

看護実践学会誌

Journal of Society of Nursing Practice

○ 会長講演

見つめなおす看護の本質と変革への挑戦 ―知識 (HEAD) と技 (HAND) に心 (HEART) をこめて―
江藤 真由美 1

○ 特別講演

「妖怪人間ベムは永遠に笑わない～「死」からはじまる「生きる意味」と間 (あわい) ～」
佐藤 泰子 5

○ 原 著

Effectiveness of a self-health management method using a smartphone application
for menopausal women Hatsumi Maeda et al. 11

Factors related to person-environment fit in nurses
who have changed workplaces : A cross-sectional study Sakiko Nagaoka et al. 22

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) による入院患者の療養生活への満足度と
看護師の自己評価との相違 本田 紀子他 36

Relationship between perceived workplace reflection support and person-environment fit among
hospital nurses : A cross-sectional study Maho Inoue et al. 46

病院に勤務する副看護師長が看護師長と協働関係を構築するプロセス 北川 智他 59

早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果 前川 弓枝他 71

子育て中の母親のグループによる被サポート感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討
..... 金谷 雅代他 82

○ 研究報告

高校生のための「親子交流を通して親になることを考える」プログラムの効果に関連する要因の検討
..... 千原 裕香他 91

病棟応援業務を経験した手術室看護師の自尊感情の変化
―看護技術到達度に焦点を当てて― 角浦 裕里他 100

○ 実践報告

手術室看護師の気道確保困難の評価と対応力の向上を目指した教育プログラムの評価
..... 坂本 守他 108

○ 第15回看護実践学会学術集会のまとめ

シンポジウム

多職種の総力を結集して我々が守り抜いたこと
― 経験を力に次なる一歩へ ― 西村 民子他 115

石川県医療調整本部における新型コロナウイルス感染症への対応
～石川県内医療者の連携体制と看護師の役割を振り返る～ 阪上 学 115

ネットワークの力で地域をささえる
～地域住民のニーズを早期に把握するために～ 坂本 幸恵 116

緩和ケアにおける地域連携～Withコロナ時代のACPとBCP～ 寺田 祐里 117

福祉施設における新型コロナウイルス感染症
クラスター対応の経験から得たもの 宮崎 陽子 117

シンポジウムに参加して 鍛冶 恭介 118

交流集会

見つめなおす看護実践のカタチ ～新しいケア用具の提案～ 小林 宏光 119

会長講演

第15回看護実践学会学術集会

見つめなおす看護の本質と変革への挑戦 —知識 (HEAD)と技 (HAND)に心 (HEART)をこめて—

江藤 真由美

石川県立中央病院 看護部長

日時 2022年9月10日(土) 会場 オンライン開催

はじめに

新型コロナウイルス感染症は、2年半経過した現在も、医療の現場に大きな影響を及ぼしています。この間、新型コロナウイルス感染症は、われわれに看護とは何かを問い掛け、またこれまでの医療サービスのあり方や医療者の働き方などを根本から見直す必要性を投げ掛けてきました。そして、コロナの波が何度も押し寄せる中、人や組織の疲弊は常態化し、どの施設でも、どの地域でも、看護者の多くはへこたれそうな状態に直面してまいりました。しかし、その中でわれわれは、看護実践を通して看護の本質を見つめ直す機会を得ることができたのではないかと思います。

また、多くの看護職が感染症に対する知識と技を駆使し、患者に対し深い関心を向けること、心を込めて看護に専心することの必要性を、改めて実感したのではないのでしょうか。そして、新型コロナウイルス感染症のステージやフェーズが変化するたびに、臨床や教育の場など、さまざまな場面で看護職者は暗中模索しながら、新型コロナウイルス感染症と対峙し、新しい未来に向けて挑戦してまいりました。そこで、本学術集会では、メインテーマを「見つめなおす看護の本質と変革への挑戦」とし、サブテーマを「知識と技に心をこめて」としました。

次に、本学術集会のサブテーマである三つの“H”についてご説明いたします。知識 (head)、技 (hand)、心 (heart) は、長く看護の要素といわれてきました。三つの要素が総合されて支えあ

て看護ケアとなります。これはイザベル・スチュワート女史が示したパラダイムといわれています。看護技術は、言うまでもなく看護において必要不可欠な要素です。「看護技術は看護の専門知識に基づいて、受け手の安全・安楽・自立を目指した目的意識的な直接行為であり、実施者の人間観と技術のレベルが反映されたもの」と定義されています。人と人との関係性の中で実践される看護ケアには、実践する人の心が反映され、看護の専門的知識がなければ、その技術が適切に実践されることはありません。また、看護の対象は多様であるが故に、その場の状況、対象者の状態によって実践する看護技術は異なってきます。だからこそ看護師は看護の三つの要素、知識・技・心に常に留意しなければならないと思います。

私が発表する今回の演題について開示すべき利益相反はありません。

本日の内容は、見つめなおす看護の本質、コロナ禍における当院の状況について／事例紹介、チーム医療、まとめの4点です。

見つめなおす看護の本質

新型コロナウイルス感染症のパンデミックが起こる以前は、一般市民にも行政にも、院内の他の職種の方でさえ、本来の看護師の仕事は理解されていなかったのではないかと感じます。新型コロナウイルス感染症への対応を通じて、ようやく看護師の力や必要性を示すことができたのではないかと思います。患者のベッドサイドに24時間いる

のが看護師であり、未知の事態においてもおれることなく患者に寄り添う看護師の姿を目の当たりにして、誰しもが看護師という存在を認めざるを得なかったのではないのでしょうか。新型コロナウイルス感染症が契機となり、国民の間に看護師の価値が少しずつ浸透してきたのではないかと思います。

ナイチンゲールは「看護とは何か。自然が病氣や障害を予防したりいやしたりするのに最も望ましい条件に生命を置くことである」と述べています。まさにこのパンデミック下では、自然と人との関わりを促進する、言い換えれば、自然治癒力を高める全人的な看護がより求められているように思います。看護師には病気を観察するだけでなく、患者を取り巻く全体を見る心が必要です。

コロナ初期は患者のそばに寄り添い、触れるなどの行為が制限されました。当院でもコロナ初期は寄り添わない看護が提唱されました。しかし、私は寄り添わない看護という言葉に違和感がありました。物理的に触れ合える距離にすることが寄り添う看護なののでしょうか。ガードナーは「寄り添う（presence）は、看護師が身体的に『そこにいる』、および心理的に『共にいる』である」と具体的に表し、「看護活動の中核的要素である」と述べています。私は、看護の本質は、患者さんやそのご家族に寄り添うことであると思います。

そして地域包括ケアの時代には、1人の患者の療養場所のその時々を看護師が支え、そのために地域の看護師同士がつながります。それぞれの場所で働く看護師が1人の患者を通してつながるといことであり、それが患者やそのご家族の笑顔につながると思います。看護師が働く場所は違って、看護の本質は同じであると思います。患者の療養する場所が、在宅であっても、病院であっても、施設であっても、看護師は患者やそのご家族に寄り添いたいと思っているのではないのでしょうか。

看護師にとって看護技術を実践するために必要な知識を持つだけでは意味がありません。看護師にとって重要なのは、①看護の対象である人間を理解すること、②看護とは何かを知ること、③看護における倫理について考えること、④患者と相互に関係するためのコミュニケーションの方法を得ることの4点ではないのでしょうか。皆さんはいかがでしょう。看護ではなく業務をこなす日々になっていないのでしょうか。医師の指示どおりに業務をこなすのが看護師の役目ではありません。

コロナ禍における当院の状況について

石川県の要請に応じ、当院は現在80床のコロナ専用病床を運用しております。この中で、当院ではさまざまな事例を経験しました。2020年3月から、面会は原則不可としておりますが、入退院時、病状説明、手術時、終末期の看取り、死亡時、長期入院の方や新生児の場合は面会していただいております。ただし、コロナ感染患者さんにおいては、原則iPad面会となっております。新型コロナウイルスによる面会制限がもたらした影響は多大であり、最後の時間を過ごす場所や、療養場所、治療法の選択などにおいて、さまざまな倫理的ジレンマや課題が生じました。患者やそのご家族と関わりができなかった中で、改めて看護の本質を考えさせられました。

当院では2022年8月末までに、45人のコロナ感染者の看取りを経験しました。看取りをしたスタッフからは「せつない」「見ていてつらい」「さみしい」「一人ぼっちでかわいそう」という声が多いです。家族が見守る中で何とか看取りができないかと思うのですが、当院ではiPadを使いリモートで対応しています。ご家族のご希望があれば感染リスクを説明し、防護具を着用してご遺体に面会していただいております。コロナに感染して亡くなった方は、病院で看護師が納体袋に収容し納棺までしております。亡くなった患者さんにとっては、看護師が最後の直接対応者となります。納体袋に収容する前に、ご家族が持参されたスーツや礼服に着替えていただき、思い出の品をひつぎに入れて送り出しています。

コロナに感染した妊婦の出産についてですが、日本産婦人科学会の「新型コロナウイルス感染症への対応 第6版」によれば、「新型コロナウイルスに感染した方の産科的管理は通常に準ずる。感染拡大に応じ施設によって帝王切開とするか、経膈分娩にするか、臨機応変に対応することが望ましい」と記されておりますが、現在、ほとんどの医療機関では、コロナに感染した妊婦の受け入れはされていません。また、コロナに感染した妊婦を受け入れている医療機関であっても、分娩は原則帝王切開としているところが多いようです。当院ではガイドラインに基づき、今年から経膈分娩を取り入れることにしました。その条件としては、妊婦さんと医療スタッフの安心・安全が第一です。コロナ陽性妊婦は、一律帝王切開ではなく、妊婦さんのご希望や、母児の状態、およびマンパワーや環境などを鑑み、分娩方法を決めることに

なっています。ちなみに、これまで分娩介助をして感染した職員はいません。2022年8月末までに、当院では帝王切開6件、経膈分娩23件を経験しました。

事例紹介

事例をご紹介します。妊娠40週で夫と長男の3人暮らし。2歳の長男が発熱しPCR陽性、患者さんはコロナ濃厚接触者となり、他院から分娩対応紹介となりました。破水入院時にPCRで妊婦の陽性を確認し、経膈分娩にて出産されました。破水から児娩出まで18時間57分でした。先日は、来院時に既に子宮口全開大で、直接産科病棟に入り1時間で出産した事例もありました。出産後は母児分離となります。母親はコロナ専用病棟で管理、児はPCR検査2回陰性を確認するまでNICU陰圧管理となります。児の陰性確認後は、母親の隔離解除までの10日間、産科病棟で管理します。妊娠中は平常時でも、「これは大丈夫？ もしも何かあったら」とちょっとしたことでも不安になりがちです。それなのにコロナ陽性妊婦は、子どもに感染しないか、無事出産できるかという不安を持ちながら、家族の面会ができない状況下で、出産も産後も一人で頑張らなければいけません。本来は喜びに満ちあふれるべき出産であるはずなのに、だからこそコロナ専用病棟の看護師も、産科の助産師も、出産から隔離解除になるまでの間、精いっぱいケアを行っています。

後日、コロナに感染して出産された患者さんの夫から、コロナ専用病棟に手紙と絵が届きました。手紙と絵を学会で紹介することについては事前に同意を得ています。頂いた手紙の一部を紹介します。「産んですぐにわが子と離れておりました妻も、テレビ電話を毎日していただけたおかげで不安もなかったようです。先生、看護師の皆さまのおかげで、私たち家族一同、忘れられない思い出となりました。コロナ禍の中、働いてくださりありがとうございます」。そして手紙とともに2歳の息子さんが書いた「ありがとうございました」の文字と虹の絵が同封されていました。子どもさんが一生懸命書いた虹を見て、スタッフと共にほほ笑ましい気持ちになりました。

次に、治療の過程でECMOが必要になった事例をご紹介します。Aさんは50歳代の男性、妻、娘2人の家族は県外在住、石川県に単身赴任中で他院からの紹介入院でした。転院されてすぐに呼吸状態が悪化し、集中治療室へ入室となり、気管

内挿管、人工呼吸器管理の方針となりました。医師より、人工呼吸器を装着する説明が行われ、Aさんは覚悟し「お願いします」と治療に同意されました。その後、呼吸状態がさらに悪化したため、県外から妻と娘を呼び主治医より病状説明が行われました。「数日で命を落とす可能性があります。補助療法ではあるがECMOを導入し、命をつなぎ留める方法しかありません」と説明され、家族は同意されました。家族は感染リスクがあるため、Aさんと直接面会することはできず、iPadでAさんの顔を見るのみでした。Aさんから家族へ、人工呼吸器装着前に送ったメールの内容を、ご家族の同意を得て主治医からスタッフが見せてもらいました。「人工呼吸器につながれる状態になったら意識がなくなる。もしかしたら命を落とすかもしれない。無事に帰ったら、みんなでお寿司を食べに行こう。みんなと家族になれて幸せだった」という内容でした。この言葉を受けて、患者の命をここでなくすわけにはいかない、再び家族でお寿司を食べてもらうことがチームの目標となりました。

ECMO管理中の合併症で、血液の凝固機能に異常が生じ、口・鼻・耳からの出血や尿尿で貧血状態となり、毎日大量の輸血をする必要がありました。ECMO管理中は多くのスタッフがAさんに関わりました。その後、徐々に改善し、ECMOから離脱することができ、家族と共に県外の自宅へ退院となりました。後日、医療者への感謝の手紙と家族でお寿司を食べに行ったときの写真が届きました。命を落とすかもしれない大変な状況でしたが、Aさんの回復力や家族の支えがあり、職員一丸となり患者の状態改善に向けて対応した結果、Aさんは社会復帰することができました。主治医、チームCOVID、薬剤師、病棟看護師、集中治療室看護師、手術室看護師、臨床工学技士、放射線技師、理学療法士、NST（栄養士）、ICTなどの当院の専門職種がワンチームでこの事例の治療に関わりました。多職種が毎朝コロナカンファレンスで情報を共有し、治療方針を検討し、それぞれの専門性を発揮して患者へ介入しました。

これらの事例から、多職種がそれぞれの分野の専門的知識を生かし、患者の目標達成に向けて、多方面から患者に専門的技術を提供すること、また、一つの職種だけでは達成できないことでも、多職種で力を合わせ、知識と技術を結集することで達成することができること。そして、多職種が連携・協働し、心を込めてケアしたからこそ自宅

退院へつながったと言えます。

チーム医療

先ほどの事例などを経験して、改めてチーム医療について考えさせられました。チーム医療とは、医療に従事する多種多様な専門職が、それぞれの高い専門性を前提に、目的・到達目標・手段に関する情報を共有し、業務を分担しつつもお互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することです。今、幅広い知識と視点を持ち、さまざまな現場で活躍できる看護師の育成が求められています。

看護師はチーム医療のキーパーソンです。病院の在院日数短縮や医療の在宅シフトが進む昨今、各専門職の連携はますます重要になると考えられます。中でも看護師はあらゆる医療現場において、診察・治療などに関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで、幅広い業務を担い得ることから、いわばチーム医療のキーパーソンとして、患者や医師、その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きいのです。

日本看護協会の元会長の坂本すがさんが、2014年の日本病院学会のシンポジウムで、「看護とは、24時間患者の生活を見ながら、何が起きているかを察知し、誰（どの職種）の手が必要か采配する力である」と発言されました。坂本すがさんの言葉にあるように、看護師は医療のキーパーソンとしてリーダーシップを取っていかねばならないと思います。

先ほど紹介した当院の事例のように、チームが

同じ目的や目標を持ち方向性が定めれば、チーム力はより強くなります。さらに個人の成長がプラスされればチーム力はアップします。繰り返しになりますが、キーパーソンは看護師です。

コロナ禍での新しい動きに向けて、新型コロナウイルス・パンデミックは、現状の医療体制に関するさまざまな課題をあらわにし、また大きく前進させようとしています。その一つが多職種によるタスクシフト・シェアの動きです。2021年の医療法改正では、それぞれの専門分野で多職種による業務拡大が実現しています。今がまさに変革の時です。各専門職が連携するためには、看護職の役割「自分を知る」ことと、各専門職の役割「仲間を知る」ことが必要になります。われわれ看護師は看護職の視点からの考えや判断を、多職種が理解できるように伝えていくことが大事だと思います。そして何よりもわれわれは、看護職の役割を組織や社会に理解してもらえよう努力することが必要だと思います。

まとめ

見つめ直す看護の本質と変革への挑戦とは、来る2025年、2040年に向けて、多職種とタスクシフトやシェアをすること、チーム医療が必要であることから、看護師一人一人が自分の置かれた場所で、看護師の専門性（看護の本質）を軸に、看護の質を担保しながら、さらに役割を発揮し（変革への挑戦）、看護師がチーム医療のキーパーソンになること、その上でこれまで以上に医療の提供に貢献することであると考えます。

特別講演

第15回看護実践学会学術集会

「妖怪人間ベムは永遠に笑わない ～「死」からはじまる「生きる意味」と間（あわい）～」

佐藤 泰子

京都大学大学院 人間・環境学研究科 研究員

日時 2022年9月10日(土) 会場 オンライン開催

はじめに

越野さん、過分なるご紹介を頂きましてありがとうございます。大会長の江藤さんからは2年越しのラブコールを頂いておりました。ありがとうございます。先ほどの江藤さんのご講演で、現場にいる皆さんが患者に向き合い寄り添ってこられたということが伝わってきて、看護師ではない私などは何も言えないと感じております。私の仕事は、看護師さんたちが「自分たちがやってきたことは間違いではなかった」と、元気になっていただけるように微力ながら応援することだと思っています。

人はみな苦悩する

人は苦悩し問う。「なぜ私が、がんになったのですか」「なぜ私が、この若さで死ななければいけないのですか」と。この“Why me”という問いが、患者の苦しみの深いところに存在しています。しかも、これに答える言葉を人は持っていません。

圧倒的な苦しみのなかで「なぜ私なのか」そして「なににもできなくなった今、なぜ生きているのか」と問うのです。「頑張れ、頑張れ、生きろ」と言われても、「生きている意味がわからない」と苦しみます。本日は「妖怪人間ベム」から「生きる意味」「苦しみ」について考えてみましょう。

言葉・概念を手に入れたことの副作用

皆さんは「何を使ってものごとを考えています

か」と問われたとき、「脳かな、頭かな、…」とあれこれ心に思い浮かべますね。これら心に浮かんできたものはすべて言葉なのです。私たちは言葉を使って考えています。

言葉を使って考えているということは、言葉がないと考えられないということです。江戸時代まで日本語にはなかった言葉がたくさんあります。例えば「社会」「権利」「客観」「主観」…など。「権利」という言葉は日本にはなかったもので、当時はその概念がないわけです。お百姓さんは、一生懸命作ったお米をほとんど年貢として持っていかれるのですが、「私たちにも白い米を食う権利がある」とは言わなかったでしょう。なぜなら権利という言葉がなかったもので、そもそも権利という概念がなかったからです。

数学や物理学の基にある数字や公式なども含め多くの概念を手に入れたことによって、科学・技術が発展し、私たちはいろいろなことができるようになりました。宇宙にも行けるようになり、抗がん剤も作れるようになりました。しかし、言葉を手に入れたことの副作用として引き受けざるを得なかったものがあります。

それは、苦悩です。たとえば「なぜ私が、がんになったのか、まだまだやらなければならないことがあるのに…家族をおいて死ねない、どうしたらいいのか」と患者さんは苦悩されます。これは言葉の世界で起こっている。心に浮かぶのは言葉だけではありませんが、「なぜこうなったのか、悲しい、つらい」…という苦悩は言葉の世界で展

開します。言葉を手に入れたことによって、私たちは苦悩という副作用も引き受けざるを得なくなりました。

言葉はばらばら

さて話を戻します。考えるときに使っているその言葉は、小説のように理路整然とした文章となって心に浮かんでくるのでしょうか。「がんです」と言われて、「仕事ができなくなる」…「重粒子線治療？」…「300万円？」…「女房は子どもたちをどうやって育てていけばいいのか」…と、言葉が心の中で混沌としている。

この混沌とした言葉が並び始める瞬間があります。発話の瞬間です。発話する瞬間に並べざるを得ないのです。「てにをは」を間違えないように、あるいは今言ったことと次に言おうとしていることに整合性がなければ気まずいので、そこを取り繕いながらしゃべったり、書いたりします。つまり、語るということは言葉を構成していくということなのです。

語るだけでは解放されない

語る、つまりばらばらに浮かんでくる思いを並べ再構成していくと、客観視が起こるので、苦しさはほんの少しだけ軽くなるかもしれません。しかし、しゃべったからといって完全に苦しみから解放されるわけではありません。苦しみからの解放の手立てを探るには、まず「苦しみと緩和の構造」を明らかにしなければなりません。それがわかると、援助者のその場での自分の立ち位置が見えてきます。

苦しみとは何か（図1参照）

何か苦しいことがある。例えば、「がんになった」「歩けなくなった」「自分でトイレに行けなくなった」など、さまざまあります。

がんになったこと、歩けなくなったことがなぜ苦しいのかというと、その事態に対して“NO”なのです。“YES”なら苦しくない。「がんになって良かった」「歩けなくなってラッキー」と思うのなら苦しくないでしょう。「がんになった」「歩けなくなった」ことに対して嫌だと思っている、つまりその事態に対して“NO”なのです（図1①）。

“NO”を突きつけるには、ある前提があります。苦しい事態の反対側に、「こうであってほしい」が存在しています。当事者自身に明確な自覚がない場合もあるけれど、「健康でありたい」「トイレは自分の足で歩いて行きたい」という「こうであってほしい」思いがどこかにある。「こうであってほしい」と思っている反対のことが起こったときに、私たちはそれに“NO”をいいわたす。

「これでいいのだ」なら苦しくありません。「これでいいのだじゃないのだ」というところから苦しみが発します。苦しい人の話を聴くとき、その人にとって「NOな苦しいことは何なのか」、「こうであってほしいことは何なのか」を探していきます。

苦しいとき、どうする？（図1参照）

「NOな苦しいこと」の前に立たされたとき、われわれは最初になにかを動かそうとします。がん治療をする、歩けるようにリハビリするなど。治療やリハビリをするというのは、事態を動かし

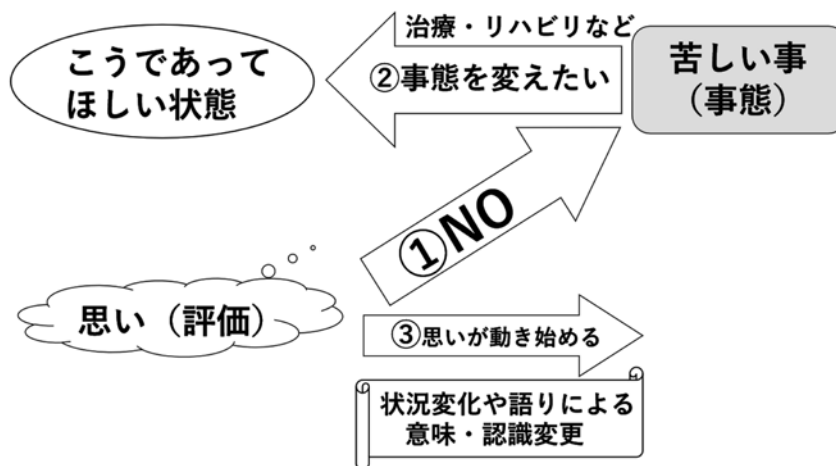


図1 苦しみと緩和の構造（シエーマZ）

たい願ひからはじまります(図1②)。そのときは「こうあってほしい」希望を見つめながらそこに向かっているの、なんとながらがんばれる。そのための情報はありがたい。

ところが、世の中には事態が動かないことは山ほどあります。動かない方が多いと言っても過言ではないでしょう。

事態が動かないとき、もう一つ動かせる駒が残っていて、その駒を動かします。残っている駒は、自分の思いです。私たちは思いを動かす(図1③)しか手立てがないのです。

それは自分でしかできません。援助者は「何かいいことを言って、この人の思いを動かしてあげよう」と考えない方がいいです。それをするとたいていの外をします。思いは当事者が動かすしかありません。語りの中で思いが動くことがあるので、話しを聴くことが重要になってきます。

さて、思いを動かすにはどうしたらいいのか。人は、思いを動かすために「NOな苦しいこと」とその反対側にある「こうであってほしいこと」の意味を変えようとします。苦しみを語るというのは、物語を再構成しながら同時に意味や認識を変更していく、あるいは事態の新しい意味を探す作業をしているのです。苦しみを語っている人は、新しい意味の鉤脈を探し当てる旅をしているので、その旅につき合っていたいただけるとありがたい。

意味を変えるとは

人工肛門になった患者さんが、「人工肛門になってしまった、旅行も行けない、もう生きる意味がない、人工肛門のせいで私の人生は終わった」と気落ちされました。何年かして人工肛門とのおつき合いもうまくできるようになってきておっしゃいました。「人工肛門のせいで私の人生は終わったと言っていました、違っていました、人工肛門のおかげで命を拾いました、人工肛門にしなかったら、とっくに死んでいます」と。状況自体は同じですが、「人工肛門のせいで」が「人工肛門のおかげで」に、人工肛門の意味が変わりました。これが先ほどから言っている意味が変わることです。

どこから見るかによって意味が変わる。立ち位置を変えれば見え方は変わります。

援助者の立ち位置

できれば事態を動かしたいが動かないときがある。「どうにもならなさ」「どうしようもなさ」が、

生きる意味がない、希望がないというスピリチュアルペインにつながります。思いは自分でしか動かせないの、援助者は、話しを聴くことで当事者の中で意味が変わっていくプロセスを支えることになります。

事態を動かしているのか、思いを動かしているのか、あるいは事態と思いを同時に動かしているのか、モードのスイッチを切り替えながら看護師さんは援助しています。さらに、この構造(図1)を知りながら援助をすると、自分がどこに立っているのかが見えてくると思います。

“NO”を受け取ってほしい

“NO”を誰も受け取ってくれなければ、患者は事態を動かすことも、思いを動かすこともできず、そこに立ちすくんでしまうことがあります。この世界でたった一人でもいいから“NO”を受け取ってくれる人がいれば、患者はどこかを動かしていく勇気ももちます。

病院では真っ先に事態を動かしてくれます。検査や治療など、事を動かしてくれなければ私たちは死んでしまうかもしれないのですから、たいへんありがたいです。その時に「つらい、苦しい」という“NO”を、誰か一人でも受け取ってくれたら患者は頑張れます。誰も“NO”を受け取ってくれなければ、蹲って事態も思いも動かせないことがあります。「…がしんどいのですね」と、“NO”を受け取ってくださる看護師さん、ありがとうございます。

動かない苦しみ

一番苦しいのは、どれも動かないときです。事態も思いも動かない状態の中にいる人は少なからずいます。この状態が一番苦しいです。事態や思いが動かせるものならまだ何とながらがんばれます。動かない状態の中を生きている人たちは真の苦しみの中にいます。その人の苦しみの深さを完全に理解することはできませんが、この構造を知っていると「動かなさの中にいる」ということだけはわかってあげられるのです。

それを動かしてはいけないときがある

もう一つ大事なことは、事態を動かしてはいけない場合や思いを動かしてはいけない場合があるということです。事態を動かさなければいけないとき、さっさと諦めて思いを動かさそうとしてはいけません。逆に、思いを動かさなければい

けないときもあります。その都度、どちらを動かさなければいけないのか、動かしてはいけないのかを考えながら私たちは生きていませんか。

「話して」「離して」「放す」

「はなす」とは、「話して」、「離して」、「放す」ことです。話して、自分から少し離す。そして最後の「放す」が大変です。「NOな苦しいこと」とその反対側にある「こうであってほしいこと」の意味が変わったときに「苦しみ」を放すことができるわけです。意味が変わらないうちは苦しみを手放さないで、何度も同じ話をします。何度でも聴いてあげてください。

「吐く」はすごい

「吐く」はすごいです。しんどいことやつらいことも、消化できたら人生の学びや糧になります。しかし、世の中には不条理で、どうしても納得できない、消化できないことがあります。消化できなかったものは食べ物と同じで吐くしかないのです。はけ口になってあげられる人、聴いてくれる人は素晴らしい人です。聴いてほしい相手とは、聴いてその話を胸にしまっておいてくれる人です。患者は話す相手を選んでいきます。「この人は話す相手ではない」と思ったら話しません。「この人なら胸にしまっておいてくれるな」と思える人に話します。はけ口になってくださっている人は、選ばれているということです。

話して後悔するときがあります。相手を間違ったときです。「この人に言うんじゃないか」と思ったときは非常に後悔します。私たちは、「話して良かった」と思われる人になりたいものです。

さて、自分で出した答えにしか人は納得しません。答えは当事者の中に控えています。吐ききら

なければ、当事者の中で控えている答えや新しい意味は見えてきませんから、吐ききることが肝要です。

コミュニケーションの2つの方法

コミュニケーションの話をします。伝達方法は言葉や文字といった言語的なもの、そして身ぶり、表情、言い方などの非言語的なものがあります。コミュニケーションにおける言語の果たす役割はたった2割です。あとの8割は言い方や表情などの非言語によって伝えています。また受け手も非言語的なところを受け取っています。

コミュニケーションの4層と「観る」(図2参照)

対話には4つのメッセージが層となって存在します。表層部には状況説明や事実確認があって、それらは言葉で表現できます。その下にはその人の意見や考えが控えている場合があるのですが、言わないことも多いです。その下には相手にどうしてほしいかが隠れていて、これは非常に言いにくく、言ったとしても遠慮がちに言う。その下には感情や気分が鎮座しています。ここは言葉だけでは伝えきれません。

この4層と言語・非言語の関係を合わせみると、「昨日39度の熱が出ました」というのは言語的方法で伝えることができる。ところが深いところにある感情や気分を言葉で表すのは非常に難しいので非言語で伝えてきます。痛そうな表情やイライラした言い方で表現します。したがって「観る」ことが大事になってきます。

コミュニケーションの層と「向き合う」「寄り添う」

(図2参照)

「向き合う」と「寄り添う」について少しお話

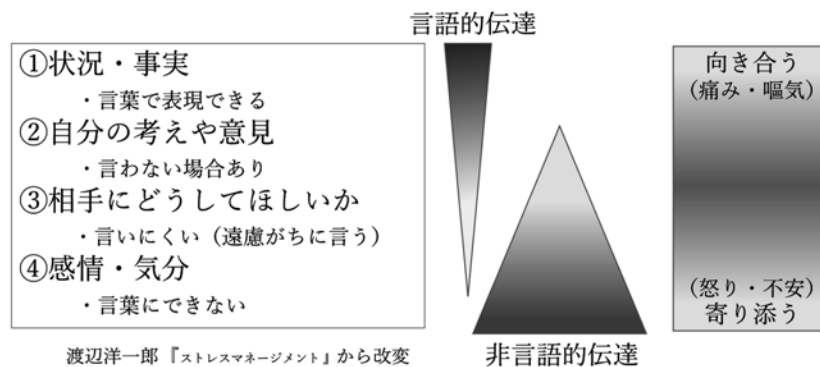


図2 対話の4つのメッセージと「言語的伝達・非言語的伝達」、「向き合う・寄り添う」との関係

しします。「熱が39度あって、体が痛い」という事実に対しては向き合い（対処し）、「もしかしたら再発したかもしれない、また悪くなるかもしれない、怖い」という、39度の熱が出たことによって起こった不安や怒り（気分や感情）に対して寄り添う（共感する）。要するに、事実や状況に対しては向き合い（対処し）、それに伴う怒りや不安（気分や感情）に対して寄り添う（共感する）。看護師さんたちはこのような気遣いをしながら看護を実践しています。「向き合う」（対処）と「寄り添う」（共感）を使い分けると、自分の行為や立ち位置がみえやすいのではないのでしょうか。

「聴く」

「聴く」とは、4つのメッセージを受け取ることを意味します。特に深いところに隠れている、「どうしてほしいか」と、言葉で言えない気分や感情を受け取らなければならない。それらは非言語によることが多いので、「観て」「察する」ことを含むのが「聴く」ということだと考えます。

また、4つのメッセージに意識を向けて、不明なところは尋ねる。自分の理解で間違いないかを確認しながら聴くと、「一生懸命聴いてくれている」感覚を話し手が持つ。なぜなら不明なところを確認する行為は、しっかり聴いていないとできないから、伝えたことが聴き手の中を通過してきたと話し手が感じるからです。

あるいは「39度の熱が出てしんどかったんですね」と、相手が言ったことをそれとなく返すと、「聴いてもらえている感」を話し手に持ってもらえます。聴いていなければ出てこない言葉だからです。

イメージはそれぞれ違う

「昨日、車を運転していたら猫が飛び出してきて、急ブレーキを踏んで心臓がバクバクしました」と聞くと、多くの方は「わかる、わかる」と思います。どういう猫か、どういう車か、どれぐらいのスピードか、どういう道か、さっぱり分からなくても、「わかった」と思うのです。それは自分が知っている猫、自分が乗っている車、自分がよく通る道…など自分がすでにもっている知識や記憶を総動員しながら人の話を聞き、「わかった」と感じるのです。

したがって、話し手が思い浮かべているイメージと、聞き手の心の中に浮かんでいるイメージは違います。それがいけないと言っているのではな

くて、そういうものなのです。それが「聴く」ことの限界なのです。重要なことは、「全部はわかってあげられていない」ということを判りつつ、相手の話を聴くということです。

業務伝達では「わかった」と思い込むことで確認を怠り、食い違いが生じることがあります。

人間になりたい妖怪人間

妖怪人間ベム、ベラ、ペロの3人は本来恐ろしい妖怪の姿なのですが、普段は人間のような風貌をしており、永遠の命を持っていて死ぬことはない。彼らは「早く人間になりたい」という。人に役立つ行為をしていたら、いつかは人間になれると信じている。実写版である物語は自殺を繰り返す男性と共に展開する話で、私たちに生きる意味を考える契機を与えてくれます。

（物語の詳細については、著作権の関係で割愛）

ベムはその男性に「自分たちは、人と関わらず、ただ生きているだけ」と言う。人と関わらず、ただ永遠に生き続けるだけの命に何の意味があるのかと問うのである。そして、3人は語り合う。「ねえ、おいらたちも人間になったらいつか必ず死ぬじゃうんだよね。それでも人間になりたいって思う？」とペロがベムに聞く。ベムは「ああ、やっぱり俺は人間になりたい」、ベラも「そうだね」。「そっか、実はおいらも」とペロ。

「死」からはじまる「生」

死なない妖怪は「死ぬ運命であっても人間になりたい」と願う。なぜなのか。永遠に生きられる方がいいではないか。いや、違う。

永遠に生きるならば「今、ここ」には、もはや意味がなくなる。いつか終わりが来るから「今」に意味が立ちあがってくる。

永遠に生きるならば、なぜ今、勉強されているのですか。300年ぐらいパチンコして、500年ほどマージャンに明け暮れて、次の1000年は寝て過ごし…退屈になってきたから他の事でもしてみようか。それを繰り返すのもいいのではないですか。どうせ終わらないのですから、適当でいいでしょう。なぜ、皆さんはこんなに「この時間」を頑張っているのでしょうか。答えは一つ、死ぬからです。死ぬからこそ生きる意味がある。死なないなら生きる意味はない。人生が有限な時間であり、再現できない1回性であるからこそ、「生」に意味が与えられる。

生きる意味は間（あわい）に

生きる意味がどこかにあるとしたら、それは誰かとの間（あわい）にある。母として、父として、看護師として…生活のあらゆる場面で自分の意味が「～として」の中に立ちあがってくる。この「～として」が成立するとき、必ずそこに「誰か」がいる。誰かがいるから「～として」の自分がいる。この「～として」を成立させてくれる誰かとの間（あわい）が自分の居場所となる。居場所を確保するために、人は誰かと生きようとする。

「私が生きている意味はこういうことだ」と答えられる人はいるでしょうか。生きる意味は「かくかくしかじかなこと」という言語に乗せられるようなものではなく、ひっそりと匿名的に人の周辺で人を支えています。

生きている意味はわからないけど、それでも、今、誰かと生きている。最後まで誰かと生きている。そのことだけは手放せない。ならば生きている意味は、誰かとの間（あわい）にあるのかもしれない。生きるとは「誰かといる」、ただそれだけのこともかもしれない。だから独りぼっちな患者さんがいたら、「せめて私が最後まで寄り添いたい」と看護師は思う。

独りにしないで

私たちには人生のゴールが見えません。○年○月○日○時○分にこの世を去ると知っている人はいません。ゴールテープが見えないままゴールに向かって走るのです。あたかも全盲のランナーが走るがごとく。暗闇を独りで走るのは怖すぎる。だから全盲のランナーは小さなロープで繋がった伴奏者に一緒に走ってもらいます。この伴奏者こそが皆さんです。

ロープを持って一緒に走った患者を看取った後、「本当にあれでよかったのだろうか」「もっとしてあげられることはなかったのだろうか」と思うことが、残念ながらあります。それは「私がケアしていた」と思うからかもしれません。もしかしたら、その患者さんこそが皆さんをケアしていたのかもしれない。患者さんが皆さんのケアにつきあってくれていたのかもしれない。患者さんこそが皆さんを支えてくれていたのかもしれない。「ありがとう」と言って、私のケアを意味のあるものにしてくれていたのは、もしかしたら患者さんの方だったのかもしれない。患者と看護師との間（あわい）こそが看護師を支えてくれている、ともいえないでしょうか。ありがとうございました。

Original Article

Effectiveness of a self-health management method using a smartphone application for menopausal women

Hatsumi Maeda¹⁾, Tomoko Kunou²⁾, Iku Fujiwara²⁾

¹⁾ Fujita Health University School of Health Sciences Faculty of Nursing

²⁾ Fujita Health University Graduate School of Health Sciences

Key words

menopausal women, self-care, smartphone application, self-health control method

Abstract

【Aim】 The present study aimed to determine whether the use of smartphone applications dedicated to menopause effective and continuity for self-management of health.

【Methods】 Thirty-nine women aged 40–57 freely recorded their health condition by using the application for 2 months. Behavior modification before and after intervention, Simplified Menopausal Index (SMI), self-health evaluation score, and the continuity of the menopausal application were investigated.

【Results】 After use of the menopausal application, there was a significant difference in the behavior change stage of eating habits. In addition, the SMI of the group assessed as having menopausal symptoms decreased. The average number of days of input was 43.3 ± 18.1 days. In response to the menopausal application, the participants responded that it “helped them to know their own physical conditions” (64.1%) and “can be used for taking care of themselves” (51.3%).

【Conclusion】 This study found that 2 months of use of the menopausal application by perimenopausal women promoted behavioral change in eating habits and also alleviated symptoms in those with menopausal symptoms. Regarding the continuation of the menopausal application, it is necessary to devise ways to increase the continuation rate for the future.

Introduction

Menopausal women often experience a variety of physical and mental disorders due to changes in ovarian function and social factors that greatly differ from individual to individual¹⁾, and also affect health and life in old age. Approaches to ameliorate and prevent lifestyle-related diseases are necessary for health support throughout a woman's life²⁾. Thus, it is necessary for menopausal women to objectively grasp their own menopausal symptoms³⁾ and to adapt to these changes by taking interest in the conditions of their bodies and minds and better knowing themselves. This can help them find a coping method they find suitable that can be put into practice⁴⁾. If the menopausal women can improve their lifestyles by themselves to change their behavior, this might promote women's improved future health⁵⁾. However, few previous studies have shown specific self-care methods which the menopausal women use for taking care of themselves.

The use of smartphones today⁶⁾ is increasingly advanced, making smartphones an indispensable item in our daily lives. The younger generation has a high rate of smartphone ownership, and they use their phones in a variety of ways. Numerous smartphone applications have been developed and can be easily used for such purposes as monitoring one's health. As monitoring menstrual and other symptoms on a daily basis aids women's healthcare^{7) 8)}, women at menopause might be able to change their behavior and take actions for their health by installing a menopausal health management application on their smartphones to help them easily monitor their health conditions.

The aim of this study is to confirm whether the use of a menopausal application leads to changes in the behavior of menopausal women and to clarify whether health records with the application can serve as a self-health control method.

Methods

1. Study design

This study uses a one-group pre-post evalua-

tion design.

2. Participants

The subject of this study is women aged from 40 to 59 years of age. According to many previous studies, the most appropriate time for health education of menopausal women is "from the age of 40, when ovarian function begins to decline⁹⁻¹¹⁾." The participants were limited to those who were not aware of menopausal symptoms or who began to be aware of them during five years after menopause. The inclusion has their own smartphones, do not have serious illnesses, have gynecological illnesses and are not currently receiving treatment, and meet all of the above conditions. In accordance with the exclusion criteria, those who were unable to install the menopausal application and who were unable to return self-completion questionnaires before and after the intervention. Participants were recruited through posters displayed at the university secretariat and mailing a poster for research recruitment to the mothers of students at University A.

3. Survey period

The study period was between July 15 and October 21, 2019.

4. Intervention

Upon giving consent, the participants provided basic information for this study and downloaded the menopause application to their smartphones. They inputted a self-check for two months (62 days; Photo 1, Figure 1). The self-completion questionnaires were provided before and after the intervention. The duration of the self-check was 62 days in order to maintain a record over two menstrual cycles. The application used in this study was a smartphone application software, Atrator, produced by CLIMB Factory, Inc., that has already been applied for the health management of athletes. Questionnaire items were minimally customized for health management by menopausal women. The menopausal application software is free of charge. Instructions for downloading it to each individual's smartphone were provided in writing, and questions could be asked and answered via the comments section of the application.



Photo 1
Menopausal application screen used for this study

5. Outcomes

1) The behavior stage of change

We confirmed the change condition of behavior with a transtheoretical model of psychological readiness state¹²⁾. The behavior stages of change comprise a sequence of five stages. “Precontemplation” is the stage in which people do not intend to change behavior; “Contemplation” is the stage in which people intend to change behavior; “Preparation” is the stage in which people intend to change their behavior within one month; “Action” is the stage in which people have made observable changes in their behavior within the past six months; and “Maintenance” is the stage in which people have made and sustained behavior changes for six months or longer¹³⁾. The behavior stages corresponding to the change in each item were scored ranging from “Precontemplation stage” = 0 to “Maintenance stage” = 5. Based on that, points were assigned to responses regarding their behavior in “health management,” “eating

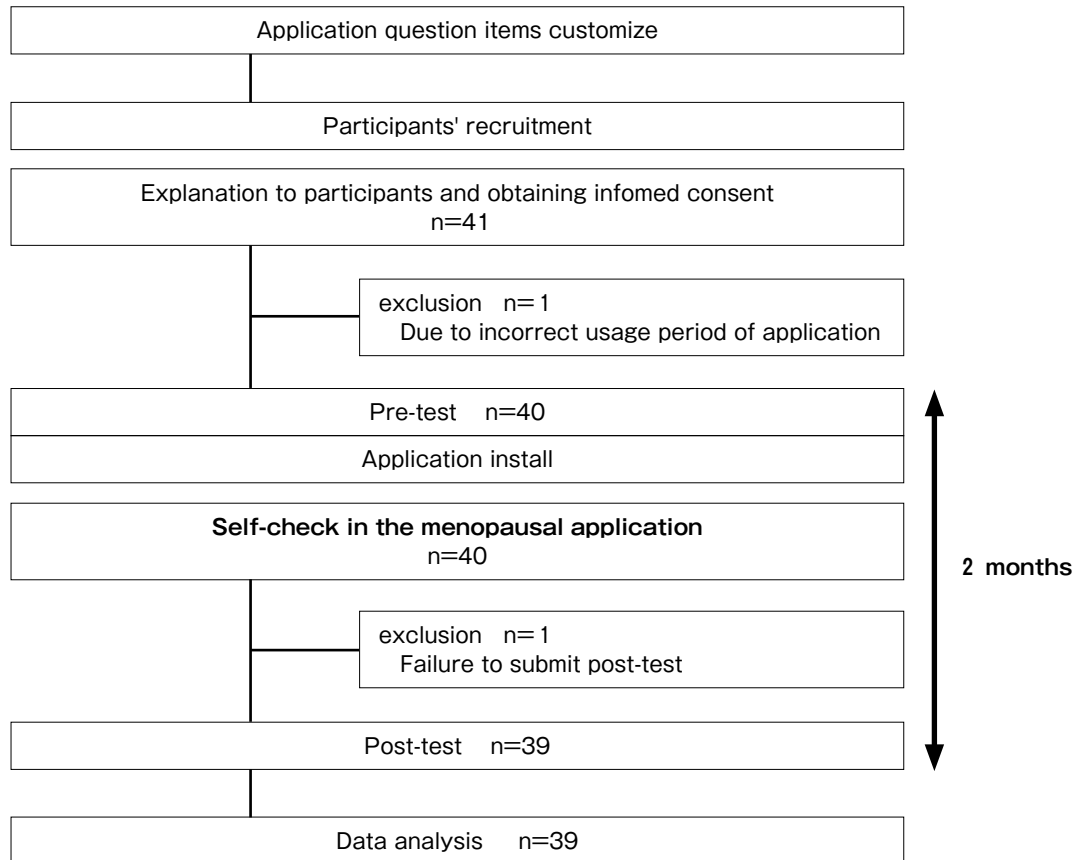


Figure 1 Survey flow

habits,” and “exercise habits” before and after the intervention.

2) Simplified Menopausal Index (SMI)

The Simplified Menopausal Index (SMI) was developed for the specific symptoms of Japanese women in menopause. According to the severity of symptoms¹⁴⁾, 10 items were evaluated on a scale of 1–4 (respectively, *absent*, *mild*, *moderate*, or *severe*), with a total score of 100. The participants evaluated them by themselves before and after the intervention. The results were classified into three categories: 0–25 points “no issues”; 26–50 points “borderline”; and 51–100 points “menopausal symptoms.”

3) Self-health evaluation score

With the definition of an ideal health condition as 100, the current condition of each participant was self-evaluated and scored before and after the intervention¹⁵⁾. Scoring their current health condition led participants to self-analysis, facilitating the effect of cognitive therapies.

4) Input state to the menopausal application

The recorded number of days and continuity of the application during were evaluated. Those

who could input on every three days were classified as the continuation group who could input continuously. Others were classified as non-continuation group. In addition, opinions after using the menopausal application (usage state, own attention item, whether it can be used for health management, free opinions) were extracted from the free input contents (Table 1) of the menopausal application.

5) Characteristics of participants

A questionnaire survey was administered on age, gender, work pattern, menstrual status, health problems, exercise status, lifestyle activities, diet, snacking, sleeping, drinking, bowel movements, use of over-the-counter drugs, and daily application usage.

6. Analytical method

In order to investigate the effect of behavior change, the average scores of overall, health management, eating habits, and exercise habits were compared before and after using the menopausal application. In addition, in order to see the effect on menopausal symptoms, the ratios of the three SMI subgroups (no issues, borderline,

Table 1 Items for menopausal applications

Item	Answer method
Today's facial expression	Face scale selection
Condition	Choices (5 choices)
Areas of concern to the body	Shown on the part
Physical symptoms	Input symptom
Weight	Fill in numbers
BMI (automatic calculation)	(Automatic calculation weight input)
Time of sleeping	Fill in numbers
Mental fatigue	Slider bar
Physical fatigue	Slider bar
Today's meal	Multiple selection (7 choices)
Today's activity	Choices (4 choices)
Motion	Presence or absence
Skin condition	Slider bar
Cold waist and limbs	Slider bar
Hot flashes on the face	Slider bar
Sweating	Slider bar
Sleep quality	Slider bar
Frustrated	Slider bar
Comment	Free-response question

Participants inputted all items daily.

and menopausal symptoms) were compared before and after using the menopausal application. In order to consider the spread of menopausal applications, the researcher described the input status of the menopausal applications and the opinions after use in descriptive statistics for the quantity data and for the free description. In the subgroup analysis, we examined age, SMI, and menopausal application continuity. There are two groups of ages, 40s and 50s, and SMI evaluations were used to define three groups: no issues, borderline, and menopausal symptoms. Two groups, the continuation group and the non-continuation group, were selected for continuous input, and a comparative study was conducted before and after the intervention.

For statistical analysis, 4Steps Excel Statistics 4th Edition was used. Descriptive statistics are expressed as mean \pm standard deviation for quantitative variables and n (%) for qualitative variables. The comparison between the same two groups using the menopausal application was conducted with the Student's t -test and Wilcoxon signed-rank test, and the comparison of input days was performed with Welch's test after the F -test. A comparison of the three groups of SMI assessments was performed with the Kruskal-Wallis test. The significance level was set at $p = 0.05$.

7. Ethical considerations

This study was approved by the Medical Research Ethics Committee of Fujita Health University. The aim and methods of the study were explained to the participants in writing, and their consent was obtained. Ethical considerations included the following: Participation in the study was voluntary, no disadvantage would be incurred if the consent was not obtained, and even after it was given, consent could be withdrawn without any disadvantage (approved: July 3, 2019, Receipt number: HM19-0839).

Results

1. Characteristics of the participants

Excluding 2 people who met the exclusion criteria, the participants comprised 39 women aged 40 to 57 years. The average age of the subjects

was 49.1 ± 4.1 years. There were 30 people (76.9%) who used the application on a daily basis and 1 person (2.6%) who did not use it often (Table 2).

2. Behavior stage of change

The average score of behavior modification of eating habits increased significantly after the intervention ($p = 0.012$). There were no significant changes in the stages of health management and exercise habits (Table 3). In the health management and eating habits of the group in their 50s, there was a significant increase after the intervention ($p = 0.043, p = 0.020$). The stages of behavior change in health management and eating habits in the continuation group of the input of the menopausal application increased significantly ($p = 0.043, p = 0.016$).

3. SMI

There was no significant difference in the average total score before and after the intervention. The group assessed as having menopausal symptoms showed a drop in SMI after the intervention ($p = 0.004$; Table 4).

4. Self-health evaluation score

There was no significant difference in the average total score before and after the intervention (Table 4). Before the intervention, there were two self-health evaluations of 0 points, but their scores after the intervention increased to 20 points and 50 points. In the group in their 40s, the scores increased significantly after the intervention ($p = 0.026$), and for the group assessed as having menopausal symptoms, the score also increased significantly after the intervention ($p = 0.023$; Table 4).

5. Menopausal application input status and opinions after using the application

The overall average number of input days was 43.3 ± 18.1 days. There was no significant difference in the number of days in the inputs in the age and SMI intragroup comparisons (Table 5). Eight participants (20.5%) were able to input daily for 62 days. While using the menopausal application, there was one person who went to the hospital, one who started hormone therapy, and one who decided to have surgery. About the application usage status, more than half of the

Table 2 Characteristics of participants

		Overall	n=39
Age		49.1 ± 4.1	
Work style	Full-time	23 (59.0)	
	Part	13 (33.3)	
	Unemployed	3 (7.7)	
History of obstetrics and gynecology surgery	Surgery	12 (30.8)	
	Not operated	27 (69.2)	
Menstrual status	Regular	11 (28.2)	
	Irregular	14 (35.9)	
	Haven't come recently	3 (7.7)	
	Menopause	11 (28.2)	
Menopausal drug use	None	33 (84.6)	
	Chinese herbal medicine	6 (15.4)	
Supplement usage	Not used	24 (61.5)	
	Are using	14 (35.9)	
Sleep quality	I'm sleeping	20 (51.3)	
	I'm not sleeping	19 (48.7)	
1 hour of activity every day	Can	7 (17.9)	
	Can not	32 (82.1)	
Exercise for about 30 minutes twice a week	Can	3 (7.7)	
	Can not	36 (92.3)	
Daily application usage	Used on a daily basis	30 (76.9)	
	Occasionally used	8 (20.5)	
	I don't use it much	1 (2.6)	
Use of health application	Are using	16 (41.0)	
	Not used	23 (59.0)	

Values are expressed as the number (%) or mean ± standard deviation

Table 3 Changes in behavior stage

		n (%)	Pre-use application Mean ± SD	Post-use application Mean ± SD	<i>P</i>
Health managemen	Overall	39	2.3 ± 1.4	2.6 ± 1.4	.126
Age	40s	18 (46.2)	2.5 ± 1.4	2.6 ± 1.3	.441
	50s	21 (53.8)	2.1 ± 1.4	2.7 ± 1.5	.043
SMI	No issues	7 (17.9)	2.4 ± 1.5	2.7 ± 1.4	.317
	Borderline	20 (51.3)	2.7 ± 1.4	3.0 ± 1.4	.382
	Menopausal symptoms	12 (30.8)	2.7 ± 1.4	2.7 ± 1.4	.281
Continuation	Continuation group	16 (41.0)	2.6 ± 1.5	3.2 ± 1.3	.043
	Non-continuation group	23 (59.0)	2.1 ± 1.2	2.3 ± 1.3	.336
Eating habits	Overall	39	2.5 ± 1.4	2.9 ± 1.5	.012
Age	40s	18 (46.2)	2.2 ± 1.4	2.5 ± 1.2	.129
	50s	21 (53.8)	2.7 ± 1.3	3.3 ± 1.5	.020
SMI	No issues	7 (17.9)	2.7 ± 1.9	2.7 ± 1.9	1.00
	Borderline	20 (51.3)	2.9 ± 1.2	3.4 ± 1.2	.055
	Menopausal symptoms	12 (30.8)	2.7 ± 1.4	2.7 ± 1.4	.043
Continuation	Continuation group	16 (41.1)	2.6 ± 1.4	3.3 ± 1.5	.016
	Non-continuation group	23 (59.1)	2.3 ± 1.3	2.7 ± 1.3	.083
Exercise habits	Overall	39	1.9 ± 1.4	2.0 ± 1.4	.089
Age	40s	18 (46.2)	2.3 ± 1.5	2.3 ± 1.4	.500
	50s	21 (53.8)	1.7 ± 1.2	1.7 ± 1.4	.496
SMI	No issues	7 (17.9)	1.9 ± 1.1	1.9 ± 1.1	1.00
	Borderline	20 (51.3)	2.1 ± 1.6	2.4 ± 1.6	.285
	Menopausal symptoms	12 (30.8)	1.8 ± 1.1	1.8 ± 1.1	1.00
Continuation	Continuation group	16 (41.2)	2.0 ± 1.5	2.3 ± 1.5	.313
	Non-continuation group	23 (59.2)	1.9 ± 1.3	1.8 ± 1.2	.656

Wilcoxon signed-ranks test

SD: standard deviation, SMI: Simplified Menopausai Index

Table 4 Changes in SMI and self-health evaluation

		n (%)	Pre-use application Mean ± SD	Post-use application Mean ± SD	<i>p</i>
SMI	Overall	39	41.9 ± 19.2	40.7 ± 18.3	.435
Age	40 s	18 (46.2)	40.4 ± 14.7	40.1 ± 14.5	.879
	50 s	21 (53.8)	43.1 ± 22.7	41.2 ± 21.4	.414
SMI	No issues SMI ≤ 25	7 (17.9)	18.1 ± 7.3	25.1 ± 13.6	.063
	Borderline 26 ≤ SMI ≤ 50	20 (51.3)	36.2 ± 7.4	36.6 ± 15.4	.985
	Menopausal symptoms 51 ≤ SMI	12 (30.8)	65.3 ± 11.8	56.6 ± 13.9	.004
Continuation	Continuation group	16 (41.0)	41.7 ± 18.8	41.0 ± 18.4	.643
	Non-continuation group	23 (59.0)	42.0 ± 19.1	40.4 ± 17.9	.766
Self-health evaluation	Overall	39	61.0 ± 21.3	66.2 ± 15.3	.075
Age	40s	18 (46.2)	57.8 ± 22.0	66.7 ± 15.6	.026
	50s	21 (53.8)	63.8 ± 19.7	65.7 ± 14.6	.417
SMI	No issues	7 (17.9)	80.7 ± 6.1	76.4 ± 12.5	.750
	Borderline	20 (51.3)	66.3 ± 11.1	69.3 ± 13.4	.171
	Menopausal symptoms	12 (30.8)	40.8 ± 24.3	55.0 ± 13.8	.023
Continuation	Continuation group	16 (41.0)	61.3 ± 17.7	69.1 ± 13.7	.053
	Non-continuation group	23 (59.0)	60.9 ± 23.0	64.1 ± 15.6	.224

Wilcoxon signed-ranks test

SD: standard deviation, SMI: Simplified Menopausal Index

Table 5 Number of input days

		n (%)	Number of input days Mean ± SD	<i>p</i>
Age	Overall	39	43.3 ± 18.1	.075 ¹
	40s	18 (46.2)	37.6 ± 19.2	
	50s	21 (53.8)	48.1 ± 16.0	
SMI	No issues	7 (17.9)	42.7 ± 22.2	.945 ²
	Borderline	20 (51.3)	41.5 ± 19.8	
	Menopausal symptoms	12 (30.8)	46.6 ± 12.8	

1. Welch's test

2. Kruskal-Wallis test

SD: standard deviation, SMI: Simplified Menopausal Index

participants selected the following items were “Good not to have to input every day” (69.2%), “Easy to input” (59.0%), and “I was able to do it at my favorite time” (51.2%), and regarding the influence on one’s own health management, “It helped me to know my physical condition” (64.1%) and “Can also be used for health management” (51.3%) were highest-ranked (Table 6).

Discussion

A significant increase was indicated in eating habits as a change in action habits due to the use of a menopausal application by menopausal women. This result suggests that the use of the menopausal application allowed menopausal women to know themselves and led to changes

in their behavior. We have thus shown that the menopausal application can be used as a self-health management method.

Menopausal women have diverse roles in their lives, including work, child-rearing, housework, and family care³⁾. Therefore, they experience much stress and many burdens, both mentally and physically⁴⁾¹⁶⁾. It has been reported that many of them want to improve their lives but are unable to adjust due to their multiple roles²⁾. Applications have been found to facilitate health management. A previous study reported that the use of email promoted successful weight loss through nutritional guidance¹⁷⁾. Similarly, it has been reported that keeping a record of menstrual symptoms using an application enhanced us-

Table 6 Participant's opinions (Multiple items can selected.) n=39

Usage of menopausal apps	n (%)
Good not to have to input every day	27 (69.2)
Easy to input	23 (59.0)
I was able to do it at my favorite time	20 (51.2)
Easier to record than paper	19 (48.7)
Easy to forget to enter	17 (43.6)
Items you want to see can be graphed	12 (30.8)
There was an item to be worried about	7 (17.9)
Many items	6 (15.4)
Input is troublesome	5 (12.8)
It takes time to input	4 (10.3)
Installation complexity	0 (0.0)
Impact on your health care	
It helped me to know my physical condition	25 (64.1)
Can also be used for health management	20 (51.3)
Especially the way of life did not change	16 (41.0)
Increased interest in health	12 (30.8)
Became a habit of using	9 (23.1)
I noticed a change in my body	7 (17.9)
You don't have to be an "attractor"	6 (15.4)
The way of thinking about healthcare has changed	5 (12.8)
Healthcare does not change the way of thinking	5 (12.8)
Started working on health care	3 (7.7)
Understand the need for a health check	1 (2.6)
I had a medical examination	1 (2.6)
Not very useful	0 (0.0)

ers' awareness of their self-state and changes in their daily life as effectively as the conventional method of recording such information on paper⁸⁾. This study similarly suggests that the use of the menopausal app made the users aware of their own health condition and led to changes in their daily lives. It is probable that the significant behavior changes in the continuation group were caused by the continuous recording of one's living condition in the menopausal application, which triggered participants to "look at themselves" and led to coping behavior. Shima¹⁸⁾ mentioned that "a system for supporting selfcare requires an approach to promote interest in it and the establishment of a method to understand our health conditions." We consider the menopausal application a useful item to promote such selfcare.

In the SMI evaluation of menopausal symptoms, the SMI scores decreased after the intervention. There is a report that menopausal women do not take an action to receive medical checkup until feeling the need of treatment, even though they have had physical symptoms

and high SMI¹⁶⁾. However, there are some of the participants who got a check-up at a hospital, who started hormone therapy, or who decided to have surgery for the duration of the intervention. Fujita⁷⁾ mentioned that "the record of symptoms, which subjects with premenstrual syndrome are keeping in an application, is useful for the diagnosis of PMS and has a cognitive therapeutic effect on itself." The menopausal application made them conscious of menopausal symptoms by recording their health conditions and led many of them to see a doctor or receive treatment. Because the menopausal application could be carried with them at all times, 64.1% of the participants responded that it was helpful to them knowing their physical conditions. We consider that recording their health status in the menopausal application helped them to recognize abnormalities and to move on to the next behavioral stage. Therefore, we suggest that the use of the menopausal application leads to behavior modification.

In terms of self-health evaluation scores, the scores of the group in their 40s and the meno-

pausal symptom group increased after intervention. The self-health evaluation scores increased significantly for the group assessed as having menopausal symptoms after the intervention. As indicated by the response that it can be used for health management (51.3%), we consider that the health evaluation score improved because the application helped participants take action to adjust their health conditions.

It has been reported that increasing numbers of menstrual application users who have unpleasant symptoms such as menstrual syndrome are recording their experiences⁷⁾. Regarding the number of input days for the menopausal application, 20.5% of the respondents were able to input data every day, and in the continuation group this was true of 16 users (41.1%), and no significant difference was found between groups in the number of input days. Therefore, it is necessary to examine the contents of the menopausal application to increase the continuation rate. Since we considered that many menopausal women might not be adept at operating smartphones, we customized the application so as to be easily and quickly operable by menopausal women in one operation, which contributed to the response that “easy to input” (59.0%). The menopausal app has the advantage that it is always with the user everywhere, so the data can be entered immediately. This contributed to the response, it was “good not to have to input every day” (69.2%). However, there were also comments that it was “troublesome” and “time-consuming.” We found that the menopausal application could be a unfamiliar method for those who are not adept at using smartphones. Therefore, certain support measures are required, such as the initial connection and ongoing support.

It was inferred that there were also changes in daily physical symptoms in the participants' diverse lifestyles. As the standard deviation of the mean shows a wide range, there are expected to be large individual differences. It has been reported that menopausal women can successfully overcome the challenge of menopause if they can find and practice a coping method that suits them¹⁰⁾. The use of this menopausal application

has the effect of promoting self-understanding and self-care in managing health, and thus can be considered a method that leads to self-health management.

There are several limitations to this study. The input period for the menopausal application was two menstrual cycles, but it seems that it takes about 6 months to note one's progress and change one's behavior. In addition, the input is from the continuation group (16, 41.1%), and it is necessary to devise ways to increase the continuation rate. In addition, in order to lead to clear results by age, it is necessary to increase the number of participants in each 5-year-interval group and verify the findings in greater detail. Smartphone penetration among people in their 40s and younger is high, so it is predicted that they will have little difficulty using the application. Therefore, we believe that using apps tailored to each period of a woman's life cycle will help lead to behavior change.

Conclusion

It was hypothesized that the use of a menopausal application customized for the health management of menopausal women would lead them to better visualize their own health condition, leading in turn to behavior change. This study found that the effect of the menopausal application does indeed promote behavioral changes in eating habits and help users relieve menopausal symptoms, enhancing the self-health evaluation of the participants in their 40s and those with menopausal symptoms. On the other hand, it is necessary to devise ways to increase the continuation rate in the future.

Conflict of Interest

There is not conflict of interest to be disclosed. (June 17, 2019, Receipt number: CI19-129)

References

- 1) Kume M : Women's life stages and their characteristics, menopause and old age, Kume M ed. : Women's Healthcare and Life stage, Ishiyaku Publishers, Inc., 96–123, Tokyo, 2007 (in Japanese)

- 2) Ikeda T, Maeda T : Investigating health support for menopausal women. *Journal of Japanese Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15(1), 162–168, 2010 (in Japanese)
- 3) Ikeda T, Maeda T : Study on the health support for the menopausal women in rural areas. *Japanese Journal of Maternal Health*, 50(4), 656–664, 2010 (in Japanese)
- 4) Iioka Y : Mental and Physical Changes Experienced by Perimenopausal Women and Coping Methods. *Journal of Japanese Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15(2), 237–247, 2010 (in Japanese)
- 5) Miyauchi K : Effect of a health education intervention with a feedback leaflet for middle-aged female workers. *Japanese Journal of Health Education and Promotion*, 18(3), 186–198, 2010 (in Japanese)
- 6) Ministry of Internal Affairs and Communications : communication usage trend survey points, 2018 [online, https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/data/190531_1.pdf] Ministry of Internal Affairs and Communications, 2. 1. 2019 (in Japanese)
- 7) Fujita S, Horikawa K, Hamada T : Effective use of an application software of smartphone for the self-monitoring of menstruation. *Journal of Japanese Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(3), 271–277, 2017 (in Japanese)
- 8) Egawa M, Okamoto K, Nishimura F, et al. : Development of a smartphone application system of symptom-recording to manage premenstrual syndrome and its clinical use. *Journal of Japanese Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21(1), 105–113, 2016 (in Japanese)
- 9) Ueda M : Health support desired by menopausal women and the methods to collect the information. *Japanese Journal of Maternal Health*, 49(1), 57–64, 2008 (in Japanese)
- 10) Honda C, Kabeyama K : Changes in perception of menstruation in menopausal women. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 30(1), 131–140, 2016 (in Japanese)
- 11) Tanaka Y : The effects of coping with menopausal symptoms on the psychological adjustment of middle-aged women. *The Japanese Journal of Developmental Psychology*, 26(4), 322–331, 2015 (in Japanese)
- 12) Tsuda A, Horiuchi S, Kim E, et al. : A guide for differential approach to stage of change for practicing effective stress management based on transtheoretical model (TTM). *Kurume University Psychological Research*, 9, 77–88, 2010 (in Japanese)
- 13) Takenaka K : Creating a mechanism to encourage the start and continuation of health behavior, Public Interest Incorporated Foundation Health and Physical Fitness Foundation, Shakaihoken-kenkyusho, 1–80, 2013 (in Japanese)
- 14) Honjyo H, Ohama K, Aso T, et al.: Report of "Establishment of Menopausal and Geriatric Scores for Japanese and HRT Side Effect Investigation Subcommittee". Preparation of menopausal symptom evaluation table for Japanese women. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Japonica*, 53(5), 883–888, 2001 (in Japanese)
- 15) Ministry of Health, Labor and Welfare : Standard medical examination health guidance program, 2018(4) [online, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>] Ministry of Health, Labor and Welfare 2. 1. 2019 (in Japanese)
- 16) Ueda K, Miyatake H, Takiguchi N : The Relation Between Health Perception and Menopausal Symptoms and Life Style in Middle-aged Women. *The Japanese Red Cross Hiroshima Coll. Nurs*, 2, 65–71, 2002 (in Japanese)
- 17) Okamoto K, Makino A, Makino T : A case of successful reducing body weight got ovulate using picture mails by mobile phone in infertility obese woman. *Treatises and Studies by the Faculty of Kinjo Gakuin University. Studies in Natural Sciences*, 10(2), 1–4, 2014 (in Japanese)
- 18) Shima A, Takamami S : Research on Establishment of Community-Based Health Care System for Women in Menopause-Demands for Health Care Services According to Ages in Urban Area. *Journal of comprehensive nursing research*, 8(2), 15–24, 2005 (in Japanese)

更年期女性のスマートフォンアプリケーションを用いた 自己健康管理方法の有効性

前田 初美¹⁾, 久納 智子²⁾, 藤原 郁²⁾

¹⁾ 藤田医科大学保健衛生学部看護学科, ²⁾ 藤田医科大学大学院保健学研究科

キーワード

更年期女性, セルフケア, スマートフォンアプリケーション, 健康管理方法

要 旨

- 【目的】** 更年期専用のスマートフォンアプリケーション（アプリ）の利用が、自己の健康管理に有効であるか、継続性があるかを検証することを目的とした。
- 【方法】** 40歳～57歳の39名の女性が、更年期のアプリを2か月間使用し、健康状態を自由に記録した。介入前後の行動変容、簡略更年期指数（SMI）、自己健康評価点数、および更年期のアプリの継続性を調査した。
- 【結果】** 更年期のアプリの使用後に、食習慣の行動変容ステージに有意差がみられた。また「更年期症状群」のSMIが低下した。平均入力日数は43.3±18.1日であった。更年期のアプリは「自分の身体状況を知るのに役立った（64.1%）」、「健康管理に使えると感じる（51.3%）」と回答した。
- 【結論】** 更年期の女性が更年期のアプリを2か月間の使用したことで、食習慣の行動変容を促し、更年期症状のある者の症状を緩和することが分かった。更年期のアプリの継続については、今後、継続率を高める工夫が必要である。

Original Article

Factors related to person-environment fit in nurses who have changed workplaces : A cross-sectional study

Sakiko Nagaoka¹⁾, Yukie Takemura¹⁾, Keiko Kunie²⁾
Naoko Ichikawa³⁾, Ryohei Kida³⁾

¹⁾ Department of Nursing, The University of Tokyo Hospital

²⁾ Department of Nursing Administration, School of Nursing, Tokyo Women's Medical University

³⁾ Department of Nursing Administration, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Key words

cross-sectional study, individual learning behaviors, nurses who changed workplaces
organizational support, multidimensional person-environment fit

Abstract

Aims: This study aimed to determine the effective organizational and individual factors associated with each dimension (demands-abilities, needs-supplies, person-organization, person-supervisor, and person-group fits) of person-environment (PE) fit among nurses who changed their workplaces (transferred nurses and recently hired nurses with prior clinical experience), five months after their assignment.

Background: Some nurses who change workplaces have low PE fit with their workplace after they have adjusted to it. It is desirable that each dimension of PE fit is high, because it is associated with positive worker outcomes such as performance.

Methods: The person-environment fit was measured using the Japanese version of the Perceived Fit Scale. A cross-sectional, questionnaire-based study was conducted between March and October 2020. Assignment of nurses to their department of choice, nurse managers' and colleagues' support, on-the-job training, and nurses' learning behaviors were assessed. Simple and multiple regression analyses using a stepwise method were conducted on 148 nurses at eight hospitals.

Results: The multiple regression analysis revealed that each dimension of person-environment fit was strongly associated with the different types of support nurses received from their managers. The assignment of nurses' department of choice and emotional support received from colleagues were related to job fit, and consultation with colleagues was related to group fit.

Conclusions: The influence of nurse managers on the nurses' changing workplaces is important for achieving a high person-environment fit.

Introduction

Many nurses experience a change in the workplace when they are transferred to another department within the same hospital or are hired with prior clinical experience¹. It has been found that nurses who have experienced a change in the workplace feel a lack of confidence, anxiety, and intense stress². Fitting into a new environment, regardless of an individual's educational background or career plans, is never easy. Organizational socialization, a well-known concept in the field of business administration, refers to supporting the early adaptation of employees to a new environment. This process, which includes helping new employees accept the norms, values, and expected behaviors of the organization and acquire the skills necessary to perform their tasks³, progresses in three to six months⁴. However, there are cases of newcomers who feel that their workplace does not fit with their career or work preferences, even after they have become accustomed to the job⁵. As such, some nurses may not fit in with the environment even after organizational socialization, wherein adjustment to the new environment takes place. It is, therefore, necessary to consider the compatibility of the individual with the environment.

Person-environment (PE) fit can be defined as the compatibility between individuals and their work environments that occurs when their characteristics are well matched⁶. It has multiple dimensions: person-organization (PO) fit, which is the compatibility between people and the entire organization; person-supervisor (PS) fit, which is the match between supervisors and subordinates; person-group (PG) fit, which is the compatibility between individuals and their work groups; and person-job (PJ) fit, which is the fit between a person's characteristics and the job or tasks^{6,7}. The PJ fit is further classified into two sub-dimensions: needs-supplies (NS) fit, in which employees' needs, desires, or preferences

are met by the work environment, and demands-abilities (DA) fit, in which employees' knowledge, skills, and abilities are commensurate with the job requirements^{6,8}. The fact that nurses who changed workplaces adjusted to the new environment but did not fit into it may indicate that some dimensions of their PE fit can improve with time, while some others do not. Each of the five dimensions of PE fit is associated with worker outcomes, such as performance and turnover intention⁶. Some nurses, therefore, may not fit in with the environment even after organizational socialization, potentially leading to manpower shortages in clinical practice and poor quality of nursing care. Enhancing all five dimensions of PE fit, which are different in nature, is important; however, to the best of our knowledge, no research has focused on all five dimensions among those who have changed workplaces. Therefore, it is desirable to clarify the factors associated with each of the five dimensions of PE fit to obtain management insights.

Based on previous studies related to PE fit, the following organizational and individual factors are likely to be relevant. Because some nurses feel stressed by unexpected assignments⁵. Whether an organization assigns nurses to the department of their choice can affect each dimension of PE fit. Some studies among newcomers, including graduates, indicated that the social tactics of organizational socialization, such as organizational support and on-the-job training, are associated with PO fit⁹ and PO and PG fit¹⁰. Therefore, this study aimed to clarify the association between support and on-the-job training from supervisors and colleagues and each dimension of PE fit. The identification of such organizational support in the workplace, which could lead to higher PE fit among nurses, could be useful in practice.

Research on the determinants of organizational socialization has revealed not only organizational factors but also individual factors, such

as an employee's proactive behavior, which determines PE fit¹¹⁾. However, there has been very little research into individual factors in determining PE fit. It is important to clarify the findings of both organizational and individual aspects as determinants. Wang et al.¹²⁾ showed that DA fit has been connected to an individual's adaptability to learning. Therefore, this study aimed to examine the relationship between the learning behavior of nurses in clinical practice and each dimension of PE fit.

The objective of this study was to identify the effective organizational and individual factors associated with each dimension of PE fit among nurses who changed their workplaces five months after their assignment, when organizational socialization was in progress. In this study, nurses who experienced a change in the workplace are referred to as "nurses who were transferred from one department to another within the same hospital" (transferred nurses) and "recently hired nurses with prior clinical experience." Both comprised nurses who had recently moved to their current workplace and had clinical experience; however, nurses who had recently graduated were not included in the study.

Identified factors are divided into organizational and individual factors. Organizational factors include assignment to the nurses' department of choice, nurse managers' and colleagues' support, and on-the-job training (teaching and consultation); the individual factor is learning behaviors. This study is significant in that it identifies effective organizational and individual factors related to each aspect of PE fit among nurses who have changed workplaces. This, in turn, can facilitate the development of effective organizational support and individual efforts to enhance each aspect of PE fit in clinical practice. This study is also important in that it verifies the factors related to each aspect of the PE fit that may improve the manpower shortage and quality of nursing care in the medical field.

Methods

1. Study design

This was a cross-sectional study.

2. Participants

The study participants were nursing professionals – registered nurses, public health nurses, and midwives, excluding nurse managers – from eight hospitals, who had been at their new workplace for five months. That is, those who had prior clinical experience and had either been transferred to another department within the same hospital or had been recently hired by their current hospital. Requests for research cooperation were made to 10 general hospitals with 400 or more beds, which were selected using the opportunistic sampling; of these, the nursing management directors of 8 facilities provided consent for research cooperation.

3. Data collection

The survey was conducted between March and October 2020. The ideal sample size was calculated to be 177 with an effect size of 0.1 and a power of 0.8 by multiple regression analysis using G*power ver. 3.1.9.4¹³⁾. In total, 307 nurses (transferred nurses: $n = 201$; recently hired nurses with prior clinical experience: $n = 106$) were provided an explanatory document and an anonymous self-report questionnaire five months after they had been assigned to their new workplaces by their nursing department between October 2019 and March 2020. Participants returned the completed questionnaires by mail to the researcher.

4. Ethical considerations

Nurses were provided a written explanation of the study's purpose and methods, and were informed that participation was voluntary and no disadvantage would result from not participating. To ensure confidentiality, the completed questionnaires were mailed by the nurses directly to the researcher. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Graduate School of Medicine, The University of Tokyo (No. 2019287NI).

5. Measurements

All scales with original authors have prior permission for use.

1) PE fit

A Japanese version of the Perceived Fit

Scale¹⁴⁻¹⁶), which has been tested for reliability and validity¹⁵), was used to measure the PE fit. The scale consists of five subscales: NS, DA, PO, PS, and PG fit, with three items each, for a total of 15 items, measured on a seven-point Likert scale, ranging from 1 = "Completely disagree" to 7 = "Completely agree". The average score was calculated for each subscale. Examples of items are as follows: "There is a good fit between what my job offers me and what I am looking for in a job" (NS); "The match is very good between the demands of my job and my personal skills" (DA); "My personal values match my organization's values and culture" (PO); "The things that I value in life are very similar to my supervisor's values." (PS), and "My personal values match my group members' values and culture" (PG). The Cronbach's alpha values of the five subscales in this study ranged from .89 to .99.

2) Assignment to the nurses' department of choice

Assignment to a nurses' department of choice was measured by asking to what extent the nurses' assignments were in line with their requests. A five-point Likert scale (where 1 = "Not as requested"; 5 = "As requested") was used, and the researcher transformed the results into a binary dummy variable with "Fairly as requested" and "As requested" set to "1" and the others ("Not as requested," "Not quite as requested," and "Neutral") to "0".

3) Nurse managers' and colleagues' support

The Workplace Support Scale¹⁷), which has been tested for reliability and validity, was used to measure the support of nurse managers and colleagues. The scale consists of four subscales (emotional support, appraisal support, informational support, and instrumental support), with a total of 14 items: three items each for emotional and informational support and four items each for appraisal and instrumental support. Item examples include: "They give you warm, enthusiastic instruction" (emotional support), "They give you proper appreciation for the work you have done" (appraisal support), "They provide specific and appropriate instructions" (informational support), and "They help share the workload or

lighten the load when you're busy" (instrumental support). The answer options ranged from 1 = "Not at all" to 5 = "Always" on a five-point Likert scale, and the average score was calculated for each subscale. The researcher asked these questions pertaining to the support provided by the nurse manager (including the assistant nurse manager and nurse in-charge) and by colleagues, separately. The Cronbach's alpha values of four subscales in this study ranged from .91 to .97 by the nurse managers and from .86 to .96 by their colleagues.

4) On-the-job training (teaching and consultation)

On-the-job training consisted of two concepts: teaching and consultation. Through discussions among several researchers, the researcher developed three items to measure the teaching aspect and three items to measure the consultation aspect. Consultation refers to the discussion of issues that arise in the work of the newly assigned nurse. Item examples include: "When you were doing a job that was new or unfamiliar to you, they showed you how to do it" and "When you were unsure about a patient's nursing plan, they consulted with you". All items were measured on a five-point Likert scale, ranging from 1 = "Strongly disagree" to 5 = "Strongly agree". The six items were divided into two factors as expected. The average value of each of the three items was calculated. The Cronbach's alpha values in this study were .91 for the teaching and .94 for the consultation, confirming internal consistency.

5) Individual learning behaviors

To measure individual learning behaviors, the Learning Experience Scale in nursing¹⁸), which has been tested for reliability and validity, was used. The scale includes five subscales and 20 items: four items for learning through reflection, five items for learning from practice, five items for learning from feedback, three items for learning from others, and three items for learning from training. The examples of items for learning through reflection, from practice, from feedback, from others, and from training, respectively, are as follows: "Thinking about the causes

and solutions by reflecting on my own practice that did not go well,” “Learning from the consequences of my own actions,” “Learning by receiving immediate feedback about my successes and failures in work,” “Learning through dialogue with a co-worker or superior,” and “Learning practical knowledge and skills by participating in external training.” Answer options ranged from 1 = “Never” to 6 = “Always,” and the average score was calculated for each subscale. The Cronbach’s alpha values of the five subscales in this study ranged from .76 to .84.

6. Statistical analysis

First, the researcher examined the descriptive statistics and correlations between each variable. Although there were no significant differences between the personal characteristics and the scores of each variable for transferred nurses and those recently hired with prior clinical experience (Table. 1), both groups were analyzed together while controlling for the assignment type (transferred or recently hired with prior clinical experience). Single regression analysis was preliminarily conducted to confirm the association between each independent variable and each dependent variable. Next, the researcher applied multiple regression analyses to clarify the relationship between each independent variable (assignment to the nurse’s department of choice, nurse managers’ and colleagues’ support, on-the-job training, and individual learning behavior) and each dimension of the dependent variable, PE fit (NS fit, DA fit, PO fit, PS fit and PG fit). The bivariate correlations among the

independent variables were strong, so the researcher selected a stepwise method of variable increase and decrease to avoid multi-collinearity and search for the best model that helps identify more effective association factors. Criteria for the stepwise method were $p < 0.05$ for inclusion and $p > 0.1$ for exclusion. Multicollinearity was confirmed as variance inflation factor ≤ 5 ¹⁹. Participants’ gender, total years of nursing experience, employment position, number of prior affiliated facilities, assignment type (transferred or recently hired with prior clinical experience), and qualification were forced entry for control purposes (control variables) because they were likely to be associated with PE fit. Data were analyzed using SPSS Statistics ver. 26 (IBM) for Windows.

Results

1. Participants’ flow

Figure 1 shows the participants’ flow. A total of 170 nurses returned the completed questionnaires by mail to the researcher (response rate: 55.2%), but 22 were excluded from the calculation (non-consenting: $n = 3$; missing variables: $n = 19$), leaving the researcher with $n = 148$ nurses (transferred nurses: $n = 101$; recently hired nurses with prior clinical experience: $n = 47$) for analysis (valid response rate: 48.1%).

2. Descriptive statistics

Table 1 shows the descriptive statistics. Regarding the nurses’ age, the mean \pm standard deviation was 38.9 ± 8.9 years. Most of the nurses were female (88.5%) and registered

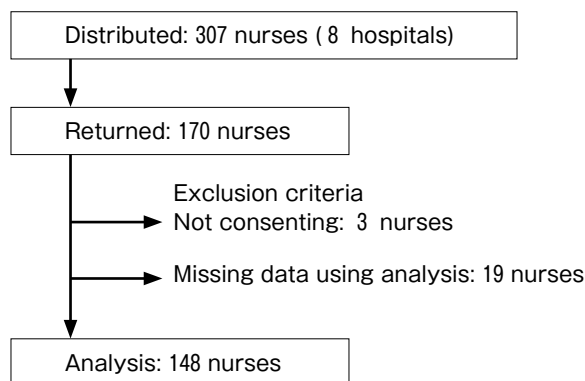


Figure 1 Participants’ flow

nurses (91.2%). The majority of them were staff (63.5%). The mean number of years of nursing experience was 16.1 ± 8.8 years, and the mean number of prior affiliated facilities was 2.1 ± 1.4 .

3. Simple regression analysis

Table 2 shows the results of the simple regression analysis with each dimension of the PE fit as the dependent variable. There was a significant positive association between the independent variables and each dimension of the PE fit. However, there was no significant association between a) assignment to the nurses' department of choice and PO, PS, and PG fit, b) instrumental support from colleagues, and the PO fit, c) learning through reflection and NS, PO, and PG fit, d) learning from practice and PO fit, e) learning from others and NS fit, and f) learning from training and all the PE fit dimensions.

4. Multiple regression analysis

Table 3 shows the results of the multiple regression analysis. The NS fit was significantly positively associated with assignment to the nurse's department of choice and informational support from the nurse manager ($\beta = .29$ and $.32$, respectively; $p = < .001$ and $< .001$). The DA fit was significantly positively associated with assignment to the nurse's department of choice, appraisal support from the nurse manager, as well as emotional support from colleagues ($\beta = .17$, $.34$, and $.21$, respectively; $p = .028$, $< .001$, and $.015$). The PO fit was significantly positively associated with informational support from the nurse manager ($\beta = .44$; $p = < .001$). The PS fit was significantly positively associated with emotional support from the nurse manager, appraisal support from the nurse manager, and learning from practice ($\beta = .39$, $.29$, and $.15$, respectively; $p = < .001$, $.005$, and $.027$). Furthermore, the PG fit was significantly positively associated with appraisal support from the nurse manager and consultation of on-the-job training ($\beta = .34$ and $.37$, respectively; $p = < .001$ and $< .001$).

Discussion

In this study, I conducted multiple regression analysis using a stepwise method to clarify the organizational and individual factors that were

positively related to each dimension of the PE fit of nurses who changed workplaces. The simple regression analysis, which was performed as a preliminary step, showed that most assignment to the nurse's department of choice, nurse managers and colleagues' support, on-the-job training (teaching and consultation), and individual learning behaviors were associated with each dimension of the PE fit. However, in the multiple regression analysis, mainly nurse managers' support and some assignment to the nurse's department of choice, colleagues' support, and individual learning behaviors remained as positive related factors. Furthermore, different types of support and learning were associated with different PE fit dimensions.

1. Positive related factors for PJ fit (NS and DA fit)

The factor which was positively related to the PJ fit (both NS and DA fit) was assignment to the nurse's department of choice. Nurse managers' informational support was related to the NS fit, and nurse managers' appraisal support and colleagues' emotional support were related to the DA fit. Nurses prefer to work in a workplace where they perceive that they are able to utilize their experience and expertise²⁰. Therefore, NS fit may have been high because an assignment to the nurse's department of choice satisfied the nurses' need for a job where they could utilize their abilities. In addition, being assigned to a workplace with job requirements that matched their abilities may have ensured a high DA fit.

With regards to nurse managers' support, informational support was a positive factor for the NS fit and appraisal support for the DA fit. Informational support indicates the perception of receiving instruction and advice on the job. The perception of receiving personal growth opportunities for professional growth in nursing is related to the NS fit¹⁶. Thus, it is possible that receiving instruction and advice from the nurse manager enhanced the nurses' growth or that they perceived that they received opportunities for growth. Appraisal support indicates the perception that one's competence and effort are valued. Feeling that their abilities and efforts were

Table 1. Results of descriptive statistics

	Cron- bach' -s a	All (n=148)	Transferred nurses (n=101)	Recently hired nurses with prior clinical experience (n=47)	<i>p</i>
Mean ± SD or n (%)					
Participants' characteristics					
Age		38.9 ± 8.9	39.3 ± 8.6	38.2 ± 9.5	.513 †
Gender					.150 ‡
Female		131 (88.5)	92 (91.1)	39 (83.0)	
Male		17 (11.5)	9 (8.9)	8 (17.0)	
Qualification					.026 ‡
Registered nurses		135 (91.2)	96 (95.0)	39 (83.0)	
Midwives		10 (6.8)	3 (3.0)	7 (14.9)	
Public health nurses		3 (2.0)	2 (2.0)	1 (2.1)	
Employment position					.474 ‡
Senior Staff		53 (35.8)	38 (37.6)	15 (31.9)	
Staff		94 (63.5)	62 (61.4)	32 (68.1)	
Missing		1 (0.7)	1 (1.0)	0 (0)	
Total years of nursing experience		16.1 ± 8.8	16.6 ± 8.4	14.9 ± 9.5	.279 †
Number of prior affiliated facilities		2.1 ± 1.4	1.8 ± 1.2	2.6 ± 1.5	.001 †
Person-environment fit					
Needs-supplies fit	.89	3.65 ± 1.15	3.59 ± 1.13	3.77 ± 1.19	.390 †
Demands-abilities fit	.90	3.73 ± 1.18	3.77 ± 1.11	3.64 ± 1.33	.533 †
Person-organisation fit	.95	3.33 ± 1.21	3.25 ± 1.26	3.48 ± 1.10	.289 †
Person-supervisor fit	.97	3.61 ± 1.28	3.58 ± 1.27	3.67 ± 1.29	.681 †
Person-group fit	.99	3.50 ± 1.15	3.49 ± 1.14	3.51 ± 1.18	.926 †
Assignment to the nurses' department of choice					
As requested		70 (52.7)	46 (45.5)	24 (48.9)	
Others		78 (47.3)	55 (54.5)	23 (51.1)	
Nurse managers' and colleagues' support					
Nurse managers' emotional support	.91	2.95 ± 1.20	3.04 ± 1.19	2.76 ± 1.23	.193 †
appraisal support	.97	2.97 ± 1.16	3.07 ± 1.13	2.73 ± 1.20	.098 †
informational support	.96	2.90 ± 1.20	2.96 ± 1.18	2.76 ± 1.26	.337 †
instrumental support	.96	2.60 ± 1.29	2.69 ± 1.28	2.44 ± 1.31	.279 †
Colleagues' emotional support	.86	3.28 ± 1.05	3.28 ± 1.03	3.28 ± 1.12	.942 †
appraisal support	.96	3.08 ± 1.10	3.09 ± 1.05	3.05 ± 1.22	.813 †
informational support	.95	3.49 ± 1.08	3.48 ± 1.04	3.52 ± 1.20	.852 †
instrumental support	.95	3.58 ± 1.06	3.60 ± 1.02	3.52 ± 1.16	.660 †
On-the-job training					
Teaching	.91	3.57 ± 1.12	3.57 ± 1.12	3.58 ± 1.12	.957 †
Consultation	.94	3.63 ± 1.06	3.66 ± 1.07	3.55 ± 1.05	.559 †
Individual learning behaviors					
Learning through reflection	.81	4.33 ± 0.83	4.36 ± 0.82	4.27 ± 0.87	.565 †
Learning from practice	.82	4.16 ± 0.82	4.19 ± 0.80	4.10 ± 0.87	.564 †
Learning from feedback	.84	3.89 ± 0.95	3.92 ± 0.97	3.83 ± 0.91	.562 †
Learning from others	.79	4.49 ± 0.92	4.55 ± 0.87	4.35 ± 1.02	.204 †
Learning from training	.76	2.42 ± 1.18	2.45 ± 1.22	2.35 ± 1.11	.647 †

Note. SD, standard deviation; †, T-test; ‡, Chi-square test.

Table 2. Results of simple regression analysis (n = 148)

	NS fit	DA fit	PO fit	PS fit	PG fit
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Assignment to the nurses' department of choice as requested (Ref = Others)	.30** (.33 to 1.05)	.18* (.05 to .81)	.08 (-.19 to .60)	.07 (-.25 to .59)	.09 (-.17 to .58)
Nurse managers' support					
Emotional support	.28** (.11 to .41)	.33** (.20 to .50)	.39** (.24 to .54)	.63** (.54 to .81)	.42** (.26 to .55)
Appraisal support	.29** (.14 to .45)	.46** (.32 to .62)	.38** (.24 to .55)	.61** (.53 to .81)	.49** (.34 to .63)
Informational support	.36** (.12 to .49)	.42** (.27 to .56)	.43** (.29 to .59)	.56** (.45 to .74)	.43** (.27 to .56)
Instrumental support	.21* (.05 to .33)	.29** (.12 to .41)	.26** (.10 to .39)	.43** (.28 to .57)	.27** (.10 to .39)
Colleagues' support					
Emotional support	.26** (.11 to .46)	.41** (.30 to .63)	.27** (.13 to .50)	.35** (.25 to .62)	.45** (.33 to .65)
Appraisal support	.26** (.10 to .43)	.43** (.30 to .62)	.18* (.02 to .38)	.31** (.18 to .54)	.51** (.39 to .68)
Informational support	.26** (.10 to .44)	.38** (.25 to .58)	.26** (.12 to .47)	.27** (.13 to .50)	.48** (.36 to .67)
Instrumental support	.20* (.04 to .39)	.29** (.15 to .50)	.15 (-.02 to .35)	.19* (.03 to .42)	.42** (.29 to .61)
On-the-job training					
Teaching	.19* (.04 to .37)	.31** (.16 to .49)	.31** (.14 to .48)	.29** (.16 to .51)	.37** (.22 to .54)
Consultation	.17* (.01 to .36)	.29** (.15 to .50)	.25** (.11 to .47)	.26** (.12 to .50)	.51** (.40 to .70)
Individual learning behaviors					
Learning through reflection	.13 (-.05 to .40)	.26** (.14 to .59)	.14 (-.03 to .44)	.25** (.15 to .63)	.13 (-.05 to .40)
Learning from practice	.18* (.02 to .47)	.24** (.12 to .57)	.15 (-.02 to .45)	.34** (.29 to .76)	.20* (.05 to .50)
Learning from feedback	.21* (.06 to .44)	.37** (.27 to .65)	.31** (.19 to .59)	.46** (.42 to .81)	.22** (.16 to .53)
Learning from others	.16 (-.01 to .40)	.29** (.17 to .58)	.25** (.12 to .54)	.33** (.24 to .66)	.22** (.07 to .47)
Learning from training	.08 (-.08 to .24)	.10 (-.06 to .26)	.10 (-.06 to .27)	.09 (-.08 to .27)	.14 (-.02 to .29)

Note. NS, Needs-supplies; DA, Demands-abilities; PO, Person-organisation; PS, Person-supervisor; PG, Person-group; β , Standardized beta coefficient; CI, Confidence interval; Ref, Reference; *, p value < .05; **, p value < .01.

Table 3. Results of multiple regression analysis (n = 148)

		NS fit	DA fit	PO fit	PS fit	PG fit
		β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Gender (Ref = Female)	Male	.10 (-.22 to .90)	.11 (-.13 to .94)	.02 (-.53 to .66)	.03 (-.40 to .62)	.06 (-.27 to .72)
Total years of nursing experience		.07 (-.02 to .03)	.05 (-.02 to .03)	.16 (-.00 to .05)	.02 (-.02 to .02)	.04 (-.02 to .03)
Employment position (Ref = Staff)	Senior staff	.10 (-.19 to .64)	.13 (-.10 to .72)	.01 (-.40 to .47)	.06 (-.22 to .55)	.01 (-.34 to .40)
Number of prior affiliated facilities		-.13 (-.25 to .03)	-.07 (-.20 to .07)	-.09 (-.23 to .07)	.05 (-.09 to .17)	-.14 (-.24 to .01)
Assignment type		.08 (-.19 to .60)	-.02 (-.43 to .35)	.14 (-.05 to .80)	.10 (-.11 to .63)	.07 (-.17 to .54)
	Recently hired with prior clinical experience (Ref = Transferred nurses)					
Qualification	Midwives & PHN (Ref = Registered nurses)	.10 (-.22 to 1.02)	.03 (-.48 to .73)	.07 (-.38 to .95)	.01 (-.53 to .62)	.09 (-.20 to .92)
Assignment to the nurses' department of choice	As requested (Ref = Others)	.29** (.30 to 1.01)	.17* (.04 to .75)	-	-	-
Nurse managers' support						
	Emotional support	-	-	-	.39** (.19 to .63)	-
	Appraisal support	-	.34** (.19 to .53)	-	.29** (.10 to .55)	.34** (.19 to .49)
	Informational support	.32** (.16 to .46)	-	.44** (.29 to .61)	-	-
	Instrumental support	-	-	-	-	-
Colleagues' support						
	Emotional support	-	.21* (.05 to .42)	-	-	-
	Appraisal support	-	-	-	-	-
	Informational support	-	-	-	-	-
	Instrumental support	-	-	-	-	-
On-the-job training						
	Teaching	-	-	-	-	-
	Consultation	-	-	-	-	.37** (.25 to .57)
Individual learning behaviors						
	Learning through reflection	-	-	-	-	-
	Learning from practice	-	-	-	.15* (.03 to .43)	-
	Learning from feedback	-	-	-	-	-
	Learning from others	-	-	-	-	-
	Learning from training	-	-	-	-	-
R²		.256	.340	.233	.489	.407
Adjusted R²		.212	.296	.194	.455	.372
F		5.852**	7.739**	5.942**	14.356**	11.672**

Note. Gender, total years of nursing experience, employment position, number of prior affiliated facilities, assignment type, and qualification were forced in as control variables. Assignment to the nurses' department of choice, nurse managers' and colleagues' support, and individual learning behaviours were entered using a stepwise method. NS, Needs-supplies; DA, Demands-abilities; PO, Person-organisation; PS, Person-supervisor; PG, Person-group; PHN, Public health nurses; β , Standardized beta coefficient; CI, Confidence interval; Ref, Reference; R², Coefficient of determination; Adjusted R², Adjusted coefficient of determination; -, Excluded variable; *, p value < .05; **, p value < .01.

properly evaluated and recognized by the nurse manager may have raised nurses' awareness of their abilities and the realization that they were able to meet the requirements of the job, prompting a strong DA fit.

Concerning colleagues' support, emotional support was found to be the positive related factor for the DA fit in multiple regression analysis. Although Takeuchi and Takeuchi²¹⁾ reported that the DA fit was related to training, neither informational support nor on-the-job training were positive factors in this study. Perhaps the supportive involvement on the job of their colleagues created an emotionally safe learning environment for nurses where they could develop their abilities to meet the job requirements.

Therefore, organizations should, as far as possible, assign nurses to the department of their choice to ensure a strong PJ fit later. However, whether this is feasible or not, the nurse manager's support may be crucial for an effective fit into the new environment.

2. Positive related factors for PO fit

Oh¹⁰⁾ indicated that social tactics of organizational socialization, such as colleagues' support, are related to the PO fit. However, little is known about the relationship between nurse managers' support for individual nurses and PO fit. In this study, although PO fit was positively related to all the types of support under nurse managers' support, except instrumental support in the simple regression analysis. However, after performing the main multiple regression analysis, informational support from their nurse manager was selected to be positive related factor in the multiple regression analysis. The nurse manager is more likely to provide guidance and advice that reflect the values and norms of the organization to the nurses. Therefore, it is possible that the nurse manager's guidance and advice may help the nurses feel aligned with the organizational values. Based on the results of this study, it is possible that the nurse manager's instruction and advice could generate a strong PO fit.

3. Positive related factors for PS fit

In multiple regression analysis, nurses who

perceived that they received emotional and appraisal support from their manager also had a higher PS fit. Although it was found that supervisors' leadership affects employees' PS fit²²⁾, not much is known about the relationship between supervisors' specific support and PS fit. The perceptions of both receiving emotional support and having one's competence evaluated and approved by the nurse manager may have promoted the alignment of the values between the nurse and nurse manager, which in turn resulted in a strong PS fit.

With regard to individual factors, this study further revealed the relationship between PS fit and learning from practice. In the simple regression analysis, each learning behavior was associated with each dimension of PE fit. However, the multiple regression analysis highlighted learning from practice as a positive related factor. Learning from practice requires more active learning by reflecting on one's own experiences, rather than resources provided by others, including feedback. The nurses who tended to reflect on their own experiences and draw from lessons learnt also observed the words and actions of the nurse manager, possibly considering their meaning and intention and thereby establishing a stronger PS fit. Although the relationship between individual learning and the DA fit¹²⁾ is known, its relationship with the PS fit was a new finding presented in this study. The results suggest that the nurse manager's emotional and appraisal support and the nurses' active learning from their own experiences and practices may generate a stronger PS fit.

4. Positive related factors for PG fit

In previous studies, PG fit was reported to be related to colleagues' support¹⁰⁾. In this study, the preliminary simple regression analysis suggested that colleagues' support was associated with the overall PG fit. However, the consultation aspect of on-the-job training and the nurse manager's appraisal support were highlighted in the multiple regression. The nurse manager's appropriate evaluation and approval are important and may influence their colleagues' attitudes, leading to a strong PG fit. The reason why only

the consultation aspect of on-the-job training was selected can be explained as follows: While the other colleague support factors measured in this study, including the teaching of on-the-job training, was the colleague's approach to the newly assigned nurse, the consultation aspect of on-the-job training was unique in a way that the colleague responded to the newly assigned nurse's request for consultation. This suggests that it may be easier to match values with those nursing colleagues who provide sought-after support for problems that arise in their practice, when necessary, rather than unilaterally providing support to the newly assigned nurses. Although the single regression analysis suggested that colleague support had a significant positive relation with each aspect of PE fit, the multiple regression analysis revealed that colleague support was not significantly positively related, except for "DA fit and emotional support" and "PG fit and consultation of on-the-job training." One possible reason for this could be that in departments where the nurse manager's support was often provided, colleague support is also often offered through the guidance of the nurse manager²³⁾, which may have been a confounding variable. Moreover, since the influence of the nurse manager was stronger, it was possible that the nurse managers' support was eventually opted for.

Many previous studies have focused on single or double dimensions of the PE fit. To the best of our knowledge, this is the first study to identify differences in the factors related to each of the five dimensions of the PE fit. In addition, studies involving only transferred nurses and recently hired nurses with prior clinical experience nurses are few. This study is important as it provided specific suggestions for clinical nurses and nurse managers on how to effectively enhance each dimension of the PE fit among nurses who have changed workplaces.

Our findings have implications for clinical practice. To achieve a high PE fit of five dimensions, nurse managers should treat nurses, especially those who have changed workplaces, with empathy, properly evaluate their competence

and efforts, and provide them with specific guidance on the job. In addition, as assignment to the nurses' department of choice was found to be positively related to some dimension of PE fit, the managers could take into account the nurses' preferences in taking assignments, if possible, which could well lead to a higher PE fit. Previous studies have shown that workplace mismatch with nurses' own desired work style and career plans can induce turnover^{24) 25)}. Indeed, not just health care organizations, Japan also needs to further consider building a health care system that allows nurses to adopt a diverse and flexible working style.

5. Limitations

The number of participants analyzed in this study was slightly smaller than the sample size, which may have resulted in lower power. Due to the small sample size, it was not possible to conduct a separate analysis for transferred nurses and recently hired nurses with prior clinical experience. However, in this study, the demographic and descriptive statistics of the two groups were checked, and variables with significant differences were controlled and analyzed together. In addition, this study may have been influenced by professional norms, such as hospital recruitment systems. Furthermore, some nurses may have been affected by changes in their designations before and after the change in workplace. Further, this study did not consider the career background, future career plans, family structure, caregiving and childcare environment, salary, and leave system of individual nurses, which may have affected each aspect of the PE fit. This study was a cross-sectional study, and so, the causal direction of factors related to PE fit could not be determined. Furthermore, this study included eight large general hospitals with over 400 beds including multiple departments, which limits the generalizability of the results. Finally, the researcher did not include the results of nurses who resigned or left the organization before the end of the first five months of their assignment. Therefore, nurses with very low PE fit scores may not have been included in the study.

Conclusion

This study identified organizational and individual factors related to five dimensions of PE fit among nurses who changed workplaces. The NS fit was related to the assignment of the nurses to their department of choice and nurse managers' informational support. The DA fit was related to the assignment of the nurses to their department of choice, the nurse managers' appraisal support, and the colleagues' emotional support. Moreover, PO fit was related to nurse managers' informational support, and PS fit to nurse manager's emotional support, appraisal support, and learning from practice. PG fit was related to the nurse manager's appraisal support and consultation of on-the-job training. Results suggest that the nurse manager's support is particularly important for nurses who have changed workplaces.

Acknowledgements

I sincerely appreciate participants and directors of nursing for their cooperation. I sincerely appreciate Prof. Sanada for giving technical advice and comments. This manuscript has undergone English language proofreading by Editage (<https://www.editage.jp/>).

Conflicts of Interest

No conflict of interest. This study was supported by The Health Care Science Institute Research Grant [grant number is none].

References

- 1) Klingbeil C, Schiffman RF, Ziebert C, et al. : Transition of experienced and new graduate nurses to a pediatric hospital. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(4), 198–204, 2016. doi : 10.1097/nnd.0000000000000260
- 2) Gohery P, Meaney T : Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(6), 321–328, 2013. doi : 10.1016/j.iccn.2013.06.002
- 3) Bauer TN, Bodner T, Erdogan B, et al. : Newcomer adjustment during organizational socialization: A meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *Journal of Applied Psychology*, 92(3), 707–721, 2007. doi : 10.1037/0021-9010.92.3.707
- 4) Morrison EW : Longitudinal study of the effects of information seeking on newcomer socialization. *Journal of Applied Psychology*, 78(2), 173–183, 1993. doi : 10.1037/0021-9010.78.2.173
- 5) Blythe J, Baumann A, Giovannetti P : Nurses' experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 61–68, 2001. doi : 10.1111/j.1547-5069.2001.00061.x
- 6) Kristof-Brown AL, Zimmerman RD, Johnson EC : Consequences of individuals' fit at work : A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychology*, 58, 281–342, 2005. doi : 10.1111/j.1744-6570.2005.00672.x
- 7) Kristof AL : Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology*, 49, 1–49, 1996. doi : 10.1111/j.1744-6570.1996.tb01790.x
- 8) Edwards JR : Person-job fit: A conceptual integration, literature review and methodological critique. *International review of Industrial and Organizational Psychology*, 6, 283–357, 1991
- 9) Cable DM, Parsons CK : Socialization tactics and person-organization fit. *Personnel Psychology*, 54, 1–23, 2001. doi : 10.1111/j.1744-6570.2001.tb00083.x
- 10) Oh SY : Socialization tactics and youth worker adjustment: the mediating roles of fit perceptions. *Career Development International*, 23, 360–381, 2018. doi : 10.1108/cdi-02-2018-0046
- 11) Ashford SJ, Black JS : Proactivity during organizational entry: The role of desire for control. *Journal of Applied Psychology*, 81, 199–214, 1996. doi : 10.1037/0021-9010.81.2.199
- 12) Wang M, Zhan Y, Mccune E, et al, Understanding newcomers' adaptability and work-related outcomes : Testing the mediating roles of perceived P-E fit variables. *Personnel Psychology*, 64, 163–189, 2011. doi : 10.1111/

- j.1744-6570.2010.01205.x
- 13) Cohen J : Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.), Routledge, NewYork, 1988
 - 14) Cable D M, DeRue D S : The convergent and discriminant validity of subjective fit perceptions. *Journal of Applied Psychology*, 87, 875 – 884, 2001. doi : 10.1037/0021-9010.87.5.875
 - 15) Inoue M, Kunie K, Takemura Y, et al. : Development of Japanese version of Perceived Fit Scale to measure multidimensional perceived person-environment fit: Testing validation and reliability among nurses. *Journal of the Japan Academy of Nursing Science*, 41, 692 – 700, 2021. doi : 10.5630/jans.41.692 [in Japanese]
 - 16) Inoue M, Kunie K, Takemura Y : The influence of learning circumstances and on-the-job opportunities for professional growth on perceived person-environment fit among hospital nurses: A longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 29, 776 – 784, 2020. doi : 10.1111/jonm.13218
 - 17) Ida M, Fukuda H : The effect of workplace support for nurses in terms of burnout response. *The Journal of the Faculty of Psychology Risho University*, 1, 77 – 88, 2004 [in Japanese]
 - 18) Takase M, Imai T, Uemura C : Development and examination of the psychometric properties of the Learning Experience Scale in nursing. *Nursing & Health Sciences*, 18, 196 – 202, 2016. doi : 10.1111/nhs.12244
 - 19) James G, Witten D, Hastie T, et al : *An Introduction to Statistical Learning: With Applications in R*, Springer, Los Angels, 2013
 - 20) Fujino M, Nojima Y : Effects of ward rotation on subsequent transition processes of Japanese clinical nurses. *Nursing & Health Sciences*, 7, 37 – 44, 2005. doi : 10.1111/j.1442-2018.2005.00219.x
 - 21) Takeuchi N, Takeuchi T : Cross-level effects of flexibility-oriented human resource development practices on employee performance: From a congruence theory perspective. *Journal of Economics & Business Administration*, 202, 95 – 112, 2010. doi : 10.24546/81006947 [in Japanese]
 - 22) Klaic A, Burtscher M J, Jonas K : Person-supervisor fit, needs-supplies fit, and team fit as mediators of the relationship between dual-focused transformational leadership and well-being in scientific teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27, 669 – 682, 2018. doi : 10.1080/1359432x.2018.1502174
 - 23) Xu J-M, Stark A T, Ying B-H, et al. : Nurses' workplace social capital and the influence of transformational leadership: A theoretical perspective. *Frontiers in Public Health*, 2022, doi : 10.3389/fpubh.2022.855278
 - 24) Taylor M S, Covaleski M A : Predicting nurses' turnover and internal transfer behavior. *Nursing Research*, 34, 237 – 241, 1985. doi : 10.1097/00006199-198507000-00013
 - 25) Nakano S, Iwasa Y : A Japanese literature review on the work continuation of mid-career nurses: Focus on the reasons for leaving and career continuation. *The Journal of Nursing Investigation*, 16, 10 – 22, 2019. doi : 10.32273/jni.16.1-2_10 [in Japanese]

職場が変わった看護職の個人-環境適合感の 各側面に関連する要因の探索：横断研究

長岡 紗規子¹⁾, 武村 雪絵¹⁾, 國江 慶子²⁾
市川 奈央子³⁾, 木田 亮平³⁾

¹⁾ 東京大学医学部附属病院 看護部, ²⁾ 東京女子医科大学看護学部看護管理学

³⁾ 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻看護管理学

キーワード

横断研究, 個人の学習行動, 職場が変わった看護職, 組織の支援, 多側面での個人-環境適合感

要 旨

【背景・目的】個人-環境適合感は、パフォーマンスなどのアウトカムと関連しており、高いことが望ましい。本研究は、職場が変わった看護職の個人-環境適合感の各側面と関連する組織的・個人的要因を明らかにすることを目的とした。【方法】病院内異動もしくは他施設からの新規入職（転職）によって職場が変わった8病院の看護職148名を対象に、2020年3月から10月にかけて移動後5か月時点で質問紙による横断調査を実施し、個人-環境適合感の各側面、希望部署への配属、看護師長および同僚のサポート、On-the-Job Training、学習行動などを測定した。記述統計、単回帰分析、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。【結果】重回帰分析の結果、個人-環境適合感の複数の側面は、看護師長からのサポートと正の関連があった。また、希望部署への配属と同僚からの情緒的サポートは欲求-供給および需要-能力適合感と正の関連があった。【結論】職場が変わった看護職の適合感を高めるためには、看護師長のサポートが重要だと示唆された。

原 著

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) による入院患者の療養生活への満足度と看護師の自己評価との相違

Differences between satisfaction in medical life of inpatients with new coronavirus infection (COVID-19) and self-evaluation by nurses

本田 紀子¹⁾, 新木 京子¹⁾, 紺谷 幸子¹⁾, 松井 優子²⁾

Noriko Honda¹⁾, Kyoko Araki¹⁾, Sachiko Konya¹⁾, Yuko Matsui²⁾

¹⁾ 国民健康保険小松市民病院, ²⁾ 公立小松大学保健医療学部

¹⁾ Komatsu Municipal Hospital, ²⁾ Faculty of Health Sciences, Komatsu University

キーワード

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19), 入院患者, 満足度, 隔離, 看護師

Key words

Coronavirus disease 2019 (COVID-19), inpatient, satisfaction, isolation, nurses

抄 録

目的は、COVID-19入院患者の療養生活への満足度に影響する要素を抽出し、患者の満足度に対する看護師の自己評価との相違を明らかにすることである。2020年2月から2021年1月にCOVID-19入院患者と、かかわった看護師に、無記名自記式調査を行った。調査項目は、設備・環境、プライバシー、食事、コミュニケーション、総合評価の32項目で、看護師は「患者に満足いただけたか」を自己評価した。患者と看護師の評価をMann-WhitneyのU検定で比較した。総合評価に影響した項目を重回帰分析（ステップワイズ法）で抽出した。

対象患者は、軽症7名、中等症Ⅰ19名、中等症Ⅱ16名で、看護師は45名であった。総合評価は、患者が看護師よりも有意に高かった。総合評価に影響していた項目は、看護師は「通信環境」と「プライバシー」、軽症患者は「看護師の説明」、中等症Ⅰは「食事内容」、中等症Ⅱは「看護師の聴く態度」であった。

Abstract

The purpose of this study was to identify the factors that influence the satisfaction in medical life with coronavirus disease 2019 (COVID-19) and to clarify the differences between the self-evaluation of nurses. Patients hospitalized for COVID-19 from February 2020 to January 2021 and their nurses

連絡先 (Corresponding author) : 松井 優子

公立小松大学保健医療学部

〒923-0961 石川県小松市向本折町へ14番地1

answered the questionnaire. The survey contained 32 items regarding “equipment/environment”, “privacy”, “meals”, “communication”, and “overall satisfaction”. Nurses evaluated the additional item “Did you provide satisfactory care to the patient?” The Mann Whitney U test was used to compare patient and nurse ratings. Multiple regression analysis (stepwise method) was used to extract the items that affected overall satisfaction. The subjects consisted of seven patients with mild symptoms, 19 with moderate I symptoms, 16 with moderate II symptoms, and 45 nurses. Patients’ overall satisfaction was significantly higher than that of nurses. The items that affected the overall satisfaction of nurses were “environment of communication equipment” and “privacy”. The items that affected the overall satisfaction of patients were “explanation by nurses” for patients with mild symptoms, “meal menu” for patients with moderate I symptoms, and “listening ability of nurses” for patients with moderate II symptoms.

はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2019年12月に中国の武漢で生命を脅かす肺炎の症例が報告され、以降、世界の多くの国々に拡大した。本邦では2020年1月に初の患者が発生し、全国に拡大した。2020年4月に政府により緊急事態宣言が発令されるなど、我が国の社会に多大な影響を及ぼす事態となった。これに対して厚生労働省は、COVID-19感染者の治療のための指定病院の病床確保、軽症者のための宿泊施設の設置などの対策を行い、診療体制の整備にあたった。

COVID-19に罹患した患者にとっての入院生活は、治療方法が確立していないことに対する不安、呼吸器症状による生命への危機感、後遺症への不安などの病状に対する不安に加えて、緊急入院、個室隔離、面会制限をはじめとする多くの制限下におかれるストレスがある。さらに、家族への感染の不安、周囲からの差別や偏見に対する不安などによるストレスを抱えている¹⁾。

一方、看護師は、自身が感染媒体とならないための行動や、生命の危機に直面する患者への対応に追われている。さらに、感染への懸念から自身の家族との接触を避ける行動や、看護師とその家族への偏見や差別への対応など、日常生活に影響を及ぼすことも多い²⁻⁴⁾。このような状況において、看護師は様々な心理的ストレスを抱え、うつ状態、急性ストレス反応などの心理的症狀や⁵⁾⁶⁾、倦怠感、頭痛、食欲不振、不眠症などの身体的症狀を呈していることが数多く報告されている⁷⁻⁹⁾。看護師は高い使命感をもって従事しており、患者に対して自分が思うような看護ケアを提供できないことも心理的ストレスの要因の1つとなっている。看護師は、自身が行った看護ケアが十分であったか、COVID-19の患者に苦痛や我慢を強いているのではないかと思悩んでいる。

患者が求める療養生活が提供できたかを評価する指標の1つとして、患者の主観的満足度がある。入院患者の満足度の構成概念として、尾藤ら¹⁰⁾は、「コミュニケーション」、「利便性」、「全体的満足感」の3つを挙げ、それらの評価指標として「公共設備の気持ちよさ」、「病棟設備の満足」、「食生活の満足」、「遠慮なく話せる」、「意見をくみ取る」、「要望に素早く応える」などの13項目を提示している。また、木田ら¹¹⁾は、入院患者の総合満足度を規定するのは「医療者の対応」と「設備・環境」であり、患者満足度の評価項目として、「医師の対応」、「看護師の対応」、「看護助手の対応」、「コメディカルの対応」、「清掃」、「食事」、「プライバシー」、「病室・トイレなど施設環境」、「総合的満足度」、「ロイヤリティ」を挙げている。徳永¹²⁾は、入院患者の満足度を「看護師の対応」、「医師の対応」、「病室の清潔」、「トイレの利便性」、「プライバシーへの配慮」、「病棟の静粛性」、「ベッドの快適性」、「食事の味」、「総合満足度」の項目で評価し、総合満足度に最も影響を及ぼす項目は「医師の対応」であると記載している。さらに、早瀬¹³⁾は、「医療従事者の職種間連携」が患者満足度を規定する要因の1つであることを報告している。これらに加えて、COVID-19入院患者の療養生活への満足度には、隔離環境や私物の持ち込みの制限、防護服を着用したままでのコミュニケーション、使い捨ての食器の使用など、通常の入院環境にはない要素が関連する可能性がある。

本研究の目的は、COVID-19入院患者の療養生活への満足度に影響する要素を抽出し、さらに看護師による患者に満足いただけたと思うかの自己評価との相違を明らかにすることである。これまでCOVID-19入院患者の療養生活への満足度に関する報告はない。COVID-19入院患者の療養生活への満足度の実態や、満足度に影響する要素を明

らかにすることは、的確な看護支援につながることから、看護の質保証に貢献すると考える。さらに、患者と看護師の影響要因を比較することは、患者の療養生活の満足度に影響を与える看護支援を十分に提供するための方法を示すことにつながると考える。

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 調査期間と対象者

対象患者は、2020年2月1日～2021年1月31日に、対象病院の感染症専用病棟にCOVID-19のために入院した患者85名で、除外基準は、死亡退院の患者、認知症などで意思表示できないと受け持ち看護師が判断した患者とした。なお、調査期間は、本邦におけるCOVID-19流行の第1波から第3波の時期であった。対象看護師は、同期間に対象病院に所属し、COVID-19患者の入院生活に関わった看護師57名であった。除外基準は、COVID-19患者に十分に関わっていない看護師を除外するためにCOVID-19患者に関わった日数が2日未満とした。

3. 対象施設の体制

調査対象となった施設は、340床の感染症指定病院で、軽症と中等症の患者の受け入れ施設である。2020年2月よりCOVID-19専用病床として4床を設置し、9月より14床に増床した。

感染症専用病棟では、入院患者を「COVID-19患者」と「PCR検査結果待ちまたはPCR検査陰性」の2つのゾーンに分け、医療従事者のゾーニングとして前室の設置していた。

COVID-19患者の受け入れ当初は一部の病室のトイレとシャワーが共用でWi-Fi環境が整っていなかったが、その後改修工事が行われ、2020年6月にWi-Fi環境が整備され、9月には全入院患者が個室対応となり、全病室内にトイレとシャワーが設置された。看護師の対応は、防護服の着用による負担や感染の機会を軽減するために、入院患者に生体監視モニターを装着するとともに、病室内に固定電話または院内PHSを設置し患者とのコミュニケーションツールとして使用した。入院前に患者の精神的な負担を考慮しながら、電話による入院オリエンテーションを実施した。感染症専用病棟の看護師に対する教育は、呼吸器疾患、感染予防対策、フィジカルアセスメント、人工呼吸器・ハイフローセラピーなどの学習会やeラー

ニングにより行った。

4. 調査方法

対象患者には、退院後2週間から1か月に無記名の自記式調査用紙を郵送で配布し、郵送にて回収した。対象看護師には、無記名の自記式調査用紙を配布し、専用の封筒に封入し、病棟に設置した回収箱で回収した。

5. 調査内容

患者の属性として、性別、年代、入院期間、重症度を調査した。重症度は、新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き第7.1版¹⁴⁾に基づき、軽度（SPO₂が96%以上、呼吸器症状なし、咳のみ息切れなし）、中等症Ⅰ（呼吸不全なし、SPO₂が93%より多く96%未満、息切れ・肺炎症状あり）、中等症Ⅱ（呼吸不全あり、SPO₂が93%以下、酸素投与が必要）、重症（ICU入室もしくは人工呼吸器装着）に分類した。本調査は、自記式無記名調査であるため、あらかじめ重症度別に色分けした調査用紙を郵送し、返送された際に対象者の重症度が判別できるようにした。重症度は、入院期間中の最も重症度の高い時点の重症度とした。

看護師の属性として、性別、年代、看護師経験年数を調査した。

患者満足度の概念枠組みは、尾藤ら¹⁰⁾、木田ら¹¹⁾、徳永¹²⁾、早瀬ら¹³⁾による先行研究をもとに、①設備・環境、②プライバシー、③食事、④コミュニケーション、⑤総合評価とした。細項目には、先行研究より抽出した項目に、COVID-19に特有の項目である「食器」、「飲み物の不自由さ」、「通信環境」、「家族への対応」、「荷物の受け渡し」を加えた。

満足度の具体的項目は、①設備・環境として、「トイレ・浴室の設備」、「室内備品・テレビ」、「冷蔵庫」、「室内棚」、「室内に設置した電話」、「通信環境」、「室内温度」、「トイレ・浴室の臭い」、「ゴミ箱の臭い」、「シーツの清潔度」、②プライバシーとして、「プライバシーへの配慮」、「家族への対応」、「荷物の受け渡し」、③食事として、「食事時間」、「食事内容」、「食器」、「飲み物の不自由さ」、④コミュニケーションとして、「看護師の説明」、「看護師の聴く態度」、「看護師の言葉遣い」、「ナースコールの対応」、「医師の説明」、「医師の聴く態度」、「医師の言葉遣い」、「医師と看護師の連携」、「薬剤師の対応」、「放射線技師の対応」、「理学療法士の対応」、「栄養士の対応」、「社会福祉士の対応」、「その他の職種の対応」を調査した。

患者には「これらの項目についての入院中の満

足度」を、看護師には「これらの項目について、患者に満足いただけたと思うか」という視点での回答を求めた。患者の選択肢は、各項目、総合評価ともに「4点：とても満足」、「3点：満足」、「2点：やや不満」、「1点：不満」の4段階とした。看護師の選択肢は、「4点：とても満足いただけたと思う」、「3点：満足いただけたと思う」、「2点：やや不満だろうと思う」、「1点：不満だろうと思う」の4段階とした。

さらに、⑤総合評価として、患者には「全体的に当院に満足しているか」を、看護師には「全体的に患者に満足いただけたと思うか」を上記の4段階で調査した(表1)。各項目に自由記載欄を設け、評価の理由を記載させた。

作成した調査票の信頼性としてのCronbachの α 係数は.882で、徳永らの入院満足度調査¹²⁾との併存妥当性としてのPearsonの相関係数は $r=.804$ ($p<.001$)であり、評価票の信頼性と妥当性が担保された。

6. 分析方法

対象の属性については、記述統計を行った。患者と看護師の満足度については、Shapiro-Wilk検定にて正規性がないことを確認しMann-WhitneyのU検定で比較した。総合評価に影響した項目を抽出するために、総合評価を除く項目を独立変数とし、総合評価を従属変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。さらに、患者については、軽症、中等症Ⅰ、中等症Ⅱに分け、それぞれで重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。重回帰分析に先立って、多重共線性の検定を行った。統計解析にはIBM® SPSS® Statistics Ver.23 (IBM Japan)を使用し、有意水準を0.05とした。

7. 倫理的配慮

本研究は、小松市民病院看護研究倫理審査委員会(承認番号：看202004)の承認を得て実施した。対象者には、調査の目的と方法、参加の自由、個人情報保護について、文書を用いて説明した。対象者宅への調査用紙の郵送に使用した封筒には、対象者が入院した医療機関名を記載しなかった。調査用紙の提出は無記名とし、調査用紙の提出をもって研究参加の同意とした。

結 果

1. COVID-19患者および看護師の属性

調査期間に対象施設に入院したCOVID-19患者85名のうち、対象となった患者は62名であった。調査用紙の回収数は43名(回収率69.4%)で、こ

表1 調査項目

n = 42

設備・環境	1. トイレ・浴室の設備はどうか。 2. 室内備品・テレビはどうか。 3. 冷蔵庫はどうか。 4. 室内棚はどうか。 5. 室内に設置した電話はどうか。 6. 通信環境はどうか。 7. 室内温度はどうか。 8. トイレ・浴室の臭いはどうか。 9. ゴミ箱の臭いはどうか。 10. シーツの清潔度はどうか。
プライバシー	11. プライバシーの配慮はどうか。 12. 家族への対応はどうか。 13. 荷物の受け渡しはどうか。
食事	14. 食事時間はどうか。 15. 食事内容はどうか。 16. 食器はどうか。 17. 飲み物の不自由さはどうか。
コミュニケーション	18. 看護師の説明はどうか。 19. 看護師の聴く態度はどうか。 20. 看護師の言葉遣いはどうか。 21. ナースコールの対応はどうか。 22. 医師の説明はどうか。 23. 医師の聴く態度はどうか。 24. 医師の言葉遣いはどうか。 25. 医師と看護師の連携はどうか。 26. 薬剤師の対応はどうか。 27. 放射線技師の対応はどうか。 28. 理学療法士の対応はどうか。 29. 栄養士の対応はどうか。 30. 社会福祉士の対応はどうか。 31. その他の職種の対応はどうか。
総合評価(患者)	32. 全体的にみて、当院に満足されていますか。
総合評価(看護師)	32. 全体的にみて、患者に満足いただけたと思いますか。

のうち有効回答数は42名(97.7%)であった。患者の性別は、男性26名(61.9%)、女性16名(38.1%)で、年代は、70歳代が21名(50.0%)で最も多く、次いで50歳代が8名(19.0%)であった。重症度は、軽症が7名(16.7%)、中等症Ⅰが19名(45.2%)、中等症Ⅱが16名(38.1%)、重症0名であった(表2)。平均在院日数は、 16.5 ± 7.8 日であった。

看護師の対象は57名であった。調査用紙の回収数は46名(回収率80.7%)で、このうち有効回答数は45名(有効回答率97.8%)であった。看護師

表2 対象患者の属性

		n = 42	
		名	%
性別	男性	26	61.9
	女性	16	38.1
年齢	～19歳	0	0.0
	20歳代	1	2.4
	30歳代	1	2.4
	40歳代	3	7.2
	50歳代	8	19.0
	60歳代	6	14.2
	70歳代	21	50.0
	80歳～	2	4.8
重症度	軽症	7	16.7
	中等症Ⅰ	19	45.2
	中等症Ⅱ	16	38.1

の性別は、女性40名（88.9%）、男性4名（8.9%）、無回答1名（2.2%）であった。年代は、40歳代が24名（53.3%）で最も多く、次いで30歳代が8名（17.8%）であった。看護師経験年数は、20年以上が21名（46.7%）で最も多く、次いで15～20年未満が8名（17.8%）であった（表3）。

2. 総合評価

総合評価は、患者は、とても満足が12名（28.6%）、満足が24名（57.1%）、やや不満が4名（9.5%）、不満が2名（4.8%）、看護師は、とても満足が1名（2.2%）、満足が29名（64.4%）、やや不満が13名（28.9%）、不満が1名（2.2%）で（表4）、患者が看護師より有意に高かった（ $p=0.002$ ）（表5）。

3. 項目別の満足度

患者の項目別の満足度は、すべての項目において中央値は3点（満足）であった。看護師の項目別の自己評価は、「トイレ・浴室の設備」、「通信環境」、「ゴミ箱の臭い」、「食事内容」、「食器」、「飲み物の不自由さ」の中央値が2点（やや満足）で、その他の項目は3点（満足）であった。患者の満足度が看護師の自己評価よりも有意に高かった項目は、「トイレ・浴室の設備（ $p<.001$ ）」、「冷蔵庫（ $p=0.007$ ）」、「室内棚（ $p=0.002$ ）」、「室内に設置した電話（ $p=0.007$ ）」、「通信環境（ $p<.001$ ）」、「室内温度（ $p=0.001$ ）」、「トイレ・浴室の臭い（ $p<.001$ ）」、「ゴミ箱の臭い（ $p<.001$ ）」、「シーツの清潔度（ $p<.000$ ）」、「プライバシーへの配慮（ $p=0.003$ ）」、「家族への対応（ $p<.001$ ）」、「荷物

表3 対象看護師の属性

		n = 45	
		名	%
性別	男性	4	8.9
	女性	40	88.9
	無回答	1	2.2
年齢	20歳代	5	11.1
	30歳代	8	17.8
	40歳代	24	53.3
	50歳代	6	13.3
	無回答	2	4.5
看護師の経験年数	5年未満	4	8.9
	5～10年未満	5	11.1
	10～15年未満	7	15.5
	15～20年未満	8	17.8
	20年以上	21	46.7

の受け渡し（ $p<.001$ ）」、「食事時間（ $p=0.008$ ）」、「食事内容（ $p=0.007$ ）」、「食器（ $p<.001$ ）」、「飲み物の不自由さ（ $p=0.006$ ）」、「看護師の説明（ $p=0.002$ ）」、「看護師の聴く態度（ $p<.001$ ）」、「看護師の言葉遣い（ $p=0.001$ ）」、「ナースコールの対応（ $p<.001$ ）」、「医師の説明（ $p=0.008$ ）」、「医師の聴く態度（ $p=0.008$ ）」、「医師の言葉遣い（ $p=0.009$ ）」、「医師と看護師の連携（ $p=0.002$ ）」、「薬剤師の対応（ $p=0.002$ ）」、「放射線技師の対応（ $p=0.001$ ）」、「栄養士の対応（ $p=0.017$ ）」であった。有意差が見られなかった項目は、「室内備品・テレビ」、「理学療法士の対応」、「社会福祉士の対応」であった（表4）。

自由記載には、プライバシーに関する患者の記載として、「荷物の受け渡しでは、防護服の着脱が大変なのに重い荷物を運んでもらいありがとうございました」、「プライバシーにも配慮していた

表4 総合評価の分布

評価指標	患者 (n=42)		看護師 (n=45)	
	名	%	名	%
とても満足	12	28.6	1	2.2
満足	24	57.1	29	64.4
やや不満	4	9.5	13	28.9
不満	2	4.8	1	2.2
未記入	0	0.0	1	2.2

だき荷物の受け渡しはスムーズでした」があり、看護師の記載として、「トイレの共用はプライバシーに欠ける」、「荷物をゴミ袋でうけるのはどうかと思った」、「無機質な環境で隔離されてつらかったのではないかと思う」、「荷物の受け渡しなどが通常のように行えず、時間と労力を要した」などがあった。

食事に関する患者の記載として、「味覚障害が思ったよりきつかった」、「入院当初に食事が進まず色々対応してくれた」、「容器の臭いで最初辛いときは食欲がなかった」、「自販機があるとよい」、「飲み物注文はよかった」があり、看護師の記載として、「プラスチック容器はおいしく見えない」、「食事以外の食べ物が選べるとよい」があった。コミュニケーションに関する患者の記載として、「看護師は皆さん優しく親身になって対応してくれた」、「(退院後に) ホテル療養に行っても看護師さんと話していた時間が救いでした」、「医師は丁寧にわかりやすく対応してくれた」、「もう少し話ができたらと思った」、「医師によっては電話での診察ばかりで、2～3日に1回は訪室してほしい」、「(医師と看護師は) 問題なく連携できていると思う」、「時に(医師と看護師の) 情報共有が少ないように思った」があり、看護師の記載として「防護服をきるため待たせている」、「マスクや距離を保つなど、仕方がないがさみしい感じがする」があった。

その他の意見として、看護師からは「初めてのことで戸惑いが多かった」、「最善をつくし努力をしたが、患者に伝わったのかわからない」、「防護服やマスクを十分に確保してほしい」、「十分な看護がしたくてもしてあげられない」があった。

4. 総合満足度に影響を及ぼした項目

多重共線性の検定として独立変数間の相関行列から変数間の相関係数を算出した結果、すべての項目間において $r < 0.80$ であり、項目間の多重共線性はなく、除外された項目はなかった。ただし、薬剤師、放射線技師、理学療法士、栄養士、社会福祉士、その他の職種の対応については、回答数が少なかったため、患者および看護師の解析から除外した。

重回帰分析(ステップワイズ法)の結果、患者の総合評価に影響していた項目は、「食事内容($p < .001$)」と「看護師の聴く態度($p = .009$)」であった(表6-1)。看護師の総合評価に影響していた項目は、「通信環境($p = .006$)」と「プライバシーへの配慮($p = .048$)」であった(表6-2)。

重症度別の解析では、中等症Ⅱの患者は「看護師の聴く態度($p < .001$)」、中等症Ⅰは「食事内容($p = .008$)」、軽症は「看護師の説明($p < .001$)」が総合評価に強く影響していた(表6-3)。

考 察

総合的評価においても、各項目においても、患者の満足度が看護師の評価よりも高かった。ただし、「家族への対応」「入院中の食事時間」「医師と看護師との連携」については、統計的に有意差はあるものの、中央値ならびに四分位範囲は同一であることから、これらの項目においては大きな差がなかったと考える。また、他職種の対応などの一部の項目においては、その場に必ずしも立ち会っていないことから、看護師の想像での採点に過ぎない。看護師による評価が低かった理由として、看護師が自身の使命感の強さに見合った看護ケアが思うように実践できていないことが考えられる。看護師の自由記載には、「最善をつくし努力をしたが、患者に伝わったのかわからない」、「十分な看護がしたくてもしてあげられない」があった。先行研究では、COVID-19の入院患者の対応に従事する看護師の思いとして、「使命として納得する」、「手探りで行われる治療に対するジレンマ」、「患者へのケアより自分たちの安全に比重が置かれることへのジレンマ」⁸⁾や、「活動の中でいつものようなタッチングや傾聴を十分に行うことができないことへのジレンマを感じる」¹⁵⁾などが報告されている。看護師は、防護服を通してしかコミュニケーションがとれないことや、防護具の不足などから患者とかわかる時間が少なくなることなどによるもどかしさや罪悪感を持ちながら患者と相対している。これらの思いが看護師の自己評価を低くしたことが考えられる。

一方、患者からの評価が高かった理由として、医療従事者の行動への理解がある。患者の自由記載には、「荷物の受け渡しでは、防護服の着脱が大変なのに重い荷物を運んでもらいありがとうございました」、「プライバシーにも配慮していただき荷物の受け渡しはスムーズでした」、「入院当初に食事が進まず色々対応してくれた」のように、通常とは異なる制限が多いことを理解し、その中で医療従事者ができる限りのことをしたことに対する感謝の念を持っていることが伺えた。このように、本調査における患者と看護師の差は、看護師と患者が互いに思いを馳せた結果として生じた差であるといえる。

表5 患者と看護師の評価の比較

n = 42

	患 者				看護師				p 値	
	n	中央値	四分位範囲		n	中央値	四分位範囲			
設備・環境	トイレ・浴室の設備	42	3	3	3	43	2	2	3	<.001 *
	室内備品・テレビ	42	3	3	4	45	3	3	3	.305
	冷蔵庫	39	3	3	3	45	3	2	3	.007 *
	室内棚	42	3	3	3	45	3	2	3	.002 *
	室内に設置した電話	41	3	3	3	45	3	2	3	.007 *
	通信環境	42	3	3	3	45	2	2	3	<.001 *
	病室温度	42	3	3	3	45	3	2	3	.001 *
	トイレ・浴室の臭い	42	3	3	3	44	3	2	3	<.001 *
	ゴミ箱の臭い	42	3	3	3	45	2	2	3	<.001 *
	シーツの清潔度	42	3	3	3	41	3	2	3	<.001 *
プライバシー	プライバシーの配慮	40	3	3	3	44	3	2	3	.003 *
	家族への対応	41	3	3	3	44	3	3	3	<.001 *
	荷物の受け渡し	41	3	3	3	44	3	2	3	<.001 *
	入院中の食事時間	40	3	3	3	45	3	3	3	.008 *
食事	食事内容	41	3	2	3	45	2	2	3	.007 *
	食器	40	3	2	3	45	2	2	3	<.001 *
	飲み物の不自由さ	40	3	2	3	45	2	2	3	.006 *
コミュニケーション	看護師の説明	42	3	3	4	42	3	3	3	.002 *
	看護師の聴く態度	42	3	3	4	43	3	3	3	<.001 *
	看護師の言葉使い	42	3	3	4	43	3	3	3	.001 *
	ナースコールの対応	40	3	3	4	41	3	2	3	<.001 *
	医師の説明	42	3	3	4	43	3	3	3	.008 *
	医師の聴く態度	42	3	3	4	43	3	3	3	.008 *
	医師の言葉使い	42	3	3	4	43	3	3	3	.009 *
	医師と看護師の連携	42	3	3	3	43	3	3	3	.002 *
	薬剤師の対応	21	3	3	3	37	3	2	3	.002 *
	レントゲン技師の対応	36	3	3	4	42	3	3	3	.001 *
	理学療法士の対応	9	3	3	3	35	3	2	3	.156
	栄養士の対応	19	3	3	4	33	3	2	3	.017 *
	社会福祉士の対応	6	3	3	3	31	3	2	3	.283
その他の職種の対応	1	3	3	3	5	3	3	3	1.000	
総合評価	42	3	3	4	44	3	2	3	.002 *	

Mann-WhitneyのU検定 *p<0.05

表6-1 患者の総合評価への影響要因

n = 42

独立変数	標準化係数 β	p 値	95%信頼区間		調整済み R二乗値
			下限	上限	
食事内容	.570	<.001	.286	.760	.606
看護師の聴く態度	.354	.009	.145	.930	

重回帰分析（ステップワイズ法）

表 6-2 看護師の総合評価への影響要因

独立変数	標準化係数 β	p 値	95%信頼区間		調整済み R二乗値
			下限	上限	
通信環境	.452	.006	.132	.711	.420
プライバシー	.313	.048	.002	.623	

重回帰分析（ステップワイズ法）

n = 44

表 6-3 重症度別の総合評価への影響要因

重症度	独立変数	標準化係数 β	p 値	95%信頼区間		調整済み R二乗値
				下限	上限	
中等症Ⅱ	看護師の聴く態度	1.000	<.001	1.000	1.000	1.000
中等症Ⅰ	食事内容	.695	.008	.233	1.256	.436
軽症	看護師の説明	1.000	<.001	1.000	1.000	1.000

重回帰分析（ステップワイズ法）

n = 42

次に、看護師と患者のそれぞれの総合評価に影響した要素について考察する。看護師の総合評価に影響していた要素は、「通信環境」と「プライバシーへの配慮」であり、これらは、人との繋がりに関連する設備についてであった。COVID-19の隔離病棟においては、「通信環境」や「プライバシーへの配慮」は、通常の入院環境と異なる点が多かった。今回の調査対象となった医療施設では、迅速な病床確保を優先したために、「通信環境」では一部の病室のWi-Fi環境が整っておらず、「プライバシーへの配慮」では一部の病室においてはトイレが共用であった。これらにより、看護師は、通常の入院環境にはない制限を強いているという思いから、患者は不満を抱いているであろうという印象を持っていたと考える。

患者の総合評価に影響していた項目は「食事内容」と「看護師の聴く態度」であった。隔離された入院生活においては、家族からの差し入れもなく売店などに自由に行けることもできないため、病院から提供される食事は数少ない楽しみである。さらにCOVID-19の症状の1つである味覚障害や嗅覚障害に対する苦痛を抱えており、患者の症状に合わせた食事内容の選択は、個々の患者に満足を与える重要な要素であったことが考えられる。

「看護師の聴く態度」については、隔離された環境で不安が募っている患者にとって看護師が足をとめて患者の話を傾聴することが何よりも癒しになったと考える。自由記載には「(退院後に)ホテル療養に行ってから看護師さんと話してい

た時間が救いでした」があったように、患者は、看護師が傍にいない時にも看護師との会話に思いを寄せて心の支えとしている様子が見えかけた。COVID-19による入院患者の心理に関する報告は、まだほとんど見られないが、隔離環境下での入院生活による心理として、多剤耐性菌結核患者では「外に出られないのは辛い」、「人に会えないのが寂しい」といった隔離による辛さと同時に、「看護師との日常的な会話が楽しみ」、「医療従事者の言動に苛立つ」¹⁶⁾など、医療従事者との人としてのつながりを重視しているという報告がある。本研究においても医療従事者の訪室時間や回数に対する思いが記載されていることから、COVID-19による入院患者においても、同様の傾向があることが考えられる。また、隔離環境にある急性期精神科患者における隔離室への思いは、看護師は物理的環境の充実を重視する傾向があるのに対して、患者は恐怖の緩和などの心理面を重視しており¹⁷⁾、看護師と患者の認識の違いについて本研究の結果と類似していることが報告されている。

次に、総合評価に影響する要素の重症度による違いについて述べる。中等症Ⅱの患者では「看護師の聴く態度」が、中等症Ⅰの患者では「食事内容」が、軽症の患者では「看護師の説明」が、総合評価に強く影響していた。中等症Ⅱで「看護師の聴く態度」が強く影響していた理由は、重症度の高い患者は、自身の生命の危機への関心が強かったことが考えられる。差し迫った生命の危機に対する不安に苛まれる心情を看護師が傾聴するこ

とは、患者にとって何よりも救われる思いであったことが推察される。これに対して、軽症の患者では「看護師の説明」が強く影響していた。軽症の患者は身体的な苦痛も比較的少なく自立度が高い。生命の危機への不安よりも、自身の具体的な療養生活への対応についての関心が高かったことと、心理的にも比較的余裕があったことから、看護師の説明を理解したうえで、納得した療養生活を送りたいという欲求が強かったことによると考える。また、現時点で軽症であってもCOVID-19は急激な重症化が報告されていることから、自身の病状の変化を正しく知りたいという思いが強かったことも考えられる。COVID-19の療養において、重症度の高い患者は、生命を守る医療措置が最優先されるが、その中において看護師が患者の思いを傾聴することが患者の心の支えとして殊に重要であることが示された。

本研究の結果のCOVID-19による入院患者の支援への活用について述べる。本研究の結果から、味覚障害や嗅覚障害などの個々の症状に即した食事が提供できる体制づくり、軽症患者には個々の患者への細やかな説明、中等症Ⅱなどの呼吸不全がある患者には傾聴を重視した関わりが患者満足において重要であることが示唆された。このようなCOVID-19患者の隔離に対する思いの特徴や重症度別の特徴を考慮した看護ケアを行うことは、パンデミックの状況下においても、看護の質を保証することにつながると考える。その一方で、看護師は十分なケアができないもどかしさや罪悪感から看護実践の価値評価を低下させており、医療従事者の人員を充実させる体制とともに看護師の自己効力感を高める機会を積極的に提供することが重要である。

本研究には2つの限界がある。1つ目は、地方の1施設の調査であったことによる外装性の限界である。調査施設の受け入れ対象者は中等度と軽症に限られていたことから、本研究の対象者には重症者が含まれていない。他職種については、放射線技師や栄養士が病室に出向くことが少なかったため、回答数が少なかった。したがって、本研究の結果は重傷者については適応できず、さらに他職種に関する評価の妥当性は保証できない。2つ目は、調査時期の特性である。本調査は、第1波から第3波の中盤に行った。本調査の後に、本邦では高齢者を優先に新型コロナワクチン接種が開始され、高齢者の罹患が減少した。本調査は、高齢者へのワクチン接種が行われる前の時期であ

ったため高齢者の割合が比較的多かった。また、本調査時期には、国内でCOVID-19の情報が十分に行き渡っているとはいえない時期であったため、COVID-19の罹患により入院した患者の不安がかなり強かったことが考えられ、これらの調査時期の特徴が今回の結果に影響した可能性がある。

結 論

COVID-19入院患者の療養生活への満足度は、看護師による患者に満足いただけたと思うかの自己評価よりも高かった。総合評価に影響する項目は患者と看護師で異なっており、看護師は「通信環境」と「プライバシー」が、患者は「食事内容」と「看護師の聴く態度」が影響していた。重症度別では、中等症Ⅱの患者は「看護師の聴く態度」が、中等症Ⅰは「食事内容」が、軽症は「看護師の説明」が総合評価に強く影響していた。医療従事者がCOVID-19に関する正しい知識を持ち感染対策を行いつつ、患者の思いを折に触れて傾聴することの重要性が示された。

謝 辞

本研究にあたり、身体の回復途上にありながらも調査に御協力くださいました患者の皆様、身体的・心理的負担を抱えながらの業務の中にも関わらず調査に協力くださった看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

文 献

- 1) 株式会社インテージリサーチ：新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスとその影響に関する調査 報告書（令和3年厚生労働省障害者総合福祉推進事業），[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/12205000/syousai.pdf>]，厚生労働省，5. 14. 2022
- 2) 朝倉京子，高田望，杉山祥子：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のアウトブレイクが看護職に与える心理的影響 宮城県内の病院に勤務する看護職を対象とした実態調査，看護管理，30(8)，756-762，2020
- 3) 岡林志穂：COVID-19患者の看護を行った看護師が抱いた感情や思いとその対処，高知県医師会医学雑誌，26(1)，104-110，2021

- 4) 山勢善江, 山勢博彰, 明石恵子, 他: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対する救急看護の実態と課題—日本救急看護学会による実態調査一, 日本救急看護学会雑誌, 23, 37-47, 2021
- 5) Awano N, Oyama N, Akiyama K, et al.: Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Internal Medicine*, 59(21), 2693-2699, 2020
- 6) Serrano-Ripol MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, et al.: Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277(1), 347-357, 2020
- 7) Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, et al.: The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*, 62(1), 1-16, 2020
- 8) Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, et al.: Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 48-57, 2020
- 9) 館野由美子, 矢崎大, 長谷川久巳, 他: 新型コロナウイルス感染症への対応について (II部) 新型コロナウイルス感染症患者に対応している看護師の心理的特徴, 共済医報, 70(2), 155-158, 2021
- 10) 尾藤誠司, 鈴鴨よしみ, 福原俊一: 入院患者用患者満足度尺度の開発—下位尺度と項目の再設定と再検証: HPSQ-25からHPSQ-13へ, 医療マネジメント学会雑誌, 6(2), 423-428, 2005
- 11) 木田裕子, 椎名道子, 加治江利子: 入院患者満足度に対する人的因子と環境因子の影響力の変化, 日本看護学会論文集—看護総合, 42, 319-322, 2012
- 12) 徳永誠: 外来と入院で病院への満足度に最も影響する項目は何か、変数選択重回帰分析による検討, 日本医療マネジメント学会雑誌, 8(2), 365-368, 2007
- 13) 早瀬良, 坂田桐子, 高口央: 患者満足度を規定する要因の検討—医療従事者の職種間協力に着目して—, 実験社会心理学研究, 52(2), 104-115, 2013
- 14) 診療の手引き検討委員会: 新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き第7.1版, 「オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/000923423.pdf>」, 厚生労働省, 5. 14. 2022
- 15) 大竹徹, 谷口千枝: 新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者のメンタルヘルスケア—松江市立病院における精神科の取り組み, 松江市立病院医学雑誌, 24(1), 6-10, 2020
- 16) 島村珠枝, 田口敦子, 小林小百合, 他: 多剤耐性結核入院患者の病気の受けとめと入院生活で感じていること, 日本看護科学会誌, 30(2), 3-12, 2010
- 17) 高橋直己, 平野祐一, 佐藤弘康, 他: 隔離室入室に伴う患者と看護師の視点の比較, 日本精神科看護学術集会誌, 474-475, 2015

Original Article

Relationship between perceived workplace reflection support and person-environment fit among hospital nurses: a cross-sectional study

Maho Inoue¹⁾, Keiko Kunie²⁾, Yukie Takemura³⁾

¹⁾ Department of Nursing Administration, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

²⁾ Department of Nursing Administration, School of Nursing, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

³⁾ Nursing Department, The University of Tokyo Hospital

Key words

nurse managers, perceived person-environment fit, support in workplace, colleagues, reflection

Abstract

Aim: When person-environment fit is high, employees have positive feelings and attitudes toward their jobs and workplaces. Reflection support, where reflection is prompted by others, could be related to person-environment fit. This study aimed to examine the relationships between reflection support from nurse managers and colleagues, and various dimensions of perceived person-environment fit (a sense of congruence with the work environment, i.e., needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, person-group fit) among nurses.

Methods: A cross-sectional study was conducted from February to March 2019 using self-report questionnaires. Of the 1,082 registered nurses, assistant nurses, and midwives from three hospitals (one public and two private) who participated, the responses of 662 were included in the analysis. Multiple regression analysis was conducted, with reflection support from nurse managers and colleagues as independent variables, and needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit as dependent variables.

Results: Reflection support from both nurse managers and colleagues was positively related to needs-supplies ($\beta = .245, .225, p < .001, < .001$, respectively), demands-abilities ($\beta = .294, .167, p < .001, < .001$, respectively), person-organization ($\beta = .276, .133, p < .001, = .002$, respectively), and person-group fit ($\beta = .154, .254, p < .001, < .001$, respectively). Only reflection support from nurse managers was positively related to person-supervisor fit ($\beta = .535, p < .001$).

Conclusion: Both nurse managers and colleagues need to provide reflection support related to each dimension of person-environment fit. Nurse managers and colleagues should encourage nurses to reflect

Mailing address : Maho Inoue

Department of Nursing Administration, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo
7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan

on their work experiences by offering objective opinions and new perspectives.

Introduction

Person-environment fit refers to the match between the person and environment, such as job and workplace¹⁻³. It includes multiple dimensions: needs-supplies fit (the compatibility between employees' needs, preferences, or desires and their jobs), demands-abilities fit (the compatibility when employees' abilities, skills, and knowledge are commensurate with job requirements), person-organization fit, person-supervisor fit, and person-group fit (value congruence between person and organization, supervisor, and colleagues)^{2) 4}. When each dimension of person-environment fit, as assessed subjectively and directly, is high, employees have positive feelings and attitudes toward their jobs and workplaces, including low levels of turnover intention and burnout, and elicit desirable workplace behaviors^{2) 5-8}. According to a previous study, one dimension of person-environment fit was its relationship with perceived positive patient care quality among nurses⁹. Therefore, it is important to know the management factors related to high person-environment fit—specifically, support that is easy to incorporate into the clinical setting with no financial cost.

This study focuses on reflection as a factor related to person-environment fit. Reflection is a cognitive-affective process or activity (1) involving active engagement from the individual; (2) stimulated by an unusual event; (3) involving introspection about one's responses, values, and stances in view of the existing context; and (4) providing a comprehensive perspective and new insight into one's experience¹⁰. The experiential learning theory explains the cycle of concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization, and active experimentation. In other words, reflecting on concrete experiences helps people conceptualize them as knowledge that can be used elsewhere, and these transactions take place between the person and the environment¹¹. Person-environment fit occurs

from an interaction between person and environment^{1) 2)}. Therefore, by reflecting on their workplace experiences, people can understand them more deeply and become aware of the relationships between themselves and their environments, linking person-environment fit.

Outcomes of reflection include improvement in clinical skills¹²⁾ and team performance¹³⁾¹⁴⁾, as well as confidence in and a good relationship with coaches and peers¹⁵⁾. A qualitative study¹⁶⁾ reported that when new nurses were prompted to reflect on their clinical experience with mentors, they gained "awareness of their own previously unrecognized weaknesses," "awareness of what they value most," and "relief that supporters are always there (i.e., finding commonality with them, and relief gained from supporters' presence)."

By receiving reflection support from others in the workplace, people's needs (such as needs for professional growth) and required abilities may be fulfilled or met by the work environment, related to needs-supplies and demands-abilities fit. In addition, people might perceive values of self, workplace (their organization), and staff (their supervisor and colleagues), and recognize the commonalities and similarities between self and others, related to person-organization, person-supervisor, and person-group fit. A previous study found that opportunities for professional growth influenced multiple dimensions of person-environment fit among nurses¹⁷⁾, but no studies have examined the relationship between reflection or reflection support and person-environment fit.

How do nurses receive reflection support? Reflection is prompted through various situations and tools such as dialogues, workshops, and written cases among nurses¹⁵⁾. Thus, reflection support could be a management intervention. Furthermore, employees receive reflection support from their supervisor and colleagues¹⁸⁾¹⁹⁾. Nurses receive reflection support from their nurse managers who are their supervisors, and

from colleagues, including their seniors such as chief nurses, peers, and juniors. As nurses have different relationships with their nurse managers and their colleagues, the perception of receiving reflection support from either can be distinguished, and both are important sources of such support.

In summary, receiving reflection support from nurse managers and colleagues in the workplace might be associated with the multidimensions of person-environment fit. However, regarding person-supervisor fit, reflection support from colleagues might not be relevant because individuals evaluate their value congruence with their supervisor²⁾.

Considering the possibility that younger nurses could receive more reflection support than experienced nurses based on educational strategies, and a concept characteristic of person-environment fit, personal and environmental variables should be controlled. Based on the above, two hypotheses can be formulated:

H 1: Perceived reflection support from nurse managers has positive relationships with perceived needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit, controlling personal and environmental variables.

H 2: Perceived reflection support from colleagues has positive relationships with perceived needs-supplies, demands-abilities, person-organization, and person-group fit, but not a significant relationship with perceived person-supervisor fit, controlling personal and environmental variables.

Aims

This study aimed to examine the relationships between reflection support from both nurse managers and colleagues, and the perceived needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit among nurses.

Specifically, it intended to quantitatively clarify whether reflection support in the workplace is effective for person-environment fit, which is expected to lead to positive psychological, attitudinal, and behavioral responses toward the job and

workplace among nurses. In other words, this study helps to clarify the source of the reflection support which is likely to have a relationship with each dimension of person-environment fit among nurses. Additionally, this study aimed to suggest actions that could be taken by nurse managers.

Materials and Methods

1. Design

A cross-sectional study was conducted, collecting data through self-report questionnaires. This study is part of a larger project examining factors related to person-environment fit among hospital nurses (including registered nurses, assistant nurses, and midwives), and some of the collected data have been analyzed in an earlier publication¹⁷⁾.

2. Participants

Participants included 1,082 nurses from three hospitals (one public and two private hospitals) with 300–500 bed capacity with acute function, located in suburban areas, selected through convenience sampling. Nurses who were absent from work during the study period and managers were excluded.

A sample size of 123 was required with a significance level of .05, test power of .80, and effect size of 0.15 according to G-power ver. 3.1.9.4. This study was part of another research project; thus, the number of participants was much larger than calculated.

3. Data Collection

Data were collected from February to March 2019. The survey items included reflection support from nurse managers and colleagues, perceived person-environment fit, personal characteristics, and the perception of operational changes that could relate to perceived person-environment fit.

4. Instruments

1) Perceived reflection support from nurse managers and colleagues

The perception of receiving reflection support from nurse managers and colleagues is important for nurses and was measured using the subscale “reflection support” of the “support

from others" scale¹⁹). The "support from others" scale includes three types of support that people receive from others in the workplace: "work support" and "emotional support" in addition to "reflection support," which were identified by explanatory factor analysis¹⁹). The reflection support scale measures the degree to which others provide opportunities to objectively reflect on work experiences and one's own way of being. The reflection support scale comprises three items (for example, "It gives me an objective opinion about myself"), to which responses are given on a 5-point Likert scale ranging from 1 ("completely disagree") to 5 ("completely agree"). The mean score of the three items was used in the analysis.

For each item, participants were asked how much support they felt they received from their nurse managers, leader nurses (i.e., nurses in leadership roles in the nursing unit), and staff nurses. Given that leader nurses and staff nurses worked together on the same shift, they were treated as colleagues. To make it easier for nurses to answer the questions, it was necessary to question leader nurses and staff nurses separately to prevent any influence, because experienced people have been reported to facilitate reflection¹⁸).

The three ratings for the nurse managers were averaged to calculate the score for perceived reflection support from nurse managers. The sets of ratings for perceived support from leader nurses and staff nurses were combined to calculate the mean score for colleagues. The Cronbach's alphas for reflection support from the nurse managers and colleagues were .92 and .90, respectively.

2) Perceived person-environment fit

Perceived person-environment fit was measured using the Japanese version of the Perceived Person-Environment Fit Scale, which includes five subscales: needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit^{6) 20}). In this study, person-organization, person-supervisor, and person-group fit measured value congruence with their hospital, nurse manager, and colleagues in their unit, respectively. Each subscale consists

of three items and uses a 7-point scale ranging from 1 ("completely disagree") to 7 ("completely agree"). Examples of needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit items are as follows: "There is a good fit between what my job offers me and what I am looking for in a job"; "The match is very good between the demands of my job and my personal skills"; "My personal values match my organization's values and culture"; and "My personal values match my group members' values and culture." The mean value was calculated for each subscale. The Cronbach's alphas for needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit were .86, .84, .96, .97, and .97, respectively.

3) Covariates (personal and environmental variables)

Personal characteristics (gender, age, total years of nursing experience, employment position, qualifications, type of nursing unit [e.g., outpatient, inpatient, or operating rooms], total years in the current nursing unit, and hospital) were measured. In addition, since previous studies had reported that job and organizational changes are related to changes in person-environment fit²¹); four items measuring the perception of operational changes on a 4-point scale were developed and included. An item example is: "The hospital's manuals and rules involved in nursing duties have changed." Variable values were obtained by assigning new scores to the scale scores: 1 (for large changes) was assigned 2, 2 (for slight changes) was assigned 1, and 3 (for no change) and 4 (for unknown change) were assigned 0. For each item, the new scores were summed to obtain a value ranging from 0 to 8. Finally, the variable yielded two values: participants with scores of 4 or more (i.e., nurses experiencing many operational changes in their job) and the rest (i.e., other nurses).

5. Ethical Considerations

The nurse managers distributed the explanation document along with questionnaires to the nurses. Those who returned the questionnaire and indicated their willingness to participate therein were considered to have provided in-

formed consent. On completion, the questionnaires were sealed and placed in collection boxes that were returned to the researchers by each hospital after two weeks.

Scales were used after the authors' permission.

This study was approved by the Graduate School of Medicine, The University of Tokyo (No. 2018140NI).

6. Data Analysis

Participants who did not consent and those with incomplete data were excluded from the analysis. Descriptive statistics and Spearman's correlation coefficients were calculated. An independent t-test or a one-way analysis of variance was used to evaluate the difference in scores of reflection support and person-environment fit between covariates of categorical variables. A multiple linear regression analysis using forced entry was also conducted. Needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit were the dependent variables; reflection support from the nurse managers and colleagues were the independent variables; gender, employment position, total years of nursing experience, type of nursing unit, total years in the current nursing unit, perception of operational changes, and hospital were the control factors. The variance inflation factor was less than 2, meaning that multicollinearity was not exhibited.

The significance level was set at $p < .05$. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics ver. 25 for Windows.

Results

The questionnaires were administered to 1,082 participants. We received responses from 867 participants (return rate: 80.1%), of which 662 had no incomplete data, which were then analyzed (valid response rate: 61.2%).

Tables 1 and 2 show the results of descriptive statistics, independent t-test, a one-way analysis of variance, and correlation analysis. The participants had the following characteristics (values are expressed as mean \pm standard deviation): age of 33.4 ± 8.9 years, total years in nursing

experience of 9.7 ± 7.8 years, and total years in the current nursing unit of 2.8 ± 2.9 years. Additionally, 89.7% of participants were women, 90.0% had no position, 95.9% were registered nurses, 64.8% worked in inpatient units, and 48.0% perceived many operational changes.

The mean scores of reflection support from nurse managers and colleagues were 3.45 and 3.51, respectively. Regarding needs-supplies, demands-abilities, person-organization, person-supervisor, and person-group fit, the mean scores were 3.22–3.95. Spearman's correlation coefficient indicated that reflection support from nurse managers and colleagues was significantly positively related to each dimension of person-environment fit.

Further, there were differences in some scores of reflection support and dimensions of person-environment fit within the personal or environment variables such as employment position, nursing unit, operational changes, and hospital. Total years of nursing experience were weakly related to reflection support from nurse managers and colleagues.

The results of the multiple regression analysis are presented in Table 3. Reflection support from nurse managers and colleagues were significantly related to needs-supplies fit ($\beta = .245, .225, p < .001, < .001$, respectively), demands-abilities fit ($\beta = .294, .167, p < .001, < .001$, respectively), person-organization fit ($\beta = .276, .133, p < .001, = .002$, respectively), and person-group fit ($\beta = .154, .254, p < .001, < .001$, respectively), although some of the covariates were weakly related to the dimensions of person-environment fit. Only reflection support from nurse managers had a significant positive relationship with person-supervisor fit ($\beta = .535, p < .001$).

Discussion

The study results supported H1 and H2. Therefore, reflection support from both nurse managers and colleagues was positively related to needs-supplies, demands-abilities, person-organization, and person-group fit among nurses. In addition, reflection support from nurse managers was positively related to person-supervisor fit.

Table 1. Descriptive statistics and results of t-test and a one-way analysis of variance (n = 662)

Variables	n	(%)	Perceived Reflection Support [range: 1 - 5]			Perceived Person-Environment fit [range: 1 - 7]				
			From nurse managers	From colleagues	Needs-supplies fit	Demands-abilities fit	Person-organization fit	Person-supervisor fit	Person-group fit	
Gender										
women	594	(89.7)	Mean	3.46	3.52	3.75	3.95	3.22	3.55	3.75
			(SD)	(1.00)	(0.79)	(1.03)	(1.00)	(1.16)	(1.29)	(1.08)
men	68	(10.3)	Mean	3.36	3.45	3.52	3.97	3.24	3.38	3.69
			(SD)	(1.06)	(0.74)	(1.24)	(1.05)	(1.29)	(1.54)	(1.21)
Independent t-test			<i>p</i>	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
employment position										
staff	596	(90.0)	Mean	3.42	3.55	3.69	3.91	3.21	3.51	3.76
			(SD)	(1.01)	(0.77)	(1.07)	(1.01)	(1.20)	(1.32)	(1.09)
senior staff ^a	66	(10.0)	Mean	3.69	3.10	3.98	4.27	3.36	3.77	3.58
			(SD)	(0.91)	(0.76)	(0.92)	(0.90)	(0.98)	(1.27)	(1.08)
Independent t-test			<i>p</i>	*	**	*	**	n.s	n.s	n.s
qualification										
registered nurses	635	(95.9)	Mean	3.45	3.51	3.71	3.95	3.20	3.53	3.74
			(SD)	(1.00)	(0.78)	(1.06)	(1.01)	(1.18)	(1.31)	(1.10)
assistant nurses	6	(0.9)	Mean	3.50	3.67	3.94	3.67	3.28	3.22	3.89
			(SD)	(1.22)	(0.91)	(0.57)	(1.01)	(1.31)	(1.33)	(1.19)
midwives	10	(1.5)	Mean	3.37	3.67	4.33	4.13	3.77	3.57	3.80
			(SD)	(1.01)	(0.81)	(0.65)	(0.82)	(0.77)	(0.82)	(0.85)
missing	11	(1.7)	Mean	3.27	3.27	3.70	4.09	3.82	3.70	4.09
			(SD)	(1.56)	(1.03)	(1.13)	(0.94)	(1.29)	(1.92)	(0.94)
ANOVA			<i>p</i>	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
nursing unit										
outpatient and others	173	(26.1)	Mean	3.26 [†]	3.46	3.64	3.87	3.15	3.27 [†]	3.67 [†]
			(SD)	(1.02)	(0.82)	(1.05)	(1.03)	(1.21)	(1.23)	(1.05)
inpatient	429	(64.8)	Mean	3.54 [†]	3.55	3.74	4.00	3.30 [†]	3.66 [†]	3.84 [‡]
			(SD)	(0.98)	(0.75)	(1.05)	(0.97)	(1.15)	(1.34)	(1.10)
operating room	60	(9.1)	Mean	3.29	3.36	3.84	3.81	2.83 [†]	3.39	3.27 [‡]
			(SD)	(1.06)	(0.87)	(1.07)	(1.15)	(1.18)	(1.30)	(1.02)
ANOVA			<i>p</i>	**	n.s	n.s	n.s	**	**	**
operational changes										
many	318	(48.0)	Mean	3.34	3.44	3.61	3.82	3.11	3.36	3.65
			(SD)	(1.06)	(0.75)	(1.07)	(0.97)	(1.18)	(1.33)	(1.12)
others	344	(52.0)	Mean	3.55	3.57	3.82	4.06	3.32	3.70	3.84
			(SD)	(0.95)	(0.81)	(1.03)	(1.01)	(1.17)	(1.28)	(1.06)
Independent t-test			<i>p</i>	**	*	*	**	*	**	*
Hospital (HP)										
HP1 (private)	313	(47.3)	Mean	3.32 [†]	3.48	3.64	3.91	3.17 [†]	3.47	3.64 [†]
			(SD)	(1.01)	(0.75)	(1.08)	(1.06)	(1.22)	(1.40)	(1.11)
HP2 (public)	139	(21.0)	Mean	3.35 [‡]	3.44	3.71	3.83	2.96 [‡]	3.43	3.68
			(SD)	(1.08)	(0.84)	(1.09)	(0.91)	(1.05)	(1.27)	(1.04)
HP3 (private)	210	(31.7)	Mean	3.69 ^{†, ‡}	3.60	3.86	4.08	3.47 ^{†, ‡}	3.69	3.94 [†]
			(SD)	(0.90)	(0.79)	(0.98)	(0.96)	(1.14)	(1.20)	(1.08)
ANOVA			<i>p</i>	**	n.s	n.s	n.s	**	n.s	**

Note. SD, standard deviation; ANOVA, A one-way analysis of variance; a, senior staff included vice nurse managers, chief nurses, and vice chief nurses.; ** p < .01 * p < .05; n.s, non-significant; †, ‡, the categories that exists significant differences by ANOVA

Table 2. Results of Spearman's correlation coefficient (n=662)

Variable number		Mean	SD	Variable number						
				VAR1	VAR2	VAR3	VAR4	VAR5	VAR6	VAR7
Perceived Reflection Support [range: 1 – 5]										
VAR1	From nurse managers	3.45	1.01	(.92)						
VAR2	From colleagues	3.51	0.78	.47**	(.90)					
Perceived Person-Environment fit [range: 1 – 7]										
VAR3	Needs-Supplies fit	3.72	1.05	.35**	.30**	(.86)				
VAR4	Demands-Abilities fit	3.95	1.00	.36**	.24**	.62**	(.84)			
VAR5	Person-Organization fit	3.22	1.18	.35**	.25**	.56**	.45**	(.96)		
VAR6	Person-Supervisor fit	3.53	1.31	.53**	.24**	.43**	.45**	.52**	(.97)	
VAR7	Person-Group fit	3.74	1.09	.28**	.34**	.40**	.38**	.51**	.52**	(.97)
Personal variables										
VAR8	Total years of nursing experience	9.7	7.8	-.14**	-.37**	-.04	.01	-.06	-.09*	-.17**
VAR9	Total years in the current nursing unit	2.8	2.9	.01	-.16**	-.01	.08*	-.04	-.02	-.03

Note. SD, standard deviation; Cronbach's alpha reliabilities are in parentheses.; ** p < .01 * p < .05

Table 3. Results of multiple regression analysis testing relationships between reflection support and perceived person-environment fit (n= 662)

	Needs-Supplies fit		Demands-Abilities fit		Person-Organization fit		Person-Supervisor fit		Person-Group fit	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
	Perceived Reflection Support									
From nurse managers	.245	<.001	.294	<.001	.276	<.001	.535	<.001	.154	<.001
From colleagues	.225	<.001	.167	<.001	.133	.002	-.020	.614	.254	<.001
Participants' characteristics										
Gender (Ref = men)										
Women	.037	.302	-.031	.391	-.040	.274	.016	.630	-.005	.897
Employment position (Ref = staff)										
Senior staff ^a	.072	.076	.078	.052	.007	.856	.028	.454	-.013	.743
Total years of nursing experience	.086	.053	.057	.199	.095	.034	.009	.827	-.019	.663
Nursing unit (Ref = Inpatient)										
operating room	.057	.129	-.042	.257	-.073	.053	-.017	.627	-.113	.003
outpatient and others	-.015	.700	-.025	.504	-.027	.488	-.061	.080	-.020	.593
Total years in the current nursing unit	-.027	.519	.049	.238	-.079	.058	-.062	.105	-.033	.420
Operational changes (Ref = other)										
many	-.039	.290	-.087	.018	-.058	.120	-.075	.028	-.053	.153
Hospital (Ref = Hp 2 [public])										
Hp 1 (private)	-.032	.508	.065	.174	.088	.068	.027	.543	-.022	.648
Hp 3 (private)	-.004	.938	.034	.476	.147	.002	.005	.914	.061	.206
F	12.442	<.001	13.384	<.001	12.021	<.001	26.029	<.001	12.548	<.001
adjusted R2	.160		.171		.155		.294		.161	

Note. β = standardized beta coefficient; Ref = reference; R² = coefficient of determination; a, senior staff included vice nurse managers, chief nurses, and vice chief nurses.;

Thus, the more nurses perceived that they received reflection support from their nurse managers and colleagues, the more they felt that their own needs toward their jobs and supplies from jobs, their own abilities and job requirements, and their own values and the values of their institution and colleagues matched. Furthermore, the more nurses perceived that they received reflection support from their nurse managers, the more they felt that their values were congruent with those of the nurse managers.

This study is novel and valuable to show that reflection support from both nurse managers and colleagues may be related to the perceived fit of the individual nurse's job and workplace, which is necessary for nurses' positive psychology, attitude, and performance. The coefficient of determination of multiple regression analysis implied that there might be factors related to each dimension of person-environment fit other than reflection support.

Based on the idea that person-environment fit is a dynamic concept, an increasing number of recent studies are focusing on person-environment fit change within individuals²²⁾. Both personal and environmental factors might affect person-environment fit²³⁾. Therefore, it is useful for the management to identify immediate support that can be given in daily practice, such as reflection support, especially when the environment is dynamically changing.

Reflection allows people to make sense of fragmented or confusing information²⁴⁾, eventually, leading to a stage where new insights emerge and the person reflecting develops the intention to change practices²⁵⁾. Previous studies have reported that employees' voluntary changes in work resources and work demands are related to needs-supplies and demands-abilities fit²⁶⁾. When employees perceive a misfit in demands-abilities and needs-supplies at work, they try to change the environment through various ways such as job re-crafting and shaping others' behaviors or expectations²⁷⁾. Thus, reflection support from others in the workplace may encourage nurses to reflect and develop

intentions to make meaningful changes to their work in response to what is provided (resources) and required (demands) in the workplace, which may be related to needs-supplies and demands-abilities fit.

In particular, our results showed that reflection support from nurse managers had a greater relationship with demands-abilities fit than that of colleagues. As comprehensive education training has been reported to be related to demands-abilities fit²⁸⁾, the opportunities to improve employees' abilities required for the job might be related to demands-abilities fit. When reflection is promoted, knowledge is created¹¹⁾, thus; the abilities required for the job are improved¹²⁾, which may be related to demands-abilities fit. Since the competencies of nurse managers include developing the skills of nurses and undertaking strategic planning for nursing and nurses' careers²⁹⁾, they evaluate and assign tasks to the nurses. Therefore, reflection support from the nurse managers provides a clear understanding of what is expected of the nurses in the job, while also facilitating experiential learning to bring the nurses' abilities up to the required standard. Consequently, it had a stronger relationship with demands-abilities fit than that from colleagues.

In addition, reflection support helps nurses find commonality with their supporters¹⁶⁾. Therefore, when nurses received reflection support, they understood the criteria and importance of what their supporters or workplace recognized as good, that is, their values, and reconsidered the congruence of their values with their own, which may have been related to person-supervisor, person-organization, and person-group fit. However, person-supervisor fit was only related to reflection support from nurse managers. Regarding person-organization fit, employees perceive the organization through their supervisors³⁰⁾, so reflection support from their nurse managers, who are close to the organization's management, may have had a stronger relationship with person-organization fit than that from colleagues, as nurses are more likely to reconsider congruence with the organization's values. Since person-

group fit represents the conformity of values with the workgroup, the relevance brought by reflection support from colleagues who constitute the workgroup may have been strong.

While reflection support from colleagues was related to four dimensions of person-environment fit, reflection support from nurse managers was also related to a fifth dimension and tended toward a stronger relationship with almost all dimensions. In other words, nurse managers' support plays a significant role in establishing a sense of fit with their job and workplace among nurses.

1. Implications

This study indicates that reflection support may be effective in promoting perceived fit that functions importantly for nurses' psychology toward job and workplace and performance. Reflection support is an immediate and feasible support that can be implemented in clinical settings as soon as nurse managers encourage their staff to do so.

The results showed that total years of nursing experience was negatively correlated with perceived reflection support. With fewer more experienced nurses working alongside them, they may feel that they are receiving less support. Additionally, the score of perceived reflection support from nurse managers differed among hospitals. Therefore, nurse managers should provide reflection support to promote satisfactory person-environment fit at all hospitals, regardless of nurse' experience level. In addition, nurses should facilitate each other's reflections.

Reflection can occur both during and after action³¹⁾ and can also occur during group dialogue and discussion¹⁵⁾. It has been recognized that reflection support includes encouraging the deepening of thinking associated with nursing practice¹⁶⁾ and offering objective opinions and new perspectives¹⁹⁾. Therefore, nurse managers need to encourage the deepening of thinking by offering objective opinions and other reflection support to create an environment that prompts reflection among colleagues during and after nursing practice for both experienced and younger nurses. Additionally, creating a safe,

supportive, and blame-free environment is required to prompt reflection¹⁸⁾. However, since this study measured the subjective evaluation of the nurses themselves, the findings indicate that for nurses must recognize that they receive reflection.

2. Limitations

This study has several limitations. First, a causal relationship could not be established, and there is a possibility of common method bias because it was a cross-sectional study. Person-environment fit is temporal²²⁾. In the future, it is necessary to compare the extent of person-environment fit changes before and after reflection support through intervention studies.

Second, as the participants were nurses from three hospitals selected through convenience sampling, the generalizability of the results is limited. The correlation coefficient showed that nurses with more total years of nursing experience received less reflection support. Moreover, reflection support from nurse managers differed between hospitals. Given that most of the employed nurses in our country are in their 40s, followed by those in their 30s³²⁾, the participants might have been a somewhat younger group. The participants could receive more reflection support as part of their education. In the future, surveys should be conducted using a larger sample size from a more diverse array of hospitals.

Third, since this study is a subjective evaluation, it is unclear whether the nurses fit within the work environment based on objective criteria. Thus, whether others can assess improvement in nurses' person-environment fit remains to be determined, even if nurses receive reflection support.

Finally, the tendency to self-reflect while on the job and in the workplace may influence perceived reflection support and person-environment fit. Therefore, these factors should be included as covariates. It is necessary to examine person-environment fit of nurses who reflect on job and workplace by themselves, even when others do not prompt.

Conclusions

Hospital nurses who perceived that they received reflection support from their nurse managers and colleagues had higher scores on multiple dimensions of perceived person-environment fit. This finding is supported by the experiential learning theory. Both nurse managers and colleagues need to provide reflection support because the dimensions of person-environment fit are likely to be affected differently depending on the person providing reflection support.

Conflict of interests

There are no conflicts of interest to declare. This work was supported by the Policy-Based Medical Service Foundation (grant number was none).

Acknowledgements

I deeply appreciate the study participants and directors of nursing for their cooperation. I would also like to express my sincere thanks to all members of the Department of Nursing Administration for their helpful discussions and encouragement. This manuscript has undergone an American English language proofreading by Editage (<https://www.editage.jp/>).

References

- 1) Ekehammar B : Interactionism in personality from a historical perspective. *Psychological Bulletin*, 81(12), 1026–1048, 1974. doi : 10.1037/h0037457
- 2) Kristof-Brown A L, Zimmerman R D, Johnson E C : Consequences of individuals' fit at work : A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychology*, 58(2), 281–342, 2005. doi : 10.1111/j.1744-6570.2005.00672.x
- 3) Pervin L A : Performance and satisfaction as a function of individual-environment fit. *Psychological Bulletin*, 69(1), 56–68, 1968. doi : 10.1037/h0025271
- 4) Edwards J R : Person-job fit : A conceptual integration, literature review, and methodological critique, Edited by Cooper C L & Robertson I T, *International Review of Industrial & Organizational Psychology* (6th Edition), Wiley, 283–357, England, 1991
- 5) Boamah S A, Laschinger H : The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 164–174, 2016. doi : 10.1111/jonm.12318
- 6) Cable D M, DeRue D S : The convergent and discriminant validity of subjective fit perceptions. *The Journal of Applied Psychology*, 87(5), 875–884, 2002. doi : 10.1037/0021-9010.87.5.875
- 7) Shao J, Tang L, Wang X, et al. : Nursing work environment, value congruence and their relationships with nurses' work outcomes. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1091–1099, 2018. doi : 10.1111/jonm.12641
- 8) Van Vianen A E M : Person-environment fit : A review of its basic tenets. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5 (1), 75–101, 2018. doi : 10.1146/annurev-orgpsych-032117-104702
- 9) Risman K L, Erickson R J, Diefendorff J M : The impact of person-organization fit on nurse job satisfaction and patient care quality. *Applied Nursing Research*, 31, 121–125, 2016. doi : 10.1016/j.apnr.2016.01.007
- 10) Rogers R R : Reflection in higher education : A concept analysis. *Innovative Higher Education*, 26(1), 37–57, 2001
- 11) Kolb D A : *Experimental learning : Experience as the source of learning and development*, Pearson Education, Inc., New Jersey, 2015
- 12) Razieh S, Somayeh G, Fariba H : Effects of reflection on clinical decision-making of intensive care unit nurses. *Nurse Education Today*, 66, 10–14, 2018. doi : 10.1016/j.nedt.2018.03.009
- 13) Anselmann V, Mulder R H : Transformational leadership, knowledge sharing and reflection, and work teams' performance : A structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1627–1634, 2020. doi : 10.1111/jonm.13118

- 14) Sims S, Hewitt G, Harris R : Evidence of a shared purpose, critical reflection, innovation and leadership in interprofessional healthcare teams : A realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 209 – 215, 2015. doi : 10.3109/13561820.2014.941459
- 15) Scheel L S, Bydam J, Peters M D J : Reflection as a learning strategy for the training of nurses in clinical practice setting : A scoping review. *JBIE Evidence Synthesis*, 19(12), 3268 – 3300, 2021. doi : 10.11124/JBIES – 21 – 00005
- 16) Muto M, Maeda H : The effects of multiple reflections on clinical experience for new nurses. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 36, 85 – 92, 2016. doi : 10.5630/jans.36.85 (in Japanese)
- 17) Inoue M, Kunie K, Takemura Y, et al. : The influence of learning circumstances and on-the-job opportunities for professional growth on perceived person–environment fit among hospital nurses : A longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 776 – 784, 2021. doi : 10.1111/jonm.13218
- 18) Marshall T, Keville S, Cain A, et al. : Facilitating reflection : A review and synthesis of the factors enabling effective facilitation of reflective practice. *Reflective Practice*, 23(4), 483 – 496, 2022. doi : 10.1080/14623943.2022.2064444
- 19) Nakahara J : Workplace learning theory–science in job learning. University of Tokyo Press, 47 – 70, Tokyo, 2010 (in Japanese)
- 20) Inoue M, Kunie K, Takemura Y, et al. : Development of a Japanese version of the perceived fit scale to measure perceived multidimensional person–environment fit : Validity and reliability tests among nurses. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 41, 692 – 700, 2021. doi : 10.5630/jans.41.692 (in Japanese)
- 21) Caldwell S D, Herold D M, Fedor D B : Toward an understanding of the relationships among organizational change, individual differences, and changes in person–environment fit : A cross-level study. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 868 – 882, 2004. doi : 10.1037/0021-9010.89.5.868
- 22) Vleugels W, Verbruggen M, De Cooman R, et al. : A systematic review of temporal person–environment fit research : Trends, developments, obstacles, and opportunities for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 1 – 23, 2022. doi : 10.1002/job.2607
- 23) Kim T Y, Schuh S C, Cai Y : Person or job? Change in person–job fit and its impact on employee work attitudes over time. *Journal of Management Studies*, 57(2), 287 – 313, 2020. doi : 10.1111/joms.12433
- 24) Dewey J : *How we think*. D. C. Heath & Co. Publishers, Boston, 1910.
- 25) Asselin M E, Schwartz-Barcott D, Osterman P A : Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice : A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 905 – 914, 2013. doi : 10.1111/j.1365 – 2648.2012.06082.x
- 26) Tims M, Derks D, Bakker A B. : Job crafting and its relationships with person–job fit and meaningfulness : A three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, 92, 44 – 53, 2016. doi : 10.1016/j.jvb.2015.11.007
- 27) Follmer E H, Talbot D L, Kristof-Brown A L, et al. : Resolution, relief, and resignation : A qualitative study of responses to misfit at work. *Academy of Management Journal*, 61(2), 440 – 465, 2018. doi : 10.5465/amj.2014.0566
- 28) Takeuchi N, Takeuchi T : Cross-level effects of flexibility-oriented human resource development practices on employee performance: From a congruence theory perspective. *Journal of Economics & Business Administration*, 202(1), 95 – 112, 2010. doi : 10.24546/81006947 (in Japanese)
- 29) Gunawan J, Aunguroch Y : Managerial competence of first-line nurse managers : A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 23(1), 1 – 7, 2017. doi : 10.1111/ijn.12502
- 30) Eisenberger R, Stinglhamber F, Vandenberghe C, et al. : Perceived supervisor support : Contributions to perceived organizational support and employee retention. *The Journal of Applied Psychology*, 87(3), 565 – 573,

2002. doi : 10.1037/0021-9010.87.3.565

- 31) Schön D A : The reflective practitioner : how professionals think in action, Basic Books, New York, 1983
- 32) Takemura Y : Survey on actual conditions of nursing profession and medical institutions

for measures to secure nursing staff (Special research project for health and labor sciences funded by the Ministry of Health, Labor and Welfare), 2018. [<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27021>] (in Japanese)

知覚された職場の内省支援と個人—環境適合感との関連： 病院看護職を対象にした横断研究

井上 真帆¹⁾，國江 慶子²⁾，武村 雪絵³⁾

¹⁾ 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻看護管理学専攻
²⁾ 東京女子医科大学看護学部看護管理学，³⁾ 東京大学医学部附属病院

キーワード

看護師長，個人—環境適合感，職場での支援，同僚，内省

要 旨

目的：看護職対象に、看護師長と同僚それぞれからの内省支援と、肯定的な職務心理や態度をもたらす個人—環境適合の5側面（欲求—供給、需要—能力、個人—組織、個人—上司、個人—集団適合）との関連を明らかにする。

方法：2019年2～3月に自記式質問紙を用いた横断研究を行った。3病院（公立1、民間2施設）1082名の看護師、准看護師、助産師を対象とし、有効回答者は662名だった。独立変数を看護師長および同僚からの内省支援とし、従属変数を個人—環境適合の5側面とした重回帰分析をした。

結果：看護師長および同僚からの内省支援の両者が、欲求—供給、需要—能力、個人—組織、個人—集団適合それぞれに正の関連があり、個人—上司適合には、看護師長からの内省支援のみ正の関連があった。

結論：看護師長および同僚の両者が、客観的意見や新たな視点を提供して仕事での経験の振り返りを援助することが個人—環境適合の各側面に重要であると示唆された。

原 著

病院に勤務する副看護師長が看護師長と 協働関係を構築するプロセス

Process for deputy chief nurses working at a hospital to establish a
collaborative relationship with chief nurses

北川 智¹⁾, 丸岡 直子²⁾, 石川 倫子³⁾

Kitagawa Tomo¹⁾, Maruoka Naoko²⁾, Ishikawa Noriko³⁾

¹⁾独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター, ²⁾元石川県立看護大学, ³⁾石川県立看護大学

¹⁾ National Hospital Organization Kanazawa Medical Center,

²⁾ Former Ishikawa Prefectural Nursing University

³⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

協働関係, 看護師長, 副看護師長

Key words

collaborative relationship, chief nurse, deputy chief nurse

要 旨

本研究は副看護師長（以下、副師長）が看護師長（以下、師長）と協働関係を構築するプロセスを明らかにすることを目的に、副師長経験2年以上かつ同部署で同一師長と1年以上勤務した経験を持つ副師長14名を対象に半構造化面接を行い質的記述的に分析した。その結果、副師長は【師長を知ろうとする】行動から【師長を知る】に至り、【師長の思いを汲みつつ共に進む】。その際、副師長は求められる役割期待に応えることができない【師長とのタスク達成にもがく】状況を受け容れ、協働していく中で【師長との役割関係の深まりに気づく】。【師長との役割関係の深まりに気づく】ことは、再度【師長の思いを汲みつつ共に進む】ことにつながっていた。副師長が師長と協働関係を構築するためには、師長を知り、自身のもがきを受け容れ、副師長の役割を自覚して行動し、師長と対話する重要性が示唆された。

Abstract

This study aimed to clarify the process by which deputy chief nurses establish a collaborative relationship with chief nurses. In this study, semi-structured interviews were conducted with 14 deputy

連絡先：北川 智

独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター

〒920-8650 石川県金沢市下石引町1-1

chief nurses who had ≥ 2 years of experience of working as a deputy chief nurse and had worked with the same chief nurse in the same department for ≥ 1 year. The data of the interviews were analyzed qualitatively and descriptively. The results of the analysis revealed that the deputy chief nurses were able to “understand the chief nurses” through their actions of “trying to understand the chief nurses,” and they were “moving forward with the chief nurses, considering the chief nurses’ thoughts.” During the process, the deputy chief nurses were aware of and accepted “the difficulties in accomplishing tasks with the chief nurses,” who were unable to fulfill their role expectations. Moreover, through this collaboration, “their relationship with the chief nurses deepened.” Furthermore, “Deepening of the relationship with the chief nurses” was associated with “moving forward with the chief nurses, considering their thoughts.” It was suggested that the deputy chief nurses should understand the chief nurses, accept their own difficulties, act with an awareness of their role as deputy chief nurses, and participate in communication with the chief nurses to develop a collaborative relationship with them.

緒 言

急速に進む少子超高齢化による疾病構造の変化や多死社会などに伴い、医療現場が直面する課題は多様である。人々が医療を受ける場は医療機関から在宅へと移行し、看護職にもより総合的で専門的なケアが期待されており、役割の拡大が進んでいる¹⁾。このような状況下で、看護師長（以下、師長とする）や副看護師長（以下、副師長とする）等の中間看護管理者（以下、中間管理者とする）に求められる能力も変化し、自部署の人的・物的・財的資源を管理するだけでなく、看護部ならびに組織全体の経営・管理を含めた様々な知識と戦略を行使できることが求められている。師長が自部署の一切の管理責任を負う一方、副師長は、師長不在時の代行業務やスタッフ教育など幅広い役割を担っている。このように社会が移り変わる中で、副師長の中間管理者としての役割期待や責務は大きい。

副師長には師長とスタッフ看護師（以下、スタッフとする）との関係性を保ちながら両者をつなぐ役割や、看護管理者と看護実践者の両方の役割を担っていることが明らかになっている²⁻⁴⁾。また、小山田⁵⁾によれば、副師長に期待される役割は、師長と協力し合いスタッフとの合意に基づいて設定した所属看護単位の課題解決への取り組み内容を、業務レベルにまで落としこんで実践することである。つまり、各看護単位における課題を解決するには、師長と副師長が協働しながらスタッフを巻き込み、取り組む必要があるといえる。

一体感の強い集団では、集団目標の達成に向けて成員どうしが協力的になると指摘されている⁶⁾。また、凝集性の高い集団は低い集団よりも、課題の遂行が良好であることも明らかになっている⁷⁾。

これらのことより、課題達成に向かい一看護単位が一体となり、良質な看護を継続的に提供していくためには、各看護単位のリーダーである師長と師長を補佐する副師長との協働が重要であると考ええる。

しかし、師長と副師長はそれぞれが部署異動を重ね、同じ部署内で協働する期間は1年から3年程度であると推測される。また、副師長は権限の曖昧さや役割葛藤を抱えながら役割を遂行していることが明らかになっており²⁾、副師長が新しい部署に慣れ、新たな師長との関係を構築するまでには時間を要すると考えられる。

副師長は師長の方針に合わせ、指示に従うだけではなく、自ら考え行動することが必要である。しかし、副師長はスタッフとして夜勤業務にも従事しているため、師長と同じ勤務帯に直接コミュニケーションを取ることのできる時間は限定的である。このような状況にあっても、師長と副師長が協働しながら所属看護単位の課題を解決することが求められていると考えられる。しかし、これまでに師長と副師長の協働に焦点をあて、両者の協働関係を構築するプロセスにおける副師長の行動を明らかにした研究はみられない。

そこで本研究は、副師長が師長と課題達成に向けて目標を共有し、協働関係を構築していくプロセスを明らかにすることを目的とする。副師長が師長と課題達成の目標を共有し協働関係を構築していくプロセスが明らかになることで、師長と協働関係を構築するための副師長の行動指針を示すことに寄与できると考える。

用語の定義

1. 協働：一看護単位における師長と副師長が自

部署の課題解決に向け協力して働くこと。

2. 協働関係：一看護単位における師長と副師長が自部署の課題解決に向け協力して働くための関わり合い

3. 副師長：看護単位の中で師長に次ぐ職位であり、看護実践者でありつつ、師長を補佐し不在時に業務を代行する看護管理者としての側面も併せ持つ。施設によっては、主任、主査などの呼称も副師長と同意味とする。

方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 対象

対象は、副師長としての経験が2年以上、かつ同じ部署で同一師長と1年以上共に勤務した経験がある者とした。また、その間に看護ケア提供体制の変更や業務改善、病棟の年間目標に対する活動など、師長と同じ目標を共有し課題達成に向けて協働した経験をもつ副師長とした。その理由として、副師長に昇任した1年目は副師長の仕事や部署の業務を覚えることや、新しいスタッフとの関係づくりが優先され、師長と目標を共有し協働した経験が少ない可能性があることが予測されたため副師長経験を2年以上とした。また、同一部署で同一師長と共に1年以上勤務した経験のある者とした理由は、副師長と師長が協働して取り組む課題は組織のビジョンを反映した内容が多く、1年単位で行われる目標管理とともに進められる場合が多いためである。

3. 対象者のリクルート方法

12～15名の対象者を得るため機縁法を用い、順次A県内にある100床以上の病院の看護部長に対し研究の趣旨、方法、倫理的配慮を口頭で説明し、研究協力の依頼を行った。研究協力で承諾が得られたのちに、前項に示した対象要件に適う研究対象者を看護部長より紹介を得た。紹介を得た副師長に対し研究依頼文に沿って、研究の概要、目的、方法、倫理的配慮について直接説明を行った。その結果、4病院14名の副師長から研究参加の同意を得た。

4. データ収集方法

データ収集は半構造化面接法により実施した。面接では、これまでに同部署で1年以上共に働いた師長と課題達成の目標を共有し、協働した際の行動について語ってもらった。研究参加者の話す内容に沿って、①師長の思考や行動をどのように

認識し自身の行動につなげたか、②師長とコミュニケーションをとる方法やタイミング・工夫した点、③師長と意見が異なった際の葛藤の有無と対処行動、④協働する中で変化した自身の思考や感情・行動、⑤師長と協働する際、副師長として大切にしていることについて、課題に着手した時点から課題達成までの時間の経過も確認しながら面接を行った。面接は1人1回で、平均面接時間は59.5(43-73)分であった。面接内容は研究参加者の承諾を得て録音した。

5. データ分析方法

面接の録音データから逐語録を作成した。逐語録を熟読し、師長との協働に関するエピソードの内容から、研究テーマに関連する発言を研究参加者の言葉を用いた理解可能な最小単位として取り出し、これをコードとした。コードの類似性と差異性を比較検討しながら質的帰納的に分析し、カテゴリーの統合、カテゴリー内の階層化を進めた。続いて、協働関係を構築するプロセスを明らかにするために、再度、逐語録を熟読し時間的経過に沿ってカテゴリー間の関連性を検討し、副師長が師長と協働関係を構築したプロセスを図式化した。一連の分析過程において、質的研究に精通した経験者にスーパーバイズを受け、随時逐語録に戻り検討を繰り返すことで、分析内容が研究者の解釈に偏らないように努めた。

6. 倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨、方法、研究参加は自由意思に基づくこと、匿名性の保持やデータ管理方法などの倫理的配慮について文書と口頭で説明し、署名をもって同意を得た。

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認(看大第48号)および研究協力病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

結 果

1. 研究参加者の概要(表1)

研究参加者の性別は女性13名、男性1名、年齢は30代1名、40代9名、50代4名、所属病院の病床数は300～400床が11名、700～800床が3名であった。副師長経験年数は平均5年4カ月(2年2カ月-9年6カ月)、14名の副師長が同一部署で共に働いた師長の人数はのべ45名で、共に働いた期間は平均1年9カ月(1カ月-5年)であった。副師長昇任時の異動は11名であった。今回の面接で語られた師長と共に取り組んだ課題を表2に示した。その課題に取り組んだ師長と働いた期間は、

表1 研究参加者の概要

病床数	300~400床：11名 700~800床：3名
性別	女性：13名 男性：1名
年代	30代：1名 40代：9名 50代：4名
現所属部署	病棟：11名 外来：2名 手術室：1名
副師長経験年数	平均5年4カ月 (2年2カ月~9年6カ月)
昇任時の部署移動の有無	あり：11名 なし：3名
昇任後の部署異動の回数 (昇任時の異動は含めない)	3回：1名 2回：1名 1回：5名 なし：7名
一人の師長との同部署での 平均勤務期間	1年9カ月 (1カ月~5年)

表2 研究参加者が師長と取り組んだ課題

・看護提供体制の変更* (3名)
・病棟と外来部門の一元化* (2名)
・患者誤認防止対策の定着化
・手術室運営の改善
・退院支援カンファレンスの定着化*
・介護スタッフ教育
・緩和ケア病棟入棟判定の見直し
・看護の質とスタッフのモチベーション向上
・アフレス患者受け入れ体制構築*
・リハビリテーションカンファレンスの運営改善
・夜間拘束勤務翌日の勤務体制変更

(注) *副師長昇任直後から取り組んだ課題 (4名)

平均2年5カ月 (1年-5年) であった。

2. 副師長が師長と協働関係を構築するプロセスの構成要素 (表3)

副師長が師長と協働関係を構築するプロセスの構成要素として【師長を知ろうとする】【師長を知る】【師長の思いを汲みつつ共に進む】【師長との役割関係の深まりに気づく】【師長とのタスク達成にもがく】の5カテゴリーが生成された。以

下に、各カテゴリーについて説明する。

なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》、語りの例を“ ”で示す。()内は意味が伝わりやすいよう筆者が加筆した内容である。

1) 【師長を知ろうとする】

このカテゴリーは、副師長が師長と協働するにあたり、師長が目指している事柄やそれに対する師長の思いに関心を寄せ、意識的に師長の考えや言動を捉えようとする副師長の行動を示している。

このカテゴリーは《師長の行動を観察する》《師長と会話する》の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

師長の机のすぐ横が仕事の定位置となっている副師長Eは、その場所に居る時には《師長の行動を観察する》ことで、師長の仕事ぶりを捉えようとしていたことを次のように語った。

“ (師長が) 視野に入るので、何をしているのかが見えて、あーやっば早いとか、あ、もう終わったとか。師長の仕事ぶりを盗むじゃないけど、そこは見たい思いはあった。師長の行動を視野に入れていた。”

病棟だけではなく、救急外来で当直勤務をしていた副師長Aは、勤務時間外でもナースステーションに留まり、師長とコミュニケーションをとるために師長の傍らにいて《師長と会話する》機会をつくったことを次のように語った。

“当直の後も1回病棟行って、師長さんと話して、こうこうこんなんでもとか、師長さんのほうも私に報告したいこと山ほどあるみたい。”

勤務中に《師長と会話する》機会が多かった副師長Gは、部署内の課題や患者への看護について意見交換をすることが、師長の考えや思いを知る機会となったことを次のように語った。

“業務のこととか教育のことになると (もう一人の副師長も含め) 3人で結構話すことあった。患者さんの看護のこととか、師長としての管理の考え方も結構話してくれた。師長さんが思っていることがよく伝わった。”

2) 【師長を知る】

このカテゴリーは、副師長が師長を観察したり会話をした結果、師長の人柄、強みや不得手な事柄、師長の課題への対処行動や副師長やスタッフへの関わり方について捉えた内容である。

このカテゴリーは、《師長のひととなりを知る》《師長が直面している課題を知る》《師長の問題解決方法を知る》《部下に対する関わり方を知る》《副師長に求めることを知る》の5つのサブカテ

表3 副師長が師長と協働関係を構築するプロセスの構成要素

カテゴリー	サブカテゴリー
師長を知ろうとする	師長の行動を観察する 師長と会話する
師長を知る	師長のひととなりを知る 師長が直面している課題を知る 師長の問題解決方法を知る 部下に対する関わり方を知る 副師長に求めることを知る
師長の思いを汲みつつ共に進む	話し合いながら互いの考えを近づける 師長と話し合っ方向性を合わせる 師長の意見を受け容れる 師長と意見が合致する 師長と伴走する
師長との役割関係の深まりに気づく	副師長の役割が執れるよう励む 師長と対話するために工夫している 師長をバックアップする 師長から支えられていると感じる 自分の中での師長の存在感が変化する 師長と協働することを意味づける 副師長としてやっていける
師長とのタスク達成にもがく	副師長として力不足を感じる 精神的な辛さを感じる 師長と馴染めない

ゴリーから構成されていた。

昇任時に異動した病棟で、多職種退院支援カンファレンスの定着に取り組むことになった副師長Bは、主体的にスタッフを指揮し、取り組みをリードしていく師長の姿から看護師としての師長の強みを知り、《師長のひととなりを知る》ことになった様子を次のように語った。

“私は外来経験が長いから、(退院支援は)全然わからなくて。でも学びながらやっていきたい気持ちがあった。師長は指揮力が高く、退院支援の技術も情報も持っており、そういうことに長けており、どんどん進めていける師長だった。”

昇任後に初めて配属された部署で、スタッフから多忙による不満があふれ、《師長が直面している課題を知る》ことになった副師長Gは、会話の中から師長のビジョンを認識した様子を次のように語った。

“けっこう忙しい病棟だったので、私も「もう無理ー！」って思いながら、よく師長さんと話をした。師長さんがその時に、できないことばかりを見るのではなくて、今頑張るところをほめて、みんなに返していこう。

忙しいなりにみんなはここができてるよっていうのを伝えて、一生懸命やっっていこうよって言ってくれた。そのあとスタッフみんなにそう伝え、スタッフのモチベーションが前向きに変わったことを肌で感じた。”

PNS[®] (Partnership Nursing System: 以下PNS[®]) を導入する際、ペアで行動することに抵抗感があるスタッフに対する師長の行動を把握し、《部下に対する関わり方を知る》ことになった副師長Kは、次のように語った。

“PNS[®]を導入する前から二人で一緒に動けないとスタッフが言うたびに師長は説明していた。導入後も直接スタッフの動き見に行ったり、動いてくれた。電子カルテを持参してその場で記録するんだよとか、一生懸命言ってくれた。”

外来勤務が長く、昇任後に病棟勤務となった副師長Bは、師長から管理業務より看護実践力を維持するためにスタッフ業務を覚えることを優先させるようにと伝えられ、師長が《副師長に求めることを知る》に至ったことを次のように語った。

“外来が長かったから、師長の考えとして、まずスタッフが実践していることがわからな

いと管理はできない。1年はとりあえずスタッフと一緒にチームに入って夜勤もして、学びながら少しずつ管理を教えていくよと言われた。”

3) 【師長の思いを汲みつつ共に進む】

このカテゴリーは、副師長が師長のビジョンを理解した上で、師長と意思疎通を図りながら目標を共有し、目標達成に向けて共に前進していくためにとった副師長の行動を示す。

このカテゴリーは、《話し合いながら互いの考えを近づける》《師長と話し合っ方向性を合わせる》《師長の意見を受け容れる》《師長と意見が合致する》《師長と伴走する》の5つのサブカテゴリーから構成されていた。

病棟と救急外来の一元化に取り組む中、副師長Aは師長との方針のズレを自覚しつつも、師長の方針を追従し、主体的に立てた活動計画への承諾を得るために《師長と話し合っ方向性を合わせる》様子を次のように語った。

“師長さんにこんな風にしたい、いいですか？って聞いたら、いやこうしたいほうがいいんじゃないかって返ってくる。それからチームメンバーと話し合いながら、こんな風にしていったらいいんじゃないかってところを師長さんの思いを汲み取りながら活動計画を立てて、師長さんのOKをもらった。”

師長と意見の不一致を自覚しても、自分の意見を固持せず《師長の意見を受け容れる》という副師長Jは、師長の意見に沿うよう自分を変える行動を次のように語った。

“必ず師長との人間関係を築かなきゃいけない。(師長が)どんな人であっても、そこは自分が変えるしかないと思う。ほんと、師長さんのカラーに合わせて(副師長は)カメレオンみたいなものです。”

師長の部下としてだけでなく、協働パートナーとして寄り添い、自分のポジションを見出している副師長Iは、目指す目標に向かって《師長と伴走する》様子を電車ごっこに例えて次のように語った。

“電車ごっこだった。後ろについて行くぞーみたいな。電車の紐が弛まないように持ってないといけないとは思ってました。(中略) (スタッフにも)ちょっとその辺弛んだら持ってみみたいなイメージなんです。”

4) 【師長との役割関係の深まりに気づく】

このカテゴリーは、副師長が師長と協働してい

く際に、役割に従った行動を心掛けながら関係性の構築を促進し、目標到達への後押しとなる行動をとる中で、副師長としての考えや行動が変化していくことにより、師長と副師長との役割遂行における関係性が強くなったと自覚することを意味する。

このカテゴリーは、《副師長の役割が執れるよう励む》《師長と対話するために工夫している》《師長をバックアップする》《師長から支えられていると感じる》《自分の中で師長の存在感が変化する》《師長と協働することを意味づける》《副師長としてやっていける》の7つのサブカテゴリーから構成されていた。

勤務がすれ違う中でも会話の機会を無駄にしないよう心がけ、師長と協働するためにコミュニケーションを大事にし、《師長と対話するために工夫している》様子を副師長Cは次のように語った。

“タイミングも考えて師長さんに報告しています。クレーム対応中なら、この話は急がないとか。割と順序だてて。その1回の報告を大事にしたいので伝え方も気を使う。(中略)顔みてしゃべるのが好きです。聞かなきゃわからない、話さないといけないから、コミュニケーションを大事にしています。”

師長と協働する経過で師長との距離感が縮まり、少しでも師長の負担を減らすよう《師長をバックアップする》ことや、主体的に師長の代行ができるようになった副師長Mは次のように語った。

“師長の顔色を見るようになりましたね。朝声かけて、返ってくる師長さんの返事や声のトーンとかで、今日は調子悪いのか、機嫌悪いのかって。(中略)私ができると思うことはやって、負担減らそうと。急な欠員が出ても、自分で勤務調整して、勤務変更だけを師長さんが出勤してから相談する。”

師長との関係性を築く中、副師長としての役割を自覚し、師長に意見を通す方法を見出したことで《副師長としてやっていける》感覚を覚えた副師長Jは次のように語った。

“副師長の役割は、なんとなく見えてきた。スタッフと師長との懸け橋役ということ意識している。師長からの信頼を得られたら自分の意見も聞いてもらえると思う。たとえ師長さんの方針と考え方が違って、意見として聞いてもらえる。自分の意見を聞いてもらえるっていうことは、結果的にはスタッフの思いを通せることにもなる。”

師長の命令がなくても自分で判断して行動するようになり、師長からもある程度信頼されるようになったと感じ、任されることに自信が持てるようになった副師長Aは次のように語った。

“信頼してくれるようになったのが自分でもわかり、師長さんから言葉として出てくる。「あなたに任せるよ。」とか「あなたなら私がいなくてもこれを任せられる。」と言ってくれるようになったので、自分の中でもやっぱり自信になる。”

5) 【師長とのタスク達成にもがく】

このカテゴリーは、師長と協働していく際に、師長の方針や考えとの不一致や、副師長として期待される役割を担う力が備わっていないことを自覚し、役割期待に応えることができない葛藤を感じたり、師長との関係性に困惑する様子を表している。

このカテゴリーは、《副師長として力不足を感じる》《精神的な辛さを感じる》《師長と馴染めない》の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

副師長として何をすればいいのかわからない状態で1年を過ごした後に、急にもう一人の副師長が異動となり、副師長の役割を務めることができず、《副師長として力不足を感じる》状況を副師長Jは次のように語った。

“1年目はもう一人の副師長さんにすべてお任せ状態で、副師長って何をすればいいかさっぱりわからない1年を過ごした。(もう一人の副師長が異動し) スポーンって一人に

なってしまって(中略)なんとなくこんなことやってたなど。その時の師長にこれしてあれしてって、言われたことをやっていただけだった。”

副師長の役割として自分を追い込み、様々なことに取り組むもキャパシティを超え、結果的に不消化な状態で終わっていくことに《精神的な辛さを感じる》状況を副師長Cは次のように語った。

“あれもしたいこれもしたいで、できた事もあるが不消化のところもある。(達成度が)全部が100%じゃなくて60%くらいの事もあった。広く浅くって感じですよ。(中略)一人前にならなくて。”

師長のビジョンが示されない状況から《師長と馴染めない》ことに悩んだ副師長Dは次のように語った。

“師長の性格もあるのだけど、「私って、なんかビジョンがないんだよね」みたいなことを言っちゃう。それをスタッフが聞いたらおしまいやと思った。(副師長として) どうしたらいいかわからなくて、すごく悩んで涙した。”

3. 副師長が師長と協働関係を構築するプロセス (図1)

副師長は師長と目標を共有し課題解決に向けて協働する際に、夜勤明けなど勤務時間外でも師長の傍らに留まり、席を隣り合わせながら《師長の行動を観察する》、《師長と会話する》といった方法で、【師長を知ろうとする】行動を起こしていた。

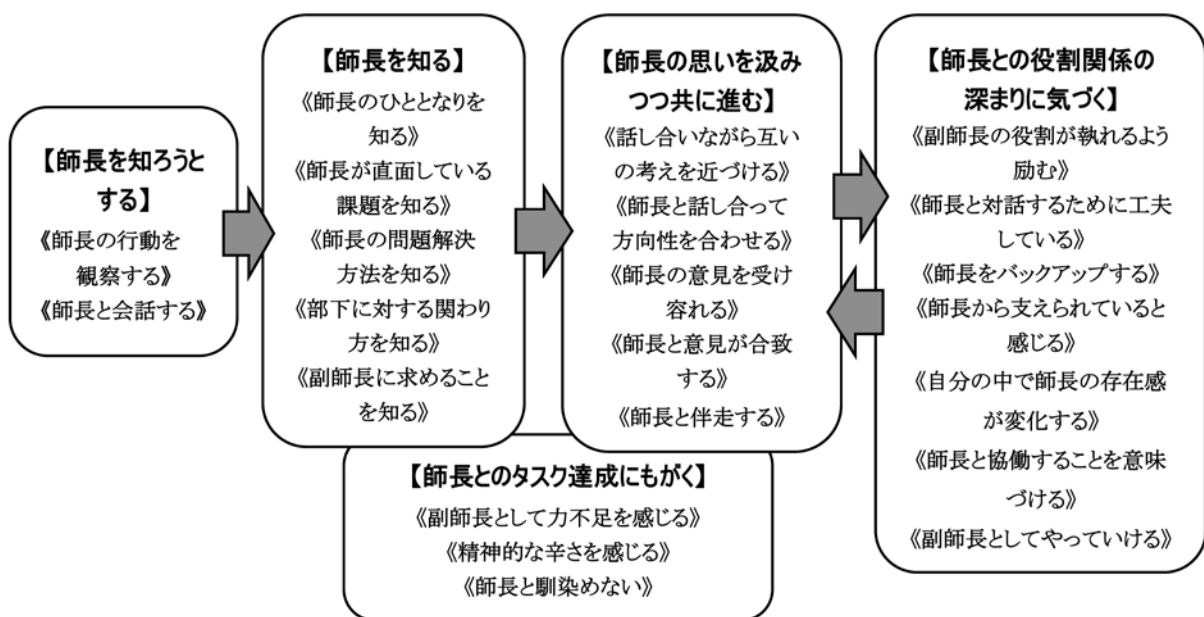


図1 副師長が師長と協働関係を構築するプロセス

その結果、《師長のひととなりを知る》、《師長が直面している課題を知る》、《副師長に求めることを知る》ことなどにより【師長を知る】に至り、師長の人柄やこれから目指す目標、副師長としての役割を捉えていた。そして副師長は、師長のビジョンや考えを知った上で、課題達成に向け《話し合いながら互いの考えを近づける》ために師長と意思疎通を図りながら、《師長と話し合っただけで方向性を合わせる》ことで、【師長の思いを汲みつつ共に進む】。

目標に向かい前進する中で、副師長は《副師長に求めることを知る》ことにより、求められている役割を担っていく力が備わっていない、《師長が直面している課題を知る》ことにより、その問題に対処できないといった《副師長としての力不足を感じる》ことや、役割を執ることへの不安や自己嫌悪感など《精神的な辛さを感じる》。また、師長との考えの不一致や、師長からビジョンや意見が示されない、会話がしにくいことなどから《師長と馴染めない》感覚を味わい、【師長とのタスク達成にもがく】姿があった。

副師長は【師長とのタスク達成にもがく】ことを受け容れながらも、今の自分にできる業務から始め《副師長の役割が執れるよう励む》一方、師長と意思疎通を図るために、勤務がすれ違う中《師長と対話するために工夫している》様子があった。副師長は役割を執る中で、異動したばかりで不慣れな業務を行う《師長をバックアップする》一方で、師長が副師長の力量を見極めた上で業務負担量をコントロールしてくれたり、役割を認めてくれることで《師長から支えられていると感じる》ようになり、【師長との役割関係の深まりに気づく】。そして、副師長は協働する中で、師長との意見の不一致を自覚しつつも、師長には師長の意見があり、それはそれでよいと捉え、師長の方針を追従し、調子を合わせ、《師長の意見を受け容れる》ことで、再度【師長の思いを汲みつつ共に進む】。また、新たな師長の一面を捉え、その能力に魅せられ、自身との力の差を改めて実感し、《自分の中で師長の存在感が変化する》ことを自覚していた。そして、副師長は取り組みの効果や達成感、師長と一緒にやっているという感覚により関係構築の重要性を実感し、《師長と協働することを意味づける》。さらに副師長は、自分自身の内面や行動の変化を自覚した上で、自身の経験を肯定し、《副師長としてやっていける》という展望を持ちながら《師長と伴走する》ことで、【師

長との役割関係の深まりに気づく】ようになり、【師長の思いを汲みつつ共に進む】状況に至っていた。

考 察

1. 師長と協働関係を構築するプロセスにおける副師長の行動

1) 師長と会話する関係から対話する関係になる
副師長が師長と協働関係を構築するプロセスの最初の段階では、【師長を知ろうとする】行動から【師長を知る】に至っていた。副師長は新しい師長と協働する際、課題の要因分析やデータ収集を真っ先に行うのではなく、【師長を知ろうとする】ために《師長の行動を観察する》ことや《師長と会話する》ことから始めていた。また、副師長は師長の仕事ぶりや他者との関わり方を観たり、何気ない会話や師長の意見を直接確認することで《師長の人となりを知る》《師長が直面している課題を知る》《部下に対する関わり方を知る》ことにより、副師長自身の中に師長を捉えていったと考えられる。

一方で、副師長は「何をすればいいかわからない」「師長の指示の元でしか行動できない」というもがきを感じ、主体的に行動できない状況があったが、師長との協働の中で《副師長の役割が執れるよう励む》様子や《師長と対話するために工夫している》姿が見られるようになっていた。また、師長とスタッフをつなぐという役割においても、まずは自分が師長のビジョンや考えを正確にキャッチし、師長と《話し合いながらお互いの考えを近づける》ために師長と対話し、【師長の思いを汲みつつ共に進む】行動をとる中で、スタッフを巻き込んでいく状況が見られた。田村⁸⁾は、「チームは自然に形成されるものではなく、チームになっていく過程がある。」と述べている。また、堀⁹⁾は、「チーム・ビルディングにより活性化したチームをつくるためには、①メンバーの主体性が発揮されること、かつ②チームの中で人と人とがぶつかり合うことで新しい関係性や相互作用を生むことである。」と述べている。

また、手島¹⁰⁾はC.Ottorの“会話の4つの場”を参考に、「集団の中で新しい知が生まれるプロセスにおいて、会話の質は社会的・儀礼的な会話に始まり、その後の対立を経て、内省を通じた探求を行った後に、新しい未来の可能性が生まれる。」と説明している。副師長は師長との会話を通して、《師長が直面している課題を知る》こととなるが、

その課題は部署全体に及ぶ課題でありスタッフを巻き込んで課題解決にあたる事柄であった。副師長は師長との会話から、まずは師長の全体像を捉えながら同じ目標を共有することで徐々に副師長としての考えや意見を述べるようになり、師長と対話ができる関係を構築していた。小林¹¹⁾によれば、対話とはお互いの考え方の相違を回避せず、それについて正面から話し合い、お互いの考えを高めることと定義している。副師長は、師長と意見の不一致を自覚しても、対話する姿勢をもち続けることにより考えの相違を乗り越え、課題解決に向けて《師長と伴走する》という協働関係を築くことができたと考えられる。

組織のビジョンに基づき、部署全体で課題達成を目指す時、副師長は師長とチームを作り上げていくために、まずは【師長を知ろうとする】から【師長を知る】に至ることが重要である。協働相手である師長の考えや思いを汲み取る姿勢を持ちつつ、副師長としての考えを表明して双方で話し合うことで対話ができる関係へ発展すると考えられる。

2) 副師長という役割を意識する

副師長が師長と協働する際、基本的には師長の決定には逆らわず、師長に対してわきまえた行動をとるように心がけていることが明らかにされている²⁾。本研究でも、副師長は【師長の思いを汲みつつ共に進む】ため、師長と意見が一致しない場合でも師長の方針を追従し、《師長の意見を受け容れる》様子がみられた。また、複数の副師長は昇任したばかりの頃、何をすればいいのかかわからず、先輩副師長の影に留まり、師長の指示のもとでしか行動できない状況があった。しかし、周囲から副師長と呼ばれることや一緒に勤務していた先輩副師長の異動により、次第に《副師長の役割が執れるよう励む》姿が見られた。そして求められる役割を遂行するために、勤務時間がすれ違う《師長と対話するために工夫している》様子や、師長と協働関係を築く中で、副師長の役割を自覚し、自身の行動の変化に気づいていた。これは、スタッフとしての役割も担いながら勤務する副師長が、師長と協働する副師長という役割を意識するようになってきたことが窺える。

副師長の役割として、師長の補佐やスタッフ教育などが明らかになっている^{2) 3) 13-15)}。副師長は、スタッフの一人であることとは区別した副師長という役割を意識して行動し、師長と対話しながら課題達成にむけて協働していた。このような経験

により《師長と協働することを意味づける》、《副師長としてやっていける》という自己効力感をもつことができるようになったと考えられる。Ronald. A¹²⁾は、「人生の公私にわたってさまざまな役割を担うなかで、『自己』と『役割』を区別することが非常に重要である。」と述べている。このことから副師長は師長と協働していく中で、本来もっている自分らしさと副師長としての考え方や行動を区別するようになっていったと考える。

副師長は、自分の考えや行動に対する師長の反応は副師長という役割に対するものであることを意識した上で、師長の反応を恐れずに行動していくことが必要であるといえる。副師長がその役割を自覚することは、課題達成に向けて師長と協働関係を構築していくプロセスにおいて、重要な意味をもつと考えられる。

2. 師長との協働関係構築に必要な副師長の成長

1) 師長と協働する中でのもがきを受け容れる

副師長が師長の示すビジョンや副師長に求める役割などを知ることで感じるギャップには二つの特徴がみられた。一つは副師長として期待されていることに対し、《副師長としての力不足を感じる》ことに由来するマネジメントに対する技術的なギャップであった。師長とスタッフ間の橋渡しや問題の対処能力といった管理者としての力不足に加え、新たな部署での看護師としての技術不足から指導的役割を果たすことができない葛藤を感じていた。二つ目は、師長とのビジョンや考えの違いを感じるによるギャップである。課題達成に向かい、副師長は《師長と馴染めない》と感じていた。西井¹⁶⁾は、副師長が役割を遂行していく上での困難の一つとして、師長との管理の考え方の違いを明らかにしており、【師長とのタスク達成にもがく】状況は、副師長が抱えている困難であると考えられる。

また、本研究に参加した副師長の中で、副師長への昇任と同時に部署異動をしたのは14名中11名であり、同部署で一人の師長との協働期間は1～2年という者が最も多かった。この限られた期間で副師長は【師長を知ろうとする】ことから、師長を観察し会話することで【師長を知る】に至っていた。看護師としての経験を十分に積みながらも、新しい部署で副師長という役割とスタッフとしての役割を同時に執らなければならない副師長は、《副師長としての力不足を感じる》ことや、プレッシャーや不安による《精神的な辛さを感じる》状況があり、精神的負担が大きいことが示さ

れた。桐山ら¹⁷⁾は、昇進がストレスを高める要因であることを明らかにしており、「次第にその責任の重さや自己の能力不足などの悩みにつながり、ストレスを高めている。」ことと一致する。

しかし細谷¹⁸⁾は、「『できない』に代表されるネガティブ思考は、自分に欠けているものの正体を理解できていること」と述べている。副師長は自分の力不足という技術的な「わからない」「できない」に対して、研修参加や自己研鑽を積むことでギャップを埋めようとしていた。しかし、師長に対する「ビジョンがわからない」「気軽に話ができない」といった事柄については、師長が新しく変わる度に生じる可能性があり、副師長の一方的な努力では解決が困難である。Ronald. A¹²⁾は、既成の手段では解決ができない問題のことを「適応を必要とする課題」と呼び、宇田川¹⁹⁾は、これを「人と人、組織と組織の『関係性』の中で生じている問題」と述べている。副師長は、師長を理解しようと対話を続けることで、師長に対する「わからない」「できない」を解決しようとしていた。また、副師長のもがきは、師長と協働している経過で【師長を知る】ことや、【師長の思いを汲みつつ共に進む】中で感じていることが明らかとなった。副師長が周囲から求められている役割に対し、自分に足りていないことを理解しているからこそ感じるもがきは、乗り越えるための行動を起こす、成長への原点であると考えられる。また、もがきは師長との対話のきっかけを作り、新しい協働関係の構築に必要な不可欠なプロセスの一端でもありと考えられる。

2) 副師長としての自己効力感の変化

本研究では、昇任異動直後から取り組んだ経験を語った副師長が4名いたが、昇任1年目の副師長にとって新しい部署での業務にも慣れていかなければいけないこの時期は、「副師長としての力不足を感じる」ことが多かった。しかし、そのようなもがきが強い時期でも、師長と共に取り組みを前進させ協働関係が深まっていった結果、4名は任されることに自信がもてることを実感していた。水野²⁰⁾は、師長に求められる副師長の育成方法に関して、「経験したことの無い新規性のある課題に取り組むことを促し、副師長が取り組む範囲を明確にしてその仕事を副師長に任せることが必要である。」と指摘している。病棟と外来の一元化や再生医療に関する取り組みなど、組織全体としての課題に対し師長と共に中心となって関わり、サポートを受けながらも仕事を任せられ、取り

組んだことへの達成感や効果を実感した経験は、昇任したばかりの副師長にとって《副師長としてやっつけける》という自己効力感につながったのではないかと考える。

また、取り組み自体を良い経験として記憶に残す一方、取り組んだ際の師長との関係性を記憶に残している副師長もいた。副師長は師長との協働関係が深まっていく中、「師長から支えられている」と感じ、「自分の中で師長の存在感が変化すること」を自覚していた。また、副師長は師長から多くのことを吸収し、「師長と協働することを意味づける」状況がみられた。この経過は、副師長が師長との協働関係が深まる中で、師長をメンターとして捉えていったことが考えられる。内海²¹⁾は、「メンタリングは個人を成長させ、キャリア開発を促進する上で重要な要因である。」と述べている。師長との役割関係が深まった際に、副師長にとって師長が上司という存在だけではなく、中間管理者として成熟した存在であるメンターとして捉えることで、存在感が変化したとも考えられる。そして、副師長は師長との協働の中で変化した自分の行動に気づき、課題に対する達成感や取り組みの効果を体感し、「副師長としてやっつけける」感覚を感じていた。

副師長が師長との役割関係が深まる中で、「副師長としてやっつけける」という感覚に至るには、自分が困った時には助けてくれる、頼りにできる師長の存在が必要不可欠であるともいえる。副師長は師長と協働した経験において、役割関係が深まることで師長を自分にとって価値のあるメンターとして捉え、その存在によって副師長は成長し、師長と柔軟に関係構築する力を身につけていったと考えられる。

3. 本研究結果の師長と協働する副師長への適用
副師長が師長と同部署で共に勤務する期間は、1～2年と比較的短いものであった。副師長が師長と取り組んだ課題は病院組織全体のビジョンが反映され、目標達成が急がれるものなど、新しいメンバーで取り組むにはハードルが高いものであったといえる。また、副師長に昇任すると同時に部署異動する状況はめずらしくない。そのような状況でも、部署が一つのチームとしてまとめ、師長が示すビジョンを共有し課題達成に向かって進むためには、師長とスタッフの代表でもあり師長を補佐する立場の副師長が協働関係を構築していくことが重要である。限られた期間で師長と協働関係を構築していく際、副師長は師長の人柄や

ビジョンや考えを捉えるために、まずは師長のことを知ろうとする必要がある。また、師長の考えや求められる役割を知った上で、取り組みを前に進めようとする際の意見の不一致や副師長としての力不足などのものがきを自覚することが、副師長として役割を執るための行動を起こす契機となり、副師長としての成長に繋がっていく。そして、まずは自分にできることから役割行動をとる際、これまでの人生経験で培ってきた自分らしさを保ちつつも、副師長の役割を執るために必要な考え方や行動とは別であることを意識していくことが求められる。また、師長の考えやビジョンに違いを感じた場合でも、臆せずに自分の意見を伝え、お互いの意見を理解し合えるような対話を続けていくことで、協働関係が深まっていく。そして、師長との協働関係を構築していくことで、副師長として自分の考え方や行動が変化してきたことに気づき、自己効力感を感じるようになる。そのような経験を積むことで、副師長は異動を繰り返しても、新たな師長との協働に柔軟に対応できるようになっていくことが示唆された。

4. 研究の限界と課題

本研究は副師長と師長の協働関係に焦点をあてた研究である。結果はA県内4施設14名の副師長を対象とした調査によるものであり、副師長経験年数のばらつきや、所属病院の病床機能にも違いがある。また、副師長自身が異動した先での師長との協働もあれば、師長が異動してきたパターンの協働も含む。師長の経験値と副師長の経験値の組み合わせによっては結果に違いが出る可能性もあるが、本研究は師長とともに課題に取り組む際の副師長の役割遂行への行動に適用できると考える。今後は、副師長と協働関係にある師長に対してインタビュー調査を行い、経験値の違いなども踏まえた上での協働関係を構築するプロセスを明らかにしていく必要がある。

結 論

副師長が師長と協働関係を構築する際のプロセスを明らかにすることを目的に、副師長経験が2年以上、かつ同じ部署で同一師長と1年以上共に勤務した経験のある14名の対象者に半構造化面接を行い質的記述的に分析した。

その結果、副師長は師長と目標を共有し、課題達成に向け【師長を知ろうとする】行動から【師長を知る】に至り、【師長の思いを汲みつつ共に進む】。その際副師長は、師長が求める役割期待

に応えることができない【師長とのタスク達成にもがく】状況を受け容れ、師長と協働していく中で【師長との役割関係の深まりに気づく】。【師長との役割関係の深まりに気づく】ことは、再度【師長の思いを汲みつつ共に進む】ことにつながっていた。

謝 辞

本研究の主旨にご理解をいただき、研究に参加していただきました14名の副看護師長の皆様、ならびに研究に協力して下さいました各病院の看護部長の皆様には、心より感謝申し上げます。

なお本論文は石川県立看護大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文を加筆・修正したものである。また、本論文の一部を第24回日本看護管理学会学術集会にて発表した。

利益相反

利益相反はない。

引用文献

- 1) 村田由香：次世代の看護管理者育成はなぜ必要か。看護管理, 29(1), 10-13, 2018
- 2) 林容子：医療変革期における副師長の役割遂行のあり様, 日本看護管理学会誌, 12(2), 42-52, 2009
- 3) 寺岡三左子：主任看護師が捉えた主任としての役割, 日本看護管理学会誌, 15(2), 158-165, 2011
- 4) 吉川三枝子, 関根聡子, 高橋由紀, 他：新任の中間看護管理者が認識する役割遂行上の困難と必要とする支援, 茨城県立医療大学紀要, 17, 1-10, 2012
- 5) 小山田富美香：看護師長のパートナーとして副看護師長に求められる能力, 看護展望, 36(12), 12-19, 2011
- 6) 唐沢讓：集団過程, 唐沢かおり編, 社会心理学, 朝倉書店, 143-144, 2010
- 7) Mudrack P E: Group cohesiveness and productivity: A closer look. Human Relations, 42(9), 771-785, 1989
- 8) 田村由美：新しいチーム医療 改訂版, 看護の科学社, 76, 2018
- 9) 堀公俊, 加藤彰, 加留部貴行：チーム・ビルディング -人と人を「つなぐ」技法-, 日本経済新聞出版社, 15-27, 2012
- 10) 手島恵：看護のためのポジティブ・マネジメ

- ント, 医学書院, 58-60, 2014
- 11) 小林正弥: 人生も仕事も変える「対話力」, 講談社, 18-22, 2014
 - 12) Ronald A. Heifetz, Marty Linsky, 竹中平蔵監訳, ハーバード・MIT卒業生翻訳チーム訳: 最前線のリーダーシップ, ファーストプレス, 29, 266-281, 2012
 - 13) 岡村典子, 青木洋子, 渡辺礼子: 副看護師長の新規着任時の思いと役割認識, 北関東医学, 67(3), 221-228, 2017
 - 14) 林千穂, 大井潤子, 谷本栄子, 他: チーム医療における看護師の調整役割—主任看護師に焦点を当てて—, 日本看護学会論文集 看護教育, 200-203, 2012
 - 15) 森木妙子, 十亀美千代: スタッフが捉えた副看護師長の役割, ナーシングビジネス, 3(4), 382-389, 2009
 - 16) 西井育子, 森田なつ子, 内田史江: 副看護師長が看護管理の意識を形成するプロセス, キャリアと看護研究, 8(1), 34-43, 2018
 - 17) 桐山雅子, 砂川洋子, 奥平貴代, 他: 総合病院に勤務する看護中間管理職者のストレスと関連要因に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 25(4), 61-71, 2002
 - 18) 細谷知司: リーダーの「対話力」ノート, ぼる出版, 44, 2018
 - 19) 宇田川元一: 他者と働く, ニューズピックス, 26, 2019
 - 20) 水野暢子: 主任・副師長育成のために師長に求められること, 看護展望, 44(14), 11-12, 2019
 - 21) 内海桃絵: メンタリングとは何か, 看護管理, 29(4), 316-322, 2019

原 著

早期産褥期の母親を対象とした 「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果

Effects of the “Mama Nikkori Peace of Mind Child Care Program” for
early post-partum mothers

前川 弓枝, 西村 真実子, 千原 裕香

Yumie Maegawa, Mamiko Nishimura, Yuka Chihara

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

早期産褥期, 子育て自己効力感, 親からの愛され感

Key words

early post-partum, parenting self-efficacy, feeling loved

要 旨

本研究は、早期産褥期の母親を対象に、自己効力感を上げることをねらいとした「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果の評価することを目的とした。プログラムによるグループ支援を受けた介入群とベッドサイドでの個別支援のみを受けた対照群に「子育ての自己効力感尺度日本版、Tool to Measure Parenting Self-efficacy (TOPSE)」等を含む無記名自記式質問紙をプログラム実施前・後、および退院約1週後(介入群のみ)に実施した。結果、プログラムの介入効果についてはTOPSE得点での証明はできなかったが、自己効力感と関連のある「親からの愛され感の少ない母親」において、TOPSE得点の変化量が介入群の方が対照群より多い傾向がみられた。早期産褥期の母親に「ママにっこり安心子育てプログラム」を実施することは、「親からの愛され感の少ない母親」の自己効力感の上昇に影響を及ぼす可能性が示唆された。

Summary

This study evaluates the effectiveness of the “Mama Nikkori Peace of Mind Child Care Program” in increasing mothers’ self-efficacy in the early post-partum period. Participants in the intervention group

連絡先：前川 弓枝

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

received group support throughout the program. In contrast, the control group received only individual bedside support. Both groups responded to a self-administered, anonymous questionnaire that included the Japanese version of the Tool to Measure Parenting Self-Efficacy (TOPSE) before and after the program and approximately one week after discharge (intervention group only).

The study results showed that although increased TOPSE scores were observed in no significant difference between the two groups was detected. Thus, the intervention effect of the program could not be confirmed. Nevertheless, when the category of mothers who felt less loved by their parents, an aspect related to self-efficacy, was analyzed separately, the change in TOPSE scores in the intervention group was greater than in the control group. The results suggest that the “Mama Nikkori Peace of Mind Child Care Program” may promote parenting self-efficacy for mothers who felt less loved by their parents when implemented in the immediate period.

はじめに

近年、出産を無事に終え待望の児を迎えても、授乳などの育児が開始されると、わが子の「泣き」に上手く応答できないなどを理由に育児に消極的な態度をとり母子関係が円滑に促進されないケースが増えている¹⁾。臨床の現場においても、わが子が泣きやまないことをネガティブにとらえ、わが子の泣きに困惑している母親もみられる。母親は退院後の子育てへの不安として、特に赤ちゃんの泣きにうまく対応できるかという不安を持っている者や、自身の出産までに子どもを世話した経験がない等のことから育児のある生活のイメージがつきにくい者が多い。

このような母親の不安や気がかりな育児行動の背景には、身体的要因、知識・認識面の要因、心理的・成育歴の要因が関係しており、それらは相互に影響しあっている。産後は分娩・寝不足などによる疲労や、分娩時にできた傷による疼痛などの身体的負担に加え、産後1～2週間はホルモンバランスの影響でマタニティブルーに陥りやすく、精神的に不安定な状態で育児が継続される可能性がある。また、赤ちゃんの泣きや行動の特徴とその対処方法等に関する知識不足、授乳方法等の育児への不慣れに加えて、「赤ちゃんは泣くのが仕事」、「赤ちゃんは手間暇かけて育てるもの」等の認識不足や、さらにこれらによって児に対する予想と現実と不一致を感じてしまうなど、知識・認識面の要因の関与も考えられる。

さらに、知識や認識不足によって母親になることへの戸惑いが生じ、自分の育児に自信がもてず子育ての困難感につながっていると思われ、²⁾³⁾否定的な対児感情やボンディング障害など、母親自身の生育歴の関与の可能性のある心理的要因も関係していると考えられる。虐待などの不適切な

養育を受けた子どもは安定したアタッチメントが育たなかったり、反応性アタッチメント障害を発症する⁴⁾。そして、その子どもが大人になったとき、胎児を拒否したり、我が子に否定的感情を抱いたり、育児を回避、拒絶する⁵⁾などのボンディング障害を示すこともある。

このような母親の不安や気がかりな育児行動を示す母親を含めたすべての早期産褥期の母親に対して、退院後に安全に育児ができるための母乳や沐浴等の育児技術への支援と、助産師の経験値で察知した気がかりな母親に対する個別的なケアを行っている。しかし、母親のそばに寄り添い、共感しながら支えていくという心理的支援も重視してきてはいるが、十分な支援が行き届いているとは言いがたいのが現状である。医療者の手を離れ、自らの生活時間に戻ることへの不安が残り、退院後は不適切な養育や虐待のリスクが高まる時期であると言われている⁶⁾。

近年では、退院後1週間ほどの早期に産後うつや新生児の虐待予防をねらいとした「母乳外来」や「2週間健診」という育児支援を行う病院が増えており、厚生労働省も2017年に「2週間健診」の費用に対する助成を発表した。しかし、「2週間健診」の内容については特に規定されていない。

これらの状況を受け、気がかりな行動をとる母親の退院後早期の憂慮する子育て状況に対する支援として、本研究では早期産褥期の母親が交流をもちながら、わが子が泣きやまない時にどう接すればよいかなどの対応方法や、退院後に育児をしながらどのように日常生活を送ればよいかなどの「産後の育児のある生活」への不安などを共有することによって気持ちが楽になったり整理できたりし、「なんとか子育てをやっていけそう」という自己効力感を上げることをねらいとした「ママ

「じっくり安心子育てプログラム」というグループ支援を考案した。

研究目的

本研究の目的は、早期産褥期の母親を対象に自己効力感を上げることをねらいとした「ママじっくり安心子育てプログラム」を実施し、その効果を評価することである。

用語の定義

1. 早期産褥期

出産後1～6日目の入院中の母親とした。

研究方法

1. 研究デザイン

介入研究（前後比較試験）

2. 介入内容：プログラムの概要

1) プログラム対象者

本プログラムの対象者は、産後1～6日目の母親である。プログラムへの参加案内は、妊娠後期（36～40週）と出産後（産後0～1日目の育児開始時）にすべての母親に対し本プログラムの案内チラシを用いて口頭でプログラムについて説明し参加希望を募った。参加希望の意志表示は、妊婦健診時と出産後において可能とした。

2) ねらいと基本的考え方

本プログラムのねらいは、参加者が「退院後の赤ちゃんとの生活をイメージできること」「自分にも育児ができそうであるという子育ての自己効力感を高めること」である。自己効力は、「将来どうなりたいたのか」という認知能力によって行動が左右されるとした理論であり⁷⁾⁸⁾、個人がある結果を生み出すのに必要な行動をとることができるのかどうかの確信の度合いである「効力期待」を意味する⁷⁾⁸⁾。「自分はやればできるという本人の確信」を高めることがエンパワメントにつながるとされ、本プログラムでは、自らの体験から生み出した「思い」にピアの「思い」を加えられることが強みである「ピア・エンパワメント」の素地をつくり「仲間と一緒に元気になる」「力を引き出しあう」ことを基本とした⁷⁾。また、西村⁹⁾は、2008年から妊婦や乳幼児の母親を対象に、NP¹⁰⁾ (Nobody's Perfect：以下NPと略する)手法を基にした独自の話し合いの進め方を用いたグループ支援を実践し、参加者の子育ての自己効力感の上昇や育児不安・うつ傾向の軽減を明らかにしている。グループ支援の一つであるNPの基本

的な考えは、「参加者の安全を大切にし、エンパワメントされるように関わりながら、他者や自分の思いの共有から自分の長所に気づき、自分のできそうなやり方を獲得する参加型の支援」である。今回、これらの要素をふくみながら、参加者が認識を変化させ自己効力感の上昇につながるようファシリテーションした。ファシリテーションする際に、Nobody's Perfect完璧な親なんかいない親支援プログラム¹¹⁾の「体験学習サイクル」の考え方を参考とした我々の独自のファシリテーション手法を用いて実施した。独自の手法とは、参加者が不安や悩み経験を共有することを通して、自分の考えをあらためて見つめ直し、自分に合った子育ての仕方や考えを獲得できるように手助けする話し合いの進め方である。参加者が悩みや不安・困り事などの経験を話し（自分の経験の再認識）、それを聞いていた残りの参加者たちが思いついたこと（似た自分の悩みや経験またはそれが軽減・解決した経験、自分の考えなど）をそれぞれに話をする（関連付け）。お互いのよく似た経験や悩みを通して自分の言葉で考えを話したり、他の参加者の意見や考えを聞いて自分の考えと照らし合わせながら自分の考えを再認識することで新たな自分の考えや気持ちに気づくことになる。さらに、他の参加者から新たな育児のスキルや退院後の生活についての話を聞くことで退院後の育児のある生活をイメージすることができ、「育児にはできないことがあってもよい」という考えに気づけるようファシリテートすることで、育児に対する考え方や子どもへの向き合い方に余裕が生まれ、「退院後もなんだか育児ができそうだ」という退院後の育児においても自己効力感の上昇が維持されることにつながると考えた。

なお、NPプログラムでは、その基本的な考えをさまざまなシーンにおける話し合いに活用可能であるとしている。ただし「NPプログラム」として実施するには、開催回数・間隔、参加人数、認定ファシリテーターによる実施などの条件が定められている¹⁰⁾。したがって、本プログラムはNPプログラムを参考に考案した、独自のグループ支援である。

3) 運営方法

本プログラムは、2～5人程度の母親を1グループとし、同じメンバーで1回30分のセッションに連続3日間行った。

1回目のセッションでは、まず母親同士が知り合い、安全・安心感をもつことをねらいとした簡

単なゲームをした。さらに、わが子の「泣き」に上手く応答できないケースが増えている¹⁾ことから、赤ちゃんの泣きへの対応方法や啼泣時の母親のネガティブな気持ちの落ち着け方等についてのビデオを視聴し、これに対する感想や赤ちゃんへの対応や不安に思っていること、体験談について話しあった。2回目のセッションは、退院後の赤ちゃんとの生活（これまでの生活と変わることをイメージできることが主なねらいである。1回目終了時に配布した退院後の育児のある生活（食事や入浴の段取りなど）についてのチラシの記載内容についてどう思うか等を、各自の具体的な生活を交えながら話し合った。3回目のセッションは、「現在や退院後の子育てなどについての不安や悩み」を共有し話し合った（図1）。

話し合いにおいては、初産婦は育児のある生活は想像がつきにくく、不安や悩みという思いや気持ちを中心となるが、経産婦は過去の育児経験と関連した悩みが多いので、初産婦に参考になるよう具体的な場面を交えて話してもらった。本プログラムはグループ支援の研修を受けた研究者2人が共同ファシリテーターとして実施した。

3. 研究対象者

研究対象者は、北陸にある研究協力病院1施設で妊婦健診の受診と出産をした研究参加に同意が得られた母親とした。研究参加については、妊娠後期（36～40週）に調査依頼用紙を用いて口頭で

説明し依頼した。本プログラムに参加した母親を介入群、参加しなかった母親を対照群とした。対照群は、ベッドサイドにおける通常の個別的ケアを受けているのに対して、介入群は本プログラムと個別的ケアの両方を受けていた（図2）。

4. 調査方法

妊娠後期の妊婦健診時（妊娠36～40週）に、調査依頼用紙を用いて説明し研究参加への同意が得られた全ての妊婦に対して、質問紙調査を実施した（介入群では「プログラム前」の調査、対照群では「第1回目調査」となる）。さらに、介入群においては「プログラム後」と「退院約1週間後（2週間健診時）」、対照群においては「産後4日（第2回目調査）」、それぞれにおいて同意が得られた母親に質問紙調査を実施した。

調査は無記名自記式とし、記載済の質問紙の回収は、外来または病棟に設置した施錠した回収箱に投函してもらった。

5. 調査内容・測定尺度・調査期間

プログラムの効果は、プログラムのねらいである「子育ての自己効力感」を指標とした。子育ての自己効力感は、子育ての自己効力感尺度日本版¹²⁾（Tool to Measure Parenting Self-efficacy：以下TOPSEと略する）、TOPSE日本版¹³⁾を用いた。TOPSEは、子育て中の母親82人を対象とした質的研究の結果から子育ての自己効力感を構成する質問項目を特定し、さらに因子分析により9下位

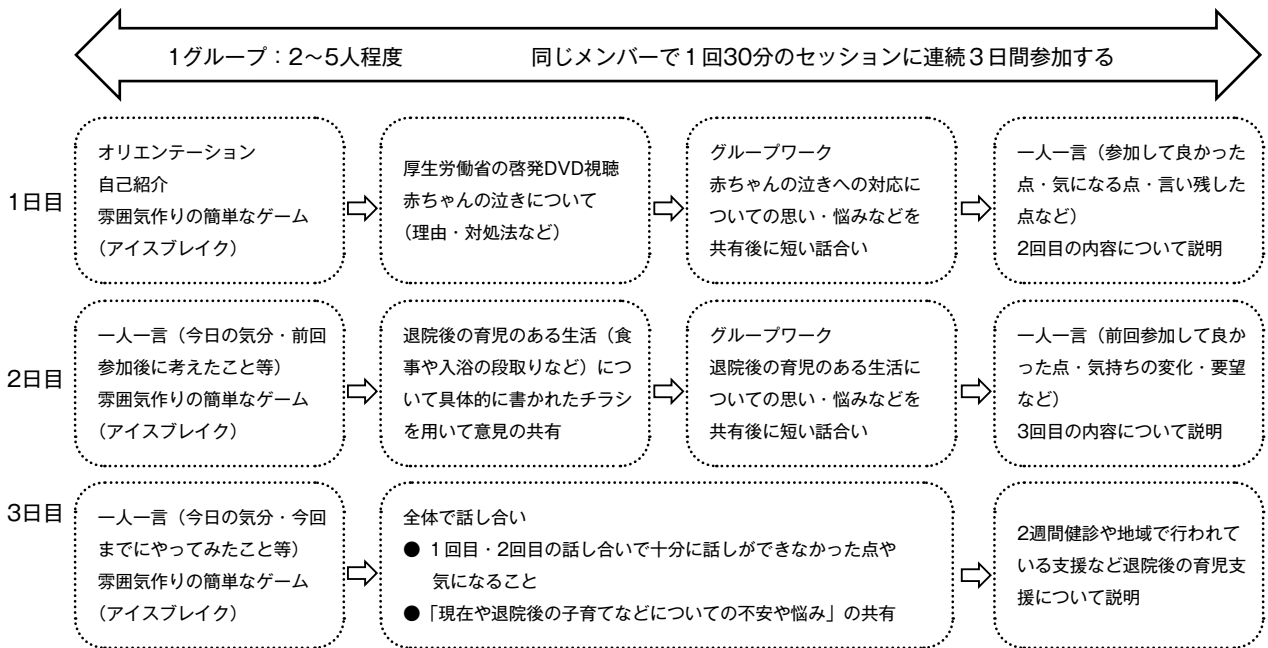


図1 プログラム内容と運営方法

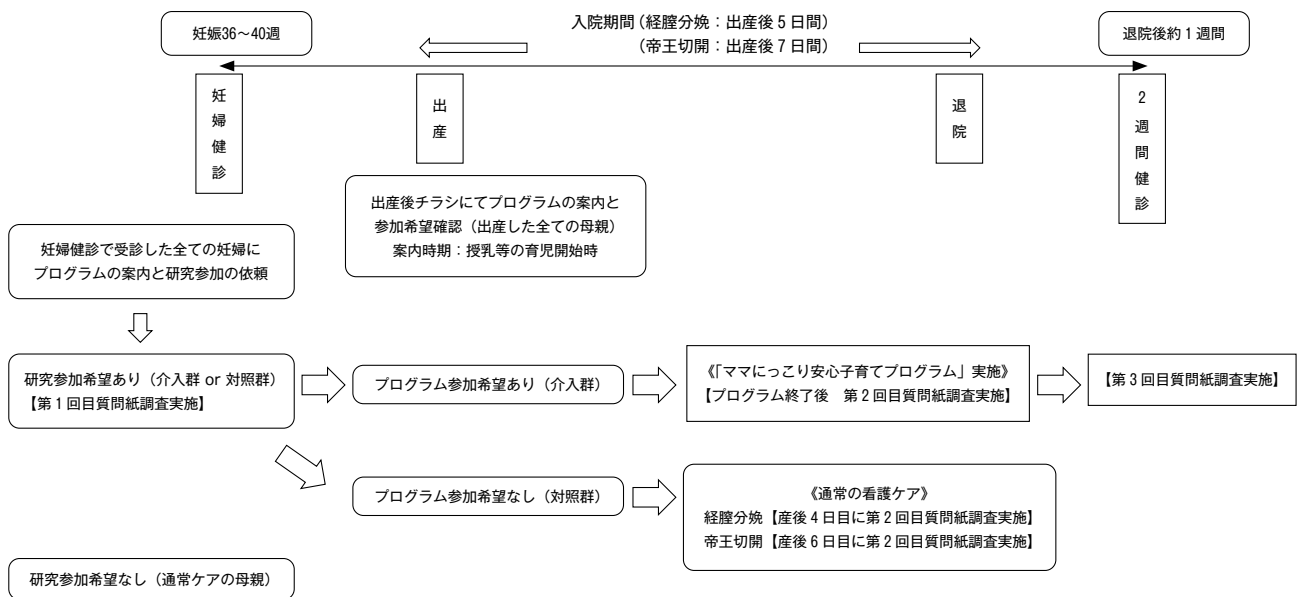


図2 研究対象者と研究デザイン

尺度、82項目の尺度として作成されたものである。11段階のリッカート尺度で回答、高得点ほど自己効力感が高いとしている。各下位尺度のクロンバック α 係数は0.80から0.89の範囲で、基準関連妥当性として、一般性セルフ・エフィカシーとの有意な関係が報告されている。また、TOPSE日本版は、米田らにより4下位尺度（子どもの理解と情緒的相互作用：25項目、しつけとセルフコントロール：13項目、プレッシャーとバンダリー：7項目、ルールを守らせる能力：3項目）とされ、信頼性と妥当性が証明されている。本研究では、プログラムのねらいと合致する「子どもの理解と情緒的相互作用」下位尺度（クロンバック α 係数0.94）のみを使用した。

また、プログラムの評価指標「自己効力感」と関係する要因¹⁴⁻¹⁷⁾（外生変数）として、産後うつ、赤ちゃんへの否定的感情、親からの愛され感について調査し、さらにこれらに影響する要因として望まれた妊娠であったかなどの妊娠への気持ち、育てにくいと感じる子の有無などについて調査した。産後うつは、「日本版エジンバラ産後うつ病質問票¹⁸⁾ (Edinburgh Postnatal Depression Scale: 以下EPDSと略する)」を、赤ちゃんへの否定的感情は「赤ちゃんへの気持ち質問票¹⁹⁾ (Mother to Infant Bonding Scale: 以下MIBSと略する)」をそれぞれ用いた。さらに、プログラム終了後に自由記載で感想や意見を調査した。調査は平成30年8月11日～11月22日に行った。

6. 分析方法

研究対象者の基本属性と、外生変数について両群に差がないかを対応のない t 検定または χ^2 検定を用いて分析し、クロス集計表で期待度数が5未満のセルの時は、Fisherの直接確率法を用いて分析した。

プログラムの効果については、介入群のプログラム前・後・退院後約1週間のTOPSE得点の経時的変化を反復測定による一元配置分散分析で、また両群のTOPSEの得点変化に差がないかを二元配置分散分析にてそれぞれ分析した。その後、Bonferroni法を用いて多重比較検定をした。自己効力感に影響のある外生変数においては「産後うつ (EPDS)」、「赤ちゃんへの否定的感情 (MIBS)」、「親からの愛され感」について、各外生変数を「EPDS: 9点以上群・9点未満群」、「MIBS: 3点以上群・3点未満群」、「親からの愛され感: 感じている群・感じていない群」の2群にわけて、同様にTOPSE得点に差がないかを分散分析で分析した。

アンケートの自由記載の内容についてはアンケート内容を抽出しカテゴリー化した。

7. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会（承認番号：看大第139号）および調査施設の倫理委員会（承認番号：2018-032）にて承認を得て実施した。

結 果

研究参加に同意が得られた111人（介入群53人、対照群58人）のうち、分析対象者はプログラムに連続3回出席できなかった6人と2週間健診でアンケートが実施できなかった3人、アンケートに未回答項目があった4人を除外した98人（介入群43人・対照群55人）とし結果を分析した。「ママにっこり安心子育てプログラム」は合計18回実施した。1グループの人数は2～4人、平均2.94人であった。

1. 研究対象者の属性

母親の平均年齢は介入群 32.58 ± 5.15 歳、対照群 32.95 ± 4.29 歳であった。家族形態は両群ともに核家族（ひとり親を含まない）が介入群32人（74.4%）、対照群45人（81.8%）であり、拡大家族（ひとり親を含む）は介入群11人（25.6%）、対照群10人（18.2%）であった。現在子育てをしている子どもの人数は「いない」と「1人」を合わせると介入群40人（93.1%）、対照群42人（76.3%）、2人以上が介入群3人（7.0%）対照群13人（23.6%）、育てにくいと感じる子が「いる」と答えた人が、介入群1人（23.0%）、対照群8人（14.5%）であり、「2人以上の子どもの人数」と「育てにくいと感じる子がいる」と答えた人が対照群の方に有意に多くみられた。妊娠への気持ちは「とても嬉しい」「嬉しい」と感じていた人が介入群42人（97.7%）、対照群52人（94.6%）であった。既往歴・分娩方法・産後の生活環境の変化ともに両群に有意な差はなかった（表1）。

また、子どもを預けられる人が「いる」と答えた人は介入群30人（69.8%）、対照群41人（74.5%）であり、悩みを打ち明けられる人が「いる」と答えた人は介入群43人（100.0%）、対照群53人（96.4%）であった。親からの愛され感を「感じていない群」が介入群4人（9.3%）、対照群10人（18.2%）であり、対照群に多かったが有意な差はみられなかった。MIBSにおいては「3点以上群」が介入群26人（60.5%）、対照群30人（54.5%）、「3点未満群」が介入群17人（39.5%）、対照群25人（45.5%）であった。EPDSにおいては「9点以上群」が介入群18人（41.9%）、対照群15人（27.3%）、「9点未満群」が介入群25人（58.1%）、対照群40人（72.7%）であった。MIBSのカットオフポイント3点以上の否定的感情の強い人、またEPDSのカットオフポイントの9点以上のうつ傾向の人がそれぞれ介入群にやや多かったがMIBS・EPDSともに有意な差はみられなかった（表1）。

2. プログラム実施前後における自己効力感（TOPSE下位尺度：子どもの理解と情緒的相互作用得点）の変化

1) プログラム実施前・実施後・退院後約1週間のTOPSE得点の変化

プログラムの効果が実施前後において、また、退院後も持続しているかについて時系列に検証するため、介入群のTOPSE得点の変化を一元配置分散分析で分析した。実施前のTOPSEの平均得点±標準偏差は 175.47 ± 35.74 点、実施後 186.93 ± 34.59 点、退院後約1週間 190.65 ± 39.60 点で、時間の主効果が有意であり、3時点の得点が有意に上昇していた（ $df=2$ 、 $F=10.73$ 、 $p<0.01$ 、効果量 $\eta^2=0.20$ 、多重比較；プログラム前vsプログラム後 $p<0.01$ 、プログラム前vs退院約1週間後 $p<0.01$ 、プログラム後vs退院1週間後 $p=0.58$ ）（図3）。

2) 介入群と対照群におけるプログラム実施前後のTOPSE得点変化

介入群と対照群のTOPSE得点変化に差がないかを二元配置分散分析で分析した。介入群のプログラム前が 175.47 ± 35.74 点、プログラム後が 186.93 ± 34.60 点、対照群の妊娠後期（介入群の「プログラム前」と対応させている）が 179.49 ± 35.30 点、産後4～6日目（介入群の「プログラム後」と対応させている）が 195.87 ± 32.79 点で、時間の主効果が有意であったが、群間の主効果、交互作用はなく、両群ともにプログラム前後の得点が有意に上昇していた（ $df=1$ 、 $F=29.80$ 、 $p<0.01$ 、効果量 $\eta^2=0.24$ 、多重比較；プログラム前vsプログラム後 $p<0.01$ ）（図3）。

3) 外生変数別にみるTOPSE得点変化

TOPSE得点はプログラム前後および退院後1週間の時系列では有意に上昇していたが、両群間のプログラム前後の得点変化に有意な差はみられなかった。そこで、自己効力感に影響のある、親からの愛され感・EPDS・MIBSの外生変数別に生育歴や対児感情、産後の精神状態の条件が同じ研究対象者だけで両群のTOPSE得点に差がないかを二元配置分散分析で分析した。結果、EPDS・MIBSについては、総合データ同様に、時間の主効果のみ有意な差があり、群間の主効果、交互作用には有意な差はなかった。「親からの愛され感の少ない母親」については、介入群のプログラム前が 141.25 ± 59.38 点、プログラム後が 164.00 ± 47.36 点、対照群の妊娠後期が 195.00 ± 25.88 点、産後4～6日目が 210.80 ± 27.43 点を示し、時間の主効果（ $df=1$ 、 $F=21.46$ 、 $p<0.01$ 、効果量 $\eta^2=$

表1 対象者の属性

	介入群 (N=43)		対照群 (N=55)		t 値	p 値		
	Mean ± SD		Mean ± SD					
年齢	32.58 ± 5.15		32.95 ± 4.29		0.26	0.70		
	n	%	n	%	χ ² 値			
家族形態	核家族 (ひとり親)	32 0	74.4 0	45 0	81.8 0	0.79	0.38	
	拡大家族 (ひとり親)	11 1	25.6 2.4	10 0	18.2 0			
分娩経験の有無	初産	22	51.2	23	41.8			0.84
	経産	21	48.8	32	58.2			
育児をしている子どもの人数	2人未満 (内訳) 0人 1人	40 22 18	93.1 51.2 41.9	42 23 19	76.3 41.8 34.5	1)	0.03*	
	2人以上	3	7.0	13	23.6			
既往歴	なし	31	72.1	33	60.0	1.56	0.21	
	あり (内訳)	12	27.9	22	40.0			
	受診の継続あり	5	11.6	13	23.6			
	受診の継続なし	7	16.3	9	16.4			
分娩方法	経膈分娩	28	65.1	41	74.5	1.03	0.31	
	帝王切開術 (緊急)	15(3)	34.9	14(2)	25.5			
産後の生活環境の変化	なし	37	86.0	49	89.0	0.21	0.65	
	あり (内訳: 複数回答あり)	6	14.0	6	11.0			
	自身の病気	0	0.0	4	66.7			
	失職・退職	0	0.0	1	16.7			
	引っ越し	0	0.0	1	16.7			
	家族関係の問題	2	33.3	0	0.0			
	子どもの身体的問題	1	16.7	0	0.0			
	長子の不安な様子	1	16.7	0	0.0			
	出産への不安	1	16.7	0	0.0			
	切迫早産への不安	1	16.7	1	16.7			
	出産への圧力	0	0.0	1	16.7			
	里帰り出産	0	0.0	1	16.7			
	その他	0	0.0	1	16.7			
(両群の妊娠期 (36~40週) のサポート・心理的背景)								
妊娠への気持ち	嬉しい (内訳)	42	97.7	52	94.6			1)
	とても嬉しい	31	72.1	36	65.5			
	嬉しい	11	25.6	16	29.1			
	嬉しいと思わない (内訳)	1	2.3	3	5.4			
	特に思わない	0	0.0	1	1.8			
	やや嬉しくない	0	0.0	2	3.6			
	不明	1	2.3	0	0.0			
子どもを預けられる人の有無	いない (いても頼みづらい)	13	30.2	14	25.5	0.28	0.60	
	いる	30	69.8	41	74.5			
悩みを打ち明けられる人の有無	いない	0	0.0	2	3.6	1)	0.50	
	いる (内訳: 複数回答あり)	43	100.0	53	96.4			
	夫	32	74.4	44	81.5			
	実母	36	83.7	40	74.1			
	実父	6	14.0	9	16.7			
	義母	5	11.6	3	5.6			
	義父	0	0.0	0	0.0			
	きょうだい	18	41.9	19	35.2			
	友人	20	46.5	35	64.8			
	専門家	1	2.3	0	0.0			
	その他	0	0.0	1	1.9			
育てにくいと感じる子の有無	いない	42	97.7	47	85.5	1)	0.04*	
	いる	1	2.3	8	14.5			
親からの愛され感	感じていない群	4	9.3	10	18.2	1)	0.26	
	感じている群	39	90.7	45	81.8			
MIBS ²⁾	3点以上群	26	60.5	30	54.5	0.35	0.56	
	3点未満群	17	39.5	25	45.5			
EPDS ³⁾	9点以上群	18	41.9	15	27.3	2.30	0.13	
	9点未満群	25	58.1	40	72.7			

1) Fisherの正確確率検定 *p<0.05

2) MIBS: 赤ちゃんへの気持ち質問票日本語版 カットオフポイントが3点

3) EPDS: エジンバラ産後うつ自己質問票 カットオフポイントが9点

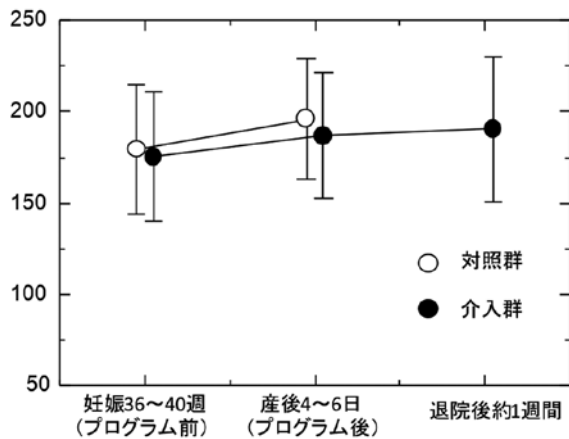


図3 プログラム前後・退院後約1週間における子育ての自己効力感尺度 (TOPSE) 得点変化と2群比較

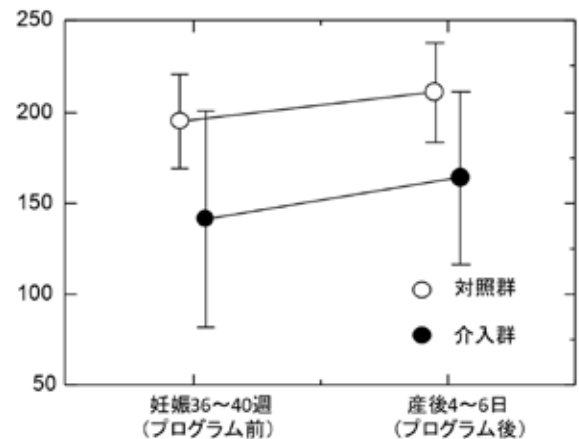


図4 「親からの愛され感の少ない母親」のみの子育ての自己効力感尺度 (TOPSE) 得点変化と2群比較

0.64、多重比較；プログラム前vsプログラム後 $p < 0.01$) と、群間の主効果 ($df = 1$ 、 $F = 5.99$ 、 $p < 0.05$ 、効果量 $\eta^2 = 0.33$ 、多重比較；プログラム前vsプログラム後 $p < 0.05$) であり、時間の主効果と群間に有意な差はあったが、交互作用には有意な差はなかった。(図4)。

3. プログラム参加後の自由記載の調査の結果
プログラム終了後に実施した、アンケートの自由記載から、参加して良かった点について内容を抽出しまとめた。「悩んでいるのは自分だけではないと思え安心した」、「安心して自分の思いを話せて楽になった」、「知識やいろいろな考え方・対応方法が知れてよかった」、「子育てはひとりではできない」などの『子育てあるある』に気づいた、「自分の気持ちや特徴に気づいた」「退院後の生活を考える機会になりイメージできるようになった」、「前向きに頑張ろうと思えた」、自分から他の母に話しかけることができなくてよかったなど、11カテゴリーにまとめられた(表2)。

考 察

1. 「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果検証について

今回、母親が退院後の子育てや生活に少しでも自信をもつことを目的に、早期産褥期の母親を対象に「ママにっこり安心子育てプログラム」考案し、その効果を検証した。プログラムに参加した介入群のTOPSE得点は有意に上昇し、退院後約1週間も得点の上昇は継続していた。しかし、対照群も同様に妊娠中のTOPSE得点が退院直前には有意に上昇しており、ベッドサイドでの個別支

援の効果も確認できたが、本プログラムが個別支援よりも自己効力感の上昇に有効であるかについては不明であった。

そこで、自己効力感と関連する各外生変数において同一得点の研究対象者に限定して分析したところ、「親からの愛され感の少ない母親」のTOPSE得点変化において、時間と群間の主効果に有意な差がみられた。

「親からの愛され感の少ない母親」のプログラム前後のTOPSE得点変化量を見ると、介入群で+22.8点、対照群が+15.8点と介入群の変化量の方がやや大きい傾向がみられた。しかしながら、分散分析においてはプログラム前後と群間の交互作用は有意とならなかった。つまり「親からの愛され感の少ない母親」を対象とした場合には本プログラムによってTOPSE得点が向上する傾向がみられたものの、統計的に有意な効果としては確認できなかった。

「親からの愛され感がない・あまりない」と答えた母親の中には、愛着障害など、親子関係やアタッチメントに課題をもつ者が含まれている可能性がある。このような課題をもつ者のインターナル・ワーキング・モデルには否定的な自己評価ないし自己侮辱が含まれ²⁰⁾、自己肯定感が低い特徴があるとされており²¹⁾、不安が強いことなどが考えられ、きめ細やかな支援が必要である。しかし、日々のベットのケアからは親からの愛され感などの生育歴に気づくことは難しく、十分なケアができるとは言いがたい。そこで、このような不安などの強い母親が退院後の子育てに少しでも前向きな気持ちで取り組めるように、全ての母親を対象とした本プログラムを出産後に実施する必

表2 プログラムの参加により得られた気づきや気持ちの変化—プログラム終了後のアンケートの記載内容—

カテゴリー	コード (記載内容)
1: 悩んでいるのは自分だけではないと思え安心した	<ul style="list-style-type: none"> ・みんな一緒。自分だけじゃないと思うと心強くなった。 ・自分一人だけの悩みでないことが分かり、安心・リフレッシュできた。自分より大変な方もいる中で自分も頑張ろうと勇気をもらえた。 ・不安な気持ちはみんな一緒と強く感じられて安心した。抱え込まないことが一番大事と感じた。 ・同じような悩みを持つ方とお話できて気持ちが楽になった。等
2: 親としての共通の気持ちがあると知り安心した	<ul style="list-style-type: none"> ・親として共通の気持ちがあることが知れた。 ・入院中や退院後の生活の不安を皆で共有できた。
3: 安心して自分の思いを話せて楽になった	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の意見を発表できるだけで安心できたし、いろんな意見が聞けてよかった。 ・自分の不安なことを話すだけで気持ちが楽になった。等
4: 知識やいろいろな考え方・対応方法が知れてよかった	<ul style="list-style-type: none"> ・ずっと個室で赤ちゃんと2人だし、助産師さんや看護師さんの話はためになるけどやっぱり同じ時期に産んだ人の話が聞けるのは良いと思った。等
5: 「子育てあるある」に気づいた (「子育てあるある」の内容) 1) 子育ては一人ではできない 2) 人に頼ったり相談するのがよい 3) 肩の力を抜いていくのが大事 4) 心に余裕をもつのが大事 5) 柔軟に考えられる気持ちの広がり 6) いろいろなやり方があってどれも間違いはない 7) 子どもの数が増えても悩みは減らない 8) 一人目の育児の失敗や体験を活かせばよい	<ul style="list-style-type: none"> ・1人目のときに感じた失敗や体験談を2人目にいかそうと思った。 ・初産婦の方と悩みの共感や経産婦さんからの経験談をバランスよくお話できて勉強になった。 ・自分以外の意見を聞いて悩みはそれぞれ違うけど子育ては一人ではできないと実感した。 ・母乳育児の悩み ・子供の数が増えても悩みは減ることがないんだな～と感じた。 ・いろいろなやり方があってどれも間違いではないという考え方でよいことを感じた。 ・周囲のサポートを得て肩の力を抜いて子育てしようと思った。 ・心の余裕をもつ (ことが大事だと思った) ・人に頼って相談して進んでいこうと思った。 ・いろんな方法や考え方を知り、困ったときの対応方法や柔軟に考えられる気持ちが広がったと思う。
6: 自分の気持ちや特徴に気づいた (気づいたこと) 1) 自分はストレスを感じている 2) こんなに自分をコントロールできない	<ul style="list-style-type: none"> ・保育士だからできなきゃと思っていただけに妊娠するとこんなに自分をコントロールできないことがあるんだとした。 ・他の人と話をしてみても自分はストレスを感じていると実感できた。
7: 退院後の生活を考える機会になりイメージできるようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・このプログラムがあったことで家に帰ってからの生活が想像できるようになった。気持ちが楽になった。等
8: 前向きに頑張ろうと思った	<ul style="list-style-type: none"> ・出産直後の不安定になりやすい時期にこういう場があると前向きになれると思った。等
9: 悩みを話せて自信につながった	<ul style="list-style-type: none"> ・悩みを口にしてだす場があることは、自分の自信につながってよかった。
10: 他の母親と交流をもつことができてよかった (他の母親との交流がよい理由) 1) 赤ちゃんを二人きりで個室に閉じこもっているから 2) 自分から話しかけることができないから 3) 入院中は一人で考えがちだから	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中はずっと一人で考えがちなので他の方と話せてよかった。 ・ずっと部屋で赤ちゃんと一緒になので人と交流することがなかったので今回参加できて楽しかった。 ・産後個室に閉じこもりになってしまっていたので話すことでリフレッシュできた。 ・なかなか自分では人に話しかけることができないので少人数で話しやすい機会になった。 ・他のママさんと交流するきっかけができてうれしかった。等
11: リフレッシュできて楽しかった	<ul style="list-style-type: none"> ・人と話すことが入院中少ないので他の人と話ができることはリフレッシュになると思った。等

要がある。

また、グループ支援については自分が求められ受け入れられている心の調和（カタルシス）や、自分の問題が普遍的で他のグループメンバーと分かちあえるものであると気づき力強い安心感を体験する（普遍性）などがある²²⁾。今回、プログラム後に実施した自由記載アンケートの内容より、「カタルシス（カテゴリー3：安心して自分の思いを話せて楽になった）」や「普遍性（カテゴリー1：悩んでいるのは自分だけではないと思え安心した・カテゴリー2：親としての共通の気持ちがあると知り安心した）」などのグループ療法の効果を示す記載内容がみられた。このことから、個別支援に加えて本プログラムに参加し、短時間ではあるが受容的・共感的なグループでエンパワメントされ、退院後の子育てへの不安や自信がない点などを共有できたことが自己効力感の上昇につながったと考える。また、自己効力感においては、Bandura⁸⁾の自己効力感の強化要因である①遂行行動の達成（自分の力で成功したという体験）、②代理経験（類似する人の成功から自分もできるという信念の獲得）があり、他の母親と悩み・経験や考えの共有を通して「子育てあるある」や「自分の気持ち」などに気づいたり、「前向きに頑張ろうと思えた」経験が自己効力感の上昇につながったと考える。さらには、「家に帰ってからの生活が想像できるようになった」など、プログラムのねらいである退院後の生活がイメージできたことが自由記載内容から示されており、子育て経験のない母親にとっても「なんとか育児をやっていけそう」という前向きな気持ちに繋がったと考える。今回、グループで安心して自分の悩みを話せた経験は、その後の相談等の支援策へのアクセスを容易にする可能性がある。また、母親らは「自分から他の母親に声をかけられない」、母子同室で「閉じこもりがちになる」入院生活において他の母親と交流する機会を求める者が多く、本プログラムのようなグループ支援はよい機会であると考えられる。

伊達岡ら²³⁾は、育児不安や育児困難の予防を目的に妊婦を対象にグループ支援（週に1回のセッションを4回）を実施し、比較群のJapanese Prenatal Self-Evaluation Questionnaire（以下J-PSEQと略する）下位尺度〔実母との関係に関する不安〕得点がグループ実施前後・1か月後で上昇するのに対し、介入群の得点は有意に低下することを明らかにした。また、サポート的なグループの中で〔実母との関係に関する不安〕における自分の本

当の気持ちを吐露することが自己受容や不安の低下につながり、妊娠・出産・産後の子育てにポジティブな気持ちになるとしている。育児不安に対する支援は、できれば疲労のある出産直後ではなく、妊娠中から時間をかけて支援していくことが望ましく、さらに、退院後も「2週間健診」などによる子育て支援とともに、実親との関係についての気になることなどを安心して話すことができる場をつくるなど、母親として成長する過程で少しでも気持ちの整理に繋がる機会があるとよいと考える。

2. 研究の限界と課題

早期産褥期におけるグループ支援であったため、産後の疲労等もあり、同じ条件の両群の研究対象者を確保するのが難しくグループダイナミクスを活用した支援が十分に行えなかった。

本研究においては全体の参加者数に関しては98名であったが、「親からの愛され感が少ないと感じる母親」のみを選んだ場合は14名であり、統計検定における検出力は十分ではなかった。このため今回の研究では、TOPSE得点の統計学的分析からは介入効果を証明することはできなかった。しかし、統計学的分析結果以外の自由記載の調査の結果などから総合的にみると「親からの愛され感」の生育歴に背景をもつ母親に対しては、自己効力感にある程度の影響を与える可能性が示唆された。

結 論

早期産褥期の母親に対し「ママにっこり安心子育てプログラム」にて介入することは、TOPSE得点の統計的有意な向上は示されなかったが、自由記載の調査の結果などから「親からの愛され感の少ない母親」において自己効力感の上昇に影響を及ぼす可能性があることが示唆された。

利益相反

本論文内容に関連する利益相反事項はない。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、多大なご協力をいただきました研究対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 吉田敬子：胎児期からの親子の愛着形成，母子保健情報，54，39-46，2006

- 2) 堀越摂子, 常盤洋子, 國清恭子, 他: 生後1ヶ月児の泣きに関する母親の認識, 北関東医学, 66(1), 23-30, 2016
- 3) 東雅代, 西村真実子, 米田昌代, 他: 乳幼児をもつ母親の育児困難の状況-母親および子育て支援に関わるエキスパートへのフォーカス・グループ・インタビューから-, 石川看護雑誌, 6, 1-10, 2009
- 4) 友田明美: 子育て困難を支援する“愛着障害の診断法と治療薬”の開発~発達障害や愛着障害の脳科学的研究~, 薬学雑誌, 136(5), 711-714, 2016
- 5) 吉田敬子: 子どもの問題-母親のメンタルヘルスとその育児を支える-, 学術の動向, 15(4), 22-27, 2010
- 6) 福島富士子: 産後支援の新しい形と考え方の提案 出産からの一貫した支援プロセスの必要性, 保健師ジャーナル, 66(1), 20-25, 2010
- 7) 安梅勅江: 第2節ピア・エンパワメント, エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法 (第1版), 医歯薬出版株式会社, 2-49, 東京, 2007
- 8) アルバート・バンデューラ: 激動社会の中の自己効力, 本明寛, 野口京子監訳, 初版, 金子書房, 1-6, 東京, 1997
- 9) Nishimura M, Kanaya M, Yoneda M, et al.: Evaluation of group meetings on parenting for mothers of infant experiencing anxiety and difficulty with childcare, [オンライン, https://www.czech-in.org/cmPortalV15/CM_W3_Searchable/ISP18/normal#!abstractdetails/0000663810], ISPCAN2018, 10. 4. 2022
- 10) Nobody's perfect Japan: Nobody's perfectプログラムの概要, [オンライン, <https://www.nobodys-perfect-japan.com/home>], Nobody's perfect Japan ホームページ, 9. 19. 2022
- 11) 新道幸子, 中野仁雄, 遠藤俊子: 第6章 現代社会における母性保健をめぐる課題, 母性看護学概論 ウイミンズヘルスと看護 (第5版), メヂカルフレンド社, 156-176, 東京, 2017
- 12) Kendall S, Bloomfield L.: Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. Journal of Advanced Nursing, 51(2), 174-181, 2005
- 13) 米田昌代, 北岡和代, 西村真実子, 他: TOPSE (子育ての自己効力感尺度) の日本における信頼性・妥当性の検討, 第48回日本母性衛生学会抄録集, 48(3), 142, 2007
- 14) 阿部 (河本) 亜希子, 小林淳子: 産後の母親の育児の自己効力感と関連要因に関する縦断的検討, 北日本看護学会誌, 7 (1), 19-28, 2004
- 15) 佐藤奈緒子, 森岡由起子, 佐藤文, 他: 産後うつ状態に影響を及ぼす背景因子についての縦断的研究 (第一報) - 母親自身の被養育体験・内的ワーキングモデルおよび児への愛着との関連 -, 母性衛生, 47(2), 320-329, 2006
- 16) 樋口広美, 坪川トモ子, 高橋裕子, 他: 育児実態調査から見た子ども虐待のハイリスク要因 子ども虐待を早期発見・予防するために, 保健師ジャーナル, 60(10), 1006-1013, 2004
- 17) 宮岡久子, 佐藤君江, 堀越幸子: 褥婦の退院時と1ヶ月健診時における自己効力感と、1ヶ月健診時の育児不安および育児困難感との関連, 母性衛生, 55(4), 776-782, 2015
- 18) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 他: 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性, 精神科診断学, 7 (4), 525-533, 1996
- 19) 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子: 妊娠中から始めるメンタルヘルスケア=他職種で使う3つの質問票=, 第1版, 日本評論社, 2-26, 東京, 2017
- 20) 繁多進: 愛着 (アタッチメント) 理論の基礎-ボウルビイ理論の骨格とボウルビイの臨床, 「子育て支援と心理臨床」編集委員会, 子育て支援と心理臨床 (第1刷), 福村出版株式会社, 6-12, 東京, 2014
- 21) 友田明美: 子どもの虐待と脳科学-アタッチメント (愛着) の視点から-, 小児保健研究, 78(6), 519-524, 2019
- 22) アーヴィン・Dヤーロム, S・ヴィノグラードフ: グループサイコセラピー ヤーロムの集団精神療法の手引き, 川室優訳, 第六刷, 金剛出版, 23-32, 東京, 2008
- 23) 伊達岡五月: 育児不安・育児困難の予防を目指した妊娠期からのグループ支援「妊婦プログラム」の評価, [オンライン, <http://id.nii.ac.jp/1301/00000173/>], 石川県立看護大学学術リポジトリ, 8. 30. 2022

原 著

子育て中の母親のグループによる 被サポート感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

Development and Reliability and Validity Testing of a Subjective Sense of
Group Support Scale for Mothers Raising Children

金谷 雅代, 西村 真実子

Masayo Kanaya, Mamiko Nishimura

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

グループ, サポート, 子育て

Key words

group, support, raising children

要 旨

本研究の目的は、子育て中の母親が参加しているグループにおいて、母親がグループメンバーからサポートが得られているかを明らかにするために、「グループによる被サポート感尺度」を作成し、信頼性・妥当性を検討することである。

7下位尺度を想定し、30項目からなる尺度原案を作成した。内容妥当性の検討後、グループ活動を行う子育て中の母親272人に対し、無記名自記式質問紙調査を行った。168人の有効回答を得、項目分析、探索的因子分析を行い、構成概念妥当性を確認した。尺度のクロンバック α 係数を算出し、内的整合性を確認した。検討の結果、3下位尺度22項目の尺度となった。『グループメンバーへの安心と信頼』は11項目で構成され、 $\alpha = .95$ 、『自己の内面の伝達可能性』は6項目からなり、 $\alpha = .90$ 、『被受容による人間関係への自信』は5項目で構成され、 $\alpha = .88$ と高い信頼性係数を得た。

今回作成した3下位尺度22項目からなる「グループによる被サポート感尺度」は、子育て中の母親グループの評価として活用可能性がある。

連絡先：金谷 雅代

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地

Abstract

This study aimed to develop and test the reliability and validity of a scale for a subjective sense of group support, which can be used to indicate whether mothers receive sufficient support from the other members of mothers' groups of which they are a part.

A preliminary scale of 30 items was developed, assuming seven subscales. After content validity was tested, an anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted among 272 mothers raising children who participated in group activities. In total, 168 valid responses were collected. An item analysis and exploratory factor analysis successfully verified construct validity; Cronbach's α coefficient was calculated, and the internal consistency was successfully verified.

The analyses results yielded a scale that included 22 items and three subscales. These subscales were "peace of mind and trust in other group members," with 11 items ($\alpha = 0.95$); "ability to communicate one's own internal feelings," with six items ($\alpha = 0.90$); and "confidence in interpersonal relationships because of being accepted," including five items ($\alpha = 0.88$). Each subscale had a high reliability coefficient.

The Subjective Sense of Group Support Scale developed herein was confirmed as reliable and valid; it can be used to evaluate groups among mothers raising children.

はじめに

現代の子育て状況について、少子化、核家族化、都市化等に伴い、家庭の養育力の低下や子育て家庭の地域からの孤立などの問題が指摘されてきた。地域における交流が減少し、保護者を支える地域の子育て支援力も低下している。このような現代の子育てをめぐる状況を踏まえ、これまで法整備がすすみ、様々な子育て支援サービスが主に少子化対策に位置づけられ展開されてきた¹⁾。

育児不安や困難感を軽減するための課題として、きめ細かな支援等子育て支援サービスの質的向上が望まれ、個別支援とともにグループケアの必要性、重要性が言われるようになり、多くのグループの試みやその効果が報告されている。母親のグループケアとは、子育てや虐待などに悩む母親が集まり、話し合う中で、仲間作りができ、思いを分かち合い、悩みの解決につながっていく性質を持つ。様々な名称で支援がなされている。グループの試みとして、中板により育児不安や育児困難を抱える親を対象としたグループ活動が紹介されている。育児不安や育児困難を抱える親のグループ活動では、自分の傷つき体験や現在の問題を語り、分かち合って互いにサポートを得ることで、今まで抑え込んでいた感情を整理し、心にゆとりと成長がもたらされるとの結果を得ている。また、親子の関係を見つめなおす機会となったり、自分の周囲の人との関係も振り返ることができるようになったという結果を得ている²⁾。石川は子育て当事者によるセルフヘルプ・グループの特徴とそ

の働きについて言及している。妊娠・出産や子育てという同じ体験を通じて、共感的な理解を基礎にしたグループメンバーの自発的な参加と継続的な活動から生まれる仲間（ピア）の相互関係によって、互いに支えあうグループの仕組みが最も重視される。子育て当事者によるセルフヘルプ・グループの働きは、常に対等で開かれた関係によるコミュニケーションやコミットメントによってメンバー間の信頼関係や相互支援の関係がより強固のものとなる³⁾、としている。また、小長井は、子育てピアが単に母親たちの仲間を作り出し、子育て支援に効果的ということのみならず、この中で、仲間としての関係の中で支えあいながら互いの努力で問題解決を図るような方法をとることで母親自身が自らの力を引き出し、活力を生み出したとしている⁴⁾。前原らは、開発した育児支援プログラムの効果として、参加者同士で子育ての体験や工夫を共有するようになったことや、近隣の子育てサークル等への参加を誘い合うようになり、プログラム以外の場にも持続し得るピアサポート形成が認められたことを報告している⁵⁾。清水らは少人数参加型プログラムの評価として心理学的指標や生理学的指標での評価を行っている⁶⁾。しかし、いずれもグループに対しての母親の評価を量的に示したものはみられていない。

グループで実施する親支援プログラムとして、ノーバディズパーフェクトプログラムがある。このペアレンティング・プログラムの短期効果についての研究報告がある。この研究では、母親の精

神的健康度と自己評価、育児不安感の変化を効果指標として取り上げ、検討しており、実施前と実施後と比較して、効果があったことが示されている⁷⁾。また、マザーグループの効果を、MCG効果尺度(MCG: Mother and Child Group, 母と子の関係を考える会)を用いて明らかにした調査がある。このMCG効果尺度の中に、グループ参加による直接効果として、「共感・受容・孤独感」、「対処(自己表現、他者への信頼)」、「グループの必要性(居場所)」をあげ、評価していた⁸⁾。しかし、この研究では、MCG評価尺度は参加者と援助者、援助者間での効果の確認と共有に用いられており、グループに対する母親の評価は行われていない。

以上のように、参加者個々の心理や行動の変化を評価指標としてグループの効果を明らかにしているものは多いが、母親がグループにおいて、グループメンバーからサポートを得られているかを評価するという視点で調査されたものは見あたらなかった。そこで、本研究では、子育て中の母親のグループの効果をグループメンバーから得られるサポートの視点から明らかにする尺度を作成したいと考えた。参加者からグループに対する評価ができれば、支援者としてのグループへの介入の改善点を見出すことができ、グループの効果を高めることにつなげることができる。

よって、本研究は、子育て中の母親が参加しているグループにおいて、グループメンバーからサポートが得られているかを明らかにするために、「グループによる被サポート感尺度」を作成し、信頼性・妥当性を検討することを目的とした。

用語の定義

本研究ではグループを、「子育て」を共通点に、定期的なサークル活動やペアレンティング・プログラムで活動を共にする人の集まりと定義した。サークル活動に子育て広場を利用していることや、ペアレンティング・プログラムへの参加経験者となるため、乳幼児をもつ母親のグループである。また、被サポート感はグループのメンバーに支えられ、力づけられていると感じることとする。

研究方法

1. グループによる被サポート感尺度の作成

グループに参加する母親にとってのグループメンバーによりサポートされたと感じられた時に得られる成果を表す概念については、Yalomの「集

団精神療法で効果をもたらす因子」を基盤とした。

Yalomの「集団精神療法で効果をもたらす因子」として普遍性や愛他主義、カタルシス、凝集性など10の項目が挙げられている⁹⁾。この因子の内容を基に、7下位尺度30項目の尺度を作成した。7つの下位尺度の定義を次のようにした。①被受容感は、自分がグループメンバーに受け入れられていると感じることができることである。Yalomの因子の凝集性の要素に相当すると考えた。②安心感・信頼感は、グループメンバーに対する感情である。Yalomの言う普遍性に相当すると考え設定した。③対人的魅力(交流願望)は、相手に対してひきつけられる力を感じることであり、Yalomの示した因子のうち、凝集性の要素がもつ、グループやグループメンバーに対して抱いている対人的魅力を表す。④内面が伝達できることは、自己の中にある感情を表現できることである。Yalomの因子のカタルシスがこれに相当する。⑤人間関係についての自信は、社会やグループにおける人とのつき合いに対する能力を確信することである。Yalomの因子では対人学習の成果と考えた。⑥自己理解(自分の長所に気づく等)は、自分自身について分かることであり、Yalomの示した因子のうち、凝集性の中の要素と考えた。⑦被理解は、グループメンバーに理解されること、とした。これらを作成したのは、受容されることや理解されることにより、人間関係への自信が持てるようになり、また、受容されることや理解されることは安心・信頼につながると考えたためである。また、安心・信頼ができるメンバーには自己の内面が伝達できるようになり、安心できる環境では自己を見つめることも可能となる。そして、安心・信頼感をもてば、相手に対する対人的魅力を感じることができ、メンバーとの繋がりがより強くなると考えたからである。

次に、これらの下位概念を尋ねるための質問を30項目設定した。項目の作成にあたって、グループ活動において、グループメンバーによりサポートされたと感じられたときに得られる成果を考えた。また、グループの凝集性はメンバーがそのグループや他のメンバーに対して抱いている魅力に起因するというYalomの主張に則り、対人魅力を検討している研究を項目選定の参考にした¹⁰⁾。グループやグループメンバーについての考えを問い、回答は「全くそう思わない: 1」から「非常にそう思う: 7」までの7段階のリッカートスケールとした。

2. 内容妥当性の検討

グループによる被サポート感尺度の内容妥当性の検討は、育児不安や育児困難・虐待に悩む母親への支援の実践経験または専門的見識が豊富な研究者8人に対し、尺度の各項目が7下位尺度のどれに属すると思うかを選択してもらい、項目の文章がそれぞれに位置づけられている下位尺度の概念を正確に表わしているかをみることにより行った。

3. 尺度の信頼性・妥当性の検討

1) 対象者と調査期間

尺度開発には1項目あたり5～10のサンプルが必要であり、今回は30項目を設定したため150～300の対象が必要であった。0～5歳の乳幼児の母親で、定期的にサークル活動に参加している母親と、グループ支援としてのペアレンティング・プログラムへの参加経験がある母親計272人とした。ペアレンティング・プログラムへの参加者はプログラムの実施期間すべてに参加した人とし、プログラムの途中から参加していない人は除外した。調査期間は2009年7月～8月であった。

2) 調査方法

無記名自記式質問紙調査を行った。サークル活動を行っている母親への調査は、A市子育て支援課長より調査許可を得た。市の子育て支援センターにおいて、サークルリーダーに対して研究の目的等を説明し、サークル活動時に調査用紙を配布してもらうこととした。また、自治体が運営する子育て支援機関を通し、サークルの代表に対して調査用紙を郵送し、メンバーへの配布を依頼した。サークルの選定は、自治体にサークルとして登録されている団体で、定期的な活動を実施しているものとし、担当者に一任した。ペアレンティング・プログラムを終了した母親へは、プログラムを実施したファシリテーターの許可を得て、調査概要を記載した説明用紙を同封した上で調査用紙を郵送した。調査用紙は郵送にて回収した。

3) 調査内容

母親の属性として年齢、就業状態、子どもの人数を尋ねた。また、作成した「グループによる被サポート感尺度」の30項目は、「全くそう思わない：1」、「そう思わない：2」、「あまりそう思わない：3」、「どちらともいえない：4」、「少しそう思う：5」、「そう思う：6」、「非常にそう思う：7」の7段階リッカート法での回答を求めた。

4) 分析方法

(1) 項目分析

天井効果、床効果を確認した。また、項目間相関を確認し、.80以上を示す場合、どちらか一方を削除対象とした。また、修正済み項目合計相関を確認した。

(2) グループによる被サポート感尺度の妥当性の検討

得られた回答の探索的因子分析を行い、構成概念妥当性を検討した。また、サークル活動に参加している子育て中の母親とペアレンティング・プログラムを終了した母親では、グループメンバーからの被サポート感に違いがあるのではないかと仮説を立て、既知集団妥当性を検討した。

(3) グループによる被サポート感尺度の信頼性の検討

抽出された因子ごとにクロンバックの α 係数を算出し、内的整合性を検討した。

(4) 既知集団妥当性の検討

自主的にサークル活動で集まる母親のグループと、計画されたペアレンティング・プログラム参加者の間での比較を行った。

統計学的分析には、IBM® SPSS Statistics 24 for Windowsを用いた。

4. 倫理的配慮

調査への協力は自由意思であること、調査への協力がなくても不利益がないこと、無記名の質問紙調査であり匿名性が保たれること、データは統計的に処理され、個人が特定できないように配慮すること、結果を公表したいこと、その際には、個人が特定できないようにすること、データは研究者のみが扱い、管理を厳重に行うことなどを研究依頼書に記載したうえで、サークルリーダーへ説明して渡す、または調査用紙とともに郵送した。内容妥当性の検討においては対象の研究者に、調査概要とともに口頭で説明し依頼した。調査用紙の回答・送付をもって同意を得たものとした。本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：看大第155-4号）。

結 果

1. グループによる被サポート感尺度の内容妥当性の検討（表1）

母親への支援の専門的見識が豊富な専門家に依頼し、回答があったのは5人（回答率62.5%）であった。各項目が下位尺度のどこに位置付けられるかを選んでもらった結果、22項目は3人以上（一致率60%）が当初配置した下位尺度と同じ下位尺度を選択し、残りの8項目は下位尺度の選択には

らつきが見られた。しかし、項目の文章がそれぞれに位置づけられている下位尺度の概念として妥当かどうかについての反対意見はなかったため、全項目を分析対象とし、因子分析の結果で項目配置の整合性・妥当性を検討することとした。全30項目と下位概念選択一致率、因子分析後に配置された下位概念について、表1に示す。

2. グループによる被サポート感尺度の構成概念妥当性、信頼性の検討

グループ活動を行っている母親272人中170人よ

り回答が得られ、回収率は62.5%であった。このうち、グループによる被サポート感尺度に記載漏れの無い、有効回答168人（有効回答率98.8%）について分析を行った。

1) 対象者の属性

168人の母親の平均年齢は33.9±4.6歳、範囲は22～46歳であった。有職者は41人（24.4%）であり、本調査の対象は仕事をしていない人が多かった。子どもの人数は、1人が63人（37.5%）、2人が74人（44.0%）、3人が28人（16.7%）、4人が3

表1 子育て中の母親のグループによる被サポート感尺度 内容妥当性の検討結果と因子分析後の因子配置

下位尺度番号	項目	下位概念選択一致率 (%)	因子分析後に配置された下位概念
① 被受容感	7 グループの人たちは、私の言うことを受け入れてくれると思います	100	第3因子
	8 私はグループの人と関わりと助けられます	40	第1因子
	14 メンバーと一緒にいると、参加することを歓迎されていると思います	100	第3因子
	22 グループの人たちは、私に関心をもってくれると思います	40	除外
② 安心感・信頼感	18 私はグループの人と関わりとリラックスできます	100	除外
	20 私はグループの人と関わりと安心できます	100	除外
	25 メンバーには安心して頼みごとができます	60	第2因子
	29 グループに参加することによって、批判されたり、評価されたりなど、傷つけられることはありません	100	第1因子
	30 私はグループの人を信じています	80	第1因子
③ 対人的な魅力	3 私はグループの人と関わりとすることが楽しいです	80	除外
	10 メンバーは私にとって理想的な人が多いです(R)	80	第1因子
	12 メンバーと一緒に子育てに関する話し合いをしたいと思います	40	第1因子
	13 グループの人から離れたくないと思います	60	第2因子
	15 私はグループの人が好きです	60	第1因子
	17 私はグループの活動に満足しています	20	除外
	21 グループに参加すると、必要な情報がもらえます	40	第1因子
	26 メンバーと一緒に食事に行きたいと思います	100	第2因子
28 メンバーと一緒に興味に関するをしたいです	80	第2因子	
④ 内面が伝達できること	1 メンバーに、私の内面の不安や緊張を聞いてもらうことがあります	80	第2因子
	4 メンバーに、自分の気持ちを伝えるのが好きです	100	除外
	16 グループの中で話し合うときは、自分の考えを正直に言います	100	第1因子
	24 メンバーに、心の奥底を話せます	100	第2因子
	27 メンバーに、私の内面のもろさを伝えることができます	100	除外
⑤ 人間関係に ついての自信	2 社会のいろいろな状況で、うまくやっていける自信があります	100	第3因子
	6 ほとんどの場合、私はメンバーとうまくやっていけます	100	第3因子
	9 メンバーと何かするときは大体いつも協調的です	20	除外
	19 メンバーとのつきあいで、自分をうまくコントロールすることができます	80	第3因子
⑥ 自己理解	5 グループに参加すると、ポジティブな気持ちになれます	20	第1因子
	23 グループに参加すると、気づきを与えてもらえます	100	第1因子
⑦ 被理解	11 メンバーは私の気持ちをわかってくれると思います	20	第1因子

注) ①～⑦はYalomの「集団精神療法で効果をもたらす因子」を元に設定した下位尺度である。(R)は逆転項目。

人（1.8%）となり、子ども2人の人が最も多かった。

2) 内容妥当性の結果：項目分析

グループによる被サポート感尺度の30項目のうち、天井効果を認めた1項目「3私はグループの人とかかわることが楽しいです」を除外した。また、項目間相関の高かった2項目を除外した。「20私はグループの人と関わりと安心できます」は項目5、18との相関係数が.80を超えていたことから、除外した。「27メンバーに私の内面のもろさを伝えることができます」についても項目24との相関係数が高く、除外した。

3) 構成概念妥当性の結果

(1) 探索的因子分析（表2）

項目分析により3項目を削除し、27項目を用いて探索的因子分析を行った。因子の抽出方法は最尤法を用いた。因子数は、固有値が1以上の基準

を設け、スクリープロットを確認し、因子の解釈可能性を考慮して3因子とした。因子の回転は、因子間の相関を確認するためプロマックス回転で行い、相関が確認できたため、プロマックス回転法を採用した。各項目のうち、因子負荷量が0.40に満たなかった3項目（17, 18, 22）を除外した。また、因子負荷量高値が複数に渡る2項目（4, 9）を除外し、最終的に22項目となった。

第1因子は、「23グループに参加すると気づきを与えてもらえます」「8グループの人と関わりと助けられます」「11メンバーは私の気持ちを分かってくれます」などの項目に因子負荷量が高く、グループメンバーに対する安心や信頼と、それがもたらすエンパワメントや自分・子育てについての気づきなどの効果を表していると考え、『グループメンバーへの安心と信頼』とした。第2因子は、「25メンバーには安心して頼みごとができます」

表2 子育て中の母親のグループによる被サポート感尺度 構成概念妥当性・信頼性の分析結果

	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子 グループメンバーへの安心と信頼 Cronbach's $\alpha = .945$			
23 グループに参加すると気づきを与えてもらえます	.914	.111	-.176
15 私はグループの人が好きです	.904	-.015	-.003
12 メンバーと一緒に子育てに関する話し合いをしたいと思います	.762	.244	-.157
21 グループに参加すると必要な情報がもらえます	.761	.049	-.094
08 私はグループの人と関わりと助けられます	.670	.191	.060
16 グループの中で話し合うときは、自分の考えを正直に言います	.658	.047	.064
30 私はグループの人を信じています	.657	-.067	.234
05 グループに参加すると、ポジティブな気持ちになれます	.572	.144	.282
11 メンバーは私の気持ちをわかってくれると思います	.536	.060	.310
10 メンバーは私にとって理想的な人が多いです (R)	-.473	-.182	.038
29 グループに参加することによって、批判されたり、評価されたりなど、傷つけられることはありません	.445	-.162	.423
第2因子 自己の内面の伝達可能性 Cronbach's $\alpha = .900$			
25 メンバーには安心して頼みごとができます	-.091	.807	.146
26 メンバーと一緒に食事に行きたいと思います	.168	.722	-.037
24 メンバーに、心の奥底を話せます	.152	.695	-.166
01 メンバーに、私の内面の不安や緊張を聞いてもらうことがあります	.098	.641	.031
13 グループの人から離れたくないと思います	-.029	.638	.211
28 メンバーと一緒に興味に関することをしたいです	.294	.543	.030
第3因子 被受容による人間関係への自信 Cronbach's $\alpha = .878$			
06 ほとんどの場合、私はメンバーとうまくやっています	.077	-.001	.840
02 社会のいろいろな状況で、うまくやっていると自信があります	-.209	-.048	.751
07 グループの人たちは、私の言うことを受け入れてくれると思います	.252	.021	.659
19 メンバーとのつきあいで、自分をうまくコントロールすることができます	-.062	.205	.624
14 メンバーと一緒にいると、参加することを歓迎されていると思います	.234	.206	.482
	因子間相関	.790	.761 .700

注) (R) は逆転項目。

「24メンバーに心の奥底を話せます」「1メンバーに私の内面の不安や緊張を聴いてもらうことができます」などの項目に因子負荷量が高く、メンバーに対して自己の内面が表出できることを表していると考え、『自己の内面の伝達可能性』とした。第3因子は、「6ほとんどの場合、私はメンバーとうまくやっています」「7グループの人たちは、私の言うことを受け入れてくれると思います」「19メンバーとの付き合いで、自分をうまくコントロールすることができます」などに因子負荷量が高く、グループメンバーに受け入れられていることと、これによって前向きな自分が表出できることから得られる自信を表す内容であると考え、『被受容による人間関係への自信』とした。

(2) 既知集団妥当性の結果

サークル活動に参加している子育て中の母親とペアレンティング・プログラムを終了した母親の2群に分け、各下位尺度得点についてt検定を行った。サークル活動に参加している子育て中の母親は113人、ペアレンティング・プログラムを終了した母親は55人であった。第1因子『グループメンバーへの安心と信頼』の得点は、サークル活動に参加している子育て中の母親のほうがペアレンティング・プログラムを終了した母親より有意に高かった ($p = .038$, $t = 2.108$, 自由度166)。第2因子『自己の内面の伝達可能性』については有意差を認めなかった ($p = .164$, $t = 1.404$, 自由度166)。第3因子『被受容による人間関係への自信』についても、有意差は認めなかった ($p = .072$, $t = 1.812$, 自由度166)。モデルの適合度を示すRMSEAは.069であった。

4) 信頼性の検討

各下位尺度のクロンバックの α 係数を算出したところ、第1因子『グループメンバーへの安心と信頼』は.95であり、第2因子『自己の内面の伝達可能性』は.90、第3因子『被受容による人間関係への自信』は.88と高い信頼性係数を得た。

また、修正済み項目合計相関は第1因子で.58～.85、第2因子で.66～.78、第3因子で.50～.83と高い相関を得た。

考 察

1. 尺度項目の構成概念について

当初は7つの下位尺度を設定したが、因子分析では3因子となった。2つの下位尺度「被受容感」と「人間関係についての自信」として設定した項目がまとまった形となり、第3因子『被受容によ

る人間関係への自信』となった。この結果は、母親グループにおいては、メンバーからの被受容感が人間関係への自信をもたらしているといえると考えられる。また、「安心感・信頼感」と「対人的な魅力」「内面が伝達できること」は第1因子『グループメンバーへの安心と信頼』と第2因子『自己の内面の伝達可能性』に分かれた。このことは、「グループの中で話し合うときは、自分の考えを正直に言う」ことはできても、『メンバーへの安心と信頼』があるからといって、メンバーに『自己の内面を伝えられる』とは限らず、「メンバーから離れたくない」「メンバーと一緒に興味に関することをしたい」というような、メンバーに対する親密性も必要になるのではないかと考える。

「自己理解」「被理解」とした2つの下位尺度は、第1因子『グループメンバーへの安心と信頼』に含まれた。この項目はいずれも、グループに参加し、メンバーに受け入れられたと感じた成果として配されたと考えられる。

また、クロンバックの α 係数がいずれの因子も高いことから、下位尺度のまとまりは生じたものの、当初各下位尺度に位置付けた項目がばらばらに因子分析後の因子に分かれることはなく、類似性の高い内容を尋ねていたものが同じ因子としてまとめて配置されたと考えられ、設定した項目は測定が可能なものであったと考える。

2. 尺度項目の精選について

内容妥当性の検討で、下位概念の位置づけが適切でない可能性が考えられる、研究者の選択がばらついた項目が8項目あった。因子分析で因子負荷量が低かった項目が3項目あり、これらを除外したが、この中に下位概念の位置づけが不明と考えられた項目が2項目(17, 22)含まれていた。また、因子負荷量の高値が重複している項目が1つ(9)あった。よって、除外された項目は、「グループによる被サポート感」を表現する内容として妥当でなかったといえる。しかし、下位概念の位置づけが不明と考えられた8項目のうち、5項目は残した。その理由は、項目間相関で高すぎる項目がなく、グループによる被サポート感を知るうえで必要と判断したためである。因子分析の結果、これら5項目はすべて第1因子に配置され、因子負荷量も十分得たことから、項目を残したことは支障なかったと考える。

望月らは親支援プログラム(Nobody's Perfect)に参加した母親等にフォーカス・グループ・インタビューを実施し、仲間同士やグループが力を発

揮するピア・エンパワメントとして、仲間との交流が自己開示を促進したり、参加者には皆子育ての悩みがあるという気付きがある¹¹⁾など評価している。今回作成した被サポート感尺度に「11メンバーは私の気持ちを分かってくれると思います」や「23グループに参加すると気づきを与えてもらえます」の項目が『グループメンバーへの安心と信頼』の下位尺度に配置されていることから、グループによりサポートされた効果として量的にも評価できると考える。

3. 尺度の信頼性について

本尺度のクロンバック α 係数は .88~.95を示し、高い内的整合性が保たれていたことから、信頼性も確保され、本尺度は母親がグループからサポートを得ていると感じられる要素が明らかとなった。

4. グループによる被サポート感尺度の活用可能性について

既知集団妥当性の検討において、第1因子『グループメンバーへの安心と信頼』の得点が、サークル活動に参加している子育て中の母親のほうがペアレンティング・プログラムを終了した母親より有意に高かった。その要因として、育児不安・育児困難感・虐待に悩む母親が集まっていることが予測されるグループの場合、自分に自信がなかったり、ダメな母親であると感じているものが多く、悩みをなかなか打ち明けられないことが考えられ、被虐待歴がある場合には、対人関係への影響も考えられる。安心・安全・信頼や内面が伝達できることの意義は大きいと考える。そして、『被受容による人間関係への自信』は、受容されて信頼できるようになるという状況が作られて初めて、次の段階としての自己の成長や発達につながっていくのではないかと考えられる。

エンカウンター・グループの効果としてあげられているものの中に「自己存在感」「他者内面の理解」「自己一致」「他者受容」「自己信頼」がある¹²⁾。しかし、本尺度の項目内容は、参加者にとっての被サポート感は把握できるものの、グループ活動によってサポートされることにより得られる効果として考えていた、「相互理解」に関しては、設定した項目も少なく、自分が受け入れられていると感じ、他者の内面も理解できるようになったかといった側面は十分に評価しきれなかったという点は課題である。

5. 本研究の限界

本研究では、基準関連妥当性の検証や再テスト法を実施していない。活用可能性を高めるには、

基準関連妥当性にかかわる項目の調査や再テスト法を実施し、尺度の妥当性と安定性を確保していく必要がある。

結 論

母親のグループにおいて、グループメンバーからサポートが得られているかを明らかにするために、「グループによる被サポート感尺度」を作成し、信頼性・妥当性を検討した。本尺度は第1因子『グループメンバーへの安心と信頼』、第2因子『自己の内面の伝達可能性』、第3因子『被受容による人間関係への自信』の3下位尺度22項目で構成された。内容妥当性、構成概念妥当性、信頼性を検証し、信頼性・妥当性が確認できた。作成した「グループによる被サポート感尺度」は子育て中の母親グループの評価として活用可能性があるといえる。

謝 辞

研究の主旨をご理解いただき、多大なるご協力をいただきました。関係各所ならびに、本研究にご協力いただきましたお母様方に深く感謝いたします。

なお、本研究の内容の一部は、第57回小児保健学会にて発表した。

本研究は、石川県立看護大学に提出した学位論文(2009年度)を加筆・修正したものである。

利益相反について

本研究において利益相反に関する開示事項はありません。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成20年度版厚生労働白書，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/08/dl/14.pdf>]，9. 5. 2009
- 2) 中板育美：母と子の育児グループによる虐待予防の試み，保健婦雑誌，54(8)，631-636，1998
- 3) 石川到覚：子育てグループと専門職の距離－ソーシャルワークの視点から－，助産雑誌，58(7)，43-47，2004
- 4) 小長井春雄：「子育てピア」と専門職のための支援者養成プログラムを実施して－今専門職に求められていること－，助産雑誌，58(7)，37-42，2004
- 5) 前原邦江，大月恵理子，林ひろみ，他：乳児

- をもつ家族への育児支援プログラムの開発, 千葉看護学会誌, 13(2), 10-18, 2007
- 6) 清水嘉子, 関水しのぶ, 遠藤俊子, 他: 母親の育児幸福感を高めるプログラムの実施と評価, 日本看護科学会誌, 29(1), 41-50, 2009
- 7) 柴田俊一: 親教育プログラムNobody's Perfectの短期効果について, 子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 114-118, 2006
- 8) 村家朋子, 山田恵子, 矢野純子, 他: 虐待予防事業「マザーグループ」の評価と有効性に関する研究, 子どもの虐待とネグレクト, 9(2), 225-235, 2007
- 9) アーヴィン・D・ヤーロム, ソフィア・ヴィノグラードフ: グループセラピーで効果をもたらす因子とは, 川室優訳, グループサイコセラピー-ヤーロムの精神集団療法の手引き-, 金剛出版, 23-32, 東京, 1991
- 10) 出口拓彦, 吉田俊和: 自己開示の内面性が対人魅力に及ぼす影響-被開示者における対人的志向性の効果に関する縦断的研究, 対人社会心理学研究, 4, 51-56, 2004
- 11) 望月由妃子, 杉澤悠圭, 田中笑子, 他: 親支援プログラム(Nobody's Perfect)を活用した虐待予防事業の評価と今後の課題に関する研究, 小児保健研究, 72(5), 737-744, 2013
- 12) 松浦光和: ロジャーズ(1970)の考え方に基づいたエンカウンター・グループ効果測定尺度の構成, 人間性心理学研究, 18(2), 139-151, 2000

研究報告

高校生のための「親子交流を通して親になることを考える」 プログラムの効果に関連する要因の検討

Factors Related to the Effectiveness of “The Think about Becoming a
Parent” Program for High School Students

千原 裕香, 西村 真実子

Yuka Chihara, Mamiko Nishimura

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

子ども虐待予防, 親になること, 高校生, 次世代育成教育, 被愛情感

Key words

child abuse prevention, becoming a parent, high school student
parenthood education, feeling of being cared for

要 旨

本研究の目的は、子ども虐待の未然防止をめざして高校生の親世代になることに対する意識を高めることをねらいとして開発した「親子交流を通して親になることを考えるプログラム」の効果に関連する生徒側の要因を明らかにすることである。研究対象者は13か所の高校の1年生3,036人で、有効回答数2,381人を分析対象とした。生徒側の要因として性別、きょうだいの有無、祖父母との同居の有無、乳幼児との接触経験、被愛情感を、プログラムの効果指標として親世代になることに対する意識尺度について、プログラム参加前後に質問紙調査を行い、要因別に2元配置分散分析を実施した。その結果、本プログラムの効果に性別、乳幼児との接触経験、被愛情感が関連することが確認された。被愛情感においては交互作用が認められ、被愛情感が不十分な生徒は十分な生徒よりも有意に親子関係に対する意識が向上していた。以上より、被愛情感が不十分な生徒の存在に配慮したプログラム内容にすることが効果的なプログラムのために重要であることが示唆された。

連絡先：千原 裕香

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

はじめに

近年、子ども虐待は喫緊の社会問題となっている。不適切な養育は子どもの発達に広範囲で深刻な衝撃を及ぼすことが明らかとなっており¹⁾、発生の未然防止が極めて重要である。これまでの研究で子ども虐待を引き起こすリスク因子が検証され、親側の要因・子ども側の要因・環境要因などが複雑に絡み合っただけでなく、子ども虐待という行為に結びつくと考えられている²⁾。その要因の1つに親になるための準備不足がある。親になる前の「育児経験」や「子どもと関わった経験」が減少し、親になった時に育児不安に陥りやすい状況にあることが指摘されている³⁾。親としての資質は、子どもができて初めて身につくものではなく、幼少期からの体験の積み重ねによって少しずつ生まれ、発達していくものと考えられており、生育過程での乳幼児との接触体験の量や質、自分の生育歴への自己評価など過去の生育体験の影響が大きい⁴⁾と言われている。また伊藤は、親としての資質とは「親としての役割を果たすための資質だけではなく、親とならない場合であっても、社会の一員として備えておくべき資質」⁵⁾と述べており、親になるものだけが必要な資質ではなく、親になる・ならないに関わらず必要な資質である。そこで本稿では、親になる前の世代がもつ、段階的に形成される親としての資質を「親世代になるための資質」と表現する。

このような背景から近年、「親世代になるための資質」を育むための次世代育成教育の重要性が認識され、さまざまな取り組みが行われている。海外では子どもたちの共感性を育むことを目的とした「Roots of Empathy」⁶⁾や、高校生の子育てに対する知識の向上を目指した「The Parenting Curriculum」⁷⁾などがある。日本においては、中学生や高校生が家庭科の保育学習の中で保育園などに出向き、乳幼児との関わりを中心に行う保育体験学習が行われている。保育体験学習の効果について、中谷が文献レビューを行っており、①肯定的な情動体験と意欲的な学び、②子どもへの関心と発達理解、③幼児のイメージの変化、④自己理解の深化と内面的成長の促進、⑤「子どもを育てる存在」としての成長促進³⁾に整理している。一方で、幼児との関わり比重が置かれやすく「子育て」の部分に触れる機会が少ない⁸⁾ことや、自分が「親になること」について具体的にイメージし「親の役割を理解する」段階に至るためには学習内容や実施形態について検討していく必要がある

る³⁾との課題が指摘されている。千原ら⁹⁾も「親世代になるための資質」を高めるためには、子どもに関する意識を高めるだけでなく、子育てや親になることに関する意識を高める必要があることを見出している。つまり親世代になるための資質を育むための次世代育成教育では、自分が「親になること」について考える機会となることが重要であると考えられる。

子ども虐待の未然防止を考える時、「世代間伝達」についても触れておく必要がある。「虐待は虐待を生む」、つまり虐待の被害者である子どもが成長すると今度はその子どもが虐待やネグレクトする親になるということである。不適切な養育が認められる母親はそうでない母親と比べて、子ども時代に自分自身も実親から不適切な養育を経験していた割合が多い¹⁰⁾ことや、親からの直接的な虐待が無い場合においても、親自身が過去に被虐待経験を持ち、その愛着外傷を「生傷」のまま抱え続けながら親となった場合、自分の子どもへの養育行動にも影響し、子どもは被虐待児と同様の心理発達上のリスクを負う¹¹⁾ことが報告されている。一方、自分が親になることに対して肯定的な感情を持って、自分の親との関係を受け止めることができると、被虐待の経験が直線的に養育行動や子どもとの関係性に否定的な影響を及ぼすことは認められないこともある¹²⁾との報告もある。つまり、親になる前から段階的に少しずつ自分が親になることや自分の親との関係を肯定的に考えられよう支援することで、親になった時の葛藤や苦しみを小さくすることが可能であると考えられる。次世代育成教育は親になる前の時期から始める不適切な養育の世代間伝達を断ち切るアプローチとしても期待できると考えられる。

そこで、私たちは、行政機関（いしかわ結婚・子育て支援財団、以下財団と表記する）、教育機関（高校家庭科教諭・A県高等学校教育研究会家庭部会）、福祉機関（A県内のNPO法人などの子育て支援団体、以下子育て支援者と表記する）と共に、高校生が乳幼児だけでなくその親たちとも交流する「親子交流を通して親になることを考えるプログラム」（通称：親子交流授業プログラム、以下プログラムと表記する）を開発した。先行研究において、女子の方が子どもへの親和や子育てへの受容が高い¹³⁾ことや女性の方が男性より乳幼児との接触体験効果がみられやすいこと¹⁴⁾、親準備性の習得には乳幼児との過去の接触経験が関与していること⁴⁾⁸⁾、1回程度の乳児との交流体験

では乳児に対する否定的な反応を示す対象者が存在すること¹⁵⁾が明らかになっており、生徒の背景要因により本プログラムの効果に違いが生じる可能性が考えられた。そこで本研究は、本プログラムの効果に関連する生徒側の要因を明らかにすることを目的とした。プログラムの効果に関連する要因を明らかにすることで、親になる前から始める子ども虐待の予防対策としてより効果的なプログラム開発の基礎データが得られると考えた。

研究方法

1. 「親子交流を通して親になることを考える」プログラムの概要¹⁶⁾

1) プログラムの実施体制

プログラム実施体制の構築・運営担当の財団、プログラム実施担当の高校家庭科教諭、高校生との交流に協力してくれる親子が安心して参加できるようにプログラムの実施をサポートする子育て支援者、プログラムの評価担当の著者らが所属する研究グループの4機関で連携して実施した。

2) プログラムの構成

家庭科の授業の中で行われ、「事前授業」「交流授業」「事後授業」の順で3回の授業で構成された。1回の授業時間は約60分で約1か月の間で行われた。

(1) プログラム実施に向けての準備と参加する乳幼児親子の確保

財団が、A県内の全高校に対し本プログラムの実施希望校を募集した。

プログラムに参加する乳幼児親子は、財団からチラシなどを通じて公募した。募集の基準は、乳児～未就学児とその保護者とした。参加希望の親子には財団が運営する「ファミリーバンク」システムに登録してもらい、スマートフォンなどから参加申込みを求めた。参加が決定した親子には、家庭科教諭や子育て支援者らから事前オリエンテーションを行い、可能であれば抱っこなどの子どものお世話を生徒に体験させてほしいこと、子どもがぐずっても大丈夫でありその姿を生徒に見せてほしいことなどを伝えた。

(2) 事前授業

事前授業では、交流授業に向けて子ども・子育て・親役割などへの関心・意欲を高めるための授業を行った子育てに関する新聞記事を読んだり、男女ペアで親になり子育て中の親の一日を考えるなど、生徒やクラスの特徴に合わせた教材を用いて子どもや子育てへの理解を膨らませ、次回の交

流授業で乳幼児の親たちに質問する内容を考えた。

(3) 交流授業

約5～10組の乳幼児親子に高校に来てもらい、生徒約5～6人と親子1～2組で1グループとなり交流した。高校生は、親たちが子どもをお世話する様子を観察し、実際に抱っこしてあやすなどの子どものお世話を体験した。また親たちが持参した母子手帳等を見せてもらいながら子どもや子育てに関する話を聞いた。交流授業には、子育て支援団体スタッフである子育て支援者がサポーターとして参加し、高校生と乳幼児親子との交流が促されるよう高校生の様子を注意深く観察し、必要時具体的な説明を加え、乳幼児の気持ちを代弁し高校生に伝えた。また同時に、親たちが高校生に子どもや子育てに関する経験を話しているか観察し、話し合いが止まっているグループがあればそこに入り親たちが話しやすいように支援した。先行研究で家族問題に葛藤を抱える生徒も多くなっていることから、家族や保育、育ちの振り返りの作業においては配慮が必要となると示唆されている³⁾。そのため家庭科教諭・子育て支援者から意図的に高校生に、乳幼児親子と交流する中で子どもが嫌いななどネガティブな感情も含めてどんな感情が湧いてきてもいいんだよというメッセージを伝えるよう配慮した。

(4) 事後授業

交流授業終了後1週間以内に「事後授業」を実施する。事後授業では、交流授業での乳幼児親子との交流を通して、子どもや子育てに関する話を聞いてどう感じたか、あるいは「親になること」についてどう感じたか振り返り、インタビュー内容や感想を壁新聞風にまとめたり、クラスで共有したりした。

2. 対象施設と対象者

本プログラムの実施を希望した高校の中で、必修科目「家庭基礎」の授業としてプログラムを採用した高校を対象校とした。授業としてプログラムを実施するため、必修科目「家庭基礎」を履修する生徒は本プログラムに参加する。そのうち、質問紙調査に同意が得られたものを研究対象者とした。

3. データ収集方法

2015年9～10月に無記名による自記式質問紙調査を行った。学校長の研究協力の承諾が得られた対象校の家庭科教諭に質問紙を郵送し、研究対象者への配布を依頼した。質問紙調査はプログラムの事前授業開始直前と事後授業終了後1週間以内

の2回、集合形式で実施し、回答後は教室に設置した回収箱に投函するよう生徒に依頼した。

4. 調査内容

生徒側の関連要因として、性別、きょうだいの有無、祖父母との同居の有無に加えて、先述したように親準備性の習得には乳幼児との過去の接触経験が大きく関与していることが確認されており⁴⁾⁸⁾、乳幼児との接触経験について尋ねた。また愛着パターンというのは世代間伝達すると言われていたため、愛されて育ってきたと思うという被愛情感は自分が親になることや子育てに対する感情や考えに影響があると考えられる。そこで被愛情感について「愛されて育ってきたと思う」という質問を設け、「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の6段階リッカート法で回答を求めた。

プログラムの効果測定指標として「親世代になることに対する意識尺度」⁹⁾を使用した。この尺度は青年期前期の親世代になるための資質を捉える目的で作成された尺度で、6下位尺度33項目で構成される。その内容は、「子どもとの遊び方がわかる」など子どもとの関わり方の理解や認識に関する【子どもとの関わりに対する意識：5項目】、「親子はお互いを必要とし合っている」など親子の間の関係についての認識を問う【親子関係に対する意識：5項目】、「安易な気持ちで子育てはできない」など親になることに対する心構えや意識に関する【親になることに対する意識：7項目】、「男性が育児しやすい社会が必要である」などの項目からなる【夫婦や社会で子育てすることに対する意識：5項目】、「子どもはかわいい」などの項目からなる【子どもや子育てに対する関心・感情：5項目】、「子育てできるか心配である」などの項目からなる【子育てに対する不安：6項目(全て逆転項目)】である。回答方法は「とてもそう思う(6点)」「そう思う(5点)」「少しそう思う(4点)」「あまりそう思わない(3点)」「そう思わない(2点)」「全くそう思わない(1点)」の6段階リッカート法で得点化され、各下位尺度得点で表される。各下位尺度のCronbach's α 係数は0.76から0.94で、信頼性と妥当性が確認されている。

5. 分析方法

親世代になることに対する意識尺度の下位尺度得点を算出し、記述統計と正規性の検定を行った後、性別・きょうだいの有無・祖父母との同居の有無・乳幼児との接触経験・被愛情感において、それぞれ2群間及び時間の変化パターンに差があるのか比較するために反復測定による2元配置分

散分析を実施した。被愛情感については「愛されて育ってきたと思う」の設問に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した者を“被愛情感が十分にある群”(以下、十分群)とし、「少しそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」と回答した者を“被愛情感が十分ではない群”(以下、不十分群)と分類し比較した。本研究はサンプル数が多く、差の検定において有意であるという結果になりやすいため、効果量 η^2 を算出した。統計学的分析には、分析ソフトIBM SPSS Statistics Ver. 26.0を使用した。

6. 倫理的配慮

本研究は石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:第725号)。A県内の高校の学校長宛てと家庭科教諭宛てに、プログラム参画依頼書と研究協力依頼書を郵送し文書による説明を行い、プログラム参画申出書兼研究協力同意書の提出をもって、学校長と家庭科教諭の同意を得た。対象者である高校生には文書にて研究目的、方法、個人の匿名性の保護、任意性の保障と不利益に対する配慮について説明し、質問紙の回答と回収をもって研究参加に同意が得られたものとした。家庭科教諭が質問紙を配布するため強制的にならないよう配慮し、調査は授業の課題ではないこと、成績には関係がないこと等を文書による説明と合わせて、家庭科教諭から口頭にて説明していただいた。また対象者は未成年であるため、保護者に対して文書による説明を行った。

結 果

1. 質問紙配布及び回収状況

対象校は13校で質問紙を配布した高校生は3,036人であった。回収数は2,880人(回収率94.8%)、そのうち親世代になることに対する意識尺度の項目に欠損値のない2,382人(有効回答率82.7%)を分析対象とした。

2. 対象者の概要(表1)

男子1,104人(46.3%)、女子1,277人(53.6%)で男女ほぼ同じ割合であった。きょうだいありと回答した者が2,122人(89.1%)と大半であった。祖父母と同居していない者の方が1,696人(73.9%)で多かった。乳幼児との接触経験に関しては、経験ありと回答した者は1,761人(73.9%)であったが、その頻度は月1回以下が44.2%と最も多かった。被愛情感については、十分群は1,696人(71.2%)、不十分群は684人(28.7%)であった。

3. プログラムの効果と生徒側の要因との関連

表1 対象の属性

		n = 2,382	
	項目	人数	%
性別	男子	1,104	46.3
	女子	1,277	53.6
	不明	1	0.1
きょうだい	あり	2,122	89.1
	なし	260	10.9
祖父母との同居	あり	684	28.7
	なし	1,696	71.2
	不明	2	0.1
乳幼児との 接触経験	あり	1,761	73.9
	毎日～週1回程度	430	18.1
	月1～2回程度	267	11.2
	月1回以下	1,053	44.2
	不明	11	0.5
	なし	615	25.8
	不明	6	0.3
被愛情感 (愛されて育って きたと思うか)	十分群	1,696	71.2
	不十分群	684	28.7
	不明	2	0.1

生徒側の要因により親世代になることに対する意識尺度の各下位尺度得点とそのプログラム前後の変化パターンに違いがあるのかを検討した。

1) 性別 (表2)

男女別では、【子どもとの関わりに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】、【子育てに対する不安】で交互作用に有意差が見られたが効果量は小さく、プログラム前後での各下位尺度得点の変化パターンは同じで、【子どもとの関わりに対する意識】、【親子関係に対する意識】、【夫婦や社会で子育てすることに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】得点が男女ともに有意にプログラム後に上昇していた。また、【親になることに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】は効果量が中程度で群間に有意差があり、男子より女子の方が有意に得点が高かった。

2) きょうだいの有無 (表3)

きょうだいの有無では、全ての下位尺度において交互作用はなく、プログラム前後での得点変化パターンに差はなかった。

3) 祖父母との同居の有無 (表4)

祖父母との同居の有無では、全ての下位尺度において交互作用はなく、プログラム前後での得点変化パターンに差はなかった。

4) 乳幼児との接触経験 (表5)

乳幼児との接触経験の有無では、【子どもとの関わりに対する意識】、【夫婦や社会で子育てすることに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】で交互作用に有意差が見られたが効果量は小さかった。つまり乳幼児との接触経験のあり群となし群は、プログラム前後での各下位尺度得点の変化パターンは同じで、【子どもとの関わりに対する意識】、【親子関係に対する意識】、【夫婦や社会で子育てすることに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】得点が有意にプログラム後に上昇していた。また、【子どもとの関わりに対する意識】は効果量が中程度で群間に有意差があり、乳幼児との接触経験がない者よりある者の方が得点が有意に高かった。

5) 被愛情感 (表6)

被愛情感別では、【親子関係に対する意識】において、交互作用に有意差があり効果量 $\eta^2 = .05$ で小程度の効果量が認められ、被愛情感十分群と不十分群ではプログラム前後での得点の変化パターンに違いがあった。また群間と時間の主効果に有意な差があり効果量も大きかった。一方、【親になることに対する意識】、【夫婦や社会で子育てすることに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】で交互作用に有意差が見られたが効果量は小さかった。つまり被愛情感十分群と不十分群ともに、【親子関係に対する意識】を除く5下位尺度得点の変化パターンは同じで、【子どもとの関わりに対する意識】、【夫婦や社会で子育てすることに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】得点が有意にプログラム後に上昇していた。また、【親子関係に対する意識】、【親になることに対する意識】、【夫婦や社会で子育てすることに対する意識】、【子どもや子育てに対する関心・感情】は効果量が中程度で群間に有意差があり、被愛情感が不十分群より十分群の方が得点が有意に高かった。

考 察

1. 男子生徒や乳幼児との接触経験が少ない生徒にも効果的なプログラム

男子と女子で親世代になることに対する意識を比較した結果、親になることに対する意識得点と、子どもや子育てに対する関心・感情得点が、男子よりも女子の方が有意に高いことが明らかとなった。先行研究で女子の方が子どもへの親和や子育てへの受容が高いことが明らかとなっており¹³⁾、

表2 男女別にみたプログラム参加前後の下位尺度得点の比較

下位尺度		男子 n=1,104		女子 n=1,277		2 way ANOVA								
		平均		標準		Group			Time			交互作用		
		得点	偏差	得点	偏差	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2
子どもとの関わりに対する意識 (得点範囲：5～30点)	前	17.97	5.40	19.72	5.34	50.23	.00**	.02	888.25	.00**	.27	20.47	.00**	.01
	後	20.56	5.17	21.63	4.82									
親子関係に対する意識 (得点範囲：5～30点)	前	25.25	4.22	26.43	4.02	56.26	.00**	.02	577.33	.00**	.20	2.84	.09	.00
	後	27.02	3.84	27.97	3.30									
親になることに対する意識 (得点範囲：7～42点)	前	35.35	4.26	37.36	3.53	158.58	.00**	.06	27.62	.00**	.01	0.24	.63	.00
	後	35.62	4.57	37.58	3.70									
夫婦や社会で子育てすることに 対する意識(得点範囲：5～30点)	前	25.08	3.99	26.70	3.15	130.11	.00**	.05	163.96	.00**	.06	3.75	.05	.00
	後	25.96	3.93	27.35	3.02									
子どもや子育てに対する関心・ 感情(得点範囲：5～30点)	前	21.12	5.48	23.96	5.69	151.18	.00**	.06	629.88	.00**	.21	15.50	.00**	.01
	後	23.10	5.18	25.40	5.00									
子育てに対する不安 (得点範囲：6～36点)	前	18.41	4.58	17.81	4.57	6.32	.01**	.00	6.21	.01**	.00	3.92	.048*	.00
	後	18.45	4.66	18.19	4.68									

注) 効果量が中程度以上 ($\eta^2 \geq .06$) を太字で示した **p<.01, *p<.05

表3 きょうだいの有無別にみたプログラム参加前後の下位尺度得点の比較

下位尺度		あり n=2,122		なし n=260		2 way ANOVA								
		平均		標準		Group			Time			交互作用		
		得点	偏差	得点	偏差	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2
子どもとの関わりに対する意識 (得点範囲：5～30点)	前	19.12	5.41	17.24	5.40	27.97	.00**	.01	383.55	.00**	.14	2.37	.12	.00
	後	21.30	4.96	19.79	5.21									
親子関係に対する意識 (得点範囲：5～30点)	前	25.92	4.14	25.62	4.28	3.27	.07	.00	199.99	.00**	.08	1.09	.30	.00
	後	27.58	3.54	27.05	3.98									
親になることに対する意識 (得点範囲：7～42点)	前	36.45	3.97	36.24	4.32	0.98	.32	.00	7.48	.01**	.00	0.44	.51	.00
	後	36.71	4.21	36.40	4.51									
夫婦や社会で子育てすることに 対する意識(得点範囲：5～30点)	前	25.99	3.60	25.66	4.08	4.80	.03*	.00	45.52	.00**	.02	2.30	.13	.00
	後	26.77	3.44	26.15	4.22									
子どもや子育てに対する関心・ 感情(得点範囲：5～30点)	前	22.80	5.68	21.38	6.34	20.01	.00**	.01	214.58	.00**	.08	1.07	.30	.00
	後	24.52	5.08	22.87	5.98									
子育てに対する不安 (得点範囲：6～36点)	前	18.16	4.56	17.48	4.78	4.16	.04*	.00	5.54	.02*	.00	0.78	.38	.00
	後	18.36	4.68	17.92	4.67									

注) 効果量が中程度以上 ($\eta^2 \geq .06$) を太字で示した **p<.01, *p<.05

表4 祖父母と同居の有無別にみたプログラム参加前後の下位尺度得点の比較

下位尺度		あり n=684		なし n=1,696		2 way ANOVA								
		平均		標準		Group			Time			交互作用		
		得点	偏差	得点	偏差	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2
子どもとの関わりに対する意識 (得点範囲：5～30点)	前	18.94	5.49	18.90	5.42	0.04	.85	.00	707.79	.00**	.23	0.00	.97	.00
	後	21.16	5.07	21.12	4.99									
親子関係に対する意識 (得点範囲：5～30点)	前	26.04	3.94	25.82	4.24	1.45	.23	.00	463.07	.00**	.16	0.14	.71	.00
	後	27.64	3.48	27.48	3.64									
親になることに対する意識 (得点範囲：7～42点)	前	36.61	3.84	36.35	4.08	0.89	.35	.00	16.59	.00**	.01	2.45	.12	.00
	後	36.74	4.19	36.65	4.26									
夫婦や社会で子育てすることに 対する意識(得点範囲：5～30点)	前	26.10	3.56	25.89	3.69	1.12	.29	.00	125.96	.00**	.05	0.51	.48	.00
	後	26.79	3.56	26.67	3.53									
子どもや子育てに対する関心・ 感情(得点範囲：5～30点)	前	22.77	5.78	22.59	5.77	0.26	.61	.00	486.82	.00**	.17	0.72	.40	.00
	後	24.37	5.18	24.32	5.22									
子育てに対する不安 (得点範囲：6～36点)	前	18.08	4.77	18.08	4.52	0.17	.68	.00	3.96	.047*	.00	0.77	.38	.00
	後	18.19	4.81	18.32	4.62									

注) 効果量が中程度以上 ($\eta^2 \geq .06$) を太字で示した **p<.01, *p<.05

表5 乳幼児との接触経験の有無別にみたプログラム参加前後の下位尺度得点の比較

下位尺度		あり n=1,761		なし n=615		2 way ANOVA								
		平均 得点	標準 偏差	平均 得点	標準 偏差	Group			Time			交互作用		
						F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2
子どもとの関わりに対する意識 (得点範囲：5～30点)	前後	19.80 21.79	5.27 4.87	16.39 19.27	5.15 4.96	179.54	.00**	.07	805.48	.00**	.25	27.19	.00**	.01
親子関係に対する意識 (得点範囲：5～30点)	前後	26.09 27.68	4.13 3.49	25.29 27.07	4.19 3.85	18.25	.00**	.01	464.10	.00**	.16	1.42	.23	.00
親になることに対する意識 (得点範囲：7～42点)	前後	36.71 36.95	3.87 4.10	35.65 35.91	4.28 4.54	32.21	.00**	.01	20.75	.00**	.01	0.03	.86	.00
夫婦や社会で子育てすることに 対する意識(得点範囲：5～30点)	前後	26.27 26.91	3.48 3.40	25.07 26.14	3.97 3.86	41.12	.00**	.02	160.52	.00**	.06	10.33	.00**	.00
子どもや子育てに対する関心・ 感情(得点範囲：5～30点)	前後	23.33 24.89	5.46 4.94	20.71 22.76	6.20 5.64	97.72	.00**	.04	538.82	.00**	.19	10.00	.00**	.00
子育てに対する不安 (得点範囲：6～36点)	前後	18.21 18.42	4.56 4.75	17.71 18.00	4.68 4.45	5.52	.02*	.00	6.62	.01**	.00	0.21	.65	.00

注) 効果量が中程度以上 ($\eta^2 \geq .06$) を太字で示した **p<.01, *p<.05

表6 被愛情感別にみたプログラム参加前後の下位尺度得点の比較

下位尺度		十分群 n=1,689		不十分群 n=685		2 way ANOVA								
		平均 得点	標準 偏差	平均 得点	標準 偏差	Group			Time			交互作用		
						F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2	F値	p値	効果量 η^2
子どもとの関わりに対する意識 (得点範囲：5～30点)	前後	19.43 21.66	5.43 4.96	17.61 19.84	5.26 4.92	69.47	.00**	.03	710.12	.00**	.23	0.00	.98	.00
親子関係に対する意識 (得点範囲：5～30点)	前後	27.32 28.47	3.03 2.58	22.39 25.24	4.46 4.56	916.91	.00**	.28	733.68	.00**	.24	132.93	.00**	.05
親になることに対する意識 (得点範囲：7～42点)	前後	37.43 37.58	3.35 3.67	33.96 34.45	4.42 4.70	395.20	.00**	.14	37.14	.00**	.02	10.78	.00**	.01
夫婦や社会で子育てすることに 対する意識(得点範囲：5～30点)	前後	26.79 27.43	3.08 2.96	23.88 24.92	4.12 4.17	382.32	.00**	.14	162.50	.00**	.06	9.12	.00**	.00
子どもや子育てに対する関心・ 感情(得点範囲：5～30点)	前後	23.66 25.22	5.41 4.84	20.13 22.17	5.87 5.44	208.89	.00**	.08	568.78	.00**	.19	10.12	.00**	.00
子育てに対する不安 (得点範囲：6～36点)	前後	18.07 18.38	4.68 4.81	18.13 18.12	4.38 4.28	0.31	.58	.00	2.60	.11	.00	2.86	.09	.00

注) 効果量が中程度以上 ($\eta^2 \geq .06$) を太字で示した **p<.01, *p<.05

本研究もこれを支持する結果であった。しかしプログラムに参加することで、男子も親世代になることに対する意識が向上していた。子育ては母親の役割であるという性役割分業に基づいた考えや母性神話が母親への負担を大きくしていることが問題視されているが、親世代になることに対する意識が低い男子生徒の意識が高まったということは、性別や親になる・ならないに関係なく親世代としての資質を育むことを目的としている次世代育成教育として、本プログラムは有効であると考えられる。

乳幼児との接触経験がある者の方が、子どもとの関わりに対する意識が有意に高かった。佐々木¹⁷⁾は乳幼児との接触経験がある者の方が乳幼児への好意感情や育児への積極性が高いと報告しており、

本研究も同様の結果であった。しかし、接触経験がない者もプログラムを通して、親世代になることに対する意識が上昇していた。陳¹⁸⁾が現代の若者は家庭や地域の機能で養育性形成を行うことは難しくなっているため、学校教育の中での座学で子どもの発達や保育について学ぶことに加え、さらに効果を上げるために体験学習を並行して実施するべきと指摘しているように、交流授業という体験学習を取り入れた本プログラムは乳幼児との接触経験が少ない生徒にとって、子どもとの関わりを学習するために効果的な方法であったと考えられる。

2. 世代間伝達防止支援としてのプログラムの有効性

子どもの頃に「親は常に自分のことを気にかけ

てくれたなど」肯定的に育てられたと感じている母親は育児不安感スコアが低く、生育歴の感じ方と育児不安には関連があることが明らかとなり¹⁹⁾、本研究では親子関係の問題を抱え不適切な養育の世代間伝達が起こる可能性がある生徒の存在を確認するために被愛情感について調査した。その結果、被愛情感が不十分な生徒が約3割存在していることが明らかとなった。被愛情感が不十分な生徒は、十分な生徒よりも親子関係に対する意識が有意に上昇しており、プログラムを通して親子の深いつながりを実感していたことが示唆された。これは、交流授業の中で目の前で親子のやりとりを見て、自分の親子関係との違いを感じたり、親が子どもに向ける愛情や子育ての大変さや喜びを印象深く感じた可能性が考えられる。中谷は「離婚家庭、ひとり親家庭、ステップファミリーなど家族の多様化が進み、家族問題に葛藤を抱える生徒も多くなっている。虐待を受けたことのある（あるいは今現在も受けている）児童・生徒、児童養護施設などで育つ子どもも存在する。家族や保育、育ちの振り返りの作業においては、特別な配慮が必要となることもある³⁾と述べている。本研究により親子との交流という同じ体験をしても被愛情感の違いで親子関係に対する感じ方が異なることが明らかとなり、被愛情感の不十分な生徒の存在に配慮したプログラム内容にすることが重要であると考えられる。また、世代間伝達はしみじみと感情をこめて誰かと信頼関係の中で自己の葛藤を見つめる作業により解決できるのではないかと²⁰⁾と言われているが、自己の葛藤を見つめる作業というのは心理的負担が大きい。そのため、親になる前から少しずつ子どもや子育てに対する自分の感情に向き合い、親になることについて考えることが望ましいと考える。本プログラムにより、被愛情感が不十分な生徒は、子育てに対する不安を高めることなく、子どもとの関わりに対する意識や子どもや子育てに対する関心、夫婦や社会で子育てすることに対する意識、親子関係に対する意識を高めていたことから、不適切な養育の世代間伝達を断ち切るための心理的準備につながると考えられる。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、事前事後テストデザインであったため、長期的効果に対する関連要因は検証できなかった。今後プログラムの長期的効果とそれに関連する要因について明らかにする必要がある。また

プログラムの効果には、生徒側の要因だけでなく、プログラム実施者側の要因や交流する乳幼児の親子側の要因なども影響していることが考えられ、今後検証していく必要がある。

結 論

女子よりも男子の方が、また乳幼児との経験がある生徒よりも接触経験がない生徒の方が、親世代になることに対する意識が低かった。しかし、いずれも「親子交流を通して親になることを考えるプログラム」を通して、親世代になることに対する意識が向上していた。

被愛情感が不十分な生徒は約3割存在していた。被愛情感が不十分な生徒は十分な生徒よりも、プログラムにより親子の深いつながりを感じていた。また子育てに対する不安を高めることなく、親世代になることに対する意識が向上していた。

以上より、本プログラムの効果に性別、乳幼児との接触経験、被愛情感が関連することが確認された。特に被愛情感が不十分な生徒の存在に配慮したプログラム内容にすることが、親になる前から始める子ども虐待の防止対策として効果的なプログラムとするためには重要であることが示唆された。

謝 辞

本研究のためにご協力くださいました対象校の関係者の方々や対象者の皆様、プログラム検討会の皆様、公益財団法人いしかわ結婚・子育て支援財団の山本康人様に心から感謝申し上げます。

本研究は公益財団法人いしかわ結婚・子育て支援財団からの受託研究として行われた。また本研究は石川県立看護大学大学院看護学研究科看護学専攻博士前期課程における修士論文の一部を改変したものである。本研究の一部は、日本子ども虐待防止学会第23回学術集会ちば大会にて発表した。

利益相反

利益相反に関する開示事項はありません。

引用文献

- 1) マーラー・R, ブラザード, デイヴィッド・B. ハーディー: 第17章心理的虐待, 坂井聖二監訳, 虐待された子ども—ザ・バタード・チャイルド—(初版), 明石書店, 737-772, 東京, 2003
- 2) 渡邊茉奈美: 「育児不安」の再検討—子ども虐待予防への示唆—, 東京大学大学院教育学研究

- 究科紀要, 51, 191-202, 2011
- 3) 中谷奈津子: 親性準備性にむけた「保育体験」における効果: 文献レビューからみる小・中・高家庭科教育, 大阪府立大学紀要(人文・社会科学), 64, 37-49, 2016
- 4) 中野由美子: 生育体験の次世代育成力への影響—性差と保育実習体験の効果—, 目白大学総合科学研究, 4, 119-128, 2008
- 5) 伊藤葉子: 中・高校生の「子どものイメージ」の発達, 千葉大学教育学部研究紀要, 53, 85-90, 2005
- 6) Gordon M: Roots of Empathy: responsive parenting, caring societies. The Keio Journal of Medicine, 52(4), 236-243, 2003
- 7) Sasso TK, Williams SK: The Effectiveness of the Parenting Curriculum: An Evaluation of High School Students' Questionnaire Responses. Journal of Family and Consumer Sciences Education, 20(2), 1-11, 2002
- 8) 小島康生, 水野里恵, 塚田みちる: 高校生を対象とした赤ちゃんとのふれあい体験実習の効果—赤ちゃんイメージと子ども・子育て観における変化—, 中京大学心理学研究科・心理学部紀要, 11(1), 15-27, 2011
- 9) 千原裕香, 西村真実子, 成田みぎわ, 他: 青年期前期における「親世代になることに対する意識尺度」の作成と信頼性・妥当性の検討, 日本看護科学会誌, 39, 211-220, 2019
- 10) Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL: Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. Development and Psychopathology, 18(3), 623-649, 2006
- 11) Main M, Hesse E: Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?, Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. Attachment in the preschool years, University of Chicago Press, 161-182, Chicago, 1990
- 12) Milan S, Lewis J, Ethier K, et al.: The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother-infant relationship: mediating and moderating effects during the transition to early parenthood. Journal of Abnormal Child Psychology, 32(3), 249-261, 2004
- 13) 伊藤葉子: 中・高校生の親性準備性の発達, 日本家政学会誌, 54(10), 801-812, 2003
- 14) 佐々木綾子, 小坂浩隆, 末原紀美代, 他: 親性育成のための基礎研究(2)—青年期男女における乳幼児との継続接触体験の心理・生理・脳科学的指標による男女差の評価—, 母性衛生, 51(2), 406-415, 2010
- 15) 佐々木綾子, 末原紀美子, 町浦美智子: 青年期男女の親性を育てる乳幼児との継続接触体験の内容分析による評価(第1報), 思春期学, 27(3), 270-282, 2009
- 16) 千原裕香, 西村真実子: 高校生のための「親子交流を通して親になることを考えるプログラム」の効果, 小児保健研究, 81(4), 351-358, 2022
- 17) 佐々木綾子: 親性準備性尺度の信頼性・妥当性の検討, 福井大学医学部研究雑誌, 8(1)(2)合併号, 41-50, 2007
- 18) 陳省仁: 現代日本の若者の養育性形成と学校教育, 子ども発達臨床研究, 1, 19-26, 2007
- 19) 川崎裕美, 海原康孝, 小坂忍, 他: 母親の育児不安と家族機能に対する感じ方との関連性の検討, 小児保健研究, 63(6), 667-673, 2004
- 20) 渡辺久子: 母子臨床と世代間伝達, 金剛出版, 201-203, 東京, 2000

研究報告

病棟応援業務を経験した手術室看護師の自尊感情の変化 —看護技術到達度に焦点を当てて—

Changes in self-esteem among operating room nurses performing relief work on the ward: focus on self-evaluations of achievement in nursing skills

角浦 裕里¹⁾, 橋本 千夏¹⁾, 片山 美穂²⁾, 松井 優子²⁾

Yuri Tsunoura¹⁾, Chinatsu Hashimoto¹⁾, Miho Katayama²⁾, Yuko Matsui²⁾

¹⁾ 国民健康保険小松市民病院, ²⁾ 公立小松大学保健医療学部

¹⁾ Komatsu Municipal Hospital, ²⁾ Faculty of Health Sciences, Komatsu University

キーワード

自尊感情, 応援業務, 看護技術到達度, 自己評価, 手術室看護師

Key words

self-esteem, relief work, nursing skill achievement, self-evaluation, operating room nurse

要 旨

【背景】 COVID-19の感染拡大により、濃厚接触者として自宅待機となる看護師が急増した。そのため、看護師の労働力不足が問題となっている。このような時に、不急の手術を延期し、手術室の看護師が病棟応援に出向くことは、非常事態の対策として注目されている。

【目的】 本研究の目的は、病棟応援業務で体験する技術や業務の自己評価を明らかにすることと、応援業務前後の自尊感情の変化を明らかにすることである。

【方法】 地域の中核病院の手術室に勤務する看護師のうち病棟応援業務を経験した看護師14名を対象に、応援業務開始前後の自尊感情尺度、応援業務の看護技術到達度の自己評価を調査した。

【結果】 自尊感情尺度の合計点の中央値は、応援前31.5点、応援後27.5点で、応援後が有意に低下した($p=0.011$)。看護技術到達度の自己評価が低かった業務は、「手続き」、「情報管理」であった。

【考察】 病棟応援業務は手術室看護師の自尊感情を低下させることから、心理的支援とともに、情報管理や手続きに重点をおいた支援体制が必要である。

連絡先 (Corresponding author) : 松井 優子

公立小松大学保健医療学部

〒923-0961 石川県小松市向本折町へ14番地 1

緒 言

看護師は通常、単一の診療科や看護単位に配属されて勤務する。しかし、看護師の欠勤や、業務量の一時的な増減が生じた場合に、施設内の人員を効率的に活用するために、一時的に他部署に勤務するという部署間の応援体制をとっている施設は多い。近年のCOVID-19の感染拡大により、濃厚接触者として自宅待機となる看護師が急増した。そのため、このような時に、不急の手術の延期などの対策を講じて手術室の看護師が病棟応援に出向くことは、非常事態における対策として注目されており、日頃から手術室看護師が病棟応援業務にあたることを支援する体制づくりの重要性が高まっている。

応援業務にあたる看護師の心情として、先行研究では、応援先で役に立ちたいという意欲をもって臨む¹⁾とともに、新たな気づきを得たことによる充足感、良好な人間関係の構築による満足感などの肯定的な評価をしていることが報告されている²⁾。しかし、一方で、応援業務にあたる看護師は困難感やストレスを感じており、自分たちの仕事を理解してもらえないことに対する失望感、業務に適応できないことによるストレス、安全性が不確実な業務への抵抗感、リリース先での人間関係に対するストレスを感じ²⁾、「患者に自分一人では十分に対応できず申し訳ない」、「経験・知識のない処置や業務は不安に思う」、「普段やっている処置でも場所が違うだけでストレス」などの思いを抱えていることが報告されている¹⁾。

また、配置転換を経験した看護師は、手探りでの業務の習得や、これまでの経験が評価されないことによる心理的負担³⁾、一人前に働くことのできない困難感、周囲から自身の状況を正しく理解されないことにより生じる困難感⁴⁾、経験があることへの重圧⁵⁾といった応援業務と類似した経験をしており、これにより自尊心が損なわれる⁴⁾という否定的な自己評価につながっていると報告されている。

これらの結果として、配置転換においては、看護師の自尊感情が損なわれているという報告がある⁴⁾。しかし、応援業務にあたる看護師の自尊感情への影響を評価した研究はない。

近年のCOVID-19の感染拡大により、手術室看護師が病棟応援業務にあたることを支援する体制づくりの重要性が高まっている。病棟応援業務にあたる手術室看護師の自尊感情の変化を明らかにすることは、手術室看護師が応援業務を円滑に遂

行するための支援の必要性を示すと考える。さらに、自尊感情とは自己の能力や価値についての評価的な感情や感覚⁶⁾であることから、手術室看護師が病棟応援業務で体験する技術や業務に対する自己評価を明らかにすることは、手術室看護師の自尊感情にマイナスに影響する体験を少なくするための支援を明確にし、手術室看護師の心理的負担を軽減することにつながる。しかし、手術室から病棟への応援体制に特化した実態調査はなく、手術室看護師が病棟応援にあたってどのような体験をしており、自身の提供した看護技術や業務をどのように評価しているかは不明である。

本研究の目的は、病棟応援業務で体験する技術や業務の自己評価を明らかにすることと、応援業務前後の自尊感情の変化を明らかにすることである。

用語の操作的定義

本研究において、自尊感情とは、山本ら⁶⁾による、「人が自分自身についてどのように感じるのかという感じ方のことであり、自己の能力や価値についての評価的な感情や感覚のこと」とした。

方 法

1. 研究デザイン

実態調査型研究

2. 調査期間

手術室看護師の病棟への応援期間は、2021年4月～5月であった。対象者への調査期間は、応援期間の終了直後である2021年6月の1週目であった。

3. 対象施設

対象とした病院は、340床の地域の中核病院であり、がん診療連携拠点病院、救急告示病院、地域医療支援病院で、入院基本料看護配置は急性期一般入院基本料1を取得している。この病院の年間の手術件数は、約2000件である。この施設では、業務量が多い病棟や、急な看護師の人員不足が生じた病棟に対して、外来看護師・病棟看護師という垣根を越えて応援看護師として支援する応援体制をとっている。COVID-19の感染拡大により、不急の手術の延期を余儀なくされ、手術室看護師の手術業務の縮小にともない、2021年4月より手術室看護師も一般病棟へ応援に行き、看護ケアや患者の受け持ち業務を行うこととなった。

4. 対象者

対象者は、対象施設の手術室に勤務する看護師

15名のうち、調査期間中に病棟応援業務を経験した看護師14名とした。

5. 調査方法

手術室の勤務表より、2021年4～5月に病棟応援業務を経験した看護師を抽出し、病棟応援期間が終了した翌日である6月1日に対象者全員に調査用紙を配布した。無記名の調査用紙を記載した後に、対象者自身が回収用封筒に入れ、中央手術室のエリア内の目につきにくい場所に設置した回収箱に入れた。回収までの期間は、調査用紙の配布から1週間とした。

6. 調査項目

属性として、年齢、看護師経験年数、対象施設での病棟経験年数、手術室経験年数、病棟を離れてからの年数、応援病棟もしくは応援病棟と類似する病棟での勤務経験の有無、調査期間中の応援回数を調査した。応援病棟と類似する病棟とは、病棟の診療科が外科系か内科系で業務内容が類似している病棟とした。

自尊心の変化の背景として、手術室看護師が応援業務において経験した技術の回数と、それらの業務の看護技術到達度の自己評価を調査した。応援業務の項目は、厚生労働省による新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】⁷⁾の技術的側面の項目である70項目とした。さらに、応援業務を経験した看護師を対象に応援業務で経験した業務を事前調査した結果、ガイドラインにはない項目として、情報管理（情報収集、看護計画の立案と評価、看護記録の記載）、手続き（入院時必要書類一式入力、指示確認、電子カルテへの付箋（伝言）入力、指示受け、翌日の検査処置説明と準備、内服薬のセット、翌日の点滴準備、他科受診手続き、食事入力変更）の12項目が抽出されたため、それらも質問項目として追加した。評価は、4段階のリッカート（4点：できた、3点：まあまあできた、2点：あまりできなかった、1点：できなかった）とした。

自尊心は、病棟応援業務開始前と2か月間の応援期間後の2回調査した。病棟応援業務開始前は2021年3月の時点を想起して、病棟応援業務開始後は2021年6月時点の自尊心を記載してもらった。自尊心の尺度として、Rosenberg⁸⁾により作成され、山本・松井・山成⁹⁾が翻訳した自尊心尺度を使用した。この尺度は10項目5段階で採点され、単純加算による得点で評価する。得点可能範囲は10-50点で、点数が高いほど自尊心が高いことを示す。信頼性と妥当性が検証されて

おり¹⁰⁾有用性が高い尺度で、これまで看護師の自尊心の測定に広く使用されている¹¹⁻¹⁷⁾。

7. 分析方法

分析は、自尊心尺度はShapiro-Wilk検定にて正規性がないことを確認し、病棟応援業務開始前後をWilcoxonの符号付順位和検定で比較した。看護技術到達度の自己評価は記述統計を行った。統計解析には、IBM® SPSS® Statistics Desktop Ver.23 (IBM, Japan) を用い、有意水準を0.05とした。

8. 倫理的配慮

本研究は、小松市民病院看護倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：看202101）。研究の目的と方法を文書および口頭で説明するとともに、自由意思による参加と拒否の権利の保証、個人情報保護を行った。参加の同意の確認は、無記名の調査用紙の提出をもって同意とした。ただし、無記名調査であることから、調査用紙の提出後は同意の撤回ができないことを説明した。

結 果

1. 対象者の概要

同意が得られた対象者は、手術室看護師14名で、回収率は100%であった。対象者の属性は、平均年齢は37.1±7.3歳、看護師経験年数は19.0±7.8年、手術室経験年数は7.6±4.9年、調査施設での病棟経験年数は9.1±8.5年、病棟を離れてからの年数は4.7±3.9年であった（表1）。応援病棟もしくは応援病棟と類似する病棟での勤務経験があった看護師は10名（71.4%）であった。

2. 病棟応援業務の日数

調査時点での病棟応援回数の平均値は、8.6±2.1回であった。

3. 病棟応援で経験した技術と看護技術到達度の自己評価

紙面の都合により、看護技術到達度の自己評価

表1 対象者の概要

		n = 14
		平均値 ± 標準偏差
年齢	(歳)	37.1 ± 7.3
看護師経験年数	(年)	19.0 ± 7.8
手術室経験年数	(年)	7.6 ± 4.9
調査施設での病棟経験年数	(年)	9.1 ± 8.5
病棟を離れてからの年数	(年)	4.7 ± 3.9

を、表 2-1、表 2-2、表 2-3 に分けて提示する。病棟応援業務ごとの経験人数は、「部分清拭・陰部ケア・おむつ交換」、「必要な予防用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の選択」、「体位変換」は14名全員が、「ベッドメイキング」、「食事介助」、「自然排尿・排便援助」、「口腔ケア」、「静脈内注射、点滴静脈内注射」、「パルスオキシメーターによる測定」、「スタンダードプリコーション（標準予防策）の実施」が13名（92.9%）であった（表 2-1、表 2-2）。救命救急処置技術のうち、「人工呼吸」、「閉鎖式心臓マッサージ」、「気管挿管の準備と介助」、「外傷性の止血」、苦痛の緩和・安楽確保の技術の「リラクゼーション技法」については、実施した看護師はいなかった（表 2-2）。

看護技術到達度の自己評価の平均値が4.0であった項目は、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い（ 4.0 ± 0.0 点）」、「無菌操作（ 4.0 ± 0.0 点）」、「針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応（ 4.0 ± 0.0 点）」、「洗浄・消毒・滅菌の適切な選択（ 4.0 ± 0.0 点）」であった（表 2-2）。「入眠・睡眠への援助」は4.0点であったが、経験した看護師が1名であった（表 2-1）。看護技術到達度の自己評価の平均値が2.0未満であった項目は、「入院時必要書類一式入力（ 1.1 ± 0.4 点）」、「翌日の検査処置説明・準備（ 1.3 ± 0.5 点）」、「食事入力変更（ 1.5 ± 0.6 点）」、「内服薬のセット（ 1.6 ± 0.7 点）」、「他科受診手続き（ 1.8 ± 1.0 点）」であった（表 2-3）。＜情報管理＞においては、「情報収集（ 2.3 ± 0.7 点）」、「看護計画の立案と評価（ 2.2 ± 0.9 点）」、「看護記録の記載（ 2.5 ± 0.9 点）」のいずれも看護技術到達度の自己評価の平均値が2.0以上3.0未満であった（表 2-3）。

4. 病棟応援業務前後の自尊感情の変化

自尊感情尺度の合計点の中央値（四分位範囲）は、応援前は31.5（26-33）点、応援後は27.5（18-30）点で、応援後が有意に低下した（ $p=.011$ ）。項目ごとでは、「少なくとも人並みには、価値のある人間である」（ $p=.010$ ）、「色々な良い素質を持っている」（ $p=.008$ ）、「自分は全くだめな人間だと思うことがある」（ $p=.038$ ）が、応援業務の経験前後で有意に低下した（表 3）。

考 察

1. 看護技術到達度の自己評価

看護技術到達度の自己評価において、全員が「できた」と評価した項目は、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」、「無菌操作」、「針刺し切創、粘

膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応」、「洗浄・消毒・滅菌の適切な選択」であった。これらはいずれも手術室業務において日常的に実施している項目であるため、不慣れな病棟においても自信を持って実践できたことが考えられる。

一方、自己評価が低かった技術項目は、「入院時必要書類一式入力」、「翌日の検査処置説明・準備」、「食事入力変更」、「内服薬のセット」、「他科受診手続き」で、いずれも＜手続き＞の項目であった。＜手続き＞の自己評価が低かった理由として、手術室勤務にはない業務であることが考えられる。

＜情報管理＞の「情報収集」、「看護計画の立案と評価」、「看護記録の記載」のいずれも達成度の自己評価が低かったことは、手術室勤務とは記録の様式や思考プロセスが異なることや、応援業務では個々の患者の長期的な経過の情報を持たないことによると考える。

2. 病棟応援開始前後の自尊感情尺度の変化

本研究では、手術室に所属する看護師を対象に、病棟への応援業務による自尊感情の変化を明らかにした。これまで、配置転換による自尊感情への影響の報告はあるが、応援業務による自尊感情の変化に着目した調査はなく、本研究が初めての報告である。

自尊感情は、応援前に比べて応援後が低下していた。自尊感情尺度の項目では「少なくとも人並みには、価値のある人間である」、「色々な良い素質を持っている」、「自分は全くだめな人間だと思うことがある」が低下しており、自身の能力や価値に関する認識が低下したことが伺える。先行研究では、配置転換を経験した看護師は、「働けないことに対するジレンマを持ちながら働くことの辛さ」、「周囲からできないと怒られることの辛さ」から、自尊心が損なわれることが報告されている⁴⁾。また、応援業務にあたる看護師は、「応援先で役に立ちたい」という意欲をもって臨む¹⁾一方で、困難感やストレスを感じていることが報告されている²⁾。これらより、本研究の対象者においても、同様のことが起こっていたことが推察され、病棟応援業務にあたる手術室看護師は、「役に立ちたい」と意欲的に臨む半面、病棟に特有な業務においては思うように役に立てない現実と直面したと考える。

3. 看護師の支援への活用

自尊感情は職業的アイデンティティへの影響要因であり¹⁸⁾、自尊感情が低い看護師は職業継続意

表 2-1 応援病棟で経験した技術と看護技術到達度の自己評価

n = 14

分野	技術的側面の項目	経験した 人数	到達度の 平均値±標準偏差
環境調整技術	温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備の療養生活環境調整	12	3.5±0.5
	ベッドメイキング	13	3.6±0.5
食事援助技術	食生活支援	8	3.0±0.8
	食事介助	13	3.4±0.7
	経管栄養法	9	2.0±1.1
排泄援助技術	自然排尿・排便援助	13	3.6±0.5
	導尿	6	3.0±0.9
	膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	6	3.7±0.5
	浣腸	2	2.0±0.0
	摘便	4	3.5±0.6
活動・休息援助技術	歩行介助・移動の介助・移送	12	3.5±0.8
	体位交換	14	3.6±0.5
	廃用症候群予防・関節可動域訓練	4	3.3±1.0
	入眠・睡眠への援助	1	4.0 -
	体動、移動に注意が必要な患者への援助	7	3.3±0.8
清潔・衣生活援助技術	清拭	12	3.3±0.7
	洗髪	7	2.7±0.8
	口腔ケア	13	2.9±0.9
	入浴介助	9	2.9±0.6
	部分清拭・陰部ケア・おむつ交換	14	3.4±0.7
	寝衣交換交換等の衣生活支援、整容	12	3.3±0.7
呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法	6	3.7±0.5
	吸引（口腔内、鼻腔内、気管内）	8	3.5±0.5
	ネブライザーの実施	1	2.0 -
	体温調整	4	3.3±0.5
	体位ドレナージ	4	3.3±1.0
	人工呼吸器の管理	2	2.0±0.0
創傷管理技術	創傷処置	8	2.3±0.9
	褥瘡予防	5	2.8±1.1
	包帯法	2	2.0±0.0
与薬の技術	経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	11	3.4±0.7
	皮下注射、筋肉注射、皮内注射	4	3.8±0.5
	静脈内注射、点滴静脈内注射	13	3.6±0.7
	中心静脈内注射の準備・介助・管理	4	3.0±1.2
	輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理	11	3.5±0.5
	輸血の準備、輸血中と輸血後観察	3	3.0±1.0
	抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察	8	3.3±0.7
	インスリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察	8	2.6±1.1
	麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察	4	3.0±0.8
	薬剤等の管理（毒薬・劇薬・麻薬・血液製剤を含む）	4	3.0±0.8

表 2-2 応援病棟で経験した技術と看護技術到達度の自己評価

n = 14

分野	技術的側面の項目	経験した人数	到達度の 平均値±標準偏差
救命救急処置技術	意識レベルの把握	11	3.4±0.7
	気道確保	1	2.0 -
	人工呼吸	0	- -
	閉鎖式心臓マッサージ	0	- -
	気管挿管の準備と介助	0	- -
	外傷性の止血	0	- -
	チームメンバーへの応援要請	5	3.8±0.4
症状・生体機能管理技術	バイタルサイン（呼吸・脈拍・体温・血圧）の観察と解釈	12	3.6±0.7
	身体測定	7	3.6±0.8
	静脈血採血と検体の取り扱い	10	3.7±0.5
	動脈血採血の準備と検体の取り扱い	2	4.0±0.0
	採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い	5	3.8±0.4
	血糖値測定と検体の取り扱い	10	3.0±1.2
	心電図モニター・12誘導心電図の装着、管理	5	3.4±0.9
	パルスオキシメーターによる測定	13	3.8±0.4
苦痛の緩和・安楽確保の技術	安楽な体位の保持	10	3.3±0.8
	褥法等身体安楽促進ケア	3	3.7±0.6
	リラクゼーション技法	0	- -
	精神的安寧を保つための看護ケア	5	2.8±1.1
感染予防技術	スタンダードプリコーション（標準予防策）の実施	13	3.9±0.3
	必要な予防用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の選択	14	3.5±0.7
	無菌操作	4	4.0±0.0
	医療廃棄物規定に沿った適切な取り扱い	9	3.8±0.4
	針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応	4	4.0±0.0
	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	5	4.0±0.0
安全確保の技術	誤薬防止の手順に沿った与薬	5	3.0±1.0
	患者誤認防止策の実施	9	3.2±0.4
	転倒転落防止策の実施	9	3.3±0.5
	薬剤・放射線暴露防止策の実施	2	3.5±0.7
死亡時のケアに関する技術	死後のケア	2	3.0±0.0

表 2-3 応援病棟で経験した技術と看護技術到達度の自己評価（追加項目）

n = 14

分野	技術的側面の項目	経験した人数	到達度の 平均値±標準偏差
情報管理	情報収集	10	2.3±0.7
	看護計画の立案と評価	10	2.2±0.9
	看護記録の記載	12	2.5±0.9
手続き	入院時必要書類一式入力	7	1.1±0.4
	指示確認	10	2.2±0.8
	電子カルテの付箋（伝言）入力	8	3.0±0.9
	指示受け	9	2.0±0.9
	翌日の検査処置説明・準備	4	1.3±0.5
	内服薬のセット	8	1.6±0.7
	翌日の点滴準備	9	2.1±0.6
	他科受診手続き	4	1.8±1.0
	食事入力変更	4	1.5±0.6

表3 病棟応援業務前後の自尊感情の変化

n = 14

	応援前		応援後		p値
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
少なくとも人並みには、価値のある人間である ¹⁾	4.0	(3 - 4)	3.0	(1 - 4)	0.010*
色々な良い素質を持っている ¹⁾	4.0	(2 - 4)	3.0	(2 - 4)	0.008*
敗北者だと思ふことがよくある ²⁾	3.0	(2 - 4)	3.5	(2 - 4)	1.000
物事を人並みには、うまくやれる ¹⁾	2.5	(2 - 4)	2.5	(2 - 3)	0.438
自分には、自慢できるところがあまりない ²⁾	2.0	(2 - 3)	2.0	(2 - 3)	0.317
自分に対して肯定的である ¹⁾	3.0	(2 - 3)	2.0	(2 - 3)	0.096
だいたいにおいて、自分に満足している ¹⁾	2.5	(2 - 3)	2.5	(1 - 3)	0.417
もっと自分自身を尊敬できるようになりたい ²⁾	2.0	(2 - 3)	2.0	(1 - 3)	0.180
自分は全くだめな人間だと思ふことがある ²⁾	3.0	(2 - 4)	2.5	(2 - 3)	0.038*
何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思ふ ²⁾	3.5	(2 - 4)	3.0	(2 - 4)	0.070
合計点	31.5	(26 - 33)	27.5	(18 - 30)	0.011*

* p<.05

Wilcoxonの符号付き順位検定

評価指標

- 1) 5点：あてはまる、4点：ややあてはまる、3点：どちらともいえない、2点：ややあてはまらない、1点：あてはまらない
- 2) 1点：あてはまる、2点：ややあてはまる、3点：どちらともいえない、4点：ややあてはまらない、5点：あてはまらない

思が低いことから¹¹⁾、看護師数の維持のために自尊感情を低下させない応援体制づくりが重要である。中吉ら¹⁹⁾によると、看護実践能力の自己評価が低い看護師ほど自尊感情が低いことから、応援業務にあたる看護師の自尊感情を低下させないためには、看護技術到達度の自己評価が低い技術項目に焦点をあてて、技術の遂行にあたり困難を感じさせることがないように支援することが有効であるといえる。また、自己評価が高かった技術を手術室看護師が優先的にこなせるような業務分担により、手術室看護師の自尊感情の低下を防ぐことができると思われる。

本研究において、病棟応援業務にあたる多くの手術室看護師にとって、<手続き>や<情報管理>などの事務的な作業において自己評価が低かったことから、これらについての事前のオリエンテーションや、わかりやすい手順書の作成が求められていると考える。さらに、<手続き>や<情報管理>については、応援看護師ではなく病棟看護師が行う体制を作ることによって、応援業務を行う看護師が習得しにくい業務を行う機会を減らすことができる。さらに、手術室看護師の自己評価が高い技術項目である「無菌操作」、「洗浄・消毒・滅菌の適切な選択」などに関連する業務を優先的にこなせる体制を作ることによって、病棟応援業務にあたる看護技術到達度の自己評価を高め、自尊感情を阻害することなく、効果的な病棟応援業務

を行うことにつながると考える。

このように、病棟応援業務にあたる手術室看護師の効果的な支援体制を組織全体で考える体制が求められる。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は2点ある。1点目は1施設での調査であったことである。このため、対象者が14名と少なく、また応援業務で経験した技術の偏りなどの調査施設の特性に影響された可能性があることから、外的妥当性には限界がある。さらに、対象数が少なかったことから、統計解析には限界があり、病棟応援業務を行った手術室看護師のどのような体験が自尊感情の低下を引き起こしたのかについては分析していない。2点目は、逐次調査ではないことである。応援業務開始前の自尊感情の評価は、対象者の記憶をもとに評価しており、正確性に限界がある。自尊感情の正確な評価には、今後、前向きな調査が必要である。

結 論

病棟応援業務を経験した手術室看護師の自尊感情は、病棟応援業務経験前よりも応援業務経験後が有意に低下した。このことから、病棟応援業務は手術室看護師にとって体験した応援業務の内容によって自尊感情を変化させる可能性があることが示された。

謝 辞

コロナ禍の多忙な中にもかかわらず、本研究の調査に御協力くださいました対象施設の看護職員の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究に関連する利益相反はない。

引用文献

- 1) 安田景子, 白土歩未: 外来看護師が抱える応援業務への思い, 北見赤十字病院誌, 4(1), 7-11, 2016
- 2) 宮前みどり, 高村美穂, 斎藤めぐみ: リリーフ体制に対する特定集中治療室看護師の認識とその影響要因, 日本看護学会論文集 看護管理, 43, 183-186, 2013
- 3) 蔵本綾, 渡邊久美, 難波峰子, 他: 手術室に配置転換となった看護師のストレス要因に関する文献研究, 香川大学看護学雑誌, 23(1), 33-45, 2019
- 4) 小野恵理佳, 師岡友紀, 梅下浩司, 他: 病棟から手術室へ異動となった看護師が抱える困難と支援方法についての検討, 日本手術医学会誌, 37(4), 323-325, 2016
- 5) 境真由美, 前田ひとみ: 配置転換による看護師のストレスと適応に関する文献検討, 熊本大学医学部保健学科紀要, 7, 63-70, 2011
- 6) 山本真理子: 自尊感情尺度, 堀洋道監/山本真理子編, 心理測定尺度集 I—人間の内面を探る<自己・個人内過程>—(第1版), サイエンス社, 29-36, 東京, 2001
- 7) 厚生労働省: 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】平成26年2月, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf], 厚生労働省, 1. 21. 2021
- 8) Rosenberg M: Society and the Adolescent self-image, Princeton Univ. Press, Princeton, 1965
- 9) 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子: 認知された自己の諸側面の構造, 教育心理学研究, 30(1), 64-68, 1982
- 10) 並川努, 脇田貴文, 野口裕之: 評定尺度法に関する諸問題の検討I—Rosenberg自尊感情尺度を用いた予備的検討—日本教育心理学会発表論文集, 48, 96, 2006
- 11) 長田ゆき江, 松永保子, 柳澤節子: 中堅看護師の職業継続意思と自尊感情に関する研究—施設の病床数および勤務部署別の比較—, 日本看護学会論文集 看護管理, 42, 312-315, 2012
- 12) 撫養真紀子, 勝山貴美子, 志田京子, 他: 一般病院に勤務する看護師の職務満足感とバーンアウト, 自尊感情との関連, 社会医学研究, 32(2), 143-150, 2015
- 13) 砂見緩子, 八重田淳: 新人看護師が受容したサポートの種類と自尊感情, 精神的健康との関連性, 日本看護学会論文集 看護管理, 42, 38-41, 2012
- 14) 松浦利江子, 鈴木英子: 精神科看護師の自尊感情の関連要因—患者に対する陰性感情経験を視野に入れた検討—, 日本看護科学会誌, 37, 319-328, 2017
- 15) 松浦利江子: 精神科看護師の自尊感情の関連要因—道徳的感受性を視野に入れた検討—, 日本看護管理学会誌, 24(1), 186-198, 2020
- 16) Karaca A, Yildirim N, Cangur S, et al.: Relationship between mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. Nurse Education Today, 76, 44-50, 2019
- 17) Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R: Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample. Contemporary Nurse, 42(1), 2-10, 2012
- 18) 中村博文, 渡辺尚子, 浅井美千代, 他: 男性看護師の職業的アイデンティティに影響を及ぼす要因の構造的な分析, 北日本看護学会誌, 18(1), 29-37, 2015
- 19) 中吉陽子, 高瀬美由紀, 今井多樹子, 他: 看護師の自尊感情に関連する要因の探求, 日本職業・災害医学会会誌, 66(3), 215-220, 2018

実践報告

手術室看護師の気道確保困難の評価と対応力の向上を目指した教育プログラムの評価

Evaluation of the Nursing Education Program for the assessment and performance of Difficult Airway Management

坂本 守¹⁾, 塚腰 隆志¹⁾, 折田 緑¹⁾, 木森 佳子²⁾

Mamoru Sakamoto¹⁾, Takashi Tsukamoto¹⁾, Midori Oritai¹⁾, Keiko Kimori²⁾

¹⁾ 公立能登総合病院, ²⁾ 石川県立看護大学看護学部基礎看護学講座

¹⁾ Noto General Hospital, ²⁾ Department of Fundamental Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

気道確保困難, 手術室看護師, 教育プログラム

Key words

Difficult Airway Management, Operating room Nurses, Education Program

要 旨

本研究の目的は、全身麻酔下で致死的に急変する危険性がある気道確保困難に対する臨床実践能力を向上させるために作成した、看護師向け教育プログラムの効果を学習到達度で評価することである。対象者は1医療機関の手術室に勤務する看護師で教育プログラムを受講した者とした。対象者12名のうち8名から質問紙で回答を得た。その結果、参加者は概ね教育プログラムの内容を理解し、満足したと回答した。参加者の内6名は、復習や援助があれば他者に教えることができる、と回答し、2名は、十分理解しておらず他者に教えることができないと回答した。参加者は気道確保困難を評価する観察を的確に答え、気道確保困難を予測した時の対応として気道確保困難に必要な物品の準備と医師・看護師との連携を挙げていた。教育プログラムは、看護師も気道確保困難を評価するチームの一員である基本姿勢を示し、シミュレーション教育まで段階的に進めるとよいと示された。

連絡先：(Corresponding author) 木森 佳子

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

はじめに

麻酔管理下での死亡の原因は、気道（37%）、薬剤投与（22%）、換気（12%）の順で¹⁾、主に不適切な気道管理が患者の生命の危機に直結している²⁾。気道管理に関連した有害事象である気道確保困難は、一般的なトレーニングを積んだ麻酔科医が、マスク換気または気管挿管、あるいはその両者とも困難である状態と定義され³⁾、歯牙損傷、気道損傷、不必要な気管切開、心肺停止、脳障害等の重篤な合併症の発症、そして死亡に至る危険性が伴う⁴⁾。

気道確保困難の臨床状況は①マスク換気困難、②喉頭展開困難、③気管挿管困難、④気管挿管失敗の4つに分類され、その頻度は0.01%から5%と少ないが⁵⁾、医療従事者のスキルや体制、患者側の要因、施設的环境や気道確保器具の充実度によって異なるかもしれない。重篤な合併症を防止するためには、手術前に気道確保困難をアセスメントする気道評価と、気道確保困難を予測した時に必要な器具を準備する等の環境整備、気道確保のための器具の使い方を⁴⁾常に定着させておく必要がある。手術前の気道評価は主に麻酔科医が行い、手術室看護師が評価するかは医療機関によるのが現状であるが、実際に気道確保困難の症例に遭遇した際は、手術室看護師も早期に状況を把握し、麻酔科医と適切に連携をとることが求められる。このため、近年タスクトレーニングだけでなく麻酔科医と手術室看護師が連携し高機能シミュレータを用いた気道確保困難シナリオシミュレーション教育を実施する研修プログラムが報告されている⁶⁻⁸⁾。シナリオに基づき多機能シミュレータを用いたトレーニングは臨床場面をイメージしやすいが、手術室看護師が気道確保困難な状態に気づくことができるか、医師の指示する器具を正確に準備できるか、という問いはトレーニング前後で変化はみられず、タスクトレーニングのような技術の習得も必須であるという報告もある⁶⁾。また、医療機関の多くが高機能シミュレータを持つわけではなく、手術室看護師にとって気道評価すること自体が各個人の経験と自己学習に委ねられている。ましてや実践で自己の能力を評価するには気道確保困難の発生頻度が少なく定着、維持も難しい。このような状況では麻酔科医と手術室看護師との間だけでなく、手術室看護師の間でも臨床実践能力と学習意欲に違いがあり、どのような学習内容を習得し、どのような教育手法で学習すれば臨床実践能力につながる教育効果が期待で

きるかは未だ不明である。

そこで我々は、気道確保困難における臨床実践能力の向上を目指し、手術室看護師の気道確保困難に関する教育ニーズについて質問紙調査を行い、その結果を基に麻酔科医と協働して教育プログラムを作成した。教育ニーズを把握した上で教育プログラムを構築すれば、効果的に臨床実践能力の向上が期待できると考えられる。本研究の目的は、気道確保困難の評価と対応力の向上を目指し、麻酔科医と協働して作成した手術室看護師のための教育プログラムを学習到達度で評価することである。

研究方法

1. 研究デザイン

介入調査型研究

2. 対象施設および対象者

A県内1医療機関の手術滅菌部に勤務する看護師とした。

3. 教育プログラムの作成

1) 無記名自記式質問紙調査

教育プログラムの受講者は、気道確保困難を看護職が評価することに対する考え、臨床経験、現場教育、研修の受講経験等によって、教育プログラムに無関心である者から関心が強い者、学びたい内容の教育ニーズも多様であることが推測された。いずれの時期であっても、教育ニーズを満たすチーム対応型の教育プログラムとする必要性がある。そこで我々は、教育プログラムを作成する前に、研究者間で検討し①看護師が気道確保困難を評価する必要性、②実際の観察と予測、③予測した時の対応、④これまでの学習経験と参加希望、⑤現在感じている困難点、不明点、相談したいことについて10項目の設問を作成し、回答は主に自由記述式とした。その後、複数の研究者で項目ごとに類似する記述をまとめた。12名の対象者から12名の回答を得た。実際に気道確保困難症例に遭遇した経験のある看護師は12名中9名だった。①看護師が気道確保困難を評価する必要性については、「思う」が6名、「どちらかといえば思う」が6名、「思わない」が0名だった。②実際の観察と予測については、開口制限、小顎、肥満、歯列や残歯など歯の状態、頸部の後屈制限の順で多く、観察項目を記載していた。また、医療記録と麻酔科医の術前診察記録から既往歴、前回の手術記録、頸椎の疾患、喫煙歴の順に多く情報を収集し予測することが記載されていた。③予測した時の対応

については、気道確保困難用の物品と薬品の準備、術前のチームへの情報共有、の順に多かった。④これまでの学習経験と教育プログラムの参加希望については、1名がこれまで学習したことがないと回答し、その他は参考書で自己学習、セミナーの参加、先輩看護師からの指導、自らの経験で学習したことがある、と回答した。教育プログラムの参加希望は、10名が「参加したい」、2名が「どちらかといえば参加したい」と回答し、「どちらかといえば参加したくない」、「参加したくない」は0名であった。教育プログラムに期待していることは、知識・技術のスキルアップ、チームでの共通理解の順に多かった。⑤現在感じている困難点、不明点、相談したいことについて、困難な点は「わからないことが多いこと」が多く、不明点、相談したいことは「気道確保困難用の物品の適切な使い方」、「観察と実際の事例に遭遇した時の対応」の順に多かった。

2) 教育プログラムの目的・目標の設定

教育プログラム作成のための無記名式質問紙調査からは、我々が予想していたよりも教育ニーズが高く、多くの手術室看護師が気道確保困難について日本麻酔科学会気道管理ガイドライン⁹⁾で示される、手術の前に評価すべき12の危険因子に該当する項目を観察していることがわかった。また、気道確保困難事例の対応については気道確保困難用の物品の準備、チームとして情報を共有することを理解しているとわかった。これらから、困難な点、不明点、相談したいことの回答に着目し、教育プログラムを実施することにした。教育プロ

グラムの目的は「気道確保困難に関する基礎知識と実際に必要な物品の使用技術を習得する」とし、①手術の前に評価する12の危険因子とそれに関する問診や視診の方法、②麻酔科医の気道確保対策、③実際に気道確保困難で必要となる物品と気道確保困難カートの使用方法、④看護師に求める行動、⑤麻酔科医師との連携・協働、の5つを理解できる目標とした。

3) 教育プログラムの内容と方法(表1)

教育プログラムは1時間程度1回とし、講義と実技演習で構成した。講義の内容は日本麻酔科学会気道管理ガイドラインから⁹⁾、12の危険因子とそれに関する問診・視診の方法、麻酔科医が経験した気道確保困難の事例紹介、麻酔科医の気道確保戦略、看護師に求める行動が含まれる内容とした。実技演習は、患者シミュレータ(レサシアンシミュレータ リモコンタイプ、レールダルメディカルジャパン株式会社)を用い気道確保困難用の物品の使用法や体位、例えばマスクホルドの使い方や下顎挙上法を麻酔科医より指導を受けた(図1)。また、気道確保困難カートに搭載している物品をカートから取り出し、麻酔科医と共に使用した。

4) 教育プログラムの評価方法

教育プログラムの評価方法は、無記名自記式質問紙調査とした。質問票は、教育プログラム受講者全員に配布した。設問は、教育プログラムの目的、目標に沿い、厚生労働省の看護師養成所卒業時到達度等を参考に独自に作成した。参加者は「内容の理解」「満足度」「有用性」「気道確保困難の

表1 教育プログラムの内容

講義：気道管理(30分) 講師：手術室看護師、麻酔科医
1. 気道確保困難の定義
2. 気道確保困難の発生頻度
3. 麻酔科医が過去に経験した気道確保困難の症例
4. 手術前の気道評価について
5. 前酸化の役割と効果について
6. CVC(cannot ventilate and cannot intubate) の基本的な流れについて
7. DAM (Difficult Airway Management) キットの物品確認と使い方
8. 質疑応答
休憩
演習(30分) 講師：麻酔科医
1. 気道確保の方法(気管内挿管前の下顎挙上法)
2. マスクホルドの方法
3. 気管支ファイバー挿管の方法



図1 演習の様子

左の人物が受講者、右上が麻酔科医である。右下は患者シミュレータのレサシアンシミュレータで、下顎挙上法を演習しているところである。

評価の学習到達度」「気道確保困難の対応の学習到達度」について四肢択一で回答した。「内容の理解」は全く理解できなかった・理解できなかった・理解できた・十分理解できた、から1つ選択した。「満足度」は大変不満・不満・満足・大変満足から、1つ選択した。「有用性」は、この教育プログラムは気道確保困難の看護に役立つかを問い、役に立たない・あまり役に立たない・少し役立つ・役立つ、から1つ選択した。「気道確保困難の評価の学習到達度」は、気道確保困難の評価を他者の看護師に教えることができそうかを問い、教えることができる・少しの復習や援助があれば教えることができる・概ね理解しているが自信がなく教えることができない・十分理解できておらず教えることができない、から1つ選択した。「気道確保困難の対応の学習到達度」は気道確保困難の対応を他者の看護師に教えることができそうかを問い、教えることができる・少しの復習や援助があれば教えることができる・概ね理解しているが自信がなく教えることができない・十分理解できていないため教えることができない、から1つ選択した。

また、教育プログラム作成時の質問紙調査、①看護師が気道確保困難を評価する必要性、②実際の観察と予測、③予測した時の対応、について教育プログラム受講後も問い、①は、思う・思わない・どちらでもない、から1つ選択、②と③は自由に記述してもらい、類似する内容をまとめカテゴリー化した。

倫理的配慮

本研究は公立能登総合病院倫理審査委員会の承認を得てから実施した。対象者には、本研究の参加・不参加、同意の撤回は自由であり、不参加、途中辞退できること、これらの場合、就業等に不利益はないこと、個人の能力を評価するものでは

ないことを文書と口頭で説明した。研究協力への同意が書面で得られ、調査に参加した者を参加者とした。

結果

教育プログラムを受講した対象者12名のうち、質問票を回収できたのは8部（名）であった。

内容の理解は、「理解できた」が6名（75%）、「十分理解できた」が2名（25%）であった。満足度は、「満足」が7名（88%）、「大変満足」が1名（12%）であった。有用性は、「役立つ」が7名（88%）、「少し役立つ」が1名（12%）であった。気道確保困難の評価の学習到達度は、「少しの復習や援助があれば教えることができる」が6名（75%）、「十分理解できておらず教えることができない」が2名（25%）であった。気道確保困難の対応の学習到達度は、「少しの復習や援助があれば教えることができる」が6名（75%）、「十分理解できておらず教えることができない」が2名（25%）であった。

また、①看護師が気道確保困難を評価する必要性については、「思う」が7名（88%）、「どちらでもない」が1名（12%）であった。「どちらでもない」、の回答には、教育プログラムを受けたことで知識・技術が難しく自信喪失した、ここまでの気道確保困難の評価を求めるならば、麻酔科医が責任をもって診察すればよい、という理由が記載されていた。②実際の観察と予測、の記述について、カテゴリー化したものを表2に示す。気道確保困難を予測する観察項目として複数回以上の記載があった観察項目を、類似性でまとめた24のコードから【頸部の可動性】、【開口と歯の状態】、【体格】、【気道閉塞】、【既往歴】の5つのカテゴリーに分類できた。③予測したときの対応の記述についてカテゴリー化したものを表3に示す。気道確保困難を予測した時の対応について、複数回

表2 気道確保困難を予測する観察項目

カテゴリー	コード
頸部の可動性	短頸、後屈制限、頸の太さ、頸部の放射線治療の有無、頸部の可動域
開口と歯の状態	開口の程度、開口制限、口の開け方、歯牙、義歯、残歯、動揺歯、顎の具合
体格	BMI、肥満、外見
気道閉塞	気道閉塞症状、気道過敏状態、喘息の有無 睡眠時無呼吸症候群の有無、マランパチ、喫煙の有無
既往歴	手術歴、麻酔歴

表3 気道確保困難を予測した時の対応

カテゴリー	コードあるいは記述
医師、看護師との連携	<p>人員確保、メンバーを呼び声掛けしあう。 普段からのコミュニケーションが大事。 麻酔科医と相談しあう。 麻酔科医、看護師と相談する。</p>
必要物品、薬品等の環境整備	<p>気管支ファイバーの準備。マックグラスの準備。 必要な物品を準備する。必要な薬品を準備しておく。 救急カートの準備。 DAM (Difficult Airway Management) のバッグの準備。 環境を整えておく。</p>
気道確保困難に対する意識	<p>常に気道確保困難を予測して対応することが大事。 スタッフ一人一人のモチベーションが上がるようにしたい。</p>

以上の記載があった対応を、類似性でまとめた14のコードから【医師、看護師との連携】、【必要物品、薬品等の環境整備】、【気道確保困難に対する意識】の3つのカテゴリーに分類できた。教育プログラムを作成する前の設問の回答では、【必要物品、薬品などの環境の準備】が最も多く記述があったが、教育プログラム受講後では【医師、看護師との連携】に関する記述が最も多かった。

考 察

本研究は、全身麻酔関連合併症として致命的に急変する危険性がある気道確保困難の臨床実践能力を向上させるため、手術室に勤務する看護師の実態から教育プログラムを作成し、その教育効果を主に学習到達度で自己評価することであった。我々の教育プログラムは参加者から概ね内容の理解、満足を得ることができた。今回わかったことは、我々の教育プログラムを受講した参加者の75%は復習や援助があれば他者に教えることができ、25%は、十分理解しておらず他者に教えることができないという学習到達度であった。参加者は気道確保困難を評価するための観察項目を適切に答え、気道確保困難に必要な物品と医師・看護師との連携の必要性を理解していた。今後の教育プログラムの改良と進展も含めて考察を述べる。

1. 教育プログラムの内容の理解と満足度、学習到達度

我々が作成した教育プログラムは参加者から概ね内容を理解、満足を与えることができた。これは参加者が手術室看護師であること、気道確保困難な事例の体験を持っていたこと、各自が気道確保困難について学習していたことが概ね内容を理解できたという評価につながったと考えられる。ま

た麻酔科医との演習を、少人数で気道確保困難用の物品の使用を共有したことは、改めて正しい使い方を理解し、役に立った、という満足につながったと考えられる。参加者の75%が少しの復習や援助があれば他者に教えることができる、とする学習到達度であった。これも、受講者が手術室看護師で各自が自己学習の経験を概ね持っていたことが大きいと考えられた。教育プログラムの作成には事前に手術室看護師の教育ニーズを把握し、それを満たす内容でプログラムを1時間程度にしたことも集中力を維持して学習し到達度を高めたと考えられる。だが、25%は十分理解できていないため他者に教えることができない、と回答した。気道確保困難に関する自己学習は個人によって差があると予測でき、教育プログラムには事前学習が必要であると考えられる。

2. 気道確保困難の評価とその必要性

気道確保困難を評価するために記述を求めた観察項目は、教育プログラムを作成する前と教育プログラムを受講後で大きく相違するものではなかった。高敷らの調査によると⁶⁾、気道確保困難症例対応シミュレーション教育の研修前後で看護師が気道確保困難な状況を察知する能力に変化はなく、本研究もこれと同様の結果となった。これは、参加者が各自で自己学習した経験、気道確保困難な事例に遭遇した経験を持っていることが大きいと考えられた。一方、手術室看護師が実施する気道確保困難の評価の必要性はどちらともいえない、と回答したうえで、知識・技術が難しく自信を喪失した、麻酔科医の責任下で診察すればよい、という認識に至った受講者もいる。気道確保困難は生命の維持に直結する健康障害であり、それを麻酔科だけでなく看護師も担うことへの不安につな

がったと考えられる。もとより気道確保困難を術前に予知することは困難で、予測したとしても必ず出現するものでもない⁹⁾。それでも、常に予期しない気道確保困難に備えておくことは必須である⁹⁾。そして、これは医療チームで合意形成して取り組む必要がある。気道確保困難の評価は麻酔科医だけが担うのではなく、看護師も医療チームの一員として、常に気道確保困難に備える基本姿勢を教育プログラムに包含する必要があるかもしれない。また、発生頻度が低い健康障害を的確に評価する難しさも感じていた可能性がある。気道確保困難は発生頻度が低く、臨床での経験が十分でないために、経験を基に自己の気道確保困難の予測が妥当であったか、対応が適切であったかの評価が十分にできないことも考えられる。気道確保困難の予測や対応に関する知識と技術を、例えば定期的な教育プログラムの実施で維持することが必要と考えられる。

3. 気道確保困難に必要な物品と医師・看護師との連携

気道確保困難を予測し対応するには、必要物品とその使い方を常に習得している必要がある。だが、発生頻度が少なければ、それを維持することは容易ではない。教育プログラムを作成する前と教育プログラムを受講した後の設問では気道確保困難の物品について大きな違いはなかった。これも気道確保困難症例対応シミュレーション教育の研修前後で看護師が気道確保困難な器具の準備に変化はなかったとする先行研究と同様の結果となった。しかし、本研究では教育プログラム受講後、物品を「準備する」までよく記載されていた。今回の教育プログラムは、先行研究のシミュレーション教育で用いられた多機能モデルではなかったが、麻酔科医と気道確保困難の物品を使用するタスクトレーニングを実施することで、物品を適切・円滑に使用するだけでなく、使用に備えた準備に広げ重要性を理解することができたと考えられる。また、麻酔科医が講義・演習の講師となり、少人数制で演習したことも連携して実践するイメージがわきやすかったと考えられる。情報と評価、物品の準備と使用を麻酔科医と、そして看護師間でも手術前から共有すると気道確保困難の評価だけでなく対応力の向上が期待できると考えられる。気道確保困難の発生頻度が低くても、これらの能力を維持・向上させるためには、タスクトレーニングの次のステップの教育プログラムとして臨床場面に近い、高機能シミュレータを活用したシチ

ュエーションベースドラーニングを定期的に行うことが望ましいと考えられる。しかし高額な高機能シミュレータの購入が難しい医療機関では、例えば、没入感のある臨床現場を疑似体験するVR (Virtual Reality) 教材、入手しやすいコンパクトなタブレットでの視聴覚教材やタブレットで動画撮影したタスクトレーニングのリフレクション、インターネット環境を活用し病院以外でも受講できる教育プログラムで代用できる可能性がある。

本研究の限界

本研究では主に2つの限界があげられる。今回教育プログラムを受講した参加者は1医療機関で人数も少なく気道確保困難における知識・技術・経験には差があることから、この結果の一般化はできない。教育プログラムの効果を説明するアウトカムは気道確保困難発症者の救命率、もしくは死亡率であると考えられるが、本研究では学習到達度にとどまった。教育効果を示す客観的評価指標として妥当性が十分ではない。

結 論

本研究では、全身麻酔関連合併症の一つで、致命的に急変する危険性がある気道確保困難の臨床実践能力を向上させるため、教育プログラムを作成した。受講による教育効果を主に学習到達度で評価した。我々の教育プログラムは参加者から概ね内容を理解、満足を得ることができ、参加者の75%は復習や援助があれば他者に教えることができる。参加者の25%は、十分理解しておらず他者に教えることができないと評価した。参加者は気道確保困難を評価するための観察項目を適切に答え、気道確保困難に必要な物品の準備と医師・看護師との連携の必要性を理解していた。より効果的な教育プログラムにするには、看護師も気道確保困難に対応する医療チームの一員として気道確保困難を評価する基本姿勢を包含し、基礎知識からシミュレーショントレーニングまで段階的に構成する必要があるかもしれない。

利益相反

利益相反はない。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く教育プログラムの作成に協力いただいた麻酔科医師、参加者の皆

様に心より感謝し、御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 入田和男, 川島康男, 巖康秀, 他:「麻酔関連偶発症例調査2002」および「麻酔関連偶発症例調査1999-2002」について:総論-(社)日本麻酔科学会安全委員会偶発症例調査専門部会報告-, 麻酔, 53(3), 320-335, 2004
- 2) Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, et al: Management of the difficult airway: A closed claims analysis. *Anesthesiology*, 103(1), 33-39, 2005
- 3) 日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員会: Chapter15. 3 気道管理確保困難の予測, 日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員会編, Perioperative care/周術期管理チームテキスト第4版, 日本麻酔科学会出版, 388, 神戸, 2020
- 4) 古市結富子, 坂本篤裕: 気道確保困難症例における気道確保器具の使用状況の調査, 麻酔, 66(8), 879-883, 2017
- 5) 辻本三郎: ASAのdifficult airway algorithmをもとにした麻酔中のdifficult airway対策, 救急医学, 31(1), 39-44, 2007
- 6) Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al: Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, 118(2), 251-270, 2013
- 7) 高敷倫子, 堀口剛, 安部恭子: 手術部看護師に対する気道確保困難症例対応シミュレーション研修の効果, 日本手術医学会誌, 36(3), 286-288, 2015
- 8) Komasa N, Berg BW: Simulation-based Airway Management Training for Anesthesiologists - A Brief Review of its Essential Role in Skills Training for Clinical Competency. *The Journal of Education in Perioperative Medicine*, 19(4), 612, 2017
- 9) Japanese Society of Anesthesiologists: JSA airway management guideline 2014: to improve the safety of induction of anesthesia. *Journal of Anesthesia*, 28(4), 482-493, 2014

第15回看護実践学会学術集会

シンポジウム

多職種の総力を結集して我々が守り抜いたこと

— 経験を力に次なる一歩へ —

西村 民子（独立行政法人国立病院機構金沢医療センター附属金沢看護学校 副学校長）
藤田 恵子（独立行政法人国立病院機構金沢医療センター 看護部長）

2020年にはじまったコロナ禍、誰も経験したことのない災厄に、皆が恐怖や不安を抱えながら日々を過ごしてきました。新型コロナウイルスに感染した患者さんの増加に伴い、世間では、医療提供体制にフォーカスが当てられ、連日のように人工呼吸器やECMOで管理された重症患者さんの様子がマスメディアで報道されました。一般の方々はもちろん、医療従事者ですら「病院は大変なことになっている」「ベッドが足りない」「助かる命が助からない事態になってしまう」という危機感が広まり、それぞれの現場で看護職は、困難な状況にある患者さんとそのご家族の健康回復に向けて、多職種とつながり支え合ってその難局を乗り越えてきました。しかし、それは病院だけに限ったことではなく、地域を支える医療、保健、行政の場においても同様で、より柔軟な対応が求められ、悩み工夫しながら人々の安心と安全を守ってきました。

今回のシンポジウムでは、この3年間、コロナ禍の地域を支えてくださった石川県医療調整本部

の阪上学氏、地域医療機関の医師として鍛冶恭介氏、金沢市保健所の保健師宮崎陽子氏、訪問看護ステーション看護師寺田祐里氏、地域包括支援センター保健師坂本幸恵氏の5名のシンポジストより、多職種間で連携・協働しながら取り組んだ内容を、それぞれのお立場からご発表いただきました。チャットでの質問も多く寄せられ、これまでの経験を踏まえ、次にくるであろうコロナの波、新たなパンデミックや災害に備えることの重要性、地域との連携強化や行政からの支援・バックアップの在り方などを参加者で共有することができました。

コロナ禍は、自分自身と向き合い、真に大切なものを考えるきっかけを与えてくれました。家族との時間を大切にしてきたか、医療・看護で大切にすべきものは何かと。私たちを取り巻く環境の変化はとどまることを知りません。そのような変化の中、コロナ禍で得た経験をもとに最適な方法を選択し、先の時代に挑んでいく力を得たのではないかと考えます。

石川県医療調整本部における新型コロナウイルス感染症への対応

～石川県内医療者の連携体制と看護師の役割を振り返る～

阪上 学（独立行政法人国立病院機構金沢医療センター 院長）

私は2020年4月6日、県庁内に設置された「医療調整本部」においてコーディネーターに任命された。この際、災害医療の視点、すなわちこれを実践するにあたり重要とされるCSCA（Command & Control, Safety, Communication, Assessment）を常に意識し、まずはそれまで県内5つの保健所が個別対応していた入院調整を本部に集約した。

1波から2波においては診断時に既に重症であったり、入院後に急激な悪化をしたりする例も多く、緊急入院や転院調整を多く必要とした。また、この時期は繁華街や事業所などにおける中年層を起点としての市中感染拡大や、引き続き精神科病院や療養病院でのクラスター発生、あるいは限界に近いコロナ病床稼働率など、その後全国的にも問

題となった事案を数多く経験することとなった。これらの経験は早期の宿泊療養施設の運用や対応が難しい重症患者・精神疾患患者・小児・妊産婦等の特別な背景を持った患者に対しての病院機能分担、クラスター施設に対する現場支援の方向性など、その後他の自治体でも課題となった問題への解決につながった。また、クラスター施設からの医療圏をまたぐ患者広域搬送調整も行われ、このような調整は、その後南加賀で患者が急増した際の中央医療圏への入院調整等にも活かすことができた。以後、第4波での宿泊療養施設への直接入所、第5波以後での自宅療養者の増加、第6波

以後の小児を起点とした家庭内感染の増加、第7波における医療者の感染や濃厚接触者の増加など、短期間のうちに大きく様変わりする感染状況に対して、県内関係者が協力体制を構築しこの難局を乗り越えられた。その中でも特に看護師は、いまだ新型コロナウイルスへの知識や対抗する武器も乏しく、恐怖しかなかった時期から最前線に立ち、その後の各状況においても一丸となって対応をしていただいた。この2年半にわたる貴重な経験は新たなパンデミックや大規模災害に活かせるものと考えている。改めて看護に関する業務に携わっているすべての人に感謝の意を捧げる。

ネットワークの力で地域をささえる ～地域住民のニーズを早期に把握するために～

坂本 幸恵（金沢市地域包括支援センターとびうめ 保健師）

地域包括支援センター（以下包括）では、地域の高齢者の生活上の困りごとに対して総合的に相談・支援を行っています。支援が必要な人を早期に発見するために、地域のネットワークの力を活用しています。早期発見早期支援で困りごとが大きく・複雑になることを予防することが可能だからです。地域住民は、困り事があると、まず身近な人に相談することが多いものです。そこで、包括は、住民の身近で相談を受ける人たち（かかりつけ医、病院、薬局、介護保険事業所、民生委員、地区社協、町会など）や高齢者が集まる集いの場等とのネットワークを日頃から築く活動をしています。そうすることで、住民の身近な相談者経由で包括が早期に情報を得ることができるからです。

しかし、コロナ禍においては、地域の集いの場に人が集まれない、地域の支援者の訪問活動も制限されるなど、地域のネットワーク機能が十分に発揮されない時期がありました。包括における日常業務の中で、十分に住民のニーズを把握できていないのではないかと懸念されました。

そこで、コロナ禍前後における包括の活動の変化を分析してみました。相談件数は、緊急事態宣言下で一時的な減少はあったものの、年間を通してみると増加していました。相談者内訳（誰から

の相談か）は、介護・障害事業所、医療機関からの相談が増えており、地域住民等のインフォーマルな担い手からの相談はコロナ前と変化はありませんでした。集いの場としては、地域サロン等例年の半数以下の開催にとどまっていました。次に、住民にとっての身近な支援者からの相談内容を医療機関からの相談ケースで分析しました。コロナ禍である令和2年度では、病院から77件、かかりつけ医から14件の相談がありました。病院からの相談内容は、末期がんでの在宅退院支援等緊急性の高い在宅退院支援が多く、かかりつけ医からは、いつもと様子が違う、足腰が弱ってきたから心配等予防的な支援につながる内容が多くありました。これらのことから、身近な支援者の気づきの重要性を感じました。

コロナ禍での包括の活動を通して、非常事態にあっても機能し続ける地域の支援者や住民と作り上げてきたネットワークこそが、包括の財産だと実感しました。これからの活動において、このネットワークを守り、さらに強固なものにするために、専門職・地域住民を含めた地域ぐるみで育てていくことが包括の重要な責務であると感じています。

緩和ケアにおける地域連携 ～Withコロナ時代のACPとBCP～

寺田 祐里（やまと@ホームクリニック 緩和ケア認定看護師）

当法人は、在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護・有料老人ホーム・居宅介護支援事業所を有し、緩和ケアやエンドオブライフケアをうける方々が、住み慣れた街でいつまでもその人らしく過ごすことを支えられるよう日々活動しています。在宅療養支援診療所を開設した当初は、入院中に自宅に帰りたいたいと願っても、退院できずそのまま病院で亡くなる方が多くみられました。そこで、緩和ケア・エンドオブライフケアを希望する方がスムーズに自宅へと戻れるように、病院と在宅を結ぶ「地域連携」の仕組みを数年かけて構築し、自宅で過ごすことができる地域づくりを行ってきました。

しかし新型コロナウイルス感染症が流行し、「地域連携」の仕組みも一転しました。コロナ感染者受け入れのため病床がひっ迫し、必然的に一般患者に対する退院が促進されたこと、さらに面会制限を受けた患者は、医療者・家族に「自宅で過ごしたい」「家族と一緒に過ごしたい」との思いを伝える機会が増えました。結果、その思いを早期にキャッチできるよう病院と地域が協働で行うACP（アドバンスケアプランニング）が進み、自宅でも病院でもその人らしく過ごす人々が増加

しています。

一方で、入院制限や早期からの在宅療養により、自宅での介護が長くなり家族の負担が増えていることも否定できません。そこで看護小規模多機能型居宅介護の利用や、有料老人ホームへの入居など、それぞれの希望に即した生活の仕方を提案し、ニーズの多様化に多職種で支える必要性も高まってきています。

Withコロナ時代において、他職種連携で我々が守り抜いたもの、それは、大切な人と大切な場所で住み続けられるまちづくりです。2022年2月、当法人の看護小規模多機能居宅介護でもクラスターが発生し、事業継続の危機に直面しましたが、その際には、日頃からの連携を密におこなってきたからこそ、地域の皆さんに支えられ、事業を継続できました。利用者・家族の安全や生活の質の担保のために、地域連携型BCP（事業継続計画）の策定が必須であることを身をもって体験し、現在策定に取り掛かっています。これからも、ACPを大切に、そしてBCPを活用し地域連携を密に図りながら、まちづくりを続けていきたいと考えています。

福祉施設における新型コロナウイルス感染症クラスター対応の 経験から得たもの

宮崎 陽子（金沢市保健所地域保健課 担当課長）

私たちは、過去に経験したことのない新たな感染症との戦いにおいて、数々の波を乗り越え、本集会の時期には、まさに、第7波に突入しておりました。オミクロン株（2022年1月）は、デルタ株（2021年6月）に比べて重症化しにくいと言われますが、ひとたび医療機関や福祉施設で感染者が発生すると、クラスターへの懸念が高まり、コロナ対応の現場では緊張が走ります。

今回、保健所として、特に福祉施設におけるク

ラスター発生時の対応を振り返り、今後に向けて、関係機関との連携のあり方や支援体制について考察しました。

1. 初期探知

まずは、施設で起こっている状況について、的確な情報収集が不可欠です。次に、感染の拡がりを把握するため、必要に応じて検査を実施する場合があります。

2. 施設の感染対策への早期介入と指導

情報収集と同時に、感染対策への助言を行います。適切な个人防护具の着脱方法や、ゾーニング（清潔区域と不潔区域の明確な区別）など、事態が発生した際の迅速な対応が要となります。

3. 健康状態の把握

施設療養者の健康状態を、ラインリスト（日付ごとに感染者の発生状況と症状経過を記した一覧リスト）を用いて把握します。その上で、毎日の連絡により施設療養者の変化を的確に把握し、療養先の調整や施設からの相談対応など、細やかなサポートを行います。

4. 県や市の関係課との連携

第6波からは、施設療養を前提として、施設内での早期治療や感染対策について、県と相談のもと、随時、クラスター対策班による介入を行うとともに、施設を所管する市の介護保険課等の関係課と連携しながら対応してきました。

また、施設療養者の健康状態が悪化した場合等、状況によっては県の医療調整本部へ入院調整を依頼し、必要に応じて金沢市消防局との連携・協力のもとに移送調整を行っています。

5. 施設職員の感染対策のバックアップ

感染対策においては、平時からの取り組みの重要性は言うまでもありません。しかしながら、感染対策に不慣れな施設職員もいることから、全職員が感染予防策を適切に実施できているか、丁寧に確認することが重要です。

保健所職員として、施設に対して、感染の収束まで継続的にサポートができるよう努めることはもちろんのこと、平時から顔の見える関係構築に向けた体制を整備していくことが肝要です。

今回得た貴重な経験を、今後の地域保健活動の糧として活かしていきたいと考えています。

シンポジウムに参加して

鍛治 恭介（半田内科医院 院長）

今回、シンポジウム「多職種の総力を結集して我々が守り抜いたことー経験を力に次なる一步へー」において、診療所の立場からの発表をご依頼いただきました。伝統ある看護実践学会で発言の機会を与えていただきましたことに感謝申し上げます。

私からは、「新型コロナウイルスとの戦い～診療所の立場から～」とのタイトルで発表をさせていただきました。発表では、1. 初期の経験（未知の感染症に対する恐怖、風評被害への憂慮、医療専門職ではない事務職員に対する配慮）、2. ワクチン接種での経験（予約の混乱、予約弱者の問題、接種能力を大きく上回る申し込みへの対応）、3. 第6波以降のこと（重症化率は低下したものの感染者数の爆発的な増加を認めたこと、職員周囲にも感染が拡がり人手不足が続いていること、発熱外来の業務過多、検診も含めた通常業務への圧迫）などに触れさせていただきました。4. まとめとして、1) 発熱外来逼迫への対応（全数把握の見直し等）、2) 行動制限がない中でも感染対策継続の必要性、3) 高齢者施設、高齢者のみ世帯への積極的な支援、などを強調させていただきましたが、1) については、いよいよ政府もその方向で調整いただいているようです。

今回の発表の抄録や動画収録締め切り後にも、第7波では救急搬送困難例の増加など、まだまだ難しい課題が噴出してきています。私が所属する金沢市医師会でも、発熱外来を担当できる休日当番医を新たに募るなど、対応に努めているところですが、なかなか一筋縄ではいかないことも多くあります。こうした意味でも、このシンポジウムで、いろいろな立場の方々から、これまでの経験や今後の課題を聞かせていただいたことは大変意義深いものがありました。本シンポジウムを企画されました会長の江藤真由美先生、また司会をお務めいただきました西村民子先生、藤田恵子先生の卓見に敬意を表するものです。

シンポジウム終了後、きれいなお花の前で記念写真を撮っていただきました。場も和んだ頃、シンポジストの皆さんから、身体的にも精神的にも大変なプレッシャーの中でお仕事をされている生の声を伺いました。「一緒に頑張っている仲間がいる」、当たり前のことにあらためて気付くことができました。

会場を出ますと、外はすがすがしい秋晴れでした。当日夜の中秋の名月も楽しみに、幾分足取りも軽く、帰途に就くことができました。

交流集会

見つめなおす看護実践のカタチ

～新しいケア用具の提案～

小林 宏光（石川県立看護大学）

改善という言葉は何かをより良くするというような意味で、一般的にも使われる言葉です。これをKAIZENとローマ字表記にすると国際的に通用することはご存知でしょうか？企業における業務の効率化などにKAIZENという言葉が世界中で使われています。さらに近年では現場という日本語も“GEMBA”と表記されこちらも国際語となりつつあります。

KAIZEN活動は1980年代頃から主に自動車産業や電子製品などの製造業における業務改善・品質向上のための活動として始まりましたが、2000年代以降は病院での業務改善にも取り入れられるようになりました。この分野で有名なのは米国シアトルにあるバージニア・メイソン病院の取り組みです。この病院のスタッフが日本のトヨタ自動車の工場研修を受け、トヨタ式の業務管理を病院に取り入れ大きな成果を上げました。今では日本の医療関係者がこの病院でKAIZEN活動の研修を受けるまでになっています。

医療におけるKAIZEN活動の対象は多岐にわたりますが、その一つに道具・用具の開発があります。私（小林）が大学では人間工学という分野を担当していることから、看護における道具・用具の開発には注目しておりました。特に、例年開催

されている国際モダンホスピタルショーでの「みんなのアイデアde賞」という企画は、全国の医療機関の看護師から現場での気づきに基づいたさまざまな用具が提案されており、以前から注目しておりました。実は、この賞で石川県内の病院の提案がこれまでにいくつも入賞してきた実績があります。そこで今回の交流集会では金沢市立病院にご協力いただき、看護器具・用具の開発事例の紹介をして頂きました。金沢市立病院では2016年にグランプリを受賞した「りくつな枕カバー」に加えて様々な提案がなされており、看護部全体としてこのような開発・提案に取り組む姿勢は全国的に見ても先進的な事例であると思います。臨床現場で役に立つ用具は、必ずしも高度で複雑な機械であるとは限りません。看護職者のほんのちょっとしたアイデア、気づきが看護の質を向上させることも十分ありえます。今回の交流集会が、道具・用具の開発を通じた看護のGEMBAのKAIZENにつながることを願います。最後に中西看護部長を始めとした金沢市立病院の皆様、またこのような機会を与えてくださいました江藤学術集会長および集会運営スタッフの皆様に感謝いたします。

看護実践学会専任査読者一覧

(2022年12月現在)

赤坂政樹	加藤あゆみ	高田貴子	登谷美知子	丸岡直子
浅田優也	加藤真由美	高地弥里	内匠薫	丸谷晃子
荒井謙一	川島和代	高橋朗大	長田恭子	向井加奈恵
有田広美	川島由賀子	高橋ひとみ	中西容子	向出美穂
石川倫子	川村みどり	高松朝男	長山豊	村角直子
市橋紗由美	北川麻衣	多崎恵子	橋本智江	村山陵子
上田映美	木下幸子	田中浩二	平松知子	森垣こずえ
上埜千春	木森佳子	谷口好美	藤川直美	横野知江
内村恵里子	小泉由美	田淵紀子	堀口智美	米田昌代
浦井珠恵	紺家千津子	玉井奈緒	前田咲子	(50音順)
大江真琴	坂本和美	塚崎恵子	松井希代子	
大江真人	正源寺美穂	辻清美	松井優子	
大桑麻由美	須釜淳子	津田朗子	松本智里	
表志津子	臺美佐子	土本千春	松本勝	

編集委員会

委員長：大桑麻由美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

委員：大江真琴（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
表志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
木森佳子（石川県立看護大学看護学部）
長田恭子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
平松知子（金沢医科大学看護学部）
村角直子（金沢医科大学看護学部）

事務局：正源寺美穂（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

(50音順)

看護実践学会誌

第35巻 第1号

発行 令和5年3月31日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80
国立大学法人金沢大学医薬保健研究域保健学系
看護実践学会
TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地
宮下印刷株式会社
TEL (076) 263-2468(代)