ISSN 1348-1177

自治医科大学看護学部紀要

Jichi Medical School Journal of Nursing

第 3 巻

2005

目　　次

原　著

へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割
－診療所看護職の活動の現状と認識から－
春山　早苗・鈴木久美子・佐藤　幸子・舟迫　　香
岸　恵美子・篠澤　倪子 …… 3

上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容とその支援
中村　美鈴・城戸　良弘 ……19

化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験する困難
水野　照美・村上　礼子・中村　美鈴・山本　洋子
塚越フミエ ……33

大規模教室での講義型授業に対する看護学生のニーズと授業評価
－プレゼンテーションソフトウェアを用いた心理学科目の受講生を対象として－
平田　乃美・渡邉　亮一 ……41

報　告

知識創造と看護実践できる学生を育てるためのSECIモデルに基づく基礎看護学技術演習効果の検討
大久保祐子・豊田　省子・里光やよい・亀田　真美
角田こずえ・田口ヨウ子・野中　　靜 ……51

看護におけるコミュニケーション－基礎看護学実習レポートの分析－
里光やよい・田口ヨウ子・豊田　省子・亀田　真美
角田こずえ・大久保祐子・野中　　靜 ……67

保健福祉行政サービスに関わる保健師が発揮している看護の機能
岸　恵美子・神山　幸枝・鱒渕　清子・柿沼　澄子
佐竹由佳子・青山　初枝・伊沢佐登美・矢野　弥生
吉井　由美・今里　澄江・川崎　光子 ……85

精神看護学実習前後における精神看護に対する実践意欲の変化
関　　澄子・永井　優子・西岡　和代・日向　朝子 ……99

栃木県の保育所における母乳育児支援の実態
－母乳育児支援に関する基礎教育受講の有無が保育に与える影響に焦点をあてて－
岡本美香子・大原　良子・曽我部美恵子・橋本かおり
成田　　伸・遠藤　恵子・三澤　寿美・川﨑佳代子　…109

オーストラリアのルーラル看護・遠隔地看護のわが国における応用の可能性について
大原　良子・成田　　伸・岡本美香子・野口美和子　…127

投稿規程 ……139

編集後記 ……141

原　著

へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割
―診療所看護職の活動の現状と認識から―

春山早苗，鈴木久美子，佐藤幸子，舟迫　香，岸恵美子，篠澤俔子

要旨：へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割を検討することを目的に，全国のへき地診療所924施設を対象に，へき地診療所看護職の健康危機管理に関わる活動経験と健康危機管理体制に対する認識等を調べた。その結果，明らかになったへき地診療所看護職の健康危機管理に関わる活動の現状等から，へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割として，防災マニュアル等を周知し，へき地診療所看護職の健康危機管理の意識を高めること，地域の健康危機管理についてへき地診療所看護職が話し合ったり，考えたりする場や機会づくり，健康危機発生時地域住民と共に診療所看護職が対応できる体制づくりが示唆された。

キーワード：健康危機管理，へき地，保健所保健師，看護活動

Ⅰ．はじめに

厚生労働省から出された「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」[1]では，地域住民が安心して暮らせるように，地域における健康危機管理体制を確保することが重要であり，地域保健の専門的，技術的かつ広域的拠点である保健所は，地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化を図ることの必要性が示されている。地域の健康危機管理において，保健所保健師が看護専門職として，いかに機能を発揮するかということは重要である。その機能・役割は，住民および関係者との関係形成を基盤とする実態把握，ニーズに基づいた個別対応，ならびに事業の企画・実施，被害者を含む関係者との連携体制づくりに特徴があること[2]，保健師の対人援助者としての機能・役割を活かした健康危機管理への対応の重要性が示唆されている[3]。

一方，へき地においては，医療施設が乏しく，健康危機発生時におけるへき地診療所やへき地医療拠点病院群の役割は大きいと考える。へき地を管轄する保健所保健師は，これら医療施設看護職の健康危機管理体制における役割を明確にし，へき地を有する市町村の保健師と共にその地域の健康危機管理体制を整えていく必要があると考える。しかしながら，これまでへき地における看護活動に関する研究そのものが少なく[4, 5]，加えて，へき地診療所看護職の健康危機管理に関わる活動の現状や看護職の認識，ならびにへき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割は明らかになっていない。

本研究の目的は，へき地診療所看護職の健康危機管理に関わる活動経験と健康危機管理体制に対する認識等を調べ，へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割を検討することである。

Ⅱ．研究方法

1．用語の定義

地域の健康危機：多数の住民の生命・健康・生活の安全と安寧が脅かされ，公衆衛生的な対応が必要とされる事故。

2．調査対象

第9次へき地保健医療計画に基づくへき地保健

自治医科大学 看護学部 地域看護学

医療対策実施要綱で定められた全国の「へき地診療所」（設置基準を表1に示す）のうち，巡回および出張形態をとる診療所，歯科診療所を除いた全診療所924施設に勤務する看護職（一診療所に看護職が複数いる場合には代表者）。

３．調査項目

１）健康危機事例の経験の有無と経験した事例の概要
２）健康危機事例経験時（最新の事例）の活動内容・診療所看護職に求められたこと・困ったこと
３）へき地診療所が設置されている市町村，または都道府県の健康危機管理体制について，説明を受けたり，話し合ったりしたことの有無
４）３）で説明を受けたり，話し合ったりした対象・契機・その内容
５）３）で説明を受けたり，話し合ったりした場合，健康危機管理体制における診療所看護職の役割の明確さ
６）町村保健師等他の保健医療福祉従事者との連携状況
７）健康危機事例が発生した場合，不安なことや困ること
８）健康危機事例が発生した場合，診療所看護職が果たすべきだと考える役割

４．調査方法

自記式質問紙による郵送留め置き法。調査期間は2003年12月～2004年１月。有効回収数は421票で，有効回収率は45.6％であった。調査対象の概要を表2に示す。

５．分析方法

１）３．調査項目の１）～５）からへき地診療所看護職の健康危機管理に関わる活動の現状を明らかにする。
２）３．調査項目の３）診療所看護職が健康危機管理体制について説明を受けたり，話し合ったりした経験の有無と６）町村保健師等他の保健医療福祉従事者との連携状況との関連を，統計的手法（χ^2検定）を用いて明らかにする。
３）上記１）と３．調査項目の７）からへき地の健康危機管理体制づくりにおいて，特に考慮すべきことを明らかにする。
４）上記１）～３）と３．調査項目８）から，へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割を明らかにする。

６．倫理面への配慮

調査の趣旨・目的，質問紙は無記名とし，個人が特定できるような表記はいかなる場合にも用いないことの約束，調査への協力は自由意思であることを強調した文書を質問紙と共に同封し，質問紙の返信をもって調査への協力の同意が得られたとみなした。

Ⅲ．研究結果

１．へき地診療所看護職の健康危機管理に関わる活動の現状

１）へき地診療所看護職の健康危機事例の経験（表3）

健康危機事例の経験を有するへき地診療所看護職は44名（10.5％）であった。経験された健康危機事例は自然災害に伴う健康被害が最も多く，17件（4.0％）であった。次いで，食中毒の集団発生が15件（3.6％）で，うち10件はキャンプや観光，合宿等の理由で当該地域を訪れた外来者の発症であった。さらに，感染症の集団発生が14件（3.3％）であった。飲食物や大気中への意図的な毒物の混入，散布事件について2件，爆発・火災・原子力・化学物質などによる事故について3件の回答があったが，この5件は事例の概要から本研究で定義している地域の健康危機事例にはあてはまらないと判断されたため除外した。廃棄物・処理場・工場などからの有害物質による汚染事例の経験を有するへき地診療所看護職はいなかった。その他には，当該地域の唯一の医療機関であるへき地診療所の医師が不在となり，当該地域の住民に健康危機をもたらす可能性がある常勤医の突然の入院等があった。

２）健康危機事例における診療所看護職の活動内容（表4）

健康危機事例経験時（複数の事例を経験している場合は最新の事例）の活動内容・診療所看護職に求められたこと・困ったことについて回答した者は35名であった。

感染症の集団発生において，へき地診療所看護職は診療所医師の指示・判断で，二次感染予防の

表１　へき地診療所設置基準

へき地診療所を設置しようとする場所を中心としておおむね半径４㎞の区域内に他に医療機関がなく，その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり，かつ，診療所の設置予定地から最寄医療機関まで通常の交通機関を利用して（通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で）30分以上要するものであること。

イ次に掲げる地域で，かつ，医療機関のない離島（以下「無医島」という。）のうち，人口が原則として300人以上，1,000人未満の離島に設置するものであること。

（ア）離島振興法第2条第1項の規定に基づく指定地域

（イ）沖縄新興開発特別措置法第2条第2項の規定に基づく指定地域

（ウ）奄美群島新興開発特別措置法第1条に規定する地域

（エ）小笠原諸島新興開発特別措置法第2条第1項に規定する地域

ウ上記のほか，これらに準じてへき地診療所の設置が必要と都道府県知事が判断し，厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区に設置する。

表２　調査対象の概要

N＝421

項　　目	概　　要
調査対象の勤務する診療所のある地域の特性（複数回答）	山間部　233施設（55.3%）　過疎地164施設（39.0%）　漁村71施設（16.9%） 農村部　69施設（16.4%）　島しょ 53施設（12.6%） 豪雪地帯 45施設（10.7%）　観光地 35施設（8.3%）
調査対象の勤務する診療所の対象地域の人口	平均値　2183.4人　最小値60人　最大値20,000人 500人未満60施設（14.3%）　4,000人以上 5,000人未満23施設（5.5%） 500人以上1,000人未満54施設（12.8%）　5,000人以上 7,000人未満16施設（3.8%） 1,000人以上1,500人未満45施設（10.7%）　7,000人以上 9,000人未満11施設（2.6%） 1,500人以上2,000人未満32施設（ 7.6%）　9,000人以上10,000人未満3施設　(0.7%） 2,000人以上3,000人未満40施設（ 9.5%）10,000人以上　3施設　(0.7%） 3,000人以上4,000人未満32施設（ 7.6%）　無回答102施設（24.2%）
調査対象の勤務する診療所の１日平均患者数	34.4人
調査対象の性別・年齢	女性408名（96.9%）　男性8名（1.9%）　無回答5名（1.2%） 平均年齢46.1歳　最小値23歳　最大値79歳 20歳代 17名（ 4.0%）　50歳代 145名（34.3%）　無回答　4名（1.0%） 30歳代 69名（16.4%）　60歳代　7名（ 1.7%） 40歳代175名（41.6%）　70歳代　4名（ 1.0%）
調査対象の有する資格	看護師230名（54.6%）　准看護師183名（43.5%） 助産師 12名（ 2.9%）　保健師　10名（ 2.4%）
現在の職場における調査対象の勤務年数	平均14.1年　最小値6ヶ月未満　最大値43年 5年未満97名（23.0%）　25年以上30年未満45名（10.7%） 5年以上10年未満59名（14.0%）　30年以上35年未満23名（ 5.5%） 10年以上15年未満68名（16.2%）　35年以上　9名（ 2.1%） 15年以上20年未満70名（16.6%）　無回答　4名（ 1.0%） 20年以上25年未満46名（10.9%）
現在の職場以外における調査対象の看護職経験年数	平均9.6年　最小値0年　最大値41年 5年未満119名（28.3%）　25年以上30年未満18名（ 4.3%） 5年以上10年未満119名（28.3%）　30年以上35年未満16名（ 3.8%） 10年以上15年未満 60名（14.3%）　35年以上　3名（ 0.7%） 15年以上20年未満 29名（ 6.9%）　無回答　43名（10.2%） 20年以上25年未満 14名（ 3.3%）

ための活動や患者・家族への指導，保健所や搬送に関わる後方支援病院への連絡等を行っていた。食中毒の集団発生では，看護職自身の判断で，応援の要請や食中毒発生施設の協力を得て医療を提供しやすい環境づくりを行っていたり，患者の見守りを依頼したりしていた。自然災害に伴う健康被害では，指示・判断は診療所医師，行政，看護職自身と様々であるが，看護職は被災者の救護・応急処置，被災地活動体制づくり，避難所活動，被災地住民・仮設住宅入居者の健康や生活環境支援，入院搬送の手配等必要な医療の確保，要介護高齢者や独居者への支援を行っていた。

困ったこととしては，食中毒の集団発生では，人手不足，医薬品やベッドの不足等が，自然災害に伴う健康被害では，交通が遮断され応援がすぐに来ない，搬送が困難，被災地へ行けない，通信の遮断で連絡がとれない等があった。

２．へき地における健康危機管理体制の現状

へき地診療所が設置されている市町村，または都道府県の健康危機管理体制について，説明を受けたり，話し合ったりしたことがある診療所看護職は122名（29.0%）であった（表5）。

説明を受けたり，話し合ったりした経験の内容を表6-1～6-3に示す。感染症発生に関わる体制が24名（19.7%），災害発生に関わる体制が61名（50.0%），その他が37名（30.3%）であった。

感染症発生に関わる体制については（表6-1），医師を含む診療所職員や当該町村医療機関・医療従事者，町村役場職員等に説明を受けたり，話し合ったりしており，その契機はSARS等の感染症の流行が多かった。説明を受けたり，話し合ったりした内容は，SARS感染者発生時の対応，感染防止対策等であった。医療施設に乏しい地域の現状や地理的状況，医療従事者の少なさから近隣医

表３　へき地診療所看護職の健康危機事例の経験

N＝421

経験内容項目 件（%）	経　験　内　容（件）
感染症の集団発生 14（3.3）	●インフルエンザ〈島内６割の人々が罹患，特別養護老人ホーム入所者の集団感染，全寮制中学校で集団感染〉（４） ●疥癬（３）〈県外老人ホーム退所者からデイサービス等利用者へ集団感染〉 ●赤痢（２）●ＭＲＳＡ（２）●アポロ病〈小・中学生へ集団感染〉（１） ●アタマジラミ〈保育所で集団発生〉（１）●流行性耳下腺炎（１） ●水痘〈児童・大人への集団感染〉（１） ●パラチフス〈海外からの帰国者が転院後パラチフスと判明〉（１）
食中毒の集団発生 15（3.6）	●おにぎり・弁当等〈キャンプやハイキング集団者〉（５）●学校給食（４） ●こけ類（２）●観光客による他県での飲食後当村にて発症（２） ●朝鮮人参（１）●観光客が釣った魚で食中毒（１）●保育所（１） ●村内宿泊施設で集団食中毒（１）●合宿に来ていた学生（１）●結婚式の二次会（１）
飲料水汚染 4（1.0）	●カンピロバクターによる水道水汚染（１）●大腸菌検出（１）●水道水汚染（１） ●合宿学生の水による体調不良（１）
自然災害（地震・火災噴火・風水害）に伴う健康被害 17（4.0）	●台風等による水害・豪雨災害〈山崩れで生き埋めになった人の処置，汲み取り式便所があふれ消毒等〉（６） ●地震〈道が山崩れのため通行困難となり患者をヘリ等にて搬送，地震による不安・不眠・噴火による異臭，避難場所が寒く排尿回数を減らすため十分な水分補給を行わなかったら避難所より肺炎や脳梗塞の緊急入院が多かった〉（４） ●台風による損傷等（２）●地滑りによる仮住宅居住者への心のケア（１） ●災害による避難所での健康管理（１）●停電への対応（１）●概要不明（２）
その他 5（1.2）	●マイクロバス転落事故，オートバイと車の通行人も巻き添えにした事故等交通事故（２） ●蜂刺され（１）●雪山遭難（１）●常勤医の突然の入院（１）
経験あり 44（10.5）	
経験なし 377（89.5）	

表4　健康危機事例における診療所看護職の活動内容―最新の事例から―

N＝35

健康危機の種別	指示・判断者	診療所看護職の活動内容（件）	診療所看護職に求められたこと（件）	困ったこと（件）
感染症の集団発生	診療所医師	●保健所への連絡(1)●医療的処置(2)●後方病院への患者の搬送(1)●二次感染の予防(3)●患者･家族への指導(2)●外出制限(1)●隔離方法(1) ●予防接種の推進(1)●日常生活の援助〈清潔〉(1)		
	行政	●関係者の検査(1)●予防接種希望者を把握しワクチン注文後医師に依頼(1)●必要な薬剤の取り寄せ(1)		
	看護職自身	●隔離方法の検討(1)●消毒の実施(1) ●必要な薬剤の取り寄せ(1)		
	事務員	●必要な薬剤の取り寄せ(1)		
食中毒の集団発生	診療所医師	●保健所への連絡(2)●医療的処置(2) ●検査や検査の介助(1)	●医師に診療介助(1) ●村長･教育長に医師の診察･治療介助のための待機(1)	●医師一人,自分一人で人手が足りない〈特に発生直後,発病時間に個人差があり待機時間外に対応〉(3) ●点滴等の医薬品が足りなく大変(1) ●入院施設がない等ベッドが足りず確保が大変,場所がない(3) ●診療所で採取した検体と保健所の検体容器が異なり二度手間となった(1)
	看護職自身	●応援の要請〈医師,行政へ〉(1)●医療を提供しやすい環境づくり〈宿泊客を1～2カ所の部屋に集めてもらう〉(1) ●食中毒発生施設への協力依頼〈症状の軽い患者や点滴患者の見守り〉(1)●日常生活の援助〈排泄〉(1)		
	村長及び教育長	●職場待機(1)		
飲料水汚染	診療所医師	●保健所･村役場との対応(1)●医療的処置(1)		
	その他	●浄化槽の設置,市への報告(1)		
自然災害（地震･火災噴火･風水害）に伴う健康被害	診療所医師	●被災者の救護･応急処置(4)●入院搬送の手配等必要な医療の確保(1)●被災地住民･避難所住民の健康管理･健康支援(2)●避難所の巡回診療･往診同行(3) ●往診介助(1)●要介護高齢者の介護(1) ●生活環境支援,消毒(1)	●行政から診療所待機命令にいつでも対応できるように(1) ●仮設住宅入居者のストレスの解消(1)	●交通〈航路･道路〉が遮断され,応援がすぐに来ない,搬送が困難,被災地へ行けないなこと(3) ●停電･電話不通等通信の遮断で連絡がとれない,情報不足なこと(2) ●他の活動もあり被災地に医師･看護師共に常駐ができなかったこと(1) ●被災者の精神面への援助(1)
	行政	●診療所待機命令(1)●入院搬送のためのヘリの要請等必要な医療の確保(1)●訪問看護対象者･被災地住民の健康管理･健康支援(2)●独居者の安否確認(1) ●保健師と連携しながら仮設住宅者への支援(1) ●生活環境支援〈消毒〉(1)		
	看護職自身	●被災者の救護･応急処置(2)●入院搬送の手配等必要な医療の確保(1)●避難所活動〈避難者の状況確認と往診必要者の判断〉(1)●被災地活動体制づくり〈避難所担当看護師の決定,勤務体制の検討〉(1)●生活環境支援〈汚水による汚染防止のための留守宅への薬剤散布〉(1) ●炊き出し(1)		
その他	診療所医師	●医療的処置の介助(2) ●マイクロバス転落事故にてヘリコプター同乗にて救命処置等(1)		●行政に医師がいないことの大変さを理解してもらえず,不安を抱えながら,何かできることはないか,できることで忘れていることはないかと,困ったことばかりであった(1)
	看護職自身	●常勤医の突然の入院で約100名の患者への検査延期の連絡,患者の重症性により受診,他院紹介(1) ●マイクロバス転落事故で医療的処置(1)		

療機関との協力体制づくりや夜間の対応について話し合っているケースもあった。

災害発生に関わる体制については（表6-2），診療所職員や防災担当等市町村職員，消防・広域消防組合等に説明を受けたり，話し合ったりしており，その契機は定期的な火災・防災訓練，自然災害の発生，地震・火災への備えが多かった。民生委員等地域住民と話し合っているケースもあった。説明を受けたり，話し合ったりした内容は，防災計画・防災マニュアルや災害発生時の対応と防災訓練，診療所の役割，災害救急対応，災害時の必要物品・医薬品等の確認・準備・要請方法等であった。災害発生時，交通事情が悪化したり，交通が遮断され，孤立する状況も予想される地理的状況を考慮して，ヘリコプター（以下，ヘリとする）等による患者の搬送方法や非常時連絡方法・連絡網の作成について話し合っているケースや，高齢者が多いという地域の状況から患者，特に高齢者の避難方法について説明を受けたり，話し合ったりしているケースもあった。

その他としては（表6-3），原子力発電所による災害発生への備え・防災訓練や，防災ヘリに関わる問題の発生等を契機に，診療所職員や市町村職員等に説明を受けたり，話し合ったりしていた。説明を受けたり，話し合ったりした内容は，防災ヘリによる患者搬送の実施訓練・要請方法や，防災ヘリ等による救急患者の搬送に関わる問題等であった。

地域の健康危機管理体制における診療所看護職の役割の明確さについては（表7），「明確である」52名（42.6％），「不明確である」26名（21.3％），「診療所看護職の役割は示されていない」33名（27.0％），わからない7名（5.7％）であった。

表５　へき地診療所が設置されている市町村または都道府県の健康危機管理体制について、説明を受けたり、話し合ったりしたことの有無

（N＝421）

説明や話し合いの有無	数	%
あ　り	122	29.0%
な　し	231	54.9%
無回答	68	16.2%

表６－１　健康危機管理体制について，説明を受けたり，話し合った経験の内容―感染症発生に関わる体制―

N＝24

項　目	各項目の内容（件）
対　象	●診療所医師（5）　●診療所職員〈医師，看護師，事務職員〉（7）　●当該町村医療機関・医療従事者（4）　●後方支援病院（1）　●近隣町村医療従事者（1）　●都道府県医師会（1）　●町村保健師（3）　●防災担当等町村役場職員（4）　●消防（1）　●学校・幼稚園（1）　●保健所（講演会・研修会等含む）（3）　●都道府県職員（2）　●不明（1）
契　機	●SARSの世界的流行（14）　●O-157の流行（1）　●インフルエンザの流行（1）　●O-157，結核等の感染症患者の発生（3）　●診療所医師の意見（2）　●都道府県主導〈会議等〉（2）　●地震の発生（1）　●勉強会（1）　●感染症発生への診療所としての備え（1）　●診療所施設の改築（1）
説明内容	●SARSの基礎知識（6）　●SARS感染者発生時の対応〈他外来患者からの隔離，外来閉鎖の判断，受け入れ病院の確認と搬送方法，連絡網等〉（8）　●感染症患者発生時の対応，消毒方法〉（1）　●結核の基本的知識・風邪との鑑別（2）　●感染症について（2）　●感染防止対策〈消毒方法，手洗いやマスクの着用〉（6）　●患者発生時の受け入れ施設（1）●集団感染時の搬送ルート・方法（1）　●患者発生時の連絡先（1）　●防災計画・マニュアル・体制（1）　●診療所職員の役割（1）　●保健所からの感染症についての資料が市町村保健師経由で届くのみ（1）
話し合い内容	●SARS感染者発生時の対応〈他外来患者からの隔離，外来閉鎖の判断，受け入れ病院確認と搬送方法，ガウンテクニック〉（5）　●感染症発生時の対応〈消毒〉（1）　●移送と訓練，受け入れ施設への連絡方法（2）　●消毒方法（1）　●県境にあるため，隣県の協力を得ていくための体制づくり（1）　●当該町村に入院施設がなく，近隣町村病院に依頼するため，診療所の役割と入院の場合の連絡方法・対応方法（1）　●夜間の対応（1）　●感染防止対策〈消毒方法，二次感染防止対策，予防法等〉（3）　●診療所職員の役割と具体的な対応・マニュアルづくり（2）　●マニュアルの確認（1）

表６－２　健康危機管理体制について，説明を受けたり，話し合った経験の内容―災害発生に関わる体制―

Ｎ＝61

項　　目	各　項　目　の　内　容　（件）
対　　象	●診療所医師（1）　●診療所職員〈医師，看護師，事務職員〉（36）　●職場上司（2） ●当該町村医療従事者（3）　●周辺医療機関職員（2）　●関係機関（1）　●医師会（2） ●薬剤師（1）　●町村保健師（3）　●防災担当等市町村役場職員（27）　●町村福祉職員（1） ●消防・広域消防組合（12）　●保健所（3）　●民生委員（1）　●地域婦人会（1） ●地域住民（3）　●不明（7）
契　　機	●毎年の町村防災訓練，定期的な火災訓練・防災訓練，へき地支援拠点病院の防災訓練（14） ●町村防災消防計画の一環（3）　●防災の日・防災月間（2）　●自然災害の発生〈地震，台風による土砂災害，台風のため交通不通となり，急患の搬送が船で不可能となった経験〉（6） ●火災の発生（2）　●阪神大震災（3）　●医師にヘリ要請の協力を求めたこと（1） ●地震・火災への備え（8）　●診療所職員の不安の声（1）　●一住民として消火器や消火栓の使用方法がわからなかったため（1）　●併設施設があり，消防署による防災計画・マニュアル作成の指導（1）　●当該町村の防災マニュアルの作成・完成（2）　●町村災害対策本部の設置に伴い（1）　●町村より災害時に必要な医薬品等の内容・量の資料作成・提出が求められたこと（1）　●行政の役割として（1）　●保健師の研修会（2）　●デイ・サービス連絡会にて話題にでた（1）　●年1回定期の話し合い（1）　●診療所着任時（1）　●必要性を感じて（1） ●不明（12）
説明内容	●防災・火災・避難訓練，シミュレーション訓練〈初動マニュアルに従い，医療班として救護活動実施訓練等〉（11）　●交通事情が悪いため搬送の訓練（1）　●市町村防災計画・防災マニュアルや災害発生時の体制〈看護師として，住民として，町村職員として等様々，風水害・地震初動対応，人員配置等〉（20）　●診療所の役割､初動，火災発生時，限られた医療者による患者発生時の対応，避難所としての対応，患者搬入方法等〉（8）　●災害時の避難場所と避難方法､患者の誘導等〉（6）　●災害時連絡網・方法，無線の配布と無線による連絡の訓練（5）　●ヘリの要請方法や注意事項（2）　●防災マニュアルの配布のみ（3）　●防災マップの配布（1） ●消火器・消火栓の使用方法，設置場所等安全確認（4）　●応急手当・救急法・トリアージの方法（7）　●日常の備え・事前対策（1）
話し合い内容	●地震・火災等災害について（2）　●優先順位（2）　●役割分担，救急車への搬送係，患者誘導係，カルテや資料の搬送係，看護職として求められること等〉（3）　●災害発生時マニュアル・体制（4）　●防災計画・マニュアルの作成（1）　●非常時連絡方法・連絡網の作成・確認（8）●災害時の情報収集（1）　●災害時の患者の搬送方法（2）　●患者の受け入れ体制（2）　●災害救急対応〈救急蘇生，救出策，被災者への救護活動支援方法等〉（6）　●火災時の必要物品・医薬品・防災グッズの確認・準備・要請方法（5）　●患者の誘導・避難方法，高齢者の避難方法等〉（5）　●消火器の使用・初期消火（3）　●停電時の対応（1）　●町村内外の医療機関との連携（2）　●危険箇所の確認（1）　●日常の備えや事前対策（1）

表６－３　健康危機管理体制について，説明を受けたり，話し合った経験の内容―その他―

N＝37

項　　目	各　項　目　の　内　容　（件）
対　　象	●診療所職員〈医師，看護師，事務職員〉（8）　●職場上司・管理職（3）　●後方病院等関係機関（3）　●市町村職員（10）　●都道府県職員､防災ヘリ関係者等〉（2）　●県内保健師・看護師（1）　●東京電力職員（1）　●消防〈救急隊等〉（5）　●地域住民（1）　●不明（3）
契　　機	●原子力発電所による災害発生への備え・防災訓練（4）　●防災ヘリに関わる問題の発生〈集団食中毒，交通事故，山林事故，心筋梗塞等防災ヘリの頻回な使用，ヘリ要請から搬送まで時間がかかったこと〉（2）　●救急患者の二次医療機関への搬送問題（2）　●消防署からの指摘（2）　●マニュアル化していなかったため（1）　●着任時必要性を感じて（1）　●看護職からの質問（1）　●診療所の改築（1）　●地域の病院救護体制の検討会（1）　●研修（1）　●マニュアル・図書の配布のみ（5）　●不明（13）
説明内容	●防災ヘリによる患者搬送の実施訓練・要請方法（5）　●急患発生時の緊急搬送（1）　●救急医療・応急対応の方法（3）　●原子力発電所事故発生時の対応（1）　●緊急被爆医療の基礎（1）　●リスクマネジメント（1）　●都道府県の健康危機管理体制，訓練の実施（1）　●連絡経路，体制，看護職の対応（1）　●不明（8）
話し合い内容	●防災ヘリ等による救急患者の搬送に関わる問題，いかに短時間で本土の医療機関に搬送するか，急患発生時の緊急搬送に関わる役割分担，ヘリがすぐに要請に応じなかった経験から救急救命を要する患者への対応について話し合う，天候によりヘリコプターによる搬送が困難となる状況が生じる可能性が予測され，それならば従来通りの方法でよいのではないか，防災ヘリがとべる条件・要請方法〉（4）　●集団事故発生時の地域における救急医療体制ネットワーク（1）　●食中毒の集団発生後事例検討〈保健所が対応するまでに時間を要したこと，マンパワー不足の中で児童の不安の除去や家族への連絡について学校の協力を得たこと，町村担当課から保健師の応援を依頼すること等〉（1）　●色々な場面を想定してグループワーク（1）　●健康危機管理に関する話し合い〈安全な場所探し，適切な判断等〉（4）　●地域住民を含め地域における考え方を話し合う必要性を話し合う（1）

表７　健康危機管理体制における診療所看護職の役割の明確さ

N＝122

役割の明確さ	数	%
明確である	52	42.6%
不明確である	26	21.3%
診療所看護職の役割は	33	27.0%
示されていない わからない	7	5.7%
その他	4	3.3%

表８　他保健医療福祉従事者との話し合いの場の有無と健康危機管理体制について説明を受けたり話し合ったりしたことの有無

健康危機管理体制の説明・話し合い ＼ 他保健医療福祉従事者との話し合いの場	あり	なし	計
あり	79 65.3%	110 36.7%	189 44.9%
なし	42 34.7%	190 63.3%	232 55.1%
計	121 100.0%	300 100.0%	421 100.0%

表９　保健師が参加メンバーである話し合いの場の有無と健康危機管理体制について説明を受けたり話し合ったりしたことの有無

保健師が参加メンバーである話し合いの場 ＼ 健康危機管理体制の説明・話し合い	あり	なし	計
あり	25 20.7%	30 10.0%	55 13.1%
なし	96 79.3%	270 90.0%	366 86.9%
計	121 100.0%	300 100.0%	421 100.0%

３．地域における保健医療福祉従事者との連携

地域の保健師を知っているかという質問に対し，知っていると答えた診療所看護職は373名(88.6%)，保健師はいないが1名であった。

他保健医療福祉従事者との話し合いの場の有無は（表8)，「あり」が189名（44.9%）であり，健康危機管理体制について説明を受けたり，話し合ったりしたことの有無と有意な関連（$p<0.01$）があった。

保健師が参加メンバーである話し合いの場の有無は（表9)，「あり」が55名（13.1%）であり，健康危機管理体制について説明を受けたり，話し合ったりしたことの有無と有意な関連（$p<0.01$）があった。

４．健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）

健康危機の発生時不安なことや困ることがあるへき地診療所看護職は181名（43.0%）であった。その内容は，「医薬品や医療設備の不足」，「医師・看護師の不足，応援体制」，「地理や交通事情による被災地孤立の可能性」，「後方支援病院への搬送」，「患者，特に高齢者への対応」，「医師不在時の対応」，「マニュアル等がなく，体制が整っていないこと」，「診療所や診療所看護職の役割が不明確」，「漠然とした，または未経験であることによる不安」等であった。

５．へき地診療所看護職が考える健康危機発生時の診療所看護職の役割（表11）

へき地診療所看護職が考える健康危機発生時の診療所看護職の役割について回答があった者は，164名（39.0%）であったが，うち13名は「わからない・対応できない」という回答であった。

へき地診療所看護職が考える役割は，「適切なトリアージに基づく初期対応」，「患者の状況把握と対応」，「後方支援病院への搬送連絡とそれまでの対応」，「医師，診療所職員，町村職員，関係機関との連携」，「的確な判断と速やかな行動」，「医師や行政の指示に従って行動すること」，「地域住民の安全確保や健康生活支援，不安への支援」等であった。

Ⅳ．考察

１．へき地の健康危機管理体制づくりにおいて考慮すること

１）多数の患者を想定した医療体制にはなっていないこと

へき地においては，保健医療福祉資源が少ない地域が多く，へき地診療所が当該地域のプライマリヘルスケア機関として重要な役割を担っている。しかし，実際にへき地診療所に勤務する看護職や医師は1～2人が多く，看護職や医師がいない場合や非常勤職員のみの場合もある。当然のことながら診療所であるため医療設備も限られている。

また，へき地においては，診療所のある地域住民の健康危機が発生した場合と，観光等で当該地域を訪れた住民以外の人々の健康危機が発生して患者が多数となる場合とがあることも特徴であり，住民以外の患者の場合は，治療の場所や当該地域での治療期間，家族への連絡等配慮を要すると考えられる。

へき地診療所看護職が健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）には，「医師・看護師の不足，応援体制」，「医薬品や医療設備の不足」があり，食中毒の集団発生でも大混乱であり，想像がつかないくらい不安であるという記載もあった。一方で，結果１の２）で述べたように，食中毒の集団発生では，看護職自身の判断で，応援の要請や食中毒発生施設の協力を得て，医療を提供しやすい環境づくりを行っていたり，医療従事者の少ない現状から近隣医療機関との協力体制づくりや夜間の対応等について話し合ったりしているケースもあった。

へき地においては，多数の患者を想定した医療体制にはなっていないことを考慮して，健康危機管理体制づくりを進めていく必要があると考える。

２）地理的状況から，被災した場合，孤立する可能性があること

へき地診療所看護職が健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）には，「地理や交通事情による被災地孤立の可能性」，「連絡通信方法や情報の入手」があった。へき地は自然に恵まれている地域が多い反面，被災により交通が遮断され，その地域全体が孤立したり，孤立してしまう住民が生じたりする可能性がある。このような場合，応援が来るまでの診療所医師や看護職の初期対応は重要であるが，看護職が不安なことや困ること

表10　健康危機の発生時不安なことや困ること

N＝421

不安なこと・困ること	具体的な内容	数	%
●優先順位・応急処置	優先順位の判断・トリアージの実施方法，応援がくるまでの初期対応，応急処置	6	1.4%
●医薬品や医療設備の不足	医療器具がそろっていない，薬品・その他必要物品の不足	21	5.0%
	医療設備上の限界・救急対応の設備不十分	11	2.6%
	受け入れ可能な人数，施設が狭い，ベッド数が少ない	6	1.4%
	診療所の建物が古いこと（患者の安全）	1	0.2%
●医師・看護師の不足，応援体制	人的確保，医師・看護師の人手不足，スタッフが少なく患者が多数発生した場合・夜間の対応，責任が重い	37	8.8%
	応援体制	3	0.7%
●地理や交通事情による被災地孤立の可能性	災害時の診療所までのアクセス	5	1.2%
	地理的，交通面（交通が遮断されると孤立し，医療物品・食物・連絡手段も遮断）	10	2.4%
●後方支援病院への搬送	交通の便が悪く，第二次医療機関，後方支援病院までの搬送に時間がかかる，困難となる	17	4.0%
	天候不順により搬送不可能になること・孤立すること（離島で船，ヘリコプターも）	3	0.7%
	救急車到着までに時間がかかる	2	0.5%
	大人数の搬送，重症であっても搬送に付き添えない	3	0.7%
	後方支援病院への搬送の判断	1	0.2%
●患者，特に高齢者への対応	高齢者の避難（時間がかかる，家族への連絡），高齢者が多いこと，要介護者の搬送	9	2.1%
	患者の避難	2	0.5%
	透析患者への対応	1	0.2%
●医療機関等関係機関との連携	医療機関等関係各機関との連携（方法、困難・不可能となる可能性）	5	1.2%
●知識・技術	医師や看護師の能力・知識・技術，医師の高齢化	9	2.1%
●医師不在時の対応	医師不在時に健康危機事例が発生した場合，医師が常駐していない，連絡がとれないことによる判断の遅れ	17	4.0%
	町内診療所が休みである土日・休日の健康危機事例の発生	1	0.2%
●医療職が感染源となる恐れ	自分や医師が感染源となり感染を拡大する恐れ	4	1.0%
●訓練や研修が未実施であること	マニュアルがあっても訓練や研修が実施されていない，マニュアルどおりにいくのかどうか，マニュアルを読んだだけでは不安	5	1.2%
●マニュアル等なく，体制が整っていないこと	災害発生時，感染症集団発生時等体制が整備されていないので大変不安，マニュアルもシミュレーションもなく，不安，混乱が起こる恐れ（ex：韓国・中国からの嫁が多くSARS流行時里帰りしていた人がいたが，帰国・出国時のマニュアルがなく困った，感染集団発生時の体制・役割・隔離する必要のある患者への対応，町民への対応の体制ができていない）	30	7.1%
●診療所や診療所看護師の役割が不明確	マニュアルなく，診療所，診療所看護師が担う役割が不明確・理解不足，指示系統不明確	12	2.9%
●原子力発電所の事故への対応	原子力発電所の事故が起こった場合の対応不明（特に初期対応，避難場所）	4	1.0%
●連絡通信方法や情報の入手	報告連絡・通信方法・体制，電話以外に連絡方法がないこと，情報の伝達方法	6	1.4%
	情報の入手	4	1.0%
●漠然とした，または未経験であることによる不安	具体的に考えたことはない・思いつかないが不安，何もわからない・経験がないので不安，自信がない	23	5.5%
	医師や消防署の指示で対応していくと思われる・指示を待つことになっているが漠然としていて不安	2	0.5%
	何かあったら保健所に連絡し指導を受けることになっているが不安	2	0.5%
	集団食中毒でも大混乱であったので想像がつかないくらい不安	1	0.2%
	訓練を実施していても実際どこまで冷静に判断し行動できるか不安	2	0.5%
	現時点では健康危機事例の発生は考えにくく，そのようなことが生じたら診療所閉鎖の可能性あり	1	0.2%
●その他	自分の身を守る手段，自分が被災した場合の対応	2	0.5%
	行政の対応	1	0.2%
	派遣医師により医療の考え方が異なること	1	0.2%
	具体的な取り組み，手順を作成中	1	0.2%
	金銭面	1	0.2%
	断水への備え（貯水場所がない）	1	0.2%
	停電	1	0.2%
	患者の肉親等キーパーソンがいるとは限らず，対応後まで責任を負う場合があること	1	0.2%
	最悪の事態は避けたいという思い	1	0.2%

表11　へき地診療所看護職が考える健康危機発生時の診療所看護職の役割

N＝421

看護職の役割	具体的な内容	数	%
●適切なトリアージに基づく初期対応	適切なトリアージ・優先順位の判断・初期対応（救急患者の救命・救護・応急処置）	58	13.8%
●患者の状況把握と対応	患者の状況把握・安全確保と不安の除去・悪影響を及ぼす風評を防ぐ	17	4.0%
	感染症発生時の隔離等感染者の状況把握と対応	3	0.7%
●情報収集と状況把握	情報収集と状況把握	6	1.4%
	医療を要する地域住民について情報収集・確認	1	0.2%
●被災地における看護活動	被災者の保護・被災地活動	2	0.5%
●災害弱者になりやすい人々の安否確認と保護	独居世帯・高齢者の安否確認と保護	2	0.5%
●医薬品等必要物品の把握と要請	医薬品等必要物品の把握とその要請	2	0.5%
●被災地応援体制づくり	人員の確保のための応援の要請や協力体制づくり	4	1.0%
●後方支援病院への搬送連絡とそれまでの対応	二次医療機関・後方支援病院への搬送の判断と搬送のための連絡，搬送までの適切な対応	18	4.3%
●医師，診療所職員，町村職員，関係機関との連携	保健所，町村職員等行政・救急病院等医療機関・防災関係機関等関係機関への連絡・連携	33	7.8%
	チームワークにおいて決められた役割を果たすこと	1	0.2%
	地域住民や診療所他の職員との連携による活動	4	1.0%
	医師との連携の下，行動すること	4	1.0%
	町村保健師との連携の下，行動すること	2	0.5%
●的確な判断と速やかな行動	（マニュアルに沿って）指示を的確に冷静な判断と速やかな行動	20	4.8%
	現在も医師の指示はないので，自分の判断で行動	1	0.2%
●医師や行政の指示に従って行動すること	医師の指示に従って行動すること・医師の診療等の補助	33	7.8%
	行政・保健所の指示に従って行動すること	5	1.2%
●二次感染の防止	二次感染の防止	7	1.7%
●地域住民の安全確保や健康生活支援，不安への支援	住民の健康状態・ニーズの把握・健康管理	7	1.7%
	住民の社会生活面への援助	1	0.2%
	災害時，感染症予防対策	2	0.5%
	住民の不安除去・精神面への援助	15	3.6%
	住民の安全確保・管理	7	1.7%
●職員の健康管理	職員の健康管理	1	0.2%
●看護職自身の安全確保・健康管理	看護職自身の安全確保・健康管理	3	0.7%
	看護職自身が感染から身を守る	2	0.5%
●平常時の災害予防のための施設等の管理	平常時災害予防のための診療所施設等の管理を十分行うこと（医療機器の点検，戸締まり，火の始末，消火器の設置等）	2	0.5%
●平常時健康危機事例発生に備えるための体制整備・関係者との話し合い・自己研鑽・訓練等	平常時の健康危機事例発生への備え（医療機器の点検，救護所指定場所に常備しておる防災グッズの点検）	2	0.5%
	健康危機事例発生に備え，平常時健康危機事例の理解を深めておくこと	1	0.2%
	平常時，健康危機発生に備えて町村保健師等と話し合い，活動の考え方の確認・体制を考えておくこと	4	1.0%
	平常時患者の症状の把握と対応方法等の知識を得たり，イメージトレーニング・防災訓練を実施したりして，健康危機事例発生に備えること	5	1.2%
●その他	とにかく看護援助を必要とする人への対応	5	1.2%
	地域に１カ所しかない医療機関としての役割	1	0.2%
	率先して行動する	2	0.5%
	やれる範囲で状況に合わせて看護活動をする	6	1.4%
	災害を最小限にくいとめる	2	0.5%
●わからない	わからない，対応できないと思う（常駐していないので，知識不足，一人で非常勤のため）	13	3.1%

（表10）には，「優先順位・応急処置」もあった。被災した場合，孤立する可能性がある地域においては，応援が来るまでに時間を要することも想定して，医師や看護職の初期対応，連絡通信や情報の入手方法について，平常時，十分検討しておく必要があると考える。

３）後方支援病院や救急医療病院等への搬送に困難が生じる可能性があること

へき地診療所看護職が健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）には，「後方支援病院への搬送」，「連絡通信方法や情報の入手」があった。また，防災ヘリによる患者搬送の訓練を実施したり，関係者からヘリの要請方法の説明を受けていたり，搬送に関わる問題を関係者と話し合ったりしているケースもあった（表6-2，6-3）。

前述の２）とも関連して，へき地においては，地理的状況から後方支援病院や救急医療病院まで遠かったり，また離島等では交通が航路と空路に限られ天候の影響を受けやすかったり，山間部等では交通事情が悪かったりして，平常時においても救急患者の搬送には課題が生じている。ましてや，健康危機の発生により医療を要する多数の患者が生じた場合には，後方支援病院や救急医療病院等への搬送に困難が生じることは想像に難くない。へき地の健康危機管理体制づくりにおいて大規模災害発生をも見据えた災害時の搬送体制や地域医療機関等との連携体制を整えておくことは必要不可欠であると考える。

４）高齢者への対応

先行研究[6, 7]において，へき地診療所看護職は，活動対象には高齢者が多いと認識しており，特に独居高齢者の健康問題に着目していること，主な看護活動のひとつに高齢者への看護活動があげられることが明らかになっている。そして，へき地診療所看護職が健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）には，「患者，特に高齢者への対応」があった。へき地の中には高齢化が進んでいる地域が多いと考えられ，被災者は高齢者が多いことを想定して，健康危機管理体制をつくっていく必要があると考える。

５）その地域に特徴的な健康危機の発生が想定されること

地域の状況を十分に把握し，保健所管轄区域において発生が予想される健康被害に応じた対策を講じることが必要であると言われている[8]。健康危機の発生を予測したり，未然に防いだりすることは困難ではあるが，自然環境に恵まれたへき地においては，その地域の自然環境から起こりうる自然災害への対応，観光地で健康危機が発生すれば被災者には観光者，つまりその地域外の人間が含まれ，そのような対象への支援，近くに原子力発電所があれば原子力発電所の万が一の事故に備えた対応等，その地域の特徴から想定される健康危機や規模，被災者を想定して健康危機管理体制を整えていく必要があると考える。

２．へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割

健康危機発生に備えたへき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割について以下に述べる。

１）地域防災計画や防災マニュアルを周知し，へき地診療所看護職の健康危機管理の意識を高めること

看護職の災害時における役割意識として，健康レベルの維持・回復や安全確保等，災害発生直後のヘルスケアニーズに対する役割意識は高いが，避難所の生活で起こると予想される健康障害に対するニーズや被災者の生活の立て直しに関するニーズに対する役割意識は低く，災害サイクルのそれぞれの時期により，被災者のヘルスケアニーズに変化が生じるということへの理解が不十分であるという報告もある[9]。へき地診療所看護職は，地域住民の最も身近な場所で住民の健康管理の一端を担っており，住民にも頼られる存在となっている。へき地診療所看護職が考える健康危機発生時の診療所看護職の役割（表11）にあるように，「地域住民の安全確保や健康生活支援，不安への支援」は，へき地診療所看護職の重要な役割の一つであると考える。

しかし，一方で健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）に，「漠然とした，または未経験であることによる不安」や「マニュアル等なく，体制が整っていないこと」，「診療所や診療所看護職の役割が不明確」をあげているへき地診療所看護職もおり，このような健康危機管理体制の不備や看護職の意識の欠如は，健康危機の発生による住民の健康被害の発生を最小限にとどめることを妨げることはもちろん，健康危機の発生にもつながりかねない。地域防災計画や防災マニュアル等

を作成していない場合にはそれを作成し，特に当該地域における看護活動状況等を考慮して診療所看護職の役割を明確にすると共に，その内容を十分診療所看護職に周知し，へき地診療所看護職の健康危機管理の意識を高めることが，保健所保健師の役割であると考える。

２）地域の健康危機管理についてへき地診療所看護職が話し合ったり考えたりする場や機会づくり

地域防災計画や防災マニュアルは，その地域の医療資源状況や地域の特徴から想定される健康危機・規模・被災者の特徴を考慮し，その地域の状況から考えられる問題・課題の対策を講じたものである必要がある。そのような地域防災計画や防災マニュアルにするためには，地域の健康危機管理についてへき地診療所看護職も含めて診療所の医師や町村保健師・他町村職員，警察や消防等関係機関・関係者が共に話し合ったり考えたりし，その地域の状況から考えられる問題・課題を検討して，地域防災計画や防災マニュアルに反映させていくことが重要である。

結果の３で述べたように，へき地診療所看護職の，他の保健医療福祉従事者との話し合いの場の有無と，健康危機管理体制について説明を受けたり，話し合ったりしたことの有無は有意な関連があった。また，保健師が参加メンバーである話し合いの場の有無と，健康危機管理体制について説明を受けたり，話し合ったりしたことの有無も有意な関連があった。このことから，当該地域の保健医療福祉や住民のヘルスニーズへの対応を考えていく場や機会へ，診療所看護職の参加を求め，日常的にへき地診療所看護職と町村保健師やその他の関係機関・関係者との連携を促進していくことが，地域の健康危機管理についてへき地診療所看護職が話し合ったり，考えたりする場や機会づくりにつながっていくと考える。そして，保健所保健師はこのような連携を促すために町村保健師に働きかける等の役割があると考える。

へき地診療所看護職が考える健康危機発生時の診療所看護職の役割（表11）には，「医師や行政の指示に従って行動すること」があったが，これは調査対象者の約4割が准看護師であることと関連していると思われる。そして，健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）に「医師不在時の対応」があった。へき地診療所の中には医師が常駐していない診療所もある。また，災害発生時は交通が遮断され，地域外に住む医師が被災地に向かえなかったり，連絡がつかなかったりする場合も考えられる。このような状況も想定して，診療所の医師と看護師が平常時に十分な話し合いを行い，その了解の下，健康危機発生時に医師が不在の場合には，看護職が自立して行動できるようにすることも保健所保健師の役割であると考える。

３）健康危機発生時，地域住民と共に診療所看護職が対応できる体制づくり

へき地診療所看護職が健康危機の発生時不安なことや困ること（表10）には，「医師・看護師の不足，応援体制」があった。へき地においては，医療従事者が少ない地域が多く，健康被害の集団発生が生じた場合には深刻な人手不足となる。このような状況を想定して，近隣市町村の医療機関等と連携・協力し合える体制づくりはもちろん必要であるが，地域住民と協力し合えるようにしておくことも重要であると考える。万が一，当該地域が一次的に孤立した状況になった場合等に，診療所看護職への地域住民の協力は大きな力になると考える。

そのために，地域住民の健康危機管理の意識を高めることや，行政職員や保健医療福祉従事者だけではなく，消防団等地域の防災を担っている地域住民や自治会等住民組織の代表者もまじえて，防災や健康危機発生時の対応について共に話し合ったり，考えたりする場や機会をつくっていく必要があると考える。へき地診療所看護職は，プライマリヘルスケアの担い手として，高齢者や健康問題・障害を抱える住民の状況を把握しているし，また把握できる立場にある。健康危機発生時，その影響を受けやすい高齢者，特に独居高齢者や要介護高齢者，障害者等への対応について，市町村保健師，診療所看護職，民生委員等が平常時から話し合い，住民同士の助け合いや支え合いも活かして個々の生命や安全が守れる体制づくりも重要であり，保健所保健師は以上のようなことも考慮したへき地の健康危機管理体制ができるよう市町村保健師や診療所看護職を支援していく役割があると考える。

Ⅴ．おわりに

本研究結果から，へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割として，

地域防災計画や防災マニュアルを周知し，へき地診療所看護職の健康危機管理の意識を高めること，地域の健康危機管理についてへき地診療所看護職が話し合ったり，考えたりする場や機会づくり，健康危機発生時地域住民と共に診療所看護職が対応できる体制づくりが示唆された。

今後は，へき地を管轄する保健所の活動事例を詳細に調べ，その活動の視点と方法を本研究で明らかにされたへき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割に照らして分析し，機能・役割をさらに追加すると同時に，機能・役割を果たすために用いられる活動方法を見出していく必要があると考える。

（本研究は，厚生労働科学研究費の助成を受けて行われた。）

文　献

１）地域保健対策の推進に関する基本的な指針，平成6年12月１日厚生省告示第374号，最終改正平成15年12月26日厚生労働省告示第461号.

２）宮崎美砂子，春山早苗ほか：地域の健康危機管理事例に基づく保健所保健師の機能・役割（第4報）－事例の比較検討から－，日本公衆衛生雑誌，50(10);406，2003.

３）宮崎美砂子，武藤紀子ほか：保健所保健師の健康危機管理に対する活動実態からみた保健師の機能・役割，日本公衆衛生雑誌，51(10);394，2004.

４）牧野忠康，園田恭一，宗像恒次：高知県における地域看護について　1978へき地保健医療と行政制度等の論文集，日本看護協会調査研究報告CD-ROM版NO.5，2001.

５）日本看護協会調査研究部：1978へき地における保健医療ニードとサービス，日本看護協会調査研究報告CD-ROM版NO.8，2001.

６）春山早苗，鈴木久美子ほか：へき地診療所の特徴と期待される看護活動，日本公衆衛生雑誌，50(10);478，2003.

７）鈴木久美子，田中幸子ほか：へき地診療所において発展させるべき看護活動，自治医科大学看護学部紀要，2;5-16，2004.

８）地域における健康危機管理について－地域健康危機管理ガイドライン－，週刊保健衛生ニュース，1113;12-36，2002.

９）三澤寿美，青木実枝ほか：災害が少ない地域における看護職者の災害時のヘルスケアニーズに対する役割意識－医療救護の中核として期待されている病院に勤務する看護職者に焦点をあてて－，第9回日中看護学会論文集録，31-33，2004.

Original Article

The roles of public health nurses in establishing disaster management system in a rural and remote settings

Based on analysis of clinics nurses' recognition and the nursing activities

Sanae HARUYAMA, Kumiko SUZUKI, Yukiko SATO, Kaori FUNABASAMA, Emiko KISHI, Chikako SHINOZAWA

Abstract

The purpose of this investigation was to identify the roles of public health nurses (PHNs) in establishing disaster management systems in rural and remote settings. A questionnaire was mailed to 924 rural clinics all over the country, it was answered by 421 rural clinics nurses (45.6%). The rural clinics nurses' recognition and experiences in connection with disaster management were analyzed. From the nursing activities of the rural nurses who identified as a result, PHNs' role in establishing of disaster management systems was suggested as follows: 1) publicity of a disaster prevention manual to the rural clinics nurses, and raising the nurses' consciousness about disaster management; 2) preparing opportunities for nurses to discuss about disaster management; 3) in times of disaster, establishing the system in which a nurse can cope with disaster together with residents. (key words: disaster management, rural and remote settings, public health nurse, nursing activities)

Community Health Nursing, School of Nursing,
Jichi Medical School

原　著

上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容とその支援

中村美鈴[1)]，城戸良弘[2)]

要旨：本研究の目的は，上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容や問題を把握し，その支援方法を検討することである。自由記述式質問紙調査を行い，得られたデータを患者の生活の視点から質的に分類抽象化し，簡潔に表現した。その結果，14カテゴリーの生活で困っている内容が見出された。その中で最も記述頻度が多かったのは「生活行動において体力低下で困る」であり，術後の生活において看護ニーズの高い内容であることが明らかになった。そのため，手術後の生活で筋肉の萎縮を予防し，体力を向上させるための看護支援が重要であることが示唆された。また，見出された14カテゴリーの生活で困っている内容は，術後の生活支援の指標となり，術前の情報提供にも役立つことが示唆された。

キーワード：上部消化管がん患者，手術後，生活で困っている内容

Ⅰ．はじめに

がんと診断され，その治療や看護を受けながら生活する長期生存患者は増加傾向にある[1)]。現在，がん種別に見た長期生存者（5年以上25年未満）では，胃がん患者は48.1万人と第1位となっている[2)]。その胃がんの治療の一つとして，外科的手術療法がある。手術療法を受けた患者は，胃の切除後や摘出後の消化管の再建により機能障害を起こし，小胃症状・ダンピング・逆流性食道炎・食欲不振・下痢・便秘・貧血・体重減少（痩せ）など，さまざまな身体症状を生じる[3)]。食道がんについても同様に食道切除後や摘出後の消化管の再建に伴い，種々の身体症状を生じる[4-7)]。

胃がんや食道がんなどの上部消化管がん患者の手術療法に伴う機能障害は，年月の経過とともに消失するのではなく，年月が経過しても大半の患者が何らかの症状や愁訴を抱えながら生活している[8-10)]。最近の報告では，術後約5年後に一人平均8.3[11)]，術後約2年後に一人平均5.5という複数の症状をもち，症状が出現した場合の不快に悩まされていると述べられている[12)]。また，がん術後患者は，これらの身体症状で悩む以外にも，医療従事者が予測している以上に再発・転移の不安を抱えている[13)]。

上部消化管がん術後患者にとって，複数の症状があることに伴う生活上の問題は，手術後の生活の質を低下させると考える。しかしながら，術後の身体症状に伴う生活上の問題についての長期的な実態の把握は十分ではない。また，身体症状をもちながら暮らす上部消化管がん患者は，手術後の生活でどのように困っているのか，どのような思いや気持ちでいるのかについて，具体的に明らかにした研究報告はきわめて少ない。本研究により，これらの内容を把握できれば，臨床における看護支援の一助となることが期待できる。

上述したような背景を踏まえ，上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容や問題を把握し，適切な支援内容を体系化する必要があると考えた。

Ⅱ．研究目的

上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容や問題を把握し，その支援内容ならびに方法を検討することである。

1) 自治医科大学 看護学部 成人看護学
2) 大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 看護実践開発科学講座

Ⅲ．用語の定義

１．上部消化管がん

上部消化管とは，トライツ靭帯より口側の消化管を指す[14]。ここでは，食道，胃，十二指腸を指し，本研究では胃がんと食道がんに限定する。

２．上部消化管がん術後患者

上部消化管がんのために手術を受け，消化管の切除，あるいは全摘した部分の再建により，何らかの身体症状（小胃症状，ダンピング，逆流性食道炎，食欲不振，下痢，便秘，貧血，体重減少（痩せ）など）を抱えながら暮らす患者のことである。

３．生活上で困っている内容や問題

上部消化管がんの手術を受け，身体症状（小胃症状，ダンピング様症状，逆流性食道炎，食欲不振，下痢，便秘，貧血，体重減少など）をもちながら生活を営む上での支障や困っていることをいい，単に困難という意味ではない。

Ⅳ．研究方法

１．研究デザイン

手術後の生活で困っている内容を帰納的に抽出する質的記述研究デザインである。

２．対象

〈本研究における対象者の選出基準〉

１）研究参加への同意が得られた患者
２）上部消化管がん（胃がんと食道がん）で手術後3ヶ月から3年経過した患者
３）今回の手術が再手術ではない患者
４）調査する3ヶ月以内に術後の化学療法・放射線療法を受けていない患者
５）術後，再発徴候のない患者
６）他の消化器系の合併症がない患者

上記の選定基準を満たした患者をAならびにB大学病院で外科医の協力を得て，大学病院別に乱数を割り当て無作為に抽出した。対象者は，半年以内に生存が確認されている患者283名である。

３．調査期間

調査期間は，2004年7月中旬から8月下旬である。

４．調査方法

調査方法は，記名式の自由記述式質問紙調査法である。質問紙調査票の配布・回収は，ともに郵送法を用いて行った。

５．調査内容

調査内容は，個人属性ならびに自由記述の質問である。その質問は，以下の通りである。

1．手術後に出現した身体症状のために，生活する上で問題になっていることや困っていることはありますか。
2．手術後に出現した身体症状のために，生活する上で何か工夫をなさっていますか。
3．特に，お食事には気をつけられているかと思いますが，何か困っていることや心配なことはありますか。
4．食事内容や食事の仕方に変化があった方にお聞きします。手術前と比較して手術後の食事の変化は，手術後の生活全般にどのような影響を与えたとお考えですか。
5．食事以外で手術後に出現した身体症状のために，生活をする上で手術前と比較して，生活の仕方を変えなければいけないことがありましたか。
6．生活の仕方を変えなければいけないことに対して，何か工夫をされていますか。
7．変えなければいけなかった場合，それをどのように感じておられますか。
8．手術をしたことを家族の方は，どのように感じていると思われますか。それはご家族の方には，何か影響を及ぼしていますか。及ぼしているとすれば，それはどのような内容ですか。
9．手術前と比較して手術後の身体状況の変化は，手術後の生活全般にどのような影響を与えたとお考えですか。
10．上記以外で，ご心配になることや気になること，ご意見等何かございましたら，自由にお書きください。

６．分析方法

今回は，以下の手順に従って，患者の日常生活の視点から質問1についてのみ分析を行った。

また，得られた生データをありのままに質的帰納的に分析し，上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容や問題を探った。

1）記録単位は，意味内容が明確にわかる記述で，かつ文節や文章単位とした。
2）意味内容の類似性に従い分類し，その分類を忠実に反映した文章で表現し，これをサブカテゴリーとした。
3）さらに，これ以上まとまらないところまで抽象化し，その内容を忠実に反映し，患者の生活の視点から文章で簡潔に表現した。これをカテゴリーとした。
4）分析結果の信頼性を確保するために，複数の研究者および専門家との検討により結果の一致を確認した。具体的には，最終的に抽象化されたカテゴリーとその構成内容について，研究者2名，消化器外科の臨床医2名，消化器系のベテラン臨床看護師1名，博士後期課程大学院生1名，看護学の専門家3名，合計9名で，患者をより深く広く理解している者で結果の信頼性について検討した。信頼性の検証は，5段階のプロセスで進めた。まず，研究者2名で生データからサブカテゴリー，カテゴリーの分類抽象化にいたる過程を吟味した。2段階目は，サブカテゴリー，カテゴリーの整合性について，研究者1名と消化器外科の臨床医2名，消化器系のベテラン臨床看護師1名と一緒に検討し，必要に応じて臨床的な視点からサブカテゴリーの文言の修正や整合性の検討を行った。3段階目は，物理的な都合から，博士後期課程大学院生1名に一覧表を郵送し，電話で意見交換を行った。4段階目は，研究者1名と看護学の専門家2名，別途に研究者1名と質的研究を専門に行っている看護学者1名と一緒に検討した。この際は，サブカテゴリー文言の修正や整合性の検討，サブカテゴリーの移動やカテゴリーの追加が必要という結論に至った。5段階目では，4段階目で結論に至ったサブカテゴリーとカテゴリーの内容について，再度1段階から3段階の検討を依頼したメンバーにフィードバックし再検討を依頼し，内容の一致を確認した。

このような過程を踏まえて，内容の一致ならびに信頼性を確認し，最終的なサブカテゴリーとカテゴリー名に至った。

7．倫理的配慮

対象者を選出した2つの大学病院における倫理委員会での承諾，各施設長の承諾を得た上で研究を進めた。今回の調査を実施する際に起こりうる危険性のある倫理的問題については対策を講じ，十分に倫理的に配慮した。また，対象者の研究参加に対する自由意思の尊重とプライバシーの保護に努めた。さらに，患者の権利を守るため研究参加の同意を得る際，対象者に提供した情報は以下の通りである。

⑴研究目的と参加方法について
⑵研究参加への手間，身体的負担について
⑶研究への参加に同意しない場合でも不利益を受けないことについて
⑷研究への参加を同意した場合でも随時これを撤回できることについて
⑸個人情報の保護について
⑹診療録の閲覧について
⑺研究結果の公表方法について
⑻問い合わせ先

今回の調査は郵送法で行ったため，これらの内容を内包した調査依頼文を同封し，大学ごとに次の方法を用いて対象者から研究参加への同意を得た。

A大学病院では，調査票を患者へ郵送する際，研究概要および同意に関する内容を文書にて説明し，調査票の回答の返信をもって研究参加への同意を得たとみなした。

B大学病院では，研究概要および同意書3通（本人控，研究者控，病院控）に署名後，回答と共に，再度研究者宛に同意書を郵送してもらい，次に研究者が署名をして1通（本人用）を返信した。このような段階を踏んで研究を進めた。

Ⅴ．研究結果

1．対象者の概要

1）回収数

質問紙調査票の配布数は283名，回収数は245名（86.6%），有効回答数は237名（83.7%）であった。

2）性別と年齢

対象者の性別は，男性176名（74.3%），女性61名（25.7%），平均年齢は65.4±9.6歳（最小31歳－最大86歳），男性66.1±8.4歳（最小39歳－最大86歳），女性63.3±12.2歳（最小31歳－最大86歳）であった。

3）病名と術式

胃がん190名（80.1%；男性132名，女性58名），食道がん47名（19.8%；男性44名，女性3名）であ

った。手術後の経過期間別では，3ヶ月以上6ヶ月未満27名，6ヶ月以上1年未満46名，1年以上2年未満70名，2年以上3年経過94名であった。手術前後の体重減少については，平均7.8±6.9kgであった。BMIの平均値は16.9±6.9であった。

社会復帰に関しては，既存の光野の分類に基づき確認し，表1の通りであった。

４）食事状況

食事状況に関する質問内容の結果は，表2の通りであった。

２．自由記述式質問紙調査票の回答内容の質的分析の結果

自由記述により得られた回答は，アンケートの質問内容に忠実に回答していると研究者が判断した回答のみを有効データとし分析の対象とした。その他の質問に対する回答は，質問1の問いへの補強データとして活用した。有効なデータ数は全部で430記録単位であった。

３．困っている内容の各カテゴリーを構成するサブカテゴリー

自由記述式アンケート調査から得られた430記録単位の質的分析の結果を，意味内容の類似性に従い，サブカテゴリーに分類した。その分類をさらにまとめ，14の生活で困っている内容を見出し，カテゴリー化した。

１）「生活行動において体力低下で困る」

このカテゴリーは，120記録単位から形成されていた。内容としては，「体力が戻らなくて困る(38記録単位，以下省略)」，「体力がなくなったので活動範囲が狭まった（38)」，「ちょっとした生活行動でだるさと疲れやすさを感じる（28)」，「体力がなくなり無理がきかない（14)」，「体力がなくなり以前の趣味ができない（2)」であった。

患者は，体力の低下が要因となり，重い荷物を持てない，日々の食事の準備に疲れる，10分くらいでも腰掛けるのが苦痛など，ちょっとした日常の生活行動に困っていた。他には，食欲不振，食事摂取量の低下に伴う体重減少に関連して，筋力の低下，持久力の低下，行動力低下など，体力低下そのものに困っていた。さらに，体力低下に伴い活動範囲が縮小されたり，これまでの趣味ができなくなったり，あるいは趣味を変更せざるを得なかったりと生活に制約が生じた状況で困っている内容が見出された。

２）「症状が出た場合の不快感や対応で困る」

このカテゴリーは，50記録単位から形成されていた。その内容は，「食後の重苦しい感じや胸やけで困る（15)」，「消化器症状が出た時の対応で困る（12)」，「手術後の体調の変化や何らかの症状が出た時の対応で困る（12)」，「ダンピング症状による対応や不快感で困る（11)」であった。

表1　社会復帰状況に関する結果　n＝237

手術の前と同じ仕事をしている	81名（34.2%）
疲労しやすいので手術の前より仕事を減らしている	66名（27.8%）
手術の前と同じ仕事をすると疲労がひどいので最小限の仕事をしている	29名（12.2%）
仕事をしたいが体調が十分に回復しないのでほとんど仕事をしていない	19名（ 8.0%）
人の介助を必要として生活している（もちろん，仕事をしていない）	5名（ 2.1%）
もともと何も仕事はしていない	31名（13.1%）
不明	6名（ 2.6%）

表2　食事摂取状況に関する結果

食事摂取状況	人数（人）	平均値
食事回数（回／日）	237	3.01 ± 0.39
間食回数（回／日）	211	1.76 ± 0.93
食事にかける時間（分）	237	24.3 ± 11.5
食後の休息（分）	233	41.0 ± 30.0

表3　生活で困っている内容の各カテゴリーを構成するサブカテゴリー

n＝430（　）内は記述数

サブカテゴリー	カテゴリー
体力が戻らなくて困る（38）	生活行動において体力低下で困る（120）
体力がなくなったので活動範囲が狭まった（38）	
ちょっとした生活行動でだるさや疲れやすさを感じる（28）	
体力がなくなり無理がきかない（14）	
体力がなくなり以前の趣味ができない（2）	
食後の重苦しい感じや胸やけで困る（15）	症状が出た場合の不快感や対応で困る（50）
消化器症状が出た時の対応で困る（12）	
手術後の体調の変化や何らかの症状の対応で困る（12）	
ダンピング症状への対応や不快感で困る（11）	
食べ物の選択や食べ方に気を遣う（18）	症状が出ないように食べ方や食べる量に常に気を遣う（48）
自分の症状が出ないように，自分なりに対応しなくてはならない（15）	
これまでとは違う食事量や間食の調整で困る（12）	
食後すぐ横になれないので困る（3）	
体力・集中力の低下で仕事が思うように捗らなくて困る（24）	今までのように仕事ができなくて困る（36）
食後の下痢や便意により仕事上で困る（7）	
仕事量を減らさなくていけなくて経済面で困る（2）	
食事のとり方を職場で取り入れられないので社会復帰できない（2）	
職場での周りの噂が気になる（1）	
頻回の下痢や軟便で困る（18）	トイレの場所がわからないと外出，旅行など移動の時に困る（34）
下痢による外出先の制約（旅行，遠距離）があり困る（9）	
いつ起こるかわからない下痢が心配，もし下痢になったらおさまらないと外出できない（7）	
再発・転移への不安がある（23）	今の状況と再発･転移への不安がある（33）
いまの状況がいつまで続くのか，どのくらいで元に戻れるのか不安（6）	
いつ症状が出るのかわからないので不安である（4）	
以前食べていたものが食べられなくて困る（10）	食事への満足感がない(28)
食事への楽しみ･満足感が無くなった（10）	
少ししか食べられないので食事で困る（8）	
気力・やる気が出ないことで困る(9)	気力・意欲が回復しないで困る（19）
手術前と比べて弱気になった（7）	
集中力・やる気が無くなった（2）	
楽しみが皆無になった(1)	
外食時の食べ物の量や選択で困る（6）	外食や会食の時に困る（16）
大勢で会食する時の便意や対応で困る(4)	
知人･友人との会食は以前のようにはできない(3)	
食後の下痢やすぐには動けないので外食時に困る(3)	
家族に迷惑や負担をかける(8)	家族にも迷惑がかかる（16）
家族との外出・食事の回数が減った（7）	
家族に対する言葉遣いが悪くなった（1）	
外出時の排ガスとげっぷをする場所で困る(6)	人前で排ガスとげっぷを我慢できなくて困る（12）
食後よく出るようになった排ガスで困る（6）	
人に接する気持ちがなくなり，閉じこもりがち（2）	人に接したい気持ちが減り，感情が不安定になりがちである（8）
自分の感情を家族にぶつける時がある（2）	
ままならない体力不足からくるイライラ（2）	
知人･友人と食事をする気になれず淋しい（2）	
寝る時も逆流症状により熟睡できなくて困る（6）	熟睡できなくて困る（8）
よく眠れなくて困る（2）	
これまでの服のサイズが合わないで困る（2）	これまでの服が着られないので困る（2）

患者は，自分なりに食事の食べ方や量に気を遣いつつも，その効果は手術後に出現する身体症状や消化器症状の一部にしか対応できず，機能損失や消化管の再建によるさまざまな症状，そのほかの不定愁訴が出現した場合，症状の出現による不快感やその対応に困っていた。また，その症状が一旦出現してしまったら症状が消失するまで，しばらくそのまま動くことができないなど活動を開始できないことで困っている内容が見出された。

３）「症状が出ないように食べ方や食べる量に常に気を遣う」

このカテゴリーは，48記録単位から形成されていた。その内容は，「食べ物の選択や食べ方に気を遣う（18)」，「自分の症状が出ないように，自分なりに対応しなくてはならない（15)」，「これまでとは違う食事量や間食の調整で困る（12)」，「食後すぐ横になれないので困る（3)」であった。患者は，手術前と食事の食べ方やとり方が違うために，食べ物の選択や食べる量の調整，栄養のバランスのとり方に困っていた。特に食べる量については，少量で急に腹部膨満感が出現し，中には腹部膨満感を感じることができないで困っている者もいた。そのため，自分なりの感覚で食事量を調整しなくてはいけないため，満腹感を得ることができないと記述されていた。他には，食事のとり方，食事の量に気をつけようという気持ちをもちながらも，仕事の休み時間に間食をとらなければならないことや自分なりに薬を用いて症状が出ないように調整したり，指を入れて吐いたりといった対処をしなくてはいけないなど，常に気を遣っていることを困っている内容として多く記述していた。

４）「今までのように仕事ができなくて困る」

このカテゴリーは，36記録単位から形成されていた。内容としては，「体力・集中力の低下で仕事が思うように捗らなくて困る（24)」，「食後の下痢や便意により仕事上で困る（7)」，「仕事量を減らさなくてはいけないので経済面で困る（2)」，「食事のとり方を職場で取り入れられないので社会復帰できない（2)」，「職場での周りの噂が気になる（1)」であった。

手術後に社会復帰している者は，体力低下や下痢に伴い仕事上で行動が制限されたり，集中力・判断力の低下により仕事の効率が悪くなったりする事態に困っていた。また，頻回に下痢・便意を生じたり，急な下痢・便意を生じたりするために，トイレに行ける職場環境が必要な者もいた。さらに，手術前と同じ仕事に取り組めず社会復帰できなかったり，軽作業に変更せざるを得なかったりして，そのことが経済面に影響を及ぼし困っている者もいた。その他に，仕事場における食事や間食のとり方で困っている内容が示されていた。

５）「トイレの場所がわからないと外出，旅行，移動の時に困る」

このカテゴリーは，34記録単位から形成されていた。内容としては，「頻回の下痢や軟便で困る（18)」，「下痢による外出先の制約（旅行，遠距離）があり困る（9)」，「いつ起こるかわからない下痢が心配，もし下痢になったらおさまらないと外出できない（7)」であった。

患者は，頻回の下痢や軟便に困っていた。また，頻回の下痢のために，トイレのある場所がわからない見知らぬ環境では，急な下痢や頻回の下痢に対応しにくいために外出先が制約される，行動範囲が縮小されるという意味内容で困っていた。さらに，下痢や便意が予測できないことや，一旦下痢になるとその症状が治まるまで，外出ができない現状に困っている内容が見出された。

６）「今の状況と再発･転移への不安がある」

このカテゴリーは，33記録単位から形成されていた。内容としては，「再発・転移への不安がある（23)」，「今の症状がいつまで続くのか，どのくらい元に戻れるのか不安である（6)」，「いつ症状が出るかわからないので不安である（4)」という意味内容で形成されていた。

多くの患者は，再発・転移に対する心配や不安を抱いていた。また，今の状況から回復するのか，現状維持なのか，今の状況がいつまで続くのかといった不確かさに不安を抱えている様子であった。他には，食後すぐの運動をした時の苦しい体験に伴う不安があったり，突然の冷汗や倦怠感に襲われたりした体験や，手術後に身体に変化があった体験から，今度いつ同じような症状が出るかわからないといった不安を抱いている有り様が見出された。

7）「食事への満足感がない」

このカテゴリーは，28記録単位から形成されていた。内容としては，「以前食べていたものが食べられなくて困る（10)」,「食事への楽しみ・満足感がなくなった（10)」,「少ししか食べられないので食事で困る（8)」であった。

患者は，前食べていた普通食が食べにくく，そのために流動食へと形態が変わったり，これまで食べていた食物が食べられなくなったり，食欲不振も加わったり，食事で困っている様子を記述していた。また，食事が消化のよい内容に限られるためにメニューの種類が限定されたり，食事に美味しさ感じることができず満足感を味わえなかったりして困っていた。他には，食事量が手術前の半分になったために空腹感を感じる回数が増えたことや食事量が充分にとれないために，食事への満足感をもてないことで困っている内容が示されていた。

8）「気力・意欲が回復しないで困る」

このカテゴリーは，19記録単位から形成されていた。内容としては，「気力・やる気が出ないことで困る（9)」,「手術前と比べて弱気になった(7)」,「集中力・やる気がなくなった（2)」,「楽しみが皆無になった（1)」であった。

記述は、根気や意欲がなくなったことや，手術前と比較して気持ちが前向きでなくなったという意味内容であった。また，手術前と比較して体力低下に関連して，精神的にも気力がなくなったことで困っていた。その他には，もうちょっとというところで無理がきかなくなった現実に気後れを感じている記述内容であった。さらに，旅行や食事など団体での行動についていけず，楽しみがなくなった現実を実感し，以前の状態まで回復しないことに困っている内容が見出された。

9）「外食や会食する時に困る」

このカテゴリーは，16記録単位から形成されていた。内容としては，「外食時の食べ物の量や選択で困る（6)」,「大勢で会食するときの便意や対応で困る（4)」,「知人・友人との会食は，以前のようにはできない（3)」,「食後の下痢や便意を感じたらすぐには動けないので外食時に困る（3)」であった。

記述内容から，人との外食時に下痢が心配で食後ゆっくり休めないために相手に対して気を遣ったり，団体旅行において大勢での食事の際，食後の下痢や便意のために他人に迷惑がかかったりするために，外出先での食事に困る有り様が見出された。そのため，大勢での旅行，外食，会食は，段々と避けるようになっている有り様が示されていた。

また，集団，個人に関係なく，外食をした際の食後に便意や下痢をすることが多く困っていた。さらに，症状出現の予防や消化吸収促進を目的とした食後の安静を保持するために，外食ができなくて困るという内容が示されていた。他には，外食時の料理で何が食べられるか，食べ物の選択で困っている内容が見出された。

10）「家族にも迷惑がかかる」

このカテゴリーは，16記録単位から形成されていた。内容としては，「家族に迷惑や負担をかける（8)」,「家族との外出・外食がなくなった（7)」,「家族に対する言葉遣いが悪くなった（1)」が抽出された。

記述は，食後の下痢に伴う家族との外食や外出への抵抗，外食や外出が少なくなった現実や家族は外食をしたいのにできにくくなったことへのストレス，外食・外出の機会がほとんどなくなり，家族に迷惑をかけているという意味内容であった。また，気分が落ち込みやすく，家族がその様子を心配している，通院の送り迎えや付き添いのために家族に負担をかけている，がんという病気そのものに対しても精神的に家族に負担をかけていることを取り上げて記述されていた。その他，家族に対する言葉遣いが悪いと感じながら，そういう状況を改善できないために，家族に迷惑をかけているという有り様が示されていた。

11）「人前で排ガスとげっぷを我慢できなくて困る」

このカテゴリーは，12記録単位から形成されていた。内容としては，「外出時の排ガスとげっぷをする場所で困る（6)」,「食後によく出る排ガスで困る（6)」であった。

記述内容は，排ガスがあれば腹部膨満が緩和され，すっきり感が得られることから，場所を選びたくても選びきれないで困っている状況が示されていた。そのため，人前での排ガスの羞恥や，排

ガスを出す場所の問題で困っている内容が見出された。また，食後のげっぷの回数も増え，外食の時に困るなど，排ガスと同様に，時と場所の問題で困っている内容が見出された。

12)「人に接したい気持ちが減り，感情が不安定になりがちである」

このカテゴリーは，8記録単位から形成されていた。内容としては，「人と接したい気持ちがなくなり，閉じこもりがち（2)」,「自分の感情を家族にぶつける時がある（2)」,「ままならない体力不足からくるイライラ（2)」,「知人・友人と食事をする気になれず淋しい（2)」が抽出された。

記述内容から，これまでの自分とは違う現実に対するもどかしさや，思うように体力が回復しない状況にイライラしやすくなり，自分自身の感情の調整や処理に困惑している有り様が見出された。また，人と接したい気持ちがなくなったり，会うことに抵抗を感じたり，自宅に閉じこもりがちになったり，現実への不安や焦り，感情が不安定になったりしがちであるという内容が記述されていた。その他，食事にうるさい家族に腹が立ったり，食べたいものが食べられないために家族に八つ当たりしたりするなど，自分の今の状況はわかっているが，感情の調整ができず，不安定になりがちな気分に対する思いが示されていた。

13)「熟睡できなくて困る」

このカテゴリーは，8記録単位から形成されていた。内容としては，「寝る時も逆流症状により熟睡できなくて困る（6)」,「よく眠れなくて困る(2)」であった。

患者は，睡眠時に酸っぱいものや苦いものの逆流症状がおこり，苦痛で目覚めてしまうことで困っていた。また，逆流症状が起きないように，予防的に枕を高くするために熟睡できないで困るという有り様が示されていた。他に，よく眠れないで困っているという内容が記述されていた。

14)「今までの服が着られないので困る」

このカテゴリーは，2記録単位から形成されていた。内容としては，「これまでの服のサイズが合わないで困る（2)」であった。

記述は，10kgの体重減少により衣類のサイズが合わなくなり着用できなくなったり，お気に入りの愛用する服のサイズが合わなくなったりするなど，従来の衣類が着られないことで困っている内容が示されていた。

以上の14カテゴリーの内容が，上部消化管がん患者が手術後の遠隔期における生活で困っている内容であり，日常生活の全般に影響している有り様が見出された。手術後の生活で困っている内容は14カテゴリーに区分されたが，最も出現頻度が高かったのは「生活行動において体力低下で困る」であった。

14カテゴリー以外に，頻度は少なかったが，「今の状況は手術の前と比較すると天と地の差で

表4　生活で困っている内容とその記述数ならびに頻度　　n＝430

困っている内容	記述数	頻度（%）
1．生活行動において体力低下で困る	120	27.9%
2．症状が出た場合の不快感や対応で困る	50	11.6%
3．症状が出ないように食べ方や食べる量に常に気を遣う	48	11.2%
4．今までのように仕事ができなくて困る	36	8.4%
5．トイレの場所がわからないと外出，旅行，移動の時に困る	34	7.9%
6．今の状況と再発・転移への不安がある	33	7.7%
7．食事への満足感がない	28	6.5%
8．気力・意欲が回復しないで困る	19	4.4%
9．外食や会食の時に困る	16	3.7%
10．家族にも迷惑がかかる	16	3.7%
11．人前で排ガスやげっぷを我慢できなくて困る	12	2.8%
12．人と接したい気持ちが減り，感情が不安定になりがちである	8	1.9%
13．熟睡できなくて困る	8	1.9%
14．今までの服が着られないので困る	2	0.5%

ある」,「手術の前の生活指数を100とすれば今は50である」,「手術をしたためにしょうがない」,「手術後の心のケアを充実させてほしい」などの記述があった。他には，今の状況や今後の生活に見通しが立たないために，不安を抱えながら生活をしている記述も多かった。

Ⅵ．考察

１．上部消化管がん術後患者の生活で困っている内容の特徴と看護支援の検討

今回，上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容を患者の生活の視点から質的に分析した結果，困っている内容として,「生活行動において体力低下で困る」,「症状が出た場合の不快感や対応で困る」,「症状が出ないように食べ方や食べる量に常に気を遣う」,「今までのように仕事ができなくて困る」,「トイレの場所がわからないと外出，旅行などの移動の時に困る」,「今の状況と再発・転移への不安がある」,「食事への満足感がない」,「気力・意欲が回復しないで困る」,「外食や会食の時に困る」,「家族にも迷惑がかかる」「人前で排ガスやげっぷを我慢できなくて困る」,「人に接したい気持ちが減り感情が不安定になりがちである」,「熟睡できなくて困る」,「今までの服が着られないので困る」の14カテゴリーが見出された。

14カテゴリーの内容は，患者の手術後の日常の生活行動に身近な内容で，食事，排泄，睡眠，活動，コミュニケーションなど，生活の営み全般で支障を感じ，困っていた。これは，上部消化管がんのために手術療法を受け，食べるという消化・吸収機能に障害が発生したことが要因となっている。その消化・吸収機能障害に伴い，栄養代謝，運動機能障害が起こり，ひいては心理面にも影響が及んでいると考える。

人間にとって，口から食べるという営みは栄養補給だけではなく基本的欲求であり,「生きるためのエネルギー源」[15] である。そのため生きることを実感できる「食」としての意義は大きく[16]，口から食べることは「生きる力」となりうる。それ故,「食べる」という基本的欲求が満たされない状況は，患者の生活においては体力低下や行動範囲の制約などの身体面のみならず，今までの自分とは違う有り様に気持ちの揺らぎや不安などの心理面，さらに社会復帰や家族との生活などの社会面にも影響を及ぼすと考える[17,18]。これは，手術後の後遺症が，微細なものまで含めると高頻度で多面的に及ぶという宮原らの研究結果と一致している[19]。

一方，手術後の生活で困っている内容として，最も頻度が多かったのは「日常生活における体力低下で困る」の120記録単位であった。このことは，上部消化管患者の手術後の生活において，看護ニーズの高い内容であるといえる。体力低下の要因には，消化管の再建に伴う小胃症状からくる食事摂取量の低下が考えられる。この場合は分食が推奨されるが，絶対的な食事摂取量の低下を生じる。そのため，食事摂取量の低下からくる身体の飢餓状態と運動量の低下に起因する筋肉の萎縮が体力の低下の原因と考える。さらに，筋肉の萎縮は体重減少を招き，この場合は体重が回復する患者は極めて少ない[20]。この一連の過程から筋力の低下を引き起こし，持久力・瞬発力の低下を生じ，体力低下にいたると推測できる。

また，胃液の中には鉄の吸収を促進する物質があり，食事中の鉄と結合して，腸管から吸収されやすくするある種のタンパク質がある[21]。このため，胃切除後は，鉄の吸収障害が起こり，鉄欠乏性の貧血を起こしやすい。体力低下に関連して記述の多かった「だるさや疲れやすさ」の要因のひとつとして，胃切除後の貧血が考えられる。貧血を軽減するには，鉄分を多く含む食品の摂取や鉄剤の服薬に関する支援が必要である。

他には，食後の低血糖症状を生じる患者も多くいたため，食事前後の血糖値の変動がだるさや疲れやすさを感じさせる要因のひとつでもあると考える。

これらのことより，筋肉の萎縮を予防し，体力を向上させるための看護支援が重要であることが示唆された。そのため，体重減少や貧血に伴うふらつき感を考慮した上でエネルギーの消耗を最小限に留めるには，どのような運動をどの程度取り入れていけば効果的であるかについて，看護実践による検証が必要である。

今後は，患者の日常生活の中に筋肉の萎縮と体力低下を予防するための運動プログラムの検討ならびに開発が必要である。

２．上部消化管がん患者の手術前と手術後の支援内容の検討

上部消化管がん患者は，手術という治療を受けることで，多くの術後機能障害や生活上の困っていることを生じていた。患者の中には，「今の状況は手術の前と比較すると天と地の差である」と思っていたり，「手術の前の生活指数を100とすれば今は50である」と落胆していたり，「手術をしたためにしょうがない」とあきらめていたり，「手術後の心のケアを充実させてほしい」と願っていたりする記述があった。他には，再発･転移への不安に加え，今の状況や今後の生活に見通しが立たないために，不安を抱えながら生活をしている記述も多く，心のケアを切望している実態が明らかになった。

このような実態により，今回明らかになった術後の生活で困っている内容などについて，手術を受ける前から患者とその家族に予想される術後の病状や症状を十分に説明し[22]，その上で，手術を受けるか否かの意思決定ができるような状況を整えていく支援が必要であると考える。手術前の段階から術後遠隔期における状況や生活を患者やその家族が予想できれば，回復過程において起こりうる症状の対処の方法を自ら工夫しようという意欲や気力を向上させることができると考える[23]。また，手術後に予測される困るであろう内容に対して，対処方法や工夫内容をよく理解できれば，手術後において回復意欲の動機付けともなりうる。そのことが，手術後もできる限りその人らしい生活を送るための適応を促す支援のひとつにつながると考える。

したがって，本研究において見出された生活で困っている内容の14カテゴリーは，術後の生活支援の指標となり，術前の情報提供にも役立つことが示唆される。

３．上部消化管がん術後患者の生活支援の検討

上部消化管がん患者は，手術によって消化器の臓器を喪失する。そのために，物質の移送，分解・吸収に関する働きが低下し，消化吸収機能を喪失する。また，がん切除部位を取り除いた消化管の再建によって，摂取の障害，通過障害，移送の障害，活動力障害，便通障害など，様々な機能障害が起こる。特に食道がんの患者では，食道がんの手術による消化管の複雑多岐にわたる再建による機能の損失は大きい[24]。しかし，食事量の調整や食べ方に関する医療者側の説明は，一般的な内容に留まりやすく，術後に出現することが予測される症状に対してのみの指導になりがちである。具体的には，退院時に看護師や栄養士から食事療法についての指導が行われ，必要時は外来診療時にフォローがなされるのが現状である。しかし，今回の結果から，上部消化管がん切除患者は，術後遠隔期の生活において「症状が出た場合の不快感や対応」で対処に困っている実態が明らかになった。また，患者の中には，自分たちは内臓欠損障害者であるとして，身体障害者と同様の行政措置の対応，手術後の生活指導の充実，食べられないことに伴う心のケアを切望している記述もあった。そのため，手術後の一時期における生活指導や支援だけでは不十分であるといえる。

上部消化管がん術後患者に対する看護は，消化管の再建によって口から食べるという営みがスムーズになるまでのリハビリテーションという視点でとらえ，患者とその家族が障害をもちながらも生活の質を高められるような支援とその体制を整えることが必要であると考える。

したがって，今回見出された多くの困っている実態から，患者に傾聴し，患者と同じ立場で考えていく環境は必須であると考える。そのためには，手術後の看護相談室の設置やその内容の充実に向けて取り組むことは，重要な看護の課題である。

さらに，今回得られた知見を臨床の場に還元し，可能なところから現状の改善に向けて，臨床家とともに取り組むことも今後の課題である。

Ⅶ．本研究の限界と今後の課題

今回の上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容は，自由記述式のアンケート調査の結果を分析し，見出したものである。分析に際しては，意味内容に類似性のあるものをまとめて分類抽象化し，簡潔に表現した。さらに，分類抽象化した内容は，信頼性を高めるために複数の専門家や研究者とともに検討した。しかし，今回の結果は自己申告による自由記述内容の分析であり，面接調査でしか読み取れない手術後の生活で困っている内容があるのではないかと推測されるため，方法論に関して限界があると考える。

今後は，今回の結果を踏まえ，上部消化管がん術後患者との面接による対話を通して，患者の反

応や体験の中から，新たに追加される手術後の生活で困っている内容の有無を検証することが課題である。さらに，見出された困っている内容に対して検討した生活支援の方法について，看護介入研究により検証していくことが課題である。

Ⅷ．結論

本研究の結果から，以下の結論が得られた。

1．患者の生活の視点から質的に分析した結果，術後遠隔期にある上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容は，「生活行動において体力低下で困る」，「症状が出た場合の不快感や対応で困る」，「症状が出ないように食べ方や食べる量に常に気を遣う」，「今までのように仕事ができなくて困る」，「トイレの場所がわからないと外出，旅行などの移動の時に困る」，「今の状況と再発・転移への不安がある」，「食事への満足感がない」，「気力・意欲が回復しないで困る」，「外食や会食の時に困る」，「家族にも迷惑がかかる」，「人前で排ガスやげっぷを我慢できなくて困る」，「人に接したい気持ちが減り，感情が不安定になりがちである」，「熟睡できなくて困る」，「今までの服が着られないので困る」の14カテゴリーであることが見出された。

2．上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容のなかで，最も多かったのは生活行動において体力低下で困る」であり，看護ニーズの高い内容であった。そのため，手術後の生活で筋肉の萎縮を予防し，体力を向上させるための看護支援が重要であることが示唆された。

3．本研究において見出された生活で困っている内容の14カテゴリーは，術後の生活支援の指標となり，術前の情報提供に役立つことが示唆された。

謝辞

本研究を進めるにあたり，快く同意して研究に参加してくださった皆様に，厚く御礼申し上げます。また，大阪大学大学院病態制御外科学講座門田守人教授，矢野雅彦助教授をはじめとする消化器外科の皆様，ならびに自治医科大学消化器外科学講座永井秀雄教授，細谷好則講師をはじめとする消化器外科外来のスタッフの皆様，順天堂大学医療看護学部成人看護学吉田澄江助教授，日本赤十字看護大学老年看護学千葉京子助教授には，お忙しいなか，多くのご協力やご助言をいただき，心から御礼を申し上げます。

＊　本論文は，平成16年度文部科学省萌芽研究の助成金を得て作成した論文の一部である。

＊　本論文は，平成16年度大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域における博士論文の一部である。

文　献

1）がんの統計編集委員会：がんの統計〈2001年版〉．財団法人がん研究振興財団（東京），2001.

2）山口　建：がん生存者の社会的適応に関するする研究（平成13年度厚生労働省がん研究報告書）．pp.820-822，2002.

3）青木照明，羽生信義：胃切除障害のマネジメント．医薬ジャーナル社（東京），p.21，2001.

4）Banki F.，Mason R. et al.：Vagal－sparing esophagectomy－a more physiologic alternative. Annals of Surgery，263(3);324-325，2002.

5）湯浅淑子：食道がん術後患者の機能喪失に対する精神的看護－ストレスコーピング理論を用いて－．消化器外科ナーシング，5(5);489-498，2000.

6）Wang L.S.，Huang M.H. et al.：Gastric substitution for respectable carcinoma of the esophagus－an analysis of 368 cases－．Annals of Thoracic surgery，53(2);289-294，1992.

7）Collard J.M.，Otte J.B. et al.：Quality of life three years or more after esophagectomy for cancer，104(2);391-394，1992.

8）Yamashita et al.：Gastrointestinal hormone in dumping syndrome and reflex esophagitis after gastric surgery．J smooth muscle research，33(2);37-48，1997.

9）佐々木道江：胃切除術後患者の術式別食事援助．看護技術，38(3);41-44，1988.

10）佐藤寿雄，亀山仁一ほか：胃切除術後遺症－特に術後愁訴からみた各種切除術式の検討－．消化器外科，3(10);1663-1669，1980.

11）金崎悦子：胃切除後5年を経過した患者の食生活及び身体愁訴に関する実態調査．愛媛県立医療技術短期大学紀要，5;127-135，1992.

12）Nakamura M., Kido Y.：Nursing assignment for gastrointestinal symptoms of post-gastrectomy patients in Japan．paper presented at the 5th International Nursing Research Conference，p.67，2004．
13）山口　建：がん生存者の社会的適応に関するする研究（平成12年度厚生労働省がん研究報告書）．pp.276-278，2001．
14）川島みどり：口から食べることの意味と食事援助の考え方．臨牀看護，19(4);465-469，1993．
15）伊藤美穂子，松浦恵子ほか：緩和医療への取り組み－胃切除患者の病名を通して－．岩手県立病院医学会雑誌，40(2);255-258，2000．
16）奥川直子，水谷英美：うつ状態に陥った胃切除患者への食摂取の援助．臨牀看護，22(1);15-20，1996．
17）松村理史：胃癌術後長期生存名におけるQOL推移に関する臨床的研究．日本外科系連合会誌，21(5);853-859，1996．
18）宮原　透：術後の心身医学的諸問題－勤労者における胃癌切除後の検討－．心身医学，32(8);669-674，2000．
19）宮本幸男，竹下正昭ほか：胃全摘手術後愁訴の検討－長期生存名を中心に－．日本臨床医学会誌，51(3);466-471，1989．
20）前掲3)，p.21．
21）数間恵子，井上智子，横井郁子（編）：手術患者のQOLと看護．医学書院（東京），pp.17-23，1999．
22）近藤奈緒子，清　小織，渡邉真理ほか：乳房温存療法で放射線治療中の外来乳がん患者の日常生活上の困難．日本がん看護学会誌，18(1);58，2004．
23）前掲21)，pp.17-23．
24）中村美鈴：食道癌患者の看護（野口美和子監修：消化・吸収機能障害をもつ成人の看護）．メヂカルフレンド社（東京），pp.15-19，2003．

Original Article

The postoperative difficulties of daily living faced by patients with upper gastrointestinal tract cancer

Misuzu NAKAMURA[1)], Kido YOSHIHIRO[2)]

Abstract

The objectives of this research were to ascertain the postoperative difficulties and challenges in activities of daily living faced by patients with upper gastrointestinal tract cancer, and to investigate methods for assisting such patients. The research methodology involved administering a free-response questionnaire survey, qualitatively classifying and stratifying the data obtained, and then expressing the issues concisely from the perspective of patient living activities. The survey responses yielded a total of 14 difficulties. The most frequently cited difficulty was "Decreased physical strength causes difficulty in activities of daily living", and this was the category with the greatest need for nursing assistance in postoperative life. In conclusion, our research suggested that nursing assistance is important for preventing muscle atrophy and improving physical strength in postoperative activities of daily living. We also concluded that the 14 difficulties identified could serve as indicators of where assistance will be required for postoperative activities of daily living and as considerate information for patients.

1) Adult Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

2) Course of Health Science, Osaka University Graduate School of Medicine

原　著

化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験する困難

水野照美[1)]，村上礼子[1)]，中村美鈴[1)]，山本洋子[1)]，塚越フミエ[2)]

要旨：本研究の目的は，化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験する困難を明らかにし，家族に対する看護援助を検討することである。11名の家族員に外来で面接調査を行い，得られたデータを質的帰納的に分析した。家族員の体験する困難は，〈身体症状や体調の変化に戸惑い，対応に苦慮する〉，〈将来の見込みが崩れ，厳しい現実の中，不確かで予測のつかない状況に向き合わなくてはならない〉，〈医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる〉，〈本人の気持ちを尊重したい思いと，うまくいかない現実に苦闘する〉，〈周囲や社会との関係の取り方に苦労し，問題解決に難渋する〉，〈自分の心身の健康を保つのにかなりの苦労がいる〉の6つであることが明らかになった。家族員に対して，患者の症状や将来を理解し対応できるようになる支援，患者および周囲との対人関係を促進する支援，家族員自身の心身の健康を保つ支援が必要である。

キーワード：家族，がん，化学療法，外来，困難

Ⅰ．はじめに

2002年の診療報酬改定による外来化学療法加算は，外来で点滴化学療法を受けるがん患者数を増加させている。外来治療を受けるがん患者は，癌に伴う症状と，化学療法に伴う副作用の両方を体験する可能性があり，それらの症状に医療者のいない自宅で対峙している。このような患者の困難やニーズに関する研究[1,2)]は徐々に行われてきているが，家族への看護に関する研究はほとんど行われておらず，活用可能な知見が見当たらない。家族員は，患者をケアする役割と見なされることが多いが，患者と共に生活するために生じる様々な困難があると推測される。

家族員の困難とは，例えば，病状進行への不安，化学療法の副作用への心配，患者の外観変化への悲嘆などが想定され，これらに対応する看護援助には，不安の緩和，副作用とその対処法の教育，悲嘆への援助などが考えられる。

しかし，臨床経験から，家族員の困難は，複雑で極めて個別性の高い体験と考えられるため，家族員の体験をより深く明らかにすることが必要となる。また，看護援助は，顕在する健康問題に対して働きかけるだけでなく，家族員が困難に自律して立ち向かうための経過に添い同伴する援助，つまり，潜在している問題とその原因を当事者と共に探し，彼らの健康と幸せを向上するための方策を共に見出そうとする援助である。したがって，家族員に関わり相互作用を通して困難を理解することは，その後の看護援助の基盤ともなり，援助そのものともなる。

このような知見は，アンケート調査の方法では得ることができず，患者・家族の「病いの語り（Illness Narrative）」を通して把握されるものである。本研究で，厳しい状況にある家族員の困難を深く理解し，支援する看護援助の性質を明らかにすることは，外来看護における新しい看護を拓くための知見を導き，患者・家族の生活の質向上に寄与しうると考える。

Ⅱ．研究目的

化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験

1) 自治医科大学 看護学部 成人看護学
2) 元自治医科大学 看護学部 成人看護学

する困難を明らかにし，家族に対する看護援助を検討する。

Ⅲ．研究方法

1．研究対象者

以下の条件を満たす家族員で，研究参加への承諾が得られたもの。

・化学療法を続ける通院がん患者*）によって家族員と認められたもの
・患者の通院に付き添い，外来での面接が可能
・患者の病名を知っている
・患者と同居する成人

＊）患者の条件は，以下の条件を満たし，研究参加への承諾が得られたもの。

・点滴化学療法を受けるため，外来に定期的に通院する成人がん患者
・癌があると認識している（担当医もしくは外来看護師に確認）
・癌以外の疾患による苦痛が強いものは除く

2．データ収集の場

通院患者のための点滴センターを有する病院の外科外来およびその待合室

3．データ収集期間

平成16年8月から平成16年9月

4．データ収集方法

１）面接方法

患者の外来受診日の空き時間に，プライバシーのなるべく保たれる場所で行う。患者および家族員の許可を得て，面接内容を録音または筆記する。万一，ベッドサイドで行う場合は，周囲の状況を勘案し，録音または筆記の方法を検討する。負担にならない時間（30～40分以内）で，2～3回の受診機会に分け，同じ研究者が継続して面接を行う。面接内容は，逐語録に起こし，次回の面接で簡潔に内容を確認する。

２）調査内容

⑴家族員に対する調査の内容

患者の現在の状況，状況に対する考え・感情，家族員が患者に対して行う事柄・役割

⑵患者に対する補助的調査の内容

現在の状況，状況に対する考え・感情，患者自ら行っている事柄・役割

5．研究における倫理的配慮

外来看護師及び主治医に候補者に関して相談し承諾を得たのち，家族員・患者それぞれに，研究目的・面接方法・対象者の利益と不利益，拒否や中断がいつでも可能であること，拒否しても今後の医療に何の不利益もないこと，プライバシーを保護するよう努めることを説明し，同意を得た。また，面接内容の録音は，対象者から許可を得た場合にのみ行った。面接に際し，看護師として，化学療法中の患者とその家族員の心身の負担を最小限にするよう努めた。

なお，本研究は，自治医科大学疫学研究倫理審査委員会及び生命倫理委員会の承認を得ている。また，研究協力施設の施設長および担当医師の承認を得ている。

6．データ分析方法

記述データに基づく質的帰納的分析を行う。

１）面接の逐語録，フィールドノーツを繰り返し熟読する。
２）家族員の困難が表れている部分を抜き出し，意味の通る一文にし，ラベルとする。
３）全対象者のラベルを抽出し，類似のものを集め，本質的意味を抽出して表題とする。
４）類似の表題を集めて本質的意味を抽出する。この作業を，全体がこれ以上まとまらないところまで繰り返し行い，家族員の困難を明らかにする。

分析プロセスにおいて，研究者間で討議・検討を行い，妥当性の確保に努めた。

Ⅳ．結果

1．対象の概要

１）家族員の概要

家族員は11名で，男性2名，女性9名であった。年代は30歳代1名，60歳代5名，70歳代5名であった。患者との続柄は，夫2名，妻8名，娘1名であった。職業に従事しているものが3名，家事を行うものが8名であった。家族員の同居形態は，患者と二人暮らしのものが8名，患者と患者以外の家族も合わせ三名以上で暮らしているものが3名であった。面接回数は1回から5回で，平均2.7回であった。面接時間は家族員及び患者の状況に応じた時間となり，最短5分から最長90分であった。

２）患者の概要

患者は11名で，男性8名，女性3名であった。年代は60歳代から80歳代までで，平均年齢は70.5歳であった。診断名は，胃癌8名，膵臓癌2名，胆管癌1名であった。疾患に対する手術療法を受けたものは8名で，受けていないものが3名であった。外来で受けている点滴化学療法の主たる薬剤は，パクリタキセル7名，シスプラチン2名，塩酸ゲムシタビン2名であった。化学療法中の通院間隔は，週1回が10名，週2回が1名であった。初回面接時点で受けている点滴化学療法の継続期間は，開始後2週間から5ヶ月であった。

2. 家族員が体験する困難

面接の逐語録から抽出された家族員の困難は，578ラベルとなった。類似のラベルを集め，本質的意味を抽出して表題とする作業を繰り返し行った結果，62の小カテゴリー，23の中カテゴリー，6の大カテゴリーにまとめられた。

大カテゴリーとしてまとめられた「家族員が体験する困難」は以下の6つ，〈身体症状や体調の変化に戸惑い，対応に苦慮する〉，〈将来の見込みが崩れ，厳しい現実の中，不確かで予測のつかない状況に向き合わなくてはならない〉，〈医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる〉，〈本人の気持ちを尊重したい思いと，うまくいかない現実に苦闘する〉，〈周囲や社会との関係の取り方に苦労し，問題解決に難渋する〉，〈自分の心身の健康を保つのにかなりの苦労がいる〉であった（表1）。

１）〈身体症状や体調の変化に戸惑い，対応に苦慮する〉の内容

〈身体症状や体調の変化に戸惑い，対応に苦慮する〉のカテゴリーは，患者の示す身体症状が気がかりで心配，全体的な元気がなくなり弱っていく心配，身体症状や体調の変化への対応に戸惑うことからまとめられた。

身体症状の内容には，食事量の減少，吐き気・嘔吐，体重減少，疲労感・倦怠感，咳・痰，労作時息切れなどが含まれていた。対応の内容には，食事の献立・量・タイミング，症状緩和のための配慮，受診の有無の判断などが含まれていた。

２）〈将来の見込みが崩れ，厳しい現実の中，不確かで予測のつかない状況に向き合わなくてはならない〉の内容

〈将来の見込みが崩れ，厳しい現実の中，不確かで予測のつかない状況に向き合わなくてはならない〉のカテゴリーは，将来の見込みが崩れて自分ではどうにもならない悔しさ，どれだけやっても完治はなく，予測のつかない状況に向き合う辛さ，不確かな中でもやっていかなくてはならない切迫感からまとめられた。

３）〈医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる〉の内容

〈医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる〉のカテゴリーは，医療費が家計に打撃であり，将来が心配になることからまとめられた。

４）〈本人の気持ちを尊重したい思いと，うまくいかない現実に苦闘する〉の内容

〈本人の気持ちを尊重したい思いと，うまくいかない現実に苦闘する〉のカテゴリーは，本人の良いようにと思うが十分に行かないことがあり，気持ちの上で苦闘することからまとめられた。

困難の内容には，本人の気持ちを尊重したいがそれで大丈夫だろうか，本人の良いようにしたいができないこともある，本人が言わないため体調や心境・意図がわからない，本人の疑問や困難に明快な解決を出せない，本人に言いたくても言えない事情がおこる，本人のありようがふがいなくて歯がゆい，本人とのやり取りで傷つき辛い，本人とのやり取りで嫌な思いをさせてしまう，が含まれていた。

５）〈周囲や社会との関係の取り方に苦労し，問題解決に難渋する〉の内容

〈周囲や社会との関係の取り方に苦労し，問題解決に難渋する〉のカテゴリーは，本人が元気で居てくれないと外とのかかわりに困る，病状を周囲に相談しにくく自宅では問題解決の突破口が開かない，周囲との距離のとり方に困惑したり傷ついたりする，子供の生活に及ぶ影響を心苦しく思う，通院手段がないため周囲に迷惑をかけて申し訳ない，からまとめられた。

６）〈自分の心身の健康を保つのにかなりの苦労がいる〉の内容

〈自分の心身の健康を保つのにかなりの苦労がいる〉のカテゴリーは，本人を支えるために自分が健康でいなければならない，患者の療養を中心とした生活を続けることが自分にとって大変，気持ちが乱れて辛く，自分を保つのが大変，からまとめられた。

表１　化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験する困難

家族員が体験する困難	困　難　の　内　容
身体症状や体調の変化に戸惑い，対応に苦慮する	身体症状が現れて気がかりで心配になる
	以前の生活を続ける元気がなくなりこのまま弱っていくのか
	身体症状や体調変化への対応に悩み苦労し迷う
将来の見込みが崩れ，厳しい現実の中，不確かで予測のつかない状況に向き合わなくてはならない	将来の見込みが崩れ自分ではどうしようもできなくて悔しい
	完治の無い現実と将来の予測がつかないことが気持ちの上で辛い
	治療の効果や継続期間など不確かな中で，心を決めてやっていかなくてはならない
医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる	医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる
本人の気持ちを尊重したい思いと，うまくいかない現実に苦闘する	本人の気持ちを尊重したいがそれで大丈夫だろうか
	本人の良いようにしたいができないこともある
	本人が言わないため体調や心境･意図がわからない
	本人の疑問や困難に明快な解決を出せない
	本人に言いたくても言えない事情がおこる
	本人のありようがふがいなくて歯がゆい
	本人とのやり取りで傷つき辛い
	本人とのやり取りで嫌な思いをさせてしまう
周囲や社会との関係の取り方に苦労し，問題解決に難渋する	本人が元気で居てくれないと外との関わりはお手上げ
	病状を周囲に相談しにくく自宅では突破口が見出しにくい
	親類や知人との距離のとり方に困惑し滅入ったり傷ついたりする
	子供の存在や配慮は嬉しいが，子の生活に及ぼす影響を心苦しく思う
	本人が運転できないため通院手段が無く，周囲に迷惑をかけて申し訳ない
自分の心身の健康を保つのにかなりの苦労がいる	本人を支えるためには自分が元気でいなければならない
	本人の療養を中心とした生活を続けるのが大変
	気持ちが乱れて辛く，自分を保つのが大変

Ⅴ．考察

化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験しうる6つの困難を3側面から考察し，看護援助を検討する。

1．患者に現れる症状と将来像を理解し対応する支援

第一に，患者に現れる症状と将来像に関する側面である。これには，大カテゴリーのうち，〈身体症状や体調の変化に戸惑い，対応に苦慮する〉，〈将来の見込みが崩れ，厳しい現実の中，不確かで予測のつかない状況に向き合わなくてはならない〉，〈医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる〉の3つが関わると考えられる。

これらの困難は，家族員が，化学療法を継続する患者と自宅で向き合う戸惑いから発生していると考えられる。本研究の対象患者は，化学療法の副作用症状だけでなく，疾患の進行に伴う症状，過去の外科的治療に伴う症状，日々のちょっとした体調変化，加齢に伴う変化等を複合して現していると推測できる。このため，自宅で対応可能な状況と，受診を要する緊急事態との判断に苦労するところがある。また，家族員が行う対応は，ある方法で上手くいっても，次回は上手くいかないなど，患者の状況や体調によってバリエーションを求められるものとなる。

このため看護援助は，化学療法を続ける通院がん患者に現れる可能性のある症状とその対処方法を伝えること，患者の生活に密着した症状対処方法を共に考え，患者にあったものに更新し続けることがあげられる。Schumacherら[3]は，がん化学療法を受けている患者の家族が行うケア提供技術の概念を質的に分析し，《モニタリング》，《解釈》，《意思決定》，《行動を起こす》，《調節を図る》，《手ずからケアをする》，《資源にアクセスする》，《病いをもつ人と共に働く》，《ヘルスケアシステムと話し合う》の9つの指標を明らかにしている。これらの指標のうち，特に

《モニタリング》，《解釈》，《意思決定》に関わるケア提供技術の向上への支援が，本研究における第一の側面に対して求められる看護援助であるといえる。これには，看護師が化学療法を受ける患者に相対する際の考えの筋道や対応の仕方を，家族員とともに辿り，個別の対応方法を身につけられるようにする援助が求められる。すなわち，看護師が化学療法を受ける患者に接する取り掛かりとなる考え方である，患者の反応を観察し，仮説を立てて対応の必要性を推論していくポイントを家族ごとに継続指導していくことが必要になると考えられる。この際，患者特有の症状の現れ方やパターン，これまでの生活スタイルや好みを聞き出し，対応を共に検討することが看護援助となるといえる。また，家族員が患者独自の症状の現れ方に注目することは，これまでの生活の知恵を活かした家族員なりの工夫を発揮できるため，気持ちのうえで安定した関わりをもたらすと推測できる。

また，患者のがん罹患やがん治療は，家族員にとって圧倒的な体験となるため，頭で理解し，心で納得するまでに時間がかかり，一旦落ち着いても小さなきっかけで何度でも揺り戻しがくることが考えられる。しかし，家族員の気持ちが揺れていてもがん治療は継続される。このため，家族員が，厳しい現実を引き受け，患者の生活の質を高める取り組みを探す中に将来像を求められるようにし，気持ちを落ち着け納得するまでの共感的理解と継続的な援助が求められる。看護師が家族員に対して，外来で継続支援を行うことを表明し，長い治療を共に歩む協力体制を築く姿勢を伝えることが援助になると考えられる。

さらに，長い闘病生活を快適に送るため，医療費控除のための方略を探して情報提供することと，必要時には医療ソーシャルワーカーなどとの連携を行うことが必要になると考えられる。

2. 患者および周囲との対人関係を促進する支援

第二に，家族員と患者および周囲との対人関係に関する側面である。これには，大カテゴリーのうち，〈本人の気持ちを尊重したい思いと，うまくいかない現実に苦闘する〉，〈周囲や社会との関係の取り方に苦労し，問題解決に難渋する〉の2つが関わると考えられる。

これらの困難は，家族員の患者に対する尊重の思いを具現化できない苦しみ，患者との心理的距離が近いためにおこる苛立ちやもどかしさ，患者や周囲との間に心理的な距離・障壁を挟むためにおこる苦心等からおこると考えられる。外来化学療法を受けながら生活しているがん患者のニーズを検討した研究[4]は，患者のニーズとして，《家族に心配をかけたくない》，《家族に負担をかけたくない》等を明らかにしている。また，患者が，家族に心配や負担をかけないようにするため，家族に相談しなかったり，話す内容や量を減らしたりしている実態を述べている。患者のこういった行動は，家族への思いやりを元にしていると推測できる。しかし，患者が行うこの思いやりが，家族員にとって，患者のことがつかめないという困難の原因となる可能性を示唆している。一方，がん診断後の家族における相互作用的な学習について，化学療法または放射線療法を受けている患者と家族を対象に行った研究[5]では，《過去の振り返り》，《情報収集を共にする》，《体験から学ぶ》等のテーマを明らかにしている。患者が家族とオープンに話し，共に療養生活に関する作業をすることで，患者の体験や信念がより理解され，より効果的な援助を受けられるようになると述べている。これは，Schumacherら[3]が，がん化学療法を受けている患者の家族が行うケア提供技術の概念として明らかにした9つの指標のうち，《病いをもつ人と共に働く》と合致するといえる。また，化学療法を受けるがん患者のセルフケア行動に関する研究[6]では，《家族と同じ方向を向いているという確かさ》が，患者のセルフケア行動を促進する動機となる要素の一つであると明らかにしている。

このため看護援助は，家族と患者にお互いへの思いやりと配慮があるからこそ，もがき苦しむ困難が生じる可能性について双方に伝えることから始められる。患者には患者の思いやりがあり，家族には家族の思いやりがあり，周囲には周囲なりの思いやりがある。それらがずれる場合があるため，看護師がつなぎ役をとり，それぞれの思いや考えを循環させ，将来は各自で相互作用を深められるように患者と家族員・周囲とを結んでゆく，長期的視野に立った支援が可能である。また，配偶関係にある患者・家族員において，ケア提供者となる配偶者の負担感を減らすには，配偶者間のコミュニケーションと結婚生活全般の満足を高め

ることを目標とした介入がよい[7]とされている。患者と家族がオープンに話しあうことで，療養生活に関する対処の有能さが増し，患者のセルフケア行動も促進されることが期待できる。本研究の対象となった家族員の大半は，患者との二人暮らしであり，60歳代から70歳代の配偶者である。二人暮らしであること，がん治療で社会活動が制限され，限られた人間関係となること，配偶関係の長い歴史とによって打開策が手詰まりになりやすい家族員へ，外来で出会う看護師が第三者的視点で関わることは，効果的な刺激となるといえる。この援助には，看護師自身の対人関係構築能力や，問題解決能力，共感的能力の向上が欠かせない。

3．家族員の心身の健康を保つ支援

第三に，家族員自身の心身の健康に関わる側面である。これには，大カテゴリーのうち，〈自分の心身の健康を保つのにかなりの苦労がいる〉が関わると考えられる。

成人がん患者の家族員も自身の健康問題や，加齢に伴う身体症状を抱えている場合が多い。また，長期にわたるがん療養を行う患者と共に歩むことは，不安や緊張，毎週の受診に付き添う疲労や，患者用の食事内容に付き合い続けることなど，心身の不調をきたしやすい環境におかれることになると予測できる。外来看護師は，周囲に相談しにくい病状の患者を抱える家族員の身近な相談相手となり，家族員自身の心身の健康が保たれるよう配慮していくことが大切になると考えられる。

がんの診断と治療は，とりわけ進行がんや再発がんの場合，患者だけでなく家族に大きな衝撃を加えるが，家族に回復力（resilience）があれば，患者の治療に関する役割変化や身体的変化や情動的変化への適応が可能である[8]とされている。外来看護師が家族員の体験している衝撃を査定し，適応に向かえるよう援助することが求められる。また，家族員が回復する力を取り戻すことができるよう，患者を支える他の家族員をケアに巻き込んでいくことを勧めたり，自身の生活の質を高める時間を持つことを勧めたり，化学療法を続ける他の患者家族との交流を促進し，苦しみをわかりあったり，工夫を交換し合ったりすることも支援になると考えられる。

Ⅵ．おわりに

化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験する困難は，〈身体症状や体調の変化に戸惑い，対応に苦慮する〉，〈将来の見込みが崩れ，厳しい現実の中，不確かで予測のつかない状況に向き合わなくてはならない〉，〈医療費が家計に打撃であり，将来が心配になる〉，〈本人の気持ちを尊重したい思いと，うまくいかない現実に苦闘する〉，〈周囲や社会との関係の取り方に苦労し，問題解決に難渋する〉，〈自分の心身の健康を保つのにかなりの苦労がいる〉の6つであることが明らかになった。家族員に対する看護援助としては，患者に現れる症状と将来像を理解し対応する支援，患者および周囲との対人関係を促進する支援，家族員の心身の健康を保つ支援が考察された。患者に付き添う家族員自身が多様な困難を抱えるため，家族員への援助を充実させることが必要である。また，家族員の困難を減少させる援助は，患者へのケアにつながる可能性を含んでいる。

がん患者を支援する外来看護の問題に関する研究[9,10]は，外来看護実践そのものに関する問題と，外来看護実践のシステムに関する問題を明らかにしている。がん患者および家族に対するケア提供技術の向上の必要性と，ケア提供に携わる人材確保の重要性は，本研究においても同様であるといえる。

本研究の対象は，患者の通院に付き添う同居家族員であった。しかし，家族形態は多様化しており，付き添いのない状態で通院する患者や独居の患者も多い。このため，看護師が家族員もしくは近隣のケア提供者との関わりを保つため，病棟看護師との連携や，電話など通信手段の活用，自宅訪問や訪問看護との連携等も視野にいれた外来看護の展開が必要となると考えられる。

本研究にご協力下さいました対象者の皆様，看護師および医師の皆様に深く感謝申し上げます。なお，本研究は自治医科大学看護学部共同研究費の助成を得て行った。

文 献

１）片桐和子，小松浩子，射場典子，外崎明子，南川雅子，酒井禎子，林　直子，池谷桂子，高見沢恵美子：継続治療を受けながら生活しているがん患者の困難・要請と対処－外来・

短期入院に焦点をあててー．日本がん看護学会誌，15(2);68-74，2001．
2）小西美ゆき，佐藤まゆみ，佐藤禮子，菅原聡美，増島麻里子，水野照美，青山美貴，濱田由香，猪俣桜子：外来に通院するがん患者の療養生活上のニードの起因．千葉大学看護学部紀要，24; 41-45，2002．
3）Schumacher K.L.，Stewart B.J.，Archbold P.G.，Dodd M.J. & Dibble S.L.：Family caregiving skill：development of the concept．Research in Nursing & Health，23;191-203，2000．
4）武田貴美子，田村正枝，小林理恵子，志村ゆず：外来化学療法を受けながら生活しているがん患者のニーズ．長野県看護大学紀要，6;73-85，2004．
5）Friesen P.，Pepler C. & Hunter P.：Interactive family learning following a cancer diagnosis．Oncology Nursing Forum，29;981-987，2002．
6）飯野京子，小松浩子：化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析．日本がん看護学会誌，16(2);68-78，2002．
7）Veach T.A.，Nicholas D.R. & Barton M.A.：Cancer and the family life cycle：a practitioner's guide．Brunner-Routledge (NY)，pp.88-93，2002．
8）Varricchino C.G.：A cancer source book for nurses．Jones and Bartlett (Sudbury)，pp.506-507，2004．
9）酒井禎子，小松浩子，林　直子，射場典子，外崎明子，南川雅子，片桐和子，池谷桂子，高見沢恵美子：外来・短期入院を中心としたがん医療の現状と課題－外来・短期入院を中心としたがん医療に携わる看護婦の困難と対処－．日本がん看護学会誌，15(2);75-81，2001．
10）佐藤まゆみ，小西美ゆき，菅原聡美，増島麻里子，佐藤禮子：がん患者の主体的療養を支援する上での外来看護の問題と問題解決への取り組み．千葉大学看護学部紀要，25;37-44，2003．

Original Article

Difficulties faced by the families of cancer patients receiving chemotherapy in an outpatient setting

Terumi MIZUNO[1)], Reiko MURAKAMI[1)], Misuzu NAKAMURA[1)], Yoko YAMAMOTO[1)], Fumie TSUKAGOSHI[2)]

Abstract

The purpose of this study was to identify the difficulties faced by the families of cancer patients receiving chemotherapy in an outpatient setting. Eleven family members were interviewed. The interview data were analyzed qualitatively and inductively.

Six difficulties faced by the family members were as follows：“anxieties about symptoms and the physical conditions that the patient had”, “crisis due to unexpected and uncertain situations”, “financial hardship caused by heavy medical expenses”, “struggle for balancing respect for patient and harsh realities of life”, “impediments in social relationship and in finding solutions to personal problems” and “problems in taking care of their own health”.

In order to help family members understand and cope with patients’ conditions, nursing intervention is required to facilitate their relationships with patients or others and to assist them in caring for themselves.（key words：family, cancer, chemotherapy, outpatient setting, difficulties）

[1)] Adult Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

[2)] Former member of Adult Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

原　著

大規模教室での講義型授業に対する看護学生のニーズと授業評価
―プレゼンテーションソフトウェアを用いた心理学科目の受講生を対象として―

平田 乃美[1)]，渡邉亮一[2)]

要旨：わが国の大学教育は，現在マス型からユニバーサル型への移行期にあるが，それに伴って学生の多様化が予測され，学生の多様性に対応したカリキュラムデザインが今後求められる。本研究では，そのような授業計画の段階で考慮すべき情報を検討し，「授業計画案の設計や授業改善のための授業評価において，学生の多様性やニーズに着目することの有効性」を検証することを目的とした。首都圏の看護学生100名を対象に日本版大学授業環境尺度CUCEI を用いて調査を実施し，データを因子分析した結果，「満足度」，「関与」，「革新性」の3因子が抽出された。成績のみを要因とした分散分析の結果では，成績上位群の学生は授業に対する評価が好意的であることが示された。しかし，学生の授業に対するニーズと成績を要因とした2要因の分散分析の結果では，学生の授業評価は成績よりもニーズの程度によって有意に異なっていた。これらの結果から単に成績のみを授業評価の要因とみるのではなく，学生のニーズに着目した授業評価が，授業計画案のデザインや授業改善の有益な手段となることが示唆された。

キーワード：大学授業環境評価尺度（CUCEI），授業評価，学生のニーズ

Ⅰ．はじめに

文部科学省大学審議会（1998年10月答申）の試算によれば，18歳人口の減少に伴い，平成21年度には，大学入学志願者はいわゆる「全入」状況に達するという。また現在，わが国の大学進学率は50％近くまで上昇しており，これは，わが国の高等教育システムがユニバーサル型という段階に変化しつつあることを意味している。ユニバーサル型の教育とは，従来よりもはるかに広範な年齢や経歴の学生層も参加可能な新しい教育形態と，極めて多彩な学力基準や個人特性を特徴とするものである（Trow, 1976）[1)]。

大学入学が従来に比べて容易になったことによる広範な学生層の存在は，大学における授業計画にも様々な新しい取り組みをもたらしている。例えば，大学の授業で必要とされる基礎的な学力に欠けた学生が増加したことを受けて，補習（remedial）教育を実施する大学が増えている。また，文部科学省の発表（2001年12月：大学におけるカリキュラム等の改革状況について）によれば，全国451もの大学（約69％）で，学生による授業評価が実施されている。補習教育や授業評価は，基礎学力の修得や授業改善などを目的として実施されているが，同時に学生の実態やニーズの把握にも役立つと考えられる。本研究は，特に授業計画にフィードバックさせるための授業評価について取り扱うものである。

授業計画案は，計画（Plan），実施（Do），評価（See）のプロセスを経て設計される。赤堀[2)]によれば，計画（Plan）とは「どのような学習者が受講するのか」，あるいは「どのようなニーズがあるのか」を分析する段階である。つまり授業計画では，実施前に学習者の情報を得ることが必要不可欠となる。

しかし，高等教育の現場では，対象となる学習

1) 白鷗大学 発達科学部
2) 自治医科大学 看護学部

者数が小中高校と比較すると相対的に多く，また同一科目の講義は通常週1回のみであるなど，学生との交流は極めて少ない。さらに，計画（Plan）に必要な情報を収集する授業評価が，現状では多くの大学で年末や学期末に実施されている。つまり，現状のシステムでは，学習者の実態・ニーズなどの情報を授業計画に十分に活用するのは困難であるといえる。

学生の多様化や授業計画への活用に着目した授業評価の実践として，例えば，大膳[3]は，大学生からみた「よい授業」について，その特色と学生の質的な違いによる捉え方の違いに着目して調査を行っている。大膳は，よい授業は「教員の人格」,「学生の動機」,「集団過程」の次元によって特徴づけられること，また，学生を「主体的学習」,「授業順応」の次元で質的に分類し，学生の次元によって授業評価が異なることを述べている。学生の個人特性による授業評価の特徴に関しては，筆者[4]も，学生の授業評価が個人の成績評価および性格傾向と関連することを見出している。さらに，筆者ら[5, 6]は，「現実の授業評価」と「望ましい授業」の比較から，授業に対する学生のニーズがクラスごとに異なること，また同一クラス内でも有意にニーズの異なる学生群が存在すること，さらに，ニーズの違いによって実際の授業評価も有意に異なることなどを報告している。評価尺度については，既に海外で標準化されている大学授業環境尺度（Fraser, Treagust, & Dennis）[7]の日本版を作成して，尺度の信頼性と妥当性について厳密な検証を行った佐古[8]の調査研究がある。

こうした一連の研究成果および筆者らのこれまでの取り組みをさらに展開させるべく，本研究では，授業計画案の設計や授業改善のための授業評価において，学生の多様性やニーズに着目することの有効性を検証することを目的とした。具体的には，授業計画または初期の段階に抽出すべき情報を探索するため，学生の授業評価と関連する要因について分散分析を行った。

Ⅱ．研究方法

1．調査対象

１）対象者

首都圏の4年制大学看護学部で，心理学関連科目「心と健康」の受講生全員（計100名／男性1名，女性99名）であった。

２）授業内容

心身の健康に関わる心理学の基礎知識，および心理的要因による身体疾患への臨床心理学的アプローチについて紹介するものであった。一部，心理テストやストレス対処法など，学生が参加する形式も含まれた。

３）授業形態

配布資料（1コマにつきＡ4用紙1枚程度）に添って，プレゼンテーションソフトウェアを用いて解説する方式をとった。解説画面は，プロジェクタを用いて，教室前方に1カ所設置されたスクリーンおよび4カ所に設置されたテレビモニタに映し出された。担当教員は，コンピュータ操作のため学生側からみて教室右前方で学生に向かって着席して解説を行った。

2．調査時期と実施手続き

１）事前調査

2004年4月（前期授業初期）に実施した。調査は，「授業へのひとこと」というタイトルの自由記述式で，「配布資料・画面文字・進行速度・レベル・内容・全体の満足度」および「授業中に実施する心理テスト」などについて，意見や要望があれば記述してほしい旨を口頭で指示した。回答の所要時間は約5分であった。

２）事後調査

同年7月（前期授業最終日）に実施した。実施に際しては，対象者全員に「調査結果は授業改善と研究目的以外には使用されないこと」，また「個人名や個人の回答内容が抽出されたり，成績評価に関係したりすることは一切ないこと」などの倫理的配慮，および調査目的と集計方法に関する説明を行った。回答の所要時間は約20分であった。

事後調査に用いた質問紙には，Fraser, Treagust, & Dennis[7]が大学におけるゼミナール型の授業環境を測定するために開発した大学授業環境尺度College and University Classroom Environment Inventory（CUCEI）49項目から35項目を選定して用いたが，選定にあたってはCUCEIの日本版であるCUCEI-J（佐古, 2002）[8]を参考にした。

CUCEI（1986）の原版は，Moos[9]の社会的環境の構成次元に従って，次の基本3次元，7下位次元（計49項目）によって構成されている。

Ⅰ.「人間関係の次元」

⑴個人化 Personalization
⑵授業への関与・参加 Involvement
⑶学生のまとまり Student Cohesiveness
⑷授業の満足度 Satisfaction
Ⅱ.「個人発達の次元」
⑸課題志向 Task Orientation
Ⅲ.「組織維持と変化の次元」
⑹授業の革新性 Innovation
⑺個別化 Individualization

日本版の CUCEI-J（35項目）では，「人間関係の次元」の下位次元である「学生のまとまり」の項目が，講義型よりもゼミナール型の授業の測定に適した尺度であるため，除外されている。

CUCEI-J を始め，Moos[9] の社会的環境次元を基に開発された環境測定指標では，「Actual（現実の）」環境に加えて，「Preferred（好ましい）」環境をも測定対象とすることができる。「Preferred」は，初期の諸研究では「Ideal（理想の）」と記述されていたが，近年では到達し難い最善最上の状態やある種の価値観をイメージさせる「Ideal」よりも，好ましく快適な状態を指す「Preferred」が一般的に用いられている。「Actual」と「Preferred」の環境は，教示文と質問（項目）文の一部が異なる同一の尺度によって測定される。具体的には，被調査者（回答者）は「Actual」，「Preferred」の2種類のパラレルな質問紙への記入を求められる。2種類の質問紙では，質問は同じであるが，教示文が異なる。同じ質問文に対して，「Actual」の教示文では，〈次の文章は，あなたが現在受講している授業にどの程度当てはまりますか〉となり，「Preferred」の教示文では，〈次の文章は，授業にどの程度当てはまっていたら望ましいと思いますか〉となる。一つひとつの質問文は，原文（英文）では「Actual」の質問文の動詞の前に助動詞 would を加えるだけで「Preferred」の文章として用いられるが，日本語訳には若干表現の工夫が必要な場合もある。実施者（教師）は，この両尺度の実施結果を比較することで，例えば「革新性」や「教師のサポート」など，現在の担当授業に不足している要因，逆に過剰な要因に関する情報を得ることができる。

本調査での回答方法は，「全くあてはまらない」，「ややあてはまらない」，「どちらでもない」，「ややあてはまる」，「全くあてはまる」の5段階評定とした。評定対象は，「現実の授業（Actual）」と，学生が好ましいと考える「望ましい授業（Preferred）」の2種類とした。本研究では，後者の学生が評定した「望ましい授業」の測定値を，学生の授業に対する「ニーズ」として捉えて分析することとした。

Ⅲ．研究結果と考察

1．事前調査の授業への活用

本授業の対象学年が1年生であったことから，プレゼンテーションソフトウェアを用いた授業を初めて受講する学生が多く，事前調査では「スライドの切替えが速い」，「解説画面の文字と教員の解説はどちらを優先して記録すべきか」，また「プリントに書き込むスペースがない」などノートテイキングの方法・内容に相談や要望が集中した。そこで，事前調査後の授業（5月）において，スライドは切り替え時に全員に確認をすること，また当初使用していた「少ない文字数のスライドが多く切り替わる」形式から「同じスライドに文字が追加されていく」形式にすること，ノートテイキングの内容については，「この授業では，要約のみが画面に呈示されるため，画面文字に口頭説明を補足する形式で記録してほしい」旨を説明した。配布資料については，A4版とB4版の2種類からサイズを選択できるように準備した。

授業中に実施する心理テストについては，結果を他の学生や教員に開示することへの不安等が寄せられることがあるが，今回の受講生については特に意見・要望はなかった。

2．大学授業環境尺度の構成

CUCEIの49項目から選定した35項目の尺度の因子妥当性を検討するため，調査に回答した学生100名（有効回答数：計100名）の「現実の授業」に対する評定値を用いて因子分析（主因子法，Varimax回転）を行った。因子の固有値が1.00以上であることおよび解釈可能性を基準として，3因子構造を妥当として抽出した。3因子17項目の累積寄与率は38.60％であった。便宜的に各因子の成分負荷量が0.400 以上の項目を示したのが表1である。次に，各因子の信頼性を検討するため，各因子の信頼性係数 Cronbach' α を算出したところ，各々【授業の満足度（9項目）$\alpha=0.87$】，【授業への関与（4項目）$\alpha=0.70$】，【授業の革新性（4項目）$\alpha=0.74$】の値が得られた。内的整合性の観

点からみると，これらの値は各尺度が一定の信頼性をもっていることを示している。さらに，「望ましい授業」に対する評定値においても，同一因子構造の同一項目を用いて信頼性係数を算出したところ，すべての因子において同様に高い信頼性が示された（表1）。

3.「現実の授業」,「望ましい授業」に対する授業評価の評定平均値

現実の授業評価の評定平均値は，【授業への満足度】4.28（95%信頼性区間：4.18-4.38），【授業への関与】2.13（2.00-2.26），【授業の革新性】3.51（3.40-3.63）であり，【授業への関与】以外は5段階評定の中央値（3.00）を超えていた。また，望ましい授業に対する評価（学生のニーズ）の評定平均値は，【授業への満足度】4.64（95%信頼性区間：4.57-4.72），【授業への関与】3.53（3.38-3.69），【授業の革新性】3.76（3.62－3.89）であり，すべての因子において中央値を超えていた。コンピュータを用いた本授業の形式では，学生が授業に主体的に関与できる機会が特に少なかったと考えられるが，この結果は，大規模教室における講

表１　大学授業環境尺度CUCEI の因子分析結果（回転後）

No.	ITEM	Factor Loadings		
		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
第Ⅰ因子　授業への満足度				
Q29	学生は、この授業を楽しんでいる	0.827	0.020	0.173
Q03	学生は、授業に出席することを楽しみにしている	0.817	−0.043	0.211
Q34	この授業の内容は、興味深い	0.815	0.053	0.074
Q24	この授業は、退屈である	−0.733	0.060	0.010
Q19	この授業は、時間の無駄である	−0.714	0.149	0.010
Q13	この授業の受講後に、学生はだいたいいつも満足感を持つ	0.668	0.000	0.040
Q20	この授業のやり方は、まとまりがない	−0.574	0.032	0.072
Q08	学生は、この授業で行われることに不満がある	−0.537	−0.073	−0.004
Q01	担当教員は、学生の気持ち・希望を考慮している	0.488	−0.094	0.056
第Ⅱ因子　授業への関与度				
Q23	この授業で、課題の成果が紹介されたり、学生が発表したりすることは滅多（めった）にない	0.088	−0.815	0.067
Q22	学生達は、課題のテーマや方法を選ぶことを許される	−0.075	0.732	0.094
Q17	担当教員は、課題の作業方法がわからない学生を個別に指導する	−0.002	0.587	−0.127
Q18	この授業で学生は、他の学生の発言に注意を払っている	0.133	0.537	0.097
第Ⅲ因子　授業の革新性				
Q15	担当教員は、この授業活動で新しい学習スタイルを考え出している	0.029	−0.142	0.827
Q05	この授業では、目新しい授業形態や教授方法はほとんど試されない	−0.019	−0.129	−0.816
Q11	担当教員は、手間をかけて学生の学習を助けている	0.288	−0.019	0.604
Q21	この授業の教授法は、革新的で多様である	0.263	0.031	0.565
Eigenvalue		7.84	3.23	2.44
Variance（%）		22.40	9.20	7.00
Cumulative variance（%）		22.40	31.60	38.60
Cronbach's α coefficients (Actual)		0.87	0.70	0.74
Cronbach's α coefficients (Preferred)		0.87	0.79	0.77

* Factor loadings with absolute values of <.40 are not presented for the sake of clarity.

表２　「現実の授業」および「望ましい授業」の因子別の評定平均値

	授業への満足度			授業への関与度			授業の革新性		
	平均	SD	t値	平均	SD	t値	平均	SD	t値
現実の授業	4.28	(0.51)	−8.30*	2.13	(0.65)	−16.20*	3.51	(0.58)	−3.63*
望ましい授業	4.64	(0.40)		3.53	(0.76)		3.76	(0.69)	

（* P<.001）

義型授業においても，学生側には，授業進行・課題選択など授業への関与について一定のニーズがあることが示されたといえる。

「現実の授業」と「望ましい授業」の各因子の平均値の差の検定を行った結果，【授業への満足度】（t＝−8.30，p＜0.0001），【授業への関与】（t＝−16.20，p＜0.0001），【授業の革新性】（t＝−3.63，p＜0.0005）と全ての因子において有意な差が認められ，受講者が「この程度が望ましい」とした評定値（ニーズ）が，3つ全ての要因において現実の授業に対する評定値を上回ることが示された（表2）。

4. 学生の授業に対するニーズと授業評価の関連

学生の授業に対するニーズを，【授業への満足度】，【授業への関与】，【授業の革新性】の各因子における「望ましい授業」についての評定値の標準得点（z score）によって，1.0以上の学生を高ニーズ群，−1.0以下を低ニーズ群，中間を中間群に分類した。この学生の授業に対するニーズを要因として，「現実の授業」に対する評価の評定値を従属変数とした1要因の分散分析を行った（表3）。

その結果，【授業への満足度】では，学生のニーズによって授業評価に有意な差（F［2, 97］＝14.890，p＜0.0001）が認められた。また，FisherのPLSD法による主効果多重比較の結果でも，高ニーズ群・中間群・低ニーズ群すべての間で有意差が認められた。これは，授業から得る満足度に高い期待を持って授業に参加している学生は，実際の授業に対しても高い満足を得ており，授業で得る満足感が低くてよいと考える学生は実際の授業に対して満足していないことを示している。

【授業への関与】では，学生のニーズによって授業評価に有意な差は認められなかったものの（F［2, 97］＝16.377，p＜0.09），主効果多重比較検定の結果，高ニーズ群と低ニーズ群の間で有意差が示された。授業内容や進行に自主的に関わりたい，参加したいというニーズを抱いて受講している学生は，実際の授業においても関与できたと評価していることがわかる。

【授業の革新性】では，学生のニーズによって授業評価に有意な差（F［2, 97］＝11.283，p＜0.0001）が認められた。主効果多重比較検定の結果，高ニーズ群・中間群・低ニーズ群すべての間で有意差が示され，授業形態や教授方法について，新しい工夫や革新性を期待している学生ほど，実際の授業形態に対してもその革新性を評価していることが示されている。

表３　学生の授業に対する因子別のニーズと授業評価

	授業への満足度			授業への関与度			授業の革新性		
	平均	SD	F値	平均	SD	F値	平均	SD	F値
高ニーズ群	4.58	(3.46)	14.89*	2.23	(3.03)	2.47	3.86	(2.76)	11.28*
中間群	4.32	(4.40)		2.19	(2.38)		3.49	(1.97)	
低ニーズ群	3.91	(3.98)		1.88	(2.32)		3.19	(1.51)	

（＊P<.0001）

表４　学生の授業に対する因子別のニーズと成績および授業評価

学生の分類		授業への満足度				授業への関与度				授業の革新性			
		人数	平均	SD	F値	人数	平均	SD	F値	人数	平均	SD	F値
高ニーズ群	成績上位群	5	4.69	(2.59)	12.23*	6	2.13	(1.98)	−	8	3.59	(2.56)	−
	成績中間群	19	4.55	(3.78)		19	2.32	(3.41)		16	3.97	(2.73)	
	成績下位群	3	4.59	(3.22)		5	2.05	(2.78)		4	3.94	(3.40)	
中間群	成績上位群	6	4.59	(3.14)		9	2.00	(2.50)		7	3.57	(1.89)	
	成績中間群	33	4.32	(4.09)		28	2.33	(2.13)		29	3.47	(1.92)	
	成績下位群	8	4.10	(5.82)		9	1.94	(2.73)		8	3.53	(2.42)	
低ニーズ群	成績上位群	4	3.92	(4.50)		0	−	−		0	−	−	
	成績中間群	14	4.02	(3.29)		19	1.84	(2.36)		21	3.07	(1.01)	
	成績下位群	8	3.71	(4.69)		5	2.00	(2.35)		7	3.54	(1.95)	

（＊P<.0001）

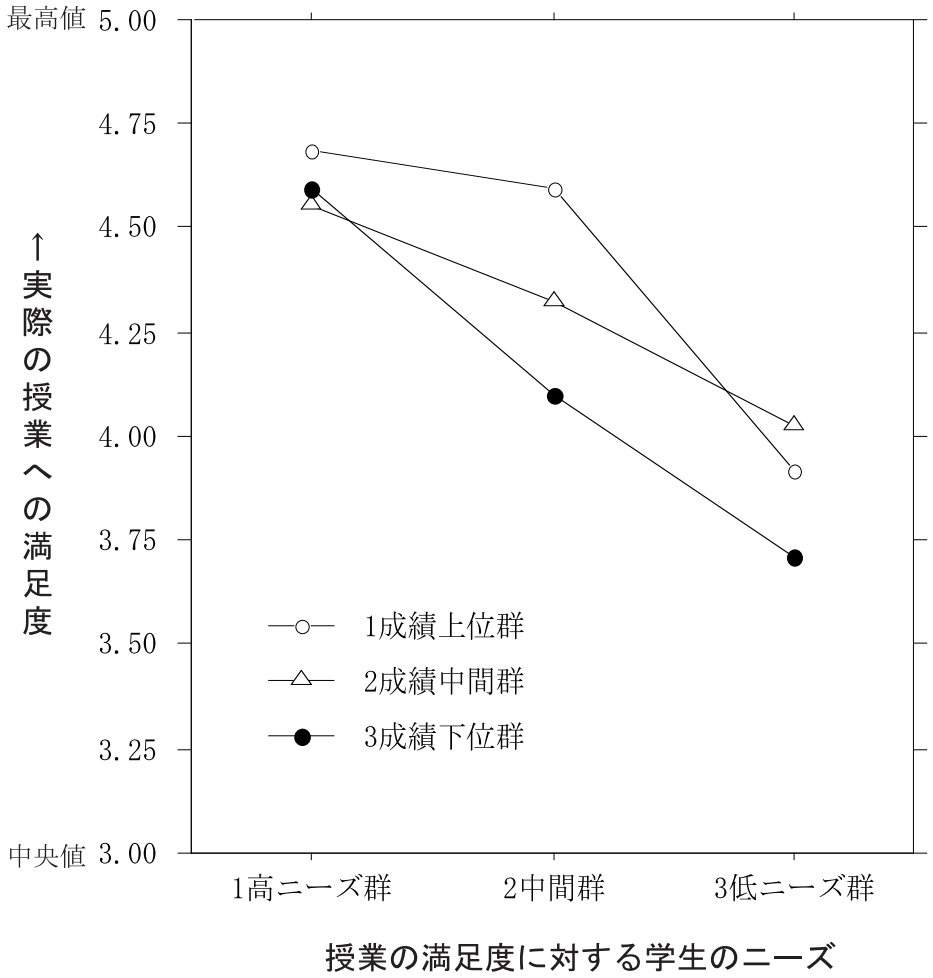


図１　授業評価と学生のニーズおよび成績評価の関連

5. 学生のニーズと成績および授業評価の関連

成績については，筆記試験の標準得点（z score）によって，1.0 以上の受講生を成績上位群，－1.0 以下を成績下位群，中間を成績中間群とした。「現実の授業」に対する評価の評定値を従属変数，成績を要因として1要因の分散分析を行ったところ，成績上位群・中間群は成績下位群よりも有意に満足度が高い（F［2, 97］＝3.853，p＜0.0245）ことが示された。

一方，【授業への関与度】，【授業の革新性】については，成績上位群ではこれらの要因に対してニーズの低い学生は存在していなかった。これは，成績上位の学生は，授業に参加・関与したいという期待，および新しい教授法に対する一定のニーズを持っていることを示しているといえよう。

ここではさらに，成績および学生のニーズと授業評価との関連を検討するため，現実の授業に対する評定値を従属変数，成績とニーズを要因とした2要因の分散分析を行った（表4）。その結果，【授業への満足度】においては，FisherのPLSD法による主効果多重比較の結果，成績の上位群・中間群と下位群の間に有意な差が示されたものの，主効果は認められなかった。ニーズについては，主効果（F［2, 97］＝12.232，p＜0.0001）が認められた。両要因間に交互作用は認められなかった（図1）。成績に関わらず，授業に対して高いニーズのある学生は実際の授業に対しても満足度が高く，授業への期待や要望が低い学生は実際の授業においても満足していない。この結果は，学生による授業評価に，成績よりもニーズの要因が深く関わっていることを示唆しているものといえよう。

Ⅳ．おわりに

1．大学授業環境尺度の構成について

今回実施した授業評価尺度は，Fraserら（1986）[7]がゼミナール型の大学授業環境を測定するために開発したCUCEIから項目を選定した。本調査では，Moos（1976）が社会的環境の基本3次元とした「人間関係の次元」に該当する【授業への満足度】，【授業への関与】，および「組織維持と変化の次元」に該当する【授業の革新性】の3因子が抽出された。各因子は，「現実の授業」，「望ましい授業」のいずれにおいても信頼性係数が高く，CUCEIの構成次元を支持する結果といえる。しかし，今回抽出されなかった「個人発達の次元」は，学習環境を評価する上で不可欠な，個人の学びや成長への志向に関する次元である。そのため，今後は大規模教室における講義型授業に適した下位次元や項目内容について吟味または追加して検討する必要がある。

この点については，日本版CUCEIを作成した佐古[8]も，類似の傾向を指摘している。佐古は，「個人発達」の下位次元である【課題志向】において信頼性および妥当性に問題が生じることを見出し，今後，【課題志向】をわが国の現状に適した内容の尺度に発展させるのか，あるいは学生に対して講義型授業の教育目標をより明確に呈示するのか，議論が必要であるとしている。

2．授業計画・初期段階におけるニーズ測定の有効性について

本調査の目的は，授業計画および改善のために，授業計画者が設計・初期段階で抽出すべき情報を探索するため，学生の授業評価と関連する要因を検討することであった。そこで今回は，従来の授業評価の手法に加えて，学生のニーズを「望ましい授業」に対する授業評価として測定して，学生のニーズの違いによって，実際の授業評価がどのように異なるのかを検証した。その結果，【満足度】，【関与】，【革新性】の3つの次元で，実際の授業評価は，学生のニーズ（満足度への期待）の程度によって異なることが明らかになった。これらの結果は，大膳[3]の指摘や筆者ら[5]の報告と一致するものであった。さらに，学生の授業評価が個人の成績評価と関連したという結果（平田，2003）[4]に，今回「望ましい授業」という視点を加えたことによって，成績の要因以上に学生の授業評価に効果をもつニーズの要因が明らかにできたといえよう。

ニーズの測定の有効性については，Hunt[10]をはじめ，現実の環境と望ましい環境の間の評価差（ギャップ）が，児童・生徒の学力や学校適応に効果を持つとする報告が数多くある（Fraser& Fisher, 1983；Hirata & Fisher, 2003）[11, 12]。これらの知見を踏まえて今回の結果を解釈すれば，学生のニーズに関する情報は，授業計画案の設計や授業の初期段階，あるいは，授業運営をサポートするものとして必要不可欠なものと考えることができるといえよう。

3．今後の課題

本稿では，ユニバーサル型への移行に伴う学生の多様化を考慮した大学の授業計画案の設計や授業改善に向けて，学生のニーズに着目した授業評価を検討した。その結果，学生が望ましいと考える授業の状態（ニーズ）と実際の授業評価に強い関連が見出され，学生のニーズが授業計画案の設計に不可欠な情報であることが示唆された。今回のデータは，学期末に現実の授業評価と同時に測定されたものであることや，個人判別型のデータであることの評定への影響等，いくつかの制限を持っている。このことを考慮した上，今後は授業の実施前・実施中に学生のニーズを測定・把握して，それに基づいて授業計画案を再検討する，という実践が求められる。

しかし，今回対象とした授業において，予備調査で抽出した技術的な要望でさえ対応に要した教員側の労力は少なくなかった。学生のニーズに応じた教授方法や授業内容を，個々の教員が学期毎に検討することは限界がある。また，学生のニーズに授業内容を安易に一致させることは，学生に迎合することにもつながる。あくまでも学生の学力や意欲の向上につながる授業環境のデザインのために，例えばニーズの異なる学生が混在する講義型授業のあり方や，ニーズの低い学生への教育的アプローチなど，把握したニーズを実際の授業計画にフィードバックする具体的な指針の検討が，今後の大きな課題といえるだろう。

謝辞

貴重な御助言を賜りました査読の先生方に，心より御礼申し上げます。

文　献

1）Trow, M.（天野郁夫，喜多村和之訳）：高学歴社会の大学．東大出版会，1976.

2）赤堀侃司：システムズアプローチ　教育工学事典（日本教育工学会編）．実務出版，250-251，2000.

3）大膳　司：よい授業とは－学生と学生文化から－　大学授業の研究（片岡徳雄，喜多村和之編）．玉川大学出版部，20-36，1992.

4）平田乃美：大学生・短大生による授業評価－大学環境尺度，成績及び個人特性の関連について－．白鷗大学女子短大論集，27(1);105-121，2003.

5）石川　真，平田乃美：学生のニーズを考慮した授業評価尺度の有効性について－心理学系科目の受講生を対象として－．大学教育研究，25(1);57-63，2003.

6）Hirata, S., Ishikawa, M. & Fraser, B. J.：The Use of Class Assessment Scales with Consideration toward Students' Needs in Japanese College and University．Paper presented at Annual Meeting of the American Educational Research Association (AERA)，San Diego (U.S.A.)，2004.

7）Fraser, B. J., Treagust, D. F. & Dennis, N. C.：Development of an instrument for assessing classroom psychological environment in universities and colleges．Studies in Higher Education，11;43-54，1986.

8）佐古順彦：大学生による授業評価（2）：大学学級環境尺度(CUCEI：College and University Classroom Environment Inventory)日本版の「英語科教科学級」への適用．ヒューマンサイエンス，14(2);24-29，2002.

9）Moos, R. H.：Conceptualizations of Human Environments．American Psychologist，652-665，1973.

10）Hunt, D. E.：Person-Environment interaction：A challenge found wanting before it was tried．Review of Educational Research，45;209-230，1975.

11）Fraser, B. J. & Fisher, D. L.：Use of Actual and Preferred Classroom Environment Scales in Person-Environment Fit Research．Journal of Educational Psychology，75(2);303-313，1983.

12）Hirata, S. & Fisher, D. L.：Chapter 16：Students and Teachers' Perception toward Actual and Preferred Classroom Environment in Japanese Junior-High School．Future Learning Environments：Studies In Technology-Rich Classrooms．In Fisher D. L., et.al.(Eds.)．World Scientific Publishing(Singapore)，2003.

Original Article

Students' Needs toward a Lecture Influence Its Assessment

A Study in a Psychology Classes at a Large Scale Classroom for Nursing Student

Sonomi Hirata[1)], Ryoichi Watanabe[2)]

Abstract

As the Japanese system of higher education shifts from an emphasis on mass education to universal access education, the level of student academic ability and orientation toward learning is likely to become more diverse. This paper, therefore, discusses a plan for curriculum design and reform in consideration of various levels of students and students' needs. Specifically, the present research was concerned with the use of a class assessment scale measuring students' needs in college and university classes. We collected data of 100 students at a Nursing College using the actual and preferred forms of the College & University Classroom Environment Inventory (CUCEI). Factor analysis of the CUCEI data revealed 3 factors: (1) Satisfaction, (2) Innovation, and (3) Involvement. The results were analyzed using analysis of variance with the CUCEI scores as dependent variables and achievement for each student group as independent variables. Statistically significant differences were found for students' achievement on satisfaction. It was shown that the high-achieving students felt more satisfaction toward their classes than the low-achievers. Further analysis revealed that the scores of evaluation for the actual class by students related with the level of students needs. These results suggest that it is quite beneficial to measure students' learning need, not only for improving design of teaching and learning, but also analyzing the results of class evaluations with precision. （key words：College & University Classroom Environment Inventory（CUCEI），Class Assessment，Students' Needs）

[1)] Faculty of Human Development, Hakuoh University

[2)] School of Nursing, Jichi Medical School

報　告

知識創造と看護実践できる学生を育てるための SECIモデルに基づく基礎看護学技術演習効果の検討

大久保祐子[1)]，豊田省子[2)]，里光やよい[1)]，亀田真美[1)]，
角田こずえ[1)]，田口ヨウ子[2)]，野中　靜[2)]

Inquiry on effect of basic nursing technique practices based on SECI model for training students to be able to perform real nursing activities and to have ability of knowledge creation

Yuko OKUBO[1)]，Shoko TOYODA[2)]，Yayoi SATOMITSU[1)]，Mami KAMEDA[1)]，
Kozue TSUNODA[1)]，Yoko TAGUCHI[2)]，Shizu NONAKA[2)]

要旨：2002年度の基礎看護学カリキュラムに，知識創造と看護実践のできる学生を育てることを目的にSECIモデルに基づく演習システムを導入した。SECIモデルに基づく演習システムでは，学生は，共同化，表出化，統合化，内面化のプロセスを経て，思考しながら知識を身につけていくと予測し，SECIモデル看護学演習における学生の学習状況を調査した。その結果，知識創造の土壌となる相互信頼，積極的な共感，進んで助け合うコミュニティが形成され，学生の成長を示す結果が認められた。しかし，表出化，統合化，その後の内面化については，SECIプロセスを教育システムとして機能させていくためには多くの課題があり，SECIモデルに基づくシステムを基礎看護学の授業時間内で導入するには，多くの困難があることが明確になった。

キーワード：SECIモデル，知識創造，看護実践できる学生，基礎看護技術演習の効果

Ⅰ．はじめに

看護学基礎教育において基礎看護学は，学生が初めて専門看護を学ぶカリキュラム上最も重要な位置にある。その中でも基礎看護技術の習得のための基礎看護学Ⅰ～Ⅲは，自治医科大学看護学部（以下，本学という）では3科目6単位180時間，1年半に及ぶ必修科目であり，その内容の充実は看護学基礎教育上の最重要課題であるといえる。

伝統的な技術教育においては，手本を示しそれを模倣させ，手順を教える方式が基礎看護技術演習教育の方法としてとられていた。しかし，そのような「やり方」を教え込む教育では，患者の個別性に十分対応できないことや，医療技術がめざましく発展し，高度化していく現代においては，変化に対応できない教育にとどまってしまうことが危惧される。そういった「やり方」偏重の技術教育からの脱却を目指し，基礎看護技術教育にお

1) 自治医科大学 看護学部 基礎看護学
2) 前自治医科大学 看護学部 基礎看護学
1) Theoretical Nursing，School of Nursing，Jichi Medical School
2) Former Theoretical Nursing，School of Nursing，Jichi Medical School

いてもさまざまな教育方式が提案されている[1-6]。我々も，本学の教育理念である『看護に必要な専門知識と技術を身につけ，看護に関して判断，計画立案及び実践と改善・改革ができる看護専門職を育てる』ことを念頭に，2002年度基礎看護学における技術演習システムの理論的基盤として，組織的知識創造理論の基本モデルである「SECIモデル」[7]を採用する新しい試みにより教育の充実を図った。

「SECIモデル」は，企業組織の経営理論として，マサチューセッツ工科大学の野中郁次郎氏が提案した組織的知識創造のための理論である[7,8]。このモデルで，「知識」は4つのフェーズを経て創造されていく。4つのフェーズとは，共同化（Socialization），表出化（Externalization），統合化（Combination），内面化（Internalization）である。4つのフェーズを経ることにより，個人に源を持つ内面的な知識（すなわち「暗黙知」）が他のメンバーと共同化された知識（すなわち「形式知」）に変換され，それがさらに組織の知識として吟味・検討され，広く共有されていくというプロセス，すなわち「SECIプロセス」をたどる（図1）[9,10]。

SECIプロセスでは，個人の経験を言語化して他者に伝え，発見や問題を組織で共同化しつつ，組織および個人の知識を創造し，参加者一人ひとりが主体的に知識や技術を身につけていくことが求められる。このことから，SECIプロセスは知識創造のためのシステムであるとともに，クリティカルでイノベイティブな思考を展開する自律的な人材の養成を目標としたシステムでもある。SECIモデルの実践例は，企業組織の経営改革として多数の報告があるが，近年組織管理のシステムとして看護管理に活用した報告例もある[11-14]。人と組織を有機的に結びつけていく手法は，人がコラボレーションにより学習していく，LTD（Learning through discussion）[15]や，協同学習[16]に通じる方法であり，教育システムへの適用も可能と考えられる。新しい知識がビッグバン的増大をしている今日，学習者自らが知識を創造していく教育・学習方式は，自ら考え行動する看護実践能力の養成につながるという仮説を立て，基礎看護学技術演習に導入することにした。

本稿では，2002年6月から2003年5月の約1年間にわたって取り組んだ「SECIモデル」に基づく基礎看護学技術演習の教育実践の効果について報告する。

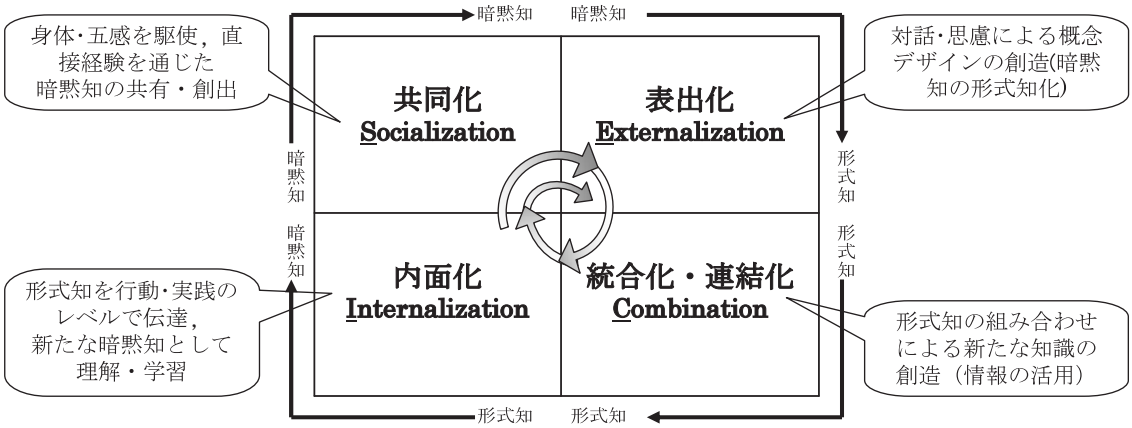
Ⅱ．研究目的

SECIプロセスに基づく看護技術演習を行い，学生の意見・感想を調査し，教育効果を検討する。

Ⅲ．研究方法

1．研究対象者

SECIプロセスに基づく看護技術演習教育の対象者は，本学の第1期生97人である。そのうち，本研究の趣旨，研究への協力の有無や調査に対する回答の内容は成績等に影響しないことを説明し，書面で研究への同意が得られたものを研究対象とした。



出典：野中郁次郎,紺野　登『知識経営のすすめ』p.111(ちくま新書225 1999)他

図１　SECIプロセス

2．SECIプロセスによる演習の実施期間

2002年7月5日～2003年5月30日の基礎看護学Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

なお，基礎看護学Ⅰは看護実践全体に共通する知識・看護技術，基礎看護学Ⅱは日常生活援助を中心とした看護技術，基礎看護学Ⅲは，診療・治療に伴う援助を中心とした看護技術を学習する必修科目である。

3．SECIプロセスによる演習システムの概要

「SECIモデル」理論を具体的に看護学演習として展開するために，「SECIプロセス」の4つのフェーズをそれぞれ異なる「場」としてデザインする。すなわち，共同化の場＝「創発場」，表出化の場＝「対話場」，統合化の場＝「システム場」，内面化の場＝「実践場」である。

「創発場」は演習室など，身体を動かし看護を体験する場であり，個人またはせいぜい2～3人のグループで個々に体験・プラクティスできるように設定する。授業時間前の事前学習・事前体験により個人の中に知識の源を創る段階も創発場で経験できるよう設定する。

「対話場」はグループカンファレンスの場であり，小グループで構成される。対話場では，先の創発場での体験イメージを共有し，対話を進める。対話を支援する電子ツールとして，ホワイトボードシステムを設置した。

「システム場」は，対話場での思考の流れがそのまま組織に提示される。システム場はいくつもの小グループの集まりとして構成される。ここは，複数の対話場における思考の類似点や相違点が一望できるプレゼンテーションの場とする。類似点と相違点が一望できることにより，システム場は対話場の単なる集まり「知識の羅列」から，有機的なつながりを持った「知識の創造」が可能になる。このときシステム場はディスカッションの場となる。システム場が十分機能することにより「ベストプラクティス」が導き出される。

「実践場」は，そこまでで確認した知識をもった個人が再び演習室に戻り，自らの身体的体験により確かめ・理解・修得し，臨地実習などで実際に応用されていく場である。

このように基礎看護学演習にSECIプロセスを具体的に展開していく。このことは，表1に示すような内容により構成されている独自教材「Knowledge Creation Study Guide－基礎看護学演習ガイド－」により，学生に周知を図った。SECIプロセスの各段階で，学生および教員がとる役割の詳細を表2に示す[17]。なお，この表の「クルー」とは，知識創造の航海に出る乗組員「ナレッジ・クルー」，本演習システムでは学生をさす。「マネジャー」とは，方向を指し示す監督員で教員をさす。「ミクロ・コミュニティ」とは，対話場でグループカンファレンスを行う小集団をさす。

4．調査方法

学生の意見・感想からSECIプロセスの教育効果を測定するために2種類の調査を実施した。

1）SECIプロセスの各段階評価のための「プロセス調査」（以下，プロセス調査という）

基礎看護学Ⅱ終了時点（2003年3月）にプロセス調査を実施した。プロセス調査では，SECIプロセス実施のための各フェーズへの取り組みについて，演習前の事前学習から，演習中のSECIプロセスの4フェーズの特徴的局面「プラクティス」，「カンファレンス」，「プレゼンテーション」，「ディスカッション」のそれぞれと，演習後の自己学習まで，プロセスを追って実態を調査した。

表1　「Knowledge Creation Study Guide
－基礎看護学演習ガイド－平成14年度版」主な内容

- 看護とは、看護技術とは
- 基礎看護学演習の学習システム
- 基礎看護学Ⅰ・Ⅱ演習スケジュール
- 知識創造を促進するための役割　クルーの役割、マネジャーの役割
- 知識創造に関する参考文献リスト
- 演習に臨むマナー
- 各演習SECIプロセスシート

表2　SECIプロセスによる演習の具体的展開と各参加者の役割

知識変換のフェーズ	クルーの役割	マネジャーの役割
内面化 Internalization	・事前学習（VTR・資料・その他） ・事前シミュレーション（実技体験） ・ナレッジ･クルー同士の情報交換 ・プレテスト（必要時）	・演習項目の目的と目標の提示 ・事前学習ガイダンス（参考資料･VTR等の紹介） ・事前シミュレーションの助言 ・プレテストの提供
共同化 Socialization	・ナレッジ･クルー同士の経験の共有 （観察･模倣･練習による技能習得）	・演習項目の目的と目標の確認 ・演習スケジュールの確認 ・演習上の留意事項の説明（リスクマネージメント等） ・実技経験の調整・助言
表出化 Externalization	・ミクロ･コミュニティ内での全員参加の会話と共同思考 ①暗黙知としての経験を語り合う （自由な表現とお互いの傾聴） ②問題解決や目的に応じて討議する （徹底的なディスカッション） ③言語的，図的にかいて共有する （可能な限り図解を試みる）	・討論課題の提示 ・ゆらぎとカオスの提供 ・メタファー（比喩）とアナロジー（類推）の助言 ・会話のマネジメント（全員の参加と積極的会話，会話のエチケット，適切な編集，革新的または的確な言葉の奨励）
統合化（連結化） Combination	・ミクロ･コミュニティ間での知識交換と組み合わせ，新たな知識創造 ①ミクロ･コミュニティ毎のプレゼンテーション ②質疑応答 ③形式知の整理，分類，組替え ④まとめとしてのレポート文書（言語化･図式化）の作成	・プレゼンテーションの司会と支援・全体討議の司会 ・形式知の整理，分類，組替えの提言 ・コンピュータ･ネットワークや外部データベースの使用による知識創造の促進
後片づけ 次回の準備	・ガールスカウト歴のある学生指揮による用具のメインテナンス，収納 ・教員主導による次回の「場」のデザイン	・メインテナンス，収納の助言 ・事前学習とシミュレーションの助言
内面化 Internalization	・事後学習（復習） ①形式知としての文章化されたものを再び行動化し，体験の範囲を拡大し，さらなる暗黙知を増やす ②他のクルーの形式知を追体験する ③応用的，発展的文献情報を調べる	・体験範囲拡大に向けた助言 ・文献情報調査の助言

プロセス調査の調査項目は8項目である。項目と質問のねらいを表3に示す。それぞれの質問は，「そう思う」，「どちらとも言えない」，「そう思わない」の3段階で回答を求めた。

結果は，調査項目毎に回答尺度の単純集計を行い，また自由記述の回答については，SECIプロセスの進行に合わせ事前学習とフェーズ毎に，自己の取り組みに対する評価と演習システムに対する評価に分け，回答原文の表現を尊重し整理した。また，演習システムに対する評価は，さらに肯定的評価と改善を求める評価に分類整理した。

2）SECIプロセスの知識創造の学習基盤測定のための「学習基盤調査」（以下，学習基盤調査という）

SECIプロセスによる全演習終了時点（2003年7月）で基礎看護学Ⅱ実技試験－看護技術実践能力習得確認試験－に関連した学習基盤調査を実施した。学習基盤調査では，個人の暗黙知を他者との交流の中で知識とし，他者の経験を自らの知識とする学習姿勢を経験し，身に付けることができたかを調査した。

学習基盤調査の調査項目10項目を表4に示す。この調査項目のねらいは，知識創造の土壌となる相互信頼，積極的な共感，進んで助け合うコミュニティが形成できたか，おおらかな判断・勇気をもってコミュニティに参加し，知識創造のための行動がとれたかを評価するためのものである。それぞれの質問には，「とても有効だった」，「やや有効だった」，「どちらともいえない」，「あまり有効ではなかった」，「全く有効ではなかった」の5段階で回答を求めた。その後，各調査について調査項目・回答種別ごとに単純集計を行った。

表3　プロセス調査質問項目

質　問　項　目	質問のねらい
⑴事前学習をやって演習に臨んだか。	共同化の前提となる内面化への取り組みについて
⑵演習中楽しく学習できたか。	SECIプロセスの各フェーズが知的好奇心を高めるものであったか
⑶演習の各フェーズに主体的に参加できたか。	各学習フェーズに学習者が自ら学習主体として取り組むことができたか
⑷演習の各フェーズで成果があったか。	知識の形成に役立ったと学習者自身に認識されているか
⑸各フェーズへの要望や意見。	SECIプロセスが学習者自身にどのように認識されているか
⑹演習後振り返り学習をしようと思ったか。	演習時間の終了が学習の終わりではなく次の学習，さらなる内面化の始まりとして感じられたか
⑺演習後自己学習をしたか。	⑹で感じたことを具体的に行動に移したか，どのような行動で内面化を図ったか
⑻基礎看護学ⅡにおけるSECIプロセスによる演習システムについての感想意見。	SECIプロセスを演習で展開する上での問題点を明確化する

表4　学習基盤調査質問項目

質　問　項　目
1）実技試験前にグループメンバー間でお互いへの期待を話し合った。
2）グループメンバー間で（練習や役割などの）約束を確認し合った。
3）グループメンバーを注意深く見守りながら，相手を気遣った。
4）グループメンバーの意見に耳を傾けたり，意見を問いかけたりした。
5）グループメンバーに自分の知識や技術を教えて手助けした。
6）グループメンバーが相互に得意とする知識や技術を分担したり，秘訣を教え合ったりした。
7）グループメンバーの工夫や発案を試みたり，一緒に実験してみたりした。
8）グループメンバーの失敗ややり直しを許容したり，待ったりした。
9）グループメンバーに対して（ときには厳しい）意見を言ったり，ケアの評価をフィードバックしたりした。
10）グループメンバー同士が進んで助け合った。

Ⅳ．結果

１．プロセス調査の結果

研究協力者数は38人であった。調査項目ごとの回答の集計結果を図2～7に示す。また，自由記述を求めた6項目の問に対する回答を，意見の意味内容ごとにまとめたものを表5（a）～（d）に示す。

表5　自由記述のまとめ

（ａ）事前学習－内面化　（数字は同意見を記述した人数）

		内　　容
自己の取り組みに対する評価		ほとんどやったが，他の教科でやることがありできないこともあった。 ビデオを見忘れてしまったことはあったが教科書などで学習した。 忙しくてできなかった部分もあったがだいたいやった。 忙しくて，時間がない時があった。 ビデオは事前に見ておいてよかったと思った。 自己学習をやらせる環境を作るのはよかった。小テストのためにビデオを一生懸命に見たし，予習もできた。 予習をしているのとしていない時とあんなにも演習のスムーズさが違うとは思わなかった。
演習システムに対する評価	肯定的評価	事前学習すると演習がスムーズに行く。(2) やらないと演習ができないからやった。(3) 小テストやビデオの視聴率などを指摘されてからやるようになった。 小テストを毎回やると事前学習の確かめができるのと同時に学習に力が入るのでよい。
	要改善	次の演習のプリントが配布されるのが遅く，事前学習の時間がない時があった。

（ｂ）演習時間中－内面化，共同化，表出化，統合化　（数字は同意見を記述した人数）

	項目		内　　容
プラクティス	演習システムに対する評価	肯定的評価	友達同士で意見を交換したり，指摘しあったりしながら進めることで，自分たちの看護とはどのようなものなのかということを少し築くことができた。 ３人でプラクティスをやると，メモしながら進められるのでカンファレンスに入りやすい。
		改善を求める評価	もう少しゆとりを持って行いたかった。 設定患者を想定した道具などをもっと用意してほしい。 ビデオなどで事前学習をしてもよく分からないところがあるので，見本を見せてくれるとやりやすい。(6) とりあえずやってみる雰囲気がある。どうすればよいかは，その後のカンファレンスで考えていた。
カンファレンス	自己の取り組みに対する評価		言いたいことを言いあえた。 積極的に参加し成果が上がった。 みんなと意見交換ができてよかった。 カンファレンスはもう少し１人１人が意見を言えるといいと思った。
	演習システムに対する評価	肯定的評価	自由に意見が言えるグループだった。 活発に意見のやりとりができ，思考しながらの演習は充実していてよかった。 友達同士で意見を共有できてよかった。
		要改善評価	カンファレンスはいつも時間切れでせっかくの話し合いが途中で終わった。(3) ホワイトボードシステムは使いにくい。(7)
プレゼンテーション	自己の取り組みに対する評価		各コミュニティがプレゼンテーションをもっとまとめてコンパクトで要点をついたものにできるようにがんばらないといけない。
	演習システムに対する評価	肯定的評価	他のグループの考え（同じところ，違うところ）もわかった。 プレゼンで他のコミュニティの方法を知ることで視野が広まり発見にもつながった。
		改善を求める評価	プレゼンの効率が悪い（発表内容の重なり，だらだら）。(9) もう少し時間がほしい。 50人の意見しか聞けてない。 レジュメを配布してほしい。(3)

ディスカッション	自己の取り組みに対する評価		ここまで話し合ったところで，本当にそれが実行できるかなぁと自分が心配。 ディスカッションは楽しくなくもないが，あんまり「これはいい」と思えるものもなく，成果は少ししかないと思う。
	演習システムに対する評価	肯定的評価	各演習の最後の教員からのコメントが，たいへん的を得ていて，聞きたいことをずばっと言っていたので，とても楽しみだった。 先生方の質問はとても興味深い。「そこを考えるかぁ」といつも気づかせてもらえている。
		改善を求める評価	班により違うところや，工夫されたことだけ，ディスカッションをすればよい。(2) ディスカッションの時間が少なかった。(2) ディスカッションの効率が悪い。(2) ディスカッションしているのに，結果的にどうしたらよいか分からないまま終わった。(3) ディスカッションも含めて時間内に終わらせてほしい。

（c）全体に対する評価－知識の形成　　（数字は同意見を記述した人数）

項目		内　　容
自己の取り組み		一生懸命頑張った。
演習システムに対する評価	肯定的評価	流れはとてもよかったと思う。 自分の考えとは違ういろいろな考え方を知ることができた。 演習は楽しいし，主体的に参加することで自分のものになる。そこからいろいろなことが学べた。 プラクティス，カンファレンス，ディスカッションはみんな積極的に参加できてよかったし楽しかった。 演習を通して多くのことができるようになった。 講義だけでは身につけることができない部分を演習でたくさん学べた。
	改善を求める評価	Ａ・Ｂを火曜日と金曜日交替で演習日にしてほしい。(2) いくら少人数グループで話し合うとはいえ，意見を出しにくい人もいるかもしれないし，数人が「そうじゃないよ」と言えば，その意見が本当はいいところを突いていてもその意見はなかったことになってしまうと思う。 提出したプレゼンテーション記録用紙が忘れた頃に返却され，振り返りをするのに都合が悪く，意味が薄いと思った。(2) まとめとして他のグループのプリントを冊子にしてもらいたい。

（d）事後学習－次のステップへの取り組み

項目	内　　容
自己の取り組みに対する評価	演習では１回しかできないため十分に技術が身に付かないので，自己学習でできるようにしたい。 洗髪は授業後，友達と練習しながら話し合って工夫し，勉強になった。 演習の後，プレゼンで聞いた方法を試したり，練習したりしようと思っているが，友達も私も忙しくて予定もあわず，未だ実行できていない。

１）事前学習－内面化

図2は，SECIプロセスでの演習を成功させるために前提となる内面化への取り組みについて，事前学習をやって演習に臨んだかの回答である。全部やったという回答が31.6％，一部やったという回答が63.2％であった。まったく事前学習をせずに臨んだ学生は回答者の中にはいなかった。

表5（a）は，事前学習の取り組みについての自由記述をまとめたものである。独自に作成したビデオ教材，小テストの実施，ビデオの視聴率調査結果発表などへの意見があった。

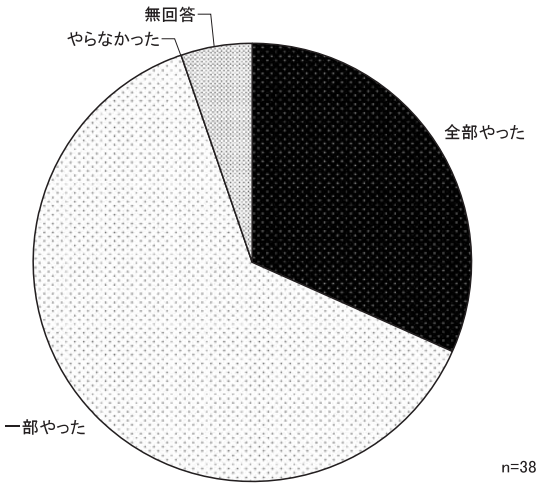


図２．事前学習をやって演習に臨んだか

２）演習時間中－内面化，共同化，表出化，統合化

図3は，SECIプロセスの各フェーズが知的好奇心を高めるものであったかを，演習中楽しく学習できたかという質問によって調査した結果である。楽しく学習できたとする回答は，プラクティス（内面化）では84.2％，カンファレンス（共同化）では71.1％，プレゼンテーション（表出化）では57.9％，ディスカッション（統合化）では60.5％であった。また図4は，各フェーズに学習者が自ら学習主体として取り組むことができたかを，演習の各フェーズに主体的に参加できたかという質問によって調査した結果である。主体的に参加できたとする回答が，プラクティスでは86.8％，カンファレンスでは84.2％，プレゼンテーションでは39.5％，ディスカッションでは50.0％であった。

プラクティス，カンファレンス，プレゼンテーションとディスカッションについての自由記述を表5（b）に示す。プレゼンテーションとディスカッションにおいて，発表内容の重なり，だらだらした印象，効率が悪く時間が不足していることを

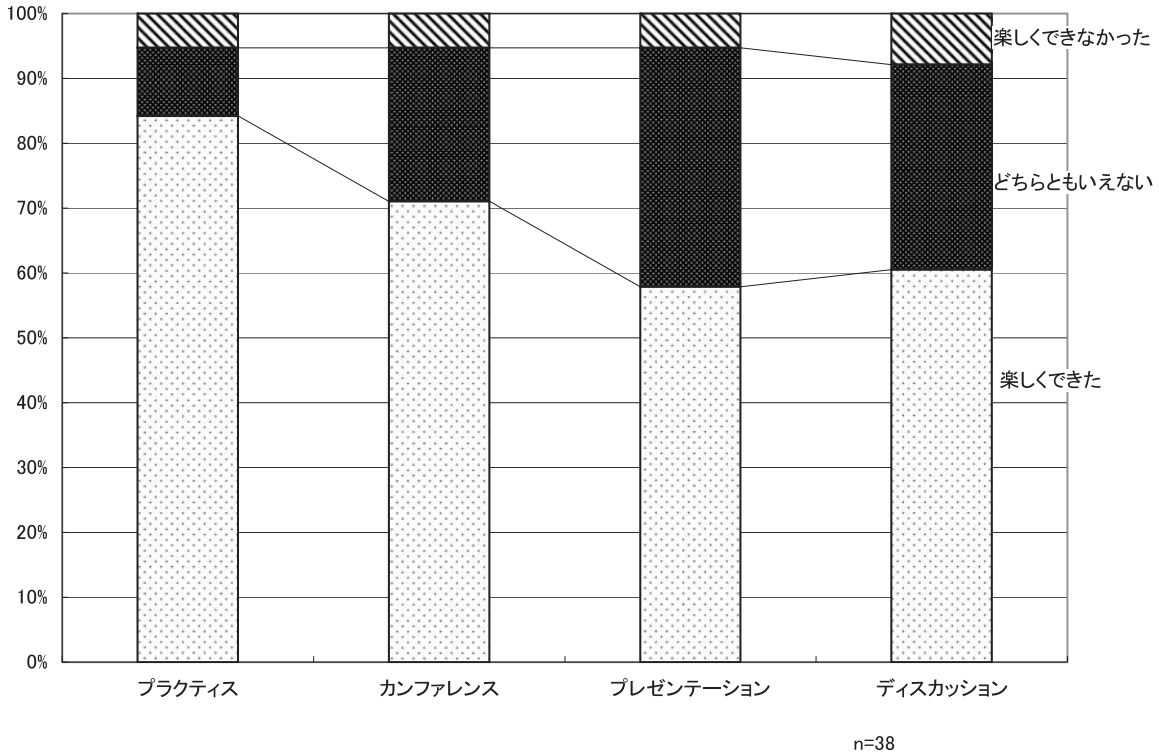


図３．演習中楽しく学習できたか

指摘する意見があった。また，どうすればよいのかという明確な回答が示されないまま，時間切れでディスカッションが終わってしまった，という意見があった。

3）知識の形成

図5は，この演習プロセスが知識の形成に役立ったと学習者自身が認識しているかについて，演習の各フェーズで「成果」があったかという質問によって調査した結果である。全フェーズで成果がなかったとする回答はなかった。成果があったとする回答は，プラクティスでは71.1%，カンファレンスでは65.8%，プレゼンテーションでは50.0%，ディスカッションでは39.5%であった。なお，いずれのフェーズでも，5～6人は無回答だった。

演習全体の評価の自由記述を表5（c）に示す。流れはよく，いろいろな考えを知ることができ，楽しく身に付く演習になったとする意見がある。具体的な問題点と改善案を提案する意見があった。

4）次のステップへの取り組み

図6は，演習時間の終了が学習の終わりではなく次の学習，さらなる内面化の始まりとして感じられたかを，演習後振り返り学習をしようと思ったかという質問によって調査した結果である。「思った」・「どちらかというと思った」と回答したものは合わせて76.3%であったが，「どちらかというと思わなかった」・「思わなかった」とする回答は18.4%であった。

しかし，振り返り学習をしようと「思った」としても，現実に内面化の行動に移すことができたであろうか。図7は，演習後自己学習をしたかという質問によって調査した結果である。実際に学習行動をとった学生は44.7%で，教科書を読んだり，実際に練習を行ったり，その他の参考書を読んだりという行動をとっていた。教科書を読むとともに練習を行った学生もいた。

自由記述意見を表5（c）に示す。「友達と練習しながら話し合って工夫し，勉強になった。」とする学生と，「練習しようと思っているが，まだできていない。」とする学生がいた。

2．学習基盤調査の結果

研究協力者数は95人であった。調査項目ごとの回答結果を図8に示す。

「とても有効だった」と「やや有効だった」を合計した回答（以下，肯定的評価という）は，(2)

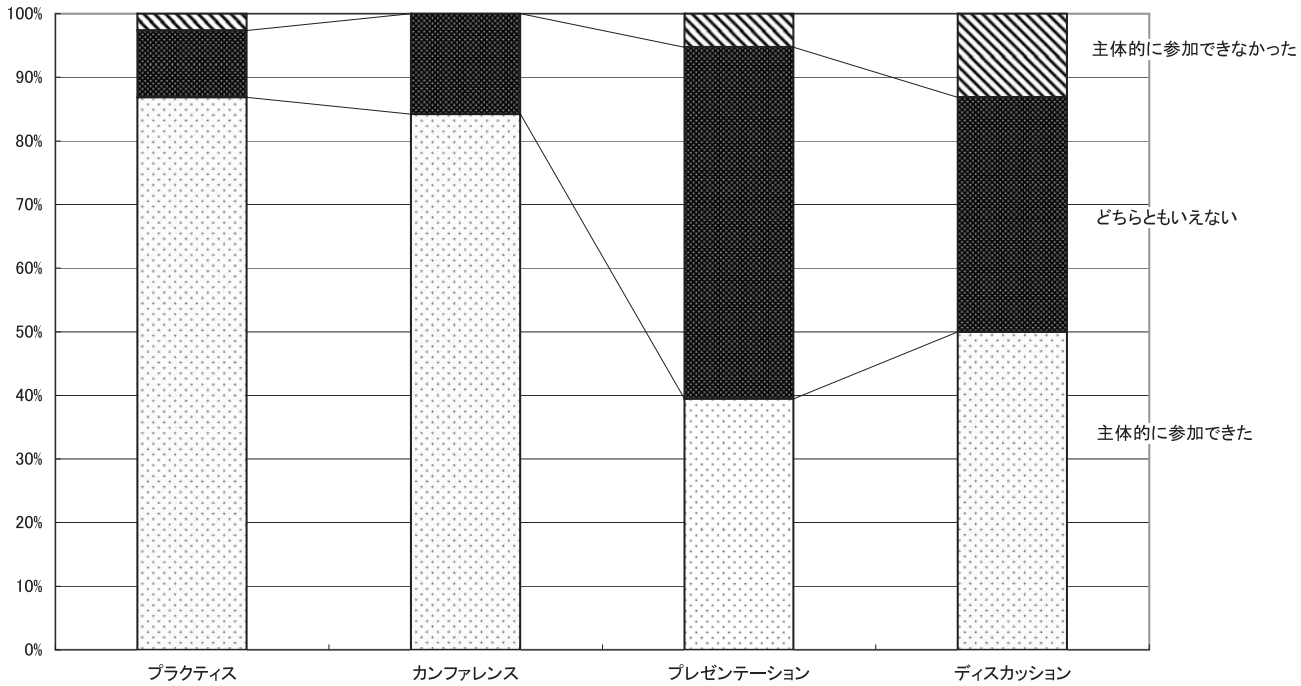


図4．主体的に参加できたか

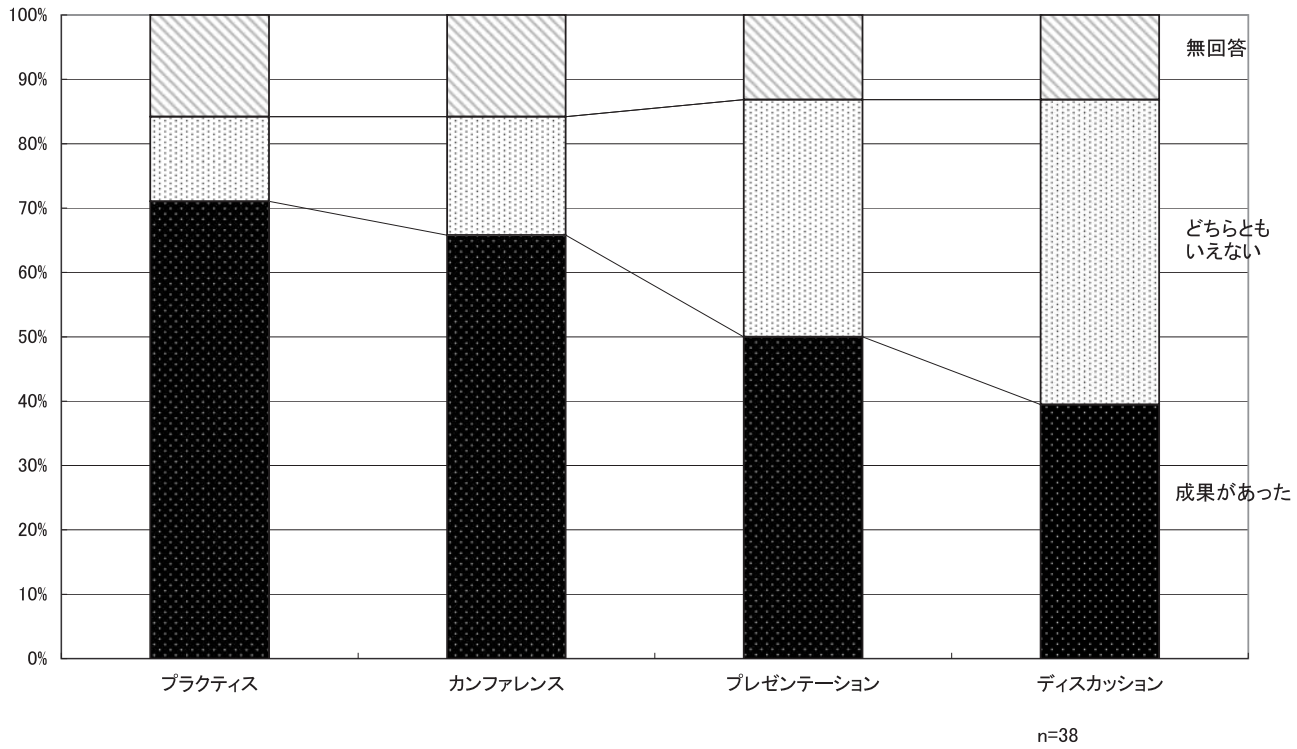


図５．成果があったか

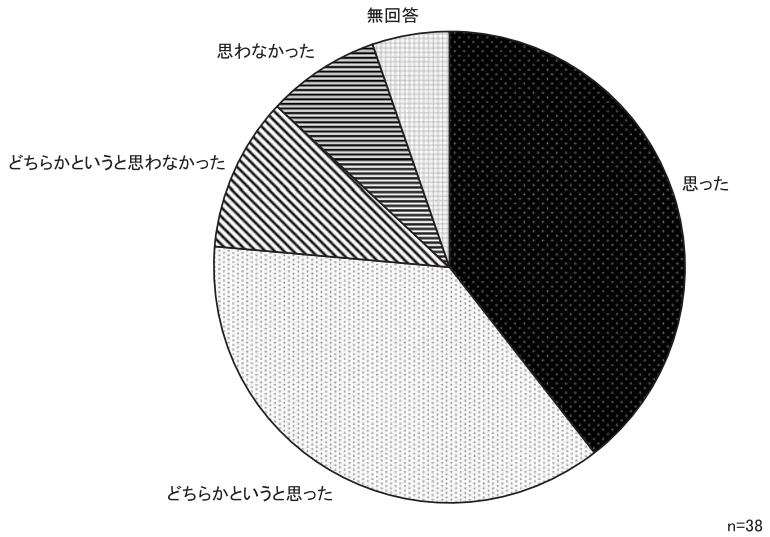


図６．演習後振り返り学習をしようと思ったか

～（8），（10）の8設問では85％を超えていた。「グループメンバー間で（練習や役割などの）約束を確認しあった」は，96.8％と最も肯定的評価が多かった。

「実技試験の対策について，グループメンバー間のお互いへの期待を話し合った」の肯定的評価は，75.8％であった。「グループメンバーに対して（ときには厳しい）意見を言ったり，ケアの評価をフィードバックしたりした」の肯定的評価は57.9％で最も低かった。

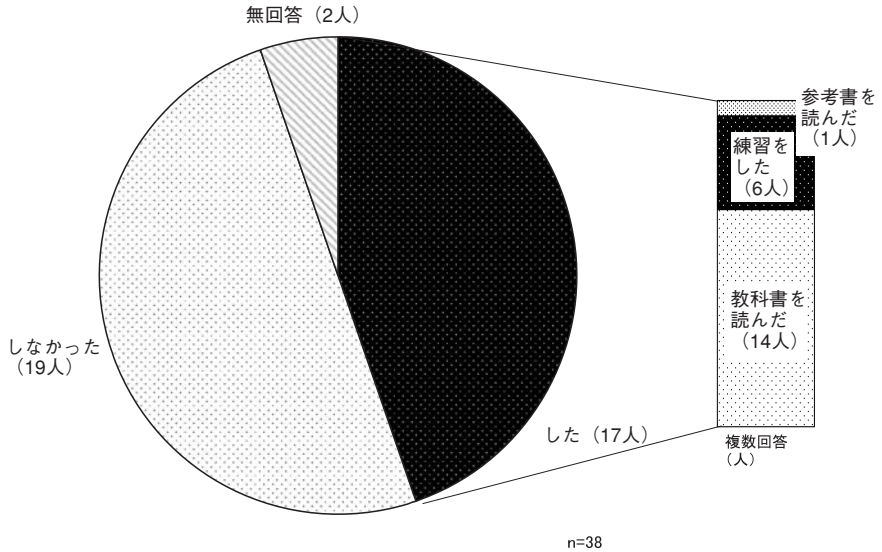


図７．演習後自己学習をしたか

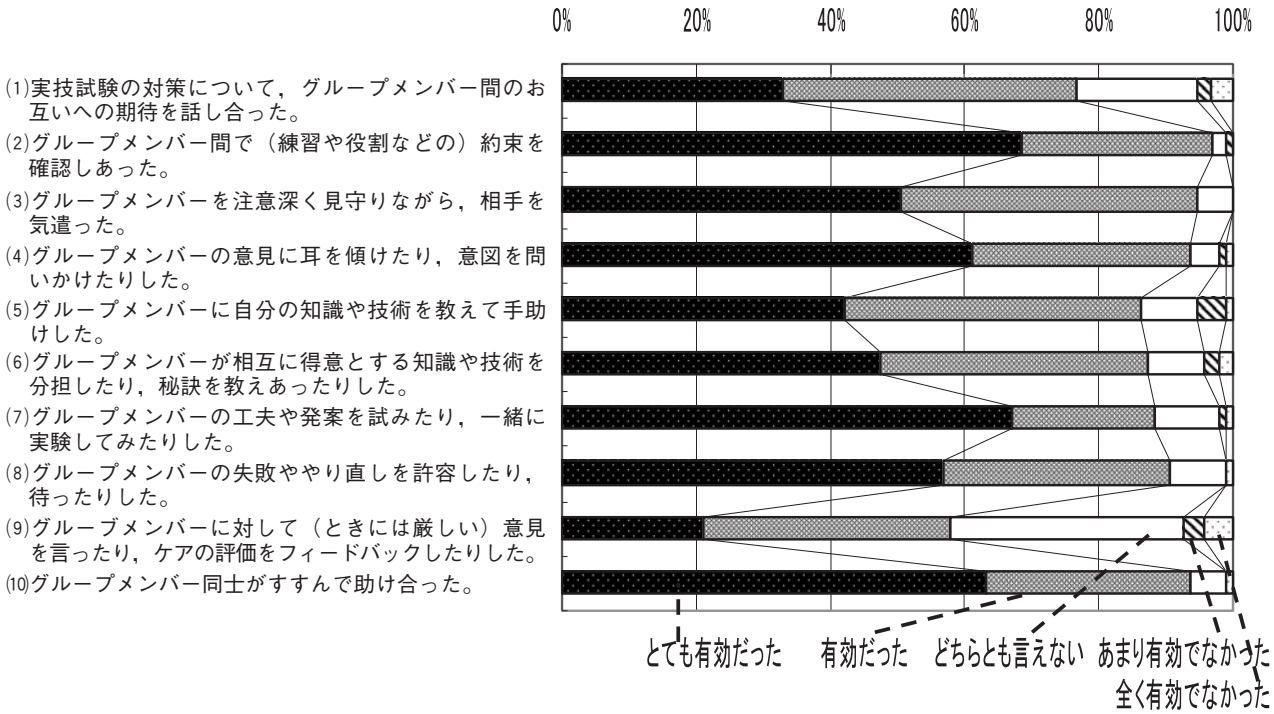


図８　最終調査結果

Ⅴ．考察

１．プロセス調査の考察

１）事前学習－内面化

SECIプロセスでの演習を成功させるために前提となる事前学習による内面化について，全部やったという学生は1／3弱で，その他の学生は一部分の取り組みであった。

「小テストの実施」,「ビデオの視聴率調査結果発表」が動機となり，事前学習に取り組んだ学生もいたことが自由記述からわかる。その一方で,「他クラスの学生がビデオは見なくてもいいと言っていたから見なかった」という，学習の妨げとなる情報伝達により動機が低下したケースも見られた。これらのことから，単なる既存の知識習得以上の知識の創造・思考の発展を期待するSECIプロセスによる演習で目指す「知識創造」の前提条件であるはずの事前学習が必ずしも十分行われていなかったことは，SECIプロセスによる演習成果を高めるためにはマイナス要因の一つであったと考えられる。

事前学習の取り組みに個人差があり，積極的に学習する学生とそうでない学生との事前学習行動に差が生じていたと考えられる。

２）演習時間中－内面化，共同化，表出化，統合化

SECIプロセスの各フェーズが楽しく学習できたとする回答の割合が最も高かったのはプラクティスで84.2%，次いでカンファレンスで71.1%，そしてディスカッション（統合化）で60.5%，最も低かったのはプレゼンテーションで57.9%であった。また，各フェーズに主体的に参加できたかについては，主体的に参加できたとする回答が最も高かったのはプラクティスで86.8%，次いでカンファレンスで84.2%，そしてディスカッションで50.0%，最も低かったのはプレゼンテーションで39.5%であった。

プラクティスは，SECIプロセスでない通常の「演習」でもっとも中心になっている方法であることから，学生は演習自体を楽しく知的好奇心を持って実施していたと考えられる。SECIプロセス特有の方法であるカンファレンスからプレゼンテーション，プレゼンテーションからディスカッションでは，それに比べて学生の興味が落ちていることがわかる。

プレゼンテーションとディスカッションで肯定的回答が低かった理由を自由記述で見ると，プレゼンテーション時に発表内容の重なりやだらだらした印象を受ける発表があり，効率が悪く集中力を保って参加することに困難な状況を認識していたことがわかる。

「どうすればよいのかという明確な回答が示されないまま，時間切れでディスカッションが終わってしまった。」という印象を学生に残し，ディスカッション場面が知識形成の成果をあげるために十分機能していなかったと考えられる。プレゼンテーションで十分な準備のもと，レジュメを配布し，効率よくプレゼンテーションをすることや，時間をかけてプレゼンテーション・ディスカッションを実施するなどの改善策が考えられる。

しかし，プレゼンテーションを他のミクロ・コミュニティの発表内容にあわせて柔軟に変更することは,「形式知の整理・分類・組替え」という「知識の統合・連結化」そのもののであり，これはこの演習システムでの学習課題の一つである。また，他のナレッジ・クルーに自信を持って自分たちの考えを述べることは，組織の中で自立して行動する過程であり，これも学習課題の一つに他ならない。つまり，プレゼンテーションが他の発表に合わせて柔軟にできるようにするための学習過程では，学習者はその課題はまだできていない状態で学習途上にある。その状態は効率優先の，他者を支えようとする関係が築けていない段階では，興味の持てない，やる気になれない状態になるといえよう。SECIプロセスによる演習では，プレゼンテーションやディスカッションの方法を学び，改善することも重要な学習課題であるので，円滑に演習システムが進むには困難さが残ることがわかる。

３）知識の形成

今回の演習プロセスは「成果」があったと学習者自身が認識しているかという質問では，いずれのフェーズも成果がなかったとする回答はなかった。成果があったとする回答は，プラクティスとカンファレンスで7割前後，プレゼンテーションでは5割，ディスカッションでは4割弱で，フェーズにより成果に差が生じていた。

演習全体の評価を自由記述で見ると，流れはよく，いろいろな考えを知ることができ，楽しく身に付く演習になったとする意見がある一方で，具体的な問題点と改善案を提案する意見があり，

SECIプロセスでの演習を展開していく際に解決しなければならない問題が多くあることが明確になった。

4）次のステップへの取り組み

演習時間の終了は，学習の終わりではなく，次の学習，さらなる内面化の始まりである。演習後振り返り学習をしようと思ったかについては，「思った」，「どちらかというと思った」と回答した者が合わせて76.3％であった。4分の3以上の学生が振り返り学習をしようと思っているという結果は，決して少ない数字ではないと考える。学生が学びを積み上げ，スパイラルに学びを深化拡大していくことが知識創造の真の姿である。長期的展望に立って見守りたい。

しかし，振り返り学習をしようと「思った」学生のなかで，実際に学習行動をとった学生は半分弱の44.7％で，教科書を読んだり，実際に練習を行ったり，その他の参考書を読んだりという行動をとっていた。教科書を読むとともに練習もした学生も1人いた。実際に練習を行った学生の中には，「友達と練習しながら話し合って工夫し，勉強になった。」と述べ，SECIモデルのキーコンセプトである「話し合い」によって技術を「工夫（＝創造）」しながら行うよう高めている様子がうかがえた。一部の学生はSECIプロセスが目指すスパイラルな知識の創造に確実に入っていたと考えられ，SECIモデルによる演習プログラムは一部分では成功していたと評価される。

2．学習基盤調査の考察

学習基盤調査の8設問では，肯定的評価が85％を超え，知識創造の土壌となる相互信頼，積極的な共感，進んで助け合うコミュニティの形成，柔軟な判断をしながらの知識創造などがほぼできるようになっていたと考えられる。

しかし，相互信頼・役割期待に関する項目（1）「実技試験前にグループメンバー間でお互いへの期待を話し合った」は，肯定的評価が76.6％と他に比べて低く，演習で十分カンファレンスできるグループに成長したコミュニティ，ようやく意見が言い合えるようになってきたコミュニティなど，コミュニティごとに差があったと考えられる。

質問項目（9）「グループメンバーに対して（ときには厳しい）意見を言ったり，ケアの評価をフィードバックしたりした」は，肯定的評価が6割弱と最も低く，問題を解決していくために勇気を持って取り組んでいくのは容易なことではないことがうかがえた。SECIプロセスにおけるナレッジ・クルーが，ミクロ・コミュニティ内で自由に意見を言い合うことをルールとして宣言していても，日常の人間関係の問題や演習以外での関係性もあり，話し合いの機会が演習で提供されているというだけでは容易に身につけることができるものではないと考えられた。

3．両調査を通じての考察

プラクティスについての評価から，多くの学生は演習準備としての内面化と，プラクティスによる内面化・共同化はほぼできたと考えられる。これは，独自に作成した「Knowledge Creation Study Guide－基礎看護学演習ガイド－」や，事前学習用ビデオ，講義内容のフィードバックと事前学習の確認のための小テスト，演習の学習ポイントをガイドするワークシート等，各種のオリジナル教材の効果が大きかったと考えられる。演習授業に知的関心を持って参加する姿勢作りという意味では成功していたと考えられる。

また，演習を実施する実践場と直後に話し合いをする創発場を，演習室内の隣接する位置に設定したことで，その時その場で湧いてくる新たな着想を速やかに表出化する場のデザインとして機能していたと考えられる。

その一方で，必ずしも成功したとは考えられない面もある。

SECIプロセスの実施にあたり，アナログ的な思考を他者に伝えて言語化していく作業を円滑に進めるための場として，ホワイトボード記述のデジタル化システムを採用した。当初の計画では，これによりデータのやりとり，相互比較，終了後のデータの発信などが円滑に進むはずであった。ところが，このホワイトボードシステムを扱うには「ちょっとしたコツ」が必要で，学生が使いこなすには時間を要し，短い演習時間内で機器の操作についてまで十分指導することができなかった。

このホワイトボードに記述するシステムは，言語的思考のみでなく，作図により思考を伝えるための場として導入したものである。2002年の基礎看護学Ⅰの講義で，図で思考する効果や図で表現する方法について触れた[18]。しかし，作図は教授によって上達するものではなく，慣れ・センスに

加え，トレーニングや思考の訓練，コツの獲得が必要であると考えられた。演習に慣れた後に，カンファレンスでの思考を文字ではなく図により表現するよう，場の活用方法を学生にガイドし，図による思考の伝達について強化したが，十分機能するにはいたらなかった。

また当初は，このホワイトボード記述システムと連動して，LAN上に学習用Webを設け，相互閲覧，相互ディスカッションのシステムの始動を計画していた。この相互閲覧・相互ディスカッションのシステムとホワイトボード記述システムが連動することにより，内面化から共同化，表出化，統合化のSECIプロセスの一連の過程がつながり，学年全体に有機的に機能すると考えられた。しかし，いくつかのハードルがあり，速やかにWebを立ち上げることができなかったため，学習上もっとも動機が高まっていた好機を逃してしまった。プレゼンテーションとディスカッションの場のデザインについて，準備不足のままSECIモデルによる演習を開始したことにより，プレゼンテーションとディスカッションの不十分さが生じたと考えられた。

SECIプロセスを効果的に活用していくためには，コンピュータの学生への普及，インターネット使用上のルールとマナーの指導，一生懸命発表しようと緊張している仲間を励まし支え見まもる態度，内容にコミットして真剣に話し合う態度を身につけるといった，知識習得を目指す教科学習以上の多くの基礎看護学以外の前提知識や前提条件，学習態度を必要としている。そして，一人ひとりが吟味しながらプレゼンテーションを閲覧する時間，十分なディスカッションする時間と場が必要である。基礎看護学の授業にこれらを全て組み入れることは，本来の基礎看護学の授業にあてることのできる時間を減少させることになりかねない。したがって，このまま基礎看護技術科目の演習のなかで，SECIプロセスに基づいた演習を継続して実施することは困難であると考えられた。

なお，本稿は2つの調査に基づきSECIプロセスの効果を検討したものであるが，比較対象とするものがないため，SECIプロセスそのものによる影響なのか，他の要因による影響なのかを明確に区別することはできない。

Ⅵ．まとめ

SECIモデルに基づく演習方式を実施した。その結果，ある程度知識創造の土壌となる相互信頼，積極的な共感，進んで助け合うコミュニティの形成など，学生の成長を示す結果が認められた。しかし，大学1年生の基礎看護学技術科目内での導入には，多くの課題があることが明確になった。学生の成長を短期的な視点のみではなく，長期的な視点で見守り，スパイラルな知識の形成を今後も引き続き促していきたい。

なお，本研究の一部は第35回日本医学教育学会で発表した[19]。

謝　辞

本教育方法および研究にご理解とご協力をくださった皆様に感謝申し上げます。本研究は，平成14・15年度自治医科大学看護学部共同研究費の助成を受けて行った。

文　献

1）嘉手苅英子，山本利江，和住淑子，山岸仁美，新田なつ子，寺島久美：〈自己学習－グループ学習－個別指導－自己評価〉システムによるモジュール学習の展開－従来の看護技術教育の限界を乗り越えるための取り組み－．綜合看護，33(2);21-32，1998.

2）Andrea Baumann ＆ Robin Weir：An Educational Methodology－The Standardized Patient－．日本看護学教育学会誌，7(3);55-69，1997.

3）野中　静，安生利江：看護技術の学習におけるイメージ能力とメンタルプラクティスの効果－滅菌手袋の着脱技術の習得度を指標として－．慶應義塾看護短大紀要，5;1-11，1995.

4）葉山香里，橋本和子，木村五世子，左雨洋子，相沢澄子，小山英子，佐藤みつ子：学生の主体的な学習能力を育てる指導方法の検討～血圧測定の学内実習を通して～．日本看護学教育学会誌，9(2);87，1999.

5）三上れつ：基礎看護学演習における学生コーディネーター導入の試み(2)．日本看護学教育学会誌，7(2);174，1997.

6）三上れつ，布施淳子：基礎看護学演習における学生コーディネーター導入の試み(3)－その効果と今後の課題－．日本看護学教育学会誌，8(2);115，1998.

7）野中郁次郎，紺野　登：知識経営のすすめ－ナレッジマネジメントとその時代．筑摩書房，1999.
8）野中郁次郎，露木恵美子：綜合力－ナレッジ・マネジメントから知識創造経営へ．臨床評価，29(2･3);257-273，2002.
9）前掲7)，p.111
10）野中　静，亀田真美，菅野こずえ，豊田省子，里光やよい，大久保祐子，田口ヨウ子：Knowledge Creation Study Guide－基礎看護学演習ガイド－．自治医科大学看護学部基礎看護学，p.10，2002.
11）金井Pak雅子：看護のナレッジマネジメントの基礎知識－ナレッジ・イネイブラーとしての看護師．看護管理，12(7);499-503，2002.
12）井部俊子：学習する組織の構築と看護管理者の役割．看護管理，12(7);505-512，2002.
13）伊豆上智子：看護実践にある“ナレッジ”を“形”にする取り組み－リサーチナースの活動から．看護管理，12(7);521-523，2002.
14）近畿クリニカルパス研究会（編）：医療福祉のナレッジ・マネジメント．日総研，2003.
15）Jerome Rabow，Michelle A. Charness，Johanna Kipperman & Susan Radcliffe-Vasile（丸野俊一，安永　悟訳）：討論で学習を深めるには－LTD話し合い学習法．ナカニシヤ出版（京都），1996.
16）David W. Johnson，Toger T. Johnson & Edythe Johnson Holubec（杉江修治，石田裕久，伊藤康児，伊藤　篤訳）：学習の輪－アメリカの協同学習入門．二瓶社（大阪），1998.
17）前掲10)，p.16
18）久恒啓一：図で考える人は仕事ができる．日本経済新聞社，2002.
19）野中　静，大久保祐子，里光やよい，豊田省子，菅野こずえ，亀田真美，田口ヨウ子：看護学OSCEにおけるスモールグループ単位による実施の効果－知識創造を促進するグループ形成の調査．医学教育，34（大会予稿集）;60，2003.

報　告

看護におけるコミュニケーション―基礎看護学実習レポートの分析―

里光やよい[1)]，田口ヨウ子[2)]，豊田省子[2)]，亀田真美[1)]，
角田こずえ[1)]，大久保祐子[1)]，野中　静[2)]

The Communication on Nursing

From the summary of the first clinical nursing practice reports

Yayoi SATOMITSU[1)]，Yoko TAGUCHI[2)]，Shoko TOYODA[2)]，Mami KAMEDA[1)]，
Kozue TSUNODA[1)]，Yuko OKUBO[1)]，Shizu NONAKA[2)]

要旨：自治医科大学看護学部の1年次生は，11月にはじめての看護学臨地実習を体験する。実習の目的は，「看護におけるコミュニケーションの機能を学ぶ」である。今後の教授活動に役立てることを目的に，実習目的に照らして学生の学びを実習後のレポートから抽出した。その結果，看護におけるコミュニケーションに関する学びは，「対象理解のための姿勢」，「対象理解のための観察と判断」，「共感」，「相互作用・信頼関係」，「方法は会話だけではない」，「声かけ」，「告知」，「安心感・不安を除く」，「病気と向き合う」，「患者と医師の橋渡し」の10項目にカテゴリ化された。学生の学びを抽出する過程で，受け持ち患者のためにどんな看護が必要かを考え，実践した様子が浮かびあがった。実習の目的は「看護におけるコミュニケーションの機能を学ぶ」であるが，学生の学びはコミュニケーションにとどまらず，どれほど看護－ケアにせまったものであったのかを分析するために，「ケアリング」をはじめて包括的に論じた原典ともいうべき「ケアの本質」（M. メイヤロフ）で述べられているケアの要素に照らして分析を行った。その結果，学生は，ケアに不可欠な概念である「専心」にあたる姿勢を持ち，対象の理解に努めていた。看護者としての自覚，看護を実践する基礎的な力が確実に培われていると判断された。

キーワード：看護，コミュニケーション，ケアリング，実習記録

1）自治医科大学 看護学部 基礎看護学
2）元自治医科大学 看護学部 基礎看護学
1）Theoretical Nursing，School of Nursing，Jichi Medical School
2）Former Theoretical Nursing，School of Nursing，Jichi Medical School

Ⅰ．はじめに

平成14年に開学した自治医科大学看護学部では，入学後ほぼ半年が経過した時期に学生のはじめての臨地実習（基礎看護学実習Ⅰ）を行っている。この臨地実習は，看護を行う上での土台に「コミュニケーション」を位置づけ，コミュニケーションの意義，意味，機能について学ばせることを目標にしている。その後の臨地実習は，2年次後期に基礎看護学実習Ⅱ，成人看護学実習Ⅰと続き，個別の看護を実践する能力を養うという方向に学習目標は推移する。このような位置づけから，基礎看護学実習Ⅰには，看護を展開する上での基礎をつくるというねらいが含まれていることは言うまでもない。基礎看護学実習Ⅰの目的，目標，実習方法は，表1のとおりである。

臨地実習での学びは，学内で一斉に行われる学習とは異なり，その体験はまさに様々なものが入り乱れている。学びの性質は，個々の体験に基づいたものであり，特徴的でもある。そのように個別な臨地での学びは言語化され，広く共有され，学ばれなければならない。現象から理論を導く力を培うことは，高等教育での課題でもある。筆者らは，その個別の体験から学生は何をとらえ，何を学んだのか，その体験をどのように分析し，理論的に表現（一般化）できたのかを確認する必要があると考えた。

学生の学びの分析対象としては，最終課題レポートである「看護におけるコミュニケーションの機能について学んだこと」を選んだ。最終課題レポートは，実習全体のまとめとして位置づけられることから，その作成には学生も力を注ぐものであり，学生個々の体験が基となり，当該実習において最も言わんとすること，すなわちその学生の「学び」が凝縮され，あるいは焦点化され，反映されることから，実習の成果や学びを確認するために適当であると判断したためである。

本稿では，当該実習の課題であるコミュニケーションを通して，対象の看護を実践するための基礎をどのように学んだか，どのような学びを体験したのかについて，実習の最終記録であるレポートから分析を行ったので，その結果を報告する。

Ⅱ．研究目的

今後の教授学習過程に活かすことを目的に，基礎看護学実習Ⅰにおける学生の学びの内容を分析する。そのために，実習目的に照らして学びの内容を抽出し，カテゴリ化し，看護ケアの概念であるケアリングの概念に沿って考察する。看護を実践するための基礎，およびコミュニケーションについてどのような学びがあったのかを明らかにする。

Ⅲ．研究方法

1．対象データ

臨地実習での学びは，きわめて個人的な限定的な状況での体験が基になっている。それは，臨地実習という特殊な学習形態であるからこそもたらされるものである。学生が受け持つ患者は多くの場合，学生個々に異なるため，体験した内容，人の関わり方も個別的であり，様々である。そのような学生個々に異なる体験を基に記述されたものから学びの場面を確認し，その学生の言わんとする内容を読み取るという方法が適切と考え，基礎看護学実習Ⅰのまとめとして位置づけられる実習

表１　基礎看護学実習Ⅰの目的，目標，実習方法

項　目	内　容
実習目的	対象に良い医療を提供するために，看護におけるコミュニケーションの機能を学ぶ。
目　標	１．受け持ち患者の発しているメッセージに気づく。 ２．受け持ち患者との相互作用を通して相手の状況を理解する。 ３．受け持ち患者とコミュニケーションしながら看護を体験し，看護におけるコミュニケーションの重要性を理解する。 ４．看護職間，看護職と他職種間でのコミュニケーションの実際に触れ，専門職者間のコミュニケーションの重要性を理解する。 ５．実習を通して看護に対する自分の考えの変化を表現する。 ６．看護職としての態度について考える。
実習方法	学生は１グループ６～７名の15グループに分かれ，成人系病棟において実習する。

レポート（看護におけるコミュニケーションの機能について学んだこと）を研究対象とし，質的な分析を行った。

2．倫理的配慮

実習の全日程が終了し，記録が提出された後，研究の主旨と実習最終レポートを分析すること，報告を予定していること，個人が特定されることはないことについて説明し，研究への協力を依頼した。同時に，研究に協力しなかった場合でも成績等で不利益を被ることはないことを口頭で説明し，同意書を配布した。レポート使用の同意が得られたもののみを研究対象として使用した。

3．分析方法

「看護におけるコミュニケーションの機能」というテーマで記された最終課題レポートを分析するにあたり，筆者らは基礎看護学実習Ⅰにおける「学生個人の体験に基づく印象深い学びであると読み取れるものは何か」というテーマを設定した。分析の信頼性，妥当性を確保するために，教育経験10年以上の基礎看護学教員（以後，教員という）を含み，かつ3人以上の担当者で一致したものを分析結果として採用した。教員は事前にレポートを読み，検討会議に参加した。検討会議は3人以上が一堂に会した場合，検討会議成立とみなし，学生1人のレポートを読んだ後，即座に検討し，確認するという手続きを踏んだ。実習での学びを確認するために設定された検討の観点は，次の3点である。

⑴　学生本人が取り上げた場面とその経験から導かれた学びを学生なりの表現で抽象化したキーワードを含んでいるもの
⑵　学びの内容が特徴的であるもの
⑶　今後の学習課題が明確なもの

看護場面の記述と抽象化された内容を読み取り，学生の使用した言葉を活かしたキーワードを抽出した。次に類似しているものをカテゴリとし，項目名をつけた。項目名や考察に関連した箇所，その場面での感情や自身の変化が読み取れた箇所にアンダーラインを付した。

4．分析の視点

実習の目的は「看護におけるコミュニケーションの機能を学ぶ」であるが，学生の成長としてとらえたいことは，コミュニケーションをいかに学んだかにとどまらず，はじめての臨地実習において「看護－ケアすること」をいかに学んだかである。

内容の分析には，M．メイヤロフの視点を用いた。M．メイヤロフは，ケアリングの概念をはじめて包括的に取り上げ，1971年に「ケアの本質（On Caring）」[1]を著している。「ケアの本質（On Caring）」は，ケアリングの概念とコミュニケーションについて深く言及している著作として一定の評価を得ているため，看護におけるコミュニケーションについての初学者の学びを分析するための文献として妥当であると判断した。

「ケアの本質」の中でその要素とされる8つの要素（知識・リズムを変えること・忍耐・正直・信頼・謙遜・希望・勇気）と関連させ，学生の学びがどれほど看護－ケアにせまったものであったのかを考察した。

5．分析期間

第1次：平成14年12月～平成15年3月
第2次：平成16年10月～12月

Ⅳ．用語の定義

1）コミュニケーション

医療における患者と医療従事者（学生を含む）の相互作用とする。「医療」のなかに看護は含まれるとする。会話のみならず，非言語的なものも含む。実習場所は総合病院であり，さまざまな職種間でなされる相互作用が患者の看護に反映される。

2）場面および看護場面

看護に結びつくやりとりや人間関係が絡むもので，単なる現象のみ（例：髪が落ちている）は含まない。

3）ケアリング

人が成長すること，自己実現することを助けること[1]（M．メイヤロフ）であり，看護には欠かせないもの。教師と学生，学生と学生，教師と教師，患者，スタッフの相互作用に必要なもの[2]（E．オリヴィア・ベヴィスほか）で，「看護すること」，「ケアすること」と同義語と位置づける。

Ⅴ．結果

「看護におけるコミュニケーションの機能」と

いうテーマで最終日に記述されたレポートを対象とし，学生がとらえた場面とその学びについて分析した結果は，以下のとおりである。レポートの使用について同意が得られたものは98件であった。全レポートを確認したところ，「看護」および「コミュニケーション」からかけ離れていると判断されたものはなかった。

同様に全レポート中，とらえた場面を記述し，学びの内容を学生の言葉で抽象化して表現していると判断されたものは58件であった。一方，場面の記述はないが，学びをまとめたものは42件であった。それらは，体験から抽象化したと思われたが，場面の記述が明確ではなく，どんな体験から何を学んだのかを確認することはできなかった。さらに，記述された場面からの抽象化は不十分であるものの，内面の変化や成長の跡がうかがわれると判断されたものは11件であった。また，この実習により自己の課題が明確になったことを記しているものは13件であった。

1．記述された場面

58件のうちの多くは，受け持ち患者とのコミュニケーションや看護実践の場面を記述し，学んだことをまとめていた。看護師や医師のコミュニケーションの場面から学びをまとめているものも少数見られた。

2．コミュニケーションについての学び

基礎看護学実習Ⅰにおけるコミュニケーションに関する学びは，表2の通りカテゴリ化された。以下に，場面と学びの抽象化が学生自身の言葉で記されていると判断した理由（カテゴリ化の根拠）を述べ，学生の記録（抜粋）を掲載する。

1）対象理解のための姿勢

対象を知ろうとし，関心を持ち，自分から歩み寄ろうとする努力をすることが対象を理解することにつながるのだという学びが記述されている，あるいは，対象を理解することの必要性を認識し，どのように考え，行動したのかについても記述されていると判断されたのは，23件であった。

最初に患者さんが話し始めたことは，検査・病気の話でした。私にとってこれは非常に意外でした。病気や検査の話をすると，患者さんは落ち込んだり暗くなってしまったりすると思っていて，私は病気の話は触れない方がいいのかなと思っていました。しかし，患者さんは進んで病気になったときの様子や検査のことを話してくれました。この様子を見て，私は，患者さんは自分の病気について非常に興味を持っていて，知ってほしいのだと思いました。この日，私たちの会話の中で最も長く話していたのが病気・検査の話でした。この患者さんの一番話したいことは自分の病気のことだったのです。（学生Ａ）

今回の実習で特に苦しかったことは，患者さんが自分の病気について全く話してくれないことだった。病気について知らないと自分は患者さんのことを全く理解していないような気分になり，友達から「患者さんのことを知らなすぎるのでは」と指摘された時には本当に苦しかった。しかし，私が病気について触れなかった理由は，患者さんに治療について少し聞いただけで，話をそらしたり返事をためらったりしていたからである。話をそらしたり，返事をためらったりすることが，聞いてほしくないという患者さんのメッセージだと思ったからである。このように，コミュニケーションとは，患者さんの情報を知るためのものではなく，患者さんが何を伝えたいか（聞いてほしくないことにも理由がある）ということに気づくことである。（学生Ｂ）

看護師は，患者さんにとても優しく話しかけていました。「具合はどうですか？」，「頭は痛くないですか」など、体調について尋ねていることが多かったです。また，検査について説明するときなど，しゃがんで，患者さんに近づいて，わかりやすく説明していました。患者さんも，看護師さんには「～が痛い」とか，「苦しい」など積極的に話していて，看護師に安心感を持って頼りにしていると感じました。また，会話からだけでなく，顔色，表情から患者さんの具合を読み取り，患者さんの要求を感じ取って対応していました。看護師は，会話しているときでも，常に患者さんをあらゆる角度から観察してメッセージに気づこうとしているのだと思いました。（学生Ａ）

何よりもコミュニケーションをとる上で一番大切になってくることは，自分の気持ちを相手に向け，相手のことを知りたいという気持ちを心の底から持つことなのだと感じた。（学生Ｃ）

表２　看護におけるコミュニケーションの学び一覧

No	カテゴリー	人数	学生の言葉	記述された感情
1	対象理解（姿勢）	23	知ろうとする 関心を持つ 自分から歩み寄る努力 メッセージに気づこうとする・努力する 知ろうとしないと気づけない 理解したいという気持ち 相手の立場に立って物事を考える	この患者さんが話したかったのは病気のことだったのです むずかしい
2	対象理解（方法）	28	観察・観察力 確認すること 言葉だけではない 本当に伝えたいこと 事実を知る 婉曲なコミュニケーション 非言語的コミュニケーション	むずかしい
3	共感	9	笑って流さずに受けとめ，共感すること 聞くだけでよいのだと考え，涙を流してしまった その感情に付き添うことが共感 今の心情を理解すること 同じ頭をもつ まるごと受けとめることが看護の本質	私にしてあげられることはなぐさめなきゃと焦った 私は物質的な看護ばかりを求めていた
4	相互作用 信頼関係	8	自分から心開かないと相手も心を開いてくれない 信頼関係ができていないと本当のことを言ってくれない 気づかうと頼ってくれる 自分をさらけ出すことによって相手も自分のことをさらけ出し てくれるようになり，そこに信頼関係が生まれる コミュニケーションがスムースに行われているほどよりよい 看護をすることができる	何かをしてあげたい一心で胸がいっぱいになった うれしかった
5	方法は会話だけではない	7	気持ちは伝わる 手を握る，タッチ 看護とコミュニケーションは一つ	できることをやっているだけで優しい言葉をかけてくれてうれしかった 患者さんの気持ちを伝えれば良かったと後悔している こんなにきれいになってうれしいと言ってくださり，すごく嬉しかった
6	声かけ	2	一つの声かけでも全然違う	何気ない行動でこんなに喜んで貰えたこと，私が人の役に立てることに感動した
7	安心感 不安を除く	9	検査・診察のとき声をかけると安心する 情報提供，理解でき安心したようだった	
8	病気と向き合う	3	患者さんと一緒に向き合う 生き方を考えることができるように支える 規制するだけでなく意志を尊重する	
9	告知	2	それが本当に患者さんにとっていいことなのだろうか 前向きな患者さんの気持ちを尊重し，維持できる看護が必要だ	
10	患者と医師の橋渡しつなげる	13	統一した看護 同じ方向の看護 仲間同士の絆が強まる 安心した環境がつくられる	

この日はいつもと違っていた。○さんの初めてのストレートな「（昨日のポリープが）ショックでねえ・・・。」という言葉で私は気づいたのだと思う。『○さんも他の患者さんと同じように，病気に対して，とても不安な気持ちを抱いているのだ。』と。それからの私は『どんな不安な気持ちを抱いているのだろう。』と考え，話しかける言葉も，それまで以上に考え詰めたものを投げかけたつもりだ。そして，医師からの説明にも立ち会わせて頂くことができた。しかし，このことは私の頭の中をどんどん真っ白にさせていくものであった。説明が終わった時には，顔を見ることもできず，言葉を投げたいが見つからなかった。どんなショックを受けているのだろうと思うと，涙が出そうだった。気づくのが遅すぎた。自分の価値観と先入観だけで作り上げてしまった○さんのイメージと２日間も接してきたことに悔しさを感じる。しかし，今回の体験を無駄にはせず，次は自分の満足いくケアをしていきたいと思う。自分の価値観や先入観をあてにはできない。自分の相手をどれだけ知ろうと思うか，思いやるか，それらを強く持つことだと思う。やはり，患者さんの気持ちを読み取ることは難しい。（学生Ｄ）

当初，私が最も気にかけていたことは，患者さんとのコミュニケーションではなくて，正直，私と患者さんとのコミュニケーションを客観的に見ている人の評価だったように思います。実習をする前から，どういった計画がうまくいっているように他人に見えるか，そのことをイメージしました。そのため，実習が始まった初日は会話が途切れるのが不安で，ほとんど患者さんの真意を無視したコミュニケーションになってしまいました。（中略）３日目になって振り返ったとき，私は患者さんのことをあまりわかっていないことに気づきました。外観的なことはわかるのですが，内面的なことを一切見られていませんでした。（中略）患者さんのことを知りたい，本当のことを知りたいと思う反面，患者さんにも私のことを知ってもらいたい，打ち解けたい，苦しいこと，辛かったことを私に打ち明けてほしいと思ったからだと思います。（中略）私の中で人の評価は全然気にならないものになりました。私に足りなかったのは，相手を知ろうとする気持ちと，趣味や家族の話でも関心を持って聞く態度だったと思います。（学生Ｅ）

カンファレンスで「患者を疲れている人にさせてはいないか。」など多くの助言をもらい，それを考慮に入れて，疲れさせないような会話を試みた。すると，少しずつ話が盛り上がりを見せ，自分も患者のことをもっと知りたいと思うようになり，患者の性格や背景など多くのことが以前よりもわかるようになった。（学生Ｆ）

患者さんは「帰宅しても自分のことができない。」と言って，リハビリのことをとても意識していた。そこで，「リハビリは辛いですよね。」と聞いたら，「辛いけど，やれと言われたらやらなくてはならない。」と言われてしまった。誰でも，痛い思いをしてリハビリをしたいとは思わないだろう。しかし，やらなければ治らないという複雑な思いを理解できずに，軽率な質問をしてしまったことを反省した。そして，もし私だったら同じ痛みを知っている人に相談したいと思い，少しでも患者さんと同じ思いをしようと考えた。同じケガをするわけにもいかないので，せめてリハビリで同じ運動をし，どのような視野でどのような思いでリハビリを受けているのか経験しようと思った。３日目，実際にＰＴにアドバイスを受けながら同じ運動をしてみた。ＰＴが「○○さん，いつも汗をかいて大変なんだよね。」と言っていた意味が理解できた。前日は，これだけの運動でこんなに汗をかくのか，と客観的に思っていた。しかし，実際に運動してみると，私も同様に汗をかき，脈が上がっていることに気づいた。（中略）患者さんには言葉にできない訴えや痛みがあることを知った。自分から歩み寄る努力と仕草や態度で相手の思いを理解する観察力が必要なのではないか。（学生Ｇ）

2）対象理解のための観察と判断

意図的に観察をしようとすると，患者の口調や表情など，必ずしも言葉として表現されていないことを感じとり，観察の必要性を認識してはいるが，観察したことはそのままでは思いこみとなり，誤った判断になるので確認をすることが必要であるとし，その後の看護の的確さに影響するからという根拠も記述していると判断されたのは，28件であった。

お話をしているうちに気づいたことは，声調は明るいのだが，悲しそうな顔をなさるときがあるということだ。特にご家族のことを話されるときにこういったことが何度かあった。家族のところへ戻りたいと思ってらっしゃるのだな。（中略）非言語的なコミュニケーションもあるということを知った。（学生Ｈ）

口調が暗く，低く，目も遠くを見ていて，表情がとても暗いと感じた。それは，いつ治るかさえもわからない，抱えている病状への不安もあると考えた。しかし，感じるだけではダメなのだ。本当に私が感じとったものが的確であるか，本人に確認をとる必要がある。「勝手な思いこみ」は非常にリスクの高い行為であり，まさに，医療ミスになりかねない。患者のメッセージを受け取り→考え→患者に返す，この繰り返しが看護におけるコミュニケーションではないかと考えた。（学生Ｉ）

その時の声音，表情はどうかとか，一方ではこういうふうにも言っているとか，それらを総合的に見て判断すべきだ。（中略）自分が考えたり，追体験で感じたりしたことと，患者が感じていることは違う可能性がある。その都度確認し，自分の頭で考えたこと＝患者が頭の中で考えたことという状態をつくり出していくことが大切だ。（学生Ｊ）

ある患者さんは，のどの痛みから食事をあまりとれていなかった。看護師はその変化に気づき，患者さんと相談して塩分を控えた食事に変えてみることになった。（中略）看護師は患者さんの病状の変化や表情や小さな動作などに注意し，身体の状態や気持ちを考え，その場に応じた対応をしていくことが大切である。看護師は患者さんの立場に立ったコミュニケーションを行っていかなければならない。（学生Ｋ）

○さんのところに来る看護師は，○さんの耳元で声を大きくして呼びかけていた。そうすることで○さんは閉じかけた目を開け，看護師を見てうなずいたり，ほほ笑んだりすることがあることがわかった。次に，○さんの表情を読みとることで，○さんの気持ちを理解しようとした。○さんは，つらい時，痛い時や，疲れた時，目を閉じて訴えてくる。気分がよい時には，にっこり笑ったり，手でピースやバイバイをしたりする。声に出して何か言おうとする時は，理解してあげようと○さんの口元まで顔を近づけた。（中略）患者の非言語的コミュニケーションから患者の心理を読むことが大切だと思う。（学生Ｌ）

検査後疲れきってぐったりしている患者さんを見て，私はコミュニケーションができない状態であると判断してしまいました。しかし，先生から「コミュニケーションは会話することだけなの？」という指摘を受けました。（中略）看護におけるコミュニケーションでは，ただ会話するだけではなく，その患者さんの顔色，表情，仕草からもメッセージを感じとって何が一番辛いかを考え，対応することが重要なのです。（学生Ａ）

患者中心の看護を提供するために患者を理解し，信頼し，また信頼されるには誠意をもった対応が必要で，患者の話や非言語レベルのメッセージまで目を配り，耳を傾け，関心を相手に伝えるような対応をして，心の声を聞くコミュニケーションは始まるのだなーと今，思う。（学生Ｍ）

同じ言葉からこんなにも解釈が大きく異なるのか・・と思う出来事があった。眠れないと訴える患者さんに看護師が安定剤を勧め，それを患者さんが断ったときのことである。プラス思考の人は眠れないのがつらいはずなのに，それを断るなんてとても強い人なのだと解釈する。私はそれを聞いたときに，きっと患者さんは安定剤という言葉に何らかの不安を感じているんだと解釈した。こうしてみると非言語的部分の解釈には一定の決まった基準がない上に患者さんの本音を引き出すことはできないという点においても難しいと言えるだろう。しかし，重要なのは患者さんを理解したいと思う気持ちなのかもしれない。この気持ちを持ち続けていれば，刻々とたくさんの側面からの対象理解へとつながり，より完成された患者像に近づくことができる。（学生Ｎ）

3）共感

1年次のこの実習で「共感すること・共感的理解」を学ぶのは難しいと思われたが，1年次生なりに苦悩し，そのことが学生なりに言語化されていると判断されたのは9件であった。

患者さんは家族の話をよくされて，娘さんがお見舞いに来た時，やせてしなびたと言われたらしく，もうダメねと言っていたが，はじめは笑って流すことしかできなかった。（中略）患者さんは私に何を理解してほしいのだろうと考えると，おそらく病気に対する不安や恐怖であり，私にしてあげられることは笑って流さずに受けとめ，共感することだと考えた。（学生Ｏ）

あるとき患者さんが，お孫さんが亡くなった話をされて，涙を流したことがあった。初日の私であったら「何か声をかけなきゃ。なぐさめなくては。」と焦って

いたと思うが，その時は声をかけるのではなく，そばにいて話を聞くだけでよいのだと考え，そして一緒に涙を流してしまった。共感もできたのだと思う。（学生Ｐ）

私は３日間を通し，患者を知れば知るほど，同じ立場になって考えられるようになればなるほど，辛さが伝わり，共感というよりはむしろ同情のような感情を抱き気味になってしまったが，そうではなく相手を基準にしながら相手の感情を理解する，つまり相手が抱いている感情を相手の立場で理解して，その感情に付きそうのが「共感」ということであるのだ。でないと患者のcareにつながらず，自分自身の役割すら意味がなくなってしまう。（学生M）

患者さんは私が気づいた以上に沢山サインを出していたであろうが，私はそれに気づくことができなかった。だが，看護の場でのコミュニケーションというものを今回知ることができたので，病気についての知識を増やしたり，普段の場でのコミュニケーションでも相手が何を言おうとしているかに気をつけたりして，もっともっと患者さんと同じ思い，同じ感情ができるように努力していきたいと思う。（学生Ｑ）

4）相互作用・信頼関係

何度かのやりとりや相互作用によって信頼関係が築かれることや，それによって対象への感情が深まり，また対象もそれを感じとるという相互関係から信頼関係が築かれるということが記述されていると判断されたのは8件であった。

白衣を着るということは，それだけの力を持つ一方で，それだけの責任を担っていることだと思った。（中略）患者さんが靴を履くのが大変そうだったので，何とかしてあげたい一心で靴べらを使ってみてはどうかと考えた。（中略）最後のあいさつの時に臨床指導者の方が実際に靴べらを持ってきて使い方を患者さんに説明し，使うことにしてくださったときは本当に胸が一杯になった。自分の考え（意見）が患者さんの力になったような気がしてとてもうれしかった。（中略）コミュニケーションとは，会話をしたなかから生まれる信頼関係の上に成り立つものであり，信頼関係を築くためにはまず，お互いの心が開かれなくてはならない。（学生Ｒ）

３日間という短期間で信頼関係ができるということはほとんどないだろう。今回の体験では信頼関係の第一歩が築けたように思う。生理の話は個人的であまり他人には話したくない話だと思う。「生理痛とかないですか」と尋ねたところ，患者さんの方から話してくれたということは，少しでも信頼関係を築けたと思われる。患者さんを気づかってあげることで，患者さんも看護師を少しずつ頼ってくれるのではないだろうか。（学生Ｓ）

２日目，患者さんのところに行ったとき，午前は足の治療があるからコミュニケーションは遠慮してほしいと言われたので，治療中は一人で過ごしたいのか，それとも昨日疲れさせてしまっていたのかなあと思っていました。しかし，深夜勤の看護師から夜の状況を聞いたら，夜中ずーっと治療をやっていて眠れなかったり，車いすでトイレに行くからなかなか寝つけなかったりしていることがわかりました。だから，昼間少しでもいいから寝ていたいのだという事実を知ることができました。

他の看護師からいろいろな情報をもらって事実を知ることが本当に大切なのだとわかりました。（中略）・患者さんと同じ目線で行う・コミュニケーションは言葉だけでなく，表情・動作なども含まれる。・自分から心を開かないと相手も心を開いてくれない。・信頼関係ができていないと本当のことを言ってくれない。（学生Ｔ）

5）方法は会話だけではない

コミュニケーションは，会話だけのやりとりではなく，感情の深まり，心の交流というようなものがあることを記述していると判断されたのは7件であった。

何よりもこの２日目にはマッサージをして，涙がこぼれていた時にティッシュで涙を拭いてあげると「大切に扱ってくれてありがとう。」と患者さんが言ってくれた。自分は話すことが下手だとわかっていたから，できることをやっているだけで，患者さんが優しい言葉をかけてくれたことがうれしかった。コミュニケーションは話すことだけではない，他にも方法がある。（学生Ｖ）

シーツ交換時，患者さんは車いすに移動し自分で洗髪をしていた。久しぶりにベッドから移動できたとい

って大変喜んでいて，本当に嬉しそうだった。散歩に出かけた時もとても喜んでいるのがわかった。病室に帰ると「まだ，このままでいたい」と言っていた。しかし，くしゃみをしたので私が看護師さんを呼ぶとすぐベッドに戻されてしまった。ここで私が一言，患者さんの気持ちを伝えればよかったと本当に後悔している。（中略）患者さん中心の看護は本当に難しい。（中略）患者さんができる限り快適に生活できるような環境と整えること，もう一つは患者さんの良心を傷つけることなく患者さんの要望や希望を叶えること，何も言わなくても患者さんの気持ちをくみ取ること。（学生W）

今回，初めて臨床の場でシーツ交換をさせて頂いた。きちんと張っているシーツは患者さんの気分をよくする。実際に私がシーツを交換し終えると，「こんなにきれいになって嬉しい。大変だったね。でも，ありがとう。」と言ってくださり，こちらとしてもすごく嬉しかった。シーツ交換も看護だが，このシーツ交換というものを通してコミュニケーションがとりやすくなる，ということも大いにあり得る。実際患者さんがその場に居合わせなくても戻ってきたらきれいになっていたなら気分は悪くはならないと思う。（中略）「看護←→コミュニケーション」である。看護とコミュニケーションは一つのものである。（学生X）

6）声かけ

具体的なタイミングのよい声かけの有効性を体験，実感していると判断されたのは2件であった。

抜糸の時私がいる場所はちょうど誰もいずその時瞬間的に思ったことは「目線と高さ」を合わせなきゃということが先だった。1日目，立ったままコミュニケーションをしてしまい，初日から基本ができていないと自分で反省していた。次に，患者さんは抜糸に対してとても恐怖心を持っていたので，痛みを感じさせないために，処置中「大丈夫ですよ。」とか，わざと話題を変えました。結果的に「抜糸が早く終わって全然痛くなかった。違う話題を話しかけてくれてよかった。」と話してくれた。それを聞いたときには，自分の何気ない行動でこんなに喜んでくれたことに驚き，また，私が人の役に立てるということに感動しました。患者さん・位置関係・処置中の状況によってさまざまな（コミュニケーションの）方法があり，患者さんの性格，社会背景，価値観，その時の状況や心情に応じて五感を使って気づいて，患者さんがどんな声かけを求めているのか察し，それに合った声かけをすることが大切。会話だけがコミュニケーションではなく，ボディタッチ・少しの沈黙も時には必要だと思う。自分から本当に患者さんのことを知ろうとする。普段からの注意力で経験を積む。感性を磨き色んなことに興味を持つ。

この実習を通して声かけというものが医療の現場でどんな役割を果たしているのか目の当たりにすることができた。一つの声かけで，するとしないとでは全然違っていくことに気づき，声かけの大切さに改めて気づかされました。声かけをすればいいんじゃなく，どのような場面でどんな声かけをしていいのか，学んでいきたいです。（学生U）

7）安心感・不安を除く

コミュニケーションを図って情報を提供することによって，対象へ安心感を与えることができることに気づいていると判断されたのは9件であった。

どんな患者さんであっても，病院生活を送る上で安心感は重要な要素であると考える。例えば，私の意識としては退院＝喜びであるが，私の担当患者さんの場合は，退院＝不安であったため，意識の違いにしばらく気づくことができず，「退院はいつ？」という質問に「もうすぐですよ。頑張りましょうね。」などという言葉をかけ，逆に患者さんにさらなる不安を与えてしまった。医師も私と同じように（医学的根拠からであるが）励まし，情報を提供し，不安を与えていた。このような場合，看護師は医師に患者さんの思いを伝え，不安を与えないようなインフォームドコンセントの仕方を求めるべきではないかと考える。リハビリなどで他の患者さんが随分動けるようになっているのを見ると頑張らなければという意欲と不安や焦りを感じるようである。そんな時はただの励ましだけではなく，身近な成功例，「○○さんも以前は動くことができなかったんですよ。もう少し時が経てばよくなりますよ。」などの励ましをすることも必要である。（学生Z）

病気の話や近日に控えた手術の話になると，不安な気持ちや気になっていることなどをぶつけてきた。（中略）手術の説明に立ち会う機会があり，非常に細かいところまでしっかり話があった。（中略）手術について何もわからず不安だった手術前とは違い細かいところまでわかり，多少すっきりして安心できたようだった。

患者さんに情報を提供し理解してもらうこともとても大切なことだと思った。それによって時には不安が軽減されることもあるということを学んだ。（学生ａ）

8）病気と向き合う

有効なコミュニケーションにより適切な情報提供がなされると，対象は自らの病気（障害）に向き合おうとするものであると感じる体験をしたと判断されたのは3件であった。

検査の結果がよくなったために手術はしなくてすむことになったことで，患者さんもほっとした様子で，話をしてみると，これからの励みになるということだった。患者さんは，今回の入院で家族や会社の社員（部下）に対する思いも強くなり，しっかり病気と向き合っていかなければいけないという気持ちになったと話してくださった。また，食生活や薬の服用のことを一緒に考えていくことができ，医療従事者として，その中でも身近にいる看護師だからこそ，患者さんと一緒に病気と向き合うことが大切なのだと感じた。そのための手段の一つとしてコミュニケーションは重要であると思う。（学生ｂ）

病棟で実習するまで私は，患者様は弱いというイメージを持っていました。そのため，何から何までお世話をすることが質のよい看護だと考えていました。しかし，質のよい看護とは，積極的に行動していくだけではなく，時には静かに見守ることだと知りました。患者様が患者様の生き方を考えることができるように支えていくことが質のよい看護につながるのではないかと思うようになりました。（学生ＡＡ）

9）告知

ガンと闘っている患者を受け持った学生で，患者に病名を告知することによる影響，医療や看護のあり方について深く考えていると判断されたのは2件であった。

告知されていないことを本人は勘づいており，新しい治療に対しても不信感を抱いているようで，不安・恐怖が感じられる発言があった。（中略）それが本当に患者さんにとっていいことなのだろうか。

患者さんのＱＯＬを考え，告知した方がいい場合もあるし，告知しない方がいい場合もあるが，家族の問題もあるし，複雑な問題である。今はまだ自分の考えは持てないが，４年間学んでいくなかで自分の考えを確立したいと思う。今回の実習でいろいろ考えさせられることもあり，これからの学習に対する意欲も出たので，辛かったけど本当によい経験ができたと思う。（学生Ｏ）

患者さんから「病気を説明してほしい」という言葉がありました。このことを実習指導者に報告したところ，その日ちょうど家族を交えた場で医師が治療の説明をすることになっていたので，病気の説明もしたということを聞き安心しました。（しかし，患者さんには病名が正確に伝わっていなかったようなので，その点は少し残念ですが）このように患者さんから受け取った情報を医師，看護師，家族，その他の医療従事者等の間できちんと報告することで患者さんによい形で返すことができることを知り，医療者間のコミュニケーションも重要であると考えました。

私が実習を通して，これから学んでいきたいと感じたことは「ターミナルケア」です。私の患者さんは「自立した生活を送りたい。」という気持ちが強い方でした。それと同時に，ご自分の病気と向き合って頑張りたいという気持ちも強いようでした。私は患者さんに病名を告知し，その前向きな患者さんの気持ちを尊重し，維持できる看護が必要だと考えました。しかし，この患者さんが「もう病気とは闘わない。自立した生活を送りたい。」ともしおっしゃったら・・と考えたことがありました。実際にそのような患者さんがいらっしゃいます。そうした時にその患者さんのＱＯＬの向上のためにもターミナルケアは重要なのではないかと思ったのです。後ろ向きではなく前向きな看護としてのターミナルケアを学んでいきたいです。（学生Ｙ）

10）患者と医師の橋渡し

患者の容態や思いを看護師間で共有したり，医師に報告したりすることによって，治療や看護が変化し，患者中心のよりよいケアが提供されることを体験していると判断されたのは13件であった。

Ａさんが「もう治療をやめて帰りたい」と言っていた。問題がおこった場合，看護師間で意見が交換されていた。「治療の説明がちゃんとされていないのでは。」，「家族が最近面会に来られていないからでは。」など，そこから解決方法を決めたりしていた。（中略）看護師間のコミュニケーションによって一人では気づくことのできなかったことを知ることができたり，意見を交

換し合ったりすることでよりよい看護を提供することができ，看護・治療の方向を１つにすることができる。（学生ＢＢ）

3．学生個々の課題の気づきと課題克服のための考え

学生の持った課題やその思いは様々であった。体験した内容は異なっているので，思いが様々であることは当然であるが，共通している内容も読み取れた。学生自身の変化と課題は，学びや成長により変化したものとこれから変化したい方向という意味で一線につながると考え，一表とした。このような内容を記述しているのは19件であった（表3）。

先生の助言でやっと気づき，勇気を持って聞いてみることにしました。（中略）この言葉から全てが始まったと思います。（中略）今回の実習で私は一言で言って苦しみました。目標は患者さんの発しているメッセージに気づくことであるのに私はその先の患者さんの発しているメッセージの真の意味にばかり気をとられてしまっていたようです。ですので，そんなことは「不可能なのでは・・」という思いのなかでどうにかしようと必死でもがいていました。次からはきっちり目標に線を引きたいと思います。でないと，自分が苦しいことは患者さんにも伝染してしまうと思うから。それと，もっともっと病気について勉強したいです。（学生ｃ）

今回の実習では自分への課題も見つかりました。緊張すると顔に出してしまい，それが相手にも伝わってしまうみたいなのでどのようにすればいいか考えていきたいと思います。（学生Ｔ）

実習に行く前と行った後のコミュニケーションについての自分の考え方は大きく変化した。（中略）私は学生という立場で病棟に出たけれど，他の人からみれば将来看護職につくと見られていたので，看護師になるという自覚がわいてきた反面，知識不足な自分が悔しかった。コミュニケーションに関してまだまだ全然修行が足りないので実習で学んだことを大切にし，普段友達と話している時も相手を主体としたコミュニケーションをとっていきたい。（学生ｄ）

すぐにメッセージに気づいたり，意味を即座に考えたりすることは日常からやっていないと身につかないものなのでこれからはそういうことを意識して生活していこうと思う。（学生ｅ）

一つだけ普段の生活で心がけていこうと考えていることがある。それは，非言語的なメッセージを今まで以上に受け取れるようにアンテナ感度を上げていきたいと感じた。そして，もっと本を読まなくてはと感じた。患者さんとのコミュニケーションを図っていく時，多くの言葉を知っていれば話も広がっていくし，自分の五感も磨かれていくと思う。３年後には現場で働きたいと考えているので，この３年間毎日を大切にしていきたい。授業中ボーッとしたりしないで，集中力を高めて自分の考えを練り上げてきたい。（学生ｆ）

今，改めて３日間のことを振り返ってみると３日目に患者さんからいろいろな頼みごとがあった。（中略）私に心を開いてくださったのだと思い，うれしくて言われたことをすべてやってしまったが，今思うと患者さんが一人でできることも私がしてしまったように思う。（中略）自立につながるコミュニケーションはできなかったように思う。これから患者さんの依頼を受けるときには，それが患者さんのためになるか考えていこうと思った。（学生Ｈ）

看護におけるコミュニケーションの機能というものは，患者さんのことを理解し，それによって治療をする上での精神面でのケアをより細やかにできる。そして，それに加えて患者さんのＱＯＬを考え，安楽を目指すための一つの情報源となる。その上，コミュニケーションを通して医師と患者との橋渡し的存在になり得る。（学生ｇ）

大学に入って初めて実習で本当に緊張しました。今まで同年代の人たちとかしか，話したことがなかったので，患者さんのどういう気持ちを知りたいのか，看護をする上でどのようなことを知っておく必要があるのか考え，尋ねることが大切だったのだなと考えました。（学生Ａ）

今回の実習を通して様々なことを学んだ。たくさんのことを考えさせられた。ケアへの気持ち，患者さんに何かしてあげたいと思う気持ちは自分の中でもどこから来るのかわからなかった。受け持ち患者さんの病気や家族の人の気持ちを考えると胸が痛くなった。実

習は「仕組まれた出会い」かもしれないけれど，患者さんに会えたことは私の中ではとても大きくて大切なことだったと思う。また，臨床に出ると看護師の資質も問われることになるだろうと思った。判断力。注意力。知識。リーダー性。様々な能力が問われるだろうと思った。少しずつ身につけていこうと思う。実習場所は大学病院ということもあり，本当に患者さんの入れ替わりが多かった。在宅医療，看護の必要性について考えようと思う。（学生ｈ）

Ⅵ．考察

これまで述べてきたように，実習の目的である「看護におけるコミュニケーションの機能」を学生はよく学んでいた。これらの学びが，看護の本質である「ケア」の要素を含んでいるのかについて，Ｍ．メイヤロフの視点を用いてカテゴリ毎に見てみたい。

1．抽出されたカテゴリに見る「ケアの要素」

1）対象理解のための姿勢

多数の学生に見られたことだが，病気のことは避けなければいけないのではないかと思っていたようである。多くの学生は，指導者・教員の導きによって気づいたようであった。しかし，学生Ｂのように，患者の反応を観察し，触れられたくないことを察知できた学生もいる。

「患者を知ろうとする」ことは，Ｍ．メイヤロフのいう「専心」にあたる。こころを常に患者に向けること，それ自体がケアリングである。Ｍ．メイヤロフは，「専心」という言葉でケアリングの本質を説明している。『「専心」はケアにとって本質的なものである。専心が失われれば，ケアすることは失われてしまうのである。』と述べていることからも，ケアの根幹をなす姿勢であると考える。

表３　今後の課題・自己の変化（抜粋）

No	カテゴリー	人数	学生の言葉
1	病気の知識	2	病気についてもっともっと知りたい 病気についての知識を増やしたい
2	告知 ターミナルケア	2	今はまだ自分の考えは持てないが，４年間学んでいく中で自分の考えを確立したい 後ろ向きではなく，前向きな看護としてのターミナルケアを学んでいきたい
3	資質 さまざまな能力	3	判断力，注意力，知識，リーダー性 看護をする上でどのようなことを知っておく必要があるのか感性を磨く いろいろなことに興味をもつ
4	コミュニケーション	6	相手が何を言おうとしているのか考える 相手主体のコミュニケーション 意味を即座に考える 集中力・アンテナ感度を上げる 自立につながるコミュニケーション こんなに集中したことはなかった 修行が足りない
5	自分の傾向	2	メッセージの真の意味にばかり気をとられる 緊張すると顔に出て相手に伝わる
6	看護者としての自覚	4	自覚が湧いてきたが，知識不足がくやしかった 辛かったが意欲が湧いた 自分の発言に責任を持つ 自分自身の役割の意味

この点を大きな気づきとした学生は，23名とかなりの数にのぼる。また，学生自身の気持ちの変化として，「知りたくなってきた」ということがある。懸命に関心を寄せることによって，学生はそのような心の変化を感じとったと思われる。M. メイヤロフはこの現象を「他者を自分自身の延長と感じ考える」と言っている[1)]。

2）対象理解のための観察と判断

初学者の傾向とも言える「自分の勝手な思いこみ」については，指導者・教員の指導によって気づいたという経過は他にも記されている。

非言語的コミュニケーションでは，手本となる看護師のコミュニケーションもよい刺激となっている。また，その情報を活かして患者のニードを知り，看護に活かすという看護判断，看護実践にまで言及する傾向がみられる。さらに，アセスメントについて，情報の解釈に個人の特性が影響するのではないかと洞察していることがうかがわれる。また，確認することによって相互にコミュニケーションが図られ，よりよい看護が展開されることや個人の解釈の仕方により看護が変化することにも気づいている。

また，一連の場面では自分の至らなさを反省し，懸命に患者の思いにせまろうと努力している姿がうかがわれる。「専心」である。

「対象理解」は，M. メイヤロフの言うケアの要素では，第1番目の要素である「知識」に位置づけられている。ケアを行うには相手を知らなければならず，ケアのために知識が必要であることを学生ははっきりと認識している。

3）共感

「共感・共感的理解」についても多くの学生が記していた。学生は「共感する」という表現を用いているが，実際には「共感的理解」という方が近いと考える。自分に興味が向いている世代の学生には，なかなかむずかしい内容であると考えられる。懸命に取り組んだ様子がうかがわれ，現実に体験・実感できている。何か言葉を掛けなくては，何かしなくてはといった「看護は提供するものである」という考えでは体験できない内容であり，成長の証であると考えられる。

M. メイヤロフは，「外から冷ややかに，あたかも相手が標本であるかのように見るのではなく，相手の世界で相手の気持ちになることができなければならない。その人にとっての人生とは何なのか，その人は何を必要としているのかなどを，その人の「内面」から感じとるために，その人の世界へ「入り込んで」いくわけである。」[1)] と述べているが，これは『共感』という境地をあらわしていると考えられる。

4）相互作用・信頼関係

「事実を知ること」と「思いこみ」とは表裏一体であるが，指導者や看護スタッフから情報を提供され，事実を知ってこそ的確な看護実践に結びつけられるということを学んでいる。患者の心の内を知るのは難しいが，自分の心を開くこと，関心を寄せることが信頼関係につながることを成功体験できた学生は，患者との関係をうまくとれるようになるのではないかと考えられる。

M. メイヤロフは，「正直であることがケアに全人格的な統一を与える。その人が私に向かって率直に存在してくれるためには，私自身その人に向かって率直に「存在」しなければならないが，そのためには，私はその人に心を開かねばならない。」[1)] とケアの要素『正直』の中で述べている。学生の記述では，「さらけ出すことで相手もさらけ出してくれるようになり，そこに信頼関係が生まれる。」とある。ケアの要素『正直』の中で述べられていることと同じことを体験し，言語化できていると考えられる。

5）方法は会話だけではない

学生の記述には，患者を思う気持ちがよく表現されている。何よりも達成感のある自己実現であると考えられる。M. メイヤロフは，「私たちは，自己実現を図るために他者の自己実現を助けようとするのではなく，他者の自己実現を助けることがとりもなおさず私たちの自己実現につながるのである。」[1)] と「ケアにおける自己実現」の章で述べている。まさに，これらの学生の心の状態である。

また，これらの学生の姿勢から，『謙遜』というケアの要素もうかがわれる。M. メイヤロフは，「第1に，ケアが自分の相手の成長に対応していくものなので，ケアは相手について継続的に学ぶことを含んでいる。ケアそのものが，より広い意味の謙遜という内容を持っている。それは，相手を

ただ私自身の欲求を満足させる存在として見たり，自分にとっては単に克服すべき障害と考えたり，自分の気のすむように形づくっていけばよい粘土であると思って扱かったりする，そのような態度をあらためさせるような意味である。」[1] と述べている。超えるべき障害とはみじんも感じていない学生たちの表現である。

自分自身のコミュニケーションの成功経験となり，その後も良好な関係をつくれる可能性が大きい。看護実践への動機づけにもなることが予測される。嬉しいという感情を体験した学生は，看護の喜びを感じたとも言える。

6）声かけ

何かしたい，痛みを紛らわせなくてはという一意専心の思いから出た言葉が，患者を喜ばせることにつながり，学生はそのことに大きな感動を覚えている。患者のニードが理解できたからこその体験である。看護は，一言からはじまることを体験した例である。

7）安心感・不安を除く

「安心感，不安を取り除く」も，コミュニケーションの機能としてかなりの学生が記述していた内容である。学生は，看護として不安を取り除くことの重要性は十分に理解していると思われる。具体的な不安の軽減について，特に看護師の対応や担当教員と学生との連携による介入から学んでいる例が見られた。不安を抱えている対象がいかに多いか，またそのような対象がケアを受けるべき人たちなのだという気づきがあったからこその学びと言える。

8）病気と向き合う

「病気と向き合う」ことを記述している学生は，患者の日常生活に向き合う過程を学んだようであり，得難い体験ができたと考えられる。適切な情報内容と適切なタイミングと方法でコミュニケーションが行われた場合には，対象は障害に立ち向かう気力を持つものだという例を体験している。

9）告知

「告知」という現代医療における難問に直面し，考え，そして悩んだ様子が記述されている。これらを記述している学生達が救われるのは，患者との関係が良好に保たれたことである。学生本人の努力が大きいと考えられる。また，陰ながら指導者のサポートがあったようである。1年次には困難な課題であるが，成長の跡が著しいことが読みとれる。問題を抱えている患者と出会って良好な関係を築くことができ，共に問題解決に当たることができれば非常に力強い学びとなり，今後の学習意欲にも影響することがわかる。

10）患者と医師の橋渡し

他職種（特に，医師）とのコミュニケーションは，対象の治療・看護に大きく影響することになる。患者は常々医療者を気遣い，忍耐を余儀なくされる存在であることを多くの学生が記録している。そのような状況のなかで看護がなすべきことは何かをはっきりと見定めることができていると判断される。

11）学生個々の課題の気づきと課題克服のための考え

看護におけるコミュニケーションをテーマとし，コミュニケーションそのものについて学び，同時に，その人にはこのような看護が必要ではないかと洞察し，何がよい看護なのか，どう導かれるのかを考え，記述しているものもみられた。

抜粋された記述から受ける印象は，看護におけるコミュニケーションの機能を考えつつ，コミュニケーションにのみ終始することなく，その人にあった看護を提供しようとして，学生が奮闘しているということである。また，どのような場面でどんなことを考え，どんな行動をとったか，その経過には，看護者としての自覚や短期間での成長が表れているように思われる。

2．ケアの要素と学生の学びとの関連

学生の学びを，これまでとは逆に，M．メイヤロフの言う「ケアの要素」との関連から見ることにより，いかにケアの本質にせまったものであったのかを確認する。以下の見出しは，「ケアの要素」としてM．メイヤロフがあげたものである。

1）知識（Knowledge）

「誰かをケアするためには，私は多くのことを知る必要がある。たとえば，その人がどんな人なのか，その人の力や限界はどれくらいなのか，そ

の人の求めていることは何か，その人の成長の助けになることはいったい何かーなどを私は知らねばならない。そして，その人の要求にどのようにこたえるか，私自身の力と限界がどのくらいなのかを私は知らねばならない。」[1]とM．メイヤロフは述べている。これは，今回の実習で最も多くの学生が学んだ内容である。

2）リズムを変えること

「行動（非行動性の行動もある）のリズムを変え，成長を助ける。狭い枠組みと広い枠組みの間を行ったり来たりする。」とM．メイヤロフは述べている。ケアのためにいろいろな手段を講じることにつながる表現である。学生の学びとしては，「婉曲なコミュニケーションの方法」があることや「積極的に行動していくだけでなく，静かに見守ることも質のよい看護であると感じた。」（学生ＡＡ）という表現から気づきが読みとれる。

3）忍耐（Patience）

「忍耐することにより相手に時間を与え，それにより彼に自らの好機を見つけさせることができる。一方，忍耐できない人は時間を与えることができないばかりでなく，相手からしばしば時間を奪ってしまう事態になる。」とM．メイヤロフは述べている。学生の学びでは，「規制ではなく意思を尊重すること」を学んでいることがこの要素と重なると考える。

4）正直（Honesty）

「ケアするうえで積極的な要素として認められるのであり，何かをしないということ，つまり他人を故意にだまさないとかいうものではない。正直であることがケアに全人格的な統一を与える。その人が私に向かって率直に存在してくれるためには私自身その人に向かって率直に「存在」しなければならないが，そのためには私はその人に心を開かねばならない。」とM．メイヤロフは述べている。学生の学びでは，相互作用・信頼関係のカテゴリにおいて，「正直であること」の重要性が記述されていることがこれに相当すると思われる。

5）信頼（Trust）

「信頼は，ケアする相手の存在の独立性を，他者は他者なのであるとして，尊重する。相手を信頼することは，まかせることである。つまりそれは，ある危険な要素をはらんでいるが，未知への跳躍なのである。」とM．メイヤロフは述べている。この意味においては，学生の力量に限界があり，体験はできなかったようである。しかし，「規制ではなく意思を尊重すること」という記述にある学生の体験は，これに近いものと思われ，M．メイヤロフの「信頼」の意味が含まれていると考えられる。

6）謙遜（Humility）

「それは，自分が何をしたのか，相手からの協力および諸々の条件にいかに私が依存しているかを，率直に認識することと相通じている。」とM．メイヤロフは述べている。これについては，学生の自覚として表現されてはいないものの，前述したごとく，その姿勢は十分に表れていると考えられる。

7）希望（Hope）

「私のケアを通して相手が成長してゆく希望がある。特定のことを期待する場合の希望とは違い，より一般的なものである。私のケアを通じて相手が自己実現していくのを希望することなのである。」とM．メイヤロフは述べている。学生は，自分のケアを通じて自己実現している姿が読みとれる。自分の行ったケアに対して患者の喜びが学生の喜びになっているからである。

8）勇気（Courage）

「相手が成長していくこと，私のケアする能力ーこの二つを信頼することは，未知の世界に私が分け入って行くにあたって勇気を与えてくれる。一方，未知の世界に入っていくだけの勇気がなければ，この信頼をおくことが不可能であることも，また，真実なのである。」とM．メイヤロフは述べている。学生ｃ以外の学生の記述には「勇気」という言葉は記述されていないが，緊張や未知のものに入っていったからこそ，学べた内容が記述されている。

このように見てくるとレポートから，学生が対象理解の姿勢を持ち，心を傾け，表現の努力を重ねながら取り組んでいる様子が浮かんでくる。こ

れは正しく「専心」である。「他の誰でもないこの（傍点は原典）他者へのケアが実質を持ち，固有の性格を帯びるのは，この専心を通してなのである。」[1]とM．メイヤロフは述べているが，学生はすでに個別のケアを実践しようとしており，自然に「専心」というケアの本質を貫いていると言える。

また，モンゴメリーはその著書「ケアリングの理論と実践」[3]の中でゴート[4]を引用し，ケアリングに関して3つの一般的意味をあげている。「注意と関心」,「相手に対する“責任や提供”」,「“敬意，好意，愛着”」である。「注意と関心」については,「対象理解のための姿勢」のカテゴリで多くの学生が記述している。

「相手に対する“責任や提供”」については，その重要性を認識しているや，看護者としての自覚が出てきたと記述している学生がいることからも明らかである。ゴートの言う「相手に対する“責任や提供”」を遂行する能力がなければならないことは認識しているが，学習が進んでいない段階にあるので，認識にとどまっていると言えよう。どこまでが自分のできることなのか，何をすればよいのか，もがいている状態であると言えよう。この能力は，実践を重ねてこそ確実になる能力と言うことができる。学生は，できなかった自分に悔しがり，まだまだであるという力不足を感じ，それを冷静に受け止めて課題にしようとしている。将来の自分の姿を描き出しているものや，自己を客観的に見つめる機会を得ての課題も記述されている。

結果として未熟な自分を認識せざるを得ないという状況も見られる。これは，とりもなおさず,「相手に対する“責任や提供”」ができない未熟な自分を感じたが故の記述と判断される。

「“敬意，好意，愛着”」であるが，これは，特に「好意」,「敬意」を抱いていることがうかがわれる。M．メイヤロフの言う「謙虚さ」と似通った概念と思われる。

以上のことから，１年次の学生としては，ケアを行うものとしての資質が十分に備わってきていると考える。

学生にとっての成功体験，よかったと思える行動は「強化」されるということも示唆された。成功体験は，患者からの評価，教員からの評価の場合もある。とりわけ，患者の肯定的な反応は何物にも替え難い成功体験となる。対象がよいと思わないことは，ケアする存在である学生にとって価値がないと認識することは当然である。成功体験がやる気につながることも自明である。臨地という場の制約はあるが，指導者は可能な限り達成感を伴う学びへとつながる指導を行い，またそのための環境を整えていきたいと考える。

今回の指導のタイミングと内容はおおむね的確であったと言える。対象理解のための姿勢と観察・判断の重要性を学生に気づかせる役割を果たしており，効果的な看護学臨地実習を成功させていると言えよう。今後も継続していくべき教育活動である。

レポートのテーマは「看護におけるコミュニケーションの機能を学ぶ」であったが，コミュニケーションの機能を明確に論じているものは少ない傾向にあった。臨床での多様なコミュニケーションに触れているが，学生個々の体験は限られたものであったといえる。その体験がどう看護につながっていくのだということを言語化し，しかも看護の本質，ケアの本質についてこれほどに学んだという事実は驚きと賞賛に値する。

看護を実践する上で最も重要である対象のニードにいかにして迫るか，いかにして掴むかについて，コミュニケーションを中心にしながらも十分に学んだ実習であったと評価される。

Ⅶ．おわりに

本稿では，看護におけるコミュニケーションの機能についての学生の学びを明らかにするとともに，学生のとらえた現象を論理的に一般化する，言語化する能力を確認した。

看護におけるコミュニケーションの機能については，看護者としての自覚を持ち続け，臨地実習に臨んでいた様子がうかがわれ，入学後数ヶ月の成長を感じさせる。学生の達成感がより感じられる実習となるよう，この結果をふまえて教育指導体制や環境を改善していきたいと考える。

一方，現象を一般化・抽象化する能力については，事前にそのようなレポート構成をするようにという指示が徹底していなかったので，十分に内容が抽出されたとは言い難い。しかし，結果として6割の学生がその構成で記述し，分析の対象としたことから，学びについての概観はなされたと思われる。限られた紙面に記述されたものである

ので，その学生にとって最も印象的な体験が綴られ，集約されたと考える。

また，レポートという記述されたもののみを分析対象としたため個々の学生の表現力・文章力には当然のごとく格差もあり，十分に意図をくみ取れたかについては定かではない。その点に関しては本研究の限界と考える。

文　献

1）Milton Mayeroff（田村　真ほか訳）：ケアの本質，ゆみる出版，2002.

2）Em Olivia Bevis ＆ Jean Watson（安酸史子監訳）：ケアリングカリキュラム．医学書院，1999.

3）Carol Leppanen Montgomery（神郡　博ほか訳）：ケアリングの理論と実践．医学書院，2000.

4）Gaut, D.：Development of a theoretically adequate description of caring．Western Journal of Nursing Research，5(4);13-24，1983.

5）Kathleen B. Gaberson ＆ Marilyn H. Oermann（勝原裕美子監訳）：臨地実習のストラテジー．医学書院，2002.

6）Marilyn H. Oermann ＆ Kathleen B. Gaberson（舟島なをみ監訳）：看護学教育における講義・演習・実習の評価．医学書院，2001.

7）Nel Noddings（立山善康ほか訳）：ケアリング，晃洋書房，2000.

報　告

保健福祉行政サービスに関わる保健師が発揮している看護の機能

岸恵美子[1)]，神山幸枝[2)]，鱒渕清子[3)]，柿沼澄子[4)]，佐竹由佳子[5)]，青山初枝[6)]，
伊沢佐登美[7)]，矢野弥生[8)]，吉井由美[9)]，今里澄江[10)]，川崎光子[11)]

Nursing functions of Public Health Nurses that are working in order to promote the health welfare administration services

Emiko KISHI[1)]，Yukie KAMIYAMA[2)]，Kiyoko MASUBUCHI[3)]，
Sumiko KAKINUMA[4)]，Yukako SATAKE5)，Hatsue AOYAMA[6)]，Satomi IZAWA[7)]，
Yayoi YANO[8)]，Yumi YOSHII[9)]，Sumie IMAZATO[10)]，Mitsuko KAWASAKI[11)]

要旨：保健福祉行政サービスを充実させるために必要な保健師の行う看護の機能を明らかにするために，A県において質問紙調査を実施した。新規採用職員を除く市町村保健師352名を対象に，現在発揮している保健師の機能および今後発揮すべき保健師の機能について保健師の認識から調査し，保健師らしい機能が発揮されている活動実践について記載してもらった。その結果，300名から回答が得られ，どの分野に配属されている保健師も「相談支援機能」を最も発揮していた。保健分野では，次いで「教育・普及啓発機能」，「調整・ネットワーク機能」を発揮し，保健分野以外では，2番目に「調整・ネットワーク機能」，3番目に「教育・普及啓発機能」を発揮していた。また，両分野とも「システム化・施策化機能」は最も発揮されておらず，今後は「相談・支援機能」，「調整・ネットワーク機能」とともに「計画策定・評価機能」を発展させるべきであると認識していることが明らかになった。また，活動実践としては，保健師は個別ケアとして相談支援機能を主に発揮しているが，さらにその対象や活動を基盤として「調整・ネットワーク機能」を発揮していた。今後は，これらの活動をさらに行政の「計画策定・評価」の視点で展開していくことが課題であると考えられた。

キーワード：保健師，行政サービス，保健福祉，保健師の機能

[1)] 自治医科大学 看護学部 地域看護学
[2)] 元自治医科大学 看護学部 地域看護学
[3)] 真岡市役所　[4)] 塩谷町役場　[5)] 藤原町役場
[6)] 石橋町役場　[7)] 栃木市役所　[8)] 大田原市役所
[9)] 河内町役場　[10)] 足利市役所　[11)] 佐野市役所
[1)] Community Health Nursing，School of Nursing，Jichi Medical School
[2)] Former Community Health Nursing，School of Nursing，Jichi Medical School
[3)] Moka Municipal Office　[4)] Shioya Municipal Office　[5)] Fujihara Municipal Office
[6)] Ishibashi Municipal Office　[7)] Tochigi Municipal Office　[8)] Ohtawara Municipal Office
[9)] Kawachi Municipal Office　[10)] Ashikaga Municipal Office　[11)] Sano Municipal Office

Ⅰ．はじめに

近年，行政で働く保健師の活動の場は，保健分野のみならず福祉分野にも拡大してきており[1)]，特に介護保険施行後は，要介護認定に関わる介護保険分野や高齢者サービスとしての相談支援業務に従事する保健師も増えてきている。しかし，保健分野以外で働く保健師がどのような認識を持ち，保健分野での経験を生かしながらどのような看護の機能を発揮しているかについては，いくつかの報告[2, 3)]は散見されるが，まだ十分に明らかにはされていない。住民の身近にある保健と福祉が連携し，一体的な行政サービスを提供するための施策として，保健師の活動の場が保健分野のみならず，福祉分野や介護分野に拡大してきていることは意義があるが，一方で保健師自身が保健分野以外で働くことに戸惑いを感じていることも事実である。保健分野のみならず保健分野以外で働く保健師が，看護の機能についてどのように認識し，発揮しているかを明らかにすることは，行政サービスすべてに共通する保健師の機能を明確にし，より保健福祉行政サービスを充実させることにつながると考える。

本研究は，保健分野，福祉分野，介護分野など，すべての行政サービスにかかわる市町村保健師の看護の機能を保健師の認識から明らかにし，保健福祉行政サービスを充実させるために必要な保健師の機能を検討するとともに，保健分野以外に配属される保健師が看護の機能をより発揮しやすくするために必要なサポートについても示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．対象および方法

Ａ県市町村保健師業務研究会が主体となり，新規採用職員（保健師勤務経験1年未満）を除く，県内市町村保健師352名を対象に，保健師の機能に関する質問紙調査を平成14年5月～6月に実施した。市町村保健師業務研究会において各市町村保健師に調査の趣旨を説明後，研究者が郵送法にて各市町村の保健師に調査用紙を配布し，研究者らが回収した。

2．調査内容

質問紙調査の内容は，保健師の属性，現在発揮している保健師の機能，今後力を入れたい保健師の機能，やりがいを感じた活動とその活動で発揮された保健師の機能等とした。保健師の看護の機能については，先行文献[4)]を参考に「実態把握機能」，「計画策定・評価機能」，「相談支援機能」，「教育・普及啓発機能」，「調整・ネットワーク機能」，「システム化・施策化機能」の6機能に分類した。また，保健分野と保健分野以外で働く保健師の活動を比較して，保健師の機能の類似性・相違性を明らかにするだけでなく，保健分野以外で働く保健師が看護の機能を発揮する際の困難性についても明らかにするため，保健分野以外に配属された経験のある保健師には，保健分野以外に配属されたときの気持ち，仕事をして感じたこと，保健分野以外に配属された経験のない保健師には，今後配属されたら感じること等を調査した。

3．分析方法

質問紙調査の分析にはSPSSを用い，記述統計，χ^2検定，ｔ検定を行った。やりがいを感じた活動と発揮された機能の自由記述については，内容の類似性に着目し質的に分析して項目毎に分類し，複数の研究者で比較検討することで妥当性を確保した。今回の研究で，保健分野と保健分野以外で保健師の機能を比較する場合，業務内容を中心に検討するために，保健師の現在の所属ではなく主業務によって分類し，分析を行った。

4．本研究における倫理的配慮

質問紙調査実施にあたっては，市町村業務研究会において各市町村の保健師に研究者らが調査の主旨を十分に説明し，研究参加は自由意思であること，個人が特定されないよう量的に処理するのみであることを伝えた。さらに，全員に調査の趣旨と参加が自由意思であることを示した文書を配布し，調査用紙は無記名とし，提出の有無が特定されないよう，対象者に回答を封筒に入れてもらい，指定した回収日に研究者らが回収を行った。なお，研究参加への同意は，調査用紙の提出をもって得られたとみなした。

Ⅲ．結果

352名に配布し，回収数は300名（回収率85.2%）であり，すべて有効な回答であった。

1．対象者の属性

対象者の通算の保健師歴は図1に示すとおり，平均保健師歴は13.9±8.3年であった。現職場での勤務年数は0年が20名（6.8％），1～4年が121名（41.3％），5～9年が64名（21.8％），10～14年が32名（10.9％），15～19年が26名（8.9％），20年以上が30名（10.2％）で，平均勤務年数は7.6±7.3年であった。現在の所属については，保健予防業務を主とする「保健分野」，障害福祉・児童福祉・高齢者福祉などの業務を主とする「福祉分野」，介護保険に関する認定調査・認定審査・給付管理などを主とする「介護分野」，以上の3つに当てはまらない「その他」で回答してもらったところ，保健分野が221名（73.7％），福祉分野が28名（9.3％），介護分野が40名（13.0％），その他が11名（3.7％）であった。また現在の主な業務については，図2に示すとおり，保健分野が207名（69.0％）で，保健分野以外は93名（31.0％）であった。本研究で比較検討する際は，現在の主業務が保健分野である者を「保健分野」，それ以外を「保健分野以外」として分析した。

2．現在の仕事で発揮している保健師の機能

保健師の機能である「実態把握機能」，「計画策定・評価機能」，「相談支援機能」，「教育・普及啓発機能」，「調整・ネットワーク機能」，「システム化・施策化機能」の6機能については，「充分発揮している」，「発揮している」，「どちらとも言えない」，「あまり発揮していない」，「ほとんど発揮していない」の5つの選択肢からそれぞれ回答してもらった。「現在の仕事で発揮している保健師の機能」については，「充分発揮している」，「発揮している」と答えた者が最も多かったのは「相談支援機能」で，232名（77.3％）であった。次に「教育・普及啓発機能」が140名（46.8％），「調整・ネットワーク機能」が128名（42.9％）の順であった。「充分発揮している」，「発揮している」と答えた者が最も少なかったのは，「システム化・施策化機能」で38名（12.7％）と1割強に過ぎなかった。

保健分野と保健分野以外を比較すると，最も発揮している機能は両分野ともに「相談・支援機能」であったが，保健分野では2番目が「教育・普及

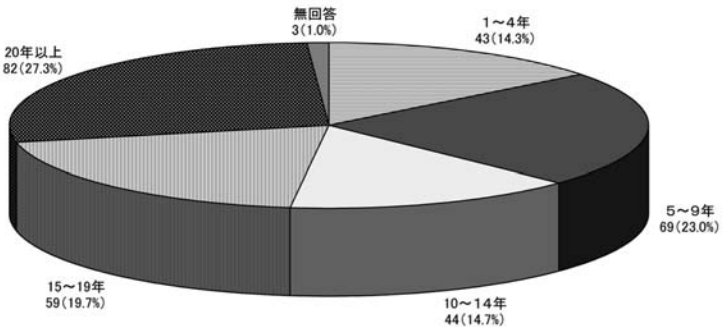


図１　通算保健師歴（n=300）

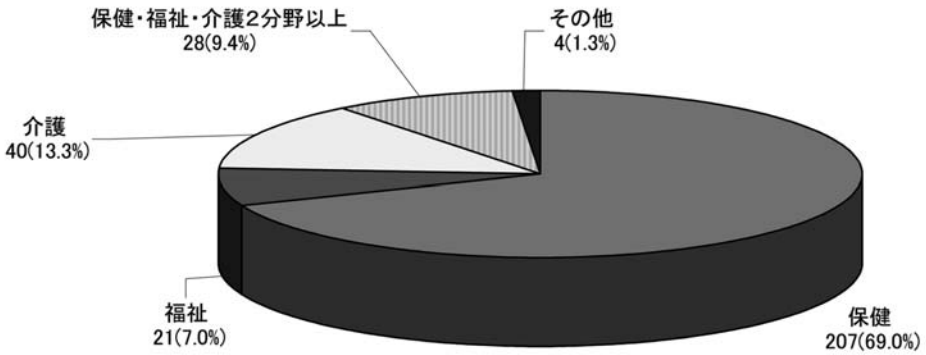


図２ 現在の主業務（n=300）

啓発機能」，3番目が「調整・ネットワーク機能」であり，保健分野以外では2番目が「調整・ネットワーク機能」，3番目が「教育・普及啓発機能」であった。「システム化・施策化機能」は，両分野ともに最も発揮していない機能であった。また，「充分発揮している」，「発揮している」を「発揮している」とし，「どちらとも言えない」，「あまり発揮していない」，「ほとんど発揮していない」を「発揮していない」として2群に分けてχ^2検定を行ったところ，保健分野と保健分野以外では，「計画策定・評価機能」（$p<0.05$），「教育・普及啓発機能」（$p<0.01$）で有意な差があり，どちらも保健分野で機能を発揮している者の割合が有意に高かった（表1参照）。

また同様に，「発揮している」と「発揮していない」の2群に分け，「通算保健師歴」，「現所属での勤務年数」の平均値をｔ検定したところ，「計画策定・評価機能」（$p<0.01$，$p<0.01$），「調整・ネットワーク機能」（$p<0.01$，$p<0.01$），「システム化・施策化機能」（$p<0.01$，$p<0.001$）については，「通算保健師歴」と「現所属での勤務年数」で有意差が認められ，機能を発揮していると答えた者は，「通算保健師歴」，「現所属での勤務年数」ともに年数の平均値が有意に高かった。さらに，「実態把握機能」（$p<0.01$），「教育・普及啓発機能」（$p<0.05$）は「現所属での勤務年数」で有意差が認められ，機能を発揮していると答えた者は現所属での勤務年数の平均値が有意に高かった（表2参照）。

表１　現在の主業務と現在の仕事で発揮している保健師の機能
（保健分野207名、福祉分野93名）

保健師の機能	分野	発揮している	発揮していない	有意確率
実態把握機能	保健分野	62(30.0%)	145(70.0%)	n.s.
	福祉分野	23(24.7%)	70(75.3%)	
計画策定・評価機能	保健分野	68(32.9%)	139(67.1%)	*
	福祉分野	19(20.4%)	74(79.6%)	
相談支援機能	保健分野	159(76.8%)	48(23.2%)	n.s.
	福祉分野	73(78.5%)	20(21.5%)	
教育・普及啓発機能	保健分野	109(52.9%)	97(47.1%)	**
	福祉分野	31(33.3%)	62(66.7%)	
調整・ネットワーク化機能	保健分野	85(41.5%)	120(58.5%)	n.s.
	福祉分野	43(46.2%)	50(53.8%)	
システム化・施策化機能	保健分野	30(14.5%)	177(85.5%)	n.s.
	福祉分野	8(8.7%)	84(91.3%)	

*p<0.05,**p<0.01

表２　発揮している保健師の機能と通算保健師歴および現所属での勤務年数との関連

保健師の機能	発揮の有無	通算保健師歴（年）	有意確率	現所属での勤務年数（年）	有意確率
実態把握機能	発揮している	15.3±9.4	n.s.	9.6±8.2	**
	発揮していない	13.4±7.7		6.8±6.7	
計画策定・評価機能	発揮している	16.4±9.4	**	10.0±8.8	**
	発揮していない	12.9±7.6		6.6±6.3	
相談支援機能	発揮している	13.9±8.2	n.s.	7.8±7.4	n.s.
	発揮していない	14.1±8.7		6.8±6.7	
教育・普及啓発機能	発揮している	14.2±8.6	n.s.	8.7±7.8	*
	発揮していない	13.6±8.0		6.5±6.5	
調整・ネットワーク化機能	発揮している	15.7±8.4	**	9.3±8.0	**
	発揮していない	12.7±8.0		6.3±6.4	
システム化・施策化機能	発揮している	19.5±9.2	**	12.8±9.7	***
	発揮していない	13.4±7.7		6.9±6.6	

*p<0.05，**p<0.01，***p<0.001

3．今後最も発揮したい保健師の機能

現在の仕事で今後最も力を入れたい保健師の機能について択一で尋ねたところ，図4のように「相談支援機能」が最も多く89名（31.6%），次に「調整ネットワーク機能」が66名（23.4%），「計画策定・評価機能」が60名（21.3%）の順であった。現在の主業務の分野別には，保健分野では「相談支援機能」が最も多く33.0%，次いで「計画策定・評価機能」が21.3%，「調整・ネットワーク機能」が19.3%の順であったのに対し，保健分野以外では「調整・ネットワーク機能」が最も多く32.9%，「相談・支援機能」が28.2%，「計画策定・評価機能」が21.2%の順であった（図5参照）。

また，通算保健師歴と今後力を入れたい保健師の機能を比較すると，保健師歴が短いほど「相談支援機能」が多く，保健師歴が長いほど「計画策定・評価機能」，「システム化・施策化機能」と答える者が多くなる傾向にあった。「調整・ネットワーク機能」は5～9年で最も多く，次いで15～19年，5年未満の順であった（図6参照）。

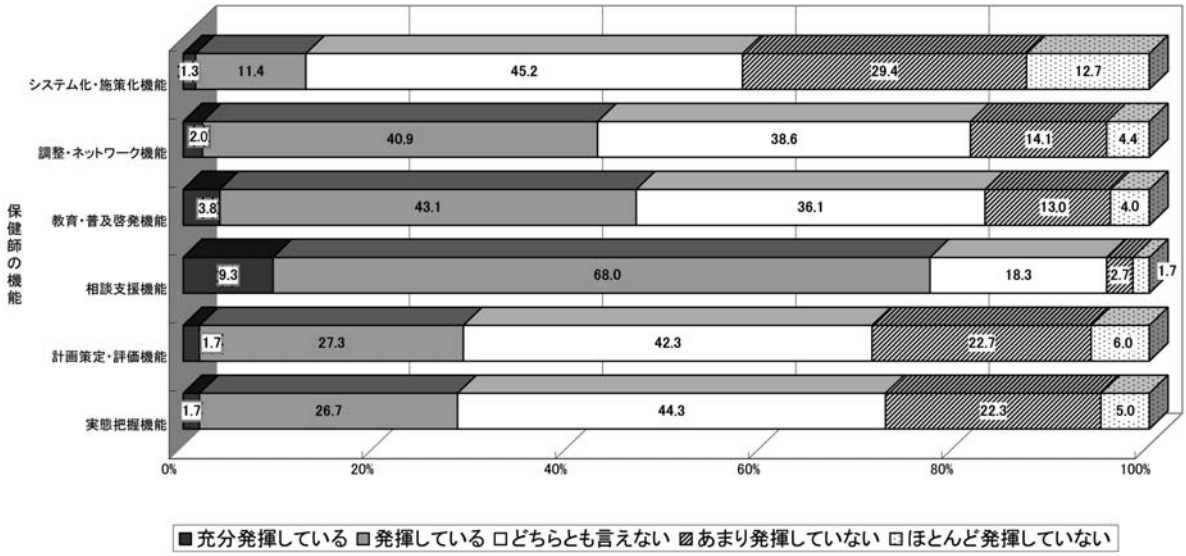


図３．現在の仕事で発揮している保健師の機能

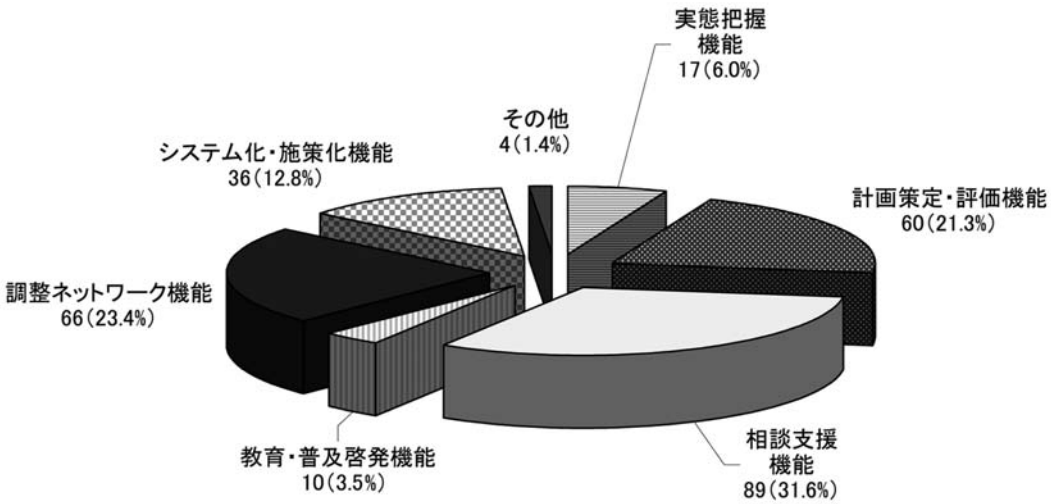


図４．現在の仕事で今後最も力を入れたい保健師の機能（n=282）

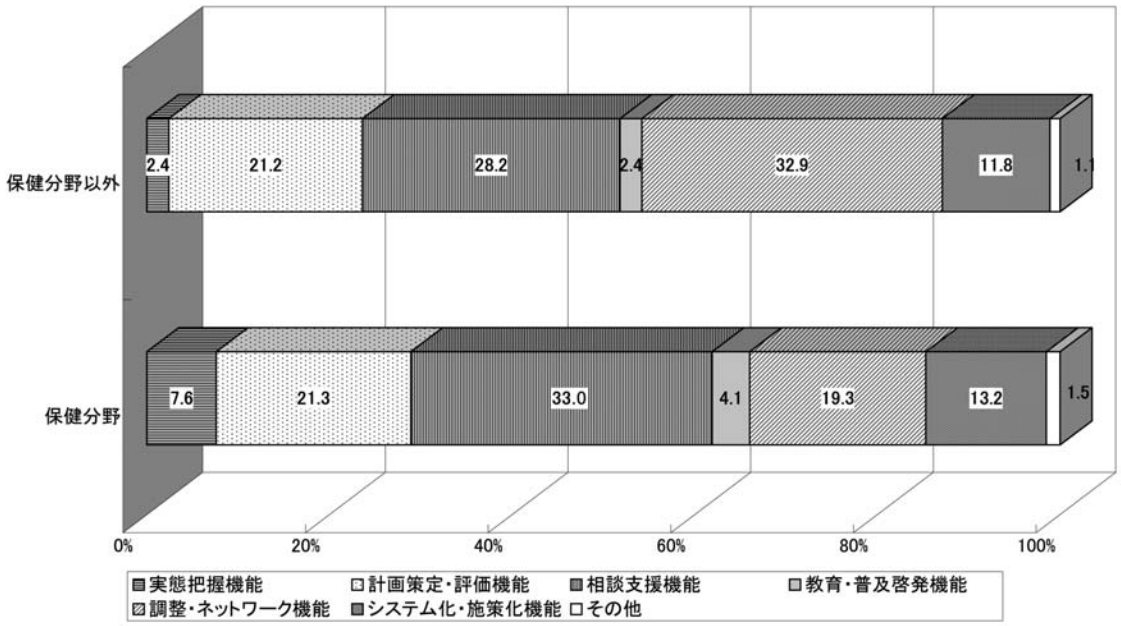


図５．現在の主業務と今後力を入れたい保健師の機能

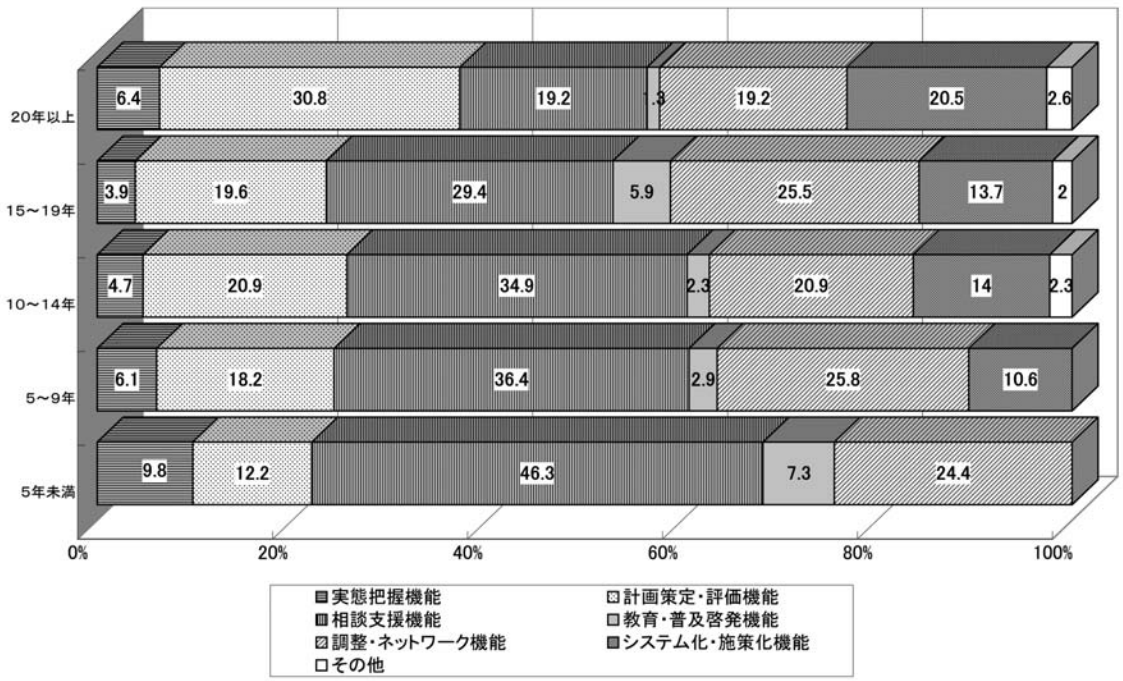


図６．保健師歴と今後力を入れたい保健師の機能

4．保健師の機能が発揮されていると評価できる活動

昨年1年間の保健師活動で，保健師としてやりがいがあり，保健師らしい機能が発揮されていると保健師自身が評価できる活動について，活動のねらいと目標，活動内容と，なぜそのように評価できるかについて記載してもらい，内容の類似性に着目し，質的に分析し，項目ごとに分類・整理した。205名から回答が得られ，記述内容から，どのような対象の援助を意図した内容なのかを読み取り，対象別（個人・家族，同様な課題を持つ集団，地域生活集団全体）に分類したのが表3である。「個人・家族などの個別支援」が70名(34.1%)，「同様な課題をもつ集団への活動」が67名（32.7%），「地域生活集団全体への活動」が68名（33.2%）であった。「個人・家族など個別支援」としては，ケアマネジメント，健康づくりの支援，個のニーズの把握と支援があげられ，「同様な課題をもつ集団への活動」としては，自主グループの育成と支援，集団のニーズの把握と健康づくり支援などがあげられた。「地域生活集団全体への活動」には，調整・ネットワーク化としてのボランティア育成や地域ケア会議があげられ，事業化・施策化として家族介護者リフレッシュ事業や精神障害者ホームヘルプモデル事業が，実態把握と分析として介護保険対象者や健診（検診）結果の調査および分析などがあげられた。

さらに，どのような保健師の機能が具体的に発揮されているか，活動の対象別に内容を示したのが表4である。「教育・普及啓発機能」は，個別への情報提供や助言だけでなく，集団での健康教育や町全体への啓発普及事業を展開することで発揮されていた。「相談・支援機能」は，「力を引き出し，自ら解決できる支援」，「生活・地域をみた支援」，「個を尊重し，信頼関係を築く支援」，「継続性のある支援」，「健康づくり・予防の視点での支援」を個人・家族などの個別を対象とするだけでなく，同様な課題を持つ集団や地域全体に対して，また他機関や他職種に対して行うことで発揮されていた。「調整・ネットワーク化機能」は，「住民の組織化，グループ育成」，「連携・調整を行い，ネットワークを構築する」で発揮され，特に保健分野以外での保健師の活動で機能が発揮されていた。「実態把握機能」としては，「実態・現状把握から施策につなぐ」という意図的な働きかけが行われ，単に実態把握で終わるのではなく，施策につなぐことを視野に入れた活動として評価していた。「計画策定・評価機能」としては，「適切な評価ができる」，「計画・実施・評価のプロセスをふむ」ことがあげられ，特に計画・実施・評価のプロセスの中でも，評価が客観的に行われた場合に機能が発揮できていると評価していた。「システム化・施策化機能」としては，「住民とともに展開する」，「サービスの開発・質の確保」について回答が得られ，住民の力を生かし，施策化につなげることや，保健分野以外の保健師活動では，他職種への指導・支援やサービスの創造が直接的にシステム化や施策化につながるとは限らないが，システム化や施策化の一部分を担っていると評価されていた。

表３　保健師らしい機能が発揮されていると評価できる活動（ｎ＝205）

保健師機能が発揮されていると評価できる活動
１．個人・家族などの個別支援：70名（34.1%）
ケアマネジメント：介護保険業務、保健福祉総合相談 健康づくり支援：健診、検診、個別健康教育事業、検診結果説明会 個のニーズの把握と支援：家庭訪問、相談、面接、健診（検診）のフォロー
２．同様な課題をもつ集団への活動：67名（32.7%）
自主グループの育成と支援：アルコール依存症、介護者支援教室、男性料理教室、患者会設立への支援、健康教室ＯＢ会の育成 集団のニーズの把握と健康づくり支援：病態別健康教育、健康教室、機能回復訓練事業
３．地域生活集団全体への活動：68名（33.2%）
調整・ネットワーク化：ボランティアの育成、地域ケア会議、地区組織の育成 事業化・施策化：家族介護者リフレッシュ事業、精神障害ホームヘルプモデル事業、保健計画策定あるいは見直し、認定審査の平準化 実態把握と分析：介護保険対象者の実態把握および調査と分析、検診結果の分析

表４　最もやりがいを感じてできた仕事で発揮された保健師の機能

発揮された機能＼活動の対象		個人・家族などの個別支援（ｎ＝93）	同様な課題を持つ集団への支援（ｎ＝82）	地域生活集団全体への支援（ｎ＝88）
教育・普及啓発機能	知識・情報提供による支援	正しい知識・適切な情報が提供できる(2) 専門的知識から指導・助言をする(3) 他職種と連携を図りより良いサービスを提供する(2) 計５	単なる情報提供ではなく健康教育ができた(1) サービスに関する情報提供を図り対象者を支援する(1) 日頃の活動を生かした健康教育ができる2) 計４	新しい情報を提供し身近な問題として認識してもらう(1) 健康問題を町全体の問題としてとらえられるよう住民への啓発を行う(1) 市や地域に保健事業の重要性をアピールする(1) 計３
相談・支援機能	自ら解決できる力を引き出し、支援	対象者自身が認識し，実践できるよう支援できる(4) 子どもの状況を親が受け入れて行動できるよう支援する(5) 対象と目標設定を確認しながら生活改善につなげる(3) 対象とともに考え話を聞き引き出す(3) 計15	思いをひきだし，生活を再構築していくことを支援する(2) 集団を通して対象の力を引き出す(2) 健康問題を自ら認識し，行動変容に結び付けることができる(3) 計７	参加者自身が問題に気づくよう関わる(3) 対象とともに悩み一緒に理解しながら問題解決を図る(3) 課題を抽出し解決方法をみい出す(3) 対象の自立支援を促進する(1) 計10
	生活・地域をみた支援	生活を見て生活に密着した相談・支援ができる(7) 対象の生活状況から問題点を把握する(3) 個人だけでなく家族をふくめて支援できる(4) 計14	生活を把握して，ともに考え解決策を見いだせるよう支援する(3) 対象のみではなく家族・地域を含めた支援をする(3) 計６	生活をみて，健康を生活背景から考える(2) 計２
	個を尊重し、信頼関係を築く支援	個々の意欲，意識・思いを尊重する(5) 本人・家族の悩みを十分聞く(3) 住民に頼られる存在になる(2) 様々な場面を利用して相談・支援する(1) 計11	対象が事業に参加できるよう希望に添って工夫する(2) コミュニケーションを基本に安心を得られる支援をする(2) 集団の中でも個別に働きかけニーズにあった支援を行う(4) 計８	地区に出て調査することで気軽に相談してもらえる(1) 計１
	継続性のある支援	個人を継続的にフォローする(3) ねばり強く長期間にわたる訪問をする(1) 計４	事業終了後継続的に管理できるフォロー体制づくり(2) 行動変容や生活全体の支援を専門職で継続していく(2) 計４	
	健康づくり・予防の視点での支援	子どもが健やかに育つよう支援する(2) 健康づくりの観点で，個々へのサポートを行う(2) 疾病予防のためのケースに応じた個別指導(2) 計６	モデル地区で活動を展開し，健康レベルがあがる(1) 生涯健康で過ごせるよう関わる(1) 計２	予防を視点においた活動内容を展開する(4) 町全体の健康レベルをあげる(1) 病態・症状から支援方法を提案する(1) 保健・福祉・医療の広い視野を持つ(1) 計７

調整・ネットワーク化機能	住民の組織化、グループ育成		自主グループの組織化，育成(5) 地域に密着した仲間づくりの支援(2) 地区組織活動の一環として事業を展開する(2) できるだけ対象の自主的な活動になるよう支援する(3) 計12	自主活動として住民自身が活動できる(1) 町民性を考慮した地区組織育成への支援（3） 計 4
	連携・調整を行い、ネットワークを構築する	問題解決を図るため，関係機関の役割を明確にする(2) 他職種と連携しながら指導内容を検討する（2） ケースを通じて，他機関との連携を行う(3) 他機関との調整の必要性を訴える(3) 関係機関と連絡を取り，問題解決にあたる(3) ニーズを的確に捉え必要なサービスをコーディネートする(2) 民生委員・他機関との連携などの調整・ネットワークづくりを行う(4) 関係機関と連絡調整をはかりながら対象の生活を支援していく（6） 計25	関係機関と連絡・調整し事業の展開ができる(3) 関係者・関係機関の連携を図りニーズに対応できる(4) 関係機関に問題を投げかけ，役割分担をする(2) 事業展開の中で他職種との調整役をとる(2) 困難ケースを他機関と連携しながら調整する(2) 他職種を巻き込んだ事業展開をする(3) 計16	他職種との連携により問題解決を図る(9) 関係機関とのネットワークづくり(8) 他機関と連携するためのコーディネート(3) 関係機関と連携を図り円滑に事業につなげる(3) 他機関と連携し，支援体制を整える(3) チーム会議の開催(2) 他の専門職との協働での活動から保健指導のポイントを知る(1) 計29
実態把握機能	実態・現状把握から施策につなぐ	実態把握から施策化につなげる(2) 住民の声から健康問題を見つけ改善していく(3) 参加者の反応をその場で感じる(2) 現在の保健事業を展開しながら新たな事業を展開する(2) 計 9	悩みや疑問を把握し，地区把握につながる(1) 健診データから実態把握し教育活動につなげる(1) 実態把握し，評価指標をあげ，計画的に事業を展開する(3) 新たにあたらしい事業を展開する(3) 計 8	本人・家族のニーズを事業につなぐ(2) 事例から潜在化したニーズを探り事業計画へつなげる(2) 地区の住民の話をきき、活動に生かす(2) 町民のニーズを施策に取り入れる(3) 保健活動の実績を生かした対象者の把握(1) 計10
計画策定・評価機能	適切な評価ができる	効果をアンケートで評価できる(3) 計 3	対象の変化で活動の評価ができる(1) 計画を策定し，実施し，評価する(2) 事業の効果をデータの改善から評価できる(1) 事業の効果をアンケートで評価できる(3) 計 7	実態調査，住民の意見から事業評価ができる(2) 保健行政や統計を分析し，事業の展開や見直しを図る(2) 計 4
	計画・実施・評価のプロセスを踏む		長期目標を立て，プログラム化し評価指標を考えた事業展開をする(5) 計 5	ニーズ把握，企画立案，実践まで一連の流れで事業が展開できる(2) 保健の専門機関としての機能を持つ(2) 計 4
システム化・施策化機能	住民とともに展開する	対象者を発掘し参加を呼びかける(1) 計 1		住民の支援者としての機能を生かす(1) 住民主体の地域づくりを考える(2) 住民の代表と共に計画策定し方針を決定していく(4) 住民と一緒に予防活動ができる(1) 計 8
	サービスの開発・質の確保		他の専門職に生活全体を見る必要性を伝える(1) 制度に漏れる人にもサービスを提供する(2) 計 3	利用できるサービスを情報提供し，他職種にアドバイスをする(1) 介護サービス事業者と関わり，問題点を把握する(1) 地域資源の活用の促進を図る(1) サービスの質向上のため他職種の力量形成に関わる(2) 地域の事例から新たにサービスを創造する(1) 計 6

5. 保健分野以外に配属される保健師の認識

過去に保健分野以外に配属された経験のある保健師は115名で，対象者全体の38.3％であった。配属された時の気持ちとして最も多かったのは，「与えられた仕事なので頑張る」が73名（63.5％）で，6割以上が前向きに保健分野以外で仕事をしようととらえていた。次いで，「保健師の機能が発揮できるか不安」が50名（43.5％），「仕事に興味を持っていたので是非やってみたい」が25名（21.7％），「仲間から離れ，孤立したような気持」が23名（20.0％）の順であった。「希望していたので全力を尽くす」が12名（10.4％）と少なかったが，希望者も1割いることがわかった（図7参照）。

保健分野以外で仕事をして感じたことで最も多かったのは，「人脈やネットワークが広がった」で87名（75.7％），次いで「保健活動の重要性を客観視できる」と「他職種が持つ保健師のイメージがわかった」が同数で68名（59.1％），「真の連携

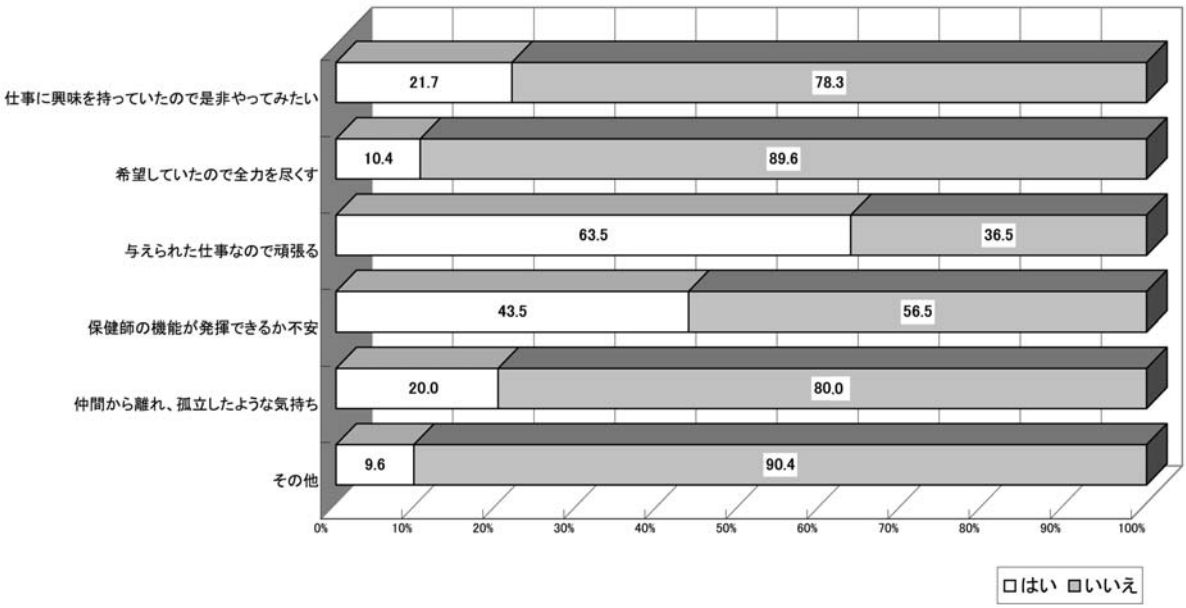


図７．保健分野以外に配属されたときの気持ち

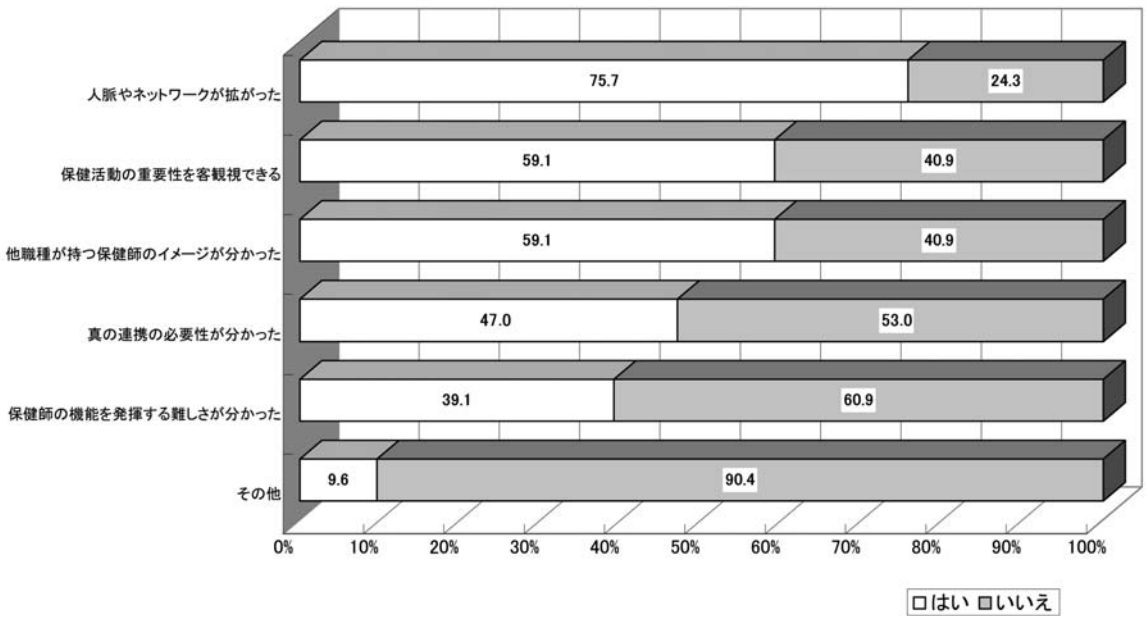


図８．保健分野以外で仕事をして感じたこと

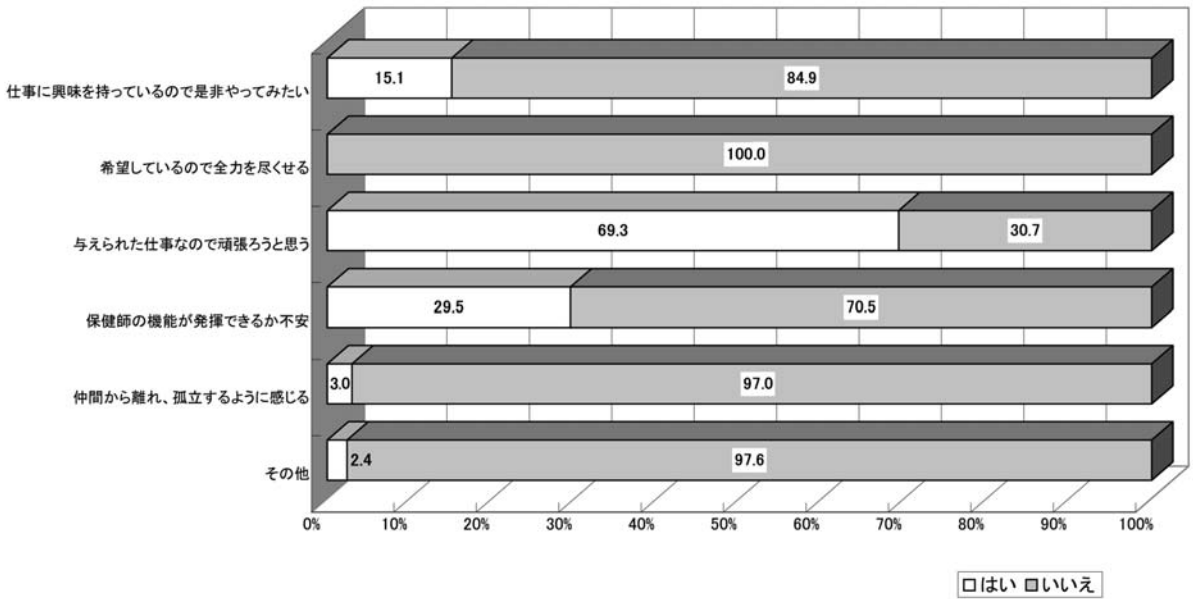


図９．保健分野以外に今後配属されて感じること

の必要性がわかった」が54名（47.0%），「保健師の機能を発揮する難しさが分かった」が45名（39.1%）の順であった（図8参照）。

これまで保健分野以外に配属された経験のない保健師が今後配属されて感じるだろう気持を回答してもらったところ，166名のうち「はい」が最も多かったのは「与えられた仕事なので頑張ろうと思う」で115名（69.3%），次いで「保健師の機能が発揮できるか不安」が49名（29.5%），「仕事に興味を持っているので是非やってみたい」が25名（15.1%）の順であった。反対に「はい」が最も少なかったのは，「仲間から離れ，孤立するように感じる」が5名（3.0%），「希望しているので全力を尽くせる」はまったくいなかった（図9参照）。

Ⅳ．考察

1．市町村保健師が発揮している看護の機能

市町村保健師は，保健分野であっても保健分野以外であっても，専門的知識と技術をベースに最も「相談・支援機能」を発揮しており，さらに両分野とも3位までに「教育・普及啓発機能」と「調整・ネットワーク化機能」を発揮していることが明らかになった。どの分野に所属していても，地域というフィールドの中で住民のライフステージ全体をとらえて個別に支援していくとともに，それを地域という視点でとらえ，自主グループ育成や住民の組織化をはかり，施策にも反映させる役割が保健師の看護の機能であると認識していた。井出ら[5]は，保健師の認識する行政サービスとして機能する看護の特質を「住民個々の支援ニーズに応えるのみでなく，公共施策が必要な課題として吸い上げていく過程」であり，「恒常的にコミュニティや生活共同体全体を援助対象と認識しており，その活動過程で個人・家族・同様の課題を持つ他の人々・地域住民全体と，その援助対象として認識する対象をスライドさせつつ活動していること」であると報告している。本研究でも，たとえ個別の支援であっても，調整・ネットワーク化機能の発揮につながり，個別のケアを通しての実態把握であっても，施策につなぐことを意図して活動していることが保健師としての機能であると評価していた。保健師の看護の機能である「相談・支援機能」を発揮しながら，「調整・ネットワーク化」をはかり，計画策定やシステム化につなげるという，個から集団そして地域全体へと支援を広げ，活動をスライドさせていた。保健師は，地域全体の健康レベルをより高めていくという意識を持ちつつ，個人・家族，地域住民全体などの様々な形態の生活共同体やコミュニティに着目しながら，どう看護介入するかを判断しつつ活動を展開していると言える。

2．保健分野以外で働く保健師が発揮すべき看護の機能

「計画策定・評価機能」,「教育・普及啓発機能」については，両分野で有意差がみられ，どちらも保健分野で発揮している割合が高かった。また，保健分野以外では，今後最も力を入れたい保健師の機能の1番目に「調整・ネットワーク機能」が，2番目に「相談支援機能」が，3番目に「計画策定・評価機能」があがっていた。このうち「相談支援機能」は，現在最も発揮されている機能であり,「調整・ネットワーク機能」は2番目に発揮されている機能であるが,「計画策定・評価機能」は，保健分野以外に配属された保健師にとって，今後発揮していきたい機能でありながら，保健分野に比べ発揮することが難しい機能であると言える。これは，保健分野以外では，保健師が少数あるいは一人職種であり，計画策定に関与することが困難であったり，これまで保健師が行ってきた保健事業の計画評価の視点でのみ保健分野以外の事業を評価することが難しかったりすることも一因ではないかと考えられる。高齢化が一段と進むわが国では，予防のなかでも特に介護予防に関しては，保健分野だけでなく福祉分野・介護分野でも積極的にとり組む必要に迫られている。寝たきりにならない要支援，あるいは自立の段階で予防的にサービスや資源を適切に取り入れていくことが必要であり，保健師は保健分野の活動にとどまらず，今後は保健分野以外の活動にも予防的な視点を取り入れていく必要がある。そのためには，保健分野以外に配属されても「計画策定・評価機能」が発揮できることが求められている。

また，保健分野以外に配属になった保健師は,「調整・ネットワーク機能」が中心的かつ重要な機能であると認識し，対象者への直接的な支援としてだけでなく，他の専門職への技術提供やネットワークの構築のために看護としての専門性を発揮していた。住民の主体的な健康と生活の実現のために，関係者など周りの条件を整えていくような関係調整も，保健師の看護としての重要な機能であると言える。対象にあった適切な支援を行う上で保健師の専門的な判断は重要であり，それを他職種と共有・連携していくことは，保健師の看護の機能であり，保健師がこれまで保健分野で培ってきた機能を保健分野以外においても十分発揮することが可能であると言える。

3．保健分野以外で働く保健師の困難性とサポート

保健分野以外で働く保健師は，さまざまな不安を抱えつつ，保健師の機能が発揮できるよう取り組もうとしていることが明らかになった。保健分野以外に配属されたときの気持ちで最も多かったのは,「与えられた仕事なので頑張ろう」,「保健師の機能が発揮できるか不安」,「仕事に興味を持っているので是非やってみたい」の順であった。たとえ希望せずして保健分野以外に異動をするという状況が起きても，6割以上の保健師は「与えられた仕事なので頑張る」という前向きな考え方を持っていた。一方で,「保健師の機能が発揮できるかどうか不安」や「仲間から孤立したような気持ち」を抱いている保健師も少なくないことから，保健分野以外に配属された後も保健分野の保健師と定期的に交流をもてる機会やサポート体制が必要であると考える。特に「通算保健師歴」や「現在の職場での勤務年数」によって発揮できる保健師機能に有意な差があり，年数が少ないほど発揮できる看護の機能に偏りがあることから，特に経験年数の少ない保健師に対しては，孤立したり，不安が増強したりすることがないようシステムとしてサポート体制を整える必要があると考える。保健師経験5年以上を保健分野以外への異動対象にするなどの，異動に関する取り決めをするとともに，ローテーションで保健師が平等に保健分野以外の活動を経験し，その経験を保健分野でも生かせるようなシステムをつくることが望ましいと考える。

4．保健福祉行政サービスの充実にかかわる保健師活動の課題

石川ら[6]は秦野市の実践の分析から，今後の市町村保健師の役割として「効率的・継続的な事業を実施するための地域ニーズに応じたネットワークづくりや環境整備」,「市民参加で運営できる事業の企画」の計画策定過程や計画の実践にとり組む必要性を報告している。本研究で保健師は,「相談・支援機能」に次いで「調整・ネットワーク機能」を発揮しており，保健師自身がやりがいを感じた活動であり，保健師の機能を発揮できていると評価していた。また，住民とともにシステム化・施策化を展開することについてもやりがいを感じ，保健師の機能を発揮できていると評価していた。しかし,「計画策定・評価機能」につい

ては，特に現在保健分野以外での保健師の機能としてはあまり発揮できていないことから，活動を展開するにあたり，ネットワークづくりや住民参加の活動について，計画策定や実践・評価というプロセスを必ずしも踏んでいるとは言えない。今後力を入れたい保健師の機能として，「計画策定・評価機能」は保健分野では2番目に，福祉分野では3番目にあがっていることから，保健師自身も必要性を認識しているので，今後は現在発揮できている機能をベースにした活動を，計画・実施・評価というプロセスを踏んで展開していくことが重要であると考える。村山ら[7]の保健師の保健計画・施策化に関わる能力についての調査では，保健計画・施策化に関わる能力として最も重要であるとされたのは，「評価の視点」であると報告されており，大野ら[8]が市町村保健師を対象に行った調査では，「事業の効果判定・評価の仕方」の現場での困難性が報告され，岸ら[9]の研究でも健康教育や健康相談の「効果の判定が困難」が市町村保健師活動の問題点として報告されていた。保健分野であっても，特に評価機能については保健師の課題であり，グリーンら[10]によるモデル等も開発され，保健分野では事業評価の視点として取り入れているところもあるが，保健分野以外に配属されたときに，評価機能をこれまでの保健分野での経験を生かしながらどう高めていくかが今後の課題であると考える。

V．おわりに

本研究の対象はA県の市町村保健師のみであり，今回の結果を一般化するには限界がある。また今回は，保健師自身が認識している保健師の機能について調査したが，他職種あるいは住民，行政から保健師が何を求められているのかについても調査することによって，より発揮すべき保健師の機能が明らかになると考えられるので，今後の調査として検討していく必要がある。

謝辞：お忙しいなか，質問紙調査にご協力頂きました保健師の皆様に深く感謝致します。

文　献

1）三浦たみ子，丸山美知子：福祉分野における保健婦の機能および職場環境要件に関する研究．保健婦雑誌，53(11);903-914，1997.
2）三徳和子，望月朝味，高橋智恵美，井戸真佐美，吉田久代，川井裕子，河合妙子，古木薫，窪田千年：岐阜県内市町村における福祉保健婦の役割に関する現状と課題．保健婦雑誌，55(9);742-746，1999.
3）三浦たみ子，丸山美知子：福祉分野における保健婦の意識に関する研究．保健婦雑誌，55(3);205-211，1999.
4）平野かよ子：これからの公衆衛生看護のあり方：公衆衛生研究，49(2);116-124，2000.
5）井出成美，宮崎美砂子，山田洋子，高屋順子，平山朝子：保健婦（士）の役割機能からみた行政サービスとして機能する看護の特質．千葉看護学会誌，5(1);71-77，1999.
6）石川貴美子，渋谷ちづる，佐藤真琴，岩室紳也：新たな時代に必要とされる行政保健師の役割－ヘルスプロモーションの理念に基づく保健師活動の実践－．日本地域看護学会誌，7(1);68-74，2004.
7）村山正子，丸山美知子，山崎京子：保健婦の保健計画・施策化能力の育成に関する研究能力を構成する要素とその現任教育の必要性．保健婦雑誌，54:220-228，1998.
8）大野絢子，佐藤由美，森　陽子：地域保険法施行後の業務実態からみた市町村保健婦の役割と課題．Kitakanto Med J，50;139-150，2000.
9）岸恵美子，神山幸枝，渡邉亮一，尾島俊之：市町村で行われている健康教育と健康相談の現状と課題．Kitakanto Med J，51(2);119-128，2001.
10）Green L.W.，Kreuter M.W.：Health Promotion Planning．An Educational and Ecological Approach．Mayfield Mountain View，1999.

報　告

精神看護学実習前後における精神看護に対する実践意欲の変化

関　澄子[1)]，永井優子[1)]，西岡和代[1)]，日向朝子[2)]

The changes of the motivation about practice toward psychiatric and mental health nursing in clinical practice

Sumiko SEKI[1)]，Yuko NAGAI[1)]，Kazuyo NISHIOKA[1)]，Tokiko HYUGA[2)]

要旨：本研究の目的は，看護学部3年生の精神看護学実習前後で，精神看護の実践意欲の変化を明らかにし，実践意欲を高める実習指導の示唆を得ることである。アンケート調査を行って，精神看護学実習前後の精神看護の実践意欲と，実習後の精神看護の実践意欲の変化の理由を分析した。統計的に分析した結果，卒業直後の実践意欲，対象者別（精神障害をもっている人，精神的に問題をもっている人）の実践意欲，場所別（精神科病棟）の実践意欲は，有意に増加していた。実践意欲の変化の理由を質的に分析した結果，【*精神看護の実践の場や障害者の実情がわかり，親近感が湧いた*】，【*精神看護はやりがいがあり，その人らしさと思いや希望を考えることだとわかって，自分の看護ができ，楽しいと感じる*】，【*精神看護は漠然としていて，看護ができた実感がなく，難しいと感じる*】の3つであった。実習指導として，学生が実習にまつわる実情を明確にし，学生の考えや行動を自信につなげることが大切であることが示唆された。

キーワード：精神看護，実践意欲，精神看護学実習，実習指導

Ⅰ．はじめに

これまでの看護基礎教育における精神看護学の変遷[1)]をみてみると，1968（昭和43）年に実施されたカリキュラムでは，人間の成長発達区分による領域別看護が誕生したが，精神看護学に関する教科目は成人看護学の一特殊領域として組み込まれていた。1990（平成2）年に実施されたカリキュラムにおいては，精神看護学に関する科目の名称や位置づけは曖昧になり，精神看護学実習は選択でよいという取り扱いは，学生の精神看護学に対する興味や関心を育みにくい[2)]という指摘がなされた。1997（平成9）年に実施されたカリキュラムでは，精神看護学が柱立ち，心の問題を不健康の面に焦点をおいて理解し，その援助を考えようとしてきたそれまでの考え方とは違い，健康・不健康を問わず，人間の心の問題を広く理解し，それらに対する適切な援助ができることがねらいとなった[3)]。それから6年が経過した現在，学生の精神看護学に対する興味や関心は育っている時期であると考えられる。

これまでの実習がもたらす影響に関する研究では，精神看護学実習前後の変化として，精神障害者に対するイメージや意識に関する報告[4-6)]が多く，肯定的変化をもたらしていると述べられている。また，関連するものとして，精神科領域への就業

1) 自治医科大学 看護学部 精神看護学
2) 聖マリアンナ医科大学病院
1) Jichi Medical School，School of Nursing
2) St. Marianna University School of Medicine Hospital

意欲に関する報告[7-10]はされているが，精神看護全般に対する実践意欲に関する報告は見当たらない。「精神科看護への肯定的な学生の評価は，必ずしも精神科への就業意欲に結びつかないことが伺えた。」[8]と鈴木らは指摘している。就業しない場合でも，やる気がないわけではなく，選ばないだけであることもある。そのようなことから，精神障害者に対するイメージや意識，就業意欲ではなく実践意欲を明らかにする必要があると考えた。学生が実習の中で意識的に精神看護の実践をするのは，精神看護学実習である。そこで，本研究の目的は，精神看護学実習の体験が精神看護の実践意欲にどのような変化をもたらすのかを明らかにし，さらに精神看護の実践に対する意欲を高める実習指導の示唆を得ることとした。

Ⅱ．研究方法

自治医科大学看護学部（以下，本学とする）では，3年次前学期に，看護実践の理解として対象の特性を踏まえた患者固有の看護を学習することを目的に5領域（成人看護学・老年看護学・小児看護学・精神看護学・母性看護学）でローテーションを行い，3週間を1クールとする看護学実習を行っている。

精神看護学実習（以下，実習とする）の目的は，人間を理解し，入院環境や地域生活の場で危機状況および精神障害を体験している対象に基礎的看護を実践することと，個別の援助と地域の生活体制における看護の役割について考えることである。1クール19～20人の学生を3グループに分け，専任教員4名が学生の指導を行う（1名は統括し，3名は各グループを受け持つ）。3週間のうち2週間は病棟で，3施設（大学病院，総合病院，単科精神病院）に分かれ，入院患者を1名受け持つ。3週目は精神科デイケア，精神障害者小規模作業所などの社会復帰関連の地域資源13施設のいずれかにおいて2日間実習し，以後学内で学びをまとめている。

1．用語の定義

「精神看護」とは，精神の健康増進，疾病の予防，および疾病からの速やかな回復を目的としていて，個人または集団がその人らしさを保ちながら生活を営み，より高次の精神の健康を目指して自己表現がなされるように援助していくことを重視している看護実践である[11]。

「精神障害をもっている人」とは，統合失調症，精神作用物質による急性中毒またはその依存症，知的障害，精神病質，その他の精神疾患を有する者[12]で，日常生活で何らかの困難をきたしている人とし，それ以外の心理的な問題等のために日常生活で何らかの困難をきたしている人を「精神的に問題をもっている人」とした。

看護をする場所としての「精神科病棟」とは，精神疾患や心理的な問題のために日常生活が困難となっている人の入院治療の場，「一般科病棟」とは，身体疾患のために日常生活が困難となっている人の入院治療の場，「地域」とは，精神疾患や心理的な問題のため通院治療をしている人の生活の場とした。

2．研究対象

本学の3年生97人

3．研究期間

平成16年4月～7月

4．研究方法と内容

各クールの実習の前後に自記式のアンケートを配布した。「実習前アンケート」は実習初日のオリエンテーション時に配布し，書面を用いて研究の目的と無記名で成績には影響しないことを説明した。アンケートは，その日のうちにオリエンテーションを行った会場に設置した箱に入れてもらって回収した。また，「実習後アンケート」は実習最終日のカンファレンス終了時に配布し，その日のうちにカンファレンスを行った会場に設置した箱に入れてもらって回収した。それ以降は，鍵付きのボックスに提出するよう指示した。

アンケートは主に研究者が作成した。内容は以下のとおりであるが，用語の定義は示していない。

１）実習の前後における精神看護の実践意欲について

⑴精神看護の実践意欲について

卒業直後の精神看護の実践意欲を「やりたい」，「やりたくない」，「わからない」の3つの選択肢により回答してもらった。

⑵精神看護の対象者および場所別の実践意欲について

①　対象者の特性を「精神障害をもっている

人」,「精神的に問題をもっている人」に分け,それぞれの実践意欲を「積極的にしたい」,「機会があったらしたい」,「指示されたらやる」の3つの選択肢により回答してもらった。精神看護の対象はすべての人であり，実践をする人を育てる教育機関のため,「したくない」という選択肢は設けなかった。

② 精神看護の対象者ごとに,「精神科病棟」,「一般科病棟」,「地域」という場所における精神看護の実践意欲を「積極的にしたい」,「したい」,「あまりしたくない」,「全くしたくない」,「わからない」の5つの選択肢により回答してもらった。

2）精神看護の実践意欲の変化について

実習後に，精神看護の実践意欲が変化したかどうかを自己評価して,「変化した」,「変化しない」の2択で回答してもらい,「変化した」と回答した学生には理由を自由に記載してもらった。

5. 分析方法

1）精神看護の実践意欲について

実習前後における精神看護の実践意欲の変化は,それぞれの人数を比較した。無記入や欄外に記入したものは除外し，精神看護の実践意欲についてはχ^2検定を，精神看護の対象者・場所による精神看護の実践意欲についてはｔ検定を行った。検定には，表計算ソフトExcel 2003を用いた。

⑴精神看護の実践意欲について

実習前後における「やりたい」,「やりたくない」,「わからない」のそれぞれの選択肢の人数をχ^2検定した。

⑵精神看護の対象者および場所別の実践意欲について

対象者別，場所別の精神看護の実践意欲を点数化して得点の平均と標準偏差を求め，ｔ検定を行った。

① 対象者別

「積極的にしたい」を3点,「機会があったらしたい」を2点,「指示されたらする」を1点とした。

② 場所別

「わからない」と回答をしたものを除外して,「積極的にしたい」を4点,「したい」を3点,「あまりしたくない」を2点,「全くしたくない」を1点とした。

2）実習後の精神看護の実践意欲が変化した理由について

「変化した」と回答した人数を求めた。そして,自由記載された変化の理由を熟読し，実習に関連した体験や情緒，思考をひとつの意味のかたまりとして抽出した。共通性，類似性に注目してまとめてカテゴリー化するプロセスを4回繰り返し,最終カテゴリーとした。カテゴリー化の妥当性および一貫性は共同研究者間で検討した。

Ⅲ．研究結果

アンケートの回収数は，実習前87（回収率89.6%），実習後75（回収率77.3%）であった。

1. 卒業直後の精神看護の実践意欲（表１参照）

実習前後の人数は,「やりたい」が5人（5.7%）から16人（21.3%）となり，有意に増加した（$p<0.01$）。「わからない」が68人（78.1%）から45人（60.0%）となり，有意に減少した（$p<0.05$）。

2. 実習前後における精神看護の実践意欲の変化

1）精神障害をもっている人を対象とする場合（表２参照）

実習前後で,「積極的にしたい」が23人（26.3%）から36人（47.9%）に,「機会があったらしたい」が41人（47.1%）から37人（49.3%）に,「指示されたらやる」が3人（3.4%）から2人（2.6%）に変化した。実践意欲の得点は実習前と比べて有意に増加した（$p<0.01$）。

実践の場による精神看護の実践意欲の変化については，精神科病棟における精神看護の実践意欲の平均は2.74から3.03に増加して，実践意欲は有意に増加した（$p<0.05$）。一方，一般科病棟および地域における実習前後の実践意欲に有意な差はなかった。

表1　卒業直後の精神看護の実践意欲（単位＝人）

	やりたい（%）		やりたくない（%）		わからない（%）		無記入（%）	合計（%）
実習前	5(5.8)	***	13(15.1)	n.s.	68(79.0)	**	1(1.1)	86(100)
実習後	16(21.3)		13(17.3)		45(60.0)		1(1.3)	75(100)

** $p<0.01$　　*** $p<0.001$

２）精神的に問題をもっている人を対象とする場合（表3参照）

実習前後で,「積極的にしたい」が26人（29.9%）から43人（57.3%）に,「機会があったらしたい」が56人（64.4%）から31人（41.3%）に,「指示されたらやる」が3人（3.4%）から1人（1.3%）に変化した。実践意欲の得点は実習前と比べて有意に増加した（p＜0.001）。

実践の場による精神看護の実践意欲については,精神科病棟，一般科病棟，地域とも，実習前後で有意差はなかった。

3．実習後に精神看護の実践意欲が変化した理由

実践意欲が「変化した」と回答した者は43人（57.3%）で,「変化しなかった」と回答した者は19人（25.3%），無記入者は13人（17.3%）であっ

表2　精神障害をもっている人を対象とする場合（単位＝人）

精神看護の実践意欲	実習前(%)	実習後(%)	場所別の実践意欲	精神科病棟		一般科病棟		地　域	
項　目			項　目	実習前(%)	実習後(%)	実習前(%)	実習後(%)	実習前(%)	実習後(%)
積極的にしたい	23(26.4)	36(48.0)	積極的にしたい	11(12.6)	18(24.0)	9(10.3)	16(21.3)	17(19.5)	27(36.0)
機会があったらしたい	60(69.0)	37(49.3)	したい	32(36.7)	31(41.3)	46(52.8)	34(45.3)	44(50.5)	32(42.6)
指示されたらやる	3(3.4)	2(2.6)	あまりしたくない	25(28.7)	10(13.3)	15(17.2)	10(13.3)	13(14.9)	8(10.6)
			全くしたくない	2(2.2)	3(4.0)	3(3.4)	3(4.0)	2(2.2)	2(2.6)
無記入・その他	2(1.1)	0(0.0)	わからない	17(19.5)	12(16.0)	14(16.0)	10(13.3)	11(12.6)	5(6.6)
			無記入	0(0.0)	1(1.3)	0(0.0)	2(2.6)	0(0.0)	1(1.3)
平均±標準偏差	2.23±0.50	2.45±0.55	平均±標準偏差	2.74±0.75	3.0±0.80	2.84±0.68	3.00±0.78	3.00±0.71	3.22±0.76
合　計	87(100)	75(100)	合　計	87(100)	75(100)	87(100)	75(100)	87(100)	75(100)
	**			*		n.s.		n.s.	

* p＜0.05　** p＜0.01

表3　精神的に問題をもっている人を対象とする場合（単位＝人）

精神看護の実践意欲	実習前(%)	実習後(%)	場所別の実践意欲	精神科病棟		一般科病棟		地　域	
項　目			項　目	実習前(%)	実習後(%)	実習前(%)	実習後(%)	実習前(%)	実習後(%)
積極的にしたい	26(29.9)	43(57.3)	積極的にしたい	12(13.7)	17(22.6)	18(20.6)	17(22.6)	21(24.1)	26(34.6)
機会があったらしたい	56(64.4)	31(41.3)	したい	34(39.0)	30(40.0)	42(48.2)	36(48.0)	43(49.4)	38(50.6)
指示されたらやる	3(3.4)	1(1.3)	あまりしたくない	21(24.1)	13(17.3)	11(12.6)	9(12.0)	11(12.6)	6(8.0)
			全くしたくない	3(3.4)	3(4.0)	2(2.2)	2(2.6)	2(2.2)	0(0.0)
無記入・その他	2(2.3)	0(0.0)	わからない	16(18.3)	11(14.6)	13(14.9)	9(12.0)	10(11.4)	4(5.3)
			無記入	1(1.1)	1(1.3)	1(1.1)	2(2.6)	0(0.0)	1(1.3)
平均±標準偏差	2.27±0.52	2.56±0.52	平均±標準偏差	2.79±0.77	2.97±0.82	3.04±0.71	3.06±0.73	3.08±0.72	3.29±0.61
合　計	87(100)	75(100)	合　計	87(100)	75(100)	87(100)	75(100)	87(100)	75(100)
	***			n.s.		n.s.		n.s.	

*** p＜0.001

表4　精神看護実践意欲の変化の理由

【最終カテゴリー】	〈第3次カテゴリー〉
精神看護の実践の場や障害者の実情がわかり，親近感が湧いた	病棟の様子がわかって偏見がなくなった
	精神障害者は私たちと変わらず，親近感が湧いた
精神看護はやりがいがあり，その人らしさと希望を考えることだとわかって，自分の看護ができ，楽しいと感じる	精神看護は看護の基礎で，やりがいがある
	精神看護はその人らしさを考え，希望を考えることだとわかった
	自分のしたい精神看護ができた
	実習は楽しく精神看護の興味が増した
精神看護は漠然としていて，看護ができた実感がなく，難しいと感じる	精神看護は漠然としている
	実習で看護ができた実感がなく，難しく大変だった

た。変化した学生のうち，理由を記載したものは38人であった。

実践意欲が変化した理由は，42個抽出された。第1次カテゴリー数は24，第2次カテゴリー数は14となり，第3次カテゴリー数は8となった。最終カテゴリーは，【*精神看護の実践の場や障害者の実情がわかり，親近感が湧いた*】，【*精神看護はやりがいがあり，その人らしさと思いや希望を考えることだとわかって，自分の看護ができ，楽しいと感じる*】，【*精神看護は漠然としていて，看護ができた実感がなく，難しいと感じる*】の3つであった（表4参照）。

変化の理由として記述された内容の分析過程を，最終カテゴリー【*精神看護の実践の場や障害者の実情がわかり，親近感が湧いた*】を例に，具体的に示す。

第1次カテゴリーの「（精神科全般の）偏見がなくなった」，「実際に実習をしてみて（精神科全般の）変な抵抗感のようなものがなくなった」，「精神科への偏見みたいなものがなくなり，面白いと思った」は，精神科全般に対して偏見や抵抗感がなくなったことを意味するものである。そして抵抗感は偏見がベースにあると考えて，第2次カテゴリー『偏見がなくなった』となった。そして，第1次カテゴリーで独自の意味をもち一緒にならなかった第2次カテゴリー『精神科病棟の様子がわかった』と一緒になり，実習によって精神科で行われている看護や患者の様子や病棟の構造がわかってくることで，偏見がなくなったことを意味するものとして，第3次カテゴリー〈病棟の様子がわかって偏見がなくなった〉となった。

また，第1次カテゴリー「精神的な問題を持っている人，精神障害を持っている人の考え方が変わった」，「精神障害者に対する見方が変わった」，「（精神障害者の）理解が不十分であることで偏見があったので，接してみて理解することができた」，「実習前は何となく精神障害者とかかわることに抵抗があったが，実習を開始すると抵抗なくかかわることができた」は，精神障害者とかかわる中で，精神障害者に対する見方が変わったことを意味するものとして，第2次カテゴリー『精神障害者に対する見方が変わった』とした。そして，独自の意味を持つため第1次カテゴリーから第2次カテゴリーになった『精神障害者は純粋で親近感が湧いた』，『精神障害者は私たちと変わらない一人の人間だと実感した』と合わせて，実習で精神障害者とのかかわりを通して，自分たちと同じ一人の人間で変わりがなく，親近感が湧いたと見方が変わったと意味を見出した。よって，第3次カテゴリーは〈精神障害者は私たちと変わりない一人の人で親近感が湧いた〉とした。

これら2つの第3次カテゴリーは，精神科病棟や精神障害者の実情を理解することで精神障害者に対する親近感が湧くことを意味していると考えて，最終カテゴリー【*精神看護の実践の場や障害者の実情がわかり，親近感が湧いた*】とした。

他のカテゴリーも同様に導き出された。最終カテゴリー【*精神看護はやりがいがあり，その人らしさと希望を考えることだとわかって，自分の看護ができ，楽しいと感じる*】は，第3次カテゴリー〈精神看護は看護の基礎で，やりがいがある〉，〈精神看護はその人らしさを考え，希望を考えることだとわかった〉，〈自分のしたい精神看護ができた〉，〈実習は楽しく興味が増した〉から導き出された。学生は，病気のことだけでなくその人らしさを考え，今まで生きてきた人生に思いをはせ，これからの希望を考えることは，どの領域にも通ずる大事な看護であることに気づき，やりがいがあると考えたこと，また実習において毎日試行錯誤する中でしたい看護ができると，楽しかったと感じることを意味するものとして，最終カテゴリーとした。

最終カテゴリー【*精神看護は漠然としていて，看護ができた実感がなく，難しいと感じる*】は，第3次カテゴリー〈精神看護は漠然としている〉，〈実習で看護ができた実感がなく，難しく大変だった〉から導き出された。実習において毎日試行錯誤する中でやりがいが見えず，その人らしさを考えられず，精神看護は漠然でつかみどころがないと考え，楽しいどころではなく看護ができた実感が持てず，難しいと感じることを意味するものとして，最終カテゴリーとした。

Ⅳ．考察

まず，実習体験が精神看護の実践意欲にどんな変化をもたらしたのかについて考察し，次に実践に対する意欲を高める実習指導について考察する。

1．精神看護の実践意欲の変化について

１）変化の内容について

精神看護に対する実践意欲は，約6割の学生が実習後に変化したと答えていた。この中には実践意欲が増加した学生だけでなく，減少した学生もおり，また変化していないと答えた学生のなかには，元々実践意欲の高い学生がいることも考えられる。

卒業直後の精神看護に対する実践意欲の結果を見ると，「わからない」と答えた人数が有意に減少し，「やりたい」と答えた人数が有意に増加したことから，「わからない」から「やりたい」に変化をしたと考える。そして，対象者別の実践意欲については，精神障害をもっている人，精神的に問題をもっている人双方で，精神看護の実践意欲の有意な増加がみられた。また，場所別の実践意欲については，精神看護を実践する場として，精神科病棟と一般科病棟，地域のどの場所においても実践意欲の平均値の増加がみられ，特に精神科病棟における精神障害をもっている人への看護の実践意欲が有意に増加していた。

これらから，全体としては，今回の実習体験が精神看護に対する全般的な実践意欲を高めていることが明らかであると考えられる。

２）変化の理由について

3つの最終カテゴリーを見ると，それらの構造は，【*精神看護の実践の場や障害者の実情がわかり，親近感が湧いた*】が基盤となり，【*精神看護はやりがいがあり，その人らしさと希望を考えることだとわかって，自分の看護ができ，楽しいと感じる*】と【*精神看護は漠然としていて，看護ができた実感がなく，難しいと感じる*】の相反する2方向に分かれる構造となって，実践意欲の変化をもたらすと考える。

学生は2年次の夏期休業中に精神科の病棟あるいは病院，および精神障害者の社会復帰関連施設で見学を，さらに2年次の後期には精神障害者と講義の中で自由に話す体験をしている。それらは精神障害者のイメージの肯定的変化をもたらし[13,14]，関心をより持つことにつながって，おおいに意味がある。しかし，短時間での見学や接触体験では，実践は見えにくく，人や場を理解するには限界がある。

これに対して実習では，実際の対応場面を目にして個々の患者に対する援助方法とその意味や必要性とが統合的に理解され，あるいは時間を共有しながら患者の思いがけない一面を発見して，さらに対象の理解を深めることが可能となる。例えば学生は，閉鎖病棟で妄想などのために衝動性の高まった入院患者を見て，はじめて行動制限が患者の安全を守るために必要であると理解することがある。一方で，常に衝動性が高いわけではなく，編み物をすると丁寧かつ手早く作成し，それを世話になっている看護師にプレゼントしたいと優しさをのぞかせることに気づくこともある。また，ある学生は，地域のケア施設において，家で親と顔をつきあわせているといつも喧嘩をしてしまうメンバーが少しでも働きたいと作業所に通っていたことや，スタッフが利用者だけでなく，家族にも気遣いの言葉をかけたり，困っていることについて話し合ったりしていたことを知った。その学生は，利用者にとって，その施設が日中の居場所，仲間と過ごす場，働く場として大事な場であること，また家族のケアの場であることを理解した。そして，実習を進めていくうちに精神科も精神障害者も怖くないと感じ，自分たちと同じように喜んだり，悲しんだりなど，自分たちとなんら変わらないことに気づいていき，親近感が湧くことにつながると考える。このように，実習を通した体験から【*精神看護の実践の場や障害者の実情がわかり，親近感が湧いた*】は，精神看護の実践意欲を高める基盤になると考えられる。その要因として考えられることは，実習期間に継続して精神障害者とかかわることと，学生は看護者の一員として責任を果たす役割を担ってかかわることである。精神看護の実践の場の理解と障害者の理解は相互に関係し合い，患者や利用者を理解することは，彼らがいるその場の理解につながっている。

また，精神障害者は内面を表現したり，援助を求めたりすることが苦手な傾向がある。例えば，退院を目の前にしても，どんなことに困っているのか訴えない患者に対し，学生は実習で働きかけ，退院後について一緒に考えた。外来受診時の受付の仕方を心配していることを引き出した。そこで，通院に関するシミュレーションを一緒に行うと，患者は安心した表情を浮かべた。一連の過程から，学生は看護ができたと実感すると考えられる。紙面上の模擬患者を用いた事例演習でも，その人らしさや希望を考えることはできるが，看護ができた実感は得られない。実習を通して，悪戦苦闘しながら自分なりに考えて看護を実施する中で，患

者の反応をよく見ようとして関心を向けられるほど，患者のもつ潜在的な力に気づくことができる。健康な面に働きかけることによって，さらに患者の反応を引き出すことができると，看護ができた実感を得て，大変だったが楽しかったと感じ，やりがいが持てることにつながると考える。このことから，【*精神看護はやりがいがあり，その人らしさと希望を考えることだとわかって，自分の看護ができ，楽しいと感じる*】は，さらに実践意欲を高めるものとなる。その要因として考えられることは，授業や演習においてパーツで理解したことが実習を通して統合されることである。

一方で，精神看護学実習以外の実習で看護の対象の多くは，学生のケアに対して，礼を述べたり，表情が変化したりする反応を返すが，精神看護学実習での対象の多くは，訴えははっきりせず，反応をしているものの，つかみにくいことが少なくない。特に，学生は長期に入院している患者を受け持つことが多く，さらに回復の過程が目に見えにくく，変化がつかみにくい。病棟の生活に適応しており，何でもできるよう見え，セルフケアが欠如している部分がわかりにくくなっていて，かかわりどころがわからない状況が起こる可能性もある。さらに，合併症を合わせ持ち，複雑でわかりにくい状況もある。また，患者の状態が改善しない，もしくは悪くなるなどの状況がおこると，学生は自分が影響していると感じやすいため，実践意欲が高まる基盤ができつつあっても，実習意欲がゆらぐことがある。精神看護学実習での対象者に，身体的ケアを実践する機会は少ない。例えば，「自信をなくしている患者に，自分は患者のそばにいることしかできなかった。」という学生がいた。患者は，何か身体的ケアをしてもらうことより，そばにいてもらえる安心感を求めていて，その学生は「そばにいること」がケアであると意味づけられていないために，看護の実感が得られなかったのであろう。また，期待する患者の反応が得られないと，客観的にみるとできているのにもかかわらず，看護ができた実感をもちにくい。【*精神看護は漠然としていて，看護ができた実感がなく，難しいと感じる*】については，精神看護の実践意欲が高まらなかった理由ととれる。その要因としては，学生の看護の経験や患者の特徴，実践の場の状況などに応じて，コミュニケーションの困難さやケアのタイミングがつかみにくいために，手ごたえを感じる体験が少ないまま実習期間を終了したことが推測される。

2. 実践に対する意欲を高める実習指導について

以上のように，精神看護の実践意欲を高める基盤となる精神看護の実践の場や精神障害者の実情が具体的にわかって，親近感が持てることが非常に重要である。実習初期に今の気持ちや考えをカンファレンスや記録で素直に表現できる学生は，どこまで精神看護の実践の場や障害者の実情に迫っているのかが教員にみえるが，表現しない学生，できない学生はどこまで実情に迫っているのかわからない。永井は，「学生の言語的表現が日常的に十分に訓練されていないので，感じていることや考えていることが表現されにくいことがある。言語的に表現されなくても，表情や態度に居心地の悪さや違和感として表現される。」[15] と述べている。また，中川らの研究でも「精神障害者や看護に対して，肯定否定的両方の感情を持っていることを自覚し言語化できることが，精神科医療や看護への興味に影響していた。」[9] と報告されている。これらのことより，教員は学生の表情や態度に注意を払い，それらの表現に気づいた場合は今何を感じ，何を考えているのか，実情がどうなのかを問いかけ，何でも伝えてほしいということ，表現できる場を多く作ることが大切である。

次に，精神看護の実践の場や精神障害者の実情が具体的にわかってきたときや，親近感を感じてきたときに，やりがいを育てていくことが重要となる。学生がかかわることによって，患者は何らかの反応を示すが，その反応に学生は気づいているかをたずね，気づいていないならば説明することも必要となる。相手の反応に気づけば，学生は自分の言動を見つめなおし，患者に関心を向け，別の角度から患者を見たりするなどの努力をすることによって，よい結果が得られる。学生が試行錯誤する中でチャレンジできる機会や，よい効果が得られそうな体験ができる機会を見つけて，小さな成功体験を積み重ねられるようにしていく。実施できた学生には，評価の仕方に付き合い，辛かった体験だけでなく，学生自身ができたと思うことも伝えてもらい，できていることを意識付けし，強化していくことも重要であろう。学生が何気なく行っていることをケアであると認識していないこともあり，ケアができているのにもかかわ

らず，看護ができた実感がない時には，客観的に見てできていることを具体的に伝えていくことも大切となる。そのようなことが，できるという自信になり，精神看護の楽しさややりがいを見出すことにつながると考える。

また，精神看護の実践意欲を高める基盤に戻り，その人らしさは何だろうか，その人の思いや希望は何だろうか，その人について考えるだけでなく，その人と同じ体験をしたならばどんな気持ちになるか，教員が学生に投げかけることが大切となる。基盤に戻り行き来する中で，ますます対象の理解が深まっていき，実践意欲が増すことにつながると考える。

Ⅴ．おわりに

本学部の実習は，実習受け入れ施設と十分に調整をして行っているが，今回は本学部開設後はじめての実習であったため，教員も臨床も試行錯誤の部分が大きく，教員と臨床のコラボレーションの問題，実践のための実情の理解，やりがいにつながる精神看護の理解，楽しさにつながる精神看護ができたという実感を得られるような教員のかかわりの工夫など，教員の経験による能力の問題，精神看護学実習直前・直後の調査であるが，学生がそれまでに行ってきた実習ローテーションの違いによる学生のレディネスの問題，アンケートには用語の定義を示していないため，学生の用語のとらえ方が一定でないという問題などが本研究の限界である。今後は，これらを踏まえて，学生の精神看護の実践意欲はどう育っていくのかを明らかにすることを課題としていきたい。

謝辞

研究に協力してくださった学生の皆様にお礼申し上げます。そして，本研究を進めるにあたり，統計的分析方法についてご指導をいただきました自治医科大学看護学部渡邉亮一教授に深く感謝申し上げます。

文献

１）鈴木啓子：看護教育と臨床（日本精神科看護技術協会：精神科看護白書）．中央法規出版，pp.148-156，2002.
２）金城祥教：精神科看護教育の実態－看護基礎教育における精神科看護カリキュラムに関する実態調査から－（日本精神科看護技術協会：精神科看護白書）．中央法規出版，pp.54-68，1995.
３）神郡　博：精神看護学のねらいと展開．精神科看護，25(4);56-59，1998.
４）嶺岸秀子，古屋　健：精神看護実習が看護学生の精神障害者イメージ，看護態度，および事例アセスメントに及ぼす影響．日本看護研究学会雑誌，23(4);59-72，2000.
５）石原和子，今中悦子，大熊恵子，田辺裕子，二之宮実知子，鷹居樹八子：精神看護学実習前後における看護学生の意識変化に関する研究．長崎大学医療技術短期大学部紀要，13;59-65，2000.
６）福田由紀子，小林純子：精神看護学実習における看護学生の精神障害者へのイメージ変化．日本赤十字愛知短期大学紀要，14;123-131，2003.
７）Happell，B.：Who wants be a psychiatric nurse? Novice student nurses' interest in psychiatric nursing．Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing，6(6);479-484，1999.
８）鈴木啓子，中川幸子，永井優子：精神科医療に対する看護学生の意識の変化－経時的変化と精神科への就業意識との関連－．日本看護学教育学会誌，5(2);120-121，1995.
９）中川幸子，鈴木啓子，永井優子，櫻庭　繁：看護学生の精神科医療への就業意欲に関する諸要因の検討－文章完成法による分析－．千葉大学看護学部紀要，16;101-105，1994.
10）藤田和夫，川野雅資：精神科領域における看護学生就業選択に関する研究－学生たちはなぜ精神科施設に就職しようとしないのか．看護，40;121-144，1988.
11）野嶋佐由美ほか：実践看護技術学習支援テキスト精神看護学．日本看護協会出版会，pp.3-4，2002.
12）精神保健福祉研究会監修：改訂第二版　精神保健福祉法詳解．中央法規出版，pp.47-60，2002.
13）日向朝子，関　澄子：看護学生の精神障害者に対するイメージの変化－講義で精神障害者と自由に話すことを通して－．自治医科大学看護学部紀要，2;79-84，2003.
14）山田浩雅，永井優子，菊地美智子，林　公子，

熊澤千恵：精神看護学「見学課題」における教育効果と方法に関する検討－見学体験前後のイメージ変化から－．愛知県立看護大学紀要，7;37-45，2001.

15）永井優子：生活指導に関する専門職を養成するための基礎教育における倫理教育－看護学実習における倫理および人権擁護に関する指導について－．生活指導研究，20;50-69，2003.

報　告

栃木県の保育所における母乳育児支援の実態
―母乳育児支援に関する基礎教育受講の有無が保育に与える影響に焦点をあてて―

岡本美香子[1)]，大原良子[1)]，曽我部美恵子[1)]，橋本かおり[2)]，成田　伸[1)]，
遠藤恵子[3)]，三澤寿美[3)]，川﨑佳代子[3)]

Male nurses' perception of support to continue bleastfeeding
From the result of questionnaire survey in Tochigi Prefecture

Mikako OKAMOTO[1)]，Ryoko OHARA[1)]，Mieko SOKABE[1)]，Kaori HASHIMOTO[2)]，
Shin NARITA[1)]，Keiko ENDOH[3)]，Sumi MISAWA[3)]，Kayoko KAWASAKI[3)]

要旨：栃木県内において乳児保育に従事する保育スタッフと1歳6ヶ月健診を受診している母親に対する調査を行い，それぞれ666人（回収率31.5％）と663人（回収率27.8％）から回答が得られた。その回答を分析した結果，以下の点が明らかとなった。

１）保育所に入所している児の母乳栄養率は著しく低く，また何らかの形で母乳育児支援を行っている施設も半数弱にとどまっており，母乳育児の継続を希望する母親にとって，保育所への入所が母乳育児の継続にマイナスの影響を及ぼしていることが推測された。

２）「母乳育児支援を行うことは困難だ」とする意見の主な理由は，保育所内での支援に対する不安であり，最新の母乳育児支援のエビデンスに基づいた6項目について意見を求めた結果からは，知識の偏りがみられ，保育スタッフは保育所内での母乳育児支援を中心に考えおり，最新のエビデンスに基づいた母乳育児支援の知識が低いことが推測された。

３）母乳育児に関する基礎教育の有無によって，知識に大きな差は認められなかったが，基礎教育「あり」の群は，「なし」の群に比べて継続教育を受けている割合が有意に高く，基礎教育による知識提供がその後の学習に影響を及ぼすことが推測された。

キーワード：母乳，育児支援，保育スタッフ，母親

[1)] 自治医科大学 看護学部 母性看護学
[2)] 前自治医科大学 看護学部 母性看護学
[3)] 山形県立保健医療大学 保健医療学部
[1)] Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School
[2)] Former Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School
[3)] Department of Nursing, Yamagata Prefectural University of Health Sciences

Ⅰ．はじめに

働く女性の増加に伴い，保育所へ入所する児の年齢は低年齢化している。厚生労働省の調べでは，年齢別にみた児童の保育所利用割合に占める0歳児の割合は，昭和55年当時2.0％であったが，平成12年には5.6％にまで増加している。このような乳児の保育所利用の増加に伴い，厚生労働省は平成11年に「新エンゼルプラン」の中で，保育サービスなど子育て支援サービスの充実として，１）低年齢児（0～2歳児）の保育所受け入れの拡大，２）多様な需要に応える保育サービスの推進（延長保育，休日保育等の推進など）を打ち出した。

保育所への入所は長時間の母子分離状態であり，母乳育児を継続していく上で大きな困難がある。母乳育児の継続を希望する働く母親にとって，保育所の母乳育児支援の状況は大きな関心事である。

そこで，私たちは，栃木県における母乳育児支援の実態を明らかにするために，平成15年に1歳6ヶ月健診を受診している母親と支援者側の保健医療福祉従事者を対象とした大規模な調査[1)]を行った。今回は，①保育所に勤務している保育職を対象にした調査と②母親に対する調査の結果の中から，保育職が保育所で行っている母乳育児支援の実態と母乳育児についての考えに関する項目とを中心に，母乳育児支援に関する基礎教育受講の有無が保育に与える影響に焦点をあてて栃木県の保育所における母乳育児支援の実態を報告する。

Ⅱ．研究方法

栃木県内の保育所で乳児保育に従事している保育職と母親をそれぞれ対象として，以下に示す自作の質問紙調査票を用い，郵送法により調査した。

1．乳児保育に従事している保育職からみた栃木県内における母乳育児支援の状況（調査1）

１）調査期間

平成15年1月～3月

２）対象

平成15年1月現在で，栃木県内で乳児保育に従事している保育士および看護職（以下，保育士と看護職を合わせて保育スタッフと略す。）

３）調査方法

栃木県保健福祉部児童家庭課に調査の主旨を説明し，実施の承諾を得て，栃木県内に開設されている保育所のうち，乳児保育を行っている423施設に対して調査を依頼した。調査実施の諾否の確認をした後，承諾の得られた保育所に調査票を送付し，乳児保育に従事している保育スタッフへの調査票配布の依頼を行った。調査票の回収は，調査票配布時に同封した封筒で対象者各自に投函を依頼した。

４）調査項目

対象の属性，施設の概要（乳児保育状況，母乳栄養率など），母乳育児支援に関わる属性（母乳育児基礎教育の有無など），WHOの10か条を参考にして作成した母乳育児支援に対する考えや知識を問う項目などである。

2．母親側からみた栃木県内における母乳育児を取り巻く状況（調査2）

１）調査期間

平成15年1月～3月

２）対象者

対象者は，1歳6ヶ月児健診を受診している母親とした。調査時点としては，生後の栄養法についての記憶が比較的新しく，かつほとんどの母子において卒乳（断乳）が終了している時点として1歳6ヶ月を選んだ。

３）調査方法

栃木県保健福祉部児童家庭課に調査の主旨を説明して実施の承諾を得た後，栃木県内49市町村の保健センターに調査を依頼した。保健センターの調査協力の諾否を確認後，承諾の得られた保健センターに調査票を送付し，対象者への調査票配布の依頼を行った。調査票の回収は，調査票配布時に同封した封筒で対象者各自に投函を依頼した。同時に各施設の受診児予定数の回答を得た。

４）調査項目

母親の属性，妊娠中の栄養法の希望，児の栄養法（施設入院中の栄養法，その後の栄養法の推移，母乳を止めた時期や理由，栄養法の満足度など），保育所の利用状況などである。

3．分析方法

今回は，記述統計的な分析を行った。調査1においては，基礎教育における母乳育児に関する教育受講の有無によって，対象者を2群に分け，乳児保育における母乳育児支援に関する知識や支援状況について，カイ二乗検定を行い比較した。今回，基礎教育における母乳育児に関する教育につ

いての定義は，「母乳分泌の生理・医学的知識」と「授乳方法や乳房マッサージなどの具体的支援方法」のどちらかあるいは双方とした。また，調査1，2の調査結果間の保育職が保育所で行っている母乳育児支援の実態と母乳育児についての考えに関する項目について関連を分析した。

4．倫理的配慮

調査1では，調査対象者には文書にて調査の趣旨を説明し，調査票は無記名とし，個人が特定できないようにした。調査票の配布は，保育施設側から保育スタッフに行ってもらったが，回答を拒否することによって不利益を被らないように，調査票配布時に同封した封筒で対象者各自に投函を依頼した。投函する回答がなされた場合に，参加者への同意が得られたと判断した。

調査2でも同様に，調査対象者には文書にて調査の趣旨を説明し，調査票は無記名とし，個人が特定できないようにした。調査票は，保健センター側から母親に配布してもらったが，回答を拒否することによって不利益を被らないように，調査票配布時に同封した封筒で対象者各自に投函を依頼した。投函する回答がなされた場合に，参加者への同意が得られたと判断した。

Ⅲ．結果

調査1の結果の中から，今回は保育所での母乳育児支援状況，保育スタッフの母乳育児支援の知識に関連する項目に焦点をあてて報告する。また，基礎教育の中で受けた母乳育児支援に関する教育が，保育所での保育に影響を与えているのかを検討するために，対象者を母乳育児に関する基礎教育受講の有無で2群に分けて比較した結果も報告する。また，調査2の結果からは，保育所での母乳育児支援に関連する項目について報告する。

1．乳児保育に従事している保育スタッフからみた栃木県内における母乳育児支援の状況（調査1）

１）調査票の配布状況及び回収状況

調査の承諾が得られた栃木県内の保育所174施設（41.1%）で乳児保育に従事している保育スタッフ2,115名に配布した。回収数は666名であり，回収率は31.5%であった。

２）施設の概要

①　保育スタッフの概要

スタッフの平均年齢は36.6±9.7歳（20歳～61歳）であった。女性が99.5%であり，職種は，保育士620名（94.4%），看護職6名（0.9%），両資格を有するスタッフは24名（3.6%）であった。また，平均経験年数は11.5±9.2年（0年～39年）であった。職位は施設長9名（1.4%），主任65名（9.8%），スタッフ497名（74.6%）であったが，その他も72名（10.8%）いた。これについては，「雇用形態が非常勤だから」という理由で「その他」を選択する人が多かった。保育スタッフの中で，育児経験があると回答した者は429名（64.4%）いた。その中で，栄養方法が母乳のみの者が110名（25.6%）であり，混合栄養であった者が314名（73.2%）と，ミルクを使用した者が多かった。また，授乳中に母乳保育支援を専門としている専門家から援助を受けた体験のある者は98名（22.8%）にとどまった。

基礎教育において母乳育児支援に関連する教育を受けた者（以下，母乳に関する基礎教育とする）は313名（47.0%），受けていない者が323名（48.5%）であった。しかし，職種別に基礎教育を受けたものの割合をみると，保育士は287名（46.3%）であったが，看護職は5名（83.3%），両資格を有するスタッフは20名（83.3%）と，看護職の場合に受けている割合が著しく高く，保育士と看護師免許を有する者との間に，母乳に関する基礎教育受講の有無に関する差が明らかにみられた（図１）。ただし，看護職は全体で6人しかいないため，この6人が栃木県の保育所に勤める看護職を代表しているかはやや疑問が残る。

保育士・看護職を合わせた保育スタッフ全体を上記の母乳に関する基礎教育の有無で2群に分けた。その2群で比較した結果，年齢，性別，職種や職位の構成，経験年数，育児経験について有意差は認められなかった。そのため，この後の分析においては，基礎教育受講の有無で分けた2群間で比較検討した（表1）。

②　施設の概要

保育スタッフが勤務している施設の対象乳児数と乳児保育担当スタッフ数を調べた。勤務している施設あたり平均の対象乳児数は18.7±16.1名（1名～110名），乳児保育担当スタッフ数は5.7±4.2名（1名～30名）であった。今回は，乳児数や乳

表1　保育スタッフの概要

		全体	教育あり	教育なし
対象者数（%）		666（100%）	313（47.0%）	323（48.5%）
平均年齢±SD（範囲）		36.6±9.7（20－61）	35.8±9.5（21－60）	37.1±9.8（20－61）
性別	男性(%)	0（0%）	0（0%）	0（0%）
	女性(%)	663（99.5%）	311（99.4%）	322（99.7%）
	無回答	3（0.5%）	2（0.6%）	1（0.3%）
職種	保育士	620（94.4%）	283（90.4%）	317（98.1%）
	看護師	6（0.9%）	5（1.6%）	1（0.3%）
	両免許有	24（3.6%）	20（6.4%）	4（1.2%）
	その他	7（1.1%）	5（1.6%）	1（0.3%）
平均経験年数±SD（範囲）		11.5±9.2（0－39）	10.6±8.7（0－33）	12.1±9.5（0－39）
職位	施設長(%)	9（1.4%）	5（1.6%）	2（0.6%）
	主任(%)	65（9.8%）	27（8.6%）	32（10.5%）
	スタッフ(%)	497（74.6%）	234（74.8%）	240（76.2%）
	その他(%)	72（10.8）	32（10.2%）	32（10.5%）
	無回答(%)	23（3.5%）	15（4.8）	7（2.2）
育児経験	有(%)	429（64.4%）	202（64.5%）	213（65.9%）
	無(%)	220（33.0%）	108（34.5%）	103（31.9%）
	無回答(%)	17（2.6%）	3（1.0）	7（2.2）
栄養法	母乳栄養(%)	110（25.6%）	51（25.2%）	56（26.3%）
	混合栄養(%)	314（73.2%）	150（74.3%）	155（72.8%）
	無回答(%)	5（0.8%）	1（0.5）	2（0.9）
専門家の支援	有(%)	98（22.8%）	50（24.8%）	45（21.2%）
	無(%)	209（48.7%）	98（48.5%）	105（49.3%）
	無回答(%)	122（18.3%）	54（26.7）	63（29.6）

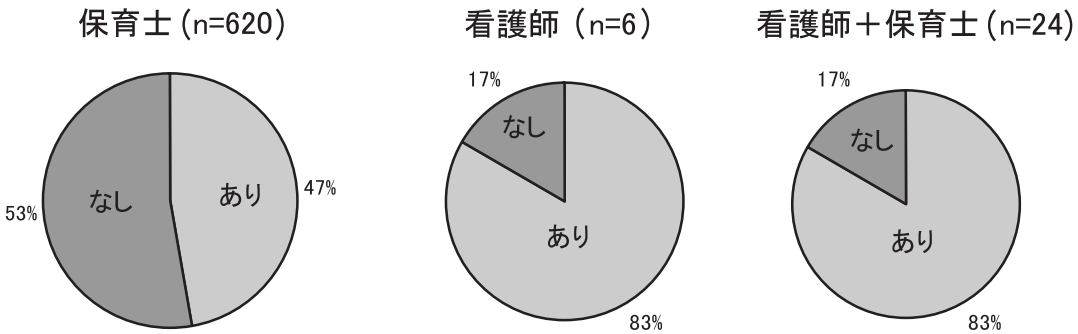


図１　職種別にみた母乳に関する基礎教育の有無

児担当スタッフ数を聞くのに期間を定めなかったこともあり，今回の数が栃木県内の保育所の実態を正確に反映しているかについてはやや不明な点がある。

保育スタッフの母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群においては，対象乳児数，乳児担当スタッフ数ともに有意差は認められなかった（表2）。

③　施設の母乳育児支援状況

スタッフの認識としての施設の母乳育児支援状況について調べた。母乳栄養率とは，完全母乳栄養と混合母乳栄養の児を合わせた割合と定義した。勤務している施設における乳児の4ヶ月時の母乳栄養率は平均25.0±23.9%（0%～100%）であったが，「母乳栄養率がわからない」との回答が50.8%と半数にのぼった（表3）。勤務している施設での乳児の栄養方法の方針は，「母乳中心」が2.6%，「どちらかといえば母乳中心」が5.6%，「ミルクの追加にこだわらない」が83.0%であった。保育スタッフ側の認識として，母親の栄養法の希望は「ほとんどの母親が母乳希望である」と回答した者がわずか0.8%しかおらず，「ミルクの追加にこだわらない母親が多い」が77.5%を占める結果となり，施設側の栄養方針と母親の母乳育児の希望状況とはほぼ一致した状態にあった。また，入所後の母乳育児継続については，「ほとんど継続」が2.4%，「強く希望する場合のみ継続」が33.6%，「継続困難」が16.8%であった。

保育所で行っている母乳育児支援に対するサービスについては，「直接授乳の時間調整・場所提供」が24.2%，「搾母乳の授乳」が24.3%，「サービスなし」が46.8%であった。この結果から，母乳育児支援のサービスを行っている場合と行っていない場合が半々の状態にあることがわかった。

保育スタッフの母乳に関する基礎教育の有無別に分けた群において，施設の母乳育児支援状況に関する質問は，ほぼ同じような状況であり，有意な違いはみられなかった。

表2　施設の概要

	全体(n=666)	教育あり(n=313)	教育なし(n=323)
平均乳児数±SD（範囲）	18.7±16.1（1－110）	18.8±16.9（1－110）	18.6±15.1（1－106）
平均スタッフ数±SD（範囲）	5.7±4.2（1－30）	5.5±4.4（1－30）	5.7±3.9（1－23）

表3　施設の母乳育児支援状況

		全体(n=666)	教育あり(n=313)	教育なし(n=323)
平均4ヶ月児の母乳栄養率±SD		25.0±23.9（0－100）	24.9±27.8（0－100）	25.6±20.2（0－80）
栄養率の回答	わかる	106（15.9%）	47（15.0%）	57（17.6%）
	わからない	338（50.8%）	148（47.3%）	179（55.4%）
	その他	133（20.0%）	75（24.0%）	52（16.1%）
	無回答	89（13.4%）	43（13.7%）	35（10.8%）
栄養法の方針	母乳中心	17（2.6%）	11（3.5%）	5（1.5%）
	どちらかといえば母乳中心	37（5.6%）	24（7.7%）	11（3.4%）
	ミルクの追加にこだわらない	553（83.0%）	252（80.5%）	279（86.4%）
	無回答	3（0.5%）	26（8.3%）	28（8.7%）
母親の希望栄養法	母乳希望が多い	5（0.8%）	2（0.6%）	2（0.6%）
	こだわらない母親が多い	516（77.5%）	25（79.9%）	255（78.9%）
	その他	65（9.8%）	31（9.9%）	33（10.2%）
	無回答	80（12.0%）	30（9.6%）	33（10.2%）
母乳育児継続状況	ほとんど継続	16（2.4%）	10（3.2%）	4（1.3%）
	強く希望する場合のみ継続	244（36.6%）	117（37.4%）	122（39.0%）
	継続困難	112（16.8%）	51（16.3%）	59（18.8%）
	その他	182（27.3）	92（29.4%）	85（27.2%）
	無回答	112（16.8%）	43（13.7%）	53（16.9%）
支援サービス（複数回答）	直接授乳の時間調整・場所提供	161（24.2%）	81（25.9%）	78（24.1%）
	搾母乳の授乳	162（24.3%）	83（26.5%）	75（23.2%）
	その他	41（6.2%）	24（7.7%）	13（4.0%）
	サービスなし	312（46.8%）	139（44.4%）	161（49.8%）

３）母乳育児支援に関わる属性

①　母乳に関する基礎教育の内容

母乳に関する基礎教育受講の有無を「受けた」,「受けていない」の二者択一で回答を求めた。先にも述べたように，母乳に関する基礎教育を受けた者は313名（47.0％）であった。基礎教育の内容としては,「母乳分泌の生理など医学的知識」が77.3％と多く,「授乳方法や乳房マッサージ等の具体的援助方法」が30.3％であった（複数回答を含む。）（図2）。

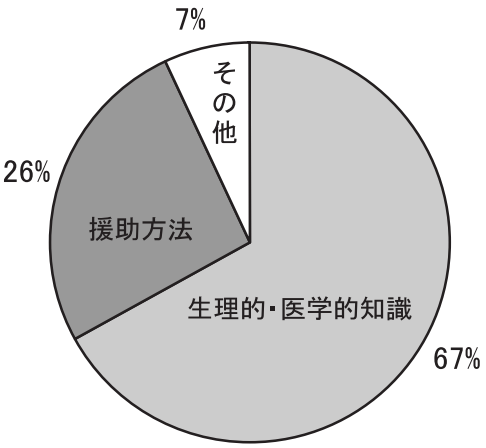


図2　母乳に関する基礎教育内容

②　母乳に関する継続教育

卒業後の継続教育については，母乳育児に関する会・学会へ「参加したことがある」,「参加したことがない」の二者択一で回答を求めた。全体で130名（19.5％）が母乳育児に関する学会などに参加していたが，その内訳は，保育士が125名（20.2％），看護職が3名（50.0％），両資格を有するスタッフが2名（9.5％）であった。

母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群では，基礎教育「あり」の群のうち91名（29.4％）が継続教育を受けていたのに比べて,「なし」の群では37名（11.9％）であり，有意に継続教育を受けた者が多かった（$p<0.05$）（表4）。

４）母乳育児支援に対する考えや知識

今回WHOの「母乳育児を成功させるための10か条」（以下，WHOの10か条と略す）や母乳育児に関連する研究を参考に作成した質問項目の中で，保育所での母乳育児支援の取り組みに関わると考えられる6項目，①「赤ちゃんにゴムの乳首やおしゃぶりを与えないこと」,②「授乳の間隔」,③「添い寝・添い乳」,④「離乳食が開始したころから，母乳の栄養的価値は低下する」,⑤「長く母乳を飲ませると虫歯になりやすい」,⑥「母乳を止める時期」についての調査結果を示す（表5）。

①　赤ちゃんにゴムの乳首やおしゃぶりを与えないこと

「必要だと思う」,「賛同するが実施困難」,「必ずしも必要ではない」,「必要ない」の四者択一で回答を求めた。「必要だと思う」と回答した者が22.8％であったのに対して,「賛同するが実施困難」が27.0％,「必ずしも必要ではない」が38.4％,「必要ない」が5.9％と，乳首やおしゃぶりを使用することに否定的な考えがないことがわかる。母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群でみると，教育「あり」の群では「必要だと思う」が26.8％,「賛同するが実施困難」が29.1％であったが，教育「なし」の群では，それぞれ19.8％，26.0％であった。

②　授乳の間隔

「3時間ごとの定時ですべきと思う」,「自律にすべきだと思う」,「個々の事情による」の三者択一で回答を求めた。「3時間ごとの定時ですべきと思う」との回答者は14.7％に過ぎず,「自律にすべきだと思う」が23.1％,「個々の事情による」が54.7％であった。母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群でみると,「3時間ごとの定時ですべきと思う」との意見は両群でほぼ同じ割合であったのに対して,「自律にすべきだと思う」では教育「あり」の群が,「個々の事情による」では教育「なし」の群の割合がわずかに多かった。

表4　母乳育児支援に関する継続教育の有無

		全体(n=666)	教育あり(n=313)	教育なし(n=323)
継続教育	あり	130（19.5％）	91（29.1）	37（11.5）
	なし	509（76.4％）	218（69.6）	274（84.8）
	無回答	27（4.1％）	4(1.3)	12(3.7)

表5　母乳育児支援に関する保育スタッフの知識状況

		全体(n=666)	教育あり(n=313)	教育なし(n=323)
ゴム乳首・おしゃぶりを与えない	必要	152（22.8）	84（26.8）	64（19.8）
	賛同するが実施困難	180（27.0）	91（29.1）	84（26.0）
	必ずしも必要ない	256（38.4）	113（36.1）	131（40.6）
	必要ない	39（5.9）	15（4.8）	24（7.4）
	無回答	39（5.9）	10（3.2）	20（6.2）
授乳の間隔	３時間毎	98（14.7）	47（15.0）	47（14.6）
	自律	154（23.1）	81（25.9）	69（21.4）
	個々の事情による	364（54.7）	170（54.3）	180（55. 7）
	その他	4（0.6）	1（0.3）	1（0.3）
	無回答	46（6.9）	14（4.5）	26（8.0）
添い寝・添い乳	推奨	315（47.3）	143（45.7）	154（47.7）
	禁止	94（14.1）	47（15.0）	43（13.3）
	その他	194（29.1）	101（32.3）	90（27.9）
	無回答	53（8.0）	22（7.0）	36（11.1）
離乳食開始後の母乳の栄養価値低下	思う	180（27.0）	90（28.8）	83（25.7）
	思わない	438（65.8）	202（64.5）	218（67.5）
	その他	16（2.4）	5（1.6）	11（3.4）
	無回答	32（4.8）	16（5.1）	11（3.4）
長期授乳は虫歯の原因	思う	75（11.3）	43（13.7）	28（8.7）
	思わない	530（79.6）	245（78.3）	263（81.4）
	その他	28（4.2）	12（3.8）	16（5.0）
	無回答	33（5.0）	13（4.2）	16（5.0）
卒乳（断乳）の時期	１歳未満	250（37.5）	120（38.3）	122（37.8）
	１～２歳	278（41.7）	126（40.3）	139（43.0）
	自然卒乳	90（13.5）	47（15.0）	38（11.8）
	その他	24（3.6）	12（3.8）	10（3.1）
	無回答	24（3.6）	8（2.6）	14（4.3）

③　添い寝・添い乳

「推奨する」,「禁止する」,「その他」の三者択一で回答を求めた。「推奨する」と回答した者が47.3％と半数近く,「禁止する」と答えたものは14.1％であった。母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群でみると，両群ともに「推奨する」が半数近く,「禁止する」は少ないという状況であった。

④　離乳食が開始したころから，母乳の栄養的価値は低下する

「思う」,「思わない」,「その他」の三者択一で回答を求めた。「思う」と回答した者は27.0％であり,「思わない」が65.8％と大きく上回った。母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群とも,「思う」,「思わない」の意見は全体とほぼ同じ割合であった。

⑤　長く母乳を飲ませると虫歯になりやすい

「思う」,「思わない」,「その他」の三者択一で回答を求めた。「思う」が11.3％であり,「思わない」が79.6％であった。母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群でみると，基礎教育「あり」の群では「思う」という回答が14.7％であったのに対して，教育「なし」の群では8.7％と少し低かったが,「思う」,「思わない」の意見は全体とほぼ同じ割合であった。

⑥　母乳を止める時期

「1歳未満」,「1～2歳」,「自然卒乳」,「その他」の四者択一で回答を求めた。「1歳未満」という回答が37.5％,「1～2歳」が41.7％,「自然卒乳」が13.5％,「その他」が3.6％であった。母乳に関する基礎教育の有無別に分けた2群でみると，教育「あり」の群と「なし」の群はそれぞれ「1歳未満」では38.3％と37.8％,「1～2歳」では40.3％と43.0％,「自然卒乳」では15.8％と11.8％,「その他」では3.8％と3.1％とほぼ同じ意見となった。

5）母乳育児支援に関する意見・要望

母乳育児支援に関する意見・要望を自由回答で記入してもらったところ，なんらかの記載をした者は369人（55.4％）で，そのうち保育所における母乳育児支援についての自由回答を記載した者は310人（46.5％）であった（表6）。

意見・要望の内容を大まかに分けると，「冷凍母乳の授乳あるいは母乳を飲ませることができるように時間の調整や場所の提供といった母乳育児支援を実際に行っている」が57件，「母乳育児支援を今後行っていきたい」が119件にのぼり，保育スタッフが母乳育児支援に対して意欲があることがわかった（複数回答を含む。）。一方で，「現実に冷凍母乳を与えたり，母親が授乳をする環境を提供したりするなどの支援を行うことは困難である」との記載が95件あった。その中で，母乳育児支援の困難な理由としては，「母親が仕事で忙しく母乳育児を継続できない」が42件と多く，「保育所での冷凍母乳の保存法や解凍操作上の衛生面での不安がある」が18件，「業務上，冷凍母乳の授乳が困難である」が12件，「その他」が23件であった。そのほかの意見・要望としては，単に「母親が仕事で忙しい」という意見が9件，「母親に母乳に対するこだわりがなく，入園時には母乳栄養を止めている」といった意見が27件あげられた。

母乳に関する基礎教育受講の有無で分けた2群で保育所における母乳育児支援についての自由回答を記載した者の数をみた結果，教育「あり」の群で166人，「なし」の群で139人の回答があった。母乳育児支援に関する意見・要望の内容やその割合は，ともにほぼ同じであった。

表6　保育所における母乳育児支援についての自由回答

		全体(n=666)	教育あり(n=313)	教育なし(n=323)
記載者数（％）		310（46.5％）	166（53.0％）	139（43.0％）
母乳育児支援を行っている		57	24	19
今後行いたい		119	51	38
困難	冷凍母乳の保存法や解凍操作上の衛生面での不安	18	8	10
	業務上、冷凍母乳の授乳が困難	12	6	5
	母親が仕事で忙しく母乳育児を継続できない	42	27	15
	その他	23	8	15
母親が母乳に対するこだわりがない		27	14	13
母親が仕事で忙しい		9	2	7

表7　母子の概要

		全体	母親就業群
母親の平均年齢±SD（範囲）		30.5±4.4（17－44）	30.8±4.6（20－43）
受診児との関係	第１子	381（57.5％）	119（54.1％）
	第２子	213（32.1％）	73（33.2％）
	第３子	58（8.7％）	22（10.0％）
	第４子	9（1.4％）	5（2.3％）
	無回答	2（0.3％）	1（0.5％）
就業状況	就業している	220（33.2％）	
	就業していない	439（66.2％）	
	無回答	4（0.6％）	
平均就業再開時期±SD（範囲）		8.5±4.9月	
保育所利用	有	113（17.0％）	105（47.7％）
	無	548（82.7％）	114（51.8％）
	無回答	2（0.3％）	1（0.5％）
家族形態	核家族	449（67.7％）	136（61.8％）
	大家族	214（32.2％）	84（38.2％）

2．母親側からみた栃木県内における母乳育児を取り巻く状況（調査2）

１）調査票の配布状況及び回収状況

調査協力への承諾が得られた市町村保健センター数は44ヵ所で，受診児予定者数は2,443人であった。回収数は663通であり，依頼配布のために実際の配布数は不明であるが，受診児予定数に対する回収率は，27.8％であった。

２）母児の概要

表７に示したように，母親の平均年齢は30.5±4.4歳で，今回受診した時は，第1子が57.5％，第2子が32.1％，第3子以降が8.7％であった。受診児の月齢については，今回は調査していない。仕事の再開時期や母乳中止の時期に関連する質問項目で，範囲が最長20ヶ月になっているが，これは1歳6ヶ月健診の開催状況が市町村によって違うため健診児の月齢に幅ができたためと考えられる。調査時点としては，生後の栄養法についての記憶が比較的新しく，かつほとんどの母子において卒乳（断乳）が終了している時点として1歳6ヶ月を選んだわけだが，最長20ヶ月という月齢の差が今回の調査に特に大きく影響を及ぼすとは考えにくく，このまま結果を用いることとした。受診時の母親の就業の有無では，就業している母親が33.2％，就業していない者が66.2％であり，生後8.5±4.9ヶ月（最短1ヶ月，最長20ヶ月）で仕事を再開していた。母親が就業している母子の中で，保育施設を利用している者は47.7％であった。家族形態は，核家族が全体では67.7％と多く，受診時に母親が就業している場合では核家族が61.8％と全体に占める核家族の割合に比べて少なかった。

３）児の栄養法とその関連因子

①　妊娠中の児の栄養法に対する母親の希望と受診児の3ヶ月時の栄養法（表8）

妊娠中の児の栄養法に対する母親の希望は，「絶対母乳」が11.6％，「できれば母乳」が62.7％であった。受診時に就業している母親の妊娠中の児の栄養法に対する希望も「絶対母乳」が14.5％，「できれば母乳」が58.1％であり，約75％の母親が母乳栄養を希望していた。受診児の3ヶ月時の栄養法は，完全母乳栄養は39.8％，混合栄養は26.7％であり，66.5％の人が母乳育児を継続していた。受診時に母親が就業していて保育施設を利用している場合の3ヶ月時の栄養法は，母乳栄養が43.2％，混合栄養が27.3％であり，約7割の人が母乳育児を継続しており，全体に比べて母乳育児している者よりやや多かった。ただ，今回の調査では保育施設利用を開始した時期については調査しておらず，この結果から3ヶ月の時点で保育施設を利用していた児の栄養法を明らかにすることはできなかった。

②　1歳6ヶ月健診時の母乳育児の状況・中止理由（表9）

受診時の母乳育児の状況は，「継続している」が12.4％，「継続していない」が86.9％であり，平均6.1±4.3ヶ月（最短1ヶ月，最長20ヶ月）で母乳育児を止めていた。

母乳育児を中止した理由としてもっとも多かったのは，「母乳が出なくなった」が43.0％であり，「止める時期だと思ったので断乳した」が11.2％，

表8　児の栄養方法とその関連因子

		全体（n=663）	母親就業群（n=220）
妊娠時の栄養法希望	絶対母乳	77（11.6％）	32（14.5％）
	できれば母乳	416（62.7％）	128（58.1％）
	人工乳と混合	117（17.6％）	39（17.7％）
	人工乳のみ	3（0.5％）	0（0％）
	希望なし	49（7.4％）	20（9.0％）
	無回答	1（0.2％）	1（0.5％）
3ヶ月時の栄養法	母乳栄養	264（39.8％）	95（43.2％）
	混合栄養	177（26.7％）	60（27.3％）
	ミルク中心	205（30.9％）	58（26.4％）
	その他	12（1.8％）	6（2.7％）
	無回答	5（0.8％）	1（0.5％）

「子どもが飲まなくなった」が9.0%であった（複数回答を含む。）。「保育施設へ預けたから」という意見も1.7%みられ，母親が就業している場合は4.5%が保育施設の利用をきっかけに母乳育児を中止していた。今回は，「止める時期だと思ったので断乳した」と回答した母親が，止める時期と思った理由については調査できなかった。その他の理由として「保育所に預けるために計画的に断乳をしていった」，「保育施設に預けるようになって，母乳が出なくなったため止めた」という意見もあげられていた。

③　1歳6ヶ月健診時の保育所利用状況と保育施設での提供サービス内容

受診時に保育施設を利用している母子は全体の17.0%であり，そのうち92.9%は母親が就業していた（図3）。利用している保育施設での母乳育児支援サービスは，「搾母乳の授乳」が9.7%，「直接授乳のための時間の調整や場所の提供」が2.6%と「サービスの提供があった」と答えた者は約13%にしかすぎず，「サービスはなかった」という回答が42.5%と多かった。

Ⅳ．考察

1．調査票の回収状況

今回の保育スタッフを対象にした調査では，栃木県内の約半数の保育所の同意が得られ，最終的に県内の600名を越える保育スタッフからの回答が得られたが，調査票の回収率は31.5%と低かった。これは，事前に各保育所での乳児保育の有無を確認した後調査票を配布したにも関わらず，対

表9　1歳6ヶ月時の母乳継続状況

		全体（n=663）	母親就業群（n=220）
母乳継続状況	継続している	82（12.4%）	30（13.6%）
	継続していない	576（86.9%）	189（85.9%）
	無回答	5（0.8%）	1（0.5%）
平均母乳中止時期±SD（範囲）		6.1±4.6月（0−20）	6.1±4.3（0−19）
中止理由	母乳が出なくなった	285（43.0%）	78（35.5%）
	やめる時期だと思った	74（11.2%）	20（9.1%）
	子供が飲まなくなった	60（9.0%）	21（9.5%）
	保育施設に預けたから	11（1.7%）	10（4.5%）
	その他	119（17.9%）	8（3.6%）
	無回答	114（17.2%）	83（37.7%）
保育所での母乳育児に関する提供サービス（複数回答）	直接授乳の時間調整・場所提供	3（2.6%）	2（1.9%）
	搾母乳の授乳	11（9.7%）	11（10.5%）
	その他	17（15.0%）	17（16.2%）
	サービスなし	48（42.5%）	39（37.1%）
	無回答	34（30.1%）	35（34.3%）

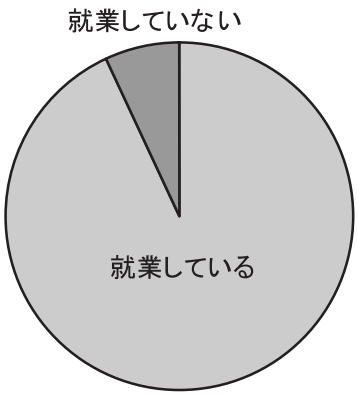


図3　保育所利用者の母親就業状況

象乳児が少数なため「対象となる乳児がいなくなった」などの理由で，電話により回答を断られた施設があったことなども関与していると考えられる。また回答については，保育スタッフ個人の認識であり，施設による回答者数の偏りが考えられる。しかし，多くの保育スタッフがいる保育所はよりたくさんの乳児が利用していると考えられ，この数字は保育所を利用している乳児がおかれている状況を反映していると考えてよいだろう。今回の調査の回収率は低いが，持続的に乳児保育に携わっている保育スタッフについてはほぼ網羅できた回収率であったと考える。また，保育スタッフを対象とした母乳育児に関する調査はほとんどされておらず，されていても個別の保育所単位の調査になっている場合が多い。本調査のように，乳児保育に関わる保育スタッフ各自の考えや知識について調査をしたものはなく，その意味で貴重な調査であると考えられる。

2．栃木県の保育施設における母乳育児支援の状況

母親側の調査では，3ヶ月健診時の全乳児の母乳栄養率は66.5％であったが，保育所に預けられている乳児の4ヶ月時の母乳栄養率は25.0％であった。加えて，勤務している保育所での4ヶ月児の母乳栄養率が「わからない」と答えた保育スタッフの割合が50.9％と半数にのぼった。厚生労働省の調査[2]によると，わが国全体の3ヶ月以上4ヶ月未満児の母乳栄養率は69.9％であり，母親側の調査における3ヶ月健診時の母乳栄養率66.5％はそれと大差ない数字であった。しかし，これらと比べて，保育所における4ヶ月時の母乳栄養率25.0％は低く，母乳育児についての関心は低いと考えられる。

保育スタッフ側の調査では，勤務している施設での乳児の栄養方法の方針が「ミルクの追加にこだわらない」が83.0％，スタッフの認識として「ミルクの追加にこだわらない母親が多い」が77.5％という結果であった。母乳育児の継続が「困難」と「母親が強く希望した場合のみ継続」が合わせて約53.4％にのぼっており，母親自身が強く希望し努力しない限りは母乳育児の継続が困難な状況にあると推測された。

勤務している保育所の乳児保育では，「直接母乳の時間調整・場所提供」，あるいは「搾母乳の授乳」など，何らかの形で母乳育児支援を行っているという回答が全体の48.5％にのぼった。しかし，母親への調査の結果では，利用している保育所で「母乳育児支援サービスがある」は12.3％に過ぎなかった。このように，保育スタッフへの調査では母乳育児支援を行っているとの回答が48.5％であるのに対して，母親の認識では利用施設で母乳育児支援サービスがあると思っている者は12.3％と大きく違っていた。これは，施設側が提供しているサービスと母親が求めているサービスが違う，施設側が提供しているサービスの情報が母親には伝わっていないなどの理由が推測できる。

2002年に山本ら[3]が行った長崎県における保育所での母乳育児支援調査では，母乳育児支援を積極的に行っていると答えた施設は全体の30％，希望があれば行うと答えた施設は64％であり，なんらかの母乳育児支援を行う施設は全体の94％であった。また，実際に母乳育児支援を行ったことがあると答えた者も77％にのぼった。今回の栃木県における調査で母乳育児支援を実施していると答えた割合48.2％は，山本らの調査に比べるとかなり低い状況にあることがわかる。

これらのことから，栃木県の保育所における母乳育児支援体制は不十分な状態にあり，母乳育児の継続に対して保育所への入所がマイナスの要因となっていることが明らかになった。母乳の継続を希望している母親たちが乳児を保育所へ入所させた後の母乳育児の継続には，母親が強く母乳育児を望み自ら努力しない限り，大きな困難があると推測できる。

3．最新のエビデンスに基づく母乳育児支援についての保育スタッフの考え・知識の状況

今回の報告では，保育スタッフが関与すると思われる乳幼児期の母乳育児に関連する6項目についての回答の結果を示した。これらの6項目は，それぞれWHOが推奨している項目，あるいは母乳育児に関する研究に基づいて作成した項目であり，それぞれ文献上でエビデンス（科学的な根拠）のある項目であると述べられている。

１）赤ちゃんにゴムの乳首やおしゃぶりを与えないこと

本項目は，WHO10か条において，哺乳瓶を使用することによって児が直接母乳を上手にできな

くなる現象（乳頭混乱）を予防することを目的に推奨されているものである。

今回の結果では，「ゴムの乳首・おしゃぶりを与えない」は，「必要」が22.8％，「賛同するが実施困難」が27.0％と，約半数の保育スタッフはゴム製の乳首やおしゃぶりの使用禁止についての知識はあった。しかし，「賛同するが実施困難」が27.0％，「必ずしも必要ではない」が38.4％，「必要ない」が5.9％と，約7割の保育スタッフはゴム製の乳首やおしゃぶりの使用を肯定していた。これは，保育所での授乳がほとんど哺乳瓶であり，保育所内で直接母乳を行う機会が少ないために，保育スタッフが，児が乳頭混乱を起こして直接母乳がうまくいかない状況を見たことがなく，母乳育児の継続に大きな障害を与えることを理解していないためと推測できる。自由回答の中に，「母乳育児で育った子どもは，保育所に入所する前に，哺乳瓶での授乳を練習してほしい」といった意見が数件ではあるがあったことからも，ゴム製の乳首やおしゃぶりの使用が不適切なことだとわかっていても，それが母乳育児に与える負の影響を意識している保育スタッフは少ないと思われる。

林[4]は，直母に比べて哺乳瓶は，乳首の前後方向への進展がなく，口腔内での形状の変化が著しいため，吸啜時に舌が大きく変形し，結果的に乳首を口腔外に押し出す傾向が見られることを報告している。WHOでも，哺乳瓶と直母では吸啜のメカニズムが違っており，哺乳瓶の使用が児の吸啜のダイナミクスや学習過程を妨害しているとの考えがされている[5]。また，吸啜時の筋活動量を直母と哺乳瓶哺乳で比較すると，直母群がより大きい活動をしており，直母群が口腔機能の発達の観点からすると好ましいことも明らかになってきている[6]。

乳頭混乱の予防に，母乳分泌不足や児の吸啜不良の場合には，スプーンやカップを用いて直接口腔内に流し込む方法を採用している場合もあるが，時間もかかり，まだあまり実践されていない。ただし，母乳育児の継続を強く希望する母親の中には，この方法により継続したいと考えている場合もあり，保育スタッフにもこの点の知識は今後必要であり，知識の普及が必要と思われた。

２）授乳の間隔

WHOの10か条では，授乳回数，時間ともに，無制限の授乳を勧めている。授乳回数と母乳分泌量が正の量－反応の関係にあり，自律授乳によって母乳の分泌は促進されることは多くの研究で報告されている[7－9]。

今回の調査では，保育スタッフの77.8％が，授乳を自律あるいは個々の事情に合わせて行うべきと回答した。保育所で対象となる乳児は，出生直後ではないため，自律授乳になっている場合がほとんどであろう。また，母乳育児の継続を前提に保育所に預ける場合には，乳汁分泌量もある程度確保され，母乳育児が確立，あるいは離乳食を開始している場合も多いだろう。その点で，保育スタッフの日常的な実践にすぐに関連する知識とはいえないため，このような調査結果になったと思われる。しかし，これは母乳育児支援において基礎的項目であり，ぜひ押さえて欲しいと思われる。

３）添い寝・添い乳

本項目は，WHOの10か条の7条目の「母児同室，すなわちお母さんと赤ちゃんが1日中，24時間一緒にいられるようにすること」，8条目の「赤ちゃんがほしがるときは，ほしがるままの授乳をすすめること」のところで，勧められていると解釈できる[10, 11]。McKennaら[12]は，児を傍らに寝かせ，児が空腹で泣くたびに授乳をする（添い寝をしながら授乳をするため，結果的に添い乳となる）ことや，添い寝をしたときは授乳回数が多くなり，授乳時間も長くなるという観察から，添い寝は母乳栄養率を向上させると報告している。特に，保育所に預けている母親にとって添い寝・添い乳は，夜間児と過ごす限られた時間内に母児が親密な時間をもつことを保障する行為であり，その意味で価値があるといえる。

今回の結果では，半数以上の保育スタッフが添い寝・添い乳を「推奨」と答えており，保育施設を利用している母子にとって，夜間の授乳やスキンシップの重要性を認識しているものと推測できる。

「添い寝・添い乳」については，SIDS（乳幼児突然死症候群）との関連で批判もある。アメリカ小児科学会では，添い寝によるSIDSの危険性を強調している[13]。一方，McKennaらの研究の成果として，添い寝によって児の覚醒反応が促進され，深い眠りに陥ることが少なくなるため，SIDSで死亡する機会が減少すると期待できると反論している[14]。しかし，アメリカ小児科学会が警告しているように，添い寝が乳児の死に関係していること

の報告は多く，添い寝を行う際の注意点を保育スタッフが十分に理解し，母親が正しい添い寝・添い乳を行えるようにしていく必要がある。

4）離乳食が開始したころから，母乳の栄養的価値は低下する

栄養学的にみれば，6ヶ月ごろから母乳以外の栄養が必要となるといわれているが，これは乳児が成長するとともに必要となる栄養量が多くなり，母乳の栄養必要量に占める割合が少なくなるからことを意味しており，母乳の栄養価が低くなることを言っているわけではない[15]。1991年の井戸田らの調査[16]では，1年4ヶ月までの母乳については，カロリーや脂肪，たんぱく質などの成分にほとんど変化がなかったと報告されている。本項目は，WHOの10か条にはないが，母子保健の領域では母乳を止めるように勧告する場合に長く主張されてきており，まだ混乱状況にあると思われたため，保育所での母乳育児支援に必要な知識として調査した。

今回の調査では，「離乳食の開始後は母乳の栄養的価値が低下するか」との問いに対して，「栄養的価値が低下しない」と答えた者が約7割にのぼったが，3割は「栄養的価値が低下する」との間違った知識をもっていた。このような間違った知識に基づいた指導がもし行われれば，離乳食開始後の母子が母乳育児を続ける上で大きな障害となるであろう。

5）長く母乳を飲ませると虫歯になりやすい

本項目は，WHOの10か条にはないが，乳幼児期の保育を行っていくには必要な知識と判断して，調査項目に加えた。

母乳育児と虫歯罹患の関係については多くの研究がなされており，その結果として，2つの間に相関を認め，母乳栄養児のほうが人工乳栄養児より高い虫歯罹患傾向を示すことが多く報告されている[6, 17−19]。また，母乳育児の虫歯罹患に関する問題点としては，①長期にわたる授乳，②就寝前の授乳，③不規則授乳があげられた。しかしながら，これらの研究は2～3歳児を対象にしており，母乳栄養児群に分けられた児の中には母乳育児を止めて時間が経っている場合もあった。これらの研究からだけでは母乳育児以外の虫歯に関連する生活習慣などの影響がどれだけあったか不明である。また，石川ら[20]の調査や石黒ら[17]の調査の中でも，1歳6ヶ月の時点で母乳栄養児群と人工乳栄養児群の間では，虫歯と栄養法において明らかな差が認められず，母乳と虫歯に関係があるとはいえていない。これらを総合すると，長期母乳栄養と虫歯罹患については，相関があるとはいえないだろう。ただし，母乳栄養群では不規則授乳の者の割合が多く，不規則授乳群ではその後の育児傾向として不規則な間食摂取に移行する場合が多いという報告もある[6]。このことより，母乳栄養が虫歯罹患のリスクとなるような生活習慣となりやすい可能性は否定できない。

今回の調査では，保育スタッフの79.6％が虫歯と母乳育児の間に相関関係がないという考えをもっていることがわかった。母親が働いている場合の母乳育児支援の考えとして，帰宅後の母児の密着や授乳を推進することが主流になってきている。保育スタッフにとって母乳育児と虫歯罹患の関係や虫歯のリスク要因についての知識や，虫歯罹患を防ぐ育児行動の知識を母親に提供し，歯のトラブルによって母乳育児を断念するようなことがないように支援していくことは重要であろう。

6）母乳を止める時期

10か条の科学的な裏づけを述べた「母乳で育てられている児の補完食のガイドライン」では，2年以上の母乳育児の継続を推奨している[21]。母乳を長期に続けることは母子にとってさまざまな利点があるといわれている。例えば，子どもにとっての利点としては，①口腔の発達，②疾病への罹患率の低下がある。

わが国では，母乳を止める時期は，児が歩き始める1歳前後に意図的に行うべきであると長い間考えられ，「断乳」と呼ばれてきた。しかし，2002年4月に母子健康手帳の中から「断乳」と言う言葉が消え，母乳育児を止める時期についての記載がなくなった。最近では，自然に母乳から子どもが離れていくことを意味する「卒乳」という言葉が使われ始めている。母乳育児を止めるときに重要となる点は，乳幼児が母乳育児を止めることを納得することであり，母乳育児を止めることが乳幼児にとって突然のことで，母親との間に構築した基本的信頼関係を崩すようなものであってはならないといわれている。

今回の調査では，母乳を止める時期を「自然卒乳」と答えた者の割合はわずか13.5％と低かった。これからは，「自然に飲まなくなるまでか，でなくなるまで」母乳保育を継続するという考えは低

いと推測される。母乳育児に対して依然として「断乳」の考えがもたれていることや，保育所で対象となる母子は母親が就労している場合が多く，母親が忙しいことから母乳育児が継続できない状況が背景にあるものと思われる。

ここまで6項目に関する調査結果を検討してきたが，保育スタッフの母乳育児に関するエビデンスに基づいた正しい知識は項目によってばらつきがあり，知識に偏りがあることがわかった。また，正しい知識があっても，母乳育児支援の行動に移すことは難しく，支援活動として実際に保育所での授乳方法の変更，母親に自宅での母乳育児について指導を行うには知識が不十分であることもわかった。

今回対象となった保育スタッフの背景について検討してみる。勤務平均年数は11.5年と保育スタッフとしての経験年数は決して短くはない。このため，研究の対象者の多くが乳児保育にかかわった経験が十分にあったと思われる。経験から，乳児期の母乳育児に関して豊富な知識をもっているのではないかと予想していたが，WHOあるいは研究からのエビデンスを基に作成した質問6項目に関する回答では知識の豊富さ・正確さを示す結果は出なかった。これは，保育所での育児方針がミルクの追加にこだわらず，実際の乳児保育が人工乳中心で行われているため，母乳育児に関する知識が低い結果となったのではないかと思われる。しかし，標準偏差9.2年と勤務年数には幅があり，平均値だけでは勤務年数についての考察は困難であり，勤務年数と知識や考えの関連など，さらなる分析が必要であろう。

また，母乳育児支援の基礎教育受講の有無から母乳育児に関する知識の状況を比較すると，基礎教育受講の有無で分けた2群において，これまでに紹介した6項目に関して回答には有意差は認められず，今回の調査では，基礎教育で母乳育児に関する教育を受けたからといって，エビデンスに基づいた知識を保有しているとはいえなかった。これは，基礎教育で受けた内容が生理・医学的知識に偏っており，保育所の母乳育児支援に関連する知識としては少なかったためだろう。しかし，卒後の母乳育児に関する研修の受講状況については，基礎教育「あり」の群が「なし」の群に比べて明らかに受講しており，基礎教育での知識提供が興味・関心となって，その後の自己学習へと影響することが推測できる。

近年，母乳育児支援に関する考え方は大きく変化してきており，そのような動向は過去に受けた基礎教育の中では，扱われていなかったと思われる。しかし，基礎教育として母乳に関する教育を受けている場合，その後の継続教育も受講する傾向あるという今回の結果から，このような最新の情報を受け入れるために役立っていると考えられる。山本らの調査[3]においても，母乳育児に関する研修会への参加のニーズは近年増加していることが報告されており，卒後の継続教育の必要性が明らかとなった。

今回の調査では，卒後の母乳育児に関する研修の受講した者の割合が基礎教育「あり」の群で29.1%，「なし」の群で11.5%であり，母乳に関する基礎教育の有無で分けた2群に占める割合が少なかったため，基礎教育の有無で分けた2群を比較した状況に差は現れなった。今後，継続教育を受けた群と受けていない群の間での比較検討が必要であろう。

4．保育所内での母乳育児支援に関する考え方の変化

保育スタッフの自由回答の中で，「母乳育児支援を行っている」あるいは「母乳育児の継続の支援を行いたい」といった母乳育児支援に積極的な答えは176件にのぼり，少なくない保育スタッフが母乳育児支援に意欲があるものと考えられる。

一方で，母乳育児支援は困難だといった消極的な答えも95件と多かった。消極的な理由としては，冷凍母乳の保存法や衛生面での冷凍母乳の取り扱いの不安，業務上の忙しさから冷凍母乳の授乳が難しいなどが主にあげられた。このように，母乳育児支援に消極的な意見のほとんどが，保育施設内での母乳育児支援に対する考えや見方が保育所内での支援に限局されていた。この傾向は，山本らの調査[2]であげられた母乳育児支援に消極的な理由とも一致した。

1990年代までの働く母親への母乳育児支援というと，①母乳育児の意義を母親が十分に理解する，②職場での搾乳を行う，③保育所での冷凍母乳の受け入れと周囲の励ましの3点が中心に言われていた[22, 23]。しかし，最近では濃密な母子相互作用の側面から，母乳育児継続の重要性が言われるようになり，①心理的にゆとりをもった授乳，②出

発前や帰宅直後・夜間の直接授乳など，保育所から帰宅後の母子密着型の育児に重点がおかれるようになってきている[24−26]。すなわち，保育所ではミルク，自宅では母乳育児を継続するというような母乳育児の形態も考えうる。このような支援も含め，保育スタッフの母乳育児支援の考え方を広めていく必要があるだろう。

また，母乳育児支援に消極的な意見の理由の中では，母親が忙しくて母乳育児が続かないとの意見が42件と最も多く，そのほかにも仕事で母親が忙しい様子を述べた意見が10件あった。今回の調査では，母親が出産前後で就業を継続している家庭のうち核家族の割合は，厚生労働省の調査結果[27]の66.1％に比べると少し低いものの61.8％にのぼった。また，厚生労働省の同調査によると，母親が就業している家庭では，6ヶ月児の平日の日中の主な保育者が保育士である割合は16.3％と低いのに比べて，1歳6ヶ月児では56.0％まで上昇することがわかっており，出産から時間が経つにつれて家族周囲からのサポートが薄れ，母親が忙しい状況にあることを裏付ける報告と考えられる。さらに，今回の調査でも，1歳6ヶ月健診時に保育所を利用している者のうち92.9％の母親が就業していた。これらから，保育所を利用する母親の大半は就業しており，核家族であるという状況にあると思われる。このような状況で，保育スタッフが日々の母子との交流を通して，保育所を利用する母親が仕事と家事，子育てに追われ，多忙な日々を送っていると認識していることが推測できる。

働く母親の多くは，仕事や家事で多忙な結果，子どもに対して自分自身で育児できていないという不全感をもっている。このような感情には，先に述べたような夜間の授乳による母子の親密な時間の確保が大きな支えになると思われる。母乳育児のこのような側面に対してさらに知識の普及が必要と思われる。

5．結果からみた栃木県の保育所における母乳育児支援の現状と課題

保育スタッフ側の調査では，施設側の母乳育児支援のサービスが整っておらず，保育スタッフの母乳育児に関する知識には大きな偏りがあり，保育所や家庭での母乳育児支援を行うには知識や技術が不十分であることがわかった。

現在の保育所の状況では，母乳育児の継続のためには母親が大きな努力を必要とすることから，母親が強い母乳育児の希望と意思をもっていない限り，入所後の母乳育児は継続できにくい。そのため，保育所入所の前に母乳育児を諦め，断乳をしている場合も多くあり，保育所を利用することが母乳育児の継続にマイナスの影響を及ぼしていると思われる。

しかし，就業している母親の中にも数としては少ないが，母乳育児の継続を希望するものがおり，また少なくない保育スタッフがその希望を支援していきたいという希望をもっていた。これら母親の希望に対して，保育スタッフが母乳育児支援していけるようにするには，助産師やラクテーション・コンサルタント（IBCLC），小児科医といった母乳育児支援の専門家が保育スタッフへ情報を提供するなど，保育スタッフが母乳育児支援について学び，新しくエビデンスのある知識を獲得していく機会を作っていく必要があろう。しかし，エビデンスはそのまま支援として対象者に実践できるとは限らない。保育スタッフが，獲得したエビデンスに基づいた知識を用いて，保育所を利用する母子が負担を感じず母乳育児を少しでも長く継続できるよう，保育所の中だけでなく家庭に帰ってからの母乳育児についても支援していく必要があろう。

本研究は，乳児数や乳児担当スタッフ数を聞くのに期間を定めなかった。さらに，本研究は保育スタッフを対象にした調査であった。そのため，今回の調査が栃木県内の保育所の実態を正確に反映できなかった可能性が残る。今回は，保育スタッフの母乳育児に関連する基礎教育の有無に分けて比較検討を行ったが，今後施設ごとや経験年数ごとなど，母乳育児支援に影響を及ぼすと考えられる要因についても検証していく必要があろう。

V．おわりに

栃木県内で乳児保育に従事している保育スタッフと母親に対する調査を行った結果，以下の点が明らかになった。

1）保育所に入所している児の母乳栄養率は著しく低く，また何らかの形で母乳育児支援を行っている施設も半数弱にとどまっており，母乳育児の継続を希望する母親にとって，保育所への入所が母乳育児継続へマイナスの影響を及ぼしていることが推測される。

２）「母乳育児支援を行うことは困難だ」とする意見の主な理由は保育所内での支援に対する不安であり，最新の母乳育児支援のエビデンスに基づいた6項目について意見を求めた結果からは，知識の偏りがみられ，保育スタッフは保育所内での母乳育児支援を中心に考えており，最新のエビデンスに基づいた母乳育児支援の知識が低いことが推測された。

３）母乳育児に関する基礎教育の有無によって，知識に大きな差は認められなかったが，基礎教育「あり」の群は，「なし」の群に比べて有意に継続教育を受けている割合が高く，基礎教育による知識提供がその後の学習へと影響を及ぼすことが推測される。

25歳から34歳の女性の就業率が上昇してきている現在，0歳児保育の需要も拡大してきている。全国的にも母乳育児支援の動きは拡大しており，母乳育児を継続したいと考える母親は今後増えていくと思われる。保育所への入所が，母乳育児を止める直接的な原因になってはいけない。今後，栃木県内において，家庭を含めた母乳育児支援を保育所で行う環境が整うよう，研究者一同一丸となって努力していきたいと考えている。

本調査の実施に当たり，回答をお寄せくださった保育スタッフの皆様やお母様はもちろんのこと，調査実施に多大なご協力を頂いた栃木県保健福祉児童家庭課及び関連団体の皆様をはじめ，多くの方々のご協力をいただきましたことを報告し，感謝申し上げます。

本研究は，自治医科大学看護学部共同研究費及び文部科学省科学研究費補助金の助成を受けて行った。

文　献

１）成田　伸，早川有子ほか：母親側と支援者側双方からみた栃木県内における母乳育児支援の実態－入院中の支援に焦点をあてて－．自治医科大学看護学部紀要，2;39-53，2004.

２）財団法人母性衛生研究会：母子保健の主なる統計．母子保健事業団，2003.

３）山本直子，原　恵子ほか：長崎県下の保育所における母乳育児支援の現状．長崎大学医学部保健学科紀要，16(1);79-83，2003.

４）林　良寛：直接母乳哺乳時と人工乳首使用時の比較②　口唇周囲の形態変化．ネオネイタルケア，14(12);1122-1125，2001.

５）Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding．WHO／CHD，1998.

６）田村康夫，山田　賢：母乳と虫歯，咀嚼機能の発達との関係．助産婦雑誌，52(10);848-853，1998.

７）Slaven S. & Harvey D.：Unlimited suckling time improves breast feeding. [Clinical Trial. Controlled Clinical Trial.Letter]. Lancet, 1(8216);392-393, 1981.

８）山内芳忠，山内逸郎：母乳栄養児の授乳回数とその臨床的意義．ペリネイタルケア，8;119-123，1989.

９）吉永宗義：母児童室での頻回授乳がポイント．助産婦雑誌，52(10);38-43，1998.

10）瀬川雅史：母乳育児成功のために「母乳育児10ヵ条」のエビデンスを中心に．助産婦雑誌，54(6):475-480，2000.

11）堺　武男：ユニセフとWHO共同の「10カ条勧告」を読み解く．助産婦雑誌，52(9);756-761，1998.

12）McKenna J.，Mosko S. & Richard C.A.：Bed sharing promotes breastfeeding．Pediatrics，100;214-219，1997.

13）American Academy of Pediatrics：Sleeping in adult beds risky for kids under 2．AAP News，11;32，1999.

14）McKenna J. & Mosko S.：Mother-infant cosleeping：Toward a new scientific beginning．In Byard R.W. & Lrous H.F.(eds.)：Sudden Infant Death Syndrome，Arnold (London)，pp.258-274，2001.

15）今村榮一：離乳期の乳汁の与え方．周産期医学，22増刊号;423-426，1992.

16）出戸田正：最近の日本人乳組成に関する全国調査（第一報）－一般成分およびミネラル成分について－．日本小児科栄養消化器病学会雑誌，5;145-148，1991.

17）石黒延枝，岡崎好秀ほか：1歳6ヵ月児における母乳の飲用状態と口腔内状態．小児歯科学雑誌，34(2);350，1996.

18）河内和美，中島美どりほか：授乳方法と乳児齲蝕との関連について．松本歯学，20;297-301，1994.

19）佐野修司，丹羽源男：都市における1歳6か月

児口腔保健状況の3歳児う蝕に及ぼす影響：小児保健研究，59(1);47-56，2000.
20）石川房子，吉橋和子ほか：母乳栄養児のう蝕罹患の実態についての考察－ほんとに，虫歯は母乳のせい？－．ペリネイタルケア，21(2);173-177，2002.
21）PAHO・WHO：Guiding Principles for Complementary feeding of the Breastfed Child. 2003．http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_01.23.htm
22）永山美千子：各職場での母乳育児支援の現状．周産期医学，26(4) ;587-592，1996.
23）鳥越郁代，大迫雅代ほか：勤労婦人における母乳栄養継続の実際と問題点．母性衛生，37(4);423-429，1996.
24）山縣威日：“ちょっとたいへん”を乗り越える母乳育児　働くお母さんの援助．ペリネイタルケア，22(7);584-587，2003.
25）永山美千子：働く母親の母乳育児と母乳をあげられなかった母親のために．ネオネイタルケア，13(12);1328-1334，2000.
26）松原まなみ，山西みな子：母乳育児の看護学．メディカ出版，2003.
27）厚生労働省：出生前後の就業変化に関する統計．2002.

報　告

オーストラリアのルーラル看護・遠隔地看護のわが国における応用の可能性について

大原良子[1)]，成田　伸[1)]，岡本美香子[1)]，野口美和子[2)]

The implication of Australian rural and remote area nursing for Japanese nursing

Ryoko OHARA[1)]，Shin NARITA[1)]，Mikako OKAMOTO[1)]，Miwako NOGUCHI[2)]

要旨：自治医科大学看護学部は，「へき地などの地域社会における医療の確保及び向上と地域住民の福祉の増進」という自治医科大学の理念の基で，地理的・社会的な問題を抱えるへき地への保健・看護支援の向上を意識した独自の役割を果たす必要がある。そこで，わが国のへき地医療に近いルーラル医療・遠隔地医療が行われているオーストラリアにおいて，独自の看護を発展させているルーラル看護師・遠隔地看護師の看護実践，大学の役割について調査した。さらに，へき地保健医療対策の中で「看護職員の確保対策や無医地区のへき地診療所等に勤務する看護師の訪問看護事業の展開」という看護師確保対策と訪問看護事業についての調査を行った。このような調査結果を元に，わが国においてオーストラリアのルーラル看護・遠隔地看護が応用可能であるかについて考察を行った。また，大学としてどのような役割を果たし，どのように研究を発展させていくべきかについて考察を行った。

キーワード：ルーラル看護，遠隔地看護，訪問看護事業，看護師確保対策

Ⅰ．はじめに

わが国では，1951年より無医地区・無歯科医地区に医師・歯科医師を供給する施策を中心とした「へき地保健医療計画」が策定され，地域における医療提供の格差などの是正を目的としたへき地医療問題への取り組みが行われている。同時に，医師不足の解消だけではなく，へき地中核病院やへき地医療支援病院といった医療施設も組織化され，へき地での医療の充実が図られつつある。

へき地医療に貢献する目的で設立された自治医科大学は，わが国における地域医療・へき地医療の教育研究のパイオニアとして30年近くの歴史と実績を有している。このような独自の役割と歴史を持つ自治医科大学の中に設置された自治医科大学看護学部は，「へき地などの地域社会における医療の確保及び向上と地域住民の福祉の増進」という大学の設置理念に基づいて，地理的・社会的な問題を抱えるへき地への保健・看護支援の向上を意識した独自の役割を果たす必要がある。

アメリカ・イギリス・オーストラリア・カナダなどの西洋諸国では，地理的・地域人口の格差から生じている住民の保健・看護ニーズの支援を目

1) 自治医科大学 看護学部 母性看護学
2) 自治医科大学 看護学部 学部長
1) Maternity Nursing，School of Nursing，Jichi Medical School
2) Dean，School of Nursing，Jichi Medical School

的としたRural and Remote Area Nursing（RRAN）という領域が存在する。ジーニアス英和辞典[1]によると，Ruralは「都会に対する田舎，田園」，Remoteは「遠く離れた，遠隔の，人里はなれた，へんぴな」を指しているため，「都会に遠い，へんぴな土地，片田舎」[2]を指すへき地とはややニュアンスを異にする領域も含むものではあるが，わが国でのへき地の看護支援という新しい領域を開発する上でRural and Remote Area Nursingは，参考になると考える。

わが国においても，島嶼[3]・農村部[4]，へき地診療所[5]といった，いわゆるへき地での看護問題に取り組んだ研究が発表され，疾病の種類や発達段階によって生じる健康問題とは異なる，都会に遠いへんぴな場所であるという地域性そのものが，特有の看護問題や支援を必要とすることが指摘されている。また，へき地保健医療対策[6]の中でわが国が取り組む課題として「看護職員の確保対策や無医地区のへき地診療所等に勤務する看護師の訪問看護事業の展開」などがあげられている。このように，様々な問題が示唆される国内でのへき地，もしくはルーラル・遠隔地における看護について，自治医科大学看護学部は１つの学問・研究領域として取り組み，発展させていく必要がある。

オーストラリアでは，ルーラル・遠隔地について保健省は「保健行政の地区区分により都市部：人口100,000人以上，大型ルーラル：25,000～99,999人，小型ルーラル：10,000～24,999人，その他のルーラル：5,000～9,999人，遠隔地：4,999人以下」[7]と定義し，この区分をもとに「ルーラル・遠隔地で働く看護職者がルーラル・遠隔地看護師であり，このような看護師が行う看護がルーラル・遠隔地看護である」[8]と定義づけている。

そこで，このようなRural and Remote Area Nursingで定評のあるオーストラリアにおいて，ルーラル看護師・遠隔地看護師の看護実践，大学の役割およびわが国のへき地保健医療対策の中での問題として取り上げている看護師確保や訪問看護事業について調査を行ったので，その結果を報告する。

Ⅱ．調査方法

１．目的

1）ルーラル看護師・遠隔地看護師の看護実践を知る

2）訪問看護事業を知る

3）看護師確保対策を知る

4）大学の役割を知る

２．方法

オーストラリア現地調査

３．調査場所

ルーラル地区の医療施設：豪州ビクトリア州 南Gippslandヘルスサービスセンター（SGHC）

遠隔地医療施設：西Gippsland Rawsonコミュニティヘルスセンター

大学：モナッシュ大学Gippsland校

４．調査期間

2004年9月13日～9月18日

Ⅲ．結果

１．ルーラル看護師・遠隔地看護師の看護実践

１）ルーラル看護師の看護実践

SGHCは，ビクトリア州の南端に位置する広域医療サービスセンターで，わが国の公立病院と保健所を併合した機能を持ち合わせている。このセンターは，スケジュール1と呼ばれる国や州政府の財源で，一般医療，急性期医療，高齢者および療養者への在宅支援，住民の健康増進支援といった包括的地域医療の提供を行う医療施設[7]である。LeongathaのWoorayl地区公立病院とKorumburra地区病院の分院が存在する。地区住民の背景は，表1，表2に示す通りである。Woorayl地区公立病院は，総合診療科，産科，リハビリテーション科，緩和ケア，レスパイトケア（ショートステイ），一般外科からなる45床の第二次病院であり，Korumburra地区病院は，総合診療科のみからなる31床の第一次病院で，前者から約20㎞離れた地区に位置する。ともに31床のナーシングホーム（老人ホーム）と30床のホステルを有している。ホステルとは，わが国のケアハウスに相当し，自宅で自立した生活は困難であるが，看護・介護は不要な高齢者が入居し，給食，洗濯，掃除などの家事サービスを受けられる施設[9]である。ナーシングホームには，リハビリテーション・褥創処置など，医療的な処置が必要な高齢者が入居し，看護師がケアを行う。ホステルでは，看護師ではなく，わが国のヘルパーにあたるホテル職員がケアを提供している。

ルーラルでは，都市部を中心に制定されたシステムがまったく機能しなかったり，不適切であっ

表1　南 Gippsland の人口（2001年）

	Leongatha		Korumburra	
	人口	人口比率	人口	人口比率
0－4歳	296人	7.0%	197人	6.5%
65歳以上	778人	18.4%	606人	12.6%
総人口	4,234人		3,037人	

表2　南 Gippsland 住民の背景（2001年）

	Leongatha(%)	Korumburra(%)	ビクトリア州（%）
過去５年間の同住所率	52.8	59.3	58.6
女性の比率	52.8	52.4	50.9
英語が話せない	3.4	6.5	19.8
原住民	0.7	0.5	0.5
無職者	6.4	8.5	6.8
インターネット普及	32.2		40.4
学士・専門学校卒業者	13.2	7.7	20.2
専門職者・管理者	22	17.6	28.7
労働者（含農業）	35.5	40.4	28.5

たりすることが少なくなく，特に高齢者への在宅事業はその代表である。高齢者の中には，いくつかの疾患を併せ持っている者も少なくはないが，現在の保健医療制度による入院加療の規定が厳しく，入院ができない。いったん入院しても，入院日数は極端に短いため，継続した支援が必要となる。ルーラルでは，広大な地域に介護を要する住民が点在しており，ケア提供者は移動に時間がかかり，半日または1日かけて1名しか訪問できないという状況もまれではない。社会で生活する高齢者の中には，セルフケアが困難で長期にわたる医療支援を毎日必要とするものも少なくない。このため，ケアの必要な住民を集めた方が却って財源を効果的に活用することができるため，介護と医療支援が必要な高齢者はナーシングホームに収容して支援を行っている。また，ルーラルでは，ケア提供者が，移動中に自動車の故障や事故を起こしても，助けを求める人がなかなか通りかからないことや携帯電話が通じない場所も少なくないなど，ケア提供者自身のリスクも高い。このため，在宅支援から再度施設への支援に切り替えることとなっている。

看護師は，病院・ナーシングホームのローテーションを行う。病院のベッド稼働率は低く，具体的な値は教えてもらえなかったが，空床が目立った。ナーシングホーム・ホステルは，それぞれ98%以上の稼働率である。このため，看護師のほとんどは，ナーシングホームに勤務している。病院の稼働率が低い理由の一つは，ビクトリア州では，術後1週間以内の早期退院が原則であり，入院日数の短縮に伴い，介護だけでなく治療も在宅へと移行しているからである。このため，SGHCは，District Nurse（訪問看護師）と呼ばれるポスト急性期の創傷処置を行う看護師の派遣を行っている。2002年度の派遣人数は15,182名（延べ数）であった。しかし，広大な面積に少ない人口が生活する地域であるため，District Nurseの総移動距離は167,560㎞と驚くほどの数値であり，District Nurseは1回当たり11㎞の移動を行ったこととなる。

また，病院勤務の看護師は，ナーシングホームで高齢者への支援が主な仕事であっても，糖尿病などの慢性疾患から手術の介助，緩和ケア，第二次救急の処置，さらに術後の訪問看護にいたるまでの幅広い知識とジェネラリストとしての高い能力が求められる。早期退院や在宅での療養に伴い，外来での処置や高度な看護が要求される。総合診療の他に，時間外の救急外来，化学療法外来，ストーマケア外来，アルコール・薬物療法外来などの専門知識を持ち合わせていなければならない場合もある。しかし，入院患者の少なさやそのような幅広い領域の新しい知識をどのように獲得し，維持していくかという点は問題である。

また，この地区の特徴としては，英語を話せない移民の高齢者が多いということがあげられる。この地区は，第二次世界大戦後ドイツ・イタリアなどから移民してきた人々によって創られたコミ

ュニティであるため，移民一世は母国語だけで生活することができた。しかし，ナーシングホームに入居する高齢者を支援する看護師は世代が違い，言語だけでなく，高齢者の持つ文化や考え方の上でも看護の困難さが生じているということである。さらに，第二次世界大戦を体験したドイツからの移民の中には，戦争によってPTSDになった者も少なくないため，精神看護の知識を持ち合わせていなければならない。

オーストラリアの医療で特徴的なのは，終末期患者への医療支援である。加療によって高い効果が期待できないがん患者には，治療に対する保険が適用されない分，緩和ケアの導入が推進されたため，ルーラル病院であっても緩和ケア用の病床は確保されている。同病院には1床の緩和ケア病床が設けられている。

産科では，年間に225件（2002年度）の分娩があり，月平均20件弱の分娩介助を行っているが，産婦人科医は勤務しておらず，助産師と総合診療医が分娩介助を行っている。オーストラリアのルーラルでは，このような総合診療医による分娩介助は珍しくないそうである。産後3日間が標準的な入院期間であり，退院後は1回助産師が家庭訪問を実施する。

SGHCは，ヘルスケアサービスセンターとして地域へのサービスの提供が義務づけられており，ヘルスプロモーション事業として，青少年の健康，農業地帯の安全，女性の健康，未成年の禁煙活動に取り組んでいる。この他，地域の住民を対象としたアルコール・薬物の弊害についての説明，健康的な食生活と健康的ダイエットのための料理教室の開催，エクササイズとレクレーションプログラムの提供なども行っている。エクササイズとレクレーションプログラムは，高齢者に焦点を絞ったプログラムであり，生活習慣病の予防，身体・精神の健康，および社会性を保つことを目的としている。

定期的に病院施設を地域住民に開放し，救急蘇生法の実践，アロマセラピィ・マッサージ・音楽療法・カラー療法などの代替医療について，心臓リハビリテーション・スピーチセラピーなどのリハビリテーションについて，肥満予防と日常生活を振り返り健康的な生活であるかについてのグループワークも実施している。青少年の罹患予防・健康増進として，中学生以上には，セクシャルチェック・薬物アルコールの弊害についての教育，皮膚がんの早期発見のためのセルフチェックの指導を行う。また，思春期という発達段階の危機的時期は，アルコール，過食，煙草，薬物などの非健康的な対処法を覚える危険があり，それを予防するために健康的なストレスマネージメント法を身につけることを目的として，学校・スポーツジムなどと協力してスポーツ・レクレーションプログラムの提供も行う。

以上のように，ルーラル看護師は，病棟・外来といった病院内の業務実践の他に，ナーシングホーム，地区住民へのヘルスプロモーション活動，疾病予防を目的とした日常生活の改善の啓蒙活動を行っている。病棟は混合病棟が多く，様々な領域に精通していなければならないが，比較的軽症の患者の収容が主である。一方，外来は，救急の処置に加えてストーマケアなど，疾患を抱えながら生活する住民への看護や保健指導などの高度な専門知識も必要となる。健康な住民への事故・罹患予防活動，高齢者への支援，および病院での看護と幅広い知識と技術の提供を行っている。

２）遠隔地看護師の看護実践

メルボルンから東168㎞に位置するRawsonコミュニティヘルスセンター（RCHC）は，3つの集落からなる無医地区に存在する。この地区は，約25年前にメルボルンへの水の供給を目的としたThomsonダム建設に伴い新しく開拓された集落である。現在の住民のほとんどは，ジャガイモ農家である。ダム建設中は2,000人前後の人々が暮らしていたが，現在は約800人しか暮らしていない。住民の平均年齢は37.4歳と比較的若く，70歳以上の高齢者は全人口の8％である（表3）。開墾と同時に公共施設が整備され，健康センターも設立されている。

RCHCは，1名の常勤看護師と9名のパートタイムの職員が働いている。ここに勤務する常勤看護師は，看護師免許のみを保有しており，診療介助・救急救命の看護師役割の他に，行政と連携をとりながら住民の健康増進・疾病予防など，わが国における保健師の役割も果たす。この他，訪問看護も実施する。RCHCでは，非常勤の総合診療医が週2回，それぞれ2時間の外来診療を行っているが，その介助も行う。施設内には，救命救急の処置や外科処置を行う設備も整っており，緊急時

の医師不在時に限り，看護師が血管確保・救急蘇生を行うことが許されている。また，喘息薬・糖尿病患者のインスリンなどの定期処方も許可されている。

さらに，精神的な問題を抱える住民への対応は，テレビ電話を通して，カウンセリングの状況を精神科専門医，または専門看護師に送信しながら実施し，リアルタイムで分析してもらうことができる。

地域の健康増進・疾病予防の活動としては，小学校での健康教育，高齢者を対象とした健康増進のための太極拳クラスの企画やThomson Timesという月刊の地区新聞の発行，健康増進や農業に関連した事故の予防と応急処置の情報提供などを行っている。

また，SGHCのDistrict Nurseと同様に，訪問看護も実施し，創傷処置も実施している。調査訪問時に，創傷処置を行ってきた術後住民の創部写真を主治医に電子メールで送信し，指示を受けていた。

以上のように，遠隔地看護師とルーラル看護師は，いずれも外来診療・救急看護・住民への保健活動を行うが，遠隔地看護師は入院患者の処置を行うことはない。しかし，医師不在の場合の高度な医療処置の技術とマネージメント能力が求められる。より，医師の領域に近い知識と技術を要求される。

表3　Rawson 地区住民の背景（2004年9月現在）

人口	792名
過去1年の人口減少	21名
退職者の割合	38.6%
平均年齢	38.3歳
男性の比率／女性の比率	53.2／46.8%
5歳以下の比率	1.8%
70歳以上の比率	8.0%

2．訪問看護事業

ルーラルのSGHCにおける訪問看護事業は，主に術後の訪問であるDistrict Nurseによって実施される。健康障害を持つ高齢者の支援は，病院内のナーシングホームとホステルによって行われている。ホステルとナーシングホームは，その違いが曖昧であるため1996年に統一された[9]が，SGHCでは現在もその両方が存在している。都市部では，統合により高齢者支援は在宅へと移行したが，施設内への収容よりも経費が高くなったため，再度施設内に収容することとなった。理由は，公共の乗り物のないルーラルでは，老化に伴い車の運転ができなくなると孤立してしまい，その結果，栄養障害，精神障害など，様々な健康障害がもたらされること，訪問のための移動距離が長すぎて，1日に1名だけという非合理的な介護になるためである。このためSGHCでは，入院日数の短縮化に伴い閉鎖した病棟をナーシングホームとして利用している。自動車の運転ができなくなると，QOLが低下するだけでなく，健康問題に発展する危険が高いのも，住民が点在して生活するルーラルの問題である。

遠隔地のRCHCにおける高齢者への訪問看護事業は，看護師業務の中で最も多くの時間が割かれているものである。ルーラルに比べて管轄する地域が狭いため，高齢者への在宅支援が可能である。しかし，都市部と比べて看護師が行わなければならない支援内容は多い。リハビリテーションや清潔援助だけでなく，食事の準備や掃除など，わが国ではヘルパーが行っているような仕事もこなさなければならない。しかし，実際は，食事のケータリング（中央のヘルスケアセンターから冷凍されたものがセンターに届けられる）サービスだけで，食事のセッティングや食事介助，清掃や選択などは，近所の人が自発的に交代で実施してくれているということである。このように地域に住む高齢者は，その地区の住民の支援によって支えられている部分も少なくない。また，車を運転できなくなった高齢者のための定期的な銀行・ショッピングツアーを2年ほど前から開始し，高い評価を得ているということである。

3．看護師確保対策

SGHCの看護管理部では，看護の質を高めること，安全なケアの実践と環境作り，継続看護，卒後教育，情報管理の充実を図ることに力を入れているが，その中で最も力を入れているのは看護師不足の解消である。対策として，モナッシュ大学から実習学生を積極的に受け入れ，実習を行った学生がここで働きたいと思えるように，病院のすべてのスタッフに協力を求めている。また，新しい対策として，外国の移民看護師の受け入れがある。現在，東南アジアから移民してきた看護師2名を受け入れているが，患者・施設スタッフ・地

区住民とのトラブルもなく3年以上継続勤務していることから，国内だけでなく海外の労働力を取り込むことを考慮しているということである。

一方，RCHCの常任看護師は，RCHCに25年間勤務している。また，単に長く働いているだけでなく，テレビ電話やメールによるやり取りなどITを取り入れたり，ショッピングツアーのような新しい企画を練ったりと，住民のニーズに合わせた独創的な支援が行われている。

このように，長く同じ遠隔地に勤務する看護師は非常に珍しいことであるという。それには環境要因，個人要因，支援システムが関連しているという。環境要因としては，地区住民の温厚な性格と協力的な態度があげられる。住民の性格は，職業や気候に影響を受けるため，ジャガイモ農家という天候に影響を受けずコンスタントに収入が得られ，危険を伴わないことによって培われている。また，比較的新しい地区であり，もともとその地区に根ざした文化や慣習がなく，看護師も新しい町を作る仲間として受け入れられてきた。このため，地区住民からの協力が得られやすく，看護師自身も住民のために町の役員を引き受けるなど，住民と相互に良い関係が培われている。このような役員を務めていることによって，州政府の規定する支援枠では，住民への健康支援ができないものを地区の決定により導入しやすいという特典がある。

また，個人要因としては，チャレンジ精神の高さ，仕事のやりがい，仕事とプライベートのオン・オフをはっきりさせるということがあげられる。国・州政府の方針に従いながら健康プログラム・システムの開発を行うことを楽しいと思えること，週末には，メルボルンからの観光客が大挙して訪れるため，時々病人や怪我人が出て処置を依頼されることもあるそうだが，「自分はあくまでも地区の健康のために雇われた看護師であり，開業医や開業看護師（ナースプラクティショナー）ではないので，住民以外の方へは命に別状がない限り処置は断っている。」と仕事の対象者に対しての境界をしっかり持っている。

支援システムとして，へき地看護協会とモナッシュ大学が挙げられる。へき地看護協会に所属し，へき地で働く看護師と意見交換を活発に行っていること，モナッシュ大学のへき地看護の実習を受け入れるなど積極的に外部と連携をとっていることなど，遠隔地にいても新しい知識を取り入れ，仕事に前向きに取り組み，孤立・マンネリ化の予防を行っている。また，後任の看護師が来るようになっても，その看護師の方法で無理なく実践できるよう自分のやり方を押し付けず，ここの看護師のやり方を受け入れることが大切であろうということであった。「ここの生活を楽しむこと」というように，マイペースでやりがいを見つけることが，遠隔地に定着する大切な要因として挙げられる。

４．大学の役割

大学の役割は，へき地看護師育成のための教育提供とルーラル・遠隔地看護師への後方支援である。

オーストラリアのルーラル・遠隔地看護を行う大学のほとんどは，大学院またはポストグラデュエートと呼ばれる大学の卒後教育のプログラムとして提供されるものが多い。そのような中で，このモナッシュ大学では，学部教育を1年延長して教育の提供を行っている。理由は，自分たちの大学で看護の基礎教育を受けたものだけに教育を行うことができるためである。Gippsland校では，その立地条件を生かして，学部教育全般がルーラル・遠隔地を意識した教育プログラムとなっているため，その学部での教育に積み上げてルーラル・遠隔地看護師としての専門教育を行うことによって，1年という最短の期間で教育が提供できるという。このため，編入生は，このコースを選択することができない。1年長くても給料や進学に関しては大学卒扱いとしかならないが，看護学士とルーラル・遠隔地医療学士の2つの学士をとれるダブルディグリーとなる。また，このコースの卒業生は，国内だけでなく発展途上国からも就職依頼がくるほどの人気コースである。各学年100名中25名のみしかこのコースで学ぶことができず，成績優秀者に限られるそうである。

このコースのカリキュラムは，表4に示すとおりである。特徴的なのは，「ルーラル・遠隔地医療における危機的問題発生時の対応」という科目で，これは，法律の中で，医師が存在しない緊急の場合に，看護師であっても実施することが許可される幅広い危機的状況でのすばやい対処法を学ぶ科目である。具体的には，交通事故，脳梗塞の発作，喘息発作，毒物（薬物・生き物）中毒，分

娩，早産児出生，バイオレンスの被害者の対応などである。「ルーラル・遠隔地におけるカウンセリング技術」は，孤立，孤独，移民・移住など，ルーラル・遠隔地特有の心理社会的問題の理解とカウンセリングについて学ぶ科目である。

このコースは，ルーラル看護師よりも遠隔地看護師という無医地区で働く看護師を育成していることがわかる。ルーラル・遠隔地特有の健康問題に対する看護支援だけでなく，不足する医師の代わりとしての技術も身につける教育となっているが，決してミニドクターの育成ではなく，あくまでも緊急処置とその後の医師への報告・連携という看護師としての教育であり，無医地区の医師の代わりに診察や治療を行うわけではない。

ルーラル・遠隔地看護師への後方支援としては，ルーラル・遠隔地看護師への卒後教育，技術訓練などのプログラムの開発と提供，さらにルーラル・遠隔地看護師への相談窓口を設け，メントーリングを行っている。このような取り組みの必要性は政府にも認められ，1993年から1997年まで助成金を受けてビクトリア州のルーラル・遠隔地看護師へのサポートの研究を依託された。今後，ビクトリア州だけでなく国内にネットワークを拡げ，孤立しやすいルーラル・遠隔地看護師への支援法を確立させていきたいということであった。

Ⅳ．考察

１．ルーラル看護師・遠隔地看護師の看護実践

ルーラル看護師は，わが国においても非都市部の病院・医院においては，混合病棟が存在するところも少なくはない現状にあると思う。また近年，化学療法外来やストーマ外来を置く施設も増えてきている。このような外来では，専門看護師・認定看護師を配置するなど，看護師の知識技術の向上も必要なため，高度な医療を提供する一部の第三次施設，もしくはそれに準じる施設だけでしか提供していない状況にある。終末期患者への緩和ケアについても同様のことが言えるであろう。SGHCでは，1床だけであったが，緩和ケアのための病室が準備されていた。これは，へき地であっても，治療によって効果が得られにくいと判断された患者が，高度な医療を提供する場ではなく，自分の生活する場の近くで家族や知り合いとともに人生の最後を迎えられるようにという配慮から，準備されている病室である。このような患者中心の医療は理想的ではあるが，緩和ケアにおける問題としてRosenbergら[10]は，「緩和ケアは比較的新しい医療であることから，一般の看護師の中にはケア支援に対する知識や技術のない看護師も存在する。新しい知見を得るための研修などは都市部で行われるため，ルーラルの看護師は，人員的・地理的問題で参加そのものに困難が付きまとう。また，ルーラルには，緩和処置を行う専門の医師または専門看護師はほとんどいない。このため，都市部とルーラルの緩和ケア支援には，大きな質の差が生じている。」と述べており，医療における質の差が，看護師の能力によって生じていることを述べている。

表4　モナッシュ大学へき地看護のカリキュラム

１年後期：	多民族（トランスカルチャラル）看護
３年前期：	オーストラリアの原住民の健康問題
３年後期：	地域看護
	僻地看護実践１：僻地での看護支援
	僻地の医療問題１
	僻地特有の健康
４年前期：	僻地看護実践２：僻地医療における危機的問題発生時の対応
	僻地におけるカウンセリング技術
	僻地の医療問題２：僻地医療の政治的方針と実践
４年後期：	僻地看護実践３：他職種（医療職及び地域の様々な職業）との協働支援
	僻地の医療問題３：僻地における看護実践の変遷
	選択科目：臨床指導
	看護におけるケアマネジメント
	性差・家族看護
	政治と医療

また，ルーラルに住む人口の30％が重篤な病状・介護を要する住民である[11]と言われるが，二次レベルの病院で行える処置には限りがあり，重症な健康障害を持つ住民は，都市部の第三次施設で治療を受けなければならない。SGHCの看護師不足は深刻なため，１名の看護師が様々な領域の疾患患者を6～7名受け持たなければならない現状にあり，重症な患者を収容することは不可能であるという。わが国においても，へき地では，そのような専門的な看護技術の提供が必要な健康障害を持った住民が少ないこともあり，それに対応する看護師を雇うのは困難な状況となる。しかし，わが国においては，へき地中核病院やへき地支援病院など組織化が図られており，へき地支援病院は都道府県にある大学病院などの第三次施設が指定されていることから，看護においても，専門技術・知識が必要な場合には，へき地の医療施設に勤務する看護師への研修・教育を行う支援体制を確立させていくことが可能ではないかと思われる。オーストラリアに比べると，都市部の施設への移動が極端に長い距離でないことから，短期に数回に分けて研修を行うなど対応は可能ではないかと考えられる。

わが国においても，患者中心の医療が推進されてきており，患者が生活する場での医療が提供されるようになれば，へき地であっても多様化した患者のニーズに応えなければならなくなるであろう。しかし，このような医療は，へき地の看護師だけで解決できるものではないので，様々な支援体制を確立できるようなサポートが必要である。

遠隔地看護師の役割は，わが国における離島などの無医地区の看護師の役割に似ているように思われる。一人の看護師が，疾病・事故予防活動から障害を持ちながら生活する住民の支援までを行うことは，大変ではあるが，支援の結果がわかるなど，仕事へのやりがいもある。また，特に必要なことは，医師がいないという状況で要求される救急処置が必要な住民への対応であろう。わが国では，オーストラリアに比べ，無医地区として看護師がカバーする対象の住民は少なく，医師もオーストラリアよりは近い位置に存在するため，医師の代わりの役割を発展させる必要はないように思われる。しかし，医師の診察が受けられるまでの応急処置や観察については，一定の能力を持ち合わせている必要がある。そのような患者の発生は非常にまれで，応急処置が必要とされることもまれであることから，いざというときのために定期的に技術を向上させる教育支援はわが国においても必要であろう。

２．訪問看護事業

訪問事業は，SGHCでは，District Nurseによる手術後の訪問看護が主であったが，遠隔地のRCHCでは，高齢者介護が主であった。わが国の訪問事業は主に高齢者の介護を指すことが多いため，ナーシングホーム等も含めて，高齢者の支援について考察を行いたい。

SGHCでは，高齢者は施設に収容して介護を提供するため，訪問事業はあまり行われていない。オーストラリアでは，1985年に導入された高齢者ケア改革（Aged Care Reform Strategy）の一環としてHome and Community Aged Care Program（以下，HACCという）が開始され，従来の施設ケア中心であった高齢者介護を在宅へ積極的に移行したと言われている[9]。しかし，SGHCでは，HACC導入後20年近く経過しているにも関わらず，このプログラムがまったく導入されていなかった。実際は，このプログラムの導入を行わなかったわけではなく，いったん試みた結果，この地区での導入はふさわしくなかったため取りやめたという背景がある。これは，医療費を削減するためのマネージドケアの導入によるもので，慢性期疾患を持った患者であっても入院がなかなか許可されないことや疾病から回復までに時間のかかる高齢者には，かなり厳しい政策である。Bushy[11]は，「マネージドケアは，カナダ，オーストラリア，アメリカにおいて，入院を短縮化し，在宅医療へ移行することで高騰する医療費を抑え，医療経済市場を改善するモデルとされたが，ルーラルや遠隔地の住民に対する支援は，逆に問題を生じることとなった。まばらな人口に対する資源（ケア提供者，設備，サービス）の提供や管理維持に莫大な費用がかかるため充分な供給ができず，都市部とルーラルでの支援の格差が広がり，国民すべてが公正な支援を受けられない状況を生んだ。」と述べており，SGHCは，この問題を解決する独自の方法をとっていることになる。ただ，わが国のへき地は，都市部から離れていても，集落を作って固まって生活していることが多いので，むしろケアの必要な高齢者を収容するよりも，在宅でケアを行うほう

が予算は有効なのではないかと思われる。このため，遠隔地看護師による在宅支援のほうが参考になるであろう。しかし，訪問だけで介護を行うのではなく，高齢者が孤立しないように地域で支えあえるような働きかけを行うことが必要である。RCHCの遠隔地看護師が「近所の人々が交代で支援をする」と述べていたように，看護師一人ですべてを抱え込むのではなく，住民も巻き込んで，在宅支援が必要な住民も同じ住民として支えあうような関係が構築できるような地域全体との関わりも必要であろう。Kircher[12] は，「ルーラル・遠隔地看護師の看護は，包括的看護である。救急看護（歯科を含む），予防と増進，慢性期疾患と精神科疾患の管理，高齢者支援，環境管理，地域の健康，さらに小児から高齢者まで様々な年齢支援対象者，様々な文化と色々な段階の社会構成員，さらに，その地区住民で健康に対するリーダーシップをとる能力も健康増進に必要な鍵である。」と述べていることから，医療知識や技術だけでなく，地域全体を変革するといった地域の生活向上を図ることができる能力も必要である。

3．看護師確保対策

わが国でもフィリピンとの自由貿易協定（FTA）交渉が決着したことにより，フィリピン看護師や介護士の就労が可能となり，今後このような海外からの労働力に頼らなければならないのは，都市部よりむしろ看護師不足のへき地となる可能性が否定できない。SGHC では，海外看護師に対して地域住民とのトラブルもないといった，病院内だけでなくその地区の住民の反応など地域全体に及ぼす影響も考慮しており，患者のための病院ではなく住民のための病院という意識が高いことがうかがえた。わが国でも，へき地という住民が固定されているような地区で看護力を海外の労働力に頼らなければならないときには，地域住民の反応も考慮する必要があるのだろう。とはいえ，やはり日本人に頼ることが最も簡単な方法であり，オーストラリアもわが国同様に奨学金を与えて，卒後にへき地病院で勤務する学生の確保を行っている。1997年，連邦政府は，ルーラル就労を希望する学生に奨学金としてA$600,000（約48,000,000円）の予算をあて，学生1人に対し年間A$10,000（約820,000円）を与えている。わが国との違いは，ルーラル出身の学生に優先して奨学金を与える制度で，理由としてルーラル出身者は，制度で規定された就労年限が過ぎてもその地区で働く割合が高いためである[12]。へき地で働いたことをきっかけに，その地区に長く働いてくれそうな人という，看護師の背景も考慮して確保に当たることも必要であろう。

一方，同じ看護師のみが長く働くということも，問題となっている。ルーラル病院では，新人看護師の就職がなく職員の入れ替わりがないために，看護職者の高齢化が問題となっている。1998年のオーストラリアにおけるルーラルの看護師の平均年齢は，43歳と報告されている[14]。看護職員の高齢化は，マンパワーの減退だけでなく，新しいシステムの導入が図りにくく，仕事に対する向上心を欠き，マンネリ化した貧相な看護となり易く，看護の質の向上を図りにくいという問題が生じるとしている[14]。このような問題も，ルーラルの病院における看護改革は都市部に比べて困難であることが示唆され，看護管理者には，ルーラル特有の問題があることがわかる。わが国の第9次へき地保健医療計画の中では，看護体制の拡充として「魅力的な職場作りの推進」を掲げているが，わが国におけるへき地拠点病院等へき地に存在する施設での看護管理の問題，「魅力的な職場作りの推進」の障害となるものや改善の方向づけのためにへき地の病院の特徴などを調査することも必要であろう。

また，今回調査を行った遠隔地看護師は，まれに見る長期に同一施設で勤務する看護師であったが，住民との関係の持ち方や個人の性格などが長期勤務への鍵である。また，RCHCの看護師が男性であったことも何らかの影響があるのかもしれない。例えば，271名の女医を対象に，へき地での勤務について調査したWainer[15] の報告によると，「臨床医を選択する医師の60％が女性であるにも関わらず，ルーラルで働く女医が少ない理由は，育児支援体制が整っていない，オンコールによる時間外勤務が多い，夫からのサポートが得られないなど，仕事と家庭を両立させるための支援体制が整っていないことが主な理由である。」と報告している。看護師という女性が多い職業においても同様な悩みを持つことは少なくないと思われるので，プライベートまで支援できる体制が必要であろう。

また，物理的な距離はあっても，ブロードバン

ド等の普及により情報の交換が図れるようになったことなどを利用して，孤立しがちな無医地区の看護師間の情報交換や大学などの支援施設がサポートを行い，様々なシステムを作っていくことが必要であろう。

4．大学の役割

現在のわが国の教育システムでは，モナッシュ大学のように学士の授業でへき地の看護師としての特別な教育を行うことは，需要や教育体制からも困難である。しかし，卒後教育や大学院での教育であれば，へき地という土地によって必要とされる技術や知識を要求に合わせて提供することも必要であろう。しかし，現在最も必要なことは，へき地の施設で働く看護師をサポートするネットワークや組織をつくり，へき地で働く看護師が悩んでいることを話し合ったり，メントーリングを行ったりすることができるよう支援をすることであろう。様々な支援や調査研究を行いながら，看護職を含め，へき地で働く医療職者とへき地の住民が健康的に生活できるよう支援していくことが大切であると考える。

Bushy[11] は，「ルーラル住民は，敷地面積に比べ人口が少なく住民が離れて暮らしており，経済・政治・医療にも影響を受ける。人口が少ない地区ほど，充分な数の道路・学校・交通・通信といった公共機関が少ない。このため，都会部住民と比べ不便な生活を余儀なくされている。また，住民が自分に合った医療施設を自らの意思で見つけ出すという選択肢がなく，その地区で提供される医療サービスや在宅の支援に頼らなければならず，これらの医療提供施設が地区全体の健康状態を左右することが多い。また，在宅支援などの場合，医療の提供よりも移動に時間がかかるため，ケア提供者も公的な支援なくして継続した支援を提供することが困難な状況にある。」と述べており，ルーラル住民は，医療を受ける上で都市部とは違う特有の問題をもっていることが示され，住民を中心した看護支援の必要性を示唆している。今後，看護や保健の分野から研究を行っていくことは，このようなへき地住民の生活を向上させる上でも必要なことである。今回の調査で，住民の健康管理として，予防から健康増進まで健康障害の有無に関わらず，住民に対しても保健活動を行い，その地区の特徴，例えば高齢化などの発達段階やその土地特有の健康行動など，文化的な背景という住民を対象とした看護の発展の必要性を感じた。確かに，オーストラリアは，多民族で様々な国の文化を持っているのに比べ，わが国は，日本人という単一民族で成り立っている国である。しかし，住民の健康信念や食生活の違いがあり，他地区との交流の少ない地区ほど独特な文化を持っている可能性は高く，文化を考慮したその地区の人々が活用できる保健活動は重要であると感じた。また，オーストラリアの在宅看護支援は，入院日数が短いため，介護だけでなく，在宅での医療処置が必要な住民への支援も含まれているなど，地域での看護支援に違いがあるが，今後の医療法改正でこのような変化がわが国にも起こらないとも限らない。わが国でも，同率の税金を払う納税者に対して，都市部・へき地で提供される医療に極端な差が生じないように医療の改善に看護師も関わっていく必要がある。

ルーラル看護師の抱える看護問題や必要とされる能力は様々であるが，ルーラル看護をこのような看護師が実践する看護と定義し，その中でカテゴリー化していけば，ルーラル看護という新しい領域がわが国でも発展していくと考える。わが国は，オーストラリアのような広い国土は持ち合わせていないが，島嶼や山村が多いこと，南北に長いため，北部は豪雪，南部は台風などの自然災害により隔絶される地区が少なくないこと，また地質的にまだ新しい大陸で地震が多いことなど，都市部との距離だけで隔離されることが少ないとは言い切れない。へき地住民の高齢化，地形・天候などの自然環境，その地区に多い職業から発生する問題，その地区にある資源や特徴的な健康意識などから，健康問題だけでなく，健康行動など健康の増進を含めた啓蒙活動などの地域支援も必要である。看護において環境は大きな要素の1つであり，人として環境によって左右される問題という新しい視点は必要である。この点から考えても，へき地の医療施設における問題だけでなく，地域住民が環境によって持ちえる医療・看護問題に取り組むというパラダイムシフトは必要であり，自治医科大学の設立理念である「へき地などの地域社会における医療の確保及び向上と地域住民の福祉の増進」のもとに，へき地看護もしくはルーラル・遠隔地看護という領域を発展させていくことは意味のあることであると考える。

V．おわりに

今回，オーストラリア，ビクトリア州のルーラル・遠隔地看護の調査結果を報告した。医療制度の違いがあるため，そのままわが国の看護に適用はできないが，様々な点で応用可能である。今後，自治医科大学の看護学部として，特色ある存在と役割を担うためにも，是非へき地またはルーラル・遠隔地看護を発展させていきたいと考える。

Ⅵ．謝辞

今回の視察にあたり，視察施設などの手配をしてくださったモナッシュ大学のKaren Francis教授，Marlene Drysdale助教授，Liddy White先生，SGHCのNeil Langstaff氏，Rawsonコミュニティセンターの Alan Lowe氏に深く感謝いたします。

文　献

1）小西友七（編）：ジーニアス英和辞典（第3版）．大修館書店（東京），p.1493，p.1558，2001．
2）金田一京助（編）：新明解国語辞典（第5版）．三省堂（東京），p.1003，1997．
3）大湾明美，佐久川政吉，大川嶺子，吉川千恵子，伊藤幸子，村上恭子，垣花裕子：離島における介護保険制度のケアマネジメントに関する研究　沖縄県有人離島のケアマネジメントの実態から．沖縄県立看護大学紀要，5;51-58，2004．
4）大和田京子，大坂暢子：山間僻地における出張診療所の実態調査．全国自治体病院協議会雑誌，43(9);68-71，2004．
5）鈴木久美子，田中幸子，岸恵美子，春山早苗，篠澤俔子：へき地診療所において発展させるべき看護活動．自治医科大学看護学部紀要，2;5-16．2004．
6）総務省：へき地を含む地域における医師の確保等の推進について．2004．（http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/03/tp0302-1a.html）
7）Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)：Health in rural and remote Australia. AIHW (Canberra)，1998．
8）NRHA：Action on nursing in rural and remote areas．NRHA (Canberra)，2002．
9）厚生省：世界の社会保障制度⑦　オーストラリア（厚生省監修：平成12年度版厚生白書新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－）．ぎょうせい（東京），pp.337-341，2000．
10）Rosenberg J.P. & Canning D.F.：Palliative care by nurses in rural and remote practice．Australia Journal Rural Health，12;166-171，2004．
11）Bushy A.：International perspectives on rural nursing：Australia, Canada, USA．Australia Journal Rural Health，10;104-111，2002．
12）Kircher M.：Rural telemedicine may fail to fill pot-of-gold hopes．Telemedicine & Telehealth Networks，3(2);28-33, 1997．
13）Australian Government of health and Aging：A continuing commitment to rural regional and remote Australia, in Budget 2004-2005 Health 4．Australian Government of Health and Aging (Canberra)，2004．
14）Courtney M.，Yacopetti J.，James C.，Walsh A. & Finlayson K.：Comparison of roles and professional development needs of nurse executives working in metropolitan, provincial, rural or remote settings in Queensland．Australia Journal Rural Health，10;202-208，2002．
15）Wainer J.：Work of female rural doctors．Australia Journal Rural Health，12;49-53，2004．

投　稿　規　程

１．投稿資格

投稿できる筆頭著者は，自治医科大学看護学部ならびに自治医科大学看護短期大学の教員，研究生，学校法人自治医科大学に所属し，かつ看護職にある者，その他編集委員会が適当と認めた者とする。なお，筆頭著者以外については，この限りではない。

２．原稿の内容

原稿の内容は，看護学およびそれに関連するものとし，原則として未発表のものとする。

３．原稿の種類

原稿の種類は，総説，原著，短報，報告，資料，その他編集委員会が適当と認めたものとする。

４．投稿原稿の採否

投稿原稿の採否は，１編につき２名の査読者による査読を行い，査読者の意見に基づいて編集委員会で決定する。

５．投稿要領

１）原稿の長さ

総説，原著，報告，資料は刷り上がり12ページ以内（図・表・写真を含む），短報は６ページ以内とする。刷り上がり１ページは，和文原稿ではＡ４判タイプ用紙で約１枚，欧文原稿ではＡ４判タイプ用紙で約２枚に相当する。なお，上記の枚数を超過した場合，その超過した部分にかかわる費用は著者の負担とする。

２）原稿の様式

原稿は，ワードプロセッサを用いて作成し，Ａ４判の用紙を用いて44字×45行で印字する。英文の場合は，Ａ４判ダブルスペースとする。原稿は，原則として新かなづかいとし，常用漢字を用いる。句読点は，全角文字の「，（カンマ）。（マル）」を，英字・数字は半角文字を用いる。単位や略語は，慣用のものを用いる。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。

３）原稿の形式

原稿の１枚目には，希望する原稿の種類，表題，英文表題，著者名，英文著者名，所属機関名，英文所属機関名，５語程度のキーワードを記載する。２枚目には，400字程度の和文抄録をつける。原著を希望する場合は，これに加えて250words程度の英文抄録をつける。英文抄録は，著者の責任においてネイティブチェックを受けること。

４）原稿の構成

原稿の構成は，原則として次のとおりとする。

Ⅰ．はじめに
Ⅱ．研究方法
Ⅲ．研究結果
Ⅳ．考察
Ⅴ．おわりに
　　文献

５）図，表および写真

図，表および写真には，図１，表１，写真１などの通し番号，ならびに表題をつけ，本文とは別に一括し，原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。図，表および写真は，原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。なお，カラー写真を掲載する場合，その費用は著者負担とする。

６）倫理的配慮

論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は，「研究方法」の項で倫理的配慮をどのように行ったのかを記載する。

７）文献の記載様式

⑴　文献は，本文の引用箇所の肩に[1)]，[1~5)] などの番号で示し，本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者は，省略せずに全員を記載する。

⑵　雑誌名は，原則として省略しないこととするが，省略する場合は，和文のものは日本医学雑誌略名表（日本医学図書館編），英文のものはIndex Medicus所蔵のものにしたがう。

⑶　文献の記載方法は，次の例にしたがう。

①　雑誌の場合

著者名：論文題名．雑誌名，巻数（号数）; 頁－頁，発行年（西暦）.

例：１）緒方泰子，橋本廸生，乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担．日本公衆衛生雑誌，47(4);307-319，2000.

２）Stoner M.H., Magilvy J.K., Schultz P.R.：Community analysis in community health nursing practice：GENESIS model. Public Health Nursing, 9(4);223-227, 1992.

②　単行本の場合

著者名：論文題名．編集者名，書名，発行所（発行地），頁－頁，発行年（西暦）.

例：１）岸　良範，佐藤俊一，平野かよ子：ケアへの出発．医学書院（東京），71-75，1994.

２）Davis E.R.：Total Quality Management for Home Care. Aspen Publishers(Maryland), 32-36, 1994.

⑷　特殊な報告書，投稿中原稿，私信など一般的に入手不可能な資料，およびインターネットのホームページは，原則として引用文献としては認められない。

６．投稿原稿の提出

投稿にあたっては，原稿および図表を3部提出する。また，査読完了後の最終原稿には，フロッピィディスクを添付する。

７．校正

著者の校正は初校のみとし，それ以降の校正は編集委員会において行う。

８．別刷

別刷は30部までは無料とする。それ以上の部数が必要な場合の費用は，著者の負担とする。

９．掲載原稿の著作権

本誌に掲載された原稿の著作権は，自治医科大学看護学部に帰属する。

編　集　後　記

ようやく紀要第3巻の発行にこぎつけた。本紀要は，毎年3月の発行を予定しているので，本巻は予定よりも約半年遅れたことになる。発行がこのように大幅に遅れたのは，大学院看護学研究科の設置申請や日本ルーラルナーシング学会の設立などのイベントのために，投稿原稿の査読や査読後の原稿の加筆・修正などに時間を要したためである。とはいえ，発行が大幅に遅れたことの責任は，最終的には編集委員会にあり，早くからご投稿いただいた方々や関係各位には深くお詫び申し上げる次第である。

発行は大幅に遅れたが，報告が5編であった第2巻に比べれば，本巻は原著4編，報告6編となり，内容は大幅に充実した。次巻以降も充実した内容の紀要となるように，引き続き，多くの方々からのご投稿をお願いする次第である。

なお，本巻の投稿原稿の査読を担当いただいた方々（編集委員を除く）は，下記のとおりである。

（編集委員長：渡邉亮一）

査読協力者

大久保祐子，大原　良子，川口　千鶴，岸　恵美子，里光やよい，
篠澤　倪子，髙木　初子，髙村　寿子，竹田　俊明，永井　優子，
中村　美鈴，西岡　和代，野口美和子，真砂　涼子，松田たみ子，
水戸美津子，山本　洋子（五十音順）

紀要編集委員会

委 員 長　渡邉　亮一（自治医科大学 看護学部 保健医療情報学）
委　　員　竹田津文俊（自治医科大学 看護学部 疾病と病態）
成田　　伸（自治医科大学 看護学部 母性看護学）
春山　早苗（自治医科大学 看護学部 地域看護学）
水野　照美（自治医科大学 看護学部 成人看護学）
編集担当　松本　則子（自治医科大学 大学事務部 看護総務課）

自治医科大学看護学部紀要　第3巻

平成17（2005）年10月31日発行

発　行　者　　自治医科大学看護学部
　　学部長　　野　口　美和子
編集責任者　　自治医科大学看護学部紀要編集委員会
　　委員長　　渡　邉　亮　一
発　行　所　　自治医科大学看護学部
　　栃木県河内郡南河内町薬師寺3311－159
　　電話　0285（44）2111㈹
印　刷　所　　㈱松井ピ・テ・オ・印刷
　　栃木県宇都宮市陽東5－9－21
　　電話　028（662）2511㈹