研　究　報　告

Collaborative Reflectionの概念分析
—Walker & Avantの手法を用いて—

小山　理英

Concept Analysis of Collaborative Reflection: Using the Strategies for Proposed by Walker and Avant

Rie Oyama

キーワード：Collaborative Reflection，概念分析，Walker & Avant

key words：collaborative reflection, concept analysis, Walker & Avant

Abstract

This study aims to propose a definition of the concept of “collaborative reflection” by analyzing its structure using the concept analysis method described by Walker and Avant. A literature search with the keyword, “collaborative reflection” identified 16 items published in and outside Japan, from which three antecedents, seven attributes, and four consequences were extracted. Based on the results of the literature search, collaborative reflection was defined as, “A series of process of thinking to perform reflection of oneself triggered by dilemma and perplexity, and to act for a solution to the problem, and to switch the experience of others to own learning by talking with a great variety of people about the experience, and to bring synergy of the reflection.”Findings from this study suggested that collaborative reflection is effective in real-world nursing settings where interprofessional collaboration is the key.

要　旨

本研究の目的は，Walker & Avantの概念分析法を用いて“collaborative reflection”という概念の構造を分析し，定義を明らかにすることである．“collaborative reflection”をキーワードにして検索できた日本国外のArticleとPaperの16文献から，3つの先行要件，7つの属性，4つの帰結を導き出した．その結果から，“collaborative reflection”を，“ジレンマや困惑をきっかけに自分自身をリフレクションして問題解決に向けて行動し，その経験を多種多様な人々と語り合うことで，他者の経験をも自分の学びに転換し，リフレクションの相乗効果をもたらす一連の思考過程”と定義した．多職種連携が重要視される看護実践の場においては，“collaborative reflection”が有用であることが示唆された．

受付日：2020年5月29日　　受理日：2021年1月5日
産業医科大学　University of Occupational and Environmental Health

I. はじめに

リフレクション（reflection）は，デューイ（John Dewey）が1930年代に提唱した反省的思考（reflective thinking）に始まる概念である．デューイは経験によって生じた疑念を探究する行為が，螺旋状に連続した新たな経験の基礎となる（Dewey, 1938/2004, p.128）と述べ，経験の重要性を説いている．1980年代以降，デューイの理論はショーン（Donald Schön）によって発展し，ショーンは“行為の中のリフレクション（Reflection-in-Action）”によって，専門的実践家が実践知を生み出していることを明らかにした（Schön, 1983）．

日本では2000年頃より看護におけるリフレクション研究が進められている．看護実践の場では，日々変化する人々の状態を観察し，必要な援助を計画し，実施，評価する必要がある．その際，実施した看護を意図的にリフレクションすることで，その結果の意味づけをし，次の看護に活かすことができる．先行研究では，リフレクションにより，【新たな自己への気付き】，【課題の発見】，【視野の広がり】，【意識変容】，【成長】，【行動変容】が起こることが明らかになっている（小山，2019）．近年では，授業リフレクション（目黒・永井・貝瀬他，2016）や，マネジメントリフレクション（河野，2013）など，リフレクション研究の対象は拡大している．また，リフレクションの方法においては，グループでのリフレクションの有効性が明らかになっており（渋谷，2001），対話的グループリフレクションが臨床での経験学習支援を導くこと（青木，2014）や，自己の課題を明確にし，成長を導くことが明らかになっている（村松・渡辺，2008）．更に，多職種でのグループリフレクションが，エンパワーメントを促進するという報告もある（青木・Ghaye・Lillyman, 2011）．しかし，対話的グループリフレクションやグループリフレクションに関する定義はなされておらず，その概念も曖昧なままであった．そのため，日本国外の文献に目を向け，“対話”，“グループ”，“複数人”でのリフレクションを意味していると期待できる「collaborative reflection」（以下，C.R.）に焦点をあてた．

日本国内でリフレクション研究が始まった2000年頃より，日本国外ではC.R.の研究が進んできた．効果的なネットワーク学習の方法を検討した文献（Kim & Lee, 2002）がC.R.研究の始まりである．彼らは個人のリフレクションで自分自身を再構成した上で，グループディスカッションを行う必要性を説いている．更にその後の研究では，C.R.がグループで思考を深め，経験を共有することで相乗効果をもたらし（Degeling & Prilla, 2011），専門職としてのアイデンティティを確立し，リフレクションの効果が高まると報告されている（Binyamin, 2018）．しかし，これまでC.R.の概念分析はなされておらず，Veenらの「医学生が経験をする学習サイクルの一部」（Veen & Croix, 2017）と，Degelingらの「経験をリフレクションし，評価して，将来のために学び，職場で学ぶための仕組み」（Degeling & Prilla, 2011）という位置づけに留まっていた．C.R.は，「対話」「グループ」のリフレクションに関連し，多職種と共にチームで患者に関わる看護職にとって，有用な概念ではないかと考えた．しかし，これまでのC.R.の定義は，看護に特化しておらず，その用法は明らかにされていない．そのため，看護実践の場におけるC.R.の有用性を検討するために，C.R.の概念の構造を分析し，定義を明らかにする必要があると考えた．

II. 目的

本研究の目的は，C.R.に関する文献を探究し，Walker & Avantの概念分析アプローチ法（Walker & Avant, 2005/2008）を用いてC.R.という概念の構造を分析し，定義を明らかにすることである．

III. 方法

A. 対象文献の検索

文献の検索期間は，2009年1月から2019年12月までの10年間とした．検索用語はC.R.とし，医学中央雑誌web版，CiNii, PubMed, CINAHLを用いて看護学に限らず幅広い分野の文献を検索した．しかし，過去10年間での文献数が少なかったため，C.R.研究が始まったと考えられる2002年まで遡り，文献の検索期間を拡大した．

B. 概念分析の手法

本研究では，Walker & Avant（2005/2008）の概念分析の手法を用いた．Walker & Avantの概念分析は，概念を構成する属性（attributes），概念に先だって生じる先行要件（antecedents），概念によって生じる帰結（consequences）から概念を検証し，理論の中の曖昧な概念を明確に再定義することに役立つ方法である．具体的には，①概念を選択する，②分析のねらいを決定する，③概念の用法を明らかにする，④概念を定義づける属性を明らかにする，⑤モデル例を明らかにする，⑥補足例を明らかにする，⑦先行要件と帰結を明らかにする，⑧経験的指示対象（empirical referent）を明らかにする，という8段階を辿る．

C. 分析方法

Walker & Avant（2005/2008）の概念分析の手法に沿って，本研究で対象とする概念をC.R.とした．更に，C.R.の概念の構造について分析し，定義を明らかにすることを分析のねらいとした．具体的な分析の方法として，まず，文献を精読して文献リストに分類し，全体の概要を明らかにした後，先行要件と属性，そして帰結について記述されている内容を抜粋してコード

とした．次に，コードを最小単位として意味内容の類似するデータのまとまりを作り，その類似性を的確に表す表現を探し命名するという一連の分析過程を辿った．なお，モデル例と補足例については，事例を作成しC.R.の概念との関連性について説明した．

Ⅳ．結果

A．対象文献の概要

文献検索の結果，ArticleとPaperの16文献が検索できた．分析リストに沿って整理し，教育に関する12文献と，医療従事者に関する4文献に大別できた（表1）．教育に関する12文献のうち，教員に関する文献は8文献で，学生に関する文献は2文献であった．また，教育者と学生双方の関わりに関する文献と，教員同士のコミュニティに関する文献はそれぞれ1文献ずつであった．なお，医療従事者に関する文献のうち看護師に関する文献は1文献のみであった．

B．対象文献で示された概念の用法

C.R.においては，まずは自分自身でリフレクションを行い，その際に，自らの経験をリフレクションに移行する必要性が述べられていた（Veen & Croix, 2017）．更に，教育者自身が実践について学ぶ状況を作り出し（Mede, 2010），教員と学生の道徳的で感情的なリフレクションが存在する必要性（Tigelaar, Dolmans, Meijer, et al., 2008）があるとされていた．また，C.R.について，“医学生の学習サイクルの一部”（Veen & Croix, 2017）や，“会議を有効にする”（Tigelaar, Dolmans, Meijer, et al., 2008）など，学習サイクルという思考過程を意味している文献と，会議などの実在する場

表1．文献リスト

NO.	著者（発行年）	論文種類	テーマ	対象
1	Binyamin, G.（2018）	Article	Growing from dilemmas: developing a professional identity through collaborative reflections on relational dilemmas	作業療法士
2	Loh, J. et al.（2017）	Article	Transforming Teaching through Collaborative Reflection: A Singaporean Case Study	教員
3	Veen, M. et al.（2017）	Article	Collaborative Reflection Under the Microscope: Using Conversation Analysis to Study the Transition From Case Presentation to Discussion in GP Residents' Experience Sharing Sessions	医学部生
4	Clara, M. et al.（2015）	Article	Can massive communities of teachers facilitate collaborative reflection? Fractal design as a possible answer	教員
5	Kidd, M. et al.（2016）	Article	Using visual art and collaborative reflection to explore medical attitudes toward vulnerable persons	医療従事者と開業医
6	Murray, E.（2015）	Article	Improving Teaching Through Collaborative Reflective Teaching Cycles	教員
7	Flores, R. et al.（2014）	Article	From Evaluation to Collaborative Reflection：Teacher Candidate perceptions of a Digital Learner-Centered Classroom Observation Form	教員候補者
8	Kurczek, J.（2014）	Article	The student as teacher：reflection on collaborative learning in a senior seminar	学習者と教員
9	Kim, M. et al.（2013）	Article	Teacher’s Reflection of Inquiry Teaching in Finland Before and During An In-Service Program: Examination By A Progress Model of Collaborative Reflection	教員
10	Lin, H-S. et al.（2013）	Original Article	The impact of collaborative reflection on teachers inquiry teaching	教員
11	Epler, C. M. et al.（2013）	Article	The Influence of Collaborative Reflection and Think-Aloud Protocols on Pre-Service Teachers’ Reflection: A Mixed Methods Approach	教員
12	Degeling, M. et al.（2011）	Paper	Modes of collaborative reflection	学生
13	Mede, E.（2010）	Article	The effects of collaborative reflection on EFL teaching	教員
14	Tigelaar, D. E. H. et al.（2008）	Article	Teachers, Interactions and their Collaborative Reflection Processes during Peer Meetings.	教員と学生 教員と教員
15	Durham, L. et al.（2006）	Original Article	Critical care outreach 2：Uncovering the underpinning philosophy and knowledge through collaborative reflection	看護師
16	Kim, D. et al.（2002）	Article	Designing Collaborative Reflection Supporting Tools in e-Project-Based Learning Environments	学習者

表2.「collaborative reflection」の先行要件・属性・帰結を導くコード

先行要件	コード
他者との距離や関係性へのジレンマ	患者との関係や患者との距離，患者家族との関係へのジレンマ 同僚やパートナーとの関係へのジレンマ
現状に対して疑問や不安，困惑を感じる	教員が現状を疑ったときにはじまる 教員が感じる疑問，不安，困惑 教育計画や教育方法に疑問を持つ 視覚に関する感情的反応 学生の理解度について考える
認知的葛藤やリアリティショックの解決ができない	教員のリアリティショック 教員のバーンアウト 行動と新しい情報や知識の矛盾という認知的葛藤を解決できない
属性	**コード**
教育現場や職場など，多くの状況やコミュニティの場で起こる	大学教育によりリフレクションを行う 教員の大規模なコミュニティ 職場では，仕事の間，他の多くの状況で起こる
リフレクションのプロセスを辿りながら自分自身をリフレクションする	自分自身のリフレクションのプロセスが必要 自分自身でリフレクションを行う 実践からの経験をリフレクションに移行する
理論に基づき他者に経験を語る	学生の臨床経験が必要 学生が経験について話す 経験と理論に裏付けられる
知識や信念や哲学を基に問題解決のための行動を計画し実践する	教員が教育プロセスを計画し，同僚と利用する 教員の信念 教員の教育実践 教育者自身が実践について学ぶ状況を作り出す 知識と哲学を基に看護援助を実践する 知識だけで導かれるものではなく，問題解決のプロセスが重要 学習者の思考を明確にし，思考を発展させるための意見を促す
他者との対話による信頼関係と相互作用によって起こる	対話と相互支援によって達成する 協力教員，監督者，同僚との対話 教員と他の利害関係者が重要 話し合うこと 学生が語る仮説を教員が疑う 同僚による支援 同僚からのフィードバック 参加者が重要な役割を果たす アクティブな参加者の相互作用によって起こる 参加者がお互いに交流し質問する プロセスには「信頼」が必須である 学生との交流が大切 同僚は教員のリフレクションを促す 能力のある仲間の助けが必要
専門家やファシリテーターなどによる支援や相互作用によって起こる	ケース・プレゼンター，チューターが重要な役割を果たす 教員，専門家，ファシリテーターの相互作用によって起こる 支援者の存在 教員の指導と学習に対する対話がリフレクションを導く 教員との関わりや知識が促進する サポートする体制に影響を受け，その支援によって相乗効果を得る メンター，監督者，教員との友好的な雰囲気 メンター，監督者，教員との信頼関係と相互理解 研究者，スーパーバイザーは教員のリフレクションを促す 教員の助けが必要
他者の経験を自分の学びに転換する	他者の経験を自分に置き換える 間接経験を自分の学びに転換する

表2．つづき

帰結	コード
様々な視点からの見直しによる相乗効果をもたらす	視点の広がりや深まりをもたらす グループ内での相乗効果をもたらす グループで思考を深める 様々な視点からの見直しや認知的葛藤を通した意見の修正を行う グループで思考を深める
学習者のニーズを満たし，有効な話し合いにより新たな挑戦を導く	学習者の思考の明確化 学習者の思考の発展 学習者のニーズを満たし，新たな挑戦を導く 互いを平等なパートナーと認識し教育学的接近がなされる 教員同士の話し合いを有効にする
道徳的で感情的なリフレクションを促進し，リフレクションの効果が高まる	リフレクションの効果を高める 医療従事者の視覚と解釈のスキルは患者ケアに関連する 教員のリフレクションがより深まる 教員と学生の道徳的で感情的なリフレクションを促進する より効果的なリフレクションを行うことができる
専門職としてのアイデンティティの獲得による専門性の発展	理論と実践のギャップを埋める 専門職としてのアイデンティティの獲得 個人と専門職としての成長を促す 教員の専門性の発展 個人の成長 教員の専門的な成長につながる 参加者の専門性の発展につながる 外国語教育に前向きな影響を与える

面や空間を示す文献があった．

C．概念分析の結果

1．概念を定義づける属性

属性（attributes）について明記していたのは，16文献中13文献であり，42のコードから7つの属性を抽出した（表2）．以下，コードを「　」で示し，属性を【　】で示す．まず，「大学教育によりリフレクションを行う」，「教員の大規模なコミュニティ」，「職場では，仕事の間，他の多くの状況で起こる」というコードから，【教育現場や職場など，多くの状況やコミュニティの場で起こる】と命名した．次に，「自分自身のリフレクションのプロセスが必要」，「自分自身でリフレクションを行う」，「実践からの経験をリフレクションに移行する」というコードから，【リフレクションのプロセスを辿りながら自分自身をリフレクションする】と命名した．その他，【理論に基づき他者に経験を語る】，【知識や信念や哲学を基に問題解決のための行動を計画し実践する】，【他者との対話による信頼関係と相互作用によって起こる】，【専門家やファシリテーターなどによる支援や相互作用によって起こる】，【他者の経験を自分の学びに転換する】と命名した．看護師のC.R.に関する文献（Durham & Hancock, 2006）のコードは【理論に基づき他者に経験を語る】，【知識や信念や哲学を基に，問題解決のための行動を計画し実践する】に含まれていた．また，支援者である教員や専門家，ファシリテーターが重要な役割を果たすと述べている文献は5文献あったが，具体的な役割は記述されていなかった．

2．C.R.のモデル例

以下に示す事例は，著者が過去に経験した事例を基に作成した．

看護師A, B, Cはそれぞれ異なる病院で新人看護師の指導を担当していた．A, B, Cはそれぞれ自分自身をリフレクションしながら指導しているが，新人看護師への指導に悩んでいた．ある時，院外研修で，共にグループディスカッションをする機会があった．Aは，新人看護師に積極性がないため厳しく指導してしまう，と話した．またBは，新人看護師の気持ちも理解できるため，厳しい指導をしづらいと話した．更に，Cは，命を預かる仕事であり厳しさも必要ではないかと話し，お互いに経験を語った．ファシリテーターの進行により，それぞれの指導方法のメリットやデメリットを話し合い，自由に語ることができた．新人看護師へどのような指導が必要か，指導者としてどうあるべきか，他者との話し合いを通して改めてリフレクションする機会になった．

この事例では，新人看護師への指導方法について自分自身をリフレクションした上で，職場を超えたC.R.に参加し，他者との対話や，ファシリテーターの支援による相互作用によって，お互いのリフレクションが深まっていた．

3．C.R.の補足例

補足例には，境界例，関連例，相反例，考案例，誤用例があるが，本稿では，相反例について著者が過去

に経験した事例を基に作成した．

入院患者Dが夜間にベッドから転落したため，翌日の朝，師長の指示でカンファレンスが設けられた．参加者は，師長，リーダー，受け持ち看護師と，当日のDの担当看護師であった．夜勤の看護師から，患者は自宅の布団で寝ていると思っていたと情報提供があった．師長は受け持ち看護師の看護計画の不備を指摘し，入院時のオリエンテーションを見直すべきではないかと指導した．また，リーダーは当日の担当看護師に，転倒予防について患者に指導をするよう促した．

この事例では，病棟内の看護師のみの話し合いであり，参加者がリフレクションをして話し合いに臨んでいない．また，支援者が存在せず，上司の指導を受ける場になっており，自由な意見交換ができているとは言い難い．

4. C.R.の先行要件と帰結

先行要件（antecedents）について明記していたのは，16文献中8文献であり，10のコードから3つの先行要件を抽出した．以下，コードを「　」で示し，先行要件を【　】で示す．

まず，「患者との関係や患者との距離，患者家族との関係へのジレンマ」，「同僚やパートナーとの関係へのジレンマ」というコードから，対象者を“他者”と表現し，【他者との距離や関係性へのジレンマ】と命名した．次に，「教員が現状を疑ったときにはじまる」，「教員が感じる疑問，不安，困惑」，「教育計画や教育方法に疑問を持つ」，「視覚に関する感情的反応」，「学生の理解度について考える」というコードから，きっかけとなる事象を“現状”と抽象化し，【現状に対して疑問や不安，困惑を感じる】と命名した．更に，「教員のリアリティショック」，「教員のバーンアウト」，「行動と新しい情報や知識の矛盾という認知的葛藤を解決できない」というコードから，解決すべき現象を“認知的葛藤とリアリティショック”であると捉え，【認知的葛藤やリアリティショックの解決ができない】と命名した．また，看護師のC.R.に関する文献（Durham & Hancock, 2006）では，先行要件に関する記述はなかった．

次に，帰結（consequences）について明記していたのは，16文献中15文献であり，23のコードから4つの帰結を抽出した．帰結では，【様々な視点からの見直しによる相乗効果をもたらす】，【学習者のニーズを満

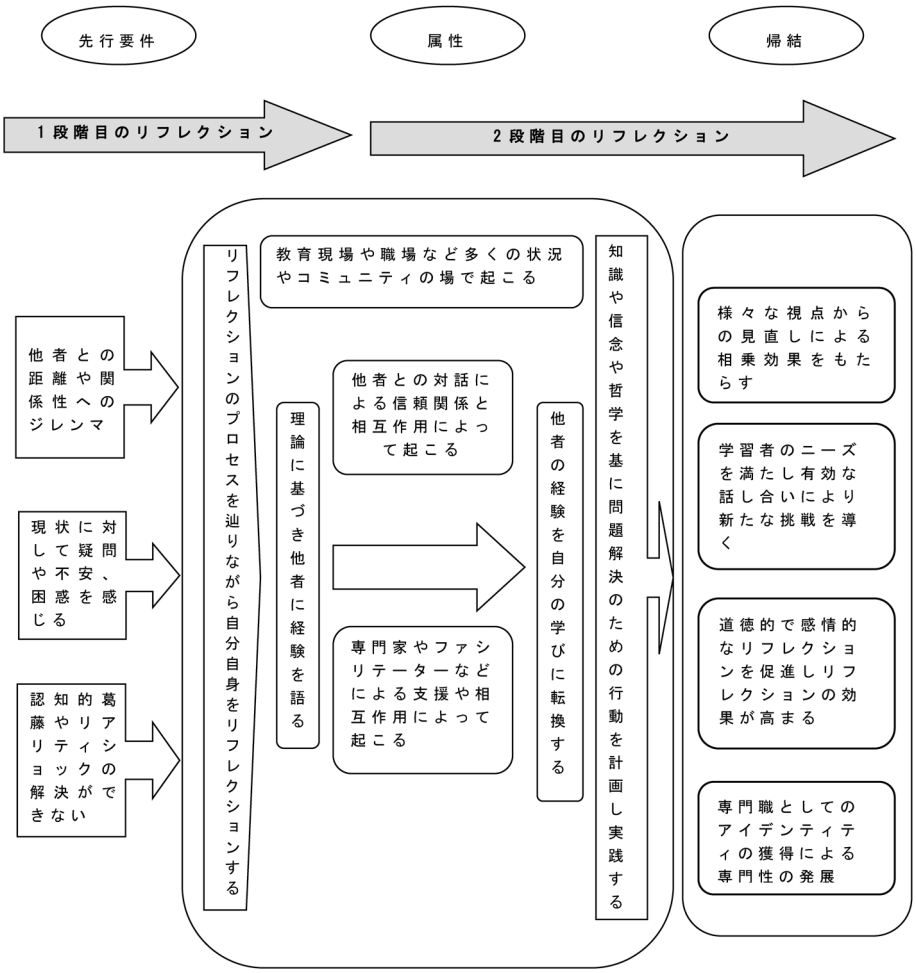


図1.「collaborative reflection」概念の構造

たし，有効な話し合いにより新たな挑戦を導く】，【道徳的で感情的なリフレクションを促進し，リフレクションの効果が高まる】，【専門職としてのアイデンティティの獲得による専門性の発展】と命名した．また，16文献中7文献が，C.R.の結果，専門職としての発展や成長につながると述べていた．看護師のC.R.に関する文献（Durham & Hancock, 2006）では，帰結に関する記述はなかった．

5. 経験的指示対象

経験的指示対象（empirical referent）は，その現象の存在によって概念自体の発生を例示する実際の現象である．C.R.では，“疑問や不安，ジレンマを感じている人々が集い語り合う”や，“他者の意見を自分の事として認識し，自分の体験として捉える”が該当する．

D. C.R.の概念の構造と定義

16文献から，3つの先行要件と，7つの属性，4つの帰結を命名し，C.R.の概念の構造を明らかにした（図1）．C.R.は，他者との距離や関係性へのジレンマを感じたり，現状に対して疑問や不安を抱き，認知的葛藤やリアリティショックの解決ができないことをきっかけにはじまる．そして，リフレクションのプロセスを辿りながら，まずは自分自身のリフレクションを行うという過程が1段階目のリフレクションである．次に，他者との語り合いの場において，理論に基づき他者に経験を語ることで，他者との対話による信頼関係と相互作用が起こり，更に，専門家やファシリテーターなどによる支援や相互作用によって，リフレクションが深まっていく．そして，他者の経験を自分の経験として捉えることで，知識や信念や哲学を基に問題解決のための行動を計画し実践することができる．その結果，様々な視点からの見直しによる相乗効果をもたらし，学習のニーズを満たし，有効な話し合いにより新たな挑戦を導くことができる．そして，道徳的で感情的なリフレクションを促進しリフレクションの効果が高まり，専門職としてのアイデンティティの獲得により専門性の発展に至る．すなわち，個人のリフレクションでは解決し得なかった事象を，C.R.によって思考を深めることで，リフレクションの相乗効果となって現れる．その結果，リフレクションの効果が高まっていくという過程が，2段階目のリフレクションである．

以上のことより，C.R.を「ジレンマや困惑をきっかけに自分自身をリフレクションして問題解決に向けて行動し，その経験を多種多様な人々と語り合うことで，他者の経験をも自分の学びに転換し，リフレクションの相乗効果をもたらす一連の思考過程」と定義した．

V. 考察

リフレクションは，いつもとは違う複雑な状況や経験（Rogers, 2001），不快な感情や違和感をきっかけに始まる（田村・池西，2014）．また，実践の結果が上手くいかないという戸惑いから探究的プロセスをスタートさせることが報告されている（河井，2017）．C.R.においても，他者との関係へのジレンマや現状への不安がきっかけとなり，自分自身で問題が解決できないことが先行要件となっており，リフレクションとC.R.の始まりは同様である．しかし，【リフレクションのプロセスを辿りながら自分自身をリフレクションする】という属性があるように，C.R.の前提として，自分自身をリフレクションする能力が求められる．個人のリフレクションである1段階目のリフレクションで解決できないときにこそ，お互いのリフレクションを語り合い，2段階目のリフレクションを深めていくことが重要である．

また，リフレクションは，自己と対峙することで価値観が脅かされ，自己を責める危険性が指摘されている（青木，2003）．補足例で示したように，自由な意見が述べられない場ではC.R.は成立しない．お互いに利害関係のない関係性を保持するためにも，モデル例で示したように職場や職種を超えた多職種とのC.R.が，より深いリフレクションを導くと考える．

C.R.では，信頼関係を基本として対話がなされ，相互作用が起こることが明らかになった．そのため，専門家やファシリテーターなどの支援者は，C.R.の場にいる参加者同士の関係性を構築した上で自由な語りを導き，リフレクションを深めるという重要な役割を担っていると考える．リフレクションの概念分析では，支援者の存在意義は明らかにされておらず（小山，2019），研究対象とした文献には，支援者の存在が必要とされつつも，その役割については明確になっていなかった．他者の語りを自分の経験として捉えることができるようになるために，今後，支援者の役割について検討していく必要がある．

また，C.R.は，教育現場や職場など，多種多様なコミュニティの場で起こり，仲間同士の連携と信頼関係が求められる．近年，急速に進む超高齢社会においては，多職種連携の重要性が問われている．更に，個人が所属する組織の境界を超えて語り合うことは，自分の仕事や業務に関する内省を導く（中原，2010）という観点からも学習効果が期待できる．リフレクションとC.R.の違いは，そのリフレクションの場に多種多様な人々が存在することである．看護実践の場においては，常に対象者やその家族との関わりが必要であり，実施した看護をリフレクションする能力が求められる．その際に，自分自身のリフレクションを踏まえて，多職種を交えC.R.を行うことで，相乗効果をもたらし，対象者への看護の在り方についてリフレクションを続けていかなければならない．常に自らの看護援助をリフレクションし，より良い看護を目指して多職種と連携して業務を遂行する看護実践の場において

は，C.R.の概念が有用であると考える．

Ⅵ．研究の限界

C.R.の概念分析の結果，C.R.の先行要件について示していたのは8文献に留まっていた．先行研究が少ない状況での概念分析であり，本研究の限界であると考える．

Ⅶ．おわりに

本研究では，C.R.の概念の構造について分析し，C.R.を「ジレンマや困惑をきっかけに自分自身をリフレクションして問題解決に向けて行動し，その経験を多種多様な人々と語り合うことで，他者の経験をも自分の学びに転換し，リフレクションの相乗効果をもたらす一連の思考過程」と定義した．多職種連携が重要視される看護実践の場においては，C.R.が有用であることが示唆されたため，今後はC.R.の支援者の役割について検討していく必要がある．

謝辞

論文作成において貴重なご助言とご指導をいただきました日本赤十字九州国際看護大学　本田多美枝教授，姫野稔子教授に深く感謝申し上げます．

利益相反

本研究の遂行や論文作成における利益相反はない．

文献

青木由美恵（2003）．リフレクションの実際—Gibbsのリフレクティブ・サイクルを活用して—．Quality Nursing, 9(2)，51–61.

青木由美恵（2014）．看護師における対話的グループ・リフレクションの認識．関東学院看護学雑誌，1(1)，57–64.

青木由美恵・Ghaye, T.・Lillyman, S.（2011）．高齢者における地域活動に対するリフレクションの試み．横浜看護学雑誌，4(1), 78–85.

Binyamin, G. (2018). Growing from dilemmas: Developing a professional identity through collaborative reflections on relational dilemmas. Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice, 23(1), 43–60.

Clara, M., Kelly, N., Mauri, T., Danaher, P. A. (2015). Can massive communities of teachers facilitate collaborative reflection? Fractal design as a possible answer. Asia-Pacific Journal of Teacher Education, 45(1), 86–98.

Degeling, M., Prilla, M. (2011). Modes of collaborative reflection. https://telearn.archives-ouvertes.fr/hal-00836670 (2018/6/12)

Dewey, J. (1938)／市村尚久訳（2004）．経験と教育．東京：講談社.

Durham, L., Hancock, H. C. (2006). Critical care outreach 2: Uncovering the underpinning philosophy and knowledge through collaborative reflection. British Association of Critical Care Nurse. Nursing in Critical Care, 11(5), 248–259.

Epler, C. M., Drape, T. A., Broyles, T. W., Rudd, R. D. (2013). The influence of collaborative reflection and think-aloud protocols on pre-service teachers' reflection: A mixed methods approach. Journal of Agricultural Education, 54(1), 47–59.

Flores, R., Krutka, D. G., Mason, K., Bergman, D. J. (2014). From evaluation to collaborative reflection: Teacher candidate perceptions of a digital learner-centered classroom observation form. Technology and Teacher Education, 22(4), 401–421.

河井亨（2017）．リフレクションのプロセス・モデルの検討—Schönの省察的実践論とEngeströmの探究的学習モデルの縫合—．京都大学高等教育研究，23, 59–68.

河野秀一（2013）．看護マネジメントリフレクション研修の評価と課題．看護管理，23(8), 688–694.

Kidd, M., Nixon, L., Rosenal, T., Jackson, R., Pereles, L., Mitchell, I., Bendiak, G., Hughes, L. (2016). Using visual art and collaborative reflection to explore medical attitudes toward vulnerable persons. Canadian Medical Education Journal, 7(1), 22–30.

Kim, D., Lee, S. (2002). Designing collaborative reflection supporting tools in e-project-based learning environments. Journal of Interactive Learning and Research, 13(4), 375–392.

Kim, M., Lavonen, J., Juuti, K., Holbrook, J., Rannikmäe, M. (2013). Teacher's reflection of inquiry teaching in finland before and during an in-service program: Examination by a progress model of collaborative reflection. International Journal of Science and Mathematics Education, 11(2), 359–383.

Kurczek, J., Johnson, J. (2014). The student as teacher reflection on collaborative learning in a senior seminar. Journal of Undergraduate Neuroscience Education, 12(2), 93–99.

Lin, H-S., Hong, Z-R., Yang, K-K., Lee, S-T. (2013). The impact of collaborative reflection on teachers inquiry teaching. International Journal of Science Education, 35(18), 3095–3116.

Loh, J., Hong, H., Koh, E. (2017). Transforming teaching through collaborative reflection: A singaporean case study. Malaysian Journal of ELT Research, 13(1), 1–11.

Mede, E. (2010). The effects of collaborative reflection on EFL teaching. Procedia: Social and Behavioral Sciences, 2(2), 3888–3891.

目黒悟・永井睦子・貝瀬雅弘・原寿子・秋元恵子・前田馨子・山口真弓（2016）．日本看護学教育学会誌，26, 139.

村松照美・渡辺勇弥（2008）．市町村新任保健師と熟練保健師の対話リフレクションの意味．山梨県立大学看護学部紀要，10, 49–58.

Murray, E. (2015). Improving teaching through collaborative reflective teaching cycles. Investigations in Mathematics Learning, 7(3), 23–29.

中原淳（2010）．職場学習論—仕事の学びを科学する—．東京：東京大学出版会.

小山理英（2019）．リフレクションの概念分析．第39回日本看護科学学会学術集会（抄録）.

Rogers, R. R. (2001). Reflection in higher education : A concept analysis. Innovative Higher Education, 26(1), 37–57.

Schön, D. A. (1983). The Reflective practitioner: How Professionals Think in Action. U.S.A.: A Member of the Perseus Books Group, 21–30.

渋谷美香（2001）．看護技術学習における学生の意味構成を支えるリフレクション．Quality Nursing, 7(8), 13–19.

田村由美・池西悦子（2014）．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—．東京：南江堂，27.

Tigelaar, D. E. H., Dolmans, D. H. J. M., Meijer, P. C., de Grave, W. S., van der Vleuten, C. P. M. (2008). Teachers' interactions and their collaborative reflection processes during peer meetings. Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice, 13(3), 289–308.

Veen, M., Croix, A. (2017). Collaborative reflection under the microscope: Using conversation analysis to study the transition from case presentation to discussion in GP residents' experience sharing sessions. Journal Teaching and Learning in Medicine An International Journal, 28(1), 3–14.

Walker, L. O., Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川﨑修一訳（2008）．看護における理論構築の方法．東京：医学書院.

研　究　報　告

転倒・転落予防のための看護師とセラピストへのコンフリクト・マネジメント効果

西山　史江

Effects of Conflict Management on Nurses and Therapists in Fall Prevention

Fumie Nishiyama

キーワード：コンフリクト，コンフリクト・マネジメント，看護師，セラピスト，転倒・転落

key words：conflict, conflict management, nurse, therapist, fall

Abstract

Purpose: Between nurses and therapists, conflicts have been observed regarding the causes of patient falls. This study aimed to clarify the effects of an interventional conflict management program on them.

Methods: One hundred and five nurses and therapists working in convalescence rehabilitation wards underwent interventional management in four different ways, including training workshops, team work, patient assessments using a sharing sheet, and case-study conferences, for 6 months. A self-administered questionnaire survey comprising questions on “cooperativeness,” “conflict types,” “factors contributing to conflicts,” and “strategies to solve conflicts” was conducted before the interventional program and 3 and 6 months after the program to evaluate its effects. The Friedman test and multivariate regression analyses were used to analyze the data.

Results: Seventy-one nurses and therapists who completed all questionnaire surveys administered at the aforementioned 3 timepoints were included in the analysis (valid response rate of 85.5%). Significant increases were noted in the “strategies to solve conflicts” scores at 3 ($p=0.013$) and 6 months ($p=0.004$) after the interventions.

Conclusion: Nurses and therapists found causes of conflicts after conflict management, and they altered their behaviors to resolve disagreements.

要　旨

目的：看護師とセラピスト間に存在する患者の転倒・転落に関するコンフリクトに対し，コンフリクト・マネジメントを介入として行い，その効果を明らかにする．

方法：回復期リハビリテーション病棟の看護師とセラピスト105名に，研修会，グループワーク，患者アセスメント共有シート，事例検討会という4つの介入を6カ月間実施した．その効果は，介入前，3カ月

受付日：2020年9月7日　　受理日：2021年1月21日
広島市立看護専門学校　Hiroshima City Nursing College

後，6カ月後に実施した『協調性』『コンフリクトのタイプ』『コンフリクトを引き起こす要因』『コンフリクトの解決方略』からなる自記式質問紙調査の変化で示した．分析は，Friedman検定，重回帰分析を用いた．

結果：3回の調査全てに回答した看護師とセラピスト71名を分析対象とした（有効回答率85.5%）．分析の結果，3カ月後（p=0.013），6カ月後（p=0.004）に，『コンフリクトの解決方略』が有意に高まった．

結論：看護師とセラピストは，コンフリクト・マネジメントにより，コンフリクトを顕在化させ，コンフリクトの解消へと行動を変化させた．

I. 緒言

2000年に介護保険制度の施行と共に，回復期リハビリテーション病棟（以後，回復期リハ病棟）は創設された．そこでは，多くの医療専門職がチームを組んで集中的なリハビリテーション（以後，リハ）と医学的管理を行い，患者の日常生活動作（ADL）の向上を図り，自宅や社会復帰することを目的としている（畠中，2014）．それを達成するには，チームで患者の転倒のリスクを回避しながら，機能回復を進めていく必要がある．しかし，患者のADL拡大に関してスタッフ間で評価が乖離することがある（松浦，2016, p.58）．このような乖離は，患者への指導や対応にも影響を及ぼす．そこで，乖離を少なくするためには，患者の転倒・転落予防のために看護師とセラピスト間のコンフリクトの解消が重要である．

先行研究では，患者の転倒・転落に関する職種間での葛藤（加藤・浅川・関井他，2010）や，専門職間のコラボレーションの不在による患者への影響が明らかになっている（Matziou, Vlahioti, Perdikaris, et al., 2014）．このような，職種間に生じる意見の相違，利害の相違をFollet（1941/1997, p.41）は，コンフリクトであると述べている．患者の転倒・転落予防には，患者を一番身近でケアする看護師と，マンツーマンで患者の訓練を実施するセラピスト間のコンフリクトを解決する必要がある．

コンフリクト・マネジメントに関する先行研究では，コンフリクトを顕在化させず，妥協による解決を図っていたものが多かった（松浦・林，2005；水野，2007；佐藤，2014）．このような妥協による解決は，対立が形を変えて次々現れてくる（Follet，1941/1997, p.49）．そこで，回復期リハ病棟における看護師とセラピスト間のコンフリクトを双方が納得する解決へと導き，ひいては患者の転倒・転落予防に寄与したいと考えた．

II. 研究目的

看護師とセラピスト間に存在する患者の転倒・転落に関するコンフリクトに対し，コンフリクト・マネジメントとして介入を行い，その効果を明らかにすることである．

III. 仮説

患者の転倒・転落に関連した看護師とセラピスト間に生じる認知のずれやコミュニケーションのずれであるコンフリクトに対して，コンフリクト・マネジメントとして4つの介入を行うことで，看護師とセラピスト間のコンフリクトを解決に向けた変化をもたらす．

IV. 研究方法

A. 用語の定義

本研究では，「コンフリクト」とは，患者の転倒・転落を目標にして協働している看護師とセラピストの間に生じる認知のずれやコミュニケーションのずれとした．

B. 概念枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示した．

本研究はFolletのコンフリクト・マネジメント理論を参考に組み立てた．Follet（1949/1973, p.202）は，コンフリクトに対してマネジメントを行うことでコンフリクトは差異の解明を経て要求の分解に至り，最終的には統合による解決が可能になると述べている．そこで，本研究では看護師とセラピスト間のコンフリクトに対して，コンフリクト・マネジメントとして，「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を6カ月間実施する．その効果は，介入前，3カ月後，6カ月後における4つの尺度及びそれぞれの下位尺度の時期別変化で評価する．

4つの介入により，看護師とセラピストは，「情報共有」の必要性を知り，相互に関心を持つことで，チームがまとまり，「チーム感」が高まり，『協調性』が増す．さらに，『コンフリクトのタイプ』（以後，『タイプ』）から，コンフリクトの特性を明らかにする．そして，『コンフリクトを引き起こす要因』（以後，『要因』）を明らかにして，相互の「ずれ」がどこにあるのかを発見し，解決策を検討する．

4つの介入を行うことで，看護師とセラピストは，コンフリクトに気づくと，すぐに話し合いを行い，コンフリクトの解消に努めるようになる．それにより，『コンフリクトの解決方略』（以後，『解決方略』）の「統合方略」が向上し，コンフリクトを，「統合」に導く．

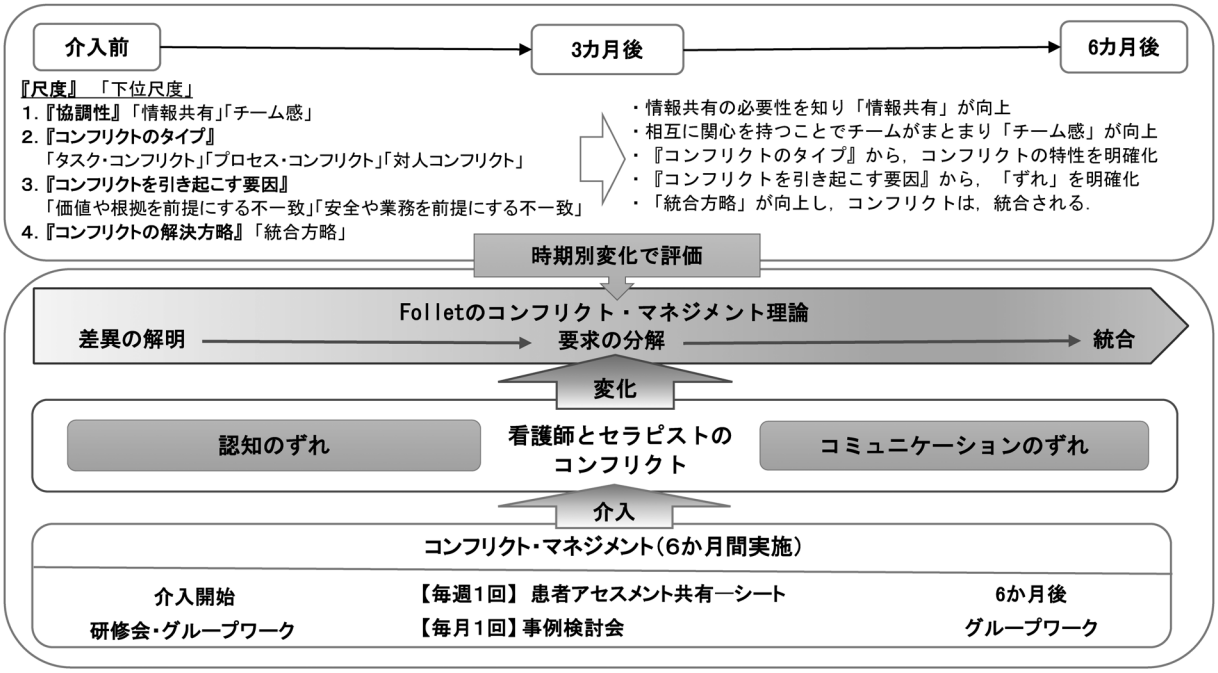


図1．概念図

C．研究デザイン

看護師とセラピストにコンフリクト・マネジメントとして行った4つの介入による効果を明らかにするために，1群介入前後比較デザイン（Katz, 2010/2018, p.4）を用いた．

D．研究協力者

C県内の，回復期リハ病棟が2病棟以上ある2つの病院（A病院・B病院）に研究協力を依頼した．承諾が得られた病院の回復期リハ病棟に勤務し，本研究に同意が得られた看護師とセラピストを協力者として，介入研究を実施した．

E．介入方法

「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を平成27年12月～平成28年5月に実施した．介入内容を以下に示す．

1．研修会

研究者が講師となり，研究参加への同意が得られた看護師，セラピストに対して研修会を開催し，患者の転倒・転落の現状，傾向と発生頻度，転倒・転落を起こしやすい患者の傾向，転倒・転落予防に向けた看護師とセラピストのアセスメントの違いや，コンフリクトについて説明し，概念の共有を図った．研究の同意が得られた不参加者には研修会の内容が理解できるように，全員に資料を配布した．

2．グループワーク

看護師とセラピスト5～6名の混合グループを作り，介入開始時と6カ月後の2回実施した．介入開始時のテーマは「自病棟の看護師とセラピストの間に存在するコンフリクトの実態について」，6カ月後のテーマは，「コンフリクト・マネジメントによる看護師とセラピスト間に存在するコンフリクトの変化」である．グループワークの内容は研究協力者全員が共有できるように資料として配布した．

3．患者アセスメント共有シート

介入開始直後から介入が終了する5月末まで継続して実施した．

研究者が毎週各病棟を訪問し，その週に発生した転倒・転落のインシデント1事例を選び，その患者の看護目標，リハ目標，看護ケアや実施内容，根拠，リハの訓練内容，根拠を時系列に並べ，カルテから看護記録及びセラピストの記録を同一紙面上で閲覧できるように作成した．それを看護師とセラピストが閲覧し，内容を共有した．

4．事例検討会

介入開始1カ月後から毎月1回実施した（各病院4回）．検討する事例は，病棟師長が選択し，検討時間は1時間とした．研究協力に同意した看護師とセラピストが参加し，転倒・転落前後の患者状態から転倒・転落発生経緯，要因，転倒・転落の再発予防対策の検討を行った．事例検討会に参加できなかった研究協力者には，検討資料や経過記録を共有できるようにした．

5．介入の妥当性

「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入の妥当性について検討する．

コンフリクト・マネジメントを行うには，看護師と

セラピストがその概念を共有しておく必要がある．そこで，「研修会」を開催し，看護師とセラピストに概念の統一を図る．

「グループワーク」は，看護師とセラピストが，認知のずれやコミュニケーションのずれの実態について話し合うことで，相互の価値観の違いを知り，共有することができる．

「患者アセスメント共有シート」は，転倒・転落に至った患者に対して看護師が行ったケアやアセスメントと，セラピストが行ったリハを同一紙面上に示しており，この可視化されたデータから，看護師とセラピスト相互のずれの実態と，他職種が行っている患者への関わりを共有することができる．

「事例検討会」は，異なる背景を持つ多職種が，事例を多面的に分析することで視点の転換，拡大，深化を図るものである（篠田，2011, p.63）．そこでは，看護師とセラピストが，それぞれの職種の専門性や，立案した患者の転倒・転落予防対策を共有し，それぞれがアイデアを示し，新たな対策を立案する．

この4つの介入は，看護師とセラピストがコンフリクトの存在を認識し，相互の専門性を理解し，チームとしての協調性を高め，コンフリクトを解決する介入となる．

F. データ収集方法

1. コンフリクトの変化

介入によるコンフリクトの変化を明らかにするために，介入前と，3カ月後と6カ月後に同一の自記式質問紙を用いて調査を実施した．

調査票の回収は，研究協力者が主体的に投函できるように回収ボックスを設置し，研究者が回収した．また，3回の調査は，質問紙に同一番号を記載し，連結可能匿名化の方法を用いた．

調査項目は，年齢や職種，部署の経験年数などを問う基本情報（4項目）と，先行研究を基にコンフリクト・マネジメントの効果を測定する指標として，『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』という4つの尺度を用いた．なお，これらの尺度は開発者の許可を得て使用した．また，次に示す尺度はいずれも信頼性や妥当性が確認されたものである．

a. 『協調性』

Koys & De Cotiis（1991）の凝集性尺度，Chalos & Poon（2000）が開発した情報共有尺度を松尾（2002）が和訳した『協調性』尺度を使用した．

本尺度は，9項目からなる尺度であり，「情報共有」4項目（得点範囲4～28点）と，「チーム感」5項目（得点範囲5～35点）の2つの下位尺度を有する．得点が高いほど協調性が高いことを意味する．

b. 『タイプ』

Jehn & Mannix（2001）が開発したコンフリクト尺度を松尾（2002）が和訳した『タイプ』尺度を使用した．

本尺度は9項目からなる尺度であり，「タスク・コンフリクト」（以後，「タスク」）3項目（得点範囲3～21点），「プロセス・コンフリクト」（以後，「プロセス」）3項目（得点範囲3～21点），「対人コンフリクト」（以後，「対人」）3項目（得点範囲3～21点）という3つの下位尺度を有する．「タスク」「プロセス」「対人」のうち，得点が高いほど，そのタイプの特性が高くなっていることを意味する．

c. 『要因』

白石・藤井・影山他（2012）が開発した，『要因』尺度を使用した．

本尺度は7項目からなる尺度であり，「価値や根拠を前提にする不一致」（以後，「価値や根拠」）4項目（得点範囲4～28点），「安全や業務を優先する不一致」（以後，「安全や業務」）3項目（得点範囲3～21点）という2つの下位尺度を有す．得点が高いほど，その要因が大きくなることを意味する．

d. 『解決方略』

石田（2009）の尺度を使用し，白石・藤井・影山他（2012）が作成した『解決方略』尺度を使用した．

本尺度は，4項目からなる尺度であり，「統合方略」2項目（得点範囲2～14点），「回避方略」2項目（得点範囲2～14点）という2つの下位尺度を有する．「回避方略」の2項目は逆転項目として取り扱い，「統合方略」4項目とした．得点が高いほどその項目の特性が大きくなることを意味する．

2. 転倒・転落件数の介入前後比較

A病院とB病院の介入前6カ月間と介入を開始してから6カ月間の転倒・転落件数と述べ患者数から．患者の転倒・転落率を算出した．また，転倒・転落と，転倒と転落別に集計し，介入前6カ月と介入開始後6カ月を2群に分けて比較した．

G. 尺度の信頼性と妥当性

『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』について，信頼性を確認するために各項目についてクロンバックαを算出し，尺度の信頼性を確保した．

H. 分析方法

統計処理には統計ソフトIBM SPSS Statistics Ver. 22.0を使用し，以下の分析を行った．有意水準は5%未満とした．

1. 各尺度の介入時期別比較

『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』の介入前，3カ月後，6カ月後の平均値と中央値を算出し，Friedman検定を用いて分析し，有意差が認められたものについて，Bonferroni法による多重比較を行った．

2. 下位尺度の介入時期別比較

『協調性』の下位尺度である「情報共有」「チーム感」，『タイプ』の下位尺度である「タスク」「プロセス」「対人」，『要因』の下位尺度である「価値や根拠」「安全や業務」，『解決方略』の下位尺度である「統合

方略」という8つの下位尺度を，介入前，3カ月後，6カ月後の時期別に比較するために，平均値と中央値を算出し，Friedman検定を用いて分析し，有意差が認められたものについて，Bonferroni法による多重比較を行った．

3. 同一時期における『タイプ』の比較

介入前，3カ月後，6カ月後の各時期別にタイプ間の相違を明らかにするために，『タイプ』の下位尺度である「タスク」「プロセス」「対人」の平均値と中央値を算出し，Friedman検定を用いて分析し，有意差が認められたものについて，Bonferroni法による多重比較を行った．

4. コンフリクトの解消における影響要因

介入前，3カ月後，6カ月後の各時期の「統合方略」と他の7つの下位尺度「情報共有」「チーム感」「タスク」「プロセス」「対人」「価値や根拠」「安全や業務」との関連を調べるために，「統合方略」を従属変数として，重回帰分析を行った．

5. 転倒・転落件数の介入前後比較

介入前6カ月間と介入後6カ月間に報告された転倒・転落に関するインシデント・レポート数と，介入前6カ月間と介入後6カ月間の研究対象病棟の入院患者数を用いて．患者の転倒・転落率を算出した．また，転倒・転落と，転倒と転落別に集計し，介入前6カ月と介入開始後6カ月を2群に分けてMann–Whitney U検定を用いて分析した．

I. 倫理的配慮

本研究は，京都橘大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号15-13）．調査への協力は自由意思に基づき，研究に参加しなくても不利益を受けることはないこと，結果は統計的に処理し個人が特定されることはないこと，調査票及びデータの管理は厳重に行うことを口頭と文書で説明し，書面によって同意を得た．また，患者の転倒・転落件数は，研究協力病院の承諾を得て，数値化して集計し，個人が特定できないようにした．

V. 結果

研究協力者105名のうち，退職や転勤による脱落者を除き，3回の自記式質問紙調査の全てに回答した看護師とセラピスト83名（脱落率16%）のうち，欠損値を含むデータを除外した71名を分析対象とした（有効回答率85.5%）．

A. 研究協力者の属性

研究協力者は，回復期リハ病棟を2病棟以上持つ2つの病院の看護師35名，セラピスト36名の71名．性別は，男性が20名（28.2%），女性が51名（71.8%）．平均年齢（SD）は35.8(11.2）歳であり，職種平均経験年数は，11.9(10.5）年であり，現在の病棟の平均勤務年数は，7.2(5.9）年であった．2つの研究協力病院を2群として年齢，職種経験年数，現在の病棟の勤務年数をKruskal–Wallis検定を用いて比較したところ，いずれも有意差は認められなかったことから，2病院のデータを統合して分析した（表1）．

B. 尺度の信頼性

本研究における尺度の信頼性をクロンバックα係数（以後α）にて確認したところ，各下位尺度は，『協調性』α=0.863，『タイプ』α=0.900，『要因』α=0.651，であった．『解決方略』はα=0.661であったことから，1項目を除外した3項目を分析対象とし，尺度の信頼性を確保した（α=0.730）．

C. コンフリクトの変化

1. 各尺度の介入時期別比較

コンフリクト・マネジメントとして4つの介入を行い，その効果を明らかにするために，『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』の各尺度別に，介入前，3カ月後，6カ月後を比較した（表2）．

表1. 研究協力者の基本属性

	全体	A病院		平均ランク	B病院		平均ランク	χ^2	p
	N=71	n=23			n=48				
	平均（SD）	中央値（範囲）	平均（SD）		中央値（範囲）	平均（SD）			
年齢	35.8(11.2)	35.0(35)	35.83(9.48)	37.13	32(39)	35.79(12.0)	35.45	1.823	0.744
職種経験年数	11.9(10.5)	12(36)	11.78(9.58)	36.46	6.00(41)	11.96(11.0)	36.01	0.000	0.995
現在の病棟の平均勤務年数	7.2(05.9)	7(23)	9.09(6.91)	40.57	4.50(20)	6.31(5.27)	33.50	2.298	0.139
	人数(%)	人数(%)			人数(%)				
性別									
男	20(28.2)	8(34.8)			12(25.0)				0.394
女	51(71.8)	15(65.2)			36(75.0)				
職種									
看護師	35(49.3)	12(52.2)			23(47.9)				0.739
セラピスト	36(50.7)	11(47.8)			25(52.1)				

Kruskal–Wallis検定

表2.　各尺度の介入時期別比較　　N=71

	介入前		平均ランク	3カ月後		平均ランク	6カ月後		平均ランク	χ^2	p
	中央値（範囲）	平均（SD）		中央値（範囲）	平均（SD）		中央値（範囲）	平均（SD）			
協調性	46(35–60)	45.93(5.81)	1.98	46(35–58)	46.17(4.93)	2.14	45(33–59)	45.34(5.14)	1.88	1.508	0.471
コンフリクトのタイプ	28(10–44)	27.93(7.70)	1.99	28(10–52)	28.25(7.78)	1.97	29(10–51)	28.93(7.55)	2.04	0.397	0.820
コンフリクトを引き起こす要因	37(28–43)	36.49(3.76)	1.87	37(27–48)	36.90(3.91)	2.15	36(28–43)	36.70(3.68)	1.98	2.008	0.366
コンフリクトの解決方略	13(09–21)	12.99(2.35)	1.66	14(09–19)	13.85(2.25)	2.11	14(09–20)	13.94(2.15)	2.23	15.100	0.001***
	p=0.013*										
	p=0.004**										

Friedman 検定　$p<0.01$**，多重比較　Bonferroni 調整　$p<0.05$*　$p<0.01$**　$p<0.001$***

表3.　下位尺度の介入時期別比較　　N=71

		介入前		平均ランク	3カ月後		平均ランク	6カ月後		平均ランク	χ^2	p
		中央値（範囲）	平均（SD）		中央値（範囲）	平均（SD）		中央値（範囲）	平均（SD）			
協調性	情報共有	21(15–28)	21.30(2.87)	2.18	21(16–27)	21.15(2.57)	2.10	20(13–26)	20.42(2.74)	1.72	10.39	0.006**
	チーム感	25(17–33)	24.63(3.58)	1.89	25(18–32)	25.01(2.86)	2.08	25(18–34)	24.92(2.95)	2.03	1.470	0.478
コンフリクトのタイプ	タスク・コンフリクト	11(4–18)	10.61(2.98)	1.94	11(3–18)	10.77(2.84)	1.96	11(4–18)	11.08(2.80)	2.11	1.443	0.486
	プロセス・コンフリクト	10(3–14)	9.31(2.97)	2.00	9(3–18)	9.35(2.90)	2.05	9(3–18)	9.50(2.99)	1.95	0.454	0.797
	対人コンフリクト	8(3–14)	8.01(2.86)	1.98	8(3–16)	8.13(3.05)	1.98	8(3–15)	8.34(2.77)	2.04	0.225	0.894
コンフリクトを引き起こす要因	価値価値や根拠を前提にする不一致	22(16–28)	22.24(2.70)	2.03	23(16–28)	22.27(2.71)	2.00	22(16–28)	22.18(2.58)	1.97	0.149	0.928
	安全や業務を優先する不一致	15(7–9)	14.25(2.32)	1.89	15(10–21)	14.63(2.46)	2.13	15(10–21)	14.52(2.48)	1.98	2.807	0.246
コンフリクトの解決方略	統合方略	13(9–21)	12.99(2.35)	1.66	14(9–19)	13.85(2.25)	2.14	14(9–20)	13.94(2.15)	2.20	15.100	0.001***
		p=0.013*										
		p=0.004**										

Friedman 検定　$p<0.01$**，多重比較　Bonferroni 調整　$p<0.05$*　$p<0.01$**　$p<0.001$***

表4.　同一時期における『コンフリクトのタイプ』の比較　　N=71

	タスクコンフリクト		平均ランク	プロセスコンフリクト		平均ランク	対人コンフリクト		平均ランク	χ^2	p
	中央値（範囲）	平均（SD）		中央値（範囲）	平均（SD）		中央値（範囲）	平均（SD）			
介入前	11（9–12）	10.61（2.98）	2.56	10（6–12）	9.31（2.97）	1.99	8（6–11）	8.01（2.86）	1.45	52.47	$p<0.001^{***}$
	$p=0.002^{**}$			$p=0.004^{**}$							
	$p<0.001^{***}$										
3カ月後	11（9–12）	10.77（2.84）	2.56	9（7–12）	9.35（2.90）	1.95	8（6–10）	8.13（3.05）	1.49	55.82	$p<0.001^{***}$
	$p=0.001^{**}$			$p=0.017^{*}$							
	$p<0.001^{***}$										
6カ月後	11（10–13）	11.08（2.81）	2.66	9（7–12）	9.51（2.99）	1.92	8（6–10）	8.34（2.77）	1.42	65.98	$p<0.001^{***}$
	$p<0.001^{***}$			$p=0.010^{**}$							
	$p<0.001^{***}$										

Friedman検定　$p<0.001^{***}$，多重比較　Bonferroni調整　$p<0.05^{*}$　$p<0.01^{**}$　$p<0.001^{***}$

表5.　介入時期別における統合方略と他の下位尺度間の関連　　N=71

変数	介入前		3カ月後		6カ月後	
	標準偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	標準誤差
情報共有	0.03	0.13	0.11	0.12	0.42^{**}	0.10
チーム感	0.36^{*}	0.09	0.46^{**}	0.12	0.29^{*}	0.09
タスク・コンフリクト	0.19	0.13	−0.14	0.14	−0.06	0.10
プロセス・コンフリクト	−0.32	0.14	0.34	0.15	−0.08	0.10
対人コンフリクト	−0.06	0.12	-0.29^{*}	0.10	0.08	0.10
価値や根拠を前提にする不一致	−0.11	0.12	0.10	0.11	0.12	0.10
安全や業務を優先する不一致	0.20	0.11	0.16	0.09	0.14	0.08
推定値の標準誤差	2.05		1.85		1.54	
決定係数	0.31		0.39		0.54	
調整済み決定係数	0.23		0.32		0.49	

重回帰分析　$p<0.05^{*}$　$p<0.01^{**}$

4つの尺度のうち，『協調性』『タイプ』『要因』は，いずれも有意差は認められなかった．しかし，『解決方略』は，有意差が認められた（$\chi^2=15.100$, $p=0.001$）．そこで，多重比較を行ったところ，3カ月後（$p=0.013$，効果量0.33）と，6カ月後（$p=0.004$，効果量0.41）に有意差が認められた．

2.　下位尺度の介入時期別比較

介入前，3カ月後，6カ月後の各時期における8つの下位尺度の介入時期別比較を行った（表3）．その結果，「情報共有」は有意差が認められた（$\chi^2=10.39$, $p=0.006$）．そこで，多重比較を行った．その結果，介入前と6カ月後に有意差が認められた（$p=0.017$，効果量=0.34）．また，「統合方略」は，有意差が認められた（$\chi^2=15.100$, $p=0.001$）．そこで，多重比較を行った．その結果，介入前と3カ月後（$p=0.013$，効果量=0.33），介入前と6カ月後（$p=0.004$，効果量=0.41）に有意差が認められた．

「チーム感」「タスク」「プロセス」「対人」「価値や根拠」「安全や業務」には有意差は認められなかった．

3.　同一時期における『タイプ』の比較

介入前，3カ月後，6カ月後の各時期別に，「タスク」「プロセス」「対人」という3つの『タイプ』のうち，どのタイプが高値を示しているかを調査した（表4）．その結果，介入前は（$\chi^2=52.47$, $p<0.001$），3カ月後は（$\chi^2=55.82$, $p<0.001$），6カ月後は（$\chi^2=65.98$, $p<0.001$）であり，3回の調査全てに有意差が認められたことから，多重比較を行った．その結果，介入前は「タスク」と「対人」（$p<0.001$），「タスク」と「プロセス」（$p=0.002$），「プロセス」と「対人」（$p=0.004$）に有意差が認められた．3カ月後は，「タスク」と「対人」（$p<0.001$），「タスク」と「プロセス」（$p=0.001$），「プロセス」と「対人」（$p=0.017$）に有意差が認められた，また，6カ月後は，「タスク」と「対人」（$p<0.001$），「タスク」と「プロセス」（$p<0.001$），「プロセス」と「対人」（$p=0.010$）に有意差が認められた．

4.「統合方略」と各下位尺度との関係

「統合方略」と他の7つの下位尺度，「情報共有」「チーム感」「タスク」「プロセス」「対人」「価値や根

拠」「安全や業務」との関連性を明らかにするために，「統合方略」を従属変数として，他の7つの下位尺度を独立変数として，重回帰分析を行った（表5）．その結果，介入前は，「チーム感」（β=0.36, p=0.014）に関連がみられた．3カ月後では，「チーム感」（β=0.46, p=0.004）と「対人」（β=−0.29, p=0.042）に関連がみられた．6カ月後では，「情報共有」（β=0.42, p=0.002）と「チーム感」（β=0.29, p=0.018）に関連がみられた．

5. 転倒転落件数の介入前後比較

介入開始までの6ヶ月間と介入開始後6ヶ月間の転倒転落率（転倒転落件数÷のべ入院患者数×1,000）と転倒転落件数をMann–Whitney U検定を用いて比較した結果，有意差は認められなかった．そこで，転倒数と転落数別にMann–Whitney U検定を用いて分析した結果，転落件数に有意差が認められた（p=0.026）．

VI. 考察

本研究は，コンフリクト・マネジメントとして，「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を看護師とセラピストに行ったところ，コンフリクトが解消に向けて変化した．そのことを，Folletのコンフリクト・マネジメント理論に基づき考察する．

A. コンフリクトの顕在化・差異の解明

Follet（1941/1997, p.50）は，コンフリクトの解決には，「統合」が最も効果的な方法であると述べている．Follet（1949/1973, p.202）によると，「統合」を実現するための第一歩は，「差異の解明」であり，コンフリクトの存在の有無やコンフリクトの内容や原因などを明らかにすることである．また，Robbins（2005/2010, p.322）は，コンフリクトの潜在的前提条件を，訓練経験の違い，選択的認知，相手に対する情報不足の結果であると述べている．そこで，相互の差異を解明し，看護師とセラピストが相互に理解できれば，コンフリクトの解消につながると考える．しかし，コンフリクトにはタイプがあり，タイプにより，集団の業績を向上させるものと業績をさまたげるものがある（Robbins，2005/2010, p.319）．そこで，『タイプ』を調査したところ，本研究協力者は，「タスク」の得点が高かった．「タスク」は，組織にポジティブな影響を与え，組織の業績が高まると言われている（松尾，2002, p.134；石田，2009）．従って，本研究協力者である看護師とセラピストがコンフリクトについて理解し，コンフリクトの解消に努めることは，仕事に対する業績を高めると考える．さらに，看護師とセラピストの『要因』を調査したところ，有意差は認められていないが，「安全や業務」よりも「価値や根拠」の得点が高く，本研究協力者のコンフリクトの要因は，価値観の違いによるコンフリクトである可能性が高い．そこで，患者の転倒・転落予防を重要なタスクと考えている看護師とセラピストは，「グループワーク」や「事例検討会」に参加し，積極的に言葉の意味の食い違いや，価値観の違い，不足していた情報を認知していったと考える．さらに，看護師とセラピストは，相互の記録を同一紙面上に示した「患者アセスメント共有シート」の閲覧により，認知のずれやコミュニケーションのずれの実態を理解していったと考える．これらのことは，介入3カ月後に，『解決方略』の下位尺度である「統合方略」の得点が向上していることからも明らかである．「統合方略」は，何か問題があった時に皆でオープンに，徹底的に話し合いをして解決しようとする姿勢を示している（白石・藤井・影山他，2012）．それは，看護師とセラピスト間でオープンに話し合う機会が増し，それにより，差異を明らかにし，共有していく機会も増えていったと考える．

以上のことから，「タスク」の高い集団である本研究協力者は，4つの介入に参加し，認知のずれやコミュニケーションのずれであるコンフリクトを顕在化させ，「差異の解明」に努めたと考える．

B. コンフリクトの解消・要求の分解から統合へ

Follet（1941/1997, p.57）によると，「統合」に向けた2つ目の方法は，「要求の分解」であり，それは，対立の両側を取り上げてそれらの要求をそれぞれの構成部分に分解することであると述べている．そのことを本研究で考えると，看護師とセラピストが相互に話し合いを行い，相互の専門性を理解し，認知のずれやコミュニケーションのずれの解消に努めていくことであると考える．

Senge（2006/2012, p.409）は，経験は信念や前提を強化する源であると述べている．それによると，看護師とセラピストは，「研修会」や「グループワーク」でコンフリクトによる患者の転倒・転落への影響を認知し，「事例検討会」による討議や，「患者アセスメント共有シート」の閲覧により，コンフリクトの実態を知り，その変化を自覚したと考える．そのような経験を看護師とセラピストは重ね，コンフリクトの解消に向けて行動を変化させていったと考える．その行動の変化は，「統合方略」が3カ月後，さらに6カ月後にも得点が向上していることからも明らかである．

「統合方略」と他の下位尺度間の関連を調べた結果では，『協調性』の下位尺度である「情報共有」と「チーム感」に関連がみられた．松尾（2002, p.131）によると，「情報共有」は，メンバー同士が互いの持つ情報を尊重し共有する程度を示しており，「チーム感」は，メンバー間に共通の関心があり，チームとしてのまとまりが存在する程度を示す．そのことから，統合によって，コンフリクトを解消していくには，看護師とセラピストが，チームとして共に協働し，相互の専門性を理解し，相互理解を深めていくことが必要であ

る．それにより，看護師とセラピストの間に信頼感が生まれ，それぞれが得ている情報が共有されると考える．さらに，Follet（1949/1973, p.129）によると，「統合」は，どちらの側もいかなる犠牲も払わないですむ方法を発見することを意味する．そこで，看護師とセラピストは，4つの介入により，相互理解を深め，認知のずれやコミュニケーションのずれというコンフリクトが改善され，協働のための『協調性』を高める方法を考えることができたと考える．

さらに，本研究の協力者は，「患者アセスメント共有シート」の閲覧や，「グループワーク」「事例検討会」の議事録の閲覧によるコンフリクトを認知し，コンフリクト解消に向けた行動を行っているばかりでなく，そのずれの解消に向けた行動が協働する他の研究協力者に自然に伝達していったと考える．一方，研究協力者は互いの行動を見習うことにより，統合に向けたコンフリクトの解消という行動を受け入れていったと考える．そのことをRogers（1995/2012, p.50）は，身近な同僚が役割モデルを担っており，身近な同僚の行動が他者によって模倣される傾向があり，波及効果をもたらすと述べている．このような行動は，本研究協力者が，『タイプ』のうち，組織の業績が高まる「タスク」の高い集団であることも要因であると考える．以上のことから，4つの介入によるコンフリクトの統合に向けた変化には，研究協力者間への波及による効果もあったと考える．

C．研究の限界と今後の課題

本研究は，研究協力者を看護師とセラピストに限っており，本研究の介入が全ての医療従事者に実施したものではない．今後は，看護師とセラピスト以外にもコンフリクト・マネジメントの効果を考える必要がある．さらに本研究は，介入を研究者が行った一群介入前後比較研究であることから，研究協力者にバイアスがかかっている可能性がある．そこで，今後は，介入群と，非介入群に分けたランダム化比較試験を行い，職種間のコンフリクト・マネジメントプログラムの開発を課題としたい．

VII．結論

患者の転倒・転落予防のために，看護師とセラピストにコンフリクト・マネジメントとして，「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を行った．その結果，看護師とセラピストは，コンフリクトを顕在化させ，統合に向けて変化させた．その行動は，本研究協力者が組織に生産性をもたらす「タスク」の高い集団であったことが背景にあった．

謝辞

本研究を実施するにあたり，ご協力いただきましたA病院，B病院の管理者の皆様，看護師とセラピストの皆様，ご指導いただきました先生方に心より感謝申し上げます．

利益相反

利益相反無し

文献

Chalos, P., Poon, M. C. C. (2000). Participation and performance in capital budgeting teams. Behavioral Research in Accounting, 12, 199–229.

Follet, M. P.（1941）／米田清貴・三戸公（1997）．組織行動の原理　動態的管理　新装版（pp.41–70）．東京：未來社．

Follet, M. P.（1949）／斎藤守生（1973）．フォレット経営管理の基礎　自由と調整（8版）（pp.121–147）．東京：ダイヤモンド社．

畠中めぐみ（2014）．回復期リハビリテーション病棟患者の特徴．リハビリナース，7(3), 12–13.

石田大典（2009）．製品開発チームにおけるコンフリクト処理方略　上場企業を対象にした実証分析．早稲田大学大学院商学研究科紀要，69, 233–247.

Jehn, K. A., Mannix, E. A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. The Academy of Management Journal, 44(2), 238–251.

加藤真由美・浅川康吉・関井愛紀子・大平富美・儀同真由美（2010）．回復期リハビリテーション患者の転倒予防連携に関する職種意識の比較．日本リハビリテーション看護学会学術大会集録，22回，196–198.

Katz, M. H.（2010）／木原雅子・木原正博（2018）．医学的介入の研究デザインと統計　ランダム化／非ランダム化研究から傾向スコア，操作変数法まで（pp.3–4）．東京：メディカル・サイエンス・インターナショナル．

Koys, D. J., De Cotiis, T. A. (1991). Inductive measures of psychological climate. Human Relations, 44(3), 265–285.

松尾睦（2002）．内部競争のマネジメント　営業組織のイノベーション（pp.60–219）．東京：白桃書房．

松浦大輔（2016）．多職種で取り組む転倒予防．大高洋平編，回復期リハビリテーションの実践戦略活動と転倒　リハ効果を最大に，リスクを最小に（pp.55–58）．東京：医歯薬出版．

松浦正子・林千冬（2005）．看護師長のコンフリクト対処行動．日本看護管理学会，8(2), 21–29.

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions coucerning interprofessional communication and collaboration. Journal of Interprofessional Care, 28(6), 526–533.

水野基樹（2007）．組織におけるコンフリクト・マネジメントに関する予備的研究—看護師を対象として実証的調査からのインプリケーション—．千葉経済大学短期大学部研究紀要，3, 115–120.

Robbins, S. P.（2005）／高木晴夫（2010）．新版組織行動のマネジメント（pp.316–332）．東京：ダイヤモンド社.

Rogers, E. M.（1995）／三藤敏雄（2012）．イノベーションの普及（p.38）．東京：翔泳社.

佐藤奈津子（2014）．ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究～退院支援担当者へのインタビュー調査から～．北星学園大学大学院論集，5(3), 1–21.

Senge, P. M.（2006）／枝廣淳子・小田理一郎・中小路佳代子（2012）．学習する組織　システム思考で未来を創造する（p.409）．東京：英治出版.

篠田道子（2011）．多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル（pp.59–63）．東京：医学書院.

白石旬子・藤井賢一郎・影山優子・今井幸充（2012）．介護職場における「コンフリクト」と職員の成長・介護実践の関連．介護経営，7(1), 2–13.

原　　著

“赤十字”に対する社会的イメージの研究

高見精一郎，近藤　香苗，森田　一三

A Study of the Social Image of the “Red Cross”

Seiichiro Takami, Kanae Kondo, Ichizo Morita

キーワード：日本赤十字社，日本赤十字学園，意味微分法，インターネット調査

key words：Japanese Red Cross Society, Japanese Red Cross Academy, semantic differential method, online survey

Abstract

The aim of this study was to clarify the social image of the Red Cross among the people. A survey was conducted via the Internet research, and the participants were stratified by gender and age groups. Each block consisted of approximately 160 persons, and the total number of participants was 2037. The rating of social image of the “Red Cross” was performed using the semantic differential method for 21 pairs of adjectives. The results indicated that the characteristic social image of the “Red Cross” was serious, compassionate, honest, kind, and helpful. In addition, the 16–19-year-old group had a more positive image of the “Red Cross” than the other age groups. The 40s and 50s age groups who were the guardian generation of the examinees for the Japanese Red Cross Academy had a negative image of the “Red Cross” compared to the females in the 16–19 age group who matched most of the examinees. Participants who were Red Cross volunteers had a positive image, suggesting that increasing the chances of people to interact with the Red Cross and the Japanese Red Cross Society might contribute to improving the image of the Red Cross and the Japanese Red Cross Academy. Improving the social image of the “Red Cross” among the 40s and 50s age groups may lead to a reduction in the divergence between students who aspire to join the Japanese Red Cross Academy and their guardians regarding the reasons for their choice of college.

要　旨

本研究は“赤十字”に対して人々が持つ社会的なイメージを明らかにすることを目的とした．インターネット調査を用いて行い，対象者は男女別，年齢階級ごとに層化し，各ブロック約160人，計2,037人を対象とした．“赤十字”に対する社会的イメージの評定は21の形容詞対について意味微分法を用いて行った．その結果，“赤十字”に対する社会的イメージは，まじめな，思いやりのある，誠実な，親切な，助けるであった．また，16–19歳群は他の年齢群に比べ“赤十字”に対し肯定的なイメージを持っていた．16–19歳群の女性に比べ，その保護者層にあたる40・50歳代群は否定的なイメージを持っていた．赤十字のボ

受付日：2020年10月23日　　受理日：2021年5月17日
日本赤十字豊田看護大学　Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

ランティア参加者は肯定的なイメージを持っており，人々が赤十字と関わる機会の増加は，赤十字や日本赤十字学園の社会的イメージ向上に寄与する可能性が示唆された．また，40・50歳代の“赤十字”に対する社会的イメージの改善は，日本赤十字学園への受験を志す受験生とその保護者の志望大学選択理由の意識の乖離の縮小につながる可能性がある．

I. 緒言

近年，看護系の大学や学部の新設が相次いで行われている．さらに，少子高齢化と総人口の減少を背景に大学受験人口の減少期を迎え，今後，よりよい教育環境確保のためにも日本赤十字学園のブランディングは重要度を増している．しかし，これまでに日本赤十字学園の認知度についての報告は見当たらない．さらに，日本赤十字学園の母体となる日本赤十字社の認知状況の報告も限られている．日本赤十字社が2004年に一般の人を対象に行った「赤十字に関する意識調査」では20～30歳代において日本赤十字社と自分とは直接関わりがないと回答した者が7割近くになり，40歳代以降の群に比べ多かったことを報告している（日本赤十字社，2004）．また，厚生労働省の資料として，日本赤十字社における広報評価を2009年から2010年にインターネット調査を用いて行われた調査結果が報告されている（厚生労働省，2010）．この中で，「はたちの献血」キャンペーンの認知度が49.1%であったこと，献血推進キャンペーン「Love in Action キャンペーン」の認知度が8.6%と低い一方で，献血に関心がある人は50.6%と半数近かったことを報告している．これらの報告は“献血”については一定の認知度が認められることを示している．しかし，日本赤十字社の社会福祉や教育活動を行う活動の認知については明らかではない．日本赤十字社，日本赤十字学園のブランディング向上が喫緊の課題であるにもかかわらず，日本赤十字社に関わる認知状況の現状を知るための基礎的な情報が充分とは言えない状況にある．

日本赤十字社および日本赤十字学園は歴史と伝統に支えられた信頼度・知名度があり，国際性を備えた組織であるが，人々におけるその評価については依然として不明瞭である．ブランディングは小規模私立大学において入学志望者数の増加をもたらす可能性が報告されている（上條，2018）．ブランディングは人々に共通のイメージを認識させることであり，日本赤十字学園のブランディングを進めるうえで日本赤十字学園を特徴づけ，中核となる言葉である“赤十字”に対するイメージが広く共通化されていることは重要である．これまでの調査（日本赤十字社，2004; 厚生労働省，2010）から“赤十字”に対するイメージが共通化されていない可能性があると思われる．特に，日本赤十字学園の受験生となりうる世代とその保護者世代，さらには受験生の保護者や家族となりうる人々とそうでない人々の“赤十字”に対するイメージの隔たりは，日本赤十字学園の入学志望者数に大きく影響する可能性が否定できない．日本赤十字学園のブランディングを進めるうえで，様々な属性における“赤十字”に対するイメージの現状を知ることは有用と思われる．そこで，本研究は，年齢階級や婚姻状態，子どもの有無，赤十字のボランティア（奉仕団や献血）への参加状況の違いにより人々が持つ社会的イメージが異なるのではないかという仮説の下，“赤十字”に対して人々が持つ社会的イメージを明らかにすることを目的として行った．

II. 方法

A. 対象者

調査は株式会社マクロミル社が提供するインターネットリサーチのサービスを利用した．マクロミル社にパネルとして登録している者を対象とし，16–19歳，20–29歳，以降10歳群ごとに60–69歳まで，男女数が等しくなるように層化して対象者選択を設計した．男女別で年齢階級ごとに最少で160名の回答が得られ，合計1,920名以上が対象者となるようにした．

調査は2019年8月29日から30日にかけて実施した．日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号1903）．

B. 調査内容

調査では赤十字の社会的イメージをたずねるため，赤十字を知らない者からの回答を得ることができない．そのため，「あなたは“赤十字”を知っていますか.」をフィルター質問としてたずねた．選択肢は1．名前も活動内容も知っている．2．名前は知っているが活動内容は知らない．3．知らない．とし，1または2と回答した者を調査対象者（回答者）とした．

“赤十字”に対する社会的イメージの調査は斎藤らが企業イメージの調査（斎藤・村上・若林，1986）で用いた21の否定的—肯定的な形容詞対を用いて，意味微分法（semantic differential method: SD法）（Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957）により“赤十字”に対するイメージをたずねた．具体的には「“赤十字”に対する，あなたの印象（イメージ）はどのようですか．より近い方の選択肢をお選びください.」と問い，例えば，「感じのよい—感じの悪い」という形容詞対について，非常に，かなり，少し，どちらでもない，少し，かなり，非常に，の7段階で回答を得た．肯定的なイメージに対して“非常に”と回答した場合を7点とし，1段階下がることに1点を減じて，否定的なイメージに

“非常に”と回答した場合に1点を配点した.

さらに，属性情報を得るために,「あなたはこれまでに赤十字のボランティア（奉仕団や献血）に参加したことがありますか.」,「あなたは日本赤十字社に関する団体に勤務していますか.」について，はい，いいえでたずねた.

表1.　男女別年齢階級別分析対象者の人数

	男性	女性	合計
16–19歳	165	166	331
20歳代	169	169	338
30歳代	167	169	336
40歳代	172	173	345
50歳代	174	171	345
60歳代	171	171	342
合計	1,018	1,019	2,037

個人の基本属性としてマクロミル社にパネルとして登録した際の性別，年齢，居住都道府県，婚姻状態，子どもの有無，世帯年収，職業データを得た．データは匿名化されており個人が特定できないように分析を行った.

C.　分析方法

回答者のうち，質問項目の「あなたは日本赤十字社に関する団体に勤務していますか.」に「いいえ」と回答した者を分析対象者とした.

意味微分法で得たデータは形容詞対ごとにイメージの平均値および標準偏差を求めた．さらに，性別，年齢階級間における形容詞対ごとのイメージの平均値の違いを2元配置分散分析により求めた.

婚姻状態，子どもの有無，赤十字のボランティア（奉仕団や献血）への参加の有無によるイメージの平均値の違いは，それぞれ，性別，年齢階級を加えた3

表2.　分析対象者の属性別人数

		男性		女性		合計	
		n	%	n	%	n	%
居住地域	北海道	38	3.7	46	4.5	84	4.1
	東北地方	59	5.8	49	4.8	108	5.3
	関東地方	402	39.5	348	34.2	750	36.8
	中部地方	190	18.7	184	18.1	374	18.4
	近畿地方	177	17.4	220	21.6	397	19.5
	中国地方	51	5.0	50	4.9	101	5.0
	四国地方	23	2.3	25	2.5	48	2.4
	九州地方	78	7.7	97	9.5	175	8.6
婚姻状況[a]	未婚	370	43.4	290	34.0	660	38.7
	既婚	483	56.6	563	66.0	1,046	61.3
同居する子ども[a]	なし	433	50.8	346	40.6	779	45.7
	あり	420	49.2	507	59.4	927	54.3
世帯収入	200万未満	72	7.1	67	6.6	139	6.8
	200～400万未満	171	16.8	190	18.6	361	17.7
	400～600万未満	183	18.0	154	15.1	337	16.5
	600～800万未満	133	13.1	88	8.6	221	10.8
	800～1,000万未満	103	10.1	64	6.3	167	8.2
	1,000～1,200万未満	44	4.3	22	2.2	66	3.2
	1,200～1,500万未満	30	2.9	20	2.0	50	2.5
	1,500～2,000万未満	20	2.0	10	1.0	30	1.5
	2,000万円以上	10	1.0	3	0.3	13	0.6
	わからない	130	12.8	184	18.1	314	15.4
	無回答	122	12.0	217	21.3	339	16.6
職業	公務員	50	4.9	9	0.9	59	2.9
	経営者・役員	15	1.5	4	0.4	19	0.9
	会社員（事務系）	131	12.9	119	11.7	250	12.3
	会社員（技術系）	184	18.1	27	2.6	211	10.4
	会社員（その他）	174	17.1	77	7.6	251	12.3
	自営業	75	7.4	21	2.1	96	4.7
	自由業	24	2.4	15	1.5	39	1.9
	専業主婦（主夫）	3	0.3	291	28.6	294	14.4
	パート・アルバイト	52	5.1	207	20.3	259	12.7
	学生	182	17.9	167	16.4	349	17.1
	その他	26	2.6	24	2.4	50	2.5
	無職	102	10.0	58	5.7	160	7.9
赤十字のボランティア参加	あり	282	27.7	242	23.7	524	25.7
	なし	736	72.3	777	76.3	1,513	74.3

[a] 20歳以上の者について分析を行う.

元配置分散分析により求めた．16–19歳群女性の赤十字のボランティア（奉仕団や献血）への参加の有無によるイメージの平均値の違いは，Studentのt検定またはWelchのt検定で求めた．40・50歳代の赤十字のボランティア（奉仕団や献血）への参加の有無によるイメージの平均値の違いは，性別を加えた2元配置分散分析により求めた．検定の多重性への対応としてfalse discovery rate（FDR_{BH}）法（Benjamini & Hochberg, 1995）およびBonferroni法を用いて有意水準の調整を行った．分析はSPSS Statistics Version 24を用いて行った．

III. 研究結果

A. 対象者の属性

調査対象者（回答者）2,064人のうち，日本赤十字社に関する団体に勤務している27人を除いた2,037人を分析対象者とした．年齢階級別，男女別の人数は165人から174人であった．男性は1,018人，女性は1,019人で合計2,037人であった（表1）．

分析対象者の居住地域は関東地方が36.8%で最も多く，次いで近畿地方の19.5%，中部地方の18.4%であった（表2）．20歳以上の分析対象者のうち既婚者の割合は男性56.6%，女性66.0%であった．同居する子どもがいる者は男性49.2%，女性59.4%であった．

B. 形容詞対を用いた赤十字のイメージの平均値と標準偏差

21の形容詞対を用いた赤十字のイメージの平均値と標準偏差を図示した（図1）．各尺度は肯定的な表現の場合得点が高くなるように調整をした．図中では肯定的な表現が右側に来るように示した．「地味な—派手な」を除いた20の形容詞対で，「どちらでもない(4)」よりも肯定的な評価を得ていた．特に肯定的な評価であった形容詞対は「ふまじめな—まじめな」，「不誠実な—誠実な」，「たよりない—しっかりした」であった．

C. 男女による赤十字のイメージの違い

男女で赤十字のイメージに差が見られた形容詞対は「つめたい—あたたかい」($p<0.01$)，「思いやりのない—思いやりのある」($p<0.001$)，「不誠実な—誠実な」($p<0.001$)，「不親切な—親切な」($p<0.001$)，「ふまじめな—まじめな」($p<0.001$)，「消極的な—積極的な」($p<0.001$)，「たよりない—しっかりした」($p<0.001$)，「不安定な—安定した」($p<0.05$)，「不活発な—活発な」($p<0.01$)，「弱々しい—たくましい」($p<0.001$)，「指導力のない—指導力のある」($p<0.001$）の11の形容詞対であった（図2）．いずれも，男性に比べ女性が肯定的なイメージを持っていた．

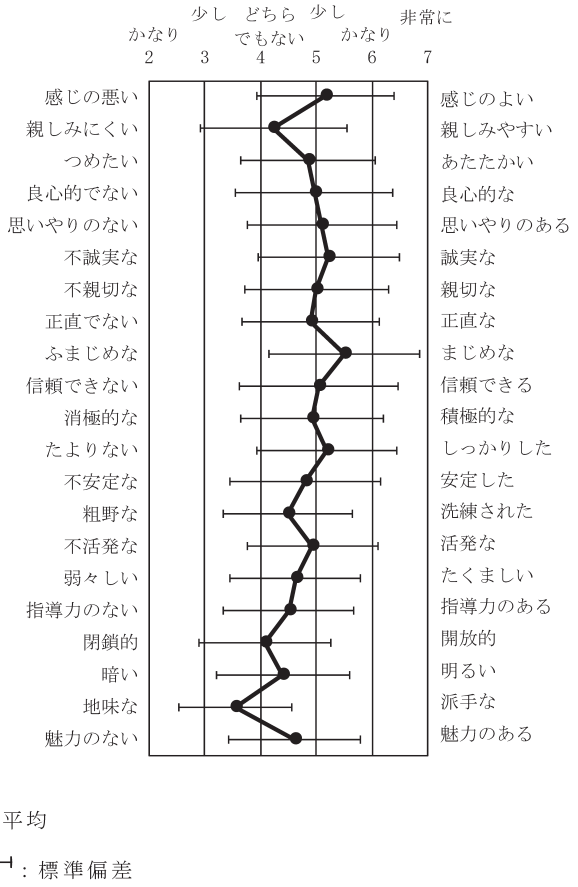


図1. 形容詞対を用いた赤十字のイメージの平均値と標準偏差

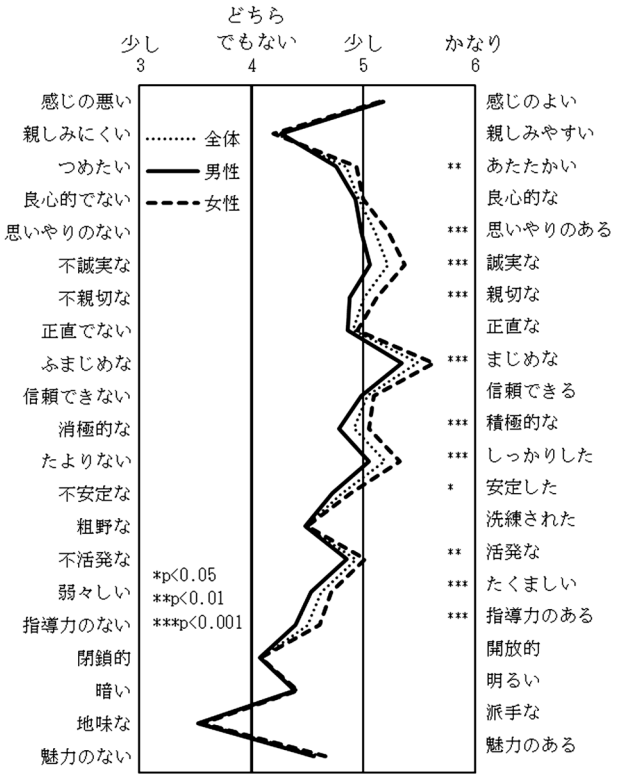
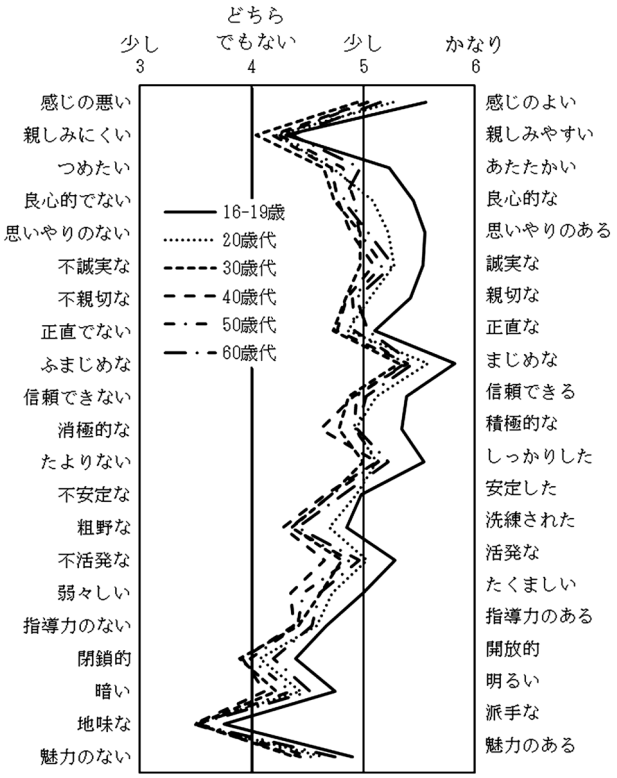


図2. 男女による赤十字のイメージの違い

年齢階級間を因子に含めた2元配置分散分析の結果．性別間の有意水準はFDR_{BH}法を用いて調整を行った．



比較する年齢階級	10					20				30			40		50
(VS)	20	30	40	50	60	30	40	50	60	40	50	60	50	60	60
感じの悪い—感じのよい	—	***	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
親しみにくい—親しみやすい	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
つめたい—あたたかい	***	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
良心的でない—良心的な	—	***	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
思いやりのない—思いやりのある	—	***	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
不誠実な—誠実な	—	***	***	*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
不親切な—親切な	*	***	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
正直でない—正直な	—	*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ふまじめな—まじめな	—	***	*	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
信頼できない—信頼できる	—	***	***	*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
消極的な—積極的な	***	***	***	***	*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
たよりない—しっかりした	***	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
不安定な—安定した	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
粗野な—洗練された	—	***	***	***	***	*	***	*	—	—	—	—	—	—	—
不活発な—活発な	—	***	***	***	—	—	***	—	—	—	—	—	—	—	—
弱々しい—たくましい	—	***	***	***	***	—	***	—	—	—	—	—	—	—	—
指導力のない—指導力のある	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
閉鎖的—開放的	—	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
暗い—明るい	—	***	***	***	—	—	—	—	—	—	—	—	—	***	—
地味な—派手な	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
魅力のない—魅力のある	—	***	***	*	—	—	—	—	—	—	—	*	—	—	—

*p<0.05, ***p<0.001, —有意差なし

図3.　年齢階級による赤十字のイメージの違い

性別を因子に含めた2元配置分散分析の結果.
年齢階級間の有意水準はBonferroni法を用いて調整を行った.

D.　年齢階級による赤十字のイメージの違い

16–19歳群は他の年齢群に比べ赤十字に対して肯定的なイメージを持っていた（図3）.

日本赤十字学園の受験生の大半と合致する16–19歳群の女性および，その保護者層にあたる40・50歳代群（男女）のイメージの平均値を示した（図4）.

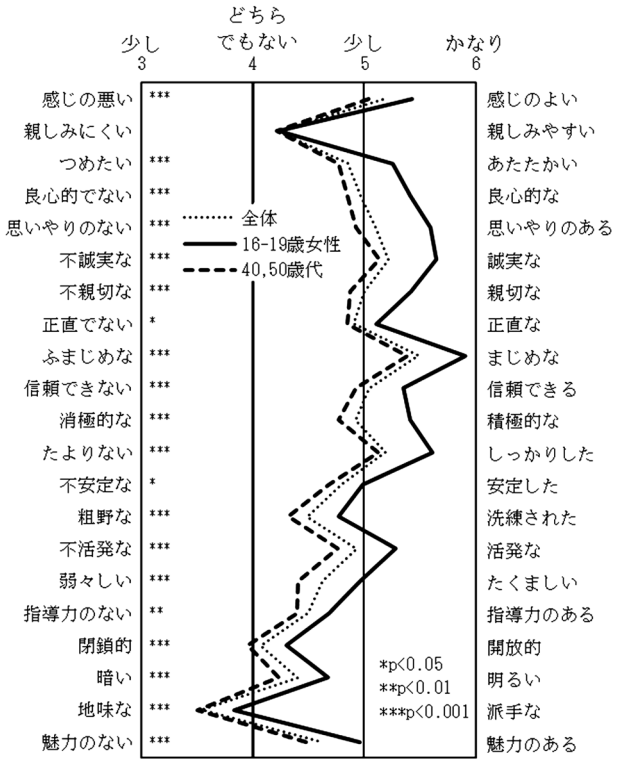


図4. 16–19歳女性と40・50歳代の赤十字のイメージの違い

有意水準はFDR_{BH}法を用いて調整を行った.

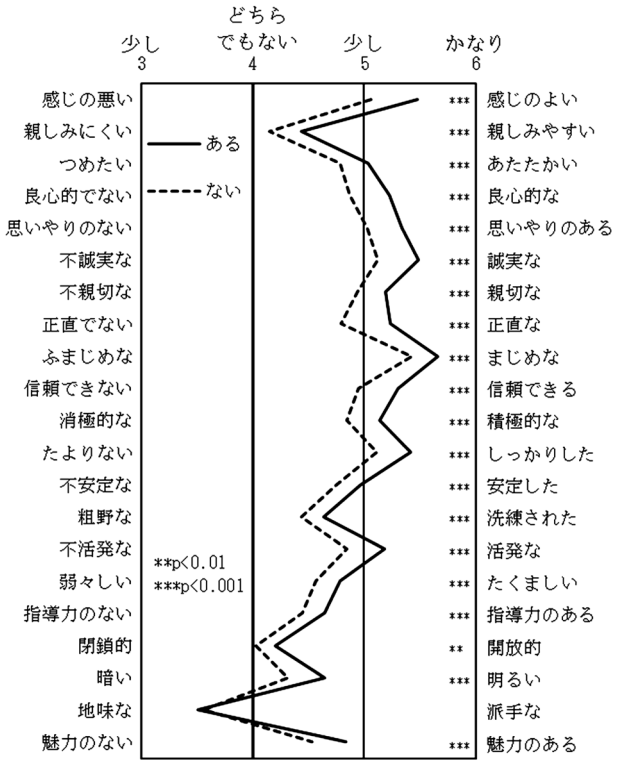


図5. 赤十字のボランティア参加の有無と赤十字のイメージの違い

赤十字のボランティア参加の有無に性別，年齢階級を因子として加えた3元配置分散分析の結果.
赤十字のボランティア参加の有無の間の有意水準はFDR_{BH}法を用いて調整を行った.

16–19歳女性群は全体の平均よりも肯定的なイメージを持っていたが，40・50歳代群は全体に比べやや否定的なイメージを持っていた.「親しみにくい—親しみやすい」を除き，20の形容詞対においていずれも40・50歳代群に比べ16–19歳女性群は有意に（$p<0.001$–$p<0.05$）肯定的なイメージを持っていた.

E. 婚姻状況による赤十字のイメージの違い

未婚者と既婚者の間では赤十字のイメージについて，いずれの形容詞対にも差が見られなかった.

F. 子どもの有無による赤十字のイメージの違い

赤十字のイメージについて同居する子どもの有無で，いずれの形容詞対にも差が見られなかった.

G. 赤十字のボランティア参加の有無と赤十字のイメージ

“あなたはこれまでに赤十字のボランティア（奉仕団や献血）に参加したことがありますか.”の問いに“ある”と回答した者は“ない”と回答した者よりも「地味な—派手な」を除いた20の形容詞対で，肯定的なイメージを持っていた（図5).

日本赤十字学園の受験生の大半と合致する16–19歳群の女性について，赤十字のボランティアへの参加の経験が“ある”と回答した者（n=23）は“ない”と回答した者よりも肯定的なイメージを持つ傾向が見られたが有意な差はなかった（図6).

日本赤十字学園の受験生の保護者層にあたる40・50歳代群（男女）について，赤十字のボランティアへの参加の経験が“ある”と回答した者（n=202）は“ない”と回答した者よりも「親しみにくい—親しみやすい」「指導力のない—指導力のある」,「閉鎖的—開放的」,「地味な—派手な」を除いた17の形容詞対で，肯定的なイメージを持っていた（図7).

IV. 考察

2009年から2010年に行われた日本赤十字社における広報評価の調査（厚生労働省，2010）では献血への関心がある者や献血経験者が回答者の約半数であった．一方で献血キャンペーンの認知率やいのちと献血俳句コンテストの認知率は10%以下であったことが報告されている．この報告の中で，他の回答と合わせて，いのちと献血俳句コンテストを認知していると回答した者は献血への関心も高くなっている可能性に言及している．本研究では赤十字のボランティア参加者は参加経験がない者に比べ赤十字に対し肯定的なイメージを持っており，人々が赤十字と関わる機会の増加は，赤十字のイメージ向上に寄与する可能性があると考える.

日本赤十字社が一般の人を対象に行った調査では

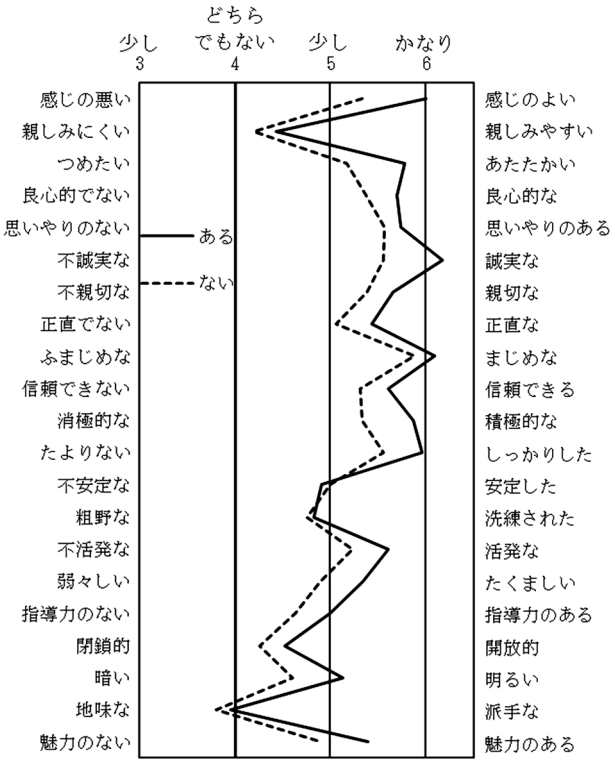


図6. 16–19歳女性における赤十字のボランティア参加の有無と赤十字のイメージの違い

有意水準はFDR_{BH}法を用いて調整を行った.

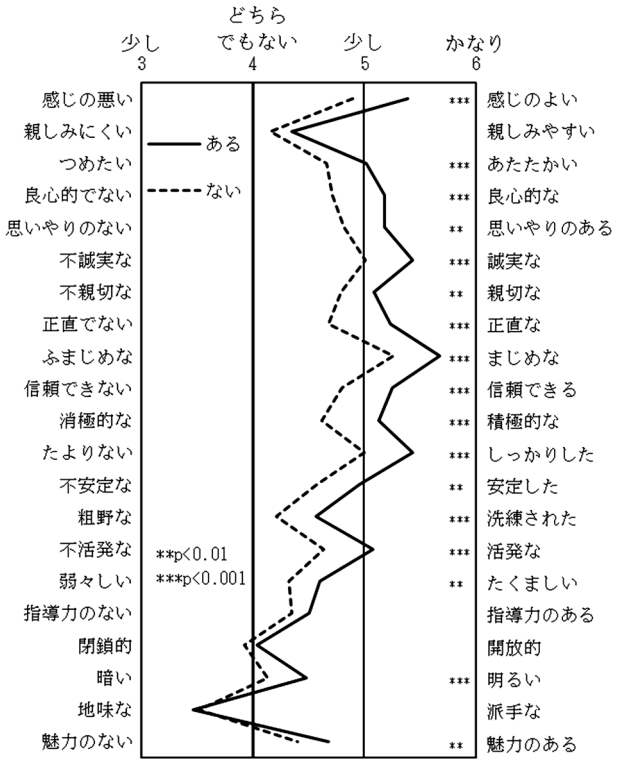


図7. 40・50歳代における赤十字のボランティア参加の有無と赤十字のイメージの違い

赤十字のボランティア参加の有無に性別を因子として加えた2元配置分散分析の結果.
赤十字のボランティア参加の有無の間の有意水準はFDR_{BH}法を用いて調整を行った.

20～30歳代において日本赤十字社と自分とは直接関わりがないと回答した者が7割近くになり，40歳代以降の群に比べ多かったことを報告している（日本赤十字社，2004）．本調査でも，「親しみにくい—親しみやすい」のイメージで最も否定的な回答をしていたのは30歳代群であった．人々における赤十字のイメージ向上のためには，これら20～30歳代が赤十字と関わる機会の増加が課題と思われる．

今回の調査では，日本赤十字学園のブランディングを視野に入れていることから，受験生の年代となる16–19歳群，そしてその保護者となる40・50歳代群について焦点を当てた分析を行った．年齢群別の分析で16–19歳群が際立って他の年代に比べて肯定的なイメージを持っていることが明らかとなったことは日本赤十字学園のブランディングにおいて望ましい結果と考える．しかし一方で，保護者世代となる40・50歳代群を含め，他の世代と16–19歳群の間に赤十字に対するイメージのギャップが見られる．大学進学に際して，保護者および高校教員の意見が強く影響する（ベネッセ教育研究所，2015；釼地・高橋，2008）ことから，この世代間のギャップの縮小を図ることは日本赤十字学園への進学を希望する学生の進路決定を円滑にすることにつながると考える．16–19歳群と40・50歳代群の“赤十字”に対するイメージの構造の類似性あるいは差異の検討は，世代間の“赤十字”に対するイメージの隔たりを縮小する手がかりをもたらす可能性があり，今後の課題である．

本調査に用いた21の形容詞対は斎藤らが1984年に大学生を対象に行った企業のイメージ調査（斎藤・村上・若林，1986）に用いたものである．調査対象とした企業は国鉄（現 JR），中部電力，トヨタ自動車，ホンダ技研工業，電電公社（現 NTT）の5社であった．赤十字に対するイメージ調査の形容詞対ごとの結果は，多くの形容詞対で「どちらでもない(4)」以上の値を示し，中部電力，トヨタ自動車，ホンダ技研工業，電電公社の企業4社と同様な傾向を示していた．形容詞対で特徴の見られたものは「感じの悪い—感じのよい」が5社のうち最も高いトヨタ自動車，ホンダ技研工業で約5であったが，赤十字に対するイメージ調査では5.2とこれらの2社を上回っていた．また「思いやりのない—思いやりのある」，「不誠実な—誠実な」，「不親切な—親切な」に対するイメージは企業4社では4から4.5程度であったが，赤十字に対するイメージ調査では5を超えていた．今回のイメージ調査で最も高い評価を得た項目は「ふまじめな—まじめな」の5.5であり，企業において最も高かったトヨタ自動車で約5であったことからも，赤十字に対して「まじめな」というイメージを多くの人々が持ってい

ることが明らかとなった．一方，最も肯定的なイメージを得ていたトヨタ自動車では「消極的な—積極的な」,「たよりない—しっかりした」,「不安定な—安定した」,「不活発な—活発な」のイメージが約5.5であり，赤十字がそれぞれ4.9, 5.2, 4.8, 4.9とトヨタ自動車に比べ低かった．

今回考察では，赤十字に対するイメージを，比較対象とする情報が乏しいことから，営利組織である企業イメージと比較を行った．人道の原則で活動し，利益を求めることなく奉仕的救護を行う組織である赤十字のイメージを企業イメージと比較することは適切でないかもしれない．しかし，進学を希望する学生は数多くある大学と比較しながら日本赤十字学園の学校を選択しており，社会全体における赤十字のイメージを把握し向上させることは，日本赤十字学園のブランディングにおいて有益と考える．

今回の研究では日本赤十字学園のブランディングに関する情報を得るために人々が感じる“赤十字のイメージ”について調査を行った．ブランディングはブランドに対する共通のイメージを認識させることにより，共感や信頼などを通じて人々にとってのブランドに対する価値を高めていくことであり，ブランドを魅力あるものとすることである．北見らは企業の魅力は人の心をひきつけるものであり，それはイメージではなく，事実に基づく情報でなくてはならないと述べている（北見・阪井・末次，2017）．しかし，この主張はやや先鋭的であり，同論文の中で，これまでの企業の魅力に関する複数の研究（中村・若林・佐野，1986; Hannon & Sano, 1994）を総じて，企業の魅力はイメージ要因だけではなく，実際に企業が行っている活動や実態という事実に基づくという指摘がされているとしている．この論によるのであれば日本赤十字学園の教員が研究成果として新たな知見を発信し，卒業生が活躍するなどの実績を示すことで，日本赤十字学園のブランドの魅力はより高まることになると考える．

V. 結論

赤十字に対する特徴的なイメージは「まじめな」「思いやりのある」「誠実な」「親切な」「助ける」であった．16–19歳群は他の年齢群に比べ肯定的なイメージを持っていた．赤十字のボランティア参加者は肯定的なイメージを持っていたことから，人々が赤十字や日本赤十字社と関わる機会の増加は，赤十字や日本赤十字学園のイメージ向上に寄与する可能性が示唆された．

付記

本研究は学校法人　日本赤十字学園教育・研究及び奨学金基金（平成31年度）により助成を受け行った．

利益相反

利益相反なし

文献

ベネッセ教育研究所（2015）．高校生活と進路に関する調査．https://berd.benesse.jp/up_images/research/koukouseikatsu.pdf（2020.5.30）

Benjamini, Y., Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate — A practical and powerful approach to multiple testing. Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological), 57, 289–300.

Hannon, J., Sano, Y. (1994). The determinants of corporate attractiveness. Purdue CIBER Working Papers. https://docs.lib.purdue.edu/ciberwp/94/ (2020.9.30)

上條憲二（2018）．小規模私立大学におけるブランディングの有効性．日本マーケティング学会　カンファレンス・プロシーディングス，7, 118–130.

釼地邦秀・高橋意智郎（2008）．大学生の進路目標決定とその影響要因に関する研究．実践女子大学人間社会学部紀要，5, 45–65.

北見幸一・阪井完二・末次祥行（2017）．企業の魅力要素と購買行動の考察．日本マーケティング学会カンファレンス・プロシーディングス，6, 195–205.

厚生労働省（2010）．薬事・食品衛生審議会平成22年度第2回血液事業部会献血推進調査会4–7日本赤十字社における広報評価．https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xwn2-att/2r9852000000xx5w.pdf（2020.5.30）

中村雅彦・若林満・佐野守（1986）．企業魅力のクラスター分析—就職先としての地元企業の魅力—．経営行動科学，1, 1–9.

日本赤十字社（2004）．赤十字に関する意識調査報告（一般個人，個人社員，一般法人，法人社員別意識調査）．13, 東京：日本赤十字社.

Osgood, C. E., Suci, G. J., Tannenbaum, P. H. (1957). The Measurement of Meaning. 31–39, Urbana, IL: University of Illinois Press.

斎藤和志・村上隆・若林満（1986）．準3相因子分析に基づく組織イメージの構造．経営行動科学，1, 27–40.

付表　全体および群ごとのイメージの平均値と標準偏差

			感じの悪い―感じのよい	親しみにくい―親しみやすい	つめたい―あたたかい	良心的でない―良心的な	思いやりのない―思いやりのある	不誠実な―誠実な	不親切な―親切な	正直でない―正直な	ふまじめな―まじめな	信頼できない―信頼できる	消極的な―積極的な	たよりない―しっかりした	不安定な―安定した	粗野な―洗練された	不活発な―活発な	弱々しい―たくましい	指導力のない―指導力のある	閉鎖的―開放的	暗い―明るい	地味な―派手な	魅力のない―魅力のある
	全体	平均値	5.2	4.2	4.8	5.0	5.1	5.2	5.0	4.9	5.5	5.0	4.9	5.2	4.8	4.5	4.9	4.6	4.5	4.1	4.4	3.5	4.6
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.3	1.4	1.3	1.3	1.4	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.0	1.2
性別	男性	平均値	5.2	4.3	4.8	4.9	5.0	5.1	4.9	4.9	5.3	5.0	4.8	5.1	4.7	4.5	4.9	4.5	4.4	4.1	4.4	3.5	4.6
		SD	1.3	1.3	1.2	1.4	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.3	1.3	1.4	1.2	1.2	1.1	1.2	1.2	1.2	1.1	1.2
	女性	平均値	5.2	4.2	4.9	5.0	5.2	5.4	5.1	5.0	5.6	5.1	5.1	5.3	4.9	4.5	5.0	4.7	4.6	4.1	4.4	3.6	4.7
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3	1.2	1.3	1.4	1.2	1.2	1.4	1.1	1.1	1.2	1.1	1.1	1.2	1.0	1.2
年齢階級別	16–19歳	平均値	5.6	4.3	5.2	5.4	5.5	5.5	5.4	5.1	5.8	5.4	5.3	5.5	5.0	4.8	5.3	5.0	4.7	4.4	4.7	3.8	4.9
		SD	1.3	1.4	1.3	1.4	1.4	1.3	1.3	1.3	1.3	1.5	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3	1.2	1.2	1.3	1.0	1.3
	20歳代	平均値	5.3	4.2	4.7	5.1	5.2	5.3	5.1	4.9	5.6	5.1	4.9	5.1	4.9	4.7	5.0	4.7	4.6	4.1	4.4	3.5	4.6
		SD	1.2	1.3	1.2	1.3	1.4	1.3	1.3	1.2	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.2	1.0	1.2
	30歳代	平均値	4.9	4.0	4.6	4.7	5.0	5.0	4.8	4.7	5.3	4.9	4.8	5.0	4.7	4.4	4.8	4.6	4.4	3.9	4.2	3.5	4.4
		SD	1.1	1.3	1.2	1.3	1.2	1.3	1.2	1.1	1.3	1.3	1.2	1.2	1.3	1.1	1.2	1.1	1.1	1.2	1.1	1.0	1.1
	40歳代	平均値	5.0	4.2	4.7	4.8	4.9	5.1	4.8	4.8	5.4	4.9	4.6	5.1	4.7	4.3	4.7	4.4	4.4	3.9	4.1	3.5	4.4
		SD	1.2	1.2	1.1	1.4	1.3	1.2	1.3	1.2	1.3	1.5	1.2	1.2	1.3	1.1	1.1	1.0	1.1	1.0	1.1	1.0	1.1
	50歳代	平均値	5.0	4.2	4.8	4.9	5.0	5.2	4.9	4.9	5.4	4.9	4.9	5.1	4.7	4.4	4.9	4.5	4.4	4.0	4.4	3.5	4.5
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3	1.3	1.4	1.4	1.2	1.3	1.4	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	1.0	1.1
	60歳代	平均値	5.2	4.4	5.0	4.8	5.0	5.3	4.9	5.0	5.4	5.0	4.9	5.2	4.8	4.4	5.0	4.6	4.5	4.2	4.5	3.5	4.7
		SD	1.2	1.3	1.2	1.5	1.3	1.3	1.4	1.3	1.4	1.5	1.2	1.2	1.4	1.1	1.1	1.1	1.3	1.2	1.2	1.0	1.3
主たる受験者層（16–19歳女性）		平均値	5.4	4.2	5.3	5.4	5.6	5.6	5.4	5.1	5.9	5.4	5.4	5.6	5.0	4.8	5.3	5.0	4.7	4.3	4.7	3.8	5.0
		SD	1.3	1.4	1.2	1.4	1.4	1.2	1.3	1.2	1.3	1.5	1.2	1.2	1.3	1.3	1.1	1.3	1.1	1.2	1.2	0.9	1.3
受験生の保護者層（40・50歳代）		平均値	5.0	4.2	4.8	4.8	4.9	5.1	4.9	4.8	5.4	4.9	4.8	5.1	4.7	4.3	4.8	4.4	4.4	4.0	4.2	3.5	4.5
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3	1.2	1.4	1.4	1.2	1.3	1.3	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.1
婚姻状況[a]	未婚	平均値	5.1	4.2	4.7	4.9	5.0	5.1	4.9	4.8	5.4	4.9	4.8	5.0	4.7	4.5	4.9	4.5	4.5	4.0	4.3	3.5	4.5
		SD	1.2	1.3	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2	1.3	1.4	1.3	1.3	1.3	1.1	1.1	1.2	1.1	1.2	1.1	1.0	1.1
	既婚	平均値	5.1	4.2	4.8	4.9	5.0	5.2	4.9	4.9	5.4	5.0	4.9	5.2	4.8	4.4	4.9	4.6	4.5	4.0	4.3	3.5	4.6
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3	1.2	1.4	1.4	1.2	1.2	1.3	1.1	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2	1.0	1.2
子どもの有無[a]	なし	平均値	5.1	4.2	4.7	4.9	5.0	5.1	4.9	4.8	5.5	4.9	4.8	5.0	4.8	4.5	4.9	4.6	4.4	4.0	4.3	3.5	4.6
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.3	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.1	1.2	1.2	1.0	1.2
	あり	平均値	5.1	4.2	4.8	4.9	5.0	5.2	4.9	4.9	5.4	5.0	4.9	5.2	4.8	4.4	4.8	4.5	4.5	4.0	4.3	3.5	4.5
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3	1.2	1.4	1.4	1.2	1.2	1.3	1.0	1.1	1.1	1.2	1.1	1.1	1.0	1.1
赤十字の ボランティア参加	あり	平均値	5.5	4.4	5.0	5.2	5.3	5.5	5.2	5.2	5.7	5.3	5.1	5.4	5.0	4.6	5.2	4.8	4.6	4.2	4.6	3.5	4.8
		SD	1.2	1.4	1.3	1.5	1.4	1.3	1.4	1.3	1.4	1.5	1.4	1.2	1.5	1.3	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.1	1.3
	なし	平均値	5.1	4.2	4.8	4.9	5.0	5.1	4.9	4.8	5.4	5.0	4.8	5.1	4.7	4.4	4.8	4.6	4.4	4.0	4.3	3.6	4.5
		SD	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.3	1.4	1.2	1.2	1.3	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.1
16–19歳女性における赤十字の ボランティア参加	あり	平均値	6.0	4.4	5.8	5.7	5.7	6.2	5.7	5.4	6.1	5.6	5.9	6.0	4.9	4.8	5.6	5.3	5.0	4.5	5.1	4.0	5.4
		SD	1.0	1.5	1.0	1.6	1.6	0.8	1.5	1.2	1.3	1.5	1.0	1.0	1.3	1.2	1.1	1.3	1.2	1.2	1.0	0.7	1.5
	なし	平均値	5.3	4.2	5.2	5.4	5.6	5.6	5.4	5.1	5.9	5.3	5.3	5.6	5.0	4.8	5.2	4.9	4.6	4.3	4.6	3.8	4.9
		SD	1.3	1.4	1.3	1.4	1.4	1.3	1.2	1.2	1.3	1.5	1.2	1.2	1.4	1.3	1.1	1.2	1.1	1.2	1.2	0.9	1.2
40・50歳における赤十字のボランティア参加	あり	平均値	5.4	4.4	5.0	5.2	5.2	5.4	5.1	5.2	5.7	5.2	5.1	5.4	5.0	4.6	5.1	4.6	4.5	4.0	4.5	3.5	4.7
		SD	1.2	1.4	1.3	1.5	1.4	1.3	1.4	1.3	1.4	1.5	1.3	1.2	1.4	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.1	1.2
	なし	平均値	4.9	4.2	4.7	4.7	4.8	5.0	4.8	4.7	5.3	4.8	4.6	5.0	4.6	4.2	4.6	4.3	4.3	3.9	4.1	3.5	4.4
		SD	1.2	1.2	1.1	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.4	1.4	1.2	1.2	1.3	1.0	1.1	1.0	1.1	1.0	1.1	1.0	1.0

SD：標準偏差　[a]20歳以上について分析

原　　著

成人看護学（急性期）実習における看護系大学生の看護上の判断力育成に向けた臨地実習指導者の関わりのプロセス
―「ケア実施に伴う決定」に着目して―

阿部オリエ

The Process of Interaction of Clinical Instructor to Develop Nursing Judgment Ability by Nursing College Student in Adult Nursing (Acute Stage) Clinical Practice: Focusing on "Decisions Associated with Care Implementation"

Orie Abe

キーワード：看護上の判断，臨地実習指導者，臨床判断，関わり，看護系大学生

key words：nursing judgment, clinical instructor, clinical judgment, interactive, nursing college student

Abstract

Objective In this study, the authors aimed at focusing on clinical instructors who performed patient care with nursing college students in adult nursing (acute phase) training, and clarifying how the instructors grasp judgments made by the students for their patient care, so as to obtain suggestion for betterment of students' nursing judgments during clinical practice.

Method The study design is a exploratory study design based on the Modified Grounded Theory Approach.

Result Involvement of the clinical instructors for students' nursing judgments consisted of <fitting that drew the students to understanding of their patient> before care practice, <care practice with the students under the premise of patients' safety> while practicing care and <promoting students' consciousness and leading them to understanding on patients' conditions> after the care practice.

Conclusion For betterment of students' judgment in their nursing care, the clinical practice instructors let them perform care independently so that they could make judgment by themselves. Furthermore, after care practice, the students traced back their behaviors before and while practicing nursing care while the instructors promoted the remembrance of the students for judgment in nursing care. Moreover, they involved in students' judgment with process so that the students could deeply understand about the patients while they continuously controlled the student.

受付日：2021年5月24日　　受理日：2021年9月6日
日本赤十字九州国際看護大学　Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

要　旨

目的　成人看護学（急性期）実習における看護系大学生の看護上の判断力を育成するために，学生と共にケアを実施している臨地実習指導者に焦点をあて，臨地実習指導者が，学生が行う受け持ち患者への「ケア実施に伴う決定」をどのように捉え，学生に関わっているのかを明らかにすることを目的とした．

方法　修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた質的探索的研究．

結果　学生の看護上の判断力育成に向けた臨地実習指導者の関わりは，ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉，ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉，ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉というプロセスで示された．

結論　学生の看護上の判断力育成に向けては，看護上の判断自体の妥当性を検討するためにも深い患者理解と，判断するという1点だけではなく，継続的な学生へのおさえが不可欠であることが示唆された．

I.　はじめに

日本の看護系大学においては，学生の看護実践能力を高めるべく教育の検討が進み，VI群25項目の「看護学士課程教育におけるコアコンピテンシー」が提示された（日本看護系大学協議会，2018）．本報告書の「III群：根拠に基づき看護を計画的に実践する能力」には，必要とされる看護を判断することの重要性が述べられていた．また，看護者には，様々な場面で人々の身体状況を観察・判断し，状況に応じた適切な対応ができる看護実践能力が求められている（文部科学省，2017）とされる．さらに，指定規則第5次改正において，必要な臨床判断を行うための基礎的能力の育成（厚生労働省，2019）が示された．これらより，学生の看護実践能力の根幹には，必要とされる看護を判断することや，将来的に適切な臨床判断ができるようになるために，学生の頃より看護上の判断を自分自身で行うことが期待されており，看護系大学においては，学生の看護上の判断力を育成することが喫緊の課題であると考えた．中でも，臨地実習が見学実習になっており，学生の看護実践能力を身につけるものになっていない（日本看護系大学協議会，2016）との指摘もあることから，臨地実習における学生の看護上の判断力育成が急務といえる．

学生の看護上の判断に関する研究について布佐（1999, pp.84–85）は，臨地実習指導者が，学生に十分認識されていない視点を提供し，学生の判断を刺激することで，学生の判断困難を克服することができると述べた．また，その判断を刺激するのは，学生と臨地実習指導者間の患者に関する話し合いや，フィードバックなどの相互作用が重要であると指摘した．一方，研究対象者が専門学校生と検討に限界はあるが，鶴田（2010）は，学生が判断に困った実習場面において，学生自身が学生と指導者（教員と臨地実習指導者）からの教授活動をどのように認識したかについて研究を行い，学生の認識が，患者理解を深めるアセスメントの援助，学習活動を承認する援助，具体的・個別的な看護方法の理解促進，看護実践を保証する直接的な援助の四つであることを明らかにした．他方，看護上の判断と類似概念と考える臨床判断について探究したBennerは，学生の臨床判断能力を育成することの重要性について述べ，熟練看護師〔Expert〕の考察や判断，やりとりや介入が示されるといった実際の患者の状況における学習が，他の教育法よりも優れている（Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2012/2015）と指摘した．そこで，学生の臨床判断に関する先行研究を概観すると，米国においてLasater（2011）は，特定の状況下における高次元シミュレーションを活用し学生の臨床判断の促進について検証を行い，重症度が高く複雑な患者ケアにおいても学生が臨床判断を行うことは不可欠であると指摘した．一方，日本においても，シミュレーションを使用し，独自の調査表を用いて，学生の臨床判断を測定した研究（相野・森山，2011; 山内・西薗・林，2015; 深田・熊澤・吹田他，2010），ADL演習時の自己評価用紙を分析対象とし，学生の臨床判断能力を測定した研究（新木・東・相野他，2012）がある．また，老年看護学実習において，学生の日々の記録を分析対象とし，排泄ケア場面における学生の臨床判断の特徴を明らかにした研究（今井・井上・大谷他，2007）や，実習終了後のレポートを分析対象とし，移乗・移動動作における学生の臨床判断を明らかにした研究が存在する（平川・須崎・吉田他，2016）．他方，短期大学生が対象であるが，臨床判断に影響する因子を明らかにした研究（塩月・濵田・中野他，1996）や，教育的関わりによる学生の臨床判断の内容を明らかにした研究（中野・上杉・酒井他，1997），学生の臨床判断に活用された情報を明らかにした研究も見られる（上杉・中野・酒井他，1998）．これらより，学生の臨床判断に関する研究は発展を遂げているが，学生の臨床判断に看護師の

臨床判断の定義がそのまま引用されていたり，判断の概念を明確にしないまま研究が進められている現状もあるため，まず，臨地実習における学生の看護上の判断を明確にする必要があると考え概念分析を実施した．その結果，属性の一つとして，ケアの有無に対する決定，ケアの方法に対する決定，対象者の反応に伴うケアの決定を包含した「ケア実施に伴う決定」を特定した（阿部，2020）．この「ケア実施に伴う決定」は，患者の存在なくしては学ぶことができない看護上の判断であり，さらには，「ケア実施に伴う決定」といった看護上の判断力を育成するには，学生と患者へのケアを共有しながら想起を促すことができる教育者の存在が不可欠であることが示唆された．現在，大学における臨地実習指導は，教員が臨地に常駐することを基本としているが，学内講義などの理由により，臨地に教員が不在な時間も多く，ケア実施の調整やケアの指導を担っているのは，9割以上が臨地実習指導者である（日本看護系大学協議会，2016）ことが明らかにされている．中でも，成人看護学（急性期）実習においては，患者の安全への配慮や医療の高度化により，教員ではなく，ケアに責任をもつ看護師でしか担えないケアは増えており，臨地実習指導者と共に学生が患者へのケアを実施することが多いといえる．以上のことより，成人看護学（急性期）実習において，臨地実習指導者が，学生の患者への「ケア実施に伴う決定」をどのように捉え，どのように関わっているのかを明らかにすることで，臨地実習における学生の看護上の判断力育成に向けた示唆を得たいと考えた．

II. 研究目的

成人看護学（急性期）実習における看護系大学生の看護上の判断力を育成するために，学生と共にケアを実施している臨地実習指導者に焦点をあて，臨地実習指導者が，学生が行う受け持ち患者への「ケア実施に伴う決定」をどのように捉え，学生に関わっているのかを明らかにすることを目的とした．

III. 用語の定義

A. 臨地実習指導者

成人看護学（急性期）実習を受け入れており，周手術期の患者が入院しているユニットで実習指導に携わる看護師．

B. 看護上の判断

ケアの有無に対する決定，ケアの方法に対する決定および患者の反応に伴うケアの決定を包含した「ケア実施に伴う決定」とする．

C. ケア

学生が患者へ実施する看護援助とし，身体侵襲を伴わない看護援助とする．

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach： 以下M-GTAと略す）を用いた質的探索的研究．M-GTAを選択した理由として，臨地実習という場において臨地実習指導者は，学生や患者の反応を捉えながら学生へ関わっていることから，相互作用に基づく関係性が成立していると考えたこと，人間と人間の複雑な相互作用をプロセスとして描き出したいと考えたこと，本研究により得られる知見の実践的活用が期待できると考えたからである．

B. 研究参加者の選定

1. 対象人数

研究参加者20名程度．理論的飽和化（木下，2020）で増減する．

2. 選定基準

下記1)～4）の全てを満たした臨地実習指導者とした．選定基準は，1）成人看護学（急性期）実習で，周手術期の患者が入院している病棟で実習指導にあたる看護師，2）臨地実習指導経験年数3年以上，3）大学より「臨床教員」として委嘱を受け，臨地実習指導を行っている看護師もしくは，大学教員より以下の推薦基準①②に合致し推薦された臨地実習指導者（推薦基準：①学生と共に患者へのケアを実施していること，②患者へのケア実施前，ケア実施後に学生と関わっていること），4)1年以内に臨地実習指導を行った経験のある看護師．

C. データ収集期間・方法

データ収集期間は，2018年12月～2019年4月であった．データ収集方法は，インタビューガイドを基に，半構造化面接を実施した．

D. データ分析方法

M-GTAの分析手続きに則り，分析テーマは，研究参加者が，患者のケア実施に伴う学生の看護上の判断をどのようなタイミングで，どのように捉え，学生に関わっているかを描き出すために，〔関わりのきっかけ〕，〔状況把握の内容やその時の考え，行動〕，〔結果〕についての詳細とした．また，分析焦点者は，選定基準を満たした臨地実習指導者とした．M-GTAの分析手続きとして分析テーマは分析焦点者を中心に分析できているか，変更はないかの確認を行う必要があるとされているため適宜実施した．同時にデータを切片化しないよう解釈し概念を生成した．データ収集と分析は同時並行で進め，解釈に沿って他のデータに類似例や対極例がないか検討し，継続的比較分析を行いながら，一概念ごとに分析ワークシートを作成した．

次に，データの範囲と分析結果の完成度を継続的に検討し，分析ワークシートごとに概念の完成度を判断する小さな理論的飽和化に達したと判断するまで検討した．さらに，分析結果全体について概念相互の関係を検討し全体としての統合性を見ながら，分析結果全体について比較分析が終了したかを判断する大きな理論的飽和化に達したと判断するまで，データ収集と分析を繰り返した．その後，複数の概念のまとまりが見出されたものをサブカテゴリー，カテゴリーとした．また本研究では，分析テーマに対応した重要なプロセスや，変化のダイナミズムを捉えることが重要であると考え，カテゴリーの上位概念として一つに絞らない形で，解釈の中心となるカテゴリーをコアカテゴリーとして検討した．最後に，生成したカテゴリーおよびコアカテゴリーを用いて，結果図とストーリーラインを作成した．

E. 真実性と信憑性

真実性の確保のために，本調査の前に予備調査（2017年10月～2018年1月）を実施し，研究目的の具体的内容の生成，分析が適切に行えているか，実現可能性の確認後本調査を実施した．また，信憑性の確保は，質的研究の分析に長けている教授ならびにM-GTA研究会に参加し研鑽に努めた．

F. 研究倫理の確保

本研究の実施に向け，日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査（承認番号18-013）および共同看護学専攻研究倫理審査（承認番号18-01）の承認を得た．研究参加者へは，研究目的内容を説明し，個人の評価を目的としないこと，自由意思による研究参加であることを説明し，同意を得た後同意書への記載を依頼した．また，同意撤回の説明を行い，匿名性の保証，研究目的以外のデータ使用不可を約束した．

V. 結果

研究参加者18名の概要を表1に示す．本研究では，80概念，41サブカテゴリー，19カテゴリーが生成された（表2，表3，表4）．それを基に，結果図（図1）とストーリーラインを描いた．生成内容として，カテゴリーは【　】，研究参加者の生データをヴァリエーションとして「斜体」で示す．なお，ヴァリエーション中の（　）には，研究参加者のIDと逐語録のページ数を記載した．また，学生のケア実施に伴う決定といった看護上の判断力育成に向けた臨地実習指導者の関わりは，ケア実施前・中・後のプロセスとして描き出されたため〈　〉で示した．

A. 結果図とストーリーライン

図1に示すように，学生の看護上の判断力を育成するための臨地実習指導者の関わりは，ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉，ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉，ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉というプロセスであった．以下，それぞれの特徴について述べる．

まず，〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉は，臨地実習指導者が，ケア実施前に，【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】ができるように関わっていることを示している．臨地実習指導者は，【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】と【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】を契機とし，学生の解っていない状況をふまえた上で，【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】行動をとっていた．この【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】には，【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】が影響を与えていた．これらを経て，患者

表1．研究参加者概要

ID	年代	看護教育最終学歴	看護師歴（年数）	実習指導者経験年数	勤務ユニット	職務	インタビュー時間（分）
D	30	学士	12	5	HCU	スタッフ	53
E	30	専門学校	8	4	混合外科	副主任	80
F	40	修士	15	10	消化器外科	臨床教員・主任	51
H	40	専門学校	18	4	脳外科	主任	48
I	30	学士	8	6	ICU	スタッフ	48
J	50	博士	27	8	外科系病棟全て	臨床教員・看護次長	50
K	40	専門学校	21	8	整形外科	スタッフ	63
L	30	修士	11	5	消化器外科・整形外科	臨床教員・スタッフ	69
M	30	短期大学	15	9	消化器外科	係長	69
N	40	専門学校	22	15	高度救命救急センター	主任	60
O	30	学士	15	5	呼吸器外科	スタッフ	53
P	30	短期大学	9	3	消化器外科	スタッフ	59
Q	40	専門学校	19	10	外科	スタッフ	57
R	40	学士	19	4	呼吸器外科	副主任	56
S	30	学士	15	5	消化器外科	副主任	70
T	40	短期大学	20	10	整形外科	副主任	65
U	30	学士	9	3	HCU	スタッフ	43
V	40	修士	20	5	HCU	スタッフ	45

の状態に応じた【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】を行うに至っていた．その後，臨地実習指導者は，【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】を目指しながら，学生に関わっていた．ここで，【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】をコアカテゴリーと捉えた理由は，臨地実習指導者の【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】という行動が，【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】というプロセスを経て，【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】という安定へ向かうための要のカテゴリーと捉えたからである．

次に，〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉は，ケア実施中の【患者の安全が最優先】という前提に基づき，臨地実習指導者が学生に関わっていることを示している．臨地実習指導者は，【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ，学生が主体的にケアを実施できるように，【見守りの下で学生を放つ】という行きつ戻りつの関わりを行っていた．ま

表2．ケア実施前〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
ルーチンに基づく学生の行動計画の確認	実習目標に照らした行動計画の確認	学生の行動計画の確認
		実習目標に照らし患者の病態に応じた事前学習状況のすり合わせ
患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ	患者と学生をどのようにつなげるかの試行錯誤	患者のベッドサイドに行かせるために学生へ発破をかける
		全身清拭は観察のチャンスとしての捉え
	学生と患者の距離感に対する迷い	難しい患者へのケアに入れてよいか否かの迷い
		学生からのケア申し出の意図に対する違和感
	予測内でのズレのキャッチ	予測の下での患者の異変のキャッチ
		学生との患者の反応の捉え方のズレのキャッチ
患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる	学生が考えた計画の実施に向けて門を開く	学生が立案してきたケアを実施するためのすり合わせ
		患者の安全を考慮した行動計画の確認
	学生の解ってないを見据えた方法のすり合わせ	学生が判断できないことをふまえ，知識を実際の患者とどのようにつなげるかについてのやり取り
		学生の想像力欠如の把握と代替ケア方法の提案
		必要なケアが想起できるような投げかけとやりとり
		離床が合併症の予防になることをつなげていく
		患者のニーズに合わせ学生の計画を修正する
		効率性を考えて他のケアと組み合わせて実施させる
	学生の考えより優先すべきケアがあるとの判断	患者の状態から学生が考えてきたケアは実施できないと判断しつつその意図を学生に説明する
実習目標をふまえた学生の自己学習の促進	実習目標と行動計画に戻りながら学生と対峙する	大学側の実習目標と学生の行動目標のすり合わせ
	学生の自己学習を促進させる	ケアを実施するにあたっての学生の学習状況の確認
		学生に向けて先に答えを教えて自己学習へと振る
		患者の術後がイメージできるよう事前に講義を行う
学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定《コアカテゴリー》	患者の状態に応じた方法の決定	学生が患者の状況を理解した上での実施方法の決定
		患者の自立度に応じて手を出す範囲の匙加減に対するやり取り
学生の主体的な実施に向けて万全の整え	学生にイメージトレーニングさせることで実施のイメージ化を図る	患者に応じた方法で実施できるよう学生の思考を修正しながらイメージトレーニングも兼ねた準備を行う
	患者の急変にも対応可能な準備の徹底	患者の急変にも対応可能な準備の徹底
	患者との信頼関係を前提とした事前の根回し	学生がケアを行いやすくするため事前の患者への根回し
		普段患者と接しているからこそ解るケア前の鎮痛剤投与
	指導の力量を見越した上でのスタッフ看護師への依頼	学生との相互作用を確認し指導の力量を見極めた上でのスタッフ看護師への依頼
		患者の安全を考慮した上での他の看護師への学生指導の依頼

表3.　ケア実施中〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
患者の安全が最優先《コアカテゴリー》	患者の安全・安楽を阻害しない範囲における学生主体のケア実施	患者に悪影響を及ぼさない範囲における学生の主体的なケア実施
		患者に悪影響を及ぼさない範囲における学生の手技のステップアップ
	学生に任せて大丈夫な範囲の見極め	学生の状況を察知し止めるか見守るか代行するかの見極めを行う
看護師としての即座の臨床判断	患者の安全をふまえた即座の臨床判断	患者への即座の臨床判断を行い，学生にも触れさせ体験させる
		患者の状態を即座に判断し患者をより安全な状態へと誘導する
見守りの下で学生を放つ	自信のあるが故の学生主体のケア実施	誤っていたらいけないため学生と共に血圧測定を実施する
		患者へ即座にフォローができること，学生が学習しやすいことを前提にして学生を立たせる位置を決める
	学生の気付きを期待しての意図的な行動	看護師のアクションを意図的に学生に伝えることにより看護師の思考に気付かせる
		学生が手を出しやすくするために患者への声かけを意図的に行う
学生と患者の関係をつなぐ要という認識	患者と学生とをつなぐ	信頼関係を深めるために学生と患者の世界を作る
		学生がケアに入りやすいように患者や学生への代弁者として橋渡しを行う
患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい	患者と関わるからこそ得られる看護の意味づけを学生に伝えたい	学生であってもケアにおける看護の意味を理解してほしいという願い
		患者と関わるからこそ得られる充実感や看護の意味づけ方についての伝授
学生へのおさえ時の見極め	おさえ時のタイミングの吟味	一点集中の学生には後でおさえるという即座の判断
		学生のプライドに配慮して，患者の前で注意せずタイミングを図る
	その時その場での学生へのインプット	患者の負担がなければその時その場で学生にインプットする
		五感を使ってバイタルサインから読み取れる患者の病態を紐解く
		学生のできないを捉えケアの実演と説明を付加しながら理解を促す

た，これら四つのカテゴリーは，【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】や【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】という考えに影響を受けていた．同時に，【学生へのおさえ時の見極め】を行っていた．ここで，【患者の安全が最優先】をコアカテゴリーと捉えた理由は，臨地実習指導者が，【患者の安全が最優先】を前提にしつつ，学生が主体的にケアの実施ができるよう【見守りの下で学生を放つ】行動をとっていたこと，【看護師としての即座の臨床判断】には，【患者の安全が最優先】を前提とし，学生が患者へのケア実施ができるよう【見守りの下で学生を放つ】範囲を見極めていたからである．

最後に，〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉は，臨地実習指導者が，ケア実施後に【学生の知識と患者の状態をつなげていく】ことができるように関わっていることを示している．臨地実習指導者は，看護上の判断に対する学生の理解を確認した上で，【学生の無意識を意識化させる】ことや，【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】ことを行い，【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】という行きつ戻りつの関わりを行いながら，【学生の知識と患者の状態をつなげていく】という関わりを行っていた．同時に，臨地実習指導者は，学生が次の学習の段階に進むことができるよう，【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた．その後，臨地実習指導者は，【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】，もしくは，【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えていた．ここで，【学生の知識と患者の状態をつなげていく】をコアカテゴリーと捉えた理由は，学生の無意識の意識化，ポジティブへの転換，患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化は，学生の知識と患者の状態をつなげていくに集約される重要なカテゴリーと捉えたからである．

B.　ケア実施前の臨地実習指導者の関わりを構成するカテゴリー

ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉において臨地実習指導者は，*「まず最初に行動計画というものを学生は立ててきますので，その行動計画を基に今日実践したい内容というのを確認します(V-3)」*という【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】もしくは，*「ただ，患者さんがやってほしいと言うからやりますといったところに，看護としての意*

表4.　ケア実施後〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
学生の知識と患者の状態をつなげていく《コアカテゴリー》	学生の知識と患者の状態をつなぐ	ケア時の手の挙上がMMTの確認につながるというおさえ
		持続的にモニター管理がされていることも含め，バイタルサインの変動を確認する意味を一つ一つつなげる
		患者との関わりの場面を想起させ，知識と現象をつなげる
		患者の状態と知識をどのようにつなげるかについてのやり取り
学生の無意識を意識化させる	学生の思考の世界へと入り込む	学生が立案した計画の実施に対する評価としての振り返り
		患者の安全は自身が守れるのでとりあえず学生を入れて学生が見ていたことを確認する
		学生の気づきの洗い出し
	学生の気づきを促進するための投げかけ	学生が気づいていない患者の状態や学生自身の行動に対する投げかけ
		患者へのフォローをしつつ学生が患者からの反応で気づくことができるよう患者からのフィードバックを得る機会を作る
	オーダーメイドによる学生の知識へのおとしこみ	患者の変化をどのように分析するかを学生の知識に戻しながらのおさえ
		学生に達成感を得てもらうために時間をかけて思考を整理させたり患者の反応を想起させ振り返りを行う
		教員と共に学生の話を聴くことで学生へ理解してもらうための策を練る
		患者の状態に気付かない学生は自分のことに置き換えて捉えられるよう諭す
	患者への意図的な声かけに対する学生の気づきを誘う	看護師の意図的な声掛けに学生が気づいていたかの確認と励行
	学生のやる気を高めるための賞賛	感心したことへの賞賛を与えることで学生のやる気を高める
学生のネガティブをポジティブへと転換させる	予想通りではないことに潜む価値の言語化	患者にとってベストではなくともベターなケアを目指す意味を学生に伝える
	学生のできないを活かす改善点の提案	事前学習だけでは理解し難い患者の状態理解と学生が実施するケアのスピード不足
		学生が手を出せなくても次のケアに活かせる工夫の提案
		学生のモチベーションを下げないために良かった点から話し，学生の状況をくみ取りつつ改善点を指摘する
	失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要	失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要という考え
患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化	患者からの直接的な学生へのフィードバックの誘導	患者に配慮しつつ本音を聴き出し学生へフィードバックを行う
	患者の現在の状態から過去に遡る改善点の指摘	ケア終了後に事前に改善を行っておいた方が良かったことの投げかけ
	患者の今後も視野に入れたケアのイメージ化	患者の現在だけではなく今後の方向性も視野に入れた学び方に気づかせる
		現在，今後に渡っての患者の経過を伝えることでケアのイメージ化を図り行動につなげる
学生を手放すタイミングの見計らい	学生の思考の仕上がりの確認	その場では把握しきれなかった記録による学生の理解状況の確認
		振り返りが計画の修正に反映できているかの確認
	役割が完結した後の教員への委譲	学生の目標達成度について教員とやり取りを行うが最終的な目標達成度は教員の判断を仰ぐ
	学生への不十分な関わりへの葛藤	学生と共にケアに入らないことにより振り返りが十分にできない葛藤
学生の理解をふまえ次の局面へと放つ	学生がリアリティをもって思考が腑に落ちたという手応え	学生の思考が腑に落ちたであろうという手応え
		リアリティを持って理解ができた学生
	学生の気づきを活かす工夫	学生の気付きを次の学習に活かすための病院内リソースの活用
		学生同士での学びの共有
時間切れによる学生のその後の把握困難	学生の思考を最後まで確認できる機会はない	学生の思考を最後まで確認できる機会はない

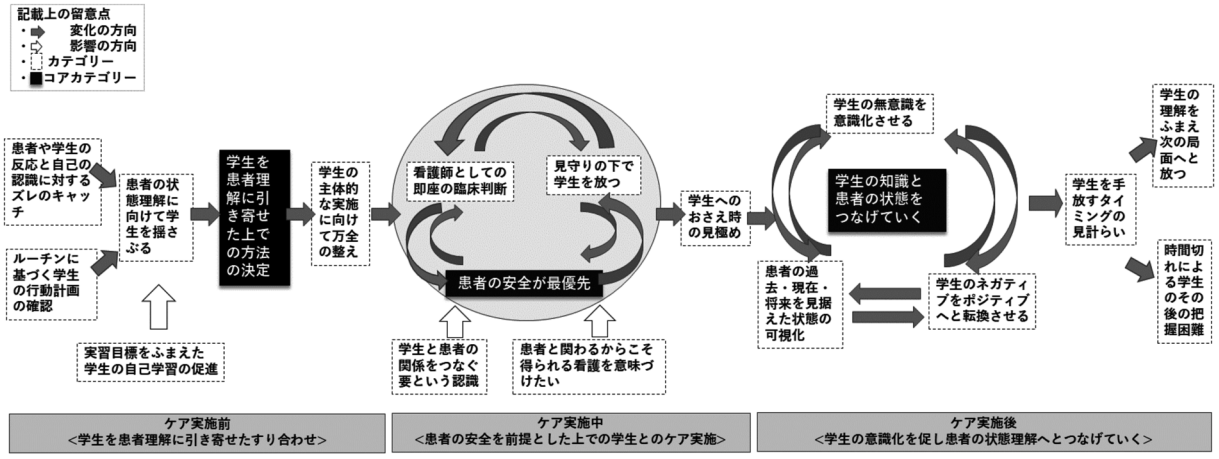


図1. 成人看護学（急性期）実習における学生の看護上の判断（ケア実施に伴う決定）力育成に向けた臨地実習指導者の関わりのプロセス

*味を持たせるのが難しくて（T-3）」*に示される【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】を契機として捉え学生と関わり始めていた．その後，*「観察項目で何を挙げてたのか，事前に入る前に確認し合って，例えば硬膜外カテーテルがずれてないかとか，ちゃんと量が減っているかとか，傷が炎症徴候がないのかとか（中略）『基本的には硬膜外カテーテルが入っていると足の感覚ってどうなるんだっけ？』とか，そんな感じで入る前にちょっと言って（S-15）」*という【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】行動をとっていた．このカテゴリーは，*「明らかにここの観察は必要だよねとか，そういうのがある時には伝える時もありますね．答えを先に言って，後から肉付けしてという場合もあります．（中略）伝えて最低限のところを調べてもらって，また来てもらってから患者さんのところに行くっていうような感じですね（P-12）」*に示される【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】に影響を受けていた．

また，臨地実習指導者は，*「最初に全身清拭にするか，シャワー浴ができるかみたいなところだとか．全身清拭にするにしてもどれぐらいの時間でやるか．それによって石鹸清拭を取り入れるかどうかとか．（中略）長期臥床の人だったら石鹸清拭にして，2日後にシャワーに入れる人だったらお湯拭きだけにするとかいうのは伝えるようにはしてます（L-11）」*に示される【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】を行っていた．その後，*「やり方を困っていそうだったら，実際に場所を見せたりとか．あとはなんか体勢も，『じゃあ，どういう体勢でやると楽だろうね』とか一緒に考えて（R-7）」*という【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】を行っていた．

C. ケア実施中の臨地実習指導者の関わりを構成するカテゴリー

ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉において臨地実習指導者は，*「点滴抜けそうとか，Aライン抜けそうとか，なんかそういう事故につながりそうだなって思う時は『ちょっと待って』『ちょっと一緒にしようか』って言って止めますけど（D-8）」*に示される【患者の安全が最優先】を前提としていた．一方，臨地実習指導者は，*「なんかもう焦点が若干合わなくなってきたなっていうふうに思って，顔も青ざめてたし．とりあえずちょっと脈触れるかなと思って，学生にも一緒に，『ちょっと脈触れてみようか』って言って，一応触れたから，80ぐらいは今あるかなっていうふうに思って（L-8）」*に示される【看護師としての即座の臨床判断】を行っていた．一方，*「血圧測ってもらいました，学生さんには．一緒に測りましたけど，私も一応，間違ってるといけないので（L-8）」*に示されるように，学生自身で患者の血圧測定ができるよう【見守りの下で学生を放つ】行動をとっていた．他方，【患者の安全が最優先】【看護師としての即座の臨床判断】【見守りの下で学生を放つ】は，*「学生，言葉が足りないところを患者さんに補足しながら一緒に説明するとか．逆に患者さんが思っていることを，『やっぱり今日はこんな状態だからやりたくないんですよね，時間ずらしてほしいんですよね』というのを，間に立って解釈を学生に伝えるという時もあります（H-4）」*に示される【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】や*「やっぱり患者さんに触れて，患者さんも気持ちいいと気分いいじゃないですか．すごく，この人，気持ちいいことしてくれるんだなと思うと，そういう場面ですごく心を開いてくれますし．（中略）やっぱり『気持ちいい』とか，『ありがとう』とか，『すっきりしたよ』とかいう言葉をもらえた時に，単純に，やって良かったなとか，うれしいなと思うので，それも味わってほしいと思いますから（T-10）」*に示される【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】という臨地実習指導者の

考えに影響を受けていた．さらに，臨地実習指導者は，【患者の安全が最優先】という前提の基，【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ，【見守りの下で学生を放つ】という行きつ戻りつを行いながら，*「なんか今言ってもたぶん頭に入らないだろうなって思うというか．（中略）たぶん今自分が動くことに精一杯な学生に，『今これはこういう根拠だから』とか，『これはもっとしなきゃ』とかいうふうに言っても，たぶん右から左へ流れていくだけなので，今言うのが得策じゃないなみたいな考えで．なんかきちんと振り返ったほうがいい時は，その場じゃなくて，後からやるようにはしています（L-15）」*という【学生へのおさえ時の見極め】を行っていた．

D．ケア実施後の臨地実習指導者の関わりを構成するカテゴリー

ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉において臨地実習指導者は，*「『気づいた？』って．やっぱりケアして見えるところもある．ただ，『手を上げてください』とかいう確認だけじゃなくて，『横向いた時に手が上がったとなったら，MMT（Manual Muscle Test）とかは手が上がるとかそういう判断にもなるから』とかいう話はしたり（D-10）」*という【学生の知識と患者の状態をつなげていく】ことを行っていた．一方，臨地実習指導者は，学生の思考の世界へと入り込み*「散歩とかリハビリの場面であったら，（中略）最後の足取りは疲れちゃっておぼつかなくなっているのを学生は気づいたかどうかというのを，最初は遠回しに聞いていきます．学生が気づいたかどうかというところを確認したいので（H-5）」*に示される【学生の無意識を意識化させる】ことや*「歩けなくても歩くまでの過程が大事だったりするのかなと．上ずっと見て寝かせっぱなしは良くないですけど，でも動かすというかそういうのもいい．歩くのはベストではないのかなと思うので，『その人その人のベストはあるからね』というので，『歩けなかったら歩けなかったで，座ることがこの人の今の限界なんだよ』というような感じで返してはいますけど（S-11）」*という【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】ことを行っていた．さらに，*「術後の痛みとか疼痛とかが出現してくる時には，学生さんの安楽な体位だったりとかを考えて，声かけだったりとかそういったところを考えて実践されてはいるんですけど，その時に事前に痛みのコントロールとして薬剤を投与すべきだったのとか（P-6）」*という【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】という行きつ戻りつ行動しながら，【学生の知識と患者の状態をつなげていく】関わりを行っていた．同時に，臨地実習指導者は，学生が次の学習段階に進むことができるよう，*「『ここまで言っても，ちょっと無理そうですね』とか，『まだこの情報が足りてないから，ここは見れてなくてもしょうがないですかね』とかは（大学の）先生たちと話して，『ちょっと目標を下げます？』とか，『ケアさせますか？どうしますか？』とか（O-7）」*に示される【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた．その後，臨地実習指導者は，*「『術後のリハビリというところで，今，気づけたじゃん．じゃあ，病棟にいるリハビリの人に聞いてみようか』と言って，一緒にリハビリのPTさんとかに聞きに行って（S-8）」*という【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】，もしくは，*「もう看護師が忙しすぎて全然つけない時もあるんで．その時は（大学の）先生が一緒に見て，アセスメントを一緒にしてくれています．（中略）行動調整もできないぐらい忙しい時とかもあるじゃないですか．結局，最後は確認できないことも多い（D-11）」*という【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えていた．

Ⅵ．考察

A．学生の看護上の判断力育成のために不可欠なケア実施前から実施後の継続したおさえ

臨地実習指導者は，患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチをタイミングよく捉えていた．植田（2007）は，臨地実習指導者が，学生へ指導が必要と判断する時の認識として，意識が向かう先，患者像，患者像の描き方から成る学生との不一致を挙げていた．このズレや不一致は，臨地実習指導者が，患者の状態や学生の反応を見逃さず，学生への関わりの契機としてキャッチした状況を示したものであり，看護上の判断力育成に向けて，学生へ関わるチャンスを捉えたものであったといえる．また，臨地実習指導者は，学生が考える看護上の判断を確認した上で，学生が主体的にケアを実施できるよう行動していた．ケア実施前の【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】では，学生が主体的にケアを実施できるよう臨地実習指導者が，学生，患者，スタッフ看護師に対して万全の整えを行っている状況が描き出された．これは，臨地実習指導者が，学生が患者へのケアを主体的に実施することで学ぶことができるであろうケア実施中の看護上の判断を予測して，ケア実施前から万全に整えるといった一連の関わりであったと考える．一方，ケア実施後の振り返りにおいて臨地実習指導者は，学生に対して，患者の現在の状態から過去に遡って看護上の判断ができるような関わりを行い，かつ，患者の将来も見据えて看護上の判断ができるようケアのイメージ化を図る関わりを行っていた．これらより，学生の看護上の判断力を育成するにあたっては，ケア実施前から実施後にかけて学生が主体的にケアに参加することが前提であり，加えて，決定を下した看護上の判断に対する妥当性の検討も含め，ケア実施前

から実施中，実施後にかけての深い患者理解が不可欠であることが示唆された．

一方，ケア実施後に臨地実習指導者は，学生の看護上の判断を確認した上で，ケア実施中の患者の反応を捉えるための意図的な声かけに学生が気づいていたかを確認し，学生が気づいていない場合は，その意図を学生に説明しながら意識化させ，学生の知識と患者の状態を緻密につなげていた．また，ケア実施中に臨地実習指導者は，学生へのおさえ時の見極めを行っており，ケア実施中のその時その場で関わることと，ケア実施後の振り返りでおさえることを瞬時に選別していた．このことは，学生の看護上の判断力を育成するには，判断場面の一点のみに関わるのではなく，ケア実施前，実施中に遡り，継続的に関わる必要があるということを意図していたと考える．以上より，学生の看護上の判断力を育成するにあたっては，深い患者理解と判断場面の一点のみではなく，継続的な学生へのおさえが不可欠であることが示唆された．

B．ケア実施を共有するからこそ可能な学生の看護上の判断力育成への関わり

臨地実習指導者は，【患者の安全が最優先】に示されるように，患者を注意深く観察し，わずかな異変をキャッチし，【看護師としての即座の臨床判断】を行いながら，【見守りの下で学生を放つ】行動をとっていることが明らかとなった．具体的に臨地実習指導者は，ケア実施中の患者の反応から，即座に起立性低血圧を起こしていると判断し，その臨床判断を一方的に学生に教えるのではなく，患者の状態を確認しながら，学生に血圧測定をさせてよいかの見極めを行っていた．同時に，患者の安全が最優先という前提の下，学生のみに血圧測定を任せるのではなく，臨地実習指導者自身も確認のために血圧測定を実施していた．これらは，看護上の判断を行う主体は学生であり，学生自身でケアを実施しなければ学ぶことができない看護上の判断を行うための，臨地実習指導者の意図的な関わりであったと考える．また，臨地実習指導者は，ケア実施後の振り返りにおいて，学生がケア実施中における看護上の判断に対して，何を見て何に気づき，どのように考えていたかに着目していた．同時に，ケア実施中の患者の手の挙上がMMTの確認につながるに示されるように，臨地実習指導者が看護上の判断に対して重要だと考えていることを学生に気づいてもらうために，患者の状態に対する投げかけを行い，学生が気づく機会を作っていた．これらは，【学生の無意識を意識化させる】に集約され，学生が気づいていないことも含め意識化させるための臨地実習指導者の関わりであったといえる．これらは，Brunt（2005）の述べた，看護師が吟味する考え，仮説，主義，信条，行動を通じた，意図的な思考の過程と熟考された臨床推理であり，Billings & Halstead（2012/2014, p.275）の述べた，学生が，わずかな関連のある合図を特定することを手助けし，患者にとっての問題を取り除いたり，必要とされるケアへの介入についての関わりであったと考える．臨地実習指導者は，学生がケア実施を行える範囲を見極めるだけではなく，学生の看護上の判断に着目し，学生の計画を目の前の患者の状態に応じて変化させ，ケア続行の有無や方法の修正を臨機応変に行うといったやり取りを学生と行っていた．学生は，臨地実習指導者が行う看護上の判断に至るプロセスを体験し，多くのなりゆきや傾向が現れる（Benner, Sutphen, Leonard, et al., 2010/2011）臨床状況の中から，看護上の判断を行う手がかりをつかんでいたと推察された．本研究参加者は，看護師経験平均15年以上かつ臨地実習指導者経験平均6年以上であり，Benner（2001/2005）が述べた第4段階：中堅〔Proficient〕レベル，第5段階：達人〔Expert〕レベルで占めていた．Expert nurseは，「非常にすばらしい臨床判断をたびたび下し，複雑な臨床状況に見事に対処している」とされている．また，國岡・小林・本間（2015）は，10～12年目の看護師は，患者の全体を瞬時に捉え判断していると指摘している．このように，学生は，臨地実習指導者の優れた臨床判断に触れることによって，自身の看護上の判断に刺激を受けていたと考えられる．大谷・小川（2017）は，学生への臨床判断の教育方法として，学生が気づくことの大切さを知ること，臨床判断が学生自身の身体に馴染むことの重要性を指摘した．学生にとって，臨床判断が身体に馴染むのは容易なことではないため，ケア実施を共有した看護師の優れた臨床判断に触れることで，看護上の判断を学ぶ糸口につながるのではないかと考える．他方，安酸は，学生の直接的経験を意味づけするのは教員の役割と述べている（安酸，2015）．しかし，学生が自身の経験を言語化するには限界があるため，ケアを共有した者でしか意味づけられない経験も存在すると考える．以上より，学生の看護上の判断力を育成するには，学生と患者へのケア実施を共有し学生に関わることができる看護者，いわゆる，臨地実習指導者もしくは教員の存在が不可欠であるといえる．

Ⅶ．結論

学生の看護上の判断力育成に向けて，臨地実習指導者は，学生と患者へのケア実施を共有しながら，学生自身で看護上の判断ができるよう，ケア実施前，実施中，実施後に一貫したプロセスを伴う関わりを行っていた．本研究結果の知見より，学生の看護上の判断力育成に向けては，看護上の判断自体の妥当性を検討するためにも深い患者理解と，判断するという1点だけではなく，継続的な学生へのおさえが不可欠であることが示唆された．

VIII. 研究の限界と課題

本研究は，臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析を行い，その属性の一つである，「ケア実施に伴う決定」に対する臨地実習指導者の関わりを可視化したものである．よって，概念分析で明らかになった他の学生の看護上の判断への適用可能性，また，研究参加者の選定基準として領域を成人看護学（急性期）実習と限定したため，他の実習領域への適用可能性についても検討する必要があると考えている．加えて，本研究結果で得られた知見より，教員が，学生のケア実施に伴う看護上の判断力をどのように育成していくかについての検討が早急に必要であること，学生がどのように看護上の判断力を高めているかについての検討が今後の課題である．

付記

本研究は，2019年度日本赤十字九州国際看護大学大学院看護学研究科共同看護学専攻博士課程学位論文の一部を加筆・修正したものである．また，本論文の一部は，第40回日本看護科学学会学術集会において発表した．なお，本研究は，平成30年度日本赤十字九州国際看護大学奨励研究費の助成を受けて実施した．

謝辞

本研究を進めるにあたり，一貫して緻密かつ丁寧にご指導いただきました日本赤十字九州国際看護大学大学院看護学研究科共同看護学専攻博士課程，元研究科長，本田多美枝先生に心より深く感謝いたします．

利益相反

なし

文献

阿部オリエ（2020）．臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析．日本看護科学学会誌，40, 465–473.

相野さとこ・森山美知子（2011）．終末期看護場面におけるシミュレーション学習法を用いた実習前の学生のレディネス向上と臨床判断の育成に関する効果の検討の試み．日本看護学教育学会誌，21(2), 45–56.

新木真理子・東玲子・相野さとこ・吉原悦子・丸山泰子（2012）．日常生活援助動作における看護学生の臨床判断能力—学内演習を通して—．西南女学院大学紀要，16, 1–14.

Benner, P.（2001）／井部俊子監訳（2005）．ベナー看護論　新訳版—初心者から達人へ—．東京：医学書院.

Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., Stannard, D.（2012）／井上智子監訳（2015）．ベナー　看護ケアの臨床知　行動しつつ考えること　第2版．東京：医学書院.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L.（2010）／ 早野ZITO真佐子訳（2011）．ベナー　ナースを育てる．東京：医学書院.

Billings, D. M., Halstead, J. A.（2012）／奥宮暁子・小林美子・佐々木順子監訳（2014）．看護を教授すること　大学教員のためのガイドブック（原著第4版）．東京：医歯薬出版株式会社.

Brunt, B. A. (2005). Critical thinking in nursing: An integrated review. Journal of Continuing Education in Nursing, 36(2), 60–67.

深田順子・熊澤友紀・吹田麻耶・鎌倉やよい・竹内麻純・鈴木さおり・兵藤千草（2010）．看護基礎教育における周術期の臨床判断力の向上を目指した教育実践．愛知県立大学看護学部紀要，16, 31–39.

布佐真理子（1999）．臨床実習において看護学生が看護上の判断を感じる場面における指導者の働きかけ．日本看護科学学会誌，19(2), 78–86.

平川美和子・須崎友里子・吉田尚代・山下知子（2016）．老年看護学実習における学生の臨床判断能力の分析—移乗，移動動作に焦点をあてて—．弘前医療福祉大学紀要，7(1), 39–47.

今井宏美・井上映子・大谷眞千子・鵜野澄世（2007）．老年看護実習における学生の臨床判断の特徴—排泄ケア場面の分析—．千葉県立衛生短期大学紀要，26(1), 105–109.

木下康仁（2020）．定本M-GTA—実践の理論化をめざす質的研究方法論—．東京：医学書院.

國岡照子・小林八代枝・本間千代子（2015）．看護師の直観的観察判断—日本版Mood Scales読み解くケアリングの実践知—．東京：看護の科学社.

厚生労働省（2019）．看護基礎教育検討会報告書．https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf（2021.1.27）

Lasater, K. (2011). Clinical Judgment: The last frontier for evaluation. Nurse Education in Practice, 11(2), 86–92.

文部科学省（2017）．看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～．https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/__icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf（2021.1.27）

中野静子・上杉純美・酒井淳子・濱田弘子・塩月ぬい子・日野洋子・梶本市子（1997）．看護学生の臨床判断に関する研究—臨床判断の内容と教育的かかわり—．愛媛県立医療技術短期大学紀要，10, 21–30.

日本看護系大学協議会（2016）．「看護系大学学士課

程における臨地実習の現状並びに課題に関する調査研究」報告書．https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2015/12/H27MEXTProject.pdf（2021.5.8）
日本看護系大学協議会（2018）．「看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標」報告書．https://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf（2021.5.20）
大谷則子・小川明佳（2017）．看護師の臨床判断に関する検討—F看護師の看護実践の記述より—．淑徳大学看護栄養学部紀要，9, 31–40.
塩月ぬい子・濵田弘子・中野静子・上杉純美・酒井淳子・日野洋子・梶本市子（1996）．学生の臨床判断に影響する因子—学生の思いに焦点をあてて—．愛媛県立医療技術短期大学紀要，9, 21–30.
鶴田晴美（2010）．看護学生が判断に困った実習場面における学生と指導者が認識した教授活動．お茶の水看護学雑誌，5(1), 25–40.
植田彩（2007）．指導が必要と判断する時の指導者の認識に関する研究—基礎看護実習における指導過程を分析対象として—．千葉看護学会会誌，13(1), 111–118.
上杉純美・中野静子・酒井淳子・塩月ぬい子・浜田弘子・梶本市子・日野洋子（1998）．看護学生の臨床判断に活用された情報．愛媛県立医療技術短期大学紀要，11, 1–9.
山内栄子・西薗貞子・林優子（2015）．看護基礎教育における臨床判断力育成をめざした周手術期看護のシナリオ型シミュレーション演習の効果の検討．大阪医科大学看護研究雑誌，5, 76–86.
安酸史子（2015）．経験型実習教育—看護師をはぐくむ理論と実践—．東京：医学書院.

資　　料

医療提供体制の改革による計画的な病院統合・病棟再編に関する研究の動向

佐藤　直子

Trends Within the Literature on Planned the Merger of Hospitals and the Restructuring of Wards by the Restructuring of Healthcare System

Naoko Sato

キーワード：病院統合，病棟再編，文献検討

key words：merger of hospitals, restructuring of wards, literature review

要　旨

本研究は，日本の医療提供体制に伴う計画的な病院統合・病棟再編において何が起こっているかを明らかにした研究の動向を探り，今後に必要な研究の示唆を得ることを目的に，「病院統合」，「病棟再編」などをキーワードにして得られた国内の原著論文12文献を対象に文献検討を行った．

その結果，文献は2002年以降から発行され，明らかにされている内容は，「取り組みとその評価」，「看護職の行動」，「看護スタッフへの影響」，「看護スタッフの認識」に大別され，看護スタッフへの影響を明らかにしたものが多かった．

病院統合・病棟再編に関する研究報告は，未経験で不確実性を伴う病院統合・病棟再編を行う際に重要な視点を提供する．また，看護スタッフにストレスや不安を与えるが，時間の経過と共に役割を受け入れ積極的に活動し始めることが明らかとなっていた．そのために，看護管理者の支援は重要であるが，看護管理実践に焦点をあてた研究は少なく，今後の課題である．

I.　はじめに

日本では，2025年問題への対応として医療提供体制の改革が行われている．日本の医療提供体制の問題として，人口当たりの病床数が多いこと，平均在院日数が長いこと，1病床当たりの医療従事者が少ないこと，病床の機能分化が充分ではないことなどが挙げられている（厚生労働省，2001）．病床数が多いと医療費が増えるという供給者誘発需要仮説があるため，病床数の削減が求められている（真野，2012）．そして，2014年の医療法改正で，地域医療構想の策定が義務付けられた（厚生労働省，2013）．そのため，将来の人口推計をもとに，2025年に必要な「高度急性期」，「急性期」，「回復期」，「慢性期」の病床機能や病床数を二次医療圏ごとに推計し，都道府県が具体的な施策を策定することとなった（厚生労働省，2013）．さらに，2014年の診療報酬改定で亜急性期入院医療管理料が廃止され，地域復帰支援を強化するため地域包括ケア入

受付日：2021年2月24日　　受理日：2021年9月10日
日本赤十字看護大学大学院博士後期課程　Doctoral Program, Japanese Red Cross College of Nursing

院医療管理料が新設された（厚生労働省，2014）．

これらの医療提供体制の改革に対応するため，病院統合や病棟再編が行われている．病院統合後は，病棟の診療科の再編，回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の導入など病床を有効に活用するための病棟再編が行われている（厚生労働省，2011）．2013年度末で病院統合に取り組んだ病院数は162病院である（厚生労働省，2017）．また，地域での医療機能の役割を考え，病院統合を伴わない病棟再編も行われている．

国は，2025年までに全国の病床数を119.1万床に削減することを目標としているが，2018年度末の病床数は124.6万床である（厚生労働省，2019a）．2019年9月に厚生労働省は，公的病院に対して病院統合・再編の検討を進めている（厚生労働省，2019b）．さらに，2040年に向け，地域医療構想の実現に医師の働き方改革の視点も加わり（厚生労働省，2019c），病院統合・病棟再編が推進されていくことが推測される．病院統合・病棟再編を実施することで，どのようなことが起こっていたのかを明らかにする研究は，病院統合や病棟再編を実施する際の一助となり，重要であると思われる．

そこで，本研究では，病院統合・病棟再編に必要な研究の示唆を得るために，日本における医療提供体制に伴う計画的な病院統合や病棟再編において何が起こっているか明らかにしている研究の概要および研究の目的と結果に焦点をあて研究の動向を明らかにする目的で文献検討を行った．

II. 研究方法

A. 用語の定義

病院統合・病棟再編：本研究では，医療提供体制の改革に対応するため計画的に実施する病院統合ならびに病棟再編を扱う．病院統合とは，医療法人同士が合併する「法人合併型」，医師の派遣や共同購買など「業務提携・業務支援型」，経営は1つの法人で行いそれぞれの法人を存続する「系列型」，国公立系病院が民間に移譲する「移譲型」の4つのパターンがある（高橋，2019）．本研究では，病院統合の種類は問わない．病棟再編とは，病棟が単一の診療科から混合科にしたり，回復期リハビリテーション病棟などを新設するなど，効率的に病床を活用するために再編成することである．

B. 文献検索の方法

文献検索には，医学中央雑誌Web版Ver.5の検索エンジンを用いた．「統合・再編」，「病院統合」，「病棟再編」，「病棟再編成」をキーワードにし，原著論文を検索した結果，50篇抽出された．1次スクリーニングでは，重複文献を除き38篇となった．次に，2次スクリーニングでは，表題，抄録から内容が医療提供体制の改革に伴う計画的な病院統合・病棟再編において何が起こっているか明らかにしている内容でないものを除いて20篇となった．さらに3次スクリーニングでは，「当院では」など明らかに研究者の病院とわかり，研究目的，研究方法，結果と考察が記述されていないもの8篇を除外した．その結果，12篇の文献を文献検討の対象とした．

C. 文献検討の方法

文献検討は，研究の概要と，研究の目的と結果の内容を明確にした．研究の概要では，発行年，研究目的，研究デザイン，研究方法，研究対象条件，研究対象，主な結果を表に整理した（表1）．研究の概要一覧は，医療提供体制の改革の変化に伴い病院統合・病棟再編が行われているため，発行年数を昇順にして示した．次に，研究の目的と結果の内容では，精読し何が明らかにされているのかに焦点をあて，類似性のあるものにテーマを付けて分類した．類似性別テーマを表1の研究の概要一覧に記載した．分析内容の妥当性を担保するため，看護管理学領域の専門家と討議した．

III. 結果

検索によって得られた12篇の国内文献について，概要と研究のテーマと結果の内容について論じる．

A. 対象文献の概要

文献検討の対象とした12篇の研究の概要を表1に示す．病院統合に関する文献は2002年以降，病棟再編に関する文献は2010年以降に発行されていた．研究デザインは，記載されてないものについてはGrove, Burns, & Gray（2015/2017）の分類を参考にして研究者が判断し，表1の中に括弧付きで記載した．量的研究は6篇あったが，1篇のみ記載があり，記載のない5篇は研究方法から判断した．質的研究は5篇であった．記述研究と記載があったものが1篇あった．データ収集方法は，量的研究では，質問紙調査と診療データ収集を用いて行われ，質的研究では半構造化面接法かフォーカス・グループインタビューが行われていた．研究対象別に分類すると，看護スタッフを対象としたものが10篇，患者のカルテデータと助産師を対象としたものが1篇，看護師長と看護スタッフを対象としたものが1篇であった．

B. 研究の目的と結果の内容

文献で何が明らかにされているか目的と結果に焦点をあて，類似性のあるものに分けてテーマをつけた．「取り組みとその評価」2篇，「看護職の行動」2篇，「看護スタッフへの影響」4篇，「看護スタッフの認識」4篇，に大別された．

「取り組みとその評価」とは，病棟再編が行われ，ケア計画を変更したり看護スタッフのモチベーション

表1.　研究の概要一覧

No	著者	テーマ	発行年	研究目的	研究デザイン	研究方法	対象条件	研究対象	主な結果	類似性別テーマ
1	石田・関川・杉山	病院統合移転前後における看護婦のワークコミットメントの変化	2002	統合移転での看護婦の①ワークコミットメントの前後での変化②コミットメントと同僚との一体感・残留意図・不安との関連を明らかにする.	記載なし（量的研究）	統合前後での「コミットメント30項目」「同僚との協働感」「残留意図」「統合半年後の不安：新版STAI40項目」の質問紙調査，2要因分散分析，一元配置分散分析と多重比較	B国立病院（100床・看護職約50名）がA国立大学病院へ統合した病院（1,300床・看護職700名）の看護師	B病院からA病院に異動した看護師，統合半年前（退職などの人事が決まった時点）54名，統合直前（1か月）53名，統合半年後46名	統合半年前48名，1か月前43名，半年後34名であった．コミットメントと残留意図は統合前後で有意な変化はなかった．統合後の職業残留意図は情緒的キャリアコミットメントとの関係でのみ有意差が見られ（$F(2.29)=12.64$, $p<.001$），グラフ上続けたい人が辞めたい人より有意に得点が高かった．また組織残留意図は情緒的組織コミットメント（$F(2.29)=8.97$, $p<.001$）と情緒的キャリアコミットメント（$F(2.29)=7.65$, $p<.01$）との関係で有意差があり，グラフ上続けたい人が辞めたい人より有意に得点が高かった．統合半年後での状態不安得点は，不安が最も強い80点満点中50.2（SD 10.2），特性不安得点は80点満点中50.6（SD 9.6）であった.	看護スタッフへの影響
2	森・清水・樫山他	病院統合事前調査における看護職の職場ストレス因子の検討	2004	個人が自覚する職場ストレス因子と職場サポート（上司・職場の同僚）との関連，個人が自覚する職場ストレス因子と職場勤務年数との関連を明らかにする.	記載なし（量的研究）	統合半年前に「職業性ストレス簡易調査票57項目」に「職場環境要因に統合に関する不安や態度15項目」を加えた質問紙調査，サポートの低群と高群間を比較検討，t検定	医学部付属病院と統合予定の統合前の歯学部付属病院の看護職	歯学部付属病院の看護職42名	看護職38名（回収率100%，有効回答率90%）であった．サポート低群（n=19）と高群（n=19）の比較では，「仕事の負担感」2.1±0.8/3.0±0.9（$p<.05$）「身体的ストレス」1.5±0.7/1.8±0.9（$p<.05$）であった．1年～10年（n=15），11～20年（n=8），21～30年（n=13）の3群を比較した職場ストレス因子の「仕事の負担度」では，2.6±0.8/3.2±0.7/3.1±0.8で，1年～10年群と11年～20年群で$p<.05$, 1年～10年と21年～30年で$p<.05$であった.	看護スタッフへの影響
3	石黒・冨田・山本他	病棟再編を経験した病棟看護師のストレス要因とコーピングスタイルに関する考察	2010	病棟再編を経験したA病院A病棟看護師が感じたストレス内容と対処方法を明らかにする.	記述研究	病棟再編後に質問紙調査，自由記載（準備から再編3か月後までのストレス内容と乗り越え方）は質的分析，「ラザルス式ストレスコーピングインベントリー尺度64項目」集計分析	診療科の変更と看護師の異動を伴う病棟再編成を実施した病院のA病棟	A病棟看護師看護師21名	有効回答12名（57.3%）ストレス要因と乗り越え方は，要因「業務の負担」では「業務改善」，要因「人間関係構築の緊張」では「コミュニケーションを図る」や「思考の切り替え」，要因「新たな分野の学習の負荷」では「自分の努力」，要因「再編に対する不十分な合意」では「あきらめ」という乗り越え方が抽出された．尺度を用いたコーピングスタイルは，「自己コントロール型」25%，「責任受容型」19%，「肯定評価型」20%であった.	看護スタッフへの影響
4	岡・宇津・宮本他	合併に伴う3病院間の職場環境の分析と検討：職務満足と組織風土の関係より	2010	3病院間看護職員の職務満足度と組織風土を調査し，職場環境の分析と検討を行う.	記載なし（量的研究）	病院統合後にStampsら作成「病院看護師を対象にした職務満足（日本語版）7因子48項目」羽石ら作成「職場風土尺度20項目」を用いた質問紙調査，統合前の病院群別にクラスカル・ウォリス検定，職場風土診断の4つのタイプのマトリックス図に当てはめて分析	自治体病院A病院420床・B病院120床・C病院90床が統合した病院（2019年）	統合した3病院の全看護職員288名	看護職280名（回収率100%，有効回答率97.2%）であった．職務満足度トータルの平均得点（Max 4.5）はA病院2.8, B病院2.7, C病院3.2で，病院間で職務満足度の7因子においてC病院が「給料」「看護業務」「看護管理」「看護師管の関係」「職業的地位」「医師との関係」が一番高く，「専門職としての自立」は低かった．有意に差があったのは「医師との関係」はA病院2.3, B病院1.4, C病院3.6でB病院とC病院で$p<.05$であった．組織風土調査の結果，A病院とC病院は「伝統自由組織活発型（イキイキ型）」，B病院は「伝統自由組織不活発型（バラバラ型）」に分類された.	看護スタッフの認識
5	長友	看護師の職場環境変化によるストレス反応の変化：新病院統合前後における	2010	病院統合という職場環境の変化に対し，看護師が抱える様々なストレスが新しい環境下でどのように変化するかを検証する.	記載なし（量的研究）	病院統合前後の「職業性ストレス簡易調査票57項目」を用いた質問紙調査を用いて得点が低いほどストレスを感じている評価，統合1か月前と統合5か月後のデータをt検定・マンホイットニーU検定	統合した病院のクリニカルラダーレベルIIの看護師	看護師統合1か月前280名，統合5か月後250名	回収率は，統合前89%，統合後93%，有効回答率は共に93%．統合前後の比較で有意に差があったのは，仕事のストレス要因では仕事の量的負担2.0（SD 0.62）/1.8（SD 0.59），技術の活用3.0（SD 0.62）/2.9（SD 0.65），働きがい2.0（SD 0.71）/2.1（SD 0.75）で，ストレス反応では不安2.5（SD 0.81）/2.6（SD 0.90）で，修飾要因では同僚のサポート2.0（SD 0.81）/2.6（SD 0.90）で，全て$p<.05$であった.	看護スタッフへの影響
6	撫養・池亀・河村他	病院統合を経験した看護師の認識の変化と看護管理上の支援	2014	看護師の統合に対する認識の変化とその際行われた看護管理上の支援を明らかにする.	質的研究	質的記述的研究，統合1年後に半構成的面接，カテゴリー化	統合前から勤務している看護師．師長など役職にある看護師は除外	看護師9名	統合への認識は，統合前【新病院への印象】【経営悪化が表面化】【処遇の変化】，統合後は【医療が変わる】【看護業務の混乱】【処遇の違いを実感】【新病院に対する葛藤】【統合後も変わらないもの】，統合1年後【患者が戻る】【気持ちの変化を実感】【経営的な視点を持つ】が抽出された．看護管理上の支援として【明確な方針】【多職種からの刺激】【成長への後押し】【素早い意思決定】【看護業務に専念できる取り組み】を認識していた.	看護スタッフの認識

表1.　つづき

No	著者	テーマ	発行年	研究目的	研究デザイン	研究方法	対象条件	研究対象	主な結果	類似性別テーマ
7	酒井・松浦・岡田他	産褥期の入院期間短縮の導入を試みて　分娩後5日目から4日目退院へ	2015	病棟再編に伴う参加病床減少により分娩後退院を産褥5日目から4日目に短縮のため産褥ケアのスケジュール変更後の評価を報告する.	記載なし（量的研究）	褥婦カルテデータ（年齢. 初経産, 分娩までの日数, 分娩所要時間, 分娩様式, 分娩時出血量, 児の出生体重, 児の性別, 退院時授乳方法, 生理的体重減少の最下点の体重, 退院時の体重, 光線療法の有無, 1か月検診までの外来受診数, 母乳外来受診数, 電話訪問数, 1か月検診時の授乳方法と児の体重）を2群にしt検定, X^2乗検定. 助産師へアンケート調査し, 単純集計と自由記載の内容検討	病棟再編により病床数が減った産科病棟	再編前の産褥5日目退院褥婦と新生児99組と再編後4日目退院褥婦と新生児101組のカルテデータと, 保健指導を実施した助産師16名	4日目退院群と5日目群を比較すると,「退院時の授乳方法」が母乳である割合はn=34, 34.3%/n=13, 12.9%(p<.01),「生理的体重減少率の最下点」は−11.0±−6.0/−8.9±−5.4(p<.01). 1か月検診では, 母乳の割合はn=53, 53.5%/n=49, 48.5%（n.s), 生理的体重現象最下点から1日体重増加量は46.7±10.0/44.1±10.5(n.s）であった. 看護スタッフへのアンケートでは, 助産師12名（回収率75%）で, 沐浴DVD視聴では理解できていた2名, やや理解できていた4名で, 沐浴見学では理解できていた0名, やや理解できていた4名であった. 自由記載では「リラックスして繰り返しDVDを視聴していたので手技が上手くできていた」であった. 分娩2時間後早期の母子同室は効果的であったと評価されていた.	取り組みとその評価
8	國江・佐々木・大西	病棟再編成プロセスにおける病棟看護師長の行動	2017	再編成の過程での師長とスタッフの実際の経験から, 再編成のプロセスにおける師長の行動を明らかにする.	質的研究	横断的調査（再編成前1か月, 再編成後2週間, 4か月）を看護師長と看護スタッフに半構造化面接と病棟観察を行い, 看護師長には「困難・問題」「自身の行動・理由・結果・役割」, 看護スタッフには「困難・問題」「師長の行動でよかったこと, してほしかったこと」を聞いた. 不足データ補充のため, 過去に病棟再編を経験した看護師長に1回の半構造化面接実施. 修正版グランデット・セオリー・アプローチで分析	300床以上の病院で, スタッフの大幅な異動を行わず, 新たな診療科の床定を設けた病棟再編した2施設・各2病棟の計4病棟	横断的調査した看護師長4名と新人を除くスタッフ看護師33名, 過去に病棟再編を経験した師長5名（2施設・5病棟）	縦断的調査対象の看護師長4名のうち1名は途中で異動となったため除外し計3名が対象となった. 大テーマとして【病棟を整える】行動と【4つの行動指針】が抽出された.［4つの行動指針］を実現するために,【12の役割行動】,「再構成に関わる職員と関係性を築き直す」「病棟の情報を収集し直す」「再編成に関する情報を獲得し続ける」「病棟の環境・資源・業務の再編成を検討する」「適切な資源と支援を要請し獲得する」「病棟関係者と交渉し折り合いをつける」「決定事項を文書化する」「得た情報を再構成し伝達する」「思考や行動過程を言語化し話をする」「討議・対話の機会を適切に設定する」「病棟関係者の共通理解を浸透させる」「個々の経験を活かした実践を継続的に支援する」が明らかになった.	看護職の行動
9	藤松・大亀・平山他	新しく編成された病棟の看護チームつくりにおけるスタッフ看護師の経験	2018	病棟再整備により新しく編成された病棟に異動したスタッフ看護師のチームつくりの経験（考え, 思い, 行動）を明らかにする.	質的研究	質的記述的研究, フォーカス・グループインタビュー（2017年2月〜3月）, S. Vaughnの分析	A特定機能病院1施設（2010年から病棟再編と大幅なスタッフ異動）, 複数診療科に再編した病棟2病棟の看護師	3年目以上のスタッフ看護師6名	9つのカテゴリー,「仲間つくり」「チームへの貢献意識」「試行錯誤による業務基準の作成」「病棟異動による成長」の4つのコアカテゴリーが抽出された.	看護職の行動
10	鶴田・戸村・福井	開放病棟から閉鎖病棟の病棟再編成で直面した困難感　閉鎖病棟の経験者と未経験者のインタビューから	2018	開放病棟から閉鎖病棟の病棟再編での看護師の①困難感②閉鎖病棟の経験の有無に伴う特徴を明らかにする.	質的研究	質的帰納的研究, 半構成的面接法, カテゴリー化	単科精神科A病院1施設 開放病棟から閉鎖病棟に再編成したB病棟	閉鎖病棟経験がある看護師7名 未経験の看護師7名	経験者・未経験者双方の分析ともに「知識経験不足」「業務量の増加」「環境変化の不安」「情報共有化の問題」の4つのカテゴリーが抽出され困難感は類似していたが, 特徴として未経験者は知識経験不足からくる看護実践への不安, 経験者は業務量の増加による混乱と環境変化への戸惑いがあがっていた.	看護スタッフの認識
11	高・江村・塩見	病棟再編を経験した看護師の意識調査	2019	看護師の病棟再編に対する思いを明らかにする.	質的研究	質的帰納的研究, フォーカス・グループインタビュー, カテゴリー化	単科病棟から, 地域包括ケア病棟導入のため外科単科病棟から整形外科を加えた混合科病棟に再編したB病棟	病棟再編を経験した看護師13名 管理職を除く	混合病棟再編を経験した看護師の意識は,「再編に伴うつらさ」「混合化に伴う残念さ」「物的環境の不足により困った」「知識や技術不足への不安」「慣れない業務や看護による負担」「混合病棟になってよかった」など病棟再編全体に対する思いと,「整形外科経験者が助けてくれて心強かった」「学習機会があってよかった」「支援や準備を調整してほしい」という準備や支援に対しての思いの9カテゴリーが抽出された.	看護スタッフの認識
12	頭師・黒木・片山他	goodカードが看護師の承認やモチベーションに与える影響　goodカードを直接渡す方法を実施して	2020	goodカードを直接渡すことで, 看護師の承認やモチベーションへの影響を明らかにする.	量的研究	goodカードを実施する前（8月）と実施後（11月）に太田作成の「仕事, 所属組織, 職業生活に関する意識や態度を尋ねる測定尺度」を参考にし独自に作成した「goodカード」がモチベーションに与える影響に関する測定尺度19項目と「仕事に対するモチベーションが10点満点中何点か」を用いて質問紙調査, 実施前後をウィルコクソン符号順位検定	地域包括ケア病棟の導入に伴い病棟再編したA病院内で唯一, 混合病棟となったB病棟	看護師22名 管理職除く	看護師22名中20名回収され, 有効回答は19名であった. goodカードに「他者への感謝, 成長, 尊敬」を1人3枚記載し, 本人へ口頭で伝える取り組み実施. 仕事に対するモチベーション（10点満点中）の点数の中央値は, 全体では実施前／実施後=5/7(p<.001), 9年以下群（n=9）で6/7（p<.02), 10年目以上群（n=10）で5/7(p<.01）であった.「成果の確認・評価の満足」における点数の中央値は, 10年目以上群（n=10）では2/3(p<.02）であった.	取り組みとその評価

を高める計画を導入するなどの取り組みを行い，その評価を行っている.「看護職の行動」とは，病棟再編における看護スタッフの新しいチームつくりの行動や看護師長の看護管理実践を明らかにしている.「看護スタッフへの影響」では，病院統合・病棟再編における看護スタッフへの影響を明らかにしている.「看護スタッフの認識」では，看護スタッフの病棟再編での困難感や認識，病院統合での認識の変化や職務満足を明らかにしている.

テーマごとに目的と結果に焦点をあて論述する.

1. 取り組みとその評価（2篇）

病棟再編における取り組みとその評価が報告されている文献が2篇あった.

病棟再編で産科病床が減少したため，褥婦の在院日数の短縮が必要となり，産褥5日目で退院していたが，再編後は1日早い4日での退院が余儀なくされ，産後ケア計画を変更していた．ケア計画を変更した結果を母乳栄養の確立と児の状態を病棟再編前後で比較し，さらに保健指導を行った助産師にアンケート調査を行い評価していた（酒井・松浦・岡田他，2015）．ケア計画の変更点は，母子同室開始が分娩後1日目から2時間後に変更し，その後の沐浴実施や退院指導を1日ずつ前倒しにしていた．また，沐浴の見学をDVD視聴に変更していた．退院時の授乳方法が母乳であった割合は，再編後の4日目退院群の方が有意に少なかった．しかし，1か月後の母乳の割合には有意差は見られなくなっていた．児の生理的体重減少の最下点の体重減少率の平均値は4日目退院の方が有意に高かった．しかし，退院時の児の体重や，生理的体重減少最下点から1か月後健診までの1日体重増加量には有意差はなかった．助産師のアンケート結果では，沐浴DVD視聴や母子同室を出生2時間後にしたケア計画は効果的であると評価されていた.

もう1篇は，病棟再編で混合病棟になった病棟において，モチベーションを高める目的で，看護スタッフ間で感謝・成長・尊敬を記載した「goodカード」を渡して伝える取り組みを行い，実施前後の看護スタッフのモチベーションを評価していた（頭師・黒木・片山他，2020）．仕事に対するモチベーションを10点満点中何点かを尋ねる質問と，既存の測定尺度を参考にして研究者が独自に作成した19項目の測定尺度を用いていた．19項目は，「仕事に満足している」，「自分の仕事は周囲から十分に評価されている」など，「goodカード」がモチベーションに与える影響に関する質問項目であった．分析では，19項目を研究者が独自に，「仕事への意欲」，「自律」，「成果の確認・評価の満足」，「職場環境」，「帰属意識」の5つのカテゴリーに分けて分析しているが，どの質問項目がどのカテゴリーに分類されているかは記載されていなかった．対象全体（n=19）と9年目以下群（n=9），10年目以上群（n=10）において，それぞれ取り組み実施前後の点数を比較している．仕事に対するモチベーションおよび19項目の累計点数は，対象全体，9年目以下群，10年目以上群全てにおいて実施後の方が実施前より有意に高かった．19項目のカテゴリー別で有意に差があったのは，「成果の確認・評価の満足」で，対象全体および10年目以上群では実施後の方が実施前より有意に高かった.

2. 看護職の行動（2篇）

病棟再編における看護職の行動そのものに焦点をあてた文献が2篇あり，看護スタッフの行動1篇と看護師長の行動1篇に大別された.

a. 看護スタッフの行動（1篇）

混合診療科への病棟再編と病棟異動を経験した看護スタッフにフォーカス・グループインタビューを行い，新しいチームつくりの経験を明らかにしている（藤松・大亀・平山他，2018）．4つのコアカテゴリーが抽出された.「仲間つくり」では，それぞれの異動前の病棟の業務のやり方の違いに否定的な感情を抱く一方で，ぎくしゃくしない関係つくりに努め，メンバーの人となりを理解しチームを作ろうとしていた.「チームへの貢献意識」では，お互いの考え方や得意分野を理解し，一人一人の役割を認識し行動していた.「試行錯誤による業務基準の作成」では，業務基準を作成する工程で，業務のやり方の違いを認識するが，お互いの価値観や目的を確認し合うことでチームが一丸となっていた.「病棟異動による成長」では，業務のやり方が決まっていない時は慎重に行動し，新しい診療科の業務基準を遵守する行動をとる中で，患者の安全を守るための業務基準の必要性を再認識していた.

b. 看護師長の行動（1篇）

病棟再編における病棟の看護師長の行動を，修正版グラウンデット・セオリー・アプローチを用いて明らかにしていた（國江・佐々木・大西，2017）．大テーマとして【病棟を整える】行動と【4つの行動指針】が抽出された.【4つの行動指針】は，「スタッフが新しい環境，業務，動きがイメージできるよう導く」，「新しい環境，業務について各病棟関係者間の折り合いをつける」，「病棟関係者がお互いに納得できるよう課題の改善策を見出す」，「スタッフが肯定的に業務に取り組めるよう支援する」であった．これらを実現するために，再編に至る理由や病院全体の状況，再編に関する情報を収集し，自分なりに解釈し，再構成して対象に伝えるなどの【12の実践行動】が行われていた．全過程において，病棟関係者の納得，患者の安全，円滑な業務を重視していた．看護師長の【病棟を整える】行動は，看護スタッフにとって看護師長や組織への信頼に繋がっていた．看護師長は自身の実践すべき具体的行動を理解していないと【病棟を整える】ことに困難さを認識していた.

3. 看護スタッフへの影響（4篇）

看護スタッフへの病院統合・病棟再編前後の影響について明らかにしている文献が4篇あった．ストレスに焦点をあてたものが3篇，コミットメントに焦点をあてたものが1篇あった．

a. ストレス（3篇）

医学部付属病院と歯学部付属病院が統合する半年前の，歯学部付属病院の看護職38名の職場ストレス因子について明らかにしていた（森・清水・樫山他，2004）．質問紙調査では，職業性ストレス簡易調査票57項目に，職場環境要因として統合に関する不安や態度15項目を加えた質問紙を用いていたが，統合に関する不安や態度の具体的な質問項目の記載はなかった．職場サポートの低い群の方は高い群より「仕事の負担度」が要因でストレスが高まり，「身体的ストレス」反応が有意に高かった．勤務経験の高い群の方が「仕事の負担度」が要因でストレスが高まる傾向にあった．

病院統合前後の看護職のストレス反応の変化を明らかにしていた（長友，2010）．統合した1施設の統合1か月前の看護師280名と統合5か月後の看護師250名に，ストレス調査を実施していた．統合前の対象が統合前の両方の病院の看護師か，片方の病院の看護師かの記載はなかった．統合前後で有意に差があったのは，「仕事量の負担」と「技術の活用」の要因で統合後の方がストレスを強く感じていた．しかし，ストレス反応の「不安」とストレス要因の「働きがい」によるストレスは，統合後に有意に減少していた．

病棟再編の準備から再編3か月後までの，看護師のストレス内容と対処方法を質問紙調査で明らかにしていた（石黒・冨田・山本他，2010）．病棟の診療科の再編と病棟異動を経験した1病棟の看護師12名の「ストレス要因」とそれに対する「乗り越え方」の自由記載したデータをカテゴリー化していた．要因「業務の負担」では対処方法「業務改善」，要因「人間関係構築の緊張」では対処方法「コミュニケーションを図る」や「思考の切り替え」，要因「新たな分野の学習の負荷」では対処方法「自分の努力」，要因「再編に対する不十分な合意」では対処方法「あきらめ」という乗り越え方が抽出された．

b. コミットメント（1篇）

統合前後での看護師の組織とキャリアへのコミットメントの変化と，コミットメントと残留意図や同僚との協働感の関連を明らかにしていた（石田・関川・杉山，2002）．病床数1,300床の大規模な病院に病床数100床の小規模病院が異動する形での統合であった．対象は，異動する側の小規模病院の看護師で，統合半年前54名，統合1か月前53名，統合半年後は退職者を除いて46名の3時点での質問紙調査であった．ワークコミットメントと残留意図は統合前後で有意な差はなかった．統合後，病院への愛着が高いと病院内職員との協働感は高い傾向にあった．職業を続けたい人ほど看護職への愛着を感じ，この病院で働き続けたい人は看護職への愛着と病院への愛着も高かった．

4. 看護スタッフの認識（4篇）

病院統合・病棟再編における看護スタッフの認識に焦点をあてた文献が4篇あった．

A病院（420床），B病院（120床），C病院（90床）の3つの病院の統合後の看護職の職務満足度と職場風土を統合前の病院別に比較していた（岡・宇津・宮本他，2010）．対象は統合後の全看護職288名で，統合前の各病院別の看護職数は記載されていなかった．職務満足度の平均得点は，病床数が一番少ないC病院の看護師が高かった．職務満足度の7因子別では小規模のC病院が「専門職としての自立」以外は一番満足度が高かった．中でも有意に差があった因子は，「医師と看護師の関係」で，小規模のC病院の看護師の満足度は，中間の病床数のB病院の看護師の満足度より有意に高かった．職場風土の結果を組織風土診断のマトリックス図にあてはめ分析している．一番病床数の多いA病院と一番病床数の少ないC病院は伝統自由組織活発型（イキイキ型）であった．中間の病床数のB病院は伝統自由組織不活発型（バラバラ型）であった．

統合前から統合後1年までのプロセスにおける看護スタッフの認識の変化について質的に明らかにしていた（撫養・池亀・河村他，2014a）．統合前の認識は，期待と不安などの「新病院への印象」，閉院になるのではなど「経営悪化が表面化」，「処遇の変化」の3つのカテゴリーが抽出された．統合後の認識は，一人一人行き届いた看護に変化や緊急入院を取るなど「医療が変わる」，仲間の退職や重症患者が増えたりした変化に戸惑う「看護業務の混乱」，時間外の発生や連休が取りにくいなど「処遇の違いを実感」，気持ちがついていけない一方で新病院を自分たちで作っていくと感じる「新病院に対する葛藤」，看護は変わらないという「統合後も変わらないもの」の5つのカテゴリーが抽出された．統合1年後の認識は，「患者が戻る」，やりがいを感じるといった「気持ちの変化を実感」，安価な物品に変わり病床管理を看護管理者が行うこととなり「経営的な視点を持つ」の3つのカテゴリーが抽出された．病院統合における経過の中で，スタッフの認識は不安や戸惑いから葛藤へ，そしてやりがいを感じる気持ちに変化していた．看護管理上の支援は，5つのカテゴリーが抽出され，統合前からスタッフの理解が得られるような理念・目標が示されたなど「明確な方針」，他職種との連携によりモチベーションが上がるなど「他職種からの刺激」，「成長への後押し」，情報共有が電子媒体を活用する「素早い意思決定」，看護助手への業務委譲など「看護業務に専念できる取り組み」の支援を認識していた．

病棟再編に対する看護スタッフの思いを明らかにし

ていた（高・江村・塩見，2019）．外科病棟から外科と整形外科の混合病棟への病棟再編を経験した看護スタッフにフォーカス・グループインタビューを実施していた．混合病棟再編1か月前に再編が決定したため，受け入れが不十分なままのスタートによる「再編に伴うつらさ」「混合化に伴う残念さ」，新しい診療科による「物的環境の不足により困った」「知識や技術不足への不安」「慣れない業務や看護による負担」，一方で時間の経過に伴い「混合病棟になってよかった」，準備や支援に対する「整形外科経験者が助けてくれて心強かった」「学習機会があることがよかった」「支援や準備を調整してほしい」という9カテゴリーが抽出された．

単科精神科病院で開放病棟から閉鎖病棟にした病棟再編を経験した看護師を対象に半構造化面接を行い，閉鎖病棟経験者と未経験者別に困難感を明らかにしていた（鶴田・戸村・福井，2018）．未経験者は，「知識経験不足」，「業務量の増加」，「環境変化の不安」，「情報共有化の問題」が抽出された．経験者は，「知識経験不足」，「業務量の増加」，「環境変化の戸惑い」，「情報共有化の問題」が抽出された．「知識経験不足」では，未経験者は看護実践への不安を認識し，経験者は閉鎖病棟を立ち上げる経験がないことへの不安を認識していた．未経験者の「環境変化の不安」は自分の行動面での不安で，経験者の「環境変化への戸惑い」は行動パターンの変化に慣れない戸惑いを認識していた．

IV. 考察

A. 研究の動向

今回の文献検討を通して，病院統合・病棟再編において何が起こっているかを明らかにしている研究は，12篇と少なかった．病院統合が2002年以降，病棟再編が2010年以降に発行されていた．2001年に，社会保障費の中でも医療費の増加が国民所得の増加を上回り（厚生労働省，2001），日本では医療費の抑制を目的とした医療提供体制の改革が喫緊の課題とされ始めたことと合致している．

研究デザインは，量的研究，質的研究，記述研究があり，量的研究が6篇と多かった．取り組み内容の評価やストレスなど看護スタッフへの影響をテーマにした研究が多いことによるものと考えられる．研究対象は，看護スタッフを対象とした10篇以外は，褥婦のカルテデータを対象としたものが1篇（酒井・松浦・岡田他，2015），看護師長を対象としたものが1篇（國江・佐々木・大西，2017）と少なかった．病院統合・病棟再編による患者に提供されるケアの効果や影響を検証していくことは重要である．また，患者へ効果的な治療や看護が提供できるように病棟管理を担う看護管理者を対象とした研究も行っていく必要がある．質問紙調査においてサンプルサイズはn=20～280と少ない傾向にあった（石田・関川・杉山，2002; 森・清水・樫山他，2004; 長友，2010; 岡・宇津・宮本他，2010; 頭師・黒木・片山他，2020）．全看護職が50名の1施設を対象に全数調査を行っていたり，1病棟の看護職を対象としており，研究の限界がみられた．また，対象をいくつかの群に分けてデータを比較しているが，各群の対象数の記載がないものがあった．質問項目を研究者がカテゴリーに分けて分析しているが，どの質問項目がどのカテゴリーに入るのか記載されていなかったり，研究者が独自で作成した質問項目の具体的な内容の記載がないものがあった．対象文献は，どの研究も大変貴重な報告である．今後，病院統合・病棟再編が推進されていく中，研究の対象の幅を広げ，多角的な視点でアプローチしていき，質の高い研究をさらに行っていく必要がある．

B. 病院統合・病棟再編における取り組みの必要性

病棟再編では，診療科が再編成されるだけでなく，単科で使用できる病床数が減ることにより在院日数短縮が余儀なくされ，従来行われていたケア計画の変更が必要となっていた．ケア計画が短縮されたことで，褥婦の母乳栄養の確立が遅れるが，1か月健診ではケア計画変更前と差がなくなっていた（酒井・松浦・岡田他，2015）．在院日数が短縮される中，外来との連携や地域包括ケアの充実が一層重要となってくることが示唆される．また，取り組みとその評価に関する文献は2篇（酒井・松浦・岡田他，2015; 頭師・黒木・片山他，2020）と少なく，2篇とも病棟再編での取り組みであった．病院統合・病棟再編における取り組みについての実践報告だけでなく，その取り組みの効果を検証していくことで，臨床に還元できると思われる．

病棟再編において看護スタッフがやりがいを見出すことは重要であると考え，看護スタッフのモチベーションを高めるための取り組みが行われ効果を得ていた（頭師・黒木・片山他，2020）．病院統合のプロセスで，看護スタッフは不安や葛藤を感じるが，その後やりがいを感じるようになり，多職種との連携で刺激となりモチベーションが上がるという認識が抽出されていた（撫養・池亀・河村他，2014a）．病院統合・病棟再編において，看護スタッフがやりがいを感じられるよう，看護管理者の支援や取り組みは必要であることが示唆される．

C. 看護スタッフへの影響と支援

病院統合・病棟再編による看護スタッフを対象とした影響や認識に焦点があてられている文献が8篇と多く，看護スタッフへの影響は，患者に提供される看護へも影響することから重要な視点であることが窺える．

病院統合・病棟再編という初めての体験や未経験の看護を行うことで，看護スタッフはストレスを感じていたがサポートにより軽減され，他職種からの刺激，

学習などが効果的な影響を与えていた（森・清水・樫山他，2004; 長友，2010; 撫養・池亀・河村他，2014a; 鶴田・戸村・福井，2018; 高・江村・塩見，2019）．病院統合・病棟再編が，看護スタッフにとって成長を感じ，モチベーションが高まる機会となるような支援は重要であることが示唆される．

病院統合前後での，看護スタッフの組織やキャリアへのコミットメントは有意な差はなかったが，この病院で働き続けたいと思う看護スタッフは，看護職への愛着が強い傾向にあった（石田・関川・杉山，2002）．対象が小規模病院が大規模病院へ統合される看護スタッフであり，今後対象条件を拡大して研究していく必要がある．また，看護スタッフが看護が楽しい，もっと質の高い看護を提供したいと思えるような教育的関わりや環境つくりは看護管理者の重要な役割であることが示唆される．病院に勤務する看護スタッフの職業継続意思には，上司の看護管理の質と上司との関係性が重要であると報告されている（撫養・池亀・河村他，2014b, p.36）．

病院統合を経験した看護スタッフの認識はプロセスの中で変化していた．計画の段階では不安と期待を抱き，統合後では変化を実感して戸惑いや負担感を感じつつ，一方で，自分達で新しい病院を作っていくのだという気持ちも持ち始める．1年後ぐらいには，やりがいや成長している自分にも気づき始めていた（撫養・池亀・河村他，2014a）．看護スタッフが，経過とともに前向きに自分の役割を認識し積極的に活動でき，やりがいを感じられるようになるために，看護管理者の支援は重要であると考える．日本看護協会の病院看護管理者のマネジメントラダーにおいて，スタッフの能力や可能性を見出し，機会や権限を与え，成長を支援する人材育成能力が看護管理者に求められている（日本看護協会，2019, p.10）．

看護スタッフへの影響を病院統合前後で比較している文献は2篇だけであった（石田・関川・杉山，2002; 長友，2010）．今後，さらに病院統合・病棟再編の前後で比較する研究方法を用いて，対象を拡大して検証していき，エビデンスを高めていく課題がある．

D. 看護管理実践

看護スタッフの影響や認識に焦点をあてた文献結果から，看護管理者の支援の重要性が伺える．病棟再編において「不十分な合意」は看護スタッフのストレス要因となり，「あきらめる」というコーピングスタイルを取り（石黒・冨田・山本他，2010），病院統合においても，看護スタッフは統合前からスタッフの理解が得られるような「明確な方針」を看護管理者に求めている（撫養・池亀・河村他，2014a）．病棟再編における看護師長の看護管理実践では，再編成に至る理由を情報収集し，自分なりに解釈し，看護スタッフに伝える行動が明らかになっていた（國江・佐々木・大西，2017）．しかし，看護管理実践を明らかにしている文献はこの1篇だけであった．病棟再編における看護師長の行動は「病棟を整える」ことであった．初めて体験する病棟再編という組織の大きな変化において，看護師長は具体的な看護管理実践行動を理解していないと「病棟を整える」ことに困難さを認識していた．看護管理者を含めた不動産業や事業サービスなどの中間管理者は，組織再編などの組織変革において不確実性を認識し，特に従業員への支援において不確実性を多く認識していることが報告されている（Herzig & Jimmieson, 2006）．看護管理者の役割行動，認識，意思決定など，看護管理者の経験にアプローチした研究の必要性が示唆される．

V. 結論

1. 病院統合・病棟再編においてどのようなことが起こっているかを明らかにした文献12篇は，2002年以降から発行されており，病院統合・病棟再編における看護スタッフへの影響に関する文献が多かった．
2. 病院統合・病棟再編において看護スタッフはストレスなどに影響を受けるが，徐々に積極的な活動をしていくプロセスが明らかとなった．
3. 病院統合・病棟再編において，看護スタッフがモチベーションを持って看護実践を行えるために，看護管理者の支援は重要である．
4. 病院統合・病棟再編において，看護スタッフや看護管理者にとって不確実性を伴う実践となるため，具体的な取り組みやプロセスにアプローチした研究は，病院統合・病棟再編を検討していく際に重要な視点を提供できることが示唆される．

VI. 研究の限界と今後の課題

看護職を対象とした量的研究では，サンプル数に限界がみられた．今後，病院統合・病棟再編が推進されていくことが予測され，対象の幅を広げ，多角的に探求していくことで，さらに臨床へ還元できると思われる．

看護への影響や看護管理実践に焦点をあてた研究は少なかった．しかし，看護スタッフが受ける影響は明らかとなっており，提供される看護にも影響することが推測され，看護管理者の役割は重要と思われる．患者や看護管理者を対象とした研究は今後の課題である．

利益相反

本研究における利益相反はない．

文献

Grove, S. K., Burns, N., Gray, J. R. (2015)／黒田裕子・中木高夫・逸見功監（2017）．バーンズ＆グローブ

看護研究入門　原著第7版：評価・統合・エエビデンスの生成．東京：エルゼビア・ジャパン．

Herzig, S. E., Jimmieson, N. L. (2006). Middle managers' uncertainty management during organizational change. Leadership and Organization Development Journal, 27(8), 628–645.

藤松みずほ・大亀かおる・平山真由美・松尾桂子・芹田いすず・赤峰みすず・原田千鶴（2018）．新しく編成された病棟の看護チームつくりにおけるスタッフ看護師の経験．日本看護学会論文集：看護管理，48, 141–144.

石田真知子・関川栄子・杉山敏子（2002）．病院統合移転前後における看護婦のワークコミットメントの変化．東北大学医療技術短期大学部紀要，11(1), 85–94.

石黒明美・冨田敦子・山本照恵・與良登美代（2010）．病棟再編を経験した病棟看護師のストレス要因とコーピングスタイルに関する考察．日本看護学会論文集：看護管理，40, 27–29.

高利菜・江村真弓・塩見静子（2019）．病棟再編を経験した看護師の意識調査．山口県看護研究学会学術集会プログラム・集録18回，49–51.

厚生労働省（2001）．医療制度改革の課題と視点 2001年3月5日．http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html (2020/04/05)

厚生労働省（2011）．平成23年度　医療施設経営安定化推進事業：近年行われた病院の統合・再編成等に係る調査研究　報告書　平成24年3月．https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000209541.html (2020/2/23)

厚生労働省（2013）．医療法等改正法案　参考資料 第32回社会保障審議会医療部会　平成25年9月18日　参考資料1．https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000023387.html (2020/2/23)

厚生労働省（2014）．平成26年度診療報酬改定の概要．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf (2020/02/23)

厚生労働省（2017）．医療提供体制に関する現状と課題（社会保障審議会医療部会）．https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184301.pdf (2020/2/23)

厚生労働省（2019a）．第1回医療政策研修会第1回地域医療構想アドバイザー会議　資料1．https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000516866.pdf (2020/10/02)

厚生労働省（2019b）．第24回　地域医療構想に関するワーキンググループ．https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06944.html (2020/10/02)

厚生労働省（2019c）．第3回医療政策研修会第2回地域医療構想アドバイザー会議　資料3．https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000479933.pdf (2020/10/02)

國江慶子・佐々木美奈子・大西麻未（2017）．病棟再編成プロセスにおける病棟看護師長の行動．日本看護管理学会誌，21(2), 98–109.

真野俊樹（2012）．入門　医療政策．東京：中央公論新社．

森玲子・清水久美・樫山貴美子・水口靖美・大岡裕子・川上晃代（2004）．病院統合事前調査における看護職の職場ストレス因子の検討．日本看護学会論文集：看護管理，35, 196–198.

撫養真紀子・池亀みどり・河村美枝子・清水厚子・志田京子・勝山貴美子・北居明・上野恭裕・青山ヒフミ（2014a）．病院統合を経験した看護師の認識の変化と看護管理上の支援．大阪府立大学看護学部紀要，20(1), 19–28.

撫養真紀子・池亀みどり・河村美枝子・清水厚子・志田京子・勝山貴美子・北居明・上野恭裕・青山ヒフミ（2014b）．病院に勤務する看護師の職業継続意思に関する要因の検討．大阪府立大学看護学部紀要，20(1), 29–37.

長友紀美子（2010）．看護師の職場環境変化によるストレス反応の変化：新病院統合前後における．東海四県農村医学会雑誌，36, 21–23.

日本看護協会（2019）．病院看護管理者のマネジメントラダー．https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/nm_managementladder.pdf (2021/08/01)

岡ユカ・宇津徹子・宮本裕美・川成美由紀（2010）．合併に伴う3病院間の職場環境の分析と検討：職務満足と組織風土の関係より．日本看護学会論文：看護管理，40, 78–80.

酒井和子・松浦美里・岡田麻代・道谷和希子（2015）．産褥期の入院期間短縮の導入を試みて：分娩後5日目から4日目退院へ．日本看護学会論文集：ヘルスプロモーション，45, 18–21.

高橋克己（2019）．特集　地域の医療を残すために病院の統合・再編：我が国における病院の統合・再編の状況．病院，78(5), 333–337.

鶴田香苗・戸村真澄・福井夏海（2018）．開放病棟から閉鎖病棟の病棟再編成で直面した困難感：閉鎖病棟の経験者と未経験者のインタビューから．日本精神科看護学術集会誌，61(1), 28–29.

頭師美根・黒木秋野・片山雄貴・矢野祐樹・杉山鈴花・伊藤奈美・渡部博代・和田津恵美（2020）．goodカードが看護師の承認やモチベーションに与える影響：goodカードを直接渡す方法を実施して．中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌，15, 198–201.

資　　料

地域包括支援センター看護職による認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援

岩原　由香

Support Provided by Nurses at a Community General Support Center for Older Adults with Suspected Dementia Who are Living Alone

Yuka Iwahara

キーワード：認知症高齢者，独居，在宅生活，看護職，地域包括支援センター

key words：older adults with dementia, living alone, living at home, nurses, Community General Support Center

要　旨

本研究目的は，地域包括支援センターの看護職が行う，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援の実際を明らかにすることである．6名の看護職に半構造化面接を実施し，M-GTAを参考にして質的記述的に分析した．その結果，地域包括支援センターの看護職は，認知症が疑われる独居高齢者に対して，〔無理をしない〕〔チャンネルを合わせる〕〔安心させる行動を示す〕ことをし，自らの存在や提案を【受け入れてもらう】とともに，〔高齢者の人となりを知る〕〔緊急性を見極める〕ことをし，【必要なことを診る】ことを行っていた．これらを繰り返しながら，【社会資源につなげる】ために，周囲の社会資源を〔見定める〕，新たに〔うみだす〕ことをしていた．その後も〔心の隅で気にしている〕ため状況を確認し，〔つかず離れずいる〕関係を保つことで，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援は，細く長く【つながっている】ことが明らかになった．

I.　緒言

日本は超高齢社会であり，高年齢層では独居率の上昇が著しく見込まれている（国立社会保障・人口問題研究所，2018）．高齢者が独居生活を継続していくための課題の一つとして，認知症による生活機能の低下等が挙げられている（柄澤・稲吉，2008）．認知症の早期診断や早期治療の遅れは，認知症状の重篤化につながり，精神病院や介護保険施設等での療養を余儀なくされる高齢者が少なくない（杉山・竹本，2016）．そのため，できるだけ早く生活や体の変調を把握し，必要な支援を届ける必要がある．

このような状況を受け国は，認知症の人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すとして，認知症の早期診断・早期対応への取り組みを強化した（厚生労働省，2015）．具体的には，2013年度から認知症初期集中支援チーム（以下，初期支援チーム）の設置をモデル事業として実施し，2018年度にはすべての自治体で設置された．現在は，認知症が疑われる高齢

受付日：2021年3月31日　　受理日：2021年10月21日
医療創生大学国際看護学部　Faculty of Global Nursing, Iryo Sosei University

者に対しての支援実績が多数あるチームと，活動を開始したばかりのチームが混在している状況であり（延，2016; 平澤・王・樋田他，2017），支援の質は十分に担保されているとは言い難い．

高齢者は，認知症を発症したとしても独居生活継続への強い意志を持ち，自分らしくありたいと願っている（久保田・高山，2017）．しかし，高齢者の生命の安全が危ぶまれたり，近隣住民が敬遠したり，家族や専門職者が疲弊したりすることで，独居生活が限界となる（久保田・堀口，2017）ことがある．このような状況にある高齢者へのサポートの在り方として，支援ネットワークによる早期介入の確立，認知症状及び生活能力に対する医療従事者の正確な診断・アセスメント等が挙げられている（松下，2012a）ものの，具体的にその支援を記述した研究は見当たらない．

2018年度から始まった初期支援チームの活動以前は，地域包括支援センター（以下，地域包括）に所属する保健師または経験のある看護師（以下，看護職）が，認知症の疑われる独居高齢者への支援を行ってきた．地域包括は，2005年の介護保険制度改正で設置された機関であり，約15年にわたり第一線で認知症が疑われる独居高齢者に対する支援を実施してきた．よって，地域包括の看護職がその専門性を用いて実施してきた認知症が疑われる独居高齢者に対する支援を明らかにすることは，新たな制度の下，活動を開始した初期支援チームの活動の一助となり，ひいては，多職種連携の下，高齢者の意思を尊重したその人らしい暮らしの実現に寄与すると考える．そこで本研究では，地域包括の看護職が行う，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援の実際を明らかにすることを目的とする．

II. 用語の定義

認知症が疑われる高齢者：認知症の診断はされていないが，記憶障害，見当識障害，判断力の低下，心理・行動症状等の認知症の症状があらわれている高齢者．

III. 研究方法

A. 研究参加者

都内の地域包括に勤務する看護職で，認知症が疑われる独居高齢者への支援経験がある者とした．研究参加者の募集は，研究者の個人的ネットワークを用いた．紹介された地域包括の看護職に研究参加への内諾を得た後，その看護職の所属機関管理者宛に紹介依頼文を送付し，管理者の許可が得られた後に正式に参加依頼を行った．

B. データ収集

2013年1月から10月にデータ収集した．データ収集は，研究参加者に各1回，半構造化面接を行った．参加者の自由な語りを妨げないように配慮し，研究参加者が支援した認知症が疑われる独居高齢者の事例を想起してもらいながら，①支援開始のきっかけ，②経過，③誰に対して何を行ったか，④困難だったこと，⑤よかったこと，⑥大切にしていたことを時間的経過に沿って語ってもらった．

C. 分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下，M-GTA）（木下，2003）を参考にして質的記述的に分析した．M-GTAは，社会的相互作用や，現象がプロセス的性格を持っている研究に適している．本研究では，地域包括の看護職が，認知症が疑われる独居高齢者の存在を把握した後，高齢者が独居生活を継続していくための支援の経過や，支援を通して高齢者と相互作用が生じた展開の分析であることから，M-GTAの分析の枠組みを参考にした．

得られたインタビューデータから逐語録を作成した．次に，地域包括の看護職が，認知症が疑われる独居高齢者を把握後，高齢者の在宅生活を継続のためにどのような支援を行っているのかに着目して，類似した部分を具体例として集め概念名を付けた．次に概念名とその定義，具体例をワークシートにまとめ概念を生成した．分析を進める中ですでに生成されている概念の具体例となる場合はそのワークシートに追記し，類似していないもしくは対極のデータの場合は新たに概念を生成した．そして，それぞれの概念ごとに意味のまとまりのあるものは，サブカテゴリー化し，各概念及びサブカテゴリーを抱合する抽象の程度及び他のサブカテゴリーとの関連を考慮し，カテゴリーを作成した．最後に，カテゴリーとそれぞれの概念やサブカテゴリーの関係性を示す結果図を作成した．

データの分析過程において，地域看護領域の研究者，認知症看護の経験のある研究者，並びに質的研究者のスーパーバイズを受け，語りの内容の真実性や解釈の妥当性を確認しながら進めた．

D. 倫理的配慮

研究参加者と研究参加者の所属する地域包括の管理者に対し，研究参加は自由意思によるもので，研究参加の拒否や途中辞退による不利益は生じないことを文書及び口頭で，強制力が働かないよう配慮して研究者自身が説明した．インタビューは，研究参加者の指定するプライバシーの保たれる場所で行った．インタビュー内容は匿名化を図り，個人情報は研究目的以外には利用せず，研究終了後には適切な方法で破棄するものとし，同意書への署名をもって参加への承諾を得た．本研究は，日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（No. 2012-91, 2013-13）．

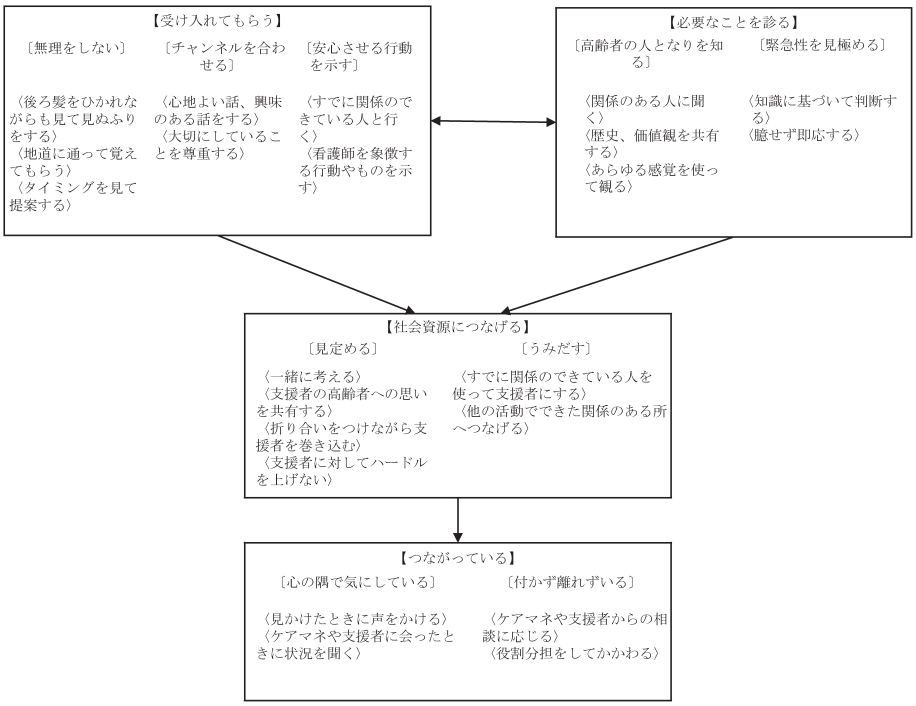


図1.　結果図

表1.　研究参加者の概要

仮名	年齢	性別	地域包括歴（年．月）	看護職歴（年．月）	保有資格	面接時間（分）
A	40代前半	女	3.9	16.9	保健師，介護支援専門員	72
B	40代前半	女	4.3	18	看護師，社会福祉士，主任介護支援専門員	50
C	30代前半	女	2.3	13	看護師，介護支援専門員	36
D	30代後半	女	2.8	15.5	看護師	65
E	40代前半	女	5.6	20	看護師，介護支援専門員	67
F	50代前半	女	4.9	31.5	看護師，介護支援専門員	68

IV.　結果

分析の結果，4つの【カテゴリー】，9つの〔サブカテゴリー〕，22の〈概念〉が生成された．図1に結果図を示す．参加者の語りは「　」で表示する．

A.　研究参加者の概要

東京都内の5か所の委託型地域包括の看護職6名だった．参加者の概要を表1に示す．

B.　ストーリーライン

地域包括の看護職は，相談や日々の活動を通じて認知症が疑われる独居高齢者の存在を認識すると，〔無理をしない〕〔チャンネルを合わせる〕〔安心させる行動を示す〕ことをし，自らの存在や提案を高齢者に【受け入れてもらう】とともに，〔高齢者の人となりを知る〕〔緊急性を見極める〕ことを行って，【必要なことを診る】．これらを繰り返しながら，診た結果をもとに社会資源を高齢者の周りの状況から〔見定める〕，あるいは新たに〔うみだす〕ことをして【社会資源につなげる】．その後も，〔心の隅で気にしている〕ため高齢者の状況の確認をし，〔つかず離れずいる〕関係を保つことで，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援は【つながっている】．

C.　各カテゴリーとサブカテゴリー

認知症が疑われる独居高齢者と関係のある人が，地域包括支援センター，自治体に相談，通報する，または，介護予防や熱中症予防等の他の事業のリストに載ることによって，地域包括支援センターの看護職の認知症が疑われる独居高齢者への支援が始まっていた．

1.　受け入れてもらう

事前に認知症独居高齢者に関する情報収集ができない場合や，介護予防や熱中症予防のための訪問が目的の場合に，高齢者との関係を築くために行われていた．

a.　無理をしない

「パンも賞味期限がもう1か月半前とかのも普通に戸棚とかに，それを食べたらきっとよくないなあと思って捨てようとすると，このパン捨てたらあんたのことを，二度と，あの来ても玄関開けないよみたいな

感じで」高齢者から言われるような場合は〈後ろ髪をひかれながらも見ぬふりをする〉,「拒否されたら中には入れない」けれども「行けば関係づくり」になると考え,「とりあえずいくしかない」と〈地道に通って覚えてもらう〉,そして,介護保険の申請のための受診を「風邪をひいたりとか,転んじゃったりとか」受診が必要な〈タイミングを見て提案する〉.このように,〔無理をしない〕ようにしていた.

b. チャンネルを合わせる

「その方が『ん』って興味を示すこと」等の〈心地よい話,興味のある話をする〉,「民生委員をやっていたっていう自尊心を傷つけない」等の〈大切にしていることを尊重する〉ことをして,〔チャンネルを合わせる〕かかわりをしていた.

c. 安心させる行動を示す

高齢者に対して,危害を加える人間ではないことを知らせ,高齢者自らが扉を開いてくれるように,「行きつけの飲み屋のマスターや大家」等〈すでに関係のできている人と行く〉,「今蒸し暑くて熱中症で,具合悪い人多いから,血圧はからせて」と言ったり,「お薬手帳を見て質問に答える」等の〈看護師を象徴する行動やものを示す〉等の〔安心させる行動を示す〕.

2. 必要なことを診る

緊急性の判断や支援の方向性を探るために行われていた.

a. 高齢者の人となりを知る

高齢者との関係ができていない段階や拒否されたり,自分の身体状況や生活歴等を高齢者自身が表現できなかったりするようなときには,必要な情報を大家,かかりつけ医等〈関係のある人に聞く〉.そして,高齢者自身の生きてきた過程やその中で培われた〈歴史,価値観を共有する〉.

自分の症状をうまく訴えられない認知症が疑われる高齢者の健康や生活の状況を知るために,「痩せてはないかとか,ちょっと入れ歯の具合とか,全身の状況っていうんでしょうか,例えば,来てすぐなのでお風呂は入れているかとか,においとか風貌とかね,全身を」見て別れ際にさりげなく触れることで,るい痩について判断する等,看護の知識と技術を使う〈あらゆる感覚を使って観る〉ことをしていた.その結果,〔高齢者の人となりを知る〕.

b. 緊急性を見極める

「この人すぐに病院に連れて行くべきかっていうか,その辺はトリアージというか,ぱあっとみますよね.(中略)うちの包括の場合かもしんないんですけど,社会福祉士弱いんですよね.そこが多分看護師の目だからかなあと思う部分もあります」というように看護師として培ってきた〈知識に基づいて判断する〉ことをし,相談を受け,本人を訪問し生活状況を確認したうえで,その状況を主治医に伝えるために,「総合病院だったんだけれども,押しかけて,先生に意見書書いてもらいたいから本人連れてくるって言って,またその翌日か翌々日ぐらいの先生の外来に強引に連れて行き」介護保険のサービスにつなげるといったように〈臆せず即応する〉.これらの行動の結果,〔緊急性を見極める〕.

3. 社会資源につなげる

滞った生活や,損なわれた健康状態を整えるために行われていた.

a. 見定める

高齢者本人の認識や希望と,関係のある人や地域包括看護職の見解等を加味しながら高齢者に合わせた方法を〈一緒に考える〉,「言う相手がいるのといないのとでは負担感がだいぶ違うみたい」なので,高齢者を支援する人々の高齢者への思いを聴くことで〈支援者の高齢者への思いを共有する〉,「負担になってくると結構やっぱり,排除の方向にどうしても,行きがちなので(中略)(支援する)人たちも疲れないように」,認知症が疑われる高齢者がその地域から排除されないように〈折り合いをつけながら支援者を巻き込む〉,「新聞を,電気だけ見てくれればいい」とお願いする等〈支援者に対してハードルを上げない〉ことで,高齢者の周りに存在するインフォーマルなサービスを含めた支援を〔見定める〕.

b. うみだす

「オーナーさんが,本人に安否確認のために毎日一回は管理人のところに『おはようございますとかこんにちは』って挨拶に行けというのをようくいって聞かせてくれていたんですね」というように,高齢者の周りに適当なサービスが見当たらないときには,〈すでに関係のできている人を使って支援者にする〉.加えて,地域包括で行っている物忘れ相談事業だけでなく地域住民の受診に付き添ったり,地域の医師との付き合いを重ねたりすることで,〈他の活動でできた関係のある所へつなげる〉等サービスを〔うみだす〕.

4. つながっている

高齢者との関係は,高齢者がサービスの利用を開始した後も続いていた.

a. 心の隅で気にしている

自転車で移動中やデイサービスに行ったときに「今どうですか,デイサービス行ったりしてるけど,今,どうですか」等,〈見かけたときに声をかける〉.「私たちも,(介護支援専門員;以下ケアマネに)渡したとはいえ,気になる」ので,「ケアマネに会う機会ってたくさんあるので,あの人どうした」等,〈ケアマネや支援者に会ったときに状況を聞く〉.このように,〔心の隅で気にしている〕.

b. 付かず離れずいる

「何かやっぱりケアマネが大変なことがあると,バックしてそこでまた一緒に考えてって流れに,なる

んだけれども，認知症の方のそういう場合って，やっぱり介護サービスでどうにもならないってことが多くなってくるので，そこでじゃあ地域の人につなげて，見守り，ちょっと顔だして様子見てくれる人って視点で探す」等，〈ケアマネや支援者からの相談に応じる〉ことをし，状況に応じて，〈役割分担をしてかかわる〉等，〔付かず離れずいる〕.

V. 考察

本研究は，地域包括の看護職が行う，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援の実際を明らかにすることを目的に行った．その結果，地域包括支援センターの看護職は，認知症が疑われる独居高齢者に対して，自らの存在や提案を【受け入れてもらう】とともに，【必要なことを診る】ことを行っていた．そしてその結果をもとに，【社会資源につなげる】ことを実施していた．その後も，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援は，細く長く【つながっている】ことが明らかになった．以下，地域包括の看護職の支援の特徴について考察する．

A. 地域包括の看護職の支援の特徴

地域包括の看護職は，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけて，まず，【受け入れてもらう】とともに，【必要なことを診る】ことを繰り返し行っていた．そしてその結果をもとに，【社会資源につなげる】ことを実施していた．これらの支援は，認知症が疑われる独居高齢者の生活や体の変調をできるだけ早く把握し，必要な支援を届けるための支援である．

認知症が疑われる独居高齢者の生活や体の変調をできるだけ早く把握するためには，まず認知症が疑われる高齢者に直接会って身体状況や生活の状況についての情報を収集しなければならない．地域包括の看護職は，〈看護師を象徴する行動やものを示す〉という手段を使って看護職であることを伝えたり，看護師を象徴するような道具や技術を使ったりして認知症が疑われる高齢者との間に自らの存在や提案を【受け入れてもらう】関係を作ろうとしていた．

独居高齢者は，日常生活全般の不安について約1割がだまされたり，犯罪に巻き込まれたりすることを挙げている（内閣府，2015）．振り込め詐欺の報道や，実際に訪問販売の悪徳商法で大金をだまし取られたりする（久保田・高山，2017）ことで，高齢者は犯罪に巻き込まれまいと，見知らぬ人に対して警戒をしている．また，自分ではできていると思っており，必要性を理解できず援助を拒否する場合もある（久保田・堀口，2017）．したがって，認知症ケアでは，家に入れてもらう，継続して家に入れてもらう状況を作るということが訪問看護の実践プロセスで明らかにされているように（奥村・山本・小林他，2011），支援にあたっては，高齢者に安心して受け入れてもらえる関係作りを大切にしていることが本研究でも示された．特に，地域包括の看護職は訪問看護師と違い契約に基づく訪問ではないため，全く互いの情報のない中での関係作りが必要となる．一方，看護師は子供から大人まで幅広く認知されている職業であり，身体や病気のことを相談できる専門職である．独居高齢者の約6割は健康や病気に対する不安を持っているとされ（内閣府，2015），身体や病気，薬のことを相談でき血圧を測り身体の様子を見てくれる等看護師としての知識技術を使った行為を行うことで，高齢者の不安や警戒感を取り除き，関係構築を容易にし，すでにできている関係を強化するという手段を用いて受け入れを実現している．

独居認知症高齢者への訪問看護では，訪問開始当初は療養者に関する情報収集やアセスメントに苦慮する時期であり，いかにして情報収集するかが援助を進めるうえでの課題となっている（松下，2012b）．これは，地域包括の看護職の認知症が疑われる独居高齢者への支援においても同様であった．地域包括の看護職は，〔高齢者の人となりを知る〕ために，視覚，聴覚，嗅覚，触覚の感覚に加えて，看護職としての感覚を含めた〈あらゆる感覚を使って観る〉ことで身体と生活の両方を観ていた．独居のため情報提供者が限られ，自分の症状をうまく訴えられない認知症が疑われる高齢者の状況を知るために，感覚に基づいた知覚を超えて，その現象についての理解を得ようとする認識のプロセスとその状況で行為しながら体験されたことに持っている経験や知識が活用される看護実践（川原，2013）が行われている．

地域包括の看護職は，あらゆる感覚を使って観た結果から病状を，さらに〈知識に基づいて判断〉して，いつ受診すればよいかの相談に乗り，緊急性の判断をした後，必要と判断したらすぐにかかりつけ医とのコンタクトをとり，受診に同行するという支援を行っていた．かかりつけ医がいない場合は，他の活動で関係のできた医療機関へとつなげていた．ケアマネの基礎資格が看護師である者は医療依存，精神障害に関して困難を感じた割合が有意に低いとの報告（吉江・齋藤・高橋他，2006）やケアマネが考える主治医がサービス担当者会議に参加しない理由のうち，主治医に出席を呼びかけていない，主治医との信頼関係が確立されていない，主治医と連絡がつかないという項目で，介護系のケアマネが看護系のケアマネより有意に高いという報告（鳴釜・陳・吉井他，2011）から，必要時の医師との連携は，地域包括の他職種と比べ看護職が得意としていることが示されている．地域包括の看護職においても，この知見と同様に，自ら判断するだけでなく，医療機関との連携を図ることによって，認知症が疑われる高齢者の在宅生活継続のための支援が行

われていた．

地域包括の看護職は，認知症が疑われる高齢者が今までの人生の中で培ってきた関係のある人々や地域包括の職員の活動でできた関係を駆使して，【受け入れてもらう】，【必要なことを診る】，【社会資源につなげる】支援を行っていた．これらの高齢者や看護職の持つ関係性を活用した支援は，認知症が疑われる独居高齢者の生活や体の変調をできるだけ早く把握し，必要な支援を届けるための支援であるのみならず，高齢者の総合相談窓口として地域に根差した活動を続ける地域包括の看護職の支援の特徴である．さらに，認知症が疑われる高齢者が担当地域に住んでいる限り，地域包括の看護職は，症状の悪化やその他の理由によってケアマネの後方支援等で再び担当する可能性がある．そのため【社会資源につなげ】た後も，認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援が細く長く【つながっている】のも，地域包括の看護職の支援の特徴であると考える．

B．実践への示唆

本研究の結果から，早期支援チームの認知症が疑われる高齢者への支援において，認知症が疑われる高齢者との関係作りが困難な場合は，看護職による高齢者の生活の中での困りごとに焦点を当てた健康相談等が関係作りを容易にする可能性がある．さらに，介護系職員が情報収集やアセスメントに苦慮する場合は，看護職が，看護職として培った経験や知識を活用することで緊急性を判断でき，早期に認知症が疑われる高齢者の主治医や初期支援チームの認知症サポート医等の医療機関との連携が図れ，認知症状及び生活能力に対する正確な診断・アセスメントが行われる．本研究で明らかにされた看護職ならではの支援に加えて，地域包括による活動によって作られた地域の社会資源の活用，初期支援チームの活動終了時の地域包括への情報提供等，時に多職種で協働することによって，地域包括と初期支援チームとの有意義な連携による認知症が疑われる独居高齢者への支援が展開可能になると考える．

C．本研究の限界と課題

本研究で，初期支援チームの活動実績が混在する現在，初期支援チームの活動開始以前から行われていた地域包括の看護職による認知症が疑われる高齢者への支援が明らかにされたことは，認知症の初期支援において意義がある．しかし，地域によって社会資源も高齢者施策の取り組み方も多様であること，地域包括の設置主体によって活動内容に違いがあること等から，今後の課題として，研究参加者を社会資源，取り組み方等の地域性を考慮したうえで，意図的にサンプリングして検討することがあげられる．さらに，初期支援チームを対象にした認知症が疑われる高齢者への支援を明らかにしていく必要がある．

謝辞

本研究にご協力いただいたすべての皆様に心より感謝申し上げます．なお，本研究は，平成25年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程に提出した論文を一部加筆・修正したものである．また，第18回日本在宅ケア学会学術集会で発表したものに加筆・修正をした．

利益相反

本研究における利益相反はない．

文献

平澤園子・王吉彤・樋田小百合・三上章允（2017）．地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チーム設置の効果．日本認知症ケア学会誌，16(3), 670–679.

柄澤邦江・稲吉久美子（2008）．独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究．飯田女子短期大学紀要，25, 21–33.

川原由佳里（2013）．看護の知　実践を読み解くための新しい知の考え方．東京：看護の科学社.

木下康仁（2003）．グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い．東京：弘文堂.

国立社会保障・人口問題研究所（2018）．「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（2018（平成30）年推計）．http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/houkoku/hprj2018_houkoku.pdf（2021.10.22）

厚生労働省（2015）．「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（概要）．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf（2021.10.22）

久保田真美・堀口和子（2017）．介護支援専門員がとらえた認知症独居高齢者の独居生活の限界：独居生活開始から施設入所までの過程より．日本在宅ケア学会誌，21(1), 67–75.

久保田真美・高山成子（2017）．認知症高齢者の独居生活：認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から．関西国際大学研究紀要，18, 23–35.

松下由美子（2012a）．一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー．日本在宅ケア学会誌，15(2), 25–34.

松下由美子（2012b）．認知症独居高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助．聖路加看護学会誌，16(2), 17–23.

内閣府（2015）．平成26年度　一人暮らし高齢者に関する意識調査結果（全体版）第2章 調査結果の概要 1．幸福感，不安に関する事項（Q1～Q3）．

https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/kenkyu/zentai/pdf/s2-1.pdf（2021.10.22）
鳴釜千津子・陳君・吉井初美・庄司和義・佐藤キヨ子・森田定一・菅村佳美・赤澤宏平・田城孝雄（2011）．介護支援専門員の基礎資格は主治医との連携に影響を及ぼす．厚生の指標，58(7), 21–26.
延育子（2016）．特集認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の現状と展望：認知症初期集中支援チームの現状．日本認知症ケア学会誌，15(2), 426–432.
奥村朱美・山本則子・小林小百合・岡本有子・深堀浩樹（2011）．訪問看護における認知症ケアの構造化．日本在宅ケア学会誌，14(2), 26–33.
杉山京・竹本与志人（2016）．地域包括支援センター専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者への受診援助におけるかかりつけ医との連携実践状況の類型化．日本在宅ケア学会誌，20(1), 39–49.
吉江悟・齋藤民・高橋都・甲斐一郎（2006）．介護支援専門員がケース対応に関して抱く困難感とその関連要因：12種類のケース類型を用いて．日本公衆衛生雑誌，53(1), 29–39.