ISSN 1882-9880

自治医科大学看護学ジャーナル

Jichi Medical University Journal of Nursing

第 6 巻

2008

目　　次

原　著

看護学生のストレスの因子構造
—全日制と定時制看護学生の比較—
小竹久実子・今留　忍・内海　滉 …… 5

臨地実習における看護学生のストレスマネジメント支援
—イメージ法を用いた支援プログラムの実践と検討—
長井栄子・橋本佐由里 ……15

炭加工材（電子蓄電材）を用いた空気改質装置の自律神経系に及ぼす影響
川上　勝・真砂涼子・宇城　令・大久保祐子
里光やよい・岩原臣男・秋月克文 ……29

平常時における感染症の発生予防に関わる保健所保健師の役割
工藤奈織美・舟迫　香・青木さぎ里・塚本友栄
鈴木久美子・春山早苗 ……35

報　告

がん看護シミュレーション体験プログラムの開発
本田芳香・小竹久実子 ……51

高齢者通所施設利用者の聴力障害の実態
髙木初子・水戸美津子 ……61

栃木県における認知症高齢者とその家族を支える社会資源の検討
—既出資料からの分析—
池田浩子・池下麻美・水戸美津子 ……71

看護系Ａ大学成人看護学関連科目群での卒業研究における
学生の困難の変遷と指導の工夫
内海香子・中村美鈴・武正泰子・水野照美
山本洋子・清水玲子 ……83

避妊・性感染症予防に関するカウンセリング概念の構築と避妊・性感染症カウンセラー育成プログラムの開発
成田　伸・矢野美紀・西岡啓子・加藤優子・森島知子
須藤久美・段ノ上秀雄・水流聡子・鈴木幸子・工藤里香
野々山未希子・齋藤益子・岡本美香子・遠藤俊子　……101

「フリースタイル分娩」の用語の変遷と概念の明確化
沼尾美津穂・立木歌織・成田　伸　……113

都道府県における保健所保健師に対する感染症対策に関する研修の実態
鈴木久美子・塚本友栄・工藤奈織美・春山早苗　……123

臨床看護師の育成に影響を及ぼすもの
—中堅看護師からのインタビューより—
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　……131

看護学領域共同研究報告

チューブ型感圧センサーを用いた体動検知装置の実用化に向けた基礎的研究
基礎看護学領域　……145

へき地で働く看護職への生涯教育支援に関する研究
地域看護学領域　……147

精神科における長期入院患者の退院を促進する看護に関する研究
—精神科看護師の現状認識，使命感，悲観的な予後予測の関連について—
精神看護学領域　……151

へき地で乳児を育てる母親の健康ニーズ
—へき地中核病院小児科外来受診乳児の母親調査—
下野市周辺における地域助産師による育児支援活動
母性看護学領域　……153

栃木県における小児看護の課題
—小児専門病院に勤務する看護師の専門性に関する認識から—
小児看護学領域　……157

救急医療において患者に代わり延命治療の実態に関する意思決定を行う家族への医療者のかかわりに関する研究の現状
成人看護学領域　……161

介護保険施設利用者の聴力障害の実態とケアに関する実証的研究
老年看護学領域・訪問ステーションたんぽぽ　……165

投稿規程　……167

編集後記　……169

原　著

看護学生のストレスの因子構造

―全日制と定時制看護学生の比較―

小竹久実子[1)]，今留　忍[2)]，内海　滉[3)]

抄録：本研究の目的は，全日制（以後，FS）と定時制（以後，PS）の看護学生のストレス因子構造の違いを明らかにすることである。了承の得られたＡ看護専門学校学生208名（FS:120名，PS:88名）を対象とし郵送調査法にて実施した。研究方法は，ストレスと感じた事を３位まで自由記述してもらい，ＫＪ法で23項目に分類した。その項目を順位毎に１位３点，２位２点，３位１点と点数化しVARIMAX回転による因子分析を行った。結果，各６因子を抽出した。各群は因子構造が異なっていた。FSはf1「目標設定の困難さと教師との関係」，f2「看護の課題達成への緊張」，f3「友人関係と学業の両立」，f4「アルバイト先及び家族との人間関係」，f5「通学と学習」，f6「自分の健康状態と人間関係」，PSはf1「仕事と学校の体制への不満」，f2「学習と人間関係」，f3「経済的・精神的ゆとりのなさ」，f4「学業の両立と教師との関係」，f5「職場と友人との人間関係」，f6「家族関係と今後の不安」因子と命名した。FSでは目標が定まらない不安と人間関係によって健康への影響があるストレス，PSでは社会的関係と物事を理解する難しさの葛藤によるストレスが中心となる因子構造であった。全日制は，自己を省察し今後の進路の方向性や人間関係について熟考できる場を設ける教育環境づくりが必要であると考える。定時制は，多様な情報の提供やゆとりある環境が必要であると考える。

キーワード：看護学生，ストレス，全日制，定時制

Ⅰ．はじめに

看護学生は，一般の大学生に比べて次のような状況からストレス過度の状態となり学習への意欲低下を引き起こす恐れがあると考えられる。まず一つ目は，キャンパス外の病院や医療保健施設等にも及ぶ学習環境が広いことである。二つ目に，実習や看護技術演習などの体験学習を強いられ，思考の部分では思い描けても実際に行動に移すことは困難であることを目の当たりにすることである。さらに三つめは，一般大学生では友人や教員の人間関係の中で学生生活を送らなければならないが，看護学生は，友人や教員以外にも患者や臨床指導者などの医療従事者にまで及ぶさらに広い人間関係の中で学生生活を送らなければならないことである。つまり看護学生には，複雑な人間関係を築き上げ維持していくための対話能力が必要とされるが，その能力の未熟さにより，ストレス過度の状態が生じ，不適応状態へと移行するおそれがある。先行研究においても，演習や実習においては，患者との関係や看護教員及び指導者等のさまざまな人間関係が重要な課題となり，看護学生に心理的ストレスを生じることが報告されている[1) 2)]。そして，ストレスに対処できず，学生が学習を継続できずに退学していくケースもみられる。よって，看護学生のストレスがどのような内容であるのかを把握し，早期に対処することが必要である。

また，看護学生の成長発達段階は，学習を主と

[1)] 自治医科大学看護学部
[2)] 杏林大学保健学部
[3)] 千葉大学

している全日制では青年期から成人期への移行期の年代（18～22歳代）がほとんどである一方，仕事と学習を両立している定時制では青年期から壮年期（18～40歳代）に及ぶため，看護教育の方法も一様には行えないことが推測できる。全日制と定時制のストレスの違いを検討することは，成長発達の段階や生活過程を考慮した上での看護教育の方法を明らかにすることができると考える。学生にとって，学習を継続していく力は重要であり，この力が養われることで学習を習熟させることが可能となる。全日制と定時制の看護学生それぞれのストレスの因子構造を明らかにして比較することにより，それぞれの看護教育の方法を検討することができると考える。看護学生のストレスに関する研究では，臨地実習に関する研究は見られるが[3) 4) 5)]，看護学生の学習生活全体に焦点をあてた，ストレスの内容の研究はあまりみられない。また，それぞれのストレス因子構造を比較して研究したものはみられない。本研究では，全日制と定時制のストレス因子を比較して，それぞれの看護教育のあり方及び継続的学習への関わり方を検討することを目的とする。

Ⅱ．研究方法

本研究の対象は，Ａ看護専門学校看護学生208名（全日制120名，定時制88名）とした。調査方法は，郵送による調査法とし，調査期間は，H15年7月であった。紙面による説明を行い，この研究の趣旨を理解し同意が得られた人のみ回収する方式とした。回収率は100%であった。調査項目は，最近（１月～７月）ストレスと感じた状況（不安，緊張，気がかり，困難な問題，思い通りにならない事柄）の中で，それが強かった事柄を３位まで自由記載してもらった。その内容を項目化し，ＫＪ法を用いて24項目に分類した。ストレスなしを除いた23項目を用いて，１位を３点，２位２点，３位１点と重み付けして，VARIMAX回転による因子分析を行った。因子負荷量0.4以下を1項目毎除外し因子分析を繰り返し検討した。

Ⅲ．結果

全日制の平均年齢は21.8±5.2歳，年齢の範囲は18～49歳であった。ストレスと感じた状況の自由記述の内容を全日制と定時制と対比させるため，受験，学習，アルバイト（定時制は仕事），人間関係，アルバイト（定時制は職場）の人間関係，友人関係，家族関係，教師との関係，異性との関係，学校の運営，健康，実習の緊張，看護の実践，実習記録，通学，金銭，退職，ゆとりのなさ，今後の不安，学業との両立，目標の設定の困難さ，その他の23項目に分類した。全日制におけるストレスと感じた状況は表１に，定時制は表２に示した。全日制は退職に関して，定時制は異性に関しての記載がみられなかった。

全日制においての因子分析の結果，６因子抽出した。累積寄与率は64.6%であった（表３）。f1は目標設定の困難さと教師との関係の項目が挙げられ，「目標設定の困難さと教師との関係」と命名した。f2は受験と今後の不安の項目が挙げられ，「課題達成への緊張」と命名した。f3は友人関係と学業との両立の項目が挙げられ，「友人関係と学業との両立」と命名した。f4はアルバイト及び家族との関係が挙げられ，「アルバイト先及び家族との関係」と命名した。f5は通学と学習の項目が挙げられ，「通学と学習」と命名した。f6は健康と人間関係の項目が挙げられ，「自分の健康状態と人間関係」と命名した。

因子分析の際に因子負荷量0.4以下を1項目ずつ除外し，さらに因子負荷量が複数の因子にわたって近似値を示した項目を除外した。除外した項目は，13.実習の緊張，14.就職，15.金銭，16.看護の実践，17.アルバイト，18.ゆとりのなさ，19.異性との関係，20.学校の運営，21.実習記録，22.退職の10項目であった。それ以外に，23.その他の項目を除外し，計11項目が除外項目となった。

定時制の平均年齢は，27.2±5.2歳，年齢の範囲は20～42歳であった。定時制におけるストレスの記述内容は表２に示した。抽出した項目は全日制と同内容の24項目に分類した。因子分析の結果，６因子抽出し，累積寄与率は65.4%であった（表４）。f1は仕事と学校の運営の項目が挙げられ，「仕事と学校の体制への不満」と命名した。f2は学習と人間関係の項目が挙げられ，「学習と人間関係」と命名した。f3は金銭とゆとりのなさの項目が挙げられ，「経済的・精神的ゆとりのなさ」と命名した。f4は学業の両立と教師との関係の項目が挙げられ，「学業との両立と教師との関係」と命名した。f5は職場の人間関係と友人関係項目が挙げられ，「職場と友人との人間関係」と命名した，f6は家族関係と今後の不安の項目が挙げら

表１　ストレスと感じた状況の記述内容（全日制）

項　目	内　容
１．目標の設定の困難さ	方向が定められない
	目標を見つけられない
	決めたことが実行できない
	自分がどうしたいのか何をしたいのかわらない
２．教師との関係	実習中に教員に言われ続けた言葉
	発表の司会を懸命にしたが、先生からみんなの前で批判された
	先生同士の連絡が困難で休みの理由が伝わらず風邪がひどくても休めなかった
	実習時の教員の目が怖い
３．受験	入学試験に落ちたらどうしよう
	志望校が決まらなかったこと
４．今後の不安	学校生活・新しい職場になじめるか
	自分の将来が不安
５．友人関係	現役グループが周りを考えずにうるさい
	現役生と仲良くなれるか不安
	友人との意見のすれ違い
	けんか
	いつもいる友人の自己中心さ
	もめごと
６．学業との両立	学校とプライベートを両立できるか
７．アルバイトの人間関係	バイト先の店長のふがいなさ
	友人同士のもめ事を相談されてそれを解決する方法
８．家族関係	家族一人一人の健康
	家族からの頼まれ事や雑音
	家族の体調が悪い
	家族に会いたい
	母親とけんか
	母親の入院で家事をしなければならなかった
	母親がヒステリーになる時
	交通事故で兄が意識不明のためＩＣＵに運ばれた
	親に反対されて旅行にいけなくなった
	自分の子どもの将来
９．通学	混雑
	満員電車
10．学習	学習が思うように進まない
	勉強についていけるか不安
	勉強が身に付いているか不安
	ゆっくり考え，内容を理解する時間がとれない
	授業時間の少なさとその中での学習
	テストや山のような提出物
	ケーススタディを勉強すること
	ケーススタディのレポート
	レポートが終わらない
	レポートの発表
	成績
11．健康	睡眠不足
	皮膚の発疹と痛み
	風邪がひどくても実習を休めなかったこと
	夜なかなか寝つけない
	下痢・嘔吐を伴う風邪
	朝起きられない
	アトピーの悪化
	過食
12．人間関係	年齢に合わない幼稚な性格
	誰を信じたらいいのかわからなくなった
	人と話をしていてスムーズにいかない時
	相手が悪いのに自分ばかり責められた時
	身近な人とのけんか
	隣の人の貧乏ゆすり
13．実習の緊張	指導者に報告する時
	いろいろ質問される
	失敗しないかという不安
	実習の結果
	計画発表
	合格するか
14．就職	国家試験
	就職活動
	自分の希望する病院に決まるか
15．金銭	生活費・学費のためのバイトがきつい
	お金がほしい
16．看護の実践	今までやってきたことを生かせるか
17．アルバイト	バイト料が話と違う
	辛い
	深夜までのバイトなので寝る時間がない
18．ゆとりのなさ	時間が思い通りにうまく使えない
	休みがない
	したいことをする時間がない
	遊ぶ・勉強の時間がない
19．異性との関係	結婚問題
	彼（彼女）とうまくいかない
	失恋
	関係が破綻した
	彼（彼女）の浮気
	彼に「ありがとうがいえいてない」と指摘されたこと
	お金がない彼
	彼とあまり会えない
	連絡がとれない時
	彼に彼女がいること
20．学校の運営	校則
	試験や行事の提示が遅い
	段取りの悪さ
	計画性がない
	配慮に欠ける
21．実習記録	書き方がわからない
	量が多い
	提出日に間に合うか
	メンバーの記録の手伝いを断り切れない
22．退職	記載事項なし
23．その他	誕生日に何が起こるかわからない
	パソコンの故障
	ゴキブリの発生

表２　ストレスと感じた状況の記述内容（定時制）

項　目	内　容
１．仕事	仕事が負担
	仕事内容
	新しい職場
	リーダーの時
	働く場所が決まらない
	勤務時間
	日曜勤務
２．学校の運営	学校行事中にけがをして先生方のフォローがない
	配慮に欠ける
	学校の試験範囲が違っていたり，１日に３教科試験がある
３．学習	勉強についていけない
	勉強についていけるか不安
	授業
	記録物
	授業中に騒ぐ人がいて耳障り
	ケーススタディ
４．人間関係	人との関わりが難しい
５．金銭	経済的ゆとりのなさ
	お金がない
６．ゆとりのなさ	休みがない
	したいことをする時間がない
	自分の時間がない
７．学業との両立	学校と家事を両立できるか
	親の体調が悪くなり両立できるか
	学業と仕事の両立ができるか心配
８．教師との関係	教師の教え方がわからない
	教務の看護感を押しつけられた
	学校行事中けがをして先生方のフォローがない
９．職場の人間関係	職場の人間関係
	職場で患者の気持ちを考えない人がいる
	職場の雰囲気
	上司が部下を注意できない
	仕事をしない新人
	同僚がいない
	自分勝手な行動をする
	助手が働かない・だらしない
	上司の態度
10．友人関係	交友関係，授業中に騒ぐ人がいて耳障り
11．家族関係	家族
	家庭にいる時間が少ない
	家族のことが気がかり
	子どもと一緒にいる時間が少ない
	子どもの受験
	家族とあまり会話ができない
	子どもがゲームやパソコンをやっていい時間を守らない
12．今後の不安	来年の生活
	これからの生活
	学校生活・新しい職場になじめるか
	自分の将来が不安
	自分の人生はこれでよいのか
	資格をもつ身になったこと
13．実習の緊張	いろいろ質問されて答えられなかったのが毎日続いた時
	ナースの対応
	行動計画発表
	外部実習
14．通学	通学・通勤
15．実習記録	書き方がわからない
	量が多い
	記録に追われ患者にケアが不十分だった時
16．健康	睡眠不足
	体重増量
	疲労が蓄積
	腰痛
17．就職	国家試験
	就職活動
	面接
18．退職	まもなく仕事を辞めなければならない
	退職するまでの期間
19．看護の実践	患者にケアが不十分だった時
	患者の急変時
	ケアが向上するか
	チームリーダーが務まるか
20．目標の設定の困難さ	自分の人生はこれでよいのか
21．受験	テスト
22．異性との関係	記載事項なし
23．その他	変な人がついてくる
	車
	掃除
	困難な問題
	空き巣
	思い通りにならない

表３．全日制ストレス因子構造

	f1	f2	f3	f4	f5	f6	共通性
f1 目標設定の困難さと教師との関係							
目標設定の困難さ	.779	−.129	.012	.221	−.095	−.031	.683
教師との関係	.759	.110	.054	−.182	.041	−.047	.628
f2 課題達成への緊張							
受験	−.091	.763	−.058	.180	−.007	−.043	.628
今後の不安	.069	.761	−.028	−.198	−.024	−.064	.629
f3 友人関係と学業との両立							
友人関係	−.187	−.095	.774	−.027	−.122	−.167	.686
学業との両立	.382	−.029	.686	−.065	.060	.048	.627
f4 アルバイト先及び家族との人間関係							
アルバイトの人間関係	.280	−.099	−.123	.742	−.109	.003	.665
家族関係	−.200	.074	.046	.716	.043	−.071	.568
f5 通学と学習							
通学	.024	.051	.019	−.001	.854	.134	.751
学習	−.136	−.288	−.351	−.128	.515	−.192	.543
f6 自分の健康状態と人間関係							
健康	−.100	−.042	.044	.050	.223	.852	.792
人間関係	.035	−.104	−.271	−.226	−.288	.580	.557
寄与率	12.7	10.9	10.8	10.8	9.8	9.7	
累積寄与率	12.7	23.7	34.4	45.2	55.0	64.6	

主成分分析VARIMAX回転

表４．定時制ストレス因子構造

	f1	f2	f3	f4	f5	f6	共通性
f1 仕事と学校の体制への不満							
仕事	.8382	.1562	.0560	−.1218	.0584	−.0107	.6831
学校の運営	.8029	−.1317	−.1188	−.0080	−.1086	.0030	.6880
f2 学習と人間関係							
学習	−.0568	.8196	.1006	−.0333	.1321	−.0242	.7042
人間関係	.0752	.8075	−.0833	−.0042	−.1354	−.0099	.7485
f3 経済的・精神的ゆとりのなさ							
金銭	.0391	.0770	.8047	−.1040	.0861	−.1382	.6924
ゆとりのなさ	−.1210	−.0720	.7615	.0816	−.1622	.2095	.6766
f4 学業との両立と教師との関係							
学業との両立	−.0983	−.0195	.1332	.7528	.0056	.1298	.6114
教師との関係	−.0350	−.0264	−.1786	.6962	−.0821	−.1070	.5367
f5 職場と友人との人間関係							
職場の人間関係	.0193	−.1101	.0604	−.0571	.7439	−.1771	.6042
友人関係	−.0963	.1286	−.1532	−.0136	.6869	.2923	.6067
f6 家族関係と今後の不安							
家族関係	.0764	−.0042	.1260	.0981	.1029	.8621	.7852
今後の不安	−.2073	−.0922	−.2275	−.3259	−.2657	.4859	.5161
寄与率	12.0	11.8	11.7	10.0	10.0	9.9	
累積寄与率	12.0	23.8	35.5	45.6	55.5	65.4	

主成分分析VARIMAX回転

れ，「家族関係と今後の不安」と命名した。

全日制と同様の手続きで除外した項目は，13.実習の緊張，14.通学，15.実習記録，16.健康，17.就職，18.退職，19.看護の実践，20.目標設定の困難さ，21.受験，22.異性との関係の10項目であった。それ以外に，23.その他の1項目を除外し，計11項目が除外項目となった。

Ⅳ．考察

全日制のストレス因子構造において，記述内容と照らし合わせて鑑みると，f1目標設定の困難さと教師との関係は，目標が定められず自分がどうしたいのか何をしたいのかわからないことによるストレスと，教師の指導方法のあり方に批判する内容が含まれた因子であった。このことから，自己のあり方に悩み，どう歩んでいくべきかを悩んでいる様子が窺え，教師から批判的なことを言われたことに対して傷つき，自尊感情の低下と精神的に成熟できていない面が窺える因子と考えられる。E.Erikson の発達過程概念[6] には，アイデンティティ（自我同一性）が確立されていない段階をモラトリアムとしており，青年期から成人期への心理・社会発達過程における準備期間であると述べているが，f1が，そのモラトリアム的な要素を含んでいることが窺える。この段階の時期は，人生においてとても重要な時期であり，この時期に充実した時間を過ごし，自分がどのように社会貢献していけるのかをじっくりと考えられるか否かによって，アイデンティティ確立に大きな影響を及ぼす可能性がある。青年期のモラトリアムの心理状態の無意識的持続は，ストレスによるうつ状態（ストレイン）を増加させ，一層の抑うつ状態を加速させる可能性があることを佐藤[7] は示唆しており，目標を定めて生活していく指導が重要であると考えられる。f2課題達成への緊張は，入試に落ちたらどうしようという不安や志望校が決まらなかったこと，そして新しい学校生活に馴染めるのか，自分が将来何にあるのかという不安のストレスが挙げられていた。このことから，失敗することに対する恐れと新しい環境への適応に対する不安，及び，将来自分がどうなるのかという不安を抱いている面が窺える因子と考えられる。f3友人関係と学業との両立は，友人の自己中心的な行動や協調できない関係に対するストレスや学校とプライベートを両立できるかといった物事のバランスをとる難しさに関する因子であった。f4アルバイト先及び家族との関係は，相談や依頼事などに対する解決策が見いだせない負担感とアルバイト先や家族との人間関係が思い通りにいかないストレスが窺える因子であった。満員電車や混雑に対するストレスと学習が思うように進まないこと，勉強についていけるか不安を抱いているf5通学と学習は，物事が思うように進まないことに対する苛立ちが窺える因子と考えられる。f6自分の健康状態と人間関係は，睡眠不足や体調が不調であることなど生活のバランスが取れていないことと他者と信頼関係が構築できず，相手のネガティブな面がクローズアップされてストレスとして感じていることから，信頼関係と健康の相互作用が窺える因子と考えられる。

6因子から，全日制の学生のストレス因子構造は，「自分の将来が定まらないことへの不安と人間関係の構築状況によって健康への影響があるストレス」であることが示唆された。学生に対しては，自己を省察し，今後の進路の方向性を熟考できる環境づくりと人間関係を構築するために思考する機会，そしてそれを実践していく場を設けられる教育環境づくりが必要であると考える。

定時制の学生のストレス因子構造では，記述内容と照らし合わせて鑑みると，f1仕事と学校の体制への不満は，仕事内容や勤務時間など仕事の負担に関すること，学校の運営と体制の問題で，学校行事中に教師のフォローがないことや配慮に欠けること，試験範囲が間違っていたこと，一日の試験数が多いことなどがストレス因子として挙げられていた。このことから，仕事も学校もシステム的な部分での配慮のなさに対する不満が窺える因子といえる。勉強についていけない，勉強についていけるか不安，授業中に騒ぐ人がいて耳障り，人との関わりが難しいなど人間関係に対するストレス因子f2学習と人間関係は，物事を理解する難しさに対するストレスが窺える因子と考えられた。f3経済的・精神的ゆとりのなさは，社会人としての経済的意識が起因し，経済的及び精神的にゆとりのなさから生じたストレスが示された。f4学業との両立と教師との関係は，仕事と学習の両立や教師の指導方法に対する不満からくるストレス因子であった。このことから，複数の選択肢に対し，的確な判断をしていく上でのプロセスに必ず生じる混乱状態に身をおかれることに対するストレス

が窺える因子と考えられる。職場や友人の人間関係の不和からくるストレス因子であったf5職場と友人との人間関係は，家族以外の自分をとりまく人間関係の難しさに対するストレスが窺える因子といえる。家族関係で特に子供に関する問題や今後の自分の将来に対する不安に関するストレス因子f6家族関係と今後の不安は，これからの生活や人生について不安に思うストレスが窺える因子と考えられる。

6因子から，定時制のストレス因子構造は，現実の現状認識をしている上で，自己と他者との違いを認識し，物事を理解する難しさと今後の人生の行く末を不安に感じている危機的要素を内在していると考える。この危機的要素は，アイデンティティを確立していくために効果的な活用をする必要がある。効果的な活用ができていない場合，社会が要求する一定の役割という価値を強制されることに答えようとする意識が働いて早期完了の意識8)を内在する可能性も考えられる。これは，ワンパターン化したライフサイクルが，様々な部分で自己成長の妨げとなっていく恐れがあるため，パターン化しないように，多様に思考できるようなアプローチが必要であると考える。定時制の看護学生の場合，混乱状態の時に，システマティックな環境下で，自ら解決していけるような多様な情報の提供やゆとりある環境が必要であると考える。定時制においては，「システム化されていない環境での社会的関係と物事を理解する難しさの葛藤によるストレス」因子構造であることが示唆された。

全日制と定時制の共通する点は，自分を取り巻く人間関係に苦慮している因子が抽出されたことである。これは，さまざまな人間関係が重要な課題となり，心理的ストレスを生じることの先行研究の報告と一致していた[9) 10)]。また，看護実践や実習記録などの課題に関する内容に対しては，ストレス因子から除外されており，看護に関する学習よりも自分をとりまく人間関係の構築状況や今後の方向性に対する不安ストレスが影響因子として大きいことが示唆された。

本研究の限界は，１つの看護専門学校を対象としたことである。看護大学生と比べて，専門学校を選ぶ学生は看護師になることを目指して歩んでいる学生が多い集団であった可能性がある。今後さらに詳細な項目内容抽出を図り検討していくと同時に，看護大学の学生も含めて看護学生のストレス因子を探究していく必要がある。

Ⅴ．おわりに

全日制は，「自分の将来が定まらないことへの不安と人間関係の構築状況によって健康への影響があるストレス」因子構造であることが示唆された。

定時制は，「システム化されていない環境での社会的関係と物事を理解する難しさの葛藤によるストレス」因子構造であることが示唆された。

全日制と定時制ともに看護実践や実習記録などに関する内容に対してはストレス因子から除外されており，人間関係構築や今後の方向性に対する不安ストレスが影響因子として大きいことが示唆された。

Ⅵ．謝辞

本研究を行うにあたり温かく丁寧にご指導いただき，また研究者としての姿勢をお教えくださいました千葉大学名誉教授故人内海滉先生に深く感謝申し上げ，この最後となった論文を記念に残します。

文　献

１）片岡秋子：看護学生と患者の人間関係における危機状況と教育的介入方法，日本看護学校教育学会誌，7(2)，137,1997.
２）長田京子：臨床実習において看護学生が患者との人間関係で体験する危機の実態，第25回日本看護学会集録（看護教育），36-38, 1994.
３）樫根良子・津田彰・命婦恭子：看護学生の社会的スキルと臨床実習におけるストレスとの関係，第23回日本看護学会集録（看護教育），200-205, 2001.
４）奥村亮子・青山みどり・廣瀬規代美・中西陽子・二渡玉江2002 成人看護学実習における学生のストレスコーピングの縦断的研究，群馬県立医療短期大学紀要，9, 49-56.
５）土屋八千代・佐藤満・神田晃・川口毅：看護学生のストレス認知とコーピングに関する分析疫学的研究，昭和医学学会雑誌，61(5)，530-538, 2001.
６）Erikson, E H : Identity and the Life Cycle. Psychology Issues, International University Press,

（エリクソン 小此木啓吾訳1973，自我同一性－アイデンティティとライフサイクル－．誠信書房），1, 1-171, 1959.
7）佐藤隆：青年期のモラトリアムと精神保健に関する考察－短大生と新入社員の 4 ストレス尺度（SDS，モラトリアム，自尊感情，GHQ）による精神健康の比較考察－，ストレス科学研究，17, 20-352002, 2002.
8）Marcia, J.E.: Development and Validation of ego-identity status，Journal of Personality & social psychology，3, 551-558, 1966.
9）前掲誌1）
10）前掲誌2）

Original Article

Factorial Structure of Stress in Nursing Students

—Comparison between full-time and part-time course training—

Kumiko KOTAKE[1)], Shinobu IMATOME[2)], Ko UTSUMI[3)]

Abstract

The purpose of this study was to clarify differences in stress structure between full-time and part-time nursing students (FS and PS) using factorial analysis. The participants were 208 nursing students (FS:120, and PS:88), who were asked to complete questionnaires rating stressful events using three grades. Twenty-three items were classified by the KJ method. After weighting for the items with the highest score of 3 points, the second highest with 2 points and the lowest with 1 point, the data were subjected to factor analysis with varimax rotation. As a result, 6 factors were extracted from both FS and PS. However, the factorial structures of these two groups differed. The 6 factors for FS were f1 "difficulty with goal-setting and the teacher-student relationship", f2 "stress in accomplishing tasks", f3 "stress in relationships with friends and in accomplishing studies and other activities satisfactorily", f4 "stress in human relationships related to work and family", f5 "stress in attending school and studying" and f6 "stress in health and human relationships". The 6 factors for PS were f1 "stress in work and the schooling process", f2 "stress in human relationships and studying", f3 "economic and mental poverty", f4 "stress in human relationships with teachers and in performing studies and other activities satisfactorily", f5 "stress in relationships with friends and in the office" and f6 "anxiety about the future and relationships with family members". These results indicated that stress suffered by FS was self- and school-centered, whereas that for PS was centered on social structure and acquisition of daily life skills. It is suggested that stress suffered by FS might be exacerbated by efforts to find individual goals, with their associated difficulty and mental instability, and that stress suffered by PS might be more acute in terms of social human relationships. Thus, PS need to secure a comfortable social environment, whereas FS require careful academic supervision.

Key words：nursing students, stress, full-time course, part-time course

[1)] Jichi Medical University, School of Nursing

[2)] Kyorin University Graduate School of Health Sciences

[3)] Chiba University

原　著

臨地実習における看護学生のストレスマネジメント支援

―イメージ法を用いた支援プログラムの実践と検討―

長井栄子[1)]，橋本佐由理[2)]

抄録：現在新人看護師の早期離職が問題となっており，看護基礎教育における技術教育の不足に焦点が置かれている。しかし実習現場で学生が技術経験の機会を得るにあたっては，その学生の認知の仕方やこれを形づくる記憶（イメージ）が影響することが考えられる。

本研究では，イメージ法によるストレスマネジメント支援プログラムを実施し検討することを目的とした。研究対象は2006年5月～9月に看護学実習を行なった3年課程看護学生とし，介入群にイメージ法を用いたストレスマネジメント支援プログラムを施行し，心理特性変化を非介入群と比較検討した。その結果，介入群で友人や指導者（教員を含む）の情緒支援ネットワーク認知が高まりプログラムの効果を得たものの，生育歴や実習中のネガティブ体験がある学生では改善が難しかった。今後個々の学生のネガティブイメージの改善も含めプログラムの実施時期や方法等をさらに検討し実施していく必要がある。

キーワード：臨地実習，ストレスマネジメント，イメージ法，看護学生，支援プログラム

Ⅰ．はじめに

現在，新卒看護師の就職後1年以内の離職が問題となっており，この状況が改善されなければ，少子高齢社会における次世代の看護マンパワー不足が懸念される。そして，この現状から看護基礎教育の検討，とくに技術教育に焦点をおいた検討が進められている[1)]。

看護基礎教育における臨地実習は，学生が現実の患者と向き合いながら，自己の総合的な力を発揮する場として重要な学習の機会である。しかし，感情や体調のコントロール，自己の課題に向き合うことに困難を示す学生が多くみられる現状もある[2,3,4)]。新山・佐藤[5)]によれば，看護師だけでなく，看護学生も実習を通して医療現場特有のトラウマを体験していることが明らかになっている。つまり，臨地実習は学生の主体性を高め，良好な人間関係や自己の客観的評価を可能とする効果を認める一方で，不安を抱きやすい特性の者ではネガティブ気分から実習成果も得られず不健康状態へ，さらに，実習自体がトラウマ体験となり，過去のトラウマ体験のフラッシュバックのきっかけとなることが懸念される。

また実習現場で学生が技術経験の機会を得るためには，様々な人との関係づくりや相談行動が必要であり，その学生の認知の仕方やコミュニケーションの取り方などが影響する。宗像[6)]によれば，認知は環境や記憶（過去の体験に基づく自己イメージ）が影響を及ぼすとされている。ストレス環境である実習現場を変化させることも重要であるが，学生自身の認知の影響因子である記憶（イメージ）へのアプローチが実習効果を上げるものと考えられる。また，臨地実習における看護学生の実態調査やその指導方法の検討はされていても，その支援が介入的になされた研究は数少ない。

そこで本研究では，①臨地実習における学生の

1) 自治医科大学看護学部
2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

心理特性変化，ストレス対処法の実態調査，②実習での効果的な学習のためのストレスマネジメント支援プログラムの実施と検討，③実情に則したプログラム開発を目的とした。

Ⅱ．本研究における用語の定義

１．臨地実習

1950年代以前の伝統的養成教育における実習は，経験主義・厳格主義を基盤とし，教育というよりも看護要員の勤務と受け止められていた。このことは臨地実習が「実習＝授業」というイメージとなりにくい要因のひとつであり，現在も指導者（教員を含む）側の意識の中に経験主義・厳格主義が残存している場合がある。その一方で，現行のカリキュラムでは講義・実習の総時間数が減少し，このことが知識や技術獲得の低下を引き起こし，自信のなさから患者のベッドサイドへ行けない学生がみられるようになった。また，現行カリキュラムの「自己教育力」や「自主性・主体性」を取り違えた放任状態や，学生が自己の学習課題に気づかず立ち向かえないときに事実の指摘と怒りの感情をあらわにするだけの指導の実態もある[7]。

そこで本研究では，杉森[8]の「授業としての実習」を強調して定義した「生きた環境の中で既習の知識・技能を組み合わせ，対象に受け入れやすいものとして提供することを，その人の健康レベル・生命現象・環境とのかかわり・行動変容の過程などを通して，統合し，深めていく授業である」を「臨地実習」の定義として採用した。

２．構造化連想法（Structured Association Technique： SAT）

S. Freudが精神分析で用いた自由連想法を発展させ，宗像[9]が開発した構造化された問いかけからなるカウンセリング技法である。変えようとしても変えられない行動症状や精神症状・身体症状を手がかりに，連想・ひらめきなど右脳を活用して隠れた本当の感情に気づき，さらにその気づいた感情を手がかりに自己の本当の要求についてひらめきを活用した明確化とその要求の達成に向けた行動目標の設定をする。これらによって，無自覚であった自己防衛感情や成長感情への気づきと問題解決への見通し確保を支援する。

３．ストレスマネジメント支援

宗像[10]は，ストレスを「自分の思い通りにならないことを認知しているときに生じ，それが思い通りに進む見通しがもてず，自信もなく支援してくれる人もいない場合に，精神や身体や行動に症状が生じる状態」と定義している。つまり，ストレスは要求，見通し，支援の認知の変数により決定される[11]。この要求，見通し，支援の3つの変数は実際にどうであるかよりも，その人がどのように認知しているかによっており，認知は環境や過去の体験に基づく自己イメージである記憶（情動記憶および自己イメージスクリプト）が影響を及ぼす。

また良性ストレスと悪性ストレスとの違いは，ストレス状況に対するイメージ記憶の良し悪しによる受けとめ方や心身の状態，行動の違いであるとされる。したがって，本研究におけるストレスマネジメント支援とは，いかに悪性ストレスを良性ストレスに変換する，つまりネガティブ記憶イメージをポジティブ記憶イメージに変容する支援とする。

４．自己イメージスクリプト

スクリプトとは，過去の知識と経験にもとづく，一般化された目標行動の期待（予測）パターンであるとされる。宗像[12]は，「外部環境からの感覚情報」と「内部環境（情動記憶）からの感覚情報」，そしてそこからつくられる「行動パターン（条件反応）」をイメージスクリプトの概念の要素としている。自己イメージスクリプトとは，その人の過去の記憶からつくられた自分自身への感覚・感情・欲求・行動への期待（予測）パターンのことである。

５．自己報酬追求型自己決定

組織に帰属しながらも自己実現や充実感などの内的報酬を得ることを追求し「自分を信じたい」「他者を認めたい」という欲求に基づいた行動[13]をいう。

６．他者報酬追求型自己決定

恐怖の条件づけによる目標達成行動や地位や名誉などの外的報酬を重視し，「他者から認めてもらいたい」という欲求を基盤に自己抑制や対人依存による行動を起こすことをいう。そのために周囲の環境に左右されストレスを抱えやすい。

Ⅲ．研究方法

１．予備調査（臨地実習における看護学生の心理特性変化の実態調査）

対象は，A短期大学看護学科3年次生のうち，内科病棟で4週間の看護学実習を行なった19名であ

り，期間は，2005年11月から2006年2月であった。方法は，自己イメージスクリプト・メンタルヘルスおよびストレス源の認知を測定する７つの心理特性尺度と自由記述からなる無記名自記式質問紙調査とし，臨地実習前のオリエンテーション時に調査票を配布し，実習開始2日目・終了日・実習2ヶ月後に実施した。

７つの心理特性尺度のうち自己イメージスクリプトの測定には，①自己価値感尺度，②自己抑制型行動特性尺度，③問題解決型行動特性尺度，④対人依存型行動特性尺度，⑤ソーシャルスキル尺度を用いた。メンタルヘルスの測定には，⑥STAI（State-Trait Anxiety Inventory）日本版（特性不安）を，ストレス源の認知の測定には⑦日常苛立ち事尺度を用いた。

①自己価値感尺度は，1987年にローゼンバーグが開発した尺度をもとに，宗像[14・15]が日本語版にした自分に対する満足感を測る尺度である。本研究におけるクロンバッハのα係数（以下，α係数とする）は0.83であった。

②自己抑制型行動特性尺度は，宗像[16・17]が開発し，人に嫌われないよう周りに合わせて本音を抑える度合いを測る尺度である（α係数0.73）。

③問題解決型行動特性尺度は，宗像[18・19]が開発し，目の前にある課題や問題に対して，積極的，効果的，現実的に対処する能力がどの程度あるかを測る尺度である（α係数0.66）。

④対人依存型行動特性尺度は，1997年にハッシュフェルドが開発し，マクドナルドスコットが日本語訳をし，宗像[20・21]が点数基準を定めた他者への期待しやすさ（対人依存度）を測る尺度である（α係数0.78）。ただし，全員が同一回答する項目が１項目見られたため，残りの17項目のみで算出した値である。

⑤ソーシャルスキル尺度は，樋口・橋本[22]が開発したソーシャルスキル（ストレスマネジメント・タイムマネジメント・問題解決・ディベーティング・ネゴシエーション・リスニング・アサーション・コーチング）の効力感を測る尺度である。この尺度は各質問項目がどのスキルに対応した項目であるかが明確であるため，このうち本研究では，コミュニケーションスキルであるリスニング・アサーション・ストレスマネジメントの３つのスキルからなる尺度を使用した。α係数は，コミュニケーションスキル尺度全体としては0.91，リスニングスキル尺度0.84，アサーションスキル尺度0.86，ストレスマネジメントスキル尺度0.74であった。

⑥STAI日本版（特性不安）は，1970年にスピルバーグが開発し水口ら[23]が日本語訳をした，その人の不安になりやすさを測る尺度である（α係数0.93）。

⑦日常苛立ち事尺度は，宗像[24]がラザルスの日常苛立ち事（Daily Hassles）尺度をもとに作成した日常のストレス源を測る尺度である。日常苛立ち事は大きなライフイベントよりも，引き続いておこる心身の健康の悪化に関連があるとされている[25]。ラザルスの尺度が112項目であるのに対し，宗像の尺度は厳選された34項目の尺度となっている。本研究ではさらにこの34項目を看護学生の状況に合わせて筆頭著者が20項目に変更した（α係数0.89）。

分析は，SPSS Ver.12.0Jを用いてノンパラメトリック検定により得点の変化を分析した。また倫理的配慮として，学生に対し研究は自由参加であり，結果は成績に影響しないことを伝えて実施し，データの回収は回収箱にて行ない，分析はプライバシーの保護に留意した。

２．介入調査（ストレスマネジメント支援プログラム実施による効果の検討）

対象は，内科病棟で4週間の実習を行なったA短期大学看護学科3年次生39名，内科もしくは外科病棟で2週間の実習を行なったB短期大学看護学科3年次生 45名であり，期間は， 2006年5月から9月であった。方法は，A短期大学生19名を介入群，A短期大学生20名およびB短期大学生45名を非介入群とし，介入群については臨地実習期間に限り

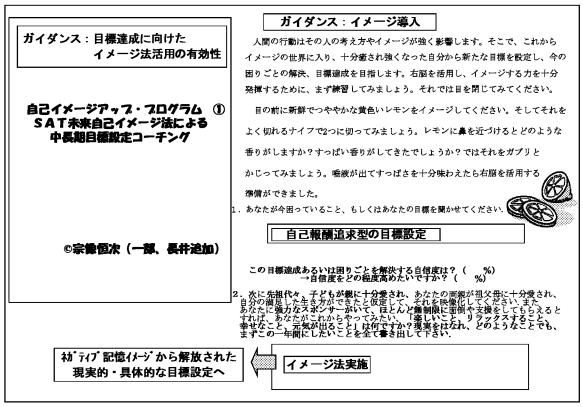

図１　ストレスマネジメント支援プログラム

SAT未来自己イメージ法およびSAT自己再養育イメージ法[26]を用いた自己カウンセリング法によるストレスマネジメント支援（図1）を行なった。

ストレスマネジメント支援プログラムは，自記式シートによるものであり，その構成は目標達成に向けたイメージ法活用の有効性についてのガイダンスとイメージの導入，自己報酬追求型の目標設定ののちにイメージ法を実施し，ネガティブ記憶イメージから解放された現実的・具体的な目標設定からなる。

イメージ法として用いたSAT未来自己イメージ法は無条件の守護と非現実性の仮定法の中で，未来のポジティブイメージを創造し，本来の自分らしい自分で現実を認知し直すため，ネガティブな過去のイメージに触れストレスを感じることもなくイメージ変換できる。明るいイメージ作りが出来るため，学生の緊張が強い実習開始2日目の質問紙調査終了後に施行した。

また，実習2週目には看護計画を立案し看護師の前で発表する課題があり実習記録量が膨大となるため，SAT自己再養育イメージ法は課題終了後の実習2週目金曜日に施行した。自己再養育イメージ法は時間遡及法により望む両親のイメージとなるよう再養育し，望むイメージの両親から生まれた自分が本来の生き方をするイメージと，仲間と自由に過ごすイメージをつくることにより過去のネガティブ記憶イメージをポジティブ記憶イメージへと変換する方法である。A校の臨地実習は1期間中に4つのグループが2施設に分かれて行ない，介入群は筆頭著者が担当した実習施設に配置された学生とし，通常の実習指導を行ないながらストレスマネジメント支援プログラムを施行した。

また介入群・非介入群の両群に対し，自己イメージスクリプト，他者イメージスクリプトおよびメンタルヘルスを測定する8つの心理特性尺度，ストレス源とコーピングおよび自由記述と看護師となる自信度からなる無記名自記式質問紙調査を行なった。調査票は，臨地実習前のオリエンテーション時に配布し，実習開始2日目・終了日・実習2ヶ月後に実施した。

8つの心理特性尺度のうち，自己イメージスクリプトの測定には，①自己価値感尺度，②自己抑制型行動特性尺度，③問題解決型行動特性尺度，④対人依存型行動特性尺度，⑤特性的自己効力感（Generalized Self-Efficacy）尺度を用いた。他者イメージスクリプトの測定には，⑥情緒的支援ネットワーク認知尺度を，メンタルヘルスの測定には，⑦STAI日本版（特性不安），⑧PTSS尺度（トラウマ度）を用いた。また介入群においては，介入直前直後の変化を明らかにするためにSTAI日本版（状態不安）の追加調査を行なった。α係数は，自己価値感尺度では0.80，自己抑制型行動特性尺度で0.77，問題解決型行動特性尺度で0.81，対人依存型行動特性尺度で0.54，STAI日本語版では特性不安で0.93，状態不安で0.92であった。

⑤の特性的自己効力感尺度は，1982年にShererら[27]が開発し成田ら[28]が日本語訳した尺度である。1977年にバンデューラが開発し，坂野・東條が日本語訳した自己効力感が課題や場面に特異的に行動に影響を及ぼす自己効力感であるのに対し，本尺度は具体的な個々の課題や状況に依存せずに，より長期的に，より一般化した日常場面における行動に影響する自己効力感（人格特性的な認知傾向，特性的自己効力感であるという特徴がある。自己効力感は，過去の成功と失敗の経験から形成され個人差を持ち，特定の状況だけでなく未経験の新しい状況においても適応的に処理できるという期待に影響を与えるとされる（α係数0.87）。

⑥の情緒的支援ネットワーク認知尺度は，社会的支援の中でも情緒支援に着目し，宗像[29・30]により開発された。自分の周りに情緒的・心理的支えになってくれる人が存在していると本人が認知しているかを測る尺度である。また，宗像による本尺度では支援者を「家族」「家族以外」として問うが，本研究では「家族以外」の項目を臨地実習において看護学生へ影響を及ぼす要素である「友人」「指導者（教員を含む）」とすることで対象者を明確にした。α係数は，家族0.89，友人0.70，指導者（教員を含む）0.86であった。ただし，友人については全員が同一回答する項目が2項目見られたため，残りの8項目のみで算出した値である。

⑧のPTSS尺度は，宗像[31・32]が開発し，心的外傷後ストレス症状（トラウマ症状）がどの程度あるかを測る尺度である（α係数0.78）。

ストレス源への問いかけには，坂田[33]のコーピング尺度における教示や質問内容を用いた。コーピングについては，宗像ら[34]の積極的・消極的対処行動尺度の項目による11項目の選択肢（その他を含む，3項目選択を限度とした複数回答）を提示した。

看護師となる自信度については，0～100％までの10cmの直線上に学生個人の感じるところに「しるし」をするVAS（Visual Analog Scale）法を用いた。VAS法はもともと痛みの評価尺度として1978年にMaxwell[35] により開発されたものである。評価方法は単純だが再現性に富み，対象者にわかりやすくかつ数値による先入観を持たせずに主観を評価することができる数量的な評価手法であるとされている。自信度0％を0cm，100％を10cmと設定し，距離が長いほど看護師となる自信度が高いと判断した。

分析および倫理的配慮については，予備調査と同様の手続きを踏み，さらに介入群のあるA校の倫理委員会の承諾を得て行なった。データ回収はA校については回収箱を用い，B校では郵送法により行なった。

Ⅳ．研究結果

１．予備調査（臨地実習における看護学生の心理特性変化の実態調査）の結果

予備調査で調査協力が得られたのは17名（回収率89％）であった。各尺度に対する実習開始2日目・実習終了後・実習2ヵ月後の平均値と標準偏差の推移を示した（表1）。

表１　臨地実習における看護学生の心理特性変化（予備調査）

	実習2日目	実習終了後	実習2ヶ月後
自己価値感	4．94±3．03	5．24±3．19	5．00±2．81
自己抑制型行動特性	9．76±3．42	10．00±3．41	10．29±3．14
問題解決型行動特性	7．88±2．64 z=−2.34,	9．59±3．32 p<.10†	9．00±2．67
対人依存型行動特性	8．82±3．61	8．94±3．73	8．35±4．39
STAI特性不安	53．18±12．89	52．18±11．39	51．24±9．29
コミュニケーションスキル	111．69±13．14	115．00±15．08	113．19±13．90
リスニング	39．00±4．50	40．29±5．10	38．53±4．67
アサーション	40．00±7．82	41．29±7．32	41．53±5．29
ストレスマネジメント	42．35±5．50	43．76±6．02	43．35±4．99
日常苛立ち事尺度	16．88±7．28	14．59±5．34	17．00±6．63

Wilcoxonの符号付き順位検定を行なった結果，有意差を認めたものは，問題解決型行動特性のみで，平均値および標準偏差は実習開始2日目よりも実習終了後に有意傾向で改善した。しかし，全体として「問題を直視する力が落ちてきている」群が多く，改善した結果も実習2ヵ月後まで持続するものではなかった。

また有意差は認めなかったものの，平均値と標準偏差の結果や推移をみると，自己イメージスクリプトについては，自己価値感は「自分に自信が持てない」レベルにあり，実習開始2日目よりも実習終了後で上昇（改善）したものの，実習2ヵ月後まで持続するものではなかった。コミュニケーションスキルについては，実習開始2日目よりも実習終了後で上昇（改善）したものの，実習2ヵ月後まで持続したものはアサーションスキルのみであった。一方，自己抑制型行動特性は「ふつう～やや自己抑制」のレベルであり，対人依存型行動特性は「やや依存」のレベルであり，実習開始2日目よりも実習終了後でさらに上昇（悪化）していた。

また，メンタルヘルスを表すSTAI（特性不安）は，「ふつう～非常に高い」のレベルであり，実習終了時に低下（改善）したものの，17名中10名（58.8％）が「非常に高い」というレベルであった。ストレス源の認知を表す日常苛立ち事では，ストレス源は「やや多い～かなり多い」のレベルであり，実習終了時に低下（改善）したものの，17名中13名（76.5％）が「かなり多い」という結果であった。

ストレス源は，実習開始時では，「どうしてもやらなければならないことが控えていること」「今の勉強」など課題に関することが多く，次に「実習での看護師との関係」「出費がかさむこと」「収入がない」「自分の将来」「陰口をたたかれたり噂話をされること」「実習での患者との関係」と経済的負担や対人関係に関する内容が多くなっていた。実習終了時では，実習開始時と同様に「どうしてもやらなければならないことが控えていること」「今の勉強」など課題に関することと「出費がかさむこと」という経済的負担が多く，開始時よりもその程度を強めていた。一方，「実習での看護師との関係」「実習での患者との関係」など対人関係に関するものは減少していた。また，実習終了時に開始時よりも日常苛立ち事が増強あるいは高値のままの項目は，自分や家族の将来や健康に関する項目であった。

自由記述のうち，実習開始時の記述は，「頑張りたい」「楽しみ」というポジティブイメージと「不安」「不満」のネガティブイメージ，そして両者を合わせた「不安と前向きな気持ちの混在」などを認め，そのうち「不安」の表現が最も多かった。実習終了時の自己成長に関しての記述では，「患者や家族への関わりや受けとめの向上」「グル

ープメンバーとの協働」「臨地実習指導者との関わりの向上」「自己の行動や態度の向上」などを認め，そのうち「患者や家族への関わりや受けとめの向上」の表現が最も多かった。実習2ヶ月後に記述を求めた実習中のストレス対処法については，「友達と話す」「家族と話す」といった情緒支援ネットワークを活用した対処法を回答するものが多かった。また，「やることを済ませて睡眠を確保する」「1人で心にひっかかり残った場面を思い描き，どうすればよかったかを考える」「先生に相談する」などの問題解決行動を認めた。一方，「愚痴を言う」「実習のことは忘れて楽しく遊びに行く」「看護と全く関係ない友達と一緒に遊ぶ」といった逃避的行動と思われる対処法も認めた。また，「泣く」「全実習が終わってから思い出話のようにして友人と話す」などの感情表出，「休みの日はゆっくり過ごす」「休日に楽しみを作ってそれに向かって頑張る」「TVを見たり本を読む」「買い物へ行く」「外出する」「入浴」「寝る」などの気分転換やリラクセーションに関する行動，「いつかは終わると思い我慢する」といった自己抑制による対処など，逃避によるものであるのか判別が難しい対処法を多く認めた。

2．予備調査結果からの介入調査に向けた検討

予備調査結果より，臨地実習前後における学生の心理特性の特徴は，実習開始時から自己価値感や問題解決力が低く，自己抑制度や対人依存度が強い実態が明らかとなった。そしてさらに臨地実習終了時には，自己価値感および問題解決型行動特性は全体として改善の傾向を示したものの，他者報酬追求型の自己イメージスクリプトである自己抑制型行動特性および対人依存型行動特性は全体として悪化の傾向を示した。また，自己価値感および問題解決型行動特性の改善は実習2ヵ月後までの持続した効果でなく，自己抑制度や対人依存度といった他者報酬追求型によってストレス耐性を弱める心理特性を強めていた。

そこで，ストレスマネジメント支援プログラムとして，他者報酬追求型ではなく，自己報酬追求型の自己決定に基づく問題解決力の向上や維持を目的に，SAT未来自己イメージ法・自己再養育イメージ法を選択した。

さらに，調査結果から，介入調査に向けて調査項目を変更した。ストレス源とその対処法（コーピング）は，その後のストレスの増強に大きな影響を及ぼすことから，回答しやすいよう選択項目を作成することとした。そして，ストレス軽減やその対処法として多くあげられた情緒支援ネットワークへの認知について，家族・友人とともに臨地実習の外的環境として影響力がある指導者（教員を含む）のそれぞれに対する認知の仕方を明確にできるようにした。また，学生のトラウマ症状や自己効力感の変化についても項目に入れることとした。

一方，コミュニケーション学習は基本形から発展形へと段階的に行なう必要があり，実習直前の期間は学生にとって課題の多い多忙な時期であるため，コミュニケーション学習による介入は見送り，質問紙項目を最小限に抑えるためにコミュニケーションスキル項目については削除した。

3．介入調査（ストレスマネジメント支援プログラム実施による効果の検討）の結果

介入調査での回収率は，実習開始2日目・終了日・2ヵ月後の3時点全てに回答した対象者の回答を有効回答としたところ，介入群で68%，非介入群でA校50%・郵送法にて回収したB校では回収率が低く11%であった（表2）。A校・B校の対象

表２　介入調査での回収率

調査対象＼調査時期			実習開始2日目	終了日	2ヵ月後	有効回答
A校	介入群	n=19	n=18　(94.7)	n=13 (68.4)	n=13 (68.4)	n=13 (68.4)
	非介入群	n=20	n=16　(80.0)	n=10 (50.0)	n=10 (50.0)	n=10 (50.0)
B校		n=45	n=9　(20.0)	n=6 (13.3)	n=5 (11.1)	n=5 (11.1)

特性は，Mann-Whitney検定にて年齢（B校学生の平均年齢が高い）に有意差を認めた（$z=-3.55$, $p<0.001^{***}$）が，その他の心理特性に関しては有意差を認めなかった。そこで，A校非介入群およびB校（非介入群）の回収率が低かったため，非介入群は両者を併せたものとし，これを介入群であるA校介入群と比較することとした。また，介入群・非介入群の対象特性は，Mann-Whitney検定を行なったところ，友人に対する情緒支援ネットワークの認知（非介入群で支援認知が高い）に有意差を認めた（$z=-2.67$, $p<0.05^{*}$）が，その他の心理特性に関しては有意差を認めなかった。

ストレスマネジメント支援プログラムの実施方法は，1グループ目では実習施設のカンファレンスルームで筆頭著者も同席しプログラムを施行したが，他教員や他学生も入室することによりポジティブなイメージ作りやプライバシーの確保が難しいことがわかり，急遽2グループ目より自宅に持ち帰る形式へと変更した。1グループ目の学生は，イメージにより過去を思い出し流涙する学生もあったが，筆頭著者は話を聴きタッチングにより対応し，その後も時間を作って再度学生の話を聴くなど支援を続けた。2グループ目より自宅実施に変更したことで，プログラムおよび質問紙の回収率は低下し，自宅でのイメージ想起の難しさや，プログラムよりも他の課題が優先されたと考えられた。

ストレスマネジメント支援プログラムの実施効果として，介入群学生に施行したストレスマネジメント支援プログラムの各イメージ法の直前・直後の心理特性の変化（表3）をみたところ，SAT未来自己イメージ法では自己価値感，自己抑制度，状態不安，自信度で有意に改善し，対人依存度では有意傾向で改善した。SAT自己再養育イメージ法では目標達成自信度で有意に改善し，自己価値感，自己抑制度，対人依存度では有意傾向で改善がみられた。

表３　ストレスマネジメント支援プログラムの実施効果

	未来自己イメージ法実施		有意水準	自己再養育イメージ法実施		有意水準
	前	後		前	後	
自己価値	4.67±2.14	5.89±2.85	p<.05*	5.35±1.90	6.06±2.28	p<.10†
自己抑制	10.78±3.47	9.45±3.88	p<.05*	9.88±3. 20	9.06±3.70	p<.10†
家族支援認知	7.72±3.10	7.78±3.15	n.s.	7.88±3. 33	7.71±3.55	n.s.
友人支援認知	9.22±1.56	9.11±1.53	n.s.	9.29±1. 40	9.47±1.12	n.s.
指導者支援認知	4.22±3.15	3.95±3.51	n.s.	5.59±3.81	5.53±3.97	n.s.
問題解決	8.56±3.70	8.83±3.17	n.s.	7.76±2. 88	8.76±3.53	n.s.
対人依存	8.28±2.95	7.44±3.01	p<.10†	8.12±3. 79	7.41±3.26	p<.10†
状態不安	51.94±11.06	43.61±9.17	p<.01**	46.29±10.50	44.88±11.27	n.s.
自信度	37.22±18.80	73.06±9.42	p<.001***	45.88±20.02	69.71±18.24	p<.001***

一方，ストレスマネジメント支援プログラムの介入群・非介入群の心理特性の変化（表4・5）は，プログラムの直前･直後の変化とは異なる結果を得た。介入群学生では友人からの情緒支援ネットワークの認知が改善し，実習開始2日目と実習2ヵ月後との間に有意差を認めた。また指導者（教員を含む）からの情緒支援ネットワークの認知も改善し，実習開始2日目と実習終了時，実習開始2日目と2ヵ月後との間に有意傾向を認めた。さらに看護師となる自信度は上昇し，実習開始2日目と実習2ヶ月後との間に有意差を認めた。

表４　介入群における実習前後の学生の心理特性変化

	実習2日目	実習終了後	実習2ヶ月後
自己価値感	5．23±2．56	5．69±3．35	5．62±2．50
自己抑制型行動特性	9．31±3．28	8．77±3．09	8．85±3．41
情緒支援ネットワーク認知　；家族	7．15±3．58	7．54±3．50	7．46±3．87
；友人	8．54±1．66	9．08±1．66 Z=−2．81，p<0．05*	9．62±0．65
；指導者	3．15±3．02	5．62±3．48 Z=−2.29，p<0.10†	5．77±3．77 Z=−2.83，p<0.10†
問題解決型行動特性	8．54±3．33	8．31±3．43	8．62±3．69
対人依存型行動特性	8．23±3．00	8．08±3．88	7．77±4．46
STAI（特性不安）	58．67±10．41	53．00±13．74	52．92±11．23
看護師となる自信度	46．92±24．96	58．08±23．94 Z=−2．83，p<0．05*	69．00±17．12
特性的自己効力感	67．55±12．23	69．82±17．46	72．64±18．79
PTSS	4．33±2．77	4．58±3．63	4．17±3．04

表５　非介入群における実習前後の学生の心理特性変化

	実習2日目	実習終了後	実習2ヶ月後
自己価値感	4.93±2.69	5.80±2.70	5．00±3．09
自己抑制型行動特性	9.27±3.84	9.20±4.02	9．73±4．50
情緒支援ネットワーク認知　；家族	8.53±2.03	8.40±2.03	9．20±1．32
；友人	9.73±0.59	9.67±0.72	9．73±0．59
；指導者	4.13±2.85	4.00±2.90	4．07±2．60
問題解決型行動特性	10.07±5.39	9.40±4.32	9．13±5．04
対人依存型行動特性	8.71±2.92	7.43±3.48	7．93±2．70
STAI（特性不安）	58.00±13.41 Z=−2．92，p<0．05*	49.93±11.95	52．47±12．44
看護師となる自信度	56．67±22．89	56．67±27．43	67．53±25．18
特性的自己効力感	73.80±14.69	71.93±10.65	70．00±13．97
PTSS	3.53±2.80	3.20±2.43	3．47±2．97

特性不安では，介入群で実習開始時よりも実習終了時，さらに実習2ヵ月後まで低下（改善）したものの，実習中の失敗体験を他学生や教員からの質問により最終カンファレンスで話さなくてはならない経験をした学生Aと，実習中に臨地実習指導者に報告しても何も言われないままであったが最終カンファレンスで臨地実習指導者から未熟な点をあげられた体験をした学生Bの得点が全体に影響し，有意差を認めるまでには至らなかった。非介入群では，実習開始時よりも実習終了時に低下（改善）し，有意差を認めた。しかしながら，実習2ヵ月後の平均値では再上昇（悪化）を認め，実習終了時の改善は一時的なものであった。

トラウマの認知は，介入群では実習終了後に上昇（悪化）した。特に実習終了後にトラウマの認知が上昇（悪化）した者は，いじめられ経験者（学生A），両親と不仲である者（学生B）であった。

また介入調査における対象学生全体の実習前後の心理特性変化では，有意差は認めなかったものの，介入群・非介入群ともに予備調査の対象学生

と異なる特徴が見られた。それは，予備調査では実習終了時に自己抑制型行動特性および対人依存型行動特性が上昇（悪化）したものの問題解決型行動特性が上昇（改善）していたのに対し，介入調査では自己抑制型行動特性および対人依存型行動特性が低下（改善）したものの問題解決型行動特性が低下（悪化）していたことであった。

４．自由記述に見る介入調査の結果

実習開始2日目の自由記述内容は，現実の実習環境や患者・指導者（教員を含む）との関係から安心感を得たり，反対に不安や不満を感じる内容となっていた。また，実習による「窮屈さ」や「睡眠不足による苦痛」「看護展開への不安」「他の看護領域の実習を見て先の実習に不安を感じる」などの記載を認めた。一方，ストレス源についての問いには，「やることが多く時間が取れない」や「（睡眠時間を主とした）体調」に関するもの，「臨地実習指導者とのやり取り」などの要素が見られた。この傾向は学生の自由記述の内容とほぼ一致していた。これらのストレス源に対するコーピングの特徴としては，介入群で「家族や友人に話す」はあったものの，「指導者（教員を含む）に相談する」はコーピングの要素にはなく，非介入群に比べて消極的コーピングの割合が高い状態が見られた。

実習終了時の成長や気づきについては，介入群の学生で「伝達力・意見交換」「相談行動」などの基礎的なコミュニケーション力の向上や「落ち着いた行動」といった緊張緩和が目立った。一方，非介入群の学生では，「伝達力・意見交換」「相談行動」「コミュニケーション力全般」などのコミュニケーション力の向上についての記載を認めたが，「困難に立ち向かう」が目立った。また，実習時の困ったこととして介入群の学生では，「患者へのケア方法」が目立ったのに対し，非介入群の学生では「患者からのケア拒否」「教員への不満」の記載が見られた。ストレス源としては「進路」や「経済的事由」「体調」「臨地実習指導者とのやり取り」「自分自身に対するもの」など様々な記載を認めた。その中でも介入群の学生では，「やること考えることが多すぎる」「カンファレンス」が目立ち，非介入群の学生では「次の実習」「やること考えることが多すぎる」「実習記録」など，目の前にある課題について上げる者が多かった。これらのストレス源に対するコーピングの特徴としては，介入群では積極的コーピングの割合，特に「友人に助言を求める」が増していた。それに対して非介入群では，消極的コーピングである「つらい感情をおさえる」の割合が増していた。

実習2ヵ月後の調査は夏休み期間中に行なったものであるが，対象学生は卒業年次生であるため，実習中には進めにくい就職活動，学内の課題である研究活動，国家試験や進学のための学習，そして後期からの臨地実習に向けた準備などに時間を費やしている。内容としては，介入群，非介入群ともに「ストレス解消への希望」「不安」「自己成長への意志」「逃避」など課題ややることの多さへの向き合い方，感じ方に関する記載が目立った。また，非介入群のうち学生Cは，実習当初の「1日でも休んだら来なくなりそう」との不安から実習終了時には「教員への不満」「怒らせないよう・我慢してやり過ごす」へと変化し，この実習2ヵ月後には「仕事以外での自己実現」を模索していた。ストレス源としては，介入群，非介入群ともに「研究」「この先に待つ困難なこと（課題）」「国家試験」「今後の実習」など，学生が直面している現実的な課題に対するものが多かった。コーピングとしては，介入群では「趣味で気分転換」「買い物で気を紛らす」の割合が増していたが，非介入群では「家族や友人に話す」「友人に助言を求める」の割合の減少を認めた。

５．ストレスマネジメント支援プログラムの修正

ストレスマネジメント支援プログラムは，実施途中から自宅への持ち帰り式のシートとなったことから，内容の工夫が必要となった。筆頭著者が傍にいた1グループ目では，本プログラムの目的と異なる記載内容に筆頭著者が気づくことや学生の疑問にすぐ対応でき，一緒に行なっている学生にも伝達しやすかった。そこでこの点を補えるよう内容に関する改善を図り，学生自身が自己報酬追求型の現実的具体的な目標設定を行なえるよう，ポジティブ自己イメージを確実に行なえるようなシート内の表現やイメージ作りのモデルを示すなどの工夫を施したプログラムを作成した（図2）。

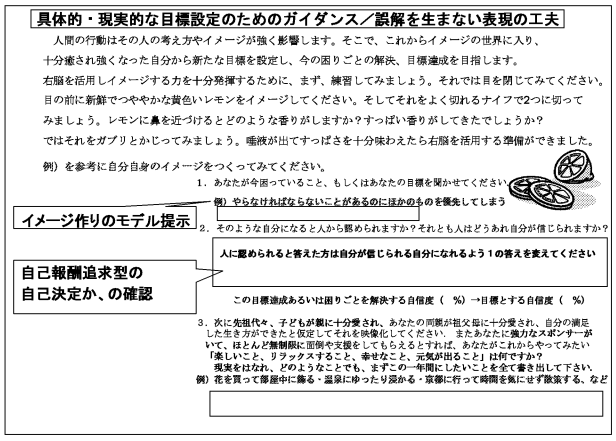

図2　修正版・ストレスマネジメント支援プログラム

V．考察

1．看護学生の心理特性とストレスマネジメント支援プログラムの効果

看護学生の心理特性の特徴は，職種別のパーソナリティ特性[36]における看護師の特徴と類似し，自己価値感や問題解決力が低く，自己抑制度や対人依存度が強い状況であった。この状態は自己への評価やストレスの認知の仕方が周りの環境に左右されやすく不安定な状態であるといえる。野崎ら[37]の調査でも，看護学生の自己効力感は一般的な基準にあったものの，生活体験のうち「病院経験（病院実習）」を「人と関わりを持つことに消極的になったり，自信をなくした経験」と捉えている者が3割，「人と関わりを持つことに積極的になったり，自信がついた経験」と捉えている者が1.5割であり，実習環境やその内容が自信を左右する因子となることを示している。したがって，内的基準による自尊心を高めていけるように，また自分自身と向き合い次への解決のために自己の行動を見直し，環境調整を図ることが出来るような自己報酬追求型の自己決定のための支援が必要である。

また臨地実習後は，予備調査では自己抑制型行動特性および対人依存型行動特性が上昇（悪化）したものの問題解決型行動特性が上昇（改善）していたのに対し，介入調査では自己抑制型行動特性および対人依存型行動特性が低下（改善）したものの問題解決型行動特性が低下（悪化）していた。この状況は，予備調査の対象者では自分を抑えつつも問題解決力が向上したのに対し，介入調査の対象者では問題解決力は低下し問題から目を背け向き合おうとせず，自分なりのやり方を通している状況が考えられた。この結果の違いは，予備調査では卒業年次の最終実習期間であったのに対し，介入調査では卒業年次ではあるものの実習という学習方法に適応していない初期の段階である研究時期の違いが影響していると考えられた。今後，より学生の実態に即したプログラムを検討するためには，実習時期ごとの心理特性の差について本研究で用いた心理特性尺度による縦断調査が必要と思われる。

また，ストレスマネジメント支援による介入調査では，介入群では非介入群に比べて看護師となる自信度が上昇し，友人および指導者（教員を含む）の情緒支援ネットワークへの認知が向上しプログラムの効果を得た。通常，カウンセリングは対面式で行ない，カウンセラーがクライアントを共感的に支持するため情緒支援の認知の向上が期待できるが，本研究は学生の自記式シートを用いたプログラムにもかかわらず，なお情緒支援の認知が上昇した。これはプログラムシート自体がストレス理論に基づく構成からなっていたため，認知の変更を可能にしたと考えられる。

しかし，指導者（教員を含む）からの情緒的支援は，情緒的支援ネットワーク認知尺度の平均得点から，家族や友人からの情緒的支援よりも認知されておらず，良くも悪くも変化が著しいという特徴があった。特に，非介入群ではその変化の幅が著しい傾向がみられ，改めて指導者（教員を含む）は学生にとって実習環境の中でも大きな影響因子であることが明らかとなった。ストレスマネジメント支援のなされない状況では，他者報酬追求型つまり指導者（教員を含む）の主導による自己決定となりやすい状況を示していると考えられる。非介入群の学生Cが実習終了時に「教員への不満」に対し，「怒らせないよう・我慢してやり過ごす」とし，結果として実習2ヵ月後には「仕事以外での自己実現」を模索しているように，他者報酬追求型の自己決定は結果として充実した実習成果へは至らないといえる。

看護学生にとって臨地実習における対人関係要素として友人や指導者（教員を含む）の影響は大きく，支援認知の高まりは課題を乗り越えていく上での重要な要素であると言える。また，ストレス関数理論[38]では，ストレスへの影響因子として，「支援」認知，「要求」認知，「見通し」認知がある。臨地実習の際には，指導者（教員を含む）な

ど，他者からの「要求」も増し，それに応えようと学生自身の「要求」も増す。また，自信があるときには「見通し」を持つことは出来ても，ほとんどの学生は自信のない状態で臨地実習へと向かう。したがって，この３つのストレスへの影響因子である「支援」への認知が高まることは大きな意義があると言える。

また，「支援」認知とは他者イメージスクリプトの変容でもあり，他者に関わる際の自己の行動に大きく影響するため，このことにより支援を得やすい状況を招きやすくもなる。看護職は生死に関わる患者の苦痛を目の当たりにする体験を看護者自身の重要他者と共有することが難しく，また勤務形態の特殊性から社会的に孤立しやすい。したがって，情緒支援ネットワークの認知の高まりは将来長く職務を遂行していく上で重要な要素である。

そのほか，介入群では自己価値感，特性的自己効力感，看護師となる自信度についても有意でないものの，全ての項目で上昇し，本プログラムは自己効力感の向上に寄与するものと考えられた。しかしながら，プログラムの効果は，各イメージ法の介入直前・直後の変化と実習全体を通した最終的な変化とで異なり，介入により改善の見られた心理特性も日々のストレス源により再度悪化し持続的な効果へと繋がらない状態であると考えられた。

２．看護学生のストレスマネジメント支援プログラム開発

ストレスマネジメント支援プログラムの実施に伴い，今後のプログラムの改善に向けて検討が必要な事項を認めた。本来，カウンセリングは自己成長の動機を抱いた者が自ら臨んでその支援を求めるものであるが，今回のプログラム参加は研究に協力するというかたちで臨んだ学生も多く，学生自身の動機づけも弱かったと考えられる。そして今回の調査では，主にイメージ法自体の効果を見ることを目的としたため，質問紙調査結果への影響を考慮し，本来行なわれるガイダンスを最小限にとどめた。しかし，心理特性についてガイダンスをすることだけでも自分自身の気づきを得て不安の軽減や自己成長への動機づけとなる場合もあるため，やはりガイダンスを確実に行なう必要があったと考える。

また，プログラム実施環境のカンファレンスルームでは他教員・他学生の影響を受けるため，2グループ目からは自宅での実施とした。イメージ法にはリラックス出来る環境が必要であり，この判断は妥当であったと言えるが，この修正に伴って1グループ目のプログラム実施方法による長所をも失う結果となった。プログラムを持ち帰って行なうならば，直接対応することでの利点（学生の状況に合わせたタッチング・励ましの言葉などのような癒される要素）をプログラム自体に組み込んでいく必要がある。また，学生がイメージを確実に作ることが出来たかや目標設定などを筆頭著者とともに振り返るなど，プログラムを筆頭著者とともに行なった際に行なわれるのと同様な支援の時間を作る必要があった。

さらに，プログラムの実施時期であるが，臨地実習に向けたプログラムであったため，実習中に行なうものを考えたが，実習中は想像以上に日々の記録・患者への援助や疾患に関する知識・技術の確認事項が多いことで学生は追い詰められたような状況となっており，学生のストレス源ともなっている。したがって，実習中に行なうプログラムとしては，記録記載形式の本プログラムのようなスタイルよりも，多忙な中にも行ないたくなるような映像化されたものや楽しんで行なえるプログラムの開発が必要と考えられる。

一般にイメージ法は初心者には難しく，とくに誘導イメージ法ではある程度の訓練を要すると言われている[39]。実習という緊張状態を強いられる特殊な状況下では訓練を受けていない者がイメージを作ることは困難であったと言える。イメージ法の準備として，施行者と対象者との関係形成や対象者がイメージしやすいようなリラックス法・呼吸法などを取り入れることが提唱されている[40]。イメージ法の導入に際し，学生がリラックスできる工夫をしていく必要があったであろう。自己の振り返りは傷みを伴う場合もあり，臨地実習という心理的な余裕のない時期に行なうのではなく，臨地実習開始以前に行ない，ストレス耐性を形成した上で実習に臨むというプログラム活用が望ましいと言える。

Ⅵ．おわりに

今回，臨地実習における学生の心理特性変化，ストレス対処法の実態を明らかにし，実習におけ

る学生の効果的な学習を支えるためのストレスマネジメント支援プログラムを実施し検討した。臨地実習は特殊な学習環境であり学びは多いが，その一方でストレス源の多い環境である。現段階では学生側のストレス耐性の準備がなされないままに臨地実習を行なっており，本プログラムを実習中に行なうよりはむしろ実習以前に行ない，学生のストレス耐性を高めることでより効果的な実習を行なうことができると考える。今後，臨地実習以前の学生に対する段階を踏んだストレスマネジメント支援プログラムの開発が必要である。

また本研究は対象人数や実習時期が限定されたものであり，本研究結果を一般化することは難しい。今後は本研究で用いた心理特性尺度による縦断調査から心理特性の特徴を比較し，介入プログラムを施行する時期や方法を検討する必要がある。特に学生の負担が少なく実習中でも施行可能な記録形式でない教材を活用したプログラムを検討し，引き続き臨地実習という特殊な学習環境に合わせたストレスマネジメント支援プログラムを検討していく必要がある。

今回，ストレスマネジメント支援プログラムの効果の評価には，主に学生の心理特性の変化によって評価してきたが，心理特性の改善が看護実践力の改善に確実につながっていくかという評価も看護の質の向上を検討していくうえで重要である。現在，看護の実践力や質を評価する指標がさまざまに検討されているが，今後は，看護実践力の評価尺度を分析したうえで，看護学生の看護実践力の評価尺度開発により，ストレスマネジメント支援プログラムの効果の客観的評価をしていく必要がある。

謝　辞

本研究をまとめるにあたり，ご協力いただいた学生および大学関係者の皆様に感謝申し上げます。

なお本論文は，2007年1月に提出した筑波大学大学院修士課程体育研究科スポーツ健康システム・マネジメント専攻における特定課題研究報告書の一部を加筆修正したものである。また本論文の内容は，第27回看護科学学会学術集会にて発表した。

文　献

1）日本看護協会：2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書．日本看護協会中央ナースセンター，2005.
2）布施敦子・大佐賀敦他：臨床実習に伴う看護学生の疲労感とSTAI特性不安との関連，日本看護学教育学会誌10(3)，11-20，2000.
3）辻岡芳美・沖野良枝他：看護学生の臨地実習における態度に関連する要因と体験による変化の分析（第1報）―アイデンティティ形成とストレス対処能力の視点から―，第34回日本看護学会論文集（看護教育），20-22，2003.
4）井瀧千恵子・門間正子他：看護学生の臨地実習後の感情とNK細胞活性に関する検討，札幌医科大学保健医療学部紀要(5)，51-55，2002
5）新山悦子，佐藤健二：看護学生の実習によるトラウマ―自由記述の収集と分類―．第35回日本看護学会論文集（看護教育）；169-171，2004.
6）宗像恒次：イメージスクリプト．日本保健医療行動科学会年報21；245-254，2006.
7）藤岡完治・屋宜譜美子編：看護教員と臨地実習指導者．医学書院（東京），85-98，2004.
8）杉森みど里：看護教育学 第3版．医学書院（東京），241，2000.
9）宗像恒次：ヘルスカウンセリング実践法のエビデンス．臨床看護29(13);1897-1912，2003.
10）宗像恒次・小森まり子他：ヘルスカウンセリングテキスト Volume Ⅰ.ヘルスカウンセリングインターナショナル；108，2004.
11）宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社（東京），18-19，2003.
12）前掲書6）248
13）宗像恒次：SAT療法．金子書房（東京），27-30，2006.
14）宗像恒次：行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社（東京），162，1987.
15）ヘルスカウンセリング学会編（宗像恒次監・橋本佐由理編）：ヘルスカウンセリング事典．日総研出版（東京），376-377，2004.
16）宗像恒次：新版行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社（東京），23，1990.
17）前掲書15）370-371
18）前掲書16）387
19）前掲書15）374-375
20）宗像恒次・吉羽一弘：自己カウンセリングで

成長する本．DANぽ（東京），32-33，1997.
21）前掲書15）368-369
22）樋口倫子・橋本佐由理：対人援助職を目指す学生のソーシャルスキル測定の試み．日本保健医療行動科学会年報19;195-216，2004.
23）中里克治・水口公信：新しい不安尺度STAI日本版の作成―女性を対象とした成績．心身医学会誌22(2);108-112，1982.
24）前掲書10）167
25）J.S.Greenberg:Comprehensive Stress Management 6th Edition.The McGraw-Hill Companies，1999. 服部祥子・山田冨美雄監訳：包括的ストレスマネジメント．医学書院，72-74，2006.
26）宗像恒次：人生をリセットしたいあなたに．三松株式会社（東京），152-169，2005.
27）Sherer，M.，Maddux，J.E. et al：The self-efficacy scale：Construction and validation. Psychological Reports，51;663-671，1982.
28）成田健一・下仲順子他：特性的自己効力感尺度の検討－生涯発達的利用の可能性を探る．教育心理学研究43(3);306-314，1995.
29）宗像恒次：都市住民のストレス源と精神健康度．精神衛生研究32；47-65，1986.
30）前掲書15）372-373
31）前掲書13）165
32）前掲書13）169-170
33）坂田成輝：心理的ストレスに関する1研究―コーピング尺度（SCS）の作成の試み．早稲田大学教育学部学術研究教育・社会教育・教育心理・体育編；61-72，1989.
34）前掲書16）21-22
35）Maxwell, C.：Sensitivity and accuracy of the visual analogue scale，a psycho-physical classroom experiment．British Journal of Clinical Pharmacology6；15-24，1978.
36）橋本佐由理・宗像恒次：ヘルスカウンセリングセミナーの教育効果の評価－第9報－，ヘルスカウンセリング学会年報9，67-76，2003.
37）野崎智恵子・布佐真理子他：1年間の経過からみた看護大学生の社会的スキルと自己効力感，生活体験の関連，東北大学医療技術短期大学部紀要11(2)，237-243，2002.
38）宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社（東京），18-19，2003.
39）荒川唱子・小板橋喜久代編：看護に生かすリラクセーション技法―ホリスティックアプローチ．医学書院，53-64，2004.
40）成瀬悟策編：催眠シンポジアムⅩ　イメージ療法．誠信書房（東京），3-24，1980.

Original Article

Support about the stress management to nursing student on clinical practice

—Practice and examination of the support program using imagery—

Eiko NAGAI[1], Sayuri HASHIMOTO[2]

Abstract

Early retirement of new comer nurses become a problem. This problem is the terrible quality situation which causes the lack of the manpower and the decline of the medical care. Improvement of nursing education on clinical practice is necessary to solve this problem. This study aimed to clarify the psychological characteristic of nursing student and improve stress management program for them. The stress management program did the intervention using imagery from May to September 2006 and it compared and examined the elapse of the intervention group and the non-intervention group. As a result of the intervention, their confidence as being a nurse ($p<.05$) and perceived of the emotional support network at the friend ($p<.05$) and the leader ($p<.10$) rose.

At each student, the improvement was difficult at the student who has negative experience in the growing history and during practice. In the future it must review the effective point and the way of the program including the improvement of negative image of the student of the individual.

Key words：Clinical Practice, Stress Management, Imagery, Nursing Student, Support Program

[1] Jichi Medical University, School of Nursing

[2] Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

原　著

炭加工材（電子蓄電材）を用いた空気改質装置の自律神経系に及ぼす影響

川上　勝[1)]，真砂涼子[2)]，宇城　令[1)]，大久保祐子[1)]
里光やよい[1)]，岩原臣男[3)]，秋月克文[4)]

抄録：室内空気を改善する目的で炭を改良して開発された電子蓄電材を用いた空気改質装置の自律神経活動に及ぼす影響を検討した。健康成人女性を対象に，霧化発生装置を置いた条件（霧条件），および同装置に電子蓄電材を装着した条件（エントレ条件）において計算課題によるストレス負荷を与え，心拍数，血圧，皮膚温，唾液アミラーゼ活性の変化を比較した。対照として通常空気内にて安静座位で過ごす条件も行った。その結果，心拍数，血圧，皮膚温では条件間に有意な違いは確認されなかった。一方，唾液アミラーゼ活性は，霧条件において課題後に安静時と比較して有意な増加を示し，対照条件との間にも有意な差が認められた。エントレ条件では，課題後に対照条件と同じレベルに戻っていた。これらのことから，電子蓄電材を用いた空気改質装置は心臓・血管系の自律神経系への影響は少ないが，霧化発生装置のみを使用するよりもストレス回復を促進させる可能性が示唆された。

キーワード：ストレス負荷，自律神経活動，唾液アミラーゼ活性

Ⅰ．はじめに

日常の生活空間である室内環境は生命を維持するために欠かせないものであり，その質の低下は健康に直接影響を与えるものである。近年では，アレルギー性疾患，シックハウス症候群の罹患者の増加に伴い，室内環境の衛生管理が関心を集めている。また，近年では室内環境改善へのニーズの高まりを受け，オフィスなどで，空間の中に香りを流し作業効率の向上や気分転換に役立てるなど，積極的な効果を期待した居住空間の演出も行われるようになり，居住空間の環境管理に用いられる機器･装置が開発されるようになった。空気清浄機などを使用する家庭も増加しており，医療・福祉施設への普及もすすめられている[1)]。

このような中，室内空気を改良するものとして，炭の効果がより注目されるようになった。炭は古くから室内空気の清浄化や消臭等を目的として活用されているものの一つである。近年では，さまざまな形状に加工され，家庭でも気軽に活用されている。また，シックハウス症候群を代表とした住宅環境汚染対策として，木炭を微粉末し塗料化した木炭塗料を用いて空気質改善を目的とした研究も行われている[2) 3)]。

室内空気の改善を目的として，平成12年に炭を改良した空気改質用電子蓄電材（以下エントレ）が開発された。このエントレは，一定条件の木質系炭とセラミックを結合材で混合した液状の物体で，開発者の秋月によって「エントレ」と名付けられた。 エントレとは，物体の酸化 還元の度合のうち，バランスが均衡した状態を 「0」として還元域にある事をいい，数値が多い程，より還元性が強い事をさす。そのため，マイナスイオンの発生，脱臭，除菌，調湿などに加え，食物の防腐

[1)] 自治医科大学看護学部
[2)] 群馬パース大学保健科学部看護学科
[3)] 岩原住宅販売株式会社
[4)] 株式会社バイオカーボン研究所

作用や農作物の生育を促進が期待できる。また，その性状から建材塗料，シートなどへ加工が容易に行え応用範囲が広いという特長がある。たとえば，ドアなどで区切られた室内で，一定時間継続してエントレが添着された筒状の材料に空気を通過させると，プラスイオン及びマイナスイオンが通常環境より多く存在する空間を作り出す事ができる。

このような性質をもった素材の活用法を提案するためには，その安全性と有効性を検証することが重要である。本研究では，エントレを用いた空気改質装置の身体に及ぼす影響について自律神経系指標の変化から検討した。

Ⅱ．研究方法

１．対象

被験者は，健康な女子学生8名（年齢19-21歳）とした。すべての被験者には事前に本研究の主旨，実験手順，実験条件および測定内容について口頭および文書で説明し，実験参加の意志を確認し，書面で同意を得た。測定指標への影響を考慮し，被験者には実験前日より激しい運動，アルコール摂取を控えることと，6時間以上の睡眠が取れるように心がけるよう指示した。また，実験開始時刻の4時間前からのカフェインの摂取，並びに3時間前からの食物の摂取はしないよう依頼した。これらの指示内容が守られていることを実験開始直前に口頭にて確認した。すべての実験は2007年3月13日～3月23日の期間に実施した。

２．実験条件

実験は室温約26～27℃，相対湿度40～50％に設定された実験室内（自治医科大学看護学部共同実験室）において実施した。

実験は，超音波による霧化発生装置を置いた条件（霧条件），およびエントレを添着した紙筒（還元域650mm：エントレ650）を筒状に束ねたものを霧化発生装置（図1）の送風口に置いた条件（エントレ条件），霧化発生装置を使用せず安静座位で過ごす対照条件の3条件行った。霧化発生装置は被験者から約2メートル離れた場所に設置し，ファンで送られた空気が直接被験者に当たらないようにした。霧化した空気は，サーキュレーターを天井に向けて運転し，空気を還流させた。霧化条件とエントレ炭条件はそれぞれ別の日に実施した。

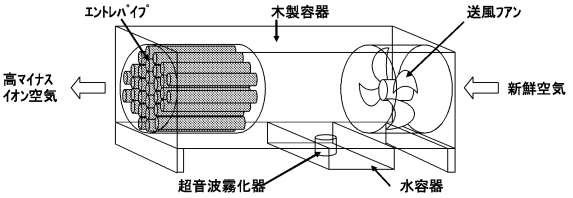

図１　霧化発生装置
（エントレを添着した紙筒を装着した図）

空気中のイオン発生状況については，霧化発生装置を設置した場所より約2メートル離れた位置にイオン測定装置（エアーイオンカウンタFIC2000，フィーサー社製）を設置し室内のイオン計測を行った。対照条件ではイオン総数が少ないだけでなく，プラスイオンに比べマイナスイオンが少なかった（イオン総数：645個/cc，マイナスイオン数：257個/cc（39.8％），プラスイオン数：388個/cc（60.2％））。一方，霧化条件では対照条件と比べイオン総数が多かった（イオン総数：2841個/cc）。また，マイナスイオンはプラスイオンに比べ多かった（マイナスイオン数：1612個/cc（56.7％），プラスイオン数：1229個/cc（43.3％））。エントレ条件では霧化条件と比べ，マイナスイオンとプラスイオンの両方が増えた（イオン総数：3046個/cc，マイナスイオン数：1701個/cc（55.8％），プラスイオン数：1345個/cc（44.1％））。（図２）。

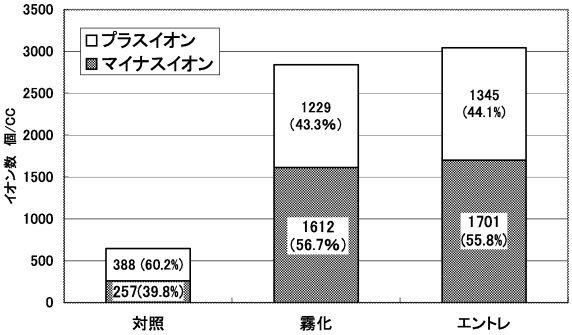

図２　各条件におけるイオン数

３．実験手順

被験者は測定開始30分前に実験室に入室し，同一の長袖上着，ズボンを着用後，実験終了まで椅子での座位を保持した。被験者へのすべての測定用機器取り付けを確認し，実験を開始した。

各実験は，5分間の安静（前安静），10分間の計算課題（対照条件では安静座位を保持），10分間

の安静（課題後安静）から構成された（図３）。尚，計算課題は，任意の4桁の数値から13を引き算し続けるもので，被験者に精神的なストレス負荷を与えるために実施した。

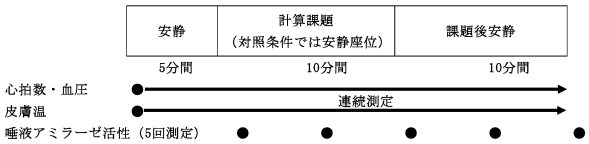

図３　実験手順

４．測定項目

測定項目は，心拍数，血圧（収縮期および拡張期血圧），皮膚温，唾液アミラーゼ活性である。

心拍数は，胸部3箇所に心電図電極を装着しA-MA-98（アイロテックニューロサイエンス有限会社）を介して測定した。血圧は左上腕にマンシェットを装着し自動血圧計HEM-770A（オムロン株式会社）を用い，5分毎に測定した。皮膚温は，熱電対用温度ロガーLT-6（Gram社）を用い，熱電対（銅-コンスタンタン）を胸部，左前腕，左下肢の3部位に貼布し2秒のインターバルで測定した。アミラーゼ活性は，ココロモニター（ニプロ）を用い，唾液中のアミラーゼを5分毎に測定した。

心電図および皮膚温については，データ収集システム（intercross-310，インタークロス）を介してサンプリング周波数250Hzで連続的にパーソナルコンピュータ（Inspiron2650, Dell）に取り込み記録した。

５．データ処理および統計解析

心拍数，血圧（収縮期血圧および拡張期血圧），皮膚温について，前安静，課題中5分，課題終了時，課題後安静5分，課題後安静10分の各被験者の時間帯ごとに平均値を算出した。さらに，血圧，皮膚温，唾液アミラーゼ活性については，課題前安静値を1としてその後の時間帯ごとに相対値を算出し，統計解析データとして用いた。

各測定データにおける条件間の有意差検定には，繰り返しのある二元配置分散分析（因子：条件×時間帯）を用いた。また，条件内の経時変化を確認するために，繰り返しのある一元配置分散分析（因子：時間帯）を行い，前安静との多重比較としてBonferroni /Dunn post-hoc testを用いた。いずれの場合も危険率5％以下を有意とした。なお，すべてのデータは平均値±標準誤差であらわした。

Ⅲ．研究結果

１．心拍数及び血圧

心拍数の変化を図４に示す。計算課題開始後5分から課題終了まで，霧条件で心拍数は有意な上昇を示し，課題後安静5分から10分には低下して前安静の状態まで戻った。エントレ条件も有意ではなかったが，霧条件と同様の傾向を示した。対照条件の心拍数は課題後5分までやや上昇していたが有意な変化は認められなかった。

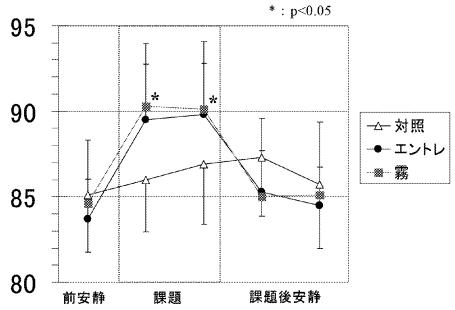

図４　心拍数の変化（平均値±SE）

収縮期血圧は，エントレ条件で課題終了時および課題後5分にやや上昇したが，有意な変化ではなかった（図５）。また，対照条件および霧条件でも有意な変化は認められなかった。拡張期血圧は，エントレ条件および霧条件において課題終了時に上昇したが，有意な変化は認められなかった（図５）。

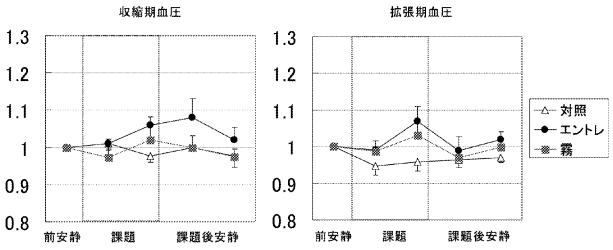

図５　血圧の変化
（安静を１とした時の変化率の平均値±SE）

２．皮膚温

皮膚温の変化を図６に示す。左下肢の皮膚温は，エントレおよび霧条件で時間の主効果が認められた。エントレ条件では前安静と比較して課題終了から課題後10分までは有意に低下していた（図６左）。霧条件および対照条件でも有意な差はなかったが課題後5分から低下が認められた（図６左）。

前腕の皮膚温は，霧条件で時間の主効果が認められ，課題後5分から低下を始め，課題後10分で

は前安静と比較して有意な低下を示した（図６中）。対照条件でも同様の変化を示したが，有意な差はなかった。エントレ条件では時間の経過による有意な変化は認められなかった。

胸部の皮膚温は，いずれの条件でも有意な変化は認められなかった（図６右）。また，左下肢，前腕および胸部の皮膚温において，各条件間に有意な差はなかった。

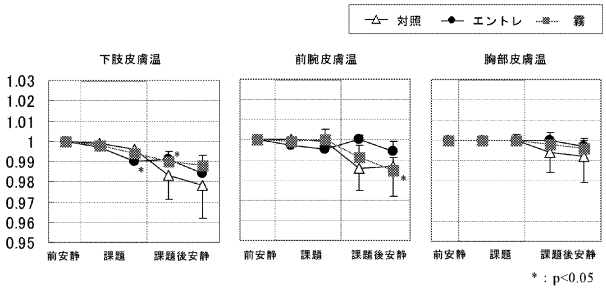

図６　皮膚温の変化
（安静を１とした時の変化率の平均値±SE）

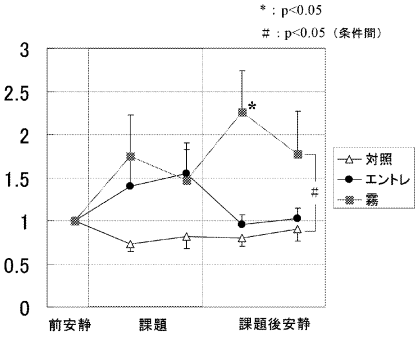

図７　唾液アミラーゼ活性の変化
（安静を１とした時の変化率の平均値±SE）

３．唾液アミラーゼ活性

唾液アミラーゼ活性は条件による主効果が認められ，条件と時間帯での交互作用が認められた。条件間では，対照条件と比較して霧条件が有意に高い値を示した。霧条件でのみ，課題後5分に前安静と比較して有意な増加が認められた（図７）。

Ⅳ．考察

本検討において，エントレを用いた空気改質装置を使用した場合，心拍数，血圧，皮膚温では条件間に有意な差が認められなかった。しかし，唾液アミラーゼ活性において，霧化発生装置のみを使用した場合は計算課題後に数値が上昇するのに対し，エントレを用いた空気改質装置を使用した場合には課題後に対照条件と同じレベルに戻ることが明らかとなった。

心拍数と血圧は，条件間での有意な変化はなく，計算課題により上昇を示し，課題終了後に安静の状態に速やかに戻っていた。このことから，心拍数と血圧にはエントレを用いた空気改質装置による心臓・血管系への影響はないと考えられた。

また，胸部の皮膚温はいずれの条件でも時間経過による差は無く，体幹部の皮膚温に対するエントレを用いた空気改質装置の影響も認められなかった。下肢の皮膚温はいずれの条件でも課題終了時，課題後5分，10分に低下しており，安静座位を続けたことにより末梢部の皮膚温が低下することが推察された。前腕の皮膚温も下肢の皮膚温と同様の変化を示しており，末梢部の皮膚温への影響は安静状態を継続したことによる影響が大きいと考えられる。

これらの心拍，血圧，皮膚温の変化は，計算課題と安静状態を継続したことによる影響を示しているが，エントレを用いた空気改質装置と対照条件および霧化発生装置との間に有意な差がないことから，エントレによる心臓・血管系の自律神経活動への影響は少ないことが考えられた。

一方，唾液アミラーゼ活性は，霧化発生装置のみを使用した場合のみ課題後5分に前安静と比較して有意な増加を示し，対照条件との間にも有意な差が認められた。エントレを用いた空気改質装置を使用した場合には課題中に霧条件と同レベルの値を示すが，課題後5分には対照条件と同じレベルに戻っており，霧化発生装置のみを使用した場合よりもストレス回復が早い可能性を示した。唾液アミラーゼは，交感神経系の直接神経作用とノルエピネフリン作用の両作用で分泌されている。特に，応答時間が数分以内の反応は交感神経系の直接神経作用によるものであると言われている[4]。山口の報告では，唾液アミラーゼ活性は健常者に簡単な足し算を15分間行わせたときに上昇を示し，その後30分かけてゆるやかに課題前の値に戻っている[5]。本検討での課題時間は，その報告より短いが，霧化発生装置のみを使用した場合では課題後10分で安静時の平均値に戻っていないのに対し，エントレ条件では課題後5分にはすでに安静時の値に戻っていることから，エントレを用いた空気改質装置は交感神経系に作用し計算課題後のストレス負荷の軽減を促進する可能性が考えられた。

V．おわりに

エントレを使用した空気改質装置の安全性と有効性を検討することを目的とした本研究において，エントレを用いた空気改質装置は，唾液アミラーゼ活性は，霧化発生装置のみを使用した場合のみ課題後5分に前安静と比較して有意な増加を示し，対照条件との間にも有意な差が認められた。エントレを用いた空気改質装置を使用した場合には課題中に霧条件と同レベルの値を示すが，課題後5分には対照条件と同じレベルに戻っており，霧化発生装置のみを使用した場合よりもストレス回復が早い可能性を示した。

エントレおよびこの素材を用いた空気改質装置は，ストレス回復促進効果が示され，快適な生活空間をつくりだすための素材・装置として活用できる可能性が示された。本検討でのエントレを用いた空気改質装置の使用は比較的短時間で行ったため，今後より安全性が高く実用性を向上させるためには，長時間使用した場合の身体への影響の評価や計算課題以外の精神的ストレスおよび身体的ストレス負荷への軽減効果について検討する必要がある。

文　献

1）市立甲府病院：病室の空気を脱臭・消臭で院内感染を防ぎ，快適に．ホッとらいふ, 34, 2005

2）白濱毅，吉松道晴，寺沢充夫：木炭塗料を用いた室内環境改善による人体への影響―血液状態・乳酸値・血糖値変化―．電子情報通信学会技術研究報告（MEとバイオサイバネティックス），104(755);1-4, 2005.

3）白濱毅，吉松道晴，寺沢充夫：木炭塗料を用いた室内環境改善効果―室内の空気イオン数の変化―．電子情報通信学会技術研究報告（ＭＥとバイオサイバネティックス），104(755);5-8, 2005.

4）山口昌樹：バイオマーカーによる生体計測②ストレスの定量評価．臨床栄養, 107(7);801-809, 2005.

5）山口昌樹，金森隆裕，金丸正史，水野康文，吉田博：唾液アミラーゼ活性はストレス推定の指標になり得るか．医療電子と生体工学，39(3);234-239, 2001.

謝　辞

本研究を進めるにあたり実験にご協力いただきました被験者の皆様に感謝を申し上げます。

Original Article

Effect of air reforming device using engineered charcoal on autonomic nervous system

Masaru Kawakami[1)], Ryoko Masago[2)], Rei Ushiro[1)], Yuko Okubo[1)]
Yayoi Satomitsu[1)], Tomio Iwahara[3)], Katsufumi Akiduki[4)]

Abstract

We investigated the effect on the autonomic nervous system of an air reforming device using an electronic capacitor, which was developed through the improvement of charcoal to reform indoor air quality. In healthy adult women, heart rate, blood pressure, skin temperature, and salivary amylase activity under mist generation conditions (mist condition) were compared with the same factors under a mist generator with an electronic capacitor condition (entre condition) under the stress load of calculation tasks. In addition, the subjects were in the seated resting position in ambient air as the control condition. The results showed no significant differences in heart rate, blood pressure, or skin temperature between the two tested conditions. Salivary amylase activity was significantly increased after tasks compared with the seated resting position under the mist condition, showing a significant difference compared with the control condition. Under the entre condition, salivary amylase activity returned to the same level as under the control condition after the calculation tasks. Therefore, it was suggested that an air reforming device using an electronic capacitor has limited effect on the cardiovascular and autonomic nervous systems and has a greater possibility of accelerating recovery from stress compared with the mist generator alone.

Key words：stress load, autonomic activity, salivary amylase activity

[1)] Jichi Medical University, School of Nursing
[2)] Gumma Paz College, Faculty of Health Science, School of Nursing
[3)] Iwahara Jutaku Hanbai
[4)] Bio Carbon Institute Co., Ltd

原　著

平常時における感染症の発生予防に関わる保健所保健師の役割

工藤奈織美[1)]，舟迫　香[2)]，青木さぎ里[3)]，塚本友栄[1)]，鈴木久美子[1)]，春山早苗[1)]

抄録：本研究の目的は，保健所の感染症発生予防に関わる活動の実態を調べ，感染症発生予防対策における平常時の保健所保健師の活動の視点と方法を明らかにし，保健所保健師の感染症発生予防活動への示唆と今後の課題を提起することである。全国の保健所518カ所の感染症担当保健師を対象に，医療・福祉・教育機関および住民への働きかけと保健師の役割について質問紙調査を実施した。その結果，保健師は「感染防止対策」や「感染症の知識・情報の提供」のために働きかけることが多く，「相談対応」の役割を持って活動しており，関係機関や住民への健康教育は約9割の保健所が実施していた。平常時の保健所保健師の感染症予防活動として，「医療監視や施設指導を契機とした感染症予防のための働きかけ」，「教育機関の自主的取り組みへの支援と関係づくり」，「住民や関係機関へのさまざまな事業を活用した感染症予防のための啓発活動」，「住民や関係機関に対する相談対応」の重要性が示唆された。今後は，これらの課題に対する具体的な活動の視点と方法について検討していく必要がある。

キーワード：感染症発生予防，保健所保健師，平常時の活動

Ⅰ．はじめに

感染症の対策は，感染症発生時の対応と共に感染症の発生を予防することが重要であり，それには感染症の発生に備えた平常時の体制づくりが求められる。保健所は公衆衛生の中心的機関であり，感染症対策における地域の拠点であることから，感染症へのきめの細かい個別対応とその地域全体の体制づくりに対する役割が求められている[1)]。そうした中で，保健所保健師は感染症対策に関わる対人支援の第一線で活動しており，監視業務等の活動を通して他職種と連携しながら日々の活動を展開している。

感染症担当保健師は少数配置であるが故に，看護専門職としてより自立した判断と活動が求められているものの，活動の必要性を判断する視点や活動方法は明確になっていない。また，保健所内の他職種との協働においてどのような役割を担っているのか，感染症予防や感染症発生に備えた平常時の活動実態も明らかになっていない。諸外国では公衆衛生看護職の感染症対策に関わる活動の研究は見あたらない。国内では健康危機事例の一つとして感染症を取り上げ，保健所保健師の機能・役割が明らかにされている[2)]が，感染症集団発生に焦点が当てられており，平常時の活動については課題が提示されているにとどまっている。また同研究では現任教育にも触れられているが，自然災害発生事例に焦点を当てており，感染症対策に関わる保健師の現任教育のあり方等は示されていない。そのために，保健所保健師の感染症対策に必要な能力育成のための現任教育に関しても，十分ではない現状である。

本研究の目的は，感染症の発生予防に関わる保健所の活動の実態を調べ，感染症対策における平常時の保健所保健師の活動の視点と方法を明らかにし，保健所保健師の感染症発生予防活動への示唆と今後の課題を提起することである。

[1)] 自治医科大学看護学部
[2)] 栃木県県南健康福祉センター
[3)] 前自治医科大学看護学部

Ⅱ．研究方法

１．調査対象

調査対象は，全国の都道府県型保健所394カ所，並びに市区型保健所124カ所全ての感染症担当保健師とした。感染症担当保健師が複数いる場合は１保健所につき代表者1名を，感染症担当保健師がいない場合には感染症業務を担っている保健師のうち代表者1名を対象とした。

２．調査項目

1）調査対象の保健師勤務年数，感染症担当経験年数，感染症担当保健師数，感染症担当者数
2）医療監視のメンバーと，メンバーに保健師が入っている場合の保健師の入り方と役割
3）施設監視・集団給食実施施設指導のメンバーと，メンバーに保健師が入っている場合の保健師の入り方と役割
4）教育委員会や教育機関への感染症予防のための働きかけの有無とその内容
5）保健所保健師が関わった感染症予防のための健康教育や研修の実施状況
6）感染症予防のために管轄市町村や管内施設，住民等を対象に行った活動

３．調査方法

はじめに文献検討，並びに，保健所保健師と他職種への面接調査により平常時の活動状況を詳細に調べた。その結果に基づき，調査項目を検討し，郵送による自記式質問紙調査を実施した。

調査期間は，平成19年12月10日～平成20年2月4日であった。

回収数（率）は都道府県型保健所（以下，都道府県型とする）で230名（58.4％），市区型保健所（以下，市区型とする）で62名（50.0％）であった。

質問紙は無記名とし，調査の趣旨，個人や自治体が特定できるような表記はいかなる場合にも用いないこと，調査への協力は自由意思であること，本研究以外の目的に使用することはないことを明記した文書を質問紙と同封した。質問紙の返送をもって，調査への同意が得られたとみなした。

４．分析方法

選択肢および数値記入による回答については都道府県型保健所，市区型保健所に分けて集計し分析した。分析はSPSS　Ver15.0を用いて，ｔ検定およびカイ二乗検定を行った。自由記載部分の回答に関しては，意味内容の共通性により分類し，その内容を表した。

Ⅲ．研究結果

１．調査対象の概要（表１～４）

都道府県型保健所では，保健師経験年数は「20～24年」の者が最も多く58名（25.2％），次いで「25～29年」が50名（21.7％）と20年以上が6割以上であった。感染症担当年数は，「5年以上」が最も多く60名（26.1％），「2年目」が52名（22.6％）で，１保健所あたりの感染症担当保健師数は，「2名」が最も多く70カ所（30.4％），次いで「1名」が66カ所（28.7％），「3名」が46カ所（20.0％）で，「3名以下」が全体の8割を占め，平均2.6±1.7名であった。感染症担当者について職種別に回答を求めたところ，「放射線技師」が148カ所（64.3％）で平均1.1人，「事務職」が85カ所（37.0％）で平均1.4人，「医師」が63カ所（27.0％）で平均1.0人の順に多かった。

市区型保健所では，保健師経験年数は「20～24年」が最も多く15名（24.2％），「25～29年」が12

表1　自治体保健師としての勤務年数

年数	都道府県型 N=230	市区型 N=62
	人（％）	人（％）
3年未満	10（4.3）	3（4.8）
3～4年	7（3.0）	2（3.2）
5～9年	16（7.0）	8（12.9）
10～14年	13（5.7）	7（11.3）
15～19年	41（17.8）	11（17.7）
20～24年	58（25.2）	15（24.2）
25～29年	50（21.7）	12（19.4）
30年以上	33（14.3）	4（6.5）
不明・無回答	2（0.9）	0（0.0）

表2　保健師の感染症担当年数

年数	都道府県型 N=230	市区型 N=62
	人（％）	人（％）
1年目	45（19.6）	11（17.7）
2年目	52（22.6）	20（32.3）
3年目	40（17.4）	7（11.3）
4年目	30（13.0）	6（9.7）
5年目以上	60（26.1）	17（26.1）
担当経験なし	2（0.9）	1（1.6）
不明・無回答	3（1.3）	1（1.6）

名（19.4％）と20年以上が約5割であった。感染症担当年数は，「2年目」が20名（32.3％），「5年以上」が17名（26.1％）であった。1保健所あたりの感染症担当保健師数は「3名」が最も多く15カ所（24.2％），次いで「4名」が10カ所（16.1％）であり，平均3.8±2.4名であった。感染症担当者を職種別に見ると，保健師以外では「事務職」が49カ所（79.0％）で平均2.1人，「放射線技師」が37カ所（59.7％）で平均1.1人，「医師」が31カ所（50.0％）で平均1.1人の順であった。

1保健所あたりの感染症担当保健師数は，都道府県型と市区型では有意な差が認められた（$p<0.05$）。

2．医療監視および施設監視・指導

保健師が医療監視のメンバーに入っている保健所は，都道府県型で177ヵ所（77.0％），市区型で30ヵ所（48.4％）であった。保健師が医療監視のメンバーである場合の入り方は，都道府県型では「毎回」が150ヵ所（84.7％），「必要に応じて随時」が23ヵ所（13.0％）であり，一方の市区型では「毎回」が15ヵ所（50.0％），「必要に応じて随時」が11ヵ所（36.7％）であり，医療監視に保健師が毎回入ると答えたのは都道府県型で多かった。医療監視メンバーで多かった職種は，都道府県型では薬剤師，診療放射線技師，医師，管理栄養士，事務職で8割以上で，市区型では医師，診療放射線技師，事務職で６～７割であった。

医療監視における保健師の役割（表５）は，都道府県型・市区型ともに「院内感染防止対策（感染症が発生した場合に感染拡大を防止するための対策を含む）の確認・指導」が最も多く５割以上で，次いで「看護体制」，「医療事故防止・医療安全管理体制」の順であった。

保健師が高齢者福祉施設指導のメンバーに入っているのは，都道府県型で62ヵ所（27.0％），市区型で16ヵ所（25.8％）であった。その場合の保健師の入り方は，都道府県型では「毎回」が31ヵ所（50.0％），「必要に応じて随時」が27ヵ所（43.5％）で，市区型では「毎回」が10ヵ所（62.5％），「必

表3　感染症担当保健師数

人数	都道府県型 N=230	市区型 N=62
	人(%)	人(%)
0人	0(0.0)	2(3.2)
1人	66(28.7)	8(12.9)
2人	70(30.4)	7(11.3)
3人	46(20.0)	15(24.2)
4人	19(8.3)	10(16.1)
5人	13(5.6)	7(11.3)
6人	5(2.2)	7(11.3)
7人以上	9(2.6)	5(8.0)
不明・無回答	2(0.9)	1(1.6)

表4　感染症担当職種

＜複数回答＞

職種	都道府県型		市区型	
	該当数(%)	平均人数	該当数（%）	平均人数
保健師	228(99.1)	2.0	59(95.2)	4.6
放射線技師	148(64.3)	1.1	37(59.7)	1.1
栄養士	10(4.3)	1.0	2(3.2)	2.0
医師	63(27.0)	1.0	31(50.0)	1.1
事務職	85(37.0)	1.4	49(79.0)	2.1
薬剤師	19(8.3)	1.6	6(9.7)	1.7
その他	161(70.0)		22(35.5)	
無回答・不明	2(0.9)		0 (0.0)	

要に応じて随時」が5ヵ所（31.3%）であった。保健師の役割は，都道府県型・市区型ともに「感染症対策」が最も多く約５割であった（表６）。

障害者福祉施設や児童福祉施設への指導のメンバーに保健師が入っている保健所は，都道府県型，市区型ともにごく少数であった。

３．教育機関への働きかけ（表７）

感染症予防のために保健所として教育機関に働きかけたことがあると回答したのは，都道府県型で180ヵ所（78.3%），市区型で54ヵ所（87.1%）であった。教育委員会への働きかけの内容は，都道府県型，市区型ともに「教育委員会を通じて委員会所管の教育機関へ感染症の知識・情報の提供」が７割以上と最も多かった。「日頃の情報交換，保健所と教育委員会の信頼関係の構築」については都道府県型では69ヵ所（38.3%）と半数に満たなかったが，市区型で34ヵ所（63.0%）と６割を超えていた。また，「感染症予防・備えについて教育委員会の自主的取り組みへの支援」は，都道府県型で51ヵ所（28.3%），市区型で20ヵ所（37.0%）であった。その他では，都道府県型で「感染症研修会・講演会の開催，研修での情報提供」等があった。教育機関への働きかけでは，都道府県型，市区型とも多い順に「感染症の知識・情報の提供」，「感染症予防・備えについて教育機関の自主的取り組みへの支援」，「日頃の情報交換，保健所との信頼関係の構築」であった。その他では，都道府県型で「教員等を対象とした感染症予防のための研修会等の開催」や「養護教諭対象の研修会等の開催，情報交換会議」等があった。

表5　医療監視における保健師の役割

役割	都道府県型 N=177	市区型 N=30
	数(%)	数(%)
院内感染対策（感染症が発生した場合に感染拡大を防止するための対策）の確認・指導	97(54.8)	16(53.3)
看護体制（看護記録、助産録、業務管理、勤務体制、看護師や看護サービスの質等）	80(45.2)	9(30.0)
医療事故防止・医療安全管理体制	37(20.9)	7(23.3)
施設の管理状況（院内巡視、病床の定数、病室環境、新生児室の管理、病棟管理、廃棄物処理）	27(15.3)	2(6.7)
職員の健康管理	19(10.7)	4(13.3)
診療体制（診療録、医薬品・医療用具等の管理等）	16(9.0)	4(13.3)
医療従事者数、職員の就業管理・委託契約	4(2.3)	1(3.3)
看護の質向上のための働きかけ（研修体制の確認等）	2(1.1)	1(3.3)
その他	1(0.6)	1(3.3)
実務はせず	1(0.6)	0(0.0)
無回答	21(11.9)	7(23.3)

表6　施設監視・集団給食実施施設指導における保健師の役割ー高齢者福祉施設ー

役割	都道府県型 N=62	市区型 N=16
	数(%)	数(%)
医療看護体制（薬品管理、衛生管理、看護計画指導、リハビリ、利用者の健康管理）	12(19.4)	4(25.0)
介護体制（入所者の処遇、ケアプラン指導等）	15(24.2)	2(12.5)
身体拘束・虐待への対応、人権への配慮	1(1.6)	1(6.3)
施設の管理状況	1(1.6)	0(0.0)
職員の健康管理	3(4.8)	1(6.3)
感染症対策（発生時の連絡方法、消毒手洗い指導、ﾏﾆｭｱﾙ確認等含む）	29(46.8)	8(50.0)
感染症発生時の調査と保健指導	3(4.8)	1(6.3)
事故予防・安全対策（機能訓練事故対策等含む）	3(4.8)	4(25.0)
その他	1(1.6)	1(6.3)
無回答	16(25.8)	4(25.0)

*介護老人保健施設への指導も含む

表7　教育機関への働きかけの内容

働きかけの内容		市区型(N=54)	都道府県型(N=180)
		数(%)	数(%)
教育委員会	委員会を通じて、委員会所管の教育機関へ感染症知識・情報提供	44(81.5)	126(70.0)
	感染症予防・備えについて、委員会の自主的取り組み支援	20(37.0)	51(28.3)
	日頃の情報交換、保健所と委員会の信頼関係の構築	34(63.0)	69(38.3)
	その他		
	・各市の学校結核対策委員会への参加		3(1.7)
	・感染症研修会・講演会を単独又は共催で開催、研修の情報提供		9(5.0)
	・麻疹対策に関する委員会の共催や協議		2(1.1)
	・不明，他		4(2.2)
教育機関	個々の教育機関へ感染症知識・情報提供	42(77.8)	120(66.7)
	感染症予防・備えについて、個々の教育機関の自主的取り組み支援	22(40.7)	59(32.8)
	日頃の情報交換、保健所と個々の教育機関との信頼関係の構築	21(38.9)	54(30.0)
	複数の教育機関と保健所とのネットワーク構築	8(14.8)	17(9.4)
	その他		
	・学校長や教員を対象に感染症予防のための研修会や講演会の開催		9(5.0)
	・養護教諭を対象に研修会や講話、教育研究会等養護教諭への助言、養護教諭との情報交換会議		5(2.8)
	・その他の衛生教育や研修会の開催	2(3.7)	
	・ノロウィルス等感染症発生に伴う対応指導		4(2.2)
	・情報提供（研修含む）や相談対応等個々の機関への働きかけ	1(1.9)	4(2.2)
	・その他		2(1.1)

表8　保健所保健師が関わった感染症予防のための健康教育や研修の実施状況ー住民対象ー

対象			実施回数			実施の機会			
			実施	未実施	計	単独実施	他の事業と一緒	単独実施と他の事業と一緒	無回答
住民	市区型	数	27	35	62	17	6	2	2
		%	43.5	56.5	100.0	63.0	22.2	7.4	7.4
			○平均 10.1 回、最高 188 回			○一緒に実施している事業(N=8) 高齢者大学、健康祭、地区健康教室、介護予防教室(2)、子育てサロン、大学祭、人権フェスティバル			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数（%）				
			・保健所医師		6(22.2)				
			・市町村保健師		4(14.8)				
			・保健所事務職員		1(3.7)				
			・その他		4(14.8)				
			・不明		1(3.7)				
	都道府県型	数	69	161	230	38	24	3	4
		%	30.0	70.0	100.0	55.1	34.8	4.3	5.8
			○平均 0.89 回、最高 22 回			○一緒に実施している事業(N=27) シルバー人材や老人会、他高齢者向け健康教育・研修会(5)、健康推進員、食生活改善推進員、民生委員研修会(4)、糖尿病等健康づくり活動、市町村事業(3)、デイケア、心の健康教室、思春期相談活動(3)、学校保健委員会、ＰＴＡ向け健康教育(2)、健康まつり(2)、その他(4)			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
			・保健所医師		19(27.5)				
			・市町村保健師		3(4.3)				
			・管理栄養士		3(4.3)				
			・放射線技師		3(4.3)				
			・保健所事務職員		3(4.3)				
			・病院スタッフ		2(2.9)				
			・その他		7(10.1)				
			・不明		4(5.8)				

４．住民や関係施設等への働きかけ

１）感染症予防の健康教育等の実施状況

平成18年度に住民・施設・業者・医療機関等を対象に保健所保健師が関わって感染症予防のための健康教育や研修会を1回以上実施した保健所は，都道府県型が207ヵ所（90.0％）で平均実施回数は6.6±8.1回，市区型が55ヵ所（88.7％）で平均実施回数は15.2±33.9回であった。

住民対象の健康教育（表８）は，都道府県型では69ヵ所（30.0％）と３割で実施していて，そのうち単独実施が38ヵ所（55.1％），他事業と一緒に実施が24ヵ所（34.8％），単独実施と他事業と一緒に実施が3ヵ所（4.3％）であった。市区型では27ヵ所（43.5％）と約４割が実施していて，単独実施が17ヵ所（63.0％），他事業と一緒に実施が6ヵ所（22.2％），単独実施と他事業と一緒に実施が2ヵ所（7.4％）であり，都道府県型，市区型ともに単独実施が半数以上であった。住民を対象とした健康教育等の実施率には，都道府県型と市区型で有意な差が認められた（$p<0.05$）。

福祉施設，教育機関等を対象とした健康教育等（表９）は，都道府県型で186ヵ所（80.9％），市区型で47ヵ所（75.8％）が1回以上実施しており，実施した施設で多かったのは都道府県型，市区型ともに「高齢者福祉施設」であり，次いで「保育園・幼稚園」であった。

食品衛生および環境衛生対象業者を対象とした健康教育等の実施状況（表10）は，都道府県型ではどちらも20％弱，市区型では1割に満たなかった。都道府県型の場合，食品衛生対象業者では単独実施が24ヵ所（55.8％）であり，逆に環境衛生対象業者では他講習会等他事業と一緒に実施が22ヵ所（62.9％）と多かった。環境衛生対象業者への健康教育等の実施状況は，都道府県型と市区型で有意な差が認められた（$p<0.01$）。

医療機関を対象とした健康教育等は，都道府県型，市区型ともに３割程度の実施率で，そのほとんどは単独実施であった。

その他の健康教育等（表11）は，都道府県型では管内保健師や市町村等行政職員，事業所・企業，在宅福祉サービス提供者および介護サービス事業所等を，市区型では在宅福祉サービス提供者および介護サービス事業所等を対象として実施していた。

２）感染症予防のために住民や管轄市町村および関係施設等を対象に行った活動（表12）

保健所保健師が関与した感染症予防活動で多かったのは，都道府県型では「相談対応」が192ヵ所（83.5％）で最も多く，対象は住民，高齢者福祉施設，教育機関であった。次いで多かったのは「市町村への情報提供」で145ヵ所（63.0％）であり，その対象は市町村母子保健担当者，市町村成人保健担当者等であった。市区型でも同様に「相談対応」が最も多く57ヵ所（91.9％）であり，対象は高齢者福祉施設，住民，教育機関の順に多かった。次いで「他部署への情報提供」が43ヵ所（69.4％）で，対象は母子保健担当者，介護保険担当者等であった。

保健所として実施していた感染症予防活動で多かったのは，都道府県型では「市町村への情報提供」，「保健所ホームページによる啓発活動」で，市区型では「市区ホームページによる啓発活動」，「保健所ホームページによる啓発活動」であった（表13）。

５．感染症予防を目的とした活動に対する保健所保健師の感想および意見（表14）

自由記載の部分から，感染症予防を目的とした活動に対する内容のみ抽出したところ，その内容は「医療監視・施設指導に関すること」，「予防教育・予防活動に関すること」，「感染症対策に関わる計画づくりに関すること」，「保健所内外の関係機関との関係づくりに関すること」，「活動体制に関すること」として整理された。

Ⅳ．考察

本研究結果から得られた感染症対策における平常時の予防活動の実態から明らかになった保健師の役割と課題について，以下の３つの視点から述べる。

１．医療監視や施設指導を契機とした感染症予防のための働きかけ

医療機関においては院内感染対策の強化や医師，看護師などの医療従事者の感染症予防対策の必要性が求められている現状があり，医療監視の意義は大きい[3)]。近年，季節ごとに繰り返される感染性胃腸炎の集団発生等を考えると，各種施設における感染症対策も非常に重要である。医療監視や施設指導では，そこで明らかになった問題や課題

表9　保健所保健師が関わった感染症予防のための健康教育や研修の実施状況－施設対象－

対象				実施回数			実施の機会			
				実施	未実施	計	単独実施	他の事業と一緒	単独実施と他の事業と一緒	無回答
施設	施設計	市区型	数	47	15	62	39	2	6	
			%	75.8	24.2	100.0	83.0	4.3	12.8	
				○平均3.0回、最高23回			○一緒に実施している事業(N=8) 介護保険事業関連の説明会・連絡会(2)、園長会、結核感染症予防事業、不明他(3)			
				○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
				・保健所医師		29(61.7)				
				・食品衛生監視員		11(23.4)				
				・保健所管理栄養士		1(2.1)				
				・外部講師		3(6.4)				
				・保健所事務職		3(6.4)				
				・獣医師		2(4.3)				
				・その他		10(21.3)				
		都道府県型	数	186	44	230	131	27	21	7
			%	80.9	19.1	100.0	70.4	14.5	11.3	3.8
				○平均3.7回、最高37回			○一緒に実施している事業(N=48) 介護老人福祉施設研修・社会福祉施設研修・施設管理者研修会・市施設系部会(9)、感染症・食中毒予防対策講習会・研修会・事例検討会(8)、保育所監査前説明会時・保育園長会・保育所職員研修・保育所調理師研修会(6)、健康危機管理訓練(3)、地域保健福祉関係職員研修会(3)、栄養講習会・集団給食施設対象講習会/研修会(2)、施設監査・保健所監査説明会(2)、介護専門員研修・介護関係者会議(2)、子育て支援講座(2)、その他(7)、無回答・不明(9)			
				○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
				・保健所医師		88(47.3)				
				・食品衛生監視員		75(40.3)				
				・保健所管理栄養士		20(10.8)				
				・臨床検査技師		18(9.7)				
				・診療放射線技師		17(9.1)				
				・保健所事務職員		14(7.5)				
				・市町村保健師		6(3.2)				
				・外部講師		4(2.2)				
				・感染症担当職員		3(1.6)				
				・福祉担当職員		3(1.6)				
				・看護師・感染症認定看護師		2(1.1)				
				・不明他		24(13.0)				

				実施	未実施				実施	未実施
施設	高齢者施設	市区型	数	29	18	障害者施設	市区型	数	7	40
			%	61.7	38.3			%	14.9	85.1
		都道府県型	数	93	92		都道府県型	数	30	155
			%	50.0	49.5			%	16.1	83.3
	児童福祉施設	市区型	数	7	40	保育園幼稚園	市区型	数	17	30
			%	14.9	85.1			%	36.2	63.8
		都道府県型	数	21	164		都道府県型	数	52	134
			%	11.3	88.2			%	28.0	72.0
	学校	市区型	数	8	39					
			%	17.0	83.0					
		都道府県型	数	30	156					
			%	16.1	83.9					
	その他	市区型	数	18	29	内訳：住所不定者施設・支援会(2)、訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ、社会福祉事業団、観光業者、娯楽施設、専門学校、不明(11)				
			%	38.3	61.7					
		都道府県型	数	13	172	内訳：放課後支援員、ヘルパー、介護保険事務所職員、介護支援センター、ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ、集団給食施設(2)、救護施設、施設職員、ホテル・宿泊施設(2)、市生活福祉担当ﾜｰｶｰ・市町村担当者(2)。その他以外に施設不明72（38.9%）				
			%	7.0	92.5					

表10　保健所保健師が関わった感染症予防のための健康教育や研修実施状況ー食品衛生・環境衛生対象業者、医療機関ー

対象			実施回数			実施の機会			
			実施	未実施	計	単独実施	他の事業と一緒	単独実施と他の事業と一緒	無回答
食品衛生対象業者	市区型	数	5	57	62	1	4		
		%	8.1	91.9	100.0	20.0	80.0		
			○平均 0.2 回、最高６回			○一緒に実施している事業(N=4) 食品衛生講習会(3)、不明(1)			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
			・保健所医師		1(20.0)				
			・食品衛生監視員		4(80.0)				
	都道府県型	数	43	187	230	24	17	1	1
		%	18.7	81.3	100.0	55.8	39.5	2.3	2.3
			○平均 0.53 回、最高 18 回			○一緒に実施している事業(N=18) 食品衛生講習会(6)、食中毒予防講習会(3)、集団給食施設研修会(2)、その他(2)、不明(4)			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
			・保健所医師		6(14.0)				
			・食品衛生監視員		35(81.4)				
			・不明他		11(25.6)				
環境衛生対象業者	市区型	数	2	60	62	1	1		
		%	3.2	96.8	100.0	50.0	50.0	0.0	0.0
			○平均 0.1 回、最高 2 回			○一緒に実施している事業(N=1) 不明			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
			・保健所医師		1(50.0)				
			・その他		2(100.0)				
	都道府県型	数	35	195	230	11	22		2
		%	15.2	84.8	100.0	31.4	62.9		5.7
			○平均 0.21 回、最高４回			○一緒に実施している事業(N=20) 理美容衛生講習会・理美容組合研修会(11)、プール講習会、レジオネラ講習会、動物由来感染症研修会、その他(4)、不明(3)			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
			・保健所医師		6(17.1)				
			・環境衛生監視員		18(51.4)				
			・不明他		7 (20.0)				
医療機関	市区型	数	19	43	62	18	1		
		%	30.6	69.4	100.0	94.7	5.3		
			○平均 0.5 回、最高５回			○一緒に実施している事業(N=1) 結核感染症予防事業			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
			・保健所医師		12(63.2)				
			・保健所外医師・薬剤師		2(10.5)				
			・その他		5(26.3)				
	都道府県型	数	88	142	230	63	15	2	8
		%	38.3	61.7	100.0	71.6	17.0	2.3	9.1
			○平均 0.62 回、最高８回			○一緒に実施している事業(N=17) 感染症地域連絡研修会・感染症予防研修会(3)、院内感染対策研修会(2)、健康危機管理研修会(2)、地域保健医療福祉関係連絡会議・研修会(3)、医療監視説明会、結核の接触者検診、保健所結核指定医療機関研修会、その他(5)、不明(1)			
			○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ		数(%)				
			・保健所医師		55(62.5)				
			・保健所薬剤師		5(5.7)				
			・保健所外医師		6(6.8)				
			・保健所事務職員		6(6.8)				
			・診療放射線技師		4(4.5)				
			・臨床検査技師		3(3.4)				
			・その他		10(11.4)				
			・不明		8(9.1)				

表11　保健所保健師が関わった感染症予防のための健康教育や研修の実施状況－その他－

<table>
<tr><th rowspan="2">対象</th><th colspan="2" rowspan="2"></th><th colspan="3">実施回数</th><th colspan="4">実施の機会</th></tr>
<tr><th>実施</th><th>未実施</th><th>計</th><th>単独実施</th><th>他の事業と一緒</th><th>単独実施と他の事業と一緒</th><th>無回答</th></tr>
<tr><td rowspan="9">その他</td><td rowspan="5">市区型</td><td>数</td><td>21</td><td>41</td><td>62</td><td>13</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td></tr>
<tr><td>%</td><td>33.9</td><td>66.1</td><td>100.0</td><td>61.9</td><td>14.3</td><td>4.8</td><td>19.0</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="3">○平均 1.4 回、最高 19 回</td><td colspan="4" rowspan="3">○一緒に実施している事業(N=1)
薬剤師会研修会、性風俗管理者講習会、接触者検診、日本語学校検診</td></tr>
<tr><td colspan="2">○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ</td><td>数(%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">・保健所医師
・保健所薬剤師
・その他</td><td>10(47.6)
1(4.8)
3(14.3)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">【対象】
ﾍﾙﾊﾟｰ等在宅福祉ｻｰﾋﾞｽ提供者、介護ｻｰﾋﾞｽ関係者(7)、事業所(3)、保健所・市区内職員(3)、訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ(2)、薬剤師会・薬局(2)、学生(2)、その他(5)、不明(2)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">都道府県型</td><td>数</td><td>59</td><td>171</td><td>230</td><td>28</td><td>21</td><td>5</td><td>5</td></tr>
<tr><td>%</td><td>25.7</td><td>74.3</td><td>100.0</td><td>47.5</td><td>35.6</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="3">○平均 0.59 回、最高 30 回</td><td colspan="4" rowspan="3">○一緒に実施している事業(N=26)
健康危機管理関連事業(4)、結核・感染症関連研修会(4)、管内保健師研究会(2)、介護認定調査員研修、介護支援専門員研修、精神障害者社会復帰対策連絡会議、学校保健委員会、市町村担当者会議、消防組合研修会、ライフライン従事者研修、その他(11)、不明(2)</td></tr>
<tr><td colspan="2">○保健師以外の実施ﾒﾝﾊﾞｰ</td><td>数(%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">・保健所医師
・診療放射線技師
・保健所薬剤師
・臨床検査技師
・食品衛生監視員
・不明他</td><td>22(37.3)
9(15.3)
4(6.8)
4(6.8)
3(5.1)
16 (27.1)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">【対象】
管内保健師・市町村等行政職員(15)、事業所・企業(6)、ヘルパー等在宅福祉ｻｰﾋﾞｽ提供者、介護職員、ｹｱﾏﾈ、介護ｻｰﾋﾞｽ事業所(6)、救急隊員・消防署(4)、ホテル・旅館従業員(3)、理美容対象業者(3)、養護教諭・教育委員会(3)、学生(2)、他(15)、不明(14)</td></tr>
</table>

表12　感染症予防のために管内市町村や施設、住民等を対象に行った活動

活動内容	実施状況・保健師関与状況		都道府県(N=230) 数(%)	市区型(N=62) 数(%)
管轄市町村（市区）発行の広報誌による啓発活動	保健師関与		75(32.6)	42(67.7)
	保健師関与せず保健所実施		28(12.2)	12(19.4)
	実施なし・無回答		127(55.2)	8(12.9)
保健所発行の広報誌による啓発活動	保健師関与		54(23.5)	13(21.0)
	保健師関与せず保健所実施		15(6.5)	6(9.7)
	実施なし・無回答		161(70.0)	43(69.4)
市町村（市区）ＨＰによる啓発活動	保健師関与		11(4.8)	33(53.2)
	保健師関与せず保健所実施		15(6.5)	15(24.2)
	実施なし・無回答		204(88.7)	14(22.6)
保健所ＨＰによる啓発活動	保健師関与		102(44.3)	32(51.6)
	保健師関与せず保健所実施		38(16.5)	13(21.0)
	実施なし・無回答		90(39.1)	17(27.4)
新型インフルエンザのパンフレット配布	保健師関与		33(14.3)	11(17.7)
	保健師関与せず保健所実施		30(13.0)	11(17.7)
	実施なし・無回答		167(72.6)	40(64.5)
	発行者 市区 N=22 都道府県 N=63	都道府県	41(65.1)	4(18.2)
		保健所	7(11.1)	1(4.5)
		市町村	1(1.6)	9(40.9)
		無回答	16(25.4)	8(36.4)
感染症関連のパンフレット配布	保健師関与		120(52.2)	38(61.3)
	保健師関与せず保健所実施		37(16.1)	12(19.4)
	実施なし・無回答		73(31.7)	12(19.4)
	発行者 市区 N=50 都道府県 N=157	都道府県	88(56.1)	9(18.0)
		保健所	49(31.2)	12(24.0)
		市町村	4(2.5)	29(58.0)
		無回答	30(19.1)	9(18.0)
市町村・他部署への情報提供	保健師関与		145(63.0)	43(69.4)
	保健師関与せず保健所実施		48(20.9)	11(17.7)
	実施なし・無回答		37(16.1)	8(12.9)
	頻度 市区 N=54 都道府県 N=193	定期	39(20.2)	7(13.0)
		随時	146(75.6)	43(79.6)
		無回答	11(5.7)	5(9.3)
	対象 市区 N=54 都道府県 N=193	母子保健担当者	70(36.3)	33(61.1)
		成人保健担当者	66(34.2)	21(38.9)
		障害福祉担当者	25(13.0)	22(40.7)
		介護保険担当者	40(20.7)	30(55.6)
		その他		
		・市町村感染症担当者・保健師	19(9.8)	—
		・市町村予防接種担当者	7(3.6)	—
		・学校・教育委員会	10(5.2)	14(25.9)
		・保育・児童福祉担当者	4(2.1)	7(13.0)
		・不明他	24(12.4)	10(8.5)
		無回答	49(25.4)	6(11.1)

表13　感染症予防のために管内市町村や施設、住民等を対象に行った活動（つづき）

活動内容	実施状況・保健師関与状況		都道府県型(N=230) 数(%)	市区型(N=62) 数(%)
相談対応	保健師関与		192(83.5)	57(91.9)
	保健師関与せず保健所実施		13(5.7)	2(3.2)
	実施なし・無回答		25(10.9)	3(4.8)
	対象 市区 N=59 都道府県 N=205	住民	165(80.5)	48(81.4)
		市町村母子保健担当者	70(34.1)	28(47.5)
		市町村成人保健担当者	65(31.7)	16(27.1)
		市町村障害福祉担当者	29(14.1)	18(30.5)
		市町村介護保険担当者	52(25.4)	27(45.8)
		高齢者施設	165(80.5)	54(91.5)
		障害者施設	90(43.9)	30(50.8)
		児童福祉施設	94(45.9)	41(69.5)
		教育機関	121(59.0)	42(71.2)
		その他		
		・医療機関	9(4.4)	1(1.7)
		・不明他	11(5.4)	5(8.5)
		無回答	10(4.9)	1(1.7)
感染症対策関連マニュアル作成支援	保健師関与		56(24.3)	27(43.5)
	保健師関与せず保健所実施		28(12.2)	11(17.7)
	実施なし・無回答		146(63.5)	24(38.7)
	対象 市区 N=38 都道府県 N=84	市町村	16(19.0)	—
		医療機関	30(35.7)	18(47.4)
		高齢者施設	53(63.1)	23(60.5)
		障害者施設	12(14.3)	9(23.7)
		児童福祉施設	22(26.2)	14(36.8)
		教育機関	9(10.7)	7(18.4)
		その他	1(1.2)	2(5.3)
		無回答	10 (11.9)	6(15.8)

その他（都道府県型のみ記載あり）
・マスメディア（新聞、ラジオ、有線放送、競馬場スクリーン、民間広報誌、患者会誌等）による啓発活動(7)
・新型インフルエンザ等研修会の開催(2)
・感染性胃腸炎の蔓延防止ＣＤ配布
・医師会を通して医療機関への啓発活動
・その他(2)

表14　感染症の予防を目的とした活動に対する保健師の感想・意見

保健師の感想・意見	都道府県型	市区型
医療監視・施設指導に関すること		
・医療監視は感染症対策の現状把握や看護師による二次感染発生の予防のために重要であり、指導の良い機会と考えている。感染症担当が必ずメンバーになるとは限らないので、メンバーとして位置づけるか、誰がメンバーになっても感染症対策としての目的が遂行でき、指導できるような体制が必要である。	1	
・医療監視には保健師がメンバーとして入っているが、個人によって視点のばらつきやずれがある。知識も少ない。	2	
・施設監視は介護老人保健施設の指導に感染症対策として医師あるいは保健師が同行していたが、機構改革のため同行が難しくなってきている。今後の施設内感染予防対策について検討中である。	1	
予防教育・予防活動に関すること		
・感染症の発生に備えることの重要性は十分認識しているが、感染症の予防活動も重要であると思っている。感染症の発生後対応が主で、もっと計画的に呼ぼう活動に力を入れていく必要性を感じている。	4	
・新型インフルエンザなど感染症予防や発生への備えについて危機意識が低いため、恐怖を与えすぎずに住民や関係者の関心を高め、情報提供していく必要がある。	2	
・感染症対策においては、平常時の感染症予防対策が最も重要である。	2	
・市町村、高齢者や乳幼児等の各施設、関係機関等が平常時からの感染症対策について検討できるような働きかけ、感染症予防対策に関わる研修の繰り返しが必要である。	2	
・ノロウィルス感染者がベッドで嘔吐した際のマットレスの消毒方法や施設に入所している障害者の手洗いを行うことが困難な場合の対応など細かな対応や最新情報が現場では求められる。		1
感染症対策に関わる計画づくりに関すること		
・感染症発生時の不安要素を整理し、それらに対応できるような計画づくりをめざしている。	1	
・保健師は結核・エイズの担当であり、他の感染症は副担当であるため企画にかかわれず、計画的に活動を積み重ねていくという点が弱い		1
保健所内外の関係機関との関係づくりに関すること		
・日頃からの他機関との連携、良好な関係づくり、情報の共有		4
・業務分担制が進む中、保健所内の関係部署・他職種との日頃からの協力関係づくりや情報交換		5
活動体制に関すること		
・他の業務と兼務であり、感染症対策に関わる活動が困難。管内の大部分はへき地で面積が広く、一人の保健師の担当業務も複数あることや財政上の問題から保健師が担当する事務的業務が多く、感染症業務に専念できる状況ではない。	7	
・多発する感染症発生の対応に追われる中、感染症の予防活動も行うという非常に厳しい状況にある。感染症担当が少なくマンパワー不足の中、予防活動にまで手が回らない。感染症専任の保健師がいないため、予防活動が十分できない。	8	1
・結核、性感染症を除く感染症対応は、業務分担によりほとんど関与できておらず、予防活動は行えていない。結核対応中心となっている現状である。結核担当保健師はいるが感染症担当保健師はおらず、感染症に関する情報には疎くなってしまう。	6	
・保健所内において感染症対策は軽視されており、意識や理解を高めていく必要がある。感染症の発生が少ないため、他業務が優先される。業務分担が進む中、感染症担当以外の保健師やその他の保健所職員の感染症対策に関する意識を高めていくことが難しい。感染症の発生時対応以外の平常時からの活動の重要性を担当以外の保健師や上司に理解してもらう必要がある。	3	2
・保健所に異動してきた事務職に公衆衛生の第一線機関としての、また地域の健康危機管理の拠点としての保健所の役割や感染症対策に関わる活動の理解を促すことが課題。	2	
・中核市保健所であり、異動の度に感染症担当が最初から学んでいく状況の繰り返しで感染症対策が積み重ねられておらず市としての体制づくりが課題。		1
・感染症対策の事業予算が少ない、感染症発生に備えた活動や予防活動には予算がつきにくい。	5	

を改善していくだけでなく，医療従事者を含む職員の悩みや不安に対して継続的に対応，支援していくことも必要であることから，この機会を感染症予防のための働きかけの契機にしていくことが望ましいと考える。

調査結果から，保健所保健師は都道府県型で約８割，市区型で約５割が医療監視のメンバーに入っていて，院内感染防止対策の確認・指導，特に看護活動に関わる面で役割を発揮していることがわかった。施設指導では高齢者福祉施設指導に保健師が入る割合が２割以上と他施設の場合より高かったが，ここでも感染症予防対策の面で役割を担っていて，感染性胃腸炎感染者の嘔吐後の消毒方法等二次感染予防のための具体的な保健指導が求められていた。河西は，積極的疫学調査の結果から，感染リスクの高い患者や感染症に罹患した在宅療養者の支援には，ケア従事者に対する標準予防策，感染経路対策などの基本的な知識・技術のさらなる普及を図ることが必要である[4]としている。しかし，医療監視および施設指導に保健師がメンバーとして必ず入るわけではなく，かつ感染症担当保健師が入るとは限らない。そのため，保健師がメンバーに入らない場合であっても，医療監視や施設指導で明らかになった感染症対策上の問題や課題を感染症担当保健師が把握できるように体制を整え，その後の施設への働きかけにつなげていく必要がある。また，少数ではあるが保健師の個々の視点の違いや知識不足を指摘する保健師の感想・意見があったことから，感染症担当でない保健師が入る場合も役割を果たせるように，医療監視や施設指導における感染症予防のための保健師の確認・指導の視点を明らかにし，必要とされている具体的な保健指導内容について整理する必要がある。

２．教育機関の自主的取り組みへの支援と連携

感染症予防のために教育機関に働きかけたことのある保健所は全体の８割前後であり，その内容は教育委員会や教育機関への「感染症の知識・情報の提供」が最も多かった。教育委員会や教育機関に対する「感染症予防のための自主的な取り組みの支援」に関しては，都道府県型で約３割，市区型で約４割という現状であった。また，「日頃の情報交換，保健所と教育委員会の信頼関係の構築」は市区型では約６割であったが，都道府県型では約４割であった。教育委員会等との良好な関係を構築することで情報交換等が円滑に行われるであろうし，各教育機関等の自主的な取り組みへの支援へとつながっていくと考える。保健所保健師は，各教育機関の養護教諭への情報提供や情報交換等を通じて平常時から関係づくりを行い，養護教諭が児童生徒や教職員に対する予防教育が行えるよう支援することが求められると考える。

教育委員会や教育機関への支援や連携に関しては，都道府県型よりも市区型のほうが身近な存在として認識されているようである。そのため，都道府県型の保健所は管内市町村の感染症担当者とともに教育機関等への働きかけについて検討すること，保健所保健師は市町村保健師と協力しながら教育機関等への働きかけを行うことが必要である。感染症発生時に連携して対応できる関係づくりが地域全体の感染症予防策の推進力になる[5]ため，教育委員会や教育機関との関係を構築し，平常時から情報が伝わりやすい体制を整えていく必要がある。

３．感染症予防のための住民および関係機関等への働きかけ

保健所保健師が関わった感染症予防のための健康教育や研修を，平成18年度に1回以上実施した保健所は全体の約９割であった。しかし，保健師が関与しなかったという保健所も１割程度存在することから，保健所における取り組みには大きな差があることがわかった。住民を対象とした健康教育等では，都道府県型が３割，市区型が４割で，市区型の方が住民へ働きかける機会を多く持っていた。これは，住民に身近な保健福祉サービスを提供する機関としての市区型保健所の位置づけを考えると，当然の結果であるといえる。各種施設を対象とした健康教育や研修については，都道府県型，市区型ともに約８割が実施しており，単独事業として開催されたものが７割以上と多かった。また，感染症以外の保健所の活動や市町村の保健福祉事業に併合する形でも感染症に関する啓発活動等の教育的な働きかけを実施していた。住民を対象とした啓発活動は今後もより一層実施していく必要があると考えるが，感染症担当保健師が少数であること等から，単独事業だけではなく，さまざまな事業を活用して住民に働きかけることが必要であり，そのような視点を持って感染症予防

の啓発を進めることが重要であると考える。一方，食品衛生および環境衛生等の業者に対する健康教育を実施しているのは，都道府県型で約２割，市区型では１割未満であった。保健所保健師は，住民や施設を対象とした感染症予防対策では健康教育等により役割を発揮しており，単独事業としてだけでなく，他事業をもうまく活用して働きかけていた。しかし，食品衛生および環境衛生等の業者への働きかけは，実施率が低く，今後は実施方法について検討する必要があると考える。公衆衛生活動とは，人々を健康リスクから保護すること[6]にあり，各種関連法規でもリスクコミュニケーションの推進が明示されている。保健所保健師として，地域住民への啓発活動はもちろんであるが，今後より一層食品衛生および環境衛生等の関係者や関係機関との協力体制づくりが必要と考える。感染症に関するリスクを地域全体で共有することによって，より感染症予防対策が推進されるであろうし，感染症が発生した場合にも速やかに対処できることにつながると考える。

また，保健師が関与した感染症予防活動から「相談対応」の役割を持ち，住民，高齢者施設，教育機関への対応にあたっていることがわかった。「感染症に関わる苦情を含む住民への対応は保健指導の範疇だと言い切り，率先して対応している。自らの知識を豊かにする最良の方法であると同時に，このような姿勢により他職種から相談をもちかけられるようになった」と，健康危機管理部門の課長である保健師６名に実施したある座談会[7]では述べられている。保健師の「相談対応」の役割を重視することによって，感染症予防のための働きかけの機会，自己研鑽や他職種の信頼を得る機会となるようにしていく必要がある。住民に対して気軽に相談できる機会を提供すること，そして関係機関との関係づくりを推進することによって，感染症予防活動はもとより，感染症に関連する情報を把握する機会にもできると考える。

保健所はリスクコミュニケーションの主体の一部門[8]であり，地域において感染症対策にそれを活かす役割を担っている。保健師の感想・意見から「保健所内外の関係機関との関係づくり」や「活動体制」に関する現状を認識し，まずは保健所内の感染症対策に対する意識や理解を高め，所内の体制を整える必要があることがうかがえた。そして保健所と住民，保健所と業者という個々の関係だけでなく，住民から住民へ，業者同士のつながりへと感染症予防に関わる活動を拡大していくことが必要である。

Ⅴ．おわりに

本研究の結果から，感染症対策における保健所保健師の平常時の感染症発生予防活動として，「医療監視や施設指導を契機とした感染症予防のための働きかけ」，「教育機関の自主的取り組みへの支援と関係づくり」，「住民や関係機関へのさまざまな事業を活用した感染症予防のための啓発活動」の重要性が示唆され，また課題であることが明らかとなった。今後は，これらの課題に対する具体的活動の視点と方法について，先進的な取り組みをおこなっている保健所の活動例等を参考に検討していく必要がある。

本研究は，平成19年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）として実施したものの一部である。

文　献

１）宮崎美砂子：感染症における保健所保健師の機能・役割－集団発生に対する保健師の活動実態の分析－，厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究，平成14年度総括分担研究報告書；37，2003.
２）宮崎美砂子：地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究，厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）平成14年度～平成16年度総括研究報告書；1-2，2005.
３）櫻山豊夫：知っておきたい医療監視・指導の実際，医学書院（東京），137-139，2004.
４）第27回日本看護科学学会学術集会報告：シンポジウムⅣ　感染症とリスクマネジメント，日本看護科学会誌，28(1)；99，2008.
５）第27回日本看護科学学会学術集会報告：シンポジウムⅣ　感染症とリスクマネジメント，日本看護科学会誌，28(1)；101，2008.
６）高鳥毛敏雄：公衆衛生対策とリスクコミュニケーション，公衆衛生，68(7)；８，2004.
７）松永敏子：健康危機管理に対する保健所の組

織的対応から見た保健師の機能・役割，厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）平成16年度総括・分担研究報告書；39-43，2004.
8）中瀬克己：感染症対策とリスクコミュニケーション，公衆衛生，68(7)；38，2004.

Original Article

The public health nurse role in preventing infectious diseases at healthcare centers during routine work

Naomi KUDO[1)], Kaori FUNABASAMA[2)], Sagiri AOKI[3)]
Tomoe TSUKAMOTO[1)], Kumiko SUZUKI[1)], Sanae HARUYAMA[1)]

Abstract

The purposes of this study of public health nurses at healthcare centers are to (1) research preventing infectious diseases during routine work, (2) clarify perspectives and methods used by public health nurses to prevent infectious diseases, (3) make suggestions concerning infectious disease prevention by public health nurses, and (4) raise questions about future challenges. Questionnaires concerning medical, welfare, and educational institutions, residents living around the healthcare center, and roles of public health nurses, were sent to public health nurses in charge of infectious diseases at 518 healthcare centers in Japan. Results showed that public health nurses often worked in "infection prevention" and "provided knowledge and information about infectious diseases" and played a role in "medical consultations." Approximately 90% of the healthcare centers performed health education for relevant institutions and residents in their neighborhood. Results suggested the importance of preventing infectious diseases through (1) the monitoring of medical care and the training of institutional staff, (2) support for independent efforts by educational institutions and the formation of alliances with them, (3) various educational programs for preventing infectious diseases for residents living around healthcare centers and relevant institutions, and (4) the provision of medical consultation to residents living around the healthcare centers and relevant institutions as measures public health nurses can take in preventing infectious diseases for during routine work at healthcare centers. Further discussions are required for specific perspectives and methods to provide these programs in the future.

Key words：Preventing infectious diseases, public health nurses, routine work.

[1)] Jichi Medical University, School of Nursing
[2)] Tochigi Prefectual Kennan Public Health and Welfare Center
[3)] Former Research Associate, Jichi Medical University, School of Nursing

報　告

がん看護シミュレーション体験プログラムの開発

本田芳香，小竹久実子

Development of a Simulation Program for Cancer nursing

Yoshika Honda，Kumiko Kotake

抄録：本研究の目的は，がん看護シミュレーション体験プログラム開発をすることである。Boud,Keogh and Walkerの学習者のシミュレーション体験を支援するリフレクションモデルを基盤に，ロールプレイングと模擬患者活用を組み合わせた１段階から３段階の時系列のプロセスを通して，自己体験の振り返りを意味づけるシミュレーション体験プログラムを作成した。対象者がプログラムの段階を経ながら，コミュニケーションを通して得られた自己感情のパターンに気づきがあった。またシミュレーション体験の意味の再評価を繰り返しながら，自己の思考プロセスをさらに発展させ，多面的な視点で捉えることができた。

キーワード：コミュニケーション，模擬患者，スキルトレーニング，ロールプレイングシミュレーション

Ⅰ．はじめに

昨今のがん医療及び看護を取り巻く情勢は急激に変化している。患者中心の視点にたった医療を目指すための具体的な方策を探求することが急務である。看護専門職が活用するコミュニケーションとは，たんに専門的知識・技術を習得するだけでは身に付かず，いかに論理的な思考力を養うとともに相手への感情の動きを解釈するなど，いわゆる人間として総合的に考える力が求められる。特にがん看護におけるコミュニケーションは，死に直面する不確実な状況に際して，告知やインフォームドコンセントなど悪い知らせをどのように伝えるかの課題，患者の変化する心理状態への対応など全人的苦痛を緩和するため専門性を探究する重要な位置づけにある[1−2]。さらにがん患者がおかれている不確実性の高い状況における複雑かつ多様なニーズに対応しなければならない。しかしながらがん看護に携わる専門職のコミュニケーションスキルは，個人的な経験知により左右されており，専門的スキルを習得するまでには至っていないことが多い[3]。

近年これらの課題に対してコミュニケーション力を高めるため，基本的コミュニケーションから除除に複雑な事例を入れながら講義，ロールプレイングなどの教育方法を導入したコミュニケーションスキルトレーニングプログラムが開発されてきている[4−7]。これらの共通する教育方法では，少人数グループで複数の教育内容として，講義，演習としてロールプレイングやビデオなどの観察学習，ディスカッション等を組み合わせて実施されている。この中で特に注目するのはロールプレイングや模擬患者によるシミュレーション体験学習である。ロールプレイングは，簡便で活用しやすさがあるが，対象者の経験や知識如何に左右されやすい。低学年の学生には患者のロールモデルを

自治医科大学看護学部
Jichi Medical University, School of Nursing

イメージすることは難しいが，一方では実践者においては患者のロールモデルに対する羞恥心などがあることから，平坦な演技にとどまる傾向にある。模擬患者は，昨今医学部におけるOSCEや，看護学部における基礎教育などの演習に活用されることが多くなっている。これはロールプレイングよりリアリティのある体験として体系的に構造化した学びを習得するための方法として有用である。しかしながら模擬患者などの人材育成，シナリオ作成などの事前準備に手間取ることから，十分に活用しきれていないのが現状である。このようながん看護におけるコミュニケーションスキルを獲得するためには，対象者の人間観及び価値観を包含する全体性として捉える，いわゆる哲学・理論を基盤とする実践の知として，体系的に構造化したものを修得することが不可欠である。

そこで本研究の目的は，がん看護コミュニケーションプログラム開発の一環として，対象者へロールプレイングや模擬患者を活用したシミュレーション体験プログラムを開発することにある。今後がん看護専門職を育成するためのコミュニケーション教育の一助となる。

Ⅱ．研究方法

１．対象者

A大学看護系大学院にてがん看護学を専攻する6名

２．時期

A大学看護系大学院入学後2か月間の授業

３．研究方法

本研究は，Boud,Keogh and Walkerの学習者のシミュレーション体験を支援するためのリフレクションモデルを参考にし[8]，ロールプレイング（Roll Playing：以下RPとする）と模擬患者（Simulated Patient：以下SPとする）活用を組み合わせたがん看護シミュレーション体験プログラムである（表1参照）。プログラムの方法は，第1段階から第3段階へ時系列のプロセスとして捉えた自己体験の振り返りを意味づけする。このプログラムを通して，対象者は，自己評価による自己の感情のパターンに気づくこととで，多面的な視点で捉えられることができることにその意図がある。

プログラムの第1段階は，ロールプレイングによる対象者同士の自己体験の振り返りを通して自己体験の感情を意識化する。事例の状況設定について，看護過程展開のレポート提出と，プレゼンテーションの両者を事前学習として実施する。同日，事前学習した事例ついてロールプレイングによるインタビュー体験後，グループディスカッションによる振り返りをする。

第2段階は，模擬患者を活用したインタビュー体験後の感情を意識化し評価する。前回と同じ事例について，模擬患者活用によるインタビュー体験後，ディスカッションによる振り返りをする。また教員のロールモデル提示を通して，シミュレーション体験全体の再評価をする。

第3段階は，2回目の模擬患者活用によるインタビュー体験後の再評価する段階と意味づける。新たな事例の状況設定について，看護過程展開のレポート提出と，プレゼンテーションの両者を事前学習として実施した。同日，この事例について模擬患者活用によるインタビュー体験後，ディスカッションによる振り返りをする。また教員のロールモデル提示を通して，シミュレーション体験全体の再評価をする。

シミュレーション体験プログラムの開発にあたり，がん看護に必要なコミュニケーションスキルに関する因子の構造を明らかにするため，１～３段階のシミュレーション体験プログラム終了直後に，SP評価表（McMaster University SP評価表に必要項目を追加し作成した57項目）を記載する。

４．分析方法

本研究の分析方法は，演習終了後に毎回A４用紙1枚に，①自己体験の振り返り②観察者（又は患者役）から得られた振り返り③模擬患者からのフィードバックより得られた振り返りの3点について自由に記述してもらった。内容分析は，各段階で振り返りをした対象の感情，思考，行動に関する自己評価内容に着目し，コード化，カテゴリー化し，カテゴリー間の関係性を検討した。ＳＰ評価表の分析方法は，プロマックス回転主成分分析にて因子分析した。

５．倫理的配慮

研究対象者に対しては，資料は研究以外には使用しない，データの匿名性およびプライバシーを遵守する，研究に協力を断っても教育には影響がないこと等の説明をして倫理的配慮を行った。

表1　がん看護シミュレーション体験プログラム

大項目	プログラム項目	プログラム内容
事前準備	事例作成（1） 事前課題	肺がん患者の手術前の状況設定 事例（1）の看護過程展開について、レポートおよびプレゼンテーションをする。
第1段階 ロールプレイング	ロールプレイングによるインタビュー	対象者 2 名1組（看護師役、患者役）とする。事例（1）について、各役割体験（1 人につき 30 分）をする。 ファシリテーターとして教員は対象者 2 名に1人配置する。
	ロールプレイング実施後のディスカッション	各役割体験について、意見交換（40 分）をする。
第2段階 模擬患者活用	模擬患者活用によるインタビュー	対象 2 名1組（看護師役、観察者役）とする。事例（1）について、各役割体験（1 人につき 30 分）をする。 ファシリテーターとして教員は対象 2 名に1人配置する。
	模擬患者活用実施後のディスカッション	各役割体験について、意見交換（60 分）をする。その後模擬患者より看護師役に対してフィードバックを受ける。
	ロールモデル提示	事例（1）について、教員によるロールモデルを提示する。
事前準備	事例作成（2） 事前課題	肺がん患者の手術後の状況設定 事例（2）の看護過程展開について、レポートおよびプレゼンテーションをする。
第3段階 模擬患者活用	模擬患者活用によるインタビュー	対象 2 名1組（看護師役、観察者役）とする。事例（2）について、各役割体験（1 人につき 30 分）をする。 ファシリテーターとして教員は対象2名に1人配置する。
	模擬患者活用実施後のディスカッション	各役割体験について、意見交換（60 分）をする。その後模擬患者より看護師役に対してフィードバックを受ける。
	ロールモデル提示	事例（2）について、教員によるロールモデルを提示する。

６．模擬患者の背景と活用方法

模擬患者はボランティアとして専門教育機関で1年の教育を受け，医学部，看護学部の教育現場で10年の経歴がある。シナリオを演じる模擬患者の経験や個性にあわせて作成し，できるだけリアリティあるものを維持できるように工夫した。事前には，１か月前にはシナリオを提示し，模擬患者コーディネーターがその調整にあたった。

Ⅲ．研究結果

１．対象者の背景

対象者は，Ａ看護系大学院にてがん看護学領域を専攻する6名である。平均年齢は32.3歳である。臨床経験年数は，2～25年とかなり幅広く平均13.3年である。大学院入学前は，院内及び院外でのコミュニケーションプログラムの学習経験はない。またロールプレイングは学生時代の経験者はいたが，模擬患者との面接などの学習経験はない。

２．がん看護に必要なコミュニケーションスキルに関連する因子の構造化

がん看護に必要なコミュニケーションスキルに関する因子分析をした結果，6因子が抽出された（表2参照）。累積寄与率は81.9％であった。第1因子は，がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルに関連した全体評価についである。第2因子から第4因子までは，がん看護の専門的コミュニケーションスキルを獲得するための方法についてである。第5因子から第6因子までは，コミュニケーションする上での基本的マナー及びコミュニケーションスキルについてである。

第1因子は，患者側からの真のニーズを看護師に理解してくれた評価として【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを構築するための全体評価】とした。第2因子は，看護専門職の面接態度として共感的態度，心遣い，誠実さなどが重要であるとともに，権威的や非難する態度は控えるなど【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを展開するための面接姿勢】とした。第3因子は，看護専門職の面接技法として，落ち着いて温かい環境調整や，理解しやすい説明や具体的な質問方法など【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを調整する機能】とした。第4因子は，基本的な面接内容として，心理社会的側面の情報，健康状態の認識など専門的知識を有する面接技法の必要性や，適当な声の大きさ，丁寧に相手の話を聞くことが必要であるのか【がん看護に必要なアセスメントをするための専門的コミュニケーションスキルの獲得】とした。第5因子は，清潔感，適切な声の質など専門職としての基本的な面接姿勢や，面接全体の円滑さや，患者が知りたい情報を得た満足感など【基本的なコミュニケーションスキルの習得】とした。第6因子は，挨拶から沈黙の活用，誘導的，威圧的な質問がないなど【基本的なコミュニケーションマナーの習得】とした。

３．がん看護シミュレーション体験プログラムに関する内容分析結果

がん看護に必要なコミュニケーションスキルに関する因子を構造化したものを基軸に，対象者がロールプレイング，模擬患者を活用したシミュレーションプログラム実施後のリフレクションした内容を分析した。内容分析の結果，243コードを抽出し，さらに因子構造に該当するものとして45カテゴリーを整理した。第1段階のロールプレイングでは11カテゴリーを抽出，第2段階の模擬患者活用では19カテゴリーを抽出，第3段階の模擬患者活用では15カテゴリーが抽出された（表3参照）。

１）第1段階　ロールプレイングによる自己体験の振り返り

第1段階では，第1因子７カテゴリー，第３因子２カテゴリー，第5因子２カテゴリー，計11カテゴリーが抽出された。第1因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを構築するための全体評価】では，＜自己の姿が鏡映する＞などロールプレイングを通して自分の視点を再確認している。第3因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを調整する機能】では，＜相手の反応をみながらの質問＞や＜意図的な質問する方法＞など他者との関わりの中からコミュニケーションスキルの必要性を示唆できている。第５因子【基本的なコミュニケーションスキルの習得】では，＜情報整理の必要性＞＜予想される情報を伝達＞するなど，ロールプレイングを通して改めて情報をとることの意味を再確認している。

表2　がん看護に必要なコミュニケーションスキルに関連する因子分析

	成分						
	1	2	3	4	5	6	共通性
ｆ１．							
患者は、看護師との面接をよかったと感じている	.889	.089	-.056	.146	-.017	-.083	.934
患者は、再度その看護師との面接を受けたいと思っている	.880	.054	-.030	.202	-.143	-.018	.922
機械的な受け答えをしていない	.872	.148	.103	-.319	-.255	-.105	.784
看護師の姿勢は適当である	.864	.200	-.503	-.074	.414	.154	.837
患者は、看護師ができる限りのことをしてくれたと思っている	.833	.029	-.040	.281	-.338	.078	.886
患者は、自分の訴えた内容を、看護師に理解してもらえた	.831	-.013	-.039	.160	.108	.140	.873
患者との会話が円滑に進むように心がけている	.818	-.082	.065	.006	.069	.225	.794
話を聞くときの視線は適当である	.791	-.321	-.222	-.127	.585	-.129	.855
患者は、自分自身の希望を、看護師に伝えることができた	.758	.062	.165	-.098	.151	-.046	.813
患者は、抵抗なく看護師に話をすることができた	.733	.167	.047	-.011	.124	.016	.775
患者は、看護師と信頼関係ができたと思う	.728	.131	.063	.193	.055	-.172	.925
看護師の体の向きは適当である	.723	-.260	.106	-.448	.463	-.191	.767
患者の主訴を十分に把握している	.677	.165	-.278	.314	.013	.320	.719
患者は、看護師との面接を通して、自分の不安を軽減できた	.676	-.024	.262	-.045	.174	.009	.788
患者は、自分自身の事情を、看護師に受容してもらえた	.629	-.065	.135	.337	.186	-.013	.923
面接がリラックスして行われる	.593	.161	.358	-.038	-.081	.045	.809
看護師の質問の意図を間違いなく理解できた	.529	-.149	.220	.221	.033	.292	.696
ｆ２．							
患者に対して、共感的な態度を示している	.074	.961	-.113	-.062	.125	.064	.883
患者への心遣いがある	.134	.910	.048	-.032	-.175	.103	.937
患者に対して誠実である	-.168	.907	.112	-.109	.167	.114	.820
患者のプライバシーを保護するために配慮する	.448	.822	-.251	-.010	-.072	.096	.877
患者の言葉や行動を非難する態度をとらない	.179	.815	.193	-.139	-.035	-.108	.949
看護師の言葉遣いは適当である	.038	.800	-.032	.192	.249	-.048	.920
看護師の態度は親しみやすく感じる	.073	.770	-.096	.342	.081	-.024	.895
看護師は、適切な速さで話ができている	-.277	.714	.136	-.006	.530	-.005	.831
権威的な態度で患者に接しない	.532	.629	.157	-.393	-.030	.085	.907
ｆ３．							
患者は、今後の日常生活上の留意点などを理解できた	-.221	.114	.893	.025	-.061	.293	.851
患者が理解しやすい説明や質問の仕方をしている	.014	-.058	.750	.118	.153	.112	.764
面接が落ち着いた雰囲気で行われる	-.067	.278	.743	.045	.019	-.352	.882
患者は、今後の健康状態の変化について把握できた	.206	-.167	.728	-.052	.291	.105	.854
患者は、今後の治療、検査などの予定を理解できた	.140	-.123	.673	.352	-.067	-.013	.816
独り言を言ったり、小さな声でつぶやかない	-.049	.030	.647	.049	.412	-.156	.741
面接が温かい雰囲気で行われる	.459	.096	.629	-.075	-.262	-.088	.871
患者が答えやすい質問の仕方をすることができた	-.034	-.095	.581	.228	.389	.074	.754
不必要、不適切な説明や質問をしない	-.060	.333	.570	.089	.047	.267	.756
患者は、現在の健康状態を明確に認識できた	.160	-.044	.545	.058	.091	.440	.755
看護師は専門用語を使わなかった	.149	.143	.515	.284	.028	-.088	.771
患者は、プライバシーが守られたと感じた	.398	-.031	.467	.198	.024	-.350	.829
ｆ４．							
患者がいまの健康状態をどのように受け止めているのか確認している	.020	.165	-.127	.869	.134	.087	.857
患者の心理社会的側面の情報を得ている	.086	-.129	.151	.866	-.076	.048	.867
患者の話を時々フィードバックし確認している	.121	-.025	.167	.817	-.214	.008	.865
患者の既往歴、家族歴などの情報を得ている	-.117	-.270	.209	.776	.201	.213	.786
看護師は、適当な声の大きさで話をしている	-.130	.330	.088	.508	.263	.129	.629
看護師は、身振りや手振りを有効に使えている	.389	.104	.239	.492	-.122	.081	.882
看護師は、不必要、不適当な動作をしていない	.051	.214	.384	-.472	.328	.462	.702
注意深く丁寧に患者の話を聞いていた	.032	.414	.224	.429	.090	-.155	.803
ｆ５．							
全体に清潔感を感じる	-.139	.289	.189	.109	.710	.112	.811
看護師は、適切な声の質である	-.184	.464	.093	.083	.666	.088	.767
患者は、自分が知りたい情報を十分看護師から得ることができた	.257	-.431	.400	.187	.444	.173	.796
面接のはじめから終わりまでの流れの円滑さがある	.192	.238	.401	-.087	.440	-.158	.763
ｆ６．							
最初に挨拶と自己紹介をした	-.153	.191	-.014	.162	.030	.802	.671
患者に話し忘れたことがないかを確認している	.288	-.158	.021	.249	-.058	.775	.797
有効な沈黙を上手に使えている	.325	.263	-.147	.339	.380	-.467	.857
誘導的、威圧的な質問がない	.360	.176	.280	-.141	.077	.437	.634
寄与率	49.320	9.437	8.124	6.362	4.801	3.903	
累積寄与率	49.320	58.757	66.880	73.242	78.043	81.946	

因子抽出法: 主成分分析　回転法: Kaiser の正規化を伴うﾌﾟﾛﾏｯｸｽ法

a. 16 回の反復で回転が収束しました。

表3　がん看護シミュレーション体験プログラムに関する内容分析結果

がん看護コミュニケーションスキルに関連する因子の構造化	第1段階	第2段階	第3段階
＜第1因子＞ がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを構築するための全体評価	素直に表現する	他者の心を大切にする	キャッチボールの仕方に気づく
	自分の視点を捉える	心で感じ素直に語りあう	相手を信じて待つことの意味
	互いのイメージの違い	相手の力を信じる必要性	自分で受け取った言葉を受け止め、相手の真意を探究
	他者を通して自己の姿が鏡映する	自分と向き合う必要性	正直に自己を表現する
	援助者としての姿勢の鏡映	真意を読む方法	自己の視点で真意を捉える
	生き方を大切にし聞く姿勢	自己の行動を振り返り、相手に向き合う姿勢	相手に向き合う姿勢
	相手の反応を受け止められない	相手の気持ちを理解する意味	相手の本心をきくことができない
		相手の思いを受け止める必要性	
		言葉で表現する重要性	
		冷静に判断する余裕をもつことの大切さ	
＜第2因子＞ がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを展開するための面接姿勢		共感を得る方法	
		援助者の視点を明確にする	
＜第3因子＞ がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを調整する機能	相手の反応をみながらの質問	相手の空気にあわせる準備	落ち着いた雰囲気をつくりだす
	意図的に質問する方法	自己の作り出した環境への影響	意図して話をする
		患者中心の視点での観察の必要性	目的意識をもって観察する
			直観や感覚を使い察することに気づく
			目的意識をもって話をする
			全体的に捉える
＜第4因子＞ がん看護に必要な専門的アセスメントをするためのコミュニケーションスキルの獲得		質問方法の理解	
		相手の言葉を引きだす必要性	
		間を空けることの意味	
＜第5因子＞ 基本的なコミュニケーションスキルの習得	情報整理の必要性	心理面での関わりを重視する	情報伝達の方法
	予想される情報を伝達		
＜第6因子＞ 基本的なコミュニケーションマナーの習得		沈黙の活用	

2）第２段階　模擬患者を活用した自己体験の振り返り

第2段階では，第 1因子９カテゴリー，第2因子２カテゴリー，第3 因子４カテゴリー，第4 因子３カテゴリー，第 6因子１カテゴリー，計19カテゴリーが抽出された。第1 因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを構築するための全体評価】では，＜相手を信じて待つ事の意味＞や＜心で感じ素直に語り合う＞など，人間関係のラポールを構築するための心髄を実感している。また模擬患者との初めてやりとりの中で，＜相手の思いを受け止める必要性＞や＜言葉で表現する重要性＞などロールプレイングとは異なる視点をとらえていることができている。第2因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを展開するための面接姿勢】では，＜援助者の視点を明確にする＞など面接者としての姿勢を明かにしている。第3因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを調整する機能】では，＜相手の空気にあわせる準備＞や＜自己のつくりだした環境への影響＞など専門的コミュニケーションにおける面接環境の重要性を明らかにしている。第4因子【がん看護に必要な専門的アセスメントをするための専門的なコミュニケーションスキルの獲得】では，＜相手の言葉を引きだす必要性＞や＜間を空けることの意味＞など具体的な方法が提示されている。

3）第3段階　模擬患者の活用に関する自己体験の振り返り

第3段階では，第 1因子７カテゴリー，第3因子６カテゴリー，第 4因子１カテゴリー，第 5因子１カテゴリー，計15カテゴリーが抽出された。第1因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを構築するための全体評価】では，＜自己の視点で真意を捉える＞など相手の真意を探究する必要性を実感している，一方＜相手の本心をきくことができない＞などの葛藤も生じている。また2回の模擬患者の活用を通して，＜自己を正直に表現する＞など相手に向き合う姿勢の重要性も示唆している。第3因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを調整する機能】では，＜目的意識をもって観察する＞ことや＜全体的に捉える＞など専門的なコミュニケーションスキルを調整する方法が提示できるようになっている。

４．がん看護シミュレーション体験プログラムの特徴

コミュニケーションスキルの因子とプログラムのステップとの関係性からシミュレーション体験プログラムの特徴について説明する。

コミュニケーションスキル第1因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを構築するための全体評価】は，第1段階の自己のコミュニケーションパターンの認識から，第2段階では，相手の思いを受けとめ言葉で表現することの重要性の認識に変化している。さらに第3段階では，相手の真意を探究する必要性を実感している。コミュニケーションスキル第 2 因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを展開するための面接姿勢】は，第２段階に特化した表現である。模擬患者の活用を通して援助者としての基本的な面接姿勢を再確認している。コミュニケーションスキル第 3 因子【がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを調整する機能】は，第1段階の相手との関係性の中でのコミュニケーションスキルに関する調整から，第2段階では，相手の空気にあわせた面接環境の調整に変化している。さらに第3段階では，専門的コミュニケーションスキルを調整するため，全体的に捉える視点を意識化する転換となった。コミュニケーションスキル第 4 因子【がん看護に必要な専門的アセスメントをするための専門的なコミュニケーションスキルの獲得】は，第2段階に特化した表現である。相手の言葉を引きだす，間を空けるなど具体的な専門的コミュニケーションスキルとして獲得している。コミュニケーションスキル第5因子【基本的なコミュニケーションスキルの習得】は，第1段階，第3段階とも，基本的なコミュニケーションスキルとして情報の整理や伝達などを，ロールプレイングを通して改めて情報をとることの意味を再確認している。コミュニケーションスキル第 6因子【基本的なコミュニケーションマナーの習得】は，第2段階に特化した表現である。沈黙の活用をするなど基本的なスキルを確認している。

これらの内容からシミュレーション体験プログラムの全段階において，第5および第6因子の情報伝達の方法及び沈黙の活用など基礎的コミュニケーションスキルの再習得や，第 1因子の専門的コミュニケーションスキルの全体評価に気づいてい

る。また第2から第3段階では，第2から第4 因子の専門的コミュニケーションスキルの方法論に気づいている。

Ⅳ．考察

2007年4月にがん対策基本施行され，それを具現化するため各都道府県にがん対策推進基本計画策定を義務づけた。その中に医師及び医療者のコミュニケーションスキルの向上は急務であること位置づけられている。現在医療研修推進財団や学会などにより，コミュニケーションスキル研修が開始している。がん看護に必要な専門的コミュニケーションは，臨床現場では見よう見まねで他者の話し方を真似ながら，しかしそれはいわゆる個人芸の世界であり，決して既存の経験だけでは片づけられない課題を包含している。

本研究は，がん看護に必要な専門的コミュニケーションスキルを獲得するため，ロールプレイングと模擬患者を活用したシミュレーショ体験ンプログラムを目指した。その結果，対象者は，シミュレーション体験を通して意味の再評価を繰り返しながら，自己の思考プロセスをさらに発展させがん看護に必要なコミュニケーションスキルの視点を捉えることができた。ここでは，がん看護に必要な専門的コミュニケーションを構築するための全体評価，専門的コミュニケーションスキルを獲得するための方法及びがん看護に必要な専門的コミュニケーションを習得するための教育プログラムの方向性の３点について論考する。

１．がん看護に必要な専門的コミュニケーションを構築するための全体評価

患者と看護師間の信頼関係とは，専門職として看護を提供するものとしては大前提であるものの，その関係性のつくりかたは単なるテクニカル的な技術ではなく，全身全霊をかけて相手と，また自分自身とどのように向き合うからスタートするのではないだろうか。本研究の結果から，相手を信じて待つ事の意味，心で感じ素直に語り合うなど，ラポールを構築するための心髄を実感している。コミュニケーションは，自己と他者との独立した相互関係を前提にしているが，単なる二者関係のその場の相互作用ではなく，継続的な関わりの経験として成立する。その関わりの手がかりや手ごたえは，経験年数や体験した数ではなく，相手の世界をみることを学びなおしたり，相手の世界との素朴な接触を取り戻すことを尽力する[9]。いわゆるそこの世界を発見するために一歩後退する自己の客観性が求められるのでないだろうか。患者側から捉える全体評価とは，不確かな状況の中で，つまり患者は，自分の生に対する脅威に対抗するため一人では耐えられない状況にある。看護師は本当に最善のことをしてくれる存在であるのか，自分と向き合ってくれるのかなど自問自答している。この不確かさを看護専門職どのように捉えるかにより，不確かさが軽減したり，また新たな課題が発生する状況など様々な局面がでてくる。本研究の結果からも相手の思いを受け止めることや，言葉で表現する重要性などが示唆されたが，これらの関係性を構築するためには，前述した相手の世界を見極める力として，様々な理論，哲学などを研鑽しながら，日々の日常生活体験の中で獲得する総合的な視点を捉える努力を惜しまないことは言うまでもない。

２．がん看護専門領域のコミュニケーションスキルの獲得に向けて

専門領域におけるコミュニケーションスキル習得には段階を踏み，その中で実践の知のためのスキルとして獲得する必要性がある。看護専門職は，このスキルを身につけることで，患者に対して全て対応できる解答者になるのではない。専門職のキャリアアップとして，またがん看護の専門性として細分化されてくると，ケアの対象者が受動的な存在となる危険性を孕むことから十分に留意する必要がある[10-11]。本研究では，相手の反応をみながら意図的に質問する方法するため，直観や感覚を使い察することに気づくことや，目的意識をもって観察するなど，何かひっかかる，気になることを手掛かりに，確認したり，考えたりしながら，患者の潜在力と看護師の相互作用の中で，真のニーズを捉える感性力が要求される。特に聴くスキルは，患者の生きてきたプロセスそのものを語り，ケア対象者の能動性を引き出すスキルとして新たな関係性と構築するために重要である[12]。また相手の空気にあわせる準備の必要性や，自己のつくりだした環境への影響などが示唆された。高いコミュニケーションスキルを獲得することは，看護専門職の個人の専門性に還元するのではなく，むしろ患者との関係性を構築するケアする場とし

て，自然な状況，自然に語られる場を構築することが示唆される。

3．がん看護コミュニケーション教育プログラムの方向性

がん看護の専門職を目指すための専門的な知識・態度を総合的に捉える，その基盤となるコミュニケーションスキルを高めるための教育プログラムとして，ロールプレイングと模擬患者のシミュレーション体験からその振り返りに焦点を当てた。臨床実践者は，初学者と異なり，コミュニケーション力に対する自信と不安の両者を秘めているので，シミュレーション体験はともすると自尊感情を傷つけてしまう危険性がある。本研究では，事例の状況設定によるロールプレイングの活用とその後のディスカッションにより，今までの臨床経験における自己の感覚の揺らぎに変化を促進することができた。その後これらの自己評価した感情をさらに類似の実践体験として関連するため模擬患者がくることを知らせずに臨んだが，実践場面の心地よい緊張感と模擬患者からの適切なフィードバックにより，自己のコミュニケーションスキルのパターンへの気づきや，自己の感情を促進する揺らぎ，自己イメージの変化に気づくことができていた。つまりロールプレングと模擬患者の両者の活用により，他者の行動から自己の振り返りに関連させることによる情意面の習得を可能にしたと示唆する[13]。一方では事例に対する解釈は普段の臨床場面とは異なるため，上手く反応できずにいる対象者など個人差があることから，ビデオによるモデル提示や練習する機会などを提供することにより自信をつけて臨むことができるのではないだろうか。コミュニケーション教育プログラムにおけるロールプレイングや模擬患者によるシミュレーション体験の意図するところは，何度も繰り返して体験を自己理解として振り返ることで，自己の思考特性に気づき，その結果行動の内発的動機づけへと変化していくプロセスが視覚的に捉えられたと示唆する。つまり自己の思考の矛盾や，否定する思考や感情の揺らぎなどと関連させながら思考を再評価することで，自己の思考以外に新しい思考や態度を受け入れることが可能となる。今後さらに看護専門職に対するシミュレーション体験を活用したコミュニケーションスキルを系統的に修得するためには，看護の臨床実践者一人ひとりの快の感情に焦点を当て，心を揺さぶる体験として情意領域の意味を深める教育プログラム開発を進めていくことが重要である。

V．おわりに

本研究は，がん看護の基盤となるコミュニケーションスキルを高めるプログラム開発の一環として，ロールプレイングと模擬患者活用したシミュレーション体験プログラムの開発を検討した。本研究の結果を踏まえ，今後もがん看護のコミュニケーションスキルを高めるためのプログラム開発を継続する予定である。

引用文献

1）Natinal Institute for clinical excellence: Guidance on cancer service : improving supportive and palliative care for adults with cancer, 2004

2）Kennedy-Sheldon.L:Communication in oncology care: The effectiveness of skills training workshops for healthcare providers. Clin J Oncology Nursing, 9;305-312, 2005.

3）Cantwell, B.M., RamirezA.J:Doctor-patient communication:a study of junior house officers. Medical Education, 31;17-21, 1997.

4）Fallowfield L., JenkinsV., Farewell V. :Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. Lancet, 359;650-656, 2002.

5）BackA.L., ArnoldR.M., BaileW.F.:Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussions transitions to palliative care. Arch Interm Med, 167;453-460, 2007.

7）RazaviD., DelvauxN., Marchal S.:Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randmised study. Br J Cancer, 87;1-7, 2002.

8）BoundD., KeoghR., WalkerD.:Reflection.Turning Experience into Learning.Kogan Page (London), 23-29, 1985.

9）屋良朝彦：メルロポンティとレヴィナス．東信堂（東京）, 24-28, 2004.

10）ShillingV.J., FallowfieldL.:Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation. Psychooncology, 12;599-611, 2003.

11）DelvauxN., Razavi D, Marchal S. :Effect of a 105

hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology. Br J Cancer, 90;106-114, 2004.

12）FallowfieldL., JenkinsV., FarewellV., Solis-Trapala.I.:Enduring impact of communication skills training. Br J Cancer, 89;1445-1449, 2003.

13）WilkinsonR., PerryK., BlanchardL.:Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients:a randomized controlled trial. Palliative Medicine, 22;365-375, 2008.

報　告

高齢者通所施設利用者の聴力障害の実態

髙木初子，水戸美津子

Investigation of Auditory Disorder in A Geriatric Day Care Facility

Hatsuko TAKAGI，Mitsuko MITO

抄録：本研究は高齢者通所施設利用者の聴力障害の実態を調べ，老人施設における聴力障害のある高齢者へのケア方法と課題を明らかにすることである。簡易聴力検査に対応できる認知能力がある65歳以上の47人，平均年齢78.6歳を対象に，自覚している聴力について調査票を用いて聞き取り調査をし，オージオメーターによる聴力検査を実施した。聴力低下により日常生活で困っていることは，「騒音があると聞こえない」「電話の内容がわからない」「テレビを大きな音にして叱られる」「聞き間違いがある」など12カテゴリーであった。オージオメーターによる聴力検査では，聴力レベル0～25dBが18.9%，26～40 dBが45.9%，41～55 dBが24.3%，56～70dBが10.8%であった。特に85歳以上の者は中等度の難聴レベルにあり，普通の会話でしばしば不自由を感じていた。「年齢」と「聴力レベル」には統計的に有意な相関がみられた（$r = .537$　$p < .01$）。聴覚障害のある高齢者は，聴力低下があることに引け目を感じ，周囲に遠慮しいていることが推測できる。高齢者の聴力の低下に対する引け目やストレスを軽減するためには，家族や周囲の支持的な態度やサポートが重要といえる。

キーワード：高齢者通所施設，純音聴力検査，聴力低下の自覚，日常生活の支障度

Ⅰ．はじめに

加齢に伴う感覚機能低下の一つに聴力障害があり，50歳代から徐々に高音域から聴力損失を生じ，65歳以上の高齢者では約1／4の人が難聴を自覚するといわれている[1]。厚生労働省が実施している「身体障害実態調査」[2]によると，両耳の聴力レベルが70dB以上の聴力レベルのかなり低い聴覚・言語障害者は2001年では約34万6千人おり，そのうち65歳以上の人は67.9%を占めている。高齢社会の現代においては，今後さらに聴力障害を有する高齢者の増加が予測できる。

会話音は一般に500～2000Hzで，聴力平均が25dB以上に低下すると日常会話に支障がでる[1]。しかし，これは純音による検査に基づく判断であり，日常生活での「会話」は純音ではなく，人の話す語音を聞き分けることが必要であり，高齢者は語音の検査でも正しく聴取する能力が低下すると言われている[3]。また，老人性難聴は両側性の感音難聴であるため，音の聞こえ方が小さく聞こえるだけでなく，「歪み」が加わるため明瞭に聞こえない。従って，高齢者の多くは日常生活の会話場面において，「音」としては聞こえるが「言葉」として明瞭に聞こえていないことが予測できる。

自治医科大学看護学部
Jichi Medical University, School of Nursing
Department of gerontological Nursing

難聴高齢者における聴力低下と精神的健康との関連性を明らかにした研究[4]では，聴力低下に起因するストレスフルな出来事が直接的に精神的健康に影響を及ぼすのではなく，難聴高齢者が聴力低下ストレスを認知することで間接的に精神的健康に影響を与えることが示されている。従って，聴力障害のある高齢者にとって，住み慣れた地域においては環境への適応ができており，家庭や親しい間柄における会話などでは，日常生活上の習慣化や相手の配慮などにより，聴力低下による影響が幾分緩和されるのではないかと考えられる。介護老人保健施設に勤務している職員の老人性難聴者への理解や関わりに関する研究[5) 6)]では，看護師の老人性難聴の聞こえ方の理解がリハビリテーション関連職員に比べ低いこと，経験年数が高い人ほど筆談など確実な情報伝達方法を用いていたことを明らかにしていた。介護老人保健施設に入所している高齢者の聴力障害の実態に関する研究[3), 7~8)]では，高齢者の聴力を測定し，日常生活の支障度を明らかにしていた。難聴によるコミュニケーション障害が療養生活に支障をきたしており，職員は各入所者の聴力の程度を推察して話をすることが重要課題であることを示していた。地域で暮らす難聴高齢者の体験の意味に関する研究[9]では，耳鼻咽喉科を受診する難聴高齢者を対象に，半構成的面接法を用い，聞こえづらさをもつ生活，本人の聞こえの捉え方などを明らかにしていた。地域で生活している難聴高齢者は，積極的に聞くための行動を起こしているが，家族や友人に迷惑をかけて申し訳ない気持ちを持っていることを明らかにしている。しかし，地域と高齢者施設を行き来する聴力障害のある高齢者に関する研究は見あたらなかった。

生活の中心が在宅で高齢者施設を利用する高齢者の場合には，日々の生活においてのコミュニケーションや情報収集が，施設で過ごす時には制限される。加えて新しい環境への適応や新たな人間関係を構築しなければならず，聴力障害による心身への影響が考えられる。

そこで，高齢者通所施設利用者の聴力障害の実態を調べ，老人施設における聴力障害のある高齢者へのケア方法と課題を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．対象

平成20年1月から3月までにM県にある高齢者通所施設利用者で，簡易聴力検査に対応できる認知能力がある65歳以上の人47名を対象とした。

２．調査方法

１） 質問紙による調査

利用者に，自覚している聴力について調査票を用いて聞き取り調査をした。調査項目は基本属性（6項目），聴力低下の自覚（6項目），聴力低下に対する考え（3項目），補聴器について（5項目），日常生活上で聴力低下があることで困っていること（1項目），施設利用時聴力低下に対して職員の援助・配慮で希望すること（1項目）である。

２） 簡易聴力検査

簡易聴力検査の場所は，可能な限り騒音が遮断でき，プライバシーの確保ができる一室を施設内に設定する。

(1) 純音聴力検査

オージオメーター検査：リオン社製AA-72Bオージオメータによる気導聴力検査を行い，500Hz・1000Hz・2000Hzの周波数の音について聴力レベルを測定した。施行回数は1回である。日常会話音に最も必要な周波数帯域は500～2000Hzである。500Hzの聴力レベルをAdB，1000Hzの聴力レベルをBdB，2000Hzの聴力レベルをCdBとした場合，（A＋2B＋C）×1／4（4分法）で表される平均聴力を求めた。通常，左右どちらか成績の良好なもの「良聴耳平均聴力レベル」が「聴力レベル」として用いられている。

３．分析方法

データの統計学的処理は，統計ソフトSPSS14.0J for the windowsを用いて行った。聴力の自覚と聞こえにくいことに対する考えについてはχ^2検定を用いた。聴力レベルと聞こえにくいことに対する考えについてはｔ検定を用いた。有意水準を$p<.05$及び.01とした。自由記載項目は，類似性からカテゴリー化を行った。

４．倫理的配慮

通所施設の代表者に，研究の趣旨，施設名の匿名性の厳守などを説明し，研究協力の同意を得たうえで実施した。対象者である高齢者通所施設利

用者には，書面及び口頭にて以下を明記した依頼文に基づき説明を行い，文書により同意を得た。

①研究の目的，調査方法，簡易オージオメーターによる聴力検査についての説明。

②研究協力で得られたデータは研究目的以外の目的で使用されることはない。

③得られた情報は個人を特定できないよう処理し，プライバシーは保護される。

④検査協力に拒否されても，一切不利益は被らない。調査中においても同様である。

⑤守秘義務については保障する。

⑥研究成果の発表，論文投稿などにおいて匿名性を厳守する。

Ⅲ．研究結果

1．対象者の基本属性

利用者の属性をみると，男性13名（27.7%），女性34名（72.3%）であり，女性が約7割を占めていた。年齢は65～74歳が13名（27.7%），75歳以上が34名（72.3%）であり，平均年齢は78.6歳±6.4であった（表1）。

表1　対象者の年齢別構成

年令	男性%	女性%	総数%
65-69	1（2.1）	3（6.4）	4（8.5）
70-74	4（8.5）	5（10.6）	9（19.1）
75-79	2（4.3）	11（23.4）	13（27.7）
80-84	4（8.5）	7（14.9）	11（23.4）
85-89	2（4.3）	7（14.9）	9（19.2）
90-94		1（2.1）	1（2.1）
合計	13（27.7）	34（72.3）	47（100.0）
平均年齢			78.6±6.4

耳の疾患の有無は，「ある」8名（17.0%），「なし」31名（66.0%），「以前あったが治癒した」6名（12.8%），「わからない」2名（4.2%）であった。「なし」と「以前あったが治癒した」の両者を合わせると約80%の人は耳の疾患はなかった。耳の疾患があると答えた8名のうち中耳炎7名，突発性難聴1名であった。

高齢者通所施設の利用期間は，6か月未満が25名（53.2%），6か月～1年以内が20名（42.6%），1年以上が2名であった（4.3%）。利用回数は週1回が10名（21.3%），週2回が37名（78.7%）であった。

2．聴力低下の自覚

聴力低下の自覚のある耳は，「両方の耳」21名（42.4%），「右耳」5名（17.2%），「左耳」3名（10.3%），「どちらの耳かわからない」3名（6.4%）「聴力低下なし」15名（31.9%）であった。（表2）。

表2　聴力低下を感じている耳

耳側	人数%　n＝47
両方	21（44.7）
右	5（10.6）
左	3（6.4）
どちらか分からない	3（6.4）
聴力低下なし	15（31.9）

聴力低下を自覚した時期は，1年以内が3名（6.4%），2～5年前からが11名（23.4%），6～10年前からが11名（23.4%），11年以上前からが5名（10.6%），いつからか不明が2名（4.3%），聴力低下なし15名（31.9%）であった（表3）。年齢別に

表3　聴力低下を自覚した時期

時期	人数%　n=47
1年以内	3（6.4）
2～5年以内	11（23.4）
6～10年以内	11（23.4）
11年以上	5（10.6）
不明	2（4.3）
聴力低下なし	15（31.9）

聴力低下の自覚した時期をみると，65～69歳は2～5年以内が2名，6～10年以内が1名，70～74歳は1年以内が1名，6～10年以内が2名，11年以上が1名，75～79歳は1年以内が1名，2～5年以内が3名，6～10年以内が3名，80～84歳は2～5年以内が2名，6～10年以内が2名，11年以上が3名，85歳以上は1年以内が1名，2～5年以内が4名，6～10年以内が3名，11年以上が1名であった（表4）。

耳鳴の有無は，「ある」18名（38.3%），「なし」22名（46.8%），「不明」7名（14.9%）であった（表5）。耳鳴のある人18名の耳鳴を自覚した時期を見ると，1年以内が3名（16.7%），2～5年前からが4名（22.2%），6～10年前からが4名（22.2%），11年以上前からが6名（33.3%），いつからか不明が1名（5.6%）であった。

一日のうちで聞こえにくい時間帯を回答していた者は37名であった。「時間に関係なく聞こえにくい」13名（35.1%），「夜（18時～就寝）」3名

（8.1％），「テレビを4時間程度見たとき」1名（2.7％），一方，「聞こえない時間帯がない」15名（40.5％），「わからない」5名（13.5％）であった。

3．聴力低下に対する考え

聴力低下に対する考えとして，聞こえにくさが気にならないが28名（59.6％），常に気になるが9名（19.1％），聴力低下なしが10名（21.3％）であった。聞こえにくさが常に気になると回答した9名のうち，施設職員に聴力低下があることを伝えている者は7名であった。その理由について5名が回答しており，その理由は「伝えた方が配慮がある」「生活やリハビリ指導時に聞こえないと支障がある」などであった。

一方，施設職員から聴力低下に合わせた対応があると回答したものが12名（25.5％），対応がないが12名（25.5％），わからないが4名（8.5％），聞こえている15名（31.9）、無回答4名（8.5％）であった。聴力低下に対する施設職員の対応内容は，「耳の側で話してくれる」「大きな声で話してくれる」「ゆっくり話してくれる」などであった。「聞こえにくさが気になる」と「聞こえにくさを施設職員に伝えている」の間には関連が認められた（$p<.01$）。また，「聞こえにくさが気になる」と「年齢」の間には関連が認められた（$p<.05$）。

一方，職員に伝えていない理由について6名が回答しており，その理由は「必要がない」「自分からは言っていないが知っていると思う」などであった。

「聞こえにくさを施設職員に伝えている」と「施設職員から聞こえにくさに合わせた対応がある」の間には関連が認められた（$p<.01$）。

4．補聴器使用について

補聴器を使用したことがある人が12名（25.5）％，使用したことがないが35名（74.6％）であった。補聴器を使用したことがあると回答した12名のうち，現在も使用している者は9名，使用していない人が3名であった。補聴器の使用状況は，両方5名，右耳5名，左耳2名であった。また，「聞こえにくいことが気になる」と「補聴器の使用」との間には関連があった（$p<.05$）。

補聴器を使用したことのある12名の補聴器を使うきっかけをみると，自分で必要性を感じたが9名（75％），家族など人から勧められたが3名（25％）であった。補聴器の購入年次をみると，1～2年前が8名（66.7％）と多く，半年前が1名（8.3％），5～10年が2名（16.7％），10年以上前が1名（8.3％）であった。また，補聴器購入の値段をみると，5万円以下が2名（16.7％），5～10万円以下が4名（33.3％），11～20万円以下3名（25％），30万円以下が3名（25％）であった。

現在補聴器を使用している，もしくは過去において補聴器を使用したことがある人の補聴器を使用しての感想は，「聞きたい音以外の音も聞こえる」「雑音がうるさい」など否定的な意見と，「補聴器を使用しているとよく聞こえる」「補聴器の調整をしているのでよく聞こえる」など肯定的な意見があった。

現在は補聴器を使用していないが，今後使用してみたいと考えている人が13名（37.1％），今後も使用しなくてよいと考えている人が16名（45.7％），わからないが5名（14.3％）であった。今後使用してみたいと考えている人の理由は，「今後聞こえにくくなったら使ってみたい」「（補聴器が）よい

表4　年令別聴力低下を自覚した年数

	1年以内	2～5年以内	6～10年以内	11年以上	n=30
65～69歳	0	2	1	0	
70～74歳	1	0	2	1	
75～79歳	1	3	3	0	
80～84歳	0	2	2	3	
85歳以上	1	4	3	1	

表5　耳鳴りの有無

	人数％　n＝47
ある	18（38.3）
ない	22（46.8）
不明	7（14.9）

ものが出ていると聞くので使ってもよい」「耳元で話をするのが嫌なので使ってみたい」などであった。一方，今後も使用しなくてよいと考えている人の理由は，「現在は聞こえている」「家族と同居していてフォローしてくれる」「雑音が入ると聞いている」「高価なため」などであった。

また，補聴器を購入してもよいと考える値段は，1万円以下が6名，5万円以下が7名，10万円以下が2名，30万円以下が5名であった。

補聴器にどのような工夫があれば使用したいと考えるかについては，「雑音がないもの」「値段が安ければよい」「耳かけ式でズレないもの」「デザインが素敵なもの」「補聴器に関する正確な情報」などであった。

5．日常生活上で聴力低下があることで困っていること（自由記載）

自由記述欄に記入があったのは34枚である。内容の類似性から，「騒音があると聞こえない」，「器械音が聞き取れない」，「言葉が聞き取れない」，「電話の内容がわからない」，「大きな音にして叱られる」，「聞こえが悪い耳側から話しかけられると困る」，「聞こえないので相手に気を使う」，「車のエンジン音が聞こえない」，「聞き間違いがある」，「文脈で話の内容を理解する」，「何度も訊き返されると疲れる」の11カテゴリーに分けられた（表6）。

表6　聞こえないで困ったこと

カテゴリー	記述内容
騒音があると聞こえない	外で話をするときに相手の話し方によっては聞こえない
	周りがざわざわしている時は会話の声が聞き取れず聞き返すことが多い
	静かなところなら大丈夫だが，周囲が騒がしい時はよけいに聞こえにくい
	二つ同時に体操をしていると，どちらの体操の声掛けかわからなくなる
機械音が聞き取れない	電話の声は聞こえるがベルの音は聞こえない
	電話のベルが聞こえないので電話に出られない
	インターホンのベルの音は聞こえない
	体温計の電子音が周囲の音によって聞こえにくい
言葉が聞き取れない	言葉が聞き取れないことがある
	息子のはなしが聞き取りにくい
	若い人が聞こえるＴＶの音量だと聞こえないのでボリューム上げてと頼む
	音が単に小さく聴こえるのではなく何を言っているのか聴こえないのがつらい
電話の内容がわからない	電話は子機で出てしまうと声が聞こえにくく要件がわかりにくいので，いつもかけ直すと言って親機からかけ直すようにしている
	補聴器を使用していないと電話の対応に困る
	電話で話をするとき，内容がよくわからない時がある
大きな音にして叱られる	ＴＶの音が聞こえる音量にすると外まで聞こえる大きさでうるさいと言われてしまう
	テレビのボリュームが大きいと叱られるので，耳の検査をしたい
	自分が聞こえないので相手も聞こえないだろうと思い大きい声で話すと大きすぎると叱られてしまう
聞こえが悪い耳側から話しかけられると困る	右側（難聴の耳）から話しかけられると困る
	話をするときに相手の位置によって左側から話しかけられると聞き取りにくい。自分で身体の向きを変えるようにしている
	使用していても相手の声の大きさや話し方（ゆっくり），話す位置によって聴こえにくいことがある
聞こえないので相手に気を使う	話がかみ合わないと相手に悪いと思ってつらい時がある
	みんなで何かするとき何か話を聞くときは困る
車のエンジン音が聞こえない	横断歩道を気をつけて渡っている
	自転車に乗っていると車が近づいてくるのがわからない時がある
聞き間違いがある	聞き間違えてとんちんかんなことを答えてしまう
	聞き間違いがある
文脈で話の内容を理解する	前の文脈で話の内容を理解することにしている
何度も訊き返されると疲れる	聞こえている人と話すとき何度も訊き返されると疲れる

６．施設利用時，聴力低下に対して，職員の援助・配慮で希望すること（自由記載）

自由記述欄に記入があったのは11枚である。内容の類似性から「わかりやすい話しかたをしてほしい」,「耳の側で話をしてほしい」,「肩を叩いて知らせてほしい」,「危ないところでは手をかしてほしい」の4カテゴリーに分けられた（表7）。

７．平均聴力レベルの分布

１）良聴耳平均聴力レベル（以下聴力レベルとする）の分布

聴力レベルが0～25dBが7人（18.9%），26～40 dBが17人（45.9%），41～55 dBが9人（24.3%），56～70 dBが4人（10.8%）であった。

「聴力レベル」と「聞こえにくいことが常に気になる」についてｔ検定を行った結果，有意に差があった（ｔ＝3.91，df＝17.13　p<.01）。さらに，「聴力レベル」と「聞こえないことを施設の職員に伝えている」についてもｔ検定を行った結果，有意に差があった（ｔ＝5.45，df＝8.31　p<.01）。

２）年代別聴力レベル

年代別聴力レベルをみると，65～69歳の平均聴力レベルは24.17dB（3名），70～74歳は36.25 dB（7名），75～79歳は33.16dB（10名），80～84歳は36.25 dB（8名），85歳以上は49.03 dB（9名）であった。年齢と聴力レベルには統計的に有意な相関がみられた（ｒ＝.537　p＜.01）（図1）。

純音聴力レベルは図2に示した通り，1000Hzではすべての年齢で500Hzより上昇するが，2000Hzの場合は，75歳以上の年齢では聴力低下がみられたが，65～74歳の年齢ではやや上昇していた。

表7　高齢者施設職員に望む配慮・援

カテゴリー	記述内容
わかりやすい話しかたをしてほしい	発音がわかりやすく話してくれたらよい
	聴こえない時は自分で聞き返しているが，ゆっくり話してもらうとよい
	周囲が騒がしく聴こえない時があるので，その時は大きな声で話しかけてほしい
耳の側で話をしてほしい	職員が側で話してくれる
	耳の側で話すのをつづけてほしい
	遠くから大きい声は聴こえにくいので今後も耳の側で話してほしい
肩を叩いて知らせてほしい	ただ聴こえない時に肩をトントンとたたいていただくと気づけると思う
危ないところでは手を貸してほしい	聴こえない人は本当に不自由だと思うので危ないところでは手を貸すとかが必要だと思う

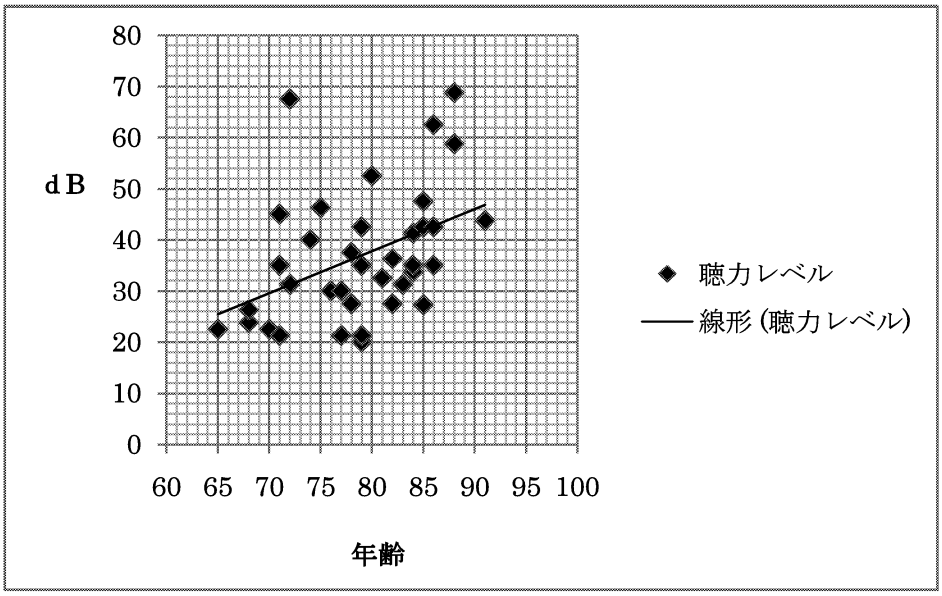

図1　聴力レベルと年齢の相関図

Ⅳ．考察

１．聴力障害のある高齢者の聞こえ方を看護師が理解することの必要性

会話領域の周波数（およそ500Hz～2000Hzの聴力）の聴力が保たれていればコミュニケーションに問題は生じにくいが，会話領域の聴力閾値が30～40dBを上回ると自覚的に難聴と認識するようになる[1)]。今回の調査結果から会話領域の周波数が25dB以下でコミュニケーションの問題がない人は約2割おり，会話領域の周波数が25dB以上の難聴がある人は約8割いた。また，年齢別の聴力レベルでは，65～69歳の平均が24.2dBでコミュニケーションに障害を感じないレベルあった。しかし，70～84歳では33.2～36.3dBと軽度難聴レベルであった。聴力レベルが26～40dBでは小さい声での会話が聞き取りにくい，相手の顔が見えないときに間違いが多くなる[10)] と言われているが，本調査結果においても「騒音があると聞こえない」「電話の内容がわからない」「聞こえにくいが聞き取れる」など，普通の会話で時々不都合を生じていることが分かった。一方，85歳以上では49.03dBと中等度の難聴レベルとなっていた。「言葉が聞き取れない」「聞こえないので大きな音にして叱られる」「聞こえないので相手に気を使う」「聞き間違いがある」など，普通の会話でしばしば不自由を感じていた。また，今回の調査結果から「聞こえにくさが気になる」と「年齢」の間には関連が認められたように，高齢になるにつれ，日常生活上で聴力低下を本人が自覚する出来事が増え，そのことがさらに自覚を強化するのだろう。

聞こえにくさが常に気になると回答した者で，聴力障害のあることを施設職員に伝えている人は，通所施設利用時に聴力障害に対する配慮を求めていた。また，「聞こえにくさが気になる」と「聞こえにくさを施設職員に伝えている」の間には関連が認められ，高齢者本人が自身の聴力低下があることを自覚すると，それに対する対処行動をとることができるといえる。聴覚障害のある高齢者とのコミュニケーションでは，静かな環境でゆっくりと耳元ではっきりとやや低音で話すとよい[11)] と言われている。本調査でも，聴力低下に対する施設職員は，「耳の側で話してくれる」「大きな声で話してくれる」「ゆっくり話してくれる」などの対処行動をとっていた。また，「聞こえにくさを施設職員に伝えている」と「施設職員から聞こえにくさに合わせた対応がある」の間には関連が認められており，ケア提供者は，相手に聴力障害があることを理解している場合は，その人に合わせた対応をしていることがわかった。しかし，軽度の難聴高齢者の場合は，高齢者自身も視覚からの情報や文脈から想像力を生かして会話するため，日常生活を送るうえで障害も少なく周囲の者が気

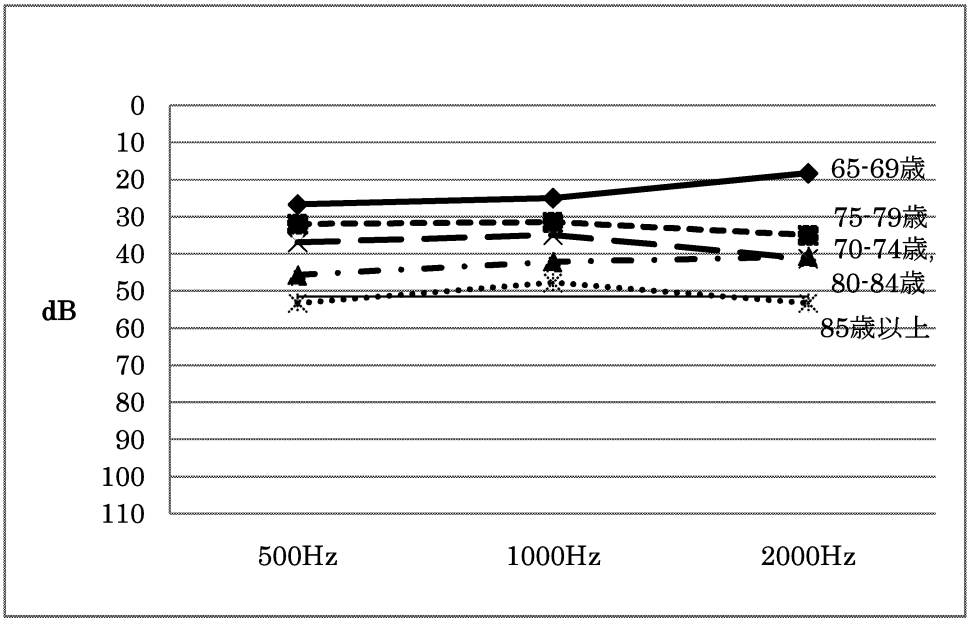

図2　純音聴力レベル

づかないこともある。看護師は，聴覚障害のある高齢者のケアに当たる場合，本人からの申し出に頼るだけではなく，より注意深く観察し関わることが重要である。

2．周囲の人々の「聞こえない」ことへの無理解への働きかけの必要性

聞こえにくいことで困ったことの内容に「テレビを大きな音にして叱られる」「聞こえが悪い耳側から話しかけられると聞き取りにくい」など，聴力低下に対する周囲の人の配慮のなさが伺える。また，「何度も訊きかえされると疲れる」「音楽が聴けない苦しみがある」「二つの体操の声掛けが同時だと自分の体操の声掛けがわからなくなる」「聞き間違えてとんちんかんなことを答えてしまう」など，聞こえにくいことによるイライラ感や話の内容がわからないつらさを抱いていることがわかった。以上のことからも高齢者は聴力の低下があることに引け目を感じ，周囲に遠慮していることが推測できる。

難聴高齢者の聴力低下に起因するストレスフルな出来事は，周囲の対応次第で容易に改善が可能である[5]。本調査でも，家族と同居していて家族から支援を受けている人は，聞こえにくさを感じていたが不自由は感じていなかった。井口[12]も周囲の対応がしっかりしていれば難聴であっても不自由を訴えないと述べている。したがって，高齢者の聴力の低下に対する引け目やストレスを軽減するためには，高齢者の苦悩や障害の受容を支えるなど，家族や周囲の支持的な態度やサポートが重要といえる。看護師は，家族に対しても適切な話し方の指導が必要である。

3．加齢に伴う聴力障害受け入れへの働きかけの必要性

聴力レベルの結果を見ると，70～84歳では33.2～36.3dBと軽度難聴レベルであったにもかかわらず，聴力低下の自覚状況をみると，65～69歳の人は2～5年前から聴力低下を自覚していたが，85歳以上の人でも2～5年以内に聴力低下に気づいた人や中には1年以内だと回答している人もおり，年齢が高くなっても，聴力低下の自覚の年数には違いがなかった。このことは，軽度の聴力低下であれば，視覚からの情報や想像力を生かして会話するため本人もなかなか自覚できず，年齢が高くなり聴力低下の程度がさらに進み，聞こえていないことを人から指摘されたり，日常生活上困った状況が出現したことで自覚が促されたためと考えられる。

一般的に高齢者の補聴器の適応は，平均聴力レベルが45～55dB以上[13]といわれている。今回の調査結果でも，85歳以上の平均聴力レベルは54.3dBであり，補聴器の適応範囲であった。高齢者にとって聴力の低下を認めることは，自分が年をとったことを認めることにもつながるため，聴力低下を認めたがらない高齢者もいる[12]。聞こえが悪くなったことを職員に伝えていない理由についての理由に，「必要がない」「自分からは言っていないが知っていると思う」などがあった。施設職員も高齢者に聴力の低下があることが分かっていれば対応に留意できるが，聞こえていなくても頷いたり，返事をすることもあるので，聴力低下に気づかない場合もある。従って，高齢者施設で高齢者のケアを実践する場合は，日常生活の様子を観察し，高齢者の反応や会話の状況から話した内容がどこまで伝わったのかを把握することが必要である。

高齢者との会話の状況や日常生活の様子から聴力の低下が疑われた場合は，耳鼻咽喉科の受診を勧めることが必要となる。高齢者から補聴器の希望がある場合にも，同様に耳鼻咽喉科の受診を勧め，専門医や補聴技能者による補聴器のフィッテイングを行うこと[1]が大切になる。本調査結果でも，自分で補聴器の使用の必要性を感じた場合や家族など人から勧められて補聴器を使い始めたが，「聞きたい音以外の音も聞こえる」「雑音がうるさい」などの理由で，補聴器使用を中止した人がいた。補聴器を装着しても期待したほどの効果があがらない場合や使いこなせない場合には，継続して使用することをあきらめることがある。一方，補聴器の使用を継続している人は，「補聴器を使用しているとよく聞こえる」「補聴器の調整をしているのでよく聞こえる」など，フィッテイングやアフターサービスをきちんと受けていた。本調査では，「聞こえにくいことが気になる」と「補聴器の使用」との間には関連が認められており，補聴器装着に関しては，まずは高齢者自身が聞こえにくいという自覚をもつことが大切といえる。しかし，補聴器を装着しさえすればすべての言葉が理解できるわけではない[14]ので，高齢者が自分

の聴取能力を理解できるよう関わることが必要である。さらに，補聴器を装着している場合でも，補聴器の装着による聴取能力や装着によるトラブル等を把握し，コミュニケーション能力が維持できるよう働きかけることが大切といえる。

V．まとめ

今回の調査結果から70～84歳では33.2～36.3dBと軽度難聴レベルで，普通の会話で時々不都合を生じていることが分かった。一方，85歳以上では49.0dBと中等度の難聴レベルで，普通の会話でしばしば不自由を感じており，「年齢」と「聴力レベル」には統計的に有意な相関がみられた（$r=.537$　$p<.01$）。聴覚障害のある高齢者は，聴力低下があることに引け目を感じ，周囲に遠慮しいていることが推測できた。従って，高齢者の聴力の低下に対する引け目やストレスを軽減するためには，家族や周囲の支持的な態度やサポートが重要といえる。

高齢者施設においてケアを提供する場合，高齢者に聴力低下があることが分かっていれば対応に留意しているが，聞こえていなくても頷いたり，返事をすることもあるので聴力低下に気づかないこともある。従って，高齢者施設で高齢者のケアを実践する場合は，日常生活の様子を観察し，高齢者の反応や会話の状況から話した内容がどこまで伝わったのかを把握することが必要であることがわかった。

本研究は自覚している聴力について調査票を用いて聞き取り調査及び，オージオメーターによる聴力検査を実施し，純音聴力検査結果を抽出し考察したものである。純音聴力検査は純音に対する聴力レベルは測定できるが，実際の会話の聞き取りを必ずしも反映しているとは言いがたい。今後は語音聴力検査を追加し，高齢者の聴力機能の評価を行っていく必要がある。また，高齢者施設で働く看護・介護職員を対象に，聴力障害のある高齢者への援助について明らかにし，適切な援助を行うためにコミュニケーション評価を行っていく必要がある。

謝　辞

本研究の趣旨を理解し研究にご協力いただきました高齢者通所施設管理者及び利用者の皆様に深く感謝申し上げます。検査機器をご提供下さいました関東リオン株式会社，小檜山崇氏に心よりお礼申し上げます。また、データ収集にご協力いただきました永盛るみ子氏、池田浩子氏、田沼美杉氏、鮎沢みどり氏に感謝いたします。

引用文献

1）中村弘之：高齢者の難聴，治療88(5)，1559-1564，2006
2）厚生労働省：障害保健福祉研究情報システム・平成18年身体障害児・者実態調査結果：http://www.dinf.ne.jp/index.html
3）楢村裕美：高齢者の聴力の実態―老人保健施設入所における調査―，Audiology Japan40，713～718，1997.
4）矢嶋浩樹，間三千夫，中嶋和夫，河野　淳，硲田猛真，嶽　良弘，榎本雅夫，北野博也：難聴高齢者の聴力低下が精神的健康に及ぼす影響，Audiology Japan47，149～156，2004.
5）長尾哲男，鎌田篤子，東登志夫：老人性難聴者の聞こえ方の理解と対応方法の調査―高齢者施設における職種別調査から―，長崎大学医学部保健学科紀要16(2)，121～126，2003.
6）鎌田篤子，長尾哲男，田平隆行：介護老人保健施設における言語聴覚士の老人性難聴への関わり方―病院に勤務する言語聴覚士との比較―，長崎大学医学部保健学科紀要17(2)，27～31，2004.
7）小川郁男：介護保険利用者の痴呆度と聴力レベル，埼玉県医学会雑誌，36(4)，385～387，2001.
8）林　隆司，大橋幸子，猪股高志，池田正明，野村正彦，今井輝子：介護老人保健施設における聴力障害についての検討，埼玉医科大学短期大学紀要14，21～27，2003.
9）大島あゆみ，宮中めぐみ，泉キヨ子，平松知子，加藤真由美：老人性難聴をもちながら地域で暮らす高齢者の体験の意味，老年看護学10(1)，53～61，2005.
10）小寺一興：補聴器のフィッテイングの考え方第1版，A-1章，2，診断と治療社，1999.
11）折茂　肇監修：高齢者の特徴と日常生活看護のポイント，174，メジカルビュー社，2003
12）井口郁雄，金岡峰夫，岸本昭憲，鈴木　衛，隅田正二，竹林脩文，西亀正之，原田貴志，平川勝洋，益田　慎，松島　睦，明海国賢，

早川式彦，新田康郎，桑原正彦：老人性難聴に関するアンケート調査報告，広島医学 50(12)，1108～1119，1997.
13）大前由紀雄：五感の衰えとQOL－聞こえにくさを中心に，月刊総合ケア，15(8)，76-79，2005.
14）黒田生子：加齢による聴覚の変化と難聴高齢者とのかかわり方　日常的ケアの視点から，高齢者ケア7(2)，61～66，2003.

報　告

栃木県における認知症高齢者とその家族を支える社会資源の検討
―既出資料からの分析―

池田浩子[1)]，池下麻美[2)]，水戸美津子[2)]

Study on the social resources supporting the dementia elderly people and its family in Tochigi Prefecture
―The analysis from fact dates―

Hiroko Ikeda[1)] , Mami Ikeshita[2)] , Mitsuko Mito[2)]

抄録：栃木県県政世論調査によると，高齢化に対する関心は高いが県民の認知症に対する理解は乏しく，介護者が社会資源をスムーズに活用できていない現状がある。そこで本稿では，認知症高齢者とその家族を支えていくシステムを考えるための基礎資料として，栃木県内の社会資源の現状について既出資料から調査した。その結果，社会資源に関する多量な情報の分散化が明らかになり，特に認知症に関連した情報の集約がほとんどなされていないことから，認知症に関連した情報集約の必要性が示唆された。さらに県内の高齢者の増加傾向は著明であり，県北西部・北東部で特に老年人口割合が高く，地勢もからみあいフォーマルな社会資源が県央・県南部に比べ少ないという地域格差が生じていた。その背景にはNPO等のインフォーマルな面での社会資源の存在がうかがわれた。今後，それらの調査の必要性とさらに，栃木県の県民性とそれぞれの地域の独自性をとらえたシステム作りの必要性が示唆された。

キーワード：社会資源，認知症高齢者，サポートシステム

Ⅰ．はじめに

国の認知症施策は，1977（昭和52）年に認知症高齢者の受け入れ先として老人精神病院を制度化したことに始まる。1982（昭和57）年には，老人精神衛生相談事業として認知症に関する相談窓口が保健所に設置され，1986（昭和61）年に厚生省（当時）に「痴呆性老人対策推進本部」が設置された。1988（昭和63）年には短期集中治療を行う老人性痴呆疾患治療病棟，1991（平成3）年に長期的な精神科的医療を提供する老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備補助が予算化された[1)]。その間1989（平成元）年に老人性痴呆疾患センターが設置された。1992（平成4）年には認知症高齢者の家族介護負担の軽減と日中独居の認知症高齢者が通所できる「痴呆性老人向け毎日通所型デイサービスセンター（Ｅ型）」が創設された。1995（平成7）年に全国8ヶ所で痴呆性老人グループホームのモデル事業を実施し，1997（平成9）年から痴呆対応型老人共同生活援助事業（痴呆性老人向けグループホーム事業）として制度化した[2)]。2000

[1)] 自治医科大学大学院看護学研究科
[2)] 自治医科大学看護学部 老年看護学
[1)] Jichi Medical University, Graduate school, Master Course of Nursing
[2)] Jichi Medical University, School of Nursing

（平成12）年介護保険制度の開始により痴呆介護研修事業を創設し，高齢者痴呆介護研究・研修センターの運営が開始された。2004（平成16）年 4 月には厚生労働省老健局計画課に「痴呆対策推進室」が設置された。さらに，2008（平成20）年7月「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の報告書が出され，その中に「早期確定診断を出発点とした適切な対応の促進」を今後の認知症基本方針とし，具体的には（1）実態の把握（2）研究開発の加速（3）早期診断の促進と適切な医療の提供（4）適切なケアの普及及び本人・家族支援（5）若年性認知症対策の積極的な推進のための財源確保と措置の必要性が提言された。

一方，栃木県の認知症施策は国のゴールドプラン21を受け，栃木県高齢者保健福祉計画「はつらつプラン21（三期計画）」で5つの施策が提示された2005（平成17）年からである。この施策は，「自分らしく生きるために～尊厳の確保（認知症対策と権利擁護事業等）」として「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」構想を推進するものであり，認知症ケアの知識を有するボランティア（認知症サポーター）を養成する活動等を中心としている[3]。また，2007（平成19）年から2ヵ年計画で，真岡市および塩谷町において「認知症地域支援体制構築等推進事業（モデル事業）」が行われている。また，認知症の人と家族をサポートする目的で全県組織である「認知症の人と介護者の会」が2006（平成18）年に設立されたが，1980（昭和55）年に京都で発足した全国組織「認知症の人と家族の会（旧：呆け老人をかかえる家族の会）」の全国組織の支部には至っていない（43都道府県には支部がある）。

県政世論調査によると，県政への要望として「高齢者福祉対策」が平成5年より常に1位であり，また「県政の情報で知りたい分野」として「高齢・医療・福祉対策」が70.1％[4]と，高齢化に対する関心は高い。しかし認知症に対する県民の理解は乏しく，また，介護者が社会資源をスムーズに活用できていない現状がある。このため現在もなお在宅で認知症高齢者を看護・介護することが困難である現状に変わりはない。認知症に関する情報や資料は多数あるにもかかわらず，混在・散在しており，集約されていないため使用しにくく，分かりにくい現状にある。インターネット上に情報が増えているが，介護者が高齢である場合などは情報を得ることが難しい。

そこで本稿では，認知症高齢者とその家族を支えていくシステムを考えるための基礎資料として，栃木県内の認知症高齢者とその家族を支えるための社会資源の現状を調査したので報告する。

注：「認知症」という呼称は，「呆け」「痴呆」と使用されてきた経緯がある。2005（平成17）年，介護保険法の改正に合わせ用語が「認知症」に統一された。このため上記本文中では改正前に事業名等で固有名詞的に使用された「痴呆」等をそのまま使用した。以下の記述から，「認知症」に表記を統一し記述している。

Ⅱ．研究目的

栃木県内の認知症の人とその家族を支えるための社会資源の現状について既出資料等から調査し，今後の支援システムを検討するための基礎資料とする。

Ⅲ．用語の定義

社会福祉辞典[5]によると「社会資源（social resources）とは，社会福祉事業の実施にあたり動員利用できる施設設備，資金物品，集団および個人あるいは制度，技術など」とあり，瀬戸氏[6]は「社会資源とは地域社会に存在する保健・医療・福祉にかかわる人，もの，機関，制度を総称している。したがって保健・医療・福祉の各専門職や担当者，福祉機器，保健施設や特別養護老人ホーム，各種保健・医療・福祉サービスの制度などがある。これらの公的サービス，すなわちフォーマルサービスに加えて社会資源にはインフォーマルサービスといって，ボランティア，家族会，患者会，隣人などによる支援も含まれる。」と定義し，大渕氏[7]は「社会資源とは，対象者のニーズを充足させるために活用できる施設・設備，制度，資金や物資，さらに集団や個人の有する知識や技術の総称である。①フォーマルな社会資源には，行政，許可を受けた民間機関・団体，医療法人，社会福祉法人，営利企業，地域の団体・組織などがある，②インフォーマルな社会資源には，家族，親戚，友人，同僚，近隣，ボランティア，明確に制度化していない当事者組織や相互扶助団体などがある。」としている。

以上から，本研究では社会資源はフォーマル

（公式）とインフォーマル（非公式）に大別され，それぞれに【施設・設備】【資金】【制度】【物資・物品】【人（知識・技術）】が含まれると定義する。

なお，本研究ではフォーマルな社会資源のみを対象とした。

Ⅳ．研究方法

1．対象資料

1）栃木県庁で有する既出資料

栃木県交通安全協会のドライブマップ栃木，栃木県県民生活部統計課編集の平成20年統計から見た栃木県のすがた，栃木県保健福祉部編集の社会福祉施設等要覧平成19年度版

2）栃木県内介護保険適用施設で配布している資料の収集

栃木県看護協会のまかせて安心 訪問看護 パンフレット

3）インターネットによる関係資料の収集

とちぎ福祉ナビゲーションホームページ（とちぎ権利擁護センター，市町村別民生委員・児童委員委嘱状況），WAM NET（全国の集計結果，栃木県の評価結果一覧，介護事業者情報　検索結果一覧，病院・診療所情報），認知症なんでもサイト全国物忘れ外来一覧，社団法人 認知症の人と家族の会 全国「もの忘れ外来」一覧，とちぎ医療情報ネット，栃木県 神経内科の病院検索 【お医者さんガイド】，日本司法書士会連合会ホームページ，栃木県司法書士会ホームページ，厚生労働省ホームページ実績評価，平成18年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況

4）厚生労働省発行物及び電話によるデータ収集

平成18年社会福祉施設等調査結果の概要，国民衛生の動向・厚生の指標　臨時増刊2008，厚生労働省社会・援護局，老健局，地域振興課からの電話による提供資料

2．資料収集方法

1）栃木県庁で有する既出資料の収集

保健福祉部高齢対策課及び，栃木県県庁資料室で所有し公開している資料提供を依頼

2）栃木県内介護保険適用施設で配布している資料の収集

施設に直接電話し，配布による資料を依頼

3）インターネットによる関係資料の収集

4）厚生労働省で有する既出資料及び電話によるデータ収集

3．資料の分析方法

1）対象資料を分析し，老年人口（人），老年人口割合（%）を整理し，図・表を作成する。

2）対象資料を分析し，県内の認知症高齢者の数を推計する。さらに，その推計値より認知症高齢者の生活の場（施設あるいは在宅）を推測する。

3）対象資料を分析し，フォーマルな社会資源として「相談窓口」,「病院・診療所（外来・病棟）」,「介護保険適用施設」,「福祉用具貸与・販売窓口」に分類し，さらにそれらに含まれる施設数や人的資源について県内の市町ごとに表を作成する。

4）1）で作成した図に，相談窓口，病院・診療所（外来・病棟）（もの忘れ外来，神経内科，精神科），介護保険適用施設（介護老人保健施設，老人福祉施設，認知症対応型共同生活介護，訪問看護ステーション），福祉用具貸与・販売窓口，交通状況をプロットしていく。

Ⅴ．結果

1．老年人口・老年人口割合

県内の市町別老年人口割合は，15%以上20%未満が10市町，20%以上25%未満が14市町，25%以上30%未満が6市町，30%以上が1町であり，上三川町が最も低く15.8%，茂木町は31.2%と最も高かった（表1，図1）。また栃木県全体の高齢化率は20.5%で，全国順位39位である。

2．認知症高齢者の概要

作表・作図に用いた資料（表1）の（7）によると2005（平成17）年の段階で全国の認知症有病者数（65歳以上）は2,046,527人だが，2015（平成27）年には3,024,080人，2035（平成47）年には4,448,418人に増加するとしている。また，県内では，2005（平成17）年に31,651人，2010（平成22）年には38,427人と，5年間で6,776人の増加が推計されている。このことから，2008（平成20）年には県内の認知症高齢者数はおよそ35,716人と推測でき，老年人口（413,122人）の約8.6%を占めている。作表・作図に用いた資料（表1）の（4）（12）（13）から施設のベッド数を割り出すと

表1　作表・作図に用いた資料一覧

(1)社団法人栃木県看護協会：まかせて安心 訪問看護ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ，栃木県看護協会，2007.
(2)財団法人 栃木県交通安全協会 各地区交通安全協会：ｾｰﾌﾃｨｰﾄﾞﾗｲﾌﾞﾏｯﾌﾟ 栃木，栃木県交通安全協会，2007.
(3)栃木県県民生活部統計課編：平成 20 年　統計から見た栃木県のすがた・栃木県，2008.
(4)厚生労働省：平成 18 年社会福祉施設等調査結果の概要
(5)栃木県保健福祉部編：社会福祉施設等要覧平成 19 年度版，栃木県保健福祉部，2007.
(6)厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生の指標　臨時増刊，55(9)，2008.
(7)栗田主一他著：平成 19 年度　厚生労働科学研究費補助金（心の健康科学研究事業）「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」分担研究報告書、総合病院型認知症疾患センターに求められている機能について，厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部　精神・障害保健課からの提供資料
(8)とちぎ福祉ﾅﾋﾞｹﾞｰｼｮﾝﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　とちぎ権利擁護センター
http://www.tochigikenshakyo.jp/db/soudan/html/asuterasu_list.html
(9)日本司法書士会連合会ホームページ
http://www.shiho-shoshi.or.jp/association/shiho_shoshi_list.php
(10)栃木県司法書士会ホームページ
http://homepage2.nifty.com/tcg_solicitor/member/member.html
(11)厚生労働省ホームページ　実績評価書
www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyou/06jisseki/dl/01-12-01.pdf
(12) WAM　NET　全国の集計結果
http://www.wam.go.jp/wamappl/jigyosha/00jigyosum.nsf/aDisplayTotal?OpenAgent&vc=2&ac=&pc=00&dt=200808
(13)WAM　NET　栃木県の評価結果一覧
http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aHyokaKekka?OpenAgent&TDFK=09&P=1
(14) WAM　NET　介護事業者情報　検索結果一覧
http://www.wam.go.jp/kaigo/ApplicationServlet
(15) 認知症なんでもサイト　三宅貴夫編　より全国物忘れ外来一覧より
http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/boke2.htm
(16)社団法人　認知症の人と家族の会　全国「もの忘れ外来」一覧
http://www.alzheimer.or.jp/jp/kaigo/iryou/monowasuregairai.htm
(17)とちぎ医療情報ネット-希望の条件で探したいとき
http://www.qq.pref.tochigi.jp/MI00TPIKSR/ACTBMI00TPIKSR05.do
(18) 栃木県　神経内科の病院検索　【お医者さんガイド】
http://www.10man-doc.co.jp/static/tochigi/dmn5.html
(19) WAM　NET　病院・診療所情報（絞り込み条件選択：神経内科）
http://www.wam.go.jp/iryoappl/subject_search.do
(20)厚生労働省：平成 18 年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況・
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/kekkal.html
(21) とちぎ福祉ナビゲーションホームページ　市町村別民生委員・児童委員委嘱状況
http://www.tochigikenshakyo.jp/chiiki/minseiiin_isyoku.html

15,082人となる。施設のすべてを程度の差こそあれ認知症高齢者が利用していると仮定すると，残りの20,634人（認知症高齢者全体の約6割）が在宅で生活（一時的な入院を含む）していると推測できる。

3．認知症高齢者とその家族を支えるためのフォーマルな社会資源

1）相談窓口

相談窓口となる社会資源を図2に示す。

(1) 高齢者総合相談センター「シルバー110番」

高齢者総合相談センターとは，高齢者やその家族が抱える各種の心配事，悩み事などの総合的な相談に応じる施設である。相談は無料，電話だけでなく面接および手紙での相談も可能である。全都道府県に1ヶ所設置され，栃木県では「とちぎ健康の森」に設置されている。

(2) 老人性認知症センター

老人性認知症センターとは，専門医による認知症の医療相談，鑑別診断，治療方針決定，夜間・休日の緊急対応を行い，専門職に技術援助等を行うための施設である。全国160施設に設置され，県内には，壬生町，足利市，那須烏山市と各々精神科の病院内に設置されている。

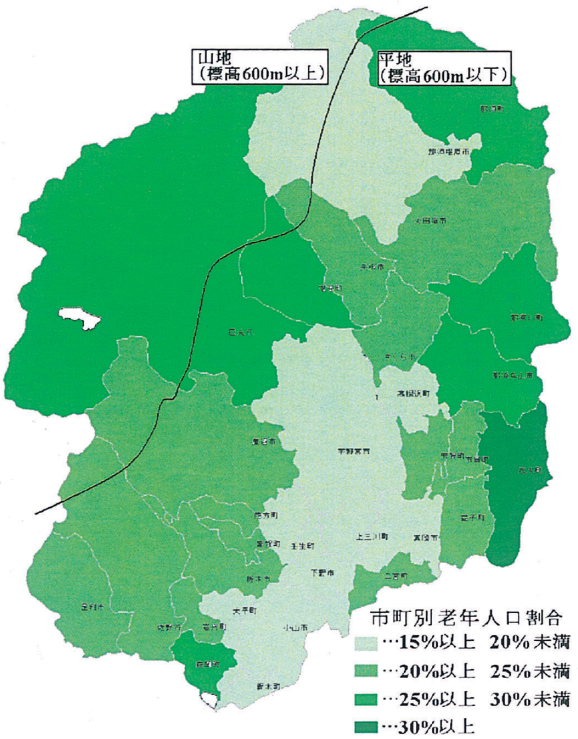

図1　市町別老年人口割合

作図に用いた資料：(2)(3)(5)(6)

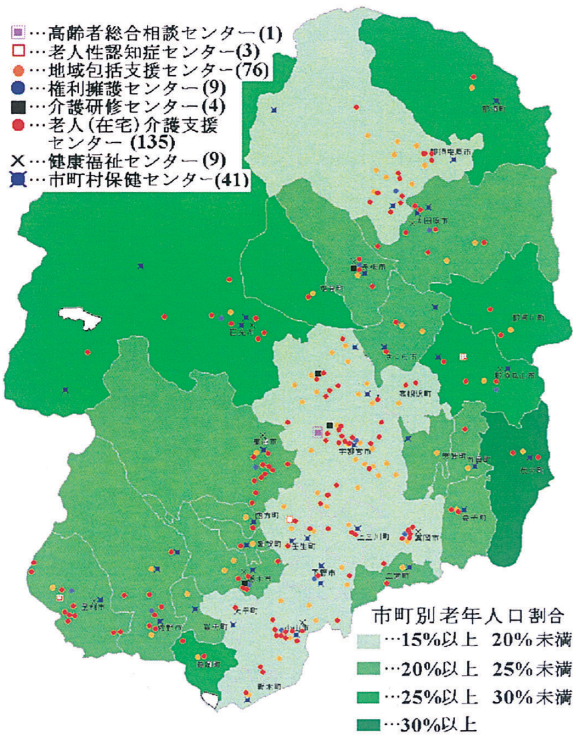

図2　相談窓口

作図に用いた資料：(5)(8)(9)(10)(11)

(3) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは保健師，社会福祉士，主任介護専門員等の専門職を配置し，介護相談や虐待などの権利擁護，社会資源を活用した包括的マネジメント，介護予防ケアマネジメント等のサービスを総合的に提供する施設である。全国に3,831施設，県内には76施設あり，宇都宮が25施設と最多，次に那須塩原市9施設，小山市5施設，栃木市，大田原市，下野市で各3施設，他の市町でも各1施設は設置されている。

(4) 権利擁護センター

権利擁護センターは認知症等により判断力が十分でない高齢者に対し，金銭管理や福祉サービスの利用援助などの権利侵害を防止するための施設である。各都道府県の社会福祉協議会内に設置され，市町に支部が存在している。県内では栃木県社会福祉協議会に「とちぎ権利擁護センター（あすてらす)」が設立され，さくら市を除く13市に1施設ずつ設置されている。

(5) 介護研修センター

介護研修センターは，介護技術・知識の普及を図り，福祉用具の展示・相談を行う施設である。地域住民，ボランティア，福祉施設職員等を対象に介護又は住宅改修・福祉用具に関する研修も行う。その中に認知症介護研修センターも含まれ，認知症介護研修の拠点として介護者の介護技術向

表2　老年人口・老年人口割合
（全国・栃木県）

	人口（人）	老年人口（人）	老年人口割合（%）
全国合計	127,771,000	27,464,000	21.5
栃木県合計	2,015,233	413,122	20.5
茂木町	15,805	4,931	31.2
那珂川町	19,276	5,455	28.3
那須烏山市	30,504	8,206	26.9
塩谷町	13,075	3,478	26.6
那須町	26,746	7,034	26.3
日光市	92,354	24,012	26.0
藤岡町	17,626	4,530	25.7
西方町	6,853	1,665	24.3
二宮町	16,402	3,986	24.3
栃木市	81,574	19,251	23.6
芳賀町	16,410	3,873	23.6
足利市	157,889	36,788	23.3
岩舟町	18,818	4,328	23.0
佐野市	123,022	27,065	22.8
都賀町	13,523	3,029	22.4
鹿沼市	103,678	22,809	22.0
市貝町	12,332	2,676	21.7
矢板市	35,415	7,650	21.6
益子町	24,969	5,318	21.3
さくら市	42,237	8,616	20.4
大田原市	78,665	15,969	20.3
壬生町	39,892	7,899	19.8
大平町	28,985	5,507	19.0
野木町	25,812	4,853	18.8
那須塩原市	115,376	21,229	18.4
高根沢町	31,087	5,689	18.3
宇都宮市	507,140	91,285	18.1
下野市	59,349	10,445	17.6
小山市	161,952	27,532	17.5
真岡市	66,686	11,337	17.0
上三川町	31,781	5,021	15.8

作表に用いた資料：(3)(5)

表3　相談窓口（人的資源）

	民生委員（人）	司法書士（人）
全国合計	226,821	19,158
栃木県合計	3,424	213
茂木町	25	0
那珂川町	47	0
那須烏山市	71	3
塩谷町	30	0
那須町	49	0
日光市	211	0
藤岡町	40	0
西方町	36	0
二宮町	43	0
栃木市	164	23
芳賀町	53	0
足利市	278	18
岩舟町	41	0
佐野市	242	14
都賀町	25	0
鹿沼市	175	8
市貝町	32	0
矢板市	56	0
益子町	40	0
さくら市	73	0
大田原市	130	27
壬生町	67	0
大平町	63	0
野木町	41	0
那須塩原市	186	0
高根沢町	49	0
宇都宮市	692	85
下野市	96	0
小山市	259	24
真岡市	96	11
上三川町	14	0

作表に用いた資料：(10)(21)

上を図る目的がある。介護研修センターは宇都宮市に2施設，栃木市，矢板市に各々1施設ある。

(6) 老人（在宅）介護支援センター

老人（在宅）介護支援センターは，在宅要介護高齢者や家族介護者の生活・介護相談に社会福祉士，保健師，介護福祉士等が専門的，総合的に対応する相談機関であり，地域状況の把握，予防，啓発活動，福祉用具の展示等，幅広い活動を行う。相談窓口は併設施設との連携により24時間対応可能な体制であることが求められるため，特別養護老人ホームや老人保健施設，病院との併設による設置が多い。利用は無料。全国には4,878施設，県内には135施設ある。最多は宇都宮市の24施設，次に小山市12施設，那須塩原市11施設であり芳賀町と岩舟町には設置されていない。

(7) 健康福祉センター

健康福祉センターは，県の福祉事務所と保健所とが合同で，保健・医療・福祉に関する総合相談を行い，面接，電話，訪問での相談に応じる。保健・福祉の連携施策や環境行政を進める中核的拠点となる「広域センター」と地域的な課題解決に向けた「地域センター」とがある。県内には9市

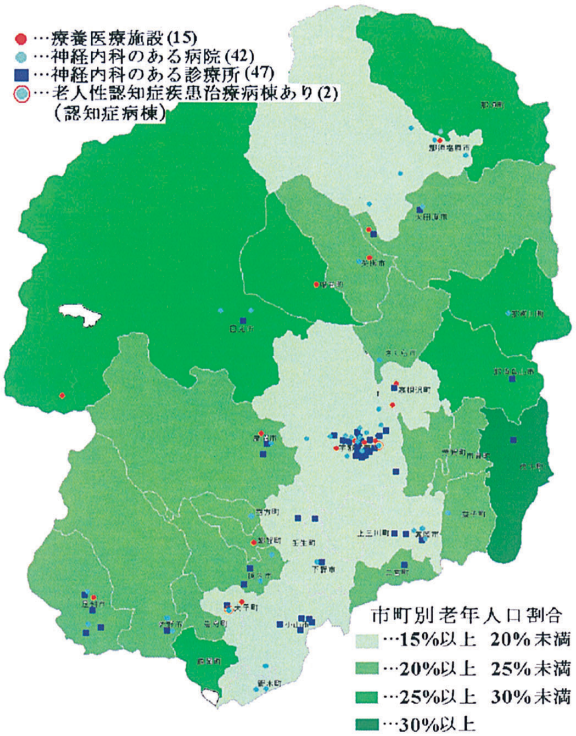

図4　病院・診療所（外来・病棟）②
（神経内科）
作図に用いた資料：(3)(6)(13)(15)(17)(18)

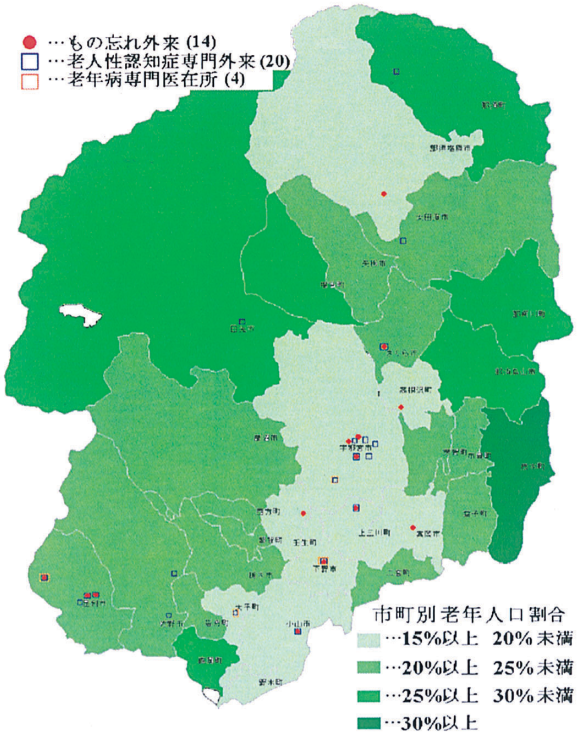

図3　病院・診療所（外来・病棟）①
（もの忘れ外来）
作図に用いた資料：(3)(6)(13)(15)(16)(17)(18)

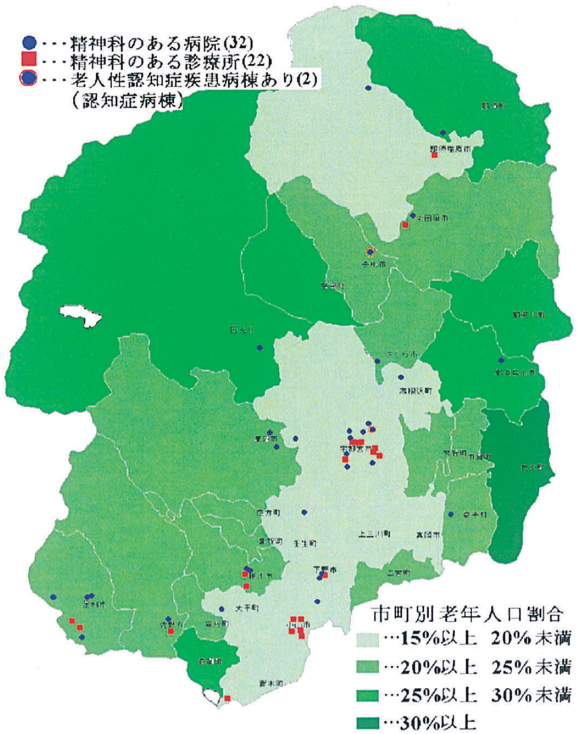

図5　病院・診療所（外来・病棟）③
（精神科）
作図に用いた資料：(3)(6)(13)(15)(16)(17)(18)

に設立され，宇都宮市，佐野市，那須塩原市，さくら市には設置されていない。

(8) 市町村保健センター

市町村保健センターは，健康相談，保健指導等と健康診査その他地域保健に関し，地域住民に身近なサービスを総合的に行う拠点である。保健師による電話相談や訪問業務を行っている。全国には2,710か所，県内には41か所あり全国的にみると多い順に30位に位置する。市町別では，日光市が4か所と最多，次に宇都宮市，佐野市，那須塩原市，下野市が3か所，大田原市，さくら市，那須烏山市が2か所，設置されていないのは真岡市と藤岡町，塩谷町，那珂川町であった。

(9) その他（民生委員，司法書士）

市町別の民生委員及び司法書士の数を表2に示す。民生委員は，都道府県知事の推薦により厚生労働大臣が委嘱するもので，福祉事務所等行政機関との連携を図り，住民の生活状態を把握し相談に応じ，必要な援助を行う。全国には226,821人，県内には3,424人が委嘱されている。各市町の高齢者数からみた民生委員の割合からみると，大平町が63人（11.4％）と最多，次に上三川町53人（10.5％）と2町とも老年人口割合が15％以上20％未満であり，県内では比較的老年人口割合の低い地域である。また最も低いのは那須町で49人（7.0％）次に矢板市56人（7.3％）であった。矢板市は老年人口割合が21.6％，最も低い那須町では26.3％と老年人口割合が比較的高い地域であった。

また，認知症によって判断能力が不十分な場合，様々な契約などで不利益を被るおそれがある際，それを防ぐために保護し支援する制度が成年後見制度であり，司法書士が任意後見人となって認知症高齢者に直接支援することができる。日本司法書士会連合会が社団法人成年後見センターリーガルサポートを設立，無料電話相談も行っている。各都道府県に1つずつ（北海道は4つ），合計50支部設置されている。司法書士，全国19,158人中，約3,200人がリーガルサポートの会員であり，栃木県には約50人の会員が宇都宮市にあるリーガルサポートとちぎ支部を運営している。

２）病院・診療所（外来・病棟）

認知症の早期発見および治療を行う病院や診療所としての社会資源を図3・4・5に示す。

「もの忘れ外来」「認知症専門外来」は，全国で876施設，最多が長野県227施設，次に京都府76施設，大阪府59施設で，県内は，もの忘れ外来14施設，老人性認知症専門外来20施設，合計34施設，そのうち老年病専門医勤務病院4施設。市町別で

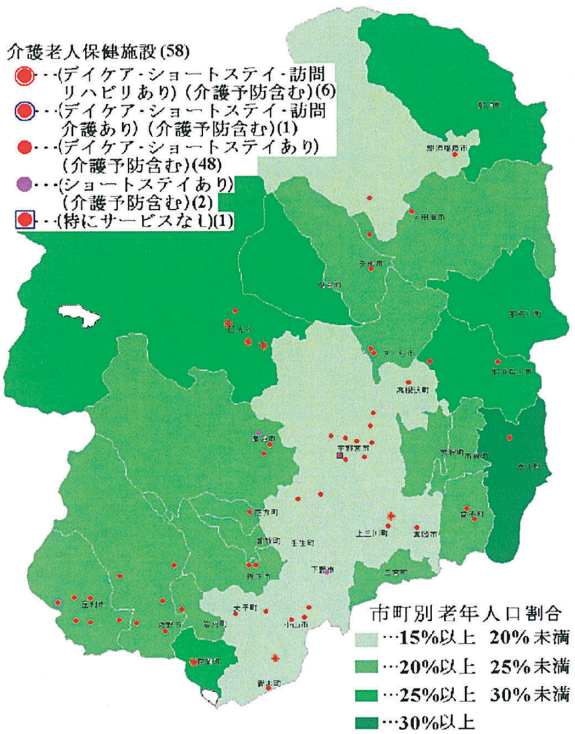

図6　介護保険適用施設①（介護老人保健施設）

作図に用いた資料：(3)(6)(13)

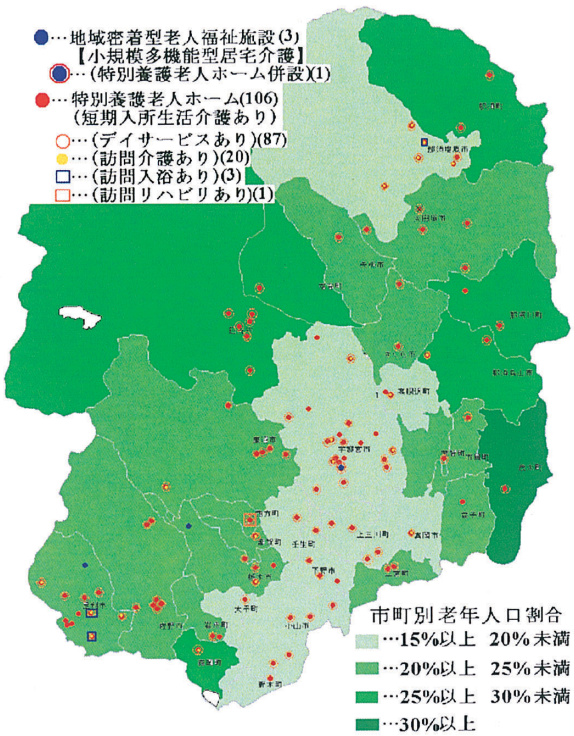

図7　介護保険適用施設②（老人福祉施設）

作図に用いた資料：(3)(6)(13)(14)

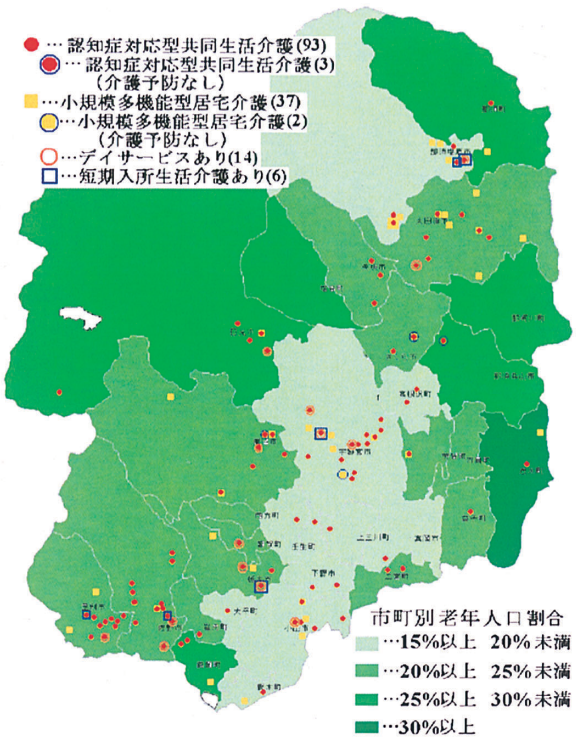

図8　介護保険適用施設③
（認知症対応型共同生活介護）
作図に用いた資料：(3)(5)(13)(14)

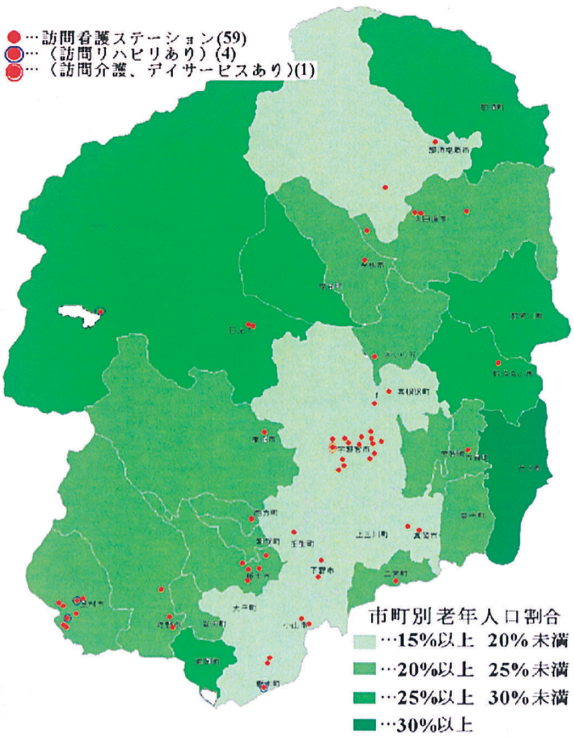

図9　介護保険適用施設④
（訪問看護ステーション）
作図に用いた資料：(1)(3)(6)(13)(14)(20)

は，宇都宮がもの忘れ外来3施設，老人性認知症専門外来6施設で最多，次にもの忘れ外来3施設，老人性認知症専門外来4施設の足利市で，老年人口割合が最も高い茂木市のほか12市町にはない。また神経内科のある病院・診療所は全国で4,653施設，県内は病院42施設，診療所47施設，合計89施設。市町別では，宇都宮市が病院13施設，診療所19施設と最多であった。次に足利市，小山市，真岡市が病院，診療所合わせ6施設で，那須烏山市など1市７町にはない。さらに精神科のある病院は全国で8,203施設，県内は病院32施設，診療所22施設，合計54施設である。市町別では，宇都宮市が病院9施設，診療所7施設で最多，次に足利市，小山市と病院，診療所ともに6施設，真岡市など1市11町にはない。

これらの病院の中に老人性認知症疾患治療病棟（認知症病棟）設置病院がある。これは，認知症の治療を必要とする高齢者を対象に医療，リハビリテーション，看護，介護などを提供する施設である。県内には宇都宮市，矢板市，大平町の神経内科および精神科を有する病院に設置されている。

３）介護保険適用施設

介護保険適用施設としての社会資源を図6，7，8，9に示す。

(1) 介護老人保健施設

介護老人保健施設とは，要介護度1～5の高齢者が対象で，家庭で十分なケアが受けられない場合，家庭復帰をめざし介護・看護中心の生活援助サービス，理学療法士等によるリハビリテーションが受けられる施設である。全国に3,554施設，県内は58施設で，うち48施設が介護予防も含めたデイケア（通所リハビリテーション）・ショートステイ6施設で訪問リハビリ，1施設で訪問介護，2施設がショートステイを併用，サービス併用のない施設は1施設であった。市町別では，宇都宮市が10施設と最多，次に足利市6施設，佐野市5施設。また，老年人口割合20％以上の那珂川町，塩谷町など7町の他，老年人口割合が最も低い上三川町にはない。

(2) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設とは，要介護度1～5の高齢者が在宅で生活ができるよう介護，訓練を受けつつ生活する施設である。全国には6,083施設で県内は106施設（ショートステイ104施設，デイサービス25施設，訪問介護20施設，訪問入浴3施設併用），

宇都宮市21施設（デイサービス14施設，訪問介護4施設併用）と最多であり，次に足利市11施設（デイサービス7施設，訪問介護4施設，訪問入浴2施設併用）日光市6施設（デイサービス6施設併用），鹿沼市6施設（デイサービス6施設，訪問介護1施設併用），那須塩原市6施設（デイサービス4施設，訪問介護5施設，訪問入浴1施設併用）。最少は益子町，など10町で各1施設となっている。

また，地域密着型（小規模多機能型居宅介護施設）は，宇都宮市と足利市と栃木市に設置されている。これは，定員30人未満の小規模な特別養護老人ホームが地域密着型サービス計画に基づき，居宅における生活への可能な限りの復帰を念頭において，入浴，排泄，食事など介護，相談および援助，その他の日常生活の世話，機能訓練，健康管理及び療養上の世話を行う施設である。

(3) 認知症対応型共同生活介護施設と小規模多機能型居宅介護施設

認知症対応型共同生活介護施設とは，認知症高齢者が10名程度の少人数で共同生活を送り，日常生活介護および機能訓練サービスを受けることができる介護施設である。全国には9,719施設，県内は93施設と全国最下位で宇都宮市が13施設と最多。次いで佐野市12施設，足利市10施設，また，宇都宮市，佐野市，足利市，栃木市の各1施設，那須塩原市の各2施設でデイサービス・ショートステイを併用。那珂川町等4町にはなく，いずれも老年人口割合が21％以上の市町であった。

小規模多機能型居宅介護施設とは，定員25名以下で，要介護者が居宅またはサービスの拠点として通所，もしくは短期間宿泊，家庭的な環境と地域住民との交流のもと，入浴，排泄，食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行う施設である。全国に1,761施設で県内は37施設。市町別では大田原市7施設で最多，次に宇都宮市，那須塩原市5施設，小山市，鹿沼市4施設。茂木町には1施設あるが，矢板市，下野市など3市13町にはなかった。

(4) 訪問看護ステーション

訪問看護ステーションは，看護職が人々の生活の場に療養者及び家族を訪問し専門的看護サービスを提供する施設である。全国の訪問看護ステーション数は5,470施設であり，県内の訪問看護ステーション数は59施設である。訪問リハビリ併用ステーション4施設（足利市2施設，日光市１施設，野木町１施設），訪問介護・デイサービス併用ス

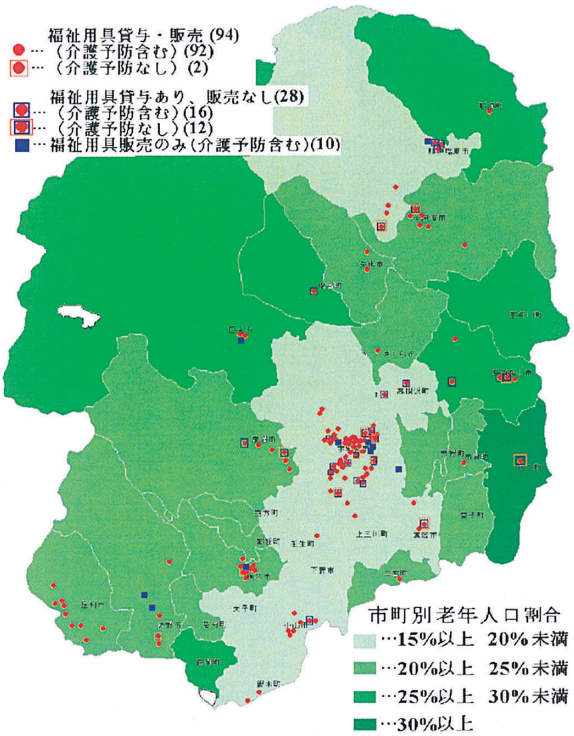

図10　福祉用具貸与・販売窓口

作図に用いた資料：(3)(6)(13)(14)

図11　交通状況

作図に用いた資料：(2)(3)(6)

テーション1施設（宇都宮市）である。ステーション数は宇都宮市が16施設と最多。次に足利市8施設，栃木市5施設。老年人口割合が最も高い茂木町，最も低い上三川町を含む11町にはなかった。

4）福祉用具貸与・販売窓口

福祉用具貸与・販売窓口を図10に示す。

全国の福祉用具貸与窓口は7,778ヵ所，販売窓口は7,241ヵ所（貸与重複）。県内は福祉用具貸与・販売を行う窓口は94ヵ所（うち介護予防なし2ヵ所）。福祉用具貸与のみは28ヵ所（うち介護予防なし12ヵ所），販売のみは10ヵ所（介護予防含む）で，ほとんどが宇都宮市（55か所）に集約，次に足利市・栃木市9ヵ所で市や町の中心部に窓口が集中している。老年人口割合が21％以上の町が多い下野市を含む1市8町にはなかった。

Ⅶ．考察

1．栃木県の高齢化率と認知症の現状

県内各市町の老年人口割合は，最高値の茂木町と最低値の上三川町では差が約2倍，21市町が老年人口割合20％以上と，高齢化の進行に伴い地域格差拡大の可能性がある。さらに標高600m以上の山地のある市町のほとんどが老年人口割合20％以上のため，地勢も考慮した対策が求められる。

原因疾患やその程度は異なるが，県内の認知症高齢者割合は全老年人口の約8％と推計され，そのうち約6割は入院または在宅が生活の中心になっていることが推測された。このことから在宅を中心としたインフォーマルな社会資源も把握し，認知症に対する支援システムづくりが必要である。

2．認知症高齢者とその家族を支えるためのフォーマルな社会資源の現状

1）栃木県の地勢との関連

県内の東部には八溝山地，北西部には那須連山，日光連山があり，それらの山々が源となる鬼怒川，那珂川，渡良瀬川などの諸河川が流れ，中央部には関東平野の一部をなす豊かな平野が広がる。このような地勢上，人々は河川を中心に平野部で生活を営んできたことから，結果の図のように人口の集中している南西部で特に社会資源が集約していると考えられる。また，県内の交通状況（図11）を見ると，東北自動車道路，国道4号線，新4号国道の広域幹線道路が県を南北に，県南部を東西に国道50号線が走行し，鉄道もそれに沿うように走行している。このような交通の利便性からみても，南西部に社会資源が集約しやすい傾向にあると考えられる。交通の利便性が高いことは利用者にも利点であるが，世帯環境，家族構成等を考慮すると，利用施設までの交通手段としての社会資源についても把握する必要がある。

2）それぞれの社会資源の全国との比較

(1) 相談窓口

原因疾患は異なるが認知症の発現により本人および，周囲の人々の戸惑いと生活上の困難は大きいと思われる。それらを解消するため相談窓口は必要な社会資源である。現在，県内の相談窓口は少なくとも全市町に2施設はある。しかし，高齢者総合相談センターで週2回行われている認知症家族のための電話相談や地域包括支援センターに寄せられる認知症に関する相談は少ない。浜松市の電話相談の報告[8]では，認知症の介護者は精神的，社会的，身体的介護困難感を持つこと，一方で相談することにより問題の潜在化，深刻化を予防できるとしている。認知症の早期発見や認知症高齢者本人やその家族が問題を抱え込むことがないよう，相談窓口についての積極的な広報活動が必要である。また，人的資源としての民生委員の役割も重要である。本県では老年人口割合の高い地域に民生委員が少ない現状にあった。民生委員は地域情報に精通し社会福祉の増進に熱意のある住民が選ばれて活動しているため，身近に相談しやすい存在と言え，より活発な活動が望まれる。

(2) 病院・診療所（外来・入院）

県内の専門外来数は全国の約4％，神経内科は約2％，精神科は約1％未満と少なく，所在のない市町もある。しかし，専門外来ではないが，もの忘れ（認知症）相談，受け入れ医療機関として機能するかかりつけの病院，診療所がある。認知症の方は自分が病気であるという認識（病識）に欠けていることが多く，家族や周囲の人の気付きで受診に至るケースが多い。認知症の早期発見には専門的各種検査，診療が可能な「もの忘れ外来」や「認知症専門外来」への受診が望ましいが，本人に病識がなく受診には家族や周囲も戸惑うことが多い。また，家族が認知症に対し否定的感情があり，専門外来受診に抵抗を感じる可能性もある。成田記念病院のもの忘れ外来でのケース報告[9]では，もの忘れ外来を家族とともに受診した303人中，278人（91.7％）が認知症と診断，自ら受診し

た98人の患者で認知症と診断されたのは7人（7.1％）とある。平成18年から，かかりつけ医認知症対応力向上研修事業も進められている。身近なかかりつけ医師を認知症早期発見の大きな役割を担う社会資源とし，そこから専門外来にスムーズな橋渡しが行えるシステムづくりが必要である。

(3) 介護保険制度適用施設

栃木県と老年人口がほぼ同数である群馬県（老年人口441千人）を比較すると，群馬県の事業者数は栃木県の約0.7倍，介護老人保健施設，介護老人福祉施設，小規模多機能型はすべて約1.2倍，認知症型共同生活介護2.2倍である。しかし，栃木県の訪問看護・訪問リハビリの業者数は群馬県の約4倍であり，医療的訪問サービスの充実がうかがわれる。これは，僻地医療，地域医療が推進されてきた経緯の反映とも考えられる。

(4) 福祉用具の貸与・販売

平成20年1月の厚生労働省介護給付費実態調査月報では，貸与件総数3175.6千件中，特殊寝台付属品が1402.6千件と最多，次に特殊寝台519.5千件，車いす431.6千件，認知症高齢者徘徊感知機器は3.4千件で，要介護2・3の者の利用が多いとの報告がある。栃木県では，2004年西那須野町（現在の那須塩原市）の調査から，特殊寝台が貸与最多，次に車いすで，要介護3・4の者の利用が大半との報告がある。既出データから介護度と福祉用具貸与・販売の関連性は見えるが，認知症に特化した福祉用具貸与・販売との関連性を知ることは難しい。また宇都宮市に福祉用具貸与・販売の窓口が集中しており，他の市町には情報量が少ないため利用者が直接用具を目にする機会も少ないと考えられる。そのため今後は認知症高齢者に必要な福祉用具貸与・販売の実態を把握し，より適切な貸与・販売が行われるよう用具の紹介や相談システムづくりも求められるだろう。

3）栃木県の特色をふまえたシステムづくりの必要性

県内において老年人口割合が高く，高齢化の進む地域にフォーマルな社会資源が少ないことは事実であるが，フォーマルな社会資源がなくとも支えあえる地域性，つまりインフォーマルな面において力のある地域であるとも言える。栃木のNPO・ボランティア関連情報において，高齢者を対象にしたNPOが最も多いのは宇都宮市だが，次に日光市が多く鹿沼市や那須塩原市，大田原市など老年人口割合が高い県北の地域で活発な面が見られる。だがニーズがあるにもかかわらず，フォーマルな面での充実がなされないことから，関係者や家族がやむを得ず自己犠牲を伴い設立している背景も十分考えられる。そのような中で設立されたNPOであるにもかかわらず，行政側から見れば地域におけるひとつの資源としてみなされている可能性もあり，NPOがあるがために社会資源の必要性が語られない現状もあるのではないだろうか。今後，それらの資源を知った上でNPOの性格をとらえ行政とも協力し合い，より良いシステム作りが必要であると考える。

とちぎ解剖学[10]という本の中で，栃木県人にある謙虚さ（卑下）は日本人一般に通ずる「名物主義」の典型的な現れとしていた。また，ゆっくりスローペースが栃木のベストポリシーで，普通であること，そこから山本有三氏の『路傍の石』のように道端の石にもドラマを見出す県民性があるともされている。さらに的場氏によると，栃木県は『ドイツ的地方分散型社会』でありそれぞれの市町が独自の個性を持ち特徴ある地域性があると言われている。黒磯市，宇都宮市，栃木市などを紹介していたが老年人口割合が最も高い茂木町の地域の特色とつながりについても紹介していた。そこでは，水害の後の官民一体の街づくりに対し「第10回ふるさとづくり賞」（平成7年）の主催者賞に輝いたとある。それからは随分時が経過しているが，このような力が潜在的にある地域であるとも言えるのではないだろうか。このような県民性を捉えつつ，社会資源の実状をより深く行政も把握し，どのようなかかわりが必要であるかを認識した上で，互いに連携しあいながら官民一体の独自のシステムづくりをそれぞれの市町において構築していく必要性があると考える。

Ⅷ．結論

今回の調査で多量な情報の分散化が明らかになり，特に認知症に関連した情報の集約がほとんどなされていない現状があった。このことから，認知症に関連した情報集約の必要性が示唆された。

また，栃木県の老年人口割合は全国第39位だが，高齢者の増加傾向は著明であり，県北西部・北東部において特に老年人口割合が高く，地勢もからみあいフォーマルな社会資源が県央・県南部に比べ少ないという地域格差が生じている。しかし，

その背景には，今回の調査対象外だったインフォーマルな面での社会資源の存在がうかがわれた。今後，それらの調査の必要性と，さらに，栃木県の県民性と，それぞれの地域の独自性をとらえたシステム作りの必要性が示唆された。

Ⅸ．本研究の限界と課題

今回の調査では，社会資源についての情報源の多さとその分散化，また，認知症に特化した形で集約された情報の少なさから，限定した形でのフォーマルな社会資源の提示となっている。

また，今回は老年人口割合が高い地域では社会資源の数が少ないという結果であったが，今回の調査では明らかにされていないインフォーマルな社会資源の力が大きい可能性もあるため，今後それらについての実態を把握する必要がある。

Ⅹ．謝辞

本研究の資料収集にあたり熱心に資料を提示，貴重なご意見等をいただきました厚生労働省社会・援護局，老健局，地域振興課，ならびに栃木県保健福祉部高齢対策課生きがいづくり担当の方々や栃木県庁の資料室の皆様をはじめ，県内の介護保険関連施設の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

1）厚生統計協会：国民衛生の動向　厚生の指標臨時増刊．45(12)，226，1999.
2）水戸美津子：痴呆性高齢者のグループホーム．日本福祉工学会誌，Vol.3，2，2001.
3）栃木県高齢者保健福祉計画：はつらつプラン21（三期計画）『とちぎで暮らし，長生きしてよかったと思える社会』の実現を目指して．73，2006.
4）栃木県県民生活部広報課：平成19年度　栃木県政世論調査　結果の概要.
5）仲村優一他編：社会福祉辞典．誠信書房（東京），152，1982.
6）瀬戸正子他編：これから現場に出る人のための在宅看護ガイド．日総研（東京），18，2000.
7）大渕律子他編：ナーシング・グラフィカ27老年看護学―老年看護の実践．メディカ出版（東京），81，2005.
8）高林智子，長田早千穂，平口志津子他：市町村保健師の行う痴呆電話相談の相談者の実態とその効果について．公衆衛生活動報告.
9）川畑信也：「もの忘れ外来」レポート 認知症疾患の診断と治療の実際 すべての臨床医のための実践的アドバイス．ワールドプランニング（東京），6，2005.
10）的場哲郎編：生活の場を読み直すとちぎ解剖学いちご新書．下野新聞社（栃木），10-84，1987.

報　告

看護系A大学成人看護学関連科目群での卒業研究における学生の困難の変遷と指導の工夫

内海香子[1)]，中村美鈴[1)]，武正泰子[1)]， 水野照美[2)]
山本洋子[3)]，清水玲子[4)]

Teaching Strategy and Transition of Difficulties of nursing research by nursing undergraduate in adult nursing area of school of nursing, A University

Kyoko Uchiumi[1)]，Misuzu Nakamura[1)]，Yasuko Takemasa[1)]，Terumi Mizuno[2)]，
Yoko Yamamoto[3)]，Reiko Shimizu[4)]

抄録：看護系A大学成人関連科目群で，平成17年度から平成19年度に，卒業研究を受講した学生を対象に，自作の“卒業研究における困難に関する自記式質問票”を用いた調査を行い，研究への協力が得られた50人の回答を基に，卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷とその理由および指導の工夫について，看護系A大学成人関連科目群教員5人でブレーンストーミングを2回行った。その結果，困難の変遷として，困難あり群が減少してきたプロセス，ほぼ横ばいのプロセスがあり，困難あり群が増加してきたプロセスはなかった。また，困難の変遷の理由として，｛教育環境に関連する理由｝，｛科目群教員の指導に関連する理由｝，｛学習内容の難易度に関連する理由｝，｛学生の学習状況に関連する理由｝，｛質問票の限界に関連する理由｝の5つが抽出され，卒業研究における指導の工夫について示唆が得られた。

キーワード：卒業研究，看護系大学学士課程学生，困難，指導方法
Keywords : graduation research, teaching strategy, difficulties, undergraduates of nursing schools

[1)] 自治医科大学看護学部
[2)] 佐久大学看護学部
[3)] 関西看護医療大学看護学部
[4)] 宮崎大学医学部看護学科
[1)] School of Nursing, Jichi Medical University
[2)] School of Nursing, Saku University
[3)] School of Nursing, Kansai University of Nursing and Health Science
[4)] School of Nursing, Faculty of Medicine University of Miyazaki

Ⅰ．はじめに

看護系A大学では，平成17年度から，4年次後期に4単位の科目として，「看護の研究の方法や進め方から論文の作成までの過程を体験し学ぶ」ことを目的に，“卒業研究”が開講されている。看護系A大学成人看護学関連科目群（以下，看護系A大学をA大学，成人看護学関連科目群を当科目群と略す）教員は，“卒業研究”開講年度より，“卒業研究の評価票”，A大学の“学生による教員の授業評価”，当科目群で作成した“卒業研究における困難に関する自記式質問票”の結果から，指導の工夫を検討してきた。しかし，対象学生が異なるため，卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷については検討してこなかった。

筆者ら[1]は，学生の卒業研究における困難と指導の工夫を明らかにするために，看護系大学学士課程学生の卒業研究における困難と学びに関する研究を行った。その結果，卒業研究における困難に対する指導の工夫として，“研究の見通しが立てられるように，十分なオリエンテーションを行う”，“学生自身が，自分の考えを整理できるように，学生の考えを引き出す発問をし，教員の理解した内容を伝える”等が明確となったが，卒業研究の各プロセスでの具体的な指導の工夫は明確にならなかった。また，斉藤ら[2]は，教員の卒業研究指導のあり方を明らかにするために，学生が，研究に対するプロセスや態度を理解するようになった教員の関わりを振り返った。その結果，「学生の意欲に対する配慮と，卒業研究を主体的に行ってほしいという思いを持ったこと，学生の特徴や，研究の進行度をコンスタントに把握した上で，研究のプロセスから逸脱しないように関わることが重要であること。」が明らかになった。倉ヶ市ら[3]は，準学士課程，看護専門学校学生の看護研究活動の現状について調査した結果から，「学生が看護研究を進めるうえで体験した研究方法，または各学校の学習課題によって困難点が異なってくることが示唆された。」と述べている。このことから，教育機関により科目の目標，開講時期，教育環境に違いがあるため，準学士課程の学生を

表１　平成17年度から平成19年度　看護系A大学成人看護学関連科目群での保健・看護研究セミナー，卒業研究の学習内容，指導形態，指導の時期及び学生の参加形態

保健・看護研究セミナー，卒業研究の学習内容	指導形態	指導の時期及び学生の参加形態		
		平成 17 年度	平成 18 年度	平成 19 年度
保健・看護研究セミナー（文献クリティーク等）	集団指導（ゼミ）	3 年次後学期 選択科目	3 年次後学期 選択科目	4 年次前学期 選択科目 4 月中旬～5 月中旬
卒業研究テーマ調査	―	3 年次 2 月末	3 年次 2 月末	4 年次 4 月上旬
卒業研究担当領域決定	―	4 年次 4 月上旬	4 年次 4 月上旬	4 年次 4 月中旬
オリエンテーション	集団指導（ゼミ） 希望時個別指導	4 月中旬～7 月初旬	4 月中旬～７月初旬	4 月中旬
研究動機，研究背景，研究課題の絞り込み		自主参加	自主参加	5 月下旬～７月初旬 選択科目
中間報告会 面接法ミニ講義、練習		8 月中旬 自主参加	8 月上旬 自主参加	8 月上旬 選択科目
研究計画書の完成	担当教員別指導 （主に個別指導）	9 月　～　11 月 必修科目	9 月　～　11 月 必修科目	9 月　～　11 月 必修科目
データ収集，データ分析				
結果の記述，考察の記述				
研究発表のミニ講義		12 月上旬 必修科目	―	―
卒業研究論文の提出		12 月下旬 必修科目	12 月上旬 必修科目	12 月上旬 必修科目
卒業研究発表会		1 月中旬 必修科目	―	―

注：　―　は該当する内容がないことを示す

対象とした斉藤らの研究結果だけでは，当科目群で“卒業研究”を受講する学生が，困難を乗り越え，学びを得るための指導の工夫としては，十分とは言えず，検討の余地がある。一方，A大学では，卒業研究と関連深い科目の開講時期の変更等，卒業研究に関わる教育環境が，毎年，変化している。教育環境の変化は，学生の卒業研究の各プロセスにおける困難に影響を与えると推測されるが，これまで，当科目群の教員は，困難の変遷に影響した教育環境について意識してこなかった。そこで，教育環境の変化も視野に入れ，当科目群で“卒業研究”を受講した学生の卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷を明らかにし，困難の変遷の理由及び指導の工夫を検討することは，今後の卒業研究の指導に役立つと考えた。

当科目群での保健・看護研究セミナー，卒業研究の学習内容と指導の時期等を表１に示し，以下に，簡単に述べる。当科目群では，卒業研究指導を，ゼミ形式の集団指導（以下，ゼミと略す）と，個別指導を中心とした担当教員別指導を組み合わせている。例年，4月に，当科目群での受講学生を対象にオリエンテーションを行い，卒業論文提出までの学習内容と指導の時期，当科目群で卒業研究において大切にすることを説明する。当科目群で卒業研究において大切にすることは，学生が主体的に卒業研究に取り組むこと，研究に取り組む態度・姿勢を学ぶこと，簡単ではないことに取り組む覚悟がいることである。7月の地域看護学実習期間を除いた8月初旬までの期間は，研究計画書の作成に向けて，ゼミを2週に１回のペースで行った。ゼミの運営は学生が行い，1回のゼミに学生4～7人，教員3～4人が参加した。8月初旬に中間報告会を行い，研究計画書を発表し，当科目群の全受講学生と，教員で意見交換をした。また，中間報告会後に，面接法のミニ講義を行い，面接法で研究を行う学生は練習をした。中間報告会後から卒業研究論文の提出までの期間は，個別指導を中心とした担当教員別指導を行った。平成17年度のみ，1月中旬に卒業研究発表会を行い，研究協力施設等の管理者，A大学の教員，学生と意見交換を行った。当科目群で，卒業研究を受講した学生数は，平成17年度は22人，平成18年度は25人，平成19年度は21人で，学生の実施した研究方法や対象は多様であった。(表2)

Ⅱ．研究目的

平成17年度から平成19年度に，看護系A大学成人看護学関連科目群で，“卒業研究”を受講した学生の卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷を明らかにし，困難の変遷の理由及び教員の指導の工夫を検討する。

Ⅲ．研究方法

１．対象

主研究者1名を除いたA大学成人看護学関連科目群の全教員（6人）の中で，研究への参加に同意が得られた者。

２．データ収集方法

１）ブレーンストーミング

平成17年度から平成19年度に，当科目群で“卒業研究”を受講した学生から回収された“卒業研究の各プロセスにおける困難の程度の質問票”50部（平成17年度15部，回収率68％，平成18年度20部，回収率91％，平成19年度15部，回収率75％）の結果（資料１）を基に，卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷の理由及び指導の工夫について，ブレーンストーミングを2日間，1日3時間程度行う。ブレーンストーミングの内容は，当科目群教員の許可が得られれば録音し，後日，逐語録とする。ブレーンストーミングでは，主研究者1人がファシリテーターとなり，ブレーンストーミ

表２　平成17年度から平成19年度　看護系A大学成人看護学関連科目群での卒業研究受講学生が選択した研究方法

研究方法 / 開講年度	受講学生（人）	文献研究 選択学生（人）	アンケート調査 調査対象者 / 選択学生（人）	患者	家族	看護師	学生	面接調査 調査対象者 / 選択学生（人）	患者	家族	看護師	学生
平成17年度	22	8	2	0	0	2	0	12	9	2	1	0
平成18年度	25	10	1	0	0	1	0	14	6	3	4	1
平成19年度	21	7	2	0	0	2	0	12	7	4	1	0

ングの司会を担当し，共同研究者でもある当科目群の他の教員はブレーンストーミングの参加者に徹する。

2）ブレーンストーミングの補助資料と収集方法

ブレーンストーミングの補助資料として，平成17年度から平成19年度に，当科目群で“卒業研究”を受講した学生の“卒業研究における困難に関する自記式質問票”，平成17年度から平成19年度の授業研究会資料，当科目群でのFDミーティング資料，教員の自己評価票を使用した。

“卒業研究における困難に関する自記式質問票”（以下，“質問票”と略す）は，平成17年度に，当科目群で作成した自記式質問票で，卒業研究の各プロセスにおける困難度，卒業研究で困難だった内容とその理由，解決方法，必要な手助け（自由記述），指導体制について（自由記述），卒業研究に役立った既習学習（自由記述），卒業研究における学びについて（自由記述），その他の意見，要望，感想（自由記述）の6項目で構成されている。卒業研究の各プロセスとして，1）研究計画書を作成するまでの期間(1)文献検索，(2)文献検討，(3)研究目的（研究課題）の決定，(4)研究方法の決定，(5)倫理的配慮を考えること，(6)一貫性を考えて研究計画書を作成することの6つのプロセス，2）研究計画書作成後から卒業論文を完成させるまでの期間，(1)考えた倫理的配慮を実施すること，(2)データ収集の実施，(3)データ整理・分析，(4)研究結果の記述，(5)考察の視点・内容を考えること，(6)考察の記述の6つのプロセス，3）全期間を通して，(1)進行するプロセスにおいて研究目的に常に戻り明確化に努めること，(2)一貫性を考えて卒業研究を完成させること，(3)主体的に研究活動に取り組むことの3つのプロセスについて，困難の程度を“大変困難”から“全く困難ではない”までの5段階のリッカートスケールで問うた。

3．分析方法

1）主研究者が，ブレーンストーミングの逐語録を作成し，会話中の個人および施設が特定されないようにデータの処理を行い，逐語録を整理した。

2）整理した逐語録を繰り返し読み，ブレーンストーミングの参加者が捉えた卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷とその理由，及び指導の工夫に関する内容を抽出し，意味内容を損なわないように一文に表し，ラベルとした。

3）卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷と指導の工夫のラベルを比較検討しながら，卒業研究の各プロセスごとに，意味の類似性に沿ってまとめカテゴリーとした。

4）卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷の理由のラベルを，卒業研究の各プロセスごとに，意味の類似性に沿ってまとめサブカテゴリーとした。

5）4）で抽出されたサブカテゴリーを，卒業研究の全プロセスで比較検討し，カテゴリーとした。

6）5）で抽出されたカテゴリーを，比較検討し，大カテゴリーとした。

7）抽出されたラベル，サブカテゴリー，カテゴリー，大カテゴリーについて，意見が一致するまで，共同研究者で検討し，真実性の確保に努めた。

8）本研究では，ブレーンストーミング参加者は，共同研究者でもあるため，共同研究者ができるだけ客観的にデータ分析を行うことができるように，主研究者1人が1）から6）までの分析を行い，抽象化された結果から真実性の確保のための検討を開始し，研究の客観性の保持に努めた。

4．倫理的配慮

ブレーンストーミングの参加者には，主研究者が，研究目的，研究への参加は自由意思であり，参加を拒否しても不利益を被らないこと，プライバシーの保護，ブレーンストーミングの内容は個人および施設が特定されないようデータを適切に処理することを説明し，口頭とブレーンストーミングへの参加をもって同意を得た。ブレーンストーミングのファシリテーターは，主研究者が行った。ファシリテーターは，会場の設営，ブレーンストーミングの進行を担当し，ブレーンストーミング中に，参加者に不利益がおこらないように十分な配慮を行った。

また，ブレーンストーミングの補助資料とする平成17年度から平成19年度の受講学生の“質問票”収集の際に，学生に行った倫理的配慮は下記の通りであった。平成17年度受講学生に対しては，卒

業研究発表会終了直後に，全受講学生に，教員が卒業研究の指導方法を評価していること，研究の趣旨，研究に“質問票”の結果を活用する旨と，“質問票”への協力は自由意思であり，協力の拒否や記載内容は，成績に無関係で，不利益を被らないこと，個人が特定されないように“質問票”を無記名とし，記載内容を適切に処理することを口頭及び紙面にて説明し，“質問票”を配布した。また，平成18年度，平成19年度受講学生には，卒業研究の指導担当教員が，個別で学生に説明し，学生による担当教員の評価票と共に“質問票”を手渡した。いずれの年度も，研究協力へ同意が得られる場合のみ，“質問票”を，回収ボックスに投函して欲しい旨を伝え，配布後，約1週間の留め置き期間を設け，回収した。また，平成17年から平成19年度の授業研究会資料，当科目群でのFDミーティング資料，教員の自己評価票の収集にあたり，主研究者が研究目的，記載内容について個人が特定されないこと，使用を拒否する権利があり，拒否しても不利益を被らないこと等を，該当する教員に口頭で説明し，承諾を得た。

Ⅳ．結果

１．対象

ブレーンストーミングの参加者は，2日間とも5名ずつで，参加者は同じであった。また，ブレーンストーミングは，1日目は3時間，2日目は2時間行われた。

２．卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷とその理由及び指導の工夫

困難の捉え方は，“大変困難”，“少し困難”を困難あり群，“あまり困難ではない”，“全く困難ではない”を困難なし群，“どちらでもない”をどちらでもない群と大きく分類し，毎年の回答の変遷を捉えた。更に，困難あり群の中で，“大変困難”，“少し困難”の回答の変遷を捉えた。変遷は，20％以上の増加または減少が認められる場合を増加または減少とし，20％以内の変化を横ばいと捉えた。

困難の変遷は，卒業研究の各プロセスがもつ学習内容の性質や，教員が感じた学生の変化も，併せて検討した。卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷とその理由について，ブレーンストーミングから抽出されたカテゴリーを表3-1から表3-3に示す。ブレーンストーミングから，卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷の理由として，｛教育環境に関連する理由｝，｛科目群教員の指導に関連する理由｝，｛学習内容の難易度に関連する理由｝，｛学生の学習状況に関連する理由｝，｛質問票の限界に関連する理由｝の大カテゴリーが抽出され（表4），複数の変遷の理由がみられる卒業研究の各プロセスがほとんどであった（表5）。

また，卒業研究の各プロセスで，毎年，困難あり群が多い，“文献検索”，“文献検討”，“研究目的（研究課題）の決定”，“データ整理・分析”，“考察の視点・内容を考えること”，“考察の記述”，“一貫性を考えて研究計画書を作成すること”，“一貫性を考えて卒業研究を完成させること”を中心に，指導の工夫についてブレーンストーミングが行われ，24のカテゴリーが抽出された。以下，卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷のカテゴリーを『　』，卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷の理由のサブカテゴリーを［　］，カテゴリーを《　》，大カテゴリーを｛　｝，指導の工夫のカテゴリーを【　】で記載し，卒業研究の各プロセスに沿い，困難の変遷とその理由及び指導の工夫を説明する。

１）“文献検索”，“文献検討”

困難の変遷は，『困難あり群が毎年，7割から8割おり，少し減少してきたが，変化はほぼ横ばい』と捉えた。困難の変遷の理由として，《図書館の文献検索環境の良否》のような｛教育環境に関連する理由｝，《難易度の高い学習内容》のような｛学習内容の難易度に関連する理由｝，《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》のような｛学生の学習状況に関連する理由｝，《変化が回答に反映されない状況》のような｛質問票の限界に関連する理由｝がみられた。また，『学生の達成レベルが高くなってきた』という困難の変遷も捉えられ，その理由として，《看護研究の講義》等の｛教育環境に関連する理由｝が3つ，《前年度の評価に基いた指導の改善》等｛科目群教員の指導に関連する理由｝が2つみられた。指導の工夫として，【難しい学習内容であることを理解してもらう】一方で，学生の【困難の内容を確認する】ことで，個別に対応することが抽出された。また，図書館の文献検索環境が良くなることで，困難が軽減される可能性があり，指導の工

夫として，【図書館の蔵書を充実させる】，【経済的な負担が少ない文献の取り寄せ方法を指導する】が抽出された。

2）“研究目的（研究課題）の決定”

困難の変遷は，『困難あり群が，毎年，6割程度いるが，徐々に減少』と捉えた。この変遷の理由として，《看護研究の講義》等｛教育環境に関連する理由｝が4つみられた。また，『難しい学習内容であるため，困難あり群はなくならない』という変遷も捉えられ，その理由として，《難易度の高い学習内容》という｛学習内容の難易度に関連する理由｝がみられた。指導の工夫として，“文献検討”で，研究課題の絞りこみを十分行うことで，困難が軽減される可能性があることが検討され，【研究課題の絞りこみのために十分な文献検討を行えるよう支援する】が抽出された。

3）“研究方法の決定”

困難の変遷は，『平成17年度は，困難あり群が非常に多い』が，平成18年度以降，減少し，『困難あり群から困難なし群へシフト傾向』と捉えた。困難の変遷の理由では，《既卒学生が残した学習の手がかり》等｛教育環境に関連する理由｝が2つみられた。

4）“倫理的配慮を考えること”，“考えた倫理的配慮を実施すること”

困難の変遷は，どちらのプロセスも，『毎年，どちらでもない群が多い』と捉えた。困難の変遷の理由では，《個人情報保護法に伴う倫理的問題に関する学習機会の増加》という｛教育環境に関連する理由｝，《学生による困難の感じ方の違い》という｛学生の学習状況に関連する理由｝がみられた。また，『研究方法により困難を感じる学生と感じない学生がいる』という困難の変遷が捉えられ，《研究方法による違い》等｛学生の学習状況に関連する理由｝がみられた。また『他のプロセスより困難あり群の学生が少ない』という困難の変遷も捉えられ，《科目群でのミニ講義や練習》のような｛科目群教員の指導に関連する理由｝がみられた。

5）“データ収集の実施”

困難の変遷は，『毎年，困難あり群が，6割から7割程度おり，変化はほぼ横ばい』と捉えた。困難の変遷の理由では，《研究方法による違い》等，｛学生の学習状況に関連する理由｝が3つみられた。

6）“データの整理・分析”

困難の変遷は，『毎年，困難あり群が，8割から9割おり，変化はほぼ横ばい』と捉えた。困難の変遷の理由では，《難易度の高い学習内容》のような｛学習内容の難易度に関連する理由｝と，《初めての看護研究》のような｛学生の学習状況に関連する理由｝がみられた。また，『困難なし群がわずかだが増加』という変遷も捉えられ，その理由として，《既卒学生が残した学習の手がかり》のような｛教育環境に関連する理由｝がみられた。指導の工夫として，【学生の研究の到達点を把握し，順調に進んでいることを保証する】や，【よいデータがとれていることを伝え，学生を安心させる】ことを行い，【目的に沿ったデータの整理・分析を指導する】，【データの読み込みへの十分なサポートを行う】ことが抽出された。また，このプロセスは，結果や考察につながる大事な学習内容であり，【提示された進度を目安に，データの整理・分析に時間をかける】が抽出された。また，分析方法のイメージがつかない学生に対し，【具体的な分析の作業手順を伝える】，【複数の分析の作業方法を説明し，作業方法の選択肢を増やす】等，具体的な分析方法をアドバイスすることが抽出された。

7）“研究結果の記述”

困難の変遷は，『困難あり群は，減少傾向』と捉えた。困難の変遷の理由では，《既卒学生が残した学習の手がかり》等｛教育環境に関連する理由｝が2つと，《難易度の高くない学習内容》のような｛学習内容の難易度に関連する理由｝がみられた。また，困難の変遷として，『“全く困難ではない”はみられない』も捉えられ，その理由として，《学生による困難の感じ方の違い》という｛学生の学習状況に関連する理由｝がみられた。

8）“考察の視点・内容を考えること”，“考察の記述”

困難の変遷は，両プロセスを併せて検討し，『平成18年度だけ，困難あり群が約9割だが，毎年，困難あり群は7割程度おり，変化は横ばい』，『学生の達成レベルが高くなってきた』と捉えた。困難の変遷の理由では，《学生による困難の感じ方の違い》のような｛学生の学習状況に関連した理由｝がみられた。また，『データの整理・分析と比較すると困難ではない学習内容であるが，“全く困難ではない”はみられない』という変遷も捉

えられ，《難易度の高くない学習内容》のような｛学習内容の難易度に関連した理由｝，《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》のような｛学生の学習状況に関連する理由｝と，［学生が高い水準の考察を求められていると思っている］ため，《変化が回答に反映されない状況》という｛質問票の限界に関連した理由｝がみられた。指導の工夫として，【学生の感性が自由に表現できるように，学生に合わせて教授方法を変える】必要があり，学生が考察の記述に取り組みやすいように，【自由に書いてきてもらう】，【一緒に考える】ことや，結果から飛躍しないように【考察の骨子を組み立ててもらう】ことが抽出された。

9）“進行するプロセスにおいて研究目的に常に戻り明確化に努めること”

困難の変遷は，『困難あり群が減少し，困難なし群にシフト傾向だが，“全く困難ではない”はみられない』と捉えた。困難の変遷の理由では，《前年度の評価に基いた指導の改善》のような｛科目群教員の指導に関連した理由｝がみられた。指導の工夫は，“一貫性を考えて研究計画書を作成すること”，“一貫性を考えて卒業研究を完成させること”と関連しているため，ブレーンストーミングで併せて検討された。

10）“一貫性を考えて研究計画書を作成すること”，“一貫性を考えて卒業研究を完成させること”

困難の変遷は，どちらのプロセスも，『毎年，困難あり群が8割程度と多く，変化はほぼ横ばい』と捉えた。困難の変遷の理由では，《難易度の高い学習内容》のような｛学習内容の難易度に関連した理由｝と，《初めての看護研究》等｛学生の学習状況に関連した理由｝が3つみられた。また，“一貫性を考えて研究計画書を作成すること”は，『困難あり群の中でも，“大変困難”から“少し困難”へシフト傾向』という困難の変遷も捉えられた。その理由として，《前年度の評価に基いた指導の改善》のような｛科目群教員の指導に関連した理由｝がみられた。指導の工夫として，【各研究プロセスで，常に研究目的に戻る】，【一貫性を損ないやすい点を指摘し，研究の各プロセスで一貫性を保つ】，【研究の終盤で，振り返り，一貫性を確認する】，【ミクロとマクロの視点を持ち，学生に一貫性を点検するように指導する】，ことが抽出された。また，学生が［一貫性とは何かががわかりにくい］ため，【学生にわかりやすい伝え方を工夫する】ことや【研究の初期の段階で，一貫性とは何かを教授する】ことが必要であり，【一貫性をイメージ化できるような教授方法の開発】も，今後，考える必要があることが抽出された。また，［研究の各プロセスに一貫性を損ないやすい原因がある］ことから，指導の工夫として，他の研究者の論文を読みながら，【保健・看護研究セミナーで，学生が学んだ文献クリティークの視点を活用して指導する】ことが抽出された。

11）“主体的に研究活動に取り組むこと”

困難の変遷は，『毎年，困難あり群は少ないが，平成18年度だけ“少し困難が多い”』，『平成19年度は“全く困難ではない”が増加』と捉えた。困難の変遷の理由として，学生が選択した研究方法の傾向も，毎年ほぼ変わらないことから，主体性の発現に関する《学生の傾向》のような｛学生の学習状況に関連した理由｝がみられた。また，《学生の傾向》に影響することとして，平成18年度は《異なる科目群での保健・看護研究セミナーと卒業研究の受講》，平成19年度は，保健・看護研究セミナーと卒業研究の開講が連続していたため，《希望した研究テーマ，科目群での受講》があり，｛教育環境に関連する理由｝も関与していた。

表3-1　平成17年から19年度　看護系A大学成人看護学関連科目群受講学生の卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷とその理由 ―研究計画書を作成するまで―

プロセス	困難の変遷	困難の変遷の理由《カテゴリー》
文献検索，文献検討	①『困難あり群が，毎年，7 割から 8 割おり，少し減少してきたが，変化は横ばい』 ②『“全く困難ではない”はみられない』	《図書館の文献検索環境の良否》 《難易度の高い学習内容》 《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》 《変化が回答に反映されない状況》
	③『学生の達成レベルが高くなってきた』	《看護研究の講義》 《既卒学生が残した学習の手がかり》 《図書館の文献検索環境の良否》 《前年度の評価に基いた指導の改善》 《科目群でのミニ講義や練習》
研究目的（研究課題）の決定	①『困難あり群が，毎年，6 割程度いるが，徐々に減少』	《看護研究の講義》 《研究課題を考えた時期と取り組む時期の近接》 《希望した研究テーマ，科目群での受講》 《既卒学生が残した学習の手がかり》
	②『難しい学習内容であるため，困難あり群はなくならない』 ③『“全く困難ではない”はみられない』	《難易度の高い学習内容》
研究方法の決定	①『平成 17 年度は，困難あり群が非常に多い』 ②『困難あり群から困難なし群へシフト傾向』	《看護研究の講義》 《既卒学生が残した学習の手がかり》
倫理的配慮を考えること	①『毎年，どちらでもない群が多い』	《個人情報保護法に伴う倫理的問題に関する学習機会の増加》 《学生による困難の感じ方の違い》
	②『研究方法により，困難を感じる学生と感じない学生がいる』	《研究方法による違い》
一貫性を考えて研究計画書を作成すること	①『毎年，困難あり群が 8 割程度と多く，変化はほぼ横ばい』 ②『“全く困難ではない”はみられない』	《難易度の高い学習内容》 《初めての看護研究》 《学生による困難の感じ方の違い》 《学生の傾向》
	③『困難あり群の中でも，“大変困難”から“少し困難”へシフト傾向』	《前年度の評価に基いた指導の改善》

表3－2　平成17年から19年度　看護系A大学成人看護学関連科目群受講学生の卒業研究の
各プロセスにおける困難の変遷とその理由―研究計画書作成後から卒業論文を完成させるまで―

プロセス	困難の変遷	困難の変遷の理由
考えた倫理的配慮を実施すること	①『変化はほぼ横ばいで，どちらでもない群が多い』	《初めての看護研究》 《研究方法による違い》
	②『他のプロセスより困難あり群の学生が少ない』	《個人情報保護法に伴う倫理的問題に関する学習機会の増加》 《科目群でのミニ講義や練習》
データ収集の実施	①『毎年，困難あり群が，6 割から 7 割程度おり，変化はほぼ横ばい』 ②『難しい学習内容であり，困難あり群は減少しない』 ③『“全く困難ではない”はみられない』 ④『平成 17 年度は“あまり困難ではない”が他の年度より多い』	《初めての看護研究》 《研究方法による違い》 《学生による困難の感じ方の違い》
データの整理・分析	①『毎年，困難あり群が，8 割から 9 割おり，変化はほぼ横ばい』 ②『“全く困難ではない”はみられない』	《難易度の高い学習内容》 《初めての看護研究》 《学生による困難の感じ方の違い》
	③『困難なし群がわずかだが増加』	《既卒学生が残した学習の手がかり》
研究結果の記述	①『困難あり群は，減少傾向』	《既卒学生が残した学習の手がかり》 《卒業論文の枚数制限の緩和》 《難易度の高くない学習内容》
	②『“全く困難ではない”はみられない』	《学生による困難の感じ方の違い》
考察の視点・内容を考えること,考察の記述	①『平成 18 年度だけ，困難あり群が約 9 割だが、毎年，困難あり群は 7 割程度おり，変化は横ばい』 ②『学生の達成レベルが高くなってきた』	《初めての看護研究》 《学生による困難の感じ方の違い》
	③『”データの整理・分析”と比較すると困難ではない学習内容であるが，“全く困難でない”はみられない』	《難易度の高くない学習内容》 《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》 《変化が回答に反映されない状況》

表3－3　平成17年から19年度　看護系A大学成人看護学関連科目群受講学生の卒業研究の
各プロセスにおける困難の変遷とその理由―全体を通して―

プロセス	困難の変遷	困難の変遷の理由
進行するプロセスにおいて研究目的に常に戻り明確化に努めること	①『困難あり群が減少し，困難なし群にシフト傾向だが，“全く困難ではない”はみられない』	《前年度の評価に基いた指導の改善》
一貫性を考えて卒業研究を完成させること	①『毎年，困難あり群が 8 割程度と多く，変化はほぼ横ばい』 ②『“全く困難ではない”はみられない』	《難易度の高い学習内容》
主体的に研究活動に取り組むこと	①『毎年，困難あり群は少ないが，平成 18 年度だけ“少し困難”が多い』 ②『平成 19 年度は“全く困難ではない”が増加』	《異なる科目群での保健・看護研究セミナーと卒業研究の受講》 《希望した研究テーマ，科目群での受講》 《学生の傾向》

表4　平成17年度から平成19年度 看護系A大学成人看護学関連科目群受講学生の卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷の理由

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
{教育環境に関連する理由}	《看護研究の講義》	・[平成 19 年度学生は，文献検討の講義を受けたこと] ・[平成 19 年度学生は，研究課題について講義を受け研究課題を考えることができた]
	《個人情報保護法に伴う倫理的問題に関する学習機会の増加》	・[平成 18 年度以後の学生は，個人情報保護法制定により，倫理的配慮について説明を聞く機会，実施する機会が増え，理解が進んでいる]
	《研究課題を考えた時期と取り組む時期の近接》	・[平成 19 年度学生は，研究課題を考えた時期と，卒業研究に取り組む時期の間隔が短かい]
	《異なる科目群での，保健・看護研究セミナーと卒業研究の受講》	・[保健・看護研究セミナーと卒業研究の関連科目群が異なる]
	《希望した研究テーマ，科目群での受講》	・[希望した関連科目群で卒業研究を行えた学生数の差] ・[自分が取り組みたい研究課題や，関連科目群配置の際に考えた研究課題を継続できた]
	《既卒学生が残した学習の手がかり》	・[平成 18 年度以後の学生は，既卒学生の卒業論文集を参考にできた] ・[先輩からの情報がある]
	《図書館の文献検索環境の良否》	・[文献入手に伴う経済的負担が大きい] ・[図書館の文献検索環境の改善]
	《卒業論文の枚数制限の緩和》	・[卒業論文の枚数制限の緩和]
{科目群教員の指導に関連する理由}	《前年度の評価に基いた指導の改善》	・[平成 17 年度 FD から保健・看護研究セミナーでの文献検討の指導を強化したこと] ・[平成 18 年度から一貫性を保てるよう意識しながら指導したこと] ・[平成 18 年度から，研究目的に戻ることを意識して指導したこと]
	《科目群でのミニ講義や練習》	・[平成 19 年度学生は，クリティークのミニ講義を受けたこと] ・[面接法のミニ講義と面接の練習の効果]
{学習内容の難易度に関連する理由}	《難易度の高い学習内容》	・[成長するほど難しさを感じるプロセスで，教員のサポートを受けてできるが辛い，自信がもてない] ・[文献研究の場合，文脈の読み取りや，記述内容の整理が難しい] ・[具体的な分析方法や抽象化のイメージがつきにくい] ・[研究の各プロセスに，一貫性を損ないやすい原因がある] ・[一貫性とは何かががわかりにくい] ・[研究全体を概観することが難しい] ・[振り返って最後にわかる性質の学習内容]
	《難易度の高くない学習内容》	・[得られた結果を単純に書くという学習内容そのものの性質] ・[分析や結果から考察の視点が見えてくる]
{学生の学習状況に関連する理由}	《初めての看護研究》	・[初めて研究に取り組むので難しい] ・[指導を受けても，実際に行うのは大変] ・[データ収集の際の緊張が強い] ・[見通しがつくことで馬力がきく]
	《研究方法による違い》	・[研究方法により困難の感じ方が異なる]
	《学生による困難の感じ方の違い》	・[研究課題の明確さの違い] ・[学生が倫理的配慮を考えられているか自身で判断できない] ・[面接やアンケートで学生が期待した回答が得られない] ・[データに浸かり先が見えない] ・[結果の整理が不十分] ・[結果を図で表すことが難しい] ・[学生が高い水準の考察を求められていると思っている]
	《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》	・[個々の学生のテーマに適う文献の検索が難しい] ・[既卒学生の卒業論文を参考にできず，自分で考えなければならない難しさがある]
	《学生の傾向》	・[学生の主体性の違い] ・[自分の経験にとらわれやすい傾向がある学生の存在] ・[視点が広がりやすい傾向がある学生の存在]
{質問票の限界に関連する理由}	《変化が回答に反映されない状況》	・[達成レベルは高くなったが回答に反映されにくい]

表5　卒業研究の各プロセスにみられる困難の変遷理由

困難の変遷理由 卒業研究の各プロセス	教育環境に関連する理由	科目群教員の指導に関連する理由	学習内容の難易度に関連する理由	学生の学習状況に関連する理由	質問票の限界に関連する理由
文献検索，文献検討	○	○	○	○	○
研究目的（研究課題）の決定	○		○		
研究方法の決定	○				
倫理的配慮を考えること	○			○	
一貫性を考えて研究計画書を作成すること		○	○	○	
考えた倫理的配慮を実施すること	○	○		○	
データ収集の実施				○	
データの整理・分析	○		○	○	
研究結果の記述	○		○	○	
考察の視点・内容を考えること，考察の記述			○	○	○
進行するプロセスにおいて研究目的に常に戻り明確化に努めること		○			
一貫性を考えて卒業研究を完成させること			○		
主体的に研究活動に取り組むこと	○			○	

注：○は困難の変遷理由がみられたことを示す

V．考察

学生は，卒業研究で初めて看護研究に取り組むため，困難を感じることは避けられないかもしれない。また，学生は，困難を感じながらも，卒業研究を通して，多くのことを学ぶ[1]。しかし，筆者らは，学生が，困難を感じることを当り前とせず，学生の視点から，卒業研究における困難を捉え，困難を乗り越え，学びが得られるように学生を支援するため，指導を工夫することが重要と考える。本研究の結果から抽出された｛教育環境に関連する理由｝，｛科目群教員の指導に関連する理由｝，｛学習内容の難易度に関連する理由｝，｛学生の学習状況に関連する理由｝から，学生の卒業研究における困難の理由を推測することが可能である。すなわち，困難の変遷の理由は，学生の卒業研究の各プロセスにおける困難を捉える視点となると考えられた。従って，抽出された困難の変遷の理由に対して指導を工夫することで，学生が卒業研究における困難を乗り越えやすくなると考える。それゆえ，考察では，｛質問票の限界に関連する理由｝を除く，卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷の理由を踏まえた指導の工夫について述べる。

1．｛教育環境に関連する理由｝と指導の工夫

倉ヶ市ら[3]は，「環境を整え，研究に取り組みやすい状況をつくることが必要であり，求められていると思われる」と述べている。このことから，｛教育環境に関連する理由｝を構成するカテゴリーに対する指導の工夫は重要と考える。｛教育環境に関連する理由｝を構成するカテゴリーのうち，『困難あり群が減少してきた』卒業研究のプロセスに存在するカテゴリーは，《看護研究の講義》，《研究課題を考えた時期と取り組む時期の近接》，《希望した研究テーマ，科目群での受講》，《既卒学生が残した学習の手がかり》，《卒業論文の枚数制限の緩和》であった。また，《異なる関連科目群での，保健・看護研究セミナーと卒業研究の受講》が存在するプロセスにおける困難の変遷は，『毎年，困難あり群が少ないが，平成18年度だけ“少しだけ困難”が多い』であった。これらの変遷の理由から，《研究課題を考えた時期と取り組む時期の近接》した状況で，《異なる関連科目群での保健・看護研究セミナーと卒業研究の受講》ではなく《希望した研究，科目群での受講》ができ，《卒業論文の枚数制限の緩和》がされた教育環境にあると，学生は困難を乗り越えやすくなると考えられる。教育環境を整備するためは，教員個人や，一つの科目群だけでは，十分に対処できないため，指導の工夫は，A大学全体で，これらのような教育環境の整備を行うことと考えられた。また，平成19年度から《看護研究の講義》が開始されたことで，看護研究に対する学生の理解が進み，研究目的（研究課題）を考える際にも

効果的だった印象を受けている。従って，科目群を超えて，卒業研究の指導を検討し，学生全体への支援が必要な学習内容について講義をすることが指導の工夫となると考える。また，平成18年度以降の学生は，既卒学生の卒業研究論文や，先輩学生との個人的な交流等により，《既卒学生が残した学習の手がかり》があり，卒業研究で行うことや，到達度が具体的にイメージでき，困難を乗り越えやすくなったと考えられた。また，《個人情報保護法に伴う倫理的問題に関する学習機会の増加》は，新しく法律が施行されたことで，平成18年度以降の学生は，講義や実習等の場面で，これらの学習内容を学ぶ機会が多くあり，理解が進んだと考えられた。従って，教員が《既卒学生が残した学習の手がかり》や，《個人情報保護法に伴う倫理的問題に関する学習機会の増加》を意識的に指導に活用することが，指導の工夫と考える。また，《図書館の文献検索環境の良否》は，図書館の文献検索環境が良好であれば，困難は乗り越えやすくなると推測される。従って，図書館の蔵書整備等への協力や，文献検索システム，施設利用方法の利便性の促進等が，間接的ではあるが，指導の工夫につながると考える。一方，倉ヶ市ら[3]は，国家試験の学習や臨地実習と同時進行で看護研究を行うため，看護研究の環境要件の中で，「時間的条件」を問題とする準学士課程学生，看護専門学校生がいることを指摘している。このことから，就職活動や国家試験の学習との両立で，卒業研究に困難を感じることが少ないように，A大学全体で，卒業研究の開始時期，提出締め切り，学習進度の目安等も検討し，指導の工夫につなげるとよいだろう。

２．｛科目群教員の指導に関連する理由｝と指導の工夫

｛科目群教員の指導に関連する理由｝を構成するカテゴリーは，《前年度の評価に基いた指導の改善》，《科目群でのミニ講義や練習》である。《前年度の評価に基いた指導の改善》が存在する卒業研究のプロセスにおける困難の変遷は，『困難あり群が減少傾向』，『困難あり群の中でも大変困難から少し困難へシフト傾向』と捉えられていた。また，《科目群でのミニ講義や練習》が存在する卒業研究のプロセスにおける困難の変遷は，横ばいであるが，『学生の達成レベルが高くなってきた』や，『他のプロセスより困難あり群の学生が少ない』と捉えられていた。従って，これらのカテゴリーの存在により，困難を乗り越えやすくなることや，学びが深まることが考えられ，《前年度の評価に基いた指導の改善》，《科目群でのミニ講義や練習》を行うことが指導の工夫と考えられた。

また，卒業研究は，学生が，自分の関心のある研究課題を決定し，主体的に行う学習であり，自己主導型学習の性格が強く，成人教育学（アンドラゴジー）の考え方を適用できる。渡邉[4]は「自己主導型学習の促進のためには，学習者一人一人の自己主導性を重視する環境設定や学習援助が求められる」と述べ，教育者の役割には，ファシリテーター的役割，リソース提供者的役割，学習マネージャー的役割，モデル的役割 があると述べている。クラトン[5]は「ファシリテーターの役割は，学習者が表明するニーズに応えて学習者の成長と変化を励まし支えることである。ファシリテーターの役割をもつ教育者は，指示したり，管理したり，学習者が何をどう学べばよいかについての考えを押しつけたりはせず，学習者がやりたいことの手助けをする。」と述べている。また，中村ら[6]は，看護系学士課程学生が課題を探求するプロセスにおいて，「＜水先案内人としての指導者＞は，課題探求する学生の視野を広げてくれたり，学生が見逃していることを指導者が気づかせてくれたり，どのように研究すべきかについてヒントを学生に与えて正しい方向に自分を導いてくれる存在であると学生が認識している」ことを明らかにした。従って，指導の工夫として，教員が，自己主導型学習であることを意識し，学生の進度に合わせ，卒業研究の過程で，困難な点を相談し，乗り越える方法を一緒に考えるファシリテーター的役割を発揮することが必要だと考える。また，学生は，《初めての看護研究》であるため，一つひとつの研究プロセスについて，具体的なイメージをもちにくい。Marjorieら[7]は，教員とインストラクターが自分達の研究例を用いたことが，学士課程学生の看護研究の理解のために役立ったことを明らかにした。従って，教員自身が研究の先輩として，経験談を話す，一緒にデータ収集や分析にあたる等，モデル的役割を果たすことも指導の工夫として有効と考える。また，ノールズ[8]は，自己主導型学習では，「尊敬を得たいという学習者の

ニーズや何かを達成したいという欲求，人間として成長したいという強い思い，何か特別なことを知りたいというニーズ，そして好奇心といった内在的な誘因が，学習者の動機付けに作用すると考えられている。」と述べている。卒業研究は，長期間に渡り，一つの研究課題に取り組む。そのため，研究目的（研究課題）の決定は，“主体的に研究活動に取り組むこと”にも関連し，学生が本当に関心のあることを研究目的（研究課題）とできるように支援することが指導の工夫として重要と考える。また，本研究で抽出された【研究課題の絞りこみのために十分な文献検討を行えるよう支援する】により，“文献検索，文献検討”を十分，行うことで，研究課題が焦点化されやすくなると考える。更に，学生は《初めての看護研究》のような｛学生の学習状況に関連する理由｝もあるため，科目群のオリエンテーションで，主体的に取り組むことを説明することも重要であろう。

また，当科目群では，ゼミ形式による集団指導と担当教員による個別指導を組み合わせ，指導を行っている。年度は異なっても，ゼミ形式による指導期間中の卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷で，困難あり群が5割以上みられるプロセスには，“文献検索”，“文献検討”，“研究目的（研究課題）の決定”，“一貫性を考えて研究計画書を作成すること”，“進行するプロセスにおいて研究目的に常に戻り明確化に努めること”，“一貫性を考えて卒業研究を完成させること”がある。平野[9]は，「教師は学生の問いを深めさせようとして，「どうして」や「なぜ」を連発し，かえって学生自身の追究を行き詰らせてしまうことがある。」と述べている。従って，ゼミでは，｛学生の学習状況に関する理由｝を考慮し，学生を問い詰めず，思考を広げられるように発問することが指導の工夫として必要と考える。更に，デインズら[10]は，学習者の学習意欲を失わせることは，「所期の成果が得られない，目指す全体像を欠く，非現実的な目標，よそよそしい雰囲気，クラス編成や運営のまずさ，居心地の悪い環境，不十分な教材，教具，設備，予算，一人ひとりに関心が向けられていない，かばい過ぎたり，あるいは不親切なチュ―ター，不十分なグループ内のサポート」と述べている。このような状況がゼミにあると，学生の卒業研究に取り組む意欲が損なわれる危険性も生じるだろう。従って，ゼミ形式による指導期間にあるプロセスは，学習意欲を失わせる状況がゼミでおこらぬように，ゼミを運営することも指導の工夫として重要と考える。

３．｛学習内容の難易度に関連する理由｝と指導の工夫

｛学習内容の難易度に関連する理由｝を構成するカテゴリーは，《難易度の高い学習内容》と《難易度の高くない学習内容》であった。《難易度の高い学習内容》の存在する卒業研究の各プロセスにおける困難の変遷は，『難しい学習内容であるため，困難あり群はなくならない』等であり，このカテゴリーが存在すると，卒業研究における困難を乗り越えにくくなると考えられた。反対に，《難易度の高くない学習内容》の存在する卒業研究の各プロセスの変遷は，『困難あり群は減少傾向』等であり，このカテゴリーが存在すると，卒業研究における困難を乗り越えやすくなると考えられた。学習内容そのものがもつ性質によって難易度は異なるが，《学生による困難の感じ方の違い》や《研究方法による違い》のような｛学生の学習状況に関連する理由｝により，難易度の感じ方が異なることが推測され，｛学生の学習状況に関する理由｝を考慮した指導が指導の工夫となると考える。

４．｛学生の学習状況に関連する理由｝と指導の工夫

｛学生の学習状況に関連する理由｝を構成するカテゴリーは，《初めての看護研究》，《研究方法による違い》，《学生による困難の感じ方の違い》，《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》，《学生の傾向》である。これらのカテゴリーが存在する卒業研究における各プロセスの困難の変遷は，横ばい，『“全く困難ではない”はみられない』がほとんどであるが，《学生の傾向》が存在するプロセスのうち，“主体的に研究活動に取り組むこと”のみで『“全く困難ではない”が増加』した。このような困難の変遷から，｛学生の学習状況に関連する理由｝を構成するカテゴリーが存在すると，《初めての看護研究》であるため，見通しがもてず，《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》状態になるが，《研究方法による違い》，《学生による困難の感じ方の違い》，《学生の傾向》により，困難を強

く感じる場合と，それほど強く感じない場合があることが考えられる。従って，学生の卒業研究における困難を乗り越えやすくするためには，これらのカテゴリーの内容に対処できるよう，卒業研究の各プロセスにおいて，学生が，自分の場合どのようにするとよいのかがわかり，研究への見通しがもてることが必要と考える。そのためには，学生の困難の変遷の理由に基き，指導の工夫を卒業研究の各プロセスで行うことが必要であり，本研究により抽出された指導の工夫が，具体的で，参考になると考えられる。本研究により，“文献検索，文献検討”のプロセスに対する指導の工夫として，【難しい学習内容であることを理解してもらう】一方で，【困難の内容を確認する】が抽出された。これらの指導の工夫により，《学習内容の難易度が高い》プロセスとして，学生が心がまえを持ち，これらの学習に臨めると考える。寺崎[11]は，「カードでもノートでもよいので，自分の研究課題に即した文献目録を学生自身に要領よく作成させた上で，優先度の高い文献選択法について示唆を与える。このことが，研究の方向や位置づけを可能にしてくれる。」と述べており，このような取り組みにより，学生が“文献検索，文献検討”の際に《自分の場合，どのようにするとよいかわからない》を乗り越えやすくなると考える。また，本研究により，“データ整理・分析”のプロセスに対する指導の工夫として，【学生の研究の到達点を把握し，順調に進んでいることを保証する】や，【よいデータがとれていることを伝え，学生を安心させる】ことを行い，【目的に沿ったデータの整理・分析を指導する】，【データの読み込みへの十分なサポートを行う】が抽出された。分析方法のイメージがつかない学生に対し，【具体的な分析の作業手順を伝える】，【複数の分析の作業方法を説明し，作業方法の選択肢を増やす】等，分析方法の具体的な方法をアドバイスすることが抽出された。香春[12]は，「データの結果については，学生と共に分析を行う。特に内容分析に関しては，その妥当性をみていくためにも学生と同じ作業をしていくことになる。」と述べており，教員が学生と一緒に，“データの整理・分析”のプロセスを踏み，丁寧に指導していることが伺われた。このプロセスは，時間を要することから，【提示された進度を目安に，データの整理・分析の時期が遅れないようにする】ことで，【データの整理分析に時間をかけ，重点的に行う】ことができるように学生を導くことも，指導の工夫として重要と考える。また，“データの整理・分析”をよりよく行うためには，分析するためのデータが十分であることが必要となる。しかし，卒業研究においては，限られた期間であることや，学生のデータ収集能力から，データが不十分な場合もある。香春[12]は，「データ収集・結果分析・考察において，“期待していた結果が出ない時，学生は不安になることもあるが，基礎看護教育課程の中でのこの科目（卒業研究）の位置づけを踏まえ，結果の一般化や研究成果を重視するのではなく，研究の一連のプロセスをきちんと踏んでいくことの意義を認識させ，これからの研究意欲へとつながるようにと心がける。」と述べている。また，看護学教育の在り方に関する検討委員会[13]は，学士課程における卒業研究の位置づけについて，「卒業研究は，学士課程の集大成として位置づけられ，卒業後に研鑽を重ね，創造的に専門性を深めるための基盤を形成するという意味で，看護生涯学習の出発点となる。」と述べている。香春[12]や看護学教育の在り方に関する検討委員会[13]の見解，A大学の“卒業研究”の目的から，収集されたデータの良し悪しに固執せず，個々の学生の困難に応じて，研究目的に沿い，データ分析を行えるよう教員が学習を支援することが指導の工夫として大切と考える。また、本研究より，“考察の視点・内容を考えること”，“考察の記述”のプロセスに対する指導の工夫として，【学生の感性が自由に表現できるように，学生に合わせて教授方法を変える】があり，学生が考察の記述に取り組みやすいように，【自由に書いてきてもらう】，【一緒に考える】ことや，結果から飛躍しないように【考察の骨子を組み立ててもらう】ことが抽出された。《学生による困難の感じ方の違い》も踏まえ，【学生の感性が自由に表現できるように，学生の個別性に合わせて教授方法を変える】という教員の柔軟な対応が，指導の工夫として重要と考える。また，黒田[14]は，考察を書く上での骨組みとして考慮するよう指導していることとして，「①当該研究の結果で見えてきた内容がいったい何を意味しているのかを洞察する。②当該研究の結果で見えてきた内容が，ほかの研究結果と比較して，どのような意味をもっているのかを洞察する。③当該研究でとった研究方法等について，建

設的な判断を含めて洞察する。④当該研究の看護への貢献と，当該研究の限界を考える。」と述べている。このような考察の視点を学生に提示することも，指導の工夫として有効と考える。更に，塩飽[15]は，「結果と考察を書き分け，論理的な文章構成・展開で自己主張することはかなり難しい作業」と述べている。このことから，考察に結果が混入しないように指導することも重要と考える。また，“一貫性を考えて研究計画書を作成すること”，“一貫性を考えて卒業研究を完成させること”のプロセスに対する指導の工夫として，【各研究プロセスで，常に研究目的に戻る】，【一貫性を損ないやすい点を指摘し，研究の各プロセスで一貫性を保つ】，【研究の終盤で，振り返り，一貫性を確認する】，【ミクロとマクロの視点を持ち，学生に一貫性を点検するように指導する】，【学生にわかりやすい伝え方を工夫する】，【研究の初期の段階で，一貫性とは何かを教授する】，【一貫性をイメージ化できるような教授方法の開発】，【保健・看護研究セミナーで，学生が学んだ文献クリティークの視点を活用して指導する】が抽出された。研究目的から逸れないように，【各研究プロセスで常に研究目的に戻る】ようアドバイスすることが指導の工夫として重要である。また，［一貫性とは何かがわかりにくい］ことに対する指導の工夫として，【一貫性がイメージできるような教授方法の開発】を考える必要がある。Marjorieら[7]の研究では，学士課程学生が看護研究のために役立った学習活動の一つは，文献クリティークだったことを明らかにした。このことから，「場合によってはモデルとなるような論文を紹介する。」という香春[11]が述べる方法で，学生に，保健・看護研究セミナーでの学習内容を想起してもらい，【保健・看護研究セミナーで学生が学んだ文献クリティークの視点を活用して指導する】等が指導の工夫となると考える。

５．4つの困難の変遷の理由と指導の工夫

本研究により抽出された｛教育環境に関連する理由｝，｛科目群教員の指導に関連する理由｝，｛学習内容の難易度に関連する理由｝，｛学生の学習状況に関連する理由｝は，一つの卒業研究のプロセスに複数存在していた。例えば，｛教育環境に関連する理由｝が存在しなければ，｛科目群教員の指導に関連する理由｝が存在しても，学生が困難を乗り越えるためには不十分かもしれない。従って，一つの卒業研究のプロセスに，困難の変遷理由が複数存在することが，学生が困難を乗り越えやすくなるために重要であると考えられる。卒業研究の各プロセスにおいて，学生の取り組みを把握しながら，困難の変遷の理由にみられるカテゴリーを点検し，指導を工夫することで，学生にとって，卒業研究は困難ではあるが，学びがいのある科目となり，より主体的に取り組み，困難を乗り越えやすくなるのではないかと考える。

Ⅵ．本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は，1大学の1科目群で卒業研究を受講した学生の質問票の回答を基にしたため，少数で限定された学生の体験であること，研究方法による困難の違いについては明らかにされていないことにある。また，困難の変遷の理由については，教員によるブレーンストーミングから抽出したため，学生の観点とは異なる可能性もある。今後は，科目群や教育機関を超え，学生数を増やし，看護系大学学士課程学生全般の卒業研究における困難の内容を把握すること，また，学生の視点から，卒業研究の各プロセスにおける困難を乗り越えることができた理由や対処等について研究を行い，更に指導の工夫を検討する必要がある。

Ⅶ．おわりに

看護系A大学成人看護学関連科目群で，平成17年度から平成19年度に，卒業研究を受講した学生の卒業研究の各プロセスにおける困難に関する自記式質問票を基に，困難の変遷とその理由および指導の工夫について，ブレーンストーミングを行った。その結果，困難の変遷は，困難あり群が減少してきたプロセス，ほぼ横ばいのプロセスがあり，困難あり群が増加してきたプロセスはなかった。また，困難の変遷の理由として，｛教育環境に関連する理由｝，｛科目群教員の指導に関連する理由｝，｛学習内容の難易度に関連する理由｝，｛学生の学習状況に関連する理由｝，｛質問票の限界に関連する理由｝の5つが抽出され，卒業研究における困難を乗り越えやすくするための指導の工夫について示唆が得られた。

謝　辞

本研究に際し，質問票への回答に，ご協力いた

だいた学生の皆様に深謝いたします。

文　献

1）内海香子，水野照美，村上礼子，山本洋子，清水玲子，棚橋美紀，中村美鈴：看護系大学学士課程学生の卒業研究における困難と学び．日本看護学教育学会第17回学術集会講演集；196，2007.
2）斉藤貴子，原田慶子：看護学生の卒業研究指導における教員の関わりのあり方．日本赤十字秋田短期大学紀要第7号；61-67，2002.
3）倉ヶ市絵美佳，雀部繭美，西田直子：看護学生の看護研究活動の現状　― 環境・個人的要件を中心に ―．12(1);73-81，京都府立医科大看護学科紀要，2002.
4）渡邊洋子：生涯学習時代の成人教育学．172-178，明石書店（東京），2007.
5）パトリシア・クラトン：おとなの学びを拓く自己決定と意識変容をめざして．105，鳳書房（東京），2006.
6）中村郷子，古瀬みどり：看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセス．日本看護研究学会雑誌，30(1)；89-95，2007.
7）Majorie C. Dobratz : Putting the pieces together : teaching undergraduate research from a theoretical perspective．Journal of Advanced Nursing，41(4)；383-392，2003.
8）マルカム・S・ノールズ：学習者と教育者のための自己主導型学習ガイド　ともに創る学習のすすめ．26，明石書店（東京），2005.
9）佐藤みつ子，宇佐美千恵子，青木康子，平野朝久：看護教育における授業設計．135－136，医学書院（東京），1995.
10）ジョン･ディンズ，キャロ・ディンズ，ブライアン・グレアム：おとなが学ぶときに．P19，全日本社会教育連合会．1996.
11）寺崎明美：卒業論文の指導の留意点．Quality Nursing，5(1)；4-8，1999.
12）香春知永：学生の課題探究能力と態度の基礎を育む．Quality Nursing，5(1)；9-14，1999.
13）石井邦子：「看護学教育の在り方に関する検討会（第二次)」を終えて．看護教育，45(6)；435-462，2004.
14）黒田裕子：黒田裕子の看護研究step by step．196，学研（東京），2007.
15）塩飽仁：卒業研究；学生との共同研究を展開するために．5(1)；45-49，Quality Nursing，1999.

資料１　平成17年度から平成19年度　看護系A大学成人看護学関連科目群受講学生の卒業研究の各プロセスにおける困難に関する自記式質問紙の回答結果

卒業研究の各プロセス	受講年度	回答者数(人)	全く困難ではない（人（%））	あまり困難ではない（人（%））	どちらでもない（人（%））	少し困難（人（%））	大変困難（人（%））
1. 研究計画書を作成するまで 1)文献検索	平成17年度	15	0(0%)	0(0%)	3(20%)	3(20%)	9(60%)
	平成18年度	20	0(0%)	3(15%)	1(5%)	13(65%)	3(15%)
	平成19年度	15	0(0%)	1(6.7%)	3(20%)	9(60%)	2(13.3%)
(2)文献検討	平成17年度	15	0(0%)	1(6.7%)	3(20%)	8(53.3%)	3(20%)
	平成18年度	20	0(0%)	2(10%)	3(15%)	13(65%)	2(10%)
	平成19年度	14	1(7.1%)	0(0%)	1(7.1%)	10(71.4%)	2(14.3%)
(3)研究目的（研究課題）の決定	平成17年度	15	0(0%)	3(20%)	1(6.7%)	4(26.7%)	7(46.7%)
	平成18年度	20	0(0%)	2(10%)	5(25%)	3(15%)	10(50%)
	平成19年度	15	0(0%)	4(26.7%)	3(20%)	4(26.7%)	4(26.7%)
(4)研究方法の決定	平成17年度	15	0(0%)	3(20%)	3(20%)	5(33.3%)	4(26.7%)
	平成18年度	20	0(0%)	10(50%)	5(25%)	5(25%)	0(0%)
	平成19年度	15	2(13.3%)	5(33.3%)	5(33.3%)	3(20%)	0(0%)
(5)倫理的配慮を考えること	平成17年度	15	1(6.7%)	5(33.3%)	4(26.7%)	4(26.7%)	1(6.7%)
	平成18年度	20	0(0%)	3(15%)	10(50%)	5(25%)	2(10%)
	平成19年度	15	3(20%)	5(33.3%)	5(33.3%)	2(13.3%)	0(0%)
(6)一貫性を考えて研究計画書を作成すること	平成17年度	15	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)	6(40%)	8(53.3%)
	平成18年度	20	0(0%)	0(0%)	3(15%)	13(65%)	4(20%)
	平成19年度	15	0(0%)	1(6.7%)	1(6.7%)	8(53.3%)	5(33.3%)
2. 研究計画書作成後から卒業論文を完成させるまで 1)考えた倫理的配慮を実施すること	平成17年度	14	1(7.1%)	5(35.7%)	6(42.8%)	2(14.3%)	0(0%)
	平成18年度	20	3(15%)	4(20%)	10(50%)	1(5%)	2(10%)
	平成19年度	15	1(6.7%)	6(40%)	6(40%)	1(6.7%)	1(6.7%)
2)データ収集の実施	平成17年度	15	0(0%)	4(26.7%)	2(13.3%)	6(40%)	3(20%)
	平成18年度	20	0(0%)	1(5%)	4(20%)	7(35%)	8(40%)
	平成19年度	15	0(0%)	0(0%)	6(40%)	7(46.7%)	2(13.3%)
3)データの整理・分析	平成17年度	15	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)	8(53.3%)	6(40%)
	平成18年度	20	0(0%)	0(0%)	2(10%)	9(45%)	9(45%)
	平成19年度	15	0(0%)	2(13.3%)	1(6.7%)	7(46.7%)	5(33.3%)
4)研究結果の記述	平成17年度	15	0(0%)	3(20%)	2(13.3%)	9(60%)	1(6.7%)
	平成18年度	20	0(0%)	6(30%)	3(15%)	11(55%)	0(0%)
	平成19年度	15	0(0%)	5(33.3%)	4(26.7%)	5(33.3%)	1(6.7%)
5)考察の視点・内容を考えること	平成17年度	15	0(0%)	4(26.7%)	1(6.7%)	7(46.7%)	3(20%)
	平成18年度	20	0(0%)	0(0%)	2(10%)	10(50%)	8(40%)
	平成19年度	15	0(0%)	1(6.7%)	3(20%)	7(46.7%)	4(26.7%)
6)考察の記述	平成17年度	15	0(0%)	4(26.7%)	4(26.7%)	5(33.3%)	2(13.3%)
	平成18年度	20	0(0%)	0(0%)	3(15%)	11(55%)	6(30%)
	平成19年度	15	0(0%)	2(13.3%)	2(13.3%)	7(46.7%)	4(26.7%)
3. 全体を通して 1)進行するプロセスにおいて研究目的に常に戻り明確化に努めること	平成17年度	15	0(0%)	0(0%)	5(33.3%)	9(60%)	1(6.7%)
	平成18年度	20	0(0%)	0(0%)	6(30%)	11(55%)	3(15%)
	平成19年度	15	0(0%)	4(26.7%)	2(13.3%)	8(53.3%)	1(6.7%)
2) 一貫性を考えて卒業研究を完成させること	平成17年度	15	0(0%)	1(6.7%)	3(20%)	8(53.3%)	3(20%)
	平成18年度	20	0(0%)	0(0%)	2(10%)	12(60%)	6(30%)
	平成19年度	15	0(0%)	1(6.7%)	2(13.3%)	9(60%)	3(20%)
3)主体的に研究活動に取り組むこと	平成17年度	15	1(6.7%)	6(40%)	3(20%)	1(6.7%)	1(6.7%)
	平成18年度	20	1(5%)	7(35%)	4(20%)	7(35%)	1(5%)
	平成19年度	15	3(20%)	5(33.3%)	5(33.3%)	2(13.3%)	0(0%)

報　告

避妊・性感染症予防に関するカウンセリング概念の構築と避妊・性感染症カウンセラー育成プログラムの開発

成田　伸[1)]，矢野美紀[1)]，西岡啓子[1)]，加藤優子[1)]，森島知子[1)]
須藤久実[1)]，段ノ上秀雄[1)]
水流聡子[2)]，鈴木幸子[3)]，工藤里香[3)]，野々山未希子[4)]，齋藤益子[4)]
岡本美香子[2)]，遠藤俊子[5)]

The Construction of Counseling of Contraception and Prevention of Sexual Transmitted Infection and Development of Program for Contraceptive and STI Prevention Counselor

S.Narita[1)]，M.Yano[1)]，K.Nishioka[1)]，Y.Kato[1)]，T.Morishima[1)]，K.Suto[1)]，H.Dannoue[1)]
S.Tsuru[2)]，S.Suzuki[3)]，R.Kudo[3)]，M.Nonoyama[4)]，M.Saito[4)]，M.Okamoto[2)]，T.Endo[5)]

抄録：若年世代の妊娠・妊娠中絶や性感染症罹患が増加し，避妊・性感染症予防への取り組みは緊急の課題である。この解決に向けて，１）避妊・性感染症予防を支援するプロセスを避妊・性感染症予防カウンセリングとして構築し，２）避妊・性感染症予防カウンセラー育成プログラムを開発した。カウンセリング概念の構築とプログラムの開発のために，１）米国のウィメンズヘルスナースプラクティショナー（WHNP）とスコットランドの看護師処方についての情報の収集，２）避妊カウンセリングに関する文献の収集，３）研究者間の討議を行った。検討の結果から，「避妊・性感染症予防カウンセリング」を「避妊や性感染症予防行動が必要なクライエントに対して，トレーニングを受けた避妊・性感染症予防カウンセラーが行う，避妊・性感染症予防に関するクライエントの状況の的確なアセスメントに基づいた情報提供と自己決定を支援する専門的なカウンセリング」とし，そこで用いられるカウンセリングには，「非指示的・指示的カウンセリング」の双方を含み，「相談」「教育」「意思決定支援」の側面を持つものとした。また，避妊・性感染症予防カウンセラーに必要な知識・技術の整理・検討からその育成プログラムを作成し，育成プログラム修了者を「避妊・性感染症予防カウンセラー」とすることとした。今回は概念構築と育成プログラム開発に留まっており，その実践的な評価は今後の課題である。

キーワード：避妊カウンセリング，避妊・性感染症予防カウンセラー，育成プログラム開発
Keywords：Contraceptive Counseling
Counselor of Contraceptive and Prevention of Sexual Transmitted Infection
Program Development

[1)] 自治医科大学　[2)] 東京大学　[3)] 埼玉県立大学　[4)] 東邦大学　[5)] 山梨大学
[1)] Jichi Medical University　[2)] Tokyo University　[3)] Saitama Prefectural University　[4)] Toho University
[5)] Yamanashi University

1．はじめに

若年世代の妊娠・妊娠中絶や性感染症罹患が増加し，避妊・性感染症予防への取り組みは緊急の課題である。その対策として今後必要とされるのは専門職による科学的に正しく正確な情報の提供と実際的な支援であるが，日本ではその目的で母体保護法に規定され育成されている受胎調節実地指導員の制度があるが，十分機能しているとはいえない[1)]。

世界的には若年者の避妊法の第一選択肢は低用量ピルであるが，日本ではその使用が伸びておらず，その原因としてホルモン剤に対する不安があげられている[2)]。また，低用量ピルの服用には定期的で確実な服用と飲み忘れ対策の適切な使用が必要であり，かつ低用量ピルでは性感染症を予防できないため，性感染症罹患のリスクがある場合には，コンドームの確実な併用が必要である。

このように避妊と性感染症予防の実行には，対象者の明確な意思決定と避妊・性感染症の予防に関する適切な情報が必要であり，そこで必要となるのが本研究で焦点化する「カウンセリング」による個別的な支援である。

本研究の目的は，この解決に向けて，1）避妊・性感染症予防を支援するプロセスを避妊・性感染症予防カウンセリングとして構築し，2）避妊・性感染症予防カウンセラー育成プログラムを開発することである。

2．研究方法

2.1. 方法 1　資料の収集

看護職が，低用量ピルの処方権や性感染症関連の検査・プライマリーの治療を実施可能な国の中から，その詳細について情報収集が可能なUSAとUKについて，避妊カウンセリングの考え方やその専門職育成の状況について情報収集することにした。USAについてはウィメンズヘルスナースプラクティショナー（WHNP）についてとUKについてはスコットランドの看護師による低用量ピルや抗生剤処方を含む薬剤処方についての情報を収集した。

1）USAのWHNPの育成プログラムについての情報収集

USAのWHNPの育成プログラムについては，イリノイ大学でこのプログラムを実施している教員からメールを通じて情報提供を受けた。またWHNP協会長であるスーザン・ワイソッキ氏より提供を受けたWHNPのシラバス等を参考資料とした。

2）UKのスコットランドにおける看護師処方についての情報収集

NHSスコットランドのeHealthの責任者であるHeather Strachan氏にスコットランドにおける看護師処方とeHealthを用いた看護師処方のサポートについてのレクチャーの調整を依頼し，現地で複数の担当者からそのレクチャーを受け，関連資料を収集した。

3）図書・文献の収集

邦文献として，看護・医学関連で「カウンセリング」という用語を用いている図書・文献の収集と“Contraceptive Counseling”“Birth Control Counseling”をキーワードとして検索した文献から関連文献を収集する。

2.2. 方法 2　避妊・性感染症予防カウンセリング概念の構築と育成プログラムの開発

方法 1 で収集された図書・文献・資料に基づき，上記情報・収集された文献を整理分析する。その結果を研究者間で討議し，その結果から，避妊・性感染症予防カウンセリング概念の構築と，避妊・性感染症予防カウンセラー育成プログラムの開発を行う。

3．結果

3.1. 結果 1　資料の収集結果

1）USAのWHNPの育成とそのプログラムの概要

USAのWHNPの育成プログラムについては，イリノイ大学でこのプログラムを実施している教員からメールを通じて情報提供を受けた。またWHNP協会長であるスーザン・ワイソッキ氏より提供を受けたWHNPのシラバスを参考資料とした。

イリノイ大学シカゴ校（UICと略）在学中の知人経由でDr.Carrie Klimaのご好意でUICのWHNPの2006年秋育成プログラムに関する資料を入手し，メール上で使用の許可を得た。資料にはプログラムの概要，講義資料が含まれていた。

米国WHNP協会長スーザン・ワイソッキ氏より提供を受けたHarbaor-UCLAにおけるWHNP育成

プログラムのシラバスおよび診療プロトコールを参考資料とした。また，ワイソッキ氏の提供を受けて性と健康を考える女性専門家の会で翻訳した「女性の健康を守るための臨床活動－ナースプラクティショナー向けハンドブック」（S.Wysocki & A.J.Davis編集，堀口雅子監訳）[3] を資料として用いた。このハンドブックは1999年時点のWHNP協会が編集したWHNP向けのハンドブックの翻訳である。

WHNPは米国のウィメンズヘルスにおける看護実践のスペシャリストで看護職であるが，プライマリーケアレベルの検査，薬剤の処方，治療ができる資格である。ナースプラクティショナー自体の教育は1960年代に始まったが，徐々にその活動に信頼を得て，活動領域や処方の範囲等が広がっていっている。WHNPの場合，薬剤の処方は，州毎に少しずつ異なるが，低用量ピル，ホルモン補充療法，性感染症治療の抗生剤等が含まれている。避妊カウンセリングは，対象者の状況に応じてContraceptive CounselingあるいはBirth Control Counselingとして実施されている。WHNPは医師に比べれば低コストであり，ケアの対象は低所得層が中心であることが多い。WHNPの教育は，修士課程で行われており，一般的に9ヶ月のコースで，講義・実習を受けて修了している。

２）UKのスコットランドにおける看護師処方とその育成プログラムの概要

ジョーンズ[4] は，UKでは1980年代初頭にカンバリッジ勧告書において「一定以上の能力を持つ地域看護師には，特定の医薬品，外傷用医材，医療器具などの処方を許すべき」とする勧告がなされ，その後1990年に看護師処方を推進するクラウン・リポートによる勧告があり，このような動きの結果，1992年に「看護師が処方できる医薬品その他に関する条例」可決したとその経緯を報告している。

今回は看護師処方の実際と教育等の情報収集を目的に，エジンバラの現地で情報を得る機会を得た。研究メンバーの成田と水流が出席した。NHSスコットランドのeHealth責任者であるHeather Strachan氏にスコットランドにおける看護師処方とeHealthを用いたサポートの状況についてのレクチャーの調整を依頼した。レクチャーは2008年1月10日（木）にeHealth を中心に，現地担当者5名の講義と水流の日本の状況についての情報提供とディスカッション，11日（金）には看護師処方について，NHSでNMP担当者，教育担当者，看護師処方の地域監督者，実践者を講師として，講師が同席する昼食を挟んでそれぞれ9時間に亘って行われた。看護師処方のレクチャーの際には，英国看護助産師協会（NMC）が発行している「看護師処方基準」，「看護師処方集2007-2009」，非医師による処方（Non Medical Prescribing：ＮＭＰと略）教育等多様な資料の提供を受けた。またその前日にはHeather Strachan氏を中心にITを用いた医療ネットワークを目指すeHealthの概要についてレクチャーを受けることができたが，eHealthがまだ構築途上にあり看護師処方の支援までには至っておらず，その支援はファックスやメールを通じたものに限定されていた。

今回レクチャーで収集した情報によれば，UKでは看護師処方を他の医療専門職に先んじて開始したが，今後はNMP，例えば薬剤師や理学療法士等に広げようとしていた。UKでは基本的な医療は国立（NHS）で無料であり，人々は地区毎に家庭医（General Practitioner：GPと略）に登録し，GPの指示で必要時に専門医の診察治療を受けるというシステムを採用している。スコットランドはへき地が多くＧＰへのアクセスが悪い場合が多く，看護師による処方は医療へのアクセスを高めることにより，地域住民から評価されているという。

スコットランドの看護師処方の教育トレーニングは，各地のＮＨＳ内での推薦・派遣された看護師に対して，3ヶ月のカリキュラム（9月入学，30credits，26日間は理論，12日間は実習，うち8日は対面（１日/週程度）で他はe-Learningとポートフォリオの作成・提出行われているが，在職での履修のため，実際には実習を含め履修の修了には6ヶ月かかっている。実習は，自分のエリア・専門領域で実習，１人の学生に１人のMentorで，Mentor1人で２～３人を指導することもある。Mentorは医師であることが多いという。

避妊や性感染症に関するサービスは，家族計画サービスに所属する看護師や助産師によって行われるが，今回はその実践にカウンセリング的な要素が含まれているかどうかの情報は収集できなかった。

3）図書・文献による収集結果

Medlineにおいて1996年以降でcontraceptive counselingで検索した結果622件が，birth control counselingで検索した結果550件がヒットした。これらの結果から，避妊カウンセリングという用語は欧米では多く用いられていることがわかった。また介入としてカウンセリングを行ったかどうかを比較するランダム化比較試験（Randomized Controlled Trail：RCTと略）が複数行われていた。Nobiliら[5]は，妊娠中絶を実施する女性たちに対するRCTを実施し，「避妊カウンセリング」という介入が妊娠中絶を実施した女性に避妊の理解や実施を向上させる有効な方法であることを明らかにした。また，Petersonら[6]は計画外の妊娠のリスクを持つ16～44歳の女性に対し「避妊カウンセリング」の介入の効果を評価するRCTを実施している。同様にProctorら[7]は，医師による産後の「避妊カウンセリング」，説明文書の受け取り，教育ビデオの視聴の3つの介入を比較するRCTを実施した結果，カウンセリングを受けた患者の満足度は99％と有意に高かったと報告している。しかし，これらの論文中では「避妊カウンセリング」の言葉は用いられるものの，そのカウンセリングの定義や具体的なカウンセリングプロセスまでは十分な言及がなかった。

日本では避妊カウンセリングという用語は，性と健康を考える女性専門家の会が1999年にスーザン・ワイソッキを招いて開催したシンポジウムの「避妊カウンセリングーアメリカのナースプラクティショナーの活動からー」で用いられたのが始まりであり，USAのWHNPの実践の紹介であった。

医学中央雑誌で「カウンセリング」を検索すると2000年以降でも5,886件該当し，医療・看護の領域においてカウンセリングは非常に頻繁に登場している。しかし「避妊カウンセリング」で検索した結果では，該当する論文はなかった。

看護とカウンセリングの用語との関係をみると，当初「看護とカウンセリング」のように心理学領域の筆者が看護職にカウンセリングを紹介・教授するというものが主流であったが，広瀬は1994年「看護カウンセリング」を出版し，2004年に第2版[8]に改版している。広瀬は看護学者であり，心理カウンセリングのトレーニングを積んだうえで「看護カウンセリング」として概念構築を試みている。やはり看護学者の飯田と見藤[9]は1997年に「看護カウンセリング」を出版し，看護とカウンセリングの関係を広く論じている。また性教育の領域では，思春期の子どもたちへの性教育・支援の方法として1991年より高村[10]が「ピアカウンセリング」を開始している。一方，遺伝相談の領域に遺伝カウンセラーの育成が始まり「遺伝カウンセリング」という用語が登場している。千代[11]は2000年に「遺伝カウンセリング」を出版している。

3.2. 結果 2　避妊・性感染症予防カウンセリング概念の構築

1）避妊・性感染症予防支援とカウンセリングの必要性

厚生労働省研究班（主任研修者：武谷雄二）の報告[12]では日本で低用量ピルが認可されてから10年以上が経過しているが，その使用はわずか1.8％で，その使用理由も月経痛や子宮内膜症の治療等避妊以外の使用が6割であり，「使いたくない」と回答した女性の半数の理由は「副作用」だったと報告されている。2005年の国連データでは全世界で避妊を目的に低用量ピルを使う女性は7.5％，先進国では15.9％にのぼり，国内の使用状況との大きな差が明確である。

ピルは全世界で50年以上用いられ安全な薬であることが実証されているが，日本女性のこのような低使用率の背景には，低用量ピルの正しい情報が伝えられず，マスメディアを通じて，科学的に不正確な副作用の情報のみ大きく広報されてきたことがある。リプロダクティブライツでは（避妊や性感染症予防に）「必要な教育や医療サービスを受けることは基本的人権である」と宣言している。日本の女性はこの基本的人権が保障されていない状況にあるといえる。また芦田[13]が「女性の健康／自己決定権」と解釈しているように，計画外の妊娠や人工妊娠中絶の多さが，女性が自分の健康について明確な意思決定ができていない状況を反映しているといえる。

10代，20代の女性は確実な近代的避妊法の選択肢が少なく，日本では低用量ピルに限定されているといえる。低用量ピルの使用には，低用量ピルについての正確な知識（主作用・副作用・副効用，服薬方法，飲み忘れ対策等）に加えて，低用量ピル服薬に伴う様々な身体の変化に対応できる知識が必要であり，そしてそれ以上に低用量ピルを使うという自己決定が不可欠である。

また低用量ピルは性感染症を予防できないので，性感染症予防についても十分な知識を提供する必要がある。WHNPの活躍が伝えられるUSAにおいても10代少女の性感染症罹患の増加が問題視されており，せっかく避妊サービスとSTD／HIVサービスの両方がありながら，避妊と性感染症予防の両方のサービスを同時に受けることができていない状況にあることが指摘されている[14]。WHOは妊娠と性感染症罹患の2つのリスクのある場合は，低用量ピルで避妊を，コンドームで性感染症予防を行うダブルメソッドを推奨しており，避妊と性感染症予防は同時に提供されるべきサービスといえる。

2）欧米における避妊カウンセリング概念

避妊カウンセリングという用語は欧米では多くの論文が検索可能であり，多様に用いられており，介入としてカウンセリングを行ったかどうかを比較するRCTが複数行われていた。

Nobiliら[15]は，妊娠中絶を実施する女性たちに対するRCTを実施し，避妊カウンセリングという介入が妊娠中絶を実施した女性に避妊の理解や実施を向上させる有効な方法であることを明らかにした。そこでの避妊カウンセリングは精神科医あるいは婦人科医によって行われ，「患者中心の半構成的なインタビュー」「情報提供と教育」「避妊法の選択と理解のチェック」の３つのフェーズで行われていた。Petersonら[16]は計画外の妊娠のリスクを持つ16～44歳の女性に対し避妊カウンセリングの介入の効果を評価するRCTを実施している。ここでは，介入群が一般的な避妊法のカウンセリングとヘルスエデュケーターによる避妊カウンセリングを受けたとされているが，その詳細は明らかではなかった。Proctorら[17]は，医師による産後の避妊カウンセリング，説明文書の受け取り，教育ビデオの視聴の3つの介入を比較するRCTを実施した結果，カウンセリングを受けた患者の満足度は99％と有意に高かったと報告している。またSchwarzら[18]は，糖尿病を持つ女性と糖尿病ではない女性双方に対する避妊カウンセリングの提供の状況を検討し，USAにおいては救急外来の医師は，糖尿病を持つ女性に対して避妊カウンセリングをめったに行っておらず，その結果糖尿病を持つ女性が最適な血糖コントロール状態下でなく妊娠してしまうということによる不利な出産の結果につながっていると結論付けている。Dirubbo[19]は，「NPと患者との間で，避妊法の選択肢からの意思決定において考慮すべきことには多くの因子が存在する」とし，カウンセリングが重要であると述べている。

これらの文献から明らかになることは，避妊カウンセリングが医師，エデュケーター，NPと多様な職種によって行われていること，通常の実践という前提で報告され，明確な定義等は存在しないことである。またNobiliら[20]が報告したように「情報提供」「選択の支援」は共通した実践として含まれ，その前提として対象者のアセスメントが行われていた。

UICでのWHNP教育プログラムにおいて，Gabzdyl[21]はワイソッキの「伝統的な患者教育の方法は，クリニシャンが彼らが必要だと考える情報を女性に伝えるものであった」という解説を紹介していた。またBirth Control Counselingの役割を「情報を提供する」「情報を引き出す」「患者のニーズと関心を評価する」こととし，さらに避妊カウンセリングのゴールを「十分で，正確で，偏見のない医学的知識を提供する」「対象者本人に適した避妊の方法について，十分情報提供された上での意思決定ができるように患者を支援する」こととしている。ワイソッキらのNP向けハンドブックでは，NPが実践できることにカウンセリングがあげてあるが，その内容に触れた部分はなかった。

またスコットランドでの情報収集では，避妊や性感染症に関するサービスは家族計画サービスに所属する看護師や助産師によって行われるが，今回はその実践にカウンセリング的な要素が含まれているかどうかは不明であった。

3）日本における避妊・性感染症予防とカウンセリング

日本では，家族計画に関する情報提供・指導を目的として受胎調節実地指導員が母体保護法に規定されている。この資格は第二次世界大戦後の人口増加や急増した人工妊娠中絶手術の減少のために，避妊法を普及させようとして作った制度で，コンドームやペッサリーなどの古典的避妊法の普及に役立った。しかし，近代的避妊法の取り入れは遅れ，また教育内容に性感染症予防は指定されておらず，その指定された教育内容は現在の避

妊・性感染症予防に必要な知識に更新されていない。受胎調節実地指導員は看護師，保健師，助産師が40時間の講習を受けて認定される。特に助産師の場合，大学教育を除きほとんどで助産師基礎教育に組み込まれている。多くの助産師が医療施設内で勤務するようになり，薬局やコンビニでコンドームが容易に購入できる現代では，その資格の意義が薄れ，宮崎ら[22]が2005年に助産師を対象に行った調査でも，講習を修了しながらも資格申請していない場合が多く，活動実態においても十分機能しているとはいえないという結果が出ている[22]。また受胎調節実地指導員の名称が示すように「指導」をメインとして育成されてきており，USAのWHNP教育プログラムで紹介したワイソッキの「伝統的な患者教育の方法は，クリニシャンが彼らが必要だと考える情報を女性に伝えるものであった」という状況に留まっているといえる。

対象者の行動変容やそれを目的とした介入については多くの保健行動モデルが構築されてきた。その中でも対象者の意思決定を専門職がどのように支援するかを明らかにしたモデルとして長谷川[23]が紹介したCoxの保健行動相互作用モデルがある。Cox[24]は，モデル内に「クライエント－保健専門職の相互作用」として「情緒的サポート」「保健情報の提供」「決定の調整」「専門的・技術的能力の提供」の4つをあげている。表1に避妊・性感染症予防支援においてこの4つの相互作用それぞれに必要な内容を整理した。避妊・性感染症予防支援においては，それぞれの対象者に必要な知識をアセスメントし，アセスメント結果に合わせた情報提供を行い，最終的に自己決定を支援する意味を持つことになると考える。

次いで，避妊・性感染症予防カウンセリングに適したカウンセリングについて検討する。

広瀬[25]は，看護カウンセリングを「カウンセリングの知識と技術を専門的に学んだ看護師がカウンセリング技法を用いて，患者と言語的および非言語的対話を行い，それを継続的に行う看護である。患者自身が病いと共に自分らしく生きていくことができるように，病いの体験を意味づけしていく過程を援助する」ことと定義している。広瀬は心理カウンセリングを学んだ上で，患者の悩みや苦しみに対して看護職が関わるための支援方法として看護カウンセリングを考えている。また高村[26]が開始したピアカウンセリングは「価値観を共有する“仲間”というキーパーソンが行う支援活動」と定義しているが，「仲間の支援を受けて自らが問題解決策，選択肢を探り決定する能力を培っていく」と述べている。ここで論じられているカウンセリングは，広瀬と同様の心理カウンセリングの一種と考えてよいだろう。

一方遺伝カウンセリングについて論じている千代[27]は，心理カウンセリングには「医療に不可欠なコンサルテーション（相談）への対応が弱いことは否定でき」ないと批判している。また心理カウンセリングで重視する「非指示的カウンセリングだけでクライエントの行動変容がいつも好ましい方向に向かうのだろうか」と疑問を呈している。そして遺伝カウンセリングでは時によっては一定時間内に結論を出さなければならないこともあり，

表1　避妊・性感染症予防支援における「相互作用」

保健情報の提供
・避妊・性感染症予防一般に関する情報提供
・近代的避妊法（低用量ピル・銅付加IUD・IUS）に関する情報提供
・性感染症予防の方法に関する情報提供
・自己決定を含む避妊行動についての情報提供等
専門的・技術的能力の提供
・男性用・女性用コンドーム使用のトレーニング等
決定の調整
・クライエントの自己決定に必要な情報の整理の支援
・複数の選択肢からの自己決定の支援
・適切な避妊・性感染症予防行動継続への支援
情緒的サポート
・自己決定に伴う不安等の情緒的支援
・適切な避妊・性感染症予防行動継続への情緒的支援

＊IUD：子宮内避妊具・IUS：薬剤付加子宮内避妊具を示す

専門職がある程度の方向性を示すことも必要だと述べている。

飯田と見藤[28]はカウンセリング方式の健康相談を「個別的，特殊的な健康問題を中心に，医学的知識，保健学的知識を一方的に与えるのではなく，その健康問題について，話しを聞き共に事態を検討し，共に話し合うところから始まる信頼関係が，問題解決の糸口になる」「具体的な方法としては，生活の調整，健康教育，誘導的な指導，カウンセリングがある」「相談のなかにも，常に指導を考える余地があり，助言を行っていく必要のあるもの，また，内的世界を問題にしなければならないものも多い。」と述べている。

これらの文献検討の結果から以下のようにいえる。心理カウンセリングが特徴として持つ非指示的カウンセリングは，対象者の意思決定には不可欠のものである。しかし，適切な時期に適切な行動を取らないと重大な健康上の結果を生じるような場合には，ある程度指示的な関わりが必要である。つまり避妊・性感染症予防の関わりとしてカウンセリングを行う場合，心理カウンセリングが基本とする非指示的カウンセリングと指示的カウンセリングの双方を取り込む必要があるといえる。

4）避妊・性感染症予防カウンセリングの概念構築

以上のようにUSAのWHNP関連資料，UKスコットランドの看護師処方関連の資料およびカウンセリングに関する図書・文献を整理・分析した結果に基づき，研究者間の討議を複数回行い，避妊・性感染症予防カウンセリングの概念構築を行った。

妊娠や性感染症罹患は，時に死に至るあるいは一生涯の健康上の，そして心理社会的に大きな影響のある出来事である。その点でそこで行われる支援では，遺伝カウンセリングと同様に，ある程度方向性を示す指示的カウンセリングの側面を持つ必要があると考えてよい。非常にリスキーな状況にある，あるいは安全な保健行動を取る方向で意思決定ができない対象者に対しては，対象者の行動がなぜリスキーであるか，結果として何が起こるのかについての情報を提供し，最善の行動を指示する必要があるということである。しかし，ここでいう指示的カウンセリングが，従来の「指導」特に「押し付けの指導」になってしまってはいけない。医療者のパターナリズムがいまだ強く残る避妊・性感染症予防の領域においては，特にその辺に十分な注意が必要である。

一方で，避妊・性感染症予防の方法の選択や実践には意思決定が不可欠である。避妊・性感染症予防カウンセリングにおける対象者の意思決定支援には，「非指示的カウンセリング」が価値あることは変わらない。

これらの検討の結果から，本研究における「避妊・性感染症予防カウンセリング」を「避妊や性感染症予防行動が必要なクライエントに対して，トレーニングを受けた避妊・性感染症予防カウンセラーが行う，避妊・性感染症予防に関するクライエントの状況の的確なアセスメントに基づいた情報提供と自己決定を支援する専門的なカウンセリング」とし，そこで用いられるカウンセリングには，「非指示的・指示的カウンセリング」の双方を含み，「相談」「教育」「意思決定支援」の側面を持つものとした。

3.3. 結果 3　避妊・性感染症予防カウンセラー育成プログラムの開発

1）避妊・性感染症予防支援カウンセリングに必要とされる内容の抽出

表1に示した内容およびUSAのWHNP関連資料，UKスコットランドの看護師処方関連の資料から，以下のような内容の必要性があげられた。

①低用量ピル使用の基礎と臨床薬理学

USAのWHNPは低用量ピルを含めた薬物の処方権を持ち，またUKでも看護師処方の有資格者は，低用量ピルを処方可能であることを紹介した。WHNPや看護師処方者教育のカリキュラムにおいて必要とされる薬理学の時間は大きな時間を占めている。

宮崎らの助産師に対する調査結果[29]では，低用量ピルの理解度は37％に過ぎないという結果であり，女性の身近で家族計画の情報を提供してきた助産師ですら，十分な知識を持っていない。先に述べたように10代，20代の女性は確実な近代的避妊法の選択肢が少なく，日本では低用量ピルに限定されている。対象者に低用量ピルについての情報提供を的確に行うには，低用量ピルの主作用・副作用・副効用等の発現の仕組みを含む基礎薬理学，臨床での処方の実際を含む臨床薬理学，実際的な服薬方法の知識，飲み忘れへの対応法，ピル

服薬への不安への回答等多種多様な知識が必要で，しかもどの知識も科学的に正しい最新の知識である必要がある。

つまり，今回めざす避妊・性感染症予防カウンセリングにおいて低用量ピルの占める位置は大きく，十分な内容が含まれる必要がある。

低用量ピルは自費診療薬であるが，看護職の基礎教育には薬物の処方や販売に関する法的側面はわずかしか含まれておらず，今回の育成プログラムにおいてはその知識の補強も必要である。

②近代的避妊法と性感染症予防法

日本では低用量ピルを含め近代的避妊法の認可は遅れ，銅付加IUDは低用量ピルと同じ1999年の認可，IUSは2007年の認可である。宮崎らの調査でも受胎調節実地指導員の銅付加IUDの知識は45％であった[30]。IUSについては産婦人科医でもまだ十分な知識を持っていない状況にある。

人工妊娠中絶についても最新の動きがある。松本ら[31]は2005年にその直前に急速に問題化した経口中絶薬のインターネットを介した個人輸入の状況について報告している。この薬は1980年にはフランスで認可されており世界ではWHOが推奨する合法的な薬であるが，不正出血等の副作用があり，医師の管理下での使用が原則である。日本では個人輸入の普及に伴い，中絶薬が入手使用できる状況になり，薬を服薬後に不正出血等で婦人科を受診する女性が報告されるに至って，2004年厚生労働省が個人輸入の制限措置を行った経緯がある。経口中絶薬と同様に海外で認可されている避妊薬はインターネットで個人輸入可能であり，海外で使用されている薬・方法についての知識も必要である。

WHOはダブルメソッドを推奨しているが，そのためには緊急避妊の知識も重要である。緊急避妊ピルはまだ日本では認可されていないものの，中用量ピル2錠を用いる処方がなされている。また緊急避妊ピルの服薬期限である性交渉後72時間を過ぎてしまった場合には，銅付加IUDの挿入が用いられる場合もある。このように近代的な避妊法に関する知識は十分必要である。

また性感染症予防についても同様である。日本では男性用コンドームが避妊目的で用いられているが，世界では避妊は近代的避妊法で，性感染症予防はコンドームという考え方が進んでいる。日本では女性用コンドームが1999年にようやく認可されたものの，販売不振で一旦販売が中止され，最近業者を変えて再開された状況にある。また避妊目的でコンドーム使用を用いているカップル内に非計画的な妊娠が生じている現状を考えると，男性用コンドームの使用方法が適切であるとは考えがたい。女性用コンドームの知識を普及させるとともに，男性用コンドームの適切な使用方法を具体的に情報提供できるようになる必要がある。

③避妊・性感染症予防カウンセリング

避妊・性感染症予防カウンセリングを学ぶ上では，避妊・性感染症予防にまつわる心理社会的問題について深く学ぶ必要がある。ワイソッキらのNP向けハンドブック[32]では，「避妊するという決意は想像する以上に複雑」「決定にあたっては，宗教的問題，パートナーの問題，妊娠や性に対するアンビバレントな感情，家族の問題に関する矛盾した感情や考えなど，表面にあらわれにくい問題が関係してくる」と注意を喚起している。また，性には個人の価値観が大きく関与し，専門家自身が自己を振り返り，対象者の価値観を尊重する倫理的配慮が必要になる。

避妊・性感染症予防カウンセリングを学ぶ上では，避妊・性感染症予防カウンセリング概念の構築の基盤となった行動変容・健康教育の多様な理論を理解したうえで，避妊・性感染症予防カウンセリングの指示的・非指示的カウンセリングを理解する必要がある。また，適切なカウンセリングには，対象者の状況を丁寧に聴取し，妊娠や性感染症罹患のリスクをアセスメントすることが重要である。またこれらは講義として机上で学ぶだけではなく，演習を通じて身につける必要がある。

2）避妊・性感染症予防カウンセラー育成プログラムの構成

避妊・性感染症予防支援カウンセリングに必要と抽出された内容を整理し，カウンセラーの育成プログラムを開発した（表2）。現行の受胎調節実地指導員講習が40時間であることなどを考慮した時間配分とした。プログラムは講義科目2科目それぞれ1単位15時間の計30時間，演習科目1科目1単位30時間の3科目3単位60時間（90分×30コマ）からなる。また上記カウンセリングの方法を含む育成プログラムを修了したものを「避妊・性感染症予防カウンセラー」と称することとした。

表2　避妊・STI予防カウンセラー育成プログラム

育成プログラムの目的：低用量ピル・性感染症予防に対する正しい知識を持ち，低用量ピルの服薬を希望する女性に対して，適切な教育・支援を提供できる能力を養う
育成プログラムの目標：
1．低用量ピルに関する科学的で正しい知識を持つ。
2．低用量ピルの服薬開始・服薬継続の際に生じる問題とその対応の実際について学ぶ。
3．性感染症の現状，最新の検査・治療について知り，具体的な予防法の知識･技術を持つ。
4．避妊・性感染症予防に関わる女性の心理社会的状態を理解し，またそこにある倫理的課題について理解する。
5．女性に対するヘルスアセスメントと妊娠・性感染症罹患のリスクの査定の方法を身につける。
5．査定したリスクに応じた避妊・性感染症予防の方法を考察し，対象となる女性に対してその情報を提供する適切な方法を身につける。
6．女性の避妊・性感染症予防に関する意思決定を支援するカウンセリングの方法を身につける。

科目名	目　　標	単元名	時限数
低用量ピル使用の基礎と臨床薬理学 講義科目 1単位 15時間	1．避妊・性感染症治療関連の薬物理解に必要な薬理学の基礎的知識を持つ。 2．女性のライフサイクルとホルモンとの関係を説明できる。 3．経口避妊薬開発の歴史（低用量化）の知識を持つ。 4．低用量ピルの作用機序について説明できる。 5．低用量ピルの主作用・副作用・副効用について説明できる。 6．低用量ピル処方前実施すべき問診・検診項目と医学的適用基準について説明できる。 7．低用量ピルの薬物相互作用とその対処について説明できる。 8．低用量ピルの飲み忘れに関する指導内容を説明できる。 9．低用量ピルの服薬を中止すべき症状・所見を説明できる。 10．低用量ピルの最新知識を得る方法をわかり，実践できる。 11．低用量ピルを中心に薬物の処方と販売に関する法的側面を理解する。	性ホルモン剤に関する基礎と臨床薬理学	2
		薬物の処方と販売に関する法的側面	1
		低用量ピルの薬理学（主作用・副作用・副効用）	2
		低用量ピル服薬・処方の実際	2
		科目時限数　計	7
近代的避妊法と性感染症予防法 講義科目 1単位 15時間	1．近代的避妊法に関する最新知識を持ち，対象者の状況に最適な方法を選択できる。 2．中絶とその前後のケアについての知識を持ち，対象者に提供できる。 3．性感染症の現状，最新の検査・治療について正確かつ具体的な知識を持ち，対象者に説明できる。 4．性感染症予防の方法と指導法について理解し，正確かつ具体的に説明・指導できる。	近代的避妊法および中絶に関する最新知識と日本における動向	3
		性感染症の最新の動向・検査・治療	2
		性感染症予防の方法とその指導の実際	2
		科目時限数　計	7
避妊・性感染症予防カウンセリング 演習科目 1単位 30時間	1．避妊・性感染症予防に関わる女性の心理社会的状態を理解し，対象者の状況に応じた対応ができる。 2．避妊・性感染症予防に関わる倫理的課題について理解し，対象者の状況に応じた対応ができる。 3．避妊・性感染症予防カウンセリングの背景となる理論を理解し，カウンセリングに応用できる。 4．対象者のアセスメントから低用量ピルの服薬の適否を判断し，指導できる。 5．低用量ピルの服薬開始・服薬継続の際に生じる問題を理解し，対象者の状況に応じて説明・対処できる。 6．健康な成熟期女性に対するヘルスアセスメントの方法について理解し，実践できる。 7．女性（パートナー）の妊娠・性感染症罹患のリスクの査定の方法について理解し，実践できる。 8．査定したリスクに応じた避妊・性感染症予防の方法を選択できる。 9．対象となる女性に対して，査定したリスクの結果や避妊・性感染症予防の方法について，適切に情報提供できる。 10．女性の避妊・性感染症予防に関する意思決定を支援するカウンセリングを実施できる。	避妊・性感染症予防にまつわる心理社会的問題と専門職としての倫理的課題	2
		避妊・性感染症予防とカウンセリング	1
		避妊・性感染症予防カウンセリングの方法	1
		低用量ピル服薬指導の実際	2
		健康な成熟期女性のヘルスアセスメントの方法	2
		健康な成熟期女性のヘルスアセスメントの実際	2
		避妊・性感染症予防カウンセリングの実際	5
		科目時限数　計	15

4．考察

本研究においては，欧米で多く用いられている避妊カウンセリングという用語を取り入れ，「避妊・性感染症予防カウンセリング」を定義し，またその育成プログラムを開発した。

本研究では「避妊・性感染症予防カウンセリング」を「避妊や性感染症予防行動が必要なクライエントに対して，トレーニングを受けた避妊・性感染症予防カウンセラーが行う，避妊・性感染症予防に関するクライエントの状況の的確なアセスメントに基づいた情報提供と自己決定を支援する専門的なカウンセリング」とし，そこで用いられるカウンセリングには，「非指示的・指示的カウンセリング」の双方を含み，「相談」「教育」「意思決定支援」の側面を持つものとした。結果の項で報告したように，避妊カウンセリングという用語は欧米では多くの論文が検索可能であり，避妊カウンセリングの実施者は医師，エデュケーター，NPと多様な職種であり，通常の実践という前提で報告され，明確な定義等は存在しなかった。また介入としてカウンセリングを行ったかどうかを比較するRCTも複数行われ，その効果が実証されていた。日本の受胎調節実地指導員の実践があまり積極的ではないという状況を考えると，避妊・性感染症予防の支援を，避妊・性感染症予防カウンセリングとして，もう一歩前進させることは意義があることと考える。

また今回開発された育成プログラムは，講義2科目，演習1科目の計3科目3単位60時間のプログラムである。USAのWHNPの教育課程が１年以上の修士課程，UKの看護師処方の教育課程が3ヵ月である。日本で育成が推薦されている認定看護師の教育課程は6ヶ月，専門看護師の教育課程も2年の修士課程である。これらを考えると60時間という教育時間は短い。しかし日本でも看護師・助産師・保健師という基礎教育を受けている対象者に対する継続教育として必要最小限の知識・演習の積み上げと考え，また母体保護法に規定される受胎調節実地指導員の講習が40時間であることを考慮した場合，現実的な時間ではないかと考える。

母性専門看護師の領域の一つに女性の健康がある。この教育課程を採用している大学院は1大学であり，認定された母性専門看護師も1名と少ない。しかし昨今の希望しない妊娠の多さ，性感染症罹患の増加を考えた場合，この領域の専門看護師の育成は急務であると考える。今回の育成プログラムは講義2科目，演習1科目の計3科目3単位という単位換算しているが，将来的に母性専門看護師（女性の健康）の大学院の教育課程に盛り込む際に単位制に準じたプログラムの構築を考慮したものである。

今回開発された育成プログラムは2007年10月～12月に日本助産師会開催の「受胎調節実地指導員ステップアップ研修会－低用量ピル・性感染症予防を中心に－」で試行しているが，実際的な検証はまだ行われていない。しかし，1日5時限6日間のカリキュラムは非常に過密であるというのが感想であった。スコットランドの看護師処方の教育トレーニングに，e-Learningが採用されていることを報告した。多忙な看護職の学び方の一つとして，このプログラムにe-Learningを取り入れるなどの工夫が必要である。

2007年にIUSが承認され，2008年には子宮内膜症治療薬として低用量ピルが承認された。また，性感染症の一種であるヒトパピローマウィルス（Human Papiroma Virus：HPVと略）はがんの中で唯一予防可能であり，国際的にはその予防のワクチンが若年女性に対して無料接種されている[30]。このワクチンの日本での認可も迫ってきている。このように近代的避妊法や性感染症予防の動向は急速に変化している。避妊・性感染症予防の支援においては，このように急速に変化する情報に適切に対応できている必要がある。避妊・性感染症予防カウンセラーの育成と実践においては，常に最新の情報を用いることを可能とする体制作りも重要と考えられる。最新情報にアクセスする方法はいくつかある。フォローアップ研修会の開催もその一つであるが，まとまった情報を正確に理解してもらう方法としては適しているが，多忙な専門職を緊急な情報更新のたびに集合させることは現実的ではない。現在のITの急速な進展を考えた場合，ウエブを用いて常時情報更新のサービスを受けることが効果的である。

UKスコットランドでの情報収集では，看護師処方のサポートとしてのウエブサイトの活用について，eHealthの責任者であるHeather Strachan氏を中心にレクチャーを受けることができた。その中では，eHealthがまだ構築途上にあり看護師処方の支援までには至っておらず，その支援はファックスやメールを通じたものに限定されていた。しか

し今後のeHealthの進展に伴いサポートシステムが構築される可能性は高い。

日本でも一病院を超えた地域を対象とした情報ネットワークの構築が着々と進んでおり，今後ITを活用したサポートシステムの構築は難しいことではない。その際，情報提供者には，この領域に習熟した婦人科学・薬学関係者，専門看護師（母性）等専門職等が考えられるが，最新情報のアップを適時期に網羅的に行うための支援体制整備には，必要な人材の確保や情報提供者への経済的な保証なども必要であろう。

5．まとめ

USAのWHNP，UKでの看護師処方についての収集した情報や文献を元に研究者間のディスカッションを行い，その結果から１）避妊・性感染症予防を支援するプロセスを避妊・性感染症予防カウンセリングとして構築し，「避妊・性感染症予防カウンセリング」を「避妊や性感染症予防行動が必要なクライエントに対して，トレーニングを受けた避妊・性感染症予防カウンセラーが行う，避妊・性感染症予防に関するクライエントの状況の的確なアセスメントに基づいた情報提供と自己決定を支援する専門的なカウンセリング」と定義した。また２）避妊・性感染症予防カウンセラーに必要な知識・技術の整理・検討からその育成プログラムを作成した。

今回は概念構築と育成プログラム開発に留まっており，その実践的な評価，およびカウンセラーに最新情報の提供するウエブサイトを通じたサポートサービスの構築などが今後の課題として残っている。育成プログラムの評価研究を伴った実践およびそのウエブサイトを通じたサポートシステムの構築に急ぎたいと考えている。

本研究は，文部科学科研（基盤研究（B），2007-2009，No. 19390562）（研究代表者：成田伸）と厚生労働科研（17-医療-一般-026）」（主任研究者：水流聡子；2005-07）の助成を受け実施した。

引用・参考文献

１）宮崎文子（分担研究者）：望まない妊娠の防止に関する研究；平成14～16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）佐藤班「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（課題番号：H14-こども-016）分担研究報告，2005.

２）松本安代他：低用量ピル投与の現況．産婦人科の進歩，58(2):130-135，2006.

３）S.Wysocki & A.J.Davis編集，堀口雅子監訳：女性の健康を守るための臨床活動－ナースプラクティショナー向けハンドブック．NP Comminications，原版1999.

４）マーク・ジョーンズ：イギリスにおける看護師の処方権．インターナショナル ナーシングレビュー，25(5):53-56，2002

５）Nobili M.P., Piergrossi S., Brusati V., Majo V.B. : The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. Patient Education and Counseling, 65, 361-368, 2007

６）Peterson R., Albright J.B., Garrett J.M., Curtis K.M. : Acceptance and use of emergency contraception with standardized counseling intervention: results of a randomized controlled trial. Contraception,75,119-125,2007

７）Proctor A., Jenkins T.R., Loeb T., Elliot M., Ryan A.: Patient Satisfaction with 3 Methods of Postpartum Contraceptive Counseling. Journal of Reproductive Medicine, 51(5):377-382, 2006

８）広瀬寛子：看護カウンセリング，第2版．医学書院，2003

９）飯田澄美子・見藤隆子：看護カウンセリング，医歯薬出版，1997

10）松本精一監修，高村寿子編著：性の自己決定能力を育てるピアカウンセリング．小学館，1999.

11）千代豪昭：遺伝カウンセリング．医学書院，2000

12）武谷雄二（主任研究者）：全国的実態調査に基づいた人工妊娠中絶の減少に向けた包括的研究．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18年度総括研究報告書，p.84，2007

13）芦田由利子：母性の健康からトータルな女性の健康への転換．保健婦雑誌，54(1):10-14，1998

14）World News－10代女性に蔓延する性感染症の早期検出が課題．MMJ（Mainichi Medical Journal），4(6):462-463，2008

15）前掲論文5）
16）前掲論文6）
17）前掲論文7）
18） Schwarz E.B., Maselli J., Gonzales R. : Contraceptive Counseling of Diabetic Women of Reproductive Age. Obstetric & Gynecology, 107(5):1070-1074, 2006
19）Dirubbo N.E.: Counsel Your Patients About Contraceptive Options.The Nurse Practitioner, 31(4), 40-44, 2006
20）前掲論文12）
21）Elizabeth Gabzdyl, CNM, MSN; Birth Control Counseling USA WHNPコース（NUMC 517 Fall 2006）講義資料
22）前掲論文1）
23）長谷川まなみ：理論的枠組みを求めて．看護研究，19(3):23-27，1986
24）Cox C.L.：An Interaction Model of Client Health Behavior. Theoretical Perception for Nursing. Advances in Nursing Sciences, 5, 41-56, 1982
25）前掲論文8)，p.22
26）前掲論文10)，p.30
27）前掲論文11）
28）前掲論文9)，p.7
29）前掲論文1）
30）前掲論文1）
31）松本佳代子，早乙女智子：経口中絶薬mifepristoneの個人輸入．臨床評価，32(1):213-231，2005
32）前掲論文3)，p.7
33）今野良：子宮頸がんは100％予防できる－検診の最新情報と今後の課題．月刊ナーシング，28(7):74-79，2008.

報　告

「フリースタイル分娩」の用語の変遷と概念の明確化

沼尾美津穂[1)]，立木歌織[1)]，成田　伸[2)]

The history and the concept of the term of “free style” labor and delivery

Mizuho Numao[1)]，Kaori Tachiki[1)]，Shin Narita[2)]

抄録：「フリースタイル分娩（出産）」は助産の実践現場で数多く行われているが，その用語の用いられ方には混乱が起こっている。このような混乱はケアの対象者である妊産婦が受けるケアにも影響すると思われる。そこで，そのような混乱を避け，より質の高いケアを提供できるようにすることを目的として，「フリースタイル分娩（出産）」という用語の概念と用いられ方の変遷を文献を用いて整理し，「フリースタイル分娩（出産）」概念の明確化を試みた。

検討の結果，1)「フリースタイル分娩（出産）」は，1996年に河合が作った言葉であり，河合は「フリースタイル出産」を，イギリスで提唱された「アクティブ・バース」を意識した，産婦の主体性を保証し分娩経過中の過ごし方や分娩体位を産婦の望む方向で支援するものとしてネーミングしていたこと，2）しかしその後のフリースタイル分娩の用いられ方には，産婦の積極的な“姿勢”＝“attitude”を表す場合と多様な分娩体位を表す“姿勢”＝“position”を表す場合と間での混乱状況にあることが明らかとなった。

これらの検討の結果から，私たち助産師の果たすべき役割として，積極的な“姿勢”＝“attitude”を持つ産婦にはその意向が最大限生かせる方向で支援し，産婦にとって安楽な“姿勢”＝“position”を勧める支援を行う，事態の急変をアセスメントした場合には，産婦の意向を尊重しながらも胎児の安全を第一に支援を行うことがあげられると示唆された。

キーワード：フリースタイル分娩（出産），アクティブ・バース，分娩体位，主体性，文献研究
“free style” labor and delivery，active birth，position，active attitude of mind，literature review

Ⅰ．はじめに

助産の領域において「フリースタイル」という用語は，1996年3月に開催された「フリースタイル出産ワークショップ」にて，河合によってはじめて公に使用された[1)]。河合は「フリースタイル」出産という用語をイギリスで提唱された「アクティブ・バース」を意識し，産婦の主体性を保証し，分娩経過中の過ごし方や分娩体位を産婦の望む方向で支援するものとされている。

一方で，世界的に母子の安全を守るという産科学的観点から分娩時の体位の多様化が推奨されるようになり，これが日本では先の「フリースタイル」分娩の流れとも一致し，「分娩中の多様な体位」を全般的に示す用語として用いられる傾向が

[1)] 自治医科大学大学院　看護学研究科
[2)] 自治医科大学　看護学部
[1)] Jichi Medical University, Graduate School, Master course of Nursing
[2)] Jichi Medical University, School of Nursing

ある。

そのような経緯を受けて「フリースタイル分娩(出産)」の現在の用いられ方には混乱がある。分娩経過中を自由な体位で過ごすことを意味して「フリースタイル出産」と使われる一方で，児娩出時の体位が砕石位以外であることに限定して「フリースタイル」分娩として用いられる場合もある。また「産婦が主体的に」選ぶ体位という意味であったり，「産婦が主体的であるように」助産師が支援する際に用いられたりする。このように，「フリースタイル分娩（出産)」は，その用語の使われ方や意味が曖昧で，職種や用いる人によって指し示す内容に相違がある一貫しない用語といえる。特に「産婦が主体的に」選んだ体位が結果的に「フリースタイル」であったという場合と，「産婦が主体的であるように」助産師が支援することとは本質的な相違がある。このような混乱が，実は分娩の場での助産師の産婦への支援に大きな違いをもたらしている。

そこで，そのような混乱を避け，より質の高いケアを提供できるようにすることを目的として，「フリースタイル分娩（出産)」という用語の概念と用いられ方の変遷を文献を用いて整理し，「フリースタイル分娩（出産)」概念の明確化を試みた。

また，本稿では，「分娩」と「出産」を同義語として用いる。「分娩」はどちらかというと医学的・医療者主体，「出産」はどちらかというと体験的・産む側主体というニュアンスの違いはあるが，多くの文献内でそれほど意識的に区別して用いられていないためである。この前提で本稿では，用語としては「フリースタイル分娩」を用いるが，文献で用いられた「フリースタイル分娩」「フリースタイル出産」あるいは「フリースタイル分娩(出産)」はそのまま提示していく。

Ⅱ．調査方法

関連する文献を収集し，「フリースタイル分娩(出産)」という用語の概念と用いられ方の変遷を整理し，分析検討を行う。文献の収集は以下の方法で行う。

１）『医学中央雑誌』で「フリースタイル分娩」，「フリースタイル出産」をキーワードに1983年から2008年までの検索。

２）語源を探る意味でCochrane Library，MEDLINE, CINAHLにおいて“free style”“labor [birth] [child birth]”をキーワードとして検索。

３）関連があると考えられた「アクティブ・バース」，「分娩体位」については，1982年から2008年の『医学中央雑誌』のほか，関連した邦文献，英文献をMEDLINEおよびハンドサーチにより検索。

４）1）～3）に関連して翻訳出版されている著書の収集。

以上の検索の結果を整理し，検討を加え，現状と課題を考察する。

Ⅲ．結果

１．検索結果の概要

１）「フリースタイル分娩（出産)」の検索結果

1983年～2008年までの『医学中央雑誌』における文献検索の結果，「フリースタイル分娩」では1997年～2008年までの文献が47件存在し，「フリースタイル出産」では1996年～2008年までの文献が30件存在した。「フリースタイル分娩」で検索された47文献（会議録含む)，「フリースタイル出産」で検索されたうち13文献が入手できた。そのうち，「フリースタイル分娩」の会議録を含めた47文献と，「フリースタイル出産」の13文献を中心に文献検討の対象とした。内訳は，原著2件，解説46件，報告3件，会議録9件であった。また，学問領域別の内訳では看護学の文献が主であり，医師の論文であっても医学論文として位置付けられているものは存在しなかった。フリースタイル分娩を表題に掲げた図書は，岩田の「体位別フリースタイル分娩介助法：回旋がわかれば介助がわかる！」[2] の1冊であった。

２）「フリースタイル分娩（出産)」の英文献の検索結果

“free style labor[birth][child birth]”をキーワードとして検索した結果，該当する文献は見当たらなかった。

３）「アクティブ・バース」「分娩体位」の検索結果

1983年から2008年までの『医学中央雑誌』で「アクティブバース」または「アクティブ・バース」で検索した結果，1985年を初出として22件検索された。その内訳として，原著2件，解説14件，会議録6件であった。アクティブ・バースを表題

に掲げた図書は，1988年のバラスカスの「アクティブ・バース」の翻訳本[3]が初出であり，バラスカスの「ニュー・アクティブ・バース」[4]，南野の「アクティブ・バースの考え方と展開」[5]，日浅の「目でみるアクティブ・バース：マタニティヨーガで自然出産」[6]，バラスカス著「ナチュラルな出産のためのガイド：ただいま妊娠中!自然なアクティブ・バースで自立心と自信を育てる」[7]の5冊であり，バラスカスの翻訳本が3冊を占めている。

1983年から2008年までの「分娩体位」での検索では168件の文献が検索された。うち，「フリースタイル分娩（出産）」で検索された文献との重複が35件あった。また，「分娩体位」の検索可能であった文献は1982年から存在した。分娩体位を表題に掲げた図書は1995年永井が出版した「分娩体位と分娩管理」[8]の1冊であった。

2．「フリースタイル分娩」の概念と用語の用いられ方の変遷

1）「フリースタイル分娩」

「フリースタイル」という用語の初出は1996年8月号の助産婦雑誌における特集であった。これは1996年3月に開催された助産師グループ「JIMON」と「REBORN」誌主宰による「フリースタイル出産ワークショップ」の特集であり，そこでこの用語を提案したのは河合であった[9]。河合はフリースタイル出産を「ただ分娩体位が変化するというものではありません。産む人と介助する人が上下関係から水平関係へと，関係性のパラダイムシフトを促すものであります」と述べている。また河合は2007年の著書「助産師と産む」[10]において「フリースタイル出産」を「英国でできた『アクティブ・バース』という出産方法の影響で，畳やフロアで自由な姿勢で産む」こととしている。「自由に動けることで，決して受け身の気持ちにならない」「単に本人が産みやすいだけではなく医学的メリットもあります。」と述べ，「産む主体」は産婦であることを強調している。このように河合は「フリースタイル出産」を，イギリスで提唱された「アクティブ・バース」を意識した，産婦の主体性を保証し分娩経過中の過ごし方や分娩体位を産婦の望む方向で支援するものとしてネーミングしている。

翌年1997年に上野ら[11]，井本ら[12]，菅原ら[13]は助産婦雑誌において最初の「フリースタイル分娩」の実践報告を行っている。上野らは「アクティブ・バースの考えを参考」にしたと述べている。いずれも「産婦の要望」で「フリースタイル分娩」に取り組んだという共通点がみられ，河合の意図したアクティブ・バースの体現といえる。一方で，上野らは「座位以外の出産は40人（6.7%）でした」と報告しており，児娩出時の体位への助産師のこだわりがうかがわれる。

助産師のフリースタイル分娩の実践についての報告はその後も断続的に続いている。助産師である2004年宮崎ら[14]が，2005年山崎ら[15]が「フリースタイル分娩」を取り入れた経緯を報告しているが，いずれも「産婦の要望」から「フリースタイル分娩」に取り組み始めたと報告されている。2007年9月号のペリネイタルケアでは「フリースタイル分娩」の特集が組まれており，助産師としては，福田[16]，酒井[17]，大園[18]が活動報告をしている。また，2007年河田[19]は「フリースタイル分娩」を取り入れた理由として「産科医不足」をあげている。

小笠原[20]は2002年助産師の意識の変化に焦点を当てた研究を行っており，「フリースタイル分娩に取り組みたいが取り入れられない現状があることが明らかになった」と述べている。なお，産婦の意識の変化を示した文献は4件であった。

2003年までの「フリースタイル分娩」の分娩機転や分娩体位別の介助方法を解説している7論文では「フリースタイル分娩」を行うことは医学的に安全性が確保されていないと述べられているが，2004年に入りEBMの確立を目的とする医師による研究論文がみられるようになった。例えば新藤ら[21]，布山ら[22]は，臍帯血pHの測定から「フリースタイル分娩」の安全性を検証し，また布山らは通常の経腟分娩（仰臥位）群とフリースタイル分娩群を比較検討している[23-24]。これらの文献は12件あったが，会議録が主で，メリット・デメリットの結論には至っていない。2006年以降の文献20件は，再び「フリースタイル分娩」の介助方法の解説にとどまっているという特徴がある。

収集した主要な文献での「フリースタイル分娩（出産）」の用いられ方を表1に示した。この表から，「産婦の自由」と「自由な体位」が大きなキーワードであるが，河合がアクティブバースに基づいたような「産婦の主体性」がそれほど強調さ

れていないことがわかる。また池田ら[25]が「フリースタイル分娩の明確な定義はないため，分娩台を使用しないベッド上での経膣分娩をフリースタイル分娩と本研究では定義した」としたように，分娩体位に限定される場合もあることがわかった。

2）英文献における「フリースタイル分娩」の用いられ方の検討の検索

検索結果で示したようにfree style labor[birth][child birth]に対応する英語は存在しなかった。一方，英文献では「(分娩）体位」を“position”と表現することから，“position”をキーワードとして検索してみると，“sitting position”“kneeing position”“squatting position”“all fours position”などそれぞれの体位別に検索することが可能であった。このような結果から，「フリースタイル分娩」が日本独自の用語であり，その用いられ方も独自であるといえる。

3．「アクティブ・バース」の概念と「フリースタイル分娩(出産)」の用いられ方との関係

出産の世界にactiveという用語が用いられたのは，1970年代初期，O’Driscoll，Foley，MacDonaldによって，帝王切開率の減少と異常分娩の総数を減少させることを目的に推奨された分娩を積極的管理する“Active management of labour(AMOL)”に始まる[26]。AMOLとは，早期人工破膜，オキシトシンの使用という医学介入を行うものであり，結果として医療介入の増加を招いた[27]。

表1　「フリースタイル分娩（出産）」の用いられ方

著者	職業	年	分類	主要な用いられ方
矢島	助産師	2001	特集	「フリースタイル分娩は，助産婦が産婦の主体性を尊重することで，自然に発生します。信頼関係を築き，家庭のような雰囲気で，産むときに身も心も自由でいられるような環境が大切です。」
瀬井	助産師	2001	特集	「アクティブバースにおけるフリースタイル分娩の実際」と表記。「最も大切なことは，スタイルだけでなく，場所の自由な選択と，心よりリラックスできる環境との出会い，すなわちフリースタイル，フリースペース，フリーマインズではないでしょうか。」
林	医師	2001	特集	「ラマーズ法におけるフリースタイル出産の取り組み」と表記。「人間の分娩は，フリースタイルと言っても，産婦は胎児の回旋を助けるために，ただ，自然の回旋にまかせるだけでなく，回旋しやすい合理的な体位を選択することが必要である。」
小笠原	医師	2002	特別寄稿	「フリースタイル分娩とはただ体位を変化するにとどまらず，産婦と介助者の関係を，上下から水平へとシフトすることを促す。」
野辺地	医師	2002	解説	「陣痛時から分娩時に至るまで産婦の好む体位で自由に動き出産を迎えること。」
山下	医師	2003	特集	「産婦自身の産む力を発揮し，より自然な形での分娩を行える１つの方法が，フリースタイル分娩である。」
布山	医師	2004	会議録	「フリースタイル分娩は，産科合併症を減少させる可能性がある。」
鈴木	大学 看護学部	2006	会議録	「しゃがんだり，立ったり，歩いたりなど，産婦の好きな姿勢で陣痛期を過ごし，産みやすい姿勢で出産する分娩方法。」
池田	医学部 保健学科	2006	特集	「フリースタイル分娩の明確な定義はないため，分娩台を使用しないベッド上での経膣分娩をフリースタイル分娩と本研究では定義した。」
日浅	医師	2007	特集 ／解説	「フリースタイル分娩は，自然のリズムに合わせながら陣痛期から自由に動く，動物本来の分娩法である。」
北原	助産師	2008	解説	「児を産み出すときの姿勢や体位を産婦が自由に選択できる。」

フランスの産科医，ミシェル・オダン[28]は上記の状況に対して著書「バース・リボーン」において，「積極的分娩管理が，出産の危険性を減少させているかどうかは疑問の余地がある」とし，医療介入が，「また新たな危険性を誘引する可能性があるということも考慮しなければならない。」と主張し，「『本能的』で『自発的』な出産」を提唱した。その影響を受けてイギリスの女性ジャネット・バラスカスは，自身の出産経験から，1983年，「Active birth」を発表した。その著書において，「An Active birth is instinctive.」「Active Birth is an attitude of mind.」と述べている[29]。つまり，active birthはactive management of labourに対するアンチテーゼとして始まった言葉である。

上記のような世界の流れを受けて，サイモンズ[30]は1985年日本にアクティブ・バースを自らの出産体験として紹介した。サイモンズは妊婦に「『私が産む』という意気ごみが生まれる点でActive Birthは効果があります。」と述べており，「単に，妊婦が制約されず，自由に動き回れるので楽だとか，産婦・胎児共に安全性が高いという要素ばかりでなく，この心理的アプローチの点が，Active Birthのかなりのウエイトを占めている」と紹介している。その後1988年5月号の助産婦雑誌での特集があり，きくち[31]は「分娩体位考察 自分に合った分娩姿勢を選ぶアクティブ・バース」と用いた。また1988年からバラスカスの「アクティブ・バース」関連書3冊が訳出されている。著書「アクティブ・バース」[32]では「アクティブ・バースは本能的なお産です。」「精神の在り方なのです。体の在り方や，お産に適切な体の姿勢と同様に，子どもが生まれてくるプロセスの自然なメカニズムや無意識の作用を受容し，信頼する精神的な姿勢が求められているのです。」と紹介されている。この翻訳本の出版以来，アクティブ・バースを紹介する論文は引き続き出版されている。毛利[33]は1989年「『アクティブ・バース』は分娩体位の方法論について説く本ではなく，出産前後にかかわる者にとって，本来のお産の姿，言うなればスタンダードを教えてくれる大変参考になる内容に満ちています。」と述べている。また1998年きくち[34]は「アクティブ・バースは今までの医療主体の自然出産法という概念とは異なっている。アクティブ・バースは，こういう産み方をすれば自然出産ができますよという既成の方法論だけにとどまらず，女性が主体となって出産をとらえ直そうという運動のひとつということができる」と述べている。

これらの文献からは，毛利が「『アクティブ・バース』は分娩体位の方法論について説く本ではなく」と主張するように，アクティブ・バースは産婦の主体性・積極性を強調するものであり，砕石位以外の分娩体位を取ったとしてもそれは結果とするものといえる。河合[35]がイギリスで提唱された「アクティブ・バース」を意識してネーミングしたフリースタイル出産であるが，先に述べたように実際の用いられ方は多様な分娩体位の意味が優位である。その点でアクティブ・バースとフリースタイル分娩（出産）の用いられ方とは明確に異なっているといえる。

しかしアクティブ・バースの実践報告では，その違いは薄まってしまい，産婦の主体性が必ずしも主題になっておらず，多様な分娩体位のみを示していることも多い。1999年九島[36]はアクティブ・バースの考え方に対して「アクティブ・バースは分娩を通して，立つ，歩く，坐る，ひざまずく，しゃがむ，四つ這いになるなど，自分にとって最も快適な姿勢や体の動きをするのであるが，文明社会での便利な生活に馴れ，本能的に行動することを忘れている現代人に，いきなり本能的に行動しなさいと言っても無理な注文である。」と苦言を呈している。フリースタイル分娩も用いられ方に混乱があるが，日本ではアクティブ・バースも同様に用いられ方にも混乱があるといえる。

4．「分娩体位」の研究と「フリースタイル分娩（出産）」の関係

1983年から2008年までの「分娩体位」での検索で168件の文献が検索されたが，「分娩体位」の検索可能であった文献は1982年から存在し，内容は母体胎児循環の変化や産道と体位の関係などであった。これらは主に，医師により検討されていた。

1994年永井ら[37]は分娩体位が1979年Caldeyro-Barcia博士により日本に紹介されたが，1990年代初期まで，日本は管理された分娩が主流で，分娩第1期から仰臥位でいることが多かったこと，また「自然分娩を志向するグループの活動が盛んになり，（中略）これに伴い陣痛時・分娩時の体位の多様化も顕著となる傾向が見られる」と述べている。1995年，永井らはそれまでの研究成果をま

とめた「分娩体位と分娩管理」[38] を図書として出版した。この著書は「分娩体位」に関する様々な英文献を用い，エビデンスに基づいて医師と開業助産師，病院助産師が協同して執筆にあたり，分娩第1期から第3期までの内容がすべて網羅されたものであったが，児娩出時の分娩体位の分類や意義，応用についての記述が中心であった。

千村[39] も，英文献の検討から「産婦の自由意思による行動ambulationの重要性が古くより指摘されてきた」と述べ「自由意志」を強調しており分娩第1期の体位についても触れているが，その一方で，分娩椅子や分娩台，Birth cushionを中心に各種分娩体位について解説しており，やはり分娩第2期を基準として「分娩体位」を検討している。

このように「分娩体位」の検討は，どちらかというと分娩第2期を中心に検討されてきたといえる。

Ⅳ．考察

1．「フリースタイル分娩(出産)」と分娩体位の関係

文献検討の結果「フリースタイル」という用語は河合が1996年3月に開催された助産師グループ「JIMON」と「REBORN」誌主宰による「フリースタイル出産ワークショップ」で提案したのが始まりであった。河合はフリースタイル出産を「ただ分娩体位が変化するというものではありません。産む人と介助する人が上下関係から水平関係へと，関係性のパラダイムシフトを促すものであります」と述べている。このように河合は「フリースタイル出産」を，イギリスで提唱された「アクティブ・バース」を意識した，産婦の主体性を保証し分娩経過中の過ごし方や分娩体位を産婦の望む方向で支援するものとしてネーミングしている。

一方，分娩体位が文献上に登場したのは，1979年のCaldeyro-Barcia博士によるものであったと永井ら（1994）が紹介しているが，永井はその後も容易には広まらなかったと報告している[40]。

1997年，「WHO59か条 お産のケア実践ガイド」[41] が発行され，分娩のルーチンケアへの見直しがなされた。「明らかに害があったり効果がないのでやめるべきこと」の中の分娩体位に関する項目として，「産婦を慣例的にあおむけの姿勢にすること。」「出産中，足を足台に乗せる乗せないにかかわらず，慣例的に砕石位をとること」があり，分娩経過中に多様な体位を取ることがエビデンスのあるものとして紹介された。それまで永井らが推奨してきたことが認知されることにつながり，この結果，分娩第1期から多様な体位で過ごすことが奨励された。

このように，世界的に母子の安全を守るという産科学的観点から分娩時の体位の多様化が推奨されるようになり，これが日本では先の「フリースタイル」分娩の流れとも一致し，「分娩中の多様な体位」を全般的に示す用語として用いられるようになったといえよう。

結果に示したように「分娩体位」という用語は，「分娩経過中を自由な体位で過ごす」ことの検討が行われていないわけではないが，「児娩出時の体位」の検討に限定的に用いられる場合が多く，分娩経過中の体位を示すと限定的に考えたほうが用語の用いられ方の混乱を避けられると思われる。

2．「フリースタイル分娩（出産）」において産婦がアクティブであることとその限界

河合[42] は「フリースタイル出産」において，分娩経過中に「自由に動けることで，決して受け身の気持ちにならない」とし，「産む主体」は産婦であること，介助者である助産師はそこに寄り添う，という考え方を強調している。また助産師の行ったフリースタイル分娩の実践報告は初期には「産婦が主体的である」状況に遭遇した助産師の実践報告となっている。

しかし当時，「産婦が主体的である」という状況は稀な状況であった。実際に，箆伊ら[43] が行った「妊婦の主体的な出産に関する意識調査」の研究の中で「分娩体位については『考えていない』妊婦が40％を占め，早川らの80％という報告より少ないが，無回答を含めると60％以上の妊婦は分娩体位について，自分が希望する分娩を考える時やイメージするときには体位はあまり意識していないか，自分の意志を持っていない」と述べている。1999年に九島が苦言を呈しているように，日本人にとって「主体的」であることは難しい。多くの日本の産婦のお産は，助産師のサポートと支持を受けながら，痛みを乗り越えて行うものになっている。

このように「フリースタイル分娩（出産）」やアクティブ・バースの用語は頻繁に用いられているが，日本人産婦がアクティブであることには限

界がある。現状では，分娩経過中の母児が安全安楽であるように分娩経過中の過ごし方や体位を，産婦と助産師の共同で考え実践することを目指すことが望ましいと思われる。

3.「フリースタイル分娩」をどう考えるか

結果で述べたように「フリースタイル」という用語は1996年8月号の助産婦雑誌の河合が初出であった。河合の主張する「フリースタイル出産」は，「アクティブ・バース」における分娩に対する積極的な“姿勢”＝“attitude”の要素を強調するものであるといえる。

一方で，翌年1997年初出である「フリースタイル分娩」の用いられ方は異なっている。上野[44]は「アクティブ・バースの考えを参考」にしたと述べているが，「座位以外の出産は40人（6.7%）でした」と報告しており，児娩出時の体位への助産師のこだわりがうかがわれる。すでにこの時点で河合の「フリースタイル」と医療者側の「フリースタイル」の間に用いられ方の違いがみられる。表1に示した「フリースタイル分娩（出産）」の用いられ方に示したように，とりわけ2002年以降の文献で述べられている「フリースタイル分娩」とは，分娩体位を表す“姿勢”＝“position”に視点が置かれ，分娩体位を砕石位から他の体位に変化させるものとして捉えられていることがわかる。

そして，このフリースタイル分娩の用いられ方の積極的な“姿勢”＝“attitude”と分娩体位を表す“姿勢”＝“position”の混乱は，上野らの使用の時点から始まったと考えられる。

産婦は24時間を越える長時間に及ぶ陣痛に耐え，しかもVASの痛みスケールで死にたいほどの痛みを意味する100点という強い痛みを体験しており，危機的状態にある。産婦の主体的な意思は刻々と変化し，またそこに周辺で見守る家族の意向が関与する。産婦の意思も児の健康な出生があってこそであり，児の状況の急変が起これば産婦は自分の望むこととは異なる事態も受け入れざるを得ない。一方で，多くの臨床実践の報告から，分娩の進行状況に合わせて，刻々と体位を変えていくことは，産婦にとって非常に安楽であることは明らかである。

私たち助産師がめざすべき方向性はどこだろうか？産婦が「主体的」であることか，助産師の支持と指示のもと「主体的」でなくても産婦が結果的に満足できる出産なのか。積極的な“姿勢”＝“attitude”を持つ産婦にはその意向が最大限生かせる方向で支援し，産婦にとって安楽な“姿勢”＝“position”を勧める支援を行う，事態の急変をアセスメントした場合には，産婦の意向を尊重しながらも胎児の安全を第一に支援を行うことではないかと考える。

V．おわりに

特に助産師の間で混乱する「フリースタイル」分娩の用いられ方について，文献を用いた検討を行った結果，以下のことが明らかとなった。

1）「フリースタイル」は，1996年に河合が作った言葉であり，河合は「フリースタイル出産」を，イギリスで提唱された「アクティブ・バース」を意識した，産婦の主体性を保証し分娩経過中の過ごし方や分娩体位を産婦の望む方向で支援するものとしてネーミングしている。

2）しかしその後のフリースタイル分娩の用いられ方には，産婦の積極的な“姿勢”＝“attitude”を表す場合と多様な分娩体位を表す“姿勢”＝“position”を表す場合と間での混乱状況にあることが明らかとなった。

これらの検討の結果から，私たち助産師の果たすべき役割は，積極的な“姿勢”＝“attitude”を持つ産婦にはその意向が最大限生かせる方向で支援し，産婦にとって安楽な“姿勢”＝“position”を勧める支援を行う，事態の急変をアセスメントした場合には，産婦の意向を尊重しながらも胎児の安全を第一に支援を行うことではないかと考える。

文　献

1）河合蘭，赤山美智代：自由な分娩体位―寝ないお産の達人になる　フリースタイル出産ワークショップ　さあ，動いて，技を伝え合おう!!．助産婦雑誌，50(8)；8-9，1996.

2）岩田塔子：体位別フリースタイル分娩介助法―回旋がわかれば介助がわかる!．メディカ出版（大阪），2007.

3）ジャネット・バラスカス著，根岸悦子，佐藤由美子，きくちさかえ訳：アクティブ・バース．現代書館（東京），1988.

4）ジャネット・バラスカス著，佐藤由美子，き

くちさかえ訳：ニュー・アクティブ・バース［改訂版］．現代書館（東京），1998.
5）南野知恵子，竹村秀雄，永井宏，杉山富士子，九島璋二，河合蘭，清水ルイーズ，森田俊一，戸田律子，菅沼ひろ子，福岡光子：周産期の看護シリーズ・7　アクティブ・バースの考え方と展開．メディカ出版（大阪），1992.
6）日浅毅：目でみるアクティブ・バース　マタニティヨーガで自然出産．メディカ出版（大阪），2000.
7）ジャネット・バラスカス著，伊藤博之監訳：ナチュラルな出産のためのガイド　ただいま妊娠中！自然なアクティブ・バースで自立心と自信を育てる．産調出版（東京），2002.
8）永井宏，兼子和彦，江口勝人編集：分娩体位と分娩管理．金原出版株式会社（東京），1995.
9）1）再掲.
10）河合蘭：助産師と産む　病院でも，助産院でも，自宅でも．岩波書店（東京），26-29，2007.
11）上野麻紀，寺前光子，藤原直美，吉田綾子，河野光子，山本恵美子，北村幸太郎：先駆的産科ケア活動　ルーチンワークの見直しから，フリースタイル分娩の取り組みまで　PL病院のケアの実践．助産婦雑誌，51(6)；14-20，1997.
12）井本園江，星野妙子：CTGに強くなる　フリースタイル分娩における胎児のモニタリング．助産婦雑誌，52(3)；37-40，1998.
13）菅原三枝子，荒木奈緒：助産婦の現場　NTT札幌病院産婦人科病棟　産婦さん主体のフリースタイル分娩に取り組んで．助産婦，53(1)；28-30，1999.
14）宮崎英美，飯畑裕子：バースプランの実現に向けた取り組み　はじめてフリースタイル分娩を試みて．茨城県母性衛生学会誌，24；49-55，2004.
15）山崎理沙，山口奈美，大島玲子，馬場勝江，穴井美香：産婦が求める分娩にどれだけ近づけるか　フリースタイル分娩の一事例を通して．佐賀母性衛生学会雑誌，8(1)；32-34，2005.
16）福田純子：【メリットを学び，工夫で実践！今日から取り組むフリースタイル分娩】わたしたちのフリースタイル分娩導入記．ペリネイタルケア，26(9)；898，2007.
17）酒井由美子：【メリットを学び，工夫で実践！今日から取り組むフリースタイル分娩】わたしたちのフリースタイル分娩導入記．ペリネイタルケア，26(9)；900，2007.
18）大園恵美子：【メリットを学び，工夫で実践！今日から取り組むフリースタイル分娩】わたしたちのフリースタイル分娩導入記．ペリネイタルケア，26(9)；901，2007.
19）河田かおり：助産師外来とフリースタイル分娩の導入　産科医不足を乗り切るための取り組み．看護部マネジメント，12(264)；4-7，2007.
20）小笠原敏浩：岩手県の勤務助産婦の分娩に対する意識調査．助産婦雑誌，56(3)；229-233，2002.
21）新藤史子，島義雄，布山裕一，中島瑞恵，三石知左子，竹内正人，粟田口康一，進純郎：フリースタイル安全性の検討（第1報）．日赤医学，56(1)；248，2004.
22）布山裕一，浦島充佳，島義雄，林田真理，新藤史子，斉藤亜紀，竹内穂高，林良寛，衛藤義勝：臍帯pH，乳酸値を用いたフリースタイル分娩の安全性の検討．日本小児科学会雑誌，108(2)；164，2004.
23）布山裕一，進純郎：フリースタイル分娩様式の差異による安全性の比較．母性衛生，45(3)；99，2004.
24）布山裕一，新藤史子，島義雄，中島瑞恵，三石知左子，竹内正人，粟田口康一，進純郎：フリースタイル分娩の安全性の検討（第2報）．日赤医学，56(1)；249，2004.
25）池田彩花，小野芙由子，境智佳子，野村美香，渡辺亜紀子，手塚志保，佐川正：周産期　フリースタイル分娩の臨床特徴．産婦人科治療，92(2)；203-210，2006.
26）Linda V. Walsh：Midwifery Community-Based Care During the Childbrearing Year. W. B. SAUNDERS COMPANY(Philadelphia)，286，2001.
27）Roberts,J.M, et al：Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. Am J Obstet Gynecol, 168;1407-1413,1993.

28) ミシェル・オダン著，久靖男監訳：バース・リボーン―よみがえる出産―．現代書館（東京），142-146，1991.
29) Janet Balaskas：New Active Birth A Concise Guide to Natural Childbirth．Thorsons(London), 1-17，1989.
30) サイモンズ真澄：グラフ解説　Active Birthによる出産．助産婦雑誌，39(4)；64-65，1985.
31) きくちさかえ：特集　分娩体位考察―よりよい分娩のために　自分に合った分娩姿勢を選ぶアクティブ・バース．助産婦雑誌，42(5)；31-37，1988.
32) 3)再掲.
33) 毛利多恵子：アクティブ・バースのメッセージ　本来のお産とは．助産婦雑誌，43(1)；42-48，1989.
34) 31)再掲.
35) 1)再掲.
36) 九島璋二：お産は文化である ラマーズ法とアクティブ・バースの背景を探る．助産婦雑誌，44(3)；206-214，1990.
37) 永井宏，角田千恵子，佐藤洋子，雫石真由美：特集・周産期治療マニュアル　11．分娩体位．産婦人科治療，68(5)；542-547，1994.
38) 8)再掲.
39) 千村哲朗：周産期　分娩体位　その変遷と現況．産婦人科治療，69(1)；91-98，1994.
40) 37)再掲.
41) 戸田律子訳：WHOの59カ条　お産のケア実践ガイド．農山漁村文化協会（東京），1997.
42) 10)再掲.
43) 箆伊久美子，二瓶良子，太田操：妊婦の主体的な出産に関する意識調査―出産場所選択と希望分娩様式について―．母性衛生，43(1)；178-187，2002.
44) 11)再掲.

報　告

都道府県における保健所保健師に対する感染症対策に関する研修の実態

鈴木久美子，塚本友栄，工藤奈織美，春山早苗

The Infectious Disease Training Programs for Public Health Nurses at Local Government Level in Japan

Kumiko Suzuki，Tomoe Tsukamoto，Naomi Kudo，Sanae Haruyama

抄録：保健所保健師に対する感染症対策に関する現任教育プログラム検討に向けて，都道府県における保健所保健師を対象とした感染症対策に関する研修の現状を調査した。その結果，感染症業務に関する研修は健康危機管理研修の一環としても実施されており，都道府県内の感染症担当者や保健医療従事者等感染症業務の関係者全体を対象として幅広く実施される傾向がみられた。

本調査より，現場の課題や感染症発生時の対応に役立つ実践性の高い内容，およびチームで対応できる実践能力向上をめざした研修企画の必要性が示唆された。また，保健師を対象として情報収集・分析能力と共に患者への個別支援にかかわる実践能力向上をめざした研修の実施が課題と考える。

キーワード：保健所保健師，感染症対策，現任教育

Ⅰ．はじめに

近年，SARSや新型インフルエンザ等の新興感染症が住民に与える不安は大きく，感染症対策は保健所の重要な役割として位置づけられる。保健所保健師は感染症発生時に，感染源を特定し感染拡大を防ぐための疫学調査の実施や，患者・家族，接触者等の不安をうけとめ二次感染を予防するための支援，医療機関等の関係機関との連絡調整など，対人支援の第一線で看護専門職としての役割を発揮することが求められる[1)]。都道府県型保健所では，近年業務担当制の採用に伴い保健師が少数分散配置となっているところが増えており，保健所保健師は専門性に依拠した役割を認識し，それに基づいて自立した判断および行動がとれることが重要であるといえる。

自治医科大学看護学部
Jichi Medical University, School of Nursing

そのためには，感染症対策において保健所保健師に必要な能力を育成するための体系的な現任教育が必要である。感染症対策に関する研修は国，都道府県，国立保健医療科学院等の専門研究機関で実施されているが，現状では体系的なプログラムとはなっていない。また，都道府県単位の研修の実施状況は明らかにされていない。

健康危機管理研修については，保健所長や保健所管理職員を対象とした研修プログラム[2)]が開発されているが，主として組織管理能力向上をねらいとしており，看護専門職としての保健師の能力育成については含まれていない。健康危機管理にかかわる保健所保健師の現任教育プログラムは牛尾ら[3)]により開発されているが，大規模自然災害に焦点があてられており，感染症対策にかかわる保健師の現任教育については示されていない。

本研究の目的は，保健所保健師に対する感染症対策に関する現任教育プログラム検討に向けて，

都道府県における保健所保健師を対象とした感染症対策に関する研修の実態を明らかにすることである。

Ⅱ．研究方法

１．調査対象

都道府県庁において，保健所保健師を含む保健医療福祉関係職員等を対象とした，感染症業務に関する研修を担当する職員

２．調査項目

1）研修担当者の属性：職種，自治体職員としての勤務年数，研修担当年数
2）平成18・19年度の感染症業務に関する研修の実施状況（実施予定を含む）：テーマ・ねらい，主催・実施者，形態，対象者
3）平成18・19年度の健康危機管理に関する研修の実施状況（実施予定を含む）
4）感染症業務や健康危機管理に関する研修の企画における留意点（自由記述）

３．調査方法

文献検討，並びに，保健所保健師と他職種への面接調査により感染症業務に関わる現任教育について詳細に調べた。その結果に基づき，調査項目を検討し，郵送による自記式質問紙調査を実施した。調査票は47都道府県庁の保健福祉部署に送付し，感染症対策に関わる研修を担当する職員に回答を依頼した。調査項目の内容について，選択式および一部自由記述により回答を求めた。

調査期間は平成19年11月22日～同年12月28日であった。回収数（率）は33都道府県（70.2％）であった。

４．分析方法

選択式の回答は統計的に処理した。自由記述の内容は類似の内容をまとめて質的に分類整理した。

５．倫理面への配慮

調査票は無記名とし，調査の趣旨，個人や自治体が特定できるような表記はいかなる場合にも用いないこと，本研究以外の目的に使用することは決してないこと，調査への協力は自由意思であることを説明した文書を調査票と共に同封した。調査票の返送をもって調査への同意が得られたとみなした。

Ⅲ．研究結果

１．回答者の属性

回答者の職種は，保健師24名（72.7％），事務職4名（12.1％），保健師以外の医療従事者4名（12.1％）であった（表1）。

自治体職員としての勤務年数は，10～20年17名（50.5％），20～30年10名（30.3％）であり，10年

表1　研修担当者の職種

職種	人数	%
保健師	24	72.7
事務職	4	12.1
薬剤師	2	6.1
医師	1	3.0
放射線技師	1	3.0
無回答	1	
計	33	100.0

表2　自治体職員としての勤務年数

勤務年数	人数	%
5年未満	1	3.0
5～9年	2	6.1
10～14年	6	18.2
15～19年	11	33.3
20～24年	6	18.2
25～29年	4	12.1
30年以上	1	3.0
無回答	2	
計	33	100.0

表3　研修担当経験年数

経験年数	人数	%
1年未満	13	39.4
1～2年	9	27.3
2～3年	2	6.1
3～4年	1	3.0
4年以上	3	9.1
その他	1	3.0
無回答	4	
計	33	100.0

表4　感染症に関する研修の実施件数と都道府県数

年度	件数	都道府県数	平均実施件数
平成18年度	80	27	2.96
平成19年度	63	28	2.25
平成18～19年度（どちらか実施）	143	31	4.61

以上の勤務経験を持つ回答者は合わせて30名（90.9%）であった（表2）。

研修担当経験年数は，1年未満13名（39.4%），1～2年9名（27.3%），2～3年2名（6.1%）となっており，3年未満の回答者は合わせて24名（72.7%）であった。経験年数が5年以上の者は3名（9.1%）であった（表3）。

2．感染症業務に関する研修実施状況

感染症業務に関する研修は，平成18年度は27都道府県で80件実施されており，実施率は81.8%であり，1ヶ所あたりの平均実施件数は2.96件であった。平成19年度は28都道府県で63件実施されており，実施率84.8%，1ヶ所あたりの平均実施件数は2.25件であった。平成18・19年度の2年間では，31都道府県で143件実施されており，実施率は93.9%であった（表4）。

以下，両年度143件の実施状況について説明する。

1）実施テーマ

結核に関するもの44件（30.8%），新型インフルエンザに関するもの20件（14.0%），感染症予防対策全般19件（13.3%），HIV16件（11.2%），鳥インフルエンザ7件（4.9%）の順であった（図1）。

2）主催・実施者

都道府県120件（83.9%），専門機関等への派遣研修16件（11.2%），委託2件（1.4%）であった（図2）。

3）実施形態

講義84件（58.7%），シミュレーション演習5件（3.5%），紙上の事例検討4件（2.8%）であり，講義とシミュレーション演習・事例検討等の複合形態が29件（20.3%）であった（図3）。

4）対象者

都道府県内の感染症担当者（事務職を含む）45件（31.5%），都道府県内のすべての医療従事者27件（18.9%），都道府県内の感染症担当者と都道府県内の関係機関14件（9.8%），都道府県の感染症

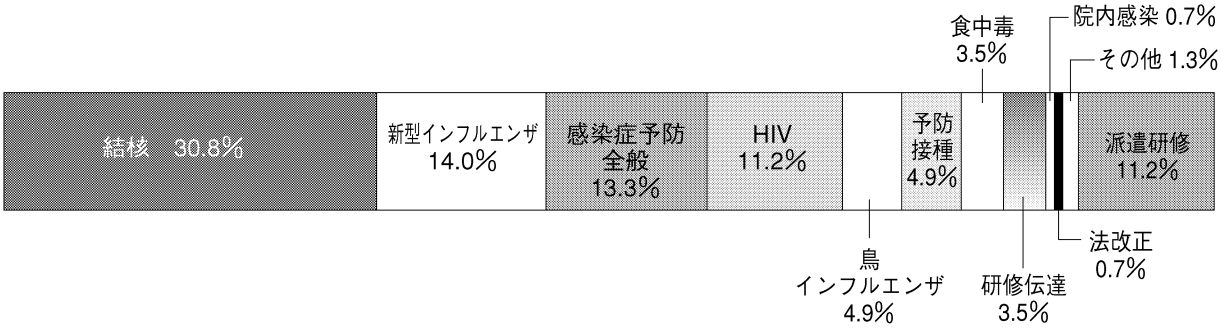

図1　実施テーマ

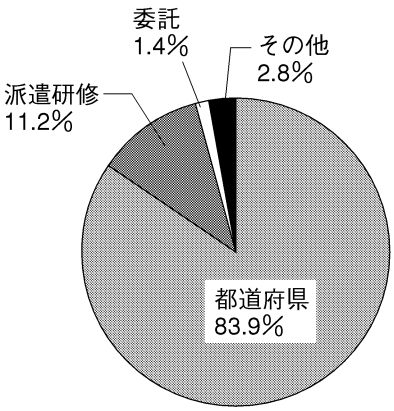

図2　主催・実施者

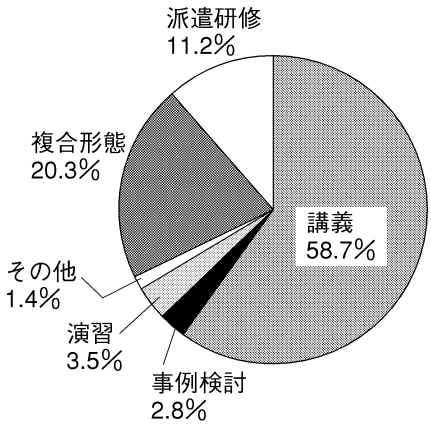

図3　形態

担当保健師6件（4.2%），都道府県内の感染症担当者と都道府県内のすべての医療従事者6件（4.2%）の順であった（表5）。

都道府県保健師のみを対象とした研修は9件（6.3%）であった。その内容は，結核に関するもの（発生動向調査法，DOTS支援等）5件，HIVに関するもの（対策や現状，感染者への支援方法）2件，疫学調査法1件，その他1件であった（表6）。

表5　対象者

対象者	件数	%
都道府県内感染症担当者	45	31.5
都道府県内保健医療従事者すべて	27	18.9
都道府県内感染症担当者とその他の関係機関	14	9.8
都道府県感染症担当保健師	6	4.2
都道府県内感染症担当者と保健医療従事者すべて	6	4.2
都道府県内感染症担当者と都道府県内市町村保健師すべて	4	2.8
都道府県感染症担当保健師とその他の関係機関	4	2.8
都道府県保健師すべて	2	1.4
都道府県保健師の管理職者	1	0.7
その他	33	23.0
無回答	1	
計	143	100.0

表6　都道府県保健師のみを対象とした研修の内容

（N=9）

結核	5件
・発生動向調査法 ・DOTS支援 ・結核対策全般	
HIV	2件
・エイズ対策の現状 ・感染者への支援	
疫学調査法	1件
その他	1件

表7　実施件数と都道府県数

年度	件数	都道府県数	平均実施件数
平成18年度	29	20	1.45
平成19年度	30	20	1.50
平成18～19年度	59	25	2.36
	（どちらか実施）		

3．健康危機管理に関連した研修実施状況

健康危機管理に関連した研修は，平成18年度は20都道府県で29件実施されており，実施率は60.6%であり，1ヶ所あたりの平均実施件数は1.45件であった。平成19年度は20都道府県で30件実施されており，1ヶ所平均1.50件であった。平成18・19年度の2年間で，25都道府県で59件実施されており，実施率は75.8%であった（表7）。

両年度に実施された59件のうち，感染症に関する研修は28件（47.5%）であり，感染症以外の健康危機管理が31件（52.5%）であった。

表8　感染症に関する研修（28件）の内容

内容	件数	%
新型インフルエンザ	18	64.3
感染症発生時対応訓練等	4	14.3
その他の感染症（O-157，ノロウイルス等）	6	21.4
計	28	100.0

表9　形態

形態	件数	%
講義	10	35.7
シミュレーション演習	6	21.4
その他	2	7.2
複合形態（講義と事例検討，演習等）	10	35.7
計	28	100.0

表10　感染症に関する研修（28件）の対象者

対象者	件数	%
都道府県内感染症担当者	8	28.6
都道府県内感染症担当者とその他の関係機関	7	25.0
都道府県内保健医療従事者すべて	4	14.3
都道府県内感染症担当者と保健医療従事者すべて	1	3.6
都道府県感染症担当保健師	1	3.6
都道府県感染症担当保健師とその他関係機関	1	3.6
都道府県保健師すべて	0	0.0
その他	6	21.3
計	28	100.0

以下，感染症に関する研修28件について説明する。

1）内容

新型インフルエンザに関する内容が18件（64.3%），感染症の発生時を想定した対応訓練等が4件（14.3%），その他の感染症（O-157やノロウィルス等）が6件（21.4%）であった（表8）。

2）主催・実施者

研修の主催・実施者はすべて都道府県であった。

3）形態

研修の実施形態は，講義10件（35.7%），シミュレーション演習6件（21.4%），その他2件であり，講義と事例検討や演習等の複合形態が10件（35.7%）であった（表9）。

4）対象

研修対象者は，都道府県内の感染症担当者8件（28.6%），都道府県内の感染症担当者とその他の関係機関7件（25.0%），都道府県内のすべての保健医療従事者4件（14.3%）の順となっていた（表10）。

都道府県保健師のみを対象とした研修は1件で，内容は感染症発生を想定したシミュレーション訓練であった。

4．感染症業務に関する研修の企画における担当者の留意点

15人から28件の自由記述があり，6つの大項目に分類できた（表11）。

表11　研修の企画における担当者の留意点

現場の課題や実際の対応に役立つ内容を企画する（10件）
・現場の対応に役立つ実践性の高い内容の企画（3件）
・実践現場の課題に対応した内容の企画（2件）
・実践的視点や専門的視点を持つ助言者の設定
・法・制度改正等の迅速な情報提供
・新しい話題や知見の提供
・他研修などの自己研鑽機会の情報提供
・参加者の反応を反映させた内容企画
予算を確保して計画的に開催する（7件）
・計画的な開催の必要性（2件）
・限られた予算の中での感染症研修の確保
・年度早期の開催の設定
・参加者の旅費等の確保
・担当者の確実な受講（研修受講の必須化）
・感染症発生に即応した研修企画
新任者が円滑に業務遂行できることをめざす（3件）
・担当者の交替を念頭においた計画的な開催の必要性
・年度早期の研修設定
・新任担当者の円滑な業務遂行をめざした内容企画
チームで対応するために関係職種を対象とする（3件）
・感染症発生時にチームで対応するため広く関係者を対象に設定
保健師の専門性向上をめざす（2件）
・保健師としての専門性を伸ばすための研修企画や外部研修派遣
・感染症業務の第一線で従事する保健師の資質向上の必要性
その他（3件）
・現場における関係者の調整能力の必要性
・都道府県職員に求められる役割の重要性
・保健所単位での研修企画の推進

「現場の課題や実際の対応に役立つ内容を企画する」は10件（35.7%）で，感染症発生時を想定して現場での対応にすぐに活用できるような実践的な内容を企画することが挙げられていた。

「予算を確保して計画的に開催する」は7件（25.0%）で，限られた予算内で感染症研修予算を確保して計画的に実施することの必要性や，人事異動による感染症担当者の交替を念頭において年度の早い時期に設定することなどが挙げられていた。

「新任者が円滑に業務遂行できることをめざす」は3件（10.7%）で，前述したように人事異動により感染症担当者が定期的に交替することを念頭において，開催時期や内容企画を検討することが挙げられていた。

「チームで対応するために関係職種を対象とする」は3件（10.7%）で，感染症発生時はチームで対応する必要があることを重視して研修対象者を幅広く設定することが挙げられていた。

「保健師の専門性向上をめざす」は2件（7.1%）で，感染症業務における保健師の専門性向上を意図した研修を設定することが挙げられていた。

Ⅳ．考察

本調査の結果から，感染症対策に関する研修の実態と課題について考察する。

感染症に関する研修は，平成18～19年度の2年間での実施率が約94%であることから，ほぼ全都道府県で実施されているものと考えられる。また，健康危機管理研修として実施された研修の約半数が感染症に関する内容であった。新興感染症等の昨今の感染症に関する動向から，都道府県が感染症対策を重視していることがうかがえる。

主催者は8割以上が都道府県であるが，専門機関の研修への派遣が1割みられ，より専門的な知識および最新の知見の習得や実践技術向上をねらいとしているものと考えられる。

実施形態は講義が約6割であり，専門的知識の習得を目的とした知識提供型が中心であるが，事例検討，シミュレーション演習，講義と事例検討・演習等の複合形態が合わせて約3割を占めており，感染症発生時の実際の対応に役立つ実践的な形態が取り入れられていた。結果4の担当者の留意点からも同様の内容が明らかになっている。これらのことから，感染症に関する研修においては，感染症発生時に地域住民の健康を守る活動拠点となる保健医療機関において，第一線で対応する職員の実際の活動内容に即した，実践性の高い研修内容とすることが重要であり，課題といえる。

研修の対象者は，都道府県内の感染症担当者や都道府県内のすべての保健医療従事者と関係機関が大部分を占めており，感染症業務の関係者全体を対象として幅広く実施される傾向がみられた。結果4の担当者の留意点にもみられたように，感染症発生時には各職種が単独で活動するのではなく，チームで対応することが求められる。保健所においては，保健所組織の一員として各職種が専門性に応じた活動を行い，組織内の適切な系統において報告を行うことにより全体の活動に資するという役割認識が重要となる。これは，保健所のみならず患者への医療活動に従事する医療機関職員においても同様である。また，発生時には保健所に対策本部が設置されることが多いことから，保健所と医療機関や市町村等関係機関との迅速かつ的確な連絡や情報交換が必要となる。これらのことから，感染症発生時にチームで対応できる実践能力やチーム内での調整能力の向上をねらいとした研修が今後の課題であると考えられる。

一方，都道府県保健師のみを対象とした研修は，前述した傾向から件数は少数であり，内容としては，疫学調査方法に関するものと，患者に対する個別支援方法に関するものがみられた。宮﨑らの調査から，保健所保健師の感染症集団発生時の活動内容の特徴として，第一報の受理時の対応から始まり，現地の地区踏査による情報収集，健康調査の実施，個別の不安への対応や健康管理に向けての健康教育，患者（要支援者）への個別支援，関係機関との情報交換・協議，一般市民からの問い合わせ等の個別対応というように，発生の把握から終息後の支援に至るまで継続して一連の活動を実施している割合が高いことが明らかになっている[4)]。すなわち，感染症発生時に保健所保健師には，現場での疫学調査等で精度の高い情報を迅速に収集・分析する能力とともに，接触者や関係者の不安や混乱に対する相談および教育的活動と，患者に対する個別支援のための実践能力が求められる。そのため，特に保健所保健師に対しては，感染症発生時に保健所職員としての役割と同時に看護専門職としての保健師の役割が発揮できるように，実践能力向上をめざした研修が必要と考え

られる。牛尾は，健康危機管理にかかわる保健所保健師の現任教育のあり方として，「保健所職員，自治体職員としての研修に加え，保健師現任教育の一環として，健康危機管理に対する保健師職能としての役割認識を深める現任教育プログラムが提供される必要性がある。」と述べている[5)]。感染症集団発生は健康危機をもたらす重大な要因のひとつに数えられるが，病原体の特性に応じた対策が重要であり，自然災害や汚染物質流出等に対する健康危機管理とは活動形態が異なることが考えられる。感染症業務に関連した研修において看護専門職である保健師としての実践能力向上をめざした研修の実施が少ない現状に鑑みると，感染症対策に特化した保健師の現任教育プログラムの開発が喫緊の課題であるといえる。

また，研修企画に際しては，担当者の留意点にもあるように，保健所の多くが業務担当制を取り入れており，感染症担当者が人事異動に伴い定期的に交代するという現状にある。そのため，担当者の異動があっても感染症業務が円滑に遂行されるように研修を年度の早い時期に設定することや，限られた予算の中でも感染症研修の予算を確保して定期的に開催することなどの配慮が必要であると考える。

V．おわりに

都道府県における保健所保健師を対象とした感染症対策に関する研修を調査し，以下の結論を得た。

１．都道府県における感染症対策に関する研修は，過去2年間においてほぼ全都道府県で実施されており，健康危機管理研修の一環としても実施されていた。研修内容は，新興・再興感染症の最新知識や感染予防策など幅広く，形態は知識提供型が中心であるが，感染症発生時の実際の対応に役立つ実践的な形態が重視されていた。

２．感染症対策に関する研修の課題として，現場の課題や感染症発生時の対応に役立つ実践性の高い内容およびチームで対応できる実践能力向上をめざした企画の必要性が示唆された。保健師を対象とした研修では，情報収集・分析能力と共に患者への個別支援にかかわる実践能力向上をねらいとした研修の必要性が示唆された。

今後は，本研究の結果をふまえて保健所保健師に対する感染症対策に関する現任教育プログラムを検討する必要がある。

（本研究は，平成19年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理事業）の交付を受けて実施したものの一部である。）

謝　辞

本調査にご協力下さいました都道府県庁感染症研修企画担当者の皆様に深く感謝申し上げます。

文　献

１）春山早苗：感染症対策における保健師の役割．北山三津子，田村須賀子編，最新地域看護学各論2，東京，273，2006.

２）曽根智史：健康危機管理研修のプログラムの開発・実施・評価．厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）「地域における健康危機管理研修に関する研究（主任研究者加藤則子）平成16年度総括・分担研究報告書，6-134，2005.

３）牛尾裕子：地域の健康危機管理にかかわる保健所保健師の現任教育のあり方・方法に関する研究．厚生労働科学研究費補助金（がん予防健康科学総合研究事業）「地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究」（主任研究者　宮﨑美砂子）平成16年度総括・分担研究報告書，45-60，2005.

４）宮﨑美砂子，武藤紀子：保健所保健師の健康危機管理に対する活動体制・活動実態に関する全国調査．厚生労働科学研究費補助金（がん予防健康科学総合研究事業）「地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究」（主任研究者　宮﨑美砂子）平成15年度総括・分担研究報告書，9-20，2004.

５）前掲書3)，49.

報　告

臨床看護師の成長に影響を及ぼしたもの
―中堅看護師グループインタビューより―

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

Contributing Factors for the Development of Clinical Nurses:
Some Observations from Interview Results with Mid-Career-Nurses

Yayoi SATOMITSU[1)]，Hazuki KONNO[2)]，Natsumi SUGAMA[3)]，
Kyoko Ichizuka[4)]，Junko SATO[5)]，Terumi SUZUKI[6)]，Yoko FURUHASHI[7)]

抄録：われわれは，看護師の臨床現場での成長および育成について追究を続けている。今回は，中堅看護師へのインタビューから彼らの成長経過や影響要因を明らかにし，臨床看護師教育に資することを目的に現在臨床看護に従事する看護師らは自身の成長についてどのように感じ考えて行動しているのか，看護師長の影響についてどのように感じているのかついてフォーカスグループインタビューを行った結果を報告する。

新人時の配属先が希望通りでない場合でも，受け入れる人的環境について本人が良いと感じられれば，そのまま勤務し続ける可能性がある。

全員に共通するのは就職して2～3年を経過する間に，自分の行っている看護について疑問を感じ，4～5年目であっても，自信が持てない，できないと感じる場合がある。師長や患者との関わり，研究会でのディスカッションで育てられたと認識しており，師長の声掛けや継続したディスカッションの場や適切な研究指導により，臨床を違った視点から見直すことができたり，消化できたことが悩みの解決のために有効であることが示唆された。1～5年以上の看護師であっても成長のための臨床での支援，研究への支援を求めていることが示唆された。

のぞましい師長の姿では，スタッフに対して関心を持ち，声を掛けたり，相談しやすい姿勢，困っている時には対処する姿勢を求めていた。看護の管理代表者として，医師に要望をうまく言え，病棟内の運営は業務だけに追われないように，自分も勉強をし，スタッフからの提案にも対処し，適材適所という運営を望んでいることが示唆された。

キーワード：中堅看護師，成長，育成，師長，キャリア開発

[1)] Jichi Medical University, School of Nursing
[2)] Saitama Medical University College, School of Nursing
[3)] Tokyo Metropolitan Kiyose Children's Hospital, Nursing Department
[4)] Tokyo Metropolitan Neurological Hospita, Nursing Department
[5)] Tokyo Metropolitan Health and Medical Treatment Corporation Tama-Hokubu Medical Center, Nursing Department
[6)] Hanasakikai Medical Corporation Restoa Kawasaki, Nursing Care Department
[7)] Former, Saitama Medical University College, School of Nursing
[1)] 自治医科大学　看護学部　看護学科，[2)] 埼玉医科大学短期大学　看護学科，[3)] 東京都立清瀬小児病院　看護科，[4)] 東京都立神経病院　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)] 医療法人花咲会レストア川崎　療養部，[7)] 元埼玉医科大学短期大学　看護学科

Ⅰ．はじめに

われわれ研究メンバーは，看護管理職にある者と臨床看護師教育・看護基礎教育に携わっている者とで構成されており，臨床看護師の成長とその影響要因について研究を続けてきた。

臨床看護師の成長において師長の影響は大きいのではないかと考え，看護師長であり多くの師長と関わっている現職の看護部長数名を対象に，印象に残っている師長についてインタビューを行った。その結果，印象に残る師長の姿は「自分の看護観や病棟運営のポリシーを内外に常に伝え」ながら，スタッフへの姿勢は「育てよう」という姿勢であった。スタッフを育成する「職場づくり」や「スタッフ教育の方針」を持ち合わせていた[1)]。

本稿では，これまでの研究結果をふまえ，自身の成長について中堅看護師はどう感じ考えて行動しているのか，影響したものは何であると感じているのか，中堅看護師の目に映っている師長の姿はどのようであり，どのようなことを望んでいるのか，先行研究結果[1)]の検証的意味も含めて分析検討し，臨床での看護師教育に資することを目的として，インタビュー調査を行ったので報告する。

Ⅱ．研究目的

中堅看護師へのインタビューから、彼らの成長に影響したと思われる要因や経過を分析検討し，臨床での看護師教育に資する。

Ⅲ．用語の定義

1．本稿での中堅看護師とは病棟での臨床経験が４年以上ある看護師とする。
2．本稿での看護師の成長とは，看護師本人の自覚している成長であり，看護専門職としての自分の成長とする。
3．師長とは，一病棟単位の看護管理者である看護師長とする。

Ⅳ．研究方法

１．研究デザイン

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を選定し，フォーカスグループとして一堂に会する形を設定した。フォーカスグループである参集した看護師ら自身はどのように成長してきたのか，育成されたと感じているのかについて語られた内容そのものをデータとし，テーマに関し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

参加者は，関東近県の異なる設置主体で勤務する現職の看護師である。研究活動や進学，組織内での役割遂行に向けて取り組んでおり，Ｘ研究会に出席している中堅看護師6名であり，表１の通りである。以下，フォーカスメンバーとする。

３．倫理的配慮

事前にＸ研究会主催者に研究の趣旨を説明し，参加者名簿に基づき8名に対して，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，結果公表の可能性，結果公表後には，音声集録媒体，逐語録は破棄することについての説明文書とインタビュー内容を送付した。平成17年3月17日開催のＸ研究会後に参加同意の得られた6名に対してインタビューを行った。

４．データ収集と方法

１）データ収集期間：平成17年3月17日
２）データ収集内容

質問項目は先行研究結果[1)]をふまえたものに追加して，研究メンバーでの検討の結果，確認をするべきという見解に至った「希望の配属」,「異動」についても含む自身の成長に影響を及ぼしたことをインタビューできる項目とした。質問項目の6,

表１　フォーカスグループメンバー背景　　平成17年３月現在

メンバー	年令	臨床経験	設置形態	勤務先の規模（病床数）
A　氏	30代	約15年	私　立	150床
B　氏	30代	約13年	公　立	900床
C　氏	30代	約10年	公　立	500床
D　氏	30代	約10年	私　立	1100床
E　氏	20代	約４年	私　立	1100床
F　氏	30代	約10年	公　立	300床

7についてはグループダイナミクスが働くように後半に配置した。質問の順序性も検討した結果，インタビュー項目は表2の通りとなった。

3）データ収集方法

研究メンバーの中の２名がデータ収集を行った。１名が司会を担当し，他の１名は司会進行を補佐した。インタビュー項目1～5を個々に発言する形で進行した。司会は，語られる内容や考えたことを引き出すように進め，個人の発言の意志を尊重しつつも当時の状況や考えたことを，より語りやすいように，随時，説明を促しながら進行した。また，グループダイナミクスが働くように，フォーカスメンバーに対して，自分以外の人の発言中でも自由に質問や追加発言することを奨励した。項目6，7については自由な発言を促した。発言はICレコーダーを用いて音声収録した。

4）分析期間

平成17年4月より平成18年10月までに月１～2回の分析検討を行った。

5）分析方法

逐語録に起こしたものを用い，研究メンバー全員で発言者の語る質問項目に沿った発言を看護師としての成長に何がどのように関連しているか，時間の経過や出来事に対する心理状態や考え，発言の意味を何度も確認していった。①インタビュー項目毎に内容や出来事，背景や文脈を確認し，内容のエキスを生かして表現し，本人の言葉を要約しデータとした。何度も検討し，成長に共通するものや影響があると確認されたものを「要約データ」として確定した。②要約データから看護師の成長過程や成長に関連する背景，臨床現場での指導，師長の姿に注目し，解釈していった。③また，先行研究結果[1]との比較検討を行った。

5．信頼性・妥当性の確保

フォーカスメンバーの勤務する設置主体は，都道府県立，市立病院等の公立病院，公立・私立大学病院，法人等の私立病院であり，ベッド数も150床～1100床とさまざまな病床数を持つ設置主体に勤務する看護師を対象にしたことから，ある偏った環境に由来する発言ではない可能性が大きい。

要約データの決定や解釈内容の決定では，逐語録に何度も戻り，発言の意味，意図の確認，臨床現場での指導について確認し，研究メンバー全員でコンセンサスを得ていった。研究計画，分析の過程では，質的研究において経験実績のある社会学者より継続的スーパーバイズを受けた。

V．結果

音声収録時間は1時間56分であった。質問項目1～4に対しては個人的な経験や思いが発言され，質問項目5, 6については自由に発言がなされ，他の意見に同調したり，具体例を出しながら表現されていた。原則的には質問項目毎に発言された内容と関連すると判断された内容の要約を作成し，看護師の成長を促進することとの関連で解釈された内容を表に示した。

1．新人の時の配属希望と実際の受け止め

新人の時の配属希望とその思いや状況は表3の通りである。配属先が希望通りでない場合には，初めは嫌だと感じるようだが，新人の時には覚える仕事も多く余裕のない状態であり，受け入れる環境について本人が良いと感じられれば，そのまま勤務し続ける可能性がある。B氏の体験のように，先輩を反面教師のように見えると異動の希望につながり，受け入れる人的環境はその環境に居続けるか否かに影響することが示唆された。

表２　中堅看護師へのインタビュー項目

	内　　容
1	新人の時希望通りの配属でしたか。期待どおりでしたか，どんな時にそう思いましたか。
2	院内異動の経験はありますか。異動の理由は何ですか。その結果どうでしたか。
3	退職したのはなぜですか。
4	進学・資格をとろうと思ったのはなぜですか。
5	今までに育ててもらった印象はありますか。どのような影響をうけましたか。
6	印象に残った師長はいますか。どんな師長ですか。
7	理想の師長はどんな師長ですか。師長になったらどのような師長になりたいですか。

２．異動希望・退職希望の背景

フォーカスメンバーの6名全員に共通するのは，就職して2～3年を経過した時期に，徐々に自分の行っている看護について疑問を感じるようになって行くことである。（表4,5参照）例えば，Ｅ氏のように「患者さんを見ていない」，「流れの手伝いをしているだけ」，「このままじゃいけない」という気持ちを持ち，Ｆ氏のように4年目であっても「4年目なのにできないともんもんとした」とあり，Ａ氏は5年目であっても，「看護師なんだけど何も援助ができなくって」と感じていた。また，ほとんどのフォーカスメンバーは退職を考えた経験を持ち，異動希望や退職希望の背景には「忙しすぎる」という言葉や「達成感がない」という言葉もあり，忙しすぎると認識されると燃え尽きることにつながり，退職につながっていることが伺える。

また，Ｆ氏の発言から「勉強したいという思い」を受け入れてもらえずに退職する場合もある。これは，学習をすることを組織から歓迎されない可能性があり，看護師を続けながら何らかの学習をする難しさが伺われる。

これらのデータから，4～5年を経過しても一人前の看護師として自分を認められなかったり，自信を持てないままに苦しみ，退職や異動希望につながっていることが伺える。

３．育ててもらった印象とその影響

「今までに育ててもらった印象はありますか。どんな影響を受けましたか。」という質問に対して，Ｇ先生主催の看護を研究するＸ研究会をあげた者は3名，「看護師長」をあげた者は2名，「同じテーマを勉強する仲間とのディスカッション」，「患者さんとの相互関係」，「師長，先輩，同僚，後輩はどれも一つの勉強」という者は1名であった。（表6参照）

Ｆ氏の言葉によれば，技術面をプリセプターからその都度教えてもらったと言うもののメンタルな面は教わっていないと言い，プリセプターから育ててもらったとは認識しておらず，育てるという意味には精神的な意味を含めていることが伺われる。同様に，Ｂ氏やＣ氏は，師長からやさしい言葉を掛けてもらったり，温かく見守ってもらったり，できたところをほめてもらい，間違ったことは厳しい口調で指摘されたりしたことで，「嬉しかったり勇気づけられ」，師長から育ててもらったと認識している。師長がＢ氏やＣ氏のあり様に注目しており精神・心理的なサポートを受けたことを「育ててもらった」と認識しているようである。

「育ててもらったもの」は2種類に大別された。一つは日々の臨床の場においてであり，「患者さんとの関わり」，「師長や同じ看護師同士からの技術面・精神面のサポートを受けること」で育って

表３　新人の時の配属希望と思い

メンバー	配属希望	要約データ	解　釈
Ａ　氏	希望外	新人の時希望の配属ではなく外科であったが，１年で内科に回された。そういうシステムだった。別にそんなもんかなあと，あっという間に終わちゃったかなって感じ。外科を経験したっていう感じはあまりない。その結果どうということは具体的にはわからない。	希望の配属でないと初めはモチベーションが下がる場合もあるが，新しいことを覚えることに必死であり，こういうものかと思い夢中で仕事をするようだ。
Ｂ　氏	希望外	希望ではなかった。こうなっちゃいけないという人がたくさんいて反面教師のように，自分をなだめつつ過ごした１年だった。技術ができないって言われて，プレッシャーだった。１年で院内異動を希望しました。	
Ｃ　氏	希望外	希望通りではなかった。配属されたときにしまった，と思ってたんですけど，まあ何かそれなりに仕事を続けた。	また，受け入れる環境がよければ希望の配属であってもなくても，満足してやっていけるようだ。
Ｄ　氏	希望外	希望どおりではなかったので，すごい嫌だった。でも目先のことばかりしか考えない，だから，期待通りかどうかっていうのは別にまあ，こんなもんかなあって感じで過ごしてた。	
Ｅ　氏	希望外	希望の配属では全くなかったが冷たく見えた看護師さんたちがすごく優しくて逆にすごいよかった。２年目３年目とやってきて慣れてきた。	１，２年目は余裕はなく業務に精一杯な状況であるようだ。
Ｆ　氏	希望	希望の配属でした。期待通りということではなかったというか，不満を感じていたわけでもなくそういう余裕がなかった。	
		１年生，２年生はまだ業務に精一杯なところが多いんじゃないですか。特に１年生は。	

きたと認識していることが示唆された。もう一つは，臨床現場から離れて，「職業である看護についてディスカッションしたり，学習・研究すること」であった。A氏の言葉にあるように（表9参照），「自分の思うところを言語化できたことによって自分の中にストンと落ちた。違う視点から臨床を見られることになって乗り越えられた」とあり，疑問に思うことやできないと思うことに向き合い，仲間とディスカッションすることにより，アイデンティティの危機を乗り越えられ育ってきたと認識していることが伺われた。

看護研究を行えば看護師は育つとも言えないようである。D氏の経験のように（表9参照），院内研究の指導者にテーマを変えられてしまい，不本意な達成感のない研究となり，研究について悪しき印象を持つ場合もある。研究指導を行う者の力量によって研究者のやる気に影響したことが伺える。

研究指導を行う者の力量に関しては，G先生の主催する看護研究会での助言や運営，研究会のメンバーらの助言が少なからずフォーカスメンバーの成長に影響していることが伺われる。B氏やE

表４　院内異動経験の有無と思い

メンバー	院内異動経験	要約データ	解　釈
A　氏	あり（組織的）	外科に入って１年で内科に異動した。異動は院内で決められていたこと。外科と内科ではすいぶん流れが違うなっていうのは感じた。	忙しすぎるとバーンアウト気味になり，退職につながる。
B　氏	あり（希望）	こうなっちゃいけないという人がたくさんいて反面教師のように自分をなだめつつ過ごした１年だった。技術ができないって言われて，プレッシャーだった。１年で院内異動を希望しました。内科に異動してケアのポイントとかいろいろなことが勉強できたんだけれども，やっぱり忙しすぎて今度はバーンナウト気味になって，退職した。	組織の推薦による役割にはまり退職を思いとどまる。
C　氏	なし		目標となる師長のいる職場に異動希望を出す。
D　氏	なし	なし　２年目と３年目に異動希望を出したが断られた。４年目は出し忘れたら厚労省のＡ研修に推薦されＡの資格を取った。それがよかった。辞めたい思ったことは多々あったが，もう少しお世話になろうかなと思った。	３年目あたりになると，これまでやってきた看護に疑問を感じてくる。
E　氏	異動希望提出中	２年目３年目とやってきて慣れてきた。忙しいけど・・。４年目になって気づいたときに，ちゃんと患者さんをみてないじゃないかっていう・・。自分の思っている看護をしようとは思っているんですけどやっぱり時間がないし，業務優先。ただ流れの手伝いをしているっていうか，自分の心がなくなるというか，もう，ちょっとこのままじゃいけないんじゃないかって思い始めてＥＥ師長のところに異動したいと希望を出しました。その師長は私の中ではすごいいい師長で，スタッフのこともすごいよく見てたし，一人一人の患者さんのことも分かってたし，相談しやすかった。	患者さんを見てない。心がなくなる。流れの手伝いをしているだけ。このままじゃいけないなどど感じている。
F　氏	あり（希望）	達成感が少なく，希望して４年目に外科に異動しました。４年目はすごいもんもんとした１年を過ごしていて，プリセプターをやったんですけど４年目なのにできないっていう思いが強くって，それが何なのかも分からないし，自分がどうしたらいいのかもわからないしみたいな，異動して環境が変わったっていうのが一つあるとは思うんですけど，同時に研究も始めたので考える考え方，物事の見方っていうのが少しは冷静に考えられるようになったりとか消化できるようになって来たのかなあ。そういうメンタルなことを（職場で）教えてもらった印象はあんまりないですね。（そろそろ，異動といわれた）	異動を希望する理由は現状を変えたい。 希望して異動したが環境が変わりプリセプターもやるが，４年目なのにできないともんもんとした。

表５　退職理由

メンバー	退職経験の有無（勤務年数）	要約データ	解　釈
A　氏	あり（５年）	自分は看護師なんだけど何にも援助ができてなくって・・，燃え尽きてしまった感があって，５年で退職しました。その後，再就職。	何も援助ができてない。燃え尽きた。５年で退職
B　氏	あり（３年）	内科に異動してケアのポイントとかいろいろなことが勉強できたんだけれども，やっぱり忙しすぎて今度はバーンナウト気味になって，私生活こともあって３年で退職しました。その後，数ヶ月でＢ大病院へ再就職。	忙しすぎて燃え尽きた。私生活も関連して３年で退職。
C　氏	あり（２年）	奨学金の関係で２年で退職し臨床工学士の学校へ行った。外科に勤務しているときに機械がわからなくてこのままじゃまずいという危機感があって，興味のあった臨床工学士をとろうと思い進学しました。ＭＥの勉強をして，機械を見ているよりは患者さんと一緒にいたいっていうのが理由で看護師として再就職した。	臨床と学校で習った看護とのギャップを埋める答えは出ないまま，勤務の縛りが解かれて，機械についてわからない危機感を感じたことと自分の興味でＭＥの学校に行った。２年で退職。
		外科の病棟で集中治療室でバイタルサインをとって，もうそれだけみたいな。本当にその人を人として見ていなかったと思うんですよ。今，考えると。そのときに「学校で教わった看護ってこうだったかな」と思った。「何か，納得できない」というか・・。「何か，違うのかも」とか「ギャップを感じた」のがありました。	
D　氏	なし		
E　氏	なし		
F　氏	あり（７年）	退職は７年たったときにした。脳外科に移って２年目になったころに研究会に入った。そのころ勉強したいなという気持ちが芽ばえた頃で，結構師長さんからやる気のある人みたいに見られたらしく，たたかれた印象をもっている。勉強したいっていう純粋な思いを受け入れてもらえないんだったら辞めちゃった方がいいなと。	勉強したいという思いを受け入れてもらえず退職。

表6　育ててもらった印象と思い

メンバー	要約データ	解　釈
A　氏	師長に育ててもらった感じはない。患者さんとの相互関係で育ててもらった。同じテーマを勉強する仲間との討議で育ててもらった。Ｇ先生の会で研究することで自分が変わってきた。	師長とプリセプターに育ててもらったという印象はない。
B　氏	Ｂ大の師長に温かく見守ってもらった。よく頑張っているわねとか，声を掛けてもらって，すごく嬉しかった。	師長に育ててもらった印象もある。
C　氏	Ａ大の師長は口調の厳しい方で間違ったところは指摘して，できたところはほめてくれた。最初の師長さんで事故報告なんかでは厳しく面接されたが勇気づけられたりなんかで育てていただいた。	患者のかかわりの中や同僚との討議や勉強会で育ててもらった。
D　氏		
E　氏	師長，先輩，同期，後輩　いいことはいい，こうはしたくないと，どれも一つの勉強だと思う。	周りの人に育ててもらっている。
F　氏	プリセプターに育ててもらった印象はない。技術的なもの実技的なものはその都度その都度先輩から教えてもらった印象があってもメンタル面は教わっていない。	プリセプターからメンタル面は教わっていない。
	呼吸器のことをたまたま勉強する機会があって，師長さんに個人的にすごく教えてもらった。いろいろ教えてもらった。	

氏のように「ケアについて深く掘り下げていて，ハッとして道が開けた」「看護とは何だのの話でびっくりした」とあり，看護を研究することの新鮮さのようなものに気づいており，同時にＧ先生から精神的なサポートも受けているようである。Ｇ先生の研究会に来るきっかけは，院内の決まり事で看護研究を行わなくてはならない立場になり，研究を行うことに不安をおぼえた者３名，現状に悩んだ状態であった者３名，何かをつかみたいと参加した者１名であり，研究の指導者を求めていた様子が伺える。Ｇ先生の研究会に参加して，それぞれに悩みや課題に向き合っている者，乗り越えた経験を語っている者が６名全員である。ディスカッションを含めた適切な研究指導に導かれて悩みを解決していることが伺われる。(表9参照)

４．進学・資格の取得の理由

大学院への進学をした者や目指す者は４人であるが，ある研究に取り組み，それを継続しようとする自分の意志が見られる。臨床経験10年前後で大学院などへの進学を考えたようである。Ｄ氏は臨床経験5～6年の頃に組織から任命されたことが嬉しく，厚労省の認定する資格取得の研修内容もおもしろいと感じ退職を止まったようである。現

表７　進学・資格取得理由

メンバー	進学・資格	要約データ	解　釈
Ａ　氏	大学院在籍中	新しい病院で２～３年して進学を考えた。きっかけはもともと関心のあったテーマの事例をまとめたことで，（中略）研究会に来て研究を楽しいと思えるようになって自然と大学院へ行きました。	関心のあるテーマを事例にまとめて研究をやりたいと思った。
Ｂ　氏	大学院在籍中	Ｂ大学病院へ行ったら，年を取った人もいて，30を過ぎた頃から専門的なことを少し深く掘り下げて，このことなら私に聞いてほしいということがあったらいいなと思った。学会に出かけて行ってＧ先生に会って，懐かしかった。研究会しているから来てみなさいって・・。	30を過ぎた頃から専門的なことを少し深く掘り下げて自分に聞いてもらえるような専門を持ちたくなった。現在院（修士）在学中。
Ｃ　氏	臨床工学士，大学院入学予定	奨学金の関係で卒業して２年で退職し臨床工学士の学校へ行った。外科に勤務しているときに機械がわからなくてこのままじゃまずいという危機感があって，興味のあった臨床工学士をとろうと思い進学しました。傷さえよくなればどんどん何でもできるようになって，スーッとか行っちゃって，一生懸命関わったのがあまりなかった。（筆者中略）やっぱり組織として専門家は必要だって強く感じて・・。病院の会議で看護部が弱い，根拠が・・，他の職種と比べて。看護師として自分が甘いんじゃないかって・・。専門職である必要があるって考えました。（筆者中略）看護っていうのは何かとか，考えて修士をとろうと思いました。	専門職ではあるが，組織として専門家が必要だと感じ，看護職としての根拠が弱く自分も甘いので学びたい（自信をつけたい）。
Ｄ　氏	厚労省認定臨床関連の資格	やめたいと思ったことは多々あったんですけれど，５年目の頃に○○の研修を厚労省でやってるから行ってみないかって言われて，その研修って全国で何人であんまり行けないものらしくて，前に行ったのが薬剤部長と師長さんでその次が私だったのが嬉しくて，行ってみたら面白かった。それで資格を取ってきて，もう少しＡ大にお世話になろうかなと。今は医療安全の幹事をやっているんですけど，改革していきたいなっていうのは思ってて，医療安全の研修の方に行ったりとか，ここに来て２年目ですけど・・。	病院からの推薦で臨床関連の資格をとった。院内の役割の関連で改革をしていきたい。
Ｅ　氏	なし		
Ｆ　氏	大学在学中	進学しようと考えています。院内の３年目研究はなんちゃって研究だったのでちゃんと研究したいなっていう感覚があって・・。できないできないと悩み続けてたけど勉強して最終的にできたりとかして，頑張ってみようかなって思って今は大学に在籍しています。	

在は組織の中での役割の関連で研究を行うという明確な意志を持っている。臨床経験約4年のＥ氏には現在のところ進学の希望はないようである。（表7参照）

進学も，研究を行おうとすることも一つの成長の姿と考えられるが，臨床経験5年以降になってから，進学や役割や研究に打ち込む傾向があることが示唆された。

しかし，単に経験年数で自動的に明確な学習意欲が芽ばえるとは言えず，その過程で経験できたことにより芽ばえるようである。Ａ氏の「研究を楽しいと思えるようになって」という言葉からは，研究に取り組んできた経緯の中で楽しいと思える経験がある。（表7参照）また，Ｃ氏のように「専門家が必要，看護の根拠が弱い」という発言の背景には病院の会議に出席した経験からそのように感じている。（表9参照）これは，組織の中での役割を果たす中での経験により感じられたことである。Ｂ氏の場合は，「Ｂ大病院には年をとった人（看護師）もいて，30を過ぎた頃から専門的なことを掘り下げて，自分に聞いてもらえるような専門を持ちたくなった」とあり，所属する病棟の人的環境からも影響を受けているようである。（表7参照）

５．師長の姿

「印象に残った師長はいますか。どんな師長でしたか。」「理想の師長はどんな師長ですか。」と

表８　印象に残る師長・理想の師長

メンバー	要約データ	理想の師長・よい印象の師長		
Ａ　氏	前向きな人　もうちょっとこれ調べてみない？活気づく。業務だけに追われていると落ち込んで暗くなる。経験だけでものを言う人はだめ，理論と実際のバランスのいい人。	前向きな人，業務だけの追われないように。	声を掛けてくれる	見守ってもらった。声をかけてもらってうれしかった。
Ｂ　氏	患者がどういう状態か全て知っている。インシデントがあったときに責めるのではなく，やんわり，これ教えてちょうだい。人を使うのがうまい人。先生たちともコンタクトうまい。スタッフの言いたい医師側への要望などをうまく言ってくれる。適材適所。	スタッフをよく見ていて状態とか変化とか知っている，スタッフを思っている，いいことも悪いことも言ってくれる。	相談しやすい	理論と実際のバランスのいいひと。
Ｃ　氏	スタッフをみてくれる人，言ってくれる人。病棟にいない。いままでやってきたことを変えられるっていうのにすごい抵抗を感じるんじゃないか，○○を入れてやっていきましょうといってるのに，関係ない話して，的があわない，ずれてるんです。		患者をよく知っている	インシデントも責めるのではなくやんわりとこれ教えてちょうだい。
Ｄ　氏	スタッフをみてくれる師長さん。師長は主任に目をかけてあげれば主任がスタッフを見るって聞いたことがあるけど，そうじゃなくって，うちらの状態の変化とかが分かる人，いいことも悪いことも言ってくれる人，スタッフのことを思っている師長。		適材適所	スタッフの要望を医師にうまくいってくれる人。
Ｅ　氏	前の師長はいい師長でスタッフのこともすっごくよく見ていたと思うし，患者さんとあまりふれあわないのにちゃんと一人一人の患者さんをわかっていた。相談しやすかった。今の師長は勉強しているがスタッフに無関心なんじゃないかとすごく感じる。			
		よくない印象の師長		
Ｆ　氏	看護のためになるっていうふうな考え方は毛頭ない感じ。感染のこと，すごい問題になってるのに。不潔だし感染源として危ないって言っても，大丈夫だからそれでやってって・・。	勉強していてもスタッフに無関心な人	病棟にいない	的がすれている人
	ヒヤリハットは責めるために書かせてるんじゃないからって口で言いつつも「ちょっとこれどういうこと，あなたのせいよ」って。スタッフが困ってるんですって言ってもあなたたちやってちょうだいよって言いつつ，重症は誰あげたらいいかしらってスタッフに聞いてくる。病棟にいない。	インシデントをせめる	こわかった	自分の経験だけを押し付け，論理的に説明できない。
	入職した時の師長さんは入ってくると10年目の先輩も空気が固まるぐらいピリピリしていて，意識的にしていたらしいがこわかった。毎日毎日説教する師長だった。	責任を押しつける人	提案しているのに取り合わない	

表９　研究に対する思い

メンバー	要約データ	解　釈
A　氏	○○はもともと関心があって，バーンアウトしたのもそれだったので，その症例をまとめて，納得のいくまで研究できた。今，思えばはちゃめちゃだったと思うんですけど，納得ができたって言うか自分が思ってたところを言語化できたっていうか，言語化したことによって自分の中にストンと落ちた。この先ずっと研究を続けていきたいなと思って。G先生と出会って，研究することによって，自分自身がこう変わったきっかけになったっていう印象はあるんですけど。	違う視点で臨床を見られるようになりバーンアウトを乗り越えられた。
	自分は看護師なんだけど何も援助ができない・・。本当は看護師じゃなくってちがう職業の方が向いているんじゃないかっていうのがずーっと７，８年持ってて，何が変えたかっていうと研究をしていったら，違う視点から臨床をみられるようになって，・・いつのまにか乗り越えられた。自分が看護師でいていいんだって思えた。	できない，もんもんなど，アイデンティティーの危機がどの人も訪れるその打開に悩む。
B　氏	30を過ぎた頃から専門的なことを少し深く掘り下げて，このことなら私に聞いてほしいということがあったらいいなと思った。学会に出かけて行ってG先生に会って，懐かしかった。研究会しているから来てみなさいって・・。ケアについて深く掘り下げていこうとしている。「はっ」としたっていうか，道が開けたっていうか，感謝しています。 研究会をやってるって聞いて，ちょうど病棟の（看護）研究を始めた時だったので，じゃあぜひお願いしますってかんじで。	ケアについて深く掘り下げていけば「ハッ」として道が開けた。 院内研究でアドバイザーの研究になって嫌になった。
C　氏	学校で教わった看護ってこうだったかな。納得できない。なんか違うのかも，ギャップを感じた。	
	奨学金の関係で２年で退職し臨床工学士の学校へ行った。外科に勤務しているときに機械がわからなくてこのままじゃまずいという危機感があって，興味のあった臨床工学士をとろうと思い進学しました。傷さえよくなればどんどん何でもできるようになって，スーッとか行っちゃって，一生懸命関わったのがあまりなかった。（筆者中略）やっぱり組織として専門家は必要だって強く感じて・・。病院の会議で看護部が弱い，根拠が・・，他の職種と比べて。看護師として自分が甘いんじゃないかって・・。専門職である必要があるって考えました。（筆者中略）看護っていうのは何かとか，考えて修士をとろうと思いました。	ちゃんと教えてくれると思った。 研究会で看護とは何かを話すことで成長できると思った。
D　氏	今は医療安全の幹事をやっているんですけど，改革していきたいなっていうのは思ってて。一応医療安全の方で一つ研究をしたいと思ったんです。前の研究でアドバイザーを病院でつけてもらったんだけど，アドバイザーさんの研究になっちゃったんですよ。直されちゃって，最終的に。すっごい嫌だと思って。だからぶっちゃけて言うとまた先生に直されるのが嫌だった。	研究しながら自分なりに消化できた。
E　氏	研究会では看護とは何だのの話しでびっくりした。研究を学生の時にちゃんとやっていないのでやらなくてはと。先輩のすすめで。	院内の研究で迷う，指導者を求める。
F　氏	４年たつ２ヶ月前に移動しますかって聞かれて，何か達成感がなくってと答えた，一人前になっていないって自分で思っていた。院内の３年目の研究はなんちゃって研究だよなと思って，研究会で研究する中で分からなかったことが分かっていくこととととか，できない，できないって悩み続けてたけどできたり，ここに来ている人もすごく勉強している人たちばかりなので感化されて。G先生だったらちゃんと教えてくれるじゃないかなと思った。大学院へ進学しようと考えている。	言語化・表現が難しい。
	４年目の時にプリセプタををやったんですけど自分ができないできないっていうのがすごい思いが強くって４年目なのにできない。ずっともんもんとしていてしれが何なのかも分かんないし自分がどうしたらいいのかもわからないしみたいな，看護師にむいていないんじゃないか・・。異動して環境が変わったっていうのが一つあるとは思う。同時に研究も始めてものごとの見方っていうのが少しは冷静に考えられるようになったりだとか，自分なりに消化したり考えたりすることができるようになったっていう気がする。	

いう質問に対するフォーカスメンバーの発言をまとめた結果は表8の通りとなった。

理想の師長・よい印象の師長の姿で一番に上がった発言は，看護師（スタッフ）個人に対する面であり，複数の同様な発言があった。内容は，「スタッフをよく見ている」，「スタッフの状態とか変化とか知っている」，「いい事も悪い事も言ってくれる」，「スタッフを思っている」，「声を掛けてくれる」，「相談しやすい」，「見守ってくれる」であった。

看護の代表や管理者としての業務運営面に対するものとしては，「患者を知っている」，「インシデントを責めるのではなくやんわりと尋ねる」，「スタッフの要望を医師にうまく伝えられる」，「適材適所」，「業務だけに追われないように前向きな人」，「理論と実際のバランスのいい人」であった。

よくない印象の師長の姿としては，「勉強していてもスタッフに無関心」，「困っているのに責任を押しつける」，「提案しても取り合わない」，「自分の経験だけを押しつけ論理的に説明できない」，「的がずれている」，「研究していない」，「こわい人」，「インシデントを責める」であった。

以上の発言から，スタッフに対しては，関心を持ち，声を掛けたり，相談しやすい姿勢，困っている時には対処する姿勢を求められていることが伺われる。看護の管理代表者として，医師に要望をうまく言え，病棟内の運営は業務だけに追われないように，自分も勉強をし，スタッフからの提案にも対処し，適材適所という運営を望んでいることが伺われる。

Ⅵ．考察

われわれは，看護基礎教育と看護管理者，および臨床看護師の教育に携わっており，いかに臨床で看護師を育成するかをテーマに研究に取り組んでいる。本研究結果より，看護師の成長過程に大きく関連したことを基に，臨床で看護師育成に携わる者として理解しておく方がよいこと，行うことについて検討した結果を述べる。

看護師の成長を考える時に，その組織を退職しないで看護師として勤務し続け成長することが望ましい成長の一つの姿であると考えられる。ベナーは「今日のナースは，熟練した臨床家すなわち見識のある知識人で，その役割の複雑性と責任からして，長期にわたる継続的な成長が必要とされる。（筆者中略）病院での看護実践における臨床知識の開発のために，また直接患者ケアに当たる場でのキャリア開発のために，患者のベッドサイドにいる卓越した臨床ナースに報酬を与え…。」と臨床でのキャリア開発の重要性を唱えている。[2)]

新人看護師を受け入れる側として，その成長の過程と時期をとらえた臨床現場での関わりは重要であるため検討した。

１．新人～2年目の看護師に対して

希望の配属でないと初めはモチベーションが下がる場合もあるが，１，２年目では余裕がなく業務に精一杯な状況でもあり，受け入れが好意的であるなど，人的環境がよければやっていけるようだ。しかし，個人差はあるものの徐々に自分の考えを持つようになり「看護ってこうだったかな」と納得できないギャップを感じ始めるようである。それは徐々に大きくなっていくことが示唆されている。

管理者や師長を遠い存在のように見えていたり，関心を持ってもらっていないように感じられることはマイナスに作用し，現にＥ氏はよいと思う師長の部署への異動希望を出している（表4)。そのような悩む状況になっているのかいないのか管理者は声を掛けるなど把握し，疑問の内容に臨床現場で答える仕組みを整えたり，管理者自身が答えるなど，看護師の行っていることが臨床看護として納得し勤務できるように，説明をする必要があると考えられた。

２．3～5年目の看護師に対してと看護研究について

3年を経過すると一人前と思われる部分も多くなってくるが，本研究結果では5年目になってももんもんと悩み（Ｆ氏)，何にもできなくて，看護師に向いていないんじゃないか（Ａ氏）と思い，忙しさもあり燃え尽きた感もあり，退職をしている。忙しさに対しての手当は必要と考える。問題は3年，5年を経過してもできないと悩んでいたり，患者さんと向き合っていないと悩んでいる現実である。6名のうち4名はそれぞれに悩みを発言しており，自信がない，看護師に向いていないなどと悩むことは特別なことではないことが示唆される。それは，退職にもつながっている。

本研究結果では，師長から「育ててもらった」

と認識しているファーカスメンバーが半数以上いることや患者との関わりにより育ててもらったと認識していることから，やはり，師長の影響力は大きいと考える。師長は看護師の成長を考え，できていることや良いことは良い，悪いことは悪いと伝え，その看護師が自分の良い点できている点と不足している点を知り，できている点は自信を持って看護できるようにすることによって看護師は成長するものであることが示唆されたと考える。そのためには，師長は看護師の患者との関わりや仕事ぶりを把握する必要も生じる。3年目以上の経験を持っていても悩みを持っている事が多いこと，師長の声かけや確認相談体制はスタッフのうれしさや勇気づけられることにつながること，そのような感情が成長につながることを看護管理者は自覚する必要がある。

また，3年を経過すると看護研究を課すシステムがあるが，研究をどのように行うかについて迷い，指導を求めていたことが6名全員に共通していると考えられた。例えばD氏のように，院内での指導者にテーマを変更させられた経験は成長にマイナスとなり，再び，指導者からテーマを変更させられるのはないかと研究に着手することをためらっていた例もある。研究とは自分の疑問に思っていることや調べたい思いを言語化することである。A氏は，「言語化して初めて臨床を違った視点で見られた」，F氏は「できないと思っていたことができるようになったり消化できた」とある。

しかし，臨床の現場は行っている看護を十分に考え，言語化できているだろうか。じっくり考える間もなく行うべき事が多く，流れているのが現状ではないかと考えられた。そのような現実ではやはり看護師だけでの研究は極めて困難であろう。研究会などで思いを言語化し，ディスカッションし，その精度を高め，調べる・学習する，助言をもらい研究するというプロセスが必要であり，そのプロセスの後に納得する結果が得られ，悩みを乗り越えられると考える。

野中は，知識創造のための「場」の重要性を以下のように述べている。

「組織それ自体は知識を創ることはできない。個人の持つ暗黙知が組織的知識創造の基礎であり，新しい知識の豊かな未開拓の源泉であるから，そこに焦点を当てることで知識創造プロセスを始めるのは当然であろう。しかし，暗黙知は簡単に他人に伝えることはできない。それは体験によって獲得され，言葉にするのは容易ではないからである。したがって，経歴，ものの見方，動機が異なる複数の個人間での暗黙知の共有が，組織的知識創造を起こすためのきわめて重要なステップとなる。そして，個人の感情，想い，メンタル・モデルの共有が，相互信頼を築くために必要である。

共有が起こるためには，個人が直接対話を通じて相互に作用しあう『場』が必要である。体験を共有し，身体的・精神的なリズムを一致させるのが，この『場』なのである。」[3)]

このような「場」があってこそ，思いを表出し，共有でき，ディスカッションすることで言語化することができるものと考える。研究会はそのような場でなくてはならない。

看護師自身が実践の場で疑問に思っていることを研究することは，臨床の看護を違った視点から見ることができるようになったり，業務に埋没することなく，悩みを乗り越え成長することにつながるが，継続して適切な指導が受けられなかったりディスカッションできる環境がない場合には看護師の負担となり達成感も得られずマイナスに作用する可能性が大きくなると考えられる。

3年の臨床経験を持ってもまだまだ疑問があるという認識の上に，組織として支援方法を整備する必要があると考える。

3．5年目以降の看護師に対して

5年目以上の臨床経験を持っていても悩みは持っており，依然として退職につながることが発言されていた。しかし，組織の中で役割を与えられ前向きに取り組む姿勢も見られている。例えば，D氏のように厚労省の研修に任命され，それを嬉しく思い，研修に行ってみるとおもしろく，退職を思いとどまり，その後も役割遂行にむけて研究に取り組んでいる例もある。その一方で，F氏のように看護に対する提案や学習の申し入れを断られ退職となっている。しかし，研究は続けている。また，B氏，C氏も役割により看護の専門性を極める必要を感じ，提案したり進学をすることになっている。

これらのことから，5年目以降になってくると行いたいことや目指すことが見えて提案したり，組織の中での役割を遂行しようと安定してくる一

方で，やはり組織との考え方との違いにより退職することもある。

看護管理者としては，その看護師の目標と組織の目標に関する話し合いを行いつつ，組織と個人のニードを生かす方法を模索する必要があると考える。

4．師長の姿

われわれは臨床での看護師育成に師長の関わりは大きいという立場であるが，ベナーは「キャリア開発にとっては，特定の書面による方針や，新たにつくられた給与体系よりも，組織の支援構造のほうがよりいっそう重要であろう。」[4] と述べ，組織での支援構造の整備を唱えている。師長の看護師への支援はその支援構造の中核となるものと考えられる。

以前われわれが調査した「現職の看護部長がみる望ましい看護師長の姿」と本研究結果から得られた師長の姿では，どのような相違点があるか比較した。

本研究結果として出された「スタッフをよく見ている」，「スタッフの状態とか変化とか知っている」，「いい事も悪い事も言ってくれる」，「スタッフを思っている」，「声を掛けてくれる」，「相談しやすい」，「見守ってくれる」，「困っているのに責任を押しつける」は，われわれの先行研究結果の小概念（ゴシック体で表した）として抽出された**スタッフ把握**の中の**スタッフと看護（困っているところ，できているところ）の状態観察，良いことも悪いことも根拠を持ちその場で指摘**はまさに該当すると考えられる。同様に，先行研究での小概念として抽出された**仕事は任せ防波堤になる**の意味として「見守ってくれる」は同じ意味として該当し，「困っているのに責任を押しつける（よくない印象の師長）」ことは，防波堤になっていないことを表しており，同じニュアンスを含むものであると考える。

本研究結果では，「患者を知っている」，「インシデントを責めるのではなくやんわりと尋ねる」，「スタッフの要望を医師にうまく伝えられる」，「適材適所」，「業務だけに追われないように前向きな人」，「理論と実際のバランスのいい人」が**出されたが**，同様に，該当する先行研究結果は，**相手を思いやる気持ちを持っている，片目は理想，もう片方の目は足下を見ている，医師にものを言う，幹部・他部門と交渉する**であると考えられた。

よくない印象の師長の姿として出されたものは，「勉強していてもスタッフに無関心」，「提案しても取り合わない」，「自分の経験だけを押しつけ論理的に説明できない」，「的がずれている」，「研究していない」，「こわい人」，「インシデントを責める」であったが，同様に，**師長自身が勉強する，スタッフからの提案を幹部に交渉する，笑顔である**は上記のものに追加される先行研究の結果と考えられた。

本研究結果から抽出された「患者把握」については先行研究では検討段階で削除となったものと思われる。今後，師長の姿として今後の調査で検討される姿と考える。スタッフに関心を持っているという表現は**相手を思いやる気持ちを持っている，どんな相手とも人間対人間のつきあい**という結果と似通っていると考える。今後，先行研究と本研究，今後の調査をもとに表現を的確なものに洗練させなければならないと考える。

Ⅶ．おわりに

現在臨床看護に従事する看護師らは自身の成長についてどのように感じ考えて行動しているのか，看護師長の影響についてどのように感じているのかについて現役の中堅看護師 6 名のフォーカスグループよりインタビュー調査を行った。その結果，次のことが示唆された。

1．新人の時の配属先が希望通りでない場合には，初めは嫌だと感じるようだが，新人の時には覚える仕事も多く余裕のない状態であり，受け入れる人的環境について本人が良いと感じられれば，そのまま勤務し続ける可能性がある。

2．フォーカスメンバーの全員に共通するのは就職して2～3年を経過する間に，徐々に自分の行っている看護について疑問を感じるようになって行く。4～5年目であっても，自信が持てない，できないと感じる場合がある。また，ほとんどのフォーカスメンバーは退職を考えた経験を持ち，異動希望や退職希望の背景には「忙しすぎる」という言葉や「達成感がない」という思いがある。師長や患者との関わり，研究会でのディスカッションで育てられたと認識しており，師長の声掛けや継続したディスカッションの場や適切な研究指導は，

臨床を違った視点から見直すことができたり，消化できたりと悩みの解決のために有効であることが示唆された。

３．のぞましい師長の姿は，スタッフに対して関心を持ち，声を掛けたり，相談しやすい姿勢，困っている時には対処する姿勢を求められていることが伺われる。看護の管理代表者として，医師に要望をうまく言え，病棟内の運営は業務だけに追われないように，自分も勉強をし，スタッフからの提案にも対処し，適材適所という運営を望まれていることが伺われる。

以上のことから，看護師が勤務を継続でき，成長するためには師長の支援や継続した適切な研究支援などが必要である。看護師を育成する臨床現場（病棟）での整備や具体的手だてを看護師は求めていることが示唆された。

本研究は６名のフォーカスグループインタビューによる結果であり検証を続ける必要があり，今後も調査・追究を続ける予定である。

文　献

１）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；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，自治医科大学看護学部紀要４，17-28,2007.

２）Patricia Benner著，井部俊子ほか訳；ベナー看護論，p125，医学書院，1992.

３）野中郁次郎，竹中弘高；知識創造企業，p126，東洋経済，1996.

４）２）前掲書，p127

５）水野節夫；事例分析への挑戦，東信堂，2000.

６）井部俊子，中西睦子監修；看護管理テキスト４看護における人的資源活用論，日本看護協会出版会，2006.

７）井部俊子，中西睦子監修；看護管理テキスト４看護における人的資源活用論，日本看護協会出版会，2006.

看護学領域共同研究報告

研究課題：**チューブ型感圧センサーを用いた体動検知装置の実用化に向けた基礎的研究**

共同研究組織：基礎看護学領域
代表者　川上　　勝（看護学部　助教）
分担者　大久保祐子（看護学部　准教授）
　　角田こずえ（看護学部　助教）
　　宇城　　令（看護学部　助教）
　　里光やよい（看護学部　講師）
　　真砂　涼子（看護学部　准教授）
　　岩永　秀子（看護学部　教授）

Ⅰ　はじめに

近年，ベッドからの転落事故を防止するために，ベッド上で生活している人の動きを感知するための装置が数多く市販されている。しかし，これらの装置ではベッド上でどのような動きをしているのかは正確には把握できない。

これまでに，比較的廉価な広範囲の圧力変化の計測が可能となるチューブ型感圧センサー（以下，センサー）を考案した。現在，それを応用したベッド上での体の動きを把握する装置の実用化を目指している。本研究では，考案したセンサーの基本性能を確認し，ベッド上における基本姿勢である仰臥位でのマットレス下に加わる力の分布が把握可能かを検討した。

Ⅱ　研究方法

１．センサーの基本性能の検討

センサーはチューブ（シリコン製，直径2cm，長さ60cm）の両端を栓で密封した構造体である。一方の栓には，超小型圧力測定器が埋め込まれている。チューブの長さや直径は，マットレスの下に設置することを前提に，寝返りによる臥床位置の変化や臥床者の背部への負担を考慮し設定した。センサーをマットレスとベッドの間に設置し，荷重（5～25kgf）に対する出力値を測定した。製作した全てのセンサーを用いて荷重に対する出力値を確認した。

２．仰臥位でのマットレスに加わる力の分布

研究協力に同意の得られた健康成人男性３名（年齢：20～30歳代前半）を対象とした。測定環境の温度・湿度は一定にした。より効率的に測定するために，センサー６本を等間隔で平行に並べたセンサーシートを製作した。各センサーの長軸方向が対象者の矢状面に直交（前額面に平行）するように，マットレスとベッドの間に設置した。対象者は，指定した運動着に更衣した後，頭頂がヘッドボードの中央に接触する位　　置でベッド上仰臥位となった。ヘッドボードから肩峰外側部，上前腸骨棘，大転子部，膝部，踵部までのそれぞれの距離を計測し，記録した。対象者には，測定中は合図をするまで身体を動かさないように伝えた。各センサーは多チャンネルひずみ測定器に接続し，各センサーからの出力値を読み取り記録した。

３．倫理的配慮

対象者には研究の概要に加え，研究への不参加が不利益にならないことや途中で止めることができること，背部違和感などがあった場合は速やかに報告すること，データの分析や結果の公表について文書と口頭で説明した。

Ⅲ　研究結果・考察

１．チューブ型感圧センサーの基本性能

荷重5～25kgfの範囲において，荷重に対する出力値はほぼ比例して増加した。また，感圧センサーではあるが，同じ荷重ならば，錘とマットレスとの接触面積が違っていても出力値はほぼ一定だった。このことから，センサーをマットレスとベッドの間に設置した場合，マットレス上の荷重が25kgf以下であれば，考案したセンサーの出力からマットレス上にある物体の重さを推定できることが示唆された。また，センサーによって感度の違いは見られなかった。したがって，センサーを手作業で製作したとしても，その性能には大きな差は無く，複数センサーの同時使用は可能であると考える。

２．臥位でのマットレスに加わる力の分布

仰臥位において，マットレスの肩や背部中央，腰，膝下付近，踵に位置する部分には大きな荷重がかかり，頭部を含めそれ以外の位置では荷重が小さかった。このような分布の特徴は，これまでに報告されている身体各部の体重に対する比率の分布とほぼ等しい。したがって，考案したセンサーによって，安静仰臥位におけるマットレス下に加わる力の傾向を把握することが可能であると考

えられた。

Ⅳ　おわりに

今後，ベッド上での体動の推定方法を確立するために，仰臥位以外の姿勢や寝返り，起上り動作でのマットレス下に加わる力の特徴を明らかにする。また，臥床者の性別や体格の違いと荷重分布との関連を検討していく。

研究課題：**へき地で働く看護職への生涯教育支援に関する研究**
共同研究組織：地域看護学領域
代表者　工藤奈織美（看護学部　講師）
分担者　春山　早苗（看護学部　教授）
鈴木久美子（看護学部　講師）
塚本　友栄（看護学部　講師）
舟迫　　香（看護学部　助教）
青木さぎ里（看護学部　助教）
渡邉　芳江（日光市民病院　看護部長）
上野　広美（西吾妻福祉病院　看護部長）
山田　明美（大学院看護学研究科1年）
塩ノ谷朱美（大学院看護学研究科2年）

Ⅰ　はじめに

日本看護協会の看護者の倫理綱領の中に，「看護者は，常に，個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める」という一文がある。つまり，看護者は常に研鑽に励み，学習し続けることが必要であることが明記されている。

へき地看護活動を担う看護職は，へき地診療所やへき地医療支援病院，市町村，介護関係施設等に勤務しているが，どの施設においても看護職は多いとは言えない現状であると推察される。全国のへき地診療所調査の結果では，診療所に常勤の看護師が0人と回答したところが15％弱，1人が3割を超えていた[1)]。また，看護活動を行う上での困難や課題についても調査しており，回答者の9割以上が「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」「研修研鑽の機会が不十分」[2)]と回答していた。

このことから，へき地看護活動を担う看護職が継続学習する機会を得ることが難しく，看護の専門性を活かすことの困難につながることが推測された。

本研究は，へき地で働く看護職の研修・研鑽の実態や学習課題・学習ニーズを調べ，専門職としての資質や勤労意欲の向上のために，へき地で働く看護職が生涯学習を継続していくことを可能にする条件，並びに，看護職の生涯学習を支援する方法を検討するための資料を得ることを目的として取り組んだ。

Ⅱ　研究方法

１．対象

へき地に勤務する看護職とした。

２．調査方法

１）調査１

A県のへき地に勤務する看護職に対し，研修会開催のために，希望する研修内容に関する無記名調査を実施した。回収数は95件であった。

２）調査２

へき地の看護職対象の研修会において，へき地で働く看護職の生涯学習の支援についての質問紙調査票を配布し，郵送にて回収した。調査項目は，①学習したいことの有無と内容，②学習ニーズの充足と学習方法，③生涯学習に必要と思う環境や支援，とした。回収数は９件であった。

３）調査３

調査２と同様の調査項目について，1名に面接調査を実施し，より詳細な意見を求めた。

（倫理的配慮）

調査１，２については，調査の趣旨を書面にて説明し，提出および返送をもって同意とみなした。調査３については，事前に書面にて調査の趣旨を説明して同意を得，面接時にも改めて調査協力への同意を得た。

Ⅲ　研究結果

１．希望する研修内容

調査１において，これまで開催した研修内容や最近の看護トピックス等，へき地診療所等での勤務で必要と考えられる内容を考慮して，選択肢を挙げて回答を求めた。希望する研修内容で多かったものは，「認知症と看護」41人，「メタボリック・シンドロームと生活集指導」39人，「高齢者に関わる医療・保健の最新情報」29人，「地域で働く看護職の連携について」23人，「生活習慣病予防のための食事指導」21人の順であった（表１）。

また自由記述には，「看護技術」「自宅での看護と介護の関わり」「緩和ケア」「家族看護」「医療安全」等が挙がっていた。

２．学習したいことと学習方法

調査２，３の10名について，それぞれが「学びたいことがある」と回答しており，内容は「カウンセリング技術」「診療に関すること」「看護技術」「法律と業務」などであった。

現在の学習方法について，「施設外での研修会等への参加」が5名，「関連する本から」が6名，「学習したい内容を知っている人に聞く」が3名，「インターネットから」が2名であり，「施設内での研修会への参加」と答えた者はいなかった。また，学習していないと回答したのは2名で，理由は「学ぶ環境，体制ではない」「勤務上講習会に参加できない」というものであった。

学習できない理由として，面接調査から「業務を交代してくれる人がいない」という意見が聞かれた。

表１　希望する研修内容（重複回答）　N＝95

研修内容	件数	割合（%）
認知症と看護	41	43.1
メタボリック・シンドロームと生活指導	39	41.0
高齢者に関わる医療・保健の最新情報	29	30.5
地域で働く看護職の連携について	23	24.2
生活習慣病予防のために食事指導	21	22.1
健康づくり・介護予防のための運動指導	20	21.1
へき地における画期的な看護実践の紹介	17	17.9
高齢者虐待と家族介護	16	16.8
改正介護保険法	16	16.8
地域における健康危機管理	16	16.8
（自然災害発生への対処と平時からの準備等）		
地域における健康危機管理	14	14.7
（感染症・食中毒の集団発生への対処，平時の準備等）		
看護活動の情報交換	7	7.4
リハビリテーション	6	6.3
看護研究初級編	2	2.1
その他	8	8.4

３．生涯学習に必要だと思う環境や支援

10名中9名より回答を得た。そのうち「職場の体制」を挙げた者が４名，「家族の支援」が2名，「職場や近くで学べること」が必要だと答えた者が３名，「定期的な研修会の開催」が１名と，研修会に参加するために必要と思うことに関しての意見が多かったが，「学びたい思いを実践できるための仲間が必要」という意見もあった。

「業務内での時間的余裕がない」という記述もあり，これに関しては面接調査でも「業務を見直す。業務を整理して時間を作らないと研修に行けない」と同様の意見が認められた。

また，「専門書の販売に来てくれること」という物的環境の整備を求めるものもあった。

４．へき地で働く看護職の生涯学習支援への意見

４名が記述しており，「休みがとれない」「へき地の看護師は生活が中心」「学習するには本人の強い意志が必要」「経済的，時間的支援があればよい」「身近に学べる施設や環境があるとよい」「研修会は夕方からとか，休日のほうが参加しやすい」という内容であった。

Ⅳ　考察

へき地における看護活動の特性は，診療の補助以外に，「患者・家族への助言指導」「救急時，医師不在時の対応」「関係機関との連携」「地域住民とのつながりや社会資源の把握」といった幅広い活動を実施している[3]ところにある。看護者としての専門性を高めるため，これらの活動を行うためには，やはり継続的な学習が必要であると考える。

今回の調査結果から，学びたい内容として，「カウンセリング」から「看護技術」，「法律と業務」等多岐にわたっていることがわかった。これは，へき地診療所における業務のほとんどは看護師が担っているという現状があり，幅広い活動，つまりは看護業務以外の業務も行わなければならない状況[4]であるためと推察される。さらに，へき地診療所の看護職の看護における工夫や取り組みとして，①患者とのふれあい・コミュニケーション・ゆとりを持った接し方，②地域住民との信頼関係の構築，③対象者の生活や地域の人と人とのつながりを把握，④対象者のセルフケアを増進させるための支援，⑤診療所内外でのチームワーク・連携を深める，⑥医師とのパイプ役になる・安心して診療を受けられる雰囲気づくり，⑦物品管理や業務整理による効率化，⑧地域の中での医療（診療所）の役割を考え展望を持つ，⑨安全な医療の提供，⑩その他（自己研鑽，健康管理，家庭との両立等）の10カテゴリーが抽出されている[5]。このような日常の自分が置かれた立場と役割を認識し，必要と思われる内容について学習したいと考えていることがうかがえた。

次に，上記の内容について「学びたい」というニーズを持ちつつも，「学ぶ環境，体制ではない」ため，なかなか研修会等への参加は困難である状況であることがわかった。施設内で研修会を実施しているところはほとんどない現状であろうし，おそらく研修会が開催される場所までの移動時間

も多く費やされるものと推測できる。そのためか「職場や近くで学べるところ」があるとよいという意見も見られ，さらには「定期的な研修会の開催」を希望している者もいた。前述したように，へき地診療所における看護者の人数は，常勤が0という所もあり，そのような体制下では研修会に参加するのが困難であることは想像に難くない。もし研修会という学習形態であれば，研修場所を参加しやすい所にするとか，出前研修のような形態を工夫するとか，一斉研修会ではない方法による学習支援を検討する必要があると考えた。

一方，生涯学習は研修会への参加ということだけではなく，実際回答から本やインターネット，知っている人に聞くという方法で学習していることがわかった。研修会へ出向いて学習する時間等の制約があることから，地元にいながらにして，情報や知識を獲得する方法を用いるのは当然であるし，現代のインターネット等の普及を考えれば，より推奨されるべきことであろう。しかし，「専門書の販売に来て」ほしい等，情報の入手方法に関する要望もあったことから，情報や知識を提供することだけでなく，情報収集方法の提示も必要ではないかと考えた。また，研修希望で挙がっていた「地域で働く看護職の連携」等，テーマによっては一堂に会して話し合う場が必要なものもある。研修会を情報・知識を学ぶ場としてだけではなく，人的ネットワーク構築の場と捉えるならば，そういった場の提供についても，学習支援の１つとして考慮する必要があると考える。

V　おわりに

本研究では対象が少なく，また地域も限定されているため，全国のへき地看護活動を実践している看護者の意見を反映したものではないものの，へき地で働く看護職がどのような内容を学習したいと考えているのか，その一端をうかがい知ることができた。

今回の結果をもとに調査項目を検討し，今後はへき地診療所で働く看護者を対象とした全国調査を実施することで，へき地で働く看護者の学習ニーズと，学習ニーズに応じた求められる支援方法について検討していく計画である。

文　献

１）篠澤倪子，春山早苗，岸恵美子，鈴木久美子，佐藤幸子：へき地診療所における看護活動の特性と課題～へき地診療所全国調査報告，p７，2004.
２）前掲書１)，p22.
３）前掲書１)，p17.
４）吉田明美：ミニシンポジウム「地域医療の現場で必要とされる看護師の能力と資質とは？～へき地診療所から」，地域医療フォーラム2006記録集，p61，2006.
５）前掲書１)，p27.

研究課題：**精神科における長期入院患者の退院を促進する看護に関する研究**
―精神科看護師の現状認識，使命感，悲観的な予後予測の関連について―

共同研究組織：精神看護学領域
代表者　佐藤勢津子　（看護学部　助教）
分担者　半澤　節子　（看護学部　教授）
　　谷田部佳代弥（看護学部　助教）
　　永井　優子　（看護学部　教授）

Ⅰ　はじめに

厚生労働省は，「受け入れ条件が整えば退院可能」な長期入院患者（全国推計で約70,000人）に対する退院支援を緊急の課題とし，退院促進事業を始めて，30年から40年間入院していた患者が退院して地域で暮らす事例が増えてきている。しかしながら，精神症状は安定しているにも関わらず，家族の受け入れが困難，等の理由から退院の目処が立たない患者は依然として少なくない。その結果，我が国の平均在院日数は相変わらず長期化したまま推移し，「受け入れ条件」のひとつとなる社会資源の整備はなかなか進まず，退院促進が進みにくい。

このような現状をもたらす要因のひとつとして，精神科病棟に働く看護師の認識が関与している可能性があると推察されている。すなわち，精神科看護師による(1)「患者は退院できると思わない」(現状認識)，(2)「私達しか患者を支える人はいない」(使命感)，(3)「患者は地域で暮らしたら支える人もなく辛い目に遭うだろう」(悲観的な予後予測）という３つの要因が，「退院できない」という判断に影響を及ぼしていると推察された。

そこで，本研究は，(1) 慢性統合失調症事例の退院の「施設内」の阻害要因となりやすい精神科看護師が評価する「退院困難度尺度」を開発し，その信頼性，妥当性を確認し，(2) 精神科看護師による「退院困難度」がスティグマ認知や社会的距離にいかなる影響を及ぼすのかを検討し，精神科看護師の長期入院患者の退院についての意識を明らかにし，精神科看護師による退院促進が展開するための課題を見出すことを目的とした。

Ⅱ　研究方法

精神科単科医療機関に従事する精神科看護師174人を対象に，統合失調症事例ヴィネット（ICD-10/F20を基に作成された仮想の事例）を含む「精神保健の知識と理解に関する調査票」（日本語版）を自記式質問紙に改変し，これに「退院困難度尺度」を加えた評価票を用いた。得られたデータは，計量疫学的方法により統計的に分析した。

研究における倫理的配慮として，精神科病院の管理者等に研究の趣旨および病院名を特定できないよう配慮することを十分に説明し，対象者に無記名の調査で，管理者が回答者について把握できないように十分配慮することを説明した。

Ⅲ　研究結果

(1)家族の介護状況の困難性の予測が精神科看護師自身の個人的スティグマに独立した影響を及ぼす可能性を示唆した。
(2)恐れや回避的態度に関する個人的スティグマが大きい精神科看護師ほど，家族の介護状況の困難性を予測しやすく，介護家族のいない場合に地域で単身生活は難しく，そうした人の介護は精神科病院職員の役割であると思いやすかった。
(3)周囲のスティグマを予測する精神科看護師ほど，地域社会での差別や家族の犠牲を予測しやすかった。

Ⅳ　おわりに

精神科看護師が慢性統合失調症者の退院という生活の移行プロセスに積極的に取り組むためには，家族の介護状況の困難性の適切な評価や精神科看護師自身の恐れや回避的態度に関する個人的スティグマの軽減を図ることが効果的な手だてとなる可能性を示唆した。

なお，本研究の一部は，平成21年2月27-28日に，栃木県宇都宮市で行われる「第28回日本社会精神医学会」において，「精神科看護師による統合失調症患者の退院困難度とスティグマ認知」と題して発表した。

研究課題：**へき地で乳児を育てる母親の健康ニーズ**
―へき地中核病院小児科外来受診乳児の母親調査―

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　准教授）
　　黒田　裕子（看護学部　講師）
　　植竹　貴子（看護学部　助教）
　　西岡　啓子（看護学部　助教）
　　加藤　優子（看護学部　助教）

Ⅰ　はじめに

日本においては，都市と地方の地域格差は，医療，保健，福祉の分野において様々な広がりの進行が懸念されている。今回の調査は，山間地，へき地で乳児を育てる母親の居住環境等や育児支援ニーズについてその実態を把握し，今後の課題を明らかにする事を目的とした。

Ⅱ　研究方法

B県内の山間へき地に立地した病院であるA市民病院産婦人科外来を受診する1ヶ月健診または乳児健診を受診した出産後の母子を対象者として，自記式アンケート調査を行った。アンケート項目は負担軽減のため45項目に留めた。1ヶ月新生児健診または乳児健診を受診した児の母親に質問紙を配布し，説明文読了の後の記入を依頼した。倫理的配慮として，個人が特定されないよう無記名とし，同封していた封筒に再度挿入密封し，留め置き法にて回収した。回収箱は投入口以外密閉容器とした。調査を実施したA市民病院は，B県内の山間へき地に立地した病院であり，産婦人科は他科との混合病棟である。また小児科は小児科医引き上げの影響を受け，日中の外来のみで入院・夜間救急は行っていない。緊急の際は，100km弱離れたC大学病院への搬送となる。市の統合により，近隣にあった保健センターが遠隔地に移動している。またA市民病院では助産師の不足もあり独自の母親学級は実施ししていない。

Ⅲ　研究結果

アンケート回収期間は平成19年2月27日～10月1日であった。配布数は98，回収数は81（82.7％）有効回答数73（90.1％）であった。初産婦37名（50.7％），経産婦36名（49.3％）であった。交通手段は70名（95.9％）が自家用車であった。妊娠を知ったときの喜びは66名（90％）が非常に嬉しかった～嬉しかったと回答しているが，妊娠を知ったときの不安は非常に不安だった～不安であったが28名（38.4％）であった。経済面での不安は32名（48.3％）が非常に不安だった～不安であったと答えている。育児不安の内容では近所に同じような年齢の子どもがいないと回答したものが23名（31.5％）あった。このように不安を持つものが約4割を示しているが，妊婦教室の受講者は24名（32.4％）に留まり，新生児訪問も訪問を受けたもの，受ける予定のもの25名（34.2％）と低い結果となっている。

Ⅳ　考察及び今後の課題

今回の結果では，通院の交通手段はほぼ全員が車であり，また経済面の不安を持つものも高率であり，医療機関や保健センターの受診時にかかる交通費等，立地条件から来る育児費用を心配しての不安ではないかと思われる。妊娠を知ったときの不安を38.4％が持っていたが，横山らが単胎児の母親の不安として報告した23.0％と比較すると高い割合である。近所に同じような年齢の子どもがいないことが不安内容として挙げられ，山間へき地での子育ての状況を表しているといえる。子育てへの不安感が強いのにもかかわらす妊婦教室の受講率は低く，これにはA市民病院では実施していないこと，身近な保健センターでの妊婦教室が廃止されたことの影響が考えられ，へき地の医療状況や統廃合による行政サービスの悪化による母子保健サービスの低下の影響が考えられる。また利用可能な新生児訪問の利用者も少なく，訪問依頼の葉書提出の説明を全員にする等保健医療従事者の活用を勧める広報活動が必要であろう。

Ⅳ　結論及び今後の課題

へき地で乳児を育てる母親は妊娠や育児に対する不安が高かったが，妊婦教室の受講率や新生児訪問の利用者は3割程度であった。不安内容では近所に同年齢の子どもがいないが多く，へき地を反映していた。

平成19年度には，上記結果を公表するまでには至らなかったため，平成20年度において，日本助

産学会において発表，日本ルーラルナーシング学会への投稿を予定している。

研究課題：**下野市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　准教授）
黒田　裕子（看護学部　講師）
植竹　貴子（看護学部　助教）
西岡　啓子（看護学部　助教）
加藤　優子（看護学部　助教）
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，孤立する母親等が急増し，助産師の関わりが期待されている。自治医科大学が所在する下野市では，地域で活動する助産師が育児支援活動を行っており，その活動について母性看護学研究室として継続的に調査研究活動を行ってきた。

平成17年度には活動の概要をまとめ共同研究費報告として報告，平成18年度は下野市において地域助産師が共同して行っている子育て支援活動の参加者に対する調査を実施した。

平成19年度は平成18年度に行った調査結果の分析し，平成19年10月11日に第48回日本母性衛生学会学術集会において発表した。その経過を報告する。

Ⅱ　研究方法

１．目的

下野市において地域助産師が共同して行っている子育て支援活動について，参加者に対する調査を行い，活動の今後の方向性について検討する。

２．方法

１）対象者：下野市を中心に活動している地域助産師が周辺地域在住の母子を対象に行っている育児サロンの平成16～18年度の過去3年間参加者で住所が把握できている母親

２）育児サロンの概要

育児サロンは，日本助産師会栃木県支部に所属する地域助産師が主催するもので，平成12年に開始された。対象者は下野市在住の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ている。広報は，行政広報だけでなく，会員が行う新生児訪問や乳幼児健診の際での紹介もある。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，積極的に紹介している。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。

当該の育児サロンは専門職である助産師が主催していることが特徴である。また栄養士，保育士などの他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）調査方法：自作アンケートを作成し，郵送法にて配布。回答後は，郵送してもらう。

４）アンケートの内容

アンケートの内容には，育児サロンへの参加者の基礎的情報，参加状況，参加に関する意見，特に専門家である助産師が主催していることへの評価，また育児サロンへの参加と育児不安との関係を問うものを含んだ。

３．調査期間：平成19年1～4月

４．倫理的配慮

地域助産師から提供を受けた参加者の住所は，今回の調査に関してのみに使用を限定し，使用後は破棄した。郵送したアンケートには，調査の趣旨と共に，記入はボランティアであり無記名の返信と説明し，返送されてきたことを持って同意を得たと判断した。

Ⅲ　結果

159名に郵送し回収数は69（回収率43.4％）だった。母親は平均年齢32.5歳，参加した児の平均月齢5.5月（第1子），調査時点までの平均参加回数1.21回であった。

育児サロン参加でよいと評価しているものは，母親同士のおしゃべり・情報交換78.3％，助産師による手遊びやリズム遊び66.7％，助産師による相談76.8％，助産師が主催する育児サロンである

ことの評価は，専門的な知識の提供についてとてもよい89.9%であった。

育児サロン参加前の育児不安レベルと参加後のそれを比較した結果，参加後は有意に不安レベルが低下していた（χ^2検定，$p<0.000$）。

Ⅳ　考察

地域助産師が主催する育児サロン参加者のサロン参加の評価は肯定的なものであり，助産師という専門職の相談・支援の機能が評価された。しかし，このようなサロンは経済的な基盤が弱いことが課題である。

研究課題：**栃木県における小児看護の課題**
―小児専門病院に勤務する看護師の専門性に関する認識から―

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　関森みゆき（看護学部　講師）
横山　由美（看護学部　講師）
田中　美央（看護学部　助教）

Ⅰ　はじめに

我が国の小児医療では，少子高齢化に伴う小児病棟の縮小・閉鎖，小児救急医療の不足など，医療水準の維持向上の対策が急務と言われて久しい。栃木県においても，身近な地域で必要な医療が受けられる総合的，高度専門的な小児医療体制として，大学併設の小児専門病院2施設が開院した。これらの専門病院では，高度専門医療の提供はもとより，子どもや家族の視点に立った医療提供を目標に掲げており，看護師には，専門性を有することの意識を高め，職責を果たすことが求められている。このような小児専門病院で働いている看護師は，期待されている看護の機能や小児看護の専門性をどのように考え，看護実践を行っているのか，当事者が認識している専門性を明らかにすることにより，今後の小児看護のあり方およびその資質の向上に向けた課題が明確となると考える。

本研究の目的は，栃木県内の小児専門病院に勤務する看護師の小児看護における専門性に関する認識から，小児看護における専門性とそのあり方，看護師の資質の向上に向けた課題を明らかにすることとした。

なお，本研究における「小児看護の専門性」とは，小児看護領域において，他の領域とは異なる看護の特性と，それを実践するための方法を認識していることである。

Ⅱ　研究方法

１．研究対象者

栃木県内の小児専門病院2施設に常時勤務する看護師とした。

２．データ収集方法

自己記入式質問紙法を用い，同意が得られた看護師による無記名回答　直接郵送による回収を行った。

質問内容は，看護師としての自律性に関する質問項目（志自岐が開発した測定用具[1]：40項目），看護師の職業的アイデンティティに関する質問項目（岩井らによる職業的アイデンティティ尺度[2]：39項目），看護の専門性に関する質問項目（石鍋らによる看護の専門性尺度[3]：45項目）および，看護師の考える小児看護に必要な能力，個人が大事にしていることがらについては自由記載を求めた。尚，尺度の使用については各開発者の許可を得た。

各施設の看護部長に研究の主旨，目的，方法について文書および口頭にて説明し，協力の承諾を得た。質問紙は，研究に関する説明文書と返信用封筒とともに封筒に入れて，各施設の看護部長から，該当する看護師に配布していただいた。

３．分析方法

尺度間の関連および尺度得点と看護師の属性を比較した。相関関係についてはピアソンの単相関係数を，平均の差では一元配置分散分析を用いた。データ解析にはSPSS ver15.0を使用した。自由記載の内容は質的に分析した。

４．倫理的配慮

研究の趣旨，目的，内容等を記載した説明文書を添付した。調査への協力は対象者の自由意思を尊重し，質問紙への回答は無記名，個別郵送回収とし，質問用紙の返送により研究への同意とした。なお，自治医科大学の研究倫理審査委員会による審査を受け，承認を得てから研究を始めた。

Ⅲ　研究結果

対象者189名のうち，137名の回答を得た（回収率72.5%）。また，有効回答は102名であった。

１．対象者の属性

年齢は，20代前半26名（25.5%），20代後半37名（36.3%），30代以上は39名（38.2%）であった。

看護師の経験年数は平均8.7年であり，5年未満は41名（40.2%），5年以上10年未満は29名（28.4%），10年以上は32名（31.4%）であった。また，小児看護の経験では平均5.8年，5年未満は60名（58.8%），5年以上10年未満は21名（20.6%），10年以上は21名（20.6%）であり，小児看護の経験5年未満が6割弱を占めていた。

看護基礎教育の背景では，3年制専門学校卒が

最も多く54.9％，次いで3年制短期大学卒18.6％，大学卒と2年制専門学校卒は同率の11.8％であった。

現在の病棟への就職あるいは配属理由では，回答80名中，「子どもが好きだから」が最も多く37名（46.3％），次いで「小児看護への興味・関心があったこと」が23名（28.8％）であった。他は少数であり，「人事異動」や「他の免許を活かしたい」という理由であった。

病棟内における係や病院内の委員会活動を担っている者は88名（86.3％），リーダー業務を行っている者は76名（74.5％）であった。また，ほとんどの者が小児看護には専門性があると考えていたが，実際にその専門性を発揮していると回答したのは48名（47.1％），自分自身には課題があるとの回答は85名（83.3％）であった。

２．専門性に関する得点

１）各尺度間の関連

『看護師としての自律性』の得点は平均115.4±15.8点であり，『職業的アイデンティティ』得点は平均130.9±17.5点，『看護の専門性』に関する得点は平均196.0±15.3点であった。また，各尺度間には弱い正の相関（p<.01）が認められた（表1）。

２）尺度と経験年数との比較

いずれの尺度も看護師経験および小児看護経験の年数増加に伴い，得点が高くなる傾向にあった。特に，『看護師としての自律性』と『職業的アイデンティティ』では，経験5年未満と10年以上の2群間において有意差（p<.05）が認められた。さらに，小児看護の経験では『看護師としての自律性』において，5年以上10年未満と10年以上との間にも有意差（p<.05）が認められた（表2）。

また，各尺度において年齢，教育背景など，他の看護師の属性との関連ではいずれも有意差は認められなかった。

３）看護領域の専門性に関する意識と小児看護経験

看護領域における専門性の意識である『看護の専門性』尺度を構成する9項目の各得点は，高い順に［心理的支援］［苦痛の緩和］［生命の維持と健康回復］であった。さらに，各項目と小児看護経験年数との関連をみてみると，ほとんどの項目において経験年数が増すにつれて得点が上昇する傾向にあった。なかでも［退院に向けたケア計画］においては，経験5年未満と経験10年以上の間に有意差（p<.05）が認められた（表3）。

表１　尺度間の相関　　n=102

	『看護師としての自律性』	『職業的アイデンティティ』	『看護の専門性』
Pearson の相関係数	1	.472(**)	.269(**)
有意確率（両側）		.000	.006

** ：p＜.01　(両側)

表２　経験年数による各尺度得点の変化　　n=102

経験種類	経験年数	N	『看護師としての自律性』 M±SD		『職業的アイデンティティ』 M±SD		『看護の専門性』 M±SD
看護師経験	5年未満	41	109.4±13.6		126.2±15.1		192.3±14.4
	5年以上10年未満	29	114.6±15.0	*	130.3±19.7	*	196.7±15.3
	10年以上	32	123.8±16.2		136.7±17.2		199.9±15.1
小児看護経験	5年未満	60	111.2±14.3		127.4±16.0		193.6±15.5
	5年以上10年未満	21	114.0±16.1	*	129.8±18.2	*	196.9±12.6
	10年以上	21	128.9±12.9	*	140.9±18.2		201.8±15.1

* ：p＜.05

3．看護師の考える小児看護に必要な能力

小児看護に必要な能力については，各人が複数回答をしていた。なかでも最も多かったのは「成長・発達に関する知識」であった。次に多かった回答は，「成長・発達に合わせた援助」，「コミュニケーション能力」であった。また，「観察力」と「確実な技術」についても必要性を感じていた。

また，看護する上で大切にしていることがらでは，「成長・発達に応じた援助」が最も多く，「家族への対応」や「家族も含めた思いの受け止め」「苦痛を与えないこと」「安心感を与えること」と続いた。また，「1人の人間として接すること」や「病状・症状を把握すること」「事故予防」といった意見もみられた。

自分自身の課題として回答された内容では，「成長・発達や疾患に関する知識の習得」が最も多く，次いで「特有な看護技術の習熟」「家族への対応」であった。

Ⅳ　考察

今回は，子どもの看護に興味や関心を抱き，自ら小児看護に携わることを希望していた者が多く，小児看護領域における専門性への意識も高い集団が示した結果と推測される。その中で，『看護師としての自律性』『職業的アイデンティティ』および『看護の専門性』には弱い正の相関が認められ，いずれの意識も経験年数に伴い得点が上昇していたことから，看護師という専門職者としての自律性とアイデンティティ，小児看護領域における専門性の意識は，臨床での実践を通じて，互いに高まっていくと考えられる。さらに，各尺度の経験年数別の比較では，『看護師としての自律性』と『職業的アイデンティティ』は，経験5年未満と経験10年以上において有意差が認められているが，『看護の専門性』では経験年数による有意な差はなかった。このことから，各専門領域における看護の専門性という意識は，看護職者としての自律性やアイデンティティが確立したうえで，高まっていくのではないかと考えられる。志自岐[4]は，看護職者としての自律は看護実践における役割行動として表わされるとしており，このような役割行動を通じて専門職者としてのアイデンティティが確立され，さらには各専門領域における看護の専門性を意識するようになると思われる。また，各尺度の得点のばらつきからは，自律性については年数を経ることである一定の割合で意識が高まっていくと言えるが，その他の認識は分散が増していることから，職業的なアイデンティティや看護領域における専門性に関する意識は年数の積み重ねだけでなく，それまでの看護師経験の内容からの影響を受ける可能性が考えられる。以上のことから，小児看護領域における専門性を高めていくためには，医療チームの中での役割行動を課すなど看護職者としての自律性を高めていけるような教育を進めながら，個人の看護師としての経験を考慮した教育内容を検討していくことが必要と考える。

次に，小児看護における専門性として［心理的支援］［苦痛の緩和］［生命の維持と健康回復］の順に意識の高さが示されており，先行研究と同様[5]の結果であった。これらの内容は，看護実践において必要な能力や大切にしていることがらとして回答された内容とほぼ一致しており，発達途上にある子どもを対象とする看護において，言語や認知能力の未熟さによる苦痛・不安への対応，身体機能の予備力の小ささによる異常の早期発見と適切な対応の必要性など，子どもの特性への考慮を小児看護の専門性と認識していると考えられる。しかし，子どもの看護に携わるにあたり，小児期の成長・発達に関する知識や特有な技術習熟を必須であり，課題でもあると考えている者が多かった点を考慮し，今後の卒後教育の内容を検討していく必要があろう。また，［退院に向けたケア計画］について，小児看護経験5年未満と10年以上

表３　『看護の専門性』尺度項目と小児看護経験

n=102

小児看護経験	N	セルフケアの確立	退院に向けたケア計画	他職種との連携	療養環境整備	社会参加への支援	廃用症候群の予防	心理的支援	苦痛の緩和	生命の維持と健康回復
5年未満	60	20.6±2.3	20.4±2.5 ┐	20.6±2.8	22.3±2.2	20.4±2.6	22.0±2.3	22.7±2.2	22.3±2.0	22.3±2.3
5年以上10年未満	21	20.6±1.3	20.9±1.8 ＊	21.2±2.2	22.7±1.9	20.9±2.2	22.3±2.2	22.7±2.2	22.9±2.0	22.7±2.0
10年以上	21	21.6±2.2	22.1±2.8 ┘	21.1±2.4	23.1±2.1	21.0±3.0	22.7±2.2	23.6±1.6	23.3±1.6	23.4±1.9
平均	102	20.8±2.2	20.8±2.5	20.9±2.6	22.5±2.1	20.6±2.6	22.2±2.2	22.9±2.0	22.7±2.0	22.6±2.2

＊：p＜.05

の群において有意差が認められていたことは，患者と家族への退院指導の必要性やその内容について，特に経験の浅い段階からの教育の必要性を示唆していると考える。

本研究における限界として，まずは母数の確保ができなかった点が挙げられる。質問紙の回収率は7割を超えたものの，欠損値が多く有効回答としては5割程度まで落ち込んでいた。また，今回は一時点における調査であり，『看護師としての自律性』『職業的アイデンティティ』『看護の専門性』が，いつ，どのように関連しているのかを明確にできなかった点も限界である。今後は，縦断的な調査を続けていくこと，調査時には有効回答が得られるように努力することが課題である。

V　結論

栃木県内に限定し，小児看護の専門性の認識について調査した結果，看護職としての自律性と職業的アイデンティティの確立の元に，各領域における看護の専門性という認識が高まっていくものと考えられた。また，小児看護の専門性としては，成長・発達途上にあるという子どもの特性を考慮していくことと認識していることが明らかとなった。今回は，臨床経験が5年未満の者が約半数を占めており，専門性意識は今後さらに高まっていくと推測され，看護師としての自律性を高め，小児看護の専門性が意識化できるような卒後教育の必要性が示唆された。

引用文献

1）志自岐康子：看護婦の専門職性を測定する質問紙の開発，聖路加看護大学大学院博士論文，33，1998.

2）岩井浩一，澤田雄二，野々村典子，石川演美，山元由美子，長谷龍太郎，大橋ゆかり，才津芳昭，N.D.パリー，海山宏之，宮尾正彦，藤井恭子，紙谷克子，落合幸子：看護職の職業的アイデンティティ尺度の作成，茨城県立医療大学紀要，第6巻，57-67，2001.

3）石鍋圭子，福屋靖子：リハビリテーション看護の「専門的機能」と「専門的技術」の検討―領域別看護婦の意識調査から―，筑波大学リハビリテーション研究，6(1)，13-22，1997.

4）志自岐康子：看護職の専門職的自律性：その意義と研究，インターナショナル・ナーシング・レビュー，18(1)，23-28，1995.

5）佐藤啓子，粟生田友子，白土睦，小池洋子，西ケ谷正子：専門病院で働く看護師の看護の専門性と看護職としての自律性および職務満足度との関連，日本看護学会　第35回看護管理，48-50，2004.

研究課題：**救急医療において患者に代わり延命治療の実施に関する意思決定を行う家族への医療者のかかわり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　准教授）
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）
武正　泰子（看護学部　助教）
金井　美樹（看護学部　助教）

Ⅰ　はじめに

生命の危機状況にある患者の家族は，患者に代わり延命治療の実施に関する意思決定を行うように求められる。しかし，その意思決定を行う際には，患者の苦痛を気遣う思いや，患者の命に対する家族自身の思いが複雑に絡み合うこともあり，決断し難い状況となることも多い。また，意思決定を行う家族は，患者の容態の把握や治療による影響および変化を理解して判断する必要があるなど，患者に代わり延命治療の実施に関する意思決定を行う際に困難を極めることが推察される。そのような状況に家族が直面することは心的外傷後ストレス障害の発症と関連性が高いとの報告1)もあり，家族への看護師を含めた医療者の関わりは重要となる。

そこで，患者に代わり延命治療の実施に関する意思決定を行う家族への看護を検討するにあたり，本研究では，救急医療において患者に代わり延命治療の実施に関する意思決定を行う家族への看護師を含めた医療者のかかわりに関する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，2007年までの文献を検索した。キーワードは，延命治療life sustaining treatment，意思決定decision making，家族family，看護nursingとした。小児患者の家族に限定されているもの，また，生命の危機状況に至っていない患者の家族に関するものは除外し，原著論文および研究報告を分析対象として選定し，入手可能な文献で検討を行った。

Ⅲ　結果および考察

１．延命治療の実施に関する意思決定への参加状況

Cardoso[2] らは，ポルトガルの集中治療協会に登録されているすべてのICUでフルタイムで働いている医師を対象に，DNR（do not resuscitation）オーダーと延命治療の中止あるいは差し控えに関するアンケート調査を行っている（回答率66％）。DNRオーダーあるいは延命治療の中止あるいは差し控えを決断する基準の最も重要なものとして「深刻な事態を切り抜ける可能性」を選択しており，次いで「患者の希望」となっていた。また，DNRオーダー，延命治療の中止あるいは差し控えの決断においては，約7割が医師だけのグループで行われていた。決断する基準として最優先されるものが患者の病状であることからこのような結果を招いているとも推察できる。しかしながら，同じ対象で，看護師あるいは患者や患者の身内を含めて，看護師と患者・患者の身内を含めて一緒に決断すべきであると考えている割合は，実際に一緒に話し合っているよりも高くなっており，必要だとは思っていても実践できていない状況であることも明らかであった。

一方，Azoulayら[3] のICU入室中の患者の家族および医療者への実態調査では，多くの医療者は医療に関する意思決定への参加を家族に提案すべきと考えているのに対し，参加を望む家族は約半数であること，実際に参加した家族は15％しかないことが報告されている。また，Hansonら[4] の患者の遺族への調査では，ほぼ半数が患者自身で治療法の選択に関する話し合いを行っており，残りの23％は患者・家族のいずれも治療法の選択肢についての話し合いには参加していなかったが，家族はそのような状況に不満を抱いていなかった。Hansonら[4] の調査においては，living will についても調査しており，4割の患者が用意していたにも関わらず，living willの有無は治療についての話し合いがなされたか否かに影響しなかったと報告されている。

以前から，医師たちは延命治療のあり方を改善するための方策として事前指示書の使用や治療方針を決定するための話し合いを患者や家族と行うことを推奨している[5]。しかし，現実には，救命のための治療が優先されること，患者の生命に関する意思決定であり重責を伴うこと，その意思決

定に急を要すること，患者も家族も危機的状態に陥っている場合が多く精神的・心理的に不安定であることなどから，家族の感情を理解しないまま参加を推し進めることは困難であることが考えられる。

２．延命治療の実施に関する意思決定に伴う感情

Breenら[6]の調査では，ICUに入室し，延命治療の中止あるいは延命治療の差し控えが検討された患者のケアに関わった医師と看護師を対象にインタビューを行っている。インタビューは，1患者に対して，直接医療や看護を提供し，患者の延命治療の中止あるいは差し控えることのディスカッションに参加していた2名の看護師と2名の医師に行われ，102名の患者のケースに対して行われていた。ケースの78％において1つ以上の葛藤が生じており，葛藤の種類としては延命治療に関するものが63％の割合で存在することが示されている。また，葛藤が生じている間柄をみると，家族間での葛藤が24％，スタッフと家族との間が48％，スタッフ間での葛藤が48％となっている。家族員間での葛藤は，延命治療の中止あるいは延命治療の差し控えに関して，夫と息子の間あるいは家族員内での一致が困難であるといったことから，それぞれの家族に生じていることが報告されている。スタッフと家族との間の葛藤では，76％においてスタッフが積極的治療を，残りの24％は家族の方が積極的治療を希望しており，両者に相違がある場合に生じていた。また，スタッフ間においては，医師と看護師との間での延命治療の方針の不一致が葛藤の一要因となっていた。延命治療の決定に関してという限定ではないが，医師とのコミュニケーションについて上手くいっていないことで葛藤を感じている家族員もいた。延命治療の実施に関する意思決定において，医療者はどのような立場でいかなるケアを提供すべきなのかといった明確な指針は未だない。ゆえに，Breenら[6]の調査結果のように，お互いの意見の不一致が存在する場合に葛藤は生じやすく，医師とのコミュニケーションが上手くいかないのであればなおさらのことであるといえる。

Nortonら[7]もまた，延命治療の中止を決断した家族への質的記述的調査から，医師および看護師とのコミュニケーションに葛藤を経験した家族がいたことを報告している。その葛藤を生じた家族員は，患者の予後について情報を控えたり，率直に話さなかったなど十分な情報が提供されなかったこと，情報を得るために話し合いの場を設けたり，医療者を捉まえたりすることにとても困難があったこと，話を聞いてもらえなかったこと，率直な議論が出来なかったことなどを葛藤の理由としてあげていた。そして，それらの家族は医師および看護師に対して，誠実に，そして十分に，タイムリーな情報を提供することを望み，家族員の言葉に耳を傾けるよう望んでもいた。Hansonら[4]の調査結果でも，医師と患者とのコミュニケーション方法の改善を指摘する内容が最も多く，医師の時間のなさと患者への配慮不足が2番目にあげられていた。家族のコメントから，「医師らの率直でありながら配慮のある情報を適時に得たい」，「より人間的な考え方を持つよう望んでいる」，「予後に関して，より多くの情報を得たい」，「連絡がとれるように，一度に受け持つ患者の数や仕事を制限すべき」と患者の家族が考えていると指摘している。Guyatt[8]らの生命に関わる患者およびその家族に対する調査においても，治療のみならず，症状に関する説明や予後についての説明を重要視していることが明らかにされている。これらの調査結果から，家族は医療者に対して，専門家としてだけではなく，人として接してほしいとも願っていることが伺える。

Workmanら[9]命治療の中止あるいは延命治療の差し控えを決断した家族にかかわった集中治療室（ICU）の医師と看護師に，臨床での経験を想起しながら自由に語れるように，半構成的で開放的な質問形式によって調査を行っている。そして，Breenら[6]の調査結果同様，延命治療の中止あるいは延命治療の差し控えという決断において，家族だけではなく，医療スタッフもともに苦悩を経験していることを報告している。医療スタッフの苦悩の内容には，死にゆく患者の苦しみ，家族員の著しい苦悩，ケア提供者と家族との間の関係の崩壊が含まれていた。また，延命治療の意思決定に関して家族との間に食い違いがある場合に医療従事者のストレスが非常に高くなる傾向があるとも述べている。

このように，欧米を中心とする先行研究から，複雑で困難な延命治療の実施に関する意思決定を患者に代わり行う家族に苦悩や葛藤が生じていた。そして，医療者はそのような家族への精神的・心

理的支援の必要性を認識しながらも，それに対して具体的にどのように関わっていくべきなのかを見出せずに葛藤していることも明らかであった。複雑で困難な延命治療の実施に関する意思決定において，その人の価値観や考え方・思い，あるいは患者との，家族間での関係性が影響する。これらは，家族の個別性や歴史の中で培われるものであるため，欧米での研究結果のみで，日本の家族にも当てはまるとは言い難い。わが国で，患者の代わりに意思決定を行った家族の体験[10]や意思決定の状況に関する研究[11]，意思決定を行う家族への関わりに関する事例研究[12-13]はわずかだが報告されている。数例の報告なので一概には言えないが，これらの報告においても，家族の混乱を目の当たりにし，どのように関わるべきか葛藤していたことが報告されていた。

複雑で困難な延命治療の実施に関する意思決定を患者に代わり行う家族に苦悩や葛藤が生じ，家族自身も精神的・心理的に不安定であることが先行研究から明らかであった。また，そのような家族に関わる医療者もまた葛藤を生じていた。特に，患者・家族のQOLを考え最も身近で接する看護師に，患者と家族の葛藤あるいは家族員間の葛藤の板挟みや，患者・家族の意思の尊重と治療上の判断との間の葛藤，看護師の経験的判断と個としての感情との間の葛藤が生じることが考えられる。伊勢田ら[14]が言うように，延命治療の意思決定に関わる家族に対する具体的な役割やあり方の明確な指針がないこと，延命治療の概念が多様化している上に，個々の患者の状態や家族員個々の希望，医師の考え方など多岐にわたる要因によってさまざまな捉え方がされることが，看護師に生じる葛藤に影響してくる。苦悩や葛藤を抱える家族を支え，家族の主体的な意思決定を促せるように，看護師がどのような立場でどのように関わればよいのかを明らかにしていくことが重要である。延命治療の実施に関する意思決定は，人の価値観や考え・思いによって左右されるものであるため，わが国での看護師のあり方・関わり方の指針を明らかにしていく必要があると考える。家族にとって，体験しないと理解できないものでもあるため，実際の看護師の関わりとそれらを家族がどのように受け止めているのかといった双方からの調査が今後必要になってくると考える。

Ⅳ　おわりに

生命の危機状況にある患者に代わり延命治療の意思決定を行う家族への看護師の関わりは重要であることは認識されている。しかしながら，そのような複雑で困難な意思決定に関わる際にはさまざまな心理的苦悩や葛藤が生じている。それらを軽減し，より家族が主体的に意思決定を行えるように，わが国での看護師のあり方・関わり方の指針を明らかにしていく必要がある。

引用・参考文献

1）Azouley, 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), 987-994, 2005.

2）Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L: Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians, Critical Care, 7(6), 167-175, 2003.

3）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), 1832-1838, 2004.

4）Hanson LC. Danis M. Garrett J.: What is wrong with end-of-life care? Opinions of bereaved family members, Journal of the American Geriatrics Society. 45(11):1339-44, 1997.

5）Davidson K W, Hackler C, Caradine D R et al.: Physician's attitudes on advance directives, JAMA, 262, 2415-2419, 1989.

6）Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulsky JA: Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units, J Gen Intern Med, 16(5), 283?289, 2001.

7）Norton SA, Tilden VP, Tolle SW, Nelson CA, Eggman ST:Life Support Withdrawal: Communication and Conflict, American Journal of Critical Care, 12(6), 548-555, 2003.

8）Guyatt GH, Mitchell A, Molloy DW, Capretta R, Horsman J, Griffith L: Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness

of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness, Journal of clinical Epidemiology, 48(10), 1215-24, 1995.

9）Workman S. McKeever P. Harvey W. Singer PA: Intensive care nurses' and physicians' experiences with demands for treatment: some implications for clinical practice, Journal of Critical Care, 18(1), 17-24, 2003.

10）中村美鈴，水野照美，山本洋子，内海香子，清水玲子，村上礼子，棚橋美紀：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，自治医科大学看護学ジャーナル第5巻，59，2007.

11）相浦桂子，黒田裕子：生命危機状況にある患者の代理として家族が行う治療上の決断，日本クリテイカルケア看護学会誌，2(2)，75-83，2006.

12）木村琢磨，尾藤誠司，山本紳一郎，菊野隆明，市来嵜潔：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.

13）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.

14）伊勢田暁子，井上智子：延命治療に関わる家族の意思決定，家族看護，1(11)，48-54，2003.

研究課題：**介護保険施設利用者の聴力障害の実態とケアに関する実証的研究**
共同研究組織：老年看護学領域
訪問看護ステーションたんぽぽ
代表者　水戸美津子（看護学部　教授）
分担者　髙木　初子（看護学部　准教授）
永盛るみ子（看護学部　講師）
池田　浩子（看護学部　助教）
田沼　美杉（元病院看護師）
鮎澤みどり（訪問看護ステーション
たんぽぽ所長）

Ⅰ　はじめに

加齢に伴う感覚機能低下の一つに聴力障害があり，50歳代から徐々に高音域から聴力損失を生じてくる。会話音の高さは一般に500～2000Hzであり，純音による聴力が平均して25dB以上に低下すると生活に影響が生じるといわれている。さらに，日常生活における会話においては，人の話す語音を聞き分けることが必要である。しかし高齢者は，語音を正しく聴取する能力も低下していると言われており，高齢者の多くは日常生活の会話場面において「言葉」として明瞭に聞こえていないことが予測できる。

聴力障害のある高齢者にとって，住み慣れた地域においては環境への適応ができており，家庭や親しい間柄における会話などでは，日常生活上の習慣化や相手の配慮などにより聴力低下による影響は幾分緩和されるのではないかと考えられる。しかし，高齢者施設を利用する場合には，新しい環境への適応や新たな人間関係を構築しなければならず，聴力障害による心身への影響が考えられる。

本研究の目的は，介護老人保健施設の通所施設利用者の聴力障害の実態を調べ，老人施設における聴力障害のある高齢者へのケア方法と課題を明らかにすることである。

Ⅱ　研究方法

１．対象

高齢者通所施設利用者で，簡易聴力検査に対応できる認知能力がある65歳以上の47名。

２．調査項目

基本属性（6項目），聴力の自覚（6項目），聞こえないことについて（3項目），補聴器について（5項目）

３．調査方法

１）研究協力の同意が得られた高齢者通所施設利用者に，自覚している聴力について調査票を用いて聞き取り調査をし，調査終了後簡易聴力検査を実施する。

２）簡易聴力検査の場所は，可能な限り騒音が遮断でき，プライバシーの確保ができる一室を施設内に設定する。

(1) 純音聴力検査

オージオメーター検査：リオン社製AA-72Bオージオメータによる気導聴力検査を行い，500Hz・1000Hz・2000Hzの周波数の音について聴力レベルを測定した。施行回数は1回である。日常会話音に最も必要な周波数帯域は500～2000Hzである。500Hzの聴力レベルをAdB，1000Hzの聴力レベルをBdB，2000Hzの聴力レベルをCdBとした場合，（A＋2B＋C）×1／4（4分法）で表される平均聴力を求めた。通常，左右どちらか成績の良好なもの「良聴耳平均聴力レベル」が「聴力レベル」として用いられている。

４．分析方法

データの統計学的処理は，統計ソフトSPSS14.0J for the windowsを用いて統計処理を行い，自由記載項目は，類似性からカテゴリー化を行った。

５．倫理的配慮

通所施設の代表者に，研究の趣旨，施設名の匿名性の厳守などを説明し，研究協力の同意を得たうえで，通所施設利用者に書面及び口頭にて以下の説明を行い，文書により同意を得た。

研究の目的，調査方法，簡易オージオメーターによる聴力検査，調査協力の同意取り消しがいつでも可能であること，調査に協力しないことで受ける不利益がないこと，研究成果の発表，論文投稿などにおける匿名性の厳守。

Ⅲ　研究結果

利用者の属性をみると，女性が72.3％を占めていた。平均年齢は78.6歳で，耳の疾患の有無は，約80％の人は耳に疾患がなかった。聴力低下を自

覚した時期は，不明と回答している者が36.0％，ついで2－5年前からが24.0％，6－10年前が23.0％であった。聞こえにくさが気にならないと回答した者が69.2％を占めていた。また，施設職員から聴力低下に合わせた対応があると回答したものが42.9％，対応がないが42.9％と同数であった。

補聴器を使用したことがない人が74.6％を占め，使用したことがある人は25.5％であり，補聴器を使用している耳は，両方5名，右耳5名，左耳2名であった。現在補聴器を使用している，もしくは過去において補聴器を使用したことがある人の補聴器を使用しての感想は，「聞きたい音以外の音も聞こえる」「雑音がうるさい」など否定的な意見と，「補聴器を使用しているとよく聞こえる」「補聴器の調整をしているのでよく聞こえる」など肯定的な意見があった。

日常生活上で聴力低下があることで困っていることの自由記述を内容の類似性から，「騒音があると聞こえない」，「器械音が聞き取れない」，「言葉が聞き取れない」，「電話の内容がわからない」，「大きな音にして叱られる」，「聞こえが悪い耳側から話しかけられると困る」，「聞こえないので相手に気を使う」，「車のエンジン音が聞こえない」，「聞き間違いがある」，「文脈で話の内容を理解する」，「何度も訊き返されると疲れる」，の11カテゴリーに分けられた。

また，施設利用時，希望する職員の援助・配慮の自由記述を内容の類似性から「耳の側で話をしてほしい」，「発音をわかりやすく大きな声でゆっくり話してほしい」，「肩を叩いて知らせてほしい」，「危ないところでは手をかしてほしい」の4カテゴリーに分けられた。

Ⅳ　今後の課題

純音聴力検査結果の分析をすすめ，質問紙調査の結果とオージオメータによる聴力検査結果から高齢者通所施設を利用する高齢者の聴力障害の実態を明らかにし，聴覚障害のある高齢者へのケア方法と課題について考察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，自治医科大学大学院看護学研究科院生，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３名の査読者による査読を行い，査読者の意見に基づいて編集委員会で決定する。

５．投稿要領

１）原稿の長さ

総説，原著，報告，資料は刷り上がり12ページ以内（図・表・写真を含む），短報は６ページ以内とする。刷り上がり１ページは，和文原稿ではＡ４判タイプ用紙で約１枚，欧文原稿ではＡ４判タイプ用紙で約２枚に相当する。なお，上記の枚数を超過した場合，その超過した部分にかかわる費用は著者の負担とする。

２）原稿の様式

原稿は，ワードプロセッサを用いて作成し，Ａ４判の用紙を用いて44字×45行で印字する。英文の場合は，Ａ４判ダブルスペースとする。原稿は，原則として新かなづかいとし，常用漢字を用いる。句読点は，全角文字の「，（カンマ）。（マル）」を，英字・数字は半角文字を用いる。単位や略語は，慣用のものを用いる。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。

３）原稿の形式

原稿の１枚目には，希望する原稿の種類，表題，英文表題，著者名，英文著者名，所属機関名，英文所属機関名，５語程度のキーワードを記載する。２枚目には，400字程度の和文抄録をつける。原著を希望する場合は，これに加えて250words程度の英文抄録をつける。英文抄録は，著者の責任においてネイティブチェックを受けること。

４）原稿の構成

原稿の構成は，原則として次のとおりとする。

Ⅰ．はじめに
Ⅱ．研究方法
Ⅲ．研究結果
Ⅳ．考察
Ⅴ．おわりに
　　文献

５）図，表および写真

図，表および写真には，図１，表１，写真１などの通し番号，ならびに表題をつけ，本文とは別に一括し，原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。図，表および写真は，原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。なお，カラー写真を掲載する場合，その費用は著者負担とする。

６）倫理的配慮

論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は，「研究方法」の項で倫理的配慮をどのように行ったのかを記載する。

７）文献の記載様式

⑴　文献は，本文の引用箇所の肩に[1)]，[1~5)] などの番号で示し，本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者は，省略せずに全員を記載する。

⑵　雑誌名は，原則として省略しないこととするが，省略する場合は，和文のものは日本医学雑誌略名表（日本医学図書館編），英文のものはIndex Medicus所蔵のものにしたがう。

⑶　文献の記載方法は，次の例にしたがう。

①　雑誌の場合

著者名：論文題名．雑誌名，巻数（号数）; 頁－頁，発行年（西暦）.

例：１）緒方泰子，橋本廸生，乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担．日本公衆衛生雑誌，47(4);307-319，2000.

２）Stoner M.H., Magilvy J.K., Schultz P.R.：Community analysis in community health nursing practice：GENESIS model. Public Health Nursing, 9(4);223-227, 1992.

②　単行本の場合

著者名：論文題名．編集者名，書名，発行所（発行地），頁－頁，発行年（西暦）.

例：１）岸　良範，佐藤俊一，平野かよ子：ケアへの出発．医学書院（東京），71-75，1994.

２）Davis E.R.：Total Quality Management for Home Care. Aspen Publishers(Maryland), 32-36, 1994.

⑷　特殊な報告書，投稿中原稿，私信など一般的に入手不可能な資料，およびインターネットのホームページは，原則として引用文献としては認められない。

６．投稿原稿の提出

投稿にあたっては，原稿および図表を4部提出する。また，査読完了後の最終原稿には，フロッピィディスクを添付する。

７．校正

著者の校正は初校のみとし，それ以降の校正は編集委員会において行う。

８．別刷

別刷は30部までは無料とする。それ以上の部数が必要な場合の費用は，著者の負担とする。

９．掲載原稿の著作権

本誌に掲載された原稿の著作権は，自治医科大学看護学部に帰属する。

編　集　後　記

本巻は，「自治医科大学看護学部紀要」から「自治医科大学看護学ジャーナル」に名称が変わってから，第２回目の発刊となります。前巻は，原著2，報告１，看護学領域共同研究報告９の計12編の記載論文からのスタートでしたが，本刊では原著４，報告８，看護学領域共同研究報告８の計20稿と飛躍的に記載論文を増やすことができました。

まだ荒削りかもしれないが将来性のある意欲的な研究の最初の発表の場としたいという本ジャーナルの位置づけについての看護学部長，編集委員長の折にふれての趣旨を良く受けとめていただいた投稿者の皆様，お忙しい中，厳しくもあたたかいご意見，ご助言をいただいた査読者の先生方，私の手際の悪さに辛抱強くつきあい協力してくれた編集委員会の皆様に深く感謝申し上げます。

「発せられた言葉は，その言葉の外にすでに存在している何かの反映や表現ではけっしてない。言葉は，けっして以前に存在しなかった何か，絶対的に新しい，反復できない何ものかをつねに創造する」　（バフチン）

（編集委員会副委員長；大塚公一郎）

編集委員会

委 員 長	竹田津文俊（自治医科大学看護学部　疾病と病態）
副委員長	大塚公一郎（自治医科大学看護学部　心理学）
委　　員	鈴木久美子（自治医科大学看護学部　地域看護学）
	関森みゆき（自治医科大学看護学部　小児看護学）
	永盛るみ子（自治医科大学看護学部　老年看護学）
	山本　洋子（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ジャーナル　第6巻

平成21（2009）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編集委員会
　　委員長　　竹田津　文　俊
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㈹
印　刷　所　　㈱松井ピ･テ･オ･印刷
　　栃木県宇都宮市陽東5－9－21
　　電話　028（662）2511㈹