

# 富山大学看護学会誌

第16巻 2号

(2017年 3月)

---

## 目 次

---

### 〈総説〉

精神看護学における「精」「神」論考－心理性(メンタリティ)と神気性(私的スピリチュアリティ)－

比嘉勇人 …… 97

### 〈原著〉

看護学生としてのアイデンティティと私的スピリチュアリティの関連および  
看護学生アイデンティティ確立に向けた方策の検討

浜多美奈子, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子 …… 107

透析歴による血液透析患者の自己効力感と QOL の関連について

池上萌絵, 四十竹美千代, 八塚美樹 …… 125

長時間同一体位におけるポジショニングの安楽性の検証

細田恵莉奈, 道券夕紀子, 梅村俊彰, 安田智美 …… 135

### 〈短報〉

看護専門学校教員における職業キャリア成熟の構造

田中いずみ, 比嘉勇人, 山田恵子 …… 151

病棟看護師におけるがん患者の在宅緩和ケアの認識と影響要因に関する検討

四十竹美千代, 村上真由美, 山本恵子, 泉理美子, 八塚美樹 …… 173

# 精神看護学における「精」「神」論考 —心理性（メンタリティ）と神気性（私的スピリチュアリティ）—

比嘉 勇人

富山大学大学院医学薬学研究部

## 要 旨

まず、「精神=心神（heart spirit）」を「精=心理（mind）」「神=神気（spirit-qi）」と解いて各々の意味内容について論じ、「心理性（mentality）」「神気性（personal spirituality）」・「霊性（impersonal spirituality）」で構成される「精神（心神）重層モデル」を提示した。次に、「精神（心神）重層モデル」を「構造判別図」「看護現象診断」「援助的コミュニケーションスキル」へと導入し、その臨床的有用性について考察した。最後に、「spiritual」（スピリチュアル）に関する使用上の課題について述べ、「spirituality」（スピリチュアリティ）を日本の保健医療等で使用する場合は「神気性」（私的スピリチュアリティ）と表記することを提言した。

## はじめに

「精神看護学」は、看護学の一領域である。以前は「精神科看護」と呼ばれていたが、1997年度に実施された看護教育カリキュラム改正を経て、すべての看護基礎教育機関で「精神看護学」と呼ばれるようになった。「精神」という用語は、「建学の精神（理念）」「民族の精神（集団的傾向）」「霊妙な精神（たましい）」などと使われるが、これらは看護の対象とはなりにくい「精神」である。一方、看護の対象となり得る「精神」は「人間の心（こころ）」と言い換えても語弊は少ないであろう。では、「精神看護学」が対象とする「精神」「人間の心（こころ）」とは何なのであろうか。この用語をどのように理解すればよいだろうか。

教科書『心を病む人の看護』（中央法規出版、p.8, 1995）をみると「心は脳の働きとして理解され、脳がなければ心は存在しないかのように考えられている。しかし、脳は心と同じではない。」と説明されている。また、『精神看護学① 精神看護の基礎』（医学書院、p.34, 2013）をみると「心 Mind は身体とともにあり、身体とともに発達す

る。そして、心はつねに周囲の環境に反応して動いている。心は、ものごとを感覚でとらえたり（知覚）、考えたり（思考）、体験から学んだり（学習）、判断したり、決断したり（意志・意欲）、感じたり（感情）する。」とある。さらに、『精神看護学Ⅰ 精神保健学』（ヌーヴェルヒロカワ、p.14, 2016）では「心は明らかに脳の活動と深い関係があるが、それだけではなく、それに何か加わって心がある。あるいはそれ以上のものとして精神活動があると考えておきたい。」とあり、『精神看護学① 情緒発達と精神看護の基本』（メディカ出版、p.31, 2017）には「脳の形態に異常が認められ、それに伴ってこころに変化が生じているときには、脳の構造を見ることがこころの理解につながるが、これで説明できるのはこころの働きのごく一部であり、形態に異常が認められない場合、この視点は個人のこころを理解する上では、ほとんど役に立たない。」と説明されている。

上記の教科書からわかることは、「心（こころ）」≡「脳（からだ）」、「心（こころ）」≡「精神」ということである。わからないことは、「心（こころ）」+「？」＝「精神」の「？」についてである。こ

の「？」をどのように解けばよいだろうか。本稿では、「精神」が「精」と「神」で構成されていることに着目して「精神」＝「精」＋「神」＝「心（こころ）」＋「？」＝「心理」＋「神氣」と連想し、「心（こころ）」＝「心理」，「？」＝「神氣」と想定した。この等式の妥当性について論考する。

### 「精」「神」の言語的原点

まず、「精」の字を解く。『新漢語林』（大修館書店，2011）をみると、「精」の字義には「こころ」「たましい」などがある。音符の「青」は「すみきっている」の意味で、「きれいについた米」や「すんだ心」の意味を表している。『漢字ときあかし辞典』（研究社，2013）によれば、「精」は“玄米をついて白米にする”ことを表し、部首「米」はそのなごり。また、「青」は“澄み切った”という意味。「精選」「精鋭」「精髓」などでは、“上質のものを選び出す”こと。最後まで残る上質な部分というところから、“人間の活動の根本となるもの”をも表す。その例が、「精氣（心身の活力）」「精進（心身の修行）」「丹精（全霊を込める）」などである。なお、「精緻な頭脳」とは“非常に巧みな脳力”を意味する。

次に、「神」の字を解く。『新漢語林』（大修館書店，2011）をみると、「神」の字義には「こころ」「たましい」などがある。音符の「申」は「いなびかり」の象形で「天の神」の意味。「示」を付し、一般には「かみ」の意味を表している。『漢字ときあかし辞典』（研究社，2013）によれば、「神」は人間を超越した存在“かみさま”を表す漢字である。また、目に見えない働きをするところから、“こころ”をも指す。その例が、「休神（こころを休める）」「失神（意識を失う）」「神経質（細かいことまで気に病む質）」などである。なお、「精髓」は“精神と骨髄”で、“最も大切な部分”のことを意味する。

これらのことから、「精」と「神」に共通する字義には「こころ」「たましい」があるとわかる。この「こころ」は個人内の intrapersonal 「安」と結びついて「安心（安神）」と成り、「たましい」は非個人の impersonal 「霊」と結びついて「精

霊」「神霊」と成る。すなわち、看護の対象となり得る「精神」は「形而下的 physical ところ（精）」と「形而上的 metaphysical ところ（神）」の複合語であり、「精神」＝「物質的ところ（精）」＋「非物質的ところ（神）」と理解することができる。大和言葉（和語）の「こころ」について、高橋<sup>1)</sup>は、凝り凝りと固まること（ココリ）が「こころ」に転じた可能性を指摘し、「こころが固まる」のではなく「固まること自体がこころ」と述べている。同様に、相良<sup>2)</sup>も「こころ」の源態はコゴル（煮コゴリ）、つまり内臓に由来すると説いており、ここに「物質的ところ（精）」と「心臓 heart」との結節点がみえてくる。また、王ら<sup>3)</sup>は、人体の根源は「両親の精（先天の精）」にあり「神」はそこから生じ、「神」は穀物などから得られる精（後天の精）」により養成され、「精神」と呼ばれている言葉は「精」と「神」が密着して不可分の弁証の関係にあることを説明している、と述べている。

ゆえに、「精神」＝「精」＋「神」＝「心（こころ）」＋「？」は「精（形而下的 physical ところ）」＋「神（形而上的 metaphysical ところ）」と解され、「精神」＝「心理（物質的な physical ところ）」＋「神氣（非物質的な metaphysical ところ）」という等式が導かれる。先に「心 Mind は身体とともにあり、身体とともに発達する。」とあったが、発生的には「物質的ところ（心理）」が機能しそれに呼応して「非物質的ところ（神氣）」が機能し、以後、「心理」と「神氣」のふたつの「こころ」の機能は相互補完的に発達していくと考えられる。

### 精神看護学における「心理」

ここでは、「精」＝「心（こころ）」＝「物質的ところ（心理）」と解かれた「心理」について考察する。

「心理」の語意は、『広辞苑』（岩波書店，2009）に「①心の働き、意識の状態または現象、行動によって捉えられる心的過程をも指す。②心理学の略」とあり、『新明解国語辞典』（三省堂，2012）には「その時どきの外界の刺激に対応する、その

人の心の動きや意識のありかた。」とある。つまり、個性的 individual (客体的) な「心理」は、刺激反動的な一次的意識機能として「行動 behavior」の起源となり得るということである。極論すれば、「心理」は「受けて応じる outside-in 現象」だといえる。

この「心理」という語、日本国内で誰が最初に用いたのかは不明である<sup>4)</sup>。微かな手がかりを探っていくと、1600年前後に中国から日本に輸入された陽明学(心学)<sup>5)</sup>に「一人ひとりの心の中にこそ理(物事の正しい筋道・道理)がある」と主張する「心即理」<sup>6)</sup>が説かれており、この「心は即ち理なり」が「心理」用語の源流となった可能性が見出される。1878年になると、西周が Joseph Haven の『智情意を含む心理哲学 Mental Philosophy: including the intellect, sensibilities, and will.』(1857)を翻訳し、その脚注に「メンタルフィロソフィー 爰ニ 心理上ノ哲学ト訳シ、約メテ 心理学ト訳ス」と記した<sup>7)</sup>。この記述によれば、「心理学」の語は西が生み出したと考えられ、西が作成した「心理学」に関連する和製漢語は中国に逆輸入されて日中両国で共通に用いられるようになった<sup>8)</sup>。

心理学を学んだ夏目漱石の『草枕』(1906)に「智に働けば角が立つ。情に棹させば流される。意地を通せば窮屈だ。」とある。この智情意について、ここでは「智は認知 cognition」「情は感情 feeling」「意は意気 spirits」と読み替えて、「認知 cognition」「感情 feeling」を心理的次元 mental dimension に含め、「意気 spirits」は別の次元(神氣的次元 personal spiritual dimension)に含めておく。要するに、「認知 cognition」「感情 feeling」を「一次的意識機能 primary consciousness」に含め、「意気 spirits」を「高次の意識機能 higher-order consciousness」に含めるということである。この重層的な考え方<sup>9)</sup>は「二重過程理論 Dual-Process Theories」<sup>10)</sup>と類似するものである。二重過程理論では、システム1(拙速性で精神面への負荷が低い:一次的意識レベル)とシステム2(遅効性で精神面への負荷が高い:高次の意識レベル)の二次元が設定されている。「意識している自己を意識する(meta-consciousness)」「目を

閉じて自己内界を観る(内観 introspection)」「外言(伝達のための音声言語 outer speech)ではなく内言(音声を伴わない内的言語 inner speech)を使い自己と対話する(self-talk)」のはシステム2がシステム1に介入できる関係にあるからだと考えられ、さらに山根<sup>11)</sup>はシステム0(精神面への負荷が無い:無意識レベル)とシステム3(精神面への負荷が非常に高い:メタ意識レベル)を提唱している。

かつて「心理哲学 mental philosophy」<sup>12)</sup>であった「心理学 psychology」は、現在においては「行動と心理の過程についての科学的学問 the scientific study of behavior and mental processes」<sup>13)</sup>であると定義づけられている。哲学者ソクラテスは、ギリシャ語の *psyche* を「人間の魂」「靈魂」として捉えて哲学の中心にそえたが、その派生語である「心理学 psychology」は哲学から離れ科学へと向かったといえる。

「mental」(心の、頭を使う)と「mind」(心、頭)は、ラテン語の *mens* (心、知力)の派生語である。渡辺<sup>14)</sup>が *mens* の語頭音 m (鼻音)と「鼻」との関連性を指摘していることと、人間の「鼻」が頭部に位置づけられることとを鑑みると、「mental」「mind」と五感の中核である精微な「脳(頭部)」との結び目に「精(心理)」が浮かび上がり、また心理的過程を示唆する「頭を冷やす」「頭が切れる」「頭の中が白くなる」といった慣用語の本義もみえてくる。

以上より、ここでは「受動的な一次的意識 primary consciousness (認知・感情)」を表す「心理 mind の性向」を「心理性 mentality」と表記し、「自分の体外または体内から発せられた情報(刺激)を受けて作動する反動的つながり性」と定義する。また、「心理的次元 mental dimension」の看護現象としては、「情報(刺激)に応ずる『認知 cognition』」に〈記憶 memorization〉〈感覚 sensation〉〈習得 learning〉〈注意集中 concentration〉〈意思決定 decision-making〉を含め、「情報(刺激)に応ずる『感情 feeling』」には〈情動 emotion〉〈気分 mood〉を含める<sup>15)</sup>。

## 精神看護学における「神気」

ここでは、「神」=「?」=「非物質的ところ(神気)」と解かれた「神気」について考察する。

「神気」の語意は、『広辞苑』(岩波書店, 2009)に「①万物を生成する霊妙な力 ②不思議な雲気 ③精神と気性(㊦心身の力, 気力 ④精神, ところ) ④すぐれた趣」とあり、『新明解国語辞典』(三省堂, 2012)には「気力(を支える根元として存在する精神)」また「気力」については「困難に堪え、何かを最後までやりぬこうとする精神力。」とある。つまり、実存的 existential (主体的) な「神気」は、主体内発的な高次の意識機能として「行為 act」の起源となり得るということである。極論すれば、「神気」は「自ら発する inside-out 現象」だといえる。

さて、中国伝統医学によると、「神 spirit」を蔵する「心 heart」は血液循環だけではなく思惟・意識活動も司ると理解され、「心気 heart qi (神気 spirit qi)」は「心(神 spirit)」や「肝(魂 ethereal soul)」「肺(魄 corporeal soul)」「脾(意 ideation)」「腎(志 will)」の原動力となっていると理解されている<sup>16) 17)</sup>。慣用句の「肝が据わる」「腑が抜ける」「腹を割る」といった「胆力」「元気」「本心」などを表意する「肝」「腑」「腹」は、東洋医学の「五臓六腑」に由来する。有形の(物質的 physical)「心」と無形の(非物質的 metaphysical)「神」は複合語「心神 heart spirit」となり、日本国内には鎌倉時代にかけて流入してきた<sup>18)</sup>。その後、日本語の「心神 heart spirit」は意味変化を経て「精神 psyche」と表記されるに至り、現在では精神機能障害 psychic functional impairment の程度を表す用語「心神喪失 irresponsibility」「心神耗弱 diminished responsibility」として使われている<sup>19)</sup>。

「神気」については、貝原益軒の『養生訓』(1712)で「調息の法、呼吸をと、のへ、しづかにすれば、息やうやく微也。…かくの如くすれば神気定まる。」と呼吸と関連づけて説かれており、夏目漱石の『それから』(1910)では「この頃は、…精神気力の低落に伴う様になった。」と表現されている。「気」については、夏目漱石の『道草』(1915)

で「彼の心は沈んでいた。それと反対に彼の気は興奮していた。」と表現され、薄羽<sup>20)</sup>が「私達の“心”は内に向かって閉ざされているが、私達の“気”は外に向かって絶えず発動されているといえる。“気”は“心”から出ている目に見えない一種の触手・触覚・あるいは波長のようなものであり、別の言い方をすれば“呼吸”であるともいえる。」と言及している。

「心」と「気」の関連性は、「内呼吸と外呼吸との関連性」や「内向き神経(自律神経系)と外向き神経(体性神経系)との関連性」を連想させ、「内界と外界を結ぶ心・神のつながり性 connectedness」を類推させる。『日本大百科全書第12巻』(小学館, 1988)によると、「神経」という名称は杉田玄白が『解体新書』(1774)で用いた造語で、字義は神気経脈の「神」と「経」をとって「精神の経路」という意味であった。

以上より、「神 spirit」は、万物を生成する「息吹」を字義にもつラテン語のスピリタス *spiritus* と類義語であることがわかる。スピリタス *spiritus* についてはキッペス<sup>21)</sup>が「息や風のように目で見えない、物質ではなくしかもパワフルな“生かす”存在である。」と述べ、その関連語を「霊 spirit」と表記していることから、ここでは「自意識を超えた規範的または絶対的な意識 normative/absolute consciousness」を表す「霊 spirit の性向」を「霊性 impersonal spirituality」と表記し、「個人や集団の宗教性・道徳性・習俗性・神秘性などを包含する超越的つながり性」と定義する。「能動的な高次の意識 higher-order consciousness (意気・観念)」を表す「神気 spirit-qi の性向」については「神気性 personal spirituality」と表記し、「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的つながり性」と定義する<sup>22)</sup>。また、「神气的次元 personal spiritual dimension」の看護現象としては、「自己外界へ発する『意気 spirits』」に〈意欲 volition〉〈深心 human-spirit〉を含め、「自己内界へ発する『観念 ideas』」には〈意味感 meaningfulness〉〈自覚 self-concept〉〈価値観 values〉を含める<sup>15)</sup>。

## 「心理」「神気」の臨床的力点

ここまでは、「精神（こころこころ）」＝「心神」＝「心理（物質的こころ）」＋「神気（非物質的こころ）」の等式について論じ、また「心理」「心理性」および「神気」「神気性」・「霊性」の各概念について考察した。その要点については図式化し、「精神（心神）重層モデル」として図1に提示する。

ここからは、前項で検討してきた用語(概念)が、臨床精神看護においてどのような点で有用となるのかについて言及したい。

### 1. 構造判別図（全体関連図）への導入

看護では、患者の全体像やケアの方向性を検討するために一連の出来事 sequence of events を関連図としてまとめ図式化することがある。この関連図は、利用する目的に応じて、「病態関連図」「情報関連図」と呼ばれたり「部分関連図」「全体関連図」と呼ばれたりする。また、関連図の作成については定式化されており、蔵谷<sup>23)</sup>は関連図を書く際の留意点として、「いつの関連図を書くのか、いつまでの状況を見通して書くのかを明確にする」「その人の病態を関連図に反映させる」「経過（期）を踏まえて書く」「因果関係をつなぐ」を挙げ、看護における関連図の有用性を指摘して

いる。構造判別図<sup>24)</sup>とは全体関連図の一種であり、その特徴として「身体的次元『生理』『活動』・社会的次元『対人』『生態』・心理的次元『認知』『感情』・神气的次元『意気』『観念』の観点（看護現象）から患者（対象者）の構造を捉える」「捉えた看護現象をネガティブ要素（対象者の弱みの情報）・ポジティブ要素（対象者の強みの情報）・ニュートラル要素（中性的または両義的な情報）のいずれかに判別する」などがある<sup>25)</sup>。

ここでの臨床的力点は、関連図に四次元の観点を導入し構造化・判別化することで、患者（対象者）を全人的に俯瞰できるという点である。

### 2. 看護現象診断への導入

看護現象診断とは、看護職従事者（以下、看護者）の「看護者と対象との間で把握された（顕在あるいは潜在する）看護現象の内容をもとにその看護者が独自で扱える範囲内において優先的に導き診断パターンを用いて構成化した、対象のある局面に対する看護の方向性およびその根拠を示す仮説的な要約・結論の記述」である<sup>26)</sup>。つまり、体系化された看護現象に、〈記憶 memorization〉〈感覚 sensation〉〈習得 learning〉〈注意集中 concentration〉〈意思決定 decision-making〉〈情動 emotion〉〈気分 mood〉と〈意味感 meaningfulness〉〈自覚 self-concept〉〈価値観

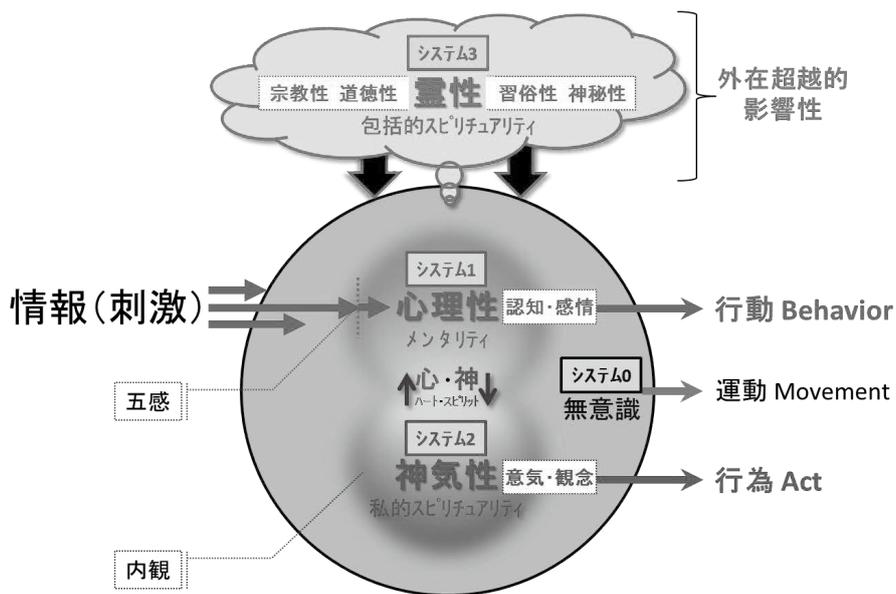


図1. 精神（心神）重層モデル

values) 〈意欲 volition〉 〈<sup>じんしん</sup>深心 human-spirit) を含めることで、患者 (対象者) の精神面 (心理面・<sup>しんき</sup>神気面) への視点が明瞭になるということである。

ここでの臨床的力点は、看護現象の診断に「心理的次元」「<sup>しんき</sup>神氣的次元」を導入し看護現象の局面を特定 (不良な～/良好な～) することで、患者 (対象者) への関わりの基点 (根拠) が詳らかにできるという点である。看護現象診断の記述は、**【過去相】**→**【現在相】**→**【未来相】**で構成される。下に、**【ネガティブ要素】**→不良な〈看護現象名〉: その根拠→ [予想されるリスク] を記述したイルネス診断と**【ポジティブ要素】**→良好な〈看護現象名〉: その根拠→ [予想される見込] を記述したウェルネス診断を例示する。

イルネス診断例 **【記銘力の低下】** **【不本意な入院】**  
→不良な〈情動〉: 夕食後「家に帰る〇〇を呼べ」と突然大声→ [興奮増大] [入眠困難]

ウェルネス診断例 **【「これまでは〇〇がこころの支えだった】** →良好な〈<sup>じんしん</sup>深心〉: 「独り身の自分には支えが必要」→ [新たな〇〇を探求]

### 3. 援助的コミュニケーションスキルへの導入

医療者が患者 (対象者) と行うコミュニケーションには、基礎的コミュニケーション (一般的コミュニケーション) と援助的コミュニケーション (医療的コミュニケーション) で混成される重層モデルが不可欠だと考える。特に、コミュニケーションが治療過程において重要とされる精神看護においては、援助的コミュニケーションスキルの開発が待たれている。すでに、杉山ら<sup>27) 28)</sup> が援助的コミュニケーションスキルに関する基礎的研究を行っているが、そこで変数として用いられている「心理的スキル (患者の受けて応じる言葉と行動に介入するスキル)」と「<sup>しんき</sup>神氣的スキル (患者の自ら発する言葉と行為を希求するスキル)」についてはまだ明示されていなかった。

ここでの臨床的力点は、コミュニケーションスキルに「心理的次元」と「<sup>しんき</sup>神氣的次元」の各スキルを導入し体系化することで、「心理的スキル」と「<sup>しんき</sup>神氣的スキル」を混成させた援助的コミュニケーションスキルが構築できるという点である。

表 1. 援助的コミュニケーションにおける心理的スキルと心理的ケア

心理的スキル	【発話例】: 受けて応じる言動への介入	心理的ケア
説明	「～とは～です」 「～について～ということです」 : (主に健康に関する内容について) 相手に説明する	知識獲得を促す 〈記憶〉 〈習得〉 へのケア
指示	「～をしてください」 「～はしないでください」 : (主に健康に関する内容について) 相手に指示する	行動変容を促す 〈感覚〉 〈注意集中〉 へのケア
共感的確認	「それはとても～でしたね」 「もしかしたら～のように感じていますか」 : 相手の感情 (気持) を確認する	感情表出を促す 〈情動〉 〈気分〉 へのケア
要約の確認	「要するに～ということですね」 「まとめると～でよろしいですね」 : 相手の話しを要約し確認する	思考整理を促す 〈感覚〉 〈意思決定〉 へのケア
明確化確認	「つまり～ですか」 「おっしゃりたいことは～ということですか」 : 相手が言いたいと思っていることを確認する	言語表出を促す 〈感覚〉 〈意思決定〉 へのケア

※心理的ケアとは、限定的なメンタルケアを指し、指示的・介入的な関わりを特徴とする。

表2. 援助的コミュニケーションにおける神氣的スキルと神氣的ケア

神氣的スキル	〔発問例〕：自ら発する言行への希求	神氣的ケア
望み探求	「何よりも一番したいことは…？」 ：抱いている「夢」や「願い」に関する話を傾聴する	“望み”について「無；少ない」から「有；多い」への転換を期待する〈意欲〉へのケア
支え探求	「一番の支えになるものは…？」 ：「支えとなる人」や「支えになっていること」に関する話を傾聴する	“支え”について「無；少ない」から「有；多い」への転換を期待する〈深心〉へのケア
好感探求	「周囲に対して強く感じていることは…？」 ：周囲に対する「好意的な解釈」や「感謝の気持」に関する話を傾聴する	“対他評価”について「嫌；批判」から「好；感謝」への転換を期待する〈意味感〉へのケア
前向探求	「自分のこれからは…？」 ：相手の「長所」や「プラス面」または「強み」に関する話を傾聴する	“対自評価”について「暗；挫折」から「明；建設」への転換を期待する〈自覚〉へのケア
楽観探求	「病（病気または疾患）というものは…？」 ：「肯定的な人生観」や「運命や試練の受け容れ」に関する話を傾聴する	“病観”について「悲；拒否」から「楽；受容」への転換を期待する〈価値観〉へのケア

※神氣的ケア（私的スピリチュアルケア）とは、限定的なスピリチュアルケアを指し、非指示的・希求的な関わりを特徴とする。

そこで、表1に「援助的コミュニケーションにおける心理的スキルと心理的ケア（メンタルケア）」を示し、表2には「援助的コミュニケーションにおける神氣的スキルと神氣的ケア（狭義のスピリチュアルケア）」を示す。

### おわりに

これまでにも、「メンタル mental」と「スピリチュアル spiritual」の差異については、論証されてきた<sup>29) 30)</sup>。本稿では、「精神看護学」という立ち位置から、「精」と「神」という文字の源流をたどり「心理的 mental」と「神氣的・靈的 spiritual」について論じた。そして、「精神（心神）」を重層構造として捉えることの妥当性を考察した。精神医学においても、神経系の進化と解体（あるいは退行）からなる「層理論」を提唱する濱田<sup>31)</sup>がいる。濱田は「非特異的な侵襲が加わると、上層（本稿でいう神氣的次元に相当）から先に脱

落して陰性症状（本来そこにあるべきものが失われた欠損症状）を生じ、次にこれを下層（本稿でいう心理的次元に相当）が修復しようとする陽性症状（下層の露呈ないし過活動症状、または不安を軽減し低いレベルで心的内界の安定をめざす力動的症状）が現れる。」と述べ「上層から下層へ急速に進展する場合もあるが、一方で各段階（精神症状の四つの層的な病期）に病勢の停止があり、下層から上層へ症状変遷を伴って回復することがある。」と指摘し、さらに「霊（精神 spirit）・魂（心理 mind）・体（身体 body）の人間学的三元論」を提示した。

国外の保健医療界で「spiritual（本稿でいう包括的スピリチュアル）」が話題になり始めたのは、1990年代からである<sup>32)</sup>。患者（対象者）の質的（非物質的）側面と治療効果との関連性が提起されたことが喚起要因となり、保健医療界では「spiritual」と「religion」の切り離しが提案された。日本の保健医療界でも非宗教的な「spiritual」

が注目されたが、非宗教的「spiritual」の共通理解には至らず「スピリチュアル」と片仮名で表記されたまま多様な定義づけが案出された。このような現状のなか、Koenig<sup>33)</sup>は、宗教色が無く超自然的世界とも無関係な研究を目的とする場合は「spiritual」を避けて「humanistic」を用いることを推奨している。また、崎谷<sup>34)</sup>は、国際ホスピス緩和ケア協議会（International Association for Hospice Palliative Care: IAHPC）のガイドライン（2008）から「宗教的信仰を持つ人々にとってスピリチュアリティは通常宗教の枠内に含まれる“for people with religious faith, spirituality is usually encompassed within their religion.”」を挙げ「spiritual care」よりも広範囲な対象者に適用できる「existential care」の使用を推奨している。国内医療においては、森田ら<sup>35)</sup>が「スピリチュアルという言葉にピタッとくる日本語がない時点で、日本人にとってのスピリチュアルケアを定義することが難しい」と述べ、「スピリチュアル」表記が表す曖昧さと多様な内容を包括する「スピリチュアル」を患者やその家族に具体的に説明することの困難さを示唆している。杉岡<sup>36)</sup>や諸富<sup>37)</sup>によれば、「Logotherapy」（意味による癒やし）の創始者 Frankl（1905-1997）も、「spiritual」に含まれる宗教的要素を避けるために「noëtic」あるいは「noölogical」という代替用語を造ったという。この代替用語は、「スピリチュアル」という用語よりも「実存」（意味への意志：自分自身に対してある態度をとりうる自由、具体的な意味を見出そうとする努力）という用語に近い。

上述したように、spiritualに関する国外の保健医療や研究の分野においては「spirituality」（スピリチュアリティ）と「religion」（宗教）の不可分離性を認める一方で、「spirituality」－「religion」＝「？」の解答が模索されている。精神看護学において、その「？」の答えは「神気性」（私的スピリチュアリティ）であった。

## 引用文献

- 1) 高橋秀実：不明解日本語辞典，p.218，新潮社，2015.
- 2) 相良亨：一語の辞典－こころ－，p.17，三省堂，1995.
- 3) 王米渠ほか主編，磯島正ほか監修，小野正弘ほか翻訳：中医心理学－中国漢方心身医学－，pp.54-56，たにぐち書店，2011.
- 4) サトウタツヤ：方法としての心理学史－心理学を語り直す－，p.112，新曜社，2011.
- 5) 廣松渉，子安宣邦，三島憲一，宮本久雄，佐々木力，野家啓一，末木文美士（編）：岩波哲学・思想事典，p.802，p.1635，岩波書店，1998.
- 6) 小寺聡：もういちど読む山川倫理，p.50，p.212，山川出版社，2011.
- 7) 西川泰夫：「心理学」という学名の起源－メンタル・フィロソフィーかサイコロジーカー－，科学基礎論研究 26(1)，pp.17-22，1998.
- 8) 梅本堯夫，大山正（編）：心理学史への招待－現代心理学の背景－，p.298，サイエンス社，1993.
- 9) 柳瀬陽介：メディア論と社会分化論から考える言語コミュニケーションの多元性と複合性，中国地区英語教育学会研究紀要 41，pp.31-40，2011.
- 10) Keith E. Stanovich：Rationality, Intelligence, and the Defining Features of Type I and Type II Processing；Sherman, Jeffrey W., Gawronski, Bertram, Trope, Yaacov：Dual-Process Theories of the Social Mind，p.80，The Guilford Press，2014.
- 11) 山根一郎：システム0とシステム3－二重過程モデルを超えて－，椋山女学園大学研究論集人文科学篇 47，pp.63-80，2016.
- 12) 藤永保（監）：最新心理学事典，平凡社，p.388，2013.
- 13) Susan Nolen-Hoeksema, Barbara L. Fredrickson, Richard C. Atkinson, Geoffrey R. Loftus, Ernest R. Hilgard, Christel Lutz：Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology, Cengage Learning, p.5, 2014.
- 14) 渡部昇一：語源力－英語の語源でわかる人間の思想の歴史－，海竜社，p.207，2009.
- 15) 比嘉勇人：神気性（スピリチュアリティ）とは，日本看護診断学会誌 13(1)，pp.78-83，2008.

- 16) 山田光胤, 代田文彦, はやし浩司: 図説東洋医学〈基礎編〉, pp.79-80, p.248, 学習研究社, 1979.
- 17) 森和, 西條一止 (編集顧問): 鍼灸医学大辞典, 医歯薬出版, 2012.
- 18) 栞 竹民: 漢語の意味変化について-「心神」を一例として-, 国文学攷 142, pp.34-55, 1994.
- 19) 加藤正明, 保崎秀夫, 笠原嘉, 宮本忠雄, 小此木啓吾 (編): 新版精神医学事典, 弘文堂, pp.401-402, 1993.
- 20) 薄羽美江: 「気」について-美的体験における「気」-, 美学・美術史学科報 13, pp.29-46, 1985.
- 21) ウアルデマール キッペス: スピリチュアルケア-病む人とその家族・友人および医療スタッフのための心のケア-, p.53, サンパウロ, 1999.
- 22) 比嘉勇人: 看護における Spiritual-Care Model, 富山大学医学会誌 21(1), pp.16-22, 2010.
- 23) 蔵谷 範子: 関連図の書き方をマスターしよう, pp.12-14, サイオ出版, 2015.
- 24) 比嘉勇人: 精神科患者の看護ケアと看護理論: 松木光子, 小笠原知枝: 看護理論-理論と実践のリンケージ-, pp.295-307, ヌーヴェルヒロカワ, 2006.
- 25) 山田恵子, 比嘉勇人, 田中いずみ: 精神看護実習における構造判別図作成に対する学生の評価, 富山大学看護学会誌 15(2), pp.117-125, 2016.
- 26) 比嘉勇人, 須藤良平: 精神科急性期病棟における診断的判断-問題リストと看護現象診断との比較-, 聖隷クリストファー看護大学紀要 7, pp.49-66, 1999.
- 27) 杉山由香里, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子: 看護師の援助的コミュニケーションスキルと私的スピリチュアリティおよび共感性の関連, 富山大学看護学会誌 15(1), pp.17-27, 2015.
- 28) 杉山由香里, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子: 患者の内的成長に向けた看護師の援助的コミュニケーションプロセス, 富山大学看護学会誌 15(2), pp.73-91, 2016.
- 29) 江藤祐之: mental との差異からみた spiritual の本質について- WHO 憲章における「健康」の定義改正案が投げかけたもの-, Quality Nursing 10(12), pp.59-67, 2004.
- 30) 古川雄嗣: 看護学生と考える教育学-「生きる意味」の援助のために-, ナカニシヤ出版, pp.114-163, 2016.
- 31) 濱田秀伯: 精神症状の層的評価-人間学的精神病理学の立場から-; 日本統合失調症学会監修, 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉: 統合失調症, 医学書院, pp.388-397, 2013.
- 32) 比嘉勇人: Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討, 日本看護科学会誌 22(3), pp.29-38, 2002.
- 33) Harold George Koenig: Medicine, Religion, and Health: Where Science & Spirituality Meet, Templeton Foundation Press, p.17, 2008.
- 34) 崎谷満: 在宅緩和ケアと分子標的治療ハンドブック-その現在と未来-, 勉誠出版, pp.108-110, 2011.
- 35) 森田達也, 白土明美: 患者と家族に届く緩和ケア-エビデンスからわかる-, 医学書院, pp.96-108, 2016.
- 36) 杉岡良彦: 哲学としての医学概論-方法論・人間観・スピリチュアリティ-, 春秋社, pp.241-242, 2014.
- 37) 諸富祥彦: 知の教科書 フランクル, 講談社, pp.171-172, 2016.

## **Discussion on the personal “mentality and spirituality” in psychiatric nursing**

Hayato HIGA

Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences,  
University of Toyama

### **Key Words**

spirituality, spiritual care, mental care

# 看護学生としてのアイデンティティと私的スピリチュアリティの関連 および看護学生アイデンティティ確立に向けた方策の検討

浜多 美奈子<sup>1)</sup>, 比嘉 勇人<sup>2)</sup>, 田中 いずみ<sup>2)</sup>, 山田 恵子<sup>2)</sup>

1) 医療法人ホスピター 浦田クリニック

2) 富山大学大学院医学薬学研究部

## 要 旨

【目的】看護学生のアイデンティティとスピリチュアリティの因果モデルを作成し、看護学生としてのアイデンティティ確立に向けた方策を検討する。

【方法】看護学生 79 名に、看護学生アイデンティティ尺度 (SEINS) とスピリチュアリティ評定尺度 (SRS-A, SRS-B) を用いて共分散構造モデルを求めた。また、SEINS 判定基準に従って SRS-B の回答内容を分析した。

【結果】共分散構造分析の結果、SRS-B から SRS-A へのパス係数は 0.71、SRS-A から SEINS へのパス係数は 0.89 であった。特定されたモデルの適合度は概ね良好であった。また、SRS-B への回答内容 (ポジティブ回答内容 P と非ポジティブ回答内容 N の出現比率) を分析した結果、アイデンティティ拡散傾向群は P:N = 0.15、モラトリアム群は P:N = 0.79、アイデンティティ確立傾向群は P:N = 1.82 であった。

【結論】看護学生としてのアイデンティティに私的スピリチュアリティが影響を与えることを示す看護学生アイデンティティ因果モデルが作成され、私的スピリチュアルな側面から看護学生アイデンティティ確立に向けた方策への示唆を得た。

## キーワード

看護学生, アイデンティティ, スピリチュアリティ

## はじめに

アイデンティティ (Ego-Identity, 自我同一性) とはエリクソン (Erikson, E. H) が青年期の心理社会的な発達課題として提唱した概念であり、青年期における職業の選択および決定はアイデンティティ形成の中心的要素とされる<sup>1)</sup>。職業とは「実体的な契約に明示されているような自分の存在の意味」<sup>2)</sup>であり、社会での自分の存在を示す「職業」への意識が、青年期のアイデンティティ形成に影響を与えることは、アイデンティティと

職業への意識の関連に関する先行研究からも実証されている<sup>3-5)</sup>。

そして職業に対する意識がアイデンティティに影響を及ぼすとすれば、看護師を目指す看護学生では、職業すなわち看護への意識が彼らのアイデンティティ、その中でも、看護学生である自分に対する意識である「看護学生としてのアイデンティティ」に影響を与えると推測される。

アイデンティティの感覚とは「内的な不変性と連続性を維持する各個人の能力 (心理学的意味での個人の自我) が他者に対する自己の意味の不変

性と連続性とに合致する経験から生まれた自信<sup>6)</sup>である。すなわち、自分は自分以外の誰でもない自分である感覚（不変性）と、過去の自分の延長上に現在の自分が築かれており、この先も自分であり続けるであろう感覚（連続性）を持ち、その自分が、他者が捉える社会的な自分と一致していると感じる経験を重ねることで生じる自信であるといえる。

そのような自己への意識は、比嘉の提唱する「私的スピリチュアリティ」との関連性が推測される。私的スピリチュアリティとは「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性」<sup>7)</sup>である。すなわち、自分自身を内観した時に抱く自分への思い、また周囲との関係性に対する意識である。

スピリチュアリティに関しては、1998年にWHOの「健康の定義」改正案<sup>8)</sup>にスピリチュアルな側面が追加されたことから、現在では全人的健康の重要な構成要素として認識されているが、看護学生のアイデンティティとスピリチュアリティの関連における先行研究は見られない。また、看護学生の職業的アイデンティティに関する研究は行われているが、その具体的な教育的支援に関する研究成果は少なく<sup>9)</sup>、看護学生のアイデンティティ確立に向けた支援を検討する研究はほぼない。

以上のことから、本研究では、私的スピリチュアリティと看護学生としてのアイデンティティの関連について検討し、スピリチュアリティという側面から看護学生としてのアイデンティティ確立に向けた方策を検討することを目的とした。

## (用語の定義)

### 看護学生としてのアイデンティティ

「看護師を目指す一貫した自己意識」<sup>10)</sup>とする。

### 私的スピリチュアリティ

「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性」<sup>7)</sup>とする。

## 研究対象と方法

### 1. 仮説構成と仮説モデル

私的スピリチュアリティとは、自分自身の内面および外部に向けられる自己内発的な意識である。それは、看護学生としての自分に対する思いや看護師として社会貢献を望む気持ちを反映する看護学生としてのアイデンティティに影響を与えると考えた。そこで本研究では、私的スピリチュアリティが看護学生としてのアイデンティティに影響を与えるという仮説を創案し、私的スピリチュアリティと看護学生アイデンティティの関係を因果モデルとして構築し検証する（図1）。

### 2. 調査対象

4年制大学看護学科に在籍する看護学生79名

### 3. 調査期間

2013年2月～10月

### 4. 調査内容

#### 1) 属性

年齢、性別

#### 2) 看護学生アイデンティティ尺度 (Scale of Ego-Identity for Nursing Student : SEINS)

浜多が開発した看護学生としてのアイデンティティを測定する尺度を用いる<sup>10)</sup>。【達成志向：看護の方向性を見定め、達成しようとする自己意

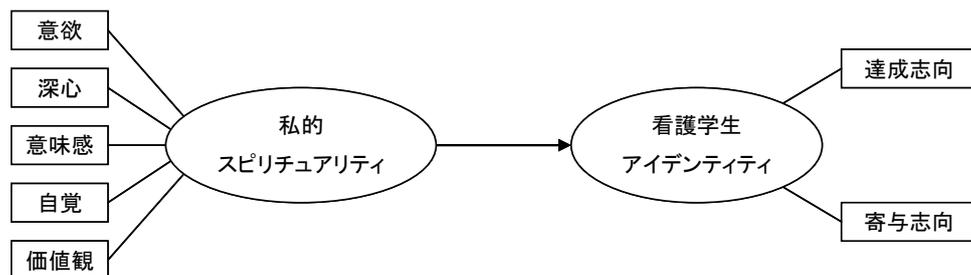


図1. 看護学生アイデンティティ因果モデル（仮説）

識】と【寄与志向：看護に積極的に寄与しようとする自己意識】の2下位尺度からなり、8項目（うち4項目は逆転項目）で構成される。得点範囲は8-48点で、得点が高いほどアイデンティティが高い（アイデンティティが確立している）ことを示し、得点により3つのカテゴリー（23点以下：アイデンティティ拡散傾向、24-32点：モラトリアム、33点以上：アイデンティティ確立傾向）に判定される。評価段階は、「全然そうではない、そうではない、どちらかといえばそうではない、どちらかといえばそうだ、かなりそうだ、まったくそのとおりだ」の6段階評定で、順に1点、2点、3点、4点、5点、6点で得点化する。逆転項目は「まったくそのとおりだ」に1点、以下順に「全然そうではない」に6点で配点される。

### 3) スピリチュアリティ評定尺度 (Spirituality Rating Scale-AB : SRS-A, SRS-B)

私的スピリチュアリティの測定には、スピリチュアリティ評定尺度 (SRS-A) および文章完成法によるスピリチュアリティ評定尺度 (SRS-B) を用いる<sup>11) 12)</sup>。私的スピリチュアリティとは、「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性」であり、SRS-Aは比嘉によって開発されたスピリチュアリティの高低を評価できる尺度である。SRS-Aは、意欲因子(【意欲：望みを成し遂げようとするところ】【深心：深く求めたことを信じるところ】)および観念因子(【意味感：意味づけを実感するところ】【自覚：自分自身を感じるところ】【価値観：自己基準を思い抱くところ】)の下位概念で構成されている。本研究では一次因子である【意欲】【深心】【意味感】【自覚】【価値観】を用いて分析を行う。各下位尺度は3項目からなり、計15項目で構成される。回答形式は「全く思わない、すこしは思う、中程度思う、とても思う、非常に思う」の5件法で、「全く思わない」を1点～「非常に思う」を5点と配点し、SRS-A得点は15-75点の範囲をとる。合計得点 (SRS-A得点) が高いほど私的スピリチュアリティが高いことを表す。

またスピリチュアリティ評定尺度 (SRS-B) は、SRS-Aを質的側面から補完する尺度であり、SRS-Aの5つの下位概念に対応した5項目から

なる文章完成法の評定尺度である。【望み：何よりも一番したいことは】、【支え：一番の支えになるものは】、【対他評価：周囲に対して強く感じていることは】、【対自評価：自分のこれからは】、【病観：病い（病気または疾病）というものは】で構成される。SRS-Aが決められた15の質問項目に対し5件法で回答する尺度であることにに対し、SRS-Bは5つの下位概念をテーマに、記述回答により自由度の高い回答を得ることが可能である。またその内容を点数化することが可能であり、評定基準についてはSRS-B5項目の各回答内容を0、1、2点 (0点：非肯定的-2点：肯定的) で評価し、その合算値が評点となる。SRS-B評点の範囲は0-10点で、合計点数 (SRS-B評点) が高いほど肯定的評価であることを示す (なお統計処理上、SRS-A得点およびSRS-B評点は間隔尺度として扱う)。

## 5. 分析方法

統計ソフト SPSS 22.0 J for Windows および Amos 22.0 を使用し、以下の分析を行った。

### 1) 尺度の信頼性係数の算出

SRS-A および SRS-B、および SEINS における Cronbach の  $\alpha$  係数を算出し、尺度の信頼性を確認した。

### 2) 尺度間の相関分析

看護学生アイデンティティと私的スピリチュアリティの関連を検討するために、SEINS得点およびその2下位尺度【達成志向】【寄与志向】と、SRS-A得点およびその5下位尺度【意欲】【深心】【意味感】【自覚】【価値観】、そしてSRS-B評点における Pearson の積率相関係数を求めた。

### 3) 共分散構造分析によるモデルの検討および評価

共分散構造分析とは、多変量データを分析する手法である。研究者が立てた仮説に基づく因果モデルの作成が可能で、双方向の因果関係、間接・総合効果を分析することができる。本研究では、私的スピリチュアリティが看護学生アイデンティティに及ぼす影響について検討するために、仮説に基づいた看護学生アイデンティティ因果モデルを設定し、データへの適合度を共分散構造分析で算出した。初期モデルの適合度が採択基準に満たない場合には、修正指標を参考にモデルを改

良し、適合度のよいモデルを採用した。モデルの適合度はカイ二乗値 (CMIN) (適合度検定), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を採用し、採択基準は, CMIN における確率が  $p>0.05$ , AGFI = 0.9 以上, CFI = 0.9 以上, RMSEA = 0.05 以下とした。パス係数は有意水準を 5% とした。

4) SEINS 判定の 3 カテゴリーにおける SEINS, SRS-A, SRS-B の基本統計量

SEINS 判定の 3 つのカテゴリー (「アイデンティティ拡散傾向」「モラトリアム」「アイデンティティ確立傾向」) に該当する対象者の SEINS, SRS-A, SRS-B の平均値 ± 標準偏差, 中央値を算出した。

5) SRS-B 回答内容の P : N 比率

SRS-B の各質問項目への回答内容に対する回答者の自己評価 (0 点 : 非肯定的 - 2 点 : 肯定的) を用いて, 2 点である場合は P (ポジティブ回答 / 肯定的自己評価), 0 点および 1 点の場合は N (非ポジティブ回答 / 非肯定的自己評価) とし, SRS-B における SEINS 判定の 3 カテゴリー別でのポジティブ回答 (P) と非ポジティブ回答 (N) の出現比率 (P : N 比) を算出した。P : N 比は算出された値が 1 以下であれば非ポジティブ傾向, 1 を超える値であればポジティブ傾向と判断する。

6) SEINS 判定の 3 カテゴリーにおける SRS-B 回答内容

SEINS 判定基準 (23 点以下 : アイデンティティ拡散傾向, 24-32 点 : モラトリアム, 33 点以上 : アイデンティティ確立傾向) に従って SRS-B の回答内容を分析した。

## 6. 倫理的配慮

倫理的配慮として, 研究者は研究参加者の次の権利を擁護しながら研究を遂行した。①自己決定の権利, ②得られたデータは本人が特定されないように厳重に管理し, プライバシーおよび秘密が保護される権利, ③全面的な情報開示を受ける権利 : 本研究の成果資料を提示する, ④危害を加えられない権利 : 学生の成績 (評価) には一切反映されない, また⑤研究で得られたデータは本研究以外に使用しないこと, 以上を口頭あるいは文書

で説明し, 参加の同意を得られた者のみに調査を行った。なお本研究は, 富山大学倫理審査委員会の承認を得て実施した (臨認 24-134 号)。

## 結果

回収数は 79 部 (回収率 100%) であり, 有効回答である 79 部 (有効回答率 100%) を分析対象とした。

### 1. 基本統計量

有効回答者 79 名における平均年齢は  $21.3 \pm 0.59$  (SD), 性別は男性 8 名 (10.1%), 女性 71 名 (89.9%) であった (表 1)。SEINS, SRS-A および SRS-B の平均値 ± 標準偏差および中央値は, SEINS  $30.63 \pm 4.83$  (中央値 31), SRS-A  $41.68 \pm 8.93$  (中央値 43), SRS-B  $6.25 \pm 2.18$  (中央値 6) であった (表 2)。

### 2. 使用尺度における信頼性

#### 1) SEINS

SEINS の 2 下位尺度における Cronbach の  $\alpha$  係数は, 【達成志向】0.62, 【寄与志向】0.72 であった。尺度全体では 0.76 であった (表 3)。

#### 2) SRS-A, SRS-B

SRS-A の 5 下位尺度における Cronbach の  $\alpha$  係数は, 【意欲】0.75, 【深心】0.81, 【意味感】0.81, 【自覚】0.78, 【価値観】で 0.81 であり, SRS-A

表 1. 対象者の属性 (N=79)

		人数	%
性別	男性	8	10.1
	女性	71	89.9
年齢 (歳)	20	1	1.3
	21	56	70.9
	22	18	22.8
	23	4	5.1

表 2. 基本統計量 (N=79)

	SEINS	SRS-A	SRS-B
平均値	30.63	41.68	6.25
標準偏差	4.83	8.93	2.18
中央値	31	43	6

表3. 各尺度の Cronbach の  $\alpha$  係数 (N=79)

下位尺度		尺度全体	
SEINS	達成志向	0.62	0.76
	寄与志向	0.72	
SRS-A	意欲	0.75	0.88
	深心	0.81	
	意味感	0.81	
	自覚	0.78	
	価値観	0.81	
SRS-B			0.52

尺度全体では 0.88 であった。SRS-B 尺度全体の Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.52 であった (表 3)。

### 3. 看護学生アイデンティティ因果モデルの作成と検証

#### 1) 尺度間の相関分析

SEINS と SRS-A および SRS-B において Pearson の積率相関係数を求めた。SEINS 得点と SRS-A 下位尺度では、【意欲】0.61, 【深心】0.30, 【意味感】0.58, 【自覚】0.36, 【価値観】0.38, SRS-A 得点では 0.60 (すべて  $p < 0.01$ ) の有意な正の相関が認められた。SEINS 得点と SRS-B 評点では 0.57 ( $p < 0.01$ ) の有意な正の相関が認められた。

#### 2) 共分散構造分析によるモデルの作成

「私的スピリチュアリティ (SRS-A)」(以下, SRS-A) という潜在変数を構成する【意欲】【深心】【意味感】【自覚】【価値観】の 5 つの観測変数を設定し, 「SRS-A」が, 2 つの観測変数【達成志向】【寄与志向】から構成される「看護学生アイデンティティ (SEINS)」(以下, SEINS) という潜在変数に影響を与えるとするモデルを構成した。また SRS-A を補完する尺度である SRS-B 評点を観測変数「私的スピリチュアリティ (SRS-B)」(以下, SRS-B) として配置し, 「SRS-A」との相関および「SEINS」への影響を検討するモデルを初期モデルとして設定し, その適合度を共分散構造分析で算出した。初期モデルでは, 適合度が採択基準に満たなかったため, 修正指標に基づいて「SRS-A」の誤差変数間に相関を入れ, モデルの修正を行った。結果, モデル適合度は改善されたが, 「SRS-B」から「SEINS」へのパス係数が有意とならず ( $p = 0.16$ ), 初期モデルは棄却された。そのため改良モデル (図 2) にて再度共分散構造分析を実施した。改良モデルの適合度は, カイ二乗値 (CMIN) 24.94 ( $p = 0.13$ ), AGFI = 0.85, CFI = 0.97, RMSEA = 0.07 であった。パ

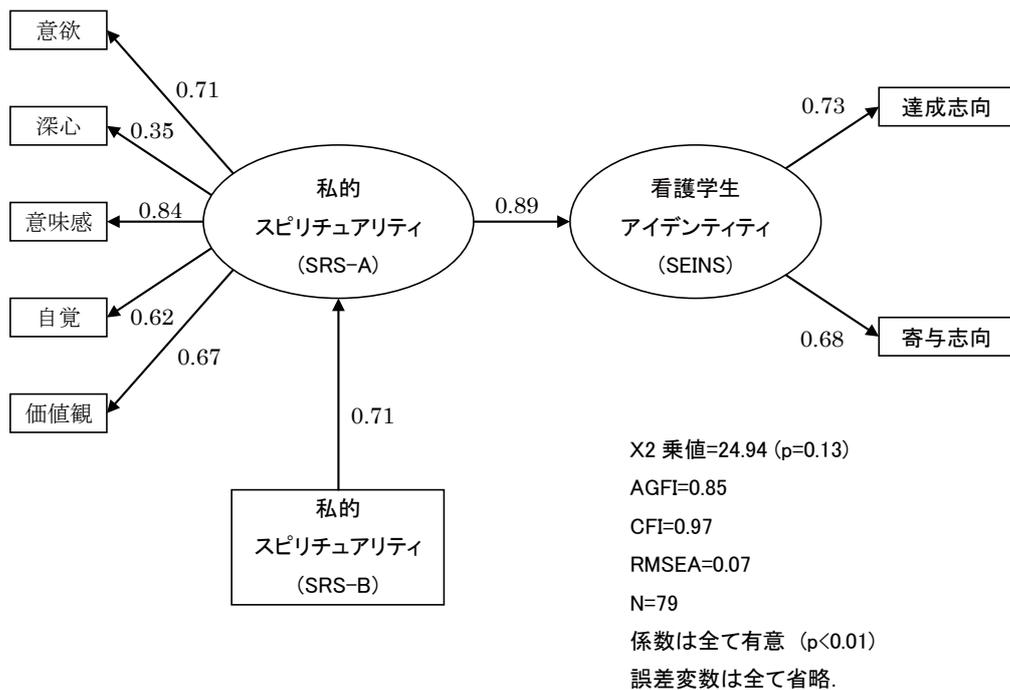


図2. 看護学生アイデンティティ因果モデル

ス係数は全て有意であった ( $p < 0.01$ )。AGFI また RMSEA が採択基準値に満たなかったが、AGFI に関しては分析対象数が少ないこと ( $N = 79$ ) が原因と考えられた。RMSEA については 0.1 以上でモデルの当てはまりが悪いと判断するとする場合もあり<sup>13)</sup>、今回は 0.1 以下であるため、この水準においても許容範囲と考え、総合的にモデルは概ね良好であると判断した。この改良モデルを「看護学生アイデンティティ因果モデル」と命名した。

3) 私的スピリチュアリティ (SRS-B) から (SRS-A) への影響

パス係数とは一方の変数が他方の変数に与える影響の強さを示し、標準化係数は絶対値で 0 から 1 の範囲を取り、1 に近いほど従属変数との関係が強いと判断される。「SRS-B」から「SRS-A」へのパス係数 (標準化係数) は 0.71 であり、「SRS-B」から「SRS-A」への強い影響が認められたことを示す。

4) 私的スピリチュアリティ (SRS-A) から看護学生アイデンティティ (SEINS) への影響

「SRS-A」から「SEINS」へのパス係数 (標準化係数) は 0.89 であり、「SRS-A」から「SEINS」への強い影響が認められた。次に潜在変数(「SRS-A」, 「SEINS」)とその構成要素となる観測変数(各尺度の下位項目)のパス係数を示す。「SRS-A」から【意欲】は 0.71, 【深心】は 0.35, 【意味感】は 0.84,

【自覚】は 0.62, 【価値観】は 0.67 で、5 つの観測変数の中では【意味感】が「SRS-A」と最も強い関係を示し、次いで【意欲】、【価値観】、【自覚】、【深心】の順であった。また「SEINS」から、【達成志向】は 0.73, 【寄与志向】は 0.68 であった。

5) 私的スピリチュアリティ (SRS-B) から看護学生アイデンティティ (SEINS) への影響

今回作成された看護学生アイデンティティ因果モデルでは、「SRS-B」から「SEINS」への直接効果は認められなかったが、「SRS-A」を介して「SEINS」に 0.63 の間接効果 (標準化係数) が認められた。

4. SEINS 判定の 3 カテゴリーにおける SEINS, SRS-A, SRS-B の基本統計量

対象者 79 名における SEINS 判定の 3 カテゴリーの該当人数 (%) は、アイデンティティ拡散傾向:6 名 (7.6%), モラトリアム:42 名 (53.2%), アイデンティティ確立傾向:31 名 (39.2%) であった。各群における SEINS, SRS-A, SRS-B の平均値 ± 標準偏差と中央値は、アイデンティティ拡散傾向群(以下, 拡散群)は SEINS:20.67 ± 4.08(中央値 23), SRS-A:30.00 ± 8.44 (中央値 27.5), SRS-B:3.83 ± 1.83 (中央値 4), モラトリアム群は SEINS:28.83 ± 2.66 (中央値 29.5), SRS-A:38.79 ± 6.78 (中央値 39), SRS-B:5.76 ± 2.09 (中央値 6), アイデンティティ確立傾向群(以下, 確立群)は SEINS:35.00 ± 2.03 (中央値 34),

表 4. SEINS 判定別 SEINS, SRS-A, SRS-B の基本統計量

		(N=79 [100%])		
		アイデンティティ 拡散傾向群 (N=6 [7.6%])	モラトリアム群 (N=42 [53.2%])	アイデンティティ 確立傾向群 (N=31 [39.2%])
SEINS	平均値	20.67	28.83	35
	標準偏差	4.08	2.66	2.03
	中央値	23	29.5	34
SRS-A	平均値	30	38.79	47.87
	標準偏差	8.44	6.78	7.35
	中央値	27.5	39	49
SRS-B	平均値	3.83	5.76	7.39
	標準偏差	1.83	2.09	1.73
	中央値	4	6	8

SRS-A: 47.87 ± 7.35 (中央値 49), SRS-B: 7.39 ± 1.73 (中央値 8) であった (表 4).

**5. SEINS 判定の 3 カテゴリーにおける SRS-B 回答内容の P : N 比**

SRS-B 回答内容において、拡散群では、回答が「肯定的」と自己評価されたポジティブ回答 (P) 数 4 に対し、「非肯定的」と自己評価された非ポジティブ回答 (N) 数 26 (P:N 比は 0.15) であった。モラトリアム群ではポジティブ回答数 93 に対し、非ポジティブ回答数が 117 (P:N 比は 0.79) であった。確立群では、ポジティブ回答数 100 に対し、非ポジティブ回答数 55 (P : N 比 1.82) であった (表 5)。

**6. SEINS 判定の 3 カテゴリーにおける SRS-B 回答内容**

SRS-A の 5 下位尺度に対応する SRS-B の 5 項目に対する主な回答内容は以下の通りであった。

【望み】(SRS-A【意欲】に対応する) では、拡散群:「睡眠」「自分が本当にやりたいことを見つけない」など、モラトリアム群:「遊びたい」「旅行」「休みたい」など、確立群:「旅行」「遊びたい」「勉強」などであった (表 6)。

【支え】(SRS-A【深心】に対応する) では、拡散群:「家族」「お金」など、モラトリアム群:「友人」「家族」「趣味」など、確立群:「友達」「家族」「仲間」などであった (表 7)。

【対他評価】(SRS-A【意味感】に対応する) では、拡散群:「劣等感」「周りの人は自分より優秀」など、

モラトリアム群:「自分がどう思われているのか」「特に何も感じていない」「みんな頑張っている」など、確立群:「感謝」「一緒に実習がんばろう!」「過度な期待をしないで」などであった (表 8)。

【対自評価】(SRS-A【自覚】に対応する) では、拡散群:「まだよくわからない」「まったく先がみえない」など、モラトリアム群:「分からない」「どうなるか不安」など、確立群:「自分で努力して切り開く」「なんとかなる」「未知」などであった (表 9)。

【病観】(SRS-A【価値観】に対応する) では、拡散群:「自分はまだ病気にはならない」「仕方ない」など、モラトリアム群:「辛いこと」「怖い」「苦しい」「付き合っていくもの」など、確立群:「誰にでも起こること」「乗り越えるもの」「つらい」などであった (表 10)。

**考 察**

**1. 尺度の信頼性の検討**

信頼性の検討のため各尺度において Cronbach の  $\alpha$  係数を算出した。結果、SEINS では  $\alpha = 0.76$ , SRS-A では  $\alpha = 0.88$  の高い信頼性が得られ、測定指標として十分な内的整合性が確保されたと考える。したがって、本研究では対象者の看護学生としてのアイデンティティおよび私的スピリチュアリティが指標の測定値に適切に反映されており、よって変数間の関連性を検討することが可能

表 5. SRS-B における SEINS 判定の 3 カテゴリー別の P : N 比

		(N=79)					
		アイデンティティ 拡散傾向群		モラトリアム群		アイデンティティ 確立傾向群	
		(N=6)		(N=42)		(N=31)	
		P	N	P	N	P	N
SRS-B	【望み】	2	4	26	16	23	8
	【支え】	2	4	34	8	31	0
	【対自評価】	0	6	14	28	19	12
	【対他評価】	0	6	12	30	19	12
	【病観】	0	6	7	35	8	23
合計(人)		4	26	93	117	100	55
P : N 比		0.15		0.79		1.82	

P はポジティブ内容回答, N は非ポジティブ内容回答を示す

表6. SRS-B【望み】のSEINS 判定別記述回答の内容

問：何よりも一番したいことは	アイデンティティ拡散傾向 (P：N=2：4)	モラトリアム (P：N=26：14)	アイデンティティ確立傾向 (P：N=23：8)
P 自分が本当にやりたいことを見つけたい	P 皆と楽しく生活すること	P 充実した実習	P 充実した実習
P 自分で生活していけるようになりたい	P 実習を休まない	P 温泉に入る	P 温泉に入る
N 睡眠、休息	P (無回答)	P 旅行	P 旅行
N どこか遠くへ旅行へ行きたい。	P 睡眠	P 友達や家族とゆっくりありそびたい	P 友達や家族とゆっくりありそびたい
N 帰りたい	P 実習を終え、就職し、安定した生活を送りたい	P 勉強	P 勉強
N 睡眠	P ラーメンが食べたい	P 実習を意義あるものとし、国試を乗り越える	P 実習を意義あるものとし、国試を乗り越える
	P 旅行	P 看護の勉強	P 看護の勉強
	P 友達と旅行に行くこと	P おいしいものをたくさん食べたい。	P おいしいものをたくさん食べたい。
	P ゆとりある生活	P 甘い物が食べたい！！	P 甘い物が食べたい！！
	P 海外旅行に行きたい	P 睡眠	P 睡眠
	P 連休になって遊びたい	P 遊びたい	P 遊びたい
	P 国試合格、内定決まる	P 勉強をしたい	P 勉強をしたい
	P 何にも進られない生活がしたい	P 思いっきり寝たい	P 思いっきり寝たい
	P (無回答)	P 買い物	P 買い物
	P 遊ぶ	P 遊びたい	P 遊びたい
	P 結婚	P 旅行	P 旅行
	P 旅行がしたい	P 時間を気にせずのんびり過ごしたい	P 時間を気にせずのんびり過ごしたい
	P 楽しいこと	P 彼氏に会いたい	P 彼氏に会いたい
	P (無回答)	P 勉強がしたい。	P 勉強がしたい。
	P 遊びたい	P 旅行	P 旅行
	P 旅行、たくさん寝る	P 旅行	P 旅行
	P 休みたい	P 友人との食事	P 友人との食事
	P 遊びたい	P 早く働けるようになりたい	P 早く働けるようになりたい
	P 運動	N 自分の健康をとのえる	N 自分の健康をとのえる
	P 友達と遊んで話したい	N 遊ぶ	N 遊ぶ
	N 休息をとりたい	N 理解してくれる人のそばで話をきいてほしい。	N 理解してくれる人のそばで話をきいてほしい。
	N アイス食べたい	N 睡眠	N 睡眠
	N 休みたい	N 海外に行きたい	N 海外に行きたい
	N 夜、睡眠をきちんととること。	N 睡眠	N 睡眠
	N 旅に出たい	N 実家に帰りたい	N 実家に帰りたい
	N 友達と遊びたい、旅行へ行きたい	N 休みをとりたい	N 休みをとりたい
	N 何も考えずに遊びたい		
	N 家に帰って甘い物を食べたい		
	N 家に帰る		
	N 寝たい		
	N 何も考えず、ゆっくり休みたい。		
	N ねむりたい		
	N 休むこと		
	N (無回答)		
	N 何もせず部屋でグダグダしたい		
	N 旅行		

注1：SRS-B【望み】はSRS-A下位尺度【意欲】に対応している  
 注2：Pはポジティブ回答内容、Nは非ポジティブ回答内容を示す

表7. SRS-B【支え】のSEINS判定別記述回答の内容

問：一番の支えになるものは	アイデンティティ拡散傾向 (P : N = 2 : 4)	モラトリアム (P : N = 34 : 8)	アイデンティティ確立傾向 (P : N = 31 : 0)
P 大切な人	P 友達	P 家族や友人の存在や自分への期待	P 恋人
P 彼氏、家族	P 家族や友人の存在や自分への期待	P 家族	P 友達 (看護学生)
N 特になし	P (無回答)	P (無回答)	P 友達や家族
N 家族	P 家族とか	P 周りにいる人 (家族・友人など…)	P 友達、家族
N (無回答)	P 周りにいる人 (家族・友人など…)	P 努力	P 知識や理解の深まりを実感すること
N お金	P 努力	P 家族	P 家族
	P 家族	P 友達	P ○○○さん
	P 友人の存在	P 家族・固りの方々	P 友達からの応援等の言葉
	P 友人、家族、大切な人	P 友人、家族、大切な人	P 人づきあい
	P 家族	P 趣味	P 10班の皆
	P 趣味	P 家族	P グループメンバー
	P 家族	P 母	P もうすぐ休みになること
	P 睡眠や食事など安定した食事	P 睡眠や食事など安定した食事	P リラックスする時間
	P (無回答)	P 家族	P 両親
	P 家族、友人など自分の周囲にいる人。	P (無回答)	P 友だち
	P 家族・友達・彼氏	P 家族	P 友達
	P 楽しいと思うことがあること	P 家族、友人など自分の周囲にいる人。	P 家族
	P 家族	P 睡眠	P 理解者
	P (無回答)	P 家族・友達・彼氏	P 家族・友人
	P 友人	P 楽しいと思うことがあること	P 家族・恋人・友人
	P 友人	P 家族	P 必要としてくれる人たち
	P (無回答)	P (無回答)	P 人
	P 親、兄弟	P 家族、友達、周りにいる人達	P 友人
	P 友達	P 親、兄弟	P 時間があること
	P 友達との会話、遊び	P 友達	P 家族
	N 周囲の人、自分の決意	P 家族、友達、周りにいる人達	P 周囲の人
	N 1人の時間	P 親、兄弟	P 友人
	N 周囲の人々	P 友達	P 家族
	N ご飯	P 友達との会話、遊び	P 将来に対する希望を持っていること
	N (無回答)	N 周囲の人、自分の決意	P ありのままの自分を理解してくれている友達の存在
	N 実習が終わること	N 1人の時間	P 仲間
	N わからない	N 周囲の人々	
	N 最後まで頑張ろうと思う気持ち	N ご飯	
		N (無回答)	
		N 実習が終わること	
		N わからない	
		N 最後まで頑張ろうと思う気持ち	

注1：SRS-B【支え】はSRS-A下位尺度【深心】に対応している  
 注2：Pはポジティブ回答内容、Nは非ポジティブ回答内容を示す



表9. SRS-B【対自評価】のSEINS判定別記述回答の内容

問：自分のこれからは	モラトリアム (P：N=12：30)	アイデンティティ確立傾向 (P：N=19：12)
N (無回答)	P より良いものにしていく	P 進む道は決まっている
N まだわからない、が周囲に流されたくない	P 自分が思う道に進んでいきたい	P どうにでもなる
N まったく先がみえない	P 楽しみ	P 自分自信で何とかする
N 仕方なくはたらくけど、達成感はある	P 勉強をたくさんしていききたい。	P やりたいこといっぱいやろうと思う
N 不明	P 一生懸命	P 頑張っていく
N まだよくわからない	P 現実と向きあう	P もつとがんばらないと
	P 実習を頑張ってるのりきる	P 実習を乗り越えて、就職したい病院に就職する
	P 一人前の人間になる	P 看護師
	P 良きNsになりたい	P いそがしくなるので頑張りたい
	P 今まで通り「何とかなる」と思っている	P もつと勉強をしなくてはならない
	P (無回答)	P ステキなナースになる
	P 看護師となってだんだん成長していく	P 明るい
	N 自分が決めていく	P 楽しくなっていくと思う
	N (無回答)	P 頑張ろう
	N どーなるんかなあ	P 有意義なものになる
	N わからない	P 頑張って立派なナースになる
	N やれることを頑張るしかない	P 自分に自信をもって生きる
	N 未知	P 努力を続ければ、大丈夫
	N どうなっていくか不安である。	P 自分で努力して切り開く
	N どうなるか不安	N 未知
	N 分からない	N なんとかなる
	N 就職試験の勉強ができるだろうか	N 心配
	N どうなるか不安	N 就活しないといけない
	N 未知	N 実習をのりこえる
	N 未知	N 時間に追われた生活になる
	N (無回答)	N どうなっていくのだろうか
	N 実習	N 大変だろうけど、大切
	N 分からない	N 大変になりそう
	N 社会人になれるか不安。	N 未知
	N どうなるのだろうか	N 努力次第
	N 自分で悔いのない様を選びとっていくかなければならない	N どうなるか分からない
	N わからない	
	N (無回答)	
	N どうなるか分からない	
	N 辛いことや困難がたくさんあるだろう	
	N 実習を乗り越えられるか、不安……。	
	N つらいです	
	N (無回答)	
	N 就職。忙しい	
	N 時間が解決する	
	N どうなるのか	
	N 分からない	

注1：SRS-B【対自評価】はSRS-A下位尺度【自覚】に対応している  
 注2：Pはポジティブ回答内容、Nは非ポジティブ回答内容を示す

表 10. SRS-B【病観】のSEINS 判定別記述回答の内容

問：病い（病気または疾病）というものは	モラトリアム (P : N = 7 : 35)	アイデンティティ確立傾向 (P : N = 8 : 23)
N (無回答) +B6 : D35		乗り越えるもの
N (無回答)	P 向き合っていくもの	P 個性
N ほぼ速い存在	P 立ち向かっていくもの。	P 人生の1部
N 予防することが出来たら1番良い	P 心の	P 分からないよう予防する
N 仕方ない	P 治癒の過程	P 誰がいつなるかわからないもの
N 自分はまだ病気にはならない	P 気のものちようである。	P 予防できる
	P その人らしさ。受け入れて、疾病と付き合いなから生きていけたらいいと思う。	P 人生において乗り越えなければならぬ1つの壁である
	P 辛いけど、闘って治していくもの	P ネガティブな要素ばかりではないと思う。
	N 必ずみんなある	N 障害
	N なったその人が悪いわけではない	N 人を弱くさせたり強くさせたりする試験
	N (無回答)	N 気持ちが大さく影響する
	N (無回答)	N 良くないイベント
	N あまりイメージがわからないもの	N いつ起こりうるものか分からない。誰でもなる
	N つらい	N 人を良くも悪くもするもの
	N なるべく避けたい	N 自分ではなくなる
	N 心の病	N 良くない(不健康)
	N とてもこわい、恐ろしい	N 弱っているとき。周囲の力が必要。
	N どうしようもない運命	N 人間を変えられるもの
	N いつ発症するか分からない	N 身心ともに影響がある
	N 恐怖	N 人を強くも弱くもするもの
	N 人生を変える	N つらい
	N 辛いこと	N 人生の見方(生き方)を変える
	N 一つおどずれるか分からない	N 精神、心とつながっている
	N 怖い	N 体力が弱っているときに発症する
	N 人の人生に障害を与える	N 誰にでも起こること
	N 仕方のないもの	N かわかりたくない。
	N 皆が辛い	N つらいものだ
	N (無回答)	N 命をおびやかすもの
	N 怖い	N 気分によって変わっていくところもある
	N その人にとっては、苦しいもの。	N なりたくてなったんじゃない
	N 苦しい	N 逃れられない。突然起きるもの
	N 身体的だけでなく精神的なものも含む	
	N 害するものでもあるけれど、長くつき合えばそれは身体の1部となる	
	N 怖い	
	N (無回答)	
	N 良くもあり悪くもある	
	N (無回答)	
	N つらいです	
	N (無回答)	
	N (無回答)	
	N なってしまったもの	
	N 気から	
	N 治るもの	

注1：SRS-B【病観】はSRS-A下位尺度【価値観】に対応している  
 注2：Pはポジティブ回答内容、Nは非ポジティブ回答内容を示す

となり、私的スピリチュアリティが看護学生としてのアイデンティティに及ぼす影響を適正に評価できたものとする。ただし、SRS-BについてはCronbachの $\alpha$ 係数が0.52であり、基準値とされる0.6に満たなかった。これにはSRS-Bの項目数の少なさも関係していると考えられるが、P:N比において回答の傾向を示すことが可能であったことから分析に使用することとした。

## 2. 看護学生アイデンティティ因果モデルの検討

### 1) 看護学生アイデンティティ因果モデルにおける私的スピリチュアリティ (SRS-A) の構成

共分散構造分析の結果、看護学生アイデンティティ (SEINS) に影響を及ぼす私的スピリチュアリティ (SRS-A) は、【意欲】【深心】【意味感】【自覚】【価値観】の全ての下位尺度によって構成されることが示され、その中でも【意欲】：望み成し遂げようとするところ、【意味感】：意味づけを実感するところとの間でパス係数0.70を越える強い関係が認められた。すなわち本研究の対象者である看護学生は、私的スピリチュアリティにおいて、望みを達成したいという思いと、周囲との関係において自分が有意義でありたいという思いを重視していると考えられる。

### 2) 私的スピリチュアリティ (SRS-B) から (SRS-A) への影響

SRS-BはSRS-Aを質的に補完する尺度であるが、15項目の質問で私的スピリチュアリティを評価するSRS-Aに対し、SRS-Bは記述回答であるため、私的スピリチュアリティを幅広く捉えることが可能である。よって、本研究における因果モデルにおいては、SRS-Aと共通概念を有しながらも、より大きな枠で私的スピリチュアリティを捉えるSRS-BがSRS-Aに影響を及ぼすという結果でモデルに示されたと考えられる。

### 3) 私的スピリチュアリティ (SRS-A, SRS-B) から看護学生アイデンティティ (SEINS) への影響

「SRS-A」から「SEINS」へのパス係数が0.89であること、「SRS-B」から「SEINS」への間接効果が0.63であることから、私的スピリチュアリティは看護学生アイデンティティに強い影響力を持つことが示された。すなわち、私的スピリチュ

アリティを高めることで、看護学生アイデンティティが確立に向かうことを示している。また本モデルにおける「看護学生アイデンティティ」の分散の説明率は0.79であり、これは私的スピリチュアリティで看護学生アイデンティティの79%を説明できることを示す結果である。この強い影響力と説明率については、まず、私的スピリチュアリティの一側面である「自分自身に向かう自己内発的な意識」は、看護師を目指す自分に対する意識と関連するためと考えられ、また私的スピリチュアリティのもう一つの側面である「自分以外の非物質的な結びつきへの志向」が、看護という社会貢献度の高い職業に対する寄与志向と強く関連するためと推測される。

次に、私的スピリチュアリティ (SRS-A) の構成要素の中で強い関連性が認められた【意欲】(パス係数0.71)、【意味感】(パス係数0.84)と看護学生アイデンティティの関連について考察する。【意欲：望みを成し遂げようとするところ】との関連については、望みや目標を成し遂げようという意欲が、看護への積極的な寄与を望む気持ちや、看護において自分にとって有意義な目標を達成したいという意識に反映されるためと考える。また【意味感：意味づけを実感するところ】との関連については、周囲との関係における自己存在の有意義さを感じようとする意識が、看護者である自分の有益さを捉えようとする意識に反映されるためと考える。

## 3. SRS-B 記述内容の検討

「SRS-B」から「SEINS」への直接効果は認められなかったが、「SRS-A」を介して「SEINS」に0.63の間接効果が認められたことから、「SRS-B」によって示される私的スピリチュアリティもまた、看護学生アイデンティティに影響を与えることが示唆された。そこで、「SRS-B」の回答内容から、私的スピリチュアリティと看護学生アイデンティティの関連を検討する。

SEINSでは合計得点に基づいて、看護学生としてのアイデンティティを3つのカテゴリーに分類できる。そこで、SRS-Bの5つの下位尺度における回答内容をSEINS判定の3カテゴリー別に比較し、各カテゴリーにおける私的スピリチュ

アリティの特徴を考察する。

まず、SRS-Aの下位概念である【意欲】には、SRS-B【望み：何よりも一番したいことは】が対応している。記述内容をみると、各群においてほぼ何らかの望みがあるが、確立群では、「旅行」「遊びたい」「友人との食事」などレジャーに関する内容が一番多く、次いで「睡眠」など休息に関する内容が多い。モラトリアム群でも「旅行がしたい」「遊びたい」などレジャーに関する内容が多く見られるが、「睡眠」「休みたい」などの休息を求める内容が増え、確立群では見られなかった無回答もみられる。拡散群では「睡眠」「自分が本当にやりたいことを見つけたい」「自分で生活していけるようになりたい」など、休息を求める内容や現状に不満足な内容が多い。各群での回答内容を比較すると、看護学生アイデンティティが確立傾向にある学生は、活動性の高い望みを持ち、拡散傾向になるに伴い、非活動的となり、身体的・精神的休息を望む傾向にある。このことから、活動意欲と看護学生アイデンティティの関連が示唆された。

次にSRS-A【深心】に対応するSRS-B【支え：一番の支えになるものは】の記述内容では、確立群、モラトリアム群、拡散群すべてにおいて「友達・友人」「家族」などその人にとって意味のある人物を挙げる内容が多かった。特に確立群では80.6%（25名／31名中）が人物を挙げている。人物以外では、確立群では「将来に対する希望」や「知識や理解の深まりを実感すること」などの肯定的な回答がみられる。モラトリアム群では、64.3%（27名／42名中）が人物を挙げているが、それ以外では「食事」「睡眠」など生活の安定を支えとして挙げた学生もみられた。拡散群の回答では、人物の他には「お金」や「特になし」などあるが、総括して考えると、自分にとって意味のある人物を支えとしている者ほどアイデンティティが確立傾向にあり、明確な支えがなくなるにつれ拡散に向かうと推測され、支えとなる存在の有無および支えの対象が看護学生アイデンティティと関連が示唆された。

SRS-A【意味感】に対応するSRS-B【対他評価：周囲に対して強く感じていることは】への回答で

は、確立群では「感謝」「一緒に頑張りたい」「楽しい」といった肯定的感情を抱いている者が多い。また「一緒に」という言葉が頻回に使われていることから周囲との連帯感を重視していることが推測された。モラトリアム群では「尊敬」や「みんな頑張っている」といった記述内容がみられ、自分と比べ周囲を高く評価していること、また「自分を過大評価しないでほしい」や「どのように思われているか」などの回答から、他者からの自分の評価への意識が窺えた。また「とくになし」や無回答も目立つ。拡散群では、「劣等感」や「周りの人は自分より優秀」などの回答から劣等感を感じていることが示された。周囲との関係を肯定的に捉え、連帯感を感じている者ほど看護学生としてのアイデンティティが高いことから、周囲に対する肯定的感情と看護学生アイデンティティの関連が示唆された。

SRS-A【自覚】に対応するSRS-B【対自評価：自分のこれからは】では、確立群では「なんとかなる」「ステキなナースになる」「有意義なものになる」など将来展望が明るく、将来への期待感を感じられる回答が目立つ。また「頑張っ立派なナースになる」や「自分で努力して切り開く」など、努力により将来が良いものになると捉えている者が多い。モラトリアム群では、「わからない」「未知」といった先行き不透明感を感じている者、また「どうなるか不安」「社会人になれるか不安」などの不安感を示す者が多い。拡散群においては「まったく先が見えない」「不明」など将来への見通しがつかない者がほとんどであった。これらの回答内容から、自分の将来に希望を抱き、それに対する努力投入をしている学生ほど、看護学生アイデンティティが確立傾向にあり、将来への不安・不明瞭感など、将来に対する否定的感情がある者は拡散傾向となることが推察された。これより、看護学生アイデンティティと将来展望の明確さとの関連が考えられた。

最後にSRS-A【価値観】に対応するSRS-B【病観：病い（病気または疾病）というもの】だが、全体的に「良くない」「辛い」「怖い」など悲観的な回答が多い中、確立群は「乗り越えるもの」、「人を弱くさせたり強くさせたりする試練」、「ネガ

タイプな要素ばかりではないと思う」, 「人生において乗り越えなければならない1つの壁である」など病気を前向きに捉え, また「人生の一部」や「人生の見方(生き方)を変える」など, 中立的に疾患を捉える傾向にあることが示された. モラトリアム群では「付き合っていくもの」や「その人らしさ, 受け入れて, 疾病と付き合いながら生きていけたらいいと思う」など受容的意見もみられるが, 「恐怖」「怖い」「辛い」などの悲観的感情が目立つ. また無回答も21.5%(9名/42名中)と多い. 拡散群では, 「ほぼ遠い存在」や「自分はまだ病気にはならない」といった病気を非現実的に捉える傾向にあった. これらの回答から, 看護学生アイデンティティが確立傾向にある学生は前向きに病気を捉え, 人生への病気の影響を客観的に判断するが, 拡散傾向になるに従い, 病気を悲観的あるいは非現実的に捉えることが推測される. ここから, 病気の捉え方と看護学生アイデンティティとの関連が示された.

SRS-B 尺度全体における回答内容を SEINS 判定の3カテゴリー別に比べると, 確立群の回答内容は肯定的な記述内容が多く, モラトリアム群では肯定的な回答に加え, 無回答や否定的回答が増え, 拡散群では否定的な回答が多い. SEINS 判定の3カテゴリー別に算出した P:N 比からも, 確立群は回答に対する自己評価がよりポジティブであり, モラトリアム群, 拡散群の順で自己評価が非ポジティブ傾向となることが示されている.

#### 4. 看護学生アイデンティティ確立に向けた方策の検討

SRS-B 記述内容の特徴から, 看護学生としてのアイデンティティ確立に向けた方策を検討する. なかでも「SRS-A」の構成概念の中で強い関係が認められた【意味感】(パス係数0.84)や【意欲】(パス係数0.71), および【価値観】(パス係数0.67), 【自覚】(パス係数0.62)は, 看護学生アイデンティティとの関連が強いと考えられる.

【意味感】に関しては, 看護学生アイデンティティが確立傾向にある者は, 周囲に対し連帯感や肯定的な感情を持っており, 拡散傾向に従い周囲に劣等感を感じていることが示された. 合田らは, 看護学生の自尊感情と職業的アイデンティティの

関連についての調査より, 「自尊感情が低い学生は, 看護職としてのはっきりした目的や方向性を見出しにくい状況である」と述べ, 「看護学生が他者と自己, 看護と自己との比較を通して自分の価値を感じられるように配慮すること」が重要だとしている<sup>14)</sup>. このことから, 看護学生が意味・価値のある存在であることを感じられるような支援, そして周囲に肯定的な感情を抱けるような支援の提供が看護学生アイデンティティの確立に繋がると考える.

次に, 【意欲】について, 活動意欲の高い者は看護学生アイデンティティが確立傾向にあり, 身体的・精神的休息を求める者ほど看護学生アイデンティティが拡散傾向にあることが示された. 先行研究では, アイデンティティが拡散傾向にある者ほど, 神経症様症状が示されやすい<sup>15)</sup>とした結果もあり, 看護学生の活動意欲の程度は看護学生アイデンティティの状態を知る手がかりとなると同時に, 休息を求める看護学生においては, その理由を把握し, 共感的に理解する支援の提供を行う必要がある.

【価値観】については, 病気を悲観的・非現実的だと捉える者において看護学生アイデンティティが拡散傾向にあった. これに関しては, 臨地実習を通して多くの患者や疾患とのつき合い方を学ぶことから, 病気を多角的に捉え, 客観視できるような態度の習得を支援することが看護学生アイデンティティ確立に向けて有効であると考えられる.

【自覚】に関して, 将来展望が明確で努力投入している者ほど看護学生アイデンティティが高く, 将来への不安が強い者は拡散傾向にあることが示された. これより, 入学時より定期的・継続的な将来に関する話し合いの機会を持ち, 将来展望を明らかにしていくことが, 看護学生アイデンティティ確立に向けて有効な支援であると考えられる.

また比嘉は, 私的スピリチュアリティへの介入法のひとつに, 援助的コミュニケーションを用いた関わりを提案している<sup>16) 17)</sup>. 援助的コミュニケーションとは, 相手の内面的成長を促す関わりであり, 私的スピリチュアリティに対する援助的

コミュニケーションとは「普段あまり意識しないような話題を投げかけ内省を促すことで相手の言語や行動を変化させる」という方法である。具体的には、連想法により1つの言葉からイメージすることを徐々に深めていき、自分の内面の深い部分に意識を向け、自己のスピリチュアルな部分に気付かせることにより言動変容を促すもので、事柄の「意味」に心を向けさせることで私的なスピリチュアリティを高めさせることができる。看護学生を対象に、このようなスピリチュアルに働きかける援助的コミュニケーションを用いた関わりを持つこともまた、看護学生アイデンティティ確立に向けての有効な支援のひとつであろう。

以上より、これらの支援を活用し、看護学生の私的スピリチュアリティを高めることで、看護学生アイデンティティを確立へと方向付けることができるのではないかと考える。また、青年期にある看護学生が自己を内観し、自己に対する気付きを得ることは、自分の存在意義への確信すなわち、青年期の発達課題であるアイデンティティそのものの確立を促進するものと考えられる。

#### (本研究の限界と課題)

因果モデルにおいては、私的スピリチュアリティが看護学生アイデンティティの影響要因であることが示されたが、分析対象者が79名と少ないことからこの結果の一般化は難しいと考えられ、また対象者の少なさがモデル適合度にも影響を及ぼしていると考えられる。対象者の数としては、「質問する項目数の5-10倍以上を目指す」<sup>18)</sup>とする文献もあり、本研究では、160以上の有効回答があれば安定した結果が得られたと予想される。しかし今回は十分な対象者を集めることができなかった。そのため今後は対象数を増やして、看護学生アイデンティティと私的スピリチュアリティの関連を実証していく必要がある。

また、看護学生アイデンティティ判定方法に関して、今回の研究においてアイデンティティ拡散傾向と判定されたのは6名であり、「アイデンティティ拡散傾向」の特徴を抽出するには数が少ないと考える。拡散群が少数である理由としては、もとより看護志向を持つ看護学生を対象としているため、全体的に看護師を目指す自己意識が高

い、すなわち看護学生アイデンティティが確立傾向にあるためと考えるが、今後は看護学生アイデンティティ尺度の構成内容および判定方法を含めて、SEINS判定による3カテゴリー(アイデンティティ拡散傾向、モラトリアム、アイデンティティ確立傾向)の特徴を捉え直す必要がある。

最後に、看護学生の私的スピリチュアリティの特徴から看護学生アイデンティティ確立に向けた方策を提案したが、今後はそれらの方策の有効性を実証していく必要がある。そして、私的スピリチュアリティ以外の概念との関連を検討し、更なる看護学生アイデンティティ確立に向けた方策を模索していくことが今後の課題として挙げられる。

#### 結語

私的スピリチュアリティが看護学生としてのアイデンティティに及ぼす影響を検討し、私的スピリチュアルな側面から看護学生アイデンティティ確立に向けた方策に関する示唆を得るため、共分散構造分析を行い、その因果関係を検討した。その結果、看護学生アイデンティティ因果モデルから、看護学生の私的スピリチュアリティが高まることで、看護学生としてのアイデンティティが確立傾向に向かうことが示された。次に、私的スピリチュアリティ(SRS-B)の回答内容から、看護学生アイデンティティ確立に向けた方策を検討した。「看護学生が意味・価値のある存在だと感じてもらえる支援」、「周囲に対して肯定的な感情を抱ける支援」、「休息を求める看護学生においては、その理由を把握し、共感的に理解する支援」、「病気の多面的な意味を見いだせる支援」、そして「定期的・継続的な将来に関する話し合いの機会を持ち、将来展望を明らかにしていく支援」の提供を行うことが看護学生アイデンティティ確立に向けた有効な方策案として考えられた。また援助的コミュニケーションを用いた関わりにより、看護学生の私的スピリチュアリティを高めることも看護学生アイデンティティ確立に向けて有効な支援であることが示唆された。

## 謝辞

本研究のためにご協力いただきました皆様に心から感謝いたします。また本論文は修士論文の一部に加筆修正したものである。

## 文献

- 1) Erikson, E. H : Identity and The Life Cycle. International Universities Press, New York, 1959.
- 2) エリクソン, エリク. H : 幼児期と社会 I. 仁科弥生訳, みすず書房, 東京, 1994.
- 3) 無藤清子 : 「自我同一性地位面談」の検討と大学生の自我同一性. 教育心理学研究 31 : 292-302, 1979.
- 4) Munly, P. H : Erik Erikson's Theory of Psychosocial Development and Career Development. Journal of Vocational Behavior 10 : 261-269, 1977.
- 5) 加藤厚 : 大学生における同一性の諸相とその構造. 教育心理学研究 31(4) : 20-30, 1983.
- 6) エリクソン, エリク. H : 自我同一性 - アイデンティティとライフサイクル. 小此木啓吾訳編, pp112, 誠信書房, 東京, 1987.
- 7) 比嘉勇人 : 看護における Spiritual-Care Model. 富山大医学会誌, 21(1), 2010.
- 8) World Health Organization : <[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB101/pdfangl/eb1017.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/eb1017.pdf)> (10/29/2016)
- 9) 小藪智子, 黒田裕子ほか : 看護学生の職業的アイデンティティ形成に関する研究 (第二報) - 経年的変化から考える教育的支援 -. 川崎医療短期大学紀要, 27 : 25-29, 2007.
- 10) 浜多美奈子, 比嘉勇人, 田中いずみほか : 看護学生アイデンティティ尺度 (SEINS) の開発およびその信頼性と妥当性の検討. 富山大学看護学会誌, 14(1) : 49-58, 2014.
- 11) 比嘉勇人 : Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学学会誌, 22(3) : 29-38, 2002.
- 12) 比嘉勇人 : 文章完成法による spirituality 評定尺度の開発. 人間看護学研究, 3 : 63-69, 2006.
- 13) 小塩真司 : 研究事例で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析. pp267, 東京図書株式会社, 東京, 2006.
- 14) 合田友美, 黒田裕子ほか : 看護学生の自尊感情と職業的アイデンティティとの関連から考える教育的支援. 川崎医療短期大学紀要, 31 : 75-81, 2011.
- 15) 中谷陽輔ほか : 現代青年においてアイデンティティ (自我同一性) の危機は顕在化するのか. パーソナリティ研究, 20(2) : 63-72, 2011.
- 16) 比嘉勇人 : 心理的・神氣的次元における援助的コミュニケーションスキルの向上にむけて. 第7回高度専門看護教育講座研修会資料, 2012.
- 17) 比嘉勇人 : 看護師の援助的コミュニケーション-実践編-. 第10回高度専門看護教育講座研修会資料, 2013.
- 18) 小笠原知枝, 松木光子 : これからの看護研究-基礎と応用-(第2版), ニューヴェルヒロカワ, 2010.

# Relationship between identity as a nursing student and personal spirituality, and strategies for establishing identity as a nursing student

Minako HAMADA<sup>1)</sup>, Hayato HIGA<sup>2)</sup>, Izumi TANAKA<sup>2)</sup>, Keiko YAMADA<sup>2)</sup>

- 1) Medical Corporation HOSPY Urata Clinic
- 2) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

## Abstract

A causal model of nursing student identity and personal spirituality was developed and strategies for establishing identity as a nursing student were investigated. A covariance structure model was obtained using Scale of Ego-Identity for Nursing Student (SEINS) and, Spirituality Rating Scale-AB (SRS-A, SRS-B) in 79 nursing students. The content of responses on SRS-B was also analyzed in accordance with the SEINS criteria.

The results of the covariance structure analysis showed a path coefficient from SRS-B to SRS-A of 0.71 and a path coefficient from SRS-A to SEINS of 0.89. The goodness of fit of the specified model was generally good. The analysis of the response content to SRS-B (ratio of positive response content P to non-positive response content N) was found to be  $P : N = 0.15$  in the group that tended toward identify diffusion,  $P : N = 0.79$  in the moratorium group, and  $P : N = 1.82$  in the group that tended toward identity establishment.

A nursing student identity causal model was created that shows things affecting identity as a nursing student and personal spirituality, and suggestions were obtained for strategies for establishment of a nursing identity from the aspect of personal spirituality.

## Key Words

Nursing student, Identity, Spirituality

# 透析歴による血液透析患者の自己効力感と QOL の関連について

池上 萌絵<sup>1)</sup>, 四十竹 美千代<sup>2)</sup>, 八塚 美樹<sup>2)</sup>

1) 飛騨市役所

2) 富山大学大学院医学薬学研究部成人看護学講座 1

## 要 旨

本研究では、透析歴による血液透析患者の QOL と自己効力感の関連について検討した。

対象者は、外来血液透析療法を行っている患者 595 名とした。基本属性、KDQOL-SF（腎疾患特異的尺度+包括的尺度）と GSES（自己効力感尺度）を用いて調査し、検討した。調査期間は 2015 年 8 月～10 月であった。一元配置分散分析、 $\chi^2$  検定、重回帰分析、共分散分析にて検討した結果、透析歴による GSES 得点、QOL 得点に有意な差はみられなかった。長期透析期において、腎疾患による負担、腎疾患の日常生活への影響、精神的側面の QOL 得点は自己効力感が高いほど有意に高かった。

よって、自己効力感を高める支援を行うことは、包括的に QOL を良好に保つ可能性が示唆された。

## キーワード

透析歴 血液透析患者 自己効力感 QOL

## はじめに

透析療法を受ける患者は 2014 年 12 月末日で 320,448 人となり年々増加している。透析療法の中でも、血液透析療法は全体の 97.2% を占めており、ほぼすべての透析患者が血液透析療法を行っている。さらに透析歴 10 年以上の患者、65 歳以上の患者が増加しており、透析歴の長期化、高齢化が進行している<sup>1)</sup>。

血液透析療法では末期腎不全による易疲労感や末梢神経症状、透析不均衡症候群、長期透析による透析アミロイドーシスなど様々な合併症が発症する。このような合併症や、時間的・身体的な拘束を伴う血液透析療法自体が透析患者に大きな負担を与え、Quality of Life（以下：QOL）を低下させていると考えられる。

しかし、透析の中断は死に直結し、血液透析患者はこのような様々な問題を抱えながらも透析療法を継続していかなければならない。血液透析患者が QOL を保ちながら快適に透析生活を行うには自己管理が重要であり、看護職者は自己管理が良好に行えるように援助していく必要がある。

血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす要因として、川端ら<sup>2)</sup> は自己効力感が重要であることを報告していた。また、自己効力感と QOL には正の相関があるという報告もあり<sup>3)</sup>、自己効力感を高く認知している場合は QOL も保たれていると言える。

しかし、透析の長期化は様々な合併症を引き起こし、血液透析患者の身体的側面を中心とした QOL を低下させる要因となる。同時に、自己効力感の高い患者ほど抑うつ、怒り、不安といった

透析患者特有の精神状態がみられないという報告もあり<sup>4)</sup>, 透析歴が長期化しても自己効力感を高く認知することにより, 心理的側面を中心とした QOL は保たれるのではないかと考えた。

しかし内田<sup>5)</sup>は「透析患者の心理社会的状態は透析治療の経過と心理社会的発達課題の相互作用によって長期的に変化していく」と述べており, 透析歴の長期化に伴い自己効力感も変化するのではないかと推測した。また, 自己効力感が変化することで, QOL にも影響を与える可能性があると考えた。

以上より, 本研究では透析歴による血液透析患者の QOL と自己効力感の関連を検討することを目的とする。

## 用語の定義

QOL :

「個人が生活する文化や価値観の中における, その人個人の目標, 期待, 基準, および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識であり, その人の身体的健康, 心理的状态, 社会的交流, 経済的・職業的状态, 個人の信条および周りの環境の特徴とそれらとの関係性を複雑に含んだ広い範囲の概念」とする。

自己効力感 :

「ある状況において, ある結果を達成するために必要な行動を自分がうまくできるかどうかの予期」とする。

## 研究対象と方法

### 1. 研究デザイン

関連検証型研究。

### 2. 調査対象

A 県内の医療施設にて外来血液透析療法を行っており, 質問紙の内容を理解し記載できる 20 歳以上の患者。

### 3. 調査期間

2015 年 8 月～同年 10 月

## 4. 調査方法

研究に同意の得られた, A 県内の外来血液透析療法を行っている施設に質問紙を送付し, 血液透析担当医のもと, 透析室看護師が研究対象者に対して質問紙の内容について説明を行った。質問紙は各透析室に設置した回収箱に入れてもらった。

## 5. 調査項目

### 1) QOL 評価指標

三浦らが日本語版を開発した the Kidney Disease Quality of Life Short Form Version1.3 (以下: KDQOL-SF)<sup>6)</sup> を使用した。これは腎疾患患者, 特に透析患者を対象とした QOL 測定尺度であり, 信頼性, 妥当性が検証されている。SF-36 日本語版 version1.2 (36 項目, 8 つの下位尺度) と腎疾患特異的尺度 (43 項目, 11 の下位尺度) から構成されている。下位尺度の得点範囲はいずれも 0～100 点であり, 得点が高いほど QOL が良好であると言える。

### 2) 自己効力感の評価指標

坂野らが開発した一般性セルフ・エフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale: 以下 GSES)<sup>7)</sup> を使用した。これは一般的な自己効力感を測定する尺度であり, 信頼性, 妥当性が検証されている。16 の質問から構成されており, 回答は「はい」「いいえ」の 2 件法である。得点範囲は 0～16 点で, 高得点者ほど自己効力感が高いと言える。

### 3) 基本属性

年齢, 性別, 原疾患 (非糖尿病性腎症, 糖尿病性腎症), 就労状況, 社会活動, 最終学歴, 婚姻状況, 同居家族について尋ねた。また, 自己管理できていると思うかという質問に「はい」「いいえ」で回答してもらい, 同時に自己管理の指標として内服薬と血液データ (自記式) について尋ねた。

## 6. 分析方法

KDQOL-SF の各下位尺度得点はマニュアルを参考に算出した。また, SF-36 は 8 つの下

位尺度から「身体的側面の QOL サマリースコア (Physical Component Summary : 以下 PCS)」と「精神的側面の QOL サマリースコア (Mental Component Summary : 以下 MCS)」を算出することができる。SF-36 のサマリースコアについてもマニュアルを参考に算出した<sup>8)</sup>。

透析歴は春木<sup>9)</sup> の分類を参考に、透析導入前・透析導入期 (1～4 週)、回復安定期 (1～3 か月)、中間期 (4～12 か月)、社会適応期 (1～3 年)、再調整期 (3～15 年)、長期透析期 (15 年以上) の 7 相に分類した後、中間期以降の 4 群を解析対象とした。

透析歴による KDQOL-SF の各下位尺度得点、GSES 得点の差について一元配置分散分析を行った。また、透析歴による基本属性について  $\chi^2$  検定を用い、有意差がみられた場合には残差検定を行った。

QOL に関連のある要因を調べるため、従属変数を KDQOL-SF の各下位尺度得点とし重回帰分析を行った。さらに、透析歴という要素が加わった時の QOL と自己効力感の関連を検討するために従属変数を KDQOL-SF の各下位尺度得点、固定因子を透析歴、共変量を GSES 得点とし共分散分析を行った。

解析には SPSS 22.0 for Windows を使用し、有意水準は 5% 未満とした。

## 倫理的配慮

研究実施前に対象施設の病院長に書面にて研究の主旨、自由意志による参加であること、研究を拒否した場合に不利益がないこと等について説明を行い、同意が得られた病院に質問紙を送付した。また、研究対象者には研究に用いられる情報の利

用目的、研究に関する問い合わせ、拒否の申し出等に対応する窓口等についての情報を書面にて通知し、研究が実施または継続されることについて、研究対象者が拒否できる機会を保障した。

なお、本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理委員会の承認 (臨認 27-83 号) を得て行った。

## 結果

### 1. 有効回答率および研究協力機関の特徴

調査協力の得られた 21 か所の病院において、595 名から回答を得た。その内、KDQOL-SF、GSES の各質問項目すべてに回答の得られたものを有効回答とした。有効回答が得られたのは 271 名であった (有効回答率 : 45.5%)。また、研究に協力の得られた病院の内訳は、診療所が 4 施設、病床数 200 床未満の病院が 10 施設、病床数 200 床以上の病院が 7 施設であった。

### 2. 対象者の基本属性

年齢に記載のあった 270 名について、年齢の範囲は 27～89 歳であり、平均年齢は  $62.8 \pm 11.1$  歳であった。また、性別に回答のあった 270 名について、男性が 198 名 (73.3%)、女性が 72 名 (26.7%) であった。

透析歴による平均年齢について、中間期では  $63.2 \pm 13.6$  歳、社会適応期では  $62.1 \pm 12.7$  歳、再調整期では  $62.4 \pm 10.4$  歳、長期透析期では  $62.0 \pm 9.3$  歳であり、4 群間の年齢に有意な差はみられなかった。透析歴による性別の割合は、男性は再調整期の対象者の割合が有意に多く、女性は長期透析期の対象者の割合が有意に多かった。また透析歴による自己管理の割合は、自己管理できていない自覚のある人は、社会適応期の対象者

表 1. 透析歴ごとの基本属性

		中間期	社会適応期	再調整期	長期透析期	p
年齢		$63.2 \pm 13.6$	$62.1 \pm 12.7$	$62.4 \pm 10.4$	$62.0 \pm 9.3$	n.s.
性別 (n=246)	男性	26 (72.2%)	37 (82.2%)	88 (81.5%)	31 (54.4%)	***
	女性	10 (27.8%)	8 (17.8%)	20 (18.5%)	26 (45.6%)	
自己管理 (n=236)	できていない	16 (47.1%)	21 (48.8%)	34 (32.7%)	9 (16.4%)	***
	できている	18 (52.9%)	22 (51.2%)	70 (67.3%)	46 (83.6%)	

$\chi^2$  検定

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

n.s. : not significant

表 2-1. 透析歴ごとの GSES 得点

	中間期 (n=36)	社会適応期 (n=45)	再調整期 (n=108)	長期透析期 (n=58)	n=247
	平均±SD	平均±SD	平均±SD	平均±SD	p
GSES	8.61±3.95	8.18±4.11	8.95±4.60	7.48±3.72	n.s.

一元配置分散分析  
n.s.: not significant

表 2-2. 透析歴ごとの KDQOL-SF 下位尺度得点

	中間期 (n=36)	社会適応期 (n=45)	再調整期 (n=108)	長期透析期 (n=58)	p
身体的側面					
症状	82.2±13.7	75.1±14.9	81.4±13.9	79.4±14.6	**
腎疾患による負担	28.8±17.1	29.7±14.0	34.9±20.2	34.9±25.6	n.s.
性機能*1	25.0±43.3	34.7±37.4	52.1±46.0	45.8±39.3	n.s.
睡眠	63.1±19.3	60.2±20.7	63.7±17.0	63.0±17.2	n.s.
社会・役割的側面					
腎疾患の日常生活への影響	71.3±17.8	70.6±16.2	72.2±17.1	70.6±17.8	n.s.
勤労状況	40.3±42.8	48.9±42.0	52.8±40.9	45.7±38.9	n.s.
認知機能	83.2±20.0	85.2±13.9	87.0±14.5	82.1±17.5	n.s.
人とのつきあい	82.4±19.9	83.7±17.1	83.5±19.1	82.6±19.8	n.s.
透析ケアに対する患者満足度	78.7±17.2	81.9±17.7	76.1±18.8	76.4±21.4	n.s.
支援的側面					
ソーシャルサポート	73.1±17.5	71.9±19.7	69.3±21.6	70.6±23.2	n.s.
透析スタッフからの励まし	78.1±17.3	75.3±17.2	72.3±19.2	73.1±20.3	n.s.
2コンポーネントサマリースコア					
PCS	38.3±11.7	38.0±9.1	39.8±10.1	34.7±14.7	n.s.
MCS	46.4±10.8	46.2±10.9	47.7±10.3	46.5±11.0	n.s.

一元配置分散分析

\*\* : p < .05

n.s.: not significant

\*1: n=38(中間期: n=3, 社会適応期: n=9, 再調整期: n=20, 長期透析期: n=6)

の割合が有意に多く、自己管理できている自覚のある人は、長期透析期の対象者の割合が有意に多かった。(表 1)

### 3. 透析歴ごとの GSES 得点および QOL 得点

透析歴による GSES 得点について、4 群間に有意差はみられなかった。(表 2-1)

透析歴による KDQOL-SF の腎疾患特異的尺度の身体的側面について、症状では p = .035 で有意差がみられた。多重比較を行ったところ、p < .05 の有意差はみられなかったが、p = .084 で社会適応期と再調整期に差がみられる傾向にあった。腎疾患による負担、性機能、睡眠について、4 群間の得点に有意差はみられなかった。

透析歴による KDQOL-SF の腎疾患特異的尺度の社会・役割的側面について、いずれの下位尺度得点においても 4 群間に有意差はみられなかった。

透析歴による KDQOL-SF の腎疾患特異的尺度の支援的側面について、いずれの下位尺度得点においても 4 群間に有意差はみられなかった。

透析歴による SF-36 の 2 コンポーネントサマリースコアについて、いずれにおいても有意差はみられなかった。(表 2-2)

### 4. QOL に影響を及ぼす要因

独立変数には社会適応期、再調整期、長期透析期、原疾患、性別、婚姻状況、同居家族、就労状況、社会活動、自己管理、GSES 得点を用いた。多重共線性の確認には分析拡大要因 (Variance Inflation Factor: 以下 VIF) を用いた。それぞれの回帰式において、VIF > 5 を示す変数はみられず、多重共線性は存在しないと判断した。

KDQOL-SF の腎疾患特異的尺度の身体的側面の下位尺度得点を従属変数とした重回帰分析の結果を表 3-1 に示す。症状において、社会適応期 (- .243)、長期透析期 (- .273)、自己管理 (.218) で有意な関連がみられた。決定係数は .152 であった。腎疾患による負担において、就労状況 (.197)、GSES (.204) で有意な関連がみられた。決定係数は .109 であった。睡眠において、性別 (.172)、自己管理 (.253)、GSES (.172) で有意な関連がみられた。決定係数は .158 であった。

表3-1. KDQOL-SFの腎疾患特異的尺度の身体的側面を従属変数とした重回帰分析

	症状			腎疾患による負担			性機能(n=29)			睡眠		
	標準回帰係数	偏相関	p	標準回帰係数	偏相関	p	標準回帰係数	偏相関	p	標準回帰係数	偏相関	p
社会適応期	-0.243	-0.191	***	0.055	0.043		-0.218	-0.128		-0.109	-0.087	
再調整期	-0.132	-0.095		0.133	0.093		-0.112	-0.071		-0.159	-0.115	
長期透析期	-0.273	-0.196	***	0.054	0.039		-0.007	-0.005		-0.17	-0.124	
原疾患	0.007	0.007		-0.057	-0.052		0.403	0.386		-0.081	-0.077	
性別	0.151	0.141		0.129	0.118		-0.301	-0.307		0.172	0.16	**
婚姻状況	0.081	0.067		0.064	0.052		0.129	0.131		0.147	0.121	
同居家族	0.018	0.015		-0.083	-0.07		-0.176	-0.134		-0.073	-0.063	
就労状況	0.017	0.017		0.197	0.186	**	0.179	0.188		0.097	0.095	
社会活動	-0.089	-0.088		-0.045	-0.043		-0.097	-0.068		-0.03	-0.03	
自己管理	0.218	0.217	***	0.09	0.089		0.187	0.149		0.253	0.25	***
GSES	0.138	0.135		0.204	0.193	***	0.404	0.32		0.172	0.168	**
重相関係数		0.389	***		0.33	**		0.72			0.397	***
決定係数(R <sup>2</sup> 乗)		0.152	***		0.109	**		0.518			0.158	***

表3-2. KDQOL-SFの腎疾患特異的尺度の社会・役割的側面を従属変数とした重回帰分析

	腎疾患の日常生活への影響			勤労状況			認知機能			人とのつきあい			透析ケアに対する患者満足度		
	標準回帰係数	偏相関	p	標準回帰係数	偏相関	p	標準回帰係数	偏相関	p	標準回帰係数	偏相関	p	標準回帰係数	偏相関	p
社会適応期	0.06	0.047		0.017	0.021		0.018	0.015		0.043	0.033		0.113	0.086	
再調整期	0.013	0.009		0.067	0.073		-0.063	-0.046		-0.075	-0.053		-0.066	-0.046	
長期透析期	-0.05	-0.036		0.029	0.032		-0.241	-0.178	**	-0.081	-0.058		-0.064	-0.045	
原疾患	-0.027	-0.025		0.022	0.032		-0.066	-0.064		-0.012	-0.011		-0.088	-0.079	
性別	0.133	0.121		0.078	0.11		0.098	0.094		0.021	0.019		0.016	0.014	
婚姻状況	0.041	0.033		-0.048	-0.06		-0.018	-0.015		0.04	0.032		-0.062	-0.049	
同居家族	0.006	0.005		0.015	0.02		0.091	0.079		0.022	0.019		0.089	0.073	
就労状況	0.138	0.131		0.789	0.762	***	-0.049	-0.049		-0.043	-0.041		-0.044	-0.042	
社会活動	-0.025	-0.024		-0.029	-0.044		-0.107	-0.108		0.009	0.009		0.058	0.055	
自己管理	0.149	0.146	**	-0.013	-0.02		0.192	0.195	***	0.09	0.089		-0.029	-0.028	
GSES	0.234	0.22	***	-0.006	-0.009		0.325	0.311	***	0.29	0.269	***	0.214	0.198	***
重相関係数		0.326	**		0.739	***		0.429	***		0.331	**		0.271	
決定係数(R <sup>2</sup> 乗)		0.106	**		0.629	***		0.184	***		0.109	**		0.073	

KDQOL-SFの腎疾患特異的尺度社会・役割的側面の下位尺度得点を従属変数とした重回帰分析の結果を表3-2に示す。腎疾患の日常生活への影響において、自己管理(.149)、GSES(.234)で有意な関連がみられた。決定係数は.106であった。勤労状況において、就労状況(.789)で有意な関連がみられた。決定係数は.629であった。認知機能において、長期透析期(-.241)、自己管理(.192)、GSES(.325)で有意な関連があった。決定係数は.184であった。人とのつきあいにおいて、GSES(.290)で有意な関連がみられた。決定係数は.109であった。

KDQOL-SFの腎疾患特異的尺度支援的側面の下位尺度得点を従属変数について、モデル全体の決定係数が有意であった項目はみられなかった。(表3-3)

SF-36の2コンポーネントサマリースコアを従属変数とした重回帰分析の結果を表3-4に示す。PCSにおいて、長期透析期(-.197)、自己管理(.234)で有意な関連がみられた。決定係数は.157であった。MCSにおいて、性別(.270)、就労状況(.214)、GSES(.176)で有意な関連がみられた。決定係数は.109であった。

### 5. 透析歴によるQOLと自己効力感の関連 (表4)

腎疾患による負担について、GSES得点に有意差がみられた( $\beta = 2.40$ )。さらに、中間期のGSES得点は長期透析期のGSES得点と比較して有意に低かった( $\beta = -2.20$ )。症状、睡眠、性機能については、GSES得点に有意差はみられなかった。

腎疾患の日常生活への影響について、GSES得点に有意差がみられた( $\beta = 2.28$ )。さらに、中間期のGSES得点は長期透析期のGSES得点と比較して有意に低かった( $\beta = -1.88$ )。また、社会適応期のGSES得点は長期透析期のGSES得点と比較して有意に低かった( $\beta = -2.09$ )。認知機能、人とのつきあい、透析ケアに対する患者満足度についてはGSES得点に有意差がみられたが、透析歴によるGSES得点に有意差はみられなかった。

ソーシャルサポート、透析スタッフからの励ましとともにGSES得点に有意差はみられなかった。

MCSについて、GSES得点について有意差はみられなかったが、中間期のGSES得点は長期透析期のGSES得点と比較して有意に低かった( $\beta = -1.20$ )。

表3-3. KDQOL-SF の腎疾患特異的の尺度の支援的側面を従属変数とした重回帰分析

	ソーシャルサポート		透析スタッフからの励まし	
	標準回帰係数	偏相関 p	標準回帰係数	偏相関 p
社会適応期	0.032	0.024	-0.03	-0.022
再調整期	-0.104	-0.072	-0.096	-0.085
長期透析期	-0.055	-0.039	-0.119	-0.081
原疾患	-0.063	-0.058	-0.002	-0.002
性別	-0.008	-0.007	0.031	0.027
婚姻状況	0.2	0.158 **	0.042	0.032
同居家族	0.052	0.043	-0.007	-0.005
就労状況	-0.065	-0.062	0.007	0.007
社会活動	-0.031	-0.03	0.093	0.085
自己管理	-0.031	-0.031	-0.051	-0.049
GSES	0.104	0.098	0.042	0.038
重相関係数	0.296		0.162	
決定係数(R <sup>2</sup> 乗)	0.088		0.026	

n=201

表3-4. SF-36 の2コンポーネントサマリースコアを従属変数とした重回帰分析

	PCS			MCS		
	標準回帰係数	偏相関 p		標準回帰係数	偏相関 p	
社会適応期	0.026	0.021		-0.016	-0.013	
再調整期	0.059	0.043		0.001	0.001	
長期透析期	-0.197	-0.143 **		-0.084	-0.06	
原疾患	-0.055	-0.052		0.03	0.027	
性別	-0.028	-0.026		0.27	0.24 ***	
婚姻状況	-0.18	-0.148		0.13	0.104	
同居家族	0.14	0.12		-0.034	-0.028	
就労状況	0.12	0.118		0.214	0.202 ***	
社会活動	0.077	0.077		-0.103	-0.099	
自己管理	0.234	0.233 ***		0.063	0.062	
GSES	-0.004	-0.004		0.176	0.167 **	
重相関係数	0.396 ***			0.329 **		
決定係数(R <sup>2</sup> 乗)	0.157 ***			0.109 **		

n=201

表4. KDQOL-SF の各下位尺度を従属変数, GSES 得点を共変量とした共分散分析

		中間期(n=36)	社会的応期(n=45)	再調整期(n=108)	長期透析期(n=58)	F値	p
		平均±SD	平均±SD	平均±SD	平均±SD		
身体的側面	症状	82.18±13.67	75.06±14.94	81.40±13.92	79.38±14.63	2.57	n.s.
	腎疾患による負担	28.82±17.12	29.72±13.99	34.88±20.24	34.91±25.57	3.08	中間期<長期透析期***
	性機能*1	25.00±43.30	34.72±37.38	52.13±46.04	45.83±39.26	2.77	n.s.
	睡眠	63.06±19.29	60.22±20.69	63.69±17.04	62.97±17.20	2.35	n.s.
社会・役割的側面	腎疾患の日常生活への影響	71.27±17.80	70.58±16.18	72.16±17.13	70.64±17.79	3.65	中間期<長期透析期** 社会適応期<長期透析期**
	勤労状況	40.28±42.79	48.89±41.95	52.78±40.92	45.69±38.94	1.22	n.s.
	認知機能	83.15±20.00	85.18±13.85	86.98±14.51	82.07±17.45	5.66	***
	人とのつきあい	82.41±19.91	83.70±17.09	83.50±19.08	82.64±19.82	4.59	**
支援的側面	透析ケアに対する患者満足度	78.70±17.19	81.85±17.71	76.08±18.83	76.43±21.41	2.51	***
	ソーシャルサポート	73.14±17.49	71.85±19.73	69.29±21.64	70.63±23.19	1	n.s.
2コンポーネントサマリースコア	透析スタッフからの励まし	78.13±17.26	75.28±17.17	72.34±19.19	73.06±20.25	1.2	n.s.
	PCS	38.33±11.71	37.98±9.12	39.79±10.11	34.74±14.68	2.14	n.s.
	MCS	46.39±10.84	46.23±10.94	47.72±10.32	46.51±10.96	1.69	中間期<長期透析期**

n=246

共分散分析

\*\* : p < .05

n.s. : not significant

\*1: n=38 (中間期: n=3, 社会適応期: n=9, 再調整期: n=20, 長期透析期: n=6)

## 考察

### 1. 対象者の基本属性

日本透析医学会によると、2014 年末の透析患者の平均年齢は 69.0 歳であり、本研究の対象者がやや若い結果となった。また性別の割合は男性が 67.5%、女性が 32.5%であり、全国の透析患者とほぼ同様の割合であると考えられる。以上より、本研究の対象者は母集団と近似しており、典型的な集団であると考えられる。

透析歴ごとの年齢について、4 群間はほぼ同様の年齢構成の集団であった。性別について、再調整期までは男性の割合が多いが、長期透析期では男女でほぼ同程度の割合となっている。わが国の慢性透析療法の現況<sup>1)</sup>でも、いずれの透析期間においても男性の割合が多いが、男女差は長期透析となるほど小さくなっており、本研究もその傾向を反映していると考えられる。

自己管理は、社会適応期まで 2 群間の割合がほぼ同様であったが、自己管理ができている自覚のある人の割合は再調整期から多くなっている。このことから、血液透析患者は透析歴とともに自己管理法を見出しながら生活している可能性が考えられる。

### 2. 透析歴による GSES 得点, QOL 得点

一般性セルフ・エフィカシー尺度は個人が一般的に自己効力感をどの程度高くあるいは低く認知する傾向にあるかという一般的な自己効力感の程度を測定する尺度である。しかし血液透析患者のような特定の状態にある人に対しては、一般的な自己効力感と、当面問題とされる特定の行動に対する課題特異的な自己効力感の 2 つの観点から評価を行うことによって、個人の行動変容に対してより適切な予測が可能になると言われている<sup>10)</sup>。本研究では、信頼性・妥当性が十分に検証されて

いる尺度を用いるために一般性セルフ・エフィカシー尺度のみを使用したが、課題特異的な自己効力感について検討することができなかったために透析歴による自己効力感に差がみられなかった可能性が考えられる。

QOL 得点について、症状では有意水準 10% 未満で社会適応期と再調整期の間には差がみられる傾向にあった。春木<sup>9)</sup>は再調整期を「尿毒症の症状や透析不均衡症候群から完全に回復し活動できるようになる時期である」と述べていた。KDQOL-SF の「症状」は筋肉の痛みや疲れやすさといった自覚症状の程度について問うものである。そのため状態の改善を実感しやすいのではないかと推測される。以上より、再調整期の患者は社会適応期の患者に比べ、症状の得点が高い傾向にあったと考える。しかし他の腎疾患特異的尺度の下位尺度得点、SF-36 の 2 コンポーネントサマリースコアについては有意水準 5% 未満の有意差はみられなかった。本研究の対象者では長期透析期において自己管理できている自覚のある人が有意に多かった。四十竹ら<sup>11)</sup>は、血液透析患者が透析歴と共に自分なりの自己管理法を見出しながら生活を送っていることを報告している。透析歴の長期化に伴い、QOL を阻害する要因が増えると考えられるが、今回の対象者は自分なりの自己管理法を見いだして生活できていたため透析歴による QOL 得点に差がみられなかったのではないかと考えられる。

### 3. QOL に影響を与える要因

KDQOL-SF の身体的側面に影響を及ぼす要因として社会適応期、長期透析期、性別、就労状況、自己管理、自己効力感が抽出された。また、KDQOL-SF の社会・役割的側面に影響を及ぼす要因として長期透析期、就労状況、自己管理、自己効力感が抽出された。さらに、PCS に影響を及ぼす要因として長期透析期、自己管理が、MCS に影響を及ぼす要因として性別、就労状況、自己効力感が抽出された。

長期透析期は QOL に対して負の影響があり、QOL を低下させる要因となっていた。透析歴が長期化すると、二次性副甲状腺機能亢進症や透析

アミロイドーシスといった合併症が発症する。こうした合併症は皮膚掻痒感や貧血、関節痛といった様々な症状を引き起こし、身体的側面を中心とした QOL の低下のみでなく、就業や家事といった社会活動を困難にすると考えられる。透析歴の長期化による合併症は避けることができず、透析歴と共に QOL は低下するといえる。

自己管理は QOL に対して正の影響があり、自己管理できている自覚があることが QOL を保つ要因となっていた。透析療法は低下した腎機能を代替するものであるが、腎臓と完全に同程度の働きをすることはできず、自己管理が不良であると相対的な透析不足の状態が続き、尿毒症症状が現れる場合がある。尿毒症には皮膚掻痒感や高血圧、食欲不振など様々な症状がある。また自己管理が不良な場合には、高カリウム血症などの命に関わる合併症を発症する場合もある。自己管理を良好に行えることは、透析により起こる可能性のある不快な合併症を自ら最小限に抑え、透析生活に適応していくことにつながると考えられる。透析歴が長期化することにより、身体的側面を中心とする QOL が低下することは避けられないが、自己管理が良好に行えることにより、QOL を保つことができる可能性がある。

自己効力感も QOL に対して正の影響があり、自己効力感を高く認知していることが QOL を保つ要因となっていた。Schneider ら<sup>4)</sup>は、自己効力感が高い場合には抑うつ、怒り、不安といった透析患者特有の精神状態がみられないことを報告している。さらに金ら<sup>12)</sup>は慢性疾患患者について、健康行動に対する自己効力感が高いと心理的ストレス反応が現れないと述べている。田中ら<sup>13)</sup>の研究では、研究対象者の約 3 分の 2 に何らかの抑うつ状態がみられており、透析患者は様々な精神症状を合併することが明らかとなっている。しかし、自己効力感を高めるような支援を行うことにより、透析患者の心理的側面を中心とした QOL が良好に保たれる可能性が示唆された。また、血液透析患者の自己管理に最も影響を及ぼす要因は自己効力感であると言われており、自己効力感を高める援助を行うことにより、自己管理が良好に行え、身体的側面の QOL についても保つことが

できる可能性がある。

#### 4. 透析歴による QOL と自己効力感の関連

本研究の対象者では, KDQOL-SF の身体的側面である腎疾患による負担, 社会・役割的側面である腎疾患の日常生活への影響, SF-36 の 2 コンポーネントサマリースコアである MCS について, 中間期と長期透析期, 社会適応期と長期透析期に有意な差がみられ, 中間期, 社会適応期の対象者は長期透析期の対象者と比較し, 自己効力感を低く認知していた。先行研究より QOL と自己効力感には正の相関があり<sup>3)</sup>, 長期透析は身体的側面を中心とする QOL を低下させると報告されている<sup>14)</sup>。しかし本研究の結果から, 中間期や社会適応期では長期透析期よりも自己効力感を低く認知している場合があり, 長期透析患者でも自己効力感を高く認知することにより QOL が保たれる可能性が示唆された。

以上より, 長期透析患者においても自己効力感が高く認知されており, 自己効力感が高く認知されることで QOL を保つことができていると考えられる。

#### 結語

1. 透析歴による KDQOL-SF の各下位尺度得点と GSES 得点の差を検討した結果, 有意な差はみられなかった。
2. QOL に影響を及ぼす要因として, 社会適応期, 長期透析期, 性別, 就労状況, 自己管理, 自己効力感が抽出された。
3. 腎疾患による負担, MCS では中間期で長期透析期より GSES 得点が低かった。腎疾患の日常生活への影響は中間期で長期透析期より, 社会的適応期で長期透析期より GSES 得点が低かった。

#### 研究の限界と今後の課題

QOL 研究を行う際には, 年齢や重症度といった対象の偏りにより測定誤差が生じやすくなる。今回, 研究対象者の基本属性について詳細な設定

は行っておらず, 測定誤差が生じやすかったことが考えられる。今後対象者を長期透析患者に限定し, QOL, 自己効力感に影響を与える要因を検討していく必要があると考えられる。

#### 謝辞

本研究を実施するに当たり, 協力頂きました病院スタッフの皆様, 回答くださいました血液透析患者様方に深く御礼申し上げます。

#### 文献

- 1) 日本透析医学会: 図説 わが国の慢性透析療法の現況  
<http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>  
(2016年1月13日閲覧)
- 2) 川端京子, 石田宜子, 岡美智代: 血液透析患者の自己管理行動及び自己効力感に影響を及ぼす因子. 日本生理人類学会誌 3(3), 89-96, 1998.
- 3) Kusuba Y, Hashizume K, Kuroda H, et al : A study on the Quality of Life of patients on hemodialysis in Japan. 医学と生物学 157(2), 213-221, 2013.
- 4) Schneider MS, Friend R, Whitaker P, et al : Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease : cognitive and emotional variables. Health Psychology 10(3), 209-215, 1991.
- 5) 内田雅子: 透析をしながら働く中年期男性における生きがいと生活史的仕事の関係. 看護研究 35(5), 47-61, 2002.
- 6) 三浦靖彦, Green G, 福原俊一: KDQOL-SFTM version 1.3 日本語版マニュアル. iHope International, 東京, 2015.
- 7) 坂野雄二, 東條光彦, 福井至ら: 一般性セルフ・エフィカシー尺度 GSES (General Self-Efficacy Scale) マニュアル, 2006.
- 8) 福原俊一, 黒川清: SF-36 日本語版マニュアル (Version 1.2). パブリックリサーチヘルセンター, 東京, 2001.

- 9) 春木繁一：透析患者の心とケアーサイコネフロジーの経験から〈正編〉。メディカ出版, 大阪, 1999.
- 10) 坂野雄二, 前田基成(編)：セルフ・エフィカシーの臨床心理学。pp47-57, 北大路書房, 京都, 2011.
- 11) 四十竹美千代, 若林理恵子, 八塚美樹：長期透析患者の心理状態から自己管理への援助を考察する。富山大学看護学会誌 10(1), 29-36, 2011.
- 12) 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二：慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連。心身医学 36(6), 499-505, 1996.
- 13) 田中和宏, 森本修充, 保利敬ら：透析患者の精神的側面についてⅡ—睡眠および身体症状の自覚との関連—。日本透析医学会雑誌 30(10), 1239-1246, 1997.
- 14) 吉矢邦彦, 蓮沼行人, 岡伸俊ら：透析患者における QOL の評価 SF-36 による健康関連 QOL。日本透析医学会雑誌 34(3), 201-205, 2001.

## **Correlation between Self-efficacy and Quality of life (QOL) in Hemodialysis patients according to dialysis history**

Moe IKEGAMI<sup>1)</sup>, Michiyo AITAKE<sup>2)</sup>, Miki YATSUDUKA<sup>2)</sup>

1) Hida City Hall

2) Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

### **Abstract**

The aim of the present research was to study the relationship between the quality of life (QOL) and feelings of self-efficacy in hemodialysis patients according to dialysis history. The subjects included 595 patients who were receiving hemodialysis therapy on an outpatient basis. They were surveyed and evaluated according to basic attributes, the KDQOL-SF (Kidney Disease Quality of Life Short Form: kidney disease-specific and comprehensive scales), and the General self-efficacy scale (GSES). The period of research was from August to October 2015. Evaluation with one-way analysis of variance,  $\chi^2$ -test, multiple linear regression analysis, and analysis of covariance revealed no significant differences in GSES and QOL scores between different dialysis histories. In long-term dialysis, analysis revealed that higher patient feelings of self-efficacy were related to significantly higher burdens of kidney disease, impact of kidney disease on daily life, and psychological QOL score.

# 長時間同一体位におけるポジショニングの安楽性の検証

細田恵莉奈<sup>1)</sup>，道券夕紀子<sup>3)</sup>，梅村俊彰<sup>2)</sup>，安田智美<sup>2)</sup>

- 1) 富山大学附属病院  
2) 富山大学大学院医学薬学研究部  
3) 金城大学看護学部

## 要 旨

長時間同一体位におけるポジショニングの安楽性の検証を行うことを目的として、20歳代の学生10名を対象に、ポジショニング無しと有りそれぞれの状態で2時間測定し、比較検討した。調査内容は、基本属性（性別、年齢、身長、体重、BMI）、寝床内環境（寝床内温度、寝床内湿度）、自覚症状（痛み、こわばり感・筋緊張、動かしたさ、不快感）、実験終了後の感想とした。その結果、寝床内環境では、ポジショニングの有無にかかわらず、寝床内温度と寝床内湿度は時間の経過と共に上昇していた。自覚症状では、ポジショニング無しでは痛み、こわばり感・筋緊張、動かしたさの症状が多くみられ、不快感ではポジショニングの有無にかかわらず、背部、腰部、臀部、下肢に訴えが聞かれたが、ポジショニング有りの方が多かった。実験終了後の感想では、「ポジショニング有りでは痛みやこわばり感・筋緊張が少なく感じた」「ポジショニング有りでは背や足が蒸れて不快だった」といった声が聞かれた。

以上のことから、ポジショニングを行うことで同一体位による苦痛の軽減をもたらすと考えられる。一方、同一体位は体動による寝床内の温度・湿度の調整が出来ず、クッションやマットレスと身体が密着しやすいところでは蒸れが生じて不快に繋がると考えられる。

## キーワード

ポジショニング，同一体位，安楽性

## 1 諸言

近年、我が国の高齢化は著しく、平成25年3月現在で65歳以上の人口は3130万人<sup>1)</sup>となり、総人口に占める割合は24.6%<sup>1)</sup>と年々増加している。このような中、1日の大半を寝たきりで過ごしている高齢者も増えてきている。寝たきりで過ごしていると、褥瘡や廃用症候群といった問題が引き起こされやすい。褥瘡を予防するために、病院では頻回な体位変換が行われているが、在宅や施設では介護力が少ないため体位変換の間隔が

長く、褥瘡のリスクが高くなる。長時間、同一体位でいることは身体的・精神的にも影響を与える。三上ら<sup>2)</sup>は同一体位を続ければ、初めは安楽に感じていても時間の経過と共に苦痛が出現すると述べており、岡本ら<sup>3)</sup>もどんなに安楽であっても同一体位の保持は人に対し何らかの苦痛を与えており、長時間の臥床状態では感覚が鈍くなると報告している。さらに、川田ら<sup>4)</sup>も時間が経つごとに苦痛は増強し、その苦痛を緩和するために動くことでずれも生じていると述べ、長時間の同一体位の持続は生理的変調と精神心理的ストレ

スを引き起こしている」と報告している。そのため、苦痛が最小限になるように筋緊張が和らぐポジショニングが必要とされる。

ポジショニングは、音楽やスポーツ、医療・介護福祉などさまざまな領域で異なる意味で用いられている。医療・介護福祉の領域では、良肢位保持や体位変換<sup>5)</sup>、身体の位置または姿勢の調子を整え、過不足をなくし、ほどよくすること<sup>6)</sup>などの意味があり、幅広く行われている。たとえば、手術時に手術が効率よく行えるような体位に整えたり、X線撮影時に、患部や目的部位が適切に診断できるような体位に整えることもポジショニングとされる。特に、看護においてポジショニングは、生理的安寧／心理的安寧を促進するために、患者または身体部分を熟考のうえ位置づけること<sup>7)</sup>と定義されている。明神<sup>6)</sup>は、自らの苦痛を訴えられない患者など様々な対象に対して、治療目的とそれに伴う有害事象を正しく知り、その両者の影響と患者の個人的要因をアセスメントしながらポジショニングを行う必要があると述べ、これらが行えたとき、最大限に患者の身体的・精神的な苦痛が軽減されると報告している。大久保ら<sup>8)</sup>は、慢性期患者におけるポジショニングとして、廃用症候群の予防、慢性疾患からくる症状の改善、患者の安楽や気分転換のための体位の工夫を挙げている。さらに、ポジショニングによる患者への効果には、循環動態や呼吸機能への影響、皮膚圧迫による褥瘡などに対するもの<sup>6)</sup>があると言われている。

ポジショニングには、同一体位による苦痛の緩和や褥瘡、循環障害、関節の拘縮・変形への予防となるだけでなく、自然な体軸の流れを整えること、安全・安楽の観点から体位を評価し、現状維持から改善に役立つ体位づけを行う<sup>9)</sup>という目的もあり、対象者の状況に合わせて安全・安楽を考えた体位づけを行うことが重要である。しかし、このようにして行われたポジショニングが安楽であるか検証した研究は現在まで報告されていない。

## II 研究目的・意義

長時間同一体位におけるポジショニングの安楽

性をみるために、ポジショニングの有無による比較検討を行うことを目的とした。これらの結果から、安楽なポジショニングを行うための示唆を得ることができると考える。

## III 用語の定義

### 1. ポジショニング：

生理的安寧／心理的安寧を促進するために、患者または身体部分を熟考のうえ位置づけること<sup>7)</sup>であり、今回はクッションを用いて対象者の安楽を考慮した体位に調整することとする。

### 2. 寝床内環境：

臥床中の人の身体と寝衣間の空間を指し、各温度湿度（以下、寝床内温度、寝床内湿度）であらわす。

## IV 研究方法

### 1. 研究期間

平成 25 年 7 月～平成 26 年 3 月

### 2. 研究デザイン

介入研究（比較試験）

### 3. 研究対象者

以下の条件にあてはまる学生のうち本研究への同意が得られた 10 名とした。

- 1) T 大学の学生で 20 歳代の男女
- 2) 調査当日、十分な睡眠がとられており、健康診断で異常がなく、体調の悪くない者
- 3) 皮膚疾患のない者

### 4. 調査項目

- 1) 基本属性  
性別、年齢、身長、体重、BMI
- 2) 寝床内環境  
寝床内温度、寝床内湿度
- 3) 主観的評価  
(1) 自覚症状の聞き取り  
「痛み」「こわばり感・筋緊張」「動かしたさ」

「不快感」の4項目の症状が現れた部位と程度  
(2) 実験終了後の感想

ポジショニングの有無においてどちらが安楽であったか、どのような違いを感じたか

## 5. 測定方法

### 1) 寝床内環境

ベッドに仰臥位で臥床している対象者の身体の皮膚面と寝衣の間(肩甲骨下縁:以下背部, 仙骨部下:以下臀部)にセンサーを装着して寝床内温度・寝床内湿度を測定し, 15分間の平均値をそれぞれ算出した。

### 2) 主観的評価

#### (1) 自覚症状の聞き取り

「痛み」「こわばり感・筋緊張」「不快感」「動かしたさ」の4項目の症状の有無を確認した。症状は, 程度1を最も弱い状態, 程度10を最も強い状態とする10段階で評価を行った。

## 6. 測定手順(図1)

- 1) 対象者に研究の趣旨と方法, 倫理的配慮について説明し, 書面にて同意を得た。
- 2) 測定の途中で退室することがないように事前にトイレに行ってもらい, 指定の寝衣に着替えてもらった。
- 3) 環境調整を行った実験室に入室してもらい, 体調について問診及びバイタルサインの測定を行った。
- 4) ポジショニング有り, ポジショニング無しの

いずれかの状態でベッド上に仰臥位になってもらい, 測定機器を装着し, タオルケットを掛けて5分間安静臥床してもらった。ポジショニングを行う場合は, この時点でクッションを使用し, 使用する個数は対象者に合わせた。また, 測定順に関しては準ランダム化にて割り付け, 日にちをあらためて2回すべての状態の測定を行った。

5) 5分間の安静臥床ののち, 1分間隔で寝床内環境を測定, 15分間隔で自覚症状の聞き取りを2時間行った。測定中は目を閉じてもらい, 寝ないようにしてもらった。

6) 2回の測定終了後, ポジショニングの有無においてどちらが安楽であったか, どのような違いを感じたか感想を述べてもらった。

## 7. ポジショニングの方法

肘や膝などを軽く曲げてもらい, 身体とマットレスの間の隙間部分を埋めるように後頭部, 頸部, 肩甲骨部, 腕, 大腿, 下腿, 足底部にクッションを使用した(図2-a, 図2-b)。また, 自然な体軸の流れになるよう対象者の好みを意識してクッションの当て方を調整した。

## 8. 測定環境

測定場所は個室とし, 室温は25~27℃, 湿度50~60%の空調に保ち, 空気の流動がないよう出入りを制限した。また, 明暗・音・匂いなどの環境要因はすべて同一環境とした。

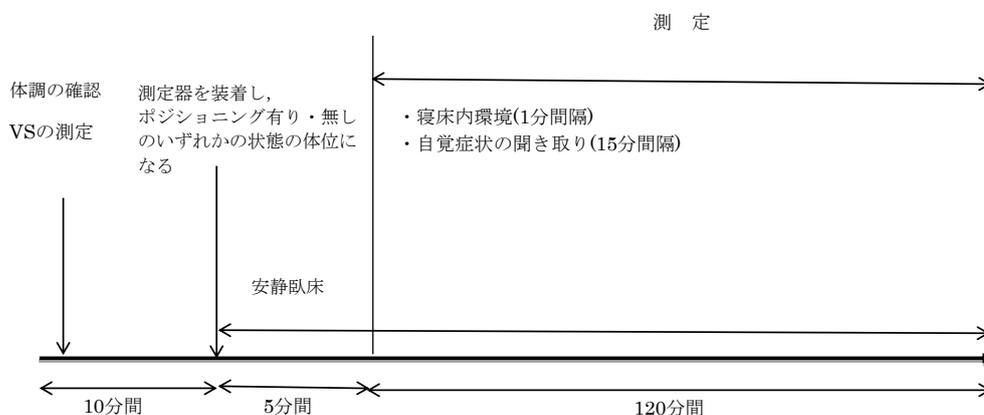


図1. 1回の測定の流れ

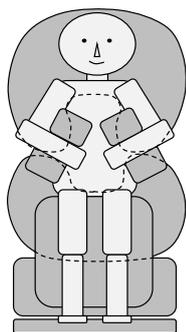


図2-a. ポジショニングの方法 (上面)

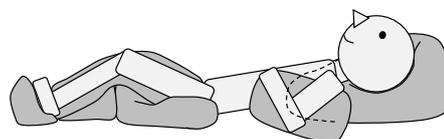


図2-b. ポジショニングの方法 (側面)

## 9. 使用物品及び機器

### 1) 使用物品

#### (1) マットレス

標準マットレス (フレックマットレス / パラマウントベッド社)

#### (2) ポジショニングクッション

アルファプラ ウェルピー® (株式会社タイカ)

#### (3) タオルケット

### 2) 使用機器

#### (1) 寝床内環境

記憶計® MODEL SK-L200 シリーズ (SK-L200TH II a) (株式会社 佐藤計量器製作所 社製)

## V 分析方法

分析は、ポジショニングの有無による比較を行った。今回は、対象者が10名と少ないためデータが正規分布とならず、また比較するデータは対象者が同じであることから、対応のあるノンパラメトリック検定方法を用いた。データ分析には、統計ソフト SPSS ver.20.0 for Windows を用いて Wilcoxon の符号付き順位検定を行い、有意水準は  $p < 0.05$  とした。

## VI 倫理的配慮

対象者に対して研究の目的と方法、調査への協力は自由意思であること、拒否による不利益のな

いこと、途中で調査を中止できることを文書及び口頭で説明し、医療コーディネーター立ち会いのもと書面にて調査の協力と倫理的配慮への同意を得た。なお、本研究の実施については富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認 (2013年7月) (臨認25-51号) を得た。

## VII 結果

### 対象者の属性

同意が得られた対象者は10名であり、男性4名、女性6名、平均年齢  $21.7 \pm 1.1$  歳であった。

また、身長  $163.3 \pm 9.4$ cm、体重  $58.8 \pm 15.1$ kg、BMI  $21.7 \pm 3.6$  であった。寝床内環境において1名の欠損データがあったため、分析対象者を9名とした。

### 1. 寝床内環境

#### 1) 寝床内温度

対象者の寝床内温度の平均値をポジショニングの有無で比較すると、背部ではポジショニング無し群は0～15分  $34.3 \pm 0.8$ °C、15～30分  $35.2 \pm 0.5$ °C、30～45分  $35.5 \pm 0.4$ °C、45～60分  $35.7 \pm 0.4$ °C、60～75分  $35.8 \pm 0.4$ °C、75～90分  $35.9 \pm 0.3$ °C、90～105分  $35.9 \pm 0.3$ °C、105～120分  $35.9 \pm 0.3$ °Cであり、ポジショニング有り群は0～15分  $34.7 \pm 0.5$ °C、15～30分  $35.1 \pm 0.3$ °C、30～45分  $35.4 \pm 0.3$ °C、45～60分  $35.6 \pm 0.4$ °C、60～75分  $35.7 \pm 0.4$ °C、75～90分  $35.8 \pm 0.4$ °C、90～105分  $35.9 \pm 0.3$ °C、105～120分  $36.0 \pm 0.4$ °Cであった。背部の寝床内温度は、時間の経過と共に

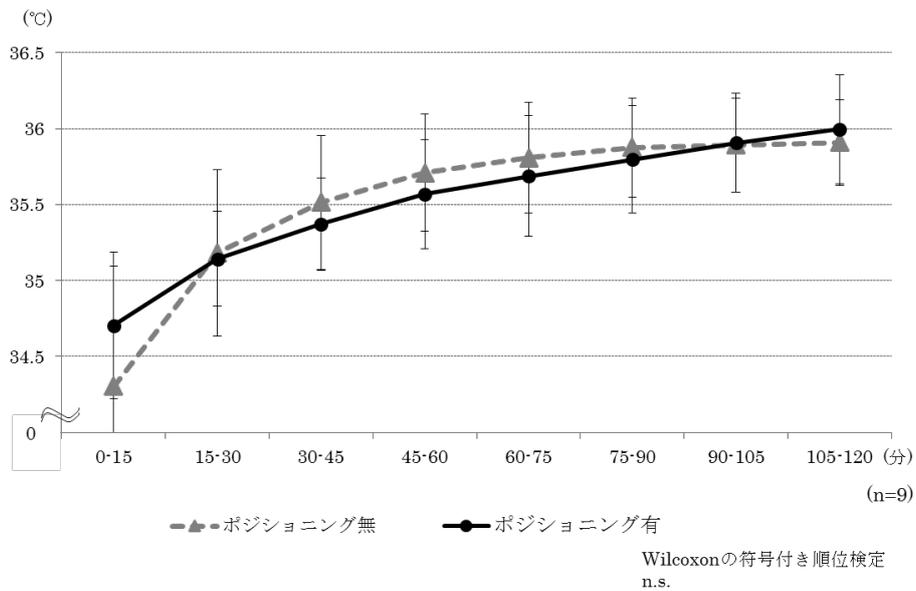


図3-a ポジショニングの有無による寝床内温度の比較 -背部-

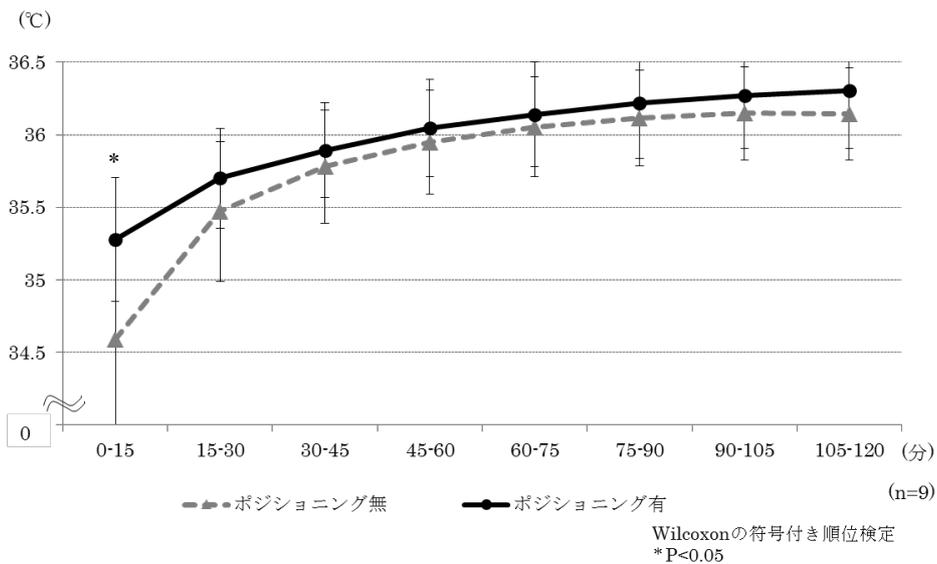


図3-b ポジショニングの有無による寝床内温度の比較 -臀部-

に高くなっていったが、ポジショニングの有無で有意差はみられなかった(図3-a)。

臀部ではポジショニング無し群は0～15分  $34.6 \pm 0.7^{\circ}\text{C}$ 、15～30分  $35.5 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 、30～45分  $35.8 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、45～60分  $35.9 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、60～75分  $36.1 \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ 、75～90分  $36.1 \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ 、90～105分  $36.1 \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ 、105～120分  $36.1 \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ であり、ポジショニング有り群は0～15分  $35.3 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、15～30分  $35.7 \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ 、30～45分  $35.9 \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ 、45～60分  $36.0 \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ 、60～75

分  $36.1 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、75～90分  $36.2 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、90～105分  $36.3 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、105～120分  $36.3 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ であった。臀部の寝床内温度は、時間の経過と共に高くなっており、0～15分ではポジショニング有り群の方が有意に高かった ( $p<0.05$ ) (図3-b)。

#### 2) 寝床内湿度

対象者の寝床内湿度の平均値をポジショニングの有無で比較すると、背部ではポジショニング無し群は0～15分  $53.1 \pm 9.5\%$ 、15～30分  $52.3 \pm 8.8\%$ 、30～45分  $51.8 \pm 8.8\%$ 、45～60分  $51.7$

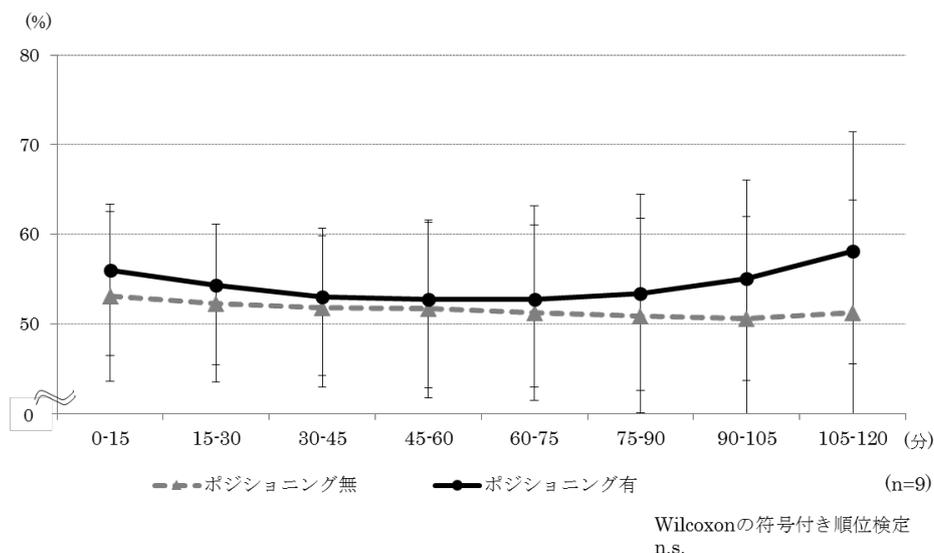


図 4 - a. ポジショニングの有無による寝床内湿度の比較 - 背部 -

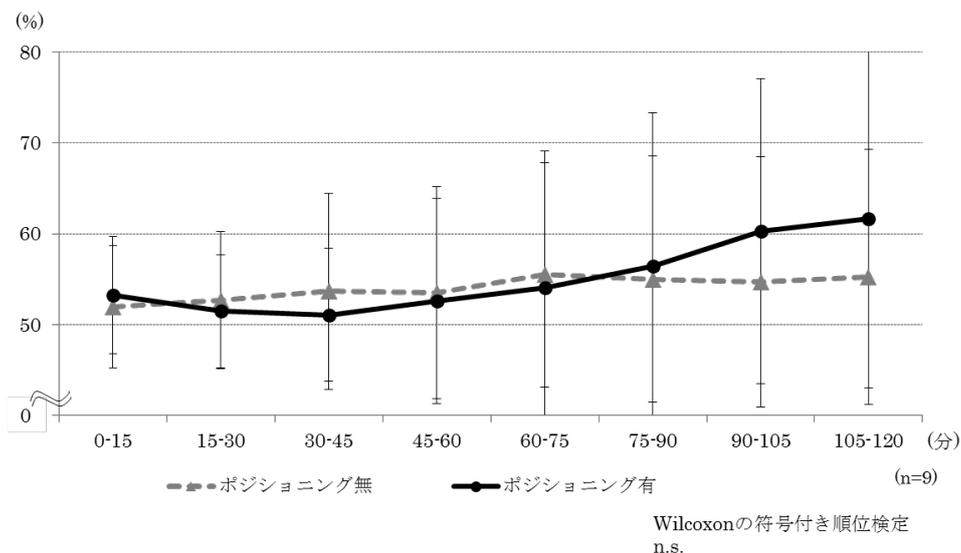


図 4 - b. ポジショニングの有無による寝床内湿度の比較 - 臀部 -

± 9.9 %, 60 ~ 75 分 51.3 ± 9.8 %, 75 ~ 90 分 50.9 ± 10.8%, 90 ~ 105 分 50.6 ± 11.3%, 105 ~ 120 分 51.2 ± 12.5%であり, ポジショニング有り群は 0 ~ 15 分 56.0 ± 7.4 %, 15 ~ 30 分 54.3 ± 6.8 %, 30 ~ 45 分 53.0 ± 6.8 %, 45 ~ 60 分 52.8 ± 8.5 %, 60 ~ 75 分 52.7 ± 10.5 %, 75 ~ 90 分 53.4 ± 11.1%, 90 ~ 105 分 55.0 ± 11.0%, 105 ~ 120 分 58.1 ± 13.3%であった. 背部の寝床内湿度は, ポジショニング有り群では測定開始 75 分以降は時間の経過と共に高くなっていったが, ポジショニングの有無で有意差はみられなかった (図

4 - a).

臀部ではポジショニング無し群は 0 ~ 15 分 51.9 ± 6.7 %, 15 ~ 30 分 52.7 ± 7.6 %, 30 ~ 45 分 53.7 ± 10.8 %, 45 ~ 60 分 53.5 ± 11.7 %, 60 ~ 75 分 55.5 ± 12.4%, 75 ~ 90 分 55.0 ± 13.5%, 90 ~ 105 分 54.7 ± 13.7 %, 105 ~ 120 分 55.3 ± 14.1%であり, ポジショニング有り群は 0 ~ 15 分 53.3 ± 6.5 %, 15 ~ 30 分 51.5 ± 6.2 %, 30 ~ 45 分 51.1 ± 7.3 %, 45 ~ 60 分 52.6 ± 11.3%, 60 ~ 75 分 54.1 ± 15.1%, 75 ~ 90 分 56.5 ± 16.8%, 90 ~ 105 分 60.3 ± 16.8 %, 105 ~ 120 分 61.6 ±

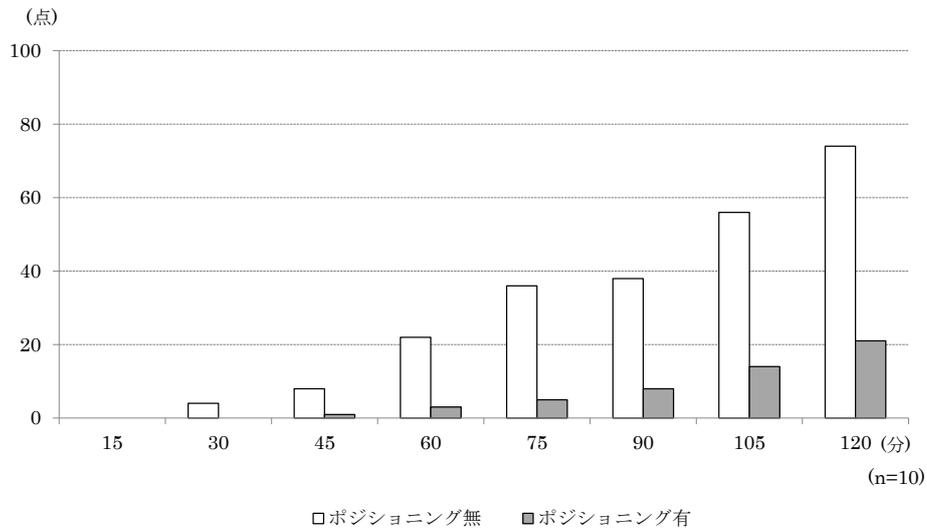


図5-a. ポジショニングの有無による自覚症状の比較 ー痛みー

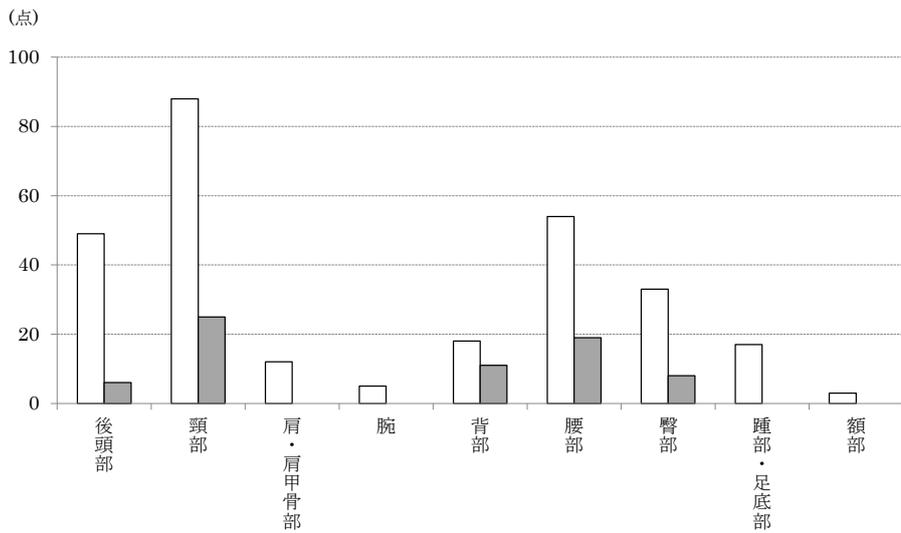


図5-b. ポジショニングの有無による自覚症状の部位の比較 ー痛みー

18.6%であった。臀部の寝床内湿度は、ポジショニング有り群では測定開始45分以降は時間の経過と共に高くなっていったが、ポジショニングの有無で有意差はみられなかった（図4-b）。

## 2. 主観的評価

### 1) 自覚症状

10段階で評価した自覚症状を、程度1を1点、程度10を10点として点数化し、1つの項目において複数の部位を回答している場合はその回答すべてを合計した。自覚症状4項目について対象者

全員の点数を合計した。また、症状の部位においても複数の部位を回答している場合はその回答すべてを合計し、各部位の点数は2時間分の対象者全員の点数を合計した。

「痛み」では、ポジショニング無し群は15分0点、30分4点、45分8点、60分22点、75分36点、90分38点、105分56点、120分74点であり、ポジショニング有り群は15分0点、30分0点、45分1点、60分3点、75分5点、90分8点、105分14点、120分21点であった。痛みの症状においては、ポジショニング無し群有り群ともに

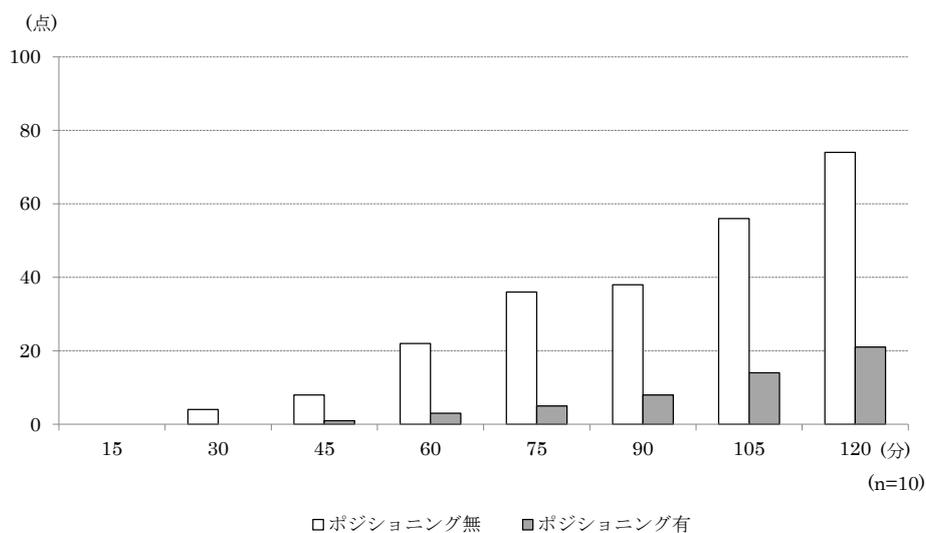


図 6 - a. ポジショニングの有無による自覚症状の比較 -背部-

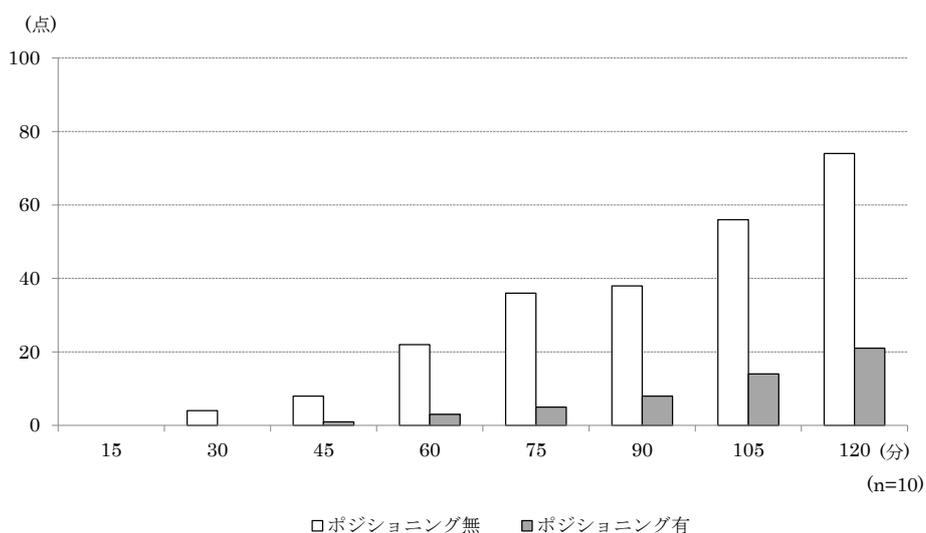


図 6 - b. ポジショニングの有無による自覚症状の比較 -臀部-

時間の経過と共に点数は高くなり、すべての時間でポジショニング無し群の方が有り群に比べて点数は高かった (図 5 - a)。症状を訴えた部位をみると、ポジショニング無し群では後頭部・頸部・腰部・臀部・踵部、足底部など範囲が広く全身にわたっており、特に頸部や腰部の点数が高く、頸部 88 点、腰部 54 点であった。ポジショニング有り群では頸部や背部、腰部と訴えた部位は少なく、頸部で 25 点と最も高かった。また、ポジショニング無し群は踵部・足底部や肩・肩甲骨部で症状の訴えがみられたが、ポジショニング有り群では

踵部・足底部や肩・肩甲骨部で症状を訴えている人はいなかった (図 5 - b)。

「こわばり感・筋緊張」では、ポジショニング無し群は 15 分 4 点、30 分 5 点、45 分 7 点、60 分 18 点、75 分 22 点、90 分 35 点、105 分 39 点、120 分 53 点であり、ポジショニング有り群は 15 分 2 点、30 分 3 点、45 分 5 点、60 分 13 点、75 分 12 点、90 分 14 点、105 分 25 点、120 分 28 点であった。こわばり感・筋緊張の症状においては、ポジショニング無し群有り群ともに時間の経過と共に点数は高くなり、すべての時間でポジショニ

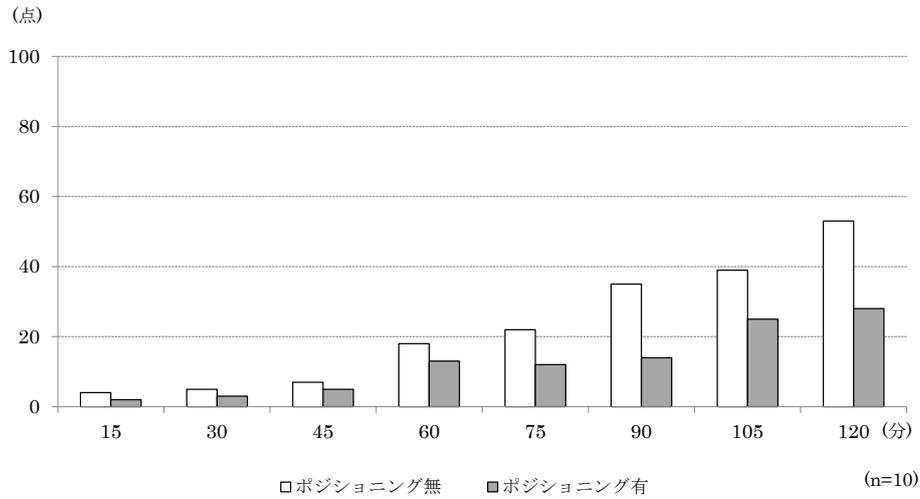


図7-a. ポジショニングの有無による自覚症状の比較 - 動かしなさ -

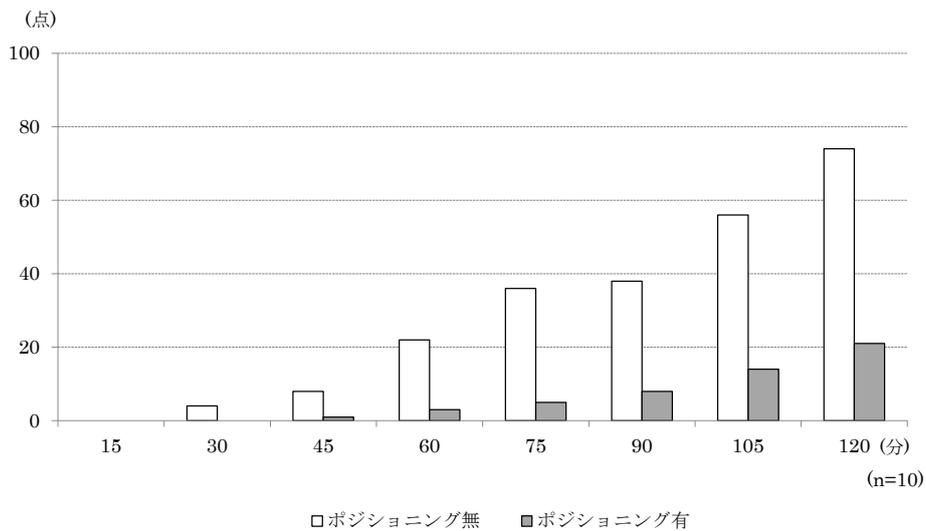


図7-b. ポジショニングの有無による自覚症状の部位の比較 - 動かしなさ -

ング無し群の方が有り群に比べて点数は高かった (図6-a)。症状を訴えた部位をみると、ポジショニング無し群では頸部・胸部・肩、肩甲骨部・背部・腰部・下肢と範囲が広く全身にわたっており、特に頸部で43点と最も点数が高かった。ポジショニング有り群では頸部・肩甲骨部・腕などと訴えた部位は少なく、特に頸部や肩・肩甲骨部、腕の点数が高く、頸部37点、肩・肩甲骨部41点、腕27点であった (図6-b)。

「動かしなさ」では、ポジショニング無し群は15分1点、30分6点、45分18点、60分34点、

75分39点、90分45点、105分53点、120分57点であり、ポジショニング有り群は15分1点、30分4点、45分11点、60分14点、75分23点、90分26点、105分34点、120分38点であった。動かしなさの症状においては、ポジショニング無し群有り群ともに時間の経過と共に点数は高くなり、すべての時間でポジショニング無し群の方が有り群に比べて点数は高かった (図7-a)。症状を訴えた部位をみると、ポジショニング無し群では頸部・胸部・腰部・踵部、足底部・全身など範囲が広く全身にわたっており、特に全身で42

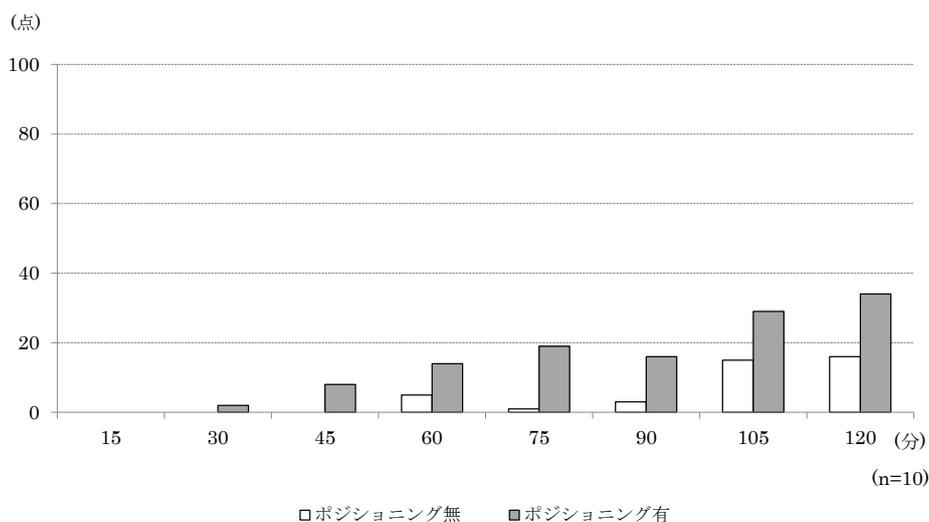


図8-a. ポジショニングの有無による自覚症状の比較 - 不快感 -

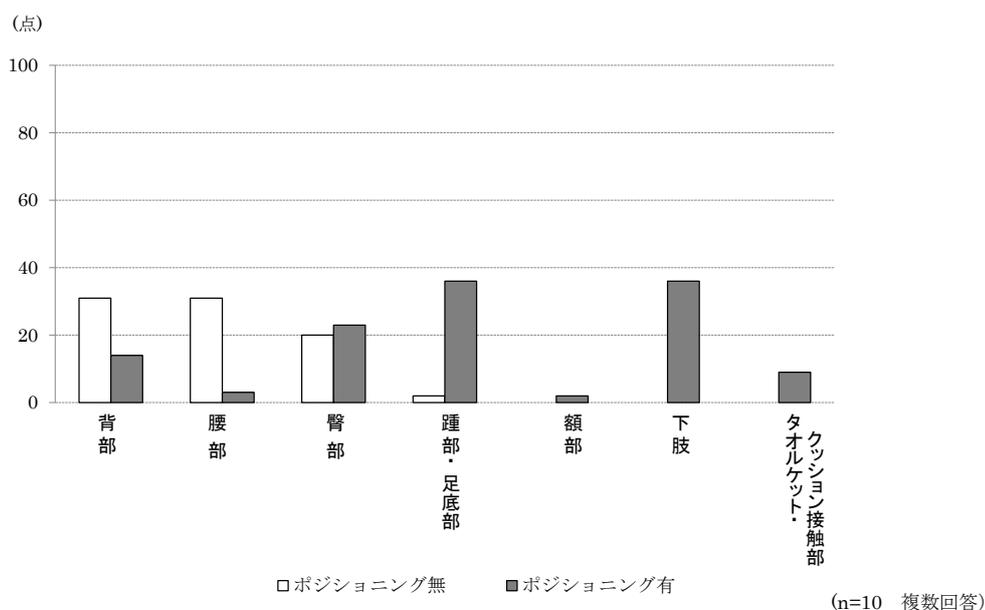


図8-b. ポジショニングの有無による自覚症状の部位の比較 - 不快感 -

点と最も高かった。ポジショニング有り群では頸部・腕・下肢などと訴えた部位は少なく、特に腕と下肢で点数が高く、共に30点であった(図7-b)。

「不快感」では、ポジショニング無し群は15分0点、30分0点、45分0点、60分5点、75分1点、90分3点、105分15点、120分16点であり、ポジショニング有り群は15分0点、30分2点、45分8点、60分14点、75分19点、90分16点、

105分29点、120分34点であった。不快感の症状においては、すべての時間でポジショニング有り群の方が無し群に比べて点数は高かった(図8-a)。症状を訴えた部位をみると、ポジショニング無し群では背部や腰部、臀部といったマットレスに接している部位に多くみられ、背部と腰部で点数が最も高く、共に31点であった。ポジショニング有り群では臀部や下肢、踵部といったクッションに接している部位に多くみられ、下肢と踵

部・足底部で点数が最も高く、共に36点であった(図8-b)。また、自覚症状4項目を対象者ごとにみると、すべての項目でポジショニング無し群では10名中2名の対象者が症状を強く訴えていた。

## 2) 実験終了後の感想

ポジショニングの有無でどちらが安楽であったか聞き取りを行ったところ、ポジショニング有りの方が安楽であったと答えた人が7名、無しの方が安楽であったと答えた人が3名であった。また感想として、肯定的な内容としては、「初めはポジショニング無しの方が自然に寝ていられたが、時間が経つとポジショニング有りの方が楽だった」、「ポジショニング有りの方が痛みは少なく感じた」、「ポジショニング有りでは痛みやこわばり感・筋緊張が少なく感じた」などが挙げられた。否定的な内容としては、「ポジショニング有りでは背や足が蒸れて不快だった」、「ポジショニング有りでは身体の下にクッションがあるため違和感があった」、「動いたらポジショニングが崩れてしまうから動かさないようにしようという思いが働いた」などが挙げられた。

## VIII 考察

寝床内環境では、寝床内温度は背部では測定開始30分間にポジショニング無し群は0.9℃上昇していたが、その後90分間はポジショニング無し群有り群ともにほぼ同値で35.4～36.0℃を推移しており、ポジショニングの有無で有意差はみられなかった。臀部では0～15分に有意差がみられ、ポジショニング有り群は35.3℃と有意に高かったが、その後90分間はポジショニング無し群有り群ともにほぼ同値で35.8～36.3℃を推移していた。また、臀部の寝床内温度は測定開始後にポジショニング有り群の方が無し群に比べて寝床内温度が有意に高いことから、クッションを使用することで寝床内温度は早期から高い値を示しやすいということが考えられる。また、背部と臀部の寝床内温度はポジショニング無し群有り群ともに時間の経過と共に上昇しており、測定開始15分後にはポジショニングの有無にかかわらず35.0℃に

達しており、快適な寝床内温度である $32 \pm 2^{\circ}\text{C}$ <sup>10) -12)</sup>より高い値を示していた。これは、相対湿度、寝床内温度の値は遅くとも40分位で飽和してしまうのが普通である<sup>11)</sup>ことや、寝床内温度は測定開始時は快適温度であるが、15分後には快適温度より高値となり、その後飽和していることが推察される<sup>10)</sup>と言われており、今回の実験でもポジショニングの有無にかかわらず測定開始15分後には背部と臀部の寝床内温度は35.0℃以上と快適な寝床内温度より高く、その後寝床内温度は飽和に達し、約35.0～36.5℃であったことから、長時間同一体位でいるとポジショニングの有無にかかわらず寝床内温度は高くなると思われる。

寝床内湿度は背部ではポジショニング無し群有り群ともに測定の途中に一旦下降し、その後上昇していたが、すべての時間においてポジショニングの有無で有意差はみられず、寝床内は快適な湿度であった。臀部ではポジショニング無し群は時間の経過と共に上昇していたが、すべての時間において寝床内は快適な湿度であった。ポジショニング有り群では測定の途中に一旦下降し、その後上昇しており、測定開始90分以降は60.3～61.6%と快適な寝床内湿度である $55 \pm 5\%$ <sup>10) -12)</sup>より高い値を示していたが、すべての時間においてポジショニングの有無で有意差はみられなかった。体表面から蒸発した水蒸気は床内にこもり、特に仙骨部下などのように体表面とマット面が密着する部分の湿度を上げる<sup>13)</sup>と言われていた。そのため、マットレスやクッションと身体が密着しているところでは、寝床内湿度は高い状態が続き、特に仙骨部下などの臀部では寝床内湿度が高くなったと考えられる。

また、寝床内温度と寝床内湿度は時間の経過と共に上昇しており、阿曾ら<sup>14)</sup>が述べている同じ体位のままで長時間過ごしていると、身体からの不感蒸泄で布団の中の温度は上がり湿度は高くなることと一致している。

これらのことから、長時間同一体位における寝床内環境は、ポジショニングの有無にかかわらず、寝床内温度と寝床内湿度は時間の経過と共に上昇し、快適な寝床内温度と寝床内湿度より高くなる。特にポジショニングをしていると臀部などの寝床

内温度や寝床内湿度が高くなりやすい部位は不快に感じ、寝床内が不快な環境となることが考えられる。木内ら<sup>15)</sup>は、体動は寝床気候の高温高湿を放散するために起こると述べている。しかし、長時間寝たきりである高齢者は自分の力で動くことができないため、寝床内環境は不快な状態が続いていると考えられる。

「不快感」の自覚症状でも、すべての時間でポジショニング有り群の方が無し群より点数は高かった。また、症状を訴えた部位をみると、ポジショニング無し群は背部や腰部といったマットレスに接している部位で点数が高く、ポジショニング有り群では下肢や臀部、踵部・足底部などクッションに接触している部位で点数が高かった。実際に「ポジショニング有りでは背部や足が蒸れて不快だった」といった声も聞かれ、マットレスやクッションと身体が密着しやすいところでは不快に感じやすいと考えられる。

また、ポジショニング無し群では測定開始60分以降から不快の症状を訴えているのに対して、ポジショニング有り群では測定開始30分と早期から症状を訴え始めており、これは背部と臀部の寝床内温度が35.0℃以上に達する時間とほぼ一致しており、寝床内温度が高いことは不快感に影響を与えらると思われる。

「痛み」「こわばり感・筋緊張」「動かしたさ」の3つの自覚症状では、すべての時間においてポジショニング無し群の方が有り群に比べて点数は高かった。測定開始から60分以降でポジショニング有り群との差がひらき、「痛み」では75分と90分に有意差がみられたが、「こわばり感・筋緊張」「動かしたさ」の症状ではポジショニングの有無で有意差はみられなかった。これは、ポジショニング無し群では2名の対象者が症状を強く訴えていたため、この2名の点数が全体の点数の大部分を占めており、個人差が結果に影響していたと思われる。工藤ら<sup>16)</sup>は自覚的な訴えに個人による反応差がみられるのは当然であると述べており、今回の実験でも自覚症状の訴えに個人差がみられたため点数の結果にばらつきが生じている可能性も考えられる。

次に、この3症状の部位をみると、ポジショニ

ング無し群では頸部や腰部に多くみられ症状も強く訴えていた。頸部や腰部はマットレスとの間に隙間が生じやすい部位である。田中<sup>9)</sup>は隙間が生じることで身体の一部が宙に浮き、その部分は支えられないので筋肉は緊張することになること、秋山ら<sup>17)</sup>は身体と寝具やクッションの間に隙間があると隙間部分の筋肉に緊張を起し、筋肉疲労から安楽性を障害することを述べている。筋緊張は痛みのサイクルを引き起こして機能的な能力低下へと進む<sup>18)</sup>こと、さらに同一体位による苦痛は時間が経つごとに増強し、その苦痛を緩和させるために動く<sup>4)</sup>ことが言われている。そのため、頸部や腰部ではマットレスとの隙間部分の筋肉が緊張を引き起こして苦痛が生じ、この苦痛を緩和するために動かしたいと強く訴えていたと考えられる。また、ポジショニング無し群では踵部・足底部で症状がみられたが、ポジショニング有り群では症状はみられなかった。田中<sup>9)</sup>は、踵部は構造上、骨の突出があり、狭い接触面でピローなどに触れ、高い圧がかかることを予防するのが難しい。そのため、除圧を優先させることが重要と考えれば、踵部をピローから浮かすように当てる方法が最良であると述べており、今回も踵部がマットレスに直接接していなかったため、ポジショニング有り群では症状がみられなかったと考えられる。しかし、ポジショニング無し群では踵部がマットレスに接していたため、圧迫が生じて苦痛を感じ、動かしたいと感じていたと考えられる。

一方、ポジショニング有り群ではポジショニング無し群に比べて、腕の部分で「こわばり感・筋緊張」「動かしたさ」の症状を強く訴えていた。これは、対象者の中に「動いたらポジショニングが崩れてしまうから動かさないようにしようという思いが働いた」といった声が聞かれたことから、身体を動かさないようにすることで特に腕の部位では筋肉に緊張が起り、苦痛や動かしたさを感じていたと考えられる。しかし、ポジショニング有り群では「痛み」「筋緊張」「動かしたさ」の症状の点数がポジショニング無し群に比べて低かったことから、ポジショニングを行うことは筋緊張を緩和して同一体位による苦痛の軽減をもたらす

と考えられる。

症状の出現を経時的にみても、ポジショニング無し群は有り群に比べて「痛み」と「こわばり感・筋緊張」の症状が測定開始 60 分以降から時間の経過と共に点数が高くなっていた。これに伴い「動かしたさ」の症状も測定開始 60 分以降から時間の経過と共に点数が高くなっていた。一方、ポジショニング有り群でも時間の経過と共に 3 症状の点数は高くなっていたが、ポジショニング無し群の方が有り群に比べて点数が高かった。このことから、ポジショニングを行っていない場合、60 分以上の長時間の同一体位では苦痛や筋緊張は時間の経過と共に増強し、この症状を緩和するために動かしたいと訴えていたと考えられる。一般に、看護における体位変換は 2 時間ごとに行うことが原則とされており<sup>15) 19)</sup>、患者の苦痛よりも毛細血管圧が 0 に近づく 2 時間としている場合が根強い<sup>20)</sup>と言われている。今回の対象者は学生であったが、在宅や施設などで長時間同一体位を過ごしている寝たきりの高齢者にとっては、体位変換の間隔が長く、介護力が少ないため、苦痛や動かしたさといった症状を頻繁に訴えられず、また自分の力で動こうとすると身体の一部にずれ力を生じながら動く<sup>9)</sup>ため、褥瘡などのリスクが高くなる可能性がある。さらに、長時間の同一体位では、感覚が鈍ってくることなどに加え、精神的には訴える意欲の低下が起り症状の訴えが減少する<sup>3)</sup>と言われている。高齢者では身体機能が低下しているため、長時間の同一体位によりさらに身体的に鈍感になり、意欲も低下することが考えられ、苦痛や動かしたさといった症状を感じていても訴えられないことが考えられる。浅井ら<sup>19)</sup>も 2 時間ごとの体位変換は時間を短縮して行う必要があること、田中<sup>9)</sup>も単純に体圧分散寝具を使用していることから体位変換をしない、間隔を延長するという発想はしてはならないと述べており、長時間の同一体位では対象者の自覚的な訴えのほかに、特に高齢者には症状の訴えの低下もみられるため表情などの観察にも配慮して体位変換を行い、さらに対象者の安楽を考慮したポジショニングを行うことも重要であると考えられる。

## IX 結語

- ・ポジショニングの有無にかかわらず、長時間同一体位で過ごしていると寝床内温度と寝床内湿度は時間の経過と共に上昇し、不快指数も高くなっていた。
- ・「痛み」「こわばり感・筋緊張」「動かしたさ」の自覚症状では、すべての時間においてポジショニング無し群の方が有り群に比べて点数が高かった。「不快感」では、ポジショニング有り群の方が無し群に比べて点数が高く、マットレスやクッションに接している部分に蒸れが生じ、不快を感じていた。
- ・長時間同一体位においてポジショニングを行うことで、痛みや筋緊張の緩和が助長され、リラックスした状態になりやすかった。一方で、寝床内温度と寝床内湿度が高いことでクッションと身体の接触部分では蒸れが生じ、不快に感じしており、蒸れを考慮したポジショニングを行う必要がある。

## 引用文献

- 1) 総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm> (平成 25 年 4 月 12 日閲覧)
- 2) 三上泰代, 伊藤恵理子, 長谷川小眞子: ビーズクッションの安楽性に関する検討, 日本看護学会論文集: 第 40 回看護総合, 87-89, 2010
- 3) 岡本洋輔, 笠木麻央, 片山菜摘子他: 同一体位持続による自覚症状と保持可能時間, 近畿高等看護専門学校紀要, 9, 90-94, 2009
- 4) 川田和美, 佐藤静香, 磯野浩之他: 集中治療室における効果的なポジショニングの検討, 日本看護学会論文集: 第 33 回成人看護 I, 39-41, 2003
- 5) 大城昌平, 大杉紘徳: 特集 ポジショニングと理学療法, 理学療法, 29(3), 251-256, 2012
- 6) 明神哲也: 焦点 根拠あるポジショニングの実践, 看護技術, 52(13), 10-13, 2006
- 7) J. C. McCloskey, G. M. Bulechek (中木高夫他訳): 看護介入分類 (NIC), 原著第 4, pp771-772,

- 2006
- 8) 大久保暢子, 牛山杏子, 鈴木恵理他: 看護における「ポジショニング」の定義について－文献検討の結果から－, 日本看護技術学会誌, 10(1), 121-130, 2011
  - 9) 田中マキ子: 実践に役立つ褥瘡予防 どこまで理解? ポジショニングの新常識 褥瘡予防とポジショニングの実際①: 月刊ナーシング, 28(9), 17-40, 2008
  - 10) 田形春佳, 吉田絵美, 日永田恵美他: 周手術期患者の寝床内環境の調査研究－体圧分散寝具使用時の温度・湿度の経時的測定を行って－, 第40回成人看護Ⅰ, 202-204, 2009
  - 11) 田村照子: 温冷感・湿潤感と着衣の快適性－衣服気候・体熱平衡の視点より－, 繊維製品消費科学雑誌, 36(1), 31-37, 1995
  - 12) 藤原義久, 岡田志麻, 鈴木伸吾他: 寝床内温度フィードバック機能付きエアークントロールふとんの開発, 生体医工学, 42(4), 362-370, 2004
  - 13) 木場富喜, 山下太利: 身体・ベッド間の温度・湿度に関する研究〈4〉, 看護展望, 7(1), 32-37, 1982
  - 14) 阿曾洋子: 看護・介護のための在宅ケアの援助技術, 初版, pp165-166, 廣川書店, 1999
  - 15) 木内妙子, 山本浩子, 山田泰子他: 臥位持続の生体機能に及ぼす影響, 看護研究, 11(4), 21-30, 1978
  - 16) 工藤恭子, 南沢汎美: 仰臥位保持による心身の自覚的訴え, 日本看護研究学会雑誌, 10(3), 16-23, 1987
  - 17) 秋山博子, 早野由貴, 小林美智子他: 患者にとってより安全な体位保持への取り組み ポジショニングを考慮し褥瘡・感染を含めて, 感染防止, 19(2), 36-40, 2009
  - 18) 横田亜樹: 肘屈曲位のある療養者に対するP型枕の使用による苦痛の軽減 安楽と身体機能維持の側面から考える, 看護教育, 49(8), 727-730, 2008
  - 19) 浅井智美, 佐々木恵美子, 清水富士子他: 仰臥位保持における苦痛の訴えと皮膚温の変化, 看護学雑誌, 57(1), 52-57, 1993
  - 20) 尾崎フサ子, 佐山光子, 安孫子美知子他: 安楽な体位変換の指標に関する研究－第1報－, 新潟大学医療技術短期大学紀要, 6(1), 85-92, 1996

## **Investigation of comfort with positioning in the same body position for long times**

Erina HOSODA<sup>1)</sup>, Yukiko DOKEN<sup>2)</sup>, Toshiaki UMEMURA<sup>3)</sup>, Tomomi YASUDA<sup>3)</sup>

1) Toyama University Hospital

2) Kinjyo University Department of Nursing

3) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

### **Abstract**

The aim of this study was to verify comfort of positioning when in the same body position for long times. The subjects were 10 students in their 20s who were measured for 2 hours with and without positioning, after which comparisons were made. The survey included basic attributes (sex, age, height, weight, BMI), bed environment (temperature in bed, humidity in bed), subjective symptoms (pain, feeling of stiffness, muscle tension, desire to move, discomfort), and impressions after the experiment. The results showed that in the bed environment both the temperature and humidity in the bed rose with time regardless of whether or not positioning was done. In subjective symptoms, pain, feelings of stiffness, muscle tension, and the desire to move were often seen without positioning. regardless of whether positioning was used, subjects complained of discomfort in the back, lumbar, hips, and legs, although these complaints were more common with positioning. Impressions at the conclusion of the experiment included “I felt that pain, feelings of stiffness, and muscle tension decreased with positioning” and “My back and feet felt steamy and uncomfortable with positioning.” From the above it is thought that the pain and discomfort from being in the same body position can be reduced with positioning. At the same time, the temperature and humidity in bed cannot be regulated with body movement when in the same position, and steaminess that can lead to discomfort occurs where there is close contact between the cushion or mattress and body.

### **Keywords**

positioning same body position comfort with positioning



## 看護専門学校教員における職業キャリア成熟の構造

田中 いずみ, 比嘉 勇人, 山田 恵子

富山大学大学院 医学薬学研究部 精神看護学講座

### 要 旨

〔目的〕 看護専門学校教員個人の内面的要因を加えた半構成的面接調査により、職業キャリア成熟の構造を明らかにする。

〔方法〕 A県内の看護教育機関連絡協議会に参加する看護専門学校に勤務する看護教員8名を研究参加者とした。データは半構成的面接を実施して収集し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより分析した。

〔結果および考察〕 看護専門学校教員における職業キャリア成熟の構造は、【教員キャリアの準備状態】、【看護師から教員への役割移行】、【教員の職務と取り組み】、【職場環境の良・不良】、【教員としての成長・発達】、【キャリアに対する展望】の6つのカテゴリからなり、看護教員の職業キャリア成熟モデルと命名した。看護教員の職業キャリア成熟には、教員としての経験を積むことと教員を続ける原動力となる私的スピリチュアリティを高める機会を持つことが重要であると考える。

### はじめに

近年看護師養成は専門学校教育から看護系大学での教育へと変化しており、2015年には243校<sup>1)</sup>となっている。しかし日本における看護基礎教育の現状は、看護専門学校が多数を占め、看護教育制度も複雑なままである。看護専門学校教員（以下、看護教員とする）は看護師として一定の経験がある教師であり、臨床看護師と看護教育の現場を行き来するという特徴がある。このように看護教員は看護師と看護教員の二重のアイデンティティの狭間にあると考えられる。

また質の高い教育を実施するために、看護教員の資質や能力の維持・向上が求められ、厚生労働省の「今後の看護教員のあり方に関する検討会」において、教員の質が議論された。しかし教員の質を維持するための継続教育や看護実践能力維持について具体的な改善方法は未だ示されていない<sup>2)</sup>。草柳<sup>3)</sup>は質の高い教育を担う看護教員

になるには、教員自身が教員であることを肯定し、その仕事に心を傾けるなどをして、教員のキャリアを形成し発達させていく必要性を述べている。Superが提唱した職業的発達（Vocational Development）の概念を発展的に継承したものにキャリア成熟<sup>4)</sup>がある。坂柳<sup>5)</sup>は成人（勤労者）のキャリア成熟を「成人が自分のこれからの人生や生き方、職業生活、余暇生活について、どの程度成熟した考え方を持っているかを表す考え方」と定義し、①人生キャリア成熟、②職業キャリア成熟、③余暇キャリア成熟から成る成人キャリア成熟尺度（Adult Career Maturity Scales:ACMS）を開発した。看護師において、狩野<sup>4)</sup>がACMSを基礎に「簡便看護師職業キャリア成熟測定尺度」の開発を行うなどの研究が取り組まれている。一方看護教員におけるキャリア研究に関する先行研究は、医学中央雑誌で「看護専門学校」「教員」をKey wordsに最近10年間を検索すると649件が見られる。これに「キャリア

開発」「キャリア発達」「キャリア成熟」を掛け合わせると、検索結果は10件と研究は進んでいない状況がある。その中でも渋谷ら<sup>6)</sup>は看護教員を対象に質問紙調査を行い、職業キャリア成熟と看護師・看護教員の職業アイデンティティ、私的スピリチュアリティとの関連を明らかにした。その結果私的スピリチュアリティと看護師・看護教員アイデンティティ、看護師アイデンティティと看護教員アイデンティティ、看護教員アイデンティティと職業キャリア成熟の下位概念である「関心性」「自律性」「計画性」において因果関係が示唆され、私的スピリチュアリティを基盤とした看護教員アイデンティティの確立が重要であるとしている。また草柳<sup>7)</sup>は看護教員のキャリアに影響する要因として、職業継続意思、職業アイデンティティ、コミットメント、仕事満足等をあげている。しかしこれらの私的スピリチュアリティ、アイデンティティ、コミットメントといった要因は、行動や態度に表される項目として明らかになっている程度であり、その基盤となる内面的要因の内容や詳細については言及されていない。

そこで本研究の目的は、看護専門学校教員個人の内面的要因を加えた半構成的面接調査により、職業キャリア成熟の構造を明らかにすることとした。その構造を明らかにすることにより看護教員の職業キャリア成熟を促す示唆を得ることができると考える。

## 用語の操作的定義

職業キャリア成熟：職業キャリアの選択・決定やその後の適応への個人のレディネスや取り組みの姿勢であり、職業キャリア発達の状態や、成熟していく過程も含んでいるものとする。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、質的研究法の一つである修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ<sup>8)</sup>（以下M-GTA）を用いた質的研究である。M-GTAはシ

ンボリック相互作用論を基盤にした研究手法であり、分析ワークシートを用いながら概念を生成し、カテゴリにまとめつつ、それらの関係性を図示化することによって理論的構築を行うものである。これは人々の相互行為を構造化し、人間行動の説明と予測、動態的説明、実践活用を促す理論の生成に有効であることがいわれている<sup>9)</sup>。

本研究では看護専門学校という看護基礎教育における、看護教員の職業キャリア成熟の構造に焦点を当てる。看護教員と学生、同僚・上司との間で社会的相互作用が生じていること、看護教員の職業キャリア成熟という限定された範囲での方法的限定をして、人の動きや変化を明らかにしようとしていることから、M-GTAによる分析が適切であると判断した。

### 2. 研究参加者

A県内の看護教育機関連絡協議会に参加する12校の看護教員を研究参加候補者とした。各校の教務管理者に研究の趣旨と目的を説明し、研究協力の承諾を得て、職業キャリア成熟には職業継続意思を持つことを前提と考え、離職願望のないと思われる候補者の紹介を依頼した。

候補者に対し研究趣旨と目的、倫理的配慮について口頭と文書を用いて説明を行い、同意を得た場合に研究参加者とした。

### 3. データ収集方法

半構成的面接を実施した。看護教員の職業キャリア成熟について内面的要因を含めた構成概念を抽出するために、比嘉により開発された文章完成法によるスピリチュアリティ評価尺度（以下SRS-B）<sup>10)</sup>を用いて、質問紙調査を行った。SRS-Bは5つの質問項目[望み：何よりも一番したいことは]、[支え：一番の支えとなるものは] [対他評価：周囲に対して強く感じていることは]、[対自評価：これからの自分は] [病観：病いというものは]で構成されている。SRS-Bは5つの質問項目をテーマに、記述回答により回答者の個性を反映した内容を得ることが可能であり、またその内容を点数化することも可能である。SRS-B評点の範囲は0~10点で、合計点数が高いほど肯定

的評価であることを示すものであるが、回答者の客観的評価よりも評定者との相互作用によって生起する多彩なスピリチュアリティ内容を把握するのに有用である。

その後インタビューガイドを参考に、看護教員となった契機から面接を開始し、看護教員という仕事に取り組み、現在に至るまでの経験や思いと、その根底にあるもの（SRS-Bの回答の内容に就いて）を語ってもらった。

面接はプライバシーの守られる個室で行い、50分間程度実施した。許可を得て面接内容を録音し、録音した内容を逐語録にして分析データとした。

#### 4. 分析方法

M-GTAでは、研究テーマに沿ってデータのアウトラインや文脈に基づいた概念生成が可能となるような分析テーマを設定し、データにおいて社会的相互作用の主体となる分析焦点者を設定する。本研究では分析テーマを「看護教員の職業キャリア成熟の構造」と設定し、教員の仕事に慣れ職業キャリア成熟を果たすことが必要であるため、分析焦点者は「看護専門学校に勤務して3年以上で、管理的職位にない専任教員」とした。

分析はM-GTAの手順に沿って、面接より得られたデータを基に、分析ワークシートを用いて概念生成を行い、複数の概念が生成された段階から、概念間の関係を検討した。概念の統廃合を繰り返しながら、サブカテゴリ、カテゴリを生成した。概念はヴァリエーションが1つのものは有効

ではないと削除した。最終的に結果図、ストーリーラインとしてまとめた。また全分析過程においてピアレビューとメンバーチェックを適宜行い信憑性の確保に努めた。

#### 5. 倫理的配慮

協力施設の教務管理者に、口頭・書面にて研究の趣旨、協力への自由意志の尊重、プライバシー保護等について説明した。研究参加者には研究への参加は自由意志であること、参加を断っても不利益はないことを書面および口頭にて説明した。さらに研究参加者のプライバシー保護に配慮し、データは厳重に保管、個人が特定されないようにすること、結果を公表する予定であることなどを伝え、参加の同意を得た。

なお本研究は研究者らの所属大学の臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認（臨27-11）を受けた後、協力施設の倫理規定に従い実施した。

## 結果

### 1. 研究参加者の概要（表1）

研究参加者は3施設の8名であった。年齢は30代後半から40代で、教員経験は3年から19年、SRS-B得点は5から9点で平均 $6.87 \pm 1.64$ 点、面接時間は35分から58分であった。職位は全員が専任教員で、また全員が教員養成講習を受講していた。データの収集は2015年8月から2016年

表1. 研究参加者の概要

研究参加者	年代	教員経験年数	インタビュー時間	n = 8	
				SRS-B 得点	平均値 ± 標準偏差
a	30代	3年	47分	6	6.87 ± 1.64
b	30代	7年	36分	6	
c	40代	10年	58分	9	
d	40代	19年	56分	9	
e	40代	15年	58分	5	
f	40代	8年	48分	8	
g	40代	19年	35分	5	
h	40代	9年	35分	7	
-	-	-	-	-	

5月に行った。

## 2. ストーリーライン (図1)

本研究で、33個の概念、16個のサブカテゴリ、6個のカテゴリが生成された。これらの全体的な関連についてまとめたストーリーラインと結果図(図1)を作成した。結果図は「看護教員の職業キャリア成熟モデル」と命名した。カテゴリは【 】, サブカテゴリは《 》, 概念は〈 〉で記載した。研究参加者は、臨床現場で教員になることを勧められた契機や、教育に興味があったことから〈教員になるという選択〉をし、教員養成講習会を受講することが〈看護学への新たな目覚め〉の機会となつて、【教員キャリアの準備状態】を経験していた。

看護専門学校に入職すると、教員としての〈キャリアスタート時の戸惑い〉が見られ、それは【看護師から教員への役割移行】であった。看護教員の職務とは〈担当する教科・科目〉において〈臨床現場のダイナミクスと看護のあるべき姿を伝える授業〉を工夫し、《看護を教える授業》をすること、学校外の講師や学校内の同僚と〈業務や授業の練り合わせ〉をし、臨地実習で〈臨床指導者との協力・調整〉をするといった《調整・連携をして行う実習と学校運営》があった。また教員になつて《学生との関わり》を持つことで、〈学生の状況への理解〉ができるようになり、看護教育は臨床看護と同じように〈相手のよりよい状態をめざす関わり〉だと感じていた。しかし教育現場の現実には、仕事の時間に区切りがなく〈解放されることがない多重業務〉であり、日中は忙しく〈時間外に行く授業の準備〉のために夜遅くまでかかり、《職務に伴う負担感》は重かった。仕事と家庭生活の両立は難しく〈仕事に傾きがちなワークライフバランス〉であるが、休日は好きなことをし、女性のライフイベントである出産・育児休暇をとるなどして、〈余暇・長期休暇を利用するリフレッシュ〉をすることで《ワークライフバランスをとる》方法を実践していた。このように看護教員は【教員の職務への取り組み】を行っていた。

一方、看護教員が身を置く職場環境は、〈風通しのよさ〉や〈同僚・上司からのサポート〉のある《働きやすい職場環境》で周囲への感謝を感じ

ている場合と、〈同僚・上司からのサポートのなさ〉や〈組織や対人関係上の不満・葛藤〉があり《悩みや葛藤を抱く職場環境》の場合があり、それも仕方のないことだと思ひ直して、【職場環境の良・不良】がある中でも職務を続けていた。

【教員としての成長・発達】は《教育の知識・技術の錬磨》、《教員アイデンティティの確認と揺らぎ》、《教育観の形成と変容》、《教員を続ける原動力》の4側面が示された。《教育の知識・技術の錬磨》では、学生の反応から〈授業の手応えの獲得〉をし、〈学生の反応・好成績で上がるモチベーション〉を感じる、さらに経験を経て〈緩急の付け所の体得〉をすることがあった。《教員アイデンティティの確認と揺らぎ》では、学生に支持されることで〈教員としての自己の確認〉ができる肯定的な経験や、〈教育現場で味わう苦悩〉の経験、さらに自己の未熟さを知る一方で、それをなんとかしたいと〈教員としての課題〉を認識するということがあった。また《教育観の形成と変容》では、教員になつた当初は学生に対して〈一人前にしなくてはという意気込み〉があったが、学生と過ごし〈学生に寄り添う〉ことでさらに理解が深まり、経験の積み重ねで学生へのまなざしに変化し〈学生の成長を信じて構える〉ように変わることが示されていた。このような教員生活を支える《教員を続ける原動力》の1つには、〈人と出会いつながる喜び〉があり、2つには〈学生の姿に見る成長〉があること、3つには看護教員がまさに自分の職務であると〈揺るぎない信念〉を持つことがあげられた。

そして今後を見据えて自己の興味・関心から新たに〈キャリアへのチャレンジ〉を期待する場合や、職場の事情を考えて〈現状への諦観や待機〉をする場合、また〈臨床現場に戻る不安〉や、転勤・配置換えの命令に対する〈異動や職場環境の変化に対する不安〉といった《異動への不安》などの【キャリアに対する展望】を抱いていた。

## 3. 概念とカテゴリ (表2)

看護教員の職業キャリア成熟の構造において、抽出したカテゴリは【教員キャリアの準備状態】、【看護師から教員への役割移行】、【教員の職務と

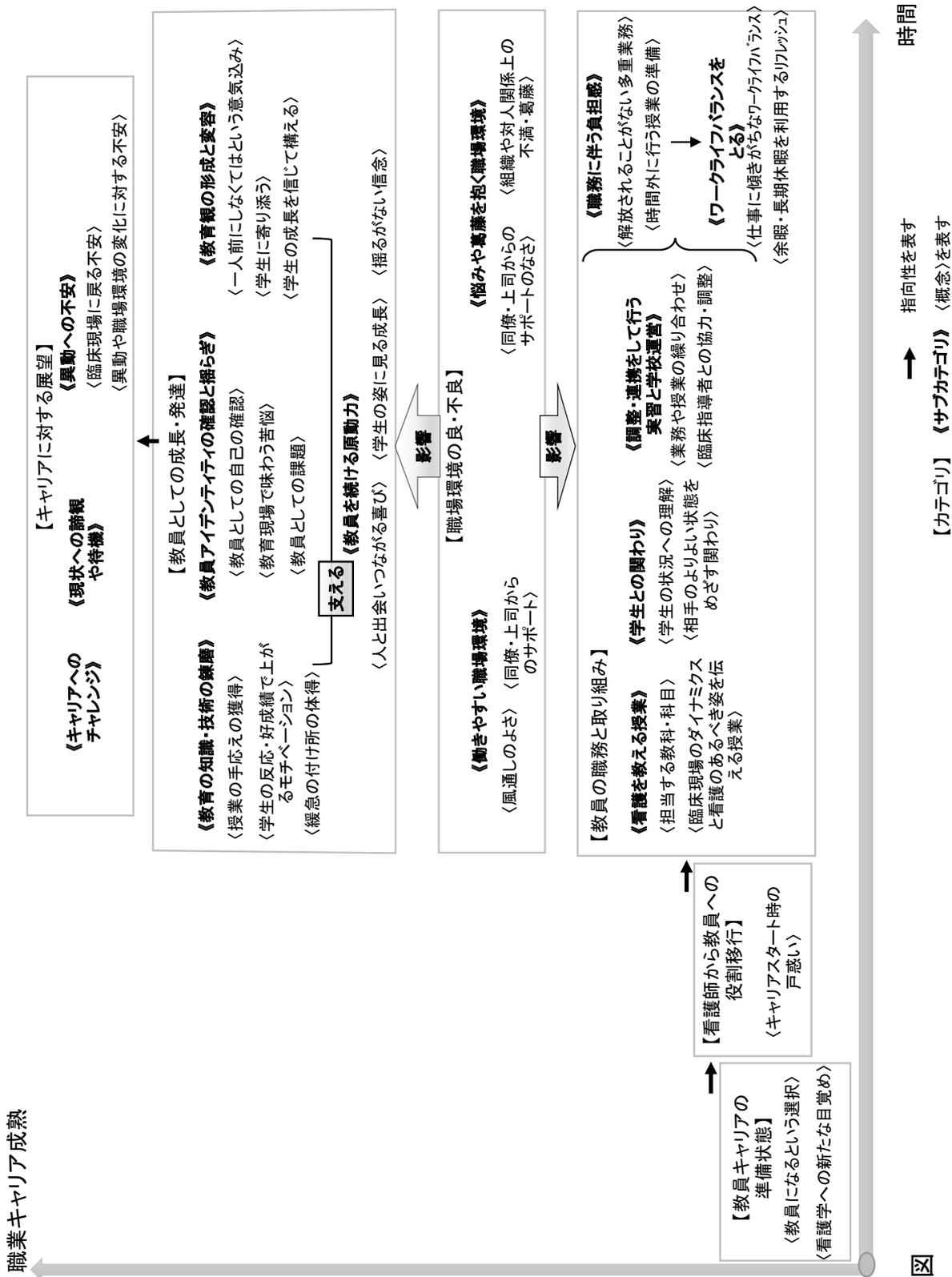


図 1. 看護教員の職業キャリア成熟モデル

表2. 看護教員の職業キャリア成熟の構造のカテゴリ

【カテゴリ】	《サブカテゴリ》	〈概念〉
【教員キャリアの準備状態】	《教員キャリアの準備状態》	〈教員になるという選択〉
		〈看護学への新たな目覚め〉
【看護師から教員への役割移行】	《看護師から教員への役割移行》	〈キャリアスタート時の戸惑い〉
		〈担当する教科・科目〉
		《看護を教える授業》
【教員の職務と取り組み】	《看護を教える授業》	〈臨床現場のダイナミクスと看護のあるべき姿を伝える授業〉
		《学生との関わり》
		〈学生の状況への理解〉
		〈相手のよりよい状態をめざす関わり〉
		《調整・連携をして行う実習と学校運営》
【教員の職務と取り組み】	《調整・連携をして行う実習と学校運営》	〈業務や授業の繰り返し合わせ〉
		〈臨床指導者との協力・調整〉
		《職務に伴う負担感》
		〈解放されることがない多重業務〉
		〈時間外に行う授業の準備〉
【教員の職務と取り組み】	《ワークライフバランスをとる》	〈仕事に傾きがちなワークライフバランス〉
		〈余暇・長期休暇を利用するリフレッシュ〉
		《働きやすい職場環境》
		〈風通しのよさ〉
		〈同僚・上司からのサポート〉
【職場環境の良・不良】	《悩みや葛藤を抱く職場環境》	〈同僚・上司からのサポートのなさ〉
		〈組織や対人関係上の不満・葛藤〉
		《教育の知識・技術の錬磨》
【教員としての成長・発達】	《教育の知識・技術の錬磨》	〈授業の手応えの獲得〉
		〈学生の反応・好成績で上がるモチベーション〉
		〈緩急の付け所の体得〉
		《教員アイデンティティの確認と揺らぎ》
		〈教員としての自己の確認〉
		〈教育現場で味わう苦悶〉
		〈教員としての課題〉
《教育観の形成と変容》		
【教員としての成長・発達】	《教育観の形成と変容》	〈一人前にしなくてはという意気込み〉
		〈学生に寄り添う〉
		〈学生の成長を信じて構える〉
		《教員を続ける原動力》
		〈人と出会いつながる喜び〉
【キャリアに対する展望】	《教員を続ける原動力》	〈学生の姿に見る成長〉
		〈揺るがない信念〉
		《キャリアへのチャレンジ》
		〈キャリアへのチャレンジ〉
【キャリアに対する展望】	《現状への諦観や待機》	〈現状への諦観や待機〉
		《異動への不安》
		〈臨床現場に戻る不安〉
【キャリアに対する展望】	《異動への不安》	〈異動や職場環境の変化に対する不安〉

取り組み】、【職場環境の良・不良】、【教員としての成長・発達】、【キャリアに対する展望】であった。

以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》, 概念を〈 〉, ヴァリエーションを太字・斜体で示し、カテゴリ毎に説明する。

なお必要に応じて( )で研究者の補足説明を加えた。

【教員キャリアの準備状態】

このカテゴリは、同様に《教員キャリアの準備状態》のサブカテゴリが見出され、看護教員が教員としての新たな職業生活を始めるための心の動きや行動が示されていた。また《教員キャリアの準備状態》は〈教員になるという選択〉、〈看護学への新たな目覚め〉の2個の概念で構成されていた。

〈教員になるという選択〉では、研究参加者が臨床看護師として学生を指導する態度・行動を師長や看護学校の教員に評価されて教員になることをすすめられたり、看護師として今後のキャリアデザインの決断を迫られたりした時に、教員になることを選択したことを語っていた。

「病院の看護部長が、私が副師長をして5年ぐらいになった時に、今後管理の道を行くのか、認定看護師みたいに専門性をきわめるのか、それとも教育というところで…ちょうど養成講習会の第一期があるという時期だったのでそうするかと、アクションを起こした方がいいのではということをお助言としてもらった。今後キャリアのこととか考える時に」(研究参加者 a)

「教員になるきっかけは上司からのすすめというか、教員研修にいかないかというすすめですね。こういう機会を使って、何か他のことにチャレンジすることで、見えてくるものもあるかな…と。せっかくだからチャレンジしてみよう」(研究参加者 d)

〈看護学への新たな目覚め〉では、研究参加者が教員養成講習で改めて看護学に向き合っ、学ぶことの面白さや自分の課題に気づくことを語っていた。

「看護って学問だったんだと再認識したという。看護って哲学なんだというのがあったりした。深くいろんなことを追求し続けていく…もっと深くこんな風に考えたら、もっといろんなことができたのに、ということに気づきましたね」(研究参加者 b)

「最初は久々の勉強ということで…、今ここで一生懸命聞くことで、スペシャリストの教員になれるんじゃないかという思いで、聞いていました。いろんな人たちと話しましたので、みんなすごいなあと。みんな自分の信念なりもっておられて、ここぞというときは自分の信念を持ってここに来ておられる(いらっしゃる)など。こんな人たちになりたいなど。できていない自分というのが研修で見えたこともあった」(研究参加者 e)

#### 【看護師から教員への役割移行】

このカテゴリは、同様に《看護師から教員への役割移行》のサブカテゴリが見出され、〈キャリアスタート時の戸惑い〉の1個の概念で構成されていた。

〈キャリアスタート時の戸惑い〉では、研究参加者が教員生活の始まりにおいて臨床とのギャップが大きくて戸惑い、無我夢中で、時間がどんどん過ぎていくという体験をしたことを語っていた。

「教員ってよくわからなかったです。学校勤務になるということが、どんなことかよくわからなかったし、迷いはしました。はじめはとにかく無我夢中、というかひたすら大変で、やらなきゃいけないことをこなすという感じでした。1, 2, 3年の学年係を一通りやっただけでも3年が過ぎてしまっ、という風に日々はどんどん過ぎて今に至るという話になりますけど」(研究参加者 c)

「1年目はこんな生活は続けられるもんじゃないと思っていました。がむしゃらに授業と実習としていたので、とてとても。臨床では見えなかった学校の先生の忙しさが見えたのと、大変だなという風な思いしかなかった。ひたすら与えられたことをやりつつ、ひたすら大変」(研究参加者 e)

#### 【教員の職務と取り組み】

このカテゴリは、《看護を教える授業》、《学生との関わり》、《調整・連携をして行う実習と学校運営》、《職務に伴う負担感》、《ワークライフバランスをとる》の5個のサブカテゴリが見出され、看護教員の仕事の内容と仕事に取り組む様子が示されていた。

《看護を教える授業》のサブカテゴリは、看護教員の仕事のひとつである授業について、〈担当する教科・科目〉、〈臨床現場のダイナミクスと看護のあるべき姿を伝える授業〉の2個の概念で構成されていた。

〈担当する教科・科目〉では、研究参加者が担当する教科・科目があることを語っていた。

「基礎の担当ではあるんですけど、いろいろ成人の授業をしたり、成人の実習に行ったり、老

年にも関わらせてもらっています」(研究参加者 b)

「脳外科を一部、老年看護をし、ここ2年ほど前から精神ですかね」(研究参加者 e)

〈臨床現場のダイナミクスと看護のあるべき姿を伝える授業〉では、研究参加者が担当する授業において臨床現場での出来事や経験と看護のあるべき姿を学生に伝えられるのは、教員の職務として良いことだと感じていた。

「本当の看護の原理原則を学生に教えるというところでは、本来あるべき姿をちゃんと教えられるというのは、基礎教育としてできる、それは自分にとってはいいのかなと思います」(研究参加者 a)

「授業したときの学生の反応が自分にすごく響いたものがあつたというか、現場の話を『そんなことあるんだ、面白い』という反応を見ていて、現場の話をすることはとても貴重なことなんだなと思ったし、教科書には載っていないことを伝えられる教員になればいいなと思ったんですね」(研究参加者 f)

《学生との関わり》のサブカテゴリは、〈学生の状況への理解〉、〈相手のよりよい状態をめざす関わり〉の2個の概念で構成されていた。

〈学生の状況への理解〉では、研究参加者が臨床にいる時には見えなかった学生の状況が見えてきて、学生なりに何かしらを考えて、一生懸命やっていることがわかったと語っていた。

「なかなかうまくいかない学生さんの指導をしている時に、どうしてできないの、どうしてわからないのってなっていた自分がいたなと、ああ学生さんで本当にわからないんだなというところの視点に気づいたのがありました」(研究参加者 b)

「学生の見方は変わりました。病棟にいるときには、できない学生は手を抜いている学生って思っていたけど、なんか一生懸命やってる、考えた末があのレベルやったんだなと思いました」(研究参加者 e)

〈相手のよりよい状態をめざす関わり〉では、研究参加者が教育現場にきて、関わる人をよりよい方向に向けようと援助し、自立できるように関わること、それは看護も教育も同じであると感じたことを語っていた。

「だれでもみんなよりよい方になりたいと思っているとしたら、そこにちょっとだけでも自分のしたことが、そこによりよい方向に向けてのなんかの働きかけが、つながったなと思えることができれば、面白いなど。看護も教育も同じかなと…」(研究参加者 c)

「看護師と変わらないなと思いました、使う神経が。何でも教えてあげることが、教員だと思っていたんですよ。持ってる知識とか技術とかを教える、でもそうじゃない、生徒が自分でできるようにならないと、自分で勉強し、自分で問題点を見つけて自分でやっていくということの手助けをするという仕事。それがナースとあまり変わらないなと思ったんです。患者さんの自立に向けての援助と。だから使う神経は同じなんだなと」(研究参加者 g)

《調整・連携をして行う実習と学校運営》のサブカテゴリは、〈業務や授業の繰り合わせ〉、〈臨床指導者との協力・調整〉の2個の概念で構成されていた。

〈業務や授業の繰り合わせ〉では、研究参加者が学校内の人員で授業や業務のやりくりをしたり、外部に講師を依頼したりする様子を語っていた。

「データの入力ですとか、いろんなことで時間をとられてしまったり、学生に関すること成績の入力だったり、まあ教員の仕事といわれればそうなんですけど。カリキュラムの担当をしているという点で、時間割を作成したりだとか、それにかかる時間が結構多いもので…」(研究参加者 b)

「教員経験が浅い教員が順番に学生係やるという感じで決まっていますけど、そこからその他諸々実習の調整という係になったり、実習調整とかなんとかしながら、1, 2, 3年生の学生係を

している先生たちのサポートをしていくという形で。教員同士の中の他の教員のサポートをしたり、外部の非常勤講師に対応したり・・・そういう仕事です」(研究参加者c)

〈臨床指導者との協力・調整〉では、研究参加者が学生の実習での学びを深めるために、病棟の指導者との関係は大切であり、コミュニケーションをとってお互いに理解を深めたり、調整をしたりすることを語っていた。

「私の当たった病棟の看護師さんたちがひどく恐ろしくて、学生が動けなくなって、苦勞したところ。カンファレンスですね、学生がそれに苦しんで帰ってくると、私も苦しいです。だから学生を理解してもらえるように説明に行きました」(研究参加者c)

「実習ひとつするにしても『お願いします』って、学生が何か(問題を)『すいませんでした』とか、常に調整役で、自分が授業をする上で、どうしてもこれは知っておきたいなということは、臨地研修に行くことで、少しやらせてもらうことで、できるかなという気にもなり・・・その病棟の人たちと会話をし、一緒にすることで、つながりを作ってくる(という)ことで、いろんなことを『見せて』とか『お願い』とか『教えて』ということがしやすくなり、学生にも、私にも(よい関係)という形で(病棟の人を)活用できればと思っています」(研究参加者d)

《職務に伴う負担感》のサブカテゴリでは、看護教員という仕事の困難さについて〈解放されることがない多重業務〉、〈時間外に行う授業の準備〉の2個の概念で構成されていた。

〈解放されることがない多重業務〉では、研究参加者が臨床現場では時間が来れば仕事から解放されるが、教員の業務は区切りがなく多重課題であり、何から何まで教員の仕事で重圧を感じていた。

「本当に単純に学校の先生ってもっと楽だと思っていたんです。授業行って、実習行って終わ

りって思っていたんですけど、こんなにたくさんを先生方がされていて、いつもこんなにフル回転なのかというのを、入って初めて知ったので衝撃的でした。～中略～授業のことにしても、事務手続きをしていないなというのが土日もずっとあって、区切りがないのが教員の仕事というか、そこでのストレスというのがあるな・・・と。考え方なのかもしれないですけど、いつも自分の仕事を抱えながら、あれもしなきゃ、これもしなきゃ、って思いながら休みをとっている感じがあるので、それは臨床とは違うなと思うんです」(研究参加者b)

「学生が使うもので何か、物品を購入し、集金し、なんとかするというような事務的な仕事。バインダーを買います。印刷します、集金します。今も再試をします、再試代を集めます・・・何人分ですというようなこと。1年生の係になれば、1年生のことはすべてひとりで(やる)。講義の依頼から、時間割の作成、集金から成績のことまですべてでしたから、教育というよりは事務雑用のこと」(研究参加者d)

〈時間外に行う授業の準備〉では、研究参加者が日中は授業の準備ができず、残ってしまうため、夜遅くまで準備にかかり、苦しかったことを語っていた。

「授業の準備。最後に残るのは・・・。静かになってから、ある程度自分も落ち着いてから、授業の準備にとりかかるとい形になると、初めの頃はもう本当に遅くなって・・・というのが苦しかったといえば、苦しかった」(研究参加者c)

「授業の準備は全部お持ち帰りで行ってました、それがつらいといえばつらいんですけど、やらなきゃならないというのがあるので・・・使命感でしょうか、つらいことはつらいんですけど・・・」(研究参加者h)

《ワークライフバランスをとる》のサブカテゴリでは、仕事と生活のバランスの取り方について〈仕事に傾きがちなワークライフバランス〉、〈余暇・長期休暇を利用するリフレッシュ〉の2個の

概念で構成されていた。

〈仕事に傾きがちなワークライフバランス〉では、研究参加者が仕事と家庭生活を両立というところまでいかず、仕事に傾いていることを語っていた。

「仕事と家事の両立というところまでではないので、負担はもちろんかかっているんです。残務は何とか時間を見つけてやるか、もう割り切って土日家でやるかという形でやっています」(研究参加者 a)

「3:7で仕事ですかね。土日も出ないといかないし、あんまり休みはないですよ。年休は)とれないですね。仕事中心になっていますよね、どちらかという」と(研究参加者 h)

〈余暇・長期休暇を利用するリフレッシュ〉では、研究参加者が教員生活は仕事に傾いているが、リフレッシュや切り替えを意識することで日々バランスをとっている。また出産・育児休暇をとって、それが長期休暇になっていることを語っていた。

「友人と食事に行ったりとか、あとは運転することが好きなので、無駄に市内を運転して走ってみたり、そこでいろいろ考えてみたり、歌を歌ったりとか・・・というので、バランスをとっている。後は寝ることですね、休みの日は寝だめという事になっている」(研究参加者 b)

「子育てが、(キャリアの)間、間に・・・出産して1年休んでという、この間がうまく自分の中では、この1年の育休というのがリフレッシュにもなり、休んで、また働いていこうという活力にもなり、ずっといると嫌気がさすときがあったのかもしれませんが、なんか疲れそうなときには、1年育休に入り・・・ということをしてたというのは、それがリフレッシュになっていたんやろうなと思います」(研究参加者 d)

#### 【職場環境の良・不良】

このカテゴリは、《働きやすい職場環境》、《悩みや葛藤を抱く職場環境》の2個のサブカテゴリが見出され、看護教員が身を置く看護専門学校の

職場環境が示されていた。

《働きやすい職場環境》のサブカテゴリでは、良好な職場環境として〈風通しのよさ〉、〈同僚・上司からのサポート〉の2個の概念で構成されていた。

〈風通しのよさ〉では、研究参加者が学校内の教員同士のコミュニケーションがとれており、職場全体のまとまりがよいと感じている職場もあった。

「ここは下の者も意見がいえるような環境だから、一年目の時から、私の一言で大事なことが決まってしまうたり、それが印象に残っていたりして、個人の意見をきちんと生かしてくれる場所だなと感じたので・・・若いとか、経験がないとかではなくて、意見として取り上げてもらって決まっていくというところがよいところだったんですね」(研究参加者 d)

「情報交換になっていて、『学生こうだった』とか言いながら、『そうしたら今度こうしてみなきゃいけないね』って、他の先生も『今度私も見てみるわ』って。そうやって型にはまらないで、(学生の問題に対して)『あなたの責任でしょ』っていうことはしないで。まとまっていけるので」(研究参加者 e)

〈同僚・上司からのサポート〉では、研究参加者が学校で周囲の人たちに恵まれて、上司や他の先生方からの支えがあった。また同じような立場の同僚もいたことも支えになったことを語っていた

「まあ周囲に恵まれたというか、先輩もいて、同じような感じで仕事をしている人が周りにいた、それが今から考えると大きかったかなと思います。同じような感じでじたばたしながら仕事をする人がいたので、支えになったのだらうと思います。上司とか他の先生方にもサポートしてもらってなので、自分がしなきゃいけないことにたすら集中できた」(研究参加者 c)

「同期の存在は大きい、同じ頃に採用された人が、私の年に4人いたんです。その同じ境遇の人にわかってもらえるのは、自分にとって大き

かったですかね。本当に一人だとできるのかなと思うくらい、職場の人でも支えになっている人はいますが…」(研究参加者 f)

《悩みや葛藤を抱く職場環境》のサブカテゴリでは、不良な職場環境として〈同僚・上司からのサポートのなさ〉、〈組織や対人関係上の不満・葛藤〉の2つの概念で構成されていた。

〈同僚・上司からのサポートのなさ〉では、研究参加者が職場内で先輩の教員も忙しくて相談できず、これでいいのかと悩んだ経験を語っていた。

「新人(教員)が一気に3人はいってしまった。という状況で、先輩方もいっぱいはいっぱいでされていたので、『もちろん相談には来てくれていいんだけど、なかなかお相手できないかもしれないわ』という状況で、授業案も誰に見ていただくかっていうような中で、自分のしていることが本当にこれでいいのかとか、授業内容の精選とかに関しても、こういう伝え方でいいのかという悩みはありました」(研究参加者 b)

「まず話を聞いてもらいたいですよね。そこがまずないですから…そこですね。一番は、それは時間がなかったり、タイミングが合わなかったり…いろいろあると思うので。それはもちろんこっちも考えなければならぬこともあるんですけど。うまくコミュニケーションがとれないなあと思います」(研究参加者 f)

〈組織や対人関係上の不満・葛藤〉では、研究参加者が学校組織に対してストレスを感じ、順応が難しいと感じたり、教員間でのコミュニケーションや相互理解が難しいと感じたりしているが、それに対して割り切ろうとしていることを述べていた。

「なんか自分が培ってきたものといろいろ相違があるなと感じています。ここの風土がそうなのかというのがありますが…何か自分が当たり前前に考えているところが、他の先生方はそんな風に考えていなかったりとか、学校としての教育の方向性とか、考え方とかというようなところもど

こを向いているのかということもわかりにくいなと思う。ここはちょっと許せないけど、だから私に何ができるとか。だからそこに労力を使わない、省エネをしている自分がいる」(研究参加者 a)

「職場の人間関係などで葛藤を感じたり…まあそれは、たびたびありますよね、上司に対してとか…うん、それはありますけれど、まあこんなものかあとか…それはしかたのないことかなと」(研究参加者 h)

#### 【教員としての成長・発達】

このカテゴリは、《教育の知識・技術の錬磨》、《教員アイデンティティの確認と揺らぎ》、《教育観の形成と変容》、《教員を続ける原動力》の4つのサブカテゴリが見出され、看護教員のキャリア成熟を推し進める軸となっていた。

《教育の知識・技術の錬磨》のサブカテゴリは、教員として必要な教育の知識・技術について〈授業の手応えの獲得〉、〈学生の反応・好成绩で上がるモチベーション〉、〈緩急の付け所の体得〉の3つの概念で構成されていた。

〈授業の手応えの獲得〉では、研究参加者が教員となって数年間授業をしてみることで、自分なりの授業案にある程度の自信を持てるようになることを語っていた。

「3年経てば、少しくまく…、とりあえずやってしまったそれを土台にしながら、次の年は少し改善し、その次の年にはある程度自分で作ったものをさらに改善、工夫してというようなことができていくので、3年ほどあれば。後は細かい工夫、新しいものを取り入れたりという部分(的に)やっていけばいいかなと。(同じ授業が)3回目ぐらいくると、だいたいこんな感じでいっていいかなと自分で思えるような形になりますかね」(研究参加者 d)

「なんかやっぱりわかってくるんですかね。授業の持ち方とか、生徒との関わり方とか…なんて言うか、慣れでしょうか、周りの人間関係も少しずつできてきて、自分に余裕も出てくると、少し手応えを感じる余裕も出てくる…」(研究参加者 f)

〈学生の反応・好成绩で上がるモチベーション〉では、研究参加者が授業や実習指導で、学生からの率直な反応が得られたり、成績が上がったりすると喜びを感じ、モチベーションが上がることを語っていた。

「授業をして、授業評価のアンケートをいつも私はとるんですけど、『先生の授業はすごくわかりやすかったです』というようなコメントがきたりだとか、やっぱり見返りというか、自分の授業を学生が、間接的にでも、よかった、わかりやすかったというような声はモチベーションにつながるようなことはよくあります」(研究参加者 a)

「学生の反応とか、授業は得意でもないんですが、思いがけず食いついてきて、『ふーん』と聞いてくれることもありますし、ベターッと寝てしまうこともありますし…。それが授業の苦しみでしょうか。どうやってら聞いているか。思いがけずいい反応をしてくれると『やったぞ!』と思います」(研究参加者 c)

〈緩急の付け所の体得〉では、研究参加者が教員として学生との対応に緩急をつけてるように余裕を持つことや、授業や指導でポイントを絞るように思い切れるようになったことを語っていた。

「最初の一年目とかは『学校やめたい』と言った学生にどう対応していいかわからなかったんですけど、こんな関わりも、面接もうまく使えるようになったし、そんな時間もかからなくなった。～中略～今学生はそう言っているけれど、ちょっと時間を置いて、今そういう気持ちになってるだけかもしれないから、ちょっと時間をおいて行動を見てみよう。それで気にかかるようだったら、次に(こちらは)こういう行動をとろうと…」(研究参加者 e)

「あの子たちが勉強してくれるようになればいいと思って、あんまり私がしゃべることばかりではなくなったところが、ちょっと楽になったところですかね。周りがいくら授業で言っても、その中のどこかとどこかだけでも、少しだけでも頭に残るようにしておけばいいのではないかと。そう

いう風に思い切れたということです」(研究協力者 c)

《教員アイデンティティの確認と揺らぎ》のサブカテゴリは、〈教員としての自己の確認〉、〈教育現場で味わう苦悩〉、〈教員としての課題〉の3個の概念で構成されていた。

〈教員としての自己の確認〉では、研究参加者が学生から支持されることで、教員としての自分の存在を肯定できる。しかし一方で学生から反感を示されることもあり、それは自分の振り返りにもなることを語っていた。

「学生から、『先生の教え方はわかりやすかったよ』『先生から言われた言葉が印象的です』と、自分はもう忘れてはいるんですけど、卒業生から言われて、自分の考え・教育観は間違えてはいなかったなと思ったりすることもあります」(研究参加者 b)

「学生から頼られる、相談されるということがあると、そこは楽しいというより自分だからできるところ、ベテランの先生もいっぱいいるけれど、若い私だからできることはここかなと自分なりに見えていることがあったので、そこでの関わりをして自分に手応えが返ってくるという、そこには楽しいかな、やりがいがあるかなと感じました」(研究参加者 d)

〈教育現場で味わう苦悩〉では、研究参加者が、学生に拒否されたまま心を通わせることができなかつたり、学生の躓きを契機に学校内で顕在化した教員間の軋轢から、看護教育の難しさを感じたりした経験を語っていた。

「中には最後まで心を通わすことができない生徒は何人かいますよね。うん、その生徒のことはずっと覚えているだろうし、どうしてるだろうかと時々思い出しますよね。『先生のこと大嫌い』って言っていた生徒もいますよね。～中略～きついことはきついですが、『先生じゃない方がよかった』と拒否されることも」(研究参加者 g)

「学生の単位が足りなくなつて～中略～、補習

という形をとって、なんとか卒業認めてもらえたんですけど。補習さえも行かせるような人ではないと言われて、人間性というか、教員のなかでも人間性を垣間見た気がしました。いろんな価値観があるんだなと思いました。なかなか看護師というのは厳しい職業なんだから、そんなたやすく卒業させてはダメなんだという考え方でした。看護教育の難しさというか、看護師に育てるとするのは難しいことなのかなとその時思いました。その言葉から、専門職のその重みをわかっていないと言われたので、看護師を育てるとするのは本当に厳しいんだなと思いました」(研究参加者 f)

〈教員としての課題〉では、研究参加者は教員としての自信がない、現状に不満足であること、しかしそこを解決したいという思いを語っていた。

「まだ3年目で、教員としてはまだ全然専門性もないし、まだ自分に自信もないし、ちゃんとした教育ができていない所でもあるので、できればあと数年は看護教員で、もうちょっと継続したい。このままじゃあ何かダメだというか、学生に教えるという資格がないなという思いがあるので、そこは解決しなきゃいけない」(研究参加者 a)

「自分のしていることは看護教育なのか、事務なのか、生活指導なのか、時々何なのかわからなくなるときがあって、なかなかモチベーションが上がらずに…仕事と仕事の合間になんとかガーッとやっけていて、自分としてはまだ十分じゃないという感じがある」(研究参加者 b)

《教育観の形成と変容》のサブカテゴリは、学生との関わりにおいて看護教員としての教育観が変化していく様相について、〈一人前にしなくてはこの意気込み〉、〈学生に寄り添う〉、〈学生の成長を信じて構える〉の3つの概念で構成されていた。

〈一人前にしなくてはこの意気込み〉では、研究参加者が教員になって経験が浅い頃に、教えたことはすぐ身につけてほしい、私の言うように動いてほしいと思い、学生をどうしてもよくしなくてはこの意気込んでいたことを振り返って語って

いた。

「看護師として羽ばたかせなきゃいけないという役割がこちらにはあるので、最低の学力としてここまではあってほしいと思いますけど、この子は一人前になる子なのかどうなのかというのを、ちゃんと見極めなきゃいけないな」(研究参加者 a)

「最初は教えたことをすぐに身につけてほしいとか…。この担任している1年間で、どうしてもこの子をよくしなくっちゃって思っていましたよ。若いときは…30代前半とか…」(研究参加者 g)

〈学生に寄り添う〉では、研究参加者が時間をかけて学生の悩みを聞いたり、スポーツと一緒に楽しんだり、学生と過ごす経験をしたことを語っていた。

「学生の悩みをいっぱい聞いて、スクールカウンセラーとかがないもので、学生係が学生の悩み相談ですごく時間がとられる、学生が『もうやめる』って。それは友達との関係がうまくいってなくて、その時は『やめてやる!』ってなんかかんとか…学生がいる限りは、1時間半ぐらいもかかって(話を聞いて)『看護師になんでなりたかったの?』『じゃあもうそれもあきらめていいのね』と聞いた時に、『やっぱり看護師はこういう理由でなりたいんです、こんなことで看護師をあきらめたくないな』って。じゃあ看護師をこの学校で続けようねって」(研究参加者 e)

「学校の行事でスポーツ大会とかいろんなことがあると、学生を受け持っているの。そうすると学生と一緒に騒ぐときは騒ぐ、というか。スポーツ大会であれば負けなぞ!みたいな感じで、ある程度同じ立場に立ってスポーツを楽しむということをする」(研究参加者 d)

〈学生の成長を信じて構える〉では、研究参加者が経験の積み重ねから学生への理解が深まり、学生の成長に見通しを持って信じていることができるようになることを語っていた。

「(教員になって)5年ほどしたら、『右向け』言って右を向かなくても、私の言い方が悪かったかな。それで言い方を変えてみてもダメなら、まあこれに関しては右を向かない人たちなんだなと。でも次は言うこと聞いてくれるかなと…それが学生の特徴だと。いちいち学生に右往左往しないで、見方を変えてみたらって、やり方を変えていかなきゃいけないし、学生を待てるようになった。この(教員生活の)経過の中で、学生がかわいと思える様になった」(研究参加者 e)

「40歳を過ぎてから思うようになりました。ずっとできる優秀な人(教員)には、できない子の気持ちはわからないと思います、なんでわかんないんだろうとかって…。できない時もあるじゃないかな…そういう時もありますものね。3年間で全然できない子で、本当に大丈夫かしらって、けれど卒業して現場に出ているのを実習で見かけたりすると、全く人が変わったように動ける子って本当にいるんですね～中略～結果をすぐに、教育って求めてしまうけれど、今だけで判断しない方がいいのかなって。今はできないけれど、ちゃんと遅くても変わっていく子もたくさんいるので、ちょっと大きく構えた方がいいのかなという感じはしますよね」(研究参加者 g)

《教員を続ける原動力》のサブカテゴリは、看護教員を継続していく原動力として〈人と出会いつながる喜び〉、〈学生の姿に見る成長〉、〈揺るがない信念〉の3つの概念で構成されていた。

〈人と出会いつながる喜び〉では、研究参加者が学生・同僚等と出会い、つながりを感じることに面白さや喜びを感じるというつながる感覚を自分の原動力としていくことを語っていた。

「授業の中でも頷いて聞いてくれる瞬間を見たりだとか、その場で答えが出なくても、例えば卒業生とあった時に『いや実は、先生が言ったことを適当に聞いていた、それが今働くようになってよくわかるようになった』と言ってもらったりだとか、『先生、今頑張っているよ』と顔を出してくれたりだとか…そういうところでは喜びを感じています。看護もやはり人とのつながり…患

者さんとのつながりという～中略～私もやっぱり、学生さんともそうですし、同僚ともそうですし、講師の先生方ともそうですし、そこで教育っていうことを展開しているというか、それが喜びというか、自分のなかのモチベーションになっているかな。誰かと出会うために自分は生まれてきたと自分は思っていて、誰かと出会うことで喜びを感じている部分があって、それを仕事にも求めている、それが自分の原動力になっている気がします」(研究参加者 a)

「卒業した学生が、いろんな形で仕事を続けていたり、ここに顔を出してくれて、『今こんな風にしています』という話を聞いたりするのがうれしいと思っていて。中には海外で働いていたりとか、全然想像もつかない、自分がやってみたいと思っていたことを卒業生がやっていたりだとか、そういうのを見たりするのは『すごいな』と思う。学生に自分の言ったことが伝わって行って、その後学生たちが仕事していったり、～中略～人って面白いなっていう思い。ここで勉強したことが今につながっているかなと思うのが、うれしい場面ですね」(研究参加者 c)

〈学生の姿に見る成長〉では、研究参加者が自分の働きかけに学生が反応を返してくれて達成感を味わったり、学生に変化がみられたりすること、そしてたくましく成長した姿をみるのがうれしいという気持ちを語っていた。

「学生との関わりは楽しいですね…『先生ここどうしようか』『なら一緒に調べてみようか』という『ああこうだね』という達成感。これしかないかもしれませんね。学生と関わって、調べたり悩んだり…学生に働きかけて学生がわかったり、変わったり、相談できてよかったという言葉が学生から言ってもらえる。だから続けていられる」(研究参加者 e)

「看護師辞めないでよかったとか、卒業して看護師になるの辞めようと思ったけれど、あの時やめなくてよかったとか、そういう生徒が人として強くなっていくのをみたときですかね、それを見たときに一番やりがいを感じるときですかね。自

分でちゃんと生きてくれていることをみることが一番うれしいですかね。～中略～それはすごい強い、それは教員としての原動力になっていると思います」(研究参加者g)

〈揺るがない信念〉では、研究参加者が教員生活を振り返って、自分なりのやり方や信念を持って教員を続けるという意思を強く語っていた。

「仕事は続けたいと思っています。そうでないと自分に負けたような気がして… かとって何の仕事でもいいというわけではない… やっぱりやりたいから。人と関わりたい、教員をやりたい、人に教えることが好きだから、たまたま教員という道を選んだということであって。好きなんですよね、教員が。でないとやめてますね。～中略～今後も教員を続けます。よっぽど病気にでもならない限り。ここで。こうと決めたら続けたいと思います」(研究参加者f)

「患者さんにしても何にしても、いろんなつらいこととか乗り越えるためには、そのつらいことが意味のあることだよ。その意味を見いだす、そういう看護が私の中ではしっくりくるんです。そういう心というのを生徒たちにもわかってと押しつけているんですけど。希望を持ち続けるとか…。私の母も看護師なんです。ちゃんと定年まで、看護師として働いているので、きちんと働くというのがそういうもんだなと思っているからなんですかね。周りの影響ですかね。今思えば教員になる時すごい覚悟したんです、だから教員じゃなきゃだめなのかな」(研究参加者h)

#### 【キャリアに対する展望】

このカテゴリは《キャリアへのチャレンジ》、《現状への諦観や待機》、《異動への不安》の3個のサブカテゴリが見出され、看護教員が抱くキャリアへの思いが示されていた。

《キャリアへのチャレンジ》のサブカテゴリは、同様に〈キャリアへのチャレンジ〉の1個の概念で構成されていた。

〈キャリアへのチャレンジ〉では、研究参加者が進むべき仕事の方向性を考えたり、また教員を

続けるために課題を見出したりして、期待を抱く様子が語られていた。

「教員をやったからというか、やっている中で少しずつ(もう一度臨床に戻ってみたい)そんな思いが… 簡単ではないんですけどね、思っているほどは。でもまあ『患者さんがこんな風に、こういう働きかけに対して反応します』とかいうことを学生と一緒に勉強していますけど、そうしたら実際どうなるかということに興味があって、对患者さんのところにもう一回戻りたいな、そういう仕事をやりたいなという気持ちがある。病院という組織の中の教育というのがちょっと、できることがあったら面白いかもしれないと思うことがある」(研究参加者c)

「今後は研究をしてみたい、基礎の分野で。自分の教え方が本当にいいのか、ということ振り返る機会がないので、してみたいと思ったりしています」(研究参加者h)

《現状への諦観や待機》のサブカテゴリは、同様に〈現状への諦観や待機〉の1個の概念で構成されていた。

〈現状への諦観や待機〉では、研究参加者が勉強したいと思っても、教員数の都合でなかなか研修に行くことができずあきらめに似た気持ちを抱いたり、研修に行く順番を待っている状況があったりして、現実はずかしいと語っていた。

「研修も毎年行けない状態で、研修に行ったらいったで、教員を増やしていかなければならない、そこに教員の専門性が必要になってきたら、簡単にローテーションができない。教員を増やすだけで手一杯になっている」(研究参加者d)

「でもそういうのも(勉強したいから、研修の制度を利用するのも)順番ですから。本当に狭い世界ですから… 世の中そういうものですよ、順番というのがありますよね」(研究参加者f)

《異動への不安》のサブカテゴリでは、看護教員が職業生活について〈臨床現場に戻る不安〉、〈異動や職場環境の変化に対する不安〉の2個の概念

で構成されていた。

〈臨床現場に戻る不安〉では、研究参加者が臨床現場に戻ることを考えると、現実的に体力、技術、実践力面で不安がある。それで消極的に教員で居続けることもあると語っていた。

「一度臨床に戻りたいなと思ったりすることもあるんですけど、今の時点では看護教員は継続していきなりたいなと思ってはいます。ただそれは前向きな気持ちかという、そうではなくて、自分は今もう臨床に行っても働けないだろうなというような、ポジティブではない気持ちから発することもあります。実践力、どんどん新しいことがわからなくなってくる、最新の今の状態がわからない、年齢的にも夜勤が厳しいなというのは…」(研究参加者 b)

「臨床で変わって一番大変だというのが電子カルテ、あとさまざまな、決まり事。昔なら伝票1枚ですんでいたのが、いろいろな決まり事、マニュアルみたいなのが増えて、たくさんあるというのが今(臨地実習で)傍目で見えていますから…病院に戻れば夜勤はついて回るし、今更できるかとい不安はあります」(研究参加者 c)

〈異動や職場環境の変化に対する不安〉では、研究参加者が職場の転勤・異動に不安があること、そのためキャリア・アップの見通しは立てにくい現状であることを語っていた。

「転勤はありますよね、今後のキャリアですよ。あんまり長いスパンでは見れていないんですが…、うちの組織だと、もしかしたら次年度に〇〇とか、〇●とか転勤といわれる可能性もあるので、そこも不安定ですよ、〇●大学院(へ進学しようにも)次年度転勤と言われるかもしれないので、そういうキャリア設計はたてにくい」(研究参加者 a)

「不安です、(学校組織の再編があること)それに関して。私は新しい学校に行こうと思っていますが、教員としてたくさんの学生たちと今のように関わっていけるかなと、新しい教員の先生たちと関わっていけるかなと」(研究参加者 e)

## 考察

本研究において職業キャリア成熟を「職業キャリアの選択・決定やその後の適応への個人のレディネスや取り組みの姿勢であり、職業キャリア発達の状態や、成熟していく過程も含んでいるもの」と操作的に定義をした。これと本研究により抽出された6つのカテゴリを比較してみると、キャリアの選択・決定は【教員キャリアの準備状態】と、その後の適応への個人のレディネスや取り組みの姿勢は【看護師から教員への役割移行】、【教員の職務と取り組み】、【職場環境の良・不良】と、キャリア発達の状態や、成熟していく過程は【教員としての成長・発達】、【キャリアに対する展望】とすることができる。したがって本研究において明らかになったカテゴリより、看護教員における職業キャリア成熟の構造を説明することができる。以下、抽出された看護教員における職業キャリア成熟の6つのカテゴリについて考察を述べる。

【教員キャリアの準備状態】では、研究参加者が自ら教員になると決め、教員養成課程を受講し再度看護学を学修し、新たな気づきを得るという準備状態を経て教員キャリアを開始することを示している。看護教員の養成講習会は、戦後1947年より開始され、開催母体によりそれぞれの個性を持って運営されていたが2011年からは厚生労働省によるガイドラインが示されている<sup>11)</sup>。屋宜ら<sup>11)</sup>は看護専門学校で働く教員の中には、教員養成講習を未受講のまま人事異動でいきなり病棟勤務から学校勤務を命じられるものも多くあるとし、彼らは臨床看護師から教員への役割移行に戸惑ったまま、すぐに一人前の教員としての実践を求められるため、バーンアウトにつながる傾向にあるといわれている<sup>12)</sup>。本研究の参加者は全員が教員養成講習を受講しており、その後バーンアウトに陥ったとするものはなく全員が教員を継続している。これについて教員養成講習を受講することでキャリアを開始する準備が整うと考える。

【看護師から教員への役割移行】では、研究参加者が、キャリアの初期の臨床看護師から看護教

員への役割移行において戸惑いが起きることを示している。日野<sup>13)</sup>は助産師が教員へと役割移行をする際の心理的体験について、戸惑いやジレンマが生じたことを明らかにしている。本研究においても研究参加者が役割移行に戸惑いながら教員としての職務に取り組む様子が「無我夢中」「がむしゃらに」といった言葉に見て取れる。

【教員の職務と取り組み】では、研究参加者の職務が学生との関わりを中心とした授業、実習および学生指導を始めとして、学校内の教員から学校外の非常勤講師、臨床指導者との連絡・調整や学校運営等の多岐にわたる職務内容であることを示している。このような多岐にわたる看護教員の職務は、江川<sup>14)</sup>が看護教員・実習調整者の役割としてあげている、授業・実習、学級管理・運営、学校行事、入学試験、学校運営、実習施設との連絡調整、指導者会議の設定・運営等の内容を網羅するものである。一方質的にみると、藤岡<sup>15)</sup>は看護教育の特徴を「臨床の知」を学生に教え看護文化を伝承することとしている。また「看護」と「教育」の同形性を述べ、患者も学生もよりよい状態に変化しようとしているとして述べている。本研究において生成された概念〈臨床現場のダイナミクスと看護のあるべき姿を伝える授業〉は「臨床の知」を表し、〈相手のよりよい状態をめざす関わり〉は「看護」と「教育」の同形性を表すと考える。

多岐にわたる職務は勤務時間外に持ち越され、多重業務から開放されないと教員に負担感を生じさせることを示している。看護教員が感じる負担感について、坂井<sup>16)</sup>は看護教員の熟練化とストレスとの関連を調査し、非熟練群では「教員関係」と「授業」があげられることを述べている。また佐藤<sup>17)</sup>は看護教員を対象に「辞めたいと思ったことがあるか」を調査し、その理由として「仕事量が多すぎる」が第1位であったと報告している。これらは本研究で得られた看護教員が職務に負担感を抱くことを支持するものであると考える。

そして本研究の参加者は教員生活において負担感を感じつつ、仕事に傾きがちなワークライフバランスではあるが、休暇などを利用して切り替え

やりフレッシュでワークライフバランスをとっていく様子を示している。

【職場環境の良・不良】では、研究参加者が身を置く学校内は、良好な場合もそうでない場合もあることを示している。コミュニケーションがよくとれて風通しのよさや同僚・上司からのサポートを受けて働きやすい職場であると研究参加者が感じている場合は、「職場に恵まれた」と述べて、周囲への感謝が表される。一方同僚・上司からのサポートがなく、不満や葛藤を抱いている場合もあるが、研究参加者は「仕方のないこと」と思い切る様にして教員職を継続していた。これには本研究の参加者を離職願望がなく、教員職を継続しているものとしたために、職場の人間関係の問題等が顕在化しなかったと考える。

【教員としての成長・発達】では、《教育の知識・技術の錬磨》、《教員アイデンティティの確認と揺らぎ》、《教育観の形成と変容》において教員としての成長が見られ、それらを支える《教員を続ける原動力》の存在が明らかになったことを示している。

《教育の知識・技術の錬磨》は教員となって数年を経てから、授業の手応えを得たり、モチベーションが上がったりする経験をし、教育にはいつも全力ではなく、緩急をつけた対応が必要だと身にしみてわかることができる。これは教員が学生と向き合いながら身につけていく技術であり、教育もまた言葉で表すことが困難な統合的な知であるといえ、つまり「臨床の知」であるといえる。《教員アイデンティティの確認と揺らぎ》は、学生の関わりや言葉で自分はこれでよかったと肯定的に感じることもあるが、教員生活においては悩みや葛藤が生じることもある。自己を振り返って省察し、未熟な点についてはこれからの課題であると感じている様子を示している。田中ら<sup>18)</sup>は教職活動を支える知識や価値観を含めて看護教員の力量と定義し、熟達教員が、自ら問い続ける姿勢と逆境の中で内省し自らのあり方を決定することで力量形成を行っていたと結論づけた。本研究においても肯定的な経験だけではなく、苦悩の経験をも含めて、内省し自己の課題を明らかにすることで、教員アイデンティティ、ひいては教員として

の成長・発達につながるが見てとれた。《教育観の形成と変容》は、キャリアの初期に学生に対して教えたように動くことや、看護師として一人前にすることに強い使命を感じているが、学生と行動を共にすること、つまり学生に関心を寄せ、熱意を持って接する経験を積み重ねるうちに、学生の持っている成長する力を信じて、待てるように教員が変容する様子を示している。教育者の立場から安積<sup>19)</sup>は、「できるだけ早く、目に見える成果」を求めている現在の教育を批判し、子供を信じて「待つ」力が教育の原理であることを述べている。本研究においても信じて待つことが教員として必要な構えであることがうかがえる。

そして《教員を続ける原動力》は、研究参加者が学生や同僚等とつながり感を持つこと、学生がたくましく成長した姿を見ることに喜びを感じることや、自己を振り返って教員を続けることが自分の生き方であると意志を強く持つことにあることを示している。

これは比嘉のいう私的スピリチュアリティ<sup>20)</sup>と換言することができる。比嘉は私的スピリチュアリティを「自分と自分自身または自分以外の対象と非物質的なつながり志向を表す言葉（意気・観念）」と規定し、下位概念として①意欲：内発的動機、②深心：深く求めている対象や信じている対象の存在、③意味感：自分にとっての意味づけ、④自覚：自尊心・自己概念、⑤価値観：人生観をあげている。これを本研究の結果と照らし合わせて考えると、人とのつながり感は意欲、深心と、学生の成長に感じる喜びは意味感、自己の生き方を強く持つことは自覚、価値観であると考えられる。このように教員を続ける原動力として、私的スピリチュアリティの要因が認められたのは、研究参加者へのインタビューの際にSRS-Bを用いたために、その内容を反映するものとなったと考える。

また教員としての成長について、前述の「看護」と「教育」の同形性という点で、看護も教育もケアであるといえる。メイヤロフは著書『ケアの本質』において、他者の成長を助ける努力によって、自己が変容し、成長していくことを述べている<sup>21)</sup>。このことから看護教員は学生に関わり教育す

ることによって、自己成長を遂げることができる

【キャリアに対する展望】では、研究参加者が自己の来し方、行く末を見据えて、新たなチャレンジの希望を持つ場合や、学修や研修の機会を望んでいても、職場の状況から困難を感じている場合もある。また看護学校では移動の命令が突然下ることもあり、《移動への不安》も教員の心を占めていることが見てとれる。キャリアで最も大切なことは学歴や学位、職位そのものではなく、学歴や学位、職位を積む過程で理論的な思考と豊かな人間性が培われ、良識が育まれることであるとされる<sup>22)</sup>。そしてキャリアは生涯を通じて形作られ、そのための学びも生涯を通して学び続けることが必要である。そのためには機会を得てチャレンジする心がけが必要であると考えられる。しかし職場は教員の展望を叶える環境やサポートが整っているとはいえない現状である。今後この点で方策が求められる。

坂井<sup>16)</sup>は看護教員の熟練プロセスについて教育経験11年未満の看護教員を対象に調査し、【看護師から看護教員の移行に伴う混乱】、【看護観・教育観の整理】、【看護教育についての試行錯誤】、【看護教育論の確立】をあげ、看護教員歴5年以上の者が【看護教育論の確立】に至ったと述べている。本研究では教員経験が11年以上の研究参加者もあり、看護教育論が確立にとどまらず、教員としての成長・発達と共に《教育観の形成と変容》が認められた。また看護教員の《教員を続ける原動力》として、〈人と出会いつながる喜び〉、〈学生の姿に見る成長〉、〈揺るがない信念〉という私的スピリチュアリティを基盤とした個人の内面的要因が明らかになったという点で、新たな知見を得ることができたと考えられる。

今回研究参加者より研究データをフィードバックした際に、「今まで教員生活に自信がなかったが、自分の逐語録を読んでがんばってきたのだなと救われた思いがした」というコメントをもらった。研究に参加することは、参加者にとって振り返りや省察になり、キャリア成熟を促すという点で効果的であると考えられる。

実践への活用において、看護教員の職業キャリア

ア成熟を促すには、看護教員がキャリア初期における役割移行の混乱を通過し、教員の職務に適応できるように、職務に伴う負担感を軽減し、ワークライフバランスをとること、さらに教育の知識・技術、教員アイデンティティ、教育観を形成し発展できるように、経験を積むことが重要である。そのためには看護教員を継続することを土台に、その原動力となる私的スピリチュアリティを高める自己の振り返りと省察を行う機会を持つこと、看護教員のキャリア展望を支える職場環境・サポートといった組織の力が重要であることが示唆された。

### 本研究の限界

本研究は看護専門学校教員の語りから、職業キャリア成熟の構造を明らかにするという点で、半構造化面接で調査したことは妥当であったが、3施設、8名の研究参加者に限られた結果であるという点においては本研究の限界がある。看護教員の質向上のためにも、職業キャリア成熟を促す方策の検討が必要であり、そのためにまず看護教員の職業キャリア成熟の度合を明らかにする必要がある。

### 結論

1. 看護専門学校教員における職業キャリア成熟の構造は、【教員キャリアの準備状態】、【看護師から教員への役割移行】、【教員の職務と取り組み】、【職場環境の良・不良】、【教員としての成長・発達】、【キャリアに対する展望】の6つのカテゴリからなり、その関係性が明らかになった。
2. 看護教員の職業キャリア成熟を促すには、看護教員としての役割移行を通過し、ワークライフバランスをとること、さらに教育の知識・技術、教員アイデンティティ、教育観を形成し発展できるように、経験を積むこと、教員を続ける原動力となる私的スピリチュアリティを高める自己の振り返りと省察を行う機会を持つことが重要であると示唆された。

謝辞：本研究にご協力下さった看護専門学校教員の皆様に心より深く御礼申し上げます。なお本研究はJSPS 科研費 15K11503 の助成を受けた研究の一部である。本研究の一部は日本精神保健看護学会第26回学術集会において発表した。

### 文献

- 1) [http://www.janpu.or.jp/download/pdf/janpu\\_kango.pdf](http://www.janpu.or.jp/download/pdf/janpu_kango.pdf) (2016.12.23 閲覧)
- 2) 厚生労働省医政局看護課：専任教員養成講習会及び教務主任養成講習ガイドライン。2010年
- 3) 草柳かほる：看護専門学校教員のキャリア形成に関する文献検討。東京女子医科大学看護学会誌，6(1)，15-21，2011。
- 4) 狩野京子，李志嬉，中島望，賽金栄，山口三重子，中嶋和夫：看護職者の「職業キャリア成熟測定尺度」に関する構成概念妥当性の検討。岡山県立大学保健福祉学部紀要，19(1)，19-29，2012。
- 5) 坂柳恒夫：成人キャリア成熟尺度(ACMS)の信頼性と妥当性の検討。愛知教育大学建久報告，(48)教育科学編，115-122，3月，1999。
- 6) 渋谷美保子，伊勢呂博恵，田中いずみ，山田恵子，比嘉肖江，比嘉勇人：看護教員の職業キャリア成熟に関する要因の検討。日本医学看護学教育学会誌，増刊号，40，2015。
- 7) 草柳かほる：看護専門学校に働く看護教員のキャリアに影響する要因—外的・内的キャリアと就業継続意思との関連性—。東京女子医科大学看護学会誌，9(1)，39-47，2014。
- 8) 木下康仁：グラウンデッドセオリー論，pp134-150，弘文堂，東京，2014。
- 9) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践【質的研究への誘い】pp44-45，弘文堂，東京，2003。
- 10) 比嘉勇人：文章完成法による spirituality 評定尺度の開発。人間看護学研究，3，63-69，2006。
- 11) 屋宜譜美子：社会における看護教員と臨地実習指導者の存在。教える人としての私を育てる，

- 屋宜譜美子, 目黒悟編, pp2-21, 医学書院, 東京, 2009.
- 12) 齋藤茂子: 「辞めたい」を思いとどまらせる学校組織作り, 看護教育, 51(11), 955-957, 2010.
- 13) 日野佐知江: 助産師が教員として教育の場へ移行する際の心理状態. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 36, 67-71, 2011.
- 14) 江川万千代: 看護学校運営で一番大切なこと. 学校管理・運営の知恵と工夫, 江川万千代編, 13-29, 2015.
- 15) 藤岡完治: 人を育てる, 育ちを支える方法. 教える人としての私を育てる, 屋宜譜美子, 目黒悟編, pp24-42, 医学書院, 東京, 2009.
- 16) Keiko Sakai, Michiko Inagaki: Study Regarding the Proficiency of Nursing Teacher and Stressor. Journal of Tsuruma Health Science Society Kanzawa University, 30(2), 113-124, 2006.
- 17) 佐藤典子: 新人看護教員の役割移行によるストレスを成長に結びつけることに影響を与えた要因. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録 34, 62-69, 2009.
- 18) 田中千尋, 岡崎美智子: 経験の語りにもみる熟達看護教員の力量形成過程. 日本看護学教育学会誌, 26(2), 29-41, 2016.
- 19) 安積力也: 私立中高一貫校の現場から いま見えるもの. 教育の力, 安積力也編, 岩波ブックレット, 715, 東京, 2009.
- 20) 比嘉勇人: 看護における Spiritual-care Model. 富山大学医学界誌, 21(1), 16-22, 2010.
- 21) ミルトン・メイヤロフ: ケアの主要な特質. ケアの本質, 田村真, 向野宜之訳, pp68-90, ゆみる出版, 東京, 1997.
- 22) 森田敏子: 地道な努力がキャリアの道を招く. 日本看護学教育学会誌, 22, 67, 2012.

# Structure of vocational career maturation in nursing school teachers

Izumi TANAKA Hayato HIGA Keiko YAMADA

Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine  
and Pharmaceutical Science University of Toyama

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to clarify the structure of vocational career maturation based on semi-quantitative interview surveys in addition to internal factors in individual nursing school teachers.

**Methods:** The study participants were 8 nursing teachers working at a nursing school that participates in the Society of Nursing Education Institutions in Prefecture A. Data were collected from semi-structured interviews and analyzed using a modified grounded theory approach.

**Results:** The structure of vocational career maturity in these nursing school teachers is made up of 6 categories: “Preparatory state of faculty careers,” “Role transition from nurse to teacher,” “Duties and efforts of teachers,” “Good/poor workplace environments,” “Growth and development as a teacher,” and “Career outlook.” This is named the nursing teacher vocational career maturity model.

## Keywords

nursing school teachers, vocational career maturation, modified grounded theory approach



# 病棟看護師におけるがん患者の在宅緩和ケアの認識と影響要因に関する検討

四十竹美千代<sup>1)</sup>, 村上真由美<sup>3)</sup>, 山本恵子<sup>2)</sup>, 泉 理美子<sup>4)</sup>, 八塚美樹<sup>1)</sup>

- 1) 富山大学大学院医学薬学研究部成人成人看護学講座
- 2) 富山大学附属病院
- 3) 富山赤十字病院
- 4) 富山県看護協会

## 要 旨

【目的】在宅緩和ケアに対する病棟看護師の認識の実態とその影響要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2012年9月～11月に、A県のがん診療連携拠点病院10か所において自記式質問紙調査を行った。対象は病棟に勤務している看護師440名であった。調査内容は、対象者の属性（経験年数、緩和ケアチーム活動など）、在宅緩和ケアにおける病棟看護師の認識30項目であった。分析方法は、30項目について因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、看護師の属性による因子得点の差をt検定および一元配置の分散分析を用いて分析した。分析はSPSSver.22.0を使用し、有意水準を5%とした。

【結果】有効回答者数は、199名（有効回答率45.2%）であった。因子分析の結果、7因子が抽出された。在宅移行時に必要となる、患者の状態把握、多職種、地域との連携や理解に関しては認識が高かった。30項目全体において、 $\alpha = 0.93$ と高い内的整合性が確認された。因子得点は、緩和ケアや在宅に関する経験の有無において有意な差が認められた。

【結論】在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識については、7つの因子で構成されることが明らかとなった。がん患者の在宅緩和ケアを浸透するには病棟看護師の在宅緩和ケアシステムに関する知識、情報を得る機会が重要であると示唆された。また、緩和ケアや在宅に関する経験を有する病棟看護師は、がん患者の在宅緩和ケアに関しての場面に直面する機会が多いことが在宅緩和ケアに関する認識に影響していた。

## キーワード

がん看護 在宅緩和ケア 病棟看護師

### はじめに

平成19年6月に策定された「がん対策推進基本計画」から5年が経過し、一定の成果を得ることができた。しかし、人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患者の数、死亡者の数は今後とも増

加していくことが見込まれる中、がん医療や支援についての地域格差や施設格差など、改善すべき課題が見出され、平成24年に前基本計画の見直しが行われた。「がん対策推進基本計画」の中には、重点的に取り組むべき課題の一つとして、「がんと診断された時から緩和ケアの推進」が挙げら

れており、「がん患者とその家族が可能なかぎり質の高い生活を送れるよう、緩和ケアががんと診断されたときから提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある」「また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要がある」と述べられている。

このように、緩和医療と在宅緩和ケアの推進のために必要な施策を講じることは、国および地方公共団体の責務であるとして、全国的にその整備が推し進められているところである。富山県においても、緩和ケアの推進、地域における緩和ケアの充実などの課題に取り組み、在宅主治医のグループ化など地域医療体制の整備は進んだと報告している。

しかしながら、がん患者の多くは、積極的治療が困難になってから退院宣告され、その後在宅へ移行していくことが多い。患者、家族は医療的な知識がなくこのままでは帰れないと考え、転院することが多く、在宅への移行が実施されていない場合が多いと思われた。

そこで私たちは、県内の医療機関でがん患者の退院調整に関わる地域連携部門の看護師3人にインタビューを行い、退院調整看護師が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題について調査した。その結果、病棟看護師の在宅緩和ケアへの理解が課題の一つ<sup>1)</sup>として挙げられた。また、終末期がん患者の在宅移行に関する研究において、看護師が在宅移行の推進者となるためには在宅移行支援の経験の積み重ね方が重要となる<sup>2)</sup>という報告や、終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因について、在宅ターミナルケアに対する医療従事者の態度・姿勢や在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ<sup>3)</sup>が挙げられていた。このように、入院中、がん患者の最もそばにいる病棟看護師が、在宅緩和ケアに関する知識や情報をもって、積極的に患者や家族に在宅療養への意思確認をできることは、在宅緩和ケア推進に大きく関わるものと考えられること

から、私たちは、在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状<sup>4)</sup>を明らかにしてきた。

そこで、本研究ではがん患者の在宅緩和ケアに対する病棟看護師の認識の実態とその影響要因を明らかにすることを目的とする。

## 用語の定義

在宅緩和ケア：がん患者が、在宅で療養する際に受ける緩和ケア。

看護師の認識：在宅緩和ケアに関連した、看護師の知識、判断、行動（経験）、意向。

がん診療連携拠点病院：全国どこでも「質の高いがん医療」が受けられるように、厚生労働大臣が指定した病院。専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、患者への相談支援や情報提供などの役割を担う。

緩和ケアチーム：患者及び家族の **quality of life** を最善の状態に導くことを目標に、病院内で活動する、緩和ケアに関する専門的な知識・技術を持った専門家で構成されるチーム。医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、心理士、ソーシャルワーカーなど多職種による全人的アプローチを行う。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

関連検証型研究

### 2. 対象

県内（10施設）のがん診療連携拠点病院の病棟に勤務する看護師440名

### 3. 調査方法

2012年11月、対象施設の看護部長へ、調査趣旨、方法を説明した文書を添えて調査協力を依頼した。研究参加は自由意思に基づき、質問紙の返送をもって研究参加の同意とした。

### 4. 調査内容

#### 1) 対象者の属性

性別、年齢、看護師の経験年数、がん看護の経験年数、緩和ケアチームでの活動経験、緩和ケア病棟での勤務経験、がん看護に関する資格（がん専門看護師、がんに関する認定看護師）、訪問看

護など在宅に関する勤務経験、在宅において家族の看取りの経験、在宅緩和ケアに関する研修参加、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験について尋ねた。

## 2) 在宅緩和ケアに関する看護師の認識

予備調査は、退院調整に関わる看護師3名へのインタビュー調査を実施した。その結果、在宅緩和ケアに関する課題〈24時間対応してくれる医療体制〉〈急変時に対応してくれる地域ケアネットワーク〉〈地域住民の在宅緩和ケアへの理解〉〈在宅緩和ケアに向けた院内のチーム作り〉〈病棟看護師の在宅緩和ケアへの理解〉〈家族の不安緩和〉〈信頼できるかかりつけ医の選択〉7つを明らかにした。さらに、インタビュー調査で明らかになった7つの課題を基に19の質問項目を抽出した。回答形式は認識している、認識していないの2択を用いた。がん患者に携わる病棟看護師18名を対象としたプレテストを実施し、質問項目の表現妥当性を確認した。その結果をもとに研究者間で調査項目をさらに検討し、全30項目の質問紙調査票を作成した。

回答形式には5段階のリッカート尺度を用いた(非常に知っている5点、とても知っている4点、知っている3点、少しは知っている2点、全く知らない1点)。

## 5. 分析方法

対象者属性については、記述統計処理を行った。在宅緩和ケアに関する看護師の認識の項目について因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。抽出された各因子の因子得点を算出(回帰法)し、看護師の属性による因子得点の差を検定するため、t検定および一元配置の分散分析を行い、必要に応じて多重比較をTukey-Kramer法にて実施した。分析はSPSSver 22.0.を使用し、有意水準を5%とした。

## 6. 倫理的配慮

研究協力は自由意志であり、協力しなかったことで不利益は生じないこと、個人が特定できないように無記名で良いこと、収集したデータは目的以外には使用しないことについて文書で説明し、同意を得た上で回答してもらった。

なお、本研究は富山大学倫理審査委員会の承諾

を得て実施した(臨認23-38号)。

## 結果

256名より回答を得た(回収率58.1%)。有効な回答を得た199名を分析対象とした(有効回答率45.2%)。

### 1. 対象者の属性(表1)

対象者199名は女性192名、男性7名で、年齢は23~59(平均 $36.7 \pm 9.0$ )歳、20~30代が6割を占めていた。看護師経験年数は1~39(平均 $14.5 \pm 9.0$ )年、がん看護経験年数は0~30(平均 $6.0 \pm 5.1$ )年、緩和ケアチーム活動経験あり38名、経験なし161名、緩和ケア病棟での勤務経験あり51名であった。がん看護に関する資格ありは7名で、在宅に関する勤務経験ありは9名であった。また、在宅での家族の看取り経験は、あり20名、なし179名で、在宅緩和ケアに関する研修参加については、あり84名、なし115名であった。医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験については、あり109名、なし90名であった。

### 2. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識に関する因子について(表2)

在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識に関する30項目を因子分析した結果、因子負荷量が0.4以下であった4項目(11.自分の働く病院において在宅緩和ケアについて多職種間でよく理解されている16.一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う22.日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う29.今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある)を除外した。26項目を再分析した結果、7つの因子が抽出された。

第1因子は、「在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている」等の7項目に対して因子負荷が高く、「在宅緩和ケアシステムの理解」に関する因子とした。第2因子は「一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う」等の5項目に対して因子負荷が高く、「在宅緩和ケアの浸透」に関する因子とした。第3因

表 1. 対象者の属性

		n=199	
項目		人数	%
性別	女性	192	96
	男性	7	3
年齢	20 歳代	47	24
	30 歳代	72	36
	40 歳代	60	30
看護師経験	50 歳代	18	9
	5 年未満	26	13
	5 年以上 10 年未満	40	20
がん看護経験	10 年以上 15 年未満	42	21
	15 年以上	91	46
	3 年未満	45	23
	3 年以上 5 年未満	51	26
	5 年以上 10 年未満	62	31
緩和ケアチーム活動	10 年以上	41	21
	あり	38	19
	なし	161	81
緩和ケア病棟勤務	あり	51	26
	なし	148	74
がん看護に関する資格	あり	7	4
	なし	192	96
在宅に関する勤務経験	あり	9	5
	なし	190	95
在宅での家族の看取りの経験	あり	20	10
	なし	179	90
在宅緩和ケアに関する研修参加	あり	84	42
	なし	115	58
医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験	あり	109	55
	なし	90	45

子は、「在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている」等の 4 項目に対して因子負荷が高く、“家族への意図的関わり”に関する因子とした。第 4 因子は「退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思うか」等の 2 項目に対して因子負荷が高く、“退院後の生活への関心”に関する因子とした。第 5 因子は「自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に沿った話し合いが多職種間で行われている」等の 3 項目に対して因子負荷が高く、“職場における多職種間の理解”に関する因子とした。第 6 因子は「一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う」等の 2 項目に対して因子負荷が高く、“看護師の役割理解”

に関する因子とした。第 7 因子は「地域において多職種の連携が必要である」等の 3 項目に対して因子負荷が高く、“地域における理解と連携”に関する因子とした。各因子に対する Cronbach の  $\alpha$  係数は第 1 因子が  $\alpha = 0.87$ 、第 2 因子が  $\alpha = 0.87$ 、第 3 因子が  $\alpha = 0.88$ 、第 4 因子が  $\alpha = 0.94$ 、第 5 因子が  $\alpha = 0.78$ 、第 6 因子が  $\alpha = 0.94$ 、第 7 因子が  $\alpha = 0.58$  であった。26 項目全体では、 $\alpha = 0.93$  と高い内的整合性が確認された。

### 3. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識：

因子得点と看護師の属性との関連（表 3）「在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識」から抽出された 7 つの因子の因子得点を算出し、看護師属性による差を検定した。

表 2. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識に関する因子分析結果

n=199

変数 (質問項目)	平均点	標準偏差	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	共通性
<b>第1因子：在宅緩和ケアシステムの理解 (<math>\alpha = 0.87</math>)</b>										
6. 在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている	2.7	0.80	0.91	0.00	-0.09	-0.09	0.00	0.07	-0.04	0.71
7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている	2.9	0.78	0.81	0.02	-0.04	0.07	-0.07	0.04	0.03	0.67
2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている	2.9	0.92	0.66	0.09	-0.03	-0.03	-0.10	0.00	0.16	0.51
3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている	1.9	0.92	0.64	0.16	0.06	0.15	-0.13	-0.20	-0.04	0.42
5. 在宅緩和ケアを選択した患者に社会資源、介護サービスなどについての情報提供を行っている	2.8	1.03	0.62	-0.06	0.18	-0.07	0.12	0.00	0.02	0.60
12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている	2.8	0.83	0.57	0.03	-0.02	0.05	0.20	0.19	-0.15	0.62
23. 在宅緩和ケアを受けている患者が急変した時をイメージすることが出来る	2.7	0.85	0.43	0.04	0.08	0.07	0.10	-0.14	0.11	0.35
<b>第2因子：在宅緩和ケアの浸透 (<math>\alpha = 0.87</math>)</b>										
18. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	2.6	0.95	-0.06	0.94	-0.03	0.03	0.04	0.02	0.06	0.91
17. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.6	0.94	-0.08	0.89	-0.01	0.02	0.12	-0.02	0.06	0.86
9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う	1.7	0.71	0.30	0.55	0.03	-0.06	-0.21	-0.01	-0.11	0.38
10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う	2.4	0.93	0.18	0.47	0.13	-0.08	0.18	-0.02	-0.06	0.55
15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.5	0.78	0.06	0.40	0.01	-0.10	0.03	0.32	0.05	0.50
<b>第3因子：家族への意図的関わり (<math>\alpha = 0.88</math>)</b>										
20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている	2.8	0.90	0.01	-0.05	0.94	-0.03	-0.02	0.10	-0.02	0.90
19. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と在宅緩和ケアについて話し合う機会がある	2.7	0.97	-0.07	0.05	0.82	-0.07	0.01	0.03	0.02	0.67
21. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と意識して関わる機会を持っている	2.6	0.96	0.01	0.06	0.81	0.04	-0.03	-0.06	-0.02	0.65
24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている	2.5	0.94	0.29	-0.10	0.43	0.08	0.11	-0.03	0.02	0.50
<b>第4因子：退院後の生活への関心 (<math>\alpha = 0.94</math>)</b>										
26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う	3.4	0.89	0.00	0.03	-0.02	0.94	-0.01	0.01	0.04	0.90
25. 退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う	3.4	0.89	0.05	-0.10	0.00	0.89	0.09	0.06	0.00	0.88
<b>第5因子：職場における多職種間の理解 (<math>\alpha = 0.79</math>)</b>										
28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている	2.9	0.77	0.01	-0.01	0.00	0.03	0.92	-0.03	-0.13	0.77
27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている	3.0	0.82	-0.10	0.07	0.11	0.05	0.71	-0.07	-0.01	0.58
30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている	3.1	0.87	0.03	0.07	-0.09	-0.01	0.52	0.10	0.21	0.47
<b>第6因子：看護師の役割理解 (<math>\alpha = 0.94</math>)</b>										
14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	2.5	0.76	-0.08	0.02	0.05	0.01	-0.05	0.98	0.03	0.93
13. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.6	0.81	0.00	0.10	0.01	0.07	-0.01	0.85	-0.03	0.85
<b>第7因子：地域における理解と連携 (<math>\alpha = 0.58</math>)</b>										
1. 地域において多職種の連携が必要である	3.5	0.73	-0.05	0.08	0.02	0.04	0.06	-0.01	0.56	0.35
8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う	4.4	0.92	0.20	0.03	0.04	0.10	-0.28	0.04	0.49	0.37
4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている	3.1	1.24	0.39	-0.21	-0.02	-0.15	0.17	-0.03	0.41	0.43

看護師の年齢による差について、年齢を3群に分けて比較した結果、第1因子、第4因子、第5因子、第6因子、第7因子で有意な差が認められた。

経験年数による差では、経験年数を4群に分けて比較した結果、第1因子、第4因子で有意な差が認められた。多重比較では、第1因子で、10年以上15年未満と比較して、15年以上が有意に高かった。

がん看護経験年数による差においても、4群に分けて比較した結果、第1因子に有意な差が認められた。多重比較では、5年以上10年未満と比較して、3年未満、3年以上5年未満が有意に低かった。

第1因子、第7因子において、緩和ケアチーム活動経験、がん看護に関する資格、在宅での家族の看取りの経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存の高い患者の退院調整経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して有意に高かった。第2因子においては、緩和ケア、在宅ケアの経験の有無による差は認められなかった。第3因子においては、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して有意に高かった。第4因子において、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修の経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して、有意に高かった。第5因子において、緩和ケア病棟勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整経験ありの看護師は、なしの看護師と比較して有意に高かった。第6因子において、医療依存度の高い患者の退院調整経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して有意に高かった。

## 考察

### 1. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識：

各因子の認識の程度について

「在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識」の項目のうち、平均点が高かった「退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたい

と思う」「退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う」の2項目は、第4因子の項目であった。また、第5因子の「自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている」「自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている」、第7因子の「在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う」「地域において多職種の連携が必要である」も平均点が高かった。第4因子、第5因子、第7因子は患者への関心、多職種、地域との連携、理解に関しての項目であった。病棟看護師は、在宅緩和ケアに移行する時には、患者の状態を把握すること、多職種者や地域と連携をとっていくことについて認識が高かったと推測される。この結果は、近年、在院日数の短縮や介護保険など、医療をとりまくシステムや制度は施設中心から在宅中心へと移っていることから、在宅緩和ケアに関係なく、在宅移行時に必要となってくる患者の状態把握、多職種や地域との連携に関しての知識が必要なことから、認識が高かったと考えられる。平均点が低かったのは、第1因子、第2因子、第3因子、第6因子であった。これらの項目は、在宅緩和ケア移行時に必要である看護師自身における知識や興味関心についてであった。病棟看護師は、実際のがん患者の在宅での生活状況などを知らないことで退院後のイメージがつきにくく、具体的な支援に結びつけられないことから、これらの項目についての認識が低かったと推測される。病棟看護師の退院支援に関する意識に関する研究において、病棟看護師は退院支援の必要性を意識しているものの自信がない、実際に行う機会がないなどの実態<sup>5,6)</sup>が明らかとなっている。本研究においても同様に、病棟看護師は在宅緩和ケアの必要性は理解しているが、自信がなく、実際に行う機会も少ないことから、自分自身の知識・情報についての認識が低くなったと考えられる。

### 2. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識：

各因子の関連要因について

表3. 看護師の属性による比較（在宅緩和ケアに対する病棟看護師の認識）

属性	n	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	
年齢	20歳代	47	-0.13±0.89	0.03±0.84	-0.02±0.85	0.16±0.96	0.19±0.90	0.26±0.92	-0.09±0.77
	30歳代	72	-0.22±0.91	0.17±0.92	-0.12±1.00	-0.26±0.95	-0.21±0.98	-0.25±0.96	-0.10±0.75
	40歳以上	78	0.33±0.95	0.12±1.06	0.18±1.01	0.20±0.92	0.12±0.86	0.11±1.01	0.18±0.80
	F値		7.68**	1.90	1.92	5.31**	3.71*	4.55**	3.10*
経験年数	5年未満	26	-0.24±0.79	0.10±0.75	-0.00±0.76	0.30±0.91	0.18±0.76	0.33±1.01	-0.03±0.72
	5年以上10年未満	40	-0.08±0.94	-0.16±0.93	-0.10±0.97	-0.16±0.98	0.04±1.01	-0.16±0.87	-0.14±0.78
	10年以上15年未満	42	-0.20±1.03	-0.16±1.00	-0.02±1.07	-0.27±0.94	-0.14±1.16	-0.18±1.05	-0.00±0.75
	15年以上	91	0.25±0.92	0.12±1.03	0.12±1.00	0.14±0.95	0.06±0.87	0.10±0.98	0.10±0.81
F値		3.60**	1.34	0.59	3.21*	0.71	2.23	1.03	
がん看護経験年数	3年未満	45	-0.26±0.96	0.06±1.05	-0.10±1.14	0.04±0.95	-0.13±0.99	-0.09±1.07	-0.20±0.86
	3年以上5年未満	51	-0.16±0.79	-0.12±0.95	-0.02±0.86	-0.11±1.00	0.06±0.91	0.00±0.99	-0.03±0.68
	5年以上10年未満	62	0.29±0.93	0.06±0.96	0.13±0.99	0.02±0.97	0.05±0.96	0.10±0.92	0.09±0.78
	10年以上	41	0.13±1.03	-0.14±0.97	0.03±0.93	0.16±0.93	-0.03±0.94	-0.04±0.98	0.17±0.79
F値		4.11**	0.70	0.54	0.62	0.12	0.36	2.05	
緩和ケアチーム活動経験	あり	38	0.39±1.07	-0.06±1.04	0.28±1.05	0.24±0.98	0.16±0.86	-0.03±0.86	0.25±0.79
	なし	161	-0.06±0.90	0.01±0.97	-0.05±0.96	-0.03±0.96	-0.00±0.96	0.02±1.02	-0.03±0.77
	t値		2.68**	-0.44	1.78	1.57	0.97	-0.35	2.02*
緩和ケア病棟勤務経験	あり	51	0.05±0.89	0.16±1.03	0.24±0.98	0.09±0.91	0.27±1.02	0.18±0.93	-0.03±0.76
	なし	148	0.01±0.97	-0.07±0.96	-0.05±1.00	-0.00±0.98	-0.05±0.90	-0.44±1.00	0.36±0.79
	t値		0.27	1.48	1.83	0.64	2.18*	1.45	-0.55
がん看護に関する資格	あり	7	0.91±1.12	0.07±1.14	0.24±0.80	0.51±0.83	0.01±0.49	-0.10±1.02	0.83±0.37
	なし	192	-0.00±0.93	-0.00±0.98	0.02±0.99	0.00±0.97	0.02±0.96	0.02±0.99	-0.00±0.78
	t値		2.55**	-0.17	0.59	1.36	-0.36	-0.33	2.83**
在宅に関する勤務経験	あり	9	0.88±1.23	0.51±0.84	0.81±0.97	0.81±1.00	0.51±0.72	0.37±1.00	0.41±0.86
	なし	190	-0.16±0.92	-0.02±0.98	-0.00±0.97	-0.01±0.95	0.00±0.95	-0.00±0.99	0.00±0.78
	t値		2.81**	1.61	2.46**	2.56**	1.56	1.11	2.83**
在宅での家族の看取り経験	あり	20	0.65±0.89	-0.15±0.85	0.32±0.99	0.13±0.86	0.28±0.88	0.22±0.85	0.54±0.65
	なし	179	-0.04±0.93	0.11±0.99	-0.00±0.98	0.00±0.98	0.00±0.95	-0.00±1.00	-0.03±0.78
	t値		3.17**	-0.74	1.43	0.54	1.26	1.00	3.19**
在宅緩和ケアに関する研修	あり	84	0.35±0.94	0.11±1.01	0.26±0.95	0.26±0.97	0.29±1.26	0.12±1.01	0.24±0.80
	なし	115	-0.21±0.89	-0.89±0.95	-0.14±0.97	-0.15±0.92	-0.11±0.93	-0.06±0.97	-0.14±0.74
	t値		4.32**	1.42	2.97**	3.05**	3.47**	1.38	3.48**
医療依存の高い患者の退院調整	あり	109	0.34±0.92	0.11±1.02	0.24±0.97	0.08±0.92	0.21±0.93	0.17±0.94	0.15±0.76
	なし	90	-0.36±0.83	-0.13±0.90	-0.22±0.93	-0.07±1.01	-0.19±0.92	-0.16±1.02	-0.15±0.97
	t値		5.66**	1.80	3.48**	1.17	3.05**	2.42**	2.76**

看護師の属性による因子得点の違いについて、年齢、経験年数、がん看護経験年数においては、第1因子で有意な差が認められた。40歳以上、15年以上において有意に認識が高かった。Bennerの看護理論において看護実践能力は、経験年数に伴って直線的ではないが、伸びていくと報告している<sup>7)</sup>。40歳以上、15年以上では、実践能力が高まり、在宅緩和ケアに関する知識・情報の認識が高くなったと考えられる。

また、年齢において第4因子、第5因子、第6因子、第7因子で有意な差が認められた。第4因子、第5因子、第6因子、第7因子では、30歳代において認識が低かった。中堅看護師は、自律した看護を提供しながら指導者やリ-

ダーとしての役割も期待される。看護提供組織の中核的存在であり、ケアの質向上の鍵であるといわれている<sup>8)</sup>。また、中堅看護師の世代は、ジェネラリストとしての能力が飽和状態にあることから、看護実践能力が一定の限界に達したために、次の段階へとあがるための伸び悩みが生じていると報告されている<sup>9)</sup>。30代は中堅看護師の世代であると考えられ、能力の飽和状態から認識できているという自信がなく、他の年代と比較して認識が低くなったのではないかと考えられる。

さらに、経験年数においては、第4因子で有意な差が認められた。5年以上10年未満、10年以上15年未満において認識が低かった。中

堅看護師の定義は様々であり、3年から19年まで定義されている<sup>8)</sup>。よって、5年以上15年未満は中堅看護師の世代と捉えられる。中堅看護師の臨床判断の特徴として、理論的知識よりも実践的知識、病態把握が正確、系統的観察のスキル、手がかかりとなる情報量が多いなどが挙げられる<sup>10)</sup>。第4因子は“退院後の生活の関心”についてであり、経験年数5年以上15年未満の看護師においては、退院前から系統的に患者を把握することができていたことから、第4因子に関して認識が低かったのではないかと考えられる。

看護師の経験の有無による因子得点の違いについて、第1因子の“在宅緩和ケアシステムの理解”では、緩和ケアチーム活動経験、がん看護に関する資格、在宅に関する勤務経験、在宅での家族の看取り経験の有無において有意差が認められた。経験ありにおいて、有意に認識が高かった。有意差は認められなかったが、緩和ケア病棟勤務経験ありにおいて、経験なしより認識が高かった。“在宅緩和ケアシステムの理解”においては、がん看護、在宅に関する経験など、個人としての経験が関連していたと示唆された。臨床看護師のキャリア発達の構造を研究したグレッグら<sup>11)</sup>は、看護師のキャリア発達の基盤には「職業継続の明確な意思」が存在し、コアとなるのは「自己実現の手段としての看護師という認識」であることを報告している。専門技術や知識、様々な経験を持つ病棟看護師には、キャリア発達の基盤である職業継続の明確な意思が存在していたと考えられる。そのため、がん看護、在宅に関する経験などをしてきた看護師は、在宅緩和ケアへ移行する際に必要な知識である在宅緩和ケアシステムについての認識が高くなったと考えられる。

第2因子の“在宅緩和ケアの浸透”では、看護師の個人としての経験による差が認められなかった。在宅に関する勤務経験ありにおいては、有意な差は認められなかったが、他の経験の有無と比較して認識が高かった。病棟看護師は、実際のがん患者の在宅での生活状況などを知らないことで、在宅緩和ケアが浸透している

かどうかについてのイメージがつきにくく、経験の有無による差が認められなかったと考えられる。

第3因子の“家族への意図的関わり”では、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。在宅での経験や退院支援に関しての経験において、家族との関わりは避けることができないと経験していたことから、認識が高くなったと考えられる。

第4因子の“退院後の生活への関心”では、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。齊藤は、病院の中で提供する看護と在宅で提供する看護には違いがあり在宅では自宅での生活支援がメインであるため、病院の看護師が訪問看護師と同行し実際に見に行くことで看護の観点が変わると述べている<sup>12)</sup>。在宅における勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修の経験は、病院の中での看護と在宅での看護の違いがあることを知っていたことから、退院後の患者の生活を知ることの重要性を理解していたため認識が高かったと推察される。

第5因子の“職場における多職種間の理解”では、緩和ケア病棟勤務、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。緩和ケアは、医師、看護師、薬剤師、栄養士など多職種がチームとなってがん患者や家族を支援していく。また、退院支援においても多職種とかわりながら、退院を支援していく。よって、緩和ケア病棟での経験、在宅緩和ケアにおける研修参加、退院調整の経験により、チームで支援していく必要があることを経験、理解していたことから、緩和ケア病棟勤務、在宅緩和ケア研修、退院調整の経験ありにおいて認識が高くなったと考えられる。

第6因子の“看護師の役割理解”では、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。退院調整においては、在宅療養の可能性を判断するために、家族

の在宅療養への意思確認、介護者の状況、医療処置に対する力量などを情報収集することが求められ、深い患者・家族理解の能力が求められる<sup>13)</sup>。つまり看護師の役割が大きく、看護師として責任をもって関わる必要性を感じていることから、看護師の役割理解において認識が高くなったと考えられる。

第7因子の“地域における理解と連携”では、緩和ケアチーム活動経験、がん看護に関する資格、在宅に関する勤務経験、在宅での家族の看取り経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存の高い患者の退院調整の経験ありに有意差が認められた。患者の個性に合わせた退院支援を行うためには、退院支援専門部署が在宅療養や転院施設入所へのコーディネーター、院内他部署や院外の病院・施設との連携、院内外におけるネットワーク作り、医療依存が高く医療を提供する必要があるケースの対応などの役割を担わなければいけない<sup>15)</sup>。緩和ケアチームや在宅での経験、退院調整の経験をした病棟看護師は、多施設や地域への連携が重要であることを理解していたと推察される。

### 結語

- 1) 在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識について“在宅緩和ケアシステムの理解”“在宅緩和ケアの浸透”“家族への意図的関わり”“退院後の生活への関心”“職場における多職種間の理解”“看護師の役割理解”“地域における理解と連携”の7つの因子が抽出された。
- 2) がん患者の在宅緩和ケアを浸透するには病棟看護師の在宅緩和ケアシステムに関する知識、情報を得る機会、経験が重要であると示唆された。
- 3) 病棟看護師の緩和ケアや在宅に関する経験や知識習得は、がん患者の在宅緩和ケアに関する認識に影響していると推察された。

### 今後の課題

本研究は、富山県において在宅緩和ケアを推進し

ていくために、富山県内の病棟看護師の認識を調査した。今後、富山県外の病棟看護師の認識を調査し、比較検討し、富山県内の病棟看護師の在宅緩和ケアの課題の認識を明らかにする必要がある。

### 謝辞

本研究の実施にあたり、快く研究に協力してくださった看護師の皆様方に深く感謝いたします。

本研究は、富山大学医学薬学研究部寄附部門在宅看護学講座への寄附金を受けて実施した。

### 引用文献

- 1) 山本恵子, 四十竹美千代, 村上真由美, 泉理美子, 長光代, 八塚美樹: 在宅緩和ケアシステム構築に向けた退院調整に関わる看護師の認識. 日本がん看護学会誌 26 巻特別号 257, 2012.
- 2) 大川宣容, 水津朋子, 藤田佐和, 森下利子, 鈴木志津枝: 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識. 高知女子大学紀要看護学部編第 58 巻, 19-29, 2008.
- 3) 吉田亜紀子, 藤田佐和, 大川宣容, 森下利子, 鈴木志津枝: 終末期がん患者の在宅ケア移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因. 高知女子大学紀要看護学部編第 55 巻, 1-9, 2006.
- 4) 山本恵子, 四十竹美千代, 村上真由美, 泉理美子, 八塚美樹: がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状. 富山大学看護学会誌 13 巻 1 号, 15-24, 2013.
- 5) 大森淳子, 波下和子: 在宅療養へ向けての退院支援に関する病棟看護師の意識と実態. 日本看護学会論文集 34 回地域看護. 100-102, 2003.
- 6) 斉藤静代, 阿部美和子: 施設内看護師の退院指導・社会資源についての認識と今後の課題. 日本看護学会論文集 34 回地域看護. 103-105, 2003.
- 7) Benner, P(井部俊子, 井村真澄, 他訳): ベナー看護論達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院 東京 10-27, 1992.
- 8) 小山田恭子: 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, 2009.
- 9) 辻ちえ, 小笠原和枝, 竹田千佐子他: 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因, 日本看護研究学会雑誌 30(5), 31-38, 2007.
- 10) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究—臨床判断の要素および熟練度の特徴—, 日本職業医学会誌 53(4), 213-219, 2005.
- 11) グレック美鈴, 池邊敏子, 池西悦子, 他 臨床看護師のキャリア発達の構造: 岐阜県立看護大学紀要 3 (1), 1-8, 2003.
- 12) 齋藤訓子: よりよい在宅復帰のために病院看護師に期待したいこと, 看護 66(11), 41-51, 2014
- 13) 丸岡直子 佐藤弘美 川島和代ら: 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割, 石川看護雑誌 1, 31-38, 2004.
- 14) 鈴木美砂, 新井容子: 退院調整に関する病棟看護師の意識と課題. 日本看護学会論文集第 34 回地域看護. 38-39, 2004.

## Investigation of Recognition and Effect Factors of Ward nurses Concerning Cancer patients of Home-based palliative care

Michiyo AITAKE<sup>1)</sup>, Mayumi MURAKAMI<sup>2)</sup>, Keiko YAMAMOTO<sup>3)</sup>  
Rimiko IZUMI<sup>4)</sup>, Miki YATSUDUKA<sup>1)</sup>

- 1) Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama
- 2) Division of Nursing, Toyama Red Cross Hospital
- 3) Division of Nursing, Toyama University Hospital
- 4) Toyama Nursing Association

### Abstract

**【Aim】** The aim of this study was to clarify the awareness of ward nurses regarding home-based palliative care and its influencing factors. **【Methods】** Between September and November 2012, a self-administered questionnaire survey was conducted with 440 ward nurses at 10 designated cancer care hospitals in prefecture A. The questionnaire contained 30 items, ranging from subject attributes, such as number of years of experience and palliative care team experience, to ward nurse awareness regarding home-based palliative care. Factor analysis (maximum likelihood method and promax rotation) was then performed on the 30 items, and differences in factor scores according to nurse attributes were analyzed using the t-test and one-way analysis of variance. SPSS ver. 22.0 was used for analysis and the level of significance was set at 5%. **【Results】** The number of valid responses was 199 (valid response rate: 45.2%). Seven factors were identified with the factor analysis. There was a high level of awareness regarding ascertaining patient status and collaborating with and gaining the understanding of other professions and the local community. A high level of overall internal consistency ( $\alpha = 0.93$ ) was observed among the 30 items. A significant difference in factor scores was observed in terms of whether or not the individual had any experience in home-based palliative care. **【Conclusions】** The results clarified seven factors involved in ward nurse awareness of home-based palliative care. This suggests that to increase this awareness, it is important to provide opportunities to ward nurses to obtain knowledge and information regarding home-based palliative care. Furthermore, because ward nurses who have already gained experience regarding home-based palliative care have many opportunities to be directly involved in the palliative care of cancer patients, this appears to influence their level of awareness regarding home-based palliative care.

### Keywords

cancer nursing, home-based palliative care, ward nurses



# 富山大学看護学会会則

## 第1章 総 則

第1条 本会は富山大学看護学会と称する。

第2条 本会の事務局を富山市杉谷 2630 富山大学医学部看護学科内におく。

## 第2章 目的および事業

第3条 本会は看護の研究を推進し、知見の交流ならびに相互の理解を深めることを目的とする。

第4条 本会は第3条の目的を遂行するために、次の事業を行う。

- 1) 学術集会の開催
- 2) 会誌の発行
- 3) その他本会の目的達成に必要な事業

## 第3章 会 員

第5条 本会は本会の目的達成に協力する者をもって構成し、一般会員、学生会員、名誉会員、功労会員、および賛助会員よりなる。

第6条 本会の会員は次のとおりとする。

- 1) 一般会員、学生会員は本会の趣旨に賛同し、細則に定める年会費を納める者
- 2) 名誉会員は本会の発展に寄与した年齢 65 歳以上で、原則としてつぎのいずれかに該当する会員の中から、現職の学会長が推薦し、評議員会および総会で承認された者
  - (1) 本会の学会長、または学術集会長を経験した者
  - (2) 国際的な貢献を行い、これに対する表彰・栄誉を与えられた者
- 3) 功労会員は年齢 65 歳以上で、原則として次のいずれかに該当するものの中から、評議員会が推薦し、総会で承認された者
  - (1) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を准教授（または助教授）以上で退官し、退官後に細則に定める看護学研究等に多大な貢献をした者
  - (2) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を経験し、65 歳に達するまで本会の一般会員を継続した者
- 4) 賛助会員は細則に定める寄付行為により本会の活動を支援する個人または団体で、総会で承認された者

第7条 本会に入会を希望する者は、所定の用紙に氏名、住所等を明記し、会費を添えて本会事務局に申し込むものとする。会費は細則によりこれを定める。

第8条 会員の年会費は事業年度内に納入しなければならない。毎年度、会費納入時に会員の継続または退会の意志を確認する。原則として、3年間に亘って意志表明がなく会費未納であった場合、自動的に会員としての資格を喪失する。

第9条 会員は次の事由によってその資格を喪失する。

- 1) 本人により退会の申し出があったとき、これを認める。
- 2) 死亡したとき
- 3) 会費を滞納し、第8条に相当したとき
- 4) 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反する行為のあったとき

#### 第4章 役員

- 第10条 本会は次の役員をおく。  
会長（1名）、理事（若干名）、監事、評議員
- 第11条 会長は総会の賛同を得て決定する。年次総会の会頭は会長がつとめる。
- 第12条 理事および監事は会長が委嘱する。
- 第13条 評議員は評議員会を組織し、重要会務につき審議する。
- 第14条 理事は会長を補佐し庶務、会計、会誌の編集等の会務を執行する。理事長は会長が兼務するものとする。
- 第15条 監事は会計を監査し、その結果を評議員会ならびに総会に報告する。
- 第16条 役員任期は2年とする。

#### 第5章 総会および評議員会

- 第17条 総会は毎年1回これを開く。
- 第18条 臨時の総会、評議委員会は会長の発議があった時これを開く。

#### 第6章 会計

- 第19条 本会の事業年度は毎年4月1日より翌年3月31日までとする。
- 第20条 本会の経費は会費、寄付金ならびに印税等をもって充てる。

#### 第7章 その他

- 第21条 本会則の実施に必要な細則を別に定める。
- 第22条 細則の変更は評議員会において出席者の過半数の賛成を得て行うことができる。

- 付則 本会則は、平成9年11月5日から施行する。
- 付則 本会則は、平成12年10月21日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成17年10月15日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成24年12月15日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成26年11月22日、一部改正施行する。

#### 細 則

- 6-1 一般会員（大学院生含む）の年会費は3,000円とする。学生会員の年会費は1,000円とする。名誉会員および功労会員の会費は免除する。賛助会員の会費は30,000円以上とし、2年間の会員資格を有効とする。
- 6-2 学生会員は卒業と同時に、一般会員へ自動的に移行できるものとする。
- 6-3 功労会員3)-(1)の条件における、看護学研究等における多大な貢献とは、退官後に富山大学看護学科の協力研究員として、5年以上の実務的な実績がある者とする。
- 6-4 功労会員3)-(2)の条件における、本会の一般会員を継続した者とは会費を完納した場合とする。
- 8-1 前年度の滞納者には入金確認がされるまで学会誌は送付しない。
- 17-1 総会における決議は出席会員の過半数の賛成により行う。
- 18-1 評議員は現評議員2名の推薦により評議員会で審議し、これをうけて会長が委嘱する。

## 富山大学看護学会誌投稿規定

1. 掲載対象論文：看護学とその関連領域に関する未発表論文（総説・原著・短報・症例報告・特別寄稿）および記事（海外活動報告・国際学会報告）を対象とする。
2. 論文著者の資格：全ての著者は投稿時に富山大学看護学会会員であることが必要である（学会加入手続きは本誌掲載富山大学看護学会会則第3章を参照のこと）。
3. 学会誌の発刊は9月および3月の年2回行う。そのため投稿原稿の締切りは6月および12月末日とする。
4. 投稿から掲載に至る過程：
  - 1) 投稿の際に必要なもの
    - ①初投稿の際
      - ・原稿3部（図表を含む）
      - ・著者全員が学会員であることを確認した書類（書式は自由であるが筆頭者の署名が必要）
    - ②査読後再投稿の際
      - ・修正原稿2部（2部ともに変更箇所にアンダーラインをつけて示す）
      - ・査読者に対する回答
      - ・校閲された初原稿
    - ③掲載確定後の際（郵送の場合）
      - ・最終原稿1部
      - ・原稿をファイルしたCD-ROMまたはそれに準ずるもの  
（投稿者名、使用コンピューター会社名、ワープロソフト名を貼付）
  - 2) 査読：原則として編集委員会が指名した複数名の査読者によりなされる。
  - 3) 掲載の可否：査読結果およびそれに対する対応をもとに、最終的には編集委員会が決定する。
  - 4) 掲載順位、掲載様式など：編集委員会が決定する。
  - 5) 校正：著者校正は1校までとし、その際、印刷上の誤りによるもののみにとどめ、内容の訂正や新たな内容の加筆は認めない。
5. 倫理的配慮に関して：本誌に投稿される論文（原著・短報・症例報告）における臨床研究は、ヘルシンキ宣言を遵守したものであることとする。患者の名前、イニシャル、病院での患者番号など患者の同定を可能にするような情報を記載してはならない。投稿に際して所属する施設から同意を得ているものとみなす。ヒトを対象とした研究を扱う論文では、原則として「研究対象と方法」のセクションに所属する施設の倫理審査委員会から許可を受けたこと（施設名と承認番号を記載のこと）、および各患者からインフォームド・コンセントを得たことを記載する。ただし倫理審査委員会申請の対象とならない研究論文を除く。
6. 掲載料の負担：依頼原稿以外、原則として著者負担（但し、2万円を上限）とする。なお別刷請求者には別途請求（50部につき5千円）する。

## 7. 原稿スタイル：

- 1) 原稿はワープロで作成したものをA4用紙に印字したものとする。

上下左右の余白は2 cm以上をとり，下余白中央に頁番号を印字する。

### ①和文原稿：

- ・平仮名まじり楷書体により平易な文章でかつ推敲を重ねたものとする。
- ・句読点には，「，」および「. 」を用い，文節のはじめ（含改行後）は，1字あける。
- ・原則として，横書き12ポイント22文字×42行を1頁とし，すべての原稿は20頁以内とする。
- ・原著および短報には英文文末要旨を必要とする。
- ・英文文末要旨は英語を母国語とする人による校閲を経ることが望ましい。

### ②英文原稿：

- ・英語を母国語とする人による英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること。
- ・原則として，12ポイント，ダブルスペースで作成し，すべての原稿は20頁以内とする。
- ・特に指定のないかぎり，論文タイトル，表・図タイトルを含む全ての論文構成要素において，最初の文字のみ大文字とする。但し，著者名のうち姓はすべて大文字で記す。
- ・原著および短報には和文文末要旨を必要とする。

- 2) 原稿構成は，表紙，文頭要旨（含キーワード），本文，文末要旨，表，図の順とする。但し，原著・短報以外の原稿（総説等）には要旨（含キーワード）は不要である。頁番号は文頭要旨から文末要旨まで記し，表以下には記さない（従って，表以下は頁数に含まれない）。

- (1) 表紙（第1枚目）の構成：①論文の種類，②表題，③著者名，④著者所属機関名，⑤ランニング・タイトル（和字20文字以内），⑥別刷請求著者名・住所・電話番号・FAX番号，メールアドレス，⑦別刷部数（50部単位）。

表紙（第2枚目）の構成：①②⑤のみを記載したもの。

- ・著者が複数の所属機関にまたがる場合のみ，肩文字番号（サイズは9ポイント程度）で区別する。
- ・英文標題は，最初の文字のみ大文字とする。

- (2) 文頭要旨（Abstract）（第3枚目）：本文は和文原稿では400文字，英文原稿では200語以内で記す。本文最後には，1行あけて5語以内のキーワードを付す。各語間は「，」で区切る。英語では，すべて小文字を用いる。

- (3) 本文（第4枚目以降）

- ・原著：はじめに（Introduction），研究対象と方法（Materials and methods），結果（Results），考察（Discussion），結語（Conclusion），謝辞（Acknowledgments），文献（References）の項目順に記す。各項目には番号は付けず，項目間に1行のスペースを挿入する。
- ・短報：原著に準拠する。
- ・総説：はじめに・謝辞・文献は原著に準拠し，それ以外の構成は特に問わない。

- (4) 文献：関連あるもののうち，引用は必要最小限度にとどめる。

- ・本文引用箇所の記載法：右肩に，引用順に番号と右片括弧を付す（字体は9ポイント程度）。同一箇所に複数文献を引用する場合，番号間を「，」で区切り，最後の番号に右片括弧を付す。3つ以上の連続した番号が続く場合，最初と最後の番号の間を「-」で結ぶ。同一文献は一回のみ記載することとし，「前掲～」とは記載しない。

- ・文末文献一覧の記載法：論文に引用した順に番号を付し，以下の様式に従い記載する。

○著者名は筆頭以下3名以内とし，3名をこえる場合は「ほか」または「,et al」を記載する。

英文文献では, family name に続き initial をピリオド無しで記載し, 最後の著者名の前に and は付けない.

○雑誌の場合

著者名: 論文タイトル, 雑誌名 巻: 初頁 - 終頁, 発行年 (西暦). の順に記す.

雑誌名の略記法は, 和文誌では医学中央雑誌, 英文誌では index medicus のそれに準ずる.

例:

- 1) 近田敬子, 木戸上八重子, 飯塚愛子ほか: 日常生活行動に関する研究. 看護研究 15: 59-67, 1962.
- 2) Enders JR, Weller TH, Robbins FC, et al: Cultivation of the poliovirus strain in cultures of various tissues. J Virol 58: 85-89, 1962.

○単行本の場合

・全引用: 著者名: 単行本表題 (2版以上では版数), 発行所, その所在地, 西暦発行年.

・一部引用: 著者名: 表題 (2版以上では版数), 単行本表題, 編集者, 初頁 - 終頁, 発行所, その所在地, 西暦発行年.

例:

- 1) 砂原茂一: 医者と患者と病院と (第3版). 岩波書店, 東京, 1993.
- 2) 岩井重富, 矢越美智子: 外科領域の消毒. 消毒剤 (第2版), 高杉益充編, pp76-85, 医薬ジャーナル社, 東京, 1990.
- 3) Horkenes G, Pattison JR: Viruses and diseases. In "A practical guide to clinical virology (2nd ed)", Hauknes G, Haaheim JE eds, pp5-9, John Wiley and Sons, New York, 1989.

○印刷中の論文の場合: これらの引用に関する全責任は著者が負うものとする.

1) 立山太郎: 看護学の発展に及ぼした法的制度の研究. 富山大学看護学会誌 (印刷中).

- (5) 文末要旨: 新たな頁を用い, 標題, 著者名, 所属機関名に次いで文頭要旨に準拠し, 和文原稿では英訳したもの, 英文原稿では和訳したものをそれぞれ記す (特別寄稿および総説には不要である). なお文末要旨は2部作成し, 1部は著者名, 所属機関名を除く.

- (6) 表および図 (とその説明文): 用紙1枚に1表 (または図) 程度にとどめる.

和文原稿においては, 図表の標題あるいは説明文は英文で記してもよい.

肩文字のサイズは9ポイント程度とする.

・表: 表題は, 上段に表番号 (表1. あるいは Table 1.) に続き記載する.

脚注を必要とする表中記載事項は, その右肩に表上左から表下右にかけて出現順に小文字アルファベット (または番号) を付す. 有意差表示は右肩 \* による. 表下欄外の脚注には, 表中の全ての肩印字に対応させ簡易な説明文を記載する.

・図説明文: 下段に図番号 (図1. または Fig. 1.) に次いで図標題, 説明本文を記載する.

写真 (原則としてモノクロ) は鮮明なコントラストを有するものに限定する.

- (7) その他の記載法

・学名: イタリック体で記す.

・略語の使用: 要旨および本文のそれぞれにおいて, 最初の記載箇所においては全記し, 続くカッコ内に以後使用する略語を記す.

例: 後天性免疫不全症候群 (エイズ), mental health problem (MHP).

但し, 図表中においては number の略字としての n または N は直接使用してよい.

・度量衡・時間表示：国際単位 (kg, g, mg, mm, g/dl) を用い, 温度は摂氏 (°C), 気圧はヘクトパスカル (hpa) 表示とする.

英字時間表示には, sec, min, h をピリオド無しで用いる.

- (8) 記事 (海外活動報告・国際学会報告) は1,200字程度とし, 写真 1 ~ 2 枚をつける. 投稿料・掲載料は不要であり, 掲載の可否は編集委員会が決定する.

「投稿先」

〒 930 - 0194 富山市杉谷 2630

富山大学医学部看護学科

富山大学看護学会誌編集委員会 八塚美樹 (成人看護学講座) 宛

メールアドレス: [ymiki@med.u-toyama.ac.jp](mailto:ymiki@med.u-toyama.ac.jp)

\* 封筒に論文在中と朱書し, 郵便書留にて発送のこと

## 入会申込書記入の説明

- 入会する場合は、下記の申込書を学会事務局まで郵送し、年会費3,000円（学生会員は1,000円）を下記郵便口座へお振込みください。

学会事務局 〒930-0194 富山市杉谷2630番地  
富山大学医学部看護学科 基礎看護学講座  
西谷 美幸 宛  
振込先：郵便口座00710-1-41658 富山大学看護学会

切 り 取 り 線

## 入 会 申 込 書

平成 年 月 日

富山大学看護学会会長 殿  
貴会の趣旨の賛同して会員として 年度より入会いたします。

ふりがな 氏 名 メールアドレス	
勤 務 先 (所属・職名)	
勤務先住所 TEL FAX	〒
自 宅 住 所 TEL FAX	〒
学会誌送付先	



## 富山大学看護学会 登録事項変更届

平成      年      月      日

※該当する項目に✓をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 改姓名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> その他	
フリガナ	
氏 名	(旧姓名 )
勤 務 先	名称  所属・職種  〒                      —                      —  TEL                      —                      — FAX                      —                      —
自 宅 住 所	〒                      —  TEL                      —                      — FAX                      —                      —
送 付 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
退 会 届	<input type="checkbox"/> 平成      年3月31日をもって退会します。
事務局への通信欄：	

※用紙は下記へ郵送でお送りください。

〒930-0194 富山県富山市杉谷2630 富山大学看護学会 事務局宛



---

## 編集後記

---

学会誌第 16 巻 2 号を発行する運びになり、総説 1 編、原著 3 編、短報 2 編、計 6 編を掲載することができました。そのうち 3 編は、本学大学院医学薬学教育部博士（前期）課程を修了された方からの投稿でした。また 1 編は、平成 24 年度に開設しました本学寄附講座部門在宅看護学講座において調査された内容でした。今年度編集委員会では、月に 1 度の編集作業を担当しながら、原稿の種類、査読プロセス等の見直しを図り、看護の学と実践の進化・発展のためにチャレンジ続けてまいりました。紆余屈曲ではありましたが、予定通り発行できましたことに、会員の皆様および編集委員の方々に感謝申し上げます。

ご多忙の折、昨今は査読をお引きうけいただくことが難しいことも多い中、査読を快諾してくださった方々にも、この紙面をお借りして感謝申し上げます。

どうぞ引き続き、会員の皆様には、本誌への投稿を心よりお待ちしております。

編集委員長 八塚 美樹

---

---

平成 28 年度  
富山大学看護学会役員一覧

会長 西谷 美幸

庶務 林 佳奈子, 鳴尾 明子

編集 八塚 美樹, 安田 智美, 田中 いずみ

会計 牧野 真弓, 高木 園美

監事 梅村 俊彰, 吉井 美穂

---

富山大学看護学会誌 第16巻2号

---

発行日 2017 (H29) 年3月

編集発行 富山大学看護学会

編集委員会

八塚 美樹 (編集委員長)

安田 智美, 田中 いずみ

〒930-0194 富山市杉谷2630

TEL (076) 434-7425

FAX (076) 434-7425

印刷 中央印刷株式会社

〒930-0817 富山市下奥井1-4-5

TEL (076) 432-6572

FAX (076) 432-2329

---