

ISSN 1348-1177

# 自治医科大学看護学部紀要

Jichi Medical University Journal of Nursing

第 4 卷



2006

## 目 次

### 巻頭言

- 看護学部研究への期待と課題  
水戸美津子 ..... 3

### 原 著

- 看護過程演習における指導方法の検討  
—思考過程の習得と自分たちで考えることができたという実感—  
村上礼子・山本洋子・水野照美・中村美鈴 ..... 5
- 看護部長職がみる看護師の育成に関わる師長の姿と仕組み  
里光やよい・今野葉月・須釜なつみ・市塚京子  
佐藤淳子・鈴木照実・古橋洋子 ..... 17

### 報 告

- オーストラリアの母子保健システムの現状とわが国の母子保健サービスへの提言  
岡本美香子・大原良子・成田 伸 ..... 31
- 栃木県内における新生児訪問の現状と課題  
石井貴子・大山洋子・成田 伸 ..... 41
- 幼稚園・保健所における子どもたちの健康問題と障害をもつ子どもの  
受け入れの現状  
—ある地域における幼稚園教諭・保育士の対するアンケート調査の結果から—  
多田敦子・川口千鶴・朝野春美・黒田光恵 ..... 55
- 日本の技術協力「研修員受け入れ」の効果  
—ウズベキスタン「看護管理」コース研修員による自国での還元の実状から—  
稲荷陽子 ..... 63

### 資 料

- カナダにおける女性医療視察調査  
—カナダ・ブリティッシュ・コロンビア州における女性医療から  
今後の日本の女性医療を考える—  
黒田裕子・成田 伸 ..... 75
- 思春期の性の健康を支える健康教育の有効性  
—ピアカウンセリング手法による展開と受講前後の評価からの一考察—  
高村寿子 ..... 83

**看護学領域共同研究報告**

|   |     |
|---|-----|
| 生体機能を高める看護実践方法の開発およびその効果の測定方法の研究開発<br>基礎看護学領域 .....   | 93  |
| 看護実践能力向上のための教育研修プログラムの開発に関する研究<br>—派遣制度によるへき地等地域病院における実践経験のキャリアへの反映—<br>地域看護学領域・附属病院看護部 ..... | 97  |
| 南河内町周辺における地域助産師による育児支援活動<br>母性看護学領域 .....   | 103 |
| 栃木県A市における子どもと親・家族に関わる診療所の看護職の認識調査<br>小児看護学領域 .....  | 109 |
| 生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を担う家族に関する<br>研究の現状<br>成人看護学領域 .....                                  | 115 |
| 高齢者大腿骨頸部骨折患者の術後の生活行動拡大のプロセスに関する研究<br>—退院後の面接調査からの分析—<br>老年看護学領域・附属病院整形外科病棟 .....              | 119 |
| へき地における成人期にある人々、女性、子どもの健康ニーズに関する研究<br>3領域共同（母性・小児・成人） .....                                   | 123 |
| <b>投稿規程</b> .....   | 125 |
| <b>編集後記</b> .....   | 127 |

## 巻頭言

### 看護学部研究への期待と課題

自治医科大学看護学部

学部長 水戸美津子

昨年度は本学部にとっては大変忙しい年でした。ここ自治医科大学に新たな学部として開設された看護学部の完成年度であり第1回生を輩出し、同時に今年度4月に開設した大学院看護学研究科（修士課程）の設立準備に追われた年度でした。多くの教員が研究時間の確保に苦労されたことだろうと思います。本学部のように実学教育を主体とする学部においては、教員は教育活動に多大な時間を費やさざるを得ません。将来、人の命に関わる職業に就く人材を育成するのですから、教育に関する時間と情熱が多大となることは必然なことです。しかし、言うまでもなく大学の大きな使命は教育だけでなくその学問分野を発展させるための研究が重要です。どのような困難があろうとも大学に身を置く以上はこの2つをバランスよくすすめていくことが求められます。

一般に看護学は、人々の健康（health）と福祉（welfare）を支える学問であり、実践性・応用性が極めて高いという特質を持って発展させなければならない学問分野といわれております。このことを踏まえたうえで、本大学の理念に基づいた看護学の研究活動を活性化させる必要があります。大学により紀要の位置づけ、評価の置き方は様々ですが、本学部紀要は広報・編集委員会が中心となり、学部内の教員が査読をするというシステムをとっております。投稿者と査読者の協働作業により、研究の水準を高めていくという機能を有しているものと考えられるでしょう。それゆえ、紀要で発表し、それらをさらに発展させて学会誌等で広く看護界へ発表してほしく思います。また、看護学の総合的發展に寄与する研究を重ねて教育活動へも反映させていただきたいと思ひますし、他方、教育活動に関する研究を発表することで、教育活動の重要な資料として教員相互がその研究成果を活用し、教育の質の向上をも同時に目指すよう期待いたします。

看護学分野においては、看護系学会の数が増え続けており個々の教員が主に所属する学会誌に研究論文を投稿することのほうが多いことでしょう。本学においても大学院看護学研究科（修士課程）がスタートし、看護学研究をさらに

活性化していく必要があります。また、本学が目指している特色ある教育研究活動の内実を一層効果的に創出していくために、紀要の名称や位置づけ、査読システム等検討する時期に来ていると考えています。

研究も教育も地道な努力の積み重ねにあります。また、それを支えるのには個々人の弛まぬ研鑽と豊かな環境が必要になります。個々人の研鑽は個々の教員に期待をし、環境整備は学部組織として機能させるべく努力したいと思っています。

本紀要は広報・編集委員会を中心に作成されたものです。委員会の皆様のご尽力に感謝すると共に、日頃より教育・研究活動に暖かなご支援をいただいている関係機関の皆様や大学当局並びに所管課である看護総務課の方々に感謝いたします。

## 原 著

## 看護過程演習における指導方法の検討

—思考過程の習得と自分たちで考えることができたという実感—

村上礼子, 山本洋子, 水野照美, 中村美鈴

**要旨：**本研究の目的は、看護過程演習を通して、学生がどの程度演習内容を目的に沿って学び得たのか、どのように考え受けとめ、演習を行っていたのかを明らかにし、看護上の問題を解決する思考過程を習得していくための要件、および習得を妨げる要因を把握し、より良い指導方法を検討することである。2年次97名を対象に、無記名自記式質問紙による調査を行った。「看護過程演習の内容の理解」及び「看護過程演習方法の評価」に関しては5段階で回答を求め、「看護過程演習に対する意見」は自由記述で回答を求めた。「看護過程演習の内容の理解」と「看護過程演習方法の評価」では約9割の学生が理解できた、効果的であると回答した。「看護過程演習に対する意見」から、良かった点は11カテゴリー、改善して欲しい点は6カテゴリーにまとめられた。カテゴリーの関係性から、看護過程演習において「自分たちで考えることができた」と実感するための要件として、学習の基盤、教員の指導やかかわり、自由な話し合いが見出された。また、自分たちで考えが深まらない要因の中に、学生の特性やその特性を背景とした学習に対する思いがあることが見出された。

**キーワード：**看護過程, 演習方法, グループ学習, 指導方法

## I. はじめに

看護過程とは、「看護師が看護実践（活動）をより科学的に実践するために用いる思考過程」<sup>1)</sup>であり、対象を理解し、看護上の問題の解決を追求する過程である。さらに、あらゆる対象に対して実用的であり、看護実践の基礎といわれている<sup>1-5)</sup>。それ故に、看護基礎教育において、看護過程は重要な教育内容の一つである。

一般的に看護過程は、講義と演習、そして実習という形態で教授されることが多い<sup>2)</sup>。報告<sup>3-6)</sup>では、2年次前期に2単位30時間15時限の設定や2年次後期に1単位30時間の設定、3年次前期に60時間の設定など、看護過程を単独の授業科目とする場合や1年次から3年次にかけて看護学概論や看護方法、看護技術、各領域の臨床看護学などそれぞれの授業科目において看護過程を学習内容とする場

合もあった。

本学の成人看護学では、2年次後期必修科目の成人臨床看護学Ⅰ・Ⅱ（計4単位）において、機能障害をもつ成人とその家族を把握する方法と看護について教授している。この中で看護過程演習は、「成人の生命・生活を形づくる機能に障害をもつ成人とその家族に適切な看護を考えるプロセスを学ぶ」を目的に、90分授業を10時限行っている。

看護過程演習の内容は、1時限め看護過程の概要、2, 3時限め情報収集、4時限めアセスメント、5時限め仮の看護上の問題の抽出、6時限め情報の統合（全体像）、7時限め看護上の問題の確定、8時限め患者目標（期待される結果）、9時限め看護計画立案、10時限め評価の考え方と看護過程のまとめであった。授業スタイルは、1時限めは講義、2時限め以降は約20から30分のミニ講義と約60から70分の演習を行った。この演習では、紙上事例を用いての個人学習、グループ学習、全体での討

議を行った。グループ学習では、学生6-7名を1グループとし、2-3グループ毎に1名の教員を配置して学習をサポートした。演習最終日に提出された看護過程演習の記録は、コメントを加えて返却した。

看護過程演習の際の教授方法の主眼は、学生が①看護過程のプロセスを理解できる、②主体的に学習できる、③看護上の問題を解決する思考過程(看護過程)を習得できるとした。主眼①に対する看護過程演習の工夫は、看護過程の思考プロセスに沿って分けた講義スケジュール、各回の始めに行うミニ講義、グループ学習中の担当教員のサポートの3点である。主眼②に対する看護過程演習の工夫は、紙上事例を用いての個人学習、個人学習の成果をもとにしたグループ学習、グループ学習の成果をもとにした全体での討議、全体での討議後のフィードバックと振り返りの4点である。主眼③に対する看護過程演習の工夫は、紙上事例についての個人学習、グループ学習を通しての看護過程の思考プロセスの体験、グループ学習中の教員によるサポート、看護過程演習の記録へのコメントの3点である。

以上のような看護過程演習を通して、学生がどの程度演習内容を目的に沿って学び得たのか、どのように考え受けとめ演習を行っていたのかを明らかにし、看護上の問題を解決する思考過程を習得していくための要件、および習得を妨げる要因を把握し、より良い指導方法を検討する必要があると考えた。

## II. 目的

成人看護学における看護過程演習について、学生の看護過程演習の内容の理解、看護過程演習方法の評価、看護過程演習に対する意見を明らかにし、指導方法を検討する。

## III. 方法

### 1. 調査対象

2年次学生97名。当該学生は、1年次前期から2年次前期にかけて基礎看護学Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの授業科目において看護過程の基礎的知識を既習している。

### 2. 調査時期

成人看護学では、看護過程演習を10月から11月に行い、看護過程演習最終日に調査した。

### 3. 調査方法

独自に作成した無記名自記式質問紙を授業終了後に配布した。質問紙は、教室の隅に設置した回収箱に、回答後各自で投函するよう依頼した。

### 4. 調査内容

調査内容は、学生の看護過程演習の内容の理解、看護過程演習方法の評価、看護過程演習に対する意見の3つの構成とした。

#### 1) 看護過程演習の内容の理解

看護過程演習の内容に沿った15項目の設問を新たに作成し、「よく理解できた」、「理解できた」、「まあまあ理解できた」、「あまり理解できない」、「全く理解できない」の5段階で回答を求めた。

#### 2) 看護過程演習方法の評価

事例の配布時期に関して1項目、全体での討議に関して2項目、全体での討議後の内容に関して1項目、授業時間数に関して1項目、ミニ講義に関して1項目、教員のアドバイスに関して1項目の計7項目の設問を新たに作成し、「非常に効果的である」、「効果的である」、「まあまあ効果的である」、「あまり効果的でない」、「全く効果的でない」の5段階で回答を求めた。

#### 3) 看護過程演習に対する意見

看護過程演習の良かった点や良くなかったと思われる点の自由記述回答を求めた。

### 5. 倫理的配慮

質問紙の配布時に、調査目的と自由意志による参加、参加の有無と記載内容は成績に関係しない旨を説明した。質問紙の回収は、時間を設けて、据え置き回収箱に学生が自由に投函できるようにした。

### 6. 分析方法

看護過程演習の内容の理解と看護過程演習方法の評価は、Excel 2003を用いてそれぞれの項目を集計した。

看護過程演習に対する意見は、質的帰納的に分析した。まず、類似の意見を集め、本質的な意味を抽出し、意味の通る簡潔な一文で表現した。この分析作業をこれ以上まとまらないところまで繰り返して行った。最終的に得られたものを、カテゴリーとして【 】を用いて表した。

## 看護過程演習における指導方法の検討

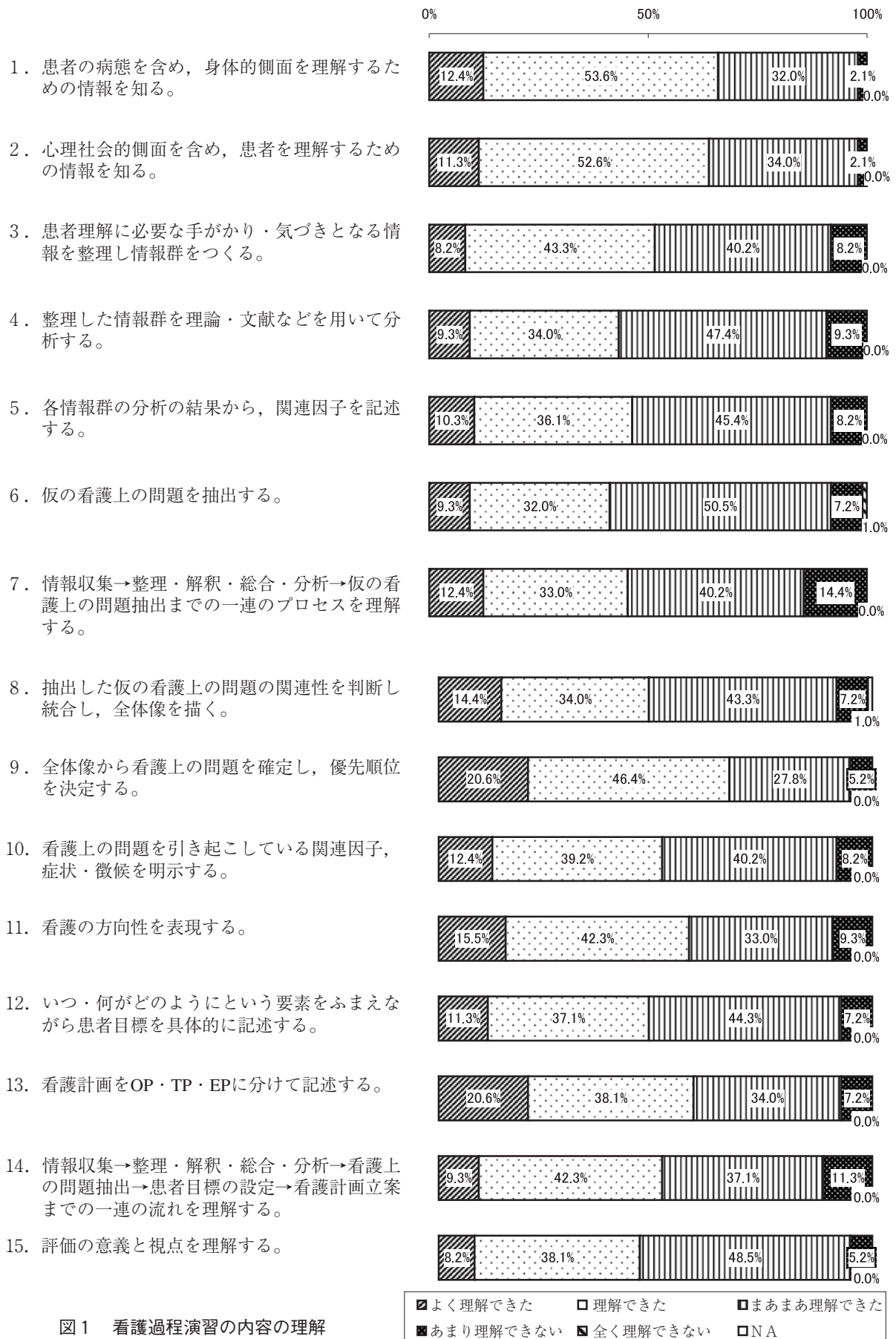


図1 看護過程演習の内容の理解



#### IV. 結果

回収された質問紙97部 (回収率100%), 有効回答率100%であった。

##### 1. 看護過程演習の内容の理解

看護過程演習の内容の理解は、図1の通りである。

全15項目において、「よく理解できた」、「理解できた」、「まあまあ理解できた」と回答した学生は約9割で、「あまり理解できない」と回答した学生は1割前後であった。

「よく理解できた」、「理解できた」、「まあまあ理解できた」と回答した学生の割合が一番多い質問項目は、「1. 患者の病態を含め、身体的側面を理解するための情報を知る」と「2. 心理社会的側面を含め、患者を理解するための情報を知る」97.9%であった。「よく理解できた」、「理解できた」、「まあまあ理解できた」と回答した学生の割合が少ない質問項目は、「7. 情報収集→整理・解釈・総合・分析→仮の看護上の問題抽出までの一連のプロセスを理解する」85.6%、「14. 情報収集→整理・解釈・総合・分析→看護上の問題抽出→患者目標の設定→看護計画立案までの一連の流れを理解する」88.7%であった。他の看護過程の各プロセスについての質問項目では、「よく理解できた」、「理解できた」、「まあまあ理解できた」と回答し

た学生の割合は90.7%から94.8%であった。

「よく理解できた」、「理解できた」、「まあまあ理解できた」と肯定的に回答した学生の中でも、「まあまあ理解できた」という回答にとどめた学生は、4割前後と約半数を占めている。「まあまあ理解できた」と回答した学生の割合が4割強以上を占めている質問項目は、「6. 仮の看護上の問題を抽出する」50.5%、「15. 評価の意義と視点を理解する」48.5%、「4. 整理した情報群を理論・文献などを用いて分析する」47.4%、「5. 各情報群の分析の結果から、関連因子を記述する」45.4%であった。

##### 2. 看護過程演習方法の評価

看護過程演習方法の評価は、図2の通りである。

「非常に効果的である」、「効果的である」、「まあまあ効果的である」と肯定的であると回答した割合が9割以上の質問項目は、「2. 全体での討議時に、グループ学習で考えた内容を教材に用いたことは理解を深めるのに効果的」91.7%、「4. 全体での討議後に、自分たちのグループに振り返って考える時間をもてたことは理解を深めるのに効果的」91.8%であった。

他の項目においても、8割前後の学生が「非常に効果的である」、「効果的である」、「まあまあ効果的である」と回答した。

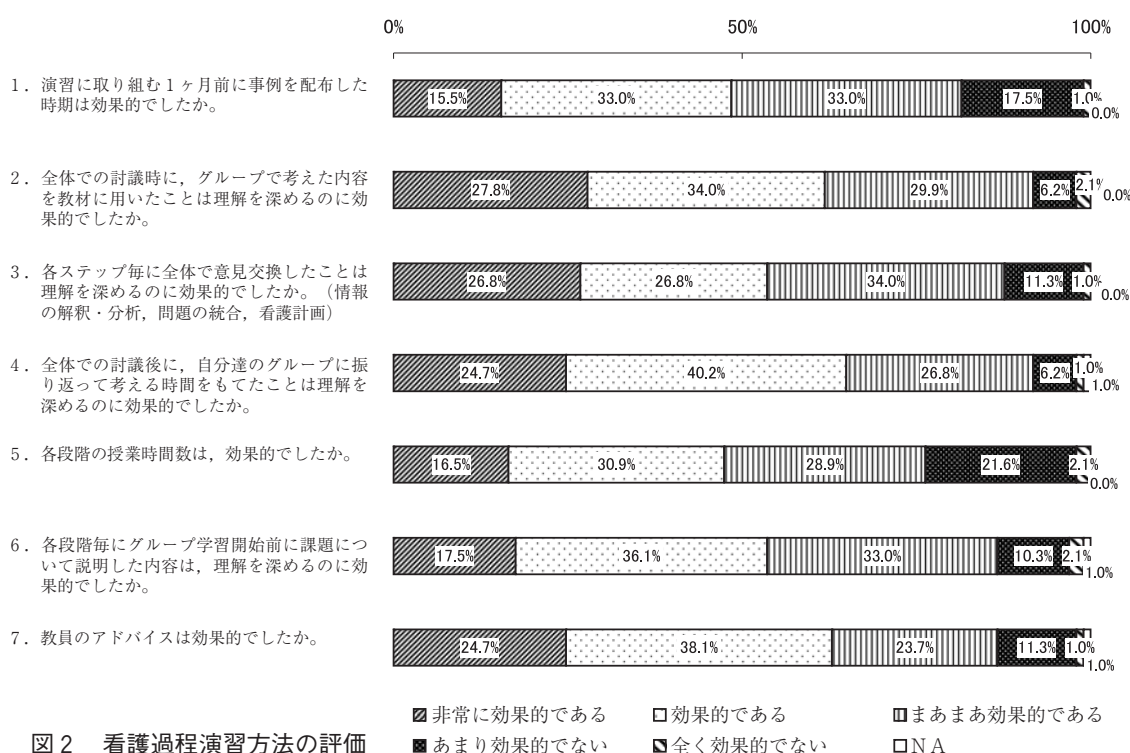


図2 看護過程演習方法の評価

看護過程演習における指導方法の検討

3. 看護過程演習に対する意見

1) 良かった点

看護過程演習に対する良かった点は、11の категорияにまとめられた。categoryは、【十分な授業時間数で理解できた】、【細やかで丁寧な授業が分かりやすかった】、【グループ毎にいる担当教員が心強い存在であり、がんばれた】、【学生の考えを受けとめた上でのアドバイスが励みになり、演習意欲もわいた】、【必要ときに適切なアドバイスが得られた】、【教員のアドバイスが分かりやすく、効果的だった】、【自分で考えて書くことで力がついた】、【グループ学習で意見交換したり、疑問点を解決できてよかった】、【グループ学習や

全体での討議で考えを深めたり、視野を広めたりできた】、【グループ分けが実習と同じでよかった】、【実習前に演習ができてよかった】であった(表1)。

- (1) 【十分な授業時間数で理解できた】では、十分な時間数で看護過程演習が行われ、理解できたという内容からまとめられた。
- (2) 【細やかで丁寧な授業が分かりやすかった】では、細やかな授業、丁寧な指導、わかりやすい説明で分かりやすかったという内容からまとめられた。
- (3) 【グループ毎にいる担当教員が心強い存在であり、がんばれた】では、グループ毎にいる担当教員は心強い存在であり、がんばって演習を行

表1 看護過程演習において良かった点

| category                           | categoryの内容   |
|------------------------------------|---|
| 十分な授業時間数で理解できた                     | 十分な時間数が設定されていてよかった<br>時間をかけて演習を行い、理解できた   |
| 細やかで丁寧な授業で分かりやすかった                 | 細やかな授業でよく分かった<br>丁寧な指導で分かりやすかった<br>分かりやすい説明で具体的な看護計画の立て方がわかった   |
| グループ毎にいる担当教員が心強い存在であり、がんばれた        | グループ毎にいる担当教員が心強い存在であり、がんばれた   |
| 学生の考えを受け止めた上でのアドバイスが励みになり、演習意欲もわいた | 学生の考えを受け止めた上でのアドバイスが励みになり、演習意欲もわいた  |
| 必要ときに適切なアドバイスが得られた                 | グループ毎に担当教員がいて、随時アドバイスしてくれた<br>段階に応じた資料、アドバイスが得られた   |
| 教員のアドバイスが分かりやすく、効果的だった             | 教員のアドバイスが分かりやすく、効果的だった<br>学生だけでは理解に限界があるときに教員のアドバイスで気づくことも多かった  |
| 自分で考えて書くことで力がついた                   | 課題を事前に行うことでグループの話し合いが充実し、力がついた<br>自分の考えを記述し、看護過程を進めていくのは難しかったが、力をつけるための良い方法だった<br>自ら考えられる演習方法で力がついた   |
| グループ学習で意見交換したり、疑問点を解決できてよかった       | 看護過程の各段階でグループ学習を行ったことで、疑問点が解決したり意見交換ができてよかった<br>グループ学習を通して、意見交換できることがよかった   |
| グループ学習や全体での討議で考えを深めたり、視野を広めたりできた   | グループで話し合いをしながら進めたことは、考えを深める上でとてもよかった<br>他のグループと意見交換をしたり、討論したことは、自分たちのグループが考えていなかった視点のケアや援助を理解でき、視野が広がった<br>グループ学習や全体での討議を通して、学びを深めることができてよかった |
| グループ分けが実習と同じでよかった                  | 実習と同じグループメンバーで、お互いを理解できてよかった<br>実習グループでグループ学習を行い、実習前にメンバーとの親睦が深まった  |
| 実習前に演習ができてよかった                     | 実習前にできてよかった<br>実習の練習になってよかった  |

- えたという内容からまとめられた。
- (4) 【学生の考えを受けとめた上でのアドバイスが励みになり、演習意欲もわいた】では、学生の考えを受けとめた上でのアドバイスが励みとなり、演習意欲もわいたという内容からまとめられた。
- (5) 【必要なときに適切なアドバイスが得られた】では、グループ毎に担当教員がいて、随時アドバイスを得られたり、段階に応じた資料、アドバイスが得られたという内容からまとめられた。
- (6) 【教員のアドバイスが分かりやすく、効果的だった】では、教員のアドバイスがわかりやすく、アドバイスされることで気づくことも多かったという内容からまとめられた。
- (7) 【自分で考えて書くことで力がついた】では、事前に課題を行い自分たちで考えを話し合うことや考えたことを記述することで力がついたという内容からまとめられた。
- (8) 【グループ学習で意見交換したり疑問点を解決できてよかった】では、看護過程の各段階においてグループ学習を行ったことで、意見交換したり疑問点を解決できよかったという内容からまとめられた。
- (9) 【グループ学習や全体での討議で考えを深めたり、視野を広めたりできた】では、グループや

- 全体で話し合いをしながら進めたことで、自分の考えを深めたり、視野を広めたりと学びを深めることができたという内容からまとめられた。
- (10) 【グループ分けが実習と同じでよかった】では、実習と同じグループメンバーで演習を行ったことでお互いを理解し、親睦が深まったという内容からまとめられた。
- (11) 【実習前に演習できてよかった】では、実習前に演習ができ、実習の練習になってよかったという内容からまとめられた。

2) 改善して欲しい点

看護過程演習に対する改善して欲しい点では、6のカテゴリーにまとめられた。カテゴリーは、【個人で考えたり、グループや全体で意見交換をしたりするのに、十分な時間がほしかった】、【時間外の個人作業が多く、他領域の課題とも重なりきつかった】、【分析までのプロセスや課題の内容、記録の書き方をもっと具体的に説明してほしかった】、【課題の説明や助言の方向性を統一して指導してほしかった】、【記録をそのつど見てほしかった】、【自分の考えやグループの考えと異なる討議になると、内容が分からなかったり、戸惑いを感じたりした】であった(表2)。

表2 看護過程演習において改善して欲しい点

| カテゴリー  | カテゴリーの内容  |
|--|---|
| 個人で考えたり、グループや全体で意見交換をしたりするのに、十分な時間がほしかった       | 十分に考えるためにスケジュールに余裕がほしかった<br>グループ学習や全体での討議で意見交換をする十分な時間がほしかった<br>情報収集用紙はもっと早く配布してほしかった                         |
| 時間外の個人作業が多く、他領域の学習とも重なりきつかった                   | 時間外の個人作業が多く、他領域の学習とも重なりきつかった<br>何度も手書きをするのは負担だった  |
| 分析までのプロセスや課題の内容、記録の書き方をもっと具体的に説明してほしかった        | 情報の整理、解釈、総合と分析のところが分かりにくく、もっと具体的に説明してほしかった<br>説明をもっと具体的に示して課題をはっきりしてほしかった<br>記録の書き方が分かりにくかった<br>書き方の見本がほしかった  |
| 課題の説明や助言の方向性を統一して指導してほしかった                     | 課題の説明や助言の方向性を統一して指導してほしかった  |
| 記録をその都度見てほしかった                                 | 記録をその都度見てほしかった  |
| 自分の考えやグループの考えと異なる討議になると、内容が分からなかったり、戸惑いを感じたりした | 自分とは異なる意見を聞いて不安になった<br>自分の考えがグループに受け入れられず、いやな気分になり、自信をなくした<br>自分たちの考えと違う考えを発表されても分からなかった<br>全体での討議はそれほど必要なかった |

- (1) 【個人で考えたり、グループや全体で意見交換をしたりするのに、十分な時間がほしかった】では、個々の学生が考えるための時間、グループや全体で意見交換をするための時間を十分に確保して欲しいという内容からまとめられた。
- (2) 【時間外の個人作業が多く、他領域の学習とも重なりきつかった】では、時間外に行う個人学習の課題が多いため、他領域のレポート学習と重なりきつかったという内容からまとめられた。
- (3) 【分析までのプロセスや課題の内容、記録の書き方をもっと具体的に説明してほしい】では、情報の整理、解釈、総合という分析までのプロセスが分かりにくく、課題の説明、記録の書き方の説明をもっと具体的にしたいという内容からまとめられた。
- (4) 【課題の説明や助言の方向性を統一して指導してほしい】では、課題の説明や助言に教員間の相違を感じたという内容からまとめられた。
- (5) 【記録をその都度見てほしい】では、課題となった記録をその都度見てほしいという内容からまとめられた。
- (6) 【自分の考えやグループの考えと異なる討議になると、内容が分からなかったり、戸惑いを感じたりした】では、グループや全体での討議の際に、自分やグループと異なる意見を聞いても、不安になったり、自信をなくしたり、分からなかったりするという内容からまとめられた。

## V. 考察

看護上の問題を解決する思考過程を習得できるより良い方法を検討し、「自分たちで考えることができた」と実感するための要件、自分たちで考えが深まらない要因を見出した。

### 1) 看護過程演習において「自分たちで考えることができた」と実感するための要件

看護過程演習に対する意見のうち、良かった点から抽出されたカテゴリの【十分な授業時間数で理解できた】、【細やかで丁寧な授業で分かりやすかった】から、学生にとって看護過程演習の授業形式、授業展開は看護過程を理解するのに分かりやすく効果的であったと考えられる。このことは、看護過程演習方法の評価で、全ての質問項目において看護過程演習方法は「非常に効果的である」、「効果的である」、「まあまあ効果的である」

と肯定的に回答している学生が約9割を占めていた結果からも言える。つまり、看護過程の思考プロセスに沿って分けた講義スケジュール、ミニ講義とその後の演習という我々が工夫した授業スタイルは、学生が看護過程を理解し、展開するための学習の基盤になっていたと考えられる。

次に、【必要なときに適切なアドバイスが得られた】、【教員のアドバイスが分かりやすく、効果的だった】というカテゴリから、教員のアドバイスが学生にとって、適切で、分かりやすく、効果的であったと考えられる。また、【学生の考えを受けとめた上でのアドバイスが励みになり、演習意欲もわいた】というカテゴリから、学生の考えを受けとめた上での教員のアドバイスが演習意欲につながったと考えられる。これらのことから、看護過程演習を進めるにあたり、教員の指導やかかわりが効果的なサポートとなり、学生の学習意欲を高めることに影響していたと考える。さらに、このような教員の指導やかかわり、グループ毎に担当教員を配置するという演習方法は【グループ毎にいる担当教員が心強い存在であり、がんばれた】につながったと考える。つまり、今回看護過程演習方法の工夫として我々が行ったグループの担当教員をはじめ、看護過程演習全般にわたる指導や教員のかかわりは、学生が自分たちで考えていく時の安心感となり、学習意欲にもつながったと推察される。

さらに、【グループ学習で意見交換したり、疑問点を解決できてよかった】、【自分で考えて書くことで力がついた】、【グループ学習や全体での討議で考えを深めたり、視野を広めたりできた】というカテゴリから、グループ学習や全体での討議を通して、自分たちで意見交換をし、考えを深めたり広めたりでき、力となったという思いにつながっていると考えられる。学生がグループワークを困難に感じる要因として、藤野<sup>7)</sup>は①自分の意見を発言することの困難、②メンバーと合意を得ることの困難、③メンバー間の協調性に関する困難、④グループワークの目的把握とすすめ方に対する困難があると述べている。また、話し合えない学生の主たる要素として、「自分の意見に対するメンバーの反応や、その後のメンバー間の人間関係への影響を考えるため、グループワークでの発言に困難を感じている」<sup>7)</sup>とある。このことを踏まえると、学生にとって考えを深め、表現す

るためには、メンバーの人間関係形成の手助けや安心して発言できるサポート、安心感をもって話し合える環境が重要になると考える。つまり、今回行なった教員の指導やかかわりは、学生が自分たちで考えていく時の安心感と学習意欲につながり、自分たちで自由に話し合い、考えを深め合う看護過程演習となり、「自分たちで考えることができた」と実感するに至ったのではないかと推察される。

これらのことから、看護過程演習の良かった点で得られたカテゴリー間の関係性を図示してみると、看護過程演習において「自分たちで考えることができた」と実感するための三つの要件が見出せた(図3)。第一の要件として学習の基盤があり、第二の要件として教員の指導やかかわりがあり、さらに、第三の要件として自由な話し合いがあるといえる。そして、これら三つの要件を積み重ねることで、「自分たちで考えることができた」という実感に至ると考察する。

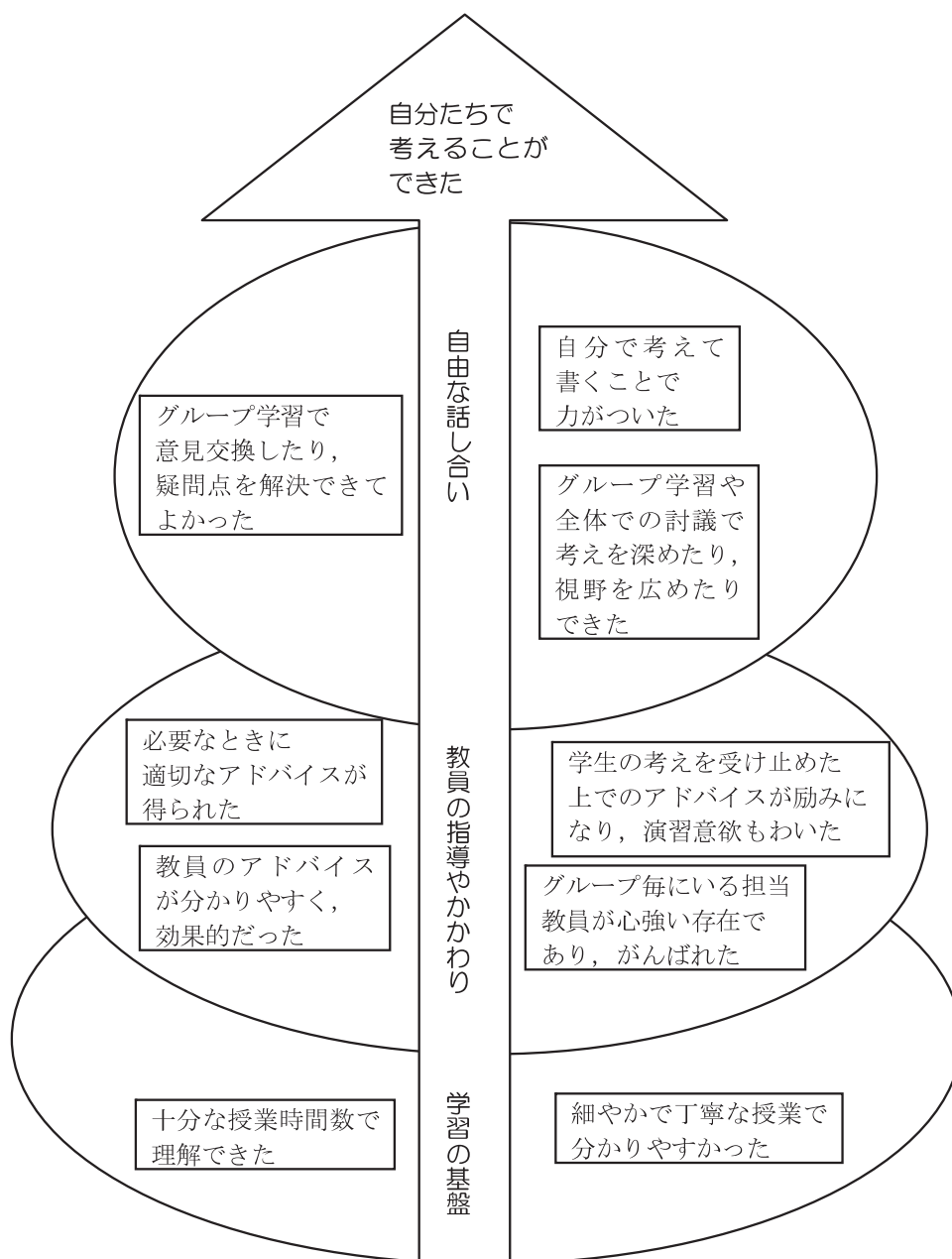


図3 看護過程演習において「自分たちで考えることができた」と実感するための要件

2) 看護過程演習において自分たちで考えが深まらない要因

看護過程演習に対する意見のうち、改善して欲しい点から抽出されたカテゴリーの【記録をその都度見てほしかった】、【分析までのプロセスや課題の内容、記録の書き方をもっと具体的に説明してほしかった】から、「考えを書き表していくのに不安がある」という学生の学習に伴う思いが考えられる。また、【自分の考えやグループの考えと異なる討議になると、内容が分からなかったり、戸惑いを感じたりした】、【分析までのプロセスや課題の内容、記録の書き方をもっと具体的に説明してほしかった】、【課題の説明や助言の方向性を統一して指導してほしかった】、【個人で考えたり、グループや全体で意見交換をしたりするのに、十分な時間がほしかった】から、自分たちの「考えに自信がない」という学生の学習に伴う思いが考えられる。これら「考えに自信がない」や「考えを書き表していくのに不安がある」という学習に伴う思いには、看護過程に正解を求めている、記録の書き方を学ぼうとしている、既習の学習や事前学習の不足があるという学生の特性が背景であると推察する。

看護過程という思考を深めていく学習は、学生にとって多くの時間を要する。その上、本学において2年次後期の看護過程演習の時期は、他領域の学習も専門性を深める時期である。このような様々な学習課題が課せられた状況において、【時間外の個人作業が多く、他領域の学習とも重なりきつかった】という学生の中には、既習の学習が積み重ねられていないため、すべての学習に時間がかかるか、あるいは、時間外の学習の必要性の認識が薄いため、十分な事前学習に至らないと予測される。つまり、既習の学習や事前学習の不足がある、または、時間外の学習の必要性の認識が薄いという学生の特性が推察できる。

看護過程演習で、正解を求めている、記録の書き方を学ぼうとしていたり、既習の学習や事前学習が不足していたり、時間外の学習の必要性の認識が薄かったりという特性がある学生は、自分たちで話し合いをする材料がないために話し合いにならないことが予測できる。そのために自分たちで考えが深まらないと推察する。また、これらの特性がある学生の中には、自分たちの考えに自信がなかったり、書き表していくのに不安がある

学生がいると考える。これらの学生は自分たちで自由な話し合いをするのに時間がかかったり、話し合いにならなかったりするため、考えが深まらないと推察できる。

一方、【課題の説明や助言の方向性を統一して指導してほしかった】というカテゴリーからは、複数の教員が個々に行う助言や指導、さらには学生の視野を広げるために行った様々な表現での助言や説明が、正解を求めている、記録の書き方を学ぼうとしている学生には、それぞれ違う助言や説明をされていると受けとめやすく、戸惑いや不安につながったと考える。また、【個人で考えたり、グループや全体で意見交換をしたりするのに、十分な時間がほしかった】では、考えに自信がないという学習に伴う思いや既習の学習や事前学習の不足があるという学生の特性を把握し、配慮した指導の工夫が十分ではなかったと考えられる。さらに、【時間外の個人作業が多く、他領域の学習とも重なりきつかった】では、授業時間外に予習・復習の時間を含めて学習目的を達成していくという認識が薄いという学生の特性に合わせて、指導しておく必要があったのではないかと考える。つまり、多様な特性やその特性を背景とした学習に伴う思いがある学生に相応しい指導の工夫が不足していたため、考えを深めるまでの話し合いにならなかったと考える。

これらのことから、看護過程演習の改善して欲しい点で得られたカテゴリー間の関係性を図示してみると、看護過程演習において自分たちで考えが深まらない要因が見出せた(図4)。学生側の要因として、正解を求めている、記録の書き方を学ぼうとしている、既習の学習や事前学習の不足がある、時間外の学習の必要性の認識が薄いという学生の多様な特性があり、また、その特性を背景とした「考えを書き表していくのに不安がある」や「考えに自信がない」という学生の学習に伴う思いがあるといえる。これら学生側の要因によって、学生は話し合いに時間がかかり、話し合いにならず、自分たちで考えが深まらないと考察する。教員側の要因としては、学生の多様な特性やその特性を背景とした学習に伴う思いを踏まえ、この状況に相応しい指導の工夫不足が推察される。この教員側の要因が学生側の要因に加わることで、話し合いに時間がかかる、あるいは、話し合いにならない学生は、さらに思考が深まりにくくなる。

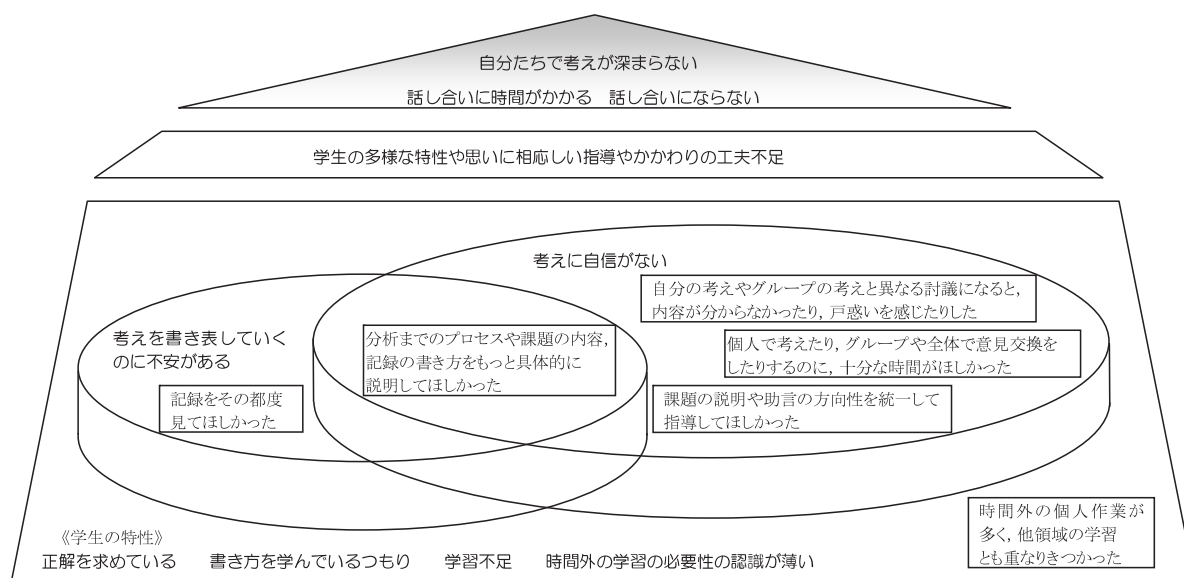


図4 看護過程演習において自分たちで考えが深まらない要因

3) 看護過程演習において自分たちで考えることができるための学習支援

看護過程演習では、第一の要件である学習の基盤や第二の要件である教員の指導やかかわりが充実し、第三の要件である学生の自由な話し合いができること「自分たちで考えることができた」と実感するに至ると分かった。今回、我々が工夫して行った看護過程演習では、これら三つの要件が成立し、学生が「自分たちで考えることができた」と実感したことで、思考過程の習得に至ったと推察する。このことは、ビューラー (Buhler, K.) の「行きづまっている思考に、突然解決の糸口を探りあてた時の発見の体験。時に喜びをもって意識される『あっわかった』の体験。」<sup>8)</sup> というアハ体験 (aha experience) にほかならない。すなわち、「自分たちで考えることができた」という実感が、看護過程演習において重要であると考えられる。

今回の研究では、多様な特性とその特性を背景とした学習に伴う思いがある学生、また、このような学生に相應しい指導の工夫不足により、学生は自分たちで考えを深められないことが見出された。このことは、看護過程の習得を妨げる。

看護過程演習の内容の理解において、約9割の学生が学習内容を理解できたと回答している一方で、4割前後の学生が「まあまあ理解できた」と回答していた。この結果から、看護過程をなんとなく分かったような気はするが、まだはっきりと「自分たちで考えることができた」と実感してい

ない学生が約半数近くいると推察される。「まあまあ理解できた」と高い割合で回答している質問項目を見てみると、その多くは、アセスメントのプロセスである。アセスメントのプロセスは先行研究<sup>3),4),9)</sup>においても、学生にとって最も理解に困難をきたす学習内容であると述べられており、本研究でも同様の結果を示していると考えられる。アセスメントのプロセスでは、情報を的確に解釈・分析・統合するために、既習の知識や事前学習を活用し、それを根拠として思考を統合していく必要がある。正解を求めている、記録の書き方を学ぼうとしている、既習の学習や事前学習の不足がある、時間外の学習の必要性の認識が薄いという特性がある学生の場合、特にアセスメントまでのプロセスにおいて、学習が不足していたり、話し合いの目的が分かりにくく、紙上事例の情報を解釈・分析・統合しきれず、話し合いについていけないことが予測できる。そのため、自分たちで考えを深めていくことができなかつたのではないかと推察する。また、「考えを書き表していくのに不安がある」や「考えに自信がない」という学習に伴う思いがある学生の場合、自分たちで自由な話し合いをするのに時間がかかったり、話し合いにならなかつたりするため、「自分たちで考えることができた」と実感していないと推察できる。

看護過程を学生に教える際には、上野ら<sup>10)</sup>は学生個々の課題と論理的思考の能力を見極めながら、学生が学習意欲を維持できるよう、難しさを感じ

る時々にかかわっていくことが重要であると述べている。このことを踏まえ、更なる指導の工夫として、話し合いに参加できないような学習が不足している学生や時間外の学習の必要性の認識が薄い学生には、既習の学習や事前学習からサポートする必要がある。また、正解を求めていたり、記録の書き方を学ぼうとしている学生には、看護過程では自分で考えることが重要であると、看護過程演習の目的を再認識できるよう伝えていく必要がある。さらに、「考えに自信がない」、「書き表していくのに不安がある」という学習に伴う思いがある学生には、他者との意見交換を通して、多面的に観ることで対象理解が深まるという看護の特性を伝え、自信をもって、考えや意見を表現できるようかかわることが必要である。

すなわち、自分たちで考えが深まらない要因となった多様な特性がある学生や、その特性を背景とした学習に伴う思いがある学生に対して、教員の指導やかかわりを更に工夫し、充実させ、学生の自由な話し合いがよりスムーズに行えるようサポートしていく必要がある。

## VI. 結語

今回の成人看護学の看護過程演習方法は、概ね学生にとって効果的で、学生の理解につながったと考える。看護過程演習において「自分たちで考えることができた」と実感するための要件として、第一に学生が看護過程を理解し、展開するための学習の基盤の確立、第二に学生たちが考えていく時の安心感と学習意欲につながる教員の指導やかかわり、そして第三に学生の自由な話し合いが成立する必要性が明らかになった。さらに、学生が理解できたとよりはっきり実感するために、自分たちで考えが深まらない要因を踏まえ、限られた授業時間でも学生が自由に話し合い、考えを深められるよう、学生側の要因に合わせて教員の指導やかかわりをより工夫して行っていく必要性が示唆された。

また、学生が講義と演習、そして実習を通して看護過程を学び得ていくことを考慮すると、今回の看護過程演習において「自分たちで考えることができた」と実感したことを、今後の実習でも継続できる指導が必要である。特に、看護過程演習で得た思考過程を自分ひとりで展開できるか自信がない、理解できたと感じられていない学生には、

看護過程の理解は演習だけで得られるものではなく、演習後の実習においても、理解できたと実感できるような指導が必要である。

## 文 献

- 1) 江川隆子, 本田育美, 笠岡和子, 鷹井清吉: ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断. 江川隆子編, ヌーヴェルヒロカワ (東京), 4-12, 2004.
- 2) 黒田裕子: 看護過程の教え方. 医学書院 (東京), 1-7, 2001.
- 3) 豊島由樹子, 澤田和美, 西堀好恵, 萩弓枝, 山本恵子, 木下幸代: 紙上事例を用いた成人看護学看護過程演習の評価 (第1報) —看護過程演習前後における学生の自己評価—. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 11;127-138, 2003.
- 4) 清水妙子, 河原田栄子: 周手術期看護における看護診断を取り入れた看護過程演習の実例 —学生の自己評価と教師評価の分析をとおり—. 看護展望, 29(6);716-720, 2004.
- 5) 河原田栄子, 尾山とし子, 吉田和枝: 成人看護学における看護過程演習—ゴードンの機能的健康パターンの枠組みに基づいて—. 看護展望, 29(4);470-474, 2004.
- 6) 前掲2), p16.
- 7) 藤野ユリ子: 看護学生がグループ学習で感じる困難と満足との関係. 日本看護学教育学会誌, 15(1);1-13, 2005.
- 8) 辰野千寿, 高野清純, 加藤隆勝, 福沢周亮: 他項目教育心理学辞典. 教育出版株式会社 (東京), p6, 1986.
- 9) 上野公子, 成澤幸子, 齋藤紀子, 青木菰子: 学生の困難さに焦点を当てた「看護過程」の演習評価—脳卒中慢性期の事例を用いて—. 新潟大学医学部保健学科紀要, 7(5);611-620, 2003.
- 10) 前掲8), p616.



## Original Article

# Improvement in Nursing Process training methods — to acquire thinking process and to have a sense of consideration —

Reiko MURAKAMI, Yoko YAMAMOTO, Terumi MIZUNO,  
Misuzu NAKAMURA

### Abstract

This study examined students' understanding of training contents, evaluation of training methods, and attitudes toward Nursing process training in adult nursing science, and to improvement Nursing Process training methods. We conducted an anonymous, self-describing questionnaire survey among 97 sophomores. They were asked to score their "understanding of training contents" and "evaluation of training methods" on a 5-grade scale, and to freely describe their "attitudes toward Nursing process training." About 90% of the students answered that they understood the training contents, and that the training methods were effective. Their attitudes toward the training were classified into 11 categories representing their approval of the training and 6 categories indicating their requests for improvements in the training. From the relations among these categories, it was found that the factors necessary for students to have a "positive learning" experience were training that provides a base for learning, the trainer's instructions and dedication, and opportunities for free discussion. It was also found that their feelings of not positive learning stemmed partly from their desire to learn based on their individual characteristics.

## 原 著

# 看護部長職がみる看護師の育成に関わる師長の姿と仕組み

里光やよい<sup>1)</sup>，今野葉月<sup>2)</sup>，須釜なつみ<sup>3)</sup>，市塚京子<sup>4)</sup>，  
佐藤淳子<sup>5)</sup>，鈴木照実<sup>6)</sup>，古橋洋子<sup>7)</sup>

抄録：本研究は、看護部長職からみた看護師の育成に関わる師長の姿とその仕組みについて明らかにしたものである。師長の姿として、中核である「育てよう」というスタンスのもとに、2つの概念が抽出された。1つは「育てる戦略」を持っていることであり、そのスタンスは「ゆっくり・じっくり」「やさしさ・きびしさ」「尊重する」であった。もう1つの概念は「職場づくり」であり、「働きやすい、安心できる職場づくり」を行っているという結果となった。

師長の行う看護師育成は、看護観・信念を貫く姿が土台であり、育てようとする羅針盤としてスタッフに映り伝わっていく。その土台の上に、育てる戦略を持つことと、働きやすい安心できる職場づくりのバランスを保つことで、看護師は導かれ育って行くという仕組みになっていると結論づけられた。

キーワード：看護師，育成，看護師長の姿，関わり，仕組み

## I. はじめに

看護師は、臨床の現場で育てられるが、その成長の過程は一様ではなく、ニアミスなどの問題を起こし続ける者、職に就き間もなく辞する者も見られる。日常業務の中に教育を融合させることの難しさを抱えている現実がある中で、現場の看護管理者であり看護師育成を直接に担う立場にある看護師長ら（以下師長とする）は、新人教育を始めとした看護師育成に困難を訴え続けて久しい。

看護管理について述べられている文献を見ると、一方で、キャリア開発の視点から組織全体で行われる集合研修カリキュラムやキャリアラダー等のシステム整備に力点が置かれている現実がある<sup>1)2)</sup>。それらのシステムは看護師の成長を側面から促進

させるものということができよう。

他方、師長の行う看護師育成の実践については、個々の著者の経験や見聞きした事例紹介が多く<sup>3)4)5)</sup>、その議論の広がりには限界がある<sup>6)7)</sup>。師長の立場での実践について人材育成の視点に立ち、包括的に明らかにしようとしているものは非常に少ないとわれわれは判断している。

松下<sup>8)</sup>は、看護サービスについて以下のように述べている。「①患者個人個人、しかも経過プロセスの各段階で異なり、きわめて個別性、瞬時性が強い。②患者対看護師関係の中で創造される。③サービスの質は看護師個人の能力、力量、人間性に負う部分が大きい。④サービスの本質的な原動力は、人の命を大切にし、病んだ人を援助したいという、看護職につく人の価値観の根底をなす様々な動機である」。

すなわち、看護は患者対看護師関係の中で創造されるためにどのような看護実践が行われたかはわからないという特殊性があり、そのような中で看護師が個人的に成長するには自ずと限界があると云わねばならない。看護師は患者との相互関係と日々の看護実践、その過程で受ける指導など

1) 自治医科大学 看護学部 看護学科 基礎看護学、

2) 埼玉医科大学短期大学 看護学科 基礎看護学、

3) 東京都立清瀬小児病院 看護部、4) 東京都立松沢病院 看護科、5) 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 看護部、6) 東京都立東大和療育センター 看護部、7) 元埼玉医科大学短期大学 看護学科 基礎看護学

により鍛えられ、その積み重ねによって育つものであると考えられる。新人教育にプリセプター制が導入されて大きな役割を担って久しく、OJT (On the Job Training) の活用にも力が入れていることはこうした視点の重要性を示唆している。

さらに、これまでの筆者らの経験からすると、改革が必要だと判断された部署に定評のある師長を配置し、立て直しに成功したという例は数多く見られるにもかかわらず、病棟管理者である師長として、臨床での具体的な看護師育成を担う者として、何が重要でありどのような戦略が有効であるのか、その内容や仕組みについて具体的かつ包括的に述べた論文は見あたらず、一般化されてもいない。このような現状から、筆者らは、看護師育成についての病棟単位での関わり、すなわち責任者である師長を中心とした有効な取り組みについて明らかにし、臨床現場での人材育成、教育に役立てる必要性を痛感した。

以上のような問題意識から、看護師を育成する師長の姿を具体的かつ包括的に明らかにすることは、管理に当たる部長・師長らを含む臨床現場で教育的役割を担う立場にある看護職から求められており、その内容は広く臨床現場での人材育成に資するものとなることを確信した。それらを明らかにするため、多くの師長と関わってきた看護部長職をフォーカスグループとし、看護師育成に関わる師長の姿をインタビューした。

分析検討の結果、看護師を育成する師長の姿とその仕組みが明らかになったので報告する。

## II. 研究目的

臨床現場での看護師育成に役立てるために、看護職として経験豊富な現職の看護部長職からみた看護師を育成する師長の姿、およびその仕組みを明らかにすることである。

## III. 用語の定義

1. 看護師の成長とは、患者と関わりながら臨床経験を積み、その組織の中での役割を担いつつ、看護職としての資質も向上していく様子とする。
2. 看護師の育成とは、本稿では師長が中心となり意識的あるいは無意識的に看護師としての成長を促すように関わることとする。
3. 師長とは、病棟の看護管理者である看護師長、婦長。

## IV. 方法

1. 研究デザイン：フォーカスグループのメンバーが関わった師長らの様子について語られた内容そのものをデータとし、師長は看護師をどのように育成するのかについて帰納的に抽出する質的記述研究デザインである。

### 2. 対象

異なる設置主体で働く現職の看護部長・科長らから、これまでに関わった師長らの看護師育成に関すると思われる言動や感じたことなどについて聴取した。看護部長は、看護師として勤務している時期には師長を上司としていた。師長として勤務している時期には他の師長は同僚であった。看護部長・科長に就任後は師長を部下としており、師長の姿を最も多く、長く見ている。また、現職であることは、これまでの臨床現場に即した状況が語られるものと期待され、フォーカスグループとして最も適切な人材であると判断されたため対象とした。

参加者は、関東圏にある病院（設置主体は国立、都道府県立、市立病院等の公立病院、私立大学附属病院、法人等の私立病院、ベッド数150床以上）の現職の看護部長、看護科長であり（表1）、看護師、看護師長を経て現職にある人材ばかりである。各々の施設で定めた組織独自の卒後研修システムを持っている点は共通している。

看護部長（科長）は、師長を通して看護師を育成する立場にあり看護職の代表として病院を管理する立場にある。その意味で看護師、師長、部長の豊富な経験により看護師の成長に重要と思われる洞察は的確であると考えられた。グループダイナミクスが働き、より有効なデータを得られる対象である6名を選定し、一堂に会する形を設定した。

表1 フォーカスグループメンバー

|     | 年代  | 公・私 | ベッド数   |
|-----|-----|-----|--------|
| A 氏 | 40代 | 私立  | 150床   |
| B 氏 | 40代 | 公立  | 500床   |
| C 氏 | 50代 | 私立  | 500床   |
| D 氏 | 50代 | 公立  | 500床以上 |
| E 氏 | 50代 | 私立  | 300床   |
| F 氏 | 50代 | 公立  | 450床以上 |

3. 倫理的配慮：参加者へは事前に口頭および文書で以下の内容を説明した。施設や個人の匿名性を保持し不利益を被ることはないこと、発言は自由であること、結果の公表について説明し、同意の得られた人のみの参加とした。結果公表後には、音声集録媒体、逐語録は破棄することとする。

#### 4. データ収集と方法

##### 1) データ収集期間

平成13年9月1日

質問項目は順序性も含めて研究メンバー間で検討した。参加者へは事前に紙面で伝えた。(表2)

##### 2) データ収集方法

研究メンバー1名が司会を担当し、質問項目に沿って進行した。個人の発言の意志を尊重し、事例の検討なども含めて意見交換されたものを音声収録した。司会以外の研究メンバーはオブザーバーとして参加した。

##### 3) 分析期間

平成13年10月より平成16年10月まで月1回の分析検討を行った。

##### 4) 分析方法

①逐語録に起こしたものをを用い、研究メンバー全員で発言者の意図・内容を確認していった。②テーマに関連する思われた箇所は、コードとして抽出し、背景や文脈を確認し研究メンバー全員でコンセンサスを得た。その過程でフォーカスグループメンバーの発言で繰り返し出現したもの、看護師育成に関わる行動や姿勢、価値観、タイミングや時間の経過、看護師の変化に関わるものにも注目し、それらの関係性についても研究メンバー

全員で確認を行い、コンセンサスを得た。③抽出された概念に名称をつけた。④概念間の性質と関連、大きさを考慮、検討し中心となる概念を抽出作成した。

#### 5. 信頼性・妥当性の確保

概念の抽出過程では、何度も逐語録に戻り、発言の意味、意図の確認を行い概念として抽出し、研究メンバー全員でコンセンサスを得ていった。本研究メンバーの半数以上は看護部科長、副部長職にあり、発言者の状況の理解、データの意味、意図のくみ取りはより妥当な判断がなされたと考えられる。本研究は進行段階で2度の学会発表を行い、概念を公表している<sup>9)10)</sup>。その結果についてフォーカスグループのメンバーへ書面でも報告をしており、異議の返信はなかった。更に研究計画、分析検討の過程において、質的研究において経験実績のある社会学部教授より継続的スーパーバイズを受けた。

## V. 結果

### 1. 概要

音声収録時間はトータル2時間35分であり、語られた師長のべ人数は25名であった。看護部長らが過去から現在において、非常に認めている師長から反面教師的な存在の師長まで、さまざまな姿が語られた。発言内容の意図から、抽出したコード総数は92であった。テーマに沿ってコードの意図を分析し、分類した結果、1つのコードに複数の意味が含まれていた。

もっとも多く抽出されたコードは、「指導方法」に関わるもの27件、以下順に、「コミュニケーション」20件、「看護観」17件、「人間性」15件、「環境づくり」13件、「育てる」9件、「スタッフ把握」8件であった。

「指導方法」と「コミュニケーション」は相互に関連しており、複数の意図が見いだされたものが多かった。また、「コミュニケーション」の中では関連する職種である医師とのコミュニケーションも含まれ、5件あった。「育てる」の中には「任せる」を4件含んでいた。

抽出したコードを概念として命名し関連性をみて配置した結果、看護師育成に関わる師長の姿は図1のような過程をたどり抽出され、図2のようにモデル化された。

表2 フォーカスグループへの質問内容

|   | 質問内容                              |
|---|-----------------------------------|
| 1 | これまで一緒に勤務した師長の中でどんな師長に影響を受けましたか。  |
| 2 | その師長はどんな師長ですか。                    |
| 3 | 現在職場でいいと思っている師長はいますか。どんな師長ですか。    |
| 4 | その師長はスタッフにどんな影響を与えましたか。           |
| 5 | これまで師長からスタッフ育成について相談を受けたことがありますか。 |
| 6 | 看護師の育成についてどのように考えていますか。           |
| 7 | 看護部長が直接、師長を育成する場合はどんな時ですか。        |



図1 看護師を育成する師長の姿 抽出過程

以下に、大中小概念と具体的戦術を含めて引用し、説明を施す。引用中の(中略)は筆者が行ったものである。また、(反)は反面教師的な意味合いで語られたものに付けた。

## 2. 師長の姿

### 1) 育てよう

直接的にスタッフ育成に関わる師長の姿勢として、育てようとする姿勢が師長の行動すべてに影響するという結果になった。その下位の概念として、育てる戦略—スタッフ把握・小さなこともほめ逃げ道を残して叱る・教える・学び／提案のバックアップがあげられた。その中に流れている師長のスタンスは①ゆっくり・じっくり、②やさしさ・きびしさ、③尊重するの3つであった。

一人一人を育てようというきもちをととても大切にしていますし、・・・。(E氏)

人に説得するときには納得できるんですね。そういう時にでも、やはり部下のことを考えて、スタッフのことを考えて言ってますので感情的であっても振り返ったときに、あの婦長さんはやさしかったのだな・・・。(D氏)

### <スタッフ把握>

「スタッフ把握」では、困っているスタッフの姿、できているところを観察するという表現で語られ、まめな面接や食事会などを通じてスタッフの把握がなされていた。

暇さえあれば病棟の中をうろうろして、じかに看護婦達の困っている状況を観察して・・・(A氏)

食事会を開いてくれて、みんなに声を掛けてくれて、ドクターも一緒に・・・80才になれる今でも同窓会をしている(C氏)

スタッフとまめに面接しています。(D氏)

### <小さなこともほめ逃げ道を残して叱る>

相手を尊重し導くという褒め上手ともいうべき姿が語られていた。例えば、小さな事でも認めたり、上司の前で褒めるなどの戦術を用いていた。何かを成し遂げた場合には「あなたがやったからできたのよ」と当人を讃えていた。そしてスタッフに何らかの指摘をする場面では、逃げ道を残しつつ指摘するという叱り上手な姿が語られた。

こんな考え方できるってほんとに素晴らしいですよ。ねって、その人を目の前にしてほめるんですよ。(D氏)

できているときにはささやかでも、ほめちぎって・・・、〇〇さんだからできるのよこれは・・・(A氏)

厳しいところはすごく厳しく言います。あれだけのことをよく言って、あの人落ち込まなかったわね、というくらいに言うのです。ところがついて行くのです。その人には根本的に優しさがある。(D氏)

確かに厳しいです。厳しくても必ず毒消しを後でしているのです。怒りっぱなしではない。後でよんで・・・(F氏)

その場で叱るときには根拠に基づいて叱っていくので、いくら怒っても、それが怒られたという感情が残らない、というのですかね・・・で、彼女に言わせるとそこは、いつも叱るときにはどこか逃げ道を残した形で叱ってあげるのだとか・・・。(E氏)

### <教える>

師長が看護師に「教える」こととして、ナースコールの意味、患者把握の方法、社会人としてのけじめ、人とのコミュニケーションの取り方の4点が語られており、ゆっくり・じっくりという姿勢で関わるようにしていることが述べられていた。

継続的な指導の場面では、やさしさ、きびしさのバランス感覚を用いて、課題を出しつつ逃げ道も残し、学習が継続されるように100点はつけずにあえて80点をつけるなどの戦術を用いていた。やはり、ここでも教育はやさしさ・きびしさのバランスであり、ゆっくり・じっくりという姿勢があらわれていた。

鳴っても立とうとしない新卒さんに、ナースコールってどういう目的があるか、どんな気持ちで患者さんがナースコールを押すか討議して・・・(F氏)

ナースコールは患者さんが看護婦を呼ぶためのものですよ。(中略)何のためのナースコールなのか・・・(B氏)

礼儀作法、身だしなみには非常に厳しかったです。ですから白衣を着るときにはシワのない白衣。これは、非常に良かった。(F氏)

おかしいと思うところは、絶対その場で指摘してい

ました。指摘の仕方が感情的ではないかと反発する人もいましたけれども、その指摘の中では、やはり、やさしさ、きびしさ、看護婦として、社会人として、職業人として必要なはじめはあるんだよ。ということもいつも言っていたので、そのやさしさから生まれてきたものだということが伝わってくる。(D氏)

そこで100点つけないで80点、あとの20点は、人間のやる事って100点はつけられませんよね。あとの20点の部分は、その後どうするのって課題を必ず与えてやる。そうすると、「きたきた」と言いながらもあえてその婦長に会いたいというようになってきますので、部下が(勉強)しやすい状況をつくるのが、とても大事なんじゃないかな。(F氏)

できないって言っても清拭用のお湯はくんでたよ。あそこまでできるんだったらいいじゃない。(E氏)  
子どもだって1年間は歩かないんだから。ゆっくりと育てよう。(中略) 1年間かけてじっくり育てようって。新人達が顔合わせてガス抜きできるように。(C氏)

#### <学び/提案のバックアップ>

上記のF氏の発言のように、学び/提案のバックアップは育てる戦略でありながら職場づくりとしても機能する戦略である。学びを継続することや提案をサポートされることは、働きやすさにつながっている。

#### <職場づくり>

働きやすい安心できる職場であることにより、スタッフは育つと言える。そのような環境が教育的環境であり安心して勤務をし、成長できることになることが抽出された。その職場づくりの構成は、仕事は任せ防波堤に・学び/提案のバックアップ・個人と集団の成長を考える・コミュニケーション重視・人間同士として関わるであった。

仕事を任せられ、防波堤のある環境が、安心できる職場であり、成長する環境である。失敗や困ったことがあってもサポートされることが働きやすさにつながると考えられた。

#### <仕事は任せ防波堤に>

完璧にやるその婦長は聞けば何でも答えられるし技術もやる何でもできる、若くてできるのですが、で

きるんですけど全体が生き生きしてない。なぜだろうと考えたときに、結局一人でやってしまうのですね。そうすると、婦長さんがするからいいわ。だから、たとえ問題があってもあまり指摘しない。だから、自分で全てをやってしまう。下が育たない。(中略) 部下に仕事を与えること、指摘することをきちんとやる婦長の所の方が下がのびて行く。(D氏)

防波堤のような婦長さん。何かあったときには、私達の前にぱっと立って、波を防いでくれるという印象なのですが・・・、何かがあるまではぜんぜんほとんどスタッフを泳がしている。(C氏)

#### <学び/提案のバックアップ>、<個人と集団の成長を考える>

口やかましくて、でも言ってることは、看護婦としての常識、患者さんのためにというのがある方でした。(中略) 清拭を終わってボーッとしていると必ず患者さんの所にいなさいと。さぼってたりすると、何か言われたなというのは覚えているんですけど、すごくとてもいい病棟でやはり休みたくない、いつもいつも病棟にいたいという思いがありました。(C氏)

「あなたがやったからできたのよ」と言って、自信って周りがつけさせてくれるのだなと気づかされた。大変なことでもチャレンジして、(婦長は)そのかわりにまわりを整える。いろんなことを創意工夫する楽しさがあつた。だから仕事が楽しかった。(E氏)

#### <コミュニケーション重視>

コミュニケーションでは、医師も含めた食事会を開催し、コミュニケーションをとる、特に新人に対しては「ガス抜き」と称するコミュニケーションを奨励していた。

食事会を開いてくれて、みんなに声を掛けてくれて、ドクターも一緒に・・・(中略)、そういうところで育ったので人間的にっていうところでは幸せだったと思う。(C氏)

新人達が顔合わせてこう、ガス抜きができるように、自分たちが先輩達にいじめられてあだこうだっていうような、そういう時間を作ったりとかして、またそれを、そうっと病棟の状態に戻していく・・・(C氏)

＜人間同士として関わる＞

師長の人間性についても語られた。相手が学生であろうと、看護師であろうと人間対人間としてつきあうことにより尊重されたという感じ、自分の居場所があるという感覚を持つことが語られていた。

外科の婦長がですね。学生なのに、対等にですね、あなたの考えはそうですか、わたしの考えはこう思うんだけどって、すごい夢中で打ち合っていたいで・・・、やっぱりそこに就職したかった。(B氏)

その婦長をみていると対人間として裸で付き合い合っているなという気がするので、「あの婦長の下で働きたい」という要望もある。(E氏)

自分が間違った頃は素直に認めていますし (C氏)

＜個人と集団の成長を考える＞

勤務表の作成に師長は大変苦慮するが、単純にスタッフを組み合わせることでないためにその苦労はある。中堅や経験の浅い者をバランス良く配置し、成長するような教育効果をねらって作成するからである。チームの士気や連帯としての責任を感じて日々の仕事、即ち看護実践をすることで、看護師の成長があるという考えに立脚している。OJTを大事にするという発言にも表れている。

また、師長自身が勉強する姿がスタッフを学習に駆り立てることも語られ、集団の成長を促進している。

1年生のやったところを3年生が見落とさないようにという目で勤務表を組んだり、(中略)個人の責任ではなくてそのチームの責任になり、かつリーダーシップが育つという一貫性のあるところがいい。チームとしての達成感ができるのだらうなと思います (E氏)

実践教育をするのにいろいろ検討して、やはり教育委員会で作るんじゃなくてOJTで教育する。やはり現場で教育することが大事じゃなかった。(D氏)

その人はいつも看護婦に対して誇りを持っていた。

(中略)患者さんのためにならなくてはいけないのだという基本がいつもありましたので、知らず知らずのうちに看護婦、准看の人たちも進学コースに行ったり勉強をしなければならないというふうに、そういうスタッフが増えていった。(中略)その人はすごい読書家なのです。(D氏)

2) 信念を貫きとおす一片目は理想、片目は現実を見る一

＜師長としての責任＞

師長としての責任とはどのようなものか、意味を明確にし、下位概念とするには難しい概念であった。今回は「看護師長としての役割認識」とした。

スタッフを育成するという役割認識として、スタッフを把握して、自分の考えることをスタッフや医師や他部門、上司にも伝えていくこと、一貫して導くことが、片目は理想、片目は現実を見てなされていくことが語られていた。

患者さんのために正しいかどうかを考えた上で、違う方向の先生にも言えた・・・ (D氏)

医師にものが言えないし、私達が何かをしたいと言っても幹部にも交渉してくれないし (反) (C氏)

医師に対しても必要なことはちゃんという (D氏)  
先生方との根回し上手にできる (E氏)

いつも一つの目では自分の直属の足の下を見ています。ですから、現場をしっかりと見えています。もう片方の目は絶えず理想に向かってずっと見えています。という2つのパターンを備えてられる方です。(F氏)

暇さえあれば病棟の中をうろうろして、じかに看護婦達の困っている状況を観察して・・・ (A氏)

防波堤のような婦長さん。何かあったときには、私達の前にばっと立って、波を防いでくれるという印象なのですが・・・、何かがあるまではぜんぜんほとんどスタッフを泳がしている。(C氏)

一人一人を育てようという気持ちをととても大切にしていますし、全てのことに一貫性があるのですね。例えば、研修に行ったときに研修に行った者が実践できないと意味がないので、あたまの受けた研修はこういう今のこの患者のこのことに結びつくよね、



というようなとらえ方をしたり、リーダーシップを育てるには、勤務表・・・(中略)。個人の責任ではなくてそのチームの責任になり、リーダーシップが育つ、そういうふうにとるところに一貫性がある。(E氏)

#### <ゆるぎない看護観>

責任感だけが感じられても、スタッフはついてこない。信頼を得るだけの看護観を持っているかいないかは、その姿勢からわかるものである。根拠を持って患者中心の看護に導くこと、「看護師であることの誇り」を持っているからこそ、勉強をする。スタッフにも言い続け、その姿を自ら見せ続けることでスタッフからの信頼を得ていく過程が語られていた。

とにかく、患者さんのためにこれはいけない、患者さんのためにちゃんとしなければならない、ということばかりをみんなに伝えてまして、そのために今でいた人たちからの攻撃が強かったのですが、ガンとして自分のポリシーみたいなものを曲げなかった。みんなに厳しかったのですけれども看護ということを考えてときには、正統なものだということを感じていました。激しいところもあるんですが、その激しさを後で考えたときに本当の優しさだったなということに気がついたのです。あなたは看護婦さん、看護婦さんなのだから患者さんのことを考えなさい。それがために1つずつ改善していき、看護を少しずつやっていたのです。その人は、看護婦に対して誇りを持っていました。(中略)やはり、看護とは何かということをしっかりもっておくべきなんだ。スタッフに伝えなければスタッフはついてこないのだ。(中略) その人は左遷までさせられたんです。でも、左遷させられたときに、だれが味方になったかということと結局間違ったことをやっていないということを知った人たちが後押しをしてくれたのです。(D氏)

スタッフ育成に関わると考えられた師長の姿として、直接的ではないが、病棟管理的な要素としても位置づけられる内容が抽出された。信念を貫きとおす片目は理想、片目は現実を見るであった。構成する概念は2つ、師長としての責任・ゆるぎない看護観が抽出された。

看護という仕事に誇りを持ち、ゆるぎない看護観を持ち、それをことある毎に、あるいは常にス

タッフに示し導いていた。また、他職種との交渉場面における師長の姿勢や言動にもその信念が表れ、貫き通す姿にスタッフが影響され成長していくことが語られた。

現実を見ないことにはスタッフ把握も指導もできない。師長の考える看護観や指導に一貫性がないと信頼は得られないことが語られていた。さらに、時間的にも継続した一貫した確固たる姿勢が重要であることも述べられていた。浸透させるためには常に示し続けること、時間を要することも語られていた。

## VI. 考察

### 看護師育成に関わる師長の姿と仕組み (図2)

#### 1. 「育てよう」と「信念を貫き通す一片目は理想、片目は現実を見る」の関係

育てようとする姿勢がもっとも中心となる概念であると結論づけたが、どう育てたいのかを示すのが、片目は理想、片目は現実を見て信念を貫き通すというものである。師長としての病棟運営の理想を持ち、かつ、現実をも見つつ、自分の持つ信念を貫く姿勢を示し続けることが、師長の信念としてその姿に映り、看護師たちは導かれて行く。その姿勢とは、ゆるぎない看護観であり、看護師としての誇りを持っている言葉にあらわれ、患者中心の看護を説き、師長としての責任を果たすべく、医師など他部門との交渉時にも貫かれている姿である。看護師はそのような師長の姿から学び、育てられていくのである。

#### 2. 「職場づくり」と「育てる戦略」の相補性

職場づくりと育てる戦略は全く異なる概念ではなく、相互に影響し合っていると考えられる。育てる戦略は、ゆっくり・じっくり、やさしさ・きびしさ、尊重するというスタンスで、育てようとしている。スタッフの困っているところ、できているところを面接や食事会をとおしても把握(スタッフ把握)し、ナースコールの意味、患者把握、社会人としてのけじめやコミュニケーションの取り方を教える。学会、研修会からの学び/提案のバックアップをされることは、尊重されることで居場所ができるという環境になり、師長のバックアップを受け推進していく過程は成長のプロセスということが出来る。

働きやすい、安心できる職場をつくるためには、

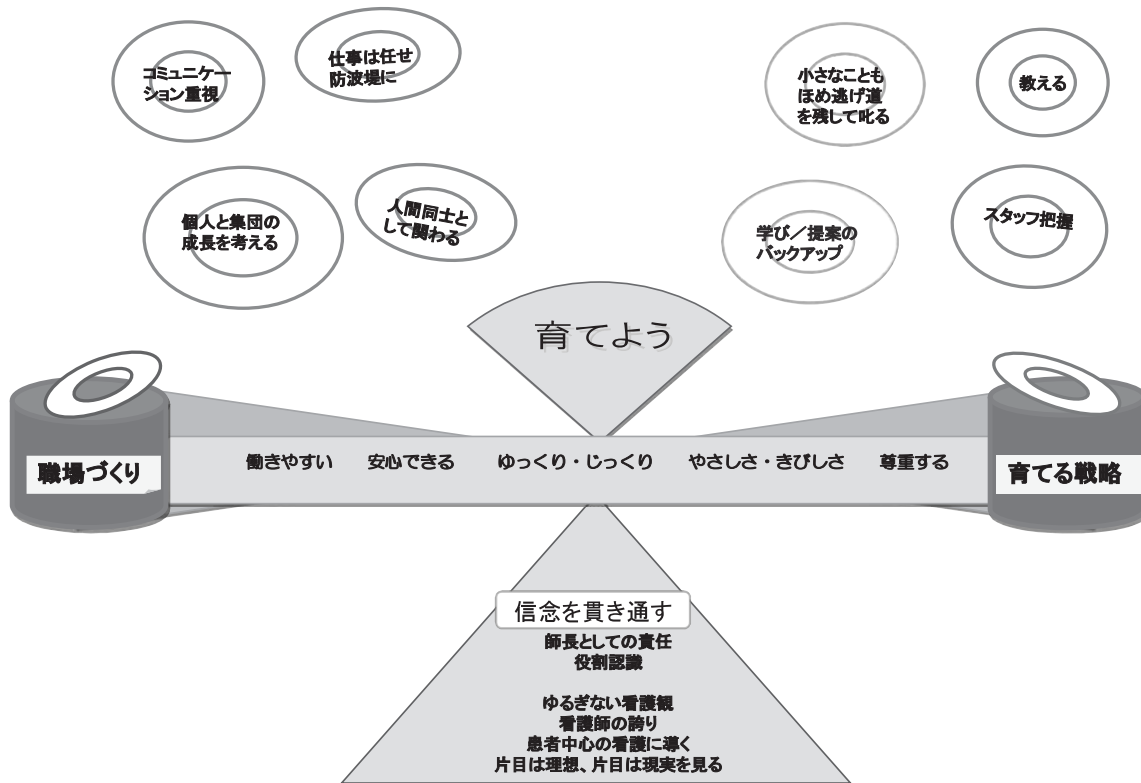


図2 看護師育成に関わる師長の姿と仕組み

育てようという姿勢が核となり活きている。仕事を任せることは、人を尊重しているからこそであり、成長させることであるが、何かあった時には防波堤になる。チームで責任を取り合いながら看護師を育てることのできる勤務表づくりや中堅の登用、成長は個人の努力のみならずチームの協力により実現できたことを伝え、チーム内に連帯感が生まれるように言葉掛けを行っている。さらに、師長自身も勉強する姿勢も示し、看護師らを学習に駆り立てる原動力にもなっている。

職場づくりにおいても、ゆっくり・じっくり、やさしさ・きびしさ、尊重するというスタンスは活かされており、新人同士のコミュニケーションなどいわゆるガス抜きや食事会を行い、きびしさだけでなく、医師などとも食事会を行いながら、肩の力を抜けるようなひとときを奨励し、その価値を認めコミュニケーションを重視している。

人間的な部分では、笑顔であり、相手が学生であろうが看護師であろうが、その関係性にとらわれず人間同士として関わる姿は、相手と同じ人間として尊重している姿である。

### 3. 看護師育成の要である師長の姿勢

このように見てくると、看護師育成の要は、図2で土台として画いたゆるぎない看護観、患者中心の看護観に基づいた信念である。この看護観の信念、土台がなければ、育てようとする方向を示せず羅針盤とはならないのである。しっかりとした看護観がなければ師長としての責任をどう果そうとしているかも周囲の者は見いだせないのである。

育てる戦略と職場づくりは、バランス感覚を必要とすると考えられた。どちらか一方に偏っては、師長の姿勢である土台はくずれ、羅針盤は見えない。すなわち、職場づくりと育てる戦略のバランスが悪ければ、人は育たないことを意味する。土台がしっかりしていればこそ、その上に乗るものは安定し、効力を発揮することができる。そのような師長を要とした安定感のある環境において、看護師は育つと考えられた。

人は環境に育てられるとも、教育は文化である<sup>11)</sup>とも言われる。ひとつの環境があればその環境なりの文化が創られる。部長らは、看護管理者である師長が看護師育成の要となり、師長自身の看護

観・信念にもとづき関わり、職場での育つ環境づくりを行い、看護師らを導いていることを捉えていた。

#### 4. 看護管理の中の看護師育成

わが国に現存する最初の看護管理の記述は、「看病婦長服務心得書 (明治33年)」であり、第1項に、看護婦の監督し不都合な行為があるときには戒諭することとされており<sup>17)</sup>、師長自らが看護師を戒め諭すという教育的役割が謳われている。

現在の看護管理テキスト等の文献における教育の取り扱い、集合研修や新人研修、キャリア開発の面からクリニカルリーダーについて述べられている<sup>18)</sup>。それらの記述の中では、「育成する」というスタンスよりは、人材資源活用や人材資源管理という言葉が使われ、そこにある資源としての人を使うという意味合いが感じられる。「育成」というスタンスは「管理・マネジメント」や「リーダーシップ」という言葉に埋没していると考えられる。

しかし、現実には看護師を人材として活用するよりも育成する必要性や育成方法の課題について報告され続けている。須釜ら<sup>19)</sup>はトラブルを起こしがちな看護師と面接をし、周囲の関わりや上司の関わりも適切とはいえないこと、看護師本人が解決者として行動することなしに、上司は常に配置転換などの処遇を決定している傾向があったことを報告し、臨床現場で看護師を育成するという姿勢が師長などに求められていることを示唆している。

多久島ら<sup>20)</sup>は地方の民間病院で働く看護師に質問紙調査を行い、民間病院における看護師現任教育に影響を及ぼす要因は、「オーナーの理解の低さ」「人材育成の視点の欠如」「スタッフの意欲の低さ」「自助努力の欠如」「発展途上の個と組織」の5つを抽出している。看護管理における教育の課題であり、人材不足であると同時にオーナー、部長、師長の人材育成の視点の欠如を指摘している。

グレッグら<sup>21)</sup>は病院におけるキャリアマネジメントの問題として、「スタッフのキャリアに対する意識の低さ」「キャリアマネジメントが困難な職場風土」などがあると報告しており、解決には現場の意識改革を含む看護師育成が必要であり、現場の管理職である師長の力にゆだねられている

ものが大きいことが推察される。

以上のことより、師長の行う看護管理において、看護師の育成することの重要性は折に触れ訴え続けられているものの解決に窮している状態であると判断される。

一方、師長のリーダーシップについてもその有り様が探求され続けている。永池ら<sup>22)</sup>は、リーダーの条件について選択肢を用いた看護師から回答を得た結果として、上位には「役割モデル (お手本) となってくれる」「指導・教育してくれる」が上がっており、看護師は師長の教育力を重視していることが示唆されている。

村島ら<sup>23)</sup>は看護管理者ファーストレベル研修会でリーダーシップ行動として抽出された24項目を、大谷ら<sup>24)</sup>は複数の病棟師長を勤める有能な師長のリーダーシップ行動を、太田ら<sup>25)26)</sup>はリーダーシップ行動と心理的エンパワメントとの関係を報告している。三者とも、表れている行動を抽出した点に共通性がある。また、新井ら<sup>27)</sup>は看護師15名に忘れられない看護体験と看護師長の関わりについてインタビューし、師長の教育的な関わりについて本稿の結果と部分的に重なる行動や姿勢を報告している。看護師の体験にどのように師長が関わり、その経験を看護師は再構築していったかを明らかにするという目的であり、本稿とは意図が異なり、看護実践場面に限定された範囲での調査結果と考えられる。

以上のように先行研究の成果を踏まえ本研究では、多くの師長を見てきた看護部長の目にとまったのべ25名の師長の有り様から、その行動のみならず姿勢も含め看護師育成の視点に立った具体的な行動や姿勢を包括的に抽出した。とりわけ職場づくりと育てる戦略を明らかにしたことに特徴がある。また、それらの行動は師長自身の看護や役割に対する信念と育てようという思いがあればこそ、行動として表出されるものであり、徐々に看護師らに伝わっていくものであることを明らかにしたこと、その結果を看護師育成のしくみとして図式化したことは本研究の成果であると考えている。

#### Ⅶ. 結論

本研究において、看護部長職からみた看護師を育成する師長の姿は、以下の姿が抽出された。「育てよう」という姿勢が中核となり、2つの概

念が抽出された。1つは「育てる戦略」であり、そのスタンスは「ゆっくり、じっくり」「やさしさ、きびしさのバランス」「尊重する」であった。もう1つの概念は「職場づくり」であり、「働きやすい、安心できる職場づくり」が抽出された。

師長の行う看護師育成は、看護観・信念を貫く姿が土台であり、育てようとする羅針盤としてスタッフに映り伝わっていく。その土台の上に、育てる戦略を持つことと、働きやすい安心できる職場づくりのバランスを保つことで、看護師は導かれ育って行くという仕組みになっていると結論づけられた。

### Ⅷ. おわりに

本研究は6名の看護部長職によるフォーカスグループインタビューという形式をとり、師長の看護師を育成する姿について明らかにした。先行研究の上に積み重なる結果となり、一般化に近づいたものとする。看護管理の中において、臨床で看護師を育成するという姿勢の重要性が増大していることを認識され、本研究結果が活用されれば幸いである。今後は本研究での結果をもとに、中堅看護師や看護師長らからの協力も得て、看護師の成長に影響を及ぼすものについて更にあきらかにしていきたいと考えている。

本調査にご協力頂いたフォーカスグループメンバーの皆さまに心より感謝いたします。

### 文 献

- 1) 井部俊子監修：看護管理学習テキスト4 看護における人的資源活用論，日本看護協会出版会，26-27，2006.
- 2) 平井さよ子：看護職のキャリア開発，日本看護協会出版会，45-134，2002.
- 3) 多田徹佑，孤嶋圭子，細川政宏：婦長・主任のホントの仕事，医学書院，162-193，2002.
- 4) 長谷川啓三：解決志向の看護管理，医学書院，41-63，1999.
- 5) 佐藤紀子：変革期の婦長学，医学書院，105-138，2003.
- 6) 井部俊子監修：看護管理学習テキスト1 看護管理概説，日本看護協会出版会，129-165，2006.
- 7) E.H.シャイン：キャリア・ダイナミクス，白桃書房，235-302，1996.
- 8) 松下博宣：看護経営学第4版，日本看護協会出版会，136-137，2006.
- 9) 里光やよい，瀬瀬葉月，須釜なつみ，市塚京子，佐藤淳子，鈴木照実，古橋洋子；ナースのキャリアアップと看護師長の関わり，第23回日本看護科学学会講演集，354，2003.
- 10) 里光やよい，瀬瀬葉月，須釜なつみ，市塚京子，佐藤淳子，鈴木照実，古橋洋子；ナースのキャリアアップと看護師長の関わり（第2報），第24回日本看護科学学会講演集，539，2004.
- 11) J.Sブルーナー：教育という文化，岩波書店，1-57，2004.
- 12) 草刈淳子：看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究，看護研究，29(2);31-46，医学書院，1996.
- 13) 水野暢子，三上れつ：臨床看護婦のキャリア発達に関する研究，日本看護管理学会誌，4(1);13-22，2000.
- 14) 井部俊子監修：看護管理学習テキスト3 看護マネジメント論，日本看護協会出版会，153-158，2006.
- 15) 看護の基準 連載第6回：看護スタッフ能力開発の基準，国際ナースレビュー，17(3);62-63. 日本看護協会出版会，1994.
- 16) クレアM・フェイガン：フェイガンリーダーシップ論，日本看護協会出版会，73-105，2004.
- 17) 前掲書6)，30，2006.
- 18) 上泉和子ほか；系統看護学講座別巻8 看護管理，医学書院，178-212，2006.
- 19) 須釜なつみ，鈴木照実，市塚京子，佐藤淳子，古橋洋子；キャリアアップできない看護婦の育成方法—面接記録の分析第1報—，日本看護管理学会誌，vol2, No2, 46-47, 1998.
- 20) 多久島寛孝ほか；地方における民間病院の看護師現任教育に関する課題，第7回日本看護管理学会年次大会講演抄録集，84-85，2003.
- 21) グレグ美鈴，池西悦子；看護部長からみたキャリアマネジメントの現状と課題，第26回看護科学学会学術集会講演集，239，2006.
- 22) 永池京子，安里節子，名嘉かつえ；チェンジリーダーをめざして—変革期にある看護職員の意識を通して—，日本看護管理学会誌，

- 6(2), 46-51, 2003.
- 23) 村島さい子, 加藤和子; リーダーシップ・スタイル実験室で表現されたリーダーシップ・アクション, 第7回日本看護管理学会年次大会講演抄録集, 164-165, 2003.
  - 24) 大谷和子, 勝原裕美子; 病棟運営を効果的に行う看護師長のリーダーシップとは—スタッフと同僚の視点から—, 第9回日本看護管理学会年次大会講演抄録集, 162-163, 2005.
  - 25) 太田規子, 池田紀子; 看護師長の変革的リーダーシップ行動と看護師の心理的エンパワメントとの関連, 第7回日本看護管理学会年次大会講演抄録集, 58-59, 2003.
  - 26) 太田規子; 看護師が満足と感じる看護師長のリーダーシップ行動, 第8回日本看護管理学会年次大会講演抄録集, 146-147, 2004.
  - 27) 新井文子, 金子あけみ; 看護師の経験の再構築における看護師長の関わり—看護師が認識した内的世界を通して—, 第8回日本看護管理学会年次大会講演抄録集, 194-195, 2004.

## Original Article

# Influences of the nurse manager's basic attitudes upon the growth of junior nurses' ability: a focus-group interview with the directors of nursing divisions;

Yayoi SATOMITSU<sup>1)</sup>, Hazuki KONNO<sup>2)</sup>, Natsumi SUGAMA<sup>3)</sup>, Kyoko ICHIZUKA<sup>4)</sup>,  
Junko SATO<sup>5)</sup>, Terumi SUZUKI<sup>6)</sup>, Yoko FURUHASHI<sup>7)</sup>

### Abstract

The purpose of this paper is to elucidate the how of possible influences of the nurse manager's basic attitudes and behavior upon the growth of junior nurses' ability through a focus-group interview with the directors of nursing divisions.

After the analysis of the interview results, two key concepts of the nurse manager's basic attitudes have been identified, which embody the spirit of the 'encouragement of the growth of junior nurses.' The first concept is that of 'training strategy,' which consists of three tactics: (a) the tactics of 'slow but steady' training; (b) that of making use of 'gentle but strict,' and (c) that of 'giving respect to the individual's individuality.' The second is that of 'creating a good work environment,' which makes it possible for junior nurses to feel stimulated and eager as well as to devote themselves to work in the ward.

The manager's basic attitudes are found to be based on his/her own belief and conviction about nursing, and it appears that they spread contagiously among junior nurses. A major mechanism for the growth of junior nurses' ability is a function of whether the manager in question can keep a delicate balance between 'training strategy' and 'creating a good work environment.'

---

<sup>1)</sup> Theoretical Nursing, School of Nursing, Jichi Medical University

<sup>2)</sup> Fundamental Nursing, School of Nursing, Saitama Medical University College

<sup>3)</sup> Nursing Department, Tokyo Metropolitan Kiyose Children's Hospital

<sup>4)</sup> Nursing Department, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

<sup>5)</sup> Nursing Department, Tokyo Metropolitan Health and Medical Treatment Corporation Tama-Hokubu Medical Center

<sup>6)</sup> Nursing Department, Tokyo Metropolitan Higashiyamato Medical Center For The Severely Disabled

<sup>7)</sup> Former Fundamental Nursing, School of Nursing, Saitama Medical University College

## 報告

# オーストラリアの母子保健システムの現状とわが国の母子保健サービスへの提言

岡本美香子, 大原良子, 成田 伸

## A suggestion from the family and child health service in Australia

Mikako OKAMOTO, Ryoko OHARA, Shin NARITA

**要旨:** わが国では近年市町村合併が盛んになり、母子保健サービスの統合が行われ、サービスの低下が懸念されている。一方で、児童虐待や産後うつ病が注目されるようになり、母親への育児支援や精神的支援の方向性が検討されている。そこで、これらの母子保健サービスが既にシステム化されて行われているオーストラリアにおいて、母子保健システム、母子保健看護師の看護実践について調査した。調査の結果からオーストラリアでは、チャイルドヘルスセンターを拠点に、母子保健看護師 (Maternal and Child Health Nurse) が母子を継続的に受け持ち、産後うつのスクリーニングや母子関係の評価を行い、必要時に関連施設と連携して支援する体制が成立していた。また、母子保健看護師は死産後の女性に対しても地域において継続的に支援していた。母子保健看護師はその教育制度や役割から、日本の地域で活動する助産師に相当していた。日本においても、分娩施設退院後の早期から継続した母子保健サービスを行っていくためには、地域で活動する助産師などの母子支援に関わっている専門家を中心にした情報の一元化や支援機関間の連携がとれるようなシステムの構築が必要だと考えられる。また、EPDSなどの簡易で行えるスクリーニングの普及、死産後の女性の悲哀への支援など幅広い対象者への支援を可能とする、助産師など母子支援に関わっている専門家に対するさらに専門的な教育などが必要だと考えられた。

**キーワード:** 母子保健システム, 母子保健看護師 (Maternal and Child Health Nurse : M & CHN), エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS), 悲哀への支援

### I. はじめに

日本では、核家族化、少子化によって育児不安を抱えた母親の増加が指摘されており<sup>1), 2)</sup>、自治体や病院施設によってさまざまな育児支援サービスが取組まれている<sup>3) ~6)</sup>。また産後うつ病にも注

目が集まるようになり<sup>2), 7), 8)</sup>、母親のメンタルヘルスの重要性が言われるようになってきた<sup>9), 10)</sup>。しかし、母親の育児不安や育児技術の未熟さに対する支援は各実施者が個別に行っている状況であり、システムとして継続した支援が母子に届いているとは言いがたい<sup>3) ~6)</sup>。

オーストラリアにおいても同様に、少子化の現象がおきている。オーストラリア政府は、その打開のため、母子保健に力を入れており、母子保健

自治医科大学 看護学部 母性看護学  
Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical University

看護師 (M&CHN) を中心とした、新生児の健康状態の把握から母親に対する育児支援や精神的支援まで幅広いサービスを行うシステムを構築した。この母子保健サービス事業について調査を行ったので、その結果と日本の母子保健サービス事業への応用の可能性について報告する。

## II. 調査方法

### 1. 目的

- 1) オーストラリアの母子保健サービスのシステムを知る
- 2) 母子保健看護師 (M&CHN) の看護実践を知る

### 2. 方法

- 1) オーストラリアの母子保健サービスシステムに関連する資料を、オーストラリア保健省、各州保健局のホームページやから収集する。
- 2) 現地調査として、チャイルドヘルスセンターの施設見学調査、チャイルドヘルスセンターに勤務する母子保健看護師 (M&CHN) 1名への聞き取り調査を行う。聞き取り内容については公表することを口頭で説明し、同意を得る。

### 3. 調査場所

豪州タスマニア州ロンセストンMowbray チャイルドヘルスセンター

### 4. 調査期間

2006年3月11日～3月18日

## III. 結果

### 1. 調査の概要

オーストラリア保健省、各州保健局のホームページから、母子保健サービスに関連する資料を収集した。また、調査期間内にMowbray チャイルドヘルスセンターを訪問し、研究の主旨を説明し同意が得られたので、母子保健看護師 (M&CHN) 1名への聞き取り調査を行った。

今回中心に調査したMowbray チャイルドヘルスセンターは豪州タスマニア州ロンセストンにある。タスマニア州の母子保健システムは、オーストラリア政府が作成したガイドラインに沿った形で行

われており、各州の母子保健サービス内容と比較したところ、サービス内容、実施時期ともに同様であった。そのため、Mowbray チャイルドヘルスセンターで行われている母子保健サービスは、オーストラリアの状況をほぼ代表していると考えた。

## 2. オーストラリアの母子保健サービスのシステム

### 1) 母子保健の流れ

オーストラリアでは、子どもの健康診査について国でガイドラインが作成されている<sup>1)</sup>。ガイドラインによって推奨されている健診の時期と内容を表1に示した。表に示したように健診の時期については、日本の乳幼児健診とさほど変わりはない。また、母子保健看護師によると、政府のガイドラインに基づいてタスマニア州で独自の母子保健サービスを行っているが、他の州と健康診査の内容や実施の時期などは大差ないとのことであった。

分娩した施設 (以下分娩施設と略) 退院から地域への母子保健サービスの移行について、日本と大きく違う点が2点あった。第一に、オーストラリアでは通常、母子は産後3日程度で退院するが、退院時に分娩施設助産師が母子の情報をチャイルドヘルスセンターへの連絡を必ず行うことである。第二に、退院後の母子が主にチャイルドヘルスセンターにおいて母子双方のサービスを受けていく点であった。これら2点により、母子は、母子を十分に理解したスタッフによる育児支援を地域で受ける事が可能となっている。

### 2) Personal health record (PHR) (通称、ブルーブック)

分娩施設退院時、母子はPersonal health record (PHR)、通称ブルーブックと呼ばれる手帳をもらって帰る。この手帳には健診結果の記録ページがあり、退院時には、分娩状況、出生直後の新生児の状態、出生体重、身長、頭囲などの計測、ビタミンKやB型肝炎の免疫グロブリンの投与、ガスリーテスト、医師の診察結果など、入院数日間の記録がされている。またPHRは、その後5歳まで使えるようになっており、健診前に答える問診や、健診に関する情報、育児に関する情報が含まれる。具体的な健診や指導の内容は表1の健診のガイドラインに示しているが、これらの内容は、日本の母子健康手帳に類似していた。



しかし、日本の母子健康手帳との違いとして、健診だけでなく風邪などで病院を受診した際にも持参し医師に記録を書いてもらうようになっていた点があった。PHRには、子どもの健康、成長・発達に関する情報がすべて記録される。これにより、育児支援に関わる全てのスタッフが情報共有でき、それまでの子どもの経過が一目瞭然でわかるようになってきている。健診結果やアセスメントの記録は、複写できる2枚綴りになっており、チャイルドヘルスセンターが1枚保管し、一人の子どもの健康状態から提供されている支援まで全てを把握できるようになっている。

### 3) チャイルドヘルスセンター

チャイルドヘルスセンターでは、Family Child and Youth Health Serviceの一部を担っており、0～5歳までの親子を担当し健診を扱っている。チャイルドヘルスセンターは、母親に対するカウンセリングやサポートの実践を通して、家族に対しては健康と実践の親役割の情報提供、子どもたちに対しては成長発達のアセスメントを行なっている。また、母親の産後うつ病のスクリーニングを行い、必要に応じてカウンセリング、介入、専門家の紹介、子育てグループやほかの企画に参加する機会を提供し、地域の中でほかのサービスへとつなげていた。

表1 乳幼児健康診査のガイドライン

(文献12)を参考に作成)

| 時 期     | 健診内容   | 指 導  |
|---------|--|--|
| 1～4週    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・分娩時の状況と退院後の経過</li> <li>・身体観察（身長・体重・頭囲・大泉門・呼吸・心拍・臍・生殖器・肛門・皮膚の状態・反射など）</li> <li>・栄養方法（母乳・人工乳）</li> <li>・視力・聴力</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・授乳、睡眠、赤ちゃんのあやし方など育児について</li> <li>・母親の健康状態、産後うつ</li> <li>・SIDS（乳児突然死症候群）</li> <li>・寝かせ方について 頭の形の変形予防</li> </ul>                                 |
| 6～8週    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体観察（身長・体重・頭囲・呼吸・心拍・大泉門・首の据わり・表情・生殖器・肛門・皮膚の状態・モロー反射など）</li> <li>・栄養方法（母乳・人工乳）</li> <li>・視力・聴力</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・予防注射</li> <li>・SIDS（乳児突然死症候群）</li> </ul>   |
| 6～8ヶ月   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体観察（身長・体重・頭囲・呼吸・心拍・生殖器・肛門・皮膚の状態など）</li> <li>・栄養方法（母乳・人工乳）</li> <li>・視力・聴力</li> <li>・運動機能</li> <li>・言語機能</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・離乳食の開始</li> <li>・睡眠パターン</li> <li>・子どもとの遊び</li> <li>・赤ちゃんが動きだしてからの安全</li> <li>・言語習得の支援</li> <li>・歯のケア</li> <li>・紫外線予防</li> <li>・家族計画</li> </ul> |
| 1歳6ヶ月   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体観察（身長・体重・皮膚の状態など）</li> <li>・栄養方法（母乳・人工乳）</li> <li>・視力・聴力</li> <li>・運動機能</li> <li>・言語機能</li> <li>・社会性</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・行動（分離不安を含む）</li> <li>・家や外での安全の確保</li> <li>・こどもとの遊び</li> <li>・トイレトレーニング</li> <li>・しつけ</li> <li>・予防注射</li> </ul>                                 |
| 2歳半～3歳半 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体観察（身長・体重・皮膚の状態など）</li> <li>・視力・聴力</li> <li>・運動機能（歩行の仕方）</li> <li>・言語機能</li> <li>・社会性</li> </ul>                      |  |
| 4～5歳    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康状態</li> <li>・成長・発達</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・就学前の予防注射</li> </ul>  |

表2 母子保健サービスの実施設 (文献12,13)を参考に作成)

|                               | タスマニア                 | 栃木県                      |                    |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|
| 面積                            | 67,800km <sup>2</sup> | 6,408km <sup>2</sup>     | 面積                 |
| 人口                            | 488,900<br>(2006.6現在) | 2,016,452<br>(2005.10現在) | 人口                 |
| 年間出生数                         | 5,700 (2003)          | 17,363 (2005)            | 年間出生数              |
| チャイルド・ヘルス・センター<br>(対出生数)      | 80<br>(71.25)         | 49<br>(354.3)            | 保健センター<br>(対出生数)   |
| ペアレンティング・センター<br>(対出生数)       | 3<br>(1,900)          | 10<br>(1,736)            | 健康福祉センター<br>(対出生数) |
| チャイルド・デベロップメント・ユニット<br>(対出生数) | 2<br>(2,850)          |                          |                    |

表2に母子保健サービスの実施設についてタスマニアと自治医科大学がある栃木県を比較して示した。訪問したタスマニアでは、年間出生数は約5,700人(2003年)であった<sup>12)</sup>。チャイルドヘルスセンターが80箇所以上存在し、1施設あたりの対出生数は71.25人であった。一方、栃木県では年間出生数は17,363人(2005年)とタスマニアの約3倍であるのに対して、健康な母子へのサービスを担当する保健センターは49と約半分しかなく、対出生数354.3人とほぼ5倍になっていた<sup>13)</sup>。タスマニアは栃木県に比べて10倍近く広く面積をカバーしなければならない。しかし、チャイルドヘルスセンターが母子へのサービスのみを行うのに比べて、日本の保健センターが母子保健以外に老人や成人など地域住民全員を対象に含めることを考えると、タスマニアでは日本に比べ母子保健に多くの人員と施設がさかれていることが分かる。

今回調査を行なったMowbray チャイルドヘルスセンターは、タスマニア州第2の都市ロンセストン(人口9万8,500人)にあり、小学校に併設されている。一つのチャイルドヘルスセンターが、2~3の小学校の校区を合わせた程度の地域を担当しており、月曜から金曜の日中に開かれている。

このチャイルドヘルスセンターには、医師は駐在しておらず、理学療法士、作業療法士、言語療法士が各1名ずつ非常勤で駐在しており、看護職では、3名の常勤の母子保健看護師(M&CHN)が働いていた。医師がいないことから、疾病を持つ子どもではなく、健康な子どもと母親を対象としている施設であることがわかる。

#### 4) さまざまな支援機関と支援機関間での連携したサポート体制

オーストラリアでは、州の保健局が多様な専門支援機関を各地に持ち、またその支援機関間での連携した母子サポート体制が構築されていた。その中でチャイルドヘルスセンターは中心的存在であり、母子に支援が必要と判断された場合、さまざまな機関を紹介を行なう。日本では、保健所などに一度紹介されると、その後の情報がなかなか地域に戻ってこないが、オーストラリアではこれらの紹介や行われたケアの情報は、チャイルドヘルスセンターに戻ってくるようになっており、チャイルドヘルスセンターを中心に連携し、継続できるようになっていた。

シングルマザーや親の薬物や服役などの問題を抱える親子を支援するファミリーリソースセンターや、家族内での虐待に対する介入を行う機関もあったが、ここでは5歳以下の子どもを持つ家族を支援する3機関に限って紹介する。

##### ①ペアレンティングセンター

ペアレンティングセンターは、5歳以下の子どもをもち、親役割獲得に関連してなんらかの問題を抱える家族に対して集中的な支援を行う施設である。日本では、保健センターや児童相談所が担っている支援であるが、対象を5歳以下の親子に絞ってこの時期の親子の発達課題に対して介入を行うことができる。具体的な問題としては、授乳、育児技術、産後うつ病、仕事と家庭での役割の調整、子どもとのコミュニケーション、親の自尊心の低下、養子問題、兄弟間の争い、子どもの死による悲嘆、トイレトレーニングなど親役割に関連する一般的な問題が挙げられる。これらは

子育ての過程でよくある問題や状況であり、しかも一度起こると家族全員に影響する。そのため、センターでは両親に自分たちの生活を見つめ直す機会を提供し、これらの問題を解決できるスキルを学び培うプログラムを開催している。また、必要に応じてソーシャルワーカー、臨床心理士、母子保健看護師（M&CHN）への紹介が行なわれている。

#### ②チャイルドディヴェロップメントユニット

チャイルドディヴェロップメントユニットは、発達に遅れがあるのではないかと疑われた5歳以下の子どもに包括的なアセスメントと支援を提供する。チームとして、家族を中心としたアプローチから働きかけ、両親がアセスメントや治療や育児方法の意思決定の中に含まれるように調整している。

#### ③おねしょをする（夜尿症）子どもへのプログラム（Wetaway program）

5～6歳の夜尿症の子ども達に対して行われるプログラムである。タスマニアでは、ロンセストン、ニュータウン、デボンポート、バーリンにあるチャイルドヘルスセンター4ヶ所が行っている。

このプログラムではセルフマネジメントできるようにすることを目的にしており、教育、膀胱訓練、行動訓練や動機付け、夜尿症に対する警告の4点が含まれる。チャイルドヘルスセンターの母子保健看護師（M&CHN）が支援や指導、カウンセリングを行っている。

### 3. 母子保健看護師の看護実践

母子保健看護師（Maternal and Child Health Nurse：以下M&CHNと略）は、大学院または専門職大学院においてM&CHNに必要な単位を取得し、申請した看護師である。州によっては、M&CHNという名称ではないが、助産師がこの役割を担うこともある。M&CHNの母子への支援内容は、授乳、児の栄養、児の成長発達、母体の健康、育児技術、児への安全な家庭環境、予防接種、地域支援サービスの情報提供、育児準備教室、初産婦の友達・自助グループ作りなどである。育児準備室など集団を対象にする支援も行なうが、個人を対象にした支援が主である<sup>14)</sup>。

M&CHNは、分娩施設から出産の連絡を受けた後、出産後の母親に電話連絡を取り、家庭訪問も実施している。この家庭訪問は産後2週間以内に

実施することを原則としており、児の身体観察、母乳育児の支援の他に家庭内暴力・事故につながる因子は無いかといった危険因子の査定を行なう<sup>14)</sup>。また、全員の褥婦を対象にエジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）を用い産後うつ病のスクリーニング及び情緒的支援も行なっている。この家庭訪問は、母親1名につき原則1回のみの実施で、それ以降、生後1ヶ月頃にチャイルドヘルスセンターで健診を受け、5歳までの定期的な健診を一貫して受けて行くこととなる。定期的な健康診査だけでなく、母親は育児不安を感じる時はいつでもこのセンターを訪問し、相談を受けることが可能である。1施設でそれぞれの母子と5年間にわたり一貫して支援を行うため、親密な関係を築くことが可能となる。

家庭訪問時に何らかの問題があると判断された母子には、M&CHNが再度家庭訪問を実施したり、チャイルドヘルスセンターへ来所してもらったりして、経過を観察していくことも行なっている。チャイルドヘルスセンターだけでは問題が解決できない場合は、ペアレンティングセンターと協同して支援に当たっていく。また、母乳に関してトラブルがある場合は、母乳育児を専門に支援する開業助産師への紹介も行なっている。オーストラリアでは産後7週で職場復帰をするのが一般的で、職場復帰とともに母乳育児を止める人が多い。そのため、6～8週の健診時では卒乳の指導もM&CHNが行ない、母子双方の支援を行なっている。

今回訪問したMowbrayチャイルドヘルスセンター内でも、母子を中心としたサービスの中心的な役割を果たしていた。タスマニア州では、M&CHNはチャイルドヘルスナースの名称で呼ばれていた。また先ほど述べた母子保健の支援機関間での連携においても、重要な役割を担っていた。1施設に3名という人数から、訪問や機関内での相談活動を通じて、それぞれの母子へ十分な時間を取り、きめ細やかな支援を行っていた。

Mowbrayチャイルドヘルスセンターでは、24時間体制の電話相談も行なっていたが、ここでもチャイルドヘルスナースが活躍していた。母親がホットラインに電話すると、自動音声による対応があり、一般的な問題については自動音声によって解決できる。特殊な問題に関して、チャイルドヘルスナースへ繋がるようになっており、対応する

電話相談は一晩に2,3件であるとのことだった。この電話相談はタスマニア全土のチャイルドヘルスセンターが持ち回りで担当しており、それぞれのチャイルドヘルスナースへの負担は月に1~2回と少なくしながらも、母子に必要な支援を提供できていた。

タスマニアでは、これら正常な母子や家族に対するケアのほかに、数は少ないものの、死産や新生児・乳児の死亡を体験した母親や家族に対して、グリーフケアや乳汁分泌の停止等の乳房のケアなども提供していた。

以上のように、M&CHNには、早期新生児期から5歳まで幅広い子どもに対する医学的知識や、観察・アセスメント能力に加えて、母親や家族に対する育児支援やエモーショナルサポートの能力も求められている。また、他職種と連携をして母子へ支援して行くうえで中心的存在であり、マネジメント能力も必要とされている。

#### 4. 産後うつ病のスクリーニングと支援

欧米では、産後3~7日以内に産後うつ病を発症する割合は、30~40%と増加傾向にあり、幼児の成長発達、結婚生活や家計などへ影響を及ぼすことが報告されている<sup>15)</sup>。産後うつ病のスクリーニングにイギリスで開発されたエジンバラ産後うつ病自己評価票 (the Edinburgh Postnatal Depression Scale: 以下EPDSと略) が普及し始めている。EPDSは、過去7日以内の精神状態に関する10の質問項目からなる自己調査表である<sup>16)</sup>。質問が簡単であり短時間に手軽に行える。日本においても、最近九州大学を中心に、スクリーニングとしての使用<sup>8)</sup> と対応した支援の専門家向けのトレーニングが始まっている<sup>17)</sup>。

オーストラリアでは、正常分娩の場合72時間以内に退院する<sup>18)</sup>。そのため、最も産後うつ病にかかりやすい時期を家庭で過ごすこととなる。M&CHNによる家庭訪問では、精神疾患の既往の有無、妊娠中のストレス、未婚、支援してくれる人がいないなど産後うつ病の危険因子について査定を行う。しかし、家庭訪問が初対面になる事が多く、面接だけでは十分な情報収集を行うことができない。そのため、全員の褥婦を対象にEPDSを用いた産後うつ病のスクリーニングを行なっている。

エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の

結果、産後うつ病の可能性が高いと判断された場合は、M&CHNが再度家庭訪問を行ったり、チャイルドヘルスセンターへの来所を促したり、ペアレンティングセンターと連携を取ったりするなど、母子に必要な支援をしていくこととなる。

#### IV. 考察

##### 1. オーストラリアの母子保健システムの日本への応用

オーストラリアの定期的な健診の実施、PHRの活用、M&CHNによる家庭訪問は、日本の母子保健システムに類似していた。しかしオーストラリアではそれらのサービスにおいて、チャイルドヘルスセンターを中心として情報が一元化し、専門支援機関間での連携が行なわれている点が大きく異なっていた。Al-Yamanら<sup>19)</sup>の2002年の研究によると、タスマニア州のM&CHNによる家庭訪問を受けた褥婦の数は、95.1% と高い値であったが、これは情報の一元化や専門支援機関での連携によって妊娠前から産後までの支援が継続されるシステムによる効果だと考えられる。

日本では、各自治体が新生児訪問や定期健診を公的なサービスとして、また各自治体や支援団体が工夫して育児相談や育児支援サークル活動の支援など行っているが、その活動間の連携が弱く、地域や病院を含めた全体でのシステムが構築されていない。例えば、厚生労働省は家庭訪問の実施を推奨している<sup>20)</sup>。しかし、家庭訪問の希望を自己申請にしている自治体が多く、申請方法の不明瞭さから、母親からの家庭訪問の申請は少ない<sup>21)</sup>。また、病院から問題を抱えていると判断された母子の情報が地域に伝えられない<sup>21)</sup>。このような理由から、本当に必要とする母子に家庭訪問を実施できていない<sup>21)</sup>。また、健診時の短時間の関わりでは、十分に母子についてアセスメントできない。そのため、早い時期から問題を抱えている母子を判断し、介入する事ができていないという問題がある。また、電話相談など比較利用件数が少ないサービスも各保健センターが独自に行っており負担が大きい<sup>13)</sup>。しかし、電話相談ができる時間は日中に限られ、夜間、週末や年末年始など、必要な時に利用できない<sup>13)</sup>。夜間救急を行っている小児科外来では、救急受診数の急激な増加<sup>22)</sup> や、看護師が電話対応に時間が割かれることにより<sup>23)</sup>、救急で受診した子どものケアに十分あたれていな

い状況が推測される。これらのことから、支援を必要とする母子のもとに十分な支援が行き届いていない可能性が考えられる。

日本では少子化に伴い、一つの保健センターが扱う乳幼児の数は減少している。しかしそれでも、オーストラリアに比べると担当する母子の数は依然多い。このような状況で、問題を抱える母子をスクリーニングし、母子へ継続したサービスを行っていくためには、母子保健サービスのシステムを一元化していく必要があるのではないだろうか。また、比較的利用数の少ないサービスにおいては、都道府県単位、あるいは複数の市町村を合わせた広域で統合したサービスを提供するシステムを構築してもよいのではないかと考える。また、このような支援を組織化するためには、病院や診療所、助産院、保健センター、家庭、地域それぞれが連携し、情報を一元化していく必要である。

## 2. 地域での母子支援者の活用

紹介したようにオーストラリアの母子保健システムで中心的な役割を果たしているのがM&CHNであった。M&CHNは、母子双方への支援ができ、またM&CHNへの家庭訪問時の支援に対する教育が盛んに研究されており、M&CHNによる支援によって母子の満足感を上げている<sup>14),24)</sup>。

日本では母子保健システムを保健センターの保健師が中心になって行っているものの、十分な統制力や情報の集約化がなく個々の施設や地域での連携も不十分な状況である。このような状況を改善するためには、地域での母子支援に中心となる役割を担う人をおき、その中心者に母子に関する情報がすべて入っていくようにする必要があると思われる。幸い、日本は、保健師のほかに地域で活動する助産師や母子保健推進員など様々な人が支援に関わっている。特に、日本の地域で活動する助産師は、子どもの成長発達や母親の身体・心理的なアセスメント、育児に対する支援を担っており、オーストラリアのM&CHNが担っている役割に相当している。ただし、まだまだ日本の助産師は産後うつ病などより精神医学に入るようなより専門的な知識に関しては十分教育がされてきていない。そのため、助産師に母子支援に対するさらに専門的な教育、特に産後うつ病のスクリーニングと支援についての教育を行い、支援の中心的な役割を担わせるようにしたら良いのではないかと

と考える。ここで必要とされる支援には、児の成長発達や育児技術だけでなく、産後うつ病を含めた母体の心身の健康状態を含めた母子双方についての高度なアセスメントと介入能力や、支援施設間での調整能力が求められよう。現在数は少ないが地域で活動する助産師は、その中心となって活動できる専門職であると考えられる。

## 3. EPDSを活用した産後うつ病のスクリーニングと支援

欧米では、産後うつ病は昔から大きな問題として扱われ、多くの研究が行われている<sup>15)</sup>。オーストラリアにおいても、退院後の産後うつ病が発症しやすい時期に、母子は病院から地域へと支援提供者が変わるために、病院助産師がチャイルドヘルスセンターへ情報提供を必ず行い、ケア提供者の変化によって母子へのケアが分断されることを防いでいた。また、家庭訪問を行うM&CHNは、それまでの妊娠・分娩経過や家族背景などを十分に把握し、母親と親密な関係を構築しているわけではない。そのため家庭訪問時に、育児能力や産後うつ病、家庭内暴力のスクリーニングを行う必要があり、EPDSがとても重要な役割を担っている。

日本ではこれまで、産後うつ病の発生率は低いと報告されてきたが、近年欧米と同程度の発症があることがわかってくるようになり<sup>7),8)</sup>、褥婦の心の健康を支えることの重要性が叫ばれるようになってきた<sup>9),10)</sup>。吉田<sup>17)</sup>は、EPDSの有効性について、簡単に問題のある母親を把握でき、EPDSの結果から詳しく話を聞くことによって母親の精神状態を左右する出来事や抱えるさまざまな問題を明らかに出来ると述べている。

日本では、病院助産師が継続して家庭訪問や電話訪問を行えている施設もある<sup>5),6)</sup>。しかし、多くの母親は退院を機に支援を受ける相手が地域の保健師・助産師あるいは小児科や産科の外来スタッフへと変化する。日本人の特徴に、感情表現が乏しく、初対面の人間に対してなかなか本音を打ち明けられない性質があり、初対面の地域の保健師・助産師がいきなり家庭訪問で母親から育児不安や家族の問題などを深く聞くことは難しいであろう。そのため、簡易に母親の精神状態を把握するためにEPDSが有効であると考えられる。

また、先に述べたように褥婦の希望申請に伴っ

て実施される新生児訪問は、その実施率が数%～ほぼ100%と地域によってばらつきがある<sup>21)</sup>。また申請後の処理に時間がかかる関係上、なかなか産後1～2週目に母子に関わることは難しいことが報告されている<sup>21)</sup>。一方河村ら<sup>25)</sup>は、乳児健康診査時のEPDSを利用したスクリーニングで子ども虐待のリスクを予測できるとも報告している。新生児訪問をオーストラリアのような全例訪問にする努力は必要であるが、日本の場合は1ヶ月健診時にEPDSによるスクリーニングを導入することによって育児支援や虐待予防を行うことも一案であろう。

しかし、産後うつ病が診断された母親に対して助産師や保健師が支援を行っていくには、一定の能力を持ち合わせている必要がある。産後うつ病はすでに一般的な疾患であり、精神医学の視点をもって支援に当たるスキルを向上させる教育や、専門の精神科医師への紹介などのシステム構築も合わせて必要であろう。

#### 4. 死産後の女性への支援

今回調査したM&CHNの活動の範疇には、死産後の女性への支援も含まれていた。ウォーデン<sup>26)</sup>は、「喪失という現実を受け入れるようになるためには、知的理解から情緒的理解をしなければならず、そのプロセスには長期的な時間が必要だ」と言っている。死産や子どもの死を体験した母親や家族は、地域に帰った後にも悲哀に対する支援を必要とする。カナダ政府公衆衛生局が出している悲嘆と喪失へのガイドライン<sup>27)</sup>によると、アセスメントの視点には文化社会的、心理的、霊的な視点に加えて、身体的な視点が含まれている。悲哀は心の中で起きるだけでなく、身体反応としても出現する。また、死産や新生児や乳児の死は、妊娠・出産・育児を経て母体に大きな変化や負担が起きおり、その時期の悲哀については、母体への身体的側面も含めた支援を行うことは必須であろう。オーストラリアではM&CHNが支援することで、このような精神的な支援と身体への支援が統合された形で行われていると思われる。

一方、日本においては、死産や子どもの死を体験した親の会などが、地域によっては行われ始めてはいるものの、未だに悲哀に対する支援が専門家から十分に提供されている状況にはない。また、その支援も病院施設側からの支援が注目・研究さ

れ始めたばかりである。今後、日本での悲哀に対する支援を進めていくにあたり、亡くなった人の変わりを見つけるのではなく、亡くなった人の存在を認めながら他者との交流が行えるようになるまでを支援の目標に据えなければならないだろう。そのためには、長期的な時間が必要であり、助産師は母親の心理側面と合わせて身体にも介入ができることから、地域で活動する助産師は支援を担う重要性は大いにありと考えられる。

#### V. おわりに

今回、オーストラリア、タスマニア州における母子保健システムについて調査結果を報告した。PHRや健診の流れなど日本に類似したものや、EPDSなどの日本でも少しずつ取り入れられつつあるサービスが行われていることがわかった。日本とオーストラリアの母子保健システムには違いがあるため、そのまま日本に適用させることは出来ない。しかし、オーストラリアに比べると母子保健に十分な人材やサービスが割かれておらず、今後日本の母子保健システムを改善していく上で、オーストラリアの母子保健システムから多くの示唆を得ることができよう。

現在の日本の母子保健サービスの内容に関しては充足してきたと思われる。しかし、まだ精神医学的診断がつくまでにはいかない微妙な問題や不安を抱えながら地域で生活している母子は多い。このような母子に対して早期から継続した支援を行っていくためには、地域で活動する助産師や現在母子保健支援に関わっている専門家を中心にした情報の一元化や支援施設間での連携がとれるようなシステムの構築や、EPDSなどの簡易で行えるスクリーニングの普及、悲哀への支援など幅広い対象者への支援を可能とする専門教育などが必要だと考える。

#### 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ファミリー・リソース・センターのVicky Cowan氏、チャイルドヘルスセンターのCatharine Hurst氏に深く感謝いたします。

本調査は、平成17年度文部科学省研究費補助基盤研究(c) 課題番号17592272 「児をなくした家族への助産師による地域拠点型支援プログラ

ムおよびシステムの開発」(代表：大原良子)の助成を受けて行われた。

## 文 献

- 1) 新井陽子, 高橋真理: 周産期の家族機能と妊産褥婦のメンタルヘルス. 北里看護学誌, 8(1):30-37, 2006
- 2) 穂積恵美子, 水津恵子, 小林真由美, 林雅代: エジンバラ産後うつ病調査票高得点者の背景. 日本看護学会論文集: 母性看護(1347-8230) 36号:155-157, 2005
- 3) 田島恵子, 丸山理香子, 丸岡希美子: 日本助産婦会深谷地区助産婦会を設立, 母子訪問活動を始める, 助産婦雑誌53(10):861-866, 1999
- 4) 片山清美: 病院からの家庭訪問, ペリネイタルケア1999夏季増刊:220-223, 1999
- 5) 一瀬いつ子: 新生児(母子)訪問一院内から院外への継続フォローシステムー. ペリネイタルケア2003夏季増刊:248-251, 2003.
- 6) 小笠原敏浩, 利部正裕, 石川健: 地域における産後支援システム確立への取り組み. 岩手県立病院医学雑誌, 40(2):167-174, 2000.
- 7) 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子: 保健機関が実施する母子訪問対象者の産後うつ病全国施設調査. 厚生 の 指 標, 51(10):1-5, 2004.
- 8) 山下洋, 吉田敬子: 産後うつ病の母親のスクリーニングと介入について. 精神神経医学会雑誌, 105(9):1128-1133, 2003.
- 9) 吉田敬子: 妊産婦の心の健康を支えることの重要性. 助産雑誌, 59(9):378-385, 2005.
- 10) 大久保功子: 産後の心の健康を考えたケアエンパワーメントの視点から. 助産雑誌, 59(9):386-393, 2005.
- 11) Children, youth and women's health service Child and Youth Health: Health Checks. 2006. (<http://www.Cyh.com/HealthTopics/HealthTopicDetails.aspx?p=114&np=304&id=1480>)
- 12) Australian Bureau of Statistics: Demography, Tasmania. Year Book Australia 2003 Australian Bureau of Statistics. 2003. (<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/3311.6.55.001Main+Features12003?OpenDocument>)
- 13) 栃木県児童家庭課: とちぎの母子保健. 2006. (<http://www.pref.tochigi.jp/jidou/kosodate/plan/02body03.html>)
- 14) Maria Zadoroznyj: Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care program. Health and Social Care in the Community 15(1):35-44, 2006.
- 15) Shakespeare J.: Evaluation of Screening for Postnatal Depression against the National Screening Committee Handbook. National Electric Library, Oxford, 2001
- 16) 岡野禎治, 宗田聡: 産後うつ病ガイドブック. 南山堂(東京). 2006.
- 17) 吉田敬子: 産後の母親と家族のメンタルヘルス. 自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル. 母子保健事業団(東京). 2005.
- 18) Australian Institute of Health & Welfare (AIHW): National Perinatal Statistics Unit, Australia's Mothers and Babies, 1994. AIHW, 1997.
- 19) F.Al-Yaman, M.Bryant, H.Sargeant: Australia's children: Their health and wellbeing 2002. Australian Institute of Health and Welfare, 2002.
- 20) 厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 総務課 少子化対策企画室: 子ども・子育て応援プラン. 2005
- 21) 厚生労働省: 育児支援家庭訪問事業に関する調査報告. 2005 (<http://www.Mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate08/index.html>)
- 22) 田原悌, 橋本光司, 大久保修, 高橋滋, 原田研介, 関一郎: 小児科救急患者数の変遷と初期救急輪番制の検討. 小児保健研究60(5):625-629, 2001
- 23) 森麻美: 小児科救急外来における看護実践 小児科夜間救急外来の実態と外来看護師の役割. 外来看護新時代11(2):128-135, 2006
- 24) Carol Morse, Sarah Durkin, Anne Bruist, Jeanette Milgrom: Improving the postnatal outcomes of new mothers. Issues and innovations in nursing practice, 45(5):465-474, 2004.
- 25) 河村代志也, 高橋ゆきえ, 秋山剛, 加固正子, 三宅由子: 新生児, 乳児の母親における子ども虐待の簡易スクリーニング. 日本社会精神医学会雑誌, 14(3):221-230, 2006.
- 26) J. William Worden: グリーフカウンセリングー悲しみを癒すためのハンドブック, 川島書

店 (東京). 1991.

- 27) Canada Public Health: Family-centered Maternity and Newborn Care. Chapter5 Loss and Grief. : National Guideline. Minister of Public works and Government Services, 2000.



報 告

栃木県内における新生児訪問の現状と課題

石井貴子<sup>1)</sup>, 大山洋子<sup>2)</sup>, 成田 伸<sup>1)</sup>

The present conditions and a problem of a newborn baby visit in Tochigi

Takako ISHII<sup>1)</sup>, Yoko OYAMA<sup>2)</sup>, Shin NARITA<sup>1)</sup>

要旨：栃木県内の市および町を複数含む一区域における新生児訪問実施状況について、新生児訪問責任者と訪問担当者に対する調査を行った。その結果、責任者6名と訪問を担当する保健師15名、助産師4名から回答が得られ、以下の点が明らかになった。

1. 訪問依頼票の受理に対する訪問はほぼ行われているが、受理数自体が少ない状態にあった。新生児訪問率を上げるためには、母親の訪問依頼票提出自体を促進することが必要であり、そこには自治体や分娩入院施設勤務看護職の果たす役割が大きい。
2. 問題を抱えて退院する場合、母子が安心して地域で生活できるよう「施設」から「地域」への早期の情報提供が必要である。「施設」から「地域」へ情報提供した場合、各地区において確実に新生児訪問を行っていたことから、情報提供は新生児訪問率を上げる一助となることが示唆された。
3. 全例訪問を希望しているがスタッフ不足のため実施できない地区が存在し、新生児訪問に従事できる看護職の掘り起こしの必要性が示唆された。
4. 訪問担当者が新生児訪問時に捉えた問題の各項目に対する指導や相談件数が多いと思う順位に関して1位に挙げた項目は、新生児トラブル、母親のトラブル、母親の抱える問題の順に保健師では体重増加、育児、母の育児能力不足であり、助産師では体重増加、乳房トラブル、育児能力不足であった。また、助産師の場合母乳育児支援についてマッサージを含めた直接的な援助につながっていることが明らかとなった。
5. 訪問担当者の視点からは、出産した施設入院中の指導は具体的で家族も交えた個別性のあるものが求められていた。

キーワード：新生児訪問, 育児支援, 母乳育児, 地域, 母親

---

<sup>1)</sup> 自治医科大学看護学部母性看護学

<sup>2)</sup> 芳賀赤十字病院

<sup>1)</sup> Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical University

<sup>2)</sup> Haga Red Cross Hospital

## I. はじめに

新生児訪問は母子保健法に基づき、市町村の母子保健事業として位置づけられている。少子化の一層の進行や女性の社会進出など育児環境が変化するなか、新生児の健康な育成の保証だけでなく育児不安の軽減や虐待防止・早期発見など新たな役割を担っている。平成12年に策定された「健やか親子21」でも、主要課題のひとつとして「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」を挙げ、子育てに自信が持てない母親の割合の減少を目標として掲げている<sup>1)</sup>。塚本ら<sup>2)</sup>によると、育児に関する不安の出現時期は退院後1~2週目が約7割と最も多く、早期に訪問を受けた褥婦ほど育児に挑む姿勢に前向きな変化が見られたという。また砥石<sup>3)</sup>は「家庭に帰ってからの1ヶ月は育児に慣れ生活のペースがつかめる期間で、心配事や不安に耳を傾け専門的なアドバイスをすることが必要である」と述べている。このように、母親の育児不安の軽減には、まだ外出がままならない時期である生後1ヶ月間以内の支援、特に家庭訪問による支援が重要となってくる。

新生児訪問は市町村の事業であるために、それぞれの市町村の財政事情などの影響を受けやすく、全例訪問を実施している自治体がある一方で、訪問率が非常に低い場合もある

本研究では栃木県内の市および町を複数含む一区域を対象に、当該地域で新生児訪問にかかわっている責任者及び新生児訪問を担当している看護職を対象とした調査を実施し、その地域における新生児訪問の現状と課題を明らかとし、今後の育児支援について考察することを目的とした。

## II. 研究方法

本研究では以下の二つの調査を行なう。調査1は、新生児訪問にかかわっている責任者を対象に、栃木県内の市および町を複数含む一区域の新生児訪問の状況を調査し、調査2では、当該地域で新生児訪問を担当している看護職からみた新生児訪問の状況を調査する。

### 1. 栃木県内の市および町を複数含む一区域の新生児訪問の看護責任者からみた新生児訪問の状況(調査1)

#### 1) 調査期間

平成17年7月~9月

#### 2) 調査対象

平成17年7月現在で、栃木県内の市および町を複数含む一区域(以後当該区域と略、A~Fの6地区を含む)において新生児訪問にかかわっている看護責任者(以下責任者と略す)6名。

#### 3) 調査方法

当該地域の責任者に調査の主旨を説明し、実施の承諾を得た後、各地区の責任者に調査票を手渡す。調査票の回収は対象者各自に投函を依頼する。

#### 4) 調査項目

当該区域全体の現状と地区別の現状の双方において、出生に関する状況、新生児訪問の概要(訪問依頼票の受理数、新生児訪問件数、新生児訪問率、全例訪問の有無、訪問時期、新生児訪問スタッフ数)、新生児訪問担当者の概要などの調査を行う。また、栃木県内の出生に関する情報をインターネット等を通じて入手した。

### 2. 栃木県内の市および町を複数含む一区域で新生児訪問を担当している看護職からみた新生児訪問の状況(調査2)

#### 1) 調査期間

平成17年7月~9月

#### 2) 調査対象

平成17年7月現在で、当該区域において新生児訪問を担当している看護職(以下訪問担当者)28名。

#### 3) 調査方法

各地区の責任者に調査の主旨を説明し、実施の承諾を得た後、責任者に調査票を手渡し、対象者への調査票配布を依頼する。調査票の回収は対象者各自に投函を依頼する。

#### 4) 調査項目

各訪問担当者の新生児訪問依頼の地区数、平成16年度に実際に行った新生児訪問件数、新生児訪問を行った時期、訪問担当者が新生児訪問時に捉えた問題、訪問時に行った指導・相談内容、指導や相談件数が多いと思う順位、訪問担当者からみて分娩施設入院中の指導で不足と思う点、その他の意見である。

### 3. 分析方法

今回は記述統計的な分析を行った。調査2においては訪問担当者が新生児訪問時に捉えた問題を、大項目として新生児トラブル、母親のトラブル、母親が抱える問題の3つに分類し、小項目として新生児トラブルを栄養・体重増加・皮膚トラブル・臍・その他、母親のトラブルを乳房トラブル

ル・育児・沐浴・不眠・その他、母親が抱える問題を育児能力不足・精神的問題・経済的問題・社会的問題・その他のそれぞれを5項目に分け、各項目に対する指導や相談件数が多いと思う順位について回答を求めた。また、新生児訪問時に捉えた問題の職種による違いの有無を検証するため、それぞれの項目を保健師と助産師の2群に分け分析した。

本稿において使用する新生児訪問率は、出生数に対する訪問の割合であり、調査1において各地区の責任者から得た結果である。

#### 4. 倫理的配慮

調査1では調査対象者に文書で調査の趣旨を説明した。調査票は無記名とし、個人が特定できないようにした。調査票の配布は新生児訪問を担当する責任者に直接手渡したが、回答を拒否することで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文書で調査の趣旨を説明した。調査票は無記名とし、個人が特定できないようにした。調査票の配布は新生児訪問を担当する責任者を通じて依頼したが回答を拒否することで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。

両調査とも、調査対象区域・地区と調査対象者が明らかにならないように、論文への情報の掲載に配慮した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 栃木県内の市および町を複数含む一区域の新生児訪問の看護責任者からみた新生児訪問の状況(調査1)

##### 1) 調査票の配布状況及び回収状況

調査の協力が得られた栃木県内の当該区域の新生児訪問の責任者6名に配布し、回収数は6通であった。

##### 2) 当該区域の現状

##### ①出生に関する状況

平成16年の当該区域での出生数は1,200人強であり、栃木県全体の出生数17,976人の約7%にあたる。合計特殊出生率は全国で1.29、栃木県1.37、当該

地域1.37である。平成14年度からの出生数は当該区域で大きな変化はない。

##### ②新生児訪問の概要

当該区域の訪問依頼票受理数は277件であり、これは出生数の21.5%を占めた。新生児訪問件数は335件であり、新生児訪問率は25.9%であった。

##### ③訪問担当者の概要(図1)

新生児訪問を担当している看護職は、市町村職員の保健師が21名(75%)、委託助産師が7名(25%)であった。

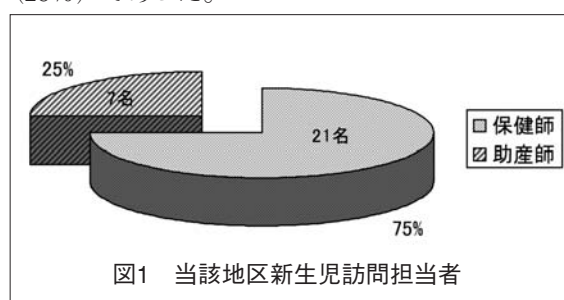


図1 当該地区新生児訪問担当者

#### 3) 地区別の新生児訪問実施状況

##### ①出生に関する状況(図2)

6地区の平成16年度の出生数は94~676名であり、600名を越える1地区を除いて100名前後であった。

##### ②新生児訪問の概要(図3, 表1)

新生児訪問の実施には、母子健康手帳配布時に訪問依頼票を同時に配布し、出生後返信してもらう方法、施設からの依頼、妊娠中からの継続、第1子、全例に電話し希望に応じて訪問する方法等があった。

出生に対する訪問依頼票の受理数は平成16年度には3~131であり、出生数に対する受理割合は2.9%~86.1%であった。内訳としては2地区が70%を超え、1地区が17.9%、他3地区は5%未満であった。

新生児訪問件数は、4~150件で、出生数に対する新生児訪問率は2.9~86.1%であり、80%を超える地区が2、他は10%未満であった。訪問依頼票受理数に対する訪問率は80.0~140.0%で全域80%を超えていた。訪問依頼票を受理しなくても妊娠中からの継続ケースや電話などで情報を把握し必要時訪問している地区は100%を超える結果となった(図3)。

全例訪問を実施している地区は1、全例に電話相談し希望のあるケースのみ訪問する地区が1、他の地区は訪問依頼票の受理、施設からの依頼、妊娠中からの継続ケース、第1子、全例電話相談

し希望者のみ行う、という条件をあげていた (表1)。

全例訪問の必要性については、全例訪問・全例電話相談していない2地区で必要ありとの回答であった。その理由は「親と地域職員の関係作り・母親の育児不安・状況把握」であり、全例訪問の必要なしの回答ではその理由として「里帰り・経産婦」「保護者が希望しなければ訪問はしない」があげられていた。

訪問の時期は退院後3週間以内が2地区、他の地区はニーズに合わせたという回答であった。

③訪問担当者の概要 (図4)

訪問の実施者は保健師と助産師で、保健師のみが1地区あった。新生児訪問にかかわる看護職は出生数にかかわらず5人前後であった。

④委託料

助産師への委託料は、各地区で1件2000~6000円と地区により幅があった。

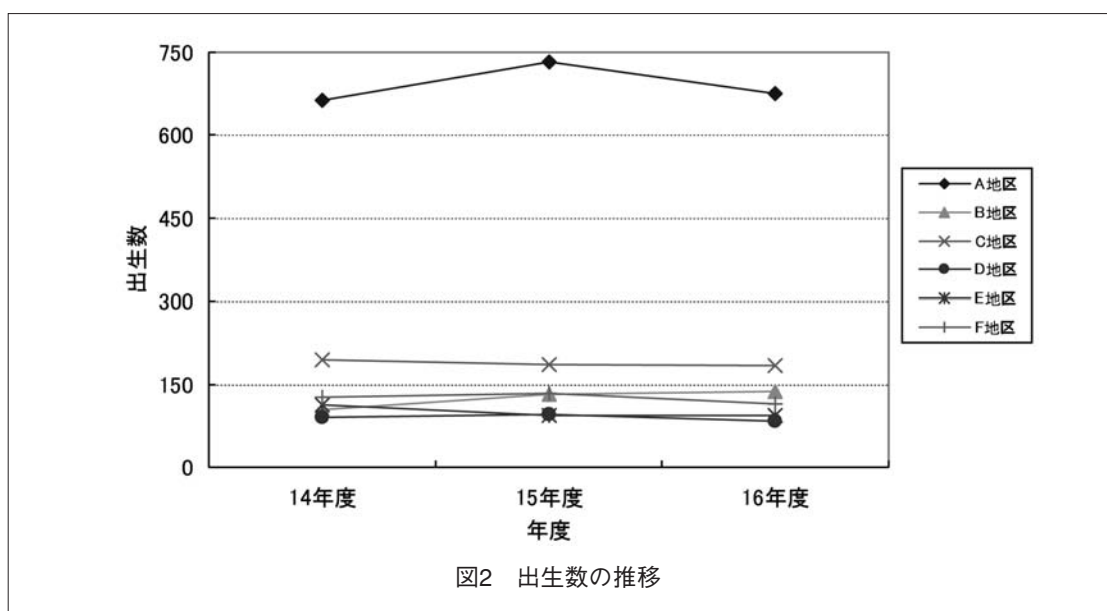


図2 出生数の推移

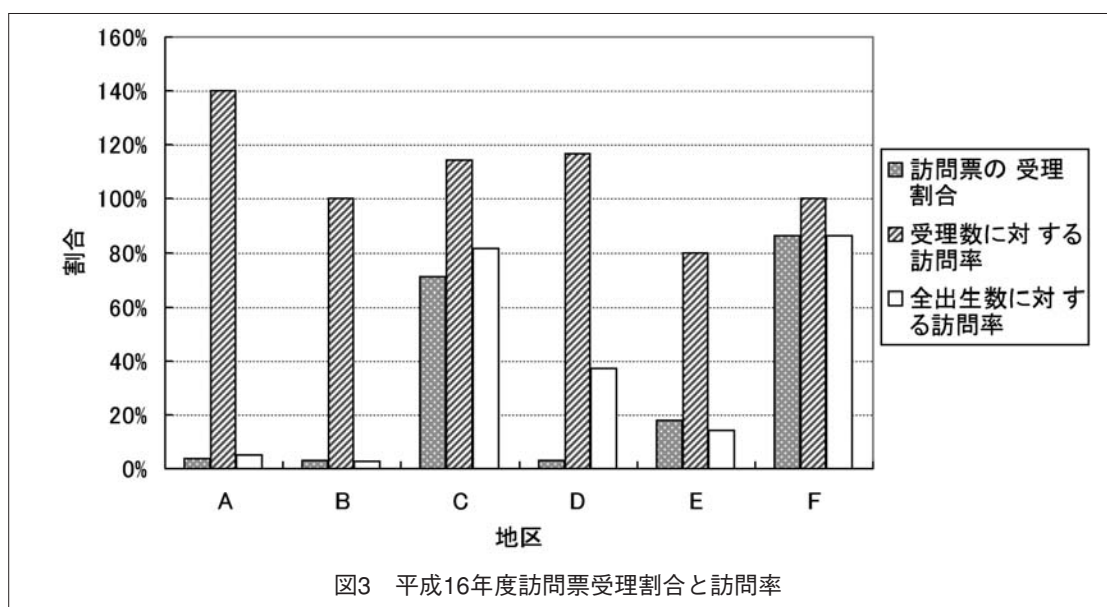


図3 平成16年度訪問票受理割合と訪問率

表1 訪問対象と訪問時期

| 条件     |          | 地域 |   |     |   |   |                  |   |                  |   |     |   |   |
|--------|----------|----|---|-----|---|---|------------------|---|------------------|---|-----|---|---|
|        |          | A  |   | B   |   | C |                  | D |                  | E |     | F |   |
| 対<br>象 | 全例       |    | ○ |     |   | ◎ |                  |   |                  |   | ○   |   |   |
|        | 訪問票の受理   | ◎  |   | ◎   | ○ |   | 回<br>答<br>な<br>し | ◎ | 回<br>答<br>な<br>し | ◎ |     | ◎ | ○ |
|        | 施設からの依頼  | ◎  |   | ◎   | ○ |   |                  | ◎ |                  |   | ◎   | ○ |   |
|        | 妊娠中からの継続 | ◎  |   | ◎   | ○ |   |                  | ◎ |                  |   | ◎   | ○ |   |
|        | その他      |    |   | 第1子 |   |   |                  | * |                  |   | 第1子 |   |   |
| 時<br>期 | 退院後3w以内  |    |   |     |   | ◎ | ○                |   |                  |   |     | ◎ | ○ |
|        | ケースに合わせて | ◎  | ○ | ◎   | ○ |   |                  | ◎ | ○                | ◎ | ○   |   |   |

◎＝実際に訪問している対象、時期  
○＝望ましいと考えている訪問対象、時期  
＊＝全例に電話訪問をして希望者

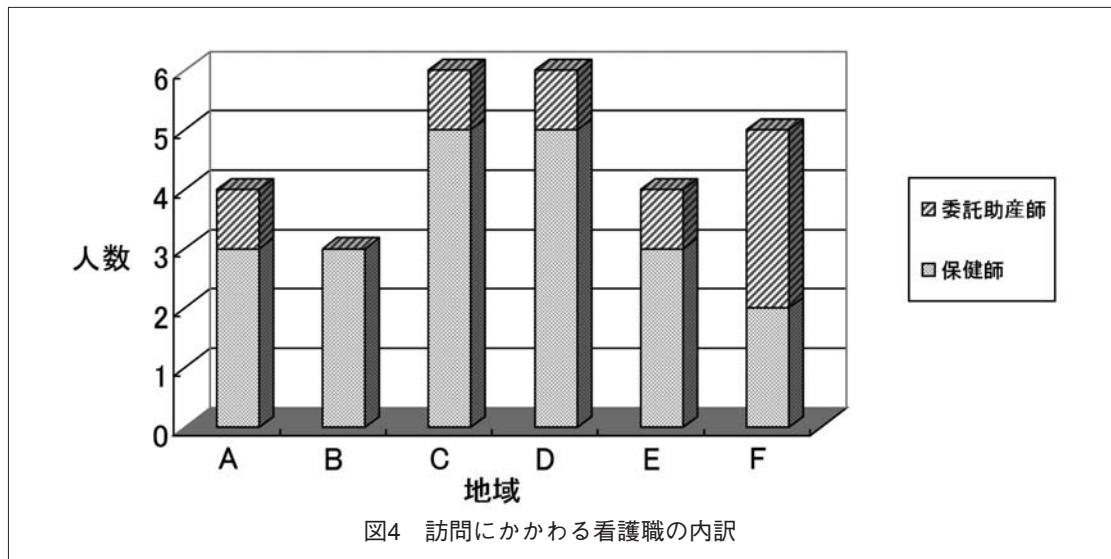


図4 訪問にかかわる看護職の内訳

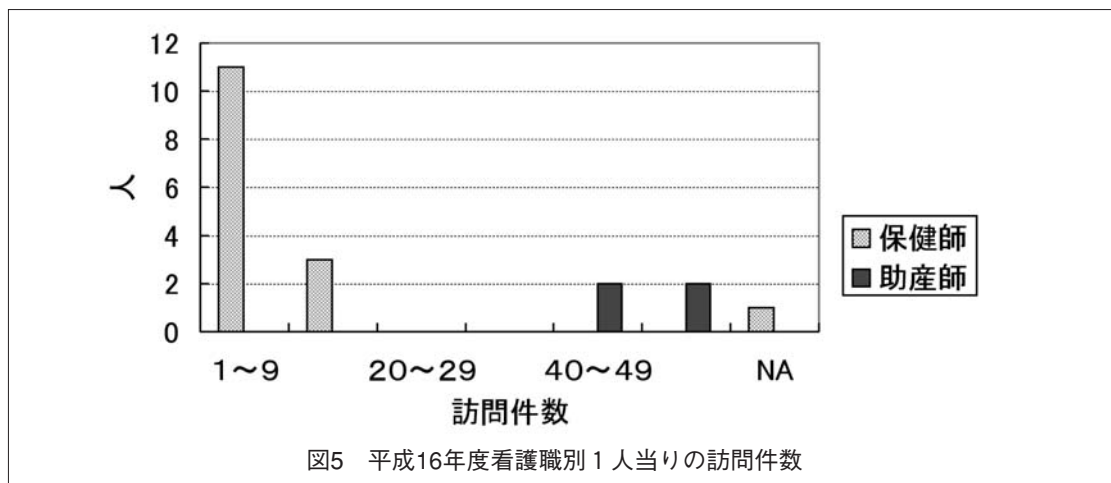


図5 平成16年度看護職別1人当りの訪問件数

2. 栃木県内の市および町を複数含む一区域で新生児訪問を担当している看護職からみた新生児訪問の状況 (調査2)

1) 調査票の配布状況及び回収状況

調査協力を依頼した6地区の責任者全員から承諾が得られ、訪問担当者に対する配布がなされた。保健師21名中、回収数15通 (71.4%)、助産師7名中、回収数4通 (57.1%) であった。

2) 各訪問担当者の訪問状況 (図5)

保健師1人当りの平成16年度の訪問件数は1~9件が最も多く、助産師は1人当り40~49件、50件以上であった。保健師は担当する一地区のみの訪問であったが、助産師のうち2人は複数の地区の訪問を行っていた。

3) 保健師からみた新生児訪問の状況 (表2)

(1)望ましいと考える訪問時期と実際の訪問時期

望ましいと考える訪問時期は、生後1~2週間以内、退院後2~3週間以内、生後1ヶ月未満と新生児期である生後28日以内とする回答がある一方で、2ヶ月前後の乳児、相談の多い乳児期、ケースに合わせて行うのが望ましいとする意見もあった。

実際の訪問時期は退院後2~3週間以内が3名、退院後1~2週間以内が1名、他11名はケースに合

わせて行う、1名が回答なしであった。

(2)新生児訪問時に捉えた問題の各項目への指導・相談の多いと思う順位と訪問時の指導内容・ケア内容

担当者が新生児訪問時に捉えた問題の各項目に対する指導や相談件数が多いと思う順位について、それぞれの項目ごとに1位から5位に順位付けした人数を示した (表2)。1位について2項目選択した1名を含んでいる。

①新生児トラブル

保健師が捉えた新生児トラブルにおいては、栄養の項目では1位に順位付けした人が5人、2位7人、3位1人であった。体重増加の項目では1位に順位付けした人が8人、2位5人、3位1人であった。皮膚トラブルの項目では1位に順位付けした人が2人、2位2人、3位9人、4位1人であった。臍の項目では4位に順位付けした人が8人、5位1人であった。その他の項目では1位に順位付けした人が1人、3位2人、4位1人であった。

捉えた問題に対する指導・ケア内容は体重の項目では体重測定を行う、増加量を確認しアドバイスする、増加量に合わせて母乳やミルクの与え方を説明するなどが挙げられた。栄養の項目では母乳

表2 保健師の各項目に対する指導・相談の多さの順位の人数 n = 15

| 項目       | 選択した人数 (人) |    |    |    |    |
|----------|------------|----|----|----|----|
|          | 1位         | 2位 | 3位 | 4位 | 5位 |
| 新生児トラブル  |            |    |    |    |    |
| 栄養       | 5          | 7  | 1  | 0  | 0  |
| 体重       | 8          | 5  | 1  | 0  | 0  |
| 皮膚トラブル   | 2          | 2  | 9  | 1  | 0  |
| 臍        | 0          | 0  | 0  | 8  | 1  |
| その他      | 1          | 0  | 2  | 1  | 0  |
| 母親トラブル   |            |    |    |    |    |
| 乳房トラブル   | 2          | 6  | 3  | 1  | 0  |
| 育児       | 13         | 2  | 0  | 0  | 0  |
| 沐浴       | 0          | 1  | 1  | 7  | 0  |
| 不眠       | 1          | 3  | 8  | 1  | 0  |
| その他      | 0          | 0  | 0  | 2  | 0  |
| 母親の抱える問題 |            |    |    |    |    |
| 育児能力不足   | 9          | 3  | 0  | 0  | 0  |
| 精神的問題    | 2          | 3  | 2  | 1  | 0  |
| 経済的問題    | 0          | 0  | 3  | 6  | 0  |
| 社会的問題    | 3          | 4  | 4  | 1  | 0  |
| その他      | 0          | 0  | 1  | 0  | 2  |

\*1位について2項目を選択した1名を含む

表3 助産師の各項目に対する指導・相談の多さの順位の人数 n = 4

| 項目       | 選択した人数 (人) |    |    |    |    |
|----------|------------|----|----|----|----|
|          | 1位         | 2位 | 3位 | 4位 | 5位 |
| 新生児トラブル  |            |    |    |    |    |
| 栄養       | 0          | 2  | 0  | 1  | 0  |
| 体重       | 4          | 0  | 0  | 0  | 0  |
| 皮膚トラブル   | 0          | 2  | 2  | 0  | 0  |
| 臍        | 0          | 0  | 1  | 1  | 1  |
| その他      | 0          | 0  | 0  | 1  | 1  |
| 母親トラブル   |            |    |    |    |    |
| 乳房トラブル   | 2          | 2  | 0  | 0  | 0  |
| 育児       | 1          | 2  | 1  | 0  | 0  |
| 沐浴       | 0          | 0  | 0  | 2  | 0  |
| 不眠       | 1          | 0  | 2  | 0  | 0  |
| その他      | 0          | 0  | 0  | 0  | 0  |
| 母親の抱える問題 |            |    |    |    |    |
| 育児能力不足   | 2          | 0  | 1  | 0  | 0  |
| 精神的問題    | 1          | 2  | 0  | 0  | 0  |
| 経済的問題    | 0          | 0  | 0  | 2  | 0  |
| 社会的問題    | 0          | 1  | 1  | 0  | 0  |
| その他      | 0          | 0  | 0  | 0  | 0  |

やミルクの量、間隔などのアドバイス、体重増加量から母乳が足りているかの判断やミルクの足し方の説明であった。皮膚の項目では乳児湿疹やスキンケアに関する指導、爪を切るなどであった。臍の項目では状況確認し手入れ方法の説明、必要時医療機関受診を勧める、臍落の時期の説明などであった。その他の項目では嘔吐、溢乳、吃逆についての説明、病的なものとの鑑別についての説明であった。

## ②母親のトラブル

保健師が捉えた母親のトラブルにおいては、乳房トラブルの項目では1位に順位付けした人が2人、2位6人、3位3人、4位1人であった。育児の項目では1位に順位付けした人が13人、2位2人であった。沐浴の項目では2位に順位付けした人が1人、3位1人、4位7人であった。不眠の項目では1位に順位付けした人が1人、2位3人、3位8人、4位1人であった。その他の項目では4位に順位付けした人が2人であった。

捉えた問題に対する指導・ケア内容は、育児の項目では児の抱き方、生活のリズム、排気のさせ方、皮膚の清潔などの基本的な育児手技や不安の傾聴、家族や周囲の協力の調整、育児に自信が持てるような声かけ、育児支援センターの来所を勧めるなどであった。乳房の項目では母乳外来の紹介、乳房の手入れ・マッサージのアドバイスなどであった。不眠の項目では不安の傾聴、家族の協力調整、話を聞きアドバイスするなどであった。沐浴の項目ではあまり相談はないとの回答が多く、沐浴方法の説明を行っている者は3名であった。

## ③母親の抱える問題

保健師が捉えた母親の抱える問題においては、育児能力不足の項目では1位に順位付けした人が9人、2位3人であった。精神的問題の項目では1位に順位付けした人が2人、2位3人、3位2人、4位1人であった。経済的問題の項目では3位に順位付けした人が3人、4位6人であった。社会的問題の項目では1位に順位付けした人が3人、2位4人、3位4人、4位1人であった。その他の項目では3位に順位付けした人が1人、5位2人であった。

捉えた問題に対する指導・ケア内容は、育児能力の項目では児の抱き方、ミルクの与え方など育児全般の具体的な方法であった。社会的問題の項目では家族内の調整、悩みを聞く、育児サロンの紹介などであった。精神的問題の項目では母親を

それで良いと認める、マタニティーブルーの説明、うつや神経症状の観察、親子関係の確認、家族との調整、話を聞くなどであった。経済的問題の項目では社会資源の情報提供が挙げられた。

(3)訪問担当者からみた分娩施設入院中の指導で不足していると思う内容

保健師が入院中の指導で不足していると思う内容を、母親の抱える問題の項目毎に自由回答で求めた。新生児トラブルの項目では、栄養、体重増加について母乳が足りているのか、人工栄養の補充の仕方など、母乳、人工栄養の具体的で個性のある指導を望んでいた。また、皮膚トラブルに関して受診が必要かどうかの鑑別方法や皮膚の変化とその時の対応方法などが不足しているとしている。母のトラブルに関しては乳房の手入れ、乳管開口が不十分、その他としては「抱っこしてミルクを与えない」、「爪切りができない」、「医師や看護職の一言が母に大きく影響する」、産婦のメンタル面の実態把握などがあげられた。母の抱える問題では訪問依頼票の送付、地域の相談窓口の情報、社会資源の紹介、問題のあるケースについては医療機関から地域へ連絡してほしい、との意見があった。

## (4)その他の意見

その他の意見としては、「入院中に問題があったり退院後にフォローが必要なケースは退院時に連絡して欲しい」「新生児期の助産師の訪問は、児童虐待や育児不安な母親への早期対応も可能となり、とても重要な事業だと思うが、委託助産師が少なく必要児の全数を訪問できない」「在宅助産師の情報が欲しい」「妊娠中や入院中のママ友づくりもお願いしたい」との回答があった。

## 4) 助産師からみた新生児訪問の状況 (表3)

### (1)望ましいと考える訪問時期と実際の訪問時期

望ましいと考える訪問時期は退院後1~2週間以内、生後28日以内、本人が必要と思うときなどの意見があった。実際の訪問時期は4人の助産師全員がケースに合わせて訪問を行っていた。その理由として里帰り出産であるケースが多く、時期を確定して訪問できないことが挙げられた。

(2)新生児訪問時に捉えた問題の各項目への指導・相談の多いと思う順位と訪問時の指導内容・ケア内容

### ①新生児トラブル

助産師が捉えた新生児トラブルにおいては、栄

養の項目では2位に順位付けした人が2人、4位1人であった。体重増加の項目では1位に順位付けした人が4人であった。皮膚トラブルの項目では2位に順位付けした人が2人、3位2人であった。臍の項目では3位・4位・5位に順位付けした人がそれぞれ1人であった。その他の項目では4位・5位に順位付けした人がそれぞれ1人であった。

捉えた問題に対する指導・ケア内容は体重の項目では体重測定を行う、増加量を確認しアドバイスする、増加量に合わせ母乳やミルクの与え方を説明する、授乳介助などが挙げられた。皮膚の項目では乳児湿疹やスキンケアに関する指導、清潔・沐浴の方法の説明などであった。栄養の項目では母乳やミルクの量、間隔などのアドバイス、白湯・お茶の与え方などの個別指導であった。臍の項目では消毒方法、出血・ポリープ・綿棒の使い方の説明、臍ヘルニアの指導であった。その他の項目では吃逆、黄疸など新生児の特徴についての説明であった。

#### ②母親のトラブル

助産師が捉えた母親のトラブルにおいては、乳房トラブルの項目では1位に順位付けした人が2人、2位2人であった。育児の項目では1位に順位付けした人が1人、2位2人、3位1人であった。沐浴の項目では4位に順位付けした人が2人であった。不眠の項目では1位に順位付けした人が1人、3位2人であった。

捉えた問題に対する指導・ケア内容は、乳房の項目では乳房マッサージや残乳処理などの直接ケアや、抱き方、飲ませ方、分泌増加のアドバイスなどの説明であった。育児の項目では児の抱き方、布オムツのあて方など具体的な手技の説明や、便秘時の対応、体温管理について、不安の傾聴などであった。不眠の項目では寝不足が多いため休養のとり方、家族の協力調整、核家族が多く家事との両立で疲労しているためゆったり育児できるようアドバイスをすることが挙げられた。沐浴の項目では、沐浴方法や1ヶ月を過ぎたら家族と入浴してよいことの説明であった。その他の項目では回答はなかった。

#### ③母親の抱える問題

助産師が捉えた母親の抱える問題においては、育児能力不足の項目では1位に順位付けした人が2人、3位1人であった。精神的問題の項目では1位に順位付けした人が1人、2位2人であった。経済

的問題の項目では4位に順位付けした人が2人であった。社会的問題の項目では2位・3位に順位付けした人がそれぞれ1人であった。

捉えた問題に対する指導・ケア内容は、育児能力の項目では哺乳瓶の消毒、おむつ交換など育児全般の知識の説明、訴えを聞き夫にも育児に関心を持たせるなどであった。精神的問題の項目で母親のがんばりを認める、子育ては育児書どおりには行かないことを説明するなどであった。社会的問題の項目では家族内の調整、悩みや疑問に答える、何かあれば話してもらえよう信頼関係を築くであった。経済的問題の項目では社会資源の情報提供が挙げられた。その他の項目では回答はなかった。

(3)訪問担当者からみた分娩施設入院中の指導で不足していると思う内容

助産師が入院中の指導で不足していると思う内容を、母親の抱える問題の各項目毎に自由回答で求めた。

#### ①新生児トラブル

栄養の項目では乳房の変化や母乳分泌の過程、分泌不足や分泌過多時の対応、糖水を飲ませる理由であった。体重増加の項目では母乳、乳房の変化、母乳の分泌上昇と不足について、増加量だけに目を向けないでほしいとの回答であった。皮膚の項目では皮膚の変化とその対応、乳児湿疹は心配ないと話してほしいとの回答であった。臍の項目で臍落していない時の対応、臍部乾燥のためのケアを退院後何時までやるのかの説明であった。その他の項目では回答はなかった。

#### ②母親のトラブル

乳房の項目では乳房の変化について、妊娠中からの継続的な関わり、授乳から乳房管理にわたり指導内容が浅いとの回答であった。育児の項目では児の異常症状とその対応について、児と触れ合う時間を多くするとの回答であった。沐浴の項目では、見学だけではなく実施を希望との回答であった。不眠の項目、その他の項目では回答はなかった。

#### ③母親の抱える問題

育児能力の項目では集団指導の内容はほとんど伝わっていない、個別指導が大切との回答であった。精神的問題の項目では母親だけでなく夫、祖父母にも指導が必要との回答であった。その他の項目では勤務助産師は家庭での母子の生活が捉え



にくい状況で指導するため問題であるとの意見があった。社会的問題、経済的問題の項目では回答はなかった。

(4)その他の意見

その他の意見としては、「妊娠中からのかかわりが大切、不安なことを聞きやすい環境を整えてほしい」「電話による状況把握をしている施設もあり、アドバイスにより育児不安や孤独感が薄らいだと言う人もいた」「勤務助産師も新生児訪問を体験すると自分の目で問題が見えてくると思うので、施設の許可を得て地域に出て欲しい」との回答があった。

IV. 考察

1. 新生児訪問率を高めるための方策

都筑ら<sup>4)</sup>は、産後1ヶ月前後で家庭訪問を受けた母親は家庭訪問を受けていない母親よりも不安の程度が有意に減少し、育児の楽しさが増加したと報告している。また、佐藤ら<sup>5)</sup>も調査の結果から、訪問指導に対する対象者の評価は高く、育児不安軽減につながっていることを報告している。このように新生児訪問の効果や重要性を示す研究が数多く報告されている。近年の育児環境や虐待防止の観点からも、法的に公的サービスとして保証されている新生児訪問をさらに活発化させることは重要な課題であると考えられる。

今回の調査の結果では、当該区域全体の訪問依頼票受理率は出生数の21.45%に過ぎなかった。一方で訪問依頼票受理数に対する新生児訪問率は各地区とも高率を示しており、受理した訪問依頼票に関しては確実に訪問するという各地区の姿勢がうかがえる。他の事業との兼ね合いから新生児訪問に割り当てられるコストや人材は限られており、地区によっては訪問依頼票受理数が高まったとしても、高まった分だけ訪問数を増やせるかどうかは疑問であり、直接的に新生児訪問率上昇に反映されないことも考えられる。しかし、訪問依頼票受理数を高めることは訪問を必要とする母子の情報把握につながり、間接的に新生児訪問率を上げることにつながるといえる。よって、母親が訪問依頼票を提出できる体制を整えていくことは重要である。

現在訪問依頼票は母子手帳に綴じこんであり、分娩後母親自身が投函する方法となっている。通常自治体では母子健康手帳交付時や出生証明書提

出時にその制度と方法の説明を行なっているが、この母子健康手帳交付時は時期が早過ぎて母親の意識に残りにくく、また出生証明書提出時は分娩後の余裕がない時期で印象に残りにくい状況にある。また多くの施設では母子が入院中に退院指導を実施し、その際に新生児訪問の紹介を行なっている。しかし退院指導の多くは集団で行われており、個々の意識づけが希薄となること、母親は昼夜問わず行う育児の疲労や、身体的状況の整わない中で指導を受けているため印象に残りにくいことが考えられる。このような自治体と分娩施設の状況から、訪問依頼票の提出は母親自身の自主性に委ねられている現状がうかがえる。

自治体・分娩施設双方で、新生児訪問に関する情報（訪問依頼票の存在、訪問依頼票の書き方・提出先、誰が・何のために・いつ訪問するのか、訪問の際何をするのかなど）を母親に適切に届ける方法を工夫する必要がある。また訪問依頼票提出が確実になされるように、自治体では出生証明書提出時に記入・提出できるようにしたり、分娩施設側としては入院中に訪問依頼票を記入し病院側で投函したりするなどが考えられる。このように、新生児訪問を広報する役割を持つ自治体と、分娩施設入院時に母親に対して働きかける役割を持つ出産施設が、共に協力して働きかけていくことが必要と考える。

前述したように、新生児訪問の効果や重要性を示す研究が数多く報告されているが、その増加には訪問実施者の不足がネックになっている。本調査でも「委託助産師が少なく必要児の全数を訪問できない」、「在宅助産師の情報が欲しい」との意見があった。また各地区の新生児訪問にかかわる看護職は出生数にかかわらず5人前後であった。平林ら<sup>6)</sup>は「ほかの業務との兼ね合いから出生したすべての児を訪問することは困難であった」と報告している。今後、新生児訪問率を上げるためには地域の在宅助産師を含め、看護職の掘り起こしなどマンパワーを確保していくことも必要と言える。

厚生労働省は児童虐待防止対策として平成19年度から生後4ヶ月までの児の全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）を創設する。これは、本来子どもの養育について支援が必要でありながら、積極的に自ら支援を求めていくことが困難な状況にある家庭に過重な負担がかかる前の段階におい

て、訪問による支援を実施することにより、当該家庭において安定した子どもの養育が可能となることなどを目的としている<sup>7)</sup>。全戸訪問については、今回の調査結果でも5地区のうちC地区で既に実施しており、2地区(A, D)で必要との回答であった。平林ら<sup>8)</sup>は第1子の母親を対象として全例訪問を行い、早期にリスクを持つ家庭が把握できるという効果があったと報告しており、全戸訪問の効果は高いと思われる。

しかし厚生労働省の事業では、訪問者が看護職などの専門職に限られておらず、適切な支援・リスクの把握ができるかどうかは疑問が残る。また早期発見・早期の予防的介入という点で新生児訪問事業の価値は下がるものではない。今後とも新生児訪問実施率をあげるための努力を続ける必要がある。

## 2. 訪問担当者が捉えた母子の問題からみた新生児訪問の検討

### 1) 訪問時期とその改善の工夫

母子保健法第11条<sup>9)</sup>によると、「新生児に対する訪問指導は、当該新生児が新生児でなくなった後においても、継続することができる。」としており、訪問時期の規定や訪問回数の制限はない。今回の調査においても望ましいと考える訪問時期に対する回答は様々であったが、助産師の回答では実際の訪問は対象者のニーズに合わせた時期に行われていた。

しかし実際の訪問の時期には課題が残っている。今回の調査結果では退院後3週間以内の訪問はC・Fの2地区のみに留まっていた。塚本ら<sup>2)</sup>の報告でも、退院後3週間以内(新生児期)の訪問は約40%であったが、育児に関する不安の出現時期は退院後1~2週目が約7割と最も多く、早期に訪問を受けた褥婦ほど育児に挑む姿勢に前向きな変化が見られたという。また砥石<sup>3)</sup>は「家庭に帰ってからの1ヶ月は育児に慣れ生活のペースがつかめる期間で、心配事や不安に耳を傾け専門的なアドバイスをすることが必要である」と述べている。このように、母親の育児不安の軽減には、まだ外出がままならない時期である生後1ヶ月間以内の支援、特に家庭訪問による支援が重要となってくる。

早期の新生児訪問の実現には、訪問実施者に母子退院後早期の時点で訪問依頼情報が届く必要が

ある。このような連絡には訪問依頼票以外を用いた様々な連絡方法が報告されている。例えば、小笠原<sup>9)</sup>は、分娩施設にて妊娠・分娩・産褥期の経過を記入した「妊婦褥婦連絡カード」を作成しており、その結果地域へ情報提供がスムーズに行われたと報告している。また美濃<sup>10)</sup>は、医療機関などで保護者の同意を得て、指導内容や予測される問題点を「連絡票」に記入し、保健機関へ情報提供するという「子育て支援ネット」を紹介し、その効果として、保健・医療機関のスタッフ間の日常の連携が円滑になったこと、初回訪問の受け入れがスムーズになったこと、より適切な時期に訪問することが可能になったことと共に、「子育て支援ネット」導入後に支援数の年々の増加を報告している。このように早期の訪問には分娩施設と地域との連携が重要な鍵となっている。

### 2) 訪問担当者が捉えた母子の問題とその対応

今回の調査の結果、担当者が新生児訪問時に捉えた問題の各項目に対する指導や相談件数が多いと思う順位に関して1位に挙がった項目は、新生児トラブル、母親のトラブル、母親の抱える問題の順に保健師では体重増加(8件)、育児(13件)、母の育児能力不足(9件)であり、助産師では体重増加(4件)、乳房トラブル(2件)、育児能力不足(2件)であった。

厚生労働省が行なった2005年度の乳幼児栄養調査の結果<sup>11)</sup>では、妊娠中に96%の母親が母乳で育てたいと考えていたという。また1995年、2005年の比較において、生後1ヶ月時点での完全母乳栄養と人工栄養の割合の減少と混合栄養の増加が報告されている。厚生労働省の最新の報告結果からは、多くの母親が母乳栄養の価値を感じ、母乳栄養にするように努力しているが、結果としては、一番手間のかかる混合栄養の状態に留まっていることが明らかであり、母乳栄養を希望する母子に対して、適切な支援が届いていない状況にあると考える。

2003年に本学が中心となって行なった栃木県内の母乳栄養に関する調査<sup>12)</sup>の結果でも、妊娠中に母乳栄養を希望していた約75%の母親のその後の母乳栄養率は、退院時43.4%、1ヶ月健診時42.1%、3ヶ月健診時39.8%の状況にあることが報告された。また自由回答には「今とても母乳、母乳っていわゆる世の中なので、出ないと母親失格といわれているようです」「母乳の方が色々よいことがある

と思いますが、強要されるとイライラします」  
「ミルクで育てる母親はダメな母親だなどと言われるのが本当につらかった」のような記述があり、母乳育児に追い詰められた悲鳴のようにも感じられる。今回の調査でも助産師が相談件数の多いと思うと選択した項目の1位は体重増加、乳房トラブルであり、母乳栄養に関する同様の問題があると考えることが可能であろう。

今回は調査では、訪問実施者が保健師の場合には母親のトラブルの項目において相談件数の多いと思うと選択した項目の1位は「育児」であり、その支援内容には「育児支援センターの来所を勧める」、「家族や周囲の協力の調整」が含まれていた。一方、先にあげたように助産師の場合は母親のトラブルの項目の1位が「乳房トラブル」であった。これは保健師の場合は調整者としての役割という専門性が発揮され、助産師の場合は、乳房の状態のフィジカル・アセスメントや乳房に対する直接的なケアを行なうことができるという専門性が発揮されたためと考えられる。このようなそれぞれの専門性を活かした訪問が行われるためには、訪問前に母親の状況に関する情報を入手し母子の状況に合わせた訪問者の選択が課題となる。その際生きてくるのも前述したような医療施設と地域を結ぶ情報システムであろう。

### 3. 新生児訪問からみた出産入院施設内での母子に対するケアと地域での支援との連携の必要性

今回の調査では、訪問時の指導内容・ケア内容、入院中の指導で不足していると思う内容の項目に関しては、保健師・助産師のどちらにも共通して家庭で実践できるより具体的で個別的な指導の必要性が指摘されていた。

我が国においては、生後7日未満の新生児は一般的に出産した施設にすることが多い。退院すると母親は自分の判断で我が子を守り育てていかなくてはならないため、施設では様々な保健指導を行うこととなる。しかし、施設のスタッフには個々の家庭の状況が見えにくく、真に適した指導内容となっているか疑問が残る。

砥石<sup>3)</sup>は「家に帰ると日々の生活の中で入院中には考えられなかった悩みや不安が生じてくる。」と述べ、また松岡<sup>13)</sup>は「母親の育児不安は漠然とした不安から具体的な心配事へと変化する」と述べている。入院中に順調だった育児も家庭に帰り

実際に体験することで、未体験の状況に遭遇し、イメージと異なる現状や家族との意見の相違など様々なストレスや不安を感じ、具体的な問題として現れてくるのである。本研究においては「勤務助産師は家庭での母子の生活が捉えにくい状況で指導するため問題である」との意見があったことからその難しさが分かる。

入院期間中に獲得できる育児手技には限界があり、退院し家庭に戻って初めて生じてくる問題もあるため、施設の看護職者は入院中の限られた期間の中で全てを獲得させようとするのではなく、退院後の状況を見越したうえで、地域に繋げていくという視点を持ち支援することが必要である。今回の結果には分娩施設入院中の指導で不足していると思う内容で「入院中に問題があったり退院後にフォローが必要なケースは退院時に連絡して欲しい」との回答があった。施設の看護職者は問題を抱えたまま退院する母児や、問題が予測されるケースに関して施設から地域への継続という視点を持ち、積極的に地域に情報提供していく必要がある。

河田らの報告<sup>14)</sup>によると産後1ヶ月では81.3%、4ヶ月では56.2%の母親が分娩施設の助産師による家庭訪問を希望していた。本研究においても地域の助産師から「勤務助産師も新生児訪問を体験すると自分の目で問題が見えてくると思うので、施設の許可を得て地域に出て欲しい」との回答があった。このように対象者である母親からも、地域の訪問者からも勤務助産師の家庭訪問が求められている。勤務助産師の家庭訪問については多くの文献<sup>14,15,16)</sup>で述べられており、施設から地域に出ることで助産師自身の視野が広がり支援の質の向上につながることで、地域の保健師・助産師が身近な存在となり日常の連携がスムーズになる結果、適切な情報提供を行えるなどの利点が考えられる。また、先に課題としてあげた地域における訪問者のマンパワー不足の解消の点からも、勤務助産師は施設内だけに留まるのではなく活躍の場を広げていくことを検討していく必要があるだろう。自治体と医療機関の相互理解が深まることでお互いの距離が縮まり、状況を理解した体制の構築につながると思われる。

## V. おわりに

栃木県内の栃木県内の市および町を複数含む一

区域における新生児訪問実施状況について、新生児訪問責任者と訪問担当者に対する調査を行った。その結果、責任者6名と訪問を担当する保健師15名、助産師4名から回答が得られ、以下の点が明らかになった。

1. 訪問依頼票の受理に対する訪問はほぼ行われているが、受理数自体が少ない状態にあった。新生児訪問率を上げるためには、母親の訪問依頼票提出自体を促進することが必要であり、そこには自治体や分娩入院施設勤務看護職の果たす役割が大きい。
2. 問題を抱えて退院する場合、母子が安心して地域で生活できるよう「施設」から「地域」への早期の情報提供が必要である。「施設」から「地域」へ情報提供した場合、各地区において確実に新生児訪問を行っていたことから、情報提供は新生児訪問率を上げる一助となることが示唆された。
3. 全例訪問を希望しているがスタッフ不足のため実施できない地区が存在し、新生児訪問に従事できる看護職の掘り起こしの必要性が示唆された。
4. 訪問担当者が新生児訪問時に捉えた問題の各項目に対する指導や相談件数が多いと思う順位に関して1位に挙げた項目は、新生児トラブル、母親のトラブル、母親の抱える問題の項目順に保健師では体重増加、育児、母の育児能力不足であり、助産師では体重増加、乳房トラブル、育児能力不足であった。また、助産師の場合母乳育児支援についてマッサージを含めた直接的な援助につながっていることが明らかとなった。
5. 訪問担当者の視点からは、出産した施設入院中の指導は具体的で家族も交えた個別性のあるものが求められていた。

## 謝 辞

本調査の実施にあたり、回答をお寄せくださった新生児訪問責任者の皆様、地域で活躍されている保健師・助産師の皆様には多大なご協力を頂きましたことを報告し、感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向 厚生指標 臨時増刊号. 52(9);88-96, 2005.
- 2) 塚本浩子, 北村キヨミ, 石田貞代, 望月好子：新生児訪問指導の実態 早期訪問の効果. 日本看護医療学会雑誌3(2);11-16, 2001.
- 3) 砥石和子：新生児訪問で学んだこと. 助産婦雑誌50(10);36-41, 1996.
- 4) 都筑千景, 金川克子：産後1か月前後の母親に対する看護職による家庭訪問の効果. 日本公衆衛生雑誌, 49(11);1142-1150, 2002.
- 5) 佐藤厚子, 北宮千秋, 李相潤, 面澤和子：保健師・助産師による新生児訪問指導事業の評価 育児不安軽減の観点から. 日本公衆衛生雑誌52(4);328-337, 2005.
- 6) 平林照美, 千原敏子, 庄司玲子, 川井妙, 矢田絵美, 芝恵美, 山田和子：周産期からの児童虐待予防 新生児訪問で虐待予防を. 保健師ジャーナル, 61(9);818-821, 2005.
- 7) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室：育児支援家庭訪問事業に関する調査結果. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate08/index.html>).
- 8) 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子：看護法令要覧. 日本看護協会出版会, 259-265, 2006.
- 9) 小笠原敏浩, 利部正裕, 石川健：地域における産後支援システム確立への取り組み. 岩手県立病院医学会雑誌, 40(2);167-174, 2000.
- 10) 美濃千里, 中野則子, 岡田明美, 藤原恵美子, 二位ゆかり, 長田栄枝：医療と保健が連携した「子育て支援ネット」. 保健師ジャーナル, 61(9);808-812, 2005.
- 11) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課：平成17年度乳幼児栄養調査結果の概要. (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/06/h0629-1.html>).
- 12) 成田伸, 早川有子, 川崎佳代子, 大原良子, 他：母親側と支援者側双方から見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.
- 13) 松岡恵：助産師の立場から見た子育て不安現代のエスプリ342. 東京, 至文堂, 34, 1996.
- 14) 河田みどり, 杉下知子, 佐藤千史：分娩施設の助産師による新生児訪問へのニーズ. 母性衛生, 45(1);20-27, 2004.

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向 厚

- 15) 八木橋香津代：施設から母子の家庭訪問を行  
って見て．ペリネイタルケア，17(5);414-418，  
1998.
- 16) 沼田やよい：勤務助産婦による妊産婦の家庭  
訪問指導を実施して．ペリネイタルケア，  
117(5);419-425，1998.

## 報 告

### 幼稚園・保育所における子どもたちの健康問題と 障害をもつ子どもの受け入れの現状

—ある地域における幼稚園教諭・保育士に対するアンケート調査の結果から—

多田敦子<sup>1)</sup>，川口千鶴<sup>2)</sup>，朝野春美<sup>1)</sup>，黒田光恵<sup>1)</sup>

### Children's health problems in preschool and nursery school and present state of acceptance of children with special needs

—from survey to preschool teacher and nursery teacher in certain places—

Atsuko TADA, Chizuru KAWAGUCHI, Harumi ASANO, Mitsue KURODA

**要旨：**一地域における幼稚園・保育所の子どもたちの健康問題について、幼稚園教諭・保育士あるいは施設長に質問紙を用いて調査した。79ヶ所の幼稚園・保育所に配布し、59.5%（47カ所）の回収率であった。

幼稚園・保育所では、発熱やアレルギーなどの一般的な症状への対応に関して困っていると感じていた。小児看護の立場から研修会などを開くことや活用しやすい相談の場を設けることなどの対応策が考察された。

障害をもつ子どもを受け入れるにあたり、障害をもつ子どものかかり手に対する知識の不足や職員数の確保や施設設備上の問題など、準備が整わないまま、障害をもつ子どもを受け入れている状況がうかがえた。障害をもつ子どもを保育する上での困難として、知識の不足や子どもの障害に対する親・家族との認識の違いも上げられており、障害をもつ子どもとかわる保健・医療・教育・福祉のすべての専門職が連携し、親・家族が子どもの障害を認識し受け入れ、より良い成長・発達を子どもがとげられるよう、子どもと幼稚園・保育所における親・家族を支えるためにサポートしていくことの必要性および、小児看護の課題が明らかとなった。

**キーワード：**幼稚園・保育所，子ども，健康問題，障害児保育

#### I. はじめに

近年、小児疾病構造の変化や親の子どもや子育てに対する認識の変化は、子どもおよび医療サービスの変化に大きく影響を与えている。医学の進歩により、小児疾病構造は変化している。少子・高齢化の現代において、社会的にも「健やか親子

21」などの取り組みに見られるように、子どもたちの健康は社会の大きな課題として捉えられている。このような中で、子どもや親・家族の状況に応じた質の高いケアをどのように提供していくかが、今後の小児看護の課題である。

医療の進歩や入院期間の短期化などに伴い、障害や慢性的な疾患をもちながら地域で生活している子どもと家族が増加している。「慢性疾患や障害をもつ子どもたちや家族は、身体面、成長発達

<sup>1)</sup> 元自治医科大学 看護学部

<sup>2)</sup> 自治医科大学 看護学部

面、情緒面、経済面などの多様で複雑な問題を抱えており、子どもや家族の状況に応じた個別的、組織的対応が必要である・・・」と鈴木ら<sup>1)</sup>は述べ、慢性疾患や長期的な健康問題をもつ子どもと家族に対する社会資源の有効な活用の方法について、調査の結果から考察している。このように、子どもや家族が、困難を抱えながら地域で生活していることから、有効な社会資源の活用を含めた他職種との連携など、地域で生活する子どもへの支援の重要性が、先行研究により明らかになっている。

また、少子化が進む中、解決策のひとつとして、どのように育児支援を行い、子育てしやすい環境を整えていくか注目されている。それらを大きく担う教育・福祉・保健・医療の現状は十分とは言えず、利用できる社会資源の地域格差の問題も指摘されている。「子どもが地域でよりよい生活を営むためには、小児保健医療の地域格差や育児環境の地域特性を考慮しつつ、保健、医療の立場から、教育や福祉との連携を含めた包括的な方法について検討することが重要である。」と及川<sup>2)</sup>も述べている。

従来の幼稚園・保育所の役割は、幼稚園は幼児教育であり、保育所は保育に欠ける乳幼児の保育を補うことであった。しかしながら、現代の幼稚園・保育所の役割は、乳児保育・障害児保育・時間外保育・地域の子育て支援など多様化し、幼稚園や保育所が行う、育児支援や障害や慢性疾患をもちながら生活している子どもや家族への支援が期待されている。

本研究では、小児看護の立場からの地域貢献や教育・福祉との連携を念頭に置き、人口24万5857人である(平成14年10月1日)栃木県県南一地域で調査を行った。この地域の教育・保育職が幼稚園・保育所に通う子どもの健康問題をどのように捉え、さらに身体や発達に障害をもつ子どもの受け入れの現状と困難をどのように捉えているかなど、明らかにすることを目的にして調査したのでここに報告する。また、この地域の子どもの特性を捉え、小児看護の立場から、どのような役割を担うことができるかについて考察した。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象

調査対象は、便宜的に栃木県県南の一地区を選

択し、この地域における幼稚園・保育所の施設長あるいは、幼稚園教諭あるいは保育士を対象とした。

### 2. 調査期間

平成16年7月～8月

### 3. 調査内容

- 1) 幼稚園・保育所に通う子どもたちの健康状態の特徴
- 2) 子どもの健康に関する幼稚園教諭・保育士の認識
- 3) 障害をもつ子どもの保育上の困難

### 4. 調査方法

質問紙を用いて、調査を行った。質問紙は対象地域にあるすべての幼稚園・保育所のうち、事前に電話で了解の得られた79ヶ所の施設長宛に郵送で配布し、回収は無記名、個別郵送による回収を行った。調査の主旨、データの扱いに対する説明文を添付し協力を依頼した。

### 5. 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、郵送による個別回収とした。調査の主旨、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、結果の公表に際して、個人が特定できるような形では行わないことなどを質問紙依頼文に記載し、協力を求めた。

### 6. 分析方法

基本統計および自由記載部分は内容分析により分類を行った。

## III. 研究結果

### 1. 質問紙の回収

質問紙の回収は47人で回収率は59.5%、有効回答率は100%であった。

### 2. 回答者の背景(表1)

#### 1) 職種

職種は、記入のあった46人のうち、保育士が24人(52.2%)で最も多く、次いで幼稚園教諭が15人で(32.6%)、その他が7人(15.2%)であった。

#### 2) 幼稚園教諭・保育士としての経験年数

未記入1名を除き、幼稚園教諭・保育士として

の経験年数20年以上が30人（65.2%）で過半数を占め、ついで10～20年未満が8人（17.4%）、3～6年未満と6～10年未満が各2人（4.3%）、3年未満が1人（2.2%）、その他は3人（6.5%）であった。

### 3) 職位

回答者の職位は、施設長が27人（57.4%）で最も多く、副施設長2人（4.3%）、主任・副主任が13人（27.7%）、スタッフ4人（8.5%）、その他が1人（2.1%）であった。

### 4) 回答者の年齢

回答者の年齢は、50～59歳が29人（60.8%）で最も多く、ついで60歳以上が7人（14.9%）、40～49歳が5人（10.6%）、30～39歳が4人（8.5%）、25歳未満が2人（4.3%）であった。

### 5) 経験の有無

43人（91.5%）に子育ての経験があり、4人（8.5%）はなかった。

## 3. 幼稚園・保育所の概要（表1）

### 1) 幼稚園・保育所に勤務する職種

幼稚園・保育園で勤務する職種は、幼稚園教諭、保育士・栄養士・看護職・用務などであり、看護職がいる幼稚園・保育所は7カ所（14.9%）であり、

そのうち1カ所のみ2人の看護職が勤務し、他は1人のみ勤務していた。

2) 幼稚園・保育所に勤務する幼稚園教諭・保育士の平均在職年数

3年未満が1カ所（2.3%）、3年～6年未満11カ所（25.0%）、6年～10年未満14カ所（31.8%）、10～20年未満15カ所（34.1%）、20年以上が8カ所（24.6%）であり、在職年数の長い割合が多かった。

### 3) 園医の有無

記載のあった41カ所のうち、34カ所（82.9%）の幼稚園・保育所に園医がいると答えており、いないのは3カ所（7.3%）であった。その他は4ヶ所（9.8%）であった。

### 4) 幼稚園・保育所における育児支援事業（表2）

従来の保育・教育業務とは別に、育児支援を目的として、社会的な事業を行っているのは44ヶ所（93.6%）であった。具体的な事業内容は、表2のとおりである。延長保育37カ所（84.1%）、障害児保育22カ所（50.0%）、一時保育19カ所（43.2%）、放課後学童クラブ12カ所（27.3%）、地域子育て支援センター11カ所（25.0%）などが行われていた。また、2カ所ではあったが病後児保育を行っている保育所もあった。

表1 回答者の背景 (n=47) (人)

| 背景項目                 |        | 年齢  | 25歳未満 | 30～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60歳以上 |
|----------------------|--------|-----|-------|--------|--------|--------|-------|
|                      |        |     | 2     | 4      | 5      | 29     | 7     |
| 職種                   | 保育士    |     | 0     | 2      | 3      | 7      | 2     |
|                      | 幼稚園教諭  |     | 2     | 2      | 2      | 18     | 2     |
|                      | その他    |     | 0     | 0      | 0      | 4      | 3     |
| 職位                   | 園長     |     | 0     | 1      | 2      | 18     | 6     |
|                      | 副園長    |     | 0     | 0      | 0      | 0      | 0     |
|                      | (副)主任  |     | 0     | 2      | 2      | 5      | 1     |
|                      | スタッフ   |     | 2     | 1      | 1      | 5      | 0     |
|                      | その他    |     | 0     | 0      | 0      | 1      | 0     |
| 幼稚園教諭あるいは保育士としての経験年数 | 3年未満   |     | 0     | 0      | 1      | 0      | 0     |
|                      | 3～6年   |     | 2     | 0      | 0      | 0      | 0     |
|                      | 6～10年  |     | 0     | 1      | 0      | 0      | 1     |
|                      | 10～20年 |     | 0     | 3      | 2      | 2      | 1     |
|                      | 20年以上  |     | 0     | 0      | 2      | 24     | 4     |
|                      | その他    |     | 0     | 0      | 0      | 2      | 1     |
|                      |        | 未記入 | 1     |        |        |        |       |
| 子育て経験                | 有      |     | 0     | 3      | 4      | 29     | 7     |
|                      | 無      |     | 2     | 1      | 1      | 0      | 0     |



4. 幼稚園・保育所の子ども現状

1) 幼稚園・保育所の子ども総数 (表3)

子どもの数がもっとも多い幼稚園・保育所で441人であり、もっとも少ないところでは8人であった。規模としては、記載のなかった1カ所を除き、100人未満の幼稚園・保育所が27ヶ所と最も多かった。

2) 慢性的な病気や障害をもちながら通園している子どもの有無 (表4)

慢性的な病気や障害をもちながら通園している子どもがいる幼稚園・保育所は32ヶ所 (71.1%)であった。

また、現在慢性的な病気や障害をもちながら通園している子どもの病気上位3つを、記入のあったそれぞれの施設 (22施設) が選んだ疾患の中では、喘息が最も多く、次いで運動機能障害、慢性心疾患であった。

3) 障害をもつ子どもの入園

障害をもつ子どもがいる幼稚園・保育所は30カ所 (65.2%)、預かっていない幼稚園・保育所は5カ所 (10.9%)、以前受け入れていたが今はいないが11カ所 (23.9%)であった。

現在、障害をもつ子どもを預かっていると答えた中で、最も人数が多かったのは10人で最も人数が少なかったのは1人であった。

表2 幼稚園・保育所における育児支援事業 (複数回答) (n=44)

| 育児支援を目的とした社会的事業 | 施設数 (%)    |
|-----------------|------------|
| 延長保育            | 37 (78.7%) |
| 障害児保育           | 22 (46.8%) |
| 一時保育            | 19 (40.4%) |
| 放課後学童クラブ        | 12 (25.5%) |
| 地域子育て支援センター     | 11 (23.4%) |
| 休日保育            | 5 (10.6%)  |
| 病後児保育           | 2 (4.3%)   |
| 夜間保育            | 1 (2.1%)   |
| その他             | 9 (19.1%)  |

表4 現在慢性的な病気や障害をもちながら通園している子どもの病気 上位3疾患 (n=66)

| 疾患名       | 現在 |
|-----------|----|
| 喘息        | 22 |
| 運動機能障害    | 8  |
| 慢性心疾患     | 6  |
| 神経・筋疾患    | 3  |
| 神経疾患      | 3  |
| 血友病など血液疾患 | 2  |
| 呼吸機能障害    | 1  |
| 慢性腎疾患     | 1  |
| 消化器系疾患    | 1  |
| 先天性代謝異常   | 1  |
| 膀胱直腸障害    | 1  |
| 内分泌疾患     | 0  |
| 免疫不全      | 0  |
| その他       | 18 |

表3 幼稚園・保育所の子ども総数 (n=46)

| 子どもの総数     | 施設数 (%)    |
|------------|------------|
| 0 - 99人    | 27 (58.7%) |
| 100 - 199人 | 10 (21.7%) |
| 200 - 299人 | 5 (10.9%)  |
| 300 - 399人 | 3 (6.5%)   |
| 400人以上     | 1 (2.2%)   |

表5 対処が難しい健康問題 (n=38)

| 大項目      | 総数 | 小項目               | 件数 |
|----------|----|-------------------|----|
| 障害に関すること | 14 | 障害をもつ子どもへのかかわり    | 9  |
|          |    | 子どもの障害に対する親の受け入れ  | 5  |
| 発熱に関すること | 9  | 発熱時の登園            | 6  |
|          |    | 発熱時の連絡について        | 3  |
| 親に関すること  | 5  | 親へのかかわり           | 5  |
| 疾患に関すること | 4  | アレルギー             | 2  |
|          |    | 喘息                | 2  |
| その他      | 6  | 感染症               | 2  |
|          |    | 生活リズムについて<br>服薬など | 2  |

5. 子どもを預かる上での健康問題に関して困ったこと

1) 対処が難しい健康問題 (表5)

健康に関することで幼稚園・保育所で対処が難しいと感じていることについては、34人(72.3%)の自由記載があり、分析の結果38件の内容に分類された。抽出された内容については、障害をもつ子どもへのかかわり9件や子どもの障害に対する親の受け入れ5件と、障害に関するものが14件と多く、ついで発熱時の登園について6件や発熱時の連絡について3件と発熱に関するものが9件であった。

2) 子どもの健康に関して知りたいこと (表6)

子どもの健康に関して知りたいことについて31人(66.0%)の記載があった。抽出された内容については表6の通りであり、一般的なことと個人に関するものに分けられた。一般的なことの抽出された内容は、アレルギーに関することや発熱、流行性疾患などに関することであった。その他については、発達段階に関することと、発達障害に関する内容があがっていた。また、個人に関することは、入園前の情報や、個々の障害に対する対応方法や慢性疾患をもつ子どもの対応方法などであった。

また、子どもの健康に関して知りたいことに関して望まれる場や機会については、表7の通りで

あり、13人の回答があった(表7)。研修会の開催9件やいろいろな場や機会での相談を望む回答4件があげられた。

3) 障害をもつ子どもの保育上の困難 (表8)

33人(70.2%)の記載があり、分析の結果35件に分類された。困難を感じる具体的な内容については、表7の通りであり、障害をもつ子どもの行動そのものに対するものが14件と最も多く、ついで、子どもの障害に対する親との認識の違いが10件、障害をもつ子どもに十分に関わるための幼稚園教諭や保育士の数の確保や配置が7件、トイレなどの施設設備上の問題2件、相談先に関することが2件であった。

IV. 考察

1. 幼稚園・保育所における子どもたちの健康問題

幼稚園・保育所で困っていることや対処が難しいことの中で、障害をもつ子どものかかわりがあげられていた。ついで、発熱時の登園や子どもの障害に関する親の受け入れや親へのかかわり、発熱時の連絡についてなど親との対応に関することがあげられていた。また、子どもの健康に関して不足している知識に関しては、一般的な知識に関することと個人の健康に関することに分類された。また、子どもの健康に関して相談したいと望

表6 子どもたちの健康に関して知りたいこと (n=31)

| 大項目      | 総数 | 小項目             | 件数 |
|----------|----|-----------------|----|
| 一般的なこと   | 15 | アレルギー           | 5  |
|          |    | 発熱などの対処         | 5  |
|          |    | 流行性疾患           | 3  |
|          |    | その他             | 2  |
| 個人に関すること | 16 | 入園前の情報          | 9  |
|          |    | 障害をもった子どもに対する対応 | 4  |
|          |    | 慢性的な疾患を持つ子どもの対応 | 2  |
|          |    | その他             | 1  |

表7 子どもたちの健康に関して、望まれる相談する場や機会

|         | (n=13) (件) |
|---------|------------|
| 研修会     | 9          |
| 保健師への相談 | 2          |
| 親の相談機関  | 1          |
| 電話相談    | 1          |

表8 障害を持つ子どもの保育場の困難

|                | (n=35) (件) |
|----------------|------------|
| 子どもの行動に関すること   | 14         |
| 親との認識のずれ       | 10         |
| 教員や保育士の数の確保や配置 | 7          |
| 施設設備上の問題       | 2          |
| 相談先に関すること      | 2          |

む場や機会に関しては、研修会を望む意見があった。

このことから、一般的な子どもの症状に対する対応や子どもの成長・発達については、研修会などを行うことで、解決の糸口となるのではないかと考える。発熱時の対応や親への対応についても、小児看護の立場から、定期的な研修会などを行うことで、相談の場ができると考える。

また、相談する機会として、親の相談の場、電話相談があげられていた。突発的な出来事に対する迅速な対応についての相談の場として、看護職による電話相談のシステム構築など、幼稚園や保育所あるいは親・家族が活用しやすい方法を検討する必要があると考える。

個人の健康に関することについては、個人情報にかかわることであり慎重な対応が求められる。親・家族の同意の上で、子どものよりよい生活を支えるための情報の共有など、親・家族と幼稚園・保育所、医療機関などの連携が望まれる。

## 2. 障害をもつ子どもを預かる上での幼稚園・保育所の現状

医療の進歩に伴い、障害をもちながら地域で生活する子どもが増えている。『全国では、幼稚園・保育所の障害児数はこの20年間で約3倍、10年間で約2倍もの増加になっている。さらに1970年代から全国的に障害児の早期発見・対応がはじまり、幼稚園・保育所で対応する障害児の障害の重度化、多様化、低年齢化が進んでいる。保育・療育の対象は、重症児からいわゆる「気になる子」まで、幅が広がっている現状がある』といわれている<sup>3)</sup>。今回の調査でも65.2%と半数以上の幼稚園・保育所が障害をもつ子どもの受け入れを行っている現状があり、この地域でも、同様の状況であることが伺えた。

また、少子化や現代の事情に伴い、幼稚園・保育所の役割・機能は大きく変化し、社会から様々な役割が求められている。この地域の幼稚園・保育所でも育児支援を目的として本来の保育・教育業務とは別に社会的な事業を行っているのは、回答のあった47ヶ所のうち44ヶ所(93.6%)であった。様々な業務を抱え幼稚園教諭・保育士の負担は増加している。障害をもつ子どもを保育・教育するためには健康な子どもを保育・教育することに加えて、専門的な知識が必要となる。子どもに

とってよりよい環境を作るためには、子どもとかわるすべての専門職が地域全体で連携し、お互いの専門性を生かすことが必要である。看護職としても、障害をもつ子どもに対する専門的知識において連携、サポートしていくことができるであろう。

実際に今回の調査で、障害をもつ子どもの保育の困難として、健康な子どもとの行動の違いに関するものが多く見られた。これらは、コミュニケーションのとり方や行為の問題など、ほとんどがその個別な障害をもつ子ども特有のものと考えられるものが多かった。このことから、障害をもつ子どもの一般的な特徴についての知識を持って子どもとかわることや、その一人ひとりの子どもの特徴を捉え、その子どもの特徴に合わせたかわりを持つための準備が大切であると考えられる。中嶋ら<sup>4)</sup>の調査でも、障害をもつ子どもの保育を行ううえでの困難についての調査の結果、全体の72.5%に「専門的知識がないことについての不安」や73.0%に「保育プログラムについて配慮すること」、37.8%に「病気の特徴について」、32.4%に「緊急時の対応」について不安をもっていたと述べている。その他にも本調査では、教員や保育士の数の確保や配置や、施設設備上の問題についてあげられていた。以上のことから、障害をもつ子どもを預かるにあたり、障害をもつ子どもとのかかわりに対する知識、保育士の数の確保や配置について、施設設備などの準備が整わないまま、受け入れている現状がうかがえた。

また、障害をもつ子どもの保育上の困難として、次に多かったものは、親との認識のずれに関することであった。中嶋らの調査<sup>4)</sup>でも、全体の96.8%に「保育士と家庭での障害認識に差を感じている」という結果であったと述べられている。障害をもつ子どもが、その子らしくよりよい成長・発達とげられるようサポートしていくためには、子どもの障害に対して早期に対応することが必要となる。これは親・家族の子どもへの障害受容にかかわる複雑な問題であり、親が子どもの障害を認識し受け入れるにあたり、慎重なサポートが求められる。これは、子どもの障害を診断することができない幼稚園・保育所だけでは解決するには難しい問題であるが、困難を解決するために保健・医療との連携が望まれる。看護の立場からの役割としては、障害受容などで、親への支援を行

うことができると考える。

障害をもつ子どもを早期発見・早期治療するために、定期健康診断システムが構築されている。しかし、そのときその場の様子で判断することが困難な障害もあることを考え合わせると、障害をもつ子どもの早期発見・早期治療のためにも、障害をもつ子どもが、家庭から初めて社会に出る場となる幼稚園・保育所は重要な拠点となる可能性がある。また、障害をもつ子どもと関わる幼稚園・保育所間での結びつきを強め、同じような困難や悩みを共有し解決への糸口を見つけていくことで、更なる障害をもつ子どもに対する保育の専門性を高めていくことも有用であると考ええる。

子どもと関わる医療・教育・福祉のすべての専門職が連携し、それぞれの専門職がその専門性を発揮することで、子どもがよりよく地域で生活できるであろう。幼稚園教諭・保育士の困難に対し、子どものより健康な生活を支援する小児看護の立場からも、その連携システムの一員となることや、システムの構築に貢献することで、役割の一端が担える。

## V. おわりに

幼稚園教諭・保育士は、子どもたちの健康問題に関して、様々な困難を抱えていることが明らかとなった。これらを解決していくためには地域全体で連携し、子どもたちが地域でよりよい生活を送ることができるよう、サポートしていくことの重要性が示唆された。今後、その連携の中で、看護としての役割をどのように果たしていくかを考えていく必要がある。

1) 71.1%の幼稚園・保育所で、慢性的な疾患や障害をもちながら生活している子どもを受け入れていた。

2) 健康に関することで、幼稚園・保育所で困っていることや対処が難しいことについては、障害をもつ子どもに関するものや発熱に関するものが多くあげられた。

3) 子どもの健康に関して不足している知識としては、一般的なものと個人に関するものに分類された。

4) 身体や発達に障害をもつ子どもの保育上の困難としては、障害をもつ子どもの行動そのものに関するものが最も多く、ついで子どもの障害に対する親との認識のずれ、幼稚園教諭・保育士の数

の確保や配置、施設設備上の問題があげられた。

5) 健康問題に関して一般的な知識が不足していると感じていることについては、定期的な研修会を開くことや活用しやすい相談の場を設けることが有用であると考えられた。

6) 個人の健康に関することについては、親の同意の上で子どものよりよい生活を支えるために情報を共有するなど、親・家族、幼稚園・保育所と医療機関との連携が望まれた。

7) 障害をもつ子どもを受け入れるにあたり、困っていることの多くは、子どもの行動に関することやかかわりに関することが多く、障害をもつ子どもの理解不足によるものが考えられた。また準備が整わないまま受け入れている状況も推測され、受け入れにあたっては、個々の子どもに適した準備が必要であると考えられた。

8) 障害をもつ子どもの保育上での困難として、子どもの障害に対する親・家族との認識の違いもあげられており、障害をもつ子どもとかかわるすべての保健・医療・教育・福祉の専門職が連携し、親・家族が子どもの障害を認識し受け入れ、より良い成長・発達を子どもがとげられるよう、子どもと親・家族を支えるためにサポートしていくことの必要性が考えられた。

## 研究の限界

今回の調査は、幼稚園・保育所での、施設長あるいは最もこの調査の内容に関して把握されていると思われる方に対して行った調査であり、親・家族の立場からみた、子どもたちの健康問題および実際の子どもの健康状態は不明である。

## 謝 辞

今回の調査にあたり、回答にご協力いただいた幼稚園・保育所の皆様をはじめ、調査実施にあたり大変なご協力をいただきました、保育所、幼稚園の施設長の皆様に感謝を申し上げます。

## 文 献

- 1) 鈴木千衣他：外来通院する慢性疾患児の治療及び日常生活の現状と外来看護に関する看護の認識．福島県立医科大学看護学部紀要，57-68，2003.
- 2) 及川郁子：小児慢性疾患患者の療養環境向上にむけて．小児保健研究65(1);5-10，2006.

- 3) 藤上真由美：保育所における障害児保育の現状と課題. みんなのねがい, (423);22-27, 2002.
- 4) 中嶋理香：障害児保育の現場での医療者支援－保育施設のアンケート調査をもとに－. 小児保健研究, 61(1);52-58, 2002.
- 5) 汐見稔幸：国・自治体における子育て支援と保育の施策についての動向. 発達, 101(26);2-6, 2005.
- 6) 森上史朗：保育園・幼稚園の改革を総合施設につなげるために. 発達, 101(26);7-11, 2005.
- 7) 遠山洋一：「自立を目指す子育て」と家庭支援－保育の基盤として今求められるもの. 発達, 101(26);28-29, 2005.
- 8) 飯田和代他：障害児保育. 季刊保育問題研究, (203);111-119, 2002.
- 9) 及川郁子：21世紀に向けた小児看護の課題－子どもと家族がよりよく地域で生活するために－. 日本小児看護学会誌, 9(2);57-65, 2000.
- 10) 平山宗宏：健やか親子21. 小児保健研究, 61(2);146-150, 2002.
- 11) 前川喜平：21世紀は子どもの世紀21世紀の小児保健を考える (解説). 小児保健研究, 61(1);141-145, 2002.
- 12) 柴崎正行他：保育所における子育て支援の現状と課題. 保健の科学, 45(4);256-266, 2003.
- 13) 福田志津枝編著：これからの児童福祉 第3版. ミネルヴァ書房, 2001.

報 告

日本の技術協力「研修員受け入れ」の効果

—ウズベキスタン「看護管理」コース研修員による自国での還元の実状から—

稲荷陽子

The effect of Nursing management education for Uzbekistan nurses in Japan

— How they implement their learning in their own country? —

Yoko INARI

**要旨：**本研究の目的は、日本の技術協力の一手法である「研修員受け入れ」事業に注目し、ウズベキスタン共和国の研修員が自国とは異なる背景を持つ日本の看護管理の実際を学び、自国においてどのような研修効果として現れているのかを明らかにし、これにより「研修員受け入れ」の意義を検討することである。そのため、研修員を対象に自国での還元状況を調査した。その結果、研修目的・目標を短期的には達成していなかったが、研修で得られた経験を帰国後、随所に活用していることが明らかとなった。また、日本が相手国で知識・技術を伝えるとともに、それらの知識・技術が実際に使われていることを見る、体験する、このことによって技術は相手側に根付いていくと考えられ、研修の充実をはかり、短期的、および長期的に効果をみていくことが、これからの日本の国際協力の質の向上に重要である。

**キーワード：**開発途上国、技術協力、研修員受け入れ、看護管理、研修効果

I. はじめに

開発途上国と呼ばれる国の多くは、第2次世界大戦後に独立した国であり、独立は果たしても人材の不足から自国の発展を促すためには大きな困難を抱えていた。このような開発途上国の開発を助けるために、我が国の政府ベースによる技術協力は、主として独立行政法人国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency: JICA) により実施されている。それらは、開発途上国からの研修員受け入れ、専門家やボランティア派遣、

機材供与などである。なかでも「研修員受け入れ」は、開発途上国の今後の中核的な行政官、技術者、研究生などを研修員として日本、もしくは第3国に招き、それぞれの国で必要とされている知識や技術を移転する研修事業で、技術協力の重要な柱となっている。

研究者は、2000年7月から2年半、中央アジアに位置するウズベキスタン共和国で青年海外協力隊助産師隊員として活動した。このウズベキスタン共和国 (首都：タシケント、総人口：2,510万人、乳児死亡率：37 (出生千対)、妊産婦死亡率：24 (出生10万対)、識字率：99%、GDP：約450米ドル) は、ソ連時代、モスクワ主導の医療体制が敷かれていた。しかし、1991年に独立してからは、

元自治医科大学 看護学部 母性看護学

Former Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

旧ソ連体制からの脱却に力点を置き、ウズベキスタン共和国独自の医療体制を築こうと様々な改革が進められている。日本から専門家や青年海外協力隊隊員などが送られ、また、一方では、日本に研修員を受け入れての技術協力も行われている。

これは、平成12年度(2001年)から毎年、臨床分野で看護管理に携わっている看護職を研修員として招き、看護管理の理論と実際を学ぶ機会を提供している「看護管理」コースである。「看護管理」コースは、看護管理に関する知識・技術・能力を向上させることを目標とし、研修員自身が自国の現状に基づきアクションプランを立案し、これを基に効果的な看護管理を実施することによって、看護サービスの質、看護職の社会的地位が向上することを目的としている。これら両方の技術協力が効果的に行われることが重要と考えられた。

そこで、技術協力の一手法である「研修員受け入れ」に注目し、「看護管理」コースを例にとり、自国とは異なる背景を持つ日本の看護管理の実際を学んだことが、どのような研修効果として現れているのかを明らかにし、これにより「研修員受け入れ」の意義を検討したいと考えた。

## II. 研究方法

本研究では、「研修員受け入れ」事業である「看護管理」コース平成12年度から15年度(2001年から2004年)の帰国研修員を対象とした調査(以下、調査1)、および補足調査として帰国研修員の所属する施設の責任者、あるいは保健省関係者を対象とした調査(以下、調査2)の2つを行った。

### 1. 用語の定義

技術協力：開発途上国の自立に必要な経済および社会開発の担い手である人づくりを主な目的としている。

### 2. 対象者

調査1では、「看護管理」コース受講者合計25名のうち、産前・育児休暇に入っている3名、ウズベキスタン共和国で就職している2名を除く20名を調査の対象とした。そして、協力を依頼した20名のうち1名を除く19名から承諾が得られた。

調査2では、研修員より本人の所属する施設の

責任者を紹介してもらった。研修員が看護師・看護師長であれば総看護師長(看護部長)に、研修員が総看護師長であれば院長、あるいは保健省関係者(看護専門官)に、そして研修員が州看護協会役員であれば同じく保健省関係者(看護専門官)に承諾を得た。

### 3. 調査期間

平成16年5月25日から9月3日

### 4. データ収集方法、および分析方法

調査1：日本での研修内容の評価や研修員の自己評価、および研修中に自国の問題に対し立案したアクションプランの進行状況を半構成的面接法で収集した。面接時間は、1人平均2時間の1回とし、面接内容は面接時、ロシア語と日本語をまぜて筆記記録した。さらに研修員が実際にどのようにアクションプランに取り組んでいるかを、研究者が研修員の勤務する施設において「参加者としての研究者」の立場から参加観察法を用いて収集した。観察時間は、1人平均2時間であった。本研究者は、ウズベキスタン共和国において青年海外協力隊隊員としての勤務経験があり、アクションプランの導入による施設の変化を判断することが可能であると考えた。

調査2：研修の内容・研修員の研修で学んだことをどう受けとめ、どう支援しているか、などの状況を面接を通して知ることは研修の波及効果を把握するために重要と考えられたことから実施した。調査内容は、研修員の管理者としての評価、日本での研修実績の影響の有無、研修成果の活用の有無、帰国研修員に期待すること、研修内容・機関への意見や要望などについての半構成的面接法を行った。面接時間は、平均30分から1時間とし、面接はロシア語で実施し、内容は面接時に筆記記録した。

また、分析方法は、調査1・2ともにベレルソンの内容分析を用いた。

### 5. 倫理的配慮と同意の取得

事前に、ウズベキスタン共和国保健省に調査実施の理解と協力を求める文書を送付した。現地にて、対象者に調査協力を拒否する権利があること、プライバシーが護られること、本研究以外に結果を使用しないことを説明し、理解と同意を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 調査1結果

##### 1) 対象の基本的属性

研修員19名は全員女性であり、平均年齢±標準偏差は35.3±13.5であった。研修時の職位は、総看護師長が4名、看護師長が12名、州看護協会役員が（総看護師長を兼ねている者1名を含む）3名であった。このうち、研修後（帰国後）に勤務先・役職の変更のあった者は4名であった。内訳として、昇格した者は1名のみであり、ほか3名のうち2名は勤務先である病院の変更にて看護師長から非管理職看護師に、残る1名は所属先の変更とその配属先に同コースの帰国研修員が看護師長として配置されていることから、非管理職看護師へと役職の変更がみられた。

##### 2) 日本での研修内容の評価

表1は、「日本での研修内容の評価」をカテゴリー化したもので、研修員は、日本での研修を肯定的に捉えていた。

また、『日本の医療機関での学び』として、研修員の多くが「看護師の役割・業務」を挙げ、そして、『関心・興味を持てた研修内容』としては、「看護師による看護ケア」などを挙げていた。

##### 3) 研修員の職場における自己評価

表2は、「研修員の職場における自己評価」をカテゴリー化したもので、研修員の中には、自己評価を低く見ている者はいなかった。

そして、研修員の多くが、『帰国後、実行に移した内容』として、「研修内容の伝達・報告書の

表1 日本での研修内容の評価

| カテゴリー             | サブカテゴリー   |
|-------------------|---|
| 研修の自国での適用の可能(3)   | 全部ではないがあてはまる(3)   |
| 研修の自国での有益性の有無(8)  | 自分に有益である(4)<br>自分そして病院に有益である(3) など  |
| 日本の医療機関での学び(22)   | 看護師の役割・業務(12)<br>教育（新任・現任教育）のための手法(4)<br>看護過程・看護記録の重要性(3)<br>看護職と医師間の協力体制の必要性(2) など |
| 自国の医療機関への気付き(11)  | 客観的な自国の現状・看護水準の把握(4)<br>看護師の役割・業務の違い(4) など  |
| 関心・興味を持てた研修内容(20) | 看護師による看護ケア(8)<br>看護記録(3)<br>看護部組織化(2) など  |

表2 研修員の職場における自己評価

| カテゴリー               | サブカテゴリー  |
|---------------------|--|
| 主観的な評価(25)          | 仕事に対する姿勢の変化が見られた(10)<br>管理能力の上達を確信(9) など   |
| 帰国後、実行に移した内容(105)   | 研修内容の伝達・報告書の提出(16)<br>教育（新任・現任教育）体制の見直し(16)<br>看護過程・看護記録の講義の実施(13)<br>看護業務の見直し(10)<br>医師への働きかけの実施(10)<br>看護記録の導入(9) など |
| 帰国後、計画・予定している内容(22) | 看護師の役割・業務の見直し(7)<br>教育体制の検討(4)<br>医師・教員への働きかけの検討(3) など   |



提出]を行っており、続いて、「教育体制の見直し」、「看護過程・看護記録の講義の実施」、「看護業務の見直し」などと続き、看護師の役割・機能に関して、医師の理解や協力を得るために、「医師への働きかけの実施」を挙げていた。

4) 研修員の研修に対する意見と要望

表3は、「研修員の研修に対する意見と要望」をカテゴリー化したもので、看護過程・看護記録の教授法を「学生への講義の現場（授業を見学すること）から学びたい」、また臨床において「学生が対象患者に立てた看護計画に沿って実践する看護ケアを見る」ことを希望するなど、「看護学生

への具体的な教育方法」を挙げ、研修員の半数近くが研修の存在を肯定的に捉えていた。

そして、『研修への意見』として、「看護記録用紙の提示のみではなく受け持ち患者を設定し、看護の提供を通して具体的な記録の仕方を学びたかった」、「看護過程・看護記録の講義よりも、看護師と共に看護の実践をする方が、より理解につながる」など「看護過程・看護記録の習得のための時間的な考慮と解りやすい説明がない」が挙げられた。

5) アクションプランの実施状況

表4は、各アクションプランを挙げた研修員の

表3 研修員の研修に対する意見と要望

| カテゴリー      | サブカテゴリー   |
|------------|---|
| 研修への要望(20) | 看護学生への具体的な教育方法(5)<br>研修再参加(4)<br>研修員増員(4)<br>研修継続(3)<br>看護師と看護ケアを行う(2) など   |
| 研修への意見(29) | 看護過程・看護記録の習得のための時間的な考慮と解りやすい説明がない(11)<br>日本人講師の一方的な講義姿勢(5)<br>研修期間が短い(4) など |

表4 アクションプランの実施状況

| アクションプランの内容 (人数計)         | 実施状況 (%) |      |      |
|---------------------------|----------|------|------|
| 1) 看護方式の導入(6)             | (50)     | (33) | (17) |
| 2) 医師と看護師間の話し合い(5)        | (40)     | (20) | (40) |
| 3) 看護業務の整理(4)             | (50)     | (25) | (25) |
| 4) 管理者を対象とした研修計画の立案・実施(4) | (50)     | (25) | (25) |
| 5) 教育委員会の設置(4)            | (50)     | (50) |      |
| 6) 看護師を対象にアンケート調査の実施(4)   | (25)     | (50) | (25) |
| 7) 講習会の開催(3)              | (67)     |      | (33) |

実施
  実施せず
  検討中
  計画の変更

表5 アクションプランの実施以外の看護管理実施状況

| カテゴリー              | サブカテゴリー   |
|--------------------|---|
| 看護管理者の役割と機能(7)     | 管理者として好ましくない姿勢(5) など  |
| 看護サービスに関する機能(37)   | 患者に配慮した設備・環境の整備不足(20)<br>患者に配慮した設備・環境の整備(10)<br>患者家族を配慮した設備・環境の整備(6) など |
| 看護サービスの質に関する機能(17) | 患者の安全性への配慮不足(17)  |
| 患者個人への看護に関する機能(16) | 看護記録の理解不足(9)<br>看護記録は存在しない(5) など  |
| 看護サービス運営に関する機能(1)  | 労働者に配慮した施設・環境の整備不足(1)   |
| 看護職員の活用に関する機能(5)   | 看護職のための学習環境の提供・確保(3)<br>看護職のための学習環境への配慮不足(2)                            |

人数を基に、アクションプランの『実施』、『実施せず』、実施するかどうか『検討中』、そして『計画の変更』をパーセントで表した。

アクションプランの内容は、計画として挙げられたものの多いものから、「看護方式の導入」、「医師と看護師間の話し合い」、「看護業務の整理」などと続いた。

しかし、「看護方式の導入」を始めたとして、研修員より話があったが、チーム編成やチームが受け持つ患者の看護計画などが、書面として存在せず、確認はできなかった。

また、「講習会の開催」の実施においても、講義計画書や講義資料は存在しなかった。

#### 6) アクションプランの実施以外の看護管理実施状況

表5は、アクションプランの実施以外の、管理者としての「管理」、の実施状況をカテゴリー化したもので、まず、『看護サービスに関する機能』として、「患者に配慮した設備・環境の整備不足」が多く観察された。

これは、患者ベッド間にカーテンやスクリーンの設置がない、病室のドアは開放状態で廊下あるいは窓の外から室内が丸見えであった、などである。

『患者サービスの質に関する機能』として、「患者の安全性への配慮不足」が、ほとんどの研修員の配属先や担当施設で見られた。

これは、備品である患者ベッド柵やストッパーが壊れている、廊下・階段に手すりがない、ナースコールがない、などであった。

## 2. 調査2結果

研修員より紹介された責任者の話に、「自分たちの医療・看護水準を知る機会となった」、「他国からの知識がはいつてきた」などが聞かれ、客観的に自国の医療の現場を捉え、自国への気付きとなっていた。

また、医療の現場において「看護師も患者も看護師の役割は医療の補助者と捉えていたが、看護ケアが第一の役割と考え始めた」と話し、研修員の看護職に対する働きかけが看護職の役割意識の変容につながったと、研修員の働きかけを肯定的に評価していた。

このほか、研修員をどう支援しているか、昇

進・昇格、そして労働の代償として受ける給料面において、具体的な支援内容・体制は話からは明らかにすることはできなかった。

## IV. 考察

### 1. 調査1結果に対する考察

#### 1) 研修員のニーズにあった研修内容

この「看護管理」研修の目標は、「看護管理の理論と実際を学ぶ機会を提供し、看護管理に関する知識・技術・能力を向上させること」である。また、「研修員自身が自国の現状に基づきアクションプランを立案しこれを基に効果的な看護管理を実施することにより、看護サービスの質、看護職の社会的地位が向上すること」を目的としている。しかし、研修員のニーズと捉えられる『研修への要望』には、「看護過程・看護記録の教授法を学生への講義の現場から学びたい」、臨床において「学生が対象患者に立てた看護計画に沿って実践する看護ケアを見る」、「看護師と看護ケアを行う」などが抽出され、さらに『研修への意見』には、「看護記録用紙の提示のみではなく受け持ち患者を設定し看護の提供を通して具体的な記録の仕方を学びたかった」、「看護過程・看護記録の習得のための時間的な考慮と解りやすい説明がない」などが抽出され、研修員の関心は看護記録、そして看護ケアに重点が置かれていると判断できる。日本で研修が行われることにより、講義と平行して実施される臨床実習では、看護過程の展開に沿って看護師による看護ケアの実践をより具体的に学べる利点があると考えられるが、『看護管理の理論と実際』に近い内容に触れた要望・意見が出なかったのは、日本での講義や実習では『看護管理者としての役割・機能』などが見えにくい、あるいは伝わりにくいのか、研修員自身がこの「看護管理」コースの目的・目標を把握できていない状態で研修が進んでしまっているのか、受け入れる側である日本、研修を受ける側である研修員双方で見直し・確認が行われること、そして研修員のニーズを明確にし、これを把握し、ニーズを満たしつつ看護管理に結び付けられるような研修内容や方法の工夫が必要と考えられる。

また、『日本の医療機関での学び』として半数以上の研修員が「看護師の役割・業務」を挙げていた。また、『自国の医療機関への気付き』においても、「看護師の役割・業務の違い」を挙げ、

さらに『関心・興味を持った研修内容』には、「看護師による看護ケア」、そして『帰国後、計画・予定している内容』においても、「看護師の役割・業務の見直し」、「看護基準・看護手順の作成」とあった。これは、教育機関で看護に関する十分な教育を受けられる体制にない事実が看護の概念と具体的な看護の実践を学べる機会を得たことで、看護職にある者に刺激となり印象が強かったと思われる。また、研究者が青年海外協力隊隊員として活動にあたった期間、そして今回の訪問の際にも看護師による看護ケアの提供の場面を見ることができなかった。これは、日本で看護の実践を見る機会があったが、見ただけでは実践につなげることが難しいのかもしれない。しかし、看護の概念・看護の実践は看護職として重要かつ必要ではあるが、「看護管理」コースで学習する以前のことと考えられる。

研修員は、日本での研修内容の評価を『研修の自国での適用の可能性』として「全部ではないがあてはまる」と捉え、さらに、『研修の自国での有益性の有無』として、誰に対して有益であるか対象は様々であるが有益と捉えていた。しかし、「看護管理」コースの研修内容より、看護や看護記録の習得を求めていることから、この日本での研修内容の評価は、研修内容を「看護管理」研修という視点から評価したと捉えることは難しい。また、研修員の上司である医療機関の責任者も、研修内容を肯定的に評価していた。これは、研修員の研修報告をもとに研修内容の評価を行うことから、研修内容を「看護管理」研修の視点から評価したと捉えることは難しい。

以上のことから、研修員は日本での研修内容を有効と捉えていたが、研修員のニーズは看護や看護記録の習得であり、「看護管理」コース開設の目的とは違いが見られた。

## 2) 各研修員の立案したアクションプランの妥当性

管理を担当する総看護師長（看護部長）や看護師長は、指導者としての役割がある。指導者は、管理下にある看護職との間には信頼関係、協力関係を成り立たせ看護職の能力を最大限発揮させ、集団全体として活動できるように統制しなければならない。また、看護師の正しい判断と技術のもとに看護を行えるよう教育や環境整備に配慮する

ことも役割の一つである。研修員はこれまでの看護管理の経験と実績を基に、研修で学んだことより、自国の問題解決への具体策であるアクションプランを立案し、実施する。

まず、看護師が患者の世話を十分に行えるためには、看護の業務を整理することが必要である。ウズベキスタン共和国では看護師が理学療法士、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師といった別の職種の業務を担っている現状がある。そのため、他職種が独立・協力することが必要である。看護職の声に耳を傾け仕事の内容を検討・整理・見直しすることは不可欠である。そこで、研修員より「看護業務の整理」が挙げられた。しかし、実際のところは看護に充てる時間は少なく、看護も十分に提供されることなく、看護師長の役割も書類の管理、薬剤管理、人的管理に留まり、看護の質の管理にはあまり目が向けられていなかった。看護管理を効果的に行うためにも、業務内容を明確化することが必要である。

研修員の中には、看護職を対象に患者への看護ケア状況を調べ看護業務の分析を行うためのアンケート調査を挙げている者もいる。しかし、アンケート調査を実施したが質問項目を覚えていない、忘れてしまった、回収・分析もしていないなどからアンケート調査の実施の信憑性は薄い。

看護業務を円滑に行うために、仕事の規格化・標準化した看護基準の準備・作成を行い、看護職全員が看護ケアを提供するにあたり何を行うかについて、その基準を理解し、知ることは重要である。これを視野に入れ「看護基準や看護手順の作成計画・実施」を挙げていることは、患者に対して適切な看護サービスを行うよう指導・監督する立場にあることから立案したと考える。しかし、研修員の中には看護基準、看護手順を混同している者も見られた。

患者を中心とした効果的で良い看護を行うために、また看護過程を展開するにあたり看護要員をどのように組織するか検討し機能別看護から新しい看護方式である「チームナーシング・受け持ち制の導入」が挙げられている。しかし、新しい看護方式を導入した医療機関では、書面上にチーム編成は書かれておらず、また実際にチームが受け持ったとされる患者の看護計画、看護の実施・評価は存在せず、どのようにチームナーシングや受け持ち制が取り入れられているかを把握するのは

難しい。これに関連して、数名の研修員による患者を対象に看護職が提供した看護への意見・希望を調査するという計画は、看護が良く行われているかどうかを評価し、看護の向上につながるかの判断から立案したと考える。しかし、ウズベキスタン共和国の患者が医師や看護師に意見を言えない縦社会の実情からは難しく、それ故に実施に結びつかなかったものと推測される。

看護職の教育の推進は、患者とその家族に対して安全で効果的な看護が行えるように看護職の資質・能力の向上と業務に対する意欲の高揚をはかることが大切である。

この安全で効果的な看護とは、看護に重きを置き患者を中心として行われる活動であり、患者の人間性を尊重するという理念のもとに患者の世話をし、患者の身体面、そして精神面においても立ち直るよう働きかけることである。看護内容を充実させるために「学習環境を整える（看護用品・教材の充実も含む）」、「新任／現任教育の充実」、「看護学生の教育への参画」、主体的な「講習会開催」、「看護研究への奨励」などが挙げられた。そのためには、看護部門に教育担当者を配置し、また委員会を設け医療の提供の場のニーズが反映されるようにすることが大切である。

看護記録の内容は、看護師が独自に行う患者の世話や観察の事項と、医師の指示の下に行う診療の補助事項がある。患者の容態を観察することは看護職の任務であり、患者の疾患や病状に応じて看護計画を的確に立てるように看護師を指導するのは管理者（看護師長）の役割である。看護師が看護記録を正確に記載することで提供した看護ケアの内容を知り、対象患者にどう働いたか、そしてその結果は反省の材料になり看護の質の向上をはかれる。しかし、看護記録の導入を始めてはいるが、記録内容が医師の指示の下に行われる与薬・注射・検査物の採取ほか、治療行為に留まっているのは、看護を専門としない医師により看護過程を正しく教育されていないこと、臨床において研修員を含む看護職が的確に看護記録の概念や意義を理解できていないことが理由と推測される。また、看護記録が正確に記載できていない事実は、看護に看護過程の展開が活用されていないと考えられる。

以上のことから、研修員19名のアクションプランの内容は「看護管理」コースで学んだことに触

れられてはいるが、看護管理の「管理」が前面に出てこなかったことで、研修内容が直接アクションプランに活かされているとは言えない。

### 3) アクションプランの実施

1), 2) より、管理者として効果的な看護管理を実施するために、自国にあった方法を苦慮していると考えられる。そのため、研修員が自国の現状に基づいてアクションプランを立案する際に、アクションプランの妥当性とあわせて実施可能である計画であるか確認し、その上で具体策を考えていけるような働きかけ・支援が重要であると考えられる。

また、計画を実施する際に立案された企画書、講義資料などが殆んど存在しなかったことは、実施した内容を評価・分析し、今後の改革・改善に活かす材料がないものに等しいと考える。さらに、アクションプランが実施されたかの信憑性は薄い。

以上のことから、研修員への面接および観察を通じてアクションプランがそのまま実施されているかどうか確認はできなかった。

### 4) 人的資源、物的資源、財的資源の維持・活用

看護サービスを提供するためには、看護の対象である患者を取り巻くあらゆる資源を十分に活用することが必要である。これら資源は、看護を提供するための知識・技術を持った人的資源（ヒト）、看護を提供するための環境や医療器械などの物的資源（モノ）、看護を提供するためにかかる費用の財的資源（カネ）であり、これらの資源をどのように有効に利用するかが重要である。

#### ①人的資源

研修員1名は、職員の採用、配置、移動、昇進、退職などの人的資源の流れに目を向け、「人員配置」をアクションプランに挙げた。しかし、この計画は帰国後に変更された。人員配置は、必要な部署に、必要な人数、必要な能力を持つ人材を配置されることが重要であり、この成果が、看護の質、患者満足度に反映すると考える。また、看護サービスの提供システムも同様に、提供する看護の質、患者満足度に反映すると考える。

「看護方式の導入」をアクションプランに挙げた研修員6名のうち半数が実施していると話し、ウズベキスタン共和国で取り入れられている看護方式の機能別看護の見直し、日本の医療機関との

対比,そして新しい看護方式の習得につなげられたと思われる。しかし,その部署の特性,構成人材の質・量(看護師の能力・経験年数,看護師の数)を考慮した方式を取り入れることが大事であり,実際,看護方式を取り入れ始めた病院において,その部署における必要な看護ケアの内容と量を正しく考慮したものであるかの確認は必要である。今後,看護業務量の測定や必要看護要員の算出法など具体的な説明が研修員のニーズとして挙げられてくると推測される。

また,看護を提供する人材の教育は重要であり,研修員の多くが「教育(新任・現任教育)のための手法」を学んだと話し,アクションプランにおいても新人から管理職にある者までの継続された教育の必要性・重要性に目が向けられている。ゆっくりではあるが,研修員の中には,教育委員会の設置や,試行錯誤しながら教育計画を立案し,職場から講師陣を募るなどの働きかけをしている者がいる。日本での研修が,このような動機付けにつながり,引き続きこの熱意を損なうことのないよう教育委員会の設置に至れば教育委員会の運営を,教育計画が立案されれば計画の修正・助言を,そして教育の展開への支援をしていくことは日本側の課題とも考えられる。

このほか,働き手である看護職が心身ともに健康に働くことができるよう,その条件を満たすために健康管理や安全管理も重要といえる。研修員の中には,勤務体制に目を向けられているが,事実,24時間勤務体制が継続されている。勤務体制は,その病棟での看護サービスのニーズと職員構成に応じて選択され運用される必要があり,患者を危険から守ると同時に,自らも危険から回避できるように心掛ける必要がある。これは,感染源や医療器械・材料の使用による危険の回避,そして過酷な労務による睡眠不足・障害や腰痛など,看護サービスを円滑に提供されるために,労働者の健康保持・安全管理は不可欠と考える。

## ②物的資源

物的資源は,看護ケアを提供するのに重要な環境でもある施設,設備,備品などである。この資源の利用は,患者の基本的な生活行為である休息,睡眠,食事,排泄などが安心・安楽に保たれること,そして転倒・転落防止,災害対策などの安全性の確保などについて配慮され整備されることが

望ましい。しかし,観察により得られた情報では,ベッド間にカーテンやスクリーンの設置がない,備品であるベッド柵・ストッパーが壊れている,廊下・階段には手すりがない,ナースコールがないなど,ほとんどの研修員の所属先・担当施設で見られた。にもかかわらず,この点においてアクションプランや,研修内容から学んだこと・気付いたこととして研修員誰一人として触れられていない事実は,看護ケアの対象である患者に十分な配慮がされていないと推測される。加えて,日本ではカーテンやスクリーンは患者のプライバシーの尊重や確保から使用されているが,ウズベキスタン共和国の文化・政治的背景から,カーテンやスクリーンで作られる空間で何が行われているかが分からず,医療従事者から好ましく思えないという点がある。また,日本でカーテンやスクリーンの使用を取り入れている意味が理解されていなかったとも推測される。

さらに,働き手である看護職の労働環境として,看護師詰め所が薄暗いなど作業の効率に影響を与えるものや,必要な時に必要なものが適切な状態で,必要な数量あることを原則に,緊急時(患者の容態の急変・蘇生時など)に用いる器材,薬品の補充・管理が行き届いていないことが観察された。これらは,常に安全に,適切に使用できるように整備することを考える必要がある。

## ③財的資源

財的資源の管理においては,看護サービスを提供するための組織が,目的を達成するために必要な経費を算定し,適正な財務管理,その評価・改善を繰り返すこととなる。しかし,「管理者の役割・機能の範囲」として財的資源の管理の知識の習得や管理をすることを検討中であるとして確認することは可能と思われるが,看護部が組織化されていない時点では,研修員にとって実施に移すことは難しいと考える。

以上の看護管理の実施状況から,研修が十分に活かされているとは言えなかった。

## 5) 研修員の研修経験の共有と成果の普及状況

研修員の多くが,「研修内容の伝達・報告書の提出」の形で院内外において研修経験の共有に努めている。研修内容の伝達の際,研修経験の共有者である看護職からの質問事項として,「日本の

看護師の給料は幾らか]、「日本の看護師は何人の患者を看ているのか」に尽きた。これは、研修員が研修において何を自己目標において臨んだのか、何に関心・興味があったのかを反映していると考えられる。また、ウズベキスタン共和国は保健省の通達で看護記録の導入が急がれている。そのような背景も影響してか、研修員の関心事としても高い看護記録のフォーマットの検討・見直し、導入が、研修員の帰国後に一気に進んだ。看護記録を書くということは、自分たちの提供する看護の見直し・改善にもつながることから、この看護記録への関心の高さは望ましいことではあるが、「看護管理」コースの中心となる研修内容ではないことより、研修中にある研修員の言動から研修内容・進め方などの修正が必要であると考えられる。

これまで、看護師は医師の医療の介補的役割として、医師から技術面を重要視され教育を受けてきた。良い医療を行う上で医師と看護師の結びつきは大切であり、看護師は医師の助手ではなく看護という専門業務によって協力する立場をとる。そして、看護業務は医療の補助的役割のみではなく患者の世話（療養上の世話）をすることでもあり、医師への働きかけ・医師との話し合いの場を設けたことは、相互の理解・協力体制を確立する上で重要な行動と捉えることができる。医師の理解・協力が得られた・深まったことで管理者である総看護師長、看護師長らは思うように「看護記録の導入」、「講習会の実施」など企画ができ成果へとつながられている。

研修員の多くは、研修内容や経験を研修報告として伝えていた。また、何か新しいことを試行するにあたり、医師へ働きかけ、医師の理解・協力を求めている姿勢が見られた。

#### 6) 研修目的・目標の達成と技術協力の意義

今回、短期的に研修の目的が達成されておらず、直接的効果は高くはなかった。

しかし、日本の研修が刺激となり、看護管理の実施への試行が見られた。

技術協力の手法として、日本の知識・技術をそのまま指導することは、それほど難しくないことかもしれない。しかし、日本の知識・技術が相手国に無理なく、その国の人々によって根付いて行くことが理想である。そのためには、研修員を受け入れる側（本研究では日本側）、研修を受ける

側（本研究ではウズベキスタン共和国側）双方が互いの文化や社会についての理解を深めることなしに、また、受け入れる側が相手国にあったものへの工夫や配慮がされなければ、効果や成果は期待できない。

そして、支援を必要とする国に日本の知識・技術が人を通じて持ち込まれ、協力を行う技術協力と、相手国の人を研修員として受け入れ日本の知識・技術を人を通じて伝える技術協力では、研修場所が日本であることから言葉では伝わらないことが伝えられ、研修員が感じるができるなど意義があると考えられる。また、両方の協力の形が連動されていくことが重要である。

#### 7) 自国の発展の担い手としてのリーダーシップの発揮

研修員19名の所属先や担当施設のなかで看護部が組織化されている医療機関は事実上、1か所である。研修員の話しに「看護部組織化」が挙げられたのは、『関心・興味を持った研修内容』として3名に留まった。看護職が看護師の役割・業務を円滑に行うには、看護師一人一人が自分の役割を認識し遂行することが大切である。これを機能させるには個人の努力だけに頼ることなく、具体的に日常的な体制（システム）を組織として構築する必要がある。看護部門を組織化し看護部の理念を明確にする、そして看護師一人一人が看護を通して目標を達成できるよう、職場環境や人間関係を整えていくことが大切である。これら新しいことへの試行、変革を恐れずひるまない姿勢は指導者（リーダー）として大切である。つまり、看護管理者には、有効な看護サービスを提供されるためにリーダーシップが求められる。リーダーシップを「人々が協力して、組織の目標達成を促すよう仕向けるリーダーの働き」と定義すると、看護管理者にとってリーダーシップは仕事そのものであるといえる。しかし、この点に焦点を当て取り組んでいる研修員は少ない。これは、このリーダーを育てる教育、リーダーの育つ環境づくりの見直しが必要とも考えられる。そのためには、研修においてどのような研修内容を選び・どのように講義を実施し、臨床のどの場面を見せるか(実習するか)によって、研修員の視点の持ち方や視野の広さが違ってくものと考えられる。

## 8) その他

このほか、『研修への意見』として挙げられた「日本人は自分レベルで話すから解らない」(日本人看護師は、研修員が自国で看護職として働いている事実から、看護職として習得された知識・技術は自分たちと同様・同等であると解釈し、研修員の国の医療・看護水準などを把握する、また考慮することなく話すことをいう)、日本人は教育機関で看護記録に関する概念や意義、手法の教育を受け、臨床では既に「看護記録を書くことに慣れている」ことから、研修員が看護記録に関して何が理解できていないか、何を知りたい・学びたいと思っているのか気付けない、そして「研修員の国の基礎知識が少ない」などを理由に、「日本人講師の一方的な講義姿勢」の指摘を受けている点は、日本側の課題として見直す必要がある。

## 2. 調査2結果に対する考察

施設の責任者あるいは看護専門官は、研修員帰国後の研修内容の伝達・報告を通して研修内容を知り、個々に印象や感想を持った。例えば、これら上司の「自分たちの医療・看護水準を知る機会となった」、「他国からの知識が入ってきた」、「自国は患者のためにもっと時間を割かなければならない」などの意見は、客観的に自国の医療の現場の現状を捉え、自国への気付きになったと思われる。また、施設の責任者や看護専門官が研修内容の中から「学びたい、説明がほしい」として具体的に挙げたものとして「看護職の教育指導案」、「看護診断」、「感染予防策」などは、自分の管轄である医療の提供の場で直面している問題、あるいは関心・興味のあるものと推測できる。そして、「『看護管理』コースが継続され、もっと多くの看護師を送りたい」の言葉からも解釈できるように、研修全体に肯定的な評価を持っている。

また、研修員の研修成果の現われとして、施設の責任者や看護専門官は「研修員が中心となり多くの講習会を開催している」、「研修員が中心となり計画立てて担当施設の管理職者を集めている」を挙げている。しかし、研修員の動きとして把握してはいるが、講習会の内容などは「思い出せない」、「自分は出席していない(から分からない)」と話しており、研修員の上司であり、管理者である立場にある者の責任から考えて管理が行き届いていない、と捉えられても仕方がない点がある。

なぜなら、研修員には相談・報告する義務があり、またその上司はこれを知る義務、そして必要とあれば支援を行う関係になくしてはならないからである。一方では、医療の現場において「看護師も患者も看護師の役割は医療の補助者と捉えていたが、看護ケアが第一(患者中心)の役割と考え始めた」とあるように、研修員の所属あるいは担当施設の看護職者に対する働きかけが看護職の役割意識の変容につながり、また患者の看護職の役割・機能の捉え方の変容にもつながったと、研修員の上司であり管理者にある立場として研修員の働きかけを肯定的に評価していると考ええる。

このほか、「看護過程・看護記録を理解し始めることは難しい」と話し、研修員が自分の目で見てきた、触れてきた看護過程や看護記録の展開、記録の習得を信じ・期待している様子が伺える。これは、標準看護、看護手順の作成においても同様である。

そして、研修員が一人単独で何かを始めること、また継続していくことは人的・物的・財的に難しい。そこで、何らかの支援体制(システム)の構築が必要となってくる。例えば、「研修員が望めば看護協会や病院は協力する」の言葉から具体的な支援内容・体制は読み取れないが、支援を得られる可能性はある。しかし、実際にはどのような支援をこれまで行ってきたのか、行われているのかを話から明確にすることはできなかった。

また、「必要とあれば何らかの報酬を考える」の言葉が聞かれた一方では、「金銭面(給料)での報酬はない」や「給料以外の報酬(例えば、昇格など)も特にない」とあり、給料は看護師がその労働の代償として受ける報酬であり、その人の仕事の価値に反映するよう設定されることが望ましい。研修員の労働意欲を損なう・支障を来たすことのないよう、施設の責任者や看護専門官は言葉だけではなく、今後、研修員の仕事を公正・公平に判断し、支援体制を具体化する必要があるだろう。

## V. まとめ

今回、短期的に研修の目的が達成されておらず、直接的な効果は高くはなかった。

しかし、日本での研修は研修を受ける側(相手国)にとって刺激となり、研修で得られた経験を看護管理実施内容に変化を試みるための動機付け

となっていた。

また、日本で研修が行われることで、講義と平行して実施される臨床実習では、看護過程の展開に沿って、看護師による看護ケアの実践をより具体的に学べる利点があると考えられるなど、研修場所が日本であることから言葉では伝わらないことが伝えられる、研修員が感じるなど意義があると考えられる。

最後に、日本が相手国で知識や技術を伝えるとともに、それらの知識・技術が実際に使われていることを見る、体験する、このことによって技術は相手国に根付いていくと考え、両方の協力の形が連動されていくことが重要と思われる。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり調査に協力してくださいましたウズベキスタン共和国の保健省関係者の皆様をはじめ、研修員の皆様、そして研修員の所属先・担当施設の関係者の皆様、独立行政法人国際協力機構「研修員受け入れ」担当の皆様から感謝申し上げます。

また、本研究をご指導下さいました群馬大学医学部保健学科森淑江教授に深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 国際協力事業団：国際協力事業団年報，2002.
- 2) 厚生統計協会：国民衛生の動向，2004.
- 3) 豊島関子：国際看護医療協力 看護研修員を受け入れて，*Emergency nursing*，11(1). 1998.
- 4) 国際看護交流協会：平成12年度～15年度 ウズベキスタン看護管理コース実施状況報告書，2004.
- 5) WHO：The World Health Report，2000.
- 6) United Nations Population Found：世界人口白書，2004.
- 7) 浦田喜久子：ウズベキスタン共和国個別派遣専門家報告書 看護管理，2002.
- 8) 森淑江ほか：国際看護学入門，医学書院，1999.
- 9) 柳澤理子：ウズベキスタン共和国個別派遣専門家報告書 医療看護技術に係る技術指導，2000.
- 10) 森淑江：ウズベキスタン共和国個別派遣専門家報告書 看護アドバイザー，2001.
- 11) 森淑江：ウズベキスタン共和国個別派遣専門

家報告書 看護教育，2001.

- 12) 山田智恵理：ウズベキスタン共和国個別派遣専門家報告書 看護教育，2003.
- 13) 国際協力事業団：国別医療協力ファイル ウズベキスタン共和国，1997.
- 14) 国際協力推進協会：開発途上国別経済協力シリーズ 第2版，ウズベキスタン，2001. 3.
- 15) 国際看護交流協会：平成11年度 ウズベキスタン共和国 看護教育協力事前調査報告書，2000.
- 16) 国際看護交流協会：Action Plans For Nursing Management of Republic of Uzbekistan, 2002-2004.
- 17) 玉利玲子：私の求める看護実践と組織改編の試み，*看護管理*，11, (8), 8, 2001



資料

カナダにおける女性医療視察調査

—カナダ・ブリティッシュ・コロンビア州における女性医療から  
今後の日本の女性医療を考える—

黒田裕子, 成田 伸

The Investigation of Women's Health in Canada

The Future Women's Health in Japan is considered from the Women's Health  
in the Canada British Columbia

**要旨：**近年女性の特性に配慮した女性医療からさらに発展し、性差を考慮した性差医療が必要であることが研究成果から指摘され、特に欧米においてその研究・実践が進んでいる。カナダでは、女性の生涯の健康に配慮し、各年代に対応する総合的な女性医療の国家的規模での推進、思春期女性や移民女性等社会的弱者に配慮した保健・医療の実践、周産期医療の集中化、病院・家庭医、助産師の役割分担と助産師の自立的実践、また、大学と医療機関との連携による女性医療の推進がおこなわれている。カナダのブリティッシュ・コロンビア州で行われている性差に考慮した女性医療の現状を視察調査した。視察調査した結果を日本で行われている女性医療と比較し、日本において女性医療の研究・実践を推進していく上での示唆を得た。

**キーワード：**女性医療, 性差医療, 医療制度, 周産期医療, 助産師, カナダ

I. はじめに

近年日本において女性医療の重要性が認識され、女性外来の設置等が進んでいる。

従来女性の健康は妊娠、出産、産褥、育児という範疇で捉えられてきた。吉沢は「女性の健康は母性の健康そのものであったといえる」と述べている<sup>1)</sup>。

1994年カイロ会議で女性の生涯を通じた健康権利として行使できるものとして捉える「リプロダクティブヘルス・ライツ」の考え方が行動計画として計画されるようになった<sup>2)</sup>。行動計画を実現

自治医科大学 看護学部 母性看護学  
Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical  
University

化するために、女性を1人の人間として女性そのものを理解した上で、ケアを考えていく女性医療 (Women's Health Care) が行われるようになった。しかし、性差における力関係の不均衡を改善する働きかけには男性も含め、すべての人に健康をもたらす働きかけを考えることが望ましい<sup>3)</sup>。そこで、生物学的性差を考慮した性差医療 (Gender-specific Medicine) が提起されるようになった。

性差医療 (Gender-specific Medicine) について天野は「男女比が圧倒的にどちらかに傾いている病態、発症率はほぼ同じでも男女間で臨床的に差を見るもの、いまだ生理的・生物学的解明が男性又は女性で遅れている病態、社会的な男女の地位と健康の関連、などに関する研究を進め、その結果を疾病の診断、治療法、予防措置へ反映するこ

とを目的とした医療改革」とのべている<sup>4)</sup>。

米国での医療研究は、1960年代のサリドマイド医療事故（妊婦のサリドマイドを含む睡眠薬使用による新生児の四肢異常）などから、妊娠の可能性のある女性を薬の治療対象から除外するガイドランスがなされ、男性中心に研究がなされた。女性でも同じであるがごとく当てはめられてきた。それに疑問を持った女性ジャーナリスト（Barbara Seaman）や医師（Edward N. Brandt）の提唱によりNIH（National Institute of Health：米国国立衛生研究所）は、1986年女性および少数民族・人種を調査研究の対象に含むことを義務付ける通達を交付した<sup>5)</sup>。

1990年には、NIHの中に女性における疾患の予防、診断、治療の向上と、関連する基礎研究を支援するORWH（Office of Research on Women's Health：女性健康研究局）が開設され、1991年には米国における中高年女性の健康実態ならびに食事、サプリメント、運動、ホルモン補充療法（HRT）とがん、心血管疾患、認知症などとの関連を明らかにする目的でWHI（the Women's Health Initiative）プロジェクトが立ち上げられた。また、地域における女性医療の研究、診療、啓発教育を行うためのセンター（National Centers of Excellence in Women's Health：CoE）も1996年から3年かけて、大学医学部に併設される形で全米18ヶ所に開設された。このような研究の結果、米国の女性医療は大きく変化した<sup>6)</sup>。

日本では1999年天野がGender-specific Medicineを紹介したことを契機に性差を考慮した医療が考えられるようになった。それゆえ、性差医療の視点からの研究はまだまだ少ない。また、性差医療の実践は「女性外来」と標榜され、医療機関が中心である。また山田が述べるように、臨床医師の認識も低い<sup>7)</sup>。性差医療について、大学との協働が実現されておらず、予防・早期発見・治療が一貫して取り組まれるまでには至っていない。

周産期医療も欧米と日本では大きく異なっている。欧米では周産期医療の中で分娩・新生児治療を集中化させることで、安全な医療体制を整備している。開業医・助産師を活用し、産婦に安楽な出産体験を保証する体制を整備している。このような体制の整備も、女性が生涯を健康に過ごすために重要な女性医療の一部である。

今回、医療制度が公費で運営されているカナダ

のブリティッシュ・コロンビア州（以下BC州と略す）の女性医療の現状を視察する機会を得た。結果を報告する。

## II. 調査方法

### 1. 目的

- 1) BC州の女性医療の現状を把握する。
- 2) 日本の女性医療における大学の役割について検討する。

### 2. 方法

女性医療ネットワーク主催カナダ・バンクーバー視察旅行（カナダ・BC州にてカナダの医療状況受講、施設見学）

### 3. 調査場所

Women's and Children's Health Centre of British Columbia（以下B.C. Women'sと略す）

### 4. 調査期間

2006年7月4日～7月8日

## III. 調査結果

### 1. カナダの基本情報

カナダの国土は面積約997万km<sup>2</sup>、日本の約27倍世界で第2位の広さである。北は北極圏まで伸び気候は変化に富んでいる。15世紀に大陸が発見され、20世紀初頭まで移民が続いた。この国の独立は1867年とまだ若い国である。10州と3つの準州からなる多元文化主義国家である。州・準州は独自の自治を行っている。人口は約3101万人のうち、イギリス系カナダ人45%、フランス系30%その他ヨーロッパ系、東洋系等、70を越す人種が暮す。寒い土地柄ゆえ、先住民族の知恵を借りなくては国の建設が進まなかった。皆が肩と知恵を寄せ合ってきた歴史がある。国家の理念は「人権の尊重」であり、人権教育に国を挙げて力を注いでいる<sup>8)</sup>。

女性の就業率は7割（01年データ）であり高い。国連が作成する女性の経済や政治への参加度を測るジェンダー指数（Gender Empowerment Measure）は、日本は44位と低いが、カナダは70カ国中9位である<sup>9)</sup>。

カナダの医療は基本的に無料である。カナダ保健法に基づき、主に公費で整備・運営されている。カナダの医療行政は、州政府が行っている。そのため、カナダ10州と3準州のそれぞれが責任をもって医療制度を行っている。

また、カナダにおける健康管理には5つのポイン

トがある。1.Universality普遍性, 2.Comprehensiveness包括性, 3.Accessibility地理的平等性, 4.Portabilityどこでも同じ医療, 5.Public Administration行政管理である。

カナダの助産師は、1994年にオンタリオ州で始めて認可された。それまでカナダでは、助産師が法的に存在しなかった。分娩は主に家庭医が行っていたが、高い保険料（訴訟費用のために保険料は高額）のために診なくなり、病院の産科医が分娩を取り扱うようになった。高額な医療費がかかることや、女性が助産師を中心としたケアを望むようになり、保健省の評価基準を持って資格認定が行われるようになった。オーストラリアやイギリスで助産師の訓練を積んできた人々は看護師として働いてきたが、13年前にやっと合法化され、BC州を含め5州で助産師法が施行されている。助産師ガイドライン（Practice Act）が設定され、登録できるようになり政府から賃金が払われるようになった。

## 2. BC州の女性医療の現状

今回訪問したB.C. Women's は、世界各国からの視察を受け入れ、現地病院組織の説明者として Steve Kenny博士が専任でその仕事を行っていた。

カナダは、1957年に医療制度が発足し、カナダ健康法（Canada Health Act）により医療費は無償となった。医療費については連邦政府が50%、州政府が50%を負担している。BC州は、物品税が6%、州税が7%かかる。合計13%の間接税が医療保険を大きく支えている。高い間接税を払ってはいるが、BC州は、州予算の4割を保健・医療にあてている。州民は月40ドル程度の健康保険料を払えば、いつでも医療を受けることができる。これは、MSP（Medical Services Plan）と呼ばれている。現金を持たなくても医療を受けることが可能である。受診する時は、基本的にいったんかかりつけの家庭医にかかり、家庭医が専門医につなぐことになっているため、専門医にたどり着くのに時間がかかることが難点である。

カナダでは、女性の健康促進について1993年頃より医療改革が行われた。見学したB.C. Women's は、元々市立の総合病院であった。1988年に閉鎖され、University of British Columbia（以下UBC）とBC州が提携して同じ場所に女性医療の研究センターを作る計画が立てられた。建物をそのまま

利用し1994年B.C. Women'sにBirth Centreが合併して現在に至っている。骨粗鬆症、尿失禁、ドメスティック・バイオレンス（DV）、乳房ケア、不妊治療、体外受精、IVH、などの治療を行っており、三次医療機関としても機能している。急性期周産期プログラムとしてAntepartum/Postpartu Care（周産期ケア）、Birth Care（出産時ケア）、Specialized Neonatal Care（重症新生児ケア）などが行われている。外来プログラムは、Perinatal Diagnostic/Ambulatory Clinic（周産期の診断・外来）、Reproductive Medicine Clinic（反復流産、不妊、月経異常等へのケア）、Reproductive Mental Health Clinic（月経前緊張症や産褥うつなど周産期に関連する心のケア）など以外に、CARE（The Comprehensive Abortion and Reproductive Education)Program Clinic（思春期性教育）、Oak Tree Clinic for Women and Children with HIV/AIDS（HIV感染母子のケア）、Breast Health Program Clinic（乳房ケア）、Gyne/continence Clinic（尿失禁ケア）、Aurora Residential and Day Treatment Clinic（薬物中毒治療）、Asian Women's Clinic（アジア系女性のケア）、Aboriginal Health Clinic（先住民族の健康増進）、Improving Health Clinic（障害を持った女性のための外来）などのユニークな外来がある。それはWomen's Health Researchという研究機関と連携して診断治療が行われている。

障害を持った女性用の診察には、診察台に上がるためのリフトが用意されていた。障害を持っていても婦人科検診を受ける権利は同じようにあり、そのために検診を受けやすい設備も整えるのである。

このような女性医療のセンターを作ることが出来たのは、州政府が女性の健康を守ることに力を入れるようになったからである。1990年代から20%以上の女性政治家を抱える、より民主的な州政府の成立もひとつの要因となっている。

## 3. BC州の周産期医療の現状

B.C. Women's は、年間約7,500件の分娩があり、18名の常勤医と35名の家庭医、22名の助産師が分娩や手術に立ち会っている。帝王切開率は、27%である。7,500件の分娩のうち、4,000件はローリスクの分娩で、それには家庭医か助産師が立ち会う。3,000件のハイリスク分娩を病院内の産科医師が取り扱っている。

BC州では、正常分娩入院は一日である。分娩室はLDRP (Labor, Delivery, Recovery, and Postpartum) となっており、入院から退院にいたるまで一部屋で過ごすことができる。病気ではないということでそれ以上の入院は理由がない限り認めず、医療費の抑制を図っている。退院後は訪問看護師に連絡が行き、48時間以内に訪問し、2-5日以内に問題がある場合はその後も訪問する。通常は2回訪問する。助産師のケアを希望する場合は数週間毎日の訪問がある。産後健診は、分娩2-3週間後に褥婦自身が家庭医を受診する。

BC州では、妊娠20週から24週の間に奇形が発見された場合は、妊娠中絶が可能である。13歳から自分の判断で決定ができる。20週以降の中絶が実施できる施設は、BC州でB.C. Women'sだけであるため、州全体から電話が入る。母体の健康を脅かすと判断された場合に行われ、費用は連邦政府・州政府の負担である。

医療費の削減という意味から、超音波検査は必要と判断された場合のみ行われる。超音波検査に限らず、不必要なものは利用しないようになっている。胎児の超音波検査を希望する妊婦は、一般のクリニックで自費による検査を受けている。

分娩を取り扱う助産師は、現在州内で30-35人である。人数が少ないのは、前述したように、正式に認定されたのが約10年前であり、養成数が少ないためである。助産師は、健康体で順調である妊産褥婦の妊娠初期から分娩後6週までのケア、生まれた赤ちゃんの生後6週までケアする。それぞれが独立しており、地域をベースに継続ケア、インフォームドチョイス、出産場所の選択を行っている。また処方権を持っており、家庭医と同等の扱いを受けている。州内の助産師の半数以上がこのB.C. Women'sに関わりながら働いている。

今回の視察中、当初助産師と話す機会が設けられていたが実現しなかった。その理由は、前夜あった3件の分娩介助のためである。その多忙さが察せられた。

BC州での助産師教育はUBCが2002年から始めたダイレクトエントリーコース (看護師教育を前提とせず、助産師教育のみを受ける制度) があり、学部卒一期生が出たところである。

#### IV. 考察

##### 1. BC州の女性医療と日本の女性医療

1980年代半ばに始まった米国の性差医療は、隣国カナダ・BC州では1990年代前半から取り組まれた。性差医療では女性に対する医療整備が男性よりも先に進んでおり、今回の調査地であるBC州でも女性を尊重し安全を確保するという徹底的なwomen-centered careの概念が採用されている<sup>10)</sup>。

視察したB.C. Women'sにおいても入院を中心とした出産時ケア、重症新生児ケア、外来プログラムの不妊治療、反復流産、月経異常等へのケア、月経前緊張症や産褥うつなど周産期に関連する心のケア、思春期性教育、骨粗症、尿失禁、ドメスティック・バイオレンス (DV)、乳房ケア、IVH、薬物中毒治療、先住民の健康増進、アジア系女性のケア、障害を持った女性のための外来などが行われ、弱者の立場に置かれている女性でも同じように医療を受けられるようにプログラムが組まれていた。

一方日本では、2001年5月に鹿児島大学に、9月に千葉県立東金病院、11月に東京顕微鏡院で女性専用外来が立ち上げられた。2006年1月末47県356以上の女性外来が開かれ、受診した女性たちから高い満足度を得ている。しかし、患者の需要に応えるだけの女性医師確保ができず、患者の多様な主訴に十分応じきれていないなどの問題も明らかにされてきている<sup>11)</sup>。また単に女性医師の配置に留まり、女性の生物学的特性に応じた専門医の配置がなかったり、メンタルヘルスに関する女性の特有な疾患でありながら医師が疾病を認識していなかったりするなど、性差医療本来の治療になっているのかという疑問もあげられている<sup>12)13)14)</sup>。

上野らは、「女性の生涯にわたる健康支援を包括的に行うためには、わが国においても性差を考慮した医療を推し進めなければならない」と述べている<sup>15)</sup>。

また、移民国家とも言われるカナダでは、Asian Women's Clinicのように中国女性の治療や先住民女性対象のプログラムが行われていた。日本においても最近、プラズマテレビ製作のために三重県の特定期域に大量のブラジル人労働者が移住していることが話題となっている。今後日本において外国人労働者が急増することは確実である。夫婦での来日も増加しており、現実に女性医療並びに周産期医療に影響を与えている。異文化の共生や受け入れが進んでいない日本の中での健康管理は様々な不具合を生じている。たとえば、分娩

施設で行われる妊娠期妊婦教育（母親・両親教室）である。そこは、教室に参加することが夫の分娩立会い条件であった。言葉が理解できなくても仕事を休んで平日の教室に参加する。20-30組の教室開催で、2-3組の外国人夫婦だけに係わって進める時間は実際にはない。実習先の産科病棟で出産した若いブラジル人褥婦は、授乳指導をするスタッフの「言ったってわかんないわよね」ということばに、病室に戻ってきてからひとりで涙を流していた。正確な内容は理解できなくても、ていねいに扱われていないという雰囲気は伝わるのである。多忙な中でのスタッフ個人の努力では解決できない。妊娠期教育・産褥指導時の公的通訳や、それぞれの言語を使ったパンフレットの作成など、今後はカナダ等の対策に習った、日本における外国人女性に対する政策が必要と考える。

BC州において女性の健康促進はWomen's Health Researchという研究機関と連携して診断治療が行われている。B.C. Women'sは、女性医療研究センターとして大学教育機関であるUBCと提携しつつ研究で予算を獲得しながら個々の女性にあった医療を提供していた。BC州では税収の4分の1を医療費に回している。そのため研究センターは女性医療を推進するために十分な経済的支援が行われていた。日本においては性差医療（Gender-specific Medicine）の立場からの研究が科学研究費補助金を使用し進められている<sup>16)</sup>が、一部医療機関に限られている。BC州に見られるような国や自治体の施策として予防・早期発見・治療が一貫して取り組まれることが大切である。

また、日本では医療費の自己負担分が増えつつある。経済的事情等で受診をためらうことも考えられる。現金を持たなくても医療を受けることのできる医療制度は、早期発見・早期治療につながる。もちろん無駄な医療行為はなるべく削減することと併せ、必要な医療を受けやすくする経済的支援が望まれる。

## 2. BC州の周産期医療と日本の周産期医療

BC州の周産期医療は、ローリスクの分娩には家庭医か助産師が立ち会い家庭医・助産師の活用、オープンシステム<sup>17)18)</sup>による安全管理が行われていた。

周産期医療は、常に女性医療の中心である。日本では新聞記事に「お産難民」ということばが載

るように、分娩場所がなく妊婦自身が探さなくてはいけない状況が生まれている。産科医の不足が社会問題化しているが、医療訴訟の多さと共に、厳しい勤務体制も影響している。BC州では、自分の担当する妊婦の分娩を家庭医がB.C. Women'sの施設で取り扱うという現在日本で導入が検討されているオープンシステムが採用されている。その結果、病院内の医師だけですべての分娩を取らなくてもよい。正常産は家庭医がB.C. Women'sに出向いて分娩介助を行う。B.C. Women'sの医師は、異常があった場合の治療に集中できる体制となっていた。

また、BC州は正常産の取り扱いを家庭医と同じように助産師に任せている<sup>19)</sup>。B.C. Women'sでは、年間約7,500件の分娩をハイリスク治療に専念する18名の常勤医とローリスクの分娩を主に担当する35名の家庭医、22名の助産師が分担している。日本の助産において、長い歴史のある助産師の活用は大いに可能である<sup>20)</sup>。日本でも済生会宇都宮病院などで行われている院内助産院<sup>21)</sup>や助産師外来<sup>22)</sup>の導入、オープンシステムによる開業助産師の病院施設の活用など、医師と連携を持ちながら助産師が責任を取ることのできる機会を増やす。異常分娩は医師の取り扱う範囲とし、正常分娩を助産師が取り扱う施設を増やせば、出産する女性たちが産む場所を求めてさまようことが避けられる。

助産師人口の問題も大きい。助産師の資格を持っていても一般病棟で働いている助産師や、結婚退職し家庭に入ってしまった助産師など潜在している助産師もいる。こうした潜在助産師の活用も大切である。助産師の活用は、多忙がゆえに減少する産科医師の負担も減らすことができると考える。

また、カナダでは、助産師と家庭医は同等の報酬を受け取っていた。経済的評価は社会的地位の確保につながる。意欲的に正常分娩を介助するために、経済的評価も重要であると考えられる。

## 3. 日本の女性医療に大学が果たす役割

BC州において女性医療は、大学（UBC）とWomen's Health Research双方が連携して診断治療を行っており、研究で予算を獲得しながら医療を提供していた。臨床豊かな人材がUBCの院生でもあり、研究施設の研究員でもあり、プロジェクト・コーディネーターとしてプログラムを支える

役割を果たしていた<sup>23)</sup>。

滝野は、カナダではなく米国の女性医療ではあるが、「米国のNational Center of Excellence in Women's Healthの果たす役割として、1.最高の総合的かつ統合的な健康管理の提供、2.多学際的な研究の推進、3.一般人および専門家への女性の健康管理のための教育・トレーニング・材料提供、4.社会との関わりを重視した健康サービスとプログラム、5.医学界における女性の地位向上、という指針を評価し、日本においても様々な風土・民族・人口年齢構成・社会経済に立脚した多様なプログラムを検証することは重要である<sup>24)</sup>」と述べている。

健康管理の提供と併せ、研究の推進、専門家の育成、健康教育・サービスを同時に行うことにより、医療の発展が図られる。医科大学の医療に果たす役割は大きい。

B.C. Women'sでは、医療機関と研究機関が連携して治療を行うことで、より適切な医療を施すことが出来ると考え、研究は3年サイクルで行われている。準備→自己分析→立案と調査→報告→継続改良という連続的な学習と改良を行っている。こうした長期的展望をもって連続した調査研究をおこなうことは教育機関だからこそ可能である。

日本では、山田が鹿児島大学医学部における性差医療に対する医師の認識を調査している<sup>25)</sup>。性差医療を認識していないと回答した医師は22.4%、認識しているが実践しないと回答した医師は44.8%、認識し実践すると回答した医師は32.8%という現状を報告している。性差医療に対する医師の認識はまだ低く、日本における長期的展望をもった連続した調査研究はこれからである。しかし、森恵美が看護系大学院修士課程で女性の健康への援助について専門看護師教育が行われていることを紹介している<sup>26)</sup>ように、取り組む条件は整いつつある。

米国での女性医療の研究は、米国の女性医師のキャリア向上に一役を果たしている。日本においても女性医療の研究は、女性医師のキャリア向上に一役を果たす。自治医科大学医学部学生の3割が女性の時代である。また看護学部においては助産師の教育を行い、周産期母子を専門とする専門看護師の大学院における教育も始められている。自治医科大学は、地域に根ざした病院であり、人材・設備ともにそろっている。日本の社会におけ

る女性の活躍が期待されている今、日本における性差医療に取りくむ事を提起する。

## V. おわりに

今回報告した7月のカナダ・バンクーバー視察は、日本におけるWomen's Clinic Network女性医療ネットワーク（日ごろ女性外来で活躍されている女医の方々）が主催するカナダ視察旅行に参加する形で行った。

この視察旅行中、在住カナダの日本人女性たちが主催する生涯学習講座コスモス・セミナーが開催された。カナダ視察旅行参加者一同は「日本の女性医療の現状と未来」というテーマでそれぞれ講演・報告を行った。筆者も助産師の立場から母乳育児に関連する報告を行った。会場はカナダで生活されている日本人の方々でいっぱいであった。日本の女性医療の現状を報告することができ、貴重な経験となった。

## VI. 謝辞

今回の視察研修を企画して下さったWomen's Clinic Network女性医療ネットワーク・対馬るり子先生、生涯学習講座コスモス・セミナーでの講演を企画して下さったコスモス・セミナー主宰大河内南穂子様にはご尽力いただいた。この場をお借りしてお礼を申し上げたい。

## 文 献

- 1) 吉沢豊予子編：ウィメンズヘルスとメンズヘルス、女性生涯看護学—リプロダクティブヘルスとジェンダーの視点から—第2章ジェンダーと健康、2. ウィメンズヘルスとメンズヘルス、真興交易(株)医書出版部、62, 2004.
- 2) 国際女性の地位協会編：女性関連データブック国際人口・開発会議「行動計画」(カイロ行動計画)、有斐閣、241-242, 1998.
- 3) 吉沢豊予子編：ウィメンズヘルスとメンズヘルス、女性生涯看護学—リプロダクティブヘルスとジェンダーの視点から—第1章母子保健と女性保健の変遷、2. リプロダクティブヘルス・ライツの考え方(山崎あけみ)、真興交易(株)医書出版部、27, 2004.
- 4) 天野恵子：これからの医療のあり方とは—性差にもっと目を向けよう、看護教育、47(8):698-704, 2006.

- 5) 滝野一郎：National Center of Excellence in Women's Healthの整備—米国における女性医療の現状，性差と医療，1(0);63-66, 2004.
- 6) 前掲4)，700.
- 7) 山田勝士：医師の性差に対する意識調査およびTDM並びに治療における性差に関する調査研究—個の医療の確立を目指したジェンダー医療—科学研究推進に関する企画調査報告書 平成14年度科学研究費補助金（基盤研究(C)）研究成果報告書．38-44，2003.
- 8) 汐見稔幸編：世界に学ぼう！子育て支援，福川須美著カナダ，148-149，フレーベル館（東京），2003.
- 9) 前掲8)，152.
- 10) 江藤宏美，森明子，三橋恭子，片岡弥恵子：Women's Healthと性暴力被害者支援 医療関係者のためのカナダ研修に参加して，聖路加看護大学紀要，29;32-39, 2003.
- 11) 前掲4)，702.
- 12) 天野恵子：女性外来実態調査，性差を加味した女性健康支援のための科学的根拠の構築と女性外来の確立，厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業，平成17年度研究報告書 January, 17, 2007
- 13) 村島温子：女性外来の現状と今後の課題，「女性外来ハンドブックこんなときどうする？」女性医療ネットワーク（東京），19-22，2006
- 14) 対馬ルリ子：女性外来が変える日本の医療，築地書館（東京），2002
- 15) 上野光一：個の医療の確立を目指したジェンダー医療—科学研究推進に関する企画調査報告書 平成14年度科学研究費補助金（基盤研究(C)）研究成果報告書．7，2003.
- 16) 前掲15)
- 17) 岡本喜代子，加藤尚美，高田昌代，山本詩子，豊倉節子，神谷整子，江角二三子，嶋村克子：病院・診療所と助産所とのネットワーク推進及び院内助産所のあり方に関する研究，助産師，59(3);40-54, 2005.
- 18) 中田かおり：カナダ・ブリティッシュ・コロンビア州を中心に—自立した医療専門職としての苦情対応システム，特集海外を通して見る，日本の産科の医療安全，助産雑誌，60(7);580-585, 2006.
- 19) ヘレン・マクドナルド：生まれて10年。カナダの助産師活動，助産雑誌，58(3);259-263, 2004.
- 20) 成田伸：日本におけるウイメンズヘルスケアの展開—助産師の立場から．助産雑誌，55(5);9-13, 2001.
- 21) 小林睦美：済生会宇都宮病院の院内助産院—妊婦に選ばれる病院を目指しての取り組み，助産師，60(3);6-10, 2006.
- 22) 爪田久美子：助産師の自立を目指した助産師外来，助産師，60(3);16-19, 2006.
- 23) 前掲10)，35.
- 24) 前掲5)，65.
- 25) 前掲7)，39.
- 26) 森恵美：看護教育における女性に特化した高度専門職業人教育に関する研究—個の医療の確立を目指したジェンダー医療—科学研究推進に関する企画調査報告書 平成14年度科学研究費補助金（基盤研究(C)）研究成果報告書．30-35，2003.

資料

思春期の性の健康を支える健康教育の有効性

—ピアカウンセリング手法による展開と受講前後の評価からの一考察—

高村寿子

The effectiveness of reproductive health education for adolescents:

To discuss about the evaluation of the peer counseling approach

Hisako TAKAMURA

要旨：十代の人工妊娠中絶率や性感染症罹患率の減少対策に、効果的な健康教育が求められている。厚生労働省は、2000（平成12）年12月に21世紀の母子保健の取り組みとして「健やか親子21」を提言しているが、そのなかには同世代の仲間による健康教育手法としてのピアカウンセリング事業の実践が組み入れられている。本論は、その手法の意義と、国内外の動向を踏まえて実施したピアカウンセリング講座受講前後の変化の実態調査結果から、今後の課題を検討したものである。

調査結果は、短期評価という限界はあるものの、講座受講が性に関する正しい知識の習得や、人生の自己決定能力に関連する要因に好影響を及ぼす可能性を示唆していた。また、講座受講対象年齢の低年齢化およびピアカウンセラー活動に対する受講生の興味・関心に対するサポートなどの課題があることが明らかになった。今後は、平成14年から3年間継続した厚生労働科学費補助金研究班が母体となって発足した日本ピアカウンセリング・ピアエデュケーション研究会のシステムに則り、思春期の若者同士が主体的に自分たちの性と健康を守り育てていく本手法をますます発展させていくことが望まれる。

キーワード：思春期、性、ピアカウンセリング、健康教育、性教育

I. はじめに

二次性徴の早期化に伴い、心身に急激に起こる性的成熟によって思春期の性意識・性欲求や性的行動は活発化している。ここ5年間に実施された思春期の性意識・性行動の実態調査<sup>1-4)</sup>で実証されているように、初交年齢の低年齢化、および動機の容易さ、性交に至るまでの期間の短縮、パート

ナーの複数化とその裏面的な妊娠・避妊・性感染症などに関する正しい知識の欠如などの問題が指摘されている。それらの状況は、「性的カジュアル化現象」、「性的ネットワーク」というような新造語まで生み出す状況となっている。

わが国の十代の人工妊娠中絶率は、図1に示すように、2003（平成15）年からやや減少傾向に転じてはいるものの、中絶を繰り返すリピーターの増加などの新たな問題も生じ、依然として高く、1995（平成7）年の6.2には程遠い状況にある。他方、性感染症罹患率は、前述した性的カジュアル

自治医科大学 看護学部 健康教育学  
Health Education, School of Nursing, Jichi Medical University



化現象と称される社会現象に何らかの対応策を講じない限り、表1からわかるように、増加傾向にあることは否めない。いずれにしてもこの二大問題への対策が、学校現場の性教育や地域での思春期保健対策、および健康教育の緊急課題となっている。

そのため、これまでに取り組みられてきた健康教育／性教育の目的・方法を見直し、効果的な健康教育を行うことが求められている。そのような状況下で、親でもなく、教師でもなく、思春期にある人々にとって最も身近で、信頼できる存在であり、価値観を共有する仲間（以下、ピアという）

が行う仲間相談活動、すなわちピアカウンセリングという手法を用いた健康教育が注目を浴びている。この手法は、思春期／青年期の主体的な行動変容を支えるために非常に有効な方法である<sup>5)</sup>として、WHOをはじめ、国際的に高い評価を得ている。

本稿は、思春期の性の健康を支える健康教育手法としての思春期ピアカウンセリングの意義と国内外の動向、およびピアカウンセリング手法による性教育講座受講前後の変化について報告し、今後の課題を検討する。

各年(度)

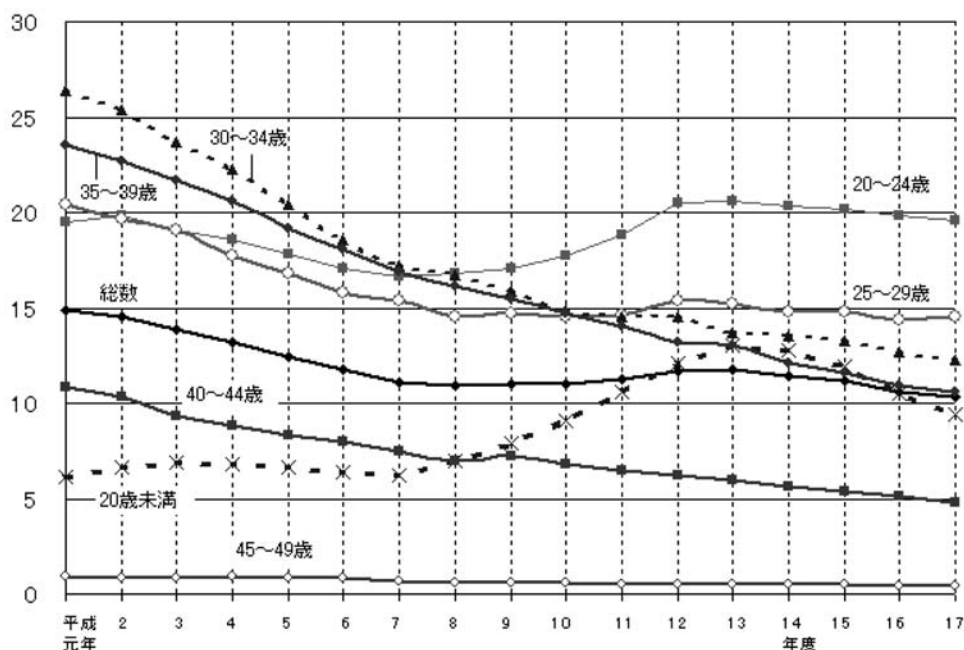


図1 年齢階級別にみた人工妊娠中絶実施率 (年齢階級別女子人口千対) 年次推移

表1 全国および栃木県の性感染症の罹患者数

|   |             | 性器クラミジア |     | 性器ヘルペス |     | 尖圭コンジローマ |     | 淋菌感染症  |     |
|---|-------------|---------|-----|--------|-----|----------|-----|--------|-----|
|   |             | 全国      | 栃木県 | 全国     | 栃木県 | 全国       | 栃木県 | 全国     | 栃木県 |
| 男 | 2001(平成13)年 | 17,226  | 487 | 3,861  | 29  | 2,778    | 44  | 16,923 | 604 |
|   | 2002(平成14)年 | 18,070  | 555 | 4,047  | 39  | 3,022    | 60  | 17,407 | 651 |
|   | 2003(平成15)年 | 17,472  | 494 | 4,031  | 134 | 3,270    | 144 | 15,962 | 449 |
|   | 2004(平成16)年 | 16,306  | 449 | 3,852  | 155 | 3,597    | 217 | 14,220 | 421 |
|   | 2005(平成17)年 |         | 194 |        | 73  |          | 86  |        | 137 |
| 女 | 2001(平成13)年 | 22,595  | 373 | 5,228  | 42  | 2,332    | 17  | 3,438  | 46  |
|   | 2002(平成14)年 | 25,094  | 474 | 5,520  | 26  | 2,627    | 35  | 4,307  | 42  |
|   | 2003(平成15)年 | 23,645  | 308 | 5,674  | 34  | 2,918    | 30  | 4,488  | 38  |
|   | 2004(平成16)年 | 21,259  | 245 | 5,777  | 37  | 2,902    | 31  | 3,100  | 28  |
|   | 2005(平成17)年 |         | 105 |        | 22  |          | 16  |        | 7   |

ただし、2005(平成17)年は上半期のみ

## II. ピアカウンティングを支える理論とスキル

### 1. ピアとピアカウンセリングの定義

ここで紹介するピア（仲間）とは、同じ障害を持つもの、同じクラスの仲間といった特定された規定の中に存在するものと、年齢が近い、出身地が同じといった広い規定の中に存在するものとの両極を含んでいる。お互いが仲間と感じ、そのピア意識が育つとお互いを理解し、支えようという気持ちが自然と生じてくる。

次に、ピアが行うピアカウンセリングとは何なのか、それを支える基本概念を表2に示す。

表2 ピアカウンセリングの基本概念

|  |
|--|
| <p><b>基本前提</b><br/>人は、機会があれば自分自身の問題を解決する能力を持っている。</p> <p><b>基本的定義</b><br/>ピアカウンセリングとは、人間の成長と心の健康に関する知識とともに、アクティブリスニング・スキル（積極的傾聴）と問題解決スキルを用いることによって、ピア（仲間）の意識を持って行う相談活動である。</p> <p><b>基本理念</b><br/>自分のエンパワメントや決断のプロセスが受け入れられ、支持される環境において、人は最良のサポートを受けることができる。</p> <p><b>ピアカウンセラーのゴール</b><br/>カウンセラーに代わって問題を解決することではなく、カウンセラー自身の問題に対してカウンセラー自身が解決策を見出していくことを、サポートすることである。</p> <p><b>ピアカウンセラーの道具</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アクティブリスニングのスキル</li> <li>・問題解決のためのスキル</li> <li>・個人的あるいは文化的諸問題におけるあなた自身の経験によって培われてきた感受性</li> </ul> |
|--|

### 2. ピアカウンセリングの8つの誓約

ピアカウンセリングをすすめていく際には、8つの誓約がある。この誓約は、絶対に破ってはならないものというわけではないが、相談をするカウンセラーと相談を受けるピアカウンセラーの双方が、心を開いてピアカウンセリングを安全にすすめていく上で、常に念頭においておかななくてはならないものである。この誓約を遵守することによって、ピア意識は大きく育まれる。

- (1)批判的にならない、決めつけない、ノンジャッジメンタルである
- (2)共感を示す：コンクリートの壁にならない
- (3)個人的なアドバイスは与えない

- (4)詰問調にならない：なぜで始まる質問には気をつける
- (5)カウンセラーが抱える問題の責任はとらない：限界を定める
- (6)解釈をしない：パラフレーズで充分
- (7)現状と現時点に視点を据える
- (8)まず感情と向き合い、感情について話し合う

### 3. ピアカウンセリング・スキル

ピアカウンセリングで用いるスキルは、大きく分けると、アクティブリスニング・スキル（積極的傾聴）と問題解決スキルの2つがある<sup>6-7)</sup>。思春期ピアカウンセリングでは、ピア意識をもってアクティブリスニング・スキルを駆使することによって、問題解決に至ることが多い。アクティブリスニング・スキルは、カウンセリングの基本的スキルと同じであるが、ピア意識をもって使うことによってピアカウンセリング・スキルとして位置づけられる。アクティブリスニング・スキル（積極的傾聴）には、次の6つのスキルで成り立つ。

- (1)基本的な向き合い方のスキル
  - a. アイコンタクト
  - b. 姿勢
  - c. 顔・声の表情
  - d. カウンセラー（相談者）のリードに従う
  - e. 話の促しをする
- (2)オープン・クエスチョン【開かれた質問】
- (3)パラフレーズ：別の言葉で短く言い替える
- (4)感情と向き合うスキル
- (5)要約するスキル
- (6)統合するスキル

## III. 思春期ピアカウンセリングの国内外の動向

### 1. わが国における思春期ピアカウンセリング活動の萌芽と全国展開

わが国における思春期ピアカウンセリング活動は、諸外国と違って自然発生的であった。自治医科大学看護学部の前身ともいべき自治医科大学看護短期大学の学生が、ゼミで“人間の性：セクシュアリティ”について学び、いつのまにかクラスメイトや上級生から、性に関するさまざまな不安や悩みなどの相談を受けていた。この学生たちの様子を垣間見て、筆者が諸外国で行われている思春期ピアカウンセリングの実践を勧めた。クラスメイトや上級生との相談活動を体験して手ごた

えを感じていた学生たちは、積極的に活動を開始した。

その活動が栃木県内で思春期の人々を支える民間団体のとちぎ思春期研究会で紹介され、そのネットワークと関連機関との連携で、1990(平成2)年8月に南河内町(現在の下野市)の中央公民館で、高校生を対象にわが国で初めてのピアカウンセリング手法による性教育講座(以下、講座という)が開催された。その後、その状況を視察した小山市は、市内の5つの県立高校の生徒を対象に講座を開講した<sup>8)</sup>。これが地域保健行政におけるわが国初の思春期ピアカウンセリングの幕開けであった。その後、足利市、宇都宮市、栃木市など、栃木県内の他の自治体でも、県保健所(現在は広域健康福祉センター)と連携してピアカウンセリングに取り組み始めた。その後、その活動が全国に拡がり、沖縄県、高知県、宮崎県、福島県などにおいて取り組みが始められ、それらの成果が「健やか親子21」のなかに取り込まれることとなった。

「健やか親子21」は、2000(平成12)年12月に厚生労働省が21世紀の母子保健の取り組みとして提言したもので、2010年までの目標値を設定し、関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画である。「健やか親子21」の具体的な課題は4つあるが、その筆頭に思春期の保健対策の強化と健康教育の推進が掲げられている。思春期の性の問題解決のためには、従来の方法からの質的転換を図る必要があり、そのための方策として同世代の仲間による取り組みと、効果的に展開するための関係機関の連携(連絡調整)の有効性が強調されている。

2006(平成18)年12月現在、全国におけるピアカウンセラー養成講座の状況は、表3に示すようになっている。ただし、ここで紹介している都道府県・政令市は、2002(平成14)年度から3年間で実施された厚生労働科学研究「ピアカウンセリング・ピアエデュケーションのマニュアル作成と効果的普及に関する研究」, 「性に関する思春期保健教育のためのマニュアルの開発と教材作成に関する研究」の成果に基づいたピアカウンセラー養成システムを活用し、ピアカウンセリング事業を展開していることを特記する。

## 2. 思春期ピアカウンセリング活動の国際的動向

思春期ピアカウンセリング活動は、1972年頃の英国で若者たちの間に広まった仲間から仲間へ、ぶどうのつたがからまっていくようなグレープバイン(ぶどうの木)運動に端を発している。この思想と活動は海を越えてアメリカ大陸に伝搬し、1976年にミルウオーキー家族計画協会で実施された。その後、アメリカ各地やカナダ、ラテンアメリカなど、世界各地に広がった<sup>9)</sup>。

1977年、WHOは、先進国や発展途上国の思春期を支える政府機関・非政府機関の専門家を集めて、思春期の人々を支える活動について会議を開催した。その結果、『最も効果的な革新的アプローチは、同年輩の仲間同志のカウンセリングプログラムを開発することである。』ことが報告された。その根拠として、思春期の人びとは権威に対して錯綜した感情があり、それは時としてサービスの供給を面倒にする。また、思春期初期には、自尊心が損なわれる傾向があり、それは同年輩の仲間同志の効果的なカウンセリングプログラムによって回復し得るからだ指摘している。その後、各国でさまざまな活動が試行錯誤で展開されるようになった<sup>9)</sup>。

それから14年たった1991年11月、WHOは、再び“思春期の保健と発育への取り組み会議”を開催した。その会議で、WHOは、80カ国401機関の政府・非政府機関に行ったアンケート結果を発表した。それによれば、個人カウンセリングが22%、次に身体的ならびに心理・社会的サービスが21%、資料の作製・配布が17%、職業技術の訓練と指導が13%、そしてピアカウンセリングが12%の割合で実施されていたということである<sup>10)</sup>。

しかし、国によっては、宗教や親の認識の違いにより性のとらえ方が異なり、わが国で学校や地域行政機関が行っているような性教育を展開することが困難な場合もある。そこで、NGO、とくに家族計画協会が若者たちの活動を支援している。典型的な活動を紹介すると、高校生や大学生などから有能な若者を選んでピアエデュケーター・ピアカウンセラーとしての知識とスキルをトレーニングし、地域近隣や学校、教会、夏には海岸などで、誤った情報に振り回されている仲間1対1、あるいは対集団のピアカウンセリングを行い、性の問題に正しく対処できるよう、青少年の自覚、意思決定や問題解決の能力を高める活動を展開し

思春期の性の健康を支える健康教育の有効性

表3 ピアカウンセラー養成講座全国開催状況

| 都道府県市名  | 立ち上げ部局                              | 具体的な展開内容   |
|---------|-------------------------------------|--|
| 1 青森県   | ・子ども家庭課                             | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成研修生1名  |
| 2 岩手県   | ・児童家庭課<br>・一関保健所                    | 平成14年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成認定講師1名, 研修生1名  |
| 3 秋田県   | ・秋田中央健康福祉センター<br>・大館健康福祉センター        | 平成14年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成認定講師2名   |
| 4 仙台市   | ・青葉区<br>・県北保健福祉事務所                  | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成研修生2名<br>平成14年度～ ピアカウンセラー養成講座実施  |
| 5 福島県   | ・福島ピアサポーターの会                        | 養成認定講師1名<br>平成15年度 ピアスペース開設  |
| 6 栃木県   | ・児童家庭課<br>・とちぎ思春期研究会                | 平成14年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成認定講師1名, 研修生2名<br>※ピアカウンセラー養成をとちぎ思春期研究会に委託<br>思春期相談所“クローバーピアルーム”<br>※開設・運営をとちぎ思春期研究会に委託 |
| 7 小山市   | ・健康課                                | 平成5年11月～ わが国のモデルとして思春期ピアカウンセリング講座の原型をつくり, 以降平成15年度まで継続事業として実施  |
| 8 埼玉県   | ・子ども安全課                             | 平成18年2月～ 環境作りのための講演会および出前ピアカウンセリング講座の開催  |
| 9 東京都   | ・杏林大学保健学部看護学科                       | 平成13年度～ ピアカウンセラー中央養成講座派遣養成   |
| 10 長野県  | ・健康づくり支援課                           | 平成15年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成認定講師1名, 研修生3名  |
| 11 岡山県  | ・川崎医療福祉大学保健医療学部看護学科                 | 平成13年度～ ピアカウンセラー中央養成講座派遣<br>平成14年度～ ピアカウンセリング養成講座実施<br>養成認定講師1名  |
| 12 岐阜県  | ・岐阜県立看護大学                           | 平成15年度～ ピアカウンセラー中央養成講座派遣   |
| 13 兵庫県  | ・柏原健康福祉事務所<br>・NPOひょうごピアカウンセリング研究会  | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成認定講師2名   |
| 14 奈良県  | ・桜井保健所                              | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成認定講師1名, 研修生2名  |
| 15 高知県  | ・環境対策課                              | 平成15年度～ ピアカウンセラー中央養成講座派遣<br>平成16年度～ 思春期相談所“プリンク”開設   |
| 16 香川県  | ・香川県看護協会                            | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成認定講師2名   |
| 17 福岡県  | ・九州大学医学部看護学科                        | 平成17年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成研修生3名  |
| 18 宮崎   | ・母子保健課                              | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>認定養成講師1名   |
| 19 佐賀県  | ・感染症対策課                             | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>認定養成講師1名, 研修生2名  |
| 20 鹿児島県 | ・母子保健課                              | 平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>認定養成講師1名   |
| 21 沖縄県  | ・北部福祉保健事務所<br>・八重山福祉保健所<br>・宮古福祉保健所 | 平成12年度～ プレピアカウンセラー養成講座実施<br>平成14年度～ ピアカウンセラー中央養成講座派遣<br>平成16年度～ ピアカウンセラー養成講座実施<br>養成研修生2名                          |

ている<sup>11)</sup>。

#### IV. ピアカウンセリング手法による性教育講座の評価

##### 1. 調査の目的

高校生におけるピアカウンセリング手法による性教育講座（以下、講座という）の短期効果を評価する。

##### 2. 調査方法

栃木県下の公立高校の講座受講者に対し、無記名の自記式アンケート調査を講座の受講前後に行い、その効果を評価した。各高校の講座受講時期に応じて、受講前の調査を2003（平成15）年9-11月に、受講後の調査を2003（平成15）年12月に実施した。

調査の内容は性に関する内容であり、個人情報保護のため調査票はすべて無記名とした。また、他人が回答内容を容易に見ることができないように、調査票回収のための専用ワンタッチ式封筒を各調査対象者に配布した。また、調査票表紙には本研究の目的と方法について記載し、回答を拒否する権利があることを明記した。

##### 3. 調査結果

受講前のアンケートは56校283名の受講予定者に配布し、54校274名分を回収した。受講後のアンケートは、受講前のアンケートを回収し得た54校274名に配布し、54校258名分を回収した。受講前の回収数（受講後の配布数）に対する受講後の回収率は94.2%であった。

受講者の内訳は男女とも高校1年生が約40%、高校2年生が約50%、高校3年生が約10%であった。男女比は、女が約2.3倍多かった。

受講者の特徴としては、彼氏、彼女のいる割合は男で27%、女で36%、性交経験のある割合は男で28%、女で36%であった。受講後のアンケートにおいて、2回シリーズのピアカウンセリングの受講回数をたずねたところ、2回とも受講が約60%、1回のみ受講が約20%、受講していないが7%であった。以前にピアカウンセリングを受講したことがあると答えたものは14%であった。

受講前後で好ましい方向に割合が5%以上変化した項目は、表4に示すように、男では、人生計画は具体的か、避妊と性感染症に関する知識すべ

て、自分のことをありのまま表現できるか、自分の性にうまれてよかったと思うか、性交は特定の相手とするものか、性交時に性感染症について考えるか、性交時に妊娠について考えるか、性交時にコンドームを必ず使う自信があるか、性交時にコンドームを正しく使う自信があるか、であった。

逆に、雑誌などの記事を信用するか、異性とつきあうのは相手のことをよく知ってからか、恋愛における性交のウエイトが50%以上の割合については、好ましくない方向へ割合が5%以上変化した。坂野の一般性セルフエフィカシー、Rosenbergのセルフエスティームの平均点は、有意の差はなかったものの、それぞれ0.3、1.0上昇していた。

女では、受講前後で好ましい方向に割合が5%以上変化した項目は、表4に示すように、人生計画は具体的か、避妊と性感染症に関する知識のすべて、異性と付き合うのは相手のことをよく知ってからか、ピアプレッシャーを感じるか、気持ちの準備ができていない段階で性交を求められたときに自分の気持ちを伝える自信があるか、性交時に性感染症について考えるか、性交時に妊娠について考えるか、性交時にコンドームを必ず使う自信があるか、性交時にコンドームを正しく使う自信があるか、であった。

逆に、好ましくない方向へ割合が5%以上変化した項目はなかった。一般性セルフエフィカシー、Rosenbergのセルフエスティームの平均点は、有意の差はなかったものの、それぞれ0.3、0.4上昇していた。

知り合ってから性交するまでの期間については、表5に示すように、男では、6ヶ月未満は47%から62%に増加する一方で、6ヶ月以上1年未満は24%から7%に減少し、1年以上は5%から11%に増加していた。女では、6ヶ月未満は39%から41%であまり変化がなく、6ヶ月以上1年未満は20%から25%にやや増加、1年以上は11%から9%であまり変化していなかった。

また、男では84%、女では93%が受講してよかったと回答し、また、男では65%、女では82%が友達にもすすめようと思うと回答していた。将来ピアカウンセリングの活動をしてみたいと思う者は男では37%、女では58%であった。受講時期は、男女とも約60%が中学校での受講がよいと回答していた。

思春期の性の健康を支える健康教育の有効性

表4 ピアカウンセリング受講前後の知識・認識・Self efficacy得点・Self esteem得点の変化

|   | 男        |          | 女        |          |
|---|----------|----------|----------|----------|
|   | 受講前      | 受講後      | 受講前      | 受講後      |
|   | 84人      | 81人      | 190人     | 177人     |
| 人生計画は具体的か (%)                                   | 50       | 64       | 65       | 72       |
| 将来してみたい職業はあるか (%)                               | 81       | 80       | 87       | 90       |
| 将来結婚したいか (%)                                    | 89       | 93       | 87       | 87       |
| 避妊に関する知識の正答率                                    |          |          |          |          |
| 1度の性交でも妊娠する (%)                                 | 83       | 88       | 84       | 92       |
| 安全日に性交すれば避妊できる (%)                              | 52       | 65       | 63       | 77       |
| 膣外射精すれば避妊できる (%)                                | 67       | 72       | 71       | 84       |
| 経口避妊薬を飲めばほぼ100%避妊できる (%)                        | 58       | 84       | 62       | 84       |
| 緊急避妊法は望まない妊娠を防ぐ方法である (%)                        | 51       | 63       | 37       | 52       |
| 経口避妊薬は薬局で買える (%)                                | 49       | 62       | 58       | 84       |
| 性感染症に関する知識の正答率                                  |          |          |          |          |
| コンドームで性感染症の予防ができる (%)                           | 92       | 98       | 87       | 97       |
| 経口避妊薬で性感染症の予防ができる (%)                           | 64       | 69       | 59       | 76       |
| 性感染症はオーラルセックスでも感染する (%)                         | 43       | 75       | 57       | 72       |
| エイズに感染していても発病前は健康な人と変わらない (%)                   | 75       | 86       | 71       | 80       |
| 上記10問中の平均正答数                                    | 6.3±2.5  | 7.6±2.0  | 6.5±2.6  | 8.0±1.8  |
| 上記10問中で6問以上正答した率 (%)                            | 68       | 86       | 68       | 91       |
| 雑誌などの記事を信用するか (%)                               | 45       | 62       | 57       | 56       |
| 自分のことを理解していると思うか (%)                            | 70       | 80       | 68       | 70       |
| 自分のことをありのまま表現できるか (%)                           | 51       | 63       | 52       | 51       |
| 自分の性に生まれてよかったと思うか (%)                           | 75       | 85       | 74       | 73       |
| 異性とつきあうのは相手のことをよく知ってからか (%)                     | 87       | 81       | 85       | 91       |
| 恋愛における性交のウエイトは50%以上の割合 (%)                      | 48       | 53       | 47       | 43       |
| 性交は特定の相手とするものと思うか (%)                           | 79       | 89       | 91       | 93       |
| ピアプレッシャーを感じるか (%)                               | 56       | 54       | 30       | 25       |
| 友達と性について話をするに抵抗感があるか (%)                        | 19       | 24       | 26       | 27       |
| 気持ちの準備ができていない段階で性交を求められたときに自分の気持ちを伝える自信があるか (%) | 65       | 67       | 75       | 83       |
| 性交時、性感染症について考えるか (%)                            | 65       | 79       | 76       | 82       |
| 性交時、妊娠について考えるか (%)                              | 82       | 90       | 88       | 94       |
| 性交時コンドームを必ず使う自信があるか (%)                         | 82       | 89       | 78       | 85       |
| 性交時コンドームを正しく使う自信があるか (%)                        | 66       | 89       | 50       | 83       |
| Self-efficacy (平均点±SD)                          | 7.3±3.5  | 7.6±3.7  | 7.0±3.8  | 7.3±3.6  |
| Self-esteem (平均点±SD)                            | 24.9±5.5 | 25.9±5.3 | 24.2±5.5 | 24.6±5.7 |

Self efficacyは一般性selfefficacy尺度による  : 好ましい方向へ割合が5%以上変化した項目

Self esteemはRosenbergの尺度による  : 好ましくない方向へ割合が5%以上変化した項目

表5 知り合ってから性交するまでの期間

|            | 男    |      | 女     |       |
|------------|------|------|-------|-------|
|            | N=84 | N=81 | N=189 | N=176 |
| 期間 (%)     | 受講前  | 受講後  | 受講前   | 受講後   |
| 1ヶ月未満      | 21   | 20   | 9     | 6     |
| 1ヶ月以上6ヶ月未満 | 26   | 42   | 30    | 35    |
| 6ヶ月以上1年未満  | 24   | 7    | 20    | 25    |
| 1年以上       | 5    | 11   | 11    | 9     |
| 性交しない      | 2    | 4    | 6     | 4     |
| わからない      | 21   | 16   | 25    | 22    |

#### 4. 考察

男女とも人生計画の具体性の有無、避妊・性感染症に関する知識、避妊・性感染症に関する意識やコンドーム使用に関する自信については好ましい方向に変化しており、講座受講経験は、知識以外にも性に関する意識や人生に対する考え方をはじめとした自己決定に関連する要因にも好影響を及ぼしている可能性が示された。

男女別にみると、男では自分のことを理解している、自分のことをありのまま表現できる、自分の性に生まれてよかったと思うなど、自分に関する関心や評価が高まる傾向がみられたが、女ではこれらの項目はほとんど変化していなかった。また、一般性セルフエフィカシー、Rosenbergのセルフエスティームは、男女とも上昇する傾向にあったが、セルフエスティームは、男においてより高くなる傾向にあった。知り合って性交に至るまでの期間の問いにおいては、男女とも一定の傾向は認めなかったが、男でやや短くなる傾向が認められ、好ましくない方向へ動いた項目は、女ではなかったのに対し、男子では3項目と多かった。

以上のことより、ピアカウンセリングの短期的な影響は男女によって異なり、女では好ましい傾向が多く見られるが、男においては好ましい影響も好ましくない影響もやや強く現れやすいと考えられた。

本調査の問題点としては、1) 短期での指標の変化を評価しているだけで、これらの変化が長期間維持され、実際の行動に影響を及ぼすかどうかは不明であること、2) 無作為割付した対照群をおいた介入研究ではないので、健康教育の評価としては完全ではないことがあげられる。前者については、高校卒業後の長期的な追跡による評価は非常に困難であり、今後の検討課題である。後者については、今回の調査項目は3ヶ月間という短期間には大きく変化しにくい項目であることを考えると、その変化に関しては一定の評価が可能であると考えられる。ただし、今回の研究結果は限られた集団での検討であり、まだ一般化できる段階ではない。他府県の集団など特性の異なる集団における調査などでさらに検討を行う必要がある。

講座の受講について大半の男女は受講してよかったと回答し、受講者の満足度は非常に高く、また友達へ勧めてみたいかの問いにも60~80%が勧めると回答しており、受講者による一定の波及効

果が期待できる。今後の検討課題としては2つの点があげられる。ひとつは、将来ピアカウンセリングの活動をしてみたいと思う者の割合が40~60%程度いるので、これらの人材を支援し、活用できるシステムをいかに構築するか、またもうひとつは、いつ頃受講したいかの問いに男女とも中学1~3年生が60%以上、高校1年生を含めると80%以上になり、実施時期を含めた今後のピアカウンセリングのあり方について検討する必要があると思われた。

#### 5. 結論

講座の受講は、短期的ではあるが、性に関する知識の習得や人生の自己決定に関連する要因に好影響を及ぼす可能性が示された。

#### V. おわりに

思春期/青年期の人々が、主体的に性の健康を実現してことを支えるために、現在、全国で展開されているピアカウンセリング手法による性教育講座の国内外の動向を紹介し、ピアカウンセリング講座の受講前後の受講生の変化からその有効性を検討した。その結果、短期的ではあるが、その有効性の一端を証明することができた。また、講座受講対象年齢の低年齢化および受講生に高まったピアカウンセラー活動への興味・関心に対するサポートなどの課題も展望することができた。

他方、本稿では論じていないが、講座を担当しているピアカウンセラーへ与える影響も見逃すことはできない。機会を見てそのことも報告したいと考えている。

平成14・15・16年と3年間継続した厚生労働科学研究が終了し、ピアカウンセラー養成カリキュラムおよびピアカウンセラー養成者養成カリキュラムが完成し<sup>12)</sup>、かつそれぞれのテキスト・副読本・教材などが完成した<sup>13)</sup>。また、地域で思春期ピアカウンセリング事業を立ち上げるためのマニュアルおよびピアカウンセリング・コーディネーター養成カリキュラム<sup>12)</sup>が完成した。その成果を踏まえてピアカウンセリング事業が全国展開できるよう、研究班組織が母体となって、日本ピアカウンセリング・ピアエデケーション研究会<sup>14-15)</sup>が発足している。思春期の若者同士が主体的に自分たちの性と健康を守り育てていく本手法が、今後ますます発展していくことを切望して稿を閉じる。

## 謝 辞

本論文で記述した調査の実施に御協力、ならびに御指導いただきました自治医科大学医学部公衆衛生学教室の渡邊至先生に感謝の意を表します。

## 文 献

- 1) 財団法人日本性教育協会：青少年の性行動－わが国の中学生・高校生・大学生に関する第6回調報告査－。財団法人日本性教育協会，2006.
- 2) 東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会：児童・生徒の性－東京都幼・小・中・高・心障学級・養護学校の性意識・性行動に関する調査報告－。2005.
- 3) 日本家族計画協会：平成16年度厚生労働科学研究費補助金〔子ども家庭総合研究事業〕望まない妊娠，人工妊娠中絶を防止するための効果的な避妊教育プログラムの開発に関する研究 第2回 男女の生活と意識に関する調査報告書。日本家族計画協会，2005.
- 4) 木原雅子ほか：大学生の性行動－全国国立大学生セクシュアルヘルスタディから－。三煌社（東京），2001.
- 5) WHO思春期専門委員会（編）：思春期の人々のヘルスニーズ。p.46，WHO，1977.
- 6) Vincent.J.D'Andrea, Peter Salovey：Peer Counseling-Skills, Ethics and Perspectives (Second Edition). p.3, Science and Behavior Books Inc, 1996.
- 7) 高村寿子，鬼塚直樹：Peer Counselingの手法を用いたHIV/AIDS教育の普及に関する研究，HIV感染の予防と感染者支援の国際協力に関する研究班報告書。1999.
- 8) 高村寿子（編）：「保健婦雑誌」連載①～⑥ピアカウンセリング実践講座－健康教育の新たな構築をめざして，本音で語るピアカウンセリング。保健婦雑誌，51(10)～52(3)，1995～1996.
- 9) 松本清一：思春期保健と性教育，家族計画便覧。pp.138-139，日本家族計画協会，1994.
- 10) WHO：Approaches to Adolescent Health and Development：prince for success. WHO/ADH, 1992.
- 11) 高村寿子：ピアカウンセリングの進め方，家族計画便覧。pp.138-139，日本家族計画協会，1994.
- 12) 高村寿子（編著）：ピアカウンセリング・ピアエデュケーションのマニュアル作成と効果的普及に関する研究。平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金研究報告書，2004.
- 13) 高村寿子（編著）：性に関する思春期保健教育のためのマニュアルの開発と教材作成に関する研究。平成16年度厚生労働科学研究費補助金研究報告書，2005.
- 14) 高村寿子（編著）：思春期の性の健康を支えるピアカウンセリング・マニュアル。pp.173-175，小学館，2005.
- 15) 日本ピアカウンセリング・ピアエデュケーション研究会ホームページ：<http://www.jpcaea.net/index.html>.



# 看護学領域共同研究報告

研究課題：生体機能をも高める看護実践方法の開発  
およびその効果の測定方法の研究開発

共同研究組織：基礎看護学領域

代表者 松田たみ子（看護学部 教授）

分担者 大久保祐子（看護学部 講師）

里光やよい（看護学部 講師）

真砂 涼子（看護学部 講師）

角田こずえ（看護学部 助手）

亀田 真美（看護学部 助手）

川上 勝（看護学部 助手）

I はじめに

従来から、清拭には皮膚を清潔にするという目的以外に循環を改善するなどの効果があるとされている。温熱刺激による局所の循環改善には有用であることは明らかとなっているが<sup>1)</sup>、マッサージ効果については不明な点が多い。特に、四肢を末梢から中枢へ拭くことが循環促進となると考えられているが、その根拠は確認されていない<sup>2)</sup>。

これまで清潔技術に含まれる要素（摩擦時の圧力、摩擦方向）の皮膚温への影響を実験的に検証してきた。しかし、被験者や実験条件といった様々な要因から明確な結論には至っていない。そこで、今までの実験結果を踏まえ、実験条件をより厳密に設定し再度実験的に看護行為の生体への影響を把握し、清潔技術の根拠に基づく実施方法について検討した。

II 研究方法

1. 対象

研究に関する内容およびプライバシー保護に必要な配慮について十分説明し、承諾が得られた成人女性（20歳代）13名を対象とした。実験条件を一定にするために、実験前の食事や運動などに関する注意事項を守るように説明し、実験前に研究者が確認した。また、実験開始時刻を統一し、次の実験日まで最低1日以上空けるようスケジュールを調整した。

2. 実験環境

看護学部内の恒温室（室温 $25.0 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 、湿度 $40 \pm 5\%$ ）を使用した。恒温室内の気流に注意し、被験者に風が当たらないようにした。被験者は指定した衣類に更衣し、右前腕のみ露出し、それ以外はバスタオルで覆った状態で仰臥位にて安静保

持した。

3. 実験手順

被験者は血圧、心電図、呼吸回数、皮膚血流および皮膚温の各測定用センサー類を装着（図1）し、測定可能な状態になった時点から10分間安静を保った。

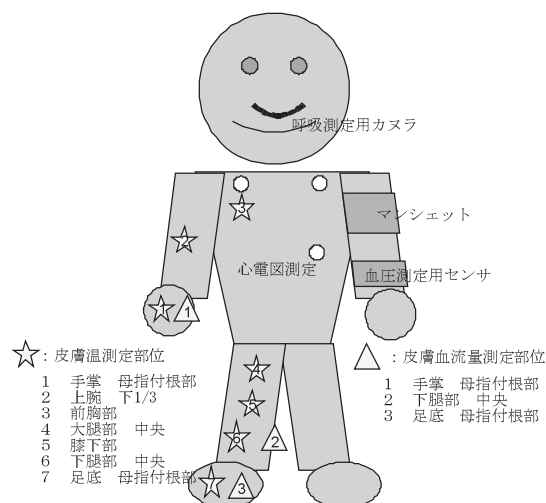


図1 センサー類の貼付部位

被験者には、皮膚摩擦6分前からメトロノームに合わせて呼吸回数を15回/分前後に維持するよう依頼した。皮膚温はデータロガー（横河電機；WE4000）、皮膚血流量は皮膚血流量計（Moor Instruments Ltd.；moorLAB）、心拍数は心電計（日本光電）、血圧はトノメトリ血圧計（JENTOWCS）をそれぞれ用いた。皮膚摩擦時の圧力を一定にするために、実施者は臨床経験のある看護師2名とし、圧力測定器（プレディア；モルテン）のセンサーを、ミトン（シルク生地）の中にスポンジを入れた用具に両面テープで固定し、圧力表示を見ながら右前腕部を左右2面に分け交互に乾布摩擦した。摩擦熱を最小限にするためにシルク素材を用いた。摩擦時の皮膚に与える圧力を30～40mmHgとした。

摩擦方向は中枢から末梢（遠心性）、末梢から中枢（求心性）、往復の三種類とした。摩擦速度は片道毎秒1回とし、摩擦時間は3分間とした。摩擦時間および回数は、前腕に清拭を行う場合、最低3回は摩擦を行うものとして、体表面積の算定方法の一つであるWallaceの「9の法則」<sup>3)</sup>に従い全身清拭実施と同等の摩擦回数として算出した。摩擦実施後、被験者は10分間安静を保持した（図

2)。対照条件では安静臥床とした。安静中に眠ってしまうことを避けるために、被験者には事前に開眼しておくことと、目を閉じている場合は開眼を促す程度の弱い刺激を与えることを説明した。

#### 4. データ分析

被験者のうち、実験中に目を頻繁に閉じていて、

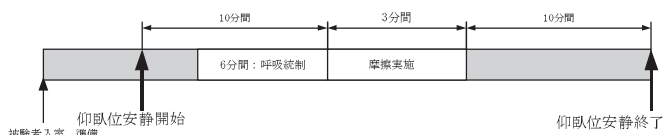


図2 実験の流れ

皮膚温が継続して上昇傾向にあった4名を分析対象から除き、分析対象者を9名とした。統計分析にはSPSS14.0Jを用いた。データは正規分布していないためノンパラメトリック法による群間比較を行った。有意確率0.05未満で有意差ありとした。平均皮膚温は、計算式  $(0.3 \times \text{胸部} + 0.3 \times \text{左上肢} + 0.2 \times \text{右下腿} + 0.2 \times \text{右下肢})$ <sup>4)</sup> を用いて求めた。

手掌および足底の皮膚温・皮膚血流量は、被験者毎に実施前5分間（前5分）、摩擦実施中（実施中）、実施直後から5分間（後5分）、実施後5分から5分間（後10分）のそれぞれ時間帯での平均値を求めグラフ化した。皮膚血流量は、前5分を基準値として、変化率を算出しグラフ化（平均値 $\pm$ 2標準誤差，n=9）した。

### III 研究結果

#### 1. 皮膚温

##### 1) 平均皮膚温 (図3)

対照群および摩擦実施群ともに有意な変化は認められなかった。

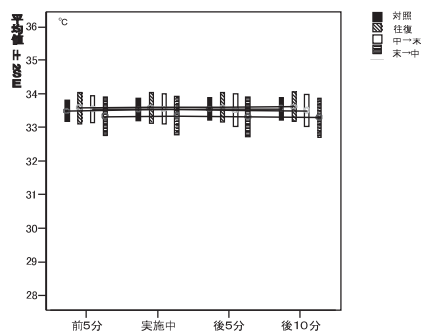


図3 平均皮膚温の経時変化

##### 2) 手掌皮膚温 (図4)

対照群，往復摩擦を行った群（以下，往復摩擦群），遠心性摩擦を行った群（以下，遠心性摩擦群）は，有意な変化は認められなかった。求心性摩擦を行った群（以下，求心性摩擦群）では，実施中から実施後10分にかけて低下する傾向がみられた。

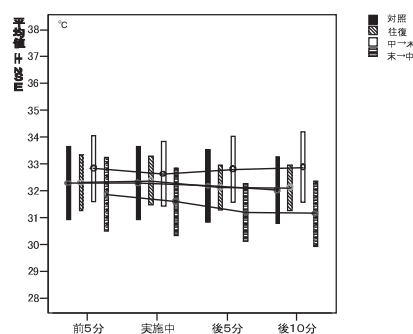


図4 手掌皮膚温の経時変化

##### 3) 足底皮膚温 (図5)

摩擦実施群は有意な変化は認められなかった。対照群で有意ではないが時間経過に伴ってやや上昇傾向にあった。

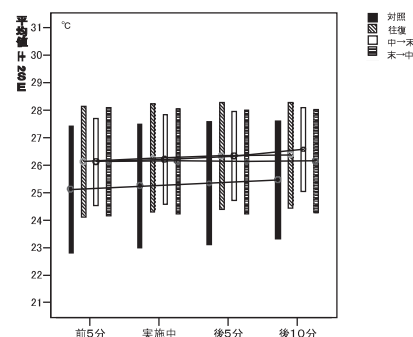


図5 足底皮膚温の経時変化

#### 2. 皮膚血流量

##### 1) 手掌部 (図6)

対照群および往復摩擦群は大きな変化はなかった。遠心性摩擦群は実施中に低下し，その後上昇

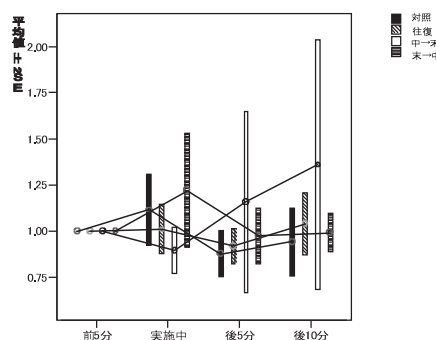


図6 手掌皮膚血流の経時変化

傾向にあった。求心性摩擦群では、実施中に上昇するがその後実施前と同じレベルに低下した。

## 2) 足底部 (図7)

対照群では、一度低下するがその後徐々に上昇する傾向がみられた。求心性摩擦群で、実施中から実施後にかけて継続して上昇傾向にあった。往復摩擦群は、実施中から実施後5分まで低下し、その後基準値に近づいていた。遠心性摩擦群はほとんど変化がなかった。

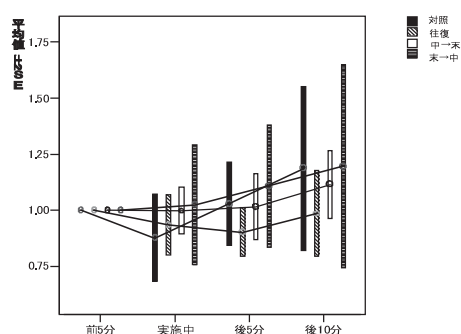


図7 足底皮膚血流量の経時変化

## IV 考察

### 1. 平均皮膚温の変化

平均皮膚温が清拭を行わなかった場合ではやや上昇し、清拭を行った場合では時間経過とともに低下している傾向にあった。清拭を行わなかった場合の平均皮膚温の変化は、最初の5分で上昇するがその後はほぼ横ばいであることから、臥床を続けたことによる影響と考えられる。一方、清拭を行った場合の平均皮膚温変化は、前腕への摩擦刺激が生体に何らかの影響を与えたことが推測される。

### 2. 手掌部の皮膚温・皮膚血流量の変化

皮膚温については、遠心性および求心性摩擦群で前5分と比べ実施中は低下傾向にあるが、遠心性摩擦群ではその後上昇に転じる一方、求心性摩擦群では下降傾向が続いている。両群の皮膚血流量は一度上昇するが、その後下降し、再度上昇し基準値に近づく傾向にある。血流量については4群とも同じような経時変化を示している。一般的に皮膚血流量の変化と皮膚温の変化は等しいと考えられている。本実験では明らかな血流量と温度の変化の同一性は確認できない。しかし、皮膚血流量が摩擦刺激によって増加し、その後減少するという変化が確認できたことから、皮膚温の変化

とは時間差が生じていることが考えられる。したがって、長時間それぞれの指標を計測することができれば、皮膚血流量と皮膚温の変化の同一性が確認できた可能性がある。

一方、皮膚血流量は皮膚温に比べてダイナミックに変化するという性質があることが推測される。実験中、対象者は前腕部を露出していたため、皮膚が外気に触れることになり皮膚温は体幹部の体温より低くなっている。したがって、清拭をしない場合でも皮膚血流量が大きく変化しているのは、体温の恒常性を保つために血管収縮と拡張が律動的に起こっていたことが原因と考えられる。さらに、往復摩擦の場合で皮膚血流の変化が比較的小さいのは、「中枢から末梢へ向かわせる」力と「末梢から中枢へ戻す」力が交互に加わっているため、皮膚血流に与える影響が相殺されていることに起因していると考えられる。

遠心性摩擦を行った場合、実施中の皮膚血流量が他条件と比べやや減少していることについては、中枢から末梢に向かう摩擦により血液が末梢に集まったことが原因と考えられる。また、求心性摩擦を行った場合、実施中の皮膚血流量は他条件と比べやや増加していることについては、遠心性摩擦の場合と逆で、末梢から中枢に向かう摩擦により末梢血液量が相対的に少なくなったことで末梢に流れ込む血液量が増加したことが考えられる。両条件とも、皮膚温に有意な変化がみられなかったことから、皮膚血流量の変化は手掌の血液循環を直接反映していないことが考えられる。

### 3. 足底部の皮膚温・皮膚血流量の変化

皮膚温は、実施群では大きな変化は見られなかった。皮膚血流量については、遠心性・求心性摩擦群でやや上昇している。一方、往復摩擦群では皮膚血流量は実施前に比べ実施後減少傾向が持続しているが、皮膚温は大きな変化は見られていない。皮膚温と皮膚血流量がほぼ同じ経時変化を示すとされているが、本実験の結果からは確認できなかった。今後、皮膚血流量と皮膚温の関連性を検討する必要がある。

## V おわりに

一定圧力で皮膚に摩擦刺激を与えた場合における、方向の違いによる生体への影響について、末梢循環の指標である皮膚血流量と皮膚温の変化に

焦点を当てて検討した。計測データを統計分析した結果、清拭部位の末梢および遠位における皮膚血流量および皮膚温の経時的变化に、清拭実施群間で有意な差は認められなかった。一方、対照群と清拭実施群とを比較すると有意ではないが一部に経時的变化の違いがみられた。従来、皮膚血流量の改善のため、末梢から中枢に向かって清拭を行うことが適切とされているが、本実験ではその根拠を実証することができなかった。今回、摩擦方向によって末梢循環状態を表す指標に違いが認められなかった理由の一つに、摩擦圧力が低かった可能性が挙げられる。今後、摩擦圧力の設定基準とより正確な圧力測定法の確立が求められる。

本実験では皮膚温・皮膚血流量のほかに、心拍数や血圧の変化と被験者の主観的評価に関するデータも得ることができた。これらのデータを総合的に分析することでより確実な清拭技術の根拠を見出すことができるものと考えている。

#### 文 献

- 1) 浅川和美他, 清拭による局所循環効果—皮膚の表面温度・血流の変化からとらえる—. 看護技術, 45(3); 103-109, 1999.
- 2) 松田たみ子他, 清潔への援助技術 循環を促す清拭の技術(2)科学的分析. ナーシング・トゥデイ, 10(5); 34-37, 1995.
- 3) 池田重雄他, 標準皮膚科学 第6版. 122-123, 医学書院, 2001.
- 4) Ramanathan N.L: A new weighting system for mean surface temperature of the human body, *Journal of Applied Physiology*, 19; 531-533, 1964.

研究課題：看護実践能力向上のための教育研修プログラムの開発に関する研究

—派遣制度によるへき地等地域病院における実践経験のキャリアへの反映—

共同研究組織：地域看護学領域，附属病院看護部

代表者 篠澤 侁子（看護学部 教授）  
 分担者 春山 早苗（看護学部 助教授）  
 岸 恵美子（看護学部 講師）  
 鈴木 久美子（看護学部 助手）  
 佐藤 幸子（看護学部 助手）  
 舟迫 香（看護学部 助手）  
 葉真寺美佐子（看護部 副部長）  
 工藤 祝子（看護部 副部長）  
 小谷 妙子（看護部 副部長）  
 佐藤 里美（看護部 看護師長）  
 野澤 京子（看護部 看護師長）  
 福田 順子（看護部 看護師長）

## I はじめに

1990（平成3）年から開始された自治医科大学附属病院看護部の派遣制度は、看護職員の実践能力の向上に寄与していることが、先行研究<sup>1)</sup>によって明らかになっている。しかし、その一方で、同研究では、派遣される目的が不明確であることやオリエンテーション、並びに、派遣中のフォローが不十分であること等、派遣制度の課題も明らかになった。

本研究の目的は、へき地等地域病院における実践経験により看護実践能力を向上させ、看護職としてのキャリアアップを支援することを目的としたより良い派遣制度とするために、管理的立場以外のスタッフとして派遣される看護職を対象とした教育研修プログラムを検討することである。

## II 研究方法

### 1. 2005（平成17）年度末に派遣より附属病院へ帰院した看護職への調査

2005（平成17）年度末に派遣から附属病院へ帰院した看護職20名に対し、「自分にとって重要であった派遣による学習体験」、並びに、「派遣制度の課題」について質問紙調査を行う。

調査項目は、先行研究<sup>1)</sup>において管理的立場以外のスタッフとして派遣された看護職の2割以上が「自分にとって重要であった派遣による学習体験」と回答した15項目とそれ以外の自分にとって

重要であった派遣による学習体験、並びに、先行研究<sup>1)</sup>と同様の「派遣制度の課題」6項目とする。

### 2. 教育研修プログラムに関する研究者全員による討議

これまでの派遣制度の経過や自分自身の派遣経験、派遣者として看護職を送り出した経験に基づき、へき地等地域病院における実践経験により看護実践能力を向上させ、看護職としてのキャリアアップを支援することを目的とした教育研修プログラムの内容や方法について、研究者全員で討議する。

## III 研究結果

### 1. 自分にとって重要であった派遣による学習体験

派遣された看護職20名の内、11名（55.0%）から回答が得られた。派遣時点の看護職経験年数は平均11年2ヶ月（最大26年，最小1年11ヶ月）、派遣期間は平均2年5ヶ月（最大2年1ヶ月，最小1年11ヶ月）であった。11名の内、管理的立場以外のスタッフとして派遣された看護職は9名（81.1%）であった。これらの看護職の自分にとって重要であった派遣による学習体験を、先行研究<sup>1)</sup>の結果とあわせて表1に示す。

先行研究と比較すると、自分にとって重要であった割合が低かった派遣による学習体験は、「5看護実践経験の増加」「11妊娠・出産期にある母子への援助」であり、その他の学習体験は先行研究と同様か、割合が高かった。質問以外の自分にとって重要であった派遣による学習体験として、「16地域における派遣先病院の役割特性の理解」を1名が挙げていた。

### 2. 派遣制度の課題

派遣制度の課題を先行研究<sup>1)</sup>の結果とあわせて表2に示す。

先行研究と比較すると、「C派遣者選定基準や派遣経験がどうキャリアへ反映されるかなどキャリア・ラダーにおける位置づけを明確にすること」を課題として選択した割合は低かったが、その他の課題は先行研究と同様か、選択した割合が高かった。質問以外の派遣制度の課題として「派遣決定時期を早めて欲しい」「派遣期間の明確化」をそれぞれ1名が挙げていた。

### 3. 教育研修プログラムに関する討議内容

派遣者に対する教育研修プログラムの内容や方法等について、研究者全員で討議した内容を表3に示す。

派遣前オリエンテーションの充実の必要性和、派遣時の看護実践能力の評価に基づき、派遣中の目標又は課題を設定し、それを達成するための支援を行う、という意見が多くだされていた。

### IV 考察

結果から、教育研修プログラムとして【A派遣前オリエンテーション】と派遣期間中の【B目標管理】の必要性が明らかになった。管理的立場以外のスタッフとして派遣される看護職を対象とした教育研修プログラム案を表4に示す。

目標管理を提唱したDruckerは、目標の2つの側面を指摘している<sup>2)</sup>。第1に「統制の手段としての目標の重要性」があり、組織のメンバーの貢献は共通の方向に向けられなくてはならず、その方向を示すものが目標となる。附属病院看護部の派遣制度についても、看護部という組織が、なぜへき地等地域病院へ看護師を派遣しているのか、大学の理念や看護部の方針等との関連から看護部を構成する看護師、特に派遣対象となる看護師に伝え、組織としての目標の理解を促す必要がある。よって、【A派遣前オリエンテーション】の内容に組み入れた。

第2は「自己統制の手段としての目標の重要性」である。自分自身で目標を設定することによって、個人はその目標を達成する責任を積極的に受け入れ、また、目標の明文化により、達成に向けての自己統制が可能となり、高い動機づけを促す、さらにその効果は自己評価の過程によって強化されるという。本研究で提示した教育研修プログラム案の【B目標管理】によって、前述したような効果が期待され、派遣経験により看護実践能力を向上させ、看護職としてのキャリアアップを支援することに役立つものと考えられる。

加えて、目標管理にはコミュニケーション機能があると言われ<sup>2)</sup>、具体的には、目標設定の際の面談、目標遂行中の上司の助言、目標の修正の際の面談、評価のフィードバックなどを指す。これらのプロセスを通して、管理的立場にある者はスタッフに組織全体の目標と個々の目標との関連性を示し、各個人は個々の目標を達成することが組

織全体の目標へとつながることを理解する。本教育研修プログラム案を実施する場合には、支援チームメンバーが常にこのこと、つまり看護部の目標と派遣者個々の目標を関連させながら、派遣者を支援していくことが重要であろう。

### V おわりに

本研究は、「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」で2005（平成17）年12月に選定された「自治医科大学地域医療後期研修プログラム」の看護師地域医療研修コースに引き継がれ、引き続き附属病院看護部と看護学部が共同して、地域医療への動機づけを高めることを目的とし、人材確保を兼ねたOn the job trainingとして行われることとなった。このプログラムの推進により、地域に根ざした看護実践能力の修得・向上が大いに期待され、かつそのフィードバックにより附属病院の看護力向上にもつながっていくと考えられる。

### 文 献

- 1) Mutsuko, K., Mitsuyo, G., Misako, Y., Machiko, K., Noriko, K., Toshie, T., Akie, N., Sanae, H., & Kumiko, S. (2006) : Educational Effects of Dispatch of Nurses to Hospitals in Rural Area, on their Nursing Practice Competence, Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing, 1, 18-24.
- 2) 奥野明子 (2004) : 目標管理のコンティンジェンシー・アプローチ, 白桃書房, 14-15.

看護実践能力向上のための教育研修プログラムの開発に関する研究

表1 管理的立場以外のスタッフとして派遣された看護職の自分にとって重要であった派遣による学習体験

|  | 学習経験  | 本調査 (N=9) |       | 先行研究 <sup>1)</sup> (N=38) |       | 計 (N=47) |       |
|--|---|-----------|-------|---------------------------|-------|----------|-------|
|  |   | 人         | %     | 人                         | %     | 人        | %     |
| <b>I. ヒューマンケアの基本に関する実践能力</b>             |   |           |       |                           |       |          |       |
| 1  | 人間関係を形成する年代の拡大  | 4         | 44.4% | 14                        | 36.8% | 18       | 31.6% |
| 2  | 利用者の思い, 考え等意思の適切な把握                                     | 4         | 44.4% | 9                         | 23.7% | 13       | 22.8% |
| <b>II. 看護の計画的な展開能力</b>                   |   |           |       |                           |       |          |       |
| 3  | 看護技術の種類幅の拡大   | 7         | 77.8% | 27                        | 71.1% | 34       | 59.6% |
| 4  | 看護に必要な知識の広がり  | 7         | 77.8% | 22                        | 57.9% | 29       | 50.9% |
| 5  | 看護実践経験の増加   | 1         | 11.1% | 18                        | 47.4% | 19       | 33.3% |
| 6  | アセスメントにおける利用者の日常生活, 家族生活, 地域社会生活への視野の広がり                | 6         | 66.7% | 10                        | 26.3% | 16       | 28.1% |
| 7  | 看護の対象の成長発達段階の多様化  | 2         | 22.2% | 9                         | 23.7% | 11       | 19.3% |
| <b>III. 多様な健康レベルの人・多様な健康問題を持つ人への実践能力</b> |   |           |       |                           |       |          |       |
| 8  | 高齢者の健康生活の援助課題の判断と支援                                     | 6         | 66.7% | 8                         | 21.1% | 14       | 24.6% |
| 9  | 看護を実践する上での健康問題の多様化                                      | 2         | 22.2% | 9                         | 23.7% | 11       | 19.3% |
| 10                                       | 終末期にある人への看護の体験  | 4         | 44.4% | 8                         | 21.1% | 12       | 21.1% |
| 11                                       | 妊娠・出産期にある母子への援助   | 0         | 0.0%  | 9                         | 23.7% | 9        | 15.8% |
| <b>IV. ケア提供とチーム体制整備能力</b>                |   |           |       |                           |       |          |       |
| 12                                       | 当院(自治医科大学附属病院)の看護サービスの質・提供方法・体制を客観的に評価する体験              | 5         | 55.6% | 18                        | 47.4% | 23       | 40.4% |
| 13                                       | 医療に付随する多様な業務の体験   | 5         | 55.6% | 13                        | 34.2% | 18       | 31.6% |
| 14                                       | 少ない(限られた)看護職(専門職)で構成されているヘルスケア提供組織(病院・診療所等)であるがゆえの勤務の体験 | 5         | 55.6% | 17                        | 44.7% | 22       | 38.6% |
| 15                                       | 地域のヘルスケア資源の現状を把握する意義の認識                                 | 4         | 44.4% | 8                         | 21.1% | 12       | 21.1% |
| 16                                       | その他・地域における派遣先病院の役割特性の理解                                 | 1         | 11.1% | 6                         | 15.8% | 7        | 12.3% |

表2 派遣制度の課題

|   | 課題   | 本調査 (N=9) |       | 先行研究 <sup>1)</sup> (N=38) |       | 計 (N=47) |       |
|---|--|-----------|-------|---------------------------|-------|----------|-------|
|   |  | 人         | %     | 人                         | %     | 人        | %     |
| A | 派遣の目的を明確にすること  | 5         | 55.6% | 20                        | 52.6% | 25       | 43.9% |
| B | 派遣前のオリエンテーションや派遣先病院の受け入れ体制に関すること                     | 6         | 66.7% | 20                        | 52.6% | 26       | 45.6% |
| C | 派遣者選定基準や派遣経験がどうキャリアへ反映されるかなどキャリア・ラダーにおける位置づけを明確にすること | 2         | 22.2% | 14                        | 36.8% | 16       | 28.1% |
| D | 派遣期間中の派遣者へのフォロー(精神的支援や研修参加の機会をつくること等)                | 6         | 66.7% | 14                        | 36.8% | 20       | 35.1% |
| E | 転勤に関わる経済的支援  | 4         | 44.4% | 10                        | 26.3% | 14       | 24.6% |
| F | その他  | 2         | 22.2% | 7                         | 18.4% | 9        | 15.8% |
|   | (内訳)・派遣決定時期を早めて欲しい                                   | 1         | 11.1% |                           |       |          |       |
|   | ・派遣期間の明確化  | 1         | 11.1% |                           |       |          |       |



表3 教育研修プログラムに関する討議内容

|  |
|--|
| <p>○方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・派遣制度を附属病院看護職のキャリア開発支援と連動させ、生涯教育プログラムの中に位置づける。</li> </ul>  |
| <p>○へき地等地域病院で求められる実践能力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職が少人数であり、かつ多様な業務を担うことになることから、基本的なマネジメント能力や危機管理能力が求められる。</li> <li>・派遣は、よりよい人間関係を形成する力やリーダーシップ力を高めたり、附属病院の看護の質や附属病院の役割を客観的に捉えたりする機会になっている。</li> <li>・派遣により、自立した看護職としての自信につながっている。</li> </ul>  |
| <p>○教育研修体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・派遣の前・中・後の教育体制、並びに、相談体制の整備が必要である。</li> <li>・概ね4年目以降の看護師に対するキャリアアップ支援として派遣に関わる教育研修体制を検討する。</li> <li>・派遣前のオリエンテーションを充実させる必要がある。</li> <li>・派遣中に困ったこと、良かったこと、フォローの必要性とその内容について、派遣経験者を対象に調査し、オリエンテーションに活かしていったらよいのではないか。</li> <li>・派遣先病院のある地域について、漠然としたイメージをもって行くのではなく、地域性や派遣先病院において看護師に求められることをオリエンテーションの内容に盛り込む。このことは、派遣により看護職として成長するための手がかりを与えることにもなる。</li> <li>・オリエンテーションには派遣先の生活状況を盛り込むことが必要である。</li> <li>・派遣経験者が後輩看護師に向けてオリエンテーション資料を作成し、サポートしている場合もある。</li> <li>・派遣前に看護実践能力の自己評価を行い、目標を持って派遣へ行き、附属病院帰院時に再度評価を行い、自己の目標に対する達成感が得られるようにする必要がある。</li> <li>・派遣前に看護実践能力の評価を行い、自己の課題を明らかにし、派遣中にその課題に取り組み、それを評価するシステムができるとよい。</li> <li>・派遣中の自己の目標を設定し、その目標に対してフォローしていく。</li> <li>・派遣先病院に目標を持って行く看護師は得るものも違う。目標があれば頑張れるのではないか。</li> </ul> |
| <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・派遣期間は目安として原則2年とする。</li> <li>・最初に派遣期間をきちんと伝える必要がある。</li> <li>・派遣経験者は派遣前後で成長がみられ、また派遣によりもたらされた自分への良い影響を後輩の看護師に伝え、派遣への関心を喚起している者もいる。</li> <li>・在宅看護を実践してみたい看護師にとっては、身分が保証されて経験できるという魅力があるようだ。</li> <li>・派遣先医療機関の看護部長との意見交換の機会が必要である。</li> </ul>   |

表4 管理的立場以外のスタッフとして派遣される看護職を対象とした教育研修プログラム案

| 項目                 | 内容   | ねらい   |
|--------------------|--|---|
| A 派遣前オリエンテーション     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 附属病院看護部の派遣制度の経緯と目的</li> <li>・ 地域特性の捉え方</li> <li>・ 地域病院の特徴とそこで働く看護職に求められる役割</li> <li>・ 高齢者への看護</li> <li>・ ヘルスケアシステム</li> <li>・ リーダーシップ論</li> <li>・ 地域病院で求められる看護技術 等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護部が行っている派遣制度の目的について理解を得る</li> <li>・ 地域医療への関心，実践することへの動機付けを高める</li> <li>・ 地域特性を踏まえた看護実践の基本を修得する</li> <li>・ 地域病院（派遣先医療機関・組織）の役割特性を理解する</li> <li>・ 地域病院における看護実践のために必要とされる技術・知識を修得する</li> </ul> |
| B 目標管理             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師長等による個人面接を行い，対象者のそれまでの看護実践や地域医療における関心事項を踏まえて，派遣期間中の到達目標を明確にする又は課題を設定する。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 派遣期間中の目的を明確にし，看護実践能力の向上など派遣経験を自己のキャリア・アップに位置づける</li> </ul>   |
| ○面接による派遣者の到達目標の明確化 |  |   |
| ○派遣期間中の支援          | <p>(1) 副部長，看護師長，看護学部教員等により構成された支援チームのメンバーが，自己評価票を参考に派遣者への面接を少なくとも年1回行い，必要時支援する。</p> <p>支援結果について，派遣先医療機関の看護部長等と情報交換を行い，その後の支援に役立てる。</p> <p>(2) 派遣先医療機関の看護部長等が，自己評価票を参考に派遣者への面接を少なくとも年1回行い，必要時支援する。</p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 派遣者個々の目標の到達度（課題への取り組み状況）について確認し支援を行う</li> <li>・ 派遣に伴い生じている看護実践上，並びに，生活上等の不安・困難の有無について把握し，必要時，支援を行う。</li> </ul>   |
| ○派遣期間中の研修          | <p>派遣者の目標や課題，派遣先医療機関における看護実践から生じた関心等に基づき，以下のような研修や学術活動への参加を勧奨する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 附属病院看護部による研修</li> <li>・ 派遣先医療機関看護部による研修</li> <li>・ その他，学会等の主催による学術集会や研修</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標の到達度を高める（課題達成の）ために必要な知識や技術を得たり，地域における看護実践者，教育研究者と意見交換を行う</li> </ul>  |
| ○中間報告会             | <p>附属病院にて，自己の目標の到達度を高める（課題達成）ために，努力したり，取り組んできたりしたことについて，経過報告する。その後，その他の派遣者，支援チームメンバー，派遣先医療機関看護部長等と今後の看護実践に向けてディスカッションをする。</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 残る派遣期間における，目標（課題）達成のための意欲を高める</li> </ul>   |
| ○最終報告会             | <p>派遣終了後，附属病院にて，派遣期間中の到達目標や課題に対し，努力したり，取り組んだりしたこと，並びに，その達成度を報告する。その後，その他の派遣者，支援チームメンバー，派遣先医療機関看護部長等と派遣期間中の振り返りを行う。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自己評価と他者評価により，派遣終了時の看護実践能力を明確にし，今後の附属病院における看護実践の目標又は課題を考えられるようにする。</li> </ul>   |

研究課題：南河内町周辺における地域助産師による育児支援活動

共同研究組織：母性看護学領域

代表者 成田 伸（看護学部 教授）

分担者 大原 良子（看護学部 講師）

岡本美香子（看護学部 助手）

稲荷 陽子（看護学部 助手）

加藤由香里（看護学部 助手）

藤川 智子

（地域助産師 藤川赤ちゃん相談室）

## I はじめに

急速な少子化・核家族化の進行の中で、子育てに不安を持つ母親、支援者がおらず孤立している母親等が急増している。厚生労働省が推奨する「健やか親子21」においても「育児不安の軽減」は課題であり、助産師への期待も高まっている。一方で、現在ほとんどの助産師は医療施設内に勤務し、地域での活動の基盤を失っている。その中で自治医科大学が所在する南河内町周辺（現、下野市）では、地域において活動する助産師が育児支援において小規模ではあるが重要な活動を行っている。看護学部では助産師の教育も行っており、彼らは同時に地域看護学の学習も十分行っており、卒業した助産師の活動の場として将来地域が選択される可能性は大きい。地域における助産師の活動についてまとめ将来に向けての課題を明らかにしておくことは、彼らに将来の働く方向性を示す上でも重要であると考えられる。

そこで、本研究では自治医科大学周辺地域である南河内町周辺（現、下野市）における地域助産師による育児支援活動について、その実態を明らかにすることを目的としている。

## II 研究方法

### 1. 目的

1) 南河内町周辺における地域助産師による育児支援活動の実態を明らかにする。

2) 育児支援における地域助産師の役割について考察する。

### 2. 方法

1) 3町が発行する資料から南河内町周辺の人口や保健事業実績について情報を収集する。

2) 地域助産師による育児支援活動に実際に参

加して活動の様子等の情報を収集する。

3) 活動している地域助産師からの聞き取り調査を行う。

### 3. 調査期間

平成17年6月から平成18年3月まで

### 4. 倫理的配慮

地域助産師からの聞き取りの際には、研究としてデータを収集していることを説明し、口頭での同意を得た上で行う。また、南河内町周辺の地域助産師の活動は、対象である母子の人口規模も小さく、また活動している助産師数も数名である。このような場合には匿名化しても人が特定できる場合があることを念頭に置き、個人に関するデータの収集・取り扱い・公表について、匿名化が十分行われているように十分な配慮を行う。

## III 研究結果

旧南河内町の概要について、公的資料に基づいて収集した。また、南河内町周辺の地域助産師の活動に参加し、地域助産師から活動中に収集したデータを得、活動の内容や目的について聞き取りを行い、地域助産師による育児支援活動の全体像を把握した。活動への参加は、ママトーク、にこにこキッズ、新生児訪問のそれぞれ1回、地域助産師の打合せ会議に1回参加した。また地域助産師1名から地域助産師の活動の全体像について聞き取りを行った。

### 1. 南河内町周辺地域の母子の置かれた状況の概要

旧南河内町、石橋町、国分寺町の三町は、栃木県の中南部に位置し、平成18年1月に合併し、下野市となった。旧南河内町は、昭和47年に自治医科大学が開学して以来、自治医科大学を中心に自治医大駅の開業、新興住宅地の開発など都市化の発展が目覚ましい。他の二町も、新築一戸建ての建築ラッシュであり、首都圏への通勤者のベッドタウンとなっている。転入・転出が多く、旧住民と新住民との間に、家族構成や生活感覚に違いが大きくなっている。

平成18年2月1日現在で下野市の人口は59,627人である。旧南河内町での平成18年1月の出生数は37件であった。旧南河内町の出生率は12.2（平成12年度）であり、出生数に対する低出生体重児の

割合は、11.3%（平成12年度）であった。旧南河内町が平成17年度に実施した母子保健事業は、両親学級、妊産婦・新生児訪問、妊産婦・育児相談、乳児健診などのほか、新規事業として保健センターを開放し、親子が自由におもちゃや絵本で遊べる子育てサロンを開設している。

地域助産師からの聞き取りによると、南河内周辺地域の住民の特徴は、生まれ育った地域から南河内町地域に転入してきた若者世代が多いという。そのため、出産時には里帰りをして実家のある地域で出産し、産後1ヶ月程度で自宅に戻り、周囲からのサポートをほとんど受けずに子育てを始める母親が多い状態にある。自宅に帰る産後1ヶ月頃には母乳育児もまだほとんど確立できておらず、育児不安が強い状態にあることが多いという。

## 2. 南河内町周辺地域における地域助産師による育児支援活動の全体像

自治医大周辺の南河内町周辺地域では、日本助産師会栃木県支部南河内地区支部に所属する地域助産師が活動している。同地区支部は、主に南河内周辺地域に居住し、地域を活動拠点とする助産師で構成され、現在12名である。中心的に活動を行っている者はそのうち5名で、うち1名が開業助産師である。

地域助産師による育児支援活動には、各町の委託を受けた訪問活動として新生児（母子）訪問、妊婦訪問、各町事業に非常勤として参加し保健師と協働して行う活動（乳幼児健診・育児相談事業等）、地域助産師が主催する子育て支援活動（ママトーク（1歳までの乳幼児と母親）、にこにこキッズ（双胎・多胎児と親）等）、開業助産師としての個別活動（母乳・育児相談、母親への心身へのケア等）があげられる。

また、上記の直接的な育児支援活動と同時に、周辺の小中高校の依頼を受けて思春期の男女を対象とした性教育活動も活発に行っている。聞き取り調査によれば、助産師たちはこれらの活動も長い目で見れば、一つの育児支援活動であると位置づけている。これら活動の中心地区は、旧南河内町周辺であり、依頼によっては、隣接している小山市、栃木市などでの活動もしている。

## 3. 各活動の概要

上記の活動のうち、地域助産師の主な活動であ

る、新生児訪問（母子訪問）、ママトーク、にこにこキッズ、開業助産師としての個別活動の4つの活動について、以下にその概要をまとめた。

### ①新生児（母子）訪問

新生児訪問は、母子保健法第11条に市町村の役割として規定されており、訪問を希望する母子に対して無料実施されているサービスである。主に、市町村保健センターの保健師や地域の助産師が生後1ヶ月前後の家庭に訪問し行っている。新生児訪問では新生児だけではなく褥婦の健康状態や授乳を含めた母子関係を総合的にアセスメントするので、最近では新生児単独への訪問ではないことを協調する意味で、母子訪問とも呼ばれている。新生児訪問の内容は、児の体重測定、全身の観察、母親の身体の回復状況や心理状況の観察、授乳の方法・状況の確認を行った上で、母子の生活状況に合わせた情報の提供や相談が行われる。必要時には、助産師の専門性を生かした直接的な乳房ケアや乳汁分泌促進のための身体ケアなども実施している。

訪問は新生児期を過ぎても要望があれば可能で、実家から帰宅後に活用されており、また継続訪問が必要と判断された場合は、2度目の訪問までは担当した助産師が無料で訪問することが可能である。南河内周辺地域で活動する地域助産師の訪問先の範囲は、旧南河内町、旧国分寺町、旧石橋町、栃木市、大平町などであり、新生児訪問に対しては、1回3,000円（児1人当たり、あるいは母1,000円／児2,000円）の委託料（栃木市は5,600円、大平町7,000円）が町から地域助産師に支払われる。時間的には、訪問までの往復の時間を含めて1時間から2時間かかっている現状にある。平成17年度は、旧南河内町地域では4人の助産師が町より委託を受け、訪問している。

平成9年度から新生児訪問が栃木県から市町村に委譲になったが、旧南河内町では訪問数が伸び悩んだため、保健師・助産師が検討を行い、平成12年度から出生届けのあった初産婦を地域助産師に報告し、その対象者に対して地域助産師が全例電話訪問を行い、家庭訪問を積極的に紹介するように変更を行った。その結果、少子化にもかかわらず訪問件数は増加傾向にあるとのことであった。地域助産師による訪問回数は、平成15年度35回、平成16年度には56回であり、平成17年度は67件、新生児訪問実施率は19.2%であり、増加傾向にあ

る。

旧国分寺町では、初産婦の場合は保健師による全例訪問、希望があった場合は助産師による訪問が行われている。平成17年度2月末で助産師による訪問は16件であった。

対象となる母子の出産施設は、近隣では病院1施設、診療所が4・5箇所である。出産施設への新生児訪問の広報は行っているが、連携が十分とはいえ、入院した施設で紹介されて訪問を依頼するケースは少ない状況にあるという。それに対して平成18年度に向けて助産師の活動を紹介するパンフレットの作成・配布を考慮中であるという。

## ② ママトーク

ママトークは、日本助産師会栃木県支部の南河内地区支部が主催する育児サロンで、地域の中で母親に対して継続的に関わっていける場として平成12年に開始された。対象者は旧南河内町在住の1歳までの乳児と母親である。月1回町内の会場を借り、参加費を500円と低料金に設定し、参加しやすいように配慮している。対象となる母子へは町を通じての広報と、会員が行った新生児訪問や乳幼児健診の際での紹介によっている。特に育児不安の強い母親や子育てが難しいのではと推測された場合には、積極的に参加を呼びかけている。

平成12年度の開始時点から平成15年までは、講師には徴収された参加費から交通費程度しか支払っておらず、母子の状況を見かねた専門職のボランティアとしての活動としてスタートしたという。平成16年度には南河内町より補助があり、講師料として7,000円を支払うようになり、町保健センター保健師も参加している。しかし平成17年度からはまた南河内地区支部単独の事業となり、1組500円の参加費と栃木県支部会員からの寄付金で運営されている。

サロンでは、遊びの教室、乳児体操、ベビーマッサージ教室などのほかに、助産師・栄養士・保育士による育児相談、母乳相談、母親の身体の相談、離乳食教室等を行っている。

ママトークは、参加可能な期間が産後1ヶ月頃から1歳までと長期に渡るため、継続的な支援を提供できる場となっている。また、地域助産師、栄養士、保育士、リトミック講師など、多様な専門職がそれぞれの専門性を活かし、多面的な視点で関わり、母親への育児支援と共に、虐待予防・

虐待リスクの高い母子の早期発見にも役立っているという。

平成16年9月から平成17年8月までの実施回数、参加者数を表に示した。平成16年度の参加者数は8組から23組（平均17組）で、育児相談の延べ数は111件、栄養相談69件であった。平成17年度は、15～17組の参加である。

地域助産師からの聞き取りによれば、ママトークへの参加者は参加組数に月ごとに大きな波があるが、全体的には年々増加傾向にあり、一度参加するとその後1歳まで継続して参加する母子が多いという。参加者の増加の理由は、母子訪問件数が増えてきたため、ママトークの存在を早くから紹介し参加を促す機会が増えたこともあるが、リピーター率も高いことから、ママトークが母親のニーズに合っていると考えているとのことであった。

ママトークには助産師のほかに、栄養士、保育士などの専門職も参加しており、普段個人としての活動が多い地域助産師にとって、助産師間、他の専門職間との情報交換の場となっており、参加している母子に対する支援について話し合うほかに、それぞれの専門性から新しい知識や技術を獲得する機会となっている。

## ③ にこにこキッズ

多胎妊娠の場合、早産・低出生体重児での出生の可能性が高く、またNICUへの入院も多い。また双子の子育てにも単胎の場合とは異なった多くの困難がある。そこで、多胎児の母親・家族に対して、特別の支援体制を準備することが多くなっている。栃木県では、平成12年度より、日本助産師会栃木県支部が子育て支援事業の一つとして、社会福祉事業団の平成12年度子育て支援補助金を受けて、県南地区と県央地区の2地区で開始した。平成13年度からは、県南地区については一部栃木県の養育支援事業として栃木県支部と栃木県県南保健センターとの共催、県央地区は一部宇都宮市家庭教育学級、宇都宮市保健福祉部、栃木県県西健康福祉センターからの補助あるいは栃木県支部との共催の形で開催している。県南地区は南河内地区支部が担い、県央地区は宇都宮地区支部が担う形での開催であり、それぞれ独立して運営されている。県南地区開催では参加費は1組1,000円、県央地区では通常1組1,000円、共催があった場合

は無料か500円の参加費となっている。

県南地区の「にこにこキッズ」は、スタッフとして助産師、保健師、栄養士が参加し、多胎の子育ての喜びや悩みの共感、育児相談の場として機能している。毎回、保育士による手遊びから始まり、子どもたちが会場の雰囲気慣れてきたところで、子どもはスタッフと遊び、その間、母親同士が自由に語り合う場を設け、またスタッフが参加した親たちの育児相談に乗るといった構成になっている。この活動のほかに、サークル便り「みんなの声」を主催者が年1~2回発刊しており、子育てに関する悩みなどを解決するためのヒントを伝えようとしている。

平成16年度は、6月、10月、12月、3月の4回開催、平成17年度は、6月、7月、10月、12月の4回の開催であった。例年12月にはクリスマス会を開催している。参加者数は9~19組27~58人であり、参加者は、母親と双胎・多胎の子どもが主であるが、兄弟・姉妹、祖母の参加もあった。

#### ④開業助産師としての個別活動

助産師は、正常経過の妊婦・産婦・褥婦・新生児に対して医師から自立してケアを実施することができ、看護職の中で唯一開業権を持っている。開業の形態の主なもの、正常分娩の介助を中心とするもので、栃木県内でも1施設あり、年間20件程度の分娩を介助している。しかし、最近では母乳育児支援を中心に開業する場合や、助産所を持たず、自宅分娩を主に介助したり、母子訪問・母親学級等の委託を専門に請け負ったりするようなフリーランスに活動する助産師も増えてきている。南河内地区支部会員で開業届けを出して開業している助産師は1名である。母乳育児を中心に育児不安等の支援を行っている。自宅への来所での相談にも応じているが、どちらかというと母子の家庭に訪問する形態での支援が多い。料金は1回3,000円で、訪問の場合は出張料を別立てとしている。

町の委託を受けた新生児訪問で母乳育児に関連するトラブルを見つけた場合には、その後に開業助産師として個人的にケアを請け負うこともある。またママトークの育児サロンへ参加を呼びかけたり、ママトークの場で活動を紹介したりするなど、相互に関係性を持っている。

また、開業にまでは至らないが整体などを取り

入れた独自のケアを有料で行っている助産師もいる。

#### 4. 地域助産師の活動の全体像

これまで報告したように地域助産師の活動は、一部が行政からの委託を受けて行っている新生児訪問や乳児健診・相談であり、そのような場において行政保健師との密接な連携を維持している。また訪問や健診でハイリスクケースを拾い上げ、ママトークやにこにこキッズへ参加を勧誘している。その結果として継続的な関わり・見守りに繋がっていた。中でもママトークは中心的な役割を果たしていた。この関係性を図1に示した。

ママトークがあることにより継続的なかわりが維持されやすく、また個々の助産師の個別の活動が地域助産師同士や地域の他の専門職とのネットワークでの支援につながっていた。この点が南河内町周辺の地域助産師の活動の独自な点であり、かつ活動が有効に機能している要となっていると考えられた。

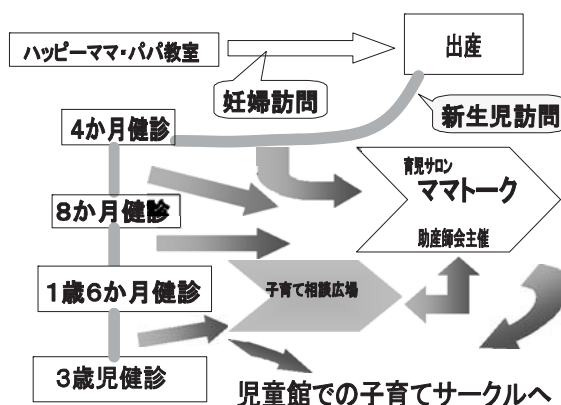


図1 地域助産師の活動の全体像

#### IV 考察

南河内町周辺の地域助産師の活動は、行政保健師との協働や家庭訪問・乳幼児健診・育児サロン等の多面的な活動の結果、ハイリスクケースの拾い上げから地域の育児サロン参加へと導き、活動参加を見守り適宜支援するなど、地域における継続的な子育て支援活動となっていた。

このように、地域助産師の活動は行政保健師とは密な関係性を持っていたが、医療施設との連携については、今後の課題であった。新生児（母子）訪問の項で述べたように、入院施設内での活動紹介や、トラブルの予測されるケースの紹介等には、

至っていない。また多胎児を支援するニコニコキッズではNICUを退院した子どもの場合も多く、NICUとの連携も図って行く必要がある。

今回報告した各活動は、ボランティア活動ではなく、助産師という専門性を生かしたものである。しかし、料金設定はその専門性を考えた場合十分とはいえ、結果としてボランティア的な要素の強い活動となっていた。また活動の中心となっているママトークも一時は公的支援があったものの現在では一会員の寄付によって成り立っており、経済的基盤が非常に不安定な状態にあった。地域で活動する助産師が今後もその活動を継続拡大するためには、地域助産師の活動が正当に評価され、経済的に保障されるように、働きかけていく必要がある。

## VI おわりに

紹介してきた活動はどれも地域で生活する母子を支え、育児不安の軽減・子育てサポートにつながっていると評価できるが、経済的基盤の弱さが一番の課題である。経済的に弱い活動基盤が地域助産師の活動をより幅広く展開することのネックとなっていた。公的・非公的な助成・補助を求めて活動すると共に、料金に値すると評価されうる助産師となるべく、より専門的な技術・知識の獲得も目指す必要がある。

なお、地域助産師からの聞き取り調査の一部は、「育児支援活動を行う地域助産師のやりがいに影響する要因」（岡本美香子，成田伸，大原良子）のテーマで、平成18年6月18日（日）に福井で開催された第8回日本母性看護学会学術集会において発表した。

研究課題：栃木県A市における子どもと親・家族  
に関わる診療所の看護職の認識調査

共同研究組織：小児看護学領域

代表者 川口 千鶴（看護学部 教授）

分担者 朝野 春美（看護学部 講師）

多田 敦子（看護学部 助手）

黒田 光恵（看護学部 助手）

## I はじめに

栃木県A市の具体的な小児看護の課題を明らかにする研究の一環として、今回、診療所で子どもと関わる看護職を対象に、子どもの健康や受診する子どもや家族についての認識を通して、この地域における診療所を受診する子どもや親・家族の現状を把握することを目的とした。

## II 研究方法

### 1. 調査対象

栃木県A市の小児科を標榜している全診療所10ヶ所に勤務し、子どもと関わることのある看護職28名。

### 2. 調査期間

平成18年1月

### 3. 調査方法

質問紙法。

院長または事務長の承諾を得た後、子どもと関わる可能性がある看護職の人数を診療所ごとに確認し、配布を依頼した。回収は、無記名個別郵送とした。

### 4. 調査内容

看護職の背景、診療所を受診する子どもの背景と特徴、受診する子どもと親・家族との関わりで困ったこと、親・家族の考え方や行動で気になること、外来における育児支援や健康教育の必要性などを質問した。

### 5. 倫理的配慮

アンケートは無記名とし、調査の趣旨、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、また結果の公表に際して個人が特定できないように行うなどの説明文を添付した。アンケートの返送をもって、研究への同意とみなした。

### 6. 分析方法

基本統計、および自由記載部分については内容分析を行った。

## III 研究結果

22名から回答（回収率78.8%）が得られた。

### 1. 回答者の背景

年齢は多い順に、「40-49歳」13名、「30-39歳」6名、「25-29歳」2名、「50-59歳」1名であった。職種は、「看護師」16名、「准看護師」6名であり、看護師のうち2名は「保健師」でもあった。

看護職としての経験年数は、多い順に「10年以上20年未満」が10名、「6年以上10年未満」「20年以上」が各5名、無回答が2名であった。また、現在の診療所の勤務経験年数は、多い順に「1年以上3年未満」が7名、「3年以上6年未満」「6年以上10年未満」が各5名、「10年以上」が4名、「1年未満」が1名であった。「小児病棟での勤務経験」を持つ人は5名であった。

また、「子育て経験」は17名が「ある」との回答であった。

回答者が勤務する診療所の小児科以外の標榜科は、「内科」、「外科」、「アレルギー」であった。小児の専門医がいると回答した者は8名であった。平日以外の診察日は、回答が得られたすべての者（n=19）が「土曜日」と答えており、さらに「日曜日」との回答は4名であった。休診日では、週1日が16名、週2日が3名であり、曜日としては多い順に、「日曜日」15名、「水曜日」・「木曜日」が各4名ずつ、「金曜日」が1名であった。週2日では、全て「日曜日」が含まれていた。

看護職の人数は2名から24名で、「2名」が9名、「3名」が6名、「4名」が4名、その他「20名」「24名」が各1名、無回答が1名であった。

### 2. 回答者の勤務状況

#### 1) 子どもと関わる日数

「週に3日以上」が18名、「週に1-2日」、「月に数日」が各1名であった。

#### 2) 看護業務（複数回答）

現在行なっている看護業務は、多い順に「検査・処置の介助」が21名、「診察の介助」が18名、「問診、病気に伴う生活指導」が12名、「内服の説明」が各13名、「子どもの健康・生活に関する指導」が6名、その他が2名であった。



### 3. 受診する子どもの特徴の認識

#### 1) 最も多いと思う年齢

多い順に、「幼児」が20名、「乳児」が2名、「学童」が1名であり、このうち1名は乳児と幼児の両方を答えていた。

#### 2) 受診する時間帯 (無回答2名)

乳児は19名が午前中であり、1名が17時以降であった。幼児は18名が午前中であり、午後が2名のうち1名が17時以降であった。学童は、午前中が5名、午後が15名であり、午後のうち夕方および17時以降が2名であった。中学生以上は、午前が2名、午後が18名であり、そのうち夕方および17時以降が13名であった。

#### 3) 受診理由

乳児では「病気」と「予防接種」が各10名、無回答が2名であった。幼児では「病気」が19名、「予防接種」が1名、無回答が1名であった。学童では「病気」が21名、無回答が1名であった。中学生以上では「病気」が20名、「健診」が1名、無回答が1名であった。

#### 4) 受診する主訴

多いと思うもの3つを自由記載で求め、21名より回答が得られた(表1)。

乳児では、多い順に発熱、鼻汁・鼻づまり、咳、皮膚疾患・発疹、下痢などであった。幼児では、発熱、咳、鼻汁、嘔吐、下痢、腹痛などであった。学童では、発熱、咳、鼻汁、腹痛などであり、乳児・幼児ではなかった頭痛が見られた。中学生以上では、発熱、咳、鼻汁・アレルギー性鼻炎、頭痛、腹痛、その他学校に行きたがらないなどであった。

乳児、幼児、学童、中学生以上全ての年齢において、上位3位までは、年代による順位は異なるものの、発熱、咳、鼻汁であった。それ以降は、乳児では皮膚疾患や発疹、下痢、腹痛が続くのに対して、中学生以上では頭痛、腹痛が多かった。

表1 年齢別受診する主訴

| 主 訴     | 乳児 | 幼児 | 学童 | 中学生以上 |
|---------|----|----|----|-------|
| 発熱      | 16 | 20 | 18 | 15    |
| 鼻汁・鼻づまり | 13 | 13 | 8  | 6     |
| 咳       | 10 | 18 | 11 | 7     |
| 皮膚疾患・発疹 | 7  | 0  | 3  | 3     |
| 下痢      | 6  | 3  | 2  | 2     |
| 嘔気・嘔吐   | 1  | 3  | 3  | 2     |
| 腹痛      | 1  | 2  | 4  | 5     |
| 頭痛      | 0  | 0  | 1  | 6     |
| 倦怠感     | 0  | 0  | 0  | 3     |

#### 5) 受診する子どもの状態の認識 (自由記載)

病気で受診する子どもの状況は、「調子が悪いので治療してもらい、家庭での対応を知りたい」15名、「さほど調子は悪くないが念のために、診察してもらおう」5名、「内服が欲しい」1名、無回答が1名であった。

#### 6) 受診する時期で気になることの認識 (自由記載)

受診する時期は、「気になることがある」が16名、「気になることはない」が3名、無回答が2名であった。気になることの内容としては、「重症化してから受診するまでの時期が遅い」14件、「診療時間を過ぎての受診または午後遅い時間の受診」6件、「家庭での対処をしないで受診する」4件、「軽症での受診が多い」3件であった。

#### 7) 来院する子どもの来院頻度の認識

「病気の時はいつも受診している(かかりつけ医になっている)」が14名、「以前に何度か受診している」が7名、無回答が1名であった。

#### 8) 最近増えていると感じるからだのおかしさ

多いもの3つを選択してもらった(表2)。

乳幼児は、「皮膚のカサカサ」、「アレルギー」、「喘息」、「じっとしてられない」、学童は、「アレルギー」、「皮膚のカサカサ」、「喘息」、「腹痛・頭痛」、「じっとしてられない」であった。中学生以上は「腹痛・頭痛」、「喘息」、「アレルギー」、「症状が説明できない」、「すぐ『疲れた』という」、「肩こり」であった。

### 4. 子どもとの関わりでの困りごと

#### 1) 乳児との関わりでの困りごと

「ある」4名、「ない」15名、無回答3名であった。困ったことの内容は4名から記載があり、「おしゃぶりをしている子が多い」「予防接種の時期を守らない」「看護師1人のため親に協力を求めるが親は可愛そうで抑えられない」「医療者を見ると泣いてしまう」であった。

#### 2) 幼児との関わりでの困りごと

「ある」6名、「ない」13名、無回答3名であった。困ったことの内容は5名から記載があり、回答者全てから「じっとしてられない、走り回る」が挙げられ、その他に「騒いでいることに親が注意しない」が挙げられた。

#### 3) 学童との関わりでの困りごと

「ある」3名、「ない」15名、無回答4名であ

表2 年齢別最近増えている体のおかしさ

| おかしさ          | 乳幼児 | 学 童 | 中学生以上 |
|---------------|-----|-----|-------|
| すぐ「疲れた」という    | 0   | 2   | 4     |
| 背中ぐにゃ         | 0   | 1   | 0     |
| じっとしてられない     | 9   | 3   | —     |
| つまづいてよく転ぶ     | 0   | —   | —     |
| アレルギー         | 15  | 13  | 8     |
| 咀嚼力が弱い        | 1   | —   | —     |
| 指しゃぶり         | 1   | —   | —     |
| 転んで手が出ない      | 1   | 0   | —     |
| 皮膚がカサカサ       | 16  | 11  | 1     |
| ぜんそく          | 12  | 11  | 12    |
| むし歯           | 0   | 0   | 0     |
| 歯並びが悪い        | —   | 1   | 1     |
| ちょっとしたことで骨折する | —   | 1   | 1     |
| 腹痛・頭痛         | —   | 10  | 14    |
| 視力が低い         | —   | 0   | 2     |
| 首・肩のこり        | —   | —   | 3     |
| 症状説明ができない     | —   | 2   | 5     |
| 腰痛            | —   | —   | 1     |
| 貧血            | —   | —   | 2     |
| その他           | 1   | 1   | 1     |

—：その年齢における選択肢がないもの

た。困ったことの内容は4名から記載があり、“診療に非協力的”“説明できない”“走り回っている”であった。

#### 4) 中学生以上との関わりでの困りごと

「ある」6名、「ない」12名、無回答4名であった。困ったことの内容は6名から記載があり、“診療に非協力的”“質問してははっきり答ええない”“コミュニケーションが取りづらい”“治療に関してどの程度関わっているのか見極め難い”であった。

### 5. 親・家族との関わりで困ったこと

#### 1) 病気について質問されて困ったこと

「ある」3名、「ない」15名、無回答4名であった。内容は2名から記載があり、“医療者側の話を全く聞き入れない”“ステロイド軟こうに神経質”“何度も同じことを聞かれる”であった。

#### 2) 育児について質問されて困ったこと

「ある」2名、「ない」16名、無回答4名であった。内容は2名から記載があり、“乳首が使用できない”“子どもの飲みの悪さに対する対処”であった。

3) 病気・育児以外で親・家族との関わりでの困ったこと

「ある」3名、「ない」14名、無回答5名であった。内容は“待ち時間に不愉快な態度をとられる”“他患者に迷惑をかけても子どもを注意しない”“早く診てほしいとの希望が強い”であった。

### 6. 受診する子どもおよび親・家族の医師の説明についての理解度とその対応

「理解している」2名、「だいたい理解している」15名、「あまり理解していない」3名、「理解していない」はいなかった。無回答2名であった。「あまり理解していない」と回答した3名の対応は、「自分で説明している」2名、「医師に再度説明してもらおう」2名、その他1名であり、「特に対応していない」との回答は無かった。その他としては“指導チェックリストをもとに看護師も説明している”が挙げられていた。

### 7. 子どもの生活と健康について、親・家族の考え方や行動で気になること

子どもの生活と健康について、親・家族の考え方や行動で気になることの自由記載は14名であった。その内容は“病気のときの家庭での対処ができない”7名、“その場しのぎの安楽さを求める”

“仕事を優先にしている” “親の生活に子どもを合わせている” “高コレステロールや高脂血症の子どもが多い” “甘やかしている” “子どもが喘息なのに喫煙している親” 各2名であった。

#### 8. 育児支援の必要性

「必要と感じる」12名, 「必要と感じない」2名, 無回答8名であった。必要と感じる理由は“子育てがわからない母親・知識不足”4名, “核家族の増加”3名, “同居の祖父母にも理解して欲しい” “相談する人がいない母親への支援” 各1名であった。

#### 9. 子どもを対象とした外来において、取り組んでいる看護および取り組みたい看護

10名の記載があった。内容は, “医師の説明では不十分な人への説明・相談” “個々にあった対応” “子どもに対して医者嫌いにならないような言葉がけ” “保護者に対して, 聞かれたことに対してはわかる範囲での説明” “母の不安の軽減” “子どもの症状を親から聞き出す事” “診療終了時, 母親の理解度を確かめる” “安心して診察に臨めるよう(子ども・親ともに)な環境づくり・接し方” “症状の詳しい説明や家族での注意する点や観察の説明” “口に出さないものにも気付くことができる様な親や子との十分なコミュニケーション” “普段の生活管理にともなう指導” “医師の診療前の看護師の対応” などであった。

### IV 考察

栃木県A市の小児科を標榜している全診療所10ヶ所に勤務する看護職28名に「受診する子どもや家族への認識」について, アンケート調査を行い, 22名から回答を得た。

#### 1. 受診する子どもの特徴

受診する子どもの年齢では, 回答者のほとんどが乳児が多いと感じていた。厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」<sup>1)</sup>によると平成14年では, 外来の受診率は, 人口10万対で0歳5,496, 1~4歳5,360, 5~9歳3,324, 10~14歳1,917であり, 乳児, 幼児が多く, 学童期以降では乳幼児に比して少ない。このことより, 受診する年齢では平均的な地域であると考えられる。

受診主訴はどの年齢でも発熱, 鼻汁・鼻づまり, 咳が3位までを占めているが, 中学生以上では,

乳幼児に見られない, 頭痛, 倦怠感などが多いと認識していた。厚生労働省「国民生活基礎調査平成16年度『有訴者率』」<sup>2)</sup>では, 0~4歳では, 呼吸器系の「鼻がつまる・鼻汁が出る」が155.7, 「せきやたんが出る」が118.1で1位2位を占め, 次に「熱がある」60.5, 「皮膚のかゆみ」40.9, 「発疹」33.2であった。5~14歳では, 数値は異なるが, 有訴率の多い順番は0~4歳と同様であった。15~24歳では, 「鼻がつまる・鼻汁が出る」が46.8, 「身体がだるい」45.2, 「月経不順・月経痛」45.1, 「肩こり」42.8, 「頭痛」37.1などであった。また, 同調査『通院者率』<sup>2)</sup>では, 0~4歳では, 多い順に「急性鼻咽頭炎(かぜ)」45.7, 「アトピー性皮膚炎」37.6, 「喘息」24.8であり, 5~14歳では「アレルギー性鼻炎」36.4, 「喘息」26.4, 「アトピー性皮膚炎」24.1, 15~24歳では, 「アトピー性皮膚炎」21.4, 「アレルギー性鼻炎」10.9であった。このことより, 乳幼児期の受診主訴に関しては, 全国と比較し違いは無いのがわかった。しかしながら, 看護職の認識からこの地域の中学生以上においては, アレルギー性疾患が全国と比して少ない地域と考えられる。

#### 2. 子どもおよび親・家族との関わりでの困り事

子どもとの関わりでは, 幼児では“じっとしてられない, 走り回る”, 学童・中学生以上では“診療に非協力的”が挙げられており, 子どもへの対応に困難を感じているのが伺われる。また, 子どもが安全に待てる待合室や騒がしさに耐え難い症状の患者と待合室を区別するなど, 環境の配慮も必要であると考えられる。

親・家族に対しての困りごととしては, 看護師が現在持っている専門知識や技術で対応できないことと, 親・家族との関係性が挙げられていた。今回調査した診療所では, 少ないところで看護職が2名のところもあり, また, 小児病棟での勤務経験を持つ人が約3割弱と少なく, 専門知識や技術を診療所において学び難いことも考えられ, 診療所単位ではなく, 相互に連携をとって相談したり, 情報交換をしたりしていけると良いと考える。また, 親・家族との関係性においては, 上手に親・家族に伝えていけるコミュニケーション能力を向上させていくことが課題だと考える。

### 3. 受診時間と曜日

受診時間は乳児・幼児では午前中、学童・中学生以上では午後から夕方が多いと感じていた。特に中学生以上では17時以降が多いと半数以上の人が感じていた。これは、中学生以上では学校との関係から17時以降が多くなっていると考えられる。また、今回回答が得られた全ての診療所で土曜日に診察を行っていること、また日曜日も診察している診療所があることから、学校や親・家族の仕事の休日に診察日への需要があることが推測される。

### 4. 子どもの健康支援

育児支援の必要性を感じている理由として、“子育てがわからない母親・知識不足”，“核家族の増加”，また受診時期に関して，“重症化してから受診するまでの時期が遅いこと”，親・家族の行動で気になることとして“病気のときの家庭での対処ができない”を気にしている人が多かったことより，子どもが病気の時の判断やその対応などの知識や方法について，外来に受診に来た時を利用して支援していくことが必要ではないかと考える。特に，乳児では受診理由として「予防接種」も多く，健康な乳児を持つ親・家族に対しても指導などを行っている場であると考えられる。

## V まとめ

栃木県A市における小児科を標榜する診療所に勤務し，子どもと関わることもある看護職へのアンケートによって以下のことがわかった。

1. 看護職の認識による診療所を受診する子どもの年齢は，乳児が多く，全国と差異はなかった。また，受診主訴は乳幼児および学童では全国と差異はなかった。しかしながら，中学生以上では全国と比するとアレルギー性疾患による受診が少ない地域であった。
2. 子どもへの関わりでは，幼児の「じっとしてられない・走り回る」動きや学童・中学生以上の「診療への非協力的」な態度への対応に困難を感じていた。また，親・家族に対しては，看護職が現在持つ専門知識や技術では対応できないこと，親・家族とのコミュニケーションに困難を感じている看護職がいた。
3. 今回の調査に回答した看護職が勤務する診療所では，全てが土曜日を診察日としており，さらに日曜日も診察日としているところもあり，学校や親・家族の仕事の休日に受診の需要があることが推測された。
4. 子どもの健康支援として，子どもが病気の時の判断やその対応などの知識や方法について外来の受診時を利用した親・家族の支援の必要性・可能性が示唆された。

## VI 謝辞

アンケート配布に快く協力して下さった診療所の院長および事務長，またアンケートに回答して下さった看護職の方々に深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 日本子ども家庭総合研究所編：子ども資料年鑑2006，KTC中央出版（東京），149，2006。
- 2) 厚生統計協会編：国民衛生の動向2006，53（9），厚生統計協会（東京），422-423，2006。

## 参考文献

- ① 及川郁子監修・編著：健康な子どもの看護，（2005），メヂカルフレンド社。
- ② 山下早苗，谷本公重，他：小児科外来を受診した乳幼児をもつ母親の医療社からの説明に対する認知と家庭での対応．香川医科大学看護学雑誌，7(1)；81-87，（2003）。
- ③ 岩越浩子，今井七重，他：外来を受診する児の保護者の満足度に関するアンケート調査．外来小児科，7(2)；128-134，（2004）。
- ④ 伊庭久江，堂前有香，他：医療機関の看護師が行う育児支援について．千葉大学看護学部紀要，26；19-26，（2004）。

研究課題：生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を担う家族に関する研究の現状

共同研究組織：成人看護学領域

代表者 中村 美鈴（看護学部 教授）  
 分担者 水野 照美（看護学部 助教授）  
 山本 洋子（看護学部 講師）  
 内海 香子（看護学部 講師）  
 清水 玲子（看護学部 講師）  
 村上 礼子（看護学部 助手）  
 棚橋 美紀（看護学部 助手）

## I はじめに

家族の一人が突然の事故や病気により生命の危機にさらされた時、その家族は心理的な準備がないうままストレスフルな状況への対応を余儀なくされる<sup>1)</sup>。特に、延命治療の意思決定を患者の代理として家族が担う場合、患者の生死あるいは生命の質に直結する決断であるため、その重責は計り知れない。また、日本文化には医師の裁量に任せるといったパターナリズムが存在する<sup>2)</sup>と言われることから、文化的要因が家族の意思決定プロセスに何らかの影響を与える可能性も否めない。

そこで、本研究は、生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を担う家族に関する看護研究の現状と課題を明らかにすることを目的とする。

## II 研究方法

CINAHLおよび医学中央雑誌Web版を用い、過去5年間（2000～2005年）の文献を検索した。キーワードは、延命治療；Life sustaining treatment, 意思決定；Decision making, 家族；Family, とした。小児および老年患者の家族に限定されているもの、また、生命の危機状態には至っていないがん患者の家族に関する文献は除外し、原著論文・研究報告を分析対象として選定し、文献検討を行った。

## III 結果および考察

### 1. 家族の体験

Azoulayら（2004）<sup>4)</sup>は、ICU入院中の患者の医療者および家族員を対象にICUでのend-of-lifeに関する意思決定について実態調査を行っており、医療者の多くが、医療に関する意思決定への参加は

家族員に提案されるべきとの考えを述べているが、意思決定プロセスへの参加を望む家族員はわずか47%であり、実際に参加した者は15%であったことを報告している。考察では、家族員のパワーレスについて着目しており、今後は家族の自律性を妨げる要因を明らかにし、家族のエンパワーメントを促す介入及び態度を開発、発展させる必要があると述べている。続けて、Azoulayら（2005）<sup>5)</sup>は、ICUにおける家族員の心的外傷ストレス障害について調査しており、ICUに親族が入院した家族のうち33.1%に心的外傷ストレス症状が見られ、また、これらの症状は、情報が不十分と感じた（48.4%）、意思決定に参加した（47.8%）、親族が亡くなった（50%）、end-of-lifeの意思決定後に親族が亡くなった（60%）、end-of-lifeの意思決定に参加した（81.8%）家族に高い確率で見られることを明らかにしている。これらAzoulayらによる2つの研究は、ICU環境において家族はパワーレスであること、さらに、end-of-lifeに関する意思決定への参加は心的外傷ストレス障害の発症につながる危機的な出来事であることを示唆している。意思決定への家族の参加度には触れていないが、意思決定が完全に患者から家族に委ねられた場合、また、入院中の親族が亡くなった場合、家族の心理的負荷はさらに増大すると考えられる。

Meeker（2002）<sup>3)</sup>は、end-of-lifeにおいて家族が代理する意思決定の体験について面接調査を実施し、質的帰納的に分析している。その結果、家族は、意思決定を独立したイベントとしてよりむしろ、‘連続したプロセス’、‘彼らの生活に関する他の活動との折り合わせ’と捉えていた、と報告している。また、Chambersら（2005）<sup>6)</sup>は患者の代理で意思決定を担った経験について面接調査を実施し解釈学的現象学により質的帰納的に分析し、4つのテーマと意思決定プロセスを明らかにしている。4つのテーマは、‘正しいことをしたのか?’ ‘自分自身に言い聞かせることをよそに、もがき苦しむ’ ‘患者の全体としての物語を守ることにもがき苦しむ’ ‘人生最後の日々の間、尊厳と同一性（identify同じになる）を維持する’であり、意思決定プロセスは、‘理解に苦しむ’ ‘期日が来る’ ‘現実（reality）を変える’ ‘決断について心の平和を見つけようとする’であった。家族の意思決定に関する葛藤や苦悩の様相と、これらが決断を下した以降も続くことを示しており、

意思決定を前後を含めたプロセスとしての連続体と捉える重要性を示唆しているといえる。

家族が代理で意思決定を行うことに対する患者の好みに関する研究も行われている。Kim & Kjervik (2005)<sup>7)</sup>は、生命の危機状態にあり痛みを経験している重症疾患患者を対象に、家族や医師が自分に代わり心肺蘇生の意思決定を行うことに関する重症患者の望みに関する要因を調査した結果、対象の多くが将来において心肺蘇生を望み、77%は、もし自分が決定能力を失ったら自分に代わり家族と医師が蘇生の決定を下すことを望み、23%は自分自身の願いに従うことを望んだと報告している。

近年の欧米研究では、家族が代理で行う意思決定について家族の体験や意思決定プロセスに着目した研究が行われている。文化的背景の違いにより、これらの研究結果をそのまま日本人に当てはめることは難しい。わが国では、救急医療における延命治療の意思決定を担う家族の看護に関する研究はわずかだが報告されている。木村 (2001)<sup>8)</sup>は積極的治療の意思決定が困難であった救急患者2例について事例研究を行っており、また、佐々木 (2004)<sup>9)</sup>は延命治療に関わる家族の意思決定への関わりについて1例を対象に事例研究を行っている。森本 (2004)<sup>10)</sup>は、集中治療中の患者の代理意思決定をしなければならない家族が必要とする情報に着目し質的研究を行っている。実施されている研究の多くが事例研究であり、意思決定を担う家族の体験および意思決定プロセスを明らかにする質的帰納的研究は見当たらない。国内外の先行研究から、延命治療の意思決定を患者に代わり行う家族に対する看護の必要性は明らかである。現代医療の基本理念ともいえるnarrative based medicine (語りを基盤とした医療) の概念から、家族の語り (narrative) に着目した質的帰納的研究が必要であり、わが国の看護研究における今後の課題といえる。

## 2. 医療者の認識, 体験

Hildenら (2004)<sup>12)</sup>は、リビングウィルとDNR (do not resuscitate) オーダーに焦点を当て、生命の終わりの決定に関するフィンランド人医師の態度についてアンケート調査を行っている。ほとんどの医師はリビングウィルを尊重し肯定的な態度を持っており、また、70%以上が患者とも意思疎

通の図れない患者の家族ともDNRオーダーについて討論できたと答えている。一方、Curtisら (2005)<sup>13)</sup>はICUにおいてend-of-lifeに関する医療者と家族との51のカンファレンス内容を質的帰納的に分析し、‘聞いて返答する機会’、‘感情を話し認める機会’などがなかったことを明らかにし、カンファレンスにおけるコミュニケーションの改善が必要であることを示唆し、医療者がコミュニケーションスキルを学習することでコミュニケーションは改善すると述べている。

Knottら (2005)<sup>11)</sup>は、患者の心肺蘇生中に‘家族がいること’に関する看護師の信念と体験を明らかにすることを目的に面接調査を実施し、継続比較法を用いて質的帰納的に分析している。明らかになった4つのテーマは、‘家族はオプションであるという状況’、‘意思決定を押し進める為に家族を使う’、‘見られているというスタッフの感情’、‘家族がいることにより家族に起こる衝撃’であった。

Azoulayら (2004)<sup>4)</sup>の研究結果にもあるように、医療者の多くが、医療に関する意思決定への参加は家族員に提案されるべきとの考えを持っているが、救命治療が優先される状況、生命に関わる意思決定を推し進めなければならない状況、家族の心理状態、など、救急医療の特性から、医療者もまた様々な倫理的葛藤を抱いているといえる。医療者一家族間の信頼関係を確立するためには双方向のコミュニケーションが必要不可欠であり、家族、医療者の双方の主観を明確にすることがコミュニケーション改善の糸口になると考える。わが国では、医療者の認識や体験に関する研究はわずかであり、日本の対人関係に関する文化的特徴も踏まえ、医療者の主観を明らかにする質的帰納的研究を進めていく必要がある。

## IV おわりに

生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を担う家族に関する文献検討を行った。海外の先行研究では、家族・医療者の主観、コミュニケーションなどに焦点を当てた質的・量的研究が行われていたが、国内では研究数が少なく行われている研究は主として事例研究が現状であった。生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を担う家族の体験や意思決定プロセスおよび医療者の体験を、質的帰納的に明らかに

し、看護援助を検討することが今後の課題といえる。

#### 文 献

- 1) 緒方久美子、佐藤禮子：ICU緊急入室患者の家族員の情緒的反応に関する研究, 日本看護科学学会誌, 24(3), 21-29, 2004
- 2) 石川雅健：救急医療と蘇生限界点, 27, PP1797-1801, 救急医学, 2003
- 3) Meeker MA : Family surrogate decision making at the end of life: seeing them through with care and respect : State University of New York at Buffalo, Ph.D, 2002
- 4) Azoulay E , Pochard F, Chevret S, Adrie C, et al : Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision making process:a study in 78 French intensive care units., Critical Care Medicine, 32(9), 1832-8, 2004
- 5) Azoulay E , Pochard F, Kentish-Barnes N, et al : Risk of post-traumatic stress symptom in family members of intensive care unit patients. : American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 171(9), 987-94, 2005
- 6) Chambers-Evans J, Carnevale FA : Dawning of awareness : the experience of surrogate decision making at the end of life., Journal of Clinical Ethics, 16(1), 28-45, 2005
- 7) Kim SH, Kjervik D : Deferred decision making : patients' reliance on family and physicians for CPR decisions in critical care., Nursing Ethics, 12(5), 493-506, 2005
- 8) 木村琢磨, 尾藤誠司, 山本紳一郎, 菊野隆明, 市来崙潔：積極的治療に対して意思決定が困難であった救急患者の2例, 日本救急医学会関東地方会雑誌, 22巻, 52-53, 2001
- 9) 佐々木陽子：延命治療に関わる家族の意思決定への関わり, 臨床看護研究, 11(1), 29-37, 2004
- 10) 森本朱美, 高見沢恵美子：集中治療中の患者の代理意思決定をしなければならない家族が必要とする情報, ハートナーシング, 18(4), 363-371, 2004
- 11) Knott A, Kee CC : Nursing ' beliefs about family presence during resuscitation., Applied Nursing Research, 18(4), 192-8, 2005
- 12) Hilden H, Louhiala P, Palo J : End of life decisions : attitudes of finnish physicians., Journal of Medical Ethics . 30(4), 362-5, 2004
- 13) Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD : Missed opportunities during family conferences about end of life care in the intensive care unit, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 171(8), 2005

研究課題：高齢者大腿骨頸部骨折患者の術後の生活行動拡大のプロセスに関する研究

—退院後の面接調査からの分析—

共同研究組織：老年看護学領域

附属病院整形外科病棟

代表者 水戸美津子（看護学部 教授）  
 分担者 高木 初子（看護学部 講師）  
 亀山 直子（看護学部 講師）  
 林 美鳥（看護学部 助手）  
 寺山 美華（看護部 看護師長）  
 小島 麻美（看護部 看護師）  
 橋本 康代（看護部 看護師）

I はじめに

高齢者に多く見られる脳卒中後の麻痺や加齢に伴う日常生活活動性の低下などは、大腿骨頸部骨折を惹起しやすくするが、これは、一般的な廃用症候群によるとともに、廃用により特異的に大腿骨近位部に骨脆弱化を来たすためと考えられている。骨折後は積極的に手術療法が行なわれているものの、寝たきり高齢者の原因疾患の中で大腿骨頸部骨折の占める割合は高齢社会の進展と共に増加することが予測されている<sup>1)</sup>。手術により歩行が可能となっても、手術後再骨折の不安から閉じこもり状態となり、寝たきりや認知症を併発することにより寝たきりを生じさせるためだとも考えられている<sup>2)</sup>。神部らの調査<sup>3)</sup>でも、大腿骨頸部骨折で入院期間が2週間以上で自宅退院となった65歳以上の家族の不安で最も多かったのは、高齢者がひとりで行う生活行動であった。高齢者が一人で生活行動をとることは、転倒による再骨折の可能性があり、家族の不安要因となることが明らかにされている。このことから、家族と骨折高齢者の不安が昂じれば閉じ込め・閉じこもりを生じさせる原因になっていくことが考えられる。家族からの生活上の行動制限は、生活の質の低下や広がり抑制を生じさせ、退院後のADLおよび精神機能の低下を招くと指摘する報告は多い<sup>4) 5) 6)</sup>。また、家族、骨折高齢者の多くが実際に看護師による生活行動を含んだ退院指導を受けているにもかかわらず、退院指導を受けたと自覚していないという結果を報告<sup>7)</sup>している研究もある。

高齢期は健康な状態であっても加齢とともに生活行動の範囲が縮小していくことが多く、先行文献より大腿骨頸部骨折の経験者は、再転倒・再骨

折への恐れから生活行動がさらに縮小していく傾向にあることがわかった。神部らが指摘するように生活行動制限に家族の影響が大きいと考えられるが、術後の患者を受け入れる家族が生活行動の拡大をどのように考え関与しているのか、また骨折経験の高齢者自身もどのように感じながら生活行動を拡大しているのかというプロセスは明らかではなく、そのような研究もみあたらない。そこで、大腿骨頸部骨折で入院し手術を受け自宅退院した高齢者とその家族の生活行動の拡大のプロセスを調査分析することが必要である。

II 研究目的

本研究は大腿骨頸部骨折で入院し手術を受け退院した高齢者がその後の生活をどのように拡大していったのかというプロセスを明らかにすることを目的とする。

III 研究方法

1. 対象

急性期病院において大腿骨頸部骨折で入院し手術を受けて自宅退院した高齢者で、かつ研究内容およびその倫理的配慮の説明について同意の得られた高齢者とした。

2. データ収集の方法

- 1) 研究の同意が得られた患者に半構成的面接を実施した。
- 2) インタビュー内容は許可を得てテープ録音した。
- 3) 面接時間は一人40分～1時間30分であり、インタビュー内容は逐語録におこした。

3. 分析方法

大腿骨頸部骨折で手術を受け退院した高齢者がその後の生活をどのように拡大していったのかをみていくため、質的帰納的に分析した。

4. 倫理的配慮

研究協力については、事前に文書にて依頼了解の得られた方のみ訪問日時を約束をした。訪問当日、文書を用いて研究計画に基づき倫理的配慮事項について説明し、文書にて承諾書を頂いた。この際には、不参加の場合でも不利益が生じないこと、また途中で参加を取りやめても不利益が生



しないことを保証する旨を伝えた。面接調査時にはテープ録音についても承諾を得、テープは本研究以外では使用しないこと、研究終了後には破棄することを約束した。個人が特定できないようにすることも合わせて説明した。

#### IV 研究結果

インタビュー内容を質的帰納的に分析した結果、以下の8つの概念が抽出された。

##### I. 転倒回避行動

大腿骨頸部骨折で自宅退院した高齢者は、再転倒を予防するため、‘家の中では手すりにつかまったり、段差のある場所へ近づかない’、‘鞆を蹴るようにつま先を上げる気持ちで歩く’など、過去の転倒体験から転倒に注意しながら行動をとっていた。

##### II. 自律への意識の転換

退院したことで自分の身体の回復に自信がでて、‘病院にいる時は病人だが家に帰ってきたら自分のことは自分で行おう’と意識が変化していた。

##### III. リハビリテーションの継続

入院中に指導を受けたリハビリテーションを継続して行ったり、目標を決めてリハビリに取り組んでいた。また、通所リハビリテーションに通うことでリハビリを維持しており「リハビリテーションの継続」がなされていた。

##### IV. 家庭内役割行動の実行

家庭内で自分のできることを見出し、家族のために役に立つ行動を行っていた。

##### V. 情報獲得による健康維持

マス・メディアから情報を得て、体操や下肢の筋力を強化する行動や食事内容に気をつけていた。

##### VI. 仲間の存在

通所リハビリテーションで出会った人と励ましあったり、自分の思っていることを話すことができ、仲間の存在が支えとなっていた。

##### VII. 依存生活からの脱却

家人やヘルパーに頼った生活をしていると自分の思うようにならないから自分のできることに取り組んでいた。

##### VIII. 家族の期待に呼応

家族の支えが高齢者のセルフケア能力を高め、家族のために努力しようとする意識が高くなっていった。

#### V 考察

大腿骨頸部骨折高齢者が在宅での生活行動を拡大していくプロセスは、転倒しないように「転倒回避行動」をとりながら、「リハビリテーションの継続」、「情報獲得による健康維持」を実践し、筋力低下を予防し、自ら活動性が維持できるよう努力している。大腿骨頸部骨折高齢者は、入院中に受けた指導を在宅に帰ってから継続して行う努力をしている。高齢者が生活拡大をはかるために看護師は、退院時に適切な指導を行い、転倒に対する高齢者の不安や誤解を少なくすることが重要である。

「家庭内役割行動の実行」、「依存生活からの脱却」、「家族の期待に呼応」「自立への意識の転換」は、大腿骨頸部骨折高齢者が在宅に戻った時、骨折後の自分でもできることを見つけ、それを自分の役割であると意味づけている。家族と自分との関係をつなぐために、高齢者が自ら役割を切り開いていると考える。

また、高齢者にとって身体的な機能を現状のまま維持し、なるべく人の世話にならず自分らしい生活が送れることがセルフケアの目標になる<sup>8)</sup>。高齢者自身も「依存生活からの脱却」、「自立への意識の転換」を行おうとしていた。看護者はこの気持ちを支え、拡大できるよう支援する必要がある。

#### 引用文献

- 1) 林泰史：大腿骨頸部骨折と廃用症候群 寝たきりとの関連, THE BONE, 17(3), 257-261, 2003.
- 2) 本間睦, 櫛引久丸, 飯坂孝典ほか：大腿骨頸部骨折患者の予後調査, 北海道リハビリテーション学会誌, 29, 65-70, 2001.
- 3) 神部政彦, 望月雅美, 蒔田優子ほか：整形外科病棟における高齢者の退院が及ぼす家族の不安 主となる介護者への実態調査, 藤枝市立総合病院学術誌, 8, 51-54, 2002.
- 4) 大須賀恵子, 深沢恵美, 若杉里実ほか：大腿骨頸部骨折患者の術後の生活に関する研究—術後1年から1年後の対象者の実態から—, 保健の科学, 43(9), 745-748, 2001.
- 5) 鈴木みずえ, 金森雅夫, 山田紀代美：在宅高齢者の転倒恐怖感とその関連要因に関する研究, 老年精神医学雑誌, 10(6), 685-695,

- 1999.
- 6) 片山美子, 古田ともみ, 赤岩真子ほか: 高齢大腿骨頸部骨折患者のADLを左右する影響因子について 退院前後の変化を追跡して, 看護の研究, 31, 138-140, 1999.
  - 7) 征矢野あや子, 大田勝正, 麻原きよみほか: 大腿骨骨折を経験した高齢者と家族の関わりを中心とした退院指導についての考察, 老年看護学, 3(1), 35-42, 1998.
  - 8) 川越清子, 蛭子真澄, 中野智津子: 外来通院している老年患者のセルフケア, 神戸市立看護短期大学紀要, 15, 49-58, 1996

研究課題：へき地における成人期にある人々、女性、子どもの健康ニーズに関する研究

共同研究組織：3領域共同（母性・小児・成人）

代表者 成田 伸（看護学部 教授）

分担者

母性看護学領域

大原 良子（看護学部 講師）

岡本美香子（看護学部 助手）

稲荷 陽子（看護学部 助手）

加藤由香里（看護学部 助手）

小児看護学領域

川口 千鶴（看護学部 教授）

朝野 春美（看護学部 講師）

多田 敦子（看護学部 助手）

黒田 光恵（看護学部 助手）

成人看護学領域

中村 美鈴（看護学部 教授）

水野 照美（看護学部 助教授）

山本 洋子（看護学部 講師）

内海 香子（看護学部 講師）

清水 玲子（看護学部 講師）

村上 礼子（看護学部 助手）

棚橋 美紀（看護学部 助手）

## I はじめに

本研究は、へき地で生活する成人期にある人々、女性、子どもの健康ニーズを探索し、その解決に向けて、へき地診療所、へき地医療拠点病院、遠隔地にある支援病院、市町村の看護職とともに活動する方法を考え、活動を実践・評価していくことを最終的な目的としている。また、この調査を通じて、平成18年度に開設予定である大学院の講義・実習について可能性を検討する。

## II 研究方法

以下のような多様な方法で資料・データの収集を行い、成人期にある人々、女性、子どもの健康ニーズとケア実践について質的に分析する。（ ）内はデータ収集方法を示す。

- ①へき地で生活する成人期にある人々、女性、子ども（インタビュー）
- ②対象となるへき地を担当する保健師、へき地診療所看護師、へき地医療拠点病院看護部長ら（継続的なミーティング）
- ③対象となるへき地を管轄する自治体の保健福祉

統計資料、保健福祉事業報告、各自治体の保健事業実施記録、必要時実施した調査の結果

④へき地に派遣された経験のある看護職、助産師および母子の領域で働いた看護師および現在へき地の医療機関に勤務する医師・助産師・看護師、へき地の新生児訪問を担当している助産師（インタビュー）

⑤へき地の診療所と遠隔地支援病院との連携についての事例調査

平成17年度は①についての聞き取り調査と現地での調査実施の可能性を探る段階の打ち合わせを行う。

## III 研究結果及び考察

### 1. 離島で子育て中の母親に対する調査

調査実施の可能性を探るために、現在離島で生活する子育て中の30代女性に対して、生活状況に関するインタビュー調査を実施した。インタビューは口頭での同意を得て実施した。

インタビューの結果、以下のことが明らかとなった。対象者の生活する離島は本土と定期船で40分程度、橋経由で2時間程度で行き来可能であった。離島内に成人系の医療施設、小児科診療所はあった。産科的な対応についてはある程度事前の予測が可能なることから、公共交通機関を通じての対応で大きな問題を感じていなかったが、小児科に関しては基礎疾患を有している場合の緊急時の対応に不安を持っていた。

### 2. 現地調査の実施の可能性の検討

対象となるへき地を担当する保健師、へき地医療拠点病院看護部長らと2回の会合を持った。これからへき地の全体像と支援の実態の把握の必要性が明らかとなった。

## IV 今後の課題

平成17年度については、本研究における本格的な調査実施にまでは至らなかった。平成18年度にはそれぞれの領域で検討を行っていく予定である。

## 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

- (1) 文献は、本文の引用箇所の肩に<sup>1)</sup>, <sup>1~5)</sup>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。
- (2) 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。
- (3) 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）；頁一頁，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），頁一頁，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.

- (4) 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，フロッピー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は帰属する。

## 編 集 後 記

平成18年度は5期生を迎えた学部教育と共に、新設された研究科教育がスタートした記念すべき年である。その充実した教育活動と共に日々取り組んだ研究活動の成果が、原著2編、報告4編、資料2編とそして今年度から統合編集した看護学領域共同研究報告7編に凝縮されて結集している。そして本号で看護学部紀要としての役目を閉じ、自治医科大学紀要として一本化される。そこに投稿が待たれている。

それを機に心機一転、“自治医科大学看護学ジャーナル”が発刊される予定だ。看護学研究の更なる質の向上を目指した公表の場として引き続き投稿されると共に、次年度末に誕生する看護学部研究科1期生の研究科研究の発表の一つの場として活用いただき、本学部の研究活動がより活性化されることを期待したい。

最後にご公務ご多用の中、本巻の査読をお引き受けいただきました下記の方々に、深甚の謝意を申し上げる。

(広報・編集委員長；高村寿子)

### 査読協力者

大塚公一郎，大原 良子，川口 千鶴，篠澤 侁子，  
清水 玲子，鈴木久美子，高木 初子，中村 美鈴，  
成田 伸，横山 由美，渡邊 亮一（五十音順）

---

### 紀要編集委員会

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 委員長  | 高村 寿子（自治医科大学 看護学部 健康教育論）  |
| 委員   | 大久保祐子（自治医科大学 看護学部 基礎看護学）  |
|      | 竹田津文俊（自治医科大学 看護学部 疾病と病態）  |
|      | 半澤 節子（自治医科大学 看護学部 精神看護学）  |
|      | 真砂 涼子（自治医科大学 看護学部 基礎看護学）  |
|      | 水野 照美（自治医科大学 看護学部 成人看護学）  |
| 編集担当 | 石倭ユリ子（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4巻

平成19（2007）年3月31日発行

発行者 自治医科大学看護学部  
学部長 水戸美津子  
編集責任者 自治医科大学看護学部広報・編集委員会  
委員長 高村寿子  
発行所 自治医科大学看護学部  
栃木県下野市薬師寺3311-159  
電話 0285(44)2111(代)  
印刷所 (株)松井ピ・テ・オ・印刷  
栃木県宇都宮市陽東5-9-21  
電話 028(662)2511(代)