ISSN 2758−3384
Vol.21 No.1 May, 2026

第 21 巻第 1 号　2026 年 5 月

日本看護学会誌

Journal of The Japan Society of Nursing

日本看護学会
The Japan Society of Nursing

目　　次

◇ 原　著 ◇

我が国の職場におけるメンター制度研究の動向と課題
つくば国際大学医療保健学部　吉　田　和　美　……3

看護師の職務遂行に対する自己効力感尺度の開発
中部学院大学　野　田　明　敬　……10

モンゴル国Ａ病院の病院長、副病院長及びリスク管理部長のリスク感性分析
秀明大学看護学部　藤　川　理　恵　……18

高度急性期医療を担う看護師の仕事経験とプロフェッショナリズムとの関係性
日本医療大学ヒューマンデザイン学部　小野寺　美希子　……26

自傷をする患者への看護師の感情と関わり方
―精神科思春期青年期病棟に入退院をする患者―
東京都立松沢病院　飯　塚　彩　乃　……33

感情労働が透析看護師の顧客志向行動に与える影響
―仕事の意味づけと職務満足との関連を踏まえた分析―
金山クリニック　山　内　　要　……42

◇研究報告◇

新型コロナウイルス感染症のクラスター対応における感染管理認定看護師の役割
―三重県におけるクラスター対応からの検討―
伊賀市立上野総合市民病院　林　　智　世　……51

医療的ケアの必要な子どもの親における災害への備えの認識と実態
ケアパイプ訪問看護ステーション　髙　村　理絵子　……60

医療施設における清拭タオルの使用実態と管理に関する全国調査
―感染対策と快適性の両立に向けて―
弘前大学大学院医学研究科　渡　部　菜穂子　……67

外来通院中の高齢慢性疾患患者がフレイルに移行したプロセスの特徴
京都第一赤十字病院　豊　　早　苗　……76

特定機能病院における退院後訪問の導入と定着に向けた看護師長の管理活動
自治医科大学附属病院　安　西　典　子　……85

コロナ禍における子育て世代の看護学生の困難感
千葉科学大学看護学部　岡　本　陽　子　……93

喉頭摘出術を受けた患者のQOLとコミュニケーション形成に関する実態と課題
―喉頭摘出者に対するコミュニケーション形成の支援―
山口大学医学部附属病院　岩　﨑　香　織……101

急性期病院における認知症高齢者への入退院支援に対する卓越した看護実践
―専門看護師および認定看護師へのインタビュー調査から―
近畿大学看護学部　長　尾　千　裕……108

肩関節鏡視下手術における温風式加温装置を用いた加温範囲の違いによる術中体温の特徴
―体温変化に着目して―
千葉大学医学部附属病院　松　田　麻　帆……116

コミュニケーション能力が疾患によって低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセス
―障害者病棟に勤務する熟練看護師と若手看護師の比較―
洛和会音羽リハビリテーション病院　足　立　実　生……121

治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験
―クロザピン導入前後の支援を振り返って―
石金病院　藤　井　大　士……129

アフターコロナ期の看護学生の自己効力感
―臨地実習以外で自己効力感が高まる教育場面・教育方法の検討―
鹿児島県医療法人協会立看護専門学校　宮　内　順　子……135

定年後再雇用看護師の就業実態と就業継続における課題
弘前大学医学部附属病院　田　中　未紗希……142

A病院の子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因
―2023年度の調査から―
姫路赤十字病院　芦　田　真知子……150

大学病院の成人病棟において小児先天性心疾患術後看護を実践する看護師の認識
―精神的負担へのサポート体制の検討―
金沢大学附属病院　登　内　真　希……158

院内業務から算出した手指消毒薬必要使用量および感染予防メッセージの提示による手指消毒薬使用量の変化
豊橋市民病院　鈴　木　宏　昌……164

◇実践報告◇

小児看護学における心肺蘇生法教育後の学生の学び
日本医療科学大学保健医療学部　佐々木　重　徳……171

２年目看護師のフィジカルアセスメント研修後の行動変容
自治医科大学附属病院　安　西　典　子……176

酸素マスクを嫌がる呼吸器疾患患児に対する効果的な吹き流し酸素投与の工夫
―考案した酸素ベストの効果について―
済生会兵庫県病院　西　上　敦　子……181

◇ 原　著 ◇

我が国の職場におけるメンター制度研究の動向と課題

吉田和美[1)*]

目的：日本におけるメンター制度の既存研究についてレビューを行い，今後の看護師のキャリア発達への示唆を得る。
方法：電子論文検索データベース（CiNii Research）を使用し，最終的に21件の文献をレビューの対象とした。
結果：メンター制度の方式は，プロテジェ１人に対してメンター１人を割り当てる固定型メンター制度がほとんどであった。メンター制度のプログラムは，「実施準備」，「参加者募集」，「マッチング」，「全般的援助」，「面談」，「会議」，「カンファレンス」，「見守り」，「評価」であった。
結論：メンター制度の動向を知ることにより，看護領域におけるメンター制度の導入および継続は，単なる新人教育の延長ではなくキャリア発達支援の基盤的戦略として有用であり，組織的利益をもたらす可能性が高かった。年齢に関係なく様々なメンターから支援を受けキャリア形成できる組織風土を作る重要性が示唆された。

【キーワード】メンター制度，メンタリング・プログラム，人材育成・プログラム，キャリア発達

Ⅰ．はじめに

メンター制度とは，経験豊かな先輩（メンター）が双方向の対話を通じて，後輩（メンティ，プロテジェ）のキャリア形成上の課題解決や悩みの解消を援助し，個人の成長をサポートする役割を果たす制度である。具体的には，定期的にメンターとプロテジェが面談（メンタリング）を重ね，信頼関係を育む中で，メンターはプロテジェの抱える仕事上の課題や悩み等を聴き，相談に乗る。その上で，プロテジェ自らがその解決に向けて意思決定し，行動できるように支援する制度である（厚生労働省，2013）。この関係は，職場において自然に発生する先輩・後輩間の育成的な人間関係を制度的に作り上げることであり，企業等で広く取り入れられている。

このような企業等におけるメンター制度は，1980年代のアメリカで発祥したと言われている。アメリカを中心とした海外では，失業率の増加を背景に，いわゆるメンター制度である企業による公式的なメンタリング・プログラムが人材育成ツールとして採用され広がってきた（渡辺，2004）。日本においても1990年代以降では，企業風土や職場環境が激変し，ほとんどの企業が終身雇用・年功序列等の人事制度を改め，組織のフラット化やスリム化，成果主義を導入し始めた。その結果，日本企業がもつ潜在的カリキュラムが力を弱め，職場の中で仕事を通じて若者を支援し，成長させる教育力を脆弱化させている（Kram，2003，pp.3-10）。つまり，「面倒見のよい先輩や上司＝メンター」が自身のことで精一杯になり余裕がなくなり，組織内の人と人とのつながりが希薄になったと考えられる。そのような背景によってメンター制度が企業に導入されたことを考えると，学校においても同じような状況が見られるようになっている。すなわち，学校現場では，教育課題が複雑化・多様化する一方で，教員の多忙により教員間のコミュニケーションが希薄になっており，この点からも，メンター制度の導入は意義深いと考える（伊藤・柴田，2014）。

さらに視点を看護の現場に移すと，近年，看護師の離職率の高さが問題となっており，多くの医療機関では新人看護師の教育やキャリア支援に取り組んでいる。具体的には，日本の病院の85.6％がプリセプターシップを導入し，新人看護師のリアリティショックを和らげ，職場への適応や役割遂行を支援している（日本看護協会，2005，pp.35-53）。しかし，その効果は十分とは言えず，支援の継続性や人間関係の偏りといった課題が指摘されている（伊藤・柴田，2014）。田出ら（2022）

受付日：2024年10月15日／受理日：2026年1月20日
1）つくば国際大学医療保健学部看護学科
＊ E-mail：km-yoshida@tius.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

は，大学教員がメンターとして新卒看護師を支援する制度に対し，教員も新卒看護師もその「可能性」と「必要性」を前向きに評価する一方で，制度の運用体制や相談環境の整備，およびメンターとなる教員に対する組織的支援の必要性が課題として指摘されている。メンターは新人の知識・技術の習得だけでなく，心理的支援やキャリア形成を促す役割を担う点で，プリセプター制度を補完し得ると考えられる。

そこで，メンター制度によるメンタリング・プログラムの現状についてレビューを行い，メンター制度の現状と課題を明らかにし，今後の看護師のキャリア発達支援の方向性について示唆を得ることとする。

Ⅱ．目　　的

本研究では，日本におけるメンター制度に関する既存研究を体系的にレビューし，導入されている職場の種類や目的，制度の有効性，システム，評価，教育体制などの知見を網羅的に概観することで，メンター制度の現状と課題を明らかにし，今後の看護師のキャリア発達支援への活用に向けた示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ．方　　法

対象研究論文の検索には，電子論文検索データベース（CiNii Research）を使用した。日本でメンター制度が導入されるようになった2000年代から現在に至るまでとし，期間は2000年～2023年（2023年12月時点），言語種別は日本語，タイトルおよび抄録内検索式は（メンター制度 OR メンタリング・プログラム OR メンター・プログラム OR 人材育成・プログラム）AND（企業 OR 組織 OR キャリア OR 日本）を用いた。この検索式で検索を行った結果232件がヒットし重複した論文を２件削除し230件となった。

これらの文献のうち，以下の適格基準に該当する文献を選択し，それ以外の本研究テーマと関連のない論文を179件除外した。適格基準は，①日本の民間企業に勤務する人々を対象，②メンター制度の内容と影響の２つとする。①に非該当の文献は36件，②に非該当の文献は16件であった。次に学会抄録等の二次文献を127件除外し，適格性が評価された文献51件をすべて入手し読み，最終的に21件の文献をレビューの対象とした。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，つくば国際大学倫理審査委員会で承認（承認番号：R06-14号）されている研究であり，すべて公開されている文献に基づき，個人情報の特定や保護などに関する倫理的基準に該当する項目はない。

Ⅴ．結　　果

１．レビュー論文の概要

本調査に用いた論文は 21 件であった。刊行年と件数は，2006年１件，2009年２件，2011年２件，2012年２件，2013年１件，2014年２件，2015年１件，2017年２件，2018年３件，2019年１件，2020年１件，2021年１件，2022年２件であった。研究実施国はすべて日本であり，日本の学校，企業について調査されたものであり，看護の職場における論文は見当たらなかった。

２．メンター制度におけるプロテジェ・メンター対象者

メンター制度におけるプロテジェ対象者は，小学生，中学生，高校生の青少年が２件（＃２，７），大学生７件（＃５，９，11，12，14，17，19），一般企業２件（＃20，21），農業１件（＃16），小学校教員１件（＃６），高校教員２件（＃８，10），大学教員３件（＃13，15，18），研修医２件（＃３，４），臨床工学士１件（＃１）であった。

メンター対象者は，プロテジェ１人に対して，メンター１人を割り当てるケースが 21 件中 20 件であった。そのメンター対象者は，経験豊かな指導者・シニアメンター・上級医・教育経験者，ベテラン教員，先輩など高い能力と業務実績を要し，経験がある者であった。１対１の個別メンタリングと併せて，複数のプロテジェとメンターが交流できるプログラムも用意されているというシステムがあったのは１件（＃17），プロテジュ１人に対してメンター１人を割り当てる以外に，メンター複数人が複数人の指導を行うシステムであったのは１件（＃21）であった。

３．メンター制度，メンタリング・プログラム運用の内容

メンター制度のメンタリング関係については，ベテラン職員に若年層職員を固定している「固定型」と，状況に応じてメンターが変わりベテラン職員だけでなく若手職員がメンターとなり，ベテラン教職員に対してコーチングやアドバイスによりお互いの成長を促す機能も備えた「分散型」がある（山内，2023）。本研究で対象とした論文は，固定型メンター制度が主流であり（＃１～16，＃19～21），他には，大学でのゼミナール組織を用いたメンター制度でチームを作成し，３，４年生は新ゼミ生を支援し，３，４年生同士も負担を減らすために支援し合い，新ゼミ生同士もコミュニティを形成できるようにする形式が見られた（＃17）。また，１人のメンターに１～数人のプロテジェが割り当てられる形式も報告されている（＃18）。分散型の形式を取り上げている研究はなかった。また，業務上の利害関係が生じる関係性に基づく公式メンタリングと，業務上の利害関係がない間柄に基づく非公式メンタリングがあるが，本研究で対象とした論文では，すべてが公式メンタリングの体制の研究であった。

メンター制度におけるメンタリング・プログラムについては，文献から抽出した記述を内容ごとに区分し，それを表す短いラベルを付してコード化し，さらに類似した特徴や意味を持つコードをグループ化し，それらの共通する特徴を表す名前をつけサブカテゴリーとし，関連するサブカテゴリーをさらにまとめ，より抽象度の高いカテゴリーを作成した。その結果，「実施準備」，「参加者募集」，「マッチング」，「全般的

援助」,「面談」,「会議」,「カンファレンス」,「見守り」,「評価」の９つのカテゴリーが抽出された。

具体的な内容を見ると,「参加者募集」については，学生に対し学習支援メンタープログラムの情報を発信し（#14)，専用ホームページを作成し(#19),告示と候補者の募集(#22)またはスクリーニング(＃７)を実施している状況があった。メンターとプロテジェの「マッチング」については，マッチングシートの活用によるプロテジェとメンターの二者の「ライン」関係を構成（＃８）したり，メンターとプロテジェの選抜, マッチング(#22)が実施されていた。「全体的な援助」については，プロテジェの業務上の問題解決や悩み解消の援助（＃１）やメンターの指導や助言を受けて自己の力量向上を目指す援助（＃８），広範囲な助言（#13)，独立後や私生活に関する相談（#16)，研究の方向性，プログラミング内容についてや資料作成の支援（#17)，メールを利用しメンタリングを実施する支援（#20）が挙げられた。「面談」の実施については,月に一度関係者で研修進捗に関する面談の実施(＃１，２，４）や，２か月に１回程度の面談の実施（＃４），１対１での面談の実施（＃９）が挙げられた。「会議」については，メンター会議（＃２，７，17）や，メンター制度活性化の場の設定（＃８），コーディネーターが定めた会議に出席し報告指導を受け（#14)，意見交換をしたり（＃６），経験の共有（＃７）を実施してる状況が挙げられた。「カンファレンス」については，メンターフェアと称し，メンター10～12人が１人づつ待機し,自由にメンターとグループで懇談(＃９）したり，フォローアップ研修のタイミングに合わせて年２回研修グループ７～８名にメンター１名が対応するグループメンタリングの実施（#20）が挙げられた。「見守り」については，関係性のモニタリングを事務局の専門科が行い各ペアの関係を支えるモニタリングの実施（＃７），コンピューター・ネットワークで接続し，メンターから提供された学生への指導内容や指導歴等をサーバに登録し資料として活用する見守り（#19）が挙げられた。「評価」については，プログラム評価と修正の実施（＃７），メンターから提供された学生への指導内容や指導歴等をサーバに登録し評価に用いたり（#19)，メンター制度終了後アンケート調査の実施（＃４）が挙げられた。

４．メンター制度教育内容

メンター制度に関する教育内容としては,事前指導として，プログラムの目的や内容に関する情報を伝え，オリエンテーションを実施（#20）したり，学生メンター研修会の開催（＃２）やメンターには「メンターになるメリット」や「よいメンターになるためには」についての説明の実施（#20)，メンター候補者にメンター制度についての説明を実施（＃４），メンタリングとはどういうものかをメンター，プロテジェともに教育する（＃６，15，20）という教育内容であった。

また，事前指導後のメンター制度に関する促進指導としては，座学などによる知識の取得（OFF-JT）と実臨床における教育訓練（OJT）（＃１），大学や学習支援センタープログラムで活動する新学生メンターに訓練の提供（＃６），学習会３回の授業の映像と分析結果をもとに意見交換（#15)，自主ゼミナールの開催（#17）が挙げられた。

５．メンター制度の評価

メンター制度の評価としては，青少年向けメンタリング・プログラムの日本での先駆的事例でのプログラムへの満足度は，保護者の 64%，メンターの 51%，プロテジェ 45%がメンター制度について「大変良かった」と回答していた。「全くよくなかった」と回答したものはいなかった（＃７）。メンタリングによるプロテジェの態度や行動の変化については，情緒的成熟，学習習慣，行動の自己制御，対人関係の向上の４点から測定し,プロテジェの態度や行動の変化が確認できた。各尺度の α 係数は 0.79～0.90 であった。メンター，メンティとの交流継続意思についても「思わない」の割合は非常に少なかった。また,研修医によるメンターの実際では,メンティによるメンター制度に対する満足度の平均値は7.25(10段階)であった（＃４）。

メンター制度のメリットとしては次のようなものが挙げられていた。メンターが自分に代わって体現してくれる未来が現在を照射し，あらためて自己を意識できたことが挙げられた。また，他学生の発言を聞くことによって，同年代からも自分とは異なる考え方に刺激を受け，将来のヴィジョンを広げることができた（#12)，メンター教員であるベテラン教員の意見交換は，知恵を提供するだけでなく，自分の実践に自信を持ったり，メンタリングについて話し合う上での語録を確認できたりとメリットがあった（#15)，頼る相手がいるという安心感から，研究に対する不安を払拭することが可能になった（#17)，メンタリングを経験することで自分の経験や考え方を棚卸できる有効な機会となった（#20）というメンター制度のメリットの内容が挙げられていた。

メンター制度のデメリットとしては，次のようなものが挙げられていた。新しく始まったばかりで未整備な制度の下でのメンタリングの焦点が研究に偏っているため不満な点もある（#13)，学生メンター制度は教育理念に十分な誇りを持たせるには至っていない(#14)。また,メンターがいることで,メンターばかりに質問し，新ゼミ生同士での協働が疎外された（#17)，メンターの忙しさ，相談内容のレベルの低さについてのプロテジェの不安，メンター・プロテジェ間の上下関係が疎外因子になる（#18）というメンター制度のデメリットが挙げられた。

Ⅵ．考　　察

１．メンター制度（メンタリング・プログラム）導入・継続の可能性

本研究で対象となったプロテジェは，小中高生や大学生，教員，企業人，医療職と多岐にわたり，特に大学生を対象とした研究が多かった。メンターはいずれも経験豊かな専門職

表１　レビュー対象となった論文（21 件）の概要

No.	研究者 発表年	論文名	目　的	対象 メンティー	対象 メンター	メンター制度の形式 公式（組織） 固定型	メンター制度の形式 公式（組織） 分散型	メンター制度の内容	教育内容	メンター制度の評価 メリット	メンター制度の評価 デメリット
1	押方翼・湯沢ひとみ・安西奈美樹・山口康太・中村友美・高橋智弘・石井和行・田邉健吾・池田隆徳 2022	当院における臨床工学技士のアプレーション業務の教育体制	CA業務習得のための教育体制を構築する。	臨床工学士	経験豊富な指導者（臨床工学士）	○		経験豊富な指導者が研修者の業務形成上の問題解決や悩みの解消の援助する。月に一度、MEサービス部のマネージャー、アシスタントチーフ、指導者、研修者で研修進捗に関する面談を行う。	座学などによる知識の取得（off-ｊT）と実臨床における教育訓練（OJT)を実施している。	指導者側の人材育成意識の向上がみられた。	
2	吉富秀樹・宮下卓也・矢口圭輔・趙菲菲・中村直人・寺山貴幸・佐藤誠 2022	津山高専ジュニアドクター育成塾における学生メンター制度の意義と育成システム	学生メンターの能力伸長を目的とした育成システムを構築する。	小学校5・6年生および中学生	学生メンター	○		津山高専ジュニアドクター育成塾では，学生教育の一環として，塾生の受講を支援するため学生メンターをおき，学生メンター制度とし、メンターとしてのスキルを向上させる機会の提供および学生メンター相互の成長を図り，これらの活動に対し謝金を支給することで学生の学修環境の改善に資する。	学生メンター研修会 学生メンター会議 学生メンタースキルアップ度の評価	塾生に対するスキルの向上、学生メンター相互評価，メタ認知（高みより自身を見る）等の観点よりグループディスカッション等を通じて学生メンター相互の成長を図り学生メンター自身のキャリア形成にも役立った	
3	芝順太郎・佐藤正章・原鉄人・平岡希生、竹内護 2021	メンター制度が麻酔科研修に与える教育効果	コミュニケーションを促進する改善策としてメンター制度を導入し、メンター制度DC（Debriefing　Conference）に及ぼす影響を検討する。	初期研修医	上級医数名	○		上級医数名と初期研修医でDC（Debriefing　Conference）を実施する。	メンター制度導入によってDC（Debriefing Conference）において疼痛管理とコミュニケーションに関する教育を行った。		
4	佐藤明香・宇賀麻由・植田真司・矢野修也・小川弘子・三好智子・難波志穂子・大塚文男 2020	研修医メンター制度の実際とメンティによるメンター制度に対する評価	2018 年度に本制度を利用した研修医（メンティ）からのメンター制度に対する評価を明らかにする。	研修医	メンター登録指導医	○		メンター登録指導医を募集・登録したメンター候補者プロフィールを研修医室に掲示、研修医とメンター候補者との顔合わせ、卒研センターがマッチング・メンターメンティの組み合わせを発表、月1回程度の面談、2か月に1回程度の面談、メンター制度終了・アンケート調査を実施する。	新採用研修医にメンター制度について説明・メンター候補者にメンター制度いついて説明する。	メンター制度に対するメンティ満足度の平均値は7.25（10段階）標準偏差2.65であった。面談の話題は、進路（診療科）選択、臨床研修、日々の業務での疑問・質問、対人関係が多かった。	改善点は見られていない。
5	浅井尚子 2019	先輩留学生を活用した大学院進学コースの取り組みと課題	拓殖大学別科日本語教育課程の大学院受験留学生への支援策を再考し、大学院進学指導での先輩大学院生の活用について検討する。	拓殖大学別科日本語教育課程の大学院受験留学生	先輩大学院生	○		昭和女子大学が実施している社会人メンター制度の仕組みを取り入れた大学院生メンター制度を構築し、相談しやすくなるような環境づくり、ネットワークづくりを試みる。			
6	谷本直美 2018	若手音楽教師を対象とした授業改善のためのメンタリング・プログラムの有効性	若手教師（経験年数4年目～10年目）を対象とした、子どもの主体的な学びを支える音楽家の授業改善を目指したメンタリング・プログラムの有効性を明らかにする。	メンティ：小学校音楽専科8年目	メンター：小学校教員経験23年、小学校音楽科非常勤講師8年目	○		メンティの3回にわたる授業ⅠⅡⅢで見られた変容を発話分析結果と実際の授業記録から分析解釈する。メンタリングプログラムは、研究説明、授業1、分析提示、授業Ⅱ、学習会、授業Ⅲ、分析提示、学習会、インタビューで構成される。		メンティにとって最も必要だったと感じることは、メンティの語りに対する傾聴である。メンターが耳を傾けることによってメンティの思考の活性化を促し、児童観の更新や信念の自覚を支えることができた。	
7	渡辺かよ子 2018	メンタリング・プログラムとプログラム評価：広島市青少年支援メンター制度の成果を中心に	「先進」各国で拡大している青少年向けメンタリング・プログラムの日本での先駆的事例として、広島市青少年支援メンター制度の概要とそのプログラム評価を報告する。	小学生112人 中学生130人 高校生109人 合計351人	メンター登録者:483人	○		メンタリングプログラムの利用目的は、活動支援、成長支援、不登校支援である。 メンタリングプログラムは①参加者募集、②スクリーニング、③マッチング、④事前指導、⑤モニタリング、⑥経験の共有、⑦プログラム評価、から構成される。	青少年の発達支援や非行防止、難民支援等の社会運動、さらに専門職や企業の人材育成の方法として導入されている。	プログラムへの満足度は、保護者の64％、メンターの51％、メンティの45％がメンター制度について「大変良かった」と回答している。「全く良くなかった」と回答したものはいない。	関係機関連携の強化とともに利用希望者が急増し、条件が合わないために未交流となっているメンターやメンティが多くなっていることがある。
8	串戸正一 2018	高等学校における構内研修の活性化-メンター制度の導入を方法として－	構内研修の中でも,校内の若手教員の力量向上の場のために、メンター制度を方法として導入することにより、その問題課題の解決を図る。	若手教員	ベテラン教員 ミドルリーダークラスの教員	○		メンター制度の内容については、メンティー（若手教員）とメンター（ベテラン教員）の二者の「ライン」関係を構成し、マッチングシートの活用、マッチングシートの結果の協議、メンター制度活性化の場の設定として「東雲会」の設置、メンター制度の拡張化の場として「教化会」をもち校内研修組織として再編化を目指す。若手教員は、個別に対応するメンター側の指導や助言を受けて、自己の力量向上を果たす。	メンター制度の価値や理念の研修は実施していない	「若手教員の課題発見力、課題追及力、課題解決力、授業改善力の「4つの力量向上」にプラスの効果を与えた。 若手教員（勤務校における30歳未満の若手教員15名）に対するアンケート結果から、勤務校における若手教員全体の「メンター制度」の必要性については肯定率が高かった。	メンター制度の、「自己達成感」については比較的には達成されていなかった。
9	小森亜紀子・本間英子 2016	昭和女子大学社会人メンター制度がメンター・学生双方にもたらす効果および今後の課題	現在登録しているメンターを対象に実施した質問紙調査をもとに、メンターが学生との交流により得たものについて分析結果を報告する。	学生	社会人メンター（354人）学生にプロフィールを公開	○		昭和女子大学社会人メンター制度については、 ①メンティーがメンターを選ぶ、②固定的・継続的ではない助言を対面で受ける、③1体1の個別メンタリング以外に、複数のメンティーとメンターが交流できるようにプログラムが用意されている。			
10	石川照子 2017	日本史教師のカリキュラムデザインを支援するメンタリング・プログラムの開発	高校の若手日本史教師を対象に，日本史カリキュラムのデザイン力の向上を支援するメンタリング・プログラム（以下，本プログラムと表記）を開発し，提案することである。	高校の若手日本史教師	先輩教師	○		プログラムは「自分の授業実践の目標を意識化する」，「授業の選択可能性を広げる」，「自己の変化をメタ認知する」という３つのフェーズ（局面）から成り立ち，各フェーズに共通するメンタリングの基本的なプロセスは，①授業観察→②アンケート→③対話→④資料提供→⑤フォローアップ，の５段階である。		３つのフェーズに体系化することで，授業と教科観の内発的な改善・変革にも資するものとなっていた。 ゲートキーパーとしての教師のカリキュラムデザインを支援する本プログラムを開発できた。	
11	小森亜紀子・本間英子 2015	昭和女子大学社会人メンタープログラム参加学生の感想の質的分析2	個別メンタリングとメンターカフェを対象として分析した結果と、メンターフェアを合わせた３つのプログラムの比較を報告する。	2012 年度に個別メンタリング参加学生（187人）とメンターカフェ参加学生（134 人）		○		メンター制度としては、①メンティーがメンターを選ぶ②固定的・継続的ではない助言を対面で受ける③1体1の個別メンタリング以外に、複数のメンティーとメンターが交流できるようにプログラムが用意される。 学生とメンターとの交流プログラム ・個別メンタリング（随時　45分間） 選びたいメンターを選びメールで申し込み大学の個室で1対1で面談 ・メンターカフェ（月1回（土曜）13：30～15；00） テーマを大学が設定して、テーマに即した3人のメンターに来航依頼し、30人程度の学生が懇談する。学生は参加申し込みが必要 ・メンターフェア（月2会（半日）11：45～13：15） 昼休み時間帯、学内オープンスペースのテーブルにメンター10～12人が1人ずつ待機し、学生は参加申し込み不要で自由にメンターとグループで懇談する。メンターからは事前に参加申し込みを受ける。		学生がどのメンターとの交流を選び、どのプログラムを選択するかは、学生の意志であり、学生の自由に委ねられている。このことは、学生の自発性に基づいた意識的な選択となっている。	
12	小森亜紀子・本間英子 2014	研究ノート 昭和女子大学社会人メンタープログラム 参加学生の感想の質的分析	複数のメンターとメンティとの交流プログラムのうち、メンターフェアを取り上げ、参加した学生の感想文を質的に分析し、本学のメンター制度の効果の一部を明らかにすることを目的とする。	若年者	社会経験なある年長者	○		メンタープログラムとして、①メンティがメンターを選ぶことができること、②メンターとメンターティは継続的な関係をもたないこと、③１対１の個別メンタリング以外に、同時に複数のメンターと複数のメンティとが交流できるプログラムが用意されている。そのプログラムは個別メンタリング、メンターカフェ、メンターフェアである。		複数メンターとの会話を通して多様なライフコースを知ることができると同時に、他学生の発言を聞くことによって、同年代からも自分とは異なる考え方に刺激を受け、将来のヴィジョンを広げることができた。	
13	保坂雅子 2014	テニュアトラックにおけるメンタリングの実践状況とニーズ：若手教員の視点から	メンタリングの実践状況および実践を踏まえてのメンタリングに対する期待やニーズを報告する。	テニュアトラック教員	広範囲な助言等の支援を行うメンター	○		研究室運営のノウハウを修得させ、また自ら筆頭研究者として外部資金を獲得できるようにするために広範囲な助言等の支援を行う			メンタリングの焦点が研究に偏っているため不満な点もあるということが明らかになった。
14	尊鉢隆史・吉田武大 2013	初年次教育における学生メンター制度の意義と効果－関西国際大学の取り組みを事例として－	初年次教育において学生メンターの果たす役割の意義と効果について，関西国際大学（以下，本学）の学生メンター制度を事例として明らかにする。	新入生	学生メンター制度を設立した初年度に，候補者となりうる１年生をゼミ担当教員が推薦し，決定し、次年度以降は，一定の条件（GPA2.5以上）を付けた上で一般募集の形式をとった	○		新入生が教育目標を達成し，個人的・社会的・学問的・制度的に大学生活に適応できるように促すことを任務としている。具体的には，次のような行動を学生メンターに求めている。 ・学生に対し学習支援センタープログラムの情報を発信すること。 ・コーディネーターが定めた会議に出席し，定期的に報告を行い，指導を受けること。 ・職員に準じた立場であることを自覚し，本学において定めた倫理規定，セクシャルハラスメントに関する規定，学習に対する心得，行動義務，服装規定，礼節等を遵守すること。 ・大学や学習支援センタープログラムで活動する新学生メンターに訓練を提供すること	「特別研究（リーダーシップ研修）」は当初，２泊３日の合宿形式で実施 ・学生による学生支援とは（講義） ・様々なアクティブラーニング手法を体験する（演習） ・情報伝達法，アイスブレーカース（演習） ・構成的グループエンカウンター（個人・集団を理解する） ・大学理解（大学の魅力，本学の特徴をディベートにより深める） ・リーダーシップ論（講義） ・模擬メンター演習（グループワーク）	学生メンター制度は，教員，学生メンター・経験者，そして１年生のいずれからも支持されていた。	学生メンター制度は関西国際大学の教育理念に十分な誇りを持たせるには至っていない。
15	保坂雅子 2012	「メンタリングに関する勉強会」実施報告：大学教員の資質向上に資する公式メンタリング・プログラムの構築を目指して	メンンタリングに関する勉強会の実施経緯及びその内容の報告を通して、大学教員間の新しい指導・助言関係の組織的構築に向けて大学がまずできることとは何かを検討する。	テニュア・トラックの教員	教員組織に置かれる従来型の研究支援を中心としたメンターに加えて、教育、研究、管理運営といった大学教員としての仕事および職業生活等を全面的に支援するメンター	○			メンターに関する勉強会実施内容として、第1回勉強会では、大学におけるメンタリングについて講義形式で説明を行う。第2回、第3回勉強会では、それぞれのメンター員同士、TT教員同士で公式MPやメンタリング経験に関する意見交換をした。	メンター教員であるベテラン教員の意見交換は。制度設計に有効な知恵を提供するだけでなく、教員自身にとっても自分の実践に自信を持ったり、メンタリングについて話し合う上での語録を確認できたりとメリットがあった。	
16	高津英俊 2012	農業新規参入者へのメンタリング・プログラムの実態と機能に関する質的分析	新規参入者の育成にメンタリング・プログラムを導入するJAやさとを対象にメンター（先行就農した新規参入者）およびプロテジェ（研修生）双方へのインタビュー調査から，その実態と機能の分析を行う。	研修１年目の新規参入者	同研修の卒業生である「先輩農家」が指導	○			指導は，研修生が週に１回，先輩農家の圃場を訪問し，先輩農家との共同作業で栽培・管理法を学び，独立後や私生活に関する相談を行う．	研修生にとって，メンタリングが農業に関する技術やスキルを学ぶだけでなく，経営から私生活にわたる相談ができる環境の構築に寄与している。 ・メンターである指導農家にとっても，メンターは自身の理解の深まりを実感できた。	
17	板倉佑典・林秀彦・皆月昭則 2011	学部生を対象としたメンター制度の適用に関する一考察	ゼミ組織における認知的支援の足場として，メンター制度がもたらす作用と新人が自立するまでのプロセスの中で浮かび上がった問題点について考察する。	新ゼミ生 チーム型γ 新ゼミ生の中からリーダーを決めて行う	①チーム型α 大学4年生 大学３年生 ②チーム型β 大学４年生２人	○		運営準備としては、　アンケートによるチーム形成、ゼミ生共通の公式メーリングリスト、ファイル共有サイト、　メンター用カルテ、カレンダーの設定を実施する。 支援内容としては、プログラミング内容についての支援、研究の方向性、メンター会議、パワーポイントその他資料作成、自主ゼミナールの支援を実施する。	ゼミナール組織の活動は、研究の方向性や進め方に関する支援であった。プログラミングによるアウトプットを趣旨とした内容としては、基礎的な変数の扱い方について、一斉画一型授業を実施した。	新ゼミ生は、メンターから議論を展開する方法や、研究の詰め方を学んだ。また、頼る相手がいるという安心感から、研究に対する不安を払拭することが可能になった。	メンターがいることで、メンターばかりに質問し、結果新ゼミ生同士での協働が疎外された。
18	三品浩基・横山葉子・角舘直樹・福原俊一 2011	臨床研究教育におけるメンタリングの促進・阻害因子の探索的研究－メンティーのインタビュー調査から－	臨床研究教育プログラムに参加経験のある医師を対象として，メンタリングの促進・阻害因子を探索する質的研究を行う。	１人のメンター（大学教員に対して1～複数人のメンティー（メンタリングを受ける研究者）が割り当てられた.		○		メンタリングの実施頻度や指導方法については厳密な基準は設けていない。		促進因子として，メンティーのレベルの適切な評価，メンティーの考えているキャリアパスの把握，コミュニケーションの双方向性，身近な先輩研究者の存在が抽出された。	阻害因子として，メンターの忙しさ，相談内容のレベルの低さについてのメンティーの不安，メンター・メンティー間の上下関係が抽出された．
19	藤本眞一・森田孝夫・中村忍 2009	奈良県立医科大学の目指す６年一貫で学ぶ地域基盤型医療教育カリキュラム	地域基盤型医療教育について概説する。	緊急医師確保特別入学試験枠および医師確保修学研修資金制度の学生、自主的に参加する学生	適切な診療科の医師	○		メンター制度の内容は、数回の異なる診療科への実習の後に、継続的なメンターとなる意思を決定し、専用ホームページを作成し、コンピューター・ネットワークで接続し、メンターから提供された学生への指導内容や指導歴等をサーバに登録し、資料として活用するとともに制度の評価入力に用いる。			
20	野々川彰人・植田浩司・藤本俊 2009	階層別メンター制度導入に向けた,メンタリングプログラム(新入社員向け)の試行と総括	全ての年代層にわたる当社独自のメンター制度の確立と導入をめざす取り組みについて紹介する。	PM（プロジェクトマネージャー）コミュニティ有志11名	SE系新入社員67名（関連会社出向者含む）	○		個別メンタリングとして、メンティ1名にメンター1名が対応し，メールを中心にメンタリングを実施する．また、グループメンタリングとして、研修グループ7～8名にメンター1名が対応し，新入社員の集まるフォローアップ研修のタイミングにあわせて実施する，	メンタリングの基礎教育として、日本経済新聞出版社「人と組織を成長させるメンタリング入門」DVD［3］を教材に，メンタリングとはどうものかをメンター，メンティともに基礎教育する．またメンターには「メンターになるメリット」や「よいメンターになるためには」についての説明を加え，メンタリングの理解を予め深めるようにする．	新入社員教育を担当する研修部門からも有効性を高く評価された。	
21	小林雅史・箱守知子・磯部匡志・赤坂幸彦・村松充雄 2006	アクションラーニング手法を取り入れたメンタリングによるプロジェクトマネージャ育成手法の提案(一般セッション)	実践を繰り返すことで継続した学習プロセスを確立できるアクションラーニング手法を取り入れたメンタリングによるPM育成手法について紹介する。	成長過程にあるPM（プロジェクトマネージャー）	社内PM（プロジェクトマネージャー）資格認定制度で認定された上級PM（プロジェクトマネージャー）			メンタリング・プロセスは、アクションラーニング手法を取り入れ、個別メンタリングとより多くの上級PMを育成するためのグループメンタリングで、アクションラーニングセッションを組み込んだプログラムである。			

や教育者であり，高い能力と実績を備えていた。これらの結果は，Kram（1985/2003）が指摘するメンタリング成立の３条件としての①相互の魅力性，②価値観や目標の共有，③組織的支援が比較的満たされやすい環境で制度が機能していることを示唆する。特に大学や医療機関では，進路選択や専門技術の習得といった共通の目標が明確であり，制度的支援の枠組みも整えやすいことから，導入が進んでいると考えられる（伊藤・柴田，2014）。

我が国の一般企業におけるメンター制度の導入状況については，HR 総研（2018）の人材育成に関する調査によると，従業員 1001 名以上の大規模企業では 54％が「メンター制度（それに準ずる制度・取り組み）がある」と回答している。一方で，「以前はあったが今はない」と回答した企業も 15％あり，廃止に至る事例も少なくない。このように企業においては，導入と廃止が並存している不安定な状況が見られる。そのため，本研究においても一般企業を対象とした論文は少数にとどまっており，研究蓄積の不足が課題といえる。今後は，企業における制度定着の阻害要因や，制度が継続されている企業における成功要因を明らかにすることが求められ，これらを明確にすることで他領域への制度導入や継続の可能性をより具体的に検討できると考える。

看護の現場においても，近年は新人看護師教育の中心的枠組みとしてプリセプター制度が広く普及しているが，これは一定期間における技術習得・業務適応を目的とした短期的支援にとどまる傾向がある（吉富，2005）。一方で，看護師のキャリア発達は新人期に限定されるものではなく，中堅期・管理職期に至るまで専門職としての成長，役割拡大，職業的アイデンティティ形成が求められるため，より長期的かつ包括的な支援体制が必要とされる。この観点から，メンター制度は，プリセプター制度では対応しきれない心理的支援やキャリア形成支援を補完する手段として注目されている（Kram, 1985；伊藤・柴田，2014）。実際に，国内の一部医療機関では，プリセプター制度終了後のフォローアップとしてメンター制度を導入し，職務満足度の向上，離職防止，キャリア継続意欲の向上に資することが報告されている（佐藤ら，2019；中村ら，2020）。また，Kram（1985/2003）が指摘するメンタリング成立の３条件―①相互の魅力性，②価値観・目標の共有，③組織的支援―は，看護教育・医療機関という明確な共通目標と制度的支援が整備されやすい環境において満たされやすく，制度導入の持続可能性を高める要因と考えられる。

したがって，看護領域におけるメンター制度の導入および継続は，単なる新人教育の延長ではなく，キャリア発達支援の基盤的戦略として有用であり，組織的にも長期的利益をもたらす可能性が高い。

２．メンター制度におけるメンタリングとその効果

メンター制度のメンタリングの関係性に関しては，１対１関係の固定型メンター制度が主流であるが，この関係性の中でのメンター像について Philipus-Jones（1982）は，メンターを「あなたがあなたの主要な人生の目標を達成するのを十分に助ける影響力のある人物」と定義している（Phillips-Jones, 1982, pp.3）。また，Noe（1988）は，メンターを「若年の従業員に対して方向性やフィードバックを示すことができる，年長で，経験を積んだ従業員」と定義している（Noe, 1988, pp.3）。メンタリングでは，メンターは方向性やフィードバックを示してくれる存在であり，プロテジェはメンターから人生の目標を達成する助けを得られることで，多くの利益を得るのではないかと考えられる。しかし，1980 年代のメンタリング研究では，メンタリングによってもたらされる効果は，プロテジェだけではなく，メンター，組織の各３者に対するメンタリングの様々な有益な効果が確認されるとともに，これらの効果が各３者に対して独立的に生じるものではなく，むしろ相互に関連しその有効性が生まれていることが指摘されている（渡辺，2004）。

また，メンター自身への効果として Carroll et al.（1988）は，次世代における優秀な人材の確保を，また Burke（1984）は，周囲の人々から得られる信頼，尊敬，賞賛，好感度の向上を挙げている。これらの他者から得られる高い評価は，メンター自身の自己価値の認識を高め，メンターのキャリア再生の促進を可能にする（Hunt＆Michael, 1983）。一方プロテジェへの効果について Burke（1984）は，自己イメージの確立，自己洞察力や自身の向上を挙げている。以上のことから，１対１関係の固定型メンター制度においては，メンターとプロテジェに共通する効果があり，また，メンターおよびプロテジェの各人特有の効果もあるため，継続的に多くの企業で取り入れていることが推察される。

一方，今回の研究で対象とした論文には分散型メンター制度を扱ったものはみられなかった。そもそも分散型の制度を導入している機関は国内外でも少ないとされており，その背景には制度設計や管理の複雑さ，メンター間での役割調整の困難さ，さらに支援の質のばらつきといった課題が指摘されている（渡辺，2024）。しかし，Higgins and Thomas（2001）は，メンターの数がメンタリングの質や量，さらにプロテジェにもたらされる成果に違いを与えると報告している。したがって，今後は一人のメンターからすべての支援を受ける固定型のスタイルだけでなく，年齢や立場に関わらず複数のメンターから多角的・多様な支援を受けられる分散型メンター制度を視野に入れ，キャリア形成を支援していく必要があると考える。

３．メンタリング・プログラムの制度的活用と課題

メンタリング・プログラムの制度的活用として，業務上の利害関係が生じる関係性に基づく公式メンタリングと，業務上の利害関係がない間柄に基づく非公式メンタリングがあるが，本研究の対象論文では，すべてが公式メンタリング体制の研究であった。

近年，非公式なメンタリングに関するメンタリングが蓄積され，メンター，プロテジェや組織への有益性が実証的に明

らかになってきた。その結果，これらの有益性を活用しようとする試みが，研究者や企業の人的資源管理・開発の専門者・担当者のなかから，メンタリングを人為的に発生させ，制度的にメンタリングを活用する試みが生まれ，公式メンタリングが導入された（宗方・渡辺，2002，pp.133-134）。今回の研究の対象論文でも，その影響を受けメンタリングの有益性を求め公式メンタリングが採用されていると考えられる。

今回の研究におけるメンタリング・プログラムについては，「実施準備」,「参加者募集」，メンターとプロテジェの「マッチング」,「全般的援助」,「面談」,「会議」,「カンファレンス」,「見守り」,「評価」というようにプログラムの内容は多様性があり，渡辺（2018）が述べている「①参加者募集→②スクリーニング→③マッチング→④ガイダンス→⑤モニタリング→⑥経験の共有→⑦プログラムの評価」からなる典型的なメンタリング・プログラムではなかった。

「メンタリング・プログラムは，導入する組織の目的や対象者の特性に応じて作成され，大学などの学校，企業，医療機関などそれぞれ異なる目標を持っており，それに合わせたメンタリングの形態を工夫していた。看護師の教育に関するメンタリング・プログラム構築に向けては，キャリア発達やスキル向上，心理的支援を目指した多様なアプローチが必要となる。形式については，１対１のほかにグループや新人同士でのアプローチも考慮し学び合える環境調整も必要であると考える。また，メンタリングの役割と関係性については，公式のほかに複数のメンターから支援を受けるほか，組織内外との関係性も重要なプログラムの構築である。そしてメンターの質を向上させるためにもメンター研修によるメンターとしてのスキルの向上とプロテジェとのかかわりによる有能感の向上が必要である。看護師の教育におけるメンタリング・プログラムについては，今回の結果から,「実施準備」,「参加者募集」，メンターとプロテジェの「マッチング」,「面談」,「カンファレンス」,「評価」については，プログラム構築上目的達成に向けて重要なプログラムであると考える。しかし，それを運用するためには，教育を受けたメンターを支援する人材の育成も必要である。

公式メンタリングを有効に活用するためには，考慮されたメンタリング・プログラムに基づく運用が重要である。メンター制度の導入目的や享受できる利益を明確にし，不利益やリスクを被ることにならないよう，メンタリング・プログラムを構成する必要性があると言える。

メンター制度に関する教育内容としては，事前指導として，オリエンテーションの実施，メンターがプロテジェへメンタリングを行うための指導やプロテジェがメンタリングを受けるための指導が行われていた。事前指導後のメンター制度に関する促進指導としては，学習支援によるものが多かった。

看護師の教育におけるメンタリング・プログラムを構築するには，専門的知識が必要であり，効果的なメンタリングを行うにはどのような学習活動が行われているか明らかにする必要がある。この点について林（2024）は，メンターのメンタリングを通じた学習活動，およびそうした学習が仕事に対する有意味感と結びつくことを検討し，これらの学習経験はメンターの仕事の意義への再考と自らの成長への知覚を促し，仕事への有意味感を高めることを明らかにしている。これらのことから，メンター制度を導入するための準備と事前指導の重要性，学習活動の支援の必要性が示唆された。

４．メンター制度と求められるキャリア発達支援

メンター制度の評価としては（＃７），保護者の 64%，メンターの 51%，プロテジェの 45%が，メンター制度について「大変良かった」と回答していた。「全くよくなかった」と回答したものはいなかったことから，保護者，メンター，プロテジェは，約半数はプログラムへの満足感があったと考えられる。プロテジェの態度や行動の変化については，情緒的成熟，学習習慣，行動の自己制御，対人関係の向上の４つの変化が認められた。メンター制度は，保護者，メンター，プロテジェへの良い影響があり，プロテジェに関しては，学業関係の成果，社交や感情面での良い影響が認められた。また研修医によるメンターの制度の実際でも（＃４），メンティによるメンター制度に対する満足度の平均値は 7.25（10 段階）であったことからも，メンター制度の活用は，メンティに良い影響が生じている。Schein （1978）は，キャリア初期における発達課題として,「メンターとの出会い」，中期キャリアでの発達課題として「メンターとの関係の強化とメンターになることへの認識」, 中期キャリア危機での発達課題として,「メンターとしての役割受容」, 後期キャリアの発達においては課題として「メンターとしての役割」が明示的に挙げられている (Schein, 1978, pp.40-52, 90-110, 113-127)。今回のプロテジェの態度や行動の変化は，プロテジェがメンターとの出会いにより，学習する部下として機能を果たしながらそれを受け入れ，メンターは，他者を世話し育成させメンターとしての自覚を持ち，プロテジェは依存から独立へのキャリア発達を遂げることができたと考えられる。一方メンターは，メンターであることのポジティブな効果を得るとともに，キャリア形成ができる組織風土を作ることが重要である。日々の職務への取り組みが個人のキャリア発達を促し，それを支えるメンタリングこそが組織内キャリア発達を推し進める大きな力となることが示唆された。

看護師のキャリア発達支援においては，これまで新人看護師の教育体制としてプリセプター制度が広く活用されてきた。しかし，プリセプター制度は短期的な知識・技術の習得支援には有効である一方で，支援の継続性や指導者と新人との人間関係に依存する側面が強く，その効果は十分とは言えないことが指摘されている（伊藤・柴田, 2014)。このような課題を補完するものとして，より多面的かつ長期的に新人を支援する仕組みとしてメンター制度の有用性が注目されている。

メンター制度は，Kram（1985）が提唱したように，職場における心理社会的支援とキャリア発達支援の二側面を備えた

枠組みであり（Kram, 1985, pp.22-28），Benner（1984）の「初心者から達人へ」の理論とも関連して，新人が臨床実践能力を段階的に高めていく過程において重要な役割を果たすと考えられる。メンターは新人の知識・技術の習得を支援するのみならず，心理的な安心感を提供し，長期的なキャリア形成を促す機能を担う点で，プリセプター制度を補完し得る制度である。さらに，メンター自身が支援活動を通じて有能感を得ることは，メンター制度の持続性を高め，組織における教育文化の定着にも寄与する（伊藤・柴田, 2014）。したがって，看護師のキャリア発達支援においては，プリセプター制度に加えてメンター制度を導入し，個々の看護師の成長を多面的かつ長期的に支援する体制を構築することが求められる。

Ⅶ. 結　　論

メンター制度の動向を知ることにより，看護領域におけるメンター制度の導入および継続は，単なる新人教育の延長ではなく，キャリア発達支援の基盤的戦略として有用であり，組織的にも長期的利益をもたらす可能性が高い。そして，メンターが有能感を得ることでメンター制度の導入と継続につながる可能性があり，年齢に関係なく様々なメンターから支援を受けながらキャリア形成ができる組織風土を作る重要性が示唆された。

また，享受できる利益を明確にし，不利益やリスクを被ることにならないよう，メンタリング・プログラムを構成する必要があり，日々の職務への取り組みが個人のキャリア発達を促し，それを支えるメンタリングこそがキャリア発達を推し進める大きな力となることが示唆された。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

Burke, R. J.（1984）Mentors in Organizations. *Group & Organization Studies, 9*（3），353-372.

Carroll, S. J., Olian, J. D., & Giannantonio, C. M.（1988）. Mentor reactions to proteges: an experiment with managers. *Academy Of Management Best Paper Proceedings,* 273-276.

Higgins, M. C., & Thomas, D. A.（2001）. Constellations and careers: toward understanding the effects of multiple developmental relationships. *Journal of Organizational Behavior, 22*（3），223-.247.

HR 総研.（2018）. HR 総研：人材育成「新入社員研修」に関するアンケート調査結果報告. HR プロ. https://www.hrpro.co.jp/research_detail.php?r_no=217

Hunt, D. M., & Michael, C.（1983）. Mentorship: A career development tool. Academy of Management Review, 8（3），475-485.

伊藤文一，柴田悦子.（2014）. メンターを活用した若手教員の OJT についての一考察―中学校における組織文化に着目して. *福岡女学院大学紀要人文学部編, 24,* 123-150.

厚生労働省.（2013）. 女性社員の活躍を推進するための「メンター制度導入・ロールモデル普及マニュアル」. 厚生労働省. https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/001319144.pdf

Kram, K. E.（1985）. *Mentoring at work: Developmental relationships in organizational life.* Scott, Foresman.

Kram, K. E.（1985/2003）. *メンタリング ―会社の中の発達支援関係―*（渡辺直登・伊藤知子訳）. 白桃書房.

林麗桂.（2024）. メンタリングを通じたメンターの学習活動および仕事の有意味感の知覚. *人材育成研究, 19*（1），3-20.

宗方比佐子，渡辺直登.（2002）. *キャリア発達の心理学.* 川島書店.

日本看護協会.（2005）. 2004 年新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書. 日本看護協会中央ナースセンター.

Noe, R. A.（1988）. An investigation of the determinants of successful assigned mentoring relationships. Personnel Psychology, 41（3），457-479. DOI：10.1111/j.1744-6570.1988.tb00638.x

Phillips-Jones, L.（1982）. *Mentor and proteges.* Arbor House.

佐藤明香，植田真司，宇賀麻由，矢野修也，小川弘子，三好智子，難波志穂子，& 大塚文男.（2019）. 岡山大学病院研修医メンター制度の実態調査［発表抄録］. *医学教育, 50*（Suppl.），187.

Schein, E. H.（1978）. *Career dynamics: Matching individual and organizational needs.* Addison-Wesley.

田出美紀，山崎不二子，増滿誠，上田智之，木村涼平，二重作清子，一原由美子，松浦賢長.（2022）. 地域拠点の大学教員が新卒看護師を支援するメンター制導入の検討と課題―制度導入に対する大学教員と新卒看護師の考え―. *日本看護学教育学会誌, 31*（3），47-60.

渡辺かよ子.（2004）. 米国の世代間メンタリング・プログラム. *愛知淑徳大学論集 ―コミュニケーション学部篇―,* 4，189-198.

渡辺かよ子.（2018）. メンタリング・プログラムとプログラム評価：広島市青少年支援メンター制度の成果を中心に. *コミュニティ心理学研究, 21*（2），128-135.

渡辺かよ子.（2024）. 米国の青少年向けメンタリング運動の成果に関する考察. *愛知淑徳大学論集―教育学研究科篇―, 14,* 25-37.

吉富美佐江，野本百合子，鈴木美和，舟島なをみ.（2005）. 新人看護師の指導体制としてのプリセプターシップに関する研究の動向. *看護教育学研究, 14*（1），65-75.

◇ 原　著 ◇

看護師の職務遂行に対する自己効力感尺度の開発

野田明敬[1)]*，堅田明義[1)]，浦上昌則[2)]，木村恵子[1)]

【目的】看護師の職務遂行に対する自己効力感を測定できる尺度を開発する。

【方法】第１段階で各種資料から看護師の行動を項目化し，尺度の試行版を作成後，探索的因子分析を行った。この結果を元に因子構造を概ね確定し，第２段階では項目を見直した。その後，妥当性検討の設問とともに調査を実施し，484名の回答を分析した。

【結果】６因子・各５項目から成る尺度を作成し，因子は「向上」「誠実」「協同」「洞察・意思決定」「親和」「依頼」と命名した。χ^2値，GFI，TLI，RMSEA から適合度を確認し，概ね満足できる水準であった。α係数は.80 を超え，妥当性は GSES や臨床実践力測定尺度，看護師継続意志との関連を確認できた。

【結論】６因子から成る尺度を作成し，その信頼性と妥当性を確認した。

【キーワード】看護管理，職業継続，離職，自己効力感

Ⅰ．はじめに

近年，医療技術の高度化や高齢化社会の進展により看護師の需要が高まる一方，離職率 10%超（日本看護協会，2024）に示されるように，慢性的な看護師不足と職業継続の課題が深刻化している。関連する先行研究では，過重労働や人間関係，ライフイベントなどが継続困難な外的要因として指摘されている（中野，岩佐，2019）。しかしながら，これら従前の研究は外的要因に偏りがあり，どのような者が看護師を続けるのかという内的要因の検討は不十分である（加藤，尾崎，2011）。そこで本研究では，看護師の職業継続に影響を及ぼす内的要因に焦点を当てて検討を行う。

内的要因に着目した先行研究のひとつとして，野田（2022）による看護師を続けている理由についてインタビュー調査を用いたボトムアップ的な検討がある。語られた内容は「看護職に対する魅力」などの４つのカテゴリーに分類でき，またこれらは互いに影響し合って「看護師を継続している」という状態へとつながるという解釈を行っている。さらに看護師という職業を継続することを「行動」と，また看護師を継続できるという意志を「自己効力感」ととらえることで，看護師の継続を自己効力理論から説明することを提案している。本研究では，この看護師の継続を自己効力理論から捉えるという提案を援用する。実証的な検討と議論を行うことを通して，看護師の継続を自己効力理論から捉えることの適切さについて理解を深めることを目的とする。

自己効力感（self-efficacy）は，Bandura（1977）が提唱した社会的学習理論で用いられた「自分にはそれをする力がある」という認知された能力であり，自らに対する信頼感や有能感を指す主観的統制感の一つに位置づけられる。提唱以後，この理論の適切さを支持する研究成果が蓄積されており，自己効力感が高い者は，困難な仕事を避けることなく挑戦として受け入れ，その過程で失敗から素早く立ち直り，コミットメントを維持する傾向が示されている（Bandura, 1995/1997, pp.224-229）。

この理論に基づくと，看護師としての行動を円滑に遂行できるという自己効力感が高ければ，日常的に求められる行動の頻度や程度が増すだけでなく，失敗に屈せず，より望ましい態度で職務に取り組むと推測できる。さらに，自己効力感は行動の持続性にも関連するため，そのような自己効力感が高いほど，看護師としての行動へのコミットメントを持ち続

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）中部学院大学　　2）元南山大学
＊ E-mail：noda-akinori@chubu-gu.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

ける，すなわち看護師を継続すると考えられ，離職しにくいであろう。

このような自己効力理論からの説明を実証的に検討するためには，自己効力感の測定用具が求められる。測定用具の開発のためには，注目すべき行動領域と自己効力感を設定する必要がある。自己効力感には課題固有の概念という特長があり，Betz & Hackett（2006）は，測定用具は行動領域が特定された上で開発されなければならないと指摘する。そこで本研究では，注目すべき行動領域を，看護師が日常的に遂行する職務に関する行動とする。

これは，看護師を継続することには，看護師の日常的な行動およびそれに対する自己効力感が大きく関与すると考えられるためである。従来から指摘されている外的要因と看護師の継続の関連については，労働環境が厳しい場合，看護師を辞める直接的な関係もあるが，そのような環境下では，自分は看護師の職務を円滑に遂行できない，看護師としての行動に自信，換言すれば自己効力感をもてないという判断が生じ，その結果，離職につながる可能性もある。離職に関連する外的要因の多くは，看護師が行うべき行動や，その行動に対する自己効力感を阻害しうるものと位置づけられる。同様に，労働環境の改善やその効果は，看護師が日々の行動を行いやすい環境の実現が，自己効力感の向上や，看護師の継続に寄与すると説明できるのではないだろうか。

このように，注目すべき行動領域として，看護師が日常的に遂行する職務に着目することが有益であろう。本研究では「看護師が日常的に遂行する職務に関する行動」を注目すべき行動領域とし，この行動に対する自己効力感を「看護師職務遂行自己効力感」と定義する。

本研究は，看護師職務遂行自己効力感が，日常的な看護師の職務の十全な遂行，また看護師という職業を継続することにつながるという関連性を提案するものである。看護研究においては，以前から自己効力感概念が取り入れられており（片倉，2018），離職防止策においても，それに着目した研究が実施されている（池田ら，2011）。一方で，自己効力感の測定には，一般的な自己効力感を把握するための尺度が用いられることが多く（片倉，2019），本研究で着目するような行動を対象とした自己効力感の測定尺度は認められない。海外研究も含めると，看護師の課題固有的自己効力感を測定するための尺度はいくつか発表されている（Caruso et al., 2016；Cheraghi et al., 2009；Pisanti et al., 2015；Stump et al., 2012）。ただし，いずれも測定概念の定義や項目の具体性や抽象度の点で看護師職務遂行自己効力感とは異なると判断できる。

以上のように，本研究の提案を検証するための適切な尺度は未だ開発されていない。そのため，まずは看護師職務遂行自己効力感を測定できる尺度を開発することが課題といえる。

Ⅱ．目　　的

看護師職務遂行自己効力感尺度を開発し，その信頼性および妥当性を検証する。

Ⅲ．方　　法

１．調査１

１）研究協力者

多様な部署をもつ 300 床以上の総合病院である A 院に勤務し，研究協力の承諾を得た看護師を対象とした。206 名（回収率 82%）からの回答が得られ，性別は，男性 24 名，女性 182 名であった。年代は 40 歳代以上が最も多く（95 名），次いで 20 歳代（71 名），そして 30 歳代（40 名）であった。

２）調査方法

調査は 2020 年 10 月に実施した。質問紙は各病棟の看護師長に依頼して対象者個人のメールボックスに配布し，回収は各病棟の回収ボックスに封筒で封入して投函する方式とした。

３）看護師職務遂行自己効力感尺度（試行版）

看護師職務遂行自己効力感の測定に向け，日常的に看護師に求められる多様な職務行動を網羅し項目化することが重要になる。しかし，直接的に関連するような先行知見は見あたらない。そこで，関連する先行研究（有村，2019；浅倉，2016；グレッグ，2005）を参考に項目案を作成した。項目の準備には，網羅するだけでなく抽象度にも配慮し，個々の看護技術の実践レベルではなく，看護師の日常的な職務に求められる態度や振る舞いに対応するレベルで作成した。項目の選定，表現の調整は，看護学と心理学の専門家４名で，項目の表面的妥当性を含めた内容的妥当性に配慮した。最終的に 65 項目からなる看護師職務遂行自己効力感尺度（試行版）を作成した。回答は「それぞれの項目について，あなたはどの程度自信がありますか？」と教示し，「非常に自信がある」から「全く自信がない」の７段階で回答を求めた。

４）分析方法

IBM SPSS（Ver.23.0）を用い，基本的な項目分析を行った後，探索的因子分析を用いて因子構造を検討した。

２．調査２

１）研究協力者

看護師の日常的な活動は所属部署によって異なるため，多様な部署をもつ 300 床以上の２つの総合病院（B 病院と C 病院）に勤務し，研究協力の承諾を得た看護師を対象とした。回答が得られた 560 名（回収率 85%）のうち，尺度項目に欠損値や誤入力が認められなかった 484 名を分析対象とした。なお，属性項目のみに欠損が認められる場合はそのまま分析に利用した。対象者の属性を，Table 1 に示す。

２）調査方法

調査は 2021 年８月に実施した。配布，回収方法は調査１と同様であった。

Table 1　調査２における研究協力者の属性と看護師職務遂行自己効力感得点の平均値

	属性	人数	(%)	向上		誠実		協同		洞察・意思決定		親和		依頼	
性別（484 名）	女性	449	(93)	19.22	(4.78)	22.79	(4.09)	22.94	(4.12)	20.88	(4.85)	21.37	(4.89)	20.83	(4.54)
	男性	35	(7)	18.60	(4.64)	22.66	(3.82)	22.86	(4.38)	20.49	(5.39)	22.23	(5.29)	20.57	(3.93)
年齢（484 名）	20～25 歳代	97	(20)	18.98	(4.28)	21.77	(3.61)	22.51	(3.60)	20.08	(4.54)	21.25	(4.69)	19.96	(4.31)
	26～30 歳代	64	(13)	19.02	(4.29)	22.70	(4.05)	22.41	(4.70)	20.31	(4.86)	21.45	(5.26)	20.90	(4.76)
	31～35 歳代	57	(12)	18.68	(5.19)	22.74	(5.12)	22.56	(4.63)	20.23	(6.27)	20.21	(5.75)	20.51	(4.87)
	36～40 歳代	58	(12)	18.14	(4.41)	22.69	(4.28)	22.48	(3.38)	20.84	(4.74)	21.03	(4.24)	20.18	(4.66)
	41～45 歳代	60	(12)	18.52	(5.12)	22.92	(4.59)	23.08	(4.95)	20.63	(5.08)	21.32	(5.64)	20.76	(4.54)
	46 歳代以上	148	(31)	20.22	(4.96)	23.47	(3.48)	23.71	(3.85)	21.92	(4.37)	22.20	(4.45)	21.58	(4.23)
最終学歴（479 名）	専門学校	357	(74)	19.01	(4.90)	22.96	(4.07)	23.07	(4.03)	20.92	(4.98)	21.39	(4.94)	20.97	(4.45)
	短期大学	44	(9)	19.48	(3.97)	22.05	(4.13)	22.05	(4.50)	20.43	(5.26)	20.36	(4.89)	20.16	(4.78)
	大学	36	(8)	19.39	(4.85)	22.00	(4.14)	22.33	(4.32)	20.25	(4.60)	21.94	(4.68)	19.58	(4.53)
	その他	42	(9)	19.71	(4.54)	22.52	(4.03)	23.12	(4.48)	21.14	(3.95)	22.05	(5.12)	21.21	(4.63)
看護師継続年数（478 名）	1～3 年	85	(18)	18.86	(4.31)	21.61	(3.66)	22.31	(3.65)	19.52	(4.60)	20.87	(4.91)	19.96	(4.18)
	4～5 年	63	(13)	19.46	(4.42)	22.89	(3.94)	22.95	(3.89)	21.22	(4.78)	22.02	(4.45)	20.90	(4.71)
	6～10 年	79	(16)	18.87	(4.79)	22.80	(4.88)	22.87	(4.57)	20.61	(5.69)	20.42	(5.52)	20.51	(4.85)
	11～15 年	50	(10)	17.72	(4.68)	22.08	(4.10)	21.98	(3.76)	19.48	(5.70)	20.70	(5.10)	20.18	(4.70)
	16～20 年	49	(10)	19.06	(5.08)	22.73	(4.58)	22.69	(4.82)	20.94	(4.74)	21.55	(5.40)	20.76	(4.91)
	20 年以上	152	(33)	19.94	(4.97)	23.53	(3.58)	23.64	(4.10)	21.86	(4.11)	22.20	(4.49)	21.58	(4.10)

（　）内は標準偏差

３）調査内容

(1) 協力者の属性

個人属性として，性別，年齢，最終学歴，看護師継続年数を調査した。

(2) 看護師職務遂行自己効力感尺度

後に述べるように，看護師職務遂行自己効力感尺度（試行版）に対する検討を踏まえて作成された 55 項目。回答は，調査１と同様に「それぞれの項目について，あなたはどの程度自信がありますか？」と教示し，「非常に自信がある」から「全く自信がない」の７段階で求めた。

(3) 一般性セルフ・エフィカシー尺度（General Self-Efficacy Scale：以下 GSES）

坂野，東條（1986）によって開発された，日常生活の様々な状況における個人の一般性自己効力感の強さを測定する尺度である GSES を実施した。看護師職務遂行自己効力感尺度は，看護師の職務に特化した課題固有の自己効力感を測定する尺度ではあるが，GSES の測定する一般的な自己効力感ともある程度の正の相関が予測される。この併存的妥当性を確認するために実施した。なおこの尺度の使用は開発者から許諾を得ている。

(4) キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 Ver.3

佐藤ら（2007）によって開発された，キャリア中期看護師の臨床実践力を測定する尺度である。この尺度は，「看護チームの発展に貢献する力」など４因子 21 項目で構成されている。看護師職務遂行自己効力感が高い者は，日常的な看護師の職務を十全に遂行していると仮定されるため，臨床実践力についても高く認識していると考えられる。そこで，構成概念妥当性を検討するためにこの尺度を利用する。なお，本研究では対象が中堅に限定されないため，「私は周囲から，中堅ナースとして認められていると思う」の「中堅ナース」という表現を「看護師」に変更し実施した。なおこの尺度の使用および一部変更は開発者から許諾を得ている。

(5) 看護師継続意志

看護師職務遂行自己効力感という概念を提起するのは，それが看護師の継続と関連すると考えられるためである。そこで，この問題と密な関連が予想される，継続意志に関する項目として「今のところ看護師を辞めるつもりはない」などの４項目を準備し，看護師職務遂行自己効力感との相関的関連性を検討した。

４）分析方法

統計解析には，IBM SPSS（Ver.23.0），および R（4.2.2），psych パッケージ（2.3.9），lavaan パッケージ（0.6-14）を用いた。

全 55 項目について，調査１と同様の項目分析を実施後，探索的因子分析を行った。次に，確認的因子分析を用いて測定に適切な項目の選定を行った。適合度指標や因子と項目の対応関係に留意しつつ，より適切な測定ができることを念頭に各因子５項目を選出した。

信頼性については，内的整合性の観点から Cronbach の α 係数を参照した。妥当性は，併存的および構成概念的観点から他尺度との相関分析を行った。

Ⅳ．倫理的配慮

調査１，調査２共に，2020 年９月４日，中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究倫理審査委員会の承認（承認番号 C20-0013）を受けて実施した。調査への協力は任意であり，回答の有無による不利益はなく，データは匿名で厳重に扱うこと，また，調査票への回答と提出および同意欄へのチェックをもって同意とみなすことを説明書に記載し，調査協力を依頼した。

Ⅴ．結　　果

1．調査１

各項目について平均，標準偏差，尖度や歪度などの統計量を算出，あわせて天井効果など，回答の過度の偏りについて検討した結果，削除すべき項目は特に見当たらなかった。そこで，全項目を用いて探索的因子分析（主因子法，プロマックス回転法）を試みた。その結果，６因子を抽出することが数値的にも，また抽出された各因子の内容的にも最も適当であると判断された。抽出された因子を明確にするために，因子負荷量が 0.50 未満の項目や，複数の因子に同程度の負荷量を示す項目を順次除外し，33 項目での結果を看護師職務遂行自己効力感尺度（試行版）の因子構造として確定した（Table 2）。

ここで見出された６因子は以下の通りである。試行版であることを踏まえ，この段階では各因子の内容を確認するに留め，因子名の付与は調査２の結果を踏まえて行うこととした。

第１因子は高い負荷を示す項目から，看護師としての一層の向上を目指すことを表す。第２因子は，看護師の職務に対する誠実な取り組みを表していよう。第３因子は，仲間との関係や協同することに関する内容といえ，第４因子は職務上必要な観察や判断に関することを代表していよう。第５因子は会話に関する内容，第６因子は他者への依頼というまとまりを指摘できる。これらはいずれも，日常的な看護師の職務を円滑に遂行する行動として重要かつ適切と考えられ，看護師職務遂行自己効力感を構成する因子として妥当と考えられた。

以上のように各因子に意味的まとまりを見出すことができるが，この結果から尺度を構成するには課題も多い。具体的には，因子負荷量が１を超える項目が含まれていたり，対応する項目数が少ない因子が存在したり，項目内容の重複の程度に因子間で差があるなどという点で修正が不可欠であると判断した。

そこで，これらの問題に対処し，より適切な尺度構成を行う。試行版で抽出された各因子の意味内容を吟味し，それを十全に反映するように項目の修正や追加を行った。最終的には各因子５項目程度で構成することを目指し，８から 10 項目を準備し，計 55 項目を調査２で実施した。なお，この過程

Table 2　看護師職務遂行自己効力感尺度（試行版）についての探索的因子分析結果

質問項目	平均値	標準偏差	因子負荷量					
			第１因子	第２因子	第３因子	第４因子	第５因子	第６因子
困難な仕事上の課題にも挑戦すること	3.95	1.24	.95	.01	-.04	-.09	.04	.01
新しい仕事に対して挑戦すること	4.05	1.22	.90	.01	-.05	-.14	.18	-.01
医療に関する新しいことを学ぶこと	4.22	1.18	.77	.05	-.04	.03	-.07	.00
キャリアアップに向けての行動を起こすこと	3.70	1.34	.72	-.01	-.09	.07	.09	-.04
振り返りや反省を毎日すること	4.27	1.23	.68	.03	.10	-.08	-.16	.20
文献を収集し，実践で活用すること	3.51	1.27	.61	-.15	.09	.11	-.14	.02
どの病棟でも仕事を続けること	3.55	1.44	.56	-.03	-.09	.09	.12	.08
人が嫌がる，避けたがる仕事をすること	3.87	1.25	.52	.07	-.04	.17	.14	-.11
得られた情報を守秘すること	5.28	1.18	-.01	.94	.07	-.09	-.02	-.18
職場の規範を守ること	5.21	1.12	.04	.86	.04	-.13	-.10	-.00
身だしなみに気をつけること	5.32	1.13	.17	.80	.00	-.18	-.04	-.02
患者に言葉かけをしながら援助をすること	5.18	0.98	-.09	.75	.09	.06	.05	.03
守れない約束を患者としないこと	5.00	1.04	-.09	.68	-.11	.31	.10	-.09
上司に正確に連絡・相談・報告すること	5.15	1.11	-.05	.66	-.05	.20	-.00	.19
患者に十分に説明した上で援助をすること	5.04	0.90	-.03	.66	.01	.21	-.03	.15
仲間を信頼すること	4.85	1.22	-.07	.06	.93	-.16	-.11	.12
仲間との人間関係を円滑にすること	4.79	1.14	-.05	-.00	.88	.07	-.06	.05
他者に共感すること	4.88	1.12	-.02	.14	.78	-.03	.08	-.07
チームで仕事をすること	4.74	1.15	.09	.03	.77	-.02	.08	-.15
他職種と協働すること	4.75	1.09	.08	.05	.71	-.02	.05	.05
周りの人たちとの間でトラブルが起きても，それを上手に処理すること	4.24	1.19	-.01	-.16	.65	.31	.04	.03
瞬時に的確な判断をすること	3.85	1.29	-.00	-.10	-.06	.90	-.03	.16
仕事上で，どこに問題があるかすぐに見つけること	4.17	3.03	.06	.00	-.11	.88	-.11	.16
自分の裁量で仕事ができること	4.21	1.21	.13	.09	-.07	.76	-.14	.14
患者の症状や状態の変化に気づくこと	4.39	1.22	.24	.12	.12	.58	-.09	-.08
ミスをしてしまうのではないかという不安を払拭すること	3.86	1.23	.14	-.08	.09	.51	.23	-.14
他人が話しているところに，気軽に参加すること	3.75	1.43	-.02	-.14	-.04	-.02	1.07	-.00
初対面の人でも，すぐに会話が始められること	4.24	1.42	.01	.09	-.01	-.15	.83	.16
自分の感情や気持ちを素直に表現すること	3.99	1.43	.02	-.11	.15	.12	.57	.07
患者と話していて，会話を途切れないようにすること	4.40	1.32	.08	.18	.07	-.09	.55	.13
同僚にやってもらいたいことをうまく依頼すること	4.34	1.21	-.00	-.02	.01	.13	.12	.76
上司にやってもらいたいことをうまく依頼すること	3.99	1.31	.07	-.15	.00	.19	.07	.69
患者にやってもらいたいことをうまく依頼すること	4.43	1.10	.04	.16	.14	.03	.11	.51
因子寄与			3.44	3.26	3.10	2.89	2.18	1.68
因子寄与率			20.76	19.66	18.76	17.49	13.16	10.15

においても妥当性を担保するため，看護学と心理学の専門家４名で検討を進めた。

２．調査２

１）看護師職務遂行自己効力感尺度の確定

調査１と同様の項目分析を行い，特に問題のある項目は見られないことを確認した。全項目を用いた探索的因子分析（主因子法，プロマックス回転法）では想定通りの６因子が抽出された。この結果から項目の修正や追加によって因子構造に大きな変化は生じていないと判断し，試行版の結果に基づいたモデルを用いて，確認的因子分析による項目の選定を行った。モデルの適合度指標および因子と項目の対応関係（標準化推定値）を考慮しつつ，信頼性の確保に加え，同一因子内でも項目のバリエーションを意識した選定を行った。最終的に，各因子５項目全30項目から構成されるモデルを Table 3 に示す。

モデル適合度は，$\chi^2(390)=1331.843$, $p<.01$, GFI=.838, AGFI=.807, CFI=.901, TLI=.889, RMSEA=.070 [90%CI: .066-.075], SRMR=.048 であった。なお，χ^2 検定においては $p<.01$ と有意な結果が認められたが，サンプルサイズが大きい場合には，モデルとデータのわずかな乖離でも有意となる傾向がある（朝野ら，2005，pp.118-119）。こういったことや他の適合度指標を総合的に検討し，許容されうる適合が認められると判断した。また，因子と項目の対応関係は，最も低い標準化係数でも.52 であり，対応していると考えられる。

この結果と試行版での結果をもとに，各因子について解釈と命名を行った。各因子の解釈をもとに，第１因子から順に，「向上」，「誠実」，「協同」，「洞察・意思決定」，「親和」，「依頼」と命名した。

２）信頼性の検討と基礎統計量

各因子について，信頼性を検討するために内部一貫性を Cronbach の α 係数で求めた。得られた α 係数は.83 から.89 の間にあり，十分な内部一貫性を確認できた。そこで各因子について５項目の合計得点を算出し，それぞれの得点とした。各得点の平均値，標準偏差等を Table 3 に示す。さらに，属

Table 3　看護師職務遂行自己効力感尺度に対する確認的因子分析の結果および Cronbach の α 係数，基礎統計量

質問項目	平均値	標準偏差	パス係数（標準化推定値）					
			向上	誠実	協同	洞察・意思決定	親和	依頼
医療に関する新しいことを学ぶこと	3.59	1.23	.80					
困難な仕事上の課題にも挑戦すること	4.14	1.17	.79					
キャリアアップに向けての行動を起こすこと	3.83	1.28	.78					
文献を収集し、実践で活用すること	3.43	1.26	.71					
新しい仕事に対して挑戦すること	4.18	1.05	.59					
ミスをしないような工夫をすること	4.84	1.00		.80				
看護技術を正確に実践すること	4.61	1.03		.75				
上司に正確に連絡・相談・報告すること	4.10	1.12		.71				
危険を伴う仕事に対して落ち着いて取り組むこと（感染源の取り扱い・放射線被曝など）	4.41	1.02		.66				
患者に十分に説明した上で援助をすること	4.82	1.05		.63				
周りの人たちとの間でトラブルが起きても、それを上手に処理すること	4.94	1.01			.82			
仲間と十分な意見交換をすること	4.92	1.02			.79			
仲間との人間関係を円滑にすること	4.63	1.13			.77			
他者に共感すること	4.39	1.05			.59			
仲間を信頼すること	4.05	1.09			.52			
患者の症状や状態の変化に気づくこと	3.82	1.27				.82		
多重課題に対し、適切な優先順位を決めて取り組むこと	4.23	1.14				.81		
瞬時に的確な判断をすること	4.48	1.12				.79		
自分の裁量で仕事ができること	3.83	1.19				.79		
ミスをしてしまうのではないかという不安を払拭すること	4.49	1.08				.77		
どんな内容の話題でも会話を続けること	4.71	1.14					.82	
他人が話しているところに、気軽に参加すること	4.24	1.38					.80	
相手の話したいことに合わせて会話をすること	4.00	1.22					.76	
初対面の人とでも、すぐに会話を始めること	4.00	1.24					.74	
ささいなことでも，きがねなく人に尋ねること	4.48	1.09					.64	
依頼したい内容を簡潔に伝えること	4.28	1.16						.80
上司にやってもらいたいことをうまく依頼すること	4.56	0.97						.75
気まずいことがあった相手に依頼すること	4.07	1.16						.73
患者にやってもらいたいことをうまく依頼すること	4.00	1.20						.71
同僚にやってもらいたいことをうまく依頼すること	3.90	1.22						.62
因子間相関								
因子２			.74					
因子３			.70	.79				
因子４			.74	.95	.76			
因子５			.65	.73	.89	.77		
因子６			.73	.87	.86	.89	.87	
Cronbach の α 係数			.85	.83	.83	.89	.86	.84
平均値			19.17	22.78	22.94	20.85	21.43	20.81
標準偏差			4.77	4.07	4.13	4.89	4.92	4.5
最小値			5	10	8	5	7	8
最大値			31	34	33	34	35	33
項目平均			3.83	4.55	4.58	4.17	4.28	4.16

性ごとの平均値，標準偏差も求め，Table 1 に追記した。属性間の平均値について検定を行った結果，「誠実」および「洞察・意思決定」において看護師経験年数による有意な差が認められ（それぞれ $F(5, 472)=2.772$, $p<.01$; $F(5, 472)=3.560$, $p<.01$），多重比較（５％水準）の結果から，１～３年目より 20 年以上が有意に高いことが明らかになった。しかしながら，他の項目では有意な差は認められなかった。

３）妥当性の検討

(1) GSES との関連

GSES は定められた手順に従って３つの因子得点を求めた。さらに看護師職務遂行自己効力感尺度との関連について検討するため，それぞれの下位尺度得点間の相関係数を算出した（Table 4）。

GSES 下位尺度との相関は，$r=.27$～$.71$ であり，全てにおいて事前の予測通り有意な正の係数が確認できた。

(2) 看護実践能力との関連

キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 Ver.3 について，佐藤，牛田ら（2007）にしたがって下位尺度得点を求め，看護師職務遂行自己効力感との相関係数を求めた（Table 4）。

得られた相関係数は，$r=.39$～$.80$ であり，全てにおいて予測されたように有意な正の係数であることが確認できた。

(3) 看護師継続意志との関連

看護師職務遂行自己効力感の下位尺度ごとに，準備した４つの項目と相関係数を算出した（Table 4）。

看護師継続意志に関連する４つの項目との相関は，$r=.26$～$.50$ であり，全てにおいて有意な正の係数が認められた。看護師職務遂行自己効力感が高いほど，継続の意志も強くなることが確認できた。

Ⅵ．考　　察

本研究は，看護師職務遂行自己効力感を測定する尺度の開発を目的とした。以下では，見出された因子と従来の研究で指摘されている諸点との関連性を中心に考察する。

１．看護師職務遂行自己効力感尺度の因子

本研究の結果，看護師職務遂行自己効力感を構成する因子として「向上」など６つが見出された。６因子モデルの適切さは，確認的因子分析の結果から許容範囲内であることが確認された。以下では，先行研究との対応から，見出された因子が看護師の職務遂行行動と関連するものとして適切かという観点から考察を行う。

「向上」は，キャリアアップ行動といった内容で構成される。鶴田，前田（2009）は，職業継続の支えとして「意欲」と「目標」を掲げ，キャリアアップ支援の必要性を指摘している。「向上」は，日常的に最適な医療を提供し，新たな知識や技術を修得して実践する行動を支える自己効力感と位置づけることができる。

「誠実」は，正確な看護技術の実施や，真摯な職務態度に関連していた。野田部ら（2014）は，看護師の組織市民行動において「責任感」と「誠実性」を重要な個人特性として指摘している。患者とその家族の利益を最優先し，人の命に関わる職業特性上，看護師には誠実な対応が不可欠である。「誠実」は，これらの行動を支える自己効力感と考えられる。

「協同」は，職場の信頼関係や共感に基づく，協同的な内容で構成されている。堀（1996）は，臨床現場で必要な対人関係要素として，「上司・同僚関係」，「チームメンバーとしての承認」という項目を挙げている。看護師は単独職務ではなく，多職種連携の中心として協同が不可欠である。こうした職業特性から，「協同」は，これらの行動に関わる自己効力感に位置付けられる。

「洞察・意思決定」は，患者の状態変化を瞬時に認知し，適切な判断を行うといった内容で構成されている。Seila（1990）はこれを「患者のデータ，臨床的な知識，状況に関する情報が考慮され，認知的な“熟考”と“直観的な過程”によって患者ケアについて決定を下すこと」と定義する。この能力は最適なケア提供に不可欠であり（吉田ら，2002），看護師には，異常の早期発見や，多重課題の優先順位判断が求め

Table 4　看護師職務遂行自己効力感尺度と GSES，臨床実践力，看護師継続意志との相関係数

	向上	誠実	協同	洞察 意思決定	親和	依頼	自己効力感合計
GSES							
行動の積極性	.60	.57	.50	.71	.62	.63	.71
失敗に対する不安	.28	.34	.26	.51	.30	.31	.40
能力の社会的位置づけ	.63	.60	.51	.69	.54	.59	.69
GSES 合計得点	.61	.60	.51	.73	.60	.65	.73
臨床実践力							
看護チームの発展に貢献する力	.63	.72	.57	.80	.59	.67	.77
質の高いケアを提供する力	.67	.68	.53	.71	.54	.60	.72
患者の医療への参加を促進する力	.48	.49	.39	.53	.44	.49	.55
現状に主体的に関与する力	.65	.58	.53	.63	.52	.54	.67
臨床実践力合計得点	.68	.70	.57	.76	.58	.65	.77
看護師の継続意志に関連する項目							
今のところ，看護師を辞めるつもりはない	.37	.37	.33	.36	.31	.26	.39
定年まで看護師を続けたい	.38	.26	.29	.32	.26	.26	.35
このまま看護師を続けていくことを望んでいる	.42	.36	.35	.38	.33	.28	.41
今後の未来においても，看護師として働いているところをイメージできる	.50	.46	.46	.48	.42	.42	.53

表中のすべての相関係数は１％水準で有意であった

られる。「洞察・意思決定」は，これらの臨床判断行動に関わる自己効力感と考えられる。

「親和」は，他者と迅速に友好的な関係を築くといった内容で構成されている。上野（2005）らが示すように，看護師には，信頼関係構築や多職種連携において，あらゆる対象に好印象を与える親和性が不可欠である。「親和」は，このような行動に影響している自己効力感と考えられる。

「依頼」は，職務を一人で抱え込まず他者を信頼して適切に依頼できる能力といった内容で構成されていた。チーム医療の実現には，単なる受動的な協力ではなく，自ら積極的に支援を求める姿勢が不可欠である。山本，小澤（2020）の研究では，援助要請スキルの高い看護師において，ソーシャルサポートを得やすく，離職防止効果が確認されている。「依頼」は，他者への信頼に基づく，職務分配を可能にするといった行動に関わる自己効力感と位置付けられる。

以上のように，６つの因子は，従前より言及されてきた看護師に求められる行動と関連しているといえる。そのため，いずれの因子も看護師職務遂行自己効力感を構成するものとして妥当であると判断できよう。

２．尺度の信頼性と妥当性

看護師職務遂行自己効力感尺度の信頼性を検証した結果，α係数は全下位尺度で 0.8 以上と高く，項目数を５項目に削減しても良好な信頼性が確認された。再検査信頼性は今後の課題であるが，尺度の信頼性の一端が明らかにできたといえる。

妥当性は，看護学や心理学の専門家が協働し，表面的妥当性を含む内容的妥当性は担保されたと考えられる。妥当性の確認に用いた GSES 下位尺度と臨床実践力との相関は予測に沿った有意な値であったことから，尺度の妥当性が確認できたといえる。さらに看護師職務遂行自己効力感と看護師継続意志は，全ての項目との間に有意な相関が認められた。特に「今後も看護師として働いているところをイメージできる」との関連性が相対的に高かった。この結果から，看護師職務遂行自己効力感が高い者は看護師継続意志も強い傾向が確認でき，尺度の構成概念妥当性が支持されると判断できる。

ただし，継続意志はあくまで調査時点の意識であり，実際の離職行動とは異なる可能性がある。とはいえ，看護師の継続要因として職務の遂行における自己効力感が関わっている可能性が示唆される。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，日常的な看護師の職務を円滑に遂行できるという自己効力感を「看護師職務遂行自己効力感」と定義し，その測定尺度を開発した。尺度は「向上」など６つの因子で構成され，従前より指摘される看護師に求められる職務行動との関連性が確認された。尺度の信頼性と妥当性についても確認され，看護師の継続を自己効力理論から捉えることの適切さが支持されたといえる。今後の離職研究や離職防止施策への活用が期待される。対象が特定病院に限定され，自己報告データに依存する点は今後の課題である。

本論文は中部学院大学大学院人間福祉学研究科社会福祉学専攻の博士論文の一部に加筆修正を加えたものであり，その内容の一部は第 27 回日本看護管理学会学術集会において発表した。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

有村優範．（2019）．病院に就職した新人看護師に関する研究の動向―職場適応，職業継続意思，離職に焦点をあてた文献検討―．*愛知県立大学看護学部紀要，25*，33-45.

浅倉京子．（2016）．看護師の職業移動とその心理社会的要因に関する追跡調査 第２回調査報告書．（参照日：2024 年 10 月 20 日，https://www.nem.med.tohoku.ac.jp/wordpress/wp-content/uploads/2021/03/report02.pdf）

朝野熙彦，鈴木督久，小島隆矢．（2005）．入門 共分散構造分析の実際．講談社.

Bandura,A.（1977）．Self-efficacy：toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review,84*（2），191-215.

Bandura,A.（1997）．*激動社会の中の自己効力*（本明寛，野口京子監訳）．金子書房．（1995）

Betz, N. E., & Hackett, G.（2006）. Career self-efficacy theory：Back to the future. *Journal of career assessment, 14*（1），3-11.

Caruso, R., Pittella, F., Zaghini, F., Fida, R., & Sili, A.（2016）. Development and validation of the nursing profession self-efficacy scale. *International Nursing Review, 63*（3），455-464.

Cheraghi, F., Hassani, P., Yaghmaei, F., & Alavi-Majed, H.（2009）. Developing a valid and reliable self-efficacy in clinical performance scale. *International Nursing Review, 56*（2），214-221.

Corcoran,S.A.（1990）．看護における Clinical Judgement の基本的概念．*看護研究，23*（4），351-360.

グレッグ美鈴．（2005）．臨床看護師の組織コミットメントを促す経験．*岐阜県立看護大学紀要，6*（1），11-18.

堀百合子．（1996）．新カリキュラム卒業生の職場への適応過程－リアリティショックの程度とそれを左右する要因の経時的変化．*日本看護学会集録看護教育，27*，52-55.

池田道智江，平野真紀，坂口美和，森京子，玉田章．（2011）．看護師の QOL と自己効力感が離職願望に及ぼす影響．*日本看護科学会誌，31*（4），46-54.

片倉裕子（2018）．自己効力感を高める要因の発達的変容過程に関する研究―看護学生の臨地実習の継続的な体験学習を通して―．*コミュニケーション障害研究，18*，21-33.

片倉裕子．（2019）．日本の看護研究における自己効力感についての検討―1998 年以降の文献レビューを中心に―，*北海道文教大学研究紀要，43*，69-87.

加藤栄子，尾崎フサ子．（2011）．中高年看護職者の職務継続意志と職務満足に関連する要因の検討．*日本看護科学会誌，31*（3），12-20.

中野沙織，岩佐幸恵．（2019）．中堅看護師の職業継続に関する文献検討―「離職」と「職業継続」の理由に焦点を当てて―．*The Journal of Nursing Investigation，16*（1-2），10-22.

日本看護協会．（2024）．「2023 年病院看護実態調査結果」．News Release.（参照日：2024 年 10 月 20 日，https://www.nurse.or.jp/home/assets/20240329_nl04.pdf）

野田明敬．（2022）．中堅看護師の職業継続に影響を与える個人的要因に関する質的研究．*日本看護管理学会誌, 26*(1)，44-54.

野田部恵，大儀律子，萩原桂子，坂口桃子．（2014）．「組織市民行動」の概念定義と看護師職場への応用可能性．*大阪市立大学看護学会雑誌，10*，51-58.

Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lombardo, C., Lazzari, D., & Violani, C.（2015）. Occupational coping self-efficacy explains distress and well-being in nurses beyond psychosocial job characteristics. *Frontiers in Psychology, 6*,Article 1143. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01143.

坂野雄二，東條光彦．（1986）．一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み．*行動療法研究，12*（1），73-82.

佐藤紀子，牛田貴子，内藤理英，出口昌子，土佐千栄子．（2007）．「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 Ver.3」作成の試み．*日本看護管理学会誌, 10*（2），32-39.

Stump, G. S., Husman, J., & Brem, S. K.（2012）. The nursing student self-efficacy scale: development using item response theory. *Nursing Research, 61*（3），149-158.

鶴田明美，前田ひとみ．（2009）．看護師の退職と職業継続支援に関する調査研究．*熊本大学医学部保健学科紀要，5*，67-78.

上野栄一.（2005）. 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発．*日本看護科学会誌，25*（2），47-55.

山本摩梨子，小澤三枝子.（2020）. 看護師が自ら職場ソーシャルサポートを得るための方策に関する研究. *国立看護大学校研究紀要，19*（1），1-9.

吉田沢子，久世恵美子，上山和子，菅田節子，弓場茂子，安酸史子．（2002）．看護師の臨床判断能力の実態．*日本看護教育学会誌，12*（1），27-35.

◇ 原　著 ◇

モンゴル国Ａ病院の病院長、副病院長及びリスク管理部長のリスク感性分析

藤川理恵[1)*]

【目的】モンゴル国Ａ病院の病院長，副病院長，リスク管理部長のリスク感性を明らかにする。

【方法】モンゴル国Ａ病院の病院長，副病院長，リスク管理部長の５名を対象に半構造化インタビューを行い，データを逐語録に起こし，カテゴリー化した。

【結果】対象者のリスク感性として，《管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識》《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》《管理職としての省察的取り組み》の３のコアカテゴリーを抽出した。

【結論】対象者は，管理だけでなく現場の視点も忘れず，複合して《管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識》し，《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》に取り組んでいた。そして，自らの取り組みを省察しつつも，組織文化を醸成するという揺るがない一貫性を持った《管理職としての省察的取り組み》は，モンゴル国Ａ病院のリスクマネジメントの重要な要素となっていると考えられる。

【キーワード】リスク感性，リスクマネジメント，モンゴル

Ⅰ．はじめに

モンゴル国（以下「モンゴル」とする）では国全体の基礎保健指標は改善したが，医療従事者の質及び医療サービスの向上が保健セクターの課題である。この課題解決に向けて独立行政法人国際協力機構は，2019 年，モンゴルに，モンゴル国Ａ病院（以下「Ａ病院」とする）を無償資金協力で建設し，2017 年から 2022 年，「モンゴル国Ａ病院運営管理及び医療サービス提供の体制確立プロジェクト」（以下「Ａ病院プロジェクト」とする）を実施した。Ａ病院プロジェクトは，Ａ病院において，適切な運営管理，患者中心の医療，先端医療サービスの導入，高度な救急医療の体制整備，の実現を目指した活動を行うことにより，Ａ病院が技術水準・質ともに高い医療サービスを提供できる体制を確立することに寄与するものである（国際協力機構，2023）。

Ａ病院はモンゴル初の大学病院であり，将来的に保健医療人材の研修及び高次医療サービスの提供拠点としてモンゴルの医療サービス向上に貢献することが期待されている。そのために，まずは，適切な運営管理と患者中心の医療の導入に取り組みながら，基礎的な医療サービスの提供を目指している。中でも，患者に安全な医療サービスを提供することは，医療の最も基本的な要件の一つである（厚生労働省，2001）。同時に，安全な医療とは受け入れられるくらい低いレベルのリスクを伴った医療であり，安全な医療サービスの提供に必要なのはリスクマネジメントであるといわれている（河野，2014，p.65）。すなわち，基礎的な医療サービスの提供を確立するためには，リスクマネジメントは必須であり，Ａ病院に，モンゴルの病院で初となるリスク管理部が設置された（国際協力機構，2023）。そして，医療におけるリスクマネジメントの目的は，事故防止活動などを通して，組織の損失を最小限に抑え，医療の質を保証することである。また，医療における組織の損失とは，単に経済的な損失だけではなく，患者，家族，来院者および職員の障害や，病院の信頼が損なわれるなどのさまざまな損失が考えられる（日本看護協会リスクマネジメント検討委員会編，1999）。

筆者は，2019 年から 2022 年までＡ病院プロジェクトに看護・患者管理専門家として従事し，リスク管理部の活動を支援してきた。しかし，インシデント・アクシデントは個人に

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）秀明大学看護学部
＊ E-mail：fujikawa@mailg.shumei-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

対する査問や懲罰を与えるための材料という個人の責任を追及する風土があり，医療におけるリスクマネジメントの目的が組織全体に伝わらなかった。実際，Ａ病院のモンゴル人看護師はインシデント発生時の当事者の責任という結論に納得できず，個人責任ではなく組織全体の問題として，現場の声を尊重した俯瞰的な対応をとってほしいと望んでいた（藤川ら，2023）。その結果，患者，家族，来院者および職員の障害や，病院の信頼，経済的な損失を最小限に抑え，医療の質を保証するという，リスクマネジメントにおける組織としての役割が十分に果たせず，基礎的な医療サービスの導入に影響を及ぼしていた。

リスクマネジメントのプロセスは，リスクの把握・分析・対応・評価であり（日本看護協会リスクマネジメント検討委員会，1999；嶋森，任，2008，p.102），リスクマネジメントは事故を防止するうえで必要な手段であるが，その考え方は事故防止に焦点を合わせたものではなく，そのとき・その場面で発生が予想されるリスクを分析して，病院・患者・医療スタッフを事故から守り，病院という経営主体を発展させ，なおかつ医療・看護の質の向上を図るものとして考えられた手法・システムである（釜，2004，p.6）。そして，リスクは守りたい何か，すなわち価値があって初めて生じるものであり（日本リスク研究学会 2019，p.4），リスク感性とは，周りから，危ないぞ，注意してやりなさい，といわれなくてもリスクを察知して自然に安全行動が取れるような感覚を指し，危険な状況や行動を予測し，危険源に気づき，危険回避，安全に行動する力である（釜，2005；南ら，2015）。

木下（2002）は，リスクの認知が文化の影響を強く受けているということは明らかであり，文化的要因の中でもリスク認知に一番影響を与えるのは，国民性や国の政策など国家ないし国際レベルの要因であると述べている。つまり，Ａ病院のリスクマネジメントには，国民性や文化の違いによって異なるリスク感性が大きく影響しているのではないかと考えた。

このような経験から，筆者は，モンゴルの医療現場におけるモンゴル人のリスクやリスクマネジメントに関する捉え方が，日本人とは異なることを実感するとともに，モンゴル人のリスク感性そのものについて問いを抱き，Ａ病院のモンゴル人看護師を対象としたリスク感性分析を実施した。この研究は，現場でリスクマネジメントを支えている看護師の中でも，最もリスク感性が高いとされているＡ病院の副看護師長を対象とした半構造化インタビューによる質的記述的研究である（藤川ら，2023）。

研究結果として，モンゴル人看護師は，意図的にリスクを回避する行動をとり看護師としての責務を果たそうとしており，安全が保障されないと感じる危機感の中で働いているモンゴル人看護師だからこその特徴が明らかになった。そして，モンゴル人看護師のリスク感性は，多様なリスクに晒され安心できない日常の看護業務の中でリスク回避を意図した責任ある行動がとれる感覚であるといえ，モンゴル人看護師個々のリスク感性は強くあった。同時に，リスクマネジメントに関する教育体制や適切な労務管理などを含め，リスクを個人の問題ではなく，組織の問題として俯瞰的に捉え解決する体制を構築してほしいと願っており，その背景には，患者に良質なケアを提供するために，組織の一員として守られ，安心できる環境下で，健康に働き続けたいというＡ病院のモンゴル人看護師の思いがあった（藤川ら，2023）。

当初の予想に反し，意外にもＡ病院のモンゴル人看護師のリスク感性は高いことが明らかになった。事実，看護師らは安全が保障されない危機感を感じながらも責務を果たすことを大切にしていた。一方で，問題も明らかになった。個々のリスク感性は高いものの，それが組織単位で機能しておらず組織的リスクマネジメントに至っていないという点である（藤川ら，2023）。組織的リスクマネジメントを機能させるためには組織的リスク感性を高める必要があり，組織的なリスク感性をめぐる問題は，職員個々の意識改革のみで対応できるものではなく，組織マネジメントの問題として，まずは幹部が認識する必要がある。現に，リスクマネジメント協会は，リスクに強い組織における経営者の役割は大きく，経営者がリスクに対する考え，保有，対応を明確にし，全社的なリスクに対する共通した理解と感性が必要である（リスクマネジメント協会，2024）と述べており，本研究は同様の視点を有している。

そこで，本研究は，Ａ病院の幹部に焦点を当てることとした。ここでいう幹部とは，Ａ病院の病院長，副病院長，リスク管理部長らを指す。彼らは，日本の支援を受けながら，Ａ病院プロジェクトを主導する立場にある。そして，Ａ病院のリスクマネジメントにおいても組織としての意思決定権を有すると共に，リスクマネジメントを組織マネジメントの問題として認識し行動すべき者である。つまり，組織的リスクマネジメントを機能させるためには，まずは幹部のリスク感性を知る必要があるが，モンゴルの医療現場におけるモンゴル人幹部のリスク感性について分析した研究は菅見の限り見当たらない。以上より，本研究は，Ａ病院の病院長，副病院長，リスク管理部長のリスク感性を明らかにし，Ａ病院及びモンゴルの医療における今後のリスクマネジメントの指針の一つに繋げたいと考える。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，Ａ病院の病院長，副病院長，リスク管理部長のリスク感性を明らかにすることである。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

研究デザインは，質的記述的研究である。

２．対象者

対象者は，Ａ病院の病院長，副病院長（診療担当，品質安全担当，総務担当），リスク管理部長の計５名とした。

３．調査期間

調査は，2023年２月から３月に実施した。

４．データ収集

インタビューガイド（表１）を作成し，半構造化インタビューを実施した。

インタビュー内容は，対象者の基本属性，日常の管理職業務の中でリスクと感じた事象があるか，もしあるならばそれはどのような場面であり，どのような対応を行ったのか，リスクに関してどのようなことを大切に考えているか等であった。インタビューは，対象者の勤務に影響のない日時を設定し，プライバシーに配慮したうえで，オンライン（Zoom）にて行った。インタビュー時間は，日本語とモンゴル語の相互通訳ができる１名を介し，30分～60分とした。対象者の承諾を得てインタビュー内容をICレコーダーに録音した。

５．分析方法

インタビュー内容を逐語録に起こし，繰り返し逐語録に目を通した。そして，対象者の語りからリスク感性に関連した考えや思い，行動等の内容を抽出し，文脈を変えないようにコード化した。次に，コード同士の意味内容の類似性によって，さらに抽象度の高いサブカテゴリー，カテゴリー，コアカテゴリーを抽出した。分析の信頼性を確保するために，質的研究法の専門家のスーパーバイズを受けた。

６．用語の定義

「リスク」：本研究では「リスク」を「医療機関の有形および無形の資産，患者，訪問者，従業員の傷害に関する事象」と定義する。

「リスクマネジメント」：本研究では「リスクマネジメント」を「そのとき・その場面で発生が予想されるリスクを把握，分析し，リスクへの対応及び評価を行い，病院・患者・医療スタッフを事故から守り，病院という経営主体を発展させ，なおかつ医療・看護の質の向上を図る手法・システム」と定義する。

「リスク感性」：本研究では「リスク感性」を「業務の中で遭遇するリスクを予測，察知し，リスク回避のための安全行動がとれる感覚及び，行動する能力」と定義する。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認（承認番号：22 - 022）及び，Ａ病院の病院長に書面にて研究実施の承諾を得て実施した。

対象者には文書と口頭で研究目的や方法，研究への協力は個人の自由意思であり途中で辞退することも自由であること，また，研究への参加の有無が今後の業務に不利益を被らないこと，さらにプライバシーの保護と守秘義務を遵守することについて説明の上，同意を得た。説明書と同意書はモンゴル語に翻訳し，通訳者を介して説明した。通訳者には守秘義務について説明し，覚書を交わした。

また，インタビュー時には，対象者の過去のリスクに関する体験を思い出すことによる精神的負担に配慮した。得られたデータは分析の段階で番号処理を行い，個人が特定されないようにした。

Ⅴ．結　　果

１．対象者概要

対象者は，Ａ病院の病院長，副病院長（診療担当，品質安全担当，総務担当），リスク管理部長の計５名であり，病院での管理職経験年数の平均は７年，Ａ病院での管理職経験年数の平均は３年であった。また，３名が教育機関でのリスクマネジメントの学修経験はないと答え，２名があると答えた。学修経験があると答えた１名はモンゴル国外で医療におけるリスクマネジメントを学び，１名はモンゴル国内で医療以外の専門分野においてリスクマネジメントを学んだと答えた。よって，モンゴル国内の教育機関で医療におけるリスクマネジメントを学んだことのある対象者はいないという結果で

表１　インタビューガイド

１．対象者の基本属性の確認

１）病院での管理職（院長、副院長、部長）経験年数
２）Ａ病院での管理職経験年数
３）教育機関でリスクマネジメントについて学んだことはあるか

２．リスク感性に関する質問

１）あなたにとって病院管理業務においてリスクとはどのようなことを指しますか
２）病院管理業務を遂行する上でリスクと感じた出来事について具体的に教えていただけますか
　➢ それはどのような場面でしたか
　➢ どの段階でリスクと感じましたか
３）なぜリスクと感じましたか
４）その時どのような対応をされたか教えてください
５）なぜその対応を行われたのでしょうか
　➢ その経験に対して思うことがあれば、何でも構いませんのでお聞かせください
６）リスクに関してどのようなことを大切に考えていますか
７）リスク全般に関してどのようなことでも構いませんのでお聞かせいただけますか

あった。インタビュー時間は通訳時間も含めて平均 47 分であった（表２）。

なお，対象者５名は全員医師である。モンゴルでは，看護職が幹部として組織に携わるということが普及していない。Ａ病院では，看護部長も副病院長となる組織体制ではあるが，人事の関係上，インタビュー実施時は看護部長不在の状況であり，診療担当副病院長が看護部を管轄していた。

２．Ａ病院の病院長，副病院長，リスク管理部長のリスク感性

分析の結果，Ａ病院の病院長，副病院長，リスク管理部長のリスク感性として，64 のコード，17 のサブカテゴリー，８のカテゴリー，３のコアカテゴリーを抽出した（表３）。以下，コードまたは対象者の語りは『　』，サブカテゴリーは［　］，カテゴリーは【　】，コアカテゴリーは《　》で示し，コアカテゴリーごとに分析結果を説明する。なお，『　』内のアルファベットは対象者を示す。

表２　対象者概要

対象者	役職	病院での管理職経験年数	Ａ病院での管理職経験年数	教育機関でのリスクマネジメント学修経験の有無	面接時間（通訳時間含む）
A	リスク管理部長	２年	２年	ない	52 分
B	副病院長	８年	３年２ヵ月	ある	48 分
C	病院長	８年	２年	ない	53 分
D	副病院長	８年	４年	ない	42 分
E	副病院長	７年６ヵ月	４年	ある	38 分

表３　Ａ病院の病院長、副病院長、リスク管理部長のリスク感性

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識	モンゴル特有のリスクを把握	リスクマネジメントに影響する国民性を把握	モンゴルの病院ではリスクに関する認識が乏しくリスクを個人の責任とする傾向にある
			細かい作業が苦手などのモンゴル人の特徴がリスクマネジメントに影響していると実感する
		支援機器の保全の限界を実感	支援により導入された医療機器はメンテナンスが困難であり診療に支障が生じる
	あらゆるものがリスクになりうると認識	医療サービス提供において可能性のあるものをリスクとして認識	医療サービスを提供していること自体がリスクを伴う
			患者の安全に危険を及ぼす可能性が考えられるものはすべてリスクであると考えている
		病院運営上のリスクを認識	病院運営では臨床に関するリスク以外にも財務など経営に関するリスクも扱う必要がある
			外部組織との関係による運営管理の複雑化がリスクを引き起こす
管理職から発信するリスクマネジメントの実践	「人」に関する取り組みを重視	人材不足への臨機応変な対応	人材不足による職員個人へのリスクの増加を予測する
			人材不足において部署を超えた助け合いを行う
		人材管理の必要性を実感し対策を実施	人材の能力によってリスクは増加する
			人材管理の難しさを痛感する
			人材管理に関する具体的な対策を実施する
		職員およびその家族への労い	COVID-19 のパンデミックによる防護具の不足をきっかけに職員とその家族へのリスクを実感した
			リスクに晒される職員の給与を上げて労いを表明する
	組織横断的に活動	多職種で組織横断的なリスクマネジメント	多職種で組織横断的に患者安全評価を行う
			多職種で連携し職員のリスク管理を行う
		緊急時の連携を主導	緊急時において率先して多職種・他施設との連携を行う
	対象と必要性に応じた研修を実施	規則遵守の必要性の研修	馴染みのない規則への職員の不適応を実感する
			遵守してほしいことは押し付けず必要性を説明する
		対象と必要性に応じた研修の継続したモニタリング・アップデート	対象と必要性に合わせた研修を行う
			研修の継続したモニタリング・アップデートを行う
	報告から対策まで円滑にする PDCA を意識	報告から対策まで円滑に行う PDCA サイクルの仕組み作り	リスクを断片的に捉えず背景にある要因に焦点をあてる
			報告から対策までを円滑にする PDCA サイクルの仕組みを作る
		リスクを予測し対応	予測できないことでリスクの可能性は上昇する
			リスクを予測し事前に対応する
管理職としての省察的取り組み	管理職としての行いを省察	Ａ病院の社会への役割を認識	COVID-19 のパンデミックの経験を通してＡ病院の社会への役割を認識する
		技術支援からの学びを活用	Ａ病院プロジェクトからの学びを組織のリスクマネジメントに活かす
		管理職としての自らの対応を反省	管理職の能力がリスクマネジメントに影響する
			管理職としての対応が適切か省みる
	一貫性を持った取り組み	Ａ病院の組織文化を醸成	管理職と職員間でリスクについて共通理解し安全文化の醸成に努める
			現状に真摯に前向きに向きあい改善に重きを置く組織文化の構築に取り組む

《管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識》

このコアカテゴリーは,【モンゴル特有のリスクを把握】【あらゆるものがリスクになりうると認識】の２のカテゴリーで構成された。

対象者は,『C）モンゴルの病院ではインシデントやアクシデントが起きると個人の責任とする傾向にある』,『D）モンゴル人医師は細かい作業が苦手であり，詳細な情報を無意識に見逃してしまう事例が多くみられる』など［リスクマネジメントに影響する国民性を把握］するとともに，日本の政府開発援助で導入された医療機器に関して『A）導入されている医療機器は日本製のものが多いためメンテナンスが難しく診療に支障がでることがある』と［支援機器の保全の限界を実感］し，【モンゴル特有のリスクを把握】していた。

また，対象者は,『A）医療サービス提供自体に必ずリスクは伴う』,『D）患者の安全に危険を及ぼす可能性があるものは全てリスクである』など［医療サービス提供において可能性のあるものをリスクとして認識］すると同時に,『A）患者や職員の安全に関するリスク以外にも財務など病院運営管理に関するリスクがある』,『B）外部組織との関係による運営管理の複雑化がリスクを引き起こす』など［病院運営上のリスクを認識］し，【あらゆるものがリスクになりうると認識】していた。

これらから，対象者は，リスクマネジメントに影響する国民性や被援助国故のリスク，経営も含めた医療提供全般におけるリスクを管理職の立場から俯瞰的に認識していた。

《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》

このコアカテゴリーは,【「人」に関する取り組みを重視】【組織横断的に活動】【対象と必要性に応じた研修を実施】【報告から対策まで円滑にする Plan〈計画〉―Do〈実行〉―Check〈評価〉―Action〈改善〉（以下「PDCA」とする）を意識】の４のカテゴリーで構成された。

対象者は,『D）人材不足がリスクに関わってくる』,『A）１人にかかる負担が大きくなることでリスクは起きやすくなる』と『D）人材不足による職員個々へのリスクの増加を予測』しつつ，実際に『B）人材不足において部署を超えた助け合いを行う』など［人材不足への臨機応変な対応］を行っていた。また，対象者は,『D）適切な人選ができるかどうかがリスクに関わってくる』など『D）人材の能力によってリスクは増加する』と実感するとともに『D）システムは構築していても違反はおきる』と『D）人材管理の難しさを痛感』していた。その上で，対象者は,『C）職員のモチベーションを向上させるようイベントの開催や成果に応じた報酬を意識している』,『D）多職種カンファレンスを定期的に開催し，互いに考え学び合う場を作れるように取り組んでいる』と語り,［人材管理の必要性を実感し対策を実施］していた。さらに，対象者は,『B）COVID-19 のパンデミックによる防護具不足をきっかけに職員だけでなくその家族へのリスクを実感した』ことを語ると同時に,『B）リスクに晒される職員の給与を上げて労いを表明する』など［職員及びその家族への労い］を行動として示していた。このように，対象者はA病院のリスクマネジメントにおいて,【「人」に関する取り組みを重視】していた。

また，対象者は『A）A病院プロジェクトから教えてもらったことを参考に，患者安全評価シートを作成し関連部署と共に週１回の院内ラウンドを行っている』,『B）COVID-19 感染患者受け入れ時は職員のリスク回避のために関連部署と協力し院内ラウンドを行った』と，患者や職員に対する［多職種で組織横断的なリスクマネジメント］を主導すると共に，COVID-19 パンデミックの緊急時において『E）全国の病院で医薬品や医療材料が輸入できなくなり院内や関連機関に情報共有し代替可能なものの検討を行った』,『E）治療可能な病院へ患者を搬送するなど他院との連携を強化した』,『B）院内のゾーニングを周知徹底し感染拡大防止に努めた』と語り，多職種・他施設との［緊急時の連携を主導］するなど【組織横断的に活動】し，A病院のリスクマネジメントに尽力していた。

そして，対象者は,『A）A病院は開設されて間もない日本式マネジメントを取り入れた病院のため病院規則に職員が馴染みにくい』と，A病院の『A）馴染みのない規則への職員の不適応を実感』しながら,『A）規則は押し付けるのではなく必要性を説明した上で遵守を促す必要がある』と［規則遵守の必要性の研修］を行っていた。また，対象者は,『A）院内研修をアレンジしやすい立場を活用していきたい』と組織における立場を活用しつつ,『C）職員が真摯に仕事に向き合いリスクを軽減できるような研修を開催している』,『A）研修後の継続したモニタリングやアップデートが重要である』と［対象と必要性に応じた研修の継続したモニタリング･アップデート］を意識し【対象と必要性に応じた研修を実施】していた。

その上で，対象者は【報告から対策まで円滑にする PDCA を意識】し，A病院で［報告から対策まで円滑に行う PDCA サイクルの仕組み作り］を行い，A病院が［リスクを予測し対応］できる組織となるよう取り組んでいた。具体的には，対象者は,『A）１つのリスクの背景には多くの要因がある』,『A）１人の看護師が誤薬を起こした場合，看護師の責任であると断片的に捉え責めてはならない』などリスクを断片的かつ個人の責任として捉えず，背景にある要因に焦点をあてる必要性を理解していた。そして,『C）リスクを記録しデータベースを蓄積しながら要因をみつけ対策・予防することが重要である』,『A）院長辞令により各部署から選出されたリスクマネージャーが研修受講後，各部署で中心となりリスク分析・対策立案・評価の PDCA を回している』など［報告から対策まで円滑に行う PDCA サイクルの仕組み作り］に取り組んでいた。また，対象者は,『E）どのようなリスクが潜んでいるか予測することが１番大切である』,『C）リスク自体は怖いものではなく予測することが大切である』と考え，実際に『E）MRI 故障のリスクを予測しエンジニアの勤務体制

を見直し予備のモーターを購入した』と行動に移し［リスクを予測し対応］できる組織となるよう取り組んでいた。

これらから，対象者は，「人」に関する取り組みを基盤として，組織横断的に活動し，対象と必要性に応じた研修や，報告から対策までのPDCAサイクルが円滑に機能するよう《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》に取り組んでいた。

《管理職としての省察的取り組み》

このコアカテゴリーは，【管理職としての行いを省察】【一貫性を持った取り組み】の２のカテゴリーで構成された。

対象者は，COVID-19パンデミックの緊急事態を通して『B）国民にとって最も重要な医療をトラブル最小限に提供する』必要があることや，『E）病院の日々の活動に支障がでてしまうと患者の安全にも支障がでてしまう』こと，『E）病院の通常のサービスを継続し，医療サービスの質を確保する必要がある』ことなどを実感し，結果的に［A病院の社会への役割を認識］していた。また，『C）事例分析を通して職員のリスクへの考え方に良い変化が生じている』など［技術支援からの学びを活用］し，組織のリスクマネジメントに活かしていこうとしていた。同時に，対象者は，『B）病院管理職の知識や経験に依存するリスクがある』，『E）自分の下した判断によって病院運営や患者に被害をもたらす可能性がリスクである』と『B）管理職の能力がリスクマネジメントに影響する』ことも実感していた。そして，『C）適切な対応ができているか振り返っている』など［管理職としての自らの対応を反省］し，【管理職としての行いを省察】することで，A病院におけるリスクマネジメントを模索していた。

また，対象者は，『A）管理職と職員間でリスクについて共通理解する必要がある』と語り，『C）職員が前向きに業務に取り組める組織文化を構築していきたい』，『B）組織における安全文化の醸成が大切である』と，［A病院の組織文化を醸成］するために【一貫性を持った取り組み】を意識していた。

これらから，対象者は自らの取り組みを省察しつつも，A病院の組織文化を醸成するという揺るがない一貫性を持った《管理職としての省察的取り組み》を意識していた。

Ⅵ．考　　察

本研究の目的は，A病院の病院長，副病院長，リスク管理部長のリスク感性を明らかにすることであり，研究結果として，《管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識》《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》《管理職としての省察的取り組み》の３のコアカテゴリーを抽出した。これから，その特徴について考察する。

１．管理と現場の視点から複合して俯瞰的にリスクを認識

対象者は，『C）モンゴルの病院ではインシデントやアクシデントが起きると個人の責任とする傾向にある』ことや，『D）モンゴル人医師は細かい作業が苦手』など，モンゴル人特有の［リスクマネジメントに影響する国民性を把握］していた。また，支援により導入された医療機器のメンテナンスが困難であった事例を通して［支援機器の保全の限界を実感］し，被援助国としてのA病院特有のコントロールできないリスクにも直面していた。リスク認知に一番影響を与えるのは，国民性や国の政策など国家ないし国際レベルの要因であり（木下,2002），まずは，俯瞰して【モンゴル特有のリスクを把握】することで，モンゴルの病院におけるリスクマネジメントに与える影響を捉えようとしていた。

そして，医療現場の視点から［医療サービス提供において可能性のあるものをリスクとして認識］していることが示されると同時に，『A）患者や職員の安全に関するリスク以外にも財務など病院運営管理に関するリスクがある』など［病院運営上のリスクを認識］し，現場と管理の両方の視点からA病院のリスクを認識していることがうかがえる。

自分の権限内にひきこもった情報収集は悪循環を引き起こすため，医療管理の実務者間においては，病院管理の幹部や各種委員会のレベル，病院職員のレベル，各部署で情報交換することが必要であり（飯田,2023,p.46），本研究においても，対象者は，管理だけでなく現場の視点も忘れず，複合して《管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識》しようとしていると考えられる。

２．組織的リスクマネジメントを意識した取り組み

対象者は，人材確保における量と質のバランスや，質を担保するための管理の難しさを痛感しつつも［人材不足への臨機応変な対応］や，職員のモチベーションを向上させる［人材管理の必要性を実感し対策を実施］していた。同時に，『B）COVID-19をきっかけに職員だけでなくその家族へのリスクも実感』し，［職員及びその家族への労い］を示していた。これは，対象者がA病院の人材を人財と捉え，【「人」に関する取り組みを重視】していることが考えられる。実際に，医療の安全には，患者安全だけが強調される傾向があるが，患者の安全を確保するためには，医療従事者の安全も重要であるとされている（飯田，2023，p.18）。そして，本研究においては，医療従事者だけでなく，その家族への安全確保への取り組みも示された。

また，対象者は患者や職員に対する院内ラウンドなど［多職種で組織横断的なリスクマネジメント］を主導すると共に，COVID-19パンデミックの緊急時には，多職種・他施設との［緊急時の連携を主導］するなど【組織横断的に活動】し，A病院のリスクマネジメントに尽力していた。事実，部門内では解決できない課題もあるため，施設全体にかかわる活動は病院幹部の意思決定や組織横断的な活動が必須であるとされており（飯田，2023，pp.45-46），本研究は，その知見を具体的な実践例で裏付けるものである。

そして，対象者は院内研修をアレンジしやすいという組織における立場を活用しながら，A病院プロジェクトの介入による【対象と必要性に応じた研修を実施】していた。医療事故の防止には個人の注意だけでなく，チームや組織のあり方

を改善することが不可欠であり，職種や職位に関係なく医療に携わる全員が患者安全の概念と原理に精通しなければならず，医療施設においては，全職種，職種ごとなど，さまざまな医療安全に関する教育が実施されている（池西ら，2018）。そして，研修の有効性を上げるには，年代や性格特性を踏まえた医療安全教育（小諸ら，2018）や，病院長自らが率先して主体的に学びスタッフの声を聞く（前川，2021）といった姿勢が必要であるといわれている。つまり，リスクマネジメントを機能させる過程において研修は必須であるが，対象者は，研修対象となる組織の人材に何が必要なのかを常に模索しながら【対象と必要性に応じた研修を実施】していく必要があるといえる。

さらに，対象者は，『A）１人の看護師が誤薬を起こした場合，看護師の責任であると断片的に捉え責めてはならない』ことや，『A）院長辞令により各部署から選出されたリスクマネージャーが研修受講後，各部署で中心となりリスク分析・対策立案・評価の PDCA を回している』ことを語った。組織メンバー間で相互に気づきや疑問に対して声をあげられるという心理的安全性の確保は，安全文化醸成に必要不可欠であり（持末，2024），対象者は，そのことを体系的に理解したうえで，【報告から対策まで円滑にする PDCA を意識】し《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》に取り組んでいると考えられる。

３．省察と揺るがない一貫性

対象者は，COVID-19 パンデミックの緊急事態を通して『B）国民にとって最も重要な医療をトラブル最小限に提供する』必要があると［A病院の社会への役割を認識］したことや，A病院プロジェクトの介入により『C）事例分析を通して職員のリスクへの考え方に良い変化が生じている』ことを実感している。これは，COVID-19 パンデミックや技術支援といった外部からの影響がきっかけとなり，対象者がA病院の現状や取り組みを振り返る機会となっていると示唆される。同時に，そのような機会は自己を客観視する機会となり，『B）病院管理職の知識や経験に依存するリスクがある』など対象者に管理職の能力自体がリスクマネジメントに影響するということに気づかせ，［管理職としての自らの対応を反省］する機会にもなっていると考えられる。

また，対象者は，『A）管理職と職員間でリスクについて共通理解する必要がある』，『B）組織における安全文化の醸成が大切である』等［A病院の組織文化を醸成］するために【一貫性を持った取り組み】を意識していた。現に，管理職は組織をマネジメントする上で，課題を適切に把握し方向性を提示したり，新たな取り組みに挑戦する風土の醸成といった創造的な組織づくりを行う必要があるとされている（内閣官房内閣人事局,2024）。つまり，自らの取り組みを省察しつつも，A病院の組織文化を醸成するという揺るがない一貫性を持った《管理職としての省察的取り組み》は，A病院のリスクマネジメントの重要な要素となっていると考えられる。

４．本研究の限界と今後の課題

本研究は，A病院の病院長，副病院長，リスク管理部長の５名を対象とし調査・分析しており，他のモンゴルの病院にも当てはまるとはいえないが，対象者は，管理職としての省察的取り組みのもと俯瞰的にリスクを認識し，リスクマネジメントを実践しており，リスク感性は高いことが明らかになった。

一方で，A病院では幹部を含む職員個々のリスク感性は高いものの，組織的リスクマネジメントに至っていない現状がある。釜（2004, p.13）は，個々のリスク感性を育てることで，リスクマネジメントは有機的な活動へと変化していき，組織を変える力になっていくと述べており，今後は，個々のリスク感性の高まりを組織的リスクマネジメントに活かすために何が必要なのか検討していく必要がある。

Ⅶ. 結　　論

A病院の病院長，副病院長，リスク管理部長のリスク感性として《管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識》《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》《管理職としての省察的取り組み》の３のコアカテゴリーを抽出した。

対象者は，管理だけでなく現場の視点も忘れず，複合して《管理職の立場から俯瞰的にリスクを認識》し，《管理職から発信するリスクマネジメントの実践》に取り組んでいた。そして，自らの取り組みを省察しつつも，A病院の組織文化を醸成するという揺るがない一貫性を持った《管理職としての省察的取り組み》は，A病院のリスクマネジメントの重要な要素となっていると考えられる。

謝辞

本研究に際し，ご協力いただきました対象者の皆様をはじめ，関係者の方々に深謝申し上げます。

本研究は 2023 年度日本福祉大学大学院国際社会開発研究科国際社会開発専攻に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反

本研究に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

藤川理恵，高開茂子，久米博子，三木幸代，原田路可，加根千賀子，赤池雅史，楊河宏章，苛原稔.（2023）．モンゴル国Ａ病院のモンゴル人看護師のリスク感性の分析.*日本看護学会誌，18*（1），13-20. https://jsn.nurse.or.jp/wp-content/uploads/2024/03/journal2023_no1801.pdf（閲覧 2023-06-04）

飯田修平編.（2023）．*医療安全管理者必携―医療安全管理テキスト*（第５版）．日本規格協会.

池西悦子，飛田伊都子.（2018）．医療安全に関する院内教育の実態―医療安全管理者を対象とした質問紙調査から―.*日本看護研究学会雑誌,41*（5），995-1003.

釜英介.（2004）.*「リスク感性」を磨く OJT―人を育てるもうひとつのリスクマネジメント*，日本看護協会出版会.

釜英介.（2005）.「リスク感性」を育て，磨く意義―リスクマ

ネジメントをめぐる新たな潮流を見据えて. *看護, 57*（3），38-42.
河野龍太郎.（2014）. *医療におけるヒューマンエラー*（第２版）. 医学書院.
木下冨雄.（2002）. リスク認知の構造とその国際比較. *安全工学, 41*（6），356-363.
国際協力機構.（2023）. *日本モンゴル教育病院運営管理及び医療サービス提供の体制確立プロジェクト*. https://www.jica.go.jp/oda/project/1600341/index.html（閲覧 2023-09-05）
小諸信宏，堀本ゆかり，丸山仁司.（2018）. レベル０インシデント報告に影響を与える内的・外的特性要因. *日本リハビリテーション教育学会誌, 1*（1），14-17.
厚生労働省.（2001）. *医療安全対策検討会議*. https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/kentou/index.html（閲覧 2023-06-04）
前川明日香.（2021）. 組織で取り組む安全文化醸成―地域に信頼される医療機関であるために―. *患者安全推進ジャーナル, 66*, 13-16.
南妙子，田村綾子，市原多香子.（2015）. 看護学生のリスク感性測定尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本看護学教育学会誌, 24*（3），13-25.
持末志帆.（2024）. 医療安全文化の構築における心理的安全性の確保と倫理的課題事項への対応. *日本経営倫理学会誌, 31*, 215-226.
内閣官房内閣人事局.（2024）. *国家公務員のためのマネジメントテキスト―2024.4 ver. ＜マインドセット増補版＞*. https://www.cas.go.jp/jp/gaiyou/jimu/jinjikyoku/management/pdf/kokkakoumuin_management_zenbun_2024_4_ver.pdf（閲覧 2025-02-24）
日本看護協会リスクマネジメント検討委員会編.（1999）. 組織でとりくむ医療事故防止―看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン. *看護, 51*（12），27-58.
日本リスク研究学会編.（2019）. *リスク学事典*. 丸善出版.
リスクマネジメント協会.（2024）. *リスクに強い組織体制*. https://www.arm.or.jp/resource/rm_lesson/lesson_12.html（閲覧 2024-06-24）
嶋森好子，任和子編.（2008）. *医療安全とリスクマネジメント*. ヌーヴェルヒロカワ.

◇ 原　著 ◇

高度急性期医療を担う看護師の仕事経験とプロフェッショナリズムとの関係性

小野寺美希子[1)]*，坂野大樹[1)]

【目的】本研究では，仕事経験とプロフェッショナリズムの次元を抽出した上で，仕事経験がプロフェッショナリズムに与える影響を検討した。

【方法】495 名の看護師より，仕事経験 35 項目とプロフェッショナリズム 15 項目について質問票に回答を得た。得られたデータは，探索的因子分析，確証的因子分析，階層的重回帰分析によって分析した。

【結果】４次元の仕事経験：「専門性に基づく看護実践」「上司・先輩からの指導経験」「力量不足の実感」「終末期に向かう患者の支援」，４次元のプロフェッショナリズム：「患者・家族への献身」「職業への誇り」「専門性の追求」「専門家の育成」を抽出した。これらの仕事経験は直接的にプロフェッショナリズム醸成を促していた。

【結論】４次元の仕事経験のうち，とりわけ「専門性に基づく看護実践」と「上司・先輩からの指導経験」が４つのプロフェッショナリズムに高い影響を与えている点を確認した。

【キーワード】仕事経験，プロフェッショナリズム，高度急性期病院，階層的重回帰分析

Ⅰ．はじめに

看護の専門分化の進展に伴い，仕事現場において看護師個々人がどのように成長しているのかという議論は重要なテーマである。本研究は，専門職業人の成長促進要因として注目されている仕事経験とプロフェッショナリズムに焦点を当てて検討する。

専門職業人の成長，すなわち学習には仕事経験が大きな影響を及ぼすとされており（松尾，2006，pp. 101-124），看護師の育成について論じる上で仕事経験の分析は必要不可欠である。一方，プロフェッショナリズムは専門職業人に求められる「一連の職業的アイデンティティ・価値・信念・態度」と捉えられ（Burford et al.，2014），専門家として役割を果たす上で重要な概念と位置づけられている（Wynia et al., 2014）。さらにプロフェッショナリズムは，仕事経験と密接に関係し専門職業人の行動を方向づけ，組織適合や専門的能力の獲得に影響を与えることから（小野寺，2022），看護師が組織の中で専門性を発揮するための鍵を握っている。これらの点から，仕事経験とプロフェッショナリズムとの詳細な関係性を分析することで，看護師の人材育成手法の示唆を得ることができると考えられる。

これまで，仕事経験と個人の成長に着目した経験学習研究では次の点が検討されてきた。例えば，看護師長は部下育成の経験を通して部下の自律性を導く能力を高めることが報告されている（倉岡，2016）。松尾ら（2018）においては，非管理職看護師を対象に，キャリア発達段階毎に成長を促す仕事経験とそこから学んだ知識・技能について明らかにしている。さらに小野寺（2022）は，管理職・非管理職を問わず，看護職が仕事経験に基づき段階的に学習している点を報告している。このように，看護職の成長を促す経験に着目した実証研究はなされているが，その多くは定性的手法により検証されてきた。

一方，プロフェッショナリズムについては，その成果要因として職務業績（瓜生原，2012，pp. 219-274），職務継続意向（Mekoth, Thomson, & Unnithan, 2023），職務満足（Hampton & Hampton，2004），ケアリング能力の向上（小野寺，2022）等，組織成果や個人の成長について，定量的・定性的手法を用いて検討されている。しかし，プロフェッショナリズムの先行要因に関する知見は限定的であり，「職務経験年数」「教

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）日本医療大学ヒューマンデザイン学部医療 DX マネジメント学科
＊ E-mail：miki-onodera@jhu.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

育レベル」「資格」等が定量的に検証されているものの（Wynd, 2003），仕事経験との関係については定性的な分析にとどまっている。

以上のことから，仕事経験は看護職の育成やプロフェッショナリズム形成に重要な役割を果たし，さらにプロフェッショナリズムは組織成果や個人の学習を促すことが示されてきた。しかしながら，仕事経験とプロフェッショナリズムの関係を定量的に実証した研究は十分には蓄積されていない。

Ⅱ．目　　的

本研究は，看護師の仕事経験とプロフェッショナリズムの次元を抽出した上で，仕事経験がプロフェッショナリズムに与える影響を明らかにすることにある。

Ⅲ．方　　法

１．用語の定義

プロフェッショナリズム：「プロフェッショナルが有する職業的アイデンティティ，信念・価値，態度の総体」と定義する（小野寺，2020）。

２．対象と調査方法

高度急性期機能を持つ病院（１施設）の病棟・中央部門に従事する看護師（非管理職者と副看護師長）692 名を対象に，質問紙調査を実施した。対象施設および対象者の選定に当たっては以下の点を考慮した。本研究では多変量解析を用いることから，分析結果の安定性を確保するため，サンプルサイズの目安として「104＋独立変数の数」という基準（Green, 1991）を参考にした。本研究で使用する独立変数は後述する 57 項目であることから，必要な有効回答数は 161 名以上と算出された。対象とした施設は，在籍看護師数が多く，１施設での調査で当該基準を満たす有効回答数が得られると判断した。対象者の選定においては，非管理職者だけでなく副看護師長も含めた。その理由は，副看護師長はプレイングマネジャーとして質の高い看護実践を提供しており（小野寺，2024），加えて高い能力を持つ者が副看護師長に昇格していることから，優秀な人材育成に資する知見が得られると考えたためである。

研究の手続きとして，対象施設の看護部長から承諾を得た後に，対象者に研究の依頼書，同意書，撤回同意書，質問票，回収封筒を配布した。研究同意書，質問票，研究同意撤回書の回収は，それぞれ個別の封筒に入れてもらい留め置き法にて研究代表者がおこなった。

調査期間は 2022 年６月～2022 年７月である。

３．質問項目

本研究は基本属性，仕事経験，プロフェッショナリズムに関する質問票を基に調査を行った。質問項目は以下の通りである。

基本属性は性別，所属先，職位，年齢，職務経験年数（以下，経験年数）の５項目とした。仕事経験とプロフェッショナリズムは小野寺（2020）が定性的に抽出した，仕事経験：「上司・同僚・クライアントとの相互作用」「クライアントへの不十分な関与」「病気との共存と生死への関与」「専門性の追求」の４カテゴリーと 57 の例，プロフェッショナリズム：「献身性」「自律性」の２カテゴリーと 19 の例を参考に，研究者が独自に質問項目を選定した。具体的には上記のカテゴリーに対応している例を用いて本質問票を作成した。なお，質問文の表現は回答者が理解しやすいよう小野寺（2020）の内容を一部変更し，また回答者の負担を考慮に入れて質問項目数を決定した。質問項目の選定では，仕事経験に関する項目について，職位や所属先の違いによる影響を比較的受けずに経験できる内容に焦点を当てた。加えて，経験学習研究の専門家である大学教員２名と質問項目の妥当性について協議した。その結果，仕事経験 35 項目，プロフェッショナリズム 15 項目から成る質問票を作成し，その回答は「全く当てはまらない＝１」から「とても良く当てはまる＝５」の５件法で求めた。

４．解析方法

はじめに探索的因子分析（最尤法・プロマックス回転）を行い，仕事経験とプロフェッショナリズムの因子構造を明らかにした。分析では因子負荷量が 0.4 以下の項目を除去し，繰り返し因子分析を行った。次に，探索的因子分析で抽出された因子構造を確認するために確証的因子分析を実施した。各変数の信頼性についてはクロンバックの α 係数を算出して検証した。その後，仕事経験とプロフェッショナリズムとの関係性を階層的重回帰分析（強制投入法）にて検討した。具体的には，「性別ダミー（女性＝１，男性＝０）」，「所属先ダミー（病棟＝１，中央部門＝０）」，「職位ダミー（副看護師長＝１，非管理職看護師＝０）」，「経験年数ダミー（経験年数 10 年以上＝１，経験年数 10 年未満＝０）」を統制変数（Step1 で投入），「仕事経験」を独立変数（Step2 で投入），プロフェッショナリズムを従属変数として投入した。経験年数ダミーを 10 年未満と 10 年以上で区分した理由は，人の成長に関係する熟達論において 10 年以上の熟考された訓練を積み重ねたエキスパートをその分野の熟達者と呼んでいるため（Ericsson & Lehmann, 1996），経験年数 10 年以上を熟達看護師，経験年数 10 年未満を熟達前看護師として捉えたからである。年齢については，経験年数との間に高い相関が認められたことから（r＝.853，p<.001），多重共線性の発生を考慮し統制変数には含めなかった。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，研究代表者が所属していた札幌医科大学附属病院看護研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号 19-50）。調査の依頼に当たっては，対象者に調査依頼文にて研究の趣旨，目的，方法，同意撤回に関すること，調査への協力は自由意思であるため不参加でも不利益は生じないこと，質問票への回答は無記名とし個人が特定されないこと，研究協力に同意した後であっても同意を撤回することは可能

であることについて明示した。研究協力への意思は同意書への署名をもって確認した。

Ⅴ．結　　果

１．対象者とその基本属性

質問票の回収数は 495 名（回収率は 71.5%，有効回答率は 100%）で，職位は非管理職看護師 447 名（90.3%），副看護師長 48 名（9.7%）であった。年齢は 20 代 178 名（36.0%），30 代 119 名（24.0%），40 代 106 名（21.4%），50 代 90 名（18.2%），無回答２名（0.4%），経験年数は 10 年未満 212 名（42.8%），10 年以上 282 名（57.0%），無回答１名（0.2%）であった。性別は男性 37 名（7.5%），女性 456 名（92.1%），無回答２名（0.4%）であった。所属先は病棟が 421 名（85.1%）でその内訳は内科系 206 名（41.6%），外科系 215 名（43.5%），中央部門は 74 名（14.9%）でその内訳は救急部門 30 名（6.1%），集中治療部門８名（1.6%），新生児集中治療・回復部門 15 名（3.0%），手術部門４名（0.8%），検査部門 17 名（3.4%）であった。

２．仕事経験とプロフェッショナリズムの次元

仕事経験とプロフェッショナリズムについて固有値とスクリープロットを参考に探索的因子分析を行った結果，仕事経験は４因子 19 項目が（表１），プロフェッショナリズムは４因子 16 項目が抽出された（表２）。これらの因子を用いて確証的因子分析をした結果，モデルの適合度は CFI＝.900，RMSEA＝.064，SRMR＝.060 であった。CFI は１に近いほど望ましく，0.95 以上が高い適合度であると判断できるが，0.90 以上であれば許容範囲内とされている（Hu & Bentler, 1999）。一方，０に近いほど適合していると判断できる，RMSEA は 0.07 以下が（Steiger，2007），SRMR は 0.08 以下が推奨されている（Hu & Bentler，1999）。これらの点より，本モデルの適合度は許容水準を満たしているといえる。

先で抽出された因子の命名は，経験学習研究の専門家２名と議論を行った上で決定した。その内容と各因子のクロンバックの α 係数は次の通りである。

仕事経験：第１因子（６項目，α＝.822）は，看護の専門的知識・技術の習得や活用をしながら看護を実践している内容が含まれていたため「専門性に基づく看護実践」と命名した。第２因子（５項目，α＝.885）は，上司・先輩から看護実践に関する影響を受けたり，仕事に必要なアドバイスを得るといった指導に関する内容が抽出されたため「上司・先輩からの指導経験」と命名した。第３因子（５項目，α＝.795）は，患者に対し適切な関与ができず，自身の力不足について知覚した内容で構成されていたため「力量不足の実感」と命名した。第４因子（３項目，α＝.801）は，がん性疼痛のある患者や，死への不安・恐怖等を抱く患者への支援といった項目が含まれていたため「終末期に向かう患者の支援」と命名した。

プロフェッショナリズム：第１因子（５項目，α＝.816）は，患者の安寧や苦痛緩和を優先したり，患者のみならずその家族に対しても最善を尽くしたいといった，患者・家族への献身的な信念を表す項目で構成されていたため「患者・家族への献身」と命名した。第２因子（４項目，α＝.843）は，看護職であることへの喜び，尊さ，愛着という職業への内在化による職業価値を見出している内容であったことから「職業への誇り」と命名した。第３因子（４項目，α＝.783）は，同業者同士のコミュニティを通した高い専門性を目指す内容等で構成されていたため「専門性の追求」と命名した。第４因子（３項目，α＝.791）は，質の高い看護実践を提供できる看護専門職の育成に関する内容で構成されていたため「専門家の育成」と命名した。

なお上記で示したクロンバックの α 係数は全て 0.7 以上（Bagozzi & Yi，1988）を満たしていたことから，本因子構造の信頼性は高いと判断した。

表１　仕事経験の次元

項目	因子負荷量 第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
1 専門性に基づく看護実践(α=.822)				
患者のQOLを高める関わりを主体的におこなったこと	.835	.019	-.002	.008
多職種協働によって物事を進めたこと	.738	-.058	-.002	.015
患者の状況を予測し先を見越した関わりをしたこと	.698	.009	-.032	-.039
主体的に退院支援に関わったこと	.691	-.034	.023	.059
病状のわずかの変化を見極めながら患者に関わること	.507	-.013	.118	-.001
専門的知識・技術の習得に努めたこと	.499	.150	-.034	-.075
2 上司・先輩からの指導経験（α=.858）				
具体的なアドバイスをしてくれる上司と働いたこと	.027	.831	-.069	-.084
自身の看護観に影響を与えるような先輩がそばにいたこと	.016	.818	-.065	.018
仕事を続ける上で影響を与えてくれた先輩や上司等がいたこと	.042	.760	-.088	.036
上司のアドバイスを基に、自己の態度や行動を深く振り返ったこと	-.075	.651	.129	.100
先輩のアドバイスを基に、自己の態度や行動を深く振り返ったこと	.005	.586	.195	.011
3 力量不足の実感（α=.795）				
患者のために何もできなかったという無力さを強く感じたこと	-.026	.001	.834	.049
患者の安寧に関わることができなかったという認識を強く持ったこと	.011	.001	.794	.002
患者の心理的変化を捉えることが不足していたと感じたこと	.011	-.010	.648	-.057
予期せぬ急変に遭遇し自己のスキル不足を実感したこと	.060	.018	.603	.014
患者の気持ちを聞き出すことに躊躇したこと	.008	-.023	.427	-.055
4 終末期に向かう患者の支援（α=.801）				
死への不安・恐怖を持つ患者と十分に関わったこと	-.001	-.043	-.024	.942
患者の死生観について理解できるように患者と深く関わろうとしたこと	.127	-.014	-.049	.750
がん性疼痛を持つ患者に深く関わったこと	-.083	.105	.021	.596
固有値	4.243	2.893	1.601	1.066
累積寄与率(%)	22.332	37.557	45.984	51.594

注1：カッコ内のαはクロンバックのα係数を表している

表２　プロフェッショナリズムの次元

項目	因子負荷量 第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
1 患者・家族への献身(α=.816)				
患者に対し「安寧」を与えたいという使命感を持っている	.844	-.011	-.038	-.002
患者の疼痛を緩和させたいという信念を持っている	.843	-.106	.013	-.051
患者に対し「良い変化」を与えたいという使命感を持っている	.688	.061	.019	-.014
患者やその家族に対し最善を尽くしたいという信念を持っている	.579	.079	-.004	.042
患者やその家族のニーズを探索することに価値を見出している	.420	.049	-.028	.137
2 職業への誇り(α=.843)				
仕事を通して人間に関与できることに喜び・やりがいを感じている	-.001	.921	-.080	-.019
仕事を通して他者の人生に関与できることに尊さを感じている	-.049	.877	.008	-.017
看護職であることに愛着を感じている	.000	.675	.024	.024
看護の現場に対し忠誠心を持っている	.184	.467	.086	.002
3 専門性の追求(α=.783)				
自己の専門分野の発展に向け，組織内外で自己の専門分野に関することを周知している	.030	-.067	.788	.014
自身の専門性を追求するために自主的に学会や看護協会等の会員になっている	.050	.100	.731	-.122
自己の実践について同業者同士で共有する場を自主的に持っている	.039	-.065	.677	-.006
自身の専門性拡大に向けた行動に価値を感じている	-.161	.030	.625	.082
4 専門家の育成(α=.791)				
自身の看護実践や看護観を他者に伝承したいという信念を持っている	-.002	-.005	-.015	.914
成長して欲しいという信念を持って看護学生や後輩（あるいは部下）に関わっている	.037	-.029	-.054	.748
質の高い看護実践ができる人材を育成することに価値を見出している	.023	.062	.267	.474
固有値	4.742	1.673	1.345	.910
累積寄与率（%）	29.637	40.094	48.500	54.186

注1:カッコ内のαはクロンバックのα係数を表している

３．仕事経験とプロフェッショナリズムとの関係性

表３には本分析において使用された変数の平均値（M），標準偏差（SD），相関係数（Pearson の積率相関係数の算出）を示している。以下ではプロフェッショナリズム１（患者・家族への献身），プロフェッショナリズム２（職業への誇り），プロフェッショナリズム３（専門性の追求），プロフェッショナリズム４（専門家の育成）を従属変数とした階層的重回帰分析の結果を提示する。

表４より，プロフェッショナリズム１～４は，Step1 よりも Step2 のほうが決定係数の増加を認めており，説明力の増分に関するＦ値も統計学的に有意であった（プロフェッショナリズム１：Ｆ値＝13.412，p ＜.001，プロフェッショナリズム２：Ｆ値＝14.816，p ＜.001，プロフェッショナリズム３：Ｆ値＝28.714，p ＜.001，プロフェッショナリズム４：Ｆ値＝15.742，p ＜.001）。このことは，Step2 が Step1 の説明力よりも高いことを意味している。なお，全ての重回帰分析において，VIF（variance inflation factor）は 1.0～1.7 の範囲の値を示していたため，多重共線性はないと判断した。以下では，階層的重回帰分析の Step2 を基にその結果について整理する。

プロフェッショナリズム１：「仕事経験１（専門性に基づく看護実践）」（β ＝.226，p ＜.001），「仕事経験２（上司・先輩からの指導経験）」（β ＝.244，p ＜.001）は，直接的に「プロフェッショナリズム１（患者・家族への献身）」に正の影響を与えていた。

プロフェッショナリズム２：「仕事経験２（上司・先輩からの指導経験）」（β ＝.432，p ＜.001）は「プロフェッショナリズム２（職業への誇り）」に正の影響を与えていた。「仕事経験３（力量不足の実感）」（β ＝-.088，p ＜.05）においては「プロフェッショナリズム２（職業への誇り）」に対し負の影響が認められた。この結果は，仕事経験３の「力量不足の実感」経験をするほど，プロフェッショナリズム２の「職業への誇り」が醸成されないことを意味している。

プロフェッショナリズム３：「経験年数ダミー」（β =.109，p ＜ .05），「仕事経験１（専門性に基づく看護実践）」（β ＝.311，p ＜.001），「仕事経験２（上司・先輩からの指導経験）」（β ＝.279，p ＜.001），「仕事経験４（終末期に向かう患者の支援）」（β ＝.096，p ＜.05）は「プロフェッショナリズム３（専門性の追求）」に正の影響を与えていた。一方，「仕事経験３（力量不足の実感）」（β ＝-.129，p ＜.01）は「プロフェッショナリズム３（専門性の追求）」に負の影響を与えていた。

プロフェッショナリズム４：「仕事経験１（専門性に基づく看護実践）」（β ＝.350，p ＜.001）は「プロフェッショナリズム４（専門家の育成）」に対し正の影響を与えていた。

表３　投入変数の記述統計量と相関

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 性別ダミー	.930	.280											
2. 所属先ダミー	.880	.329	.081										
3. 職位ダミー	.100	.296	.108*	.019									
4. 経験年数ダミー	.570	.495	.146**	-.146**	.271***								
5. 仕事経験1（専門性に基づく看護実践）	4.018	.544	-.060	-.089*	.121**	.256***							
6. 仕事経験2（上司・先輩からの指導経験）	4.111	.637	-.033	.146**	-.040	-.210***	.298***						
7. 仕事経験3（力量不足の実感）	3.916	.617	-.117**	-.011	-.108*	-.274***	.038	.282***					
8. 仕事経験4（終末期に向かう患者の支援）	3.702	.912	-.053	.101*	.070	.146**	.478***	.211***	.040				
9. プロフェッショナリズム1（患者・家族への献身）	4.392	.425	-.062	-.015	.022	.005	.376***	.320***	.074	.240***			
10. プロフェッショナリズム2（職業への誇り）	3.643	.733	-.040	.061	.048	.027	.216***	.382***	-.003	.152**	.402***		
11. プロフェッショナリズム3（専門性の追求）	2.979	.828	-.057	-.089*	.134**	.251***	.353***	.116*	-.084	.236***	.219***	.363***	
12. プロフェッショナリズム4（専門家の育成）	3.379	.782	-.029	-.077	.106*	.233***	.408***	.294***	-.086	.312***	.293***	.351***	.493***

$^{*}P$＜.05, $^{**}P$＜.01, $^{***}P$＜.001.
注1：n=495。注2：性別ダミー（女性＝1，男性＝0），所属先ダミー（病棟＝1，中央部門＝0），職位ダミー（副看護師長＝1，非管理職看護師＝0），経験年数ダミー（10年以上＝1，10年未満＝0）。

表４　プロフェッショナリズムに影響を与える要因

	プロフェッショナリズム１ 患者・家族への献身		プロフェッショナリズム２ 職業への誇り		プロフェッショナリズム３ 専門性の追求		プロフェッショナリズム４ 専門家の育成	
	Step1	Step2	Step1	Step2	Step1	Step2	Step1	Step2
性別ダミー	-.065	-.027	-.055	-.044	-.065	-.027	-.068	-.032
所属先ダミー	-.008	-.020	.068	.018	-.044	-.059	-.048	-.032
職位ダミー	.025	-.003	.046	.030	.055	.015	.077	.040
経験年数ダミー	.010	-.044	.028	.046	.224***	.109*	.199***	.070
仕事経験１（専門性に基づく看護実践）		.226***		.015		.311***		.350***
仕事経験２（上司・先輩からの指導経験）		.244***		.432***		.279***		.090
仕事経験３（力量不足の実感）		.022		-.088*		-.129**		-.081
仕事経験４（終末期に向かう患者の支援）		.081		.047		.096*		.042
R^2	.005	.182	.009	.197	.064	.323	.059	.208
Adjusted R^2	-.003	.169	.001	.184	.056	.312	.051	.195
ΔR^2	.005	.177***	.009	.188***	.064***	.259***	.059***	.149***
F値	.582	13.412***	1.119	14.816***	8.286***	28.714***	7.560***	15.742***

$^{*}P$＜.05, $^{**}P$＜.01, $^{***}P$＜.001,
注1：n=495。注2：性別ダミー（女性＝1，男性＝0），所属先ダミー（病棟＝1，中央部門＝0），職位ダミー（副看護師長＝1，非管理職看護師＝0），経験年数ダミー（10年以上＝1，10年未満＝0）。注3：表中には標準化偏回帰係数（β）を記載している。注4：R^2は決定係数，Adjusted R^2は自由度調整済み決定係数を表している。注5:ΔR^2は自由度調整済み決定係数の変化量，F値は各Stepにおける R^2の増分の検定結果を示している。

Ⅵ. 考　　察

1．仕事経験とプロフェッショナリズムの次元

本稿では，仕事経験とプロフェッショナリズムの次元を探索的に抽出し，これらの信頼性およびモデルの適合度を確認した。本研究の特徴は，仕事経験とプロフェッショナリズムの尺度を定量的に検証した点にある。その結果，両概念を客観的に測定することが可能となり，得られた尺度は看護職の人材育成に関する議論に有益であると期待される。

2．仕事経験とプロフェッショナリズムとの関係性

第１に，「専門性に基づく看護実践」および「上司・先輩からの指導経験」が，「患者・家族への献身」のプロフェッショナリズムを促進していた。この知見から，上司や指導者が看護職の育成に積極的に関与できるよう，その役割を教育プログラム等に位置づけることが効果的であると考えられる。これにより看護職員は，上司・先輩からの指導経験を重ね，その過程で専門的看護実践が促され，患者・家族への献身的なプロフェッショナリズムを獲得できる。従来，看護実践の追求経験が献身性のプロフェッショナリズムを高めることは定性的に報告されてきたが（小野寺，2020），定量的な検証は必ずしも十分に蓄積されていない。さらに，学習研究ではロールモデルとなる上司や同僚による支援が，人の成長を育むことは示されているが（Collins et al.，1991），「上司・先輩からの指導経験」がプロフェッショナリズム醸成に寄与する点は詳細に検討されてこなかった。そのため，本研究はプロフェッショナリズム研究だけでなく，人の成長を論じる経験学習研究への示唆を含んでいる。

第２に，「上司・先輩からの指導経験」を持つ者，あるいは「力量不足の実感」というネガティブ経験をしない者ほど，「職業への誇り」のプロフェッショナリズムを醸成していた。本研究における「職業への誇り」は，看護師であることへの愛着や，仕事へのやりがい・喜び等を示す項目で構成され，Hao et al.，（2014）の職業的アイデンティティの内容と一部一致している。職業的アイデンティティは，専門家としての行為・行動，知識・スキル獲得を支え（Fitzgerald，2020），プロフェッショナリズムの基盤とされていることから（Burford et al.，2014），本研究の「職業への誇り」は，看護師の成長を促す基軸概念といえる。さらに，職場における学習ではネガティブ経験に対する上司の内省支援が有効であるとされ（松尾，2021），力量不足の経験を前向きな学びに転換させることが「職業への誇り」のプロフェッショナリズム形成に重要である。実践的示唆としては，部下や後輩が失敗や力量不足を認識した際に，看護管理者あるいは指導者が面談を通じて，当該職員の出来事（具体的経験）を共に振り返り（内省的観察），教訓を導き出し（抽象的概念化），それを新たな状況に応用する（能動的実験）という循環を支援することが必要である。このプロセスはKolb（2015）の経験学習モデルに基づいており，職場における経験学習を支えるものである。したがって，内省支援を伴う「上司・先輩からの指導経験」は，部下や後輩の「職業への誇り」を高める上で欠かせない役割を担うと考えられる。

第３に，「専門性に基づく看護実践」「上司・先輩からの指導経験」「終末期に向かう患者の支援」経験をしている者，「力量不足の実感」を経験しない者ほど，「専門性の追求」のプロフェッショナリズムが醸成されていた。この結果は，看護管理者が部下の専門性を高める支援として，力量不足を過度に感じさせない職場環境を整備することの重要性を示している。その具体例として，部下に研修会参加の機会を提供し，研修で得た専門的知識やスキルを現場で活用できるよう「研修転移（transfer of training）」を支援する仕組みを構築することが挙げられる。研修転移とは「研修で学んだことが仕事の現場で一般化され役立てられ，かつその効果が持続すること」を意味する（中原ら，2018，pp 9-53）。研修転移の促進には，上司が研修への理解を示し部下へ動機づけを行うことや（中原ら，2018，pp 9-53），研修で学んだ内容を実践に結び付けて内省することが効果的であると報告されている（倉岡，2021）。したがって，研修前後における管理者の支援は不可欠であり，その結果，看護職は「専門性に基づく看護実践」や「終末期に向かう患者の支援」といった経験を積み，「専門性の追求」のプロフェッショナリズムを醸成できると考えられる。本研究におけるプロフェッショナリズムは，現代のプロフェッショナリズム研究の基盤となっているHall（1968）が提唱する，同業者同士による質の保証を促す自己統制や職業集団への準拠といった次元を含む。これまでHall（1968）の次元と密接に関係する要因は検討されてきたものの（Rabie，2021），専門職性を追求するプロフェッショナリズムに影響を与える仕事経験は十分に明らかにされていない。自身の職業分野で専門性を追求することは専門家の要件の一つとして重要視されているため（Cruess & Cruess，2012），本研究で「専門性の追求」に関するプロフェッショナリズム獲得を促す仕事経験を特定したことは，新規性があり専門家育成に関する議論への貢献である。

第４に，「専門性に基づく看護実践」を経験している者は，「専門家の育成」のプロフェッショナリズムを醸成する傾向があった。このことは，看護学生や後輩看護職の育成に関するプロフェッショナリズムを高めるには，看護職としての自律性を育むことが重要であることを示唆している。本研究の「専門性に基づく看護実践」には，杉山・朝倉（2017）が示す自律的な臨床判断に関する内容が含まれ，こうした自律性は仕事へのコミットメントや職務意識と密接に関係している（Labrague et al.，2019；森山ら，2019）。これらの点より，自律性に関わる「専門性に基づく看護実践」経験は，職業へのコミットメントを喚起し，「専門家の育成」のプロフェッショナリズム醸成を促進したと解釈できる。加えて本研究の知見から，看護管理者には，臨床現場で看護師が自律的判断や後輩指導に主体的に関われるよう，助言や実践を通じた職

員育成の仕組みを整えることが期待される。その一例としては，看護師がケアの方針を主体的に検討し，医療チーム内でその判断を共有するカンファレンスの実施や，後輩指導に裁量権を持たせた教育体制の構築等がある。こうした実践を通じて，看護師は「専門性に基づく看護実践」を積み重ねながら自律性を涵養し，後輩育成にも取り組むことで，「専門家の育成」のプロフェッショナリズムが形成され，組織全体の教育的風土の強化につながると考えられる。

３．本研究の限界と今後の課題

最後に本研究における限界と今後の課題について整理する。本稿では，高度急性期機能を有する病院に従事する１施設のみの看護師を対象に調査をした。今後は多様な規模・機能を持つ病院に所属する看護師を対象に研究を蓄積していく必要がある。また，本研究では仕事経験が直接的にプロフェッショナリズム醸成を促す点に着目しており，仕事経験とプロフェッショナリズムとの関係に影響を与える要因については検証していない。今後は，これらの関係性に影響を与える調整効果や媒介効果等を定量的に実証し，プロフェッショナリズム醸成を通した看護師の成長モデルを構築する必要があると考えている。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，４次元の仕事経験:「専門性に基づく看護実践」「上司・先輩からの指導経験」「力量不足の実感」「終末期に向かう患者の支援」および４次元のプロフェッショナリズム:「患者・家族への献身」「職業への誇り」「専門性の追求」「専門家の育成」を抽出した。仕事経験は，直接的にプロフェッショナリズム醸成を促していたが，とりわけ「専門性に基づく看護実践」と「上司・先輩からの指導経験」が，４つのプロフェッショナリズムに高い影響を与えていることを確認した。

利益相反

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

謝辞

本研究にご協力くださいました調査対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

Ⅷ. 引 用 文 献

Bagozzi, R. P., & Yi, Y.(1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *16* (1), 74-94.

Burford, B., Morrow, G., Rothwell, C., Carter, M., & Illing, J.(2014). Professionalism education should reflect reality: Findings from three health professions. *Medical Education*, *48* (4), 361-374.

Collins, A., Brown, J. S., & Holum, A. (1991). Cognitive apprenticeship: Making thinking visible. *American Educator*, *15* (3), 6-11.

Cruess, S. R. & Cruess, R. L. (2012). Teaching professionalism: Why, what and how. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, *4* (4), 259-265.

Ericsson, K. A., & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, *47* (1), 273-305.

Fitzgerald, A. (2020). Professional identity: A concept analysis. *Nursing Forum*, *55* (3), 447-472.

Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, *26* (3), 499-510.

Hao, Y. F., Niu, H. J., Li, L. P., Yue, S. J., & Liu, X. H. (2014). Measurement of professional identity in Chinese nursing students. *International Journal of Nursing Sciences*, *1* (2), 137-144.

Hampton, G. M. & Hampton, D. L. (2004). Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals: The case of certified nurse-midwives. *Journal of Business Research*, *57* (9), 1042-1053.

Hall, R. H. (1968). Professionalization and bureaucratization. A*merican Sociological Review*, *33* (1), 92-104.

Hu, L.T. and Bentler, P.M. (1999), Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6* (1), 1-55.

Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development* (2nd Ed.). Pearson Education. https://www.amazon.co.jp/-/en/David-Kolb-ebook/dp/B00R4TOM6S?

倉岡有美子. (2016). 仕事上の経験を通じた看護師長の成長に関する質的研究. *日本医療・病院管理学会誌*, *53* (1), 41-49.

倉岡有美子. (2021). A 県看護協会認定看護管理者教育課程セカンドレベル受講中に看護師長が実践への活用に向けて振り返った内容. *日本医療・病院管理学会誌*, *58* (2), 50-56.

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., & Tsaras, K. (2019). Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, *25* (1), Article e12711.

松尾睦. (2006). *経験からの学習：プロフェッショナルへの成長プロセス*. 同文舘出版.

松尾睦, 正岡経子, 吉田真奈美, 丸山知子, 荒木奈緒. (2018). *看護師の経験学習プロセス*. 松尾睦編著, *医療プロフェッショナルの経験学習* (pp. 12-28). 同文舘出版.

松尾睦. (2021). 経験から学ぶ能力と職場学習. *經濟學研究*, *71* (2), 1-51.

Mekoth, N., Thomson, A. R., & Unnithan, A. (2023). The mediating role of satisfaction on the relationship between professionalism and employee continuity in hospitality industry. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, *24* (4), 477-503.

森山嘉子, 上田伊佐子, 森田敏子. (2019). 小児科病棟の一人前看護師が中堅看護師に成長するための自律性とその影響要因. *徳島文理大学研究紀要*, *97*, 1-9.

中原淳, 島村公俊, 鈴木英智佳, 関根雅泰. (2018). *研修開発入門「研修転移」の理論と実践*. ダイヤモンド社.

小野寺美希子. (2020). プロフェッショナリズムの獲得メカニズム：看護師の仕事経験と職務行動の観点からの分析. *人材育成研究 人材育成学会機関誌*, *16* (1), 49-70.

小野寺美希子．（2022）．COVID-19 に関する仕事経験を通じた看護師の学習プロセス．*日本看護研究学会雑誌*，*45*（4），705-724.

小野寺美希子．（2024）．看護マネジャーの仕事経験を通した仕事の信念形成―職位の異なりに着目した経験学習プロセス―．*商学討究*，*75*（2），327-364.

Rabie，T．（2021）．Relation between Halls' Professionalism Scale and nurses' demographic characteristics. *BMC Research Notes*，*14*（1），Article e258.

Steiger，J. H.（2007）. Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*，*42*（5），893-898.

杉山祥子，朝倉京子．（2017）．看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセス．*日本看護科学会誌*，*37*，141-149.

瓜生原葉子．（2012）．*医療の組織イノベーション：プロフェッショナリズムが移植医療を動かす*．中央経済社．

Wynd，C．A．（2003）．Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*，*19*（5），251-261.

Wynia, M. K., Papadakis, M. A., Sullivan, W. M., & Hafferty, F. W.（2014）. More than a list of values and desired behaviors: A foundational understanding of medical professionalism. *Academic Medicine*，*89*（5），712-714.

◇ 原　著 ◇

自傷をする患者への看護師の感情と関わり方
―精神科思春期青年期病棟に入退院をする患者―

飯塚彩乃[1)*]

【目的】精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情と関わり方の工夫を明らかにする。

【方法】５年以上の看護師経験があり，精神科思春期青年期病棟に２年以上勤務している看護師，かつ他の精神科病棟での勤務経験がある看護師（過去３年以内に他病棟に異動した者も含む）を対象に半構造化面接法にてインタビューを実施。

【結果】分析の結果，看護師の感情は 75 のコードから 21 のサブカテゴリーが生成され，６のカテゴリーを抽出。関わり方の工夫は 49 のコードから 15 のサブカテゴリーが生成され，４のカテゴリーを抽出。

【結論】看護師の感情は，揺さぶられる気持ちが重要な視点となり，ネガティブな感情や葛藤を抱え，期待感も生じていた。チームで患者を看ることは，一人の看護師が患者対応を抱え込まず，患者との信頼関係を構築していく，患者との関わり方で核となる重要な要素である。

【キーワード】精神科思春期青年期病棟，自傷行為，入退院，看護師の感情，患者との関わり方

Ⅰ．はじめに

近年，我が国における青少年の心の健康の動向として，小中学校・高等学校の不登校生徒数は 2019 年度に比べ 2020 年度は増加しており，自殺者も増加している（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2022）。総務省（2021，p.178）は 2020 年３月，小中高等学校等における全国一斉の臨時休業が行われたことに伴い，臨時休業期間中の学びの保証のため，遠隔オンライン教育が進められた。井梅ら（2023）は，COVID-19 禍における遠隔授業が大学生のメンタルヘルスに及ぼす影響について「生活リズムの乱れやコミュニケーション機会の減少といった生活の変化は，ストレス認知や今後の不安に影響を与えていた。」と述べている。学校の対面授業が制限され，リモート授業の導入により，自宅で長時間を過ごす生活スタイルへ変化し，同居家族以外の人との交流制限が，青少年の精神的な負荷になったと考えられる。

Ａ病院の精神科思春期青年期病棟は 13～22 歳を対象とした男女混合病棟である。精神病発症危険状態，発達障害，摂食障害，適応障害，うつ病，不登校，ひきこもりなど，心の不調の精査，治療，環境調整を行っている。入院患者の特徴として，20 歳未満の占める割合が年々増加し，低年齢化が進んでいる。また，家族や周囲との関係性の悪化から，処方薬や市販薬の過剰摂取，リストカットなどの自傷行為を行うことで，入退院を繰り返し，多くの支援を必要とする患者が増えている。このような患者は入院環境に過剰に適応し，職員に依存的になるため，対応がより困難になる。そのため，患者の発達段階や生活歴，家族との関係性を踏まえた上での関わりが重要である。村上（2016）は「思春期の患児は，看護師の自分への対応やかかわり方だけでなく，他の患児へのかかわり方や仕事への姿勢など，さまざまな視点から看護師を見ている。」と述べており，看護師は，患者との距離の取り方や気持ちの引き出し方に，成人や高齢者の精神科患者とは違う看護技術や視点が求められる。一方で，患者の退院支援が滞っている場合や，入退院を繰り返す際に，看護師は患者との関わり方に悩みや葛藤が生じやすい。これは「精神科看護は患者と看護師の人間関係を主体に展開される看護であるた

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立松沢病院
＊ E-mail：mt_kango@tmhp.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

め，専門的な視点がわかりにくく，患者対応ストレスを受けやすいと思われる。」（柴田ら，2013）ことが要因の一つだと考えられる。そこで，経験値の高い看護師が精神科思春期青年期病棟に自傷行為で入退院を繰り返す患者に対して，どのような感情で日々患者と関わっているのか明らかにしたいと考えた。さらに考察を深めることで，専門性の高い幅広い視点で精神科思春期青年期の患者をアセスメントし，患者との関わり方に活かすことができると考えた。

先行研究を検討すると，精神科領域において入退院に関連したものは，怠薬による症状悪化，精神遅滞，依存症，統合失調症など患者の発達段階に関係なく，病気の症状に関する事例を検討した文献が多かった（神山ら，2016；金山，北森，2014；持田，2019；本母，2014）。自傷行為に関する文献では，入院中に自傷行為を繰り返す患者のケアをチームで行う必要性を考察した文献が多い（利根川，2010）。自傷行為を繰り返す患者に対して看護師が抱く感情とその付き合い方を考察した文献はあったが，患者との関わり方まで考察しておらず，対象患者の年齢や病状の経過は不明であった（石井，2015）。また，思春期青年期の精神科患者では不登校や自殺企図に関する症例が多く，看護師の患者対応に関する文献は事例として一人の患者を考察したものが多い（堀内，2022；如澤ら，2014；鈴木ら，2008）。精神科思春期青年期病棟の看護師が患者と関わる工夫について研究している文献はなかった。

Ⅱ．目　　的

本研究は，精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情と関わり方の工夫を明らかにすることを目的に行った。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

本研究は，質的記述的研究である。

２．研究対象者

経験値の高い看護師を対象とするため，５年以上の看護師経験があり，精神科思春期青年期病棟に２年以上勤務している看護師。かつ他の精神科病棟での勤務経験がある看護師（過去３年以内に他病棟に異動した者も含む）。

３．研究期間

2023 年９月～2024 年２月。

４．データ収集方法

研究対象者に半構造化面接法にてインタビューを実施し，許可を得て会話の内容をＩＣレコーダーに録音した。インタビューの内容は①精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する自身の感情，②これまでの看護師経験が①の感情にどのように影響したか，③精神科思春期青年期病棟に自傷行為で入退院を繰り返す患者に対して向き合い，業務を続けるために心がけていたことや工夫していた関わり，の３項目とした。

５．分析方法

研究対象者ごとに録音したインタビューから逐語録を作成した。スーパーバイズを受け，逐語録から精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情と関わり方の工夫をそれぞれ，データとして抽出しコード化，類似しているコードをサブカテゴリーに分類し，さらにカテゴリー化し考察を行った。

６．用語の定義

① 精神科思春期青年期病棟の患者：精神科思春期青年期病棟に入院している 13～22 歳の患者。

② 自傷行為で入退院を繰り返す患者：過量服薬やリストカット，レッグカット等の故意の皮膚の切開などのいずれかもしくは両方を含む自傷行為を行い，退院後３か月以内に入院を繰り返す患者。入退院の回数は問わない。

③ 関わり方の工夫：看護師が患者対応において心がけていることや，職場における対処方法。

④ クライシスプラン：患者が精神症状悪化のサインや状態を振り返り，対処方法を看護師とともに記入したもの。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立松沢病院倫理審査会の審査を受け，承認を得た（承認番号 2023-41）。研究協力者には，研究への参加は自由意思であること，研究の目的・方法を説明し，個人が特定されないよう情報を厳重に保護することを口頭および文書にて説明を行い，文書への署名にて同意を得た。また，一度同意した後でも，研究期間中はいつでも同意を取り消すことができることを説明した。

Ⅴ．結　　果

１．対象者の概要

対象者は看護師５名（女性３名，男性２名）で，看護師歴は平均 27.3 年（10 年６か月～42 年，准看護師歴は含めず）。精神科病棟歴は平均 25 年（10 年６か月～40 年６か月，准看護師歴は含めず）。精神科思春期青年期病棟の経験年数は平均 3.8 年（２年６か月～５年６か月）であった。現在，精神科思春期青年期病棟で勤務している看護師は４名で，１名は他精神科病棟に勤務している。精神科思春期青年期病棟以外の勤務経験がある精神科病棟は，スーパー救急，慢性期，社会復帰，急性期，学童，思春期，身体合併，認知症，医療観察，依存症，開放（開放病棟以外はすべて閉鎖病棟）であり，他科の経験は５名ともなかった。病棟以外は，２名がデイケア，福祉関係（特別養護老人ホーム，精神保健福祉センター，児童相談所の保護所）での勤務経験があった。対象者の基本属性の概要を表１に示す。

２．インタビュー内容の分類

分析の結果，看護師の感情は 75 のコードから 21 のサブカテゴリーが生成され，６のカテゴリーを抽出した。関わり方の工夫は 49 のコードから 15 のサブカテゴリーが生成され，

表１　対象者の概要

対象	性別	看護師歴	精神科病棟歴	精神科思春期 青年期病棟歴	他の精神科看護経験 ※病棟以外は年数を示す
A	女性	42年	40年6か月	5年6か月	慢性期，社会復帰，思春期，急性期，身体合併，デイケア（1年6か月）
B	男性	25年	25年	3年6か月	急性期，慢性期，認知症，医療観察，スーパー救急
C	女性	29年	19年	2年6か月	認知症，依存症，身体合併，急性期，福祉関係（10年：特別養護老人ホーム，精神保健福祉センター，児童相談所の保護所）
D	男性	10年6か月	10年6か月	2年6か月	スーパー救急，認知症
E	女性	30年	30年	5年	学童，思春期，依存症，急性期，開放

４のカテゴリーを抽出した。カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを＜　＞，コードを［　］で示す。（表２，表３）

１）精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情

(1)【患者に対するネガティブな感情】

14のコードより，＜残念な思い＞＜揺れ動く気持ち＞の２のサブカテゴリーが生成された。

(2)【患者への期待感】

９のコードより，＜他患との比較＞＜患者の成長に期待したい＞＜看護師が患者を見守っていると思い出してほしい＞＜何度も入退院を繰り返すと，患者に期待をして裏切られた気持ちになる＞の４のサブカテゴリーが生成された。

(3)【ケアに向き合うことで生じる葛藤】

８のコードより，＜患者に対して看護師自身が冷たい人間ではないかと思う＞＜ケアに対する後悔＞＜患者の行動変容をする難しさ＞の３のサブカテゴリーが生成された。

(4)【患者にとっての居場所を考える葛藤】

18のコードより，＜患者が変わらない環境に退院せざるを得ないことへの思い＞＜患者の親は必死で育てていると感じる＞＜患者にとっての精神科思春期青年期病棟の存在意義を考える＞の３のサブカテゴリーが生成された。

(5)【自傷行為に対する思いと思案】

12のコードより，＜自傷行為を繰り返す患者はしょうがない＞＜患者が自傷行為をクライシスプランで対応できない状態だった＞＜患者の自傷行為の意味を考える＞＜気持ちの言語化が出来ないから，自傷行為になる＞＜自傷行為は患者にとっての対処行動＞の５のサブカテゴリーが生成された。

(6)【精神科思春期青年期の難しさを認識する】

14のコードより，＜発達段階による関わり方の難しさ＞＜患者の家族対応の難しさ＞＜男性看護師が女性患者の対応をする時に感じる難しさ＞＜クライシスプランを患者の生活習慣にしていくのは難しい＞の４のサブカテゴリーが生成された。

２）精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の関わり方の工夫

(1)【チームで患者を看る】

13のコードより，＜一人で抱え込まず，チームで気持ちを共有する＞＜情報共有し自分以外の看護師の視点で介入する＞＜患者のために多くの看護師が関わる＞の３のサブカテゴリーが生成された。

(2)【患者と適切な距離を維持する】

13のコードより，＜患者に依存されない距離感が必要＞＜患者と心理的に一線を引いている＞＜患者と距離が近くなりやすいことを認識する＞＜患者を受け入れる＞の４のサブカテゴリーが生成された。

(3)【面談時に患者の生きづらさや思いを引き出す】

７のコードより，＜患者に対して親目線で面談する＞＜患者の気持ちを受け止める＞＜患者の思いを看護師が予想して尋ねながら面談を行う＞の３のサブカテゴリーが生成された。

(4)【再び自傷行為を行わないようにするための具体的な働きかけと視点】

16のコードより，＜自傷行為を踏みとどまる工夫を行う＞＜患者が自傷行為をして看護師を呼ぼうとしたら，別の看護師に対応を依頼し，該当看護師は直接対応しない＞＜患者が自傷行為をやめてくれるという視点を外す＞＜生きづらさを抱えて，生きるために自傷行為を繰り返しているという視点＞＜対処行動を自傷行為ではなく，どう変えていけばいいのか面談する＞の５のサブカテゴリーが生成された。

Ⅵ．考　　察

本研究における精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情と関わり方の工夫を各カテゴリーごとに考察を行う。

１．精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情

１）【患者に対するネガティブな感情】

＜残念な思い＞がインタビューを行ったすべての看護師に共通した。［クライシスプランを使ってほしかったっていう残念な気持ち。］［関わる時間が多いほど，すごく残念に思う。］

表２　精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者に対するネガティブな感情	残念な思い	・クライシスプランを使ってほしかったっていう残念な気持ち。 ・受持ち患者が再入院すると，すごく残念。 ・関わる時間が多いほど，すごく残念に思う。 ・逃げ場として病院に戻って来て，ちょっと残念な気持ちになる場合もあるが，仕方ないところでもある。それが仕事。 ・残念な思い。退院するときに地域での定着を願って見送りはするが，うまく適応しきれなかった。本人も辛さはある。環境整備ができなかった。 ・再入院に関しては残念だと思うかもしれない。 ・看護師は患者の精神的な成長の手伝い。そのため，患者が入院を繰り返す際，入院時はがっかりする。
	揺れ動く気持ち	・再入院の虚しさはある。 ・何度も繰り返すと，いろんな気持ちになる。 ・あんなに，自傷しないって約束したよねっていう感情，悲しい気持ち，少し飽きれちゃうような気持ち，冷めちゃうような自分，なんでって相手を責めるような気持ち，どうしたら，変わってくれるんだろうっていう気持ち，いろんな感情が出てくる。 ・自分の影響じゃないかと，振り返ってしまうと，自分の感情も混乱してきて，知らないみたいな。 ・自分の防御になっていると思う感情が出てくる。 ・自分を客観的に見たり，本人の状況もなるべく，客観的に見ないと自分の感情のまま，もう知らないみたいな。 ・あまりにも自傷を繰り返すと，一勤務のなかでも，二回，三回やられると，なんか飽きれて言葉も出ない。
患者への期待感	他患との比較	・再入院しない患者と比べてしまう。 ・子供世代になるから，他科に比べ，多分，看護師側もなんとかしてあげたいという気持ちが強くなる。向こうも家族に甘えられなかったりして，看護師がいい姿の大人に見えると思う。だから向こうも構ってほしい気持ちが強いと思う。
	患者の成長に期待したい	・患者の成長に期待したい。 ・自立を目指していきたい。
	看護師が患者を見守っていると思い出してほしい	・患者が自傷行為をするしないに関わらず，看護師が見守っていることを思い出してほしい。 ・患者に看護師と話したことを思い出してほしい。
	何度も入退院を繰り返すと，患者に期待をして裏切られた気持ちになる	・ここまで話したのに，どうしてっていう気持ちになることがある。 ・何やってるの，どうしたのと思う。それを一つの対処行動だったと話していた。 ・何度も入院をして退院をして繰り返すと，同じことずっと繰り返すなっていう勝手にこっちが期待をしてたのが，裏切られたような気持ちになったりする。
ケアに向き合うことで生じる葛藤	患者に対して看護師自身が冷たい人間ではないかと思う	・仕事だから，引けているかな。でも，自分って冷たい人間なんじゃないかって思う時はあります。 ・感情が揺さぶられる，引っ張られる経験はないから，一線を引いている。 ・たまに自分が冷たいのかなって考える。
	ケアに対する後悔	・もう少し，なんか出来ることがあったのかなとか，話を聞いてあげればよかったなと自分の中で振り返りはあった。 ・対処行動に対しての練習不足，入院生活上のアプローチが不十分だった。
	患者の行動変容をする難しさ	・自分の悩みや思っていることを言えて，自分がどうやって行動できるか考えてほしいと思っているから，楽しいだけで終わらないようには…難しい。 ・患者を変えようとすることで，私たちも，ものすごいストレス。 ・本当に，その人の生活のなかで，退院後の生活に何を役立たせることができるのか思うと，本人の心の中に何か一つ安心感だったり，励ましの一声だったり，その程度だと思っている。
患者にとっての居場所を考える葛藤	患者が変わらない環境に退院せざるを得ないことへの思い	・退院後の環境が変わらないと入退院を繰り返す。そのため，患者個人に対してというより，その環境で生活しなければならない状況がかわいそう，残念。 ・入院中に環境を整えて，いい環境で退院させることは難しい。 ・同じような環境に戻ることが多いため，調子を崩すことが多い。 ・家族との関わりが，すごい影響が出る場合もある。家族との関わりがここだと難しい部分もあるので，できることが限られるという思いがある。 ・本人の環境や，自分で考えて行動できる人ばかりでないから，親のサポートがあればいい。なかなかうまくいかない，親子関係だと。
	患者の親は必死で育てていると感じる	・お母さん悪いとか，親が悪いって言うけど。親は親なりの必死さで育ててきているっていうのを，自分もそう感じるし，どうでもいいって思ってた親はあんまりいないと思う。 ・すごく育てにくさがあるから，そのうえでの，どうでもいいとかさ。どうしていいか分からないっていう放置になるかもしれないけど。 ・お母さんとか，親たちもどういう風にしていいのか分からなくて，悩みながら前に進んできてて，葛藤しながら，ゆっくり考える暇なんか，多分ないですよね。 ・親は親の客観，自分を客観的に振り返るって，なかなかなかったりするだろうし。で，子供は子供で。
	患者にとっての精神科思春期青年期病棟の存在意義を考える	・楽しくするのはいいけど，ここが生活の場になって欲しくはない。 ・病棟が患者の居場所だと良い，依存先だと良くない。 ・病院が居場所ではない。 ・スタッフ間で患者にとって病棟が居場所か依存先かと話はしている。 ・病棟が居場所か依存先か，線引きが難しい。 ・患者にとって病棟は居場所になっているのか。 ・病院は逃げ場としての立ち位置があり，しょうがない。 ・病院はいいように患者に利用してもらうのが正解だと思いながら仕事をしている。 ・変な方向の行動にいっちゃうと，入院するための行動になりそうなことがあるので，居場所を作っていかなきゃいけないと思う。
自傷行為に対する思いと思案	自傷行為を繰り返す患者はしょうがない	・しょうがない，認めて，これ以上ひどくしないくらい，現状維持。 ・疲弊はないが，一時的な感情でむかつくことはあるかもしれない。しょうがないかなって思っている。 ・他の人から見たり，本人の中から見れば，苦し紛れの生きるための対処。生きるための対処をそれしか思いつかないから，習慣化して，その対処をしているのかもしれない。
	患者が自傷行為をクライシスプランで対応できない状態だった	・入退院を繰り返す患者は自傷行為をクライシスプランで対応できなかった。 ・自傷をする時は，思い出せないか，それ以上に自傷したいという気持ちになる。
	患者の自傷行為の意味を考える	・今回の自傷行為の意味はなんなんだと。 ・なんかトラウマ的なね，辛さがあったりとか，今後，生きていく自信がないなとか，どうしていいのか分からないっていう精神状態だったのかなって。
	気持ちの言語化が出来ないから，自傷行為になる	・最初は，自宅や学校での生活での苦しさの表現だったり辛さの表現だなっと思って，受け止めようとしていた。 ・本当に言語化がうまくできないからこそ，自傷などの行動になる。
	自傷行為は患者にとっての対処行動	・医師やチームと話している時も出る話題だが，自傷行為は全くゼロにできない。そういう行動をすることが患者本人にとっての対処行動。 ・自傷行為をすることで状態を保っているところは一理ある。 ・ネガティブな感情というよりは，肯定する，受け入れ，違う方向へ変えられるといいなという思いはある。
精神科思春期青年期の難しさを認識する	発達段階による関わり方の難しさ	・難しい領域，気が付くと終わっているという感じ，乗り越えていた。 ・発達段階上，思春期であり反抗期があるため，距離を取るのが難しい。
	患者の家族対応の難しさ	・家族が変わると患者も変わる。家族教育が大事。 ・初めての入院や，病名がはっきりしていない患者が多く，家族もすごく心配して色々看護師に言ってくるため難しさを感じる ・家族対応は大変。 ・両親から，すごい細かいことで電話がかかってくる。それが，苦情みたいなところまで発展しているケースも多い。 ・看護師にもっと話を聞いてほしいという苦情もある。看護師は距離を取るのが正しいと思ってやっている。 ・患者の家族に，なんで話を聞いてくれないんですかって言われた時の対応が難しい。結局，話してしまうケースがある。
	男性看護師が女性患者の対応をする時に感じる難しさ	・患者が思春期なので，最初のコンタクトで警戒されるし，お父さん，おじさん嫌っていうのがあるから。関係性を作っていくのが難しいなと思う時もあります。 ・男子のほうが，どちらかというと，ケアに入りやすい。 ・女子の患者だと，気を遣わないといけない。 ・女性患者と関係性を作るのが，第一のハードル。
	クライシスプランを患者の生活習慣にしていくのは難しい	・クライシスプランを生活の中にね，入れ込むのは本当に大変な，何年もかかる。生活習慣にしていくっていうのは大変だと思う。 ・色々もっとこういう風に行動変容させようとか，思っていたが，意外とみんな忘れている。

表３　精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の関わり方の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
チームで患者を看る	一人で抱え込まず，チームで気持ちを共有する	・他職種を含めたスタッフと気持ちを共有，カンファレンス。 ・スタッフで気持ちを共有し，看護師自身の気持ちを落ち着かせる。
	情報共有し自分以外の看護師の視点で介入する	・他のスタッフに相談しながら，対応できればいい。 ・バランスが必要。情報共有も必要だと思う。 ・新しい視点で介入するのは大事だと思う。 ・立ち位置もそれぞれ違う，年齢も違うので，関わり方とか見えてくるものが違う。情報共有やチームでの関わり方がすごく大切。 ・チーム内，もしくは他のスタッフと，どうケアするか。カンファレンスで方向性を一緒に考えてもらえるので助かる。
	患者のために多くの看護師が関わる	・患者対応を抱えてしまう。自分がやった方が楽だと思ってしまうが，経験を重ね，いろいろな人に関わってもらった方が相手のためになると思う。 ・一人で関わる方が簡単だが，すべて正しいわけではない。 ・自分の考えだけで行動している方が簡単だけど，新しい人と関わることは本人もいい経験。 ・プライマリーナースだけでなくチームで患者を看る。 ・距離の取り方とか，チームで看ていくのが，すごく大切。 ・チームで関わっているため，自分だけ，いい関係がとれればいいわけではない。
患者と適切な距離を維持する	患者に依存されない距離感が必要	・過度に，この場に依存されてもっていう気持ちがある。ある程度の距離感。 ・患者と看護師は，ある程度の距離は必要だと思っている。 ・何を求めているとか，何を苦しんでいるのか，辛いんだろうっていうのを看るために，ちょっと近づかないとって感じながら，ある程度の距離は保つことも意識する。 ・青年期病棟は，関わりがすごく難しく，距離感とすごく言われる。 ・関わり要求がある患者は淡々と対応することを心掛ける。
	患者と心理的に一線を引いている	・仕事だから一線を引いている。 ・割り切れている。
	患者と距離が近くなりやすいことを認識する	・働いていると，近くなっちゃうケースがすごくあると思う。 ・患者がすごい近づいてくるから看護師も近づいて，いい方もあるけど，悪くなる方もあると思う。 ・多少，巻き込まれる感覚っていうか，自分で巻き込まれているなっていう感覚を持ちながら，一歩でも，少し入り込まないと相手が看えない。
	患者を受け入れる	・患者の入院を受け入れたら，やっていく。 ・まずは患者さんを受け入れるってところからしか始まらないなって思っています。 ・言いたいことを言えるような雰囲気は出せるように心がけている。
面談時に患者の生きづらさや思いを引き出す	患者に対して親目線で面談する	・患者に親目線の感情で考えていることを話す。 ・患者の訴えは受け止める。患者が親に対して，そういう，こう，気持ちがある時は，親ってこういうふうに思うと話す。
	患者の気持ちを受け止める	・本当に，患者が一番苦しんでいるのは，なんだろう。生きづらさみたいなのを知りたいっていう気持ちで聞いてた。 ・生きづらさは誰しもが持ってて。絶対にね，悩みのない人はいないし，そこの悩みを苦しいっていうのを聞いてあげたいなってくらいで，そこにたどり着くまでが時間がかかる。 ・患者に対して，自分がダメだと思わせない言葉をかける。 ・本質が見えないと，私たちの対応が分からない。本人の思いをアセスメントし，大事にして対応を考える工夫はしている。
	患者の思いを看護師が予想して尋ねながら面談を行う	・こっちが，ちょっと勝手に予想して，自分から言えないから，分かんないとか。こうだったのかな，もしかしたら，こうだったのかなとか聞いたりとかすると，あー，そうですねとか。
再び自傷行為を行わないようにするための具体的な働きかけと視点	自傷行為を踏みとどまる工夫を行う	・自傷行為を踏みとどまれたことを思い出してもらう。 ・患者の袖にマスキングテープを貼付して，見たら自傷行為をしない約束を思い出してもらう。 ・自傷行為をしないよう言葉で伝える。
	患者が自傷行為をして看護師を呼ぼうとしたら，別の看護師に対応を依頼し，該当看護師は直接対応しない	・絶対に伝えるのは，自傷行為とかして人を呼ぼうとしても，行かないよって言う。 ・誰かに悪いことをして，引きつけようとするのは良くないとはっきり言う。こっちにすごい近づいてくる患者がいたら，はっきり言う。 ・効く時もあれば，効かない時もある。どちらにしても，自分は行かない。他の看護師に任せていいと思っている。他の看護師が同じ状況になっている時，その看護師に対応させない。自分が対応している。 ・不貞腐れるケースはあるが，そこから関わりが無くなるっていうことはない。
	患者が自傷行為をやめてくれるという視点を外す	・本人は自傷やめたいって思っていないし，ODやめたいって思ってない。それなのに，ODやめなさいって言っているのは，こっちの都合で，自分が安心したいだけっていう視点は外す。 ・患者に勝手に希望を抱いて，私たち信頼関係構築したよね，だから，自傷行為やめてくれるよねっていう主となる視点が多くなるので，そうなってはいけない。
	生きづらさを抱えて，生きるために自傷行為を繰り返しているという視点	・患者がほんとに苦しくて，辛くて，どうしようもない。生きづらさを抱えて，生きるために自傷行為を繰り返しているんだっていう視点を中心に考えています。 ・どうしていいか分からない苦労，辛さを，まぁODで紛らわしながら生きているっていう，薬物依存，アルコール依存の人たちと同じだと思う。死にたいわけではないっていうところを視点がずれないようにしようと思っている。ずれちゃうと自分がやられちゃうから。 ・ネガティブな気持ち以上に自傷のことを抱えてあげる。
	対処行動を自傷行為ではなく，どう変えていけばいいのか面談する	・患者と話しながら，なかには理解している人もいる。そういう患者には，どういう風に変えていけばいいのか話し合う。 ・違うところへ向けられるといいよねと患者と話した。 ・状態が落ち着いたら，退院後の生活を見据えて，自分がどう考えていくか，具体的なシミュレーションを一緒に考えていければよいと考えているが，なかなか想像できないし，考えられない人が多い。 ・色々な看護師のアドバイスを選択してもらう。

等，クライシスプランなどを活用した対処行動が行えず，再入院に至る際に，看護師は患者に対して＜残念な思い＞をもつ傾向にある。インタビューを通して，患者に対する具体的な感情を聴取すると［あんなに，自傷しないって約束したよねっていう感情，悲しい気持ち，少し飽きれちゃうような気持ち，冷めちゃうような自分，なんでって相手を責めるような気持ち，どうしたら，変わってくれるんだろうっていう気持ち，いろんな感情が出てくる。］と様々な思いを患者に対して感じており＜揺れ動く気持ち＞を吐露していた。看護師は，入退院を繰り返す患者に対して感情が入り乱れることで，【患者に対するネガティブな感情】を抱く傾向にある。早野，川崎（2015）は，看護師には対応時，様々な感情が生じている。それらの感情をもちながらも，こらえながら職務にあたっていることが窺えると述べており，看護師は患者が地域に適応できずに自傷行為で再入院を繰り返すと，感情がかき乱され，気持ちが大きく揺さぶられる。揺さぶられる気持ちが重要な視点となり【患者に対するネガティブな感情】が生じる。

２）【患者への期待感】

患者との面談を繰り返すことにより，患者への関心や思いが高まる。看護師は多くの患者と関わり，その背景を把握することにより，＜他患との比較＞を行い，患者が若年であるため＜患者の成長に期待したい＞思いが生じる。山内ら（2019）

は「患児に対して，自分の期待や自分自身の家庭問題などの葛藤を患児に向けやすくなると考えられる。看護師と子どもがお互いに親子関係を疑似体験しやすく，治療的関係が不安定な状況が生まれやすいという特徴がある。」と述べている。研究協力者の看護師経験年数が平均 27.3 年で，看護師と患者の年齢差が親子程であり，親が子どもの将来に抱く期待を看護師自身も抱きやすいと示唆される。また，＜何度も入退院を繰り返すと，患者に期待をして裏切られた気持ちになる＞や＜看護師が患者を見守っていると思い出してほしい＞など入院生活を通して患者と関わった経緯を振り返り，地域での定着を願う期待の気持ちも生じていた。

３）【ケアに向き合うことで生じる葛藤】

研究協力者の精神科病棟歴が平均 25 年のベテランであるが，ケアに対する葛藤を抱えていた。看護師は患者にケアを実践して終了ではなく，患者が自傷行為を振り返り，クライシスプランの作成を通して，適切な対処方法を習得し，日常生活に取り入れることを目的に，日々ケアを行っている。しかし，すべての患者が実践できることではなく，看護師は自傷行為という対処行動により再入院する患者を目の当たりにする。［対処行動に対しての練習不足，入院生活上のアプローチが不十分だった。］と＜ケアに対する後悔＞を感じたり，＜患者の行動変容をする難しさ＞を痛感していた。＜患者に対して看護師自身が冷たい人間ではないかと思う＞では［仕事だから，引けているかな。でも，自分って冷たい人間なんじゃないかって思う時はあります。］［たまに自分が冷たいのかなって考える。］と冷静さの裏で，看護師は患者への気持ちの折り合いに葛藤があり，患者の行動変容に至る道のりが長いことへのストレスや後悔を感じると同時に，気持ちに折り合いをつけて冷静さを保持しようとしていた。三上，古仲（2012）は，「患者に対応困難を感じることは，必ずしも看護をするうえでマイナスにはならない。逆にそれは自己の振り返りとなり，改善しようとする前向きな看護の姿勢へ変化するのではないだろうか。」と述べている。【ケアに向き合うことで生じる葛藤】は，看護師が自己のケアを振り返ることにより生じるものであり，葛藤を乗り越えた先に，より良い看護実践を行えるスキルが身につく過程である。

４）【患者にとっての居場所を考える葛藤】

患者の居場所は地域にあることが理想的であるが，自傷行為で入退院を繰り返す患者は，病棟に依存していることが少なくない。そのため，【患者にとっての居場所を考える葛藤】を看護師が抱くことがある。＜患者にとっての精神科思春期青年期病棟の存在意義を考える＞では［病棟が患者の居場所だと良い，依存先だと良くない。］［病院が居場所ではない。］［病棟が居場所か依存先か，線引きが難しい。］と病棟が患者の居場所として機能するべきか否か研究協力者の看護師によって意見が分かれているが，病棟が患者の依存先になることは避けるべきことであると共通の認識となっていた。宮崎（2016）は，病棟という治療環境には，十分に機能しなくなった家族の役割を一時的に引き受けるという役割がある。まずは，子どもたちが病棟を安全な場であると感じ，自分の居場所であるという認識をもって生活することが必要である。そのような環境を提供し，基本的な信頼関係を育むことは，思春期の子どもたちへの看護の最初の課題であり，長期的な目標にもなると述べている。患者が心理的安心感を持ち，病棟が治療の場として，機能している際は良い居場所になっているが，［変な方向の行動にいっちゃうと，入院するための行動になりそうなことがあるので，居場所を作っていかなきゃいけないと思う。］により，入院するために自傷行為を行い入院に至ることを学習してしまうと，良くない居場所，すなわち，依存先になると考えられる。＜患者が変わらない環境に退院せざるを得ないことへの思い＞では［家族との関わりが，すごい影響が出る場合もある。家族との関わりがここだと難しい部分もあるので，できることが限られるという思いがある。］があり，患者が未成年であると親元に帰ることが大半であり，患者と家族の関係に問題があると，入院生活を通して改善した症状が再発するリスクが高い。小島ら（2008）は，症状消失後も，家族から強いストレスを受ける状況では症状が再燃しかねないと述べている。その反面，看護師は患者の家族に対して，［お母さんとか，親たちもどういう風にしていいのか分からなくて，悩みながら前に進んできてて，葛藤しながら，ゆっくり考える暇なんか，多分ないですよね。］と＜患者の親は必死で育てていると感じる＞と労いの気持ちを持っていた。入院生活における安心感が患者の地域移行・定着を阻むことがないよう意識して患者に関わっているが，退院先の環境改善に向けた家族を含めたケアの難しさが示唆された。

５）【自傷行為に対する思いと思案】

松本（2009，p.65）は，すべての自傷行為に当てはまらないが，多くの自傷行為は一種の自己治療のために行われており，誰かに自分の辛さに気づいてもらうなどといったアピール的な目的行為ではなく，誰の助けも借りずに辛さに耐え，苦痛を克服するための孤独な対処法と述べている。看護師は＜患者が自傷行為をクライシスプランで対応できない状態だった＞＜気持ちの言語化が出来ないから，自傷行為になる＞と，精神的な苦痛緩和の対処方法として自傷行為を行うことで患者は生きていることができると認識する反面，自傷行為を肯定して受け入れるだけでなく，＜自傷行為は患者にとっての対処行動＞で［ネガティブな感情というよりは，肯定する，受け入れ，違う方向へ変えられるといいなという思いはある。］と代替方法を模索していた。＜自傷行為を繰り返す患者はしょうがない＞において［他の人から見たり，本人の中から見れば，苦し紛れの生きるための対処。生きるための対処をそれしか思いつかないから，習慣化して，その対処をしているのかもしれない。］と思春期青年期にある患者が置かれている生活環境や自傷行為を行わざるを得ない状況を踏まえ，＜患者の自傷行為の意味を考える＞過程のなかで，看護師は患者の気持ちに寄り添い【自傷行為に対する思いと思案】を巡らせていた。

６）【精神科思春期青年期の難しさを認識する】

看護師は患者との関わりにおいて，患者が抱えている苦悩や生きづらさを引き出し，精神的な安寧を習得することや，自分らしく生きるための解決策を見つけることが重要であるが，現状として＜クライシスプランを患者の生活習慣にしていくのは難しい＞と困難を感じていた。面談やクライシスプランの作成を通し有効な関わりを行う上で，患者との信頼関係構築は避けることができない。患者の発達段階特有の反抗期や繊細な感性などを踏まえた上で関わりを持つ必要がある。＜発達段階による関わり方の難しさ＞＜男性看護師が女性患者の対応をする時に感じる難しさ＞において，看護師は患者との関わりに困難を感じることは少なくない。また，児童・思春期精神科病棟に勤務する看護師の家族支援に対する意識の特徴として，今野，若林（2020）は，「家族が抱える問題によって看護師の実践能力が求められる場面が多く，家族支援に対する困難さを感じている。」と報告しており，＜患者の家族対応の難しさ＞において［看護師にもっと話を聞いてほしいという苦情もある。看護師は距離を取るのが正しいと思ってやっている。］と対応の意図を患者の家族に理解してもらえない難しさを感じていた。そのため，患者のケア方針は，看護師と家族が共通認識をもつ必要性がある。

２．精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の関わり方の工夫

１）【チームで患者を看る】

精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情の重要な視点として，揺さぶられる気持ちがあり，患者と関わる際に様々な思いを抱えることになる。そのため，患者に良いケアを提供するために看護師は自分自身の気持ちを安定させる必要がある。＜一人で抱え込まず，チームで気持ちを共有する＞は，看護師が患者と関わる際に気持ちの折り合いをつける工夫である。［スタッフで気持ちを共有し，看護師自身の気持ちを落ち着かせる。］などカンファレンス等を活用し，患者のケアの相談，情報共有だけでなく，看護師自身が患者に対して抱いている思いを吐露する場が必要である。谷口，岸本（2015）は，適切なサポートを受けることで，支えられているという感覚をもち，その想いがしんどさの減少につながる。そのような環境では，自らしんどさを発信しやすく，さらにサポートを受けやすくなり，情報を共有することで看護の質の向上につながると述べている。患者との関わり方において，［一人で関わる方が簡単だが，すべて正しいわけではない。］［自分の考えだけで行動している方が簡単だけど，新しい人と関わることは本人もいい経験。］と，ベテラン看護師が単独で患者と関わる方が信頼関係を構築しやすく介入しやすいことがある。一方で，患者が他の看護師と交流する機会が乏しくなり，交流から得られる気づきや精神的な成長が偏る可能性がある。そのため，＜患者のために多くの看護師が関わる＞必要がある。［立ち位置もそれぞれ違う，年齢も違うので，関わり方とか見えてくるものが違う。情報共有やチームでの関わり方がすごく大切。］であり，若い看護師は患者と年齢が近く患者目線に近い感性で気持ちに寄り添った面談や関わりを行い，ベテラン看護師は親の立場に近い視点や様々な患者と関わった経験から，視野の広いアドバイスを患者に行うことができる。＜情報共有し自分以外の看護師の視点で介入する＞ことにより，個々の看護師の経験やスキルの異なるチームメンバーが協働することで，多角的なケアを提供できる。そのため，【チームで患者を看る】は患者との関わり方の工夫として，核となる重要な要素である。

２）【患者と適切な距離を維持する】

看護師は患者と心理的に近づき，患者が気持ちを表出できる関係性を構築する一方で，患者と適切な距離を維持できないと患者の依存対象となり，心理的疲労に繋がる。佐藤，進藤（2013）は，児童思春期は自立と依存がテーマになる時期であり，そこでの葛藤から情緒的に不安定になることも多いと述べている。患者の発達段階による要因もあり，【患者と適切な距離を維持する】難しさがある。＜患者を受け入れる＞と＜患者と心理的に一線を引いている＞は相反しているが，＜患者に依存されない距離感が必要＞＜患者と距離が近くなりやすいことを認識する＞により，両者のバランスを適切に保つことが患者と看護師の適切な関係性を維持することに繋がり，良い介入が行える信頼関係を作り出すことが出来る。

３）【面談時に患者の生きづらさや思いを引き出す】

嶋根（2024）は，市販薬の乱用経験をもつ子どもたちは，学校や家庭で安心できる居場所がなく社会的に孤立状態にあると述べており，患者は生きづらさや苦悩を抱えている。看護師は患者に寄り添い関係性を構築し，＜患者の気持ちを受け止める＞を念頭に置き，面談を行っていた。＜患者の思いを看護師が予想して尋ねながら面談を行う＞により，患者の気持ちの言語化を促し，思いを引き出していた。草地（2016）は，思春期には自然に湧き出す心のエネルギーがあり，そのエネルギーは母親（大人）に信頼されることで成長していく。親の存在は大きいものだが，彼らの重要他者には誰でもなることができる。私たちが医療者という役割アイデンティティに固執すると，彼らの心のエネルギーは十分に回復できないのかもしれないと報告しており，＜患者に対して親目線で面談する＞を心掛け，患者に安心感を与える存在となり，有効な面談を行っていた。

４）【再び自傷行為を行わないようにするための具体的な働きかけと視点】

再び自傷行為を行わないようにするための具体的な働きかけとして，＜自傷行為を踏みとどまる工夫を行う＞＜患者が自傷行為をして看護師を呼ぼうとしたら，別の看護師に対応を依頼し，該当看護師は直接対応しない＞＜対処行動を自傷行為ではなく，どう変えていけばいいのか面談する＞を行っていた。患者との距離が近くなりすぎると患者が看護師に依存することがあり，患者が逸脱行為を行う場合がある。＜患

者が自傷行為をして看護師を呼ぼうとしたら，別の看護師に対応を依頼し，該当看護師は直接対応しない＞の看護実践において［誰かに悪いことをして，引きつけようとするのは良くないとはっきり言う。こっちにすごい近づいてくる患者がいたら，はっきり言う。］と患者に対して，自傷行為で人の気を引くことは，不適切なコミュニケーション方法であると伝えていた。その後の患者との関係に関して［不貞腐れるケースはあるが,そこから関わりが無くなるっていうことはない。］と振り返りを行っていた。患者の逸脱行為に対して誤った行動であると明確に伝える指導は，患者と看護師の関係悪化を招くものではない。利根川（2010）は，自傷行為の減少には信頼関係の獲得が必要であり，信頼関係構築の援助は，繰り返す自傷行為や困らせる行為は，信頼関係獲得に向けての行為であると捉え，非難せず丁寧に傷の対応を行い気持ちを確認し，理解していくと共に感情の表出の促しを続けていくことが必要である。スタッフと役割分担を行いチームで関わり，受持ち看護師が患者を信頼していることを伝え，安心できる存在であることを自覚できるよう促していくことが大切であると述べている。＜患者が自傷行為をやめてくれるという視点を外す＞＜生きづらさを抱えて，生きるために自傷行為を繰り返しているという視点＞が患者を見守り，自傷行為を行わなくても，救済してくれる人がいるという安心感を患者が習得する必要がある。そのためには，一人の看護師が患者対応を抱え込まないよう，チームで患者と関わり，患者との信頼関係を構築していくことが重要となる。

Ⅶ. 結　　論

精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情と関わり方の工夫を明らかにした。

精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の感情は，６のカテゴリー【患者に対するネガティブな感情】【患者への期待感】【ケアに向き合うことで生じる葛藤】【患者にとっての居場所を考える葛藤】【自傷行為に対する思いと思案】【精神科思春期青年期の難しさを認識する】が抽出された。看護師の感情は揺さぶられる気持ちが重要な視点となり，ネガティブな感情や葛藤，難しさを抱えていた。それは，患者の状態や背景を理解し，看護師が自己のケアを振り返ることや，患者が置かれている生活環境や自傷行為を行わざるを得ない状況を踏まえ，病棟が患者に対して何ができるのか，居場所なのか依存先になってしまわないか病棟の存在意義を考えることや，患者の気持ちに寄り添い，自傷行為に対する思いを巡らせることにより生じるものである。また，患者との関わりを通して，地域での定着を願う期待の気持ちも生じていた。

精神科思春期青年期病棟において，自傷行為で入退院を繰り返す患者に対する看護師の関わり方の工夫は，４のカテゴリー【チームで患者を看る】【患者と適切な距離を維持する】【面談時に患者の生きづらさや思いを引き出す】【再び自傷行為を行わないようにするための具体的な働きかけと視点】が抽出された。患者を受け入れること，心理的に距離を取ることの両者のバランスを適切に保つことが患者と看護師の適切な関係性を維持することに繋がり，良い介入が行える信頼関係を作り出すことが出来る。自傷行為を行わなくても，救済してくれる人がいるという安心感を患者が習得し，面談を重ねていき，自傷行為をしなくても患者が生きていけるよう導くケアが必要である。一人の看護師が患者対応を抱え込まないよう，チームで患者と関わり，患者との信頼関係を構築していくことが重要となる。そのため，【チームで患者を看る】は患者との関わり方で核となる重要な要素である。

本研究では対象者が５名であり一般化には限界がある。今後の看護に活かしていきたい。

本論文の内容の一部は，第 55 回日本看護学会学術集会において発表した。なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

早野恵子，川崎竜一．（2015）．患者対応が困難な際に抱く看護師の感情とその乗り越え方に関する検討 精神科急性期病棟で勤務する看護師へのインタビューを基に．*日本精神科看護学術集会誌，58*（1），414-415.

本母瑠衣．（2014）．退院意欲を向上させる看護を考える 入退院を繰り返す統合失調症患者の事例を通して．*日本精神科看護学術集会誌，57*（3），284-288.

堀内茜音．（2022）．自閉スペクトラム症を背景にもつ不登校児に対し遊びをとおして感情語の表出を促すかかわり．*日本精神科看護学術集会誌，64*（2），141-144.

石井涼子．（2015）．自傷行為を繰り返す患者に対して抱く看護師の感情とその付き合い．*日本精神科看護学術集会誌，58*（1），416-417.

井梅由美子，川口めぐみ，大橋恵．（2023）．COVID-19 禍における遠隔授業が大学生のメンタルヘルスに及ぼす影響．*応用心理学研究，48*（3），149-157.

如澤学，岩渕誠一，平野のり子，河田祐輔，今野辰則，上田広大，橋場さゆり，楢山暁美，平石顕司，曙有希．（2014）．自殺企図を繰り返す統合失調症患者の看護 応用行動分析に基づいたかかわりを通して．*日本精神科看護学術集会誌，57*（3），334-338.

神山佳吉子，菊池美咲，川坂浩義，小笠原れい子，藤原桂子．（2016）．怠薬を繰り返す統合失調症患者に行った心理教育の効果 SAI-J と DAI-10 を用いて検証した１事例について．*日本精神科看護学術集会誌，59*（1），260-261.

金山朋子，北森久美子．（2014）．薬物依存症と軽度精神遅滞を重複している患者への看護 閉鎖病棟での入退院を繰り返した 20 歳代男性の事例から．*日本精神科看護学術集会誌，57*（3），207-211.

小島由香里，今村芳博，小野寺美紀，関屋スミ子，宮田雄吾．（2008）．児童思春期親の会「おやおや」を通した看護援助．*精神科看護，35*（6），33-37.

今野美香，若林真由美．（2020）．児童・思春期精神科病棟に勤務する看護師の家族支援に対する意識調査．*日本精神科看護学術集会誌，63*（2），122-126.

草地仁史．（2016）．思春期の患者とどう向き合うか その基本的な視点．*精神科看護，43*（11），4-11.

松本俊彦．(2009)．*自傷行為の理解と援助「故意に自分の健康を害する」若者たち*．日本評論社．
三上拓也，古仲俊也．(2012)．看護者が精神科患者に抱く陰性感情．*日本精神科看護学術集会誌，55*（2），69-72.
宮崎大輔．(2016)．ともに育ち，成長していく姿勢で．*精神科看護，43*（11），19-25.
持田雄太．(2019)．入退院を繰り返す統合失調症の患者の退院支援で学んだこと 看護師のジレンマが解消された事例を通じて．*日本精神科看護学術集会誌，62*（1），364-365.
文部科学省初等中等教育局児童生徒課．(2022)．令和３年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について．
https://www.mext.go.jp/content/20221021-mxt_jidou02-100002753_1.pdf（2025 年３月 15 日最終閲覧）
村上亜由実．(2016)．患児の未来が輝くように 単科独立型の児童精神科病院の実践．*精神科看護，43*（11），12-18.
佐藤恵美子，進藤光子．(2013)．親とタッグを組んで治療を進める 児童・思春期精神看護の場合．*精神科看護，40*(3)，23-27.
柴田美恵子，仮屋隆史，松井理沙．(2013)．患者対応で受けるストレス軽減の効果 精神科病棟におけるナラティブ・アプローチを用いた看護師への支援の取り組み．*日本精神科看護学術集会誌，56*（1），182-183.
嶋根卓也．(2024)．思春期医療に向き合う～苦手意識から脱却 各論社会的問題 薬物使用－市販薬の過量服薬（オーバードーズ）．*小児内科，56*（9），1409-1412.
総務省（編）．(2021)．*令和３年版情報通信白書*．日経印刷．
鈴木由美子，阿部奈央子，八木こずえ．(2008)．思春期・青年期をみんなで見守る「辛抱強く変化のときを待つ」というかかわり 思春期病棟における看護師の役割．*精神科看護，35*（6），18-23.
谷口敬子，岸本和巳．(2015)．精神科訪問看護師が抱く やりがいとしんどさ，しんどさへの対処方法．*日本精神科看護学術集会誌，58*（3），194-198.
利根川千晶．(2010)．自傷行為をくり返す思春期患者への看護援助 信頼感の獲得により自傷行為が減少した１事例．*日本精神科看護学会誌，53*（2），62-66.
山内賢司，前田和宏，森川裕己．(2019)．児童思春期と成人期の患者に対する看護師の陰性感情 陰性感情の内容と受け止め方の違いについて．*日本精神科看護学術集会誌，62*（1），80-81.

◇ 原　著 ◇

感情労働が透析看護師の顧客志向行動に与える影響
―仕事の意味づけと職務満足との関連を踏まえた分析―

山内　要[1)*]

目的：透析看護師を対象に，感情労働が顧客志向行動に与える影響を，仕事の意味づけおよび職務満足との関連から検討した。
方法：全国の透析医療機関に勤務する透析看護師を対象に Web 質問紙調査を実施し，有効回答 238 名について重回帰分析を行った。
結果：感情労働には，感情を抑えて表面的にふるまう表層演技と，内面から感情を整える深層演技の２つの側面がある。分析の結果，表層演技は職務満足を低下させ顧客志向行動を抑制した。一方，深層演技は仕事の意味づけを高め，職務満足と顧客志向行動を促進する傾向が認められた。さらに，仕事の意味づけと職務満足は，感情労働と顧客志向行動の関連において間接的影響を与えることが示唆された。
結論：透析看護師による感情労働の理解と，それを支援する職場環境を整備することで，仕事の意味づけや職務満足を高め，患者中心のケアならびに顧客志向行動の向上につながる可能性が示唆された。

【キーワード】透析看護師，感情労働，仕事の意味づけ，職務満足，顧客志向行動

Ⅰ．はじめに

透析看護師は，腎代替療法である透析医療に従事し，患者の生命維持に加え，生活の質（Quality of Life：QOL）を支える包括的な看護ケアを担っている。透析医療は長期的かつ反復的な治療を特徴とし，患者との接触頻度が高く，信頼関係の継続的な構築が求められる。そのため，看護師の内的動機づけや感情のマネジメントは，ケアの質や患者満足に大きな影響を与えると考えられる。

近年，医療提供体制を取り巻く環境は，医療費抑制政策の推進，患者ニーズの多様化，医療人材の流動性の高まりなどを背景に，急速に複雑化している。このような状況下で，医療機関が地域における継続的かつ信頼性の高い医療提供主体としての役割を果たしていくためには，サービスの質を高め，患者との信頼関係を構築し，地域社会において安定的な利用者を確保することが不可欠である（中島，2009，pp.46-47）。その中核を担う看護師は，患者と最も多く接する専門職の一つであり，医療サービスの印象や満足度，さらには医療機関全体への信頼感にまで大きな影響を及ぼす。

こうしたなか，看護師の行動や態度に影響を与える要因として，「感情労働」（Hochschild，1983/2000，p7）の概念が注目される。感情労働とは，対人サービスにおいて期待される感情を意識的に表出することを指し，とりわけ医療のような感情的負荷が大きい場面では，感情を抑制あるいは調整する必要性が生じやすい。感情労働には，表面的に感情を整える「表層演技」と，内面から感情を調整する「深層演技」があり，それぞれが看護師の心理的負担や職務遂行に及ぼす影響は異なるとされている（Grandey, 2000; Hochschild, 1983/2000, pp.39-63）。

また，感情労働の在り方は，看護師が自身の仕事に見出す意味や価値，すなわち「仕事の意味づけ」とも密接に関係している。仕事に意義を感じられない場合，感情労働は苦痛として捉えられ，職務満足の低下や離職意向の高まりにつながる可能性がある（Ciulla, 2000/2003，pp.224-230；浦田，2021）。一方，仕事を自己実現や他者への貢献の場として認識できる場合には，感情労働を肯定的に受け止めやすくなる。（Humphrey et al. 2015）。

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）金山クリニック
＊ E-mail：yamauchi@hospy.or.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

さらに，こうした仕事への意味づけや感情の在り方は，顧客への接し方，すなわち「顧客志向行動」にも影響を及ぼす。顧客志向行動とは，サービス受益者のニーズを的確に把握し，満足度向上を目指して主体的に行動する姿勢を指し（Saxe & Weitz，1982），医療現場においては患者中心のケアを実現する上で極めて重要な要素である（Ping & Ahmad，2015）。

透析医療における看護サービスは，治療継続を支援し，患者の QOL 維持と自己実現を促す活動であり（水附，2006），透析看護師はその中核として多職種と協働している（内田，2016）。しかし，透析看護師は日々の業務にやりがいを感じながらも，患者の自己管理支援は成果が見えにくく，十分な満足感を得にくい状況が指摘されている（山本，2017）。さらに，患者が求める援助には技術的ケアに加え，傾聴や誠意，個別性の尊重といった精神的配慮が含まれる（森田，2000）のに対し，現場の実際は治療業務が優先されたり，患者を「わがまま」と捉えたりする傾向も報告されている（山本，2017）。加えて，透析看護師の就業動機として「通勤の利便性」「勤務時間の適合」「夜勤がない」といった勤務条件が主に挙げられ，「透析看護そのものへの関心」よりも優位にあることが報告されている（田村ら，2019b；山本，2017）。これらの報告から，透析看護師にとって仕事は必ずしも自己実現や使命感の達成のためではなく，生活の手段としての側面が強いことが示唆される。さらに，透析医療の特徴として，患者の生涯にわたる治療の反復は，看護師のモチベーション低下や惰性的業務を招く可能性もある。

一方で，透析看護師は患者対応，医療事故への不安，穿刺のプレッシャー，人員不足など多様なストレスに晒されている（岡，2016； 石丸ら，2012）。加えて，患者の苦痛や生活課題を根本的に解決できない無力感や，多数の患者の個別ニーズに応えられないといった葛藤を抱えている（梁原，2021）。原ら（2005）は，透析看護師の感情調整が援助行動の有効性に直結し，肯定的感情は促進，否定的感情は阻害となることを示した。

こうした職場環境においては，透析看護師の感情労働の在り方が，仕事の意味づけや職務満足と関連して顧客志向行動に影響を与えることが想定される。本研究では，これらの関連を明らかにし，透析看護師が質の高い看護を継続的に提供できる職場環境づくりに向け理論的示唆を得ることを試みた。

Ⅱ．目　　的

透析看護師を対象に，感情労働が顧客志向行動に与える影響を，仕事の意味づけおよび職務満足との関連性を踏まえ，質問紙調査によって定量的に明らかにする。

Ⅲ．方　　法

１．用語の定義

感情労働：業務の過程で透析看護師が自らの感情を抑制・表出し，患者に対して組織や社会の期待に沿った感情を表現する行為

仕事の意味づけ：透析看護師が日々の業務を通じて見出す職務の意義，価値，および自己成長や社会貢献に対する実感

職務満足：透析看護師が日々の職務を通して得る満足感や充実感の総体

顧客志向行動：顧客（患者）のニーズや価値観を尊重し，顧客満足を高めるために，透析看護師が自発的かつ積極的に行動すること

２．研究デザイン

本研究は，感情労働，仕事の意味づけ，職務満足，および顧客志向行動の関連性を明らかにするため横断的量的調査を実施した。

３．分析枠組み（図１）

本研究では，感情労働を起点とし，仕事の意味づけおよび職務満足を通じて顧客志向行動に至る影響経路を明らかにするための分析枠組みを構築した。この枠組みは，看護師の職務特性および Hochschild（1983）の感情労働論に基づいて設定されたものであり，特に感情労働が心理的負担や行動に与える影響に注目している。さらに，Han et al.（2018）も看護師の感情労働が心理的要因を介して顧客志向行動に影響を与えることを実証しており，感情労働を起点とする分析枠組みの設定は，透析看護における実態とも合致し，理論的に妥当性があると考える。なお，本研究の分析枠組みは，松尾（2022）の顧客志向行動に関する研究モデルを参考に構成した。

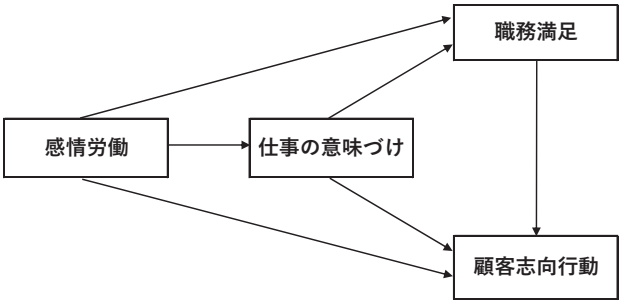
４．調査期間

2024 年 8 月 26 日～2024 年 10 月 4 日

５．対象者

本研究の対象は，全国の透析医療機関に勤務し，主に血液透析療法に従事する看護師および准看護師とした。透析療法には血液透析と腹膜透析があり，日本では透析患者の 9 割以上が血液透析を選択していることから，本研究では血液透析に従事する看護職を中心に調査した。また，先行研究（田村ら，2019a；田村ら，2019b；梁原，2021）において，透析室では准看護師が従事していることが示されており，本研究においても准看護師を含めた。

対象施設は，日本腎不全看護学会の個人会員を通じて機縁法にて選定した 48 施設と，別学会に所属する施設会員から無作為に抽出した 28 施設の計 76 施設とした。有効回答 238 名の地域分布は，福島 4 名（1.7%），埼玉 1 名（0.4%），東京



（松尾［2022］の研究モデルを参考に筆者作成）

図１　感情労働を起点とする顧客志向行動への分析枠組み

19 名（8.0%），神奈川 23 名（9.7%），岐阜８名（3.4%），静岡 13 名（5.5%），愛知 147 名（61.8%），三重３名（1.3%），滋賀１名（0.4%），大阪１名（0.4%），兵庫３名（1.3%），鳥取１名（0.4%），岡山４名（1.7%），愛媛９名（3.8%），佐賀１名（0.4%）であった。

６．データ収集方法

研究協力依頼書については，個人会員には本人宛にメールで送付した。施設会員には施設長または透析室管理者宛に郵送で送付し，各管理者から所属する対象者に調査依頼が伝達された。依頼文には調査専用 Web ページの URL および QR コードを記載し，Web フォームにて無記名自記式アンケートによる回答を依頼した。回答は任意とし，Web 上での送信をもって同意取得とみなした。調査専用ページへのアクセス数は 665 件で，239 件の回答が得られ，うち有効回答は 238 名であった。

７．調査項目と測定尺度

本研究では，感情労働，仕事の意味づけ，職務満足，顧客志向行動の４つの構成概念を測定するために，先行研究に基づいた信頼性の高い尺度を採用し，計 70 項目および 18 項目の個人属性に関する質問項目で構成された質問紙を作成した。各尺度の評定方法は，原著または翻訳版に準拠しており，項目間の比較においては，分析時に変数の標準化を行うことで対応した。

１）感情労働

感情労働は荻野ら（2004）が開発した感情労働尺度（21 項目）を採用した。この尺度は，表層演技と深層演技に関連する因子に加え，感情労働への感受性を示す因子で構成される。評定方法は５件法（「１．まったくあてはまらない」～「５．非常にあてはまる」）とした。なお，本尺度は開発者に使用許諾を得た。

２）仕事の意味づけ

仕事の意味づけには，Schnell & Hoffmann（2020）による ME-Work（Modular Meaning in Work Inventory）尺度の日本語版（浦田ら，2024）より，モジュール２およびモジュール３の 10 項目を使用した。これらは，透析看護師が自身の仕事に対してどのように意味を見出しているかを包括的に捉え，職務満足や顧客志向行動との関連性を分析するうえで有用であると考えた。

なお，「The work I am doing on my job makes sense to me」という項目は，「私が職務として行っている仕事には，私が実感している意味があります」と日本語としてより自然な表現へと修正したが，原意を損なうことなく，対象者にとって理解しやすい表現とした。

また，本尺度の評定方法は日本語版 Supplementary Material に示された７件法（０～６）ではなく，原著の Schnell & Hoffmann（2020）に準拠した６件法（「１．まったく同意しない」～「６．完全に同意する」）とし，日本語版作成者に尺度の使用許諾を得た。

３）職務満足

職務満足には，撫養ら（2014）が開発した「職務満足測定尺度」（28 項目）を用いた。この尺度は，日本の看護師の職務環境や人間関係を考慮して開発されており，透析看護師の職務満足度を精緻に把握するうえで有用であると考えた。評定方法は５件法（「１．まったくあてはまらない」～「５．非常にあてはまる」）とした。なお，本尺度は開発者に使用許諾を依頼したが，現時点までに回答が得られなかったため，原著を精読のうえ，使用許諾の必要性が明記されていないことを確認し，学術研究目的の範囲で使用した。

４）顧客志向行動

顧客志向行動には，Ifie（2014）の従業員顧客志向尺度を基に櫻井（2021）が翻訳した「個人の患者志向」５項目と，Peccei & Rosenthal（1997）が開発した CCS（Commitment to Customer Service）尺度を堀田ら（2022）が翻訳した６項目の計 11 項目を使用した。堀田ら（2022）の翻訳では「顧客」を「園児」に置き換えていたが，本研究では「患者」に修正し，透析看護の実態に即した表現とした。これらの尺度は，患者対応行動の水準や職務満足との関連を測定するのに有用であると考えた。評定方法は７件法（「１．まったくあてはまらない」～「７．非常にあてはまる」）を用いた。なお，両尺度は日本語版作成者の許諾を得て，原典を明記のうえ使用した。

５）個人属性

対象者の背景情報として，以下の 18 項目を収集した。

勤務している施設の都道府県，性別，年齢，実務職種，看護職経験年数，透析看護経験年数，勤務形態，勤務時間，職位，勤務施設の種類，開設主体の種類，同時血液透析可能ベッド数，所属部門，１勤務あたりの受け持ち患者数，教育課程，現職以前の直近の就業先，取得している専門資格，透析看護に従事した理由。

８．分析方法

まず，感情労働，仕事の意味づけ，職務満足，顧客志向行動について因子分析を行い，各尺度を構成した。設問は先行研究の尺度に基づき，５件法，６件法，７件法の評定方法を用いた。尺度得点は各項目の平均値を算出し，中央値は５件法を３，６件法を 3.5，７件法を４として分析した。

次に，各変数間の平均，標準偏差，相関係数を算出した。さらに，図１の分析枠組みに基づき重回帰分析を行った。なお，本研究では因果関係の検証を目的とするものではなく，各変数間の主要な関連性を探索的に把握することを重視した。そのため，理論的枠組みに基づき，強制投入法による階層的重回帰分析を段階的に実施した（小塩，2023，p.243）。

具体的には，第１段階で感情労働を独立変数，仕事の意味づけを従属変数とする回帰分析を行った。第２段階では，第１段階の結果を踏まえ，感情労働および仕事の意味づけを独立変数，職務満足を従属変数とする重回帰分析を行った。さらに，第３段階では，第２段階の結果を踏まえ，感情労働・仕事の意味づけ・職務満足を独立変数，顧客志向行動を従属変数とする

重回帰分析を行い，感情労働が仕事の意味づけや職務満足を経由して顧客志向行動に与える可能性を探索的に検討した。

なお，間接的経路の推定は各段階の回帰分析結果に基づくものであり，統計的有意性を検定していないため，本研究の結果は探索的な知見として解釈した。統計解析には IBM SPSS Statistics 29.0.2.0（20）を使用し，有意水準は $p<.05$ とした。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，新生会第一病院倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：2024-08）。調査の実施にあたっては，対象者に調査の目的，内容，参加の任意，個人情報の保護，ならびに研究成果の学術的活用について文書で説明し，Web アンケートの冒頭に同意確認の項目を設け，同意を得た者のみを対象とした。

回答はすべて無記名で行い，特定可能な個人情報は収集せず，得られたデータは研究目的以外には使用しないこととし，適切に管理・保管した。また，研究成果の公表にあたっては，特定の施設名や個人が識別されないよう十分に配慮した。

Ⅴ．結　　果

１．対象者の基本情報（表１）

有効回答 238 名の概要を表１に示す。主な内訳として，男性 19 名（８％），女性 218 名（91.6％）であった。平均年齢は 46.0 ±14.1 歳，実務職種は「正看護師」220 名（92.4％），「准看護師」18 名（7.6％），透析看護経験年数は，「１年未満」５名（2.1％），「１年以上３年未満」26 名（10.9％），「３年以上５年未満」12 名（５％），「５年以上 10 年未満」41 名（17.2％），「10 年以上 15 年未満」43 名（18.1％），「15 年以上 20 年未満」46 名（19.3％），「20 年以上」65 名（27.3％）であった。職位は，「スタッフ」151 名（63.4％），「主任・係長」39 名（16.4％），「師長・課長」33 名（13.9％），「師長・課長以上」８名（3.4％），「その他」７名（2.9％）であった。勤務施設の種類は，「無床診療所・クリニック」145 名（60.9％），「有床診療所」25 名（10.5％），「腎専門病院」31 名（13％），「総合病院」28 名（11.8％），「その他」９名（3.8％）であった。透析看護に従事した理由の最多は，「勤務時間があっているから」132 名（55.5％），次いで「日曜休みだから」110 名（46.2％），「透析看護に興味があるから」66 名（27.7％），「通勤が便利だから」64 名（26.9％）であった（複数回答）。

２．因子分析の結果

各尺度の構成概念について主因子法および Promax 回転による探索的因子分析を行った。いずれの尺度も，天井効果およびフロア効果は認められなかった。

感情労働は 21 項目から４因子が抽出され，先行研究に倣い「患者への共感・ポジティブな感情表出」（５項目，α ＝.878），「感情の不協和」（４項目，α ＝.819），「患者へのネガティブな感情表出」（３項目，α ＝.660），「感情への敏感さ」（３項目，α ＝.657）と命名した（表２）。累積寄与率は 67.396％で，十分な内的一貫性が確認された。

仕事の意味づけは 10 項目から２因子が抽出され，「意味のある仕事・意味の源泉としての仕事」（７項目，α ＝.906），「意味のない仕事」（３項目，α ＝.829）と命名した（表３）。累積寄与率は 68.301％で，十分な内的一貫性が確認された。

職務満足は 24 項目から４因子が抽出され，先行研究に倣い「仕事に関する肯定的感情」（９項目，α ＝.911），「上司からの適切な支援」（７項目，α ＝.927），「働きやすい労働環境」

表１　対象者の概要

（n ＝238）

		サンプル数	構成比率（%）
性別	男性	19	8
	女性	218	91.6
	その他	1	0.4
年代	20歳～29歳	18	7.6
	30歳～39歳	39	16.3
	40歳～49歳	87	36.6
	50歳～59歳	77	32.4
	60歳以上	5	2.1
実務職種	看護師	220	92.4
	准看護師	18	7.6
透析看護経験年数	1年未満	5	2.1
	1年以上3年未満	26	10.9
	3年以上5年未満	12	5
	5年以上10年未満	41	17.2
	10年以上15年未満	43	18.1
	15年以上20年未満	46	19.3
	20年以上	65	27.3
職位	スタッフ	151	63.4
	主任・係長	39	16.4
	師長・課長	33	13.9
	師長・課長以上	8	3.4
	その他	7	2.9
勤務施設の種類	無床診療所・クリニック	145	60.9
	有床診療所	25	10.5
	腎専門病院	31	13
	総合病院	28	11.8
	その他	9	3.8
透析看護に従事した理由（複数回答あり）	勤務時間があっているから	132	55.5
	深夜勤がないから	73	30.7
	日曜休みだから	110	46.2
	給与が期待水準であるから	29	12.2
	通勤が便利だから	64	26.9
	福利厚生がよいから	11	4.6
	託児所があるから	13	5.5
	透析看護に興味があるから	66	27.7
	キャリアアップが期待できるから	11	4.6
	業務命令だったから	29	12.2
	特になし	21	8.8
	その他	6	2.5

表２　感情労働の因子構造

項　目	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
因子Ⅰ：患者への共感・ポジティブな感情表出				
患者の気持ちを察するように心がけている	.92	.09	-.02	-.27
自分を患者の立場において理解しようとすることがある	.86	-.21	.00	.04
患者の気持ちに共感しようと特に努めていることがある	.73	-.11	-.02	.18
患者に暖かい対応をしなくてはならないことがある	.72	.19	.04	-.07
患者の感情にとりわけ注意を向けていることがある	.50	.21	-.10	.25
因子Ⅱ：感情の不協和				
本当は違うのに、患者の前で明るく振る舞うことがある	-.01	.85	-.01	-.07
本心とは異なる感情を示すことがある	-.18	.84	.01	.07
患者が良い気分になるように努めなくてはならないことがあ	.14	.75	.02	-.11
自分の感情を抑えることがある	.22	.42	.11	.06
因子Ⅲ：患者へのネガティブな感情表出				
患者に怒りの感情を示さなくてはならないことがある	-.07	-.05	.73	.07
患者に厳しい態度で接しなくてはならないことがある	.16	-.06	.60	.09
患者の気分によっては患者と上手く関われないことがある	-.13	.30	.49	-.04
因子Ⅳ：感情への敏感さ				
患者に悲しみの感情を示さなくてはならないことがある	-.07	-.10	.10	.63
状況に応じて感情を使い分けなくてはならないことがある	-.06	.39	-.15	.54
患者の気持ちの変化に特に敏感になることがある	.26	.03	.11	.49

因子間相関	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
Ⅰ	-			
Ⅱ	.47	-		
Ⅲ	.04	.34	-	
Ⅳ	.56	.57	.24	-

表３　仕事の意味づけの因子構造

項　目	Ⅰ	Ⅱ
因子Ⅰ：意味のある仕事・意味の源泉としての仕事		
私は、自分の仕事は意義があると考えています	.93	-.11
私が職務として行っている仕事には、私が実感している意味があります	.89	-.12
私は、自分の職業の意味を見つけています	.85	-.02
私は仕事を通して成長できています	.58	.23
私の職業活動は、私の人生に意味を与えてくれます	.57	.22
私は、仕事の中で自己実現をすることができます	.56	.24
仕事をしていると心が満たされます	.53	.23
因子Ⅱ：意味のない仕事		
私は、自分の仕事で何か大切なことが実現できるとは思っていません	.11	-.90
私は、自分の仕事の意義を考えると、何もないなと感じます	-.02	-.87
自分の仕事に意味を感じられないことに悩んでいます	-.16	-.52

因子間相関	Ⅰ	Ⅱ
Ⅰ	-	
Ⅱ	.66	-

表４　職務満足の因子構造

項　目	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
因子Ⅰ：仕事に関する肯定的感情					
私は、自分の仕事にやりがいを感じている	.89	-.02	-.01	-.06	.06
私は、やりたいと思っている看護が実践できている	.77	.03	-.05	.09	.02
私は、今の仕事に面白さを感じている	.77	-.05	.10	-.15	.16
私は、仕事上の課題を明確に持っている	.77	-.02	-.12	.13	.00
私は、患者が回復して行く過程に関われる看護の仕事に手応えを感じている	.72	-.11	.06	-.07	-.19
私は、創意工夫しながら看護実践を行っている	.71	-.17	.05	.14	-.08
私は、この職場で働いていると成長できていると思える	.66	.27	-.06	-.03	.02
私は、自分の仕事を人に誇りを持って話すことができる	.61	.03	-.10	.11	.12
私は、同僚から褒められたり、認められたりすることがある	.46	.02	.12	.14	.03
因子Ⅱ：上司からの適切な支援					
私の職場の看護管理者は、仕事上で問題が発生した場合、適切な対応をしてくれる	-.19	.95	.06	-.04	.07
私は、看護管理者から成長・発達につながるような助言を受けている	.13	.89	-.05	-.07	-.03
私の職場の看護管理者は、職場の方針や目標についてスタッフへわかりやすく説明している	-.04	.88	-.05	.03	-.08
私は、看護管理者に何でも相談することができる	.00	.86	-.01	.02	-.08
私の職場の看護管理者は、看護師に賞賛や労いの言葉をよくかける	-.06	.82	-.03	.09	.04
私は、看護管理者から公平に評価されていると感じる	-.03	.73	.06	.07	.05
私の職場では、目標となる看護師が存在する	.20	.46	.26	-.12	-.24
因子Ⅲ：働きやすい労働環境					
私の職場では、仕事とプライベートの調和(バランス)が取れている	.06	-.02	.79	-.01	-.01
私の職場では、業務量に応じた適切な人員の配置が行われている	.17	-.05	.71	-.08	-.09
私の職場では、希望に合わせて休みが取れる	-.23	.00	.67	.17	.07
私の職場では、個別の事情にも対応してもらえる勤務体制である	-.07	.08	.63	.18	.10
私は、仕事に見合った給料を貰っている	.04	.14	.49	-.12	.10
因子Ⅳ：職場での自ら存在意義					
私は、会議で積極的に意見を言える	.16	-.02	.06	.70	.00
私は、職場で自分の意見が活かされていると思えることがある	.32	.17	-.03	.47	-.02
私は、職場で役割が果たせていると思える	.35	.04	.05	.41	.03
因子Ⅴ：仕事上の意義喪失と自己抑制					
私は、今の仕事に何の意義も見出すことができない	.18	.08	.01	-.13	.65
私は、医師に対して自分の意見をはっきり言えない	-.04	-.21	.06	.11	.42

因子間相関	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
Ⅰ	-				
Ⅱ	.51	-			
Ⅲ	.49	.57	-		
Ⅳ	.49	.34	.36	-	
Ⅴ	.51	.21	.22	.30	-

（５項目，α =.815），「職場での自らの存在意義」（３項目，α =.795）と命名した（表４）。累積寄与率は 60.464％で，十分な内的一貫性が確認された。なお，第５因子として抽出された「仕事上の意義喪失と自己抑制」は，２項目と少なく，因子内の一貫性が低かったため，以降の分析から除外した。

顧客志向行動は 11 項目から１因子が抽出され，「顧客志向行動」（α =.947）と命名した（表５）。累積寄与率は 65.822％で，十分な内的一貫性が確認された。

３．主要変数の記述統計と相関関係（表６）

有効回答者 238 名のデータの特徴を把握するため，各変数について項目の平均値を用いて尺度得点を算出し，平均値，標準偏差，信頼性係数（Cronbach's α），および相関係数を算出した。各変数の分散拡大要因（Variance Inflation Factor: VIF）は，いずれも 10 未満で，多重共線性は許容範囲内であった。

４．重回帰分析の結果（図２）

１）感情労働が仕事の意味づけに与える影響

第１段階として，感情労働を独立変数，仕事の意味づけを従属変数とした回帰分析を行った。

分析の結果，「意味のある仕事・意味の源泉としての仕事」に対しては，「患者への共感・ポジティブな感情表出」（β = .540，p<.001）が有意な正の影響を与えていたが，「感情の不協和」（β = -.395，p<.001）は有意な負の影響を与えていた。「意味のない仕事」に対しては，「患者への共感・ポジティブな感情表出」（β = -.268，p<.001）が有意な負の影響を与えていたが，「感情の不協和」（β = .178，p<.05）と「患者への

表５　顧客志向行動の因子構造

項　目	Ⅰ
因子Ⅰ：顧客志向行動	
私は、患者に医療サービスを提供することを心から楽しんでいる	.85
私はいつも患者の利益を考えている	.84
私は患者を満足させることで、満足を得ている	.83
いつも、患者のためになるよう看護実践や業務の改善に努めている	.82
患者に満足してもらえる仕事をしようと努力している	.79
私は、自分自身が非常に患者志向* だと考えている	.79
私は、患者とのやりとりを楽しんでいる	.77
しばしば患者に役立つために、最善を尽くしている	.76
患者のために労力を惜しむことはない	.75
業務の改善を行う良いアイデアをもっている	.74
職場の業務の改善方法について、私なりの意見をもっている	.74

表６　感情労働，仕事の意味づけ，職務満足，顧客志向行動の相関関係

	M	*SD*	*α*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 患者への共感・ポジティブな感情表出	3.85	.505	.88	--										
2 感情の不協和	3.79	.615	.82	.463**	--									
3 患者へのネガティブな感情表出	3.26	.736	.66	.079	.365**	--								
4 感情への敏感さ	3.63	.575	.66	.512**	.533**	.273**	--							
5 意味のある仕事・意味の源泉としての仕事	4.03	.852	.91	.452**	-.006	-.088	.184**	--						
6 意味のない仕事	2.64	.987	.83	-.317**	.043	.189**	-.107	-.627**	--					
7 仕事に関する肯定的感情	3.42	.680	.91	.459**	.011	-.133*	.204**	.825**	-.640**	--				
8 上司からの適切な支援	3.30	.805	.93	.185**	.020	-.097	.091	.441**	-.328**	.467**	--			
9 働きやすい労働環境	3.43	.729	.82	.264**	.006	-.068	.178**	.488**	-.335**	.466**	.548**	--		
10 職場での自らの存在意義	3.32	.734	.82	.322**	.009	-.046	.198**	.611**	-.471**	.666**	.445**	.454**	--	
11 顧客志向行動	4.71	.880	.95	.514**	.072	-.128*	.303**	.657**	-.460**	.706**	.265**	.410**	.585**	--

注）Pearsonの積率相関係数を用いて算出した。 * p<.05，** p<.01，M = 平均値，SD = 標準偏差，α = Cronbach's α

因子1～4は「感情労働」，因子5～6は「仕事の意味づけ」，因子7～10は「職務満足」，因子11は「顧客志向行動」を示す。

ネガティブな感情表出」（β = .180, p<.01）は，有意な正の影響を与えていた。

２）感情労働が仕事の意味づけを経由し職務満足に与える影響

第１段階の結果を踏まえ，感情労働および仕事の意味づけを独立変数，職務満足を従属変数とする重回帰分析を行い，感情労働が仕事の意味づけを経由して職務満足に与える影響を探索的に検討した。

まず「患者への共感・ポジティブな感情表出」が仕事の意味づけを高め，次に「仕事に関する肯定的感情」（β = .659, p<.001）に正の影響を与えていた（間接的影響の推定値= .540×.659 = .356）。同様に，「上司からの適切な支援」（β = .413, p<.001; 間接的影響の推定値 = .540×.413 =.223），「働きやすい労働環境」（β = .428, p<.001; 間接的影響の推定値 = .540×.428 =.231），「職場での自らの存在意義」（β = .472, p<.001; 間接的影響の推定値= .540×.472 =.255）に対しても，感情労働が間接的に正の影響を与えていることが示された。これらの経路により，感情労働の一要素であるポジティブな感情表出が職務満足を促進する間接的要因となる可能性が示唆された。

一方，「感情の不協和」（β = .178, p<.05）は，「意味のない仕事」を経由し，「仕事に関する肯定的感情」（β = -.193, p<.001）（間接的影響の推定値= .178 × -.193 = -.034）と「職場での自らの存在意義」（β = -.136, p<.05）（間接的影響の推定値= .178 × -.136 = -.024）に負の影響を与えていた。

さらに，「患者へのネガティブな感情表出」（β = .180, p<.01）も「意味のない仕事」を経由し，「仕事に関する肯定的感情」（β = -.193, p<.001）（間接的影響の推定値= .180 × -.193 = -.035）と「職場での自らの存在意義」（β = -.136, p<.05）（間接的影響の推定値= .180 × -.136 = -.024）に負の影響を与えていた。これらの経路により，「感情の不協和」と「患者へのネガティブな感情表出」が職務満足を低下させる間接的要因となる可能性が示唆された。

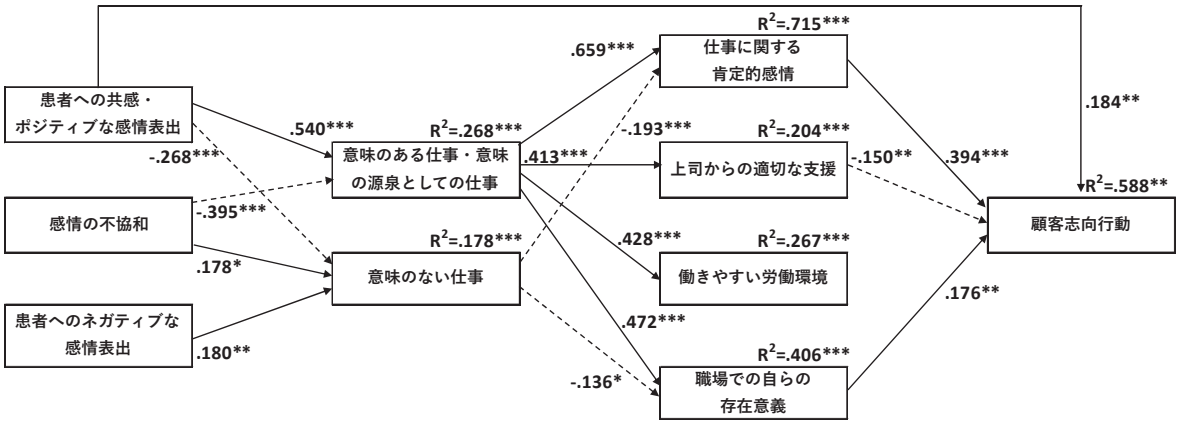
３）感情労働が仕事の意味づけと職務満足を経由し顧客志向行動に与える影響

第２段階の結果を踏まえ，感情労働・仕事の意味づけ・職務満足を独立変数，顧客志向行動を従属変数とする階層的重回帰分析を行った。その結果を用いて，感情労働が仕事の意味づけおよび職務満足を経由して顧客志向行動に及ぼす間接的影響の可能性を探索的に検討した。

まず，「患者への共感・ポジティブな感情表出」が「意味のある仕事・意味の源泉としての仕事」に正の影響を与え（β = .540, p<.001），職務満足の２つの下位尺度を通じて顧客志向行動に至る経路が確認された。１つは「仕事に関する肯定的感情」（β = .659, p<.001）を通じる経路（間接的影響の推定値= .540 × .659 × .394 = .140），もう１つは「職場での自らの存在意義」（β = .472, p<.001）を通じる経路であった（β = .176, p<.01; 間接的影響の推定値= .540 × .472 × .176 = .045）。これらの経路により，感情労働のポジティブな側面が顧客志向行動を促進する可能性が示唆された。また，「患者への共感・ポジティブな感情表出」が顧客志向行動に対して直接的に正の影響を与えることも示された（β = .184, p<.01）。

一方，「感情の不協和」（β = .178, p<.05）が「意味のない仕事」を経由し（β = -.193, p<.001），その結果「仕事に関する肯定的感情」を低下させ（間接的影響の推定値= .178 × -.193 × .394 = -.014），顧客志向行動を抑制する可能性が示唆された。さらに「職場での自らの存在意義」（β = -.136, p<.05）を通る経路においても，顧客志向行動（β = .176, p<.01）への負の間接的影響の可能性が示唆された（間接的影響の推定値= .178 × -.136 × .176 = -.004）。加えて，「上司からの適切な支援」に対する満足は，「意味のある仕事・意味の源泉としての仕事」から正の影響を受けていた（β = .413, p<.001）が，顧客志向行動には負の影響を与えていた（間接的影響の推定値= .540 × .413 × -.150 = -.033）。

以上の結果から，感情労働は仕事の意味づけと職務満足を通じて顧客志向行動に対し，正および負の間接的影響を与える可能性が示唆された。特に「患者への共感・ポジティブな感情表出」を通じて意味のある仕事を形成することが，職務満足や顧客志向行動を高める要因として重要であることが示唆された。



注）重回帰分析は強制投入法を用いた。媒介効果の有意性検定は実施していない。

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001, β = 標準化回帰係数, R^2 = 決定係数, 実線 = 正の影響, 点線 = 負の影響

図２　感情労働を起点とする顧客志向行動への関連経路（N = 238）

Ⅵ. 考　　察

本研究は，透析看護師を対象に，感情労働が顧客志向行動に与える影響を，仕事の意味づけおよび職務満足との関連から検討した。その結果，感情労働の質的側面が職務満足や顧客志向行動に肯定的・否定的両面の影響を及ぼす可能性が示唆された。

以下では，重回帰分析の結果に基づき，①表層演技の負の影響，②深層演技の肯定的効果，③仕事の意味づけと職務満足の媒介的役割，④実践的示唆，⑤研究の限界と今後の課題について考察する。

１．表層演技の負の影響

本研究では，表層演技の側面である「感情の不協和」や「患者へのネガティブな感情表出」が職務満足を低下させ，顧客志向行動を抑制する可能性が示唆された。先行研究においても，表層演技は感情の不一致を高め，ストレスやバーンアウトの要因となることが報告されている（Brotheridge & Grandey，2002; Grandey，2000）。透析看護師は患者と長期に関係を築く必要があり，その過程で感情の抑制を求められる場面が多い。こうした状況下で表層演技が常態化すると，モチベーションやケアの質が低下し，結果として顧客志向行動を阻害する可能性がある。

２．深層演技の肯定的効果

一方，「患者への共感・ポジティブな感情表出」といった深層演技は，仕事の意味づけを高め，顧客志向行動を促進する要因となる可能性が示唆された。また，深層演技は感情を内面的に調整することで職務への肯定的な態度を生み出し，患者への積極的対応を促進する可能性が示唆された。この点は，Han et al.（2018）や Shin & Noh（2018）の知見とも整合し，深層演技が職務満足やサービス提供の質向上に資する可能性を示している。

３．仕事の意味づけと職務満足の間接的影響

さらに本研究では，仕事の意味づけおよび職務満足が，感情労働と顧客志向行動の関係をつなぐ要因として機能する可能性が示唆された。

「意味のある仕事・意味の源泉としての仕事」は，「仕事に関する肯定的感情」や「職場での自らの存在意義」を通じて，顧客志向行動を促進する可能性がある一方，「意味のない仕事」は，顧客志向行動を阻害する可能性があることが明らかとなった。これらの結果は，Wrzesniewski et al.（1997）が示した「仕事を天職として認識することが職務満足を高める要因となる」という知見や，Rosso et al.（2010）が提唱する「自己成長」や「社会貢献」といった側面が職務の有意義性を強化する機序と整合している。

この知見を現場実践の文脈に置き換えると，長年通院する患者から「看護師さんがいるから安心して透析できる」と言葉をかけられる経験などは，看護師にとって仕事の意義ややりがいを実感する機会となる。さらに，こうした意味づけの高まりは，「孫の結婚式に出席したい」など患者が抱く希望をかなえるための体調管理やスケジュール調整といった顧客志向的な看護実践を後押しすると考えられる。

また，これまでに培った知識や技術を後輩に伝え，それが実際の看護場面で活かされる経験は，Hackman & Oldham（1976）の職務特性モデルにおける「成長欲求の充足を通じた動機づけ」とも重なり，専門性や組織への貢献感を高め，仕事の意味づけや職務満足をさらに強化する要因になると考えられる。

このような，深層演技を通じて患者への共感やポジティブな感情表出を実践し，仕事の意味づけや職務満足を実感できている看護師は，顧客志向行動をより発揮しやすいと考えられる。

特筆すべき点として，「上司からの適切な支援」は顧客志向行動に負の影響を与えるという結果が得られた。この結果は，上司の関与が看護師の自律性を阻害したり，支援の方向性が「顧客志向」ではなく「上司志向」行動を促したりすることに起因する可能性がある。こうした点については，今後の研究でさらなる検討が求められる。

４．感情労働を踏まえた透析看護師の顧客志向行動を高める実践的示唆

本研究の結果を踏まえ，透析看護師の顧客志向行動を高めるための実践的示唆を以下に整理する。

まず，深層演技を促進できる職場環境の整備が不可欠であり，ポジティブな対人関係を築くための研修や，看護師の自己肯定感を支援する体制が求められる。また，仕事の意味づけを支援する取り組みとして，患者からのフィードバック，看護実践の成果を可視化する仕組み，将来的なキャリア展望を明確にする制度設計などが有効と考えられる。さらに，感情労働に関する教育やメンタルヘルスの支援体制の充実も重要である。加えて，表層演技を助長する職場文化の見直しとともに，感情的負担を軽減するプログラムを整備し，看護師が感情的ストレスを抱え込まずに済むよう支援体制を整えることで，内発的動機づけを維持しながら顧客志向行動を持続できる職場環境の構築が期待される。

こうした職場環境による支援の有効性は，先行研究の知見からも裏付けられている。Han et al.（2018）や Shin & Noh（2018）は，看護師の感情労働や専門職意識が職務満足や顧客志向行動を高めることを示しており，本研究の結果と整合している。また，田村（2018，pp.20-21）は感情労働マネジメントの観点から，対人サービスに従事する人々が表層演技に過度な依存をしないためには，組織的な理解と支援が不可欠であると指摘している。本研究の結果も，透析看護師が深層演技を実践しやすい職場環境づくりの必要性を示しており，この点で一致する。さらに，Ping & Ahmad（2015）は，職務満足度の向上が顧客志向行動の促進に寄与することを示唆しており，医療従事者が充実感を持って働ける職場環境の整備が，患者に対する質の高いサービス提供につながることを示している。

なお，本研究の対象である透析看護師は，勤務条件などの衛生要因を主な理由に従事している割合が高かった。このような必ずしも高い職業的使命感を動機として従事しているとは限らない看護師であっても，感情労働を適切にマネジメントし，ポジティブな仕事の意味づけを促すことで，顧客志向行動を高める可能性があることが示された。これは，職務選択の動機にかかわらず，感情労働の質を改善する介入によって，職務満足および対人サービス行動を向上させうることを示唆しており，今後の職場環境の整備や人材育成の方向性を示す実践的知見として重要と考える。

５．研究の限界と今後の課題

まず，サンプルの偏りが挙げられる。本研究の調査対象は全国の透析医療機関に勤務する看護師･准看護師であったが，回答は関東・中部地方に集中し，特に愛知県からは147名と多数の回答が得られた一方で，１名のみという地域もあり，極端な偏りがみられた。そのため，本研究の結果を全国の透析看護師に一般化するには限界がある。この地域・人数の偏りは，地域ごとの医療体制や職場環境の違いを十分に反映していない可能性があり，解釈には慎重さが求められる。今後は，地域ごとに均衡のとれたサンプルを確保し，地域差の有無や再現性を検討することが課題である。

また，本研究では仕事の意味づけ尺度（ME-Work）において，日本語版の７件法ではなく，原著の６件法に用いて分析を行った。この評定法の相違は，結果の解釈や他研究との比較に影響を及ぼす可能性があり，慎重な解釈が求められる。今後の研究では，日本語版の評定法に準拠した検討が望まれる。

さらに，調査デザインの制約として，本研究は横断的なデータに基づく分析であり，変数間の関係性を把握することは可能であるものの，因果関係を厳密に示すことはできない。そのため，今後は時間的経過を考慮した縦断的研究を通じて，感情労働，仕事の意味づけ，職務満足，および顧客志向行動のあいだに存在する因果的機序を解明することが求められる。

加えて，本研究は定量的アプローチのみに依拠しており，感情労働の実態や，看護師の内面的な経験を十分に把握するには限界がある。したがって今後は，インタビューや観察などの質的研究を併用することにより，より深く多角的な理解を得ることが望まれる。また，定量と質的アプローチを統合することで，透析看護師の感情労働の複雑な実態をより包括的に捉えることが可能になると考えられる。

Ⅶ. 結　　論

本研究は，透析看護師を対象に，感情労働が顧客志向行動に与える影響を，仕事の意味づけおよび職務満足との関連性を通じて検討したものである。その結果，表層演技は職務満足を低下させ，顧客志向行動を抑制する傾向が示唆された。一方で，深層演技は仕事の意味づけを高め，それを通じて顧客志向行動を促進する可能性が示された。

さらに，仕事の意味づけおよび職務満足は，感情労働と顧客志向行動との関係において間接的な影響経路を形成しており，感情労働の質的側面が看護師の職務態度や行動傾向に与える関連構造の一端を示した。これらの結果から，透析看護師自身による感情労働の理解と，それを支援する職場環境の整備が，患者中心のケアおよび顧客志向行動を高める可能性が示唆された。

本論文は，2024年度産業能率大学大学院修士論文の一部を加筆修正した。なお，本研究に関して，開示すべき利益相反はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A.（2002）. Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of vocational behavior, 60*（1）, 17-39.

Ciulla, J. B.（2003）. *仕事の裏切り―なぜ私たちは働くのか*. 中嶋愛（訳）. 金井壽宏（監修）, 翔泳社.（2000）

Grandey, A. A.（2000）. Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology, 5*（1）, 95-110.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R.（1976）. Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational behavior and human performance, 16*（2）, 250-279.

Han, S. S., Han, J. W., & Kim, Y. H.（2018）. Effect of nurses' emotional labor on customer orientation and service delivery: the mediating effects of work engagement and burnout. *Safety and health at work, 9*（4）, 441-446.

原元子，八塚美樹，長内志津子，安田智美，吉井美穂，松井文，田澤賢次.（2005）. 血液透析患者への生活援助場面からみた看護師の援助行動プロセスのカテゴリー構造と内容. *富山医科薬科大学看護学会誌, 6*（1）, 69-79.

Hochschild, A. R.（2000）. *管理される心*. 石川准・室伏亜紀（訳）, 世界思想社.（1983）

堀田彩，相馬敏彦，原口恭彦.（2022）. 役割曖昧性から就業継続意思への影響における行動の組織内異質性の調整効果. *産業・組織心理学研究, 36*（1）, 17-28.

Humphrey, R. H., Ashforth, B. E., & Diefendorff, J. M.（2015）. The bright side of emotional labor. *Journal of Organizational Behavior, 36*（6）, 749-769.

Ifie, K.（2014）. Customer orientation of frontline employees and organizational commitment. *The Service Industries Journal, 34*（8）, 699-714.

石丸律子，秋永和之，梅崎節子，新地浩一.（2012）. 人工透析施設に勤務する看護師のストレスに関する研究－オープンフロアという治療環境の影響について. *バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌, 14*（2）, 43-49.

松尾睦.（2022）. 高業績 HRM が管理栄養士の顧客志向行動に与える影響：学習志向とプロアクティブ行動の媒介効果. *經濟學研究, 72*（1）, 1-9.

水附裕子.（2005）. 透析看護師の必要性と役割. 日本腎不全看護学会編, *透析看護*（264-269）. 医学書院.

森田夏実.（2000）. 血液透析療法を受ける患者の望む看護援助. 小島操子編, 羽山由美子編, *看護のコツと落とし穴２ 内科系看護・精神看護*（122-123）. 中山書店.

撫養真紀子，勝山貴美子，青山ヒフミ.（2014）. 病院に勤務する看護師の職務満足測定尺度の信頼性・妥当性の検討. *社会医学研究, 31*（1）, 37-44.

中島明彦．(2009)．ヘルスケア・マネジメント（第二版）．同友館．

岡美智代．(2016)．「透析患者の訴えは自己決定」というパラダイムの転換を！*日本精神保健看護学会誌, 25*(2), 93-96.

荻野佳代子，瀧ヶ崎隆司，稲木康一郎．(2004)．対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響．*心理学研究，75*（4），371-377.

小塩真司．(2023)．*SPSS と Amos による心理・調査データ解析，分析・共分散構造分析まで*（第４版）．東京図書．

Peccei，R.，& Rosenthal，P.（1997）．The antecedents of employee commitment to customer service: evidence from a UK. *The International Journal of Human Resource Management，8*（1），66-86.

Ping, L. L. , & Ahmad, U. N. U. (2015). A conceptual analysis of nurses' customer-oriented behavior，job satisfaction and affective commitment in Malaysia. *International Journal of Caring Sciences，8*（3），774-782.

Rosso, B. D. , Dekas, K. H. , & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in organizational behavior, 30*, 91-127.

櫻井秀彦．(2021)．医療提供組織における患者志向と職務満足ならびに組織コミットメントの関連性．*日本医療・病院管理学会誌，58*（2），35-49.

Saxe，R.，& Weitz，B. A.（1982）．The SOCO scale: A measure of the customer orientation of salespeople．*Journal of marketing research，19*（3），343-351.

Schnell, T. , & Hoffmann, C. (2020). ME-Work: Development and validation of a modular meaning in work inventory. *Frontiers in psychology，11*, https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599913

Shin，Y. H.，& Noh，G. O.（2018）．Influence of nursing professionalism，emotional labor，and empathic concern on customer orientation among clinical nurses. *Journal of East-West Nursing Research，24*（1），20-27.

田村尚子．(2018)．*感情労働マネジメント．対人サービスで働く人々の組織的支援．*生産性出版．

田村幸子，原元子，石井俊行，中原宣子，中尾弘美．(2019a)．委員会報告 腎不全看護に携わる看護職の背景．*日本腎不全看護学会誌，21*（2），79-82.

田村幸子，原元子，石井俊行，中原宣子，中尾弘美．(2019b)．委員会報告 腎不全看護分野の看護職の就業状況．*日本腎不全看護学会誌，21*（2），83-92.

内田明子．(2016)．腎臓病看護の現況．(1-4)．日本腎不全看護学会編，腎不全看護（第５版）．医学書院．

浦田悠．(2021)．意味ある仕事と個人・ジョブ・社会・組織レベルの要因との関連についての予備的検討．*Works Discussion Paper，42*，1-12.

浦田悠，島井哲志，Schnell，Tatjana．(2024)．日本語版モジュール式仕事の意味尺度（ME-Work）の開発．*パーソナリティ研究，32*（3），134-137.

Wrzesniewski, A. , McCauley, C. , Rozin, P. , & Schwartz, B.（1997）．Jobs，careers，and callings: People's relations to their work. *Journal of research in personality, 31*（1），21-33.

梁原裕恵．(2021)．血液透析業務における看護職の困難感．*秀明大学看護学部紀要，3*（1），41-50.

山本佳代子．(2017)．「透析患者の自己管理支援」に対する看護師の認識・実践とその関連要因．*国際医療福祉大学学会誌，22*（2），27-36.

◇研究報告◇

新型コロナウイルス感染症のクラスター対応における感染管理認定看護師の役割
―三重県におけるクラスター対応からの検討―

林　智世[1)*]，新居晶恵[2)]，今井可奈子[3)]，谷　眞澄[3)]，
原　康之[4)]，宇野智行[4)]，中井　芳[5)]，田辺正樹[6)]

【目的】新型コロナウイルス感染症（Corona Virus Infectious Disease, emerged in 2019：COVID-19）のクラスター対応のため派遣された感染管理認定看護師（Certified Nurse in Infection Control：CNIC）の活動と受援者側施設（施設）への質問紙調査（アンケート）の結果をもとに，クラスター対応における CNIC の役割を明らかにする。
【方法】CNIC への半構造化面接と施設へのアンケート結果から検討した。
【結果】クラスター対応における CNIC の役割は，クラスター現場の状況および職員の知識・技術を迅速に把握すること，初対面の職員を慮る態度で一緒に考え，職員が納得して実践できる感染管理対策の指導と提供である。
【結論】クラスター対応における CNIC の役割を明らかにした。

【キーワード】COVID-19，クラスター，感染管理認定看護師，受援者側施設

Ⅰ．はじめに

新型コロナウイルス感染症（Corona Virus Infectious Disease, emerged in 2019：COVID-19）への対応にあたっては，全国各地で感染症看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in Infection Control Nursing：CNSIC），感染管理認定看護師（Certified Nurse in Infection Control：CNIC），感染制御実践看護師（Professional Nurse for Infection Prevention and Control：PNIPC）が自施設で活動するほか，地域におけるクラスター対応支援など，様々な場面で活動を行った。

三重県においては，新型コロナウイルス感染症対策本部内に感染制御チームが設置され，メンバーとして県庁職員，感染症専門医，CNIC を登録（三重県は CNSIC，PNIPC が不在のため）し，クラスター発生時に迅速に現地へ派遣するなどの支援を行った。三重県内で発生したクラスターのうち，COVID-19 発生初期（第２波）の事例については，精神科専門の CNIC の協力により精神科特有の環境への対応が可能となったことや，現地対策本部の早期設置の有用性などが公表されている（Sato et al., 2022）（中瀬 et al., 2022）（原 et al., 2021）。また，クラスター対応に派遣された CNIC の実践報告では，動線を考えたゾーニングの必要性，所属施設以外の施設間連携の必要性などが報告されている（倉井＆吉田, 2022）（残間，2021）（林智子，2021）。

本研究では，緊急事態における CNIC の役割を明らかにすることを目指し，クラスター対応に派遣された CNIC の活動の振り返りと受援者側施設の受け止めを調査することとした。これは，すべての感染管理専門職の社会的役割と課題を明確にするための一助になると考えられる。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，自施設外に派遣された CNIC の活動と受援者側施設の施設管理者からの無記名自記式質問紙調査（以下，アンケート）の結果から，クラスター対応における CNIC の役割を明らかにすることである。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

振り返りによる質的記述的研究およびアンケートによる量的記述的研究

２．研究対象者

受付日：2024 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）伊賀市立上野総合市民病院（元 三重大学医学部附属病院）　2）三重大学医学部附属病院　3）公益社団法人三重県看護協会
4）三重県医療保健部　5）尾鷲市保健所　6）三重大学大学院医学系研究科感染制御・感染症危機管理学
＊ E-mail：cha1008chan@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

1）2020年11月～22か月間に三重県で発生したクラスター対応のため自施設外に派遣され，かつインタビューに同意が得られたCNIC

2）受援者側施設の施設管理者

3．対象者の選出・依頼方法

1）三重県内CNIC46名の所属長宛に本研究の説明文書を郵送した。CNICには，本研究の説明文書と同意書，同意撤回書，返信用封筒を郵送し研究協力を依頼した。

2）2020年11月～22か月間に三重県が公表したクラスター事例275件のうち，CNICを含むクラスターチーム（以下，クラスターチーム）の派遣を受けた受援者側施設（67施設）の施設管理者に対し，本研究の説明文書および同意確認欄のあるアンケートを郵送し研究協力を依頼した。

4．調査方法

1）インタビューの同意が得られたCNICに研究者から連絡をし，インタビューの日時，場所を決定した。インタビューは，研究者が作成した面接ガイドを用いて実施し，対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。

インタビューでは，クラスター対応のため派遣された現場の状況，実際行った活動内容，活動を行った際の思い，CNICとしての役割など自由な語りとした。

2）受援者側施設の施設管理者へのアンケートは，自記式とWeb式を選択できるようにした。調査項目は，①最初に派遣を受けた際の患者・入所者の状況（人数，陽性者数，濃厚接触者数），②同時期の職員の状況（人数，陽性者数，濃厚接触者数），③同時期の物資の状況，④自施設のクラスター対応チームの有無，⑤クラスター対応の指揮者，⑥クラスターチームへの依頼内容，⑦派遣を受けたことによる職員の気持ちや対応の変化，⑧派遣を受けたことによる施設・病院全体の変化，⑨地域のCNICに求めることとした。回答形式については，実数，実状記入および選択式とし，選択式の質問にはその他を入れ自由記載できるようにした。③についての選択肢は，「十分確保できていた」「不足していた」とし，「不足していたもの」を自由記載とした。⑦についての選択肢は，「不安の解消につながった」「不安が増した」「変わりはなかった」「その他」とした。⑧，⑨については，自由記載とした。

5．調査期間

2022年10月～2023年1月

6．分析方法

1）ICレコーダーに録音したデータから，対象者ごとの逐語録を作成した。

対象者の語りや前文の文脈に注意し，本研究の目的に沿った意味のあるまとまりごとに区切り，対象者の言葉をできるだけ活かしてコード化を行った。コード化したものを類似性に基づいて分類し，サブカテゴリーを抽出した。さらに類似した項目を包括し，抽象化を進めカテゴリー，コアカテゴリーを命名した。なお，分析の過程において，共同研究者による協議を重ね，妥当性の確保に努めた。

2）受援者側施設の施設管理者からのアンケート結果は，単純集計および記述統計を行った。

3）サブカテゴリーを語りの人数によって整理し，受援者側施設からのアンケート結果と照らし合わせてクラスター対応におけるCNICの役割を検討した。

Ⅳ．倫理的配慮

研究参加者へは，研究への協力は自由意思に基づき，拒否や中断による不利益を受けることはないこと，個人が特定されることはないこと，アンケート結果およびインタビュー内容などのデータ管理は厳重に行うこと，本研究の目的を含む研究の実施についての説明文書をアンケートの表紙に明記し，研究参加の同意欄へのチェックをもって承諾を得た。また，インタビュー協力者へは説明文書と同意書を郵送し，同意書の返信により承諾を得た。

なお，本研究は三重大学倫理審査委員会の承認（承認番号U2022-028）を得て実施した。

Ⅴ．結　　果

1．インタビュー対象者の概要

三重県内のCNIC46名のうち自施設外に派遣されたことがあると回答したCNICは19名（41.3%）であった。19名のうち，9名（47.4%）からインタビューの同意が得られた。9名は全て病院に勤務しており，6名が一般病院，3名が精神病院であった。勤務形態は，専従が7名（77.8%），兼任が2名（22.2%）であった。看護師経験年数の中央値は24年5か月（16年7か月～28年7か月），CNICとしての経験年数の中央値は8年6か月（1年4か月～12年5か月）であった。

2．クラスター派遣の概要

クラスター派遣先として，一般病院7施設，精神病院5施設，高齢者施設28施設，障がい者施設2施設，救護施設1施設であった。精神病院の5施設には，精神病院勤務のCNICが派遣されていた。

対象者のクラスター派遣回数は，1回1名，2回2名，5回1名，7回1名，9回1名，13回1名，16回2名とばらつきがみられた。

CNIC 9名の派遣日数は，延べ71日間（1日49施設，2日9施設，4日1施設），計314時間30分の支援を行った。

3．インタビュー時間

インタビュー時間は，1名あたり平均44分56秒（35分10秒～62分1秒）であった。

4．クラスター対応のため自施設外に派遣されたCNICの活動

クラスター対応のため自施設外に派遣されたCNICの活動は，318のコードから5のコアカテゴリー，12のカテゴリー，50のサブカテゴリーが生成された。コアカテゴリー，カテゴリー，サブカテゴリーを語りの人数が5名以上を表1，語りの人数が4名以下を表2に示す。

表１　自施設外でクラスター対応のため派遣された CNIC の体験（語りの人数が５人以上）

$n = 9$

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	語りの人数
経験を活かしたCNICとしての今後への取り組みの明確化	地域の施設・病院とCNIC間の顔の見えるネットワークづくりの重要性の実感	研修機会の少ない地域の施設・病院での感染対策研修の重要性を実感する	7
クラスター対応においてCNICに求められる能力の発揮	初めての現場を尊重したCNICのスキルの提供	現場のスタッフに理解してもらえる伝え方を考える	7
		初めての現場で相手を慮る自身のあり方を模索する	5
		知らないスタッフに対して押しつけにならない指導を行う	5
	施設・病院の特性により異なる感染管理体制の調整	リーダーシップをとる職種の違いによる現場での感染対策の差異	5
		現場スタッフ自身の力量の認識の有無	5
クラスター対応によるCNICとしての成長	クラスター現場だからこその学びの実感	クラスター対応現場ならではの体験を伝える必要性の認識の有無	6
	クラスター対応で得られたCNICとしてのスキルアップの実感	クラスター対応による学びを実感する	6
		感染対策を確実にすれば現場で罹患しないという確信	5
		フィードバックによるCNICの介入効果を実感する	5
クラスターチーム力の実感	クラスターチーム力の実感	クラスターチーム間で互いに助け合うことで安心感を得る	6
		クラスターチームの職種ごとの役割遂行を実感する	5

注釈「語りの人数」とは、サブカテゴリーのコードを語った人数

表２　自施設外でクラスター対応のため派遣された CNIC の体験（語りの人数が４人以下）

$n = 9$

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	語りの人数
クラスター対応においてCNICに求められる能力の発揮	CNICの役割発揮につながる自己の基盤の認識	経験を通して得られたCNICとしての自律と自信の有無	4
		CNICとしての継続した自己研鑽の必要性を実感する	4
		院外でのCNICの活動を支える組織のバックアップの認識の有無	4
		CNICとして活動するという心構えの醸成の有無	3
	初めての現場を尊重したCNICのスキルの提供	初めての現場で構造や設備を把握する難しさを実感する	4
		知らない現場でのスタッフとの関係づくりを模索する	4
		スタッフのコロナに対する不安や心配ごとに対応する	4
		現場のスタッフが継続できる指導を行う	3
		クラスター対応の中で人権を守ることの難しさを再認識する	2
	即座な状況判断によるCNICとしての実践の提供	ゾーニング方法を実践する	4
		頑張りすぎるスタッフへ支援する	4
		分からない中で、まずできることから活動する	3
		PPE着脱、手洗いを指導する	3
		必要最低限の感染対策を指導する	1
		環境の整備をする	1
	施設・病院の特性により異なる感染管理体制の調整	精神科ならではの感染対策の現状を知る	4
		経過とともに変化する現場での感染対策の推進を実感する	4
		管理者がスタッフを守る意識の違いを実感する	3
		リーダーシップが取れる看護師の強みを再認識する	3
		現場のスタッフが感染対策を継続できる体制づくりを支援する	1
	現場とCNICの相互的な対話	現場とCNICの意見の妥協点を見つけながらすり合わせる	4
		施設・病院側の譲れない方針と折り合いをつける	3
		現場で困っているスタッフの質問に対応する	3
		現場で行う感染対策を柔軟に考える	1
経験を活かしたCNICとしての今後への取り組みの明確化	地域の施設・病院とCNIC間の顔の見えるネットワークづくりの重要性の実感	地域の施設・病院のネットワーク構築の必要性を実感する	4
		地域の施設・病院とCNICの平時からの連携の必要性を実感する	3
		地域の施設・病院がすぐに相談できる体制を整備する	3
		地域の施設・病院スタッフとCNICの顔の見える関係を構築する	2
	次のパンデミックへの備えへの課題の確認	感染対策における先を見据えた準備をする	3
		県や保健所への役割遂行を期待する	2
クラスター対応によるCNICとしての成長	クラスター対応で得られたCNICとしてのスキルアップの実感	クラスター対応経験を自施設に応用する	3
		クラスター対応によりCNICとしての経験を振り返る	2
	クラスター現場だからこその学びの実感	コロナへの不安が人を変える怖さを実感する	1
クラスターチーム力の実感	クラスターチーム力の実感	CNIC同士で情報共有や助け合いを行う	3
クラスター派遣でのCNICの役割発揮上の葛藤	現場の感染対策へのCNICとしてのジレンマ	現場で行われている感染対策の曖昧さに戸惑う	3
		不安軽減が優先されている現場での感染対策を懸念する	1
	クラスター派遣調整におけるCNICとしてのもどかしさ	急なクラスター派遣依頼に戸惑う	1
		同じCNICでも協力しあえない難しさを実感する	1

注釈「語りの人数」とは、サブカテゴリーのコードを語った人数

以下，語りの人数が５名以上であったものについて述べ，コアカテゴリーを【　】，カテゴリーを［　］，サブカテゴリーを＜　＞，CNIC の語りを“　”で示す。

１）【経験を活かした CNIC としての今後への取り組みの明確化】

⑴［地域の施設・病院と CNIC 間の顔の見えるネットワークづくりの重要性の実感］

＜研修機会の少ない地域の施設・病院での感染対策研修の重要性を実感する＞では，“もっと施設が学ぶことのできる機会を作るべき”，“近くの施設や病院には積極的に行ってあげたい，顔を見て指導するとつながりもできる”，“働いている人の感染対策に関する知識が乏しい所もある”など７名の語りがあり，感染対策の知識不足と研修機会の必要性を実感していた。

２）【クラスター対応において CNIC に求められる能力の発揮】

⑴［初めての現場を尊重した CNIC のスキルの提供］

＜現場の職員に理解してもらえる伝え方を考える＞では，“間違った情報が正しいと思われていたり，正論で言っても通じないことがたくさんあるため，そこを崩すように話をした”，“納得してやってもらえるように「・・だからこうしないといけない」という理由を伝える言葉がけをした”など７名の語りがあり，CNIC は職員に納得してもらうための伝え方を考え実践していた。

＜初めての現場で相手を慮る自身のあり方を模索する＞では，“自信のなさそうな態度とか物言いはしてはいけないと思った。かといって抑圧的，威圧的な態度も絶対とってはいけないと思ったので，バランスをとるのにすごく苦労した”，“一番困っているのは現場なので注意事項だけを言うのではなく，必ず「大変ですね，ご心配ですよね」とねぎらうことを心がけている”など５名の語りがあり，初対面の職員を慮る自身の姿勢や態度を模索していた。

＜知らない職員に対して押しつけにならない指導を行う＞では，“対策を押し付けるのではなく，一緒に考えてできることを「ここまでできるのでこうしましょう」とか，物資がないのに「絶対こうしないといけない」というのではなく，相手に寄り添って指導したほうが良い”，“現場で指導する時も一緒に考えて，押しつけにならないように相手に寄り添った介入の仕方が良い”など ５名の語りがあり，一方的な押し付けにならないよう配慮していた。

⑵［施設・病院の特性により異なる感染管理体制の調整］

＜リーダーシップをとる職種の違いによる現場での感染対策の差異＞では，“看護師のいる施設は，整理整頓することで身の回りをきれいにするとか，環境整備ができている”，“外部の医師に委託している施設で，施設長が医療の知識がないと流れに任せることがあるので危険だなと思った” など５名の語りがあり，リーダーシップをとる職種により施設内での感染管理体制に違いが生じることを感じていた。

＜現場職員自身の力量の認識の有無＞では，“みんな一生懸命頑張っているのを間近で感じ，初回行ってできていなくても次に行ったら「きれいになってる」というのがたくさんあったので，心強く思ったし，指導して良かったと思った”，“自分たちで何とかして抑えないといけないという職員の気持ちを感じた” など５名の語りがあり，現場で働く職員の潜在能力に心強さを感じていた。

３）【クラスター対応による CNIC としての成長】

⑴ [クラスター現場だからこその学びの実感]

＜クラスター対応現場ならではの体験を伝える必要性の認識の有無＞では，“感染症は 10 年周期，次に向けての心構えとか，経験談を伝えていく伝道師が必要だと思う”，“こういうことがあって，こんなことをしたという経験談を伝えると良い”など６名の語りがあり，クラスター現場で体験したことを伝えていくことの必要性を感じていた。

⑵［クラスター対応で得られた CNIC としてのスキルアップの実感］

＜クラスター対応による学びを実感する＞では，“派遣に行って勉強になった。院内だけでは見ることのできない世界がある”，“こちらが良かれと思っても，受け手側の立場を把握して対応しなければいけないことが分かり，反省し学びになった”など６名の語りがあり，クラスター対応での活動が自身の学びに繋がったことを実感していた。

＜感染対策を確実にすれば現場で罹患しないという確信＞では，“怖さはあったが，防護具があり，自分たちは正しい知識があるのでこうすれば感染しないという術は分かっている”，“飛沫感染と接触感染が主な感染経路と分かっていたので，自分が感染するという怖さはなかった”など５名の語りがあり，自身が行う感染対策に確証を得ていた。

＜フィードバックによる CNIC の介入効果を実感する＞では，“どのような反応だったのかは，その場では分からないこともあるためフィードバックがあるとありがたいし，励みになる”，“派遣終了後，どのように終息したのか，私たちが行ったことで職員の方たちの感染対策がどう変わったのか，介入による評価が見えたら良かった” など５名の語りがあり，フィードバックによる自身の介入効果の必要性を感じていた。

４）【クラスターチーム力の実感】

⑴［クラスターチーム力の実感］

＜クラスターチーム間で互いに助け合うことで安心感を得る＞では，“派遣の話をもらった時，「できるかな」と当初思ったが，自分ひとりではないと聞いたので，やってみようと思った”，“いろいろ意見交換する中で指導や介入ができた。自分も言うばかりでなく，ディスカッションしながら決めていくということができたので良かった” など６名の語りがあり，チームワークによる安心感を実感していた。

＜クラスターチームの職種ごとの役割遂行を実感する＞では，“最初の頃は医師，県庁の方など，感染対策をよく知っていて，相談できる方が派遣されていたので，自分一人だけで考えたり，責任を負うこともなく，相談しながらできていた”，“治療に関しては医師同士で話し合ってもらえるよう，自分が

先導しないようにした”など５名の語りがあり，職種間での相談と役割遂行を実感していた。

次に，語りの人数が４名以下であったものを抜粋して述べ，コアカテゴリーを【　】，カテゴリーを［　］，サブカテゴリーを＜　＞，CNIC の語りを“　”で示す。

１）【クラスター対応において CNIC に求められる能力の発揮】

⑴ [CNIC の役割発揮につながる自己の基盤の認識]

＜経験を通して得られた CNIC としての自律と自信の有無＞では，“ひとつずつの経験があったからこそ，今に繋がっていると感じる” など４名の語りがあった。

＜CNIC としての継続した自己研鑽の必要性を実感する＞では，“広い視野で物事を見て，施設にとってベストな方法が提供できるよう，もっと勉強しないといけないと思った”など４名の語りがあった。

これらの語りから，CNIC としての今までの経験から実践への応用と自己研鑽の継続を実感していた。

⑵［初めての現場を尊重した CNIC のスキルの提供］

＜初めての現場で構造や設備を把握する難しさを実感する＞では，“環境が違うので，自分が思ってもみなかった状況や施設は全室個室で簡単に移動ができないことが分かり勉強になったが難しかった”など４名の語りがあった。

＜知らない現場での職員との関係づくりを模索する＞では，“知らない施設や病院に入って，自分のことを信頼してもらえるようなコミュニケーション能力や人間関係のスキルを積み上げておく必要がある”など４名の語りがあった。

＜現場の職員が継続できる指導を行う＞では，“初めは「何言っているの？」という職員もいたが，次に行ったときにはきちんと PPE ができていたので，実践してくれていると感じた”など３名の語りがあった。

これらの語りから，初めての現場での状況把握の困難さや職員との関係づくりへの模索，継続できる指導方法の必要性を実感していた。

⑶［即座な状況判断による CNIC としての実践の提供］

＜ゾーニング方法を実践する＞では，“病室の構造や配置も一般病院とは異なるので，試行錯誤でゾーニングをした”など４名の語りがあった。

＜PPE 着脱，手洗いを指導する＞では，“職員がかかってしまうといけないので，手洗いと脱ぎ方を徹底して言った”など３名の語りがあった。

これらの語りから，ゾーニングや PPE 着脱，手洗いなどの実践力強化の必要性を感じていた。

⑷［施設・病院の特性により異なる感染管理体制の調整］

＜精神科ならではの感染対策の現状を知る＞では，“患者は変化に弱く，突然「マスクをして」とか「ここから入ってはいけない」に混乱する”など４名の語りがあり，精神科特有の感染対策を実感していた。

⑸［現場と CNIC の相互的な対話］

＜現場と CNIC の意見の妥協点を見つけながらすり合わせる＞では，“無理のない感染対策を継続できれば良いと思ったので，相手側の意図をくみ取り，「無理をせずにできることをやりましょう」と言った”など４名の語りがあった。

＜施設･病院側の譲れない方針と折り合いをつける＞では，“病院の方針や使えるもの，できることがそれぞれ違うので，落としどころを見つけて妥協案を考えることが必要”など３名の語りがあった。

これらの語りから，CNIC は現場で妥協と折り合いの中，相手との関係性を重視していた。

２）【経験を活かした CNIC としての今後への取り組みの明確化】

⑴ [地域の施設・病院と CNIC 間の顔の見えるネットワークづくりの重要性の実感]

＜地域の施設・病院のネットワーク構築の必要性を実感する＞では，“施設・病院とのネットワークができて，気軽に相談したり，定期的な研修会をしたり，この機会にできたらいいと思う”など４名の語りがあった。

＜地域の施設・病院と CNIC の平時からの連携の必要性を実感する＞では，“準備しておけることはたくさんあり，地域の医療機関を含め，こまめに連絡を取るべきと思った”など３名の語りがあった。

＜地域の施設・病院がすぐに相談できる体制を整備する＞では，“情報共有や何かあった時にすぐ相談できる相手がいるということは，施設にとっても頼もしいと思う”など３名の語りがあった。

＜地域の施設・病院職員と CNIC の顔の見える関係を構築する＞では，“普段からの付き合いがないので，突然行っても「誰？」という感じで，日常的に顔の見える連携が大切”など２名の語りがあった。

これらの語りから，地域の施設，病院とのネットワーク，相談体制構築の必要性を実感していた。

３）【クラスター対応による CNIC としての成長】

⑴［クラスター対応で得られた CNIC としてのスキルアップの実感］

＜クラスター対応により CNIC としての経験を振り返る＞では，“派遣されたことで振り返りができた。自分がやってきたことを全て出せたので良かった”など２名の語りがあり，CNIC としての振り返りにつながったことを感じていた。

４）【クラスター派遣での CNIC の役割発揮上の葛藤】

⑴［現場の感染対策への CNIC としてのジレンマ］

＜現場で行われている感染対策の曖昧さに戸惑う＞では，“手指消毒やマスクの装着で，なんとなくできているというのが多く，正しくできている人が少なかった”など３名の語りがあった。

＜不安軽減が優先されている現場での感染対策を懸念する＞では，“正しい根拠抜きで，N95 マスクをつければ良いという流れで，不安軽減のために対策をとっている施設もあった”と１名の語りがあった。

これらの語りから，現場での曖昧さや間違った感染対策にジレンマを感じていた。

(2)［クラスター派遣調整におけるCNICとしてのもどかしさ］

＜急なクラスター派遣依頼に戸惑う＞では，“忙しい中で急に「明日行ってくれ」と連絡がくると，自分としては行きたい気持ちもあるが，院内の感染対策を置き去りにして外に行くのは難しい”と1名の語りがあった。

クラスター対応での活動を振り返りCNICは，地域の施設・病院との関係構築の必要性を実感しつつ，CNICとしてクラスター現場の状況および職員の知識・技術を迅速に把握すること，初対面の職員を慮る態度で，職員が納得して実践できる感染管理対策の指導，提供が必要であると考えていた。

5．受援者側施設の概要

アンケートを送付した67施設のうち31施設（46.3%）から回答を得た。

① 最初に派遣を受けた際の状況は，患者・入所者数の中央値は49名，陽性者の中央値は9名，濃厚接触者の中央値は15名であった。

② 同時期の職員の状況は，職員数の中央値は35名，陽性者の中央値は6.5名，濃厚接触者の中央値は6.5名であった。

③ 同時期の感染対策物資については，十分確保できていたと回答したのは13施設（41.9%），不足していたと回答したのは18施設（58.1%）であった。不足していた物資は，ガウンが10施設，マスク，N95マスク，フェイスシールドが5施設，消毒液が4施設，キャップ，エプロンが3施設，手袋が2施設，紙コップ，防護服，ゾーニングテープ，酸素発生機，抗原定性キットが1施設であった。

④ 自施設のクラスター対応チームの有無については，「ある」が9施設（29.0%），「ない」が21施設（67.7%），「回答なし」が1施設（3.2%）であった。

⑤ クラスター対応の指揮をとっていたのは，管理者（病院長や施設長）が20施設（64.5%）と最も多く，次いで看護部長が8施設（25.8%）であった。

⑥ クラスターチームへの依頼内容は，ゾーニングの方法が11施設（35.5%）と最も多かった。

⑦ 派遣を受けたことによる職員の気持ちや対応の変化については，不安の解消につながったが27施設（87.1%），手洗い・手指消毒の徹底につながったが19施設（61.3%），PPEの着脱方法が統一したが18施設（58.1%）などであった。

⑧ 派遣を受けたことによる施設･病院全体の変化としては，職員の感染管理に対する知識が向上したが28施設（90.3%）と最も多く，感染予防対策が整ったが18施設（58.1%），感染管理に必要な物品が整備できたが17施設（54.8%）などであった。

⑨ 地域のCNICに求めることについては，感染対策に関し気軽に相談できる窓口が6施設（19.4%），定期的な施設・病院への訪問指導が5施設（16.1%），定期的な施設・病院との情報共有・発信が4施設（12.9%），研修会の開催が4施設（12.9%），感染マニュアル作成指導が3施設（9.7%）であった。

受援者側施設管理者のアンケート結果から，クラスターチームへの依頼はゾーニングの方法が最も多く，派遣を受けたことにより職員の不安の解消，手洗い・手指消毒の徹底など感染管理体制の充実につながっていた。また，職員の知識の向上を管理者は実感しており，現場で職員とCNICが一緒に考え，取り組んだことが結果につながっていた。

Ⅵ．考　　察

クラスター対応のために自施設外に派遣されたCNICの活動および，受援者側施設の施設管理者からのアンケート結果をもとに，クラスター対応におけるCNICの役割について考察する。

表4　クラスター対応チームへの依頼内容（複数回答）

n = 31

ゾーニングの方法	11（35.5%）
感染対策の方法が正しいのかの確認	3（9.7%）
看護・介護業務	2（6.5%）
陽性者と濃厚接触者の分け方	1（3.2%）
感染予防の指導	1（3.2%）
クラスター発生後の対応や今後の取り組み方	1（3.2%）
重症者の入院依頼	1（3.2%）
使用後の制服の取り扱い	1（3.2%）
掲示物の作成と掲示場所の指定	1（3.2%）
病棟内の消毒	1（3.2%）
回答なし	5（16.1%）

表3　最初に派遣を受けた際の受援者側施設の概要

n = 31

	中央値	最小値	最大値
患者・入所者数	49.0	8.0	229.0
陽性者	9.0	0.0	59.0
濃厚接触者	15.0	0.0	77.0
職員数	35.0	5.0	300.0
陽性者	6.5	0.0	20.0
濃厚接触者	6.5	0.0	28.0

表５　派遣を受けたことによる職員の気持ちや対応の変化（複数回答）

n = 31

不安の解消につながった	27（87.1%）
不安が増した	0（0%）
変わりはなかった	0（0%）
手洗い・手指消毒の徹底につながった	19（61.3%）
PPEの着脱方法が統一した	18（58.1%）
その他	10（32.3%）
ゾーニングに関する対応方法が統一した	2（6.5%）
感染対策の意識が高まった	2（6.5%）
不安だったゾーニングや感染対策に太鼓判を押してもらえて自信につながった	1（3.2%）
基本的な考え方が分かり指揮が取りやすくなった	1（3.2%）
換気の重要性を再認識できた	1（3.2%）
励ましや指導により終息できる希望につながった	1（3.2%）
看護師の不安解消につながった	1（3.2%）
厳しい言い方をされると職員が不安や拒否感につながる部分もあった	1（3.2%）
回答なし	0（0%）

表６　派遣を受けたことによる施設・病院全体の変化（複数回答）

n = 31

職員の感染管理に対する知識が向上した	28（90.3%）
感染予防対策が整った	18（58.1%）
感染管理に必要な物品が整備できた	17（54.8%）
感染の拡大を食い止めることができた	15（48.4%）
その他	2（6.5%）
クラスターに対応する気持ちが楽になった	1（3.2%）
対策を評価してもらい安心につながった	1（3.2%）
回答なし	0（0%）

１．活動の振り返りによるクラスター対応における CNIC の役割

今回派遣された CNIC は，看護師経験が 24 年 5 か月（中央値），CNIC 経験が８年６か月（中央値）であり，全て専従，専任という立場で自施設の感染管理に従事していた。そのため，初めて赴く施設・病院，クラスターが発生している過酷な状況下での活動など，すべてにおいて初めての経験であった。また，延べ 71 日間という派遣日数のうち，１日のみの派遣が 49 施設と最も多く，CNIC としてその日に何ができるのかを模索しながらの活動であったことが窺える。CNIC のコンピテンシーは「キャリア段階の上昇に伴い向上が見られる」（川上＆操，2021）と報告している。CNIC は，今までの経験から得られたコンピテンシーを発揮したことで，緊迫したクラスター発生現場での活動につながったと考える。

活動の振り返りの中で，語りの人数が７名と最も多く語られていたサブカテゴリーは，＜研修機会の少ない地域の施設・病院での感染対策研修の重要性を実感する＞と＜現場の職員に理解してもらえる伝え方を考える＞であった。

派遣 CNIC は現場に入り，施設管理者や職員と会話を交わし，一緒に活動したからこそ，現場で行われている感染対策や職員の感染に対する知識などを素早く把握し，職員全員に感染対策の知識が共有されておらず，技術が統一できていないことを実感していた。「中小規模病院や介護施設との連携においては，定期的な現場状況の確認を行うことが理想」（林智也,2021）と述べている。また，「感染予防の啓発などの活動には，全国的なネットワークの構築以外にも，施設組織を熟知した専門家の介入ができるような地域感染対策ネットワークの強化が必要である」（野口 et al. ,2022）と報告している。これらのことから，CNIC が所属する地域近隣の施設・病院と日頃から密に連携を取り，それぞれの施設・病院の構造や患者・入所者の特徴，職員の知識などを把握した上での研修が必要であり，そのような研修の機会を CNIC 自らが提供する必要があると考えていた。

また，CNIC はクラスターが発生している現場でしか感じ取ることができない職員の思いを受け止め，対峙していた。初めての現場で指導を行う際，マニュアル通りの一方的な指

導だけでは上手くいかないことを感じていた。壮絶な現場の中で，働く職員の大変さを十分理解した上で，現場の管理者や職員ができる感染対策を考え，納得できる，理解しやすい伝え方を模索し，工夫していた。さらに，派遣された施設・病院では必ず職員へのねぎらいや職員から意見を聴くなどCNIC から寄り添うことを心がけていた。またクラスターチームのメンバー間でのディスカッション，現場職員とのコミュニケーションなど幅広い視点をもって対応することで，現場での活動から CNIC としての学びを実感し，スキルの向上につながったと感じていた。これらのことから，CNIC はクラスター現場において，自己の対応力，応用力，判断力，調整力などのコンピテンシーをフルに活用していたと考える。

以上のことより，クラスター対応における CNIC の役割として，クラスター現場の状況および職員の知識・技術を迅速に把握すること，初対面の職員を慮る態度で職員が納得して実践できる感染管理対策の指導と提供であると考える。

語りの人数が５名以上と４名以下のサブカテゴリーの特徴として，どちらも現場を体験したことによる驚き，未知が既知となった発見，自身の対応力の振り返りと課題，学びの実感があったが，５名以上では，自己の経験，活動に対する振り返りの視点での語りが目立った。また，４名以下のサブカテゴリーでは，間違った感染対策に対するもどかしさやジレンマが語られていた。

２．受援者側施設からのクラスター対応における CNIC の役割

今回のアンケート結果から，最初に派遣を受けた際の受援者側施設では，患者・入所者は 49 名（中央値），陽性者は９名（中央値），濃厚接触者は 15 名（中央値），職員数は 35 名（中央値），陽性者は 6.5 名（中央値），濃厚接触者は 6.5 名（中央値）であった。かつ，同時期の物資も 18 施設（58.1％）で不足しており，ガウン 10 施設，マスク，N95 マスク，フェイスシールドが５施設で不足していた。しかし CNIC からは，物資の使用方法について＜不安軽減が優先されている現場での感染対策を懸念する＞の語りから，正しく物資が使用されていない現状も浮き彫りになっており，物資が不足していたと言い切ることは難しいと考える。

また，クラスターチームへの依頼内容は，ゾーニングの方法が 11 施設と多く，CNIC も施設・病院の構造，患者・入所者の背景，職員の動線などを考慮したうえでゾーニングを実践していた。

派遣を受けたことによる職員の気持ちや対応の変化からは，不安の解消につながった 27 施設（87.1％），手洗い・手指消毒の徹底に繋がった 19 施設（61.3％），PPE の着脱方法が統一した 18 施設（58.1％）と多く，＜PPE 着脱，手洗いを指導する＞での語りと一致しており，CNIC の実践が職員の気持ちや対応を変化させることにつながったと考える。

さらに，派遣を受けたことによる施設・病院全体の変化では，職員の感染管理に対する知識が向上した 28 施設（90.3％），感染予防対策が整った 18 施設（58.1％），感染管理に必要な物品が整備できた 17 施設（54.8％）などであった。これらの結果は，単なる知識，技術の指導だけではなく，＜現場の職員に理解してもらえる伝え方を考える＞＜初めての現場で相手を慮る自身のあり方を模索する＞＜知らない職員に対して押しつけにならない指導を行う＞＜現場と CNIC の意見の妥協点を見つけながらすり合わせる＞＜施設・病院側の譲れない方針と折り合いをつける＞という，自己の対応力，応用力，判断力，調整力などのコンピテンシーを活用し，施設・病院に受け入れられる対策を一緒に考えながらの実践が組織全体の変化につながったと考える。

受援者側施設から地域の CNIC に求めることとして，感染対策に関して気軽に相談できる窓口６施設（19.4％），定期的な施設・病院への訪問指導５施設（16.1％）などであった。この結果は，＜地域の施設・病院のネットワーク構築の必要性を実感する＞＜地域の施設・病院と CNIC の平時からの連携の必要性を実感する＞＜地域の施設・病院がすぐに相談できる体制を整備する＞＜地域の施設・病院スタッフと CNIC の顔の見える関係を構築する＞でも語られており，施設側の要望と CNIC が平時から地域の施設・病院と連携することが必要であると感じていることが一致していた。

以上のことより，受援者側施設からのクラスター対応における CNIC の役割としては，クラスター現場で職員と一緒に考え，実践できる感染管理対策への介入であると考える。

また，クラスター対応における CNIC の役割以外に，地域 CNIC と施設・病院間で気軽に相談できる関係構築の必要性を双方が実感していた。「医療連携にあたっては，人員と時間と物資などの病院の負担が増えるため，感染対策加算のような診療報酬等のインセンティブが重要になる」（黒木,2021）と述べている。また，2024 年診療報酬改定においても，感染対策向上加算の施設基準に連携する介護保険施設等から求めがあった場合，現地に赴いての感染対策に関する助言を行うことおよび院内研修を合同で開催することが望ましいことが追加された（厚生労働省保険局医療課,2024）。今回のクラスター派遣においても自施設での業務から離れられない状況も現実であり，病院に所属する CNIC が負担なく地域の施設・病院などと連携ができる体制を構築するためには，独自の努力だけで対応できるものではなく，今後さらに診療報酬における加算措置や行政を巻き込んだ取り組みが必要になると考える。

３．本研究の限界と今後の課題

本研究は三重県内のクラスター対応に派遣された CNIC と受援者側施設の施設管理者を対象とした研究であり，全国的な調査ではないため結果に偏りが生じている可能性がある。

今後の課題は，次のパンデミックに備えて今回の COVID-19 のクラスター対応経験を活かし，全ての関係機関，地域の施設・病院との連携強化，および感染管理体制の構築が必要である。

Ⅶ. 結　　論

本研究はクラスター対応におけるCNICの役割を明らかにすることを目指し，クラスター対応に派遣されたCNICの活動の振り返りと受援者側施設の受け止めを調査した。

クラスター対応におけるCNICの役割は，クラスター現場の状況および職員の知識・技術を迅速に把握すること，初対面の職員を慮る態度で一緒に考え，職員が納得して実践できる感染管理対策の指導と提供である。

謝辞

本研究にご協力くださったCNIC，受援者側施設の施設管理者の皆様に深く感謝申し上げます。

なお，本論文の内容の一部は，第55回日本看護学会学術集会において発表した。また，本研究は，公益社団法人日本看護協会の研究助成を受けて実施した。

利益相反

本論文に関して，開示すべき利益相反はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

原康之，宇野智行，下村孝枝，紀平由紀子，田辺正樹，土屋英俊，柴田直樹，岡田ひろみ，大西真由美，西岡美晴，伊東抄代子，南濵由樹，髙岡亮平，中瀬真治，黒澤克樹，神谷元.（2021）.精神科病院における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）クラスター事例と対応.*IASR, 42*（9），207-209.

林智子.（2021）.DPATおよび県の派遣事業での支援から感じた感染管理認定看護師としての活動の広がり.*看護, 73*（11），46-49.

林智也.（2021）.滋賀県看護協会の派遣事業を通して考えた感染管理認定看護師の役割.*看護, 73*（11），50-53.

川上和美，操華子.（2021）.日本における感染管理認定看護師のコンピテンシーの状況と影響要因：キャリア4段階の比較.*日本環境感染学会誌, 36*（4），211-221.

厚生労働省保険局医療課.（2024）.*令和6年度診療報酬改定の概要【ポストコロナにおける感染症対策】*. 2024年5月19日検索.
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001224802.pdf

倉井華子，吉田愛子.（2022）.静岡県新型コロナ感染症対策チームの活動実績.*日本プライマリ・ケア連合学会誌, 45*（3），93-96.

黒木利恵.（2021）. 新型コロナウイルス感染症神奈川県対策本部における感染管理認定看護師の活動に関する報告.*神奈川県立保健福祉大学誌, 18*（1），93-102.

中瀬真治，金原伸一，平野均，楠原一，北浦伸浩，中井康博，原康之，宇野智行，下村孝枝，紀平由起子，田辺正樹，谷口清州，神谷元.（2022）. 単科精神科病院の療養病棟で発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）集団感染事例の血清疫学調査（第三報:臨床的背景）.*IASR, 43*（3），74-76.

野口京子，鈴木佳奈，渡部節子.（2022）. わが国の感染症看護専門看護師および感染管理認定看護師の地域における感染対策活動とそのネットワークに関する文献検討，*日本健康医学会雑誌, 31*（2），123-129.

Sato, T. Ogihara, Y. Fujimoto, N. Usami, A. Hamaguchi, T. Tanabe, M. Okamoto, R. Nakase, S. Dohi, K.（2022）, Prevalence and clinical characteristics of proximal deep venous thrombosis after a high-density coronavirus disease 2019 cluster in a japanese psychiatric hospital, *Circulation Journal, 86*（3），458-463.

残間由美子.（2021）. コロナ禍での活動から感じた介護施設等での感染管理認定看護師の5つの役割.*看護, 73*（11），42-45.

◇研究報告◇

医療的ケアの必要な子どもの親における災害への備えの認識と実態

高村理絵子[1)*]

目的：医療的ケアを必要とする子どもの親が抱く災害への備えの認識と備えの実態を明らかにし，その認識がどのように実態へ関連するのか検討する。
方法：研究内容，意義について説明を行い，同意が得られた医療的ケアの必要な子どもを自宅で養育している親へ，インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。
結果：医療的ケアの必要な子どもの親は，災害時の医療的ケアの継続を目的とした何らかの災害の備えを行っていた。その内容として，5つのカテゴリー，13のサブカテゴリー，34のコードが抽出された。認識では，6つのカテゴリー，15のサブカテゴリー，51のコードが抽出された。災害への備えに対して消極的な認識であっても備えを行っていた。
結論：医療的ケアの必要な子どもの親が日常のトラブル対応として行っているものの準備や人との関係づくりが，災害の備えにも繋がっていることに気づいてもらう働きかけが重要である。

【キーワード】災害への備え，医療的ケアの必要な子ども，親，認識，実態

Ⅰ．はじめに

近年，小児医療技術の進歩により，人工呼吸器，吸引，経管栄養など医療的ケアを必要とする子どもが急増し，約２万人の子どもが自宅で医療的ケアを行いながら生活している（中村加奈子，2020）。医療的ケアの必要な子どもは，個々に合わせた機器や特殊な衛生材料を使用するため，平常時でも限られた場所でしか入手できず，災害時は更に入手困難となる（山本他，2013）。実際，2011年に起こった東日本大震災の際，医療的ケアの必要な子どもは避難する為の準備が充分にできておらず，避難できぬまま自宅で命を落としたり，避難はできても医療機器が使えず困惑したケースも報告されている（河北新報，2012）。近い将来にも災害発生の切迫性が指摘されている我が国において，医療的ケアの必要な子どもとその家族へ備えを促し，災害時における防ぎえた死を減らすことは危急的課題である。しかし，医療的ケアの必要な子どもとその家族が十分な備えができているとは言い難い現状がある（野口他，2020；寺門他，2012）。

災害への備えには，自分の命は自分で守る「自助」，近隣住民やボランティアによる「共助」，国や地方自治体が行う「公助」が３本柱となる。また，医療的ケアの必要な子どもの親における災害への備えとは，「災害時を想定し準備された医療的ケアの継続に必要なもの・人・体制づくり，および様々な場面のシミュレーション」（高村他，2021）であることから，自助，共助，公助のいずれも網羅する必要がある。さらに，備えを促すためには，災害や備えに関する知識の提供やリスクが迫ってくるという情報を伝えるといった恐怖喚起に加え，行動が出現するまでには，様々な認知的要因が介在している（海上，2012）。行動を促すためには，対象となる医療的ケアの必要な子どもの養育者となる親が災害への備えをどのように捉え，行動を起こしているのかを理解することが不可欠であるが十分に把握されていない。

そこで，今回，医療的ケアを必要とする子どもを持つ親が災害への備えをどのように認識しているのか，何をどのように行っているのか備えの実態を明らかにする必要があると考えた。

受付日：2024年10月15日／受理日：2026年1月20日
1）ケアパイプ訪問看護ステーション
＊ E-mail：cl06w010@yahoo.co.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，医療的ケアを必要とする子どもの親が抱く災害への備えの認識と備えの実態を明らかにし，その認識がどのように実態へ関連するのか検討することにある。これらを明らかにすることで，医療的ケアを必要とする子どもの親の災害への備えを促す方略の示唆を得ることができる。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

質的記述的方法

２．操作的用語の定義

医療的ケアの必要な子ども：医療的ケアとは，日常生活に必要な医療的な生活援助行為を指し医療行為とは異なる（北住，2012，pp.10）。これを踏まえ，本研究では，経管栄養や人工呼吸器，在宅酸素療法など医行為とみなされるケアを自宅で継続している18歳未満の児と位置付けた。

３．研究対象者

医療的ケアの必要な子どもを自宅で養育している親であり，本研究の同意が得られたものである。子どもの養育を主に行っている親であれば性別は不問とした。研究同意については，訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所の責任者に対象者の紹介を依頼し，研究協力の内諾が得られたら改めて研究内容や意義について説明し，同意を得た。

４．調査期間

2018年11月～2019年4月

５．データ収集方法

データ収集は，プライバシーの確保できる研究協力施設等の個室，あるいは子どものケアが必要である状況を考慮して，本人が希望される場合は対象者の自宅で，インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。質問内容は，親の背景，子どもの背景，災害体験の有無，災害への備えの状況，備えを行う理由，備えを行わない理由，備えに関する思い・考えであった。面接は1回40分から60分で，対象者の了解を得た上でICレコーダーに録音した。

６．分析方法

得られたデータより逐語録を作成し，まずは研究協力者一人一人の語りに着目して個別分析をした。逐語録を何度も繰り返し熟読し，データの意味を損なわないよう「災害」と「備え」，そしてそれらへの「認識」が表れている箇所すべてを抽出しコード化した。抽出したコードを災害への備えの「認識」と実際に行っている備えの「実態」に振り分け，研究協力者ごとに関連性を図式化した。次に研究協力者全員の関連図を概観して，類似するコードや傾向，関連性を抽出しながら統合する帰納的プロセスにより全体分析を行い，サブカテゴリー，カテゴリー化した。加え，医療的ケアの必要な子どもの親における災害への備えの「実態」と「認識」の関連についても検討した。なお，全過程において医療的ケアの必要な子どもと日々関わっている看護師や，小児・母性・災害看護学それぞれの研究者による，スーパービジョンを受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は福井大学医学系研究倫理審査委員会の承認を受け実施した（承認番号 20180094）。承認を得た研究期間内に，調査および分析は完了している。研究参加は任意であり，参加の可否による不利益は一切生じないことを明記したうえで，研究の目的，内容，個人情報保護の匿名化処理，ならびに研究結果の公表について口頭，文書にて説明を行った。これらすべての内容について了承を得た後，書面にて同意を取得し，同意書への署名をもって参加の意思を確認した。

Ⅴ．結　　果

１．研究協力者の概要

4施設から協力を得て，研究協力者は，30～40歳代の親7名であり，すべて母親であった。医療的ケアの必要な子どもの年齢は，10か月～16歳，在宅療養期間は7か月～16年であった。医療的ケア内容には，経管栄養5名，吸引5名，気管切開1名，エアウエイ1名，人工呼吸器1名であった。

２．災害への備えの実態

災害への備えの定義（高村他，2021）に則り，災害時の医療的ケアの継続を目的とした1）ものの準備，2）人・体制づくり，3）シミュレーションの3つに分類して分析を行った結果，7名全員が何らかの備えを実施していた（表1）。医療的ケアの必要な子どもの親が実際に行っている実施内容について，5つのカテゴリー，13のサブカテゴリー，34のコー

表1　対象者と備えの実態の概要

ケース	対象者の背景			子どもの背景				災害の備えの実態			
	年齢	性別	被災体験	年齢	在宅療養期間	疾患	医療的ケア内容	きょうだい	ものの準備	人・体制づくり	シミュレーション
A	40代	女性	無	16歳	16年	神経筋疾患	経管栄養（胃瘻），吸引，カフアシスト	無	実施	実施	実施
B	30代	女性	無	12歳	10年	神経筋疾患	経管栄養（胃瘻），人工呼吸器	有	未実施	実施	実施
C	30代	女性	有	5歳	5年	心疾患	在宅酸素療法	無	実施	実施	実施
D	40代	女性	無	12歳	11年	脳形成異常	経管栄養（胃管），吸引	有	実施	実施	実施
E	40代	女性	無	8歳	8年	脳性麻痺	経管栄養（胃瘻），エアウエイ，吸引	有	未実施	実施	未実施
F	30代	女性	有	4歳	3年	心疾患	気管切開，吸引	無	実施	未実施	未実施
G	40代	女性	有	10カ月	7カ月	染色体異常	経管栄養（胃管），吸引	有	未実施	実施	実施

ドが抽出された（表２）。以下，カテゴリーは【　】，サブカテゴリーは＜　＞，コードは“　”を使用して示す。

１）ものの準備

７名中４名の医療的ケアの必要な子どもの親がものの準備を行っていた。実施内容は，【災害時に使用する医療物品の準備をする】【災害時の医療機器対策の準備をする】であった。

【災害時に使用する医療物品の準備をする】では，＜災害時に使用できるよう子どもの医療物品は家に準備する＞＜医療物品は子どもの関係機関に備蓄をする＞＜避難時に持ち運べるよう医療物品を準備する＞の３つのサブカテゴリーが抽出された。“家の中に医療物品は数日分備蓄する”親が多かったが，“経管栄養に伴う物品を各所においてもらう”といったように，子どもの生活にかかわる箇所全てに分割して医療物品を置く親もいた。また，施設だけに留まらず“車の中にも備蓄して車で逃げられるようにする”，“車いすの背中に医療物品や生活用品など１泊できるようなものを入れる”といったように子どもと共に医療物品も運搬できるよう準備する親もいた。

次に【災害時の医療機器対策の準備をする】では，＜災害時も医療機器を使用できる準備をする＞＜代替品を準備する＞の２つのサブカテゴリーが抽出された。“東日本大震災の後から予備バッテリーを用意する”や“車で充電ができるようにする”のように，医療機器自体が発災後も使用できるよう準備をしていた。また，“吸引器の代わりになると訪問看護師から聞いてシリンジを準備する”といったように医療機器の代替えとなるものを準備することも含まれていた。

２）人・体制づくり

７名中６名の医療的ケアの必要な子どもの親が人・体制づくりを行っており，【被災後の対応を家族・医療従事者と話し合う】【被災後に手助けしてくれる関係性を隣人と築く】ことを意識的に行っていた。

【被災後の対応を家族・医療従事者と話し合う】では，＜被災後の対応を家族と話し合う＞＜被災後の対応を医療従事者と話し合う＞の２つのサブカテゴリーが抽出された。“いざという時にどうするのかを考えて主人とも話し合”ったり，“災害時に子どもの状態が悪くなった場合の対応を病院へ伝え

表２　医療的ケアの必要な子どもの親が行っている災害への備え

分類	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
ものの準備	災害時に使用する医療物品の準備をする	災害時に使用できるよう子どもの医療物品は家に準備する	家の中に医療物品は数日分備蓄する 子どもの生活に必要なものを数日分準備する 東日本大震災の時の困難なケースを聞いて物を多めに置く
		医療物品は子どもの関係機関に備蓄をする	経管栄養に伴う物品を各所においてもらう 医療物品は子どもの学校へ３日分の備蓄をする
		避難時に持ち運べるよう医療物品を準備する	車の中にも備蓄して車で逃げられるようにする 車いすの背中に医療物品や生活用品など１泊できるようなものを入れる
	災害時の医療機器対策の準備をする	災害時も医療機器を使用できる準備をする	東日本大震災の後から予備バッテリーを用意する 発電機も買おうかと今購入を考えている 人工呼吸器、吸引器の内臓バッテリー稼働時間は把握する 車で充電ができるようにする
		代替品を準備する	時折停電になることがあり酸素ボンベを置くようにお願いする 吸引器の代わりになると訪問看護師から聞いてシリンジを準備する
人・体制づくり	被災後の対応を家族・医療従事者と話し合う	被災後の対応を家族と話し合う	いざという時にどうするかを考えて主人とも話し合う 災害時のお迎えの優先度をきょうだいへ伝える
		被災後の対応を医療従事者と話し合う	災害時に子どもの状態が悪くなった場合の対応を病院へ伝える 病院へ避難できなかった場合の対応策も訪問看護師と相談する
	被災後に手助けしてくれる関係性を隣人と築く	災害時に身近でサポートしてくれる人を探す 近隣住民に子どものことを知ってもらう	もっと近場で子どもの病気を診てもらえる病院を探す 自治会長や民生委員の方へ災害の時にサポートをお願いしますと伝える 近隣住民へ子どもの状態を伝え何かあった時の手伝いをお願いする 近隣の方へ子どものことを伝える
		地域の人とのつながりをもつ	いざという時に助けてもらえるよう近所づきあいを大切にする 自治会の集まりへ積極的に参加する 災害の時にも手伝ってもらえるネットワーク作りは大切にする
シミュレーション	被災直後をシミュレーションし対応方法を模索する	実際起こりうる状況をイメージし避難生活の場所を考える	東日本大震災の映像を見て車庫で避難生活を送ることをイメージする 避難所には子どもに必要な医療物品はないだろうから自宅での避難生活を考える
		避難方法をシミュレーションし結論を出す	大きくなった子どもを背負いどこまでいけるのだろうと考え避難は無理と考える 避難所まで車いすで移動できるように経路を考える 何かあった時にぱっと逃げられない 避難方法は、車あるいは車が難しい場合には抱っこで避難すればよいのかと考える 避難時子どもを抱っこして荷物を抱えてきょうだいは付いてきてもらうしかない
		避難時に持ち運ぶもののシミュレーションし課題を見出す	子どもと重い医療物品をもって１人で避難できるのだろうかと思う 避難時に何をどのように持っていくのかはまだ課題である 全てのものを持って避難はできないので第一優先して持っていくものを決めないといけない

る”，または“病院へ避難できなかった場合の対応策も訪問看護師と相談する”などと様々な場面を想定し行動をとっていた。

【被災後に手助けしてくれる関係性を隣人と築く】では，＜災害時に身近でサポートしてくれる人を探す＞＜近隣住民に子どものことを知ってもらう＞＜地域の人とのつながりをもつ＞の３つのサブカテゴリーが抽出された。“自治会長や民生委員の方へ災害の時にサポートをお願いしますと伝える”と地域を統括する人や“近隣住民へ子どものことを伝え何かあった時のお手伝いをお願いする”，“自治会の集まりへ積極的に参加する”といったように地域に住む身近な人との関係を常日頃より大切にしていた。

３）シミュレーション

７名中５名の医療的ケアの必要な子どもの親がシミュレーションを行っていた。内容は【被災直後をシミュレーションし対応方法を模索する】で，＜実際起こりうる状況をイメージし避難生活の場所を考える＞＜避難方法をシミュレーションし結論を出す＞＜避難時に持ち運ぶもののシミュレーションし課題を見出す＞の３つのサブカテゴリーが抽出された。“東日本大震災の映像を見て車庫で避難生活を送ることをイメージ”したり，“大きくなった子どもを背負いどこまでいけるのだろうと考え避難は無理だと考える”，“全てのものを持って避難はできないので第一優先して持っていくものを決めないといけない”と災害サイクルの中でも発災直後の避難先や方法に限局したシミュレーションを実施していた。

３．災害への備えの認識

研究協力者が語った災害への備えに対する認識は，６つのカテゴリー，15 のサブカテゴリー，51 のコードが抽出された（表３）。

【自分が守らないと災害時は助からない】では，＜子どもに合った備えが必要である＞＜災害時は周りを当てにできないので自分の子は自分で守る＞の２つのサブカテゴリーが抽出された。医療的ケアの必要な子どもは，“直ぐに状態が悪化するので他の子どもと同じ対応ではいけない”や“うちの子は医療的ケアが多いので備えが必要である”といったように医療的デバイスに対して個々で備える必要性を語る親もいた。加え，“東日本大震災のような大きな災害が起こったら多分私の家まで助けは来ないだろう”と考え，“自分の子どもは自分が守らないといけない”と決意の語りもあった。

一方で，【自分一人では子どもを守り切れない】の認識を持つ親もいた。【自分一人では子どもを守り切れない】では，＜備えとして駆け付けられる場所・助けてくれる人を増やしたい＞＜災害時は人の助けが欲しいが葛藤がある＞の２つのサブカテゴリーが抽出された。“子どもの存在を知ってもらうことが備えになると思う”と語る親もいるが，“災害時は隣人に助けてもらわないといけないが子どもの疾患を言いたくないという葛藤がある”と必要性を感じつつも揺れ動く思いを語る親もいた。

【災害への漠然とした不安を感じる】では，＜体験談を聞いて災害時への漠然とした不安が生じる＞＜療養生活が落ち着いたときに災害への不安を感じる＞＜経験の中で災害への対応準備が必要だと感じる＞の３つのサブカテゴリーを抽出した。同じ境遇の人から被災時の体験談を聞いて“何とかなると思っていたが何とかならないかもしれない”と感じたり，“退院して１年後に災害があったらうちの子はどうなってしまうのだろうと感じる”と災害への不安を感じる語りがあった。また，“近隣の病院で停電が発生し危機感を感じる”，“停電が良くあるので停電時の対応は必要だと感じる”といった不安が故に対応の必要性を感じる語りも含まれていた。

災害に対して備えが必要であることを自覚したり，備えの必要性を認識するからこそ感じる不安が語られた一方で，災害への備えに対する無自覚や注意を払わない語りもあった。【災害時に備える緊急性を感じない】では，＜今まで災害を意識したことがない＞＜災害に備えないといけないという緊迫感がない＞＜災害を自分の身近なものと思っていない＞＜備えの必要性は感じつつも具体的な方法は分からない＞の４つのサブカテゴリーが抽出された。“災害について何も考えていない”や“特別災害のためには備えていない”と災害自体を意識していない語りがあった。また，“自分の住む場所では被害が少なく現段階で備える必要性を感じない”や“自分たちが災害に合うということすら考えたことがない”のように災害を身近に感じず自分たちには起こらないであろうという語りも含まれていた。更に，“備えは必要だとは思うが何を備えればよいのか分からない”や“何処まで何を準備したらいいのか悩む”と必要性を理解しながらも具体的な方法を見い出せていない語りもあった。

【備えなくてもどうにか対応できる】では，＜今までどうにかしてきたので災害時もどうにかなる＞＜備えなくても対応してもらえる＞の２つのサブカテゴリーが抽出された。“準備していなくとも今までのように何とかなる”“日々トレーニングしているので別に災害が来ても対応できる”とこれまでの経験から自分たちで災害時も乗り切れるとの語りもあった。更に，“特別なことは考えなくても対応してもらえると思っている”“災害時も病院へ行けば対応してもらえる”と災害時も平常時同様の対応を医療従事者に希望する語りもあった。

【災害への備えよりも優先すべきものがある】では，＜災害への備えよりも日常起こりうるトラブルへの対応の方が必要である＞＜今の状態や生活を維持することで精いっぱいである＞の２つのサブカテゴリーが抽出された。“災害よりも緊急入院の方が現実問題としてある”や“備えとしてではなく使いすぎたときのためにストックが必要である”のように，医療的ケアを必要とするが故，日常起こりうるトラブル対応を優先する語りがあった。また，“退院直後はやり過ごすだけで精いっぱいである”のように今の状態や生活を維持することに重きを置かざるを得ない状況である語りもあった。

表３　医療的ケアの必要な子どもの親の災害への備えの認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
自分が守らないと災害時は助からない	子どもに合った備えが必要である	直ぐに状態が悪化するので他の子どもと同じ対応ではいけない 保育園での避難訓練の際にこの子に合った準備が必要だと感じる きょうだいの防災訓練を通してこの子のことも考えないといけない 病院から退院した直後はあまり災害のことは考えていなかったが入園学時に備えの必要性を感じる うちの子は医療的ケアが多いので備えが必要である 備えの必要性を感じた後に豪雨に合い、具体的に考えないといけないと感じる 東日本大震災や熊本地震があって体験者から話を聞いて自身で備える必要性を感じる
	災害時は周りを当てにできないので自分の子は自分で守る	東日本大震災のような大きな災害が起こったら多分私の家まで助けは来ないだろう 自分の子どもは自分が守らないといけない 避難先である病院は重症者から入院するので子どもの優先順位は低い
自分一人では子どもを守り切れない	備えとして駆け付けられる場所・助けてくれる人を増やしたい	地元の病院でみてもらおうということも備えである 子どもの存在を知ってもらうことが備えになると思う
	災害時は人の助けが欲しいが葛藤がある	災害時は隣人に助けてもらわないといけないが子どもの疾患を言いたくないという葛藤がある 同じ境遇の人に子どものことを知ってもらうことを勧められたがまだ気持ちがそこまではいかない
災害への漠然とした不安を感じる	体験談を聞いて災害時への漠然とした不安が生じる	何とかなると思っていたが何とかならないかもしれない 東日本大震災の時の経験談を聞き、何も準備していない状態ではだめだと感じる 避難場所に避難しても医療物品もない中どうするのか漠然と感じている 人の迷惑や衛生状態が悪いと怖いので避難所での生活は難しいとは思う 東日本大震災の体験談を聞いて避難所は人の迷惑や衛生状態が心配になる 私と子どもだけの時に被災した場合どうするのだろう
	療養生活が落ち着いたときに災害への不安を感じる	退院して１年後に災害があったらうちの子はどうなってしまうのだろうと感じる
	経験の中で災害への対応準備が必要だと感じる	これまでの経験の中で緊急入院用が災害用になるのではと思う 停電がよくあるので停電時の対応は必要だと感じる 近隣の病院で停電が発生し危機感を感じる 東日本大震災の時の困難なケースを聞いて物を多めに置いておく必要性を感じる
災害に備える緊急性を感じない	今まで災害を意識したことがない	災害について何も考えていない 自分で備えをしているものはない 担当者が来て災害時マニュアルは作成したが私自身は意識していない
	災害に備えないといけないという緊迫感がない	特別災害のためには備えていない 災害への緊迫感がない 危機意識が薄い
	災害を自分の身近なものと思っていない	自分の住む場所では被害は少なく現段階で備える必要性を感じない 自分たちが災害に合うということすら考えたことがない
	備えの必要性は感じつつも具体的な方法が分からない	備えは必要だとは思うが何を備えればよいのか分からない 何処まで何を準備したらいいのか悩む 東日本大震災の時に備えが必要だと思って調べたがこの子に何を準備したらよいのか考えられない
備えなくてもどうにか対応できる	今までどうにかしてきたので災害時もどうにかなる	準備していなくとも今までのように何とかなる 日々トレーニングをしているので別に災害がきても対応できる
	備えなくても対応してもらえる	特別なことは考えなくても対応してもらえると思っている 近所の人に助けてもらうよりも優先的に病院へ行ける 災害時も病院へ行けば対応してもらえる 災害時には何としても病院までたどり着きたい
災害への備えよりも優先すべきものがある	災害への備えよりも日常起こりうるトラブルへの対応の方が必要である	緊急入院のためには医療物品をストックしている 災害よりも外出中に何が起こるか分からない 災害の備えというよりも急変のためには意識する 災害よりも緊急入院の方が現実問題としてある 日常起こるトラブルの方が子どもの生命にかかわる 備えとしてではなく使いすぎたときのためにストックが必要である
	今の状態や生活を維持することで精いっぱいである	子どもが生まれた時から医療的ケアを続けるために医療物品のストックを意識してはいる 退院直後はやり過ごすだけで精いっぱいである いつでも出掛けられるよう持ち運びできるようには意識する

４．災害への備えの認識と実態の関連

認識と実態の関連性について,【自分が守らないと災害時は助からない】といった認識をもつ親は,【災害時に使用する医療物品の準備をする】,【災害時の医療機器対策の準備をする】という備えをしていた。また,【自分一人では子どもを守り切れない】と認識を抱く親は,【被災後に手助けしてくれる関係性を隣人と築く】行動をとっていた。

しかし，これらの認識と実態の関連性が見られなかった場合も，全員の親が何らかの備えを行っていた。

Ⅵ．考　　察

１．医療的ケアの必要な子どもの親の災害への備えの認識と実態の関連

医療的ケアの必要な子どもの親の災害への備えの認識には,【自分が守らないと災害時は助からない】があり，この認識は【災害時に使用する医療物品の準備をする】,【災害時の医療機器対策の準備をする】行動に繋がっていた。医療的ケアの必要な子どもの親は，子どもの命を背負い共に歩む覚悟をしながら生活している（南他，2018）。親が避難訓練や被災体験談等を通して,災害時に起こる状況がイメージできた時,災害時も我が子を守る責任感がより強まると考える。また医療的ケアの必要な子どもが災害時も生き延びるためには，医療的ケアを継続することが求められ（野口他，2020），発災後も医療的ケアができるよう整える必要がある。そのため，医療的ケアの継続に必要な医療物品や医療機器対策の準備をする行動に結び付いたと考えられる。

一方で，多くの医療的ケアの必要な子どもの親は,【災害時に備える緊急性を感じない】【備えなくてもどうにか対応できる】【災害への備えよりも優先すべきものがある】と備えに対して消極的な認識を抱いていた。しかし，このような認識を抱きながらも，全く何も備えていない親はいなかった。平常時であっても状態が変化しやすい医療的ケアの必要な子どもは，急な入院を強いられる。そのため，自宅で子どもをケアする親は，病状の急変への不安を抱き（四方他，2019；橘他，2017),平常時から入退院を繰り返す我が子の対応として医療的ケア物品を多めにストックしたり，直ぐに持ち運べるようまとめたりなど個々で準備している（大久保他，2016）。この行動は，災害への備えにも繋がっているが，親自身は，災害の備えになっているとは認識していない。また，医療的ケアの必要な子どもの親は，育児に加え，医療的ケアも同時に実施する必要があり，自由な時間がなく絶え間ないケアによる負担を感じている（矢吹他，2018）。更なる負担を増加させるため，日常起こりうるトラブルへの対応とは別に改めて災害への備えを行うよう指導する必要はない。しかし，日常のトラブル対応として行っているものの準備や人との関係づくりが，災害の備えにも繋がっていることに気づいてもらうことは重要であり，それが災害への備えの第一歩となる。

２．医療的ケアの必要な子どもとその家族に対する災害への備えについての支援

医療的ケアの必要な子どもの親は,災害への備えに対して,【自分一人では子どもを守り切れない】認識をもっていた。平常時であっても，医療的ケアの必要な子どもの親は，多くの医療機器や医療物品，移乗器具に乗った子どもと共に移動する必要があり，それ自体が大変である（中村知夫，2020）。そのため，災害時は，自分一人では，避難させられない，守り切れないといった認識に繋がる。社会的に孤立することを懸念されている医療的ケアの必要な子どもの親であるが，子どもと向き合いながら，顔の見える身近なところから社会が広がっていく体験をしており，きょうだいを始め家族が社会との接点となる（進藤他，2019）。本研究でも，医療的ケアの必要な子どもにきょうだいがいる場合，平常時から【被災後に手助けしてくれる関係性を隣人と築く】行動をとっていた。つまり，医療的ケアの必要な子どもにきょうだいがいる家庭では，きょうだいを通じて近所づきあいを比較的持ちやすくなるといえる。しかし，中には，＜災害時は人の助けが欲しいが葛藤がある＞と感じている親もいる。深谷ら（2007）は，先天性疾患を持つ子どもの親は，出産後悲嘆反応が沈静しても受容までの１年間は不安定であると述べている。精神面，時間に余裕がない状態で，災害への備えに前向きな感情を抱くことは困難であるため，支援者は備えを促す場合，親の心理面を十分にアセスメントして関わっていくことが求められる。

また，＜備えの必要性は感じつつも具体的な方法は分からない＞という認識がある親の中には，被災後のイメージを抱き必要性を感じても，どのように対策すればよいのか具体的な方法が見いだせず，備え行動に至らない場合もあった。災害に対して対処行動を考え，実施していくためには，認識だけではなく，災害への知識，対応できる技術が必要である。中でも，同じ境遇の親からの情報は，実践に即した役立つ情報となるため（松田，2014），看護職者は在宅療養期間を考慮し，経験の豊かな親から情報を得られるような機会を増やすことも必要である。

３．本研究の限界と今後の課題

研究協力者が７名であり，結果を一般化することには限界がある。また，医療的ケアに必要な子どもの障害の程度，療養期間によって，親の認識は影響を受ける可能性があるが，本研究では背景による相違点は明らかとならなかった。そのため，背景を絞り，医療的ケアの必要な子どもの親における災害への備えの認識に関する研究を今後も継続し，認識や備えの傾向，関連要因を導き出し支援につなげる必要がある。

今後は，今回の結果を基に，医療的ケアの必要な子どもの親の思いを尊重しながら，できている部分にも目を向け，親自身主体的に災害へ備える力を育めるような災害対策教育プログラムの構築を目指したい。

Ⅶ. 結　　論

1．医療的ケアの必要な子どもの親は，全員が災害の備えを行っていた。

2．医療的ケアの必要な子どもの親が抱く災害への備えの認識には，【自分が守らないと災害時は助からない】【自分一人では子どもを守り切れない】【災害への漠然とした不安を感じる】【災害に備える緊急性を感じない】【備えなくてもどうにか対応できる】【災害への備えよりも優先すべきものがある】があった。

3．医療的ケアの必要な子どもの親は，災害への備えに対して消極的な認識であっても災害への備えを行っていた。医療的ケアの必要な子どもの親が日常のトラブル対応として行っているものの準備や人との関係づくりが，災害の備えにも繋がっていることに気づいてもらう働きかけが重要であることが示唆された。

本研究の趣旨を理解し，ご協力頂きました研究協力者の皆様，研究協力者を募るにあたり，ご尽力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。本研究は，福井大学学長裁量経費における研究推進経費共同研究スタート支援による研究助成を受けて実施した。

なお，本論文内容に関連する利益相反（COI）はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

深谷久子，横尾京子，中込さと子，村上真理，藤本紗央里．（2007）．先天奇形を持つ子どもの親の出産および子どもに対する反応に関する記述研究．*日本新生児看護学会誌，13*（2），2-16.

３県障害者1655人犠牲手帳所持者死亡率1.5％全住民の２倍．（2012年９月24日）．河北新報（朝刊）．

北住映二.（2012）．医療的ケアとは．日本小児神経学会社会活動委員会（編）．*医療的ケア研修テキスト 重症児者の教育・福祉・社会生活の援助のために*（新版），クリエイツかもがわ．

松田千恵．（2014）．在宅医療への移行において子ども・家族が主体となる支援．*小児看護，37*（8），1054-1061.

南幸子，福島道子．（2018）．重複障害をもつ子どもに対する母親の思い．*日本在宅看護学会誌，7*（1），215-224.

中村加奈子．（2020）．医療的ケアを要する在宅療養児の親の災害対策における文献的考察．*看護と口腔医療，3*（1），126-132.

中村知夫．（2020）．医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像．*Organ Biology，27*（1），21-30.

野口裕子，平澤則子．（2020）．障害児の自然災害時の備えに関する国内文献検討．*The Kitakanto Medical Journal，70*（1），37-44.

大久保明子，北村千章，山田真衣，郷更織，高橋祥子．（2016）．医療的ケアが必要な在宅療養児を育てる母親が体験した困りごとへの対応の構造．*日本小児看護学会誌，25*（1），8-14.

四方麻祐子，大橋純子．（2019）．医療的ケア児の母親が病棟から自宅で医療的ケアを習得，実践，習熟するプロセス―周囲のサポートと医療的ケア行動の原動力に着目して―．*ヒューマンケア研究学会誌，10*（1），25-29.

進藤夏子，夏原和美．（2019）．重症心身障がい児の母親と社会との接点．*日本看護科学会誌，39*，116-126.

橘ゆり，鈴木ひろ子．（2017）．医療的ケアを必要とする子どもの在宅生活を継続している母親の思い―在宅生活へ移行後１年半未満の子どもの母親に焦点を当てて―．*日本小児看護学会誌，26*，45-50.

高村理絵子，嶋雅代．（2021）．日本での医療的ケアの必要な子どもの親における災害への備えの概念分析．*日本災害看護学会誌，23*（2），53-64.

寺門通子，高木典子．（2012）．医療的ケアを必要とする小児の災害の備え―災害時の備えに対する意識調査―．*茨城県立医療大学付属病院職員研究発表報告集，15*，3-17.

海上智昭，幸田重雄，岡村信也，堀田哲郎．（2012）．自然災害リスク対策行動の難しさに関する態度研究に基づく論考．*愛知工業大学研究報告，47*，59-67.

矢吹恵，小川純子．（2018）．気管切開管理を必要とする子どもの家族の在宅移行期に関する思いに着目した文献検討．*日本小児看護学会誌，27*，178-185.

山本美智代，中川薫，石上ゆか，米山明，加藤久美子，伊藤真理子．（2013）．災害の中を生きる困難と生活不安―首都圏に住む重度障碍児者の東日本大震災での経験の特徴―．*小児保健研究，72*（2），298-304.

◇研究報告◇

医療施設における清拭タオルの使用実態と管理に関する全国調査

―感染対策と快適性の両立に向けて―

渡部菜穂子[1)*]

【目的】全国の医療施設における清拭タオルの使用実態と管理方法を明らかにし，安全かつ快適な清拭ケアの基礎資料を得ることを目的とした。

【方法】全国 800 施設に Web 調査を行い，168 施設（回収率 21.0%）から回答を得た。使用しているタオルの種類や採用理由，洗濯頻度，汚染時の対応などを分析した。

【結果】綿タオルのみ使用は 31.5%，ディスポーザブル不織布タオル（以下，ディスポタオル）のみは 38.1%，両者併用は 30.4%であった。ディスポタオルは感染予防を目的に導入され，COVID-19 の流行も採用の契機となっていた。一方，綿タオルは患者の心地よさやコスト面から支持されていた。

【結論】ディスポタオルの使用は拡大しているが，綿タオルも依然多く使われている。今後は感染予防と患者の快適性の両立のために，タオルの特性を踏まえた使い分け，特にセレウス菌の汚染リスクを防ぐ管理方法の工夫が求められる。

【キーワード】清拭，清拭タオル，感染対策，快適性，実態調査

Ⅰ．はじめに

入浴は，汗，油分，汚れ，微生物を皮膚から取り除き，血行促進やリフレッシュ感やリラックス感を得るために行う（Perry et al., 2017, p.199）。しかし，寝たきりなどで入浴できない患者に対しては，入浴に代わるケアとして清拭が行われ，看護においては「安楽をもたらすケア」の最も象徴的な技術であるとも言われている（川嶋，2020）。清拭で入浴と同等の効果を得るための方法として，看護基礎教育で用いる看護技術のテキストには，使用物品に綿素材のタオル（ウォッシュクロス）と温湯（55～60℃）を用いる方法が記載されている（松尾ら，2022，p.276-279）。しかし，この方法で全身清拭を行うと，患者 1 人あたり 30～45 分の時間を要することもあり（米倉ら，2020），病院では，蒸しタオルを常備し，タオルを湯で濯ぐ代わりに，枚数を増やして用いることが一般的となった。

2000 年以降，セレウス菌のアウトブレイクが複数報告され，感染源は清拭用の綿タオルであるとされた（井澤・伊藤, 2005; Dohmae et al., 2008; Sasahara et al., 2011）。セレウス菌は土壌などの自然環境中に広く分布しているグラム陽性桿菌で，栄養枯渇など菌の生存環境が悪化した場合，芽胞を形成するという特徴がある。芽胞は乾燥や 100℃の熱，紫外線やエタノールなどの消毒にも抵抗性を示す（錫谷・松本, 2021, p23）。清拭によって皮膚から拭き取られたセレウス菌がタオル内で時間経過とともに増殖すると芽胞形成の可能性が高まる（渡部ら，2023）。その結果，洗濯では除去しきれずに病院に納入されることがあり（細川ら，2018；糸賀，2016），汚染されたタオルで清拭を行った結果，患者の皮膚に高頻度にセレウス菌が付着する（Hino et al., 2023）。感染は，末梢カテーテルを留置し，アミノ酸製剤の持続点滴を行うなど，特定の条件にある患者で起こると考えられている（麻生ら，2012；境ら，2013）。このようなセレウス菌の血流感染を予防するため，病院では再生使用の綿タオルをディスポーザブルの不織布タオル（以下，ディスポタオル）に変更するという対策が取られるようになった。

しかし，綿タオルをディスポタオルに変更することについては，保温力や拭き心地などが綿タオルよりも劣ることに

受付日：2024 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）弘前大学大学院医学研究科感染生体防御学講座
＊ E-mail：watabe@hirosaki-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

よって，患者の安楽性が低下することを危惧した指摘もある（茂野，2019；澁谷，2020）。実際，綿タオルと不織布タオルの比較において，不織布タオルは，清拭後の皮膚の水分量を高める反面，皮膚温が有意に低下すること（石井ら，2019），綿タオルの方が皮膚に受ける触・圧刺激がほどよいことで，副交感神経の働きが上昇することなどが明らかになっている（松村・深井，2014）。

看護実践現場では「患者の状態に合わせて物品や方法を工夫すること」（澁谷，2019）が求められる。清拭タオルを選択する際，看護師が患者の状態に合わせてタオルの種類などを選択できるようになるためには，現状，ディスポタオルの安楽性の向上と，綿タオルの安全性の向上が必要ではないかと考えている。今回，看護実践現場におけるタオルの使用状況について実態調査を行った。病院を対象にした清拭タオルの実態調査は，2016 年以降行われていないことから（鎌田・菅原，2016），2020 年の COVID-19 の流行以降の感染予防策の影響を考慮した調査が必要だと考え，今回，看護実践現場における清拭タオルの使用状況と管理について実態調査を行うことにした。感染予防の観点から，ディスポタオルの導入が進められる中，綿タオルの使用状況やその管理方法を把握することにより，安全で安楽な清拭ケアの実現に向けた基礎資料になると考える。

Ⅱ．目　　的

研究の目的は，全国の医療施設における清拭タオルの使用実態とその管理方法について明らかにすることである。

Ⅲ．方　　法

１．研究対象

全国 800 施設の病院の看護管理者（看護部長）または感染制御担当看護師各施設 1 名を対象とした。対象施設数については，政府統計の総合窓口 e-Stat による 2020 年度の調査（公開 2022 年 4 月）を基にした。全国 8,236 施設の約 10 分の 1 を対象としてアンケートを行うため，都道府県ごとの病院数も 10 分の 1 にし，対象施設を無作為に抽出した。

２．調査方法

無記名の Web アンケートを実施した。Web アンケートは株式会社マクロミルが提供しているアンケートフォーム作成ツール Questant（クエスタント）を使用した。各病院の看護管理者宛に書類の郵送にて研究協力依頼を行った。その際，依頼文書内に QR コード及び URL を記載し，スマートフォンなどの端末から各自回答を行う方法とした。アンケートへの同意については，回答欄の最後に「同意する」ことを示すチェック項目を設けると同時に，回答を送信後の取り消しはできないことも明記した。回答の所要時間は 15 分程度とした。

３．調査期間

2022 年 2 月～3 月の 2 ヶ月間とした。

４．調査内容

本研究では，研究者が作成したオリジナルのアンケートを行った。調査内容は，病院で使用しているタオルの種類（綿タオル，ディスポタオル），採用理由，綿タオルについては洗濯頻度と汚染時の処理方法，ディスポタオルについては採用時期とその理由，使用枚数とした。また，タオルの加温・保温方法や清拭の際の洗浄剤の使用に関する内容についても調査した。さらには，看護管理者・感染制御担当看護師がタオルの採用や清拭に対して考えていることについて自由記述の質問項目を設けた。対象施設情報としては，施設所在地，設置主体，施設種別，病床数について把握した。

５．データの分析

回答データはクエスタントの集計システムを通じて Excel 形式で出力し，これをもとに分析を行った。まず，質問項目ごとに単純集計を行い，全体的な傾向を把握した。次に，タオルの採用状況および管理方法と施設の特性（例：病床数）との関連を検討するため，すべての項目についてクロス集計を行った。これらのクロス集計に対して χ^2 検定を実施し，有意水準 5 %未満を統計的に有意と判断した。

看護管理者・感染制御担当看護師から得られた自由記述については「清拭に関する意識」に該当する部分を抽出し，タオルの採用別にコード化したものを，意味の類似性に基づいて整理し，サブカテゴリーとし，さらにそれらをカテゴリー化して分類した。結果の信頼性・妥当性を高めるために，質的研究に精通している看護研究者から助言を受けてまとめた。データ分析には Microsoft Excel for Mac，SPSS statistics Ver.26 for Windows を使用した。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は弘前医療福祉大学研究倫理委員会の承認（承認番号 2022-5）を得て行った。本研究は Web アンケートであり，研究協力依頼や研究に関する説明は郵送した文書にて行なった。研究の説明文書には，研究目的・方法，参加の自由，無記名の調査であるため，施設名やデータ送信者のメールアドレス等を把握することはないこと，得られたデータの取り扱い，プライバシー保護について記載した。また，研究の同意については，質問項目内で確認を行うこと，また，データ送信後は取り消しできないことなども記載した。データについてはパスワード設定を行なって保護し，USB に保存したデータは鍵のかかる場所に保管した。

Ⅴ．結　　果

１．対象施設の属性

全国 800 施設に研究協力依頼した結果，168 の施設の回答が得られた（回収率 21.0%）。有効回答率は 100%であった。対象施設の属性を表 1 に示す。

１）施設所在地

対象施設の所在地について，秋田県，京都府，和歌山県，鹿児島県，沖縄県を除く 41 都道府県から回答があった。地方別にみると，北海道・東北地方が 30 施設（17.9%），関東地方は 42 施設（25.0%），中部地方は 30 施設（17.9%），近畿地方 25 施設（14.9%），中国地方 13 施設（7.7%），四国地方 7 施設（4.2%），九州地方 21 施設（12.5%）だった。

２）設置主体と施設種別

設置主体では，都道府県・市町村などが設置主体である公立病院が 32 施設（19.0%），国等（独立行政法人含む）・社会福祉法人などの公的病院が 48 施設（28.6%），医療法人・公益法人等の私立病院が 88 施設（52.4%）だった。また，施設種別では，最も多かったのが一般病院で 68 施設（41.0%），次いで地域医療支援病院 56 施設（33.7%），療養病床を有する病院 33 施設（19.9%），特定機能病院 6 施設（3.6%），精神科病院 3 施設（1.3%）だった。

３）病床数

病床数では，病床数が少ない方から，100 床未満が 21 施設（12.5%），100～199 床 58 施設（34.5%），200～399 床が 53 施設（31.5%），400 床～499 床 20 施設（11.9%），500 床以上 16 施設（9.5%）だった。

２．清拭タオルの種類

施設で使用している清拭タオルについて，「綿タオルのみ」「綿タオルとディスポタオルの両方」「ディスポタオルのみ」の３つで回答を求めた（表１）。その結果，再生使用の綿タオルのみを使用している施設は 53 施設（31.5%），両方使用している施設は 51 施設（30.4%），ディスポタオルのみ使用している施設は 64 施設（38.1%）だった。地域別にみると，北海道・東北地方の施設ではディスポタオルを使用している施設の割合が比較的高く，施設種別では療養病床を有する病院において，綿タオルのみを使用している施設が比較的多かった。一方で，全体としては，施設特性ごとの分布に大きな偏りは認められなかった。

３．タオルの採用理由について

対象施設がどのような理由で綿タオル・ディスポタオルを採用しているかについて回答を求めた。

１）綿タオルを採用する理由（図 1-A）

綿タオルを採用している 104 の施設（綿タオルのみ 53 施設と両方使用している 51 施設）の中で，最も多い理由は「患者の心地よさ」であり，69 施設（66.8%）の施設が回答していた。次いで「ディスポタオルよりも低コストである」が 50 施設（48.1%），「看護師の使いやすさ」31 施設（29.8%），「リネン類のリース契約上」が 30 施設（28.8%），「廃棄コスト削減」が 25 施設（24.0%）だった。

２）ディスポタオルを採用する理由（図 1-B）

ディスポタオルを使用している 115 の施設（ディスポタオルのみ 64 施設と両方使用している 51 施設）に，ディスポタオルを使用している理由について複数回答可で尋ねた。その結果，最も多いのは「感染予防」96 施設（83.5%）であり，

表１　対象施設の属性と採用しているタオルの種類

		n	%	綿タオル	両方	ディスポ
地方	北海道・東北地方	30	17.9	6	3	21
	関東地方	42	25.0	14	12	16
	中部地方	30	17.9	12	12	6
	関西地方	25	14.9	6	9	10
	中国地方	13	7.7	5	6	2
	四国地方	7	4.2	5	1	1
	九州地方	21	12.5	5	8	8
設置主体	公立病院	32	19.0	6	9	17
	公的病院	48	28.6	14	14	20
	私立病院	88	52.4	33	28	27
施設種別	一般病院	68	41.0	18	23	27
	地域医療支援病院	56	33.7	16	16	24
	療養病床を有する病院	33	19.9	17	9	7
	特定機能病院	6	3.6	0	2	4
	精神科病院	3	1.8	0	1	2
	無回答	2	1.2	2	0	0
病床数	100床未満	21	12.5	7	6	8
	100～199床	58	34.5	23	15	20
	200～399床	53	31.5	12	22	19
	400～499床	20	11.9	8	4	8
	500床以上	16	9.5	3	4	9
	計	**168**	**100.0**	**53**	**51**	**64**
				31.5%	**30.4%**	**38.1%**

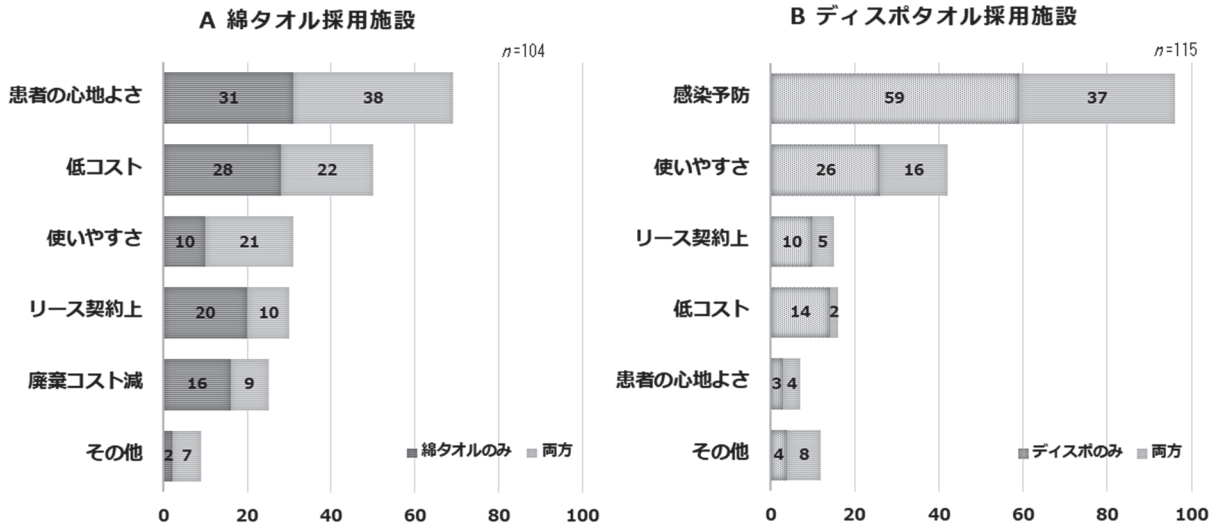


図１　タオルを採用している理由（複数回答可）

次いで「看護師の使いやすさ」42 施設（36.5%），「リース契約上」15 施設（13.0%），「低コスト」16 施設（13.9%），「患者の心地よさ」7 施設（6.1%）だった。

4．綿タオル採用施設のタオル管理方法

綿タオルを採用している 104 施設にタオルの洗濯方法について尋ねた（図 2-A）。その結果，業者委託が 78 施設（75.0%）であり，自施設での洗濯が 22 施設（21.2%）だった。業者委託の場合の回収頻度は，最も多いのは毎日回収で 23 施設（29.5%），次いで週３～４日が 20 施設（25.6%），週５日と週１～２日がいずれも 15 施設（19.2%）だった（図 2-B）。

回収頻度については病床数との間に有意な関連が認められた（χ^2検定，$p<0.001$）（表２）。今回，病床数を診療報酬上の病院区分を参考に「～199 床」「200～399 床」「400 床以上」の３群に分類し，回収頻度については，清拭後のタオルが洗濯されるまでの期間が長いほどセレウス菌の芽胞形成のリスクが高まるという（渡部ら，2023）感染管理上の観点から，「週５回以上（平日毎日）」「週３～４回（隔日）」「週１～２回」の３群に分類して分析した。さらに，どのカテゴリーがこの関連に寄与しているかを検討するため，調整済み残差を算出した。その結果，「～199 床」の施設では「週５回以上」の回収が期待度数より少なく（調整済み残差－5.2），「週３～４回」（3.6）および「週１～２回」（2.5）が期待度数より多かった。一方，「200～399 床」および「400 床以上」の施設では，「週５回以上」の回収が期待度数より多かった（それぞれ 3.1，3.0）。なお，自分の施設で洗濯している場合，洗濯頻度はいずれの施設も週５回以上だった。

また，排泄物や血液などで綿タオルが汚染した際の処理について尋ねた結果，77 施設（74.0%）が洗浄や消毒等は行わずに，ビニール袋などに入れて他のタオルと区別しており，次亜塩素酸ナトリウムなどを使用した消毒処理を行っている施設は 20 施設（19.2%）だった（図 2-C）。

5．ディスポタオル採用時期と採用のきっかけ

ディスポタオルを使用している 115 施設に，ディスポタオルの導入時期とそのきっかけについて尋ねた。導入時期は，2015～2019 年が 69 施設（60.0%）と最も多く，ついで 2020 年以降が 27 施設（23.5%），2014 年以前 13 施設（11.3%）だった（図 3-A）。導入のきっかけについて自由記述で尋ねたものを，類似内容ごとに分類した結果，2020 年以降では COVID-19 の流行がきっかけとなった施設の割合が多く，2015～2019 年では感染予防策の強化と業務改善・効率化，2014 年以前では感染予防策の強化が主なきっかけだった（図 3-B）。

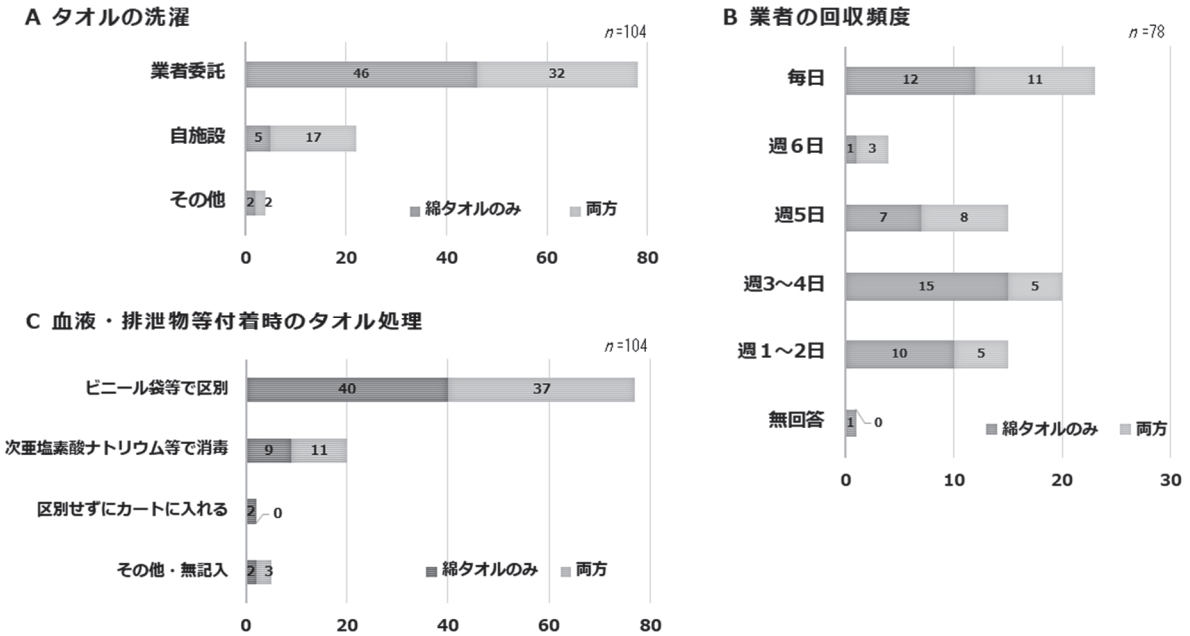


図２　綿タオル採用施設のタオル管理方法

表２　綿タオルの業者回収頻度と病床数との関連

		タオルの回収頻度 週5回以上（平日毎日）	週３～4回（隔日）	週１～2回	p 値
病床数	～199床	10	17	12	<0.001
	200床～399床	20	2	3	
	400床～	12	1	0	
	合計	42	20	15	

６．清拭タオルの加温方法と洗浄剤の使用

対象施設にタオルの加温方法について複数回答可で尋ねた。その結果，タオルウォーマーを使用している施設が100施設（59.5%）と最も多く，清拭車50施設（29.8%），電子レンジ49施設（29.2%），洗面器などに温湯を準備して清拭するが26施設（15.5%）だった（図4-A）。使用するタオルとの関連を見ると，ディスポタオルのみを使用している施設ではタオルウォーマーを使用する割合が55施設（70.5%）と高く，綿タオルのみを使用している施設では清拭車23施設（33.3%）や温湯18施設（26.0%）と，タオルウォーマーや電子レンジよりも多かった。

清拭の際の洗浄剤の使用では，洗浄剤を使用していない施設が綿タオル38施設（70.3%），両方34施設（66.6%），ディスポ45施設（70.3%）であり，全体としても117施設（69.6%）だった（図4-B）。洗浄剤を使用している施設に対し，洗浄剤の種類について回答を求めた。多い順に，湯に混ぜるタイプの清拭剤が21施設，泡タイプの清拭剤が19施設，ボディソープが17施設だった。ディスポタオルを使用している施設では，洗浄剤があらかじめ含まれているタオルを使用している施設が5施設あった。また，固形石鹸を泡立てて清拭した後，拭き取りを行っていると回答した施設は1施設のみだった（図4-C）。

７．清拭タオルの採用別にみた清拭への意識

看護管理者・感染制御担当看護師の「清拭への意識」について，清拭タオルの採用形態別に分析を行った。綿タオルのみ24名，両方使用22名，ディスポのみ33名の記述から，それぞれ30，24，41の〈コード〉を抽出し，意味の類似性に基づいて〔サブカテゴリー〕に整理し，さらに《カテゴリー》へと統合した。以下にタオルの採用別の特徴を示す。

１）綿タオルのみ使用施設（表3-A）

《患者ケアの質と安全性》では，〈綿タオルはすぐ冷めて冷たくなる〉や〈ディスポは満足度が低く「物で拭かれている」と苦情がある〉から〔快適性は高いが冷えやすさが問題〕が導かれた。さらに，〈目に見えない菌の付着が不安〉や〈リー

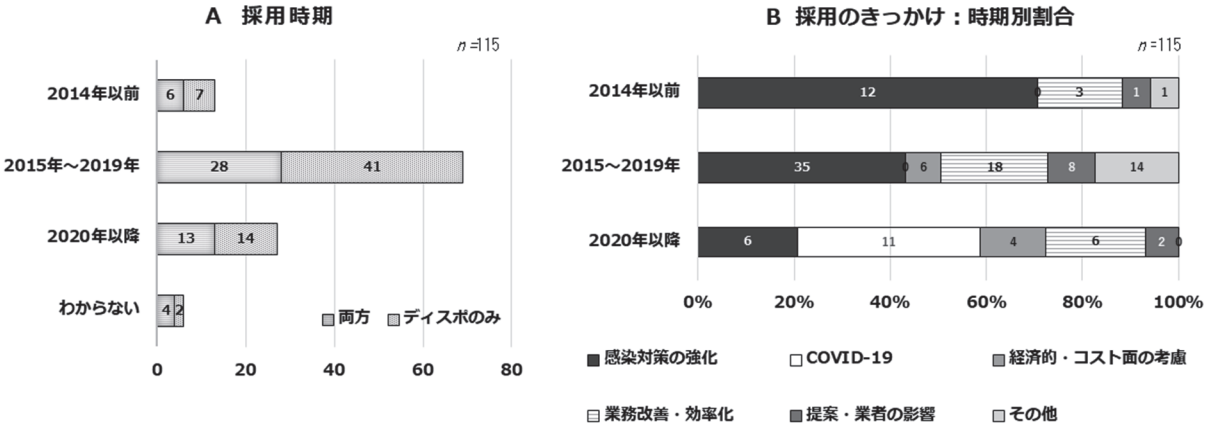


図３　ディスポタオル採用時期と採用のきっかけ

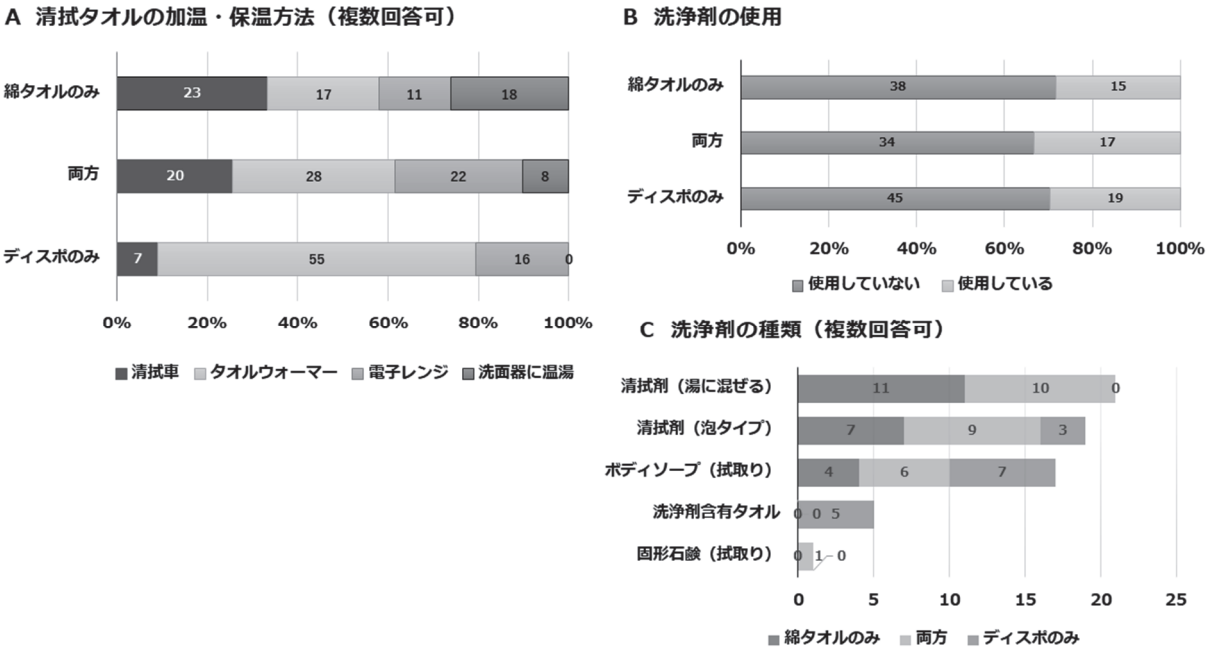


図４　清拭タオルの加温方法と清拭剤の使用

表３　清拭タオルの採用別にみた清拭への意識

A. 綿タオルのみ　24 名

カテゴリー（2）	サブカテゴリー（6）	コード（30）
患者ケアの質と安全性	快適性は高いが 冷えやすさが問題	綿タオルはすぐ冷めて冷たくなる（4）
		快適さは綿、感染対策はディスポだと思う
		ディスポで清拭の目的が果たせるか不安がある
		ディスポは満足度が低く「物で拭かれている」と苦情がある（3）
		市販の陰部用ディスポは薄くて小さい
	感染リスクへの強い不安	感染対策にはディスポが必要だと思う
		リースのタオルに汚れやカビが混じることがある
		目に見えない菌の付着が不安である
		感染対策室はディスポに変更したい
		清拭車は感染上よくないと思いつつ使っている
		清拭車での保温は感染上やめるよう指導を受けた
	清拭が業務化し理念との乖離	タオル不足で清拭が作業的になってしまう
		看護は内面に関わるが効率が優先されている
		清拭が業務に組み込まれ形骸化している
		急いで清潔ケアをしてしまう
	ディスポ導入の必要性を感じつつ 移行に悩む	陰部清拭には専用ディスポがあるとよい
		ディスポへの移行時期に悩んでいる
業務と資源の制約	タオル管理や清拭準備の 負担が大きい	綿タオルの管理は手間がかかる
		バケツ清拭が理想だと思う
		高齢者が多く、人員不足で保清を減らしている
	コスト制約でディスポ導入が困難	経営が厳しく変更できずジレンマがある
		ディスポは導入したいがコストが高い（4）

B. 両方　22 名

カテゴリー（2）	サブカテゴリー（5）	コード（24）
患者ケアの質と安全性	布とディスポの メリット・デメリットを 比較しながら模索	タオル清拭はすぐ冷えて爽快感がない
		高齢者はディスポを受け入れにくい
		拭けた実感のあるディスポが必要だ
		ディスポの質が良くなれば全面移行できる
		ディスポは温めてもすぐ冷めて不満が出る
		感染面はディスポ、快適性は布で悩ましい
		タオルの温度維持方法を検討している
		清拭で患者が満足しているのか疑問だ
		（ディスポ）柔らかく破れにくい素材を望む
		保温性は布、感染予防はディスポで使い分けたい
	感染管理をめぐる 院内の意見分かれ	感染対策でディスポ派と布派が分かれている
		ディスポの保管方法にばらつきがある
		ディスポは皮膚を傷つけない素材を選んでいる
	清拭が業務化し 患者中心性が弱まる	清潔ケアが業務化して患者要望に応じられない
		業務優先で患者中心ケアが薄れている
		清拭も大事だが手足浴も重要だ
		清拭を業務でなく気持ち良いケアにしたい
業務環境と導入課題	人員不足で入浴や清拭に 十分な時間を割けない	入浴が理想だが人手不足で難しい
		タオル管理が徹底されていない
		蒸しタオル作成の負担軽減でディスポを導入した
		清拭の必要性は理解しているが時間が足りない
		高齢患者が増え日用品準備に困る
		毎日の清拭や入浴介助は労力が大きい
	導入過程での違和感や試行錯誤	手袋でディスポを使うのは違和感がある

C. ディスポのみ　33 名

カテゴリー（2）	サブカテゴリー（6）	コード（41）
患者ケアの質と安全性	ディスポは冷めやすく 拭き心地が悪い	ディスポは冷めやすく爽快感が得られにくい（6）
		ディスポは一度温めると再利用できない
		ディスポは布より使用感・拭き心地が劣る（3）
		ディスポは薄くて拭きごたえがない
		ディスポは厚みがあれば使用枚数を減らせる
		ディスポはもっとフカフカにしたいがコスト面で難しい
		ディスポ切替えは良いが、使いやすい製品が望ましい
		患者に心地よさを提供したい
		ディスポでは安楽面を満たしにくい
	感染対策には良いが 快適性に欠ける	ディスポは感染対策上推奨される（2）
		ディスポでも安楽を感じられる工夫が必要だ
		コロナ禍で感染防止に留意している
		感染と患者満足を両立できる製品導入が必要である
	清拭を患者の快適さと 看護の理念で捉える	患者と看護師双方の視点で清拭を考えている
		清拭は患者に快適を与え、スタッフは負担なく実施できるのが望ましい
	高齢者や小児では 皮膚ケアを重視する	高齢患者の皮膚清潔は特に重要である
		高齢者の皮膚乾燥防止が課題である（2）
		子ども病院ではスキンケアが特に重要である
業務効率と導入の受容	ディスポは管理しやすいが ケアは時間がかかる	ディスポは管理が楽で感染対策も容易である（2）
		ディスポは顔から陰部まで使え、利便性が高い（2）
		介助量が多く清拭に時間がかかる
		全身観察が十分にできないことがある
		多忙でケアが看護者本位になってしまう
		人員不足で十分なケアができていない
		陰部洗浄をもっと簡便にしたい（2）
		陰部洗浄用クリーム導入で管理が楽になり清潔も保たれている
	ディスポ導入はスムーズで 患者に受け入れられた	ディスポ導入時、患者から苦情はなかった
		コロナ期導入で受け入れられた
		ディスポは患者に好意的に受け入れられた

スのタオルに汚れやカビが混じる〉から〔感染リスクへの強い不安〕が示され,〈清拭が業務に組み込まれ形骸化している〉や〈急いで清潔ケアをしてしまう〉から〔清拭が業務化し理念との乖離〕が形成された。《業務と資源の制約》では,〈綿タオルの管理は手間がかかる〉や〈バケツ清拭が理想だと思う〉から〔タオル管理や清拭準備の負担が大きい〕が導かれ,〈ディスポは導入したいがコストが高い〉から〔コスト制約でディスポ導入が困難〕が形成された。

２）綿タオル・ディスポ併用施設（表 3-B）

《患者ケアの質と安全性》では,〈高齢者はディスポを受け入れにくい〉や〈感染面はディスポ，快適性は布で悩ましい〉から〔布とディスポのメリット・デメリットを比較しながら模索〕が導かれた。また,〈感染対策でディスポ派と布派が分かれている〉から〔感染管理をめぐる院内の意見分かれ〕が形成され,〈清潔ケアが業務化して患者要望に応じられない〉や〈清拭を業務でなく気持ち良いケアにしたい〉から〔清拭が業務化し患者中心性が弱まる〕が導かれた。《業務環境と導入課題》では,〈入浴が理想だが人手不足で難しい〉や〈清拭の必要性は理解しているが時間が足りない〉から〔人員不足で入浴や清拭に十分な時間を割けない〕が導かれ,〈手袋でディスポを使うのは違和感がある〉から〔導入過程での違和感や試行錯誤〕が形成された。

３）ディスポのみ使用施設（表 3-C）

《患者ケアの質と安全性》では,〈ディスポは冷めやすく爽快感が得られにくい〉や〈ディスポは薄くて拭きごたえがない〉から〔ディスポは冷めやすく拭き心地が悪い〕が導かれた。一方で,〈ディスポは感染対策上推奨される〉から〔感染対策には良いが快適性に欠ける〕が形成された。さらに,〈患者と看護師双方の視点で清拭を考えている〉から〔清拭を患者の快適さと看護の理念で捉える〕が導かれ,〈高齢者の皮膚乾燥防止が課題である〉や〈子ども病院ではスキンケアが特に重要である〉から〔高齢者や小児では皮膚ケアを重視する〕が形成された。《業務効率と導入の受容》では,〈ディスポは管理が楽で感染対策も容易である〉や〈介助量が多く清拭に時間がかかる〉から〔ディスポは管理しやすいがケアは時間がかかる〕が導かれ,〈ディスポ導入時,患者から苦情はなかった〉や〈コロナ期導入で受け入れられた〉から〔ディスポ導入はスムーズで患者に受け入れられた〕が形成された。

４）採用別比較のまとめ

綿タオル使用施設では快適性を重視する一方で感染リスクへの不安が強く示され，併用施設では両者のメリット・デメリットを比較しながら模索する意識がみられた。ディスポのみ使用施設では感染対策が評価される一方で，快適性や皮膚ケアに関する課題が多く挙げられた。

Ⅵ. 考　　察

本研究は，全国の医療施設における清拭タオルの使用実態及び管理方法を明らかにし，安全かつ安楽な清拭ケアの実現に向けた基礎資料を得ることを目的とした。その結果，綿タオルのみの使用が 31.5％，ディスポタオルのみの使用が 38.1％，両方の併用が 30.4％であり，併用を含めるとディスポタオルを使用する施設が過半数を占めていた。これは，2016 年に鎌田・菅原（2016）が行った調査（綿タオルのみ 45％，両方 33％，ディスポタオルのみ 17％）と比較しても，ディスポタオルの導入が進んでいることを示している。特に，2020 年以降に導入した施設の約 4 割が，COVID-19 の流行を契機としており，これがディスポタオルの導入の加速要因となったと考えられる。実際に，ディスポタオルを採用する理由として「感染予防」は，83.4％と最も多く，自由記述の分析からも,〈ディスポは感染対策上推奨される〉というコードから〔感染対策には良いが快適性に欠ける〕が導き出されるなど，看護師の実感としても感染予防がディスポ導入の大きな要因であることが確認された。患者・医療者間の細菌やウイルスへの接触機会を最小限に抑える観点から，ディスポタオルの需要は今後も継続すると考えられる。

また,海外においてもディスポタオルの導入は進んでおり，ICU や重症患者を対象にした研究では，ディスポタオルによる清拭は従来の方法と比較して血行動態やバイタルサインへの影響に差はなく，実施時間の短縮やコスト削減の観点から有用であると報告されている（Ayhan & Yılmaz, 2024; Tai et al., 2021）。これらの知見は，感染リスクが高く業務負担も大きい急性期の現場において，ディスポタオルが有効な選択肢となり得ることを示唆している。なお，コストに関しては，タオルを採用している理由に示すように，綿タオルとディスポタオルのいずれかが経済的かは施設によって異なる実態があった。そのため，ディスポタオルの方が一律に低コストであるとは言い難い。

一方で，自由記述では，特に，ディスポタオルのみを使用している施設において,〔ディスポは冷めやすく拭き心地が悪い〕が導き出された。ディスポタオルの改良を期待する記述も見られ,快適性の確保が今後の課題として浮かび上がった。特にタオルの温かさに関する主観的評価にはばらつきがあり,ディスポタオルについては「非常に温かい」とする一方で,「どちらともいえない」と評価する声もある（松村，2021；松村，2023；宮脇ら，2021）。こうしたことから，ディスポタオルの利便性や感染対策上の有効性を保持しつつ，安楽性，特に温感保持を強化する工夫の必要性が明らかとなった。

綿タオルの使用は，併用も含め 61.9％と依然として多く，採用理由として「患者の心地よさ」が最も多く挙げられていた。自由記述からも，看護師が清拭を通じて患者の快適性や満足度を重視している実態が読み取れ，清拭を「安楽をもたらす看護実践」として重要視する看護師の姿勢が反映されている。この結果は，清拭の意義を探った先行研究（澁谷，2019）とも一致しており，清拭は単なる身体清潔の手段ではなく，患者との関係性を築く重要な看護技術であると再認識される。

近年では，温感や快適性の向上を目的とした手法も検討されている。例えば，大判の蒸しタオルを皮膚に一定時間貼付することで，皮膚温が上昇し，快適性が向上する（Shishido et al., 2020），また，熱布バックケアにより副交感神経活動が高まるといった報告もある（山田ら，2024）。このような知見は，安楽性を重視する清拭において，綿タオルの有用性を支持するものである。

一方，綿タオルはセレウス菌による血流感染のリスクが指摘されており，使用にあたっては衛生管理の強化が不可欠である。特に，洗濯までの保管時間が長くなることでタオル内の細菌が増殖し，芽胞形成のリスクが高まることが示されており（渡部ら，2023），速やかな回収や衛生的な保管環境の整備が必要である。今回の調査では，病床数が少ない施設では清拭タオルの回収頻度が相対的に低い傾向が認められた。この結果は因果関係を示すものではなく，施設規模に伴う洗濯業務の運用体制や人員配置の違いを反映したものと考えられる。こうした運用の違いにより，回収頻度が低い場合には使用後タオルの保管期間が長くなる可能性がある。特に，週１～２回の回収の場合は細菌の増殖を抑制する対策が求められる。また，タオルの洗濯業者による処理方法にもばらつきがあり，洗濯方式によってはセレウス菌の残存率に差が生じることが報告されている（細川ら，2018）。本研究でも，消毒処理を行わずに汚染タオルを分別保管している施設が 74％にのぼっており，洗濯業者と連携した衛生管理の見直しが必要である。

なお，綿タオルを安全に使用するためには，セレウス菌の汚染を防ぐための具体的な対策も必要である。たとえば，タオルを水で湿らせる際にはディスポーザブル手袋を着用することや，保温方法の見直しが挙げられる。本調査では，50 施設（29.7％）が清拭車を使用しており，十分な加温時間を確保することで汚染菌の低減につながる可能性がある。清拭車は庫内温度を 100℃近くまで保てる一方，近年普及しているタオルウォーマーでは加温限界が 70～80℃であり，温度管理には留意が必要である（宮木ら，2008）。また，電子レンジによる加温は１枚あたり 700W で 12 分と現実的ではなく（石井ら，2018），運用面からも効果的な管理方法の検討が求められる。

本研究では，タオルのサイズや具体的な製品，患者一人あたりの使用枚数などには踏み込んでいない。今後，感染リスクの軽減と患者の快適性の両立に向けて，より実践的で安全・快適な清拭ケアの在り方を検討するためにも，こうした詳細な情報の収集と分析が求められる。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，全国の医療施設における清拭タオルの使用実態および管理方法について明らかにした。その結果，ディスポタオルの使用が過半数を占めており，感染予防の観点から導入が進んでいることが示された。一方で，綿タオルは患者の快適性やコスト面で依然として選ばれており，実際の運用では両者の併用も多く見られた。

また，綿タオルの使用に伴うセレウス菌汚染のリスクについては，タオルの加温方法や清拭後の保管・回収体制，洗濯方法など，管理面での課題が明らかとなった。今後は，感染対策と患者の快適性の両立に向けて，清拭タオルの選択だけでなく，その取り扱いや管理方法の見直しを含めた実践的な検討が求められる。

付記：本研究の一部は第 54 回日本看護学会学術集会において発表した。また，本研究は令和４年度科学研究費助成事業（基盤研究（C））（課題番号：22K10736）の助成を受けて実施した。

謝辞：本研究の実施にあたり，貴重なお時間を割いてアンケート調査にご協力いただいた全国の医療施設の看護管理者の皆様に，心より御礼申し上げます。

利益相反：本研究において開示すべき利益相反は存在しない。

Ⅷ. 引 用 文 献

麻生恭代，長富美恵子，中澤武司，佐々木信一，石和久（2012）．*Bacillus cereus* 血流感染における輸液製剤と環境因子の検討．*日本環境感染学会誌，27*（2），81-90.

Ayhan，D.，Yılmaz，D.（2024）．Effects of traditional and dry bed baths on patients admitted in intensive units: a randomized crossover clinical trial. *International Journal of Nursing Practice，30*（4），e13262.

Dohmae，S.，Okubo，T.，Higuchi，W.，Takano，T.，Isobe，H.，Baranovich，T.，Kobayashi，S.，Uchiyama，M.，Tanabe，Y.，Itoh，M.，Yamamoto，T.（2008）．*Bacillus cereus* nosocomial infection from reused towels in Japan. *Journal of Hospital Infection，69*（4），361-367.

Hino，C.，Ozaki，M.，Kitahara，T.，Kouda，K.，Shikichi，K.，Nakamura，I.，Kawai，S.，Oie，S.（2023）．Peripheral parenteral nutrition solutions and bed bath towels as risk factors for nosocomial peripheral venous catheter-related bloodstream infection by *Bacillus cereus*. *International Journal of Medical Sciences，20*（5），566-571.

細川泰香，三星知，細川浩輝，石井美帆，霍間尚樹，武藤浩司，高沢純子，大久保耕嗣，福原正博，継田雅美．（2018）．多施設間における清拭タオルの *Bacillus cereus* 菌数と洗濯方法の比較検討．*日本環境感染学会誌，33*（5），220-224.

石井和美，中田弘子，小林宏光，川島和代．（2019）．ディスポーザブルタオルを用いた部分清拭が高齢者の皮膚に与える影響．*日本看護技術学会誌，18*，17-25.

石井美帆，細川泰香，三星知，夏目貴光，継田雅美，福原正博．（2018）．電子レンジ加熱での清拭タオルの温度変化と加熱による *Bacillus cereus* 菌量の変化．*日本臨床微生物学雑誌，28*（4），28-30.

糸賀正道，井上文緒，齋藤紀先，萱場広之．（2016）．*Bacillus* spp．陽性血液培養検体とリネン管理．*日本環境感染学会誌，90*（4），480-485.

井沢義雄，伊藤誠．（2005）．*Bacillus cereus* による偽アウトブレイクと清拭タオルの管理について．*日本臨床微生物学雑誌，15*（2），82-89.

川嶋みどり．（2020）．看護における清拭技術の今日的問題．*看護実践の科学，45*（1），14-19.

鎌田明，菅原えりさ．(2016)．国内医療施設を対象とした患者清拭タオルの管理に関する実態調査．*医療関連感染，9*（2），52-60.

松村千鶴．(2021)．化繊タオルの生地表面の形状の違いが及ぼす全身清拭効果の比較．*香川県立保健医療大学雑誌, 12*, 7-19.

松村千鶴．(2023)．タオルの生地表面の形状の違いが及ぼす全身清拭効果—化繊タオルとガーゼタオルの比較—．*香川県立保健医療大学雑誌，14*，1-16.

松村千鶴，深井喜代子．(2014)．多次元評価指標による綿タオルと化繊タオルの部分清拭効果の比較．*日本看護技術学会誌，13*（3），188-199.

松尾ミヨ子，城生弘美，習田明裕，金壽子．(2022)．*ナーシンググラフィカ基礎看護学③基礎看護技術Ⅱ 看護実践のための援助技術*，メディカ出版.

宮木祐輝，栗原博子，佐藤健二．(2008)．清拭タオルの汚染防止に関する実験的検討．*日本環境感染学会誌，23*（5），355-360.

宮脇健介，松村千鶴，深井喜代子．(2021)．化繊タオルの含有化学成分の有無が全身清拭の保温・保湿性に及ぼす影響．*日本看護技術学会誌，20*，1-10.

Perry，A. G.，Potter，P. A.，Ostendorf，W. R.（2017）．*Clinical nursing skill & techniques*（9th ed.）．Elsevier Mosby.

境洋子，小西龍也，大林由紀，本田和子，赤江寿美子，石原和仁, 山崎浩, 米田桂子, 大谷裕, 石原研治, 山田稔.（2013）．各種輸液における *Bacillus cereus* の増殖性の違いについて．*医学検査，62*（1），111-116.

Sasahara，T.，Hayashi，S.，Morisawa，Y.，Sakihama，T.，Yoshimura，A.，Hirai，Y.（2011）．*Bacillus cereus* bacteremia outbreak due to contaminated hospital linens. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases，30*（2），219-226.

澁谷幸.（2019）. 看護師にとっての清拭の意味—清拭のエスのグラフィー—．*日本看護研究学会雑誌，42*（1），43-51.

澁谷幸.（2020）. 看護実践現場における清拭を再考する 患者にとって, 看護師にとっての清拭の意味. *看護実践の科学, 45*（1），20-29.

茂野香おる．(2019)．病院看護の変容．*看護実践の科学，44*（9），27-33.

Shishido, I.，Konya, I.，Yano, R.（2020）. Effect on autonomic nervous activity of applying hot towels for 10 s to the back during bed baths．*Journal of Physiological Anthropology, 39*（1），doi:10. 1186/s40101-020-00245-7.

錫谷達夫，松本哲哉編．(2021)．*標準微生物学*，第 14 版，医学書院.

Tai，C-H.，Hsieh T-C.，Lee，R-P.（2021）: The Effect of two bed bath practices in cost and vital signs of critically ill patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health，18*（2），doi:10.3390/ijerph18020816.

山田悦子，茂野香おる，坂下貴子，田中裕二．(2024)．熱布バックケアが自律神経活動に及ぼす影響．*淑徳大学看護栄養学部紀要，2*，59-67.

米倉摩弥, 菅谷しづ子, 高橋方子, 鈴木康宏, 冨樫千秋.（2020）. 病院における清拭の現状と教育方法の改善—第一報—．*千葉科学大学紀要，13*，89-95.

渡部菜穂子，戸沼由紀，尾崎麻理，石沢幸恵，鎌田洋輔，中根明夫.（2023）. 前腕の清拭による綿タオルへのセレウス菌付着，時間経過と菌の増殖．*日本看護科学会誌, 43*, 270-279.

◇研究報告◇

外来通院中の高齢慢性疾患患者がフレイルに移行したプロセスの特徴

豊　早苗[1)*]，大原千園[2)]，瀬戸奈津子[3)]

【目的】外来通院中のフレイル状態にある高齢慢性疾患患者が感じているフレイルの変化に関連した要素をもとに，フレイルに移行したプロセスを明らかにする。

【方法】事前実施のアンケート調査において参加者を募集し，参加同意が得られたフレイル判定の6名に20分程度の半構造化インタビューを実施した。参加者自身が感じている心身の変化の内容をデータとし，Yin（2017）の時系列分析を参考にフレイルの変化の軌跡を図で表現した。

【結果】「フレイルの変化」は予備能力が低下する下降の軌跡と，治療や対処・対策などにより上昇する軌跡が示された。フレイルの変化の要素は，慢性疾患の疾患的要因，加齢による身体機能低下や身体活動性低下，配偶者や近しい方の死，社会交流の低下，活力の低下，気分の落ち込みが明らかとなった。

【結論】フレイルの変化は，身体的・精神心理的・社会的側面の要素が相互に関連する複雑性や個別性があると考えられる。

【キーワード】フレイル，慢性疾患，プロセス，外来看護

Ⅰ．はじめに

世界的に高齢社会となり，健康寿命の延伸を課題としてフレイルが注目され慢性疾患の関連が示されている（荒井，2018）。明確で統一した定義や評価基準はなく，日本老年医学会（2014）から高齢社会における健康寿命を延ばす有用な概念としてステートメントが出された。そこでは，フレイルは可逆的変化を包含し多面的要素を含むことが示されている（日本老年医学会，2014）。

慢性疾患と相互に影響し合うフレイルは，進行することで高齢慢性疾患患者の療養生活の継続や病状管理を困難にきたす。フレイルで罹患が多い疾患に心血管疾患，肺疾患，糖尿病，関節炎などがあり，生活習慣病や心血管疾患はフレイルと双方向性に影響し合い，疾患の合併ではフレイルリスクが増すことが示された（Fried et al.，2001；荒井，2018；国立長寿医療研究センター，2020）。また，フレイルサイクルの関連因子に慢性疾患が含まれ，悪循環により進行する可能性が表現された（Fried et al.，2001；長寿科学振興財団，2021）。フレイルの発症および促進因子は，他にも人口統計学的な高齢や女性，不活動など生活習慣因子，独居や孤独感など社会的因子，高齢者の諸問題である身体機能低下や低栄養，認知機能低下，ポリファーマシーなど多岐にわたる（Fried et al.，2001；Xue et al.，2008；荒井，2018；Nishimura et al，.2019；牧迫，2020）。フレイルのアウトカムが，転倒・骨折や術後合併症，要介護状態など医療介護依存度が増加する状態へと転じるため問題とされており（日本老年医学会，2014；荒井，2018；厚生労働省保健局高齢者医療課，2019），高齢慢性疾患患者の包括的な病状管理を期待される外来医療において，重症化や再入院予防のためにはフレイル予防に関わる必要があると言える。

多くの外来患者から，フレイル予防の支援が必要な患者を見つけだすことは簡単ではない。フレイルの評価尺度には，Fried の CHS（Cardiovascular Health Study）基準や日本版 J-CHS，厚生労働省が作成した基本チェックリスト（Fried et al.，2001；荒井，2014；荒井，2018）などがあるが，煩雑な外来環境下で繰り返しの評価や効果的な支援に直ちにつなげ

受付日：2024年10月15日／受理日：2026年1月20日
1）京都第一赤十字病院　2）関西医科大学看護学部　3）関西医科大学看護学部・看護学研究科
＊ E-mail：sanae1207@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

られるようなアセスメントツールとは言えない。また，フレイルは比較的新しい概念であり，医療介護現場では周知されるまでには至っておらず，適切な対応を欠く現状も起こっている（日本老年医学会，2014；荒井，2014）。高齢外来患者に対するフレイル評価や支援の不足によって病状管理に影響するフレイルの発見や介入が遅れ，医療介護依存度が高い不可逆的な状態として病状管理の困難さを招きかねない。そこで日本老年看護学会（2024）は，急性期病院での高齢者のフレイル予防や回復への支援は看過されやすい課題とし，多職種と協働して入院前から退院後も継続して実施する看護への提言を示した。現在，外来でフレイルの取組みが開始されているのは高齢者専門病院など一部の病院にすぎず（荒井，2021；渡邊ら，2023），さらなる高齢化の進展にむけて外来患者へのフレイル支援を構築する必要があるといえる。

したがって，外来通院中の高齢慢性疾患患者のフレイルが進行するプロセスや特徴を明らかにすることにより，フレイル支援に関する外来看護の示唆を得たいと考えた。

Ⅱ．目　　的

外来通院中のフレイル状態にある高齢慢性疾患患者が感じているフレイルの変化に関連した要素をもとに，フレイルに移行したプロセスを明らかにする。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

インタビュー調査による質的記述的研究。

２．概念枠組み

１）用語の定義

フレイルとは，日本老年医学会（2014）が示した「加齢に伴う様々な予備能力低下により，ストレスに対する脆弱性が亢進した状態」を用い，可逆性が包含され多面的な要素を持つものとした。

変化とは，「時間的・空間的な推移によって物事の性質や状態などに違いが現れること」とした（倉持ら，2020）。

２）慢性疾患とフレイルの関連

フレイルの頻度が高い慢性疾患に心血管疾患や慢性呼吸器疾患，糖尿病などがあげられ，消耗性の病気である慢性心不全やがん，貧血，腎臓病なども関連する（Fried et al.，2001；荒井，2018；国立長寿医療研究センター，2020；牧迫，2020）。フレイルは慢性疾患の予後や治療に大きく影響し（塩谷，2019），疾患が重なるとフレイルのリスク因子であるポリファーマシーや，フレイルを合併する状態が増加し，疾患やフレイルの管理に注意が必要だとされる（Chang et al，2010；荒井，2018；厚生労働省保健局高齢者医療課，2019；国立長寿医療研究センター，2020）。一方，フレイルは身体的，精神・心理的，社会的側面の多面的な問題を抱えやすく，疾患的要因以外に要素が示されている（荒井，2018；厚生労働省保健局高齢者医療課，2019；国立長寿医療研究センター，2020；牧迫，2020）。社会的フレイルの定義は定まっていないが，Makizako ら（2015）の独居，外出頻度，友人の訪問，家族との接触など５つの質問で２つ以上該当する場合や基本チェックリストの No.16，17（厚生労働省），阿部ら（2021）の経済状況，居住形態，社会的サポートなどを要素と示すものもある。先行研究を参考に作成した，慢性疾患とフレイルに影響する要因を図１に示す。

３．参加者

事前実施のアンケート調査「中規模総合病院の外来に通院する高齢慢性疾患患者のフレイルの特徴」（豊ら，2025）において，本研究に協力する意思のある者は，アンケート用紙に氏名・連絡先を記入できるようにした。参加同意が得られた

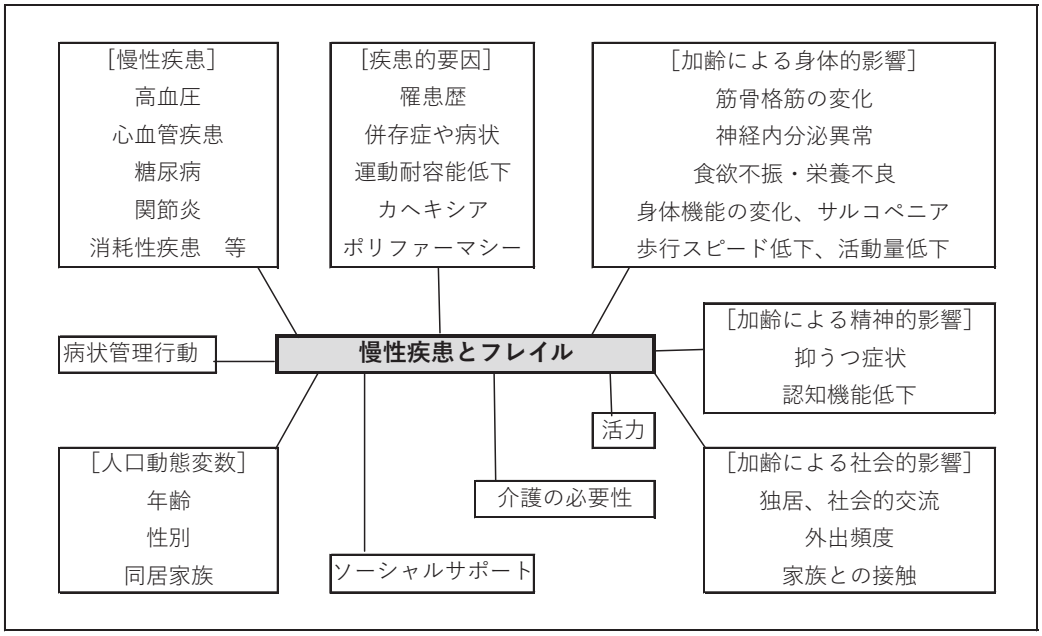


図１　慢性疾患とフレイルに影響する要因

78 名のうち，フレイル評価の基本チェックリスト（厚生労働省）で総合点が８点以上をフレイル判定者とし，その際，研究対象者識別コードを用いて個人を判別した。基本チェックリストは介護予防把握事業の一部として厚生労働省により作成された 25 項目の自記式アンケート用紙であり（荒井, 2014），フレイル評価として信頼性・妥当性が確認されている（Satake et al，2016；Sewo et al，2016；Satake et al，2017；Dent et al，2017）。

フレイル状態にある患者のうち，フレイルの介入効果を考え進行予防や可逆性変化が見込める段階での支援を想定し，要介護状態に移行していないことを選定要件に加えた。さらにコミュニケーションが良好にとれ，かつアンケート調査時点から全体評価として大きな相違がないと想定できるアンケート調査後２か月以内にインタビューが可能な者とした。

合目的的サンプリングとして，基本チェックリスト構成要素別得点の特定項目のみ高い結果とならず，基本属性の年齢や性別や診療科にばらつきをもたせ，診療録からインタビューに支障がない病状やコミュニケーションがとれるかの情報をふまえ選定した。アンケート調査後に新型コロナウイルス感染症が再拡大したため一部実施を見合わせたこともあり，可能な範囲で参加者の基本属性が多様となるよう選定した。

４．データ収集方法

１）事前実施のアンケート調査（豊ら，2025）より，基本チェックリストと基本属性として定期通院する診療科数・参加者が捉える主科・来院時の送迎等の支援・体調を気づかう支援者と体調変化を指摘された経験に関する情報を得た。また分析に必要な基本属性として，疾患名・疾患重症度・医療機器や処置の有無・通院期間・同居者・介護認定状況等の情報を診療録より確認した。

２）参加者に事前に電話連絡し，インタビュー調査の協力依頼と口頭での同意を確認後，インタビューの日時と場所を相談した。定期外来受診の待ち時間に，ドアのある個室を利用して実施した。

３）１回のインタビューは 20 分程度の対面の半構造化面接とした。「参加者が感じている身体や気持ちの変化」について質問をはじめ，事前のアンケート調査結果を参考にフレイル判定に影響した項目である身体活動や食事面，外出や他者との関係など社会面，心理面の変化について，時期や期間，その時の思いについて質問をした。参加者の自由な語りに重点をおき，質問は最小限に控えた。

４）IC レコーダーにインタビュー内容の録音をし，表情など気になったことはフィールドノートに記載した。

５．分析方法

１）インタビューデータは逐語録として作成した。診療録やアンケート調査で得られた情報は基本属性として表にまとめた。

２）Yin（2018）の“*Case Study Research and Applications: Design and Methods*”の時系列分析を参考に，事例研究として分析を行った。

(1) 逐語録を何度も熟読し，事例ごとに文脈を大事にしながら，「慢性疾患とフレイルに影響する要因」の構成要素に沿いデータを抽出した。

(2) インタビュー内容から判断できる時期や期間を時間軸に設定しデータを時系列に並び替えた。時間軸が不明なデータについては変化に関係する影響因子として整理した。フィールドノートに記載した観察から得た動作に関するデータも含めた。

(3) 各データをコード化し，事例ごとにコード化した内容を「　」で記述したプロセスの物語的記述と，フレイルの進行として変化の軌跡を図で表現した。図の横軸を時間，縦軸は厚生労働省保険局高齢者医療課（2019）の「高齢者の健康状態の特性等について」の図で使用される「予備能力」を用いた。参加者が最初に感じた変化を起点として，インタビューで語られた変化の感じ方の表現である「だんだん」や「徐々に」や「極端に」に忠実に，変化の期間を考慮し，時系列に並び替えた構成要素のコードの重なりや数の多さで予備能力の高低や角度を変化させ，予備能力を位置づけた。図の中に，下降に関係する内容については直線で，上昇に関係する対策などは矢印でコードを記した。

３）信用可能性を確保するため，質的研究に卓越した複数の研究者間で分析の各段階で検討を重ねた。

Ⅳ．倫理的配慮

事前のアンケート調査（豊ら，2025）において，追加調査依頼としてインタビュー調査に関する説明と診療録の確認の承諾について文書で行い，アンケート用紙に氏名と連絡先の記入を依頼することで協力の意思を確認した。電話連絡時に口頭で同意を確認し，インタビュー当日にも研究の説明を口頭と文書で行い，参加の強制力が働かないよう注意し書面で同意を得た。説明文書には，得られたデータは研究以外に使用しないこと，不参加の場合に不利益が生じないこと，研究の公表について記載した。参加者の個人を判別できる情報を削除し，研究対象者識別コードを使用して情報を加工した後にのみ研究者間で情報を共有した。インタビュー中は，参加者に疲労感を確認し精神面へも配慮し，表情や言動を観察し確認した。

本研究は，関西医科大学医学倫理審査委員会の承認（整理番号 2022027），研究協力施設の臨床研究審査委員会の承認（受付番号 2022-07），及び研究機関の長に実施許可を得て研究を行った。

Ⅴ．結　　果

１．参加者の概要

参加者は，男性５名，女性１名（平均年齢 82.2 歳）であった。インタビューは，アンケート調査から２か月以内の 2022 年８月～９月に，各参加者へ 20 分程度（最短 16 分 49 秒，最長 27 分 33 秒）実施した。

アンケート調査で追加協力の同意が得られ，基本チェックリストでフレイルに該当した者は 29 名（男性 20 名）であった。そのうち，病院内を一人で受診行動がとれる者は 21 名（男性 17 名）であり，診療録より基本属性の情報を収集した。要介護認定の者，めまいによる運動制限や精神的な疾患などで基本チェックリストの点数が高くなったと考えられた者，診療録より病状が不安定と判断できた者の７名を除外した。さらにフレイル判定の境界である８点の者３名を除外し，11 名（男性９名）を選定した。最終的に，受診日とタイミングが合う６名へ同意を得て実施した。参加者の基本属性は表１に示す。

２．「フレイルの変化」の軌跡

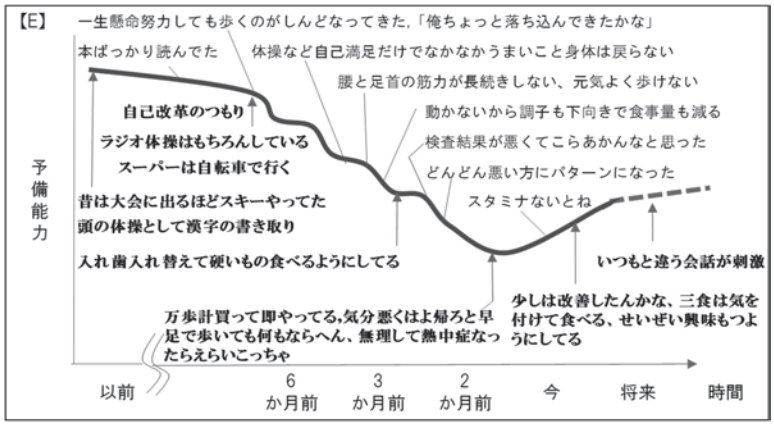
本稿では，下肢筋力低下をフレイルの変化の始まりとして，１年以内のフレイルの進行や可逆性変化に関する語りが多く，参加者の対処・対策による軌跡の上昇が特徴であると捉えたＥ氏の結果について，「フレイルの変化」の軌跡（図２）とプロセスの物語的記述を示した。

Ｅ氏は 70 代後半の男性で，高血圧症や不整脈治療のため循環器内科に通院していた。妻と２人暮らしで介護保険認定はない。事前アンケート調査の基本チェックリスト総合点は９点，栄養・口腔機能等の項目が３点，運動器関係が２点，

表１　参加者の基本属性

参加者	年齢	性別	KCL総合点	診断名	主な併存症	病期	参加者が捉える主科	同居者	体調気づかい/指摘	介護認定	その他
A	90代前半	男	14	高血圧症	糖尿病	心不全ステージA	耳鼻科	独居	なし	なし	インスリン療法
B	80代前半	男	14	COPD	糖尿病 高血圧症 変形性腰椎症	mMRC２	整形外科	独居	あり/息子	要支援１	手押し車
C	80代前半	男	9	高血圧症 不整脈 心血管ステント留置後	脳梗塞後 糖尿病	心不全ステージB	循環器内科	妻	あり/なし	なし	
D	80代後半	男	12	高血圧症 不整脈 心不全	癌 弁置換後 下肢静脈瘤 慢性腎臓病	心不全ステージC	循環器内科	独居	なし	要支援１（サービス利用なし）	ペースメーカー、杖
E	70代後半	男	9	高血圧症 不整脈 アブレーション後	前立腺肥大	心不全ステージB	歯科	妻	あり/妻	なし	
F	70代前半	女	13	高血圧症	癌 脳梗塞後	心不全ステージA	循環器内科	独居	あり/なし	なし	

＊参加者が捉える主科：アンケート調査で回答した、定期通院する複数科の中で、本人が最も生活に影響する苦痛と感じる診療科
＊体調気づかい/指摘：体調を気づかってくれる支援者がいるか、さらに支援者から体調の変化を指摘された経験があるか、ある場合の支援者との関係性



＊縦軸を「予備能力」、横軸を「時間」、図3～7も同様の記載法とした
＊直線・ゴシック体：下降に関する内容、矢印・明朝体：上昇に関する対策等とした
＊点線：今後にむけた内容とした
＊起点：参加者が最初に感じた変化（身体的な衰えや生活の変化として）

図２　Ｅ氏の「フレイルの変化」の軌跡

抑うつが２点，日常生活関連動作と閉じこもり・認知機能が各１点であった。Ｅ氏が捉える主科は歯科で，定期的に通院する診療科は２つと回答した。物語的記述を以下に示す。

「一生懸命努力しても歩くのがなかなかしんどなってきた」ことをきっかけに,「俺ちょっと落ち込んできたかな，やばいと思った」と危機感を感じていた。半年前を境に，対策としてストレッチや体操，散歩を「自己改革のつもりでやりだした」。しかし「自己満足だけでなかなかうまいこと身体は戻らない」ため，２か月前に「検査の数値がものすごく悪くて，こらあかんなと思った」「どんどん悪い方に，パターンになった」と感じていた。そのため，受診時に医師に相談し，すすめられた万歩計を購入し「即やっている」。万歩計をつけ数値をモニタリングし始めたことで,「気持ちの上でもちょっと楽になってきたかな」と精神心理面に変化が起こっていた。歩行に関しては「ちょこちょこ歩いてなかったし，暑いの嫌いで外出しなかったらダブルパンチ」と，生活習慣や環境要因が影響して，活動量が下がったと感じていた。アンケート調査で主科を歯科としており,半年前の義歯の不具合により「歯も悪いから硬いものはノーサンキュー」であったが，義歯を入れ替え,「一回食事抜くと，もういいかってだんだんそうなる」悪循環を予期し,「三食は気を付けて食べるようにはしている」。「自己改革」を現在進行形とも表現しており,「良かろうが悪かろうが自分の身体やもん」「俺だけが年寄りなるの嫌だ」と，自分自身の身体として意識を向けていた。身体面や精神・心理面で上向きになっただけでなく，活力の「スタミナないといかんね」と思い,「せいぜい興味持つようにしてる」や「日常と違う会話をやることが刺激やわ」と社会交流へも上向きの作用が及んでいた。最後に「ちょっとは良くなるんちゃう」と今後の改善を期待し，健康意識として「ボケないこと，健康に食事が美味しくなるっていうことが大事」という考えに至ったプロセスが語られた。

Ｅ氏以外の「フレイルの変化」の軌跡を図３～７で示した。Ａ氏は数年前から難聴で対話が減少したものの趣味のグラウンドゴルフを続けていた。下肢筋力低下の自覚から趣味を完全に止めたことで身体活動量が減少し，楽しみや社会交流の減少，心理的変化へと影響が広がっていた。一方で，活動量減少に対して体重管理として食事量を減らす対策が見られた。Ｂ氏は数年前の妻の他界を機に具合が悪くなり，関節障害から補助具の試行や移動手段を変更していた。バイクをやめるよう家族に促されたことが社会的役割を果たせず，社会交流の減少や気分の落ち込みへと悪循環となっていた。Ｃ氏は関心や気力が急になくなったことをきっかけに活動量が減少し，

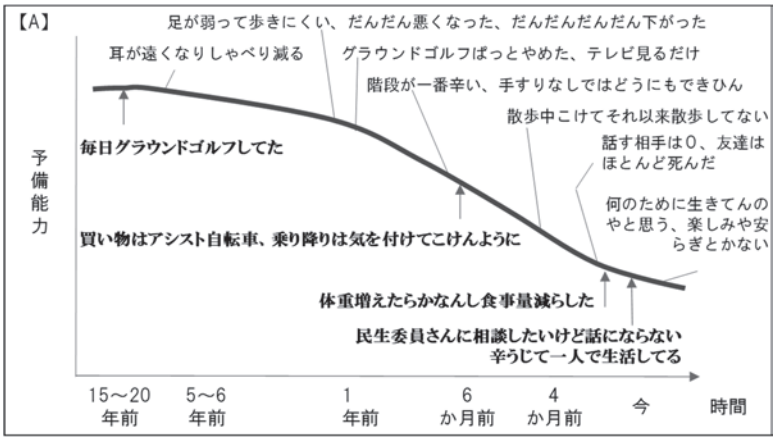


図３　Ａ氏の「フレイルの変化」の軌跡

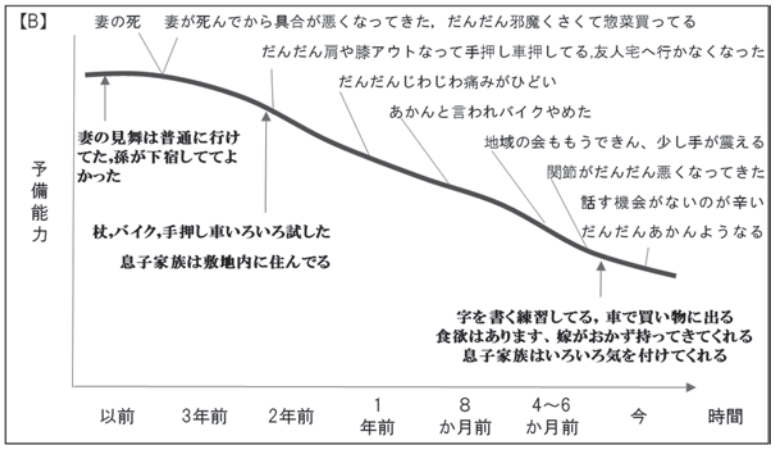


図４　Ｂ氏の「フレイルの変化」の軌跡

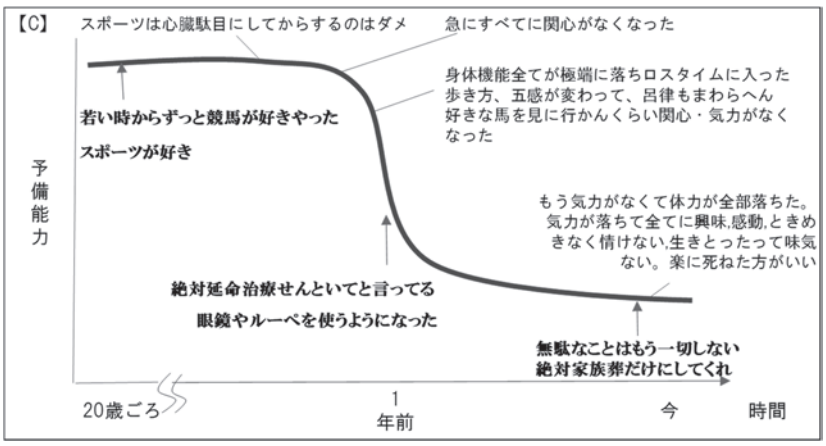


図５　Ｃ氏の「フレイルの変化」の軌跡

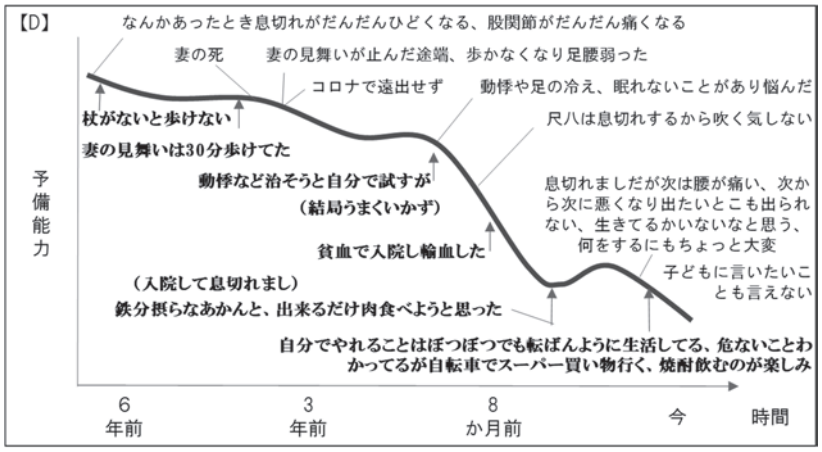


図６　Ｄ氏の「フレイルの変化」の軌跡

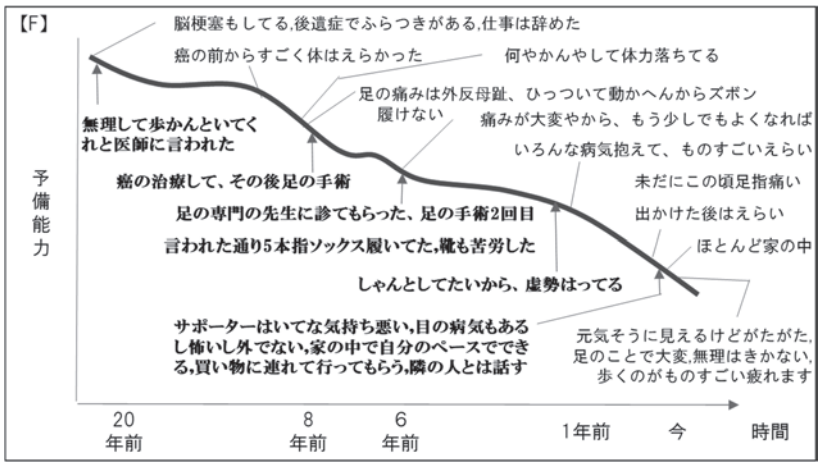


図７　Ｆ氏の「フレイルの変化」の軌跡

続いて身体機能が低下していた。気力も体力も落ちたことが死を意識させる心理的変化へつながっていた。Ｄ氏は疾患や身体的問題に自分なりに対策を試みるが，症状が徐々にひどくなり，入院で一時改善したと思ったら違う身体問題が生じていた。次から次に身体の悪さを自覚することで活動性が低下し，何をするのも大変だと心理社会面へと全体に広がる変化であった。Ｆ氏は３つの疾患が治療や生活面に影響し，加齢が加わることで身体機能や体力の低下を感じていた。苦痛緩和のため生活用具を工夫するがうまくいかなさを感じ，徐々に心理面や社会交流の減少へ悪循環として広がっていた。

Ⅵ. 考　　察

フレイルの変化に関連した要素を抽出するためインタビュー調査を行い，フレイル状態にある患者の視点から「フレイルの変化」の軌跡を描写し，フレイル状態に移行したプロセスを明らかにした。フレイルに関連した要素の共通点と

して，疾患的要因，加齢による身体機能や身体活動性低下，配偶者や近しい方の死，社会的交流の減少や活力の低下，気分の落ち込みがあった。患者の視点からフレイル変化としての軌跡の描写は，本研究の独自性である。フレイルの変化の特徴と必要な看護支援に関して考察する。

１．フレイルの変化の軌跡における共通点と相違点

全事例において下降曲線であり，フレイルに移行するプロセスとして予備能力が低下していた。急激な変化の認識や複数の関連要因があるものは軌跡の傾きが大きく，各々が試行錯誤しながら対策する努力が見られた場面では曲線が上向きとなる変化を認めた。構成要素の重なりや，それぞれが影響し合い徐々に悪化していく様はフレイルサイクル（Fried et al.，2001；Xue et al.，;2008）に合致する部分である。変化の分岐点，認識の期間，波打つ線状，上昇への方向転換の違いは，心身の変化に対する患者の感じ取り方や影響度，医療的介入や対策の程度や効果によるもので個人差が存在した。

軌跡の形状は，２つに大別できた。一貫して緩やかな下降曲線であったＡ・Ｂ・Ｆ氏，それ以外の曲線として，急激な下がりのあるＣ氏と軌跡の浮上がみられるＤ･Ｅ氏であった。心身の変化を患者自身が自覚し，関連する内容が抽出された期間をみると，Ａ・Ｃ・Ｅ氏は１年以内，Ｂ・Ｄ氏は数年間，Ｆ氏は 10 年以上であった。変化の様相は，Ａ・Ｂ・Ｄ氏は「だんだん」，Ｅ氏は「どんどん」と説明し，下がっていく様をジェスチャーで表現した。Ｅ氏の図２右側やＤ氏の図６右側のような衰えの変化に対して患者なりに対策を試み，医療の助けも得ながら症状改善がみられ，上向きの変化に移行できたパターンでは，フレイルの可逆性の特徴を示す結果であり，フレイル状態に移行したとしても看護介入により改善する可能性が示唆された。Ｃ氏の図５中央の急激な下降の変化は，急激にフレイルが進行する可能性が示された部分であり，適切なタイミングで看護介入する必要性が示唆された。フレイルの客観的評価だけではわからない，急激な活力の低下や患者なりの対策など，これまで示されていなかったフレイルの変化に関する内容が，患者本人の視点からインタビューをしたことで明らかとなった。

足の筋力低下や歩行の衰えや疲れに関して，Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ･Ｅ氏は軌跡の最初の段階で自覚しており（図２～６左側），Fried ら（2001）が述べる ADL 低下の前段階として歩行速度の低下があることと合致する。一方，Ｆ氏の語りでは現時点で自覚している違いがあった（図７右端）。Ｆ氏は前期高齢者であり，変化の軌跡の最初の段階では成人期であった。フレイルが顕著に進行する対象が後期高齢者であること（厚生労働省保健局高齢者医療課，2019）から，歩行による疲労感を生じ始めたのが加齢を重ねた最近であることも納得できる。高齢患者の歩行変化に気づくことは，早期評価や介入につなげられる可能性が考えられ，外来看護師のフレイル予防の役割として示唆された。

２．高齢慢性疾患患者のフレイルの変化の特徴と必要な看護支援

１）加齢や併存疾患によるフレイル進行への看護支援

加齢や併存疾患の影響により，歩きにくさや話す機会の減少，気力の低下が，フレイル進行のきっかけとして存在した。またＤ氏やＦ氏においては，複数の疾患が相互に影響したことで，フレイルの促進因子となり悪循環を起こしていた。後期高齢者は複数の疾患やフレイル等の進行により個人差が大きく，多病・多剤処方の状態など健康上の不安が大きくなるため，包括的に問題を把握し管理することが重要である（厚生労働省保険局高齢者医療課，2019）。

本研究の結果から，患者は医療者とは異なる視点から日常生活に密接に関わる主要な問題や病気を認識していることが明らかとなった。事前実施のアンケート調査（豊ら，2025）において，Ａ氏は耳鼻科，Ｅ氏は歯科を主科と回答していた。Ａ氏は話す機会が減少したことをきっかけに耳が遠くなったことを自覚し，Ｅ氏は食事内容や量が変化した背景には義歯の不具合があることに気づいていた。つまり，患者にとっては日常生活に直接影響を及ぼしている症状に関連する診療科を主科と捉え，これは，医療者との間に齟齬が起こることもあり，患者と医療者の間で疾患の優先順位が異なる（Kastner et al，2019）ことと一致する。看護師は所属する専門性を重視しがちであるが，疾患だけでなくフレイルの視点を持ち合わせ関わることで，患者の訴えや様子，対話から確認できる普段の生活に対するアセスメントが変化し，注意が必要な高齢患者を見分けることが期待できる。また，フレイルの悪循環の構成要素の背景に，外来の診療科に限らない併存疾患の存在や加齢による影響，患者自身が問題と感じる健康問題が隠れている可能性が考えられる。これは，外来看護師は疾患管理を中心とした患者指導に加え，基本チェックリストのような主観的評価を定期的に活用し，フレイルの進行因子を生活面からも探り，包括的に全身状態を理解する必要性が示唆された。

２）患者なりの試行錯誤への適切な介入

本研究の結果から，高齢慢性疾患患者に対して，看護師を含めた医療者が適切に介入する必要性が示唆された。Ｅ氏は，夏場に下肢筋力低下の対策に散歩を始めたものの，熱中症様の症状がみられ気分が悪くなり早足で帰ったという語りがあった。Ａ氏は，糖尿病を背景とする体重管理のため食事量を意識的に減らしていることがわかった。いずれの場合も，良かれと思い患者なりの試行錯誤をしたことがわかる。その一方で，患者なりの試行錯誤には，フレイル進行のリスクをはらんでいることも考慮する必要がある。看護師は患者なりの試行錯誤や工夫点を理解し認めながらも，フレイルとの関連性に目を向け関わることが重要である。またＢ氏のように，家族からバイクの使用をやめるように促され，社会交流減少から孤立や喪失感増大へつながることもあり，身体的影響だけではなく，フレイルの社会的影響も併せて考える必要がある。

慢性疾患患者のセルフマネジメントの点から，問題に対処・対応する能力は強みとも捉えられるが，時に，フレイル進行の促進因子ともなる。看護師は，対策における実施上の注意点や工夫，異常の早期発見など，適時に個別性に応じた的確な助言や促しが必要である。また，入院生活は身体活動性や身体機能低下を招きフレイル進行を促進するため（Graf, 2006），重症化や再入院予防が要となる。外来看護において，看護外来や在宅療養指導場面を活用し，高齢慢性疾患患者への包括的な病状管理支援を行う必要性が示唆された。

３．研究の限界と今後の課題

研究の限界として３つのバイアスが考えられる。①参加者の診療科や性別の偏りから，フレイルの変化に関連する要素が他に存在する可能性，②高齢者であり想起バイアスとして現在の内容が多く語られた可能性，③フレイルの変化の軌跡の起点においてすでにプレフレイルへ移行していた可能性があげられる。

フレイル状態にある参加者自身の体験から，変化の感じ方や要素，本人なりの工夫や対策を模索する様が明らかとなり，個別性に応じた対策を考えるうえで意味が大きい。今後は，フレイル状態の変化の要素を一般化し，早期評価や適切な介入の実施へ向けてつなぐ予定である。

Ⅶ. 結　　論

外来通院中のフレイル状態にある高齢慢性疾患患者がフレイルに移行したプロセスが明らかとなった。フレイルの変化に関連した要素は，慢性疾患の疾患的要因だけでなく，加齢による身体機能低下や身体活動性低下，配偶者や近しい方の死，社会的交流の減少や活力の低下，気分の落ち込みがあった。身体的側面，精神・心理的側面，社会的側面の多面的要素が複雑に関連していた。

謝辞

本研究にご協力いただきました患者様，研究を快く受け入れ，ご協力いただきました研究実施施設のみなさまには心より感謝いたします。

本研究は，文部科学省研究費補助金2020年度基盤研究（C）（課題番号：20K10796）を用いて実施した。なお，本研究は2022 年度修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり，概要を第54回日本看護学会学術集会において発表した。

利益相反

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

阿部紀之，井手一茂，渡邉良太，辻大士，斉藤雅茂，近藤克則．(2021)．社会的フレイルの指標に関する文献レビューと内容的妥当性の検証．*日本老年医学会雑誌，58*（1），24-35.

荒井秀典．(2014)．フレイルの意義．*日本老年医学会雑誌，51*（6），497-501.

荒井秀典（編）．(2018)．*フレイル診療ガイド2018年版．*日本老年医学会国立長寿医療研究センター，ライフサイエンス.

荒井秀典．(2021)．フレイルとサルコペニア．*臨床と研究，98*（4），464-470.

Chang, S.S., Weiss, C.O., Xue, Q.L., Fried, L.P. (2010). Patterns of comorbid inflammatory diseases in frail older women: the Women's Health and Aging Studies Ⅰ and Ⅱ. *Journal of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 65*（4），407-413.

長寿科学振興財団(2021-10-29).フレイルの原因.健康長寿ネット．accessed 2021-12-21, https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/frailty/genin.html

Dent, E., Lien, C., Lim, W.S., Wong, W.C., Wong, C.H., Ng, T.P., Woo, J., Dong, B., Vega, S., Poi, P.J.H., Kamaruzzaman, S.B.B., Won, C., Chen, L.K., Rockwood, K., Arai, H., Rodriguez-Manas, L., Cao, L., Cesari, M., Chan, P., …, Flicker, L. (2017). The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*（7），564-575.

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G., McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 56*（3），M146-156.

Graf, C. (2006).Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing, 106*（1），58-67.

Kastner, M., Hayden, L., Wong, G., Lai, Y., Makarski, J., Treister, V., Chan, J., Lee, J.H., Ivers, N.M., Holroyd-Leduc, J., Straus, S.E. (2019) .Underlying mechanisms of complex interventions addressing the care of older adults with multimorbidity: a realist review, *BMJ Open, 9*（4），e025009, https://doi.org/ 10.1136/bmjopen-2018-025009

国立長寿医療研究センター（編）．(2020)．*健康長寿教室テキスト*（第２版），第１－２章.

厚生労働省保険局高齢者医療課.(2019)．*高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン*（第２版）．accessed 2022-4-1. https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000557577.pdf

倉持保男，上野善道，山田明雄，井島正博，笹原宏之.(2020)．変化．山田忠雄（編），新明解国語辞典　第八版　小型版（p.1418）.三省堂.

Makizako, H., Shimada, H., Tsutsumimoto, K., Lee, S., Doi, T., Nakakubo, S., Hotta, R., Suzuki, T. (2015). Social Frailty in Community-Dwelling Older Adults as a Risk Factor for Disability, *Journal of American Medical Directors Association, 16*（11），1003.e7-1003.e11. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.023

牧迫飛雄馬.(2020)．フレイルとは：多面性とフレイルサイクル．フレイル予防・対策：基礎研究から臨床，そして地域へ（pp.19－26）．長寿科学振興財団.

日本老年医学会.(2014)．フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント．accessed 2022-4-1. https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf

日本老年看護学会.(2024)．「急性期病院における高齢者のフレイル予防・回復に向けた看護」への提言．accessed 2025-3-16. https://www.rounenkango.com/houkoku/pdf/240909_frail_detail.pdf

Nishimura, A., Harashima, S., Hosoda, K., Arai, H., Inagaki, N. (2019). Sex-related differences in frailty factors in

older persons with type 2 diabetes:a cross-sectional study. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism, 10*, 2042018819833304.

Satake, S., Senda, K., Hong, Y.J., Miura, H., Endo, H., Sakurai, T., Kondo, I., Toba, K. (2016). Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. *Geriatrics & Gerontology International, 16* (6), 709-715.

Satake, S., Shimokata, H., Senda, K., Kondo, I., Toba, K. (2017). Validity of Total Kihon Checklist Score for Predicting the Incidence of 3-Year Dependency and Mortality in a Community-Dwelling Older Population, *Journal of the American Medical Directors Association, 18* (6), 552.e1-.e6.

Sewo, Sampaio, P.Y., Carvalho, Sampaio, R.A., Yamada, M., Arai, H. (2016). Systematic review of the Kihon Checklist：Is it a reliable assessment of frailty? . *Geriatrics & Gerontology International, 16* (8), 893-902.

塩谷隆信. (2019). COPD のフレイルとサルコペニアとその対策. *日本職業・環境アレルギー学会雑誌, 26* (2), 29-37.

渡邊仁美, 木村公恵. (2023). 特定機能病院と行政との地域連携. *看護管理, 33* (7), 588-595.

Xue, Q.L., Bandeen-Roche, K., Varadhan, R., Zhou, J., Fried, L.P. (2008) : Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II, *Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 63* (9), 984-990.

Yin, R.K. (2018). Analyzing Case Study Evidence, Five Analytic Techniques, Time-Series Analysis. Yin, Robert.K. (p.181-186). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6thed). Sage.

豊早苗, 藤本悠, 瀬戸奈津子. (2025). 中規模総合病院の外来に通院する高齢慢性疾患患者のフレイルの特徴, *日本慢性看護学会誌, 19* (1), 43-52.

◇研究報告◇

特定機能病院における退院後訪問の導入と定着に向けた看護師長の管理活動

安西典子[1)]*，塚本友栄[2)]

【目的】特定機能病院における退院後訪問の導入と導入以降定着に向けた看護師長の管理活動を明らかにすること。
【方法】退院後訪問を導入した３施設の看護師長６名に半構造化面接を実施し，質的記述的に分析した。
【結果】導入には「退院後訪問導入に向けての障壁を把握する」，「退院後訪問に関心・理解のあるスタッフを見つけて活かす」，定着には「退院後訪問実施と病棟業務維持の両立を図る」，「退院後訪問に取り組んでいく中で，実践の変化と訪問の成果を把握する」等の管理活動が抽出された。
【結論】看護師長は退院後訪問の導入に対する，スタッフの認識や障壁となるものを把握し，主体性に働きかけていた。また，病棟業務との両立を図り，スタッフを承認し，訪問後の実践の変化を共有することで，定着に向けた組織基盤を構築した。以上のことより，看護師長の意図的な管理活動が退院後訪問の推進に寄与していたと考えられた。

【キーワード】特定機能病院，退院後訪問，看護師長，管理活動

Ⅰ．はじめに

わが国は，諸外国に例を見ないスピードで高齢化が進行し，地域包括ケアシステムの推進が重要な課題として取り組まれている。疾病を抱えても，住み慣れた生活の場で療養し，自分らしい生活を続けるためには，地域における医療・介護の関係機関が連携して，包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である（厚生労働省老健局，2022）。医療ニーズの高い患者は，在宅移行後に医療処置や医療機器管理に対する不安や負担感を抱え生活している（山中，2016；竹内ら，2017；田邊，嶋津，2018）。また，介護者も介護による疲労や精神的ストレスから，健康状態の不良が生じている（山中，2016；田邊，島津，2018）。よって，ケアの技術や専門性が必要となる医療ニーズの高い患者が，療養の場を医療機関から在宅に安心・安全に移行するためには，技術移転や療養の場に合わせたケアの見直し等，入院医療機関と在宅側が相互に連携する必要がある（中央社会保険医療協議会，2015）。このような社会的背景や支援ニーズにより，平成 28 年度診療報酬改定では，医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し在宅療養を継続できるようにするために，入院していた医療機関から行う退院後訪問に対し，診療報酬が新設された。

医療ニーズの高い患者への退院後訪問の目的には，患者・介護者の不安軽減，療養環境での医療処置や介護の調整，訪問看護との連携などがある。特定機能病院においても，入院期間の短縮が進み，医療ニーズの高い状態で患者が在宅移行していく（横山ら，2001）現状があり，そういった患者が住み慣れた環境で療養するためには，患者・介護者の不安軽減，実際の療養環境下での医療処置や介護・看護の調整等，入院していた特定機能病院による在宅移行支援が必要である（海老田ら，2010）。

しかし，急性期医療の現場では，退院後の具体的な生活状況の予測が困難であり，退院後の生活を見据えた看護実践の必要性を感じていても，思うように実践できない現状がある（原，辻，2022）。また，日本看護協会が実施した退院後訪問の実態調査では，回答施設 3,549 件中 452 件（12.7％）の実施に留まり，導入が進まない原因として，看護師の人員配置や人材育成（日本看護協会，2017）といった看護管理上の課題が指摘されている。

特定機能病院における退院後訪問に関する報告は，看護師にもたらした変化や実施件数（中村，2018）に留まっており，

受付日：2024 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）自治医科大学附属病院　　2）自治医科大学看護学部
＊ E-mail：n-anzai@jichi.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

どのように導入していったのかは明らかにはならなかった。よって，退院後訪問の導入と，導入以降の定着に向けた看護師長の管理活動を明らかにする必要があると考えた。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，特定機能病院における退院後訪問の導入と導入以降定着に向けた看護師長の管理活動を明らかにすることである。

Ⅲ．方　　法

１．用語の定義

１）退院後訪問

平成 28 年度の診療報酬改定時に新設された退院後訪問指導料は，退院直後の在宅療養支援に関する評価であり，「医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し，在宅療養を継続できるようにするために，退院直後の一定期間，退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために，入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する（厚生労働省，2016）」ものである。本研究における退院後訪問は，退院後訪問指導料算定対象者に対し実施したものとした。

２）管理活動

本研究では，看護師長が看護管理の意図をもって行った活動を，管理活動とする。一般に活動とは，動くこと・働きをすることを意味するが，本研究において活動とは，行為としてとらえられる活動のみならず，何に注意を向け，どう考えたのかという思考も活動に含めた。

３）導入と定着

本研究における導入とは，退院後訪問を初めて導入することであり，定着とは，必要な患者に対し退院後訪問が実施できる体制が維持できている状態とした。また，初回の退院後訪問に向けて準備をしている時期を導入時，初回の退院後訪問実施以降の時期を導入以降定着に向けた時期とした。

２．研究対象者

研究協力を依頼する特定機能病院の探索は，文献検討を通じて行った。具体的には，「退院後訪問」をキーワードに発行年を 2012 年から 2022 年に絞り込み検索し，30 文献のうち特定機能病院の看護管理者の活動がわかるものは１件であった。このため，機縁法で追加探索し得られた当該施設は２件であり，これら３施設を対象とした。

対象人数は，等質な研究対象者の場合には６～８人が必要（Kuzel, 1992）とあり，目標数を１施設２名の６名を予定した。

看護師長の選定条件は，退院後訪問を導入するために取り組み実践してきた実績があること，退院後訪問に関わる管理活動について言語化できること，退院後訪問導入当時に看護師長であったこととした。

３．調査期間

調査期間は，2023 年 9 月 8 日から 10 月 26 日であった。

４．調査方法

研究対象者に対しインタビューガイドを用いて，「退院後訪問の導入の契機となったことはどのようなことですか」や，「退院後訪問を実施するために最初に取り組んだことは何ですか」など，退院後訪問の導入時の管理活動と導入以降定着に向けた管理活動について，半構造化面接を行った。

面接は，研究対象者のプライバシーに配慮し，対象者の希望に応じて対面あるいはオンラインで実施した。面接時間は対象者の時間的制約を考慮し，60 分を限度として行った。面接内容は，研究対象者の同意を得たうえで IC レコーダーに録音した。

５．分析方法

録音データから逐語録を作成した。逐語録を熟読し，管理活動について述べている内容のまとまりを，退院後訪問の導入時と，導入以降定着に向けた時期に分け，文脈を損なわないようにそれぞれ抽出した。抽出した内容を，意味内容のまとまりごとに要約しコード化した。コードの類似性・相違性に基づきサブカテゴリー，カテゴリーを形成した。今回は，退院後訪問の導入と定着に関わらない逐語録は取り扱わなかった。分析のプロセスは研究指導者ならびに，質的研究の経験がある看護管理者からスーパーバイズを受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は研究者が所属する自治医科大学における医学系倫理審査委員会の承認を受け実施した（承認番号：臨大 23-031）。各施設の看護部長には研究対象候補者に研究参加の有無の確認をしないことを依頼した。研究対象候補者への説明文書には研究参加は自由意思であること，参加の可否について上司への報告は不要であることを明記した。また，研究に参加しないことによる不利益は生じないこと，個人・所属は一切特定できないように匿名性，個人情報を厳守すること，得られたデータは研究以外には使用しないこと，データの厳重管理，学会発表，学会誌への投稿について文書および口頭で説明した。研究対象者からは，同意書への署名をもって研究参加への同意を得た。

Ⅴ．結　　果

１．研究対象者の概要

研究対象者の概要を表１に示す。研究対象者の年齢は 40 代が３名，50 代が２名の５名であり，性別はすべて女性だった。看護師経験年数は平均 30.6 年，看護師長経験年数は平均 6.6 年だった。看護師長の所属部署での退院後訪問導入年度は，2017 年度から 2021 年度であった。

２．退院後訪問導入時の看護師長の管理活動

分析の結果，51 コード 18 サブカテゴリーから，6 カテゴリーが形成された。結果を表２に示す。以下，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを《　》で示す。

１）【退院後訪問導入に向けての障壁を把握する】

表１　研究対象者の概要

	A	B	D	E	F
病院	a	a	b	c	b
年代	40 代	50 代	40 代	50 代	40 代
性別	女性	女性	女性	女性	女性
看護師経験年数	28 年	36 年	27 年	38 年	24 年
看護師長経験年数	5 年	11 年	6 年	5 年	6 年
部署への導入年度※	2017 年度	2018 年度	2017 年度	2019/2021 年度※※	2017 年度

※病院で退院後訪問を導入する方針となり，所属部署において導入に取り組んだ年度を示している
※※E 氏は，異動により 2019 年度と 2021 年度の配属部署で退院後訪問の導入をしている。

表２　退院後訪問導入に向けた看護師長の管理活動

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
１．退院後訪問導入に向けての障壁を把握する	スタッフにとって患者を生活者として考えにくい原因を分析する	・急性期医療に従事していると，治療を受ける人としてしか患者を捉えられず，治療の後のその先のことに，看護師の視野は広がりにくいという原因を分析する ・看護師が患者を生活者として捉え，本来帰るべき場所につなげていく力がまだついていないのは，急性期の病棟業務が忙しく，力を鍛える経験や興味をもてる機会がなかったことにも原因があると分析する
	退院後訪問導入の妨げになっているものが何かを分析する	・退院後訪問の必要性をスタッフがどう捉えているかを理解する ・退院後訪問を導入していくという病院の方針をスタッフがどうとらえているかを理解する
２．退院後訪問を要する患者の状況を把握する	自院における高齢者の自宅退院の状況を把握する	・高齢化が進んだ田舎で，高齢者世帯の患者が，自宅退院する場合が少なからずあることを捉える ・高齢者世帯の患者が自宅退院することに対し，院内にはそれを不安視している医療職もいることを把握する
	地域住民の医療資源利用行動の特徴を把握する	・知らない人が自宅に入ることへの抵抗から，（医療ニーズがあっても）訪問看護を利用しない人が多いという地域の資源利用行動の特徴を捉える
	退院時に家族が抱える不安や患者再入院の原因を把握する	・入院中の時間的制約がある中で，退院時に医療的ケアの手技を指導する（指導する）だけでは，患児の家族は不安を抱えての退院にならざるをえない現実を捉える
３．情報提供により，スタッフ自身が必要性を考えられるようにする	スタッフ自身が退院後訪問の必要性について考えられるように情報提供や問いかけをする	・医療的ケア児の退院後訪問に関する全国的な情報を入手し，全国的にはどう取り組まれているかという観点から，スタッフが退院後訪問の必要性について考えていけるようにする ・医療的ケア児が多い NICU での退院後訪問の必要性について，スタッフ自身に考えてもらえるよう問いかける ・高齢化が進んだ田舎で，高齢者世帯の患者が，自宅退院する場合が少なからずあり，退院後訪問がどうしても必要ではないかと，繰り返しスタッフに説明する
４．退院後訪問に関心・理解のあるスタッフを見つけて活かす	在宅移行支援を検討・模索しているスタッフを見出す	・部署の中で患者・家族の思いを捉え，自宅退院と退院後訪問を検討しているスタッフを見いだす ・熱心に家族と関わり，家族の思いをしっかり受け止めている担当看護師の影響を受け，自宅退院ができる方法を模索し始めているスタッフに目を向ける
	退院後訪問の知識や経験などの力のあるスタッフを見出す	・NICU で退院後訪問を導入するために，小児在宅移行支援研修で学んできたスタッフの力を活かすことを計画する ・退院後訪問を知っていて他部署での実施の経験のあるスタッフが人材として組織にいることを捉える
	退院後訪問実施への意識の高まりを捉える	・がん性疼痛を伴う ADL が低下した患者への退院後訪問の必要性に気づいたスタッフの発言を契機として，退院後訪問を導入する ・医療ニーズに対応するために，他職種の協力も得る必要性まで気づいたうえで，退院後訪問導入を決めたスタッフを是認する
５．医療ニーズにあったケアが提供できるように多職種との調整をする	スタッフのサービス導入の調整不足を予測して，ケアマネジャーと連携を図る	・スタッフにとって初回の退院後訪問なので，訪問看護を拒否している家族に対し，状況により訪問看護を導入するという方針をケアマネジャーと共有する
	退院後訪問実施に向け，医師やリハビリとの連携を図る	・整形外科的な悪性腫瘍の方（医療麻薬使用中）への退院前・退院後訪問の検討を進めるスタッフの，リハビリスタッフと主治医の協力を得たいという希望実現に向けて，他部門他職種と相談・交渉する ・他職種・他部門との相談・交渉により，可能な範囲で継続的にリハビリスタッフの協力が得られるようにする
	皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問実現に向けて調整する	・ストーマ患者の初回退院後訪問（同行訪問）には，皮膚・排泄ケア認定看護師の訪問ができるように事前に依頼する
	患家で他職種と共にサービスの調整ができるように助言する	・初回の退院後訪問時には，患家で他職種（訪問看護，福祉用具業者）と関われるよう助言する
	スタッフの力量にあった順当な患者を選定する	・初回の退院後訪問の患者選定は，退院後訪問の受け入れ可能で，信頼関係ができている人にすることをスタッフと協議する ・初回訪問に向けては，適した患者の選定・提案，訪問に出すスタッフの人選，医師の協力を得るための調整をする
	スタッフの力量を補うために，患者サポートセンターや先輩看護師の同行ができるようにする	・退院後訪問時は，患者サポートセンターのスタッフが同行し，訪問先で力不足の場合は補ってもらえるように依頼する ・心不全患者への退院後訪問ができる看護師を育成するため，力量不足でも患者サポートセンターのスタッフが同行することで補い，実施基準に該当するラダーレベルの看護師が全員退院後訪問に行くように調整する
６．医療ニーズにあったケアが提供できるように進め方を整理する	訪問する対象者と支援の流れを整備する	・自病棟の退院後訪問における対象と目的の明確化のための情報整理 ・退院後訪問導入準備として，初年度は退院後訪問の院内統一フロー図を使って，自部署では，どういう流れで何をするのかを決めていく
	訪問情報の精度向上のための入力見本を作成する	・退院後訪問後の訪問情報を入力・管理するシステムに，スタッフが正しく入力できるよう入力見本を作成する
	退院後訪問に用いる手順書・フロー図の洗練をする	・退院後訪問に関する手順書の修正，フロー図の作成など，院内共通ツールを整える

このカテゴリーは,《スタッフにとって患者を生活者として考えにくい原因を分析する》こと,《退院後訪問導入の妨げになっているものが何かを分析する》ことの２サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，スタッフにとって患者を生活者として考えにくい原因，退院後訪問導入の妨げになっているものが何かを分析し，導入の障壁となるものを把握していた。

２）【退院後訪問を要する患者の状況を把握する】

このカテゴリーは,《自院における高齢者の自宅退院の状況を把握する》こと,《地域住民の医療資源利用行動の特徴を把握する》ことなど，３サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，院内や地域の情報収集により得た患者の状況から，退院後に支援が必要な患者を把握し，退院後訪問の必要性を見出していた。

３）【情報提供により，スタッフ自身が必要性を考えられるようにする】

このカテゴリーは,《スタッフ自身が退院後訪問の必要性について考えられるように情報提供や問いかけをする》サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，医療的ケア児の在宅移行後の療養状況や，医療的ケアが必要で在宅移行する高齢者の情報提供を行い，退院後の支援の必要性についてスタッフに問いかけていた。

４）【退院後訪問に関心・理解のあるスタッフを見つけて活かす】

このカテゴリーは,《在宅移行支援を検討・模索しているスタッフを見出す》こと,《退院後訪問の知識や経験などの力のあるスタッフを見出す》ことなど，３サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，在宅移行支援を検討・模索しているスタッフや，在宅移行の研修会に参加し退院後訪問の知識のあるスタッフ，すでに退院後訪問の経験があるスタッフを見つけ，検討の中心メンバーとし導入時に活かしていた。

５）【医療ニーズにあったケアが提供できるように多職種との調整をする】

このカテゴリーは,《スタッフのサービス導入の調整不足を予測して，ケアマネジャーと連携を図る》こと,《退院後訪問実施に向け，医師やリハビリとの連携を図る》ことなど，６サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，医療ニーズに合わせた調整不足を予測しケアマネジャーと事前に情報共有したり，医師・リハビリスタッフから協力が得られるよう調整したり，ストーマ患者のケア調整や皮膚の観察を目的に皮膚排泄ケア認定看護師が訪問できるようにしていた。

６）【医療ニーズにあったケアが提供できるように進め方を整理する】

このカテゴリーは,《訪問する対象者と支援の流れを整備する》こと,《訪問情報の精度向上のための入力見本を作成する》ことなど３サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，手順をわかりやすいものに整え，退院後訪問の進め方を整理していた。

３．退院後訪問導入以降定着に向けた時期の看護師長の管理活動

分析の結果，77 コード 22 サブカテゴリーから，４カテゴリーが形成された。結果を表３に示す。

１）【退院後訪問実施と病棟業務維持の両立を図る】

このカテゴリーは,《担当看護師の勤務調整をする》こと,《担当看護師の業務量をあらかじめ調整する》こと,《日勤者補填ができるリリーフ体制を構築する》ことなど，７サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，退院後訪問実施と病棟業務維持を両立するために，担当看護師の勤務や，業務量の調整，部署内で調整したうえで人員不足が予測されるときは，他病棟に応援要請ができる体制を構築していた。

２）【スタッフのやろうとしていることに目を向け承認する】

このカテゴリーは,《若いスタッフの意欲を尊重し二人体制の退院後訪問を実現する》こと,《スタッフの決めた人選を尊重する》ことなど，５サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，訪問２人体制にすることで，若手スタッフの訪問希望を実現することや，スタッフが決めた人選を尊重するなど,スタッフのやろうとしていることに目を向け,スタッフの実践を承認していた。

３）【退院後訪問に取り組んでいく中で，実践の変化と訪問の成果を把握する】

このカテゴリーは,《スタッフの考え方や実践の変化から，患者指導に活かされていることを捉える》こと,《入院時から在宅生活をイメージできるようになったことを捉える》こと,《地域で生活者として暮らす患者をみる視点に変化したことを捉える》こと,《患者や家族の発言から退院後訪問の成果を捉える》ことなど，７サブカテゴリーから形成された。

看護師長は，退院後訪問を実施してきてどうだったか，スタッフの話しを聞き，病棟での実践の様子を見ることを通して，退院後訪問の経験が，退院前の患者指導に活かされていたり，在宅生活のイメージにつながっていたり，訪問が患者・家族の安心につながっていたりしている，といった訪問の成果を把握していた。

４）【共有・承認の機会を設け，病棟全体の意識の変化を捉える】

このカテゴリーは,《実施方法と成果の共有の機会を設ける》こと,《スタッフとチーム全体を直接ねぎらい，承認する》こと,《病棟全体の意識の変化を捉える》ことなどのサブカテゴリーから形成された。

看護師長は，退院後訪問を病棟に根付かせていく定着に向け，カンファレンスや部署会議といった場で，退院後訪問による成果を共有し，スタッフの頑張りを認め，ねぎらい承認する機会を設けていた。また，病棟全体で退院後訪問の実現を支えよう，退院後訪問は必要だ，といった意識の変化を捉えていた。

表３　退院後訪問導入以降定着に向けた看護師長の管理活動

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
１．退院後訪問実施と病棟業務維持の両立を図る	担当看護師の勤務調整をする	・退院後訪問を実施するスタッフは担当看護師を優先し，担当看護師の経験が浅い時は先輩とペアで行けるように勤務調整をする ・退院後訪問の日程に合わせて担当看護師を日勤に変更する
	担当看護師の業務量をあらかじめ調整する	・退院後訪問の日程が決まったら，担当看護師の業務をフリーにしたり，注射係にするなど，不在の時間があっても対応可能な業務に調整する ・退院後訪問の日は，担当看護師が不在の時間があってもその時間に処置などの予定がない患者を受け持ち，前もって部屋持ち数も減らしておく
	勤務や業務内容の調整にスタッフの意見を活かす	・退院後訪問日の勤務予定者には，あらかじめ業務が可能かを残るスタッフと退院後訪問に行くスタッフに確認し，業務の調整をすることでスタッフ双方の了解を得る ・訪問によるスタッフ１名減でも病棟の安全運営が可能かどうか，当日の病棟スタッフの意見を尊重し業務内容を調整をする
	日勤者補填ができるリリーフ体制を構築する	・退院後訪問に日勤者を出すことによって病棟の人員が不足しないよう，日勤者を補填する ・退院後訪問時に部署内での人員調整が難しい場合は，他病棟から人員を補填し合えるリリーフ体制を構築する
	受け持ち看護師の負担を考慮できない勤務調整に苦慮する	・受け持ち看護師に責任をもたせた退院後訪問の実施と訪問日の急な決定によって，訪問する受け持ち看護師負担を考慮できない勤務調整に苦慮する ・日勤者からの人員確保困難な病棟状況を考慮し，スタッフの受持ち意識に頼った，勤務時間外での退院後訪問の承諾
	予定していた退院後訪問を実施するために人員を確保する	・退院後訪問は，人員を確保してなんとしてでも人員確保ができるように勤務調整をする ・退院後訪問は患者に必要だからやる。そのため，一度予定したらどんな状況でも実施するために人員確保をする
	退院後の支援を継続するために実施方法を工夫する	・コロナ禍の退院後訪問の代替として退院後気になる患者に電話をかけるという，スタッフのやりたいことが（問題なく）実施できるように，手続きを整える
２．スタッフのやろうとしていることに目を向け承認する	なぜ退院後訪問に取り組みたいのかを直接聞く	・担当事例へ退院後訪問の実現に取り組んでいるスタッフには，副師長から相談があっても，スタッフの成長のため，スタッフ自身から直接（その考えの）詳細を聞き取る ・成長には，自分がどうしたいと思っているかが大事なので，それを自分の言葉で伝えられるよう，退院後訪問に関するスタッフの考えは直接本人から聞き取る
	若いスタッフの意欲を尊重し二人体制の退院後訪問を実現する	・退院後訪問に出せる基準に至らずとも，指導ができる看護師と二人体制とし，退院後訪問に行きたい若いスタッフの意欲を尊重，実現させる
	スタッフの決めた人選を尊重する	・導入後は退院後訪問に行く看護師の，ラダーを活用した人選ルールを用いたスタッフの自主的な人選を承認することで，今後の退院後訪問の継続を図る
	日程調整をスタッフに委譲する	・退院後訪問の日程調整をグループメンバーと地域連携スタッフに委譲する
	退院後の生活を懸念しているスタッフの考えを後押しする	・患者の退院後の生活を懸念していても退院後訪問の着想ができていないスタッフの日常的な会話に入り込み，退院後訪問の実施を行ってみることを提案する
３．退院後訪問に取り組んでいく中で，実践の変化と訪問の成果を把握する	スタッフに具体的に聴取し，体験の言語化を促す	・退院後訪問してみてどうだったか，実感できた家（患者・家族・環境など）の様子を直接聞いて，スタッフが何を得たかを把握する ・退院後訪問を実施したスタッフと，病棟スタッフの会話から，退院後訪問を実践したスタッフがどのような経験をして，何を獲得したのかを捉える
	スタッフの考え方や実践の変化から，患者指導に活かされていることを捉える	・退院後に入院中に指導された内容の意味を実感したという患者の言動を活用し，在宅酸素利用者に指導をしていることを捉える ・スタッフが退院後訪問を肯定的に捉え，次の患者の退院指導につなぐことを意識し始めたことを捉える
	地域で生活者として暮らす患者をみる視点に変化したことを捉える	・整形外科的な悪性腫瘍の患者への自宅退院への支援を通して，療養環境や地域に視点が向けられるようになったというスタッフの変化を捉える ・退院後訪問を行ったスタッフが，生活者として暮らせているかという視点で患者をみる大切さをつかめたことを捉える
	入院時から在宅生活をイメージできるようになったことを捉える	・スタッフが退院後訪問により患者の退院後のイメージ化ができるようになった変化を捉える ・退院前訪問に取り組む中で，「退院してさよならじゃない」，退院後の生活，介護者の状況，薬の管理等に目を向けていくことが必要だと言うようになってきたスタッフの変化を捉える
	自宅退院への支援にやりがいを感じていることを捉える	・退院後訪問をして生き生き生活している患者を目にし，普通の生活を実現できたことに喜びを感じていることを捉えている ・退院後訪問に行ったスタッフが，認知症患者が入院中より生き生きと在宅療養できていることを知ったり，自宅退院に向けた支援ができて良かったと，支援のやりがいを感じていることを把握する
	退院後訪問の必要性が判断できるようになったことを捉える	・スタッフ主導で退院後訪問を開始する体験をしてからは，退院後訪問ができないときはどうするか，自ら考え行動するというスタッフの変化を捉える ・退院後訪問を通して退院後訪問の必要性を判断する力がスタッフについてきたことを捉える
	患者や家族の発言から退院後訪問の成果を捉える	・退院後訪問が家族に在宅療養への安心感をもたらしていることを家族の発言から捉える ・顔見知りの看護師が退院後訪問することが，患者の安心感につながっていることを患者の発言から捉える
４．共有・承認の機会を設け，病棟全体の意識の変化を捉える	実施方法と成果の共有の機会を設ける	・退院後訪問を検討する場として，退院支援に関する既存の話し合いの場である，カンファレンスを活用する ・（未だ退院後訪問に取り組んでいない部署もあるなかで）３年目スタッフが退院後訪問に取り組んだ研修報告を部署会議で行い，段階を踏んで退院後訪問に取り組んだこと，取り組みを通したスタッフの成長を，部署全体で共有する機会とする
	スタッフとチーム全体を直接ねぎらい，承認する	・責任を背負い，緊張して１人で退院後訪問を実践してきたスタッフをまず労い，その頑張りに感謝する
	病棟全体の意識の変化を捉える	・退院後訪問の間，人が抜けた病棟を自分たちで守るという意識をもち，病棟全体で退院後訪問の実現を支えるという考え方が病棟組織の中に育っていることを見出す ・退院後訪問は必要だと考える，価値観・考え方が部署内に育ってきているという，組織としての変化を見出す

Ⅵ. 考　　察

1．退院後訪問導入に向けた看護師長の管理活動

地域包括ケアシステムの構築が進む中で，病院看護管理者には，自施設を超えて看護を必要とする人々の健康とQOLの向上に寄与する責務があるとされている（吉川，2019）。看護師長は，自病棟に入退院する患者やその家族が抱える不安や再入院の理由，地域の在宅療養者の世帯構成や介護力，サービス利用状況などを把握することで，退院後訪問導入の意義を明確にしていた。また，スタッフが導入の必要性をどのように捉えているかを推察し，導入における障害となり得る要因を把握していた。

先行研究では，診療報酬上の評価や地域医療への貢献，在宅復帰率の高さといった自施設の特徴を踏まえた導入の進展が報告されている（中南，木村，2018；笹原，2020）。また，看護師長が病棟において意図的な変革を起こす際，最初に取り組むべきこととして「障害の把握」が挙げられている（吉川，2019）。したがって，【退院後訪問導入に向けての障壁を把握する】こと，【退院後訪問を要する患者の状況を把握する】という活動は，導入決定を支え，成功に導くために不可欠な管理活動であるといえる。

また導入時に看護師長は，【情報提供により，スタッフ自身が必要性を考えられるようにする】，【退院後訪問に関心・理解のあるスタッフを見つけて活かす】といった働きかけを行っていた。山崎は，人は問いかけを受けることで思考を開始し，自ら考えたことの方が納得しやすく，行動にもつながりやすい（山崎，2021）と述べている。また，北浦は，興味や関心があり，自ら望んで行うことであれば，人は力を尽くして取り組むことができると指摘している（北浦，2010）。したがって，関心・理解のあるスタッフは，退院後訪問導入の推進力となり得ると判断していたと考える。さらに，優れたリーダーは，相手の価値観に訴えることで，仕事の重要性を理解させ，動機づけを行うとされている（Kotter, 2012/2022）。このように，スタッフの内発的動機づけを促す管理活動は，退院後訪問導入に向けた主体的な取り組みを促進するものであると考える。

さらに，看護師長は，退院後訪問を円滑に進めるために，リハビリスタッフ，医師，認定看護師など多職種との連携を図り，手順やフロー図の整備も行っていた。退院直後の患者は，身体症状や医療処置，医療機器の管理に対する不安や困難に直面しやすく（山中, 2016；竹内ら, 2017；田邊ら, 2018），介護者も身体的・精神的ストレスを抱えることが多い（田邊ら，2018；山中，2016）。不適切な医療処置が行われるケースも報告されており（丹生ら，2010），こうした多様なニーズに対応するには，多職種の協力が不可欠である。導入時から多職種の協力を得ることは，導入後も継続的な院内協力体制の構築につながる。また，退院後訪問の進め方を整理し，情報入力の仕組みを整えることも，円滑な運用を支えるシステム整備となると考える。

以上より，【医療ニーズにあったケアが提供できるように多職種との調整をする】，【医療ニーズにあったケアが提供できるように進め方を整理する】管理活動は，導入後の円滑な運用と体制整備に資する重要な活動であるといえる。

2．退院後訪問定着に向けた看護師長の管理活動

質の高い看護サービスの提供は看護師長の重要な役割であり，そのための人員確保は不可欠な管理活動である（平田，戸梶，2013）。また，人員確保は退院後訪問の実施における主要な障害でもある（日本看護協会，2017）。看護師長は，訪問に出る看護師の勤務や業務量を調整し，病棟業務に支障が出ないようスタッフの意見を反映させながら勤務体制を工夫していた。病棟業務を担うスタッフの協力があってこそ，日勤者を訪問に出すことが可能となり，退院後訪問が実現する。したがって，【退院後訪問実施と病棟業務維持の両立を図る】ことは，退院後訪問の定着に向けて求められる管理活動であると考える。

また看護師長は，若手スタッフの訪問希望を尊重し，先輩看護師とペアでの訪問を実現したり，訪問に行きたいというスタッフの意志を尊重して人選を承認したりするなど，スタッフの主体性を尊重する姿勢を示していた。主体性の発揮には，自己決定とその表現が必要であるとされており（浅海，野島，2001），スタッフの意志を尊重することは，主体性の育成に寄与する。よって，【スタッフのやろうとしていることに目を向け承認する】という管理活動は，スタッフの主体的な取り組みを促進し，退院後訪問の定着に資するものである。

さらに，看護師長は，スタッフの実践の変化や退院後訪問の成果を把握していた。たとえば，患者を生活者として捉える視点の獲得や，在宅生活をイメージした指導の実施，訪問経験を活かしたケアの提供などが挙げられる。よって，【退院後訪問に取り組んでいく中で，実践の変化と訪問の成果を把握する】ことは，看護サービスの提供と質の調整，展開，評価に責任を持つ看護サービスのマネジメント（上泉ら, 2024, p.6）であるとも考えられ，退院後訪問の定着に向けた進行管理に位置づけられる。

加えて，看護師長は，退院後訪問の方法や成果を病棟内で共有し，取り組んだスタッフへの承認を行うことで，病棟全体の意識変化を捉えていた。これにより，退院後訪問の意義が病棟全体に浸透し，肯定的な組織風土が醸成される。したがって，【共有・承認の機会を設け，病棟全体の意識の変化を捉える】ことは，退院後訪問の定着に向けた組織的基盤を築くうえで重要な管理活動といえる。

3．特定機能病院における退院後訪問の導入と定着に向けた課題

本研究で明らかとなった，特定機能病院における退院後訪問の導入と定着に向けた看護師長の管理活動から，導入と定着に向けた課題が考えられた。以下にその内容について述べる。

１）スタッフ自身が気づく機会を活用した退院後訪問の導入

特定機能病院は，急性期の患者に対して高度で専門的な医療を提供する機能を担っており（厚生労働省，2023），その中には退院後も医療の継続が必要な患者も多い（横山ら，2001）。特定機能病院も含めた急性期医療の現場では，入院期間の短縮化により，退院後の生活に合わせた医療処置やケアの調整・指導が困難な状況である（原，辻，2022）。

このようななか看護師長は，【退院後訪問を要する患者の状況を把握（する）】し，【情報提供により，スタッフ自身が必要性を考えられるように（する）】活動していた。

また，特定機能病院の多くは，医療的ケアや療養先の検討の際，退院支援看護師やリハビリスタッフなど多職種と話し合う仕組みが作られており，スタッフが退院後訪問の必要性に気づく機会ともなっている。

よって，看護師長の情報提供や問いかけ，退院支援の流れといった話し合いの中で，スタッフ自身が気づく機会を活用していくことが，退院後訪問導入の課題であると考える。

２）医療ニーズに応じた専門性の高い職種の力を活用するための体制の構築

在宅療養初期には，患者や介護者が多くの困難に直面し（山中，2016；田邊ら，2018），不適切な医療処置が行われるリスクもある（丹生ら，2010）。退院後も医療の継続が必要な患者に対しては，専門性の高い職種による支援が不可欠である（小原，2018）。看護師長は，【医療ニーズにあったケアが提供できるように多職種との調整をする】ことで，導入時から多職種との連携を意図的に図っていた。たとえば皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問を調整することや，医師やリハビリスタッフなど，専門職の力を活用していた。

特定機能病院は専門人材を多く有しており，その強みを活かす体制構築は，導入時の課題であると考える。ひいては，地域医療に貢献していくことにつながると考える。

３）退院後訪問実施のための人員確保体制の構築，および人材育成

日本看護協会（2017）の調査では，退院後訪問の実施における最大の課題として訪問に当たる看護師の確保が挙がっており，人員確保は多くの病院に共通する深刻な課題である。これは特定機能病院においても例外ではなく，退院後訪問の定着に向けては，安定的な人員確保の仕組みが不可欠である。

看護師長は，勤務の調整や業務量への配慮，他病棟からのリリーフ体制整備など，【退院後訪問実施と病棟業務維持の両立を図る】管理活動を行い，人員確保に向けた病棟運営や他病棟との連携を図っていた。

また看護師長は，【スタッフのやろうとしていることに目を向け承認する】こと，【退院後訪問に取り組んでいく中で，実践の変化と訪問の成果を把握する】こと，【共有・承認の機会を設け，病棟全体の意識の変化を捉える】ことをしていた。看護の組織においては，１人ひとりの看護職の育成と適切な活用がサービスの質につながる（上泉ら，2024，p.98）とあり，看護師長は退院後訪問をOJTでの人材育成の機会と捉え活動していたと考えられた。

よって，退院後訪問実施のための人員確保体制の構築，および人材育成は，定着に向けた課題であると考える。

Ⅶ. 結　　論

退院後訪問の導入に向けて，看護師長は導入の必要性に対するスタッフの認識，および導入の障害となり得る要因を把握していた。退院後訪問の定着に向けては，退院後訪問実施と病棟業務維持の両立を図り，スタッフの主体的な取り組みを促進していた。また，退院後訪問導入後のスタッフの実践の変化や成長を把握し，その共有・承認の機会を設けていた。これらは，退院後訪問の定着に向けた組織的基盤の構築につながると考えられた。

今回の研究対象者の部署では，2017年度から2021年度の期間に退院後訪問を導入しており，導入以降の時期はコロナ禍であった。よって，定着に向けた管理活動があまり活発に展開されなかった可能性がある。また，調査は特定機能病院３施設という限られたデータに基づいた分析であり，本研究の限界である。

本論文の内容の一部は，第55回日本看護学会学術集会において発表した。また，2023年度自治医科大学大学修士論文に加筆・修正を加え掲載した。本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

謝辞

本研究にご快諾いただきました，対象施設の看護管理者の皆様，調査にご協力いただきました看護師長の皆様に心より御礼申し上げます。

Ⅷ. 引 用 文 献

浅海健一郎，野島一彦.（2001）. 臨床心理学における「主体性」概念の捉え方に関する一考察. *九州大学心理学研究，2,* 53-58.

中央社会保険医療協議会.（2015）. 第312回総会資料，在宅医療（その４），2023年８月８日閲覧，https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000108387.html

海老田理香，安達妙子，淺野弘恵，佐藤由佳，奥原芳子，小野塚美香.（2010）. A大学病院における退院調整・在宅療養支援の現状と院内連携のあり方病棟・外来看護師のアンケート調査より. *日本看護学会論文集（地域看護）；40,* 12-14.

原裕子，辻あさみ.（2022）. 急性期病院看護師の患者の退院後の生活を見据えた看護実践に関する認識の現状と課題. *日本慢性看護学会誌，16,* 35-44.

平田明美，戸梶亜紀彦.（2013）. 病棟看護師長の役割認識に関する研究，*日本医療・病院管理学会誌*（4），275-284.

上泉和子，小山秀夫，筧淳夫，鄭佳紅.（1975/2024）. *看護管理.* 看護におけるマネジメント，看護サービスのマネジメント. 医学書院.

北浦暁子.（2010）. 誰も教えてくれない（File No.10）実践現場の指導方法「問いかける力」が相手を変える. *看護学雑誌，74*（2），78-82.

厚生労働省．（2016）．平成 28 年度診療報酬改定の概要，https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125202.pdf　2023 年 9 月 18 日閲覧

厚生労働省老健局.（2022）．*地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について*，社会保障審議会介護保険部会（第 93 回）資料２．https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000938163.pdf 2023 年 7 月 21 日閲覧

厚生労働省．（2023）．特定機能病院について https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html　2023 年 12 月 16 日閲覧

Kotter．John P.（2012/2022）．黒田由貴子，有賀裕子（訳），*リーダーシップ論*（第２版）（pp.55）．ダイヤモンド社.

Kuzel，A．J.（1992）．Sampling in Qualitative Inquiry. In Crabtree, B. F. & Miller, W. L.（Eds.）, *Doing Qualitative Research,* Sage Publications，pp31-44.

中南志津乃，木村聖子．（2018）．病棟看護師だからこそ退院支援の質を高めよう；病棟看護師による退院後訪問と退院後の生活をイメージした看護実践・連携．*ナースマネジャー，20*（3），32-39.

中村真由美．（2018）．大学病院看護師による在宅訪問．*看護管理，28*（11），1038-1040.

丹生淳子，河合のり子，屋宜美子．（2010）．医療ニーズが高い慢性疾患在宅療養者に必要な退院調整 退院後一ヶ月間に起きた問題からの検討．*日本看護科学学会学術集会講演集，30*，399.

日本看護協会．（2017）．2016 年病院看護実態調査．日本看護協会調査研究報告，91，https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/91.pdf　2022 年 11 月 22 日閲覧

小原淳子．（2018）．トランジショナル・ケア・チームによる退院直後患者への移行期支援：病院からのアウトリーチ活動．*看護管理，28*（3），234-238.

笹原啓子．（2020）．入退院支援プロセスにおける退院後訪問計画，実施，報告，記録の実際．*地域連携入退院と在宅支援，13*（3），14-19.

竹内千夏，藤本さとし，吉本知恵．（2017）．医療依存度が高い高齢者の退院支援の検討．*香川県立保健医療大学雑誌，8*，33-40.

田邊暁美，嶋津多恵子．（2018）．医療処置が必要な在宅療養者を介護する家族の介護上の困難および困難を軽減する要因：文献検討．*国立看護大学校研究紀要，17*（1），36-46.

山中源治．（2016）．在宅療養に移行する植込型補助人工心臓患者および主介護者の体験と家族支援の検討．*日本クリティカルケア看護学会誌，12*（3），25-37.

山崎理央.（2021）.心理療法における基礎的コミュニケーション技法，問いかける．*福山大学人間文化学部紀要，21*，57-63.

横山梓，村嶋幸代，永田智子，柳沢愛子，若林浩司，田城孝雄，鳥羽研二，大内尉義．（2001）．一国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査．*病院管理，38*（1），53-61.

吉川久美子（2019）．病院看護管理者のマネジメントラダー日本看護協会版について，*ナーシングビジネス，13*（8），30-35.

◇研究報告◇

コロナ禍における子育て世代の看護学生の困難感

岡本陽子[1)*]

【目的】C 校は子育て世代の学生が多く，コロナ禍において自身の学習と子育ての両立が困難となっていた。学生に必要な教育支援を明らかにしたいと考え，コロナ禍における子育て世代の看護学生が抱える困難感と教育支援の課題を明らかにすることを研究目的とした。
【方法】卒業生にインタビューを行い，逐語録を作成しカテゴリー化した。
【結果】インタビューから抽出されたカテゴリーは【子どもに関する困難な事】【自分自身の思い】【オンライン関連】【経済面】【実習に対する思い】【対応策】の６つであった。子どもとの時間と自身の学習時間の確保が困難なこと，教員に支援を求められず母親としての自己肯定感の低下を語る学生もいた。
【結論】支援をもとめられない学生に対する教員からの働きかけや，母親としての強みを活かす支援，経済的支援を学生に伝えること，就職を意識する場として実習を捉えていた学生に対しての支援が示唆された。

【キーワード】コロナ禍，看護学生，子育て世代，教育支援

Ⅰ．はじめに

2020 年から COVID-19 感染拡大により教育支援体制の変化がもとめられている。C 校の学生は 20～50 歳代と幅広い年代が学んでおり，学生の中には子育て世代が多く，保育園児から大学生の子育てをしながら看護師学校で学んでいる。緊急事態宣言があった 2020 年からオンラインを使用した講義方法への変更や学内実習となり想像していた学習・実習内容との乖離があり，学生自身が混乱の中にあった。更に学生の子どもたちにも同様の問題が起こっており，学生自身の課題と自分たちの子どもが抱える課題を同時に対応しなくてはならないという状況が生じていた。教員として学生から困難であると伝えられた問題はオンライン授業に関することがほとんどであるが，表出されない困難な出来事が他にもあるのではないかと考えた。子育てと自己の学習という２つの課題を抱えた学生に対しての支援を明確にすることができれば，学生の学習困難感を軽減できるのではないかと考え研究に取り組んだ。

文部科学省は「人生 100 年時代や技術革新の進展，コロナ禍における社会情勢等を踏まえ，社会のニーズに対応したリカレント教育の基盤整備や産学連携による実践的なプログラムの拡充（中略），誰もがいくつになっても新たなチャレンジができる社会を構築する。」（文部科学省，2022）と述べている。近年リカレント教育が盛んになっており，今後看護師学校で学ぶ子育て世代の増加が予想される。本研究は，今後増加が見込まれる子育て世代学生への一助となると考える。

Ⅱ．目　　的

コロナ禍における子育て世代の看護学生が抱える困難感と教育支援の課題を明らかにする。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン：質的帰納的研究
2．研究期間：2023 年４月～2024 年５月まで
3．研究の場と対象：2020 年～2023 年の期間内で准看護師免許を持ち，看護師を目指す看護師学校（２年課程全日制）

受付日：2024 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）千葉科学大学看護学部看護学科（元 所沢看護専門学校）
＊ E-mail：yookamoto@cis.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

１校の卒業生で，研究参加の呼びかけに応じた７名のインタビュー協力を得た。

４．データ収集手順

１）卒業生を対象に，研究参加への依頼文を看護師学校ホームページに掲載した。研究参加依頼に応じた卒業生に研究参加依頼書を用いて口頭で説明をし，研究参加同意書を用いて同意を得た。

２）インタビューの実施が可能な日時の相談をし，来校可能かオンラインインタビューかを選択してもらい，オンラインインタビューの場合はオンラインの使用が可能であるか確認を行った。

３）インタビューは，半構成的面接を実施した。

４）インタビューの内容は，卒業時の年齢，性別，学生時代の家族構成（同居家族，子どもの年齢，就学状況），実際に起こった困った出来事，その時の対応方法，困った時の相談者，対応方法に対する改善策，教員の支援への要望についてインタビューを実施した。

５．データ収集方法・分析

インタビューは，対面またはオンラインで実施し，IC レコーダーを用いて録音した。録音したデータは全て逐語録を作成し，分析に用いた。

対象者がコロナ禍において困難と感じた出来事，困難なことに対する対応方法，困難な出来事があった際に教員に援助してほしかった内容を抽出した。研究対象者の子どもの年代は０～18 歳と幅広い年齢層であり，子どもの年齢別に困難な出来事，対策など年齢区分を追加した。子どもの年齢区分については，幼児期（１歳～就学前），学童期（６歳から 12 歳），青年期（中学から高校生）とした。学童期の子を持つ学生（A，F，G）をⅠ群，幼児期・学童期・青年期の子を持つ学生（B，D）をⅡ群，青年期の子のみを持つ学生（C，E）をⅢ群に区分した。このように区分し，抽出した文章を対象者が語った言葉の意味を損なわないように文脈に留意しコード化し，サブカテゴリー化，カテゴリー化を行った。コード化からカテゴリー形成までの各段階でデータとの照合を行い，必要に応じてスーパーバイザーの助言を受けて解釈の妥当性を確認した。

データ保存は研究終了から５年間とした。

６．本研究に関わる資金源

令和５年度一般社団法人日本看護学校協議会研究奨励事業による研究助成金の交付を受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

所沢看護専門学校の倫理委員会の承認を受け研究を開始した（承認番号５）。

研究参加依頼書を用いて，参加者の研究への参加・協力の自由意思，拒否権の確保，個人情報およびプライバシーの保護，研究結果の公表方法，予測される参加者の利益と不利益，また不利益を回避する方法について説明し，研究参加同意書を用い同意を得た。

Ⅴ．結　　果

インタビューの協力が得られた７名は，看護学生時に０歳から 18 歳までの子育てを実施していた卒業生であり，対象者全てに同居家族（実父，実母，夫，妻，姉，甥）がいた（表１参照）。平均インタビュー時間は 46 分間であった。

インタビューから抽出されたカテゴリーは【子どもに関する困難な事】【自分自身の思い】【オンライン関連】【経済面】【実習に対する思い】【対応策】の６つであった。以下，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉，研究対象者の言葉を「　」とし，対象者の語った内容の理解が難しいと思われ研究者が言葉を加えて補足を行ったものは（　）で表記した。

カテゴリー１【子どもに関する困難な事】のサブカテゴリーは，〈学習面の心配〉〈子どもが自宅に居ること〉〈子どもの学習の実態を知る〉〈生活への配慮〉〈運動不足問題〉の５つであった（表２参照）。

〈学習面の心配〉では，Ⅰ群では，「子どもの課題は子どもだけでできるのかという心配」があり，学童期では自立した学習が難しいと考える語りがあった。Ⅱ群では，「子どもたちの宿題も見なくてはいけない，子どもの宿題を取りに行かなくてはいけなかった」「コロナという病気がまだわからない状態で，一人で登校させないでほしいと言われ一緒に学校へ行った」「入学後に緊急事態宣言になり，新たな環境でやっていけるか心配」「中学校の勉強についていけているか，英語のオンラインってどうなんだろう」「これどうやるの？みたいな感じで聞かれ，子どもたちが困っていた」「オンライン授業で子どもたちはミュートにしてゲームをしてた」が語られた。子どもの年齢層が広いⅡ群では，多岐にわたる心配が語られ，特に中学，高校という新たな環境，進級と緊急事態宣言時期が重なること，新たな学習科目や学習内容が高度になる年代

表１　インタビュー参加者概要

		性別	年代	子どもの年齢層	同居家族	インタビュー時間
Ⅰ群	A	女性	30 代	学童期	夫	55 分 11 秒
	F	女性	30 代	学童期	実父	28 分 16 秒
	G	男性	40 代	学童期	妻	41 分 22 秒
Ⅱ群	B	女性	40 代	青年期，学童期，幼児期	夫	69 分 26 秒
	D	女性	30 代	青年期，学童期	実母	38 分 39 秒
Ⅲ群	C	女性	30 代	青年期	実母、姉、甥	49 分 30 秒
	E	女性	40 代	青年期	夫	40 分 41 秒

注：子どもの年齢に基づき３群に分類

表２　カテゴリー１　子どもに関する困難な事

サブカテゴリー	子どもの年齢分類	コード
学習面の心配	Ⅰ群	子どもの課題は子どもだけでできるのかという心配（学童期）(A)
	Ⅱ群	入学後に緊急事態宣言になり、新たな環境でやっていけるか心配（青年期）(B) 中学校の勉強ついていけているか、英語のオンラインってどうなんだろう（青年期）(B) これどうやるの？みたいな感じで聞かれ、子どもたちが困っていた（青年期）(B) 私は、友人に聞けば答えが返ってくるが、子どものことは周りに聞いても答えがでなかった（青年期）(D) オンライン授業で子どもたちはミュートにしてゲームをしてた（青年期）(D) 子どもたちの宿題も見なくてはいけない、子どもの宿題を取りに行かなくてはいけなかった（学童期）(B) コロナという病気がまだわからない状態で、一人で登校させないでほしいと言われ一緒に学校へ行った（学童期）(B)
子どもが自宅に居ること	Ⅰ群	子どもが学校に行っていない分、大人がいない家での時間が見えなさすぎて心配（学童期）(A)
	Ⅱ群	昼ご飯は？夜ご飯は？そろそろ起きなくていいの？など、いろいろなことが気になる（青年期）(B) 決して普通の休みではないと言い聞かせ、学校と同じサイクルで過ごした（青年期）(B) 留守番が大丈夫な年齢だったので、子ども２人で留守番させていた（青年期）(D)
子どもの学習の実態を知る	Ⅲ群	リモートで授業を受けていて、こういうこと勉強しているんだなと知れて新鮮（青年期）(E) リモートで、好きな物を紹介するホームルームがあり、クラスメートを知る方法を先生が工夫していると思った（青年期）(E)
生活への配慮	Ⅰ群	月１、２回は、リフレッシュのためにどっか行こうと連れ出していた（学童期）(G) 子どもは正直ほったらかしだった。申し訳ないなあって思っていて、いつの間にか大きくなった（学童期）(G) 自宅に居る事が多く、YouTube やゲームで、遊ぶことがメインだった（学童期）(G)
	Ⅰ群Ⅱ群	ずっと家にいてストレスがある（学童期）(A,B)
	Ⅱ群	コロナに対する恐怖で、皆イライラしていた　（青年期）(B)
運動不足問題	Ⅰ群	子どもがコロナのせいだと思うが、太ってしまった（学童期）(G) もっと一緒にスポーツしたかったが、あんまり興味を示さずダメでした（学童期）(G)
	Ⅱ群	大きな公園は制限されて入れず、公園で遊ぶと通報された（幼児期）(B)
	Ⅲ群	運動させようって思って一緒に縄跳びをしたら、自分が怪我をしてしまった（青年期）(E)

であることの心配が語られていた。

〈子どもが自宅に居ること〉では，Ⅰ群は，「子どもが学校に行っていない分，大人がいない家での時間が見えなさすぎて心配」という子どものみで在宅学習となってしまうことに対する不安が語られた。Ⅱ群は，「留守番が大丈夫な年齢だったので，子ども２人で留守番させていた」という語りがあり，子どもが青年期である程度自立している利点が語られた。一方「決して普通の休みではないと言い聞かせ，学校と同じサイクルで過ごした」「昼ご飯は？夜ご飯は？そろそろ起きなくていいの？など，いろいろなことが気になる」という語りがあり，１日を好きなように過ごすことのないように，親としての関わりが必要であったことが語られた。

〈子どもの学習の実態を知る〉では，Ⅲ群は「リモートで授業を受けていて，こういうこと勉強しているんだなと知れて新鮮」「リモートで，好きな物を紹介するホームルームがあり，クラスメートを知る方法を先生が工夫していると思った」という語りがあり，普段は知ることができない子どもの学習を知る機会として捉えオンライン授業の利点といえる語りもあった。

〈生活への配慮〉では，Ⅰ群は，「月 1.2 回は，リフレッシュのためにどっか行こうと連れ出していた」「自宅に居る事が多く，YouTube やゲームで，遊ぶことがメインだった」が語られた。Ⅱ群は「コロナに対する恐怖で，皆イライラしていた」が語られた。Ⅰ群Ⅱ群ともに「ずっと家にいてストレスがある」が語られた。

〈運動不足問題〉では，Ⅰ群は，「子どもがコロナのせいだと思うが，太ってしまった」「もっと一緒にスポーツしたかったが，あんまり興味を示さずダメでした」が語られた。Ⅱ群は「大きな公園は制限されて入れず，公園で遊ぶと通報された」が語られた。Ⅲ群は，「運動させようって思って一緒に縄跳びをしたら，自分が怪我をしてしまった」があり，全ての子どもの年齢層に運動不足という課題に対して，取り組む体験，困難感が語られた。

カテゴリー２【自分自身の思い】サブカテゴリーは，〈子育てと自分の学習〉〈ストレスと対策〉〈学校の支援のあきらめ〉〈課題による学びと不安〉〈コロナによっておこる不安〉〈学習のモチベーション〉〈就職後の思い〉の７つがあった（表３参照）。

〈子育てと自分の学習〉では，Ⅰ，Ⅱ群共に「食事の支度，朝昼晩全部，子どもの世話，私の課題，大変です」「給食がなく，ご飯の用意がめんどうくさかった」という給食がないことにたいする困難感があり，Ⅰ群では「（自宅学習期間）子どもと一緒に居られる嬉しさの反面，その分（自分の）勉強できない感じがあった」が語られた。

〈ストレスと対策〉では，Ⅰ群は「子どもと一緒に居たいけど，（自分の）イライラもたまる」「お買い物や，たまに仕事も行って，子どもとの距離がとれてストレス解消になった」「実習始まって先生と関わることが多くなり，先生に相談しても平気なんだと思った」が語られた。Ⅰ，Ⅱ群共に「学生同士で愚痴るのが心の安定になった」が語られた。Ⅲ群は「学内実習でスケジュールが組まれ，寄り道ができないため気分転換の機会がない」「コロナで辛いことが多くて，家で泣いた」「大変だよねって言って聞いてくれるから，愚痴は主人にしか言わなかった」がありストレス対策として他者に伝えることも語られた。

〈学校の支援のあきらめ〉では，Ⅰ群は「（コロナ）始まりたてだったから仕方がない，家庭のメンタル問題とか，言うことではないという感じ」「学校は，家庭の悩みを持ち込むところじゃない，学校は勉強の悩みを言うのはいいところ」「若干教員は怖いイメージがあった」があった。Ⅱ群は「准看の時に他の人が，子どもが熱を出したと相談して，それは通用しないって言われていた」「自分で決めた道だったので，覚悟して入ったので，大変っていうのは通用しない」が語られた。

表３　カテゴリー2　自分自身の思い

サブカテゴリー	子どもの年齢分類	コード
子育てと自分の学習	Ⅰ群	給食がなく、ご飯の用意がめんどうくさかった（学童期）(A) （自宅学習期間）子供と一緒に居られる嬉しさの反面、その分(自分の）勉強できない感じがあった（学童期）(A)
	Ⅱ群	食事の支度、朝昼晩全部、子どもの世話、私の課題、大変です（幼児期、学童期、青年期）(B)
ストレスと対策	Ⅰ群	お買い物や、たまに仕事も行って、子どもとの距離がとれてストレス解消になった（学童期）(A) 実習始まって先生と関わることが多くなり、先生に相談しても平気なんだと思った（学童期）(A) 子どもと一緒に居たいけど、（自分の）イライラも貯まる（学童期）(A)
	Ⅰ群Ⅱ群	学生同士で愚痴るのが心の安定になった（学童期、青年期）(A,D)
	Ⅱ群	学内実習でスケジュールが組まれ、寄り道ができないため気分転換の機会がない（学童期、青年期）(D) コロナで辛いことが多くて、家で泣いた（幼児期、学童期、青年期）(B) 大変だよねって言って聞いてくれるから、愚痴は主人にしか言わなかった（幼児期、学童期、青年期）(B)
学校の支援のあきらめ	Ⅰ群	（コロナ）始まりたてだったから仕方がない、家庭のメンタル問題とか、言うことではないという感じ（学童期）(A) 学校は、家庭の悩みを持ち込むところじゃない、学校は勉強の悩みを言うのはいいところ（学童期）(A) 若干教員は怖いイメージがあった（学童期）(A)
	Ⅱ群	准看の時に他の人が子どもが熱を出したと相談して、それは通用しないって言われていた（幼児期、学童期、青年期）(B) 自分で決めた道だったので、覚悟して入ったので、大変っていうのは通用しない（幼児期、学童期、青年期）(B)
課題による学びと不安	Ⅰ群Ⅱ群	課題でわからないことがあっても、先生に聞けない辛さがあった（幼児期、学童期、青年期）　(A,B)
	Ⅱ群	参考資料は自分で持っている物だけになってしまった、図書室に行けないのが一番辛かった（幼児期、学童期、青年期）(B) 教科書見て、手で書いて勉強そのものがストレス発散、分からない事が分かるようになると楽しくなる（学童期、青年期）(D) 勉強して、テストでいい点をとれるようになったら楽しくなった（学童期、青年期）(D)
	Ⅲ群	先生も、課題で落とそうと思って指摘しているわけではない、こういうところを直したほうがいいと伝えてくれた（青年期）(E)
コロナによっておこる不安	Ⅱ群	緊急事態が始まった時、課題、就職活動が重なって辛かった（幼児期、学童期、青年期）(B) 母の通院、合間を見ながら学習、家のことをしつつ、自分の時間、遊ぶ時間みたいのが持てなかった（学童期、青年期）(D)
	Ⅲ群	子どもがコロナになり濃厚接触者の私は元気でいるのに休まなくてはいけない葛藤（青年期）　(C) 家族が多い分誰かが感染したら濃厚接触者になってしまう確率が高い（青年期）(C) 准看のときはお姑さんに来てもらって実習の時手伝ってもらったが、コロナ禍は夫婦だけで乗り切った（青年期）　(E)
学習のモチベーション	Ⅰ群	課題は学校来ているからしょうがない、資格とらないと生活できない（学童期）(F)
	Ⅱ群	卒業できないと困るって言う、意識がすごいあった（幼児期、学童期、青年期）(B)
	Ⅲ群	自分に負荷をかけないように初めから 100 点目指す必要はないかなって思っていた（青年期）　(E)
就職後の思い	Ⅱ群	働き出してから、子育てをしながら看護師やっているって言うと、患者さんはすごい食いついてくる、すごいわねえって（幼児期、学童期、青年期）(B) 学生時、母としての自分は弱みでしかなかった、今では強みとして捉えられる（幼児期、学童期、青年期）(B)

〈課題による学びと不安〉では，Ⅰ，Ⅱ群共に「課題でわからないことがあっても，先生に聞けない辛さがあった」が語られた。Ⅲ群は「先生も，課題で落とそうと思って指摘しているわけではない，こういうところを直したほうがいいと伝えてくれた」が語られた。

〈コロナによっておこる不安〉では，Ⅱ群は「緊急事態が始まった時，課題，就職活動が重なって辛かった」などが語られた。Ⅲ群は「子どもがコロナになり濃厚接触者の私は元気でいるのに休まなくてはいけない葛藤」「家族が多い分誰かが感染したら濃厚接触者になってしまう確率が高い」「准看のときはお姑さんに来てもらって実習の時手伝ってもらったが，コロナ禍は夫婦だけで乗り切った」があり，感染に関する不安も語られた。

〈学習のモチベーション〉では，「課題は学校来ているからしょうがない，資格とらないと生活できない」「卒業できないと困るって言う，意識がすごいあった」「自分に負荷をかけないように初めから 100 点目指す必要はないかなって思っていた」という学習の捉え方が語られた。

〈就職後の思い〉では，Ⅲ群は「働き出してから，子育てをしながら看護師やっているって言うと，患者さんはすごい食いついてくる，すごいわねえって」「学生時，母としての自分は弱みでしかなかった，今では強みとして捉えられる」という，母親としての自分が強みに変化したことが語られた。

カテゴリー３【オンライン関連】のサブカテゴリーは，〈画面に映ること〉〈自分の困りごと〉〈オンラインの恩恵〉〈子どもから学ぶ〉の４つであった（表４参照）。

〈画面に映ること〉では，Ⅰ群は，「（オンライン）顔出しがなければ，隣に子どもが居るのが OK なら子どもは静か」「子ども映ってるって思われるのが嫌」が語られた。Ⅲ群でも「家族が家に居て，個室じゃないと周りが映ってしまう」が語られ画面に映ることに関する意見は年代問わずあった。

〈自分の困りごと〉では，Ⅱ群は「主人も子どもも皆オンラインで，パソコンの回線が遅くなる」「（子どもの）面談はオンラインで子に聞かせたくない話も，（子どもが）扉の向こうに立って全部聞いていた」「皆９時からオンラインが始まるため，オンラインで音を拾ってしまうので朝掃除をする」があり，子どもの年齢層が広いこと，夫もオンラインを使用することでおこる困難感があった。Ⅲ群では「ネットのつながりで聞こえないことがある，オンラインの人が先生から質問され困った」が語られた。

〈オンラインの恩恵〉では，Ⅰ群は「事前に資料を送ってくれ，本当に学校で受けているのと変わらない授業を受けることができた」「実習がオンラインで，データが送られてきたり，グーグルクラスルームをフル活用していた」が語られた。Ⅰ，Ⅱ群共に「操作は最初ちょっと分からなくって，使っていくう

ちに慣れていった」が語られた。Ⅲ群は「（講義に）参加できない不安があったが，（オンライン授業参加が）救済処置として，ありがたかった」が語られた。学生・教員共にオンラインに対する経験を得ることで肯定的な捉え方に変化していた。

〈子どもから学ぶ〉では，Ⅱ群は「（子どもは）自分たちでできるので，むしろどうやるの？と聞いていました」が語られ子どもの世代のデジタル能力が高い事が感じられた。

カテゴリー４【経済面】のサブカテゴリーは，〈経済的な支援〉〈経済的な不安〉〈検査費の負担〉３つであった（表５参照）。

〈経済的な支援〉では，Ⅰ，Ⅲ群共に「母子家庭は支援金がでた，返さなくていい，気持ちにも余裕が出た」「（政府から）寄付金がでた，県の奨学金もあり何とか乗り切れた」「子どもも私もコロナになった，症状もそんなになく，保険金も出た」が語られた。

〈経済的な不安〉では，Ⅰ，Ⅲ群共に「高看になると土日しか仕事ができない」「（学校から）バイトがダメという話になり，生活かかっているので不安になった」「バイトや夜勤増やすと，体がとにかく辛かった，病院の仕事とバイトして，週４から５くらい働いていました」が語られ経済的な不安はどの年代にもあることが明らかとなった。

〈検査費の負担〉では，Ⅱ群は「（検査キット）品切れみたいな時，ネットで安い物を見つけて買っていた」Ⅲ群は「コロナじゃないと証明する PCR 検査が自費になり，２万円かけて検査を受けた」が語られた。コロナ禍の初期は，検査キットの購入が困難であったため学校からの支給ができなかった。また，感染後政府が発表していた待機期間を過ぎても症状がある際，来校可能かの判断をするため検査の必要性を学生に伝えていたが，経済的な支援ができていなかったことが上記の語りに繋がっていた。

感染予防の観点から仕事を制限され収入が途絶え不安があった一方，政府や奨学金などの支援金を受け安心感が得られていた。支援が受けられるものを随時学生にアナウンスしていたことで，学生が知ることができる機会を作っていたと言える。

カテゴリー５【実習に対する思い】のサブカテゴリーは，〈実習の負担〉〈病院実習経験不足〉〈学内実習の利点〉〈メンバー間の協力〉〈学習方法を確立〉〈就職後の思い〉の６つがあった（表６参照）。

〈実習の負担〉では，Ⅰ群では「施設や病院行くと，プレッシャーがある，苦手意識，難易度が高く大変なイメージ」「実習場所は怖い所，緊張する」「（病院）実習はよかったけれど，学内実習は（患者役の）演技しなくてはいけないから嫌だ」Ⅱ群では「学内実習は，ペーパーペイシェントで実際の実習とは乖離していた」「（学内実習で）学生同士だと，リアル感がなく混乱する」が語られた。

〈病院実習経験不足〉では，Ⅰ，Ⅱ群共に「実際に実習したくて学校に来たので，それができなかったのが悔しかった」「自分の居る病院を辞めた時の参考にできたらと思っていた，実習ができないって聞いて，そこがちょっとネックでした」があり実習ができなかったことに対する思いが語られた。

〈学内実習の利点〉では，Ⅰ，Ⅱ群共に「（実習場所）現場へ行くのは遠いいので，学内で良かった」があり，Ⅱ群では「学内実習になって，家のことができてから学校に来ることができたので，時間に余裕がもてた」「先生たちが記録の時間もくださっていたので，そこはよかった」があり家事と育児，自己の学習時間が取れるという思いが語られた。

〈メンバー間の協力〉では，Ⅰ群は「若い子と一緒になったとき，頑張らなきゃって，いろいろ先頭きってやっていた」

表４　カテゴリー３　オンライン関連

サブカテゴリー	子どもの年齢分類	コード
画面に映ること	Ⅰ群	（オンライン）顔出しがなければ、隣に子どもが居るのが OK なら子供は静か （学童期）(A) 子ども映ってるって思われるのが嫌（学童期）(A)
	Ⅲ群	家族が家に居て、個室じゃないと周りが映ってしまう（青年期）(C)
自分の困りごと	Ⅱ群	主人も子どもも皆オンラインで、パソコンの回線が遅くなる（幼児期、学童期、青年期）(B) （子どもの）面談はオンラインで子に聞かせたくない話も、（子どもが）扉の向こうに立って全部聞いていた（青年期）(B) 皆９時からオンラインが始まるため、オンラインで音を拾ってしまうので朝掃除をする（幼児期、学童期、青年期）(B)
	Ⅲ群	ネットのつながりで聞こえないことがある、オンラインの人が先生から質問され困った（青年期）(C)
オンラインの恩恵	Ⅰ群	事前に資料を送ってくれ、本当に学校で受けているのと変わらない授業を受けることができた（学童期）(F) 実習がオンラインで、データが送られてきたり、グーグルクラスルームをフル活用していた（学童期）(F)
	Ⅰ群Ⅱ群	操作は最初ちょっと分からなくって、使っていくうちに慣れていった（学童期、青年期）(D,F)
	Ⅲ群	（講義に）参加できない不安があったが、（オンライン授業参加が）救済処置として、ありがたかった（青年期）(C)
子どもから学ぶ	Ⅱ群	（子どもは）自分たちでできるので、むしろどうやるの？と聞いていました（青年期）(D)

表５　カテゴリー４　経済面

サブカテゴリー	子どもの年齢分類	コード
経済的な支援	Ⅰ群	母子家庭は支援金がでた、返さなくていい、気持ちにも余裕が出た（学童期）(F) （政府から）寄付金がでた、県の奨学金もあり何とか乗り切れた（学童期）(G)
	Ⅲ群	子供も私もコロナになった、症状もそんなになく、保険金も出た（青年期）(C)
経済的な不安	Ⅰ群	高看になると土日しか仕事ができない（学童期）(G) バイトや夜勤増やすと、体がとにかく辛かった、病院の仕事とバイトして、週４から５くらい働いていました（学童期）(G)
	Ⅲ群	（学校から）バイトがダメという話になり、生活かかっているので不安になった（青年期）(E)
検査費の負担	Ⅱ群	（検査キット）品切れみたいな時、ネットで安い物を見つけて買っていた（学童期、青年期）(D)
	Ⅲ群	コロナじゃないと証明する PCR 検査が自費になり、２万円かけて検査を受けた（青年期）(C)

「助け合っていた，一人で悩むのではなく皆が教えてくれた」Ⅱ群は「同じ班に（病院勤務）未経験者が２人，（病院勤務）経験者が３人いて，お互いの気づきが違うので，知識の穴埋めは本当の実習よりはしやすかった」が語られた。

〈学習方法を確立〉では，Ⅲ群は「自分の状況を常に言う様にしていて，大変なことは大変だって言えば，周りが手伝ってくれる」「私は割り切って土日にしか患者さんへのパンフレットなどの準備はしないって決めてた」が語られた。

〈就職後の思い〉では，Ⅰ，Ⅲ群共に「学校と仕事を比べてみて思うんですけど，仕事の方が大変です」「実習ちゃんと全部行けている人との差はありそうな感じがした 」「先輩との差を感じる，コロナのせいっていう理由をつける自分がいる」「コロナ禍っていうので実習が短かった，実際に現場にでて，アセスメント力が足りないってすごい言われる」が語られた。

カテゴリー６【対応策】のサブカテゴリーは，〈相談の重要性〉〈教員との関係性〉〈ピアサポート〉〈家族のフォロー〉の４つであった（表７参照）。

〈相談の重要性〉では，Ⅰ群は「先生が聞いてくれる姿勢だと嬉しい」「家庭の方はどう？とか家のことで心配なことはない？とか聞いてくれると話やすい」が語られた。Ⅰ，Ⅱ群共に「課題に対する質問窓口やメールで相談ができればよかった」Ⅱ群は「就職できるか，国試を受けられるか聞いたら先生は絶対卒業させると言ってくれ，ありがたかった」が語られた。

〈教員との関係性〉では，Ⅰ群は「学内実習だからこその，先生との距離が縮まり，いろいろ話せるようになった」「メン

表６　カテゴリー５　実習に対する思い

サブカテゴリー	子どもの年齢分類	コード
実習の負担	Ⅰ群	施設や病院行くと、プレッシャーがある、苦手意識、難易度が高く大変なイメージ（学童期）(A) 実習場所は怖い所、緊張する（学童期）(A) （病院）実習はよかったけれど、学内実習は（患者役の）演技しなくてはいけないから嫌だ（学童期）(F)
	Ⅱ群	学内実習は、ペーパーペイシェントで実際の実習とは乖離していた（学童期、青年期）(D) （学内実習で）学生同士だと、リアル感がなく混乱する（学童期、青年期）(D)
病院実習経験不足	Ⅰ群	精神行きたかった、（職場の）選択肢として入れてみたいなって思っていたので、そこを知れない（学童期）(G) 自分の居る病院を辞めた時の参考にできたらと思っていた、実習ができないって聞いて、そこがネックでした（学童期）(G)
	Ⅱ群	実際に実習したくて学校に来たので、それができなかったのが悔しかった（学童期、青年期）(D)
学内実習の利点	Ⅰ群	学内実習はプレッシャーがない、ホームですし、指導者の圧もない（学童期）(G)
	Ⅰ群Ⅱ群	（実習場所）現場へ行くのは遠いいので、学内で良かった（学童期、青年期）(D,F)
	Ⅱ群	学内実習になって、家のことができてから学校に来ることができたので、時間に余裕がもてた（学童期、青年期）(D) 先生たちが記録の時間もくださっていたので、そこはよかった（学童期、青年期）(D) 成人の術前、当日、一日目、二日目と皆同じ足並み、一緒だと何確認すればいい？というのが相談できる（学童期、青年期）(D)
メンバー間の協力	Ⅰ群	若い子と一緒になったとき、頑張らなきゃって、いろいろ先頭きってやっていた（学童期）(G) 助け合っていた、一人で悩むのではなく皆が教えてくれた（学童期）(F)
	Ⅱ群	同じ班に（病院勤務）未経験者が２人、（病院勤務）経験者が３人いて、お互いの気づきが違うので、知識の穴埋めは本当の実習よりはしやすかった（学童期、青年期）(D)
学習方法を確立	Ⅲ群	自分の状況を常に言う様にしていて、大変なことは大変だって言えば、周りが手伝ってくれる（青年期）(E) 言われたことをやっていくのも、もちろんそうなんですけど、わからないことはちゃんと調べておく（青年期）(E) どういう準備をするか、経験を重ねるとできるようになった（青年期）(E) 私は割り切って土日にしか患者さんへのパンフレットなどの準備はしないって決めてた（青年期）(E)
就職後の思い	Ⅰ群	学校と仕事を比べてみて思うんですけど、仕事の方が大変です（学童期）(G) 先輩との差を感じる、コロナのせいっていう理由をつける自分がいる（学童期）(G)
	Ⅰ群Ⅲ群	実習ちゃんと全部行けている人との差はありそうな感じがした（青年期、学童期）(C,G) コロナ禍で実習が短かった、実際に現場にでて、アセスメント力が足りないってすごい言われる（学童期、青年期）(C,G)

表７　カテゴリー6　対応策

サブカテゴリー	子どもの年齢分類	コード
相談の重要性	Ⅰ群	先生が聞いてくれる姿勢だと嬉しい（学童期）(A) 家庭の方はどう？とか家のことで心配なことはない？とか聞いてくれると話やすい（学童期）(A)
	Ⅰ群Ⅱ群	課題に対する質問窓口やメールで相談ができればよかった（幼児期、学童期、青年期）(A,B)
	Ⅱ群	就職できるか、国試を受けられるかと聞いたら先生は絶対卒業させると言ってくれ、ありがたかった（幼児期、学童期、青年期）(B)
教員との関係性	Ⅰ群	学内実習だからこその、先生との距離が縮まり、いろいろ話せるようになった（学童期）(A) 先生のことを知らないと相談してもしょうがないと思う(先生との関係が変化すると)先生に言っても大丈夫と思う（学童期）(A) 相談することで、この人変って思われるのやだ、考えすぎなのかな、と思われるのもやだ（学童期）(A) メンタル弱いのねって思われたり、そういう目で見られるのがやだ（学童期）(A)
ピアサポート	Ⅰ群	准看は遠足などがあり仲良くなっていったが、そういう活動がなくクラスメートと交流が少なかった（学童期）(G) ママサークルっていうのがあるらしく、働くお母さん同士や男同士のサークルがあると、悩みを解決すると思う（学童期）(A)
	Ⅰ群Ⅱ群	学校の子たちと電話したり、言い合いしたりしてストレス発散していた（学童期、青年期）(A,D)
家族のフォロー	Ⅰ群	親が、主に子どもの面倒を見てくれてました（学童期）(F)
	Ⅲ群	親が自宅での仕事になり、家に居てくれたので安心できた（青年期）(C) 家事のフォローが、積もり積もって精神的フォローになる（青年期）(E) 子どもや主人に、掃除・洗濯しておいてと言えばやってくれ助かった（青年期）(E)

タル弱いのねって思われたり，そういう目で見られるのがやだ」が語られた。

〈ピアサポート〉では，Ⅰ群は「准看は遠足などがあり仲良くなっていったが，そういう活動がなくクラスメートと交流が少なかった」「ママサークルっていうのがあるらしく，働くお母さん同士のサークルがあると，悩みを解決すると思う」が語られた。Ⅰ，Ⅱ群共に「学校の子たちと電話したり，言い合いしたりしてストレス発散していた」が語られた。

〈家族のフォロー〉では，Ⅰ群は「親が，主に子どもの面倒を見てくれてました」が語られた。Ⅲ群は「子どもや主人に，掃除・洗濯しておいてと言えばやってくれ助かった」が語られ青年期の年代の子どもがフォローしている現状があった。

Ⅵ．考　　察

１．コロナ禍における子育てをしていた看護学生の状況

コロナ禍における子育てについて西舘は「多くの親は，子どもが新型コロナウイルスに感染することへの不安と，自粛によるストレスが子どもたちにもたらす影響を心配した」(西舘，2021）と述べている。実際に子どもがCOVID-19に感染し学生が濃厚接触者となったケースや，子どもと学生ともに感染したことが語られていた。感染の不安が現実になった際，健康面のみならず子どもと学生双方の学習面に関する不安が生じることが考えられる。実際には感染後の症状が重症化しなかったことが幸いし，健康面に関する不安は聞かれなかった。学習面ではオンラインを活用したことで，濃厚接触者となり通学できなくなった状況において，学びを得る機会が損なわれず学習面に関する不安の軽減となっていた。また，親である学生より子どもの方がオンラインに対する受け入れが早く，子どもにオンラインの方法を教えてもらうという助け合う状況を作っていた。このことは，親は子どもに教えるという立場だけではなく，子どもから学ぶ機会を作っていたとも言える。子どもの成長を感じられる経験となったのではないだろうか。斎藤他（2022）は，「学童期の親はCOVID-19状況下により様々なストレスを感じていたが，家族で経験したことをポジティブな経験として認識した」と述べている。本研究においても，様々な経験をすることで家族として成長できる機会となることが示唆されていた。

コロナ禍においては，ポジティブな経験だけではなくネガティブと捉えることができる語りもみられた。自粛生活が続くことで様々なストレスが，子どもに生じると共に運動不足などの問題も生じていた。親として子どもの運動不足への対応を工夫していたが，子どもをスポーツに誘っても参加してくれなかったことや，周囲の自粛ムードの中で遊ばせることが難しくなっていた。西舘は「子どもと家にこもり続ければ，自分の精神状態がもたないという危機感をもった親は多くいたと推測される」（西舘，2021）と述べている。子育てと看護学生との両立をしている対象者にとっては，一般の子育て世代に比べ更なるストレスを感じていたことが考えられる。ストレスを抱えながらも，子どもと関わる時間と自分の学習時間の確保をしなくてはいけないというジレンマが生じていたと言える。

２．相談できる関係性の構築の重要性

教員との関係では，相談することをあきらめていた語りがあった。（鈴木，原田，2011）は「あんたなんかに世間は甘い言葉なんかかけないわよ…中略…などの言葉に傷ついたりプレッシャーとして受け取っていたことが明らかになった」と述べている。鈴木らの研究は，学生出産に対する教員の発言であるが，本研究の対象者は，准看護学生時に受けた教員の言葉「准看の時に他の人が子供が熱を出したと相談して，それは通用しないって言われていた」から，自分の思いを表出することを抑えていた。このことは，教員が学生に対して発言したことが，後々まで続き学生自身が助けを求める行動を制限してしまうという危険性をはらんでいた。困難な出来事があった際，教員に相談することができた語りもあり，その要因の一つとして教員との関わりが多くなることで相談できる相手であると感じ相談できたという変化があった。日々講義や実習に追われている学生との関わりをできるだけ多くとること，更に安心して相談できる相手となるような関係性の構築が重要であると考える。近藤は「まわりにいる人間が，本人の小さな変化を見逃さず，注意深い観察のもとで，状況に応じたフィードバックを丁寧に重ねることが，本人の成長の自覚や自信につながっていく」（近藤，2012，p.179）と述べている。子育て世代の学生は，自分の子どもの対策を考えながら，自分自身の学習が重なった状態に苦慮しており，辛さがありながらも支援を求めることができないでいた。さらに，母親である自分は弱みであると捉えている学生もおり，自己肯定感が低い状態で学生生活を過ごしていたと言える。学生自身の辛さをクラスメートに話せている語りがあったが，教員自身が学生の変化を見逃さず支援をもとめられない学生の辛さを感じ取りフォローする働きかけが必要である。また教員だけではなく，ピアサポートの活用も今後計画していくことで，様々な人々からのフォローを受けられる場が増えれば，学業と子育てを両立し困難感を抱いている学生の精神的辛さの軽減に繋がるのではないかと考える。

３．経済的な支援と家族からの支援

一柳他（2009）は，看護師学校を選択する動機として「経済面や自立を目指す学生が選択する職業」とある。経済的な視点を強くもって看護師学校に入学した学生は，経済的な不安を抱いていると言える。コロナ禍において様々な支援が得られたことは，学生にとってわずかではあっても心の安定に繋がったと考える。得られる支援を常に学生に対して発信することで，学生の助けになっていたことが明らかになった。

学生にとって必要な支援は経済面もさることながら，子育てと家事を支援してくれる家族の存在が欠かせないことが，インタビューから明らかになった。川崎は「困難感を感じながらも学業を続けられるのは，学生自身の努力による学習時間の確保と，やはり家族の支援体制なのだろう」(川崎，2019)

と述べている。本研究の対象者全てに同居家族がおり，家族の助けが支えになっていた。コロナ禍のため遠方に居る家族からの支援が受けられなかった学生もおり，同居家族の協力が，子育て世代の支援に不可欠であると言える。家族の協力の基に成り立っている現状は，今後増加する可能性があるリカレント教育において，学業の継続支援ができているとは言えない。「我が国では，学業を継続しながら子育てが行える環境やシステムが学校には整っていない社会としての問題があるのが現状である」（鈴木，原田，2011）と 14 年前の鈴木らの研究で述べている。現在の状況は子育て支援になんら変化がないことを表している。学校単位で学業と子育ての両立ができるように支援することも大切ではあるが，政府の新型コロナウイルス感染症緊急経済対策として特別定額給付金などの経済支援に加え，子育て世代への支援システムの構築が必須ではないかと考える。家事や子育ての負担が女性に多くのしかかっている現状を打破するためにも，女性が活躍する社会を作るための一歩となるような政策に期待したい。

４．実習が学内となった際の職場選択支援

安部他（2021）は「実習に行けなかったことで一連のプロセスを踏めないことは，進級や就職時の不安につながっていると考えられた」と述べている。社会人経験がある子育て世代にとって就職先を選択する意識は現役世代に比べて高いと言える。さらに，小玉他（2019）は「高校新卒の学生より年長で就職することについては，年齢が高い学生ほど年齢を意識して就職への不安を語っていた」と述べている。本研究の対象者は年齢が 30 歳代から 40 歳代であったため，就職に対する不安は強くあったことが考えられる。就職に対する不安を表出していた学生もおり，自分の将来に対しては自ら教員に伝えることができていた。このことは，自分の将来像を明確に描き学業に向き合っていることを示している。原は「社会人学生の多くが，看護師資格を取得し，その先の臨床経験を通してどのような看護師を目指すのか，看護師として働き如何に人生を歩んでいるのかを考えているということである」（原，2015）と述べている。子育てを経験し，看護師となるために入学した学生たちにとって卒業後の未来がコロナ禍という未曾有の危機に遭遇し，将来への不安がより強くあったことが予想される。就職説明会をオンラインで実施はしたが，病院見学ができず，インターンシップの参加が中止される状況に対して，何らかの代替案を学生に示し，職場選択の情報を得る機会を実習以外で得られる支援が必要であったと考える。

本研究は，コロナ禍における子育て世代の看護学生が抱える困難感から，教育支援の課題を明らかにすることを研究目的として取り組んだ。様々な困難な出来事が語られたが，学生自身や家族，学友らの協力を得ながら対応していることも明らかになった。インタビューの協力を得られた対象者は７名と少なく，明らかになったデータの他にも情報があることが考えられる。今後も，コロナ禍以外にも災害など予想できない危機的状態が起こる恐れがある。教員からの支援の充実に向けて，子育てと学業を両立している学生に対する支援を学校や社会から得るためにも研究を続けることを課題とする。

Ⅶ. 結　　論

コロナ禍における子育て世代の看護学生が抱える困難感から，以下の教育支援の課題が明らかになった。

１．学生が教員に対して相談できる関係性の構築が重要であると同時に，相談できる環境づくりとして，ピアサポートを受けることができるシステム作りが必要である。

２．コロナ禍では，アルバイトなどの収入源が断たれ経済的に困難となっていたが，支援金を得ることで安心感を得られていた。経済面のみならず家事，子育てに対する支援システムの構築があれば更に子育て世代の学業参加の糸口がつかめる可能性となる。

３．子育て世代は就職に対する意識が高く，コロナ禍では学内実習となったことで，就職に対する不安が増していた。職場選択の助けとなる支援が必要である。

本研究に参加してくださいました研究対象者，研究を行うに当たり令和５年度一般社団法人日本看護学校協議会より研究助成金交付のご協力に深く感謝いたします。なお本論文は，第 36 回一般社団法人日本看護学校協議会学会において発表したものに加筆・修正を加えたものである。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

安部聡子，下司映一，福地本晴美．（2021）．看護系大学生のストレス要因と学生支援．*ストレス科学, 35*(4), 290-301.

原ちひろ．（2015）．看護専門学校における社会人学生と現役生の学習意欲の検討．*第 45 回日本看護学会論文集　看護教育，45*，55-58.

一柳陽子，谷山牧，山崎千寿子．（2009）．看護学生の入学・職業選択動機の実態と構造．*川崎市立看護短期大学紀要, 14*（1），21-27.

川崎寛子．（2019）．育児中の看護学生の実態調査．*JCHO 東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校紀要, 4*(1)，30-36.

小玉光子，水木暢子，小畑千春．（2019）．X 看護大学に入学した社会人経験者の認識，*秋田看護福祉大学総合研究所研修所報，14*，1-18.

近藤卓．（2012）．PTG 心的外傷後成長トラウマを超えて．金子書房.

文部科学省．（2022）．文部科学省におけるリカレント教育等の取組について．https://www.mhlw.go.jp/content/11801000/000894638.pdf（閲覧日 2022 年 12 月 23 日）

西舘有沙．（2021）．With＆After コロナ禍での育児 行動が制限されるコロナ禍での子育て②自粛中の子育てにおいて親が困ったこと，学んだこと．*臨床助産ケア，14*（1），65-69.

斎藤瑠華，王雪晴，津田朗子．（2022）．北陸地方の COVID-19 状況下における学童期の親の生活と家族関係に対する認識．*Journal of wellness and health care，46*（1），65-77.

鈴木香菜実，原田通予．（2011）．学生出産を行った母親の思い―学業との両立の困難に焦点をあて―．*日本ウーマンズヘルス学会誌，10*（1），51-58.

◇研究報告◇

喉頭摘出術を受けた患者のQOLとコミュニケーション形成に関する実態と課題

―喉頭摘出者に対するコミュニケーション形成の支援―

岩﨑香織[1)*]，林田美香[1)]，丸茂由美[1)]，山本小奈実[2)]，村上京子[2)]

【目的】喉頭摘出者のコミュニケーション形成における困難およびQOLに関連する要因を明らかにしQOL向上に向けた看護の示唆を得る。

【方法】喉頭摘出者134名を対象にQOL尺度，コミュニケーション形成への影響および困難について，無記名式質問紙調査を行った。

【結果】喉頭摘出者の約9割が自分の考えや感情を伝えることに困難を抱えていた。役割機能には呼吸困難（β ＝-.319）や不眠，社会的機能には経済的困難（β ＝-.301）や感覚障害などが負の関連を示した。食道発声のQOLはそうでない者よりも低かった。コミュニケーション形成における困難では，『声が獲得できていないことによる困難』『コミュニケーション困難による心理的障壁』など6つのカテゴリーが抽出された。

【結論】喉頭摘出者のQOL向上には，身体症状，心理・社会的状況を踏まえた継続的な情報提供と看護支援が重要である。

【キーワード】喉頭摘出術，患者，Quality of Life，コミュニケーション，看護支援

Ⅰ．はじめに

頭頸部がんは年間約33,000人が罹患し，特に口腔がん，咽頭がんは増加傾向にある（がん研究振興財団，2023）。喉頭全摘出者（以下，喉頭摘出者）は，永久気管孔による運動制限，汁物をすすれない，いきみにくいといった食事・排泄の問題（渡邉他，2021），不安・抑うつなどの心理的問題（照屋他，2018），さらに治療を機に4割が転職・離職し，多くは年金生活に転じる社会的課題（宮崎他，2021）など，生活の質（Quality of Life：QOL）に大きな影響を受ける。特に発声機能の喪失（失声）は，他者との関わりの中で生きる人間の存在としての根幹を揺るがす危機的状況であり，QOLの向上には代用音声の獲得と社会的支援が望まれる（Kotake, et al., 2016）。臨床現場では，患者や家族から「何か起こった時，どうやって助けを呼べばよいのか」「他人に自分の思いが伝わらずイライラする」といった声を聴くことがある。喉頭摘出者が失声後に他者との意思疎通を再構築する過程，すなわちコミュニケーション形成を支援することがQOL向上に重要と考える。

「頭頸部癌診療ガイドライン 2022」（日本頭頸部癌学会，2022，pp.124-125）によると，代用音声について食道発声，電気喉頭，ボイスプロステーシス（プロヴォックス®：PV）によるシャント発声などが勧められている。それぞれに長所と短所があり，食道発声は追加手術・器具は不要だが習得に時間を要し，電気喉頭は習得が比較的容易だが器具を用いた機械的な音声であり，欧米で主流のシャント発声は自然に近い発声ができるが手術と管理が必要である。術後は呼吸や発声・嚥下の仕組みが変わるため，医師や理学療法士・言語療法士を含めた多職種支援が必要である。わが国では2020年より，シャント発声用の人工鼻等が特定保険医療材料として保険収載された。しかし，医師の負担や多職種連携の難しさから施行に消極的な施設もあり，全ての希望者が選択できる状況には至っていない（四宮，2022）。これまでに喉頭摘出者のQOLやその関連要因について調査はあるが（須永他，2019：三浦，2023），代用音声に対する認識やコミュニケーション形成に関する検討は十分ではない。近年では，スマートフォンアプリや合成音声の活用も進んでおり（飴矢他，2022），それを支え

受付日：2024年10月15日／受理日：2026年1月20日
1）山口大学医学部附属病院　2）山口大学大学院医学系研究科
＊ E-mail：ume-iwa@yamaguchi-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

る看護師を含めた多職種支援が模索されている。本研究では，喉頭摘出者の QOL 向上に向けて，特にコミュニケーション形成に関する現状と課題を明らかにしたいと考えた。

用語の定義

コミュニケーション形成：喉頭摘出術後に音声による発声機能を喪失した患者が意思の疎通手段を獲得し，対人・社会的な関係性を築いていく術後の適応から日常生活の再構築に至る営み

Ⅱ．目　　的

喉頭摘出者が新たなコミュニケーションを形成する際の困難および QOL に関連する要因を明らかにするとともに，シャント発声を含む代用音声の認識を把握することで，術後の QOL 向上に向けた看護への示唆を得る。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン・方法

喉頭摘出者の患者会（中四国地方）に所属する当事者 258 名を対象とし，無記名式質問紙調査を実施した。この患者会は，食道発声と人工喉頭の指導のために発声訓練士の資格を持つ患者を中心とした活動を行う NPO 法人として創設され，発声訓練の指導，相互交流がされている（日本喉摘者団体連合会，n.d.）。患者会代表者を通して，個包装された研究説明書，質問紙，返信用封筒を研究対象者に 2024 年７～８月に送付し，対象者個人から郵送法で回答を得た。

２．調査内容

質問紙は①QOL に関する項目（EORTC QLQ-C30, H&N35）65 項目，②『コミュニケーション形成への影響』６項目，③対象者の属性（年代，術後年数，退院後のサポート者の有無，仕事，コミュニケーション手段：筆談，シャント発声，文字盤，食道発声，電気喉頭，ジェスチャー），シャント発声でない対象者にはシャント発声の実施希望と理由（自由記述）を尋ねた。さらに，④コミュニケーション形成で困難に感じることや思うこと，術後に大変だったことについて自由記述で回答を求めた。

EORTC（European Organization for Research and Assessment of Cancer Therapy）QLQ-C30 はがん患者の QOL を評価する中心的質問票として，総括的 QOL（Global health status，以下 QL2）２項目および４件法による機能的尺度（身体，役割，感情，認知，社会的）15 項目と症状尺度 13 項目の全 30 項目から構成されている。内容的妥当性，構成概念的妥当性，内的一貫性に関して検証され，世界中で広く使用されている（Aaronson, et al., 1993）。日本語版についても信頼性と妥当性が確認されている（下妻，2001）。EORTC QLQ-H&N35 は頭頸部がん患者の症状を補足して尋ねる症状尺度 35 項目である。得点は０～100 点の範囲で QL2 および機能的尺度得点は点数が高いほど QOL や機能が高く，症状尺度得点は点数が高いほど症状や困難が強いことを示す。尺度の使用にあたり，EORTC 本部より日本語版の使用許可を得た。次に，『コミュニケーション形成への影響』６項目は文献をもとに研究者間で検討し，気持ち・感情を伝える難しさ（２項目），意思疎通・自分らしさ（２項目），人との関わり・外出（２項目）など，失声後のコミュニケーション形成への影響について「まったくない (1)」から「とてもある (4)」までの４件法で尋ねた。

３．分析

記述統計，さらに EORTC QLQ-C30 および QLQ-H&N35 はマニュアル（Fayers, et al., 2001）に従って分析した。コミュニケーション形成に関連した QOL とその関連要因を見るため，QL2 および機能的尺度の「役割機能」および「社会的機能」の得点を目的変数とし，年代，術後年数，サポート者，仕事，コミュニケーション手段，QLQ-C30 および QLQ-H&N35 の症状尺度得点を説明変数として重回帰分析を実施した。ステップワイズ法により共線性（Variance Inflation Factor; VIF）を確認し，分析しながら説明変数を調整した。データの解析には SPSS ver25.0 を用い，有意差は５％未満とした。また，自由記述の記載部分は質的内容分析（Graneheim & Lundman, 2004）によりサブテーマ，テーマを生成した。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は山口大学医学部附属病院人医学研究等倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 H2024-037c）。対象者には研究目的，無記名式質問紙であり調査の参加にあたって不利益や負担がないこと，返送をもって同意を得たとみなすことを説明して実施した。

Ⅴ．結　　果

１．対象者の属性

対象者 258 名に質問紙を配布し，136 名より回答を得た。回答不備２名を除き，有効回答は 134 名とした（回答率 51.9％）。対象者の術後年数は平均 11.5 年（３か月～59 年）であり，年代は 70 代・80 代が 112 名（83.6％）を占めていた（表１）。退院後のサポート者は配偶者が 98 名（73.1％）と多かったが，「誰もいない」者も 12 名（9.0％）あった。仕事は継続 43 名（32.1％），手術後・継続後に辞めた 45 名（33.6％），もともとしていない 37 名（27.6％），その他・無回答９名（6.7％）であった。コミュニケーション手段（複数回答）は，電気喉頭 58 名（43.3％），食道発声 51 名（38.1％），シャント発声 25 名（18.7％）であり，筆談のみ，あるいは筆談・文字盤・ジェスチャーのみで代用音声を獲得していない者が 15 名（11.2％）あった。次に，対象者の症状尺度得点（100 点満点）の平均得点（標準偏差）をみると，発話障害は 41.08（25.97）点，性欲の低下 44.21（34.36）点，疲労 36.90（19.44）点などが高かった（表２）。

２．喉頭摘出者の QOL の現状と関連要因

対象者の QL2 の平均点は 66.86（21.17）点，中央値は 66.67 点であった（表３）。重回帰分析の結果，喉頭摘出患者の QL2 には，疼痛，食欲不振，倦怠感，食道発声が負の関連を示し

た。一方，仕事の継続，発話障害や開口障害が少ないことは正の関連を示した。食道発声の対象者（58 名）の QL2 は 65.83 点であり，食道発声でない対象者（74 名）の 67.45 よりも低かった。

次に，コミュニケーション形成に関連した役割機能および社会的機能に関連する要因を検討した。役割機能には呼吸困難（β=-.319, p <0.01），不眠（β=-.291, p <0.01），感覚障害（β=-.258, p <0.05）が負の関連を示し，特に呼吸困難による影響が最も大きかった。また，社会的機能には経済的困難（β=-.301, p <0.01），感覚障害（β=-.231, p <0.05），呼吸困難（β=-.217, p <0.05）が負の関連を示した。

表１　対象者の属性

（n＝134）

項目	項目	人数	%
年代	50 代	5	3.7
	60 代	17	12.7
	70 代	77	57.5
	80 代以上	35	26.1
退院後のサポート者（複数回答）	配偶者（夫・妻）	98	73.1
	子ども	70	52.2
	友人/地域の方	28	20.9
	親戚	14	10.4
	誰もいない	12	9.0
	その他（親、孫、きょうだい、訪問看護師、詳細不明 2）	6	4.5
術後年数	1 年未満	6	4.5
	1～9 年	65	48.5
	10～19 年	33	24.6
	20 年以上	29	21.6
	無回答	1	0.8
コミュニケーション手段（複数回答）	電気喉頭	58	43.3
	食道発声	51	38.1
	シャント発声（プロヴォックス®）	25	18.7
	筆談	40	29.9
	文字盤	14	10.4
	ジェスチャー	20	14.9
	その他（スマホアプリ 2、メール、口パク、タブレット）	5	3.7

表２　症状尺度得点（EORTC-QLQ-C30/EORTC-QLQ-H&N35）

（n=134）

EORTC-QLQ-C30 症状尺度 項目 （項目数）	平均得点(SD)	EORTC-QLQ-H&N35 症状尺度 項目	平均得点 （SD）
疲労 Fatigue: FA	36.90 (19.44)	口頸部の痛み Pain: HNPA	7.80 (15.53)
嘔気・嘔吐 Nausea and Vomiting: NV	2.99 (10.71)	嚥下障害 Swallowing: HNSW	19.75 (20.12)
疼痛 Pain: PA	13.36 (18.60)	感覚障害 Senses problems: HNSE	25.10 (27.41)
呼吸困難 Dyspnea: DY	26.82 (25.25)	発話障害 Speech problems: HNSP	41.08 (25.97)
不眠 Insomnia: SL	19.65 (24.75)	社会的食事の問題	20.59 (24.84)
食欲不振 Appetite loss: AP	16.92 (22.50)	Trouble with social eating: HNSO	
便秘 Constipation: CO	22.39 (24.60)	社会的接触の問題	21.72 (20.66)
下痢 Diarrhea: DI	15.42 (22.83)	Trouble with social contact: HNSC	
経済的困難 Financial difficulties: FI	20.65 (25.27)	性欲の低下 Less sexuality: HNSX	44.21 (34.36)
		歯牙の問題 Teeth: HNTE	18.23 (25.20)
		開口障害 Opening mouth: HNOM	14.10 (21.74)
		口の渇き Dry mouth: HNDR	14.76 (21.38)
		唾液の粘つき Sticky saliva: HNSS	20.45 (26.06)
		咳嗽 Coughing: HNCO	17.18 (24.10)
		倦怠感 Felt ill: HNFI	27.23 (28.37)

※４件法：まったくない（1）、少しある（2）、多い（3）、とても多い（4）

※得点はマニュアルにより算出し、0～100 の範囲（100 点満点）である。

表３　喉頭摘出者の QOL 得点と関連要因の重回帰分析結果

	総括的 QOL (QL2)		役割機能		社会的機能	
得点（平均±標準偏差）	66.86± 21.17		76.77 ± 25.27		79.98 ± 24.16	
	β	P値	β	P値	β	P値
【個人属性】						
年代 1)	-0.108	0.218	-0.099	0.308	-0.112	0.238
術後年数	0.071	0.415	0.160	0.103	0.012	0.898
サポート者 2)	0.092	0.300	0.019	0.848	-0.134	0.164
仕事 3)	**0.316**	**0.001 *****	0.001	0.993	0.135	0.177
【コミュニケーション手段】						
電気喉頭	-0.011	0.920	0.216	0.074	0.084	0.474
食道発声	**-0.238**	**0.040 ***	0.160	0.210	0.083	0.503
シャント発声	-0.224	0.069	0.052	0.697	-0.033	0.801
代替音声の有無 4)	0.009	0.925	-0.201	0.077	-0.079	0.472
【症状尺度 QLQ-C30, H＆N35】						
疼痛 Pain: PA	**-0.445**	**0.000 *****	-0.149	0.206	0.024	0.832
呼吸困難 Dyspnea: DY	0.126	0.212	**-0.319**	**0.006 ****	**-0.217**	**0.049 ***
不眠 Insomnia: SL	-0.043	0.649	**-0.291**	**0.007 ****	-0.174	0.096
食欲不振 Appetite loss: AP	**-0.289**	**0.002 ****	0.111	0.280	-0.001	0.990
便秘 Constipation: CO	-0.170	0.059	-0.033	0.742	-0.038	0.695
下痢 Diarrhea: DI	-0.075	0.398	-0.038	0.704	-0.142	0.143
経済的困難 Financial difficulties: FI	-0.158	0.107	-0.101	0.349	**-0.301**	**0.005 ****
嚥下障害 Swallowing: HNSW	-0.175	0.109	-0.066	0.586	0.068	0.566
感覚障害 Senses problems: HNSE	-0.179	0.087	**-0.258**	**0.027 ***	**-0.231**	**0.043 ****
発話障害 Speech problems: HNSP	**0.209**	**0.048 ***	-0.087	0.453	-0.018	0.873
開口障害 Opening mouth: HNOM	**0.265**	**0.029 ***	-0.023	0.861	-0.048	0.712
口の渇き Dry mouth: HNDR	-0.046	0.625	0.108	0.306	0.117	0.258
唾液の粘つき Sticky saliva: HNSS	0.022	0.842	-0.084	0.483	-0.124	0.292
咳嗽 Coughing: HNCO	0.090	0.360	0.008	0.940	0.147	0.170
倦怠感 Felt ill: HNFI	**-0.273**	**0.017 ***	0.109	0.381	-0.139	0.259
R	0.807		0.757		0.766	
R２乗	0.651		0.574		0.587	
調整済み R2 乗	0.532		0.427		0.447	

$n=134$．ステップワイズ法．$^{*}p<.05$，$^{**}p<.01$，$^{***}p<.001$．
1）年代　1：50 代、2：60 代、3：70 代、4：80 代以上
2）サポート者　0：なし、1：あり
3）仕事　0：もともとしていない、1：手術後に辞めた、2：継続していたが辞めた、3：継続している
4）代替音声の有無　0：なし、1：あり

３．喉頭摘出によるコミュニケーション形成への影響

対象者は，図１の通りに「自分の考えを伝えることが難しい」「自分の感情を表現することが難しい」「コミュニケーションが気になり意思疎通が難しい」について，約９割が「とてもある」「ある」「少しある」と回答していた。また，「コミュニケーションが気になり，自分らしくいられない」，「コミュニケーションが気になり，関わりを避ける」と約７割が回答していた。さらに，「他人の目が気になり，外出がおっくうだと感じる」と約半数（65 名，48.5％）が回答していた。

次に，「コミュニケーション形成で困難に感じること，思うこと」および「術後に大変だったこと」について，対象者の 75 名が自由記述に回答した（表４）。以下に『　』でテーマを示し，サブテーマの具体的内容を対象者の記述から「　」で引用した。さらに，どのような背景の対象者か年代，コミュニケーション手段，術後年数を（　）で記した。

まず，「会話が出来ず意思疎通に時間がかかる（70 代，スマホ，術後５年）」など，『声が獲得できていないことによる困難』があり，電話の対応や買い物，カラオケの趣味など『場面による困難』が挙げられた。また，「電気喉頭で話すと人が振り返って見る（70 代，筆談・食道発声・電気喉頭，術後４年）」「声量が小さいことから面前の人しか伝わらない（50 代，食道発声，術後６年）」といった『コミュニケーション手段による困難』を抱えていた。さらに，「術後は大変だったが食道発声を取得後…今は困難はない（70 代，食道発声，術後 17 年）」「シャント手術をして人と会うことに積極的になった（70 代，PV・電気喉頭，術後１年）」と音声獲得までの辛さを乗り越えた経験を述べていた。しかし，経過の中で「加齢で段々と発声がえらくなって…（中略）…音量も小さくなり聞き返されることが多くなった（70 代，食道発声，術後 22 年）」「移植した小腸の状態が良くなく，飲む，食べるのが困難。シャ

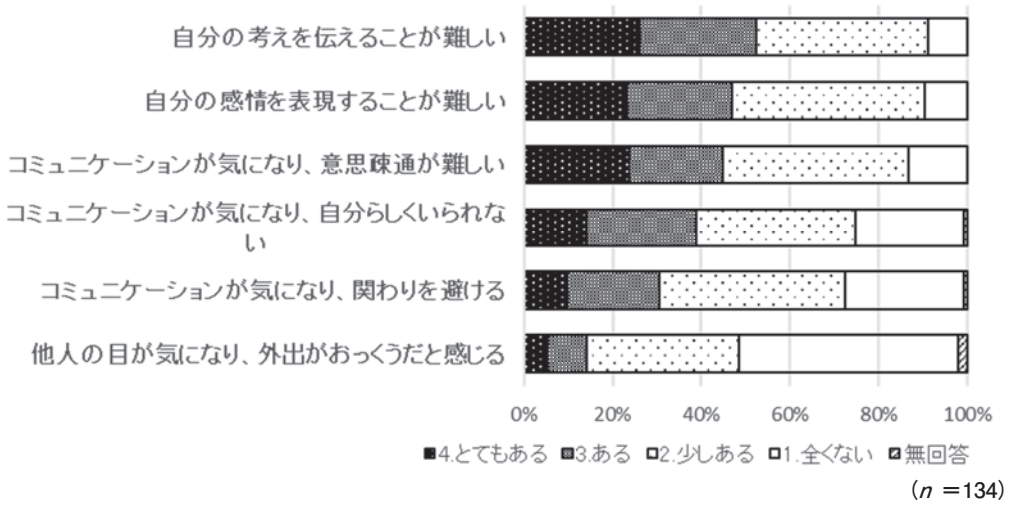


図１　コミュニケーション形成への影響

表４　コミュニケーション形成で困難に感じること、思うこと（自由記述）

（ n =75）

テーマ	サブテーマ
声が獲得できていないことによる困難	声が出ないことによるコミュニケーションの困難（6）
場面による困難	電話の対応・買い物ができない（11） 趣味・社交がしづらい（4）
コミュニケーション手段による困難	細かな内容が伝わらない（10） 言葉（音）が正確に通じない（電気喉頭・食道発声）（13） 声量により近くの人しか伝わらない（食道発声）（5） 電気喉頭の発声で敬遠される（6）
術後の適応と加齢・合併症による困難	話せる・慣れるまでが大変だった（12） 大変だったが今のところうまくやっている（2） シャント発声で積極的になった・調子が良い（2） 加齢・合併症により声が出づらくなった（6）
コミュニケーション困難による心理的障壁	発声に集中して話がまとまらない（1） 意思疎通ができないもどかしさ（4） 話せないことで交際・外出を控えた（6） 家族との軋轢（3）
サポート資源の不足	専門家がなく、試行錯誤した（2）

（　）は自由記述で記載した回答者数を示す

ント式のチューブも埋め込んだが，ほとんど話せない。(60 代，PV・文字盤，術後６年)」といった『術後の適応と加齢・合併症による困難』が述べられていた。

さらに，「発声に集中して話がまとまらない（60 代，食道発声，術後 11 年)」「会話が出来ない為，知人・友人に会うのが辛かった（70 代，食道発声，術後 29 年)」など交流が狭くなりがちとなり，「電気ボイスだと慣れない人は聞き取れない。家族も不親切な者は聞きとらない（60 代，筆談・電気喉頭・ジェスチャー，術後３年）など，『コミュニケーション困難による心理的障壁』を感じていた。さらに，「食道発声が難しい。指導してくれる者がいない (70 代，筆談・文字盤・電気喉頭，術後１年)」など，『サポート資源の不足』を述べていた。

４．シャント発声に対する実施希望と理由

シャント発声を使用していない 109 名に実施希望を尋ねた。選択肢があればやりたいと「思う」者は 12 名（11.0％；60 代１名，70 代７名，80 代以上４名）あり，平均術後年数は 12.2 年（範囲：0.75～30 年）であった。理由として「他人と話したい」「筆談では相手と意思疎通が難しい」などが挙がったが，希望しても「経済的に大変」「現在で不自由はない」などの回答があった。一方，「思わない」者は 59 名（54.1％）で，うち２名は「声が出ず外した」，「漏れがあり外した」とした。希望しない理由について 42 名が回答し，「食道発声で十分」「今のままで問題ない」14 名，「食道発声をまず練習したい」６名，「メンテナンスが大変」15 名であった。さらに，「費用が掛かる」３名，「手術が嫌」２名，「手術で声が良く出る人，そうでない人がいる」２名，「痰が取りにくそう」２名，「高齢のため」「協力者が必要」２名，「誤嚥が怖い」が挙がった。また，「わからない」または無回答が 35 名（29.4％）あり，「シャント発声が分からない」とした者が３名（2.8％）あった。

Ⅵ. 考　　察

本研究では，中四国地方の患者会に所属する喉頭摘出者に対し，術後のコミュニケーション形成における困難と代用音声に関する質問紙調査を実施した。対象者は 70 代・80 代が８割を占め，患者会を通じた交流に積極的な集団である。また，３割が仕事を継続しており，先行研究と同様の結果であった（Kotake, et al., 2016：三浦他，2023）。

１．喉頭摘出後のコミュニケーション形成における困難とQOL

喉頭摘出者の約９割が考えや感情の伝達に困難を感じており，約７割は人との関わりを避ける傾向があった。対象者は術後平均年数が 11.5 年と長く，代用音声として電気喉頭，食道発声法がそれぞれ４割，シャント発声は約２割であり，複数のコミュニケーション手段を併用していた。しかし，約１割は代用音声の獲得がなく，自由記述では『声が獲得できていないことによる困難』が生じていた。また，代用音声を獲得した場合にも，電話や買い物などの『場面による困難』を抱えていた。高齢者のインターネット利用率は 70 代で６～７割，80 代では３～４割程度とされており（総務省，2024），電話を含む直接のやり取りが主流である。看護師には，対象者の失声に対する心理的支援と共に，言語聴覚士と連携し，場面別に対象者が工夫できるよう支援する必要がある。

QOL については，QL2 の平均得点が 66.86 点であり，先行研究と同様の結果であった（須永他，2019）。対象者は疲労や倦怠感，呼吸困難と共に喉頭摘出者に起こりがちな発話障害，開口障害などを抱えており，就労継続についても影響を及ぼしていた。本研究では疼痛，食欲不振，倦怠感，食道発声は総括的 QOL を低下させる要因として働いていた。これらは身体的負担やコミュニケーションの困難を通して生活満足度を下げると考えられる。一方，仕事の継続は QOL を高める方向に作用しており，社会参加や役割の維持が喉頭摘出後の生活の支えとなる可能性が示唆された。QOL の関連要因には，年齢，治療期間，就労継続，呼吸機能や ADL が言われ（Leemans, et al, 2020），日本の調査でも仕事との関連が報告されている（Kotake, et al., 2016：須永他，2019）。仕事は生きがいにつながるため，看護師は対象者の疲労や呼吸困難に対するセルフケア指導，ニーズに応じて職場関係者と連携するなど，就労継続の観点からの支援が重要である。

２．代用音声の認識と選択支援における課題

コミュニケーション手段について，食道発声で十分という意見がある一方で，食道発声を行っている対象者の QL2 得点は食道発声がない者よりも低かった。食道発声には嚥気が必要であり練習で上達するが，加齢に伴い，頻繁な息継ぎや発声による体力的負担が多く，声量の低下や聞き返しが増える傾向にある。Plotas et al.（2024）も，加齢に伴う発声困難の増加を報告しており，本研究においても声量が小さく，人混みなどでは伝わりくいといった『コミュニケーション手段による困難』に直面していた。さらに，「家族でも伝わりにくい」といった現状は喉頭摘出者の意欲にも影響を及ぼし，『コミュニケーション困難による心理的障壁』につながっていた。他者との意思疎通が図れない状況は精神的苦痛を伴うため，身近な存在である家族の理解が必要であるが，家族もまたストレスを感じる場合がある（萩田，2018）。看護師は，患者や家族の話を傾聴し，継続して関わっていくことが大切である。

近年，主流となっているシャント発声について，今回の対象者は患者会に所属する対象者のみであり，使用者は 25 名と少数であった。機会があればシャント発声を希望するとした者が 80 代以上にも認められた。声は自分らしく話したいという自己表現の手段であり，人間関係の再構築に関わる課題である。一方，希望しない理由として，「食道発声で十分」「手術が怖い」「費用がかかる」「痰が取りにくそう」などが挙がっていた。「シャント発声が分からない」との回答もあり，情報提供が十分でない可能性が示唆された。術前・術後において，代用音声の選択肢や特徴について十分な情報提供がされていない場合，患者は選択の機会を失う可能性がある。看護師は術前から患者・家族に対して，代用音声の種類，長所・短所，費用，術後の生活への影響などを丁寧に説明する必要がある。さらに，今後は患者会以外，若年など対象者を広げた調査が必要と考える。

術後長期では，加齢や合併症などで代替音声の使用状況に変化が起こり，『術後の適応と加齢・合併症による困難』がある場合がある。看護師には定期的に困りごとを聴取し，複数コミュニケーション手段の確保を提案する（飴矢他，2023），緊急時の対処方法を確認するといった支援が望まれる。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，喉頭摘出者の QOL，特にコミュニケーションの現状と課題を明らかにし看護支援の方向性を検討することを目的に，中四国地方の患者会に所属する 134 名を対象に質問紙調査を実施した。その結果，以下の知見が得られた。

１．本研究の対象者は約９割が自分の考えや感情を伝えることに困難を抱え，７割がコミュニケーションを気にして，人との関わりを避ける状況にあった。

２．総括的 QOL（QL2）の平均得点は 66.9 点であり，疼痛，倦怠感，呼吸困難，発話障害などの身体的要因と共に，仕事などの社会的要因，食道発声が関連していた。食道発声を行っている対象者の QL2 得点はそうでない者よりも低かった。

３．代用音声について，対象者の１割は獲得しておらず，獲得していても電話などの『場面による困難』や『術後の適応と加齢・合併症による困難』『コミュニケーション困難による心理的障壁』があった。シャント発声への希望は一部にとどまり，費用や手術への不安，情報不足が障壁となっていた。

喉頭摘出者にとって代用音声の獲得，コミュニケーション形成のための情報提供が重要である。さらに，喉頭摘出者の

家族や周囲の人々を含めた心理的支援，加齢や合併症などで変化する経過に応じた長期的支援が重要である。

謝辞

調査にご回答いただきました喉頭摘出者とご家族の皆さま，質問紙配布にご協力いただいた患者会の代表者と関係の皆さまに厚くお礼申し上げます。

本研究の要旨の一部は，第 24 回山口県看護研究学会において，「(喉頭摘出術を受けた患者の QOL に関わるコミュニケーション形成における課題)」として発表した。

本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C. M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, *85* (5), 365-376. https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365

飴矢美里，勢井洋史，三谷壮平，西尾直樹，羽藤直人．(2022)．音声合成スマートフォンアプリを用いた新しい代用音声．*喉頭*，*34* (2)，51-57．https://doi.org/10.5426/larynx.34.51

Fayers, P., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3rd Edition). European Organisation for Research and Treatment of Cancer.

がん研究振興財団．(2023)．がんの統計 2023．がん情報サービス．https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2023.pdf（参照 2024-9-24）

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24* (2), 105-112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

萩田真美．(2018)．音声機能を喪失した喉頭摘出患者と共に生活する妻の体験．*家族看護学研究*，*24* (1)，41-50.

Kotake, K., Suzukamo, Y., Kai, I., Iwanaga, K., & Takahashi, A. (2016). Social support and substitute voice acquisition on psychological adjustment among patients after laryngectomy. *European archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *274*, 1557-1565. https://doi.org/10.1007/s00405-016-4310-0

Leemans, M., van Sluis, K. E., van Son, R. J. J. H., & van den Brekel, M. W. M. (2020). Interaction of functional and participation issues on quality of life after total laryngectomy. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, *5* (3), 453-460. https://doi.org/10.1002/lio2.381

三浦裕幸，加藤拓彦，田中真，澄川幸志．(2023)．頭頸部がん喉頭摘出術後長期経過者における QOL 関連因子の検討．*The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, *60*(5), 436-445. https://doi.org/10.2490/jjrmc.22026

宮崎恭子，櫻井大樹，増山敬祐．(2021)．喉頭摘出患者の抱える社会的，経済的側面に関するアンケート調査．*音声言語医学*, *62*(2), 134-139. https://doi.org/10.5112/jjlp.62.134

日本喉摘者団体連合会．(n.d.)．会長挨拶．声よふたたび NPO 法人日喉連．https://www.nikkouren.org/概要/会長挨拶（参照 2025-3-24）

日本頭頸部癌学会（編）．(2022)．*頭頸部癌診療ガイドライン* 2022 年版．金原出版．

Plotas, P., Mastronikolis, S. N., Papadopoulos, A., Zarnomitrou, K., Pagkalou, M., Kantanis, A., Alexiou, E., Katseri, E., Kyriakopoulou, M., Reppa, M., Souka, A., Christopoulos, A., Trimmis, N., & Mastronikolis, N. (2024). Quality of life of patients using esophageal speech after total laryngectomy: a systematic review study. *Journal of personalized medicine*, *14* (8), 817. https://doi.org/10.3390/jpm14080817

四宮弘隆．(2022)．喉頭摘出後代用音声の進歩 当科における代用音声の現状 シャント発声．*喉頭*，*34* (2)，68-70. https://doi.org/10.5426/larynx.34.68

下妻晃二郎．(2001)．各論 1 抗がん剤の QOL 評価．*薬剤疫学*，*5* (2)，83-89．https://doi.org/10.3820/jjpe1996.5.83

須永恵梨子，只浦寛子，倉方奈々，三浦弘規，多田雄一郎，増淵達夫，伏見千宙．(2019)．喉頭摘出者の QOL に関わる要因．*日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌*, *23*(3), 161-170．https://doi.org/10.32136/jsdr.23.3_161

総務省．(2024)．2023 年（令和 5 年）通信利用動向調査報告書（世帯構成員編）．https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/data/240607_1.pdf（参照 2025-3-24）

照屋典子，砂川洋子，豊里竹彦，伊波華，知念正佳，木村安貴，與古田孝夫．(2018)．喉頭摘出者の不安・抑うつ傾向と個人属性および日常生活における困難感との関連．*Palliative Care Research*，*13* (1)，49-56. https://doi.org/10.2512/jspm.13.49

渡邉直美，鎌倉やよい，深田順子．(2021)．喉頭摘出術を受けた患者の退院後の生活における問題と対処．*日本がん看護学会誌*，35，35_45_watanabe. https://doi.org/10.18906/jjscn.35_45_watanabe

◇研究報告◇

急性期病院における認知症高齢者への入退院支援に対する卓越した看護実践
―専門看護師および認定看護師へのインタビュー調査から―

長尾千裕[1)*]，李　錦純[1)]

【目的】急性期病院の専門看護師（CNS），認定看護師（CN）による認知症高齢者の入退院支援における看護実践を明らかにする。

【方法】急性期病院の老人または在宅CNS，認知症看護CN 7名に半構造化面接を行い，質的記述的に分析した。所属機関倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】看護実践を示すカテゴリは【入院前の外来における情報収集】，【認知機能の査定と理解度に合わせた説明の工夫】，【入院前からの病棟看護師への働きかけ】，【患者が安心できる入院環境の工夫】，【せん妄症状やBPSD緩和のための看護介入】，【退院後の医療介護体制整備への支援】，【家族への継続的配慮】，【患者と家族の意向と価値観に添った意思決定支援】が抽出された。

【結論】CNS／CNは，侵襲的治療を受ける患者の病状理解だけでなく，環境への適応状況を捉えて臨床判断を行い，対象者の意向を尊重した継続的支援を行っていた。

【キーワード】急性期病院，認知症高齢者，入退院支援，専門看護師，認定看護師

Ⅰ．はじめに

日本では，高齢化の進展とともに，認知症者数も増加している。認知症の将来推計は，2040年には約584万人，軽度認知障害を有する者が約613万人に至り，65歳以上の高齢者のおよそ15％が認知症になり得ると報告されている（二宮，2024）。

大学病院などの高度先進医療を担う病院では，入院中の65歳以上の患者の約 30％に認知症あるいは認知機能の低下が認められ，１病棟あたり複数名の認知症高齢者が入院治療を受けている実態が報告されている（日本老年看護学会，2014）。また，入院し身体治療を受けている認知症高齢者のうち，76.5％の患者に認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）やせん妄症状が出現しており（日本老年看護学会，2014），看護師は認知症ケアやBPSDの対応などに困難を感じている（川村ら，2020）。

急性期病院では，在院日数が短縮している中で，今後も身体疾患の治療を目的に入院する認知症高齢者は増加すると考えられることから，認知症高齢者への対応について看護師が苦慮する現状は常態化していくことが懸念される。

一方で，入退院支援における診療報酬の変遷として，「入院時支援加算（厚生労働省保険局医療課，2018）」の新設により，入院前から在宅復帰に向けた取り組みに関与する視座が加わった。「入院時支援加算」は，入退院支援の対象となる要因に「認知症」が挙げられており，入院前から認知症高齢者が入院生活やどのような治療経過を経るのかをイメージし，安心して入院医療を受けることができるよう，本人や家族，他の専門職と協働しながら，退院後の生活を見据えた切れ目のない支援をしていくことが重要であると明記されている（厚生労働省保険局医療課，2018）。しかし，急性期病院の看護師は，認知症高齢者への看護実践に困難を感じているとともに，在宅での生活を見据えた支援について，社会資源に関する知識不足，多職種連携が十分にできていないという認識があることから（牛久保ら，2017），認知症高齢者の入退院支援に関わる看護師の困難感が存在すると考える。

入退院支援とは，あらゆる年代や疾患の患者を対象としうる一連のプロセスであり（永田ら，2002），認知症高齢者の療

受付日：2024年10月15日／受理日：2026年1月20日
1）近畿大学看護学部
＊ E-mail：chihiro.nagao@med.kindai.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

養場所の移行支援を組織や時期を超えて継続していくことが看護師に求められている（浦島ら，2020）。診療報酬の流れからも，認知症高齢者に対する入退院支援が必要とされており，その各局面で生じる移行を支え，情報収集やアセスメントをしながら個別性の高いケアを行うことができる看護師の役割は重要であるといえる。

急性期病院の看護師は，認知症高齢者の入院時から認知機能が低下しないように働きかけ，退院後の生活まで切れ目なく家族や介護者の不安を軽減するとともに，周囲の生活環境を整えている（浦島ら，2020）。また，急性期病院開放型病床における認知症高齢者への入院から退院に向けて生活の継続を見据えた看護の構造を明らかにした研究では，看護師は認知症高齢者を生活者としてとらえて入院生活への適応を支援し，退院に向けて患者・家族と専門職者の合意形成を行っており，継続的な情報収集と院内および多機関の多職種と対話を重ねながら，認知症高齢者の全身状態の回復と心身の自立に向けて取り組んでいることが示唆されている（丸山ら，2020）。

このように，急性期病院看護師は，入院中に認知症高齢者の退院後の生活を見据えて，環境を整えながら継続的に支援していることが明らかになっている。しかし，いずれも入院時を起点としており，入院前の医療・介護関連機関との前方連携を含めた，入退院支援の一連のプロセスにおける急性期病院の看護実践について明らかにした報告は見られない。

そこで本研究は，認知症高齢者の入退院支援の豊富な経験がある，急性期病院の老人看護または在宅看護専門看護師，認知症看護認定看護師による卓越した看護実践について明らかにすることを目的とした。これにより対応が困難とされる身体的治療が必要な認知症高齢者への入退院支援において，効果的な看護実践につなげるための基礎資料とする。

用語の定義

1．急性期病院

急性期の患者に対し，状態の早期安定化に向けて，医療を提供する機能を有し，入院病床を有する病院とした。

2．入退院支援

本研究では，認知症高齢者が入院前から在宅療養に至るまでの期間に行われる，患者自身の意思決定を支え，在宅医療やケアサポート，生活支援を整えていく支援とした。

3．看護実践

看護職が対象に働きかける行為であり，看護業務の主要な部分を成すもの（日本看護協会，2007）を参考に，対象者への身体的・精神的・社会的支援に必要な看護職による行為とし，多職種や他部門の医療者へ働きかける行為を含むものとした。

Ⅱ．目　　的

急性期病院の老人看護または在宅看護専門看護師および認知症看護認定看護師による認知症高齢者の入退院支援における看護実践を明らかにする。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2．調査期間

2022 年 8 月 20 日から 2022 年 9 月 30 日

3．研究協力者

対象者は，看護師実務経験が通算 5 年以上の者で，近畿圏の急性期病院に所属し，認知症高齢者の入退院支援の豊富な経験がある老人看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in Gerontological Nursing）または在宅看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in Home Care Nursing：以下，CNS），あるいは認知症看護認定看護師（Certified Nurse in Dementia Nursing：以下，CN）資格を有する者とした。急性期病院において，外来や病棟，退院調整部門などの部署単位ではなく，組織横断的に認知症高齢者の入退院支援に携わり，その必要性をアセスメントし，安全な療養の場の移行ができる立場にある看護師として，老人看護または在宅看護専門看護師，あるいは認知症看護認定看護師資格を有する者が適していると考え，研究協力者として選定した。専門看護師や認定看護師のリストはホームページ等で公表されているが，対象者の条件をすべて満たす対象者を選定することは困難であることが予想されたため，研究対象者の選定方法にはスノーボールサンプリングを用いた。はじめに筆者の知人である訪問看護ステーション所属の老人看護専門看護師に研究の概要と目的を説明し，研究協力者の選定について依頼し承諾を得て，スノーボールサンプリング法によって，対象者を紹介してもらった。

4．データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的面接を個別に 1 回ずつ行った。インタビューは同意を得て IC レコーダーで録音した。新型コロナウィルス感染症拡大の状況によって，研究協力者の要望に応じて Web 会議サービスによる面接調査を行った。

インタビューは，認知症高齢者の入退院支援に向けて，いくつかの場面や事例を想起していただき，以下のガイドに従って，行った看護実践について語っていただいた。

・認知症高齢者の経過や家族等の背景
・認知症高齢者とその家族に対して行った支援
・認知症高齢者の入院から在宅療養に至るまでの他職種，他部門の看護師との関わり
・その他，認知症高齢者の入退院支援の中で課題と考えていること

5．分析方法

インタビューデータから逐語録を作成し，研究協力者が経験した認知症高齢者への入退院支援における看護実践内容について，意味内容を損なわない範囲内で区切り抽出してコード化した。コードは意味内容の類似性と相違性を比較しなが

ら類型化し，サブカテゴリ化を行った。サブカテゴリを内容別に類型化し，抽象度を高めてカテゴリ化した。分析の過程でカテゴリ化が適切か，質的研究および在宅看護を専門とする複数の専門家にスーパーバイズを受けることで分析結果の真実性と妥当性の確保に努めた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，関西医科大学附属病院倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号 2022040）。研究協力者および研究協力者が所属する施設長および看護部長に，研究目的および内容，研究方法，研究協力への参加に関する自由の保障，予測される負担やリスクとその対応，個人情報の保護，データの取り扱い，結果の公表等について，文書と口頭により十分に説明し同意を得て実施した。

Ⅴ．結　　果

１．研究協力者の属性（表１）

研究協力者は７名であった。研究協力者の看護師実務経験は 11-27 年，CNS／CN 資格取得後の実務経験は２-12 年であった。７名のうち６名は，外来から患者の入退院を支援する Patient Flow Management（以下，PFM）または外来での実務経験を有し，直接入院前の面接に関わった経験がある看護師であった。研究協力者が所属しているいずれの施設も，急性疾患または重症患者の治療を 24 時間体制で行っている急性期病院である。研究協力者１名につき１回のインタビューを実施，インタビュー時間は 33-69 分で平均 45.7 分であった。対面で面接を実施した研究協力者は５名，新型コロナウイルス感染症の影響により，リモートによる面接を実施した研究協力者は２名であった。

２．CNS／CN が行う認知症高齢者への入退院支援における看護実践　（表２）

急性期病院の CNS／CN が行っている認知症高齢者への入退院支援における看護実践は，８のカテゴリと 27 のサブカテゴリから集約された（表２）。以下，カテゴリを【　】，サブカテゴリを《　》，看護師の語りを「　」，補足説明を（　）で表記した。

１）入院前の外来における情報収集

【入院前の外来における情報収集】は，PFM や外来部門で，入院前の生活や患者の状態について患者や家族から情報収集を行い，入院後の看護につなげていることを示すカテゴリである。CNS／CN は，「問診を入院センターで取っていて，既往に認知症の診断がある方は私が関わるようにしています。（E）」と語り，《入院支援対応部署から認知症の既往がある患者の情報を受け次第対応する》，《入院前の外来で患者・家族から生活状況について入念な情報収集と共有を行う》，《患者が利用している在宅サービス事業者より生活状況について情報収集する》ことで，入院前から外来での面談を通じて，患者の状態について入念に情報収集を行なっていた。

２）認知機能の査定と理解度に合わせた説明の工夫

本カテゴリは，患者の認知症の重症度について，認知機能検査による客観的評価と査定に基づき，状態に応じて病状や入院生活に関する説明方法を工夫していることを示している。CNS／CN は，「認知機能の査定は長谷川式，MMSE とか。行動を見てどのぐらいできるか評価する。（F）」と語り，《標準的スケールを用いて患者の認知機能を客観的に評価する》ことで，《日常生活動作の中で障害されている能力とできることを確認する》ことを行なっていた。さらに，CNS／CN は，「（患者は）記憶を保っておくのは難しかったけど，説明内容

表１　研究協力者の属性

	性別	日本看護協会による認定資格	臨床経験年数	資格取得後の実務経験	現在の所属部署	PFMまたは外来での実務経験
A	女性	認知症看護認定看護師	看護師 27 年	3 年	地域包括ケア病棟	あり
B	女性	在宅看護専門看護師	看護師 5 年 保健師 5 年	2 年	患者総合支援センターの入退院支援課	あり
C	女性	認知症看護認定看護師	看護師 20 年	2 年	患者総合支援センターの入退院支援課	あり
D	女性	老人看護専門看護師	看護師 13 年	3 年	消化器内科・消化器外科・呼吸器外科病棟 （週に16時間は高齢者認知症サポートチームで活動）	あり
E	女性	老人看護専門看護師	看護師 11 年 （看護専門学校教員 14 年）	5 年	患者支援センター部署の入院支援センター （週に16時間は高齢者認知症ケアサポートチームで活動）	あり
F	女性	認知症看護認定看護師	看護師 20 年	12 年	脳神経内科、 呼吸器腫瘍内科・外科、呼吸器感染症内科病棟	なし
G	女性	在宅看護専門看護師	看護師 27 年	6 年	整形外科病棟	あり

表２　CNS／CN が行う認知症高齢者への入退院支援における看護実践

カテゴリ	サブカテゴリ
入院前の外来における情報収集	入院支援対応部署から認知症の既往がある患者の情報を受け次第対応する
	入院前の外来で患者・家族から生活状況について入念な情報収集と共有を行う
	患者が利用している在宅サービス事業者より生活状況について情報収集する
認知機能の査定と理解度に合わせた説明の工夫	標準的スケールを用いて患者の認知機能を客観的に評価する
	日常生活動作の中で障害されている能力とできることを確認する
	患者の認知症の状態に合わせて理解しやすい説明方法を工夫する
入院前からの病棟看護師への働きかけ	入院前カンファレンスを開催し患者のケアの方向性をスタッフと共に立案する
	患者をケアする看護師に対して認知症の種類や特徴的な症状など専門的知識を提供する
患者が安心できる入院環境の工夫	家族と離れることがBPSDなどのリスクになると予測される患者には入院中の付き添いを依頼する
	患者に馴染みのある環境に近づけるよう可能な範囲で病室内のレイアウトを変更する
	在宅での生活や趣味を継続できるよう入院時に愛用品を持参するよう依頼する
せん妄症状やBPSD緩和のための看護介入	言動と客観的なデータからせん妄症状の発生機序をアセスメントする
	BPSDの原因査定のための身体評価を行い不快な症状を軽減できるケア方法を考える
	患者の言動への無理な制止や否定はせず症状に合わせた対応をする
	言動を観察し症状の変遷や離脱の評価をする
	リエゾンチームやスペシャリストを活用する
退院後の医療介護体制整備への支援	退院調整部門の看護師・MSWと患者の状態に合った療養先を検討する
	認知症の進行を予測した介護保険申請
	認知症ケアの継続性を重視した退院前カンファレンスの実施
家族への継続的配慮	介護している家族の思いを汲み取り労いの言葉をかける
	患者の対応に苦慮している家族に対して認知症の知識や対応方法を説明する
	新型コロナウイルス感染症で面会できない家族に患者の様子を連絡する
患者と家族の意向と価値観に添った意思決定支援	患者の思いや特性、生活史を看護ケアや退院支援に反映する
	患者をよく知る人から患者の性格や大切にしている信念・価値観等の情報収集を行う
	多職種の専門職と患者・家族の意向や価値観を尊重したケアを考える機会を設ける
	家族や後見人の意見ではなく患者の立場に立った代理意思決定を支援する
	代理意思決定者の理解力を確認しながら治療選択の代理意思決定を擁護する

はその都度理解できそうだなって思ったのと，文字に対する反応は良かった。がんとか胃の絵を描いたり，言葉だけじゃなくて見てもらった方が理解できやすいかなって。（D）」と語っていた。

３）入院前からの病棟看護師への働きかけ

CNS／CN は，入院後のケアが円滑に行われるように，認知症高齢者が入院する前から，病棟看護師と患者の状態や認知症の病態，入院後の対応について共有する場を設け，【入院前からの病棟看護師への働きかけ】を行なっていた。CNS／CN は，「病棟カンファレンスを実施したら，入院中の日々の過ごし方を共有したり，術後の過ごし方を考えていくとか。Ａさん像を考えながらディスカッションが出来た。この入院前の情報からみんなが想像して，こうやってケアしていこうって具体的に考えられた。（D）」と語っており，《入院前カンファレンスを開催し患者のケアの方向性をスタッフと共に立案する》ことを実践していた。さらに，「認知症ってアルツハイマーはよく知ってるけど，前頭側頭型って多い割には知らない人も多いので，そこで『（病棟看護師に）　前頭側頭型はね』っていう話をして，認知症の症状も色々あるっていうことを分かってもらった。（E）」と語り，《患者をケアする看護師に対して認知症の種類や特徴的な症状など専門的知識を提供する》ことを行なっていた。

４）患者が安心できる入院環境の工夫

【患者が安心できる入院環境の工夫】は，認知症高齢者が安心して入院生活を送れるよう，可能な限り普段の生活に近い入院環境を提供できるよう配慮し調整するという実践である。CNS／CN は，「入院中はコロナが流行ってたので，付き添いが全然できなかった。付いてもらうことが本人の安心のケアになると思ったから，（長女に）説明して。（D）」と語り，《家族と離れることがBPSD などのリスクになると予測される患者には入院中の付き添いを依頼する》ことを実践していた。さらに，《患者に馴染みのある環境に近づけるよう可能な範囲で病室内のレイアウトを変更する》，《在宅での生活や趣味を継続できるよう入院時に愛用品を持参するよう依頼する》ことで，侵襲がある中でも，患者が安心して過ごすことができるよう支援していた。

５）せん妄症状や BPSD 緩和のための看護介入

CNS／CN は，認知症高齢者が環境変化や疾患および治療に伴う侵襲により，せん妄様症状を起こしやすいことを予測し，【せん妄症状や BPSD 緩和のための看護介入】を実践し

ていることを示している。CNS／CN は,「環境が変わって落ち着かない様子があって，夜はもう少し休んでもらった方がしんどくないんじゃないかなって考えた。（A）」と語り,《言動と客観的なデータからせん妄症状の発生機序をアセスメントする》,《BPSD の原因査定のための身体評価を行い不快な症状を軽減できるケア方法を考える》ことで，患者の言動や認知機能を参考に，せん妄症状発症リスクを見極めていた。また,「ステロイド飲んでたけど，ちゃんと飲めてなかったっていうのがあって（中略），血管炎が回復してきたらせん妄もある程度回復するかなっていう予測をして観察した。（G）」と語り,《言動を観察し症状の変遷や離脱の評価をする》ことを実践していた。さらに，より専門的な対応が必要な場合には,《リエゾンチームやスペシャリストを活用する》ことで，侵襲的な状況で過ごす患者の安全を保証できるよう支援していた。

6）退院後の医療介護体制整備への支援

【退院後の医療介護体制整備への支援】は，退院後の患者の生活を見据えて，必要な医療介護が継続できるよう後方連携支援を実践していることを示したものである。在宅移行期において CNS／CN は,「認知機能もさらに低下するっていうことも考えられたので，介護保険の申請とか，介護保険の申請にあたって認知症の診断を受けといた方がいいと思ったから，受診をするように伝えた。（D）」と語り,《退院調整部門の看護師・MSW と患者の状態に合った療養先を検討する》ことで，適切な療養場所で過ごすことができるよう支援していた。また,《認知症の進行を予測した介護保険申請》を提案し,《認知症ケアの継続性を重視した退院前カンファレンスの実施》をすることで，退院後も患者の生活が継続できるよう，在宅サービス事業者と連携していた。

7）家族への継続的配慮

CNS／CN は，認知症高齢者だけでなく家族に対しても働きかけていた。入退院の全期間を通して，家族の心情に寄り添い【家族への継続的配慮】を行うことで，患者の状況理解に乖離ができないよう支援していた。看護師の語りでは,「娘さんは結構イライラしてて（中略）喧嘩腰でヒートアップして。娘さんの気持ちも分かりますよねとか言いながら。（D）」や,「（患者の）せん妄も相まって『家，帰る。』って言って，かなり徘徊もひどかった。息子さんは一時的なお父さんの姿見て，もう『無理』みたいな感じになったから，せん妄の説明を息子さんにした。（G）」と,《介護している家族の思いを汲み取り労いの言葉をかける》こと,《患者の対応に苦慮している家族に対して認知症の知識や対応方法を説明する》ことを実践していた。特に，新型コロナウイルス感染症禍による面会制限時には,「コロナで面会できないから，私が患者さんと電話で,『こんなふうに過ごしてるよ』って（家族に）電話したら，家族も安心してくれて。本人も手術が無事に終わってよかったねって，退院が無事にできた。（E）」と語り,《新型コロナウイルス感染症で面会できない家族に患者の様子を連絡する》ことで，患者のみならず家族の不安も軽減できるように関わっていることが示された。

8）患者と家族の意向と価値観に添った意思決定支援

CNS／CN は患者と家族の意向と価値観を尊重し，患者だけでなく家族の代理意思決定支援も行なっていた。CNS／CN は,「その人が大事にしているものが，本当に会いたい人とか，大切な人って，誰なんかっていうのが知りたいって思って。（E）」と語り,《患者の思いや特性，生活史を看護ケアや退院支援に反映する》ことで，【患者と家族の意向と価値観に添った意思決定支援】を実践していた。意思決定に際して,《患者をよく知る人から患者の性格や大切にしている信念・価値観等の情報収集を行う》ことを実践しながら,《多職種の専門職と患者・家族の意向や価値観を尊重したケアを考える機会を設ける》ことで，他部門や多職種で患者の意思決定内容を検討し，患者と家族の意思決定を支援していた。

さらに，代理意思決定が必要な家族に対して,「患者さんが手術を受ける受けないを決めるんじゃなくて，患者さんがどう生きてきて，どう生きていきたいかっていうことを決定する過程を大切にしたいって思ったので，面談で家族に聞きました。（D）」と語り,《家族や後見人の意見ではなく患者の立場に立った代理意思決定を支援する》ことを実践していた。また,「透析導入が要ったけど，認知症で本人が意思決定ができなかったけど，透析するのか，家族と話し合いながら。意識レベルも落ちて，本人の意思決定ができない状況やったから，家族にその説明をしながら。（G）」と語り,《代理意思決定者の理解力を確認しながら治療選択の代理意思決定を擁護する》ことを実践していた。

Ⅵ. 考　　察

認知症高齢者への入退院支援は，入退院という療養の場の移行のみならず，健康―疾病移行や状況的移行，本人や家族の役割移行も伴っており（Meleis, 2010／2019），看護師は退院に向け，暮らし方の再構築と準備，そして退院後には新しい療養生活を開始できるよう在宅への移行を進めていく必要がある。

2018 年の入退院支援加算の改定（厚生労働省保険局医療課, 2018）が後押しとなり，入院中のみならず入院前から在宅復帰に向けた取り組みが強化されている。本研究協力者が所属している全ての施設で，PFM が導入されていた。PFM について看護師の認識を明らかにした研究では，退院調整看護師が入院を予定している患者に関わることで，入院に関する患者の理解の向上，早期からのスクリーニングと連携調整，多方面な患者情報の把握ができると報告されている（矢田, 2022）。本研究において，CNS／CN が【入院前の外来における情報収集】を行うことで，認知症高齢者と家族に意図的に関わる機会を設け，対象の身体的，精神的な情報と，退院調整に必要と考えられる情報を集中的に聴取していた。この結果は，入院前から身体的な治療のみならず，独居や老老介護

等の在宅移行に向けての様々な社会的背景を把握することで，認知症高齢者の入院生活の適応および退院に向けた調整に対して早期介入をしていることが示された。

CNS／CN は，患者と面談を行い，【認知機能の査定と理解度に合わせた説明の工夫】を行なっていた。認知症の認知機能障害を評価する際，対象者の負担を考慮し最小限の情報で可能な限り適正に評価できるよう，数種類の尺度が開発されている。その中でも，Mini Mental State Examination-Japanese（MMSE）や，改定版長谷川式簡易知能評価スケールが一般的に用いられている。CNS／CN は，認知症高齢者が自身の状況を理解しているか，どのような場面が不安の増強に繋がるのかを予測できるよう《標準的スケールを用いて患者の認知機能を客観的に評価する》ことで，対象者の認知機能状態を把握しようとしていた。また，認知機能による日常生活行動への影響を見極め，認知症高齢者の言動を理解し，解決するための手段として活用していた。

さらに，CNS／CN は，医師の病状説明の場や，患者への説明の際に《患者の認知症の状態に合わせて理解しやすい説明方法を工夫する》ことを行なっていた。高齢者への医療を提供する際の合意形成において最も重視すべきことは患者本人の意思・価値観である（厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者に対する適切な医療提供に対する研究研究班，2013）。CNS／CN は，認知症高齢者の状態に合わせて，記憶の保持と想起のために，イラスト等を用いて説明方法を工夫していた。この実践により，患者が理解した上で医療を選択し決定できるよう十分な情報を丁寧に伝えることと同時に，その権利や利益を守り，自己決定を支援する役割を担っていた。

佐藤ら（2021）は，入院前に得た情報を病棟看護師と情報共有することによって，認知症高齢者のシームレスな療養移行を実現できるとし，入院前からの情報共有が認知症高齢者の療養移行支援に有用であると報告している。本研究協力者は PFM で患者と面談を行った後，患者が入院するまでの期間にカンファレンスを設けて【入院前からの病棟看護師への働きかけ】を行っていた。さらにその場で【患者が安心できる入院環境の工夫】ができるよう，病棟看護師と看護ケアを立案していた。浦島ら（2020）が，認知症患者が入院中安全安楽に過ごすための対策として，認知症患者の混乱を招かないような環境調整の必要性を報告しているように，本研究においても同様の結果が得られた。加えて，入院前から病棟看護師と連携体制をとり，情報共有や教育的役割を発揮していた。また入院前カンファレンスでは，急性期病院の看護師が患者の術後の管理，BPSD の増悪やせん妄症状発症等の突発的な出来事にも対応ができるよう支援し，認知症高齢者の入院による環境変化を最小限にできるよう働きかけていた。

急性期病院では，認知症高齢者がせん妄症状や BPSD を生じやすい環境にあり，それはチューブ類の自己抜去，転倒などの危険行動に繋がり，身体疾患の遷延，ADL の低下，さらには在院日数の延長に繋がることが報告されている（日本老年看護学会，2014）。そのため，せん妄症状や BPSD に応じた看護ケアが必要であり（浦島ら，2020），本研究においても【せん妄症状や BPSD 緩和のための看護介入】が行われていた。本研究において特徴的であったのは《言動と客観的なデータからせん妄症状の発生機序をアセスメントする》，《BPSD の原因査定のための身体評価を行い不快な症状を軽減できるケア方法を考える》，《言動を観察し症状の変遷や離脱の評価をする》といった，患者の主疾患の病態や症状などの客観的データを踏まえた臨床判断を行いながら，せん妄症状や BPSD のリスクアセスメントをしていたことである。CNS／CN は，手術等の侵襲や環境の変化によって生じるせん妄症状や BPSD 発症のリスク低減に向けて，予測性をもった看護実践を行っていた。

急性期病院の看護師は退院前カンファレンスの場で，認知症高齢者・家族と専門職者の合意形成を行いながら，他職種・他部門や他機関との協働を行っている（丸山ら，2020）。一般的に認知症者は，環境の変化に脆弱であるという特性があり（日本神経学会，2017），退院という療養場所の移行は，身体機能の低下や予後への不安を抱え，家族も患者の状況の変化に心理的な影響を受けている（佐藤ら，2021）。一方で急性期病院の看護師は，認知症高齢者の退院に向けた準備を行い，退院後には新しい療養生活を開始できるよう，在宅―病院間の多職種で，移行を支援していく必要がある。

しかし在宅―病院間の情報共有や多職種連携については，福祉職と医療職のみならず医療職間の認識の相違が連携の障壁になっている（櫻田ら，2013）。さらに在宅では，日常的なケアの場において適切な認知症ケアの提供ができていないという課題が報告されている（厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム，2012）。CNS／CN は退院前カンファレンスに参加し【退院後の医療介護体制整備への支援】のため，患者の入院前後の生活や周囲の環境に目を向けた継続的なケアを展開していた。特に看護実践の中で《認知症ケアの継続性を重視した退院前カンファレンスの実施》を行なっており，患者への適切なケアや家族への支援が行える体制を整備していた。この結果は，患者とその家族に対して，包括的に医療・介護サービスが提供できる医療提供体制の整備に向けたケアマネジメントを行うことで，認知症高齢者の在宅生活の支援に繋がると考える。

本研究では，患者の入院が決定してから入退院を経て在宅療養に至るまで【家族への継続的配慮】が行われていた。認知症高齢者を介護する家族は，認知症のケア方法や対応方法に困難を感じているとともに，治療過程において術後せん妄の発症や BPSD を目の当たりにし，強い精神的ストレスを感じていることが推察される。CNS／CN はそれを察して配慮し，具体的な認知症やせん妄症状の知識や対応方法の説明を行うことで，家族が安心して患者へ対応できるよう支援を行なっていた。一方で，本研究において，《新型コロナウイルス感染症で面会できない家族に患者の様子を連絡する》といっ

た，コロナ禍という特殊な状況下ならではの看護実践が見出された。面会制限が患者や家族にもたらす影響として，家族は，入院前の比較的元気な患者像と現実の姿にギャップを生じることや，家族へのケアの機会が奪われ，患者と家族双方に精神的負担が生じている（稲又ら，2022）。また家族から，患者の入院前の生活や価値観等の情報が得られず，患者の全体像を捉えづらい，退院前カンファレンスの開催が激減し，円滑な退院支援ができないという課題も報告されている（小池，2021）。インタビュー時点で，研究協力者が所属する全医療機関で面会制限が解除されていない現状であり，多くの急性期病院がこの状況に直面していると推察される。【家族への継続的配慮】は，家族の状況を考慮しながら，家族と共に対処策を具体的に検討することで，家族の安心感につながるため支援として重要であると考える。

認知症患者の意思決定支援について，「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（厚生労働省，2018）」では，本人の意思を尊重することが基本的な考え方であり，意思決定能力に疑義があったり，支援方法に困難がある場合は意思決定支援チームで情報共有を行い，認知症者と家族が適切なサービスを選択し，生活を継続していくための方法について話し合いを行うことが求められている。

CNS／CN は，認知症を有していることで意思決定が難しいと見なすのではなく，意思決定の手がかりとなる本人の行動の意味や，生活史を家族とともにアセスメントし，【患者と家族の意向と価値観に添った意思決定支援】を行っていた。CNS／CN は，患者の意向や思いを引き出し，表情や発せられた言動の少しの糸口から患者の思いを推測し，専門職としての医学的や倫理的な判断を行いながら他職種に伝える代弁者としての役割を担っていた。さらに家族に対して《代理意思決定者の理解力を確認しながら治療選択の代理意思決定を擁護する》ことで，家族の過重な負担を軽減するための実践を行なっていた。認知症は進行に従って，意思決定者は本人から家族に変化し，代理意思決定を担わなければならない状況になる。CNS／CN は，対象者の人生を包括的に捉え，医学的視点のみでなく，対象者の生活や生活史を踏まえた多職種での代理意思決定支援を実践していた。

急性期病院は，疾患や状態に関わらず，どの患者であっても病状が安定すれば退院に向けて調整を進めることが多い。本研究により，外来，病棟，退院調整部門等の各部署で担う役割を明確にするとともに，入退院支援のプロセス全体を俯瞰してみる視点の強化につながる。また，この視点に基づく急性期病院看護師対象の援助指針策定など，一般化に向けた基礎資料として役立てられると考える。本研究結果を基礎資料として発展させ，急性期病院の看護師が実践する入退院支援における看護ケアの標準化により，ケアの質保証を推進していくことが課題である。

本研究協力者は，老人看護または在宅看護専門看護師，あるいは認知症看護認定看護師であり，認知症看護と入退院支援に精通した看護師として幅広い知識と経験を有していた。このため，卓越した実践に基づく具体的な看護実践が示されたものと思われる。しかし，本研究は５施設７名という限られた対象者のインタビューの結果を分析したものであり，一般化には限界がある。今後は，対象者数を拡大した調査や，入退院支援を受けた当事者である患者側への調査も行うことで，入退院支援の妥当性を検証することが必要である。

Ⅶ. 結　　論

CNS／CN による，認知症高齢者の入退院支援における看護実践の特徴を明らかにすることを目的に質的記述的研究を実施した結果，侵襲的治療を受ける患者の病状理解に留まらず，病院という環境変化への適応状況を捉えて様々なリスクを予測した臨床判断を行い，患者と家族の意向や価値観を尊重した支援を継続的に行っていることが明らかになった。

本論文は修士論文の一部を加筆修正したものである。本論文の内容の一部は，第 43 回日本看護科学学会学術集会で発表した。なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

稲又泰代，古家伊津香，大関春美，宮林郁子．（2022）．コロナ禍により面会制限がもたらした治療・療養における意思決定への影響―Riessman のテーマ分析を用いて―．*清泉女学院大学看護学研究紀要，2*（1），41-56.

川村晴美，三村洋美，俵積田ゆかり．（2020）．急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感．*昭和学士会雑誌，80*（6），491-498.

小池京子．（2021）．面会制限が認知症の人と家族に与えた影響．*日本認知症ケア学会誌，20*（2），252-259.

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者に対する適切な医療提供に対する研究研究班．（2013）．*高齢者に対する適切な医療提供の指針*．https://www.nurse.or.jp/nursing/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf

厚生労働省．（2018）．認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf

厚生労働省保険局医療課．（2018 年３月５日）．平成 30 年度診療報酬改定の概要医科 I．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム．（2012 年６月 18 日）．今後の認知症施策の方向性について．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf

丸山優，田中敦子，水間夏子，大塚眞理子．（2020）．認知症高齢者の生活の継続を見据えた急性期病院における看護の構造―開放型病床での看護実践の質的分析―．*老年看護学，25*（1），87-96．https://doi:10.20696/jagn.25.1_87

Meleis，A．I．（2010）．*移行理論と看護 実践，研究，教育*．片田範子（監）．学研メディカル秀潤社．（2019）

永田智子，村嶋幸代．（2002）．高齢者の退院支援．*日本老年医学会雑誌，39*（6），579-584.

日本看護協会.（2007）. *看護にかかわる主要な用語の解説 概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈.* https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf

日本老年看護学会.（2014 年 11 月 26 日）. 老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした『入院認知症高齢者へのチーム医療』の実態調査報告書. 2017. https://www.rounenkango.com/houkoku/pdf/20141208.pdf

日本神経学会.（2017）. 認知症疾患診療ガイドライン 2017. https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html

二宮利治（2024）. 認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究. https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_kankeisha/dai2/siryou9.pdf

櫻田郁子，竹谷洋子，對馬智恵子，小石智子，福村絵理子，越後雅子.（2013）. 継続看護を阻む病棟・外来間の連携の課題：病棟看護師と外来看護師を比較して. *日本看護学会論文集看護管理, 43,* 155-158.

佐藤このみ，須藤香理，菅原綾，佐々木ゆきえ.（2021）. 急性期病院に入院となった認知症高齢者の入退院支援の現状と課題―シームレスな療養移行を実現するために―. *日本看護学会論文集ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護, 51,* 175-178.

浦島尚子，グライナー智恵子，岡本菜穂子，福田敦子，山口裕子，龍野洋慶.（2020）. 急性期病院で必要とされる認知症看護実践能力. *日本看護科学会誌, 40,* 448-456. https://doi:10.5630/jans.40.448

牛久保美津子，近藤浩子，塚越徳子，菊地沙織，上山真美，恩幣宏美，堀越政孝，常盤洋子.（2017）. 退院後の暮らしを見据えた病院看護職育成のための現状と課題―病院管理者等へのグループインタビューから―. *日本プライマリ・ケア連合学会誌, 40*（2），67-72.

矢田有佑，谷山牧，山下留理子.（2022）. 退院調整看護師が認識する「入院前からの退院支援」の効果と課題. *国際医療福祉大学学会誌, 27*（1），43-52.

◇研究報告◇

肩関節鏡視下手術における温風式加温装置を用いた加温範囲の違いによる術中体温の特徴
―体温変化に着目して―

松田麻帆[1)*]，町田朋美[1)]，石黒美裕紀[1)]，原田夏樹[1)]，
藤沼成輝[1)]，落合信靖[2)]，橋本瑛子[2)]，服部史弥[2)]

【目的】肩関節鏡視下手術において温風式加温装置を用い加温範囲の異なるブランケット（上半身まで加温する上群，下半身加温の下群）で経時的な体温変化を検討する。

【方法】常温保管の灌流液を用いて鏡視下腱板修復術を行った36肩を各群18肩ずつ無作為に割り付けし，執刀前・手術開始15分毎に術側と健側の上肢の体表温を非接触赤外線表面温度計を用い測定した。深部温および体表温の経時的変化を加温部位別に比較検討し合併症を調査した。

【結果】深部温は両群間で有意差は認めず36度台に保たれた。術側肩・上腕の体表温は両群で開始15分で急激に有意に低下した。健側肩・上腕の体表温は全時点で上群で有意に高かった。シバリングなどの低体温による合併症はなかった。

【結論】健側上肢の体表温は術中を通して下群で有意に低温であり，健側上肢から体幹，下半身までより広く加温する方法が肩関節鏡視下手術の体温管理において有用な可能性がある。

【キーワード】肩関節鏡視下手術，温風式加温装置，加温範囲，術中体温

Ⅰ．はじめに

周術期看護において術中の体温管理は重要であり，全身および局所の体温低下は心筋虚血などの心合併症や止血凝固能の低下による出血量の増加，麻酔覚醒の遅延，免疫能低下による術後感染の増加，創傷治癒の遅延など様々な合併症のリスクが高まると報告されている（日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員，2020，pp.127-128）。

術中の体温管理には，体表を被覆する材料（リネンやアルミ製シートなど）や患者加温装置などの適切な使用が有用と推奨され（National Institute for Health and Care Excellence，2016），有効な加温機器の使用により，術中の体温低下を抑制できると報告されている（尾崎，2003．pp.97-98）。なかでも温風式加温装置は安全かつ費用対効果に優れ一般的に用いられている（National Institute for Health and Care Excellence，2016）。さらに，手術体位や術式は様々であり，症例に応じて適した体温管理が必要だが，仰臥位以外の特殊体位では効果的な加温が困難である（海江田，2011）。肩関節鏡視下手術は特殊体位（ビーチチェア位あるいは側臥位）で行うことが多く，加えて最も一般的な鏡視下腱板修復術は周術期体温が低下しやすい高齢者（大江，1997）を対象とすることが多いため，有効な体温管理を行う上で特に工夫が必要である。肩腱板断裂の手術加療は，侵襲が少なく関節内の詳細な観察が可能な関節鏡視下手術が現在一般的である。A病院の肩関節鏡視下手術では，常温保管の関節手術用灌流液を使用しているが，常温の灌流液を持続的に使用し患部が低温に曝露されることは，全身および局所の温度低下を引き起こす可能性がある。

A病院では温風式加温装置（3M™ベアーハガー™ペーシェントウォーミングシステム，3Mジャパン，東京）を採用し術中の加温を行っている。複数種類のアッパーボディブランケットのタイプがあり，肩関節鏡視下手術の術野を考慮した上で，最も一般的に用いられる下半身用ブランケット（ローワー用）を用いて下半身のみを温める方法が行われてきた。しかし，術後に上半身に冷感を感じることをしばしば経験したため，より加温範囲が広いブランケットの掛け方に変更し

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年1月20日
1）千葉大学医学部附属病院　　2）千葉大学大学院医学研究院整形外科学
＊ E-mail：jump415323@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

た方が良いのではないかと疑問を持った。しかし，温風式加温装置のブランケットによる加温範囲で術中の深部温変化や術野の体表温変化を検討した報告は少ない。

そこで，常温保管の灌流液使用の肩関節鏡視下手術において，加温範囲を広げた場合の経時的な体温変化を検討したので報告する。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，肩関節鏡視下手術（鏡視下腱板修復術）において深部温および両上肢の体表温を経時的に測定して術中体温の特徴を明らかにし，加温範囲の異なるブランケットによる加温方法（上半身＋下半身を加温する上群，下半身のみを加温する下群）で比較・検討することである。

Ⅲ．方　　法

2024 年５月から９月に当院で施行した肩関節鏡視下手術のうち腱板断裂に対し鏡視下腱板修復術を施行した症例で，術中の温風式加温装置を 43℃の温度設定にした症例を対象とした。深部温の上昇により麻酔科指示のもと設定温度を変更した症例，上方関節包再建の併用など術中にミニオープンに変更となった症例，計測の欠損値を認めた症例，その他研究責任者が研究対象者として不適当と判断した症例は除外した。手術は，全例約 45 度半座位のビーチチェア位で行い，常温保管の灌流液（アルスロマチック関節手術用灌流液，バクスター・ジャパン，東京）を用いた。

方法は，マルチポジションアッパー用ブランケットを用いて健側上肢から体幹・下半身までを覆う上半身ブランケット群（以下，上群）（図 1a）と，下半身ブランケット（ローワー用）を用いて下半身のみを覆う下半身ブランケット群（以下，下群）（図 1b）の二群に割り付けた。割り付けはコンピュータで生成した乱数表に基づき，二群に無作為に割り付けた。割り付けは診療に関与しない統計担当者が行い，研究責任者は割り付け結果を知らされないよう盲検下で実施した。温風式加温装置は術中体位の準備が出来次第開始し，設定温度は全例 43℃に統一した。温度測定は，深部温として連続測定電子体温計（モナサーム™温度センサー，コヴィディエンジャパン，東京）を用いて口腔温を測定し，室温および体表温は非接触赤外線電子表面温度計（アイメディータ，東亜産業，東京）を用いて測定した。室温および体表温は３回連続して測定した計測値の中央値を採用した。また，体表温の測定部位は，術側および健側の肩と上腕の４箇所とした（図 2a）。肩は前外側と後外側ポータルの間，上腕は健側の血圧測定用ターニケットに干渉しない三角筋付着部高位付近の上腕外側部にマーキングを行い（図 2b），執刀前（術野消毒直前）と手術開始 15 分毎に手術終了まで測定を行った（図 2c）。さらに，低体温による合併症として，シバリングの有無，術後感染および創傷治癒遷延の有無を調査した。各群４例のみと少数だった手術開始 60 分以上の計測値を除き，手術開始 45 分までの全計測値で統計学的検討を行った。両群の患者背景・手術情報の解析は一変量の分布で非正規分布であることを確認した上で Mann-Whitney U 検定とカイ二乗検定を用いた。体温変化の解析には Friedman 検定（群間の比較を Wilcoxon の符号付順位検定により事後検定を行い，Bonferroni 補正を適用）を用いた。危険率５％で検定した。

a）上半身ブランケット（上群）

b）下半身ブランケット（下群）

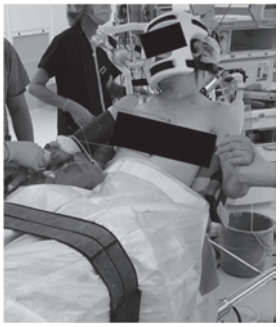
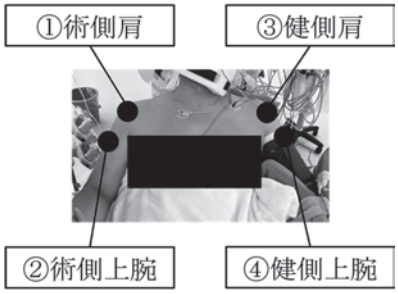


図１　ブランケット種類による加温方法

a）測定部位



b）測定部位のマーキング

c）実際の測定

図２　体表温の測定方法

Ⅳ．倫理的配慮

研究実施にあたり，「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守し，千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：HK202403-03）。研究者は研究機関の長より許可を得た同意説明文書を研究対象者に渡し，文書口頭による説明を行い，プライバシーの保護，研究への参加は自由意志であることを伝えた上で，書面で承諾を得た。

Ⅴ．結　　果

症例は 36 例 36 肩で，男性 16 肩，女性 20 肩，平均年齢は 66.6 ± SD10.5 歳（44-84 歳），平均手術時間は 54.3 ± SD27.0 分（45-132 分）であった。各群の患者背景および手術情報において，年齢，性別，BMI，筋肉量，手術時間，灌流液使用量は両群間に有意差はなかった（表１）。

深部温は36℃台に保たれており，両群間に有意差はなく（図 3a），室温も両群間に有意差はなかった（図 3b）。術側肩の体表温は，全時点で両群間に有意差はなかったが，両群ともに執刀前と比較し手術開始 15，30，45 分で有意に低下した（図 4a）。特に，手術開始 15 分で約 7 ℃程度の明らかな低下を認めた。術側上腕の体表温も同様に，全時点で両群間に有意差はなかったが，両群ともに執刀前と比較し手術開始 15，30，45 分で有意に低下し，特に手術開始 15 分で約 5 ℃程度の明らかな低下を認めた（図 4b）。次に健側肩の体表温は，全時点で上群が有意に高く（図 5a），健側上腕でも同様に上群が有意に高い結果となった（図 5b）。

また，低体温による明らかな合併症として，シバリングや術後感染，創傷治癒遷延は研究観察期間内で認めなかった。

Ⅵ．考　　察

本研究において，深部温は両群で 36℃台を保てており有意差はなかったことから従来行ってきた下半身のみを温める方法でも十分有用な掛け方であったと言える。しかし，本研究で検証した症例の平均手術時間は 1 時間程度と短時間であったことが深部温を保持出来た要因の一つとも考えられ，長時

表１　症例の患者背景と手術情報

全体の N=36

	上群　n=18	下群　n=18	p
年齢(歳)	63.6 ± 9.6	69.1 ± 10.6	0.15
性別(男/女)	7 / 11	8 / 10	1.00
BMI(kg/m^2)	24.8 ± 4.1	22.9 ± 2.6	0.15
筋肉量(kg)	44.8 ± 10.8	45.5 ± 11.1	0.51
手術時間(分)	57.2 ± 32.2	51.3 ± 21.1	0.85
灌流液使用量(L)	20.2 ± 15.6	19.2 ± 12.6	0.99

脚注）各項目の統計学的手法
年齢，BMI，筋肉量，手術時間，灌流液使用量；Mann-Whitney U 検定
性別；カイ二乗検定

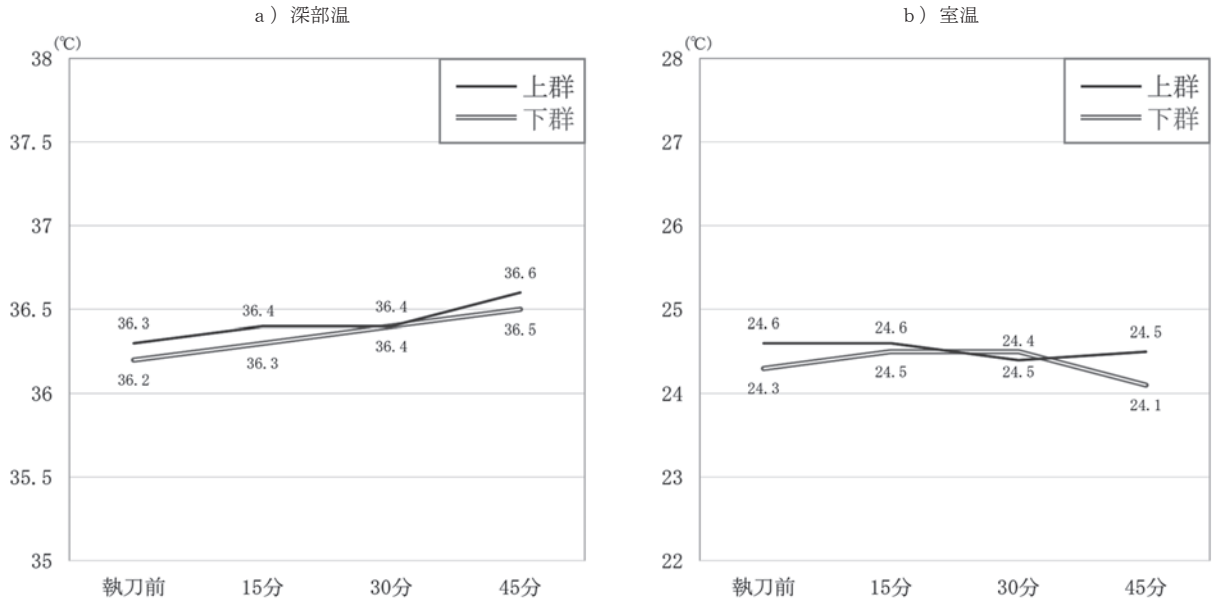


図３　深部温と室温の変化

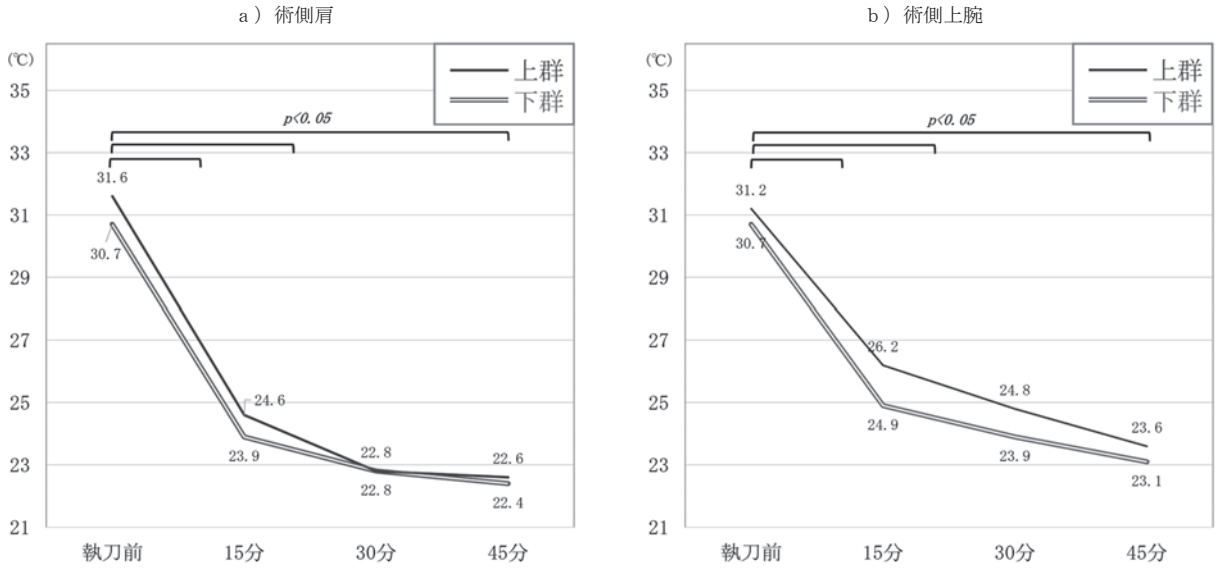


図４　術側上肢の体表温の変化

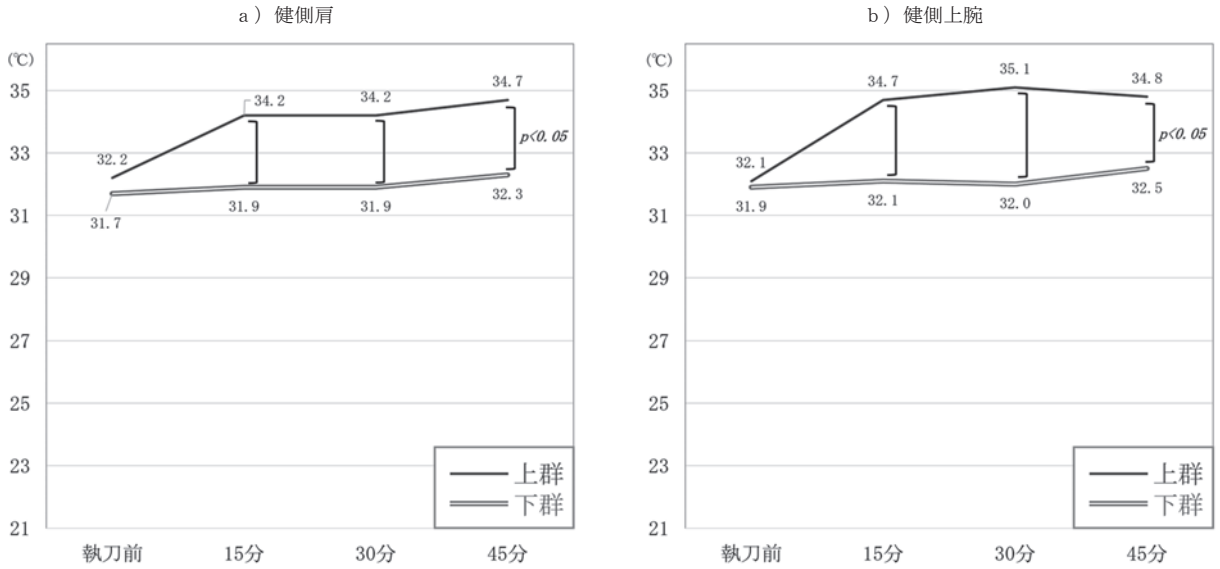


図５　健側上肢の体表温の変化

間手術においては深部温も低下する可能性が考えられる。術中の深部温は，全身麻酔による交感神経系の遮断や体温調節中枢の抑制，再分布性の低体温，体表面からの熱の放射により徐々に体温低下が進むことが知られている（Sesseler ら，1991）。一方で，手術野の清潔を確保するためには手術創の細菌感染の抑制や，照明の元で厚い手術着を着用した術者が極力汗を抑えて手術を行える環境作りも必要であり，室温設定が低温になることをしばしば経験する。これらの複数の要因による術中の体温低下の進行を予防し，適切な加温により体表温や深部温を維持することは非常に重要である。また，局所の温度低下は血小板機能の低下と凝固線溶系における血栓形成能の抑制から出血量を増加させることや，末梢血管の収縮による血流不全と酸素分圧低下，好中球機能阻害によって術創感染の増加や創傷治癒遅延をもたらすと言われており（Schmied ら，1996）（Kurz ら，1996），術中は全身と局所が低温にならないように考える必要がある。

体表温においては健側上肢で上群が有意に高い結果となったことは加温範囲を広げたことによる当然の結果とも言えるが，健側上肢の体表温が上昇傾向にあることは長時間手術において深部温の低下を和らげる可能性も示唆される。そのため，長時間手術においてはマルチポジションアッパー用ブランケットを使用し，健側上肢まで加温範囲を広げる方法がより有用な可能性が考えられる。また，体表の冷感は患者にとって不快感に繋がることが十分に考えられる為，加温範囲を広げることは術後の患者の不快感を軽減することにつながると考える。

術中の体温推移は，再分布性低体温が起こる第一相である手術開始 60 分以内の開始早期に急激に低下が進むことが知

られる（Sesseler ら，1991）。深部温に加えて肩関節鏡手術野の体表温を検討した過去の報告は一つのみで，石原らは鏡視下腱板断裂修復術の患側体表温は手術開始 20 分で 25℃程度まで低下したと報告している（石原ら，2016）。本研究においては，加温範囲の広い上半身ブランケットの使用は健側上肢の保温に有用であったが，手術開始 15 分で患側上肢の体表温は約５から７℃の急激な低下を認めており，手術開始後早期の術側の体温の維持が今後の課題と考える。

周術期の体温低下予防における取り組みとして，術前のプレウォーミングの実施（原ら，2021），麻酔導入など手術開始までの時間の不必要な体表露出を避ける（宮原ら，2016）ことは術前準備として検討すべきである。また，本研究において手術開始 60 分以上の症例は少ないため統計学的解析を検討できなかったが，手術開始 60 分では術側，健側ともに体表温の低下を認める傾向にあり，予め長時間手術が予測される症例にはアンダーボディブランケットなど追加の加温対策を併用することなどは術中の保温管理として有用な可能性がある。

また，加温した灌流液を使用する体温管理の有用性も報告される（Kim ら，2009）が，保温庫の容量などの管理方法や安全性の課題，関節鏡の光や凝固機器による放熱に伴う関節内の温度上昇や組織の熱変性（藤井ら，2015）などのデメリットに十分配慮が必要である。さらに，術後は麻酔の覚醒に伴い低体温からの急激な体温調節によりシバリングが起こるとされるが，医師らとコミュニケーションをとり終刀前の適切なタイミングで予め室温調整を行い（宮原ら，2016），保温を追加するなどの事前の対策も効果がある可能性がある。

今後も術前，術中，術後と周術期を通した総合的な取り組みが，体系的な体温管理において重要と考え，有用性を検証していきたい。

本研究の限界として，症例数が少ないこと，単一の術式のみを検討していること，温風式加温装置のブランケットの上に被せる保温用バスタオルの使用枚数が統一されていないことなどが挙げられる。また，手術開始 60 分を超える長時間手術の体温変化を検討できていないため，今後さらなる検討が必要である。

Ⅶ. 結　　論

肩関節鏡視下手術（鏡視下腱板修復術）において，深部温および上肢の体表温を測定し，加温範囲の異なるブランケットによる加温方法で経時的な体温変化を検討した。術側上肢の体表温は手術開始 15 分で有意に低下した。健側上肢の体表温は術中を通して下半身ブランケット群で有意に低温であり，上半身ブランケットを用いて健側上肢から体幹，下半身までより広範囲で覆った加温方法の方が全身および局所の体温管理に有用であり，特に健側上肢の体表温維持に有用である可能性が示された。今後は長時間手術や術後の快適性への影響についてさらなる検討が必要である。

本論文の内容の一部は，第 21 回日本肩の運動機能研究会において発表した。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

藤井幸治，武田善嗣，宮武克年．（2015）．鏡視下肩関節手術に使用する灌流液温度と中枢温に関する研究．*肩関節，39*（3），814-816.

原健太朗，弓削亜矢香，長坂隆史．（2021）．手術室における効果的なプレウォーミングの検討．*日本手術看護学会誌，17*（1），141-147.

石原育美，櫻裕子，小村由美，夏恒治，松原紀昌．（2016）．肩関節鏡視下手術時の体温と体表温の変化について．*整形外科看護，21*（6），624-630.

海江田令次．（2011）．低体温時の先読みポイント．*オペナーシング，26*（8），890-892.

Kim, Y. S., Lee, J. P., Yang, S. C., Song, J. H., Koh, H. S., Park, W. K.（2009）. Comparative study of the influence of room temperature and warmed fluid irrigation on body temperature in arthroscopic shoulder surgery. *Arthroscopy, 25*（1），24-29.

Kurz, A., Sessler, D. I. and Lenhardt, R.（1996）Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. *New England Journal of Medicine. 334*（19），1209-1215.

宮原知三．（2016）．ビーチチェア体位で行う手術患者の体温変化の実態調査．*日本手術医学会誌，37*（3），193-199.

National Institute for Health and Care Excellence.（2016）. Hypothermia: prevention and management of in adults having surgery. http://www.nice.org.uk/guidance/cg65

日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員会．（2020）．*周術期管理チームテキスト*（第４版）．日本麻酔科学会.

大江容子．（1997）．手術中の体温管理．*東邦医学会雑誌，44*（5，6），308-314.

尾崎眞（2003）．*手術患者の体温管理．*メディカ出版

Schmied, H., Kurz, A., Sessler, D. I., Kozek, S., Reiter, A.（1996）. Mild hypothermia increases blood loss and transfusion requirements during total hip arthroplasty. *Lancet 347*（8997）289-292.

Sesseler, D. I., McGuire, J., Moayeri, A., Hynson, J.（1991）. Isoflurane-induced vasodilation minimally increase cutaneous heat loss. *Anesthesiology, 74*（2），226-232.

◇研究報告◇

コミュニケーション能力が疾患によって低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセス
―障害者病棟に勤務する熟練看護師と若手看護師の比較―

足立実生[1)]*，大賀知津子[2)]

【目的】障害者病棟の熟練看護師と若手看護師の疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスの違いを明らかにする。

【方法】熟練看護師５名と若手看護師５名に半構成的面接法を実施し，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにて分析を行った。

【結果】若手看護師は【思うようにいかないことに焦る】【思いを知るきっかけを探る】【試行錯誤しながら思いを絞り込む】というプロセスを辿っていた。また，熟練看護師は【距離を縮める】【ことばに頼らず汲み取ろうと試みる】【患者の立場に立って思いを推し量る】，そして，すべてのプロセスにおいて【ケアから関係性を構築する】【人対人の関係を重視する】ことが明らかになった。

【結論】結果は，障害者病棟に勤務する新人看護師の育成支援に繋がり，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者への看護の質向上につながる。

【キーワード】コミュニケーション能力の低下，熟練看護師，若手看護師，障害者病棟，思いを汲み取る関わり

Ⅰ．はじめに

Ａ病棟は障害者病棟（障害者施設等一般病棟）で，筋萎縮性側索硬化症（ALS）や進行性核上性麻痺（PSP），パーキンソン病（PD）等の神経筋難病の患者が約７割以上を占めている。

神経難病患者の病状の経過は，初期に身体機能の低下を感じ，やがて歩行障害や呼吸機能の低下が起こり，最終的には全身機能が低下し終末期に至る。病状が進行するに伴い，コミュニケーションが困難になる特徴を持つ。その障害の一つである構音障害は，器質的構音障害と機能的構音障害に分かれ，神経疾患は器質的構音障害に分類される。その中でも，口唇・声帯・軟口蓋など発声に必要な器官や錐体路・錐体外路系の障害に伴い，運動機能あるいは協調運動機能が障害されることで生じる。また，運動機能が障害されることで，書字困難や非言語的コミュニケーションも困難となる。障害者病棟では，意識はあるが，病状が進行していくと構音筋群やその支配神経が障害され発語ができない，運動機能障害によって書字ができないという患者が多く入院している。このように，障害者病棟に入院する神経難病患者は思うように自分の思いを伝えることができず，苦難を強いられることが多い。

牛久保（2005）は，神経難病とともに生きる長期療養者の苦悩には，症状のわずらわしさ，生活障害による苦痛，自分で自分のことができない苦痛があり，その思いは長期療養経過の中で難病とともに生きる苦悩と，その支えの間で揺れ動くと報告している。さらに，神経難病では，患者の訴えを的確に把握することが難しくなる場合が多く，看護師は神経難病患者の思いについて，自らの感覚を研ぎ澄ませながら患者の真意を汲み取れたかどうか見つめ直すことが大切である（原ら，2012）。このように，看護師はケアのためには，患者の思いを汲み取ることが必要となるが，患者の言語化できない思いを汲み取ることは一朝一夕にはできない。神経難病患者を対象としたコミュニケーションに関する先行研究については，障害に応じたコミュニケーション方法（ツール等）に焦点をあてたものが多く（渡邉ら，2017：木村ら，2013），疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりに関する研究は少ない。

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）洛和会音羽リハビリテーション病院　　2）洛和会学術支援センター
＊ E-mail：adachi-mio2@rakuwa.or.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

また，安東（2015）は神経難病患者のケアを行う看護師は他の領域の看護師と比べて離職・配置転換願望が強く，経験年数３年未満の看護師においては，自分たちが費やしたケアの労力に見合った成果が得られないことが抑うつに影響すると報告している。さらに，難病看護経験年数に関わらず，「関わりの難しさ」が看護師の自己効力感を低下させていたと報告している（安東，2015）。言語的コミュニケーションが難しい患者に対して，その意思を確認しながら介助していくことは労力のいるケアであり，神経難病患者と関わる上での難しさにつながると考えられる。また，神経難病患者のやり場のない悲しみや怒りは，時に看護師に矛先が向けられ，特に難病看護経験の少ない看護師のバーンアウトに関連する要因になる（安東ら，2013）。

森下ら（2022）は，看護師が持つ知識や経験によって見た情報から療養者を理解しようとする視点があると述べている。このことから，熟練看護師と若手看護師ではそれぞれの知識や経験に差異があるため，コミュニケーション能力が低下している患者の思いの捉え方や関わり方にも差異があるのではないかと考えた。そこで，若手看護師，熟練看護師それぞれの捉え方や関わりをプロセスとしてみることで，どのように患者の思いを汲み取ろうとしているのかがより分かりやすいのではないかと考えた。それぞれのプロセスの違いが明らかになることで，熟練看護師の関わりのプロセスから，若手看護師の神経難病患者への看護支援と若手看護師自身の精神的支援にも寄与すると考える。

Ⅱ．目　　的

本研究は，障害者病棟に勤務する熟練看護師と若手看護師の，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスの違いを明らかにすることを目的とした。

Ⅲ．方　　法

１．用語の定義

熟練看護師：Benner（2001/2005，p.26）は，中堅レベルの看護師を「類似の科の患者を３～５年ほどケアしてきた看護師」と定義していることから，中堅レベルの次の段階である達人レベルの看護師を類似の科の患者を５年以上ケアしている看護師とし，本研究においては，障害者病棟で神経難病患者のケアを５年以上行っている看護師を熟練看護師とした。

若手看護師：本研究においては，Benner（2001/2005，p.18，p.21）が示した，かろうじて及第点の業務をこなすことができる「新人レベル」と意識的に立てた長期の目標や計画を踏まえて自分の看護実践を捉えはじめる２，３年働いたことのある「一人前レベル」の看護師をあわせた卒後１年目から３年目の看護師とした。

思いを汲む：広辞苑によると，「思い」とは「こうしたい，こうありたいとの願い」（新村，2018，p.444），「汲む」とは「相手を気遣い，その心情や事情をおしはかる，おもいやる」（新村，2018，p.854）とある。このことから，本研究において，「思いを汲む」とは「患者のこうしたい，こうありたいという願いをおしはかること」，つまり，「患者がこうしたい，こうありたいと思っていることを，看護師が患者の様子から想像し判断すること」と定義した。

２．研究デザイン

本研究は，修正版グラウンテッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach：以下 M-GTA）（木下，2020，p.211-213）を用いた質的帰納的研究である。M-GTA は，研究対象とする現象がプロセス的性格を持っていることが分析上重要であると言われている。よって，本研究では M-GTA が適していると判断し，M-GTA を用いて分析を行った。

３．研究参加者

障害者病棟で神経難病患者のケアを５年以上行っている熟練看護師と１～３年目までの若手看護師を対象とした。

４．調査方法

１）データ収集方法

参加同意が得られた研究参加者に，研究者が作成したインタビューガイドに従い，半構成的面接法にてデータ収集を行った。インタビューでは，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者のケアを行う中で，患者の思いや考えをどのように汲み取りながら関わっているのか，さらに，その関わりがどのように変化していったのかを，自由に語ってもらった。インタビューの時間は 30～60 分程度とし，研究参加者の同意を得て，インタビューの内容を録音した。プライバシーの保護のため，個室を使用しインタビューを行った。インタビューは新しい知見が得られなくなった時点でデータが飽和したと判断し終了した。調査期間は 2023 年１月から３月までであった。

２）データ分析方法

インタビューデータから逐語録を作成し，分析テーマを「疾患によって，コミュニケーション能力が低下している患者への思いを汲み取る関わりのプロセス」，分析焦点者を「障害者病棟に勤務する熟練看護師」および「障害者病棟に勤務する若手看護師」と設定し，逐語録から分析ワークシートを作成した。１概念あたり１ワークシートを作成し，分析焦点者の立場から「熟練看護師」と「若手看護師」に分けて解釈し，定義した上で概念名をつけた。研究参加者１名のデータから概念を全て生成した後，次の研究参加者のデータに移り，新たな概念を作成しつつ，すでに立ち上げた概念についても検討した。また，概念間の関係を検討し，カテゴリーを作成し，概念とカテゴリーを用いて，これらの相互の関係から分析結果をまとめ，その概要をストーリーラインとして文章化し結果図を作成した。妥当性の確保として，質的研究に精通した指導者にスーパーバイズを受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，洛和会研究倫理審査委員会の承認を受けて行った（承認番号 洛学-倫 01-171 号）。研究参加者へは，本研究の目的・研究方法について口頭と文書にて説明し，研究参加は自由意思に基づくものであり，いつでも中止・撤回してもかまわないこと，参加をやめることになっても不利益は生じないこと，得られたデータは厳重に保管し個人情報は記号化して個人を特定できないこと，また，本研究以外の目的に用いることは一切ないこと，研究の結果を公表の際にも研究参加者が特定できないようにすること，データは研究終了後，速やかに消去することを説明し，同意書の署名をもって同意を得た上で実施した。

Ⅴ．結　　果

1．研究参加者の概要

研究参加者は，障害者病棟に勤務する熟練看護師５名，若手看護師５名であった。熟練看護師の性別は男性１名，女性４名で，年齢は 20 歳代１名，30 歳代２名，40 歳代１名，50 歳代１名，看護師経験年数は８年～23 年（平均 15.2 年）で，障害者病棟での経験年数は５～13 年（平均 8.4 年）であった。若手看護師は全員女性で，年齢は 20 歳代４名，30 歳代１名，看護師経験年数，障害者病棟での経験年数はともに１年～３年（平均 1.8 年）であった。インタビュー時間は平均 36.2 分であった。詳細を表１に示す。

2．分析の結果

分析の結果，若手看護師の疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスとして生成された概念は７概念で，７概念から３カテゴリーを抽出した。また，熟練看護師のプロセスとして生成された概念は 14 概念で，14 概念から５カテゴリーを抽出した。カテゴリーを【　】，概念を〈　〉で表し，ストーリーラインを図１に示す。

以下に，若手看護師と熟練看護師の，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスについて説明する。

表１　研究参加者の概要

No.	性別	年齢	看護師経験年数	障害者病棟での経験年数	インタビュー時間
熟練Ａ	女性	20歳代	8年	7年	51分
熟練Ｂ	女性	40歳代	15年	7年	36分
熟練Ｃ	女性	50歳代	15年	10年	30分
熟練Ｄ	男性	30歳代	15年	13年	30分
熟練Ｅ	女性	30歳代	23年	5年	34分
若手Ａ	女性	20歳代	2年	2年	40分
若手Ｂ	女性	20歳代	1年	1年	48分
若手Ｃ	女性	30歳代	3年	3年	32分
若手Ｄ	女性	20歳代	2年	2年	31分
若手Ｅ	女性	20歳代	1年	1年	30分

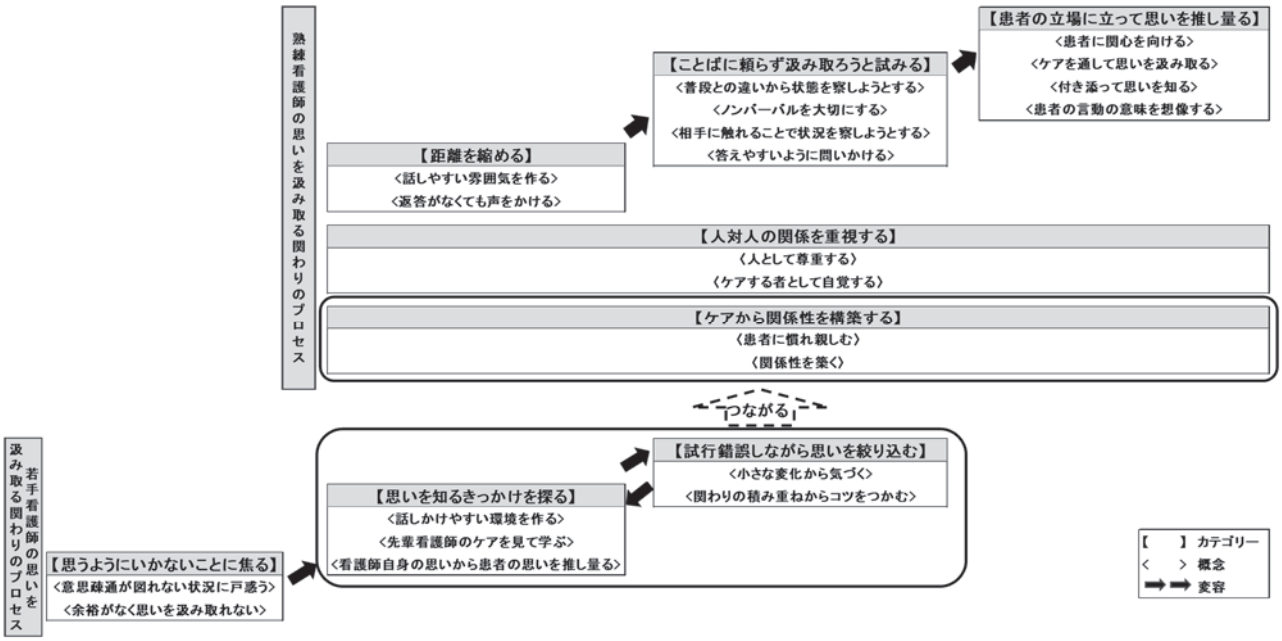


図１　若手および熟練看護師の，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセス

1）若手看護師の疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセス（表２）

(1) 若手看護師の疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスのストーリーライン（図１参照）

若手看護師は，経験の浅さから意思疎通が困難になっていく患者との関わりにおいて,〈意思疎通が図れない状況に戸惑う〉〈余裕がなく思いを汲み取れない〉といった【思うようにいかないことに焦る】という状況に直面していた。そのような中にあっても，次第に〈話しかけやすい環境を作る〉〈先輩看護師のケアを見て学ぶ〉〈看護師自身の思いから患者の思いを推し量る〉ことから，患者の【思いを知るきっかけを探（る)】っていた。また，短いながらも今までの患者との〈関わりの積み重ねからコツをつか（む)〉み，そして，〈小さな変化から気づく〉ことによって,【試行錯誤しながら思いを絞り込む】ようになっていた。そして,【思いを知るきっかけを探る】と【試行錯誤しながら思いを絞り込む】を行き来しながら，患者の思いを汲み取ろうとしていた。

(2) カテゴリーと概念

若手看護師の言葉を「　」で，発言者をアルファベットで記載した。

【思うようにいかないことに焦る】

〈意思疎通が図れない状況に戸惑う〉とは，病状が進みコミュニケーションが取れなくなっていく患者の状況に焦り，戸惑う様子が語られていた。「状態が落ちてきてコミュニケーションも結構難しいし，（中略）結構心折れて，何かわからなくて，何回も聞く事に向こうもストレス抱えるだろうし，それで先輩にバトンタッチするって途中で覚えたけど。そしたらこの子に何言っても意味ないなって思われて，信頼関係じゃないけど，頭はしっかりしてるから難しいなって思いますね。」（若手Ｄ）

〈余裕がなく思いを汲み取れない〉とは，若手看護師自身に余裕がないため，十分に患者の思いを汲み取るところまでじっくり関われないことを歯がゆく思っている様子が語られていた。「忙しいじゃないですか，自分のことしか考えられないくらい。仕事を終わらせなきゃって，私自身は毎日必死だけど。でも，患者さんの話は聞いてあげられるようにはしたいなって思います。」（若手Ｅ）

【思いを知るきっかけを探る】

〈話しかけやすい環境を作る〉とは，話をするきっかけや患者が声をかけやすい雰囲気をつくり，患者との関係を構築しようと努める様子が語られていた。「持ち物とか食べ物をみるようにしています。ジュースとかお菓子をみて，その人はこれが好きなのかなって考えて会話のきっかけにしたりしています。自分も楽しいなって思えるし，そこがコミュニケーションになる。」（若手Ｂ）

〈先輩看護師のケアを見て学ぶ〉とは，先輩看護師の患者とのコミュニケーションの取り方やケアをみて，自分自身のケアに取り入れ，その学びや気づきから患者の思いを汲み取ろうとしている様子が語られていた。「先輩の関わり方をみてると，手を握ってもらってコミュニケーションをとったり，しんどい時でも『いいえ』って動きはできるから，自分もそれを真似してだんだんするようにしていました。」（若手Ｂ）

〈看護師自身の思いから患者の思いを推し量る〉とは，言葉だけでなく，その場の雰囲気や状況から，看護師自身が「自分だったらどう思うか」に置き換えて患者の思いを推し量ろうとする様子が語られていた。「自分だったら汚いのは嫌だし，患者さんを綺麗に（する)。寝たきりの人とかも多いし，褥瘡とかも作りたくないし。いかに綺麗に，どうやったらもっと綺麗にできるのだろうとか。」（若手Ｃ）

【試行錯誤しながら思いを絞り込む】

〈小さな変化から気づく〉とは，患者の日々の変化に気づくことで，患者の思いを汲み取ろうとしている様子が語られていた。「それこそ状態悪くなってから，手温めてあげてとか，表情がちょっと穏やかに見えたりとか，手に反応があったりとか，入浴が難しくなって清拭してますけど，洗髪したらやっぱりさっぱりして笑顔にもなるし。」（若手Ｄ）

〈関わりの積み重ねからコツをつかむ〉とは，今までの患者との関わりを通して積み重ねてきた経験を生かして，患者の思いを知るコツを掴もうとしている様子が語られていた。「構音障害の方とか今ではわかるようになってきたと思います。声も小さくて呂律も回ってない方なんですけど，単語と

表２　若手看護師の思いを汲み取る関わりのプロセスのカテゴリー・概念・定義一覧

カテゴリー	概念名	定義
思うようにいかないことに焦る	意思疎通が図れない状況に戸惑う	病状が進みコミュニケーションが取れなくなっていく患者の状況に焦り，戸惑う
	余裕がなく思いを汲み取れない	余裕がないため，十分に患者の思いを汲み取ることができるまでじっくり関われないことを実感している
思いを知るきっかけを探る	話しかけやすい環境を作る	話をするきっかけや患者が声をかけやすい雰囲気をつくり，患者との関係を構築しようと努める
	先輩看護師のケアを見て学ぶ	先輩看護師の患者とのコミュニケーションの取り方やケアをみて，自分自身のコミュニケーションやケアに取り入れ，学びや気づきから患者の思いを汲み取ろうとする
	看護師自身の思いから患者の思いを推し量る	言葉だけでなく，その場の雰囲気や状況から，看護師自身が自分であったらどう思うかに置き換えて患者の思いを推し量ろうとする
試行錯誤しながら思いを絞り込む	小さな変化から気づく	患者の日々の変化に気づくことで，患者の思いを汲み取ろうとする
	関わりの積み重ねからコツをつかむ	今までの患者との関わりを通して積み重ねてきた経験を生かして，患者の思いを知るコツを掴もうとする

単語をつなぎ合わせて，耳が慣れてきたのかなって最近思います。文の中の最初の音って大きく聞こえるじゃないですか，聞こえたらそこを反復してわからないところだけ本人に言ってもらっています。ここまでは聞こえたよってことを相手にきちんと伝えて，わからないところだけ聞き返しています。」（若手A）

2）熟練看護師の疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセス（表3）

(1) 熟練看護師の疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスのストーリーライン（図1参照）

神経難病患者は徐々に言語的コミュニケーションが困難になることから，熟練看護師は，〈話しやすい雰囲気を作る〉〈返答がなくても声をかける〉ことで【距離を縮める】関わりを第一に行っていた。さらに，〈普段との違いから状態を察しようとする〉〈ノンバーバルを大切にする〉〈相手に触れることで状況を察しようとする〉，そして，イエス/ノーで〈答えやすいように問いかける〉といった【ことばに頼らず汲み取ろうと試み（る）】ていた。そして，患者と接するにあたり，〈患者に関心を向ける〉〈ケアを通して思いを汲み取る〉〈付き添って思いを知る〉，そして〈患者の言動の意味を想像する〉ことから，【患者の立場に立って思いを推し量る】ことを大事にしていた。また，全プロセスを通して，過去の経験や患者との関わりから〈患者に慣れ親しむ〉，そして〈関係性を築く〉ことで，【ケアから関係性を構築する】よう関わっていた。さらに，熟練看護師の患者の思いを汲み取ることの根幹には，患者を一人の〈人として尊重する〉こと，そして，ケアする者が身体的にも精神的にも健康でないと患者の思いを感じることはできないという〈ケアする者として自覚（する）〉し，【人対人の関係性を重視する】ことで患者の思いを汲み取ろうとしていた。

(2) カテゴリーと概念

熟練看護師の言葉を「　」で，発言者をアルファベットで記載した。

【距離を縮める】

〈話しやすい雰囲気を作る〉とは，患者にとって話しやすい，楽しい，明るい雰囲気作りを大事にしている様子が語られていた。「その人の会話のセンスもあると思うし。前も下の子がそんな話で，患者さん食いつくのかなって会話をしてたけど，患者さんも楽しそうに会話してたことがあってね。話の面白い，面白くないだけじゃなくてその子のキャラクターだったり，明るさに救われてる部分もあるなって。だから雰囲気も大事だなって…。」（熟練A）

〈返答がなくても声をかける〉とは，言語的コミュニケーションが困難な患者に対して，返事がなくても話しかけることが大事だと感じている様子が語られていた。「だってずっと上向いてさ，天気さえわからなくって，季節もわからなくってっていうのがここでは当たり前かなって思うから。面会予定とかあったら，今日はお母さんが来てくれるねとか，返答はなくても話しかけてます。」（熟練B）

【ことばに頼らず汲み取ろうと試みる】

〈普段との違いから状態を察しようとする〉とは，熟練看護師はバイタルサインなどの値だけでなく，患者の普段との違いから患者の今の状態を察しようとしている様子が語られていた。「なかなかやっぱり喋りにくくなってきてる人がいるから，僕らがみれるのってその人の発せれない言動とか，体の筋力が落ちてきているなとか。そこは本人も気づかなくて訴えることもできないから，（中略）その人の言葉だけじゃな

表3　熟練看護師の思いを汲み取る関わりのプロセスのカテゴリー・概念・定義一覧

カテゴリー	概念名	定義
距離を縮める	話しやすい雰囲気を作る	患者にとって話しやすい，楽しい，明るい雰囲気を作る
	返答がなくても声をかける	返事がなくても，話しかけを行うことが大事である
ことばに頼らず汲み取ろうと試みる	普段との違いから状態を察しようとする	患者の普段との違いから患者の今の状態を察しようとする
	ノンバーバルを大切にする	話すことだけでなく，アイコンタクトや表情などから患者の思いを汲もうとする
	相手に触れることで状況を察しようとする	話すことだけがコミュニケーションではないと考えており，肩をさすったり，手を握ることで相手の状況を察しようとする
	答えやすいように問いかける	患者の状況に合わせて，また，イエス/ノーで答えることができるように，日々の状況から推測して，患者の言いたいことを引き出すように工夫する
患者の立場に立って思いを推し量る	患者に関心を向ける	思うように気持ちや思いを発することができないから，患者の気持ちや思いに関心を向ける
	ケアを通して思いを汲み取る	ケアを通して患者の思いを汲み取ろうとする
	付き添って思いを知る	話さないで付き添うことで患者の思いを知ろうとする
	患者の言動の意味を想像する	決めつけではなく，どうしてこのような言動をとっているのか，想像してみる
ケアから関係性を構築する	患者に慣れ親しむ	日々の患者との関わりから神経難病患者のケアに慣れてきたことや過去の経験を通して，患者の思いが汲み取れるようになる
	関係性を築く	患者との関係性を築くことで，相手の思いを理解しやすくなる
人対人の関係を重視する	人として尊重する	患者のプライベートの時間や空間を確保して，患者ということではなく，一人の人として尊重する
	ケアする者として自覚する	ケアする者が身体的にも精神的にも健康でないと患者の思いを感じることはできないというケアするものとしての自覚をもって患者に関わる

くて，そういうところを観察していかないといけないかな。」（熟練D）

〈ノンバーバルを大切にする〉とは，話すことだけではなく，アイコンタクトや表情などから患者の思いを汲もうとする様子が語られていた。「声だけじゃなくてイエス/ノーを表してもらうのにアイコンタクトだったり，離握手してもらうのも一つかな。」（熟練A）

〈相手に触れることで状況を察しようとする〉とは，熟練看護師は話すことだけがコミュニケーションではないと考え，肩をさする，手を握ることで相手の状況を察しようとする様子が語られていた。「話すことだけがコミュニケーションじゃないと思ってて，例えば，すごくしんどい人に対して肩をさすったり，手をさすってあげる事も大事なことの一つだと思ってます。」（熟練A）

〈答えやすいように問いかける〉とは，患者の状況に合わせて，どのようなことを，どんなタイミングで，また，イエス/ノーで答えられるように，日々の状況から推測して患者が言いたいことの候補（顔を洗いたい，肩が痛いなど）を挙げて，患者の思いを汲み取ろうとしている様子が語られていた。「コミュニケーションってタイミング・間合い・時間配分とか，話す内容も何でもいいわけじゃなくて，イエス/ノーで答えられる質問にしたり完結にわかりやすくする。患者さんがコミュニケーションに対してストレスを感じてしまうようなことは話してても意味がないから。」（熟練A）

【患者の立場に立って思いを推し量る】

〈患者に関心を向ける〉とは，思うように気持ちや思いを発することができないから，患者の気持ちや思いに関心を向けることが大切だと考えている様子が語られていた。「難病の方は思うように動けなかったり，話すことができないことが多いから，まず患者さんが何をして欲しいのか何を訴えているのかを知る必要がある。」（熟練E）

〈ケアを通して思いを汲み取る〉とは，ケアを通して患者の思いを汲み取ろうとする様子が語られていた。「やることないなんてないし，私も気づけないこともあるし，他の人が気づいてくれることもある。どうしてあげたらいいやろうって考えながらやる。自分では言えないからこそみてあげなあかんとこはいっぱいある。」（熟練C）

〈付き添って思いを知る〉とは，話さないで付き添うことで患者の思いを知ろうとする様子が語られていた。「会話にしても長ければいいってもんじゃないし，本人の疲労度とか気持ちを汲んだ上で，話さないで付き添う時間も大事だと思う。こっちが喋れば喋るほど患者さんが喋りやすいかって言ったらそうでもない。」（熟練A）

〈患者の言動の意味を想像する〉とは，患者の言動を看護師が自己完結で決めつけるのではなく，どうして患者はこのような言動をとっているのか想像してみる様子が語られていた。「発言とか，ああいう風に言ってるけど環境とかどうかなって。こだわりも強いし怒るってなるけど，何で怒ってるのかって，過程をね，目に見えるものが全てじゃないし。」（熟練D）

【ケアから関係性を構築する】

〈患者に慣れ親しむ〉とは，日々の患者との関わりから経験を積むことによって，神経難病患者のケアに慣れてきたことや過去の経験を通して，患者の思いが汲み取れるようになった様子が語られていた。「同じ患者さんで全然聴き取れなかったのにふと聴き取れるなあって。数ヶ月も経ってるからその人は病状が進行もしてたんだけど，それで聴き取れたってことは慣れたんだなって。」（熟練A）

〈関係性を築く〉とは，患者との関係性を築くことで，相手の思いを理解しやすくなっていった様子が語られていた。「関係性作るとこから難しいと思ってる。たぶん身構えてるから余計じゃないかな。したことないしどうしたら良いって思ってるから，多分難しいって方にいっちゃうけど。もういつも通りに，その人を知りたいって思いで話しかけていったらそんなに難しいことじゃない。家族さんから患者さんの話聞いたりとか，そこの中で話どんどん広げていって，結構色々情報収集したりとかしてたから。」（熟練B）

【人対人の関係性を重視する】

〈人として尊重する〉とは，患者ということではなく，患者のプライベートの時間や空間を確保して，一人の人として尊重する様子が語られていた。「安全面でカーテンを開けてることが殆どだけど，そこのスペースは患者さんが唯一安心できる場所だと思うから。患者さんとゆっくりお話するのも大事だけど，患者さんにも休息の時間だったり，一人になりたいのになって思うこともあるだろうから。」（熟練A）

〈ケアする者として自覚する〉とは，ケアする者が身体的にも精神的にも健康でないと患者の思いを感じることはできないというケアする者としての自覚をもって患者と関わることを語っていた。「私たちに余裕や元気がないと優しくコミュニケーションなんてとれないし，そんな状態で『どうしたの？今日しんどいの？何かあったら言ってね』って言っても相手からしたら言える状況じゃないし。だから，まずは自分たちが精神的に落ち着いた状態で，コミュニケーションを重ねていったらみえてくるものがあると思う。」（熟練A）

Ⅵ．考　　察

1．疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセス
―熟練看護師と若手看護師との比較―

疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスについて，ストーリーライン（図1）をもとに，若手看護師と熟練看護師を比較し考察していく。

神経難病患者は運動機能の障害から言語的コミュニケーションだけでなく，非言語的コミュニケーションも困難になり，返答や反応ができない。しかし，意識はしっかりしてい

るため，思いも感情も明確にある。そのため，多重業務等で余裕がない若手看護師は，患者と意思疎通が図れない状況に戸惑い，【思うようにいかないことに焦る】状況があった。一方，熟練看護師から焦りや余裕がないといった語りは見られなかった。これは，今までの経験の中から，神経難病患者の特徴を理解し経験を積んできた熟練看護師の特徴であり，思うようにコミュニケーションが取れないことに焦るといったプロセスは若手看護師に特徴的なことであることが示唆された。

次のプロセスとして，若手看護師は思うようにいかない中でも，徐々に話しかけやすい環境を作り，先輩看護師のケアを参考にして，さらに「自分が同じ状況だったらどういう気持ちになるか，どうして欲しいだろうか」と，看護師自身の「自分だったら」という発想から，患者の【思いを知るきっかけを探（る)】っていた。さらに，若手看護師自身が，患者との関わりを積み重ねる中で掴んだコツや小さな変化から気づいたことから，患者の思いを【試行錯誤しながら思いを絞り込（む)】もうとしていたことが明らかになった。【思いを知るきっかけを探る】では看護師の「自分だったら」という発想から患者の思いを推し量ろうとすることから,【試行錯誤しながら思いを絞り込む】では「患者自身はどういう思いなのだろうか」という患者主体への発想へと移行していたことが窺われた。暉峻（2017，p.89）は，ある論点が何度も発展的に往復するうちにお互いにとって自然な発見があり，視野が開けると述べているように，若手看護師は【思いを知るきっかけを探る】と【試行錯誤しながら思いを絞り込む】を往復することによって，患者の思いを汲み取る関わりを深めていたことが示唆された。これらは，若手看護師が当初，患者と意思疎通が図れない状況に戸惑いながらも，なんとか自分で解決策を見いだそうとする成長過程であったと考えられる。一方，熟練看護師もまた話しやすい雰囲気を作り，返答がなくても声をかけることによって，患者との【距離を縮める】ように関わっていた。若手看護師も熟練看護師もともに，話しやすい雰囲気を作ることを心がけていたが，熟練看護師はさらに，患者からの返答はなくても積極的にアプローチすることで，患者の存在を尊重し，そのことを患者にも伝えていたことが推察された。

熟練看護師の次のプロセスとしては，ノンバーバルを大切にし，また，普段との違いや患者に触れることで状況を察し，さらに，患者にできるだけ負担をかけないよう，イエス/ノーで答えやすいように話しかけることで，患者の思いを【ことばに頼らず汲み取ろうと試み（る)】ていた。若手看護師が，日々の「小さな変化」から患者の思いを汲み取ろうとしていたことは熟練看護師の「普段との違い」から状態を察しようとすることに通じるものがあったと考えられる。

さらに，熟練看護師は，患者に関心を向け，ケアを通して，また，患者に付き添うことで，患者の言動だけでなく，そこに患者のどのような思いがあるのかを想像することで,【患者の立場に立って思いを推し量（る)】ろうとしていたことが明らかになった。若手看護師の患者の思いを汲み取る関わりのプロセスである自分の思いや体験に置き換えて患者の思いを推し量ろうとする〈看護師自身の思いから患者の思いを推し量る〉とは異なり，熟練看護師は，患者はどのような思いを持っているのだろうかという患者主体で考えて思いを汲み取ろうとしていた。長谷川（2020）は,「受容的」なありようは患者の希望するあり方を支援することを可能にし，ひいては，神経難病患者の苦悩を軽減することを可能にすると述べている。このような熟練看護師の受容的態度は，病状が進行する神経難病患者への精神的支援にも繋がり，思いが表出できる関係性の構築にも繋がっていくのではないかと考える。これらのことは，一貫して患者主体で思いを汲み取ろうとしている熟練看護師と若手看護師との大きな違いであると考える。

また，熟練看護師は，全プロセスを通して，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の関わりに慣れ，患者に親しみをもって接し，患者との関係性を築くことを通して,【ケアから関係性を構築する】こと，そして，患者を一人の人として尊重すると共に，患者との関わりにおいてはケアする者としての自覚を持ちながら,【人対人の関係を重視する】ことが，患者の思いを汲み取る上で重要であることが示唆された。Ljungberg et al.（2015）は，効果的な援助関係の要素の一つとして「時間と可用性」を挙げ，関係の継続性や一貫性，専門職が対象を気にかけ，その人のためにいることが有用な要素であると述べている。神経難病患者は，進行性疾患であるがゆえに最終的な経過として終末期に至る。熟練看護師の患者の思いを汲み取る関わりのプロセスには，患者の思いを知りたいという思いや返答がなくても声をかけるなど，全て対象患者への関心があることがみてとれる。このプロセスを辿ることで，看護師が患者を気にかけ，関わる姿勢が患者との関係性の構築に繋がり，患者の思いの表出に繋がると考えられる。熟練看護師の様々な患者との関わりから，プロセスの基盤には【ケアから関係性を構築する】【人対人の関係を重視する】があると考えられる。また，高木・福田（2023）は「人対人の関係構築」は希望を表出する対象の選択に影響し，自然な表出につながると述べている。熟練看護師の【人対人の関係を重視する】は，患者の希望や思いを表出するにあたり重要なプロセスであり，若手看護師にはまだみられない熟練看護師の今までの経験の蓄積からくる大きな特徴であると考えられる。しかし，若手看護師が【思いを知るきっかけを探る】と【試行錯誤しながら思いを絞り込む】を往復しながら，患者に関わるというプロセスが，熟練看護師が語った【ケアから関係性を構築する】にこれから繋がっていくのではないかと考える。

以上のことから，双方のプロセスには大きな違いがあるが，若手のころに試行錯誤しながら行った患者の思いを汲み取る関わりのプロセスが，熟練となった時に生かされ，繋がっていることが示唆された。

２．疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取るための実践への示唆

本研究を通して，若手看護師と熟練看護師の疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスの違いが明らかになった。神経難病患者は病状の進行に伴い，非言語的コミュニケーションも困難になるため，早期から将来を見越して，患者の状態にあったコミュニケーション方法を模索していく必要がある。患者の思いを汲み取る関わりのプロセスの中では患者の小さな変化や患者が負担なく回答しやすいような問いかけ等を工夫して行っていたが，患者が意思を表出できるうちから，今後のコミュニケーション方法を患者と考えていく必要があると考える。また，若手看護師はコミュニケーションが難しくなっていく患者の思いを汲み取る中で，慣れない職場環境，経験の浅さや多重業務の多さに，患者とのコミュニケーションに対して焦りや戸惑いを感じていることが明らかになった。これらのことを踏まえて，余裕をもって患者とコミュニケーションが取れる環境の整備や熟練看護師のコミュニケーションをとる方法を指導することで，若手看護師の不安を取り除き，余裕をもって患者に関われるように支援することが必要であると考える。今回，若手看護師の患者の思いを汲み取るプロセスの傾向が明らかになったことは，障害者病棟に勤務する新人看護師の育成支援に繋がり，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者への看護の質向上につながると考える。

３．本研究の限界と今後の課題

本研究の研究参加者が１施設の障害者病棟に勤務する看護師に限定されたことで，若手看護師，熟練看護師ともにそれぞれ５名ずつでデータが飽和している。このことから，偏った結果になっている可能性が考えられる。今後は，対象施設を拡大し研究参加者数を増やして調査し，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスを明らかにする必要があると考える。

今回明らかになった患者の思いを汲み取る関わりのプロセスの違いを踏まえ，今後は障害者病棟に勤務する新人看護師の育成支援と疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者への看護の質向上につなげて行くことが課題である。

Ⅶ. 結　　論

疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者の思いを汲み取る関わりのプロセスにおいて，若手看護師は【思うようにいかないことに焦る】【思いを知るきっかけを探る】【試行錯誤しながら思いを絞り込む】というプロセスを辿り，患者の思いを汲み取ろうとしていたことが明らかになった。また，熟練看護師は【距離を縮める】【ことばに頼らず汲み取ろうと試みる】【患者の立場に立って思いを推し量る】というプロセスを経て思いを汲み取るように関わり，その全プロセスを通して，【ケアから関係性を構築する】【人対人の関係を重視する】が基盤にあることが明らかになった。本結果は，障害者病棟に勤務する新人看護師の育成支援に繋がり，また，疾患によってコミュニケーション能力が低下している患者への看護の質向上につながると考える。

本論文の内容の一部は，第 55 回日本看護学会学術集会において発表した。なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

安東由佳子．(2015)．神経難病患者をケアする看護職における離職・配置転換願望と抑うつに影響を及ぼす要因の検討．*日本医療・病院管理学会誌，52*（3），127-138.

安東由佳子，片岡健，小林敏生，北岡和代．(2013)．神経難病病棟に勤務する看護職の精神的健康および行動的ストレス反応と心理的ストレス反応の関連．*ストレス科学，28*（2），132-140.

Benner, P.（2005）．*ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ*．井部俊子（監訳）．医学書院．(2001)

原三紀子，小長谷百絵，海老沢睦，寺町優子．(2012)．看護師がとらえた神経難病患者の心のケア―心のケアの目標とその取り組み―．*日本難病看護学会誌，17*(2), 137-149.

長谷川幹子．(2020)．病いにより苦悩する神経難病患者と関わる看護師のありようの探求―注入食中止の意思を表明した患者と関わった看護師の体験に着目して―．*人体科学，29*（1），11-21.

木村琢磨，今永光彦，川井充．(2013)．コミュニケーションツールの使用が不可能な神経難病患者との訪問診療中のコミュニケーション法に関する探索研究．*日本プライマリ・ケア連合学会誌，36*（3），166-174.

木下康仁．(2020)．*定本 M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論*．医学書院．

Ljungberg, A., Denhov, A., Topor, A. (2015). The Art of helpful relationships with professionals: a meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly, 86*（4），471-495.

森下和恵，新田紀枝，早川りか，久山かおる．(2022)．訪問看護師による初回訪問時のフェイスシートの注目点とその理由 ―新人・熟練訪問看護師の比較―．*武庫川女子大学看護学ジャーナル，7*，21-30.

新村出編．(2018)．*広辞苑*（第７版）．岩波書店．

高木美歩，福田和美．(2023)．精神科訪問看護利用者が希望を語ることにつながった看護師の関わり．*日本地域看護学会誌，26*（1），84-91.

暉峻淑子．(2017)．*対話する社会へ*．岩波書店．

牛久保美津子．(2005)．神経難病とともに生きる長期療養者の病体験：苦痛に対する緩和的ケア．*日本看護科学会誌，25*（4），70-79.

渡邉友紀子，川尻洋美，長嶋和明，牛久保美津子．(2017)．訪問看護師のコミュニケーション機器に関する認知度と透明文字盤の技術習得状況．*日本難病看護学会誌，22*(2)，215-227.

◇研究報告◇

治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験
―クロザピン導入前後の支援を振り返って―

藤井大士[1)*]

［目的］治療抵抗性統合失調症患者に対する病棟看護師の経験を明らかにし，看護支援体制に関する示唆を得ること。
［方法］治療抵抗性統合失調症患者の支援を経験している看護師４名に半構造化インタビューを実施し，質的記述的に分析した。
［結果］治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験として，【選択肢の少ない支援によって生じる苦悩】【支援をすることへの諦め】【支援が活性化することへの期待】【患者像と支援上の課題の明確化】【クロザピンの効果で実感する病状回復の兆し】【明確化する病棟役割と支援の限界】が明らかになった。
［結論］治療抵抗性統合失調症患者への支援は，日常生活支援や対話ができず，支援に対する諦めや葛藤が増幅していく経験であることが示唆された。また，多職種チームの体系的な支援により，治療抵抗性統合失調症患者の支援で経験する困難感や葛藤，苦悩などを軽減する必要性が示唆された。

【キーワード】治療抵抗性統合失調症，クロザピン，病棟看護師，経験

Ⅰ．はじめに

日本では，精神保健医療福祉の改革ビジョン（厚生労働省，2004）により精神病床に入院している患者数は減少傾向にあり，入院医療中心から地域生活中心になりつつある。しかし，精神症状が極めて重症または不安定なために長期入院を余儀なくされている統合失調症患者の割合は変わらないことから，長期入院中の統合失調症患者の退院支援の重要性が増している（厚生労働省，2023）。

長期入院中の統合失調症患者の退院支援を阻む要因として，病識と治療コンプライアンス，退院への不安，ADL，問題行動，身体合併症，自殺企図の可能性，家族からのサポートが明らかにされており，それらの要因に応じた退院援助計画が求められている（池淵ら，2008）。こうした長期入院中の統合失調症患者への看護として，熟練看護師の看護実践のプロセス（香川ら，2013）や自己決定支援の重要性が示されており，長期入院中の統合失調症患者に対する看護については研究が進んでいるといえる（藤井ら，2024；鷺ら，2018；石井ら，2016）。

このような長期入院中の統合失調症患者の 20-30％が２種類以上の抗精神病薬治療を十分な投与量で十分な期間行っても良好な効果は得られない治療抵抗性統合失調症患者であり，多くの長期入院中の統合失調症患者は治療抵抗性であることが報告されている（Kennedy et al.，2014）。治療抵抗性統合失調症患者に対しては，唯一の治療薬であるクロザピン（Clozapine：以下，CLZ）治療が期待されているが，日本における CLZ 普及率は約 6.1％と少なく，過小使用・導入遅延・地域差という現状が示されている（矢田，2023）。これまでに，CLZ 導入に伴う看護領域の先行研究として，学習会の必要性やその効果（浅野ら，2014），副作用観察の重要性やそれに伴う看護師の感情的変化（太田ら，2015），看護管理者が捉える CLZ 導入時の課題（冨樫，2019），病棟間における CLZ 内服患者の情報連携の重要性（京和泉，2023）などが報告されているが，治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験に焦点を当てた研究はない。

以上のことから，長期入院中の統合失調症患者に対する看護については研究が進んでいるものの，治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験に焦点を当てた研究

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）石金病院
＊ E-mail：fujii.taishi.1221@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

はされていない。そのため，CLZ 導入前後の支援を振り返ることで，治療抵抗性統合失調症患者に対する病棟看護師の経験の特徴が明らかになり，看護支援体制に関する示唆が得られると考えた。

Ⅱ．目　　的

治療抵抗性統合失調症患者に対する病棟看護師の経験を明らかにし，看護支援体制に関する示唆を得ること。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

質的記述的研究デザイン

２．用語の定義

・病棟看護師の経験：中木ら（2007）の経験の概念を参考に，病棟看護師の経験を「病棟看護師の印象に残る出来事とそのときの心身の状態を示し，看護師の困難感や葛藤，苦悩などの内面的変化や主観的にとらえた可能性などあるがままの状態」とした。

・治療抵抗性統合失調症患者：クロザリル添付文書（2024）を参考に，治療抵抗性統合失調症患者を「クロザピン以外の抗精神病薬治療に抵抗を示す統合失調症患者であり，２種類以上の十分量の抗精神病薬を十分期間投与しても反応性不良の者または副作用によって十分な治療効果が得られなかった耐容性不良の者」とした。

３．調査期間

2023 年５月～2023 年９月の４か月間とした。

４．研究対象者

研究対象者は特定医療法人朋友会石金病院に勤務する看護師で，以下の選定基準を満たしたＡ～Ｄの４名とした。①５年以上の精神科臨床経験を持つ者，②クロザピン投与前後で治療抵抗性統合失調症患者の看護展開を経験している者。また，①の臨床経験年数は，看護実践における経験を局面ではなく全体として捉え言語化できるレベルを先行研究（小山田，2009）をもとに５年とした。

５．データ収集方法

１）基本情報を年齢，性別，精神科の臨床経験年数，勤務病棟とした。

２）治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験として，クロザピン導入前後の支援について半構造化インタビューを実施した。インタビュー内容は，病棟看護師として治療抵抗性統合失調症患者の支援で印象に残っている経験について，CLZ 使用前後で，それらの経験がどのように変化したかなどについてである。

３）インタビュー時の注意事項として，プライバシーが守られる個室で，インタビューは 30 分程度とした。同意を得た上で，インタビュー内容は IC レコーダーに録音した。

６．データ分析方法

インタビュー内容の逐語録を作成した。逐語録に記述された内容から，病棟看護師の経験を抽出し，データの意味内容が保たれるよう切片化しコード化した。意味の類似性に従いサブカテゴリー化，カテゴリー化した。最終的に，カテゴリーを構成するコード，データとの関連性を確認した上で，治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験について分析した。

Ⅳ．倫理的配慮

特定医療法人朋友会石金病院の倫理委員会で了承を得た（承認番号：202301）。また，対象者には，研究の趣旨並びに研究協力への任意性と撤回の自由について，プライバシーと匿名性の厳守について説明を行い，研究者が口頭及び書面で同意を得た。また，個人情報に関しては，作成した逐語録は適切な保管場所でデータを保管すること，保管期間終了後にデータは全て処分することを説明し，署名・同意を得た。

Ⅴ．結　　果

１．研究対象者の概要

研究対象者はすべて男性で，年齢と精神科経験年数は，Ａ氏が 20 歳代で８年，Ｂ氏が 30 歳代で 10 年，Ｃ氏が 30 歳代で９年，Ｄ氏が 40 歳代で７年だった。勤務病棟は，Ａ氏とＣ氏は療養病棟勤務で，Ｂ氏とＤ氏は，急性期病棟で勤務していた。インタビュー時間の平均は 23.5 分だった。

２．治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験

データの分析結果は，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉，データとなった対象者の言葉を「　」，対象者の言葉を補足したものを［　］，中略を・・・，研究対象者を表す ID をデータの末に（　）内に示す。

対象者の語りから，治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験に関連したコード数は 94，サブカテゴリー数は 21，カテゴリー数は６である。それぞれのカテゴリーとそれを構成するサブカテゴリーを表１に示す。

１）【選択肢の少ない支援によって生じる苦悩】

このカテゴリーは，５つのサブカテゴリーで構成されている。研究対象者は，「［治療抵抗性統合失調症患者は］やっぱり支援が全くできないし，本当に拒否が強くて，普通の日常生活を送る支援もできない（Ｄ氏）」というように〈精神症状によって日常生活支援すらままならない〉と病棟看護師としての苦悩を感じていた。その中で，「落ち着かない人をどう支援するかで精一杯で，いかにして望ましい方向に進むか普段からあんまり話し合われなかった（Ａ氏）」という〈長期的なビジョンをもつには少なすぎる支援〉や「［治療抵抗性統合失調症患者への支援は］ずいぶん難しかったですけど，本人の退院希望が強い反面で，退院する姿がなかなか見えてこなくて（Ｂ氏）」という〈見えづらい退院後の姿によって何から支援して良いかわからない困難感〉を経験していた。また，「病状が重いと看護師の負担も業務もすごい大変で，なかなか隔

離も解除できない（B氏）」という〈行動制限が長期化してしまう苦悩〉や「制限することは支援になるんですか？説得とか対話は難しいし，制限すること以外に選択肢がなかったです（C氏）」という〈苦悩の末に行われる制限と管理〉を経験していた。

２）【支援することへの諦め】

このカテゴリーは，４つのサブカテゴリーで構成されている。研究対象者は，「日常生活での対応ってチームでばらつきが生まれやすくて，統一した対応も難しい（B氏）」という〈多職種チームで統一した支援を行う困難さ〉を経験していた。また，「退院の方向性についてはチームで同じ方向向いてるけど，実際は諦めていたかもしれない（C氏）」という〈症状コントロールの難しさで抱く諦め〉を経験していた。これらを背景に，「［治療抵抗性統合失調症患者への支援に関しては］普段からあんまり話し合う機会ってあまりなかった気がします・・・長期的な目線で見るとコンコーダンスとか意識した方がうまくいく気がするんですけど（A氏）」という〈看護支援について話し合う機会がない〉と感じていた。また，「患者さんをあんまり見れてなくて，ルーティーンワークで精一杯で・・・一人の人に着目して色んな視点で見てる自信がなかった（A氏）」という〈慢性的な忙しさとルーティーンワークで不足しがちな支援の方向付け〉を経験していた。

３）【支援が活性化することへの期待】

このカテゴリーは，３つのサブカテゴリーで構成されている。「症状にどう対応するかもそうだし，コロナ禍もあって普通のケースでさえ，家族支援っていうところまでは考えれなかった（B氏）」という〈病状優先で軽視されていた家族支援活性化への期待〉を経験していた。また，「これが支援っていえるのかわからないけど，［CLZ 導入後は治療抵抗性統合失調症患者と］話し合えるようになって，本人の一方的な要求で困らなくなった（C氏）」という〈患者との対話可能性に対する期待〉などCLZの導入により，支援が活性化することへの期待が生まれていた。

４）【患者像と支援上の課題の明確化】

このカテゴリーは３つのサブカテゴリーで構成されている。「［専門看護師が］関わってくれて［退院支援が］活発になってきたかな。組織外の人間が入ってくるのって大きいですね・・・カンファレンスでも勉強になるし，多職種の力も（A氏）」というように，〈退院支援で改めて実感する多職種チームの力〉をCLZの効果を通じて感じていた。また，「［CLZの効果で］患者さんの背景というかよく見えるようになってきて・・・総合的にいろんなものが（B氏）」という〈見え始める患者像と支援上の課題〉や「［多職種］チームが活発になって押し付けじゃなくて，なんか一緒に考えてくれるっていうスタンスで，なんかそういうあたたかさがいいのかな・・・。病棟にとって［支援を考える上で］プラスになってると思います（A氏）」という〈多職種チームでの支援で見返し始める日常的な生活支援〉など患者像や支援上の課題が明確化していた。

５）【クロザピンの効果で実感する病状回復の兆し】

このカテゴリーは，３つのサブカテゴリーで構成されている。CLZの効果により，「妄想で全く支援できなかったのが，症状が一切なくなって，会話もできるようになった（C氏）」「歯磨きを全くしていない患者が，自分でもやれるようになって，受け入れも良くなった（D氏）」などのように〈日常生活支援の受け入れと自己コントロール感の回復〉を感じていた。また，「少しずつ日常生活の課題とかが見え始めて，外に出るの怖いみたいな気持ちとか自信のなさが［患者に］出る感じになって（B氏）」という〈患者に戻り始める人間らしい感情と対処能力〉により治療抵抗性統合失調症患者への支援の可能性を経験していた。それにより，「症状の波が激しすぎる人の突発的な行動が怖かったけど，そういうのもなくなった（D氏）」という〈患者の自己破壊行動に対する恐怖心の緩和〉につながっていた。

６）【明確化する病棟役割と支援の限界】

このカテゴリーは４つのサブカテゴリーで構成されている。急性期病棟では，「今回副作用の怖さがわかったので，支援よりも安全に使う認識があります（C氏）」という〈支援の活性化よりも副作用のモニタリングを重視する〉認識がみられた。その背景には，「うち［急性期病棟］で色々できればいいかなとは思うんですけど，ちょっとマンパワー的に厳しいかなって（B氏）」という〈急性期病棟で退院支援するには不足している時間とマンパワー〉が影響していた。また，「［支援を活性化することで］また［病状を］崩すんじゃないの？ってスタッフはちらほら思っていた・・・［病状が良くなったとしても］なかなか難しいですね（D氏）」という〈症状再燃に対する不安で消極的になる支援〉を経験していた。また，「この人の何がどうしたいんだろうっていうのがあんまりわからない（D氏）」「［急性期病棟で］やろうとしていたことが次の病棟に引き継がれるかわからないし（B氏）」などの〈病棟間の情報共有不足で見えづらい患者のゴール〉が消極的な支援につながっていた。

Ⅵ．考　　察

１．治療抵抗性統合失調症患者への支援で増幅する苦悩や諦め

治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験を分析した結果，病棟看護師は治療抵抗性統合失調症患者に対して，【選択肢の少ない支援によって生じる苦悩】や【支援をすることへの諦め】を経験していることが示された。

精神科病棟看護師の長期入院統合失調症患者の退院可能性の判断には，日常生活援助から行う場合と，印象的な出来事や気にかかる生活状況から退院の課題をつかむことが示されている（沼田ら，2021）。しかし，治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師は，日常的な生活支援が行えないことや退院後の姿が見えない現実により退院可能性の判断ができないことに苦悩を抱いていた。精神科病棟の特性として，急性期病棟の看護師は，７割近くの看護師が４週目までには

表１　治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験

【カテゴリー】	〈サブカテゴリー〉	代表的なコード	コード数
選択肢の少ない支援によって生じる苦悩	精神症状によって日常生活すらままならない患者の苦悩	歯磨きすらままならない患者の生活	4
	長期的なビジョンで支援するには少なすぎる支援	退院に向けた課題の多さに比べて選択肢の幅がない	4
	見えづらい退院後の姿によって何から支援して良いかわからない困難感	退院後の姿がみえづらいもどかしさ	4
	行動制限が長期化してしまう看護師側の苦悩	自傷のリスク管理のために行動制限が長期化する	4
	苦悩の末に行われる制限と管理	要求の拡大を懸念して制限することしかできない	4
支援をすることへの諦め	多職種チームでの統一した支援を行う困難さ	統一した支援を難しくさせる看護師の感情労働	6
	病状コントロールの困難さで抱く諦め	症状の重さで導入すら難しい心理社会的支援	7
	看護支援について話し合う機会がない	治療抵抗性統合失調症患者のアプローチを話し合う機会の不足	4
	慢性的な忙しさとルーティーンワークで不足しがちな支援の方向付け	ルーティンワークで見失う支援の方向	4
支援が活性化することへの期待	病状優先で軽視されていた家族支援活性化への期待	問題行動優先で家族に行き届かない支援	5
		クロザピンの効果で患者と家族の思いが尊重される	
	患者との対話可能性に対する期待	クロザピンの効果で妄想が軽減することで生まれる患者との対話	4
患者像と支援上の課題の明確化	退院支援で改めて実感する多職種チームの力	多職種チームの介入で活発になる退院支援	6
	見え始める患者像と支援上の課題	生活背景を総合的にアセスメントできることで見え始める患者本来の姿	4
	多職種チームでの支援で見返し始める日常的な生活支援	多職種チームが行う生活支援のあたたかさ	5
		多職種チームのカンファレンスで促進する生活支援	
クロザピンの効果で実感する病状回復の兆し	日常生活支援の受け入れと自己コントロール感の回復	病的多飲水の軽減で実感する患者の自己コントロール感	4
	患者に戻り始める人間らしい感情と対処能力	患者に戻り始める不安や恐怖の感情	4
	患者の自己破壊行動に対する恐怖心の緩和	病状が安定することで患者の突発的な行動への恐怖が軽減する	4
明確化する病棟役割と支援の限界	支援の活性化よりも副作用のモニタリングを重視する急性期看護	クロザピンの安全なモニタリングに注目する急性期看護	4
	急性期病棟で退院支援するには不足している時間とマンパワー	クロザピンの安全な使用と退院支援の両立が困難な病棟のマンパワー	4
	症状再燃に対する不安で消極的になる支援	症状が再燃することへの懸念で生まれる支援の消極性	4
	病棟間の情報共有不足で見えづらい患者のゴール	治療抵抗性ゆえの見えづらい患者のゴール	5
		積極的な支援を行うには不足している病棟間の情報交換	

退院を念頭に置いて患者へのケアを行っていることが示されている（新村ら，2006）。つまり，退院支援にアイデンティティをもつ急性期病棟の看護師の場合，長期的に患者のゴールすら見えない現実は，支援に対する苦悩や諦めを増幅させていたといえる。また，療養病棟の看護師は，諦めの中に患者の変化を見ることを看護ケアの魅力として考えていることが示されている（木村，2014）。しかし，治療抵抗性統合失調症患者への支援は，日常生活支援や対話ができず，支援に対する苦悩や諦めが増幅していく経験であることが示唆された。

治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師は，制限や管理，行動制限の長期化という文脈で苦悩や諦めを経験していた。精神科看護師は，行動制限最小化に向けて行動制限を最終手段として捉え，行動制限に至る手前で患者が自己コントロールを取り戻せるような治療的関わりを目指していることが示されている（長山，2013）。つまり，最終手段として捉えている物品の制限や管理，行動制限が慢性的に継続しやすい治療抵抗性統合失調症患者の支援は，苦悩や諦めを増幅する大きな要因であることが示唆された。また，精神科病棟看護師が患者に対する陰性感情に上手く対処できなかった場合，後悔として看護師の心に残り，患者との関係性の発展に影響を与えることが示されている（鎌井，2004）。つまり，治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の苦悩や諦めが増幅する経験に対して，支援継続を促す体系的な取り組みが重要であることが示唆された。

２．支援継続を促す病棟看護師のこころを動かす経験

CLZ 導入後の病棟看護師の経験は，【支援が活性化することへの期待】や【患者像と支援上の課題の明確化】に変化していた。その一方で，【クロザピンの効果で実感する病状回復

の兆し】を経験しながらも，【明確化する病棟役割と支援の限界】との間で葛藤していることが示された。

精神疾患患者は自分の思いを表出することや変化が見えるまで時間を要するが，精神科看護師は忍耐強く待ち，相手の思いを引き出すことにやりがいを感じている（田中ら，2021）。本研究でも病棟看護師は，患者との対話可能性に期待を感じ，これまで軽視せざるを得ない状況にあった家族に支援の視野が広がる傾向がみられた。その背景には，CLZ 導入によって症状が改善されたほかにも，多職種チームの介入によって患者の支援上の課題が明確化したことが考えられる。長期入院患者の退院支援での看護師の役割は，退院に向かう経過の中で看護者主導から協働，さらには支援チームに引き継ぐことへ変化する（田嶋ら，2009）。しかし，治療抵抗性統合失調症患者への支援は，病棟看護師が日常的な生活支援でつまずき，支援の継続を難しくさせていた。病棟看護師は，日常的な生活支援でつまずき，【支援することへの諦め】を経験していたが，多職種チームが介入することで，患者本来の姿を総合的にアセスメントし，【患者像と支援上の課題の明確化】を経験していた。また，病棟看護師は多職種チームが行う生活支援をあたたかいと表現し，こころを動かされる経験をしていた。このあたたかくこころを動かされる経験は，意識的にとらえることが難しいが，言葉の一歩手前にある何らかの感覚を経験として表現したものであるといえる。このことから，看護師のこころを動かす多職種チームの体系的な支援により，治療抵抗性統合失調症患者の支援で経験する困難感や葛藤，苦悩などを軽減する必要性が示唆された。

その一方で，急性期病棟では，CLZ の副作用のモニタリングに注視せざるを得ないため，退院支援が十分に行えない葛藤を抱いていた。CLZ に関する先行研究の多くが副作用のモニタリングに関することであり，治療抵抗性統合失調症患者に対する支援の方向性については，研究が十分に進んでいない。そのため，今後は多職種チームによる治療抵抗性統合失調症患者に対する支援体制の強化やその効果について検討を重ねる必要がある。

Ⅶ. 結　　論

治療抵抗性統合失調症患者への支援を行う病棟看護師の経験として，【選択肢の少ない支援によって生じる苦悩】や【支援をすることへの諦め】が，CLZ 導入後は，【支援が活性化することへの期待】や【患者像と支援上の課題の明確化】に変化していた。また，【クロザピンの効果で実感する病状回復の兆し】を経験しながらも，【明確化する病棟役割と支援の限界】との間で葛藤していることが示された。このことから，治療抵抗性統合失調症患者への支援は，日常生活支援や対話ができず，支援に対する苦悩や諦めが増幅していく経験であることが示唆された。また，多職種チームの体系的な支援により，治療抵抗性統合失調症患者の支援で経験する困難感や葛藤，苦悩などを軽減する必要性が示唆された。

本論文の内容の一部は第 49 回日本精神科看護学術集会で発表した。

なお，本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

浅野耕一，芳野篤行．（2014）．クロザピン治療導入病棟における精神科看護師のニーズに基づく学習会の効果．*日本精神科看護学術集会誌，57*（2），102-105.

藤井大士，八木こずえ．（2024）．長期入院していた統合失調症患者が想起した退院後早期の苦悩．*北海道医療大学看護福祉学部学会誌，20*（1），47-54.

池淵恵美，佐藤さやか，安西信雄．（2008）．統合失調症の退院支援を阻む要因について．*精神神経学雑誌，110*（11），1007-1022.

石井薫，藤野文代，木村美智子，掛橋千賀子．（2016）．長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護，*ヒューマンケア研究学会誌，7*（2），27-34.

香川里美，名越民江，栗納由記子，松岡美奈子，南妙子．（2013）．長期入院統合失調症患者の退院支援に関する熟練看護師の看護実践のプロセス．*日本看護科学会誌，33*(1)，61-70.

鎌井みゆき．（2004）．精神科病棟において看護師が患者に抱く陰性感情と看護チームのサポートについての分析．*福島県立医科大学看護学部紀要，6*，33-42.

Kennedy,James L.，Altar，C.Anthony,. Taylor，DanielleL.，Degtiar, Irina, Hornberger,John C（2014）．The social and economic burden of treat ment-resistant schizophrenia, a systematic literature review．*International Clinical Psychopharmacology，29*（2），63-76.

木村美智子．（2014）．精神科慢性期病棟における看護師が認知する看護ケアの魅力とその構成概念．*日本精神保健看護学会誌，23*（1），61-69.

厚生労働省．(2004)．精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要），https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf 2026 年 1 月 29 日最終閲覧

厚生労働省．（2023）．精神保健福祉の現状等について，https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001255285.pdf 2024 年 12 月 10 日最終閲覧

京和泉遥香．（2023）．病棟間におけるクロザピン内服患者の情報連携 CPMS にもとづき引きつぐことで不安払拭をはかる．*日本精神科看護学術集会誌，66*（1），36-37.

長山豊，長谷川雅美．（2013）．精神科急性期病棟における隔離・身体拘束の看護介入プロセス．*日本精神保健看護学会誌，22*（2），11-20.

中木高夫，谷津裕子，神谷桂．（2007）．看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析．*日本赤十字看護大学紀要，21*，42-54.

新村順子・田上美千佳・長直子・大川貴子・大竹眞裕美・中山洋子．（2006）．急性期治療病棟における統合失調症患者の退院に関わる看護師の判断：看護師のインタビュー調査より．*日本精神保健看護学会誌，15*（1），67-76.

ノバルティスファーマ．（2024）．クロザリル®添付文書，https://www.pro.novartis.com/jp-ja/sites/onecms_emeaspare5_com/files/2024-12/pi_clo_202410_0.pdf 2025 年 8 月 15 日最終閲覧

沼田由美，難波峰子，木村美智子，今磯純子，名越恵美．(2021)．精神科病棟看護師の長期入院統合失調症患者の退院可能性の判断に関する文献検討．*関西福祉大学研究紀要，24*，7-12.

太田由美，臼井健．(2015)．クロザピン治療の導入を初めて経験した看護師の思いに関する調査．*日本精神科看護学術集会誌，58*（1），278-279.

小山田恭子．(2009)．我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討．*日本看護管理学会誌，13*（2），73-80.

鷺忍，寶田稔，心光世津子（2018）．精神科長期入院患者の退院支援における課題-長期入院を体験した統合失調症を持つ人の語りを通じて-．*日本精神保健看護学会誌，27*（1），91-99.

田嶋長子，島田あずみ，佐伯恵子．(2009)．精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造．*日本精神保健看護学会誌，18*（1），50-60.

田中理恵，松田宣子．(2021)．精神科看護師の看護実践におけるやりがい．*日本精神保健看護学会誌，30*（2），19-28.

冨樫有香．(2019)．クロザピン新規導入病棟において師長が行った看護業務実践報告．*東京精神科病院協会誌別冊，33*，330-332.

矢田勇慈．(2023)．クロザピンを患者に届けるためにできること．*臨床精神医学，52*（4），411-416.

◇研究報告◇

アフターコロナ期の看護学生の自己効力感
―臨地実習以外で自己効力感が高まる教育場面・教育方法の検討―

宮内順子[1)]*，山下亜矢子[2)]

【目的】アフターコロナ期の看護学生の自己効力感と，臨地実習以外で自己効力感が高まる教育場面や教育方法について明らかにし，看護教育への示唆を得ることである。

【方法】看護学生に，Web にて無記名自記式調査を実施した。調査項目は，基本属性，自己効力感，自己効力感が高まった教育場面，教育方法である。量的データは単純集計，自由記述は質的記述的に分析した。

【結果】28 名の有効回答（回答率 38.9%）を得た。自己効力感の平均値は 67.1±13.5 であり，２年生は 62.5±5.7 で最も低かった。自己効力感を高めた教員の言葉として３カテゴリが明らかとなった。

【結論】アフターコロナ期の看護学生の自己効力感は，全体的に低く，中間学年でその傾向が顕著であった。看護学生の自己効力感を高めるには，主体的学修活動や学習意欲，レジリエンスの向上が必要となる。

【キーワード】看護学生，自己効力感，アフターコロナ期，看護教育

Ⅰ．はじめに

看護学生は，臨地実習後に自己効力感が高まることが知られている（百々，2018）。しかし，近年発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックは，看護学生の臨地実習を著しく困難にさせ，その機会を制限する事態を招いた。また，コロナ禍では，学修形態にも大きな変化が生じ，これにより学生の自己効力感に少なからず影響を及ぼした可能性が推察される。これらの背景から，COVID-19 パンデミックを経験した「アフターコロナ期」における看護学生の自己効力感の実態を明らかにするとともに，将来同様の状況が発生した場合に備え，臨地実習に代わる，あるいは補完する形で自己効力感を向上させる教育方法を検討する必要がある。

自己効力感は，専門職としての成長，変化への適応，困難への対処能力と密接に関連しており（矢吹，2006），質の高い看護師を育成する看護基礎教育においてその向上は不可欠である。本研究は，多様化する医療・福祉ニーズに対応できる看護師の育成に資すると考えられる。

これまで，看護学生の臨地実習における自己効力感の向上が多数報告されているものの（百々，2018），アフターコロナ期という特殊な状況下における学生の自己効力感，および臨地実習以外の教育場面や教育方法が自己効力感に与える影響に関する具体的な研究は十分には行われていない現状がある。

福島（1985）は，自己効力感を高める主要な４つの情報源として，「遂行行動の達成」「言語的説得」「代理体験」「情動的状態」を挙げている。これらの情報源は，学習環境や対象の状況が異なった場合でも，自己効力感を向上させる普遍的な原則として適用可能であることが示唆されている（石井，2014；片倉，2019）。このため，シミュレーション教育やロールプレイング，グループワーク，オンライン学習といった臨地実習以外の教育場面においても，これら４つの情報源を効果的に活用することで，学生の自己効力感を高めることが期待される。

本研究により，アフターコロナ期の看護学生の自己効力感の実態を明らかにし，さらに臨地実習以外の教育場面や教育方法が自己効力感の向上に与える影響を解明することは，学生が自己効力感を育成する機会を多様化させ，今後の看護教育におけるカリキュラム改善や教育実践の充実に寄与すると考える。

本研究における自己効力感とは，「自分自身の行動によって目標を達成できるという確信」として定義する。

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）鹿児島県医療法人協会立看護専門学校（元 久木田学園看護専門学校）　2）鹿児島大学医学部保健学科
＊ E-mail：junkomiyauchi1197@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

本研究では，アフターコロナ期の看護学生の自己効力感と，臨地実習以外で自己効力感が高まる教育場面や教育方法について明らかにすることにより，看護教育への示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

横断研究とした。

２．調査期間と調査対象

調査は，新型コロナウイルス（COVID-19）における感染症法の位置づけが５類感染症に移行したアフターコロナ期の，202X 年７月に実施した。調査対象は，対象校に在学中の看護学生（１～３年生）72 名とした。

３．調査方法

Google フォームを用いた Web 形式により，無記名自記式質問紙調査を実施した。

４．調査項目

１）基本属性

基本属性は，年齢，学年を設定した。

２）自己効力感

看護学生の臨地実習以外の教育場面・教育方法における自己効力感を測定するために，特性的自己効力感尺度（成田ら，1995）を使用した。本尺度は，性別や年齢層にかかわらず，高い信頼性および妥当性が確認されている。国内外の看護研究分野において広く採用されており，看護学生を対象とした本研究においても，有用性が高いと判断した。本尺度は 23 項目から構成されており，「そう思う（５点）」から「そう思わない（１点）」の５件法で回答し，得点が高いほど，自己効力感が高いと評価される。本研究で収集したデータにおける特性的自己効力感尺度の信頼性を評価した結果，クロンバックの α 係数は 0.859 であり，信頼性が示された。なお，本尺度の使用にあたっては，開発者より使用許可を得ている。

３）自己効力感が高まった教育場面・教育方法

本調査では，調査対象者に対して，自己効力感が高まった教育場面の有無を尋ねた。「有」と回答した対象者には，最も自己効力感が高まったと感じた教育場面について質問した。教育場面については，看護学生が経験する多様な学習活動の中から，研究者間で検討を行い，「臨地実習」「学内実習」「講義」「看護技術演習」「ロールプレイング」「単位修得試験」の６項目を設定した。「ロールプレイング」に関しては，学内実習や看護技術演習で実施されているが，今回はどちらの場面であったかは設定していない。また，自己効力感が高まったと感じた時に教員にかけられた言葉について自由記述を求めた。一方，自己効力感が高まった教育場面は「無」と回答した対象者には，「どのような体験があれば自己効力感が高まると思うか」について，研究者間で検討を行い，「自分自身の力で成功できたという体験」「他の学生の成功体験を観察できる」「単位修得試験において目標とする結果が得られる」「対象からのよい反応が得られる」「看護技術の上達を実感できる」「実習評価において満足のいく結果が得られる」「看護技術試験に合格できる」「教員からの肯定的な声かけ」の８項目を設定し回答を求めた。

５．分析方法

量的データについては，Excel を使用し単純集計を行った。自由記述については，質的記述的に分析を行った。記載内容をコード化した上で，コード間の類似性に基づいてグループ化を行い，カテゴリを生成した。分析は，看護教育を専門とする研究者１名と質的研究の経験を有する研究者１名の合計２名にて実施した。分析結果は，研究者間にて議論を重ねることで，厳密性と真実性の確保に努めた。

Ⅳ．倫理的配慮

研究対象者には，研究目的，方法について文書および口頭で説明を行い，研究参加と研究結果の公表についての同意を得た。本研究は，無記名の質問票により実施され個人が特定されないこと，研究への参加は自由意思によるものであり，同意しない場合や同意を撤回した場合でも不利益を被ることはないこと，また，学校の成績や指導関係に一切かかわりはないことなどを説明した。得られたデータは，個人が特定されないよう匿名化して取り扱った。研究参加の同意については，Web 上で設けた同意欄にて取得した。なお，本研究は，放送大学研究倫理委員会の承認を得た後に実施した（承認番号：2023-28）。

Ⅴ．結　　果

１．対象者の概要

看護学校１校より協力を得た。本調査の対象 72 名（１年生 21 名，２年生 29 名，３年生 22 名）のうち，28 名（回答率 38.9%）から回答が得られた。学年ごとの回収率は，１年生 13 名（61.9%），２年生６名（20.7%），３年生９名（40.9%）であった。

２．アフターコロナ期の看護学生の自己効力感

自己効力感として，特性的自己効力感尺度の各項目における回答を表１に示す。

特性的自己効力感尺度の平均値は 67.1±13.5 であった。学年別の平均値は１年生 70.5±15.5，２年生 62.5±5.7，３年生 65.3±13.9 であった。

平均値が最も高かった項目は，「３．初めはうまくいかない仕事でも，できるまでやり続ける」4.1，次いで「17．失敗すると一生懸命やろうと思う」3.9 であった。

平均値が最も低かった項目は，「19．何かしようとする時，自分にそれができるかどうか不安になる」1.9±0.9，次いで「２．しなければならないことがあっても，なかなか取りかからない」2.1±1.1 であった。

表１　特異的自己効力感尺度の分布

（n =28）

	質問項目	平均値	標準偏差	そう思う 人 (%)	まあそう思う 人 (%)	どちらともいえない 人 (%)	あまりそう思わない 人 (%)	そう思わない 人 (%)
	1 自分が立てた計画は，うまくできる自信がある	2.4	1.1	0 (0.0)	6 (21.4)	4 (14.3)	12 (42.9)	6 (21.4)
＊	2 しなければならないことがあっても，なかなか取りかからない	2.1	1.1	13 (46.4)	9 (32.1)	2 (7.1)	1 (3.6)	3 (10.7)
	3 初めはうまくいかない仕事でも，できるまでやり続ける	4.1	0.9	11 (39.3)	9 (32.1)	7 (25.0)	1 (3.6)	0 (0.0)
＊	4 新しい友達を作るのが苦手だ	2.9	1.4	5 (17.9)	7 (25.0)	5 (17.9)	4 (14.3)	7 (25.0)
＊	5 重要な目標を決めても，めったに成功しない	3.1	1.3	6 (21.4)	4 (14.3)	5 (17.9)	4 (14.3)	9 (32.1)
＊	6 何かを終える前にあきらめてしまう	3.5	1.2	4 (14.3)	2 (7.1)	5 (17.9)	5 (17.9)	12 (42.9)
	7 会いたいひとを見かけたら，向こうから来るのを待たないでその人の所へ行く	3.1	1.2	4 (14.3)	7 (25.0)	10 (35.7)	3 (10.7)	4 (14.3)
＊	8 困難に出会うのを避ける	2.4	1.2	8 (28.6)	7 (25.0)	9 (32.1)	2 (7.1)	2 (7.1)
＊	9 非常にややこしく見えることには，手をだそうとは思わない	2.3	1.2	12 (42.9)	8 (28.6)	3 (10.7)	2 (7.1)	3 (10.7)
＊	10 友達になりたい人でも，友達になるのが大変ならばすぐ止めてしまう	2.5	1.2	10 (35.7)	6 (21.4)	7 (25.0)	3 (10.7)	2 (7.1)
	11 面白くないことをする時でも，それが終わるまで頑張る	3.6	1.1	5 (17.9)	14 (50.0)	4 (14.3)	4 (14.3)	1 (3.6)
	12 何かをしようと思ったら，すぐに取りかかる	3.0	1.1	4 (14.3)	4 (14.3)	9 (32.1)	10 (35.7)	1 (3.6)
＊	13 新しいことを始めようと決めても，出だしでつまづくとすぐにあきらめてしまう	2.8	1.2	12 (42.9)	2 (7.1)	6 (21.4)	3 (10.7)	5 (17.9)
	14 最初は友達になる気がしない人でも，すぐにあきらめないで友達になろうとする	2.8	1.3	3 (10.7)	6 (21.4)	7 (25.0)	7 (25.0)	5 (17.9)
＊	15 思いがけない問題が起こった時，それをうまく処理できない	2.8	1.2	9 (32.1)	4 (14.3)	6 (21.4)	2 (7.1)	7 (25.0)
＊	16 難しそうなことは，新たに学ぼうとは思わない	3.4	1.2	5 (17.9)	2 (7.1)	7 (25.0)	6 (21.4)	9 (28.6)
	17 失敗すると，一生懸命やろうと思う	3.9	1.0	8 (28.6)	12 (42.9)	5 (17.9)	2 (7.1)	1 (3.6)
＊	18 人の集まりの中では，うまく振る舞えない	2.9	1.3	4 (14.3)	5 (17.9)	10 (35.7)	3 (10.7)	6 (21.4)
＊	19 何かしようとする時，自分にそれができるかどうか不安になる	1.9	0.9	13 (46.4)	10 (35.7)	2 (7.1)	0 (0.0)	3 (10.7)
	20 人に頼らない方だ	2.8	1.3	4 (14.3)	4 (14.3)	8 (28.6)	7 (25.0)	5 (17.9)
	21 私は自分から友達を作るのがうまい	2.3	1.2	1 (3.6)	4 (14.3)	7 (25.0)	7 (25.0)	9 (32.1)
＊	22 すぐにあきらめてしまう	3.4	1.3	1 (3.6)	4 (14.3)	8 (28.6)	6 (21.4)	9 (32.1)
＊	23 人生で起きる問題の多くは処理できるとは思えない	3.1	1.3	5 (17.9)	4 (14.3)	7 (25.0)	4 (14.3)	8 (28.6)

＊ 逆転項目

３．自己効力感が高まった教育場面・教育方法

自己効力感が高まった教育場面の有無について，28 名の回答のうち，「有」と回答した者は 19 名（67.9%），「無」は９名（32.1%）であった。

「有」と回答した 19 名において，自己効力感が最も高まった各教育場面とその要因を表２に示す。

「無」と回答した９名において，「どのような体験があれば自己効力感が高まると思うか」について質問を行った。その結果，「自分自身の力で成功できたという体験」が６名（66.7%）と最も多く，次いで「対象からのよい反応が得られる」，「実習評価において満足のいく結果」，「看護技術の上達を実感できる」がそれぞれ１名（11.1%）であった。

自己効力感が高まった時に教員にかけられた言葉について，自由記述で質問したところ，28 名の回答者のうち 11 名（39.3%）から回答があり，質的記述的に分析を行った。その結果，11 コードが抽出され，【努力を認める】【成長を認める】【関わりを認める】の３カテゴリに集約された。

分析結果を表３に示す。

表２　看護学生が最も自己効力感が高まったと感じた教育場面

（n=19）

教育場面	自己効力感が高まった要因	人数
臨地実習 (n=7)	対象と上手くコミュニケーションが行えた	3
	対象からの良い反応が得られた	3
	教員からの肯定的な声かけ	1
看護技術演習 (n=6)	看護技術の上達を実感できた	3
	看護技術試験に合格できた	2
	教員からの肯定的な声かけ	1
学内実習 (n=2)	患者からのよい反応が得られた	1
	看護目標・計画が達成できた	1
単位修得試験 (n=2)	目標とする結果が得られた	1
	よい結果に向けて自分なりに努力ができた	1
ロールプレイング (n=1)	看護技術の上達を実感できた	1
講義 (n=1)	授業がよく理解できた	1

表３　自己効力感が高まったと感じた時に教員にかけられた言葉

（n=11）

カテゴリ	コード
努力を認める	頑張ったね、よくできてたよ
	頑張ったじゃん
	すごいね、頑張ったね
	頑張った成果が出たね
成長を認める	上手になってきてるね
	よくできてたよ
	前と比べてだいぶ良くなった
	やっぱりあなたはできると思ってた
関わりを認める	声かけがよくできてますねと評価頂けた
	いい関わりができたね
	コミュニケーションを図ることは問題ない

Ⅵ．考　　察

１．アフターコロナ期の看護学生の自己効力感の特徴

１）学年における自己効力感

今回，協力が得られた 28 名の特性的自己効力感尺度の平均値は，67.1±13.5 であった。学年別では，１年生が 70.5±15.5，２年生が 62.5±5.7，３年生が 65.3±13.9 という結果であった。先行研究（澤村ら，2017）では，看護大学生の特性的自己効力感が学習意欲に与える影響について学年間で比較しており，全体の平均値は 70.69±11.40 であった。学年別では１年生 72.19±11.27，２年生 70.31±11.23，３年生 68.08±13.01，４年生 70.68±9.41 を示し，１年生が最も高く，２・３年生は低下し，４年生で再び高まる傾向が認められた。中間学年である３年生の自己効力感が最も低かった要因として，領域別実習開始前の段階であり，長期間にわたる実習への不安が自己効力感の低下につながった可能性が示唆されている。

対象校は２年生が中間学年にあたり，領域別実習が開始される前であったこと，また，看護師国家試験取得のための同様のカリキュラムを受けていることから，先行研究と同様の結果となったことが推察される。中間学年においては，今後の領域別実習への不安を軽減し，自己効力感の維持・向上のための支援がより一層必要であると考えられる。

本研究では，特性的自己効力感の平均値が，各学年ともに全体的に先行研究よりも低い傾向がみられた。看護学生の自己効力感が低い要因としては，自己評価が厳しいこと，目標が高いこと，対人関係への苦手意識や，実際に人との関わりが上手くいかなかった経験を有すること（山崎ら，2001），さらに，自己効力感が低い場合には，不安や恐怖が強く現れる傾向にあることが報告されている（江本，2000）。対象校には，このような特性を有する学生が在籍していたことが推察される。自己効力感の低い学生に対しては，自己評価の妥当性や目標設定の適切さ，対人関係のスキルの習得状況，過去の失敗体験の有無，ならびに不安や恐怖の程度などを把握した上で，個別に応じた支援が必要であると考えられる。

また，本調査における特性的自己効力感尺度の得点が 2017 年の先行研究よりも低かった。その要因として，対象校の看護学生はコロナ禍を経験しており，学修環境や生活様式の変化が，自己効力感に影響を及ぼした可能性が考えられる。コロナ禍における学修意欲の阻害要因としては，デジタル環境の整備状況，経済的背景，精神的健康，社会的相互作用の減少，学修姿勢，教員の配信スキルなどが指摘されている（上村・中吉，2022）。看護学生の学修意欲と自己効力感はやや強い相関を示すことから（澤村ら，2017），対象校は，これらの学修意欲の阻害要因があった可能性がある。学修意欲の促進要因の一つとして自己効力感があることも指摘されており（上村・中吉，2022），自己効力感を高めるための授業設計や教育的支援の重要性が示唆される。

特にコロナ禍では，一方的なオンライン授業では学生の満足度が得られず，学修意欲が低下する傾向にあることが報告されている（上村・中吉，2022）。そのため，対面とオンラインを組み合わせたブレンド型授業などの教育方法により，学生の学修効果や満足度，自己効力感を高めるための工夫が求められる。

２）自己効力感において高得点を示した項目

特性的自己効力感尺度で高得点となった項目は，「３．初めはうまくいかない仕事でも，できるまでやり続ける」「17．失敗すると一生懸命やろうと思う」であった。これらの項目の共通点として，「最後までやり遂げる傾向」が示唆された。看護系学生は非看護系学生よりも勤勉性が高いことが示されており（中新ら，2005），コロナ禍という困難な状況下においても，看護師国家試験合格という明確な目標が存在していたことにより，学生の勤勉性が維持された結果であると考えられる。

また，新型コロナウイルス感染症が５類感染症へ移行したものの，看護学生の生活は依然として感染症の影響を受けており，このような現状において，状況に適応し回復するためには，看護学生にとってレジリエンスが重要であるとされている（田中ら，2025）。

レジリエンスと自己効力感には有意な相関関係があることが報告されており（福重・森田，2013），レジリエンスはあらゆる段階において心理的ストレス反応の低減に効果を有し，ストレスフルな状況を克服した後には自己効力感の向上にもつながる可能性が示唆されている（隅田，2015）。これらの知見から，コロナ禍などの困難な状況下においても，レジリエンスを高める取り組みを行うことで，自己効力感の向上が期待できると考えられる。

３）自己効力感において低得点を示した項目

特性的自己効力感において，最も低得点であった項目は，「19．何かしようとする時，自分にそれができるかどうか不安になる」「２．しなければならないことがあっても，なかなか取り掛からない」であった。これらの結果から，看護学生は自信のなさや不安を抱きやすく，行動の開始が遅い傾向がうかがえる。小田ら（2003）は，自己効力感が低い人は，たとえ能力があっても何事にも自信を持って臨むことができず，些細な失敗でもその失敗体験にとらわれて不安になる，と述べており，分析結果からも，自信のなさや不安が伺える。また，コロナ禍における看護学生の自覚症状として，「不安や緊張が高まって，イライラしたり怒りっぽくなる」が２番目に多く報告されていることから（山下・渡部，2022），パンデミックによって不安がより一層高まったことにより，自己効力感が低かった可能性が示唆される。

２．自己効力感を高めるための看護教育

本調査では，アフターコロナ期にある看護学生の自己効力感が高まった教育場面について，約７割の学生が自己効力感の高まりを感じていた。自己効力感が高まった場面としては，【臨地実習】７名（36.8％），【看護技術演習】６名（31.6％），【学内実習】２名（10.5％），【単位修得試験】２名（10.5％），

【講義】１名（5.3％），【ロールプレイング】１名（5.3％）という結果であり，【臨地実習】が最も多く，次いで【看護技術演習】であった。これらはどちらも看護師の実践的な体験が得られる教育方法という共通点を持つ。これまで臨地実習後に自己効力感が高まること（谷山・甲斐, 2013；石井ら, 2014），看護技術演習後に自己効力感が向上すること（遠藤ら, 2000）が明らかにされているが，実践的な学修体験を通じて自己の能力を実感できる教育場面で自己効力感が高まりやすいと考えられる。

自己効力感が高まった教育場面として【臨地実習】を選択した７名のうち，その要因として「対象とコミュニケーションが行えた」，「対象からのよい反応が得られた」が各３名で最も多かった。これを Bandura（1985）の自己効力感を高める４つの情報源「遂行行動の達成」「言語的説得」「代理体験」「情動的状態」に照らし合わせると，「対象とコミュニケーションが行えた」は「遂行行動の達成」に，「対象からのよい反応が得られた」は「遂行行動の達成」とそれに伴う「情動的状態」に該当すると考えられる。このことから，良好なコミュニケーションを通して対象と関係を構築し，実践を通じた成功体験や情動的な体験を積み重ねることで，臨地実習において学生の自己効力感が高まっていくと考えられる。また，これらの自己効力感を高める４つの情報源は，実習場所の違い，患者の健康状態など，対象の置かれている状況にかかわらず有効な自己効力感の根拠となることが明らかにされている（片倉，2019）。そのため，コロナ禍のように臨地実習が困難となり，学内実習や演習などで補完するような場面であっても，これらの情報源を適切に活用することで看護学生の自己効力感を高めることが期待できる。

例えば，コロナ禍の学内実習において，「効力予期」は「遂行行動の達成」「代理体験」「言語的説得」「情動的状態」の４つの情報源に影響を受けるため，これらを効果的に取り入れることで，学内実習においても学生の自己効力感を高められることが示唆されている（高畑，2021）。

【学内実習】を選択した２名のうち，「患者役からのよい反応が得られた」と回答した１名は「遂行行動の達成」と「情動的状態」に，「看護目標・計画が達成できた」と回答した１名は，「遂行行動の達成」に該当すると考えられる。これらより，コロナ禍などで臨地実習が困難な状況下はもとより平常時においても，臨地実習に近い環境を学内で整備し，模擬患者との関係構築や，看護技術における遂行行動が達成できるよう支援することで，自己効力感の向上が期待できると考える。

さらに，高畑（2021）は，コロナ禍で学内実習を履修した看護学生の自己効力感において，「看護実践活動に対する自己効力感尺度」（水木ら，2008）の質問項目のうち，「教員のいうことがわかりやすかったと思う」のみが「人間関係形成技術」の自己効力感と関連していた，と述べている。このことから，教員には学生の理解を促進するわかりやすい説明と，学生との良好な関係構築により，自己効力感を高めることが求められる。

【講義】を選択した１名は，「授業がよく理解できた」と回答しており，これは，授業を受けるという行動により理解が深まっているため「遂行行動の達成」に該当すると考えられる。佐藤ら（2003）の健康学習の体験をとおして得られた看護学生の自己効力感に関する研究では，授業の中で読み取った学生の自己効力感として，「学びを得たという満足感」が２番目に多かった。このことから，授業を通して理解ができたという実感は，自己効力感を高める要因となることが示唆される。

【看護技術演習】を選択した６名のうち，３名が「看護技術の上達を実感できた」，２名が「看護技術試験に合格できた」，１名が「教員からの肯定的な声かけ」と回答しており，「看護技術の上達を実感できた」が最も多かった。先行研究では，看護学生が基礎看護技術演習後に自己効力感が高まることが報告されている（遠藤ら，2000）。本研究においても，看護技術の上達や看護技術試験の合格という「遂行行動の達成」が，アフターコロナ期の看護学生の自己効力感の向上に寄与していることが示唆された。

【ロールプレイング】を選択した１名は，「看護技術の上達を実感できた」と回答している。ロールプレイングとは，アクティブラーニングやシミュレーション教育などの主体的学修活動の手法である。ロールプレイングでは，看護師の役割を演じることで看護技術の向上を実感し，自己効力感が高まったと考えられる。高畑ら（2021）は，コロナ禍においてロールプレイングを活用し，患者役および看護師役の双方における「代理的体験」が自己効力感の向上に寄与したことを明らかにしている。これらの知見から，ロールプレイングなどの主体的学修活動を活用し，代理的体験が可能な演習や授業を積極的に導入することは，学生の自己効力感向上に有効であると考えられる。

【単位修得試験】を選択した２名のうち１名は，「目標とする結果が得られた」，１名は「よい結果に向けて自分なりに努力ができた」と回答した。単位修得試験で成果を得られたことや，その過程で自ら努力できたことが，自己効力感の向上につながったことが伺える。単位修得試験で目標とする結果が得られたことから，学修意欲が高かったことが推察される。看護学生の学習意欲と自己効力感がやや強い相関を示すことが報告されており（宮崎・永嶋，2019），これらは自身の行動を直接的に引き起こし，実行へとつなげる要因であるとされている。福島（2019）によれば，自身の努力を通じて成果を得た経験は，「遂行行動の達成」によって自己効力感が高まることを示唆しており，その達成経験が次の課題への意欲や自己効力感のさらなる強化につながることが期待される。

これらのことから，自己効力感を高める４つの情報源である「遂行行動の達成」「言語的説得」「代理体験」「情動的状態」は，臨地実習だけでなく，アフターコロナ期の看護学生の様々

な教育場面において影響を与えており，それぞれが自己効力感の向上に寄与していることが明らかとなった。４つの情報源を日常的に活用することで，看護学生の自己効力感を高められると考える。

また，自己効力感が高まった場面で，教員にかけられた言葉についての自由記述からは，【努力を認める】【成長を認める】【関わりを認める】の３カテゴリが示された。これらは，福島（1985）が示す自己効力感の情報源の一つである「言語的説得」に該当する。学内実習で，教員は学生と関わる時間が長く，学生の思考や学修に対する努力への理解が深まることで適切な声かけができる環境にある。高畑ら（2021）も，こうした環境が学生の努力や成果を言葉として伝えることにつながっている，と述べており，どのような教育場面においても，学生の努力・成長・関わりに対して教員が適切な言葉をかけることが，自己効力感の向上に効果的であると考えられる。

しかし，福島（2019）は，言語的説得によって一時的に高められた自己効力感は，現実の困難に直面すると容易に失われる可能性があると指摘している。また，言語的説得は「遂行行動の達成」へ導くための補助手段として機能し，それが実行を通じて確証されたときに初めて，確かな自己効力感として定着する。したがって，言語的説得は単独で用いるのではなく，学生が実際に達成感を得られるよう支援しながら併用することで，より持続的な自己効力感の醸成が可能になると考えられる。

３．本研究の限界と今後の課題

本研究の限界としては，調査対象が１校の看護学生に限定されており，回収率が 38.8％と低かったこと，また，１年生の回収率が 46.4％（13 名）と全体の約半数を占めていたことから，結果が偏っている可能性がある。

Web 質問票には，特性的自己効力感尺度とは別に，研究者が独自に作成した教育場面に関する質問項目を用いたため，質問内容の信頼性についても今後検討していく必要がある。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，COVID-19 を経験したアフターコロナ期の看護学生を対象に，自己効力感および臨地実習以外で自己効力感が高まる教育場面・教育方法について Web 調査を行い，以下の知見が得られた。

１．アフターコロナ期の看護学生の自己効力感は全体的に低く，中間学年でその傾向が顕著であった。中間学年では，より一層自己効力感への支援が必要となる。

２．本研究では，自己効力感が高まった各教育場面において，４つの情報源のいずれかが関与していた。日常的に４つの情報源を活用すると共に，看護技術における遂行行動の達成，主体的な学修活動の促進，学修意欲の向上，レジリエンスの強化を育む教育的アプローチを行うことは，自己効力感の向上に寄与することが期待できる。

３．自己効力感が高まった場面で教員にかけられた言葉について，質的記述的に分析を行った結果，【努力を認める】【成長を認める】【関わりを認める】の３つのカテゴリに分類された。これらは自己効力感を高める「言語的説得」に該当し，教員の声かけの重要性が示唆された。

謝辞

本研究に関わってくださった皆様に，心より御礼申し上げます。本論文の内容の一部は，第 55 回日本看護学会学術集会において発表した。

利益相反

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

百々典子．（2018）．臨地実習における看護学生の自己効力感をテーマにした文献レビュー．*日本看護学教育学会誌，27*（3），13-26.

江本リナ．（2000）．自己効力感の概念分析．*日本看護科学会誌，20*（2），39-45.

遠藤恵子，松永保子，遠藤芳子，佐藤幸子，井上京子，三澤寿美，藤田あけみ，佐竹真次．（2000）．看護学生の自己効力感（Self-Efficacy）に関する研究（第３報）．*Yamagata Journal of Health Science, 3,* 9-15.

石井あゆみ，藤田和加子，瀧本美佐子，徳珍温子，小林菜穂子，井内伸栄．（2014）．基礎看護学実習Ⅰ前後の自己効力感の変化．*大阪信愛女学院短期大学紀要，48,* 33-39.

福重真美，森田敏子．（2013）．看護学生のレジリエンスへの影響要因と教育的支援．*応用心理学研究，39*（1），19-24.

福島脩美．（1985）．自己効力（セルフエフィカシー）の理論．祐宗省三，原野広太郎，柏木恵子，春木豊（編）．*社会的学習理論の新展開．*金子書房．

福島脩美．（2019）．自己効力（セルフエフィカシー）の理論．祐宗省三，原野広太郎，柏木恵子，春木豊（編）．*新装版 社会的学習理論の新展開．*金子書房．

片倉裕子．（2019）．日本の看護研究における自己効力感についての検討―1998 年以降の文献レビューを中心に―．*北海道文教大学研究紀要，43,* 69-78.

宮崎千尋，永嶋由理子．（2019）．看護職を目指す学生の主体的学習活動と学習意欲および自己効力感の検討―公立大学と私立大学の比較―．*福岡県立大学看護学研究紀要，16,* 25-34.

水木暢子，木村千代子，佐藤純子．（2008）．臨地実習における看護学生の看護実践活動に対する自己効力感の検討．*秋田看護福祉大学地域総合研究所研究所報，3,* 15-22.

中新美保子，谷原政江，長江宏美，大場広美，太田にわ，砂田正子，山口三重子，留田通子，福山礼子．（2005）．看護学生の心理社会的発達―看護大学生・看護専門生・非看護系学生の比較―．*川崎医療福祉学会誌，15*（1），289-293.

成田健一，下仲順子，中里克治，河合千恵子，佐藤眞一，長田由紀子．（1995）．特性的自己効力感尺度の検討―生涯発達的利用の可能性を探る―．*Japanese Journal of Educational Psychology，43*（3），306-314.

小田日出子，焼山和憲，中馬成子，藤野成美，井手裕子，脇﨑裕子，太田祥惠．（2003）．看護学生の社会的スキルと自己効力感に関する研究．*西南女学院大学紀要，7,* 37-46.

佐藤悦子，千田みゆき，坂田由美子，村松照美．（2003）．健康学習の体験をとおして得られた看護学生の自己効力感に関する研究．*山梨県立看護大学紀要，5,* 31-40.

澤村莉香子，本間夏子，佐藤信枝．（2017）．看護大学生の特性的自己効力感が学習意欲に与える影響―学年間の比較―．*新潟医療福祉学会*,（1），44.

隅田千絵．（2015）．臨地実習における看護系大学生のレジリエンス：フォーカスグループインタビューによる分析．*四條畷学園大学看護ジャーナル，3*，7-16.

高畑正子，日浅友裕，奥村玲子．（2021）．コロナ禍により思考過程に重点を置いた学内実習を履修した看護学生の自己効力感．*国際情報研究，18*（1），30-38.

田中千絵，小木曽加奈子，樋田小百合．（2025）．コロナ禍に入学した看護学生のレジリエンスの関連要因．*スポーツ健康科学研究，47*，35-42.

谷山牧，甲斐一郎．（2013）．看護学生を対象とした臨地実習自己効力感尺度の作成とその評価．*日本看護学教育学会誌，22*（3），13-22.

上村千鶴，中吉陽子．（2022）．COVID-19 パンデミックにおける授業形態が学修意欲にもたらす影響についての文献レビュー．*安田女子大学紀要，50*，329-336.

矢吹明子．（2006）．コミュニケーションに課題を持つ看護学生のセルフ・マネージメントへの援助（第１報）―セルフ・モニタリングへの継続的介入（面接）の自己効力感に関連した効果―．*京都市立看護短期大学紀要，31*，33-43.

山下知子，渡部幸子．（2022）．コロナ禍における看護学生の不安と感染予防―看護学科学生へのアンケート調査から―．*了徳寺大学研究紀要，16*，247-256.

山崎章恵，阪口しげ子，百瀬由美子．（2001）．看護学生の自己効力感を高める実習指導の検討―自己効力感が低い学生の実習中の体験から―．*信州大学医療技術短期大学部紀要，27*，41-48.

◇研究報告◇

定年後再雇用看護師の就業実態と就業継続における課題

田中未紗希[1)*]，菊池昂貴[1)]，秋庭千穂[2)]

【目的】A 県内における定年後再雇用看護師の就業実態と就業継続における課題を明らかにする。
【方法】A 県内 90 病院に再雇用で勤務する看護師を対象に，就業実態や課題などについてアンケートを行った。データは単純集計し，就業課題に関する自由記述は Text Mining Studio で解析した。
【結果】対象者は全員女性で，平均年齢 64.0 歳（±4.0），再雇用期間 40.4 か月（±36.9），平均月額給与 185.0 千円（±73.2）であった。定年後再雇用看護師が抱える課題について，解析の結果「給与-下がる」が 7 頻度出現し，給与の減額が重大な問題と明らかになった。また「時間-かかる」が 3 頻度みられ対象者の 74.6％が治療中の疾患を抱えている背景から，加齢に伴う業務遂行の困難さを感じていることが分かった。
【結論】課題として，給与の減額や加齢に伴う業務遂行能力の低下が挙げられ，支援体制の整備が必要である。

【キーワード】プラチナナース，定年後，再雇用，就業実態，就業課題

Ⅰ．はじめに

日本における少子高齢化は，出生率の低下と寿命の延びにより，若年人口の減少と高齢者人口の増加を招き，労働力不足が生じている。特に医療・介護分野では，高齢者人口の増加に伴い看護師の需要が急速に拡大している。しかし人材不足は年々深刻化しており，医療現場で働く看護師の負担が増している。看護師の人材確保は喫緊の課題となっているが，日本の人口減少が進む中で，看護師の数を単純に増やすことには限界がある。看護師は患者のケア，診療の補助，家族への支援など多岐にわたる業務を担い，高い専門性が求められる。それに加え，医療の高度化が進み，電子カルテや遠隔診療などの ICT の導入が加速している。電子カルテの操作やデータ管理，オンラインでの患者対応など，従来の業務に加えてデジタル技術への適応が不可欠となっている。看護師には新しい知識や技術の習得が求められ，加えて業務の効率化や働き方改革も求められている。看護師が担う役割はますます重要になっていくが，こうした医療の背景から看護師一人ひとりにかかる負担は増加していると考える。今後は「量」と「質」の両面から，人材確保を進めていく必要がある。

こうした人材確保の課題を解決する策の一つとして，定年後の看護師の再雇用が注目されている。厚生労働省では，多様化する看護ニーズや 24 時間体制の勤務に対応していくためには，新規養成，復職支援及び定着促進を柱に，看護師等の確保を促進していくとともに，生涯にわたって看護師等の業務を継続できるよう，看護師等の個人の資質向上を図っていくことが重要と指針を示している（厚生労働省 a，2023）。また，日本看護協会では看護師等の確保に関して，定年退職前後の就業している看護職員をプラチナナースと呼称し，具体的な働き方や勤務環境などについて提言している（日本看護協会，2024）。少子高齢化が進む中で，プラチナナースの需要は今後ますます高まると予測される。特に，医療現場では熟練看護師の経験や判断力が求められる場面も多く，プラチナナースは貴重な存在となる。プラチナナースの役割は単に医療現場での労働力の補填にとどまらず，熟練看護師が持つ臨床判断力や患者対応などを若手看護師に指導や教育をすることで，看護の質の向上や医療現場の安定化にも寄与すると期待される。プラチナナースに関する先行研究では，主に定年前の看護師を対象とした調査が多く，看護師が定年後に再雇用されることに対して持つ認識や意欲（山崎他，2016：佐

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）弘前大学医学部附属病院　　2）弘前大学大学院保健学研究科
＊ E-mail：auhw0911072@hirosaki-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

久間，2015：小野他，2019：小口他，2006），再雇用者数の実態調査（前田他，2009：小口他，2010），再雇用時の希望に関する研究（寺尾＆中村，2017：豊嶋他，2010）などがある。しかし，これらの研究は主に定年前の看護師を対象にしており，実際に定年後再雇用として働く看護師の就業実態に関する研究はまだ少ないのが現状である。

プラチナナースは，定年後も看護に携わり，豊富な知識と技術を活かして医療現場に貢献する貴重な人材である。しかし，定年後に再雇用された看護師の具体的な業務内容や就業実態に関するデータは限られている。こうした状況を踏まえ，本研究では，A 県内における定年後再雇用看護師の就業実態を調査し，再雇用された看護師が抱える課題を明らかにする。再雇用された看護師がどのように働き，医療現場でどのような課題に直面しているのかを明らかにすることは，再雇用として働く看護師への具体的な支援策を検討する基礎資料となると考える。

Ⅱ．目　　的

A 県内における定年後再雇用看護師の就業実態ならびに就業継続の課題を明らかにする。

Ⅲ．方　　法

１．対象

A 県内における病院 90 施設に定年後再雇用として勤務し，本研究に同意が得られた看護師 135 名を対象とした。

２．調査内容

2024 年 9 ～10 月までの期間で，Microsoft Forms を用いた web アンケート調査を実施した。研究対象者には，所属施設を通し，研究説明書を配布した。研究説明書内に掲示されている URL もしくは QR コードから Microsoft Forms へアクセスし，回答を求めた。アンケート回答時には，研究に同意するかどうかを尋ね，同意と回答した場合のみ回答できる仕様とした。

質問内容は先行研究を参考に，【就業実態】基本属性，労働環境，労働に関する満足度の三部構成，【日本版主観的幸福感尺度】の２種類からなる。

【就業実態】

基本属性については，①年齢，②性別，③定年前までの勤務年数，④定年前の役職の有無，⑤婚姻の有無，⑥介護家族の有無，⑦治療中の疾患の有無，⑧年金受給の有無の８項目について，選択式もしくは記述式で回答を得た。

労働環境については，①雇用状況，②現在の役職の有無，③再雇用月数，④平均勤務時間，⑤残業の有無，⑥一ヶ月の平均休日数，⑦平均月額給与の７項目について，選択式もしくは記述式で回答を得た。

労働に関する満足度については，①雇用状況，②現在の仕事内容，③労働時間，④休日数，⑤給与，⑥職場の人間関係について，「非常に満足，やや満足，やや不満，非常に不満」の４段階評価にて回答を得た。また，今の仕事への満足度について，「非常に満足，やや満足，やや不満，非常に不満」の４段階評価にて回答を得た。さらに，定年後も働き続ける理由と働き続けるうえで感じる問題点や改善点について，記述式で回答を得た。

【日本版主観的幸福感尺度】

Lyubomirsky らによって開発された主観的幸福感尺度 Subjective Happiness Scale（以下，SHS）を，島井らが日本版に翻訳した日本版主観的幸福感尺度を使用した（Lyubomirsky 他，1999：島井他，2004）。この尺度は，島井らによって信頼性と妥当性が検討された尺度である。

この尺度は「以下の質問をよく読んで，あなたが自分に当てはまると思う数字に１つ○をつけてください」という質問文からはじまる。続いて，「１．全般的にみて，わたしは自分のことを（　）であると考えている」という項目に対して「１．非常に不幸な人間」から２～６には文章がなく「７．非常に幸福な人間」という選択肢が，次に「２．わたしは，自分と同年輩の人と比べて，自分を（　）であると考えている」という項目に対して「１．より不幸な人間」から同様に２～６には文章がなく「７．より幸福な人間」という選択肢が，続いて「３．全般的にみて，非常に幸福な人たちがいます。この人たちは，どんな状況の中でも，そこで最良のものを見つけて，人生を楽しむ人たちです。あなたは，どの程度，そのような特徴をもっていますか？」の項目に対して，「１．まったくない」から２～６には文章がなく「７．とてもある」という選択肢が，最後に「４．全般的にみて，非常に不幸な人たちがいます。この人たちは，うつ状態にあるわけではないのに，はたから考えるよりも，まったく幸せではないようです。あなたは，どの程度，そのような特徴をもっていますか？」という逆転項目に，「１．まったくない」から２～６には文章がなく「７．とてもある」という選択肢を配置して４項目に回答することで，幸福に関する主観的判断の評価が出来るものである。

３．解析方法

全てのデータを単純集計した。さらに「働く理由」「課題」については，Text Mining Studio Ver.6.2.0（以下，TMS）を使用し分析した。分析に関わる手続きは以下の通りである。

１）データを TMS に読み込み，誤字脱字がないか確認後，分かち書きを行った。

２）データの中で，同じ意味であるが表現が違う単語がないか，繰り返し分かち書き作業を行った。「給与」「給料」「賃金」は，代表語として「給与」とした。「賞与」「ボーナス」は，代表語として「賞与」とした。「有休」「年休」は，代表語として「有休」とした。「体」「身体」「からだ」は，代表語として「体」とした。

３）分かち書きが終了後，データの基本情報を確認した。

４）単語頻度解析を行い，どのようなキーワードが出現しているか確認した。

5）係り受け頻度解析を用い，単語と単語にどのような関係があるかを確認した。
6）評判分析を行い，ある単語に係り受けするポジティブなイメージとネガティブなイメージを持つ単語を抽出した。本研究では単語頻度解析で高頻度にみられた単語について，評判分析を行った。
7）共同研究者間で解析結果の確認を繰り返し行い，妥当性を担保した。

Ⅳ．倫理的配慮

倫理的配慮として，対象者には研究の目的，実施方法，問題が生じた場合の対処，個人情報の保護，参加同意と参加撤回の自由，結果公開の承諾について，研究説明書内に明記した。Web アンケート調査内に「研究へのご協力のお願いを読んで，研究内容について理解し，研究への協力に同意する場合はチェックをお願いします。」というチェックボックスを設置し，チェックした場合は同意を得たと判断し，アンケートに回答できる仕様にした。

収集したデータの取り扱いについて，個人が特定されないようにデータ化した。作成したデータは，パスワードが設定可能なハードディスクへ保存し，施錠できる保管庫にて保管した。本研究は，弘前大学大学院医学研究科倫理委員会にて承認され実施した（承認番号：2024-048）。

Ⅴ．結　　果

1．対象者が勤務する施設の概要

対象者が勤務する施設は A 県内の全ての病院 90 施設であり，その内訳を表 1 に示す。対象施設に研究説明書を合計1000 枚配布し，回収数は 141 件，そのうち無回答などを除外した有効回答数は 135 件（有効回答率 95.7%）であった。

2．対象者の基本属性と労働環境

対象者の基本属性と労働環境を表 2 に示す。今回の調査では，性別は全て女性であり，平均年齢 64.0 歳（±4.0），定年前までの勤務年数 35.8 年（±8.9），再雇用月数 40.4 か月（±36.9），平均勤務時間 476 分（±79），一ヶ月の平均休日数 10.4 日（±4.0），平均月額給与 185.0 千円（±73.2），治療中の疾患がある対象者は 74.1%であった。また，治療中の疾患の区分を表 3 に示す。その内訳は，循環器系疾患が 34 人，筋骨格系疾患が 22 人，代謝性疾患が 17 人という結果であった。

3．労働に関する満足度

労働に関する満足度についての結果を図 1 に示す。雇用状況では，「非常に満足」「やや満足」と回答した割合は 69.4%であった。現在の仕事内容では，「非常に満足」「やや満足」と回答した割合は 63.9%であった。労働時間では，「非常に満足」「やや満足」と回答した割合は 76.8%であり，最も満足度が高い結果となった。休日数では，「非常に満足」「やや満足」と回答した割合は 73.9%と 7 割を超えていた。給与では「非常に満足」「やや満足」と回答した割合は 48.9%と，最も満足度が低い結果となった。職場の人間関係では「非常に満足」「やや満足」と回答した割合は 67.1%であった。総合的な満足度では，「非常に満足」「やや満足」と回答した割合は 62.0%という結果となった。

4．SHS の得点

SHS の平均得点は 4.3（±0.8）という結果であった。

5．定年後も働き続ける理由

1）テキストデータの概要

テキストデータの概要は，総行数 134，平均文字数 31.6 文字，延べ単語数は 884 語であった。

2）単語頻度解析の結果

単語頻度解析の結果を表 4 に示す。【生活】が最も多く 21 回，次いで【年金】が 16 回，【生活費】が 11 回であった。

3）係り受け頻度解析の結果

係り受け頻度解析の結果を図 2 に示す。データを抽出するために，係り元に名詞，係り先に形容詞，形容動詞，動詞，サ変名詞を設定し，頻度 2 回以上，上位 20 件とした。その結果，『仕事－好き』が 6 頻度であり，原文を確認すると，「仕事が好きで，やりがいを感じるから。」「仕事が好きなのと，後輩達を育てたいから。」等の前向きな意見が挙げられていた。また『年金－もらう』が 6 頻度であり，原文を確認すると，「年金もらうまで仕事したい。」，「年金もらうまでの生活費。」等の意見が挙げられていた。さらに『看護－好き』，『経験－活かす』，『社会－繋がる+したい』，『収入－なくなる』，『生活費－得る』，『年金－もらう+できない』，『余裕－欲しい』が 2 頻度であった。それぞれの原文を確認すると「看護が，好きだから。看護師不足に，少しでも，協力したいから。」，「これまでの知識や経験を活かしながら働くことで，社会と繋がっているという満足感がある。」，「社会と繋がっていたい。」，「元気なうちは働きたい。収入がなくなると困る。」，「年金受給ま

表 1　対象者が勤務する施設の背景（*n* =90）

（施設数）

病床数	*n*	%
500 床以上	3	3.3
400～499 床	7	7.8
300～399 床	5	5.6
200～299 床	12	13.3
100～199 床	32	35.6
20～ 99 床	31	34.4

表２　対象者の基本属性と労働環境（n =135）

項目		n（%）	平均値±SD
年齢(歳)			64.0±4.0
定年前までの勤務年数(年)			35.8±8.9
再雇用月数(月)			40.4±36.9
平均勤務時間(分)			476±79
一ヶ月の平均休日数(日)			10.4±4.0
平均月額給与(千)			185.0±73.2
性別	男性	0(0.0%)	
	女性	135(100.0%)	
	未回答	0(0.0%)	
定年前の役職の有無	あり	59(43.7%)	
	なし	73(54.1%)	
	未回答	3(2.2%)	
婚姻の有無	あり	108(80.0%)	
	なし	25(18.5%)	
	未回答	2(1.5%)	
介護家族の有無	あり	50(37.0%)	
	なし	83(61.5%)	
	未回答	2(1.5%)	
治療中の疾患の有無	あり	100(74.1%)	
	なし	33(24.4%)	
	未回答	2(1.5%)	
年金受給の有無	あり	58(43.0%)	
	なし	72(53.3%)	
	未回答	5(3.7%)	
雇用状況	正規雇用	49(36.3%)	
	非正規雇用	82(60.7%)	
	未回答	4(3.0%)	
現在の役職の有無	あり	8(5.9%)	
	なし	124(91.9%)	
	未回答	3(2.2%)	
残業の有無	あり	44(32.6%)	
	なし	85(63.0%)	
	未回答	6(4.4%)	

表３　治療中の疾患の区分

（人）

循環器系疾患	34
筋骨格系疾患	22
代謝性疾患	17
消化器系疾患	10
呼吸器系疾患	10
婦人科系疾患	8
内分泌系疾患	7
眼科疾患	4
アレルギー性疾患	1
神経系疾患	1
血液疾患	1

複数回答可

表４　定年後も働き続ける理由に関する単語頻度解析

（頻度）

生活	21
年金	16
生活費	11
仕事	8
社会	7
年金受給	7
健康	6
収入	6
やりがい	5
自分	5
お金	4
経済的理由	4
今	4
生きがい	4
体	4
家	3
看護師	3
経験	3
現金収入	3
仕事+したい	3

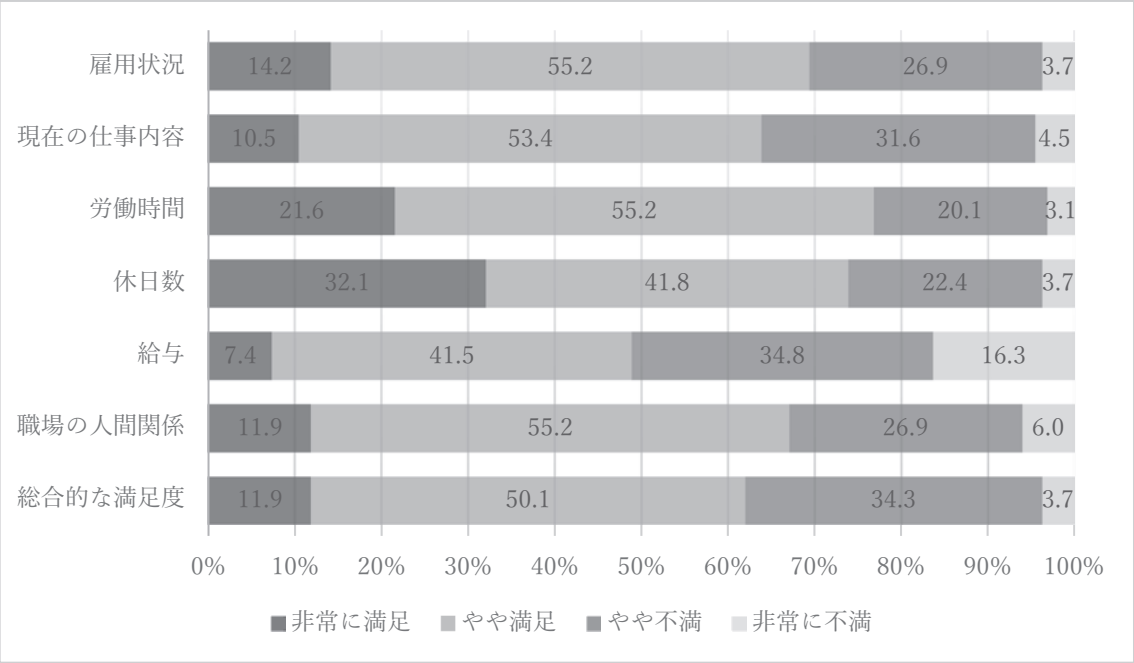


図１　労働に関する満足度

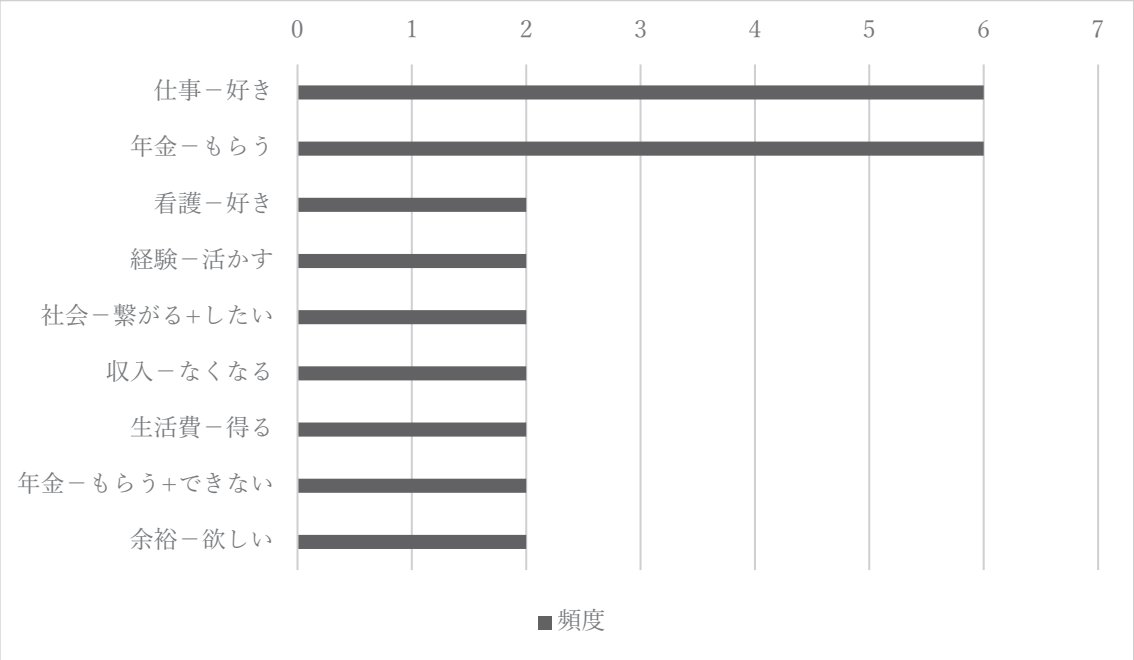


図２　定年後も働き続ける理由に関する係り受け頻度解析

での生活費を得るため。」,「年金がまだもらえない。」,「経済的に余裕が欲しいから。」等の意見が挙げられていた。

４）評判分析の結果

単語頻度分析から高頻度で抽出された【生活】について評判分析を行った。その結果,【生活】はポジティブなイメージとネガティブなイメージの両方を持つ単語であった。原文を確認すると，ポジティブなイメージでは「生活のため，仕事が好きだから。」という意見が挙げられた。反対にネガティブなイメージでは「年金をもらう迄の期間の生活に不安があるため。」,「生活に余裕を持ちたい。」という意見が挙げられていた。

６．働き続けるうえで感じる問題点や改善点

１）テキストデータの概要

テキストデータの概要は，総行数 134，平均文字数 13.8 文字，延べ単語数は 389 語であった。

２）単語頻度解析の結果

単語頻度解析の結果を表５に示す。【給与】が最も多く 25 回，次いで【仕事】が 15 回，【仕事内容】が 12 回であった。

３）係り受け頻度解析の結果

係り受け頻度解析の結果を図３に示す。データを抽出するために，係り元に名詞，係り先に形容詞，形容動詞，動詞，サ変名詞を設定し，頻度２回以上，上位 20 件とした。その結

表５　働き続けるうえで感じる問題点や改善点に関する単語頻度解析

（頻度）

給与	25
仕事	15
仕事内容	12
業務	8
体力	8
定年前	8
スタッフ	6
自分	6
なし	5
勤務	5
時間	5
賞与	5
負担	5
部署	5
管理職	4
現在	4
今	4
再雇用	4
衰え	4
低下	4

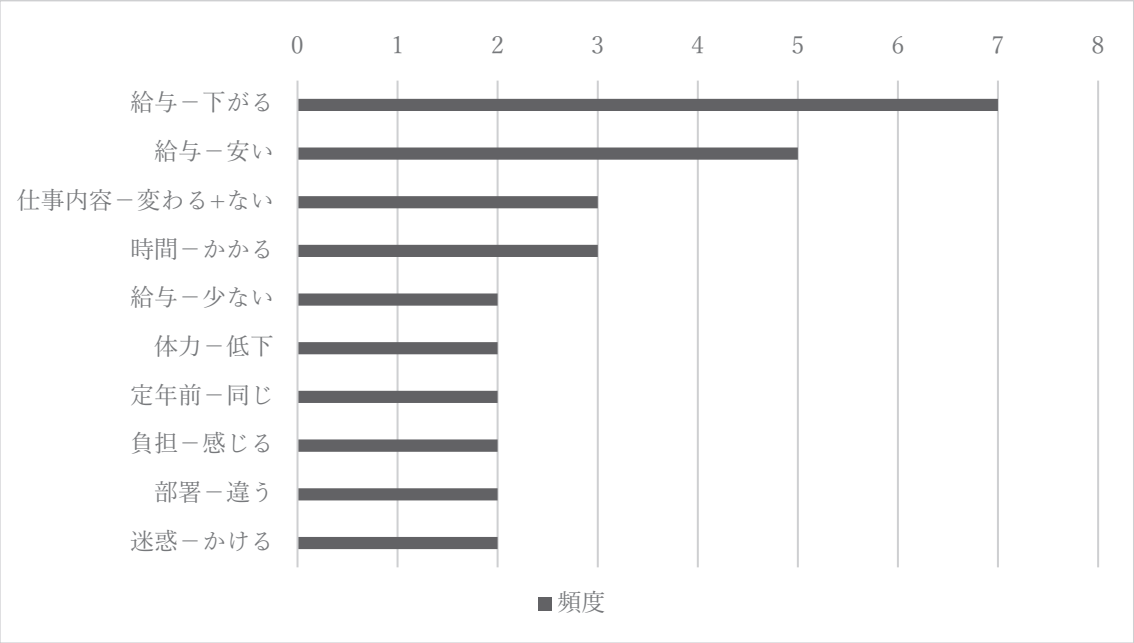


図３　働き続けるうえで感じる問題点や改善点に関する係り受け頻度解析

果,『給与－下がる』が７頻度であり，原文を確認すると,「退職前と後で同じ業務をこなしても給与が大幅に下がってしまうこと。」,「実質，給与は下がっても，労働が減るわけではなく，やる事は同じ。」等の意見が挙げられていた。また『給与－安い』が５頻度であり，原文を確認すると,「再雇用だと仕事内容同じで給与安い。」,「フルに働いても給与が，安い。」等の意見が挙げられていた。さらに『仕事内容－変わる+ない』,『時間－かかる』が３頻度であり，それぞれの原文を確認すると「賞与もなくなったのに役職定年がなく，仕事内容が変わらないこと。」,「仕事内容は変わらないのに待遇がよくない。」,「体力低下，覚えることに時間がかかる。夜勤は負担である。」等の意見が挙げられていた。

４）評判分析の結果

単語頻度分析から高頻度で抽出された【給与】について評判分析を行った。その結果，ポジティブなイメージはなく，ネガティブなイメージだけあることが分かった。原文を確認すると,「退職前と後で同じ業務をこなしても給与が大幅に下がってしまうこと。」,「給与が減額なのに仕事内容や休日数が同じであること。」,「給与，手当てが下がっているのに，リーダー業務がある。」等の意見が挙げられていた。

Ⅵ. 考　　察

本研究の目的は，A 県における定年後再雇用看護師の就業実態ならびに就業継続の課題を明らかにすることである。得られたデータと TMS による分析結果をもとに，就業継続の課題について考察し以下に述べる。

１．課題１：給与の減額

働き続けるうえで感じる問題点や改善点について，TMS 解析より「給与-下がる」が７頻度出現し，「給与」の評判分析ではネガティブイメージのみ得られた。また定年後も働き続ける理由では「収入-なくなる」「生活費-得る」が２頻度得られていることから，経済的理由で働く対象者が一定数いることが分かる。対象者の平均年齢は64.0歳であり，生活費に加え，医療費や介護費などの出費が重くのしかかると考えられる。島井らの研究によると，60～64 歳の SHS 平均得点は 4.9 である（島井他，2018）が，今回の調査結果では平均得点は 4.3 となっており，全国平均と比較すると低い状態であることが分かった。さらに，労働に関する満足度では給与の項目が最も低く，賃金面の不満が大きいことが示唆された。具体的な賃金について，厚生労働省が発表している令和５年賃金構造基本統計調査の報告書では，医療福祉分野に勤める 60～64 歳の女性の平均賃金は全国平均で 273.3 千円と報告されている（厚生労働省 b，2023）。今回の調査結果では，A 県の平均月額給与は 185.0 千円となっており，全国平均と比較すると８万円以上低いことが明らかとなった。これらのデータから，A 県における定年後再雇用の看護師が抱える課題として『給与の減額』が挙げられる。

再雇用後は多くの看護師が非正職員やパートタイムなどの非正規雇用形態に移行する。雇用形態の変更に伴う平均月額給与の低下に加え，交通費や寒冷地手当などの諸手当や賞与がなくなることが，給与が減額となる要因の一つと考えられる。今回の調査では対象者の 60％以上が非正規雇用での勤務形態であり，『給与の減額』は雇用形態の変更によって生じるもの推測される。しかし，平均勤務時間は 467 分（±79）と正規雇用の日勤勤務時間とさほど変わらず，業務内容も変わらないという対象者の意見から，雇用形態が変化しても勤務時間や業務内容に大きな変化はないという実態が読み取れる。勤務時間や業務内容は大きく変わらないのにも関わらず給与が下がると，経済的な影響だけでなく，自己肯定感の低下など精神面にも影響を及ぼす可能性がある。特に長年医療現場で貢献してきた看護師にとって，給与の減額は自己評価や仕事の価値を低く感じさせる要因となり，仕事へのモチベーションを低下させることが懸念される。

給与が下がることに対する不満が蓄積されると，看護師の離職を引き起こす原因にもなりかねない。今回の調査でも『給与の減額』が課題として挙げられたが，先行研究においても，仕事の不満足要因として「給与」「仕事量」「達成」が挙げられていた（青木他，2013）。定年後再雇用された看護師の『給与の減額』という課題は，単なる経済的な問題にとどまらず，看護師の働きがいやモチベーション，人材の流出，医療現場全体の質に大きな影響を与えかねない問題である。看護師という職業は，患者の命を預かるという大きな責任が伴う専門職であり，職務に対する満足度やモチベーションを保つことは重要である。今回の調査では働き続ける理由として『仕事－好き』が６頻度みられており，再雇用として働く看護師の前向きな就業意欲が確認された。こうした仕事に対する前向きな意欲を低下させないためにも，適切な賃金体系を整えることは急務と考える。『給与の減額』が働き続ける意欲に悪影響を与えないよう，基本給や手当など報酬体系の整備や雇用契約時の適切な説明，これまでの経験やスキルを活かして働ける人員配置，評価制度などの支援が必要と考える。今後，再雇用看護師の賃金に対して具体的な施策を講じることが，看護師の人材確保や医療の質の維持に不可欠である。

２．課題２：業務遂行能力の低下

働き続けるうえで感じる問題点や改善点について，TMS 解析より「時間-かかる」が３頻度出現していた。質の高い看護を提供するためには，まず働く看護師が自身の健康を維持し，体調を崩すことなく業務を遂行することが必要である。身体的負担が大きい看護師の仕事は，働き方によっては，看護師自身の健康に悪影響を及ぼす可能性がある。今回の調査では，対象者の 74.6％が治療中の疾患を抱えていることが明らかになった。加齢に伴う身体的変化として，筋力や持久力の低下，柔軟性の減少などが挙げられるが，表３に示すように，循環器系疾患や筋骨格系疾患を抱えながら働く看護師が一定数存在している。看護師は，患者の移動介助や長時間の立ち仕事，夜勤勤務など，身体的負担が大きい職業である。特に，腰痛や関節痛など筋骨格系疾患を抱える看護師にとって，患者の体位変換や移乗動作はより身体的な負荷がかかると推測される。また，循環器系疾患を抱える看護師にとって，過度な肉体労働は血圧上昇や動悸を引き起こすリスクが高まると考えられる。さらに，夜勤を継続している看護師もおり，夜勤の長時間労働が心身に与える影響が懸念される。日本看護協会の調査では，夜勤は昼間に働く場合以上に心身に負担をかけている（日本看護協会，2013）ことが明らかとなっており，体内時計の乱れや睡眠不足が深刻な健康リスクを引き起こす可能性がある。特に，治療中の疾患を抱える看護師にとっては，夜勤の疲労が翌日まで持ち越される可能性もあり，健康への影響が懸念される。疲労が蓄積した状態では，看護師自身の健康リスクが高まるだけでなく，業務の正確性や迅速な判断力の低下を引き起こす可能性がある。そのため A 県における定年後再雇用の看護師が抱える課題として『業務遂行能力の低下』が挙げられる。

定年後も無理なく働き続けるためには，加齢に伴う身体的変化を理解し，適応しながら働き続けられる環境を整えることが必要である。看護師は患者の命を預かる責任があり，わずかなミスが医療事故などの重大な過失につながるため，過

重労働による健康障害を引き起こさないよう十分な配慮が求められる。天野によると，緊張，抑うつ，疲労などのストレスと関連する気分状態が高い者ほど，年間の医療ミスを多く体験している（天野，2009）ことが指摘されており，病院施設の支援が必須と考える。適切な支援がなければ，患者ケアの質の低下だけでなく，医療ミスが生じる可能性も十分考えられる。

定年後再雇用として働く看護師は，豊富な経験を活かし，医療現場で貴重な役割を果たしている。無理なく働き続けるためには，加齢による身体的変化に対する理解を深めるだけでなく，日勤中心の業務への移行，重労働業務への考慮，通院などへの配慮が必要である。その他にも，夜勤免除や短時間勤務などの雇用形態の柔軟化，定期検診などの健康管理支援，職場の心理的安全性の確保などの支援も望まれる。病院施設だけでなく，定年後再雇用された看護師自身も，心身の健康を維持しながら，過重な負担をさけ無理なく働き続ける工夫も求められると考える。加齢に伴う身体的な変化を理解し，働く看護師が自分の健康を守りながら業務を遂行できる環境を整えることは，医療現場全体の安全性と質の向上に寄与するだけでなく，人材確保や定着にも繋がるため，支援体制の強化が求められる。

３．研究の限界

研究の限界としてはA県に限定された調査であること，勤務条件に不満を持つ対象者が本研究に多く同意した可能性があること，性別に偏りがあること，病院の経営状態や雇用条件によって差異があることが挙げられる。また，研究対象が病院に勤務する看護師であること，ある一時点での調査に基づくものであること，日本の経済状況も関係することが予測され，本研究の結果は一般化しにくいものと考える。今後の研究課題としては，地域差や医療機関の規模・運営形態による違いを明らかにすることが挙げられる。また，再雇用され働いている看護師に対して，再雇用に関するニーズや課題をより詳細に把握することも重要である。こうした研究を通じて，より実行性のある支援策の提言を行い，人材確保という課題を解決することが期待される。

Ⅶ. 結　　論

定年後再雇用として働く看護師にとって，給与の減額や加齢に伴う業務遂行能力の低下が課題であり，支援体制の整備が必要である。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

天野寛．（2009）．看護師における医療ミス発生と気分状態の関連性について．*産業ストレス研究，16*，257-263.

青木真理，椿根知子，大山砂美&山内麻里子．（2013）．看護師の満足・不満足に影響を及ぼす要因．*日本看護学会論文集 看護管理，43*，131-134.

厚生労働省．（2023a）．看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針．https://www.mhlw.go.jp/content/001160932.pdf（参照 2025-04-01）

厚生労働省．（2023b）．令和５年賃金構造基本統計調査 結果の概況．https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2023/dl/13. pdf（参照 2025-04-01）

Lyubomirsky，S.，& Lepper，H. S.（1999）．A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research，46*，137-155.

前田睦子，村上裕子，山口いずみ，増田信代，小林明美，佐藤光栄，&有田清子．（2009）．A 県における定年退職看護職員の再雇用に関する実態調査-介護老人保健施設，特別養護老人ホームにおける雇用実態から．*日本看護学会論文集 看護管理，40*，15-17.

日本看護協会．（2013）．看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン．https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/yakin_guideline.pdf（参照 2025-04-01）

日本看護協会．（2024）．*プラチナナースの活躍促進サポートブック（第２版）*．https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/support_book_2024_2.pdf（参照 2025-04-01）

小口多美子，豊嶋三枝子，&金升子．（2006）．看護職の定年退職に関するアンケート調査．*日本看護学会論文集 看護管理，37*，442-444.

小口多美子，豊嶋三枝子，&須佐公子．（2010）．定年退職後看護職者の雇用状況調査（第１報）病院における雇用状況．*日本看護学会論文集 看護総合，40*，446-448.

小野郁美，三木明子，&吉田麻美．（2019）．中高年看護師における仕事意欲および生きがい感と定年後の就業継続意向との関連．*日本産業看護学会誌，6*（1），16-23.

佐久間あゆみ．（2015）．第 51 回全国病院経営管理学会「看護業務委員会」調査 看護師におけるセカンドキャリアの活用：チーム医療の活性化のために．*看護のチカラ，20*(440)，46-49.

島井哲志，大竹恵子，宇津木成介，池見陽，&Lyubomirsky，Sonja．（2004）．日本版主観的幸福感尺度（Subjective Happiness Scale: SHS）の信頼性と妥当性の検討．*日本公衆衛生雑誌，51*（10），845-853.

島井哲志，山宮裕子，&福田早苗．（2018）．日本人の主観的幸福感の現状:加齢による上昇傾向．*日本公衆衛生雑誌，65*（9），553-562.

寺尾奈歩子，&中村慶子．（2017）．看護師の定年退職後の職業継続に関する研究．*日本医療マネジメント学会雑誌，18*(2)，90-94.

豊嶋三枝子，須佐公子，&小口多美子．（2010）．看護職者の定年退職後の就業意識 再就業意思と希望する働き方．*日本看護学会論文集 看護管理，40*，84-86.

山崎あゆ子，本田みき子，鈴木淳子，&青鹿由紀．（2016）．セカンドキャリア活用に関する看護管理者及び定年退職を控えた看護職への意識調査．*日本看護学会論文集 看護管理，46*，88-91.

◇研究報告◇

A病院の子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因
―2023年度の調査から―

芦田真知子[1)]*，佐藤美香子[2)]，駒田香苗[1)]

【目的】本研究は，A病院の子育て期の看護師のキャリア継続に関する要因を明らかにすることを目的とした。
【方法】子育て期の看護師11名に半構造化面接を実施し，得られたデータから質的記述的分析を行った。
【結果】２つのコアカテゴリー『キャリア継続のための環境要因』『キャリア継続のための動機付け要因』，９カテゴリー，34サブカテゴリー，188コードが抽出された。
【結論】環境要因には，【仕事と家庭のバランス】【協力者の存在】【職場の心理的安全な配慮】【社会資源の活用】【仕事との葛藤の調整】が挙げられ，家庭・職場・社会の多層的支援が相互に作用することでキャリア継続が可能となることが示された。一方，動機付け要因には，【仕事の達成感・他者からの承認】【看護の専門性への魅力】【働く母親への子供からの敬愛】が挙げられ，看護師自身がキャリア継続の目的を見出すことで意欲が高まり前向きな継続が促されることが示された。

【キーワード】子育て期，看護師，キャリア継続

Ⅰ．はじめに

1．研究の背景・意義

看護職がキャリアを継続する上で，仕事と家庭の両立は重要な課題である。2010年の育児・介護休業法改正以降，女性の就業継続は増加してきた。しかし，依然として育児と仕事の両立の難しさから離職するケースが多く見られる（日本能率協会総合研究所，2023）。看護職も例外ではなく，高い離職率の中で「妊娠・出産」「子育て」が上位の理由となっており（日本看護協会，2007），両立の困難さが推察される。

A病院は，高度な医療を提供する急性期一般病院であり，在院日数の短縮化や医療の複雑化が進んでいる。妊娠・出産・育児のための支援制度（以下育児支援制度とする）として，休暇制度や育児短時間勤務，院内保育所（夜間・病児保育あり）などが整備され，利用者は増加傾向にある。しかし，これらの制度利用中または終了後に，育児を理由に離職するケースがみられる。

西橋ら（2010）は，育児経験のある看護師は，看護が広がり育児経験や仕事との両立を通して人間的に成長し，キャリア・アンカーを深めその経験が看護実践に還元され看護の質向上に貢献すると述べている。

変化の激しい社会や地域のニーズに応じた医療や看護を提供していくためには，これらの経験豊かな子育て世代の看護師の力が不可欠であり，働き続けられるための職場づくりが必要である。

先行研究では，キャリア継続にはコアとなる要因，基本となる要因，バックアップ要因，阻害要因が存在すると報告している（岩下ら，2012）。家族の理解と協力（西川ら，2019），仕事調整やロールモデル育成等の職場環境整備（中川ら，2012），育児支援制度や施設整備（西村ら，2014）の重要性も示されている。

しかし，人生100年時代を迎え，職業観や家庭観が大きく変化し，三世代の減少と家族のあり様も変化してきた（内閣府男女共同参画局,2023）。以前は祖父母が育児支援を行い，常勤で職場復帰することが多く見られていたが，祖父母においても定年後も就労継続する時代となり，働く上での支援が得られにくい状況になってきている。家族構造や支援体制が変化する中，急性期一般病院における子育て期のキャリア継続

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年1月20日
1）姫路赤十字病院　　2）産業能率大学
＊ E-mail：m-ashida@himeji.jrc.or.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

の要因に関する近年の調査は数少ない。そこで，Ａ病院の子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因を明らかにし，働き続けられる職場づくりの一助としたいと考えた。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，Ａ病院の子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因を明らかにすることである。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

本研究は，半構造化面接法を用いた質的記述的研究である。

２．用語の定義

キャリア：職業に関連した活動と役割

子育て期の看護師：７歳（小学１年生）まで児の子育てをしながら正規職員として勤務している看護師をいう。

７歳（小学１年生）までとした根拠は，看護師にとってこの時期は看護職特有の働き方や子どもの成長発達，サポート体制の確保という課題に加え，小学校入学に伴う働き方のギャップが生じ，育児と仕事の両立に大きな影響があると考えたためである。

３．研究対象者

Ａ病院に所属し，本研究に同意が得られた子育て期の看護師で，７歳（小学１年生）までの児の子育てをしながら正規職員として勤務している看護師とした。また，研究対象者は部署が偏らないように異なる部署から１～２名，ランダムに選出した。

４．データの収集方法・内容・手順

インタビューガイドは過去の文献をもとに作成した。質問項目は，「子供の成長と仕事の折り合いについてどのように考えたか」「どのような看護をしたいと思っているか」「キャリア継続についてどのように考えているか」「精神的な支援があると感じられるか」「職場の理解や配慮はあるか」「職場で自分が必要とされている実感はあるか」「家族からの手助けにはどのようなものがあるか」「どのような社会資源を利用しているか」「職場において苦悩の経験があったか」「母親としての苦悩の経験はあったか」「困難を乗り越えるために努力したことがあるか」「周囲への心配りや感謝の気持ちを持ったことはあるか」「育児を通して，自身の成長に気づいたことがあるか」「仕事をすることの価値についてどのように考えるか」「育児をしている看護師が働くことについてのメリットはどのように考えるか」「働き続けていく上で，気がかりなことはどのようなことか」「どんなことがあれば働き続けやすいと思うか」である。

データ収集は，Ａ病院の子育て期における看護師で同意が得られたものに対して，インタビューガイドを用いてインタビューを行い，それぞれに自由に語ってもらった。面接方法は，研究者と研究参加者の１対１で半構成的面接を行った。また，研究参加者の了承を得てICレコーダーに録音し，必要な情報はノートに記録した。

５．データの分析方法

録音した内容から逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み，子育て期におけるキャリア継続に関する内容を表現しているデータを，まとまりのある意味にコード化し，そのコードを意味内容の類似性，相違性に基づき分類した。さらに，分類したコードを共通性のあるものにカテゴリー化した。分析結果の客観性を確保するために，分析は研究協力者複数で確認し，経験実績のある研究者のスーパーバイズを受け，繰り返し検討し分析内容の信憑性の確保に努めた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，姫路赤十字病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：23-HRC-010）。対象者には心理的圧力がかからないよう言動に配慮し，研究の目的，方法，協力の任意性，撤回の自由，データの匿名性，結果の公表，期待される利益と起こりうる危険性，問い合わせ先などを文書で説明し，書面で同意を得た。インタビューでは，答えたくないことの回答拒否や途中辞退が可能であることも説明した。プライバシー保護のため，インタビューは個室で実施し，逐語録は個人が特定できないよう符号化して管理した。符号と氏名の対応表はパスワード付きの別媒体で保管し，データは研究目的以外には使用せず，３年後に破棄することとした。安全性確保として，研究への不参加や中断による不利益はないことを確約した。

Ⅴ．結　　果

１．研究対象者の背景

本研究の調査期間は2023年10月～同年12月，１回の面接時間は33～46分で平均39分であった。対象者は20代後半～40代後半の看護師11名で，平均年齢は36.5歳であった。看護師経験年数は９～24年で，Ａ病院での経験年数も同様であった。対象者全員が核家族で配偶者と子供と同居し，育児短時間制度を利用していた（表１）。

２．抽出されたカテゴリー

Ａ病院の子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因について分析した結果，２のコアカテゴリー，９のカテゴリー，34のサブカテゴリー，188のコードが抽出された（表２）。

以下，コアカテゴリーを『　』，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉，研究対象者の語りを「　」で示し，抽出した内容について説明する。

１）『キャリア継続のための環境要因』

このコアカテゴリーは，【仕事と家庭のバランス】【協力者の存在】【職場の心理的安全な配慮】【社会資源の活用】【仕事との葛藤の調整】の５つのカテゴリーから構成された。

(1)【仕事と家庭のバランス】

〈時間的な余裕〉〈仕事との折り合い〉〈家事・育児を完璧に遂行しようとしない考え〉〈本人や家族の健康状態〉〈育児の負担を軽減する工夫〉からなる。キャリア継続のため，家

表１　研究対象者背景

No	職位	年齢	看護師経験年数	A病院での経験年数	子供の数	子供の年齢	育児短時間制度利用の有無
1	無	30代後半	17	17	2	５歳・８歳	あり
2	無	30代前半	9	9	2	２歳・４歳	あり
3	無	30代後半	15	15	3	２歳・８歳・10歳	あり
4	無	40代前半	20	20	2	６歳・９歳	あり
5	無	20代後半	9	9	2	２歳・４歳	あり
6	有	40代前半	20	20	2	５歳・13歳	あり
7	無	30代後半	17	17	2	４歳・６歳	あり
8	無	30代前半	9	9	2	３歳・４歳	あり
9	無	40代後半	24	24	2	７歳・11歳	あり
10	無	30代後半	14	14	2	４歳・７歳	あり
11	無	30代後半	12	12	2	６歳・８歳	あり

表２　カテゴリー　分類

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
キャリア継続のための環境要因	仕事と家庭のバランス	時間的な余裕
		仕事との折り合い
		家事・育児を完璧に遂行しようとしない考え
		本人や家族の健康状態
		育児の負担を軽減する工夫
	協力者の存在	夫の理解と協力
		実・義理父母の協力
		ママ友からのサポート
	職場の心理的安全な配慮	勤務のシフトへの配慮
		超過勤務
		看護業務以外の役割業務への免除
		子供の病気による突発的な休みへの理解
	社会資源の活用	看護休暇の活用
		育児短時間制度、部分休業の利用
		院内保育所の利用
		小学校入学後働き続けるための支援体制
	仕事との葛藤の調整	父母など育児支援者への気兼ね
		働く母親としての子供への罪悪感
		小学校入学後の生活変化への適応不安
		職場への気兼ね
キャリア継続のための動機付け要因	仕事の達成感・他者からの承認	職場での存在価値
		看護という仕事を生涯継続しようという意志
		地域医療を担える存在になりたいという思い
		患者の回復に貢献することへの達成感
	看護の専門性への魅力	看護師として人の役に立ちたいという気持ち
		看護職という専門性への誇り
		看護の専門性を追求し学び続けたいという向上心
	働く母親への子供からの敬愛	育児を通じての自分自身の成長
		子供から愛されている実感を得たいという思い
		子供から尊敬されたいという思い
		子供の成長による励み
	育児と働き方への他者からの支援	悩みを聞いてくれる相談相手の存在
		職場での子育てについての交流
		育児や働き方への情報交換

事・育児に完璧を求めず，負担軽減の工夫や仕事との折り合いによって時間的余裕を確保していた。本人や家族の健康も，仕事と家庭のバランス維持に不可欠だと考えていた。

(2)【協力者の存在】

〈夫の理解と協力〉〈実・義理父母の協力〉〈ママ友からのサポート〉からなる。キャリア継続には夫，実・義理父母，ママ友といった協力者の存在が不可欠だと感じていた。

(3)【職場の心理的安全な配慮】

〈勤務のシフトへの配慮〉〈超過勤務〉〈看護業務以外の役割業務への免除〉〈子供の病気による突発的な休みへの理解〉からなる。職場の心理的安全な配慮は対象者の精神的な支えとなっており，家庭の事情に合わせた勤務シフトの調整，子供の急な病気による休みへの理解，育児短時間制度利用中の超過勤務の免除や看護業務以外の役割業務の免除といった業務上の協力が挙げられた。

(4)【社会資源の活用】

〈看護休暇の活用〉〈育児短時間制度，部分休業の利用〉〈院内保育所の利用〉〈小学校入学後働き続けるための支援体制〉からなる。研究対象者は，キャリア継続のために社会資源を積極的に活用しており，夜間保育を含む院内保育所の利用や，学童保育といった小学校入学後の支援体制も，仕事と育児の両立に有用だと感じていた。

(5)【仕事との葛藤の調整】

〈父母など育児支援者への気兼ね〉〈働く母親としての子供への罪悪感〉〈小学校入学後の生活変化への適応不安〉〈職場への気兼ね〉からなる。このカテゴリーではネガティブな意見が多く，研究対象者は，子供を親に預ける際の気兼ねや，仕事に行く際に子供を寂しがらせていること，多忙で子供の成長を見守れないことへの罪悪感を抱いていた。特に，末子の小学校入学後の生活変化への適応に強い不安を抱き，就学後の子供への関わり方の変化や余裕のなさから子供の成長や心理面への影響を懸念する声も語られた。

２）『キャリア継続のための動機付け要因』

このコアカテゴリーは，【仕事の達成感・他者からの承認】【看護の専門性への魅力】【働く母親への子供からの敬愛】【育児と働き方への他者からの支援】の４つのカテゴリーから構成された。

(1)【仕事の達成感・他者からの承認】

〈職場での存在価値〉〈看護という仕事を生涯継続しようという意志〉〈地域医療を担える存在になりたいという思い〉〈患者の回復に貢献することへの達成感〉からなる。自分がやりたい看護を任され，職場のスタッフから頼られていることに職場での存在価値を感じ，また，看護という仕事を生涯継続しようという意志や地域医療を担える存在になりたいという意欲を持っている。自身の育児経験を通して，患者や家族に寄り添った看護を心がけ，患者の回復に貢献したいという思いも強く持っていた。

(2)【看護の専門性への魅力】

〈看護師として人の役に立ちたいという気持ち〉〈看護職という専門性への誇り〉〈看護の専門性を追求し学び続けたいという向上心〉からなる。研究対象者は，Ａ病院でのチーム医療にやりがいを感じ，看護の専門性の面白さや魅力に誇りを持っていた。これらの感情は，看護師として人の役に立ちたいという思い，看護は専門性の高い仕事であるという自負，看護の専門性を追求し学び続けたいという向上心に繋がっていた。

(3)【働く母親への子供からの敬愛】

〈育児を通じての自分自身の成長〉〈子供から愛されている実感を得たいという思い〉〈子供から尊敬されたいという思い〉〈子供の成長による励み〉からなる。社会で働く自身の姿を子供に示すことを通して，役割モデルとしての母親であることを意識していた。子供からの肯定的な言葉は，育児を通じて自分自身も成長したいという意欲，子供から愛されている実感，子供からの尊敬，そして子供の成長が励みになるという感情に繋がり，母親としての役割を積極的に果たそうとする動機となっていた。

(4)【育児と働き方への他者からの支援】

〈悩みを聞いてくれる相談相手の存在〉〈職場での子育てについての交流〉〈育児や働き方への情報交換〉からなる。研究対象者は，相談相手の重要性を認識していたが，職場では時間的制約により十分な情報交換が困難な状況であった。そのため，時短勤務終了後の働き方や協力者がいない看護師の体験談を求めており，他者の経験を参考に自身のキャリア継続に適した働き方を模索しようとしていた。

Ⅵ．考　　察

本研究は，Ａ病院の子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因を明らかにすることであった。研究対象者の背景と看護師のキャリア継続の要因について分析する。

１．研究対象者の背景について

研究対象者の平均年齢は36.5歳であり，共働き世代が増加しM字カーブの底が浅くなる年代と一致している。また，看護師経験年数は９～24年であり，看護師としてキャリア中期に位置づけられる。この時期は，看護の専門性の深化やマネジメント・教育的な役割が求められ，仕事へのやりがいを感じる一方で，業務の過密化や家庭生活との両立という課題がある。本研究対象者は，ジェネラリストで看護の専門性に誇りを持ち，専門性を追求し学び続けながら看護実践に活かしていた。自分の目指す看護を明確に持ち，仕事の達成感を重要視している。看護実践では教育的な役割を担い，他者からの承認を得ることにより自身の在価値を見出していた。同時に，本人や家族の健康不安から仕事と家庭のバランスの困難さを懸念しており，キャリア継続支援においてキャリア中期の課題を踏まえた支援が求められる。また，家族構成は子供２～３人の核家族のみであり，育児支援制度や実・義理父母からの部分的な育児支援を受けながら就労していると考えられた。

本研究では，A病院の看護師の大半が複数子を養育しており，研究に協力の得られた対象者の子供は複数子となったが，子供の人数が増えることにより，保育や教育の調整が複雑となり，時間的制約や精神的・身体的な負担の増加が考えられる。

先行研究（槙ら，2016；本島ら，2018；西村ら，2014）では，育児支援制度の利用率が低いことが報告され，制度があっても実施するためには人材確保が必要なことから利用の厳しさが示唆されている。しかし，本研究対象者は，看護師経験年数と病院就業年数が一致し比較的長期に勤めていることから，育児支援制度を利用しやすい環境にあったと推察される。

２．看護師のキャリア継続の要因

本研究では，子育て期における看護師のキャリア継続の要因として，『キャリア継続のための環境要因』と『キャリア継続のための動機付け要因』が明らかになった。

１）『キャリア継続のための環境要因』

本研究における【仕事と家庭のバランス】【協力者の存在】【職場の心理的安全な配慮】【社会資源の活用】【仕事との葛藤の調整】といった環境要因は，個人の努力だけでなく家庭，職場，社会の多層的な支援が相互に作用することでキャリア継続が可能になることを示唆している。

【仕事と家庭のバランス】の〈家事・育児を完璧に遂行しようとしない考え〉〈仕事との折り合い〉という要素は，岩下ら（2012）のキャリア継続のコアとなる要因「子供の成長と仕事の折り合い」と類似していた。「子供の成長を一番に優先させたい思いもあるが自分もやりたい仕事をしながら働いていきたい」「子供を第一に考えて，影響が出ない範囲で働くと決めている」からは，自己の価値観に基づきながら優先順位を調整していることが伺え，燃え尽き防止や持続可能な働き方の決定に有益と考える。一方で，時短終了後のフルタイム勤務に顕在化する「時間的な余裕」の不足は，バランス維持の難しさを示しキャリア継続の障壁となる。

【協力者の存在】は，夫や実・義理父母，ママ友といった家族内外の支援ネットワークの充実がキャリア継続に不可欠であることを示している。特に家族支援の重要性は，先行研究（近末，2015；岩下ら，2012；小坂ら，2007；中川ら，2012；西川ら，2019）と一致していた。また，「夜勤の時は夫が一人で子供を見てくれる。一人でできるように育休中から練習してもらっていた」といったポジティブな語りから，夫の協力を得るための努力が伺える。A病院では，妊娠期から看護部で産前面接を行い育休復帰までの過ごし方を説明しており，早期の管理者介入は育休中の家族支援準備を促す効果が期待される。一方で，「夫は協力してくれないわけじゃないが，仕事上ほぼ協力できない」「夫の協力が得られないので，他の家庭が羨ましいと思うことがある」などのネガティブな語りもみられ，夫の支援の有無が母親の精神的安定に影響することが示唆された。

本研究で特筆すべきは〈ママ友からのサポート〉である。これは，家族以外の協力者を構築し，社会的な繋がりが育児を支えていることを意味している。「職場が忙しくて保育園の迎えに間に合わないとき迎えに行ってもらった」「両親が高齢で車の運転ができないのでお迎えは頼めない」などの語りから，育児上の突発的な出来事に対する反応は心身の負担となり（佐々木ら，2000），同世代のママ友の存在が心理的な安心感にも繋がっていることを示している。これらより，【協力者の存在】はキャリア継続に不可欠であるが，定年後も就労継続する時代を迎え，ますます家族間での支援が得られにくい状況にある。個々の努力だけでなく家族に頼らなくてもキャリアが継続できるよう，組織としての支援のあり方が必要といえる。

【職場の心理的安全な配慮】は，「二つ返事でいいよと言ってくれて本当にありがたい」「ママさんナースからお互いさまやから気にしないで」といった上司や同僚による突発的な休みへの理解が，育児中の看護師の精神的支えとなり，職務継続意欲を高めていることを示している。これは，先行研究（近末，2015；岩下ら，2012；小坂ら，2007; 本島ら，2017；中川ら，2012；中村，2021；西川ら，2019：高見ら，2015）と同様であった。また，独身者からも優先的に退社できるよう，何かしましょうかといってもらえる職場風土は，育児中の看護師の働き方が職場全体で受け入れられ，定着化していることを示唆している。一方で，<超過勤務>では，先行研究（丸山 2012；本島ら 2017）と同様に，対人サービスである看護職は，患者の重症度や緊急入院といった業務の特性上，定時で切り上げることが困難な場合があり未就学児の母親である看護師のバーンアウトに強く関連している。そのため，【仕事と家庭のバランス】にも支障をきたすと考える。また，カテゴリー内においても正と負の対極する要素が混在しており，【職場の心理的安全な配慮】は，“お互いさま”という風土が罪悪感や孤立感を軽減し，安心して働き続けられるための精神的基盤としてキャリア継続を支える重要な要因といえる。今後さらに職場全体での支援体制の継続と組織的な業務の効率化が重要となる。

【仕事との葛藤の調整】では，職場や育児支援者への気兼ね，子供への罪悪感，小学校入学後の生活変化への不安といった多層的な葛藤が明らかになり，それらがキャリア継続の障壁として作用していることが示された。これは，岩下ら（2012）のキャリア継続を妨げる要因である「職場での苦悩の経験」や「母親としての苦悩の経験」に類似していた。

「子供の体調不良で，職場が忙しいのをわかっていて休まないといけないとき，職場の大変さが心配になる」「時短の時，子供がまた熱出して帰るとき“一体，なに働いてるんやろ”と申し訳なく車の中で泣いたことがある」といった語りから，職場の配慮を感じつつも，看護師としての責任感から他者に迷惑をかける申し訳なさの葛藤が窺える。

一方，〈働く母親としての子供への罪悪感〉「子供に自分が働いてる姿を見せたい反面，仕事中心になってしまっている自分がいて，子供にどういう母親に映ってるのか不安がある」

の語りでは，岩下ら（2012）“母親としての苦悩の経験”の子供が病気の時でも仕事を優先することの自己嫌悪に陥る内容と合致していた。また，子供との分離による罪悪感や，子供への心理的な影響が母親としての心理的負担を増加させる要因となっている。「仕事行くときに“一緒に遊びたい。行かないで”といわれて泣かれるとつらい」「子供の不安定さを自分が仕事をしているせいと結びつけてしまう」といった，子供の情緒的な反応に対して，負い目やつらさを感じている様子が窺えた。さらに学童期においても，学童保育など社会資源が整っていても，自分の勤務都合で子どもが仲の良い友達と遊べないことに強い申し訳なさを抱えている。これらは，多くのストレスを抱えながら仕事と子育て（家庭生活）を両立させている看護職者は，常に子供に対してすまない気持ちを持ちながら仕事をしている（矢田ら，2002）と一致し，子育てと仕事の両立を図る上での大きな心理的障壁となっている。

特に，〈小学校入学後の生活変化への適応不安〉では，小学校入学を機に育児短時間制度が終了し，日常生活の時間的負担が増大する。働く母親には子供のサインを見逃してしまう不安や学童保育の送迎に伴う不安が重なり，「小１の壁」と呼ばれる新たな葛藤が生じる。そして，仕事との葛藤が調整できない場合は，「自分のキャリアより働き方が合う職場で働こうと思っている」や，夫や夫の親からの就労反対が就労継続・退職に影響していることが示されている（小坂ら，2007）ように，「家族からＡ病院で働くのは小学校入学までといわれている」といった転職を検討する場合も示唆された。

これらより，仕事と育児の葛藤を調整することはキャリア継続に不可欠である。研究対象者は，小学校入学時に育児短時間勤務の延長や定時退社など多様な勤務形態を活用し，協力者に頼らず時間的余裕を確保したいと望んでいた。家庭環境が整わなくても継続できるような職場環境や社会環境の整備の必要性（三神ら，2006）や自分のライフスタイルに合わせて勤務時間を調整できる多様な勤務形態の導入が仕事と生活の調和実現（村上，2014） が示すように，新たな働き方を検討することはキャリア継続に繋がると期待できる。

一方で，高見ら（2015）は，子育て看護師の WLB 実現のためには，子育て支援を利用していない他の看護師の業務のしわ寄せを考慮し，双方にとって納得のいく就労環境を整える必要を指摘している。女性が９割を占めている看護職の職場において，双方の負担が緩和できる組織的な支援も必要である。

施設の制度を変化させるには，国の政策がないと実現は難しい。また，育児支援制度があっても利用状況が低い施設もある（槙ら，2016）ことから，施設側の育児支援体制への取り組みを評価する制度の導入が望まれる。

２）『キャリア継続のための動機付け要因』

【仕事の達成感・他者からの承認】と【看護の専門性への魅力】【働く母親への子供からの敬愛】においては，キャリアを継続する理由や目的を看護師自身が見出すことを助け，仕事への意欲を高めキャリア継続を前向きに後押ししている。岩下ら（2012）が示す“育児を通しての成長の気づきや育児をしている看護師の存在価値の気づき”と類似しており，看護という仕事を生涯継続しようという意志，患者の回復に貢献したいといった自身の仕事への達成感や，患者への貢献，職場での自分の存在価値を認めてもらえているという承認が，働くモチベーションを高める要因となっている。

研究対象者は，【看護の専門性への魅力】の中で，チーム医療にやりがいを感じ看護の専門性に魅力や面白さを感じていた。「今までも熱性けいれんの対応にはわかっているつもりで説明していたが，実際我が子で経験してみて初めてけいれんの時間の長さや不安に思う母親の心情を体感した。親の視点や親の気持ちを共感できて看護に活かせている」という語りから，育児経験を通して得た新たな視点が看護に活かされ，自らが実践モデルとなることで専門職としてのやりがいや共感力の深化といった自己成長に繋がっていた。これは，育児経験のある看護師は，自らの育児経験を通して，医療従事者であると同時に母親の立場での視点や考えを理解し対応の術を獲得する（山本ら，2019）と一致しており，看護師として人の役に立ちたいという思いや，看護の専門性を追求したいという向上心に繋がり，キャリアを継続する動機になると考える。

また，本研究で特筆すべきは，キャリア継続の動機付け【働く母親への子供からの敬愛】である。これは，社会で働く自身の姿を子供に示すことを通して，役割モデルとしての母親であることを意識している。「怒るのにと思うけど，お母さん大好きって思ってくれている」「看護師の仕事について子供もすごいねといって尊敬してくれている」「娘から大きくなったら，自分も看護師として働くといってくれてすごく嬉しかった」「自分の生きがいである仕事をやっているのがかっこいいお母さんだと思う」「夜勤明けの母を気遣い，自ら朝ご飯を作ろうとする小学生の娘に精神的にも身体的にも助けてもらっている」といった語りから，子供からの肯定的な言葉や態度は，愛され尊敬されている実感を得，自己肯定感を高め看護師としてだけでなく社会で働く母親としての役割に意義を見出すきっかけとなっている。また，この要因は，キャリア継続のための環境要因の【仕事との葛藤の調整】〈働く母親としての子供への罪悪感〉とも相互に影響し合っており，働くことへの罪悪感を軽減しキャリアを継続するための精神的な支えとなっている。

また，【育児と働き方への他者からの支援】においては，悩みを共有する相談相手の存在がストレス緩和に繋がる重要な要素であるものの，職場での子育てについての交流や，育児や働き方の情報交換の場が不足しているという課題を見出している。限られた情報でのキャリア選択は，離職に傾きがちになると考える。宮本ら（2000）は，子育て中の母親は専門的な知識よりも日常の些細なことを話し合える場を求めており，本研究の結果もこれを裏付けている。また，岡崎ら（2022）

は，小学生を持つ就労女性が時間的余裕のなさや疲労による健康管理の問題を抱えていることを指摘しており，就学児を持つ看護師への支援の必要性を報告している。本研究の【育児と働き方への他者からの支援】の課題解決には，子育て中の看護師間での情報共有の場づくりや，ピアサポート体制，メンターの存在など，就学後も安心して働ける新たな支援体制の構築が必要と考える。子育て期の看護師間の繋がりは，安心感と他者の経験を通じて働き方や育児方法を見出し，キャリア継続を促すと考えられる。

また，看護師の生涯発達という視点で見ると，子育て期は個人の生き方を意味づけキャリアを形成する重要な時期である。組織のキャリア支援としては，長期的な視点に立った精神的支援体制の構築が求められる。看護師の生涯にわたる成長を支える視点を持つことが，結果として組織の成長にも繋がると考えられる。

3）子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因からの示唆（図１）

本研究から抽出された『キャリア継続のための環境要因』と『キャリア継続のための動機付け要因』は，ハーズバーグが提唱した二要因理論（Herzberg,1968, pp.87 - 91）と類似性を示していた。本研究の『キャリア継続のための環境要因』は，看護師にとってなくてはならない要因であり，未充足な状態ではキャリア継続が困難な状態になり離職などの負の行動を誘発する可能性が示唆された。

一方，研究対象者はキャリアアップの意欲はあるものの，キャリア継続の最大の障壁は小１の壁であり，小学１．２年を乗り越えればフルタイム勤務が可能と考えている。キャリア継続の決め手は環境要因に左右されることから，『キャリア継続のための動機付け要因』は，働く意欲を創出し，キャリア継続の前向きな後押しを促進する要因と考えられる。これらの二つの要因は相互に作用し，相乗効果によって看護師のキャリア継続を形成していると考えられる。

さらに，キャリア継続に関する各カテゴリー内には正の要素と負の要素が混在しており，研究対象者の子供の成長段階，生活環境，就労状況などによって，これらの要因が変動する可能性が示唆された。これは，キャリア継続の要因が一律ではなく，個々の状況によってその重要性や影響度が変化することを示している。

Ⅶ. 結　　論

Ａ病院の子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因として『キャリア継続のための環境要因』と『キャリア継続のための動機付け要因』が抽出された。【仕事と家庭のバランス】【協力者の存在】【職場の心理的安全な配慮】【社会資源の活用】【仕事との葛藤の調整】の環境要因は，個人の努力だけでなく家庭，職場，社会の多層的な支援が相互に作用することでキャリア継続が可能になる。

一方，【仕事の達成感・他者からの承認】【看護の専門性への魅力】【働く母親への子供からの敬愛】の動機付け要因は，キャリアを継続する理由や目的を看護師自身が見出すことを助け，仕事への意欲を高めキャリア継続を前向きに後押ししていた。また，【育児と働き方への他者からの支援】では，働く母親間の交流や支援を望みキャリア継続を維持しようとしていた。

これらの要因は，一律ではなく，個々の状況によってその重要性や影響度が変化することを考慮し，要因を踏まえた職場づくりが今後の看護職のキャリア継続向上と看護の質向上，ひいては組織の成長に寄与すると考えられる。

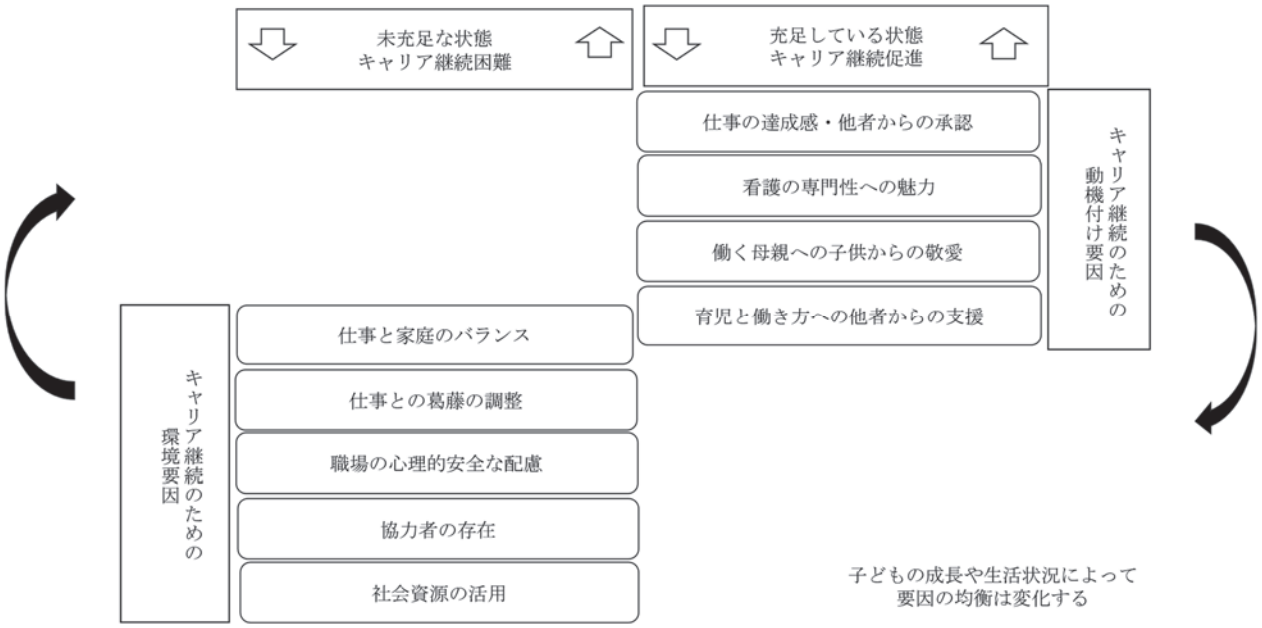


図１　子育て期における看護師のキャリア継続に関する要因からの示唆

また，本研究は，限られた集団，施設を対象とした研究であり，本研究から得られた結果を一般化するには限界がある。今後，多様な集団を視野に入れた研究を更に進めていきたいと考える。

本研究は，第 55 回日本看護学会学術集会にて発表したものに加筆修正したものである。なお，本研究に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

（謝辞：本研究をまとめるにあたり，多くの示唆をいただきました産業能率大学の諸先生，および快く調査にご協力くださいました看護師の皆様に心より感謝申し上げます。）

Ⅷ. 引 用 文 献

近末清美．(2015)．子育てをしながら病院に勤務する看護職のワーク・ライフ・バランスと職業キャリア成熟との関連性．*日本看護管理学会誌，19*（2），67-75.

Herzberg，F.（1968）．*仕事と人間性―動機づけ―衛生理論の新展開．* 北野利信（訳）．東洋経済新報社．（1966）

岩下真由美，高田昌代．(2012)．子育てのライフステージにある看護師のキャリア継続に関連する要因．*日本看護管理学会誌，16*（1），45-56.

小坂千秋，柏木恵子．(2007)．育児期女性の就労継続・退職を規定する要因．*発達心理学研究，18*（1），45-54.

槙正和，土肥眞奈，叶谷由佳．(2016)．出産・子育て期にある看護職員に病院から提供されている支援の現状と就業継続への影響．*日本看護管理学会誌，20*（1），49-60.

丸山昭子．(2012)．未就学児の母親である看護師のバーンアウトの関連要因．*日本看護科学会誌，32*（2），44-53.

三神由起子，高田谷久美子，高頭泰子，宮本佳代子，四條美由紀．(2006)．看護師にみられる育児における不安やストレスの特徴．*山梨大学看護学会誌，5*（1），17-23.

宮本政子，舟越和代，中添和代，時岡恵美，森美代子，渋谷幸彦．(2000) 乳幼児を持つ母親の育児不安の現状とその要因．*香川県立医療短期大学紀要，2*，115-121.

本島茉那美，冨樫千秋，土井徹，境俊子．(2017)．既婚女性看護師のワーク・ライフ・バランスの満足感とその関連要因．*日本健康医学会雑誌，26*（1），7-16.

本島茉那美，林美奈子．(2018)．既婚女性看護師の仕事と家庭の両立支援策の利用状況と希望する支援．*目白大学健康科学研究，11*，61-68.

村上眞須美．(2014)．看護職の仕事と生活の調和に関する研究―「看護職の仕事と生活の調和 実現度尺度」の開発―．*日本看護管理学会誌，18*（1），5-16.

内閣府男女共同参画局．(2023)．男女共同参画白書令和５年版．https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r05/gaiyou/pdf/r05_gaiyou.pdf（検索日 2024 年７月 18 日）

中川光子，須栗裕子，大平律子，高山裕子，岩崎佳子．(2012)．子育て中の看護師の職業継続に関する要因調査．*日本看護学会論文集 看護管理，42*，212-215.

中村幸代．(2021)．病児保育施設を有する病院に就業している未就学児をもつ女性看護師の職場定着要因と病児保育施設に対する認識．*日本健康医学会雑誌，30*（1），55-64.

日本看護協会．(2007)．*潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査．*
https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/NCCS/html/pdf/h18/S180/_1.pd（検索日 2023 年８月 19 日）

日本能率協会総合研究所．(2023)．*厚生労働省委託事業 令和２年度 仕事と育児等の両立に関する実態把握のための調査研究事業 仕事と育児等の両立支援に関するアンケート調査報告書〈離職者調査〉．*
https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000763834.pdf（検索日 2023 年９月 18 日）

西橋富美江，土屋八千代．(2010)．育児中看護師の仕事を通してのキャリア・アンカーの獲得．*日本看護学会論文集 看護管理，41*，17-20.

西川知景，片山祐里．(2019)．A 病院育児休業後の助産師のキャリア継続に関する要因．*和歌山母子衛生学会誌，4*，25-36.

西村淳子，太田勝正．(2014)．子どもを養育している看護師の育児支援制度と施設整備に対する認識と利用状況―A 県における調査―．*日本看護研究学会雑誌，37*(5)，73-82.

岡崎草代夏，東海林美幸，武田美奈子．(2022)．子育てをしながら就労する母親が感じる困難とその関連要因の文献検討．*研究紀要 青葉 Seiyo，14*（1），105-116.

佐々木綾子，田邊美智子，木下珠希．(2000)．母親の育児支援に関する基礎的研究（1）：保育園児を持つ母親の育児環境および仕事と育児の両立に関する意識．*福井医科大学研究雑誌，1*（3），427-445.

高見彩那，金子さゆり．(2015)．未就学児を持つ看護師の子育て支援の現状と満足度．*名古屋市立大学看護学部紀要，14*，61-69.

山本久美子，今井多樹子．(2019)．育児経験のある看護師が語る小児看護に対する認識の変化．*日本小児看護学会誌，28*，10-18.

矢田昭子，岸田泰子，石倉武子．(2002)．少子高齢化社会における働く女性の育児支援に関する研究（第２報）看護職者の育児上の問題点とその対処方法．*島根母性衛生学会雑誌，6*，95-98.

◇研究報告◇

大学病院の成人病棟において小児先天性心疾患術後看護を実践する看護師の認識
―精神的負担へのサポート体制の検討―

登内真希[1)*]，北野真知子[1)]，西谷恭子[1)]，村上美千代[1)]，湊　法恵[1)]，毎田佑香[1)]，音美千子[1)]

【目的】成人病棟に勤務する看護師の小児心疾患術後看護への認識を明らかにし，看護技術獲得及び質向上へのサポート体制構築のための知見を得る。

【方法】成人病棟に半年以上勤務する看護師 18 名を対象にグループインタビューを実施した。得られたデータから逐語録を作成，コード化し類似性に沿ってサブカテゴリー・カテゴリーを抽出した。

【結果】小児心疾患術後看護の認識として【成人病棟で看る小児心疾患という特別感】【機会や経験が少ない小児心疾患への困難感】【事前に準備をして相談しながら皆で小児心疾患看護を実践したい】【回復過程を支える小児心疾患看護実践の醍醐味】の４カテゴリーを抽出した。

【結論】先輩後輩が相談しながら協働できる体制の構築や環境作り，業務配分の配慮，学習者の意欲や経験値を考慮した段階的な指導，事例毎に意見交換できるカンファレンスの実施の必要性が示唆された。

【キーワード】小児先天性心疾患，混合病棟，困難感

Ⅰ．はじめに

近年，少子化によって小児専門病棟の閉鎖や小児と成人の混合病棟化が進み，小児科医が常勤する外来診療の縮小化や救急外来での子どもの受診の増加がみられ，小児看護を専門としない看護師が子どもと家族をケアする状況も増えるなど，小児医療が抱える課題は多岐にわたると言われている（江本ら，2015）。このような現状を鑑み，日本小児看護学会は，2022 年３月に「成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策（提言）」(2022) を発出した。そこには，子どもを人格をもった一人の人として尊重し適切な療養環境を提供するために子どもの特性を理解すること，子どもが安心して入院生活を送ることができるよう行動することなどの基本原則を守ることができるよう努めること，また成人との混合病棟にいる子どもと家族の療養環境の向上に向けて，①成人混合病棟の管理・マネジメント，②教育研修，③設備等，④人材活用，以上の４つの視点から具体策を提言されている。

一方で小児看護は，医療処置や看護ケアに成人よりも多くの時間や人手を費やすため看護師の業務負担は大きく，さらに，小児は認知能力，言語能力が発達途上であるため対象理解も容易ではないことから特殊性が高く，小児看護初心者にとって困難性の高い分野である。中でも栗田ら（2020）は，「小児循環器看護は，小児看護と循環器看護が重なった部分であり，生命の中枢である心臓に対して緊張度が高まったり，成長発達する子どもの理解が難しいなどの理由で，成人看護のみの経験しかない看護師はもちろんのこと，循環器看護の経験のある看護師でさえも敬遠しやすい領域である」と述べており，小児先天性心疾患（以下小児心疾患とする）看護はその他の小児疾患看護よりも急変が生命に関わるため，心理的な抵抗感の強い領域といえる。

Ａ大学附属病院の成人心臓血管外科・呼吸器外科病棟（以下成人病棟とする）であるＢ病棟では，2020 年８月から小児心疾患術後患者の受け入れを始めた。小児心疾患の手術症例数は１か月に１～２例程度で，2020 年８月から 2022 年 12 月までに実施された小児心疾患手術 56 例の患者の内訳は，新生児 10 例（17.9%），生後１～12 か月 24 例（42.9%），１～３歳 11 例(19.6%)，４～５歳３例(5.4%)，６～９歳８例(14.3%)であった。周術期は，術前２～３日前から小児病棟に入院し，

受付日：2025 年４月 15 日／受理日：2026 年１月 20 日
1）金沢大学附属病院
＊ E-mail：soshuhi19812115@staff.kanazawa-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

術後は集中治療室（Intensive Care Unit，以下 ICU とする）に３～４日程度入室後，ドレーンや中心静脈カテーテルが不要となり抜去されるまでの平均７日間をＢ病棟で管理し，最終的に小児病棟へ戻り退院するという流れが基本である。

ICU からＢ病棟への転棟時は複数のドレーンが留置され，中心静脈カテーテルから循環作動薬が持続投与されている状態で，利尿剤の静脈投与や細かな水分出納バランスの計算を必要とする。さらに，月齢の低い患者は，経口摂取がまだ開始されておらず胃管から看護師全介助で定時的にミルクを注入するといった，成人看護では経験しない特殊な看護を必要としている。以上のことから，当初Ｂ病棟においては小児心疾患術後患者の看護は熟練した看護師が担当すべきという暗黙の了解が存在し，日本看護協会「看護実践能力習熟段階（クリニカルラダー，以下ラダーとする）」（日本看護協会，2023）に基づくラダーⅣ以上の看護師を中心に担当することが多く，経験の浅い若手看護師の経験機会が限定されている現状があった。

このように，小児心疾患術後患者の看護において，ICU 退室後の数日間という短い期間と，症例数が少なく経験機会が限定的な状況の中で，対象の理解を深め看護技術を獲得し統一されたケアを継続していくことは，看護師にとって身体的にも精神的にも負担が大きいことが推察される。実際にＢ病棟で小児心疾患術後を担当する看護師からは，小児心疾患術後患者を看護することの困難さ，特殊性や不安が度々聞かれていた。また，小児心疾患術後看護を担当する熟練した看護師とそうではない若手看護師との間に小児心疾患術後看護に対する認識の違いが生じていると予測された。

これまで，小児病棟へ異動した看護師の困難感の研究（石川ら，2021）において，配属異動した看護師は，小児特有の看護技術や小児とのコミュニケーション，親への関わりについての困難を経験しており，学習ニーズがあるとされている。また，小児病棟や周術期の小児が入院する成人との混合病棟における小児看護実践についての研究（永田ら，2022）では，疾患を限定しない周術期小児への看護実践に関する特殊性と支援ニーズの実態を明らかにしている。

しかし，成人を中心とした小児との混合病棟の小児心疾患術後看護実践における看護師の認識に焦点をあてた研究や，看護実践におけるサポート体制を検討した文献は見当たらない。

そこで今回，成人病棟で勤務する看護師の小児心疾患術後看護への認識を明らかにすることで，成人病棟における小児心疾患術後の看護技術の獲得及び看護の質の向上に対するサポート体制を構築するための知見を得ることができると考えた。

用語の定義

「認識」：小児心疾患術後看護についての考えや思い，及び全体的なイメージ。小児心疾患術後看護をどのように感じ看護ケアに結びつけようとしているか，また実際にケアを提供する際の意識を指す。

「小児」：０歳から小学校低学年９歳程度までの先天性心疾患をもつ小児とした。このように定義した根拠は，Ｂ病棟に入院する先天性心疾患患者は 92％以上が新生児から９歳までの患者であるためである。

Ⅱ．目　　的

成人病棟で勤務する看護師の小児心疾患術後看護への認識を明らかにし，成人病棟における小児心疾患術後の看護技術の獲得及び看護の質の向上に対するサポート体制を構築するための知見を得ることを目的とする。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

半構造化面接法を用いた質的記述的研究を行った。

２．研究対象者

Ｂ病棟に半年以上勤務する看護師 18 名を対象とした。

小児先天性心疾患を担当しているラダーⅣ以上のスタッフと，担当していないラダーⅠのスタッフとでは経験やキャリアにおいて小児心疾患に対する思いやイメージが異なると予測し，すべての看護師を対象としたが，新人看護師と異動者については，小児心疾患患者看護に関わる機会がほとんどないため除外した。

３．調査期間

2023 年７月にグループインタビューを行った。

４．データ収集方法

研究者３名が独自に作成したインタビューガイドを用いて，研究対象者 18 名をラダーごとの５グループに分けて１回ずつグループインタビューを実施，同意を得て録音した。グループインタビュー法は，「複数の参加メンバーのかかわりにより生まれる情報を，系統的に整理する。なまの声そのままの情報を活かすことができ，量的な調査では得られない深みのある情報と，単独インタビューでは得られない積み上げられた情報，幅広い情報，ダイナミックな情報を得ることが可能となる」（安梅，2019）手法であり，本研究においてもグループダイナミクスによる自然体に近い形での情報の収集が可能と考えた。

グループの分け方は，Ｂ病棟における小児心疾患術後看護経験により，ラダーⅣ（小児の後輩指導もしている群），ラダーⅢ（小児を一人で担当している群），ラダーⅠとⅡと新人（小児とはパートナーシップ・ナーシング・システム Partnership Nursing System，以下 PNS®とする）の補助的な関わりしかしたことのない群）とした。

インタビューでは，①小児という存在そのものへのイメージ，②小児心疾患術後患者へのイメージ，③小児心疾患術後患者を担当してみての思い，④PNS®で小児心疾患術後患者を担当する場合，実際にはどのような方法で検温や点滴・ケアなどに関わっているか，以上４つの質問を行った。

5．分析方法

得られたデータから逐語録を作成，コード化し，類似性に沿ってサブカテゴリー・カテゴリーを抽出した。抽出の過程を通し複数の研究者で協議し，解釈の偏りがないことを確認した。研究の全過程において，小児看護専門の研究者からスーパーバイズを受けた。

また，PNS®は福井大学附属病院の商標登録であり，福井大学附属病院看護部よりPNS®使用の了承を得た。

Ⅳ．倫理的配慮

研究対象者には事前に目的，方法及び倫理的配慮について書面と口頭で説明を行い，研究協力の同意を得た。グループインタビューの手法上，途中退席した場合はそれまでのデータ削除ができないこと，研究への参加に同意した後でもインタビューを開始するまではいつでも同意を撤回できること，個人情報の保護，研究結果の公表について，書面と口頭で説明し同意を得た。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得た（承認番号114205）。

Ⅴ．結　　果

1．対象者の概要

対象者18名の内訳は，経験年数は平均8.72年（標準偏差±6.88年），B病棟経験年数は平均5.0年（標準偏差±3.79年），小児看護経験者3名，育児経験者7名であった。小児看護経験者とは成人患者の多い，混合病棟での経験であった。なお，インタビュー実施時間は平均40分（34～49分）であった。

2．小児心疾患術後看護に対する認識

インタビューの結果，成人病棟における小児心疾患術後看護への認識は，318のコードから14のサブカテゴリー，4つのカテゴリーが抽出された（表1）。以下，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを＜　＞で示し説明する。

1）【成人病棟で看る小児心疾患という特別感】

これは，＜小児心疾患はベテランが担当するものというイメージ＞，＜小児心疾患最優先の特別な空間＞，＜この先長い人生に関わる責任感＞から構成され，B病棟に根付いていた，小児心疾患術後看護は特別であるという認識を表す。小児心疾患術後看護はハードルが高く，経験したことのないような療養環境に緊張していた。そして，小児心疾患には，手術による治療が奏功すれば大きな制限などなくその後の人生を送ることができる特徴があると感じ，小児心疾患術後看護に対して強い責任感を感じていた。

2）【機会や経験が少ない小児心疾患看護への困難感や怖さ】

これは，＜機会や経験が少ないことによる迷いや緊張感＞，＜成人と小児を一緒に担当することによる焦りや負担感＞，＜微量な薬剤調整や母の対応への難しさや不安＞，＜言葉ではない表現からアセスメントすることの難しさ＞，＜異常かどうかの判断への不安や怖さ＞から構成される。症例数が少なく，ICU退室後小児病棟へ転棟するまでの数日間という限定された期間であることや，B病棟に根付いている熟練した看護師が小児患者を担当すべきという暗黙の了解から，若手看護師においては特に小児患者を担当する機会が少なく，小児心疾患術後看護の経験を積むことが難しいために，その看護技術や対象理解，看護の知識を積み重ね，アセスメントへ繋げることの困難感や怖さを表す。混合病棟において成人患者と小児心疾患術後患者を一緒に看護することへの負担感や，泣くか笑うかという言葉ではない表現から状態を判断することの難しさを感じ，また，小児心疾患術後という循環動態が不安定な時期の子どもの状態を判断することへの不安や怖さを感じていた。

3）【事前に準備をして相談しながら皆で小児心疾患看護を実践したい】

これは，＜事前に疾患や対応の仕方を学び心の準備をしておきたい＞，＜後輩が慣れていけるように指導したい＞，＜先輩と一緒に関わることができると安心＞，＜話し合える機会や相談相手が欲しい＞から構成される。小児心疾患術後患者を担当するには，あらかじめ小児看護の学習をし，心の準備をしておきたいという希望や，実際に担当するときには先輩と後輩で一緒に関わっていきたいという思いを表す。先輩は，自身の経験から後輩の心の準備や意欲を大切にして指導していきたい思いや，後輩が小児心疾患という特別な空間への抵抗感をなくし，慣れていけるように指導していきたいという思いを抱き，一方で後輩は，先輩と一緒に関わっていけると安心する思いや，もっと一緒にやりたいといった思いを抱いていることから表されている。また，どれだけ経験を積んでも，相談できる相手が欲しい，もっと話し合いたいという思いを表しており，皆で意見を出し合ったり話し合ったりしながら小児心疾患術後看護実践をしたいという思いを表す。

4）【回復過程を支える小児心疾患看護実践の醍醐味】

これは，＜早い回復のプロセスで見える成長や穏やかさ＞，＜小児心疾患看護実践で感じる醍醐味＞から構成される。術後の回復過程で子どもらしさや成長を感じられる嬉しさや穏やかな空気を感じることや，小児心疾患術後看護を実践することでその魅力を感じ，またそれはキャリアアップへも繋がっていくと捉えていることを表す。

Ⅵ．考　　察

小児心疾患術後看護実践における認識，知識・技術の獲得及び看護の質向上に対するサポート体制について以下に述べる。

1．小児心疾患術後看護実践における認識

今回の研究で【成人病棟で看る小児心疾患という特別感】という認識があることが明らかになった。これは，熟練した看護師の自身の経験から感じる小児心疾患術後看護を特別な存在とするイメージが，経験の浅い看護師に，自分の経験値では小児心疾患術後患者を担当することは時期尚早で難しいのではないかという認識を抱かせていた。そして，その認識

は，小児心疾患術後看護実践をよりハードルの高い，気やすく近づけないものにしていたと推察される。

また，【機会や経験が少ない小児心疾患への困難感や怖さ】という認識も明らかになった。伊藤（2007）によれば，小児医療施設における「１患者あたりの看護業務時間は成人の 6.5 倍」と報告されており，成人患者と比較して小児患者へのケアは多大な時間を要することが明らかになっている。そして，寺川ら（2013）は，小児科病棟へ異動となった経験看護師は，「処置の方法が独特だった，バイタル測定が困ったなど処置・検査時やケア時，内服投与時に患児との関わりに負担を感じていた」「異動前まで自信を持って行えていた処置・観察などの経験でも，小児科病棟に異動になると処置・観察の方法が独特であり，これまでの経験がいかされず，困難を感じ，焦りや戸惑いを覚える状況に陥ることもある」と報告しており，成人看護経験しかない看護師は，成人看護と小児看護の違いに負担を感じていることが明らかになっている。さらに，水野ら（2020）によれば，「（先天性心疾患は）近年も手術治療が中心であることに変わりはなく，循環動態が不安定な時期に鎮痛剤を使用するタイミングの判断や水分制限の援助方法など，いまだ明確な基準はない」とされている。これは，小児心疾患術後看護において，看護師個人にアセスメントや医師への報告のタイミングが委ねられており，自身の判断が患者の生命に関わる責任の大きな状況にあるといえる。

つまり，小児看護に対する＜機会や経験が少ないことによる迷いや緊張感＞や＜成人と小児を一緒に担当することによる焦りや負担感＞といった困難感に加えて，小児心疾患術後という重症度緊急性の高い患者に対する＜小児心疾患における異常かどうかの判断への不安や怖さ＞が重なって，小児心疾患看護へのよりネガティブな認識が生み出されるものと推察された。

２．小児心疾患術後看護実践における知識・技術の獲得に対するサポート体制

倉田（2013）は，「短期入院の子どもと家族に関わる看護師への支援には，経験年数だけでなく，何を支援するべきかを選択し，看護師の個別の経験に合わせた方法を検討する必要性が示唆された」と述べている。また，栗田ら（2020）は，小児循環器看護の経験豊富な看護師を対象にした研究において，「小児循環器看護は，小児循環器と小児看護の両方の知識と技術が必要であり，教育を担う看護師は経験の浅い看護師に対して，循環動態の変動を起こしにくい子どもや循環動態の安定している子ども，発達段階を考慮して段階的に教育していた」「小児循環器看護に対する困難感を少しでも軽減するために，看護師の経験を考慮し，学習者ニーズやレディネスに沿った段階的な教育方法や内容を検討する必要がある」と述べている。今回，本研究では，【事前に準備をして相談しながら皆で小児心疾患看護を実践したい】という認識が明らかになった。経験のある先輩看護師が，＜後輩が慣れていけるように指導したい＞という思いを抱き順序立てて指導しようとしている点は先行研究と類似しているが，加えて，後輩看護師は，＜事前に疾患や対応の仕方を学び心の準備をしておきたい＞＜先輩と一緒に関わることができると安心＞と感じていた。つまり，少ない症例数や経験機会を補い，経験不足からもたらされる不安や怖さを軽減するためには，疾患の学習会や技術チェックなどといった知識を得るための指導や，経験に合わせた段階的な指導を行うことだけではなく，学習者の意欲や経験値を把握した上で，小児心疾患患者を担当するときには心の準備ができるように前もって周知し，少ない機会を逃さずに，学習者の修得状況に応じた丁寧な指導が必要であると考えられる。具体的には，部署間交流を通して小児病棟における小児看護の実践研修を実施することにより経験を積む機会を増やすことや，小児患者との関わりに慣れることを目標に術後状態が安定している患者のバイタルサイン測定の経験から始めたり，ICU 退室患者受け入れのための病室のセッティングから一緒に行うことなどを通して，一つひとつの看護ケアを積み重ね，小児心疾患術後看護実践に自信を持てるようになるまで先輩が見守りながら支援していくことが重要と考えられる。

また，隅田，細田（2016）は，「（中堅期看護師による新人期看護師の看護コンピテンシーの向上に寄与する支援について）中堅期看護師を含めた職場全体に受け入れられていると新人期看護師が感じることのできる風土が必要である」と述べ，さらに「中堅期看護師を含めた職場全体に受け入れられていると新人期看護師が感じることのできる【育てようという職場風土】が必要である」と述べている。今回の研究では，対象を中堅期看護師と新人期看護師に限定しておらず，先行研究における対象とは異なるが，育てようという職場風土の醸成は重要と考えられる。また今回，先輩後輩それぞれが，＜話し合える機会や相談相手が欲しい＞と感じていることも明らかになった。つまり，経験の浅い看護師が自分自身を必要とされていると感じ，小児心疾患術後看護に対する興味・関心を持ってより積極的に学ぶ姿勢を持てるような，育てようとする職場づくりや精神的支援が必要であり，さらに，様々な経験値の看護師それぞれが，分からないことや不安なことを表出しやすい心理的安全性が確保された環境が必要であると考えられる。そのためには，経験の浅い看護師も経験を積むことができるように，PNS®を通してお互いを尊重しながら丁寧に指導する場を作っていけるような体制づくりや，小児心疾患術後患者を担当するときには時間的・精神的余裕を持って業務に取り組み，じっくり指導することができるような業務配分の配慮の必要性，そして，コミュニケーションをとりながら些細なことでも相談し合える環境づくりが必要であると考えられる。

３．小児心疾患術後看護実践における看護の質向上に対するサポート体制

今回の研究では，【回復過程を支える小児心疾患術後看護実践の醍醐味】のように前向きな認識の回答が得られた。渡邊ら（2013）は「出産，子育てといった自己の経験や，子どもとの関わりの中で子どもに対しプラスの感情を持てるのも，

スキルアップへと繋がる一つの要因であり，小児看護の特徴と考える」と述べている。また，内藤ら（2014）は，小児病棟で継続して勤務してきた中堅看護師を対象とした研究において「未来を想起させる子どもの成長を間近で感じられ，そこに携われるということは，大人が対象の看護では味わうことのできない小児病棟看護師の特権であると考えていた」と述べている。つまり，小児心疾患患者との関わりやその回復や成長は日々の煩雑な業務の中で癒しとなり，自身のキャリア形成にも繋がると考えられ，小児心疾患術後看護への認識を変えていく要素になると考えられる。また，小児心疾患術後看護の質向上のためには，経験値に関係なくスタッフ皆が協働しながら小児心疾患術後看護を実践し，それぞれが楽しさややりがいを感じられるようにすることが重要であると考えられる。

さらに，嶋，松森（2025）は，「経験を補うための実践を想定した学習の工夫をより充実させていくことが必要であると考える。例えば，モデル人形を使用したシミュレーションの実施や，経験をスタッフで共有・振り返る場を設けることで，少ない経験からでも，経験できる場面に遭遇した際に実践に繋げることができると考える」と述べている。倉田（2013）は，「短期入院においては，看護実践の経験を繰り返すだけでなく，その経験の質の向上を図るために，意図的に自己の看護実践の振り返りの機会を確保する必要がある」と述べている。すなわち，短期間での看護技術の獲得や看護の質向上においては，実践した看護をその都度振り返ることのできるカンファレンスを実施し，経験した看護実践を事例ごとに共有し積み重ねていくことが必要である。そして，些細なことでも気軽に相談できる場を設定して小児心疾患術後看護を身近に感じられるようにしていくことが重要であり，その積み重ねが病棟全体の看護の質向上へ繋がるものと示唆された。

４．本研究の限界と課題

本研究は１病棟の対象者から得られたデータに基づく分析結果であり，一般化するには限界がある。今後はこうした検討をもとに，困難感や怖さ，不安が軽減されて，より充実し統一された小児心疾患術後看護実践へ繋げていく必要がある。

Ⅶ. 結　　論

１．成人病棟において小児心疾患術後看護を実践する看護師の認識として，【成人病棟で看る小児心疾患という特別感】【機会や経験が少ない小児心疾患への困難感や怖さ】【事前に準備をして相談しながら皆で小児心疾患看護を実践したい】【回復過程を支える小児心疾患看護実践の醍醐味】の４つのカテゴリーが抽出された。

２．今後のサポート体制として，PNS®の実践により熟練した看護師と経験の浅い看護師が協働することのできる体制を構築することや，小児心疾患術術後患者を担当するときには，時間に余裕をもって業務に取り組み，じっくり指導することができるように業務配分を配慮すること，意思疎通を図りながら相談し合える職場づくりが必要である。

３．小児心疾患術後看護実践における技術と質の向上において，学習者の意欲や経験値を考慮した上で，機会を逃さずに段階を踏んだ指導を実施することや，事例ごとに意見交換し合えるようなカンファレンスの実施の必要性が示唆された。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

本論文の内容の一部は，第 55 回日本看護学会学術集会において発表した。

Ⅷ. 引 用 文 献

安梅勅江．（2019）．科学的な根拠を活かすグループインタビュー法．*小児保健研究，78*（6），637-641.

江本リナ，筒井真優美，川名るり．（2015）．小児看護においてケアを提供するうえで課題ととらえた状況とその改善の試み．*小児保健研究，74*（6），930-938.

石川紀子，前田留美，堂前有香，齊藤千晶．（2021）．小児系の病棟に配属異動となった看護師が経験する困難と学習ニーズ，教育・支援体制の実態．*第 51 回日本看護学会論文集　看護管理・看護教育*，235-238.

伊藤龍子．（2007）．小児患者に要する看護時間と適正人員配置に関する研究．*小児保健研究，66*（6），797-802.

倉田節子．（2013）．短期入院の子どもと家族への看護実践に関する看護師の認識―看護師の小児看護経験年数による違いに焦点をあてて―．*ヒューマンケア研究学会誌，5*（1），1-8.

栗田直央子，村山有利子，笹川みちる，長谷川弘子，宗村弥生，小川純子，横山奈緒実，水野芳子，日沼千尋．（2020）．小児循環器看護の臨床現場における教育の現状．*日本小児看護学会誌，29*，74-80.

水野芳子，宗村弥生，小川純子，栗田直央子，笹川みちる，村山有利子，横山奈緒実，長谷川弘子，日沼千尋．（2020）．循環器疾患をもつ入院中の子どもと家族への重要な看護実践の検討―デルファイ法を用いて―．*日本小児看護学会誌，29*，65-73.

永田真弓，飯尾美沙，廣瀬幸美，橋浦里実．（2022）．一般病棟における周術期の小児と家族への看護実践．*日本小児看護学会誌，31*，151-159.

内藤茂幸，吉田澄恵，佐藤紀子．（2014）．小児病棟の中堅看護師が仕事を続けてきた原動力．*日本看護管理学会誌，18*（2），103-113.

日本看護協会．（2023）．看護師のまなびサポートブック．https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/learning/support-learning-guide-all.pdf（最終閲覧日 2025 年 3 月 27 日）

日本小児看護学会．（2022）．成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策（提言）．https://jschn.or.jp/files/2022_seijinkanjyatokongoubyoutou.pdf（最終閲覧日 2025 年 10 月 6 日）

嶋和城，松森直美．（2025）．混合病棟で働く小児看護経験の浅い看護師の小児看護に対する認識と学習状況．*日本小児看護学会誌，34*，96-103

隅田千絵，細田泰子．（2016）．新人期看護師の看護コンピテンシーの向上に寄与する中堅期看護師からの支援．*日本医学看護学教育学会誌，25*（1），32-37.

寺川真紀子，石上千晴，村松志保．（2013）．小児看護の特徴を踏まえた院内異動者教育プログラム開発とその効果．*第 43 回日本看護学会論文集 看護管理*，419-422.

渡邊久美子，堀越裕美，香川ゆかり，熊谷法子，東宏真，高橋恵美子．（2013）．混合病棟の小児看護における看護師のスキルアップの要因．*第 43 回日本看護学会論文集 小児看護*，141-144.

表１　大学病院の成人病棟において小児先天性心疾患術後看護を実践する看護師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
【成人病棟で看る小児心疾患という特別感】	小児心疾患はベテランが担当するものというイメージ	自分が小児を看はじめた時も,ある程度成人は看られるようになってからという感じの時だったので,バイタルさえわかればOKという問題ではない
		小児心疾患を担当するというハードルが高かったので,経験年数はあるが大丈夫なのか,自分は本当にそのレベルに達しているのかという不安がある
		先輩でも不安なのに,知識の浅い自分たちが積極的な姿勢を見せることで先輩はどう感じるかが不安,差し出がましいという思い
		PNS®で情報収集はしていたが,先輩から分業を提案され,自身でもまだ小児心疾患を看護するには早いと感じる
	小児心疾患最優先の特別な空間	小児心疾患は医師以外に相談する先もなく,看護師は手探り状態で,多職種で支援する大人とは180度違う
		成人とは疾患の質や種類が違う
		基本的に小児の予定が最優先で成人のスケジュールはできる人がこなす
		今まで見たことないものがずらっと並んでる姿に緊張を感じ,あの部屋は特別な空間だと感じる
		表情や声色に気を付けて優しい雰囲気でやっていく必要があるイメージ
	この先長い人生に関わる責任感	手術したらよくなる子どもを看ること,この手術で子どもの今後の長い人生を扱うという思いから責任重大だと感じ,気持ち的に辛く重い感じ
		小児心疾患は大人とは手術するコンセプト自体が異なることから考え方を切り替えねばならず,いろいろ考えることで神経と体力を使う
【機会や経験が少ない小児心疾患看護への困難感や怖さ】	機会や経験が少ないことによる迷いや緊張感	看る機会が少ないから,一つするにも間違ったらどうしよう,どうしたらいいだろうと迷い悩むことが多い
		毎回毎回わからないことが出てくる
		指導を受けても記憶が曖昧で,時間が空くと忘れてしまう
		成人は今持ち合わせている知識と技術でなんとかなるが,小児は今までの知識や技術ではうまいこといかないのが成人と小児の違いだと思う
		浅い知識と技術で不安があるため,そばにずっとついている母親から見られていることに緊張する
	成人と小児を一緒に担当することによる焦りや負担感	一つすることにすごく時間がかかり業務全体を考えると時間がとられて焦る
		小児心疾患はケアや作業に時間がかかるので,小児心疾患と成人患者を一緒に担当すると負担を感じる
		点滴のミキシングは時間がかかるし集中するので,作業が中断されないように注意している
		大人だったら自分ひとりでできるケアも小児だと複数の手が必要で大変そう
	微量な薬剤調整や母の対応への難しさや不安	薬剤を微量で調整していて，利尿剤を少し入れたときにその反応尿がこれが異常なのか正常かとか，そういうものの判断が今までの大人の感覚と全然違う
		小数点の計算をして薬を投与するので1㎖の違いがすごい大きな違いになり，すごく緊張する，間違えていないかすごく不安になる
		点滴の一滴でもこぼしたら，なんかちょっとみたいな感じで,付き添いの母の目がある
		そばに母親が付き添うことでケア一つにも配慮が必要で難しい
	言葉ではない表現からアセスメントすることの難しさ	成人患者では会話や表情で情報を得られるが，子どもはその情報の取り方や得られた情報を看護的に解釈する過程が難しい
		何かした結果赤ちゃんの反応がこれじゃ違ったというとき，次どうすると考えるときの難しさ
		毎日見ている子ではないからその子のことも分からなくて癖も分かりかねる，何がしんどいのかわからないという，しゃべれない子に対してのケアの仕方や判断が難しい
		大人は言葉や表情，声のトーンとかで表現するが，子どもは泣くか笑うかなので，表情で何かを感じるとかが難しい
		自分がやることに対して泣いたりするとどうしたらいいのかわからず怖いと思う
		先輩ですら泣きやまなくてどうしていいかわからないと話しているのに，自分が対応できるかという不安
	小児心疾患における異常かどうかの判断への不安や怖さ	成人患者であれば看護経験があることから大体予測はつくが，小児心疾患は子育て経験があっても病気の子となると異常なのかの判断に困る
		チアノーゼや不整脈など大人とは違うところをアセスメントできていない，看護として不十分だなと思うところが怖い
		泣いてチアノーゼが出たり，泣き止まず何が辛くて嫌なのかが汲み取れずに怖い
		大人とは違う急変時の対応に困る，恐怖感
		小児心疾患ならではの基準値の解釈が難しい
【事前に準備をして相談しながら皆で小児心疾患看護を実践したい】	事前に疾患や対応の仕方を学び心の準備をしておきたい	学習会で疾患だけではなく，小児看護の対応の仕方を学ぶ
		アクションラーニングで子どもの関わり方や環境整備，自分の身なりなどを学び,役に立った
		ちゃんと教えてもらってからじゃないと怖い
		疾患を持っている小児となるとさらに消極的になってしまう
		実際担当するときにはアセスメントできるように，事前に疾患をちゃんと勉強しておきたい
		小児を担当するときは事前に知らせてもらい，心の準備や勉強をしたい
	後輩が慣れていけるように指導したい	指導において後輩の心の準備を大切にしながら，自信がつくまでは見守りながら一緒にやってあげたい
		後輩が小児心疾患という特別な空間に抵抗感をなくし慣れていけるように指導していきたいという思い
		指導するには落ち着いた時間の余裕が必要
	先輩と一緒に関わることができると安心	ICU受け入れの準備からもっと一緒にやりたかった
		そもそも子どもとの関わり方がわからないので，最初は先輩と一緒に関わっていけると安心する
		1回一緒に検温に入って雰囲気を見れただけでも，ちょっと怖いイメージが変わった
		先輩から教わったことが一番大きい
		最初はPNS®でも分業し，経験の浅い自分はまだだめなのかという印象だったが，先輩からの一言でやってもいいんだと思えた
		先輩の姿から自分の想像では全く浮かばなかった方法を知ることができる
		術後初回の沐浴の段取りを組む先輩の姿を見て，小児看護の一日の流れをイメージする
	話し合える機会や相談相手が欲しい	いろいろな経験をしたスタッフ同士で補え合える，話し合える機会がほしい
		どれだけ経験を積んでいても相談相手はほしい
		もっと小児心疾患について意見をみんなで出し合えたり話し合えたり，身近なものに感じたい
		自分たちの中で解決できないと思ったとき，わからないときには先輩に聞く
		成人ならもう少し自分で考えてから聞くことも，小児だとすぐに先輩に助けを求める
		成人病棟から異動してきて思いがけず小児を看護することとなり，とにかくわからないことが多くて辛かった
【回復過程を支える小児心疾患看護実践の醍醐味】	早い回復のプロセスで見える成長や穏やかさ	子どもの回復過程は早いので，管が抜けて普段通りに遊んだり笑顔が見えると，元気になってよかったな，嬉しいなと感じる
		回復過程で見える成長への嬉しさ
		回復過程で子供らしさがみえてきて，ふわあっとした感じに癒される
		大変さを感じつつも穏やかなゆっくりとした空気感が好き
		子どもの風呂入って気持ちよさそうな幸せそうな顔を見ているとその場にいることができてよかったと感じる
		術後状態が回復して日常生活の生活リズムに近づき，普通の身体拭きや抱っこができるようになったとき，子どもの反応や笑い返してくれることでかわいさを感じる
		大人に比べて回復が見えやすいところがいい
		元気になって術後回復していく姿はいいなと思う
		先輩が子どもを抱っこしていたり，母親に前向きな話をしているところをみると穏やかでいいなと思う
	小児心疾患看護実践で感じる醍醐味	成人の病棟に子どもがいることもいい面もあるなと感じる
		よくなるための手術であり，母親に安心感が生まれ表情がよくなって，退院後は普通の生活ができると感じるとき，小児心疾患の醍醐味を感じる
		小児心疾患を看られるようになったら,患者さんを看られる幅も広がって自信につながって嬉しい

◇研究報告◇

院内業務から算出した手指消毒薬必要使用量および感染予防メッセージの提示による手指消毒薬使用量の変化

鈴木宏昌[1)]*，森川里美[1)]

【目的】業務量を加味した手指消毒薬必要使用量の提示と到達度の可視化，感染予防の意識向上を目的としたメッセージ伝達の効果を明らかにする。

【方法】手指消毒必要使用量は業務量を加味して勤務帯毎に算出し提示した。感染予防の意識向上には不適切な消毒による自身への損失を伝達した。

【結果】手指消毒薬使用量は研究開始前の４月 111.4±152.1ml と比較し，開始後の８月 360.0±196.6ml，12 月 488.6±203.1ml，３月 484.3±229.2ml は増加した（$p<0.01$）。不適切な消毒による損失の伝達効果を消毒使用量からみると，かなり効果がある 540.0±226.9ml，それ以外 317.1±145.8ml の間に差があった（$p<0.05$）。

【結論】手指消毒薬必要使用量の提示と到達度の可視化，感染予防の意識向上のメッセージにより使用量が増加した。手指消毒実施の教育に活用できることが示唆された。

【キーワード】手指消毒，手指消毒薬必要使用量の提示，手指消毒の５つのタイミング，業務量，感染予防の意識向上

Ⅰ．はじめに

手指消毒は医療関連感染や多剤耐性菌の拡大を予防する目的で重要となる。世界保健機関（World Health Organization，以下 WHO）のガイドライン（2009）では，医療従事者の手指消毒が不十分であること，またこれが医療関連感染やそのアウトブレイクに関連していることが指摘され，手指消毒の重要性が述べられている。患者と接触する機会が多い看護師は，自身が媒介者とならないよう適正に手指消毒を行う必要がある。

手指消毒に関連した報告には，使用量増加を目的としたものが多くみられる。内容としては，手指消毒の必要性を中心とした教育，米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention，以下 CDC）のガイドライン（2003）に基づいた手洗いや手指消毒の手技獲得などの講義及び実践，ポスター貼付，パームスタンプ法（加藤，2015），携帯式手指消毒薬導入と使用量のフィードバック （細川ら，2017），感染管理認定看護師の直接観察などによる手指消毒薬倍量キャンペーン（浜田ら，2016），個人使用量の可視化，病棟ラウンドで手指衛生方法に関する直接指導，院内感染防止の勉強会の実施（村田ら，2020）などがあり，手指衛生遵守率や手指消毒薬使用量の増加，MRSA 分離率減少などの効果が報告されている。これらは WHO（2009）や CDC（2003）のガイドラインを中心とした手指消毒の教育を行っているものが多いが，日々の業務一つ一つに当てはめ，どのタイミングで手指消毒が必要かを取り上げたものは乏しい。また，適正に手指消毒した際に実際の１日の使用量の目安や根拠を示したものも乏しく，手指消毒が必要な状況を想像しづらいなかで使用量増加を目標に取り組む必要があったことが推察された。手指消毒薬使用量に関しては，患者１日当たり 15ml の使用を目標に取り組んでいるもの（細川ら，2017）があった。しかし，実際に患者に関わる際の使用量は患者の重症度やケア量も関係し，さらに看護師は複数の患者を担当することから，それらを含めた自身の勤務帯の必要使用量がどの程度か想像しづらいことが考えられた。そこで，日々適正に手指消毒できているかを把握するためにも，自身の勤務帯で実際に担当する患者の重症度やケア量，患者数などを加味した必要使用量を理解したうえで業務に取り組む必要があると考えた。

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）豊橋市民病院
＊ E-mail：hiro.suzuki10181101@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

適正な手指消毒には，WHO（2009）が推奨する手指消毒の５つのタイミング（以下，手指消毒の５つのタイミング）を遵守すると同時に，使用する時間と量が重要となる。手指消毒時間に関してWHO（2009）は，１回に20～30秒ほど，CDC（2003，p50）では適切量を用い最低15秒以上の擦式を推奨している。しかし実際の手指消毒実施時間の調査では，6.55±2.16（3-12）秒と報告されており（菅原ら，2011），これは不適切な手指消毒のみならず，手指消毒薬の１回量が不十分な影響もあると考えられた。手指消毒使用量に関する報告をみると，2003年度厚生労働科学研究「医療施設における院内感染（病院感染）の防止について」（大久保，2003）では，「擦式アルコール製剤は15秒以内に乾燥しない程度の十分量（約３ml）を使用」が推奨されている。使用量の違いによる消毒効果をみると，１～1.5mlと比較し，３mlの方が菌減少が多かった（東ら，2012，石渡ら，2009）。これら手指消毒薬の１回使用量の効果について報告はあるが，WHO（2009），CDC（2003）のガイドラインには１回の必要使用量は明記されていなかった。先行研究においても，日々の業務状況を踏まえた手指消毒薬必要量を提示し，実際の使用量の変化をみたものは乏しかった。手指消毒の５つのタイミングと適切な手指消毒時間と量，かつそれを日々の業務に当てはめた際に各勤務帯でどの程度の使用が必要となるのかを提示することで，意識して適正な手指消毒に取り組めることが考えられるため，これを検証する必要があると考えた。

手指消毒実施に関する先行研究をみると，直接観察による調査では，患者接触前12.8%，接触後25.6%と差があり（Novoa, et al.，2007），患者接触前後の両方に行った割合は12%（Jenner，et al.，2006）などの報告があった。これに対し，ケアや処置場面の事例を用いた調査では，患者に触れる前後，採血，点滴ミキシング前，処置後にエプロンや手袋を外した後などの複数の場面で，半数以上の者が次の行動に移る前に手指消毒できていると自己評価しており（中村ら，2014），直接観察による手指消毒の遵守率と自己評価との間には差があった。織田ら（2021）は，看護師の感染予防行動の省略には感染リスクの認識，感染予防行動の省略ベネフィットの認識，時間的圧力などが関連していることを報告している。必要性は理解しつつも様々な要因が関係して適正に手指消毒できていない状況が明らかになっているため，手指消毒の必要性の認識を改める必要がある。

看護師は，基礎教育において感染予防の観点で清潔不潔を区別し，自身が感染源または媒介しないための予防行動の基本を知識として有し，予防行動も取得している必要がある。しかし，先行研究をみると介入前の手指消毒の遵守率や使用量は低く，実際には適正に行えていない状況が伺えた。これに対しては，不適切な手指消毒による自身及び周囲への感染リスク拡大の認識を高める必要があると考えた。Ishikawaら（2012）は乳がん検診の受診率向上のための行動変容アプローチとして対象者の心理的特性を考慮したモデルを作成し，対象者の特性に応じた関わりを行っている。その一つに，がん検診の受診意図が小さくがんに対する脅威も小さい患者に，受診をしないことによる損失を示すメッセージを用いた関わりを行っている。本研究に当てはめて考えると，必要性を理解しつつも手指消毒実施率が低い状況は，患者のみならず自身にも感染の脅威が及ぶという損失の認識が低いこと考えられるため，Ishikawaら（2012）の損失を示す関わりが有効になると考えた。ここから，患者を感染させないという目的以外にも，自身及び周囲への感染リスク拡大を認識してもらうことで適正な手指消毒実施につながるのではないかと考えた。

以上を踏まえ，日々の業務に当てはめた適正な手指消毒のタイミングと担当患者の重症度やケア量を加味した手指消毒薬必要使用量の提示，適正に手指消毒できているか把握するために到達度の可視化が必要と考えた。また Ishikawa ら（2012）のモデルを参考に，感染予防の意識向上を目的とした不適切な手指消毒による自身への損失を示すメッセージを伝達し，手指消毒の必要性のみならず，自身への感染リスクの影響も合わせて認識してもらう必要があると考えた。これらの取り組みを検証することで，適正な手指消毒実施に向けた教育につなげられるのではないかと考えた。

Ⅱ．目　　的

日々の業務量を加味した手指消毒薬必要使用量の提示と到達度の可視化，また，感染予防の意識向上を目的としたメッセージ伝達による看護師の手指消毒の実施状況と使用量の変化を明らかにする。これにより，適正な手指消毒実施につなげる教育の示唆を得る。

Ⅲ．方　　法

１．対象

前年度との手指消毒薬使用量を比較するため，対象は2022年４月から 2024 年３月までにＡ病院Ｂ病棟に在籍していた看護師30名。このうち，研究開始時である2023年７月に目的と内容を説明し，自記式質問紙の回答及び研究開始前である 2022 年度も含めた毎月の手指消毒薬使用量の活用に同意が得られた者を対象とした。2022 年度は研究開始前のため，保存されていた手指消毒薬使用量のみを用いた。なお，本研究でＢ病棟を選択した理由は，喀痰吸引や床上での排泄ケアを行う患者が多いこと，また，様々な感染症などで隔離を要する患者がいた病棟であったことからより感染予防で手指消毒の意識を高めることが必要と考え設定した。

２．調査方法

看護師の手指消毒の実施状況は自記式質問紙による自己評価，手指消毒薬使用量は携帯型手指消毒薬使用量の集計にて調査した。研究開始時（2023年７月）に研究の方法と調査内容を説明し，同意を得た。自記式質問紙は，研究開始前（2023年７月）と研究終了時（2024年３月）の計２回行った。手指消毒薬使用量は，本研究の影響を確認するため，研究開始前

の2022年度と研究を開始した2023年度の２年間分を用いた。携帯型手指消毒薬の使用量は，看護師個人が消費し，交換した際に手指消毒薬使用表の自身の氏名欄に追記していった量を収集した。自記式質問紙は無記名式としたが，研究による影響を前後比較で確認するため番号を記載し，連結可能匿名データとして管理した。

３．調査内容と研究内容の対象者への伝達方法

１）自記式質問紙による手指消毒の５つのタイミングに関する実施状況の確認

手指消毒の実施状況を WHO が推奨する手指消毒の５つのタイミングについて自記式質問紙で問うた。内容は，１：患者と関わる前に手指消毒をしている，２：患者と関わった後に手指消毒をしている，３：患者周辺の環境や物品に触れた後に手指消毒をしている，４：清潔操作の前に手指消毒をしている，５：体液に曝露された可能性がある場合に手指消毒をしている，の５項目について，１．全くしていない～４．いつもしている，の４段階で回答を得た。この他に，2003 年厚生労働省及びＡ病院が推奨している，６：１回の手指消毒の必要量を記載してもらい，その正誤も確認した。研究終了時も対象者の手指消毒の実施状況を確認するため研究開始前と同じ内容で問い，これに加え，本研究による手指消毒薬使用への影響について，７：毎日，毎月の手指消毒薬必要使用量の目安の提示，８：毎月の手指消毒薬使用量のグラフの掲示，９：不適切な手指消毒による自身への感染リスク増加の伝達の３項目を，１．全くない～４．かなりある，の４段階で問うた。

２）業務状況を加味した手指消毒薬必要使用量の提示

Ｂ病棟の業務状況の確認のため，電子カルテに表示される各患者のバイタルサイン測定，点滴交換，清拭や処置，おむつ交換や体位変換，配薬などの患者と関わる業務項目を抽出した。これら業務項目をある月の平均在院患者数が一番多い曜日ひと月分を各勤務帯，患者毎に集計した。その後，業務分担ブロックごとに患者を振り分け，それぞれの必要業務量を確認した。なお，ここで示すブロックとは，Ｂ病棟で患者の重症度やケア量などを参考に分類した単位であり，日勤５つ，長日勤と夜勤はそれぞれ４つに分類したものである。１回の手指消毒薬必要使用量は，2003 年厚生労働省及びＡ病院が推奨している３ml とし，それぞれを WHO が推奨する５つのタイミングに当てはめて必要量を計算した。ナースコールに対応する回数は状況により異なるため，各勤務で１人２回とした。業務項目について，配薬など複数の患者に連続して行う際の使用量は，現患者配薬後と次の患者配薬前の消毒は兼ねるものとした。ブロックごとの平均担当患者数を参考に算出した手指消毒薬必要使用量を表１に示す。各ブロックの手指消毒薬平均必要使用量は，看護師１人当たり日勤 59.8±8.8ml，長日勤 89.7±13.3ml，夜勤 111.9±20.5ml であった。これを伝達する際，到達度を想像しやすいようＡ病院で採用している携帯型手指消毒薬（60ml/本）の本数に換算し提示した。必要使用量に関して，浜田ら（2016）は手指消毒の目標値を上げると職員があきらめてしまう懸念を述べている。本研究も研究開始前の使用量と提示した必要量に差があり，対象者が達成困難な目標として意識できないことが考えられた。そのため，必要使用量を提示しつつ達成可能で段階的に引き上げることを考慮した目標として，まずは看護師１人当たり毎月 10 本（600ml）以上使用とした。これらを記載した用紙を研究開始前（2023 年４月）に配布して言語にて伝達し，意識化を図れるよう研究開始１か月後（８月），そこから研究終了までの中間地点である研究開始５か月後（12 月）にも再度伝達した。

３）毎月の手指消毒薬使用量のグラフの掲示

手指消毒薬使用量に関して，必要使用量への到達度が可視化できるよう，月末に１か月間の個人使用量を集計し，必要量のラインを記した個人使用量のグラフを毎月初めにＢ病棟に掲示した。これに加え，手指消毒の１回量を把握する目的として，研究開始時に３ml 計量後 20～30 秒ほどかけて擦式する体験を実施した。

４）適切な手指消毒と感染予防の意識向上を目的としたメッセージの伝達

先行研究の手指消毒薬使用量や遵守率から適正に手指消毒できていない状況が把握され，自身及び関わる人全ての感染を予防するという意識の向上が必要と考えられた。そのため，Ishikawa ら（2012）の文献を参考に，適正に手指消毒を行わないと無意識に顔や髪などに触れることで，自身及び関わる人全てに感染リスクを負わせる可能性があるという損失を示すメッセージを伝達し，自身への感染予防を強調した。この

表１　提示した各ブロック，各勤務１日の手指消毒薬必要使用量

(ml)

各ブロックの特徴	日勤		長日勤	夜勤
A(不穏、重症度が高い患者を中心に 担当)	59.3±5.8	A(不穏、重症度が高い患者を中心に担当)	92.3±6.6	113.8±18.5
B(不穏、ケア量が多い患者を中心に担当)	49.4±7.4	B(不穏、ケア量が多い患者を中心に担当)	89.6±5.6	126.4±32.0
C(不穏、ケア量のある患者を中心に担当)	43.0±8.3	—	—	—
D(回復期、ケア量のある患者を中心に担当)	48.5±4.2	C(回復期、ケア量のある患者を中心に担当)	101.1±26.8	102.9±22.3
E(安定期、短期入院患者を中心に担当)	51.7±7.6	D(安定期、短期入院患者を中心に担当)	107.5±18.5	113.5±22.0

※日勤の各ブロックの割当担当患者数はA:10人、B:8人、C:8人、D:12人、E:14人

※長日勤、夜勤の各ブロックの割当担当患者数はA:10人、B:10人、C:14人、D:18人

際，患者と直接関わる前後以外にも，患者周囲の物品に触れた後の手指消毒実施率が低かったという報告（加藤，2015）から，患者に布団をかける，物を拾う，テーブルの位置を調整するなど具体的な場面を挙げ，それぞれで手指消毒の必要性を説明した。これらの内容は記載した用紙を配布し，手指消毒薬必要量の提示の際に合わせて直接言語で伝達した。

４．分析方法

手指消毒の５つのタイミングの実施状況，手指消毒薬使用量を主要データとして，これらが本研究活動によりどのように変化したのかを確認する目的で以下の分析を行った。研究開始前後の自記式質問紙による手指消毒の５つのタイミングの実施状況の変化には Wilcoxon の符号付順位和検定を行った。研究開始前後の１回の手指消毒の必要量の正誤の割合の比較は χ^2 検定，2022 年度と 2023 年度のそれぞれの月毎の手指消毒薬使用量の変化には Kruskal-Wallis 検定を行い，月別の使用量の差をみるために Steel-Dwass 検定で多重比較を行った。2022 年度と 2023 年度の間の月別の手指消毒薬使用量の比較は，Wilcoxon の順位和検定を行った。自記式質問紙で本研究活動による手指消毒薬使用量への影響を問うた項目では，それぞれかなりあると回答した者が多かった。そのため，それ以外に回答した者との手指消毒薬使用量の差異を確認するため，各項目で「１．全くない～３．少しはある」群と「４．かなりある」群の２群に分けて Wilcoxon の順位和検定を行った。分析には JMP11.0 を用いた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は豊橋市民病院臨床研究審査会において「研究の種別:倫理指針対象外（人を対象とする医学系研究以外の研究）」として承認を得た（承認番号 802）。対象者には研究の目的と方法を説明し，協力を依頼した。協力は自由意思であり，拒否しても今後のスタッフ間の関わりに不利益は生じないことを説明した。自記式質問紙は無記名での回答としたが，番号を記載し前後での状況が比較できるよう連結可能匿名化とした。同意確認の際，対象者の名前と番号の照合は自記式質問紙配布時と最終的に手指消毒薬使用量を合わせるときのみとし，それ以外では行わないこと，回答内容や同意の有無で個人的に何かを追求することはないため，協力が得られる際はありのままを回答してほしいことを伝えた。回収した自記式質問紙と手指消毒薬使用表は鍵のかかるロッカーで管理した。

Ⅴ．結　　果

１．対象者の背景

対象者は，2023 年度に B 病棟に在籍していた 30 名で，28 名から研究開始前後の自記式質問紙の回答及び毎月の手指消毒薬使用量の活用の同意が得られた。研究開始前である 2022 年度の手指消毒薬使用量は，2023 年度も継続して B 病棟に在籍していた看護師 24 名分を用いた。

２．自記式質問紙による手指消毒の５つのタイミングに関する実施状況の変化

自記式質問紙による手指消毒の５つのタイミングに関する実施状況と１回の手指消毒の必要量の正解率の変化を表２に示す。研究開始前と終了時の値を比較すると，１：患者と関わる前，２：患者と関わった後，３：患者周辺の環境や物品に触れた後の手指消毒の実施状況（$p<0.05$），６：１回の手指消毒の必要量の正解率（$p<0.01$）の４項目は，研究終了時に値が上昇した。

３．手指消毒薬使用量の変化と年度別の使用量の比較

2023 年度の月毎の手指消毒薬使用量は，研究開始前である４月と開始後である８月，12 月，2024 年３月を取り上げた。2022 年度も同月を取り上げ，その推移を表３に示す。2023 年度は，研究開始前である４月と比較すると研究開始後である８月，12 月，2024 年３月のそれぞれの手指消毒薬使用量は上昇した（$p<0.01$）。2022 年度は月毎の手指消毒薬使用量に差はなかった。2022 年度と 2023 年度の月別の手指消毒薬使用量を比較すると 2023 年４月に差はなかったが，研究開始後である 2023 年８月，12 月，2024 年３月の手指消毒薬使用量はそれぞれ 2022 年度より多かった（$p<0.01$）。

研究終了時に行った自記式質問紙の回答別の手指消毒薬使用量を表４に示す。このうち９：不適切な手指消毒による感染リスク増加の伝達では，かなり効果があると回答した人は，そうでない人と比較して手指消毒薬使用量が多かった（$p<0.05$）。

表２　手指消毒の５つのタイミングの実施状況の変化と手指消毒薬使用への影響

n=28

自記式質問紙の項目	研究開始前	研究終了時	
1 患者と関わる前に手指消毒をしている	3.3±0.5	3.6±0.5	*
2 患者と関わった後に手指消毒をしている	3.4±0.5	3.7±0.5	*
3 患者周辺の環境や物品に触れた後に手指消毒をしている	3.0±0.8	3.4±0.8	*
4 清潔操作の前に手指消毒をしている	3.7±0.4	3.8±0.4	
5 体液に曝露された可能性のある場合に手指消毒をしている	3.8±0.3	3.9±0.3	
6 1回の手指消毒の必要量の正解率※	16.3%	46.4%	**
7 毎日、毎月の手指消毒薬使用量の目安の提示の効果	―	3.8±0.4	
8 毎月の手指消毒薬使用量のグラフの掲示の効果	―	3.8±0.4	
9 不適切な手指消毒による感染リスク増加の伝達の効果	―	3.7±0.5	

Wilcoxonの符号付順位検定　※χ^2検定　*:$p<0.05$　**:$p<0.01$

表３　年度別の携帯型手指消毒薬使用量の推移

(ml)

	4月	8月	12月	3月	
2022年度(*n*=24)	97.1±81.7(0～240)	90.0±90.0(0～300)	82.5±96.1(0～360)	110.0±95.9(0～300)	n.s
2023年度(*n*=28)	111.4±152.1(0～720)	360.0±196.6(60～720)	488.6±203.1(180～1080)	484.3±229.2(120～1140)	**

Kruskal-Wallisの検定後、Steel-Dwass検定にて多重比較　**:$p<0.01$

表４　本研究活動による影響の回答からみた手指消毒使用量の比較

n=28

自記式質問紙の項目		手指消毒量(ml)	
7 毎日、毎月の手指消毒薬使用量の目安の提示の効果	全くない～少しはある(*n*=5)	336.0±178.0	n.s
	かなりある(*n*=23)	516.5±229.4	
8 毎月の手指消毒薬使用量のグラフの掲示の効果	全くない～少しはある(*n*=5)	336.0±178.0	n.s
	かなりある(*n*=23)	516.5±229.4	
9 不適切な手指消毒による感染リスク増加の伝達の効果	全くない～少しはある(*n*=7)	317.1±145.8	*
	かなりある(*n*=21)	540.0±226.9	

Wilcoxonの順位和検定　*:$p<0.05$

Ⅵ. 考　　察

１．手指消毒の５つのタイミングの実施が向上した要因

本研究では，自記式質問紙の手指消毒の１：患者と関わる前，２：関わった後，３：患者周辺の環境や物品に触れた後の手指消毒の実施状況，６：１回の手指消毒の必要量の正解率に関する４項目は，研究終了時に値が上昇した。

本研究はWHOが推奨する５つのタイミングで手指消毒実施を向上させる目的でＢ病棟の実際の業務を取り上げ，手指消毒のタイミングとそれらを総計した日々の必要使用量，手指消毒しないことによる自身及び周囲への感染リスクの増加を伝達した。本研究と同様にケア場面を取り上げていた報告（佐々木，2023）では，５つのタイミングそれぞれの知識は上昇しておらず，その要因については記されていなかった。他にも看護場面を取り上げ手指消毒の５つのタイミングの教育や啓発活動を行ったものもあったが，値は上昇していなかった（Haradaら，2018)。本研究で手指消毒の実施状況が向上した要因は，ケア以外の業務も取り上げたことから日々の業務で手指消毒が必要な場面が想像でき，適正な手指消毒の実施につながったと考えられた。また，不適切な手指消毒による自身への感染リスク増大を強調したメッセージが意識づけとなり，手指消毒が定着したと考えられた。しかし，先行研究には自己評価は高くても，直接観察による実施率は低い報告もあった（渋江ら，2016)。今後は直接観察法も行うことでより正確な手指消毒の実施状況の確認が必要と考えられた。そしてスタッフ間による直接観察も行い，できなかった場面や要因をお互いに声を掛け合うことで，組織全体の手指衛生の意識を高めていくことが必要と考えられた。

２．手指消毒薬必要使用量の提示と目標量を記した毎月の使用量のグラフ掲示による影響

本研究では，研究開始前の 2023 年４月と比較して開始後の手指消毒薬使用量は増加した。本研究は，開始時に日々の必要使用量の根拠を提示した。また，毎月の必要量への到達度がわかるようラインを記した使用量のグラフを掲示し，毎月フィードバックした。手指消毒薬の目標使用量を取り上げた報告では，患者１人当たり 15-20ml/日と設定しているものがあった（浜田ら，2016，村田ら，2020)。しかし，これらは本研究で取り上げた患者の重症度やケア量，１回の手指消毒量が記されておらず，日々の患者の状況に応じた各勤務帯の必要使用量の目安が伝達されていない可能性があった。先行研究では，本研究と同様に毎月の手指消毒薬使用量を掲示しているもの（細川ら，2017）もあった。しかし，複数の取り組みの中で行われており，どの要因が手指消毒に影響したのか記されていないものが多かった。報告の中には，本研究と同様に患者との接触回数から算出した目標値を設定してグラフ化しているもの （佐々木ら，2023）もあったが，具体的な業務量については取り上げられてはいなかった。本研究では先行研究に加え，実際の患者との関わりや業務を踏まえてブロックごとに必要使用量の根拠を示したため，それを意識して使用量が増加したことが考えられた。

手指消毒薬の使用量として，目標量を提示した先行研究(浜田ら，2016，村田ら，2020）では，それぞれ使用量が増加したものの目標量に達しておらず，本研究も同様であった。手指消毒を遵守できない理由の一つに忙しさがあり，最も影響していた要因ともされていた（岡村，2022)。本研究は，対象者の多くが手指消毒を５つのタイミングで実施していると回

答していたが，使用量をみると必要量，目標量共に到達していなかった。これは竹村ら（2018）と同様の結果であり，竹村らは知識を有して業務にあたっても，忙しさなどで手指衛生が習慣化されないため，必ずしも遵守行動に至らないと述べている。適正な手指消毒の習慣化には教育や啓蒙だけでなく，業務調整を行うことで適正に手指消毒できるゆとりを確保することも必要になると考えられた。しかし，業務の状況により調整が困難なことも考えられ，多忙であっても適正に手指消毒を行う取り組みの構築が課題と考えられた。１回の手指消毒には 20～30 秒要し，１日に複数回行う機会がある。多忙の際は手指消毒をただ単体で行うのではなく，その時間を他の業務と組み合わせて活用することも一つと考えられた。例として患者訪室前に関わり方を話し合う時間と合わせて行うなど，意図して活用することも有効ではないかと思われた。

必要使用量に関して，浜田ら（2016）は高い目標設定では職員があきらめてしまうことを懸念し，目標使用量を調整している。本研究は日々の手指消毒薬必要使用量とその根拠を伝達したうえで，段階的に上げていく目標として認識し取り組みやすいと考えられた量を設定した。これにより，設定した日々の使用量を意識しながら手指消毒できたと考えられた。毎月の必要使用量のラインを記した個人使用量のグラフの掲示では，必要量との差を確認することで日々の適正使用について内省でき，適正な手指消毒を意識する機会になったと考えられた。必要使用量を示したグラフは，自身の使用状況と必要使用量のみならず他者の使用状況も参照できるというメリットがあると考える。佐々木ら（2018）は，行動経済の分野で他人の行動を参照点とし，それと同様に行わないと人は大きな損失を感じることが指摘されていることを述べている。必要使用量を記した毎月の手指消毒薬使用量のグラフの掲示は，必要使用量のみならず，他者の使用量も参照できたことで適正な手指消毒薬使用の意識化につながったと考えられた。

３．適切な手指消毒と感染予防の意識向上を目的としたメッセージの伝達による手指消毒薬使用量への影響

本研究で行った感染予防の意識向上を目的としたメッセージによる効果がとてもあったと回答した人は，それ以外と比較して手指消毒薬使用量が多かった。

本研究では，感染予防の意識向上を目的に，適正に手指消毒を行わないことによる損失を示すメッセージを伝達した。本研究では研究開始前の手指消毒薬の使用量は少なく，適正に実施できているとはいえなかった。このような背景に，感染リスクの認識の低さが影響しているといわれている（織田ら，2021）。この他に，全てのタイミングで手指衛生を実施するのは困難であることもいわれている （島中ら，2023）。しかし，汚染された手で無意識に自身に触れてしまう可能性があることから，常に感染リスクを意識しておく必要があると考えた。そこで本研究は，Ishikawa ら（2012）の報告を参考に，適正に手指消毒を行わないと無意識に顔や髪などに触れることにより，そこから自身及び関わる人全てに感染リスクを負わせる可能性があるという損失を示すメッセージを伝達した。Ishikawa ら（2012）の報告では，対象者の特性を踏まえた介入でがん検診の受診率が向上した。本研究では Ishikawa ら（2012）の報告の一部と同様に損失を示すメッセージの伝達により，効果がとてもあったと回答した者の手指消毒の使用量は多く，適正な手指消毒に影響していたと考えられた。乳がんの検診受診行動に関する研究を行った平井ら（2017）は，乳がん罹患のリスク認知を過大に高めることが受診意図の形成に貢献する可能性について述べている。この報告を参考にすると，本研究で手指消毒薬使用量が倍以上に増加した背景には，自身への感染予防を強調したメッセージによりリスク認知が高まったことで意識が向上し，５つのタイミングでの手指消毒が習慣化されたこと，必要使用量の提示で目安ができ，必要量に到達できていないときは適正使用について内省するきっかけができたことが影響したと考えられた。今回手指消毒薬使用量が増加したが，必要量，目標量には到達していなかった。今後は直接観察法でできていない場面を抽出し，介入方法を検討する必要があると考えられた。

適正な手指消毒の意識向上として，同僚との相互作用でエンパワメントされる状況についても報告されている。大迫ら（2020）は手指衛生がエンパワメントされる状況の一つとして，同僚から見られていると思うなど他者からの評価の影響を報告している。ここから，対象者間でチェック機能体制を確立し，組織全体で手指衛生の意識を高めることも重要と考えられた。そして，適正な手指消毒の実施状況が確認されれば，上司からの支援やスタッフ間でできていることを認め合える体制をつくり，モチベーションを維持することも重要になると考えられた。

４．研究の限界と課題

本研究の対象は一病院，一病棟のみであり，結果は一般化できない。また，研究者が所属していた病棟であった背景から研究参加の自由意思が確保しきれなかった可能性があり，自記式質問紙の結果に影響が生じた可能性も否定できない。今後は多施設，多病棟で本研究の内容を実施し，手指消毒使用に関係する病棟の状況の偏りを減少させること，研究者が在籍しない病棟で実施することで研究参加の自由意思，結果の偏りを減少させたうえで本研究で行った影響を検証していくことが必要と考えられた。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，バイタルサイン測定，点滴交換，清拭・処置，おむつ交換・体位変換，配薬，ナースコール対応など，電子カルテ上の実際の業務内容を基に各勤務帯の手指消毒機会を算出し，１回３ml として必要使用量を日勤 59.8±8.8 ml，長日勤 89.7±13.3 ml，夜勤 111.9±20.5 ml と設定した。その上で，現実的な目標量として 600 ml/月を提示し，到達度の可視化および感染リスクの意識向上を目的としたメッセージ伝達な

どの複数の介入を実施した。その結果，看護師の手指消毒実施状況は自記式質問紙において５つのタイミングのうち３項目で有意に向上し，１回の手指消毒の必要量の正解率も16.3％から46.4％へ改善した。さらに，手指消毒薬使用量は介入前の 2023 年４月 111.4±152.1ml と比較して，介入後は８月 360.0±196.6ml，12 月 488.6±203.1ml，３月 484.3±229.2ml へと有意に増加した（$p<0.01$）。これらの包括的な取り組みにより，手指消毒の使用量は増加したが，提示した目標量には至らなかった。なお，本研究は複数の介入を組み合わせて実施しており，各介入の個別効果を明確に区別することはできないが，業務に即した必要使用量の提示を含む多面的アプローチの有用性が示唆された。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

東知宏，荒川満枝，池原弘展，森本美智子，鵜飼和浩．(2012)．擦式アルコール製剤の使用量および指先の擦り込みが除菌効果に与える影響の検討．*日本環境感染学会誌，27*(3)，183-188.

Centers for Disease Control and Prevention．(2002)．*医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン*．(満田年宏監訳)．国際医学出版．(2003)．

浜田幸宏，岡前朋子，加藤由紀子，久留宮愛，高橋知子，末松寛之，川澄紀代，平井潤，山岸由佳，松浦克彦，三鴨廣繁．(2016)．手指消毒薬倍量キャンペーン実施内容とその効果．*日本環境感染学会誌，31*（1），32-35.

Harada C，Tani A，Goto A．(2018)．Education on hand disinfection focusing on five important timings．*Journal of Tokushima National Hospital，9*，30-32.

平井啓，佐々木周作，大竹文雄．(2017)．乳がん検診受診行動と乳がん関連ヘルス・リテラシーの関係性に関する研究．*行動経済学，第 10 巻*大会特別号，20-25.

細川浩輝，菊地志保子，三星知．(2017)．携帯式手指消毒薬導入と使用量フィードバックの併用効果．*日本環境感染学会誌，32*（5），263-267.

Ishikawa Y，Hirai K，Saito H，Fukuyoshi J，Yonekura A，Harada K，Seki A，Shibuya D，Nakamura Y．(2012)．Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among a non-adherent population: a randomized controlled trial．*BMC Public Health，12*，760.

石渡渚，鈴木佳奈子，松本晴菜，矢島慶子，小野麻里子，土田沙織，保戸塚麻里，湯原瑞紀，前澤佳代子，寺島朝子，小林典子，木津純子．(2009)．速乾性擦式手指消毒剤の消毒効果および日常的な使用法に関する検討．*日本環境感染学会誌，24*（5），319-324.

Jenner E.A，Fletcher B.C，Watson P，Jones F.A，Miller L，Scott G.M．(2006)．Discrepancy between self-reported and observed hand hygiene behaviour in healthcare professionals．*Journal of Hospital Infection，63*（4），418-422.

加藤豊範．(2015)．手指衛生遵守率向上のための組織的な取り組みとその評価．*日本環境感染学会誌，30*（4），274-280.

村田明子，川嶋郁，畠山英司，山崎彩華，松本勝城，深沢貴志，松本菜月，神谷あかね，藤田浩之．(2020)．擦式アルコール手指消毒薬の使用率向上による細菌分離率の低下．*日本環境感染学会誌，35*（4），163-167.

中村ゆかり，中江舞美，松本宏美，三浦千秋，向谷怜奈，横山麻美，西舘敏彦，目黒誠，川本雅樹，古畑智久，水口徹，杉目典子，平田公一．(2014)．手指衛生に対する教育的介入の効果と MRSA・緑膿菌感染検出数との関連性の検討．*日本外科感染症学会雑誌，11*（2），103-108.

Novoa A.M，Pi-Sunyer T，Sala M，Molins E，Castells X．(2007)．Evaluation of hand hygiene adherence in a tertiary hospital．*American Journal of Infection Control，35*（10），676-683.

織田美紀，清水佐知子．(2021)．看護師の感染予防行動の省略に関連する心理的要因の検討．*武庫川女子大学看護学ジャーナル，6*，35-45.

岡村智実．(2022)．医療機関に勤務する看護師の手指衛生遵守に影響する要因と課題についての文献レビュー．*北海道医療大学看護福祉学部学会誌，18*（1），99-104.

大久保憲．(2003)．医療施設における院内感染（病院感染）の防止について．*国，自治体を含めた院内河川対策全体の設計に関する緊急特別研究*．平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）分担研究報告書．https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/dl/tp0202-1.pdf 2023 年７月 10 日閲覧.

大迫しのぶ，多留ちえみ，宮脇郁子．(2020)．急性期病棟での臨床看護実践の状況における看護師の手指衛生の認識．*日本看護管理学会誌，24*（1），212-219.

佐々木周作，大竹文雄．(2018)．医療現場の行動経済学：意思決定のバイアスとナッジ．*行動経済学，11*，110-120.

佐々木貴子，野中志津枝，標葉紗月．(2023)．A 病棟看護師の個人携帯速乾性手指消毒剤使用に関する実態調査と勉強会後の効果．*市立千歳市民病院医誌，19*（1），28-31.

渋江暁春，堤千代，松尾ミヨ子．(2016)．直接観察法を用いた特別養護老人ホームのオムツ交換の場における手指衛生の実態（第１報）．*日本環境感染学会誌，31*（2），119-124.

島中延枝，川上和美，坂本健一，岡本耕，鈴木由美，斎藤浩輝．(2023)．本邦における WHO 手指衛生多角的戦略の実践への取り組み．*日本環境感染学会誌，38*（5），220-228.

菅原えりさ，小林寛伊，梶浦工．(2011)．臨床現場の手指衛生行動に基づく，少量，短時間のアルコールラビングの効果．*医療関連感染，14*（2），13-15.

竹村智子，枯木幸子，光永知和子，飯嶋幸子，大音清香，井上賢治．(2018)．病棟看護師における手指衛生の実態調査．*日本視機能看護学会誌，3*，23-26.

World Health Organization．(2009)．*WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf，2023 年７月１日閲覧.

◇実践報告◇

小児看護学における心肺蘇生法教育後の学生の学び

佐々木重徳[1)*]，佐藤幸子[2)]，岡崎草代夏[2)]，武田美奈子[2)]

【目的】A短期大学の小児看護学の演習で，はじめて実施した心肺蘇生法教育後の学生の学びを分析することである。
【実践】A短期大学の看護学科２年生88名を対象に，小児に対する心肺蘇生法教育を実践した。教育後に「今回の演習で学んだこと」について，Web にて自由回答法で回答を求めた。学生から自由回答法で得た記述を精読しコード化した。
【結果】回答率は，86名（98.8%）で，有効回答率は（100%）であった。学生からの回答は７カテゴリー，201コードが抽出された。
【看護実践への示唆】学生は，演習目標に沿って認知的領域，情緒的領域，精神運動的領域について学んでいた。【演習体験による鍛錬の必要性】，【救命時の協力と役割分担の大切さ】は，心肺蘇生法の演習を取り入れ，手技を実施したからこそ得られた学びであると考えられた。

【キーワード】小児看護学，心肺蘇生法，シミュレーション教育

Ⅰ．はじめに

小児における心肺停止の発生は，成人と比較し希であるが，一度心停止に陥ると，自己心拍再開が得られにくく，予後不良である（Young et al., 1999）。

また，小児における院外心停止（Out of Hospital Cardiac Arrest：以下 OHCA）のほとんどの原因は，低酸素血症が原因である。そのため，小児の心肺停止に直結する，呼吸障害の早期発見と速やかな対応は重要である。また，OHCA 後の救命率改善と神経学的な予後の改善には，早期の心肺蘇生と除細動が必要である（日本蘇生協議会，2021）。

本邦では，少子高齢社会に伴い，小児患者の減少，小児医療を担う医療者が不足し，小児医療を取り巻く環境は複雑化している。この背景が，小児看護学実習場所確保の難航に影響を及ぼし，小児の心肺蘇生やクリティカルケアの場面を経験する機会を少なくしている。そのため，子どもとの触れ合いが少ない学生にとって，臨地実習で小児のクリティカルな状態の変化をアセスメントすることは容易ではない（上山ら，2020）。

それゆえ，看護基礎教育の中で小児の緊急時に対応できる臨床判断能力を養う必要がある。そのひとつの教育手法として，シミュレーション教育に基づいた教育介入がある。小児看護学におけるシミュレーション教育は，従来の臨地実習を補完する上でも重要な要素である（岡崎ら，2022）。

松澤ら（2017）の文献レビューによれば，小児看護学教育におけるシミュレーション教育に関する研究は近年増加しており，評価方法としては学生の主観的指標による評価が多く報告されている（Kim & Lim，2023）。一方で，本研究における文献検討の結果，OHCA に対応可能な小児心肺蘇生法のシミュレーション教育とその教育効果を検証した報告は依然として限られており（Mileder et al.，2014），その教育的有効性については十分に検証されていない。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，A短期大学において，小児看護学の演習で，はじめて実施した心肺蘇生法のシミュレーション教育（以下，演習とする）を受けた学生の学びを分析することである。

受付日：2024年10月15日／受理日：2026年1月20日
1）日本医療科学大学保健医療学部　　2）仙台青葉学院大学看護学部
＊ E-mail：s-sasaki@nims.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅲ．看 護 実 践

１．用語の定義

本研究では，シミュレーション教育を学習者がシミュレーターを用いて，心肺蘇生法の場面を模倣した状況でスキルを養うことと定義した。

２．演習の概要

１）演習の目標設定

心肺蘇生法（cardiopulmonary resuscitation，以下 CPR）は，本来，補助換気（bag valve mask，以下 BVM）を組み合わせる。しかし，BVM は訓練しない限り容易に可能となる手技ではない。そのため，今回の演習は，CPR の訓練を受けていない場合の実技研修と同様に，「Hands Only CPR」とし，①心停止の予防，②迅速な救急要請，③質の高い胸骨圧迫，④死戦期呼吸の認識に主眼をおいた。演習の概要について表１に示す。

目標設定は，「乳児，小児の救急対応を知ることができる」，「死戦期呼吸を意識することができる」，「心肺蘇生法を模倣することができる」とした。目標設定には，学生自身の学修目標を明確にでき進歩を評価できるブルーム・タキソノミー分類である認知的領域（知識面），情意的領域（態度面），精神運動的領域（技能面）の３領域を視点として設定した。なお，この３領域に関して，西野（2022）が，一部改訂した教育目標の「レベル１」を参考にした。そのレベル１とは，①認知的領域（知識面）は，知識で「～を知る等」，②情意的領域（態度面）は，受け入れで「～を意識する等」，③精神運動的領域（技術面）は，模倣で「～を模倣する等」である。

３．研究データおよびデータ収集方法

対象は，Ａ短期大学，看護学科の２年生，88 名であった。調査期間は，2024 年１月で学生の成績評価に影響を与えない時期（試験終了後）に，学習活動に関するアンケート調査を実施した。学生に対して「小児救急シミュレーション教育で学んだこと」について，学習管理システムを使用し Web にて自由回答法で回答を求めた。

４．分析方法

学生から自由回答法で得た記述を精読し，意味単位ごとにコード化した。次に，本研究では抽出されたコードを直接カテゴリーへ統合する二層構造（コード→カテゴリー）を採用し，サブカテゴリーは設定しなかった。コード間の意味内容の類似性・相違性を検討しながら帰納的に分類し，カテゴリーを生成した。分析の際は，偏りを避けるため，質的研究に詳しい研究者のスーパーバイズを受けるとともに，研究者間で議論を重ね，内容の一致を確認し，妥当性と信頼性を担保した。

表１　演習の概要

演習の目標設定	⑴	認知的領域（知識面）　：　乳児，小児の救急対応を知ることができる
	⑵	情意的領域（態度面）　：　死戦期呼吸を意識することができる
	⑶	精神運動的領域（技術面）　：　心肺蘇生法を模倣することができる
学生のレディネス	⑴	小児看護学援助論Ⅰ（小児特有の病態,治療,検査）を履修し，小児看護学援助論Ⅱ（小児にみられる症状，経過別，特殊な状況下の看護）を履修中であった。
	⑵	本演習の1週間前に，小児急性期の看護と救命処置が必要な子どもとその家族についての看護を受講し，小児の死因，予防について詳しく説明されていた。
	⑶	小児の救命救急処置の実際に関する動画学修，確認テストを受け，乳児・小児のBLSの手順書（アルゴリズム）を配布され，各自確認していた。
物品と設営	⑴	基礎看護学実習室にあるベッド24床のうち，10床を使用した。
	⑵	乳児モデル人形®，リトルジュニアQCPR（レールダル®），トレーニングユニット（日本光電社製®）を使用した。
	⑶	臨地実習で重傷患者（乳児・小児）を受け持つことはないため，学生がイメージ化できるよう，点滴，気管内挿管，胃管挿入がされたモデル人形を作成し設置した。
	⑷	BVMの仕組みを理解するために，BVM単体（成人，小児，乳児）も設置した。
演習の方法	⑴	本演習は90分とした。
	⑵	小児の救命の連鎖，胸骨圧迫と換気の割合・圧迫のテンポ・深さ・手の位置，成人との違いについてスライドを使用し確認した。
	⑶	動画を用いて，死戦期呼吸について確認した。
	⑷	窒息の解除法について確認した。
	⑸	学生4名のグループに分かれ，学生2名を実施者とし，他の2名の学生を観察者とした。2名の学生を観察者とした理由は，他者から気づきを得て，学修の深まりを期待したためである。実施者と観察者両方を体験できるよう，それぞれ2名ずつあらかじめ教員側で割り振った。
	⑹	事前に配布した乳児・小児のBLSアルゴリズムに沿い，一斉に実施者の学生が一連の小児のBLSを実施した。CPRは胸骨圧迫のみとし，心臓マッサージのテンポを掴むため音楽を流しながら実施した。
	⑺	⑹後に，胸骨圧迫+自動体外式除細動器（Automated External Defibrillator：以下AEDとする）の順で実施した。
	⑻	役割を交替しながら⑸―⑹を反復学習した。

Ⅳ．倫理的配慮

対象の学生に対して，本調査の目的と方法を説明した。また，参加の有無や辞退は自由であること，成績には一切影響がないこと，プライバシーの保護などについて文章と口頭で説明した。学生が回答する際，学内 VPN に接続している状態で回答させた。本研究は，仙台青葉学院大学・短期大学研究倫理審査委員会の承諾を得ている（承認番号：0532）。

Ⅴ．結果・成果

学生の回答率は 86 名（98.8%）で，有効回答率は 100%であった。本演習前に実施した確認テストでは，正答率は 100%であった。「シミュレーション教育で学んだこと」について，学生から自由記述法で回答を求めた。その結果，7 カテゴリー，201 コードが抽出された（表２，図１）。以下に，各カテゴリーの概要と具体例を示す。

１．【小児の心肺蘇生法の手技や対応の理解】

＜乳児・小児の心肺蘇生の方法と AED の実践的な使用方法＞，＜小児期の心肺蘇生の方法がわかった＞など，年齢に応じた手技や対応の理解が得られていた。

２．【救命時の対応・判断の重要性】

＜反応がない場合，すぐに協力者の要請と 119 番通報する＞，＜倒れている人の呼吸状況から心肺蘇生が必要なのか，AED が必要なのか判断して即対応することが大切＞など，迅速で的確な判断の重要性が認識されていた。

表２　シミュレーション教育で学んだこと（自由記述法）

n=86

カテゴリー	コード
小児の心肺蘇生法の手技や対応の理解 (76)	乳児・小児の心肺蘇生の方法とAEDの実践的な使用方法(12) 実際行ってみて指で心肺蘇生には体力が必要と感じた (8) 小児期の心肺蘇生の方法がわかった (8) 心臓マッサージのテンポは、アンパンマンのリズムで実施すればよいことを学んだ(7) 適切な力で胸骨圧迫する必要性(6) 2人の場合は胸骨圧迫15回に人工呼吸2回と対応する人数によって対処法も違う (6) 胸骨圧迫と換気の比率を学んだ(5) 小児の心肺蘇生は成人よりは力が必要がないと思いこんでいた (5) 心臓マッサージはずっと同じ人がやって疲れるため、正確な胸骨圧迫ができなくなる (4) 気道確保する時は、首を屈曲しすぎると逆に呼吸停止につながる可能性がある (4) 心肺蘇生を中断している時間を出来るだけ短くすることを徹底する (3) 心肺蘇生の際、1人の時は片手の指2本分で胸骨圧迫するが複数人の時は両手の親指で圧迫すること(3) 指を使う心臓マッサージは今回が初めてで、その力量や一連の流れを演習で理解することができた (3) 正しい知識と確かな技術を持って心肺蘇生を行うことで助かる命がたくさんあろ (2)
救命時の対応・判断の重要性 (35)	反応がない場合、すぐに協力者の要請と119番通報する (9) 倒れている人の呼吸状況から心肺蘇生が必要なのか、AEDが必要なのか判断して即対応することが大切 (7) 1秒でも早く気づき、呼吸反応がなければ速やかに行うことが命を救うために大切 (7) 臨機応変にすばやい対応で胸骨圧迫をし、命を助けることが大切である (5) AEDを活用するということを思い出して少しでも早く行動ができるようにする (4) 実際に小児の救命救急に出会ったら声がけをし、心肺蘇生が必要なのか正確に判断する (3)
成人と小児の心肺蘇生法の違い (25)	小児と成人の意識レベルの確認の違いを学んだ (6) 成人と小児の人工呼吸などの違いを考えながら実践することができた (5) 成人と小児では心肺蘇生法が異なることがわかった (5) 人工呼吸に対する胸骨圧迫の回数が成人とは違うため知っておく必要性がある (4) 初めて乳児に対してCPRとAEDを行い、成人とは気道の狭さも異なり換気が大切であることを学んだ(3) 成人は、6秒ごとに換気を行うが、小児・乳児の場合は、2-3秒ごとに換気を行う (2)
救命時の協力と役割分担の大切さ (17)	一人で救命しようとするのではなく、複数人に助けを求め、協力して行うことが確実な救命に繋がる (5) 周りの人と協力し、1人の命が救われるので役割分担の大切さを学んだ (5) 救命救急が必要な場合における応援要請の必要性(3) 救急の場ではその場にいる人と協力して救命処置をおこなうのが大切(2) 胸骨圧迫はグループ内で交換しないと続かない (1) 一刻を争う状況で、周りの協力を得る必要性を学んだ(1)
演習体験による鍛錬の必要性 (32)	死戦期呼吸に認識が重要である (7) 今回の学びはしっかりと身につけられたので今後も継続して練習する必要がある (6) 訓練を定期的に行い落ち着いた行動、技術が必要だと改めて感じた (5) 事態はいつ起こるかわからないので、すぐ対応できる技術と知識を身につける必要性を学んだ(3) 今回の演習で終わるのではなく練習する必要がある (3) 心肺蘇生が必要な場面に遭遇際は、積極的に行動したい (2) 成人の心肺蘇生と比較して学びを深めたい (2) すぐ対応できる技術と知識を身につける必要性を学んだ (2) 実践を通してしかわからないことどのようにしたら効率良く救命活動を行えるか、命を助けることができるかを考え、異常を早期に認識し、定期的に訓練を行っていく重要性 (2)
死戦期呼吸の理解と迅速な対応の重要性 (15)	死戦期呼吸について理解しておくことが必要 (5) 死戦期呼吸になったら必ず胸骨圧迫を開始する (4) 死戦期呼吸を発見したらすぐに人を呼び、CPRを開始すること(3) 死戦期呼吸について理解を深める必要がある (2) 死戦期呼吸は胸骨圧迫のサインであり、迷わずに胸骨圧迫を行なう大切さ、小児では人工呼吸が鍵(1)
クリティカルな状態にある家族支援 (1)	一次救命を実施することは大切であるが、その際に当事者の家族がパニック状態になったりすると考えられるため、「お子さんがんばってますよ!一緒に頑張りましょう!」と一言声がけをして心のケアも同時に実施することが大切(1)

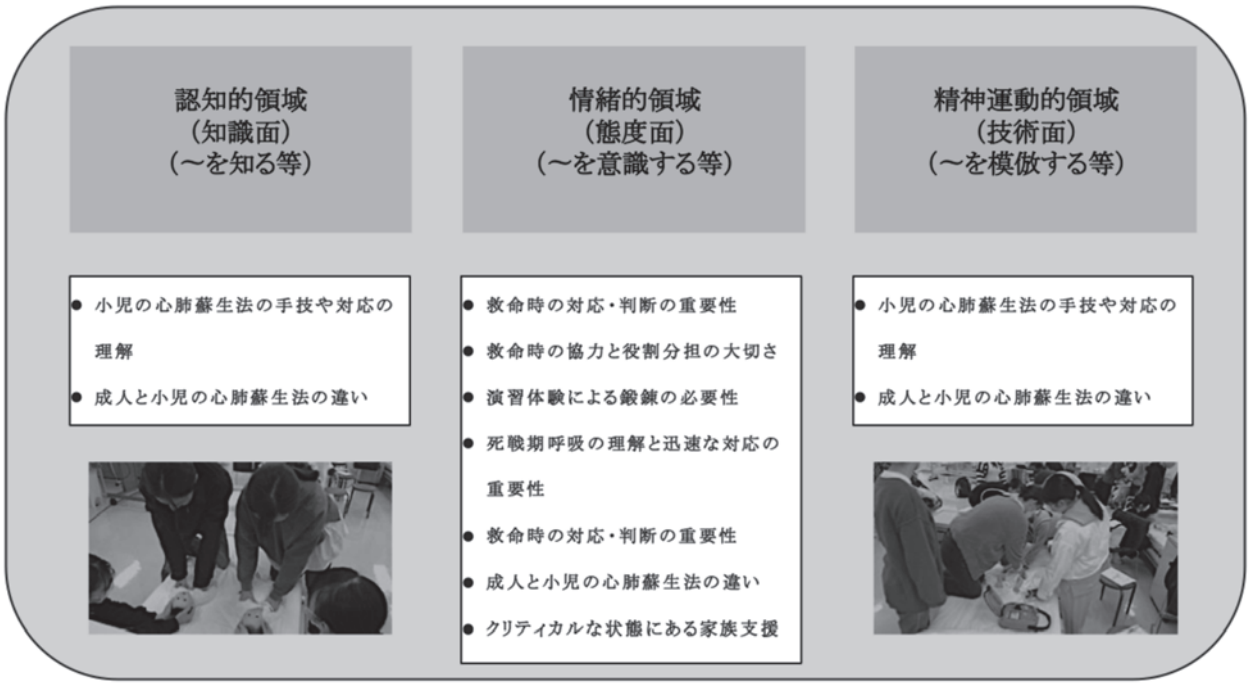


図１　本演習における認知的領域，情緒的領域，精神運動的領域のアウトカム

３．【成人と小児の心肺蘇生法の違い】

＜小児と成人の意識レベルの確認の違いを学んだ＞，＜成人と小児の人工呼吸などの違いを考えながら実践することができた＞など，成人と小児の手技の差異が理解されていた。

４．【救命時の協力と役割分担の大切さ】

＜一人で救命しようとするのではなく，複数人に助けを求め，協力して行うことが確実な救命に繋がる＞など，協働の重要性が学ばれていた。

５．【演習体験による鍛錬の必要性】

＜死戦期呼吸に認識が重要である＞，＜今回の学びはしっかりと身につけられたので今後も継続して練習する必要がある＞と認識されていた。

６．【死戦期呼吸の理解と迅速な対応の重要性】

＜死戦期呼吸について理解しておくことが必要＞，＜死戦期呼吸になったら必ず胸骨圧迫を開始する＞など，初期対応の重要性が理解されていた。

７．【クリティカルな状態にある家族支援】

＜一次救命を実施することは大切であるが，その際に当事者の家族がパニック状態になったりすると考えられるため，「お子さんがんばってますよ！一緒に頑張りましょう！」と一言声がけをして心のケアも同時に実施することが大切＞など，患者家族のサポートに関する学びが含まれていた。

Ⅵ．看護実践への示唆

以下，学生の学びを演習目標の達成の視点でタキソノミー分類別に述べる。

１．認知的領域（知識面：～を知る等）

事前学修として，確認テストを実施した結果，正答率は100％であった。学生らが，学修すべき点を理解し学修し，演習に臨んでいたと考えられた。本演習の前半では，CPR などの実技を開始する前に小児の胸骨圧迫と換気の割合・圧迫のテンポ・深さ・手の位置や成人との違い，死戦期呼吸についてスライドや動画の視聴を通し確認したうえで実技を実施した。その結果，学生らは，【小児の心肺蘇生法の手技や対応の理解】，【成人と小児の心肺蘇生法の違い】，について学んでいた。これらの学びは，演習前のスライドや動画を通した知識や技術の確認後にそれを意識し演習することで，「乳児，小児の救急対応を知ることができる」という，演習目標に沿った知識の習得につながった可能性が考えられる。また，学生らは，【小児の心肺蘇生法の手技や対応の理解】について＜小児期の心肺蘇生の方法がわかった＞，＜乳児・小児の心肺蘇生の方法と AED の実践的な使用方法＞を学修し，知識と技術も修得できたものと考えられる。

２．情緒的領域（態度面：～を意識する等）

【成人と小児の心肺蘇生法の違い】について，救助者が２人の場合＜２人の場合は胸骨圧迫 15 回に人工呼吸２回と対応する人数によって対処法も違う＞など，成人と小児の違いについて，より具体的かつ，関連づけした学びがなされたものと考えられる。また，CPR に肝要である，【死戦期呼吸の理解と迅速な対応の重要性】については，＜死戦期呼吸について理解しておくことが必要＞と学修していた。死戦期呼吸については，演習冒頭に動画を用いて意識づけした結果，死戦期呼吸認識の重要性を認識できたものと考えられる。当然のことながら，心肺蘇生を受けたものは，心肺蘇生を受けないものと比較し生存率が高い（消防庁，2010 年）。そのため，看護基礎教育の中で，CPR に触れる機会を，今後も多くもつ必要がある。これは，演習で体験学修したゆえに得られた具体的学びと考えられる。 今回の演習では，役割を決め，その

役割を交替しながらグループ内で小児の心肺蘇生の手技を何度も反復学習した。その結果，学生らは，【演習体験による鍛錬の必要性】，【救命時の協力と役割分担の大切さ】を学修していた。これは，小児の救急蘇生を講義のみで伝えただけでは学びにはつながらない内容であり，実際に演習を取り入れて心肺蘇生の手技を実施したからこそ得られた学びであると考えられた。

３．精神運動的領域（技術面：～を模倣する等）

精神運動的領域の目標は（技術面），心肺蘇生法を模倣するとした。学生らは，心肺蘇生法を学修していく過程で，【救命時の協力と役割分担の大切さ】を感じ，＜一人で救命しようとするのではなく,複数人に助けを求め，協力して行うことが確実な救命に繋がる＞，＜周りの人と協力し，１人の命が救われるので役割分担の大切さを学んだ＞などの結果から，心肺蘇生法を模倣する以上の学びがされていたのではないかと感じた。さらに，BLS 手順で肝要となる胸骨圧迫の要点「強く，早く，絶え間なく」について，学生は【小児の心肺蘇生法の手技や対応を理解】したうえで，＜心臓マッサージのテンポは，アンパンマンのリズムで実施すればよいことを学んだ＞と回答していた。演習の導入により，知識と技能を同時に学ぶ機会となった可能性がある。そのため，学生のどの領域をどのレベルまで引き上げるのか（西野，2021）を検討していく必要性があると考える。

４．家族支援の視点

【クリティカルな状態にある家族支援】の視点をもつ学生もいた。この内容は，講義や演習の中で，「常に家族を看護の対象として意識すること」を学生に伝えてきた結果ではないかと考える。

このような学びの積み重ねは，学生が小児看護学に対する自信や臨床判断能力を高めていくことにつながる（岡崎ら，2020）。

本研究の結果，認知的領域では「小児 CPR 手技の理解」や「成人との違いの把握」が明確になり，情緒的領域では「救命時の判断・対応」や「死戦期呼吸の重要性」など状況認識と判断力が促進された。また，精神運動的領域では「役割分担を伴う胸骨圧迫・AED 操作」など技能の経験をした。これらの学びは相互に関連し合い，総合的な臨床判断能力の形成に寄与したと考えられる。

本研究で得られた知見，小児 BLS に関する知識の理解，救命時の協力と役割分担の大切さの認識，ならびに迅速な対応に向けた具体的理解を踏まえ，今後は知識・態度・技能を統合した学びとなるようシミュレーション教育を設計･実施し，小児救急看護学教育の質向上に生かしていくことが重要である。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引 用 文 献

Kim, E.J., & Lim, J.Y.（2023）. Extended reality-based pediatric nursing simulation programs: Systematic review and meta-analysis. *Child Health Nursing Research, 29*（1），24-38.

松澤明美，白木裕子，津田茂子.（2017）．看護基礎教育課程における小児看護学シミュレーション教育の課題文献レビュー．日本看護科学会誌，37，390-398

Mileder, L.P., Urlesberger, B., Szyld, E.G., Roehr, C.C., &Schmölzer, G.M.（2014）.Simulation-based neonatal and infant resuscitation teaching: Systematic review of randomized controlled trials.*Klinische Pädiatrie, 226*（5），259-267.

日本蘇生協議会.（2021）. *JRC 蘇生ガイドライン 2020*（pp.152-229）．医学書院.pdf（参照 2024-01-12）

西野毅朗.（2021）．学習者にどうなってほしいか―教育の目標と方法を再考する―．看護教育研究学会誌，13（2），73-80.

岡崎草代夏，武田美奈子，東海林美幸，鹿野ひとみ.（2022）．小児看護学実習におけるシミュレーション教育を取り入れた学内実習での学生の学びと今後の課題．研究紀要，青葉 Seiyo13（2），53-68.

消防庁.（2010）．AED の設置台数の増加に伴う，一般市民による除細動の実施と心肺機能停止傷病者の救命率の向上について．
https://www.fdma.go.jp/laws/tutatsu/items/tuchi2203/pdf/220318_NEJM

上山和子，山本裕子，西村美紗希，小田慈.（2020）．看護学教育モデル・コア・カリキュラムからみた小児看護学の看護技術教育の変遷と展望．新見公立大学紀要，41，79-84.

Young, K.D., & Seidel, J.S.（1999）.Pediatric cardiopulmonary resuscitation:a collective review. *Annals of Emergency Medicine, 33*（2），195-205.

◇実践報告◇

２年目看護師のフィジカルアセスメント研修後の行動変容

安西典子[1)]*，小林真穂[1)]，笹井香織[1)]，福田順子[1)]

【目的】フィジカルアセスメント研修を受講した２年目看護師が，その後の臨床実践において学習内容をどのように活用しているのか，行動変容の視点で明らかにする。

【実践】６名ずつの２つのグループに対し，フィジカルアセスメント研修での学習内容を看護実践にどのように活用しているのかをテーマとして，フォーカスグループインタビューを行い，質的に分析した。

【結果】受講後の行動変容は，〈知識を使い，予測しながら観察・問診ができる〉〈適時的確な情報を報告できる〉〈迷いも含めて自発的に相談ができる〉のカテゴリーが形成された。また，研修受講後は〈変化した自分を自覚できる〉という意識の変化が明らかになった。

【看護実践への示唆】模擬患者による繰り返しの実践と支援的な環境が，知識と技術の統合を促し，行動変容や内面的成長，他者からの学びを引き出す研修となっている。

【キーワード】２年目看護師，フィジカルアセスメント研修，行動変容

Ⅰ．はじめに

Ａ大学附属病院では，看護師に求める実践能力として，看護展開力・実践教育力・対人関係力・マネジメント力・看護倫理力の５つの能力を掲げ，キャリアラダー研修を構成している。この研修はラダーⅠ（適応期）の新人看護職員臨床研修（厚生労働省，2014）で看護実践の基礎作りをし，その後ラダーⅡＡ（成長期），ⅡＢ（自立準備期），Ⅲ（自立期），Ⅳ（自律期）の５つの段階がある。

２年目看護師（以下２年目とする）はラダーⅡＡの能力開発に取り組む段階であり，看護展開力の位置づけでフィジカルアセスメント研修がある。成人患者を想定した模擬患者に対して，脳神経系，循環器系，および呼吸器系の３つの事例において，フィジカルイグザミネーションとアセスメントを行い，それに基づく対処行動を導き出すことを目的としている。

研修後のアンケートでは，全ての受講生が「シミュレーションの中で収集したデータが患者のアセスメントにつながった」と回答しており，知識と技術が習得できているといえる。一方，カークパトリックモデルでの評価は，レベル１：反応，レベル２：学習までは効果測定をしているが，それ以降は評価できていなかった。そこで，フィジカルアセスメント研修を受講した２年目が看護実践において学習内容をどのように活用しているのか，レベル３：行動変容の視点で明らかにしたので報告する。

Ⅱ．目　　的

フィジカルアセスメント研修を受講した２年目がその後の看護実践において学習内容をどのように活用しているのか，行動変容の視点で明らかにすることである。

Ⅲ．看護実践

１．フィジカルアセスメント研修の具体的内容

この研修は，１年目の４月にフィジカルイグザミネーションのトレーニングと模擬患者の机上アセスメントを実施し，２年目の９月にスキルアップとしてシミュレーション研修を実施している。この研修の講義内容やシミュレーションのシナリオは，集中ケア認定看護師の監修を受け作成している。

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 1 月 20 日
1）自治医科大学附属病院
＊ E-mail：n-anzai@jichi.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

３～４人のグループに研修委員会の主任看護師をファシリテーターとして配置し，受講生は，看護師役，患者役，観察者の役割を交替しながら演習を繰り返す。

１）事前課題

１年目で受講した講義動画と２年目の事前課題動画の視聴，フィジカルアセスメントに必要なフィジカルイグザミネーションの確認，シミュレーションを行う模擬患者事例の学習に取り組む。動画視聴には期限があり，事前視聴が本研修の受講条件となる。

２）ブリーフィング

ファシリテーターがシナリオに沿って模擬患者について説明を行う。開始前に患者役の受講生とは，意識レベルや麻痺の程度，呼吸状態の実演方法，問診に対する返答などの打ち合わせを行う。

３）シミュレーション

応援要請の判断のためのアセスメント，アセスメントに必要な問診や診察，医師への報告を看護師役の受講生が実践する。ファシリテーターがシナリオを元にヒントを与えながら進める。観察者は各シナリオのチェックリストに沿って記録をとる。

４）デブリーフィング

はじめに，観察者がチェックリストを基に，何が観察できていたか，フィジカルイグザミネーションを正しく実践できていたか，よくできていたことなどを伝える。次に，グループ内でフィジカルイグザミネーションとアセスメント，対処行動について，事前課題を基に受講生主体のディスカッションを行う。これは，シミュレーションを繰り返す中で事例のアセスメントをブラッシュアップする機会としている。最後に，ファシリテーターからのフィードバックを行い，各事例に関連するミニレクチャーを加え，知識の確認や受講生の躓きやすい部分を補足する。

２．調査方法

１）調査対象者

フィジカルアセスメント研修を２年目で受講し，１年が経過した３年目看護師を対象に，調査協力依頼文書を配付した。協力の意思がある職員は，添付した回答用紙の「調査参加のための説明を受けてもよい」の欄にチェックをつけ，看護部の入り口付近に設置した回収ボックスに投函することを依頼した。調査協力の意思表示があったものに対し，説明文書を用いて説明し同意が得られた 12 名を対象とした。

２）インタビュー方法

対象者 12 名を希望する日程で院内の個室で実施した。12 人を２つのグループに分け，インタビューガイドを用いてフォーカスグループインタビューを行った。インタビューは，調査責任者，分担者が行い，インタビュー補助者が観察・記録・タイムキープを行った。インタビューは，フィジカルアセスメント研修での学習内容を看護実践にどのように活用しているかをテーマとした。インタビュー時間は 60 分を限度として行った。インタビュー内容は，対象者の同意を得たうえで IC レコーダーに録音した。

３）分析方法

録音したインタビュー内容について逐語録を作成した。逐語録を熟読し，看護実践にどのように活用しているかの語りをひとまとまりとして，コード化した。コードの内容の行動変容の類似性・相違性に基づき，カテゴリーを形成した。また，フィジカルアセスメント研修を評価できるコードについて，同様にカテゴリーを形成した。分析のプロセスは，調査者間で検討を重ね分析の妥当性を高め，質的研究の経験者からスーパーバイズを受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

自治医科大学における医学系倫理審査委員会の承認を得たうえで，自治医科大学附属病院長の許可を受けて実施した（承認番号：臨大 22-205）。対象者の説明文書には調査参加は自由意思であること，参加の可否について上司への報告は不要であることを示した。また，参加しないことによる不利益は生じないこと，参加の可否やインタビュー内容が個人の評価には一切影響しないこと，個人・所属は特定できないように匿名性，個人情報を厳守すること，得られたデータは調査以外には使用しないこと，データの厳重管理，学会発表，学会誌への投稿について文書及び口頭で説明し，同意書への署名をもって同意を得た。

Ⅴ．結果・成果

１．対象者の概要

対象者の年齢は 20 代前半で成人病棟勤務者 10 名と小児病棟勤務者２名であった。インタビュー時間は平均 55 分だった。

２．２年目の看護実践における行動変容

看護技術に関する行動変容は３カテゴリー，研修受講前・後の意識については４カテゴリー，行動変容の基盤となる研修中の体験は１カテゴリーが形成された。

今回は，看護技術に関する行動変容，研修後の意識の変化，２年目の研修中の体験について以下，カテゴリーを【　】，サブカテゴリー《　》で示す。

１）看護技術に関する行動変容

２年目は研修受講後に，《基準に沿った的確な観察ができるようになった》ことや，《異常に気付くだけでなく，根拠となる所見がないかを考えて観察するようになった》ことなどから，【知識を使い，予測しながら観察・問診ができる】ようになったことを認識していた。

また，《医師に SBAR で診察依頼ができるようになった》こと，《必要な情報を的確に報告できるようになった》ことなどから，【適時的確な情報を報告できる】といった報告に関するスキルの向上を自覚していた。

さらに，《周囲に自信をもって自分の迷いを伝えられるようになった》ことや，《自分の意見も踏まえた意識的な相談がで

表１　看護技術に関する行動変容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部を抜粋）
知識を使い、予測しながら観察・問診ができる	フィジカルアセスメントの基礎を学べた	・OJT では学ぶ機会が少ない、フィジカルアセスメントの基礎をこの研修では学べた ・フィジカルアセスメント研修は実践的な研修だった。模擬患者は健常人であるため、正常を知る点では良い
	患者役の体験によって技術が定着した	・患者役を体験したことで研修での技術を思い出しやすかった。 ・患者役を体験できたことで体が覚えていて思い出しやすい
	基準に沿った的確な観察ができるようになった	・基準に沿った観察技術を使い的確な観察ができるようになった ・患者役を経験し、具体的に声掛けすることで患者は安心できると学ぶことができた。
	異常に気付くだけでなく、根拠となる所見がないかを考えて観察するようになった	・意識レベルだけでなく、全身状態悪化の理由（根拠となる所見）がないかを考えて意識的にみるようになった ・運動障害や MMT から脳出血の（診断に必要な）所見があるかを観察した ・呼吸状態をアセスメントして観察点（ポイント）を見た
	他の疾患の可能性も念頭に情報をとるようになった	・研修で経験した事例を活かして、他の疾患の可能性も念頭に情報をとるようになった ・研修では、疾患名と症状をアセスメントを行った ・意識レベルが悪化している原因として、脳神経系だけでなく他の疾患の可能性も考えられるようになった
	患者の訴えと所見が合致するか考え、観察するようになった	・研修後は、初めに問診、次に呼吸音の聴取をし、患者の言っていることとが観察に合致するか　順を追って（思考・行動して）いる ・自覚症状を質問した後に呼吸音を聴くことができる
	部分ではなく患者の全身や経過を観察するようになった	・脳障害の患者に対し心電図モニターをさかのぼってみる行動のきっかけになっている ・脳神経系だけではなく呼吸や循環も合わせた（全身の）観察を意識するようになった
	主訴がアセスメントにつながると考え、重視するようになった	・部署では経験できない成人患者とのかかわりを学ぶことができた。主訴がアセスメントにつながると感じた ・収集した情報を根拠として予測されることを考え説明するまでの一連を行った
	自身の考え方や視野がひろがった	・同年代の研修生とシミュレーションをすることで主体的に動けるようになった ・事前課題の結果を同期と共有することで、他の人の意見を聞き視野を広げるきっかけになった
	変化を予測して意識的に観察することができるようになった	・目に見える所見以外に、全身状態の変化を予測して意識的に見ることができるようになった
	バラバラだった知識が繋がった	・研修ではバラバラだった情報が繋がりアセスメントに繋がった
	観察の基準を改めて確認し、あいまいであった部分が明確になった	・MMT の基準を改めて再確認できた
	実践機会が少ない技術でも研修での体験を思い出すことができた	・（活用が稀な技術でも）研修で体験したことを実際の現場で思い出す機会があった
	問診技術が向上した	・自覚症状を聴くことで、患者が症状を遡って教えてくれるようになった（患者の反応にも変化があった）
	患者の異常に早期に気付き、その他の観察につなげることができた	・研修で呼吸回数の観察の重要性を学んだことで、呼吸回数の異常に気付き、その他の随伴症状の観察につなげることができた
	知識が定着した	・2、3 年目で改めてフィジカル研修を受けると知識が定着する
	部署での OJT は指導担当者によって判断基準が違っていた	・（部署での OJT は）先輩（指導担当者）によって（判断基準）や（MMT 観察時の力の入れ方など）が違う
適時的確な情報を報告できる	医師に SBAR での診察依頼ができるようになった	・研修のレクチャーでアセスメントを学んだことによって、SBAR での報告までできるようになった ・（研修後は）自分で異常の原因を考えた上で医師に診察を依頼できるようになった
	必要な情報を的確に報告できるようになった	・必要な情報を的確に報告できるようになった
	自分でアセスメントしたうえで報告するようになった	・自分で考えてから、医師、先輩へ報告するようになった
	患者の変化に気づき報告できるようになった	・バイタルサインの変化のきっかけを考えて報告できるようになった
	必要な情報を集めて報告できるようになった	・患者の変化に気づき、必要な情報を集めて報告できるようになった
	報告技術の向上は患者にとって良いことだと思う	・（自らアセスメントした上で医師に診察を依頼することは）対処までの時間短縮につながり　患者にも良いことだと思う
迷いも含めて自発的に相談ができる	周囲に自信をもって自分の迷いを伝えられるようになった	・先輩に自分の迷いを伝えられるようになった ・判断が難しい時には周りに相談しても良いという自信がもてるようになった
	自分の意見も踏まえた意識的な相談ができるようになった	・研修後は、自分の意見も踏まえながら周りに相談することを意識的に行うことが増えた ・迷いに対し他の人に意見を聞くことができるようになった
	新人に相談され一緒にアセスメントを考える機会が増えた	・新人に相談された時に、新人のスタッフと一緒にアセスメントを考える機会が増えた
	研修で周りも同じように迷っていると知ることができた	・自分の判断が曖昧な時は周りも（同様に）迷っていると知ることができた

きるようになった》ことなどから，【迷いも含めて自発的に相談ができる】行動変容へと変化していた。

２）研修後の意識の変化

研修受講前は，【求められる実践力への焦り】や【実践上の迷い】，【相談することへの躊躇】などの意識があった。一方で，研修中に《自分の実践には何が不足していたかを確認できた》ことや，《研修での学びを活かし異常の早期発見や急変時の対応を経験したとき自身の成長を自覚し自信となった》ことなどから，【変化した自分を自覚（できる）】し，３年目となった時期には，《研修の学びを新人にも教えたいと考えるようになった》という変化も生じていた。これらの意識の変化は，《看護師長や医師，先輩に成長を認められた》経験が関連していた。

表 2-1　研修受講前の意識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部抜粋）
求められる実践力への焦り	文献で自己学習をしていたが学習内容と実践に乖離がある	・（研修前、判断に迷う状況があった時）は教科書（などで調べて）判断していた ・知識はあっても行動に起こすことは違う ・文献で得た知識を実際の実践に繋げるのは難しかった
	実践の機会はあったが、アセスメントの視点や目的意識に欠けていた	・（部署でも実際に）MMT は手術後の麻痺の有無の確認で使う機会がある（が、評価・アセスメントという視点ではなかった） ・研修前は目に見える所見に目が行く（重視する　意識が偏る）ことが多かった ・研修前は肺炎患者にすぐ呼吸音を聴いていた。肺炎患者なら呼吸音を聴くと単純にとらえていた
	知識はあったが自分の中に落とし込めず、実践につながっていなかった	・文献の記載内容と実際に働いている場面が繋がらない ・新人は新人研修で知識を一気に植えつけ（詰めこま）なければならない ・文献だと単体の情報であり、自分の中に落とし込めない部分がある
	配属部署により実践の機会に偏りがあった	・実践で教えてもらう機会がなく、資料を持っているだけの技術もあった
実践上の迷い	自己の判断に迷いがあり、周囲に相談していた	・判断に迷う時にはみんなで相談して決めていた ・自分が迷う時は先輩も迷っている
	知識はあったが、あいまいな部分があった	・新人はフィジカルアセスメントを知識として分かっていても（実践や思考につなげられず）曖昧なまま動いている
相談することへの躊躇	周囲に相談することに躊躇があった	・自分が相談することで周囲の人達も迷ってしまうのではないかという不安があった

表 2-2　研修受講後の意識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部抜粋）
変化した自分を自覚できる	知識の習得と行動を繰り返すことが部署での実践に活きていると感じた	・研修後に、既往に脳疾患がある手術患者に神経所見の観察を行った ・研修で習得した技術を病棟で活かす機会があった ・フィジカルアセスメント研修で学んだ基礎の上に部署の応用がある。 ・知識の習得と行動を繰り返すことが報告など部署での実践に活きている
	研修での学びを活かし異常の早期発見や急変時の対応を経験したとき自身の成長を自覚し自信となった	・研修での学びが異常の早期発見につながり、急変時の対応にも活かすことができた ・急変時の対応ができた経験から、新人の頃と比較して成長したと思う ・急変の予兆に気づくことができ、研修の内容を活かし、自身が成長していると実感している
	自分の実践には何が不足していたかを確認できた	・自分の現場での実践には何が不足し、何が必要かを確認できた ・全身状態の観察が不足し、誤ったアセスメントをしたという失敗があった ・臨床での失敗を経験した後に研修を思い出した。全身状態の観察の重要性を再認識した。
	研修の学びを新人にも教えたいと考えるようになった	・新人の時は学習内容と実践に乖離がある。/その乖離を埋めるために研修で学んだことを部署の新人にも教えたい ・（研修のインストラクターが行ったように働きかけることで）新人のアセスメントする力を伸ばしてあげたいと思う ・この研修を受けて、１年目の集合研修で学んだフィジカルアセスメントの技術も大切だとわかった。なぜこの観察が必要なのか、フィジカルアセスメントの意味を後輩にも伝えたい
	看護師長や医師、先輩に成長を認められた	・看護師長や先輩から自身の成長を認められた ・報告の方法について医師に褒められた
	アセスメントが大切だと思うようになった	・主疾患だけでなく、患者の既往の疾患も学習し、アセスメントすることが大切だと思うようになった ・アセスメントは大事だと思った
	患者の状態について話すとき内容のレベルが上がった	・同期同士で患者の状態について話すときも、原因を推論したり、話のレベルが上がったと感じる
	主体的に動けるようになった	・事前課題をしたうえで研修を受講したことで、自身の考え方や視野がひろがった
	患者を観察する意識を身に付けられた	・急変は怖かったが、研修を受講して患者を観察する意識を身に付けられた
	研修の学びを新人に教えたい	・研修で分かった「自分に不足していた技術」について、勉強した内容を新人に伝えられた
	研修で学んだことを行動につなげたいと考えるようになった。	・急変をただ怖がるのではなく、フィジカルアセスメント研修で学んだことを活かし、患者の全身観察やアセスメント、報告といった行動につなげたいと考えるようになった。
	合併症について学ぶことが大切だと思うようになった	・主疾患だけでなく合併症について学ぶことも大切だと思うようになった
	今の自分ができている部分と苦手な部分を確認することができた	・研修では、今の自分ができている部分と苦手な部分を確認することができた

表３　行動変容の基盤となる研修中の体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部抜粋）
行動変容の基盤となる研修中の体験	気兼ねのない同期とのディスカッション	・研修のデブリーフィングで他者とディスカッションしたことで話し合いの内容が強く印象に残った ・他部署の人の意見を聴いて、違う考えを得られる ・同じ年代の受講生との研修は緊張せずに参加でき、わからないことも抵抗なく気軽に共有できた ・事前課題の結果を同期と共有することで、様々な可能性を考え研修に取り組むことが出来た
	部署での実践を経験した２年目という時期	・2，3 年目で改めてフィジカル研修を受けると知識が定着する ・臨床での疑問や難しかった経験があったからこそ、研修で改めて振り返りができた ・実際の経験をもとに考えることができ、学びをすぐに実践に活用できるため、研修の開催時期は適切だった ・研修を受けたころ（2 年目）は、自分たちで考えなければならない時期
	ファシリテータからのタイムリーな助言・フィードバックを受けること	・ファシリテータの助言により実践的な学びにつながった ・研修でインストラクターからのフィードバックがタイムリーに得られたため、考える機会となった ・部署の勉強会との違いは経験のある先輩が教えてくれるため自分にない知識が得られること
	患者の立場を経験し、患者の気持ちや関わり方を学べた	・患者の立場を経験し、患者の気持ちや関わり方を学べた ・（研修で患者役を経験することで）患者の気持ちになれる（学べた） ・研修で患者役として問診を受けたことで）患者が答えられやすい聴き方を学べた ・患者役を演じることで患者へ配慮することができるようになった
	患者役、看護師役両方を行うことで具体的な方法を学ぶことができた	・研修で患者役、看護師役を行って MMT の観察の方法を具体的に学ぶことができた ・研修では、意識レベル、MMT の観察を看護師役、患者役で行った
	同期と共に事前課題に取り組むことで視野が広がる	・同期と事前課題を行ったことで、自分自身の視野を広げる必要があると分かった
	他の受講生の行動から患者へのかかわり方を学んだ	・同じグループの受講生の行動をみて、患者へどのようにかかわれば良いかを学べた
	レクチャーとシミュレーションを繰り返すこと	・レクチャーとシミュレーションを繰り返すことで、学びが定着し、臨床に活かせた
	OJT では学ぶ機会が少ない基礎の実践をすること	・（病棟特有の観察技術は部署で指導されるが、）OJT では学ぶ機会が少ない、フィジカルアセスメントの基礎をこの研修では学べた
	同じグループの受講生の行動をみること	・同じグループの受講生の行動をみて、患者へどのようにかかわれば良いかを学べた
	研修でアセスメントの流れを実際にシミュレーションすることができた	・（研修で行った）シミュレーションでは　何をすればよいのか　（アセスメント）の流れを実際に再現することができた
	バラバラだった知識が繋がりアセスメントに繋がった	・研修ではバラバラだった知識が繋がりアセスメントに繋がった

３）２年目の研修中の体験

２年目は,《気兼ねのない同期とのディスカッション》や,《患者役の立場を経験し，患者の気持ちやかかわり方を学べた》こと,《他の受講生の行動から患者へのかかわり方を学んだ》ことなど,【行動変容の基盤となる研修中の体験】をしていた。

Ⅵ．看護実践への示唆

模擬患者に対する観察や，必要なフィジカルイグザミネーションの実践を繰り返し行うことは,実際の場面において【知識を使い，予測しながら観察・問診ができる】実践を引き出すことにつながっていると考えられた。また，本研修中で受講生同士の相談や，委員会担当者からのファシリテーションは，支援的であり配慮のある（Knowles，1980/2002，p.333-359）心理的な環境をもたらし，【迷いも含めて自発的に相談ができる】ことや,【適時的確な情報を報告できる】行動につながっており，能動的な学びの中で知識と技術を統合する研修であったと考える。

Knowles は，研修プログラムの評価に関して,「あらゆる教育的プログラムの価値付けの最終的な評価は，いうまでもなく，その支援の下で，参加者が成し遂げた実際の行動変容である」（Knowles，1980/2002，p.321）と述べている。２年目の意識の変化は，自分自身が実感するほかに,《看護師長や医師，先輩に成長を認められた》ことによる変化の自覚があった。受講者の成長を適切な時期に身近な上司や先輩が評価しフィードバックすることは，内面的な成長の支援につながることが期待でき，意図的な関わりをしていく必要があると考える。

対象者は,《他の受講生の行動から患者へのかかわり方を学んだ》と感じており,「社会的学習理論」に基づく研修効果に示された，他の受講生の行動や経験が自分の学びに影響を与える（小薗ら，2016）ことであったと考える。この理論は，学習者が他者の行動を観察し，それを模倣することで学ぶという考えに基づいており，配属部署によっては経験できない観察方法や，患者対応などを学ぶ機会ともなったと考える。

本論文の内容の一部は，第 55 回日本看護学会学術集会において発表した。加筆・修正を加え掲載した。本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ．引 用 文 献

厚生労働省.（2014）. 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】, https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf 2024 年 12 月 13 日閲覧

Knowles Malcolm S.（2002）. *成人教育の現代的実践.*（堀薫夫，三輪建二：監訳）. 鳳書房.（1980）

小薗修，大内章子.（2016）. 能力・態度における研修効果に影響を与える要因とその関連性, *日本労務学会誌, 17*(1), 50-68.

◇実践報告◇

酸素マスクを嫌がる呼吸器疾患患児に対する効果的な吹き流し酸素投与の工夫
―考案した酸素ベストの効果について―

西上敦子[1)]*，石井豊恵[2)]

【目的】０～６歳児の体格に合う固定用具（酸素ベスト）を考案し，従来のテープ固定と比較することで，酸素ベスト使用により効果的な吹き流し酸素投与が行えることを明らかにする。

【実践】呼吸器疾患の患児 23 名に対し，テープ固定と酸素ベストを用いて酸素投与を行った。使用後２時間における SpO_2≧94％を維持できた時間割合を比較し，酸素投与の有効性を評価した。また，保護者と病棟スタッフにアンケートを実施し，使用感や実用性を評価した。

【結果】SpO_2≧94％を維持できた時間割合は 20 名で増加し，有意差を認めた。アンケートでは，保護者からフィット感，ずれにくさ，マスクの外れにくさに加え，夜間の負担軽減が評価された。スタッフからも固定の容易さや観察のしやすさが高く評価された。

【看護実践への示唆】酸素ベストは SpO_2 の安定に加え，患児の安楽や付き添い者の負担軽減に寄与し，臨床での実用性が示唆された。

【キーワード】小児，酸素投与，固定用具

Ⅰ．はじめに

2023 年１月～６月，Ａ病棟では，15 歳未満の入院患者 447 名中，呼吸器疾患による入院は 181 名，うち 121 名に酸素投与が行われた。小児は形態機能的特徴から呼吸器疾患を発症しやすく，重症化すると呼吸不全に至る。酸素療法は予防・治療に有効だが，乳幼児には治療の理解が難しく，マスクやカヌラを嫌がることが多い。装着困難時は酸素チューブを衣服にテープで固定し口元に酸素を当てる「吹き流し」が用いられるが，固定法に統一がなく，ずれや体位の影響で効果的な酸素投与が難しい。

乳幼児への吹き流し酸素投与に関する先行研究は少なく，固定具は大きくスタイ型（首元に掛ける）とエプロン型（体幹前面に固定する）に分類される。スタイ型ではインスピロン（藤原 2012），カヌラ（左右から吹き出し口が来るように細工されたもの）（須藤 2010）との組み合わせが報告されている。エプロン型ではインスピロン（長谷川 2009），マスク（立木 2009；宮崎 2015；半田 2013），カヌラ（戸知谷 2005）との組み合わせが報告されている。いずれも患児の受け入れは良好で酸素投与も有効とされたが，体格差によるずれが課題で，改良が必要と指摘されている（長谷川 2009；半田 2013；須藤 2010）。

そこで本研究では，幅広い年齢の患児の体格に対応できる固定用具（以下，酸素ベストとする）を考案し，従来のテープ固定（以下，テープ固定とする）と比較してその有効性を検討した。

Ⅱ．目　　的

０～６歳児の体格に合う酸素ベストを考案し，患児の SpO_2 値および固定状況を調査，テープ固定と比較・分析することで，酸素ベストにより効果的な吹き流し酸素投与が可能であることを明らかにする。

Ⅲ．看護実践

１．酸素ベストの考案

酸素ベストは，０～６歳児における①体格への適合性，②酸素チューブの外れにくさ，③体位や顔の向きによるずれにくさを目的として考案した。仕様は図１に示す。

受付日：2025 年４月 15 日／受理日：2026 年１月 20 日
1）済生会兵庫県病院　　2）大阪大学大学院医学系研究科
＊ E-mail：achan.p1.1q@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

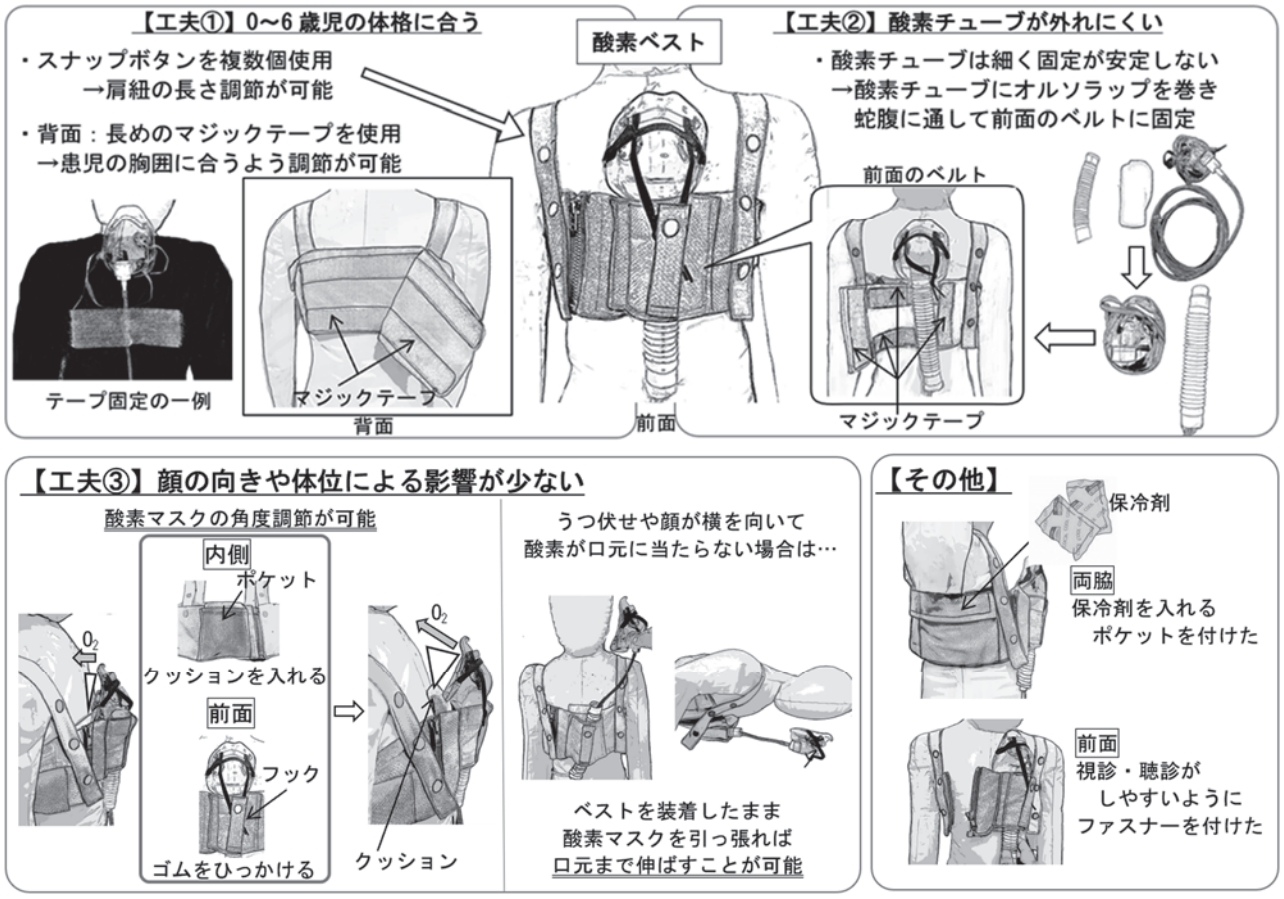


図１　酸素ベストの仕様と工夫

［工夫①］体格への適合性

・背面に約 15 ㎝のマジックテープを使用し，胸囲（約 50～70 ㎝）に応じて調整可能とした。

・肩紐には複数のスナップボタンを付け，長さ調整できる構造とした。

［工夫②］酸素チューブの外れにくさ

・酸素チューブは細く固定が困難であるため，ギプス固定に用いる柔らかい保護材「オルソラップ」(アルケア株式会社) を巻き付け，蛇腹に通して外れにくくした。

［工夫③］体位や顔の向きによるずれにくさ

・ベスト内側にクッションを入れるポケットを設け，体とベストの間に空間をつくることで，酸素の気流が体幹に向かうのを防ぎ，マスクの角度も調整可能とした。

・前面にフックを設けてマスクのゴムを掛けられるようにし，角度を個別に調整して酸素が確実に口元に届くよう工夫した。

・うつ伏せや顔が横を向いた際も，酸素ベストを装着したままチューブを引っ張ることでマスクが口元に届くようにした。

［その他］

・胸部の視診・聴診がしやすいよう，前面にファスナーを取り付け開閉可能とした。

・固定法は酸素ベストの使用方法に準じ，肩紐と体幹ベルトで体格に合わせて固定した（図１のとおり）。

２．テープ固定と酸素ベストの比較調査

１）対象

研究期間中に入院した呼吸器疾患の乳幼児（０～６歳）23 名のうち，酸素マスクやカヌラ装着に強い抵抗を示し継続困難であった患児を対象とした。ここでいう「強い抵抗」とは，装着時に泣く・頭を振る・手で外そうとする行動を指す。

全例で主治医が吹き流し酸素投与を許可し，看護師が呼吸状態を観察し酸素化の維持を確認した。

２）調査期間

2023 年８月１日～12 月 31 日

３）方法

(1) SpO_2の比較

テープ固定後２時間経過時点で酸素ベストへ変更し，各条件における装着開始から２時間の SpO_2≧94％が維持できていた時間の割合（以下，SpO_2≧94％の割合とする）を収集した。観察時間は，乳幼児の SpO_2値は短時間で大きく変動するため，１時間では偶発的低値を拾う可能性があり，最低２時間が必要と判断した。一方で３時間以上では酸素療法や薬剤投与などの治療効果が出現し，結果に影響する可能性がある。そのため，変動幅を捉えつつ治療効果の影響を最小限にするために２時間と設定した。なお，SpO_2≧94％は主治医の指示による基準である。

SpO_2≧94％の割合は，ナースステーションのコンピュータのグラフ化機能により得られた対象２時間の SpO_2値ごとの時間割合（棒グラフ）から，SpO_2≧94％に該当する時間を合計して全体に対する比率を算出した。

吹き流しでの酸素流量は，酸素が届きにくい特性を考慮し，主治医の指示で SpO_2≧94％を維持できるよう 2～5L/分に設定した（詳細は表１参照）。なお，研究対象時間中の流量変更はなかった。

(2) アンケート調査

１）保護者・スタッフ共通項目

未就学児は希望すれば保護者が付き添える体制で，多くは患児のそばで見守っていた。そのため，保護者とスタッフに①フィット感，②固定状況，③ずれの３項目について４段階評価のアンケートを実施した。

２）スタッフ専用項目

スタッフには，共通項目に加えて酸素ベストの①固定のしやすさ，②視診・聴診のしやすさの２項目についても専用質問を設け，同様に４段階で評価を依頼した。

３）自由記載

保護者には，テープ固定および酸素ベストそれぞれの使いやすさや，使用時に感じたことや意見について，自由記載欄に記入してもらった。

３．分析方法

テープ固定および酸素ベスト使用後２時間における SpO_2≧94％の割合について，Wilcoxon の符号付き順位検定で比較した。分析には統計ソフト R（v4.3.2，R Foundation for Statistical Computing, Vienna）を使用し，統計的有意水準は $p<0.05$ とした。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，済生会兵庫県病院倫理委員会の承認（R5-09）を得て実施した。対象保護者には研究目的と方法を説明し，文書にて同意を得た。参加は自由意思に基づき，途中の拒否や中断も可能であること，個人情報とプライバシーを厳守し，個人が特定されない旨を説明した。病棟スタッフにも目的と方法を口頭で伝え，同意と協力を得た。

また，感染予防観点から，酸素ベストは１患児につき１枚を使用し，使用後は病院委託業者にクリーニングを依頼した。

○用語の定義：効果的な酸素投与とは，医師の指示である SpO_2≧94％を維持できることである。

Ⅴ．結果・成果

１．対象の背景

患児の年齢は１歳未満１名，１～３歳未満 13 名，３～６歳９名であった。

２．テープ固定と酸素ベストの SpO_2≧94％の割合の比較調査

テープ固定と酸素ベスト使用後２時間の SpO_2≧94％割合を表１に示した。

テープ固定と酸素ベスト使用後２時間の SpO_2≧94％の割合を比較した結果，20 名で 1.0～138.1 倍に増加した。特に顕著だった患児５は 0.7％から 96.7％へ大幅改善した。

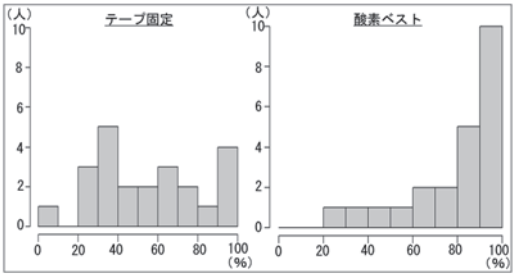
これらのデータをヒストグラムとデータの４分位で示したのが図２である。ヒストグラムでは，酸素ベスト使用時は SpO_2≧94％を長時間維持できた症例が多く，分布は高水準に集中した。一方，テープ固定時は維持時間が短い症例が多く，分布は広くばらついた。データの四分位範囲においても，酸素ベスト使用時は範囲が狭く，ばらつきが少なく安定していたのに対し，テープ固定時は範囲が広く，ばらつきが大きかった。

表１　SpO_2≧94％の割合と酸素流量

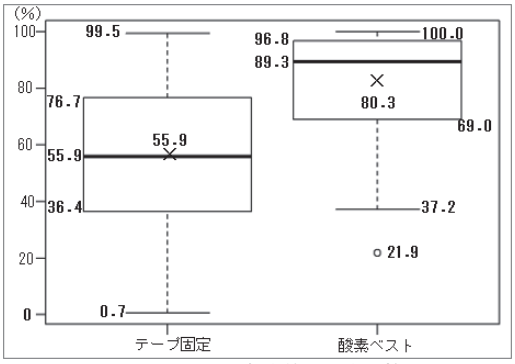
患児	酸素流量 (L/分)	SpO_2 ≧94％（％） テープ	ベスト	テープ/ベスト
1	3	35.1	78.5	2.2
2	5	66.6	95.1	1.4
3	3	37.3	21.9	0.6
4	5	43.8	96.9	2.2
5	2	0.7	96.7	138.1
6	5	42.4	37.2	0.9
7	3	28.2	88.1	3.1
8	5	39.1	49.5	1.3
9	3	55.9	97.8	1.7
10	5	56.2	61.5	1.1
11	3	60.9	99.9	1.6
12	2	99.5	100.0	1.0
13	5	97.6	97.9	1.0
14	4	35.5	84.9	2.4
15	4	29.8	89.4	3.0
16	5	37.4	53.3	1.4
17	3	85.5	99.2	1.2
18	3	77.2	89.3	1.2
19	5	76.1	94.1	1.2
20	5	22.3	61.0	2.7
21	3	96.3	82.1	0.9
22	4	68.5	76.4	1.1
23	2	93.7	95.8	1.0

※小数点第２位を四捨五入

ヒストグラム



データの４分位



※小数点第２位を四捨五入

図２　SpO_2≧94％の割合の比較

なお，表１に示す患児３は，酸素ベスト装着後の SpO_2≧94％の割合が他症例より低かったが，臨床上原因を特定できず，本解析では外れ値として除外せずデータに含めた。

その結果，Wilcoxon の符号付き順位検定において $p<0.05$ となり，酸素ベスト使用時の方が有意に高かった。

３．アンケート結果

保護者 23 名のうち 22 名がアンケートに回答し，回答率は 95.7％であった。スタッフは 27 名全員が回答し，回答率は 100％であった。

１）保護者とスタッフの共通項目

① フィット感(酸素ベストのみ対象)については,「よく合っていた」「まあまあ合っていた」「あまり合っていなかった」「全く合っていなかった」の４段階で評価した。その結果，保護者 22 名全員とスタッフ 27 名中 26 名（96.3％）が「よく合っていた」または「まあまあ合っていた」と回答した。

② 固定状況については，「全く取れることはなかった」「ほとんど取れることはなかった」「ときどき取れていた」「よく取れていた」の４段階で評価した。酸素ベスト使用時には，保護者 17 名（77.2％），スタッフ 26 名（96.3％）が「全く取れることはなかった」または「ほとんど取れることはなかった」と回答した。

③ ずれについても，「全くずれなかった」「ほとんどずれなかった」「ときどきずれていた」「よくずれていた」の４段階で評価した。酸素ベストでは，保護者 16 名（72.8％），スタッフ 14 名（51.8％）が「全くずれなかった」または「ほとんどずれなかった」と回答した。

これらの結果では，保護者とスタッフの評価は概ね一致しており，酸素ベストはフィット感，固定状況，ずれのいずれの項目でもテープ固定より高い評価を得た。

２）スタッフ専用項目

スタッフ専用項目として，酸素ベストの①固定のしやすさと②視診・聴診のしやすさについて，「しやすかった」「まあまあしやすかった」「あまりしやすくなかった」「しにくかった」の４段階で評価した。①固定のしやすさについては，酸

表２　テープ固定および酸素ベスト使用後２時間の SpO_2≧94％の割合

項目	テープ固定			酸素ベスト			p 値
	n	中央値	四分位範囲	n	中央値	四分位範囲	
SpO_2≧94％の割合	23	55.9	36.4-76.7	23	89.3	69.0-96.8	$p<0.001$

（wilcoxon の符号付き順位検定 $p<0.05$）

※小数点第２位を四捨五入

表３　アンケート結果

1) 保護者・スタッフ共通項目（保護者: n=22、スタッフ: n=27）

①フィット感（酸素ベストのみ）

	対象	よく合っていた	まあまあ合っていた	あまり合っていなかった	全く合っていなかった	無回答
酸素ベスト	保護者	11 人（50.0%）	11 人（50.0%）	0 人（0.0%）	0 人（0.0%）	0 人（0.0%）
	スタッフ	15 人（55.6%）	11 人（40.7%）	0 人（0.0%）	0 人（0.0%）	1 人（3.7%）

②固定状況

	対象	全く取れることはなかった	ほとんど取れることはなかった	ときどき取れていた	よく取れていた	無回答
テープ固定	保護者	4 人（18.2%）	2 人（9.1%）	7 人（31.8%）	7 人（31.8%）	2 人（9.1%）
	スタッフ	0 人（0.0%）	6 人（22.2%）	8 人（29.6%）	13 人（48.1%）	0 人（0.0%）
酸素ベスト	保護者	16 人（72.7%）	1 人（4.5%）	3 人（13.6%）	2 人（9.1%）	0 人（0.0%）
	スタッフ	10 人（37.0%）	16 人（59.3%）	1 人（3.7%）	0 人（0.0%）	0 人（0.0%）

③ずれ

	対象	全くずれなかった	ほとんどずれなかった	ときどきずれていた	よくずれていた	無回答
テープ固定	保護者	4 人（18.2%）	2 人（9.1%）	1 人（4.5%）	12 人（54.5%）	3 人（13.6%）
	スタッフ	0 人（0.0%）	5 人（18.5%）	4 人（14.8%）	18 人（66.7%）	0 人（0.0%）
酸素ベスト	保護者	8 人（36.4%）	8 人（36.4%）	5 人（22.7%）	1 人（4.5%）	0 人（0.0%）
	スタッフ	3 人（11.1%）	11 人（40.7%）	13 人（48.1%）	0 人（0.0%）	0 人（0.0%）

2) スタッフ専用項目（n=27）

①固定のしやすさ

	対象	しやすかった	まあまあしやすかった	あまりしやすくなかった	しにくかった	無回答
テープ固定	スタッフ	6 人（22.2%）	5 人（18.5%）	8 人（29.6%）	8 人（29.6%）	0 人（0.0%）
酸素ベスト		16 人（59.3%）	11 人（40.7%）	0 人（0.0%）	0 人（0.0%）	0 人（0.0%）

②視診・聴診のしやすさ（酸素ベストのみ）

	対象	しやすかった	まあまあしやすかった	あまりしやすくなかった	しにくかった	無回答
酸素ベスト	スタッフ	5 人（18.5%）	16 人（59.3%）	4 人（14.8%）	1 人（3.7%）	1 人(3.7%)

※（ ）内は小数第２位を四捨五入

素ベストではスタッフ 27 名全員（100%）が「しやすかった」または「まあまあしやすかった」と回答した。②視診・聴診のしやすさ（酸素ベストのみ対象）についても同様に 4 段階で評価した結果，スタッフ 27 名中 21 名（77.8%）が「しやすかった」または「まあまあしやすかった」と回答した。

3）自由記載（付き添いの保護者のみ）

【テープ固定】

・T シャツにつけるとマスクの重みで服がずれ，マスクの位置も合わなくなり，手で支えていた。

・吹き出し口があちこちに向いてしまうため，手で押さえていた。

【酸素ベスト】

・見た目がかわいかった。寝ている時も少しずらせば酸素を口元にできたので，とても良かった。

・夜中に角度を直すために母が何度も起きずに済み，大変助かった。

Ⅵ. 看護実践への示唆

呼吸器疾患をもつ乳幼児の看護では，動きが活発なため酸素チューブの固定が難しく，テープ固定では外れやすく，効果的な吹き流し酸素投与が困難であった。本研究では，①体格への適合性，②酸素チューブの外れにくさ，③体位や顔の向きによるずれにくさを目的に酸素ベストを考案し，その有効性をテープ固定と比較した。その結果，酸素ベスト使用時の方が SpO_2≧94%を維持できた時間が有意に長く，吹き流し酸素投与の安定化に寄与する可能性が示唆された。

さらに，酸素ベストが①～③の要件を満たしていたかについて考察すると，①体格への適合性では，背面に長めのマジックテープを用いることで胸郭を妨げず，各患児に適した装着が可能であった。②酸素チューブの外れにくさは，蛇腹部分をマジックテープで広く覆って固定し摩擦を高めたことで，患児が引っ張っても外れにくい構造とすることができた。③体位や顔の向きによるずれにくさについては，長谷川ら（2009）が指摘した「体位や顔向きの変化で吹き流し口がずれて酸素が口元に届きにくくなる」という課題に対応するため，クッション内蔵構造や角度調整機能，うつぶせ時のチューブ位置調整を組み合わせた。この工夫により，酸素が口元に届きやすくなった。また，アンケート結果からも「ずれ」の減少が示され，構造改良の有効性が裏付けられた。

付き添い保護者からは，酸素ベスト使用による負担軽減や夜間の安楽に関する肯定的な感想が多く寄せられた。藤原ら（2012）は，幼児前期における 24 時間の持続吸入は患児・家族双方に大きなストレスとなると指摘しており，本研究結果はその負担軽減に寄与する可能性が示唆された。

さらに，先行研究ではスタイ型やエプロン型固定具の有効性が報告されている一方で，体格差によるずれが課題とされてきた。本研究で用いた酸素ベストはこの課題に対応する構造であり，ずれが少なく適合性の高さが確認された。加えて，スタッフアンケートでは装着の容易さや視診・聴診のしやすさも高く評価され，医療現場での実用性の高さが示された。

本研究から，酸素ベストは吹き流し酸素投与の有効な選択肢となり得ることが考えられる。しかし，同一対象に 2 種類の固定法を順に適用した前後比較デザインであるため，時間経過や順序効果の影響を完全には排除できない。さらに，乳幼児は活動や入眠で SpO_2 が変動しやすく，条件切り替え時の状態変化が結果に影響した可能性もある。また，単施設かつ小規模研究であるため，本研究結果を他施設や他集団に適用する際には限界がある。今後は，並行群間比較デザインなど，影響要因を制御した方法で検討することが望まれる。

なお，本論文に関して開示すべき利益相反（COI）はない。

Ⅶ. 引 用 文 献

藤原朱花，古田幸枝，大石慶子．（2012）．インスピロン持続吸入を行う幼児前期患児に対する固定エプロン使用による効果．*日本看護学会論文集（小児看護），42*，57-59.

半田美樹，上原宏美，占部紋子，奥野小百合，岩本寿津子，小田忍．（2013）．小児の効果的な酸素投与方法の検討―エプロン型酸素吸入固定用具の作成―．*中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌，9*，269-272.

長谷川文子，木村亮子，眞木美佐子，古瀬みどり．（2009）．乳幼児への持続吸入法の検討―スタイ・エプロン型吸入固定用具の作成―．*日本看護学会論文集（小児看護），40*，45-47.

宮崎香甫，岡本典子，鈴木聡美，山崎彰子，長福明美，石本泰子．（2015）．児にエプロンを使用した酸素投与方法の検討―患児が嫌がらない有効な酸素投与の工夫―．*中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌，11*，251-254.

須藤公予，佐藤由美子，石村明子，花田ひとみ．（2010）．乳幼児への効果的な酸素療法の取り組み―スタイ型酸素吸入器を使用して 第 2 報―．*函館五稜郭病院医誌，18*，31-38.

立木真愉美．（2009）．乳幼児患児の効果的な酸素投与―吹き流し法エプロン型用具の工夫―．*日本看護学会論文集（小児看護），43*，43-46.

戸知谷奈美．（2005）．幼児期前期患児への効果的な酸素吸入の方法―エプロン型酸素吸入器の改良―．*日本看護学会論文集（小児看護），36*，291-293.

日本看護学会誌　投稿規定

1. 本学会誌の趣旨

日本看護学会は、看護職の実践にねざした学術研究の振興を通して看護の質の向上を図り、人々の健康と福祉に貢献することを目的として活動している。その活動の成果などを、次の本学会誌の掲載方針に則り掲載する。

○　投稿論文は看護の実践にねざした内容であり、看護実践に役立つ示唆がある論文とする

○　看護全般にわたる包括的な学会として、あらゆる場で活動する本学会会員の看護職が取り組んだ論文・報告を掲載する

そのためこの趣旨に沿わない場合は原稿を受理しないことがある。

2. 論文の種別

本誌に掲載する論文の種類は原著、研究報告、実践報告であり、内容は以下の通りである。

【原著】独創的な研究の視点があり、研究手法を用いて明らかにした新しい事実や知見について完成度高くまとめられた、看護の発展に寄与する論文

【研究報告】研究手法を用いて明らかにした事実や知見についてまとめられた、共有するに値する論文

【実践報告】共有するに値する発展的な取り組みやそこから得られた成果についてまとめられた論文

3. 学会誌の形態と発行日

○　本誌はフリーアクセスジャーナルで、オンラインで年 2 回発行する。

○　発行日は 5 月 15 日と 11 月 15 日とする。

4. 投稿資格および条件

○　筆頭著者および共著者は投稿の時点で公益社団法人日本看護協会の会員であること。ただし、看護職ではない共著者はこの限りではない。

○　著者は投稿原稿にかかわる成果に実質的に貢献した者であること。

○　著者数は、筆頭著者を含め原則として 10 名以内とする。

5. 投稿期間

○　投稿期間は 8 月 15 日～10 月 15 日および 2 月 15 日～4 月 15 日とする。

○　投稿期間外であってもシステムに原稿を投稿することは可能であるが、投稿期間外に投稿された原稿は直後の投稿期間の初日に投稿したものとして取り扱う。

○　査読に対する修正原稿の再投稿は結果公開直後の投稿期間に行うこととする。これを過ぎた場合は、以前投稿された原稿であっても新規投稿として扱う。

6. 倫理方針

○　他誌に発表されておらず、かつ、投稿中でない原稿に限る。ただし、学会・研究会抄録集、修士・博士課程論文（既に機関リポジトリに全文を公開している論文はここに含まない）、科学研究費報告書、事業報告書で公表された内容の投稿は未発表とみなすが、本文中に公表していることを記載すること。

○　初回投稿後に著者リストを変更（著者名の追加や削除、著者順の再配置など）することは認めない。

○　本誌に投稿する原稿のもとになった研究と実践は、日本看護協会の「看護職の倫理綱領」、国の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」、日本学術会議の「科学者の行動規範」に沿って実施されていなければならない。

○　人を対象とする研究を実施する際には「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に従い実施する。

○　人（試料・情報を含む）を対象とする研究は著者の所属施設等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。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であり、具体的に行われた倫理的配慮と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなければならない。なお、記載する際には施設や個人が特定されないよう留意する。

○　症例報告等における研究対象者のプライバシー保護に関しては外科関連学会協議会の「症例報告を含む医学論文及び学会発表における患者プライバシー保護に関する指針」に沿うものとする。

○　透明性の観点から、本誌では全ての著者に、投稿した原稿に関連する利益相反がある場合、その旨を宣言することを求めている。著者は原稿内に研究資金源および利益相反の有無について記載しなければならない。利益相反は、著者の公平な研究の実施および報告に影響を及ぼす可能性のある状況が認識されている場合に生じる。

○　本誌は未発表原稿の機密性を保持する。

7. 査読プロセス

本誌はダブル・ブラインド方式の査読を採用している。

1）投稿完了後の確認

○　本誌に投稿された原稿は、事務局が、著者が日本看護協会の会員であること、本誌の趣旨に合致しており投稿規定に沿っていることを確認する。

○　テクニカルチェック（体裁確認）を行い、投稿規定に準拠していない原稿は著者へ返却する。

○　本誌の趣旨に合致していない、投稿規定に沿っていないと判断された原稿については査読を経ずに却下（デスクリジェクト）とする。

2）査読者による査読

○　事務局の確認を経た原稿は 2 名の査読者によって査読される。

○　査読者のコメントは原文のまま著者に伝えられる。査読者のコメント以外に論文審査・編集委員（システム上は編集者と表記）がコメントをする場合がある。

3）採否決定

○　2 名の査読者の査読後に、論文審査・編集委員が採否判定を行い、論文審査・編集委員会において採否決定する。

○　著者へ通知する採否結果は、「掲載可」「修正後掲載可」「要再査読」「掲載不可」である。

○　2 名の査読者がどちらも「要再査読」と判定した場合は、論文審査・編集委員会の協議を経ずに「要再査読」と査読者のコメントが著者へ伝えられる。

○　1 原稿につき再査読は 2 回までとする。

○　「掲載不可」となった原稿がその後新たに投稿された場合は、事務局が査読者から指摘のあった点が修正されているかを確認する。また、新規投稿としての受付可否を決定する。

4）結果公開

○　事務局は同時期に結果公開が完了した旨を著者へメールにて連絡する。著者は、結果公開時期（2 月 10 日頃、8 月 10 日頃）にシステムにログインし、採否結果と査読者のコメントの確認を行う。

5）修正原稿の提出

○　「要再査読」となった原稿の著者は、結果公開直後の投稿期間（例：2 月 10 日の結果公開の場合、同年の 2 月 15 日～4 月 15 日）に修正原稿を投稿する。これを過ぎて投稿された修正原稿は、新規投稿として扱う。

○　著者は査読者および論文審査・編集委員から指摘のあった点について、修正箇所の有無とその内容等について記載した回答書とあわせて修正原稿を投稿する。査読者の指摘に応えられない場合は、どのような理由で応えられないか等を記載する。修正原稿と回答書は事務局が確認し、再査読のプロセスに進むかを決定する。

6）掲載論文の著者校正等

○　「掲載可」「修正後掲載可」となった原稿は、印刷会社への入稿前に事務局が文字数、見出し、引用文献の書き方等を確認する。

○　「修正後掲載可」の原稿については、査読者のコメントに沿って修正がされたかを確認するため修正原稿とともに回答書の提出を求める。この際、入稿前に著者に原稿内容の修正を依頼することがある。

○　著者による校正を 1 回行う。論文審査・編集委員からの加筆・修正依頼を除き、著者による加筆・修正は認めない。

○　印刷会社への入稿後、著者校正を行い、校了する。

8. 採択基準

○　原稿が本誌の掲載要件を満たし、出版された際に本誌へ大きく貢献すると思われる場合、「掲載可」「修正後掲載可」の判定とし、論文審査・編集委員会は採択の決定を行う。

○　原稿種別による査読の基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	実践報告
独創性	○		
新規性	○		
信頼性	○	○	○
学術的価値	○	○	
実践的価値	○	○	○
構成の適切性	○	○	○
倫理的問題の有無	○	○	○

※　○は評価の対象とすることを示す。　空欄は評価しないということではない。○により重きを置く。

9. 原稿の投稿方法および様式

1）投稿方法

○　原稿は、論文投稿・審査システム「Editorial Manager®」を使用して投稿する。

○　原稿は以下に示すファイルに分けて、システムへアップロードする。

・本文

・図表

・利益相反自己申告書（COI 申告書）

○　表題と副題、抄録、キーワード（5 つまで）はシステム上で入力する。

2）原稿の様式

（1）本文

○　種別ごとの文字数と項目立ては以下の通りとする。図表も文字数に含める。

原稿種別	文字数	項目立て
原著	16,000 字以内	Ⅰ．はじめに　Ⅱ．目的　Ⅲ．方法　Ⅳ．倫理的配慮 Ⅴ．結果　Ⅵ．考察　Ⅶ．結論　Ⅷ．引用文献
研究報告	16,000 字以内	Ⅰ．はじめに　Ⅱ．目的　Ⅲ．方法　Ⅳ．倫理的配慮 Ⅴ．結果　Ⅵ．考察　Ⅶ．結論　Ⅷ．引用文献
実践報告	8,000 字以内	Ⅰ．はじめに　Ⅱ．目的　Ⅲ．看護実践　Ⅳ．倫理的配慮 Ⅴ．結果・成果　Ⅵ．看護実践への示唆　Ⅶ．引用文献

○　氏名や所属施設は記載しない。日本看護学会のウェブサイトから原稿様式をダウンロードし原稿を作成する。

https://jsn.nurse.or.jp/paper/contributors/

○　Microsoft Word で作成する。フォントは MS 明朝か MS ゴシック、10.5 ポイントとする。また、A4 横書き 35 文字×28 行で作成する（1 ページ約 1,000 字）。

○　各頁の下中央に頁数を記入し、本文には行番号入れる。

（2）抄録

○　原著および研究報告は【目的】【方法】【結果】【結論】、実践報告は【目的】【実践】【結果】【看護実践への示唆】の項目をたて、400 字以内で記載する。

（3）図表

○　図表は、ファイル内に図 1、表 1 などの通し番号とタイトルをつける。

○　図表はシステム上にオリジナルデータ（Microsoft Word、PDF など）をアップロードする。また、図表挿入希望位置を本文内に示す。

○　図表は本文の文字数に含む。図表はその大きさによって、A4 サイズ 1/4 ページで 250 字、1/2 ページで 500 字、1 ページで 1,000 字と換算する。

○　表に補足説明や脚注が必要な場合は表の下に配置する。

3）文字や外国語表記について

○　和文・新仮名づかいを用いる。

○　数字および英字は半角とする。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、量記号および単位記号（サンプル数の n や確率の p など）に対しては、イタリック体（斜体）を使用する。

○　外国語の表記については、日本語で表現できる外国語は日本語表記を原則とする。また、医学用語辞典や国語辞典にカナ表現のある外国語（外国語の読み方がそのまま日本語化したもの）は、原語ではなく辞書にあるカナで記載することが望ましい。外国人名や日本語訳が定着していない学術用語などは原則として活字体の原綴りで記載する。

○　略語は本文中の初出時（標題と抄録を除く）に、省略していない形の記載の後に括弧書きを行い定義する。

○　見出し数字番号は、Ⅰ.・Ⅱ.・Ⅲ.…、1.・2.・3.…、1）・2）・3）…、（1）・（2）・（3）…の順で記載する。

4）研究倫理審査委員会等の名称の記載について

○　研究倫理審査委員会名は伏字あるいは記号（塗りつぶし不可）とし、掲載可となった際、入稿原稿に正式名称を記載する。

○　投稿時、個人や組織への謝辞には名前を記載せず、伏字あるいは記号とする。掲載可となった際、入稿原稿に名前を記載する。

5）学術集会等で発表していることの記載について

○　学術集会にて発表している旨や修士・博士論文に加筆・修正を加えたことを記載する場合は、引用文献リストの前に記載する。

例：本論文の内容の一部は、第〇回〇〇学会学術集会において発表した。

6）利益相反に関して

○　利益相反の申告は本文中引用文献リストの前に記載するとともに「日本看護学会誌投稿　自己申告による利益相反（COI）申告書」に必要事項を記載しシステムにアップロードする。

本文への記載例：（ない場合）なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

（ある場合）筆頭著者は○○（企業名等）より、報酬を受理している。

「日本看護学会誌投稿　自己申告による利益相反（COI）申告書」は下記に掲載している。

https://jsn.nurse.or.jp/paper/contributors/

7）文献に関して

○　本文中の引用と文献リストの記載方法は「APA スタイル」とする。

雑誌、単行本、翻訳書、ホームページ等によって記載方法が異なるため、以下を参照する。

＜参考ガイドライン＞

米国心理学会(American Psychological Association, APA).『Publication Manual of the American Psychological Association, 7th ed.』(2019)

アメリカ心理学会（APA）著, 前田樹海・江藤裕之訳(2023).APA 論文作成マニュアル（第 3 版）. 医学書院.

10. 回答書について

○　「要再査読」の判定を受け、著者が査読者のコメントに沿って原稿を修正する際、査読者のコメントに明快かつ簡潔に返答を記載した「回答書」を作成し修正原稿とともにシステムに登録する。回答書には、査読者の指摘を受けて原稿の何ページの何行目から何行目までをどのように修正したか、あるいは査読者の指摘に応えられない場合はどのような理由で応えられないか等を記載する。

11. 著作権

○　日本看護学会誌に掲載された著作物（電子媒体への変換による利用も含む）の複製権、公衆送信権、翻訳・翻案権、二次的著作物利用権、譲渡権等は本学会に帰属する。（掲載可となった際には、著者・共著者全員の「著作権同意書」を送付すること。）著者・共著者自身が利用する場合、これらの権利を拘束するものではないが、事前に本学会宛に申請し許可を得ること。

○　本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、以下のページにある「機関リポジトリ登録」から申請を行う。

https://jsn.nurse.or.jp/paper/faq/

12. 著者が負担すべき費用

○　掲載料は無料とする。

○　著作権同意書送付時の郵送料は著者負担とする。

13. 問い合わせ先

日本看護協会　看護研修学校　教育研究部　学会企画課

E-mail：ky-gakkai@nurse.or.jp

（2025 年 1 月 27 日作成）

日本看護学会誌　Vol.21 No.1
査読者

青木美香
青盛真紀
浅井美千代
渥美綾子
阿部美香
天木伸子
網中眞由美
安保寛明
池上千賀子
池田千夏
池西悦子
石川智恵
泉宗美恵
市原真穂
市村尚子
伊東美佐江
稲野聖子
乾　友紀
井上直子
井上真奈美
今井芳枝
上田伊佐子
上野栄一
上野里美
植村真美
牛田貴子
宇城　令
内川洋子
内野聖子
内山明子
梅田弘子
江口裕美子
大江佳織
大竹眞裕美
大西麻未
大日向陽子
大堀　昇
大山祐介
大山裕美子
岡田弘美
岡田摩理
尾形由貴子
小倉邦子
長内さゆり
小野里衣
小山田恭子
片田千尋
片山将宏
勝山貴美子
桂川純子
加藤　茜
加藤智子
加藤隆子
加納江理
川久保　愛
河田照絵
河野由理
國江慶子
窪川理英
熊谷有記
熊谷桂子
久米真代
黒田暢子
桑原美香
行田菜穂美
郷良淳子
越村利惠
小西由起子
小松容子
近藤　彩
近藤純子
佐久間佐織
櫻井敬子
佐々木仁美
佐々木美果
佐々木吉子
佐竹陽子
佐藤晶子
佐藤真由美
佐藤美香子
佐藤美樹
佐藤幹代
佐藤淑子
柴田滋子
渋谷美香
島田裕子
清水いづみ

霜山　真
菅原　えりさ
鈴井　江三子
鈴木　幸子
隅田　千絵
関根　正
髙木　夏恵
高岸　弘美
高谷　恭子
髙橋　恵子
高橋　奈津子
高橋　亮
竹本　由香里
竹森　志穂
但馬　まり子
立野　淳子
田戸　朝美
田中　博子
田村　康子
為永　義憲
千葉　洋子
塚崎　恵子
辻野　美帆
辻本　雄大
土屋　守克
寺岡　征太郎
戸沢　智也
中嶋　祥平
中水流　彩
永谷　智恵
中山　栄純
生天目　禎子
成田　小百合
成田　太一
成田　康子
成瀬　早苗
南谷　志野
西澤　和義
西田　頼子
西塚　弘子
西村　恵理奈
二瓶　映美
二瓶　洋子
沼口　知恵子
野田　果穂
萩　典子
橋野　明香
畑　吉節未
畑中　あかね
花井　理紗
原　等子
原　理加
原田　竜三
板東　孝枝
日浅　友裕
樋口　美樹
樋口　有紀
平井　三重子
平尾　明美
平川　美和子
平林　優子
廣瀬　泰子
深尾　亜由美
深谷　由美
福井　早苗
福島　綾子
福山　智子
藤浪　千種
藤野　智子
藤原　雅司
古厩　智美
本城　綾子
前田　ひとみ
松枝　美智子
松田　千登勢
松本　賢哉
三上　千佳子
箕浦　洋子
宮木　良
宮本　いずみ
村井　文江
餅田　敬司
望月　宗一郎
森永　裕美子
休波　茂子
矢野　貴恵
山岸　直子
山﨑　優介
山下　いずみ
山下　早苗
山村　江美子
山本　小奈実
山本　純子
吉田　紀子
渡邊　裕見子

（五十音順）

2025年度 論文審査・編集委員

宇　城　　令
柏　木　公　一
小　林　京　子
小　林　康　江
志　田　京　子
習　田　明　裕
末　永　由　理
高　橋　和　子
田　口　智恵美
谷　本　真理子
田　上　美千佳
玉　井　奈　緒
藤　井　徹　也
水　野　恵理子
山　田　聡　子

（五十音順）

本学会誌に掲載された論文等の著作権は日本看護学会に帰属する

日本看護学会誌

Nihon kango gakkaishi（Journal of The Japan Society of Nursing）
ISSN 2758-3384

Vol.21 No.1
2026 年 5 月 15 日発行　年 2 回（5 月，11 月）発行

編集　日本看護学会　論文審査・編集委員会

発行　公益社団法人日本看護協会
看護研修学校　教育研究部 学会企画課
〒204-0024　東京都清瀬市梅園 1-2-3
JAPANESE NURSING ASSOCIATION
Research Conferences Planning Division
Department of Continuing Education and Research
Institute for Graduate Nurses
TEL　042-492-9120

制作　株式会社エデュプレス

公益社団法人
日本看護協会