# 看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

**Vol. 17** No. 1

March 2019

http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/

# 看護科学研究 編集委員会

編集委員: 委員長 太田勝正 (名古屋大学)

副編集長 八代利香 (鹿児島大学)

(五十音順) 江崎一子 (大分香りの博物館)

江藤宏美 (長崎大学) 河村奈美子 (滋賀医科大学) 末弘理惠 (大分大学)

三宅晋司 (産業医科大学)

村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)

山下早苗 (静岡県立大学)

編集幹事: 平野 亙 (大分県立看護科学大学)

英文校閱: Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局: 定金香里 (大分県立看護科学大学)

安部真紀 (大分県立看護科学大学) 山田貴子 (大分県立看護科学大学) 秋本慶子 (大分県立看護科学大学) 白川裕子 (大分県立看護科学大学) 高野友愛 (大分県立看護科学大学)

#### 編集委員会内規

- 1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。 ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
- 2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
- 3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数 原著論文: 2名

総説: 1名 研究報告: 2名 資料: 1名 トピックス: 1名 ケースレポート: 1名

# 看護科学研究投稿規定

#### 1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌 として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、 広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成 果を発表し、交流を図ることを目的とする。

#### 2. 投稿資格

共著者も含め、特に問わない。

#### 3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたもの、或いは依頼したものを掲載する。依頼原稿のカテゴリーは「企画」とし、査読の対象としない。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

#### 4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

#### 5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

#### 6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。 査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には 受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と 判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果 によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定 して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、 採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論 文の責任は著者にある。査読では以下の点を評価する。

内容:掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文 の区分が正しいか

形式:書き方・表現が適当か、論文の長さが適当か、タ イトル・英文要旨が適当か、引用文献が適当か

# 7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。 修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から 特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。 なお、返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは 新投稿として扱うことがある。また、返送から2ヶ月以上経 過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を 処分することがある。

#### 8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWW ページに公表する。

http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/

#### 9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校の みとする。

#### 10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1)人間または動物におけるbiomedical 研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2)関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論 文中に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

#### 11. 投稿料

投稿は無料とする。

#### 12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

#### 13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、「著者全員の同意書」を提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

#### 14. 論文投稿時に原稿とともに提出するもの

論文投稿時は、原稿とともに「投稿論文チェックリスト」 (ケースレポートの場合は「ケースレポート用チェックリスト」)、「著者全員の同意書」を提出する。

# 15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨) のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

#### 16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9 大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

#### 表 1 投稿区分

24 . 124		
カテゴリー	内容	字数
原著(original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
研究報告(study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に 関する論文	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
資料(technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス(topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声(letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

# 執筆要項

#### 1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェック リスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書き し、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9 大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

# 2. 提出原稿の内容

#### 1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

#### (例)大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover 本文: OTscript 図1: OTfig1 表1: OTtab1 表2: OTtab2 図表タイトル: OTcap

#### 2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・ 英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キー ワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、 住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル・すべての図表のタイトル

#### 3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

#### 4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

# 3. 原稿執筆上の注意点

#### 1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外の

ソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。 図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、 図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、 MS ゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

> Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint, Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS, TIFF, JPEG, PDF

#### 2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123…)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix ◎ ★ ※ "No. m² kg ¦ % (株) 辆 ☞

# 3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。 句読点以外の「.」「、」「:」などは、すべて半角にして下さい。

#### 4) 章·節番号

章・節につける番号は、1.2.…、1.11.2…として下さい。 ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

- (例) 2. 研究方法
  - 2.1 看護職に対する意識調査
  - 2.1.1 調査対象

#### 5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。 適宜、改行を用いてもかまいません。本文には、通しのページ番号を入れて下さい。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大 A4 サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

#### 6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限ります。

正確を期すため、DOIがある場合にはつけて下さい。

#### (例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損 IgG 抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Murashima S, Nagata S, Magilvy J et al (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. Public Health Nurs. 19, 94-103.

Ishikawa Y and Eto H (2012). An observational study using jncast of mother-infant interactions during breastfeeding on the forth day after birth. Journal of Japan Academy of Midwifery. 26, 264-274. DOI: 10.3418/jjam.26.264

#### (例:書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issures across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

#### (例:電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1\_1\_4.pdf (最終閲覧日: 2016年2月5日) Lee SW (2014). Overview of nursing theory. Jap J Nurs Health Sci 12, 58-67. http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12\_2/12\_2\_3.pdf (accessed: 2011-12-24)

本文中では、引用文の最後に(太田 2017)または(Ota 2017)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・八代 2017)または(Ota and Yatsushiro 2017)、3名以上の場合は太田他 2017)または(Ota et al 2017)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2017a)、(太田 2017b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所で引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクター のひとつであると考えられている (Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 20 17)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じますが、加えて最終閲覧日を記載して下さい。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

# 看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 17, No. 1 (2019年3月)

# 目 次

原著

長期海外渡航を経験した中堅看護師の離職理由と帰国後の意識や行動の変化 野崎 由里子、櫻田 淳、田上 豊	1
研究報告	
精神科スタッフナースの怒り感情喚起場面での怒りに関与する要因の検討 - 認知傾向・感情・態度と 木下 愛未、下里 誠二	:の関連 – . 13
資料	
日本の看護ケアにおける宗教的配慮の現状に関する実態調査	22
甲斐 ゆりあ、安藤 敬子、清村 紀子	

# 長期海外渡航を経験した中堅看護師の離職理由と帰国後の意識や行動の変化

Reasons why proficient nurses resign and choose long-term living abroad and observed changes in their attitudes and behaviors upon returning from their trips

#### 野崎 由里子 Yuriko Nozaki

(株) やさしい手 訪問看護かえりえ河原塚 Yasasiite Corporation Caerie Kawarazuka Home Visit Nursing Care Station

#### 櫻田 淳 Jun Sakurada

埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 Saitama Prefectural University, Graduate Course of Health and Social Services

# 田上 豊 Yutaka Tagami

埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 Saitama Prefectural University, Graduate Course of Health and Social Services

2017年12月26日投稿, 2019年2月20日受理

#### 要旨

本研究の目的は、医療現場を離職し長期海外渡航を選択した中堅看護師の離職理由と、長期海外渡航体験が彼らにもたらした意識や行動の変化を明らかにすることである。対象者12名に対して半構造化面接を行い、質的帰納的に分析した。離職理由は、「労働環境の厳しさ」、「新たな職務・役割の追加」、「ワークライフバランスの欠如」、「身体・精神面の負荷」、「看護職として働き続けることの限界」が抽出され、医療現場において強い持続的なストレスを経験し、バーンアウトに近い状態であったと考えられた。帰国後の意識や行動の変化は、「自己の再認識」、「自己基盤の獲得」、「人間理解の深まり」で構成され、自己概念の再構築や人間理解の深まりに影響したものと考えられた。近年では、自我に内在する回復力としての人間の持つ強さ(レジリエンス)が提唱され、長期海外渡航体験はレジリエンスが有効に機能したものと考えられた。

#### Abstract

The purpose of this research is to investigate reasons why proficient nurses resign from their jobs and choose long-term living abroad. Another aim of this research is to clarify changes in their attitudes and behaviors upon returning from their trips. Twelve study participants were selected and interviewed in a semi-structured manner. The contents of the interviews were evaluated by qualitative inductive analysis. Among the retirement reasons, "harsh working environment", "addition of new responsibilities", "lack of work-life balance", "physical and mental burden", and "limitation to practice as a nurse", were typical reasons. These reasons indicate that nurses experience high level of stress continuously and that they are near burnout. Upon returning from their trips, changes in their attitudes or behaviors consist of "Self re-recognition", "Establishment of self-foundation", and "Deepened human understanding", influencing re-establishment of self-concept or deepened human understanding. Recently, "resilience", which is inherent in the ego, is recognized to heal and empower humans. Long-term travel abroad is believed to be the result of resilience functioning effectively.

# キーワード

中堅看護師、長期海外渡航、レジリエンス

# Key words

proficient nurse, living abroad long-term, resilience

# 1. 諸言

厚生労働省(2015)平成26年衛生行政報告例の 概況によると、平成26年末での年齢階級別にみ た就業看護師数は、25歳~39歳の中堅層といわ れる看護師数が42.3%と全体の約4割を占めてい る。中堅看護師は医療現場の第一線で活躍するだけでなく、医療技術の複雑化、高度化や医療制度改革に伴い、任される業務内容は多様化し拡充してきている。また、直接的な看護業務以外にも医療安全への対応や新人教育等も担っている。

いっぽうで中堅看護師の離職が問題となっている。厚生労働省が平成22年から平成23年に実施した厚生労働省(2013)「看護職員就業状況実態調査」によると、20代~30代の看護師の離職が全体の約4割を占めている。

本村・八代(2010)、厚生労働省(2013)によれば、 看護師の離職原因には結婚・出産といったライフ・ イベントによるものや、仕事の負担感、職場の人 間関係、看護職における不全感、労働条件などが あげられている。

このような中堅看護師の離職者の中には、医療現場を離職し長期海外渡航を選択した看護師が存在する。長期海外渡航に関する研究は様々な職種について報告されてきているが、看護師についため本研究では、長期海外渡航を選択した中堅看護師の離職理由と、長期海外渡航体験が彼らにもたらした。医療現場を離職し長期海外渡航を選択した中堅看護師が、帰国後に意識や行動が変化と再度日本の医療現場で就業する行動の背景を把握することにより、病院における中堅看護師に対する処遇を検討するための基礎資料となるとともに、中堅看護師の看護の質を向上する一助になるものと考えられる。

#### 2. 研究方法

#### 2.1 用語の定義

「中堅看護師」とは、経験年数5年以上20年未満の看護師で、管理職(師長、主任等)や、認定看護師、専門看護師以外の者とした。「長期海外渡航」とは、観光ビザを除いた海外で生活をするという1年以上の滞在前提のビザの渡航として、移民などの帰国を前提としないビザは除いた。

#### 2.2 調査期間

2015年3月から7月に、ネットワークサンプリングにて12名のインタビューを行った。

# 2.3 調査内容

半構造化面接法を用いてインタビューガイドに 沿い調査を実施した。調査内容は、「看護師を志 した経緯」「離職を決意するまでの経緯」「長期海 外渡航を選択した経緯」「海外での経験で得たこ と」「海外での経験が今の自身に生かされている ことは何か」であり、インタビューガイドを作成し、約60分のインタビューを実施した。インタビューの平均時間64.2分、標準偏差12.8であった。

# 2.4 データ分析方法

質的帰納的分析法を用いた。これは長期海外渡 航経験のある看護師を対象とした先行研究はなく、 その実態が明らかにされていないためである。イ ンタビュー調査の逐語録から「離職理由」に関する 内容、及び「帰国後の意識と行動の変化」に関する 内容を抽出し、コード化した。この内容を、谷津 (2015) の質的帰納的分析法を用いてサブカテゴ リー、カテゴリー分けを行った。また、カテゴリー を再分類し、コアカテゴリー化した。分析は、複 数の質的分析経験を持つ研究者により厳密性の確 認を行った。

# 2.5 倫理的配慮

事前に研究参加者の承諾を得た上で録音した。 インタビュー調査を行うに当たって業務上の不利 益を被らないこと、個人を特定しないこと等を説 明し、同意を得たうえでインタビュー調査を行っ た。同意書は分析が終了するまでの期間いつでも 撤回できることを説明した。所属大学の倫理委員 会の承認を得て実施した。

# 3. 結果

#### 3.1 研究参加者の概要

研究参加者12名の属性を表1に示す。

参加者の調査時における平均年齢は32.3歳、平均経験年数10.4年であった。渡航先はカナダ10名、ニュージーランド1名、アメリカ1名と、ワーキングホリデー参加国への渡航が多かった。帰国後は看護師や保健師として復職していた。本文ではコアカテゴリー( )、サブカテゴリー[ ]、生データ「」で示した。

# 3.2 離職理由

離職理由は、<労働環境の厳しさ>、<新たな職務・役割の追加>、<ワークライフバランスの欠如>、<身体・精神面の負荷>、<看護職として働き続けることの限界>の5つのコアカテゴリーで構成され、カテゴリー10、サブカテゴリー38が抽出された(表2)。

表1. 参加者属性

番号	ビザ	年齢	渡航国	活動内容	職歴	看護基礎教育課程	看護師歴	渡航期間	帰国後年数
1	ワーキング ホリデー	30台 前半	カナダ	ファームスティ	消化器外科 ICU	保健師看護師 専門学校	11年	1年	2年
2	学生ビザ	40台	アメリカ	語学留学	産婦人科 救命救急 呼吸器混合外科	3年制専門学校	18年	1年	2年
3	ワーキング ホリデー ビジター	30台 前半	カナダ	ウェイトレス	ICU 脳神経外科 呼吸器内科	3年制専門学校	12年	1年6か月	6年
4	ワーキング	30台 前半	カナダ	スーパー接客	OR 消化器外科血液内科 他	3年制看護短大	10年	1年	6年
5	ワーキング ホリデー	30台 前半	カナダ	コーヒーショッ プ調理場	腫瘍血液内科 循環器CCU 消化器内科	3年制専門学校	8年	1年	2年
6	ワーキング ホリデー	20台 後半	カナダ	コーヒーショッ プ調理場	小児科 整形外科 保健師	看護大学	6年	1年	2年
7	ワーキング ホリデー ビジター	30台 前半	カナダ	調理、 ベビーシッター	小児科	看護大学	12年	1年6か月	7年
8	ワーキング ホリデー	30台 前半	カナダ	レストラン調理 場	呼吸器内分泌系内科 脳神経外科	看護大学	10年	1年	2年
9	ワーキング ホリデー	20台 後半	カナダ	フードコート キャッシャー・ 病院ボランティ ア	混合外科 消化器外科 緩和医療科	看護大学	6年	1年	1年
10	ワーキング ホリデー	20台 後半	カナダ	レストラン調理場	泌尿器内分泌他混合 外科呼吸器内科 医療系SE	看護大学	6年	1年	2年
11	ワーキング ホリデー	30台 前半	カナダ	フードコートキャッシャー	消化器一般外科 消化器内科 混合外来	3年制専門学校	12年	1年	1年
12	ワーキング ホリデー	30台 前半	ニュージー ランド	ホテル清掃	消化器外科 緩和医療科 他	2年制専攻科	14年	1年	5年
	年齢平均:	±SD			32.25±3.19	看護師歴平均±SD		10.36±3	.59

## 3.2.1 労働環境の厳しさ

<労働環境の厳しさ>とは、離職理由の引き金の一端となった労働の形態や環境の過酷さを表している。これは【勤務環境の問題】、【労働内容の負担】のカテゴリーから構成された。

これは、[残業するのが当然である]という病棟の風潮の中で、「日勤深夜準夜なのに、チーム会とか委員会とかで、結局会議で職場に行かないといけないことがすごく多くて。(中略)明けで帰って、日勤深夜して明けで帰るけど5時からまたチーム会とか。来なくていいよじゃないけどほぼ来るのが当たり前みたいな風潮だったから。」(研究参加者3)など、夜勤明けや時間外でも会議等に出てくることが当たり前の環境で働いていたことが語られていた。

# 3.2.2新たな職務・役割の追加

<新たな職務・役割の追加>とは、中堅看護師としての経験を積んでいくうちに通常のルーチンワークの他に職務や役割が加えられていくことを示している。

【中堅看護師の職務に伴う負荷】【中堅看護師の役割に伴う負荷】のカテゴリーで構成され、これは[ルーチン業務の他に職務を担うことが負担になる]ことで自分の時間を確保できなくなっていき、「そうですね、やっぱ仕事自体がつらい、看護師がつらいっていうよりは、なんか、自分の時間が取れない大変さみたいなのがあって、役割も多いし、自分のやりたいことがなかなかやれない環境にいるのもちょっと嫌になって。」(研究参加者9)と研究参加者は感じていた。

表 2. 離職理由 カテゴリー一覧

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
		不安を抱えながら働く	医療事故への不安が常にある
		食事時間がとれないほど	夜勤の間,食事もとれず座ることも出来ないほど忙しい
		忙しい	夜勤に仮眠時間がなく食事もろくにとれない
			仮眠場所がない
		休憩が確保されない	休憩時間がない夜勤
			重症患者を何人も長時間受け持つ
		緊張感を強いられる	術後の患者を含め20人以上を夜勤で受け持つ
	勤務環境の問		ずっと気を張っていて緊張していた
	題		命を預かる責任の重さや行為が重要なことしてると思った
		責任が重く負担である	看護師として働くために不規則な生活リズムや責任の重さを受け入れなければいけない
		人員不足で負担がかか	どんどん人が辞めて、その分の負担がのしかかる
		8	一晩に何人も看取るのに、人が足りない
		スタッフが入れ替わること	人の入れ替わりが激しい
		で負担がかかる	同期が全員辞めて、自分だけが残る
		<b>差望海りの休暇が取れた</b>	自分の意思に反して有給を消化され、おかしいと思う
労働環境の厳しさ		いまたののではなった。	勤務形態に伴って有給消化される
)		勤務が不規則で複雑で	複雑な勤務に慣れるまで混乱する
		ある	勤務形態が複雑
		残業するのが当然である	時間外で仕事に出なければいけないが、残業代を出してもらえない
			日勤深夜明けでも夕方会議に来るのが当たり前の風潮
		残業が多すぎる	勤務年数が上がっても3時間くらい残業がある
			深夜勤で急変があるとお昼近くまで残業になる
	労働内容の負		終電を逃すほど残業がある
	担	夜勤回数が多い	基準を超えた夜勤回数
			夜勤回数が多い
			準夜勤の仕事が緊急が多く最悪
		忙しすぎる	緊急患者が来るとどうしようもなくなる
			毎日走り回って仕事している
		会政バタナギ7	業務整理されていない上に業務が多い
		業務が多すぎる	12時間勤務があり、その分の記録を残業で書く
		毎日仕事に追われる	毎日必死だった
		井口江寺に迫れれる	ひたすら毎日仕事をする
		後輩指導で負荷がかか	後輩を教えなければいけないことがストレスになる
	- 中野手帯伝の	る 2 3	準夜勤で術後の患者を看たり新人のフォローをしたりしていると遅くなって記録
	中堅看護師の職務に伴う負		が書けない
	荷	ルーチン業務の他に職	仕事終わりや、夜勤の前に出勤して係の仕事を行う
新たな職務・役割		務を担うことが負担にな る	自分の時間が確保できず、他の業務が多いことが嫌になる
の追加			通常業務の他に係の仕事を課せられることが大変
		中堅看護師として考える	中堅看護師としてまだまだ未熟であると感じ、落ち込む
	中堅看護師の	役割が思うように果たせ ない	患者さんと自分が、理想とするようなコミュニケーションが取れない
	役割に伴う負 荷		中堅看護師としての仕事に対する自分の思いが強く、それがストレスになる
	ᄜ	中堅看護師として課され	中堅看護師になると共に、同期が人間関係や仕事がつらいことで辞めていく
		る役割が負荷になる	プリセプター時のオーベンから、目標が高いことを強いられる

表 2. 離職理由 カテゴリー一覧 (つづき)

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
		_	毎日あくせく働いていろんなことが荒れる
		プライベートとの調整が	仕事自体がつらく、自分の時間が取れない
	生活調整困難	出来ない	生活が落ち着かず余裕がなくなる
			3交代で忙しい
ワークライフバラ		生活が不規則である	不規則な、不健康な生活
ンスの欠如		追いつめられた自分を自	不健康でも大きい病院で頑張ってる自分を自己肯定する
	自己肯定感の	己肯定する	ツンケンしてトゲがそこらじゅうに出てる自分を、それでもいいと思う
	低下や歪み		いろんなことに自信がなく、自分を許せない
		自己評価が低い	自己評価が低く、自分を認めてあげられない
			業務での運動量に対し食べる量が少ない
		体重が落ちてしまう	痩せたことが自分で気づかない
			病的に痩せる
	±410#5		冷蔵庫に水とヨーグルトと果物くらいしか入ってない。食事もしない
	身体上の負担	体調を整えられない	不規則な生活の中で食事のタイミングが調整できなくなる
			何のために働いているかわからない
身体・精神面の負		疲労がたまる	体力がついていかず、休みはひたすら寝る
荷			体力的にすごくつらい
		#集をあるとして、これであって	思い詰めてしまう
	精神的負担	精神的に追い込まれる	どうしていいかわからず精神的に参る
		上司に理解してもらえな い	明らかに体調がおかしくなっていることを伝えてもわかってもらえない
			先輩とそりが合わない
			意地悪をする先輩を見て、自分も同じようになってしまうのではと不安になる
			指導されず無視される
		看護職を離れなければ	リセットしないと続けられない
	現状からの脱	いけない	看護師を一度離れなきゃだめだ
	出	たくのけるしかない	海外に行くのは今しかない
		行くのは今しかない	今しかできないこともあると思う
		仕事について考える	看護師が嫌になった感じではない
		仕事に りいて考える	仕事や看護師は嫌いじゃない
		狭い世界にいる気がす	看護しか知らない、看護師しか出来ない自分に危機感を覚える
		る	自分のいる世界が狭い医療だけになっている気がする
		自分のやりたいことにつ	自分のやりたいことやれてるのか
看護職として働き		いて考える	自分の本当にやりたいことって、これだけじゃないはず
続けることの限界		キャリアについて悩む	看護か違う道かのキャリア選択を悩む
	看護職を続け ることへの疑	4 VOTIC DV CIMO	年齢をめどに自分のライフスタイルを意識する
	問	看護職の楽しさがわから	看護の楽しさの感覚がよくわからなくなった
		なくなった	看護好きかどうかわかんなくなっちゃった
		仕事以外の何かが欲しく	仕事以外の何かを持ちたい
		仕事以外の何かか依しく なる	看護じゃない世界を見てみたい
			なんか違うものをやってみたい
			自分の思い描く看護と実際は違うことをしている
		仕事に嫌気がさす	終末期ばかりを看るのが嫌になる
			仕事が嫌で嫌で仕方がない

# 3.2.3 ワークライフバランスの欠如

〈ワークライフバランスの欠如〉とは、厳しい労働環境の中で自身の生活の調整ができずワークライフバランスが欠如していくことを示す。【生活調整困難】、【自己肯定感の低下や歪み】のカテゴリーで構成された。これは自身を追いつめて働いている現状を認め、肯定して働いてき、「本当ガリガリで顔色も悪くって、それでも大丈夫と思ってやってましたね。(中略)たぶんそういう自分がいいんだと思ってました。(中略)東京で大きい病院で働いて頑張ってる私って。私生活もちょっと不健康で、それでも東京で頑張ってる私っていうのをこう肯定するために、それでいいんだって思ってた。」(研究参加者10)と[追いつめられた自分を自己肯定する]に至っていた。

# 3.2.4身体・精神面の負荷

<身体・精神面の負荷>とは、過酷な労働環境のなかでワークライフバランスが取れなくなった結果、健康な状態が保てず変調をきたすことを示している。【身体的負担】、【精神的負担】のカテゴリーで構成された。これは、不規則な生活の中で、体調が整えられず体重が落ちていることが自分で気が付かないなど変調をきたしていき、「もう、結構体調・・生理もあんまり来なくなったりとか、体重がすごい減っちゃったりとかありましたね。そういえば気づかなかったんですけど、なんか久しぶりに会う人とかにすごいやせたねって言われて。そうなんだって。」(研究参加者6)と不規則な勤務で[体重が落ちてしまう]状況を表現していた。

#### 3.2.5 看護職として働き続けることの限界

<看護職として働き続けることの限界>とは、 上記4つのコアカテゴリーの状態が重なり、看護職として働くことの限界を感じるようになったことを示し、【現状からの脱出】、【看護職を続けることへの疑問】の2つのカテゴリーで構成された。これは、[看護職を離れなければいけないと]と、一度看護職を離職して、自分の生活をリセットしないと看護職を続けられないと感じ、「仕事がそれなりにすごく、自分の生活のペースが取れないぐらい忙しくなってきて。なんかもう一旦リセットしないと、なんかたぶんこのまま続けていくのもキツイなって思ってですかね。」(研究参加者1) と表現されていた。

# 3.3 帰国後の意識や行動の変化

帰国後の意識や行動の変化については、<自己の再認識>、<自己基盤の獲得>、<人間理解の深まり>の3つのコアカテゴリーで構成され、カテゴリー7、サブカテゴリー24が抽出された(表3)。

#### 3.3.1 自己の再認識

<自己の再認識>とは、海外生活の中で日本の 特徴や過去の自分を見つめ、その経験から自己 理解を深めることを指し、【海外で経験して得た ことや気づき】、【日本や自身の生活の振り返り】 のカテゴリーで構成された。これは「自然体でい ようと思いました。なんか無理しなくって、肩ひ じ張らなくって、向こうの人たちってこう、あり のままでそれでいくってなんでいけないのそれ じゃって、(中略)(ホストママが)何でこう日本 人は自信がないのかしらって、もっと自信、セル フコンフィデンスを持ってね、生活しなさいっ て、あなたはあなたですばらしいんだからみたい な、っていうのをよく言われてましたね。(中略) 別に他人がどう思うかじゃなくて自分がどう思う か、っていうのを大切にしたほうがいいんだなっ ていうのをカナダで感じましたね。自分の気持ち が大事なんだなみたいな。」(研究参加者10)と[周 囲に流されず自身の考えを持てる]ようになって いた。

# 3.3.2 自己基盤の獲得

<自己基盤の獲得>とは、渡航前がむしゃらに 仕事ばかりしてきた自分を一度リセットし、海外 で経験したことを生かしながら、帰国後の再就職 の現場でうまく肩の力を抜きながら仕事と向き合 い、自己確立することを指し、【柔軟性を持った 自己への変容】、【生活基盤の確立】、【仕事と程よ い距離感の獲得】のカテゴリーで構成された。研 究参加者は、渡航前は周囲の意見に同調してばか りいたが、海外の文化に触れ自分の意見をはっき り言うことができるようになっていた。「(中略) でも言ってみないとわからないじゃない、言葉に しないとわかんないからって思ってそういうのが 言えるようになったり。職場でもそうですねなん か、割と周りの目を気にしないで、というか気に しすぎないで言える、かな・・言ってみなきゃわ かんないから言ってみて向こうが受け入れるか受

表 3. 帰国後の意識と行動の変化 カテゴリー一覧

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
		**************************************	中堅看護師を日本で経験して海外へ行ったからプラスアルファで学べた
		海外での学びを実感する	外人の人が来たら、自分が責任を持ってやろう
	海外で経験し		いろんな人と出会えて、人の温かさだったりを教えてもらった
	て得たことや気 づき		患者さんとの話を通して、いろんな経験してるといろんな話ができるし、役に 立ってる
		<del>-</del>	いろんな人と話すことに抵抗がなくなった
			女の職場って、一つのことを同調しないといけないような感じがあったりとか
自己の再認識		日本の風習を客観的に	して、
日この丹配課		みる	日本って結構、その人をどうにか変えようと頑張るところはある
			今まで自分を追いつめていた
	日本や自身の 生活の振り返 り		融通が利かなくて、自分にも融通が利かないし相手にも融通が利かなかっ
	9	過去の自分の行動を反 省する	何でその人がそう思ってそう言う風にやったっていうの考えずに、そうしな きゃいけないのに何でこの人はそうできないんだろうって思ってた
			一生懸命になりすぎて周りの意見やスタイルを取り入れるキャパが小さく
			一生感のになりすると同りの息見やスタイルを取り入れるキャハか小さくなっていた
			言葉にしないとわからないからと思って言えるようになった
			周りの目を気にしすぎずに自分の意見が言える
			言ってみて相手の反応をみる、勝手に思いすぎない
		四端に占っ キョーキャ	どっちがいいって言われたら今までどっちでもいいよって言ってたところを、
		明確に自己主張できる	こっちがいいかなって答えられる
			こっちだとだれも何も言わない沈黙した空間っていうのが、すごく時間の無駄に思えた
			周りの見え方として、まぁはっきりしてていいよねっていうようになった
			ピリピリしなくなった
		寛容になる	人にわかることとか教えるような立場になった時に、けっこうおおらかになっ
	柔軟性をもった		te
	条款性をもつに自己への変容		自然体でいようと思った
		墓地的に30/かる	自分が成長した
		精神的に強くなる	一人で行動するのが大丈夫になった。
			あなたはそうだからそうだよね、みたいな、私はこうだからこうするわみたい
		周囲に流されず自身の 考えを持てる	な。そこで、一緒にしようよっていう感がない
			周りがどう思ってるかとかどうでもいいと思う
自己基盤の獲得			他人がどう思うかじゃなくて自分がどう思うか、っていうのを大切にしたほう
			がいい。自分の気持ちが大事
		عدينية دريش من الطفاد	思ったのなら自分が変わればいい
		こだわりのない柔軟な考 え方ができるようになる	前向きになって、前ほどそこまで深く考えなくなった
			その人はこういう風に考えない人なんだな、なんでって考えない人なんだな て思えばいい
			自分の生活のリズムがおかしくなった時はリセットしようって思える
		生活リズムを整えられる	生活自体のリズムを整えるのが精神的に健康な感じがした
			自分が心地よいと思う生活をすればいい
		自身の生活を大切に出	仕事一本で頑張るより自分の生活の中で頑張れるものを見つける方が有減 は事では、
		来る	義で人生を楽しむことが大切
	生活基盤の確		なんかどこに行ってもいいのかな
	立		ここで一生懸命働くのがすべてじゃない
		<b>山戸屋標子をかった</b> とし	自分の居場所はここだけじゃないと思う
		他に居場所をみつけられ る	もう一つの世界ができたっていう感覚
		\$	仕事以外のこともあって、そういう時間を楽しみたいなっていう風になった

表 3. 帰国後の意識と行動の変化 カテゴリー一覧(つづき)

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
			上から求められ、まじめにやってはけぐちがない仕事だなって思ってた
		以前の仕事の仕方を振り 返る	バタバタバタって終わる部署で、なんかこれはなんでやろって考える瞬間が すごく少ない
		<b>XE</b> 40	行く前は、それしかないって言ったら変ですけど看護、っていうところにいて、 だからピリピリしてたのかな
		客観的に仕事を捉えるこ	仕事の捉え方が変わった
		とができる	仕事を一歩外から見れるようになった
自己基盤の獲得(つづき)	仕事と程よい 距離感の獲得		まあいろんな人がいるんだから、私はとりあえず業務としてここまで必要だと 思うからやろう、それでもここを求めたいとか求められたりとかしたら、引こうっ て思った
		仕事との距離の取り方を 覚える	ファームに行って自分の生活の仕方や仕事との距離の取り方、向き合い方を見直すことが出来た
			看護師を長く続けるに当たって良い具合に距離を取ることが大切
			仕事がちょっと楽になった
		肩の力を抜いて働ける	追いつめられなくなった
			前より気楽に働いてる気がする
			主張の仕方が変わった
		周囲との調整能力が身 に付く	周囲との調整を考えながら対応が出来るようになった
			相手に自分の意思を押し付けず、自分の今できるポジションで仕事が見つ けられるようになる
		視野を広げて考えられる	こうあるべきだみたいのって人に求めるのって意味ないなって
			決めつけないで人を見る力が養われた
			日本人でもそれぞれ育ってきた環境とか、家庭とか全然違うんだし、みんな 違う考えを持ってて当たり前だなって思って接する
	<b>中い視野での</b>	相手の環境や価値観を 考えられるようになる 切り捨てがうまくなる	それぞれの文化、生活、価値観などが違うのに自分の価値観をぶつけても 理解できないと思う
	広い視野での 人間理解		相手の考え方、育ってきた環境が違うことを認識して周囲と対応できるように なった
			今は仕方ないかそういう風に思うのも、みたいな。何でその人そういう風に 思うんだろうなーって、考えるようになった
人間理解の深まり			今考えてても仕方がないとか、なるときにはなるし、できないときはできない し、とかあっさりになった
		3171H CV. 397.00	とりあえず言ってみて、相手の理解度から配分を考えて行動できるようにな る
		相手の考え方を興味深く 捉える	なんでわかってくれないのっていうよりも、いろんな考え持ってて面白いなと 思う
			こういう考え方もあるんか~、とか軽く考えるようになった
		こだわりなく働ける	看護の根本は一緒なのに、勉強も経験もしたいことにこだわって余裕がなく なり自分を追いつめていた
			こだわりなく看護師として働けるようになった
		看護にやりがいを感じら	今は仕事にやりがいある
	な受け止め	れる	保健師の仕事は自分にはやり方が、合ってるのかな
			一度看護を離れて良かった
		自分と看護を振り返る	看護師嫌いになんなくてよかった
			自分の看護観っていうのも少し、見直せた

け入れないかは関係ない、そちらの問題であって、おかしいなと思うものは (中略) まぁ言っちゃう。とりあえず言ってみる、言ってみて反応が良ければああ良かったんだなと思うし悪ければ、ああスルーだなって思うだけで、言えるようにはなったかなって思います。患者さんに対しても考えすぎないでってことで、言ってみて反応をみる、勝手に思いすぎない。」(研究参加者2)と[明確に自己主張できる]ようになっていた。

# 3.3.3 人間理解の深まり

<人間理解の深まり>とは、日本以外の人種、 文化に触れたことで対象への理解が様々な角度から行うことができ、帰国後の復職でその経験を生かし応用することである。【広い視野での人間理解】、【看護の肯定的な受け止め】の2つのカテゴリーで構成された。

研究参加者は相手の考え方を背景の違いから捉え、固定観念を持たず興味を持ち接することができ[相手の考え方を興味深く捉える]ことができるようになっていた。「外国の人だったら文化的な背景がそもそも違うなっていうのとか思うんですけど、それって別に日本人でもそれぞれこう育ってきた環境とか、家庭とか全然違うんだし、こうみんな違う考えを持ってて当たり前だなって思って接すると、なんか、なんでわかってくれないのっていうよりも、いろんな考え持ってて面にいなみたいな方がこう・・・。世界が広がるのでそういうところではやっぱり外国で生活したことが生かされてるのかなっていうのはあるかなって思います。」(研究参加者6)と表現していた。

# 4. 考察

#### 4.1 参加者属性の特徴

本研究の参加者は平均年齢32.3歳であり、渡航ビザはワーキングホリデービザを利用して渡航している者が多く、学生ビザを利用する者もいた。なおワーキングホリデービザでの渡航者は30歳前で渡航しているが、これはワーキングホリデービザが満31歳の誕生日でビザが取れなくなる規定となっているためである。渡航国はワーキングホリデー加盟国であるカナダ、ニュージーランドが多く、ワーキンギホリデーに加盟していないアメリカに渡航した1名は、学生ビザでの渡航だっ

た。本研究の参加者の職歴は多岐に渡り、単科の みで働いた者は1名で、ほとんどが複数の科を経 験した後に渡航していた。看護師歴の平均年数は 10.4年であり、海外渡航時には看護職をやめると いう決断をしていたにも関わらず、全員が帰国後 は看護職に復職していた。

#### 4.2 離職理由

離職理由を構成するコアカテゴリーは、<労働環境の厳しさ>、<新たな職務・役割の追加>、 <ワークライフバランスの欠如>、<身体・精神面の負荷>、<看護職として働き続けることの限界>が抽出された。

里光ら (2009) が行った中堅看護師の調査では、ほとんどの看護師が退職を考えた経験を持ち、その背景には「忙しすぎる」という言葉や「達成感がない」という思いがあると示されていた。「達成感がない」という思いは、忙しすぎると認識されると燃え尽きることにつながると述べている(里光ら 2009)。「忙しすぎる」という思いは本研究での〈労働環境の厳しさ〉のコアカテゴリーと同様の結果と考えられた。しかし、「達成感がない」という思いについてのカテゴリーは本研究では抽出されず、【現状から脱出】といった別種類のカテゴリーが抽出された。これは本研究の参加者の特徴的な離職理由として新たなものであると言える。

中澤・松永(2013)は、中堅看護師は仕事や職場での人間関係などのさまざまなストレスを抱え、自己のキャリアやスキルアップに関しても悩みを抱えていると述べている。本研究の参加者も【精神的負担】のカテゴリーから、離職に至るまで仕事や職場での人間関係に悩んでいたと解釈できる。また、離職に際しては、看護師としての今後のキャリアやスキルアップに関して悩んだのではなく、一度看護から離れるという選択をして長期海外渡航を選んでいた。

中澤ら(2010)の調査では、中堅看護師は未婚者の方が「キャリア目標が見つからない」という悩みを抱え、未婚者は既婚者よりも仕事に生活の中心を置きやすく、キャリアを積むことを周囲から期待され、自身もそれを意識しやすいと述べている。本研究の参加者も全員が未婚であり、仕事に生活の中心を置いた結果、<身体・精神面の負荷>がかかり、<看護職として働き続けることの限

界>を感じたものと考えられる。このように本研究の参加者の海外渡航の目的は自身のキャリア形成ではなく、看護職からの離職であるものと考えられる。

本研究の参加者は、通常の定時勤務よりほぼ毎日3~4時間の残業をしており、また残業することが当然とされる職場環境で働いていた。残業が長時間にわたることや既定の夜勤回数を超える勤務で働き、[不安を抱えながら働く]、[緊張感を強いられる]、[責任が重く負担である]のサブカテゴリーからも、心的エネルギーが過度に要求されながら働いている様子が伺えた。このような状況で働いた結果として、体重が落ち体調を整えられなくなり、精神的に追い込まれるなどの症状が現れてきていた。

Maslach and Jackson (1981) はバーンアウトの 定義を「長時間にわたり人に援助する過程で、心 的エネルギーがたえず過度に要求された結果、極 度の心身の疲労と感情の枯渇を示す症候群」としており、本研究の参加者がおかれていた状態は Maslaschの定義するバーンアウトに近い状態であったと思われる。

さらに本村・八代 (2010) の研究によると「看護における不全感」、「患者の死体験」などもバーンアウト得点が高いことが示されている。本研究の参加者の職歴をみると多くがICUや外科系、緩和医療科など生死の現場に携わる可能性が高い部署に配属されていた経験を持っていた。参加者は生死が隣り合わせの緊迫感ある職場で患者の死を数多く経験してきた可能性があり、また、多忙な業務の中で、仕事の終わりが見えない感覚にとらわれるなど、バーンアウトに近い状態にあったものと考えられる。

以上のように、本研究の参加者は看護職としてのキャリアパスの一貫で離職し長期海外渡航したのではなく、自らの心身の健康回復を図るために医療現場から離れ海外を選択したものと考えられる。

# 4.3 帰国後の意識や行動の変化

帰国後の意識や行動の変化は、<自己の再認識 >、<自己基盤の獲得>、<人間理解の深まり> という3つのコアカテゴリーで構成された。

厚生労働省の委託事業で行われた海外就業体験

の調査研究(一般社団法人海外留学協議会 2013)による海外就業体験を通じて習得した知識・技能をみると、「国際感覚・異文化適応能力」、「幅広い視野」、「外国語能力」、「コミュニケーション能力(人と接する力)」、「積極性」がどれも80%前後と高い数値を示している。

本研究で抽出されたコアカテゴリーのうち、<自己の再認識>は、「国際感覚・異文化適応能力」、「積極性」、<人間理解の深まり>は、「幅広い視野」、「コミュニケーション能力(人と接する力)」に共通点があると考えられる。

すなわち、本研究の参加者は、異文化の人々の中で生活し、国際感覚や異文化適応能力を習得しながら、人間理解を深めたものと考えられる。また、海外で習得した学びを帰国後看護職に戻った時に生かしているものと考えられた。

# 4.4 レジリエンスとの関連

近年、様々な分野で注目を集めている概念にレジリエンスがある。レジリエンスを簡単に訳すと "回復力"とされ、何らかのリスクに対して適応状態を維持、あるいは引き起こされた不適応状態から回復する能力や過程であるとされる。斎藤・岡安 (2009) は、レジリエンスとは心理的な健康状態を維持する力、あるいは一時的に不適応状態に陥った場合にも、それを乗り越え健康な状態へ回復していく力のことと述べている。

レジリエンスの概念はいくつかの要素から構成されており、(1) ある個人あるいは集団が強い持続的なストレスを経験すること、(2) その経験は一時的には精神的に問題な影響を生じること、(3) その影響はさらに後の時期にもマイナスの影響を与える可能性があること、(4) 個人の内的な回復の力だけでなく、家族や他の人間、周囲の環境のサポートなど、プラスに働くアセット条件があること、(5) 最終的に、心が健康なレベルに回復していくこと、とされている(仁平 2016)。

本研究の参加者は、離職に至る過程において強い持続的なストレスを経験し(1)、精神的な問題となりかねない状態(2)になり離職を決意したものと考えられた。もし離職せず勤務を継続する選択をした場合、その後の時期にマイナスの影響が生じる可能性があったと推測される(3)。医療現場を離れ、長期海外渡航を選択した本研究の参加

者は、渡航先で人種や文化の違う人々に触れ、渡航先での環境などが心の回復へのきっかけとなり(4)、心が健康なレベルに回復した(5)ものと考えられる。本研究の参加者は上述したレジリエンスの要素を満たしており、レジリエンスの過程を体験したものと解釈できる。このため帰国後また看護職に復職することができたと考えられる。

また、土屋・鈴木(2016)の報告では、レジリエンスプログラムの中には海外留学が有効との報告があり、本研究の参加者が経験した長期海外渡航はレジリエンスを獲得するのに有効に機能したものと考えられた。

# 4.5 帰国後の行動変容

本研究の参加者全員は、長期海外渡航前は辞めようと考えていた看護職に復職し、自分の生活を 大切にして看護職への再就職を果たしていた。

海外渡航前と比べ、労働環境は変化していないにもかかわらず、仕事との適度な距離を保ち、仕事と生活の両立を達成することができていた。そして現在は、看護職として仕事の楽しさを感じながら安定した生活を続けていた。

これは、長期海外渡航がレジリエンスを高め、 精神的な健康を回復することができ、看護職への 復職を果たすことができたものと考えられる。

#### 5. 本研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は海外渡航した中堅看護師であり、かつ帰国して看護職に復職しているものに限定されている。中堅看護師の離職の先行研究は、看護職としてのキャリアの視点からの研究が多いが、本研究の結果からは、長期海外渡航がレジリエンスを育てることに寄与していたと伺われる。よって中堅看護師とレジリエンスの視点から研究を進める必要がある。

# 6. 結語

本研究において、長期海外渡航を経験した中堅 看護師は、看護職としてのキャリアパスの一貫で 離職し長期海外渡航したのではなく、自らの心身 の疲弊感から医療現場を離れ、海外生活を選択し ていた。そして異文化での生活がレジリエンスを 向上させ、自己概念の再構築や人間理解の深まり につながったものと考えられた。 本研究は、2016年度埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科保健医療福祉学専攻看護学専修修士課程に提出した修士論文の一部に加筆、修正したものである。

# 引用文献

一般社団法人海外留学協議会(2013). 海外就業体験が若年層の職業能力開発・キャリア形成に及ぼす影響・効果に関する調査研究(厚生労働省委託研究): 第一部日本人の海外就業体験実態調査第3章, p 29. 一般社団法人海外留学協議会, 東京.

厚生労働省(2013). 看護職員就業状況実態調査結果

厚生労働省(2015). 平成26 年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/gaikyo.pdf( 最終閲覧日: 2017年12月24日)

Maslach C and Jackson SE (1981). The measurement of experienced of burnout. J Occupational Behav 2, 99-113. DOI: 10.1002/job.4030020205

本村良美, 八代利香(2010). 看護師のバーンアウトに関連する要因. 日本職業・災害医学会会誌58(3), 120-127.

中澤沙織, 五味己寿枝 他(2011). 中堅看護師の悩みと職業経験の質および対処行動の関係. 第31回 長野県看護研究学会論文集, 38-40.

中澤友子, 松永保子(2013). 中堅看護職の職業継続意思に関する研究-ソーシャル・サポートおよび達成動機との関連. 第43回(平成24年度)日本看護学会論文集看護管理. 403-406.

仁平義明(2016). レジリエンス研究の展開. 児童 心理70(1), 13-20.

斎藤和貴, 岡安孝弘(2009). 最近のレジリエンス 研究の動向と課題. 明治大学心理社会学研究4,72-84.

里光やよい, 今野葉月, 須釜なつみ 他(2009). 臨床看護師の成長に影響を及ぼしたもの一中堅看護師グループインタビューより-. 自治医科大学看護学ジャーナル 6, 131-143.

土屋俊之, 鈴木水季(2016). 留学とレジリエンス 教育. 児童心理70(1), 117-121.

谷津裕子(2015). Start Up 質的看護研究第2版, pp98-161. 学研メディカル秀潤社, 東京.

• • • • • • • • • • • • • • • • •

# 著者連絡先

〒270-2254 千葉県松戸市河原塚69-1 (株) やさしい手 訪問看護かえりえ河原塚 野崎 由里子 yuriko.nozaki@gmail.com

# 精神科スタッフナースの怒り感情喚起場面での怒りに関与する要因の検討 - 認知傾向・ 感情・態度との関連 -

Investigation of factors contributing to feelings of anger in psychiatric department staff nurses: Relationship between cognitive tendencies, feelings and attitudes

#### 木下 愛未 Aimi Kinoshita

信州大学 学術研究院 医学保健学域 保健学系 Shinshu University School of Health Sciences

# 下里 誠二 Seiji Shimosato

信州大学 学術研究院 医学保健学域 保健学系 Shinshu University School of Health Sciences

2018年7月13日投稿, 2019年1月16日受理

# 要旨

精神科では、患者の攻撃性がスタッフナースに向けられることがあり、結果スタッフナースが怒りを感じることが知られている。そこで精神科スタッフナース自身の認知傾向(敵意およびパラノイド〈PA〉傾向)、患者から攻撃行動を受けた際のスタッフナースの怒りの強さ、患者の攻撃行動への態度の関連をPearsonの相関係数やstructural equation modeling(SEM)により検証した。スタッフナースに対して質問紙調査を実施し、486名から回答を得た。結果、精神科スタッフナースの怒り感情の喚起に影響を与える個人の特性には、敵意や、PA傾向のうち対人猜疑心および仲間はずれといった認知傾向があることが示唆された。これらの認知傾向は怒り感情の強さに影響を与え、患者の攻撃行動を否定的に捉える看護師のネガティブな態度に影響を与えるものであった。一方で、患者の攻撃行動に対して患者への弱い立場への共感を示す看護師のポジティブな態度は影響が示されなかった。

#### Abstract

In psychiatric settings, patient aggression may be directed at staff nurses, and it is known that staff nurses may in turn feel angry. In this study, we examined the relationship between psychiatric staff nurses' own cognitive states (hostility and paranoid tendency, the latter of which is referred to as paranoid [PA] in this study), the strength of the anger of staff nurses when subjected to aggressive patient behavior, and the nurses' attitude toward patient's aggressive behavior using Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling (SEM). We conducted a questionnaire survey with staff nurses and received 486 responses. Findings suggest that cognitive tendencies such as "interpersonal suspicion" and "outsiding (alienation or the sense of being left out)" as part of PA tendency, and hostility affect the strength of the anger of psychiatric staff nurses when subject to aggressive behavior by patients. These cognitive tendencies influenced the strength of angry feelings as well as affecting nurses' negative attitudes towards patients' aggressive behavior. On the other hand, nurses' positive attitude toward patients' aggressive behavior was not affected by nurses' cognitive tendencies or nurses' anger feelings.

#### キーワード

精神科スタッフナース、怒り感情喚起場面、患者からの攻撃に対する看護師の態度、認知傾向

#### Key words

psychiatric staff nurse, anger generated situations, staff nurses' attitudes regarding patient aggression, cognitive tendencies

# 1. 研究背景と目的

攻撃行動(以下、攻撃)とは「どんな形であれ、 危害を避けようとする生活体に対して、危害を加 えようとしてなされる行動」(クラーエ 2004)と 定義される。精神科では、患者の精神症状や医療 への不満が、患者の治療や日常生活に大きな影響 を与え、治療に対する拒否や医療職者への攻撃を 招く。医療職者の中でも、患者から看護師への 暴言や暴力が多いという報告があり(Foster et al 2007, 鮫島・岡本 2016)、患者からの攻撃によって引き起こされる看護師の感情は、患者からの攻撃に対する看護師の態度に影響する。精神科では、患者からの攻撃は精神疾患によるものが多く、攻撃は治療・看護ケアの対象と捉える必要がある(下里・木下 2016)。通常、患者からの攻撃に対して看護師は否定的な態度となりやすいが、精神科で

は攻撃を治療転機として活かすという肯定的な態度を持つことも求められる(野田 他 2014)。

患者からの攻撃によって看護師に起こる感情の代表的なものは、怒りである(畠山他 2016)。怒り感情の生起について、認知行動学で用いられるABC図式(エリス・タフレイト 2004)では、きっかけになる出来事(Activating Events)と感情(Consequence)の間には認知(Belief)があるとされている。すなわち患者からきっかけになる出来事が起こった場合、看護師の認知傾向によって、看護師の怒り感情の程度は変化する。しかし、きっかけになる出来事(患者から受ける攻撃の種類)が何か、それによる感情の程度(看護師の怒りの強さ)はどう異なるか、また、認知(看護師自身の認知傾向)がどう影響を与えているかは明らかではない。

怒り感情を喚起するきっかけになる出来事 (Activating Events) について、長澤・齊藤 (2011) は、「馬鹿にするようなことを言われる」などの意図的加害因子と「あなたがしたことでいやな気持ちがしたと言われる」などの不快表明因子があるとしている。意図的加害因子と不快表明因子があるとしている。意図的加害因子と不快表明因子は心理的攻撃である。長澤・齊藤 (2013) によれば怒り感情の喚起因は身体的、物理的被害などの身体的攻撃によるものはわずかであるという。一般社会では身体的攻撃を受ける機会はごくまれであり体験そのものが乏しいが、精神科の看護の場面では実際に身体的な攻撃を受けることも多い(大迫他 2005)。看護師という職務上の怒り感情の喚起因については身体的攻撃を含めた検討が求められる。

出来事と怒り感情の間にある認知 (Belief) には「敵意」がある (安藤 他 1999)。 敵意は「他者に対する否定的な信念・態度」とされ、怒り感情と同様に必ずしも攻撃を伴わないものである (安藤 他 1999)。また、特に怒り感情に関連する認知としてパラノイド (Paranoid: PA) 傾向が知られている。PA傾向とは「個人に対して悪意を感じやすい、つまり敵意的な帰属をしやすい傾向 (後藤・倉戸 1997, 久場 2005)」のことで、健常者も持つ人格特性(滝村 1991)の一つと考えられている。

患者の攻撃に対する看護師の態度は、患者のケアの方針にも意味を持ち、看護師の態度は患者の 退院後の予後や、患者の行動制限の使用にも影 響する(野田他2014)。野田他(2014)によれば、 患者の攻撃への看護師の態度には、否定的に認識 するネガティブ、攻撃を治療転機に利用し、患者 の弱い立場への共感が反映されるポジティブの2 因子がある。攻撃に対する態度はネガティブとポ ジティブに2極化するものではなく、ネガティブ な態度とポジティブな態度は混在するものと捉え られている。しかし怒り感情が看護師の態度にど のように影響するのかは明らかではない。

よって本研究では、精神科看護師自身が持つ認知傾向、患者からの攻撃を受けた時(以下、怒り感情喚起場面とする)の看護師の怒り感情の強さ、そして患者の攻撃に対する看護師の態度の関係を検討することを目的とした。怒り感情喚起場面から看護師の感情の程度を踏まえた生起と態度までの一連の流れを検証することは、看護師の感情コントロールのためにも意義がある。

尚、怒り感情喚起場面は、直接ケアを行う役職をもたない看護師(英語ではstaff nurseと呼ばれるため以降スタッフナースとする)が経験しやすいと考えられる。このため本研究では対象をスタッフナースとして検討した。

#### 2. 概念枠組み

本研究では上述の背景を元に認知傾向、怒り感情喚起場面でのスタッフナースの怒りの強さの程度、攻撃へのスタッフナースの態度に焦点を当てて以下のように仮定した(図1)。

怒り感情に関連した認知傾向には、敵意と、PA傾向として猜疑心と被差別感 (滝村 1991) の3 つの認知がある。その3 つを観測変数、認知傾向を潜在変数として仮定した。これらの認知傾向の高いものは、患者からの意図的加害因子、不快表明因子といった心理的攻撃 (長澤・齊藤 2013) や、身体的攻撃 (大迫他 2005)を受けた際に、怒り感情を強く持つことが推察された。また経験が浅いほど攻撃を受けやすい (Mason and Chandley 1999) と言われている。経験年数が浅ければ患者から攻撃を受けやすく、怒り感情が強くなると仮定した。そこで年齢と精神科スタッフナースとしての経験年数は、怒り感情の観測変数として概念モデルに含めた。

怒り感情は、敵意、猜疑心、被差別感というネ ガティブな認知傾向により生じていると推測する

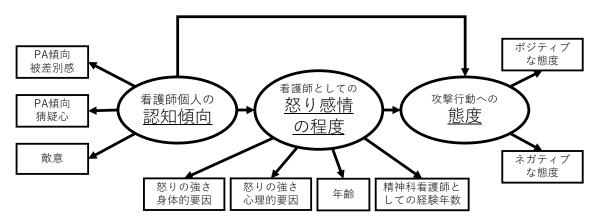


図1. 概念モデル

ことから、怒り感情が高いほど攻撃へのネガティブな態度に関連すると仮定した。一方でポジティブな態度は、患者の攻撃は自身を守るための必死な態度表出であり、患者の抱える問題解決の糸口になると捉える態度である。つまり、患者の攻撃を治療・看護ケアの対象として捉えることで怒り感情を低くするものであり、怒り感情が低い方がポジティブな態度をとると仮定した。以上のことから図1のような過程を想定した。

尚、一般的に怒り感情に性差はないと言われている(湯川 2008) ことから、観測変数に性別は含めなかった。

#### 3. 対象と方法

# 3.1 調査対象

対象は平成27年から平成28年に全国の12の精神科病院、及び日本精神科看護協会主催で開催された研修全25回の参加者682名のうちの准看護師や看護補助者を含まないスタッフナースであった。この研修は全国各地で開催され、男性が女性の2倍程度で、スタッフナースが多く参加する特徴があった。

本研究の対象であるスタッフナースから得られた回答は486名であった。このうち年齢、性別、精神科スタッフナースとしての経験年数、各尺度のうちどれか一つでも未回答解答あるいは判定不可能な回答があるものはすべて分析から除外した。

#### 3.2 調査方法

研修参加者に対して研修開始前に自記式の質問 紙調査の説明を書面にて行い、研修内容が結果に 影響しないように研修開始前に回答してもらった。 回収は提出の結果が研修そのものに不利益を与えないことを保証するため研修終了後に行った。

# 3.3 調査項目の作成

調査項目は、基本属性(性別、年齢、精神科ス タッフナースとしての経験年数)に加え、スタッ フナースの認知傾向(敵意、PA傾向)、患者から の怒り感情喚起場面におけるスタッフナースの怒 りの強さの程度、患者の攻撃に対するスタッフ ナースの態度を含めた全63項目であった。各尺 度は信頼性、妥当性の検証はされているが、因子 的妥当性を検証するため探索的因子分析と、尺度 全体及び各因子のCronbachのα係数を求め尺度 の信頼性を確認した。野田他(2014)に従い、主 因子法、回転なしで固有値の変化を確認後、最尤 法、Promax回転を行い因子構造の確認を行った。 下位項目を部分的に使用した尺度については1因 子ごとに最尤法、回転なしで分析し1因子構造で あるかを確認した。因子数の決定には、固有値1 以上の基準、スクリー法を確認しながらも、解釈 可能性を考慮した(宮本・宇井 2014)。

#### 〈怒り感情喚起場面での怒りの強さ〉

怒り感情喚起場面でのスタッフナースの怒りの強さは、患者からの言動、行動(攻撃)によって、どのくらい怒りを感じるかを聞くものである。本研究では長澤・齋藤(2011)の調査と看護場面で受ける攻撃(大迫他2005)を基に、独自に作成した合計16項目とした。各々の攻撃を患者から受けたときに感じる怒りの程度を「全く感じない:1点」から「非常に強く感じる:7点」までの7件法で回答を求めた。

因子的妥当性を検証するために、怒り感情喚起

場面での怒りの強さの16項目について固有値の 変化を見たところ8.53、1.88、1.00、0.61であっ た。2因子と3因子ぞれぞれで因子分析を行った ところ、3因子では複数因子に対して因子負荷量 が0.3以上ある項目があり、2因子構造の方が妥 当と考えられた。このため2因子に固定して探索 的因子分析を行った。第1因子は「にらまれる」、 「馬鹿にされる」などの意図的加害因子と不快表明 因子を含む12項目で、「非身体的要因による怒り」 と命名した。また第2因子は「たたかれる」や「か まれる」などの4項目で「身体的要因による怒り」 とした(表1)。全項目での信頼性を示すCronbach 身体的要因による怒りは $\alpha = 0.92$ と高い信頼性を 示した。怒りの強さの程度は、自尊感情を下げら れるような非身体的攻撃、身体的攻撃で高かった。 〈スタッフナース自身の認知傾向〉

怒り感情を喚起する認知傾向のうち、敵意については、Buss-Perry攻撃性質問紙日本語版(Buss-Perry Aggression Questionnaire, BAQ; 安藤 他1999) のうち、「敵意」の6項目を使用した。敵意とは他者に対する否定的な信念・態度である。BAQの下位項目は他に「短気」「身体的攻撃」「言語的攻撃」がある。「全く当てはまらない:1点」から「非常によくあてはまる:5点」までの5件法で

回答を求めるもので一般化され広く使用されている。逆転項目を反転後下位尺度ごとに合計し得点を求め、得点が高いほうが敵意傾向が強いことを示す。

BAQの敵意について、因子的妥当性の検証のために固有値の変化を見たところ、2.18、1.17、0.75、0.66であった。2因子での負荷量を確認したところ不適解となった。1因子に固定し分析したところ、負荷量は「私を苦しめようと思っている人はいない」が0.21、「人から馬鹿にされたり、いじわるされたと感じたことはほとんどない」が0.29で0.3未満の負荷量を示した。Cronbachの  $\alpha$ 係数は0.62であったが、原版でも  $\alpha$  = 0.72(安藤他1999)と高いとは言えないものであった。BAQは構造が強固な尺度として広く使われていることと項目の内容から、解釈可能性を考慮しそのままの6項目1因子として使用することが妥当であると判断した。

怒り感情を喚起する認知傾向のうち、PA傾向としてパラノイド質問紙 (PA尺度) のうち対人関係上の猜疑心を測定する「対人猜疑心」18項目、被差別感を測定する「仲間はずれ」5項目を使用した。PA尺度は大学生での研究で使用され、下位尺度は他に「社会的猜疑心」「家庭への不満」「教師への反発」「近隣での孤独感」がある。本研究で

表1. 怒り感情喚起場面での怒りの強さに関する調査項目の平均値と標準偏差および因子分析

(N=336)

	因·	子	
	非身体的	身体的	$m\pm SD$
睨まれる	0.83	-0.06	3.46±1.46
提案指示したことを拒否される	0.83	-0.18	3.26±1.34
馬鹿にするようなことを言われる	0.80	0.04	4.00±1.55
あなたの言い方で腹が立ったといわれる	0.79	-0.06	3.63±1.42
あなたがしたことで嫌な気持ちがしたといわれる	0.75	-0.05	3.35±1.45
嫌味を言われる	0.74	-0.02	3.65±1.52
できないようなことをしろと言われる	0.73	0.07	3.94±1.56
面と向かって悪口を言われる	0.70	0.14	3.90±1.59
怒鳴られる	0.64	0.19	3.97±1.46
あなたが仕事していないといわれる	0.62	0.02	$3.54\pm1.66$
無視される	0.60	0.04	3.29±1.52
大声で威嚇される	0.58	0.26	4.01±1.63
唾をかけられそうになる	-0.08	0.91	4.89±1.70
かまれる	-0.12	0.89	4.59±1.83
物を投げつけられる	0.08	0.86	4.73±1.68
叩かれたり蹴られそうになる	0.08	0.85	4.64±1.66

註1) 因子分析(最尤法, promax回転)

は、患者からの怒りを喚起される場面で直接介入 する際に影響を受ける項目として、猜疑心は対人 猜疑心因子、被差別感は仲間はずれ因子を検討項 目とした。対人猜疑心は他者に対して抱く持続的 で一貫した不信感、疑惑感を抱き、相手の言動に 示される態度を素直に受け入れず、常に警戒して 他者と接するという態度を示す。仲間はずれは、 仲間からの迫害・軽視に対する被差別感と寂しさ からの逃避願望を表す。質問項目は「友達から仲 間はずれにされる」というように「友達」を対象に するものであったが、職場でのスタッフナース自 身の認知傾向を聴取するため、本研究では「職場 の人」とし職場での仲間はずれ意識を聞くものと した。各「全く当てはまらない」を1点、「とても よく当てはまる」を5点とする5件法で得点が高 いほうが傾向が強いことを示す。

PA尺度については下位項目ごとに因子分析をした。対人猜疑心の固有値の変化は7.26、1.26、1.07、0.99であった。スクリー基準からも1因子構造と考えられ、1因子に固定し最尤法で因子分析を行ったところ全ての項目の因子負荷量が0.4以上であり1因子構造が妥当と考えられた。仲間はずれの固有値の変化も3.23、0.86、0.54で1因子構造が妥当と考えられた。Cronbachのα係数は対人猜疑心0.91、仲間はずれ0.85であった。

# 〈患者の攻撃に対するスタッフナースの態度〉

攻撃に対する態度としては野田 他(2014)がNakahira et al(2009)をもとに検証した攻撃に対する態度尺度(Attitude Toward Aggression Scale: ATAS)を用いた。これは患者の攻撃に対してどういう態度を示すかというスタッフナースの態度であり「非常に反対:1点」から「非常に賛成:5点」で、全18項目からなる。Nakahira et al(2009)のものがNegative、Positive、Communicativeの3因子構造であるのに対し、野田 他(2014)は、ネガティブ因子(13項目)、ポジティブ因子(5項目)の2因子構造としている。いずれの項目についても、下位項目ごとの合計得点を算出し、得点が高いほどその態度が強いことを示す。

ATASについて固有値の変化を見たところ5.95、2.27、1.20、0.99であった。次に因子数を2因子と3因子で比較したところ、3因子の場合で複数因子に高い負荷量を示す項目があったため野田

他 (2014) と同様2因子とした。因子名も同様に第 1因子が「看護師がその患者を別の視点から見るのに役立つ」というような5項目を含むポジティブ因子とした。第2因子は「不快でうんざりする行動だ」などを含む13項目でネガティブ因子とした。また、信頼性を示す Cronbachの  $\alpha$  は、ポジティブ 0.64 ( $\alpha$  = 0.71; 野田 他 2014)、ネガティブ 0.89 ( $\alpha$  = 0.89; 野田 他 2014) であった。ポジティブの  $\alpha$  が低かったが、野田 他 (2014) でも低い傾向であり、項目の因子的妥当性の観点からは妥当と考え 18項目のまま分析を行う事とした。

# 3.4 データの分析方法

調査項目について、分析対象者の性質を確認するために記述統計を用いて分析を行った。

因子間の相関をPearsonの相関係数を算出した。 相関係数は0.2以上を弱い相関があるとした。

その後、共分散構造解析(Structural Equation Modeling: SEM) を用いて因果関係を検討した。 SEMは複数の構成概念間の関係を検証するもの で、概念モデルにより作成したモデルの当ては まりを評価することができるものである(尾崎 2003)。SEMでは概念モデルを軸にしつつも、モ デルの当てはまりよさなどを検討し試行を重ね た。SEMのモデルの適合度の指標はComparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) が0.9 以上であること、Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardised Root Mean Square Residual (SRMR) が0.05以下とな ることを基準に検討した。また、モデル同士の比 較では、Akaike Information Criterion (AIC) を 用い、値がより小さいものを因果モデルとした。

分析にはSPSS ver. 24.0 (日本IBM、東京) 及 びAmos ver. 24.0 (日本IBM、東京)を用いた。

# 3.5 倫理的配慮

研修の参加者に対し説明文、同意書、質問紙を渡し口頭で説明の上回答を求めた。調査は任意であり、無記名であり発表時にも個人が特定されないこと、提出後は識別ができないために取り下げができないこと、データの管理は厳重に管理されること等を説明した。また所要時間は5分程度であり心理的苦痛は伴わないこと、提出しなくても研修会への影響がないこと、結果を学会等で公表

することを説明した。直接回収し、回答はセキュリティー対策を施したコンピュータに入力して統計的に処理した。紙媒体は5年間保存とした。本研究は信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て行った(承認番号3617)。

# 4. 結果

#### 4.1 記述統計

回答のうち、男性215名女性121名の合計336 名(有効回答数69.1%)が分析の対象となった。平 均年齢(平均 ± 標準偏差)は全体で34.93 ± 8.30歳、 経験年数は8.20 ± 6.03年であった(表2)。

# 4.2 各尺度間の相関

各項目間の相関を算出した(表3)。

年齢と経験年数は、年齢と経験年数間以外の他のどの項目とも相関が認められなかった。

認知傾向は、敵意と対人猜疑心 (r = 0.47, p < 0.001)、敵意と仲間はずれ (r = 0.50, p < 0.001)、対人猜疑心と仲間はずれ (r = 0.45, p < 0.001)で正の相関を示した。

非身体的要因による怒りは、対人猜疑心との間に弱い正の相関が認められ (r=0.20, p<0.001)、対人猜疑心の強い方が怒りが強い傾向にあった。非身体要因による怒りはATASのネガティブとも弱い正の相関が認められた (r=0.32, p<0.001)。ATASのネガティブは、身体的要因による怒りとも弱い正の相関が認められ (r=0.30, p<0.001)、身体的要因、非身体的要因のどちらも怒りの強さが強いほど、攻撃に対する態度は否定的であった。

# 4.3 SEMによる検討

各因子の相関を考慮しつつ概念モデルに基づいてパスを引いてSEMを試みた。概念モデル(図1)に従いパスを引いたところ、怒り感情のパス

表 2. 精神科スタッフナースの属性と各因子の得点範囲

		全体 (N=336)				
		n	(%)	$m\pm SD$	(得点範囲)	
性別	男性	215	64.0			
	女性	121	36.0			
年齢				34.93±8.30	(22~59)	
経験年数				8.20±6.03	(1~37)	
BAQ	敵意			16.07±3.25	(6~28)	
PA尺度	対人猜疑心			47.51±10.15	(18~77)	
	仲間はずれ			9.84±3.32	(5~20)	
怒り感情の強さ	非身体的要因			44.25±14.07	(12~85)	
	身体的要因			18.85±6.20	(4~28)	
ATAS	ネガティブ			42.95±7.98	(14~60)	
	ポジティブ			16.77±3.25	(7~25)	

註1) BAQ: Buss-Perry Aggression Questionnaire、PA尺度: Paranoid尺度、ATAS: Attitude Toward Aggression Scale

表3. 精神科スタッフナースの怒り感情喚起に関連する因子間の相関係数

		基本	属性	BAQ	PA	尺度	怒りの	強さ	Α٦	CAS
	•	年齢	経験年数	敵意	対人 猫疑心	仲間はずれ	非身体的 要因	身体的 要因	ポジティブ	ネガティブ
基本属性	年齢	1	0.59 **	-0.04	-0.05	0.07	-0.10	-0.07	-0.08	-0.08
	経験年数		1	0.04	0.02	0.09	-0.04	-0.01	-0.07	-0.02
BAQ	敵意			1	0.47 **	0.50 **	0.19 **	0.05	0.06	0.12 *
PA尺度	対人猜疑心				1	0.45 **	0.20 **	0.11 *	-0.01	0.19 **
	仲間はずれ					1	0.19 **	-0.01	0.01	0.08
怒りの強さ	非身体的要因						1	0.59 **	-0.04	0.32 **
	身体的要因							1	-0.06	0.30 **
ATAS	ポジティブ								1	-0.06
	ネガティブ									1

註1) Pearsonの相関係数

註2) \* p<0.05 \*\* p<0.01

註3) BAQ: Buss-Perry攻撃性質問紙 PA尺度: Paranoid尺度 ATAS:攻撃に対する看護者の態度

係数 (標準化推定値:β) は、怒り感情から年齢 (β = -0.08)、精神科スタッフナースとしての経験年 数 (β = -0.12)、ATAS ポジティブ (β = 0.08) で低 く、看護師個人の認知傾向から攻撃への態度 (β= -0.11) でも低い値であった。適合度は $\chi^2 = 173.920$ 、 df = 24, p = 0.000, GFI = 0.909, AGFI = 0.830, CFI = 0.728, RMSEA = 0.137, SRMR = 0.096, AIC = 215.920であり、AGFI、CFI、RMSEA、 SRMRは基準に満たないものであった。そこで、 年齢、経験年数を除いて分析を行ったところ、適 合度は $\chi^2$  = 21.386、df = 11、p = 0.030、GFI = 0.982, AGFI = 0.953, CFI = 0.975, RMSEA = 0.053、SRMR = 0.040、AIC = 55.386 であった(図 2)。このモデルではRMSEA値が0.05をやや上 回ったが、一般的に自由度が小さければRMSEA の値は大きくなることから(荘島 2003)、本研究 でも自由度の値がRMSEA値に影響したと考えら れた。その他の適合度については基準を満たすも のであった。よって図2のモデルが最も適当と考 えられた。尚、本研究では男女の性差はないもの として分析したが、念のため男女別に多母集団解 析も行いモデルに差のないことを確認した。

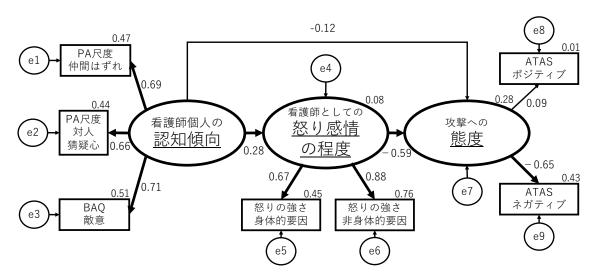
#### 5. 考察

本研究では336名の精神科スタッフナースを対象とした。平均年齢は34.9歳で新人からベテランまでが含まれており、精神科スタッフナースを代表する対象であった。

本研究の患者からの怒り感情喚起場面には、長澤・齋藤(2011)の因子の想定される一部と身体的攻撃を含めた。長澤・齊藤(2011)のように意図的加害因子と不快表明因子は独立した因子ではなく合わせて非身体的要因という因子として区別され、非身体的要因と比べると怒りの程度は高かった。精神看護の現場では日常あまり起こらない身体的攻撃を受けると、非身体的攻撃より強い怒りを感じることは、新たな知見であった。

本研究では経験が浅い方が攻撃を受けやすく怒り感情や態度に影響することを仮定したが、相関は認められなかった。畠山他(2016)の研究では暴言や暴力を受けた時に怒りを抱いたスタッフナースの比率は年代ごとで大きな差はないとしている。攻撃を受ける頻度については調査していないが、攻撃を受ける頻度と怒りの強さには関連がない可能性がある。今後精査が必要である。

PA傾向に関して本研究で使用した滝村(1991)のPA尺度の対人猜疑心と仲間はずれ、BAQの敵意は各々と正の相関を示した。さらにSEMにより精神科スタッフナースの怒り感情喚起場面での怒りの強さが、認知傾向に影響されることも示唆された。しかし認知から感情へのパス係数はβ=0.28と高い値とは言えなかった(図2)。これは本研究で測定した認知傾向がスタッフナース自身の個人特性なのに対し、怒り感情については対患者



註1) SEM:共分散構造分析

註2)PA尺度:Paranoid尺度、BAQ:Buss-Perry Aggression Questionnaire、ATAS:Attitude Toward Aggression Scale

図2. 精神科スタッフナースの怒り感情に関する因果モデル

に生じる限定的なものであった可能性がある。また、怒りの大きさには他の因子が影響しているとも考えられる。畠山他(2016)は患者に怒りを抱いたスタッフナースのうち、8割は怒りを抑制すると報告している。これには「怒ると患者との関係が悪化するから」「怒ると余計に面倒になるから」などの怒り感情を表出した場合の援助上の不利益を想定することによるものが報告されていた。つまり精神科スタッフナースの怒りの程度には、普段の認知傾向に加えて援助上の要素も含むと推測された。今後検討が必要な課題である。

患者の攻撃に対するスタッフナースの態度では ATASのポジティブはどの因子とも相関がなかった。これは因子としての信頼性の低さが影響した可能性がある。しかしポジティブは患者の攻撃を前向きにとらえようとする態度であり、スタッフナースが攻撃に対し肯定的に捉えケアしようとする態度をとれるならば重要な意味を持つ。Nakahira et al (2009) や野田他 (2014) が非拘束的な対応を選択する方がポジティブ得点が高いとしているように、ポジティブには他の態度も影響する可能性がある。ネガティブについて、大迫他 (2005) によれば被暴力体験のうち、経験の浅いうちに体験した暴力の印象が強い。例えば新人の頃のネガティブな体験等も影響を与えているとも推察される。今後検討が必要な課題である。

SEMでは怒り感情喚起場面でのスタッフナースの怒りの強さは、敵意や対人猜疑心、仲間はずれという認知傾向から直接の影響を受けて、スタッフナースが患者の攻撃に向けた否定的な態度に影響していた。図式は認知行動的には納得できるものであり(エリス・タフレイト 2004)、本モデルは臨床的にも了解できると考えられた。臨床場面でも個人の認知的特性が影響し、怒り喚起場面での怒りを大きくし、否定的な態度をとる可能性があるということは新しい知見である。怒り感情には、年齢、精神科スタッフナースとしての経験年数との関連はなかった。今後は怒り感情を下げるような攻撃の保護因子も検討し、攻撃への肯定的な態度の要因を検討する必要がある。

#### 6. 結論

本研究では以下の点が明らかになった。

- 1) 精神科スタッフナースの怒り感情喚起因となる患者の攻撃は、身体的と非身体的要因があり、身体的要因の方が強い怒り感情を生起した。
- 2) 精神科スタッフナースの怒り感情に影響する 個人の認知傾向は敵意や、対人猜疑心、仲間はずれを含んでいた。
- 3) 患者からの攻撃に対する精神科スタッフナー スのネガティブな態度は、個人の認知傾向 に影響されていた。
- 4) 患者からの攻撃に対するポジティブな態度、 年齢、精神科スタッフナースとしての経験 年数については本研究の他因子との関連が 示されなかった。

# 7. 研究の限界

本研究でのデータは研修参加前に収集された。 集団の性質が歪んでいないことについては検討したがなお研修に参加しようとする姿勢などが影響した可能性が否定できないことは本研究の限界である。また、本研究で使用した尺度のうちATASのポジティブとBAQの敵意の信頼性係数が低かったことについてはさらに検討の必要がある。本研究は、研究協力時点で患者からの攻撃への怒りの強さを聴取しており、思い出しバイアスが考えられることも本研究の限界である。今後は全国郵送での調査やより妥当性のある尺度の使用なども検討する必要があると考えられた。

# 利益相反

本研究に利益相反は存在しない。本研究は平成27年度科学研究費補助金基盤研究(C)の助成を受けた研究の一部である(課題番号15K11790)。

#### 引用文献

安藤明人, 曽我祥子, 山崎勝之 他 (1999). 日本版 Buss-Perry 攻撃性質問紙 (BAQ) の作成と妥当性、信頼性の検討. 心理学研究 70(5), 384-392. DOI: 10.4992/jipsy.70.384

アルバート・エリス, レイモンド・C. タフレイト (2004). 野口京子(訳). 怒りをコントロールできる

人、できない人: 理性感情行動療法 (REBT) による怒りの解決. pp34-41. 金子書房、東京.

Foster C, Bowers L and Nijman H (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. J Adv Nurs 58(2), 140-149.

後藤雄一朗, 倉戸ヨシヤ(1997). パラノイド認知 と原因情報が欲求不満事態の怒りと攻撃に及ぼす 影響. 大阪市立大学生活科学部紀要45, 139-148.

畠山朋子, 佐々木久長, 米山奈奈子(2016). 看護師の患者対応場面での怒り発生とその後の行動. 秋田大学保健学専攻紀要24(1), 41-51.

久場美南子(2005). パラノイド傾向が怒りに及ぼ す影響について. 心理相談センター年報1,37-46.

バーバラ・クラーエ(2004). 秦一士, 湯川進太郎(編訳). 攻撃の心理学. 北大路書房, 京都.

Mason T and Chandly M (1999). Managing Violence and Aggression: A Manual for Nurses and Health Care Workers. Churchill Livingstone, London.

宮本聡介, 宇井美代子(2014). 質問紙調査と心理 測定尺度: 計画から実施・解析まで. サイエンス社, 東京.

長澤里絵, 齊藤勇(2011). 怒りの感情生起と個人 特性の関係についての実証的研究: 否定感情表明 と自己愛的甘えに焦点をあてて. 立正大学心理学 研究年報2,61-71.

長澤里絵, 斎藤勇(2013). 大学生における怒り経験とその規範逸脱性についての検討. 立正大学心理学年報4,73-83.

Nakahira M, Moyle W, Creedy D et al (2009). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. J Clinical Nursing 18(6), 807-816. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x.

野田寿恵, 佐藤真希子, 杉山直也 他(2014). 精神 科看護師がいだく入院患者の攻撃性への態度と対 処手法への臨床姿勢の関連. 精神医学56(7), 601607.

大迫充江,鍋田芳子,瀬野佳代 他(2005). 精神科 看護師が患者から受ける暴力とサポートの実態: 精神科看護師へのアンケートによる量的研究. 日 本看護学会論文集:看護管理35,336-338.

尾崎幸謙(2003). SEMとは何か. 豊田秀樹(編), 共分散構造分析 [疑問編] -構造方程式モデリング -, p1. 朝倉書店, 東京.

鮫島隆晃, 岡本呉賦(2016). 精神科病院における 暴力行為の実態調査: 精神科医療安全士の導入に 向けて. 精神科治療学31(11), 1465-1469.

下里誠二, 木下愛未(2016). 心理社会的治療 暴力リスクの把握と対応 包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) から. 精神科治療学31(増刊), 225-229.

荘島宏二郎(2003). RMSEAが悪いんですけど. 豊田秀樹(編), 共分散構造分析 [疑問編] -構造方程式モデリング-, pp130-131. 朝倉書店, 東京.

滝村美保子(1991). パラノイド傾向と攻撃 −パラ ノイド質問紙作成の試み及びパラノイド傾向と非 行との関連性の検討-. 応用社会学研究1,61-79.

湯川進太郎(2008). 怒りの心理学 -怒りとうまく つきあうための理論と方法-. 有斐閣, 東京.

# 著者連絡先

〒390-8621

長野県松本市旭3-1-1

信州大学 学術研究院 保健学系看護学専攻 広域看護学領域 (精神看護学)

木下 愛未

akinoshi@shinshu-u.ac.jp

# 日本の看護ケアにおける宗教的配慮の現状に関する実態調査

A survey on the current state of special consideration for religion in japanese nursing

#### 甲斐 ゆりあ Yuria Kai

福岡赤十字病院 Japanese Red Cross Fukuoka Hospital

#### 安藤 敬子 Takako Andou

大分大学 医学部 看護学科 Oita University, Faculty of Medicine, School of Nursing

# 清村 紀子 Noriko Kiyomura

大分大学 医学部 看護学科 Oita University, Faculty of Medicine, School of Nursing

2018年5月18日投稿, 2018年12月17日受理

#### 要旨

本研究においては、日本の病院における宗教的配慮に関する実態を明らかにすることを目的にWebアンケート調査を実施した。 災害拠点病院から2段抽出法で94施設を選択し、このうち有効回答の得られた13施設を分析対象とした。調査において、全世界 の人口の約7割を占める3大宗教であるキリスト教・イスラム教・ヒンドゥー教において宗教的配慮を必要とする22項目について の認識と実施について回答を求めた。加えて、各病院独自の宗教的配慮についての自由記載を求めた。結果、宗教的配慮を必要 とする22項目についての認識は高く、特別な食事を必要とする宗教に対する食事の提供は6割以上の施設で実施されているものの、 礼拝のための環境整備といった物理的環境の確保は2割~5割と差が認められた。グローバル化が進む中、多様な価値観や宗教 を持つ人々に対してそれらを踏まえた看護ケアを行っていくためには、より多くの病院で具体的な看護ケアについて検討されていく ことが期待される。

#### Abstract

The purpose of this study was to clarify the current state of special consideration for religion in Japanese hospitals using an online survey. Ninety-four disaster hospitals were selected by two-stage sampling, and we analyzed the 13 hospitals from which valid responses were received. The survey consisted of questions about awareness and implementation of 22 items requiring special consideration for religion in Christianity, Islam, and Hinduism—three major religions that make up about 70% of the world's population. It also included an open-ended question in which hospitals were asked to write about their own special consideration for religion. The results showed high awareness among hospitals of the 22 items requiring special consideration for religion. More than 60% of the hospitals provided special religious meals, but the percentage of hospitals equipped with areas such as prayer rooms ranged from 20% to 50%. As globalization advances, in order to provide nursing care for people with diverse values and religions, we hope that more hospitals will consider implementing specific measures to address their needs.

# キーワード

宗教、看護ケア、日本

# Key words

religion, nursing care, Japan

#### 1. はじめに

日本人の57%が無宗教であるという報告がある (Pew Research Center http://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-unaffiliated/ 最終閲覧日:2018年8月11日)。一方で、三社参りやお墓参りといった古くからの習慣や、クリスマスを1年の中での1つの行事として楽しんだりと、宗教観という観点から、一神教を

基調とする欧米人と生活の中に異なる宗教が混在する日本人では、宗教の受け止め方や宗教を基にした生活様式などに関する価値観が大きく異なる。一方、平成19年より施行された観光立国推進基本法によって、訪日外客数が年々増加傾向にある(日本政府観光局 https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/marketingdata\_outbound.pdf 最終閲覧日:2018年5月11日)。また、在留外国人の数

も、平成24年から右肩上がりで増加し平成29 年度末には256万人と過去最高となった(法務省 http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04\_00073.html 最終閲覧日: 2018年5月11日)。在留及び訪日外国人の増加に比例し、医療機関を受診する外国人も増加しており、小笠原ら(2014)の調査では、A大学病院の看護師の7割が言語や文化の異なる患者、家族への対応経験があると報告している。しかし、小川ら(2014)の臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度の調査では、看護師が宗教的な問題についてほとんど体験していないことについて述べられている。

また、外国人が日本の医療機関を受診すると き、濱井ら(2017)は、言語的なコミュニケーショ ン不足が受診した外国人に対し医療安全を脅かす ことのリスクについて感じており、さらに寺岡ら (2017) は、言語だけではなく、宗教的背景や患 者の文化的背景が医療者に注目されていないこと を指摘している。また、2020年の東京オリンピッ ク開催や法務省の調査結果からも在留外国人の増 加は既に現実であり、これについて久保ら(2014) も述べている通り、外国人患者受け入れに係る看 護体制の整備については急務であると考えられる。 そこで、外国人を受け入れる日本の医療体制に ついて、施設の設備や環境の側面、看護師の行う 看護ケアの実態を把握し、今後、どの様な活動や 整備が必要であるのかについて検討する必要があ ると考えられる。

# 2. 研究目的

本研究は、日本の医療機関における宗教的配慮を踏まえた環境や施設の整備、看護ケアの実態について明らかにし、今後の医療機関における宗教的配慮や看護ケアを充実していくための示唆を得ることを目的とした。

# 3. 研究方法

#### 3.1 用語の操作上の定義

宗教的配慮:信仰する宗教において守らなければならない規律や習慣、禁止事項などを対象がいつも通りに遂行できるよう心を配ること。

#### 3.2 調査対象者

平成29年7月10日現在、「広域災害救急医療情報システム」に掲載されている災害拠点病院の中から二段抽出法を用いて、首都圏の81施設、地方A県の13施設の計94施設を抽出した。この94施設を調査依頼施設とし、各施設の看護責任者を調査対象者とした。

# 3.3 方法

調査対象者宛に、研究に関する依頼文・説明書と共にWebアンケートのURLを郵送し、Web上のアンケートフォームから回答・送信を求めた。調査期間は平成29年8月18日から9月10日とし、首都圏の21施設、地方A県の1施設の計22施設から回答を得た。地方A県からの回答は1施設のみであったことから、分析対象は首都圏の施設のみに限定し、有効回答の得られた18施設(回収率23.4%、有効回答率19.1%)とした。

# 3.4 調査内容

調査内容は、全世界の人口の約7割を占める3 大宗教であるキリスト教・イスラム教・ヒンドゥー教(茂木2015)に限定した。

調査内容は、以下の3つの大項目とその下位項目から成る。

#### i) 属性

- ii) キリスト教徒・イスラム教徒・ヒンドゥー教徒に対して宗教的配慮への認識および宗教的配慮の実施の有無について、宗教に関する文献(茂木 2015、大下 2005、月本 2016、山下 2004) から22項目を抽出した。各宗教に関する具体的質問内容および回答方法は、表1に示す。
- iii) 設問項目以外で施設独自で行っている宗教 的配慮についての自由記載

#### 3.5 分析方法

得られた結果は、宗教的配慮の認識・実施について「あり」「なし」等で答える項目については記述統計量で、自由記述は記述内容のまま、意味を読み取った。

# 3.6 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言(2013年ブラジル改訂)を遵守し、研究者らの所属する大学の倫理委員会より承認を得て実施した(承認番号:1277)。

#### 表1. 質問紙の項目

1. 属性:病床数、病院の種類、病院の場所

2.宗教的配慮の実施の有無・宗教的配慮への認識:

a. キリスト教

認識:日曜日に礼拝に行くことを知っているか

実施:環境設備の有無・具体的に実施していること(自由記述)

亡くなられた際のケアの有無・具体的に実施していること (自由記述)

b. イスラム教

認識:1日5回の礼拝をすることを知っているか

菜食主義であることを知っているか

実施:環境設備が整っているか・具体的に実施していること(自由記述)

特別食の提供を行っているか・具体的に実施していること(自由記述) 亡くなられた際のケアがあるか・具体的に実施していること(自由記述)

c. ヒンドゥー教

認識:毎朝の沐浴を行い、その後に礼拝を行うことを知っているか

ハラームの食事について知っているか

実施:環境設備の有無・具体的に実施していること(自由記述)

特別食の提供の有無・具体的に実施していること(自由記述)

亡くなられた際のケアの有無、・具体的に実施していること(自由記述)

3. 病院独自で行っている宗教的配慮についての自由記述

報告すべき利益相反はない。

#### 4. 結果

# 4.1 宗教的配慮に対する認識と実施状況および宗 教的配慮の具体的内容

回答が得られた18施設の内訳は、特定機能病院14施設(77.8%)、一般病院や地域医療支援病院等のその他(22.2%)で、最小病床数は340床、最大病床数は900床であった。ただし、今回はその経営母体等については、回答を得ていない。

宗教に関する認識について表2に示す。ヒンドゥー教の沐浴と礼拝以外、調査対象の7割以上の施設が、礼拝や食事について知っていると答えた。宗教的配慮の実施について、キリスト教とヒンドゥー教に対する礼拝施設は、調査対象の2割強に整備されているのに対し、イスラム教では5割以上に整備されていた。また、食べ物に宗教的配慮を必要とするイスラム教・ヒンドゥー教については、いずれにも調査対象の6割以上が"提供している"と回答していた。亡くなられた際の看護ケアは、イスラム教の1件で実施されているだけで、それ以外は実施されていなかった。

宗教に関する認識や施設整備の有無だけでなく、実施している具体的内容について記述された 内容を表3に示す。全記述件数は28件であった。 内訳は、キリスト教に対して5件、イスラム教は15件、ヒンドゥー教は8件であった。環境や設備では、どの宗教でも「祈祷室」や「礼拝堂」設置はされていた。亡くなられた際の看護ケアの実施では、「宗教に配慮したケアの基準がない」とすべての宗教で答え、他に「該当者がいない」との回答があった。その他のケアでは、その宗教特有の配慮や意思や希望に応じた対応を行っていることが記述されていた。

#### 4.2 病院独自で行っている宗教的配慮

病院独自で行っている宗教的配慮の実施では、 16件の記載があり、内容により【祈祷】【食事】【そ の他】に整理し表4に示す。祈祷では、祈祷室の 設置以外に、牧師への依頼や礼拝のための外出が あった。食事では、代替え食を準備したり、持ち 込みを許可していた。また、宗教上の禁止食を排 除するなどの回答があった。その他として、宗教 上の儀礼や儀式を尊重し、できる限り対応する、 死亡時の対応や女性患者への対応など、配慮され ていることが記述されていた。

# 5. 考察

# 5.1 宗教的配慮を踏まえた看護ケアの実態

各宗教に関する認識について、対象者の7割以 上があると答えたものの、礼拝の環境は、2割程

表 2. 宗教的配慮に対する認識と実施状況

					(n=1
宗教				病院数	%
	認識	日曜礼拝について	知っている	15	83.4
	中心明集	口曜代けれてライ・C	知らない	3	16.6
キリスト教		礼拝の環境設備	ある	4	22.2
イッハ下鉄	実施	TL1十Vノ泉児以加	ない	14	77.8
	天旭	亡くなられた際の特別なケア	行っている	0	0.0
		L \ なり40に除り付別なグブ	行っていない	18	100.0
			知っている	14	77.8
		1日5回の礼拝について	知らない	3	16.6
	認識		無回答	1	5.6
		ハラームとなる食べ物について	知っている	17	94.5
		ハクームとなる良べ物について	知らない	1	5.5
イスラム教	実施	1 年の理応礼体	ある	9	50.0
		礼拝の環境設備	ない	9	50.0
		HTUA の担果	行っている	14	77.8
		特別食の提供	行っていない	4	22.2
		L. 2 & S. 1. 2. Blir on district & 2 and	行っている	1	5.5
		亡くなられた際の特別なケア	行っていない	17	94.5
		左和达沙 共在12017	知っている	2	11.1
	극지 중하	毎朝沐浴・礼拝について	知らない	16	88.9
	認識	サタンゲートファ 10-11-11-11	知っている	13	72.3
		菜食主義であることについて	知らない	5	27.7
		11-20 H 12 o val (2-10 b)	ある	5	27.8
ヒンドゥー教		沐浴・礼拝の環境設備	ない	13	72.2
	ctz+/c	杜叫魚の担供	行っている	12	66.6
	実施	特別食の提供	行っていない	6	33.4
		ナノムと しょ 欧 の肚田 ム レマ	行っている	0	0.0
		亡くなられた際の特別なケア	行っていない	18	100.0

表 3. 宗教的配慮実施の具体的内容と記載件数

宗教	質問項目	記載内容(記載件数)
	環境設備	「祈祷室がある」(3)
キリスト教	亡くなられた際のケア	「宗教に配慮したケアの基準がない」 (1)
(),,,,	その他のケア	「出棺の際、旅立ちの服を準備していただき、エンゼルケ アで家族に着方などを指示してもらいながら着せたこと がある」(1)
	環境設備	「祈祷室がある」 (7) 「礼拝堂がある」 (2)
	亡くなられた際のケア	「宗教に配慮したケアの基準がない」(1) 「該当者がまだないため不明」(1)
イスラム教	その他のケア	「女性患者は極力肌を見せずに済むように配慮する」(1) 「女性患者には女性看護師がつくように気を付ける」(1) 「意思・希望に応じた対応」(1) 「宗教に配慮したケアの基準がない」(1)
	環境設備	「祈祷室」(2) 「祈祷室やシャワー室を完備」(1) 「礼拝堂」(1) 「礼拝堂、沐浴場の設置」(1)
ヒンドゥー教	亡くなられた際のケア	「宗教に配慮したケアの基準がない」(1) 「該当者がまだないため不明」(1)
	その他のケア	「宗教に配慮したケアの基準がない」(1)

度の設置であったことから、環境や設備が整っているとは言えない状況であった(表2)。施設や環境については、経済的な理由や設置団体の設立理

念なども関係する可能性もあり、難しい問題でも ある。

実施の項目では、亡くなられた際の特別なケア

#### 表4. 病院独自で行っている宗教的配慮

#### 【祈祷について】

- ・キリスト教では、要望があれば、牧師にお祈りを依頼する
- 礼拝室がある
- ・病状が安定しており、医師の許可があれば礼拝のための外出は可能としている
- ・イスラム教徒の外来患者・入院患者が利用できる祈祷室がある

#### 【食事について】

- ・食事の提供に関して、可能な限りの聞き取りをし、代替食で可能なものは対応する
- ・ハラール食のような特別な場合は持ち込みを可能とする
- ・食事に関しても栄養科と相談しながら、禁止食材を排除して提供している
- ・食事は宗教上禁忌を選択できる

#### 【その他】

- ・緩和ケア病棟ではその方の宗教を尊重し患者・家族が大事にしている儀礼・儀式は出来うる範囲で対応する
- ・死亡時は、民族衣装を着せたいとの家族の要望に対応する
- ・宗教上のことについては患者・家族より求められた場合、一般病棟においても出来うる範囲で の対応を心がけている
- ・死亡時に宗教的儀式など要望があれば、場の提供等出来うる範囲で対応している
- ・「宗教および習慣に関する情報提供書」を使用し宗教・習慣・食べることが出来ない食物の有無、避けて欲しい治療の有無、その他避けて欲しいことの有無を確認している
- ・申し出がある場合、個別に出来うる範囲で対応する
- ・イスラム教では女性患者は極力肌を見せずに済むように配慮している
- ・イスラム教では女性患者には女性看護師がつくように気を付けている

について、イスラム教の1件を除き全ての施設で 実施されていないと答えられていた。その理由 は、「宗教に配慮したケアの基準がない」(表3) ことも一つの要因であろう。しかし、表3、表4 にみられる自由記述の内容からは、患者が信仰上 遵守すべき全ての事項を提供できなくとも、看護 師は可能な限りのケアを提供しようとしている姿 勢やその実際をうかがうことができる。たとえば、 "食事に関する聞き取り"や"礼拝のための外出の 許可""女性の患者には女性の看護師しかつけな い"などのフレキシブルな対応、あるいは"栄養 科と相談しながら"といった多職種と連携が含ま れていた。

また、終末期や死に関する考え方や儀式はその人にとって特に重要である。"その方の宗教を尊重し患者・家族が大事にしている礼儀・儀式はできうる範囲で対応する""死亡時は家族の要望に対応する""出棺の際、旅立ちの服を準備していただき、エンゼルケアで家族に着方などを指示してもらいながら着せた"などがあった。このような生活様式を整えようとする看護師たちの行動が、その人らしい生活行動を継続することを支援する

という看護師専門職の役割 (茂野 2016) を遂行していると言える。柏木・藤腹 (2000) は、信仰を持って死にのぞむ人は苦痛や不安、恐れの中にあっても生と死と未来をも包摂する人生を与えられたものとして生き、死後の世界へ希望をもって出発していくことができ、このことは残された家族にとっても最大のグリーフケアとなる、と述べている。実際に、死生観は宗教によっても異なる。人がどう生き、どう最期を迎えるか、多様性を認める社会を構築していく観点からも、宗教を信仰する人の価値観や信念などスピリチュアルな側面を理解しようとすることが、看護職に求められると考える。

今回、「亡くなられた際のケアの基準がない」ことが、どの宗教でも確認できた(表3)。久保ら(2014)の示唆すように、体制の整備や研修制度などの具体的解決策も必要であろう。今後、看護師も宗教上求められる基本的な事柄を理解しておくことは必要である。そのためにも施設での基準も必要であると考える。しかし、宗教上の戒律をどの程度遵守するかは、信仰の度合いによっても異なる。宗教や信仰だけでなく看護を受ける対象

が、何を求めているのか、という発想で宗教的な 生活様式や活動を理解し、援助していくことも必 要であると考える。

#### 5.2 宗教的背景を考慮した医療の必要性について

今回、調査の対象となった施設は首都圏で、300床以上の病院施設であったことから、外国人が多く受診していることが推測できる。その施設からの回答であったにもかかわらず、ハード面、ソフト面双方において充実しているとは言い難い状況であった。ダイバーシティの概念の推進の観点からも、宗教的な配慮について理解を深め、看護ケアの基準作成など、具体的な取り組みが今後さらに重要性が増していくものと考える。

#### 6. 本研究の限界

本調査での限界は、対象病院が300床以上の首都圏の18施設と限定的であり、首都圏における宗教に関する設備や看護についての特徴を確認できるものではなく、病院の経営母体等についての確認はできていないため、施設設立の宗教的背景などは確認できなかった。また、看護管理者を対象にしており、直接的に外国人への看護を実施している看護師の意見ではないため、直面する困難などが十分、把握できていない可能性がある。

# 7. おわりに

本研究は、現在の日本における宗教に配慮した 看護ケアの現状について実態を明らかにすること を目的とした。結果、宗教的配慮の認識はおおむ ね高かったものの、実施については十分であると は言えない。今後、グローバル化が進む中で、更 に宗教に配慮した看護ケアが検討されることが期 待される。

#### 謝辞

本調査にあたりご協力いただきました対象施設の看護責任者の皆様に心より感謝申し上げます。

# 引用文献

濱井妙子,永田文子,西川浩昭(2017). 全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査. 日本公衆衛生学会誌 64(11), 672-683. DOI: 10.11236/jph.64.11 672

柏木哲夫, 藤腹明子(2000). 系統看護学講座別巻

10. ターミナルケア第3版, p24. 医学書院, 東京.

久保陽子,高木幸子,野元由美 他(2014). 日本の 病院における救急外来での外国人患者への看護の 現状に関する調査. 厚生の指標 61(1), 17-25.

茂木誠(2015). 図説ゼロからわかる三大宗教の読 み方. 実務教育出版, 東京.

小笠原理恵,中村安秀,小笠原祐希子 他(2014). 大学病院における言語や文化の異なる患者・家族 対応の現状と課題~病院職員を対象とした質問紙 調査より~.日本渡航医学会誌8,26-30.

小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子 他(2014). 臨床 看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程 度. 日本看護倫理学会誌 6(1), 53-60.

大下大圓(2005). 癒し癒されるスピリチュアルケア. 医学書院, 東京.

茂野香おる(2016). 系統看護学講座 専門分野 I 基礎看護学 [1] 看護学概論 第16版. 医学書院, 東京.

寺岡三左子, 村中陽子(2017). 在日外国人が実感 した日本の医療における異文化体験の様相. 日本 看護科学会誌 37, 35-44. DOI: 10.5630/jans.37.35

月本昭男(2016). 超図解: 一番わかりやすいキリスト教入門. 東洋経済新報社, 東京.

山下博司(2004). ヒンドゥー教. 講談社, 東京.

# 著者連絡先

₹810-0015

福岡市中央区那の川2-8-7-203 日本赤十字社 福岡赤十字病院 甲斐 ゆりあ

orange.jam15@gmail.com