令和2年度

愛知県看護協会
看護研究助成
報告論文集

AICHI NURSING ASSOCIATION

公益社団法人 愛知県看護協会

愛知県看護研究助成報告論文集の発行に寄せて

公益社団法人愛知県看護協会　看護研究助成委員会
委員長　井野恭子

平素より愛知県看護協会研究助成事業にご理解ご協力をいただきありがとうございます。

ここに看護研究助成報告論文集が発行できましたことを報告させていただきます。

助成金受給者の皆様および関係の皆様に、心より御礼申し上げます。

令和 3 年は COVID-19 に社会生活が支配され、制限のある中での日常生活が営まれました。その中でコロナワクチン接種が開始され、愛知県看護協会もワクチン接種に係る看護業務協力者を募る活動等を通じて、県民の健康生活を支援してきました。コロナ感染拡大の中、感染予防行動の定着とともに、3 密を防ぐソーシャルディスタンスも日常に浸透しました。看護は人々の生活を支える活動であり、人に関わることにより成り立ちます。しかしコロナ禍では、人との直接的な関わりを持つことも困難になり、孤立の課題が顕著になっています。多くの看護職はこの現状を憂い、患者および家族の方々の安寧に向けて、ICT を活用して患者が家族との対話ができるよう支援するなど、様々な工夫に取り組んでいます。

対象に応じた個別性のある看護実践を追及する時、その事象を冷静に分析する眼差しと温かな心の眼で物事を捉える、その両面が求められます。この 2 つの視点は、看護研究に取り組む際にも同様に必要になります。看護実践の事象を冷静に分析し、そしてその意味を捉える。まさに看護研究は看護実践に通じるプロセスといえます。

この報告論文集は、研究に取り組んだ方々からの看護実践に向けた成果です。今年度は令和元年度助成金受給者 3 編、令和 2 年度助成金受給者 3 編合計 6 編の報告論文を掲載しています。コロナ感染拡大を受け、愛知県看護協会は特例として研究期間の延長に配慮しました。助成金受給者の方々は、診療看護師や外国人患者への関わり、看護実践のエビデンスや実践能力向上への検討など、さまざまなテーマに取り組み論文にまとめてくださいました。是非、ご高覧いただきたいと思います。

最後に、本委員会は看護職の皆様の看護の質の向上と、臨床における質の高い看護職を育成するために、研究活動に邁進できるよう助成しています。今年度は看護研究助成をより多くの方々に取り組んでいただけるよう、周知内容のブラッシュアップに取組みました。今後、さらにより多くの看護職の皆様の研究推進を支援できるよう基盤整備に努めます。この報告論文集を基に、研究に取り組まれる方が増え、皆様の研究支援ができることを祈念しております。

令和 4 年 3 月吉日

令和２年度　愛知県看護協会看護研究助成報告論文集　目次

愛知県看護協会看護研究助成報告論文集の発行に寄せて

公益社団法人愛知県看護協会 看護研究助成委員会　　委員長　井野　恭子

令和２年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

Ⅰ．令和２年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文

１．診療看護師（ＮＰ）の精神的健康度に関する実態調査
－精神的健康度とレジリエンス・首尾一貫感覚との関係性検討－
愛知医科大学大学院看護学研究科　小岩　大介　P.1

２．刑事精神鑑定に関与する看護師のゆらぎと対処
愛知県立大学大学院看護学研究科　兒玉　善明　P.11

３．妊娠期から産後１か月までの妊産婦の抑うつ状態の縦断的調査
刈谷豊田総合病院／日本赤十字豊田看護大学母性看護学研究科　坂井田　綾子　P.21

Ⅱ．令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文

１．一般病棟看護師に対する「豊かな存在としての高齢者のあり様」に着目したリフレクションシートの開発
千葉大学大学院看護学研究科　近藤　絵美　P.30

２．中小規模の病院における看護師の外国人患者への関わり
藤田医科大学病院　山崎　富善　P.39

３．地域包括支援センター保健師の介護予防に必要な地域看護実践能力の実態
名古屋市中区いきいき支援センター　和田　恵子　P.49

Ⅲ．規程

公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成規程
公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成要領

令和２年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

小岩　大介

発表演題：**診療看護師（ＮＰ）の精神的健康度に関する実態調査**

－精神的健康度とレジリエンス・首尾一貫感覚との関係性検討－

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
日本 NP 学会誌　2021 vol.5 no.2　p 31-48	令和３年９月３日 掲載承認	誌上発表	日本ＮＰ学会

兒玉　善明

発表演題：　**刑事精神鑑定に関与する看護師のゆらぎと対処**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
日本精神保健看護学会 第31回学術集会	令和3年 6月5日～6日	WEB 開催	一般社団法人 日本精神保健看護学会

坂井田　綾子

発表演題：　**妊娠期から産後１か月までの妊産婦の抑うつ状態の縦断的調査**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第41回日本看護科学学会 学術集会	令和3年 12月4日～5日	WEB 開催	公益社団法人 日本科学看護学会

令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告

近藤　絵美

発表演題：　**一般病棟看護師に対する「豊かな存在として高齢者のあり様」に着目した**
リフレクションシートの開発

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第40回日本看護科学学会学術集会	令和2年 12月12日～13日	WEB 開催	公益社団法人 日本科学看護学会

山崎　富善

発表演題：　**中小規模の病院における看護師の外国人患者への関わり**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第36回日本国際保健医療学会学術集会	令和3年 11月27日～28日	WEB 開催	一般社団法人 日本国際保健医療学会

和田　恵子

発表演題：　**地域包括支援センター保健師の介護予防に必要な地域看護実践能力の実態**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第10回日本公衆衛生学会学術集会	令和3年 1月7日～9日	WEB 開催	一般社団法人 日本公衆衛生看護学会

Ⅰ．令和２年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者

報 告 論 文

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

診療看護師(NP)の精神的健康度に関する実態調査

-精神的健康度とレジリエンス・首尾一貫感覚との関係性検討-

○小岩大介(愛知医科大学大学院看護学研究科)
泉雅之(愛知医科大学大学院看護学研究科)
阿部恵子(愛知医科大学大学院看護学研究科)
山中真(愛知医科大学大学院看護学研究科)
黒澤昌洋(愛知医科大学大学院看護学研究科)

Ⅰ.はじめに

医療従事者である医師や看護職は,従来からストレスの多い対人専門職[1)2)3)4)]であり,特に看護職は抑うつやバーンアウトなど精神的健康を害しやすい[5)6)7)8)9)].そして,医師や看護職が精神的不健康に陥ると,自身の健康のみならず,ケアの質の低下[10)11)12)],患者の死亡率に及ぼす影響[13)],臨床におけるミスの増加やミスがさらに抑うつを招く悪循環[14)]など,患者の健康に大きく影響することが明らかにされている.近年新たに創設された看護職である診療看護師(NP)は,看護業務に治療の提供も行う活動内容が看護師と異なることから,ワーク・ライフバランスや重労働などのストレスが他の医療職と比べて生じやすく[15)16)17)],加えて,低い認知度や役割の不明確さなどの特徴的なストレスを抱えている[16)18)].このような職場ストレスに対する対策として,これまで多くの研究でレジリエンスや首尾一貫感覚が報告されている.レジリエンスは逆境という大きなストレスが生じた際に適応する精神的回復力[19)20)21)22)]であり,首尾一貫感覚は日頃の生活を健康に過ごすためのストレス対処能力[23)24)]として,強度のストレス下において精神的健康を害することなく臨床活動を続けるためのポイントであることが報告されている[23)25)26)].本研究は,レジリエンスと首尾一貫感覚に注目し,先行研究の見当たらない高度な実践に関わる診療看護師(NP)の精神的健康度の実態を明らかにし,レジリエンスと首尾一貫感覚を調査することで,精神的健康度に影響を与える要因を明らかにすることを目的とし,質問紙調査を行った.

Ⅱ.研究目的

診療看護師(NP)の精神的健康度の実態を明らかにし,レジリエンスと首尾一貫感覚との関係性を明らかにすることである.

Ⅲ.研究方法

1.　研究デザイン

質問紙を用いた量的記述的研究および関連探索型研究とした.

2.　研究対象者

全国の診療看護師(NP)のうち,令和 2 年 2 月末日時点で NP 学会会員名簿等ホームページ上に公表されている 242 名で,研究に同意が得られた診療看護師(NP)とした.

3.　データ収集期間・方法

データ収集期間は,令和 2 年 3 月 1 日から 4 月 10 日までとした.研究対象者への依頼にあたり,令和 2 年 2 月末日時点で日本 NP 学会,病院等のホームページ上に公表されている氏名を検索し,所属病院宛個人へ郵送等により送付した.質問紙と返信用封筒に研究説明書を同封し,研究対象者に研究趣旨,研究参加と辞退の自由,データ内容の秘匿性について文面で提示した.回答は,個人情報保護のため無記名・匿名方式とし,封筒に厳封された質問紙の返送をもって本研究に同意したものとみなした.

4.　調査内容

NIOSH 職業性ストレスモデル [27)28)]を参考に,信頼性と妥当性が検証された既存尺度であるレジリエンス測定尺度(RSR)22 項目版 5 件法 [3)],首尾一貫感覚(SOC)測定尺度 13 項目版 5 件法 [29)],精神的健康度測定尺度(GHQ)12 項目版 [30)]の 3 種類と,自作質問紙の合計 4 種類の質問紙を使用した.RSR は,スコアが高いほどレジリエンスが高いことを示し,高ストレス(逆境)に積極的に適応する精神的回復力が高いと判断される.なお,先行研究でオンライン・オフラインのレジリエンスを区別すべき [31)]と指摘があり,レジリエンスを逆境の有無で選別した.SOC は,スコアが高いほど首尾一貫感覚が高いことを示し,ストレス対処能力が高いと判断される.GHQ は,4 つの選択肢を 0/1 データに置換し,合計点が区分点を超えるか否かにより判定する(GHQ 法).区分点は 3/4 点間とされ,スコアが高いほど精神的健康度が低いことを示す.自作質問紙は,指導教員と内容を検討した.臨床で診療看護師(NP)として活動している診療看護師(NP)5 名に対し 4 種類の質問紙のプレテストを実施し,自作質問に対する表面妥当性を検討した.プレテストの結果から,質問項目,質問内容を再度吟味し,改修したものを調査に使用した(図 1).

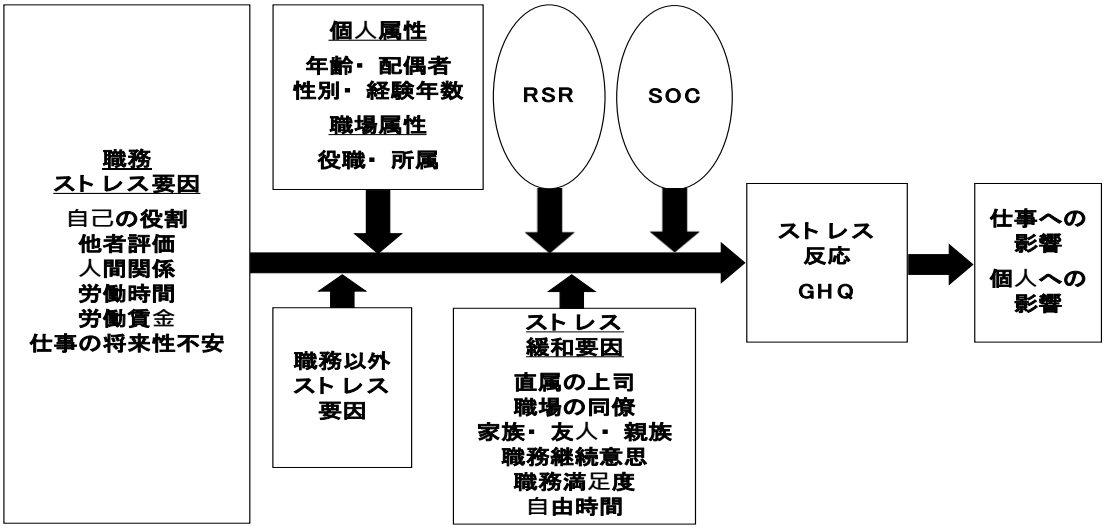

図 1　NIOSH 職業性ストレスモデルより一部改変

5.　データ分析方法

統計ソフト Stat　Flex　ver.6 を用いて記述統計と推測統計により分析し,推測統計の有意水準は 5%未満とした.

6.　倫理的配慮

本研究への協力は,対象者の自由意思によるものであり,研究協力を辞退することによる損害や損失はないこと,対象者には質問紙の回答による不利益を被ることがないことを研究の説明書に明記した.本研究の実施にあたり,愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認を得た(承認番号:206).

Ⅳ.結果

質問紙を送付した診療看護師(NP)は 242 名で,111 名から返送があり,診療看護師(NP)として活動していないと回答した者と,重要項目が無回答であった者を除外した 103 名を分析対象とした.個人属性は,平均年齢 40.9±6.81 歳で,30～39 歳は 49 人(47.6%),40～49 歳は 38 人(36.9%),50～60 歳は 12 人(11.7%)であった.性別は,男性 77 名(74.8%),女性 26 名(25.2%),大学院入学前までの看護師経験年数の平均値は 12.4±6.26 年で,5～15 年は 78 人(75.7%),16 年以上は 24 人(23.3%)であった.診療看護師経験年数の平均値は 4.7±2.36 年で,1～2 年は 21 人(20.4%),3～10 年は 82 人(79.6%)であり,クリティカル領域 75 名(72.8%),プライマリ領域 28 名(27.2%)であった.職場属性は,現在初期研修中である者は 15 名(14.6%),所属部署は医局(診療部)48 名(46.6%),看護部 48 名(46.6%),その他 6 人(5.8%)であった.1 週間あたりの勤務平均時間は 43±16.02 時間で,40 時間以下は 8 人(7.8%),40～59 時間は 68 人(66%),60～79 時間は 16 人(16%),80 時間以上は 1(0.9%)であった.

既存尺度の分析実施に際し,「2～3 週間前から本日までに診療看護師(NP)を辞めたくなるようなストレスを経験しましたか？」の質問に対して「あり」と回答した者,すなわちレジリエンスの定義上で述べられている高ストレス(逆境)があったと回答した者は,底打ち・立ち直りの複雑な過程であるオンライン[31]にあると予測し,その者を除外した 77 名を分析対象とした.既存尺度における平均値(±標準偏差)は,RSR 合計点が 79.51(±9.27),SOC 合計点が 45.33(±6.33),GHQ 合計点が 2.03(±2.31)であり,80.5%が精神的健康群,19.5%が精神的不健康群に分類された.尺度間では,「GHQ 合計点」と「RSR 合計点」($r=-0.339, p<0.01$),「GHQ 合計点」と「SOC 合計点」($r=-0.314, p<0.01$),「RSR 合計点」と「SOC 合計点」($r=0.446, p<0.01$)に相関を認め(表 1),「RSR 合計点」と「診療看護師(NP)の仕事にどのくらい満足しているか」($r=0.410, p<0.01$),に相関を認めた(表 2).精神的健康群と精神的不健康群の群間比較では,RSR は「RSR 合計点」($p<0.01$),「プロとしての誠実性」($p<0.05$),「臨床研修に対する積極性」($p<0.01$),「感情コントロール」($p<0.01$),SOC は「SOC 合計点」($p<0.05$),「把握可能感」($p<0.05$)において有意差を認めた(表 3).

以上より,GHQ 合計点を目的変数とし,有意差を認めた項目と関連が予測されるストレス要因,ストレス緩和要因を説明変数とした重回帰分析の結果,調整済 $R^2=0.322$ で適合し,「SOC 合計点」,ストレス要因として「診療看護師(NP)という職種に対する他者からの評価」

「労働環境」,ストレス緩和要因として「診療看護師(NP)の仕事にどのくらい満足しているか」「勤務日で1日の中で自由に使える平均時間」に影響要因を認めた(表4).

表1　既存尺度の相関分析

(n=77)

	RSR合計点	SOC合計点	GHQ合計点
RSR合計点	―		
SOC合計点	0.446**	―	
GHQ合計点	-0.339**	-0.314**	―

Spearmanの順位相関分析　*P<0.05　**P<0.01

表2　RSRと相関を認めた要因

(n=77)

変数	RSR合計点
診療看護師(NP)の仕事にどのくらい満足してるか	0.410**

Spearmanの順位相関分析　*p<0.05　**p<0.01

表3　精神的健康群と精神的不健康群の比較

(n=77)

	精神的健康群 中央値(四分位範囲)	精神的不健康群 中央値(四分位範囲)	p値
【ストレス要因】			
診療看護師(NP)としての自己の役割[1)]	3(2-3)	3(3-4)	*
診療看護師(NP)という職種に対する他者からの評価(他者評価)[1)]	2(1-3)	4(3-4)	**
診療看護師(NP)の仕事が将来制度化されるかについどの位はっきりしているか[1)]	4(3-5)	5(5-5)	**
【ストレス緩和要因】			
診療看護師(NP)の仕事にどのくらい満足しているか(職務満足度)[1)]	4(4-4.25)	3(3-5)	*
RSR合計点[1)]	80.5(75.75-87.25)	70(65-77)	**
プロとしての誠実性[1)]	25(22.75-27.25)	22(20-25)	*
臨床研修に対する積極性[1)]	32(29.75-35)	29(26-31)	**
感情コントロール[1)]	24(21.75-26)	21(19-24)	**
SOC合計点[1)]	47(40-50.25)	42(36-45)	*
有意味感[1)]	16(13-17)	15(13-16)	n.s.
把握可能感[1)]	18(16-20)	15(14-18)	*
処理可能感[1)]	13(11-15.25)	12(10-13)	n.s.

1) Mann-WhitneyのU検定　n.s.非有意　*p<0.05　**p<0.01

表 4　精神的健康度に影響する要因(重回帰分析)

(n=77)

変　数	標準偏回帰係数	偏回帰係数の有意性の検定 F　値	P　値
SOC合計点	-0.2929	8.0579	0.0060
診療看護師(NP)の仕事にどのくらい満足してるか(職務満足度)	-0.2934	7.5648	0.0076
診療看護師(NP)という職種に対するする他者からの評価(他者評価)ストレス	0.2963	7.4081	0.0082
勤務日で1日の中で自由に使える平均時間	-0.2334	5.6348	0.0204
労働環境ストレス	-0.2523	5.1338	0.0267
定数項		15.0046	P < 0.001

R=0.6142　R^2=0.3773　調整済R^2=0.3223

最後に,GHQ(区分点 3/4 点間で群分けした精神的健康 0,精神的不健康 1)を目的変数,RSR 高低群,SOC 高低群を説明変数とした二項ロジスティック回帰分析から,RSR 高値群を基準とした RSR 低値群のオッズ比は 4.65(95%CI:1.50-14.44,p<0.01),SOC 高値群を基準とした SOC 低値群はオッズ比 4.02(95%CI:1.33-12.22,p<0.05)であった(表 5).

表 5　精神的健康度に影響する要因(二項ロジスティック回帰分析)

(n=77)

	オッズ比	オッズ比の95% 信頼区間 下限値	上限値	P　値
RSR2群				
RSR高値群	1			
RSR低値群	4.65	1.50	14.44	0.0078
SOC2群				
SOC高値群	1			
SOC低値群	4.02	1.33	12.22	0.0140

GHQ(区分点3/4点間で群分けした精神的健康0，精神的不健康1)を目的変数，RSR2群，SOC2群を説明変数とし，RSR高値群，SOC高値群を基準とした二項ロジスティック回帰分析

V.考察

調査対象となった診療看護師(NP)は,6 割が精神的不健康と報告される看護師とは対象的に,8 割が精神的健康群に分類された集団であり,精神的健康度や首尾一貫感感覚は,同尺度を用いた全国サンプル,研修医,看護師の先行研究 [4)32)33)34)35)36)] と比較すると,特に看

護師と比較して高い傾向にあると考えられた.そのような高い精神的健康度には,重回帰分析の結果より上位3要因として,「首尾一貫感覚」「診療看護師の仕事にどのくらい満足しているか」が精神的健康度を高めることに独立して影響し,「診療看護師(NP)という職種に対する他者からの評価」ストレスが精神的健康度を低下させることに独立して影響している傾向を認めた.

「診療看護師(NP)という職種に対する他者からの評価」ストレスが,精神的健康度を低下させることに影響している傾向を認めたことは,実績や認知度・社会的地位が十分に確立されていないため[16)18)],活動を行う上で様々な問題や課題などに直面したときの解決方法や手順について先行事例の蓄積がないことから,自ら考え,解決せざるを得ない状況にある[37)]診療看護師(NP)が抱えるストレスの特徴であるからではないかと考えられた.

一方で,高い傾向にあることを認めた「首尾一貫感覚」が精神的健康度を高めることに影響している傾向を認めた.首尾一貫感覚が高いと,ストレス要因になりうるストレッサーを,ストレス要因ではなくチャレンジとして捉え[4)23)24)],精神的にも肉体的にもより健康で,人生の満足度もより高い[38)39)].首尾一貫感覚が高い傾向にある診療看護師(NP)は,現在の活動に意味を見出して,活動の目標や目標達成に向けた問題が把握できるようになり,汎抵抗資源を適切な対処方略や方法を選び駆使し,問題を解決することで精神的健康を維持している可能性が考えられた.首尾一貫感覚を定義した Antonovsky は,首尾一貫感覚を用いてストレスにうまく対処できたという成功体験を重ねることで,首尾一貫感覚をさらに高めることができると述べている[23)].調査対象となった診療看護師(NP)の首尾一貫感覚が高い傾向を示したことについて,看護師として5年以上の臨床経験と,診療看護師(NP)として習得した「直接的臨床実践能力」や「コンサルテーション能力」など高度実践看護師としてのコアコンピテンシー[40)]という資源を持ち活動していることが関係していることが考えられた.先行研究では,診療看護師(NP)の特徴的な問題や課題に対して,コンピテンシーとしての資源を用いた活動で対応し,患者や家族,医療従事者から高い評価を受けるなど成功体験を得ていること[41)42)]が報告されており,看護師としてのアイデンティティを根幹に持ち[43)],診療看護師(NP)として成功体験を経験することが,過去の点と点をつなぐ首尾一貫した経験[44)]となり,首尾一貫感覚を高く保持する要因であると考えられた.一方で調査対象となった診療看護師(NP)の2割は精神的不健康にあり,首尾一貫感覚が低い傾向にあることを認めた.そのような精神的不健康群においては,精神的健康群が精神的不健康群より有意差を持って高いことを認めた「把握可能感」を高める取り組みが効果的な可能性が考えられた.「把握可能感」は「自分の置かれている状況を理解できる,又は今後の状況がある程度予測できる」という感覚であり,役割そのものを模索して活動する[18)]診療看護師(NP)の特徴であると考えることも可能である.「把握可能感」は,一貫性のある体験から育まれると報告されており[35)],直属の上司や職場の同僚などによる適切なフィードバックが受けられる職場の教育体制が望まれると考えられた.

また,職務への満足感として質問した「診療看護師の仕事にどのくらい満足しているか」についても,精神的健康度を高めることに関連していることが示唆された.本研究では,精

神的健康群は精神的不健康群と比較し有意差を持って高いこと認めた.先行研究では,職務満足度とレジリエンスは関連し[45)46)],レジリエンスの帰結とする因果関係が報告されており[47)],本研究においても,「診療看護師(NP)の仕事にどのくらい満足しているか」と「レジリエンス」は正の相関を認めた.そのため,レジリエンスを高めることで逆境からの回復と適応を促進し,帰結として職務への満足感につながっている可能性が考えられ,職務への満足感を維持する上でレジリエンスを高める支持的な環境の提供やサポート体制など,環境調整の取り組みも重要であると考えられた.

最後に,二項ロジスティック回帰分析の結果から,首尾一貫感覚に関する先行研究[4)48)]と同様の傾向として,レジリエンスと首尾一貫感覚は,高値群を基準とした低値群は約4倍精神的不健康になりやすい結果を認め,精神的健康度を予測する要因の 1 つである可能性も考えられた.精神的不健康になりやすいリスク群が同定できれば,施設管理者や上司などが情報を共有し,指導者との面談を通したきめ細かなモニタリングなど個別の介入が可能となり,精神的不健康の兆候をより早期に発見することが可能になると考えられた.

Ⅵ.結論

診療看護師(NP)の 8 割は高い精神的健康度を保持しており,精神的健康度とレジリエンス,首尾一貫感覚とは有意な相関を認めた.レジリエンスは「診療看護師(NP)の仕事にどのくらい満足しているか」を介して精神的健康度に影響している可能性があり,また首尾一貫感覚は精神的不健康群において,「把握可能感」を高める取り組みが精神的健康度を維持するために効果的な可能性があるという示唆を得ることができた.

謝辞

本アンケート調査にご回答いただきました診療看護師(NP)の皆様に深く感謝申し上げます.統計解析でご指導いただきました大橋渉准教授,及び,RSR の使用にあたり,使用許可および質問紙一部改変をご快諾していただきました儀藤政夫先生には深く感謝申し上げます.また,本研究は令和 2 年度愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施しました.助成をいただきました愛知県看護協会に感謝申し上げます.

付記

本論文は,日本 NP 学会へ論文として投稿した(日本 NP 学会誌 2021 vol.5 no.2 31-48(83-100)).

文献

1)川口貞親,豊増功次: 看護師のストレス状況とその関連要因, Quality Nursing, 51-58, 1998.

2)影山隆之,錦戸典子,小林敏生,他: 病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連, こころの健康, 16(1), 69-81, 2001.

3)儀藤政夫,井原裕,尾形広行,他: 研修医レジリエンス尺度の作成および信頼性・妥当性の検討, 精神医学, 55(12), 1183-1190, 2013.
4)伊藤慎: 初期研修医のストレス対処能力と抑うつに関する研究, 筑波大学博士(医学)学位論文 12102 甲, 7436, 2015.
5)稲岡文昭,川野雅資,宗像恒次: 看護者の BURNOUT と社会的環境および行動特性との関連についての研究-一般医,精神科医との比較を通して-, 日本看護科学学会雑誌, 6(3), 50-60, 1986.
6)稲岡文昭,松野かほる,宮里和子: 看護職にみられる Burn Out とその要因に関する研究, 日本看護科学学会雑誌, 36(4), 81-104, 1984.
7)森本寛訓,水子学,水上喜美子: 看護師の精神的健康に関する研究-仕事の裁量度の視点から-, 川崎医療福祉学会誌, 15(1), 243-247, 2005.
8)野中真由子: 精神科看護師のストレス要因とその対処行動, 心身健康科学, 4(1), 47-53, 2008.
9)谷口清: 看護師のメンタルヘルスとレジリエンス支援に関する介入研究.筑波大学博士論文,6247, 2012.
10)Kawano Y: Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals, Journal of Occupational Health, 50(1), 79-85, 2008.
11)久保真人,田尾雅夫: 看護婦におけるバーンアウト-ストレスとバーンアウトとの関係-, 実験社会心理学研究, 34(1), 33-43, 1994.
12)山岸直子: 看護婦のバーンアウトに関する看護研究の現状と今後の課題, 慶應義塾看護短期大学紀要, 11, 1-11, 2001.
13)Aiken, L.H., Clarke, S.P., Slone, D.M., et al.: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, Journal of American Medical Association, 288(16), 1987-1993. 2002.
14)Fahrenkopf, A.M., Sectish, T.C., Barger, L.K., et al.: Rates of medication errors among 49 depressed and burn out residents, prospective cohort study, BMJ, 336(7642), 488-491. 2008.
15)Grace, M.K., VanHeuvelen, J.S.: Occupational variation in burnout among medical staff: Evidence for the stress of higher status, Social science & medicine, 232, 199-208, 2019.
16)松山伴子,佐藤潤,草間朋子: 診療看護師の就労環境等の実態調査-診療看護師の所属部署に着目して-, 看護科学研究, 15, 7-14, 2017.
17)塚本容子: 過去 5 年間におけるナースプラクティショナー提供医療と医師提供医療におけるアウトカムに関する系統的文献検討, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 23, 59-63, 2016.

18)石川倫子,小村三千代,岩本郁子,他: 診療看護師が抱いていた職務上の困難とその対応,日本NP学会誌, 3(1), 1-9, 2019.
19)石毛みどり,無藤隆: 中学生における精神的健康とレジリエンスおよびソーシャルサポートとの関連-受験期の学業場面に着目して-, 教育心理学研究, 53, 356-367, 2005.
20)小塩真司,中谷素之,金子一史,他: ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性-精神的回復力尺度の作成-, カウンセリング研究, 35, 57-65, 2002.
21)Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N.: Resilience and development:Contributions from the study of children who overcome adversity, Development and Psychopathology, 2(4), 425-444, 1990.
22)大久保麻矢,杉田理恵子,藤田佳代子,他: 看護学分野におけるレジリエンス研究の傾向分析, 目白大学健康科学研究, 5, 53-59, 2012.
23)Antonovsky 著/山崎喜比古,吉井清子監訳: 健康の謎を解く-ストレス対処と健康保持のメカニズム-, 有信堂高文社, 東京, 2006.
24)日本人のストレス実態調査委員会編著: ストレスの進行と防止の過程徹底分析-ストレスとの上手な向き合い方 つきあい方-, 現代日本人のストレス, NHK出版, 東京, 2003.
25)Dahn, H., McGibbon, A., Bowes, D., et al.: Burn out and Resiliency in Canadian Oncology Residents: a Nationwide Resident and Program Director Survey, Pract Radiat Oncol, 9(1), 118-125. 2018.
26)吉田えり,山田和子,芝瀧ひろみ,他: 看護師のSense of coherenceとストレス反応との関連, 日本看護研究会雑誌, 36(5), 25-33, 2013.
27)Hurrell, J.J., McLaney, M.A.: Exposure to job stress -- a new psychometric instrument, Scand J Work Environ Health, 14(1), 27-8. 1988.
28)NIOSH: STRESS...At Work. DHHS(NIOSH) Publication, 99-101, 1999.
29)戸ヶ里泰典,山崎喜比古: 13項目5件法版Sense of Coherence Scaleの信頼性と因子的妥当性の検討, 民族衛生, 71(4), 168-182, 2005.
30)大坊郁夫: 日本版GHQ短縮版の有効性, 日本心理学会第51回発表論文集, 737, 1987.
31)村木良考: レジリエンスの総合的理解に向けて, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 55, 281-289, 2015.
32)中川泰彬,大坊郁夫:日本語版GHQ精神健康調査票(増補版),日本文化科学社,東京,2013.
33)羽岡健史,商真哲,大井雄一,他: 研修医のストレス対処能力と職業性ストレスの関連,体力・栄養・免疫学雑誌, 19(2), 182-183, 2009.
34)影山隆之,錦戸典子,小林敏生,他: 病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連.こころの健康,16(1),69-81, 2001.
35)戸ヶ里泰典: 成人のSOCは変えられるか.山崎喜比古, 戸ヶ里泰典,坂野純子(編):ストレス対処能力SOC.有信堂高文社,東京, 2008.
36)山口優,江川幸二,平尾明美: 救急看護師のSense of Coherenceに影響を与える要因,日本救急看護学会雑誌, 18(2), 1-10. 2016.

37)齋藤真人,渡邊隆夫,津田丈秀,他: 東北NP研究会の軌跡と今後の展望, 日本NP学会誌, 3(2), 1-5, 2019.
38)Eriksson, M., Lindstrom, B.: Antonovsky’s sense of coherence scale and the relation with health, a systematic review, J Epidemiol Community Health, 60(5), 376-381, 2006.
39)Eriksson, M., Lindstrom, B.: Antonovsky’s sense of coherence scale and the relation with health, a systematic review, J Epidemiol Community Health, 61(11), 938-944. 2007.
40)Hamric, A.B., Hanson, C.M., & Tracy, M.F.著/中村美鈴,江川幸二監訳: 高度実践看護学 総合的アプローチ, へるす出版, 東京, 2017.
41)冷水育: クリティカルケア領域のチーム医療を円滑に進めるために,看護管理, 24(7), 634-639. 2014.
42)草野淳子,小野美喜,福田広美,他: プライマリ・ケア領域の診療看護師(NP)教育に求められるもの-修了生の意見分析から-, 日本NP学会誌, 2(1), 17-25, 2018.
43)近藤信吾: 診療看護師の倫理的感性の特徴, 日本NP学会誌, 2, 7-17, 2017.
44)日米医学医療交流財団編著:看護留学へのパスポート-専門職への道-.はる書房,東京,2017.
45)Anthony, C.W., Melissa, S., & Melinda, A.H., et al.: Resilience among Employed Physicians and Mid-Level Practitioners in Upstate New York, Health services research, 51, 5, 2016.
46)Hodges, H.F., Troyan, P.J., & Keeley, A.C.: Career Persistence in Baccalaureate-Prepared Acute Care Nurses, Journal of Nursing Scholarship, 42(1), 83-91, 2010.
47)砂見緩子: 看護師のレジリエンスの概念分析.聖路加看護学会誌, 22(1), 13-20, 2018.
48)Sairenchi, T., Haruyama, Y., Ishikawa, Y., et al.: Sense of coherence as a predictor of onset of depression among Japanese workers, a cohort study, BMC Public Health, 1(11), 205, 2011.

公益財団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

妊娠期から産後１か月までの
妊産婦の抑うつ状態の縦断的調査

○坂井田綾子(刈谷豊田総合病院／日本赤十字豊田看護大学大学院看護学研究科)
長田知恵子（日本赤十字豊田看護大学）
野口眞弓（日本赤十字豊田看護大学）

Ⅰ．はじめに

厚生労働省は、「健やか親子 21（第２次）」の基本課題のひとつに「切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策」をあげている[1)]。その対策のひとつとして、2025 年に産後１か月でエジンバラ産後うつ病自己調査票（Edinburgh　Postnatal Depression Scale：以下 EPDS）9 点以上を示した人へのフォロー体制がある市町村の割合 100％という目標をあげ、このことにより新たに産褥期の抑うつに対するケアが加わっている。また、日本産婦人科医会は、周産期の抑うつのスクリーニングを産後だけではなく、妊娠中から行うことを推奨し、施設助産師が地域と連携し支援することの必要性を示している[2)]。しかし、過去の先行研究では、妊娠中から産後にかけての抑うつの縦断的研究は非常に少なく、妊娠中や産後の抑うつに関連する報告もあるが充分ではない。

そこで、妊娠期から産後１か月の抑うつ状態を明らかにし、その影響要因を検討することを本研究の目的とする。

このことにより、妊娠期から産褥期の抑うつ状態を把握することで、現在提供しているケアの評価を行い、さらに必要とするケアを明らかにすることができる。本研究の成果は、切れ目のない妊産婦・乳幼児の保健対策の一助となるはずである。

Ⅱ．研究目的

妊娠期から産後１か月の抑うつ状態の変化を明らかにし、その影響要因を検討する。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

縦断的量的記述研究デザインである。妊娠初期、中期、後期、産褥早期、産後 2 週、産後１か月の６時点を縦断的に追跡する観察研究である。

２．研究場所

Ａ県の地域周産期母子医療センター1 施設

３．研究期間

令和２年３月１日～令和２年５月 14 日

４．データ収集方法

本研究に必要な調査内容は診療録に記録されているため、対象の妊産褥婦にオプトアウトを行い、診療録からのデータ収集を行った。

５．選定基準・除外基準

研究実施施設で妊婦健診をうけ、令和２年３月１日より分娩し産褥健診をうけた者を対象とした。但し、18 歳未満の者、精神疾患既往のある者、日本語の読み書きができない者、調査途中で医学的にうつと診断された者、児の入院により、産後入院中に一度も直接授乳ができなかった者、産後１か月まで児が入院していた者は除外した。

６．測定項目

1）年齢、分娩歴、分娩様式、児の出生体重、分娩時出血量、サポート満足、子どもの栄養方法

2）抑うつ

Cox ら[3]らが開発した、産後うつ病のスクリーニング目的のために作成された EPDS を、岡野らにより翻訳して作成された、日本語版 EPDS（岡野他，1996）[4]を用いて測定した。これは、10 項目で構成され、0～3 点の 4 件法で採点する。高得点ほど抑うつ傾向が高くなるように設定されており、信頼性（Cronbach α係数 0.78）と妥当性が検証されている。産後のカットオフ区分点は 8 点／9 点である。産前のカットオフ区分点は明らかになっていないが、EPDS は、産前の測定も可能であると言われている[5]。

3）ボンディング

赤ちゃんへの気持ち質問票（Mother-to-Infant Bonding Scale－Japanese version：以下 MIBS-J）[6]を用いて測定した。これは、ロンドン大学精神医学研究所周産期医学部門チームにより開発された Mother Infant Bonding Questionnaire(MIBQ)に基づいて、日本人の一般母集団のスクリーニングに使用することを目的に作成された母子結合尺度日本語版である。10 項目で構成され、0～3 点の 4 件法で採点する。得点が高いほど赤ちゃんへの否定的な感情が強いことを示している。この MIBS-J に診断基準はなくカットオフ値はない。合計点が 3 点以上つけば、詳細な聞き取りを行い、児に対する否定的な気持ちの強度や行動などを把握すると記載されている。研究実施施設では、産褥早期（退院前日）から産後１か月までスクリーニングを行っている。

７．データ分析方法

IBM SPSS statistics 24.0 を使用し、各変数の基本統計量を算出したのち、正規性の検定を行った。各変数間の関連要因を検討するため、マンホイットニーの U 検定、クラスカル・ウオリスの *H* 検定、スピアマンの順位相関係数を求めた。有意水準は 5%とした。抑うつに影響する要因を明らかにするために、EPDS 得点を従属変数とした重回帰分析を行った。

８．倫理的配慮

産婦人科外来と授乳室にポスターを掲示し、研究目的、方法、研究参加は自由であり、拒否したことで不利益はうけないこと、個人は特定されないことを周知した。次に、産婦人科外来に研究辞退用紙の回収箱を設置し、研究参加者に研究を辞退する機会を保証した。データ収集は、対応表を用いて、個人が特定できないようにした。電子データの取り扱いについては、データファイルおよび保存媒体にパスワードを設定した。

本研究は、日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会(第 1919 号)及び、研究実施施設で承認を受けた(第 566 号)。

９．用語の操作的定義

1）抑うつ

「抑うつ」は英語の“depression”の訳語であるが、心理学的、精神学的には「抑うつ気分」、「抑うつ症候群」、疾病単位の「うつ病」３つの意味で使われている。本研究では、もともと既往で「うつ病」がある人は対象としない、介入のない観察研究である。よって、本研究では抑うつは「抑うつ気分」とする。

2）ボンディング

妊娠期から母親は子どもへの慈しみ、恐れ、期待など様々な情緒を抱いているがやがて胎動を感じ、お腹をさすり、声をかけ、子どもとの情緒的交流が進む中で少しずつ、子どもを世話し、守りたいという気持ちが生じていく。母親の子どもに対する情緒的絆[2)]をいう。本研究では、母が子どもに対する肯定的な気持ちとする。

Ⅳ．研究結果

１．対象者の背景

令和２年３月１日より分娩し、除外条件を除いた50名を分析対象とした。対象者について表１に示した。出産年齢は平均33.5歳±5.3歳、平均妊娠週数は39週０日±１週１日であった。分娩様式は、全体の66.0%が経腟分娩であり、34.0%が帝王切開であった。児の出生体重は、94.0%が2500ｇ以上であった。分娩時出血量は、全体では、481±440mlであった。分娩様式別にみると、経腟分娩が359±418ml、帝王切開が758±377mlであった。産後１か月のサポートの満足度では満足な者は74.0%であり、やや満足は24.0%、やや不満は 2.0%、不満である者はおらず、満足・やや満足で98.0%を占めていた。産褥１か月の授乳状況では、完全母乳とほとんど母乳（人工乳１回／日）で58.0%、混合栄養32.0%、人工乳のみは10.0%であった。

表１．研究対象者の背景

	Mean（SD）	*n（%）*
出産年齢（歳）	33.5（±5.3）	
分娩歴		
初産婦		22(44.0)
経産婦		28(56.0)
出産時の週数	39週0日（±1週１日）	
最小	36週1日	
最大	41週2日	
分娩様式		
正常経腟分娩		29(58.0)
吸引・鉗子分娩		4（8.0)
選択的帝王切開術		11(22.0)
緊急帝王切開術		6（12.0)
児の出生体重（g）	3024（±334）	
２５００未満		3（6.0)
２５００以上		47（94.0)
分娩時出血量(ml)	481(±440)	
経腟分娩	359(±418)	33（66.0)
帝王切開	758(±377)	17（34.0)
産後1か月のサポート満足度		
満足		37（74.0)
やや満足		12（24.0)
やや不満		1（2.0)
不満		0（0.0)
産褥1か月の授乳状況		
完全母乳		26（52.0)
ほとんど母乳（人工乳1回／日）		3（6.0)
混合		16（32.0)
人工乳のみ		5（10.0)

EPDSの縦断的な測定時期と人数と割合について表２に示した。妊娠初期から、測定できた者は25名(50.0%)であった。そのうち、6時点全てで測定できた者は13名(26.0%)であった。転院や里帰り分娩などで妊娠中期以降からの測定の者は12名（24.0%)、妊娠後期からの測定の者は13名（26.0%）であった。

表２．ＥＰＤＳの縦断的な測定時期と人数と割合

妊娠初期	妊娠中期	妊娠後期	産褥早期	産褥2週	産褥1か月	*n*（%）
●	●	●	●	●	●	13（26.0）
●		●	●	●	●	6（12.0）
●	●		●	●	●	2（ 4.0）
●	●	●	●		●	3（ 6.0）
●	●		●		●	1（ 2.0）
	●	●	●	●	●	12（24.0）
		●	●	●	●	6（12.0）
		●	●		●	7（14.0）
注）●は測定						50（100）

２．各期の EPDS・MIBS-J 得点の推移

各時期の EPDS および MIBS-J の平均値、標準偏差、中央値を表３に示した。

1）EPDS

本研究における Cronbach α係数は、妊娠初期 0.849、妊娠中期 0.818、妊娠後期 0.732、産褥早期 0.766、産褥 2 週 0.832、産褥 1 か月 0.866 であった。

また、EPDS 得点の平均値の推移を図１に示した。6 時点の中で、EPDS 得点の平均が一番高いのは妊娠初期であった。次に妊娠中期、産褥 2 週、産褥早期、妊娠後期であり、産後 1 か月が一中番低かった。央値では、妊娠初期が一番高く 4 点であった。妊娠中期以降から産後 1 か月までは 1 点と横ばいであった。さらに、6 時点すべての EPDS の推移を測定できた 13 名での EPDS 得点の平均値の推移を図２に示した。この結果においても、妊娠初期が一番高い結果であった。一番低かったのは、妊娠後期、次に産褥 1 か月であり、妊娠中は、妊娠経過とともに EPDS 得点は低下し、産褥早期に少し高くなるが産褥経過とともに低下していた。

２）MIBS-J

MIBS-J 得点平均が一番高いのは、産褥早期であった。次に産後 2 週、産褥 1 か月であり産褥日数とともに得点は低下していた。3 点以上の人数も産褥早期が多かった。

表3. 各期のEPDS・MIBS-Jの記述統計および、EPDS9点以上の人数とMIBS-J3点以上の人数

	経過週数(SD)		EPDS					MIBS-J			
			n	平均値	中央値	SD	n≧9点	平均値	中央値	SD	n≧3点
妊娠初期	10週3日(1週0日)	a	25	4.08	3	4.27	4				
妊娠中期	25週5日(2週5日)	a	30	2.50	1	3.22	1				
妊娠後期	36週1日(1週2日)	a	47	1.83	1	2.36	1				
産褥早期	4.36日(1.12日)	b	50	1.92	1	2.62	2	1.42	1	1.59	10
産褥2週	14.08日(2.41日)	b	39	1.97	1	3.03	3	1.21	1	1.70	5
産褥1か月	29.7日(2.35日)	b	50	1.62	1	2.98	2	0.80	0	1.29	4

a, 妊娠開始後　b, 出産後

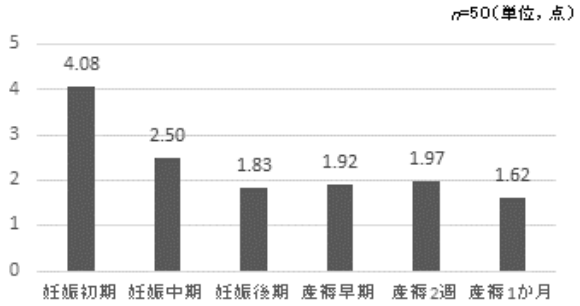

図 1. EPDS 得点の推移（横断調査）

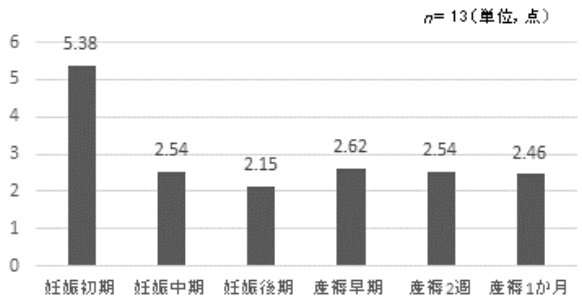

図 2. EPDS 得点の推移（縦断調査）

３．EPDS 得点の各時期との関連

表４に示したように、妊娠初期の EPDS 得点は、妊娠後期の EPDS 得点と有意な正の相関があったが、妊娠中期、産褥各期に有意な相関はみられなかった。しかし、妊娠中期以降の EPDS 得点は、産褥１か月まですべての時期で有意な相関がみられた。

表４．ＥＰＤＳ得点の各時期との関連

測定時期	1	2	3	4	5	6
１．妊娠初期	—	.413	.680**	.301	.137	.075
２．妊娠中期	.413	—	.656**	.368*	.533**	.534**
３．妊娠後期	.680**	.656**	—	.497**	.672**	.486**
４．産褥早期	.301	.368*	.497**	—	.738**	.599**
５．産褥２週	.137	.533**	.672**	.738**	—	.848**
６．産褥１か月	.075	.534**	.486**	.599**	.848**	—

注）スピアマンの相関係数　　**：p＜0.01,＊：p＜0.05

４．各期の抑うつとボンディングとの関連

表５に示したように、妊娠初期の EPDS 得点は産褥早期と産後１か月の MIBS-J 得点と有意な相関がみられた。妊娠中期以降の EPDS 得点は、産褥各期の MIBS-J 得点と有意な正の相関がみられた。

表５．妊娠中から産後１か月までのＥＰＤＳと産褥各期のＭＩＢＳ－Ｊとの関連

	産褥早期ＭＩＢＳ－Ｊ	産褥２週ＭＩＢＳ－Ｊ	産褥１か月ＭＩＢＳ－Ｊ
妊娠初期ＥＰＤＳ	.575**	.401	.615**
妊娠中期ＥＰＤＳ	.469**	.481*	.408*
妊娠後期ＥＰＤＳ	.288*	.449**	.434**
産褥早期ＥＰＤＳ	.467**	.383*	.366**
産褥２週ＥＰＤＳ		.498**	.522**
産褥１か月ＥＰＤＳ			.460**

注）スピアマンの相関係数　　**：p＜0.01　＊：p＜0.05

５．EPDS に関連する要因

１）個人特性との要因

年齢と各時期の EPDS 得点において、相関係数－0.035～0.163 と有意な相関はなかった。

有意差のあったものは表６にあるように、喫煙習慣がある者は、ない者に比べて妊娠期の各期に有意差はなかったが、産褥早期、産褥２週間、産褥１か月の各期において EPDS 得点が高く有意な差があった(p＜0.05)。心療内科に相談した経験がある者は、ない者より産後１か月において EPDS 得点が高く有意差があったが、他の時期では有意差はなかった。「夫（パートナー）へなんでも話せる」において、いいえと答えた者は、はいと答えた者より、産褥早期の EPDS 得点が高く、有意に高かった（p＜0.05)。

２）妊娠中からの要因

妊娠後期に異常があった者はそうでない者より、妊娠後期と産褥１か月の EPDS 得点が有意に高かった（p＜0.05）（表 6)。

３）分娩・産褥期からの要因

分娩様式と産褥各期の EPDS 得点において、クラスカル・ウオリスの *H* 検定を行ったが有意な結果はみられなかった（χ^2＝0.670～0.933（p＞0.05））。

産褥 2 週 EPDS 得点と分娩時出血量との間との相関係数 0.327（p＜0.05）と有意な正の相関、産褥 2 週 EPDS 得点と出生体重との相関係数 0.33（p＜0.05）と有意な正の相関があった。産褥早期 EPDS 得点と産後 1 か月 EPDS 得点と分娩出血量に関連はなかった。出血量と児の出生体重は 0.298（p＜0.05）と有意な正の相関があった(表 7)。

産後 1 か月時での、児への授乳方法と EPDS 得点においてもクラスカル・ウオリスの *H* 検定を行ったが有意な結果はみられなかった（χ^2＝0.307（p＞0.05））。

サポート満足は、満足の者とやや満足・やや不満な者の 2 群にわけた。産褥 1 か月において、やや満足・やや不満な者は満足な者より EPDS 得点が高く有意な差がみられた（p＜0.05）（表 6）。

表6. 各時期のEPDS得点に関連する要因

変数		妊娠初期				妊娠中期				妊娠後期				産褥早期				産褥2週				産褥1か月			
		n	*Mean±SD*	Z値	P値	*n*	*Mean±SD*	Z値	P値	*n*	*Mean±SD*	Z値	P値	*n*	*Mean±SD*	Z値	P値	*n*	*Mean±SD*	Z値	P値	*n*	*Mean±SD*	Z値	P値
喫煙	あり	2	9.50(3.53)	-1.78	0.074	2	6.00(2.82)	-1.74	0.08	3	3.67(2.51)	-1.62	0.105	3	4.33(1.52)	-2.27	0.023	3	6.33(3.51)	-2.47	0.013	3	6.00(4.58)	-2.12	0.034
	なし	23	3.61(4.05)			28	2.25(3.14)			44	1.70(2.26)			47	1.77(2.60)			36	1.61(2.73)			47	1.34(2.68)		
心療内科やカウンセリングへ相談した経験	あり	1	4.13	-0.14	0.88	1	1	-0.237	0.813	4	2.25(2.06)	-0.672	0.502	4	1.75(1.78	-0.277	0.782	3	3.00(3.00)	-0.92	0.35	4	3.75(3.75)	-2.29	0.02
	なし	24	4.13(4.35)			29	2.55(3.26)			43	1.79(2.34)			46	1.93(2.69)			36	1.89(3.59)			46	1.43(2.94)		
夫(パートナー)へなんでも話すことができる	いいえ	1	12.00	-1.48	0.13	1	4.00	-0.83	0.40	2	3.00(2.82)	-0.98	0.32	2	5.50(0.70)	-2.17	0.03	1	3.00	-1.04	0.29	2	1.50(0.70)	-0.99	0.31
	はい	24	3.75(4.02)			29	2.45(3.26)			45	1.78(2.30)			48	1.77(2.56)			38	1.95(3.06)			48	1.63(3.03)		
妊娠後期の異常	あり									27		-2.118	0.034	30		-0.766	0.443	24		-1.785	0.074	30		-3.15	0.002
	なし									20				20				15				20			
産褥1か月時のサポート満足	満足																					37	0.81(1.45)		
	やや満足・やや不満																					13	3.92(4.69)	-2.424	0.015

注)マンホイットニーのU検定
注)妊娠後期の異常

表7. 産褥期のEPDS得点と児の体重および分娩時出血量の相関

	分娩時出血量	児の出生時体重	産褥早期EPDS	産褥2週間EPDS	産褥1か月EPDS
分娩時出血量	—	.298*	.179	.327*	.216
児の出生時体重	.298*	—	.089	.330*	.045

注)スピアマンの相関係数　　＊:p＜0.05

６．産後 1 か月の抑うつに影響する要因

これまでの結果をもとに、従属変数に「産後 1 か月の EPDS 得点」、独立変数に有意差のみられた項目「喫煙」「妊娠後期の異常」「後期の EPDS 得点」「心療内科やカウンセリング相談あり」「分娩時出血量」「児の出生体重」「産後 1 か月のサポート満足」を投入した重回帰分析（ステップワイズ法）を行った（表８）。その結果、「喫煙」（β＝0.189, p＝0.049)、「妊娠後期 EPDS 得点」（β＝0.658, p＝0.000)、「産後 1 か月のサポート満足」（β＝0.212, p＝0.037）の 3 項目が影響していた。調整済みR^2は 0.664 であった。

表8．産後1か月の抑うつに影響する要因

独立変数	標準化係数β	p値
喫煙	0.189	0.049
心療内科やカウンセリング相談経験	0.109	0.225
妊娠後期の異常	0.032	0.734
妊娠後期の抑うつ	0.658	0.000
児の出生体重	−0.119	0.208
分娩時出血量	−0.079	0.393
サポート満足度	0.212	0.037
R^2	0.715	
F	13.97	0.000
調整済みR^2	0.664	

※重回帰分析（ステップワイズ法）

Ⅴ．考察

１．妊娠中から産後１か月までの抑うつ状態とその推移

本調査の抑うつの平均は、妊娠初期、次に妊娠中期、産褥２週、産褥早期、妊娠後期、産後１か月が一番低かった。過去に、妊娠初期から産後１か月まで縦断的に抑うつ状態を調査したものはみあたらなかったため、新たな知見を得た。妊娠初期が一番高かったのは、妊娠悪阻などのマイナートラブルからの体調不良や、希望しない妊娠などの影響がある可能性があるため今後は、マイナートラブルの調査やサンプルサイズも増やし、継続的に調査を行っていきたい。

榮ら[7]は、妊娠後期から産後の抑うつの縦断的な調査を行い、産褥期よりも妊娠後期の抑うつが高い結果であり本調査と異なる結果を報告している。渡辺ら[8]は、横断的に妊娠中期、後期、産後１か月での抑うつを測定しており、平均値は、産後１か月が一番高く、次に妊娠中期、妊娠後期が低い結果であり、本調査の縦断調査結果と同じような結果であった。渡辺らの調査は横断的であり、母集団に相違があることから、抑うつ状態の推移については、比較検討することはできないと考えるが、榮らの調査では、妊娠後期と産褥期の EPDS 得点は有意な正の相関があり、本調査と同じ結果であった。このことにより、妊娠後期の抑うつに対するケアを積極的に行う必要性があることが示唆された。

２．抑うつとボンディングとの関連

先行研究では、妊娠初期、妊娠中期、産褥早期の調査において、妊娠初期の抑うつは、児への愛着障害との関連、妊娠中期の抑うつを予測する。妊娠中期の抑うつは産褥早期の抑うつを予測する[9]と報告している。本調査でも同様の結果であった。

さらに、新たな知見として、妊娠初期の抑うつは、産後の抑うつには影響しないが、ボンディングは産褥１か月まで影響すること、妊娠中期の抑うつは、産後１か月まで抑うつ・ボンディングに影響することを知ることができ、妊娠初期からの EPDS の測定の重要性を感じた。今後は、妊娠初期に EPDS が高値の母親には、妊娠早期から児への愛着を高めるようなケアを検討していく必要があると考える。

３．抑うつに影響する要因

今回の調査では、精神疾患既往の妊産婦は対象にしていない。しかし、精神疾患の既往や治療がなくても、心療内科に相談した経験のある妊産婦がいることがわかった。そのため、妊娠初期の問診などで確実に聞き取りを行い、妊娠期からのフォローアップを強化していく必要性がある。

分娩時出血量が多く、児の出生体重が重いと産褥 2 週間で抑うつ状態が高い結果であった。先行研究でも、児の出生体重が重いと分娩出血量が多い[10]という報告があり、本調査でも児の出生体重と分娩時出血量とは正の有意な相関があった。分娩時出血量が多いと貧血になりその影響を受ける可能性が考えられるため今後は採血データとの検討を実施していきたい。

喫煙と産後の抑うつのメタアナリシスにおいて、喫煙と産後の抑うつは関連がある[11]と示唆されている。我が国の中板の調査でも産後 1 か月時の抑うつに影響を及ぼす要因として喫煙があったこと[12]や本研究の重回帰分析でも影響がある要因となっていた。妊娠期の喫煙と妊娠中の抑うつの調査は先行研究でみあたらなかったが、産後は、育児が加わり褥婦の自由な時間がもてにくくストレスを感じる機会が増えることが考えられる。菅谷らによると、喫煙は精神健康が有意に影響する[13]という報告があることから、妊産婦の保健指導は、禁煙指導だけでなく、妊産婦のメンタルヘルスも視野にいれ、より細やかなケアを行っていく必要がある。

先行研究では、ソーシャルサポートへの満足度は産後うつの有意な予測因子であることが報告されている[14]。今回の調査についても、産後の抑うつに影響する因子であった。産後の抑うつを軽減するためには、具体的にどのような支援が必要であるか今後検討していく必要が示唆された。

Ⅵ．結論

１．抑うつは妊娠初期が最も高かった。

２．ボンディングは、産褥経過とともに育児経験が増えると高くなっていく。

３．抑うつと児のボンディングは関連する。妊娠初期の抑うつは産褥期のボンディングに影響し、妊娠中期以降の抑うつは、妊娠後期から産後 1 か月のすべての時期の抑うつとボンディングに影響する。

４．産後 1 か月の抑うつに影響する要因は、重回帰分析の結果「妊娠後期の EPDS 得点」「喫煙」「産後 1 か月でのサポート満足」であった。

謝辞

本研究にご協力いただきました妊産婦の皆様、ならびに職員の方々に深く感謝を申し上げます。本研究は、令和 2 年度愛知県看護協会看護研究助成金を受け実施しました。

付記

この研究は日本赤十字豊田看護大学修士論文における予備研究である。

第 41 回日本看護科学学会学術集会で発表した。

文献

１）厚生労働省(2015)：健やか親子 21(健やか親子第 2 次)，切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策，2019 年 9 月 25 日閲覧，
https://sukoyaka21.jp/expert/targetvalue/task_a.

２）吉田敬子，鈴宮寛子，山下洋,他：妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～，公益社団法人日本産婦人科医会，2017.

３）Cox J, Holden J, Sagovsky R：Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *The British Journal of Psychiatry*, 150 (6) , p.782-786, 1987.

４）岡野禎治，村田真理子，増地聡子,他：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価(EPDS)の信頼性と妥当性，精神科診断学，7(4)，p.525-533，1996.

５）Cox J, Holden J：産後うつ病ガイドブック，岡野禎治，宗田聡訳，南山堂，2006.

６）Yosida K, Yamashita H, Conroy S, et.al：A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of women's Mental Health,* 15(5)，p.343-352，2012.

７）榮玲子，植村裕子，松村惠子,他：母親の抑うつ傾向の推移とストレス対処能力との関連　妊娠後期から産後 1 年までの縦断的調査，香川母性衛生学会誌，18(1)，p.23-31，2018.

８）渡辺綾子，眞鍋えみ子，和泉美枝,他：妊娠期、産後における睡眠、不安、抑うつの違いと各時期における関連，心理学研究，89(2)，p.130-138，2018.

９）Ohara M, Okada T, Kubota C, et.al： Relationship between maternal depression and bonding failure: A prospective cohort study of pregnant women, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(9-10)，p.733-741，2017.

10）堀江早喜，野村恭子，中川潤子,他：正期産単胎 1,294 名における分娩時出血量に与える因子の検討，日本衛生学雑誌，71(3)，p.208-215,2016.

11）Hong-Lin C, Ji-Yu C, Man-Li Z, et.al：Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis,
Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 40(2)，p.97-105,2019.

12）中板 育美，佐野 信也：産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究：子ども虐待防止の視点から，小児保健研究，71(5)，p.737-747，2012.

13）菅谷洋子，小林智，西本典良：女子医療福祉系学生の喫煙と精神健康状態・ストレスコーピング・自己効力感の関連，*Journal of health and social services*, (16)，p.9-16,2018.

14）岩田裕子，森恵美，坂上明子,他：産後 1 カ月時に褥婦が認識するソーシャルサポートとうつ症状，母性衛生，57(1)，p.138-146，2016.

Ⅱ．令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者

報 告 論 文

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

一般病棟看護師に対する「豊かな存在としての高齢者のあり様」に着目したリフレクションシートの開発

○近藤絵美（千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程）
正木治恵（千葉大学大学院看護学研究科）

Ⅰ．はじめに

一般病棟における高齢者へのケア提供場面では、疾患の治療や事故予防に関わる業務に重点が置かれやすく[1)2)]、高齢者との関係性の希薄や時間的・心理的余裕のなさ[3)]といった急性期に特有の制約により、看護師は高齢者に対して否定的な感情や困難感を体験し、高齢者と十分向き合えない状況が報告されている。このような困難状況への対策として、高齢者に対する正しい理解と、知識・技術の習得が重要であり[4)5)]、そのために高齢者ケアや認知症ケアに関連した研修が各地で実施されるようになり、高齢者ケアの基本理念やケア方法が普及しつつある。しかし、高齢者ケアに関する知識や技術を習得しても、そこでの学びを実践で活かしていくことへの不安や難しさが指摘されている[6)]。つまり、知識や技術といったケアの枠組みから看護実践をとらえるのではなく、日々の看護実践について看護師がどのように高齢者や高齢者の反応を理解し、どのように関わっているのかを吟味し明らかにしていくことが必要であると考えた。

そこで、研究者は Paterson ら[7)]が人間的看護実践の理論で言及している「豊かな存在（more-being）」という概念に着目した。人間的看護実践の理論は、看護師自身と他者に対する実在的な気づきを重要視し、その理論的基盤は現象学にあるとされている。先行研究[8)]では、内科一般病棟における「豊かな存在としての高齢者のあり様」が内包された看護実践を明らかにする研究に取り組んだ。そして、高齢者がどのように他者と関係を結び反応しているかといった、独自的・主体的体験を理解することが可能となること、そして、高齢者が表出する他者との関係性や反応に対して、看護師がどのように応答しているのかといった、日常の実践では意識されない看護師自身の高齢者へのかかわりを理解する手がかりになることが示唆された。しかし、応答性が特徴である「豊かな存在としての高齢者のあり様」が内包された看護実践は、看護師たちが意識化することが難しく、「豊かな存在としての高齢者のあり様」に気づきを得るための方略として、一般病棟看護師に対するリフレクション支援が必要であると考えた。

看護実践における看護専門職へのリフレクション支援に関する文献検討を実施したところ、ファシリテーターの存在が重要であるものの、その育成状況は不十分であること[9) 10)]、リフレクションのスキルを獲得するためには、長期的・継続的な支援が必要である[11) 12)]が、教育や研究の一部としてしか臨床に取り入れられていないこと[13) 14) 15) 16)]、リフレクティブな記述を促進するツールが必要であるが、看護継続教育ではその開発が進んでいないこと[17) 18)]が明らかになった。さらには、多忙な環境のなかで、研修やプログラムへ参加する時間確保の難しさや負担感が大きく、

リフレクション支援が臨床に定着できていない実態が明らかになった。

これらの先行研究の結果から、一般病棟の看護師がファシリテーター支援のない状況でも、臨床のなかで継続的にリフレクションするための支援ツールが必要であると考えた。そして、一般病棟看護師に対する「豊かな存在としての高齢者のあり様」に着目したリフレクションシート（以下、リフレクションシート）を考案し、専門家からの意見を踏まえてリフレクションシート原案を作成した。専門家からは、否定的感情が生じること、一般病棟看護師一人で実施することの難しさが意見として出された。しかし、本リフレクションシートは一般病棟の看護師を支援するものであり、一般病棟の看護師にとって意義があり使いやすく、看護師自身の視点から開発する必要がある。また、ファシリテーターがいない状況でリフレクションを行うためには、自律的な臨床判断や看護実践の意味付けなど、中堅レベル以上の実践能力が求められると考えた。そこで、本研究では一般病棟に勤務する中堅レベル以上の看護師に本リフレクションシートを適応し、高齢者とのケア場面を一人でリフレクションするにあたって分かりやすいか（明確性）、使用しやすいか（実用性）、効果があるか（有用性）の検証を通して、リフレクションシートを開発することを目的とした。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は、一般病棟の看護師に対する「豊かな存在としての高齢者のあり様」に着目したリフレクションシートの明確性、実用性、および有用性の検討を行い、リフレクションシートの開発をすることである。

Ⅲ．研究方法

1．用語の定義

1）一般病棟

厚生労働省[19]が「地域医療構想」で示している「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」という急性期機能の定義をもとに、急性期機能を有する病院の一般病床（精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床）のうち、医療技術や看護配置・診療密度の水準が高い病棟、回復期機能を有する病棟、長期療養のための病棟、緩和ケア病棟、小児科および周産期病棟を除いたものを一般病棟と定義した。

2）高齢者

身体的な疾患や事故による損傷のために、急性期治療が必要となり一般病棟に入院している 65 歳以上のものを高齢者とした。急性期から回復期、慢性期、終末期といったさまざまな病期にある高齢者をすべて含む。

3）豊かな存在としての高齢者のあり様

本研究では、Paterson ら[7]の人間的看護実践の理論の中に示された「豊かな存在（more-being）」という概念を参考に、「人々の独自な体験のなかで、他者といかに関係を結び反応するかの選択を通して存在する高齢者のようす」と定義した。

4）リフレクション

リフレクションに関する理論家の定義をもとに、「学習者が意図的に行う内的な探究であり、自

分自身の実践を振り返り、自分の反応（行為）、信念、論理、前提の吟味を行い、その経験に新たな意味づけ・理解を統合するプロセス[20) 21) 22)]」とした。

2. 研究デザイン

本研究は、リフレクションシートの明確性、実用性の検討（研究 1）と、リフレクションシートの有用性の検討（研究 2）の 2 段階で構成される。研究 1 の結果を踏まえて、リフレクションシートを修正しながら研究 2 を進めた。

3. リフレクションシート原案の概要

Kim（1999）[23)]の開発したCritical Reflective Inquiry（CRI）モデルを基盤とし、「Step1：記述の段階」「Step2：リフレクティブな段階」「Step3：批判的な段階」で構成するリフレクションシートを考案した。

Step1は高齢者へのケアにおいて印象に残っている場面や判断に困った場面、疑問に思った場面について事例の状況，看護師の思考・判断・感情・行為を順序立てて記述する段階であり、リフレクションのアセスメント尺度に関する先行研究[24) 25) 26) 27)]から段階的な問いかけを抽出した。

Step2 は、豊かな存在としての高齢者のあり様に着目して事例をとらえ直す段階である。先行研究[8)]のデータを用いて、「豊かな存在としての高齢者のあり様に関連する看護師の経験」について、KJ 法（質的統合法）[28)]にて分析し、リフレクションの視点の構成要素として『看護の目的』『看護師の関わり』『高齢者のあり様』を導出した。『看護の目的』に該当する『看護師の関わり』と『高齢者のあり様』ごとに配置し、Step1 で記述した事例場面について振り返る視点とした。

Step3 は、Step1 と Step2 を踏まえてリフレクションでの学びと次への活用を記述する段階である。見出された自己の課題や学びを明確化し、それを次の実践へ活かすための質問項目を設定した。

そして、高齢者看護実践、ならびにリフレクションの専門家 6 名によるグループディスカッションを行い、リフレクションシートに関する意見をもとに修正を行いリフレクションシート原案とした。専門家からは、リフレクションによって否定的な感情が生じること、ファシリテーターの必要性といった課題が明らかになり、これらに対して検討する必要性が示された。

4. データ取集方法ならびに分析方法

1）研究 1：リフレクションシートの明確性、実用性の検討

急性期機能を有する第 3 次救急医療施設（年間平均在院日数 11 日）で、高齢者が多く入院している病棟に勤務する 3 年目以上の看護師を対象とした。対象看護師にリフレクションシート原案を 1 回使用してもらい、明確性（用語のわかりやすさ、使いやすさ）と実用性（状況の記述はできたか、リフレクションはできたか、学びや今後への活用について整理することができたか、実際の臨床現場の状況と適合しているか、使用にかかる時間と負担感、得られた効果）についてインタビュー調査を行った。そして、リフレクションシートの記述とインタビューの内容から、リフレクションシートを使用した効果ならびに効果的な活用のための要素、効果的な活用における課題について質的帰納的に分析しカテゴリー化した。

2）研究 2：リフレクションシートの有用性の検討

研究 1 と同一の施設、同一の病棟にてデータ取集を実施した。しかし、研究 1 とは異なる 3 年目以上の看護師を選定した。対象看護師に、研究 1 で修正したリフレクションシートを実践の中で 2 か月の期間内に複数回使用してもらった。対象看護師の属性を理解するために、基本情報アンケートと看護実践能力自己評価尺度（Clinical Nursing Competence Self-assessment Scale : CNCSS）[29]をリフレクションシートの使用前に実施した。CNCSS は、看護実践能力を 4 つの概念、その下位項目として 13 のコンピテンスで 64 の質問で構成されている。質問について達成の程度として、『自信をもってできる（4 点）』『まあまあ自身がある（3 点）』『あまり自信がない（2 点）』『自信がない（1 点）』で回答してもらった。また、対象看護師に対するインタビュー調査と、リフレクションシートの記述内容をデータとし、対象看護師のリフレクションシートを使用した体験と実践への影響の記述、ならびにリフレクション過程で生じたアウトカムの質的帰納的分析を行った。

研究 1～研究 2 において、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会（研究 1：承認番号 30-72、研究 2：承認番号 31-97）と研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者には研究の趣旨、研究内容、自由意思による参加と途中辞退の保証、不利益の回避、個人情報保護、研究の公表について書面および口頭で説明し、同意を得た。

Ⅳ．結果

1）研究 1：リフレクションシートの明確性、実用性の検討

対象となった一般病棟看護師 6 名は、20 歳代～40 歳代、女性 5 名、男性 1 名であり、経験年数は 4 年～25 年であった。効果ならびに効果的な使用の要素として、【最近の出来事、かつ主体的な関わりが想起を促す】【自己理解】【状況の概念的理解】【ケアへの肯定感】が示された。効果的な活用に向けた課題として、【否定的感情】【感情への着目】【リフレクションシートの概念や構成の理解】【事例場面への焦点化】【自身の学びについての思考】が示された（表 1 参照）。結果から本研究のリフレクションシートを使用することにより、一定の効果があることが示された。そして、看護師が自身の感情を自覚できる質問項目、自身の学びを記述できる質問項目を設定し、Step1 の事例場面に焦点化できるような工夫といった対策を講じることで、ひとりで実施できるリフレクションシートへと修正した。

2）研究 2：リフレクションシートの有用性の検討

対象となった一般病棟看護師 8 名は、20 歳代～30 歳代、全て女性であり、経験年数は 4 年～15 年であった。対象看護師の看護実践能力は先行研究[29]よりやや高い得点であり（表 2 参照）、中堅看護師レベルの看護実践能力を有していた。対象看護師のリフレクションシートを使用した体験と実践への影響の記述により、対象看護師の思考は「豊かな存在としての高齢者のあり様」への気づきを得ていたことが示された。また、リフレクション過程で生じたアウトカムのカテゴリーとして、【医療者主体の関わりへの気づき】【自己理解】【高齢者理解の拡張】【ケアの方向性】【新たな関わり方の模索】など、15 のカテゴリーが明らかになった。そして、Boud ら[21]の提唱しているリフレクションの包括的なアウトカム視点を網羅する結果であった（表 3 参照）。以上より、「豊かな存在としての高齢者のあり様」に着目したリフレクションシートの効果は検証された。

3）開発されたリフレクションシート

Step1では、看護師の感情を表出できるように、「その場面について、あなたはどのように感じましたか？それはなぜですか？（快・不快・不安な感情など）」など、5つの質問項目を作成した。Step2では、『看護の目的』として「今必要な看護を日々積み重ねることにより、高齢者の回復につなげる」や「高齢者にとって当たり前の日常や、できることを保障する」などの6項目を、『看護師の関わり』として「〇〇さんの身体状況や言動、表情などから、日常生活動作（ADL）の拡大や、ケア方法の変更ができるかどうかを確認する」や「病や加齢のために身体機能が低下している状況のなかで、〇〇さんは何ができているかを確認する」などの34項目を作成した。また、『高齢者のあり様』として、「〇〇さんのケアニーズはとても複雑で，身体状況や日常生活状況によって変化している」や「〇〇さんは、病や加齢のために身体的機能が低下してできないことが増える中でも、今できていることを自分自身ですすんで行っている」などの15項目を作成した。そして、Step1の事例場面について、それぞれ当てはまる項目をチェックするようにした。Step3では、学びを次への活用について具体的な記述ができるように、「Step1とStep2を通したリフレクションで感じたこと・気づいたことはありますか？」と「リフレクションでの気づきを今後どのように生かしていったらいいか、考えてみましょう。あなたが実行できる具体的な行動を書いてみましょう」の2つの質問項目を作成した。

Ⅴ．考察

研究2の明確性、実行可能性の検討により、専門家の意見と同様に【否定的感情】が課題として挙がった。しかし、小宮ら（2005）[30]は否定的感情と向き合うことで内省がすすみ肯定的感情に移行することを報告している。松浦（2010）[31]の研究では、看護師が状況を客観視することで陰性感情を持ちながらも主体的にケアに関与できることが示唆されている。その一方で、否定的感情が肯定的感情に移行するには他者との対話が必要であり、本リフレクションシートへの取り組みだけで否定的感情を肯定的感情へ移行させることは困難である。そこで、否定的感情が生じる課題については、高齢者やケア場面に対する自身の否定的感情に気づき、向き合うことができることを目指し、その場面における看護師自身の感情をしっかり記述できるように修正を行った。

その結果、本リフレクションシートは「豊かな存在としての高齢者のあり様」への気づきを促し、高齢者理解の拡張、自己理解、更なるケアへの探求へとつながっていることが明らかになり、中堅レベルの看護実践能力を持つ看護師が一人で実施できるツールであることが示された。

最後に、解研究の限界として、一つの急性病棟でリフレクションシートの明確性、実用性、および有用性の検討を実施しており、結果を一般化するには限界があると考える。

Ⅵ．結論

本研究は、リフレクションシート原案について明確性、実用性、および有用性の検討を実施し、「豊かな存在としての高齢者のあり様」に着目したリフレクションシートの開発を行った。本リフレクションシートは、「豊かな存在としての高齢者のあり様」への気づきを促し、高齢者理解の拡張、自己理解、更なるケアへの探求へとつながっていることが明らかになり、中堅レベルの看護実践能力を持つ看護師が一人で実施できるツールであることが示された。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は令和元年度 公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施したものである。

付記

本研究は令和2年度千葉大学大学院看護学研究科博士論文の一部を抜粋し、加筆修正したものである。なお、本研究の一部を第40回日本看護科学学会学術集会にて発表した。

文献

1) 山本美輪：一般病棟勤務看護者の高齢看護におけるジレンマの概要，日本看護管理学会誌，11（2），84-91，2008.

2) Moyle W, Borbasi S, Wallis M, et al. : Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective, Journal of Clinical Nursing, 20, 420-428, 2010.

3) 松波美紀，野中恵美，山田陽子，他：一般病院で働く看護師の高齢入院患者への関わり方，日本看護学会論文集　老年看護，39，267-269，2009.

4) 松本明美，赤石三佐代：BPSDを表出する認知症高齢者の看護　攻撃的行動に対する看護師の捉え方とケア，ヘルスサイエンス研究，15（1），33-38，2011.

5) 室脇千里，胡美恵，藤原真利子，他：認知症高齢者にみられる対応困難な行動や症状に対する看護師の捉え方とその対応，日本看護学会論文集　老年看護，41，152-155，2011.

6) 小山尚美，流石ゆり子，渡邊裕子，他：地域中核病院看護師を対象とした「認知症対応力向上研修会」の評価 研修終了後のアンケートより，老年看護学会誌，20(2)，92-98，2016.

7) Paterson JG., Zderad LT. : Humanistic Nursing Theory, 1976, 長谷川浩，ヒューマニスティックナーシング，医学書院，1983.

8) 近藤絵美，山崎由利亜，正木治恵：内科一般病棟における豊かな存在としての高齢者のあり様が内包された看護実践，千葉看護学会会誌，25（1），9-18，2019.

9) Yeon Hee Kim, Ja Min, Soon Hee Kim, et al. : Effects of a work-based critical reflection program for novice nurses, BMC Medical Education, 18, 2018.

10) 武藤雅子，前田ひとみ：新人看護職に対する複数回の臨床体験のリフレクション支援の効果，日本看護科学会誌，36，85-92，2016.

11) Duke S, J Appleton. : The use of reflection in a palliative care program; a quantitative study of the development of reflective skills over an academic year, Journal of Advanced Nursing, 32（6），1557-1586，2000.

12) Burns, S. and Bulman, C. : Reflective Practice in Nursing: The Growth of the Professional Practitioner, 2000, 田村由美，中田康夫，津田紀子，看護における反省的実践― 専門的プラクティショナーの成長―，ゆみる出版，2005.

13) 児玉みゆき，東サトエ：卒後2年目看護師の行うリフレクションがキャリア開発に与える意味と継続教育方法の検討，南九州看護研究誌，15(1)，11-20，2017.

14) Dawber, C. : Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part2– the evaluation, International Journal of Mental Health Nur

sing, 22(3), 241-248, 2013.
15) Taylor B, Edward P, Holroyd B, et al. : Assertiveness in nursingpractice: an action research and reflection project, Contemporary Nurse, 20(2), 234-247, 2005.
16) 中村美穂子, 東サトエ, 津田紀子：新人看護師のリフレクションが専門職者としての成長に与える意味についての研究, 南九州看護研究誌, 12(1), 21-32, 2014.
17) 五十島暁子, 牧野仁美, 高橋涼子, 他：病棟でのリフレクション活動 リフレクションシートを活用して, 日赤医学, 66(1), 311, 2014.
18) 岡田麻里, 長江弘子, 谷垣静子：他A病院における病棟看護師の退院支援・継続看護研修プログラムの学習成果 ワークシートと6ヵ月後の面接調査の分析から, 日本在宅ケア学会誌, 20（1）, 63-71, 2016.
19) 厚生労働省, 平成26年地域医療構想ガイドラインの検討状況について, 2014. 2020/3/24アクセス, https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai2/siryou3.pdf
20) Evelyn MB, Ann W. Fales. : Reflective Learning : Key to Learning from Experience, Journal of Humanistic Psychology, 23（2）, 99-117, 1983.
21) David Boud, Rosemary Keogh, David Walker. : Reflection: Turning Experiene into Learning, London, Kogan Page. 1985.
22) Rogers RR. : Reflection in Higher Education: A Concept Analysis, Innovative Higher Education, 26（1）, 37-57, 2001.
23) Kim, H. S. : Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice, Journal of Advanced Nursing, 29（5）, 1205-1212, 1999.
24) 池西悦子, 田村由美, 山下哲平,他： 臨床看護師を対象としたリフレクション思考のアセスメント尺度の開発　尺度項目の信頼性, 妥当性の検証, 日本看護科学学会学術集会講演集, 33回, 418, 2013.
25) 池西悦子, 田村由美, 津田紀子：臨床看護師を対象としたリフレクションアセスメント指標の開発　構成概念の抽出と指標案の作成, 日本看護学教育学会誌22巻学術集会講演集, 289, 2014.
26) 田村由美, 池西悦子：看護の教育・実践にいかすリフレクション―豊かな看護を拓く鍵. 南江堂, 2014.
27) Asselin ME, Fain JA. : Content Validation and Utility of a Critical Reflective Inquiry Assessment Tool, Journal for Nurses in Professional Development, 32（5）, 232-241, 2016.
28) 山浦晴男：質的統合法入門；考え方と手順. 医学書院, 2012.
29) 丸山育子, 松成裕子, 中山洋子,他：看護系大学卒業の看護師の看護実践能力を測定する「看護実践能力自己評価尺度(CNCSS)」の適合度の検討, 福島県立医科大学看護学部紀要, 13, 11-18, 2011.
30) 小宮浩美, 鈴木啓子, 石野麗子, 他：入院患者から看護者が受ける暴力的行為に関する研究 18人の精神科看護者の体験, 日本精神保健看護学会誌, 14(1), 21-31, 2005.
31) 松浦利江子：患者に対して陰性感情をもつ体験に付随する倫理的葛藤, 日本看護管理学会誌, 14(1), 77-84, 2010.

表1　効果ならびに効果的な活用のための要素、効果的な活用における課題（研究1）

	カテゴリー	サブカテゴリー
効果ならびに効果的な使用の要素	直近の出来事、かつ主体的な関わりが想起を促す	最近の出来事の想起のしやすさ
		主体的な関わりによる想起の促進
		主体的な判断過程の欠如
	自己理解	自己の看護観への気づき
		自己の感情への気づき
		先入観への気づき
	状況の概念的理解	起きている状況への概念的理解
	ケアへの肯定感	ケアへの肯定感
効果的な使用のための課題	否定的感情	出来ていなかったことへの反省
		ミスに対しての改善策
	感情への着目	看護師自身の感情への着目の難しさ
	リフレクションシートの概念や構成の理解	看護の目的と看護師の関わり、高齢者のあり様の関連の理解不足
		概念への理解不足
	事例場面への焦点化	事例ではなく日々の看護実践の振り返りに転換
		事例場面への焦点化の難しさ
	自身の学びについての思考	学びの記述の難しさ

表2　コンピテンスごとの看護実践能力尺度の平均得点と標準偏差（研究2）　　n＝8

コンピテンス	平均点	標準偏差
基本的債務	3.16	0.65
倫理的実践	3.08	0.70
援助的人間関係	2.71	0.64
クリニカルジャッジメント	3.07	0.59
看護の計画的展開	3.04	0.59
ケアの評価	2.75	0.70
ヘルスプロモーション	2.90	0.70
リスクマネジメント	2.97	0.73
ケアコーディネーション	2.83	0.75
看護管理（役割遂行）	2.97	0.56
専門性の向上	2.63	0.74
質の改善	2.75	0.66
継続学習	2.38	0.65
総得点	2.89	0.69

表3　リフレクション過程で生じたアウトカムのカテゴリー化（研究2）

アウトカムの視点（David et al.,1985）	カテゴリー	サブカテゴリー
経験に対する新しい見方	医療者主体の関わりへの気づき	治療や安全を主眼に置いた関わりへの気づき
		看護師主体の関わりへの気づき
		環境やシステムによる制約への気づき
	高齢者に対する新たな気づき	高齢者の出来ている事、能力への気づき
	自己理解	自分の大切にしているケアへの信念、看護観の表出
		高齢者の思いを尊重する自分の強い思い
		自己の傾向への気づき
		自己の無意識な思考への気づき
		自己の成長への気づき
		自身の関心課題への気づき
	その場面での自分の感情の表出	高齢者に対する感情
		ケア場面に対する不安や後悔、焦燥感、ジレンマ
		ケアに対する前向きな感情
	自分の関わりに対する高齢者の反応の自覚	ケアに対する高齢者の怒りや興奮・拒否の表出
		ケアに対する高齢者のプラスの反応
		高齢者への関わりの影響の自覚
	ケアに対する肯定的なとらえ	実施したケアに対する肯定的な認識
	状況や場面の整理	状況や場面の整理
態度の変化	高齢理解の拡張	高齢者のとらえ方の拡張
	高齢者に対する関心の高まり	高齢者に対する関心の高まり
	高齢者への姿勢の変化	高齢者に関わる態度の変化
適応への準備	高齢者の状況を見極め合わせる重要性	患者の状況やケア介入のタイミングを的確に捉える重要性
	ケアの方向性	高齢者に寄り添ったケアの思考
		他者との協働
	新たな関わり方の模索	異なる視点からのケアのあり方
行動へのコミットメント	看護師の責任	自身の看護師としての役割の自覚
		指導する立場としての役割の芽生え
―	対象事例以外での実践的知識の活用	

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

中小規模の病院における看護師の外国人患者への関わり

山崎富善（藤田医科大学病院）

Ⅰ．はじめに

日本に住む外国人（以下在留外国人）は 1996 年には 142 万人、2016 年では 238 万人と、この 20 年間で 1.7 倍に増加している。研究者が勤務する医療機関が立地する愛知県においても、1995 年には 11 万人、2015 年には 21 万人と 20 年間で 1.8 倍に増加しており、全国よりも増加率は高くなっている。在留外国人の増加に伴い、外国人が医療機関を利用する機会も増加していることが予想される。

厚生労働省は、委託調査（2016）により、医療機関における外国人旅行者及び在留外国人受け入れ体制などの実態を明らかにした[1)]。対象は、全国の救急告示病院と訪日外国人旅行者受入医療機関として観光庁より選定された病院 3,761 病院である（回答数 1,710 施設、回収率 45.5%）。回答した病院のうち、特定機能病院は 76 施設（4.4%）、地域医療支援病院が 316 施設（18.5%）であった。2015 年度の 1 年間に、外国人患者の受入れ実績として外来患者の受け入れ「あり」は、回答した病院全体の約 80%を占め、「なし」の 6.5%を大きく上回る結果となっていた。入院についても、受入れ「あり」と答えた病院数は 6 割近くとなっていたと報告している。妹尾ら（2012）は、外国人による医療需要や外国人受け入れ環境整備の状況を把握する目的で、全国の一般病床を有する病院 4580 施設に対して、アンケート調査を実施した（回答数 507 施設、回収率 11.1%）[2)]。回答のあった施設の 75.5%は 200 床未満の中小病院であった。過去 1 年間で入院・外来・健診・検診のいずれかで 1 人以上の外国人を受け入れた実績のある病院が 76.4%を占め、外国人受け入れ実績がない病院は 14.8%であった。また、過去 1 年間の外国人受け入れ人数を合計すると 4.6 万人であり、そのほとんどが「日本在住外国人」であり、「観光目的」「治療・検査目的」での来日は、それぞれ 1%程度にとどまっていたと報告している。以上の調査結果から、7～8 割程度の医療機関で外国人患者を受入れていることがわかる。

久保ら（2014）は在留外国人が日本の医療機関を利用するにあたり様々な問題が生じていることも指摘している。[3)]「コミュニケーションに時間がかかり患者さんの病状に気付くのが遅れた」「処置中に礼拝の時間だからと中断するよう強く求められていた」など文化の違いや言葉の問題から医療提供者との意思疎通が困難であること、「無保険で治療費を心配し検査、通院を拒む」など無保険や経済的理由から医療費未回収などの金銭的トラブル、宗教や習慣の違いによる食事問題や、祈りの時間・場所が確保できないなどの問題が起きていると報告している。特に、治療に関しては、「肌を見+せることが許されない国の人たちは聴診、触診ができず説明しても理解できない」ことや、「緊急手術が必要な場合も、神に祈れば治ると思っており、手術に対する同意が得られない」という宗教的な問題があることも報告している。豊岡（2015）は、外国人入院患者の場合、食事制限があるが家族が回復のために母国での好物を持参するなど、病院食は治療の一

環であるという位置づけが理解できていない事例についても報告している[4)]。

厚生労働省からの委託調査（2016）[1)]によると、外国人患者のトラブルでは、金銭・医療費に関するトラブルが 1,710 施設中、509 病院（30%）と最も多く、本国へ帰国してしまい医療費未納となる事例を報告している。日本医療教育財団（2014）の報告では、外国人患者受け入れ環境整備事業で選定された拠点病院 10 施設を対象にした、2015 年 1 月から 3 月の実施調査において、218 件（1.8%）の未収金が発生したと報告している[5)]。

以上の先行研究から、文化の違いや言葉の問題，金銭・医療費に関する問題などが発生しており、外国人患者に必要な医療や看護を提供するための体制整備が整っていると言えない。

救急指定病院を対象に調査を行なった久保ら（2014）は、外国人患者の受け入れに関する研修制度がある施設は 101 施設中わずかに 3 施設（3%）に過ぎず、単施設で受け入れ体制を整備していくことは容易ではないと報告している[3)]。山岸ら（2008）は、都市部の大学病院等では英語が理解できる日本人医療スタッフの数も多いが、地方または個人病院などの医療施設では多言語対応の可否は施設により異なり、コミュニケーション上で困難を生じる可能性があるとも報告している[6)]。

厚生労働省の調査（2016）[1)]によると、救急告示病院などの調査対象病院 1710 施設において、8 割が外国人の外来患者を受け入れ、6 割が外国人の入院患者を受けいれた実績があるものの、医療通訳の利用経験のある病院は 13%にしかすぎないという報告があり、医療通訳の活用はまだまだ十分ではないことがわかる。また、川内（2011）が、Z 県内にある 30 病院の 172 名の医療従事者に質問紙調査をしたところ、医療通訳の存在を知っている者は 7.6%であり、86%が知らなかったと報告[7)]しており、医療通訳の認知度が低いことがわかる。また、日本医療教育財団（2014）による調査では、診療時間外に受診する外国人患者の割合が 15%に及んでいるが、外部通訳派遣では対応が難しいため、院内雇用スタッフによる対応や、電話通訳等を利用した対応方法の確立が望まれると報告している[5)]。このことから、医療通訳の認知度は低く、活用しにくい現状がある。特に、地方の中小規模の病院では、多言語に対応可能な医療スタッフは限られており、医療通訳自体の活用もまだまだ少ない現状があると言える。

そんな中、国の取り組みの一つとして、外国人患者受入れ医療機関制度（Japan Medical Service Accreditation for International Patients ： JMIP　以下 JMIP）が、2011 年にスタートし、現在 29 施設が認可（2017 年 12 月 1 日現在）を受けている。この制度は外国人が安心・安全に医療サービスを享受できる体制の整備をめざし、5 つの観点から評価されるものである。具体的には、施設内の表示や書類等の多言語による診療案内、食事や祈祷室等の異文化や宗教に配慮した対応、異文化に対する教育、満足度調査、明確な役割の確立や組織体制など外国人受け入れ体制が整備されているかが具体的な指標となっている。認可施設の内、29 施設は大規模病院が全国で 18 施設（62.1%）、中規模病院が 11 施設（37.9%）となっており（JMIP, 2017）、限られた数の病院施設となっている[9)]。

一方、豊岡（2015）は、「言葉の問題は、適切な医療通訳制度を構築する必要もあるが、看護師として文化などの知識を得る努力をすることが重要である。外国人医療のために

最も必要なことは、外国語ではなく、知識であり知恵でありそして経験である」と報告している[4]。小野ら（2011）は、日本人看護者が外国人対象者に適切なケアを実践するためには、ケア提供者の高い異文化間看護能力が重要である[9]と述べ、杉浦（2003）は、異文化背景を持つクライアントが急増する今日、異文化間看護能力の向上を目指したプログラムを看護基礎教育及び継続教育に導入することは急務だと報告している[10]。久保ら（2014）も、緊張度の高い救急医療場面では不安が強く精神的孤立にもつながりかねないため、看護師の積極的な精神的支援が望まれていると指摘している[3]。

野中ら（2010）は、関係構築を目的として、都市部の 11 名の看護師を対象としたインタビュー調査を実施し、【在日外国人との関わりをためらうところ】（歯車①）から、【多様な文化背景を持つ患者に歩み寄るという一歩を踏み出すこと】（歯車②）で、【多様な文化背景をもつ患者の文化の違いを踏まえて理解しようとする意志】（歯車③）、そして、【在日外国人患者に適切な看護を提供しようする意志】（歯車④）へと歯車が動き出し、次第に 4 つの歯車が有機的に連動することにより、在日外国人と看護師との関係が構築されることを明らかにしている[11]。しかし、あくまでも関係構築を観点においた研究であり、具体的な看護の実践は明らかにされていない。

以上のことから、医療機関での外国人患者の受入れは増加しているが，外国人患者に必要な医療や看護を提供するための体制整備は整っておらず、看護実践の具体的な先行研究も少ないことがわかった。

従って、特に組織としての体制を整えにくいと予想される、中小規模病院の看護師が外国人患者に対してどのような看護実践をしているのか明らかにする必要があると考える。中小規模の病院の看護師が外国人患者に対して行っている看護の実際が明らかになることで、外国人患者への適切な看護を実践するために共有すべき内容や補強すべき内容が明らかとなる。中小規模の病院における，外国人患者に対する看護師の研修やマニュアル作成に向けた基礎資料として役立てることができると考える。

Ⅱ．研究目的

中小規模病院の看護師の外国人患者への看護の実際を明らかにすることを目的とする。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン：質的記述的研究

2．研究協力者： 東海 4 県内で外国人が多く在住する地域に立地し、外国人患者が多く受診する、中小規模の病院の病棟に勤務する看護師で、勤務経験 5 年以上、外国人患者と関わりの頻度が高いもの 10 名程度とした。

該当する中小規模の病院に関しては、外国人患者が多く受診する目安として、通訳の配置があることが考えられる。ホームページ上で通訳が公表されている病院情報を参考とするとともに、地域の医療通訳者より事前にどこの病院に外国人患者が多く受診し，通訳が配置されている病院についての情報を集約した。

3．研究期間：2018 年 7 月より 2021 年 7 月末まで

4．方法：インタビューガイドに沿った半構造化面接法によるインタビューを行った。

1）インタビュー内容

（１）協力者の概要：年齢、性別、看護師としての経験年数、海外への志向性（海外生活経験、得意な外国語の有無、海外旅行の経験、諸外国の文化的背景や宗教の学習経験、仕事以外で外国人と関わる機会など）

（２）協力者が勤務する医療機関に関する、年間の入院患者数、外国人患者数、国籍別患者数、通訳の体制（人数・言語）は協力施設の管理者に確認した。

（３）外国人患者との関わりについて

ⅰ）印象に残っている外国人患者の事例とその看護、ⅱ）良い関わりをするために工夫したこと、ⅲ困ったこと、ⅳ外国人患者への対応で必要と思う看護（知識・技術・関わり方）など

２）インタビュー方法

（１）インタビュー依頼方法

対象医療機関の看護責任者（看護部長）に電話で連絡をとり、研究協力の依頼に伺う許可が得られた後，施設に伺い，本研究について、文書と口頭で説明し承諾を得た。その後，看護責任者（看護部長）に本研究の条件に合う看護師を選定していただき，研究協力に同意が得られた後、文書と口頭で本研究について説明した。研究協力の承諾が得られた後，研究協力承諾書に署名していただき、同意を得た。

（２）インタビュー時間

インタビュー時間は 30～60 分程度とした。インタビュー内容は対象者の承諾を得て IC レコーダーに録音した。

３）分析方法

インタビュー内容の録音記録から逐語録を作成し，内容を熟読しながら、語りの内容の全体像を把握した。その後，外国人患者との関わり・看護に関する要因の内容を抽出し、意味のまとまりごとにコード化を行い、類似性に留意しながら質的帰納的分析方法でカテゴリーの抽出を実施した。内容については真実性を高めるために研究協力者の逐語録のチェックを受け、指導教員のスーパービジョンを受けた。

５．倫理的配慮

愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認（承認番号：160）を得てから研究を開始した。病院長及び看護部長の承諾を得た上で、研究協力者の紹介を受けた。研究協力者には協力は本人の自由意思による任意性と研究参加への拒否と撤回の権利となんら不利益を被らないこと、個人情報保護、成果の公表、匿名性の保持，研究参加による利益と不利益，開示の仕方，問い合わせ先等について文書と口頭にて説明し、同意書への署名を得た。研究協力者より得られたデータは、院生室の鍵のついた保管庫に厳重に保管・管理した。インタビューは、プライバシーを厳守するために個室で行った。インタビュー時間は研究協力者の希望を尊重し、勤務の支障のない時間に実施した。

６．用語の定義

１）中小規模病院：様々な定義があるが、499 床以下の病院とする。

２）外国人患者：日本に定住している、または日本を訪れる外国人患者とする。

Ⅳ．結果

１．研究協力者の概要

研究協力に同意を得られた 10 名（A～J）にインタビューを行った。研究協力者の概要を以下（表 1）に示す。協力者の年齢は、50 歳代 1 名。40 歳代 2 名、30 歳代 5 名、20 歳代 2 名で、平均 37.1 歳であった。看護師経験年数は 6～23 年で、平均 12.9 年であった。研究協力者 F は、台湾出身であったため、分析対象からは外した。

表１　研究協力者の概要

	研究協力者	勤務所在地	病床数	通訳の有無	性別	年代	経験	海外生活経験	海外旅行の経験の有無
	A	愛知県	420	有	女性	30代	14	無	有
	B	愛知県	420	有	女性	20代	6	有	無
	C	愛知県	156	有	女性	40代	22	無	有
	D	愛知県	372	有	女性	30代	10	無	有
	E	愛知県	150	無	女性	30代	10	無	有
対象外	F	愛知県	150	無	女性	30代	7	有	有
	G	愛知県	150	無	女性	40代	23	無	有
	H	三重県	423	有	女性	50代	18	無	有
	I	静岡県	312	無	女性	30代	13	無	有
	J	静岡県	312	無	女性	20代	6	無	有

２．看護師の外国人患者への関わり

研究協力者の語りから、看護師の外国人患者との関わり・看護に関する要因の内容を抽出し、意味のまとまりごとにコード化を行い、類似性に留意しながら質的帰納的分析方法でカテゴリーの生成を行った。分析を行うにあたっては、言語の違いから生じる体験、文化・宗教の違いから生じる体験、その他外国人患者との関りから生じる体験と 3 つの領域で整理した上で、中小規模の病院における看護師の外国人患者への看護の実際を明らかにした。325 のコードが抽出され、87 サブカテゴリー、27 カテゴリーが生成された。以下、【　】はカテゴリー、《　》はサブカテゴリーを表すものである。

１）言語の違いから生じる体験

言語の違いから生じる体験に関するカテゴリーが最も多く、【言語の壁による意思疎通の難しさ】、【言葉が伝わらないことで生じる問題】、【言葉が通じないことで生じる葛藤】、【言語を補う工夫】、【言語の工夫の限界】、【踏み込むことへの躊躇】、【一歩踏み込む関り】、【言語以外での関りの重視】、【通訳の役割の重要性】、【事前に必要となる通訳の調整】、【言語面で患者のもつネットワークの活用】、【通訳活用上の課題】、【外国人対応の体制づくり】で構成されていた。

研究協力者らは、《言葉の壁が大きく伝わりにくい》ことから、意思疎通の難しさを語っていた。とりわけ患者の状態が悪く、《患者に余裕がない状態だと言葉が通じない》場合の意思疎通は難しいこと、ある程度日本語がわかる患者であっても《理解できたかどうか確認がいる》と感じていた。また、研究協力者らは、手術後の食事制限や水分制限や、内服の説明、病室の差額料金に関して《言葉の問題でトラブルが生じる》と認識していた。

研究協力者らは、外国人患者と話す際に《言葉が通じずしんどかった》、《患者の状況をタイミングよくくみとれずもどかしい》と感じており、さらに《言葉が理解できず患者を無視しているように感じる》とも思っていた。また、《死亡直前の言葉を拾えずスタッフがストレスを抱えた》と、結果的に《外国人受け入れスタッフへのストレスが大きい》と語っていた。

研究協力者らは、言葉を補う工夫として、《聞きたいことや言いたいことを訳して紙に書いておく》、《辞書や翻訳された資料を使う》、《外国語の説明書やマニュアルを作成した》さらに、携帯電話などの《翻訳アプリを使う》ことをしている。またジェスチャーとして《身振り手振りで頑張りながらコミュニケーションをとる》、《片言の英語で何とかする》と何とか会話し、さらに《わかりやすく言い換えをする》として工夫していた。さらに《IC レコーダーを活用して後で確認できるようにした》し、あとで確認できるように工夫していた。また《母語での挨拶やちょっとした表現でコミュケーションが良好》と挨拶の会話を習得し工夫していた。

しかしながら、研究協力者らは、言語の工夫をしながらコミュニケーションをとりつつも《身振り手振りで伝えるにも限界がある》、《翻訳アプリでうまく伝わらいこともある》と限界を語った。また、環境により《環境が整っておらずタブレットが使えない》とも語っていた。

研究協力者らは、言葉がわからないために《言葉が理解できないことから踏み込むことを躊躇する》と語りながらも、外国人患者をより理解するためには《一歩踏み込んで話をきく》と語っていた。《コミュニケーションは言葉だけではない》と語った協力者も存在した。

研究協力者らは、日頃から通訳を活用しており、《通訳がいないと厳しい》、さらに必要な場合は《後日通訳からまとめて説明をもらう》と語っている。特に《命に関わることは通訳を通じてとことん説明する》と語っていた。通訳と言っても多様な人材を意味しており、研究協力者らは《英語と日本語が話せる医師やスタッフの調整をした》り《事前に通訳を調整している》。また、正規の通訳以外で《日本語のわかる家族・友人・同僚の力を借りる》と語っていた。通訳を活用する上では《通訳が正確に通訳しているか問題がある》こと、《外国人が複数になると対応が難しい》ことも語られた。外国人に対応するために《外国人に対応できるスタッフを配置している》ことも語られた。

２）文化・宗教の違いから生じる体験

文化・宗教の違いから生じる体験は、【宗教への配慮】、【食事上の配慮】、【食事上の問題】、【患者の協力】、【文化の違いによる戸惑い】、【面会マナーの違い】、【時間感覚の違い】、【相手の価値の尊重】のカテゴリーで構成されていた。

研究協力者らは、《宗教上の制限があり説明が大変である》、《外国人患者の宗教に関する配慮が必要である》と語っている。しかし、《アレルギー対応と同様に国籍や宗教には対応する》、《宗教の問題は理解できなくても歩みよらなければならない》と宗教に関する理解を示し、配慮として《宗教上の理由により食事を持参してもらうことがある》と語っている。また、外国人に合わせた《嗜好に合わせて味付けを工夫する》と語っている。

研究協力者らは、外国人に対して《食事の調整は大変である》と語っており、制限上で《日本食が合わず食事制限が我慢できない》、《必要な栄養指導をしてもうまく伝わらない》、《食事を持ち込まれると困る場合もある》と語っている。また習慣の問題として、《箸が使えず食事がとれない》とも語っている。しかし、一方で《患者が日本食に合わせてくれる》とも語っている。

研究協力者らは、文化の違いに対して、《病室で思いもよらぬ行動が見られる》、《外国の食事には驚かされる》、《外国人の考え方に慣れずに苦しい思いをする》、《文化の違いにより身の回りのことを家族がしてしまう》と戸惑ったことを語っている。関わる中で《文化と個性の区別が難しい》とも語っている。しかし、《日本のことも理解してくれるので文化の違いに戸惑うことがあまりない》と語る研究協力者も存在した。《大勢の面会者により騒がしくなる》、《時間の感覚に違いがある》ことへの戸惑いについても語られた。文化の違いに対する戸惑いの一方で《家族に対する価値観を尊重して話す》という患者のもつ価値に合わせていく態度についても語られていた。

３）その他外国人患者との関りから生じる体験

その他、外国人患者との関りから生じる体験は【家族への配慮】、【心掛けている関わり方】、【苦慮している対応】、【医療費の違いにより生じる問題】、【国の違いによる反応の違い】、【病院への影響】から構成されていた。

外国人患者との関りでは、研究協力者らは患者だけではなく《家族に対して説明や配慮を行った》。また、《キーパーソンを明確に見極める》、《家族の思いを支え一緒に頑張る》、《生活環境や衛生環境を把握する必要がある》、《状態が悪化した時のための情報共有の準備をしておく》、《がん患者では連携病院の調整をしておく》、《入院時間に柔軟に対応する》、《薬剤の投与は国際基準で説明する》、《常時医師が対応できるように調整している》、《ポジティブ思考なため褒めるとモチベーションが上がる》、《経験と知識を蓄積して次に活かす》といった関りを心掛けていた。

一方で《指導には時間がかかる》《現場にだけ調整を任され困った》、《身内のいない終末期の患者のインフォームドコンセントを誰にするのか困った》、《インバウンドの患者は観光や買い物に行くので対応が大変である》、《暴力を振るわれそうなときは若い看護師には任せにくい》、《誠意をもって対応してもベテラン看護師や医師を呼べという》、《なかなか心を開いてもらえなかった》、《名前がカタカナ表記で呼びづらい》、《痛み止めの使い方が異なり、効き方が悪いと納得しない》、《年末年始の医療体制を理解してくれない》、《出身国にない医療機器についての検査説明が難しい》、《海外の薬の持ち込みには対応が困る》、《ふくよかな外国人の点滴確保は難しかった》、《インバウンドの患者が増えると訴訟になるケースが増えるので不安である》等の対応に苦慮していた。

外国人患者特有の医療費に関する課題もあり、《お金の問題や保険の調整が必要である》、《費用を気にして退院を急ぐあまり悪化して戻ってくる》などの状況も語られた。ただ、国の違いにより《医療の違いが問題になることはなかった》こともあれば、《国籍の違いにより反応が異なる》こともある。

また、《外国人患者への対応が集客に繋がる》、《中規模病院では外国人の重症患者の受け入れは一大イベントである》といった受けとめについても語られた。

Ⅴ．考察

本研究の研究協力者の勤務する医療機関は1か所の医療機関のみインバウンドの外国人患者の受け入れを行っており、医療機関のしくみとして外国人患者受け入れの体制を整えていたが、その他の医療機関については通訳を配置しているところは約半数にとどまっていた。もちろん日本における医療機関全体として約半数の通訳配置は比較的恵まれた状況であると考えられた。通訳が配置されていたとしても 24 時間体制ではないため、研究協力者たちからは日本語での意思疎通ができないことに苦労をしながら看護を実践しているという体験が最も多く語られた。

【言語の壁による意思疎通の難しさ】では痛みが強かったり、病状が悪化しているなどで、とりわけ《患者に余裕がない状態だと言葉が通じない》時の意思疎通の難しさは深刻であり、看護師たちは《言葉が通じずしんどかった》、《患者の状況をタイミングよくくみとれずもどかしい》、さらに《言葉が理解できず患者を無視しているように感じる》と自分自身を責める体験となっていた。通訳が間に合わず、《死亡直前の言葉を拾えずスタッフがストレスを抱えた》に至っては、看護師として後ろめたく後悔に苛まれる状況が語られた。日本語を理解しない重症の外国人患者に、どのように安心した看護を提供するかという言語保障の課題は依然として重くのしかかる。しかし、本研究においては、看護師たちの後悔とも言える体験が、《一歩踏み込んで話をしていく》、《経験と知識を蓄積して次に活かす》という次の実践への意欲へとつながっていたことは、野中（2010）[11]が表現した「歯車」が連動していく過程に近いものがあると考えられた。本研究で語られた看護師たちの体験が深刻であれば深刻であるほど、次への実践へつながっていくという体験は注目に値する。しかしながら、困難な体験を次の実践に活かすためには、困難な状況の解決に向けたチームとしての取り組みがあってこそであると考えられた。

研究協力者たちは言語の壁を超えるために、日常的に様々な工夫や取り組みを行っていた。多くの看護師が翻訳アプリを駆使して看護を提供している実際は今日的な傾向であろう。しかし翻訳アプリの活用だけでは十分な意思疎通ができるまでには至らないということも現実である。限られた数の通訳を活用する以外にも語学ができる医療スタッフが動員されたり、雇用されている通訳以外で《日本語のわかる家族・友人・同僚の力を借りる》ことも盛んに実施されていた。雇用された通訳以外の助けを借りる取り組みは代替えの対応として現実にもしばしば活用されるものである。患者とのコミュニケーション促進という側面があるものの、通訳を手配することが患者の負担になることや、通訳の正確さ、個人情報保護への配慮など課題は存在する。一日も早い医療通訳制度の定着が期待される。

異なる文化や宗教の背景をもつ外国人患者への対応は現場レベルでかなり進んでいると考えられる。看護師たちは文化や習慣、宗教上の違い、外国人患者に特有な医療費の問題に戸惑いを感じながらも、《外国人患者の宗教に関する配慮が必要である》と語り、《アレルギー対応と同様に国籍や宗教には対応する》、《宗教の問題は理解できなくても歩み寄らなければならない》と理解を示す。日常的に外国人患者への看護を実践する中で看護師たちは試行錯誤しながら外国人患者への関り方を編み出しており、まさに異文化間看護として意識できるような働きかけを行っていく必要があると考えられる。

本研究の限界として、限定された研究協力者からの調査であったことから、外国人患者への看護体験にはばらつきが生じていたことがある。医療機関の条件が異なる環境のもとで、看護師がどのような効果的な外国人患者への関りができるかについても今後の検討課題である。

Ⅵ．結論

中小規模の病院における看護師の外国人患者への関わりの実際として抽出されたものは、言語の違いから生じる体験に関するカテゴリーが最も多く、【言語の壁による意思疎通の難しさ】、【言葉が伝わらないことで生じる問題】、【言葉が通じないことで生じる葛藤】などの 13 カテゴリーで構成されていた。文化・宗教の違いから生じる体験は、【宗教への配慮】、【食事上の配慮】、【文化の違いによる戸惑い】などの８カテゴリーで構成されていた。その他の体験は【家族への配慮】、【心掛けている関わり方】、【苦慮している対応】などの 6 カテゴリーから構成されていた。中小規模の病院における看護師たちは日常的に外国人患者の看護を実践する中で外国人患者への関り方を編み出しており、今後は実践を異文化間看護として意識していく働きかけが必要である。

謝辞

本研究を行うにあたり、研究への協力を快くお引き受けくださり、ご多用の中、貴重なご経験を語ってくださいました研究協力者の皆様に心より感謝申し上げます。

また、本研究を行うにあたり、愛知県看護協会より看護研究助成の支援をして頂きましたことを心より感謝申し上げます。

付記

日本国際保健医療学会学術大会にて発表予定である。

引用文献

１．厚生労働省（2016）：医療機関における外国人旅行者及び在留外国人受入れ体制等の実態、＜www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000173227.pdf http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-seikyoku/0000173226.pdf＞、アクセス日、2018/1/03.

２．妹尾康志、関恵子ら（2012）：「わが国における外国人医療の現状について～「外国人患者受け入れに関するアンケート調査」の結果より～」、＜http://www.murc.jp/thinktank/rc/politics/politics_detail/120829.pdf＞、アクセス日，2018/01/03.

３．久保陽子、高木幸子ら（2014）：日本の病院における救急外来での外国人患者への看護の現状に関する調査．厚生の指標、61（1）：17-25、2014.
４．豊岡慎子（2015）：日本における外国人医療Ｉ－文化間看護の現状と推進にむけて－．日本大学大学院総合社会情報研究科紀要、30（1）：135-144.
５．日本医療教育財団（2014）：「医療通訳等の配置に関するデータ集計報告書」＜https://www.jme.or.jp/news/pdf/160128.pdf＞、アクセス日 2018/3/31 日本看護協会研修：「在日・訪日外国人が安心して医療を受けるために必要な知識」、＜https://nercentry.nurse.or.jp/kensyu_ichiran.php?nendo=2017&kensyubunya=2＞、アクセス日 2017/11/01.
６．岸祥子、佐久間夕美子ら（2008）：外国人旅行者の我が国の医療体制に対す不安要因．国際保健医療、23（4）：273-279.
７．川内規会（2011）：日本における医療通訳の現状と課題－外国人診療に関する調査から－、Kyushu Communication Studies、 Vol.9、 pp.25-35.「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」：＜http://jmip.jme.or.jp/＞　アクセス日：2017/11/01.
８．「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」（2012）：＜http://jmip.jme.or.jp/＞アクセス日：2017/11/01.
９．小野聡子、山本八千代(2011)：看護者の異文化間能力に関する文献検討．川崎医療福祉学会誌、20（2）：507-512.
10．杉浦絹子(2003)：異文化間看護能力の現状と規定要因－青年海外協力隊看護職帰国隊員と公立総合病院勤務看護師の比較より－．日本看護科学会誌、23（3）：22-36.
11．野中千春、樋口まち子(2010)：在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究．国際保健医療、25（1）：21-31.

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

地域包括支援センター保健師の介護予防に必要な地域看護実践能力の実態

○和田恵子（名古屋市中区いきいき支援センター）
若杉里実（愛知医科大学大学院看護学研究科）

Ⅰ．はじめに

日本の高齢化率は28.4%と世界最高であり，少子高齢化が進行している[1)]．このため，地域の包括的な支援・サービス提供体制として，地域包括ケアシステムの構築が進められている．2014年の介護保険法改正では，「自助」「互助」の取り組みを重視した新しい介護予防の考え方に基づいて，住民主体の介護予防活動「通いの場」[2)]の構築が推奨された．住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し，人と人とのつながりを通じて，参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりが求められている．

2005年の介護保険法改正に伴い設置された地域包括支援センターは，地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として，保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の三職種が配置されている．地域の高齢者の総合相談，権利擁護や地域の支援体制づくり，介護予防の必要な援助などを行い，すべての市町村に1か所以上，全国に5,167か所設置されている[3)]．地域包括支援センターについて，眞崎ら[4)]は，介護保険以外の分野に関する知識が少ないことや，家族や地域関係者と関係を作ることが不得手であることを述べている．また，地域包括支援センター保健師について，古賀[5)]は，保健分野のみならず医療，介護，福祉分野，多職種とのチームアプローチによる高齢者の総合的な相談や地域のケア体制づくりなど多岐に渡り，一人の保健師に高いスキルが求められると報告している．しかし，地域包括支援センター保健師は経験が浅く，少人数しか配置されておらず，専門性が発揮できているか不安を増強させやすい環境にある[5)]．それにも関わらず，地域包括支援センター保健師向けの教育体制は整っておらず，現任教育プログラムやマニュアルがある地域包括支援センターは11.1%と少ない[6)]．

主に介護予防に携わる地域包括支援センター保健師が，「自助」「互助」の取り組みを重視した新しい介護予防を進めるためには，介護予防活動に必要な地域看護実践能力と，地域住民や関係機関との協働が重要であると推察される．このことから，地域包括支援センター保健師が，どのように地域住民へ介入し，関係機関と連携を図り，どのような介護予防活動を実践しているのかという地域看護実践能力を明らかにする必要がある．

Ⅱ．研究目的

地域包括支援センター保健師が，介護予防を行う際に必要と感じている地域看護実践能力の実態を明らかにし，地域包括支援センター保健師の現任研修や人材育成に向けた基礎資料を得ることを目的とする．

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

自記式質問紙調査による量的記述的研究

2．用語の定義

介護予防：介護予防マニュアル改訂版[7]に基づき，要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと，そして要介護状態にあってもその悪化をできるかぎり防ぐこと，さらには軽減を目指すこととする．

地域看護実践能力：「行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力尺度」[8]，「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」[9] に基づき，個人・家族を支援する力，グループを支援する力，地域の住民組織と連携する力，関係機関と連携・協働する力とする．

3．研究対象者

東海 3 県にある 378 か所（愛知県 229 か所，岐阜県 94 か所，三重県 55 か所）の地域包括支援センターに所属している保健師（看護師など保健師に準ずる者は除く）とした．1 か所に 3 人程度所属していると想定し，1,134 人を対象とした．

4．調査期間

2019 年 9 月～10 月

5．研究方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査とした．手順は，東海 3 県の地域包括支援センター主管課に依頼書，説明書，承諾書を郵送後，電話にて研究への協力を依頼した．承諾書の返送を確認後，東海 3 県 378 か所の地域包括支援センター長宛てに依頼書，説明書，質問票，返信用封筒を郵送し，センター長から研究参加者への配布を依頼した．

6．質問票の調査内容

1）研究参加者の概要

(1) 基本属性

性別，年齢，保健師経験年数，地域包括支援センターでの保健師経験年数，行政の保健師経験の有無

(2) 地域包括支援センターの組織体制

運営形態，保健師稼働人数，センター長または所属長の職種

2）地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力

(1) 地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力［42 項目］

「行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力尺度」[8]の 20 項目，地域包括支援センターにおける保健師活動実態調査　調査票の「地域包括支援センターの保健師活動で強化すべきと考えるスキル」[6]の 18 項目，「自治体保健師の標準的なキャリアラダー（専門的能力に係るキャリアラダー)」[9]を参考に，独自に 42 項目を作成した．地域包括支援センター保健師として日常の業務を支障なく行えることを十分として，「4：十分」，「3：やや十分」，「2：やや不十分」，「1：不十分」の 4 件法で回答を求めた．

(2) 地域包括ケアシステムの構築に係る連携

個人・家族に対する関わり，集団に対する関わり，地域組織との連携について，「自信が全くない」を 0%，「自信が大変ある」を 100%として数値の記入を求めた．

3）地域包括支援センター保健師の現任教育

(1) 過去 1 年間の保健師活動に関する研修，新任研修について，「受けた」「受けなかった」で回答を求めた．

(2) 現任教育プログラムやマニュアルについて，「ある」「ない」「わからない」で回答を求

めた.

(3) 日常的なOJTついて,「受けている」「受けていない」で回答を求め,「受けている」場合は,誰から受けているかを7の選択肢から選択する方法で回答を求めた.

7. 分析方法

1) 基本属性と質問票の各項目の記述統計量を算出し,研究参加者の特徴を見た.

2) 地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力について,経験年数別,行政経験別の比較をした(Mann-Whitney U検定,Kruskal-Wallis検定).

3) 地域包括支援センター保健師の人材育成体制と地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力について比較をした(Mann-Whitney U検定).

4) これらの統計解析にはIBM SPSS Statistics ver.26を用い有意水準は5%とした.

8. 倫理的配慮

本研究は,愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:185).研究対象者には,研究目的,研究方法,研究参加の任意性と撤回,個人情報の保護、研究成果の公表方法などについて文書で説明した.質問票は無記名,個別返信用封筒返送による回答とし,研究参加の同意は,質問票の返送をもって得るものとした.

Ⅳ. 結果

東海3県にある378か所の地域包括支援センターに所属している保健師1,134人を対象とした.回収数は189部(回収率16.7%)であった.質問票のページ全体にわたる回答の欠損があるものを除いた188部を有効回答(有効回答率99.5%)とし,分析の対象とした.

1. 研究参加者の基本属性と組織体制

性別は男性11人(5.9%),女性177人(94.1%),平均年齢は40.86歳であった.年代は30代が最も多く63人(34.1%),次いで40代が59人(31.9%)であった.保健師の経験年数は平均10.38年,地域包括支援センターでの保健師経験年数は平均3.92年であり,3年未満が95人(51.1%),3年以上が91人(48.9%)であった.研究参加者全体の86人(46.5%)が行政保健師の経験があった(表1).

表1 研究参加者の基本属性

		平均±標準偏差	度数(%)
性別	男性		11 (5.9)
(n=188)	女性		177 (94.1)
	全体	40.86±9.77	
年齢	20代		25 (13.5)
(n=185)	30代		63 (34.1)
	40代		59 (31.9)
	50代以上		38 (20.5)
保健師経験年数(n=182)		10.38±9.65	
地域包括支援センターでの保健師		3.92±3.29	
経験年数	3年未満		95 (51.1)
(n=186)	3年以上		91 (48.9)
行政保健師の経験	あり(保健所,保健センターなど)		86 (46.5)
(n=185)	なし		99 (53.5)

組織体制は,直営型センターが47人(25.0%),委託型センターが141人(75.0%),保健師稼働人数は1人が最も多く76人(41.3%),次いで2人が53人(28.8%)であった.センター長または所属長の職種は複数回答において,主任介護支援専門員が最も多く70人,次いで社会福祉士61人,事務職34人であった(表2).

表2 組織体制

		平均±標準偏差	度数（%）
運営形態 （n＝188）	直営型センター 委託型センター		47（25.0） 141（75.0）
保健師稼働人数 （n＝184）	全体 1人 2人 3人 4人 5人 6人 7人	2.20±1.41	 76（41.3） 53（28.8） 21（11.4） 18（ 9.8） 10（ 5.4） 4（ 2.2） 2（ 1.1）
センター長または所属長の職種 （n＝188・複数回答）	主任介護支援専門員 社会福祉士 事務職 保健師 看護師 介護支援専門員 その他（社会福祉主事，精神保健福祉士，介護福祉士等）		70 61 34 32 13 7 6

2．地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力とその特徴

1）地域包括支援センターでの保健師経験年数による比較

地域包括支援センターでの保健師経験年数により，遂行できる業務や地域看護実践能力が異なることが予測される．地域包括支援センターでの保健師経験年数を「3年未満」と「3年以上」の2群に分け，2群間の差を求め表3に示した（Mann-Whitney U 検定）．2群の区分については，Patricia Benner の看護師の技術習得過程の5段階[10]を参考に，第3段階の一人前レベルが，似たような状況で2～3年働いたことのある看護師を指すため，地域看護実践が一人前にできる区分として「3年未満」と「3年以上」に分けた．

「3年以上」が有意に高かった項目は30項目であった．その中でも p<0.001は6項目であり，「1.個別の総合相談に対応できる力」，「4.個別性に応じた介護予防ケアプランを作成できる力」，「7.精神障害者の方に的確な支援ができる力」，「8.認知症の方に的確な支援ができる力」，「11.支援に必要な社会資源を適切に導入できる力」，「12.支援に必要な社会資源を適切に調整できる力」であった．また，地域の社会資源や関係機関との協働の項目である「27.地域の社会資源と協働できる力（p=0.026）」，「28.関係機関と協働し，必要に応じて新たな社会資源の立ち上げを検討できる力（p=0.047）」，「30.関係機関と協働し，必要に応じて新たなネットワークの立ち上げを検討できる力（p=0.011）」についても，「3年未満」と「3年以上」で有意差がみられた．一方，「3年未満」が有意に高かった項目はなかった．

表3 地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力 地域包括支援センターでの保健師経験年数による比較

項目	包括経験	度数(%)	中央値	四分位範囲	平均±標準偏差	有意確率
1.個別の総合相談に対応できる力 （n＝185）	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.40±0.74 2.90±0.67	＜0.001***
2.個人・家族の健康をアセスメントできる力 （n＝186）	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	3.0 3.0	2.0-3.0 3.0-3.0	2.83±0.66 3.02±0.61	0.041 *
3.個人・家族の生活をアセスメントできる力 （n＝185）	3年未満 3年以上	94 (50.8) 91 (49.2)	3.0 3.0	2.0-3.0 3.0-3.0	2.67±0.69 2.92±0.64	0.008 **
4.個別性に応じた介護予防ケアプランを作成できる力（n＝185）	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 3.0	2.0-3.0 3.0-3.0	2.29±0.82 2.90±0.67	＜0.001***
5.個人・家族の主体性を尊重できる力 （n＝185）	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	3.0 3.0	3.0-3.0 3.0-3.0	2.87±0.66 3.02±0.58	0.132
6.個人・家族に対して課題解決ができる力 （n＝184）	3年未満 3年以上	94 (51.1) 90 (48.9)	2.5 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.48±0.77 2.79±0.63	0.003 **

Mann-Whitney U 検定，有意水準:p＜0.05　　*** p＜0.001，** p＜0.01，* p＜0.05

表3 地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力 地域包括支援センターでの保健師経験年数による比較(続き)

項目	包括経験	度数(%)	中央値	四分位範囲	平均±標準偏差	有意確率
7.精神障害者の方に的確な支援ができる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.83±0.79 2.29±0.74	<0.001***
8.認知症の方に的確な支援ができる力 (n=184)	3年未満 3年以上	94 (51.1) 90 (48.9)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.31±0.70 2.77±0.65	<0.001***
9.身体障害者の方に的確な支援ができる力 (n=184)	3年未満 3年以上	94 (51.1) 90 (48.9)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.96±0.72 2.21±0.68	0.018 *
10.必要な支援が届いていない高齢者・家族を掘り起こすことができる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	2.0-2.0 2.0-3.0	2.01±0.72 2.27±0.68	0.019 *
11.支援に必要な社会資源(施設, 制度, 家族会等)を適切に導入できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.24±0.74 2.71±0.64	<0.001***
12.支援に必要な社会資源(施設, 制度, 家族会等)を適切に調整できる力 (n=183)	3年未満 3年以上	94 (51.4) 89 (48.6)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.25±0.71 2.69±0.67	<0.001***
13.個人・家族への支援について評価できる力 (n=184)	3年未満 3年以上	95 (51.6) 89 (48.4)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.46±0.78 2.71±0.66	0.013 *
14.小集団への健康教育を実施できる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	3.0 3.0	2.0-3.0 3.0-3.0	2.74±0.84 2.93±0.74	0.101
15.住民へ広く予防的な知識を普及できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	3.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.57±0.87 2.80±0.88	0.084
16.住民の自主的な活動(健康づくりグループ, 認知症サポーター等)を支援できる力(n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	2.0 2.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.27±0.86 2.48±0.84	0.084
17.集団に実施した事業について評価できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.16±0.83 2.34±0.84	0.137
18.地域の健康課題を分析できる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	2.0 2.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.11±0.79 2.20±0.78	0.481
19.地域の健康課題を保健師活動に反映できる力 (n=184)	3年未満 3年以上	95 (51.6) 89 (48.4)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	2.01±0.78 2.13±0.79	0.307
20.地域組織(自治会, 民生委員等)と協働ができる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.38±0.80 2.70±0.81	0.006 **
21.地域組織(自治会, 民生委員等)と課題解決ができる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	2.0-2.5 2.0-3.0	2.14±0.72 2.44±0.77	0.004 **
22.関係機関(行政, 法人, 事業者等)と協働ができる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	3.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.51±0.81 2.79±0.74	0.010 *
23.関係機関(行政, 法人, 事業者等)と課題解決ができる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.32±0.76 2.60±0.78	0.010 *
24.地区活動で明らかになった課題を事業計画に立案できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.94±0.76 2.28±0.82	0.006 **
25.地域診断で明らかになった課題を事業計画に立案できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.87±0.76 2.21±0.77	0.003 **
26.事業の評価を, 組織内で共有することができる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	2.0 2.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.26±0.76 2.52±0.75	0.038 *
27.地域の社会資源(施設, 制度, 家族会等)と協働できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	94 (50.8) 91 (49.2)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.32±0.74 2.57±0.72	0.026 *
28.関係機関(行政, 法人, 事業者等)と協働し, 必要に応じて新たな社会資源(施設, 制度, 家族会等)の立ち上げを検討できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.85±0.71 2.09±0.80	0.047 *
29.地域のネットワーク(近隣住民, ボランティア等)と協働できる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.35±0.82 2.55±0.72	0.086
30.関係機関(行政, 法人, 事業者等)と協働し, 必要に応じて新たなネットワーク(近隣住民, ボランティア等)の立ち上げを検討できる力(n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.84±0.73 2.13±0.77	0.011 *
31.健康課題やライフステージに応じて集団(介護者の集い, 高齢者サロン等)を育成できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.92±0.74 2.20±0.81	0.015 *
32.看護・医学的知識に基づき他職種の支援ができる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	3.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.64±0.80 2.79±0.77	0.118
33.多職種と連携し, 地域包括ケア体制を構築できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.21±0.74 2.47±0.86	0.036 *
34.地域の住民と共に, 地域包括ケア体制を構築できる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	2.0-2.0 2.0-3.0	1.95±0.63 2.24±0.81	0.011 *
35.行政等に地域包括ケア体制構築に必要な政策を意見できる力 (n=184)	3年未満 3年以上	95 (51.6) 89 (48.4)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.81±0.72 2.16±0.87	0.006 **
36.課題解決につながる地域ケア会議をファシリテートできる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.83±0.69 2.19±0.86	0.004 **
37.積極的に自己研鑽できる力 (n=184)	3年未満 3年以上	95 (51.6) 89 (48.4)	3.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.67±0.75 2.73±0.84	0.572
38.後輩を指導(教え導くこと)できる力 (n=184)	3年未満 3年以上	95 (51.6) 89 (48.4)	2.0 2.0	1.0-3.0 2.0-3.0	2.04±0.77 2.42±0.84	0.005 **
39.後輩を育成(教育や訓練を施し育てること)できる力 (n=183)	3年未満 3年以上	95 (51.9) 88 (48.1)	2.0 2.0	1.0-2.0 2.0-3.0	1.93±0.75 2.35±0.82	0.001 **
40.保健師が主として行う事業を管理できる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	2.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.31±0.89 2.55±0.78	0.057
41.担当業務を管理できる力 (n=186)	3年未満 3年以上	95 (51.1) 91 (48.9)	3.0 3.0	2.0-3.0 2.0-3.0	2.66±0.85 2.81±0.74	0.229
42.研究的手法を用いた事業評価ができる力 (n=185)	3年未満 3年以上	95 (51.4) 90 (48.6)	2.0 2.0	1.0-2.0 1.0-2.0	1.73±0.81 1.94±0.80	0.037 *

Mann-Whitney U 検定, 有意水準:p<0.05　　*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05

2) 行政の保健師として業務を行った経験の有無による比較

行政の保健師経験を「あり」と「なし」の2群に分け，2群間の差を求め，表4に示した（Mann-Whitney U 検定）.「あり」が有意に高かった項目は28項目，p<0.001は2項目であった．集団に対する関わりの項目である「14.小集団への健康教育を実施できる力（p=0.001)」,「15.住民へ広く予防的な知識を普及できる力（p=0.001)」,「16.住民の自主的な活動を支援できる力（p=0.017)」,「17.集団に実施した事業について評価できる力（p=0.006)」と,「18.地域の健康課題を分析できる力（p=0.009)」,「19.地域の健康課題を保健師活動に反映できる力（p=0.001)」は,「あり」と「なし」で有意差がみられた．一方,「なし」が有意に高かった項目はなかった．

表4 地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力 行政の保健師として業務を行った経験の有無による比較

項目	行政経験	度数(%)	中央値	四分位範囲	標準±標準偏差	有意確率
7.精神障害者の方に的確な支援ができる力	あり	85 (46.2)	2.0	2.0-3.0	2.33±0.73	＜0.001***
(n＝184)	なし	99 (53.8)	2.0	1.0-2.0	1.81±0.78	
14.小集団への健康教育を実施できる力	あり	86 (46.5)	3.0	3.0-3.0	3.05±0.67	0.001 **
(n＝185)	なし	99 (53.5)	3.0	2.0-3.0	2.65±0.86	
15.住民へ広く予防的な知識を普及できる力	あり	85 (46.2)	3.0	2.0-3.0	2.92±0.79	0.001 **
(n＝184)	なし	99 (53.8)	2.0	2.0-3.0	2.49±0.92	
16.住民の自主的な活動(健康づくりグループ,	あり	86 (46.5)	2.5	2.0-3.0	2.53±0.81	0.017 *
認知症サポーター等)を支援できる力(n＝185)	なし	99 (53.5)	2.0	2.0-3.0	2.24±0.88	
17.集団に実施した事業について評価できる力	あり	85 (46.2)	2.0	2.0-3.0	2.42±0.81	0.006 **
(n＝184)	なし	99 (53.8)	2.0	2.0-3.0	2.10±0.84	
18.地域の健康課題を分析できる力	あり	86 (46.5)	2.0	2.0-3.0	2.33±0.80	0.009 **
(n＝185)	なし	99 (53.5)	2.0	1.0-2.5	2.00±0.74	
19.地域の健康課題を保健師活動に反映できる	あり	84 (45.9)	2.0	2.0-3.0	2.30±0.83	0.001 **
力 (n＝183)	なし	99 (54.1)	2.0	1.0-2.0	1.88±0.69	
25.地域診断で明らかになった課題を事業計画	あり	85 (46.2)	2.0	2.0-3.0	2.26±0.83	＜0.001***
に立案できる力 (n＝184)	なし	99 (53.8)	2.0	1.0-2.0	1.84±0.68	

Mann-Whitney U 検定，有意水準:p＜0.05　*** p＜0.001，** p＜0.01，* p＜0.05

3) 行政の保健師として業務を行った経験の有無と地域包括支援センターでの保健師経験年数による比較

「行政経験あり包括3年未満」「行政経験あり包括3年以上」「行政経験なし包括3年未満」「行政経験なし包括3年以上」の4群に分け，4群間の差を求め，表5に示した(Kruskal-Wallis 検定)．4群間で有意差があった28項目について，多重比較補正を行い，Bonferroni 法にて有意確率を調整した．

「行政経験なし包括3年未満」と「行政経験なし包括3年以上」で有意差があった項目は2項目であり，「12.支援に必要な社会資源を適切に調整できる力(p=0.028)」,「11.支援に必要な社会資源を適切に導入できる力(p=0.046)」であった．「行政経験あり包括3年未満」と「行政経験なし包括3年以上」で有意差があった項目は1項目であり，「4.個別性に応じた介護予防ケアプランを作成できる力(p=0.001)」であった．

表5 地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力 行政の保健師経験の有無・地域包括支援センターでの保健師経験年数による比較

項目	行政経験・包括経験	度数(%)	中央値	四分位範囲	平均±標準偏差	有意確率	多重比較補正
4.個別性に応じた介護予防ケアプ	行政経験あり包括3年未満	34 (18.6)	2.0	2.0-3.0	2.09±0.79	＜0.001***	＜0.001***
ランを作成できる力	行政経験あり包括3年以上	49 (26.8)	3.0	3.0-3.0	3.00±0.71		0.001 **
(n＝183)	行政経験なし包括3年未満	60 (32.8)	2.0	2.0-3.0	2.43±0.81		0.001 **
	行政経験なし包括3年以上	40 (21.8)	3.0	3.0-3.0	2.78±0.62		
11.支援に必要な社会資源(施設,	行政経験あり包括3年未満	34 (18.6)	2.0	2.0-3.0	2.29±0.72	＜0.001***	0.009 **
制度，家族会等)を適切に導入でき	行政経験あり包括3年以上	49 (26.8)	3.0	2.0-3.0	2.80±0.68		＜0.001***
る力	行政経験なし包括3年未満	60 (32.8)	2.0	2.0-3.0	2.22±0.76		0.046 *
(n＝183)	行政経験なし包括3年以上	40 (21.8)	3.0	2.0-3.0	2.60±0.59		
12.支援に必要な社会資源(施設,	行政経験あり包括3年未満	34 (18.8)	2.0	2.0-3.0	2.38±0.74	＜0.001***	
制度，家族会等)を適切に調整でき	行政経験あり包括3年以上	48 (26.5)	3.0	2.0-3.0	2.77±0.66		＜0.001***
る力	行政経験なし包括3年未満	59 (32.6)	2.0	2.0-3.0	2.17±0.70		0.028 *
(n＝181)	行政経験なし包括3年以上	40 (22.1)	3.0	2.0-3.0	2.58±0.68		

Kruskal-Wallis 検定，有意水準:p＜0.05　*** p＜0.001，** p＜0.01，* p＜0.05　多重比較補正:Bonferroni 法にて有意確率を調整

4) 地域包括ケアシステムの構築に係る連携

「個人・家族に対する関わり」,「集団に対する関わり」,「地域組織（自治会，民生

委員など）との連携」について，「自信が全くない」を0%，「大変自信がある」を100%として，数値の記入による回答を求め，表6に示した．「個人・家族に対する関わり」，「集団に対する関わり」，「地域組織との連携」の順に自信が高かった．

表6 地域住民に対する関わりや地域組織との連携に関する自信 （%）

項目		最小値	最大値	平均±標準偏差
個人･家族に対する関わり	(n＝188)	10.0	95.0	65.85±17.42
集団に対する関わり	(n＝188)	15.0	95.0	61.96±18.90
地域組織との連携	(n＝188)	0.0	100.0	55.43±21.21

3．地域包括支援センター保健師の人材育成体制とその特徴

1）地域包括支援センター保健師の人材育成体制

新任研修（保健師または看護師を対象）は，163人（89.6%）が受講していなかった．過去1年間の保健師活動に関する研修は，142人（75.9%）が受講していなかった．保健師または看護師の現任教育プログラムやマニュアルは，150人(80.6%)がなかった．

日常的なOJTは，118人（64.1%）が受けていなかった．「受けている」場合は複数回答で，保健師以外の上司から受けているが44人と最も多かった（表7）．

表7 地域包括支援センター保健師の人材育成体制

		度数（%）
新任研修(保健師または看護師を対象) (n＝182)	受けた	19（10.4）
	受けなかった	163（89.6）
保健師活動に関する研修(過去1年間) (n＝187)	受けた	45（24.1）
	受けなかった	142（75.9）
保健師または看護師の現任教育プログラムやマニュアル (n＝186)	ある	9（ 4.8）
	ない	150（80.6）
	わからない	27（14.5）
日常的なOJT (n＝184)	受けている	66（35.9）
	誰から受けているか（n＝66･複数回答）	
	上司(保健師以外)	44
	先輩(保健師以外)	28
	同僚(保健師以外)	15
	先輩(保健師)	12
	上司(保健師)	11
	同僚(保健師)	6
	その他(外部講師，地域包括支援センター職員)	2
	受けていない	118（64.1）

2）「地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力」と保健師活動に関する研修受講の有無による比較

保健師活動に関する研修を「受けた」「受けなかった」の2群に分け，2群間の差を求めた（Mann-Whitney U検定）．「受けた」が有意に高かった項目は19項目であった．一方，「受けなかった」が有意に高かった項目はなかった．

3）「地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力」と地域包括支援センター保健師が受ける日常的なOJTの有無による比較

日常的なOJTを「受けている」「受けていない」の2群に分け，2群間の差を求め表8に示した（Mann-Whitney U検定）．「受けている」が有意に高かった項目は，「5.個人・家族の主体性を尊重できる力(p=0.035)」，「2.個人・家族の健康をアセスメントできる力(p=0.045)」，「3.個人・家族の生活をアセスメントできる力(p=0.046)」の3項目であった．一方，「受けていない」が有意に高かった項目はなかった．

表8 地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力 日常的なOJTの有無による比較

項目	日常的なOJT	度数(%)	中央値	四分位範囲	平均±標準偏差	有意確率
2.個人･家族の健康をアセスメントできる力 (n＝184)	受けている	66 (35.9)	3.0	3.0-3.0	3.05±0.64	0.045＊
	受けていない	118 (64.1)	3.0	3.0-3.0	2.86±0.63	
3.個人･家族の生活をアセスメントできる力 (n＝183)	受けている	65 (35.5)	3.0	3.0-3.0	2.92±0.71	0.046＊
	受けていない	118 (64.5)	3.0	2.0-3.0	2.72±0.64	
5.個人･家族の主体性を尊重できる力 (n＝183)	受けている	66 (36.1)	3.0	3.0-3.0	3.06±0.55	0.035＊
	受けていない	117 (63.9)	3.0	2.0-3.0	2.85±0.65	

Mann-Whitney U検定，有意水準:p＜0.05　＊p＜0.05

Ⅴ．考察

1．地域包括支援センター保健師の地域看護実践能力

地域包括支援センターでの保健師経験年数「3年以上」が特に高い項目は，個別支援の項目であった．また，「3年以上」は地域組織や関係機関とも連携し，課題解決ができる力を備えていることが分かった．大沼ら[11]は，地域のフォーマル，インフォーマルの社会資源との連携は，地域包括支援センター勤務経験年数が長い職員ほど重要視していると報告しており，「3年以上」は個別や地域の課題解決において，地域の社会資源と連携・協働する視点を持っているといえる．一方，「3年未満」が有意に高かった項目はなかったことから，「3年未満」は，地域看護実践能力の全般において初心者レベルや新人レベル，「3年以上」は1人前レベル[10]であると考える．

地域包括支援センターでの保健師経験年数による比較の結果と，行政の保健師経験の有無による比較の結果から，集団に対する関わりの項目である「14.小集団への健康教育を実施できる力」，「15.住民へ広く予防的な知識を普及できる力」，「16.住民の自主的な活動を支援できる力」，「17.集団に実施した事業について評価できる力」と，「18.地域の健康課題を分析できる力」，「19.地域の健康課題を保健師活動に反映できる力」は，行政の保健師経験が「あり」と「なし」で有意差があり，地域包括支援センターでの保健師経験が「3年未満」と「3年以上」ではなかった．つまり，行政の保健師経験が集団に対する関わりや地域の健康課題に対応する能力を高めているといえる．一方，地域の社会資源や関係機関との協働の項目である「27.地域の社会資源と協働できる力」，「28.関係機関と協働し，必要に応じて新たな社会資源の立ち上げを検討できる力」，「30.関係機関と協働し，必要に応じて新たなネットワークの立ち上げを検討できる力」については，地域包括支援センターでの保健師経験が「3年未満」と「3年以上」で有意差があり，行政の保健師経験が「あり」と「なし」で有意差がなかった．つまり，地域包括支援センターでの保健師経験年数を重ねることで地域の社会資源や関係機関と協働する能力が高まることが分かった．

「行政経験なし包括3年以上」のほうが「行政経験なし包括3年未満」よりも地域看護実践能力が高かった項目は，「12.支援に必要な社会資源を適切に調整できる力」，「11.支援に必要な社会資源を適切に導入できる力」の2項目であった．また，「行政経験なし包括3年以上」のほうが「行政経験あり包括3年未満」よりも地域看護実践能力が高かった項目は，「4.個別性に応じた介護予防ケアプランを作成できる力」の1項目であった．これは，地域包括支援センターが担う要支援者への介護予防サービス計画作成業務が作用していると考えられ，地域包括支援センターでの保健師経験年数を重ねることで，介護予防ケアプランを作成する能力が高まることが分かった．

したがって，地域の社会資源や関係機関と協働する能力，社会資源の導入・調整の能力，介護予防ケアプランを作成する能力は，地域包括支援センター保健師に特徴的な地域看護実践能力であるといえる．また，地域包括支援センター保健師は，集団や地域よりも，個人・家族に対する地域看護実践能力が高く，個人・家族に対する関わりに自信を持っていることが明らかになった．これは，業務の中で個別対応を行う頻度が高く，個別対応の経験が蓄積されやすいことが推察される．重松ら[12]は，地域看護活動の技術を育成するには，地域に入り，地域の顕在・潜在する課題を把握・分析

し，その地域の中で活動・評価する過程を学習していくことが必要であると述べている．限られた業務時間の中で，これらを日常業務に組み入れて実践し活動経験を蓄積することが，「集団に対する関わり」や「地域組織との連携」を促進すると考える．多機関や地域住民と連携しながら個別や地域の課題や目標を共有し，地域包括ケア体制づくりを行うことが，介護予防に必要な地域看護実践能力であると考える．

2．地域看護実践能力を高めるための人材育成体制の構築

地域包括支援センター保健師の現任教育プログラムやマニュアルは80.6%がなかった．保健師活動実態調査[6]では，現任教育や新任教育がある地域包括支援センターほど有意に事業実施数が多かったと報告されており，研修の受講は，地域看護の実践を促進すると推察される．本調査では，保健師活動に関する研修の受講が，集団や地域に対する地域看護実践能力を高めると示唆されたことから,系統的な研修の構築など，現任教育プログラムやマニュアルを整備することが必要と考える．

地域包括支援センター保健師が受ける日常的な OJT について，現状の OJT は，個人・家族に対する地域看護実践能力には効果がみられるが，集団や地域に対する地域看護実践能力の向上は期待できないことが明らかになった．古賀ら[13]は，相談を受け，スーパーバイズできる人の存在が必要であるとし，可能な人材は同法人の同職種であることが望ましいと述べている．地域包括支援センター保健師が，集団や地域に対する地域看護実践能力を高めるためには，保健師の上司や同僚からの日常的な OJT を受けることが望ましいと考える．

Ⅵ．結論

1．地域包括支援センターでの保健師経験年数「3 年未満」と「3 年以上」の比較では，42 項目中 30 項目において「3 年以上」が有意に高く，個別支援の項目が特に高かった．

2．行政の保健師として業務を行った経験「あり」と「なし」の比較では，42 項目中 28 項目において「あり」が有意に高く，保健師の専門性に関連した項目が特に高かった．行政の保健師として業務を行った経験が，集団に対する関わりや，地域の健康課題に対応する能力を高めていることが分かった．

3．地域包括支援センター保健師は，個人・家族に対する地域看護実践能力が高く，地域の社会資源や関係機関と協働する能力，社会資源の導入・調整の能力，介護予防ケアプランを作成する能力は，地域包括支援センター保健師に特徴的な地域看護実践能力であることが分かった．地域包括支援センター保健師に強化すべき地域看護実践能力は，保健師の専門性に関連した地域看護実践能力や，集団や地域に対する地域看護実践能力であり，保健師活動に関する研修の受講は，集団や地域に対する地域看護実践能力を高めることが示唆された．介護予防に必要な地域看護実践能力を高めるためには，保健師活動に関する現任研修や OFF-JT とともに，集団や地域への地域看護実践に対する OJT を日常的に受けられるような人材育成体制の構築が有用であると考える．

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝を申し上げます．なお，本研究は，令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施したものである．

付記

本研究は，令和 2 年度愛知医科大学大学院看護学研究科修士論文を一部抜粋，加筆修正したものであり，第 10 回日本公衆衛生看護学会学術集会にて発表予定である．

文献

1) 総務省統計局ホームページ，人口推計（2019），2020.8.16 閲覧，
https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2019np/index.html.

2) 厚生労働省（2014），これからの介護予防，2020.8.16 閲覧，
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf.

3) 厚生労働省ホームページ，地域包括支援センターについて，2020.8.16 閲覧，
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/.

4) 眞崎直子，飯村富子，松原みゆき，他：地域ケアシステムのネットワーク推進に関する要因－地域包括支援センターにおける直営型と委託型の違いに焦点を当てて－，日本赤十字広島看護大学紀要，12，p.27-36，2012.

5) 古賀佳代子：地域包括支援センター保健師（看護職）に求められる専門的スキル，日本地域看護学会第 21 回学術集会講演集 ワークショップ 2-1，p.66，2018.

6) 公益社団法人日本看護協会（2014)，平成 25 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査報告書，2020.8.16 閲覧，
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2014/hokatsushiencenter_report.pdf
.

7) 厚生労働省（2012），介護予防マニュアル改訂版，2020.8.16 閲覧，
https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_1.pdf.

8) 佐伯和子，和泉比佐子，宇座美代子，他：行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発，日本地域看護学会誌，6（1），p.32-39，2003.

9) 厚生労働省（2016），保健師に係る研修のあり方等に関する検討会 最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～，2020.8.16 閲覧，
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120158.pdf.

10) Patricia Benner：ベナー看護論，2005，井部俊子監訳，ベナー看護論新訳版－初心者から達人へ－（1），医学書院，2009.

11) 大沼由香，小池妙子，富田恵，他：地域包括支援センターのネットワーク構築に関する課題－運営主体別三職種の認識の比較－，弘前医療福祉大学紀要，8（1），p.47-57，2017.

12) 重松由佳子，米村敬子，兼武加惠子，他：地域看護活動技術獲得を目指した教育実践報告－保健師が行う独自の地域看護活動技術の育成にむけて－，保健科学研究誌，6，p.1-13，2009.

13) 古賀佳代子，木村裕美，西尾美登里，他：地域包括支援センター保健師の専門性に関する研究－テキストマイニング分析を用いた内容分析から－，日本農村医学会雑誌，68（5），p.634-642，2020.

Ⅲ．規　　程

＊様式等、必要書類は愛知県看護協会ホームページから、ダウンロードしてご応募ください。

ホームページアドレス

https://www.aichi-kangokyokai.or.jp/

公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成規程

（目　　的）

第１条　この規程は、看護の質の向上と臨床における質の高い看護職を育成するために、研究活動に対し奨励助成することを目的とする。

（交付の対象）

第２条　助成金は、看護教育、臨床看護、地域看護等、看護に関する領域の研究に交付する。

（応募資格）

第３条　助成金の応募資格は、愛知県内に在住または勤務している看護職の個人、あるいは前者を共同研究の代表とする研究チームとする。

（助　成　額）

第４条　助成額は次の通りとする。

研究内容、時期、他からの助成の有無を考慮し、１件ごとに定めた額とする。

（申　　請）

第５条　助成金を申請しようとする者は、募集期間内に所定の申請書を公益社団法人愛知県看護協会会長（以下、「会長」という。）に提出する。

（助成の審査・決定）

第６条　助成金の交付は、提出された申請書について、看護研究助成委員会による審査を経て理事会で決定する。

（研究の変更・中止）

第７条　助成金の交付決定を受けたものが変更中止をするときは、速やかに会長にその旨の届出書を提出する。会長が必要と認めたときは、助成金の一部または全額を返還させることができる。

（助成金の使用制限）

第８条　助成金は交付を受けた者が研究に要する経費についてのみ使用できる。

（成果の報告）

第９条　助成金を受けた者は、会長に年度末までに所定の報告書を提出する。また、看護系および関連学会等に口頭・示説発表あるいは投稿をしなければならない。

（助成審査）

第 10 条　助成金の交付については、看護研究助成委員会で審査をする。

（雑　　則）

第 11 条　この規程に定めるもののほか必要事項は会長が別に定める。

（改　　定）

第 12 条　この規程の改定は、公益社団法人愛知県看護協会理事会の承認を得て会長が行う。

附　　則　　この規程は、平成15年12月18日から施行する。

附　　則　　この規程は、平成19年10月１日から施行する。

附　　則　　この規程は、平成24年4月１日から施行する。

公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成要領

１　趣　旨

この要領は、公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成規程に基づき、必要な事項を定める。

２　留意事項

（１）研究は個人及び２名以上の共同研究とする。

（２）共同研究は、異なる施設のものでもよい。

（３）他の助成金を受けている者及び過去に助成を受けたことのある者は応募できない。なお、共同研究者はこの限りではない。

３　助成に関する金額と使途

助成申請額および助成額は、１件当たり 20 万円以内とする。

また、助成金の使途については、直接研究にかかわる経費のみとする。

＜例　示＞

物品費：研究に必要な物品を購入するための経費

人件費・謝金：研究への協力（資料整理、実験補助、翻訳・校閲、専門的知識の提供、アンケートの配付・回収、研究資料の収集、データ入力等）をする者にかかる人件費・謝金等

旅　費：研究代表者、研究分担者、その他研究への協力をする者の出張（資料収集、各種調査、研究の打合せ、研究の成果発表等）のための経費（交通費・宿泊費）

その他：上記のほか当該研究を遂行するための経費（印刷費、複写費、現像・焼付費、通信費、運搬費等）会議費（会場借料費等）レンタル料（コンピュータ、自動車、実験機器・器具等）研究成果発表費用（学会誌投稿料、研究成果広報用パンフレット作成費用等）

４　応募方法

（１）募集方法　公益社団法人愛知県看護協会から各施設に通知する。

（２）募集期間　毎年 12 月 1 日から翌年 1 月 14 日（必着）までとする。

５　選考方法

（１）助成金の申請書は、看護研究助成委員会において審査選考する。また、申請者に対して研究内容等について照会することもある。

（２）看護研究助成選考において、臨地での実践者の研究を優先して採択する。

６　決定通知

助成金の決定通知は、研究責任者に応募年度の３月末日までに文書で連絡する。

７　交付方法

助成金の交付は個人名義あてとする。

８　助成期間と成果の報告

（１）研究期間は原則として、当該年度４月から３月末日までの１年間とする。但し、やむを得ず研究期間を延長する場合は、所定の「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究期間延長願」を提出する。

（２）助成金の使用期間は、助成を受けた年度限りとする。

（３）助成決定後の義務は、次のとおりとする。

ア　助成決定後は、別紙「研究計画書」に基づき研究を実施し、「公益社団法人愛知県看護協

会看護研究助成研究報告書・会計報告記載の手引き」に従い、研究完了の報告及び収支報告を提出する。

イ　上記報告書の提出期限は、助成年度の３月末日とする。

ウ　当該年度中に使用できなかった助成金の残額の返還については、助成年度の翌年度の４月 10 日までとする。

エ　成果物は、看護協会が開催する学会及び看護系の学会等に口頭・施設発表あるいは紙上発表する。なお、学会等への発表時は、愛知県看護協会看護研究助成を受けたことを明記する。

オ　助成を受ける者は、翌年度中に発表を終了しなければならない。やむを得ず、さらに遅れる場合は、翌年度１月末日までに所定の「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究発表延長願」を提出し、承認を受けなければならない。

カ　学会発表後は、「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成学会報告届書」を提出する。

キ　発表が翌年になった場合も、発表後速やかに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成学会報告届書」を提出しなければならない。

９　その他

（１）研究発表の終了したものについては、毎年、研究助成委員会で「愛知県看護協会看護研究助成報告論文集」を作成する。

（２）「愛知県看護協会看護研究助成報告論文集」に掲載した論文で、研究者が承諾した論文に関しては、愛知県看護協会ホームページに論文を掲載する。

（３）独創的で、優秀な研究については、モデル研究として、愛知県看護研究学会で発表する。

（４）提出された書類は返却しない。

附　　則　　この要領は、平成 16 年 10 月 22 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 19 年 10 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 21 年 12 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 22 年 12 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 24 年４ 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 29 年 10 月 10 日から施行する。

附　　則　　この要領は、令和 2 年 11 月 1 日から施行する。

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成金交付申請書記入の手引き

1　公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成金の交付を申請される方は、公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成金交付申請書（以下申請書）記入の手引きをご参照の上、申請書を作成してください。

記入上の留意事項

1) 申請は、「公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成金交付申請書」（様式１）を提出する。

2) 申請書には、以下のことを記入する。

① 愛知県看護協会会員番号

② 所属施設の正式名称・所属施設の所在地・氏名・自宅住所・電話番号等

なお、所属施設とは、所属する病院名及び在籍する大学院名をいう。両方に関わる場合には所属施設欄の 2 か所に記載する。

③ 共同研究者の所属施設名・職名・氏名

④ 研究課題（研究テーマ・サブテーマ）、またテーマとした理由を簡潔に記入

⑤ 研究目的は、先行研究等の状況を踏まえ具体的に記入、また記入するスペースが不足した時はコピーをして添付

⑥ 研究計画は、別紙を使用し、具体的にタイムスケジュールも記入（総数３～５枚まで）

⑦ 本研究に関連するこれまでの成果についての説明を記入

⑧ 推薦者の所属施設名・職名・氏名・所属施設の所在地（記載順を変更しています）

⑨ 本研究の予算額は、1 件当たり 20 万円以内である。

当該研究にかかわる物品、人件費・謝金、旅費、その他（「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成要領」３　助成金額と使途　参照）をできるだけ詳細に記入

記入例を参照し、算出根拠も明示する。

（記入例）

物　　品	人件費・謝金	旅費	その他	合計金額
ソフトウェア（含バージョンアップ）60,000 USB(4G)3 本組 3,000 書籍　8,000	アルバイト研究補助員の人件費（時給 1,000 × 5h × 5 日）25,000 被験者への謝金(300 円×100 人)　30,000	学会参加旅費(東京)宿泊含む　30,000	通信費（切手 82 円×100 人×2）16,400 アンケート印刷費 10,000 学会投稿料　5,000 学会参加費 10,000	197,400 円
計　71,000 円	計　55,000 円	計　30,000 円	計　41,400 円	

2　申請書の受付

1)　申請書は原本を提出する。

2)　送付時の注意：簡易書留にて郵送する。

3)　送付先

〒466-0054

名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号

公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成申請係宛

TEL(052)871-0711　　FAX(052)871-0757

令和 2 年 11 月 1 日改訂

公益社団法人　愛知県看護協会　看護研究助成研究報告書執筆方法

【執筆方法】

1　原稿は、Ａ４用紙　40 字、40 行、上下余白 30mm、左右余白 25mm

＊８枚程度にまとめる。(資料を含む)

＊ローマ数字の項目から次の項目へ移るときは１行空ける。

＊表紙・外枠・ページ付けは不要である。

2　字体はすべて明朝体とする。(ただし資料はそれに限らない)

3　テーマ記載について

1）公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書　を文頭に入れる。(12 ポイント)

2）表題はセンター寄せとし、長い場合は適当なところで折り返す。　(16 ポイント)

3）氏名は研究者と共同研究者を区別するため、研究者氏名の前に○印をつける。研究者・共同研究者の所属を記入し、文頭を揃えて右寄せで記入する。(10.5 ポイント)

4　本文について

1）文献まですべて 10.5 ポイントとする。

2）項目立ては原則として以下の通りとする。

Ⅰ．はじめに　Ⅱ．研究目的　Ⅲ．研究方法　Ⅳ．結果　Ⅴ．考察　Ⅵ．結論

謝辞　付記　文献

＊謝辞・付記・文献は項目数字を付与しない。

3）項目立てに使う数字について

大項目から順に　Ⅰ→　1→　1）→（1）→ｉとする。

＊大項目（ローマ数字）は次の項目へ行くときに１行空ける。小項目は空けない。

4）Ⅱ．研究方法に、研究デザイン・研究対象者・研究期間・方法・倫理的配慮・用語の定義の内容を記載する。

＊研究倫理審査の結果、倫理審査番号が付与されている場合は倫理的配慮の中で記載する。

＊用語の定義は、必要に応じて記載する。

＊その他研究方法で記載したほうが良いと判断されたものがある場合は追加してよい。

5）結果・考察・結論（まとめ）についての記載方法は研究者に任せる。

6）謝辞：研究協力者や対象者・指導者への謝辞などの記載の後、愛知県看護協会の研究助成金を受けたことを記載する。

7）付記：この研究を発表する学会が決定していれば記載する。

8）文献について

(1)文献は引用順に番号をつけ、本文引用箇所の右肩に [1]、[2]などで示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に記載する。

(2)雑誌・単行本・訳本などは、「日本看護学会論文集投稿規程　文献の記載方法」に準じる。

(3)インターネットからの文献は URL と最終アクセス日を記載する。

5　図表について

図・表・写真は、図 1、表 1、写真 1 と番号をつけ、本文内に挿入または本文の後に一括する。ただし、白黒印刷で判別できる表記をする。

＊報告論文集は、提出された状態で製本されます。

6　提出について

原稿は原本１部とコピー1 部を提出する。また、報告論文集作成のため、最終原稿提出の電子媒体は、Microsoft Word と PDF の双方を作成し、メールで送付する。

〔報告書記載例〕

12 ポイント
センター寄せ

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

16 ポイント
センター寄せ

○○○○に関する研究

＊（1 行空ける）

○愛知花子　（高辻病院）
東海太郎　（高辻クリニック）

文頭を揃える

右寄せ

＊（1 行空ける）

Ⅰ．はじめに

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

Ⅱ．研究目的

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

Ⅲ．研究方法

研究対象者・研究期間・方法・倫理的配慮・用語の定義、その他必要項目

＊小項目は必要に応じて記載内容を追加あるいは削減してください。記載順も必要に応じて変更可能です。

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

Ⅳ．結果

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

Ⅴ．考察

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

Ⅵ．結論（まとめ）

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

謝辞

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

付記

＊（文末から次の項目へ１行空ける）

文献

＊不明な点は愛知県看護協会看護研究助成申請担当まで、問い合わせて下さい。

令和 2 年 11 月 1 日改訂

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成研究報告書・会計報告記載の手引き

1　公益社団法人　愛知県看護協会研究助成研究報告・会計報告の提出

1)　公益社団法人　愛知県看護協会研究助成研究報告・会計報告等は記載の手引きを参照の上、当該年度３月末日までに提出する。

2)　当該年度３月末日までに研究報告書を提出できないときは、当該年度１月末日までに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究期間延長願」（様式４）を提出する。

3)　翌年度３月末日までに研究発表が終了できないときは、翌年度１月末日までに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究発表延長願」（様式５）を提出する。

研究報告書

1)　研究報告書は、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成研究報告書執筆方法」（資料１）に従い記載し提出する。

2)　学会発表報告については、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成　学会報告届書」（様式３）を提出する。

会計報告

1)　会計報告は、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成金会計報告」（様式２）を提出する。

2)　必要な項目を記入し、一覧表を作成する。

（「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成要領」３　助成金額と使途　参照）

収入（助成金）・物品・人件費・謝金および旅費・その他

収　　入（助成金）	物　　品	人件費・謝金	旅費	その他
計	計	計	計	計
合計	支出合計（残高）			

3)　当該年度中に使用できなかった助成金の残金の返還については、報告書提出時あるいは助成年度翌年度の 4 月 10 日までとする。

4)　領収書はすべてのり付けし添付する。

2　公益社団法人愛知県看護協会研究助成研究報告書・会計報告送付先

1)　送付時の注意：簡易書留にて郵送する。

2)　送付先

〒466-0054

名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号

公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成研究報告書係宛

TEL(052)871-0711　　FAX(052)871-0757

令和 2 年 11 月 1 日改訂

様式１

申し込み受付番号（※　　）

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成金交付申請書

公益社団法人　愛知県看護協会　　愛知県看護協会会員番号（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">申込者
（グループの場合は代表者）</td><td colspan="2">（所属施設）
（教育機関）</td><td rowspan="2">ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">年齢
歳</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td><td>自宅住所</td><td colspan="2">〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">共同者</td><td>所属施設名</td><td>職　名</td><td>共同者氏名</td><td>所属施設名</td><td>職　名</td><td>共同者氏名</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

研究課題

研究目的

研究計画書　　※計画書は別紙に記入すること
①研究計画書は詳細に記入すること　　②タイムスケジュールもあわせて記入すること

本研究に関連するこれまでの成果

<table>
<tr><td rowspan="3">本研究の予算額</td><td colspan="5">費　用　内　訳</td></tr>
<tr><td>物　品</td><td>人件費・謝金</td><td>旅費</td><td>その他</td><td>合計金額</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td>計　　円</td><td>計　　円</td><td>計　　円</td><td>計　　円</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">推薦者</td><td>所属施設</td><td>所在地</td><td>〒
TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>職名</td><td>氏名</td><td>印</td></tr>
</table>

令和２年11月１日改訂

別紙

申し込み受付番号（※　　）

研　究　計　画　書

研究者氏名（　　）

項　　目	内　　容
1　研究課題	
2　対　　象	
3　期　　間	
4　場　　所	
5　行動計画 ※ 具体的にタイムスケジュールも記入	
6　必要な資源	
7　倫理的配慮について	
8　その他	
《課題達成の評価方法》	

公益社団法人　愛知県看護協会

様式２

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成金　会計報告

研究者氏名（　　）

収　　入（助成金）	物　　品	人件費・謝金	旅費	その他
計	計	計	計	計
合計		支出合計（残高）		

※報告は助成年度３月末日までに提出すること。　　公益社団法人愛知県看護協会

様式３

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成　学会報告届書

令和　　年　　月　　日

（ふりがな） 研究者氏名	（　　）
所属施設名	
共同研究者氏名 （所属施設名）	
学会発表テーマ	
発表学会名 （発表予定学会名）	
学会開催日程	
学会開催場所	
学会主催名	
学会連絡先	
研究報告書提出期日	
愛知県看護協会ホームページへのＰＤＦによる論文掲載の同意	同意する　　同意しない

※発表予定学会が決定していない場合は、未定でこの用紙を提出し、決定後速やかに提出して下さい。
　２年以上の延長は認められません。

公益社団法人　愛知県看護協会

様式４

申し込み受付番号（※　　）

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成研究期間延長願

公益社団法人　愛知県看護協会　　愛知県看護協会会員番号（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">申込者
（グループの場合は代表者）</td><td colspan="2">（所属施設）
（教育機関）</td><td rowspan="2">ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">年齢
歳</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td><td>自宅住所</td><td colspan="2">〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td></tr>
</table>

共同者（ｸﾞﾙｰﾌﾟの場合）	所属施設名	職　名	共同者氏名	所属施設名	職　名	共同者氏名

研究テーマ

研究延長期間

期間延長理由

令和３年10月改定

様式５

申し込み受付番号（※　　）

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成研究発表延長願

公益社団法人　愛知県看護協会　　愛知県看護協会会員番号（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">申込者
（グループの場合は代表者）</td><td colspan="2">(所属施設)
(教育機関)</td><td rowspan="2">ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">年齢
歳</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td><td>自宅住所</td><td colspan="2">〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td></tr>
</table>

共同者 (ｸﾞﾙｰﾌﾟの場合)	所属施設名	職　名	共同者氏名	所属施設名	職　名	共同者氏名

研究テーマ

発表延長期間

発表延長理由

令和３年10月改定

令和2年度

愛知県看護協会看護研究助成報告論文集

看護研究助成委員会

■委員長	井　野　恭　子
■委員	宮　内　義　明
	山　本　陽　子
	富　田　　元
	西　尾　里　美
	大　矢　早　苗

令和2年度愛知県看護協会看護研究助成報告論文集

令和4年3月発行

編集・発行・印刷　公益社団法人 愛知県看護協会

〒466-0054　愛知県名古屋市昭和区円上町26番18号
TEL.052-871-0711