる長期的視座の育成

看護職者は、他機関の専門職者から書面や電話で退院後の親子の状況を伝えられ、親子が地域でどのような生活をしているかの理解が深まる。産科医療施設では、妊娠から産褥早期に限られた期間の親子を援助するという特徴がある。多くの場合、産後1か月健診で産科医療施設と親子との関係は終結する。病産院における援助は入院中の母子の状況を中心に実施され子育てを見据えた支援とはいいがたいと指摘され（唐田，2008）、産科医療施設は長期的な視座をもちにくい環境である。家庭訪問をした保健師から具体的な生活の様子を聞くことや、ときには一緒に家庭訪問をすることで、「病院では見えなかった家庭環境っていうのが見えて、わあ、こんなところで生活しているんだ」と看護職者が語るように、親子の生活の理解が深まっている。そして、「こっちが要求する（健康管理）レベルに到達できなくても仕方がないし、こっちが降りなきゃ仕方ないという見方に変りました」と、助産師の親子に対するとらえ方に変化が起きている。Benner（2001/2005, pp.30-32）は、経験を積むことにより看護師は状況把握の仕方や行動に変容が起こるとし、経験とは理論にニュアンスや微妙な違いを加える数多くの現実的な状況に遭遇することで、先入観や理論を改良すると述べている。具体的な親子の様子を知る経験が現実的な状況への遭遇となり、親子のとらえ方を変化させることにつながったのだといえる。退院後の親子の生活理解が深まることで、〈長期的な視点を認識する〉ことが強化されていた。長期的な視点は、「気になる親子」の発見のプロセスにおいて「気になる親子」の特定のための重要な視点である。退院後の親子の生活理解の深まりは、看護職者の「気になる親子」の発見・特定のための長期的な視座を育成することが示された。

B. 自己評価による「気になる親子」を発見・判断する力の育成

看護職者は他機関の専門職者から、情報提供ケースが濃厚な継続支援が必要という報告を受ければ、リスクの高いケースだったことを再認識し、情報提供してよかったと自己評価する。さらに、入院中の親子の様子と退院後のなりゆきを結びつけて、次の判断基準となるための経験として蓄積していく。そして、「気になる親子」に対する気づきの感度が高くなる。「この人が家に帰ってどうなるのかなと

いう想像をして……」という語りのように、入院中の親子に対して、退院後の状況を予測したうえで気づきにつながっていた。退院後の親子の生活理解が深まることで、退院後の予測ができるようになる。Benner（2001/2005, pp.5-7）は、予測や予期は体験談報告を検討していくなかで新たに生じる疑問とつき合わせていくことで発展し検証されていくのであり、既知の理論や一般論では無理であると述べている。他機関からフィードバックされた退院後の親子の状況を具体的に知り、入院中の自己の支援に対する疑問とつき合わせることは体験を検討することになり、予測や予期の力が培われ、「気になる親子」の発見の力へ還元されていく。このことから産科医療施設では、情報提供したケースの退院後の状況や地域での支援の情報をもとに、入院中の状況とつき合わせた事例検討等を行うことが有用であると考える。

C. 連携に関する認識の強化と他機関理解の深まりによる相互補完性の強化

他機関からの情報フィードバックによる親子の生活理解の深まりと支援の自己評価により、〈長期的な視点を認識する〉〈橋渡しの必要性を認識する〉〈病院の限界を認識する〉〈つなぐ目的を認識する〉の4つの認識が強化されていた。長期的な視点をもつことは、前報（唐田ら，2014）で報告した「気になる親子」の発見・特定のプロセスのコアカテゴリー【長期的な視座に立ち子育てを見据える】の基礎となる視点であった。情報のフィードバックからの認識強化が長期的な視座を育むことにつながり、「気になる親子」の発見のプロセスに還元されている。〈病院の限界を認識する〉は、山中（2003, pp.9-10）のいう連携の前駆条件「援助者自身の限界の認識」であるといえ、連携への直接的動機づけであると解釈できる。すなわち、連携により起きた認識強化がさらに連携への動機を高めることになっている。〈つなぐ目的を認識する〉は、連携の定義には必須要素である「共通の目標」であり、連携には必須の認識が強化されたことになる。〈橋渡しの必要性を認識する〉は、他者を受け入れにくい、退院後は連絡がつきにくいといった親子の特性に合わせ、他機関の専門職者である保健師との橋渡しの必要性を認識することである。困難な目標でも多様な専門職者が各々のアプローチで相互補完的に行うことで可能となる、連携における相互補完性であるといえ（Abramson & Rosenthal, 1995；松岡，2000）、親子のなりゆきを知ることで相互補完性の認識も高まることが示された。また、母親と保健師の橋渡しは、大友・麻原（2013, p.8）の示した連携システムの方法「医師、助産師が保健師の支援を拒否する母親との関係をつなぎとめる」と同様であり、産科医療施設の看護職者が貢献できる連携

の重要な方法であるといえる。

他機関からの親子の情報フィードバックや他機関とのやりとりにより、他機関の支援内容や役割分担、これまで知らなかった他機関の事情を知ることができ、他機関の役割分担や事情に合わせた支援を依頼することへとつながる。また、産科医療施設の看護職者自身の支援の限界を補う存在として支援をゆだねるといふ、山中（2003, p.13）のいう相互補完性を発揮した状態となる。虐待事例には多くの困難な要因（条件）が複雑に関与しているために、一機関、一専門家では対応が困難で、多職種が連携し対応することの必要性が強調されている（厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課, 2013）。経済的な要因、社会的な要因と産科医療施設だけでは対応できない。そのことを十分認識し、相互に親子を支えあうために、他機関の理解を深め産科医療施設での対応の限界を認識することが重要である。

D. 連携の発展を阻害させないために

他機関からフィードバックされる「退院後の親子の状況」や「他機関の支援内容」に関する情報は、看護師に上記の有用性を与え、連携が発展していた。しかし、他機関から情報がフィードバックされない場合、この変化が看護職者に起こらず【一方通行の悪循環】に陥り、連携の発展が阻害されていた。このことから、他機関からの情報のフィードバックはきわめて重要であるが、それ以外に、看護職者が「退院後の親子の状況」や「他機関の支援内容」を知ることができない状況がある。産科医療施設に情報がフィードバックされても、看護職チームで情報の共有がなされない場合である。【支援に還元される経験的な学びを得る】に〈フィードバック情報を共有する〉ことが影響しており（図1）、多くの看護スタッフが働く総合病院において、フィードバック情報が共有されなければ、経験的な学びが得られず連携が発展することを阻害していた。総合病院の場合は、MSWに情報がフィードバックされることも多く、その情報が看護職チームに伝わらなければ看護職者の連携発展への力の育成を阻むことになる。また、看護職チームのなかでも師長や窓口担当の看護職者のみが情報を把握し、スタッフが共有できない場合も同様である。

本研究の研究参加者の産科経験年数は6～31年で、平均経験年数は15.2年であった。このことから現状では、「気になる親子」を発見し連携を発展する力は、ある程度の経験のなかで「退院後の親子の状況」「他機関の支援内容」を知る機会を積み重ねた看護職者がもち得るものではないかと考える。しかし、積極的に「退院後の親子の状況」「他機関の支援内容」を知る機会を与え、長期的視座の育成、「気になる親子」を発見・判断する力の育成、連携への認識強化と他機関との相互補完性の強化がはかられ

ば、経験年数の浅い看護職者の力を育むことにつながるのではないだろうか。

上記から、連携の発展を阻害させないためには、他機関からの情報のフィードバックがあること、その情報が窓口担当者で留まらず、看護職チームで共有することが重要である。

以上のように、連携が発展するプロセスの始まりは、産科医療施設の看護職者と他機関の専門職者の接触・情報交換という相互作用であった。相互のやりとりが始まらなければ、対極例で示した【一方通行の悪循環】が生じ連携が発展しない。相互作用が始まるためには、他機関からの情報のフィードバックは必要不可欠である。

VI. 本研究の限界と課題

本研究で得られた結果は、産科医療施設のなかでも周産期母子医療センターを含めた総合病院に限定されたものである。

今後は、日本の分娩の半数を担う産科単科病院・診療所における「気になる親子」の発見から連携が発展するプロセスの理論化を試み、そのうえで総合病院との差異を検討し、施設の特徴に合わせた連携促進のための方略を検討していきたい。

結 論

1. 産科医療施設（総合病院）の看護職者が、「気になる親子」の情報を提供してから他機関との連携が発展するプロセスは、親子の【リスクのレベルを判断したうえでつなぐ】ことで、他機関から情報がフィードバックされ【親子のなりゆきを知る】ことから始まっていた。【親子のなりゆきを知る】ことは、【支援に還元される経験的な学びを得る】、他機関を【頼れる支援機関として認識する】という看護職者の変化を生み、連携へのモチベーションが高まり、【連携が進化する】。顔の見える関係ができ連携の相乗効果が働き、【新たな段階の連携が生まれる】ことであった。
2. 他機関からフィードバックされる「退院後の親子の状況」や「他機関の支援内容」に関する情報は看護職者に、①退院後の親子の生活理解の深まりと長期的視座の育成、②自己評価による「気になる親子」を発見・判断する力の育成、③連携に関する認識の強化と他機関理解の深まりによる相互補完性の強化、という有用性をもたらす。
3. 連携の発展を阻害させないためには、他機関からの情報フィードバックがあること、その情報が窓口担当者で

留まらず、看護職チームで共有することが重要である。

4. 連携の発展は、産科医療施設の看護職者と他機関の専門職者の相互の接触・情報交換という相互作用から始まる。相互作用のためには、他機関から産科医療施設への情報のフィードバックは必要不可欠である。

謝 辞

本研究を進めるにあたりご協力くださいました助産師・

看護師の皆さま、M-GTA研究会の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は、平成24～26年度文部科学省科学研究費基盤研究（C）（課題番号：24593458）の助成を受けて行った研究の一部であり、2013年度、聖隷クリストファー大学大学院保健科学研究科の博士論文の一部に加筆・修正したものである。

要 旨

目的：産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」の情報を提供してから他機関との連携が発展するプロセスを明らかにする。

方法：看護職者25人を対象としたインタビューで得られたデータを、M-GTAの手法で分析した。

結果：プロセスは、親子の【リスクのレベルを判断したうえでつなぐ】ことで、他機関から情報がフィードバックされ【親子のなりゆきを知る】ことから始まっていた。【親子のなりゆきを知る】ことは、【支援に還元される経験的な学びを得る】、他機関を【頼れる支援機関として認識する】という看護職者の変化を生み、連携へのモチベーションが高まり、【連携が進化する】。顔の見える関係ができ連携の相乗効果が働き【新たな段階の連携が生まれる】ことであった。

結論：連携を発展させる始まりは、産科医療施設と他機関との相互作用であり、そのためには他機関からの情報のフィードバックが必要不可欠である。

Abstract

Purpose: This study aimed to clarify the developmental process of cooperation with other institutions through the provision of information on “parents and children of concern” by nurses working at maternity hospitals.

Methods: Data obtained from interviews with 25 nurses were analyzed using the modified grounded theory approach.

Results: The process of cooperation started with “understanding the course of events of the parent and child” from feedback from other institutions by “making contact once the risk level (of the parent and child) had been determined”. “Understanding the course of events of the parent and child” brought about changes in nurses whereby they “gained empirical knowledge that they could apply to support” and “recognized (other institutions) as reliable means of support”. This led to enhanced awareness of cooperation and “stronger cooperation”. This allowed face-to-face relationships to be established, which elicited synergistic effects of cooperation and “gave rise to a new level of cooperation”.

Conclusions: The starting point for the development of cooperation was mutual contact and exchange of information between maternity hospitals and other institutions for which feedback from other institutions was essential.

文 献

- Abramson, J and Rosenthal, B. (1995). Interdisciplinary and interorganizational collaboration. In: Edwards, R.L. and Hopps, J.G. eds., *Encyclopedia of Social Work*. 19th ed., 1479-1489, Washington, DC: NASW Press.
- 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. 東京：医学書院.
- 上別府圭子, 杉下佳文, 栗原佳代子, 村山志保, 山崎あけみ (2010). 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究 (1) —地域母子保健からの検討. *子どもの虐待とネグレクト*, 12(1), 61-68.
- 唐田順子 (2008). 病産院における子育てを見据えた産褥期の支援の実態と助産師の役割認識. *母性衛生*. 49(2), 357-365.
- 唐田順子, 市江和子, 濱松加子 (2014). 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. *日本看護研究学会雑誌*, 37(2), 49-61.
- 木下康仁 (2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い*. 東京：弘文堂.
- 小林美智子 (2010). 虐待問題が日本の社会に鳴らした警告—虐待防止法までの10年, その後の10年, そしてこれからの10年. *子どもの虐待とネグレクト*, 12(1), 8-24.
- 厚生労働省 (2011). 妊娠・出産・育児期に養育を特に支援する家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について. 雇児総発0727第4号 / 雇児母発0727第3号 (平成23年7月27日, 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長 / 母子保健課長通知). <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv110805-3.pdf>
- 厚生労働省 (2012). 児童虐待防止のための医療機関との連携強化に関する留意事項について. 雇児総発1130第2号 / 雇児母発1130第2号 (平成23年11月30日, 厚生労働省雇用均等・児童

- 家庭局総務課長／母子保健課長通知). <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv121203-1.pdf>
- 厚生労働省 (2014a). 平成25年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000053235.pdf>
- 厚生労働省 (2014b). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第10次報告. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000058559.pdf>
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課 (2013). 子ども虐待対応の手引き (平成25年8月改正版). http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/130823-01c.pdf
- 栗原佳代子, 杉下佳文, 池田真理, 山崎あけみ, 古田正代, 山本弘江, 大塚寛子, 上別府圭子 (2010). 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究 (2) —医療機関からの検討. 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 69-77.
- Leuts, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United State and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77(1), 77-110.
- 松岡千代 (2000). ヘルスケア領域における専門職間連携: ソーシャルワークの視点からの理論的整理. 社会福祉学, 40(2), 17-38.
- 三上のり子, 佐賀典子 (2013). 医療・保健・福祉の連携による虐待死の予防: 特定妊婦への支援. 子どもの虐待とネグレクト, 15(1), 41-48.
- 宮本謙一, 中板育美, 曾根智史 (2012). 都内医療機関における児童虐待対応の現状と院内対応組織の有用性. 子どもの虐待とネグレクト, 14(3), 359-372.
- 宮崎晃子 (2013). 周産期からの児童虐待予防事業の取り組み: 医療機関と地域保健機関との連携. 母子保健情報, 67, 75-79.
- 大友光恵, 麻原きよみ (2013). 虐待予防のために母子の継続支援を行う助産師と保健師の連携システムの記述的研究. 日本看護学会誌, 33(1), 3-11.
- 鈴木良美 (2006). コミュニティヘルスにおける協働 (Collaboration in Community Health) —概念分析. 日本看護学会誌, 26(3), 41-48.
- 東保裕の介 (2013). ベリネイタルビジットからみた妊産婦ハイリスク事例スクリーニング. 母子保健情報, 67, 51-57.
- 山中京子 (2003). 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成. 社会問題研究, 53(1), 1-22.
- 吉池毅志, 栄 セツコ (2009). 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理: 精神保健福祉実践における「連携」に着目して. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(3), 109-122.

〔平成27年3月3日受付〕
〔平成27年7月27日採用決定〕

特別養護老人ホームにおける看取りの質を 看護の視点から評価する因果モデルの検証

Verification of a Causal Model for Use in Evaluating the Quality of End-of-Life Care in Nursing Homes

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

キーワード：特別養護老人ホーム，看取りの質，評価，因果モデル，看護実践能力

Key Words：nursing homes, quality of end-of-life care, evaluation, causal model, nursing competence

はじめに

わが国の地域包括ケアシステムが推進されるなか，特別養護老人ホーム（以下，特養）は，地域福祉の拠点であり重度の要介護者や低所得高齢者の終の棲家としての役割が一層求められている。このような背景を受けて，厚生労働省（2014）は，特養の入所者およびその家族等の意向を尊重しつつ，看取りに関する理解の促進をはかり，特養における看取りの質向上のために，平成27年度に向けた看取り介護加算の引き上げと看取りの評価に重点をおいた体制の充実に取り組む方針を示した。これまで，社会的ニーズの高まりによって試行錯誤で進められてきた生活の場である特養での看取りの質は，実践するケアの質向上とそのケアの効果を高める環境すなわち体制づくりとの足並みをそろえ，看取りの質を総合的かつ継続的に評価していく必要性に重点がおかれる時期にきたといえる。国内における特養での看取りの評価に関する先行研究は，池上・池崎（2013）による遺族を対象とした病院と特養の終末期ケアの質を比較した研究があるが，看護の視点から看取りケアを評価している研究は見あたらない。

そこで本研究では，看取りの質を評価するための基盤理論として，Donabedian（1990/2007）の医療ケアの質を評価する Donabedian model に着目した。Donabedian は，医療サービスの質を「構造」「過程」「成果」の3側面から評価することを提唱した。これらの3側面に特養での看取りの状況をあてはめると，看取りの研修やケア提供者の配置人数など人的物的資源をはじめ制度や待遇面などの環境的な「構造」が，社会的倫理観や価値観あるいは対人関係まで含んだ医療ケア技術を意味する「過程」に影響を及ぼし，さらには施設での看取りの希望数や臨終時の家族の立会い数など看取りの実績すなわち患者の利益に寄与する「成

果」をもたらすという関係性が仮説として予測される（図1）。本研究では，この「過程」に先行研究（大村・山下・西川，2015）で明らかにした特養での看取りの看護実践能力をあてはめ，「構造」→「過程」→「成果」という因果関係の統計学的検証を試みた。この検証によって，「構造」「過程」「成果」にあてはめた項目全体が看取りの質を看護の視点から評価する指標となりうると考えた。特養におい

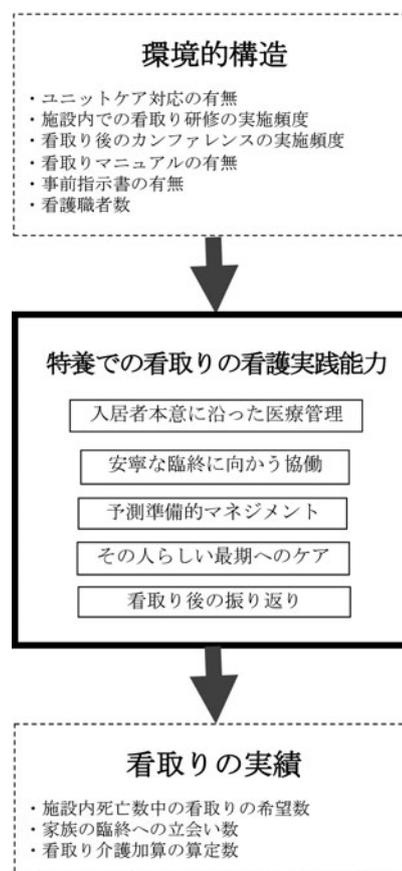


図1 本研究の概念枠組み

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看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University
3) 静岡県立大学看護学部 School of Nursing, Shizuoka Prefectural University

て看取りを実践する看護職は、最期の場合として特養を選択した高齢者のQOLを維持する医療者としての役割をはじめ、家族や多職種連携の調整役となり安寧な臨終を迎えるための環境を整える中核的な役割を担っている（井澤・水野, 2009）。本研究は、看取りの質を包括的に評価するという特養の看護職の視座を養うとともに、看取りの質向上に寄与する看護実践への社会的期待に応えるという意義をもつと考える。

I. 研究目的

本研究の目的は、特養での看取りを看護の視点から評価する因果モデルを検証し、看取りの質を高める看護の役割に示唆を得ることである。

II. 用語の定義

- ①看取り：医師によって“回復の見込みがなく死期が近い”と判断された特養入居者およびその家族に対する全人的なケア。
- ②特養での看取りの看護実践能力：生活の場である特養での看取りを希望した入居者が、全人的苦痛のない穏やかな最期を迎えられるという家族支援も含めた看護目標を達成するための看護職の能力。
- ③看取りの質：特養の入居者本人に全人的苦痛がなく、最期まで本人の意思が尊重され、本人が望む場所で家族に見守られながら安らかな臨終を迎えること。

III. 本研究の概念枠組み

本研究では、「構造」「過程」「成果」の3側面から医療サービスの質を評価するDonabedian modelを理論的基盤とした。Donabedianは、「構造」「過程」「成果」の3要素間には「構造」的特徴が医療「過程」に影響を及ぼし、その「過程」の質の変化は患者の健康状態に対する効果すなわち「成果」に影響するという機能的関係が存在しており、このような考え方によって個別的な指標の作成が可能となると述べている（Donabedian, 1990/2007, p.89）。今回、この理論に特養での看取りを照らして考え、特養での看取りの環境的構造が看取りの看護実践能力に影響を及ぼし、さらに看取りの看護実践能力が看取りの実績に影響を及ぼすという因果モデルを仮定し、構造方程式モデリングによるモデル探索を行った。特養の看取りに関する先行研究から、看取りの看護実践に影響すると予測される環境的構造と看取りの実績となる要素を抽出し、それらの測定結果と看取りの看護実践能力の自己評価の結果とあわせて、適合

度の良好なモデルを探索した。その結果、以下のような観測変数が良好に適合したモデルを採択し、これを概念枠組みとした（図1）。

概念枠組みにおいて、Donabedian modelの「構造」にあたる環境的構造には、看取りの看護実践に影響すると予測される要因のうち特養の看護職者数、ユニットケア対応の有無、事前指示書およびマニュアルの有無、看取り後のカンファレンスや研修の開催頻度の6つの観測変数が適合した。また「過程」には、看取りの看護実践能力5因子が適合した。「成果」にあたる看取りの実績には、1年間（平成24年）の施設内死亡のうちの看取り希望者数、臨終時の家族の立会い数、看取り介護加算の算定数が適合した。本論文では、この概念枠組みの仮説検証と、その結果から得られた知見をもとに看護への示唆について論じる。

看取りの実績における1年間（平成24年）の施設内死亡のうちの看取り希望者数と臨終時の家族の立会い数は、看取りの質の操作的定義とした「本人が望む場所で家族に見守られながら」看取られたいという入居者の意思に相当する意味内容を示す実数である。つまり、死亡原因の如何によらず施設内で死亡した入居者のなかで、生前から看取り希望の意思確認がされていた入居者にとって、馴染みのある施設で家族に見守られ看取られたことは入居者の希望が実現されたことを意味する。また、看取り介護加算の創設目的は、全人的苦痛の緩和や入居者本人の意思の尊重、老衰の果ての安らかな臨終など看取りの質の確保であり、その算定要件には施設の看取り指針を定めること、入居者および家族にインフォームドコンセントを徹底すること、看取りに関する職員研修を実施すること、看取り専用の個室を確保すること等があげられている。以上のことから、看取りの実績は特養における看取りの質に関連するデータだといえる。

一方、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いる。しかし、同じ業務を担っていても、責任者という立場からの判断や価値観という認識における看護実践能力のスタッフとの差異は明らかではない。そのため、本研究の対象者とした看護責任者と看護スタッフにおいて、職位による回答傾向の差を確認するために、看護責任者と看護スタッフそれぞれの因果モデルについて多母集団同時分析による検証を行った。

IV. 研究方法

1. 対象者の概要

独立行政法人福祉医療機構「WAMNET」に掲載されている全国（東日本大震災の被災地を除く）の看取りを実践

している特養から、ユニット型特養200施設と従来型特養300施設をランダムサンプリングし、選択した特養に勤務する看取り経験のある看護職1,000人（1施設2人）を対象とした。対象者は、看護責任者と看護スタッフ各1名ずつとした。

2. データ収集方法

調査期間は平成25年2月～4月である。自作の調査用紙による無記名の自記式質問紙郵送法を実施した。対象者用の研究協力依頼文書と調査用紙および返送用封筒を同封した封書を2通まとめて、対象とする特養の看護責任者宛に郵送した。各施設の看護責任者には、研究の主旨と方法を説明した文書で研究協力への同意を求め、看取り経験の豊富な看護職1人を選出し、同封の封書を配布してもらうよう依頼した。看護責任者用依頼文には、看護責任者のみが回答する施設概要に関する調査用紙があることを明記した。研究に同意の得られる対象者には、回答した無記名の調査用紙を返送用封筒に入れ、差出人は明記せず各自で郵送してもらった。対象者の所属施設がわかるように、あらかじめ返信用封筒に施設番号を付記した。調査内容の対象期間は平成24年の1年間とした。

3. 質問紙の構成

(1) 対象者の基本属性

基本属性は、年齢、資格、学歴、病院での臨床経験年数、高齢者施設での臨床経験年数の5項目である。

(2) 看取りの環境的構造（施設概要含む）

看取りの環境的構造は、対象施設の概要として平成24年における入居者数、介護職者数、看護職者数、死亡退所者数（入院中の死亡および帰宅中の死亡等を含む）、施設内死亡者数（看取り以外での施設内死亡を含む）の5項目であり、対象施設の機能的体制として、看取り指針の有無、看取り専用個室の有無、ユニットケアの対応の有無、施設内での看取り研修の実施頻度、看取り後のカンファレンスの実施頻度、看取りのマニュアルの有無、看取りに対する本人・家族の意思確認の時期、意思確認を事前指示書に残しているかの8項目で、全13項目である。

(3) 特養での看取りの看護実践能力

特養での看取りの看護実践能力の構成要素21項目を用いる。この21項目は、特養の看取りに関する先行研究をもとに看取りにおける看護実践能力のアイテムプールを60項目作成し、実際に入居者の希望を尊重した看取りを実践する特養において参加観察や記録の閲覧により内容妥当性が確認され、筆者の先行研究においてその60項目を用いた郵送法調査により、特養での看取りの看護実践能力の探索的因子分析から抽出された。特養での看取りの看護実践能力

は、【入居者本意に沿った医療管理】5項目、【安寧な臨終に向かう協働】4項目、【予測準備的マネジメント】5項目、【その人らしい最期へのケア】3項目、【看取り後の振り返り】4項目の5因子21項目で構成され、統計学的に信頼性と構成概念妥当性が検証されている（大村ら、2015）。回答欄は、「できていない：1」～「十分にできている：4」までの4段階リッカート方式である。

(4) 看取りの実績

看取りの実績は、平成24年分の施設内死亡者中の看取り希望者数、家族の臨終への立会い数、看取り介護加算の算定数、看取り数に対する希望の変更数（看取り期の病院搬送等）、看取り期での褥瘡の発生数、看取り期での合併症・感染症の発症数、看取りに対する苦情件数（本人・家族・その他から）の9項目である。

4. 分析方法

統計解析ソフトは『SPSSバージョン19.0 for Windows』および『Amosバージョン20』を使用した。

(1) 基本統計と信頼性

各項目の平均値と標準偏差、および特養での看取りの看護実践能力尺度においては、本研究におけるデータの信頼性として、クロンバックの α 係数（以下、 α 係数）を算出した。

(2) 特養での看取りの看護実践能力との相関分析

対象者の属性、採択されたモデルにおいて看取りの環境的構造とした看護職者数、ユニットケア対応の有無、看取り研修の有無、看取り後のカンファレンスの有無、看取りマニュアルの有無、事前指示書の有無、および看取りの実績とした施設での看取り希望者数、家族の立会い数、看取り介護加算の算定数について、看取りの看護実践能力5因子との相関分析を行い、スピアマンの順位相関係数を算出した。

(3) 因果モデルの構造方程式モデリングによる探索

看護の視点から看取りを評価する因果モデルを、構造方程式モデリングにて探索した。職位による回答傾向の差を確認するために、看護責任者と看護スタッフにおける多母集団同時分析を行った。適合度指標は、 χ^2/df 値、GFI、AGFI、CFI、IFI、RMSEAを確認した。

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：12041）。郵送する封書として、施設長および看護責任者への研究協力依頼文書には、対象者の選定（看護責任者を含む2人）と対象者用の調査書類一式の配布を依頼した。その際、上司からの圧力がかからない選定と配布をお願いする旨を説明文書に明記した。対象者に

は、調査用紙は無記名であること、研究参加への自由意思、匿名性の遵守、データの厳重な保管と破棄に関する倫理的配慮を説明文に明記した。アンケートの返送をもって同意とみなした。

V. 結果

調査の結果、対象施設の回収数は161施設（回収率32.2%）で、有効回答数は159施設（有効回答率98%）であった。そのうち、返送された看護責任者に対する質問紙とともに施設概要の調査用紙が同封されていた156施設を対象施設の分析データとした。

また、対象者の総回収数は336人（回収率33.6%）で、有効回答数は298人（有効回答率97.3%）であり、その内訳は看護責任者が156人、看護スタッフが142人であった。ただし、因果モデルの多母集団同時分析においては、看護スタッフ142人中で所属施設が明確な看護スタッフ127人を分析データとした。

1. 対象施設の概要

(1) 看取りの環境的構造（表1、2）

対象施設156施設のうち、ユニットケア「対応している」が約6割で、「対応していない」が4割弱であった。施設内での看取りの研修の実施頻度は、約8割の施設が半年か

表1 対象施設の看取りに関する環境的構造 (n = 156)

		人数 (人)	割合 (%)
ユニットケア対応	対応していない	59	37.8
	対応している	97	62.2
看取り研修の有無	していない	18	11.5
	年に1回程度	91	58.3
	半年に1回程度	40	25.6
	月に1回程度	7	4.5
看取り後のカンファレンス	実施しない	23	14.7
	たまに実施する	30	19.2
	毎回実施する	103	66.0
看取りマニュアルの有無	ない	10	6.4
	作成中	8	5.1
	ある	138	88.5
意思確認を事前指示書に残しているか	残していない	11	7.1
	残している	144	92.3
	不明	1	0.0

表2 対象施設の規模と退所者数 (n = 156)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
入居者数 (人)	76.8	26.4	30	240
死亡退所者数 (人)	15.3	8.6	0	59
施設内死亡数 (人)	10.3	7.7	0	46
看護職者数 (人)	5.9	2.1	2	15

ら1年に1回程度開催していた。看取り後のカンファレンスを「毎回実施する」施設は、約7割と最も多く、看取りのマニュアルは約9割の施設が「ある」と答えた。事前指示書は約9割が「残している」と答えた。

また、表2に示したとおり、対象施設156施設の平成24年における平均入居者数は76.8±26.4人（範囲30～240人）、平均死亡退所者数は15.3±8.6人（範囲0～59人）であった。施設内での平均死亡数は10.3±7.7人（範囲0～46人）で、死亡退所者数に対する割合は67%であった。看護職の平均配置人数は1施設につき5.9±2.1人（範囲2～15人）であった。

(2) 看取りの実績（表3）

対象施設156施設において、施設内死亡者中で看取りを希望していた人数は1施設につき平均8.9±7.1人（範囲0～42人）、看取りにおける家族の臨終時の立会い数は平均5.1±4.8人（範囲0～26人）、看取り介護加算の算定数は平均6.4±5.7人（範囲0～28人）であった。

2. 対象者の基本属性（表4）

対象者全体の年齢層は40歳代～50歳代が76.2%と最も多く、30歳代が13.1%とそれに続いていた。資格は看護師が

表3 平成24年の対象施設の看取りの実績 (n = 156)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
死亡者中の看取り希望者数 (人)	9.0	7.1	0	42
看取りの家族立会い数 (件)	5.1	4.8	0	26
看取り介護加算算定数 (件)	6.4	5.7	0	28

表4 対象者の基本属性 (n = 298)

	対象者総数 (人)	割合 (%)	看護責任者数 (人)	看護スタッフ数 (人)
年齢	20歳代	8	2.7	4
	30歳代	39	13.1	17
	40歳代	104	34.9	59
	50歳代	123	41.3	66
	60歳代	22	7.4	9
	その他	2	0.7	1
資格	看護師	219	73.5	117
	准看護師	78	26.2	39
	不明	1		
学歴	専門学校卒	264	88.6	139
	短大卒	18	6.0	10
	大学卒	2	0.7	1
	その他	14	4.7	6
		1～3年	33	11.1
病院での臨床経験年数	4～7年	64	21.5	31
	8～10年	39	13.1	18
	10年以上	162	54.4	89
		1～3年	42	14.1
高齢者施設での臨床経験年数	4～7年	94	31.5	48
	8～10年	53	17.8	29
	10年以上	109	36.6	59
合計	298		156	142

73.5%であった。学歴は専門学校卒が88.6%であった。病院での臨床経験年数は10年以上が55.4%と最も多く、次いで4～7年が21.5%であった。高齢者施設での臨床経験年数においては、8年以上が54.4%であった。看護責任者と看護スタッフの内訳は、ほぼ同等であった。

3. 特養での看取りの看護実践能力尺度の記述統計と信頼性 (表5)

特養での看取りの看護実践能力尺度の項目には、天井効果・フロア効果ともにみられなかった。また、全体の平均得点は3.08±0.63点であった。各因子の平均点は、高い順に【予測準備的マネジメント】3.29±.59点、【安寧な臨終に向かう協働】3.12±.52点、【入居者本意に沿った医療管理】3.03±.65点、【看取り後の振り返り】3.02±.69点、【その人らしい最期へのケア】2.96±.68点であった。5因子のα係数はα=.781～.948を示した。

4. 看取りの環境的構造・看取りの看護実践能力・看取りの実績との相関 (表6, 7)

看護責任者(156人)と看護スタッフ(127人)別の相関分析で類似した相関が認められたのは、【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】と看取り後のカンファレンスの関連であった($p<.05$, $p<.01$, $p<.001$)。また、【入居者本意に沿った医療管理】と看取り研修の有無も弱い相関が認められた($p<.05$)。

看護責任者における看護実践能力との関連要因(表6)は、すべての能力と高齢者施設での臨床経験年数($p<.05$, $p<.01$, $p<.001$)、【看取り後の振り返り】と看取り研修の有無($p<.01$)が正の相関関係を示した。一方、看護スタッフにおける看護実践能力の【その人らしい最期へのケア】は、看取り後のカンファレンスにも正の相関を示した($r=.278$, $p<.01$) (表7)。【安寧な臨終に向かう協働】と看護職者数($r=.193$, $p<.05$)、【予測準備的マネジメント】とユニットケア対応($r=.177$, $p<.05$)も弱い正の相関関係を示した。看護スタッフの臨床経験年数は、病院・高齢者施設とも有意な関連は認められなかった。

5. 看取りの環境的構造・看取りの看護実践能力・看取りの実績の因果関係 (図2, 3)

特養の看護責任者と看護スタッフのデータについて多母集団同時分析を行った結果、看護責任者($n=156$)

表5 特養での看取りの看護実践能力の記述統計と信頼性

($n=298$)

	平均値	標準偏差	α係数
【第1因子：看取り後の振り返り】	3.02	0.69	
18 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	3.11	0.66	
19 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	3.01	0.71	
20 家族との交流場面や家族の反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する	2.98	0.69	.948
21 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	2.97	0.68	
【第2因子：入居者本意に沿った医療管理】	3.03	0.65	
8 できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する	3.14	0.59	
9 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いておく	2.96	0.66	
10 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持つ	2.94	0.63	.781
11 医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う	3.03	0.68	
12 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	3.05	0.68	
【第3因子：安寧な臨終に向かう協働】	3.12	0.52	
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	2.97	0.51	
2 利用者が看取りと判断される状態が続いていることを予測する	3.16	0.47	
3 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	3.15	0.55	.810
4 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	3.20	0.56	
【第4因子：予測準備的マネジメント】	3.29	0.59	
13 日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する	3.21	0.56	
14 起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ	3.14	0.63	
15 夜勤介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく	3.36	0.54	.878
16 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	3.39	0.61	
17 延命処置に関する利用者や家族の希望を確認する	3.36	0.62	
【第5因子：その人らしい最期へのケア】	2.96	0.68	
5 利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる	2.91	0.72	
6 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	2.97	0.69	.823
7 意思確認が困難であっても、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する	3.00	0.64	

表6 看護責任者における看取りの看護実践能力因子と環境的構造および看取りの実績との相関

(n = 156)

		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
属性	年齢	.038	.081	.080	.064	.005
	資格	.009	-.117	.009	-.090	.003
	学歴	.106	-.006	.000	.073	.022
	病院の臨床経験年数	.016	-.006	-.027	.020	-.003
	高齢者施設の臨床経験年数	.209 **	.288 ***	.237 **	.193 *	.184 *
環境的 構造	平成24年看護職者数	.049	.102	.148	-.001	.054
	ユニットケア対応	.066	.116	.071	.086	.105
	看取り研修の有無	.256 **	.159 *	.126	.109	.052
	看取り後のカンファレンス	.323 ***	.228 **	.170 *	.202 *	.072
	看取りマニュアルの有無	.201 *	.083	.017	.069	.013
	意思確認を事前指示書に残しているか	.065	.007	-.007	.032	.003
看取り の実績	死亡者中の看取り希望者数	.039	.080	.047	.080	.108
	平成24年看取りの家族立会い数	-.002	.100	.105	.056	.083
	平成24年看取り介護加算算定数	.029	.144	.116	.077	.130

[注] スピアマンの順位相関係数 (r). *: p > .05, **: p > .01, ***: p > .001

表7 看護スタッフにおける看取りの看護実践能力因子と環境的構造および看取りの実績との相関

(n = 127)

		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
属性	年齢	.013	.031	.065	.002	-.013
	資格	-.104	-.010	-.038	-.031	-.057
	学歴	.013	-.077	-.045	-.041	-.042
	病院の臨床経験年数	.080	.102	.091	.064	.081
	高齢者施設の臨床経験年数	-.075	.051	.090	-.026	.043
環境的 構造	平成24年看護職者数	.150	.071	.193 *	.108	.066
	ユニットケア対応	.115	.149	.027	.177 *	.084
	看取り研修の有無	.165	.194 *	.179 *	.086	.171
	看取り後のカンファレンス	.347 ***	.235 **	.276 **	.077	.278 **
	看取りマニュアルの有無	.129	.093	.060	.118	.115
	意思確認を事前指示書に残しているか	-.006	-.098	-.157	-.116	-.038
看取り の実績	死亡者中の看取り希望者数	.019	.020	.079	.004	.076
	平成24年看取りの家族立会い数	.000	.105	.079	.069	.150
	平成24年看取り介護加算算定数	.041	.095	.080	.084	.097

[注] スピアマンの順位相関係数 (r). *: p > .05, **: p > .01, ***: p > .001

モデルの適合度指標は、 χ^2/df 値 = 1.433, GFI = .916, AGFI = .882, IFI = .956, CFI = .955, RMSEA = .053 ($p = .008$)であった。看護スタッフ (n = 127) モデルの適合度指標は、 χ^2/df 値 = 1.185, GFI = .912, AGFI = .877, IFI = .975, CFI = .974, RMSEA = .038 ($p = .13$)であった。

看護責任者モデルでは、環境的構造から特養での看取りの看護実践能力へのパス係数は.37, 看取りの看護実践能力から看取りの実績へのパス係数は.17であった。環境的構造では、看取り後のカンファレンスの影響が最も強く (.70), 次いで看取り研修の有無 (.53), 続いて看取りマニュアルの有無 (.31)であった。看取りの看護実践能

力および看取りの実績の下位項目へのパス係数は.70~.88を示しており、看取りの看護実践能力では【入居者本意に沿った医療管理】が最も高く、看取りの実績では死亡者中の看取り希望数が最も高値であった。

看護スタッフモデルでは、環境的構造から特養での看取りの看護実践能力へのパス係数は (.42), 看護実践能力から看取りの実績へのパス係数は (.11)であった。環境的構造では、看取り後のカンファレンス (.63) および看取り研修の有無 (.60) が同等に強い影響力があり、次いで看取りマニュアルの有無 (.33)であった。看取りの看護実践能力および看取りの実績の下位項目へのパス係数は.71~.88を示し、パス係数が最も高かったのは、看取り

の看護実践能力では【入居者本意に沿った医療管理】が最も高く、看取りの実績では死亡者中の看取り希望数であった。

次に、看護責任者モデルと看護スタッフモデルを比較してみると、環境的構造において看護責任者のほうがパス係数が高かったのは、ユニットケア対応、看取り後のカンファレンス、意思確認を事前指示書に残しているかであった。一方、看護スタッフのほうが高値を示したのは、看護職者数、看取り研修の有無、看取りマニュアルの有無であり、その差.02~.07であった。看取りの看護実践能力における両モデルのパス係数の比較では、看取りの振り返りのみが.02の差で看護スタッフのほうが高かった。【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】は、看護責任者のほうが.01~.03の差で高値であった。【その人らしい最期へのケア】は同値であった。看取りの実績における両モデルのパス係数の比較では、死亡者中の看取り希望数は看護スタッフのほうが高く、家族の立会い数は同値、看取り介護加算の算定数は看護責任者のほうが高かったものの、その差はどれも.01であった。

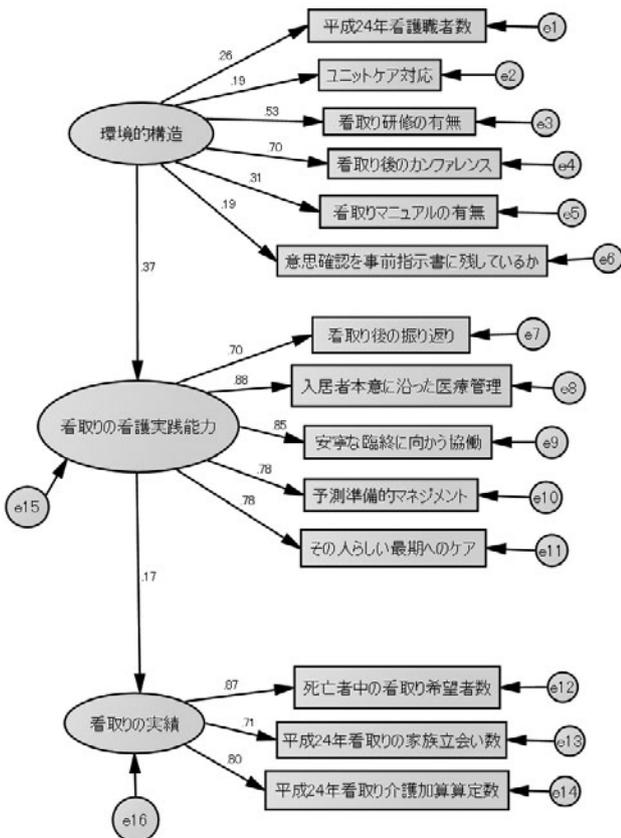
さらに、環境的構造と看取りの看護実践能力と看取りの実績の構成概念間の両モデルのパス係数を比較してみると、環境的構造から看取りの看護実践能力へのパス係数は、看護スタッフのほうが.05の差で高値であり、逆に、看取りの看護実践能力から看取りの実績へのパス係数は、看護責任者のほうが.05の差で高値であった。

VI. 考 察

1. 特養での看取りの質を看護の視点から評価する因果モデルの検証

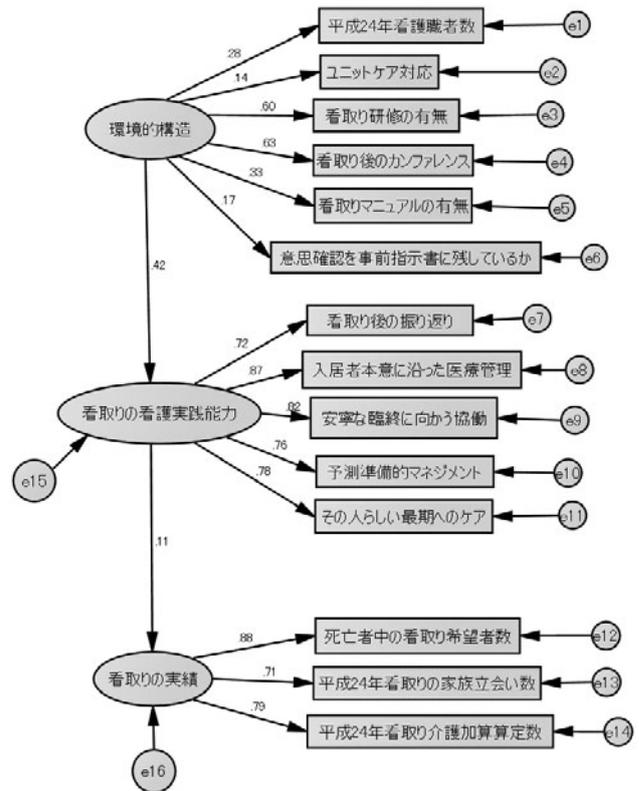
本研究では、医療サービスの質を評価する Donabedian model を基盤に、特養での看取りの環境的構造が看取りの看護実践能力に影響を及ぼし、さらに看取りの看護実践能力が看取りの実績に影響するという因果モデルを検証した(図2, 3)。

この因果モデルは、特養の看取りに関する先行研究から、看取りの看護実践能力に影響すると予測される環境的構造と、影響を受けると予測される看取りの実績となる要



n = 156
 χ^2/df 値 = 1.433, GFI = .916, AGFI = .882, IFI = .956,
 CFI = .955, RMSEA = .053
 p = .008

図2 看取りの実績に影響する看護実践能力と環境的構造の因果モデル(看護責任者モデル)



n = 127
 χ^2/df 値 = 1.185, GFI = .912, AGFI = .877, IFI = .975,
 CFI = .974, RMSEA = .038
 p = .13

図3 看取りの実績に影響する看護実践能力と環境的構造の因果モデル(看護スタッフモデル)

素を抽出し、それらの測定結果と看取りの看護実践能力の自己評価の結果とあわせて、共分散構造分析による最適化計算によりモデルが収束に至ったことで採択した。その結果、環境的構造には、看護職者数、ユニットケア対応の有無、看取り研修の開催頻度、看取り後のカンファレンスの開催頻度、看取りマニュアルの有無、事前指示書の有無、そして看取りの実績には、死亡者中の看取り希望者数、臨終への家族の立会い数、看取り介護加算の算定数が適合した。判断基準となる適合度の χ^2/df 値は、看護責任者および看護スタッフモデルにおいて1.433および1.185であり、豊田（1998, p.239）による判断を参考にすれば適合は悪くはないと判断できる。また、GFI, AGFI, IFI, CFIは.9以上であれば説明力のあるパス図であるとされていることから（豊田, 1998, p.18）、GFI, IFI, CFIは基準を満たしたと判断でき、.9以下であったAGFIは今後さらなるモデル改良の余地があることを示唆している。また近年、頻繁に利用される指標であるRMSEAは.05以下であれば良好な適合であり、.1以上であれば不適合とされており（豊田, 1998, p.18）、本研究の両モデルとも適合と判断できるとした。豊田（1998, pp.236-237; 2007, pp.173-177）は、適合のよさは実質科学的な知見に裏づけられているかを評価することが重要であり、多くの適合度指標において極端に悪い値をとらないようなバランスのとれたモデルが実施の分析において目指すべきモデルであると述べている。本研究における因果モデルの適合度指標においても、若干の基準を外れる数値があるものの、採択された観測変数の内容などから十分に説明しうるモデルであると判断できる。つまり、看取りの看護実践能力は、6つの環境的構造から影響を受けることによってその能力を向上させることが可能であり、また看取りの看護実践能力の向上が実績にも影響を及ぼすという因果関係が示唆されたといえる。

一方、看取りの看護実践能力の信頼性については、4因子の α 係数はすべて.80以上であったのに対し、【入居者本意に沿った医療管理】のみが.80を下まわった。しかし、初回の測定（大村ら, 2015）では、【入居者本意に沿った医療管理】の必要度を測定した解の α 係数は.757、実践頻度の α 係数は.740であったのに対して、今回の達成度の α 係数は.781と高くなっている。この点については達成度を問う測定の方法が適していると解釈でき、今後、下位尺度の表現などについても検討課題としたい。Burns & Grove (2005/2009, p.410) は、新たに開発された心理社会的測定用具では信頼性.70は許容範囲とみられると述べている。そのため、心理社会的側面も含む看取りの看護実践能力の信頼性はほぼ確保されていると判断でき、このことは仮説とした因果モデルの検証を裏づける1要因であると考えられる。

以上のことから、特養における看取りの質の評価につい

て、看取りの看護実践能力の自己評価を中心として看取りの体制や環境および実績という客観的データも含めて同時に評価していくことで、看護の視点から看取りの体系的な評価が可能になるといえる。

2. 特養での看取りの質の向上にむけた看護の役割

本研究では、特養の看護職者数、ユニットケア対応の有無、看取り研修の開催頻度、看取り後のカンファレンスの開催頻度、看取りマニュアルの有無、事前指示書の有無が、特養での看取りの看護実践能力に影響を及ぼすことが明らかになった。つまり、看取りの質を高める環境的構造を可視化することができたといえる。塚田・浅見（2012）は、特養における看取り体制構築のための勉強会や研修体制など、継続的な教育体制を充実させていく必要性を述べている。また、池上（2010）の全国調査では、看取りの受け入れ方針に関わらず49.2%の特養が指示書を残していたのに対し、本研究では92.3%の特養が指示書を残していた。看取りのガイドライン（三菱総合研究所, 2007）にも、延命治療の意思確認から緊急時の対応などを明記しておく必要性が示されている。さらに、ユニットケアなど個室を確保することは看取り介護加算の算定要件にもあがっており、出村・村中（2010）の研究では、最期のときを過ごす場として静養室に移ることで、他の入居者に気兼ねすることなく静かな環境で過ごせたという家族の満足感が報告されている。一方、特養は入居者100人に対して看護職3人という配置基準だが、本研究における看護職者数は平均5.9人であり、他方、介護職への医療的ケアの指導看護師を養成する研修に参加した特養の平均看護職者数も6.0人と同等であった（日本能率協会総合研究所, 2010）。看取りや医療ニーズの高い重度要介護者を受け入れている特養では、配置基準以上の看護職員を配置していることがわかる。すなわち、本研究の結果はこれらの先行研究を支持しているといえる。

なかでも、看取り後のカンファレンスの開催頻度は特に影響力が大きく、看護責任者はもとより看護スタッフの能力向上に高い効果をもたらす結果となった。先行研究（大村ら, 2015）では、【看取り後の振り返り】の因子負荷量や α 係数が他の能力に比べ最も高値を示しており、看取りを実践する看護職にとって如何に必要な看護実践能力であるかがわかる。【看取り後の振り返り】は、入居者一人ひとりのご遺体の状況を確認し、全人的に苦痛のない自然な死を迎えたか、あるいは家族の満足度についても自己評価し、内省を次の看取りに活かしていくことができる能力である。この能力は、看護職に限らず看取りにかかわる職員すべてが獲得すべき看取りの評価能力であり、チーム全体の成長を促すために必要不可欠である。看取りのガイド

ライン（三菱総合研究所，2007）にも，看取りにかかわった職員で看取った入居者を偲んで思い出を語りあったり，ケアについてよかった点や工夫した点を明らかにし，次の看取りへとつなげるプロセスを経ることが重要だと示されている。しかし，看取りを行うことで職員の精神的負担が増すことも特養での看取り実践の課題となっており，特養の看取りに対する職員の精神的負担の把握と支援が国からも求められている（厚生労働省，2014）。島田（2013）は，終末期ケア終了後の振り返りの必要性を述べており，なかでも重要なことは死を迎えた瞬間の出来事にとらわれず終末期ケアのプロセス全体を振り返ることであり，死に至った原因が何かということではなく入居者にとってふさわしい生き方であったかという視点が大切であり，それが次の終末期ケアの向上につながると述べている。

このような状況から考えられる看護職が看取りにおいて取り組むべき役割は，看取りにかかわった職員全員を対象とした看取り後のケアカンファレンスを定例化することである。さらに重要な役割は，介護職をはじめ各職種の専門的視点からの意見を認めあって共有するとともに（大村，2013），看取りを実践して感じたpositiveな思いやnegativeな思いを職員間で吐露しあい，看取った結果から見える客観的評価に沿って反省点を話しあうとともに，その評価を学びとして次の看取り実践に活かしていける有意義なグループダイナミクスを導き，チームのモチベーションを高めることである。そのためには，看護職のリーダーシップや多職種との連携能力の向上が求められると考えられる。今回，看護責任者と看護スタッフのモデル検証の結果に大きな差は認められなかったが，このことは特養の看取りにおける看護実践能力に責任者レベルのマネジメント能力や包括的な評価能力が求められることを意味しており，これからの特養での看取りを支えていくには，責任者に限らず看護チーム個々のメンバーの能力の均一化が重要だといえる。

要 旨

本研究の目的は，特別養護老人ホーム（以下特養）での看取りの環境的構造と看取りの看護実践能力および看取りの実績における因果関係を検証することである。対象者は，ユニット型特養200施設と従来型特養300に勤務する看取り経験のある看護職1,000人である。特養の看護責任者と看護スタッフに対して，自記式質問紙郵送法調査を実施し，構造方程式モデリングによる分析を行った。その結果，159施設における298名の有効回答を得て，分析対象とした。そのうち，156名は看護責任者で，142名は看護スタッフであった。仮説とした因果モデルは，看護責任者と看護スタッフどちらのモデルも同等の適合度で収束し，因果関係が検証された。なかでも，看取り後のカンファレンスと看取り研修の開催頻度は，看取りの看護実践能力に強い影響を及ぼしていた。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は，特養での看取りの質を看護の視点からのみ評価したことである。そのため，今後は施設の看取りに関する理念や施設の規模，看取りを始めてからの期間，協力病院の有無などの医療体制等との関連にも着目し，多角的な看取りの質の評価が必要だと考える。一方，本研究の成果として，看取りの環境からケアのプロセスまでを統合して，看護の視点から客観的に看取りを評価できる尺度の基盤ができたといえる。そのため，今後は本研究で検証された尺度項目を用いて，看取りの質を看護の視点から可視化することや，看取りの教育プログラム作成の資料として活用していきたい。

結 論

1. 特養での看取りの環境的構造は看取りの看護実践能力に影響を及ぼし，さらに看取りの看護実践能力は看取りの実績に影響を及ぼしている。
2. 本研究で仮定した因果モデルを構成するすべての項目は，看護の視点から生活の場である施設の看取りの質を評価するための尺度の基盤となる。
3. 看取り後のカンファレンスおよび看取り研修の開催頻度は，特養での看取りの看護実践能力の向上に効果的な環境要因である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象施設の責任者さまおよび対象者の皆さまに深く感謝申し上げます。また，本研究にあたり，ご指導いただいた聖隷クリストファー大学の諸先生方に深く感謝申し上げます。

本研究は，聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科における博士論文の一部を加筆修正したものであり，日本看護研究学会第40回学術集會にて発表した。

Abstract

The purpose of this study was to verify the causal relationship among environmental constituents, nursing ability and results of end-of-life care in nursing homes. A total of 1,000 nurses providing end-of-life care in 200 nursing homes of private room type and 300 conventional nursing homes were invited to take part in a self-reported questionnaire survey. The data collected were analyzed using structural equation modeling. The questionnaire was answered by 298 nurses (156 nurse managers and 142 nursing staff) in 159 nursing homes. The causal model under verification showed similar goodness of fit for nurse managers and nursing staff. It was found that the frequency of post-mortem conferences and educational sessions on end-of-life care have a particular effect on nursing ability.

文 献

- Burns, N. and Grove, S.K. (2005)／黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 逸見 功 (2009). パーンズ&グローブ看護研究入門—実施・評価・活用—. 410, エルゼビア・ジャパン.
- 出村佳子, 村中孝枝 (2010). 特別養護老人ホームで看取りをした家族の満足感の要因の特徴: 遺族へのアンケート調査の結果から. 日本看護学会論文集 (地域看護), 41, 155-158.
- Donabedian, A. (1990)／東 尚弘 (2007). 医療の質の定義と評価方法. 84-91, 健康医療評価研究機構.
- 池上直己 (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.
- 池上直己, 池崎澄江 (2013). 遺族による終末期ケアの評価—病院と特別養護老人ホームの比較—. 日本医療・病院管理学会誌, 50(2), 127-138.
- 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入居者への援助. 東京女医大看会誌, 4(1), 29-36.
- 厚生労働省 (2014). 介護福祉施設サービスの報酬・基準について (案). 第112回社会保障審議会介護給付費分科会資料1. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutou-katsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000063247_2.pdf
- 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事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 報告書別冊. http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/HLUkouseih18_3.pdf
- 日本能率協会総合研究所 (2010). 特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関するモデル事業報告書. 平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (厚生労働省老人保健健康増進事業), 資料5. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0325-17e.pdf>
- 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.
- 大村光代, 山下香枝子, 西川浩昭 (2015). 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. 日本看護研究学会雑誌, 38(2), 1-12.
- 島田千穂, 堀内ふき, 鶴若麻理, 高橋龍太郎 (2013). 特別養護老人ホームにおける看取りケア実施状況と関連要因. 老年社会科学, 34(4), 500-509.
- 豊田秀樹 (1998). 共分散構造分析 [入門編]—構造方程式モデリング. 173-177, 朝倉書店.
- 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, 236-243, 東京図書.
- 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.

〔平成27年5月12日受 付〕
〔平成27年8月20日採用決定〕

介護老人保健施設の看護職の役割・認識とやりがい感との関連

Relationship between Nursing Professionals' Roles/Understanding in
Long-term Health Care Facilities for the Elderly and Sense of Job being Worthwhile

丸山 泰子¹⁾ 櫛 直美²⁾ 横尾 美智代³⁾
Yasuko Maruyama Naomi Ichiki Michiyo Yokoo

キーワード：介護老人保健施設，看護職の役割，認識，やりがい感

Key Words：geriatric health care facilities, nursing professionals' roles, understanding, sense of job being worthwhile

はじめに

介護老人保健施設（以下、老健施設とする）は、医療と福祉、病院と在宅の「中間」に位置し、生活機能向上を目的とするリハビリテーションや地域在宅医療・介護の拠点といった役割を担う施設として、2000年4月以降、介護保険制度下にて運営されている。医療提供の場が病院から在宅へシフトされ始めた現在、要介護高齢者の安全・安心な療養生活の継続実現のため、在宅へのかけ橋となる老健施設には、その役割発揮がますます期待されている。しかし、厚生労働省（2014）の調査によると、老健施設入所者の年齢構成では85歳以上が5割以上を占め、53.5%は退所の見込みがないという現状が明らかとなっており、長期入所を余儀なくされる入所者も少なくない。これは、入所者の高齢化に伴う医療・介護ニーズの高まりだけでなく、医療機関における在院期間の短縮化や高齢者の受け皿となる家族介護力の脆弱化などの社会背景が関連していると思われる。さらに、2009年の介護報酬改定では老健施設にもターミナル加算が認められ、看取りがその役割として追加された。このような社会事情や家族事情の変化を背景に、老健施設に求められる役割は、介護保険制度設立当初のリハビリテーションや地域在宅医療・介護の拠点といったものだけではなく、多様に変化してきている。

老健施設の役割の多様化に伴い、そこに従事する看護職にも高い能力を求めることとなる。老健施設の看護職は、①全入所者の健康管理、②日々の生活支援、③在宅復帰支援という3つの役割を担っているといえる。しかし老健施設では、入所者100名に対し医師は1名以上、看護師は9名であり、入所者の健康管理に責任を担う医師・看護師数は医療機関と比べ少ない。すなわち、看護職

は医療機関に比して少人数で入所者の健康管理を行わなければならない、その責務は大きい。先行研究のなかでも、老健看護職の仕事満足度は低く、業務量の多さが負担となっている現状（高山・丸田・遠山，2005，pp.124-126）や看護職の業務に関する自己評価は決して高いとはいえない現状（渡辺・百瀬，2006，pp.9-15）などが明らかにされている。日本看護協会は、2007年「老健施設のあらたなサービス提供の在り方」を提案し、要介護高齢者の受け皿となる老健施設の看護力強化を提唱している（小川，2007，pp.12-19）が、そこにはさまざまな課題があることがうかがえる。

その課題としては第一に、老健施設の看護職には自信につながる実践力とその積み重ねのなかで感じる達成感ややりがいなど充足感が必要だということである。Benner（2001/2005，p.167）はYankelovichの文献を通して、看護師には充足感を得たい、よい仕事をしたいという権利希求があるとし、仕事から満足感を得るには、必要ときに必要とされるものを提供できたという実感から得た達成感と自分の能力への自信が必要と述べている。やりがいについて、岩崎らが特別養護老人ホーム（以下、特養とする）の看護職を対象に研究を行っている。このなかで、治療中心のケアが成される医療機関と異なり、特養では入所者の生活中心のケアが重視されるため、ケアの結果が即時に現れないという特徴があることを指摘し、ゆえに特養では、ケアを通して看護職が自分自身の変化を感じることや自己の活動を振り返りながら特養の看護職としての役割・機能を明確にしていくことが看護職のやりがいの認識につながると述べている（岩崎・小野・坪井・古田，2007）。つまり、生活機能の改善を目指すとともに生活を支える役目をもつ老健施設においても、看護職が重責を担いつつその役割を

1) 西南女学院大学保健福祉学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University

2) 福岡県立大学看護学部 Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

3) 西九州大学健康栄養学部健康栄養学科

Department of Health and Nutrition Sciences, Faculty of Health and Nutrition Sciences, Nishikyushu University

果たしていくには、特養の看護職同様、高い実践力のみならず、仕事に対する充実感ややりがいなどを感じながら、ケアを通して自分自身の成長を実感できることが必要だと考えた。これらがなければ看護ケアの意味を見失うことにもなりかねない。

第二の課題は、老健施設における看護職の役割を明確にもつことである。中山らは、専門職意識が低い場合や自己実現ができないと感じる場合、仕事への継続意志の低下が生じると述べている（中山・粟生田・片平，1997，p.11）。多職種の協働や連携がとくに必要な老健施設の看護職にとって、自分の役割を明確にすることは、課せられた社会的使命を遂行するために不可欠なことと思われ、また、看護職自身がやりがいを感じながら老健施設で働き続けるためにも必要なことと考える。

そこで本研究では、老健施設の看護職の役割と看護を遂行するにあたっての看護職の認識が、どのような因子で構成されているかを明らかにするとともに、その構成因子に関連する要因を明らかにする。また、看護職の役割と認識の違いにより、看護職のやりがい感と職務継続意志が示す特徴を検証し、看護職への教育的支援に向け示唆を得ることを目的とする。

I. 用語の定義

1. やりがい感

「広辞苑第6版」（2008）によると、“やりがい”とは「するだけの値打ち」とある。また、Bennerは著書のなかで、看護師は充足感を得たいという願望をもつ（2001/2005，p.167）と説いている。本研究で“やりがい感”とは、ケアの実践過程やそのケアによって引き起こされる患者の反応、もしくはケアを通じて感じる自己成長などに対し感じる喜びや充足感などの感情を示すものとする。

2. 看護職の役割と認識

Bennerは、看護職はただ機械的に医師の指示に従うのではなく、患者にとって可能な限り最善のケアを提供するには何をすべきかをアセスメントすることが期待されている（2001/2005，p.121）と述べている。そこで、本研究で“役割”とは、多職種で構成されるチームのなかでの看護職としての役目を示し、また、“認識”とは、その役目を理解し、果たすための看護職の心構えを示すものとする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙法による横断的研究、構成因子と各

変数との関連は統計学的分析法を用いる。

2. 看護職の役割と認識に関する質問紙作成のプロセス

(1) 質問項目の抽出

「医学中央雑誌」および「CiNii」による先行研究と著書の検索（2000～2010年）を行い、老健施設の看護職の役割・看護のあり方・専門性について論じられた部分を抽出した（全国老人保健施設協会，2003；中根・沼本・浦田，2004；高山ら，2005；堀川，2008；加藤・丹治・廣田，2006；渡辺・奥野，2007；渡辺・征矢野・白鳥・松澤，2006；安田ら，2006；高橋，2009；松岡ら，2010，など）。類似している内容、関連のある内容を集めてカテゴリー化し、さらに抽象化した。その結果、『施設看護実践力』『調整能力』『高齢者理解』『施設看護者としての認識』『自己研鑽の意欲』『職業倫理』という6つの下位概念を決定し、56項目からなる質問紙原案を作成した。回答形式は「1：全くそうでない」から「5：非常にそうである」の5件法とした。

質問紙原案56項目について、老年看護を専門とする看護教員もしくは高齢者施設（特養、老健施設）での看護経験を有する計11名の看護師有資格者に対しプレテストを実施した。質問紙の回答の偏りの有無を確認し、表現の修正を行った。また、専門的立場からの助言を大学教員に依頼し、得られた意見を参考に検討と修正を行った結果、質問項目は49となった。次いで、この49項目からなる質問紙を用いて、3名に二度、表現の適切性等の確認を依頼した。この確認を依頼した3名はプレテスト実施者のうち老年看護経験者と高齢者施設における看護経験者である。以上の過程で検討を重ね、老健施設に従事する看護職の役割と認識に関する質問49項目を決定した。

(2) 看護職の基本属性

看護職の基本属性として、年齢、性別、配偶者の有無、職種（准看護師、看護師、介護支援専門員）、雇用形態のほか、老健看護職の役割に対する看護実践の評価や老健施設での看護を遂行するにあたっての認識に関連が想定される要因として、職位、高齢者施設での看護経験年数、医療機関での看護経験年数の全8項目をあげた。

3. 研究枠組み

文献検索により、『施設看護実践力』『調整能力』『高齢者理解』『施設看護者としての認識』『自己研鑽の意欲』『職業倫理』の6つを老健看護職の役割と認識の指標とした。『施設看護実践力』は、医療処置、日常生活援助や認知症ケア、家族支援などの看護ケアをはじめ、制度に関する知識など老健施設での高齢者看護に携わるために必要な看護実践力を示し、『調整能力』は、看護職や他職種さら

には他機関との連携をはかり、看護・介護の継続性を支える能力を示す。また『高齢者理解』は、入所者の人生や生活習慣、望みなどに目を向け、それらを尊重したケアを展開しようとする姿勢・認識を示し、『施設看護者としての認識』は、チームのなかでの看護職の役割を果たすことにつながる姿勢や認識を示す。さらに『自己研鑽の意欲』は、自らの意志で必要な知識と技術の習得のため、継続的に学習し、自己研鑽に努める意欲を示し、『職業倫理』は、長年の生活のなかで培われた入所者の価値観やその人らしさを尊重した援助とその意識などを含み、入所者の尊厳や人権を擁護しようとする行動および認識を示す。

これをもとに、本研究の枠組みを作成した(図1)。本研究では、老健施設の看護職の役割や認識は、看護職の基本属性に影響を受け、また、看護職の役割や認識の違いと看護職のやりがい感、職務継続意志とは関連があると仮定し、検証を行った。

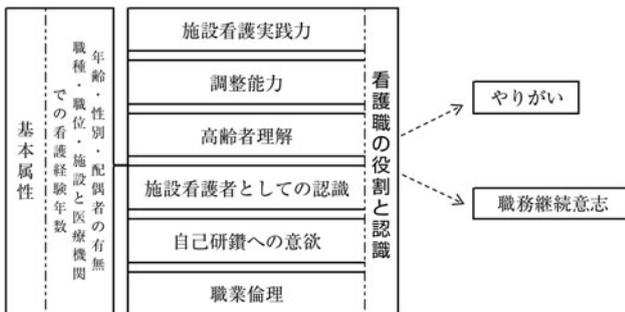


図1 研究枠組み

4. 本調査

(1) 対象者

中国地方2県内の老健施設で、施設の規模は問わず、研究協力の得られた老健施設に就業する看護職(准看護師・看護師)を対象とした。雇用形態や施設看護経験年数にはかわらず、調査時点で看護業務に携わる者とした。

(2) 研究期間

2010年8月~12月。

(3) 調査内容

①基本属性〔年齢、性別、配偶者の有無、職種(准看護師、看護師、介護支援専門員)、職位、雇用形態、高齢者施設経験年数、医療機関での看護経験年数など8項目〕、②やりがい感、職務継続意志(「1:全くそう思わない」から「5:非常にそう思う」の5件法)、③独自に作成した看護職の役割に関する49項目(5件法)について回答を求めた。リッカート法による質問に関しては、分析の際に各段階を点数に換算した。高得点ほど看護職の自己評価ややりがい感等が高いことを示す。

(4) データ収集方法

対象老健施設の施設長に、訪問もしくは電話または封書にて調査協力を依頼した。承諾の得られた98施設の施設長宛に在職看護職人数もしくは施設長の許可人数分(施設により最少3名~最多24名分)の調査依頼文、質問紙、返信用封筒等を一括して郵送もしくは持参した(全配布数980部)。看護職への配布は施設長に依頼した。質問紙は対象者から研究者へ直接返送を依頼し、対象者の同意に関しては質問紙の返送をもって調査協力の同意が得られたものとした。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属大学が組織する倫理審査委員会の承認を受け実施した。事前に、研究目的と方法、参加と中断の自由、プライバシー厳守の対策、データの取り扱い方法、研究成果の学会等での報告、研究者の連絡先などについて文書を用いて施設長に説明し、同意書への署名が得られた施設に対して調査を実施した。対象者には調査依頼文書中に研究の趣旨、プライバシーの保護、調査への参加は自由意志であることを示した。回答は無記名で、回収は個別郵送とし、質問紙の返信をもって同意とした。

6. 分析方法

①老健施設の看護職の役割と認識に関する構成因子を明らかにするために、役割と認識49項目の因子分析(主因子法、Promax回転)、信頼性係数の算出を行った。②看護職の役割と認識の構成因子とそれに関係する要因の検討では、抽出された看護職の役割と認識の因子の平均値を算出し、*t*検定および一元配置分散分析を実施した。多重比較にはBonferroni法を用いた。また、③看護職の役割と認識の構成因子とやりがい感、職務継続意志との関係の検討には、*t*検定を実施した。

なお、各因子を構成する項目数の違いを考慮し、看護職の役割と認識の構成因子の得点は項目平均値を用いた。すべての分析は「SPSS Statistics 20.0」を用いて行い、有意水準を5%とした。

Ⅲ. 結果

調査時点で2県内の全老健施設数は180であった。調査依頼に対し承諾の得られた施設は98施設であり、配布数980、回収数539(回収率55.0%)であった。そのうち、有効回答の得られた514を分析対象とした(有効回答率52.4%)。

1. 対象者の属性

調査対象者の属性を表1に示す。女性が9割以上を占

め、平均年齢は47.1歳（±10.7）で、40歳代と50歳代で6割を占めた。職種は准看護師が51.8%と最も多く、看護師は42.2%であった。雇用形態は、常勤が84.9%、非常勤は15.1%であった。高齢者施設経験年数は10年未満が最も多く62.5%であり、平均（±SD）は8.25（±6.16）年であった。医療機関（病院・診療所等）経験年数は10年未満が最も多く38.5%であり、平均は15.8（±11.1）年であった。

2. 看護職の仕事のやりがい感、職務継続意志について

現在、老健施設の看護職として従事するなかでのやりがい感、高齢者施設で高齢者看護を続ける意志の程度を5段

階リッカート法にて尋ねた。「非常にそう思う」と「まあそう思う」を「そう思う」群とし、「全くそう思わない」と「あまりそう思わない」を「そう思わない」群とし、結果を表2に示した。

『現在の仕事に、やりがいがある』の問いには、「そう思う」が308名（59.9%）、「そう思わない」48名（9.7%）であった。『今後も、引き続き高齢者施設で、高齢者看護の仕事の続けたい』の問いには、「そう思う」が267名（51.9%）、「そう思わない」76名（14.8%）であった。

平均値（±SD）は、やりがい感：3.6（±0.9）、職務継続意志：3.5（±1.0）であった。

表1 対象者の属性および背景

項目	人数	%	
性別 <i>n</i> = 512	女性	484	94.5
	男性	28	5.5
年齢 <i>n</i> = 514	29歳以下	35	6.8
	30歳代	92	17.9
	40歳代	146	28.4
	50歳代	175	34.0
	60歳以上	66	12.8
配偶者 <i>n</i> = 512	あり	351	68.6
	なし	161	31.4
職種 <i>n</i> = 512	准看護師	265	51.8
	看護師	216	42.2
	介護支援専門員	31	6.0
	(看護師免許有, 兼務)		
職位 <i>n</i> = 506	スタッフ	406	80.2
	管理職	100	19.8
雇用形態 <i>n</i> = 511	常勤	434	84.9
	非常勤	77	15.1
高齢者施設における勤務経験年数 (特養・老健施設を含む) <i>n</i> = 514	10年未満	321	62.4
	10年以上19年未満	173	33.7
	20年以上29年未満	15	2.9
	30年以上	5	1.0
医療機関における勤務経験年数 <i>n</i> = 514	10年未満	198	38.5
	10年以上19年未満	148	28.8
	20年以上29年未満	92	17.9
	30年以上39年未満	58	11.3
	40年以上	18	3.5

表2 やりがい感、職務継続意志の程度分布

	人数 (%)					平均 (SD)
	非常に そう思う	まあ	どちらとも 言えない	あまり そう思わない	全く	
現在の仕事に、やりがいがある <i>n</i> = 514	78 (15.2)	230 (44.7)	158 (30.7)	39 (7.6)	9 (1.8)	3.6 (0.89)
今後も、引き続き高齢者施設で、 高齢者看護の仕事の続けたい <i>n</i> = 514	73 (14.2)	194 (37.7)	171 (33.3)	56 (10.9)	20 (3.9)	3.5 (0.99)

3. 看護職の役割と認識の構成因子

全49項目を分析対象とし、各項目の回答分布に1選択肢に90%以上の回答が集中する項目がないことを確認した。また役割と認識49項目のうち、天井効果、フロア効果を示す項目はなかった。因子数は固有値1以上基準を設け、主因子法による探索的因子分析を行った。共通性が.3未満の項目を除外し、再度、主因子法・Promax回転による因子分

析を施行した。因子負荷量が.4以上の採択を基準としたうえで、.4未満の項目を除外し、複数の因子に.4以上の負荷量を示さない36項目に対して再度、主因子法・Promax回転による因子分析を行い、6因子が抽出された。因子の解釈として可能であり、これを採用した。因子分析結果を表3に示す。

表3 看護職の役割と認識に関する質問紙の因子分析結果 (Promax回転後の因子パターン)

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	共通性	尺度得点 (SD)
第1因子：在宅復帰支援への取り組み ($\alpha = .92$)								
Q10 私は、福祉分野の知識 (介護保険制度やプラン立案など) に関し、日頃から学習に取り組んでいる	.85	-.09	-.02	-.07	.04	.01	.60	2.63
Q25 私は、家族の介護負担軽減につながる相談援助が行える	.80	.21	-.06	.00	-.24	.00	.66	(0.73)
Q02 私は、介護保険制度に関し、業務上必要な知識は得ている	.73	-.17	.08	.02	.14	-.08	.50	
Q12 私は、入所者・家族の意向が施設内外の関係者に伝わるよう代弁者としての役割を果たしている	.73	.04	-.03	-.03	.04	-.01	.57	
Q07 私は、入所者個々の状態変化に合わせ、ケアプラン全体の見直しを行っている	.65	.01	-.03	.04	.15	-.09	.50	
Q27 私は、入所後も、入所者本人と家族の関係が維持されるよう、橋渡しのなかかわりを行っている	.63	.23	.02	-.03	-.24	.21	.66	
Q11 私は、高齢者を理解するための学習や情報収集を普段から心がけている	.61	-.11	.04	-.06	.15	.14	.54	
Q06 私は、ケア計画立案時、入所者の意向が取り入れられるよう看護職として意見を述べている	.56	.16	-.04	.03	.26	-.15	.60	
Q01 私は、入所者個々の身体アセスメントにより、起こりうる健康問題を予測できる	.50	-.07	.07	.11	.32	-.06	.56	
Q16 私は、入所者の言動や生活背景から、入所者のもつニーズにすぐに気づくことができる	.40	.04	-.06	-.02	.26	.25	.62	
第2因子：在宅ケアチームでの連携と協働 ($\alpha = .92$)								
Q22 私は、チーム内 (医師や看護師同士、他職種間) で、必要なとき、必要な情報交換が行えている	-.01	.84	.02	-.01	-.02	.05	.73	3.16
Q20 私は、他職種と良好な連携をはかることができている	-.15	.84	-.02	-.02	.05	.10	.78	(0.75)
Q19 私は、職種を問わず、職場のスタッフと普段からよいコミュニケーションがとれている	-.17	.76	-.05	-.10	.15	.12	.73	
Q21 私は、介護職へ、必要な技術や観察点についての助言を行っている	.15	.69	-.04	-.01	.13	-.05	.70	
Q23 私は、ケアや業務等に関して、看護職としての意見を他者 (上司、他職種) に述べることができる	.20	.67	.00	.04	.03	-.01	.74	
Q24 私は、状況に応じ、ケアマネジャーへ必要な情報が伝わるよう行動している	.29	.65	.01	-.02	-.07	-.07	.65	
Q26 私は、家族と円滑にコミュニケーションをはかることができている	.29	.47	.06	.07	-.18	.21	.73	
第3因子：老健施設に従事する看護者としての心構え ($\alpha = .78$)								
Q43 私は、一人ひとりの入所者が迎ってきた時代・暮らしを理解することはケアするうえで欠かせないと思う	-.08	-.13	.74	-.02	-.08	.12	.52	3.94
Q38 私は、看護者としての責任を自覚している	-.20	.22	.59	-.01	.09	-.04	.43	(0.52)
Q45 私は、一人ひとり入所者にとってのよりよい生活とはどのようなものか、日頃から考えるようにしている	.21	-.14	.59	.01	-.07	.10	.46	
Q30 私は、施設看護を実践するなかで、身体アセスメントの力が非常に重要だと感じる	-.02	-.10	.59	-.06	.05	.00	.41	
Q46 私は、老人保健施設での看護者の役割について理解している	.05	.22	.58	.07	.04	-.12	.61	
Q49 私は、老人保健施設の果たすべき社会的役割が理解できている	.18	.03	.46	-.03	.05	-.05	.47	
第4因子：医療に関する知識と技術 ($\alpha = .72$)								
Q31 私は、日常的な看護技術に不安を感じることが多い (+)	-.15	.14	-.03	.75	.03	-.07	.54	2.83
Q32 私は、高齢者特有の病気や症状に関する知識が不十分だと思う (+)	.09	-.15	-.07	.65	.10	.12	.48	(0.74)
Q36 私は、入所者の急変時、医師が到着するまでに必要な救急処置や自らの対応力に不安がある (+)	.08	.08	.03	.63	.02	-.07	.46	
Q33 私は、認知症 (とくに、徘徊・暴力等の周辺症状がある) 高齢者への対応方法に悩むことが多い (+)	-.07	-.22	.02	.54	-.14	.32	.33	
第5因子：高齢者のQOL向上に向けた看護実践力 ($\alpha = .86$)								
Q05 私は、根拠 (専門的知識・技術) に基づいた看護判断をしている	.14	.09	-.02	.03	.71	.00	.78	3.22
Q04 私は、常に入所者の心身機能の維持・向上、介護予防を意識した看護を行っている	.22	-.01	.01	-.04	.49	.15	.62	(0.70)
Q08 私は、感染や転倒予防、チューブ管理など、リスクに対する管理ができる	.18	.17	-.03	.04	.45	.12	.63	
Q14 私は、施設の看護者として、入所者の尊厳・権利を守ることとはどういうことか理解している	.08	.14	.08	-.16	.41	.25	.57	
Q09 私は、施設で死を迎える入所者がいる場合、看護者としての自分の役割を理解できている	.05	.26	.09	.06	.40	.02	.56	
第6因子：高齢者の尊厳を守るかかわり ($\alpha = .86$)								
Q18 私は、入所者個々に対し、その人らしさを尊重したかかわりができている	.00	.16	.00	.00	.19	.59	.68	3.03
Q29 私は、入所者が人との交流をはかることができるよう、人や環境の調整に心がけている	.17	.17	-.01	.01	-.01	.58	.68	(0.68)
Q28 私は、入所者の性格や認知の程度、社会的身分等に左右されることがなく、みな平等に対応できる	-.07	.16	.12	.12	.00	.57	.53	
Q17 私は、入所者の心理的变化に応じた精神的支援が実践できている	.18	.04	-.04	.04	.20	.52	.65	
(+)：逆転項目								
因子間相関								
	因子1	.76	.46	.33	.77	.73		
	2		.45	.31	.74	.73		
	3			.16	.49	.47		
	4				.33	.33		
	5					.05		
	6							

(1) 6 因子の命名

第1因子は、介護保険制度等の専門的知識に関する学習や家族への相談援助など、入所者のスムーズな在宅への移行を支援するために必要な知識や看護行為についての項目であり、「在宅復帰支援への取り組み」と命名した。第2因子は、情報交換やコミュニケーション力、介護職への助言など、チームのなかで看護者が役割を遂行し、その力を発揮するために必要な行為に関する項目であり、「在宅ケアチームでの連携と協働」と命名した。第3因子は、入所者の生きてきた時代や現在の生活、身体状態など、老健施設の看護職として生活者としての高齢者を支えるために必要な認識に関する項目であり、「老健施設に従事する看護者としての心構え」と命名した。第4因子は、看護技術への不安や疾病理解の不足など、看護職としての判断や対応が求められる際に認識する事柄であり、「医療に関する知識と技術」と命名した。第5因子は、根拠に基づいた判断力や介護予防への意識など、入所者の生活の質の維持・向上につながる看護行為であり、「高齢者のQOL向上に向けた看護実践力」と命名した。第6因子は、入所者個人の尊重や人的交流への取り組みなど、施設という環境で生活する状況下においても、社会性が維持された生活が送れるよう支える看護行為・認識であり、「高齢者の尊厳を守るかわり」と命名した。

(2) 内的整合性の確認

各因子に対するCronbach α 係数は、第1因子が $\alpha = .92$ 、第2因子が $\alpha = .92$ 、第3因子が $\alpha = .78$ 、第4因子が $\alpha = .72$ 、第5因子が $\alpha = .86$ 、第6因子が $\alpha = .86$ であり、内的整合性が確認された。

4. 看護職の役割と認識の構成因子とそれに関連する要因

役割と認識36項目から抽出された6つの因子の得点を算出し、看護職の属性による差を検討した。抽出された6つ

の因子に相当する下位項目の合計より平均値を算出した(表3)。看護職の役割・認識の構成因子のうち平均値の最も高い因子は第3因子「老健施設に従事する看護者としての心構え」で、得点は3.94 (± 0.52) であった。次いで順に、第2因子「在宅ケアチームでの連携と協働」、第5因子「高齢者のQOL向上に向けた看護実践力」、第6因子「高齢者の尊厳を守るかわり」、第4因子「医療に関する知識と技術」であった。そして、最も平均値の低い因子は第1因子「在宅復帰支援への取り組み」で、2.62 ($\pm .73$) であった。

看護職の年齢による比較のため、年齢を5群に分けて6因子の平均値を比較した結果、全因子にて有意な差が認められた。また、職位による比較のため、管理職とスタッフの2群間で比較した結果、全因子にて有意な差が認められた。(表4)。

5. 看護職の役割と認識の違いによるやりがい感、職務継続意志の特徴

6つの看護職の役割と認識の因子それぞれについて、平均値を含みそれ以上の群を高得点群、低い群を低得点群とし、この2群間のやりがい感、職務継続意志の平均得点の差の傾向をみた。その結果、第1因子から第6因子の全6因子において、高得点群のほうが低得点群に比べ、やりがい感および施設での職務継続意志の平均点が有意に高い結果を示した(表5)。

IV. 考 察

1. 老健施設に従事する看護職の特徴

本研究の調査対象者は平均年齢が47.1歳であり、40歳代と50歳代で6割を占め、比較的年齢が高い層が中心となっており、約7割が配偶者をもつ。2012年、日本看護協会が

表4 属性と看護職の役割と認識の構成因子得点

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
年齢						
29歳以下	2.28 (0.66)	2.93 (0.66)	3.67 (0.54)	2.42 (0.52)	2.88 (0.53)	2.81 (0.66)
30歳代	2.37 (0.64)	3.00 (0.76)	3.92 (0.53)	2.69 (0.72)	3.03 (0.66)	2.84 (0.65)
40歳代	2.56 (0.66)	3.11 (0.75)	3.90 (0.49)	2.78 (0.77)	3.18 (0.70)	2.96 (0.68)
50歳代	2.81 (0.77)	3.31 (0.74)	4.00 (0.52)	3.01 (0.73)	3.37 (0.72)	3.15 (0.68)
60歳以上	2.84 (0.71)	3.28 (0.73)	4.07 (0.51)	2.92 (0.71)	3.40 (0.64)	3.23 (0.66)
F値	9.66***	4.24**	4.33**	6.55***	7.42***	6.11***
多重比較	29歳以下 \leq 50歳代* 29歳以下 \leq 60歳以上*	30歳代 \leq 50歳代*	29歳以下 \leq 50歳代* 29歳以下 \leq 60歳以上*	29歳以下 \leq 50歳代* 29歳以下 \leq 60歳以上*	29歳以下 \leq 50歳代* 29歳以下 \leq 60歳以上*	29歳以下 \leq 60歳以上* 30歳代 \leq 50歳代* 30歳代 \leq 60歳以上*
職位						
管理職	3.15 (0.76)	3.65 (0.64)	4.23 (0.46)	3.06 (0.71)	3.63 (0.71)	3.35 (0.71)
スタッフ	2.50 (0.66)	3.05 (0.73)	3.87 (0.51)	2.78 (0.74)	3.13 (0.66)	2.95 (0.65)
t値	8.31***	7.46***	6.29***	3.33**	6.57***	5.16***

[注] () 内は標準偏差 (SD). *** : $p < .001$, ** : $p < .01$, * : $p < .05$.

表5 各因子における低得点群と高得点群の平均値の差

		やりがい感	職務継続意志
第1因子 在宅復帰支援への 取り組み	低得点群	3.47 (0.87)	3.38 (1.07)
	高得点群	3.82 (0.89)	3.60 (0.90)
		<i>t</i> 値	
		-4.39***	-2.48**
第2因子 在宅ケアチームで の連携と協働	低得点群	3.47 (0.88)	3.36 (1.00)
	高得点群	3.87 (0.87)	3.64 (0.96)
		<i>t</i> 値	
		-5.06***	-3.17**
第3因子 老健施設に従事する 看護者としての心構え	低得点群	3.36 (0.84)	3.26 (1.00)
	高得点群	3.85 (0.86)	3.63 (0.94)
		<i>t</i> 値	
		-6.41***	-4.26***
第4因子 医療に関する知識 と技術	低得点群	3.56 (0.90)	3.39 (1.05)
	高得点群	3.74 (0.87)	3.57 (0.92)
		<i>t</i> 値	
		-2.33*	-2.00*
第5因子 高齢者のQOL向上 に向けた看護実践力	低得点群	3.50 (0.85)	3.40 (0.97)
	高得点群	3.87 (0.82)	3.59 (0.99)
		<i>t</i> 値	
		-4.60***	-2.05**
第6因子 高齢者の尊厳を守る 関わり	低得点群	3.47 (0.88)	3.38 (1.01)
	高得点群	3.93 (0.84)	3.65 (0.94)
		<i>t</i> 値	
		-5.81***	-2.97**

[注] () 内は標準偏差 (SD), *** : $p < .001$, ** : $p < .01$, * : $p < .05$.

老健施設を含む全国の高齢者ケア施設（老健施設、特養、グループホーム）に勤務する看護職員を対象に行った全国実態調査（日本看護協会、2013）においても、高齢者ケア施設の看護職の年齢構成は40歳代と50歳代で約7割を占め、約7割が既婚者であることが明らかとなっており、今回の調査対象施設の看護職の年齢構成は全国に類した傾向があるといえる。また、約半数が准看護師であり、医療機関における勤務経験年数の平均は15.8（±11.1）年であり、10年未満が最も多く、次いで10～19年未満であった。

対象者の教育背景としては、年齢的に老年看護学や在宅看護学が体系化される前に基礎教育課程を修了し、看護師免許を取得した者が多いということがいえる。すなわち、老健施設の看護職のなかには、看護実践の蓄積や個人的学習を通じて高齢者看護の知識を習得してきた者も少なくないと思われる。高齢者看護の領域は、保健・医療・福祉と幅広い視野を要する領域である。とくに、医療機関と在宅との中間施設とされる老健施設の看護職には、これらに精通する幅広い知識が必要とされるため、医療機関から再就業した看護職は、老健施設入職後に戸惑いを感じる人が多いのではないであろうか。老健施設の看護職の特性は、医療機関に就業する看護職とは異なる。よって、老健施設の看護職の役割や実践力について課題や教育支援を論じる際には、看護師・准看護師を含めた看護職の教育背景や、平均年齢が高く、家庭との両立を要する年齢層が主となることなど、看護職のその特性を踏まえ、実現可能なかたちで支援策を検討していく必要がある。

2. 老健施設の看護職の役割と認識の構成因子と高めるべき実践力

看護職の役割と認識を構成する6因子として、「在宅復帰支援への取り組み」「在宅ケアチームでの連携と協働」「老健施設に従事する看護者としての心構え」「医療に関する知識と技術」「高齢者のQOL向上に向けた看護実践力」「高齢者の尊厳を守るかかわり」が抽出された。

全国老人保健施設協会は、老健施設でのケアの目的として「利用者のQOL（生活の質）をつねに心がけ、その自立と家庭復帰の可能性をめざす」（2003, p.14）と述べている。よって、これに準じて看護を行うことが老健施設の看護職の重要な役割となる。“利用者のQOL（生活の質）”の維持向上には、看護職は社会的弱者となりがちな「高齢者の尊厳を守るかかわり」に心がけ、「高齢者のQOL向上に向けた看護実践力」を高めることはもとより、高齢者のもつ健康課題に柔軟に対応できるよう確かな「医療に関する知識と技術」が必要となろう。また、利用者の“自立と家庭復帰の可能性をめざす”ためには、「老健施設に従事する看護者としての心構え」をもち、自らの役割を認識し、「在宅ケアチームでの連携と協働」をはかりながら、「在宅復帰支援への取り組み」に尽力していかなければならない。よって、これら6つの因子は老健施設のケアの目的を遂げるために必要な看護職の役割と認識だと考える。

しかし、今回の調査の結果、老健施設の看護職の役割と認識を構成する6つの因子のうち、第1因子「在宅復帰支援への取り組み」と第4因子「医療に関する知識と技術」

の2つは、構成因子平均値が3.0を下まわった。とくに、在宅支援に強く関連する第1因子「在宅復帰支援への取り組み」は6因子中最も低い結果であった。これには、福祉分野の知識や高齢者理解のための学習意欲、家族支援やケアプラン立案・身体アセスメント能力などが含まれる。つまり、老健施設の看護の特性を示すこの能力が不十分だと認識している看護職が多いということを示すこととなる。老健施設の看護職の教育ニーズ、教育プログラムを検討した渡辺らは、日常生活援助や基本的な看護技術などについては自己評価が高いものの、他機関との連携、社会資源活用、家族支援など入所者の在宅復帰を促進する看護業務に関する自己評価は低く、看護職が老健施設特有の役割に準ずるこの重要な看護業務に自信をもち得ていないことを指摘し、この点への教育の必要性を述べている(2006, pp.4-5)。

2014年の全国2,050の老健施設を対象にした調査(厚生労働省, 2014)では、全退所者のうち自宅退所は約21%、かつ自宅退所者の約12%が1~3か月以内にもとの老健施設に戻るという結果が出ており、老健施設の在宅支援機能が十分発揮できていない厳しい現状がうかがえる。現在の医療情勢において医療提供の場が在宅へシフトされている以上、健康課題をもつ高齢者が自宅で安全な生活を送るための支援の充実は最重要課題と位置づけてよいであろう。そのなかで、6因子中「在宅復帰支援への取り組み」と「医療に関する知識と技術」というこの2つの看護職の実践力が低いという状況は、看護職の実践力に対する自信のなさや仕事への不満感を募らせ、ゆくゆくは施設全体の機能低下ともなりかねない。Bennerは、達成感と自分の能力への自信を仕事で満足感を得るための要素(2001/2005, p.134)としている。課せられた役割を果たすことができているという看護職の自信や達成感を高めていくためにも、とくに看護職の在宅復帰支援のための実践力や医療に関する知識と技術力の向上につながる学習項目に着目し、研修会などの場を設ける試みを積極的に検討していかなければならないと考える。

3. やりがい感につながる教育支援の視点

医療機関の看護師を対象とした研究では、看護職の仕事満足度は給料や労働条件、看護部のあり方、キャリアアップの機会などに関連し(中山・野嶋, 2001, pp.81-91)、また、仕事満足度が高い方が現場での職務継続意志は確実なものとなることが明らかにされている(中島ら, 2008, pp.120-122)。したがって、人材の確保・定着の対策として、労働環境の向上、教育支援などの点から看護職の仕事満足度をいかに高めていくかが重要な視点となるといえる。しかし、老健施設は医療機関とはその機能、構成

職種が異なり、看護職の人員は少ない。ゆえに、医療機関のように看護に特化した看護管理体制や労働環境を整えることがむずかしい状況がある。職務環境や労働条件から看護職の仕事満足度を高めることは非常に困難なことが推測できる。

本調査では、仕事にやりがい感があると答えたのは約6割にすぎず、高齢者施設での今後の職務継続意志については約半数が継続意志はないとしている。しかし、一方では看護職の役割と認識を構成する全6因子において高得点群のほうがやりがい感、職務継続意志が有意に高いという結果が抽出された。これは看護職としての役割を果たすことができる実践力やそのための心構えを強めることが、看護職のやりがい感や施設の看護職として働き続ける意志につながる可能性を示すものと思われる。医療機関とは異なり、介護保険施設職員の人員確保や給与体系は介護保険報酬に大きく影響を受ける。施設の設置主体の規模により深刻さに違いはあるとしても、施設サービスの介護報酬額が下方修正されている現状では、前述のように仕事満足度の向上を目的とした職員の労働条件や整備に関する早急な改善はむずかしい状況にあらう。特養の看護職のやりがいに関する研究のなかで岩崎らは、自己の活動を振り返りながら看護職としての役割機能を明確にしていくことがやりがいを認識しながら働き続けることにつながることを述べている(岩崎ら, 2007, p.47)。老健施設の看護職も、医療機関とは違い入所者の生活ニーズを重視した場で看護を提供しているという点で特養の看護職と似た職務環境にあり、岩崎らの見解を参考にし得ると考える。したがって、老健施設の看護職の職務継続意志を高め、看護の質を高めていく策を採求するためには、労働環境の改善という組織面にとらわれず、看護職個々の役割を明確にし、やりがい感や役割認識という意識面に着目することが重要と考える。今回の調査で、約4割の看護職はやりがい感があると言い切れていない。自らの行う看護職務に役割を見出せる、つまり、自分の仕事やとるべき行動が具体的にイメージできる、そのための策を看護支援対策として採求していくことが必要である。老健施設の看護とは何かを看護職個々が認識でき、主体的に活動できるようサポート体制を整えることが看護職の定着に向けたより実践可能な介入策の1つとなると考える。

4. 高齢者施設での連携・協働力向上のための支援の必要性

看護職の年代別と職位別による比較では、全因子で有意な得点差が出ていた。これは、看護職としての月日を重ねることや職位を得て管理者としての責任を担うことで、役割を果たす力や老健施設の看護職としての認識が高まる傾向にあると考える。

年齢による比較において、第2因子「在宅ケアチームでの連携と協働」は他の因子と異なり、50歳代が30歳代に対して有意な点差を得ているのみであった。井上は、他職種間の連携を成り立たせる条件の1つとして、相手の業務内容の理解や専門性の尊重、専門職としての知識と技術の取得とそれを具体化するための実践力などをあげる(2006, pp.30-31)。しかし、施設看護職に関する研究のなかで、加藤らは、看護職が病院看護から生活モデルの施設看護へ認識を変換するにはさまざまな困惑や葛藤があると述べている(加藤ら, 2006, p.101)。老健施設の看護職としての自分の役割が理解できず、迷いがある状況があるとすれば、そのなかで他職種の理解や連携に対する意識を深めることは困難であろう。「在宅ケアチームでの連携と協働」の50歳代の30歳代に対する有意差は、施設での経験や看護活動を長年積んでいくなかで高齢者ケアの神髄や他職種の業務内容の理解が進むとともに、徐々に培われる力であるということを示していると推察できる。高齢者ケアにおいて職種間の連携や協働が重要であることは周知のとおりであり、老健施設での看護にもこの協働が不可欠である。他の医療機関等での豊富な看護経験を有すれば、なおさら業務期待は少なくないであろう。しかし、先に述べたように、この連携や協働力が施設での看護実践を積み重ねるなかで徐々に培われていくものであるとすると、周囲の期待と実際の看護職の力に差が生じやすい役割であるともいえる。したがって、看護職個々は「在宅ケアチームでの連携と協働」に関する力を高める必要性が自らの役割としてあることを認識し、尽力することが必要である。また、各施設管理者は看護職がすでにあわせもつ能力と過信するのではなく、施設で教育支援すべき必須課題と認識されるべきと考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

今回の調査では2つの県内の介護老人保健施設を対象とした特定の調査結果であり、全国的な動向を反映している

かどうかは不明である。今後は対象範囲を拡大しながら、現場看護職へのインタビュー調査などもあわせて行い、質問紙の項目を再検討していき、全国の介護老人保健施設の看護職の施設内研修をはじめとした教育支援の検討に活用できるよう研究結果をさらに洗練させていくことが必要である。

結 論

1. 老健施設の看護職の役割と認識の構成因子として、「在宅復帰支援への取り組み」「在宅ケアチームでの連携と協働」「老健施設に従事する看護者としての心構え」「医療に関する知識と技術」「高齢者のQOL向上に向けた看護実践力」「高齢者の尊厳を守るかかわり」の6つがある。役割と認識の6つの構成因子のうち、「在宅復帰支援への取り組み」の得点が最も低かった。
2. 看護職の年代別と職位別により6因子の平均値を比較した結果、全因子で有意な得点差が出た。看護職として月日を重ねることや職位を得て責任を担うことは、看護職の役割を果たすための実践力や老健施設の看護職としての認識の向上に関連する。
3. 6つの構成因子のすべてにおいて、得点が高いほうが得点が高いほうより看護職のやりがい感と職務継続意志は有意に高かった。この6つの役割を果たす実践力や認識を高めることが、やりがい感や職務継続意志の向上につながる可能性がある。

謝 辞

本研究に、お忙しいなかご協力いただきました介護老人保健施設管理者さまと看護職の皆さまに心より感謝申し上げます。また、さまざまなご指導・ご助言をくださいました北海道科学大学山本八千代教授をはじめ、川崎医療福祉大学の諸先生方、有志の皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本論文は川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究所に提出した修士論文を一部加修正したものである。

要 旨

目的: 介護老人保健施設(以下、老健施設)の看護職の役割と認識について構成因子を明らかにする。また、やりがい感や職務継続意思との関連を明らかにし、看護職への教育的支援に向け示唆を得る。

方法: 老健施設の看護職に無記名自記式質問紙調査を実施。

結果: 看護職の役割と認識の構成因子として、「在宅復帰支援への取り組み」「在宅ケアチームでの連携と協働」「老健施設に従事する看護者としての心構え」「医療に関する知識と技術」「高齢者のQOL向上に向けた看護実践力」「高齢者の尊厳を守るかかわり」の6因子が抽出され、得点の高いほうがやりがい感や職務継続意志も高い傾向にあった。また、「在宅復帰支援への取り組み」の得点が最も低かった。

考察: 6つの実践力と認識の向上が看護職のやりがい感に関連する可能性と主軸役割である「在宅復帰支援への取り組み」の評価が低いことを踏まえ、老健施設の看護職への教育的支援を検討する必要がある。

Abstract

This study aimed to clarify constituent factors of nursing professionals' roles and understanding in long-term health care facilities for the elderly (referred to below as elderly care facilities). The study also sought to obtain the insights of nursing professionals by examining the relationship between their sense of job being worthwhile and will to continue work. This research was undertaken with a view towards improving educational support for nursing professionals. A self-administered anonymous questionnaire, distributed to nursing professionals in elderly care facilities, obtained 6 factors of nursing professionals' role and understanding: "facilitating return-home arrangements"; "coordination and collaboration among different professions and family caregivers"; "readiness as a nurse employed in an elderly care facility"; "medical knowledge and skills"; "practical nursing skills for raising quality of life of elderly people"; and "interaction that protects dignity of the elderly". There were relations between improvement in the 6 factors and nursing professionals' sense of job being worthwhile and will to continue work. However, it was clear that nursing professionals' self-evaluation was lowest on the key role of "facilitating return-home arrangements", indicating one direction for educational support for nursing professionals in elderly care facilities.

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. 東京: 医学書院.
- 堀川尚子 (2008). 介護老人保健施設二分化問題とそのゆくえ. 看護, 60(3), 66-73.
- 井上千鶴子 (2006). 看護と介護の連携. 老年社会科学, 28(1), 29-34.
- 岩崎佳世, 小野幸子, 坪井桂子, 古田さゆり (2007). 特別養護老人ホームで働く看護職の“やりがい”. 老年看護学, 12(1), 40-48.
- 加藤基子, 丹治優子, 廣田玲子 (2006). 介護保険施設における看護職員の看護活動と看護に対する認識. 老年看護学, 10(2), 92-102.
- 厚生労働省 (2014). 介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業報告書. 第5回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会資料. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051762.pdf
- 松岡広子, 百瀬由美子, 渡辺みどり, 奥野茂代, 横矢ゆかり, 藤野あゆみ, 赤塚大樹 (2010). 介護保険施設に勤務する看護師が体験する役割ストレス. 日本看護福祉学会誌, 15(2), 149-161.
- 中島智恵子, 寺山久美子, 井上律子, 阿部範子, 藤田 京, 花田真弓, 藤井栄子 (2008). 看護師の仕事に対する認識と満足度, 定着に関する研究. 日本看護学会論文集 (看護管理), 39, 120-122.
- 中根 薫, 沼本教子, 浦田喜久子 (2004). 介護老人保健施設における看護職への現任教育の現状と課題. 神戸市看護大学紀要, 8, 37-44.
- 中山洋子, 栗生田友子, 片平好重 (1997). 看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究: 組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討. 聖路加看護大学紀要, 23, 2-15.
- 中山洋子, 野嶋佐由美 (2001). 看護婦の仕事の継続意志と満足度に関する因子の分析. 看護, 53(8), 81-91.
- 日本看護協会 (2013). 平成24年度高齢者ケア施設で働く看護職員の実態調査報告書. 長期療養の生活者を支える訪問看護等の強化対策. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2012/koreisha.pdf>
- 小川 忍 (2007). 老人保健施設の看護力強化を—日本看護協会の提案. コミュニティケア, 9(13), 12-19.
- 高橋優子 (2009). 介護保険施設における看護師の実態と定着への課題—介護老人福祉施設と介護老人保健施設の看護職員の比較結果—. 社会教育研究, 27, 31-46.
- 高山成子, 丸田香織, 遠山ともみ (2005). 老人保健施設のケア提供者の職業満足度. 日本看護学会論文集 (看護管理), 36, 124-126.
- 渡辺みどり, 奥野茂代 (2007). 介護老人保健施設看護職者の自律性と自己効力感. 日本看護福祉学会誌, 12(2), 79-89.
- 渡辺みどり, 百瀬由美子 (2006). 介護老人保健施設看護職者の業務への自己評価. 愛知県立看護大学紀要, 12, 9-15.
- 渡辺みどり, 征矢野あや子, 白鳥さつき, 松澤有夏 (2006). 老人保健施設看護職者の教育ニーズと教育プログラムの検討. 身体教育医学研究, 7, 1-6.
- 安田真美, 山村江美子, 小林朋美, 寺嶋洋恵, 矢部弘子, 板倉勲子 (2006). 看護・介護の専門性と協働に関する研究 第2報: 介護保険施設に従事する看護師への質問紙調査を通して看護の専門性について考える. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 14, 117-126.
- 全国老人保健施設協会 (2003). 介護老人保健施設看護・介護マニュアル (改訂版). 14, 東京: 厚生科学研究所.

[平成27年1月13日受 付]
[平成27年7月5日採用決定]

生後2～3か月児がいる母親の育児困難感とその関連要因

Feelings of Difficulty with Child-Rearing and their Related Factors
among Mothers with a Baby at the Age of 2-3 Months

申 沙 羅 山 田 和 子 森 岡 郁 晴
Sara Shin Kazuko Yamada Ikuharu Morioka

キーワード：育児困難感, EPDS, 孤立感, 母親, 重回帰分析

Key Words : feelings of difficulty with child-rearing, EPDS, a sense of isolation, mothers, multiple regression analysis

I. 背景と目的

1980年ごろからの、少子化や核家族化といった家族形態の変化や、都市化による家庭と地域とのつながりの希薄化に伴い、子育ては母親一人に任されていることが多くなった(岩田, 1997)。このような変化に伴い、何らかの育児困難感を感じながら乳児の育児を行っている母親が増加していると推測される(茂本・奈良間・浅野, 2010)。育児困難感とは「日常の子育てに起因する育児へのとまどいや子どもへの否定的感情や態度からなる心性」と定義され(川井ら, 1996)、乳児期において虐待を引き起こす要因として注目されている(興石, 2005)。育児困難感に対する支援を考えるために、これまで育児困難感の関連要因について検討され、児のなだめにくさや夜泣き、母親の抑うつ傾向があげられている(原田・片平・森田・福嶋・松井, 2009; 小林ら, 2006)。育児には養育者に対する直接・間接のサポートが重要であることから(大日向, 2008)、育児困難感に関しても母親に関連するサポート以外にも、父親などの家族による育児サポートも重要な要因であると推察されるが、育児困難感について父親などの家族の視点からの関連要因はまだ十分に検討されていない。

ところで厚生労働省は、生後4か月未満の乳児が児童虐待死亡事例の約5割を占めていること、地域保健で実施される最初の健診時期である生後4か月までは、育児相談など行政からの育児サポートを受けることが少ないことを指摘しており、2007年に「子育て支援に関する情報提供や養育環境等の把握を行い、必要なサービスにつなげること」を目的に、生後4か月までに乳児がいる全家庭を訪問する「乳児家庭全戸訪問事業」(以下、全戸訪問)を制度化した(厚生労働省, 2007)。全戸訪問が制度化されて8年になり、実際に訪問する生後2～3か月児の子育て支援を検討する必要があるが、この頃の育児困難感の関連要因につい

ての研究は少ない。

そこで本研究は、生後2～3か月児がいる母親の育児困難感とそれに関連する要因を家族、育児サポートを含めて明らかにし、育児困難感を感じている母親への子育て支援のあり方について検討する資料を得ることを目的とした。

II. 対象および方法

1. 乳児全戸訪問の概要

A市では、2010年4月より全戸訪問を生後2～3か月の乳児がいる家庭を対象に行っている。新生児訪問を希望した家庭と対象児が第1子の家庭には助産師が、育児不安が高い母親や養育について継続した支援が必要な家庭あるいは低出生体重児がいる家庭には7名の保健師が、それ以外の家庭には民生委員児童委員が訪問している。

2. 対象者

A市に居住し、2011年12月から2012年11月の1年間に生まれた乳児をもち、全戸訪問の対象となる母親全員478名を対象とした。全戸訪問の同意は全員より得られた。質問紙調査は乳児が生後2～3か月の時点でを行った。

3. 方法

調査は無記名の自記式質問紙法で行った。研究者は、訪問を行う者に研究趣旨を説明し、全戸訪問時に対象者へ質問紙を手渡ししてもらった。なお、生後2か月までに保健師、助産師が訪問した家庭については、生後2～3か月時点で郵送または訪問時に質問紙を配付した。記入後の質問紙は郵送法にて回収した。

4. 調査項目

調査項目として属性、育児困難感、育児困難感に関連す

る要因として、母親、子ども、パートナーを含む父親（以下、父親）などの家族の要因について尋ねた。

(1) 育児困難感

育児困難感とは、「子ども総研式・育児支援質問紙」（日本子ども家庭総合研究所愛育相談所，2003）を用いて測定した。質問は、「育児に自信がもてない」「子どものことでどうしたらよいかわからない」「子どものことは理解できている」「どのようにしつければよいかわからない」「母親として不適格感を感じる」「私は子育てに困難を感じる」「子どもをうまく育てている」「育児についていろいろ心配なことがある」の8項目から構成されている。回答には4件法を用い、回答された項目ごとに「いいえ」1点、「ややいいえ」2点、「ややはい」3点、「はい」4点と配点し、合計点を算定した。否定的な反応ほど得点を高くするために、「子どものことは理解できている」「子どもを上手く育てている」の2項目については配点を逆転して算出した。得点は8～32点に分布し、得点が高いほど育児困難感が強い。

(2) 育児困難感に関連する要因

母親に関する項目として、母親の年齢、職業、「日本語版エジンバラ産後うつ病質問票」（Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS）（岡野ら，1996）、「赤ちゃんへの気持ち」（以下、「愛着」）（鈴宮・山下・吉田，2003）、孤立感、育児サポート、健康状態、妊娠時の経過、出産時の状況を尋ねた。

EPDSは母親の抑うつ感や不安を評価する10項目から構成されており、0～3点の4件法で回答を求め、各項目とも得点が高いほど症状が重いことを示している。日本では、9点以上を産後うつ病としてスクリーニングしている。

「愛着」は赤ちゃんに対する気持ちを評価するもので、10項目から構成されている。30点満点で、得点が高いほど赤ちゃんへの否定的な感情が強いことを示している。

孤立感とは、「育児の大変さを誰もわかってくれない」「一人で子どもを育てている感じがして落ち込む」「育てていて自分だけが苦勞している」の3項目について、それぞれ「よくそう思う」から「全くそう思わない」の4件法で尋ねた。育児サポートは、「心配事や不安について助言してくれる人」「育児について気軽に相談できる人」「一緒にストレスを発散できる人」「病気のときに育児や家事を手伝ってくれる人」「家を空けるときに、家のことを頼める人」「緊急時に子どもを預けられる人」の6項目について、それぞれ「たくさんいる」から「全くいない」の4件法で尋ねた。

健康状態は、「心身ともに快調」「からだの調子はよいが、精神的に不調」「精神的にはよいが、からだの不調」「心身ともに調子が悪い」「何ともいえない」の5件法で尋ねた。

妊娠時の経過は、「順調」「順調でない」の2件法で尋ね

た。出産時の状況は、「普通分娩」「帝王切開」「鉗子・吸引分娩」「その他」の4項目から1つ選択してもらった。

子どもに関する項目として、子どもの性、月齢、出生時体重、きょうだいの有無、泣きの状況、慢性疾患、発育状況を尋ねた。「きょうだいの有無」で「あり」と答えた者には出生順位および一番近いきょうだいの年齢を尋ねた。

泣きの状況は、「よく泣いてなだめるのに困る」「夜泣きがひどい」の2項目について、それぞれ「はい」から「いいえ」の4件法で尋ねた。

慢性疾患は、「あり」「なし」の2件法で、発育状況は、「順調かどうか」について「はい」「いいえ」の2件法で尋ねた。

父親などの家族に関する項目として、父親の年齢、職業、健康状態、育児・家事への参加、育児への理解、同居家族、祖父母との同居、育児方針のくい違い、家庭の経済状況について尋ねた。

父親の健康状態は、母親と同様な方法で尋ねた。

育児・家事への参加は、父親の場合、「家事をしているか」「子育てに参加しているか」の2項目について、それぞれ「よくやっている」から「全くしない」の4件法で、父親以外の家族の場合、「子育てに協力的か」について「とてもそう思う」から「全く思わない」の4件法で尋ねた。育児への理解は、「子育てについてよく理解していると思うか」の項目について、父親および家族のそれぞれに対して「とてもそう思う」から「全く思わない」の4件法で尋ねた。

同居家族は、「病気などで身のまわりの世話が必要な人」の有無を尋ねた。祖父母との同居は、「自分の父あるいは母と同居」「父親の父あるいは母と同居」「同居していない」の3件法で尋ねた。

育児方針のくい違いは、「家庭内で育児に関する方針・考え方のくい違いがあるか」について「ある」「ない」「どちらともいえない」の3件法で尋ねた。

家庭の経済状況は、「ゆとりがある」から「全くゆとりがない」の4件法で尋ねた。

5. 分析方法

母親の年齢は平均値を基準に2群分けした。出生時体重は値をそのまま用いた。母親の職業は「あり」と「なし」に分けた。

EPDSは「9点以上」と「9点未満」に分けた。「愛着」は得点をそのまま用いた。孤立感の3項目は、「よくそう思う」「ときどき思う」を『思う』と、他を『思わない』に、育児サポートの6項目は、「全くいない」と「少しいる」を『いない』と、他を『いる』の2群に分けた。健康状態は、「精神的健康」と「身体的健康」をそれぞれ「よ

い」と「悪い」に、出産時の状況は「普通分娩」と「普通分娩以外」に分けた。

子どもの性は「男」と「女」に、月齢は「2か月」と「3か月」に分けた。きょうだいは「第1子」と「第2子以降」に、後者の場合、一番近いきょうだいとの年齢差が18か月未満の時は育児困難を抱えやすいという Browne, Douglas, J., Hamilton-Giachritsis, C., & Hegarty (2006) の報告に基づき「18か月未満」と「18か月以上」に分けた。泣きの状況の2項目は、「はい」「ややはい」を『はい』と、他を『いいえ』の2群に分けた。発育状況は、「順調」と「順調でない」に分けた。

父親の年齢は平均値を基準に2群分けした。父親の職業は「正社員」と「非正社員」に分けた。父親の健康状態は、母親と同様に分類した。父親の育児・家事への参加の2項目は、「よくしている」「ときどきしている」を『している』として、他を『しない』に、父親以外の家族の育児・家事への参加は、「とてもそう思う」「ややそう思う」を『思う』と、他を『思わない』の2群に分けた。育児への理解は「思う」と「思わない」に分けた。祖父母との同居は、「自分の父あるいは母と同居」「父親の父あるいは母と同居」を『いる』として、「同居家族はいない」を『いない』の2群に分けた。育児方針のくい違いは、「ある」「どちらともいえない」を『あり』として、「ない」の2群に分けた。経済状態は、「ゆとりがある」「少しゆとりがある」を『ゆとりがある』と、他を『ゆとりがない』の2群に分けた。

それぞれの項目において2群に分けたときの育児困難感の得点の比較にはt検定を、育児困難感の平均値と「愛着」および体重との相関にはSpearmanの相関係数を用いた。

育児困難感に関連する要因を検証するため、育児困難感の得点を従属変数とする重回帰分析を行った。2群に分けた際に育児困難感に有意差があった項目あるいは育児困難感と有意な相関がみられた項目を独立変数とし、2群分けの項目では育児困難感が高いほうを1、低いほうを0と設定し、相関係数を求められる項目はそのまま用いた。重回帰分析はステップワイズ法で行った。

統計学的解析には「SPSS バージョン17日本語版」を用い、統計的有意確率は5%未満とした。

なお、出現数の5以下の回答がみられた場合、その質問項目を分析から除外した。

6. 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、本調査への協力は自由意思であり、拒否しても不利益を被ることはないこと、回答はすべて統計的に処理し、個人的に解析しないこと、目的以外に使用しないこと、調査終了後、資料は復元できない状態にし、廃棄することを母親に文書で説明を行った。質問紙の

返送をもって同意を得られたものとした。

A市の保健福祉部門の代表者に研究趣旨を文書と口頭で説明し、文書で了解を得るとともに、和歌山県立医科大学倫理委員会の承認後調査を開始した。

Ⅲ. 結 果

質問紙の回収数は167名、回収率は34.9%であった。全員有効回答で、有効回答率は34.9%であった。

1. 育児困難感の得点分布

育児困難感の得点分布を図1に示す。得点分布は正規分布であった(Shapiro-Wilk検定, $p > .05$)。最低点が8点、最高点が31点であり、16点が最も多く、平均は 16.3 ± 4.4 (標準偏差)点であった。累積度数分布では、13点以下が30.5%であり、18点以下が70.1%であった。

2. 育児困難感に関連する単変量解析

母親に関する項目を表1に示す。母親の年齢は18～45歳の範囲にあり、平均年齢は 31.5 ± 5.3 歳であった。年齢の平均値で2群分けして育児困難感の得点を比較すると有意な差は認められなかった。「愛着」の中央値は1、四分位範囲は0～2、相関係数は.372であった。「愛着」の中央値で2群分けすると、「愛着」の得点が高いほうが育児困難感の得点が有意に高かった。EPDSが9点以上の者、孤立感については、「育児の大変さを誰もわかってくれない」「一人で子どもを育てている感じがして落ち込む」「育てていて自分だけが苦勞していると思う」の3項目、育児サポートについて「心配事や不安について助言してくれる人」「育児について気軽に相談できる人」「一緒にストレスを発散できる人」「病気のときに育児や家事を手伝ってくれる人」「家を空ける時に家のことを頼める人」の6項目では、「思う」あるいは「いない」と答えた者が、また、健康状態では、身体的健康が「悪い」と答えた者が育児困難感の得点が有意に高かった。

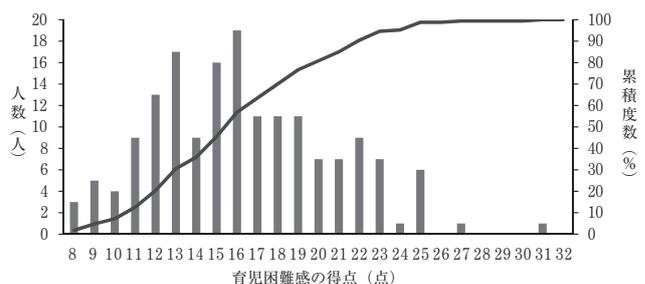


図1 育児困難感の得点分布と累積度数分布

表1 母親に関する項目別に見た育児困難感の得点の比較結果

		例数	育児困難感(点)		p値		
			平均点	標準偏差			
年齢	30歳以下	83	15.8	4.3	.146		
	31歳以上	84	16.8	4.5			
職業の有無	なし	129	16.6	4.5	.646		
	あり	38	15.3	4.0			
EPDS	9点以上	18	21.8	4.1	<.001		
	9点未満	149	15.7	4.0			
孤立感	育児の大変さを誰もわかってくれない	思う	23	19.7	4.7	<.001	
		思わない	144	15.8	4.1		
	一人で子どもを育てている感じがして落ち込む	思う	30	19.4	4.1		
		思わない	137	15.7	4.2		
育てていて自分だけが苦労していると思う	思う	22	19.2	4.1	.010		
	思わない	145	15.9	4.3			
育児サポート	心配事や不安について助言してくれる人	いない	33	18.8	5.0	<.001	
		いる	134	15.7	4.1		
	育児について気軽に相談できる人	いない	33	19.0	4.9		
		いる	134	15.7	4.0		
	一緒にストレスを発散できる人	いない	67	17.6	4.8		.003
		いる	100	15.5	4.0		
	病気のときに育児や家事を手伝ってくれる人	いない	85	17.0	4.6		.037
		いる	82	15.6	4.1		
家を空けるときに、家のことを頼める人	いない	98	17.1	4.5	.006		
	いる	69	15.2	3.9			
緊急時に子どもを預けられる人	いない	95	16.9	4.5	.077		
	いる	72	15.6	4.1			
健康状態	精神的健康	悪い	29	17.1	4.1	.160	
		よい	126	15.9	4.4		
	身体的健康	悪い	11	20.0	4.0		
		よい	144	15.8	4.3		
	妊娠中の経過	順調でない	30	16.1	4.4		.980
		順調	137	16.4	4.4		
出産時の状況	普通分娩以外	36	16.2	5.0	.530		
	普通分娩	131	16.3	4.2			

[注] 無回答を除く

表2 子どもに関する項目別に見た育児困難感の得点の比較結果

		例数	育児困難感(点)		p値	
			平均点	標準偏差		
性	男	83	15.7	4.0	.055	
	女	84	17.0	4.7		
月齢	2か月	89	16.2	4.2	.743	
	3か月	77	16.4	4.6		
出生順位	第1子	101	16.3	4.9	.935	
	第2子以降	66	16.4	4.1		
上の子との年齢差	18か月未満	7	17.7	4.0	.349	
	18か月以上	138	16.2	4.3		
泣きの状況	よく泣いてなだめるのに困る	はい	23	18.8	4.0	.006
		いいえ	143	16.0	4.4	
	夜泣きがひどい	はい	4	16.2	—	
		いいえ	163	16.3	—	
慢性疾患	あり	5	20.4	—	—	
	なし	161	16.2	—		
発育状況	順調でない	1	19.0	—	—	
	順調	164	16.2	—		

[注] 無回答を除く

子どもに関する項目を表2に示す。体重の中央値は3,040g、四分位範囲は2,788～3,246g、相関係数は-.096であった。よく泣いてなだめるのに困るの項目で「はい」と答えた者のほうが、育児困難感の得点が有意に高かった。

父親などの家族に関する項目を表3に示す。父親の年齢は19～53歳の範囲にあり、平均年齢は33.8±6.1歳であった。家庭内での育児方針・考え方の違いの項目で「ある」と答えた者のほうが、家庭の経済状況では「ゆとりがない」と答えた者のほうが育児困難感の得点が有意に高かった。

3. 育児困難感に関連する多変量解析

2群に分けた際に育児困難感の平均値に有意差があった項目として、母親に関する10項目、子どもに関する1項目、父親など家族に関する2項目を、独立変数とし、重回帰分析を行った結果を表4に示す。EPDSが9点以上、「愛着」の得点が高い、家庭の経済状態にゆとりがない、育児方針に違いがある、育児について気軽に相談できる人がいないの6項目が育児困難感と関連する要因としてあげられた。

表3 父親などの家族に関する項目別にみた育児困難感の得点の比較結果

		例数	育児困難感(点)		p値	
			平均点	標準偏差		
父親について	年齢	33歳以下	86	16.0	4.6	.343
		34歳以上	80	16.7	4.2	
	職業	非正社員	142	16.3	4.7	.834
		正社員	24	16.5	2.5	
	精神的健康	悪い	32	16.8	5.3	.546
		よい	134	16.2	4.2	
	身体的健康	悪い	32	16.8	5.3	.252
		よい	134	16.2	4.2	
	家事をしている	しない	60	15.9	3.7	.376
		する	105	16.5	4.7	
	子育てに参加している	しない	10	16.5	4.4	.898
		する	156	16.3	4.4	
	子育てについて理解してくれる	思わない	13	17.2	6.0	.420
		思う	152	16.2	4.2	
父親以外の家族について	子育てに協力的	思わない	9	16.9	5.0	.699
		思う	156	16.3	4.4	
	子育てについて理解してくれる	思わない	8	15.0	5.0	.387
		思う	158	16.4	4.4	
	同居家族に身のまわりの世話が必要な人	いる	6	17.5	5.4	.505
		いない	160	16.3	4.4	
祖父母との同居	同居していない	139	16.4	4.3	.512	
	同居している	27	15.8	4.4		
その他	家庭内での育児方針・考え方の違い	ある, どちらともいえない	65	18.0	4.2	<.001
		ない	101	15.3	4.2	
	家庭の経済状況	ゆとりがない	95	17.3	4.5	
	ゆとりがある	71	15.1	4.0		

[注] 無回答を除く

表4 育児困難感に関連する要因を推測するモデル項目

	β	p値
EPDS 9点以上	.234	.002
「愛着」の得点が高い	.248	.000
家庭の経済状態にゆとりがない	.189	.005
家庭内での育児方針・考え方に違いがある	.194	.004
育児について気軽に相談できる人がいない	.149	.034

[注] R²=0.40, β: 標準偏回帰変数

IV. 考 察

生後2～3か月児を持つ母親167名を対象に自記式質問紙調査を行った結果、育児困難感には、EPDSが9点以上、「愛着」の得点が高い、経済状態にゆとりがない、育児方針に違いがある、育児について気軽に相談できる人がいないの5項目が関連していることが明らかになった。

育児困難感の得点分布については、先行研究(川井ら, 2000)が示している得点の累積度数分布に、本研究の累積度数分布がほぼ一致しており、同様の結果であった。

EPDSが関連要因であったことは、産後3か月時点の母親のEPDSの得点が9点以上であった者は育児困難感を強く感じやすいという原田ら(2009)の報告と一致していた。小林ら(2006)によると、生後1～2か月児においては母親の抑うつ傾向が最も育児困難感と関連しており、今回の2～3か月児を対象にした結果と同様であった。抑うつ状態の影響要因として、自尊感情の低さや母親役割に対する自己評価の低さがあり、育児困難感の軽減のためには、母親の育児を尊重し、頑張りを認め、自己評価を高めることが重要となってくる(大日向, 2008)。

吉田(2013)は、産後うつ病などにより母親の乳児に対する気持ちが否定的になり、育児に支障をきたすが、産後うつ病の発症がなくても児への気持ちが否定的になっている母親がいることを報告している。また、山下(2011)は、母親の愛着形成がうまく進まない母親の児への愛着が弱くなり、育児困難な状況につながっていくと報告している。

山本・神田(2008)は、経済的にゆとりのない母親は地域でのつながりが薄い人の割合が高く、育児サポートを得にくく孤立的状況にあり、その結果、育児困難感が強くなると報告している。本研究は、この研究結果を支持していた。また、経済的にゆとりがないと家計のやりくりが必要となり、そのことが悩みとなる(山本・神田, 2008)ことから、心理的なゆとりのなさにつながり、育児困難感を強めたと推測される。

育児方針の違いは育児困難感に関連していた。3～4か月児健診時の母親の主訴の1つに、「家庭内での育児方針の不一致で悩んでいる」ことがあげられている(浜崎・平田・寺本・松田, 2006)。また、0か月のころは、ストレスの原因として夫婦間の育児方針の違いがある(北村・土屋・細井, 2010)。生後2～3か月においても育児方針の違いが育児への困惑となり、育児困難感を感じることが推測される。

育児について気軽に相談できる人がいないことも関連要因であった。相談ができない母親は育児困難感を感じやすいこと(榎本・福本・堀井・小松・塩見, 1999)、情緒的

サポート育児における肯定的な感情との関連性があること(小坂, 2004)から、相談できる人がいるという情緒的サポートがないと、育児において肯定的な感情をもちにくく、育児困難感を抱きやすくなると考えられる。

これまで報告(川井ら, 1999)されているように、よく泣いてなだめるのに困るの項目において育児困難感に有意差がみられた。江藤・堀内(2000)は、児がぐずったり激しく泣いたりするなどの行動が多くみられる場合や、容易になだめることができない場合に扱いにくさを感じると述べており、このような扱いにくさが育児困難感につながったと考えられるが、今回は関連要因ではなかった。小林ら(2006)によると、生後1～2か月は児の泣きの理由を理解するために試行錯誤している時期であり、児との関係性が十分確立していない。このような時期に本調査が行われたため、関連要因にはならなかったと推測される。

子育てが母親一人に任されることが多くなると、孤立感を感じることが多くなると考えられる。本研究において、孤立感について、「育児の大変さを誰もわかってくれない」「一人で子どもを育てている感じがして落ち込む」「育てていて自分だけが苦労している」という項目においても育児困難感に有意差がみられた。育児困難に悩む母親は人を頼れず相談ができない傾向にあり、育児を一人で頑張っているのにうまくいかない状況に陥りやすいという報告(東ら, 2009)がある。この時期の母親の孤立感を深める要因には、話し相手がないこと、特に仕事が多忙なために夫と話す時間が短くなったこと(大日向, 2008; 日本子ども家庭総合研究所, 2012)や、育児の大半を一人で担うことが多くなった時代背景(大日向, 2008)、周囲の子育てへの無理解(中村, 2007)がある。今回、孤立感は関連要因とならなかったが、今後、子どもが成長していくうえでさまざまな悩みや困難が生じることで孤立感が強くなることが考えられる。

今回の調査結果から、生後2～3か月におけるEPDSが9点以上、「愛着」の得点が高い、家庭の経済状態にゆとりがない、育児方針に違いがある、育児について気軽に相談できる人がいないことを指標として、育児困難感を感じている母親に対して子育て支援のあり方を検討できる可能性が示された。生後2～3か月における、育児への思いや悩みの傾聴や母親の言動や環境などのアセスメントから、母親の抑うつ傾向や児への愛着が弱い傾向がみられたり、孤立感を感じていたりするなど、その後継続して支援が必要と思われる家庭には、保健師が母親の思いに寄り添い母親一人で悩みを抱え込まないように、地域の子育て広場や育児相談などのサービスを紹介し、そして母親の育児困難感を軽減できるような育児環境づくりをしていくことが必要である。

本研究の限界として、今回の回収率は低く、育児困難感の強い人が回答しなかったなど、回答した集団に選択バイアスがある可能性がある。さらに、生後2～3か月における横断研究であり、育児困難感の原因やその変化はとらえていない。今後、育児困難感が児の成長とともにどのように変化してゆくのか継続して研究していく必要がある。

結 論

生後2～3か月の児をもつ母親167名を対象に、無記名の自記式質問紙法で育児困難感に関する調査を行った。その結果、育児困難感には、EPDSが9点以上、愛着の得点が高い、家庭の経済状態にゆとりがない、育児方針に違いがある、育児について気軽に相談できる人がいないの5項目が育児困難感と関連していた。これらの項目から、育児困難感がある母親への子育て支援のあり方を検討できる可能性が示唆された。

本研究の実施に際して、アンケートにご協力いただいた皆さま、A市の民生委員児童委員の皆さま、A市立保健センターの助産師、保健師の皆さまに心から感謝いたします。

要 旨

生後2～3か月児がいる母親の育児困難感とその関連要因を明らかにすることを目的に本研究を行った。対象者はA市に居住し、2011年12月から2012年11月の間に生まれた生後2～3か月の児がいる母親167名（回収率34.9%）であった。調査は無記名自記式質問紙法で行い、育児困難感、母親、子ども、父親などの家族の要因について尋ねる項目を用いた。育児困難感の得点を従属変数とし、2群分けしたときに育児困難感の得点に有意差があった項目を独立変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その結果、「エジンバラ産後うつ質問票」（EPDS）が9点以上、「愛着」の得点が高い、家庭の経済状態にゆとりがない、育児方針に違いがある、育児について気軽に相談できる人がいないの5項目が育児困難感と関連していた。これらの5項目を指標として、育児困難感を感じている母親への支援を検討できる可能性が示された。

Abstract

This study was conducted to clarify feelings of difficulty with child-rearing and relevant factors among mothers with a baby at the age of 2-3months. The subjects were 167 (valid response rate 34.9%) mothers living in A city whose infants were born between December 2011 and November 2012 (two to three months old at the time of survey). An anonymous self-administered questionnaire was used. Questionnaire items consisted of demographic data, “feelings of difficulty with child-rearing (feeling of difficulty),” and factors of mother, child, father and family. A stepwise multiple regression analysis was performed with “feelings of difficulty” as the dependent variable and the items which had a significant difference in the average of “feelings of difficulty” between the two categories per item as the independent variables to examine the relevant factors. Five items were relevant to “feelings of difficulty”—Edinburgh Postnatal Depression Scale score of 9 or more, weak bonding, financial difficulties of the family, disagreements over child-rearing, and absence of someone with whom to consult freely about child rearing. These items can be used to examine the support of child-rearing for mothers experiencing “feelings of difficulty”.

文 献

- Browne, K.D., Douglas, J., Hamilton-Giachritsis, C., and Hegarty, J. (2006). *A Community Health Approach to the Assessment of Infants and their Parents: The CARE Programme*. 163-168, Wiley.
- 江藤宏美, 堀内成子 (2000). 生後4か月の子どもの夜間における睡眠と気質. 日本助産学会誌, 14(1), 24-34.
- 浜崎優子, 平田和子, 寺本恵光, 松田光枝 (2010). 3～4か月児をもつ母親の乳児健診における主訴の分析—母親のニーズに沿った保健指導の検討. 保健師ジャーナル, 66(1), 44-52.
- 原田なをみ, 片平起句, 森田ひろみ, 福嶋昭子, 松井和夫 (2009). 産後抑うつ感情の変化と愛着形成・被養育体験との関連—産

- 褥早期から産後3～4カ月までの縦断的調査より. 日本看護学会論文集（母性看護）, 40, 114-116.
- 東 雅代, 西村真実子, 米田昌代, 井上ひとみ, 梅山直子, 宮中文字, 堅田智香子, 和田五月, 松井弘美 (2009). 乳幼児をもつ母親の育児困難の状況—母親および子育て支援に関わるエキスパートへのフォーカス・グループ・インタビューから. 石川看護雑誌, 6, 1-10.
- 岩田美香 (1997). 「育児不安」研究の限界：現代の育児構造と母親の位置. 教育福祉研究, 3, 27-34.
- 川井 尚, 庄司順一, 千賀悠子, 加藤博仁, 中野恵美子, 恒次欽也 (1996). 育児不安に関する臨床的研究Ⅱ：育児不安の本態

- としての育児困難感について. 日本総合愛育研究所紀要, 32, 29-47.
- 川井 尚, 庄司順一, 千賀悠子, 加藤博仁, 中村 敬, 谷口和加子, 恒次欽也, 安藤朗子 (1999). 育児不安に関する臨床的研究Ⅴ: 育児困難感のプロフィール評定質問紙の作成. 日本子ども家庭総合研究所紀要, 35, 109-143.
- 川井 尚, 庄司順一, 千賀悠子, 加藤博仁, 中村 敬, 安藤朗子, 谷口和加子, 佐藤紀子, 恒次欽也 (2000). 子ども総研式・育児支援質問紙(試案)の臨床的有用性に関する研究. 日本子ども家庭総合研究所紀要, 36, 117-138.
- 北村真弓, 土屋直美, 細井志乃ぶ (2006). 子どもの年齢別にみた母親の育児ストレス状況とストレス関連要因の検討: 父親との比較に焦点をあてて. 日本看護医療学会雑誌, 8(1), 11-20.
- 小林康江, 遠藤俊子, 比江島欣慎, 雨宮幸枝, 長田保昭, 田辺勝男, 中村雄二 (2006). 1カ月の子どもを育てる母親の育児困難感. 山梨大学看護学会誌, 5(1), 9-16.
- 小坂千秋 (2004). 幼児を持つ母親の役割満足感を規定する要因: 就労形態からの検討. 発達研究, 18, 73-87.
- 興石 薫 (2005). 育児不安の発生機序. 日本小児科学会雑誌, 109(3), 337-345.
- 厚生労働省 (2007). 乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate12/03.html> (検索日2014年4月1日)
- 榎本妙子, 福本 恵, 堀井節子, 小松光代, 塩見武雄 (1999). 育児不安の実態と関連要因の検討(第2報): 育児不安測定項目の因子分析. 京都府立大学医療技術短期大学部紀要, 8(2), 163-172.
- 中村 敬 (2007). 地域における子育て支援: 育児ストレスとその生成要因について. 大正大学研究紀要, 92, 336-316.
- 日本子ども家庭総合研究所愛育相談所 (2003). 育児不安評定尺度「子ども総研式・育児支援質問紙」. 東京: 母子保健事業団.
- 日本子ども家庭総合研究所 (2012). II 家族・家庭, 日本子ども資料年鑑2012. 72-73, 東京: KTC中央出版.
- 大日向雅美 (2008). 第4部第2章育児不安の払拭, 汐見稔幸, 佐藤博樹, 大日向雅美, 小宮信夫, 山縣文治 (編): 子育て支援の潮流と課題. 265-284, 東京: ぎょうせい.
- 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 玉木領司, 野村純一, 宮岡 等, 北村俊則 (1996). 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7(4), 525-533.
- 茂本咲子, 奈良間美保, 浅野みどり (2010). 母親が認識する乳児の状態と育児困難感の特徴とその関連. 小児保健研究, 69(6), 781-789.
- 鈴宮寛子, 山下 洋, 吉田敬子 (2003). 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害: 自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討. 精神科診断学, 14(1), 49-57.
- 山本理絵, 神田直子 (2008). 家庭の経済的ゆとり感と育児不安・育児困難との関連: 幼児の母親への質問紙調査の分析より. 小児保健研究, 67(1), 63-71.
- 山下 洋 (2011). 子ども虐待における母子臨床. 子ども虹情報研修センター紀要, 9, 88-109.
- 吉田敬子 (2013). 妊産婦の精神面の問題の把握と育児支援—多職種による支援ユニットの編成の意義と役割分担. 母子保健情報, 67, 24-29.

〔平成26年7月23日受 付〕
〔平成27年7月31日採用決定〕

早期退職した病院勤務の 新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセス

Psychological Process from Hiring to Post-resignation of
Early Resignation New Graduate Hospital-employed Nurses

山田 貴子 藤内 美保
Takako Yamada Miho Tonai

キーワード：早期退職，新卒看護師，心理，病院勤務

Key Words：early resignation, new graduate nurses, psychological, hospital-employed

緒 言

近年，入職後数年以内に離職する若者の早期離職が問題となっている。わが国の新規学卒者の離職状況によると，平成23年3月の新規大学卒の離職率は，入職後1年以内では13.4%，2年以内では10.1%，3年以内では8.8%となっており（厚生労働省，2014），入職後3年以内に離職する者のうち1年以内に離職する新規学卒者が多いことがわかる。

この新規学卒者の早期離職問題は，看護職においても例外ではない。日本看護協会の調査（2014）によると，新卒看護師の1年以内の離職率は7.9%である。近年，新卒看護師の離職率は減少傾向であるが，まだ1年以内の離職率が10%台，13%台の病院もある。医療技術の高度化，病院病床数の増加，看護業務の複雑化・多様化などによって看護職の需要は増えており，慢性的な看護職不足となっている。このような背景において，次世代の医療・看護を担う新卒看護師の育成は重要な課題である。看護の道を志し学んできた新卒看護師を，現場で継続的かつ計画的に育成することが入職後1年以内の離職を防止し，職場定着への支援につながると考える。

新卒看護師の離職要因には，専門職としての責任の重さや看護技術不足（久保・上釜・竹下，2008），消極的な職業選択動機（松下・柴田，2004），仕事の失敗や人間関係（水田・上坂・辻・中納・井上，2004），看護業務に関するストレス（細川・竹川・荒川・川島，2000），リアリティショック（平賀・布施，2007）などがある。こうした状況を踏まえ，厚生労働省は医療安全の確保，臨床実践能力の向上，早期離職防止の観点からさまざまな取り組みを行っており，2004年には「新人看護職員の臨床実践能力の

向上に関する検討会」で新人看護職員の到達目標と指導指針を提示している（厚生労働省，2004）。2008年には「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」で新人看護職員研修の必要性や教育内容の確立が問題点として指摘された（厚生労働省，2008）。2009年には「看護の質の向上と確保に関する検討会」で新人看護職員研修の制度化・義務化を視野に入れた新人看護職員研修の必要性が指摘され（厚生労働省，2009），「新人看護職員研修に関する検討会」で新人看護職員研修のガイドラインの策定と普及のための方策について検討が行われた（厚生労働省，2011）。このような段階を経て，2009年7月「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正により，2010年4月より「新人看護職員の卒後臨床研修」が努力義務となった。

これらを背景に各病院では，新卒看護師の早期離職防止に向けて，医療・看護の安全に関する研修会の実施（穴尾，2009），看護技術研修（森田，2009），メンタルヘルスサポート（木村・仲澤・船戸，2009），プリセプター研修（坂本・河本，2007）など，新卒看護師を支援するためのさまざまな取り組みを行っている。

新卒看護師の離職に関する先行研究では，病院に勤務している新卒看護師を対象としている量的研究（渡邊・荒木田・鈴木，2010；Suzuki, et al., 2006；Beecroft, Dorey, & Wenten, 2008）が中心である。新卒看護師のなかには，離職願望をもちながらも退職せずに職務継続できている者と退職してしまった者とがいる。先行研究では，早期退職してしまった新卒看護師を対象にした研究は少なく，また，離職願望をもちながら，何に苦しみ，葛藤し，何が支えとなったのか，離職に踏み切った動機や退職後など，入職から退職後までの一連のプロセスを明らかにした研究はな

い。

そこで本研究では、新卒看護師として就職した病院を入職後1年以内に早期退職した者を対象に、新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセスを明らかにすることを目的とする。

I. 用語の操作的定義

- ①新卒看護師：看護基礎教育課程を経て看護師国家試験に合格し看護師免許を取得後、初めて病院に入職した1年未満の看護師とする。
- ②入職後の早期退職者：新卒看護師として初めて就職した病院を入職後1年以内に辞めた者とする。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセスを明らかにするため、本研究は半構成的面接を用いた質的帰納的研究である。

B. 研究参加者

看護基礎教育課程を修了後、新卒看護師として初めて就職した病院を入職後1年以内に退職した者である。ただし、次の条件に該当する者は研究の対象から除外した。

- ①退職理由が新卒看護師としての経験に起因しない怪我、結婚退職、家庭内の事情などの場合
- ②看護基礎教育課程を卒業直後、病院に就職しなかった者
- ③病院へ就職する以前に、職についての経緯がある者

研究参加者の探索は、初めはA看護系大学教員の協力のもと、教員が知り得た情報の範囲で研究参加者の探索を行い、その後は研究参加者から紹介を受け、スノーボール方式で研究参加者の探索を行った。

C. データ収集期間

2011年4月～2011年10月。

D. データ収集方法

データ収集方法は半構成的面接法により行い、研究参加者の希望する場所でプライバシーが守られる個室を確保し、インタビューガイドを用いながら面接を実施した。質問内容は、入職当初どのような気持ちで働き、どのような状況で辞めたいと思い始めるようになったのか、そのときどのような対処行動をとっていたのか、辞めたい思いながらも働き続けた理由、そして、どのようなことがあり強

く辞めようと決意したのか、退職後の思いなどについて質問し自由に語ってもらった。研究参加者の概要として、性別、最終学歴、配属部署、新卒看護師への教育支援体制、在職期間、退職してから面接実施までの期間、面接時の現職に関する情報を得た。面接内容は、研究参加者の同意のもとICレコーダに録音し、逐語録に書き起こしたものをデータとした。

E. データ分析方法

本研究の分析には、GlaserとStraussのグラウンデッド・セオリー・アプローチの特性を継承し、コーディング法と深い解釈を統合した方法として木下によって考案された「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」(以下、M-GTA)を用いた(木下, 1999; 木下, 2003)。M-GTAはデータに密着した継続的比較分析が行え、データを切片化せずに文脈を重視した深い解釈を行うことができる。また、人間と人間が直接的にやりとりをする社会的相互作用にかかわる研究であり、かつ人間行動の予測と説明に優れた理論が提示でき、研究対象とする現象がプロセス的な特性をもつ研究に適している。本研究で取り扱う現象は、新卒看護師と新卒看護師を取り巻く人々との社会的相互作用に焦点をあてており、早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセスを明らかにすることであるため、M-GTAは本研究の分析手法として適していると判断した。

分析は以下の手順で行った。分析の最小単位である概念の生成までは、具体例(ヴァリエーション)、定義、概念名、理論的メモからなる分析ワークシートを作成し、1概念につき、1ワークシートの形式で記入した。本研究の分析焦点者を「新卒看護師として初めて就職した病院を入職後1年以内に退職した者」、分析テーマを「早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的変化のプロセス」と設定した。分析焦点者と分析テーマに照らして、データのなかから関連がありそうな箇所に着目し、それを具体例に書き込み、データの背後にある意味の流れを読みとるように解釈を行い、定義欄に記入し概念を生成した。具体例をあげる際には類似例や対極例があるかどうかをデータと照らして確認し、解釈が恣意的に偏る危険を防いだ。思考プロセスのなかで疑問や概念に照らして解釈上考えられることは理論的メモ欄に記入した。また、1つの概念を生成する際は、同時並行で他の概念との関係を検討し、関係性のある複数の概念からカテゴリーを生成した。分析結果は、概念、カテゴリー相互の関係からまとめ、結果図を作成し、その概要を簡潔に文章化してストーリーラインとした。なお、分析過程において、指導教授のスーパーバイズを受けながら、繰り返し検討を行うことで

分析の信頼性の確保に努めた。

F. 倫理的配慮

本研究は、研究参加者の個人情報に厳重に守る必要があった。A看護系大学教員または研究参加者に研究協力依頼文書を用いながら、①研究の趣旨および研究方法、②質問内容、③面接時間、④研究への参加は強制ではなく任意であること、⑤途中中断や参加の取り下げが可能であること、⑥研究協力の有無にかかわらず個人や以前所属していた病院および現在所属する施設に不利益を被ることはないこと、⑦個人情報の保護と匿名性の保障、⑧面接内容は研究以外の目的では使用しないこと、⑨研究結果の公表の際にも研究参加者が特定されることはないこと、を口頭および書面で説明した。A看護系大学教員または研究参加者の協力が得られ、研究参加者の条件に該当する者がいた場合は該当者にコンタクトをとってもらい、研究の趣旨および筆者とのコンタクトの可否を伺ってもらった。了承が得られた研究参加者には筆者が改めて連絡をとり、①から⑨の内容を口頭で説明した。内諾が得られた研究参加者には、再度面接を実施する前に①から⑨の内容を口頭および書面で説明し、同意書への署名を得たうえで面接を実施した。

個人名は記号化し、共同研究者であっても個人情報を入力することはできないようにした。データは鍵がかけられる場所に厳重に保管し、研究終了後、録音データの消去および逐語録はシュレッダーで破棄する。なお、本研究は大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会の承認を得て実施した（承認番号556）。

Ⅲ. 結 果

A. 研究参加者の概要

研究参加者は男性2名、女性8名の合計10名であった。最終学歴は全員が看護系大学卒業であった。配属部署は全員病棟で、新卒看護師への教育支援体制は全員がプリセプターシップであった。研究参加者の在職期間は1か月から1年以内であり、退職後、看護師として再就職した者が6名、保健師として再就職した者が1名、看護教員が1名、未就職者が2名であった。退職してから面接実施までの期間は5か月から5年であった。面接時間は30～100分であった。研究参加者の概要は表1に示す。

B. 早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセス

分析の結果、早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセスには5つの時期があり、

表1 研究参加者の概要

参加者	性別	在職期間	退職してから面接実施までの期間	面接時の現職
A	男性	9か月	5年	看護師
B	男性	1か月	2年	看護師
C	女性	10か月	3年	看護師
D	女性	1年	3年	保健師
E	女性	6か月	9か月	看護師
F	女性	6か月	3年	看護師
G	女性	1年	5か月	看護教員
H	女性	1年	3年	看護師
I	女性	1年	5か月	未就職
J	女性	9か月	9か月	未就職

12カテゴリと35概念が生成された。入職から退職後までの心理的プロセスは、入職当初、自己の理想とは違う【現実の世界への戸惑い】と【どうしたらよいかかわからない】状態にあり、看護師としての自立を求められ【看護師としての模索】が始まった。できない【自己への失望】から辞めたいと思うようになるが、【心の調整】をしながら辞めたい気持ちを思い止めていた。仕事の失敗やインシデントを起こした新卒看護師は【仕事のミスをした自己価値のゆらぎ】により【看護師としての自己のあり方を自問】していた。この時の新卒看護師は【心身のバランスの崩壊】状態にあった。そして、【退職決断の引き金】により【退職の決断】をした。退職後は【当時の自己を客観視】する行動と【自己の成長】があった。研究参加者には在職期間が1か月の研究参加者もいたが、すべてのカテゴリのプロセスをたどっていた。

なお、時期は《 》、カテゴリは【 】, 概念は〈 〉、具体例は「 」で表した。以下にストーリーラインを示し、結果図（図1）に沿って内容を説明する。

1. ストーリーライン

《入職当初の時期》の新卒看護師は、病棟で働くうちに自分の想像していた理想の世界とは違う【現実の世界への戸惑い】を感じていた。現実の世界には〈新卒看護師への規制された世界〉〈理想の看護ではない処置に追われる世界〉があった。新卒看護師にとって病棟の仕事は初めて経験することばかりで【どうしたらよいかかわからない】状態であった。自己でも〈何がわからないのかわからない〉ため、〈曖昧な知識〉のまま働いていた。

《辞めたいと思う時期》の新卒看護師は、日が経つにつれ看護師としての自立を求められ【看護師としての模索】をするようになった。〈1看護師としての責任感と重圧〉を感じながらも〈自分にできる業務を必死に遂行〉していた。仕事をするなかでプリセプターや先輩看護師など〈周

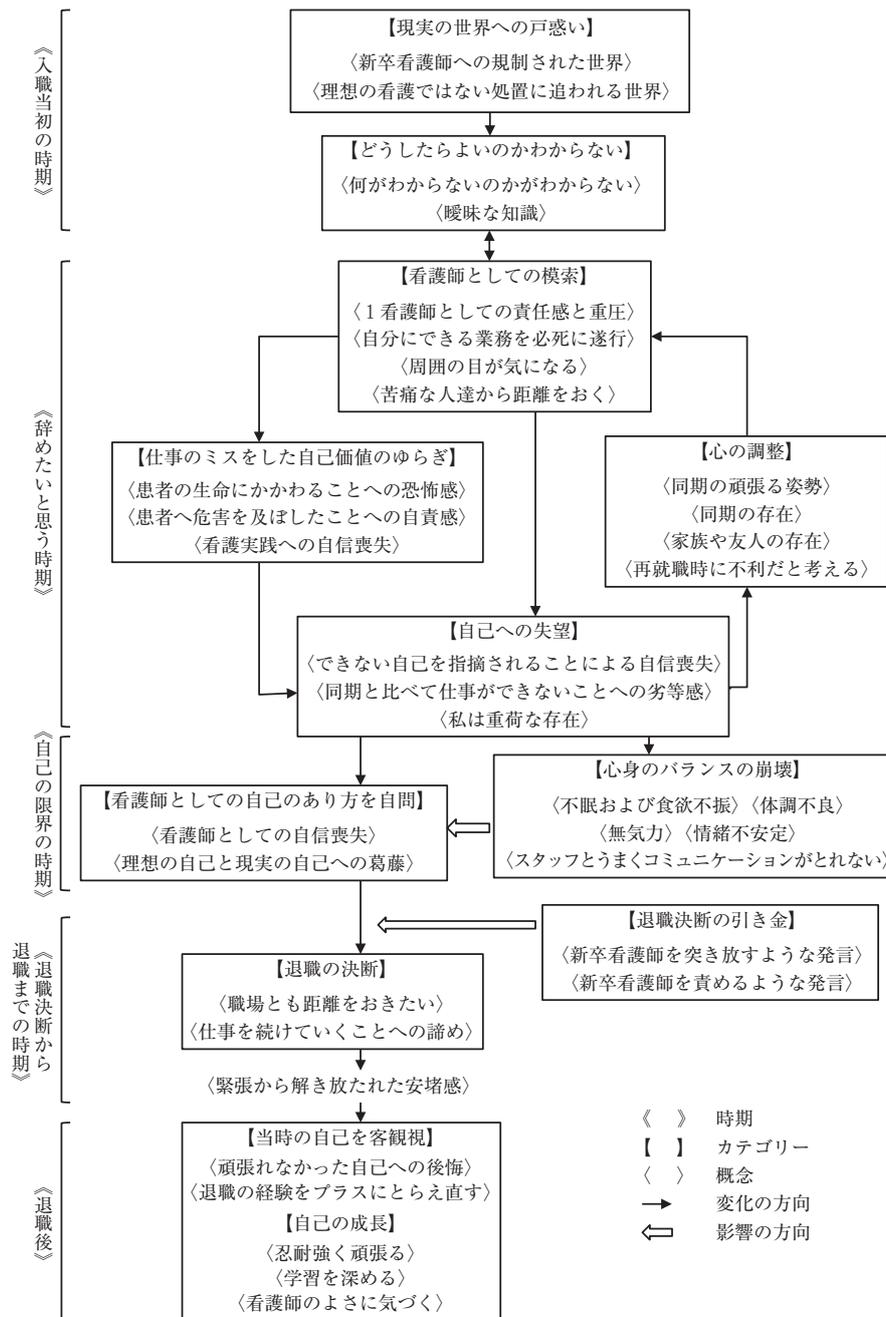


図1 早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセス

周囲の目が気になる〉ようになり、プリセプターや先輩看護師に対してネガティブな感情をもち始め、〈苦痛な人達から距離をおく〉ようになっていた。知識や技術が〈できない自己を指摘されることによる自信喪失〉〈同期と比べて仕事ができないことへの劣等感〉、プリセプターや先輩看護師にとって〈私は重荷な存在〉であると感じ【自己への失望】により何度も仕事を辞めたいと思うようになった。しかし、〈同期の頑張る姿勢〉や〈同期の存在〉〈家族や友人の存在〉が心の励みとなっていた。また、入職後1年以内の退職は〈再就職時に不利だと考える〉ことで、辞めたい気持ちを思い止め【心の調整】を行っていた。仕事を任

せられるようになった新卒看護師は失敗やインシデントを起こし、【仕事のミスをした自己価値のゆらぎ】が生じ始めた。仕事のミスを起こした新卒看護師は〈患者の生命にかかわることへの恐怖感〉や〈患者へ危害を及ぼしたことへの自責感〉を感じ、〈看護実践への自信喪失〉につながっていた。

《自己の限界の時期》に達した新卒看護師は、自己の看護に自信がもてず〈看護師としての自信喪失〉を感じていた。また、〈理想の自己と現実の自己への葛藤〉しながら【看護師としての自己のあり方を自問】していた。この時期の新卒看護師は【心身のバランスの崩壊】状態にあり

〈不眠および食欲不振〉〈体調不良〉〈情緒不安定〉〈スタッフとうまくコミュニケーションがとれない〉〈無気力〉といった身体的不調や心理的症状が出現していた。

《退職決断から退職までの時期》の新卒看護師は、自己の限界に達しており、病棟師長や教育担当者からの〈新卒看護師を突き放すような発言〉や〈新卒看護師を責めるような発言〉が【退職決断の引き金】となり、〈職場とも距離をおきたい〉〈仕事を続けていくことへの諦め〉の気持ちが強くなり【退職の決断】となった。病棟師長から退職を受理された新卒看護師は、いままで張りつめていた〈緊張から解き放たれた安堵感〉を感じていた。

《退職後》は、1年目に〈頑張れなかった自己への後悔〉と〈退職の経験をプラスにとらえ直す〉という【当時の自己を客観視】する行動がみられた。研究参加者は、過去の体験を通して〈忍耐強く頑張る〉〈学習を深める〉〈看護師のよさに気づく〉ことで【自己の成長】を獲得していた。

2. カテゴリーと概念の説明

以下、カテゴリーの説明を概念と具体例をあげて説明する。

a. 《入職当初の時期》

(1) 【現実の世界への戸惑い】

これは、新卒看護師が働くなかで、自己の思い描いていた理想とは違う【現実の世界への戸惑い】である。現実の世界は2つの概念から構成され、新卒看護師が患者にケアを実施する場合は必ず先輩看護師の指示を仰ぎ、チェックを受けながら実施しなければいけない〈新卒看護師への規制された世界〉であり、1人の患者に時間をかけてかわることができない〈理想の看護ではない処置に追われる世界〉である。

「大学で学んだ看護技術とかありますよね。それを実際に自分が看護師として患者さんにしたいとか、そういうのをすごく思って入ったんですけど、実際は、点滴も自分がとることではないんですよね。……(省略)……たとえば点滴をずっとキープしてる人いますよね、へパロックして。そういうのも1年目はしたらダメとか。そういうルールがあって。すべてにおいて自分が実施できないことが多くって。すべてにおいて、その日に指導をしてくれる先輩にお願いします、お願いしますって言って。先輩は忙しいんですけど、点滴などは全部、先輩に頼まないといけなくて」(C)

「ケアが多くて、ずーとバタバタという感じでしたね。患者さんとゆっくり話したりとかっていう時間はあんまりなくて」(E)

(2) 【どうしたらよいのかわからない】

これは2つの概念から構成される。新卒看護師は、病棟へ配属されてからある一定期間、先輩看護師と一緒に行動

をともし、病棟業務を行っていた。新卒看護師にとって病棟の仕事は初めて経験する内容が多く、自己でも〈何がわからないのかわからない〉状態であった。どこがどのようにわからないのかわからないため、先輩看護師からの「何か質問ある？」との問いかけに対し新卒看護師は返答できずにいた。新卒看護師は帰宅後、何から勉強してよいのかわからず、先輩看護師へ相談したいと思うが、「こんなこと聞いたらいけないよなあ」と考えてしまい、相談することを躊躇していた。新卒看護師はどこがどのようにわからないのかわからないか自己でも不明確のまま、帰宅後は手当たり次第学習に取り組むが、学習は追いつかず〈曖昧な知識〉で働いていた。

「1日の勤務が終わった後に、何か質問ある？って言われても、わかってない、まだ初めてで、わからない、わかってないところもあると思うんですけど。こう、あのーいまは大丈夫です。みたいな感じで答えていました」(J)

「必ず1日の終わりにプリセプターさんと一緒に反省をするんです。でもなんか聞けなくて、何を勉強したらいいですか？って。そんなこと聞いたらいけないよなあと思って。どういう感じで勉強したらいいのかわからなくて、結局家に帰って手当たり次第、全部勉強して。でも結局、中途半端にしか調べられなくて」(E)

b. 《辞めたいと思う時期》

(1) 【看護師としての模索】

これは4つの概念から構成される。新卒看護師は日が経つにつれ看護師としての自立を求められた。これまでは先輩看護師と一緒に行動をともしながら仕事をしてきた日々が、先輩看護師との付き添い期間が終了すると、今度は一変し、すべての業務を新卒看護師1人で実施しなければならず、〈1看護師としての責任感と重圧〉を感じていた。看護師としての責任と重圧を感じながらも、新卒看護師は〈自分にできる業務を必死に遂行〉していた。

「先輩との付き添い期間が終わったら、もう、すぐ部屋持ちだったんですね。段々、1人でやらないといけなくなると、段々こうプレッシャーがかかって」(I)

「ケアも全部自分なんですよ。朝、申し送りが終わったら、すべての責任が自分。ケアも誰かと協力してるんじゃない自分。負担がすごく大きかったですよね。だから追われるんですよ、時間に。ケアも全部自分がしないといけないし、オペもあるし、オペ出しして、オペ迎えてとかいうのがバーっと入っているんで、追われるんですよ」(C)

また、新卒看護師はプリセプターや先輩看護師など〈周囲の目が気になる〉ようになっていた。プリセプターや先輩看護師に注意を受けることが多くなると、プリセプターや先輩看護師の目や表情に恐怖を感じ、緊張するなどのネガティブな感情をもつようになっていた。そのため、わか

らない点をプリセプターや先輩看護師に質問したいと思う
が自己を評価される恐怖から相談できないでいた。そして、
徐々に、自分にとって〈苦痛な人達から距離をおく〉
ようになっていた。

「プリセプターは表情も怖いし、見た目も怖い感じの人で
した。スタッフのなかで一番怖いと感じていました。怖くて
話をしたくなかったです。わからないことを聞きたくても怒
られる感じがして聞けなかった」(F)

(2) 【自己への失望】

これは3つの概念から構成される。新卒看護師は必死に
業務を遂行するなかで、技術ができない、疾患がわからな
い等、できない自己に直面していた。プリセプターや先輩
看護師から知識や技術が〈できない自己を指摘されること
による自信喪失〉になったり、同期と自分を比較し、〈同
期と比べて仕事ができないことへの劣等感〉を感じてい
た。また、プリセプターや先輩看護師にとって〈私は重荷
な存在〉であると感じていた。このときの新卒看護師は自
信をなくしており、自己に対して否定的になっていた。

「報告のときに、疾患がわからなかったり、処置がわから
なかったりするとすごい突っ込まれるじゃないですか。……
(省略)……そういうのが増えてきたのも6月くらいだったん
で。そういうのが一気にこう積み重なって辞めたいなって思
いました」(I)

「私、技術を習得するのも遅くって。友だちにはどんどん先
を越されて行ってしまおうし。なんか、私ダメだなって」(J)

「仕事が終わって、プリセプターと他のプリセプターに2
対1くらいで、今日何がダメだったか言いなさいって言われ
て箇条書きにされて。今日これだけダメだった。これがダメ、
これがダメ、これがダメみたいな感じで言われて。……(省
略)……これこれがダメって言われたら、(自分は)ダメなん
だダメなんだってなってた」(A)

「なんかプリセプターさんに申し訳ないなって思っていま
した。私がかもっと仕事がかちゃんとできたら、プリセプターさ
んが他のスタッフからいろいろ言われることもないだろう
なって。……(省略)……リーダーさんにすごい負担をか
けてるんだろうなって」(H)

(3) 【心の調整】

これは4つの概念から構成される。新卒看護師は何度も
仕事を辞めたいと思った。しかし、〈同期の頑張る姿勢〉
や、自分と同じ境遇で仕事の大変さや辛さを分かちあえる
〈同期の存在〉、仕事の話聴いて自分の気持ちを理解して
くれる〈家族や友人の存在〉が心の励みとなっていた。ま
た、入職してからの1年以内の退職は〈再就職時に不利だ
と考える〉ことにより、看護師として一人前になるまでは
頑張ろうとの思いで、辞めたい気持ちを思い止めていた。

「同じ病棟の同期も辞めたいと言いながら頑張っていたので、

ここで我慢して踏ん張らないとなって思っていました」(F)

「病棟の同期がすごく気のあう子で、すごく仲よくなれた
ので、その子と愚痴りながら帰ったりとか、時間があえばご
飯食べに行ったりとかしていました。……(省略)……1年
で再就職って絶対むずかしいじゃないですか。世間的にも1
年ってというのは、あまり印象がよくないっていうのも自分
でも思ったので、2、3年はやらなきゃと思っていました」(I)

(4) 【仕事のミスをした自己価値のゆらぎ】

これは3つの概念から構成される。新卒看護師は、1看
護師として仕事を任せられるようになると、仕事の失敗や
インシデントを起こすようになった。仕事のミスを起こし
た新卒看護師は、先輩看護師からの「あなたには任せられ
ない」「あなたのせいで治療がうまくいかなかったらどう
するの」との叱責によって、〈患者の生命にかかわること
への恐怖感〉や〈患者へ危害を及ぼしたことへの自責感〉
を感じ、〈看護実践への自信喪失〉につながっていた。

「10月に入ってから、インシデントを立て続けに起こしてし
まって、1週間のうちに3回くらいインシデントを書いてし
まって。それで、なんか自分にも自信がなくなって、先輩か
らあなたには任せられないって言われて。もう、私も(患
者を)みる(受け持つ)の無理やして思っ、もう、私も
しばらくはみれません(受け持てません)、って正直に言いま
した」(J)

「抗がん剤落とすのに、サーっと点滴が落ちてしまって、
まだ大丈夫かなあって思っ、次見に行ったときは、もう
だーっと落ちてしまっ。それを先輩の看護師さんが、患
者さんは命がけで私たちに命を預けているのに、あなたのせ
いで治療がうまくいかなかったらどうするの、みたいなこと
をバーっと言われて。私、看護師向いてないなあ、怖いな
あって思っ、私がしなかったらこんなことにはならなかった
のって思いました」(H)

c. 《自己の限界の時期》

(1) 【看護師としての自己のあり方を自問】

これは2つの概念から構成される。新卒看護師は、看護
師としての自己を問い直すようになっていた。先輩看護師
の働く姿と現在の自己の姿とを重ねあわせ、「この患者さ
んに自分はいまよく援助ができていのだろうか」「本当は
自分は看護師に向いてないんじゃないか」と看護師とし
ての自己に自信がもてず〈看護師としての自信喪失〉につ
ながっていた。また、「私がやりたかったことは何?」「私
がやりたかったことはこんなことじゃない」と〈理想の自
己と現実の自己への葛藤〉をし、看護師として働く自己に
自問しながら、徐々に退職を意識するようになっていた。

「ずっと働いてる先輩とか、骨髄移植の患者さんだったり、
重い患者さんを受け持つ先輩を見ると、私、こんなバリ
バリ働く看護師さんになる勇気ないなあって思い始めて、9

月、10月とかのインシデント重なった時期に」(J)

「もしかしたら自分は看護師に向いてないんじゃないかとか、この患者さんに自分はうまく援助ができていのかとか。すごく思い出したときに、なんかいろいろ行き詰ったりとかして、なんかこうすごく考えたりして。私はもしかしたら向いてないのかなあとか」(C)

「私がやりたかったことは何？ 私がやりたかったことはこんなことじゃない！って思って」(I)

(2) 【心身のバランスの崩壊】

《自己の限界の時期》にある新卒看護師はストレスフルな状況にあり、〈不眠および食欲不振〉〈体調不良〉〈情緒不安定〉〈スタッフとうまくコミュニケーションがとれない〉〈無気力〉といった身体的不調、心理的症状が出現していた。

「5月終わりくらいから、また食事がとれなくなって、眠れなくなってみたいのが続いて、体調を崩すことがすごく多くなって」(E)

「嘔吐下痢のような感じになったんですけど。その前から行きたくないって感じになって、病院に。なんかもう毎朝、すごい早く目が覚めて、あー今日も行かないといけなみたいなの。なんかこう自分のなかで行きたくないって自分で思って」(C)

「4月末くらいに、病院に行ったけど、病棟に行けなかったんですよ。なんか、気分が悪くて。たぶん、精神的なものでしょうけど。うつじゃないけど、そのくらい落ちこんで」(B)

d. 《退職決断から退職までの時期》

(1) 【退職決断の引き金】

新卒看護師は、ストレスフルで自己の限界に達していた。自己の限界に達している新卒看護師に「あなた看護師に向いてないわよ」「あなたの将来知らないけどね」といった〈新卒看護師を突き放すような発言〉や、「あなたこのままでどうするの」といった〈新卒看護師を責めるような発言〉が退職決断の決め手になっていた。

「主任との面接のときに、何か最近勉強してるの？みたいな感じで言われて、そのときに看護師向いてないわよ、って言われて」(A)

「ヒヤリハットにならないくらいのちょっとしたミスをしたときに、師長さんに報告しに行ったときに、あなたの将来は知らないけどねって言われて、なんか病棟のトップの人に言われてしまうとすごいショックで。なんか私、明日からどうしようみたいな感じで。そのときすごく落ち込んで、じゃあ来年どうしようってなって」(G)

「11月くらいに、あなたこのままでどうするのって師長さんに言われて。私が先輩に迷惑をかけてたんで、私のせいで帰りが遅くなるとか、そういうことがあって。面接というか呼び出しのような感じで、先輩に迷惑をかけてるってそうい

うふうに責められて」(J)

(2) 【退職の決断】

退職と職務継続との間で苦悩し続けた新卒看護師は、職場から一度離れたいという〈職場とも距離をおきたい〉気持ちや、〈仕事を続けて行くことへの諦め〉の気持ちが強くなり退職を決断していた。病棟師長に退職を受理された新卒看護師は、いままで張り詰めていた〈緊張から解放された安堵感〉を感じていた。

「自分が向いてないんだったら、この時間を他の自分がしたいことがあれば向けたほうがいいんじゃないかとかいろいろ考えて。1回、本当に自分が看護師をしたいのかっていうのを1回離れて考えてみようって思い始めて。じゃあ1回辞めよう。自分のなかでわからなくなって、何がしたいかとか。体調とかも崩して、やっぱり自分のなかで限界がきて、ちょっと1回辞めようって。そのときはほんと眠れなくて、きつっていうのもあって、いますぐこうズルイ意味で逃げ出したいみたい。離れたいっていうのが強くて」(C)

「11月末くらいに、なんか評価みたいな、半年くらいの評価があったときに、プリセプターに、このままだったら次入ってくる子と一から一緒にしないといけなくて言われたこともありました。そのときに、自分の将来のことを考えないといけなあって思い始めて。ずっとここにいるのか、ちょっと一端離れて考えたほうがいいのかになって思い始めて。11月初めに研修旅行があったんですけど、それを楽しみに頑張ってたんですけど、それが終わってしまったら、なんかもう自分のなかで、もういいかなって思い始めて。自信もなかったし」(J)

「(退職を受理されたときの気持ちは)なんかホッとした感じがありました。緊張感がもう、もう辞めていいんだあって」(J)

e. 《退職後》

(1) 【当時の自己を客観視】

これは2つの概念から構成される。研究参加者は退職後、いまでも前の職場で頑張っている同期や友人の話を聞くと「あのとき(1年目のとき)もうちょっと頑張っていたら」と1年目に〈頑張れなかった自己への後悔〉の気持ちと、「1回辞めて、また看護師をしたいと思って戻ったので、1回離れたことはよかった」と〈退職の経験をプラスにとらえ直す〉という2つの思いが入り混じっており、【当時の自己を客観視】する行動がみられた。

「いま思うのは、もしかしたら、あのとき(1年目のとき)もうちょっと頑張ってたなら、もっと楽しくなってたのかなあって。1回辞めて、また看護師をしたいと思って戻ったので、1回離れたことはよかったと思います。離れてよかったというのと、もしかしたら、もうちょっと乗り越えとけば、もっとあそこで(前の病院で)頑張ってたのかなあそういう思いがありますね」(C)

(2) 【自己の成長】

これは3つの概念から構成される。研究参加者は、新卒看護師としての1年目の経験が現職場で役立っており、現職場で同じような困難な場面へ直面しても〈忍耐強く頑張る〉ことや、学習を意欲的に取り組み〈学習を深める〉ことができていた。また、看護師の仕事の楽しさや素晴らしさを実感し〈看護師のよさに気づく〉ことができていた。研究参加者は、過去の経験を通しての学びが現在の自己に活かされており【自己の成長】を獲得していた。

「(いまの私は) なんか忍耐強くなりました。いまの職場でも、あ一本当にきついつて思ったけど、もうちょっと頑張ろうっていう粘り強さみたいなの。いや、まだなんかあるはず、もうちょっと頑張ったらもっと何かあるかもしれんっていう、頑張ろうっていう粘り強さが再就職して出てきたような気がします」(C)

「勉強したい、勉強っていう気持ちが出てきて。いまのほうが勉強していると思います。もっとこんな仕事がしたいとか、もっとこんな看護がしたいとか、考えるようになりました」(E)

「看護師は全然やりがいがない仕事ではないし、やりがいのある仕事だと思います」(I)

IV. 考 察

A. 《入職当初の時期》

入職当初の新卒看護師は、初めて看護師として働くなかで自己の理想とは違う【現実の世界への戸惑い】を感じていた。これはKramerが提唱するリアリティショックに類似しており、新卒看護師の職場における予期せぬあるいは望んでいなかった苦痛に対するショック反応を起こしていた(Kramer & Schmalenberg, 2004)。新卒看護師は、看護基礎教育課程において机上での学習が主であり、また臨地実習では1度に1人の患者しか受け持たないことが多く、ある程度条件の整った環境下で学ぶことが多い。しかし、病院では、複数の患者を受け持ち、流動的で臨機応変な対応が求められ、学生時代とは異なる環境下に身をおくことになるため、新卒看護師はリアリティショックを起こしたと考えられる。

入職当初の新卒看護師にとって病棟の仕事は初めて経験する内容が多く、何をしたらよいか、どのように対応したらよいか、わからないことばかりであった。わからないことが整理されずに積み重なっていくと、どこがどのようにわからないのか自己でもわからなくなっていた。課題が何かさえ明確に認識できず、現状を解決できないまま、現状を解決するにはどう対応したらよいか悩み続け、自

分1人で【どうしたらよいかわからない】状況に陥ったと考えられる。

B. 《辞めたいと思う時期》

この時期の新卒看護師は、看護師としての自立を求められ〈1看護師としての責任感と重圧〉を感じながらも周囲の期待に応えようと必死に業務を遂行していた。業務を遂行するなかで、プリセプターや先輩看護師から注意を受け、自己の知識不足や技術不足を自覚し、自己の能力がまだ未熟であるという現実直面していた。新卒看護師は自己の能力が未熟であると感じつつも、1看護師としての姿を演じなければならず、心の奥底では自分はどこか嘘をついているという気持ちになり、ストレスを感じるようになっていた(Smith, 1992/2000)。Karasek(1979)によって提唱された「demand-controlモデル」によると、職場での心理社会的ストレスの強さは、仕事の要求度(仕事のペース、量、時間など)と仕事のコントロール度(仕事のやり方に関する決定権、自分の能力や技術を発揮・向上できる可能性など)という2つの組合せで決まるとされている。仕事の要求度が高く、コントロール度が低い状態では最も精神的緊張が高いとしている。これらのことから、新卒看護師にとって自己の能力の未熟さを感じつつ、職場で要求される度合いが高いことは、高度のストレスを感じていたと考えられる。

本研究の新卒看護師は、注意を受ける機会が多くなるにつれ、プリセプターや先輩看護師に対して恐怖や緊張などネガティブな感情をもつようになっていた。そして、わからないところを質問したいと思いつつも、プリセプターや先輩看護師に自己を評価される恐怖から相談することを躊躇し、〈苦痛な人達から距離をおく〉ようになっていた。人はストレスにさらされると、そのストレスから回避したり、距離をおくことでストレスに対処しようとするといわれており(Lazarus & Folkman, 1984/1991)、本研究でも同様の結果であった。また、高屋・長谷川(2010)の研究では、ストレスへの回避逃避的対処行動は、仕事の負担感を高め、人間関係にも悪影響を及ぼしストレス反応を著しく高めることが示唆されている。新卒看護師にとってプリセプターや先輩看護師がストレス源となっており、〈苦痛な人達から距離をおく〉ことでストレスに対処しようとしていた。しかし、〈苦痛な人達から距離をおく〉行動はさらにストレスを高め、悪循環を招いていたと考えられる。また、新卒看護師は自己の知識不足や技術不足を痛感し、〈できない自己を指摘されることによる自信喪失〉になり、〈同期と比べて仕事ができないことへの劣等感〉を感じていた。プリセプターや先輩看護師にとって〈私は重荷な存在〉であると新卒看護師は感じており、自尊感情

が低下していた。

同時に、1人で仕事を任せられるようになった新卒看護師は、仕事の失敗やインシデントを起こすようになっていた。仕事のミスをした新卒看護師は、自責感や恐怖感を感じるようになり（奥田，2006），看護実践に対しても自信喪失し、自己がゆらいでいた。平木（1990）は、「ゆらぎ」は深刻な問題・危機であると同時に、成長・再生の契機と述べている。尾崎（1999）は、援助者として「ゆらが無い」「ゆらげない」ことよりも、むしろ「ゆらぐ」自分を否定しないで、できれば肯定し、その体験から何かを学ぶ経験が援助職における原点であると述べている。仕事の失敗やインシデントによって自己がゆらいだ新卒看護師は、自己を防衛する気持ちと自己否定や後悔の念の相反する気持ちで、自分自身の内面と向き合い、自問自答しながら自己を振り返り続け、葛藤をしていたと考える。

C. 《自己の限界の時期》《退職決断から退職までの時期》

仕事のミスをしたことで自己がゆらぎ始めた新卒看護師は、看護師としての自己を問い直していた。先行研究では、インシデントやアクシデントの発生は自己の看護師としての適性に対する疑問を更に助長させると述べている（瀬川・種田・後藤・高植・清水，2009）。本研究の参加者は、「本当は、自分は看護師に向いてないんじゃないか」「自分は患者さんにうまく援助できているのだろうか」と深く考え込んでしまい、自己の看護に自信がもてず、看護師としての自己否定が強くなっていた。看護師としての自己に対する評価の低さは、新人看護師の精神・心理状態に影響することが示唆されており（村上・前田，2010），本研究の参加者は〈不眠および食欲不振〉〈体調不良〉など身体的・心理的・社会的症状のいずれかの症状が出現していた。また、自己評価が低下すると本来の意味とは違う歪んだ認識を行ったり、脅威や否定といった不快な感情が急速に高まるといわれている（田中，1992）。新卒看護師は自己評価の低さにより、本来の意味とは違う歪んだ認識を行っていたと考えられる。

これらのことから、自己の限界の時期の新卒看護師は、自己の状況を正しく判断できないほど追い詰められた状態であったと考えられる。研究参加者は「いま思えばできなくてあたり前なんですけど、そのときはもっとできないといけないというような思いがありました」と語っており、他の同期と同じような困難を経験しても過度にネガティブになり、深刻に受け止めてしまったり、できていることでもできていないととらえてしまったり、できていることに気づいていない可能性が考えられる。

人は皆と同じことを聞いても、個々によってそれぞれの受け止め方がある。身体的にも精神的にも追い詰められた

状態になっていた新卒看護師は、病棟師長や教育担当者からの言葉を深刻に受け止めてしまい、職場とも距離をおきたいという気持ちが強くなり、退職決断に至ってしまったと考えられる。また、本研究の新卒看護師10名のうち8名は再就職をしており、新しい職場で職務継続できていることから、本人の資質に問題があるのではなく、資質がある人でも追い詰められた状態になり、退職に至ってしまうと考えられる。

人は追い詰められた状態になると、正しく判断できず、できていることもできていないと認識してしまうおそれがある。そして、追い詰められれば、ストレス源となっている職場から逃れたいという気持ちへ変化していったと考える。日高・茅原（2009）の研究では、同期の励ましは情緒的サポートに効果的で就業継続につながっていることが示唆されている。ベテランや先輩看護師でなくても、自己の立場を共感してくれる存在、自己否定をブロックしてくれる存在を求めていたと考える。そして、新卒看護師自身が看護へのやりがいや楽しさ、看護師としての適性感を感じられる体験、学習してきた内容が仕事のなかで活かされているという実感や手応えを自分自身で見出し、感じるできなかったことが、退職という方向に導かれたと考える。

D. 《退職後》

新卒看護師は退職したことによってストレスであった職場から解放され、心身ともに落ち着いた状態を取り戻すことができた。環境の変化、過剰なストレスや自己否定の継続的心理状態からの解放によって、心身ともに落ち着きを取り戻した新卒看護師は、自分はこれから何がしたいのか、自分はどうありたいのか、自分の人生を考えるようになっていた。倉石（2007）は、後ろ向きな思いから立ち上がり、自分がどうありたいのかを意識し前向きな思いを抱くことで自分の新たな可能性を信じ、挑戦していこうとすることを述べている。再就職した研究参加者たちは、以前の職場で頑張れなかったという自己への後ろ向きな思いをもちつつも、その思いから立ち上がり「もうちょっと頑張ったら、もっと何かあるかもしれない。頑張ろう」と新たな可能性を信じる気持ちや、いまの職場では「もっとこんな仕事がしたい、もっとこういう看護がしたい」と挑戦していこうとする姿勢ができるようになっていた。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、グラウンデッド・セオリーの特性上、初めて看護師として就職した病院を入職後1年以内に退職した新卒看護師についてのみの説明力をもつという方法的限定性をもつ。退職後のデータは、本研究へ自発的に協力

して下さった研究参加者であり、退職後のデータには偏りが生じる可能性があることを考慮しなければならない。データ収集の都合上、研究参加者10事例からの事例であり、早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセスを一般化していくには、さらなるデータの追加も必要であると考えられる。

結 語

1. 早期退職した新卒看護師は、入職当初、自己の理想とは違う【現実の世界への戸惑い】と【どうしたらよいかかわからない】状態であった。日が経つにつれ、看護師としての自立を求められ【看護師としての模索】が始まり、できない【自己への失望】から辞めたいと思うようになった。しかし、【心の調整】をしながら、辞めたい気持ちを思い止めていた。仕事の失敗やインシデントを起こした新卒看護師は【仕事のミスをした自己価値のゆらぎ】により【看護師としての自己のあり方を自問】し

ていた。このときの新卒看護師は【心身のバランスの崩壊】状態にあった。そして、【退職決断の引き金】により【退職の決断】を強くした。退職後は【当時の自己を客観視】する行動と【自己の成長】があった。

2. 新卒看護師の早期退職には、看護師としての自己評価の低さが心理状態に強く影響していた。心身ともに追い詰められていた新卒看護師は過度にネガティブとなり、病棟師長や教育担当者からの発言を深刻に受け止め、〈職場とも距離をおきたい〉という気持ちが強くなり【退職の決断】に至っていた。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、快く面接にご協力くださった研究参加者の皆さまに厚くお礼申し上げます。なお、本稿は山田貴子が大分県立看護科学大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文に一部加筆・修正を施したものであり、日本看護研究学会第39回学術集会にて発表しました。

要 旨

目的：早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセスを明らかにすることである。

方法：新卒看護師として就職した病院を入職後1年以内に退職した者10名に半構成的面接を実施し、分析方法はM-GTAを用いた。

結果：35概念と12カテゴリーが抽出された。早期退職した新卒看護師は看護師としてできない【自己への失望】と【仕事のミスをした自己価値のゆらぎ】により【看護師としての自己のあり方を自問】していた。この時期の新卒看護師は【心身のバランスの崩壊】状態にあり【退職決断の引き金】が【退職の決断】を強くした。退職後は【当時の自己を客観視】と【自己の成長】がみられた。

結論：早期退職した新卒看護師は自己の能力と職場で求められる能力の差に悩み、看護師としての自己評価の低さが心理状態に強く影響していた。心身ともに追い詰められたことで職場から逃れたい気持ちが強くなり退職に至った。

Abstract

Purpose: To elucidate the psychological process from hiring to post-resignation of early resignation new graduate hospital-employed nurses.

Method: Semi-structured interviews of ten persons were conducted who had been hired as hospital new graduate nurses and resigned within one year after hiring. As a method of analysis, M-GTA was used.

Result: 35 abstracts and 12 categories were extracted. Early resignation new graduate nurses were requested to “ask themselves what kind of nurses they would have liked to become” based on results of “feelings of disappointment in failing as nurses” and “variations in their own self-worth having made mistakes at work”. During that time, new graduate nurses felt in a state of “collapse of mind-body balance”, and this served as a “trigger” that intensified the “early resignation decision”. After resignation, “objective views of new graduate nurses during that time” and “personal growth” were observed.

Conclusion: Early resignation new graduate nurses were troubled by the difference between their own abilities and the abilities required at their workplace, and their psychological state strongly affected their low self-evaluation as nurses. They reached a decision on early resignation as a way to escape an intense feeling of being oppressed mentally and physically in the workplace.

文 献

- 穴尾百合 (2009). 新卒看護師に対する医療安全研修. 看護展望, 34(5), 22-26.
- Beecroft, P.C., Dorey, F., and Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *J Adv Nurs*, 62(1), 41-52.
- 日高麻美, 茅原路代 (2009). 新人看護師の就業継続に影響するエピソード分析. 日本看護学会論文集 (看護教育), 40, 42-44.
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007). 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 97-107.
- 平木典子 (1990). 家族のゆらぎと現代の青年たち. 日本家族心理学会 (編): 現代家族のゆらぎを越えて. 東京: 金子書房.
- 細川淳子, 竹川由希子, 荒川千秋, 川島和代 (2000). 大卒新人看護婦の離職に関する研究: 離職願望を引き起こした場面の検討. 金大医学部保健学科紀要, 24(2), 163-166.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-311.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ: 質的実証研究の再生. 東京: 弘文堂.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い. 東京: 弘文堂.
- 木村美登利, 仲澤妙美, 船戸麻子 (2009). 新人のフォローアップ研修とメンタルヘルス支援. 看護人材教育, 6(2), 10-22.
- 厚生労働省 (2004). 「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html>
- 厚生労働省 (2008). 第9回看護基礎教育のあり方に関する懇談会議事次第. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/s0707-10.html>
- 厚生労働省 (2009). 看護の質の向上と確保に関する検討会—中間とりまとめ. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0317-6a.pdf>
- 厚生労働省 (2011). 新人看護職員研修に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000012c7h-att/2r98520000012ckq.pdf>
- 厚生労働省 (2014). 新規学卒者の離職状況 (平成23年3月卒業者の状況). <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000062635.html>
- Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *J Nurs Adm*, 34(7-8), 365-378.
- 久保公子, 上釜真須美, 竹下エミ子 (2008). 新卒看護師の感じる苦痛と離職を考える理由に関する調査. 日本看護学会論文集 (看護管理), 39, 3-5.
- 倉石真理 (2007). 機能訓練 (A型)に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得のプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 119-127.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984) / 本明 寛, 春木 豊, 織田 正美 (1991). ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究. 90-102, 東京: 実務教育出版.
- 松下由美子, 柴田久美子 (2004). 新卒看護師の早期退職に関わる要因の検討—職業選択動機と入職半年後の環境要因を中心に—. 山梨県立看護大学紀要, 6, 65-72.
- 水田真由美, 上坂良子, 辻 幸代, 中納美智保, 井上 潤 (2004). 新卒看護師の精神健康度と離職願望. 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 7, 21-27.
- 森田 文 (2009). 新卒看護職員の早期離職防止の取り組み. 医療, 63(12), 797-801.
- 村上美華, 前田ひとみ (2010). 新人看護師の職業性ストレス尺度の開発. 日本看護研究学会雑誌, 33(1), 133-139.
- 日本看護協会 (2014). 2013年病院における看護職員需給状況調査. 協会ニュース, 3. <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/news/2014/03-02.html>
- 奥田清子 (2006). インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験. 日本赤十字看護大学紀要, 20, 43-53.
- 尾崎 新 (1999). 「ゆらぐ」ことのできる力—ゆらぎと社会福祉実践. 東京: 誠信書房.
- 坂本朋美, 河本久美子 (2007). 院内教育プログラムにプリセプター研修を取り入れた効果. 日本看護学会論文集 (看護管理), 38, 339-341.
- 瀬川雅紀子, 種田ゆかり, 後藤姉奈, 高植幸子, 清水房枝 (2009). 新卒看護師の職業継続意識に影響を与えた体験. 日本看護管理学会誌, 13(2), 41-49.
- Smith, P. (1992) / 武井麻子, 前田泰樹 (2000). 感情労働としての看護. 東京: ゆみる出版.
- Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horii, S., Sato, C. (2006). Factors Affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals. *J Occup Health*, 48, 49-61.
- 高屋正敏, 長谷川泰隆 (2010). ストレスコーピング特性と職業性ストレス—共分散構造分析による解析. 産業衛生学雑誌, 52(5), 209-215.
- 田中孝志 (1992). 遠藤辰雄, 井上祥治, 蘭 千壽 (編): セルフ・エスティームの心理学—自己価値の探求. 京都: ナカニシヤ出版.
- 渡邊里香, 荒木田美香子, 鈴木純恵 (2010). 若手看護師の離職意向に関連する個人要因と組織要因の検討—1年目と5年目の比較. 日本看護科学会誌, 30(1), 52-61.

〔平成27年2月8日受付〕
〔平成27年8月11日採用決定〕

慢性肝炎患者が行う活動休息調整と ソーシャルサポートのQuality of Lifeへの影響

Influence of a Chronic Hepatitis Patient's Quality of Life on Activity/Rest Adjustment and Social Support

内田 真紀¹⁾ 矢島 直樹²⁾ 有田 広美¹⁾
Maki Uchida Naoki Yajima Hiromi Arita

キーワード：慢性肝炎, QOL, 生活調整, ソーシャルサポート

Key Words : chronic hepatitis, quality of life, living adjustment, social support

はじめに

従来、慢性肝炎患者を対象としたQuality of Life (QOL)の評価はChild-Pughスコアなどの病期進行度や患者の自覚症状から検討、報告されることが多かった(福原ら, 1997; Younossi, Guyatt, Kiwi, Boparai, & King, 1999; Zuberi, Memon, Afsar, Qadeer, & Kumar, 2007)。B型慢性肝炎患者よりもC型慢性肝炎患者のほうが有意にHR-QOLスコアが低く、これはC型慢性肝炎患者が他の肝疾患と比較して特に多い疲労症状がHR-QOLスコアを下げることによるものと指摘されている(Kallman, et al., 2007)。慢性肝障害を有した労働者の作業関連要因が慢性肝炎の活動性に影響を及ぼす短期的影響は少なく、疲労度と肝炎の活動性との関連もみられないとの報告もある(田原ら, 2007)。現在では慢性肝炎患者のインスリン感受性や活動耐性の改善が見込めるとして、適度な運動が患者に指導されている(Kobayashi, et al., 2008)。

しかし清原・古賀・藤田(2014)は、疲労感とQOLおよび身体活動量には強い関連があり、疲労感が強いほどQOLが低く、身体活動量が少なかったと報告している。また、飯田・狩野・神田(2000)は、会社員や専業主婦である慢性肝疾患患者が無職の患者より自尊心得点が低かったと報告している。また、社会・家族関係のQOLは肝炎重症度と正の相関を示すことが報告されているが、反面、患者は家にいるときは病気だからといって自分の役割ができないとは周囲の人に言いたくないと思っていることも報告されていることから、患者を取り巻く人間関係もまたQOLに影響を与えている(千田・永野・須藤・久保, 2005; 内田・稲垣, 2004)。このことから、身体的活動量や疲労度とその活動にかかわる患者の主観や人間関係を分けてとらえるのでは、慢性肝炎患者のQOLへの影響を評

価することができないと考える。

これまで、肝硬変や肝癌の併発がなくインターフェロン治療中でもない肝炎患者は、自立した療養が行えることから看護師にとって臨床疑問をもちにくい対象でもあったのか、対象とした研究報告は少ない。しかし現在、肝炎治療開発は進み早期に肝炎を発見し治療を開始できるようになり、新薬の開発によってC型肝炎の根治が可能となりつつある(今村・茶山, 2013)。肝炎患者への看護も、軽症な肝炎患者に対し外来で教育支援を行うことが今後の主流となると考える。肝炎の進行によらない患者QOL改善の可能性を探ることは、看護介入のための意義があると考えられる。本研究の目的は、在宅で生活している外来通院中の慢性肝炎患者を対象に、患者が活動と休息の調整をどの程度行っているのか、また、どのようなソーシャルサポートを受けているのかを明らかにし、それらと患者QOLの関連を明らかにすることである。

I. 研究方法

1. 研究対象者

A県内病院で通院治療を受けている慢性肝炎患者で、慢性肝炎以外に著明な自覚症状や生活侵襲の原因となっている既往疾患がないこと、年齢80歳以下で質問紙への回答が可能であることを条件とした。

また、調査時インターフェロン治療中および治療後3か月未満の患者は、インターフェロンによる副作用の回答への影響を考え極力除外した。調査日がインターフェロン治療開始後となった参加者に対しては、肝疾患相談支援担当の外来師長によって副作用が出現していないと判断された後に調査が実施された。

1) 福井県立大学看護福祉学部 Faculty of Nursing & Social Welfare Sciences, Fukui Prefectural University

2) 朝日大学歯学部附属村上記念病院 Murakami Memorial Hospital Asahi University

2. 調査期間

2013年7月～2014年3月。

3. データ収集方法

研究協力の承諾を得た病院から患者の紹介を受け、研究説明を受け参加同意を得た参加者に、外来受診後に質問紙を配付し、待ち時間などを使って回答を得た。

この研究は、ソーシャルサポート尺度と患者が肝炎のために行っている活動と休息の調整についての質問紙調査によって、慢性肝炎患者の活動調整休息調整とソーシャルサポート状況を調査し実態を明らかにする。また、その結果を肝疾患に特異的なQOL尺度を用いて評価することで、活動調整休息調整とソーシャルサポートの患者QOLへの影響をみる。以下、それぞれの調査について説明する。

a. Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ)

今回のHR-QOL評価は、肝疾患に特異的なHR-QOL評価法であるCLDQを用いた。このCLDQは29の設問で構成され、評価にあたっては「腹部症状」「疲労」「全身症状」「活動」「感情機能」「心配」という肝疾患患者に特異的な項目で区分されている。回答の選択肢は、過去2週間にどれくらいの頻度で感じたかによって、「いつも(1)」から「ほとんどいつも(2)」「よく(3)」「ときどき(4)」「まれに(5)」「きわめてまれに(6)」「ぜんぜんない(7)」の7段階に分け、点数が低いほど腹部症状や全身症状、疲労を自覚する頻度が多く、活動性は低く、イライラや不安などの負の感情を抱きやすく不眠や集中力低下を自覚し、心配事を抱えていると解釈できる。CLDQの信頼性と妥当性については、国内外の報告によって認められている(Younossi, et al., 1999; Schulz, Kroencke, Ewers, Schulz, & Younossi, 2008; 木田ら, 2008; 泉・木田・佐々木・小橋・山田, 2008)。

b. 慢性疾患患者に対するソーシャルサポート尺度 (以後、ソーシャルサポート尺度とする)

金らが開発したこの尺度は、20の設問で構成される。普段思っていることに最もあてはまる数字を「全くあてはまらない(1)」から「ほとんどあてはまらない(2)」「ややあてはまる(3)」「とてもよくあてはまる(4)」の4段階のなかから選択する。結果は「日常生活における情動的サポート」と「疾患に対する行動的サポート」の2つの解釈によって評価する。点数が高いほど他者からのサポートを受けている意識が高いことを示す。この尺度もまた、信頼性、妥当性ともに報告されている(金・嶋田・坂野, 1998; 松本, 2002)。

c. 患者が肝炎のために行っている活動と休息の調整についての質問紙調査

自作質問紙を用いて、活動と休息の調整の実態について

調査した。設問は「意識して病気(肝炎)のために休息をとるようになったか」と「意識して病気(肝炎)のために活動量(仕事や趣味、家事役割などで動く量)を減らしたか」の2項目とし、それぞれ調整した時間帯と休息量や減量の度合いについて回答を得た。

d. 個人属性

以下について本人への質問紙調査と診療録から情報収集を行った。

- ①個人属性：年齢、性別、同居者の有無、配偶者の有無、子ども世代との同居の有無。
- ②病状についての情報：肝炎の原因(HCV, HBV, アルコール, その他)、インターフェロン治療歴、肝硬変・肝臓診断の有無、アスパラギンアミノトランスフェラーゼ(AST)値、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)値。

4. 分析方法

それぞれの調査の関連について分析した。CLDQとソーシャルサポート尺度、活動と休息の調整について項目ごとに結果を集計し平均値を算出した。その後、対象者の活動と休息別にMann-Whitney U検定を用いてそれぞれの値の差をみた。さらに、Spearmanの順位相関係数を用いてCLDQとソーシャルサポート尺度の相関をみた。また、相関のあったCLDQ項目とソーシャルサポート尺度項目についてどの患者特性が影響しているのかをみるために、各個人特性項目を2群に分けてそれぞれの相関の有無をみた。さらに、相関のあったCLDQ項目を従属変数とし、それ以外のCLDQ項目とソーシャルサポート尺度項目、各個人特性を独立変数に投入してstepwise法による重回帰分析を行った。統計解析は統計解析ソフト「SPSS Statistics v.22」を用い、有意水準は5% (両側)とした。

5. 倫理的配慮

この研究は研究者所属機関ならびに調査依頼施設の倫理委員会の承認を得て行われた(承認番号24-3-8)。質問紙と検査データはナンバリングで連結可能とした。研究参加者には、同意取得の際に研究参加の自由を説明し診療録閲覧許可を得た。また、論文等で公表する場合は個人を特定できないようにし、個人情報保護すること、統計処理時は個人情報を数値化して保存し研究者のみが厳重に取り扱うこと、研究終了後は適切に処理することを参加者に書面で保証した。

II. 結 果

1. 研究対象者の属性 (表 1)

a. 研究対象者の病状背景

研究対象者は40名。対象者の年齢は36~80歳 (平均62.5歳)。男性13名 (32.5%), 女性27名 (67.5%)。対象者のもつ肝炎の原因はC型肝炎患者27名 (67.5%), B型肝炎患者7名 (17.5%), アルコール性肝炎患者2名 (5.0%)。その他が4名 (10.0%)であった。インターフェロン治療経験のある患者が23名 (57.5%), ない患者が17名 (42.5%)。肝硬変または肝がんを併発している対象者は6名 (15.0%)であった。

b. 研究対象者の家族構成

独居は6名 (15.0%), 同居者ありは34名 (85.0%)であった。同居者のいる対象者のうち、配偶者ありは27名 (67.5%)。子ども世代と同居しているのは28名 (70.0%)であった。

表 1 研究対象者の属性

		(N = 40)	
		n	割合 (%)
年齢	平均62.5歳 (範囲36~80)		
性別	男性	13	32.5
	女性	27	67.5
肝炎の原因	C型肝炎	27	67.5
	B型肝炎	7	17.5
	アルコール性	2	5.0
	その他	4	10.0
	インターフェロン治療歴	治療歴あり	23
	治療歴なし	17	42.5
トランスアミラーゼ値	AST値 正常値内	29	72.5
	AST値 高値 (40IU/L以上)	11	27.5
	ALT値 正常値内	31	77.5
	ALT値 高値 (40IU/L以上)	9	22.5
肝硬変、肝がん併発の有無	併発なし	34	85.0
	併発あり	6	15.0
同居者の有無	独居	6	15.0
	同居者あり	34	85.0
配偶者の有無	配偶者あり	27	67.5
	配偶者なし	13	32.5
子供世帯との同居の有無	同居している	28	70.0
	同居していない	12	30.0

2. 対象者の活動と休息の調整状況 (表 2)

a. 意識して肝炎のために活動を減らしている時間帯と活動を減らした量

意識して肝炎のために活動を減らしているのは15名 (37.5%)であった。活動を減らした時間帯は、昼食後が最も多く6名 (40.0%), 次いで夕食後が5名 (33.3%)であった。減らした活動量は3割減が6名 (40.0%), 次いで4割から5割減が5名 (33.3%)であった。

b. 意識して肝炎のために休息をとっている時間帯と休息量

意識して肝炎のために休息をとるようになったのは21名 (52.5%)であった。休息する時間帯は、昼食後が9名 (42.9%), 夕食後が7名 (33.3%)であった。1回の休息時間は30分~1時間が12名 (57.1%), 次いで、30分未満が7名 (33.3%)であった。1週間の休息回数は3~4日とほぼ毎日が10名で、この2つの選択肢で全体の95.2%を占めた。

表 2 対象者の活動と休息調整状況

		(N = 40)		
		n	割合 (%)	
意識して肝炎のために活動量を減らしましたか	活動を減らした	朝食後	3	20.0
		減らした時間帯 昼食後	6	40.0
		減らした時間帯 夕食後	5	33.3
		2食後以上	1	6.7
		3割減	6	40.0
		減らした活動量 4~5割減	5	33.3
		7割減	3	20.0
		やめた	1	6.7
		活動を減らしていない	25	62.5
		意識して肝炎のために休息をとるようになりましたか	休息をとる	朝食後
休息する時間帯 昼食後	9			42.9
休息する時間帯 夕食後	7			33.3
2食後以上	3			14.3
2回の休息時間 30分未満	7			33.3
30分~1時間	12			57.1
1時間以上	2			9.5
2週間の休息回数 2日以内	1			4.8
3日から4日	10			47.6
ほぼ毎日	10			47.6
休息をとっていない	19	47.5		

3. ソーシャルサポート尺度得点結果 (表 3)

本研究における各項目のCronbach's α 係数は .86と .90であった。

[日常生活における情緒的サポート]の平均値は3.23 ± 0.59, [疾患に対する行動的サポート]の平均値は2.49 ± 0.74であった。

表 3 慢性疾患患者に対するソーシャルサポート尺度得点

項 目	平均値 ± 標準偏差
日常生活における情緒的サポート	3.23 ± 0.59
疾患に関する行動的サポート	2.49 ± 0.74

4. CLDQ得点結果 (表 4)

本研究での各項目のCronbach's α 係数は .53~.89であった。CLDQ全体の平均値は5.43 ± 0.89であった。各項目の

平均値は、[腹部症状] 5.91 ± 0.96 , [活動] 5.84 ± 1.06 , [全身症状] 5.74 ± 0.85 , [心配] 5.53 ± 1.22 , [感情機能] 5.39 ± 1.07 , [疲労] 4.54 ± 1.26 であった。

表4 CLDQ得点

項目	平均値±標準偏差
CLDQ全体	5.43±0.89
腹部症状	5.91±0.96
活動	5.84±1.06
全身症状	5.74±0.85
心配	5.53±1.22
感情機能	5.39±1.07
疲労	4.54±1.26

5. 活動と休息調整によるCLDQおよびソーシャルサポートへの影響 (表5)

対象者の活動と休息調整の状況からソーシャルサポート尺度とCLDQの各項目の差をみた。肝炎のために意識して活動を減らした対象者は減らしていない対象者よりCLDQの[腹部症状]が低得点で、腹部症状を自覚している頻度が有意に高かった。また、肝炎のために意識して休息をとるようになった対象者は休息をとらない対象者より[全身症状]と[心配]の得点が有意に低かった。活動と休息調整によるソーシャルサポート尺度には有意な差はみられなかった。

6. ソーシャルサポートとCLDQとの関連 (表6)

ソーシャルサポート尺度とCLDQとの相関をみると、対象者全体では[日常生活における情緒的サポート]と[腹部症状]に相関がみられた ($r = .404, p < .01$)。[疾患に関する行動的サポート]とCLDQ項目に相関はみられなかった。[日常生活における情緒的サポート]と[腹部症状]が相関した対象者の属性は、【女性】($r = .454, p < .05$)、【65歳以上】($r = .560, p < .01$)、【同居人あり】($r = .397, p < .05$)、【子ども世代との同居なし】($r = .600,$

$p < .05$)、【AST値正常値内】($r = .392, p < .05$)、【ALT値正常値内】($r = .359, p < .05$)、【肝硬変, 肝がんの併発あり】($r = .821, p < .05$)、【肝硬変, 肝がんの併発なし】($r = .384, p < .05$)、【C型肝炎由来】($r = .468, p < .05$)、【インターフェロン治療経験あり】($r = .461, p < .05$)、【意識して肝炎のために休息をとっていない】($r = .559, p < .05$)であった。[疲労]はCLDQで最も低得点であったが、[疲労]と相関したソーシャルサポートは、[日常生活における情緒的サポート]では【男性】($r = .633, p < .05$)【子ども世代との同居なし】($r = .658, p < .05$)【肝硬変, 肝がんの併発なし】($r = .392, p < .05$)であり、[疾患に関する行動的サポート]では【女性】($r = .400, p < .05$)のみであった。

7. [日常生活における情緒的サポート]と[腹部症状]の関係

[日常生活における情緒的サポート]と[腹部症状]の関連を検討するため、[腹部症状]を従属変数とし、[腹部症状]以外のCLDQ項目およびソーシャルサポート尺度の2つの解釈、さらに個人特性の【年齢】【性別】【配偶者の有無】【子ども世代との同居の有無】、病状背景の【C型肝炎とそれ以外の原因】【インターフェロン治療歴の有無】【肝硬変または肝がんの併発の有無】【AST値】【ALT値】、活動休息状況の【肝炎のための活動調整の有無】【肝炎のための休息の有無】の各対象者属性を独立変数としてstepwise法を用いた重回帰分析を行った。その結果、【性別】と【インターフェロン治療歴の有無】、CDDQ項目の【感情機能】が影響していた ($R^2 = .52, p < .05$)。

III. 考 察

在宅で生活している外来通院中の慢性肝炎患者の活動と休息の調整およびソーシャルサポートの受け入れ状況から、それらと患者QOLを関連させている要因について考察する。

表5 対象者の活動と休息調整状況とソーシャルサポート尺度およびCLDQ得点の比較

(N = 40)

	ソーシャルサポート尺度		CLDQ						
	日常情動サポート	疾患行動サポート	腹部症状	疲労	全身症状	活動	感情機能	心配	全スコア
活動を減らした	3.2±0.6 (3.1)	2.7±0.7 (2.6)	5.5±0.8 (5.3)	4.4±1.2 (4.6)	5.5±0.9 (5.4)	5.5±1.1 (5.3)	5.2±1.1 (5.5)	5.2±1.4 (5.2)	5.2±1.0 (5.3)
活動を減らしていない	3.3±0.6 (3.5)	2.4±0.8 (2.4)	6.2±0.9 (6.7)	4.6±1.3 (4.4)	5.9±0.8 (6.0)	6.1±1.0 (6.3)	5.5±1.1 (5.6)	5.7±1.1 (6.0)	5.6±0.8 (5.8)
休息をとる	3.2±0.6 (3.3)	2.6±0.7 (2.8)	5.7±0.9 (5.7)	4.5±1.1 (4.4)	5.5±0.7 (5.2)	5.7±1.1 (5.7)	5.3±0.9 (5.5)	5.1±1.3 (5.4)	5.3±0.8 (5.2)
休息をとっていない	3.3±0.6 (3.3)	2.3±0.8 (2.3)	6.1±1.0 (6.3)	4.6±1.4 (4.6)	6.0±1.0 (6.2)	6.0±1.1 (6.3)	5.5±1.2 (5.6)	6.0±0.9 (6.4)	5.6±0.9 (5.8)

[注] 日常情動サポート：日常生活における情緒的サポート、疾患行動サポート：疾患に関する行動的サポート、CLDQ：Chronic Liver Disease Questionnaire、ソーシャルサポート尺度、CLDQは平均値±標準偏差(中央値)、Mann-Whitney U検定 *： $p < .05$

表6 慢性疾患患者に対するソーシャルサポート尺度とCLDQ得点の相関

属性	慢性疾患患者に対する ソーシャルサポート	腹部症状	疲労	全身症状	活動	感情機能	心配	CLDQ 全スコア	
全体	日常情動サポート	.404**	.297	.246	.225	.241	.163	.311	
	疾患行動サポート	.268	.276	.142	.029	.126	.128	.196	
男性	日常情動サポート	.055	.633*	.165	.127	.086	.187	.234	
	疾患行動サポート	.040	-.008	.044	-.394	-.340	.140	-.092	
女性	日常情動サポート	.454*	.205	.174	.241	.215	.091	.258	
	疾患行動サポート	.455*	.400*	.217	.293	.349	.161	.379	
個人特性	65歳以上	日常情動サポート	.560**	.369	.370	.317	.381	.392	.474*
	疾患行動サポート	.164	.139	.144	-.132	.067	.287	.125	
65歳未満	日常情動サポート	.152	.205	.101	.096	.032	-.131	.084	
	疾患行動サポート	.313	.437	.047	.134	.175	-.038	.272	
同居者あり	日常情動サポート	.397*	.307	.249	.224	.252	.128	.298	
	疾患行動サポート	.323	.318	.186	.078	.162	.176	.230	
独居	日常情動サポート	.313	-.358	-.087	-.382	.029	.232	-.029	
	疾患行動サポート	.265	.000	.029	-.493	.086	.257	-.029	
家族構成	配偶者あり	日常情動サポート	.270	.301	.224	.189	.185	.128	.244
	疾患行動サポート	.285	.349	.150	.078	.066	.127	.178	
配偶者なし	日常情動サポート	.542	.216	-.065	.124	.273	.112	.292	
	疾患行動サポート	.200	.026	-.183	-.189	.234	.252	.141	
子ども世代との同居あり	日常情動サポート	.272	.181	.059	.074	.061	.008	.103	
	疾患行動サポート	.208	.239	-.081	-.076	.039	-.034	.049	
子ども世代との同居なし	日常情動サポート	.600*	.658*	.712**	.507	.509	.452	.709**	
	疾患行動サポート	.313	.414	.412	.143	.118	.384	.312	
AST値：正常値内	日常情動サポート	.392*	.247	.188	.246	.236	.201	.262	
	疾患行動サポート	.259	.183	.005	-.024	.009	-.028	.071	
AST値：高値（40IU/L以上）	日常情動サポート	.288	.237	.349	.079	.090	.060	.372	
	疾患行動サポート	.238	.264	.350	-.012	.193	.454	.439	
ALT値：正常値内	日常情動サポート	.359*	.205	.211	.295	.144	.158	.242	
	疾患行動サポート	.210	.112	.031	-.062	-.038	.068	.056	
ALT値：高値（40IU/L以上）	日常情動サポート	.466	.140	.258	-.013	.177	.153	.304	
	疾患行動サポート	.202	.271	.402	.242	.261	.236	.361	
病状	肝硬変、肝がん併発あり	日常情動サポート	.821*	.597	.647	.618	.754	.179	.928**
	疾患行動サポート	.883*	.471	.522	.580	.829*	.118	.886*	
肝硬変、肝がん併発なし	日常情動サポート	.384*	.392*	.281	.216	.304	.246	.362*	
	疾患行動サポート	.226	.319	.112	-.033	.114	.180	.195	
C型肝炎由来	日常情動サポート	.468*	.180	.078	.185	.230	.113	.217	
	疾患行動サポート	.068	.137	-.106	-.231	-.021	-.043	-.054	
C型肝炎以外	日常情動サポート	.167	.340	.319	.227	.075	-.017	.337	
	疾患行動サポート	.622*	.050	.170	.297	-.103	.088	.138	
インターフェロン経験あり	日常情動サポート	.461*	.250	.203	.281	.380	.184	.308	
	疾患行動サポート	.160	.167	-.107	-.034	-.015	-.128	.018	
インターフェロン経験なし	日常情動サポート	.214	.275	.244	.155	.069	.082	.288	
	疾患行動サポート	.421	.339	.336	.104	.209	.491*	.409	
活動休息調整	休息をとる	日常情動サポート	.230	.184	.169	.070	.090	.153	.157
	疾患行動サポート	.236	.371	.035	.159	.126	.172	.254	
休息をとっていない	日常情動サポート	.559*	.347	.244	.364	.307	.238	.426	
	疾患行動サポート	.379	.275	.374	-.035	.189	.374	.275	
活動を減らした	日常情動サポート	.276	.320	.147	.242	.179	.219	.220	
	疾患行動サポート	.089	.246	-.105	.172	.067	.051	.077	
活動を減らしていない	日常情動サポート	.355	.293	.207	.181	.151	-.052	.279	
	疾患行動サポート	.485*	.305	.271	.049	.226	.207	.348	

[注] 日常情動サポート：日常の生活における情動的サポート、疾患行動サポート：疾患に関する行動的サポート、CLDQ：Chronic Liver Disease Questionnaire. 数値はSpearmanの順位相関係数、*： $p < .05$ 、**： $p < .01$

1. 患者が肝炎のために意識的に行っている活動と休息調整のQOLへの影響について

今回の対象者はほとんどが癌や肝硬変の併発はなく、ALT、AST値も70%以上が正常値内であり、インターフェロン治療による副作用もない時期の調査であった。しかし、37.5%の対象者が肝炎のために意識して活動量を減らし、52.5%が休息をとっていた。この理由としてはCLDQで「疲労」が最も低得点であり、疲労を自覚している対象者が多かったことが考えられ、肝炎患者は軽症であっても日常的に疲労を感じていることが改めてわかる。しかし、活動と休息調整の内訳からQOL値を比較すると、活動を減らすことや休息をとることの有無では「疲労」の値に有意な差はみられない。このことから、活動と休息の調整は対象者の「疲労」によるQOLの改善につながらないと考ええる。

「心配」を多く抱えている対象者が休息をとっていることから、患者の活動と休息調整状況を知ることで患者の心理的な支援につながる可能性が示唆される。患者との接触時間の短い外来看護において、患者の看護ニーズを察知するための有効な情報として活用できる可能性がある。

2. 患者がソーシャルサポートを受けることのQOLへの影響について

今回、「日常生活における情緒的サポート」と「腹部症状」の相関が認められた。「腹部症状」はまた、活動調整の有無でも値に有意な差が出ている。しかし、「腹部症状」の値は5.91と他のどの項目の値よりも高く、あまり自覚することのない症状であった。なぜこの症状と情緒的サポートが相関したかについて考察する。

今回もっともCLDQで値の低かった項目は「疲労」であった。しかし、「疲労」は活動と休息調整状況ともソーシャルサポートとも影響や関連がみられなかった。「疲労」の値4.54とは質問の設定で「ときどき(4)」～「まれに(5)」感じる頻度である。Strauss, et al. (1984/1987)は活動に対する期待値の低下と新たな規範の設定を“再常態化”とし、これは、症状の再燃の頻度やその期間と直接的な関係があると述べている。このことから、「ときどき」～「まれに」感じる「疲労」はすでに常態となっていて、そのために活動と休息の調整をしても疲労が回復することの期待値、つまり「疲労」の値に差が出ないのではないかと考える。一方、「腹部症状」は5.91という「きわめてまれ

に(6)」感じる頻度に近い値である。この頻度で出現する症状は常態ではなく、その非常性がソーシャルサポートと関連したのではないかと考える。「腹部症状」をより多く感じる患者が活動を減らしていることから、「腹部症状」の非常性による療養行動欲求の高まりが示唆される。

また「腹部症状」は、「疾患に関する行動的サポート」ではなく「日常生活における情緒的サポート」と関連している。上述のように「腹部症状」を自覚する頻度はきわめてまれであり、また全体をみても、「日常生活における情緒的サポート」よりも「疾患に関する行動的サポート」が低く「ほとんどあてはまらない(2)」に近い値であったことから、今回の対象となった慢性肝炎患者は支援そのものが必要ないほど療養行動は自立できていると読み取れる。重回帰分析の結果からCLDQ項目の「感情機能」が「腹部症状」に影響していたことから、外来受診中の慢性肝炎患者は腹部症状と感情機能が関連しやすく、そのときに他者から受ける心理的な支援はQOL維持向上に有効である可能性が考えられる。

結 論

在宅で生活している外来通院中の慢性肝炎患者を対象に、活動と休息の調整およびソーシャルサポートと患者QOLの関連を明らかにすることを目的に研究を行った。その結果、37.5%の患者が意識して肝炎のために活動を減らし、52.5%の患者が休息をとるようになっていた。また、「日常生活における情緒的サポート」の平均値は3.23、「疾患に対する行動的サポート」の平均値は2.49で療養行動はほぼ自立できていると考えられた。最もQOLの値が低かった患者の疲労は活動と休息調整やソーシャルサポートとの関連が少なく、腹部症状と活動調整および「日常生活における情緒的サポート」に関連がみられた。このことから、腹部症状を自覚する慢性肝炎患者への心理的支援がQOL維持向上に有効である可能性が考えられた。

謝 辞

本研究の調査に快く応じてくださいました患者の皆さま、研究にご協力いただきました病院看護師ならびに職員の方々に深く感謝申し上げます。

本研究結果の一部は第34回日本看護科学学会学術集会にて発表した。

要 旨

病態や倦怠感以外の要因の改善による慢性肝炎患者のQOL維持向上の可能性を探るため、患者が病気のために行う活動休息調整やソーシャルサポートが患者のQOLに影響を及ぼすのか検討した。外来通院中の患者40名

に対し、肝疾患に特異的なHR-QOL評価法であるCLDQと慢性疾患患者に対するソーシャルサポート尺度、患者が肝炎のために行っている活動休息調整についての自作質問紙による質問紙調査を行った。活動調整と休息の有無で差が生じたQOLは「腹部症状」と「全身症状」「心配」であった。ソーシャルサポートとQOL尺度で相関がみられたのは「日常生活における情緒的サポート」と「腹部症状」であった。腹部症状に影響する患者属性は、「性別」「インターフェロン治療歴の有無」、CDDQの「感情機能」であった。患者の活動と休息調整状況および腹部症状を知ることで患者の心理的な支援につながる可能性が示唆された。

Abstract

To explore the possibility of a chronic hepatitis patient's improved ability to maintain quality of life (QOL), I examined whether activity/rest adjustment and social support would affect the patient's QOL. This Report conducted the investigation by administering the chronic liver disease questionnaire (CLDQ) and using the social support scale for chronic disease patients among 40 outpatients with chronic hepatitis. The QOL categories affected by activity/rest adjustment were abdominal symptoms, systemic symptoms and worries. The categories were correlated according to emotional support in daily life and abdominal symptoms. A chronic hepatitis patient's QOL- the patient attributes that influence this correlation were sex, interferon therapy history, and emotional function of CLDQ. This Findings suggest that a patient's mental status can be improved if caregivers familiarize themselves with the patient's activity/rest adjustment situation and abdominal symptoms.

文 献

- 福原俊一, 日野邦彦, 加藤孝治, 富田栄一, 湯浅志郎, 奥新浩晃 (1997). C型肝炎ウイルスによる慢性肝疾患のHealth Related QOLの測定. 肝臓, 38(10), 587-595.
- 飯田苗恵, 狩野太郎, 神田清子 (2000). 慢性肝炎患者における自尊感情の要因分析. 群馬保健学紀要, 21, 45-50.
- 今村道雄, 茶山一彰 (2013). 今後のC型肝炎治療. 成人病と生活習慣病, 43(11), 1387-1391.
- 泉 明佳, 木田民子, 佐々木千枝, 小橋春彦, 山田剛太郎 (2008). 肝疾患特異的尺度 (CLDQ). 肝胆膵, 57(6), 1137-1146.
- Kallman, J., O'Neil, M.M., Larive, B., Boparai, N., Calabrese, L., and Younossi, Z.M. (2007). Fatigue and Health-Related Quality of Life (HRQL) in Chronic Hepatitis C Virus Infection. *Dig Dis Sci*, 52(10), 2531-2539.
- 木田民子, 泉 明佳, 佐々木千枝, Mahmoot, S., 岡本華枝, 小橋春彦, 山田剛太郎 (2008). C型およびB型慢性肝疾患におけるCLDQを用いた健康関連QOLの評価. 医学と薬学, 59(4), 545-553.
- 金 外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 (1998). 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフエフィカシーの心理的ストレス軽減効果. 心身医学, 38(5), 317-327.
- 清原智佳子, 古賀明美, 藤田君支 (2014). C型慢性肝炎患者の疲労感, QOLと身体活動量に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 37(2), 63-70.
- Kobayashi, M., Suda, T., Hashiba, M., Nagasaki, K., Adachi, A., Nomoto, M., Arakawa, M., and Aoyagi, Y. (2008). Regular Exercise Improves Insulin Sensitivity, Physical Activity, and Psychosocial Status in Patients with Chronic Liver Diseases. *Acta medica et biologica*, 56(1), 1-9.
- 松本千明 (2002). 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎—生活習慣病を中心に. 62-74, 東京: 医歯薬出版.
- Schulz, K., Kroencke, S., Ewers, H., Schulz, H., and Younossi, Z.M. (2008). The factorial structure of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). *Qual Life Res*, 17(4), 575-584.
- 千田要一, 永野 純, 須藤信行, 久保千春 (2005). 心理社会的ストレスはC型慢性肝炎における肝がん発症を高めるか?—5年間の前向き研究におけるベースライン・データの横断的解析—. 隔月刊心療内科, 9(4), 284-289.
- Strauss, A.L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suczek, B., and Wiener, C. (1984)/南 裕子 (1987). 慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの接点. 125-128, 東京: 医学書院.
- 田原章成, 松岡英彦, 前川 智, 嶋田美砂, 成田竜一, 阿部慎太郎, 山崎雅弘, 田代充生, 田口雅史, 山本光勝, 木原康之, 久米恵一郎, 芳川一郎, 中村早人, 大槻 真 (2007). 慢性肝炎の経過に及ぼす労働の影響—小規模集団における前向き研究—. 日本消化器病学会雑誌, 104(8), 1192-1203.
- 内田真紀, 稲垣美智子 (2005). HCV由来肝硬変・肝臓患者が語る病みの経験. 日本がん看護学会誌, 19(2), 39-47.
- Younossi, Z.M., Guyatt, G., Kiwi, M., Boparai, N., and King, D. (1999). Development of disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*, 45(2), 295-300.
- Zuberi, B.F., Memon, A.R., Afsar, S., Qadeer, R., and Kumar, R. (2007). Correlation of Quality of Life in Patients of Cirrhosis of Liver with Etiology and Disease Severity Using Disease-Specific Quality of Life Questionnaire. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 19(2), 7-11.

〔平成27年2月24日受付〕
〔平成27年8月11日採用決定〕

人工股関節全置換術を受けた患者のQOLの変化と関連要因の検討

Factors Associated with Change in The Quality of Life after Total Hip Arthroplasty

木下美樹 吉田俊子 山田嘉明 高橋和子
Miki Kinoshita Toshiko Yoshida Yoshiaki Yamada Kazuko Takahashi

キーワード：人工股関節全置換術，生活の質，自己管理行動，継続看護支援

Key Words：THA, QOL, self management behavior, continuous nursing support

はじめに

わが国において、人工股関節全置換術 (total hip arthroplasty: THA) は、quality of life (QOL) や歩行能力の改善に有効であり、術後は機能障害や疼痛から解放されたという報告もある (上杉・藤田・奥宮, 2006)。しかし一方で、患者はTHA特有の合併症や耐用性の問題から、不安を抱えながら生活をしていることが示唆されている (藤田, 2003)。

THAを受けた患者の回復期リハビリテーションでは、術後6か月までの研究で、歩行能力の改善 (Wang, Gilbey, & Ackland, 2002)、疼痛、抑うつ症状、自己効力感の改善に有効である (Dohnke, Knäuper, and Müller-Fahrnow, 2005) と報告されており、患者は入院中だけでなく、退院後も主体的にリハビリテーションを行うことが望まれる。しかしながら、術後早期 (術後3か月以内) は脱臼等の術後合併症が起こることが多いことが示唆されており (萩尾, 2005)、40歳未満の50例64股関節35か月のフォローでは、脱臼を5股関節 (7.8%) に認めたと報告されている (本家ら, 2010)。また感染について、術後の深部感染の発症率は、0.2~1%程度と報告されているが (萩尾, 2005; Phillips, et al., 2003)、THA後1年を経過した患者が足趾の靴ずれを放置したことが原因で遅発性感染に波及した例もあり (高木・小川・片岡・寺島, 2012)、フットケアや歯、風邪などの感染予防を行っていくことの必要性も示唆されている (堀之内・正木・清水, 2005; 高木ら, 2012)。さらに、THA後は術後の活動性が高いほどゆるみが発症しやすく (Sharp & Porter, 1985)、若年者のTHAの問題としてはその高い活動性があげられ (本家ら, 2010)、早期摩耗をきたす要因の1つといわれている。このように、対象者の年齢やライフスタイル、自己管理が人工股関節の耐用性や合併症に影響を与えており、患者のQOLにさまざまな影響を及ぼしていることが予測される。

THAを受けた後、QOLの向上には1年を要するとい

われているが (上杉ら, 2006)、術後1年を経ても身体機能が低いままで経過しているとの報告もある (上杉ら, 2006; 小野・平田・山田, 2005)。手術により患者は、脱臼予防や関節保護のために股関節屈位や活動量が制限され、THA後の60%以上の症例が歩行や家事動作において自己制限をしている (高安ら, 1995)。また、THA後、脱臼への不安を入院中で8割、退院時でも6割以上の患者が訴えており (安尾ら, 2008)、人工物挿入による身体機能の変化は、患者に情緒的負担をもたらしていると考えられる。これらの心身の変化は、家庭や社会にも影響を与えていることが推察される。家族関係は病の往路を支える重要な役割を担っていること、同病者の情報は患者の回復意欲に影響を与えることも報告されており (大山・浦田・楠葉, 2010)、周囲からのサポートは、患者の心身の回復を支え、QOLの向上につながる要因となり得ることが予測される。さらに、THA後は、脱臼など術後早期に起こりやすいものと、感染など長期的な経過のなかで起こってくる合併症があり、術後期間を考慮して合併症予防のための自己管理を継続することが望ましい。適切な自己管理がQOLの維持・向上に貢献すると考えるが、自己管理の評価とQOLとの関連を明らかにした報告は少ない。QOLの関連要因として、歩容に対する満足度 (松本・泉・平松・東野, 2007)、日常生活活動動作 (activities of daily living: ADL) や疼痛 (安田ら, 2009)、生活満足度 (泉・平松・土屋・金井・金川, 1994)、身体活動 (Fujita, Makimoto, Tanaka, Mawatari, & Hotokebuchi, 2013) などが報告されているが、THAを受けた患者の心理・社会的側面、疾患特異的な身体機能の状況、自己管理行動の評価を含めて多面的にとらえた研究や、どの時期にどのような要因がQOLと関連するかを明らかにした報告は少ない。THA後のQOLと関連要因の時期的な特徴や変化を把握することで、THAを受けた患者がQOLを維持・向上するための継続的な看護支援の方向性の示唆を得ることができると考える。

I. 研究目的

THAを受けた患者の術後1か月、術後3か月、術後1年までの心理・社会的要因と疾患特異的な身体機能、自己管理行動、QOLの変化の特徴を明らかにし、各期におけるQOLの関連要因を検討する。

II. 用語の定義

- ①QOL：本研究では、健康にかかわる生活の質 (health-related quality of life; HQOL) とし、本人が感じている健康感とする。
- ②自己管理行動：本研究における自己管理行動は、人工股関節全置換術を受けた患者が退院後に日常生活を送る上で身体活動性を高めるための自己を管理する一連の行動のすべてとする。

III. 概念枠組み

THAを受けた患者の心身の状態やサポート態勢は、患者の社会生活を左右する要因であると考えられ、QOLとの関連が予測される。また、THA後の自己管理行動は、身体活動性を高めるための行動であり、その行動が合併症予防につながることから、QOLの向上に関連することが推測される。以上より、本研究では、患者属性、情緒の状態、サポート態勢、疾患特異的な身体機能、THA後の自己管理行動をQOLの関連要因とする概念枠組みを作成し、THA後の時期によるこれらの特徴と関連性を把握することとした。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

自記式質問紙法による縦断的量的記述研究（関係探索型）。

B. 対象

平成23年7月から10月の期間に、M県内のA病院とB病院でTHAを受けた成人・老年期の患者37名を対象とした。対象者の選定基準は、術前のADLが日常生活自立度判定基準ランクJのほぼ自立で、既往歴に認知症がなく自記式質問紙に回答できるとした。これらの基準を満たしたすべての患者を対象とし、研究の説明を行った。

C. 調査期間

平成23年7月～平成24年12月であった。

D. 調査内容と測定用具

1. 調査内容

文献検討および専門領域の研究者のスーパーバイズを受けて、自記式質問紙の内容を以下のように設定した。

- ①基本的属性（性別、年齢、術式、手術回数、他の疾患、脱臼経験、職業、同居家族、移動の手段）。
- ②情緒の状態（リハビリテーション継続上の困難感：時間がない、面倒である、脱臼の心配がある、痛みがある、身体がだるい、やる気になれない、股関節が思うように動かない、仕事・家事などの日常生活を続けるうえでの心配や困りごと：重労働に感じる、脱臼の心配がある、身体がだるい、股関節が思うように動かない、やる気になれない、痛みがある、股関節の耐用年数への不安）。
- ③サポート態勢（手助けの必要性、相談相手、社会制度の活用、継続看護支援の希望）。
- ④疾患特異的な身体機能。
- ⑤自己管理行動（脱臼予防、感染予防、日常生活スタイルの変更、リハビリテーション・運動の継続）。
- ⑥健康関連QOL。

なお、上記②～③についてはその有無と具体的内容について、⑤は「よく行っている」「行っている」「あまり行っていない」「全く行っていない」の4段階で回答してもらった。④の疾患特異的な身体機能については、股関節疾患特異的尺度である「WOMAC日本語版」を、⑥の健康関連QOLについては包括的QOL測定尺度である「SF-36 version 2」を、それぞれ用いて測定した。

2. 測定用具

a. WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) 日本語翻訳版

WOMACは、股関節および膝関節の変形性関節症患者の疾患特異的健康状態を測定する尺度で、「痛み」（2項目：0～20点）「こわばり」（5項目：0～8点）、「日常生活困難度」（17項目：0～68点）で構成され、それぞれ点数が低いほど健康状態がよいとされる（Bellamy, 2009）。

b. SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) version 2

QOLの測定には、包括的尺度であるSF-36 version 2（福原・鈴鴨, 2011）を使用した。身体機能（physical functioning：PF）、日常役割機能：身体（role physical：RP）、身体の痛み（bodily pain：BP）、全体的健康感（general health：GH）、活力（vitality：VT）、社会生活機能（social

functioning : SF), 日常役割機能 : 精神 (role emotional : RE), 心の健康 (mental health : MH) の 8 つの下位尺度で構成されている。また, 8 つの下位尺度は, 身体的側面 (physical component summary : PCS), 精神的側面 (mental component summary : MCS), 役割/社会的側面 (role/social component summary : RCS) の 3 つのサマリースコアにまとめられ, 8 つの下位尺度と 3 つのサマリースコアによる評価を行った。

E. データの収集方法

基本属性 (移動の手段を除く) は, あらかじめ承諾を得たうえで術後 1 か月時に診療録から情報収集した。移動の手段, 情緒の状態, サポート態勢, 疾患特異的な身体機能, 自己管理行動, 健康関連 QOL は質問紙を用いて調査を行った。調査時期は, 回復期の期間で退院の時期である術後 1 か月, 脱臼など合併症が多いとされている術後 3 か月, 維持期の安定した時期である術後 1 年とした。対象者へは, 研究者が施設へ行き, 対面して研究趣旨の説明を行った。その際, 研究への参加・協力は自由意志であり, 断った場合でも受ける医療サービスには一切影響しない旨を口頭で説明を行い, 同意の得られた退院を控えた対象者へ質問紙を手渡し, 記入後研究者宛に郵送してもらった。また, 術後 3 か月, 術後 1 年に同じ内容の質問紙を郵送し, 記入後に郵送してもらうように依頼した。

F. 分析方法

各変数の統計量を算出し, 各変数間の関連を以下の方法にて分析した。

自己管理行動の実態は, 設定していた 4 段階のリッカート形式の回答では n 数が少ない回答が生じるなど偏りが生じたため, 「行っている」「よく行っている」を行っている群, 「全く行っていない」「あまり行っていない」を行っていない群の 2 群に統合し, 術後 1 か月, 術後 3 か月, 術後 1 年の比較は, Cochran の Q 検定を行った。生活での困りごと, 手助けの必要性, 社会制度の活用, 相談相手, 継続看護支援の希望については記述統計を行い, 術後 1 か月, 術後 3 か月, 術後 1 年の 3 群間での日常の困りごとの比較は Cochran の Q 検定, SF-36 と WOMAC の各下位尺度との比較は, 反復測定による分散分析を行った。QOL の関連要因の検定は Mann-Whitney の U 検定, Kruskal-Wallis 検定 (移動の手段のみ) を用いた。また, QOL と身体機能の関連は, SF-36 と WOMAC の各下位尺度の相関係数を求めた。分析には, 統計解析ソフト『SPSS ver.22.0』を用い, 統計的有意水準は $p < .05$ とした。

V. 倫理的配慮

本研究は, 宮城大学看護学部・看護学研究科倫理委員会の承認を受けた (承認番号 2012030)。また, 調査協力施設の倫理委員会の了承を受けて実施した。対象者には研究の目的や方法, 情報の守秘および本研究以外の目的で使用しないこと, 研究遂行に関しての個人情報の守秘義務の厳守, および調査の公表の範囲, 予測される不利益, 研究への参加・協力は自由意志であり, 断った場合でも受ける医療サービスには一切影響しないこと, 研究の撤回方法について書面と口頭で説明し, 同意書により同意を得て実施した。

VI. 結果

37 名に研究協力の同意が得られ, 期間内にアンケート用紙を回収できた 33 名のうち欠損値の多かった 1 名を除外し, 32 名 (有効回答率 86.5%) を分析対象とした。

A. 対象者の患者属性

対象者の平均年齢 \pm SD は 63.5 ± 12.8 歳で, 女性 29 名 (90.6%), 男性 3 名 (9.4%) であった。手術回数は初回が 19 名 (59.4%), 2 回目以上が 13 名 (40.6%), 術後 1 か月時の就労状況は有職者 8 名 (25.0%), 無職者 24 名 (75.0%), 同居者の有無は, あり 27 名 (84.4%), なし 5 名 (15.6%) であった (表 1)。対象者の移動の手段は, 術後

表 1 対象者の属性 (術後 1 か月) ($n = 32$)

項目	n (%)	
性別	男性	3 (9.4)
	女性	29 (90.6)
年齢	63.5 \pm 12.8 (mean \pm SD)	
手術回数	初回	19 (59.4)
	2 回目以上	13 (40.6)
	手術 2 回目以上の内訳	
	反対側の手術	11 (34.4)
術式	同側 (感染による再置換)	1 (3.1)
	同側 (RAO 経験あり)	1 (3.1)
	セメント THA	15 (46.9)
職業	セメントレス THA	17 (53.1)
	あり	8 (25.0)
(内訳)	調理師 1 名	大工 1 名
	看護師 2 名	公務員 1 名
	販売員 1 名	ベビーシッター 1 名
		受付・事務 1 名
	なし	24 (75.0)
同居家族	あり	27 (84.4)
	なし	5 (15.6)
治療中の疾患	あり	27 (84.4)
	なし	5 (15.6)
脱臼の経験	あり	2 (6.3)
	なし	20 (93.8)

1か月で車椅子1名(3.1%), 両松葉杖6名(18.8%), 片松葉杖13名(40.6%), T字杖11名(34.4%), 補助具の活用なし1名(3.1%)であった。術後3か月は両松葉杖2名(6.3%), 片松葉杖10名(31.3%), T字杖16名(50%), 補助具の活用なし4名(12.5%), 術後1年で両松葉杖2名(6.3%), 片松葉杖2名(6.3%), T字杖17名(53.1%), 補助具の活用なし11名(34.4%)であった。

B. 3つの調査時期での各変数の変化

1. 情緒的状态

生活の困りごとについては、リハビリテーションを継続していく上での困難感、ありが術後1か月で13名(40.6%), 術後3か月で11名(34.4%), 術後1年で9名(28.1%)であった。日常生活を続けるうえでの心配や困りごとは、ありが術後1か月で25名(78.1%), 術後3か月で18名(56.3%), 術後1年で14名(43.8%)であった。術後1か月と術後1年の比較において、困りごとを抱える割合は有意に低下していた($p < .01$) (図1)。日常生活を続けるうえでの心配や困りごとの内容については、術後1か月では「脱臼の心配がある」(87%), 「人工股関節の耐用年数」(39.1%), 「重労働に感じる」(26.1%), 「痛みがある」(21.7%), 「股関節が思うように動かない」(17.4%), 「身体がだるい」(4.3%)の順で高く、その他として、股関節への負担や社会復帰への不安などがあつた。術後3か月でも「脱臼の心配がある」(60%), 「人工股関節の耐用年数」(46.7%)の割合が高く、次いで「股関節が思うように動かない」(26.7%), 「痛みがある」(26.4%), 「重労働に感じる」(20.0%), 「身体がだるい」(13.3%)の順であり、その他として、正座、立位保持困難や社会復帰への不安などがあつた。術後1年でも同様に、「脱臼の心配がある」(78.6%), 「人工股関節の耐用年数」(64.3%)の割

合が高く、次いで「痛みがある」(28.6%), 「重労働に感じる」(14.3%)の順で、その他として痛みやこわばりに対する内服薬効果の薄れや繰り返す下肢のむくみ、両股関節術後の社会復帰に対する不安などがあつた。

2. サポート態勢

手助けの必要性に関して、術後1か月で29名(90.6%), 術後3か月で24名(75.0%), 術後1年で19名(59.4%)が手助けを必要としていた。手助け内容は、術後1年を通して「買い物」「送迎」「家事全般」の順に割合が高かつた。困りごとの相談相手は、術後1か月では「家族」(75%)の割合が最も高く、次いで「医師」(25%)と「自分で解決する」(25%), 「友人」(6.3%), 「看護師」(0%), 「その他」(3.1%)であった。術後3か月でも「家族」(62.5%)の割合が最も高く、「医師」(31.3%), 「自分で解決する」(21.9%), 「友人」(21.9%)の順であった。術後1年でも「家族」(59.4%)の割合が高かつたものの、術後1か月・3か月よりも低く、次いで「自分で解決する」(31.3%)が「医師」(18.8%)よりも高く、「友人」(12.5%), 「看護師」(6.3%)であった。社会制度の活用は、術後1か月で6名(18.8%), 術後3か月で8名(25%), 術後1年で7名(21.9%)が活用しており、その内容は、介護保険による住宅の改修や福祉用具の購入、ベッドのレンタルが主であつた。継続看護支援については、術後1か月9名(28.1%), 術後3か月12名(37.5%), 術後1年11名(34.4%)が希望しており、その希望内容は、困りごとなどの電話相談、運動・リハビリ方法のアドバイスなどが主であつた。

3. 股関節疾患関連の身体機能評価

WOMACによる比較では、術後3か月はADLを示す日常生活困難度の項目で改善がみられ($p < .05$), 術後1年では痛み、こわばり、日常生活困難度すべてで改善がみられた($p < .05$) (表2)。

4. 自己管理行動

自己管理行動の実施率は、術後1か月で脱臼予防87.5%, 感染予防84.4%, 生活の工夫90.6%, リハビリテーション・運動は93.8%, 術後3か月で脱臼予防は93.8%, 生活の工夫は96.9%, リハビリテーション・運動は84.4%であつたが、感染予防のみ78.1%と実施率が低下傾向であつた。術後1年では脱臼予防は87.5%, 生活の工夫は90.6%, リハビリテーション・運動は87.5%で、感染予防は65.6%とさらに低下を示したが、術後期間の3群間による自己管理行動の実施率において有意差は認められなかつた。

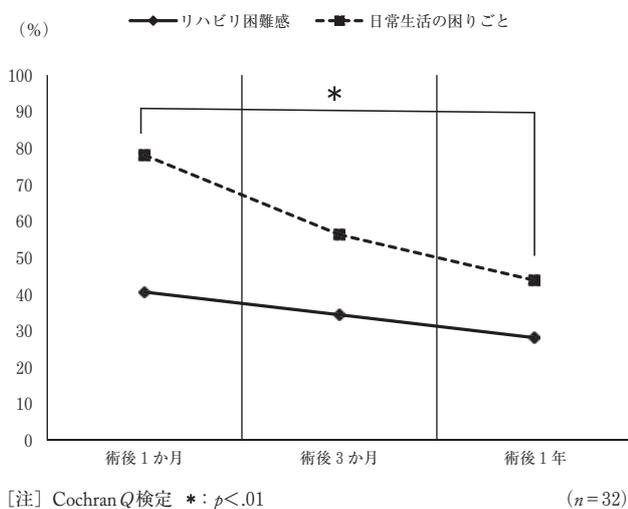


図1 生活の困りごと

表2 WOMACによる身体機能の評価

(n = 32)

	術後1か月	術後3か月	術後1年
痛み (2項目: 20点)	3.8±4.1	2.8±2.8	2.2±2.7
	* ┌──────────────────┐		
こわばり (5項目: 8点)	2.2±1.5	2.0±1.7	1.3±1.4
	* ┌──────────────────┐		
日常生活困難度 (17項目: 68点)	24.0±12.8	18.0±13.7	15.6±12.2
	* ┌──────────────────┐		
階段をおりる	1.4±1.2	1.1±0.8	0.9±0.8
	* ┌──────────────────┐		
階段を上る	1.4±1.1	1.1±0.9	1.1±0.8
座位から立ち上がる	1.3±1.1	1.3±1.0	1.1±1.0
立っている	1.2±1.1	0.7±0.9	0.4±0.7
	* ┌──────────────────┐		
床に落ちたものを拾う	2.3±1.3	1.5±1.1	1.6±1.0
	* ┌──────────────────┐		
平らなところを歩く	0.8±1.0	0.5±0.8	0.4±0.7
	* ┌──────────────────┐		
車やバスの乗り降り	1.6±1.1	1.2±1.1	1.1±1.1
買い物に行く	2.0±1.1	1.3±1.1	1.1±1.2
	* ┌──────────────────┐		
靴下をはく	2.1±1.2	1.5±1.1	1.5±1.2
	* ┌──────────────────┐		
ベッドから起きる	0.9±0.9	0.6±0.9	0.6±0.9
靴下を脱ぐ	1.7±1.0	1.1±0.9	1.3±1.1
	* ┌──────────────────┐		
ベッドに横たわる	0.5±0.7	0.5±0.8	0.3±0.5
浴槽に入る, または出る	1.6±1.2	1.1±1.2	0.8±1.1
	* ┌──────────────────┐		
座る	1.4±1.1	1.8±1.3	1.4±1.3
トイレをつかう	0.7±0.8	0.6±1.0	0.3±0.7
	* ┌──────────────────┐		
大変な家事を行う	2.1±1.1	1.6±1.2	1.3±1.1
	* ┌──────────────────┐		
簡単な家事を行う	1.1±1.0	0.7±0.9	0.4±0.9
	* ┌──────────────────┐		

[注] 反復測定分散分析 * : $p < .05$

※ 点数が低いほど身体機能の状態がよいとされる。

5. 健康関連QOLの評価

国民標準値に基づいたSF-36の8つの下位尺度による術後1か月と術後3か月の比較では、PF、BPが改善し、術後1年が経過するとRP、SF、REの改善を認めた ($p < .05$)。またサマリースコアでは術後1か月に比較し、術後3か月においてはPCSの改善を認めたが、術後1年ではPCS、RCSは改善を認め、MCSは低下していた ($p < .05$) (図2)。

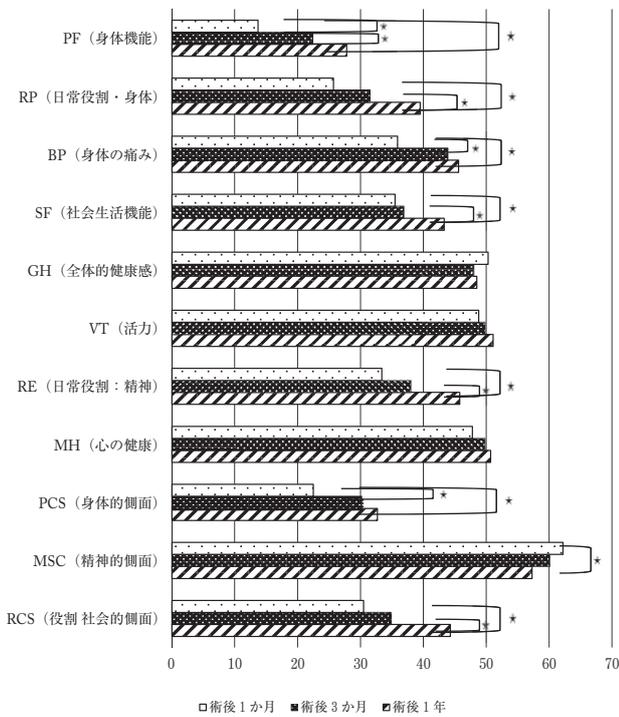


図2 SF-36細項目の変化

C. 健康関連QOLとの関連要因

術後1か月、術後3か月、術後1年のSF-36の8つの下位尺度の得点と基本属性、情緒的状态、サポート状況との比較を検討した結果、基本属性では手術回数、同居者、情緒的状态ではリハビリ継続困難感、日常の困りごと、サポート態勢では手助けの必要性、社会制度の活用、相談相手、継続看護支援の希望がQOLの関連要因としてあげられた。さらに、SF-36の8つ下位尺度と自己管理行動の4つの項目を、行っている群、行っていない群の2群に分けての比較を検討した結果、自己管理行動では脱臼予防がQOLの関連要因としてあげられた ($p < .05$) (表3)。

D. 健康関連QOLの評価と疾患特異的な身体機能の評価の相関

術後1か月では、痛みやこわばりはSF-36の下位尺度のうち主に精神面の項目と、日常生活困難度は身体面の項目

と負の相関を示した ($r = -.483 \sim -.352, p < .05$)。術後3か月では、特に痛みやこわばりは精神面や社会面の項目 ($r = -.615 \sim -.367, p < .05$) と、日常生活困難度は、身体・精神・社会面の項目 ($r = -.736 \sim -.364, p < .05$) との負の相関を示した。術後1年では、痛みは主に精神面の項目 ($r = -.534 \sim -.386, p < .05$) と、こわばりは精神面、社会面の項目 ($r = -.64 \sim -.391, p < .05$) と、日常生活困難度は身体・社会・精神面の項目 ($r = -.807 \sim -.357, p < .05$) と負の相関を認めた (表4)。

VII. 考 察

A. 対象者の特性

対象者の平均年齢 \pm SD は 63.5 ± 12.8 歳で、主に壮年期、老年期であった。手術回数は初回が19名 (59.4%)、2回目以上が13名 (40.6%)、そのうち過去に反対側の股関節の手術経験者は11名 (34.4%) おり、約3割は術後、両股関節の肢位制限のなかで生活していたと考えられた。また、8割には同居家族がおり、家族からのサポートを得られていたと考えられた。移動の手段は、術後の経過とともに、松葉杖からT字杖や補助具の活用なしへと移行していたことから、対象者は徐々にADLを拡大していったと考えられた。

B. 3つの調査時期での各変数の変化の特徴

1. 情緒的状态

リハビリテーションの継続に関しては、術後1年を通して3~4割の対象者がリハビリテーションの継続困難を抱えていた。佐野ら (2009) は、THAを受けた後、リハビリテーションを継続できない人は術後年数にかかわらず6割以上を占め、退院1年目の人が継続できない理由として「手術部位の違和感や疼痛が残っている」「家事に時間をとられる為トレーニングを行う気力がなくなる」と報告している。また、心配や困りごとに関しては、術後1か月と術後1年の比較において困りごとを抱える割合は有意な低下を示したが ($p < .05$)、術後1年が経過しても対象者の4割は困りごとを抱えており、困りごとの内容から、脱臼や人工股関節の耐用年数、痛みや股関節の動かしづらさなどの不具合を抱えていた。今回の調査開始時、対象者のなかには、過去に反対側の股関節術後に脱臼を起こした対象者が1名、今回の術後に脱臼を起こした対象者が1名、術後感染を数か月前に経験して再置換術で手術を受けた対象者が1名おり、そのことが術後合併症への不安を増大させたと考えられた。そのため、患者の直面している問題を考慮しながらサポートを行っていく必要があると考えられた。

人工股関節全置換術を受けた患者のQOLの変化と関連要因の検討

表3 SF36によるQOLの関連要因

(n = 32)

項目	n	PF 身体機能	RP 日常役割 機能：身体	BP 身体の痛み	SF 社会生活 機能	GH 全体的 健康感	VT 活力	RE 日常役割 機能：精神	MH 心の健康	PCS 身体的側面	MCS 精神的側面	RCS 役割/社会 的側面
手術回数												
初回	19	13.0 ± 12.9 (14.5)	18.3 ± 11.0 (15.8)	32.3 ± 8.3 (30.9)	33.3 ± 14.2 (37.7)	49.2 ± 10.5 (46.9)	47.8 ± 8.6 (46.6)	28.0 ± 14.4 (22.8)	45.7 ± 10.2 (46.5)	20.8 ± 13.2 (24.2)	62.8 ± 9.9 (59.6)	24.2 ± 12.8 (27.1)
2回以上	13	14.8 ± 10.9 (14.5)	36.6 ± 10.4 (39.1)	41.3 ± 12.0 (40.3)	38.7 ± 13.6 (37.7)	52.0 ± 12.0 (52.2)	50.3 ± 12.1 (53.0)	41.3 ± 13.7 (43.6)	50.9 ± 10.2 (51.8)	25.0 ± 10.6 (24.0)	61.4 ± 11.0 (62.3)	39.5 ± 14.5 (38.7)
リハビリ困難感												
あり	13	11.5 ± 8.5 (14.5)	22.7 ± 11.4 (22.5)	31.8 ± 8.0 (35.4)	31.7 ± 11.9 (31.2)	48.3 ± 9.7 (46.9)	46.4 ± 10.2 (46.6)	33.0 ± 15.1 (26.9)	46.2 ± 10.3 (46.5)	20.0 ± 9.5 (24.0)	60.1 ± 11.3 (57.2)	29.4 ± 9.9 (27.6)
なし	19	15.2 ± 13.8 (14.5)	27.7 ± 15.5 (29.1)	38.8 ± 11.0 (40.3)	38.0 ± 15.1 (37.7)	51.7 ± 11.9 (54.8)	50.5 ± 9.8 (49.8)	33.7 ± 16.0 (31.1)	48.9 ± 10.6 (49.1)	24.2 ± 13.7 (26.9)	63.6 ± 9.5 (62.7)	31.3 ± 18.3 (30.9)
日常の困り事												
あり	25	11.2 ± 11.6 (14.5)	24.1 ± 14.2 (22.5)	33.8 ± 7.6 (35.4)	33.3 ± 13.2 (37.7)	47.5 ± 9.9 (44.2)	47.5 ± 9.8 (46.6)	32.9 ± 16.3 (31.1)	46.1 ± 9.8 (46.5)	20.0 ± 12.1 (22.1)	60.4 ± 9.7 (57.8)	30.4 ± 15.3 (27.6)
なし	7	22.7 ± 8.6 (25.4)	31.5 ± 12.5 (32.5)	43.5 ± 15.2 (44.7)	43.2 ± 15.1 (44.1)	60.3 ± 9.3 (62.8)	53.5 ± 10.1 (53.0)	35.3 ± 12.5 (31.1)	54.1 ± 10.8 (59.9)	31.2 ± 8.1 (28.6)	68.5 ± 10.1 (65.3)	30.9 ± 16.4 (30.9)
手術後の 1か月												
手助けの必要性												
あり	29	12.4 ± 11.4 (14.5)	25.2 ± 14.0 (22.5)	35.3 ± 9.6 (35.4)	34.4 ± 13.4 (37.7)	49.5 ± 10.6 (47.8)	47.6 ± 9.5 (46.6)	32.8 ± 15.6 (31.1)	46.6 ± 10.0 (46.5)	21.9 ± 12.5 (24.2)	61.1 ± 9.5 (59.6)	30.1 ± 15.7 (27.6)
なし	3	26.3 ± 10.7 (29.0)	30.2 ± 15.4 (39.1)	42.7 ± 16.6 (35.4)	46.3 ± 18.6 (57.0)	58.6 ± 13.8 (62.8)	60.5 ± 8.1 (59.5)	39.4 ± 14.4 (47.7)	59.9 ± 5.4 (59.9)	28.4 ± 7.5 (26.9)	72.8 ± 13.1 (78.3)	34.5 ± 10.8 (38.7)
社会制度の活用												
あり	6	3.3 ± 9.9 (1.9)	20.3 ± 18.6 (15.8)	31.9 ± 5.2 (30.9)	45.2 ± 9.5 (40.9)	49.8 ± 12.0 (48.2)	52.5 ± 13.4 (53.1)	29.7 ± 21.2 (20.7)	48.2 ± 10.4 (46.5)	9.6 ± 10.3 (6.9)	68.2 ± 10.3 (65.5)	32.9 ± 15.5 (27.9)
なし	26	16.1 ± 11.2 (14.5)	27.0 ± 12.8 (29.1)	36.9 ± 11.0 (35.4)	33.2 ± 14.1 (34.5)	50.4 ± 11.0 (48.7)	48.0 ± 9.2 (46.6)	34.3 ± 14.1 (33.2)	47.8 ± 10.6 (49.1)	25.4 ± 10.7 (24.4)	60.8 ± 9.9 (58.7)	30.0 ± 15.5 (28.1)
継続看護の希望												
あり	9	7.7 ± 10.7 (7.3)	23.6 ± 14.9 (19.2)	33.1 ± 7.6 (31.4)	35.5 ± 14.0 (37.7)	45.4 ± 10.4 (41.5)	47.0 ± 9.1 (46.6)	34.3 ± 19.1 (26.9)	48.1 ± 11.9 (46.5)	15.0 ± 12.3 (20.1)	61.0 ± 10.6 (59.6)	34.0 ± 17.3 (27.6)
なし	23	16.1 ± 11.8 (14.5)	26.5 ± 13.9 (29.1)	37.0 ± 11.1 (35.4)	35.4 ± 14.3 (37.7)	52.2 ± 10.9 (52.2)	49.5 ± 10.5 (46.6)	33.1 ± 14.2 (31.1)	47.7 ± 10.0 (49.1)	25.4 ± 11.1 (24.2)	62.6 ± 10.2 (62.3)	29.2 ± 14.6 (28.2)
脱臼予防												
あり	30	21.4 ± 13.8 (23.6)	30.7 ± 13.6 (32.5)	44.0 ± 9.8 (44.7)	36.8 ± 15.7 (37.7)	48.3 ± 10.9 (46.9)	50.0 ± 9.8 (49.8)	37.2 ± 16.1 (35.3)	50.1 ± 11.5 (51.8)	29.4 ± 10.7 (29.3)	61.1 ± 9.4 (61.6)	34.1 ± 17.7 (33.0)
なし	2	38.0 ± 2.5 (38.0)	44.1 ± 7.1 (44.1)	42.3 ± 9.8 (42.3)	37.7 ± 9.1 (37.7)	44.2 ± 0.0 (44.2)	46.6 ± 0.0 (46.6)	49.8 ± 3.0 (49.8)	45.2 ± 1.9 (45.2)	41.3 ± 0.4 (41.3)	23.6 ± 14.9 (46.5)	47.1 ± 7.6 (47.1)
同居者												
あり	27	22.7 ± 14.5 (25.4)	32.0 ± 13.5 (32.5)	44.5 ± 9.8 (44.7)	37.9 ± 15.2 (37.7)	49.2 ± 10.8 (46.9)	51.2 ± 8.4 (49.8)	38.7 ± 15.9 (39.4)	51.7 ± 8.8 (51.8)	30.0 ± 11.4 (29.5)	62.0 ± 8.5 (61.8)	35.4 ± 17.6 (38.4)
なし	5	21.0 ± 12.4 (25.4)	29.1 ± 15.8 (29.1)	40.3 ± 8.3 (40.3)	31.2 ± 15.8 (31.2)	41.6 ± 7.9 (44.2)	42.1 ± 12.4 (46.6)	34.4 ± 17.3 (35.3)	39.5 ± 17.4 (46.5)	31.1 ± 6.4 (27.8)	50.2 ± 10.8 (49.0)	32.2 ± 18.9 (34.6)
日常の困り事												
あり	18	16.1 ± 13.1 (14.5)	27.3 ± 12.4 (29.1)	40.6 ± 7.6 (40.3)	31.6 ± 13.9 (31.2)	43.3 ± 7.0 (44.2)	45.4 ± 8.2 (46.6)	33.0 ± 16.2 (33.2)	44.7 ± 11.0 (46.5)	26.2 ± 10.1 (32.2)	56.1 ± 8.9 (57.2)	32.2 ± 19.1 (31.4)
なし	14	30.5 ± 10.8 (29.0)	37.0 ± 13.6 (37.5)	48.1 ± 10.6 (47.4)	43.7 ± 14.6 (47.4)	54.1 ± 11.7 (50.9)	55.5 ± 8.0 (53.0)	44.5 ± 13.3 (47.7)	56.4 ± 7.5 (55.9)	35.2 ± 9.6 (37.4)	65.3 ± 8.4 (64.8)	38.4 ± 15.1 (42.7)
手術後の 3か月												
手助けの必要性												
あり	24	19.9 ± 14.6 (18.1)	27.9 ± 12.7 (29.1)	42.2 ± 9.6 (40.3)	33.4 ± 14.0 (34.5)	46.8 ± 9.8 (44.2)	48.5 ± 9.7 (49.8)	34.4 ± 15.7 (33.2)	47.8 ± 11.8 (46.5)	28.7 ± 11.0 (28.6)	59.4 ± 10.2 (60.8)	31.4 ± 17.7 (31.4)
なし	8	29.9 ± 9.0 (29.0)	42.4 ± 10.4 (44.1)	48.9 ± 8.2 (44.7)	47.4 ± 14.6 (53.8)	51.6 ± 12.7 (50.0)	53.7 ± 8.0 (52.5)	48.8 ± 11.5 (56.1)	55.9 ± 6.6 (55.9)	34.4 ± 9.3 (35.3)	62.4 ± 8.4 (61.3)	45.3 ± 12.8 (47.7)
相談相手												
あり	28	20.4 ± 13.4 (19.9)	30.6 ± 13.6 (32.5)	43.5 ± 9.5 (44.7)	36.8 ± 15.3 (37.7)	48.0 ± 10.0 (46.9)	49.7 ± 9.8 (49.8)	38.1 ± 15.7 (37.4)	49.4 ± 11.6 (51.8)	28.6 ± 10.2 (28.6)	60.5 ± 9.8 (61.0)	34.9 ± 17.7 (36.5)
なし	4	36.2 ± 10.6 (34.4)	38.3 ± 13.1 (40.8)	46.7 ± 11.5 (44.8)	37.7 ± 16.6 (37.7)	48.3 ± 16.6 (46.9)	50.6 ± 8.5 (48.2)	37.3 ± 20.0 (39.4)	52.5 ± 8.8 (49.2)	40.8 ± 8.9 (39.7)	57.5 ± 10.7 (56.1)	34.9 ± 17.8 (37.0)
継続看護の希望												
あり	12	16.9 ± 9.2 (16.3)	26.7 ± 14.2 (29.1)	41.4 ± 9.6 (42.5)	36.1 ± 16.5 (37.7)	48.4 ± 10.8 (46.9)	49.3 ± 11.9 (49.8)	36.3 ± 16.4 (35.3)	48.7 ± 14.9 (50.5)	25.3 ± 8.6 (26.4)	61.2 ± 11.5 (62.9)	34.4 ± 19.3 (36.5)
なし	18	27.2 ± 12.6 (27.2)	35.2 ± 10.9 (35.8)	45.2 ± 8.7 (45.2)	38.0 ± 12.8 (37.7)	47.0 ± 10.5 (44.2)	49.8 ± 8.2 (49.8)	39.9 ± 14.2 (43.6)	50.5 ± 8.1 (51.8)	33.7 ± 9.9 (35.2)	58.5 ± 8.7 (56.7)	36.5 ± 14.9 (36.5)
手術回数												
初回	19	29.1 ± 15.0 (29.0)	44.5 ± 9.5 (42.4)	47.7 ± 8.9 (49.2)	44.5 ± 13.3 (44.1)	49.0 ± 10.0 (44.2)	55.1 ± 9.9 (56.3)	45.8 ± 10.9 (43.6)	52.7 ± 10.0 (54.5)	32.5 ± 13.2 (30.1)	61.2 ± 10.4 (61.9)	42.4 ± 11.4 (42.3)
2回目以上	13	26.0 ± 17.7 (29.0)	36.1 ± 15.9 (45.8)	42.6 ± 8.8 (44.7)	41.6 ± 15.2 (44.1)	47.8 ± 13.1 (46.9)	45.4 ± 13.1 (46.6)	45.8 ± 10.7 (43.6)	47.9 ± 13.2 (51.8)	33.2 ± 12.5 (31.2)	51.6 ± 13.3 (54.6)	47.2 ± 9.8 (48.0)
日常の困り事												
あり	14	23.4 ± 12.5 (19.9)	32.7 ± 12.9 (30.8)	42.0 ± 8.0 (40.3)	38.6 ± 14.5 (40.9)	43.7 ± 8.7 (44.2)	48.9 ± 11.4 (51.4)	44.2 ± 9.2 (43.6)	50.7 ± 10.7 (51.8)	27.0 ± 10.7 (26.2)	56.8 ± 12.1 (58.3)	41.9 ± 10.7 (41.3)
なし	18	31.3 ± 17.8 (36.2)	44.8 ± 12.9 (45.8)	48.4 ± 9.2 (49.2)	47.0 ± 12.7 (50.6)	52.3 ± 11.7 (53.5)	52.9 ± 12.7 (54.7)	47.1 ± 11.7 (51.9)	50.8 ± 12.4 (53.2)	37.2 ± 12.6 (39.0)	57.7 ± 13.0 (62.8)	46.2 ± 10.9 (47.9)
手術後の 1年												
手助けの必要性												
あり	19	24.0 ± 16.7 (25.4)	36.7 ± 16.0 (35.8)	43.8 ± 10.1 (44.7)	42.8 ± 15.0 (44.1)	46.5 ± 9.6 (44.2)	49.5 ± 12.8 (49.8)	45.1 ± 12.0 (43.6)	49.4 ± 13.4 (51.8)	28.9 ± 12.7 (26.7)	56.6 ± 14.2 (59.7)	44.3 ± 12.5 (49.5)
なし	13	33.5 ± 13.3 (36.2)	43.7 ± 9.7 (42.4)	48.3 ± 6.8 (49.2)	44.1 ± 12.9 (50.6)	51.5 ± 13.0 (52.2)	53.5 ± 11.2 (56.3)	46.8 ± 8.5 (43.6)	52.6 ± 7.9 (54.5)	38.4 ± 11.0 (35.8)	58.3 ± 9.6 (60.8)	44.4 ± 8.4 (45.1)
社会制度の活用												
あり	7	8.8 ± 11.8 (7.3)	26.8 ± 18.8 (25.8)	39.4 ± 7.4 (39.8)	37.7 ± 16.6 (44.1)	45.0 ± 6.5 (43.1)	48.9 ± 13.2 (49.8)	40.6 ± 11.5 (43.6)	46.5 ± 11.9 (46.5)	17.5 ± 4.5 (17.7)	60.1 ± 16.4 (59.9)	38.3 ± 12.1 (39.7)
なし	25	33.2 ± 12.6 (36.2)	43.1 ± 10.4 (42.4)	47.3 ± 8.9 (49.2)	44.9 ± 13.1 (50.6)	49.5 ± 12.1 (46.9)	51.8 ± 12.1 (53.0)	47.3 ± 10.2 (51.9)	51.9 ± 11.3 (54.5)	37.0 ± 10.9 (35.8)	56.5 ± 11.3 (58.9)	46.0 ± 10.1 (47.8)
相談相手												
あり	25	27.9 ± 16.9 (29.0)	39.0 ± 15.1 (42.4)	45.9 ± 9.6 (44.7)	43.4 ± 14.3 (44.1)	50.1 ± 10.9 (46.9)	53.4 ± 11.6 (53.0)	47.1 ± 10.7 (51.9)	52.8 ± 11.1 (54.5)	32.3 ± 13.8 (30.1)	59.8 ± 11.5 (61.9)	44.1 ± 11.1 (47.8)
なし	7	27.4 ± 12.8 (25.4)	41.5 ± 10.3 (42.4)	44.6 ± 7.4 (49.2)	43.2 ± 13.6 (50.6)	42.8 ± 11.2 (40.5)	43.0 ± 11.3 (43.4)	41.2 ± 9.6 (43.6)	43.4 ± 10.3 (46.5)	34.2 ± 8.3 (35.8)	48.4 ± 12.3 (42.5)	45.2 ± 11.0 (45.1)

[注] Mann-Whitney U検定 * : p < .05

平均値 ± 標準偏差
(中央値)

表4 WOMAC, SF-36の下位項目の相関

(n = 32)

SF-36 (術後1か月)											
WOMAC (術後1か月)	PF	RP	BP	SF	GH	VT	RE	MH	PCS	MCS	RCS
	身体機能	日常役割:身体	身体の痛み	社会生活機能	全体的健康観	活力	日常役割:精神	心の健康	身体的側面	精神的側面	役割/社会的側面
痛み	-.22	-.051	-.429*	-.483**	-.077	-.444*	-.292	-.338	.031	-.352*	-.294
こわばり	.098	.297	-.046	-.226	-.029	-.422*	-.193	-.208	.320	-.415*	-.084
日常生活困難度	-.379*	.062	-.404*	-.324	-.200	-.302	-.165	-.319	-.175	-.340	-.063
SF-36 (術後3か月)											
WOMAC (術後3か月)	PF	RP	BP	SF	GH	VT	RE	MH	PCS	MCS	RCS
	身体機能	日常役割:身体	身体の痛み	社会生活機能	全体的健康観	活力	日常役割:精神	心の健康	身体的側面	精神的側面	役割/社会的側面
痛み	-.219	-.520**	-.615**	-.426*	-.452**	-.598**	-.52**	-.587**	-.167	-.481**	-.402*
こわばり	-.141	-.467**	-.600**	-.367*	-.302	-.488**	-.476**	-.493**	-.099	-.369*	-.403*
日常生活困難度	-.736**	-.688**	-.680**	-.632**	-.364*	-.579**	-.646**	-.622**	-.551**	-.264	-.581**
SF-36 (術後1年)											
WOMAC (術後1年)	PF	RP	BP	SF	GH	VT	RE	MH	PCS	MCS	RCS
	身体機能	日常役割:身体	身体の痛み	社会生活機能	全体的健康観	活力	日常役割:精神	心の健康	身体的側面	精神的側面	役割/社会的側面
痛み	-.246	-.332	-.319	-.157	-.294	-.386*	-.534**	-.409*	-.202	-.241	-.348
こわばり	-.291	-.245	-.391*	-.326	-.215	-.457**	-.640**	-.517**	-.104	-.315	-.486**
日常生活困難度	-.807**	-.304	-.699**	-.646**	-.494**	-.641**	-.515**	-.643**	-.584**	-.457**	-.357*

[注] Pearsonの相関係数 ** : $p < .01$, * : $p < .05$

2. サポート態勢

手助けの必要性について、術後の経過とともに必要性の割合は徐々に低下しており、買い物や送迎、家事など股関節への過度な負荷を避けるため、対象者は手助けを求めていたと考えられた。また、困りごとの相談相手は術後1年を通して「家族」が6割から7割を占め、家族から精神的サポートを得られていたと考えられた。さらに術後の経過のなかで、対象者は自己解決能力を身につけていったと考えられたが、日常の困りごとや心配事に対して気軽にアドバイスを受けたいという思いから継続看護支援を希望していたと考えられた。

3. 股関節疾患関連の身体機能評価

WOMACによる比較では、術後3か月でADLを示す日常生活困難度で改善がみられたものの、痛み、こわばりは改善しなかった。THAを受けた患者の痛みやこわばりは、回復に時間がかかるが、術後1か月、3か月でリハビリテーションの効果が出てくる(佐々木ら, 2010; 家入ら, 2008)と報告されており、今回の調査でも、術後3か月では痛みやこわばりが残っていたが、術後1年で改善がみられたと考える。股関節のこわばりは、日常生活において身体的・精神的に活動制限を引き起こすため、日常生活で経験している痛みやこわばりに対して正しい知識を持ち、対象者自らが積極的にリハビリテーションに取り組めるような知識の提供や相談支援が必要であると考えられた。

4. 自己管理行動

自己管理行動の項目において、感染予防のみ術後1年で

実施率が6割と低かった。これは、人工物と折り合いをつけて生活していく過程で、感染予防に対する認識が薄れていったのではないかと考えられた。高木ら(2012)は、人工膝・股関節全置換術を受けた外来通院中患者18名の調査で、フットケアの必要性を認識していない人が11名(61%)、入院中に受けた感染予防の指導について、何も印象に残っていない人が13名(72%)いたと報告している。感染に対しては、疼痛やこわばりなどのように患者は日常生活で身体症状として自覚しづらく、人工物に起因する感染を認識して生活することがむずかしいことが理由であると考えられた。しかし今後、加齢に伴う高血圧や糖尿病などの基礎疾患による易感染状態の問題から、THAを受けた高齢者の清潔の維持困難の可能性も示唆されており(河田, 2006)、感染は術後年数が長くなるほど問題になってくるのではないかと予測される。そのため、対象者個々の自己管理に対する認識や日常生活上の問題から自己管理を継続的に評価していく必要があると考えられた。

5. 健康関連QOLの評価

QOLのサマリースコアによる比較では、術後1か月、術後3か月においてはPCSの改善を認め、術後1年ではPCS, RCSも改善を認めた。しかし、国民標準値には達していなかった。一方で、MCSは術後1か月ですでに国民標準値を大きく上まわっていた。西村ら(2010)は、THA患者のGH, VT, MHは、術前から国民標準値に近値していたと報告している。今回の調査では、MCSを構成する下位尺度のうち、GH, VT, MHは、術後1か月時点で国民標準値に達していた、もしくは近値であった。しかし今

回、術前調査を行っていないので、これらの精神面の下位尺度は術前から高かったのか、手術による影響で高くなったのかどうかは推察できない。また、MCSは術後1か月と比較して術後1年では有意に低値を示した ($p < .05$)。調査期間を通して、健康状態を測定するGHのみが低下傾向を示していることから、術後の経過のなかで、身体機能や社会的役割の回復に伴い、さまざまな日常生活の困りごとが生じており、それらがMCSの低下につながっていたのではないかと考えられた。

C. 健康関連QOLとの関連要因

術後1か月では、手術が初回群より2回目以上群のRP, BP, RE, RCSが高く、手術が2回目以上群は、身体機能を取り戻し、痛みから解放されたと考えられた。今回の手術が2回目以上に該当した13名中11名は反対側の股関節の手術を経験しており、初回の手術後から両変形性股関節症の症状である逆側の患肢の痛みを経験していた。このことから、2回目である今回の手術により、痛みからの解放や身体機能が改善され、QOL向上につながったと考えられた。情緒の状態に関しては、リハビリ困難感なし群のBPが高いことから、痛みがリハビリの妨げになっていたと考えられた。また、日常の困りごとなし群は、あり群よりPF, GH, MH, PCSが高かった。術後1か月の対象者の日常の困りごとでは、脱臼の心配を8割があげており、人工物挿入による不安や股関節の動かしづらさが、身体面や精神面のQOLに影響を与えていたと考えられた。THA患者の術後1か月は、患者が退院し、自宅に戻る時期でもあるが、身体的側面のQOLが低い者が社会制度を活用し、継続看護支援を希望していた。そのため、術後早期においては、入院中から退院後の生活スタイルを考慮したりリハビリテーションの内容を検討してADLの拡大をはかり、自宅に戻ってからの生活状況の把握を行っていく必要がある。

術後3か月において、日常の困りごとなし群はあり群に比べてSF-36のほとんどの下位尺度の点数が有意に高く ($p < .05$)、日常の困りごとはQOLに大きく関連していた。SF-36によるQOLの評価において、術後1か月と術後3か月の比較では主に身体機能を表す項目で改善がみられ ($p < .05$)、WOMACによる身体機能評価の比較ではADLを表す股関節患者特有の日常生活困難度においても改善したが ($p < .05$)、股関節の痛みやこわばりでは改善が示されなかった。これらのことから、術後3か月において活動範囲の拡大により徐々にQOLやADLは向上してきてはいたが、対象者はADL拡大に伴う股関節の術後特有の痛みやこわばり、日常生活の困難などに遭遇していたことや、術後の痛みや脱臼への不安が日常生活の困りごとにもつな

がっていたのではないかと考えられた。一方で、脱臼予防行動あり群がなし群よりMCSが高く ($p < .05$)、精神面の安定と脱臼予防が関連していた。THA後3か月の患者において、脱臼に対する予期的不安から予防行動をとっていた患者と、術後に痛みがなくなることで脱臼肢位を忘れ予防行動をとらなくなった患者がいたと報告されている(澤田ら, 2007)。このことから、予期的不安が自己管理の動機になり、痛みがないことが自己管理を阻害する要因になることもあり、患者のQOLと自己管理行動は必ずしも関連していないと考えられた。しかし今回、精神面の安定と脱臼予防が関連していたことから、自己管理行動の継続やQOL向上のために精神面のサポートは重要であると考えられる。サポート態勢では、相談相手を必要としない群、継続看護支援の希望なし群のPF, PCSが高く、何かしらの身体面の問題を抱えているものは、相談相手や看護師からの支援を必要としていることが考えられた。そのなかで、同居者の存在はMCSの向上に関連しており、療養生活における家族の存在の重要性が示唆された。周囲の人たちのサポート支援により情緒的安定を得ることが自己管理の継続へのモチベーションの維持・向上につながることが示唆されており(堀之内, 2008)、今回の調査においても家族の存在は精神面の安定のみならず、患者の継続的な自己管理行動への手助けにもなっていたと考えられる。THAを受けた患者の自己管理においては家族の協力が必須であり、入院中から自己管理のための知識提供を患者も含めて家族へも行っていくことが、患者が自己管理を継続していくうえで重要であると考えられた。

術後1年では、手術初回群が2回目以上群に比しVT, MCS(精神的側面)が高く、活力にあふれ、精神面のQOLが高かった。術後1か月では、手術2回目以上群が初回群より身体・社会面のQOLが高かったが、なかには両股関節に人工物を挿入したことによる危険肢位や社会復帰についてさらなる不安を訴えていたものもあり、術後の経過とともに生活そのものをアセスメントし、個別性を重視していく必要があると考えられた。また、相談相手あり群のVT, MHが高かったことから、相談相手の存在により精神的な安定につながったと考えられ、相談相手の存在の重要性が示唆された。術後1年が経過し、対象者は徐々に身体機能を取り戻し、社会復帰や職場復帰を果たしていくことができたと考えられた。しかし、今回の対象者の職業の内容から、半数は立ち仕事で重労働であり、股関節への負担や痛み、今後の経過や職場復帰、仕事継続に対して不安を抱いているものもいた。職場復帰は患者のQOLに大きく影響を与えると報告されており(萩尾・中川・格谷・西塔・大澤, 2005)、身体の回復状況からも職場復帰を判断し、THAを受けた患者が安心して社会復帰

できるような支援も必要であると考えられた。さらに、術後1年が経過しても4割が日常の困りごとを抱えていたことや、術後1年を通して日常の困りごとはQOLにも大きく関連し、QOL向上の阻害要因になっていると考えられ、これらの困りごとに対する継続的看護支援が必要であると考えられた。

D. 健康関連QOLの評価と疾患特異的な身体機能評価の相関

術後1か月、術後3か月、術後1年の健康関連QOLと疾患特異的な身体機能評価の比較では、すべての時期においてWOMACの痛み、こわばり、日常生活困難度とSF-36の下位尺度で有意な負の相関を認め ($p < .05$)、特に術後3か月の身体機能の評価とQOLは強く関連していた。また、日常生活困難度は術後の経過とともに、身体・精神・社会面とQOLのすべての側面に関連を強めていたことから、ADL拡大や社会的役割遂行による日常生活の支障や日常の困りごとが生じていたこともQOLとの関連を強めた要因であったと考えられた。今回、WOMACによる日常生活困難度の評価のなかで、「靴下をはく」「床に落ちたものを拾う」「座る」「靴下を脱ぐ」「大変な家事を行う」は、術後1年においても依然として点数が高かったことは、脱臼肢位に関連する困難な動作であるためと考えられた。そのため、対象者の生活状況や社会復帰状況からも日常生活の支障について把握していく必要がある。また、調査期間を通して痛みやこわばりは主に精神面のQOLに関連していた。術後1年の困りごとのなかで3割弱が痛みを訴えており、術後長い期間が経過してからの痛みやこわばりは人工股関節に起因する不安や悩みにつながり、精神面のQOLに影響していたと考えられた。そのため、THAを受けた患者のQOLを高めるためには、股関節疾患特異的な身体機能の評価を含めて患者の生活全体を把握しながら、日常生活の支障や困りごとに対する継続的サポートを行っていく必要があると考えられた。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、術後1年までの追跡調査であり、県内の2施設で行われ、対象患者が32名の限られた調査で、一般化するにはさらなる症例数と調査の継続、術式別による検討が必要ではないかと考える。

結 論

1. 術後1か月で7割、術後3か月で5割、術後1年でも4割が日常生活の困りごとを抱えていた。自己管理行動に関しては、術後1年を通して8割から9割がほとんどの自己管理の項目を実施できていたが、術後1年での感染予防の実施率は6割であった。
2. 疾患特異的な身体機能の評価では、術後3か月では、日常生活困難度で、術後1年では痛み、こわばり、日常生活困難度すべてで改善していた ($p < .05$)。QOLは術後3か月で身体面、術後1年で身体面・社会面で改善がみられ、精神面で低下していた ($p < .05$)。
3. THAを受けた患者のQOLには、日常の困りごと、手助けの必要性、股関節疾患特異的な身体機能（すべての時期）、継続看護支援の希望（術後1か月と術後3か月）、手術回数、社会制度の活用（術後1か月と術後1年）、リハビリの困難感（術後1か月）、相談相手の存在（術後3か月と術後1年）、同居者の存在、脱臼予防（術後3か月）が関連していた。対象者の多くは人工股関節挿入による様々な日常生活への支障や日常生活の困りごとを抱えており、それらの問題がQOLとの関連を強めていたため、日常の困りごとに対するサポート支援を継続して行っていくことが重要であると考えられた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆さま、対象施設のスタッフの皆さまに深く感謝いたします。本研究は平成24～25年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（若手研究B、課題番号24792444）の助成を受けたものの一部である。

要 旨

THAを受けた患者の心理・社会的要因と疾患特異的な身体機能、自己管理行動、QOLの変化の特徴を明らかにし、QOLの関連要因を時期別に検討した。THAを受けた32名の患者の術後1か月、術後3か月、術後1年の日常生活の困りごと、サポート態勢、身体機能（WOMAC）、自己管理行動、QOL（SF-36）を把握した。調査期間中、4～7割は困りごとを抱えていたが、8～9割が感染予防以外の自己管理行動の項目を実施できていた。また術後1年で、痛み、こわばり、日常生活困難度で改善し、QOLは身体・社会面で改善、精神面では低下した ($p < .05$)。

QOLには日常の困りごと、手助けの必要性、身体機能がすべての時期で、継続看護の希望、手術回数、社会制度の活用、リハビリの困難感、相談相手の存在、同居者の存在、脱臼予防も時期によって関連していた($p < .05$)。日常生活の支障や困りごとがQOLとの関連を強めていたため、困りごとに対するサポート支援を行っていくことが重要であると考えられた。

Abstract

This study aimed to clarify the changes in psychosocial factors, physical function of hip disorder, self-management behavior, and the quality of life (QOL) among patients undergoing total hip arthroplasty (THA), and to determine the factors associated with QOL at different stages. We investigated the daily challenges, support system, physical function (using the Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index), self-management behavior, and QOL (using Short Form-36) of 32 patients who underwent THA. Patient evaluations were conducted 1 and 3 months, and 1 year after surgery. During the study period, 40–70% of the patients reported facing daily challenges; however, the rate of self-management had reached 80–90% for most factors except for “infection prevention”. Pain, stiffness, and disability improved after 1 year. Although the physical role and social components of the QOL improved, the mental component decreased ($p < .05$).

The QOL was associated with daily challenges, need for help, physical function (at all three time-intervals), continuous nursing care, procedure number, social system utilization, difficulty in rehabilitation, existence of a house mate and an adviser, and dislocation prevention (depending on the stage; $p < .05$). The daily challenges and disabilities strongly correlated with the QOL, indicating the importance of nursing support for daily challenges.

文 献

- Bellamy, N. (2009). *WOMAC Osteoarthritis Index User Guide LX*. Australia: Brisbane.
- Dohnke, B., Knäuper, B., and Müller-Fahrnow, W. (2005). Perceived self-efficacy gained from, and health effects of, a rehabilitation program after hip joint replacement. *Arthritis Rheum*, 53(4), 585-592.
- 藤田君支 (2003). 人工関節置換術を受けた患者の生活体験の変化とQOL. *看護技術*, 49(14), 51-55.
- Fujita, K., Makimoto, K., Tanaka, R., Mawatari, M., and Hotokebuchi, T. (2013). Prospective study of physical activity and quality of life in Japanese women undergoing total hip arthroplasty. *J Orthop Sci*, 18(1), 45-53.
- 福原俊一, 鈴嶋よしみ (2011). SF-36v2日本語版マニュアル: 健康関連QOL尺度. 京都: 健康医療評価研究機構.
- 萩尾圭介 (2005). 人工股関節置換術と看護. *整形外科看護*, 10(3), 75.
- 萩尾佳介, 中川 滋, 格谷義徳, 西塔 進, 大澤 傑 (2005). 手術治療を行った股関節疾患患者症例の職場復帰について—アンケート調査による検討—. *日本職業・災害医学学会誌*, 53(6), 289-293.
- 本家秀文, 馬渡正明, 河野俊介, 重松正森, 園畑素樹, 佛淵孝夫 (2010). 40歳未満の若年者に対する人工股関節全置換術. *整形外科と災害外科*, 59(1), 126-130.
- 堀之内若名 (2008). 人工股関節全置換術THAを受けた患者の自己管理の様相. *千葉県立衛生短期大学紀要*, 27(1/2), 81-88.
- 堀之内若名, 正木治恵, 清水安子 (2005). 人工股関節全置換術を受けた患者の自己管理上の問題—自己管理の認識と行動に注目して—. *整形外科看護*, 10(4), 398-405.
- 家入 章, 石田和宏, 田邊芳恵, 菅野大己, 吉本 尚, 安部聡弥, 増田武志 (2008). 人工股関節全置換術後早期のSF-36およびWOMACの変化. *北海道理学療法*, 25, 46-50.
- 泉キヨ子, 平松知子, 土屋尚義, 金井和子, 金川克子 (1994). 人工股関節置換術患者の回復過程および生活の満足度に関する研究. *日本看護研究会雑誌*, 17(2), 9-19.
- 河田裕美子 (2006). 初回とは違うのはココ! 再置換術の治療と看護—人工股関節の場合: 再置換術患者への患者指導の実際. *整形外科看護*, 11(6), 573-578.
- 松本智里, 泉キヨ子, 平松知子, 東野千夏 (2007). 人工股関節全置換術を受けた患者の歩容とQOL(quality of life) との関連. *整形外科看護*, 12(6), 91-96.
- 西村さゆり, 佐藤祐介, 樋口千絵, 小林千夏, 大久保晶, 増田武志, 菅野大己, 井上正弘, 安部聡弥 (2010). 人工股関節全置換術患者の術前・術後のQOLの変化: SF-36v2を用いて (継続調査). *Hip Joint*, 36, 30-32.
- 小野 玲, 平田総一郎, 山田 実 (2005). 人工股関節形成術後1年以上経過した女性患者の身体活動と股関節障害および心理社会的要因の関係. *理学療法学*, 32(6), 374-379.
- 大山祐介, 浦田秀子, 楠葉洋子 (2010). 周手術期を通してとらえた人工股関節全置換術を受ける患者の病気及び手術と生活体験の分析. *日本整形外科看護研究会誌*, 5, 40-47.
- Phillips, C.B., Barrett, J.A., Losina, E., Mahomed, N.N., Lingard, E.A., Guadagnoli, E., Baron, J.A., Harris, W.H., Poss, R., and Katz, J.N. (2003). Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism, and deep infection during the first six months after elective total hip replacement. *J Bone Joint Surg Am*, 85-A(1), 20-26.
- 佐野かおり, 宮島朝子, 立川麻紀, 石橋美年子, 弓削悦子, 杉本正幸, 嶋 靖子, 琴浦良彦 (2009). 人工股関節全置換術を受けた人の入院前・退院後の生活実態調査. *健康科学: 京都大学医学部保健学科紀要*, 6, 43-47.
- 佐々木和広, 中野雄樹, 石田和宏, 増田武志, 菅野大己, 井上正弘, 安部聡弥, 三浦眞優美, 大久保晶 (2010). 人工股関節全置換術後におけるリハビリテーション効果 (2) 第2報: ADLとQOLについて. *Hip Joint*, 36, 144-147.
- 澤田幸美, 下田松子, 作本裕子, 誉田章子, 南 尚美, 中村真由子, 松本智里, 垣内 瞳 (2007). 人工股関節全置換術後患者に対する退院後の生活状況の実態調査—脱臼の危険性が高い術後3ヶ月間に焦点をあてて—. *看護研究発表論文集録*, 39, 81-84.
- Sharp, D.J. and Porter, K.M. (1985). The Charnley total hip arthroplasty in patients under age 40. *Clin Orthop Relat Res*, 201: 51-56.
- 高木恵子, 小川亮子, 片岡則子, 寺島泰子 (2012). 人工膝・股関節全置換術を受けた外来患者の足のセルフケアの実態と遅延

- 性感染に対する認識：フットケアの試行をとおして．日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），42，68-71.
- 高安 亨，三浦幸雄，冬木寛義，伊藤康二，岡部智行，山本謙吾，佐野圭二，小山尊士，上野剛史（1995）．変形性股関節症に対する人工股関節全置換術後の生活行動改善効果に関する検討．関東整形災害外科学会雑誌，26（5），488-493.
- 上杉裕子，藤田君支，奥宮暁子（2006）．人工股関節置換術患者のQOL—QOL尺度OHS，WOMAC，SF-36v2を用いて—．*Hip Joint*，32，81-84.
- Wang, A.W., Gilbey, H.J., and Ackland, T.R. (2002). Perioperative exercise programs improve early return of ambulatory function after total hip arthroplasty: a randomized, controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*, 81 (11), 801-806.
- 安田加代子，藤丸温子，安部美紀，圓裕美子，塚本真純，野村美佳，道下可奈子，藤田君支，古賀明美（2009）．人工股関節全置換術を受けた患者の満足度とその関連要因．*整形外科看護*，14（4），96-102.
- 安尾絵美，杉本初枝，辻千賀子，小坂美幸，大園健二，梅田直也，相原雅治（2008）．人工股関節全置換術後患者の退院時意識調査．*Hip Joint*，34，36-38.

〔平成26年4月24日受 付〕
〔平成27年8月7日採用決定〕

京都府内の産婦人科診療所における性暴力被害者への支援の実態調査

Factual Investigation of Support for Victims of Sexual Assault at
Obstetrics/Gynecology Clinics in Kyoto Prefecture

福本 環 岩脇 陽子 松岡 知子
Tamaki Fukumoto Yoko Iwawaki Tomoko Matsuoka

キーワード：強姦，看護ケア，産婦人科，診療所，京都府

Key Words：rape, nursing support, obstetrics/gynecology, clinics, Kyoto Prefecture

緒 言

「男女間における暴力に関する調査」（内閣府男女共同参画局，2014）によれば，異性から無理やり性交された経験がある女性は全体の6.5%であり，被害者の67.5%が被害を誰にも相談していない。誰にも相談しなかった理由（複数回答可）では「恥ずかしくて誰にも言えなかった（38.0%）」「自分さえ我慢すれば，何とかこのままやっていけると思った（30.4%）」「そのことについて思い出したくなかった（27.8%）」「自分にも悪いところがあると思った（27.8%）」「相談してもむだだと思った（20.3%）」であり，被害を他者に打ち明けられない被害者の実態が浮き彫りになっている。

性暴力は心身への深刻な健康被害を与える。身体的には，全身や性器の外傷，性感染症，妊娠および人工妊娠中絶（佐々木，2013），精神的には，PTSD（過覚醒，再体験，回避，否定的認知・気分），抑うつ，不安障害，パニック障害，恐怖障害，摂食障害，薬物やアルコール依存症などがある（宮地，2013）。

被害が深刻にもかかわらず他者に相談できない被害者の状況を鑑み，第2次犯罪被害者等基本計画（以下「第2次基本計画」）では，性犯罪被害者支援に焦点をあてた施策が複数掲げられた。その1つが，性暴力被害者が二次被害を受けずに法的・医学的・心理学的・社会的支援を受けて回復できることを目指したワンストップ支援センター設置促進の施策である（内閣府，2011）。内閣府はこれを受け，「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引（以下「手引」）」を作成した（内閣府犯罪被害者等施策推進室，2012）。

この手引のなかで，各都道府県に少なくとも1つのワンストップ支援センター設置が目標とされていることが明記され，医師と看護職者の支援内容11項目も提示されてい

る。看護職者の活用の必要性は「第2次基本計画」でも明記されており，今後，ワンストップ支援センターで活躍する看護職者が必要となる。しかし，どのように支援すればよいか戸惑う看護職者が多いことが課題となっている。

性暴力被害者への支援内容11項目は提示されたものの，日本において性暴力被害者に対する具体的な看護介入を検討した研究はほとんどなく，看護職者の支援内容を具現化する研究が求められている（福本・岩脇・松岡・北島，2014）。

提示された支援内容11項目とは，①問診，②診察，③証拠採取，④性感染症検査，⑤妊娠検査，⑥診察後の説明と緊急避妊薬・性感染症治療薬等の処方，⑦診断書発行，⑧精神科を含む他科の紹介，⑨次回受診日の予約と説明，⑩カルテ・ケース記録等の作成，⑪証拠資料の警察への提出である。「保健師助産師看護師法」（以下「保助看法」）5条に規定された「診療の補助」という看護師の業務を鑑みると，すべての項目を看護職者が単独で行うことには法的な検討が必要である。このため，支援内容の11項目を詳細に検討し，法令の範囲内で看護職者が担える役割を明確にすることが求められる。

また，性犯罪・性暴力被害者の初診の診療は1～2時間かかることも多く，医師の負担も大きい。ワンストップ支援センター設置を促進していくためには，産婦人科医師の業務を軽減していくことも課題となっている（内閣府犯罪被害者等施策推進室，2012）。

このような課題の解決のためには，性暴力被害者に対する看護介入チェックリストを作成する必要がある。これは，看護職者の戸惑いを軽減することができ，法令の範囲内で看護職者が担える看護介入を明確化し，看護職者が主体となって被害者に適切なケアを提供することを可能とする。これはまた，産婦人科医師の負担を軽減し，ワンストップ支援センター設置の推進につながる。

本研究の目的は、今後、性暴力被害者に対する看護介入チェックリスト作成を目指し、その基礎資料とするため、産婦人科医療機関に勤務する産婦人科医師および看護職者の性暴力被害者への支援の実態と支援に関する態度を明らかにすることである。

性暴力について、公的に定まった定義的なものがあるわけではなく、手引は性暴力被害者を、警察への被害届の有無や性犯罪として扱われたかどうかにかかわらず、①強姦、②強制わいせつ、③配偶者暴力、④児童虐待を受けた、被害にあってから1～2週間程度の急性期の被害者としている。本研究では、産婦人科医療機関に勤務する産婦人科医師および看護職者を調査対象としていることから、性暴力を強姦に限定する*。

I. 研究方法

1. 調査期間と調査対象者および調査方法

2014年10月下旬～同年12月下旬にかけて、京都府内の産婦人科・産科・婦人科を標榜する診療所103か所（京都市内68か所、京都市外35か所）に勤務する産婦人科医師103名、看護職者103名を対象に、郵送法による自己記入式無記名質問紙調査を行った。

調査対象者の選定方法は、京都健康医療よろずネット（運営主体：京都府健康福祉部医療課）を用い、診療科「産婦人科」「産科」「婦人科」を選択し、診療所を検索した。診療所に限定した理由は、病院より診療所のほうが人目につきにくいいため、性暴力被害者が訪れやすいと予測したからである。検索された診療所の管理者宛に、本研究の趣旨を文書で説明し、研究参加者（産婦人科医師1名、看護職者1名）の選定と調査票の手渡しを依頼した。研究参加者の選定の際は、できる限り性暴力被害者への対応経験がある者との条件を付記した。

また、2014年12月上旬、診療所管理者宛に調査への協力を依頼した催促葉書を郵送し、回収率アップに努めた。

2. 調査項目

(1) 基本属性

「年齢」「産婦人科の臨床経験年数」「性別」「診療所の所在地（京都市内か京都市外）」を尋ねた。

(2) 性暴力被害者支援に関する知識の習得義務に対する態度

産婦人科医師および看護職者を対象に、性暴力被害者支援に関する知識の習得義務に対する態度を問う2項目（表1参照）を尋ねた。回答方法は「とてもそう思う」「まあ

そう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の4件法。

(3) 性暴力被害者支援に関する学びの経験

産婦人科医師および看護職者を対象に、性暴力被害者支援に関する学びの経験について尋ねた。産婦人科医師に対しては、日本産婦人科医会が作成した「産婦人科における性犯罪被害者対応マニュアル（以下、マニュアル）」「性犯罪被害者診療チェックリスト（以下、チェックリスト）」の認知および既読の有無を尋ねた。看護職者に対しては、性暴力被害者支援に関する学びの経験の有無を尋ね、経験ありの者には「学びの機会」（看護系学校の講義、研修会、自己学習、その他）、経験なしの者には「学んだことがない理由」（機会がない、時間がない、必要性を感じない、その他）を尋ねた。

(4) 警察からの強姦被害者診療依頼経験

産婦人科医師を対象に、警察からの今までの強姦被害者診療依頼経験の有無を尋ねた。

(5) 対応した強姦被害者の人数

産婦人科医師および看護職者を対象に、いままでに対応した強姦被害者の人数を（ ）に数値を記入する方式で求めた。

(6) 性暴力被害者に対する支援内容の実施程度

手引に明記された医師および看護職者の支援内容11項目について、産婦人科医師に対しては「ある」「ない」の2択、看護職者に対しては「すべて自分で実施」「一部自分で実施」「医師の介助のみ」「医師が行う対応の見学のみ」「経験なし」から1つ選択するよう求めた。

(7) 京都のワンストップ支援センターに対する態度

産婦人科医師および看護職者を対象に、京都のワンストップ支援センターに対する態度を問う4項目（表6参照）を尋ねた。回答方法は「非常にそう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の4件法。

(8) 性暴力被害者支援看護職者養成の必要性に対する態度

産婦人科医師および看護職者を対象に、性暴力被害者支援看護職者養成の必要性に対する態度を問う1項目（表7参照）を尋ねた。回答方法は上記(7)と同様。

3. 分析方法

カテゴリー変数の比率の差については χ^2 検定を適用し、5%を統計的有意水準とした。統計処理には、パソコン用統計ソフト『SPSSバージョン21.0』を利用した。

4. 倫理的配慮

本研究は、所属大学の医学倫理審査委員会の承認を得て

*：本研究では、質問紙中に性暴力は強姦を意味することを示している。

実施した（承認番号 ERB-E-90）。研究参加者には、調査票と同封の書面にて、データは匿名で統計処理され個人が特定されることがないこと、参加は任意であり拒否による不利益は一切ないこと、調査票を投函することにより調査への同意が得られたものとする、研究結果は論文として学会および専門雑誌へ発表されることを伝えた。

II. 結 果

1. 回収状況

産婦人科医師33名（回収率32.0%）、看護職者22名（回収率21.4%）から回答を得た。無効回答はなく、全55名を解析対象者とした。

郵送した103通のうち「宛先不明」2通（2通とも京都市内）、「現在産婦人科の診療をしていないため調査協力不可との返送」2通（京都市内1通、京都市外1通）あり、到達数が99通となったため、有効回収率は、産婦人科医師33.3%、看護職者22.2%となった。

なお、産婦人科医師と看護職者の間に、有効回収率の差は認められなかった（ $\chi^2_{(1)} = 3.046, n.s.$ ）。

2. 解析対象者の特徴

年齢は32～84歳、産婦人科医師の平均年齢は59.9±10.2歳、看護職者は48.3±9.3歳であった。産婦人科の臨床経験年数は1～55年、産婦人科の平均臨床経験年数は、産婦人科医師32.1±9.8年、看護職者18.0±8.7年であった。性別は、産婦人科医師は男性27名（81.8%）、女性6名（18.2%）、看護職者は全員が女性であった。診療所所在地は、産婦人科医師は京都市内21人（63.6%）、京都市外12人（36.4%）、看護職者は京都市内14人（63.6%）、京都市外8人（36.4%）であった。なお看護職者の内訳は、助

産師7名（31.8%）、看護師11名（50.0%）、准看護師4名（18.2%）であった。

3. 性暴力被害者支援に関する知識習得義務に対する態度

産婦人科医師および看護職者別の性暴力被害者支援に関する知識の習得義務に対する態度について表1に記す。

すべての産婦人科医師および看護職者が「産婦人科医師は性暴力被害者支援に関する知識を得るべきだ」と「とても～まあ」そう思っていた。また、産婦人科医師33名（100.0%）および看護職者21名（95.5%）が「看護職者は性暴力被害者支援に関する知識を得るべきだ」と「とても～まあ」そう思っていた。

4. 性暴力被害者支援に関する学びの経験

産婦人科医師および看護職者の性暴力被害者支援に関する学びの経験について、産婦人科医師は表2、看護職者は表3に記す。

「マニュアル」は、25名（75.8%）の産婦人科医師が

表2 産婦人科医師の性暴力被害者支援に関する学びの経験

		(n = 33)
		n (%)
産婦人科における性犯罪被害者対応マニュアル	知っている	25 (75.8)
	知らない	8 (24.2)
	読んだことがある	21 (63.6)
	読んだことがない	12 (36.4)
性犯罪被害者診療チェックリスト	知っている	21 (63.6)
	知らない	12 (36.4)
	読んだことがある	17 (51.5)
	読んだことがない	16 (48.5)

表3 看護職者の性暴力被害者支援に関する学びの経験

		(n = 22)
		n (%)
学びの経験		
ある		4 (18.2)
ない		18 (80.8)
学びの機会 (n = 4)		
看護系学校の講義		0 (0.0)
研修会		2 (50.0)
自己学習		0 (0.0)
その他		2 (50.0)
学んだことがない理由 (n = 18)		
機会がない		16 (88.9)
時間がない		1 (5.6)
必要性を感じない		1 (5.6)
その他		0 (0.0)

表1 産婦人科医師および看護職者別の性暴力被害者支援に関する知識の習得義務に対する態度

	産婦人科医師	看護職者	p ^a
	n (%)	n (%)	
産婦人科医師は性暴力被害者支援に関する知識を得るべきだ			
とてもそう思う	16 (48.5)	14 (63.6)	.407
まあそう思う	17 (51.5)	8 (36.4)	
あまりそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	
看護職者は性暴力被害者支援に関する知識を得るべきだ			
とてもそう思う	15 (45.5)	10 (45.5)	.460
まあそう思う	18 (54.5)	11 (50.0)	
あまりそう思わない	0 (0.0)	1 (4.5)	
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	

a: χ^2 検定

知っており、21名（63.6%）が読んだことがあった。「チェックリスト」は、21名（63.6%）が知っており、17名（51.5%）が読んだことがあった。

性暴力被害者支援に関する学びの経験がある看護職者は4名（18.2%）だった。学びの経験がない者の学んだことがない理由は、「機会がない16名（88.9%）」が最も多かった。

5. 警察からの強姦被害者の診療依頼経験の有無

いままで、警察から強姦被害者の診療依頼を受けたことがある産婦人科医師は20名（60.6%）であった。

6. 対応した強姦被害者の人数

産婦人科医師および看護職者別の、いままでに対応した強姦被害者の人数を表4に記す。

産婦人科医師の22名（66.7%）、看護職者の12名（54.5%）がこれまで強姦被害者の対応をしたことがあった。対応した人数は、産婦人科医師も看護職者も1～5人が最も多かったが、10人以上対応したことがある者もあり、対応人数には幅があった。

7. 対応した強姦被害者に対する支援内容の実施程度

産婦人科医師および看護職者別の、いままでに対応した強姦被害者への支援内容の実施程度を表5に示す。

すべての産婦人科医師が経験している支援内容は「問診」「診察」であり、一方「次回受診日の予約と説明」は15名（68.2%）、「妊娠検査」は12名（54.5%）と少なく、「精神科を含む他科の紹介」は4名（18.2%）とさらに少なかった。

次に看護職者の支援内容を検討する。「問診」「診察」「証拠採取」「性感染症検査」は、『医師の介助のみ』『医師が行う対応の見学のみ』をあわせると10～11人（83.3～91.7%）であった。このうち「問診」は『医師が行う対応の見学のみ』が9名（75.0%）であった。

表4 産婦人科医師および看護職者別の、いままでに対応した強姦被害者の人数

強姦被害者の人数	産婦人科医師 n (%)	看護職者 n (%)
0人	11 (33.3)	10 (45.5)
1～5人	8 (24.2)	11 (50.0)
6～10人	7 (21.2)	0 (0.0)
11～15人	2 (6.1)	0 (0.0)
16～20人	3 (9.1)	0 (0.0)
21～25人	2 (6.1)	0 (0.0)
26～30人	0 (0.0)	1 (4.5)
合計	33 (100.0)	22 (100.0)

表5 産婦人科医師および看護職者別の、いままでに対応した強姦被害者への支援内容の実施程度

	産婦人科医師 n (%)		看護職者 n (%)				
	ある	ない	すべて自分で実施	一部自分で実施	医師の介助のみ	医師対応の見学のみ	経験なし
問診	22 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	9 (75.0)	1 (8.3)
診察	22 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (66.7)	3 (25.0)	1 (8.3)
証拠採取（膣分泌物、皮膚表面等）	21 (95.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (58.3)	3 (25.0)	2 (16.7)
性感染症検査（膣分泌物検査、採血）	20 (90.9)	2 (9.1)	0 (0.0)	1 (8.3)	8 (66.7)	2 (16.7)	1 (8.3)
妊娠検査	12 (54.5)	10 (45.5)	1 (8.3)	3 (25.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	6 (50.0)
診察後の説明と緊急避妊薬・性感染症治療薬等の処方	18 (81.8)	4 (18.2)	0 (0.0)	2 (16.7)	3 (25.0)	4 (33.3)	3 (25.0)
診断書発行	16 (72.7)	6 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	8 (66.7)
精神科を含む他科の紹介	4 (18.2)	18 (81.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	11 (91.7)
次回受診日の予約と説明	15 (68.2)	7 (31.8)	0 (0.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	2 (16.7)	7 (58.3)
カルテ・ケース記録等の作成	21 (95.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	5 (41.7)	5 (41.7)
証拠資料の警察への提出 （警察が呈示する書類に署名捺印）	20 (90.9)	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (41.7)	7 (58.3)

8. 京都のワンストップ支援センターに対する態度

産婦人科医師および看護職者別の京都のワンストップ支援センターに対する態度について表6に示す。

産婦人科医師29名(93.6%)および看護職者21名(95.5%)が、京都にワンストップ支援センターを設置する必要があると「非常に～やや」そう思っていた。産婦人科医師23名(71.9%)および看護職者19名(86.4%)が、京都のワンストップ支援センターは「産婦人科医療」を提供する病院のなかに「相談センター」を置く必要があると「非常に～やや」そう思っていた。産婦人科医師18名(56.3%)および看護職者13名(59.1%)が、京都のワンストップ支援センターは「産婦人科医師」が主体となって支援することが必要であると「非常に～やや」そう思っていた。産婦人科医師26名(83.9%)および看護職者20名(90.9%)が、京都のワンストップ支援センターは「看護職者」が参画して支援することが必要であると「非常に～やや」そう思っていた。

表6 産婦人科医師および看護職者別の京都のワンストップ支援センターに対する態度

	産婦人科医師	看護職者	p^c
	n (%)	n (%)	
京都にワンストップ支援センターを設置する必要がある ^a			
非常にそう思う	18 (58.1)	17 (77.3)	.339
ややそう思う	11 (35.5)	4 (18.2)	
あまりそう思わない	2 (6.5)	1 (4.5)	
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	
京都のワンストップ支援センターは「産婦人科医療」を提供する病院のなかに「相談センター」を置く必要がある ^b			
非常にそう思う	11 (34.4)	11 (50.0)	.365
ややそう思う	12 (37.5)	8 (36.4)	
あまりそう思わない	9 (28.1)	3 (13.6)	
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	
京都のワンストップ支援センターは「産婦人科医師」が主体となって支援することが必要である ^b			
非常にそう思う	6 (18.8)	6 (27.3)	.537
ややそう思う	12 (37.5)	7 (31.8)	
あまりそう思わない	14 (43.8)	8 (36.4)	
全くそう思わない	0 (0.0)	1 (4.5)	
京都のワンストップ支援センターは「看護職者」が参画して支援する必要がある ^a			
非常にそう思う	12 (38.7)	8 (36.4)	.693
ややそう思う	14 (45.2)	12 (54.5)	
あまりそう思わない	5 (16.1)	2 (9.1)	
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	

a : 産婦人科医師の未記入者2名を除く
 b : 産婦人科医師の未記入者1名を除く
 c : χ^2 検定

9. 性暴力被害者支援看護職者養成の必要性に対する態度

産婦人科医師および看護職者別の性暴力被害者支援看護職者養成の必要性に対する態度について表7に示す。

産婦人科医師29名(93.5%)および看護職者18名(81.8%)が、性暴力被害者を支援できる看護職者の養成が必要であると「非常に～やや」そう思っていた。

性暴力被害者支援看護職者養成の必要性に対する態度について、産婦人科医師および看護職者別に、いままでの強姦被害者対応経験の有無の差を検討した結果、両職種とも対応経験の有無の差は認められなかった(産婦人科医師： $\chi^2_{(2)} = 1.599$, n.s., 看護職者： $\chi^2_{(2)} = 4.522$, n.s.)。

表7 産婦人科医師および看護職者別の性暴力被害者支援看護職者養成の必要性に対する態度

	産婦人科医師	看護職者	p^b
	n (%)	n (%)	
性暴力被害者を支援できる「看護職者」の養成が必要である ^a			
非常にそう思う	13 (41.9)	12 (54.5)	.147
ややそう思う	16 (51.6)	6 (27.3)	
あまりそう思わない	2 (6.5)	4 (18.2)	
全くそう思わない	0 (0.0)	0 (0.0)	

a : 産婦人科医師の未記入者2名を除く
 b : χ^2 検定

III. 考 察

1. 解析対象者の特徴

解析対象となった産婦人科医師は、男性81.8%、平均年齢59.9歳、産婦人科の平均臨床経験年数32.1年であり、調査票の宛先である診療所管理者が診療所の中心的役割を担っている産婦人科医師であるケースが多く見受けられたことから、大半が臨床経験豊かな男性開業医であったと推測される。

解析対象となった看護職者は全員女性であり、平均年齢48.3歳、産婦人科の平均臨床経験年数18.0年であることから、看護職者も臨床経験豊かな者が多かったと推測される。

2. 性暴力被害者支援に関する教育

すべての産婦人科医師および看護職者が、産婦人科医師と看護職者は性暴力被害者支援に関する知識を得るべきだとの態度を有していた。

しかし実際の知識の習得となると、「マニュアル」はおおよそ4人に3人の産婦人科医師は知ってはいたものの、6割程度しか読んだことがなく、「チェックリスト」は、6割強の産婦人科医師は知っていたものの、2人に1人程度しか読んだことがなかった。日本産婦人科医会が「マニュアル」をとりまとめたのが2008年6月、「チェックリスト」は2011年12月である。産婦人科医師を対象とした性暴力被害者支援のための講習もほとんどない現状を勘案すると、

解析対象者である産婦人科医師は独学で学んでいるものと思われる。今後、産婦人科医師を対象とした性暴力被害者支援関連の講習が増えることが期待される。

看護職者は、実際に学んだことがある者は2割弱と少なかった。学んだことがない者のなかで9割弱が「学ぶ機会がない」と回答していることから、学ぶ必要性の認識をもちつつも実際に学ぶ機会がない看護職者の実態が浮き彫りとなった。性暴力被害者への看護は「フォレンジック看護」の領域の1つとして含まれているが、現在、看護大学をはじめとする看護師養成所で「フォレンジック看護学」の視点で講義を開催しているのは大学院2校のみである(友田・山田・三木, 2015)。このように、看護教育の場で学ぶ機会はほとんどないが、性暴力被害者支援看護職者を養成する場として、東京のNPO法人「女性の安全と健康のための支援教育センター」が2000年から(加納, 2013)、北海道では2013年から(北海道庁, 2014)、名古屋では2014年から始めており(日本フォレンジック看護学会, 2015)、学ぶ機会は増えつつある。海外で1992年、国際フォレンジック看護学会が設立され、「フォレンジック看護」が専門分野として擁立していることを鑑み、日本においても2014年3月、「日本フォレンジック看護学会」が設立された。今後この領域の発展が期待されているところである。

このように実際に学ぶ機会は少ないが、およそ9割の産婦人科医師および8割の看護職者が、性暴力被害者を支援できる看護職者の養成が必要であると認識していた。必要性の認識があることから、看護大学・大学院および看護師養成所での講義や研修会での学びの機会を増やすことによって、性暴力被害者支援看護職者の養成が促進されると予測される。

3. 性暴力被害者に対する支援経験

およそ6割の産婦人科医師が、いままでに警察から強姦被害者の診療依頼を受けた経験があることから、性暴力被害者支援には警察からの診療依頼から開始するケースも多くあり、警察との連携が重要であることがわかる。

半数以上の産婦人科医師および看護職者がこれまで性暴力被害者への対応を経験しており、その人数は1～5人が最も多かったものの、10人以上もいた。本研究の結果は、少なくとも2人に1人の産婦人科医師および看護職者が性暴力被害者の対応経験があることを示したが、調査対象者の平均臨床経験年数が長いという点に注意が必要である。

4. 性暴力被害者に対する支援内容

産婦人科医師は、「問診」「診察」「証拠採取」「性感染症検査」「診察後の説明と緊急避妊薬・性感染症治療薬等の処方」「カルテ・ケース記録等の作成」の実施程度が8割

を超えていたことから、これらが産婦人科医師の実際に行っている主な支援内容であることがわかる。「証拠資料の警察への提出」も9割を超えていたことから、警察からの診療依頼の場合はこれも主要な支援内容に加えられよう。「診断書発行」はおよそ7割が経験しているが、診断書は必要性がない場合は作成しないことから、主となる支援内容と比較し、実施程度が若干低くなつたと推測できる。「次回受診日の予約と説明」は3人に2人が実施していたが、性感染症検査や妊娠検査は被害直後では結果が判明しないことも多く、被害者に再度来院し検査を受けてもらう必要性が高いことを考えると、この実施率は低い。今後「次回受診日の予約と説明」の実施率が100%でない理由を検討し、改善策を検討する必要がある。「妊娠検査」はおよそ2人に1人の産婦人科医師しか実施していなかったが、これは、被害者が被害直後に産婦人科診療所を訪れた場合や、最終月経から算出して妊娠の可能性がないと判断された場合には、妊娠検査をしても陽性反応は出ないため、検査の必要性もないと判断されたからと推測される。「精神科を含む他科の紹介」はおよそ5人に1人の産婦人科医師しか経験していなかった。本解析対象者の遭遇したケースが他科紹介の必要性がなかったのかもしれないが、性暴力被害者への精神的ケアを含めた早期介入は重要である。今後「精神科を含む他科の紹介」の実施率が低い理由を検討し、改善していく必要がある。

次に看護職者の支援内容を検討する。「問診」「診察」「証拠採取」「性感染症検査」は『医師の介助のみ』『医師が行う対応の見学のみ』をあわせると実施率は8割を超えた。

「診察」「証拠採取」「性感染症検査」では、『医師が行う対応の見学のみ』より『医師の介助のみ』の割合が高かった。内診台に誘導し診察の介助をすること、膣分泌物の採取に関して医師の介助をすることは、産婦人科に勤務する看護職者の日常業務であることから、性暴力被害者に対しても同じように実施している現場の様子が垣間見える。逆に、「問診」だけが、『医師の介助のみ』より『医師が行う対応の見学のみ』の割合が高かった。産婦人科医師の「問診」経験率が100%であることを鑑みると、「問診」は主に産婦人科医師が行い、看護職者は側で見学している様子が伺える。しかし、「問診」は保助看法5条に抵触せず、看護職者がすべて自分で実施できる支援である。「問診」では、①産婦人科で提供できる支援を説明し被害者の意思を確認すること、②被害状況を確認すること、が主なケアとなる(家吉, 2013)。この「問診」は、被害者との信頼関係を形成できる機会でもあり、ここで形成された信頼関係が「問診」の後に続く「診察等」にも影響するため、非常に重要な支援である。

「診察後の説明と緊急避妊薬・性感染症治療薬等の処方」

では3人に1人の看護職者が『医師が行う対応の見学のみ』で終わっていた。「カルテ・ケース記録等の作成」では『医師が行う対応の見学のみ』『経験なし』がそれぞれ4割程度であった。この2項目は診察を行った医師の範疇であるため、看護職者の実施につながっていないと思われる。しかし、医師による診察後の説明のフォローや、緊急避妊薬や性感染症治療薬の飲み方および副作用の説明は、保助看法5条に抵触せず、看護職者が実施できる支援である。また、性暴力被害者への診療内容をカルテではなく、別に作成したケース記録にも記入するようになれば、看護職者が主体的に記入することが可能となる。

「精神科を含む他科の紹介」ではおよそ9割が、「診断書発行」「次回受診日の予約と説明」「証拠資料の警察への提出」「妊娠検査」は5～7割が経験したことがなかった。これらは、産婦人科医師でも「精神科を含む他科の紹介」は2割弱、「次回受診日の予約と説明」は3人に2人しか経験していない影響であろう。「診断書発行」「証拠資料の警察への提出」は書類関係のため産婦人科医師が1人で行っていると予測されることから、看護職者が経験していない割合が高くなったと推測される。しかし、「次回受診日の予約と説明」は保助看法5条に抵触せず、看護職者が主体的に介入できる項目である。今後、医師の実施率が低い理由を明らかにし、看護職者がフォローできる内容を検討する必要がある。「妊娠検査」は前述したとおり、性暴力被害者に対して必ずしも実施するものではない。しかし、3人に1人が『すべて～一部』自分で実施していた。「妊娠検査」は産婦人科に勤務する看護職者ならば日常業務であるため、性暴力被害者に対して妊娠検査が必要な場合、主体的に実施している実態が伺われた。

以上のことから、支援内容11項目のなかでも特に「問診」「診察後の説明と緊急避妊薬・性感染症治療薬等の処方」「次回受診日の予約と説明」「カルテ・ケース記録等の作成」は、具体的な支援内容を詳細に検討すれば、法令の範囲内で看護職者が主体的に介入できる支援内容が複数あることが示唆された。今後、支援内容を具体的に検討するために産婦人科医師および看護職者を対象とした面接調査を実施し、実際の支援に役立つ看護介入チェックリストを作成する必要がある。作成された看護介入チェックリストは、実際の支援の場だけでなく、看護職者を養成する教育の場においても有用である。

5. 京都のワンストップ支援センターにおける看護職者への期待

9割以上の産婦人科医師および看護職者が、京都にワンストップ支援センターを設置することに対して肯定的態度を有していたにもかかわらず、「産婦人科医療」を提供す

る病院のなかに「相談センター」を置くという形態については7～8割となり、主体が「産婦人科医」となると5～6割とさらに低下した。これは、京都府においては2015年8月に「相談センターを核とした連携型」でのワンストップ支援センター運営開始が予定されているが、調査実施時点で、解析対象者のなかに「相談センターを核とした連携型」で設立されることを周知していた者が含まれていた影響と考えられる。また、産婦人科医師が不足している現状において、産婦人科医師の負担が増えることへの懸念の表れともいえよう。

一方、9割前後の産婦人科医師および看護職者が、京都のワンストップ支援センターは「看護職者」が参画して支援する必要性について肯定的態度を有していたことから、京都のワンストップ支援センターにおいては、看護職者による支援が期待されていることがわかった。また、8～9割程度の産婦人科医師および看護職者が、性暴力被害者を支援できる「看護職者」の養成が必要であると認識していた。この認識には、産婦人科医師および看護職者ともにいままでの対応経験の影響がなかったことから、職種や対応経験に関係なく、性暴力被害者を支援できる看護職者養成への期待が高いことがわかった。産婦人科医師の負担を軽減し、被害者に適切なケアを提供するためにも、性暴力被害者支援に関する専門的な教育を受けた看護職者の養成は急務である。

しかし、日本において、性暴力被害者に対する実践的看護ケアに関する研究はそれほど多くはない（福本ら、2014）。今後、性暴力被害者に対する看護職者の役割を重視した看護ケアを具現化していく必要がある。

6. 本研究の限界と課題

本研究の限界は、調査票の配布を診療所管理者に依頼し、調査対象者（産婦人科医師1名、看護職者1名）の選定を依頼した点と、解析対象者の産婦人科医師の大半が臨床経験豊かな男性開業医であったこと、看護職者の平均臨床経験年数も長かったことから、解析対象者に偏りがあった点である。より広く京都府内の実態を把握するためには、診療所だけでなく、病院も含めた医療機関に勤務する、幅広い臨床経験を有する産婦人科医師および看護職者を対象とした調査が求められる。

今後の課題として、内閣府が提示した支援内容11項目を詳細に検討すれば、法令の範囲内で看護職者が主体的に実施できる支援内容が複数あったことにより、産婦人科医師および看護職者を対象とした面接調査を実施し、性暴力被害者に対して看護職者が主体的に介入できる支援内容を具現化し、看護介入チェックリストを作成することである。

結 語

性暴力被害者に対する看護介入チェックリスト作成を目指し、その基礎資料とするため、産婦人科診療所に勤務する産婦人科医師および看護職者の性暴力被害者への支援の実態と支援に関する態度を明らかにすることを目的に、京都府内の産婦人科・産科・婦人科を標榜する診療所103か所に勤務する産婦人科医師103名、看護職者103名を対象に、郵送法による自己記入式無記名質問紙調査を行った。その結果、産婦人科医師33名、看護職者22名から回答を得、以下の知見を得た。

1. 調査対象となった産婦人科医師および看護職者の半数以上は性暴力被害者への対応経験があったが、その対応人数には幅があった。
2. 産婦人科医師は、支援内容11項目のなかでも「次回受診日の予約と説明」「妊娠検査」「精神科を含む他科の紹介」の実施率が低かった。
3. 看護職者は、性暴力被害者に対する支援に際し、医師

の補助的な役割にとどまっていた。

4. 支援内容11項目を詳細に検討すれば、看護職者が法令の範囲内で主体的に介入できる支援内容が複数あった。
5. 性暴力被害者支援には警察との連携が重要であることがわかった。
6. 性暴力被害者を支援できる看護職者の養成の必要性は認識されているが、実際に学ぶ機会が少ない実態が浮き彫りとなった。

以上から、看護職者の役割を重視した看護ケアを具現化していくこと、および、性暴力被害者支援看護職者養成のための教育の機会を増やす必要性が示された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました産婦人科医師および看護職者の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は、平成26年度文部科学省科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（若手研究（B）課題番号26861862）の助成を受け実施した。

要 旨

目的：産婦人科診療所に勤務する産婦人科医師および看護職者の性暴力被害者への支援の実態と支援に関する態度を明らかにする。

方法：京都府内の産婦人科を標榜する診療所103か所に勤務する産婦人科医師103名、看護職者103名を対象に、郵送法による自己記入式無記名質問紙調査を行った。

結果：産婦人科医師33名、看護職者22名から回答を得た。性暴力被害者に対して、半数以上の産婦人科医師および看護職者が対応したことがあったが、看護職者は医師の補助的な役割にとどまっていた。支援内容11項目のなかに、看護職者が法令の範囲内で主体的に介入できる支援内容が複数あった。性暴力被害者を支援できる看護職者の養成の必要性は認識されているが、実際に学ぶ機会が少ないことが明らかとなった。

結論：看護職者の役割を重視した看護ケアを具現化していくこと、性暴力被害者支援看護職者養成のための教育の機会を増やす必要性が示された。

Abstract

Purpose: To clarify the state of support for victims of sexual assault and attitudes toward them among obstetricians/gynecologists and nurses working at obstetrics/gynecology clinics.

Methods: A self-administered anonymous questionnaire survey was conducted by post, involving 103 obstetrician/gynecologists and 103 nurses working at 103 obstetrics/gynecology clinics in Kyoto Prefecture.

Results: 33 obstetrician/gynecologists and 22 nurses responded. More than 50% of obstetricians/gynecologists and nurses had treated victims of sexual assault; however, nurses only played an auxiliary role to the doctors in such support. Multiple items in the 11 support contents could involve proactive intervention by nurse to the extent permitted by law. Although the need to cultivate nurses capable of supporting victims of sexual assault has been recognized, results clarified that there are few opportunities to actually learn such skills.

Conclusions: Results demonstrated the need to realize nursing support that emphasizes the role of nurses and to increase opportunities for education to train nurses in providing support to victims of sexual assault.

文 献

- 福本 環, 岩脇陽子, 松岡知子, 北島謙吾 (2014). 性暴力被害者に対する看護支援に関する文献検討. 日本看護研究学会雑誌, 37(5), 45-53.
- 北海道庁 (2014). 性暴力被害者支援に関わる看護職養成講座受講者募集のご案内. 北海道ホームページ. <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ks/dms/anzen-hp/kangosyokukouza.htm> (検索日2014年8月30日)
- 家吉望み (2013). Ⅷ-2 急性期看護ケア～医療現場での基本対応. 性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト (第2版). 239-250, 東京: 女性の安全と健康のための支援教育センター.
- 加納尚美 (2013). Ⅰ-2 SANEの役割. 性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト (第2版). 9-18, 東京: 女性の安全と健康のための支援教育センター.
- 宮地尚子 (2013). ト라우マ. 13-28, 130-137, 東京: 岩波書店.
- 内閣府 (2011). 第2次犯罪被害者等基本計画. 内閣府ホームページ. <http://www8.cao.go.jp/hanzai/pdf/info230325-dai2keikaku.pdf> (検索日2015年2月28日)
- 内閣府男女共同参画局 (2014). 男女間における暴力に関する調査報告書. 内閣府男女共同参画局ホームページ. http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/h26_boryoku_cyousa.html (検索日2015年2月25日)
- 内閣府犯罪被害者等施策推進室 (2012). 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引～地域における性犯罪・性暴力被害者支援の一層の充実のために～. 内閣府ホームページ. http://www8.cao.go.jp/hanzai/kohyo/shien_tebiki/pdf/zenbun.pdf (検索日2015年2月28日)
- 日本フォレンジック看護学会 (2015). SANE養成プログラム. 日本フォレンジック看護学会ホームページ. <http://jafn.jp/?cat=12> (検索日2015年6月25日)
- 佐々木静子 (2013). Ⅱ-3 女性への暴力と, 女性のための女性による医療. 性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト (第2版). 30-37, 東京: 女性の安全と健康のための支援教育センター.
- 友田尋子, 山田典子, 三木明子 (2015). フォレンジック看護学 (Forensic Nursing) への期待と展望. 看護教育, 56(1), 48-54.

[平成27年4月8日受 付]
[平成27年8月11日採用決定]

一般社団法人
日本 看護
研究 学会
会報

第 99 号

(平成27年12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 第41回学術集会を終えて.....	1
一般社団法人日本看護研究学会 第41回学術集会印象記.....	3

一般社団法人日本看護研究学会
第41回学術集会を終えて

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

(広島大学)

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会を、2015年（平成27年）8月22日（土）と23日（日）に、広島市の平和記念公園内にある広島国際会議場を会場として、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—」を掲げ、開催させていただきました。

暑い最中と平和祈念式典やお盆の混雑を避けて設定した開催日でしたが、開催決定の4年前には全く予想しなかった近年に無い広島の野球ブームの御蔭で、皆さまには宿舎の確保などに御面倒をおかけしましたことを、初めにお詫び申し上げます。そのために会計的御支援を頂きました事を心苦しくも有難く、ここに御礼を申し上げます。そうした中を全国から1,300人もの皆さまが御参加くださり、基調講演、特別講演3題、教育講演4題、鼎談1題、シンポジウム1題、パネルディスカッション1題、特別交流集会5題、ランチョンセミナー4題、交流集会4題、一般演題369題、そしてナーシングサイエンスカフェにおいて、広島国際会議場の各所で充実した交流が展開されましたことを、心より感謝を申し上げます。

広島市での開催は19年ぶりでしたので、本学術集会が、看護実践の基盤となる研究発表と情報交換の場として有意義なものとなるように、中国・四国地方会運営委員会を中心に多くの仲間たちの和をもって、一同、鋭意準備を進めさせていただき、皆で当日の運営に当ることができました。また、学会本部の支援の輪と、全国各地から御協力の環も頂戴し、無事に開催できましたことを心から御礼申し上げます。なお、平成26年度8月豪雨災害で生じた広島市北部大規模土砂災害被害に対し、皆さまから温かい励ましとご支援をいただきました。この場をお借りして併せて広島市民・広島県民として御礼申し上げます。さらに、広島県・広島市等からの御助成、中国・四国地域の各県看護協会の御後援、企業・団体さまからの協賛・展示・広告など、多くの皆さまにも御支援を頂くことができました。改めて御礼を申し上げます。

時間の配分上、会長講演の時間が短くなり、申し訳ないことではありましたが、メインテーマのサブタイトルに示しました「— いのちと暮らしを支える 和と輪と環と話 —」に焦点をあてて、これからの看護研究への期待を述べさせていただきます。座長を務めて下さいました中木先生にはテーマを御覧になられて御不安を抱かせてしまい、申し訳ないことでしたが、思いは伝わったようでしたので、講演後の先生の御挨拶に少しほっとした次第でした。

急速に変貌する国際的保健医療のうねりではありますが、そうであればなおのこと、国内外から賞賛を寄せられている日本の看護職者が日々の実践活動で展開している適切で和やかで丁寧でしなやかな看護の良さ、日本の看護と活動の知を発信することは、世界の看護の発展にも大きく貢献するはずです。そこで日本の看護の知をより多く伝えよう、という思いで示したメインテーマの本題「日本から世界へ 看護、発信！」は、基調講演として、東京大学の真田弘美先生にお引き受けいただきました。先生のこれまでの御活動を踏まえ、エビデンスを蓄積して看護を可視化し発信していく重要性を皆さまにお示し下さいました熱のこもった御講演は、改めてシッカリと研究を行う意欲を奮いたたせて下さり、聴衆の皆さまはとても感動したとおっしゃっており、お願いして良かったと嬉しく存じました。

看護する己れをも相手をも知ることが大切だと思い、看護の対象である〈いのち〉を考える特別講演を、生物学界で世界的活躍をされている広島大学の長沼毅先生にお引き受けいただきました。斬新で力溢れる世界観と生命観を、素敵な写真が満載の引き込まれるプレゼンテーションでお示し下さり、改めて生命の素晴らしさに感動しました。そして、日本文化の底流にあるものを探る特別講演を、各大学機関との古文書調査などに携わられて造詣が深い、日本の古社の一つである御調八幡宮の宮司、桑原國雄先生からいただきました。言葉や所作の一つ一つの意味に気付かされ、もう一度のこれまでの文化を問い直す必要性を考えさせられました。紙面の限りがありますので割愛せざるをえませんが、看護対象の背景にある様々な文化理解について、ビッグデータやロボットとの向き合い方、地域を支える看護の在り方について、熱心な御講演と討議を頂きました。そして広島原爆当時の看護を伺いながら、欧州の看護教育の改革の状況を放射線看護を切り口として御提示頂くとともに、放射線と看護の在り方を御講演いただきました。

最後に改めて、第41回学術集会へ賜りました御支援と御協力に衷心より感謝を申し上げますとともに、皆さまと日本看護研究学会の益々のご発展を祈念申し上げて、報告かたがた御礼の挨拶とさせていただきます。

一般社団法人日本看護研究学会 第41回学術集会印象記

関東学院大学看護学部

永田真弓

第41回学術集会は、2015年8月22・23日の2日間にわたり、広島平和記念会議場にて開催されました。かつて勤務していた広島での開催ということもあって、私はいつも以上に参加を楽しみにしておりました。学会前夜、新幹線を降りました後、広島駅からは路面電車で、会場近くのホテルまでまいりました。車掌さんに路線を確認してから電車にりましたが、「降りるのは次……？」とアナウンスを聞きもらさないようにと思っていましたところ、「次が袋町」と車掌さんが近くにいられて、教えていただきました。親切な女性の車掌さんに感激。あたたかい気持ちをいただいて、ますます学会参加への気持ちが高まりました。

翌朝は、学会1日目。清々しい晴天のなか、平和大通りを真っすぐに歩いていくと、学会会場のある平和記念公園に着きました。一瞬ではありましたが、慰霊碑の向こうに見える原爆ドームに立ち止まり、広島平和記念会議場へと入りました。会長講演の会場に着席して間もなく、宮腰由紀子先生が学会のメインテーマ「和と輪と環と話」をご紹介くださいました。また、プログラムも一緒にご案内くださいましたから、参加を予定していました講演等のイメージがわいてまいりました。教育講演「欧州看護教育における放射線看護は今」では、Gerhilde Schüttengruber先生がボローニャ宣言に始まった欧州履修単位相互認定システム（European Credit Transfer System; ECTS）について、詳しくお話くださいました。1年60単位を基本として、学士は180～240単位、修士は60～120単位、博士は大学毎で規定はないとのことでしたが、この欧州の高等教育圏の確立を目指した取り組みに、グローバル化の波は、すでに欧州連合（European Union; EU）を中心に始まっていると、大学Ver. EUを垣間見た気がいたしました。同時に、学部、大学院という枠ではない、学位授与プログラムとしての大学という教育課程のあり方には、継続的な教育が求められる看護学分野への示唆のようにも感じたご講演となりました。

次に、一般演題の示説発表ブースへと移動いたしました。小児保健コーナーでご発表の高野政子先生とは、混合病棟での小児看護に関する研究結果、その現場の課題等、多くの情報交換をすることができました。示説前での情報交換の際には、多くの先生方とお会いする機会にもなりまして、大変有意義な時間となりました。そして、気付けばランチの時間。ランチオンセミナー「航空における安全の取り組み」のなかでは、阿部和利氏が安全文化を形成していくうえで重要なトップコミットメントとして、非懲戒の方針や2.5人称の視点をご紹介されました。その具体的な取り組みをお聞きしながら、航空業界と看護・医療との共通部分を感じて、秋から始まる学生実習への安全対策を考えておりました。

午後は、特別講演「愛しき哉 極限生物の命！」から始まりました。スクリーンに映し出される砂漠や深海等、極限のなかで観測された様々な生物の不思議、そこにご一緒にある長沼毅先生のお姿にも、研究活動と冒険の区別がつかなくなるほどユニークな世界がありました。スターウォーズさながらの映像に、本当に地球上のことなのかしらと驚きの連続でしたが、一方では先生の探求心の深さにも感動を覚えておりました。そして、真田弘美先生の基調講演「日本から世界へ 看護発信—褥瘡看護を例に」をお聞きしました。実践のなかにある課題を突き詰め、研究によって褥瘡看護が改善されていくという、その一連の

プロセスは、看護過程のなかに研究が組み込みこまれていることが必然のようにも思えまして、看護の臨床研究のあり方として、多くの示唆をいただきました。

翌日の業務のため、このあと開催される鼎談や交流集会、懇親会には、残念ながら参加することができませんでしたが、夕食にお好み焼きを買って新幹線に乗り込み、最後まで、学会参加を満喫いたしました。本学会への参加を通じて、「和と輪と環と話」を体感することができ、そしてまた、この体験を振り返る機会をいただきましたことによって、大会の余韻をあらためて感じております。秋から始まる講義・実習、そして研究等、自分自身の活動へと繋げられたらと思います。この学術集会を企画・運営くださいました宮腰由紀子会長をはじめとして、企画委員・実行委員の皆様方に、心よりお礼申し上げます。



基調講演
真田弘美（東京大学）氏



特別講演 I
長沼毅（広島大学大学院生物圏科学研究科 准教授）氏



鼎 談



教育講演 I
Gerhilde Schüttengruber 氏



特別講演 II
被爆を語り継ぐ会



シンポジウム

一般社団法人日本看護研究学会
第26回 北海道地方会学術集会のご案内

テーマ：実践と教育が循環する看護人材育成
—シミュレーションの可能性を探る—

◆日 程：2016年7月9日（土）

◆場 所：札幌市立大学 桑園キャンパス（札幌市中央区北11条西13丁目）

◆会 費

会員：1,000円（当日参加会員1,500円） 非会員：2,000円 学生：無料

◆プログラム

◇基調講演

「シミュレーションを看護教育に活用する —基礎教育と現任教育を結ぶ試み—」

演 者：中村 恵子（札幌市立大学 看護学部）

座 長：樋之津淳子（札幌市立大学 看護学部）

◇シンポジウム

テーマ：「実践と教育が循環する看護人材育成」

座 長：勝見 真澄（市立札幌病院／札幌市立大学 看護学部 臨地教授）

猪股千代子（札幌市立大学 看護学部）

シンポジスト：樋之津淳子（札幌市立大学 看護学部）

樋口 春美（医療法人溪仁会／札幌市立大学 看護学部 臨地教授）

木村 麻美（独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院）

三谷 篤史（札幌市立大学 デザイン学部）

一般社団法人日本看護研究学会
第30回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：「実践との共同で推進する
看護学研究におけるグローバル化」

- ◆日時：2017年（平成29年）3月19日（日）
- ◆会場：岡山コンベンションセンター（岡山市北区駅元町，JR岡山駅改札口より徒歩3分）
- ◆実行委員長：深井 喜代子（岡山大学大学院保健学研究科）
- ◆予定プログラム：
 - ・一般演題（口演，示説），教育講演，シンポジウム他
 - ・日本看護研究学会中国・四国地方会30周年記念事業
 - ・前日にセミナーを予定（仮題：英語による論文発表の意義と方法）

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

「スマートシティ」

日本学術会議会長 大西 隆

9月15・16日に、日本学術会議と在日フランス大使館の共催で「スマートシティに関する日仏シンポジウム」が、日本学術会議講堂に於いて開催されました。当日は、ティエリー・ダナ駐日フランス大使、安藤立見東京都副知事が開会の挨拶を行い、パリ市のジャン・フィリップ・クレモン氏とともに、私も基調報告を行う機会を得ました。

フランス大使館と一緒に行う日仏のシンポジウムは2回目です。昨年は、Advanced Materials for Energy Futureというタイトルで開催され、フランス科学アカデミーも協力してくれました。フランス大使館では、日本政府とともに、2015年―2016年を日仏イノベーション・イヤーとして、イノベーションに焦点を当てた様々なイベントを開催するとしています。日仏イノベーション・イヤーそのものは、正式には、2015年10月5日の日仏セミナー「低炭素技術」を皮切りに1年間にわたって行われるとのこと。ダナ大使は、日本学術会議とのシンポジウムを1年間のイノベーション・イヤーの実質的な皮切りとなるイベントと位置づけていると紹介されました。

また、スマートシティは、まさに未来の都市のあり方をテーマにしているので、都市自治体が大いに関わります。2020年のオリンピック・パラリンピック開催を控えている東京都にも積極的に協力していただきました。東京オリンピック・パラリンピックに向けて様々な領域で、ICTを活用した便利、快適、合理的、安全・安心を追求していくことで、世界の諸都市のスマートシティに向けた多様な試みをリードしていくことになるのではないかと思います。

スマートシティは、それほど昔からある用語ではありませんが、最近、急速に使われる機会が増

えているように思います。国の総合科学技術イノベーション政策の中でも、スマートシティや、スマート社会といった概念が登場するようになりました。スマートの意味は、都市の交通、エネルギー、物流、情報等の動きを、ICTを使って合理的、自動的、安全に制御しようとする試みと理解することができます。しかし、専門家の間では、単にICTの活用だけではなく、各分野の固有の技術の革新を含み、さらにそれらが究極的には、市民の生活満足や快適さの向上に結びつくことが重要だという議論へと発展しているように思います。ICTを使った自動制御というと、専門家が作りこむ供給サイドの議論になりがちですが、市民が、多様な情報を収集して、適切な供給源のエネルギーを選択したり、適切な交通ルートを選択するという合理的な判断を支援する仕組みと理解すれば、スマートシティの主役は市民であるという側面が浮かび上がってくると思います。

そういえば、最近犯罪に関連して、防犯カメラなどで無数の映像が撮影され、それらが捜査に使われていることが報じられます。大量の映像データの蓄積や検索が、犯人検挙や、あるいは犯罪の抑止に効果を上げています。一方で、このことは、個人の行動が常に把握されているという漠然とした不安感を抱かせるものでもあります。スマートシティを、専門家による、ICTをはじめとする諸技術の適用という、あなた任せの世界に押し込めるのではなく、市民が諸技術を活用することによって、生活の利便性や快適性を向上させることに繋げていくことが大事なのではないかと思います。そして、それらを橋渡しする役割を科学技術の専門家は担いたいものです。

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10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 「航空機構造の安全性と信頼性」岡田孝雄
「社会・技術システム安全とレジリエンスエンジニアリング」北村正晴

◆「情報学分野の参照基準に関する公開シンポジウム」

日時 平成27年10月17日(土)13時30分～17時00分
場所 早稲田大学西早稲田キャンパス
次第 「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準」北原和夫
「情報学分野の参照基準」萩谷昌己
「基礎情報学」西垣通
「高等学校情報科」鹿野利春
「大学一般情報教育」笈捷彦
「情報教育の展望」美馬のゆり

◆「イスラームをどう教えるか」

日時 平成27年10月17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
次第 「日本におけるムスリム・コミュニティの現状と課題」店田廣文
「イスラーム社会は何を語るか」三浦徹
「高校生はイスラームの歴史をどのように学んだか」周藤新太郎

◆「生態系計測・モニタリングの最前線」

日時 平成27年10月23日(金)13時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「水田生態系の環境変動応答の解明を可能とする開放系大気CO₂増加実験」林健太郎
「農地における微量気体のフラックス計測」宮田明

「二酸化炭素安定同位体を用いた森林における炭素循環研究」高梨聡

「ALOS-2 PALSAR-2による森林分類・変化・バイオマスの観測」本岡毅

「GOSATデータの陸域生態系研究への利用」齊藤誠

「生態系リモートセンシング」大政謙次

◆「求められる「脳とこころの科学」～教育・医療・モノづくり」

日時 平成27年10月24日(土)14時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「健やかな脳の発生・発達と脂質」大隅典子
「こころの発達とワーキングメモリー」苅阪満理子
「脳科学からみたうつ病の診断と治療」山脇成人
「アルツハイマー病：超早期の診断と治療をめざして」岩坪威
「脳ダイナミクスとロボット」川人光男
「脳科学とビックデータからモノづくりへ」岡田真人

◆「生命科学研究の魅力を語る：高校生のための集い」

日時 平成27年10月24日(土)14時00分～17時30分
場所 九州大学病院キャンパス内コラボステーションI
次第 「幹細胞って何？」中島欽一
「細胞同士のコミュニケーションの方法」若山友彦
「高校生と語る会」

◆「均等法は女性の敗北なのか、白鳥になったのか—男女平等の戦後史から展望する」

日時 平成27年10月25日(日)13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「報告」上野千鶴子／中野麻美／小林洋子
「コメント」村尾祐美子／松田康子／小宮山洋子

◆「人口減少社会と法—法哲学と労働法の見地から」

日時 平成27年10月28日(水)16時00分～19時00分
場所 早稲田大学9号館第1会議室
次第 「法哲学から見る人口減少社会(仮)」山田八千子

「人口減少社会と雇用 (仮)」水島郁子

◆「サイバーセキュリティと実践人材育成」

日時 平成27年11月2日(月)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「サイバーセキュリティの現状と課題 (仮)」

田中英彦

「我が国のサイバーセキュリティ政策と人材育成 (仮)」谷脇康彦

「Building cybersecurity research capabilities」Stefano Zanero

「重要インフラ等のセキュリティ確保に向けた研究開発 (仮)」後藤厚宏

「産業界におけるサイバーセキュリティの課題、人材育成について」藤瀬浩史・和田昭弘

「我が国のサイバーセキュリティ研究と人材育成 (仮)」砂原秀樹

◆近畿地区会議主催学術講演会

「食と文化」

日時 平成27年11月7日(金)13時00分～17時00分

場所 奈良女子大学講堂

次第 「文化の中の食 (仮)」佐藤洋一郎

「食の歴史 (仮)」伏木 亨

「食の現在 (仮)」久保田 優

「食の未来 (仮)」熊井英水

◆「サイエンスアゴラ2015」

日時 平成27年11月13日(金)～11月15日(日)

場所 日本科学未来館

次第 「フューチャー・アース」

「レギュラトリーサイエンスの理解と社会応用」

「文理融合で、人文社会科学はこんなに変わる！」

◆北海道地区会議主催学術講演会

「貧困と人の育ち (仮)」

日時 平成27年11月15日(日)13時30分～17時00分

場所 北海道大学学術交流会館小講堂

次第 「貧困と子育て (仮)」内田伸子

「施設児童の育ちの支援 (仮)」松島 京

「貧困の世代的再生産 (仮)」松本伊智朗

「若者の自立と労働 (仮)」間宮正幸

◆「ジオハザードに対処できる人材の育成」

日時 平成27年11月20日(金)13時30分～18時00分

場所 国立大学法人東京海洋大学大講義室

次第 「インドネシアとの交流」中田節也

「バングラディッシュとの交流」益田晴恵

「ネパールとの交流」酒井治孝

「スリランカとの交流」後藤和久

「国際ネットワーク構想の概要説明」

小川勇二郎/今村文彦/金田義行/

久田健一郎/佃 栄吉/本蔵義守

◆「コミュニケーションの暴走—いじめ・DV・虐待」

日時 平成27年11月22日(日)13時30分～16時30分

場所 東京大学

次第 「Cyberbullying」Sheri Bauman

「いじめ：問題とその対応」戸田有一

「DV：問題とその対応」相馬敏彦

「虐待：問題とその対応」大山みち子

◆「by 機械学習、of 機械学習」

日時 平成27年11月24日(火)9時50分～16時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「弱教師付き学習の新展開」杉山 将

「構造的スパース性を用いた機械学習とその最適化」河原吉伸

「ベイズ的最適化に基づく機械学習の実験計画」佐藤一誠

「機械学習による科学的発見のための仮説生成とその信頼性評価」竹内一郎

「機械学習による機械の学習」岡野原大輔

「普通の民間企業が抱く機械学習への期待と不信」鈴木良介

◆東北地区会議主催学術講演会

「感染症研究～過去、現在、未来～ (仮)」

日時 平成27年11月25日(木)13時00分～16時30分

場所 秋田大学60周年記念ホール

次第 「明治・大正の東北の感染症学者達」竹田美文

「新興感染症、最近の話題」河岡義裕

「感染症治療薬、現状と今後の可能性」

今井由美子

◆「ケンムン広場：奄美のくらしと生物多様性」

日時 平成27年11月28日(土)13時30分～16時00分

場所 奄美大島宇検村「元気のでる館」大ホール

次第 「奄美の生物多様性」

加藤 真／戸部 博／鷺谷いづみ

「奄美のくらしと文化とケンムン」

中山清美／安溪遊地

「『ケンムン広場』データベースとアプリの開発」

喜連川 優／安川雅紀

◆「先端学術分野におけるシステムズ・アプローチの進展と課題」

日時 平成27年11月28日(土)13時30分～18時00分

場所 日本学術会議講堂、外1室

次第 「健康リスク制御のシステム科学技術」

山本義春

「各分野からの報告」

黒田真也／宮野 悟／今田高俊／下田真吾／

二宮正士／西村秀和

「システム科学研究所構想」北川源四郎

◆「これからの社会に必要な能力とその力を育てる環境教育」

日時 平成27年11月29日(日)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「未定」進士五十八

「環境教育における学校教育と社会教育の統合と災害教育を統合した新しい環境教育の推進について」関 礼子

◆「国際土壌年2015 記念シンポジウム『つち・とち・いのち～土のことを語ろう』」

日時 平成27年12月5日(土)13時00分～16時30分

場所 日本学術会議講堂、ロビー

次第 「自然保護活動と土壌のかかわりから、土壌の大切さを訴える」C.W. ニコル

「土壌の果たしている機能、世界と日本の土壌の現状」小崎 隆

「環境経済からみた土壌の価値を解説」

植田和弘

◆「大学教育における哲学・倫理学・宗教研究の役割(仮)」

日時 平成27年12月12日(土)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「報告」藤原聖子／河野哲也／小島 毅

◆「コミュニケーションの暴走—いじめ・DV・虐待」

日時 平成27年12月20日(日)13時30分～16時30分

場所 京都女子大学

次第 「Cyberbullying」Keumjoo Kwak

「いじめ：問題とその対応」戸田有一

「DV：問題とその対応」相馬敏彦

「虐待：問題とその対応」大山みち子

◆「日本の戦略としての男女共同参画『第4次男女共同参画基本計画』策定に向けて(仮)」

日時 平成27年12月20日(日)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「ポジティブ・アクションの実施・機能実態」

戸部 博

「求められる男女共同参画評価指標」神尾陽子

「日本は本当に遅れているのか？」伊藤公雄

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

安全保障技術研究推進制度をめぐって —第170回総会での議論から

日本学術会議会長 大西 隆

10月1日から日本学術会議総会、続いてSTSフォーラムがあり、その他ICEFやGEAといった国際会議が日本で開催される等、科学技術関係の会合が目白押しで、これらに参加して、忙しい日々を過ごした会員・連携会員の皆さんも多かったのではないかと推察します。

今回の総会では、フューチャーアース、女性の科学界への参画の課題、科学技術イノベーションに関する産学官連携について講演があり、出席者に関心を持っていただいたように思いました。

総会時の自由討論では、会長報告で触れたこともあって、防衛省が今年度からはじめた「安全保障技術研究推進制度」に関連して、活発な意見交換が行われました。ご承知のように、この制度は、「装備品への適用面から着目される大学、独立行政法人の研究機関や企業等における独創的な研究を発掘し、将来有望な研究を育成するための競争的資金制度」（防衛省）で、30ほどのテーマが示され、研究計画を公募し、成果を公表するというもので、審査によって9課題が選ばれました。その中には、私が学長を務める大学の教員が応募した課題も含まれましたが、そのことは本メッセージとは直接関係ありません。

総会での論点は、これまで軍事と科学研究の問題で示してきた日本学術会議の見解はどのようなものだったのか、現在、日本学術会議どう考えるのか、さらに、それを踏まえた今回の防衛省の研究資金、あるいはこれが今後継続された場合のこうした研究資金に対する考え方等でした。

総会での議論を受けて、私からは、今後どのように議論を進めるのか幹事会で検討することをお約束しました。

議論を行うに当たって、日本学術会議のこれまでの見解を踏まえることが必要です。直接関係するものは三つかと思います。日本学術会議では、1950年に、声明「戦争を目的とする科学の研究には絶対従わない決意の表明」を総会で決めていまして。その内容は、前年の設立時の精神を受け継いで、まさに標題の決意を表明したものです。

1967年には、声明「軍事目的のための科学研究を行わない声明」を、やはり総会で採択しています。これは、1966年に開催されて、日本学術会議が後援した半導体国際会議にアメリカ陸軍極東研究開発局からの相当額の資金援助が行われたことが判明したため議論が興り、会長の遺憾表明に続いて、総会での声明採択に至ったものです。声明では、「戦争を目的とする科学の研究は絶対にこれを行わない」という決意を示しています。

それから時間をおいて、2013年に幹事会が決定した声明「科学者の行動規範—改訂版—」では、科学研究の利用の両義性の項で、「科学者は、自らの研究の成果が、科学者自身の意図に反して、破壊的行為に悪用される可能性もあることを認識し、研究の実施、成果の公表にあたっては、社会に許容される適切な手段と方法を選択する」と述べています。

私は、1950年と1967年の声明にある、戦争を目的とする科学の研究は行わないという主張は、日本国憲法第9条に通ずるものであり、現在でも継承するべきと考えています。その上で、それから半世紀ほどが経過した中での自衛隊に対する国民意識の変化、科学研究成果が自衛装備に既に深く関わっている現実等を踏まえて議論を進めるべきだと思います。

日本学術会議ニュース

国民の防災に関する意識向上に関し広く各界各層との情報及び意見の交換並びにその他の必要な連携を図り、中央防災会議と協力しつつ、国民の防災に関する意識向上を図るため、安倍総理大臣を主催者とする「防災推進国民会議」が、平成27年9月17日、官邸に於いて開催されました。

本会議には、安倍晋三総理大臣、山谷えり子防災担当大臣のほか、学术界、経済界、労働界などの団体・機関の代表者が参加しており、日本学術会議から大西隆会長が議員として出席しました。また、学术界から防災学術連携体（代表幹事 和田章氏（第三部会員））の米田雅子氏（連携会員）が参加しました。

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11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。

◆中部地区会議主催学術講演会

「静岡大学で語る医学」

日時 平成27年11月13日(金)13時00分～16時00分
場所 静岡大学浜松キャンパス
次第 「宇宙飛行から学ぶ健康増進」 向井千秋
「医療分野における画像解析システムについて」 川人祥二／鈴木滋彦

◆「サイエンスアゴラ2015」

日時 平成27年11月13日(金)～11月15日(日)
場所 日本科学未来館
次第 「フューチャー・アース」
「レギュラトリーサイエンスの理解と社会応用」
「文理融合で、人文社会科学はこんなに変わる！」

◆「植物保護における外来種問題を考える」

日時 平成27年11月14日(土)13時00分～17時30分
場所 東京大学農学部2号館
次第 「日本の外来種対策について」 曾宮和夫

「わが国の農業生産を脅かす外来雑草の侵入・被害実態と対策の方向性」 黒川俊二

「根寄生雑草の潜在的危険性と生活環に着目した防除の試み」 杉本幸裕

「小笠原での除草剤による外来植物対策について」 葉山佳代

「わが国に分布するキウイフルーツかいよう病菌の多様性」 澤田宏之

「侵入害虫クリタマバチに対する伝統的生物的防除」 守屋成一

◆「沖縄に国立自然史博物館を！一次世代の博物館像を求めて」

日時 平成27年11月14日(土)15時00分～18時30分
場所 沖縄県立博物館・美術館講堂
次第 「沖縄に造る新しい博物館像について語り合おう！」
太田英利／瀬能 宏／斎藤成也／下村政嗣／杉尾幸司
「パネルディスカッション」
西田 睦／大城 肇／西田治文／尾池和夫／林 良博／古謝 隆／嵩原安伸

◆「生命を育む地球環境の変動予測と適応

—我が国におけるIGBP25年間の歩み」

日時 平成27年11月15日(日) 9時00分～12時00分
場所 政策研究大学院大学
次第 「生命を育む地球環境の予測と対応」
植松光夫
「日本における地球大気化学研究のこれまでとこれから」 谷本浩志
「アジアにおける陸域水循環・物質循環プロセス研究と展望」 三枝信子／檜山哲哉
「環境変動下における陸域変化研究の歩みと将来」 柴田英昭
「沿岸域における陸域－海域相互作用における我が国の活動」 山室真澄
「太平洋を中心とした海洋の物質循環と生態系動態の研究」 小川浩史
「生物がつなぐ海洋と大気間の物質循環と気候影響」 野尻幸宏
「将来の気候・環境変動理解のための近過去復元研究」 横山祐典

「物理・生態・人間システムのつながりのモデル化」高橋 潔
「Future Earth へ向けて」安成哲三

「機械学習による機械の学習」岡野原大輔
「普通の民間企業が抱く機械学習への期待と不信」鈴木良介

◆北海道地区会議主催学術講演会

「貧困と人の育ち」

日時 平成27年11月15日(日)13時30分～17時00分
場所 北海道大学学術交流会館小講堂
次第 「子どもの貧困は超えられるか？」内田伸子
「社会的排除と子ども」松島 京
「貧困の世代的再生産」松本伊智朗
「若者の自立と労働」間宮正幸

◆東北地区会議主催学術講演会

「感染症研究～過去、現在、未来～」

日時 平成27年11月25日(木)13時00分～16時30分
場所 秋田大学60周年記念ホール
次第 「明治・大正の東北の感染症学者達」竹田美文
「新興感染症、最近の話題」河岡義裕
「感染症治療薬、現状と今後の可能性」
今井由美子

◆「ジオハザードに対処できる人材の育成」

日時 平成27年11月20日(金)13時30分～18時00分
場所 国立大学法人東京海洋大学大講義室
次第 「インドネシアとの交流」中田節也
「バングラディッシュとの交流」益田晴恵
「ネパールとの交流」酒井治孝
「スリランカとの交流」後藤和久
「国際ネットワーク構想の概要説明」
小川勇二郎／今村文彦／金田義行／
久田健一郎／佃 栄吉／本藏義守

◆「東日本大震災による原子力発電所事故に伴う魚介類の放射能汚染の問題と今後の展望」

日時 平成27年11月27日(金)10時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「海域の放射能汚染の実態」神田穰太
「福島県の水産物の放射能汚染の実態」
藤田恒雄
「水産物の放射能汚染の実態」森田貴己
「放射能汚染対策の現状と将来展望」増田尚宏
「福島県の試験操業の現状」柳内孝之
「福島復興へ向けての食品検査の重要性」
児玉龍彦
「非破壊放射能検査の可能性」薄 善行
「漁業再開後の資源管理のあり方」柴田泰宙
「地域経済の復興支援」八木信行
「スーパーの現場から見た消費者ニーズと福島
産水産物の課題」谷川 満
「市民と放射能問題」栗田和久

◆「コミュニケーションの暴走—いじめ・DV・虐待」

日時 平成27年11月22日(日)13時30分～16時30分
場所 東京大学
次第 「Cyberbullying」Sheri Bauman
「いじめ：問題とその対応」戸田有一
「DV：問題とその対応」相馬敏彦
「虐待：問題とその対応」大山みち子

◆「by 機械学習、of 機械学習」

日時 平成27年11月24日(火)9時50分～16時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「弱教師付き学習の新展開」杉山 将
「構造的スパース性を用いた機械学習とその最適化」河原吉伸
「バイズ的最適化に基づく機械学習の実験計画」佐藤一誠
「機械学習による科学的発見のための仮説生成とその信頼性評価」竹内一郎

◆「ケンムン広場：奄美のくらしと生物多様性」

日時 平成27年11月28日(土)13時30分～17時00分
場所 奄美大島宇検村「元気の出る館」大ホール
次第 「奄美の生物多様性」
加藤 真／戸部 博／鷲谷いづみ
「奄美のくらしと文化とケンムン」
中山清美／安溪遊地
「『ケンムン広場』データベースとアプリの開発」
喜連川 優／安川雅紀

◆「先端学術分野におけるシステムズ・アプローチの進展と課題」

日時 平成27年11月28日(土)13時30分～18時00分
 場所 日本学術会議講堂、外1室
 次第 「健康リスク制御のシステム科学技術」
 山本義春
 「各分野からの報告」
 黒田真也／宮野 悟／今田高俊／下田真吾／
 二宮正士／西村秀和
 「システム科学研究所構想」北川源四郎

◆「これからの社会に必要な能力とその力を育てる環境教育」

日時 平成27年11月29日(日)13時30分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「未定」進士五十八
 「環境教育における学校教育と社会教育の統合と災害教育を抱合した新しい環境教育の推進について」関 礼子

◆「国際土壌年2015 記念シンポジウム「つち・とち・いのち～土のことを語ろう」」

日時 平成27年12月5日(土) 13時00分～16時30分
 場所 日本学術会議講堂、ロビー
 次第 「自然保護活動と土壌のかかわりから、土壌の大切さを訴える」C.W. ニコル
 「土壌の果たしている機能、世界と日本の土壌の現状」小崎 隆
 「環境経済からみた土壌の価値を解説」
 植田和弘

◆「人工光合成研究の最前線」

日時 平成27年12月9日(水) 13時00分～18時10分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「人工光合成とは」工藤昭彦
 「科研費新学術領域およびJSTさきがけプロジェクトにおける人工光合成関連研究」井上春夫
 「JST ACT-Cプロジェクトにおける人工光合成関連研究」国武豊喜
 「NEDO人工光合成プロジェクトの紹介と産業界から見た人工光合成技術」瀬戸山 亨

「官側からの視点「人工光合成による水素と有用化学物質製造」」佐山和弘
 「大学からの研究成果「光触媒材料を用いる水分解反応」」堂免一成
 「産業界からの研究成果「水と二酸化炭素からギ酸を合成する人工光合成技術の現状」」
 森川健志

◆「大学教育における哲学・倫理学・宗教研究の役割(仮)」

日時 平成27年12月12日(土)13時30分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「報告」藤原聖子／河野哲也／小島 毅

◆「コミュニケーションの暴走—いじめ・DV・虐待」

日時 平成27年12月20日(日)13時30分～16時30分
 場所 京都女子大学
 次第 「Cyberbullying」Keumjoo Kwak
 「いじめ：問題とその対応」戸田有一
 「DV：問題とその対応」相馬敏彦
 「虐待：問題とその対応」大山みち子

◆「日本の戦略としての男女共同参画『第4次男女共同参画基本計画』策定に向けて(仮)」

日時 平成27年12月20日(日)13時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「ポジティブ・アクションの実施・機能実態」
 戸部 博
 「求められる男女共同参画評価指標」神尾陽子
 「日本は本当に遅れているのか？」伊藤公雄

日本学術会議幹事会声明

「人文・社会科学系のあり方に関する声明への賛同・支援への謝意と 大学改革のための国民的合意形成に向けての提案」

1. 人文・社会科学問題に関するその後の経過と要望

日本学術会議幹事会が、去る6月8日の文部科学大臣通知¹（以下「通知」という。）を受けて7月23日に公表した幹事会声明「これからの大学のあり方－特に教員養成・人文社会科学系のあり方－に関する議論に寄せて」²に対して、ISSC（国際社会科学評議会）からのメッセージをはじめとして、国内外諸団体から多くの御意見を頂戴した。それらの多くは、「総合的な学術の一翼を成す人文・社会科学には、独自の役割に加えて、自然科学との連携によって我が国と世界が抱える今日的課題解決に向かうという役割が託されている。このような観点からみると、人文・社会科学のみをことさらに取り出して『組織の廃止や社会的要請の高い分野への転換』を求めることには大きな疑問がある」という幹事会声明に賛意を示したものであり、ここで改めて感謝したい。

一方で、文部科学大臣や文部科学省は、その後、通知に対する大学等の関係機関の捉え方と大臣や同省の本意との間に乖離があることを様々な機会に表明してきた。9月18日には、同省高等教育局長が日本学術会議幹事会に出席し、「新時代を見据えた国立大学改革」³と題する文書を配布した上で、この件について説明した。この文書は、文部科学省は人文・社会科学系学部・大学院を廃止し、社会的需要の高い自然科学系分野に転換すべきだと考えているのではないかと、あるいは人文・社会科学系の学問は重要ではなく、すぐに役立つ実学のみを重視しようとしているのではないかとという通知の受け止め方を否定した上で、「廃止」については教員養成系のいわゆる「新課程」を対象としたものと例示する一方、各国立大学に「社会的要請の高い分野への転換」に取り組むよう求めている。これらの説明を通じて、日本学術会議幹事会としては、通知の背後にある文部科学省の考えを理解したところである。ただ、通知の文言そのものからこのような趣旨を読み取ることは困難である。このため、通知を読んで我が国の高等教育行政における人文・社会科学系の位置付けに不安や疑問の念を抱いた国内外の方々も多く、そのことは諸メディアの報道にも表れている。したがって、文部科学省においては、上記のような同省の真意を述べた文書等を国内外に示しつつ、引き続き丁寧に説明されるように要望したい。

- 1 文部科学省資料
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/062/gjiroku/_icsFiles/afiedfile/2015/06/16/1358924_3_1.pdf
- 2 日本学術会議資料
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-23-kanji-1.pdf>
- 3 文部科学省資料
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afiedfile/2015/10/01/1362382_2.pdf

2. 高等教育機関が抱える問題の認識

その上で、日本学術会議は、今回の通知やそれに関連して行われた議論を通じて、現在の我が国の高等教育の抱えるいくつかの重要な問題が浮かび上がってきたことに着目し、これを高等教育の改善と強化を図る契機とすることが重要と考える。

機を同じくして、本年も我が国の研究者がノーベル生理学・医学賞、同物理学賞を受賞した。平成12年以降、米国に次いで多くのノーベル賞受賞者を輩出していることは、我が国の科学研究の高い水準と研究者の層の厚さを示すものであり、学術研究と人材育成に関する産学官の努力と国民の支援が結実したものである。他方、近年、世界の学術研究が急速に発展する中で、我が国の研究教育環境が劣化し、それが、我が国の高等教育に対する国際的な評価の低下を招くことになるのではないかという懸念が各方面から表明されている。言うまでもなく、高い研究力と優れた人材育成環境を維持していくことが、我が国の発展にとって極めて重要である。

日本学術会議は、我が国の高等教育が抱える重要な問題を以下のように認識する。

第1に、先の幹事会声明の「6.」で言及した人文・社会科学における質的向上の必要は、同分野に止まるものではない。すなわち、人文・社会科学、生命科学や自然科学・工学の分野を含む、我が国の人材育成には、グローバル化への対応、リベラルアーツと専門科目によつて的確に構成された学部・大学院のカリキュラムと学習の達成目標の設定や評価方法の採用等において課題がある。さらに研究においても、基礎と応用や実用との間の区別と連関に関する社会的共通理解の不足等の課題をなお抱えている。我が国の大学において、今後速いテンポでこうした課題に対処するための改革を進めて、国内外の学生が自分の学修の目標と達成度を認識することができ、真の意味で社会に有用な人材が育ち、さらに研究成果が社会に還元されるように、高等教育機関を研究と教育の国際的な拠点として強化していくことが求められている。

第2に、この通知は、第3期中期目標・中期計画の内容に関する文部科学省の要求という位置付けであったことから、国立大学に対する運営費交付金の配分を方向付ける文書として関心を集めた。第1で述べた改革を実行していく過程で、国立大学への運営費交付金、私立大学への助成金、その他の高等教育への国の資金、大学に所属する研究者を含む科学・技術の研究者への研究資金等を、少なくとも今後一定の期間においては安定的に確保することが、各大学による自主的な改革を進める上で不可欠である。特に、国立大学運営費交付金のこれまでの経過を振り返れば、毎年1%ずつ削減されることによって、大学における教育・研究そのものに支障を来している。その結果、肝心な改革が停滞したり、若い有為な人材を登用することが次第に困難になってきたりしている。これを防ぐためには、厳しい国家財政の中

でも国民の合意を得ながら、改革を可能とする財源の確保が必要である。

第3に、大学改革にあたっては、目先の実用性に目を奪われるのではなく、幅広い教養と優れた専門性を備えグローバルな視野を持った人材を育成することが必要である。このことは、例えば、国立大学協会が発表した「国立大学の将来ビジョンに関するアクションプラン」⁴（9月14日）に示されているばかりではなく、経済界においても、例えば日本経団連が先述の通知に関連して出した文書において「学生がそれぞれ志す専門分野の知識を修得するとともに、留学をはじめとする様々な体験活動を通じて、文化や社会の多様性を理解することが重要」（日本経済団体連合会「国立大学改革に関する考え方」⁵ 9月9日）としている。したがって、学術界のみならず、大学卒業生の多くが職を得る産業界との対話を含んだ幅広い場において、大学のあり方について議論し、合意を形成することが必要である。

3. 大学改革に向けた提案

このような認識から、日本学術会議は、既に設置している「学術振興の観点から国立大学の教育研究と国による支援のあり方を考える検討委員会」において、大学のあり方に関する提言を行うために審議を継続する所存である。同時に、その途中の段階でも主要な論点を公表し、国民的な議論を起し、グローバル時代に必要な人材を送り出し、優れた研究成果を生み出す高等教育機関のあり方を模索することが必要と考える。日本学術会議は自らこのような活動を行うとともに、関係機関（(1)、(3)）及び政府（(2)、(4)）に対して以下のことを提案する。

- (1) 高等学校・高等専門学校卒業生はもとより、社会人にとってもより魅力的な大学となるための学修内容や学部・学科構成のあり方、及び大学の研究成果が基礎、応用、実用のそれぞれの段階でより社会の発展に資するものとなるためのあり方、さらにグローバル時代に世界の学生や研究者が魅力を感じる教育研究組織となるための我が国の大学のあり方等について、大学・学術界、産業界、一般の方々が自由に意見を交わして合意を形成するための議論の場を設置すること。
- (2) 政府は、上記議論の場から得られる提言を可能な限り尊重し、実施していくこと。その際に、厳しい国家財政の下で、年金・医療等の高齢社会に対応した財政支出と高等教育を含む次世代の育成に対応した財政支出にどのように資源配分を行うかを含めて、国民的議論を促すこと。

4 国立大学協会資料
<http://www.janu.jp/news/files/20150615-wnew-actionplan2.pdf>

5 日本経済団体連合会資料
<https://www.keidanren.or.jp/policy/2015/076.html>

(3) 国公立を問わず、各大学は、積極的にこうした議論に参加して、得られた成果をもとに自ら改革を実現していくこと。

(4) こうした改革が行われる間（概ね第3期中期目標・中期計画の6年間）、政府は、大学への国の財政的支援を充実し、自主的な大学改革の実施が可能となるような環境を整えること。

日本学術会議は、以上の提案の実現を通じて、我が国における人材育成と科学研究の改善と持続的発展を目指すものである。

2015年10月15日

日本学術会議幹事会

会長	大西 隆
副会長	向井 千秋
同	井野瀬久美恵
同	花木 啓祐
第一部長	小森田 秋夫
同 副部長	杉田 敦
同 幹事	小松 久男
同 幹事	恒吉 僚子
第二部長	長野 哲雄
同 副部長	大政 謙次
同 幹事	石川 冬木
同 幹事	福田 裕穂
第三部長	相原 博昭
同 副部長	土井 美和子
同 幹事	大野 英男
同 幹事	川合 眞紀

Statement from the Executive Board of Science Council of Japan to Express our Sincere Appreciation for the Support and Approval towards the "Statement on the Future Direction of the University: In Relation to the Departments/ Graduate Schools of Teacher Training, and Humanities and Social Sciences" and the Proposal for Nationwide Consensus towards University Reform 15th October 2015.

1. Developments in the Wake of the Debate on Issues Regarding the Progress of Humanities and Social Sciences and a Request by SCJ

Following our "Statement of the Executive Board of Science Council of Japan On the Future Direction of the University: In Relation to the Departments/Graduate Schools of Teacher Training and Humanities and Social Sciences"¹, issued on 23rd July in response to the notice from The Minister of the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT), we have received a message from International Social Science Council (ISSC) and many other messages and comments from various Japanese scientific societies as well as overseas organizations. We would like to hereby offer our appreciation for the expressions of support shown by the majority of these bodies for the position outlined by the executive board in the following statement:

The HSS² make an essential contribution to academic knowledge as a whole. The HSS are also entrusted with the role of solving – in cooperation with the natural sciences – contemporary problems domestically as well as internationally. In this light, the ministerial request to take 'active steps to abolish organizations or to convert them to serve areas that better meet society's needs', with its specific focus on the HSS, raises a number of alarming questions.

The Minister and MEXT have recently taken every opportunity to emphasize that there are differences between the concerns of universities regarding the notice and the intentions of the Minister and MEXT. The Director General of the Higher Education Bureau of MEXT attended the Executive Board meeting of SCJ on September 18th to explain this matter, and presented a document entitled "National University Reform for the Coming Era"³. The document expressed a refutation by MEXT of the following interpretation of the notice:

The message is that humanities and social sciences faculties and graduate schools ought to be scrapped and transformed to that of natural sciences, which are more necessary for society. MEXT places emphasis only on practical sciences of immediate utility and thinks humanities and social sciences are unimportant.

In order to illustrate this point, the document explained how the word "abolish" in the notice referred only to abolishing those so-called "New Courses", in the teacher training universities and faculties, which do not focus on the acquisition of a teaching license. It also requested each university to tackle in a proactive manner the shift in their focus to areas of high social need.

The Executive Board of SCJ understands the points that MEXT wishes to make by these clarifications. It is difficult, however, to understand the notice in the way that MEXT claims it ought to be read. It has not dispelled the feelings of anxiety or doubt felt by many people, both in Japan and overseas over the Japanese higher education administration's plans for HSS, as has been witnessed in the media coverage. Therefore, we would like to request that MEXT explain their intentions more thoroughly henceforth.

2. Recognition of the Problems facing Higher Education Facilities

Moreover, from SCJ's perspective, it is vital to make full use of this opportunity to improve and strengthen higher education in Japan, in the light of the many important issues concerning higher education in Japan which have taken center stage as a result of the notice and the ensuing debates.

While we have been discussing this issue, two more researchers in Japan have been awarded Nobel Prizes this year, for Medicine and Physics respectively. This news is proof of the high achievements of scientific research in Japan, as well as the wealth of talent here. In fact since 2000, Japan's haul of Nobel Prizes for science is second only to that of the United States. This can also be seen as an endorsement of the hard work put in by industry, academia and the government as well as the public support for scientific research and nurturing young researchers. There is, however, great concern across the whole spectrum of society that the deterioration of research and education circumstances in Japan in recent years may bring about the degradation of its international reputation for higher education, at a time when scientific research is rapidly becoming more globally competitive.

SCJ finds the significant problems facing Japanese higher education to be as follows:

First of all, the necessity for raising the quality of teaching and research, which we mentioned in regard to HSS in item 6 of our previous Statement, should not be considered to be confined to the field of HSS. The problems that remain to be tackled in Japan exist across all the fields, including not only HSS, but also life sciences, natural sciences and engineering. The present problems in human resource development include issues such as coping with globalization, defining learning outcomes, choice of evaluation methods and building curricula for both undergraduate and graduate programs which are appropriately composed of liberal arts and specialized subjects.

In addition, there is still a lack of mutual understanding in our society about the relationships and differences between the basic, applied and practical forms of research. We must therefore accelerate the reforms to deal with these problems and strengthen higher educational institutions as hubs for international research and education. In this way we can help both Japanese and international students to be aware of their educational goals and achievements, foster the kind of human resources society truly needs, and more effectively employ the fruits of our research achievements for the betterment of society.

Secondly, since this notice was a request sent by MEXT in relation to the contents of the Third Mid-Range Target and Plan, which each national university is obliged to prepare for, it has drawn public attention to the way in which National Universities' Management Expenses Grants (NUMEG) are allocated. If we wish to provide at least enough time for voluntary reforms to be carried out, it is vital to secure government funding for a sufficient period, whether in terms of NUMEG, governmental subsidies for private universities, or other

governmental supports for higher education, such as research grants for university science and technology researchers. In particular, the recent trend of an annual 1% reduction of NUMEG has begun to cause serious obstacles in education and research in universities. As a result, problems such as the stagnation of essential reforms and the difficulties of sustaining the appointment of promising young researchers, have already been observed. Therefore, in order to avoid these problems it is necessary, even in the midst of the current financial hardships, to secure a national consensus to provide the fiscal resources to enable reform.

Thirdly, university reforms should not restrict their aims to the promotion of human resources specializing only in the field of practical knowledge. Rather they should try to strike the right balance, between a broad liberal arts education and specialized expertise, which is required for success in the global era. This point has been underlined by a number of organizations, including representatives of both academia and the business community. For instance, the Japan Association of National Universities made this point in their latest document entitled "An Action Plan for the Future Vision of National Universities" (September 14th, 2015). Similarly, Keidanren (Japan Business Federation) responded to MEXT's notice by stating that "it is important that students acquire knowledge in their specialized fields as well as an understanding of the diversity of culture and society through broad experiences including studying abroad" (A View on National University Reform, September 9th 2015, Keidanren). Therefore, it is essential to reach broad consensus on the future of universities through dialogues not only within academic circles but also with business circles where most university graduates work.

3. Proposals for University Reform in Japan

Based upon the considerations above, SCJ will continue our deliberations towards making a recommendation about the future of universities to the previously established 'Committee for considering the future of national universities' research, education and government funding from the viewpoint of the promotion of Science'.

We also think that it is necessary to reveal the major discussion points before our final recommendations are released in order to promote a nation-wide debate about what kind of higher education system we need to produce world class human resources and outstanding research achievements. Therefore, in order to demonstrate our commitment to play an active part in this process, we propose the following measures respectively for academic related organizations ((1), (3)), and the Government ((2), (4)),

- (1) A Forum for open discussion and agreement should be set up jointly by universities and academia as well as industry and the general public. This forum should be used to debate the question of how universities should reform their curriculum and internal structure so as to be more attractive not only to graduates of high schools or colleges of technology, but also mature students. It should also consider how to make university research results, at the basic, applied and practical stages, more conducive to the development of society. Finally it should consider how to make universities more attractive educational and research organizations to international students and researchers in the global era.
- (2) Insofar as it is possible, the Government should strive to both respect the results obtained from the discussion in the Forum mentioned above and to put them into practice. Once this is done, it should stimulate a nationwide debate over how to allocate fiscal resources, in the current context of severe budgetary strain, to the various expenditures imposed by our ageing society, whether it be pension and health care or supporting the next generation, such as through the provision of higher education.
- (3) Regardless of whether a university is national, public or private, each university should engage in the discussion positively and put the obtained results into practice.
- (4) The government should enhance its fiscal support to universities so as to provide the necessary environment for voluntary reform to be carried out by each university while these discussions and reforms are ongoing, in other words until about six years from now, which point will mark the completion of the 3rd Mid-Range Target and Plan of national universities.

SCJ is aiming at improving and sustaining human resource development and scientific research in Japan through achieving the proposals above.

15th October, 2015
Members of the Executive Board of SCJ

President Takashi ONISHI
Vice President Chiaki MUKAI
Vice President Kumie INOSE
Vice President Keisuke HANAKI
Chairperson of Section 1 Akio KOMORIDA
Vice-Chairperson of Section 1 Atsushi SUGITA
Secretary of Section 1 Hisao KOMATSU
Secretary of Section 1 Ryoko TSUNEYOSHI
Chairperson of Section 2 Tetsuo NAGANO
Vice-Chairperson of Section 2 Kenji OMASA
Secretary of Section 2 Fuyuki ISHIKAWA
Secretary of Section 2 Hiroo FUKUDA
Chairperson of Section 3 Hiroaki AIHARA
Vice-Chairperson of Section 3 Miwako DOI
Secretary of Section 3 Hideo OHNO
Secretary of Section 3 Maki KAWAI

1 Material of Science Council of Japan, <http://www.scj.go.jp/en/pdf/kohyo-23-kanji-1e.pdf>

2 HSS: Humanities and Social Sciences

3 Material of Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, <http://www.mext.go.jp/english/highered/1362381.htm>

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

フューチャー・アースの10日間

日本学術会議会長 大西 隆

11月の半ばに、フューチャー・アース (Future Earth, 以下FE) に関連した会議が、集中して日本で開催されました。FEの国際会議としては、科学委員会 (SC) と関与委員会 (EC) の合同会議が16日 (月) ~ 18日 (水) に、統括評議会 (GC) が連休中の22日 (日)、23日 (月) に日本学術会議で行われました。その間に、京都で、アジア地域委員会の会議が開催されました。また、日本学術会議をはじめとするFEコンソーシアムが関わっている国際事務局の日本ハブを含む5つのハブの関係者会議もこれらに重ねて開催されました。こうした会議に多数の国際組織代表や各国の研究者が参加する機会を利用して、シンポジウムやワークショップといった一般の参加者に開かれたイベントも、東京と京都で5つ開催され、この10日ほどは、文字通り日本がFE活動の拠点になりました。私も、皮切りとなったサイエンスアゴラ2015 (JST主催、日本学術会議等共催) の開会式 (13日 (金)) から参加し、23日 (月) まで、他の用務も挟みながら、FEに深く関わることになりました。

日本学術会議では、3年ほど前からFEをテーマにしたイベントを開催し、FE推進のための委員会も設けているので、FEがどんなものかよくご存知の方も多いかと思います。しかし、一般の方々に紹介するためには、まだ、フューチャー・アースのタイトルだけでは十分ではなく、将来の地球環境問題を研究者だけではなく、産業界、行政、市民組織などが一緒に考え、行動するプログラムといったような説明を付す必要があります。FEは、まさにこうした地球環境問題に関する研究と実践的な取組を統合するような活動なので、同じく今年行わ

れたSDG (持続可能な開発の目標設定) に関する国連会議や11月末から12月初めにパリで開催予定のCOP21 (気候変動枠組条約締約国会議) 等とともに、地球環境の保全を進める国際活動が日本で開催されたということになります。

FEは、ようやく国際的な事務局体制が整い、研究プログラムが本格的に始まりつつあるという段階です。特に、その最も重要なテーマである、超実際の活動、すなわち先述の多様な主体が、ともに設計し、ともにつくり、ともに実現する、といった共同の試みは、未だ十分な形をとっていません。現状は、研究者が中心となって、新しい試みを模索しているという段階です。今回の、一連の国際会議やイベントの日本での開催によって、FEを理解したり、共感して自らも参加しようと考えた人々は確実に増加したと思いますが、しかし十分ではないでしょう。一方で、異常気候や集中豪雨の多発などで、地球規模の環境悪化を実感する機会は増えていきます。FEの研究や関連活動の一段の促進が求められているように思います。

こうした中での朗報のひとつは、現在作成中の「科学技術基本計画」(2015年) の原案に、「地球環境の情報をビッグデータとして捉え、気候変動に起因する経済・社会的課題の解決のために地球環境情報プラットフォームを構築するとともに、フューチャー・アース構想等、国内外のステークホルダーとの協働による研究を推進する。」という記述があり、FEが科学技術の政府計画に取り上げられる見通しとなったことです。11月の一連のFE会議を、是非、今後の日本におけるFE研究の深化発展の跳躍台にしたいと思います。

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12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。

◆「環境変動と生物」

日時 平成27年12月11日(金)13時00分～18時00分
 場所 国立環境研究所地球温暖化研究棟交流会議室
 次第 「植物に対する越境大気汚染物質の影響」
 伊豆田 猛
 「植物のオゾン障害・耐性のしくみ」佐治 光
 「熱帯植物による揮発性有機化合物の放出：環境変動との関係」斉藤拓也
 「植物の光利用可能性に対する温室効果ガスCO₂増加の影響」富松 元
 「環境変動のマングロープ生態系への影響」
 井上智美
 「沿岸域の環境構造、生物生息環境の保全と修復」矢持 進
 「植物の環境応答イメージングとフェノミクス研究への展開」大政謙次

◆「哲学なしで生きられるのか」

日時 平成27年12月12日(土)13時30分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「哲学と人文社会学の明るい未来」河野哲也
 「医学のなかの生命倫理」香川知晶
 「諸学の基礎は哲学に在り」竹村牧男
 「コメント」羽入佐和子／氣多雅子

◆「健康長寿と再生医療」

日時 平成27年12月13日(日)13時00分～17時00分
 場所 歯科医師会館大会議室
 次第 「講演」鳥山佳則／辻 孝／中島美砂子／村上伸也

◆「コミュニケーションの暴走—いじめ・DV・虐待」

日時 平成27年12月20日(日)13時30分～16時30分

場所 京都女子大学

次第 「Cyberbullying」Keumjoo Kwak
 「いじめ：問題とその対応」戸田有一
 「DV：問題とその対応」相馬敏彦
 「虐待：問題とその対応」大山みち子

◆「日本の戦略としての男女共同参画『第4次男女共同参画基本計画』との関わりで」

日時 平成27年12月20日(日)13時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「男女共同参画の視点からみた日本の教育・学術」伊藤公雄
 「ポジティブ・アクションの実効性」戸部 博
 「実効性のある男女共同参画社会の今後に向けて」神尾陽子

◆「電気電子工学分野の更なる活性化に向けて

—学界と産業界それぞれの役割と連携の在り方—

日時 平成27年12月22日(火)13時00分～17時15分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「電気電子工学のこれから」榊 裕之
 「社会課題を解く視点」江村克己
 「イノベーション視点から見た学術研究と産業界との連携」渡部俊也
 「パネル討論」小柴正則／日高邦彦／土井美和子／松木英敏／本多 敏／喜連川 優／河田 聡／青山友紀／大西公平

◆「生薬の安定供給と開発に向けた薬用資源科学」

日時 平成28年1月8日(金)13時00分～17時10分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「現状の概観と薬用資源植物のゲノム機能科学」齊藤和季
 「薬用植物資源の作出、栽培、維持とデータベース」川原信夫
 「国際的な生薬資源の調査・開発と品質の標準化」小松かつ子
 「生薬資源のケミカルバイオロジー」阿部郁朗
 「伝統薬物の有用性評価と医療薬学的諸問題」牧野利明

「レギュラトリーサイエンスから見た生薬と薬用資源の課題」合田幸広

「原料生薬の品質・安定確保に向けた流通の現状と課題」平手豪巳

◆「防災学術連携体の設立と東日本大震災の総合対応の継承」

日時 平成28年1月9日(土) 13時00分～17時30分

場所 日本学会議講堂

次第 「学協会連絡会のこれまでの活動と成果について」

「学会連携の取組み事例の発表」

「東日本大震災復興の課題と今後の方向」

「東日本大震災に学んだ防災・減災と今後の方向」

「『防災学術連携体』設立の報告」

◆「強靱で安全・安心な都市を支える地質地盤の情報整備—あなたの足元は大丈夫?」

日時 平成28年1月23日(土) 13時30分～17時30分

場所 日本学会議講堂

次第 「日本における地盤情報の整備・共有化と活用事例」北田奈緒子

「都市平野部における地質地盤情報」中澤 努

「防災に役立つ地質地盤情報」岩田孝仁

「地盤情報の活用と強靱で魅力のある都市設計」田村和夫

「地中熱利用の普及に必要な地質地盤情報の共有化」笹田政克

「土地利用に関する新たな展開」中城康彦

「地質地盤情報の課題と今後の取り組み」

佃 榮吉

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^{ねつぞう}(Fabrication)、改竄^{かいざん}(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, 6th 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 α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

5. 図について

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

6. 引用について

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

著作権法

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

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

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

7. 引用形式について

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

■本文中の引用

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

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、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。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦），の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第 38 巻

[原著]

山端美香子, 近藤松子, 石川和枝, 天野芳子, 近藤真紀子: プロミン開発以前にハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因とその対処, Causes of and Coping Strategies for Repeated Wounds in Patients with Hansen's Disease until Promin Treatment, 38(1), 59-71, 2015.

中山登志子, 舟島なをみ: 「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の開発 — 実習指導者の役割遂行を支援する看護継続教育の実現に向けて —, Development of an Educational Needs Assessment Tool for Clinical Instructors: To Offer Continuing Education Programs Supporting Role Performance of Clinical Instructors, 38(1), 73-83, 2015.

大村光代, 山下香枝子, 西川浩昭: 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, 38(2), 1-12, 2015.

田中聡美, 布施淳子: 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, 38(2), 13-22, 2015.

細野知子: 長期の経過をたどる 2 型糖尿病患者の生活における病いの経験 — 10 年を経て語り直すということ —, Long-Term Experience of a Person Living with Type 2 Diabetes: Telling the Illness 10 Years Later, 38(4), 1-13, 2015.

市江和子, 杉原喜代美, 栗田佳江, 宮武陽子: 総合病院の看護中間管理者による妊娠から育児期にある臨床看護師への支援に関する研究, Support from Mid-Level Nursing Managers at General Hospitals for Clinical Nurses Who Are Pregnant or Have Young Children, 38(4), 15-24, 2015.

樽矢裕子, 濱本洋子, 佐藤鈴子: 退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス, Assessment Process for Continuity of Care for Elderly Patients by Visiting Nurses at Pre-Discharge Conferences, 38(4), 25-35, 2015.

唐田順子, 市江和子, 濱松加寸子: 産科医療施設 (総合病院) の看護職者が「気になる親子」の情報を提供してから他機関との連携が発展するプロセス — 乳幼児虐待の発生予防を目指して —, Developmental Process of Cooperation with other Institutions through the Provision of Information on “Parents and Children of Concern” by Nurses Working at Maternity Hospitals: with an Aim to Preventing Infant Abuse, 38(5), 1-12, 2015.

大村光代, 山下香枝子, 西川浩昭: 特別養護老人ホームにおける看取りの質を看護の視点から評価する因果モデルの検証, Verification of a Causal Model for Use in Evaluating the Quality of End-of-Life Care in Nursing Homes, 38(5), 13-22, 2015.

[研究報告]

山田光子: 統合失調症患者のセルフスティグマが自尊感情に与える影響, Impact of Self-stigma on the Self-esteem of Patients with Schizophrenia, 38(1), 85-91, 2015.

松田佳子：立ち会い出産における夫の満足感と立ち会い体験および妻への親密性との関連, Relationships between the Satisfaction and Experience of Husbands Present during Delivery and Family Intimacy, 38(1), 93-100, 2015.

松谷ひろみ, 原 祥子：中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相, Aspects of Individual Empowerment of Old-old people Living in Hilly and Mountainous Areas, 38(1), 101-111, 2015.

福良 薫：身体機能障害を抱える脳卒中患者の生活の再構築に向けた看護介入の検討, Investigation Nursing Intervention for Supporting Re-constructing the Life of Stroke Patients with Physical Dysfunction, 38(1), 113-125, 2015.

田中久美子：日本の専門看護師が役割を獲得するまでの内面的成長プロセス, Emotional and Mental Growth Process of Certified Nurse Specialists in Japan in Acknowledging Their Roles, 38(1), 127-137, 2015.

曾山小織, 吉田和枝, 米田昌代：祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連, Relationship between the Experience of Raising Children among Grandmothers and Attitudes toward Raising their Grandchildren, 38(1), 139-150, 2015.

高柳智子：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, 38(2), 23-32, 2015.

宮本由香里, 塚崎恵子：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, Effect of Intervention Using Digital Storytelling to Improve Floor Nurses' Attitudes toward Home Care, 38(2), 33-42, 2015.

末益友佳子, 門間晶子：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, Positive Appraisal of Primary Caregivers for Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Patients at Home and Related Factors, 38(2), 43-55, 2015.

川上祐子：教育課程の違いが看護学生の統計学に関する態度と動機づけに及ぼす影響, Differences in Nursing Students' Motivation and Attitudes Towards Statistics Depending on Educational Background, 38(4), 37-45, 2015.

柴 邦代, 山口桂子, 大津廣子：小児看護学実習における学生と患児との関係形成支援教授活動尺度の開発, Development of Instructional Activities Scale for Promoting Relationships between Nursing Students and Child Patients during The Pediatric Nursing Practicum, 38(4), 47-59, 2015.

西村和美, 荒木田美香子：尿失禁が他者との交流に及ぼす影響と対処行動 — 自立高齢女性を対象に潜在的なニーズにも着目して —, How Urinary Incontinence Affects Interactions with Others, and Coping Behavior: Targeting at Independent Elderly Females and also Focusing on Potential Needs, 38(4), 61-72, 2015.

丸山泰子, 櫛 直美, 横尾美智代：介護老人保健施設の看護職の役割・認識とやりがい感との関連, Relationship between Nursing Professionals' Roles/Understanding in Long-term Health Care Facilities for the Elderly and Sense of Job being Worthwhile, 38(5), 23-32, 2015.

申 沙羅, 山田和子, 森岡郁晴：生後2～3か月児がいる母親の育児困難感とその関連要因, Feelings of Difficulty with Child-Rearing and their Related Factors among Mothers with a Baby at the Age of 2-3 Months, 38(5), 33-40, 2015.

山田貴子, 藤内美保: 早期退職した病院勤務の新卒看護師の入職から退職後までの心理的プロセス, *Psychological Process from Hiring to Post-resignation of Early Resignation New Graduate Hospital-employed Nurses*, 38(5), 41-51, 2015.

内田真紀, 矢島直樹, 有田広美: 慢性肝炎患者が行う活動休息調整とソーシャルサポートのQuality of Lifeへの影響, *Influence of a Chronic Hepatitis Patient's Quality of Life on Activity/Rest Adjustment and Social Support*, 38(5), 53-59, 2015.

[資料・その他]

臼井綾子, 佐久間夕美子, 休波茂子: 基礎看護技術教育に関する教科書分析の現状と分析上の課題, *Current Status and Issues on The Textbook Analysis in Fundamental Nursing Skills Training*, 38(4), 73-80, 2015.

木下美樹, 吉田俊子, 山田嘉明, 高橋和子: 人工股関節全置換術を受けた患者のQOLの変化と関連要因の検討, *Factors Associated with Change in The Quality of Life after Total Hip Arthroplasty*, 38(5), 61-72, 2015.

福本 環, 岩脇陽子, 松岡知子: 京都府内の産婦人科診療所における性暴力被害者への支援の実態調査, *Factual Investigation of Support for Victims of Sexual Assault at Obstetrics/Gynecology Clinics in Kyoto Prefecture*, 38(5), 73-81, 2015.

2. 著者索引

あ

天野 芳子 38(1) 59
荒木田 美香子 38(4) 61
有田 広美 38(5) 53

い

石川 和枝 38(1) 59
市江 和子 38(4) 15, 38(5) 1
櫛 直美 38(5) 23
岩脇 陽子 38(5) 73

う

臼井 綾子 38(4) 73
内田 真紀 38(5) 53

お

大津 廣子 38(4) 47
大村 光代 38(2) 1, 38(5) 13

か

門間 晶子 38(2) 43
唐田 順子 38(5) 1
川上 祐子 38(4) 37

き

木下 美樹 38(5) 61

く

栗田 佳江 38(4) 15

こ

近藤 真紀子 38(1) 59
近藤 松子 38(1) 59

さ

佐久間 夕美子 38(4) 73
佐藤 鈴子 38(4) 25

し

柴 邦代 38(4) 47
申 沙羅 38(5) 33

す

末益 友佳子 38(2) 43
杉原 喜代美 38(4) 15

そ

曾山 小織 38(1) 139

た

高橋 和子 38(5) 61
高柳 智子 38(2) 23
田中 久美子 38(1) 127
田中 聡美 38(2) 13
樽矢 裕子 38(4) 25

つ

塚崎 恵子 38(2) 33

と

藤内 美保 38(5) 41

な

中山 登志子 38(1) 73

に

西川 浩昭 38(2) 1, 38(5) 13
西村 和美 38(4) 61

は

濱松 加寸子 38(5) 1
濱本 洋子 38(4) 25
原 祥子 38(1) 101

ふ

福本 環 38(5) 73
福良 薫 38(1) 113
布施 淳子 38(2) 13
舟島 なをみ 38(1) 73

ほ

細野 知子 38(4) 1

ま

松岡 知子 38(5) 73
松田 佳子 38(1) 93
松谷 ひろみ 38(1) 101
丸山 泰子 38(5) 23

み

宮武 陽子 38(4) 15
宮本 由香里 38(2) 33

も

森岡 郁晴 38(5) 33

や

矢島 直樹 38(5) 53
休波 茂子 38(4) 73
山口 桂子 38(4) 47
山下 香枝子 38(2) 1, 38(5) 13
山田 和子 38(5) 33
山田 貴子 38(5) 41
山田 光子 38(1) 85
山田 嘉明 38(5) 61
山端 美香子 38(1) 59

よ

横尾 美智代 38(5) 23
吉田 和枝 38(1) 139
吉田 俊子 38(5) 61
米田 昌代 38(1) 139

3. 事 項 索 引

あ

ARCS動機づけモデル	38(4)	37
アセスメントツール	38(1)	73

い

EPDS	38(5)	33
医学史	38(1)	59
育児困難感	38(5)	33
意思決定	38(2)	23
移動運動	38(2)	23
イメージ	38(2)	33
因果モデル	38(5)	13

え

エスノグラフィ	38(1)	101
M-GTA	38(4)	25
エンパワメント	38(1)	101

お

夫	38(1)	93
---	-------	----

か

介護肯定感	38(2)	43
介護老人保健施設	38(5)	23
外傷	38(1)	59
学習指導要領	38(4)	37
語り	38(1) 113, 38(4)	1
関係形成	38(4)	47
看護介入	38(1)	113
看護学実習	38(4)	47
看護学生	38(4)	37
看護技術	38(4)	73
看護基礎教育	38(4)	73
看護ケア	38(5)	73
看護継続教育	38(1)	73
看護師	38(2)	13
看護実践能力	38(2) 1, 38(5)	13
看護職の役割	38(5)	23
看護中間管理者	38(4)	15
看護モデル	38(1)	127
患者ケアの継続	38(4)	25

き

QOL	38(5)	53
教育ニード	38(1)	73
教科書	38(4)	73
教授活動	38(4)	47
京都府	38(5)	73
筋萎縮性側索硬化症	38(2)	43

け

継続看護支援	38(5)	61
--------	-------	----

こ

5因子モデル	38(2)	1
後遺症	38(1)	59
強姦	38(5)	73
後期高齢者	38(1)	101
構成概念妥当性	38(2)	1
高齢患者	38(4)	25
子育て支援	38(1)	139
孤立感	38(5)	33

さ

在宅療養生活	38(2)	33
産科医療施設	38(5)	1
産婦人科	38(5)	73

し

支援	38(4)	15
自己管理行動	38(5)	61
自尊感情	38(1)	85
実習指導者	38(1)	73
質的研究	38(1) 59, 38(4)	1
児童虐待	38(5)	1
重回帰分析	38(5)	33
周産期	38(5)	1
主介護者	38(2)	43
自立高齢女性	38(4)	61
人工股関節全置換術	38(5)	61
新卒看護師	38(5)	41
親密性	38(1)	93
信頼性	38(4)	47
心理	38(5)	41

診療所	38(5)	73	尿失禁	38(4)	61
			認識	38(5)	23
せ			妊娠・育児期	38(4)	15
生活再構築	38(1)	113	の		
生活調整	38(5)	53	脳血管障害	38(2)	23
生活の質	38(5)	61	脳卒中	38(1)	113
成長	38(1)	127	は		
成長と発達	38(1)	127	発生予防	38(5)	1
世代間ギャップ	38(1)	139	母親	38(1)	139, 38(5) 33
セルフステイグマ	38(1)	85	ハンセン病	38(1)	59
専門看護師	38(1)	127	ひ		
専門職の役割	38(1)	127	病院勤務	38(5)	41
そ			評価	38(5)	13
早期退職	38(5)	41	病棟看護師	38(2)	33
ソーシャルサポート	38(5)	53	ほ		
祖父母	38(1)	139	訪問看護師	38(4)	25
た			ま		
退院支援	38(2)	33	孫育児	38(1)	139
退院前カンファレンス	38(4)	25	慢性肝炎	38(5)	53
体験	38(1)	93	満足感	38(1)	93
他者との交流	38(4)	61	み		
立ち会い出産	38(1)	93	看取り	38(2)	1
妥当性	38(4)	47	看取りの質	38(5)	13
ち			や		
中山間地域	38(1)	101	やりがい感	38(5)	23
て			よ		
デジタルストーリーテリング	38(2)	33	抑うつ状態	38(1)	85
転職	38(2)	13	り		
転職観	38(2)	13	リハビリテーション看護	38(2)	23
と			臨床看護師	38(4)	15
統計学教育	38(4)	37	れ		
統計学態度	38(4)	37	連携	38(5)	1
統合失調症	38(1)	85			
特別養護老人ホーム	38(2)	1, 38(5) 13			
に					
2型糖尿病	38(4)	1			
日常生活援助	38(4)	73			

欧文

A

a sense of isolation	38(5)	33
ALS	38(2)	43
ARCS motivation model	38(4)	37
assessment tool	38(1)	73

B

basic nursing education	38(4)	73
-------------------------	-------	----

C

causal model	38(5)	13
cerebrovascular disorder	38(2)	23
certified nurse specialist	38(1)	127
child abuse	38(5)	1
childcare support	38(1)	139
chronic hepatitis	38(5)	53
clinical instructors	38(1)	73
clinical nurses	38(4)	15
clinical training	38(4)	47
clinics	38(5)	73
construct validity	38(2)	1
continuing education in nursing	38(1)	73
continuity of patient care	38(4)	25
continuous nursing support	38(5)	61
cooperation	38(5)	1

D

daily life support	38(4)	73
decision-making	38(2)	23
depressive state	38(1)	85
digital storytelling	38(2)	33
discharge support	38(2)	33

E

early resignation	38(5)	41
educational needs	38(1)	73
elderly patient	38(4)	25
empowerment	38(1)	101
end-of-life care	38(2)	1
EPDS	38(5)	33
ethnography	38(1)	101
evaluation	38(5)	13
experience	38(1)	93

F

feelings of difficulty with child-rearing	38(5)	33
five factors model	38(2)	1
floor nurses	38(2)	33

G

geriatric health care facilities	38(5)	23
grandchild care	38(1)	139
grandparents	38(1)	139
growth	38(1)	127
growth and development	38(1)	127

H

Hansen's disease	38(1)	59
hilly and mountainous area	38(1)	101
history of medicine	38(1)	59
home care	38(2)	33
hospital-employed	38(5)	41
husbands	38(1)	93

I

image	38(2)	33
independent elderly females	38(4)	61
instructional activities	38(4)	47
interactions with others	38(4)	61
intergenerational gap	38(1)	139
intimacy	38(1)	93

K

Kyoto Prefecture	38(5)	73
------------------	-------	----

L

life re-constitution	38(1)	113
living adjustment	38(5)	53
locomotion	38(2)	23

M

maternity hospitals	38(5)	1
M-GTA	38(4)	25
mid-level nursing managers	38(4)	15
ministry's curriculum guideline	38(4)	37
mother	38(1)	139
mothers	38(5)	33
multiple regression analysis	38(5)	33

N

narrative	38(4)	1
narratives	38(1)	113
new graduate nurses	38(5)	41
nurses	38(2)	13
nursing competence	38(2)	1, 38(5) 13
nursing homes	38(2)	1, 38(5) 13
nursing intervention	38(1)	113
nursing models	38(1)	127
nursing professionals' roles	38(5)	23
nursing skill	38(4)	73
nursing student	38(4)	37
nursing support	38(5)	73

O

obstetrics/gynecology	38(5)	73
old-old people	38(1)	101

P

participation in childbirth	38(1)	93
perinatal period	38(5)	1
positive appraisal	38(2)	43
pre-discharge conference	38(4)	25
pregnancy and childcare period	38(4)	15
prevention	38(5)	1
primary caregivers	38(2)	43
professional role	38(1)	127
psychological	38(5)	41

Q

QOL	38(5)	61
qualitative research	38(4)	1
qualitative study	38(1)	59
quality of end-of-life care	38(5)	13
quality of life	38(5)	53

R

rape	38(5)	73
rehabilitation nursing	38(2)	23
relationship	38(4)	47
reliability	38(4)	47

S

satisfaction	38(1)	93
schizophrenias	38(1)	85
self management behavior	38(5)	61
self-esteem	38(1)	85
self-stigma	38(1)	85
sense of job being worthwhile	38(5)	23
sequelae	38(1)	59
social support	38(5)	53
statistics attitude	38(4)	37
statistics education	38(4)	37
stroke	38(1)	113
support	38(4)	15

T

textbook	38(4)	73
THA	38(5)	61
trauma	38(1)	59
turnover	38(2)	13
turnover values	38(2)	13
type 2 diabetes mellitus	38(4)	1

U

understanding	38(5)	23
urinary incontinence	38(4)	61

V

validity	38(4)	47
visiting nurse	38(4)	25

事務局便り

1. 平成28年度会費納入のお願い

平成28年度会費納入のお願いをお送りしております。未納の方はお早目のご納入をお願いいたします。

第42回学術集会で演題発表をなさる方（共同発表者を含む）は、平成28年5月末までに必ず平成28年度会費をお納めください。未納の場合は、発表および抄録へのお名前の掲載ができませんのでご注意ください。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

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・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会雑誌について

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

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 5号

会員無料配布

平成27年12月20日 印刷

平成27年12月20日 発行

編集委員長

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
竹田 恵子 (会員)	川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科
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)

発行所 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

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

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。

