

ISSN 2185-4475

自治医科大学看護学ジャーナル

Jichi Medical University Journal of Nursing

第 11 卷



2013

目 次

論 文

- DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を選択した入院患者の家族に
対する救急看護師の実践
谷島雅子, 中村美鈴 5

総 説

- 米国における受刑者妊婦のヘルスケアの現状と課題についての文献検討
望月明見, 成田 伸 15

実践報告

- 臨地実習指導研修会修了後の実習指導者の実態と今後の課題
－過去7年間の研修会参加者の追跡調査をもとに－
村上礼子, 角川志穂, 塚原節子, 大脇淳子, 清水みどり,
熊谷祐子, 小谷妙子, 天谷恵美子, 井上佐代子,
相場雅代, 井上和子, 加藤君子, 手塚芳美 27

- 市町村における新人保健師の入職後1年間に経験した実践内容と到達目標の
主観的達成度
関山友子, 青木さぎ里, 千葉理恵, 島田裕子, 塚本友栄
鈴木久美子, 春山早苗, 塩ノ谷朱美, 金子敬子,
臼井雅子, 臼井優子, 石川定子 35

- 病院における新生児蘇生法の現状と今後に向けての課題
石崎仁子, 望月明見, 黒尾絢子, 柴山真里, 成田 伸 ... 45

資 料

- 大学病院の外来に勤務する看護師が認識する外来看護実践上の課題と
看護専門外来開設に向けての示唆
村上礼子, 松浦利江子, 中村美鈴, 小原泉, 川名子智絵,
北村露輝, 段ノ上秀雄, 朝野春美, 福島安子, 渡辺芳江,
水戸美津子 55

- 自治医科大学看護学部卒業生の現状調査
－看護職を継続するための要因に着目した一考察－
浜端賢次, 江角伸吾, 島田裕子, 安藤恵, 黒尾絢子,
柴山真里, 北田志郎, 大塚公一郎, 春山早苗, 新海恵里,
渡邊瑠美 65

- フィンランドにおける Sexual Health Care System の実際
工藤里香, 成田 伸, 野々山未希子, 鈴木幸子 75

看護学部看護系教員共同研究報告

家族学級プログラムの開発に向けた基礎的研究 －助産師に対する教育効果の検討－	85
新任期行政保健師が経験した保健師活動と新人保健師の到達目標の 主観的達成度	86
触法精神障害者を含む精神障害者の社会復帰に関する研究： 栃木県内の訪問看護の実態調査から	87
食道がん一人暮らし患者における術後機能障害にともなう困難と 対処に関する研究	88
看護における思考力を高めるためのマインドマップ活用方法の検討	89
自治医科大学附属病院における看護専門外来開設に向けての体制作り －他職種から見いだされる課題－	90
神経内科病棟の看護師が獲得しているベッドから車いすへの 移乗動作技術の暗黙知	91
婦人科がん臨床試験に参加する患者の意思決定支援に関する研究	92
精神科看護職者の仕事の認識と患者に示す感情が心身に及ぼす影響について －ワーク・エンゲイジメントと看護師の感情労働、健康関連QOLとの 関連に着目して	93
子どもの終末期におけるきょうだいへの支援の検討	94
経験豊富な看護師の行う清拭技術の分析 －言語化されない技術の検証－	95
看護基礎教育および卒後教育で使用する 装着型関節拘縮体験シミュレーターの検討	96
第3次周産期医療センター内における新生児蘇生法の課題分析と 臨床側と教育側の共同的な推進の方略の検討と実践	97
看護学生向けICLSコースプログラムの教育効果に関する研究	98

第12回自治医科大学シンポジウムポスターセッション抄録

看護過程演習におけるグループ学習の教授方法の課題	101
中国北部における胃がん患者の術後の現状と看護支援の検討	102

術後疼痛を緩和するための看護師による術前ガイダンスに関する 文献レビュー.....	104
クリティカルケア領域における患者家族不在時の治療決定に関する 文献レビュー.....	106
投稿規程.....	107
編集後記.....	110

論文

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を選択した入院患者の家族に対する救急看護師の実践

谷島 雅子, 中村 美鈴

抄録：本研究の目的は、救急看護師のDNARを選択した家族に対する看護実践の中で、必要だが実践できていない看護に焦点をあて、実践できるようにするための示唆を得ることである。看護師10名より得られたデータは、半構造化面接法を用いKlaus Krippendorffの内容分析を参考に分析した。

結果、必要だが実践できていない看護が多数存在している現状が明らかとなった。その要因として、多忙であり家族と向き合う時間を作るのが難しい状況や、身近に死を体験する場面が少なく、終末期の経験が得られにくいため、どのように対応すればよいのか困難に感じ、必要だが実践できていない看護が抽出されたと考えられた。

必要だが実践できていない看護を実施できるようにするには、治療に携わる身体面でのケアをする人材とは別に、家族対応に目を向けたスタッフを一人確保したり、専門看護師レベルのスタッフが、カンファレンス等で実践内容の振り返りや相談を受けるなど、教育的関わりを実践する必要性が示唆された。

キーワード：救急看護師, DNAR, 家族, 看護実践

1. はじめに

救急領域で対象となる家族は、突然の入院が生活や経済面にも大きな影響を与えるばかりでなく、通常の入院と違い、それまでの家族生活のパターンや家族機能にも急激な変化をもたらし、本来もっている力を発揮できない状態となる。家族が持っている機能を十分に発揮し、危機的な状況を回避したり、悲嘆作業を進めるためにも看護は必要である。しかし、短時間の関わりの中で救急看護師は、家族との関係を築くことや、どのように関わったらよいのか困難を感じていることも事実である¹⁾。自施設でも、患者の治療や処置に多くの時間を要したり、家族への対応が後回しになったりしている現状があり、家族に対して救急での心理的特長を考えた看護実践が行えているのか疑問に感じていた。

また、救急領域の終末期は、癌や神経疾患の終

末期と異なり、直前までまったく健康と思われていた人が突然生命の危機にさらされる。そのような状況は、家族にとっても突然の事態であり、医師の説明を十分に理解することも間近かに迫った肉親の死を受容することもできず、心理的にもパニック状態に陥りやすい。救命のための集中治療が行われる一方で、家族も危機的な状況にあるため、患者の援助のみに注目するのではなく、家族を含めて総合的な視点で患者を捉える援助が必要と言われている²⁾。しかし、救急領域では、十分なインフォームドコンセントを得る時間もないままに治療が開始され、本人の意思や家族の意思に反した治療継続が行われることもある。救急看護師が、終末期ケアや家族看護を実践していくために、これらの現状や問題点を明らかにすることが課題である³⁾とも言われている。

救急領域で終末期を考える際に、外傷はもとより脳血管疾患や多臓器不全などで搬送され、Do Not Attempt Resuscitation (以下 DNARと記す) が選択または決定がなされ亡くなる患者が多いことに着目した。自施設でも、毎年100例ほど

自治医科大学附属病院 救命救急センター
自治医科大学大学院看護学研究科 クリティカル
ケア看護学

のDNAR患者を経験し終末期における看護実践を行っているが、病棟でのDNARとなった患者と家族への看護は様々である。救命救急センター看護師が、DNARのもつ特徴を「それ以上の治療を行わずに迎える自然な死」、「突然の死」と捉えていた⁴⁾との報告や、医師も看護師もDNAR決定後にケアを減らすものだと誤認識しているとの報告⁵⁾⁶⁾もある。これらのことから、「DNAR」という言葉の概念が、適確に認識されないまま医療現場で使用されていることが伺えた。そのため、救急看護師がDNARに対しどのように認識して、DNARを選択した家族へ看護実践しているのか明らかにする必要があると考えた。そこで、救急看護師のDNARの認識と入院し救命治療を受けていたが、患者や家族の意思に基づいてDNARが選択された患者の家族に対する看護実践を明らかにし、今後の看護支援を検討する目的で調査を行った。その結果、救急看護師は、DNARの定義に基づいた認識があり、DNARを選択した家族に対しての看護実践として、家族の意思決定後の看護実践、危機状態に陥る家族への看護実践、グリーフケアを考えた実践が行われている現状が明らかとなり、学会報告している⁷⁾。

一方で、データの中には、必要だが実践できていない看護も語られており、山勢ら⁸⁾が述べている危機状況にある家族への看護支援のポイントや救急患者家族へのポイントをみると、その中には、実践すべき重要な看護内容が含まれていると考えられた。必要だが実践できていない看護が語られた背景には、身近に死を体験する機会が少ないため、終末期にどのように対応すればよいのか不安や困難を感じている現状が考えられる。そのような、苦手意識や困難を感じている実態に着眼し、対応を検討して実践したところ、看護チーム全体の家族看護に対する意識や看護実践を含めた行動に変化をもたらした⁹⁾との報告や、カンファレンスに反映し看護計画につながった¹⁰⁾との報告から、忙しい業務の中でも、なんらかの糸口やきっかけを与え継続して取り組むことで、困難が克服できると思われた。そこで、必要だが実践できていない看護が明らかになり、要因がわかることで、実践に向けるための糸口を見出だせると考えた。

以上の背景から、本研究では、救急看護師のDNARを選択した家族に対する実践の中で、必要

だが実践できていない看護に焦点をあて、実践できるようにするための示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 対象の選定

本研究において、研究対象者の勤務する施設は、関東近郊の高度救命救急センター及び救命救急センターのある大学病院で、高度医療の提供を行っており、DNARの患者の家族対応が多く、情報が十分に得られると思われる病床30床以上の施設とした。

研究対象者の条件として、上記施設に勤務するDNARの選定または決定された患者（以下DNAR患者とする）の家族への看護実践の経験があり、DNAR患者を受け持ったことのある、日本救急看護学会「救急看護クリニカルラダー」ステップⅢ・Ⅳのレベルにある看護師とした。

3. 研究期間

2011年4月～2012年3月

4. データの収集方法と期間

インタビューガイドを作成し、半構造化面接法を用いたインタビューを行った。インタビュー内容は、対象者の基本属性と、研究対象者に今までの経験から、DNAR患者で印象に残った2事例を教えていただき、その2事例に実践した看護内容を語ってもらった。

インタビュー時、承諾を得て会話内容をICレコーダーに録音しメモを取った。また、面接はプライバシーが保てる個室を用意してもらい実施した。インタビューは、原則一回としインタビュー時間は説明を含めて60分程度とした。データの収集期間は、2011年8月～9月であった。

5. データの分析方法

救急看護師のDNARを選択した家族への看護実践の中身を明らかにするため、言語や形式、行動を含む内容が抽出されることが考えられる。語られた言葉のみデータにするのではなく、語られた言葉が影響している内容や感じ取れる内容も抽出

し分析する必要がある、推論の要素を含むKlaus Krippendorffの内容分析を参考に分析した。

収集したデータから、逐語録を作成し、研究対象者の「DNARを選択した家族に対する看護実践」の内容を抽出して、実践が含まれる前後の文脈単位から記録単位に分割した。記録単位をコードとして、3次コードまで抽象化した。それぞれの3次コードを、特徴が損なわれないまでに意味内容を類以しているものとしてまとめ、カテゴリ化した。さらに、必要だが実践できていない看護に焦点をあて分析した。随時、複数の研究者のスーパーバイズを受けることで研究の妥当性を確保した。

6. 用語の定義

①救急領域での終末期

突然発症した重篤な疾病や外傷などの患者に対して、適切な医療の継続にも関わらず死が間近に迫っている状態

②DNAR

患者が回復不能な状態で心肺停止に陥った時に、心肺蘇生（CPR：cardiopulmonary resuscitation）を行わないこと

③DNARの認識

研究対象となった看護師が、現在の状況からDNARと考え捉えた内容

④看護実践

家族に対して実施した看護と、実践できなかった看護を含む内容

7. 倫理的配慮

自治医科大学大学院看護学研究科看護研究倫理審査会の審査を受け（承認番号69-2 ）、対象施設の承諾を得た上で実施した。対象者に対しては、研究の目的、調査方法、内容および自由意思による参加であること、途中辞退が可能であること、辞退しても今後の業務に不利益は生じないこと、匿名性の確保、研究終了後のデータの破棄について等を記載した文書を用いて研究者が説明し同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は、関東近郊にある高度救命救急センター、および救命救急センターのある大学病院3施設に勤務する看護師10名（女性8名、男性2名）であった。（表1参照）

2. データの分析結果

必要だが実践できていない看護は、【家族を支えるように関わる】、【問題につながる状況の家族へ対応する】、【救急における終末期看護をふまえた対応をする】、【面会時に家族対応する体制を整備する】、【短期間で個性性を重視した看護展開をする】、【家族の状況を把握するように関わる】の6カテゴリが抽出された。（表2参照）

なお、本文中のカテゴリは【 】、カテゴリを構成するサブカテゴリを〈 〉で示した。カテゴリを説明するために、その内容を表しているデータを「 」で表した。

表1 研究対象者の基本属性

基本属性	年齢(歳)	性別	教育背景	看護師経験年数(年)	救急領域での経験年数(年)	DNAR患者を受け持った総経験数(件)	DNAR患者の家族への看護実践した事例数(件/年)	インタビュー時間
A	25～30	女性	看護大学卒	6	6	10	5	60分52秒
B	25～30	男性	専門学校卒	9	9	10	5	49分58秒
C	31～35	男性	看護系大学院	6	6	15	5	46分50秒
D	31～35	女性	看護大学卒	12	12	300	20	54分48秒
E	31～35	女性	看護大学卒	9	9	100	100	52分52秒
F	31～35	女性	看護系大学院	10	10	30	10	41分48秒
G	31～35	女性	専門学校卒	8	8	80	100	48分12秒
H	25～30	女性	看護大学卒	7	7	30	5	48分17秒
I	25～30	女性	看護大学卒	5	5	60	12	46分00秒
J	31～35	女性	専門学校卒	6	6	180	39	48分10秒

表2 必要だが実践できていない看護

必要だが実践できていない看護 (66)	
カテゴリー (6)	サブカテゴリー (11)
家族を支えるように関わる	1) 家族の意思決定の場に看護師が介入する 2) 家族を支えるような体制を整備する
問題につながる状況の家族へ対応する	1) 複雑な背景の家族に対応する 2) 現状を受け入れることができていない家族への対応する
救急における終末期看護をふまえた対応をする	1) 医療者間で亡くなる方のケアについての話し合いをする 2) 家族に対し理論やアセスメントモデルを活用し実践する 3) グリーフケアを考えたケアを実践する
面会時に家族対応する態勢を整備する	1) 家族の気持ちを考えた面会時の対応をする
短期間で個別を重視した看護展開をする	1) 短期間でも個性を考えた看護ができるシステムを構築する
家族の状況を把握するように関わる	1) 家族の心情を知る 2) 家族の背景や状況を確認する

(1) 【家族を支えるように関わる】

このカテゴリーは、〈家族の意思決定の場に看護師が介入する〉、〈家族を支えるような体制を整備する〉の2つのサブカテゴリーで構成された。

看護師は、多忙な状況が理由で、医師からの病状説明に同席できていない。〈家族の意思決定の場に看護師が介入する〉ことができず、「看護師が家族のそばにいられるような配置ができていない」現状がある。そのため、家族に寄り添い、思いや考えを聞くような関わりを持つことが難しく〈家族を支えるような体制を整備する〉実践ができていないと捉えている。

本来であれば、傍にいないことっていうのも多分、重要な看護ケアというか必要なことだと思うんですけど、中略(傍に)いるっていうのは難しい部分もあるので・(対象者C)

病状説明も同席しているようには心がけているんですけど、まあ忙しい時は、ちょっと入れない時もあるんですけど・(対象者J)

(2) 【問題につながる状況の家族へ対応する】

このカテゴリーは、〈複雑な背景の家族に対応する〉、〈現状を受け入れることができていない家族へ対応する〉の2つのサブカテゴリーから構成された。

救急搬送された患者の中には、一人暮らしだったり家族が遠方に住んでいたり、疎遠になっていたり、家族関係が複雑な状況がある。そのため、代理意思決定が難しく、処置や治療が遅れた

り、患者の入院環境を整えることができなかったりと障壁がでてくる。救急領域では、短期間の関わりの中で関係性を築くのが難しいため、さらに看護介入が困難になり〈複雑な背景の家族に対応する〉実践ができていない。また家族が、DNARを選定する状況に対し、多忙だと病状説明にも同席できず、看護介入ができていないため、〈現状を受け入れることができていない家族へ対応する〉実践ができていないと捉えている。

何も解らない状態から患者さんなり、家族と関わらなきゃいけないので、やっぱりそういうところの難しさもたぶんあるんだと思うんですよね。あとは、今のたぶん社会がそうだと思うんですけど、こう家族背景が複雑とか、家族がいなかったり、疎遠だったりとかそういうところも少しあるのかなとは思うんですよね。・(対象者D)

(3) 【救急における終末期看護をふまえた対応をする】

このカテゴリーは、〈医療者間で亡くなる方のケアについての話し合いをする〉、〈家族に対して、理論やアセスメントモデルを活用し実践する〉、〈グリーフケアを考えたケアを実践する〉の3つのサブカテゴリーから構成された。

終末期を迎える患者や家族のケアについて、医療者間で話し合ったり意見を出し合う機会がない。また、家族に対して理論等を用いて看護展開ができていない場合があり、〈医療者間で亡くなる方のケアについての話し合いをする〉、〈家族に対して、理論やアセスメントモデルを活用し実践す

る〉看護ができていないと捉えている。さらに、「終末期になると家族に踏み入れた実践ができていない」ため〈グリーンケアを考えたケアを実践する〉看護ができていないと捉えている。

その終末期の看護って言うのが苦手じゃないけど、みんなの中でたぶんちょっと一歩引いちゃうところがあって、一歩も二歩も踏み込めないっていうところもたぶんちょっと多々あるのかな?とは思うんですね。・(対象者D)

ご家族自身の力で、ちゃんと調整をしていけるような関わりができたらいいいのかなと思いますね。やっぱり患者さんがいての家族のあり方だと思うので、中略 やっぱり人が最期に死ぬのを誰でも迎えるわけですから、そこをちょっとあの受け入れていくというか、そういう関わりができたらいいいのかなとは思いますが。・(対象者F)

(4)【面会時に家族対応する態勢を整備する】

このカテゴリは、〈家族の気持ちを考えた面会時の対応をする〉サブカテゴリで構成された。

救急領域では、緊急搬送された患者の処置や治療に意識が集中するため、外来のみならず入院してからも、家族対応が後回しになりやすい。家族の顔を見て安心したいという心情を思うと、一刻も早く患者に家族を合わせたいと考えるが調整ができていない。また、面会している家族に対しても、繁忙になると声をかけることができず、家族対応が不十分になり〈家族の気持ちを考えた面会時の対応をする〉実践ができない状況になっている。

やっぱり、忙しいときには本当に声かけられなくて申し訳ないと思うんですけども、やっぱり忙しいと家族がこうパッと来ても声かけずに帰られちゃう場合とかがあって・(対象者A)

処置もER(救急外来)では長い時間、処置をされて、そのあと入院で集中治療室にアがってきたあとも、あの状態が落ち着かないとなかなか面会ってできなくて・(対象者B)

(5)【短期間で個別性を重視した看護展開をする】

このカテゴリは、〈短時間でも個別性を考えた看

護ができるシステムを構築する〉サブカテゴリから構成された。

短期間の入院が予測される場合、プライマリナースを配置する体制ができていないため、「プライマリナースがいないことで、個別性のある看護が実践できない」現状がある。また、短期間では、家族の発達段階にある課題や全体像をアセスメントした関わり、家族を多角的に捉えた関わりなど、深みのある看護介入が難しく、〈短時間でも個別性を考えた看護ができるシステムを構築する〉実践ができていないと捉えている。

家族に対して個別でこういろいろ何かをやっていうと、なかなかそこまでっていいか、そこにたぶんプライマリとかっていうのが、たまにつくんですよ。そのDNARの患者さんに付くかというやっぱそこはなかなかなくて 中略 やっぱDNARの患者さんにじゃ?プライマリが付くかっていうとなかなか付かないので、そういうディスカッションがないというか、ん?現状としてはやっぱ、家族看護っていうのが行えていないのが現状かな?とはちょっとやっぱ思いますね。・(対象者D)

(6)【家族の状況を把握するように関わる】

このカテゴリは、〈家族の心情を知る〉、〈家族の背景や状況を認識する〉の2つのサブカテゴリから構成された。

看護師は、多忙になると家族と会話をする機会がなく、「家族背景を把握することができていない」状況になる。又、家族が思いを語れるように、時間を取って話を聞くような関わりができていないため、〈家族の心情を知る〉、〈家族の背景や状況を認識する〉実践ができていないと捉えている。

時間を割いてでも(家族と)何かいろいろ話したかなと思ったりもするんですけど。 中略 ずっとそこにいて家族と話をするとか。家族看護ではやっぱり時間が要するんだという、若干後悔をしたというか。もっと積極的にかかわればよかったなという。・(対象者H)

IV. 考察

本研究の結果から、必要だが実践できていない

看護が存在している要因と、要因を取り去り実践できるようにするための、看護師への教育的関わりについて考察する。

1. 必要だが実践できていない看護の要因

【家族を支えるように関わる】、【問題につながる状況の家族へ対応する】、【家族の状況を把握するように関わる】に関して、救急看護師は、多忙であることが理由で、医師からの病状説明に同席できないため、〈家族の意思決定の場に看護師が介入する〉ように調整ができず、家族に寄り添い、思いや考えを聞くような関わりを持つことができない状況がある。また、搬入された患者が一人暮らしであったり、家族が遠方に住んでいたりと、家族関係が複雑になっているがゆえに看護介入が難しくなり〈複雑な背景の家族に対する〉看護介入ができていない現状もある。平原¹¹⁾らは『家族は、システムであり、家族員一人の変化が他の家族員にも影響を与え家族全体の変化へとつながることから、まず誰か一人にでも声をかけ気遣い心配していることを伝える事が重要である』と述べており、看護師の姿勢として『自分の価値観で家族を捉え働きかけないこと、中立性や専門職としての姿勢を保ち巻き込まれないようにすることであり、自己洞察や自己コントロールをしながら、常に冷静で客観的な視点を持つべきである』と示唆している。家族看護の必要性は認識しているが、〈家族を支えるような体制を整備する〉実践ができていない現状もあり、短期間で家族員一人の様々なストレスや家族関係にまで介入することはとても困難で¹²⁾、関わる看護師にとっても負担が大きく限界を感じていると思われる。

さらに、【救急における終末期看護をふまえた対応をする】、【短期間で個別を重視した看護展開をする】、【面会時に家族対応する態勢を整備する】では、看護師は、繁忙になると家族に声をかけることすらできず、また、短期間では深みのある看護介入が難しく〈短時間でも個別性を考えた看護ができるシステムの構築をする〉実践ができていない現状がある。救急という特殊性から、短期間であり継続した関わりが難しく治療優先になるため医師主導になりがちで、看護師の家族への関わりが後回しになる傾向がある¹³⁾。また、忙しい業務のなかでは、一般病棟のように家族に関わる時間が取れないため、さらに家族看護を難しく感じ

させている¹⁴⁾と考えられる。

これらの現状から、短期間での関わりや多忙である現状が、カンファレンスや十分な話し合いができず家族への関わり不足を感じ、必要だが実践できていない看護が抽出された要因であると推察する。また、救急での数時間や数日といった関わりのなかでは、看護師の行った家族ケアが、その家族にとってどのような意味をもつものであったのか、どのようなアプローチが家族にとって役立つものであったのか、評価が得られにくい現状があり¹⁵⁾、家族に寄り添ったり共感したりしたことが果たしてよかったのかと、疑問に感じているのではないだろうか。そのため、看護師は何もできていないのではと不安に感じ、必要だが実践できていない看護が抽出された一つの要因でもあると考えられる。

2. 看護師に対する教育的関わり

救急領域では、搬送された患者の救命に重点が置かれていたが、最近になり看取りの医療として終末期に目が向けられるようになってきた。他の領域には、ホスピス、ターミナルケア、緩和ケアというように、終末期や看取りの医療を専門にしている医療者が存在している。救急領域の現場では、すべて同じ医療スタッフが、救命することに全力を注ぐ一方で、終末期を考えた医療を継続して行わなければならない現状があり、終末期に踏み込んだ医療を行う環境が作り出せなかった。

しかし、DNARという概念がでたことや臓器移植が行われるようになり、救急領域でも家族の代理意思決定や遺族ケアなど終末期に目が向けられるようになってきており、救急領域でも終末期医療や看取りの医療が考えられるようになってきた。救急領域の意思決定は、代理人による意思決定がほとんどで、意思決定までのプロセスに急を要することが特徴であり、その場に関わった医師・看護師の相互関係によって多大な影響を受けることが明らかにされている¹⁶⁾。そのような中、看護師は必要性を理解していても、実践できていない看護がある状況に、ジレンマを感じていると思われる。

救急領域では、チームとしてそれぞれの専門性を活かし相乗効果を発揮することによって質の高い医療を提供する事ができると言われており、調

整機能を果たす看護師が一人いるだけで診療の場がスムーズであった¹⁷⁾との報告もある。救急看護の専門性を高めたスタッフの常在は、相談機能も加わり連携がスムーズになるため、家族への看護に目が向き意欲的に取り組むことができるようになると考えられる。そのため、救急看護の専門性を高めたスタッフの存在は、【家族を支えるように関わる】、【救急における終末期看護をふまえた対応をする】などの、終末期を踏まえた看護の実践が可能になるとと思われる。

家族の感情反応は、一般に提唱されている危機理論や悲嘆プロセスの過程を段階的にたどるのではなく、様々な感情が複雑に絡み、行きつ戻りつ揺れ動きながら現実対処に向かうことも明らかにされており¹⁸⁾、家族員が意思決定の体験を肯定的に受容していくことができるよう、その後の長期的受容を念頭に入れた働きかけをする必要があると言われている¹⁹⁾。しかし、【問題につながる状況の家族へ対応する】、【短期間で個別を重視した看護展開をする】、【家族の状況を把握するように関わる】などの看護が、必要性は感じていながらも実践できていない現状がある。

また、必要だが実践できていない看護に関しては、多忙であることが困難の一つとして語られている。今の看護体制では、家族と向き合って看護する時間を作るのは難しい状況が何え、【面会時に家族対応する態勢を整備する】、【短期間で個別を重視した看護展開をする】が、必要だが実践できていない看護として抽出されたと考えられる。さらに、身近に死を体験する機会が少ない現代では、終末期の経験が得られにくいため、どのように対応すればよいのか困難に感じていると考えられる。そのため、【家族を支えるように関わる】、【救急における終末期看護をふまえた対応をする】、【短期間で個別を重視した看護展開をする】、【家族の状況を把握するように関わる】が抽出されたと考えられる。

したがって、スタッフとして治療に携わる身体面でのケアをする人材とは別に、家族対応に目を向けたスタッフを一人確保し、常に家族を意識することで、他の看護師の良い見本となり実践内容を深めることができると考えられる。その役割を担うには、専門看護師レベルでの教育を受けた、スタッフの確保が必要であり、看護師の家族対応に関する不安を緩和するため、相談や行われた実

践のフィードバックができるようにするためにも専門性の高い人材確保の必要性が示唆された。

渡辺²⁰⁾は、『看護師は、対象に良い変化をもたらすことに重要な価値を置いている。生命の危機状況に置かれる患者の家族には、適応に向かってよい変化をたどるのではなく、嘆き悲しむことが必要』と述べており、看護師が焦ってよい変化を起こそうとする必要はないと指摘している。看護師は、生命の危機状態にある患者の家族に対し、泣いて悲しむことの必要性を理解し感情がだせる環境を整備したり、不安で緊張している家族のそばにただ寄り添い共感する態度で接するという情緒的支援が必要である²¹⁾。そのためにも、専門看護師レベルのスタッフが、調整役となったり、フィードバックする環境を作ったりする関わりが重要であり、例えば実践できていればポジティブにフィードバックし、できていなければカンファレンス等で必要性を伝えるような、教育的関わりを行う重要性が示唆された。

V. おわりに

DNARを選択した家族に対する救急看護師の実践を明らかにし、今後の看護支援を検討する目的で調査を行った結果、必要だが実践できていない看護が多数存在している現状が明らかとなった。そのため、今回は、必要だが実践できていない看護に焦点をあて、実践できるようにするための示唆を得ることを目的とした。

救急看護師は、短期間での関わりや多忙である現状が、家族への関わり不足を感じ、家族に寄り添ったり共感したりしたことが、果たしてよかったのか疑問に思っている。そのため、救急看護師の何もできていないのではという不安感が、必要だが実践できていない看護が抽出された要因であると考えられた。

必要だが実践できていない看護を実践に向けるには、専門看護師レベルのスタッフが、治療に携わる身体面でのケアをする人材とは別に、家族対応に目を向けたスタッフを一人確保できるように調整したり、フィードバックする環境を作ったり、カンファレンス等で実践内容の振り返りや相談を受けるなどの教育的関わりを行う重要性が示唆された。

今後の課題として、家族が、実際行われている看護実践内容を、どのように受け入れられている

のか評価されたものはない。今後の救急領域での終末期看護を発展させ、救急看護師に対する効果的な教育的関わりに活かすためにも、家族が終末期に何を必要としているのか明らかにし、実践している看護内容の評価が得られる調査をする必要があると考える。

文献

- 1) 辰巳有紀子, 野村美紀: 悲嘆作業のサポート. EMERGENCY CARE 2005年夏季増刊 救急患者と家族のための心のケア. メディカ出版, 114-121, 2005.
- 2) 早坂百合子: 患者と家族の心理. 救急看護 急性期病態にある患者のケア. 医歯薬出版; 85, 2001.
- 3) 小手川良江, 山勢善江: 海外のクリティカルケアの場におけるターミナルケア. 日本赤十字九州国際大学 Intramural Research Report 2号; 116-124, 2004.
- 4) 田中孝也, 山本透: DNRとDNAR. Emergency nursing 2004 新春増刊; 281-287, 2004.
- 5) Jos M Latour, Paul Fulbrook, John W Albarran.: EfCCNa survey; European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. British Association of Critical Care Nursing, 14(3), 110-121. 2009
- 6) Fritz Z, Fuld J, Haydock S, Palmer C: Interpretation and intent; A study of the (mis) understanding of DNAR orders in a teaching hospital. Resuscitation, 81, 1138-1141, 2010.
- 7) 谷島雅子, 中村美鈴: 救急看護師のDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の認識とDNAR選択後の入院患者の家族に対する看護実践. 日本救急看護学会雑誌, 14(3); 177, 2012.
- 8) 千明政好, 山勢博彰: 救急患者家族の心理的特徴. EMERGENCY CARE 2005年夏季増刊 救急患者と家族のための心のケア; 19-29, 2005.
- 9) 野口牧子, 檜館紗恵子, 栗城尚之, 藤田玲, 平井律子, 大沼教子, 杉浦由美子, 佐々木吉子: 生命危機状態にある患者家族への積極的チーム・アプローチがもたらす看護チームの認識と実践の変化ーミューチュアル・アクショ
- ンリサーチの手法を参考にしてー. 日本救急看護学会誌, 11(1); 41-49, 2009.
- 10) 小野綾子, 清水るみ子, 青木靖子, 三浦和佳子, 丸一美佳: インフォームドコンセントの充実を図るー患者・家族の思いを共有する. 日本救急看護学会雑誌, 13(3); 210, 2011.
- 11) 平原直子, 瓜生浩子: 生命危機状態の患者を抱える家族に対する家族関係調整の方略. 家族看護, 3(2); 24-30, 2005.
- 12) 古谷桂子, 設楽恵子, 松井憲子, 佐藤仁美, 八巻佳代子, 相澤公美, 井上昌子, 後藤えり子: 救命救急センター初期治療室における救急患者家族への援助の実態調査. 日本救急看護学会雑誌, 11(2); 126, 2009.
- 13) 前掲: 8), 14-15.
- 14) 市田悟子, 落合幸代, 田中友紀子, 藤川弘美: 救急集中治療の場に勤務する看護師のDNARに対する思いーターミナルケアの充実に向けてー. 日本救急看護学会雑誌, 10(2); 140, 2008.
- 15) 渡辺裕子: 生命の危機状態にある患者家族をケアする看護師のジレンマ. 家族看護, 3(2); 12-18, 2005.
- 16) Reckling, J.A.: Who plays what role in decisions about withholding and withdrawing life-sustaining treatment?. J Clin Eth. 7; 39-45, 1998
- 17) 本田可奈子, 豊田久美子, 徳川早知子: 3次救急外来における看護実践の分析. 日本救急看護学会誌, 7(2); 27-37, 2006.
- 18) 高山裕喜枝, 小林徳子, 松村さゆり: CPA患者家族の心理プロセスの分析 (第2報). 日本救急看護学会誌, 3(2); 61-65, 2002.
- 19) 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(1); 48-54, 2003
- 20) 前掲: 15), 16-17.
- 21) 榊 由里: 家族への情緒的支援. 家族看護, 3(2); 19-23, 2005.

The Nursing Practice for The Family Who Decided DNAR(Do Not Attempt Resuscitation) IN-HOSPITAL of The Emergency Nurse

Masako Yajima, Misuzu Nakamura

Abstract

This study aimed to identify the nursing practice for families who made “Do Not Attempt Resuscitation” (DNAR) decisions in emergency nurse, and to investigate nursing support.

Analysis of the data obtained from 10 nurses, with semi-structured interview and the obtained data were analyzed based on the content analysis of Klaus Krippendorff.

Our result shows that several necessary nursing services could not be done. This was probably caused by the facts that: they could not spend together with families enough, because of their too busy work; caring for terminally-ill persons is less likely to occur in modern society where death is not familiar, and, hence, nurses have some difficulty in dealing with such patients; and nurses are anxious about whether or not their duties are performed properly.

It was suggested that, to practice nursing services that are necessary, but have yet to be practiced, it is important to conduct educational interventions, such as employing a staff member who specifically responds to families, other than personnel providing treatment and physical care, and appoint nurse specialists and other equivalent nursing professionals, who reflect on nursing services that have been practiced, and hold consultations at conferences.

Key Words : Emergency Nurse, Do Not Attempt Resuscitation, Family, Nursing Practice

Masako Yajima: Emergency Medical Center, Jichi
Medical University Hospital
Misuzu Nakamura: Master Course of Nursing,
Jichi Medical University Graduate School

総 説

米国における受刑者妊婦のヘルスケアの 現状と課題についての文献検討

望月 明見¹⁾, 成田 伸²⁾

Literature Review: Current Status of and Task for Health Care Among Incarcerated Pregnant Women in The U.S.A

Akemi Mochizuki¹⁾, Shin Narita²⁾

抄録: 女子の犯罪率の増加により女子受刑者の増加が国際的な共通の問題となってきた。米国における受刑者妊婦の現状とニーズを把握するために文献検索サイトからキーワード検索にて得られた文献を検討した。文献レビューにより4つのテーマに分類できた。テーマ1:受刑者妊婦の背景と健康に関連するリスク要因, テーマ2:女子刑務所における受刑者妊婦のヘルスケアの現状とニーズ, テーマ3:受刑者妊婦の妊娠・出産アウトカム, テーマ4:受刑者妊婦の介入の実際と効果であった。受刑者妊婦は、妊娠・出産におけるハイリスク要因を多くもち、高いヘルスケアニーズと積極的な介入が必要な集団であることが理解できた。また、地域に戻っていく受刑者妊婦に対して出所後を見越したヘルスケアの継続介入の必要性が高いことや、受刑者妊婦に向けて健康教育のアプローチの重要性を見出すことができた。

キーワード: 女子受刑者, 刑務所, 妊娠, 周産期ケア

Key words: incarcerated women prison, pregnant, perinatal care

I. はじめに

犯罪率の増加による女子受刑者の増加が、世界的な共通の問題となってきた。女子受刑者のこのような増加の背景にあるのは、暴力に関する犯罪の増加ではなく、薬物使用による犯罪の増加である¹⁾と考えられる。

日本でも女子受刑者の急激な増加により、全国に9施設ある女子刑務所では、刑務所の定員を大幅に上回る女子受刑者の収容という状況に苦慮している。諸外国と同様に、この増加は薬物使用に

関連する女子受刑者の増加であり、そこには、ヘルスケアの問題や課題も多くなっていると推測できる。その中でもケアを必要とする最たるものは妊娠・出産である。平成23年度の日本全国にある女子刑務所の収容人数は4,143名であり、その中で妊娠していた女子受刑者は42名であったという(平成23年度末現在・法務省)。施設内に診療所を設置している女子刑務所が多く、受刑者妊婦の健診等は医師による診察が行われている。日本の刑務所における受刑者妊婦を対象にした実践や報告は2論文のみであった。一件は医師という立場から、山崎ら²⁾が外部分娩施設での受刑者の出産状況の報告をしている。もう一件は菊地³⁾が社会的見地から、日本においては受刑者妊婦の母子ケアが不十分である現状を報告している。これらの論文からは、受刑者妊婦ケアの実態が明らかになっていないことが報告され、特に通常妊婦健診

¹⁾ 自治医科大学看護研究科母性看護学博士前期課程

²⁾ 自治医科大学看護学部

¹⁾ Jichi Medical University Graduate School of Nursing Master's Program

²⁾ Jichi Medical University School of Nursing

や母親学級等を通じて提供されている助産師等による助産・看護的ケアが、受刑者妊婦に対しては十分に提供されていないことが推測された。

今回は、英文献を検討することで、国外の女子受刑者の実態や、支援の状況に関する受刑者妊婦のヘルスケアの実際とその課題を知ることを目的とする。その中でも報告の多い米国に焦点をあてて検討する。そして、その結果を受け、日本における助産師としての専門性を考えた女子受刑者の母子保健を含めた、看護・助産援助についての示唆を得たい。

II. 研究方法

1) 研究方法：文献検討

2) 検索方法：CINEHL with Full Text, Medline, PubMedといった英語文献検索サーチにより2000年1月～2013年6月までに発表された、英語、全てのSource Types（学術専門誌、定期刊行物、学術論文、CEU）から文献検索を行った。検索語は[incarcerated]OR[prison]とし、それに[pregnant]OR[perinatal]をAND検索したところ45件の文献が得られた。文献の中のAIDS教育、養子縁組、愛着理論など、今回の文献検索の目的にそぐわないもの27件を除外し、残り18件とした。その他ハンドサーチによる検索で3件抽出できたものをあわせて21件とした。国別では21件中の2件が英国で行われたものであり、残り19件は米国での報告であった。結果的に文献のほとんどが米国で行われたものであった。

これらの結果から、世界的に見ても、受刑者妊婦を研究対象としたものはまだ少なく、多くは米国で行われた研究であった。そこで今回は、米国の文献で検討を行うこととした。最終的に、米国で行われた研究のResearch文献17件、ケーススタディ2件、合計19件をレビューの対象とした。

III. 結果

受刑者妊婦についての文献をレビューしてみると、研究内容から考えて以下の4つのテーマが導き出された。

- ① 受刑者妊婦の背景と健康に関連するリスク要因
- ② 女子刑務所の受刑者妊婦のヘルスケアの現状とニーズ
- ③ 受刑者妊婦の妊娠・出産アウトカム
- ④ 受刑者妊婦への介入の実際と効果

以下では、この4つのテーマに沿って結果を述べる。

1) 受刑者妊婦の背景と健康に関連するリスク要因

このテーマの論文として3件あり、その概要を表1に示した。

このテーマで分類できた論文の研究方法は受刑している妊婦・非妊婦を対象とした調査・インタビュー、二次資料からの分析、13の論文に基づく女子受刑者を対象者として4,571人を含むシステムティック・レビューなどであった。そして、これらは、受刑者妊婦の人種・年齢・生活歴・成育歴・教育レベル・産科既往や慢性疾患の有病率の医療的な問題の有無などの背景を明らかにしたものや妊娠・出産に関してリスク因子となるものを有しているかを明らかにしていた。

Knight&Plugge⁴⁾のによれば、全米の受刑妊婦の6～10%が妊婦であるといわれ、その推定によれば米国の5,000～10,000人の妊婦が刑務所内に存在することになるという。受刑者妊婦の背景は、有色人種や少数民族である確率が非常に高く、独身で教育レベルが低く、貧困、若年、喫煙率の高さ、違法薬物使用の経験、という事実があげられ、さらに、Fogel&Belyea⁵⁾の研究、Eliason&Arndt⁶⁾の研究では、中でも受刑妊婦はさらに全体的女子受刑者よりもこれらの比率が高いと報告されている。Fogel&Belyea⁷⁾は妊娠後期の受刑者妊婦を対象に調査を行った。それによれば、対象者が被虐待者のことが多く、親になる自覚に乏しいという特徴を明らかにした。そして、子ども時代の虐待経験と違法薬物使用の関連性を見出した。この関連性とは、受刑妊婦は子供時代にネグレクトや虐待を受けていた経験から、適切な教育を受けることが出来ないために職に就けず、感情的問題を抱え、早くから薬物使用に至り薬物依存となる悪循環の中にあるということである。その他にも親になることへの意識が薄く、親としての責任をもって養育することが出来ないなどの問題（リスク）を抱えている。このような連鎖を断ち切るには、薬物使用や暴力についての更生プログラムが有効であると述べている。Eliason&Arndt⁸⁾の受刑妊婦の記録データからの調査では、受刑者妊婦は妊娠すると薬物を控えようとする傾向があるが、適切な治療を受けないと、薬物を再開してしまう傾向にあるため、妊娠

表1, テーマ：受刑者妊婦の背景と健康に関連するリスク要因

文献	著者/表題/出版年	目的	対象者/方法	結果/考察	
4	Knight & Plugge (2006) Risk factors for adverse perinatal outcomes in prisoned pregnant women: systematic review	システマティックレビューにより、受刑者妊婦における妊娠による悪影響に関連するリスク要因を特定すること	13の論文。 合計1504人の受刑者妊婦と受刑者非妊婦4571人 システマティックレビュー	結果	●受刑者妊婦は周産期アウトカムにもたらすリスクの多いグループである。独身者、有色人種、喫煙者、教育レベルが低い傾向にある。 ●妊娠に影響を与えるような医療的問題（糖尿病、てんかん、高血圧、心疾患、神経疾患）を抱えている傾向にある。 ●受刑中に適切な妊娠期ケアを受けていない傾向にある。
	受刑者妊婦における有害な周産期アウトカムのリスク要因について			考察	●女子受刑者は産科的なハイリスクグループであることは明らかである。これらの対象者へのケア対策のための重要な関連事項が明らかになった。
5	Fogel & Melyea (2001) Psychological risk factor in pregnant inmates: A challenge for nurse	受刑者妊婦の幼少期の暴力・薬物依存・親の態度の経験と精神健康状態について探索すること	63人の妊娠後期の受刑者妊婦 ・質的研究 ・質問紙による量的データ解析 ・心理尺度による分析	結果	●60%以上が幼少時に家族から暴力を受けていた。 ●半分の対象者が妊娠中にアルコールや薬物を使用していた。 ●子供時代に性的虐待を受けたもすべてが、薬物依存者だった。受刑者非妊婦には性的虐待の既往はなかった。 ●子供を養育しているものは親として虐待リスクが高い。 ●70%以上がうつ。 ●社会的サポートが少い。
	妊娠期の受刑による受刑者妊婦の心的リスク要因：看護師の課題			考察	●受刑者妊婦のケアの構成に、薬物依存の過去、現在の経験をスクリーニングに含めるべきである。 ●心理的な苦痛を減らすための暴力と薬物依存に取り組むプログラムが、リスク因子の多い受刑者妊婦に利益をもたらすことができる。
6	Eliason & Arndt (2004) Pregnant Inmates: Growing concern	受刑者妊婦と女子受刑者の薬物使用者の特徴と二次資料を使って、刑務所に入ることになってしまった薬物依存について分析すること	53人の受刑者妊婦と1160人の受刑者非妊婦 二次資料分析	結果	●受刑者妊婦は受刑者非妊婦より平均年齢が低かった。 ●受刑者妊婦はシングルの傾向にある。 ●受刑者妊婦は最近薬物使用を控えている傾向にある。薬物使用に関して妊娠しているものとしていないもので大きな差があった。 ●薬物による犯罪が理由での刑務所入所は、受刑者妊婦は受刑者非妊婦の半分であった。
	受刑者妊婦：拡大する懸念事項			考察	●妊娠が薬物の使用を抑えるきっかけになる。 ●妊娠することは薬物の使用を抑える傾向にあるが、薬物を再開したり、出産後も薬物を使用し続けてしまうため、妊娠中から治療を受けさせる必要がある。

期から違法薬物に対する治療の必要性を述べている。

以上の結果から、受刑者妊婦はアメリカという社会の中で社会階層的に低いことが多く、被虐待経験者、不十分な教育、無職、違法薬物の使用、感情的問題等の貧弱な社会背景から、違法薬物の使用や劣悪な生活から犯罪に至る悪循環の中にあるといえる。さらに、受刑者妊婦は妊娠・出産・子育てにおいてもハイリスクな集団であることが明らかとなった。

2) 女子刑務所の受刑者妊婦のヘルスケアの現状とニーズ

このテーマの論文として5件あり、その概要を表2に示した。

このテーマの論文は、受刑者妊婦を対象としたインタビュー、アンケート調査等から、質的・量的に分析した研究が行われていた。女子刑務所内で受刑者妊婦が受けているヘルスケアの現状から、今後の健康に関わるヘルスケアニーズを検討したものである。

この問題を考える際に考慮すべき点として、米国独特の社会背景がある。つまり、州ごとに法律・制度が異なり、州単位で刑務所が運営されているため、女子刑務所内で行われているヘルスケアが米国のどの地域にも当てはまるというわけではなく、施設内の運営による違いが大きいという事である。米国における受刑者妊婦のヘルスケアについてFerszt & Clarke⁹⁾ は、19の州刑務所の刑務所長へ質問紙による調査を行ったところ、多

くの州立女子刑務所で適切な周産期ケアが行われておらず、いくつかの施設では食事内容や環境の制限、拘束帯の使用、などの問題があるという現状を報告している。Clarke et al.¹⁰⁾ は、女子受刑者

を対象に妊娠に対する行動と避妊の行動を調査した結果として、受刑者妊婦は望まない妊娠をしたものが多く、望まない妊娠の予防には、受刑中の避妊教育と避妊サービスの提供が重要であ

表2, テーマ：女子刑務所における受刑者妊婦のヘルスケアの現状とニーズ

文献	著者/表題/出版年	目的	対象者/方法	結果/考察
9	Ferszt G & Clarke JG (2012) Health care of pregnant women in U.S. state prisons.	刑務所における受刑者妊婦のヘルスケアの実態をすること	19の州立女子刑務所の刑務所長質問紙による量的研究	結果 ●多くの州立女子刑務所で適切な妊娠期の生活環境、栄養提供、妊娠ケアが行われていない。 ●分娩時の拘束帯を行っているところがある。
	アメリカ州立刑務所における受刑者妊婦のヘルスケア			考察 ●社会的弱者に対しての受刑者妊婦へのヘルスケアを早急に改善すべき
10	Clarke JG et al (2006) Pregnancy attitudes and contraceptive plans among women entering jail	Title X(米国の低所得者向け避妊プログラム)の評価の一つとして、避妊行動と妊娠行動の関連を調査すること	223人の36歳以下の妊娠を計画していない女子受刑者アンケート調査による量的研究	結果 ●半分近くの女性が妊娠したくないというグループ(Pas)であった。 ●Pasは90%以上が望まない妊娠の経験があった。 ●中絶は40%で経験していた。避妊を始めたい、もしくは継続していきたいと答えたのは37%いた。
	女子受刑者の妊娠行動と避妊について			考察 ●望まない妊娠をする可能性の高いハイリスクな女子受刑者に受刑中に妊娠行動の指導と避妊のサービスを受けさせた場合は望まない妊娠を予防するのを助けることができるかもしれない。
11	Galen J Hale et al (2009) The Contraceptive Needs of Incarcerated women	女子受刑者の避妊ニーズについて検討すること	188人の女子受刑者アンケート調査による量的研究	結果 ●STD罹患率50.5%、バースコントロール不使用36.5%、将来妊娠希望なし61.5% ●釈放後に性的関係を持ちたい76.9%、子持ちの女性が保釈後にSTD予防か避妊法使用の意思がある77.9% ●有色人種はSTD罹患率が高く、避妊をしない傾向にある。
	女子受刑者の避妊に対するニーズ			考察 ●これらの対象者は望まない妊娠のリスクの高いグループである。 ●特に、釈放後に地域で避妊が行えるように避妊教育と地域との連携が重要である。
12	Wismount JM (2000) The Lived Pregnancy Experience of in Prison	刑務所内で子供を育てる予定の妊婦生活経験について探索すること	12人の受刑者妊婦インタビューにおける現象学的分析	結果 ●刑務所内で子供を育てる予定の妊婦からのインタビューで4つの大きなテーマが導き出された。 ①子供後健康かどうかの不安 ②子どもと離れなくてはいけなくなる悲しみ ③刑務所という強制力の中での服従 ④子供との関係性
	刑務所内での受刑妊婦の経験			考察 ●受刑妊婦は胎児の為に自分の考えや行動を修正しようとするため母性や子育て、更生プログラムなどの行うにはいい機会になる。 ●胎児との関係に高い満足を感じている。自尊心への充実につながる。
13	Huang K & Parvez F(2012) The Significance of Breastfeeding to Incarcerated Pregnant Women: an Exploratory Study	受刑者妊婦の母乳育児に対する信念や経験を調査して探索すること	20人の受刑者妊婦インタビューを行い、グラウンデッドセオリー法にて分析	結果 ● <u>受刑妊婦の3つの傾向</u> ①家族や社会的や文化的に孤立している受刑妊婦は自分の母乳育児計画をどうしたらいいか悩んでいる。 ②受刑することでハイリスクな生活から切り離すことが出来、受刑者は母親として新しく始めたいと思っている ③母乳授乳を考えたり妊娠したりすることは新しい母親らしさとして母性確立や母親役割を見直すきっかけを女性に与えている。 ●出産後の母子分離、人種、民族的な慣習、社会経済的状況、サポートの欠如、不十分な産科医療を含めたすべての要因が母乳育児の開始と継続の状況を低くさせてしまっている
	受刑妊婦における母乳育児の重要性：探求的研究			考察 ●母乳育児を行う予定であるという理解が母子への好影響を期待できるため、受刑妊婦には母乳育児推進運動を行うことが重要である。

ると報告している。Galen et al.¹¹⁾ は女子受刑者の性感染症 (Sexual Transmitted Disease; 以下STDと略) 罹患率が50.5%と高率で、避妊をしていないものが36.5%にも関わらず、将来妊娠希望していないものが61.5%と報告している。女子受刑者は、STDの感染予防、無計画妊娠の予防のためにも、出所後も避妊を続けていけるように、地域との連携が必要であるというニーズを述べている。Wismount¹²⁾ は、受刑者妊婦の刑務所収容後の心の変化を質的研究から明らかにし、その結果から、彼女たちは、胎児の為にいい母親になろうという方向で心理的に変化しており、妊娠という出来事が、受刑妊婦にとって、生活を見直し、更生するいい機会になると述べている。Huang&Parves¹³⁾ も、受刑者妊婦が妊娠中に母乳育児を考える機会を得ることは、母親としてのポジティブな面を強調するメリットがあると主張している。しかし、実際には受刑妊婦の母乳育児の実施には、出産後の母子分離、人種的、民族的な慣習、社会経済的状況、サポートの欠如、不十分な産科医療などの要因が母乳育児の開始と継続の状況を低くさせてしまっていると報告している。

米国では受刑者妊婦は、通常的女性が受けられるのと同じ標準的な医療やケアの実施が推奨されている。しかし、このテーマの文献の検討結果からは、その推奨にも関わらず、高いSTD罹患率による感染リスク、不十分な周産期ケア、母子分離を含む産後の育児の問題などの現状が明らかになった。そして、ヘルスケアニーズとして、受刑者妊婦の生活改善や、更生の必要性だけでなく、望まない妊娠への避妊教育や地域との連携が強調されていた。

3) 受刑者妊婦の妊娠・出産のアウトカム

このテーマの論文として4件あり、その概要を表3に示した。

このテーマの研究は、刑務所が保管している医療記録の分析から、「受刑」という暴露が受刑者妊婦の妊娠や出産にどう影響したかという妊娠・出産のアウトカムを研究したものであった。

Siefert&Pimlott¹⁴⁾ は、女子受刑者の診療録の分析から、受刑者妊婦は、刑務所外にいるハイリスク妊婦に比べて、死産や低出生児の発症頻度が高いというアウトカムを報告した。Bell et al.¹⁵⁾ は、ワシントン州における496人の受刑者妊婦の

妊娠・出産アウトカムの分析において、早産、低出生体重児の頻度が高くなると報告している。

そして、受刑中の周産期ケアの影響を明らかにする研究もいくつかあった。Martens¹⁶⁾ の研究では、受刑者妊婦の刑務所に入所している期間が短いほど、低出生体重児のリスクは高くなると報告している。Howard et al.^{17) &18)} はテキサス州の360人の受刑者妊婦が妊娠期のどの時期に受刑したかと、出産アウトカムとしての児の出生体重との関連を研究し、その結果から、妊娠初期に入所した受刑者妊婦と児の出生時体重に影響があると報告し、適切な周産期ケアが妊娠期長期にわたって十分に受けられていなかったことが原因と考察している。Martens¹⁹⁾ は、71人の受刑者妊婦の児の出生体重を調査した研究結果から、短い刑期の受刑者妊婦は、出産時のアウトカムに問題があったり、出産や新生児がNICUに入院したりする率が一般の妊婦よりも高くなると報告している。Bell et al.²⁰⁾ は、母親が刑務所内で1日生活するとともに、胎児の体重が2gずつ増えて、低出生体重児の発生頻度が2%ずつ減少するという結果も報告し、妊娠後期に刑務所に入所して適切な周産期ケアを受ければ、より良いアウトカムが得られると主張している。

以上のような結果の理由として、Siefert & Pimlott²¹⁾ やBell et al.²²⁾ らは、刑務所は一種のシェルターとしての環境となり、適切な食事、薬物使用から解き放たれ、劣悪な生活環境から離れることで、受刑者妊婦の生活を改善させ母親の健康や胎児への悪影響を減らすことが出来るからではないかと述べている。

これらの結果から、受刑者妊婦の妊娠・出産のアウトカムは、一般妊婦よりリスクが高いが、妊娠時期と刑務所入所期間による低出生体重児の発生率の違いから、妊娠中を刑務所で過ごすことは、周産期ケアを受けられるという機会にもなり、母児にとってポジティブな妊娠・出産アウトカムをもたらす影響要因になっていると言えた。

4) 受刑者妊婦への介入の実際と効果

このテーマの論文として4件あり、その概要を表4に示した。

このテーマでは、刑務所内で女子受刑者と受刑者妊婦に行われている介入の概要と、その介入がどのような影響を女子受刑者・受刑者妊婦に与え

ているかの効果を報告したものである。介入の内容は、薬物依存への介入、ドゥーラサービス、避妊サービスの3つであった。

薬物依存に対する介入の研究は2件あった。Siefert&Pimlott²³⁾は、ミシガン州で行われているWIAR (Women and Infant at Risk; 以下WIAR

と略)プログラム(薬物依存でリスクのある母児への介入プログラム)を報告している。このプログラムは、受刑者妊婦の違法薬物使用の結果として起こる胎児虐待の予防と薬物からの離脱を目的として行われている。参加した対象者は、出産のアウトカムが改善したという結果は得られたが、

表3, テーマ: 受刑者妊婦の妊娠・出産アウトカム

文献	著者/表題/出版年	目的	対象者/方法	結果/考察	
14	Siefert & Pimlott (2001) Improving Pregnancy Outcome During Imprisonment: A Model Residential Care Program	受刑者妊婦の為の妊娠プログラムをデザインするために、受刑者妊婦に関連する要因を検討すること(ニーズの検討)	女子受刑者120名 電子カルテ前5年分からデータ収集	結果	●新生児について3%が死産、71%が正常新生児、14%がNICU入院、7%が低出生体重児、 ●45の大きな疾患や問題が新生児にあった。(MAS、子宮内胎児発育不全、貧血、敗血症など) ●新生児の退院後の帰住先はほとんどが父親か親戚、8%が友人、11%が里親が不明
	受刑中の妊娠アウトカムの改善: レジデンシャルサポートの場合			考察	●妊娠出産アウトカムを向上させる介入が必要
15	Bell et Al (2004) Jail Incarceration and Birth Outcomes	受刑者妊婦の出産時体重、早産、胎児発育の関連を検討すること	496人の単胎を出産する受刑者妊婦&4960人の地域にいるメディケイドを受けている一般人 二次データ分析	結果	●受刑者妊婦は低出生体重児の傾向にある。 ●受刑者妊婦の早産には高い相関がある。 ●在胎期間は対照群と変わらない。 ●受刑者妊婦が刑務所内で過ごす日数一日当たり増えるごとに胎児の体重が2gずつ増える。
	刑務所の受刑と出産アウトカム			考察	●妊娠後期に周産期ケアやサポートを受けられれば、よりよいアウトカムが得られる。 ●若年の受刑者妊婦のより良いアウトカムには、種々のストレスが減少、適切なヘルスケア、薬物依存から離脱を行うべき。 ●高齢受刑者妊婦にとっては刑務所内でよりリスクを考えたケアと受けられるケアサービスのアクセスが周産期における効果的な利益になるようにされるべきである
16	Martens (2008) Pregnancy Outcomes of Inmates in a Large County Jail Setting	大規模群の中の受刑者妊婦の低出生体重児と死産の発生率を調べる。また、刑務所内での医療やサポートについて実態把握すること。	① 71人の受刑者妊婦 ② 州・カウンティ・市・コミュニティそれぞれの妊婦 ①刑務所内の医療記録から ②それぞれの統計的データから量的研究	結果	●一般のアメリカの統計に比べて、受刑者妊婦の低出生体重児(2500g以下)出生の頻度が高い。 ●低出生体重児のリスクは受刑時期が短いほど高くなる。 ●薬物使用や売春の既往があるにも関わらず、HIBやHIVのテストがルチーンで行われていない。 ●刑務所内でのサポートサービスとして、カウンセリングや健康教育などは限られたものか、行われていない状況であった。
	大規模カウンティにおける受刑者の妊娠アウトカム			考察	●受刑者妊婦は妊娠・出産アウトカムにおけるリスクの高い集団であり、継続したサポートが必要である。 ●受刑妊婦のヘルスケアの問題は当事者だけでなく、家族そして社会の問題である。将来的な社会の経済的な損失となってしまう。
17	Howard DL. et Al (2010) Maternal Incarceration During Pregnancy and Infant Birthweight	①妊婦が刑務所に収容される事と出生時体重の相関について ②出生時体重と妊婦が妊娠中にどれくらいの期間刑務所にいたかとの相関について	2002年から2004年に受刑した妊婦受刑者360人 受刑中の記録から縦断的調査	結果	●妊娠14~16Wに入所した受刑者妊婦の児の出生時体重は小さかった。 ●34W以降で入所した者は低出生体重児のものや早産での出産はなかった。
	妊娠中の服役と胎児の体重			考察	●妊娠初期の間受刑することは妊娠初期以降に受刑するより新生児の出生時体重に大きな影響があるといえる。 ●この研究では妊娠初期に受刑することでポジティブなアウトカムが得られたが、研究の限界から、児の出生体重に与える影響が刑務所入所という環境だけが要因とは言えない。

表4, テーマ：受刑者妊婦の介入の実際と効果

文献	著者/表題/出版年	目的	対象者/方法	結果/考察	
14	Siefert & Pimlott (2001) Improving Pregnancy Outcome During Imprisonment: A Model Residential Care Program	女子受刑者の中の妊婦と関連している問題を調査すること、WIAR(低所得者向けの薬物離脱の教育プログラム)の介入効果について説明	①WIARプログラムの44人の参加女子受刑者と45人の新生児②WIAR参加者で追跡調査できた33人とWIAR参加しなかった受刑者妊婦40人量的研究	結果	①すべてのプログラム参加女子受刑者が妊娠中に薬物使用をしていた。新生児に死産はなく、NICU入院も一人だけであった。薬物はコカインを使用していたものが80%、約半数が妊娠5か月後に受診を開始した。4人が低出生体重児だった。1人の新生児が胎児アルコール依存症候群であった。 ②フォローアップでの調査 WIARに参加群(n=33) WIARに不参加群(n=40) 出産後1年以内に薬物使用 参加群39% 不参加群38% 再犯による再刑務所入所 参加群36% 不参加群54%
	受刑中の妊娠アウトカムの改善：レジデンシャルサポートの場合			考察	●WIARに参加した対象者の方がカルテから得られたアウトカムより明らかに出産の医学的結果が向上した。しかし、この研究の限界から、プログラムの介入による改善のものとは言えない。 ●効果的なアフターケアを確立させることは薬物の離脱や更生のためにも必要。 ●妊婦受刑者には特別な産科プログラムが必要であることを推奨。
24	Barkauskas et Al(2005) Health Outcomes Of Incarcerated Pregnant Women And Their Infant in A Community-based Program	プログラムに参加している女子受刑者としていない者の出産アウトカムを比較、刑務所内で行われているケアと察ポートについて説明	Residential Programに参加している受刑妊婦52人参加していない40人の受刑者妊婦横断ケースコントロール研究 カルテからのデータ収集	結果	●両群1/3の母親に妊娠中の医療的な問題の既往があった。 ●両群とも一般の女子より喫煙率が高かった。 ●対照群と比較群との間に出産時や新生児のアウトカムに大きな差異がみられなかった。 ●母乳育児についてはプログラム参加者の方が母乳育児を行っているものが多い。 ●プログラム参加者の低出生体重児や帝王切開での出産率は先行研究で出ている発生率よりもよい結果を得られた。
	地域密着型のプログラムによる受刑妊婦とその新生児の健康アウトカム			考察	●サンプルサイズが小さいことで対照群との大きな差異は得られなかった。 ●プログラム参加により妊娠アウトカムの改善が見られた。 ●この研究により刑務所内での助産師による地域密着型のプログラムの評価を明らかにした。
25	Schroeder & Bell(2005) Doula Birth Support For Incarcerated Pregnant Women	ドゥーラサービスを受けた女子受刑者と医療スタッフにインタビューを含む満足度の実態を知ること	ドゥーラサービスを受けた受刑者妊婦18人出産時に立ち会った、看護師19人、医師13人、刑務官8人 インタビューとアンケートによる質的、量的研究	結果	●ドゥーラサービスを受けた女子受刑者はポジティブな反応を示し、他の物にも進めると言っていた。 ●受刑者妊婦の心配事は、・受刑中の妊娠と出産に関すること、・母子分離に関する喪失と悲嘆、・退所後の将来のこと、であった。
	受刑妊婦へのドゥーラ出産サポート			考察	●ドゥーラサービスは対象者のポジティブな出産体験につながっている。 ●ドゥーラサポートは薬物依存、虐待、暴力、貧困などの世代間連鎖を予防する一つのステップになる。家族、地域にとって利益のある介入である。
26	Clarke JK et al(2006)/ Improving Birth Control Service Utilization By Offering Sevices Prerelease VS Post-incarceration	避妊サービスを受刑中に受けた女子受刑者と、そうでないものが、地域に戻った場合、実際の避妊を实行させるものは何かをしること	① 119人の出所前の女子受刑者(避妊薬の処方なし) ② 105人の出所前の女子受刑者(避妊薬の処方が無料) 質問紙によるデータ収集、量的研究	結果	●参加者①②全体の77.5%が避妊を使うことを希望した。 ●①の参加者は退所後4週間で行った調査で、4.4%の避妊使用で、②は39.1%の避妊使用であった。 ●地域で避妊薬を無料で手に入れられると女性の避妊使用の頻度が上がる。
	出所前の受刑者と出所後の元受刑者の避妊サービス利用の改善			考察	●受刑中から避妊サービスを受けると地域に戻ってからでも避妊を継続するものが多いことがわかった。 ●避妊の使用を妨げるもの 薬代 婦人科の予約などのスケジュール調整 移動手段やチャイルドケアの必要

この介入だけが出産のアウトカムに影響したかを十分に検討できなかったとも報告している。しかし、出所後の継続した支援の中から、このプログラムに参加した群は再犯による再入所が減ったという報告している。地域での継続した関わりは受刑者妊婦にとってポジティブな影響を及ぼすとし、周産期の受刑者妊婦を対象としたプログラムの実施を推奨している。Barkauskas et al.²⁴⁾ は地域密着型の薬物依存のプログラムに参加している受刑者妊婦について報告しているが、対象者の出産のアウトカムの改善は得られなかったという。しかし、彼らは、参加者の積極的な反応から、今後同様の地域密着型の介入の必要性を主張している。

Schroeder&Bell²⁵⁾ は、ドゥーラサービスについて報告している。ドゥーラサービスとは、妊婦との間に妊娠中から継続的な関係を築いた支援者たるドゥーラが、出産時に立ち会って親身なケアを提供するというものである。彼らは、ドゥーラサービスの結果としてケアを受けた受刑者妊婦や出産に立ち会った医療者の満足度を調査し、ポジティブな出産体験へとつながったと報告している。この研究においては、ドゥーラという出産時の介入が出産のアウトカムに影響したかの検証はしていなかった。

Clarke et al.²⁶⁾ の研究は、女子受刑者の避妊サービスの改善をめざしたもので、受刑者妊婦だけでなく、女子受刑者も対象としていた。研究結果として、受刑中から避妊薬のサービスを受けていた群は出所後も避妊薬の使用を希望していると報告している。また出所後も継続して無料の避妊サービスが受けられることが、避妊使用率を上げると述べており、地域との連携したサポートの必要性を述べている。

介入研究の研究者らは、社会的弱者である彼女たちに、出所後も地域と連携して継続した介入やケアを行っていくことは、虐待や犯罪の世代間連鎖をたちきり、対象者たちにより影響を与えることになる多くの研究者が提言していた^{23, 24, 25)}。

これらの結果から、アメリカにおいては、受刑者妊婦を含む女子受刑者を対象として、薬物依存への介入、ドゥーラサービス、避妊サービスが実施され、アウトカムの改善までは証明できなかったものの、心理社会的にポジティブな結果が得られていると考えられていることが明らかとなっ

た。また、虐待や犯罪の世代間連鎖を断ち切るためにも、このような介入の意義を主張していることが明らかとなった。

IV. 考察

刑務所内の受刑者妊婦を対象とした研究は、社会的に注目が当てにくい対象者であるため、米国においても、看護研究の数が多くないのが現状であった。その中でも、受刑者妊婦のヘルスケアの現状や介入などの4つのテーマに関する研究を収集・分析できた。

テーマ1では、女子受刑者はアメリカという社会の中で低い社会階層的に位置し、被虐待経験者等の貧弱な社会背景から、違法薬物の使用や劣悪な生活から犯罪に至る悪循環の中にあること、そして、その集団の中でも受刑者妊婦はさらにハイリスクな集団となっていることも明らかになった。この背景から考えても、収監される以前についても、不適切なヘルスケア、不適切な栄養、ドメスティックバイオレンス（親密な関係の中にある暴力、以下DVと略）、貧困、不合法薬物の使用やアルコール中毒、性感染症、問題ある産科既往歴、慢性疾患の合併、向精神薬使用による催奇形性の可能性などが懸念される。

女子受刑者の背景から、ヘルスケアの充実が必須であることは明らかであるが、少数派である受刑者妊婦にも更なるケアが必要であるということが理解できる。

日本においては、このような受刑者妊婦の背景についての資料、研究は見当たらない。しかし、社会的弱者であるという点では、同じであると推測され、同じような健康問題を持つと推測できる。今後は日本の文化・社会を踏まえて日本独特の支援ニーズを考慮する為にも、女子受刑者、特に受刑者妊婦の背景を探っていく必要がある。

テーマ2では、受刑者妊婦は、高いSTD罹患率による感染リスク、不十分な周産期ケア、母子分離を含む産後の育児の問題などの課題が明らかとなり、ヘルスケアニーズとして、望まない妊娠への避妊教育の必要性和地域との連携が主張されていることであった。Wismount²⁷⁾ の研究では、刑務所に入所することは、受刑者妊婦に健康行動の是正の機会を与えられるというメリットの側面がある。しかし、一方で、母親である女子受刑者にとっては、子供と引き離されることで、母子とも

にネガティブな影響を与えるというデメリットな側面があることもわかった。Claire²⁸⁾によると、早期から母親と引き離された子どもたちは愛着形成の問題、発達や発育、人生発達課題の問題、受刑者の再犯率、犯罪の世代間連鎖といった問題を生じる可能性が危惧されるとは述べている。このような世代間連鎖を断ち切るためにも、母親としての役割を持つ受刑者妊婦に、妊娠という絶好の機会を利用して避妊を含む健康教育することで、その子どもたちにとってより良い環境を作りあげることが出来るのではないだろうか。

日本においては、受刑者妊婦のヘルスケアニーズを調査・報告したものが、現時点では見当たらない。このような社会的弱者である対象者の今後の介入を考えて、実態把握の必要性が大きいと言える。

テーマ3では、受刑者妊婦の妊娠・出産のアウトカムについては、一般妊婦よりリスクの発生頻度が高いという報告から、リスクの多い集団であることが理解できる。また、低出生体重児の発生率と刑務所収監の時期や期間による違いの結果から、刑務所が適切な周産期ケアを与える役目を果たし、母児にとってよい妊娠・出産アウトカムをもたらす結果となっている。

この点については、日本においても山崎²⁹⁾らの報告がある。彼らは39名の受刑者の分娩を検討し、受刑者妊婦の全員が満期産で2900g以上の児の出生であったことを報告している。これは、刑務所の入所で飲酒や薬物などから母児を強制的に守ることができたことや、母体の妊娠中の食事は末期では不足がちになるものの、総合的には栄養が修正されるために体重増加や肥満などを抑えることができたことが理由でないかと考察している。この報告は、米国での報告と同様に、刑務所で過ごすことが妊娠・出産アウトカムを改善する可能性があることを明らかにしたものといえ、刑務所が一種のシェルターとして機能を果たすということが理解できた。

テーマ4では、受刑者妊婦を含む女子受刑者を対象として、薬物依存への介入、ドゥーラサービス、避妊サービスが実施され、妊娠・出産のアウトカムの改善までは証明できなかったものの、心理社会的にポジティブな結果が得られ、このような介入の意義を主張していることが明らかとなった。米国では女子受刑者・受刑者妊婦を対象とし

て、薬物依存への介入、ドゥーラサービス、避妊サービスが実施されていることは特筆に値する。

介入について、米国以外の国の状況として、Claire³⁰⁾らが、豪州における女子受刑者に刑務所内での親になるための教育（Parenting Program）について紹介している。母親が受刑することは、適切な親とのかかわりが欠けたことによって、子供に大きな負の影響を及ぼすので、彼らに感情的なサポート、経済的援助、親としての教育などを行うなどの適切な介入がされるべきであると主張している。そして、これらのプログラムにより、親としての知識・スキルが高まり、自信が高まったという効果が得られたという。一方で、刑務官の理解不足、刑務所内の行動上の制限、セキュリティからの制限、対象者の知的レベルの低さ、出所後に継続してフォローできない等から、プログラムの実施には困難があるとも報告している。しかし日本のなんら介入のない状況からみれば、はるかに支援的といえる。Birmingham³¹⁾らによる報告によれば、英国では、刑務所内に母子が過ごすユニット（Mother & Baby Unit；MBUと略）を7か所保有し、薬物使用などの条件を満たしたものが、最長18か月子供と過ごすことができるという。これは、子供の心身共に健やかな成長の為に、2005年に設立されたものと説明されている。このような海外の試みは、女子受刑者が刑務所に収監されることによっておこる母子分離のリスクに対する介入である。

日本では、受刑者妊婦に対しての介入やプログラムはほとんど行われていない。母子分離に対応するものとして、「被収容者がその子を刑事施設内で養育したいと申し出た場合、1歳になるまで許すことができ、またその後半年まで延長可」という法律が定められている。しかし、実際にはほとんど行われてはいないと菊池³²⁾が報告している。また、日本の受刑者妊婦の現状について菊池³³⁾は、受刑者妊婦は通常施設内の診療所で健診を受けるが、妊娠中1度だけ分娩予定の施設で健診を受け、分娩はその外部施設で分娩する。そして、出産後分娩施設にいるのは短時間で、その後は刑務所内に戻る。新生児は5日まで分娩施設の新生児に入院し、退院後は親族が引き取りに来るか、引き取り手がなければ乳児院に入所していると報告している。この報告から、日本では、海外で試みられているような、受刑者妊婦の母子分離を

予防する支援は行われていないことがわかる。

日本においても、女子受刑者の増加は男子に比べて著しい。今後は妊娠中を刑務所内で過ごし、出産に至る母子も増えていくだろう。彼らに適切な周産期ケアを提供することは、母子それぞれの健康状態を改善するだけでなく、女性自身の更生につながり、子どもの福祉につながる大いなる可能性を持っている。日本においても、女子受刑者の妊娠・出産といった一連の経過に沿った介入を行うことが必要ではないだろうか。

V. おわりに

国際的に見ても、受刑者妊婦への介入は、個人的な問題だけでなく、社会的な意味においても重要であることが理解できた。

日本においても、受刑者妊婦の特性を踏まえた周産期ケアが今後は必要である。特に、母子という単位で考えれば、出所後を見据えた健康教育や、地域を含めた継続介入の重要性が理解できた。

今回の文献検討で、日本の受刑者妊婦の援助の在り方と、社会的意義についての示唆を得ることができた。

引用文献

- 1) Lawrence A.& Tracy L.(1999) Women Offenders: Bureau of Justice Statistics Special report,U.S.Department of Justice Office of Justice Programs,1999.
- 2) 山崎龍王, 渡辺博, 稲葉未知 その他,「当院における受刑者の分娩の検討」矯正医学57巻1号P6-9 (2008. 06)
- 3) 菊池栄: 女子刑務所における妊婦とその子どもへの支援に向けて 社会デザイン学の視点から,政策提言の試み(解説), 助産雑誌67巻4号 P306-311(2013.04)
- 4) Knight M & Plugge E : Risk factor for adverse perinatal outcomes in imprisoned pregnant women: systematic review, BMC Public health2005;5:111,2005.
- 5) Fogel CL & Melyea M : Psychological Risk Factor in Pregnant Inmates: Challenge for Nursing. The American Journal of Maternal Child Nursing ,26(1):10-6,2001.
- 6) Eliason MJ& Arndt S :Pregnant Inmates: A Growing Concern, Journal of Addiction Nursing,15:163-170,2004.
- 7) 再掲5)
- 8) 再掲6)
- 9) Ferszt G & Clarke JG: Health Care of Pregnant Women in U.S. State Prisons ; Journal of Health Care for Poor & Underserved2012 23(2):557-69(2012)
- 10) Clarke JG et al : Pregnancy Attitudes and Contraceptive Plans Among Women Entering Jail; Women & Health2006 43(2):111-30,2006.
- 11) Glen J et al: The Contraceptive Needs of Incarcerated Women; Journal of Women's Health2009 18(8):1221-6, 2009.
- 12) Wismount JM: The lived pregnancy experience of women in prison, Journal of Midwifery&Women's Health,45(4):292-300, 2000
- 13) Huang K & Parvez F: The Significance of Breastfeeding to Incarcerated Pregnant Women: an Exploratory Study ;Birth2012 39(2):145-55,2012.
- 14) Siefert & Pimlott: Improving Pregnancy Outcome During Imprisonment: A Model Residential Care Program, Social Work2001 46(2):125-34(36ref) ,2001.
- 15) Bell et al :Jail Incarceration and Birth Outcomes, Journal of Urban Health2004 81(4) ,2004.
- 16) Martens DJ: Pregnancy Outcomes of Inmates in a Large County Jail Setting; Public Health Nursing 2001 18(1) :45-43 ,2001.
- 17) Howard DL. et, al : Maternal Incarceration During Pregnancy and Infant Birthweight; Matern Child Health J 2010 15:478-486,2010.
- 18) Howard DL. et, al: Timing of Incarceration During Pregnancy and Birth Outcomes: Exploring Racial Differences; Maternal & Child Health Journal 2009 13(4):457-66,2009.
- 19) 再掲16)
- 20) 再掲14)
- 21) 再掲15)
- 22) 再掲14)
- 23) 再計14)
- 24) Barkauskas VH et,al : Health Outcomes Of

- Incarcerated Pregnant Women and Their Infant in a Community-Based Program; Journal of Midwifery & Women's Health 2002 47(5):371-9,2002.
- 25) Schroeder & BellDoula: Birth Support For Incarcerated Pregnant Women;Public Health Nursing 2005 22(1):53-8,2005.
- 26) Clarke JK et al: Improving Birth Control Service Utilization By Offering Services Pre-release VS Post-incarceration: American Journal of Public Health2006 96(5):840-5,2006.
- 27) 再掲12)
- 28) Claire N et al. :The Development of a Parenting Program for Incarcerated Mothers in Australia: A Review of Prison-based Parenting Programs. Contemporary Nurse 2011; 39(1):2-11,2011.
- 29) 再掲2)
- 30) 再掲27)
- 31) Birmingham et al. :Psychiatric Morbidity and Mental Health Treatment Needs Among Women in Prison MBUs.Advances in Psychiatric Treatment. 9:191-201,2004.
- 32) 再掲3)
- 33) 再掲3)

実践報告

臨地実習指導研修会修了後の実習指導者の実態と今後の課題 ― 過去7年間の研修会参加者の追跡調査をもとに ―

村上 礼子¹⁾, 角川 志穂¹⁾, 塚原 節子²⁾, 大脇 淳子¹⁾, 清水みどり¹⁾,
熊谷 祐子²⁾, 小谷 妙子³⁾, 天谷恵美子³⁾, 井上佐代子³⁾, 相場 雅代³⁾,
井上 和子³⁾, 加藤 君子³⁾, 手塚 芳美³⁾

Current Situation and Future Challenges for Practice Leaders upon Completing the Workshop for Practice Leaders of Clinical Training for Nurses ― Based on a follow-up study on workshop participants over the past 7 years ―

Reiko Murakami, Shiho Sumikawa, Junko Oowaki, Setsuko Tsukahara,
Midori Shimizu, Yuko Kumagai, Taeko Kotani, Emiko Amagai, Sayoko Inoue,
Masayo Aiga, Kazuko Inoue, Kimiko Kato, Yosie Tezuka.

抄録：本研究は、A大学看護学部の実習指導のより良い臨地実習指導研修会とするための示唆を得るため、過去7年間に臨地実習指導研修会に参加し、現在もA大学附属病院ならびに子ども医療センターに勤務している看護職168名を対象に、研修会修了後の実習指導の実態を明らかにすることを目的に追跡調査を行った。その結果、看護学部の教育理念や実習目的・目標、臨床助教や教員からの実践例の講話、実習場面のグループワークなど本研修会の内容は、看護学部の実習指導者の育成に有効な研修機会となっていた。また、本研修会修了後、A大学附属病院ならびに子ども医療センターに在職している看護職の約7割は看護学部の実習指導にかかわっているが、臨床助教等の称号承認を受けないまま、実習指導にかかわっている割合が約4割を占めていた。今後、本研修会の修了後、臨床助教等の称号を得て、かつ、継続して看護学部の実習指導にかかわることの意義が伝わるような研修内容や、継続して実習指導にかかわっていくための研修会などを検討していく必要性が考えられた。

キーワード：臨地実習指導研修会、実習指導、追跡調査

¹⁾ 自治医科大学看護学部

²⁾ 元自治医科大学看護学部

³⁾ 自治医科大学附属病院看護部

¹⁾ Jichi Medical University, School of Nursing

²⁾ Jichi Medical University Hospital

I. はじめに

A大学看護学部では、看護学部開設から臨地実習指導者（以下実習指導者と称す）のための研修会を行っている。平成18年度から24年度までの修了生は、399名となった。過去7年間の修了生の約9割は、A大学附属病院ならびに子ども医療センターの看護職で、約1割弱が地域の病院、訪問看護ステーション、行政施設の看護職であった。

看護学において、「実習」とは、講義、演習と同様に授業の基本¹⁾であり、学生にとって「実習」は、看護が展開される実践の場に即位した知識や技術、そして態度の修得を可能にする授業である。その一方で、この授業での学生の学びには、看護の対象をはじめ、教員、学生以外にも、看護師、医師など他職種が存在が強い影響を及ぼす¹⁾。そのため、教員が看護実践の場における授業を円滑に展開するためには、人的・物的環境を整えることが重要²⁾であり、教育理念に基づく実習の目的・目標の共通理解のもと学生の臨地実習指導に当たる実習指導者の育成は重要な鍵となる。

本研修会は、A大学における看護学部の教育理念に基づいた実習指導が、看護実践の場でも一貫して学生に支援できることを目的として企画し、開催している。看護学部では、学部教員と協働して実習指導を担う看護職として臨床教授等制度を導入している。その臨床教授等の称号の付与に関する規定において、たとえば、看護学部の実習指導に直接かかわることになる臨床助教は主任看護師又は看護学部が開催する臨地実習指導研修会を修了した者で経験期間が通算して概ね5年以上の者となっており、本研修会の修了を前提としている現状がある。しかし、これまでの研修会修了後の実習指導の実態は把握されていない。

また、実習指導者研修会は各地で開催されているが、先行研究や他施設の報告書等では、各県の看護協会主催の研修会への参加による効果³⁾⁴⁾や、看護大学主催の研修会による受講直後の評価⁵⁾⁷⁾を行っている報告のみで、研修会修了後に追跡調査を行い、評価している報告は見当たらなかった。

そこで、本研究は、過去7年間に本研修会を修了し、現在もA大学附属病院ならびに子ども医療センターに勤務している看護職を対象に研修会修了後の実習指導の実態を明らかにし、より良い研

修会とするための示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研修会の内容

本研修会は、2日間のプログラムで構成されている。具体的な内容としては、1日目に看護学部の教育理念とそれに基づく看護学実習に関する理解を促す企画として、看護学部のカリキュラムや看護学部カリキュラムにおける看護実習の位置づけ、看護実習上の留意点について実習要項に沿って講義を行っている。2日目には看護学部の学生の特徴を踏まえた臨地実習指導の基本の理解とイメージ化を図れるよう、看護学部教員と臨床助教からの実習指導の実践例を講義している。さらに、2日間それぞれの午後には演習としてグループワークを行っている。1日目は学生の立場に気づくことをねらいとして、受講生が実習指導を受けた経験の振り返りを共有し、2日目には実際の実習場面の事例の検討を行い、教育支援方法を受講生自らが考え、学ぶような企画にしている。

2. 調査対象

平成18年度から24年度の過去7年間に、A大学看護学部の臨地実習指導研修会に参加し、過去の研修会参加名簿ならびに職員名簿から、現在もA大学附属病院ならびに子ども医療センター（地方都市にある1000床以上の施設）に在職していることが確認できた看護職者168名。

3. 調査期間

平成24年12月上旬～平成25年1月上旬

4. 調査方法

対象者の属性ならびに参加動機や研修会修了後の実習指導の実態、実習指導に役立っていることなどについては自記式調査票を作成し追跡調査を行った。対象者の選定に関しては、A大学附属病院の看護部の協力を得て、過去の研修会参加者名簿と現職名簿から対象者を抽出し、看護部を通して配付を依頼した。回収は、看護部前の部門ごとのメールボックス横に投函箱を据え置きにし、締め切り期日後回収した。

5. 調査内容

- 1) 対象の属性：研修会参加年度，年齢，性別，現在の所属施設，現在の職位，看護職経験年数，看護学部の実習指導の経験年数，研修会参加動機等
- 2) 研修会修了後の実態：研修会修了後の臨地実習指導の状況，看護学部の実習指導のかかわり状況等
- 3) 研修会において役に立った内容（自由記述）
- 4) 今後期待する研修内容（自由記述）

6. 分析方法

属性等の分析には，SPSS（var.20）を使用し，単純集計を行った。研修会において役立った内容の自由記述に関しては，類似性に基づき質的帰納的に分析した。質的帰納的分析においては，複数の研究者間で協議し，妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

A大学附属病院ならびに子ども医療センターの看護部の教育担当責任者に研究の趣旨・目的を口頭と文書で伝え承諾を得，過去の研修会参加名簿ならびに職員名簿から対象者を抽出した。抽出し

た対象者には，看護部を通して，研究の趣旨・目的，倫理的配慮，参加協力の依頼等を記載した文書と調査票を配付した。倫理的配慮の記載としては，研究への参加は自由であること，個人が限定されないよう匿名性を保証すること，研究参加の有無が人事考課に影響しないこと，調査結果は研究以外に使用しないこと等の説明文と，回答の返送を以て承諾を得たものとする旨の文章も付した。

III. 研究結果

調査対象168名に配付し，有効回答として104部回収（回収率61.9%）された。

1. 対象者の基本属性

対象者の研修会参加年度の内訳では，23年度が最も多く32名（30.8%），次いで，22年度23名（22.1%），21年度19名（18.3%），20年度15名（14.4%）で，20-23年度の参加者が対象の3/4を占めた。研修会の参加動機は，「上司からの勧め」が94名（90.4%）で，「自分の意思」と回答した者は10名（9.5%）であった。年齢は30歳以上35

表1 対象者の属性

			n	%
参加年度	n=104	18年度	4	3.8
		19年度	3	2.9
		20年度	15	14.4
		21年度	19	18.3
		22年度	23	22.1
		23年度	32	30.8
		24年度	4	3.8
		無回答	4	3.8
参加動機	n=104	上司からの勧め	94	90.4
		自分の意思	10	9.6
年齢	n=104	25歳未満	0	0
		25歳以上30歳未満	31	29.5
		30歳以上35歳未満	42	40
		35歳以上40歳未満	7	6.7
		40歳以上45歳未満	4	3.8
		45歳以上50歳未満	2	1.9
		50歳以上	0	0
所属	n=104	附属病院	88	84.6
		こども医療センター	14	13.5
		無回答	2	1.9
職位（複数回答）		臨床助教	33	28.7
		臨床講師	1	0.9
		臨床准教授	0	0
		臨床教授	0	0
		臨床指導者	46	40.0
		主任	7	6.1
		師長	1	0.9
		その他（実地指導者，スタッフ）	27	23.4

歳未満が最も多く42名 (40.0%) で、次いで、25歳以上30歳未満が31名 (29.5%) で、全体の約7割であった。性別は女性98名 (93.3%)、男性6名 (5.7%) であった。現在の所属施設は、A大学附属病院が88名 (84.6%)、子ども医療センターが14名 (13.5%) であった。現在の職位では、臨床助教33名 (28.7%)、臨床講師1名 (0.9%)、臨床指導者46名 (40.0%) と、残り30.4%は現在実習に積極的にかかわっていなかった (表1)。また、看護職経験年数は平均10.8±5.7年であり、実習指導にかかわった経験のある者は98名 (94.2%) で、その経験年数は平均2.6±2.5年であった。

2. 研修会修了後の実態

現在、実習指導に関わっている対象者の中で、看護学部学生に対する指導状況 (複数回答可) は実習指導を担当している者が66名 (62.9%)、講義や演習を担当している者6名 (5.7%)、実習指導者を指導する立場にある者4名 (3.8%) であった。また、現在、実習指導にかかわっていない理由として、派遣や部署移動、産休育休後、実地指導者になった、実習場所として該当していないなどが記載されていた。

研修会修了後、看護学部の教育理念に基づく実習目的・目標を意識して指導を行っているかについて、「とてもそう思う」「ややそう思う」を合わせると、102名 (97.1%) であり、大多数が理念を意識して指導を行っていた。また、研修内容が学生指導に役立っているかについて、「とてもそう思う」18名 (17.1%)、「ややそう思う」75名 (71.4%) という結果であり、約9割が役立っていると回答した (表2)。

3. 研修会において役立った内容

自由記述は92件あり、「学生の特性の理解と学生への対応の仕方の講義が役立った」「グループワークの内容が参考になった」「臨地実習指導経験のあるスタッフの体験談を聞くことが今後実習指導を行うにあたり参考になった」「看護学部のカリキュラムの内容の講義が役立った」「事前に学生の学習内容を知ることができ、参考になっていた」という7つの内容が見いだされた。

4. 今後期待する研修内容

自由記述は4件の意見であった。その内容は、「実際の実習場面に近づけた具体的な内容にしてほしい」「学生の現状を知り、指導のポイントを考えるものにしてほしい」「学生の特性に合わせた大学側の対応を知りたい」「学生の学習進捗状況を知りたい」であった。

IV. 考察

1. 修了生の特性と研修会の実習指導への影響

現在もA大学附属病院ならびに子ども医療センターに在職している研修会修了生のなかで、実習指導にかかわっている者は、研修会修了後1-3年で、2-3年の実習指導を経験している比較的実習指導の経験が浅い者が多かった。しかし、看護職としての経験年数は、個人差はあるが、平均10年と充実した経験のある看護職であることが推察された。

一方、本研修会の参加動機を見ると、上司からの勧めである者が9割と、自らの意思で参加した者は少なく、積極的な取り組み姿勢ではなかったことが分かった。しかし、看護職としての経験が

表2 研修会修了後の実態

		n=104	
項目		n	%
看護学部の学生に対する指導状況 (複数回答)	実習指導を担当している	66	62.9
	講義や演習を担当している	6	5.7
	実習指導者を指導する立場にある	4	3.8
	その他	24	22.9
教育理念に基づく実習目的・目標を意識して指導を行っているか	とてもそう思う	27	26.0
	ややそう思う	75	72.1
	あまりそう思わない	2	1.9
	全くそう思わない	0	0.0
研修内容は学生指導に役立っているか	とてもそう思う	18	17.3
	ややそう思う	75	72.1
	あまりそう思わない	10	9.6
	全くそう思わない	1	1.0

平均10年であることから鑑みて、個人の看護実践能力が上司に認められ、教育機関である施設としての責務からも研修機会を得て、キャリアアップを図るための機会となることを期待され、勧めを受けて参加していることが推察される。実際、研修会を受講することにより、看護学部教育理念に基づく実習目的・目標を理解し、事前に学生の学習内容を知ることができ、研修会修了後の実習において研修内容が指導に役立っていたと回答している割合が高いことから、実習指導においての指導者の役割を学ぶ契機になり、研修会に参加したことにより学生指導という分野でのキャリアアップを図る機会になったのではないかと考えられる。

また、A大学附属病院はA大学の他に、県内の看護教育機関から実習を引き受けており、各教育機関により教育理念や教育目標が異なるため、実習指導者は指導の際に混乱を招く恐れがあると推察される。原田⁸⁾は「一貫した指導を継続して行うには、学生の学習ニーズを明瞭にして教員や指導者間で実習目標と指導方針を共有化することが有効である」と述べている。実習指導を行うにあたり、実習指導者が各教育機関の教育理念や教育目標を理解した上で指導を行うことは、教員と同じ目標をめざして学生の指導を行うことができ、学生教育に効果的であると考えられる。よって、今後も看護学部の実習指導の指導力向上を目指すためには、継続して看護学部教育理念に基づく実習目的・目標を理解してもらえよう研修を企画することは重要であると考えられる。

さらに、実習指導者が教育対象である学生を理解することは、学生との人間関係・信頼関係を確立することにもつながり、その関係性は実習において教育・指導する上で効果的である⁹⁾。本調査においても学生の特性を理解できたことは、実習指導に役に立ったという結果もあり、研修会に組み込まれている「学生の理解」に関する講義は、今後も継続することで実習指導を担っていく実習指導者にとって有益であると考えられる。

一方、役に立った内容として「グループワークの内容が参考になった」という内容が見いだされた。グループワークでは、詳細な手法は年度ごとに検討されてはいるが、主に学生の立場になって実習場面を捉えるという主旨で行っている。実習指導は、実習指導者にとって青年期にある学生を

育てることを通して、自分の青年期や成年前期などの過去の危機の問い直しや自己の振り返りを行う体験となる¹⁰⁾とされている。したがって、学生の立場で捉えることを通して、少なからず自己の体験を想起し、指導を受けた自らに置き換えて考える機会ともなり、学生の理解が深まりやすくなり、今後の自分の指導のあり方を考える機会となり、指導のイメージ化、効果的な指導を考えるきっかけづくりになっていると推察される。

米田ら³⁾によると、「過去に指導者に接した経験が少ない受講生の場合、実習指導がイメージできず、迷いや戸惑いを抱きながら指導を行っていたため、指導の実践を困難に感じていた」という結果が示されており、研修会のような場に置いて、指導のイメージ化が図れるような実習場面の具体的なグループワークや実践例の講話は、実践的な実習指導に有効な示唆を与えていると考えられる。

2. 研修会修了後の実習指導の現状と今後の課題

看護学部では、実習協力機関において臨地実習等の指導に当たる者に臨床教授等を付与し、看護学部教員と協働して実習指導を担うことを目指して、A大学附属病院の看護部との調整を図っている。この臨床教授等の称号の付与に関する規定において、学生の実習指導を直接担うべき臨床助教は、主任看護師又は看護学部が開催する臨地実習指導研修会を修了した者で経験期間が通算して概ね5年以上の者となっているため、本研修会修了後に称号を申請する資格がある受講生も多かったことが推察される。しかし、本調査結果から、臨床助教等の称号を得ていない約4割の者が、研修会修了後も臨床指導者という役割のもと、看護学部の実習指導にかかわっていた。臨床指導者という役割は、A大学附属病院の看護部が任命しているものである。今回、実態として看護学部の実習指導に臨床指導者が研修会修了後も実習指導にかかわっていることを踏まえると、研修会修了後に、称号の付与規定や条件等と照らし合わせ、適切に臨床助教等の称号を得て、実習指導を行うという教育の責任性の担保について研修会参加の際に伝えていくことは、研修会そのものの意義を高め、看護学部生の実習指導をA大学附属病院ならびに子ども医療センターと看護学部が協働して行っていくことにも繋がると考えられる。

一方現在、実習指導にかかわっていない理由として、部署移動、派遣等が挙げられていた。臨床助教等の称号制度は年度制であり、実習指導者としての自己研鑽を含め、臨床助教等として継続して看護学部の実習指導にかかわる意欲の維持、指導力の向上に関して今後の研修会の方向性を検討していく必要があるのではないかと推察される。理由としては、今後期待する研修内容として意見そのものは少なかったが、具体的な指導方法の示唆や学生の把握について希望があった。このことは、研修会を修了し、実習指導の経験をして、さらに教育力向上を目指すための期待ではないかと推察される。また、先行研究において、実習指導者として指導を行っていく中で、多くの葛藤や困難を抱える³⁾と言われている。その内容としては、指導者としての役割と看護スタッフとしての役割を同時に果たさなければならない葛藤、自己の指導能力に対する自身の欠如や迷い、不安を抱えながら指導をしていくこと^{3) 4)}が報告されている。本研修会修了後においても、臨床助教等として実習指導を始めた後に生じてくる諸問題を解決するために、指導者同士が情報交換でき、互いにどのような問題意識をもち、解決をはかっているのかを情報共有する場を設けることなどフォローアップの研修会について検討していく必要があるのではないかと考える。すでに、沖野ら¹¹⁾は実習指導者講習の継続のためにはフォローアップ研修は効果的であると報告している。今後、本研修会においても継続的な教育力の向上のためのフォローアップを検討していく意義はありと推察される。

V. おわりに

看護学部の教育理念や実習目的・目標、臨床助教や教員からの実践例の講話、実習場面のグループワークなど本研修会の内容は、看護学部の実習指導者の育成に有効な研修機会となっていた。また、本研修会修了後、A大学附属病院ならびに子ども医療センターに在職している看護職者の約7割は看護学部の実習指導にかかわっている。しかし、看護学部の実習指導者として責任性を担保しつつ、学部教員と協働して実習指導に当たる臨床助教等の称号を受けないまま、実習指導にかかわっている臨床指導者の割合が約4割を占める実態があった。今後、本研修会の修了後、臨床助教

等の称号を得て、かつ、継続して看護学部の実習指導にかかわることの意義が伝わるような研修内容や、継続して実習指導にかかわっていくための教育力の維持・向上を目指したフォローアップの研修会などを検討していく必要性が考えられた。

研究の限界

本調査結果は、あくまでも追跡調査であり、対象者の記憶等の偏りはあると考える。そのため、詳細な受講した研修会の内容を確認する設問は行わず、研修会修了後の活動に焦点をあてている。また、約400名に及ぶ研修会修了生に対して、半数以下の調査対象となったことに関して、調査の全貌を示すには至らない可能性はあるが、看護学部の実習指導に現在どのようにかかわっているかを調査しているため、附属施設での現在も在職している研修会修了生を対象に追跡調査とした意義はあると考える。

謝辞

調査にご協力くださいました看護職者の皆さまに、心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 岩波浩美, 亀岡智美, 定廣和香子, 鈴木美和, 永野光子, 中山登志子, 野本百合子, 服部美香, 宮芝智子, 山下暢子, 山澄直美, 横山京子, 吉富美佐子: 第1章 授業とは何か, 看護学教育における授業展開質の高い講義・演習・実習の実現に向けて, 舟島なをみ監修, 医学書院(東京), 1-9, 2013.
- 2) 杉森みどり: 第7章看護学実習展開論, 看護教育学(第3版), 医学書院(東京), 233-290, 1999.
- 3) 米田照美, 前川直美, 沖野良枝, 寺田美和子, 金森京子, 杲朋子, 藤井淑子: 実習指導者講習会が指導者の役割遂行に及ぼした影響, 人間看護学研究, 6, 77-90, 2008.
- 4) 志田久美子, 袖山悦子, 望月紀子: 実習指導者が指導者としての役割を遂行していく過程とその影響要因, 新潟医療福祉学会誌, 10(2), 18-23, 2011.
- 5) 永田真弓, 高橋尚美, 大賀明子, 田中奈津子, 西典子, 平田明美, 河原智江, 内山繁樹, 服部紀子, 渡部節子, 森山比路美, 藤波

- 富美子, 野知由紀子, 大門幸代: 経験型臨地実習指導者研修会への参加による臨地実習教育に関する主体性の育成, 横浜看護学雑誌, 2 (1), 41-47, 2009.
- 6) 泊祐子, 栗田孝子, 田中克子: 臨地実習指導者の指導経験による“指導のとらえ方”の変化と必要な支援の検討, 岐阜県立看護大学紀要, 10 (2), 51-57, 2010.
- 7) 黒田久美子, 和住淑子: 臨地実習指導の充実に向けた看護系大学と臨地実習施設の協働のための研修ニーズー看護系大学・臨地実習施設への質問紙調査よりー, 千葉大学看護学部紀要, 32, 69-74, 2010.
- 8) 原田広枝: 職務認知調査に見る実習調整者の調整活動の現状, 日本看護学教育学会誌, 13 (2), 35-43, 2003.
- 9) 秋山智, 佐藤一美: 学生の経験からみた臨床指導者の様相「情意」という側面からの考察, 看護教育, 46 (2), 110-115, 2005.
- 10) 中山登志子, 亀岡智美: 看護学実習教授活動自己評価尺度 (SCTB) の開発-教育看護学における基盤研究発展型応用研究として, 看護研究, 37 (3), 39-53, 2004.
- 11) 沖野良枝, 米田照美, 前川直美, 金森京子, 泉朋子, 藤井淑子, 谷口智子: 実習指導者講習会の継続・発展を目指すフォローアップ研修の効果, 人間看護学研究, 7, 63-72, 2009.

実践報告

市町村における新人保健師の入職後1年間に経験した 実践内容と到達目標の主観的達成度

関山 友子¹⁾, 青木さぎ里¹⁾, 千葉 理恵¹⁾, 島田 裕子¹⁾,
塚本 友栄¹⁾, 鈴木久美子¹⁾, 春山 早苗¹⁾, 塩ノ谷朱美²⁾,
金子 敬子³⁾, 臼井 雅子⁴⁾, 臼井 優子⁵⁾, 市川 定子⁶⁾

抄録：〔目的〕市町村の新任期保健師が経験した実践内容と「新人保健師の到達目標」の主観的達成度について明らかにし、「新人保健師の到達目標」の主観的達成度に影響する実践についての示唆を得ることである。〔対象〕採用2年以上～4年未満の北関東圏内の市町村保健師。〔方法〕郵送による自記式質問紙調査により、保健師活動の内容や「新人保健師の到達目標」の主観的達成度等について調査した。分析には対応のないt検定等を用いた。〔結果〕回収数は53通（回収率42.7%）であった。継続事例への訪問や多問題事例への支援を経験した群は有意に主観的達成度が有意に高かった。一方で、地域に出向かない地区活動である「保健事業や保健師活動の結果を地区別に整理したり、評価する」と「積極的に先輩から助言をもらい、地域の健康課題を明らかにしたり、解決・改善策を計画・立案する」を経験した群も主観的達成度が有意に高かった。〔結語〕実践を通じて「新人保健師の到達目標」を達成するためには、何を経験するのかわではなく、どの様に経験するのが重要であることが示唆された。

キーワード：実践経験，新人，市町村保健師，到達目標，現任教育

1. はじめに

近年、急速な少子高齢化や、地域のつながりの希薄化などによる住民の孤立化の進行等、社会をとりまく現状は大きく変化してきている。加えて、生活習慣病の増加、新型インフルエンザ等の新興感染症に対する健康危機管理、虐待防止対策、発達障害児（者）対策、引きこもりや自殺防止等の精神保健福祉対策といったような、多様化・複雑化した健康課題が生じており、これらの健康課題の解決に向けて行政保健師の活躍が期待されている。

一方で、保健師養成課程の変化や団塊世代の退職、行政保健師の分散配置など保健師を巡る状況は大きな変化をみせており、保健師の資質の向上を図るための現任教育の在り方や行政保健師としての技術を継承していく方策が、従来にも増して重要な課題となってきている。特に行政保健師においては、地区組織活動や健康教育等といった直接サービス業務が減少しており¹⁾、保健師活動の体験を通して保健師としての基本的な実践能力を獲得する機会が少なくなっている。

このような流れの中で、2011年に、厚生労働省により「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」²⁾が作成され、国をあげて保健師の人材育成に動き出しはじめた。このガイドラインは、1年以内に経験し修得を目指す内容を含む「新人保健師の到達目標」が示されており、教育プログラムを作成する際の指標となる。しかし、どのような実践が「新人保健師の到達目標」の達成度に影

¹⁾ 自治医科大学看護学部

²⁾ 群馬県立県民健康科学大学

³⁾ 栃木県保健福祉部保健福祉課

⁴⁾ 栃木県下野市役所社会福祉課

⁵⁾ 栃木県都賀郡壬生町役場健康福祉課

⁶⁾ 自治医科大学大学院看護学研究科

響するののかについては明確になっていない。

看護は実践の知であることや、新任期においては日々の業務を通して保健師としての技術を身につけていく時期であることなどからも、行政保健師が、実践で経験した保健師活動からどのような学びを得ているのかを明らかにすることで、保健師の専門性の維持や向上につなげていくことができる。と考える。

そこで、本研究では、入職からの1年間に市町村保健師が経験した実践内容と「新人保健師の到達目標」の主観的達成度について明らかにし、「新人保健師の到達目標」の主観的達成度に影響する実践についての示唆を得ることを目的とした。

「新人保健師の到達目標」は入職からの1年間に経験し修得を目指す内容であることから、横断的研究で使用する場合、入職から1年以内に経験したことを思い出しながら書いてもらうことになる。そこで、入職からの1年間の記憶がまだ鮮明であろう新任保健師を対象とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

北関東圏内の市町村の行政に勤務する新任保健師124名（産休、育休者を除く）。

2. 調査方法（データ収集方法）

郵送法により調査した。対象者には、無記名自記式調査票を市町村の保健師の代表者宛に送付し、該当の保健師に配付してもらった。また、回答した調査票は個別に返送してもらった。

3. 調査期間

平成24年8月～10月

4. 調査内容

以下の1) から5) の質問項目（年齢を除く）については、入職からの1年間のことについて想起しながら回答するよう対象者に依頼した。

1) 個人の属性

年齢、性別、臨床経験の有無、保健師免許を取得した教育機関、入職時の配属先部門について尋ねた。

2) 所属する施設の基本属性

配属先部門の保健師数、配属先の上司、管理的立場にある保健師の有無と職位について尋ねた。

3) 現任教育体制

(1)教育体制

新任保健師の教育プログラムの有無、新任者育成責任保健師の有無、プリセプター（実地指導者）の有無について尋ねた。

(2)職場内研修

プリセプターによるOn the Job Training（以下、OJT）の有無、目標の達成状況についての自己評価及び他者評価実施の有無、今後の目標や学習計画を指導者と立案したかどうか、指導者との面接による達成目標の明確化の有無、頼れる同僚の有無について尋ねた。

(3)職場外研修

行政職としての初任者研修の有無、保健師としての初任者研修の有無、担当業務に関する専門研修の有無について尋ねた。

(4)自己研鑽状況

配属された部署以外の情報交換の場の有無、IT活用の有無、専門書読書の有無、定期購読雑誌の有無について尋ねた。

4) 「新人保健師の到達目標」の達成度

「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」の「新人保健師の到達目標」46項目について、「1人ではできない」（1点）から「指導がなくても1人でできる」（6点）までの6件法で回答を求めた（範囲：46～276点）。

5) 入職からの1年間に経験した実践内容

51の実践内容について、その経験の有無を尋ねた。加えて、それらの項目の中で自己の成長に影響したものを複数回答により尋ねた。

以下、51の実践内容項目選定までの流れを示す。

(1)行政保健師経験のある地域看護学分野の教育研究者2名に、保健師時代に経験した業務を詳細に挙げてもらった。

(2)家庭訪問は、個人・家族への働きかけ方法の代表的なものであり³⁾、保健師の特徴的な活動として位置付けられている⁴⁾ので、複数の項目を設けた。

(3)先行研究で示された項目を追加した。

(4)(3)までの作業で示されたすべての保健師業務を行為方法（単独/指導の下/同行）及び行為対象ごとに分類した結果、364項目の行為に分けられた。

(5)家庭訪問以外の行為方法（単独/指導の下/同行）及び行為対象については、質問内容の中に含めることとし86項目とした。

- (6) (1)～(6)の作業は、行政保健師経験のある地域看護学分野の教育研究者2名と共に実施した。
- (7)行政保健師の保健師業務（行為）を網羅できるよう配慮しながら項目を選定した。
- (8)保健師経験のある2名の地域看護学分野の教育研究者と、保健師免許を持ち地域看護学分野で教鞭をとっている教育研究者2名から重複や表現、新任期に経験するかどうかの助言をうけ修正し、50項目とした。
- (9)行政保健師2年目の保健師4名にプレテストを実施し、質問項目が適切な表現であるかどうかや質問項目への答えやすさを確認した。また、4名のうち3名が、自身の成長に役立った経験として挙げた「積極的に先輩から助言をもらい、地域の健康課題を明らかにしたり、解決・改善策を計画・立案する」を加え、51項目とした。
- (10)51項目を7つに大別した。この7つは、新人保健師の到達目標の大項目を参考にした。

5. 分析方法

調査項目内容1)～4)については単純集計を行った。

新人保健師の到達目標の達成度については、内的整合性をCronbachの α 係数を用いて検証後、調査内容1)～3)それぞれの有無との関連についてt検定により検討した。また、目標の達成状況についての自己評価及び他者評価実施の有無を「自己評価と他者評価を実施」、「自己評価または他者評価のどちらかを実施」、「評価を実施していない」の3群に分け、これらを要因とした分散分析を行った。加えて、等分散性検定の結果と各サンプル数を考慮し、Tukey bを用いた多重比較を行った。

統計解析ソフトはIBM SPSS Statistics 21を使用し、有意確率5%以下を統計的に有意とした。

保健師として経験しておくべきだと思う実践経験の自由記述については、記述からすべての行動・行為を抜き出し同じ内容のものをまとめた。

6. 倫理的配慮

所属の保健師の代表者に、研究の趣旨の説明文を含む依頼文書を質問紙とともに郵送により送付した。また、調査対象者への説明文書には、個人情報保護、回答は個人の自由意思であること、質問紙の返送をもって研究協力に同意するとみな

すことなどを記述し、同封した返信用封筒にて各自郵便で返送してもらった。

調査票は匿名とし個人を特定できないようにし、返却された質問紙は番号管理とした。調査票は施錠可能な場所へ保管した。分析用に加工した電子媒体データについては、インターネットに接続しないパソコンで使用し、研究室以外に持ち出さず、施錠可能な場所で管理した。

本研究は、所属機関の疫学研究倫理審査会にて承認不要と判断された（受付番号：疫12-14、2012年6月25日）。

7. 用語の定義

1) 新任期保健師

行政保健師としての勤務歴が2年以上4年未満の者。このように定義した理由は、「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」2)に示されている「新人保健師の到達目標」が1年以内に経験し修得を目指す内容であることから、勤務歴が1年未満の者は除外し、行政に入職してからの1年間の記憶がまだ鮮明であろう4年未満の者とした。

2) 新人保健師

勤務歴が1年の保健師とした。

3) 現任教育

本研究では、組織内の教育体制、職場内研修、職場外研修、自己研鑽とした。

III. 研究結果

75か所の市町村に124部配付し、53人の回答が得られた（回収率42.7%）。回答のあったすべての者を分析対象者とした。

1. 回答者の属性及び所属する施設の基本属性（表1）

回答者は女性が9割以上であり、平均年齢は26.1±3.2歳であった。

2. 現任教育

1) 教育体制

「新任保健師の教育プログラムがあった」と回答した者は、16人（30.2%）であった。「新任者育成責任者（保健師）がいた」と回答した者は33人（62.3%）で、「配置された部署内にプリセプター（実施指導者）がいた」と回答した者は34人（64.2%）であった。

2) 職場内研修

「プリセプターによるOJTを受けていた」のは

28人 (52.8%) であった。目標達成状況について「自己評価と他者評価を実施した」と回答した者は、23人 (43.4%)、「自己評価または他者評価のどちらかを実施した」と回答した者は、12人 (22.6%) であった。「評価を実施していない」と回答した者が15人 (28.3%) であった。「指導者との面接により、自己評価と他者評価をふまえ到達状況を明確にした」と回答した者は、19

人 (35.8%) であった。また、「達成状況から、課題や今後の目標、育成計画を指導者とともに考えた」と回答した者は、18人 (34.0%) であった。「頼れる同僚がいる」と回答した者は、48人 (90.6%) であった。

3) 職場外研修

「行政職としての初任者研修を受ける機会があった」と回答した者は、47人 (88.7%)、「保健師としての初任者研修を受ける機会があった」と回答した者は、44人 (83.0%)、「担当業務に関する専門研修を受ける機会があった」と回答した者は、41人 (77.4%) であった。

4) 自己研鑽状況

「配属された部署以外に情報交換の場や支援を得られるネットワークがあった」と回答した者は、34人 (64.2%) であった。「情報収集や情報交換にITを活用した」と回答した者は、45人 (84.9%) であった。「専門雑誌を定期購読していた」と回答した者は、21人 (39.6%)、「専門書を読んでいた」と回答した者は45人 (84.9%) であった。

3. 「新人保健師の到達目標」の達成度

「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」の「新人保健師の到達目標」46項目の内的整合性を検証した結果、Cronbach α 係数は0.94であり、良好であると判断された。以下、主観的達成度とする。

「新人保健師の到達目標」を項目別にみると、1年以内に経験し修得を目指す項目 (38項目) で、かつ新人保健師の到達度の目安の区分が「I できる」の項目のうち、主観的達成度の

表1 対象者の概要

		n	%
性別	男性	2	3.8
	女性	51	96.2
年齢	26.1 $\pm$ 3.2 歳		
婚姻歴	既婚	6	11.3
	未婚	47	88.7
保健師免許を取得した教育機関			
	大学	38	71.7
	短期大学専攻科	2	3.8
	専門学校	13	24.5
臨床経験の有無	あり	19	35.8
	なし	34	64.2
入職時に配属された部門			
	保健衛生部門	44	83.0
	高齢者福祉・介護保健部門	4	7.5
	児童福祉部門	3	5.7
	保健衛生部門・児童福祉部門	2	3.8
入職時に配属された部門での直属上司	保健師	38	71.7
	事務職	13	24.5
	保育士	1	1.9
	無回答	1	1.9
行政保健師になってからの年数	2年目	11	20.8
	3年目	20	37.7
	4年目	22	41.5

表2 主観的達成度の平均得点が3点未満の項目

(N=53)

1年以内に経験し修得を目指す項目 (38項目) で、かつ新人保健師の到達度の目安の区分が「I できる」の項目のうち、達成度の平均得点が3点未満の項目		
小項目	平均値	標準偏差
所属機関の基本方針・計画、意思決定機構を理解し、説明できる	2.4	1.2
個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用することができる	2.3	1.0
広域的な健康危機 (災害・感染症等) 管理体制を理解し、説明できる	1.9	1.0
1年以内に経験し修得を目指す項目で、かつ新人保健師の到達度の目安の区分が「II 指導の下でできる」の項目のうち、達成度の平均得点が3点未満の項目		
小項目	平均値	標準偏差
健康危機 (感染症・虐待・DV・自殺・災害等) への対応を行うことができる	2.0	1.1
地域 (事業場) 組織・当事者グループ等を育成する支援ができる	2.1	1.1
地域・事業場の健康課題解決のための活動の評価を行うことができる	2.3	1.0
予算の仕組みを理解し、担当する事業の予算案を作成できる	2.0	1.5
施策化が必要である根拠について資料化ができる	1.7	1.3

平均値が3点未満だった項目は「所属機関の基本方針・計画、意思決定機構を理解し、説明できる」、「個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用することができる」、「広域的な健康危機（災害・感染症等）管理体制を理解し、説明できる」の3項目であった（表2）。

また、同目標の、1年以内に経験し修得を目指す項目（38項目）で、かつ新人保健師の到達度の目安の区分が「Ⅱ指導の下でできる」の項目うち、主観的達成度の平均値が3点未満だった項目は、「健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への対応を行うことができる」、「地域（事業場）組織・当事者グループ等を育成する支援ができる」、「地域・事業場の健康課題解決のための活動の評価を行うことができる」、「予算の仕組みを理解し、担当する事業の予算案を作成できる」、「施策化が必要である根拠について資料化ができる」の5項目であった（表2）。3点未満とした理由は、1年以内に経験し修得することが望ましい目標において主観的達成度の平均得点が半分にも満たない目標は、個人の努力だけでは達成することが困難であり、現任教育において何らかの配慮が必要となる目標の可能性が高いと判断し、3点未

満とした。

次に、回答者の属性及び所属する施設の基本属性の各項目と主観的達成度とで対応のないt検定や分散分析を行ったが、有意な差はなかった。

一方、現任教育体制項目を経験有群と経験無群とに分け主観的達成度と比較した結果、経験有群の主観的達成度が有意（ $p<0.05$ ）に高かった項目は、「配置された部署内のプリセプター（実施指導者）がいたかどうか」、「自己評価の有無」、「他者評価の有無」、「達成状況から、課題や今後の目標、育成計画を指導者とともに考えた」、「指導者との面接により、自己評価と他者評価をつきあわせながら到達状況を明確にした」、「配属された部署以外に情報交換の場や支援を得られるネットワークがあった」の6項目であった（表3）。

さらに、評価を「自己評価及び他者評価を実施」、「自己評価または他者評価のどちらかを実施」、「評価を実施していない」の3群に分け、主観的達成度とで分散分析を行った（ $F(2,47)=4.689$, $p=0.014$ ）。また、等分散性検定の結果と各サンプル数を考慮し、Tukey bを用いた多重比較を行った結果、「自己評価と他者評価

表3 主観的達成度と現任教育項目との t 検定の結果

(N=53)

		主観的達成度					
		ありと回答した者			なしと回答した者		
		n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
教育 体制	教育プログラムの有無	16	172.5	16.9	37	162.2	23.6
	実地指導者の有無 *	34	169.8	20.2	19	157.2	23.8
	新任者育成責任者の有無	33	169.7	18.7	19	157.2	26.3
職場 内研 修	O J Tの有無	28	171.5	16.7	23	159.7	25.0
	自己評価の有無 *	36	170.1	20.1	14	154.1	23.9
	他者評価の有無 *	25	171.9	21.3	14	159.0	22.0
	指導者との今後の目標、育成計画立案の有無 **	18	178.2	16.9	34	157.9	22.0
	指導者との面接による達成目標の明確化の有無 *	19	175.0	21.8	33	159.2	20.9
	頼れる同僚の有無	48	165.4	23.0	4	159.3	6.5
職場 外研 修	行政研修の有無	47	166.0	20.5	6	158.8	34.4
	保健師研修の有無	44	165.2	21.7	9	165.1	26.5
	担当外業務研修の有無	31	167.0	21.4	26	162.8	23.9
自己 研鑽	部署以外の情報交換の場の有無 *	34	170.4	20.1	19	155.3	23.2
	I T活用の有無	45	165.4	22.9	8	164.0	19.3
	理論活用の有無	25	170.8	18.0	26	158.8	24.9
	専門書読書の有無	45	166.2	21.6	7	153.0	24.8
	研究的取り組みの有無	4	168.5	24.9	48	164.4	22.2
	定期講読雑誌の有無	21	168.2	19.8	32	163.1	23.8

** $p<0.01$ * $p<0.05$

を実施」した群と「評価を実施していない」群の間に有意な差があった(表4)。

表4 主観的達成度と評価の分散分析の結果

評 価	主観的達成度			F値
	平均値	標準偏差		
自己評価と他者評価を実施 (n=23)	186.5	27.7	4.689	*
自己評価または他者評価のどちらかを実施 (n=12)	178.4	21.3		
評価を実施していない (n=15)	160.1	26.8		

4. 入職からの1年間に経験した実践内容(表5)

8割以上の回答者が経験した項目は、「事業についての話し合いに参加する」(94.3%)、「所属部署のスタッフと意見交換したり、質問、相談をする」(98.1%)、「所内会議に出席する」(83.0%)、「職場の保健師打ち合わせに参加する」(96.2%)、「単独での家庭訪問」(86.8%)、「先輩保健師と同行訪問」(88.7%)、「保健指導の実施」(98.1%)、「健康相談を実施」(96.2%)の8項目であった。

また、8割以上の回答者が経験しなかった項目は、「会議で発表(プレゼンテーション)する」(81.1%)、「保健福祉介護に関する計画策定に参画する」(90.6%)、「保健福祉介護に関する計画に関連する会議の資料を準備する」(90.6%)、「支援者の協力が必要な事例に対して住民とともに支援にあたる」(81.1%)、「保健事業や保健師活動の結果を地区別に整理したり、評価する」(83.0%)、「地域資源の開発・組織の構築へ参画する」(92.5%)、「住民の問題解決に必要な各種の専門/非専門職の協力を創り出す」(88.7%)の7項目であった。

1) 主観的達成度と入職からの1年間に経験した実践内容

実践内容51項目を経験有群と経験無群に分け主観的達成度と比較した結果、経験有群の主観的達成度が有意に高かった項目は、「継続事例に単独で家庭訪問」、「担当地区の地区踏査をする」などの20項目であった($p<0.05$)。

IV. 考察

本研究の結果を踏まえ、主観的達成度に影響する要因について考察する。

1. 対象者の属性

回答者の属性の各項目及び所属する施設の基本

属性の各項目と主観的達成度に有意な差はなかったことから、今回調査した属性は、主観的達成度への直接的な影響は小さいと考える。しかし、管理的立場にある保健師や配属先の上司は、組織的教育体制等に影響を及ぼすことができる立場でもあることから、間接的には主観的達成度に影響していると考ええる。

2. 現任教育方法と現任教育内容

現任教育体制項目を経験有群と経験無群とに分け主観的達成度と比較した結果、経験有群の主観的達成度が有意に高かった6項目のうち、4項目が評価に関連する項目であった。また、主観的達成度と評価(3群)との関連を分析した結果、「自己評価及び他者評価を実施」した群と「評価を実施していない」群の間に有意な差があった。「自己評価または他者評価のどちらかを実施」した群は、どちらの群とも有意な差はみられなかった。

以上のことから、評価の実施、特に自己評価と他者評価両方の実施が、主観的達成度を高める可能性があることが考えられる。

また、「新人保健師の到達目標」の1年以内に経験し修得を目指す項目(38項目)で、かつ新人保健師の到達度の目安の区分が「Iできる」の項目のうち、達成度得点の平均値が3点未満だった「所属機関の基本方針・計画、意思決定機構を理解し、説明できる」、「個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用することができる」、「広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を理解し、説明できる」の3項目については、新人保健師が1年以内に学べるよう、意図的に教育プログラムに組み込む必要があると考ええる。

3. 新人保健師が経験した実践内容

入職からの1年間に経験した実践内容51項目を経験有群と経験無群とに分け主観的達成度と比較した結果、経験有群の主観的達成度が有意に高かったのは20項目であった。

この20項目を類似性に注目すると、以下の6つの内容に大別できる。

(1) 継続事例への家庭訪問

「継続事例に単独で家庭訪問」と「継続事例に同行訪問」の2項目は、継続事例への家庭訪問とまとめられる。継続事例とは、継続した支援を必要とする事例であることから、継続事例を支援するにあたって新人保健師は

市町村における新人保健師の入職後1年間に経験した実践内容と到達目標の主観的達成度

表5 実践内容の経験の有無別と主観的達成度との t 検定の結果

(N=53)

実践内容 項目	主観的達成度	
	回答者数 (%)	回答者数 (%)
	「経験あり」	「経験なし」
当該自治体の基本計画を読む	40 (75.5)	13 (24.5)
事業の起案書を作成する	39 (73.6)	14 (26.4)
当該自治体の議会の答弁を聞いたことがある（テレビ、ラジオの傍聴を含む）	19 (35.8)	34 (64.2)
事業についての話し合いに参加する	50 (94.3)	3 (5.7)
所属部署のスタッフと意見交換したり、質問、相談をする	52 (98.1)	1 (1.9)
所内会議に出席する	44 (83.0)	9 (17.0)
職場の保健師打合せに参加する	51 (96.2)	2 (3.8)
他部署の保健師と意見交換をする	37 (69.8)	16 (30.2)
会議で発表（プレゼンテーション）する	10 (18.9)	43 (81.1)
会議運営（挨拶、席順、お茶出し等）の基本部分を担当する	36 (67.9)	17 (32.1)
防災訓練等による体制整備、演習に参加する	26 (49.1)	27 (50.9)
台風等、災害時の担当等のマニュアルを読む	26 (49.1)	27 (50.9)
保健福祉に関する計画策定に参画する	5 (9.4)	48 (90.6)
保健福祉に関する計画に関連する会議の資料を準備する	5 (9.4)	48 (90.6)
単独での家庭訪問	46 (86.8)	7 (13.2)
先輩保健師と同行訪問	47 (88.7)	6 (11.3)
継続事例に単独で家庭訪問 **	39 (73.6)	14 (26.4)
継続事例に同行訪問 *	37 (69.8)	16 (30.2)
多問題事例へ単独での支援 *	17 (32.1)	36 (67.9)
多問題事例を持つ保健師の手伝い **	21 (39.6)	32 (60.4)
保健指導の実施	52 (98.1)	1 (1.9)
健康相談を実施	51 (96.2)	2 (3.8)
事例検討会への参加	29 (54.7)	24 (45.3)
事例検討会で事例を提供（事例提供者） **	16 (30.2)	37 (69.8)
地域組織や当事者グループの育成を担当する *	20 (37.7)	33 (62.3)
地域組織や当事者グループの育成に参画する	14 (26.4)	39 (73.6)
各推進員や自治会長会、民生委員会老人クラブなどの住民組織の活動や会議に参加する *	33 (62.3)	20 (37.7)
住民の協力を得て事業を実施する	25 (47.2)	28 (52.8)
支援者の協力が必要な事例に対して住民と共に支援にあたる *	10 (18.9)	43 (81.1)
地区・地域を担当する *	40 (75.5)	13 (24.5)
担当地区の地区踏査をする **	15 (28.3)	38 (71.7)
地区診断を実施する **	16 (30.2)	37 (69.8)
先輩保健師の地区活動実践を手伝う *	14 (26.4)	39 (73.6)
次年度保健福祉事業計画を作成する	22 (41.5)	31 (58.5)
次年度保健福祉事業予算を作成する	22 (41.5)	31 (58.5)
事業の必要性や根拠を資料にする	23 (43.4)	30 (56.6)
事業のまとめを行い、事業評価を行う	40 (75.5)	13 (24.5)
評価結果を活動にフィードバックする *	30 (56.6)	23 (43.4)
健康教育を実施	42 (79.2)	11 (20.8)
地区の特徴を把握する **	31 (58.5)	22 (41.5)
地区の特徴にもとづいて活動を工夫する *	23 (43.4)	30 (56.6)
保健事業や保健師活動の結果を地区別に整理したり、評価する *	9 (17.0)	44 (83.0)
積極的に先輩から助言をもらい、地域の健康課題を明らかにしたり、解決・改善策を計画・立案する **	25 (47.2)	28 (52.8)
他機関/他職種との事業/会議/カンファレンスに保健師として参加する	41 (77.4)	12 (22.6)
担当ケースについて関係機関と共に支援の検討/実施をする	29 (54.7)	24 (45.3)
他機関/他職種との交渉/依頼/伝達/報告/連絡/相談を実施する **	42 (79.2)	11 (20.8)
先輩保健師が実施する他機関/他職種との連携/協働を手伝う	21 (39.6)	32 (60.4)
地域の資源となりうる機関や関係職種と連絡や意見交換を行う *	30 (56.6)	23 (43.4)
地域資源の開発・組織の構築へ参画する	4 (7.5)	49 (92.5)
住民の問題解決に必要な各種の専門/非専門職の協力を創り出す	6 (11.3)	47 (88.7)
1ケースで実現した協力体制を同様の事例に適応する **	18 (34.0)	35 (66.0)

**p<0.01 *p<0.05

何らかの困難を感じると考えられる。この困難を、知恵を絞り工夫することで乗り越えた時、新人保健師は達成感を得やすいと考える。

主観的達成度との有意な差がみられなかった「単独での家庭訪問」及び「先輩保健師と同行訪問」については、新人保健師でも実施可能な「単独での家庭訪問」では困難を感じにくく、「先輩保健師と同行訪問」では新人保健師は同行するのみで主体的に関わるのが少ないため、困難を感じにくいと考えられる。

(2) 多問題事例への支援

「多問題事例へ単独での支援」と「多問題事例をもつ保健師の手伝い」の2項目は、多問題事例への支援とまとめられる。多問題事例への支援は、継続事例への家庭訪問と同様に新人保健師にとっては困難が生じやすいと考えられる。また、このような支援は、中堅保健師にとっても難しく、単独で支援していくことに困難が生じやすい。困難に遭遇した新人保健師は、この事例への支援について主体的に考え、工夫を行いやすいと考えられる。

(3) 住民との協働、関係機関との連絡や意見交換

「地域組織や当事者グループの育成を担当する」、「各推進員や自治会長会、民生委員会、老人クラブなどの住民組織の活動や会議に参加する」、「支援者の協力が必要な事例に対して住民と共に支援にあたる」の3項目は住民の協働とまとめられる。また、「他機関/他職種との交渉/依頼/伝達/報告/連絡/相談を実施する」、「地域の資源となりうる機関や関係職種と連絡や意見交換を行う」、「1ケースで実現した協力体制を同様の事例に適応する」の3項目は関係機関との連絡や意見交換とまとめられる。住民との協働及び関係機関との連絡や意見交換において、新人保健師は、保健師として住民や他職種、関係機関との意図的で直接的なやり取りを経験する。人との相互作用を伴う行為は、ストレスの要因になりうる³⁾が人間の成長・発達に影響する⁴⁾とも言われている。ストレスは困難として認識されることが多い。また、成長・発達に影響を及ぼす要因に達成感や有能感な

どがある⁵⁾ことから、人との相互作用を伴う行為の実施は達成感を得ることにも影響することが考えられる。

(4) 地区活動

地区活動としてまとめられたものは9項目であった。この9項目は地区に出向く地区活動と、地区に出向かない地区活動の2つの視点に分けられる。

地区に出向く地区活動には、「地区・地域を担当する」、「担当地区の地区踏査をする」、「地区診断を実施する」、「先輩保健師の地区活動実践を手伝う」、「評価結果を活動にフィードバックする」、「地区の特徴を把握する」、「地区の特徴にもとづいて活動を工夫する」の7項目が含まれている。地区に出向く地区活動を行うのは保健師だけではない。地区に出向く地区活動を保健師の活動とするためには、保健師の視点でこれらの活動を捉える必要がある。すなわち、次の支援へ繋げていく視点や単発の点の支援を面、さらには層にまで繋げていくといった視点⁶⁾を持ち、活動する必要がある。保健師の視点は一朝一夕には見につけることが困難なため、現任教育において、新人保健師が保健師の視点を持てるよう支援していく必要があると考える。

地区に出向かない地区活動には、「保健事業や保健師活動の結果を地区別に整理したり、評価する」、「積極的に先輩から助言をもらい、地域の健康課題を明らかにしたり、解決・改善策を計画・立案する」の2項目が含まれている。これらの活動は事務的な業務であるが、錦織⁷⁾は、今行っている作業がどこにつながるのかを見極めることで、保健師活動としての意味を込めることができると述べている。事務的な要素の強い実践においては、業務の保健師活動としての意味や目的を理解したうえで実践することで地区を意識することができ、その業務を保健師活動として実践することができるのではないかと考える。

(5) 事例検討会での事例提供

「事例検討会で事例を提供（事例提供者）」は他のどの項目とも類似性がなく、1項目のみである。単に事例検討会に参加するだ

けでは、講義や講演を聞くことと同様に受け身になりやすく、主体的に考える機会が少ない。事例提供者は、事前に情報と支援の経過等を整理して論点を明確にして資料の準備等を行い、検討会では議論の中心であることから、主体的に考え、返答を工夫しなければならない立場にあると考えられる。

以上から、主観的達成度に影響する実践経験として、以下の2点が示唆される。

まず、新人保健師には荷が重いと考えられる継続事例の家庭訪問や困難事例の支援、事例提供者となるなどの主体的に考える機会や、工夫をする機会を経験することである。

また、単なる家庭訪問などの保健師活動の種類ではなく、その活動の対象や方法などをどのように経験するのが重要である。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、対象者に1年以上前の記憶を想起しながら回答してもらったため、その正確さが低い可能性があることや、限られた対象地域で実施したことにより対象が偏っている可能性があるといったことが挙げられる。

また、本研究は「新人保健師の到達目標」の達成度を主観的な視点から評価したため、今後は客観的な視点からの評価と併せて「新人保健師の到達目標」の達成度を検討していく必要がある。

さらに、本研究では行政保健師として市町村に勤務する保健師を対象としたため、今後は保健所に勤務する保健師についても調査する必要がある。

最後に、質問項目に実践内容の回数を調査項目に含めたり、一部の質問項目の表現をより具体的に表現したりするといった修正を加え、主観的達成度に影響する要因をさらに詳細に分析していく必要がある。

VI. 終わりに

新任期の市町村保健師が入職からの1年間に経験した実践内容及び現任教育と「新人保健師の到達目標」の主観的達成度について明らかにし、「新人保健師の到達目標」の主観的達成度に影響する要因について検討した結果、以下の結論を得た。

1) 本研究の結果は次の3点である。

(1)「自己評価及び他者評価を実施」した群は「評価を実施していない」群と比べると主観的達成度が有意に高い。

(2)事例検討会に事例提供者として参加することは有意に主観的達成度が高い。

(3)地域に出向かない地区活動である「保健事業や保健師活動の結果を地区別に整理したり、評価する」と「積極的に先輩から助言をもらい、地域の健康課題を明らかにしたり、解決・改善策を計画・立案する」は主観的達成度が有意に高い。

2) これらの結果から、「新人保健師の到達目標」の主観的達成度に影響する実践として、次の2点が示唆される。

(1)実践を通じて「新人保健師の到達目標」を達成するためには、何を経験するのがではなく、どのように経験するのが重要である。

(2)困難と感じる継続事例や多問題事例の家庭訪問や支援を通して新人保健師が主体的に考える実践ができるようにする。

文献

- 1) 政府統計の総合窓口：保健師活動領域調査活動調査. 〈<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001035128>〉(2013.09.02閲覧)
- 2) 厚生労働省医政局看護課：新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～. 〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/s1225-24.html>〉(2013.09.02閲覧)
- 3) 厚生労働省：平成24年労働者健康状況調査 〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>〉(2014.02.12閲覧)
- 4) 中城進：発達を巡っての論争. 中城進 編, 心理学, 二瓶社(東京) 21-24, 2003.
- 5) エリクソン：幼児と社会, みすず書房, 1997.
- 6) 錦織正子：地区活動とは何か, なぜいま必要か 保健師活動の使命と経緯. 保健師ジャーナル, 65 (10):813, 2009
- 7) 前掲6), 813-814
- 8) 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子：看護法令要覧, 日本看護協会出版会(東京), 3, 2013.

実践報告

A 病院における新生児蘇生法の現状と今後に向けての課題

石崎 仁子¹⁾, 望月 明見¹⁾, 黒尾 絢子²⁾, 柴山 真里²⁾, 成田 伸²⁾

抄録：本研究の目的は、第三次周産期医療機関であるA病院における周産期医療スタッフの日本版新生児蘇生法（Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation）取得状況や必要性の認識等の現状分析を行い、今後の課題を明らかにし、検討することである。周産期医療スタッフを対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は対象の属性、NCPR資格取得および研修会受講状況等、NCPRに関する知識・技術の自己評価である。回収率72.1%、有効回答94部（67.1%）であった。NCPR資格取得者は全体の7割以上であった。NCPRに関する知識・技術の自己評価については、Aコース資格取得者はすべての項目において、Bコース、資格なし者との比較で、最も高い値を示し、特に12項目においてその差は有意であった。Bコース資格取得者と資格なし者の比較では有意差が認められず、Bコース資格取得が有効に機能していない可能性があった。資格取得が進んでいる一方で、NCPRが「十分普及している」との認識は1名のみで、十分に普及しているとは言い難い状況であった。今後は、実技中心の講習会や基本的手技を復習できる機会と場を、定期的な企画・開催していく支援体制の整備の検討が急務である。

キーワード：新生児蘇生法、自己評価、第三次周産期医療機関

I. はじめに

分娩時に新生児仮死となる症例は、全出生の約10%にみられ、さらに全出産児の1%が救命のために胸骨圧迫・薬物療法・気管挿管などの本格的な蘇生手段が必要とされている^{1) 2)}。また、適切な処置を受けなければ、死亡するか、重篤な障害を残すとされている³⁾。

そこでアメリカ心臓協会（American Heart Association：AHA）のAHA2000心肺蘇生国際ガイドライン（AHA2000）では、「全ての分娩に新生児の蘇生を開始することのできる要員が少なくとも一人、専任で立ち会うべきである」⁴⁾と推奨されている。また、日本医療機能評価機構では産科医療補償制度で把握された過去の事故分析から、周産期医療従事者に日本周産期・新生児医学会の公認の日本版新生児蘇生法（Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation；以下NCPRと略

す）の知識と技術の修得を推奨している。

A病院は第三次周産期医療機関でハイリスク母子を主な対象としており、産科病棟は単科で独立し、ほとんどが助産師で構成されている。また、院内助産の取り組みも進んでおり、新生児科医師が立ち会わない場での新生児の急変は十分予測される。一方で、A病院は小規模医療機関と異なり、新生児科医師が24時間待機するため、新生児科医師以外はNCPRの必要性を感じる機会が少ない。しかも一般に講習会の受講希望者は多く、産科医療スタッフ数の多い施設からは、施設外で開催される無料の講習会の受講対象者となりにくい状況がある。

NCPRについての実践・研究においては、他国においても国家レベルでのNRP（neonatal Resuscitation Program）事業の結果、周産期・新生児死亡率を低下させた報告⁵⁾がある。さらに、NRP導入により、ハイリスク新生児における新生児仮死（Apgar score 6点以下）の割合と、5分後のApgar score が低下もしくは不変の症例数を減

¹⁾ 元自治医科大学看護学部

²⁾ 自治医科大学看護学部

少させ、特に1分後のApgar score が低い症例に関して、5分後 Apgar score が増加したとの報告⁶⁾がある。我が国に関しての新生児仮死改善の報告は、世界に発信できるほどの説得力のある報告はまだない⁷⁾と、報告されている。しかしながら、昨今の我が国の新生児仮死状態で出生した児に関連した死亡や後遺症に関する争いが後を絶たないことを考えると、NCPRの普及に積極的に取り組むことは重要である。加部⁸⁾は、医師であれ、助産師であれ、児に最初にタッチする専門家が確実にNCPRをマスターし、また、それが実施できる体制を確立することこそ、当面最大の課題である、ことを指摘している。また、我が国の分娩は98.8%が施設内で行われている現状である。我が国の周産期医療スタッフが、NCPRの知識と技術がどの程度修得しているのか疑問である。そのため、NCPR取得状況、知識と技術の実際を調査する必要があると考える。

人口動態⁹⁾の解析結果¹⁰⁾によれば、1999年から2006年までほとんど横ばいであった出生児仮死を主因とする早期新生児死亡率が、2007年から低下している。その背景には、標準的な新生児蘇生法ガイドラインの作成とその普及のための「新生児蘇生法講習会」の実施などにみられる関係者の高まりが考えられる。調査対象となるA病院が位置する、A県の平成22年度における周産期死亡率は、全国順位37位であり改善の余地がある。また、A県のNCPR取得状況や必要性の認識は、まだ明らかにされていない。

そこで本研究の目的は、第三次周産期医療機関であるA病院における周産期医療スタッフのNCPR取得状況や知識・技術の自己評価ならびに必要性の認識等の現状分析を行い、今後の課題を明らかにし、検討することである。

NCPRは、国際蘇生法連絡委員会 (International Liaison Committee on Resuscitation : ILCOR) によって、Consensus 2005が出され、それに基づき2006年に日本救急医療財団心肺蘇生法委員会の日本版救急蘇生ガイドライン策定小委員会によって、我が国における新生児蘇生法ガイドラインが作成され、2007年7月より日本周産期・新生児医学会の日本版新生児蘇生法普及事業が開始されたものである。更に2010年10月18日にはILCORによりConsensus2010が公表され、それに合わせて我が国の新生児蘇生方法ガイドラインの改訂版 (以

下NCPRガイドライン2010) も2010年10月19日に発表された。

NCPR公認講習会は、基本的な蘇生手技を習得する目的のBコース (NCPR「一次」コース、以下Bコースと略す) と、その内容に加え気管挿管及び薬物投与を含むAコース (「専門」コース、以下Aコースと略す) に分けられ、前者は、一次医療機関の医師、新生児蘇生に携わる一般の看護師・助産師や助産学生等を対象とし、後者は、二次・三次医療機関の医師、日本周産期・新生児医学会専門医、新生児蘇生に携わる専門性の高い看護師・助産師等を対象としている。また、新生児蘇生法「専門」コースインストラクター養成講習会 (Iコースと略す) を受講しAコースを指導可能なAコース (NCPR「専門」コース) インストラクター (以下インストラクターと略す) と、Aコース取得者が講習会指導を補助して取得できるBコースのインストラクター (Jインストラクターと略す) の資格がある。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：因子関連型量的研究。

2. 調査期間：2013年1月～3月。

3. 調査対象：産婦人科医師、新生児科医師、助産師、産科勤務看護師、NICU (Neonatal Intensive Care Unit; 以下NICUと略す) 勤務看護師。

4. データ収集方法：無記名自記式の質問紙を用い、各施設内の責任者を通して質問紙を配布、個別封筒で返送してもらった。

5. 調査内容：対象の属性、NCPR資格取得および講習会受講状況等である。「NCPRに関する知識・技術の自己評価」は、NCPR講習会アンケート¹¹⁾を参考に、15項目からなる質問とした。「自信がある」5点～「自信がない」1点の5段階評定で求めた。またNCPRの現状について「十分普及している」から「普及していない」の5段階で、またNCPRの今後への考えを「十分普及を目指すべきである」から「普及を目指すさなくてもよい」の5段階で問い、さらに自由回答で意見を求めた。

6. 分析方法：PASW Statistics 21.0を用い、単純記述統計、Kruskal Wallis検定、Mann-WhitneyのU検定を行った。有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮：所属機関における研究倫理審査を受け承認を得た（疫12-59）。

調査施設には、施設責任者に対し本研究の趣旨・方法などを口頭と文書にて説明し協力を依頼した。協力が得られた調査施設を対象とした。

対象者の依頼文に調査の趣旨、方法、匿名性、研究への参加には自由意思であり、いつでも研究を辞退でき不利益は被らないこと、研究者の守秘義務、データの取り扱い、個人情報すべては研究終了後適切に消去することなどについて明記した。また、収集したデータ全てにおいて施設が特定されないように十分配慮し、研究結果の公表においても施設が特定されないように十分配慮した。質問紙は本人からの郵送回答をもって研究への同意とした。また個人情報が漏出しないように個別封筒を用い機密の保持に努めた。回収されたデータは厳重に管理し、個人が特定できないように統計処理を行った。

Ⅲ. 研究結果

調査票は140部配布し（産婦人科医師10名、新生児科医師10名、産科勤務助産師・看護師60名、NICU勤務看護師60名）、回収は101部（回収率72.1%）、有効回答94部（有効回答率67.1%）であった。回答者のうちわけは、産婦人科医師5名（回答者の5.3%（産婦人科医師配布者中50.0%））、新生児科医師9名（同9.6%（同90.0%））、産科勤務助産師・看護師54名（回答者の57.4%、産科勤務助産師・看護師配布中90.0%；産科勤務助産師39名、産科勤務看護師15名）、NICU勤務看護師26名（同27.7%（同43.3%））であった。

1. 対象者の属性・背景

対象の経験年数は1～34年の範囲であり、平均職務経験年数は 8.8 ± 7.4 年、職務経験1～5年は39名（41.4%）、職務経験6～10年は26名（27.7%）、職務経験11年以上は29名（30.9%）であった。勤務形態は、全員が常勤94名（100%）であった。職位は、管理職2名（2.2%）、準管理職4名（4.3%）、スタッフ75名（79.7%）、准教授1名

（1.1%）、講師1名（1.1%）、助教6名（6.5%）、助手3名（3.2%）、医局員1名（1.1%）、後期研修医1名（1.1%）であった。資格状況は、周産期新生児専門医5名（5.3%）、新生児集中ケア認定看護師2名（2.1%）であった。配属は、MFICU（Maternal Fetal Intensive Care Unit；以下MFICUと略す）10名（10.8%）、分娩棟25名（26.5%）、産褥・新生児棟24名（25.5%）、NICU 23名（24.4%）、GCU（Growing Care Unit；以下GCUと略す）12名（12.8%）であった。

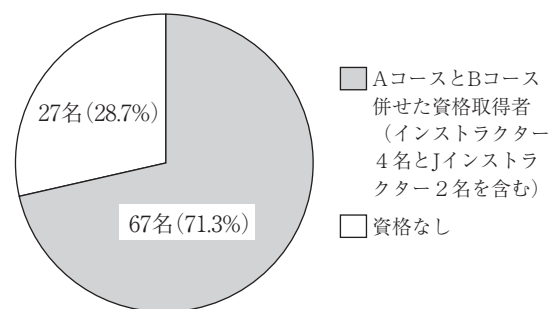


図1 NCPRの資格取得状況

2. NCPR資格取得状況

AコースとBコース併せたNCPRの資格取得者は計67名（71.3%）、資格なし27名（28.7%）であった（図1）。

そのうち、Aコース資格取得者は53名（56.4%）であった。Aコースの資格取得者を職種別の結果を表1に示す。Aコースは、産婦人科医師4名（7.5%）、新生児科医師5名（9.4%）、助産師17名（32.1%）、産科勤務看護師1名（1.9%）、NICU勤務看護師7名（13.1%）であった。A・Bコース両方取得者は、助産師11名（20.8%）、産科勤務看護師1名（1.9%）、NICU勤務看護師1名（1.9%）であった。インストラクターの資格を有している者は、新生児科医師3名（5.6%）、NICU勤務看護師1名（1.9%）であった。Jインストラクターは、助産師2名（3.8%）であった。

Bコースの資格取得者（Aコースを併せて持つ取得者を除く）は14名で、職種別にみると助産師5名（35.7%）、産科勤務看護師4名（28.6%）、NICU勤務看護師5名（35.7%）であった。

NCPR資格取得者のうち、助産師についてみるとA・Bコースどちらかの資格を有している者は、資格取得者全体の52.2%であった。

3. NCPRに関する知識・技術の自己評価

表1 Aコース（新生児蘇生法「専門」コース）資格取得者の状況（N=53）

	Aコース	A・Bコース両方 取得者	インストラクター	Jインストラクター
	人数 (%)			
産婦人科医師	4 (7.5)			
小児科医師	5 (9.4)		3 (5.6)	
助産師	17 (32.1)	11 (20.8)		2 (3.8)
産科勤務看護師	1 (1.9)	1 (1.9)		
NICU勤務看護師	7 (13.2)	1 (1.9)	1 (1.9)	
合計	34 (64.1)	13 (24.6)	4 (7.5)	2 (3.8)

NCPRに関する知識・技術の自己評価について、Aコース、Bコース、資格なしの3群間で比較した。その結果を表2に示す。NCPRに関する知識・技術の各自己評価の得点範囲は1～5点で、平均は 3.2 ± 1.2 点であった。

すべての項目においてAコース資格取得者の得点が最も高かったが、有意な差が認められた項目は15項目中12項目であった。そのうちAコース資格取得者、Bコース資格取得者、資格なしの順に得点が高かった項目は、「新生児蘇生のアルゴリズムが言える」($p < 0.01$)、「フリーフロー酸素投与について適応がわかる」($p < 0.01$)、「自己膨張式・流量膨張式バックの利点欠点が言える」($p < 0.01$)、「胸骨圧迫が必要な場合を判断できる」($p < 0.01$)、「出生直後の3つのチェックポイントが言える」($p < 0.01$)の5項目であった。

Bコース、資格なし、A・Bコース併せての3群間で比較した。「出生直後の3つのチェックポイントが言える」($p < 0.05$)に有意差が認められた。

Bコース、資格なしの2群間で比較した所、有意差は認められなかった。しかし統計学的上Bコース資格取得者と資格なしの得点差は小さく、「蘇生に必要な準備ができる」、「蘇生が必要でない時の通常のケアができる」、「心拍数を正しく数えることができる」、「人工呼吸と胸骨圧迫を連動して行える」、「気管挿管の準備・介助ができる」の5項目に資格なしの得点のほうがBコース資格取得者の得点より高い得点であった。

4. NCPRの現状についての考え

「十分普及している」1名 (1.1%)、「普及している」38名 (41.3%)、「どちらともいえない」42名 (43.5%)、「あまり普及していない」9名 (9.8%)、「普及していない」4名 (4.3%)であった。

5. NCPRの現状についての自由記載

「出生直後からすぐに口元酸素をあてる習慣がいまだに残っている」、「不必要な吸引がみられる」、「SpO₂モニターをつけないことも多い」、「コース受講後、業務と連動した経験ができる機会が少ない」、「受講率は上がっているが、能力の獲得が比例しているかが疑問」、「実際関わりが少ない」、「定員が決まっていて受講したくても受講できないことがある」等の意見があった。

6. NCPRの今後への考え

「十分普及を目指すべきである」37名 (40.7%)、「普及を目指すべきである」47名 (48.4%)、「どちらともいえない」10名 (11.0%)、「あまり普及を目指すさなくてもよい」0名 (0%)、「普及を目指すさなくてもよい」0名 (0%)であった。

7. NCPRの今後への考えについての自由記載

「必ずしも小児科医師がいる状況での分娩にならないこと（特に、一次施設、二次施設）。近年の産科ではハイリスク妊娠・分娩が増えているので普及を目指すべき」、「スタッフが多く、なかなか参加できるチャンスがない」、「初期ケアに必要な知識と技術のため、NICU全職員は持っていると思う」、「取得していても技術が伴っていない人が多いように見える」、「周産期医療スタッフが同じ知識を持つことで早い段階での蘇生ができる」、「NICUのない病院での対応として受講すべき」、「現場でもアルゴリズムについて普及、声掛けが必要」等の意見があった。

8. NCPR普及に対する自由意見

「形だけでない、実践する・していく姿勢で受講することが大切だと感じる」、「インストラクターコースをもっと頻回に開催できる体制づくりが必要」、「講習会の料金が低い」、「院内で定期

表2 NCP Rに関する知識・技術の自己評価

		Mean	
新生児蘇生のアルゴリズムが言える	Aコース	3.30	**
	Bコース	2.71	
	資格なし	2.22	
	A・Bコース併せて	2.77	
蘇生に必要な準備ができる	Aコース	3.81	**
	Bコース	2.71	
	資格なし	3.04	
	A・Bコース併せて	3.46	
蘇生が必要でない時の通常のケアができる	Aコース	4.19	**
	Bコース	3.36	
	資格なし	3.56	
	A・Bコース併せて	3.85	
蘇生が必要であるかどうかの状況判断ができる	Aコース	3.87	**
	Bコース	3.00	
	資格なし	3.00	
	A・Bコース併せて	3.46	
心拍数を正しく数えることができる	Aコース	4.42	*
	Bコース	3.93	
	資格なし	4.04	
	A・Bコース併せて	4.38	
フリーフロー酸素投与について適応がわかる	Aコース	3.72	**
	Bコース	3.00	
	資格なし	2.78	
	A・Bコース併せて	3.62	
人工呼吸が必要な場合の判断ができる	Aコース	3.53	
	Bコース	3.07	
	資格なし	2.89	
	A・Bコース併せて	3.15	
自己膨張式・流量膨張式バックの利点欠点が言える	Aコース	3.64	**
	Bコース	2.79	
	資格なし	2.70	
	A・Bコース併せて	3.46	
正しくマスク&バックを行うことができる	Aコース	3.47	
	Bコース	2.86	
	資格なし	2.85	
	A・Bコース併せて	2.92	
胸骨圧迫が必要な場合を判断できる	Aコース	3.32	**
	Bコース	3.00	
	資格なし	2.33	
	A・Bコース併せて	2.85	
正しく胸骨圧迫を行うことができる	Aコース	3.17	**
	Bコース	2.21	
	資格なし	2.22	
	A・Bコース併せて	2.69	
人工呼吸と胸骨圧迫を連動して行える	Aコース	3.06	**
	Bコース	2.00	
	資格なし	2.11	
	A・Bコース併せて	2.54	
気管挿管の準備・介助ができる	Aコース	3.70	*
	Bコース	2.79	
	資格なし	2.96	
	A・Bコース併せて	3.15	
蘇生薬品の準備・介助ができる	Aコース	3.23	
	Bコース	2.79	
	資格なし	2.67	
	A・Bコース併せて	2.62	
出生直後の3つのチェックポイントが言える	Aコース	3.87	* *
	Bコース	3.00	
	資格なし	2.85	
	A・Bコース併せて	3.77	

的に講習会を開催して欲しい」、「講習会参加費に差があるのは、検討した方が良いと思う」、「それぞれがその職種でも同じ知識のもと同じケアができれば最高だと思う」等の意見があった。

Ⅳ. 考察

1. NCPR資格取得状況について

NCPR受講状況の全国調査では、ほぼ全員が受講している施設が16.8%、一部が受講している施設が80.3%、受講なしが2.9%であった¹²⁾。A病院の周産期医療スタッフにおけるAコースとBコース併せたNCPRの資格取得者は7割と高率であった。

2012年9月現在、30,554名がプロバイダー（Aコース18,463名、Bコース12,091名）として認定されており、資格取得者の中で最も多い職種は助産師である¹³⁾。

助産師だけをみると、今回の調査でも助産師の新生児蘇生法資格取得者の割合は高く、A・Bコースどちらかの資格を有している者は、資格取得者全体の5割を占めた。また、調査対象者のうち助産師が4割と、最も多かったのが影響したと考える。

Aコース資格取得者全体についてみると、53名であり、そこにはインストラクターやJインストラクターの6名も含まれていた。Aコースが二次・三次医療機関の医師、日本周産期・新生児医学会専門医、新生児蘇生に携わる専門性の高い看護師・助産師等を対象としていることを考えると、A病院が第三次周産期医療機関としてハイリスク新生児を取り扱う施設であることから、当然の結果だと推測される。

Bコース資格取得者を職種別にみると、助産師35.7%、NICU勤務看護師35.7%、産科勤務看護師28.6%であり、看護スタッフのみであった。A病院は第三次周産期医療機関であり、新生児蘇生法普及事業でもハイリスク分娩を取り扱う施設はAコースの受講を勧めているため、施設の特徴が出た結果と考える。

2. NCPRに関する知識・技術の自己評価について

NCPR講習会の内容に沿って、新生児蘇生に必要な知識・技術の自己評価について問い、Aコース、Bコース、資格なしの3群間での比較を行っ

た。

Aコース資格取得者はいずれも高い自己評価得点を示し、15項目中12項目に有意差が認められている。特にNCPRの基盤とも言えるアルゴリズムの項目「新生児蘇生のアルゴリズムが言える」、「出生直後の3つのチェックポイントが言える」でも有意差が認められた。Aコース資格取得者には、Aコースを教授可能なインストラクター4名、Bコースを教授可能なJインストラクター2名が含まれ、また回答した産婦人科医の80.0%、新生児科医師の88.9%が含まれており、知識レベルが高かったのは当然といえる。今回の調査では、対象の資格の種類、職種等での比較ができていないが、NCPRの知識・技術が確実に浸透してきている結果と推察する。

また、有意差が認められた12項目のうち平均値より高い得点を示した「蘇生が必要でない時の通常のケアができる」、「蘇生が必要であるかどうかの状況判断ができる」、「心拍数を正しく数えることができる」3項目は最も施設の特徴が出た結果と考える。この3項目の内容は、児の出生から30秒間に行われる項目であり、児の状態を迅速に、かつ適切に評価する必要がある、児の初期処置の中で最も重要な観察能力と知識・技術が求められる。そして、異常があれば初期処置を開始する必要がある。第三次周産期医療機関という施設上、ハイリスク分娩を取り扱う事が多く、蘇生の初期処置における特別な観察能力と知識・技術を必要とする項目が、平均値より高い結果が出たものと考ええる。

一方で、有意差が認められなかった「人工呼吸が必要な場合の判断ができる」、「正しくマスク&バックを行うことができる」、「蘇生薬品の準備・介助ができる」の3項目については、以下のよう考える。

新生児仮死はバックとマスクを用いた人工呼吸だけで90%以上が蘇生できる¹⁴⁾と言われ、周産期医療従事者にバック・マスク人工呼吸法を体得させることがNCPR講習会の一番重要な行動目標である¹⁵⁾。今回調査したNCPRに関する知識・技術は自己評価であり、実際にできるかどうかを問うていないため、実際にこの能力を有し、実践できるかは不明である。特にNICU病棟では人工呼吸が日常的に経験できる。流量膨張式バック及び自己膨張式バックは人工肺を用い、圧マンメータ

で確認しながら、児の体重あたりに必要なバックを圧迫し用手人工換気できるよう日常的に経験している。このことで、自分自身の目と手で感覚を覚え、確実にできるようになる。バック・マスク人工呼吸法は講習会の一番重要な行動目標であるが、有意差がでなかった。この結果として、Aコース資格取得者には、インストラクターやJインストラクター及び産婦人科医師、新生児科医師が含まれる。このインストラクターや医師が中心になりながら、日常的な経験も踏まえ蘇生に関する必要な知識を確実にスタッフに指導し、技術を格段に向上させているのではないかと推察する。

また蘇生薬品に関しては、第三次周産期医療機関という施設の特徴から、急変時に準備すべき薬品を日常的に目や手にする機会が多い状況にある。そして、日常の業務の中で物品を整備・点検していることから、有意差がでなかった結果と考えられた。

Bコース、資格なし、A・Bコース併せての3群間で比較した。「出生直後の3つのチェックポイントが言える」に有意差が認められ、資格なし者の平均得点は最も低かった。出生直後の新生児の心肺蘇生を効果的に行うには、児の状態を迅速に評価する必要がある。出生直後の初期処置の判断を身に着けることは、新生児仮死から蘇生できる児を増やすことに繋がるため、蘇生法の知識と技術の習得は重要であると考えられる。

Bコース、資格なしの2群間で比較した所、有意差は認められなかったが、統計学的上Bコース資格取得者と資格なしの得点差は小さく、資格なし群が高い得点もあった。NCPR公認講習会Bコースの内容では、気管挿管及び薬物投与の基本手技は行わず講義のみの説明である。「気管挿管の準備・介助ができる」、「蘇生薬品の準備・介助ができる」2項目が該当する。資格なし群が高い得点を示したのは「気管挿管の準備・介助ができる」であった。またその他、「蘇生に必要な準備ができる」、「蘇生が必要でない時の通常のケアができる」、「心拍数を正しく数えることができる」、「人工呼吸と胸骨圧迫を連動して行える」の4項目であった。この結果として、今回の調査が資格取得後から何年経過しているか問うていないため、実際に実践できるか不明である。そして調査施設が、ハイリスク新生児の出生が予測される場合、24時間待機する新生児科医師のもと

で蘇生が行われている。また調査対象者が、職務経験年数6～10年以上及び11年以上が5割以上占めていたことも影響したと推察される。この背景から、たとえNCPR講習会を受講していなくとも、調査前より自信を持って行えていたことが推察される。これらのことから、Bコース資格取得者が有効に機能していない可能性があることが明らかになった。よって、Bコース資格取得者に対し資格取得後の知識・技術の維持は今後改善していかなければならない課題の一つではないかと考える。以上のことから、一刻を争う新生児蘇生の場面に的確な蘇生が必要であり、施設内の意思統一と適切な知識・技術を身につけることが、新生児仮死改善に繋がる。よって、分娩に立ち会う全ての人が受講する必要性があると考えられる。

3. NCPRの現状についての考えについて

資格取得が進んでいる一方で、「十分普及」の認識は1.1%のみで、十分に普及しているとは言い難い状況にあることが推察できる。

自由記載欄からは、「出生直後からすぐに口元酸素をあてる習慣がいまだに残っている」、「SpO₂モニターをつけないことも多い」等の意見があった。NCPRガイドラインConsensus2010では、酸素化と心拍数の評価には、「パルスオキシメータを活用する、酸素投与は慎重に（パルスオキシメータ、ブレンダー、CPAPの活用）、正期産児や正期産児に近い児での人工呼吸は、空気で開始する」¹⁶⁾ことが推奨されている。しかしながら、自由記載のように、自己の経験に基づく蘇生を行っている現状があることが伺われる。

そして「受講率は上がっているが、能力の獲得が比例しているかが疑問」の意見もあり、講習会で行う手技と実際に行う手技の矛盾も生じていることが明らかになった。細野¹⁷⁾は、講習会を受講し修了認定を得たとしても、その後の自己学習なくしては実践で効果的な蘇生を行うことは不可能である、と述べている。また、蘇生講習会で学んだ知識や技術は、その後に経験する機会が無ければ6ヶ月で忘れてしまう可能性が指摘されている¹⁸⁾。また追跡調査では、NCPR講習会の受講者でも新生児仮死に遭遇したり新生児心肺蘇生法を教育したりする機会の少ないスタッフは知識・技術の保持が難しい¹⁹⁾ことも明らかになっている。一方で、分娩立会い者がNCPRライセンスを取得、実践すること

で重症新生児仮死に対する適切な介入を行うことができる可能性が高い²⁰⁾とされている。今回の調査対象者の背景として、現在分娩棟に配属されているのは全体の2割であり、経験する機会が少ないことが影響しているのではないかと考えられる。そして、配属先が数ヶ月ごとの配置転換になることも経験不足に影響しているのではないかと考えられる。

以上のことから、NCPRを受講し、ライセンスを取得するだけでなく、会得した知識と技術がその場しのぎにならず、正しい知識と実践が持続・継続できるような支援体制が必要である。そして、NCPRの知識と実践を維持することが、本当の意味で重症新生児仮死に対する蘇生処置ができると考える。

4. NCPRの今後の考えについて

「十分普及を目指すべきである」と、「普及を目指すべきである」を合わせて89.1%であった。普及を目指すべきというA病院の周産期医療スタッフのモチベーションが高く、NCPRの普及効果により新生児の予後が改善することが根底にあると考えられる。そのためには、蘇生に関する知識や基本的手技の習得もさることながら、それを実際の臨床現場において活用し、遂行していくことが必要と考える。

資格取得は全体の71.3%であったが自由記載から、「院内で定期的に講習会を開催して欲しい」との意見が聞かれた。A病院の多くの方々に受講してもらうために、インストラクターの確保は重要であると考えられる。NCPR開催にあたり学会事務局への手続き、講習会の広報、講習場所の確保、蘇生人形などの物品の準備と確保、人的資源としてインストラクターの依頼・確保などが必要である。

A病院にNCPRを更に多くの方に普及していくには、Aコース資格取得者にインストラクター補助をしてもらい、復習と資格取得を目指してもらうことが必要であると考えられる。そのことで、Aコース及びBコース資格取得者とスタッフ全員の意思統一、知識と技術の復習ができることに繋がるのではないかと推察する。

また、「スタッフが多く、なかなか参加できるチャンスがない」、「取得していても技術が伴っていない人が多いように見える」との意見が聞か

れている。平野ら²¹⁾は、いくら人形で完璧にできても、実際の診療でできているとは限らない、と指摘している。

NCPRの知識と実践を維持するためには、講習会以外でも自己トレーニングが必要ではないかと考える。今回の調査では、インストラクターが4名、Jインストラクターが2名存在した。そのためインストラクターを中核に、実技を指導したり、重症仮死を想定したシミュレーションを定期的に企画することで、いざという時に役に立つのではないかと考えられる。また、講習会で使用する機材や物品よりも、普段から病棟内で使用している機材や空間を利用することで更にイメージトレーニングに繋がるのではないかと推察される。今後は、実技中心の講習会や基本的手技を復習できる機会と場を、定期的な企画・開催していく支援体制の整備の検討が急務である。

V. おわりに

第三次周産期医療機関であるA病院における周産期医療スタッフのNCPR取得状況や知識・技術の自己評価ならびに必要性の認識等の現状分析を行った。無記名自記式質問紙調査を行い、回収率72.1%、有効回答94部(67.1%)であった。

その結果NCPR資格取得者はAコースとBコース併せて全体の7割以上であった。Aコース、Bコース、資格なしの3群間での比較では、15項目中12項目に有意差が認められ、Aコース資格取得者に有意に高い得点を示した。「蘇生が必要でない時の通常のケアができる」、「蘇生が必要であるかどうかの状況判断ができる」、「心拍数を正しく数えることができる」は平均値より高く、出生直後の児の状況を適切に評価されていた。Bコース、資格なし、A・Bコース併せての3群間での比較は「出生直後の3つのチェックポイントが言える」に有意差が認められ、資格なし者の平均得点は最も低かった。Bコース、資格なしの2群間で比較した所、有意差は認められなかった。しかし、統計学的上Bコース資格取得者と資格なしの得点差は小さく、資格なし群が高い得点もあった。これらの結果から、Bコース資格取得者が有効に機能していない可能性があることが明らかになった。よって、Bコース資格取得者に対し資格取得後の知識・技術の維持は今後改善していかなければならない課題の一つであること示唆され

た。これらのことから、施設内で新生児蘇生の共有の意思と適切な知識・技術を身につけることが、新生児仮死から蘇生できる児を増やすうえで重要であることが示唆された。

NCPRの資格取得が進んでいる一方で、NCPRが「十分普及している」との認識は1.1%であった。実技中心の講習会や基本的手技を復習できる機会と場の支援体制を進めていくことが必要である。

今回の対象者は1施設のみであり、またデータも94名と少なく、対象の資格の種類、職種、資格取得後から何年経過しているか等で比較検討できなかったため結果の解釈には限界がある。今後は、一次施設及び二次施設も含め、様々な状況における周産期医療スタッフのNCPR取得状況や必要性の認識等の調査を進めていく必要がある。

謝辞

本調査に快くご協力いただきました皆様、研究課程の全般にわたりご指導いただいた諸先生方に深く感謝申し上げます。

本調査は、平成24年度及び平成25年度自治医科大学看護学部共同研究費補助金を受けて行われた。

文献

- 1) 田村正徳：日本版救急蘇生ガイドライン2010に基づく新生児蘇生法テキスト，株式会社メジカルビュー社（東京），12，2011.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成24年人口動態統計月報年計（概数）の概況，3，2013.
- 3) J.Kattwinkel. Textbook of Neonatal Resuscitation, 5th Edition : The American Academy of Pediatrics (AAP) and American Heart Association (AHA), 2006.
- 4) The American Heart Association in Collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation : Part 11. Neonatal resuscitation. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 102 (suppl), 1343-1357, 2000.
- 5) Boo NY. Neonatal resuscitation programme in Malaysia : an eight-year experience.

- Singapore Med J, 50(2) ; 152-159, 2009.
- 6) Patel D, Piotrowski ZH, Nelson MR, Sabich R : Effect of statewide neonatal resuscitation training program on Apgar score among high-risk neonates in Illinois : Pediatrics, 107(4) ; 648-655, 2001.
 - 7) 島袋林秀：シンポジウム9「世界に発信するNCPR」 新生児搬送 救命の連鎖の視点から．日本周産期・新生児医学会雑誌，49（1）；102 - 104，2013.
 - 8) 加部一彦：特集 医療事故とリスクマネジメント II. 各論 周産期・新生児診療におけるリスクマネジメント．小児科診療，10；1877 - 1881，2009.
 - 9) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：人口動態統計下巻；2-10，2011.
 - 10) 田村正徳，山口文佳：Consensus2010に基づく新しい日本版新生児蘇生法ガイドラインの確立・普及とその効果の評価に関する研究（10）－仮死を主因とする早期死亡率の変遷－，厚生労働科学研究費補助金 重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究22年度報告書；116-119，2011.
 - 11) 水内将人，明石祐史，鈴木美紀他：北海道における新生児蘇生法普及事業の取り組み 第1報：講習会による効果の評価と今後の展望．周産期医学，40（7）；1148 - 1151，2010.
 - 12) 國方徹也，山名啓司，川崎秀徳他：我が国の新生児蘇生体制の現状と課題の分析－第一報，日本周産期・新生児医学会周産期（新生児）研修施設．日本周産期・新生児医学会雑誌，47（3）；595-600，2011.
 - 13) 齋藤誠：NCPRでeラーニングが始まりました．NCPR News Letter，3；2 - 6，2013.
 - 14) 再掲1) 12.
 - 15) 田村正徳：日本版救急蘇生ガイドライン2010に基づく 新生児蘇生法インストラクターマニュアル[第2版]，株式会社メジカルビュー社（東京），19，2012.
 - 16) 再掲1) 27.
 - 17) 細野茂春：最新情報その2 新生児蘇生法普及事業について．助産師，66（3）；21-23，2012.
 - 18) Semeraro F., Signore L., Cerchiari E.L.:

Retention of CPR performance in anaesthetists: Resuscitation, 68 ; 101-108 , 2006.

- 19) 研究分担者 田村正徳, 研究協力者 木下洋, 茨聡他: 「Consensus2005に則った新生児蘇生法ガイドラインの開発と全国の周産期医療関係者に習得させるための研修体制と登録システムの構築とその効果に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と, フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究 分担研究総括報告書 (平成21年度), 「周産期母子医療センターネットワーク」研究班 (大阪), 110, 2010.
- 20) 吉永洋輔, 松田秀雄, 吉田昌史他: 産科病棟における新生児蘇生法プログラム完全実施による出生直後の新生児への影響. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 46 (3) ; 784 - 787, 2010.
- 21) 平野浩紀, 神原美妃, 向井直美他: 高知赤十字病院から日本の周産期医療を変えるぜよ. NCPR News Letter, 2 ; 11 - 12, 2011.

資 料

大学病院の外来に勤務する看護師が認識する外来看護実践上の課題と看護専門外来開設に向けての示唆

村上 礼子¹⁾, 松浦利江子²⁾, 中村 美鈴¹⁾, 小原 泉¹⁾,
川名子智絵³⁾, 北村 露輝⁴⁾, 段ノ上秀雄¹⁾, 朝野 春美³⁾,
福島 安子³⁾, 渡辺 芳江³⁾, 水戸美津子⁴⁾

Challenges in outpatient nursing practices and suggestions in establishing nursing special outpatient departments

Reiko., MURAKAMI, Eriko., MATSUURA, Misuzu., NAKAMURA, Izumi., KOHARA, Tomoe., KAWANAGO, Tsuyuki., KITAMURA, Hideo., DANNOUE, Harumi., ASANO, Yasuko., HUKUSHIMA, Yoshie., WATANABE, Mitsuko., MITO,

抄録：外来看護実践上の課題を明らかにし、看護専門外来開設に向けての示唆を得ることを目的に、A大学附属病院外来部門に3年以上勤務する看護師12名を対象に、「外来部門の体制・環境改善に関する課題、外来看護師自身の役割遂行に関する課題、外来看護と他部門・他職種との連携推進に関する課題」についてグループ・インタビューを行った。倫理的配慮は、個人情報保護、録音の同意などを行った。得られたデータについて、質的記述的に分析を行った。体制・環境改善に関する課題として、【人的資源（専門・認定看護師含む）の不足】、【専門的な処置や説明に対応しきれない現状】、【専門看護師の外来活動の不透明さ】等の4カテゴリを見出した。役割遂行に関する課題として、【個別な情報や全体像の把握不足】、【医師からの依頼や患者からの質問などがなく声をかけにくいという認識】、【処置のある患者優先の考え】等の4カテゴリを見出した。他部門との連携推進に関する課題として、【看護職の役割期待に関する医師との認識の相違】、【病棟・外来看護の継続・連携困難】、【外来部門間での継続・連携不足】等の4カテゴリを見出し、病院組織全体で取り組む必要性が示唆された。

キーワード：看護専門外来, 外来看護, 実践上の課題

Key Words: Nursing Special Outpatient Department, Outpatient Nursing, Challenges in Practice

¹⁾ 自治医科大学看護学部

²⁾ 国際医療福祉大学保健医療学部看護学科

³⁾ 自治医科大学附属病院看護部

⁴⁾ 元自治医科大学看護学部

¹⁾ School of Nursing, Jichi Medical University

²⁾ International University of Health and Welfare Department of Nursing

³⁾ Nursing Department, Jichi Medical University Hospital

⁴⁾ Former School of Nursing, Jichi Medical University

I. はじめに

医療技術の進歩や高齢化の進展、疾病構造の変化など、諸状況の変化を受けて、医療制度は随時改革が重ねられている。2003年に特定機能病院を対象として診断群分類包括評価（DPC Diagnosis Procedure Combination）が導入されたことにより、入院期間の短縮化が図られている。そのことから、従来、入院期間中に実施されていた医療行為が外来部門に移行され、「外来での医療提供がきわめて重要」¹⁾となっている。2002年の診療報酬制度の改訂では「在宅療養指導料」が新設され、看護専門外来・看護外来等が200床以上の病院で設置されるようになった。その後「在宅療養指導料」として算定される項目数は徐々に増え、算定点数も随時見直されている¹⁾。

患者のニーズという側面に着目すると、人々の健康志向の高まりや「個性性」が重視される風潮²⁾、「自己決定」や「自律」が尊重される傾向³⁾、老老介護ケースや独居老人世帯の増加⁴⁾などがみられている。

これらの社会的な状況の変化を受けて、外来における看護師は、患者個々の多種多様なニーズに適切に対応し、セルフケア技術が習得できるように、そしてさらにスキルアップすることで、質のよい生活を送ることができるようにするなど、良質な看護を提供する必要性が高まってきている。つまり、外来看護の専門性の発展が期待されると言える。しかし、外来看護の専門性を発展させ、充実したものにするための環境整備等の積極的な取り組みは、途に就いたばかりという状況で、対応の遅れが指摘されている⁵⁾。

また、外来での多忙な看護業務の中、外来患者への的確な相談支援を提供する困難¹⁷⁾が報告されている現状において、看護専門外来を開設することにより、外来で診療・治療をする医師とともに、看護師が患者の生活調整のための業務に従事する割合が多くなり、健康問題を抱えながらそれぞれの生活の場で日常生活を営む患者の個別的なニーズによりきめ細やかなに対応することが可能になると期待する報告¹⁾⁵⁾⁷⁾⁸⁾¹⁰⁾¹⁵⁾¹⁷⁾は多い。さらに病院の経営面においても、看護外来部門を充実させることにより、診療報酬の算定が増えるシステムになってきているという、制度面の変化にも対応できる期待があると考えられる。

このような診療報酬との関連や社会情勢の期待

により、専門看護師・認定看護師による医療依存度の高い外来患者とその家族への支援や指導を目的とした看護専門外来の開設が増加してきている現状がある。看護協会の報告⁸⁾では、看護外来を設置している病院のうち、専門看護師または認定看護師を看護外来に配属している病院は61%であった。A大学附属病院のような特定機能病院では、医療依存度の高い外来患者とその家族の割合は多いことが推察される。このような施設においての看護専門看護師や認定看護師の外来での活動は、外来看護の専門性の発展において重要な鍵になると考えられる。その際に、看護の専門性をより円滑に発展させ、充実していくためには、外来での「一般看護業務」と看護専門外来での「専門的看護提供」を整備、調整¹⁾していくことの必要性が報告されている。実際、A大学附属病院において、専門看護師・認定看護師は年々増加している。しかし、その活動範囲は、病棟を主としている場合も多く、看護専門外来の活動に至っている数は、他施設に比べ、増加しているとはいえない現状がある。このことは他の大学病院でも同様な状況が推察される。そこで、附属病院の外来に勤務する看護師自身が外来看護の専門性を発展させていくための看護専門外来開設に向けて、外来での「一般看護業務」と「専門的看護提供」との調整を含め外来看護実践上の課題をどのように感じ実践しているのかを把握したうえで、看護専門外来の開設を目指していく必要があると考える。

以上の背景より、本研究では、医療機関の外来部門に勤務する看護師を対象として、看護専門外来の開設に向けて、外来看護実践上の課題を明らかにし、看護専門外来開設に向けた示唆を見出すことを目的とした。

II. 研究方法

1 研究デザイン

看護外来開設に向けての外来看護の現状に顕在・潜在する問題について看護師が認識している課題を明らかにするため、質的記述的研究デザインとした。

2 調査方法

1) 研究対象と調査期間

本研究の対象者は、A大学附属病院外来部門に3

年以上に勤務する看護師12名である。なお、A大学附属病院は、特定機能病院と承認され、高度救命救急医療の施設も充実した、当該地域において中核的な役割を担う約1100床の病院である。

調査期間は、2012年1月-3月であった。

2) 調査内容と収集方法

「外来看護の実践、外来看護の態勢や運営についての課題や期待、今後の看護専門外来の開設に向けての課題」を中心となるテーマとし、外来における看護の専門性の発揮に向けた課題⁸⁾として提言されている視点を参考に、本調査では以下の3つの視点で外来看護実践上の課題を見出すためのインタビューガイドを作成し、1グループ3～5名の構成員で、70～90分程度のフォーカス・グループ・インタビューを行った。

- (1) 外来部門の体制・環境改善に関する課題
- (2) 外来看護師自身の役割遂行に関する課題
- (3) 外来看護と他部門・他職種との連携推進に関する課題

3 分析方法

グループ・インタビューの録音内容から逐語録を作成し、質的記述的分析を実施して、外来看護師が感じている課題や期待を示す1内容を1単位のコードとして取り出した。コードの性質の類似性と相違性に基づいて分類統合し、カテゴリ化した。なお、分析の妥当性、信頼性を確保するた

め、分析プロセスは複数の共同研究者による同意を得て進めた。

4 倫理的配慮

データ収集を行う施設ならびに部門、担当領域の管理者に、研究の概要を説明し、許可を得た。対象となった参加者に、本研究の目的、方法、個人情報やプライバシーは保護されること、自由意思での参加であり、途中辞退をしても何ら不利益は被らないこと、インタビューは了解を得られた場合のみ録音すること、得られたデータは本研究の目的以外には使用しないことなどについて書面および口頭にて説明し、同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

「外来部門の体制・環境改善に関する課題」を表1に、「外来看護師自身の役割遂行に関する課題」を表2に、「外来看護と他部門・他職種との連携推進に関する課題」を表3に示した。

インタビュー逐語録内容の記述分析を行った結果、語られた内容は150総コードからなり、46サブカテゴリ、12カテゴリに分類された。それぞれの内容については、以下に示す。以下の記述において、【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリを表すこととした。

1 外来部門の体制・環境改善に関する課題

外来部門の体制・環境改善に関する課題の内

表1 外来部門の体制・環境改善に関する課題

サブカテゴリ	カテゴリ
人的資源の不足	人的資源（専門・認定看護師含む）の不足
専門看護師の人的資源の不足	
他職種から見ても人的資源の不足	
対応しきれないほどの処置の多さ	
診察に入らないことで外来に看護師がいないと思われる	
看護師の相談を受ける人材不足	
継続して一人の患者にかかわれるスタッフがいない	
フリーに対応できる人材がいない	看護師専用の面接室等の未整備
看護師専用で患者とかかわるための部屋がない	
指導したことの理解を確認する場所がない	
予約制で動いている認定看護師の外来では見てもらえる対象に限界がある	専門的な処置や説明に対応しきれない現状
限定した人数や疾患での認定看護師の外来での活動	
勤務がローテーション制である	
いくつもの課題がある患者に対応できる看護師がいない	専門看護師の外来活動の不透明さ
専門的な知識や技術を持つ、看護師に気軽に相談できる窓口がない	
専門看護師もいるのに外来での活動が見えない	

容は、【人的資源（専門・認定看護師含む）の不足】、【看護師専用の面接室等の未整備】、【専門的な処置や説明に対応しきれない現状】、【専門看護師の外来活動の不透明さ】の4つが見出された。

【人的資源（専門・認定看護師含む）の不足】は、《人的資源の不足》、《専門看護師の人的資源の不足》、《他職種からみても人的資源の不足》、《対応しきれないほどの処置の多さ》、《診察に入らないことで外来に看護師がいなくと思われる》、《看護師の相談を受ける人材不足》、《継続して1人の患者にかかわれるスタッフがいない》、《フリーに対応できる人材がいなく》から構成されていた。

【看護師専用の面接室等の未整備】は、《看護師専用で患者とかかわるための部屋がない》、《指導したことの理解を確認する場所がない》から構成されていた。

【専門的な処置や説明に対応しきれない現状】は、《予約制で動いている認定看護師の外来では見てもらえる対象に限界がある》、《限定した人数や疾患での認定看護師外来での活動》、《勤務がローテーション制である》から構成されていた。

【専門看護師の外来活動の不透明さ】は、《いくつもの課題がある患者に対応できる看護師がいなく》、《専門的な知識や技術をもつ看護師に気軽に相談できる窓口がない》、《専門看護師もいるのに

外来での活動が見えない》から構成されていた。

2 外来看護師自身の役割遂行に関する課題

外来看護師自身の役割遂行に関する課題の内容は、【関わる患者を事前に選定しているが、関わりきれいていない患者がいるのではないかと懸念】、【医師からの依頼や患者からの質問などがないと声をかけにくいという認識】、【個別の情報や全体像の把握不足】、【処置のある患者優先の考え】の4つが見出された。

【関わる患者を事前に選定しているが、関わりきれいていない患者がいるのではないかと懸念】は、《意識してかかわる患者とかかわれない患者がいる》、《介入が必要な状況の患者を見逃している気がする》、《介入するタイミングを無意識に選定している》、《介入する必要がある対象を目で確認してはいるが、気にならない場合はあえて看護師からは声をかけていない》から構成されていた。

【医師からの依頼や患者からの質問などがないと声をかけにくいという認識】は、《看護師から介入する必要性は感じているが、改善はされていない》、《患者から忙しそうにみられていて声をかけられずにいることを認識しているが、改善はされていない》、《患者に信頼されれば、介入しやすく継続してかかわれる》、《患者から信頼されないと

表2 外来看護師自身の役割遂行に関する課題

サブカテゴリ	カテゴリ
意識してかかわる患者とかかわれない患者がいる	関わる患者を事前に選定しているが、関わりきれいていない患者がいるのではないかと懸念
介入が必要な状況の患者を見逃している気がする	
介入するタイミングを無意識に選定している	
介入する必要がある対象を目で確認してはいるが、気にならない場合はあえて看護師からは声をかけていない	
看護師から介入する必要性は感じているが、改善はされていない	医師からの依頼や患者からの質問などがないと声をかけにくいという認識
患者から忙しそうにみられていて声をかけられずにいることを認識しているが、改善はされていない	
患者から信頼されないと積極的な介入はできない	
医師から声をかけてもらえると患者に介入しやすい	
医師からの依頼には必ず継続してかかわる	
患者・家族の全体像の把握が不足していて、医師の依頼がないと介入しにくい	
患者が相談相手として認識していない	個別の情報や全体像の把握不足
患者・家族の背景など個人情報の把握が不十分で介入しきれいていない	
状態が厳しくなった患者にどう介入していいかわからない	
これまでの患者の情報不足で、患者の状況によってはかかわりにくい	処置のある患者優先の考え
処置優先の考え方がある	
処置に関することだけは介入している	

積極的な介入はできない》、《医師から声をかけてもらえると患者に介入しやすい》、《医師からの依頼には必ず継続してかかる》、《患者・家族の全体像の把握が不足していて、医師の依頼がないと介入しにくい》、《患者が相談相手として認識していない》から構成されていた。

【個別な情報や全体像の把握不足】は、《患者・家族の背景など個人情報の把握が不十分で介入しきれていない》、《状態が厳しくなった患者にどう介入していいかわからない》、《これまでの患者の情報不足で、患者の状況によってはかかわりにくい》から構成されていた。

【処置のある患者優先の考え】は《処置優先の考え方がある》、《処置に関することだけは介入している》から構成されていた。

3 外来看護と他部門・他職種との連携推進に関する課題

外来看護と他部門・他職種との連携推進に関する課題の内容は、【看護職の役割期待に関する医師との認識の相違】、【病棟・外来看護の継続・連携困難】、【外来部門間での継続・連携不足】、【多職種との連携・活用の仕方についての看護師間の相違】の4つが見出された。

【看護職の役割期待に関する医師との認識の相違】は、《医師によっては外来看護師の役割の理解にずれがあり、介入しにくい》、《医師によっては看護師の介入を期待していない》、《医師によって外来看護の役割遂行のしやすさがちがう》、《医師によっては外来看護の役割を分かっていない》、

《医師によっては外来診察に際に看護の役割まで実施している》、《医師によって専門・認定看護師の役割についての理解が違う》から構成されていた。

【部門間での継続・連携不足】は、《他科間との連携をする看護師がいない》、《他の科の看護師が行っている取り組みを他の科の看護師は知らない》、《部門間の連携が不足している》、《部門間の連携が図れると介入しやすい》から構成されていた。

【病棟・外来看護の継続・連携不足】は、《病棟・外来の継続・連携が図れていない》、《病棟・外来の継続・連携の強化が必要》から構成されていた。

【多職種との連携・活用の仕方についての看護師間の相違】は、《多職種との連携の方法を知らない場合がある》、《看護師によって医師や多職種との連携の図り方に違いがある》から構成されていた。

IV. 考察

外来における看護が果たす役割の重要性に注目し、「看護外来学」確立を提唱する関は、外来を「健康修復のコミュニケーション広場」と表現し、その中核には、「①患者を知る技術、②生活に変化をもたらす技術、③環境を調整する技術」⁶⁾があると述べている。外来看護は、対象となる人々が一日のうちの限られた時間だけしか医療機関に滞在しないという点で、病棟での看護の提供方法とは異なるアプローチをとることが必要とされる場

表3 外来看護と他部門・他職種との連携推進に関する課題

サブカテゴリ	カテゴリ
医師によっては外来看護師の役割の理解にずれがあり、介入しにくい	看護職の役割期待に関する医師との認識の相違
医師によっては看護師の介入を期待していない	
医師によって外来看護の役割遂行のしやすさがちがう	
医師によっては外来看護の役割を分かっていない	
医師によっては外来診察の際に看護の役割まで実施している	
医師によって専門・認定看護師の役割についての理解が違う	
他科間との連携をする看護師がいない	部門間での継続・連携不足
他の科の看護師が行っている取り組みを他の科の看護師は知らない	
部門間の連携が不足している	
部門間の連携が図れると介入しやすい	
病棟・外来の継続・連携が図れていない	病棟・外来看護の継続・連携不足
病棟・外来の継続・連携の強化が必要	
他職種との連携の方法を知らない場合がある	多職種との連携・活用の仕方についての看護師間の相違
看護師によって医師や他職種との連携のはかり方に違いがある	

である。限定された時間と場所の中で適切な看護を提供しようとする時のためには、関が述べるように、看護師自身による技術の洗練が大変重要なことであると考えられる。本研究においても、「患者さんをトータル的に見たいときに、情報収集がうまくいかないときもあったりする」という声が聞かれた。しかし、本研究で明らかになった、外来に勤務する看護師が抱く困難の主なもの、関⁶⁾の看護外来学の中核に据える看護技術に関するものよりも、それを発揮する環境の未整備や態勢による葛藤であった。

よって、大学附属病院において看護専門外来の開設を目指すにあたり、現状において何が課題であるかを、体制・環境に関する課題、役割遂行に関連する課題、多職種・他部門との連携推進に関する課題の3つの視点から考察し、最後に看護専門外来の開設へ向けての示唆を述べる。

1 体制・環境に関する課題

「外来部門の体制・環境改善に関する課題」として、【人的資源（専門・認定看護師含む）の不足】、【看護師専用の面接室等の未整備】、【専門的な処置や説明に対応しきれない現状】、【専門看護師の外来活動の不透明さ】があった。このうち【人的資源（専門・認定看護師含む）の不足】、【専門的な処置や説明に対応しきれない現状】は、調査対象者が所属する医療機関が当該地域の中で中核的な役割を果たす大学病院であるがゆえに、精密検査や介助を要する検査や専門的な処置を必要とする患者が多数来院することに関連すると思われる。その結果、検査や処置のある患者への関わりが中心とならざるをえず、その他の患者に対しては丁寧に関わることが物理的に不可能な状況に対して、看護師が本来の役割を遂行できていないことの不全感、つまり「専門的看護提供」に至らずにいる不全感を抱いていることを表わしていると考ええる。「患者から「忙しそうなので」と敬遠されたり、「『何だ、ここには看護師さんがいたのかい』と言われたりする」こともあり、《診察に入らないことで外来に看護師がいいると思われている》という人的資源の不足による課題がみられた。

患者に関わる機会がもてたとしても、【看護師専用の面接室等の未整備】のために、「ナイーブな問題を話し合う場」がない状況が課題としてあげ

られた。たとえば、「オープンスペースの中で、隣と15センチぐらいしかベッドがあいていないような状況」で話をしなければならず、このような環境の未整備に対して看護師は抵抗感をもっていた。日本看護協会の平成22年度業務委員会では、現在の外来業務の内容として、「事務的業務が最も多く、看護師が重要だと認識しているケアができない状態にある」⁸⁾ことを問題点として明示したうえで、外来における看護の専門性の発揮に向けた課題解決への取り組みとして6つの課題をあげている。そのうちの 하나가、「環境整備（体制づくり）」⁸⁾であった。本研究で明らかになった課題の一つは、看護協会が取り組みの必要性を明示していたものと同様に、人的資源の不足や環境の未整備という課題であると確認した。

次にこの結果から、外来看護において損なわれるものは何かということを考える。生活習慣病の増加や、「慢性疾患」と捉えられるようになったがん患者の増加傾向⁹⁾は、様々な生活上の問題に直面し、不安を抱え込む患者が増加していることを示している。外来に來ている人々は、健康に関して何らかの問題を抱えて来院している。また、特定機能病院である大学病院に受診する人々にとって、外来での専門的なフォローを期待する思いは容易に推察できる。したがって、自己管理への契機を得やすい状態と言うこともでき、これは看護介入の好機とみることもできる。しかし、現在の外来の《専門的な知識を持つ、看護師に気軽に相談できる窓口がない》という状況では、その好機は十分には活用されにくく、その結果、健康修復や回復へのゴールは少なからず遠ざかることになる。損なわれているものはすなわち、患者に関わる好機であり、場合によっては悪化防止の策を講じる場であると考ええる。

がん看護外来の開設に関連した報告で須藤ら⁷⁾は、看護外来の窓口が、「短い診療時間のなかで、『医療者にもっといろいろ聞きたい』という患者や家族に対する窓口の一つになった」と述べている。患者にとって、日常生活上の問題の相談をもちかける窓口が明確になれば、患者は医療者への支援を求めやすくなると考える。看護師も、現在のように大勢いる外来患者の中から手探りで対象者を選定する状況から、関わる対象が明確になりやすくなり、限定された機会を最大限に活用しやすくなると考えられる。役割の窓口が明確になれ

ば、患者の生活状況などに関する情報も系統的に把握しやすくなり、より患者の生活に密着した支援が可能となる。看護専門外来の開設に関して竹川¹⁰⁾は、「看護外来の実践そのものが、看護の質の向上につながって」いくと報告している。宮内⁵⁾は、「お互いの専門性を認め合い協働する成果」が生まれたことを報告しており、須藤⁷⁾は、専門の見地から必要な看護を査定して実践し、達成できることが「実践者の成長につながり仕事への満足感が高まる」と述べている。

これらのことより専門的な治療や看護を求めて来る大勢の外来患者に対して、大学病院での看護専門外来の開設は、患者の回復への意欲を効果的に活用したアプローチができる場となり、外来看護の質の向上、外来看護の発展につながることで推察され、看護専門外来の体制、環境作りは治療の専門化が進められた大学病院でも取り組むべき重要な検討課題であると考ええる。

2 役割遂行に関する課題

「外来看護師自身の役割遂行に関する課題」として、【関わる患者を事前に選定しているが、関わりきれていない患者がいるのではないかと懸念】、【医師からの依頼や患者からの質問などがないと声をかけにくいという認識】、【個別の情報や全体像の把握不足】、【処置のある患者優先の考え】があった。前述のとおり、当該医療機関の特性上、《処置に関することだけは介入している》という事態にならざるをえない「一般看護業務」優先のなかでも看護師は、待合室を定期的にラウンドするなどして、患者への看護介入の必要性やタイミングの把握に努め、実践する工夫をしていた。たとえば、胃瘻を造設した患者に対して、「何か困ったことがあったら、受診じゃなくてもいいので相談に来てくださいね」と声をかけたところ、頻繁に外来看護師をたずねてくるようになった、という語りがあった。この内容は、胃瘻を受容し、日常生活の中に適応させる上での「専門的看護提供」を看護師から患者に声を意図的にかけることで少しでも提供できる機会を作った結果だと考える。このように、患者のニーズをキャッチし対応できている場合はよいが、現実には《介入する必要がある対象を目で確認してはいるが、気にならない場合はあえて看護師からは声をかけていない》という外来看護の状況があり、

【関わる患者を事前に選定しているが、関わりきれていない患者がいるのではないかと懸念】を抱く結果につながっている。この課題は、多重課題を抱えつつ、地域生活を営む外来患者の療養生活をサポートする責務の大きい大学病院の外来看護において大きな課題であると考ええる。

また、《患者から信頼されないと積極的な介入はできない》、《医師から声をかけてもらえると患者に介入しやすい》、《医師からの依頼には必ず継続してかわる》といった、医師重視の外来の姿ではあるが、現在の大学病院における外来看護でも【医師からの依頼や患者からの質問などがないと声をかけにくいという認識】は根強くみられた。現在の外来の窓口は診療科別のユニットのみとなっているが、この体制下では、「医師からの依頼」の有無が看護介入に大きく影響するのは自然なことでもあると考えられる。しかし、外来看護の専門性を高めていく上では大きな課題となっている可能性が高い。

今後、看護専門外来が開設され、看護師がその専門的立場から患者の日常生活上の問題に対応する機能が診療体制のシステム上にあるとなれば、利用者である患者やその家族が看護支援を求めやすくなる。また、看護師も専門職としての判断のもと、必要な介入をする機会が保障されることになる。加えて、【個別の情報や全体像の把握不足】はシステム面でも補完されることから、看護介入の必要性の判断を医師に依存する姿勢は解消されることが考えられる。

3 他部門・多職種との連携推進に関する課題

外来において看護の役割を遂行する際の困難のもう一つの要因としてあげられていたものに、「外来看護と病棟・他職種との連携推進に関する課題」がある。これを構成するカテゴリには、【看護職の役割期待に関する医師との認識の相違】、【病棟・外来看護の継続・連携困難】、【外来部門間での継続・連携不足】があった。これらは、「患者に対する指導内容が病棟と外来で異なっていることがあった」といった《病棟・外来の継続・連携が図れていない》というものから、《医師によっては看護師の介入を期待していない》といった、多職種に関する役割が適切に周知・共有されていないことに基づくものなど、幅広い問題が指摘された。医師からの依頼があれ

ば、カルテに記述されていること以外の情報も得やすく、合同カンファレンスを通して問題を共有したうえで関わるができるなど、協働機能が適切に働きやすい。しかし、「(看護師は) いないほうがいいみたい」という医師の姿勢が垣間見える場合や、「(医師が患者の日常生活上の問題を) あまり深く考えていなければ「その点はいいよ」と言う先生もいる」などの語りもあり、《看護師によって医師や多職種との連携の図り方に違いがある》状況や、認定看護師に適切なケア方法の提供を依頼することなく、自分なりの指示に終始してしまうなど、《医師によって専門・認定看護師の役割についての理解が違う》という現状があげられていた。

業務が多種多様で時間も限定されるという条件の中で外来の「一般看護業務」に携わる看護師は、「(自己管理については) 最初の1週間くらいが勝負だと思っているので、その辺がきちんとできているかどうかの確認をできれば本当はしたい」という語りも聞かれ、必要な介入のタイミングを専門的見地からアセスメントしていながら、条件が整わないと十分に関わるができない現状に葛藤を感じたり、診察場面に漂う「シビアな空気を感じて患者をサポートする」、といったように、手探りで対象をつきとめて必要な看護を提供したりするなど、「一般看護業務」の中でできるだけの様々な工夫や努力を重ねていた。

今後、他部門・他職種との連携が体制上も整備されたならば、手探りで看護の対象者を選定したり、一般業務の合間を縫って介入を試みってみるなどの非効率的な作業は少なくなると考える。また、須藤ら⁷⁾は、看護師の離職率の高さに影響する要因として、「他部門との連携不足からくる多重業務による心身の疲労」を上げている。他部門との連携不足は、多重業務を生じさせるだけではなく、それぞれの職務が真に遂行されにくい事態を生み出し、その意味でも心身のストレスや疲労につながると考えられる。この点において、本研究でも、外来看護師は他職種との連携不足によって、外来の「一般看護業務」の傍らで、「専門的看護提供」の必要性を感じつつも提供しきれない自分たちのあり様に葛藤やストレスを感じていた。このことは、「心身の疲労」⁷⁾につながり、勤務意欲の喪失、ひいては離職に結びつくリスクをも孕んでいる課題であると考えられる。

4 看護専門外来開設への示唆

生活者としての患者のニーズを中心に据えてケアを提供するのは、看護の機能本来が志向するものである¹¹⁾¹²⁾。しかし、大学病院の外来勤務の看護師たちは、諸々の状況により本来の役割を十分に果たしにくい環境に置かれていることで葛藤を感じていることが明らかになった。

宮内ら⁵⁾による、看護外来の開設プロセスから実質的な運営までをまかされた認定看護師を対象にした調査報告によると、看護管理者に求める支援として示されたものは、「他部門からのバックアップの確保」、「ハード面の整備」、「(看護専門外来) 開設後のフォロー」、「時間の確保・交渉」、「担当認定看護師のメンタルケア」、「医師・外来看護師、一般・地域の病院へのアピール活動」、「目標設定」、「評価のフィードバック」の8項目であった。そのうちで最も強く望まれていたものは、「メンタル面のサポート」である。このことから、ソフト面やハード面での準備が十分ではない状況下で看護専門外来の実践に取り組むことには、外来看護師にとって想像以上の困難さを伴うことが予測される。

一方、大学病院の多くは、母体の看護系大学院などと連携し専門看護師の育成に積極的に取り組んだり、認定看護師を育成したり、看護師のキャリア支援を行っている施設が多い。日本看護協会¹³⁾によれば、認定看護師の役割の一つは「個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する」ことであり、専門看護師の役割の一つは「必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々の間のコーディネーションを行う」ことである。管理職者は、このような役割を果たすことができる人的財産を活用し、他部門、多職種との連携をはかるべく、相互理解を促進する要の役割を専門看護師および認定看護師が中心になって果たせるように支援することが大切であると考えられる。関⁶⁾は、外来における看護機能を充実させることは、「医療費抑制と看護の創造」の2つの側面の効果が期待できると述べている。看護専門外来の開設を含む看護外来機能の充実・確立は、患者へのよりよいサービス提供に反映され、一施設の財政はもとより、日本の財政に重くのしかかっている医療費の抑制にも効果が期待できる。まずは、現在いる専門看護師や認定看護師の外来看護での「専門的看護提供」

が行えるような活動の取り組みを早急に検討する必要があると考える。

さらに、現行の外来看護師は、須藤ら⁷⁾の述べている「看護外来という場所にこだわるのではなく、『自分自身が看護外来なのだ』という考えをもち、患者を『待つ』のではなく、こちらから患者に声をかける、病棟へ出向くというスタイル」をとることで、「専門的看護提供」につながる重要な橋渡しの役割を果たすことができると考える。

V. 結論

1) 体制・環境に関する課題として人的資源の不足、環境の未整備があり、患者の健康回復・維持のための「専門的看護提供」の機会として十分に活用されていない。

2) 役割遂行に関する課題として業務が多種多様で時間も限定されるという条件の中で外来の「一般看護業務」に携わる看護師は、「専門的看護提供」の必要性を感じつつも提供しきれない葛藤やストレスを感じつつ、看護介入の必要性の判断を医師に依存する姿勢があった。外来看護の専門性を高めていく上では看護師がその専門的立場から患者の日常生活上の問題に対応する機能ができれば、患者やその家族が看護支援を求めやすくなり、看護師自身も介入がしやすくなる。

3) 他部門・多職種との連携推進に関する課題として看護師の役割が他職種と十分に共有できていないために、専門職でありながら、介入の必要性やタイミングについて、その判断を他職種に影響されやすい状況であった。

4) 看護専門外来開設に向けて、体制・環境においては組織的な取り組みの必要性が示唆され、役割遂行や多職種・他部門との連携においては、看護師の専門性をもつ者の活用を促す示唆を得た。

VI. おわりに

本研究では、大学病院において看護専門外来開設を目指すにあたり、現状において外来看護実践上の課題が何であるのか、その本質を明らかにした。さらに、明らかとなった外来看護実践上の課題から、いくつかの看護専門外来開設に向けた課題が考えられ、今後、看護部はもとより、診療部門も含めた病院全体が外来機能の充実にに向けて取り組みを進め、相互に理解を深めて協力し、それぞれのもてる役割が十分に機能する体制作りをし

ていくことの必要性が改めて示唆された。

文献

- 1) 数間恵子：外来看護に求められる専門性と役割，看護実践の科学，37 (7)；6-41, 2012.
- 2) 赤林 朗，大林雅之編：ケースブック医療倫理，医学書院（東京），2002.
- 3) 木村利人：自分のいのちは自分で決める——生老病死のバイオエシックス＝生命倫理，集英社（東京），2000.
- 4) 内閣府，高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/sl_2_1.html 2013.9.10
- 5) 宮内恭子，足立美香：認定看護師を生かす看護専門外来の開設，看護展望，34 (10)；0958-0963, 2009.
- 6) 関美奈子：学問の一領域としての「看護外来学」，看護展望，36 (6)；0594-0599, 2011.
- 7) 須藤郁子，佐藤亜里子，和田幹子，近藤美知子：がん看護学来・糖尿病看護外来開設に向けた認定看護師らの取り組み，看護展望，34 (10)；0952-0957, 2009.
- 8) 平成22年度日本看護協会業務委員会，外来における看護の専門性の発揮に向けた課題，日本看護協会，2010.
- 9) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生指標 増刊・第59巻第9号，2012.
- 10) 竹川幸恵，呼吸器看護専門外来，看護実践の科学，37 (7)；113-127, 2012.
- 11) A. H. Bishop, & J.R.Scudder: Nursing Ethics, Holistic Caring Practice, 2001；田中美恵子監訳，全人的ケアのための看護倫理，丸善株式会社（東京），2005.
- 12) P.Benner & J. Wrubel: The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and Illness, 1989;難波卓志訳，現象学的人間論と看護，医学書院（東京），1999.
- 13) 日本看護協会，専門看護師・認定看護師・認定看護管理者，<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/> 2013.9.10
- 14) 大久保清子，土橋佐百合，看護外来運営の実際と看護管理者の果たすべき役割，看護展望，34 (10)；0936-0943, 2009.
- 15) 野本悦子，大学との連携による看護専門外来の運営，看護展望，34 (10)；0944-0951,

2009.

- 16) A.Perry: Sociology, Insights in Health Care, 1996；原信田実，看護とヘルスケアの社会学，医学書院（東京），2005.
- 17) 数馬恵子，青木春恵，小池智子他：外来における看護の相談機能拡充・確立のための基礎的研究，看護，55（3）；092-096，2003.

資 料

自治医科大学看護学部卒業生の現状調査 – 看護職を継続するための要因に着目した一考察 –

浜端 賢次¹⁾, 江角 伸吾¹⁾, 島田 裕子¹⁾, 安藤 恵¹⁾,
黒尾 絢子¹⁾, 柴山 真里¹⁾, 北田 志郎¹⁾, 大塚公一郎¹⁾,
春山 早苗¹⁾, 新海 里恵²⁾, 渡邊 瑠美²⁾

The study of the continuation factors of employment and the status of graduates in Jichi Medical University, School of Nursing

Kenji Hamabata, Shingo Esumi, Hiroko Shimada, Megumi Ando, Junko Kuro,
Mari Shibayama, Shiro Kitada, Koichiro Otuka, Sanae Haruyama, Rie shinkai,
Rumi Watanabe

抄録：自治医科大学看護学部の1期生から7期生までの卒業生の動向を知る目的で、卒業生を対象に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。本稿では回答の得られた178名を対象に、卒業後の現状と看護職を継続するための要因を探った。その結果、卒業直後よりも現在の方が就業者数は減少しているにもかかわらず、保健師職や助産師職の就業者数は増加していた。また、卒業直後の就業先選択理由として、①教育研修の充実、②実習施設であったが主であった。職場の満足理由として、①知識・技術が学べる、②職場の人間関係が良い、休みが保障されている、③やりがいがある、人の役に立つ等があげられていた。一方、転職経験のあった回答者は約4割で、卒業後3年目までの転職が約7割を占めていた。転職理由の多くは、結婚や他にやりたいことがあったなどであった。今後、へき地での勤務を希望する卒業生の割合は、回答者の約3割を占めていた。今後は同窓会との協力支援体制を強化し、卒業後1年目から3年目を対象とした資格取得や看護職のサポートシステム（活躍している卒業生との交流、資格取得やへき地での勤務に関する情報提供等）を検討する必要性が示唆された。

キーワード：卒業生、就業先選択理由、看護職継続要因、転職経験、勤務希望

I. はじめに

自治医科大学看護学部（以下、「本学部」という）の看護教育の歴史は、1974年に設置認可された附属高等看護学校から始まった。その後、1987年に看護短期大学が開設され、2002年に本学部が

設立された。本学部の建学の精神は、「地域医療」に貢献する医療人を育成することであり、これを主軸としながら、同時に社会の要請に応えられる看護職者を養成するという役割を果たすべく卒業生を輩出している。看護学教育では、卒業後の実際の看護職者としての活動を確認して、その実態を看護教育課程の編成あるいは教育の過程に活かすことが望まれている¹⁾。このため本学部に

¹⁾ 自治医科大学看護学部

²⁾ 自治医科大学看護学部同窓会

においても現状調査を行っており²⁾、卒後教育の充実や、学部教育への反映を目指している。

ところで看護職は、毎年5万人を超える看護職者が新たに誕生しているにもかかわらず、依然として人員不足が叫ばれている。この要因は様々であるが、7対1の看護職員配置基準³⁾等により多くの看護師が必要とされていることや、看護師の多くは女性で構成されているために、結婚や出産、育児との関連が強いことが指摘されている⁴⁾。また、厚生労働省による看護職員就業状況等実態調査結果⁵⁾では、「年齢が高くなるほど看護職員として就業している者の割合が減少している。」という報告があり、ここからも、看護職においてはワークライフバランスをうまく保つことの難しさが伺える。なかには大学卒は、専門学校卒や短大卒に比べて就業月数が少ないという調査結果もあり⁶⁾、就業継続と大学教育との関連についても検討していく必要があるように思われる。

そこで今回は、離職や転職経験とその理由等も含めた卒業生の現状調査を行ったので、その結果を報告する。

II. 研究目的

本研究の目的は、本学部の卒業生の動向を把握しながら、看護職を継続する要因を探ることである。

III. 研究方法

1. 対象

本学部1期生（卒業後8年目）から7期生（卒業後2年目）までの750名を対象とした。

2. 調査期間

2013年7月～9月

3. 調査方法

自記式質問紙調査票は、先行研究^{7)～10)}を参考にして共同研究者間で内容を検討し、作成した。調査は郵送法を用いて行い、実際の送付に際しては、本学部同窓会の協力を得た。

4. 調査内容

以下の項目を調査項目に設定した。なお、本学の建学精神の反映を確かめるために、調査項目には「へき地」に関することを含めた。

- 1) 卒業時の就業状況、就業先を選択した理由、卒業後に取得した資格、卒業後の進学状況
- 2) 現在の就業状況、就業形態、現在の職場で満足していること、就業していない理由、再就職の意思・希望勤務形態、
- 3) へき地での勤務経験、へき地での勤務年数、勤務したへき地の特徴、へき地での勤務希望
- 4) 転職経験、転職回数、転職までの就業年数、転職理由、初回の転職先
- 5) 進学希望、進学希望先 など

5. 倫理的配慮

本調査は、本学部の共同研究費の倫理審査を受け実施した。倫理的配慮として、回答は無記名とし、回答をしなくても不利益を生じないことなどを調査票に明記し、調査票の返送をもって同意したとみなした。

6. 分析方法

得られた結果は単純集計を行い、全体を概観した。

IV. 結果

対象者750名のうち、60名は宛名不明で郵送されなかった。郵送された690名のうち、178名から回答が得られ（回収率23.7%）、これらの回答全てを集計の対象とした。回答は、1期生から7期生までの全期生を網羅した。

1. 基本属性（性別・年齢・家族状況など）

性別は女性が177名（99.4%）、男性が1名（0.6%）であった。年齢は、25～29歳が最も多く123名（69.1%）であり、25歳未満は30名（16.9%）、30～34歳は25名（14.0%）であった（図1）。配偶者がいる者は70名（39.3%）、子供がいる者は42名（23.6%）であった（表1）。

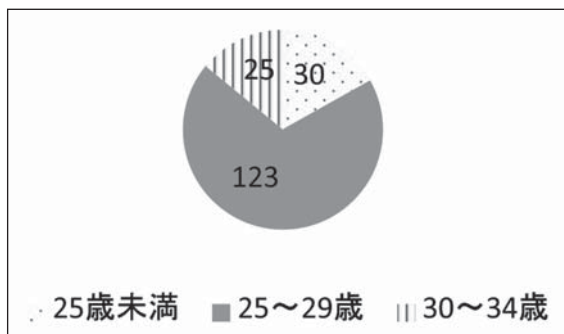


図1 年齢 (n=178)

表1 家族状況 (n=178)

婚姻状況		子どもの有無	
既婚	70 (39.3%)	あり	42 (23.6%)
未婚	108 (60.7%)	なし	134 (76.4%)

2. 卒業後に取得した資格と進学状況

卒業後、新たに資格を取得した者は34名 (19.1%) であった。内訳をみると、養護教諭が12名と最も多く、次いで助産師5名、保健師4名、その他15名であった (表2)。

表2 卒業後に取得した資格 (n=178)

取得した資格	人数 (%)
あり	34 (19.1%)
助産師	5 (14.7%)
保健師	4 (11.8%)
養護教諭	12 (35.3%)
その他	15 (38.2%)
なし	144 (80.9%)

また、卒業後に進学したと回答した者は17名 (10.4%) であった。内訳をみると大学養護教諭特別別科7名、助産師専門学校と大学助産専攻科5名、大学院博士前期課程4名、専門職大学院1名であった (表3)。

表3 卒業後の進学状況 (n=178)

進学状況 (進学先)	人数 (%)
進学した	17 (10.4%)
大学養護教諭特別別科	7 (41.2%)
大学院博士前期課程	4 (23.5%)
助産師専門学校	3 (17.6%)
大学助産専攻科	2 (11.8%)
専門職大学院	1 (5.9%)
進学していない	161 (89.6%)

3. 就業状況 (卒業直後と現在)

卒業直後と現在の就業状況、および職種を図2と図3に示した。本学卒業直後の就業状況であるが、すぐに就業した者は170名 (95.5%) であった。就業時の職種は看護師が最も多く141名

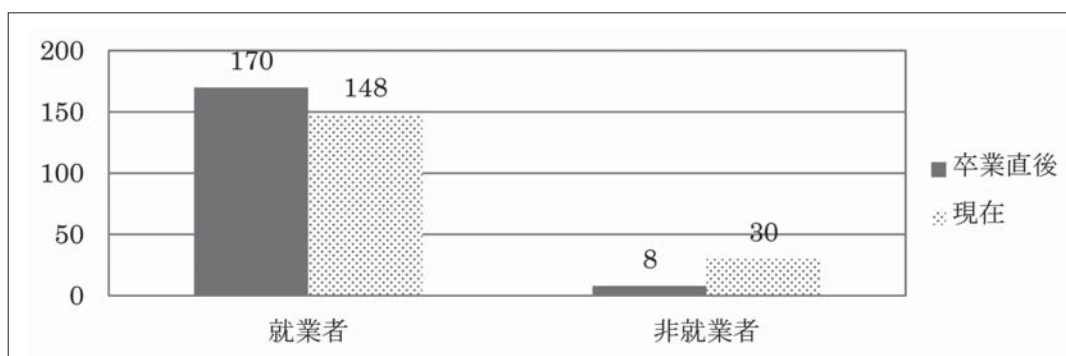


図2 卒業直後と現在 (n=178)

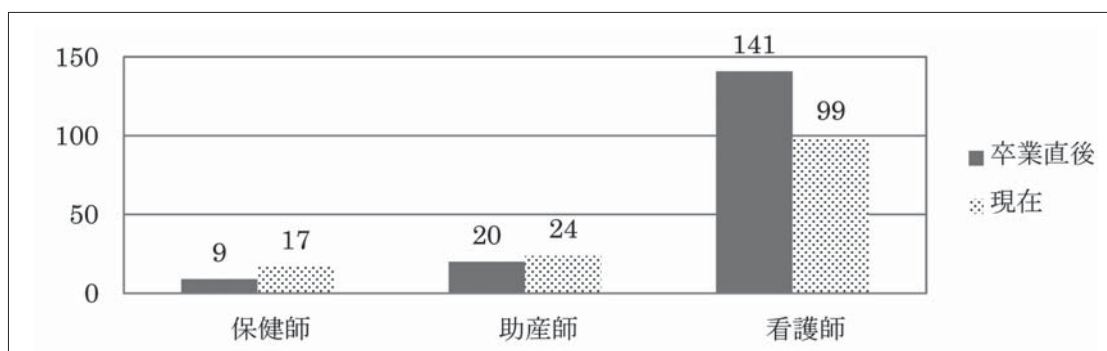


図3 資格別就業状況 (卒業直後と現在) (n=178)

(82.9%)であり、次いで助産師が20名(11.8%)であった。保健師は9名(5.3%)にとどまった。さらに、卒業直後と現在の就職先を図4に示した。卒直後の就職先は、152名が病院職先を、図4に示した。卒直後の就職先は、152名が病院の病棟であり、85.4%を占めていた。就業先を選択した理由を複数回答で尋ねた結果、教育研修が充実している62名(42.5%)、実習施設であったこと61名(41.8%)という理由が大きな割合を占めていた。また、地元に近い57名(39.0%)や、知名度37名(25.3%)、通勤が便利であること35名

(24.0%)も、検討理由となっていた(図5)。

一方で、現在就業している者は148名(83.1%)であり、卒業直後からは22名減少していた。現在の就業先は病院(病棟)が多いことには変わりはないが、卒業直後から50名減少していた。また、現在就業していない理由を尋ねたところ、妊娠や出産に伴って離職していると答えた者が16名に見られた。ほかには転居、結婚、働ける力がない、間もなく再就業するという回答があった。現在の就業場所であるが、病院の病棟が最も多く102名(68.9%)であった。次いで市町村10名

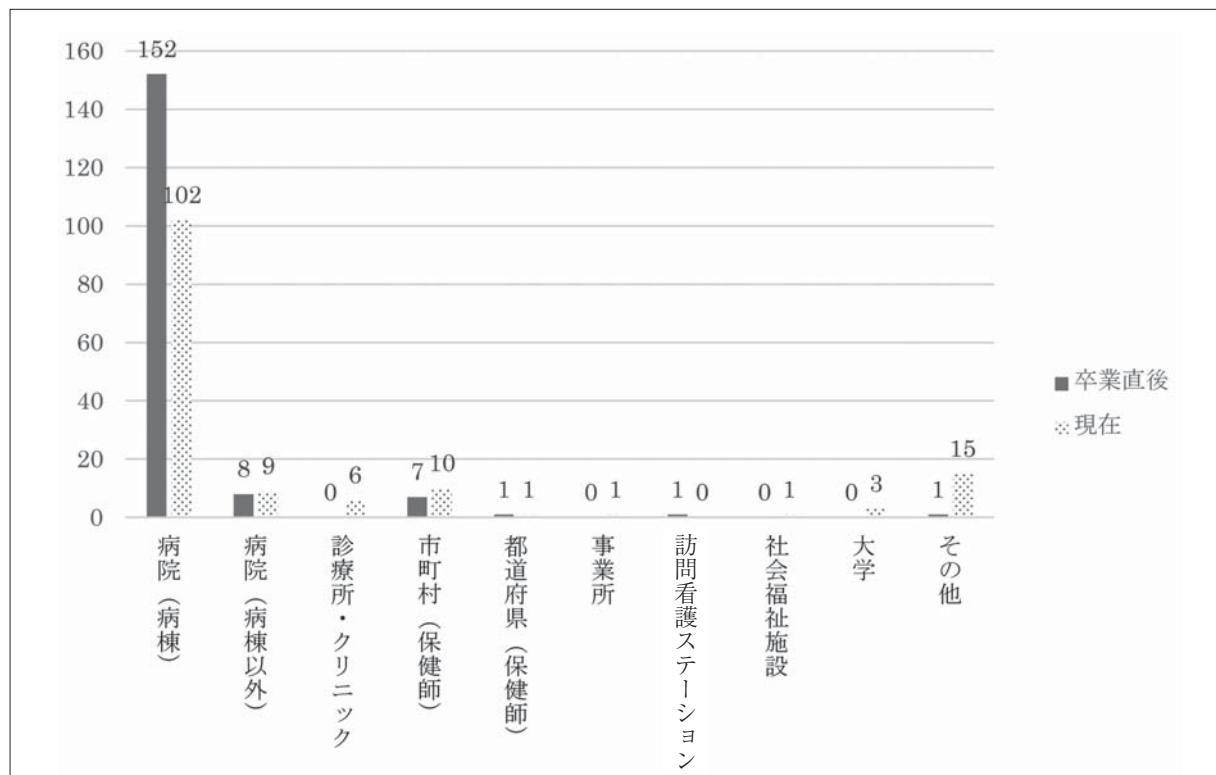


図4 卒業直後と現在の就業場所 (n=178)

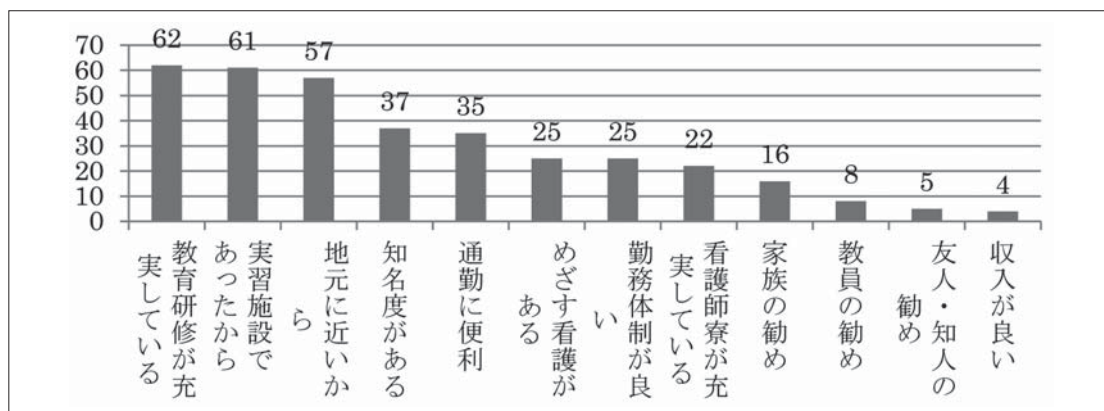


図5 就業先を選択した理由 (n=146)

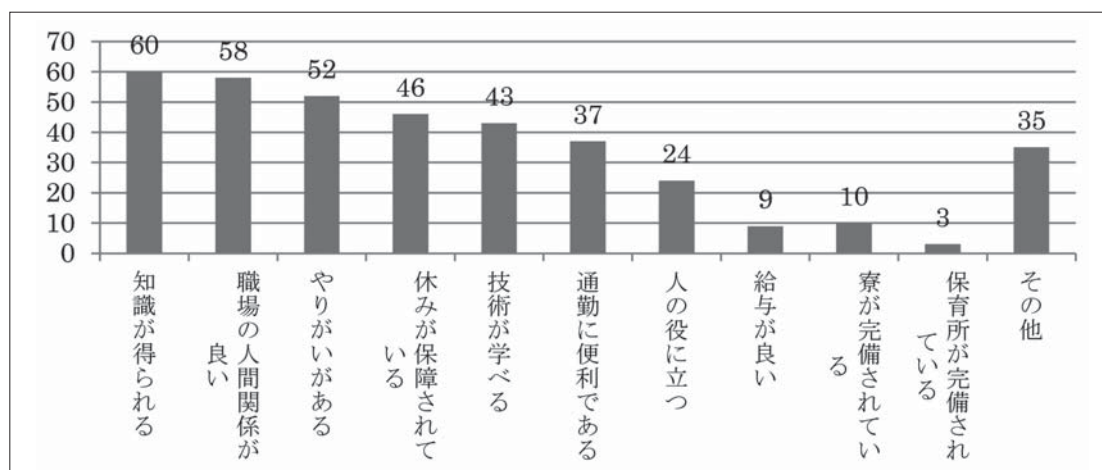


図6 現在の職場で最も満足していること (n=126)

(6.8%), 病院の病棟以外9名 (6.1%), 診療所・クリニックが6名 (4.1%) であった。現在の就業形態は、常勤が148名中136名 (91.9%), 非常勤が9名 (6.8%) であり、現在の職場に最も満足していることは、知識が得られること60名 (41.1%), 職場の人間関係58名 (39.7%) であった (図6)。

4. へき地での勤務状況

表4にへき地での勤務経験を示す。へき地での勤務経験のある者は15名 (8.4%) であり、看護師9名、保健師4名、助産師2名という内訳であった。さらに15名の平均経験年数は2.07年であった。

表4 へき地での勤務経験 (n=178)

経験有無	人数 (%)
経験あり	15 (8.4%)
看護師	9 (60%)
保健師	4 (26.7%)
助産師	2 (13.3%)
経験なし	163 (91.6%)

た。勤務は2年以内が12名を占めたが、一方で3年以上継続して勤務した者も3名いた。へき地での勤務形態は派遣ではない者が11名と多く、へき地の特徴としては山間過疎地10名、離島4名、無医村1名であった (表5)。

表5 勤務したへき地の特徴 (n=15)

勤務場所	人数 (%)
離島	4 (26.7%)
山村過疎地	10 (66.7%)
無医村	1 (6.6%)

へき地での勤務希望については表6に示す

通り、今後働きたいと希望している者が57名 (32.0%) を占めていた。

表6 へき地での勤務希望 (n=178)

へき地の勤務希望	人数 (%)
へき地で働きたい	57 (32%)
働きたくない	110 (61.8%)
無回答	11 (6.2%)

5. 国外における看護経験

経験があると答えた者は2名 (1.3%) にとどまった。

6. 就業していない理由と再就職

表7に就業していない理由を示したが、妊娠・出産・育児のためと答えた者が16名 (57.1%) と多かった。また、再就職の意思について尋ねたところ、23名 (82.1%) が検討しているとの回答であった。さらに複数回答で、再就職の相談者を尋ねると家族12名、ナースバンクと職業安定所が共に11名、友人7名、大学教員と知人が共に3名、親戚1名であった (表8)。再就職の希望勤務形態はパートアルバイトが14名、短時間職員が3名、派遣1名であり、常勤希望は4名にとどまった。

表7 就業していない理由 (n=28)

理由	人数
妊娠・出産・育児のため	16
転居に関する事情のため	1
結婚のため	1
働ける力がないため	1
間もなく再就職するところである	1
無回答	8

表8 再就職をする際の相談者 (n=23)

相談者	回答数
家族	12
ナースバンク	11
職業安定所	11
友人	7
知人	3
大学教員	3
親戚	1
その他	3

7. 転職状況

表9で「経験あり」と回答した者が70名 (39.3%) を占めていた。転職回数については、1回が43名 (61.4%) と最も多く、次いで2回が19名 (27.1%) であった。一方で3回以上を繰り返す者は4名 (5.8%) にとどまった (表10)。

表9 転職経験の有無 (n=178)

経験有無	人数 (%)
経験あり	70 (39.3%)
経験なし	107 (60.1%)
無回答	1 (0.6%)

表10 転職回数 (n=70)

回数	人数 (%)
1回	43 (61.4%)
2回	19 (27.1%)
3回	3 (4.3%)
4回	1 (1.5%)
無回答	4 (5.7%)

さらに転職までの就業年数を図7に示す。1から3年で転職する者は70名中48名で全体の約7割を占めていた。転職理由については図8に示すが、結婚19名 (32.2%) が最も多く、次いで他にやりたいことがあった14名 (23.7%) であった。他にも職場の人間関係や労働時間の不備などをはじめとして、家族との関連を示す回答が見られた。

初回の転職先は病院33名 (47.1%) が最も多く、診療所・クリニックや病院 (病棟以外) と併せると13名 (18.3%) が医療機関に転職していた。一方で、市町村や都道府県の保健師と事業所に転職した者が9名 (12.8%) を占めていた (表11)。

表11 初回の転職先 (n=70)

転職先	人数 (%)
病院 (病棟)	33 (47.1%)
診療所・クリニック	9 (12.6%)
市町村 (保健師)	7 (10.0%)
大学	5 (7.1%)
病院 (病棟以外)	4 (5.7%)
介護保険施設	1 (1.4%)
都道府県 (保健師)	1 (1.4%)
事業所	1 (1.4%)
その他	9 (13.3%)

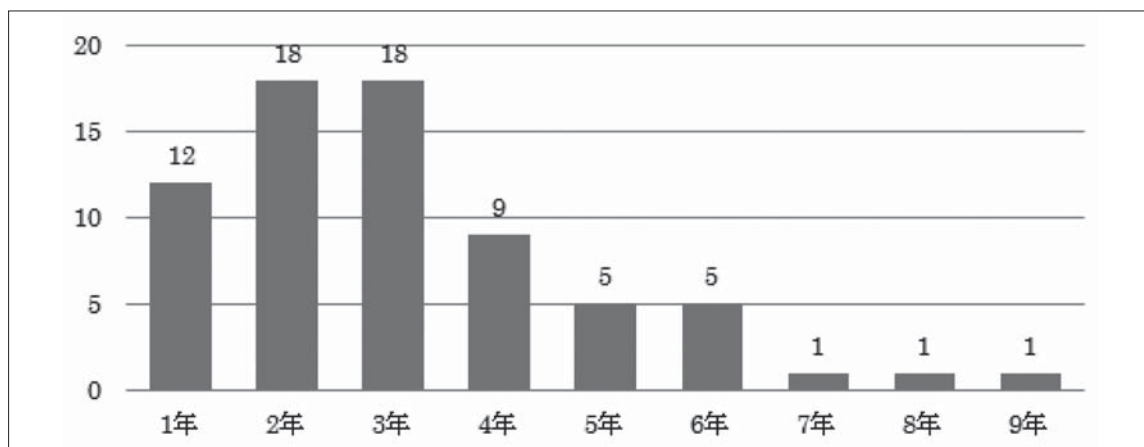


図7 転職までの就業年数 (n=70)

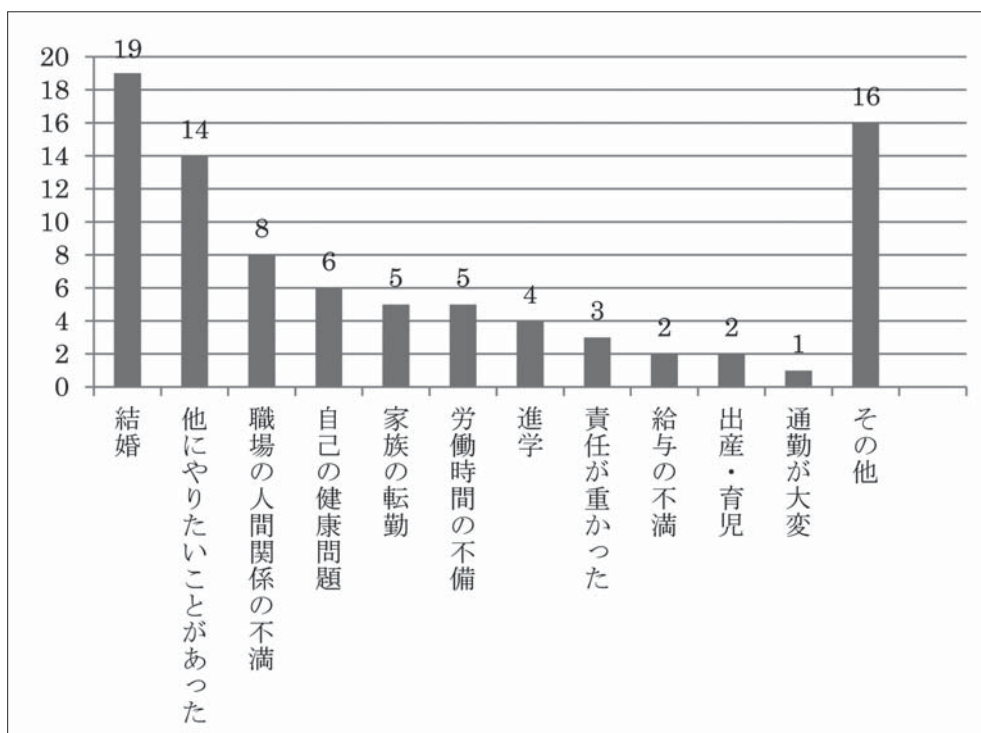


図8 転職理由 (n=70) 複数回答

8. 進学状況と進学への意向

進学希望については26名 (14.6%) が希望すると回答していた (表12)。進学希望先では、大学院博士前期課程が15名 (71.4%) と最も多かった (表13)。

表12 進学希望 (n=178)

希望有無	人数 (%)
進学希望あり	26 (14.6%)
進学希望なし	152 (85.4%)

表13 進学希望先 (n=26)

希望先	人数 (%)
大学院博士前期課程	15 (71.4%)
専門職大学院	4 (19.0%)
大学院博士後期課程	3 (14.3%)
大学助産師専攻科	2 (9.5%)
その他	2 (9.5%)

V. 考察

1. 就業状況

卒業直後の就業状況について、回答者の95.5%が就業しており、8割以上が看護師として就業していることが明らかになった。卒業直後の就業先選択理由を概観すると、①教育研修の充実、②実習施設であったという回答が主であった。これらは隣接する大学病院看護部との協力体制によると

ころが大きいと考えている。学生は在学中の4年間、隣接する大学病院で多くの看護学実習を体験する。この時に接した臨地実習指導者や病棟管理者を看護職モデルとし、併せて病棟の雰囲気等を直接感じる機会となる。これらの体験が将来の就職先に繋がっているものと推測される。上平ら¹¹⁾の先行研究においても「職場の雰囲気や人間関係の良さからくる働きやすさ」や「整った教育体制のもとでの十分な教育の期待」などが卒業後の進路を選択する上で重要とされている。

特筆すべきは、卒業直後よりも現在の方が就業者数は減少しているにも関わらず、保健師職や助産師職の就業者数は増加していたことである。杉浦ら⁹⁾の先行研究でも「卒業年数の経過とともに保健師の割合が高くなっていく」ことが報告されているが、本学部でも保健師においては卒業時から現在まで新たに8名の保健師が誕生している。

もちろん看護師を経験したことが契機となり、新たに資格取得を志した卒業生も存在すると思われる。また、卒業生の中には、卒業時から計画的に看護師としての臨床経験を積み、その上で保健師や助産師へと転換する者もいると思われる。しかしながら、実は大学在学中の教育が礎となり、将来の保健師職や助産師職への展望を開花させているものと考えられる。さらに、今後のへき地で

の勤務希望を見ても、回答者の約3割に本学の建学の精神が適切に根付いたものと思われる。

2. 看護職を継続するための要因

本結果では、卒業直後の就業者数が170名であり、現時点では148名であった。卒業直後に就業しなかった2名が現在就業しているかは定かではないが、8年間でおよそ30名が離職した換算になる。しかし、現時点でも就業を継続している者が圧倒的に多い。

看護職を継続するための要因を検討するに当たり、職場の満足内容を参照すると、①知識・技術が学べる、②職場の人間関係が良い、休みが保障されている、③やりがいがある、人の役に立つ等があげられていた。①の知識・技術が学べるは、就業先選択理由の教育研修の充実とも一致していることから、教育研修の充実が看護職の継続要因とも関連していることが窺われた。

他方で、離職や転職からも、看護職を継続するための要因を探ってみたい。まず離職者の要因を見ると、妊娠や育児を理由とする割合が最も多いことが明らかになった。この点については、伊藤ら¹⁰⁾の「ライフイベントが転換期となり離職に至っている」という先行研究とも一致し、ライフイベントの中でも、出産や育児が看護師の就業継続が難しい理由の最たるものになっていると推測された。

次に転職要因や転職先を参照すると、離職者と異なり育児を理由とする回答は少なく、結婚を契機としている場合の割合が高かった。また離職要因にはないが転職要因になっているものとして、職場への不満やほかにやりたいことがある、進学があった。ここから、離職には至らないが、転職をする要因には、大きく分けて職場の労働衛生環境と、看護活動の広がりや深く関与していると考えられた。これは推測の域を出ないが、転職に関する後者の要因は、大学卒の場合では、専門学校卒や短大卒の場合に比べて就業月数が少ないという松下⁶⁾の報告を裏付ける一理由になると思われる。つまり、大学を卒業した場合では、大学院の進学に直結しやすく、幅広い知識を養ったがゆえの選択になったのではないと思われるのである。

ところで、転職経験は卒業後3年目までが約7割を占めていた。前述したように、保健師や大学進

学など、卒業当初から計画的に転職を行っている場合も多いのではないかと考えられる。また、結婚やこれに伴う転居などのやむをえない事情による転職もあるであろう。それ以外であると、転職の主たる要因となる労働衛生環境と卒業後早い段階での転職には影響関係が否定できないと思われる。

3. 本研究の限界と課題

本研究の対象者の最長勤務継続年数は、最大で8年である。このためライフイベントにかかる事象について、例えば未婚者が多いことや、育児に関して子供が乳幼児期であることが推測されるなど、限定的な結果しか得られていない。また、いったん離職した後の復職状況なども長期的には拾えていないため、今後も継続して調査していくが必要になる。

また、今回は、回収率が多いとは言えないことや、卒業時期によって回答数にばらつきがあることの限界もある。このため同窓会との協力支援体制を強化し、回収率を上げるための策を講じたうえで調査を行う必要があると考えている。

さらに、看護職を継続するための要因を正確に探るためには、要因を絞って追究することや、他大学や就業継続年数ごとの比較などからの検証が課題になる。

VI. おわりに

本研究は、本学部の卒業生の動向を把握しながら、看護職を継続する要因を探ることを目的とした。前述した限界はあるが、大学附属病院を有していることや建学精神が反映された就業状況になっていることが窺え、学部教育がその後の就業状況に影響していると思われる。特に保健師やへき地での看護活動、大学院への進学に関しては、学部在学中から積極的な情報提供ができるため、意識的に進んでいく必要があると思われる。

他方で、限定的ではあるが、看護職を継続するための要因が把握できた。教育研修の充実ややりがいや継続要因になっていると考えられた。また周知のように、ライフイベントは継続が困難な要因になっていることや、看護活動の発展が転職に繋がっていることも明らかになった。この点のサポートに関しては、実際に就業した場所でのサ

ポートが主軸になるであろう。併せて、大学でも同窓会と協力体制を強化し、活躍している卒業生との交流、資格取得やへき地での勤務に関する情報提供が必要となると思われる。

本研究は、平成25年度自治医科大学看護系職員共同研究として実施したものの一部である。

文献

- 1) 田島桂子：看護実践能力育成に向けた教育の基礎。医学書院，p.241，2002.
- 2) 宇城令，塚本友栄，井上映子，春山早苗，水戸美津子：本学部卒業生の進路決定と就業継続に関する調査。自治医科大学看護学ジャーナル，7；89-97，2009.
- 3) 黒岩祐治：「7対1看護」の混乱は一時的なこと，看護職の抱える問題点を総体的に改革することが喫緊課題。NURSE SENKA，5，2007.
- 4) 菊地佳代：看護職のキャリア認識を形成する諸要因の考察－キャリア・アンカーとメンタリングが及ぼす時系列的变化を中心として－。北海学園大学大学院経営学研究科研究論集，1；29-41，2005.
- 5) 厚生労働省：看護職員就業状況等実態調査結果。2011.
- 6) 松下年子：看護師の就業継続に寄与する因子（関連因子）－埼玉医科大学関連医療施設の看護師を対象とした質問紙調査より－。埼玉医科大学雑誌，35；113-119，2008.
- 7) 堀口雅美，本間裕子，佐野文男，伊東和子：看護系三年制短期大学卒業生の実態に関する調査－北海道大学医療技術短期大学部看護学科とその前身の看護学校卒業生の活動状況の比較。北海道大学医療技術短期大学部紀要，4；1-11，1991.
- 8) 西浦郁絵，中野智津子，能川ケイ，藤原智恵子，丸山浩枝，服部素子，小西真千子，井上由紀子：神戸市看護大学短期大学部卒業生の動向（Ⅱ）－第1報 卒業生の現状－。神戸市看護大学短期大学部紀要，24；91-99，2005.
- 9) 杉浦浩子：岐阜大学医学部看護学科卒業生の動向および勤務状況の実態。岐阜大学医学部紀要，56 (1)；1-8，2010.
- 10) 伊藤美奈加，大高恵美，牟田能子，三瓶まり，佐々木理恵子：日本赤十字秋田短期大学看護学科卒業生の動向調査（第1報）－卒業生の就業・進学状況と今後の資格取得の実態－。日本赤十字秋田短期大学紀要，11；67-75，2006.
- 11) 上平悦子，三宅美恵子，橋口智子，霧下由美子，新谷恵実：看護学科在学生，既卒者における進路に関する意識調査 看護部－看護学科連携ワーキングの活動より。公立大学法人奈良県立医科大学医学部看護学科紀要，9；60-69，2013.

資 料

フィンランドにおける Sexual Health Care System の実際

工藤 里香^{1) 2)}, 成田 伸³⁾, 野々山未希子³⁾, 鈴木 幸子⁴⁾

The Sexual Health Care System in Finland

Rika KUDO^{1) 2)}, Shin NARITA³⁾, Mikiko NONOYAMA³⁾, Sachiko SUZUKI⁴⁾

抄録：日本では避妊・性感染症予防の取り組みは緊急の課題であり、これまでおこなわれてきた生徒への一斉講演といった集団教育ではなく、正確な情報提供と個人への支援が求められている。そこでこれらのSexual Health Care が充実しシステム化されているフィンランドにおいて、避妊・性感染症予防施策とその実際を調査した。National Institute for Health and Welfare（国立保健福祉研究所児童・青少年保健福祉局）は、フィンランド全体の避妊・性感染症予防に関する施策を担当し、教材の作成・配布、学校を中心に毎年調査を行い問題状況を冷静に把握していた。Sexual Health and Family Planning Clinic, City of Helsinki Health Centre（健康相談促進事業部／予防課）は、ヘルシンキ市全体を統括する役割を担っており、Vaestoliitto（家族計画協会）は、NGOとしての若者への性の支援活動を行い、個人へのアプローチという役割を持っていた。どの施設も若者がアクセスしやすい環境であり、個に届く支援を工夫し具体的な対策を実行し、カウンセリングを丁寧に行い、自己決定を尊重することが重要視されていた。日本においてフィンランドと同様のケアを行っていくためには、ケアを提供できるヘルスステーションの設置と、避妊・性感染症予防の支援のできる専門家・カウンセラーの育成と若者の自己決定を促す支援が必要である。

キーワード：Sexual Health Care, 避妊・性感染症予防システム, カウンセリング, 人工妊娠中絶, ヘルスステーション

¹⁾ 自治医科大学大学院看護学研究科

²⁾ 兵庫医療大学看護学部

³⁾ 自治医科大学看護学部

⁴⁾ 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科

¹⁾ Jichi Medical University, Graduate School

²⁾ Hyogo University of Health Sciences, School of Nursing

³⁾ Jichi Medical University, School of Nursing

⁴⁾ Saitama Prefectural University, School of Nursing

I. はじめに

日本では、性体験の若年化、人工妊娠中絶、性感染症の罹患による女性の健康への影響は大きく、特に妊孕力を低下させる要因となっている。近年、避妊方法の選択肢も広がり、妊娠・避妊に関する女性の選択肢が増加してきている。薬剤付加子宮内避妊具 (Intrauterine system; 以下IUSと略)・緊急避妊薬 (Emergency Birth Control; 以下EBCと略)の認可などがその例である。しかし、それにも関わらず、いまだに自分で選択して避妊方法を考える女性は少なく、男性がコンドームを使用するという状態に変化はなく、さらにその男性用コンドームの使用率も低下している。避妊や性感染症についてカップルで相談することもほとんどなく、予期しない妊娠や性感染症の罹患の発生は減少していない。

避妊・性感染症予防の取り組みは緊急の課題として「健やか親子21」でも継続的に取り組まれているが、これまでの対策は学校での一斉講演会やピア活動など、専門職による集団を対象とした健康教育か、非専門職の活用が主流であった。学校における対集団の一斉講演は青少年にとって主要な性情報源であり、一定程度「役に立つ」と評価されているが、青少年の発達には個人差が大きく、一斉授業方式ですべての課題を解決することは難しい¹⁾。また非専門家の活用は教育方法により差が生じることもあり²⁾、正確な情報の提供につながるか疑問が残る。女性の健康への影響を考えると、今後必要とされるのは、正確な情報提供と、実際に避妊・性感染症予防をするための個人への支援であると考えられる。

性体験の若年化、人工妊娠中絶、性感染症の罹患は先進国ではいずれも同様の問題を抱えている。フィンランドは、日本と比較すると性行動が活発であるが、良質の性的健康サービスや性教育の提供の面で先進国の中でもリーダーとなっており³⁾、専門家による対策と個人へのカウンセリングが進み成果を挙げている。フィンランド家族計画協会人口研究所のDr. Osmo Kontula⁴⁾は「10代の若者が、避妊へのアクセスが違法ではなく非常に簡単にできる国は、計画外の妊娠を予防するためにより多くの予防策を準備している」と述べている。フィンランド政府はまさにその言葉を実践している国である。もともと「自分のことは自分で決める」という自己決定を尊重する国民性と

ということもあるが、国がその自己決定を支えるシステムを整えている。避妊・性感染症予防もそのシステムの一つである。

フィンランドの避妊・性感染症予防システムを視察する機会を得たので、今回は予防システムの詳細、避妊・性感染症予防に携わる看護職の活動の実際、フィンランドにおける避妊・性感染症予防の効果について報告し、日本への導入について検討を行いたい。

II. 視察の方法

1. 方法

フィンランド・ヘルシンキの3施設、National Institute for Health and Welfare (国立保健福祉研究所児童・青少年保健福祉局)、Sexual Health and Family Planning Clinic, City of Helsinki Health Centre (健康相談促進事業部/予防課)、Vaestoliitto - The Family Federation (家族計画協会)での現地調査および関連資料の収集。またフィンランドとヘルシンキの概要については、外務省フィンランド基礎データ⁵⁾とヘルシンキ市の公式観光情報サイト⁶⁾を参照した。

2. 調査期間

2009年6月25日から26日

3. 倫理的配慮

現地調査で訪問した各施設では、インタビュー内容の公表、写真撮影の許可、写真の掲載、名前の公表について口頭で許可を得た。

III. 視察の結果

National Institute for Health and Welfareは、フィンランド全体の避妊・性感染症予防に関する施策を担当している。その視察では、プロジェクトマネージャーである Ritamo Maija氏へのインタビューと健康教育に使用しているパンフレット等の収集を行った。Sexual Health and Family Planning Clinic, City of Helsinki Health Centreは、ヘルシンキ市内唯一の専門クリニックであり、市全体を統括する役割を担っている。その視察では、Satu Suhonen氏 (上級医師、婦人科医)、Pirjo Nissinen-Turnen氏 (助産師、保健師、セックスセラピスト) へのインタビューと健康教育に使用しているパンフレット等の収集を行った。Vaestoliitto - The Family Federationは、NGOとしての若者への性の支援活動を行い、個

人へのアプローチという役割を持っている。その視察では、Satu Suhonen氏（上級医師，婦人科医），Pirjo Nissinen-Turnen氏（助産師，保健師，セックスセラピスト）へのインタビューと健康教育に使用しているパンフレット等の収集を行った。

インタビューや資料から得られた結果についていかに記述する。

1. フィンランドの概要

フィンランドの人口は約540万人，面積は338,430平方キロ，人口密度は15.7人である。人口は南部のヘルシンキ周辺の都市部に集中し130万人（全人口の約4分の1）がこの地域に居住している。フィンランド人の平均寿命は急激な伸びを示し，2010年の平均寿命は女性83歳，男性76歳である。1940年代以降，北欧型福祉社会をつくることに取り組み，男女平等が強調され，それが福祉制度によって支えられてきたことは，北欧型福祉社会の伝統を代表するフィンランドの特徴である。フィンランドの福祉社会は税収によって支えられている。国内で使用されている言語は，フィンランド語90%，スウェーデン語が5%，ロシア語が1%である。

国民皆保険制度が維持されており，18歳までは無料，その後は職場あるいは学校で診療を受けることになっている。市民であれば基本的に低額で地区保健センター（全国で約50か所，ほぼ公的医療機関に近く，一般医（General Practitioner；以下Gpと略）が診療を行っている）を利用することができる。必要に応じて総合病院や大学病院などに順次紹介されることになる。しかし，地区の保健所は受診までに数時間を要することも多々あるため，予約制で待ち時間の少ない私立病院を使う傾向にある。

2. フィンランドの避妊・性感染症の状況

フィンランドの若者の性行動は，結婚する約10年前から始まる。結婚するのが20代後半から30代前半にかけてであるので，高校生の時から性行動が始まり，約70%の高校生に性交体験がある。人工妊娠中絶は20～29歳が最も多いが，10代の中絶が2000年代になって一旦増加した。現在は減少傾向にあるものの問題であることはかわらない。中絶を行った女性の10%は1歳以下の子どもがいる

というデータがある。このデータから，前回の出産からすぐに妊娠し中絶を選択していること，つまり短期間での妊娠を繰り返していることが明らかになっている。フィンランドの性感染症⁷⁾は，男性は海外，特にロシアでの性行動による感染が多い。若者の性感染症はクラミジアの増加がみられる。クラミジアは若者の間では一般的な性感染症であり，毎年1万人の感染者が報告されている。その60%が女性であり，さらにその30%が10代の感染である。避妊・性感染症予防には，経口避妊薬（Oral Contraceptives；以下OCと略）や子宮内避妊具（Intrauterine Device；以下IUDと略）の使用が主流であり，コンドームの使用が減少している。

このような現状を問題視し，フィンランドは重点的に性に関する保健対策を進めてきている。その結果，北欧4か国の中で，人工妊娠中絶，10代の母親，性感染症の問題が減少してきていると語られた。しかし，気候の寒い地域で見られがちなアルコールの問題があり，また近年では性暴力，家庭内暴力も重要な課題として挙げられている。

3. フィンランドの避妊・性感染症予防施策

先に紹介したように，フィンランド全体の避妊・性感染症予防に関する施策はNational Institute for Health and Welfare（国立保健福祉研究所児童・青少年保健福祉局）が担当している。ここではNational Institute for Health and Welfareの視察で得られた情報を中心にまとめる。

フィンランドでは効果的な避妊を勧めているため，若者のOCの使用が多く，IUDを使用している者もいる。そのためコンドームを使用しない性行動が増えている。National Institute for Health and Welfare では性感染症を防ぐために，OCやIUDとコンドームのダブルメソッドを推奨している。コンドームやOCの無料配布に関しては，各自治体の財政状況に左右されるため完全実施には至っていない。しかし人工妊娠中絶や性感染症治療等の費用を考えると無料配布の方が費用対効果が高いと強調し，自治体に働きかけている。そこでの施策の一つに以下のようなものがある。フィンランドでは，妊娠をするとすべての女性がMaternity Packageと呼ばれる衣服やおむつ，人工乳などが入った保育キットが郵送されるが，その中に1年分相当のコンドームと潤滑剤を同封し

(2003年より、社会保険庁の管轄)、コンドームの普及に力を入れている。

人工妊娠中絶とクラミジア感染増加への対応策として、特別対策「Promotion of sexual and reproductive health. Action program 2007-2011」が生まれ、プロジェクトが始動している。これは、性感染症、不妊、人工妊娠中絶、流産等に対する診断・治療・継続的なケア、性教育など総合的なプロジェクトである。若者は各地区の保健センターでサービスを受けるが必ずしも適切なサービスを受けていない。例えば、相談を受けるケア提供者が若者の話にびっくりして精神科に行った方がいいと言い、その後若者が相談に来なくなってしまうというケア提供者の教育不足の問題。予約がいつもスムーズではないという予約サービスの問題。若者自身が自己決定できるような情報やケアの提供ができていないというケア提供の問題、などがあった。これらの問題がこのプロジェクトの設立につながった。



写真1 プロジェクトマネージャー Ms. Ritamo Maija

避妊や性感染症予防は比較的援助が得られやすいサービスであるが、若者が「自分で自分を守る」ことが重要であり、プロジェクトの中心の考えとなっている。

毎年、School Health Studyを行い、性行動、性知識についての調査を行っている。調査対象は基礎教育である小学校、中学校、高等学校であったが、2008年からは専門学校も加わった。調査結果は自治体ごとのデータとして公表しているため、行政は総合的な状況を把握することができ、生徒への対応の改善に役立っている。

このSchool Health Studyの結果が示すことは、
①平均的な若者は、性についての知識、性行動も比較的良好な状態にある。

②約20%の若者はアルコールの問題を抱えている。彼らは性行動にも問題を抱えていることが多く、かつ保護者が彼らの行動を把握していないことが多い。

③2008年の調査からは「性暴力」の項目を追加した。望まない性的関係の割合は高くないが、望まない性交渉を強いられている若者は約900人が多い。被害者は女性とは限らず、男性も多く性被害を受けている

④小学校、中学校、高等学校よりも専門学校の生徒の方が被害は深刻であり、社会的弱者であることが浮き彫りになっている。

これらの結果より、望まない性交渉を含むすべての暴力に対しての働きかけが必要であることが明らかになり、毎年調査を行い、状況を把握し改善を行っていくことの重要性を強調している。そして、各学校にこれらの問題の専門家を親善大使として派遣し、学校側とともに対応を考えていく試みも行っている。そして、8月には学校保健デイを開催し、学校関係者が一堂に会し、情報交換を行い、国家教育委員会も国としてどのように対応するかを協議している。性についての知識や性行動が良好なものは、暴力から逃れやすいことから、継続して避妊・性感染症予防対策が必要であるとしている。

この避妊・性感染症予防対策として、2004年に、フィンランド国内の15歳全員にパンフレットを郵送した。そのパンフレットには性交渉、妊娠、出産について書かれており、避妊・性感染症予防の大切さや方法について書かれており、コンドームを貼り付けている。また対象者の保護者への手紙も同封しており、避妊・性感染症予防については学校で話をし、このようなパンフレットを



写真2 15歳全員に郵送されたパンフレット
コンドームが貼付され使用方法が書かれてる

読むだけでは不十分であり、家庭で保護者と話し合うことが重要であり、ぜひ実践してほしいと訴えている。

性交渉をするのかしないのか、するならば避妊や性感染症の予防をどのような方法で行っていくのか、若者が自分で考え、自分で決定していくことが重要である。そのためには若者が大人に話をしてくれる状況が理想である。若者は特有の話し方や生き方をしていることも多いので、個々の若者へのカウンセリングやケアの提供ができるようにトレーニングしていく必要がある。

4. ヘルシンキにおける避妊・性感染症予防支援システム

ヘルシンキを例に、実際の支援の状況についてまとめた。

ヘルシンキはフィンランドの首都として同国最大の都市であり、フィンランドの政治や教育、金融、文化、調査センターなど様々な分野の中心都市で、ヨーロッパでも最北の大都市である。人口は約116万人、面積は63,111平方キロ、人口密度は2,739.36人平方キロであり、フィンランドで最も人口密度が高い地域である。2010年の平均寿命は全国平均に比べ若干低く、男性は75.1歳、女性は81.7歳である。ヘルシンキの公式の言語はフィンランド語とスウェーデン語である。人口の約80%はフィンランド語を話し母語としている。11.5%はフィンランド語やスウェーデン語以外の言語を母語としている。

基本的な保健・医療サービスは地区の保健センターが行っているが、必要時はSexual Health and Family Planning Clinicに紹介している。ヘルシンキの避妊・性感染症予防の現状をCity of Helsinki Health Centre（健康相談促進事業部／予防課）の視察を中心として報告する。



写真3 カウンセリングの様子

Sexual Health and Family Planning Clinic, City of Helsinki Health Centreは、ヘルシンキ市内唯一の専門クリニックであり、市全体を統括し、専門的な診療・ケアと電話相談を行っている。人工妊娠中絶など、より高度な治療が必要な場合はヘルシンキ大学病院に紹介している。

看護職は4名の看護師、3名の助産師と1名の保健師が勤務している。このうち2名はSexual Therapistの資格がある。Sexual Therapistは、相談業務のコース1年、セラピストのコース3年に通い、資格を取得することができる。

医師は常時1名おり、婦人科医2名、Gp3名で構成されている。

クリニックの診療方針として、「若者が、自分とパートナーのセクシャルヘルスと権利を、現在も未来も守ることができ、楽しめるように、サポートし、エンパワメントすること」「敷居を低く、十分な時間をかけて、尊敬とプライバシー」を掲げている。この治療方針は繰り返し語られ重要視されている。

初診時は必ず看護職による問診があり、そこで必要と判断されれば医師の診察がある。看護師の問診は40分程度行われ、家族歴、既往歴、生活習慣、性経験歴、パートナーについて、性的虐待の有無など、丁寧に聴取し、カウンセリングを行う。性感染症検査の希望については必ず聞くことになっており、ほとんどの場合検査を希望する。看護職によるIUDやノルプラント（長さ2cm、直径2mm程度のレボノルゲストレルという黄体ホルモンが入ったカプセルを腕の皮下に挿入する避妊法）の挿入及び除去、子宮頸癌検診のための細胞診検査は行っていないが、健康上問題がない女性へのOCの処方の判断は行っている。人工妊娠中



写真4 Terveysasema 保健センター
入口にはフィンランド語とスウェーデン語が併記されている

絶後のケアの場合、避妊についての基本的な情報提供、親が中絶について知っているかの確認（親に話すように勧めるが、話すかどうかは本人の意思であり、どの年齢でもクリニックから親に情報提供することはない）、今後の避妊について、どの方法を用いるかを決定する援助を行い、その決定に基づいた避妊手段を提供している。OCであれば3か月分、コンドームは必要と思われる数を提供している。

5. ヘルシンキにおける個別的な若者支援

ヘルシンキにはNGOとして若者への性の支援活動をしているVaestoliitto - The Family Federation（家族計画協会）がある。ここには上級医師（内分泌学・婦人科専門医）1名、助産師（保健師）1名、Youth Worker1名が常駐している。建物の入り口も中も、一目でSexual Health Clinicであることが分からないように配慮され、若者が訪問しやすいようにしている。



写真5 The Family Federation 入り口

訪問者はほとんど女性であるが、対象者はヘルシンキの若者すべてである。この団体の最終目標は、フィンランド国内すべての若者にサービスを提供することである。提供しているサービスは、Sexual Healthに関する情報提供、カウンセリング（電話相談もできる）、教育、教材の開発、社会啓発キャンペーンへの参加である。サービスは無料で受けることができる。

Vaestoliittoの重要な役割の一つに、若者の自立支援がある。若者がSexual Health Clinicを受診するときは、保護者なしに個人としてヘルスケアサービスをうける最初の受診であることがほとんどである。この最初の受診がヘルスケアサービスの印象を決め、今後の医療との関係性を決めるため、若者をクライアントとして大切にすることが重要である。

カウンセリングには十分な時間を取り、受診の目的、このクリニックの情報は誰から得たのか、どのような環境で暮らしているのか、今までどのような治療を受けてきたのか、受診後の処方箋をどの薬局に持っていくのか、その他の行動なども詳細に聞き、若者が今後どのように行動していきたいかをカウンセリングしていく。

IV. 考察

フィンランドでは、性行動開始が早い若者は日本よりも多く、隣国が接しているため、言葉が単一でない、性感染の機会が増えるという状況下にある。これは、日本における10代妊娠・人工妊娠中絶、若者の性感染症罹患率の増加よりも深刻な問題であるともいえる。しかし、問題状況を冷静に把握し、個に届く支援を工夫し具体的な対策を実行していること、親の保護下にある若者であっても、自己決定を尊重することが重要視されている。学校における教育や調査という、対集団への働きかけだけではなく、カウンセリングを丁寧に行い、若者のアクセスが容易なSexual Health Clinicを設立したことにより、北欧4か国の中でも、人工妊娠中絶、10代の母親、性感染症の問題が少ない。

日本においても、若者の人工妊娠中絶、性感染症の罹患は取り組むべき課題として、健やか親子21⁸⁾の課題1「思春期保健対策の強化と健康教育の推進」の中にあげられている。その中で性の健康週間を作りイベントを行う、啓発教材作成事業、専門家の派遣の推進を行っている。それらに対応するように、雑誌で特集が組まれ、リーフレットの配布やWEB上の相談サイトの開設もされ、年に1回専門家を招いた一斉講演を学校で開催している。しかし若者は、「いったい自分のことはどこで相談してくれるのか?」「産婦人科みたいな赤ちゃんを産むところには行きたくない」と受け止めている。

フィンランドの避妊・性感染症予防システムを日本への応用するために必要なものをここで考えていきたい。

1. ヘルスステーションの開設

日本で避妊・性感染症システムを構築するためには、まず若者が容易にアクセスできるSexual Health Clinicのような役割を担うシステムが必要である。東京には家族計画協会がその役割を担っているといえるが、立地、開館時間などを見ると、決してアクセスが良いとはいえない。また日本の人口から考えると、各都道府県に1つ以上の設立が求められる。しかしこれには大きな予算が必要であり、時間もかかる。そのため、医師の常在するクリニックではなく、性の健康の専門家が運営するヘルスステーションの開設が望ましい。できれば若者が利用する既存の施設、献血センターなどを土日夜間に開放しヘルスセンターとすることが有効であると考えられる。

2. 専門家、カウンセラーの育成

日本では誰が避妊・性感染症予防の専門家であるのかという問題がある。助産師は性の専門家であるといわれるが、実際は性に関する教育を受けていない者も多く、コンドームやOCの正確な使用方法を知らないこともある。特にOCは若者の避妊には最適である。しかしながら日本で普及していない。それはホルモン剤に対する不安と、OCの服用説明に関する知識不足の2つが原因である。OCの使用には定期的で確実な服用と飲み忘れ対策の2つが重要であり、服用説明のためには、一定の知識と技術が必要である。

また性は個性性が大きく、生活習慣も影響するため、個別カウンセリングが必要であるが、カウンセリング技術の獲得も簡単ではない。フィンランドでは、先に述べたようにSexual Therapistがおり、相談業務のコース1年、セラピストのコース3年に通い、資格を取得することができる。つまり、カウンセリングは誰にでもできることではなく、訓練が必要なのである。

これらの対応には、医療にも生活支援にも精通した看護職が最適であると考えられる。必要とされている避妊・性感染症予防に対応できる看護職は少ないが、一定の基礎知識・技術はあるため、トレーニングプログラムの活用でこれらの問題に対

応する専門技術を獲得することができる^{9) 10)}。

フィンランドと日本の国民性の違いとして、誰が自分の行動を決定するのか、ということがあげられる。フィンランドでは「自分のことは自分で決める」という自己決定を尊重する国民性があり、カウンセリングにおいても自己決定が重要視されている。日本は、周りの人と同じ状況にいたいという国民性が自己決定に大きく影響を与えている。ヘルスプロモーションには、環境という要因も大きいですが、自己決定が自分を支えることになる。カウンセリングにおいて、この自己決定を支えていくことが、日本での大きな課題になると考える。

V. おわりに

今回、ヘルシンキを中心にフィンランドの避妊・性感染症予防システムを視察し、その結果を報告した。フィンランドの若者がさらされている妊娠や性感染症の状況は日本よりも厳しいものがあるが、現状を分析・把握し、的確な施策を実施することで、若者の避妊・性感染症予防を行っている。日本においては、人口も多いため、国の施策、例えば健やか親子21などは直接の働きかけになりにくい。ため、地域での活動を推進していく必要がある。また性だけでなく、健康を考える上で「自己決定できる」ことは重要であるため、自己決定能力を高める教育も、今後考えていく必要がある。

本調査は、平成21年度文部科学省研究助成金基盤研究（b）（一般）課題番号19390562「避妊・STD予防カウンセリングの開発とウェブを用いたサポートシステムの構築」（代表：成田伸）、および、平成21年度文部科学省研究助成金若手研究（B）課題番号20791733「親が参加する小学生・中学生の健康教育プログラムの開発」（研究代表者：工藤里香）の助成を受けて行われた。

文献

- 1) 中澤智恵：性情報源として学校の果たす役割。日本性教育協会編、「若者の性」白書－第7回青少年の性行動全国調査報告、小学館（東京）、177-198、2013。
- 2) 宮内彩、佐光恵子、鈴木千春他：思春期における性教育としてのピアエデュケーションに関する研究動向。日本思春期学会誌、31(2)；

- 243-251, 2013.
- 3) エリナ・ハーヴィオ・マンニラ, オスモ・コントゥラ,
アンナ・ロトキルヒ:序章. フィンランドにおける
性的ライフスタイルの変容, 大月書店(東京),
13-15, 2006.
- 4) Kontula Osmo: Trends in Teenage Sexual
Behavior, Pregnancies, Sexually Transmitted
Infections and HIV infections in Europe:
Reproductive health behavior of young
Europeans: Council of Europe Publishing.
Population studies, 42(1); 77-137, 2003.
- 5) 外務省: フィンランド共和国基礎データ.
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/finland/
data.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/finland/data.html) (参照2013 - 09 - 20)
- 6) Visit Helsinki ヘルシンキ公式観光サイ
ト. [http://www.visithelsinki.fi/ja/come/
welcome-helsinki/helsinki-and-finland-in-
figures](http://www.visithelsinki.fi/ja/come/welcome-helsinki/helsinki-and-finland-in-figures) (参照2013 - 09 - 20)
- 7) Hitunen-Back E., Ranki A.: Treatment
Services for Sexually Transmitted Diseases:
New Views on Sexual Health, The case of
Finland : The population Research Institute.
167-173, 2000.
- 8) 「健やか親子21」の評価等に関する検討会:
「健やか親子21」第2回中間評価報告書. 厚
生労働省; 7-38, 83-92, 2010.
[http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/
tyuukannhyouka_houkoku2.html](http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/tyuukannhyouka_houkoku2.html) (参照
2013-09-25)
- 9) 野々山未希子, 成田伸, 工藤里香他: 避妊・
性感染症予防カウンセラー育成プログラムの
評価(その1) - プログラム受講者と自己学
習者における知識の獲得状況の比較 -. 日本
母性看護学会誌, 11 (1) ; 27-33, 2011.
- 10) 成田伸, 野々山未希子, 工藤里香他: 避妊・
性感染症予防カウンセラー育成プログラムの
評価(その2) - ロールプレイを用いたカウ
ンセリング技能獲得の評価 -. 日本母性看護
学会誌, 11 (1) ; 35-42, 2011.

看護学部看護系教員共同研究報告

研究課題：家族学級プログラムの開発に向けた基礎的研究

– 助産師に対する教育効果の検討 –

共同研究組織：

研究代表者 角川 志穂

共同研究者 まごーずへいぶん佐藤助産院
佐藤美沙子

執行した研究費総額：

219,793円（配当額：220,000円）

（内訳）消耗品費： 30,558円

旅費交通費： 46,710円

印刷製本費： 0円

人件費： 0円

その他： 142,525円

【目的】本研究では家族学級の実施に向けて、家族介入方法の1つである家族療法に関する教育を助産師に行い、教育実施前後で助産師の家族への介入に対する意識の変化を明らかにすることを目的とした。

【結果】研究への協力に承諾の得られた助産師は3名であった。家族療法について、いずれの助産師も「知らなかった」と答えており、新たな介入方法に興味・関心を示していた。講義では理論的な内容から具体的な介入方法についても示した。講義を聞いただけでは、実践に結びつかないため、初孫を迎える家族を対象にした家族学級（2回にわたるセミナー）を開催し、介入方法に基づき実践をした。学級終了後、3名に対してグループフォーカスインタビューを行った結果、＜介入しすぎない関わり＞＜待つことの大切さ＞といった、教育による意識の変化を感じる意見が出された。

家族療法を用いた家族介入については今後も実践の機会を増やし、その効果を検証していく必要がある。

研究課題：新任期行政保健師が経験した保健師活動と新人保健師の到達目標の主観的達成度

共同研究組織：

研究代表者 関山 友子

共同研究者 春山 早苗（教授），
鈴木久美子（准教授），
塚本 友栄（准教授），
島田 裕子（助教），
青木さぎ里（助教）
栃木県職員保健師（金子敬子），
臼井 雅子（下野市役所），
臼井 優子（壬生町役場），
市川 定子（自治医科大学大学院看護学研究科）

執行した研究費総額：

399,200円（配当額：399,200円）

（内訳）消耗品費： 322,777円

旅費交通費： 26,920円

印刷製本費： 0円

人件費： 0円

その他： 49,503円

北関東圏内の市町村に勤務する採用2年以上～3年未満の保健師130名に、研究協力の自由意思の保証、質問紙の返送をもって研究協力に同意とみなすこと等を記した文書を同封した無記名自記式質問紙を郵送で送付し回収した。回収数（率）は59名（45.4%）。

調査内容は、1.年齢、性別等、2.入職からの1年間に経験した実践内容、3.到達目標の主観的達成度（46項目、6段階評価）とした。IBM SPSS Statistics 21を使用し、3の内的整合性を検証後、t検定により各項目と到達目標の主観的達成度を比較した（ $p < 0.05$ ）。

結果、市町村所属者が53名、都道府県所属者が6名だった為、市町村所属者のデータのみで分析した。

女性51名（96.2%）、平均年齢は26.11歳（SD3.16）。主観的達成度と有意差があったのは、実践内容の20項目と教育体制に関連した6項目であった。

研究課題：触法精神障害者を含む精神障害者の社会復帰に関する研究：栃木県内の訪問看護の実態調査から

共同研究組織：

研究代表者 宮城 純子

共同研究者 板橋 直人, 清水みどり,
半澤 節子,
両毛病院 デイケア室長 岡 由弘

執行した研究費総額：

187,559円（配当額：346,000円）

（内訳）消耗品費： 183,059円

旅費交通費： 0円

印刷製本費： 0円

人件費： 0円

その他： 2,700円

精神保健福祉の施策の動向は、2004年に政府の示す改革ビジョンに「入院中心から地域生活中心へ」と示されたものの、9年経た現在でも精神科病院精神障害者の施設化は大きな変化をみていない。

栃木県のように多くの入院患者を抱える地域において、精神障害者の退院後の在宅生活を支えるしくみとして訪問看護は大きな役割を担う。疾患に起因する対人関係の障害をもつ多くの人にとって、相談できる看護者の訪問は必要な危機介入を早期に支援するには欠かせない。また栃木県では、心身喪失者医療観察法に基づく医療観察法病棟を設置しているが、社会復帰を支援する仕組みとして、早急に訪問看護システムを整備する必要があると考えた。

栃木県内の訪問看護制度の現状を明らかにすることを目的にアンケートを作成し、栃木県内にある精神病院併設の訪問看護部門、訪問看護ステーション等に対し自記式の質問調査票を作成し、配布回収中である。

得られた結果を元に現状や課題を明らかにしていく予定である。

研究課題：食道がん一人暮らし患者における術後
機能障害にともなう困難と対処に関する研究

共同研究組織：

研究代表者 荒木 智絵¹⁾

共同研究者 中村 美鈴¹⁾，小原 泉¹⁾，
村上 礼子¹⁾，松浦利江子¹⁾，
北村 露輝¹⁾，段ノ上秀雄¹⁾，
関 道子²⁾，戸田 昌子²⁾，
弘田 智香²⁾，石岡美登子²⁾

¹⁾ 看護学部

²⁾ 自治医科大学附属病院看護部

執行した研究費総額：

199,707円（配当額：201,000円）

（内訳）消耗品費：	49,806円
旅費交通費：	80,600円
印刷製本費：	0円
人件費：	48,301円
その他（学会参加費）：	21,000円

食道がん術後患者は、手術による形態的・機能的な変化に伴い、術後機能障害が生じる。特に食道がん手術は侵襲が大きいとため、術後機能障害により患者はさまざまな困った体験をし、対処を講じながら生活している。術後機能障害を有する患者の療養において、患者は社会とのつながりを持ち、医療資源を活用しながら生活していく。しかし、術後機能障害の内容や程度と、医療資源の活用に関する困っている内容や問題については明らかにされていない。その内容を明らかにし、支援を検討することを目的に本研究を進めた。

本年度は外来主治医から紹介を受け、患者本人から同意を得られた食道手術後患者5名に「生活上での医療資源の活用に関する困っている内容や問題」について1名当たり30分程度のインタビューを行った。現在は逐語録の作成途中であるが、食事に関する事項、体力の回復に関する事項、趣味・生きがい関連する事項等がインタビューにおいては語られている。医療資源の活用に関する困っている内容や問題の視点から今後分析を進めていく。

研究課題：看護における思考力を高めるためのマ
インドマップ活用方法の検討

共同研究組織：

研究代表者 高山 詩穂

共同研究者 教 授 本田 芳香

教 授 塚原 節子

准教授 里光やよい

講 師 宇城 令

講 師 熊谷 祐子

助 教 滝 恵津

助 教 湯山 美杉

臨床講師

自治医科大学附属病院キャリア

支援センター

師 長 福田 順子

臨床助教 ヌ

主 任 大澤 弘子

自治医科大学医学部メディカル

シミュレーションセンター

助 教 浅田 義和

執行した研究費総額：

254,695円（配当額：352,000円）

（内訳）消耗品費： 117,415円

旅費交通費： 85,760円

印刷製本費： 0円

人件費： 29,520円

その他： 22,000円

迷う】【思考が混乱する】【正解を求める】【基礎的知識の不足】の4つのカテゴリーに分類された。

【考察】MMは、学生の思考プロセスを可視化し、考えを深めることを促すツールとして活用できる可能性がある。

【目的】看護過程展開演習における思考力向上を目指したマインドマップ（以下、MMとする）活用方法について検討する。

【研究方法】A 大学看護学部2学年のうち同意を得られた18名を対象に、MM を用いた看護過程の展開演習後に、フォーカスインタビューを行った。A大学倫理審査委員会の承認を得た。MMを用いた関連図作成時の思考の広がりや気づき等について、一文一義で抽出し、類似した意味内容を分析した。

【結果】MMを用いた演習について、「思考を促進する側面」「思考を妨げる側面」の2つの大カテゴリーが抽出された。「思考を促進する側面」は、【思いをめぐらす】【思考を可視化することによってわかりやすくなる】【書き出しのきっかけとなる】

【患者への関心が高まる】の4つのカテゴリーに分類された。「思考を妨げる側面」は、【書き方に

研究課題：自治医科大学附属病院における看護専門外来開設に向けての体制作り
–他職種から見いだされる課題–

共同研究組織：

研究代表者 村上 礼子¹⁾

共同研究者 松浦利江子¹⁾， 中村 美鈴¹⁾，
小原 泉¹⁾， 北村 露輝¹⁾，
段ノ上秀雄¹⁾， 荒木 智絵¹⁾，
朝野 春美²⁾， 関 道子²⁾，
渡辺 芳江²⁾， 前原多鶴子³⁾

¹⁾ 看護学部

²⁾ 看護部

³⁾ 地域医療連携部

執行した研究費総額：

123,848円（配当額：124,200円）

（内訳）消耗品費： 77,448円

旅費交通費： 0円

印刷製本費： 0円

人件費： 46,400円

その他： 0円

「在宅療養指導料」が新設され，看護専門外来・看護外来等が200床以上の病院で多数設置され，今後も増えていくことが期待され，診察・治療をする医師とともに，看護師が患者の生活調整のための業務に従事することが多くなっている。しかし，外来医療・看護が変化しているにもかかわらず，外来看護の体制は積極的な改革は認められず，外来において看護の専門性をより発揮するためには多くの課題がある。そこで，先行調査で課題となった【他職種（医師）との調整不足】について注目し，他職種，特に外来医療の中心となる医師からの外来看護師や看護専門外来に対する期待や課題について明らかにし，看護専門外来の開設・運用に活用することを目的に研究を進めた。

本年度は外来医長またはそれに相当する医師で同意が得られた者8名に「外来医師が感じている，または考えている外来看護師や看護専門外来に対する期待や課題」について，30-70分程度のインタビューを行った。現在，逐語録を作成し，分析途中ではあるが，積極的な家族への介入の期待や専門職としてのアピール不足，地域施設との連携・調整への期待などの意見がだされている。

研究課題：神経内科病棟の看護師が獲得している
ベッドから車いすへの移乗動作技術の
暗黙知

共同研究組織：

研究代表者 滝 恵津

共同研究者 本田 芳香, 塚原 節子,
里光やよい, 宇城 令,
熊谷 祐子, 高山 詩穂,
湯山 美杉
自治医科大学附属病院看護部
(神経内科病棟)：
樋口 一江, 鈴木 志
自治医科大学附属病院看護部
(リハビリテーションセンター)：
大澤かおる

執行した研究費総額：

126,070円（配当額：144,000円）

（内訳）消耗品費（文具・書籍）：62,240円

旅費交通費（看護技術学会参加）：
58,830円

印刷製本費：0円

人件費（模擬患者依頼）：5,000円

その他：0円

能の活用を判断」「学んだ知識（ボディメカニクス）の活用を判断」「患者が移乗しやすいような声かけを判断」「患者にとっての苦痛・不快な状況を判断」の大カテゴリーが6つ抽出された。

【考察】臨床看護師は患者・看護師双方にとっての安全・安楽を常に考え移動技術動作を判断していること、人としての尊厳を護るため常に患者にとっての安楽を考え判断していると考えられた。

【目的】神経内科病棟の看護師が獲得しているベッドから車いすへの移乗動作技術の暗黙知を言語化し、今後の看護技術の向上と看護教育への発展に寄与する。

【方法】A大学病院の神経内科病棟に勤務する臨床看護師4名を対象に、模擬患者を用いて移乗動作方法を撮影した。撮影された画像を各自視聴してもらい、自己の感じたことや考えたことを対象者間で自由に話し合ってもらった。話し合った内容を逐語録に起こし、暗黙知の一部である臨床看護師の判断に関する質的記述的分析を行った。倫理的配慮として、文書と口頭にて説明を行い、本研究は看護技術の良し悪しを評価するものではないことを強調した。

【結果】対象者の属性は、神経内科病棟経験年数4年～15年であり、所属師長の推薦を受けたものであった。神経内科病棟の看護師が獲得しているベッドから車いすへの移乗動作技術の判断に関する暗黙知は、「患者・看護師の移乗動作前の準備状況を判断」「ベッド・車いすの付加機能の活用を判断」「患者の身体状況から看護師の身体機

研究課題：婦人科がん臨床試験に参加する患者の
意思決定支援に関する研究

共同研究組織：

研究代表者 看護学部准教授 小原 泉

共同研究者 看護学部教授 本田 芳香

附属病院看護部

臨床講師（4階東病棟師長）

竹野井さとみ

同上 臨床講師（第二外来師長）

渡辺 芳江

同上 臨床助教（4階東病棟主任）

手塚 芳美

同上 臨床助教（3階西病棟主任）

大貫 晃子

同上 臨床助教（第二外来主任）

上野 充代

執行した研究費総額：

127,059円（配当額：236,500円）

（内訳）消耗品費： 23,729円

旅費交通費： 62,330円

印刷製本費： 0円

人件費： 0円

その他： 41,000円

臨床試験についての既存の情報提供ツールの課題を明らかにすることを目的に、当院附属病院婦人科がん領域の2つの臨床試験の患者用説明文書について、内容の妥当性や読解上の難易度を評価した。延12名の看護師による評価の結果、現在使用している臨床試験の患者用説明文書には大きな問題はないが、専門用語についてさらにわかりやすい表現に改善することで臨床試験についての患者の理解度向上につながることを示唆された。

このような説明文書を用いた情報提供方法も含めた、臨床試験参加に伴う患者の意思決定支援について事例検討会を開催した。26名の看護師が参加し、がん看護専門看護師によるスーパーバイスを受けた。その結果、がん告知、機能障害を伴う手術そして術後化学療法を短期間に経験する患者の治療に対する気持ちに変化することは当然であり、患者の意志を継続して確認すること、患者の選択を尊重し力を引き出していく看護の重要性が確認された。

研究課題：精神科看護職者の仕事の認識と患者に
示す感情が心身に及ぼす影響について
-ワーク・エンゲイジメントと看護師
の感情労働、健康関連QOLとの関連に
着目して-

共同研究組織：

研究代表者 板橋 直人

共同研究者 宮城 純子, 小池 純子,
半澤 節子, 永井 優子,
海発 規夫 (社会福祉法人ブロー
ニユの森)

執行した研究費総額：

165,800円 (配当額：165,800円)

(内訳) 消耗品費： 165,800円

旅費交通費： 0円

印刷製本費： 0円

人件費： 0円

その他： 0円

看護師自身の感情はケアの構成要素として適切に評価する必要がある。また、看護師は患者に対して適切な感情表現をするために、自己の感情表出抑制が生じやすく、感情労働は看護師のメンタルヘルスに大きな影響を与える要因のひとつである。

そこで、本研究は精神科看護職を対象に、仕事に関する認識と患者に示す感情的な関わりの特徴を明らかにし、心身に及ぼす影響について検討することを目的にしている。

データ収集については、信頼性妥当性の得られた既存の評価尺度を含む無記名の自記式質問紙調査票を用いて行う。調査内容は、基本属性として、研究対象者の性別、年齢、資格の種類、職位、看護師経験年数、精神科経験年数、所属している病棟の種類、ソーシャルサポートの有無である。使用尺度はワーク・エンゲイジメント尺度 (Utrecht Work Engagement Scale; 日本語版 UWES 短縮版) と看護師の感情労働測定尺度 (Emotional Labor Inventory For Nurse, ELIN), SF-8 (SF8 Health Survey) である。現在、調査票を配付し回収している。

研究課題：子どもの終末期におけるきょうだいへの
支援の検討

共同研究組織：

研究代表者 横山 由美

共同研究者 齊藤 正恵, 黒田 光恵,
小林 京子, 玉村 尚子

執行した研究費総額：

34,664円（配当額：192,100円）

（内訳）消耗品費： 9,484円

旅費交通費： 円

印刷製本費： 円

人件費： 3,000円

その他： 22,180円

終末期は子どもと家族にとって耐えがたいほどの苦痛を抱える時期である。特に、10代の思春期から青年期に当たる多感な時期にあるきょうだいにとって、同胞との死別は、その後の成長発達の過程に大きな影響を与える。そこで本研究では、小児がんで亡くなった子どものきょうだいの体験を明らかにし、小児がんで終末期にある子どものきょうだいに対する看護支援を検討する。

自治医科大学倫理審査委員会の承認を得た後、研究対象者1名に半構造的インタビューを1回（1時間）行った。質的帰納的に分析した結果、「妹に会いたい」「姉としての役割をとる」「きちんと知りたい」「甘えられない寂しさ」「いつ死ぬのかという不安」の5つのカテゴリーが生成された。姉役割をとるという我慢と、親に甘えたいという寂しさを感じながら、終末期である妹の死がくる不安を常に抱えていることが明らかになった。看護職はきょうだいがいくつかのアンビバレントな感情を抱えていることを理解した支援を考えていく必要がある。

研究課題：経験豊富な看護師の行う清拭技術の分
析

– 言語化されない技術の検証 –

共同研究組織：

研究代表者 熊谷 祐子

共同研究者 教授 本田 芳香

講師 宇城 令

講師 高山 詩穂

助教 滝 恵津

執行した研究費総額：

78,349円（配当額：85,900円）

（内訳）消耗品費： 17,219円

旅費交通費： 48,830円

印刷製本費： 0円

人件費： 12,300円

その他： 0円

【目的】 経験豊富な看護師の清拭の技術进行分析し
言語化し教材開発に寄与する。

【研究方法】 S 病院の師長より推薦された2名の
経験豊富（10年以上）な看護師2名による清拭の
技術を撮影し，その後看護師2名，師長，共同研
究者3名で映像を見た後にグループインタビュー
を行った。映像から感じたことをインタビューし
その内容を一文一義で抽出し，類似した意味内容
を分析した。倫理的配慮としては，看護師2名と
患者2名には，事前に師長同行のもとカメラの設
置場所と撮影時のイメージを説明し，患者には，
顔が映った場合は，削除することを説明し同意を
得られた。

【結果】 分析の結果は，「統合された技術」と
「洗練された技術」の大カテゴリーが抽出され
「統合された技術」は，①準備が万全②観察し瞬
時に対応③コミュニケーションが頻回④安全な
技術⑤安楽な技術の5つのカテゴリーに分類さ
れた。「洗練された技術」は，①自動化されたプ
ライバシーの保護②経験から身についた技術③無
意識に行える技術の3つのカテゴリーに分類され
た。

【考察】 経験豊富な看護師の技術は，今後基礎教
育においては，技術が統合された姿を教材にし，
臨床の場における新人教育では，看護の先輩の洗
練された技術をもとに看護を行う上でのキャリア
アップに大きく影響を与えるものとする。

研究課題：看護基礎教育および卒後教育で使用する装着型関節拘縮体験シミュレーターの検討

共同研究組織：

研究代表者 宇城 令¹⁾

共同研究者 川上 勝¹⁾，高山 詩穂¹⁾，
浅田 義和³⁾，鈴木 義彦³⁾，
寺山 美華²⁾，野沢 博子²⁾，
井上 和子²⁾，河野龍太郎³⁾

¹⁾ 看護学部

²⁾ 附属病院

³⁾ メディカルシミュレーションセンター

執行した研究費総額：

62,375円（配当額：75,750円）

（内訳）消耗品費： 40,005円

雑 費： 10,000円

印刷製本費： 0円

人件費： 0円

賃借料： 0円

その他： 12,370円

本研究の目的は、よりリアリティのある教育を行うために、対象のセルフケアレベルを設定できる装着型関節拘縮体験シミュレーターを試作・検討することである。

基本仕様の試作・検討は、毎月の会議において試作品を着用し、改善を繰り返した。想定モデルは、上下肢の麻痺など主として肩関節、肘関節、手関節、腰部、膝関節の動きを固定したものであり、日常生活動作が制限されている状態を経験できるように検討した。主な課題は関節可動域の調整、関節の固定具合、皮膚など人体への安全性、装着のしやすさなどの実用可能性についてであった。さらに、実際のユーザーとなる看護学生に対しても試着した感想を聞き、改善を繰り返した。現在、重さや金属細部の処理、見た目などに課題を残すが、おおよそ学生一人で装着が可能であり、肘関節、手関節、膝関節については予定どおり固定できるものを作成できた。今後は、軽量化と安全性を確認し開発に向けていく予定である。

研究課題：第3次周産期医療センター内における
新生児蘇生法の課題分析と臨床側と教育側の共同的な推進の方略の検討と実践

共同研究組織：

研究代表者 谷田部仁子

共同研究者 成田 伸（看護学部 教授）

野々山未希子（看護学部 教授）

望月 明見（看護学部 助教）

金田 陽子（附属病院NICU主任・臨床助教）

大貫 晃子（附属病院産科病棟・主任・臨床助教）

田中 純（附属病院産科病棟・主任・臨床助教）

塚田 祐子（附属病院産科病棟・主任・臨床助教）

竹田まゆ美（大学院看護学研究科院生）

能登 桃子（大学院看護学研究科院生）

執行した研究費総額：

245,221円（配当額：250,000円）

（内訳）消耗品費： 60,231円

旅費交通費： 38,400円

印刷製本費： 0円

人件費： 0円

その他： 146,590円

本研究は、第3次医療機関の周産期医療スタッフにおける新生児蘇生法（NCPRと略）に関する現状を分析し課題を明らかにすると共に、現状の改善方策を考えることを目的とした。

まず、NCPR講習会を開催するには講習会を主となって開催できるインストラクターの養成が必要であり、そのため共同研究のメンバーがインストラクター講習会に参加することとした。共同研究メンバー4名がインストラクター受講を申し込んだが、受講申し込み集中のため2名しか受講が許可されなかった。受講した2名はインストラクターの資格を取得した。講習会は新生児蘇生法「専門」コース講習会として2012年12月11日、2013年3月18・19日、計3回開催し、計27名の参加が得られた。

また、現状を把握するための調査については、

質問紙内容を検討し、倫理審査を受審し許可を得た（疫12-59）後に、2013年1月28日～3月15日の期間で、第3次医療機関の周産期医療に関わる医師、看護職を対象に行った。回収率69.6%、有効回答96部（66.2%）であった。現在結果を取りまとめている最中であるが、結果の概要としては、NCPR取得状況では「専門」及び「一次」コース合わせ68.3%が取得、NCPRに関する知識と技術の平均は3.2（SD=1.2）点と高い自己評価得点であった。調査結果は、第15回日本母性看護学会学術集会等において発表予定である。

平成24年度は基礎的な講習会の開催に留まった。NCPRは知識の更新が必要であり、また毎年職員の入れ替わりがあることから、今後とも基礎的な講習会の開催、フォローアップのために基本的手技を復習できる機会と場の提供を、定期的・継続的に行っていく必要があり、それには臨床現場と教育現場が協働して実践・研究を進めることが必要と考える。

研究課題：看護学生向けICLSコースプログラムの教育効果に関する研究

共同研究組織：

研究代表者 川上 勝¹⁾

共同研究者 中村 美鈴¹⁾，里光やよい¹⁾，
村上 礼子¹⁾，熊谷 祐子¹⁾，
小林 京子¹⁾，荒木 智絵¹⁾，
滝 恵津¹⁾，井上 和子²⁾，
小谷 妙子²⁾，河野龍太郎³⁾，
浅田 義和³⁾，鈴木 義彦³⁾，
早瀬 行治⁴⁾

¹⁾ 看護学部

²⁾ 自治医科大学附属病院看護部
(メディカルシミュレーション
センター兼務)

³⁾ メディカルシミュレーションセン
ター

⁴⁾ 卒後臨床研修センター

執行した研究費総額：

87,548円 (配当額：97,700円)

(内訳) 消耗品費： 43,258円

雑 費： 15,000円

その他： 29,290円

これまでに、看護学生向けICLSプログラムには、事前課題学習や病棟急変場面でのアドバイス、学習到達目標やチーム医療に関する説明の必要性が明らかとなった。そこで、これらの項目を加えたプログラム（以下、改良プログラム）を看護学部4年生対象に実施し、その教育効果を検証した。

対象者には、受講前に調査票を配布し、受講直後に質問項目を回答するよう依頼した。質問項目は、手技等の理解度と病棟急変場面の役割遂行に関する内容とした。回答結果を単純集計し、従来プログラム受講者と改良プログラム受講者で比較した。また、病棟急変場面における看護教員の発言内容を記録し分析した。

学生への調査から、受講前の除細動器及び気道管理と受講後の病棟急変でのリーダーの役割に関する理解度が高まったことが明らかとなった。また、安全確認から応援要請やモニタ設置、除細動器取扱いに関する役割は対象者のほぼ全員が「できそう」と答えた。一方、ルート確保や薬剤準備・投与、リーダー役割遂行について「できそ

う」と答えた対象者は全体の3割未満だった。また、病棟急変場面における看護教員の発言内容を分析した結果、アドバイスは役割交代時と実施時に行われていた。また、各役割の手技を補足的に説明していた。

以上から、改良プログラムではトレーニング項目の習得に効果があるといえる。また、看護教員によるアドバイスによって、急変場面における役割遂行の理解は高まったと考えられる。一方、薬剤投与に関する手技やリーダー役割遂行に自信が持てていない傾向にある。そこで、注射や輸液管理に関する専用シミュレータの開発やリーダー役割を体験するための教育的しかけを検討する必要があると考える。

尚、この研究の一部は第5回日本医療教授システム学会に発表した。

第12回自治医科大学シンポジウム ポスターセッション抄録

所 属 看護学部
 職 名 准教授
 氏 名 小原 泉
 共同研究者 村上 礼子, 吉田 紀子,
 段ノ上秀雄, 樺山 定美,
 安藤 恵, 中村 美鈴
 発表課題名 看護過程演習におけるグループ学習
 の教授方法の課題

【結論】限られたグループワーク時間の中で、課題の多い学生の学習意欲を高める教授方法について、多くの教員が課題を認識していた。グループ編成や時間数の再検討、グループダイナミクスを活用する教授方法の実践知の蓄積と共有により、より効果的なグループ演習を実現したいと考える。

要 旨

【背景・目的】看護過程とは個別のかつ人間的なケアを実践するための問題解決アプローチであり、専門職として適切な看護実践を行う上で有用である。本看護学部の成人看護学では、看護過程を学び理解を深める目的で2年次と3年次に事例を用いた演習を行っており、3年次の演習は臨地実習で実際の患者に看護過程を用いた看護実践を行う前段階の授業として重要である。3年次の看護過程演習におけるグループ学習の教授方法の課題を明らかにする目的で、本研究を行った。

【方法】対象は平成24年度および平成25年度に3年次の看護過程演習を担当した教員延べ12名である。独自に作成した「看護過程演習指導自己評価票」への担当教員による回答内容について単純集計を行い、自由記載を求めた回答理由との関連を検討した。

【結果】「グループワーク」の時間数は、25年度担当教員の半数が「時間不足」と回答し、24年度より増加していた。「学習意欲の低い学生への適切な指導」「発言の少ない学生への関わり」については、25年度担当教員の約8割が「改善を要する」と回答し、24年度より増加していた。「改善を要する」と回答した担当教員が約8割だった「学習意欲の低い学生への適切な指導」「発言の少ない学生への関わり」の主な回答理由は、「言葉をかけても学生が何に困っているのか把握しにくい」「意欲の低い学生が自ら表現できたことに関心に向けグループ学習につなげようとしても、グループダイナミクスが効果的に働かない」「課題の多い学生の特徴を理解して働きかけても、学生の意欲を引き出せない」「グループダイナミクスの悪いグループが複数あり、支援が難しい」「グループ人数が多いとグループダイナミクスが効果的でない」であった。

所 属 Critical care nursing science,
Graduate School of nursing in Jichi
Medical University
職 名 Graduate School of nursing, the first
year of master's programs
氏 名 Gao XiaoLin
発表課題名 **The state and the nursing support
of the postoperative dysfunction
of gastric cancer patient in the
northern part of China**

The Abstract

1. Background:

For the postoperative of gastric cancer patient, the nursing research were reported on: the rate of incidence of a patient's postoperative complications falls after performing body observation, monitor observation, nutrition management, and a mouth care and got the high lever of nursing effect. Nursing intervention shortens a postoperative gastric cancer patient's time of recovery, and duration of hospitalization, and raises a degree of satisfaction. The body of the gastric cancer patient is condition of stress, and the offer of the has close relation to the recovery of a gastroenteric function. The result in which the body has remarkably recovered on the 8th day after the operation who offered the enteral nutrition by Emergency Care as compared with the operation has been obtained. Analyze the cause of a postoperative gastric cancer patient's displeasure, and less than postoperative 24 hour of being environment, the influence of a respirator and a monitor, less than postoperative 5 day of management of a tube and the care of a life support ,less than postoperative 10 day of change of a food form, such as liquid food, and influence of the others of the sickroom are mainly clarified. Moreover, the action of a patient's self-extubation before an operation explanation less than postoperative instruction has been reported by management of the tube. In postoperative complications, postoperative belch condition arose and has affected the patient's

sleep situation, the respiratory function. As the nursing assistance, in order to guarantee a patient's sleep and control of a pain, a suitable sedative and a Patient Controlled Analgesia (PCA) treatment are performed and it is said to postoperative belch condition that training of a deep breath is required. Therefore, the pain of the patient is reduced by the nursing intervention. In addition, abdominal feeling of the distension, heartburn, vomiting are relaxed. As an objective scale about a postoperative condition and QOL, it is QLQ-C30 and QLQ-STO22 are most applied in China. Using this scale, the digestive symptom was the most affect factor on the quality life of postoperative gastric cancer patient was clarified in China.

2. Purpose

Literature review on postoperative dysfunction about the gastric cancer patient in northern China and to clarify the subject on nursing.

3. Method

PubMed was used. With the keywords of 「nursing」 「postoperative dysfunction」 「gastric cancer patient」 were searched in the English literature from 2004 to December, 2013.

4. Result

Gastric cancer patient in China is increasing every year. In it, various intervention is considered about the effective nursing intervention to the postoperative gastric cancer patient, and it is also clear that the postoperative digestive symptom has influenced the quality of life. However, the actual condition of the postoperative gastric cancer patient dysfunction is not clarified in China. Therefore, many of gastric cancer patients who underwent the operation may have the condition which arises by a postoperative dysfunction after leaving hospital, how to living and controlling dysfunction in the long run, what is the countermeasure were not understood are predicted.

5. Conclusion

The patient after the operation of a review of English literature had the high concern about nursing support. However, the actual condition of the postoperative gastric cancer patient dysfunctional is not clarified in China. And I thought that the postoperative dysfunction needed to be evaluate. According to the grade of a postoperative dysfunction, I think that investigating about nursing support is a future subject.

所 属 自治医科大学大学院 看護学研究科
クリティカルケア看護学
職 名 博士前期課程1年
氏 名 松沼 早苗
発表課題名 術後疼痛を緩和するための看護師による術前のかかわりに関する文献レビュー

要 旨

I. はじめに

術後鎮痛管理を適切に行うことは周術期管理上きわめて重要であり、術後疼痛緩和は、患者の不安軽減、術後合併症の予防、術後患者のQuality Of Life (以下QOLとする)の向上、早期離床などを促すといわれている(山陰, 2011)。看護師の術後疼痛緩和に関する術前のかかわりから、効果的な疼痛緩和の支援を行うことができないかと考えた。以上の背景から、術後疼痛の緩和に関する術前からのかかわりの現状と課題を明確にする必要があると考えた。

II. 研究方法

医学中央雑誌Web版(Ver.5)、Pub Med、CINAHLを使用した(2004年から2013年6月 原著文献が対象)。Key wordsは表1の通りである。

III. 研究結果

術後疼痛を緩和するための看護師による術前のかかわりに関する研究は、表の1の通りであった。今回は国内文献11件、海外文献7件の計18件を対象とした。

患者は、術前に術後疼痛の緩和について説明を受けることにに対し肯定的で(田中, 2008)、特に関心が高かったものは、術後鎮痛について(秦, 2007)であった。術後患者は鎮痛薬をできるだけ使用しないほうが良いという認識から痛みを我慢している現状もあった(奥田, 2008)。

疼痛管理についての説明を受けることで、患者

は正しい予備知識を得て、術後疼痛の軽減につながると報告されていた(唐沢2003, 田作2007, 角谷2007, 奥田2008, Sung-JunHong, 2012)。

薬理的な介入に関する研究では、患者自己調節鎮痛法(Patient Controlled Analgesia以下PCAとする)に関する報告が多かった。PCAの器械体験をし、操作に対する自信をつけてもらうことは精神的安定にも効果的であること(角谷, 2007)や、マルチメディアを用いた説明により効果的な鎮痛効果が得られた結果があった(Mei-Ling, 2007)。しかし一方で、PCAの術前説明の内容を術後に記憶していない高齢患者が多く存在した(奥田, 2008)。またPCAによる疼痛管理に対し、看護師のポジティブな発言は鎮痛緩和に効果的な結果をもたらすという報告があった(F.Wang, 2008)。

術後経過に関する説明は、患者の満足度が高まり(伊藤, 2009)、鎮痛薬の適切な使用、安全・安楽を整える援助が術後の早期離床の促進因子となったと報告があった(竹本, 2008)。離床を促進する要因は、効果的な鎮痛、看護師との関わり、患者の意欲、術前後のイメージが上位であった(土志田, 2003; 杉本, 2003)。

IV. まとめと今後の課題

術前の患者は術後疼痛について特に関心が高く、疼痛管理について術前から説明を受けることで、正しい予備知識を得て未来への不確実性による不安が緩和され、術後疼痛緩和に対し有効であったことが報告されていた。しかし患者説明のタイミングや回数、内容についての具体的な方法は明らかになっていなかった。

薬理的な看護介入に関する研究では、患者はPCAを自己管理することで疼痛コントロールが良好であること、医療者への気遣いがいらぬことで肯定的な意見があったが、一方では鎮痛薬への懸念から使用を控えたり、PCAの機器の操作についての不安、高齢者の理解不足などの問題が

表1 文献検索の結果

Key words			国内	海外	合計
患者教育: patient instruction	術前オリエンテーション: pre-operative instruction		46	31	77
		and 術後鎮痛: post-operative pain	3	1	4
		and PCA: patient controlled analgesia	2	2	4
		and 患者満足: patient satisfaction	2	3	5
		and 看護実践: nursing	0	1	1
		and 早期離床	4	ND	4

あった。術前に効果的な薬剤の使用やPCA機器の操作、機器のトラブル対応、高齢者に対する説明などを検討すべきと考える。

非薬理的な介入では、術後の経過に関する説明や段階的な離床動作の体験指導などの安全・安楽を整える援助に満足度が高く、早期離床の促進にもつながった。しかし術式別での離床動作の体験指導についての研究報告は見当たらなかった。離床の要因には疼痛緩和が大きく影響しているため、薬物療法と非薬物療法の併用を含めた看護介入が重要と考える。

今回の文献レビューから、術前の看護師によるかかわりや、ガイダンスのようなかかわりが見い出された。その詳細を探求することが今後の課題である。

参考文献

- 1) 山蔭道明：標準麻酔科学. 19章. 術後管理 術後鎮痛. 医学書院 (東京), P194-195, 2011
- 2) 秦恒彦：麻酔科術前診察に関するアンケート調査とその結果. 臨床麻酔 vol.31. No.5. 2007. 5
- 3) 奥田淳：PCAによる術後疼痛管理を受けている患者の体験. 日本クリティカルケア看護学会誌 vol. 4. No. 2 ; 27-36, 2008
- 4) 唐澤朋子：PCAが主体的な離床に有効であったと思われる症例. 甲信救急集中治療研究. 19(1);41-43, 2003
- 5) 田作利恵：手術前オリエンテーションの改善に向けた調査研究. 名古屋私立大学病院看護研究集録 2006号 ; 87-90, 2007
- 6) 角谷真友花：術後患者のPCA使用時の思い. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 Vol.3; 172-175, 2007
- 7) 竹本有希：術後患者の離床を促進する看護師の関わり. 第39回日本看護学会論文集（成人看護Ⅰ）; 9-14, 2008
- 8) 杉本倫未：術後疼痛の先制コントロールー早期離床の疼痛に着目してー. 第33回日本看護学会論文集（成人看護Ⅰ）; 3-5, 2002
- 9) 土志田智子：術後患者の離床を促進する看護介入の検討. 第34回日本看護学会論文集（成人看護Ⅰ）; 105-107, 2003
- 10) Sung-Jung Hong and Eunjoo Lee: Effects of structured educational programme on patient-controlled analgesia(PCA) for gynaecological patients in South Korea. journal of nursing. 21, 3546-3555, doi : 10. 1111/j; 1365-2702, 2011
- 11) Mei-Ling Yeh PhD, RN: Using a patient-controlled analgesia multimedia intervention for improving analgesia quality. 2007 The Authors. Journal compilation 2007 Blackwell Publishing Ltd doi: 10. 111/j; 1365-2702. 2006. 01770.
- 12) F.WANG, X. SHEN, S. XU, et. al: Negative words on surgical wards result in therapeutic failure of patient-controlled analgesia and further release of cortisol after abdominal surgeries, MINERVA ANESTESIOI. 2008;74:353-365

所 属 自治医科大学大学院看護学研究科
クリティカルケア看護学
職 名 博士前期課程1年
氏 名 町田 真弓
発表課題名 **クリティカルケア領域における患者
家族不在時の治療決定に関する文献
レビュー**

要 旨

【背景】

クリティカルケア領域では、患者が意思決定できない状態や状態の変化時に、家族が不在ことが多い。救急医療における終末期医療に関するガイドライン¹⁾では「本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合」は、「医療チームによる判断や対応は患者にとって最善の対応であること」としている。そのため医師は、救命できる可能性がある患者に対し治療方針を決定し、最善の医療を提供しなければならない。また、クリティカルな状況に陥った患者がおかれる環境は、患者の人間の尊厳を尊重するよりも治療を優先し²⁾、ケアや処置が医療者側の都合で進められる状況³⁾となっている。このような場面でケアを提供している際、倫理的側面において、ジレンマがあるのではないかと感じるが多かった。これは、複数の看護師も感じていたが、そのジレンマは経験値に過ぎなかった。

このためクリティカルな状況にある患者の家族不在時の治療に関して明らかにすることで、今後の看護実践の示唆を得ることができると考えた。

【目的】

クリティカルケア領域における患者家族不在時の治療決定に関する文献レビューを行い、看護実践の課題を明確にする。

【方法】

医学中央雑誌Web版 (Ver.5)、Pub Med、CINAHLを使用し、2003年～2013年6月までの原著文献を対象とした。

Key Wordsは「葛藤: conflict」、「ジレンマ: dilemma」、「クリティカルケア: critical care」、「集中治療: intensive care」、「救急医療: emergency care」とした。

【結果】

Key Wordsの組み合わせ検索によって抽出され

た結果、国内文献は抽出文献の整理で18件、海外文献は3件であった。

国内の研究では主にクリティカルケア看護を提供する救急外来、集中治療室の看護師が体験する倫理上のジレンマに関する研究、終末期医療におけるケアに対する研究が多かった。また、NICU看護師の施設間情報共有についての研究や精神科急性期病棟での研究、看護師の自己決定に関する研究、患者の行動抑制や自殺企図に関する研究が行われていた。

海外では検索に該当した文献が少なく、筋委縮性側索硬化症に関する倫理的ジレンマについての研究、NICU看護師の倫理的な行動をうらなうものとしての倫理的ジレンマに関する研究、自発的に飲食を中止した場合の倫理的ジレンマについての研究であった。クリティカルな状況にある患者の治療に関する研究はなかった。

【まとめと今後の課題】

文献レビューの結果から、看護師が認識する倫理的ジレンマは医師や同僚との関係によるものが多く、また初療での患者や家族に対しての意思決定やケアに関わる看護師の困難、集中治療室での看護師の戸惑いが明らかになっていた。また対処については「話しやすい環境作り」や「医師との協力体制の構築」が示されていたが、家族不在時の治療決定に関する看護師のジレンマについては明らかにされていなかった。

今後はKey Wordsを変更して文献検索を行い、クリティカルケア領域における患者家族不在時の治療決定に関する看護師のジレンマについて明らかにし、その対処法と看護実践への示唆を得ることが課題である。

文献

- 1) 日本救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言 (ガイドライン)」
<http://www.jaam.jp/html/info/2007/info-20071116.htm>
- 2) 脇屋友美子、佐藤富美子：集中治療室の看護師が直面する倫理上の戸惑いと対処。日本看護学会誌、14(2)：32-39、2005。
- 3) 原幸子、田中雅重、泉谷恵子：看護師の倫理的意識に関する現状の問題点と今後の課題。第43回日本看護学会論文集 看護総合、275-278、2013。

(平成19年4月1日制定)

改正 平成26年1月7日

自治医科大学看護学ジャーナル投稿規程

1. 投稿資格

投稿できる筆頭著者は、投稿の時点で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、「論文」、「総説」、「実践報告」、「資料」とし、編集委員会が適当と認めたものとする。

4. 原稿の定義

a. 論文

独創的で新しい知見が論理的に示されており、看護学の発展に寄与すると認められたものとする。論文の形式は、緒言、研究対象および研究方法、結果、考察、結論、引用文献の順とする。

b. 総説

看護学に関わる特定に分野やテーマについて1つ又はそれ以上の学問分野における知見を幅広く概観したものとする。

c. 実践報告

看護実践や教育に関わる新しいもしくは有用な技術や方法などを報告したものとする。

d. 資料

論文、実践報告ほど独創性は高くなくとも、看護学に関連する提案、提言、調査などの報告とする。

5. 投稿原稿の採否

投稿原稿の採否は、1編につき2名の査読員（必要時は、学外査読委員）による査読を行い、自治医科大学看護学ジャーナル投稿論文規程に基づいて編集委員会で決定する。

6. 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。

7. 投稿要領

1) 原稿枚数

- i 「論文」、「総説」は刷り上がり12ページ以内とする。(図・表・写真を含む)
- ii 「実践報告」「資料」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

- i 原稿は、A4判、横書きの用紙を用いて、1頁44字×45行2段組とする。
- ii 英文の場合は、A4判ダブルスペースとする。

- iii 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

- i 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、3-4語程度のキーワードを記載する。
- ii 原稿の2枚目には、400字程度の和文抄録をつける。論文を希望する場合は、これに加えて250words程度の英文抄録と3-4wordsの英語キーワードをつける。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。
- iii 原稿3枚目以降が本文とする（以下原稿の構成参照）
- iv 論文投稿者は、論文ページ数、行数を挿入して提出する。

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. 結論
- 文献

5) 図、表および写真

図、表および写真には、図1、表1、写真1などの通し番号、ならびに表題をつけ、本文とは別に一括し、原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。図、表および写真は、原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。なお、カラー写真を掲載する場合、その費用は著者負担とする。

6) 倫理的配慮

論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は、「研究方法」の項で倫理的配慮をどのように行ったのかを記載する。

7) 文献の記載様式

- (1) 文献は、本文の引用箇所の肩に¹⁾、^{1~5)}などの番号で示し、本文の最後一括して引用番号順に記載する。文献の著者は、省略せずに全員を記載する。
- (2) 雑誌名は、原則として省略しないこととするが、省略する場合は、和文のものは日本医学雑誌略名表（日本医学図書館編）、英文のものはIndex Medicus所蔵のものにしたがう。
- (3) 文献の記載方法は、次の例にしたがう。著者名は、和洋文献共に3名までとする。

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，乙坂佳代他：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., et.al : 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.

- (4) 特殊な報告書、投稿中原稿、私信など一般的に入手不可能な資料は、原則として引用文献としては認められない。

8. 投稿原稿の提出

- 1) 投稿原稿の受付は、通年受付とし、随時投稿された原稿は投稿された時点から査読を開始する。査読期間は約4週間、原稿修正期間は約4週間を目安とする。なお、当該年度の9月末日までに投稿した場合は、査読の結果により当該年度の号に掲載可能となる。
- 2) 投稿原稿の提出は、上記の原稿および図・表・写真を、パスワードを付けて、hensyuu@jichi.ac.jpに添付ファイルでメール投稿する。パスワードは、看護総務課から通知する。なお、投稿論文は投稿論文規定に沿って体裁を整えて提出すること。
- 3) 査読終了後の修正原稿ならびに最終原稿には、添付ファイル（パスワード付き）で上記と同様のアドレスに投稿する。
 - i ファイルは、「Word」文書ファイルで提出する。Macを用いる場合は、DOS/Vフォーマットを使用すること。
 - ii 添付ファイルには、ファイル名を「第〇巻看護学ジャーナル：氏名」と記載する。
その際のメールには、学科目名、氏名、使用したワープロソフト名を明記する。

9. 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。

10. 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。

編 集 後 記

今年度は、本看護学ジャーナルがより多くの皆様の目に届くようにという願いから、冊子体での刊行に戻す運びとなりました。今回の看護学ジャーナル第11巻では、論文1本、総説1本、実践報告3本、資料3本を掲載できました。掲載された課題名は、保健師の活動や看護実践ならびに臨床実習、海外における看護の現状に関する示唆を得られる内容でした。このように広い意味で看護実践や教育に寄与できる研究成果の知見が構築され、看護の質の向上に還元されますことをうれしく思います。

また、本学では平成24年4月に大学院看護学研究科博士後期課程が開設されました。そのため、編集委員会では掲載論文のさらなる質の向上を目指して、査読に力を注いで取り組んで参りました。具体的には、査読基準をより詳細に示しました。それにより、投稿者の論文が採用されるためには、どのような内容の修正が求められているかについて伝わりやすくなったのではないかと思います。加えて、査読者の先生方には、教育的配慮に基づいたコメントをいただいたことで質の向上へ寄与できたと思っております。

今回、刊行に至り、投稿者の努力はもちろんのこと、ひとえに査読者の皆様、編集委員の方々の懇切丁寧、かつ教育的配慮に基づいたコメントをくださった御蔭と心より感謝申し上げます。また、編集事務局として多大なご尽力をいただきました看護総務課に感謝申し上げます。

本学看護学ジャーナルのさらなる発展に務めて参りたいと思います。皆様からの論文投稿を心よりお待ちしております。

(編集委員長 中村 美鈴)

査読協力者

大脇 淳子, 川上 勝, 北田 志郎, 小原 泉, 里光やよい,
田村 敦子, 塚本 友栄, 永井 優子, 野々山未希子, 浜端 賢次,
半澤 節子, 本田 芳香, 宮林 幸江, 村上 礼子, 横山 由美,
渡邊 亮一 (五十音順)

自治医科大学看護学部編集委員会

委員長	中村 美鈴
副委員長	大塚公一郎
委員	鈴木久美子
	角川 志穂
	清水みどり
	平尾 温司

自治医科大学看護学ジャーナル 第11巻

平成26（2014）年3月31日発行

発行者	自治医科大学看護学部 学部長 春山早苗
編集責任者	自治医科大学看護学部編集委員会 委員長 中村美鈴
発行所	自治医科大学看護学部 栃木県下野市薬師寺3311-159 電話 0285（44）2111(代)
印刷所	(株)松井ピ・テ・オ・印刷 栃木県宇都宮市陽東5-9-21 電話 028（662）2511(代)