

ISSN 1349-2721

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

6

2008
March



滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究

編集委員長 山田 明
編集委員 北川かほる
長江美代子
西田 厚子
古株ひろみ
寺田美和子
牧野 耕次

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Akira Yamada
Editors Kahoru Kitagawa
Miyoko Nagae
Atsuko Nishida
Hiromi Kokabu
Miwako Terada
Koji Makino

人間看護学研究 第6号
発行日 2008年3月31日
発行 滋賀県立大学人間看護学部
〒522-8533 滋賀県彦根市八坂町2500
電話 0749-28-8631
ファックス 0749-28-9501

印刷所 (有) ひがし印刷

ISSN 1349-2721
School of Human Nursing
The University of Shiga Prefecture
2500 Hassaka-cho, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan
tel +81-749-28-8631, fax +81-749-28-9501

Printed by HIGASHI PRINT

論文

米国ハワイ州における「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識 —日本とハワイの看護師の意識の比較を試みて—



竹村 節子
滋賀県立大学 人間看護学部

背景 現在の医療現場において、真に患者の意思決定に基づく医療サービスが提供されているのかという問題意識から、患者の身近にいる看護師の役割は何かを探求するために、看護師が患者の権利や人権をどのように認識し実際に係わっているか、アドボカシー実践を促進する要因は何か、アドボカシーの用語について、その用語の持つ意味や構成概念をどのように理解しているかを明らかにしていく必要がある。近畿圏内の300床以上の病院で働く看護師を対象に調査をした結果とアドボカシーの概念化については既に報告したが、アドボカシーの概念が共通の普遍的な概念になり得るかについては検証されていない。

目的 権利意識が醸成されている米国において、看護が行うアドボカシーの概念を実践看護師の視点から検討し、アドボカシー概念の構成している要素を明確にし、日本と比較することである。そしてアドボカシー概念が普遍的なものになり得るかを検証していく手がかりにすることである。

方法 日本の調査で使用した質問票を用いてアンケート調査を行った。対象者はハワイ州の施設で働いている臨床経験5年以上の看護師(48名)である。

結果 アドボカシーの実践内容は、日本は医師との調整役であるが、ハワイは 医師への進言・苦言を呈し患者の意思を尊重するもので、患者側の立場に立った積極的な支援を行っている。アドボカシー実践を促進する職場環境の欠如は、日本は「ゆとりある業務」「医師はあくまで同僚」「民主的な環境」に対し、ハワイは「ゆとりある業務」である。患者の権利に対する看護師の現実の係わりにおいて、「代理人に意向を託す権利」、「尊厳死の権利」、「リビング・ウィルを実行してもらう権利」、「治療をやめる・拒否する権利」、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「看護・治療計画に参加する権利」、「臨床試験の参加、不参加の権利」、「信仰・宗教儀式を行う権利」に有意差があった。アドボカシーの構成要素に影響を及ぼす属性の要因は、日本は「情報の提供(権)」とアドボカシー・権利擁護の学びが正の関係、「主体的参加(権)」は修得した学位と負の関係である。ハワイは「主体的参加(権)」と臨床経験が負の関係である。ハワイでは9割の人がアドボカシーについて学んでいることから、アドボカシー実践を促進する大きな要因は、アドボカシーについて学んだかが大きく影響を及ぼす。

結論 ハワイでの結果はサンプル数が十分ではないので精度として問題はあるが、医療制度・体制が違うハワイと日本では、看護師の権利やアドボカシーについての考え方に少なからず差異が見られた。ハワイは患者を権利から守る法律・法規に裏付けされた肯定的な認識が伺われる。

Key Words ハワイ州の看護師、看護師の意識と現実、患者の権利、アドボカシー、日米(ハワイ州)の比較

I. 緒言

最近の医療現場は消費者主権主義(consumerism; コンシューマリズム)の考え方が広がりつつあり、患者・利用者の権利が重視されてきているが、医師と患者の治療関係あるいは看護師と患者のケア関係において、本当

に患者の意思が保証されているかどうかは疑問である。患者が自分の意思を明確に表出できず自分の望む医療・看護が受けられない場合は、患者の意思と権利を保証するために誰かが代わりに動かなければならない。看護師はその第一候補であるが、その為には、看護師がアドボカシー実践をしていくための指針となるアドボカシーの概念が明確にされる必要がある。しかし、筆者が調べた限りにおいては、欧米での実証的研究は少なく、日本にはない¹⁾。現在アドボカシー概念として理解されているものはFry S.T.のModels of nurse advocacy²⁾³⁾であるが、これは実証的に証明されたものではなく、個人の

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理
連絡先：竹村 節子
滋賀県立大学人間看護学部
住 所：彦根市八坂町2500
e-mail：stakemura@nurse.usp.ac.jp

解釈として述べたものである。そこで筆者は、看護師が患者の権利や利益のために活動する意味を表すnurse (nursing) advocacy について、我が国の臨床で働いている看護師がアドボカシーや患者の権利についてどのように考え実践しているかを、近畿圏内の5病院の看護師の意識調査で明らかにし¹⁾、さらにadvocacyの言葉の意味するもの、構成要素を見出しアドボカシーの概念化を試みた²⁾。日本の看護は米国の看護の影響を多大に受けていることから、看護師が行うアドボカシーに関しても、すでに臨床で慣用的にアドボカシーという用語が使われ、アドボカシーの実践がされている米国の現状を知ることが意義があると思われる。

今回、1960年代の公民権運動の流れから権利意識が醸成されている米国の看護師のアドボカシーに対する考え方を知らるために、ハワイ州在住の看護師の「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する意識についてアンケート調査を行った。その調査結果を我が国の看護師に対する調査結果と比較しながら、両者の考え方を考察し、アドボカシー概念が普遍的なものになり得るのかを検証していく手がかりとすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究方法

我が国で行った「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識についての質問票¹⁾³⁾を英訳して使用した。英訳は、ハワイ在住の日本人1名のバイリンガルと筆者とで意味の一致を検討しつつ行った。

2. 対象者

医療体制や医療施設の違いがあるので、日本の調査対象とできるだけ条件が揃うように、ハワイ州で働いている臨床経験5年以上の看護師を対象とした。具体的には看護大学大学院の社会人学生、看護協会関係者、総合病院の勤務者などである。

3. データ収集方法

サンプル数100を目標にして、ハワイ州の私立総合病院の看護師にアンケート調査を行いたいと思い、その病院の研究審査コーディネイターに研究の主旨を説明し、研究審査委員会 (IRB; Institutional Review Board) への申請を依頼した。前提条件として倫理に関する試験 (WebsiteによるCITI training; Course in the Protection of Human Research Subjects) に合格する (75点以上) 必要があったため試験を受けた (クリアした)。アンケート票・調査依頼の説明文を添え申請書類を提出した。しかし、その病院での中心になる医師の署名がないことで審査を受けることができなかった。そこで個人や関連する施設を訪問し、紙面と口頭 (通訳同伴) で調査の主旨を説明し協力の依頼をし、調査の主旨と同意書

および質問票を入れた封筒を預け、アンケートに協力してくれそうな対象者への配布と回収を依頼した。回収された質問票を筆者に送ってもらった。調査協力対象者である看護師には同意書にサインをしてもらい、質問票と同封してもらった。アンケートの回答は無記名とした。

4. 用語の操作的定義

日本の調査と同様にDavisらの質問票¹⁾⁴⁾に基づき (承諾済みで一部改変)、アドボカシーを擁護と訳し、「患者の権利や利益を守るために行動したり、患者の意思決定を助けたりする働き」とした。

5. 質問内容

質問内容は日本の調査と同じで、アドボカシーに関する看護師の意識とアドボカシーを考える基本あるいはアドボカシー実践を行う前提となる患者の権利に関する看護師の意識に関するものである。具体的には、①アドボカシー実践への教育・経験の必要性とその現実 (5項目)、②アドボカシー実践に必要な知識 (3項目)、③アドボカシー実践に必要な医療環境の理想と現実 (14項目)、④看護師のアドボカシー責務に対する意識と現実、⑤看護師のアドボカシー実践の必要な状況 (5項目) と看護師のアドボカシー実践の有無とその内容、⑥アドボカシー実践を促進する職場条件の理想と現実 (6項目)、⑦スタッフのアドボカシー実践に向けての看護管理者の責任について、⑧チームによる連帯と看護アドボカシーについて、⑨患者の権利に関する看護師の意識と現実について、⑩看護師の基本属性、である。これらの質問に対する回答を選択式と自由記述式で求めた。選択式の質問内容は4段階のLikert尺度とした。

6. 調査期間

調査は平成17年10月から平成18年3月までの期間に実施した。

7. 分析方法

データは必要時欠損値処理を行い、基本属性に関する記述統計量と看護師の認識や勤務区分別の差についてのt検定、患者の権利項目について主因子法による因子分析、抽出された因子と基本属性の重回帰分析などの統計的解析はSPSS14.0Jを用いて行い、自由記述は、KJ法を用いて内容を帰納的に分析し整理した。

Likert尺度による回答は、質問の主旨に非常に賛同する場合から、全く賛同しない場合までの4段階とし、それを4点から1点に点数化し平均値を算出した。得点が高いほど肯定的な考え (質問に対する賛意) を示す。

III. 倫理的配慮

日本における調査時の大阪大学大学院人間科学研究科行動系研究倫理審査会の研究実施許可の証明書 (英文) と日本の病院の院内医療倫理部会の調査許可証明書 (英

文)と研究計画書・調査票を、筆者の研修機関である Hawaii Pacific Universityの研究審査委員会 (IRB) に提出し審査を受け、研究の許可を得た。また、対象者にはアンケート調査の主旨とアンケートの回答は自由であること、匿名性の遵守やデータの管理について紙面で説明し、承諾する意思のある方には同意書にサインをしてもらった。

IV. 研究結果

回収は49名であったが調査票の不備で1名は採用できなかった。全員の意見を反映するため、回答のない部分は欠損値として入力し、解析時は欠損値処理を行った。

1. 対象者の基本属性について

基本属性は表1に示す通りである。勤務部署は一般病棟26名 (54.2%)、ICU・救急部門20名 (41.7%)、緩和ケア病棟2名 (4.1%) であった (以降勤務部署別の分析においては、緩和ケア病棟を省き、一般病棟対ICU・救急部門のみとした)。年齢は、平均44.1歳 (SD±9.67) で、内訳は図1に示す通り、20歳代4名 (8.3%)、30歳代14名 (29.1%)、40歳代13名 (27.1%)、50歳代14名 (29.2%)、60歳以上2名 (4.2%)、無回答1名であった。

表1 対象者の基本属性

| | N | 平均 | SD | % |
|----------------|----|------|-------|------|
| 年齢 | 48 | 44.1 | 9.67 | |
| 無回答 | 1 | | | |
| 臨床経験 | 48 | 17.6 | 10.54 | |
| 勤務部署 | 48 | | | |
| 一般病棟 | 26 | | | 54.2 |
| ICU・救急部門 | 20 | | | 41.7 |
| 緩和ケア病棟 | 2 | | | 4.1 |
| 卒業した看護学校 | 48 | | | |
| 無回答 | 1 | | | |
| 専門学校 | 14 | | | 29.2 |
| 短大 | 6 | | | 12.5 |
| 大学 | 27 | | | 56.3 |
| 修得した学位 | 48 | | | |
| 無回答 | 11 | | | |
| 学士 | 20 | | | 41.7 |
| 修士 | 16 | | | 33.3 |
| 博士 | 1 | | | 2.1 |
| 権利・人権の学び | 48 | | | |
| はい | 45 | | | 93.8 |
| いいえ | 3 | | | 6.2 |
| アドボカシー・権利擁護の学び | 48 | | | |
| 無回答 | 1 | | | |
| はい | 43 | | | 89.6 |
| いいえ | 4 | | | 8.3 |

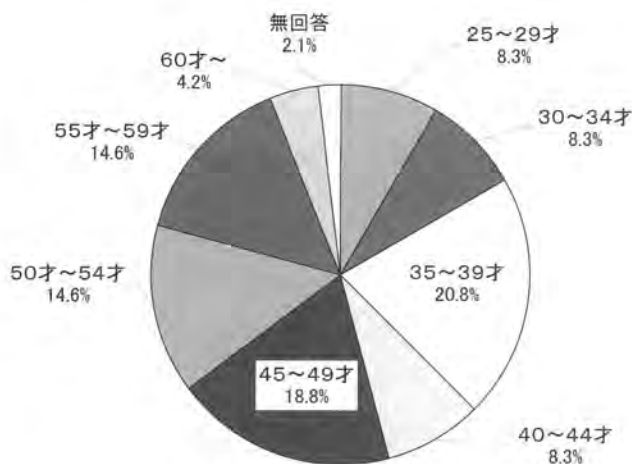


図1 年齢

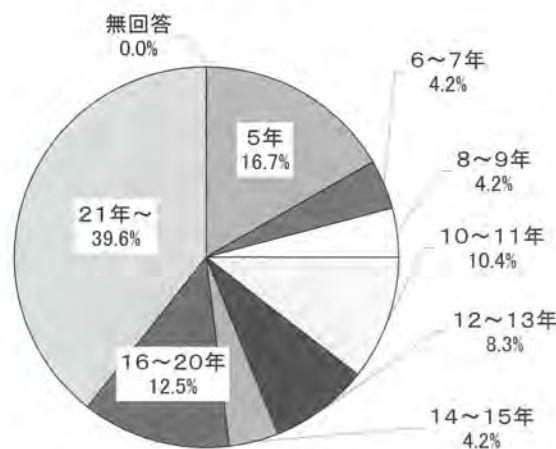


図2 経験年数

臨床経験年数は、平均17.6年 (SD±10.54) であり、図2に示すように、21年以上が一番多く19名 (39.6%)、次いで5年が8名 (16.7%)、16~20年が6名 (12.5%)、10~11年が5名 (10.4%) の順に多かった。一般病棟とICU・救急病棟ともに21年以上が40%以上であった。

卒業した看護学校は専門学校29.2%、短大12.5%、大学56.3%、1名無回答であった。修得した学位は学士41.7%、修士33.3%、博士2.1%、11名無回答であった。今までに患者の権利・人権について学んだことのある人は93.8%であり、学んだ方法を複数回答で尋ねると図3に示す通りであった。さらに、アドボカシー・患者の権利擁護について同様に尋ねると、学んだことのある人は89.6%で、学んだ方法は図4の通りであった。権利・人権及びアドボカシー・患者の権利擁護について9割の人が何らかのかたちで学んでいた。殆どは教育の場で学び、臨床の場でも4割の人が学んでいた。

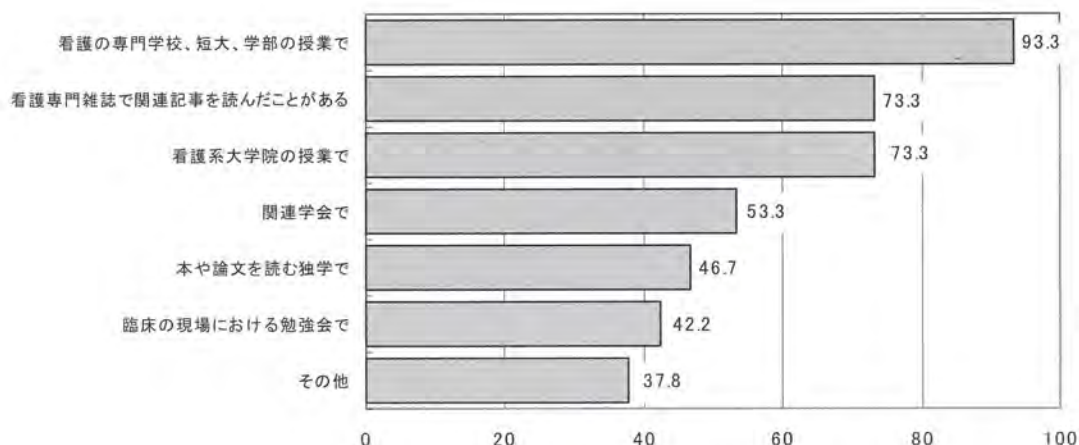


図3 患者の権利・人権を学んだ方法

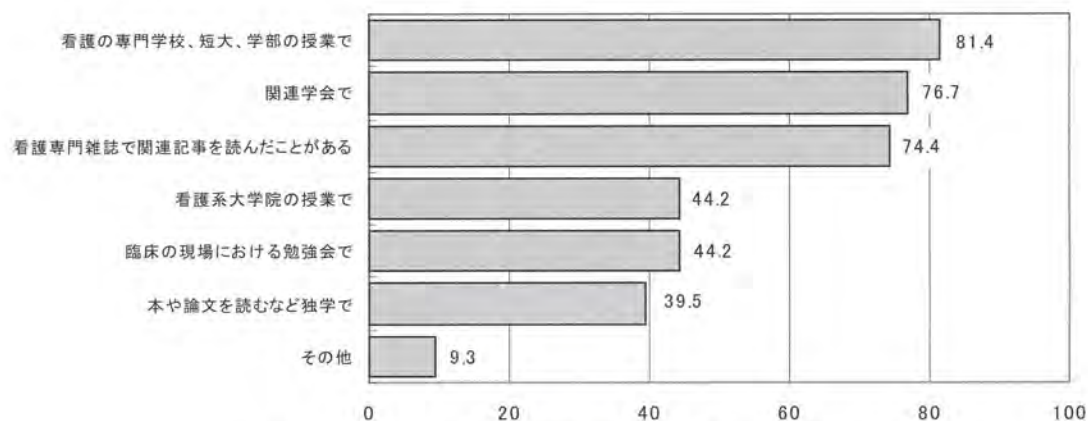


図4 アドボカシー・権利擁護について学んだ方法

2. アドボカシーに関する看護師の意識について

1) 看護師のアドボカシー責務に対する意識について

患者擁護に対する看護師の責務について、①「本来持つべき」(理想)、②「実際に持っている」(現実)という記述に対する賛意を選択式で問うた。賛意の程度は平均値でみると理想の方がやや高いが(①3.60>②3.50)、どちらも肯定的な考えが大半だった(①「非常に」72.9%と「まあそう」18.8%、②「非常に」60.4%と「まあそう」31.3%)。①②の理由についての自由記述した内容を分析した。まず、「本来その責務を持つべき」については43件記述内容があり、その内容は、[接する時間が長いから/一番身近にいる存在だから]13件、[当然と思う/そうあるべき]8件、[医学的な専門知識を持っているため]6件、[看護師の仕事であると思うから]5件、[全ての患者にアドボカシーが重要]2件などであった。次に、「実際(現実)にその責務持っている」については40件の記述があり、その内容は、[責務を持っている/意識している]の12件が一番多く、次いで[患者の代弁者である]4件、[医学的な専門知識を持っている

ため]と[看護師の仕事であると思うから]が3件ずつであった。その他、[医師と患者の調整をしているので]、[患者の立場に立った看護を提供すべきだから]、[患者自身がもっと現状を知るべき]が2件ずつあった。

2) 看護師のアドボカシー実践について

「看護師は、現状では実際にアドボカシーを実践しているか」という質問に対しては、「はい頻繁に」56.3%と「はい時々」33.3%を合わせて約9割が実践していると答えた。次いで、回答者自身がアドボカシーを実践したことがあるかどうか尋ねた。「経験あり」89.6%、「経験なし」8.3%であった。具体的な事例として49件の記述があり、多い順に[患者の希望に応じるよう努力する]7件、[医師の治療が適切でない]5件、[痛みのコントロール]と[意思決定/治療選択を助ける]4件、[家族との連絡]と[患者の権利を守る]3件などであった。

3) アドボカシー実践への教育の必要性とその現実について

アドボカシーについて「特別な教育が必要」と約9割の人が認め、且つ実際に「教育を受けてきた」と「現場

で教育が受けられる」と回答した人は約9割あった。教育の必要性を多くの人が認め実際に教育を受けている状況であった。

4) アドボカシー実践に必要な医療環境の理想と現実について

患者・家族・職種間の「親密なあるいはオープンなコミュニケーション」、「民主的な職場環境」、「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」、「ゆとりある業務」、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」などの医療環境が、アドボカシー実践にとってどの程度必要であるか、理想と現実について尋ねたところ、理想では、いずれも医療環境に必要であると85%以上の人が認識していた。現実では、患者・家族・職種間の「親密なあるいはオープンなコミュニケーション」、「民主的な職場環境」は理想と同様85%以上の人が認識していた。「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」は81.3%であるが、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」(54.2%)と「ゆとりある業務」(39.6%)は低く、医療環境としてないと認識していた。特に、「ゆとりある業務」は理想と現実の差が大きく(0.94)、現実には、ゆとりある業務ができない(「まあ違う」と「違う」と)回答した人は58.4%であった。医療環境に対する一般看護師とICU・救急看護師の認識の違いをt検定(独立したサンプル)すると、理想の「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」のみに有意差(t値=2.043, df=43, P=.047)があった。

理想と現実を比較するためにt検定(対応のあるサンプル)をすると、表2に示す通り、「ゆとりある業務」(p<.001)、「職種間のオープンなコミュニケーション」・「民主的な職場環境」・「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」・「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」(p<.01)に有意差がみられた。

5) アドボカシー実践を促進する職場環境について

アドボカシー実践を促進するとと思われる職場環境として、「病棟責任者(師長)のサポート」、「医師はあくまで同僚」、「医療スタッフの民主的な雰囲気」、「看護スタッフ間の協力の精神」、「患者中心の看護」、「ゆとりある業務」をあげ、これらの促進条件に、重要度の最も高いものを1、最も低いものを6とし、1から6の順位を示し

てもらった。

促進条件の各項目に1から6を何名が選択したかを集計し、重要度1から6に各6点から1点を配し集計して平均値を算出した(表3)。平均値で見ると、1位は「患者中心の看護」(4.85)、2位は「看護スタッフ間の協力の精神」(4.74)、3位は「医師はあくまで同僚」(4.34)、4位は「病棟責任者(師長)のサポート」(4.11)、5位は「医療スタッフの民主的な雰囲気」(3.98)、6位は「ゆとりある業務」(3.94)であった。同じ条件の現状について4段階Likert法で尋ねると、促進条件としてある(「その通り」と「まあそう」の割合を合わせて)ものは、「看護スタッフ間の協力の精神」85.7%、「患者中心の看護」79.6%、「病棟責任者(師長)のサポート」77.6%、「医師はあくまで同僚」71.4%、「医療スタッフの民主的な雰囲気」67.2%であった。促進条件としてない(「まあ違う」と「違う」を合わせて)ものは、「ゆとりある業務」57.1%であった。アドボカシー実践を促進する条件で、職場で最も欠如しているのは、「ゆとりある業務」である認識されていた。勤務区分別の認識の差をt検定(独立した)すると、「医師はあくまで同僚」(t値=-2.706, df=43, P=.01)、「医療スタッフの民主的な雰囲気」(t値=-2.200, df=43, P=.033)に有意差があった。

6) スタッフのアドボカシー実践に向けての看護管理者の責任について

8割以上の方が「看護師がアドボカシーを実践できるように、看護管理者はスタッフを助ける責任がある」と答えた。その理由についての記述は39件あり、[サポート体制が必要]13件、[管理者は責任者なので/まとめ役が必要]7件、[管理的立場の人の影響力は大きいから/率先すべき]4件などであった。「管理者は力や知識を備えている」ので「強力なリーダーシップ」を発揮し、「チームのリーダーとして手本となるべき」であり、「リスクが多い場合バックアップしてくれる」立場にあることを強調していた。実際に上司が責任を取ってくると回答した人は「はい非常に」と「まあそう」を合わせると66.7%で、看護管理者のサポートは比較的であると認識していた。看護管理者は[サポートすることはない/いない]の旨の記述が3件あり、その内容は、「アドボ

表2 医療環境の理想と現実

| 医療環境 | 理想の 平均値 | 現実の 平均値 | 理想と現実の差 | | t 値 | 自由度 | 有意確率 (両側) |
|------------------------|------------|------------|---------|------|-------|-----|--------------|
| | | | 平均値 | SD | | | |
| 患者と親密なコミュニケーション | 3.58 | 3.67 | -0.09 | 0.65 | -0.89 | 47 | 0.377 |
| 家族と親密なコミュニケーション | 3.60 | 3.60 | 0.00 | 0.46 | 0.00 | 47 | 1.000 |
| 職種間のオープンなコミュニケーション | 3.65 | 3.35 | 0.29 | 0.74 | 2.72 | 47 | 0.009 |
| 民主的な職場環境 | 3.45 | 3.04 | 0.40 | 1.04 | 2.68 | 46 | 0.010 |
| チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討 | 3.62 | 3.23 | 0.38 | 0.80 | 3.30 | 46 | 0.002 |
| ゆとりある業務 | 3.34 | 2.40 | 0.94 | 1.17 | 5.49 | 46 | 0.000 |
| 臨床倫理委員会の設置 | 3.26 | 2.76 | 0.50 | 1.24 | 2.73 | 45 | 0.009 |

表3 アドボカシー実践を促進する職場環境の重要度

| | 標本数 | 1位 (6点) | 2位 (5点) | 3位 (4点) | 4位 (3点) | 5位 (2点) | 6位 (1点) | 平均 |
|--------|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------|
| 単純集計 | 47 | 20 | 7 | 3 | 2 | 3 | 10 | 4.11 |
| 勤務区分 | | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 15 | 4 | 1 | 0 | 1 | 4 | 4.80 |
| ICU・救急 | 20 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 6 | 3.10 |

アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：医師はあくまで同僚

| | 標本数 | 1位 (6点) | 2位 (5点) | 3位 (4点) | 4位 (3点) | 5位 (2点) | 6位 (1点) | 平均 |
|--------|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------|
| 単純集計 | 47 | 15 | 16 | 3 | 3 | 3 | 7 | 4.34 |
| 勤務区分 | | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 9 | 6 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4.20 |
| ICU・救急 | 20 | 5 | 10 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4.45 |

アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：医療スタッフの民主的な雰囲気

| | 標本数 | 1位 (6点) | 2位 (5点) | 3位 (4点) | 4位 (3点) | 5位 (2点) | 6位 (1点) | 平均 |
|--------|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------|
| 単純集計 | 47 | 12 | 8 | 8 | 9 | 6 | 4 | 3.86 |
| 勤務区分 | | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 7 | 6 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4.16 |
| ICU・救急 | 20 | 4 | 2 | 4 | 6 | 3 | 1 | 3.76 |

アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：看護スタッフ間の協力の精神

| | 標本数 | 1位 (6点) | 2位 (5点) | 3位 (4点) | 4位 (3点) | 5位 (2点) | 6位 (1点) | 平均 |
|--------|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------|
| 単純集計 | 47 | 27 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4.74 |
| 勤務区分 | | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 17 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5.12 |
| ICU・救急 | 20 | 9 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4.40 |

アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：患者中心の看護

| | 標本数 | 1位 (6点) | 2位 (5点) | 3位 (4点) | 4位 (3点) | 5位 (2点) | 6位 (1点) | 平均 |
|--------|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------|
| 単純集計 | 47 | 26 | 5 | 6 | 6 | 1 | 3 | 4.85 |
| 勤務区分 | | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 17 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5.12 |
| ICU・救急 | 20 | 8 | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4.55 |

アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：よりよい業務

| | 標本数 | 1位 (6点) | 2位 (5点) | 3位 (4点) | 4位 (3点) | 5位 (2点) | 6位 (1点) | 平均 |
|--------|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------|
| 単純集計 | 47 | 16 | 6 | 7 | 5 | 3 | 10 | 3.94 |
| 勤務区分 | | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 9 | 6 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4.40 |
| ICU・救急 | 20 | 5 | 0 | 4 | 2 | 2 | 7 | 3.15 |

(勤務区分の緩和2名は省略、一般1名無回答)

カシーは個人としての行為である”、“患者のケアに関わらない”、“サポートすることは少ない”というものであった。

7) チームによる連帯と看護アドボカシー実践について

「アドボカシーのためには、看護師はチームを組んで連帯して働くのがよいか」の質問に対して、殆どの方が肯定的に賛意を示した(95.7%)。その理由の記述は34件あり、中でも[チームの力の方が大きい/チームの方が動きやすい]が22件と一番多かった。仲間の連帯の力や方針の統一性の必要性和“違った観点から問題の解決策を見いだせる”利点を挙げていた。反対に[必ずしもチームを組む必要はない]が2件あり、“代弁するには一人で十分”であり、“個人が自分の担当している患者のために代弁者になる必要あり”などであった。

8) 看護師の患者や家族に対するアドボカシーの実践について

医療の現場でアドボカシーの必要があると考えられる状況5項目を示し、「看護師は現在患者や家族に対し擁護しているか」を問うた。図5に示す通り、「患者/家

族への病名・症状説明が不十分」な時はそれぞれ、「はい頻繁に」「はい時々」を合わせて79.2%/75.0%、「患者が痛みに苦しんでいる」時は70.8%が擁護していた。逆に「患者が不必要な検査や治療を受けている」時は、「いいえ余り」「いいえ全く」を合わせて41.7%、「患者の尊厳が医療者によって損なわれている」時は39.6%であった。医師や他職種と関連する事柄には擁護しにくい状況であった。勤務区分別では認識の有意な差はなかった。

9) 他者からのアドボカシーが必要な状況について

擁護する状況には前記8)以外に実際どのような場合があると考えているかを知るために、「一般に他者からのアドボカシーが必要な状況としてどんな場合があるか」を尋ねた。47件の記述がありその内容は、[不必要な・適切でないケア/不必要な治療を受けている]7件、[意思表示できなくなったとき(意識なし・認知障害・精神状態)/自分の気持ちを伝えられないとき(遠慮・我慢・恐れ・信頼)]5件、[言葉上の問題/治療などについて理解できない]5件、[看護師の専門外/管理下でない場合]5件、[法律が絡んでいる場合]4件、“DNR(蘇生拒否)”など[患者の命に関わること]3件、[患者の希望が尊重されない]3件などであった。

3. 患者の権利に関する看護師の意識について

患者の権利に関して米国(ハワイ州)の看護師がどのように認識し、どのように関わっているかを25項目⁴⁾⁵⁾の患者の権利について尋ねた。

1) 患者権利の遵守の必要性と患者権利の遵守度

患者の権利25項目について、一般的(一般論)に「どの程度守るべきか(患者権利の遵守の必要性)」の理想と、「どの程度守られているか(患者権利の遵守度)」の現実を尋ねた(表4)。その結果、看護師の理想の平均値は3.52、現実の平均値は3.01で理想に比べ低かった。理想(権利の遵守の必要性)の平均値の高いものは「深刻な病名を知らされる権利」(3.65)、「一般に病名を知らされる権利」(3.63)、「治療選択肢を知らされる権利」(3.63)であり、平均値の低いものは「知りたくない情報は告げられない権利」(3.19)であった。

現実(権利の遵守度)の平均値の高いものは「臨床試験の参加、不参加の権利」(3.43)、「信仰・宗教儀式を行う権利」(3.33)であり、平均値の低いものは「医療ミスの被害を知らされる権利」(2.48)、「知りたくない情報は告げられない権利」(2.70)であった。

患者の権利に対する理想と現実のギャップ(平均値の差)を見ると、差の大きな項目は、「医療ミスの被害を知らされる権利」(0.94)、「治療を自分で選択する権利」(0.73)、「看護・治療計画に参加する権利」(0.67)であった。

権利の遵守度(現実)に対する一般看護師とICU・救

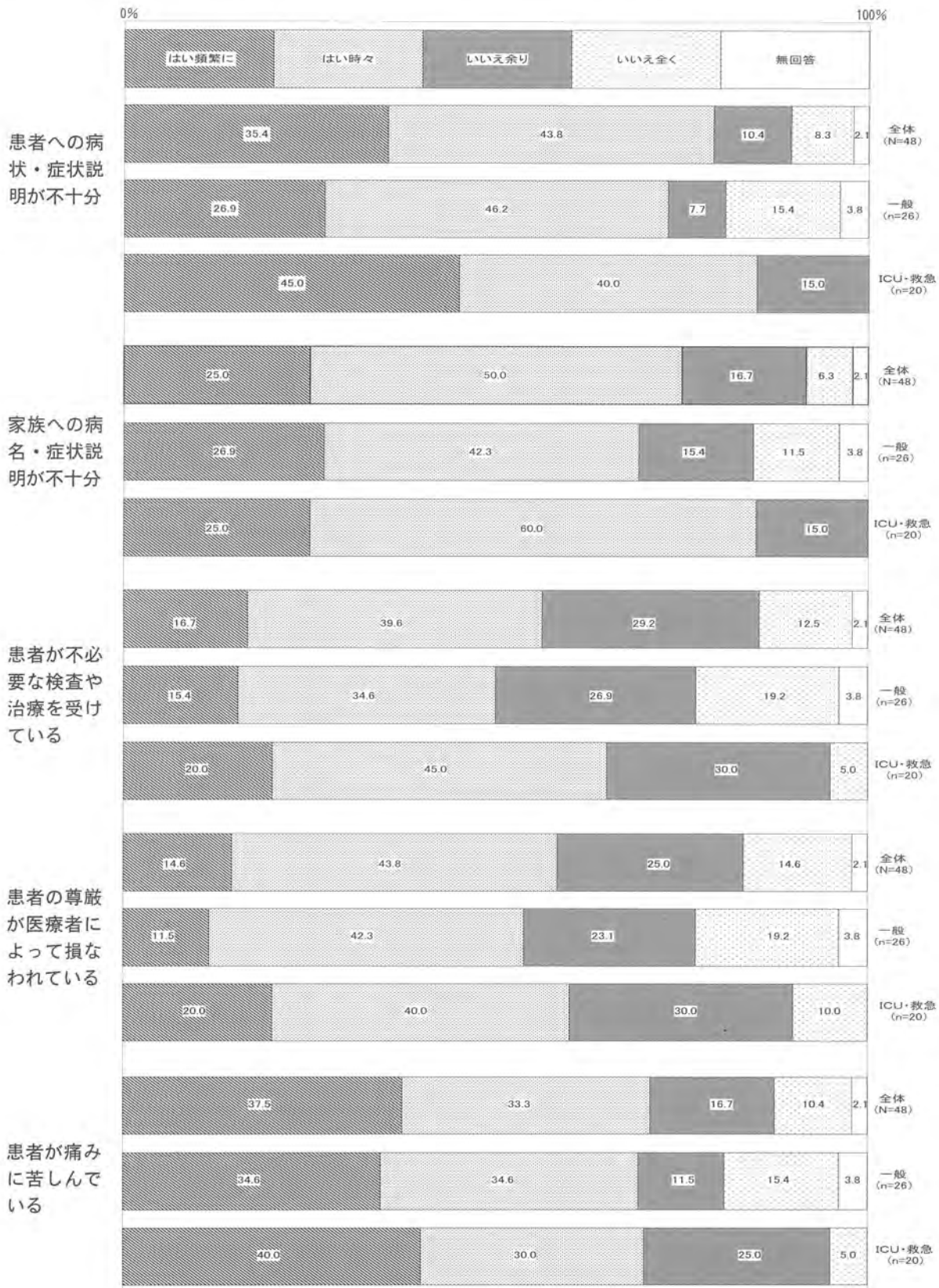


図5 看護師のアドボカシーの実際

表4 患者権利の遵守の必要性と遵守度

| 患者の権利 | 標本数 | a. 権利の遵守の必要性 | | | b. 権利の遵守度 | | | aとbのt検定 |
|-----------------------|-----|--------------|------|-----------|-----------|------|-----------|---------|
| | | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | |
| 1 個人情報を他人に漏らされない権利 | 48 | 3.55 | 0.88 | | 3.19 | 0.74 | * | ** |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 48 | 3.63 | 0.91 | | 3.02 | 0.81 | *** | *** |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 48 | 3.33 | 0.95 | | 2.75 | 0.76 | | *** |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | 48 | 3.42 | 0.94 | | 2.48 | 0.77 | | *** |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 48 | 3.54 | 0.99 | | 2.90 | 0.83 | ** | *** |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | 48 | 3.63 | 0.96 | | 3.19 | 0.82 | | *** |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 48 | 3.65 | 0.91 | | 3.23 | 0.88 | | *** |
| 8 悪い予後を知らされる権利 | 48 | 3.56 | 0.94 | | 2.98 | 0.86 | * | *** |
| 9 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 48 | 3.40 | 0.92 | | 2.77 | 0.81 | | *** |
| 10 わからないことを質問する権利 | 48 | 3.60 | 0.98 | | 3.08 | 1.05 | | *** |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 48 | 3.19 | 1.01 | | 2.70 | 0.94 | | *** |
| 12 痛みを遠慮なく表現できる権利 | 48 | 3.54 | 0.99 | | 3.31 | 0.90 | | * |
| 13 痛みから解放される権利 | 48 | 3.58 | 0.99 | | 3.13 | 0.84 | | *** |
| 14 抑制されない権利 | 48 | 3.41 | 0.82 | | 2.89 | 0.68 | | *** |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 48 | 3.48 | 1.01 | | 2.81 | 0.91 | * | *** |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 48 | 3.50 | 0.95 | | 2.77 | 0.81 | | *** |
| 17 同意したことを変更する権利 | 48 | 3.54 | 0.99 | | 2.92 | 0.96 | | *** |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 48 | 3.58 | 0.99 | | 3.43 | 0.97 | * | |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 48 | 3.60 | 0.94 | | 3.19 | 0.95 | | ** |
| 20 代理人に意向を託す権利 | 48 | 3.56 | 0.99 | | 3.21 | 0.91 | | ** |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 48 | 3.51 | 0.93 | | 2.91 | 0.89 | | *** |
| 22 尊厳死の権利 | 48 | 3.52 | 1.05 | | 2.87 | 1.01 | * | *** |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 48 | 3.54 | 1.03 | | 3.04 | 0.90 | | *** |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 48 | 3.56 | 1.03 | | 3.06 | 0.86 | | *** |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 48 | 3.56 | 0.99 | | 3.33 | 0.95 | | * |

*P<.05 **P<.01 ***P≤.001

急看護師の認識の違いを見るためにt検定（独立した）すると、有意差があったのは、「個人情報を他人に漏らされない権利」・「悪い予後を知らされる権利」・「看護・治療計画に参加する権利」・「臨床試験の参加、不参加の

権利」・「尊厳死の権利」（P<.05）、「副作用や危険性を知らされる権利」（P<.01）、「治療選択肢を知らされる権利」（P<.001）の7項目であった。

理想と現実について勤務区分別の認識の違いをt検定

表5 看護師の患者権利への係わり度と権利への現実の係わり度

| 患者の権利 | 標本数 | a. 権利への係わり度 | | | b. 権利への現実の係わり度 | | | aとbのt検定 |
|-----------------------|-----|-------------|------|-----------|----------------|------|-----------|---------|
| | | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | |
| 1 個人情報を他人に漏らされない権利 | 48 | 3.52 | 1.05 | | 3.28 | 0.91 | | * |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 48 | 3.35 | 1.04 | | 2.83 | 0.90 | * | *** |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 48 | 3.28 | 1.07 | | 2.83 | 0.85 | | *** |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | 48 | 3.26 | 1.04 | | 2.52 | 0.91 | | *** |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 48 | 3.35 | 1.06 | | 2.83 | 0.88 | | *** |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | 48 | 3.33 | 1.06 | | 2.91 | 0.94 | | *** |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 48 | 3.30 | 1.07 | | 2.83 | 1.02 | | *** |
| 8 悪い予後を知らされる権利の遵守 | 48 | 3.11 | 1.16 | * | 2.65 | 0.95 | | ** |
| 9 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 48 | 3.04 | 1.07 | | 2.65 | 0.85 | | ** |
| 10 わからないことを質問する権利 | 48 | 3.57 | 0.98 | | 3.20 | 0.91 | | *** |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 48 | 3.38 | 0.96 | * | 2.76 | 0.80 | | *** |
| 12 痛みを遠慮なく表現できる権利 | 48 | 3.64 | 0.83 | | 3.33 | 0.85 | | ** |
| 13 痛みから解放される権利 | 48 | 3.59 | 0.98 | | 3.33 | 1.00 | | * |
| 14 抑制されない権利 | 48 | 3.33 | 1.03 | | 3.10 | 0.76 | | |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 48 | 3.60 | 0.94 | | 3.16 | 0.81 | | *** |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 48 | 3.26 | 1.00 | | 2.73 | 0.84 | | *** |
| 17 同意したことを変更する権利 | 48 | 3.52 | 0.94 | | 2.82 | 1.01 | | *** |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 48 | 3.41 | 0.98 | | 2.87 | 1.08 | | ** |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 48 | 3.50 | 0.94 | | 3.09 | 0.92 | | ** |
| 20 代理人に意向を託す権利 | 48 | 3.33 | 1.08 | | 2.87 | 0.89 | | ** |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 48 | 3.40 | 0.96 | | 3.02 | 0.95 | | ** |
| 22 尊厳死の権利 | 48 | 3.48 | 1.07 | | 3.16 | 1.02 | | * |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 48 | 3.42 | 1.01 | | 2.91 | 0.87 | | *** |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 48 | 3.42 | 1.01 | | 2.98 | 0.94 | | *** |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 48 | 3.44 | 0.99 | | 3.04 | 1.09 | | ** |

*P<.05 **P<.01 ***P≤.001

(対応のある)した結果、有意差があったのは24項目であった。

2) 看護師の患者権利への係わり度と患者権利への現実の係わり度

さらに、同じ25項目について、「看護師はどの程度係わるべきか(看護師の患者権利への係わり度)」の理想と「看護師はどの程度係わっているか(看護師の患者権利への現実の係わり度)」の現実について尋ねた(表5)。一般論としての意識の平均値(3.52)より看護師の立場としての意識の平均値は(3.39)やや低くなった。

看護師の患者権利への現実の係わり度(2.95)は、理想としての患者権利への係わり度(3.39)よりかなり低かった。

看護師の理想の平均値の高いものは「痛みを遠慮なく表現できる権利」(3.64)、「看護・治療計画に参加する権利」(3.60)、「痛みから解放される権利」(3.59)であり、平均値の低いものは「自分のカルテや看護記録を見る権利」(3.04)、「悪い予後を知らされる権利」(3.11)であった。現実についての平均値の高いものと低いものは、理想の平均値よりは低い、ほぼ同じ項目であった。理想と現実のギャップがあるものは、「医療ミスの被害を知らされる権利」(0.74)、「同意したことを変更する権利」(0.70)であった。

看護師の権利への係わり度(理想)に対して、一般看護師とICU・救急看護師の認識の違いをt検定(独立した)すると、「悪い予後を知らされる権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」に有意差($P < .05$)があった。また、権利への現実の係わり度では、「治療選択肢を知らされる権利」に有意差($P < .05$)があった。理想と現実について勤務区分別の認識の違いをt検定(対応のある)した結果、有意差があったのは24項目であった。

3) 患者の権利に対するアドボカシー実践の構成要素と影響を及ぼす要因

看護師の患者の権利に対する現実の係わり度から、構成要素(因子)を抽出するために、サンプル数が少ないが、主因子法(プロマックス回転)による因子分析を試みた。患者の権利項目を因子分析するとき以下の基準を定め項目を整理した。①回答に著しい偏り(天井及び床効果)のある項目を削除する。②項目間相関が0.80以上ある場合どちらかの項目を削除する。③特定の因子に0.40以上の負荷量で、且つ他の因子に0.35以上0.40未満の負荷量を示す項目は削除する。①については満点が4なので、平均点が80%程度(≈ 3.2)を超えるもの、20%(≈ 0.8)を下回るものを見ながら、平均値と標準偏差(SD)から検討した(表6)。また、ヒストグラムの形状も確認していった。天井効果を示した「個人情報

を他人に漏らされない権利」、「痛みを遠慮なく表現できる権利」、「痛みから解放される権利」、「尊厳死の権利」、「信仰・宗教儀式を行う権利」の6項目を削除した。②については、既に①で削除された項目を除いて、「一般に病名を知らされる権利」、「代理人に意向を託す権利」、「延命治療を拒否する権利」の3項目を削除した(表7)。③については、「自分のカルテや看護記録を見る権利」を削除した。残り15項目を固有値、スクリープロット、解釈可能性から判断し、2因子固定による探索的因子分析を行った。結果は表8に示す通りである。各因子のクロンバック α 係数から内的整合性はあり、また、因子間相関はやや弱い関係ではあるが2因子抽出は妥当である。

第1因子は8項目で、「治療をやめる・拒否する権利」や「臨床試験の参加、不参加の権利」の高い負荷量を示す項目や本人が意思表示していく項目で構成されているので、【主体的参加(権)】と命名した。第2因子は7項目で、複数の「～を知らされる権利」と知らされる情報から「治療を自分で選択する権利」などで構成されているので、【情報の提示(権)】と命名した。

2つの構成要素(因子)にどのような要因が影響を及ぼすかについて知るために、2因子と看護師の基本属性(年齢、経験年数、卒業した看護学校、修得した学位、患者の権利・人権の学び、アドボカシー・権利擁護の学び)とで重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。そ

表6 患者権利への現実の係わり度における天井効果項目

| | 平均 | SD | 平均+SD | 平均-SD |
|-----------------------|------|------|-------|-------|
| 1 個人情報を他人に漏らされない権利 | 3.28 | 0.91 | 4.19 | 2.37 |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 2.83 | 0.90 | 3.73 | 1.93 |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 2.83 | 0.85 | 3.68 | 1.98 |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | 2.52 | 0.91 | 3.43 | 1.61 |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 2.83 | 0.88 | 3.70 | 1.95 |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | 2.91 | 0.94 | 3.85 | 1.97 |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 2.83 | 1.02 | 3.84 | 1.81 |
| 8 悪い予後を知らされる権利 | 2.65 | 0.95 | 3.60 | 1.70 |
| 9 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 2.65 | 0.85 | 3.50 | 1.80 |
| 10 わからないことを質問する権利 | 3.20 | 0.91 | 4.11 | 2.29 |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 2.76 | 0.80 | 3.56 | 1.96 |
| 12 痛みを遠慮なく表現できる権利 | 3.33 | 0.85 | 4.19 | 2.48 |
| 13 痛みから解放される権利 | 3.33 | 1.00 | 4.33 | 2.33 |
| 14 抑制されない権利 | 3.10 | 0.76 | 3.85 | 2.34 |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 3.16 | 0.81 | 3.96 | 2.35 |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 2.73 | 0.84 | 3.57 | 1.89 |
| 17 同意したことを変更する権利 | 2.82 | 1.01 | 3.83 | 1.81 |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 2.87 | 1.08 | 3.95 | 1.79 |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 3.09 | 0.92 | 4.01 | 2.16 |
| 20 代理人に意向を託す権利 | 2.87 | 0.89 | 3.76 | 1.98 |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 3.02 | 0.95 | 3.97 | 2.07 |
| 22 尊厳死の権利 | 3.16 | 1.02 | 4.18 | 2.14 |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 2.91 | 0.87 | 3.79 | 2.04 |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 2.98 | 0.94 | 3.92 | 2.04 |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 3.04 | 1.09 | 4.13 | 1.95 |

表7 相関の強い($\gamma = 0.80$ 以上)項目

| | |
|--------------------------------|------------------|
| 一般に病名を知らされる権利と症状を詳細に知らされる権利 | $\gamma = 0.843$ |
| 一般に病名を知らされる権利と深刻な病名を知らされる権利 | $\gamma = 0.868$ |
| 代理人に意向を託す権利と治療をやめる・拒否する権利 | $\gamma = 0.811$ |
| 代理人に意向を託す権利と孤独死を迎えない権利 | $\gamma = 0.822$ |
| 延命治療を拒否する権利とリビング・ウィルを実行してもらう権利 | $\gamma = 0.909$ |

表8 患者の権利の因子分析（主因子法）：プロマックス回転後の因子負荷量

| 患者の権利 | 抽出因子 | | クロンバック α係数 |
|-----------------------|--------|--------|---------------|
| | 第1因子 | 第2因子 | |
| 第1因子：主体的参加（権） | | | |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 0.955 | -0.104 | 0.927 |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 0.925 | -0.066 | |
| 14 抑制されない権利 | 0.812 | -0.11 | |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 0.799 | 0.069 | |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 0.758 | 0.101 | |
| 17 同意したことを変更する権利 | 0.714 | 0.131 | |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 0.706 | -0.071 | |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 0.579 | 0.055 | |
| 第2因子：情報の提示（権） | | | |
| 16 治療を自分で選択する権利 | -0.157 | 0.927 | 0.904 |
| 8 悪い予後を知らされる権利 | -0.154 | 0.919 | |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | -0.088 | 0.707 | |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 0.254 | 0.659 | |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 0.323 | 0.601 | |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 0.340 | 0.554 | |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 0.311 | 0.453 | |
| 固有値 | 8.541 | 1.586 | |
| 累積寄与率 | 54.64 | 62.76 | |
| 因子間相関 | 1 | 2 | |
| | 1 | — | 0.695 |
| | 2 | — | — |

表9 各因子と属性の重回帰分析（ステップワイズ法）

| 独立変数 | 標準偏回帰係数(β) | |
|--------------------|------------|-------|
| | 従属変数 | |
| | 主体的参加 | 情報の提示 |
| 経験年数 | -.387* | — |
| 卒業した看護学校 | — | — |
| 修得した学位 | — | — |
| 権利・人権の学び | — | — |
| アドボカシーの学び | — | — |
| 調整済みR ² | .115* | — |

* p<.05

年齢と経験年数は相関が強い(γ=.78**)ので年齢は省く

の結果は表9に示すように、「主体的参加（権）」と経験年数に負の関係があった（調整済みR²=.115, β=-.387, p<.05）。事象を説明する精度は高くないが（調整済みR²=.115, p<.05）、経験年数が長ければ、患者の主体的参加に関わる権利への活動をしているわけではない（経験年数が長いほど活動をしない傾向にある）。

V. 考 察

日本とハワイ州の調査のサンプル数に差があり、特にハワイ州については分析精度に問題はあるが、比較するに耐える最低数（30サンプル数）はあるので、両者の結果（日本の看護師に対する調査結果は文献4）5）よ

り）を比較しながら考察を述べる。

1. 対象者の属性の概観

1) 年齢及び経験年数

平均年齢は日本34.9歳（SD±6.69）、ハワイ44.1歳（SD±9.56）からも分かるように、日本では25～39歳の人が74.6%を占めるが、ハワイでは37.4%であり、逆に50歳以上は日本3.6%、ハワイ33.6%である。同様に経験年数も日本は平均12.5年（SD±6.26）で、16～20年（17.0%）、8～9年（15.3%）が多く、ハワイは平均17.6年（SD±10.54）で、21年以上が39.6%、16～20年が12.5%を占めている。年齢と経験年数は相関するが、どちらもハワイが高い。医療システムの違いにも関連していると思われるが、対象者の選定の限界が影響している。

2) 卒業した学校及び修得した学位

日本は看護専門学校が82.6%であり、ハワイは大学が56.3%である。修得した学位は日本では学士と修士をあわせても13.2%、ハワイは75.0%と高く、博士も2.1%ある。看護教育の充実を示している。

3) 患者の権利・人権及びアドボカシー・権利擁護についての学びの状況

患者の人権・権利についての学びの有無については、両国とも概ね学んでおり（日本76.2%/ハワイ93.8%）、主に教育の場で学んでいる。しかし、アドボカシー・権利擁護についての学びは、日本では3割（28.8%）であるのに対してハワイは9割（89.6%）が学び、しかも8割（81.4%）が学部までの教育の場で学んでいる（大学

院でも44.2%)。

日本も看護教育の4年制化が図られ、近年では大学の数も150校にもおよんでいるが、米国に比べ歴史が浅く、学位の修得状況やアドボカシーの学びの状況における差は明白である。日本の看護領域にアドボカシーの言葉が紹介されたのは1995年の小玉によるJenny, J.の文献レビューであり⁸⁾、看護系学会では、1997年に開催された「第16回日本看護科学学会」のシンポジウムが最初である。看護教育のテキストに取り上げられたのも1997年以降であり、記載範囲も極めて少なく、意味は「擁護」とされている程度である^{9)~10)}。従って、日本ではアドボカシーの言葉も知らない看護師がまだ多い状況である。またアドボカシーの概念化も十分検証されていない状況では、教育の場で教えていくにも課題がある。

2. アドボカシーに関する看護師の意識について

1) 看護師のアドボカシー責務について

看護師のアドボカシー責務に対する理想も現実も肯定的であるという点で、日米の考えに差はない。その理由も理想として「接する時間が長い」、[看護師の仕事として当然]であると考え、現実にも「責務を持っている/意識している」という傾向も同じである。

日本の意識は「患者は弱者」、[プライバシーの保護]に対し、ハワイは「医学的な専門知識を持っている」、[全ての患者にアドボカシーが重要]であるとし、現実にも「患者の代弁者である」という認識である。ハワイでは専門職としての活動を意識した上での現実的な責務を表明している。

2) 看護師のアドボカシー実践について

看護師のアドボカシー実践に対する賛意は、日米とも肯定的である(日本73.7%/ハワイ89.6%)。さらに、本人のアドボカシー実践の有無については、日本は「実践有り」が49.9%、ハワイは89.6%で日本の1.8倍である。記述内容のうち「患者の希望に応じる」、[痛みのコントロール]については共通するが、日本では主に「医師と患者のパイプ役」、[医師の説明が分かりにくいときの再説明]、[不明点/疑問点の医師への確認]など、あくまで調整役としての係わりを実践している状況が伺われる。一方ハワイでは「医師の治療が適切でない」時や「意思決定/治療選択を助ける」などが上位を占め、医師への進言・苦言を呈し、患者の意思を尊重するような、患者側の立場に立った支援を積極的に行っている状況がリアルに具体的に表明されている。またアドボカシーを実践しうる看護師自身の特性を強調している。

3) アドボカシー実践への特別な教育・経験について

日米とも必要性は9割の人が認めているが、日本は実際に教育を受けてきたのは2割、現場で教育が受けられると答えた人は3割であり、ハワイでは実際に9割が受けている。この状況からハワイではアドボカシー実践に

向けた特別な教育がより強化されていることが推定される。

4) アドボカシー実践に必要な医療環境について

7項目の医療環境に対して理想として日米とも必要であるとしている。現実には「ゆとりある業務」が出来ない(日本75.7%/ハワイ58.4%)、「民主的な職場環境」がある(日本58.3%/ハワイ85.4%)において日米に違いがある。日本は「ゆとりある業務」と「民主的な職場環境」が欠如していると考えている。この2項目の日米の差のt検定結果は、「ゆとりある業務」($t=-3.487$, $df=402$, $P=.001$)、「民主的な職場環境」($t=-3.447$, $df=58$, $P=.001$)である。

5) アドボカシー実践を促進する職場環境について

理想として日米とも上位に挙げているものは、「患者中心の看護」と「看護スタッフの協力の精神」であるが、それらの次に日本は「ゆとりある業務」、ハワイは「医師はあくまで同僚」としている。現実にはないものとして、日本は「ゆとりある業務」、「医師はあくまで同僚」、「民主的な雰囲気」であるのに対して、ハワイは「ゆとりある業務」であるが、日米の差をt検定すると、「医師はあくまで同僚」($t=-4.705$, $df=65$, $P=.000$)、「看護スタッフの協力の精神」($t=-1.992$, $df=378$, $P=.047$)に有意差がみられる。

4) 5)からは患者中心の医療を考える場合、医療関係者は同僚でありパートナーシップという関係の民主的な職場が構築されないとアドボカシー実践はできにくいという構図が見えてくる。看護の独自性を活かしながら他職種特に医師との関係を見据え、看護師自身がアドボカシー実践に必要な専門的知識とアドボカシーを実践していく必要性の認識と積極性や忍耐強さという特性を身につけていくことが重要である。

6) スタッフのアドボカシー実践に向けての看護管理者の責任について

「スタッフのアドボカシー実践に向けて看護管理者はスタッフを助ける責任がある」ことに対して日米とも多くの人が賛意を示しているし、実際に責任を取ってくれていると7割前後(日本73.2%/ハワイ66.7%)の人は回答している。看護管理者の責任の有り様は「責任者なので/まとめ役」、[影響力が大きい/率先すべき]は共通であるが、日本は「アドバイスやフォロー・サポートしてくれる」ことを望んでいるあるいは重視しているが、ハワイは「強力なリーダーシップ・チームリーダーとして手本となるべき」のように、アドボカシーの実践者として位置づけていることが伺われる。

7) 他者からのアドボカシーが必要な状況について

アドボカシーの必要と考えられる状況5項目に対するアドボカシーの実施状況については日米に差はないが、それ以外でアドボカシーの必要な状況についての記述は、

日本でも[患者が自己で対処できない/意思決定が困難な場合]、[治療方針を決めるとき/治療の選択]、[意思表示出来なくなったとき]を多くの人が述べているが、ハワイでは自己決定法、無能力時のヘルスケア決定に関する代理人指名のための法律（DPA）などの法律や、患者の権利章典及び権利に関する声明文などに裏づけされた、患者の権利の保障に関わるシビアな状況に介入すべきことを提示し、日本の場合とは本質的に違っている。

3. 患者の権利に関する看護師の認識について

日本とハワイの両国とも、一般論に比べて、看護師としての患者権利の認識は、理想より現実の平均は低いが、理想と現実において、殆どの権利に有意な差が見られる。このことは、臨地現場で患者の権利を保証・擁護する係わりは、日本はもとより、「医師はあくまで同僚」という職場の環境があるハワイにおいても、難しい状況が同われる。その状況の中で、日本とハワイの看護師として患者の権利への現実の係わり度において、認識に差がある権利は、表10に示す通り、「代理人に意向を託す権利」、「尊厳死の権利」、「リビング・ウィルを実行してもらう権利」、「治療をやめる・拒否する権利」、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「看護・治療計画に参加する権利」、「臨床試験の参加、不参加の権利」、「信仰・宗教儀式を行う権利」の8項目である。これらの権利を概観すると、米国において、無能力時のヘルスケア決定に関する代理人指名のための法律（1984年）や患者の自己決定法（1990年）に則った権利である。ハワイの看護師は、法的に裏付けられて関わっていると推測される。

4. アドボカシー実践に影響を及ぼす看護師の要因

ほぼ同じ基準（日本では③の基準のうち他の因子への負荷量が0.30以上0.40未満の項目を削除）による25項目に対する日本の因子分析結果は、19項目4因子で（表11）ある。各因子（構成要素）に対する看護師の基本属性の重回帰分析（ステップワイズ法）の結果は、表12の通りである。【情報の提示（権）】とアドボカシー・権利擁護の学びとは正の関係（調整済み $R^2 = .11 \cdot p < .05$, $\beta = .36 \cdot p < .05$ ）、【主体的参加（権）】とアドボカシー・権利擁護の学びとは正の関係（調整済み $R^2 = .17 \cdot p < .0$

1, $\beta = .30 \cdot p < .05$ ）、また、修得した学位とは負の関係（調整済み $R^2 = .17 \cdot p < .01$, $\beta = -.33 \cdot p < .05$ ）である。すなわち、日本では修得した学位が高くなるほど患者の権利・利益を守る実践は行わないが、アドボカシー・権利擁護について学ぶほど実践するということである。

ハワイは【主体的参加（権）】と臨床経験が負の関係であり、臨床経験が長くなるほど患者の権利・利益を守る実践は行わない。しかし9割がアドボカシー・権利擁護について学んでいる背景を考え合わせると、日本もハワイも情報の提示や主体的な参加に向けたアドボカシー実践を促進する看護師の要因は、アドボカシー・権利擁護を学んだかどうかである。

VI. 結語

ハワイ州で調査を行うことに対して倫理面で大変苦勞した。想像以上の厳しさの中で、サンプル数を確保した状況である。従って、調査結果は精度という点で問題はあるが貴重なデータであり、医療制度・体制や個人の権利についての考え方が醸成されている米国の看護師のアドボカシーの認識を知り、日本の看護師との認識の違いがどのようなものかを知ることは、アドボカシー概念を考えていくときには重要になる。この調査の結果は日米で共通する部分もあるが、権利を保障する法規・法律や権利に関する声明文を遵守する精神に基づくレベルの高いアドボカシー実践がハワイでは行われている。日本の患者の権利の因子分析をAmosによる構造方程式モデリング（共分散構造分析）で、Fryの看護アドボカシーの概念の妥当性が検証できたので、その結果をハワイのデータで検証する予定であったがサンプル数が少なくできなかったのは残念である。しかし、2因子について、日本と同じ因子が抽出できたことから、サンプル数が多ければ、日本と同じ傾向になる可能性は十分あると考える。今後このデータを活かすには、日本のデータと統合してサンプル数を増やした中で構造方程式モデリングの分析をしていくことである。また、今回は日本の結果とハワイの結果からの比較の概要であるが、日米の統合データ

表10 ハワイと日本の患者権利への現実の係わり度

| 権利項目 | 日本の 平均値 | ハワイの 平均値 | ハワイと日本の差 | | | |
|--------------------|------------|-------------|----------|-------|-----|----------|
| | | | 平均値の差 | t 値 | 自由度 | 有意確率（両側） |
| 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 1.96 | 2.65 | -0.69 | -4.55 | 363 | 0.000 |
| 看護・治療計画に参加する権利 | 2.61 | 3.16 | -0.55 | -4.12 | 60 | 0.000 |
| 臨床試験の参加、不参加の権利 | 2.25 | 2.87 | -0.62 | -3.64 | 365 | 0.000 |
| 治療をやめる・拒否する権利 | 2.62 | 3.09 | -0.47 | -3.25 | 367 | 0.001 |
| 代理人に意向を託す権利 | 2.55 | 2.87 | -0.32 | -2.21 | 364 | 0.028 |
| 尊厳死の権利 | 2.85 | 3.16 | -0.30 | -2.04 | 362 | 0.042 |
| リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 2.63 | 2.98 | -0.35 | -2.29 | 337 | 0.023 |
| 信仰・宗教儀式を行う権利 | 2.47 | 3.04 | -0.57 | -3.54 | 361 | 0.000 |

表11 日本の患者の権利の因子分析（主因子法）：プロマックス回転後の因子負荷量

| 患者の権利 | 抽出因子 | | | | クロンバック α係数 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 | 第4因子 | |
| 第1因子：個の尊重（権） | | | | | |
| 22 尊厳死の権利 | 0.940 | -0.060 | -0.091 | 0.037 | 0.890 |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 0.824 | 0.032 | -0.048 | 0.028 | |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 0.750 | 0.094 | 0.069 | -0.071 | |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 0.737 | -0.102 | 0.057 | 0.099 | |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 0.583 | 0.057 | 0.114 | -0.022 | |
| 第2因子：情報の提示（権） | | | | | |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | -0.028 | 0.948 | -0.088 | -0.154 | 0.856 |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 0.038 | 0.824 | -0.070 | -0.175 | |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | -0.083 | 0.628 | 0.121 | 0.177 | |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 0.085 | 0.588 | -0.037 | 0.196 | |
| 2 治療選択を知らされる権利 | -0.005 | 0.547 | 0.114 | 0.136 | |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | -0.013 | 0.518 | 0.104 | 0.100 | |
| 第3因子：主体的参加（権） | | | | | |
| 17 同意したことを変更する権利 | -0.094 | -0.087 | 0.884 | 0.200 | 0.874 |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 0.012 | 0.005 | 0.877 | -0.197 | |
| 19 治療を止める・拒否する権利 | 0.244 | 0.031 | 0.706 | -0.109 | |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 0.092 | 0.136 | 0.560 | 0.054 | |
| 自己管理（権） | | | | | |
| 13 痛みから解放される権利 | 0.024 | -0.136 | -0.049 | 0.790 | 0.733 |
| 14 抑制されない権利 | -0.026 | -0.024 | -0.057 | 0.651 | |
| 10 わからないことを質問する権利 | 0.075 | 0.053 | -0.002 | 0.601 | |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 0.033 | 0.115 | -0.015 | 0.528 | |
| 固有値 | 8.016 | 1.937 | 1.531 | 1.000 | |
| 累積寄与率 | 40.09 | 48.14 | 53.57 | 57.14 | |
| 因子間相関 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | — | 0.510 | 0.682 | 0.561 | |
| 2 | | — | 0.657 | 0.467 | |
| 3 | | | — | 0.553 | |
| 4 | | | | — | |

表12 日本の各因子と属性の重回帰分析（ステップワイズ法）

| 独立変数 | 標準偏回帰係数 (β) | | | |
|--------------------|-------------|-------|--------|------|
| | 従属変数 | | | |
| | 個の尊重 | 情報の提示 | 主体的参加 | 自己管理 |
| 経験年数 | | | | |
| 卒業した看護学校 | | | | |
| 修得した学位 | | | - .33* | |
| 勤務部署 | | | | |
| 権利・人権の学び | | | | |
| アドボカシーの学び | .36* | | .30* | |
| 調整済みR ² | .11* | | .17** | |

*p<.05 **p<.01

年齢と経験年数は相関が強い (r=.85**) ので年齢は省く

による様々な解析を行い両者の違いをより実証的・客観的に明確にしていく必要がある。

謝 辞

見知らぬ日本の私に、本調査の主旨に理解をしていただき調査することをご了承くださりご協力くださったハワイの看護師のみなさまに深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 竹村節子：看護におけるアドボカシー—文献レビュー，人間看護学研究 No. 3.1-11, 2006
- 2) サラT. フライ/片田範子，山本あい子訳：看護実践の倫理 3版, 39-51, 日本看護協会出版会, 2000
- 3) Fry, S. T. & Johnstone, J. : Ethics in Nursing Practice, International Council of Nurses (ICN) . Second Edition, 55-63, 2002
- 4) 竹村節子：「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識
人間看護学研究 No. 3., 31-49, 2006
- 5) 竹村節子：「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識
—臨床経験5年以上の看護師へのアンケート調査—, 日本看護学教育学会誌 16 (3), 13-28, 2007
- 6) デービス A. J., 小西恵美子, 田代麻里江：日本におけるナースング・アドボカシー, 平成13年度木村看護教育振興財団看護研究助成報告書, 89-104, 2002
- 7) Davis, Anne J., Emiko Konishi, Marie Tashiro : A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. Nursing Ethics, 10 (4), 404-413, 2003
- 8) 小嶋香津子監修：患者の代弁—もう一つの看護の役割 (1979年 ジーン・ジェニイ), インターナショナルナースングレビュー 18 (5), 64-68, 1995
- 9) 坪井良子・松田たみこ編：考える基礎看護技術, 廣川書店, 41-42, 1997
- 10) 氏家幸子監修：D リハビリテーション患者の看護 第2版, 廣川書店, 39, 2003
- 11) 大西和子・岡部聡子編：成人看護概論, ヌーヴェルヒロカワ, 66, 150, 2005
- 12) 鈴木志津江・藤田佐和編：慢性期看護論, ヌーヴェルヒロカワ, 159-166, 2005
- 13) 池松裕子・山勢善江編：急性期看護論, ヌーヴェルヒロカワ, 20-21, 2005

(Summary)

Awareness among nurses in Hawaii toward advocacy for benefits and rights of adult patients —A comparison of nurses' awareness between Japan and Hawaii—

Setsuko Takemura

School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

Background Do patients receive medical care services based on their own decision in current clinical settings? To clarify the roles of nurses, we need to understand how they perceive human rights, particularly patients' rights, and address relevant issues; what factors may promote the practice of advocacy. While I have reported the result from my survey in Japan in nurses working at hospitals with 300 or more beds in the Kinki region and offered a conceptualization of the term "advocacy," whether the concept of advocacy can be universally applicable has not yet been studied.

Objective To study the concept of nursing advocacy from the standpoint of practice nurses in the USA, where people have a high awareness of rights, in order to clarify the values and elements that compose the concept of advocacy; and to compare the result with the result obtained from the survey in Japan. It is hoped that this study will help assess whether the concept of advocacy can be universally applicable.

Method A questionnaire survey was conducted in 48 nurses with five or more years of clinical experience at medical facilities in Hawaii, using the questionnaire form used for the survey in Japan.

Results While nurses in Japan play a role as a coordinator between patients and doctors, nurses in Hawaii play a more active role from the patient's point of view: They offer their opinions and advice to doctors in a way to respect patients' wishes. While factors that interfere with advocacy efforts in Japan were "stressful working schedule," "dominant-subordinate doctor-nurse relationship" and "less democratic environ-

ment," those in Hawaii was "stressful working schedule." As for the involvement of nurses in advocating for patients' rights, significant differences were observed in rights for patients to "delegate decisions to their representative," "die with dignity," "have their living will be followed," "discontinue and/or refuse treatment," "access their own medical and nursing records,"

"participate in nursing and treatment planning," "decide whether or not to participate in a clinical study" and "perform a religious ceremony." As for factors affecting the elements of advocacy, "information provision (right)" was positively correlated with the learning of advocacy and "subjective participation (right)" was negatively correlated with an earned academic degree in Japan. In Hawaii, "subjective participation (right)" was negatively correlated with clinical experience. In the survey result, 90% of the respondents had learned about advocacy, indicating that a major factor to encourage nurses to engage in advocacy is whether or not they have learned about advocacy.

Conclusion While the accuracy may not be very high due to the limited number of samples in the survey in Hawaii, there was more than a little difference in understanding of nurses' rights and advocacy between nurses in Hawaii and those in Japan due to different medical systems. The survey result indicates the positive attitude toward advocacy supported by laws and regulations to protect patients' rights in the USA.

Key Words Nurses in Hawaii, nurses' awareness and reality, patients' rights, advocacy, comparison between Japan and the US (Hawaii)

論文

喫煙妊婦の初乳中ニコチン濃度に関する検討



金森 京子¹⁾、高橋 里亥²⁾、藤田きみる¹⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 白鳳女子短期大学専攻科助産学専攻

背景 近年、20～30歳代の生殖年齢にある女性の喫煙率が増加している。喫煙する女性の妊娠期間中の喫煙率は、一旦は減少するが、産後は再び増加に転じる傾向にあり、妊娠中の喫煙は胎児に多くの影響を及ぼすことが報告されている。しかし、産褥期における喫煙が母乳にどのような影響を及ぼすかという検討は少ない。

目的 妊娠中に禁煙できなかった妊産婦の初乳中のニコチンとその代謝産物であるコチニンを測定することにより、どのような喫煙状況が乳汁へ影響を及ぼすのかその移行状態を検討し、喫煙妊婦に対する健康教育の指標とする。

方法 医療従事者の再三の警告にもかかわらず妊娠期間中喫煙を継続し、かつ初乳が採取できた妊産婦12名を対象とした。分娩前に面接による喫煙状況を調査し、分娩後に初乳3mlを採取してニコチン濃度とコチニン濃度を測定した。また、分娩後から採乳までの日数、最終喫煙から採乳までの時間を計測し、さらに、妊娠・分娩・産褥状況、出生時の新生児の様子を記録した。なお、本研究に対する理解と承諾は、書面をもって確認した。

結果 1) ニコチンが容易に母乳へ移行することが確認された。また、喫煙本数・銘柄の強さ・肺喫煙・喫煙間隔などは、母乳中におけるニコチン濃度に反映することが示された。2) 母乳中におけるおおよそのニコチンの代謝時間が想定できた。3) 肺喫煙は乳汁中への高いニコチン移行の原因になることが示された。4) 喫煙妊婦は非喫煙妊婦と比較して、異常妊娠経過ならびに異常分娩様式をとりやすいことが示された。

結論 ニコチンは容易に母乳中へ移行することが確認されたため、この結果が妊産婦の健康教育の指標となることが示唆された。

キーワード 妊産婦、喫煙、ニコチン、初乳、新生児、産褥期

I. 緒言

能動喫煙・受動喫煙による人体への弊害は、多くの研究者により明らかにされ、世界的にも禁煙・減煙・分煙が奨励されている。わが国の一般女性の喫煙率は、先進諸外国に比べて低率を示しているが¹⁾、20～30歳代の生殖年齢にある女性の喫煙率は増加傾向にあり²⁾、ことに大都市圏の生殖年齢女性にあっては25%にも及ぶ³⁾。また、妊娠期間中に医療従事者による再度の禁煙指導や警告を受けたにも関わらず、喫煙を中止できない妊産婦

(以下、喫煙妊婦)は、妊産婦全体の約5～10%存在すると報告されている³⁾⁴⁾。このような傾向は、女性が妊娠・出産する場合に、次世代の育成に大きな影響を与えるという観点から、周産期管理上、看過できない問題となっている。

タバコは、癌、慢性肺疾患、虚血性心疾患、早産、常位胎盤早期剥離など、さまざまな疾患をもたらす。喫煙妊婦が分娩した児は低体重になることが知られている⁵⁾。また、タバコ成分中のニコチンは、少量で中枢神経系に対して興奮刺激を与え、逆に大量では抑制的に働き、呼吸・循環器系や消化器系に悪影響をもたらすことが知られている⁶⁾⁷⁾。

人体におけるニコチンの通過経路は、口腔・気道・肺胞・消化管の粘膜に加えて皮膚から速やかに吸収され、体内に取り込まれたニコチンの約80～90%は主として肝臓で、

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：金森 京子

滋賀県立大学人間看護学部

住所：彦根市八坂町2500

e-mail: shimada@nurse.usp.ac.jp

他は腎臓や肺で分解・代謝される³⁾。この内、ニコチンの約4～25%は、そのまま尿中から、一部は肺・汗・乳汁から排泄され、他は無毒化した代謝産物コチニンとなって、同じ経路から緩徐に排泄される^{7,8)}。このため、成人のニコチン摂取・吸収経路は、主に能動喫煙・受動喫煙による口腔・肺循環経路である⁹⁾。一方、生後まもない新生児の経路は、先と同じ経路以外に母親の乳汁を媒体とする口腔・消化器経路がある。

喫煙妊婦は、喫煙が胎児に弊害を及ぼすという認識は漠然と持っており、とりわけ非妊時の喫煙本数が多い妊産婦ほど妊娠期間中の喫煙率は一旦減少する傾向にある^{2,10)}。しかし、産後は、喫煙による母子への直接の影響を過小評価し禁煙行動が継続できず、再び増加に転じる傾向にある¹¹⁾。加えて、医療従事者の保健指導は、産前・産後ともに口頭による方法が一般的で、産後の禁煙指導を継続する施設は少ない¹²⁾。このような状況は喫煙妊婦の禁煙に対する意欲や認識を低下させ、授乳中の喫煙による新生児への影響が懸念される。

授乳期、ことに産褥早期における母乳へのニコチンの移行状況に関する検討としては、喫煙妊婦の喫煙本数に依存して母乳中のニコチン含有濃度が上昇した報告^{13,14)}があるが、喫煙妊婦の非妊時ならびに妊娠中の喫煙本数、銘柄、タバコ煙を肺胞まで深く吸い込む肺喫煙の程度、同居家族の喫煙本数など喫煙状況を細かく検討し、これらの喫煙状況がどのように乳汁中のニコチンやコチニン濃度を上昇させるかの報告は見当たらない。

我々は以前、喫煙妊婦の臍帯血ならびに胎児の部分尿を用いた妊産婦の喫煙状況とニコチン含有量の検討を行っているが⁵⁾、今回は、喫煙妊婦の喫煙状況と乳汁へのニコチン移行の検討を行った。すなわち、本研究の目的は、喫煙妊婦の行動変容の動機づけとなる具体的な禁煙教育・授乳指導の指標を得ることである。その方法として妊娠中に禁煙できなかった喫煙妊婦に協力を得て、初乳中におけるニコチンならびにコチニン濃度を測定し、喫煙状況との関連を検討した。

II. 研究方法

1. 対象

医師や助産師らによる禁煙教育や警告にもかかわらず、禁煙できないあるいは指導を無視する妊娠37週0日以降、42週0日未満で分娩した喫煙妊婦15名を対象としたが、入院中に乳汁が分泌しなかった事例、検体が凝固した事例、また、検査手技の不手際により検査が実施できなかった事例の3名を除き、12名について検討した。

対象の抽出にあたっては、県下5施設の産科医師・助産師らが、妊婦健診時に、妊娠後期の妊産婦の問診票記載事項ならびに身体の喫煙臭から喫煙の有無を特定し、

禁煙指示や指導を受け入れられないと判断した妊産婦に対して研究への参加を打診した。打診に応じた分娩前の喫煙妊婦に対して、研究者が初回面接・禁煙保健指導ならびに具体的な研究目的・研究方法についての説明を実施し、研究参加の承諾を得た。初回面接や経過中の禁煙保健指導の時点で幸いにも禁煙できた事例や、早産・過期産となった場合には、あらかじめ対象から除外した。なお、対象の調査期間は妊娠後期から分娩後入院中までとし、褥婦が容認する場合は産後も継続して禁煙・節煙教育を実施した。

また、対照群として出産経験のある女性35名に対して、どのような妊娠経過や分娩様式であったのかを調査した。この内、妊娠37週0日以降、42週0日未満で分娩した非喫煙妊婦29名について検討した。

2. 研究方法

1) 喫煙妊婦

2002(平成14)年7月～2003(平成15)年12月の1年6ヶ月の期間に喫煙妊婦を調査した。分娩前に自己記入式調査票により、初経産、年齢、喫煙開始年齢、喫煙年数、Fagerström Tolerance Questionnaire index (FTQ指数)、非妊時・妊娠中の喫煙本数の変化、銘柄、肺喫煙の有無、妊娠中の禁煙の意志、同居家族の喫煙の有無、同喫煙本数などを調査した。その後、研究者が個別に面接を行い、ヒアリング形式で回答内容の詳細について確認し、妊娠中・分娩後の禁煙の必要性や児への影響について説明を加えた。

分娩後には、産褥早期の初乳3mlを採取し(以下、採乳)、母乳中のニコチン(mother's milk nicotine: 以下MNIC)と母乳中のコチニン(mother's milk cotinine: 以下MCOT)を測定した。検査方法は、検査会社に外注し、測定はCapillary GC with nitrogen selective detectionによって行われた。

今回、検体として初乳を用いた理由は、初乳は新生児にとって与えられなくてはならない免疫物質であり、その一方で初乳中のニコチンの存在は児にとってリスクになり得ると推測されたこと、また、喫煙がプロラクチン分泌を抑制することが先行研究^{17,18)}により報告されており、分娩から初乳分泌開始までの時間を測定する必要があったためである。

呼気中一酸化炭素濃度(以下、CO濃度)は、血漿中ニコチン濃度と比例することが知られているため、検体実測値の参考として、採乳直前にBedfont社製(英国)New Micro Smokerlyzer(商品名)を用いて測定した。なお、CO濃度の測定場所は、受動喫煙の影響は受けない院内の病室または授乳室とし、分娩後から採乳までの日数、ならびに最終能動喫煙から採乳までの時間を確認した。加えて、妊娠・分娩・産褥期の経過、出生時の新生

児のApgar score, バイタルサインズ(呼吸・体温・心拍数), 身体計測値などを記録した。

2) 非喫煙妊婦

2007(平成19)年11月, 2000年以降に出産を経験した子育て中の女性35名に, 同じく調査票を用いて妊娠経過・分娩様式・出生後の新生児の状態について調査を行った。この内能動喫煙者・受動喫煙者を除く非喫煙妊婦29名の妊娠経過・分娩様式と, 喫煙妊婦12名のそれとを比較し, 検討を行った。

得られた結果については, 統計ソフトSPSS Vol.14.0を用いてStudentのt検定とPearsonの χ^2 検定ならびにFisherの直接確立法を行った。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として, 研究者が喫煙妊婦に対して研究目的と実施内容, ならびに個人の匿名性の保持, いつでも被験者の意思で研究を中止でき不利益は生じない旨を説明した上で, 本研究に対する理解と協力を, 承諾書をもって確認した。また, 本研究開始時には研究者の所属施設に倫理委員会が設置されていなかったため, 所属施設である滋賀県立大学看護短期大学の教授会に対して本研究の趣旨説明を行い, 教授会ならびに学外見識者の承認を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象の属性ならびに喫煙状況

調査票の回答から, 喫煙妊婦12名の属性ならびに喫煙状況を表1に示した。その内訳は, 初産婦・経産婦は各

6名, 平均年齢は 27.4 ± 4.3 歳(Mean \pm S.D.), 喫煙開始年齢は 15.2 ± 2.0 歳で全員が10代であった。喫煙開始から本調査に至るまでの平均喫煙歴は 12.3 ± 4.0 年であり, 最短5年以上最長18年以下であった。喫煙開始の動機としては特に明確な理由はなかった。

タバコ依存度評価法であるFTQ指数は, ニコチン依存度を簡便に知る方法として世界的に認知されており, 本評価法は8項目の質問に対する回答によって得点化されている。具体的には, FTQ指数11点満点中0~3点は低い依存度, 4~6点は中位の依存度, 7~11点が高い依存度で表され, 今回の喫煙妊婦の平均FTQ指数は 3.7 ± 3.0 点で, 低い依存度が7名, 中位の依存度が3名, 高い依存度が2名であった。

平均喫煙本数は, 非妊時 20.8 ± 18.2 本, 妊娠中 14.2 ± 8.1 本であり, 妊娠中は減煙する傾向にあった。タバコのニコチン含有量の程度は, 0.1~0.9 mgの弱い銘柄が7名, 1.0~1.2 mgの中位の銘柄が3名, 1.3 mg以上の強い銘柄が2名であった。肺まで深く吸い込む肺喫煙の頻度は, 殆どないが2名, 時々あるが4名, いつもあるが6名であった。

また, 自分以外の能動喫煙者と同居している妊産婦は9名, 同居していない妊産婦は3名で, 同居家族の1日の合計喫煙本数は, 喫煙妊婦の喫煙本数よりも多い傾向にあった。なお, 喫煙する同居家族は主に夫や父親など男性が多かった。

2. 母乳中のニコチン濃度とコチニン濃度

MNIC濃度, MCOT濃度, 採乳直前のCO濃度, 分娩から採乳までの間隔, 最終能動喫煙から採乳までの所要

表1. 属性ならびに喫煙状況

(n=12)

| 妊産婦 | 初経産 | 年齢(歳) | 喫煙 | | FTQ指数 | 平均喫煙本数(本数/日)** | | 銘柄の強さ | 肺喫煙 | 同居喫煙者 (本数/日)* |
|-----|-----|----------------|----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|-------|------|------------------|
| | | | 開始年齢(歳) | 喫煙歴(年) | | 非妊時 | 妊娠中 | | | |
| A | 初 | 31 | 19 | 12 | 6 | 20 | 20 | 中位 | いつも | なし |
| B | 5経 | 31 | 13 | 18 | 4 | 20 | 10~15 | 中位 | いつも | 夫(25) |
| C | 初 | 21 | 14 | 7 | 9 | 40 | 20 | 強い | いつも | 夫(40), 父(少々) |
| D | 初 | 27 | 14 | 13 | 9 | 70 | 30 | 強い | いつも | 夫(60) |
| E | 3経 | 31 | 16 | 15 | 3 | 20 | 18 | 弱い | いつも | 夫(25) |
| F | 初 | 30 | 15 | 15 | 0 | 15 | 10 | 弱い | 殆どない | 夫(20) |
| G | 1経 | 31 | 15 | 16 | 3 | 5 | 3 | 中位 | 時々 | 夫(30) |
| H | 初 | 27 | 18 | 9 | 2 | 13 | 10~15 | 弱い | 時々 | なし |
| I | 初 | 18 | 13 | 5 | 1 | 20 | 16 | 弱い | 殆どない | 父(40), 母(10) |
| J | 1経 | 24 | 15 | 9 | 1 | 2 | 1 | 弱い | 時々 | なし |
| K | 1経 | 30 | 17 | 13 | 2 | 10 | 5~6 | 弱い | 時々 | 夫(20) |
| L | 3経 | 28 | 13 | 15 | 4 | 15 | 16 | 弱い | いつも | 夫(15) |
| 平均値 | | 27.4 ± 4.3 | 15.2 ± 2.0 | 12.3 ± 4.0 | 3.7 ± 3.0 | 20.8 ± 18.2 | 14.2 ± 8.1 | | | |

* ()内:同居家族の喫煙本数は多い本数を記載。

**集計は多い本数で計算。

表 2. 母乳の検査結果と採乳までの経過

(n=12)

| 妊産婦 | 分娩から採乳までの経過日数 | 母乳(初乳)中(ng/ml) | | 最終喫煙から採乳までの所要時間 | 採乳直前のCO濃度(ppm) |
|-----|---------------|----------------|--------------|--------------------|----------------|
| | | ニコチン(MNIC)濃度 | コチニン(MCOT)濃度 | | |
| A | 4日 | 64 | 100 | 30分 | 18 |
| B | 3日 | 37 | 230 | 20分 | — |
| C | 3日 | 35 | 270 | 30分 | 10 |
| D | 3日 | 14 | 180 | 1時間55分 | 19 |
| E | 3日 | 0 | 37 | 3時間30分 | — |
| F | 4日 | 0 | 37 | 6時間30分 | 3 |
| G | 2日 | 0 | 22 | 1時間35分 | 4 |
| H | 4日 | 0 | 0 | 5日 | — |
| I | 3日 | 0 | 0 | 6日 | — |
| J | 3日 | 0 | 0 | 3~4週間 | 3 |
| K | 3日 | 0 | 0 | — | — |
| L | 2日 | 0 | 0 | — | — |
| 平均値 | 3.1±0.7 | 12.5±21.3 | 73.0±98.8 | 最短:20分 最長:3~4週間 | 9.5±7.5 |

時間を表2に示した。

分娩から採乳までの平均経過日数は、 3.1 ± 0.7 日、最も早い2日目が2名、3日目が7名、最も長い4日目が3名あった。喫煙妊婦全体の平均MNIC濃度は 12.5 ± 21.3 ng/ml ($n=12$)、最大64 ng/ml、最小0 ng/mlであり、採乳した母乳中からニコチンが検出された4名(喫煙妊婦A, B, C, D)の平均MNIC濃度は 37.5 ± 20.4 ng/ml ($n=4$)であった。一方、平均MCOT濃度は 73.0 ± 98.8 ng/ml ($n=12$)、最大270 ng/ml、最小0 ng/ml、コチニンが検出された7名(喫煙妊婦A, B, C, D, E, F, G)の平均MCOT濃度は 125.1 ± 94.6 ng/ml ($n=7$)であり、毒性の強いニコチンよりもその代謝産物で無毒化されたコチニンが高濃度で検出された。また、ニコチンならびにコチニンともに検出しなかったのは、5名(喫煙妊婦H, I, J, K, L)であった。最終能動喫煙から採乳までの所要時間は、最も短い喫煙妊婦で20分、最も長い喫煙妊婦で3~4週間と差があった。ニコチンならびにコチニンともに検出しなかった5名は、分娩前より長時間に渡り喫煙をしていなかった。

また、参考値として、採乳直前にCO濃度が測定できた6名の平均CO濃度は、 9.5 ± 7.5 ppmであった。FTQ指数は高いほど約10~20と高値を示し、低いほど4以下の低値を示す傾向が認められた。

3. 喫煙妊婦の妊娠経過と分娩様式ならびに新生児の身体状況

喫煙妊婦個々の妊娠週数、妊娠経過、分娩様式、Apgar score、新生児の性別出生体重、胎盤重量、その

他特記事項を表3に示した。

喫煙妊婦12名の分娩時の妊娠週数は、妊娠37週2日~妊娠41週6日であり、平均妊娠週数は39週5日±11.0日であった。

妊娠経過において切迫早産、妊娠高血圧症候群など、何らかの異常兆候がみられた妊産婦は4名(33.3%)で、異常兆候が見られなかった妊産婦は8名(66.7%)であった。母乳中からコチニン量が100ng/ml以上の高濃度で検出された喫煙妊婦4名の群(以下、高濃度群)と、100ng/ml未満あるいは検出されなかった喫煙妊婦8名の群(以下、低濃度群)を比較すると、高濃度群において切迫早産や妊娠高血圧症候群などの異常兆候が認められた者は2名(50.0%)、異常兆候が認められなかった者は2名(50.0%)、低濃度群は異常あり2名(25.0%)、異常なし6名(75.0%)であり、有意差を認めなかった。

分娩様式では、分娩経過中に異常が認められ誘発分娩や吸引分娩などの産科処置の適応となった産婦は6名(50.0%)、自然分娩であった喫煙妊婦は6名(50.0%)であった。また、高濃度群において産科処置が必要となった妊産婦は3名(75.0%)、自然分娩は1名(25.0%)であったのに対して、低濃度群は産科手術・産科処置が必要となった妊産婦は3名(37.5%)、自然分娩は5名(62.5%)であり、同じく有意差を認めなかった。

新生児12名の性別は、男児7名、女児5名であり、性別平均出生体重は、男児 3118.6 ± 684.5 g ($n=7$)、女児 3136.4 ± 161.4 g ($n=5$)であった。また、男女併せての高濃度群の平均体重は 2921.2 ± 162.1 g ($n=4$)であり、低濃度群の平均体重は 3228.4 ± 607.8 g ($n=8$)

表 3. 妊娠・分娩経過と新生児の様子

(n=12)

| 妊産婦 | 妊娠週数 | 妊娠経過 | 分娩様式(処置・手術) | Apgar score | | 性別 | 出生体重(g) | 胎盤重量(g) | 特記事項 |
|-----|-----------|----------|-------------------------------------|-------------|-------|--------------|--------------|------------|----------------------|
| | | | | (1分後) | (5分後) | | | | |
| A* | 41週3日 | — | 帝王切開術(CPD・胎盤機能不全疑い) | 10 | 10 | 男 | 2725 | 490 | (出生直後)羊水混濁 |
| B* | 38週2日 | 切迫早産 | 自然分娩 | 9 | 10 | 男 | 2960 | 615 | — |
| C* | 37週6日 | 妊娠高血圧症候群 | 誘発分娩(Tox) | 9 | 10 | 女 | 3115 | 530 | — |
| D* | 37週2日 | — | 誘発分娩(微弱陣痛) | 9 | 10 | 男 | 2885 | 550 | (出生直後)胎雑音, 臍脈, チアノーゼ |
| E | 39週2日 | 切迫早産 | 自然分娩 | 9 | 10 | 女 | 2520 | 520 | — |
| F | 41週3日 | — | 誘発分娩(予定日超過・微弱陣痛) 吸引分娩・カメチレル胎頭圧出法 | 8 | 10 | 男 | 3132 | 665 | (出生直前)心音低下, 臍帯巻絡 |
| G | 40週4日 | — | 自然分娩 | 10 | 10 | 女 | 3140 | 560 | — |
| H | 38週6日 | — | 誘発分娩(前期破水) | 10 | 10 | 女 | 3375 | 540 | (5日目)新生児黄疸 |
| I | 41週6日 | 切迫早産 | 誘発分娩(予定日超過) | 10 | 10 | 男 | 2865 | 575 | — |
| J | 40週2日 | — | 自然分娩 | 8 | 10 | 男 | 4575 | 660 | 臍帯巻絡 |
| K | 38週2日 | — | 自然分娩 | 9 | 10 | 男 | 2920 | 480 | (出生直後)低体温 |
| L | 40週6日 | — | 自然分娩 | 9 | 10 | 女 | 3300 | 730 | (出生直後)抹消チアノーゼ |
| 平均値 | 全体 | | | 9.2±0.7 | 10±0 | 男=7名 女=5名 | 3126.6±514.9 | 576.2±76.5 | |
| | 高濃度群(n=4) | | | | | | 2921.2±162.1 | 546.2±52.2 | |
| | 低濃度群(n=8) | | | | | | 3228.4±607.8 | 591.2±85.1 | |

*印:タバコ成分検出量100ng/ml以上(高濃度群)の妊産婦を表している。

無印:タバコ成分検出量100ng/ml未満あるいは未検出(低濃度群)の妊産婦を表している。

全対象が喫煙妊婦であることから,未検出者の場合も喫煙直後には検出していた可能性が推測されるため低濃度群とした。

であった。両群間に有意な差はなかった。しかし性別の高濃度群・低濃度群間の検定では, 男児は高濃度群 $2856.7 \pm 120.0\text{g}$ ($n=3$), 低濃度群 $3315.0 \pm 898.6\text{g}$ ($n=4$) で両群間に有意差はなかったものの, 妊娠期間が正期産の範囲であるにもかかわらず, 高濃度群は低濃度群に比べ低体重になる傾向が認められ, 同時に, わが国における男児の平均出生体重(平成16年度)²⁰⁾より低い値を示した。女児は高濃度群が1名しかおらず検定は出来なかった。

喫煙妊婦12名の平均胎盤重量は $576.2 \pm 76.7\text{g}$ で, 高濃度群の平均胎盤重量は $546.2 \pm 52.2\text{g}$ ($n=4$), 低濃度群の平均胎盤重量は $591.2 \pm 85.1\text{g}$ ($n=8$) であり, 両群間に有意な差はなかった。

なお, Apgar score, 出生児のバイタルサインズについては顕著な異常兆候は確認されなかったが, 12名中7名に分娩中から出生後にかけて, 羊水混濁, 心音低下, 胎雑音, 臍帯巻絡, 低体温, 末梢チアノーゼなどの異常兆候が確認された。

4. 非喫煙妊婦の妊娠経過と分娩様式

非喫煙妊婦29名は初産婦20名, 経産婦9名で, 平均年齢 32.8 ± 4.2 歳であった。分娩時の妊娠週数は, 妊娠37週2日~妊娠41週0日であり, 平均妊娠週数は39週5日 ± 7.5 日であった。有効回答が得られた非喫煙妊産婦28名の妊娠経過において, 切迫早産などの異常兆候がみられた妊産婦は4名(14.3%)で, 異常兆候が見られなかった妊産婦は24名(85.7%)であった。また, 分娩様式では有効回答が得られた妊産婦27名において, 吸引分娩や帝王切開など産科処置が適応となった産婦は3名(10.7

%), 自然分娩であった喫煙妊婦は24名(89.3%)であった。

ちなみに, 新生児29名の性別は, 男児11名, 女児18名であった。うち有効回答が得られた, 男児9名の平均出生体重は $2,912 \pm 263.4\text{g}$ ($n=9$) で, 女児17名の平均体重は $2,992 \pm 331.1\text{g}$ ($n=17$) であった。

喫煙妊婦12名と非喫煙妊婦29名の妊娠経過ならびに分娩経過を χ^2 検定にて検討した。その結果, 妊娠経過については両者の間に有意差を認めなかったが, 喫煙妊婦の異常出現割合が33.4%に対して非喫煙妊婦の異常出現割合が14.3%と, 喫煙妊婦の方が高かった。一方, 分娩経過については喫煙妊婦の産科処置の必要な割合が50.0%に対して非喫煙妊婦は10.7%で, 両者間に有意差を認めなかった($p>0.006$)。

IV. 考察

本研究では, 初乳中におけるMNIC濃度ならびにMCOT濃度を測定し, 喫煙状況と母乳中のニコチンならびにコチニン含有濃度を照合しながら, 乳汁へのニコチン移行状況を検討した。

1. 属性と喫煙状況の検討

喫煙妊婦12名は, 全員が10代で喫煙を開始しており, 特に喫煙の契機となる理由もなく, 同居する家族や友人など周囲の能動喫煙者から, 漠然と影響を受けていたことが伺えた。また, 喫煙妊婦9名(B, C, D, E, F, G, I, K, L)の同居家族は, 妊産婦本人よりも合計喫煙本数が多い傾向にあり, 妊娠に伴う本人の禁煙意欲や

努力とは無関係に、タバコ煙の暴露環境に置かれていた可能性が推察された。この状況は、生後間もない新生児が母親の能動喫煙による母乳や、あるいは空気中の受動喫煙を介してニコチンが投与される環境であるということを示しており、未熟な新生児や乳児の身体ならびに脳神経に及ぼす影響は大きいと推測される。

喫煙妊婦の平均喫煙本数は、初産婦・経産婦を問わず、9名の喫煙妊婦（B, C, D, E, F, G, I, J, K）が妊娠を機に喫煙本数を減らす傾向にあり（以下、減煙）、喫煙本数は妊娠前の喫煙本数が多いほど顕著に減少した。

ニコチンは、麻薬やアルコールのような強い禁断症状を呈することはまれであるが、禁煙や減煙により心理的依存や離脱症状を示すことがあり¹⁰⁾、ニコチン依存が高いほど禁煙は容易ではない。喫煙妊婦の中には多種のタバコ銘柄を色々と試したり、強い銘柄に替えて本数を減らしたり、あるいは喫煙回数を減らすために1度に2本吸うなど常習性が顕著な者も散見され、妊娠による減煙・禁煙の機会があったにもかかわらず医学的・薬理学的根拠を伴わない曖昧な知識に重ねて、意志の弱さが加わることにより、禁煙することが困難な状況にあることが伺えた。

また、ニコチン依存の高い能動喫煙者は、肺喫煙する割合が高かった。減煙という行動変容にもかかわらず、いつも肺喫煙を行う妊産婦は12名中6名存在し（喫煙妊婦A, B, C, D, E, L）、そのうち4名（喫煙妊婦A, B, C, D）は、FTQ指数が中位から高い依存度を示していた。さらに、彼女らの乳汁からは、MNICとMCOTが同時に検出されており、その数値も高い値を示していたことにより、肺胞から多量にニコチンを取り込んでいることが確認された。このことより、喫煙妊婦に対する保健指導には、妊産婦の喫煙が胎児ならびに新生児へ及ぼす種々の悪影響¹¹⁾¹⁰⁾を十分に説明することに加えて、減煙と同時に肺喫煙をしないように助言する必要があることが示された。

2. 乳汁中検査結果と採乳までの経過の検討

1) 産後の乳汁分泌開始までの日数

母乳分泌に対するニコチンの弊害としては、プロラクチン抑制ホルモンであるソマトスタチンのレベルが高くなり乳汁分泌を抑制すること、また、オキシトシンによる射乳反射の抑制などの母乳分泌抑制が報告されている¹¹⁾¹⁰⁾。このため、喫煙している妊産婦は一般的に母乳の分泌が悪いと言われているが、今回の検討では喫煙妊婦12名全員が2～4日のうちに分泌開始をしており、顕著な乳汁分泌の低下は認められなかった。しかし、今回対象から除外した喫煙妊婦3名のうち1名は、産褥4日間の入院期間中に乳汁分泌が開始せず、検体3mlが採乳できなかった。

2) ニコチンならびにコチニンの検出と半減期

喫煙妊婦12名のうち7名（喫煙妊婦A, B, C, D, E, F, G）にMNICあるいはMCOTが検出され、肺胞から血中に取り込まれたニコチンは、容易に母乳へ移行することが示された。喫煙妊婦A, B, C, Dにおいて、MCOT濃度がMNIC濃度よりも約1.5倍～約12.8倍の高値を示したのは、ニコチンが体内において代謝され、コチニンとして蓄積していたためである。特に、MNICを検出した4名（喫煙妊婦A, B, C, D）のMCOT濃度は100～270 ng/mlと高濃度を示しており、ニコチンを大量に摂取していた可能性が示された。またMNICが検出されず、MCOTのみが検出された3名（喫煙妊婦E, F, J）についても、代謝前のMNICの存在が示唆された。

最終喫煙から採乳までの所要時間は、最短時間で20分、最長時間で約3～4週間と大きな開きがあった。ニコチンの体内での代謝過程における半減期は平均95分（60～120分）とされ、比較的速やかにコチニンへと無毒化される³⁰⁾。一方、代謝産物となったコチニンは人体にとって無害で、その半減期は約10時間～20時間であり、体内において安定した形で蓄積される³⁰⁾。100 ng/mlを超える高濃度のMCOTを検出した4名（喫煙妊婦A, B, C, D）は、最終喫煙から採乳までの所要時間が20分～120分以内と短く、そのうち喫煙妊婦3名（喫煙妊婦A, B, C）は、30分以内と極端に短かった。従って、MNICとMCOTを同時に検出した4名（喫煙妊婦A, B, C, D）は、ニコチンならびにコチニンの代謝を迎える前に採乳され乳汁中に大量に検出されたものである。また、コチニンのみを検出した3名（喫煙妊婦E, F, G）の所要時間は1時間半～6時間30分であるが、ニコチンの半減期を考慮すると約2時間程度でコチニンに代謝されたと考えられた。

これにより、褥婦の喫煙から乳汁に分泌されるニコチンの移行時間は30分以内であり、また、コチニンへのおおよその代謝時間は、約2時間程度ですみやかにコチニンに代謝されることが推定された。

母乳を媒体とするMNIC濃度は、母体血漿ニコチン濃度よりも約1.5倍～3.0倍に濃縮されていることが知られており³⁰⁾、タバコを1本吸った直後の授乳は、大量のニコチンを乳児に与える可能性がある。以上のことから、喫煙妊婦がニコチンを児に与えない工夫として、喫煙後は授乳まで2時間以上の十分な間隔を空けること、あるいは授乳前の喫煙を禁止させる配慮が必要である。

MNICとMCOT共に検出した4名（喫煙妊婦A, B, C, D）は、妊娠中減煙しているとはいえ平均喫煙本数は15本～30本と多く、全員が中位（1.0～1.2mg）や強い（1.3mg以上）銘柄を使用し、肺喫煙者であった。従って、FTQ指数も4～9点と中位～高いニコチン依存が示された。一方、MNIC・MCOT共に検出しなかった

5名(喫煙妊婦H, I, J, K, L)のうち3名(喫煙妊婦H, I, J)は、銘柄は弱く、肺喫煙も少なく、FTQ指数も低い依存傾向であり、分娩入院後には完全に喫煙を中止し5日以上が経過していた。これらについては、参考値として測定したCO濃度によっても明らかであった。以上の喫煙妊婦におけるMNIC濃度ならびにMCOT濃度と喫煙背景の検討により、喫煙本数の多寡、銘柄の強弱、肺喫煙の有無、喫煙から採乳までの時間の長短によりタバコ成分が乳汁中に検出され易いことが示された。

3. 妊娠・分娩経過と新生児の身体状況の検討

喫煙による妊産婦への影響としては、早産、前期破水、常位胎盤早期剥離、胎盤梗塞などを発症しやすいことが報告されている^{31,32}。今回の結果でも、喫煙妊婦の妊娠経過においては、6名が切迫早産や妊娠高血圧症候群により安静を指示され、子宮収縮抑制剤の処方を受けた。また、妊娠経過中に全体の1/3が分娩異常となり、分娩様式によっては喫煙妊婦Bが緊急帝王切開となり、加えて、自然破水し35週2日で早産となった事例が今回の喫煙妊婦12名以外で認められた。

喫煙による新生児異常として低出生体重児の出生率が高い³³ことは既によく知られている。新生児の体重では、高濃度群の男児・女児ともに有意差を認めなかったが、わが国における平成16年度の出生男児の平均体重3,050g、女児の平均体重2970g³⁴よりは体重が軽く、喫煙による胎児への影響が示された。

以上のことから、対象数が少なく統計的な有意さは認められなかったものの出産前の喫煙状況が出生時の新生児の体重に影響を与えており、産後においても喫煙を継続することは、十分母乳を介して乳児に悪影響を及ぼす可能性があること示唆された。

4. 喫煙妊婦と非喫煙妊婦の妊娠経過と分娩様式の比較

喫煙妊婦12名と非喫煙妊婦29名の妊娠経過の比較では有意差を認めなかったが、喫煙妊婦の方が異常出現割合が高かった。また、分娩経過については両者間に有意差を認め、喫煙によって異常分娩形式をとりやすいことが示された($p>0.006$)。

新生児体重については、喫煙・非喫煙の間で男児女児ともに有意差は認められなかった。

以上より、喫煙妊婦では妊娠経過ならびに分娩経過に異常が起りやすいことが示された。このことから妊娠を契機とし、産後も継続できる禁煙・減煙指導がより必要と考えられた。

WHO(世界保健機関)とUNICEF(国連児童基金)が1989年に「母乳育児成功のための10か条」の共同声明を勧告し、世界規模の規範を提供して^{34,35}20年近くになる。母乳、特に初乳の授乳は、栄養や免疫力の供給ある

いは母子相互作用の観点より世界的に奨励されており、免疫力の獲得といった最大の利点を重視して、喫煙していても授乳した方が新生児の疾患が防御できるとする報告もある^{36,37,38}。また、保険適応がなされている禁煙補助剤(ニコチンパッチ、ニコチンガム等)は、妊産婦のニコチン離脱方法として使用は禁忌とされてきた³⁹が、産後の禁煙補助剤を使用しながらの授乳は、受動喫煙下での人工栄養よりもニコチンの子どもへの移行が約50分の1に軽減できるという計算から、受動喫煙の弊害を抑制できるなら、禁煙補助剤の使用についてはまったく否定的ではないなどの報告もある³⁹。しかし、松森らは禁煙補助剤の安全性あるいはリスクが明確にされるまでは従来通り、妊産婦に対して補助療法を併用しないほうがよいと報告している⁴⁰。このように、既に明らかとなっている受動喫煙による児への弊害や、ニコチンが口腔や消化管から容易に吸収されやすい状況を考慮しても、安易な喫煙妊婦の母乳栄養の勧めや禁煙補助剤の使用は、母乳保育の多くの利点を害するのみならず、今後の児の成長発達に悪影響を与えることが予測される。従って、医療従事者は、喫煙妊婦の母乳栄養は乳汁中にニコチンが含有されている危険性を十分に認識し、どのような状況においても禁煙できない喫煙妊婦に対しては、児に対するタバコ成分の影響を極力抑止する方法として従来言われている受動喫煙を避けることに加え、授乳前は妊産婦自身が喫煙しない、喫煙したら次回の授乳はおおよそ2時間以上間隔をあけることを指導する必要がある。

女性にとって妊娠・分娩は、自らが備え持つ健康な営みを確認する機会となり、産褥期は親として急速に成長する時期でもある。また、妊娠・出産という契機は、喫煙者が最も禁煙を決意しやすい時期であると同時に、産後は再喫煙を開始し易い時期でもある。保健指導に携わる医療者は、より効果的な健康教育・親教育を実践し、対象者の行動の変容を促すよき支援者でなければならぬと考える。

V. 結語

本研究で、初乳中におけるニコチンとコチニン濃度、ならびに喫煙状況を関連させながら比較検討することにより、喫煙妊婦の行動変容を促す以下の具体的な指標が得られた。

- 1) ニコチンが容易に母乳へ移行することが確認されると同時に、喫煙本数の多寡、銘柄の強弱、肺喫煙の有無、喫煙から採乳までの時間の長短によりタバコ成分が乳汁中に検出され易いことが示された。
- 2) 喫煙後、ニコチンが母乳に移行する時間は30分以内であり、コチニンへの代謝時間は約2時間程度である

ことが示された。

- 3) 肺喫煙は乳汁中への高いニコチン移行の原因になることが示された。
- 4) 喫煙妊婦は非喫煙妊婦と比較して、異常妊娠経過ならびに異常分娩様式をとりやすいことが示された。

以上より、禁煙できない喫煙妊婦には、従来から指摘されている本人や家族への禁煙指導に加え、産前のみならず産後も継続して行う必要がある。本人への具体的な保健指導としては、禁煙の動機づけとして自らと新生児への悪影響を明確にし、家族と共に減煙や禁煙の働きかけを強め、また、肺喫煙防止や授乳前の喫煙の禁止、喫煙後は授乳まで2時間以上の間隔を空けることなどを助言する必要があると考える。

VI. 謝 辞

研究対象としてご協力頂いた12名の妊産婦の皆様、また、研究遂行にあたり協力頂いた医療法人友仁会友仁山崎病院、医療法人青葉会神野レディスクリニック、彦根市立病院、特定医療法人社団御上会野洲病院、榎田助産院のスタッフの皆様に深謝いたします。

なお、本研究は、2002年(平成14)度財団法人滋賀県立大学学術文化振興財団の研究助成金を受けて行われた。

参考文献

- 1) 厚生省の指標臨時増刊号 国民衛生の動向, 53 (9) p81, 財団法人厚生統計協会, 2002.
- 2) 大井田隆, 曾根智史, 武村真治ら, わが国における妊産婦の喫煙・飲酒の実態と母子への健康影響に関する疫学的研究 (H2-子ども-004), 平成13年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 総括研究報告書, p653-682, 2001.
- 3) 森山郁子, 嗜好品と周産期-タバコの影響, 周産期医学, 29 (4), p469-473, 1999.
- 4) 厚生労働省・児童家庭局平成12年度乳幼児身体発育調査報告書, p8, 2001.
- 5) 伊藤祐之, IV自律神経薬, 田中潔, 現代薬理学, 増補第18版, p246, 金原出版, 1996.
- 6) 谷山紘太郎, 第三章末梢神経薬理 6 神経節作用薬, 田中千賀子, 加藤隆一, NEW薬理学, 第1版, p 241, 南江堂, 1990.
- 7) 相澤義雄, 金戸 洋, 上条一也ほか, 第3章嗜好物, 薬物と毒物, 羽野壽, 相澤義雄, 薬理学, 第2版, p3, 廣川書店, 1969.
- 8) 原三郎, 薬理学入門, 第10版, p159, 南山堂, 1969.
- 9) 健康ネット, 厚生労働省の最新たばこ情報. たばこ
と健康. <http://www.health-net.or.jp/tobacco/risk/rs190000.html> (ニコチン摂取・吸収経路)
- 10) 金森京子, 高橋里亥, 藤田きみゑ, 喫煙妊婦におけるニコチンの胎児への影響—喫煙状況と臍帯血ならびに部分尿の検討—, 人間看護学研究, 5, p39-47, 2007.
- 11) 厚生労働省, 報道発表資料, 平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査http://www.mhlw.go.jp/houdou/1111/h1111-2_11.html
- 12) 石川祐子, 堀部雅子, 峯吉景子ら, 喫煙が乳児に及ぼす影響についての両親および医療従事者の意識調査, 愛知母性衛生学会誌, (15), p15-21, 1997.
- 13) Luck, W., Nau, H., Nicotine and cotinine concentrations in the milk of smoking mothers : influence of cigarette consumption and diurnal variation. Eur. J. Pediatr. 146, p21-26, 1987.
- 14) Ferguson, B. B., Wilson, D. J., Schaffner, W., Determination of nicotine concentrations in human milk. Am. J. Dis. Child. 130, p837-839, 1976.
- 15) 岳中典男, 基礎薬理学, 再版, p42, 朝倉書店, 1974.
- 16) 加治正行, 妊婦の受動喫煙と胎児への影響, 小児科, 44 (1), p111-118, 2003
- 17) Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, et al, Milk production by mothers of premature infants : Influence of cigarette smoking. Pediatr. 90 (6), p934-938, 1992.
- 18) Andersen AN, Andersen CL, Larsen JF, et al. Suppressed prolactin but normal neurophysin levels in cigarette smoking breast-feeding women. Clinical Endocrinology. 17 (4), p363-368, 1982.
- 19) Lawrence RA, et al. "Medical complication of the mother". Breastfeeding : a guide for the medical profession. p507-61, Mosby, 1999.
- 20) Dahlstrom A, Lundell B, Curvall M, et al. Nicotine and cotinine concentrations in the nursing mother and her infant. Acta Paediatr Scand. 79 (2), p142-147, 1990.
- 21) Narahara H, Johnston JM, Smoking and preterm labor: Effect of a cigarette smoke extract on the secretion of platelet activating factor acetylhydrolase by human decidual macrophages, Am J Obstet Gynecol, 169, p1321-1326, 1993.
- 22) Hadley CB, Main DM, Gabbe SG, Risk factors

- for preterm premature rupture of the fetal membranes. *Am J Perinatology*, 7 (4), p 374-379, 1990.
- 23) 厚生省の指標臨時増刊号 国民衛生の動向, 52 (9), p78, 財団法人厚生統計協会, 2005.
- 24) 橋本武夫, UNICEF/WHO, 母乳育児支援ガイド, 第1版, p2, 医学書院, 2003.
- 25) ラ・レーチェリーグ・インターナショナル, 改訂版だれでもできる母乳育児, 第2版, iv, メディカ出版, 2005.
- 26) Reijneveld, SA, et al. Infantile colic : maternal smoking as potential risk factor. *Arch. Dis. Child*. 83 (4), p302-303, 2000.
- 27) Woodward, A. et al. Acute respiratory illness in Adelaide children: breast feeding modifies the effect of passive smoking. *J. Epidemiol. Community Health*. 44 (3), p224-230, 1990.
- 28) 厚生省児童家庭局母子保健課. 乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策に関する検討報告. <http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1006/h0601-2.html>
- 29) 谷山紘太郎, 第V章末梢神経薬理 5 神経節・神経節接合部作用薬, 田中千賀子, 加藤隆一, NEW薬理学, 第4版, p263, 南江堂, 2002.
- 30) 大山牧子, あなたのなぜ? に答える母乳のはなし, *Neonatal Care*, 17 (8), p791, メディカ出版, 2004.
- 31) 松森由希子, 酒井達也, 小田垣孝雄ら, 妊婦の禁煙治療にニコチンの代替剤の使用は危険か, *EBMジャーナル*, 3 (5), 2002.

(Summary)

Examination about nicotine density in the colostrum of the smoking pregnant woman

Kyoko Kanamori¹⁾, Sato Takahashi²⁾, Kimie Fujita¹⁾

¹⁾University of Shiga Prefecture School of Human Nursing

²⁾Hakuho Women's College, Department of Special Majors, Midwifery Major

Background The percentage of smoker is increasing in women of reproductive age. It is well known that smoking affects the pregnancy and also fetus. Although transient decrease of smoking habit is observed in pregnant women, the percentage of smoker is increasing again after delivery. Thus there is an emerging risk of smoking associated health problems in smoking mother and small infant. However little has been reported about the effect of smoking of breast feeding.

Aim To clarify the effect of smoking on colostrums.

Method Twelve smoking women who fed their baby with their breast milk and also delivered colostrums for this study were studied. The subjects delivered 3ml of colostrums for the

measurement of nicotine and cotinine. They were also asked about their smoking habit and the time after the last smoking to collection of their colostrums.

Results Colostrum was obtained after 3.1±0.7 days. High concentration of cotinine and nicotine in colostrums was observed when colostrum was obtained within a few hours after smoking.

Conclusion Smoking caused high concentration of cotinine and nicotine in colostrums. Pregnant mothers should be informed about this risk of feeding nicotine to their babies right after birth.

Keywords pregnant woman, smoking, nicotine, Colostrum, newborn infant and puerperium

論文

精神看護学実習において看護学生が 体験したゆらぎのレベルとその評価基準



牧野 耕次、比嘉 勇人、甘佐 京子、松本 行弘
滋賀県立大学 人間看護学部

背景 これまで看護学生のアイデンティティの「ゆらぎ」が注目され、確立途上のアイデンティティの不確かさが動揺につながるものが指摘されている。精神看護学実習では、看護学生はコミュニケーションに困難を覚え、多くの「ゆらぎ」を体験していることが示唆されているが、体験した「ゆらぎ」がどの程度の規模（レベル）であったのかを評定する指標は示されていない。

目的 本研究は、精神看護学実習において、看護学生が体験した「ゆらぎ」のレベルとその評価基準を提示することを目的とする。

方法 精神看護学実習を終了した看護大学生9名を対象者とし、半構面面接を行い、精神看護学実習において体験した「ゆらぎ」のエピソードとその「ゆらぎ」のレベルの評定、各レベルを何により判断したか、その基準を話してもらった。その内容を質的帰納的に分析し、評価基準の内容を抽出した。

結果 分析の結果、次の4レベルが抽出された。レベルⅠ：わずかな疑問やネガティブな感情の反応で一瞬、対処に困るが、その影響力はわずかで余裕があり、外に現れない程度の反応で、自分自身で対処でき、自分から人に話すことでも対処できるレベル。レベルⅡ：どうしたことなのかと考え、ネガティブな感情の反応で対処に困り、その反応が外にも現れるが短時間であり、まだ余裕や見通しもあり、自分から人に話すなどにより、頭の中で状況を整理でき、その状況にも身を置くことができるレベル。レベルⅢ：ネガティブな感情による反応が制御できなくなりそうになり、顔を赤らめるなど外からわかる反応が現れる。わずかに見通しがあり、余裕も少し残っているが、自分だけでは対処不可能で、そのことを信頼できる人に話さずにはいられず、聴いてもらうことでその後対処することができるレベル。レベルⅣ：ネガティブな激しい感情体験のため、感情や行動の制御や状況把握が難しくなる。対処不能状態で見通しもなく、その状況から離れる。危機的な状態に陥ることもある。また、余裕もなくなり、人の話がきけなくなったり、自分の置かれた状況を話すことができなくなったりする。話すだけでなく感情を表出することなどで対処できるようになるが、良くも悪くも周囲に与える影響は大きく、他者が話を聴くことも難しいレベル。

結論 レベルⅠおよびレベルⅡでは、看護学生と臨地実習指導者、教員がレベルⅠおよびレベルⅡからの学びをより確固なものにするという共通認識を持つことの重要性和、レベルⅢおよびⅣでは、「ゆらぎ」を体験した看護学生の感情の表出や思考の整理が促されるため、臨地実習指導者や教員の聴く姿勢の重要性が示唆された。

I. 緒言

それまでの体制やシステム、有り様が変化を伴い不安定で危機的な要素を含んだ状態、国家¹⁾²⁾や家族³⁾⁴⁾⁵⁾の

移行期、動揺や葛藤などの心理過程⁶⁾に「ゆらぎ」という用語は使われてきた。宮本⁷⁾は、援助者側である看護学生の「ゆらぎ」を取り上げ、看護専門職のアイデンティティ確立に適した支援として、看護場面を再構成する方法論を提示した。尾崎⁸⁾は、社会福祉学の領域において、援助者やその対象者らが経験する動揺や葛藤、不安、迷いなどを「ゆらぎ」とし、その混乱や危機的な側面に焦点を当てるだけでなく、成長の契機となる側面にも注目した。そして、「ゆらぎ」を社会福祉実践の専門性や質

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：makino@nurse.usp.ac.jp

を高める出発点ととらえた。尾崎はその著書において、社会福祉領域だけでなく、看護職の経験した「ゆらぎ」についても紹介し、「ゆらぎ」を対人援助職に共通するものと位置づけた。その後、看護の領域においても、「ゆらぎ」に関して、看護師の「ゆらぎ」場面とそのプロセスに関する研究⁹⁾や助産師が自己価値の「ゆらぎ」から開放されるプロセスに関する研究¹⁰⁾など、援助者側の「ゆらぎ」に関する研究が行われ、援助者がどのような「ゆらぎ」を体験しているのかが明らかにされている。しかしながら、援助者が体験した「ゆらぎ」の大きさが、その本人にとってどの程度の影響があったのかに関する指標については明らかにされていない。

対人援助職を目指す看護学生の大半は、青年期に属しており、アイデンティティの確立を発達課題に持つと同時に、看護師になるために実習等を通して、職業的アイデンティティの確立についても直面している状況である。宮本¹¹⁾は、看護学生の感情だけでなく、アイデンティティの「ゆらぎ」にも注目し、確立途上のアイデンティティの不確かさが動揺につながることを指摘している。さらに、宮本¹²⁾と日下¹³⁾は、「実習体験には患者の役に立てたという充実感と、援助どころかコミュニケーションもうまくいかなかったという不全感が入り混じり、毎日が『ゆらぎ』と立ち直りの連続である」と述べ、精神科における実習の事例を提示している。そして、臨地実習指導者や教員が看護学生の「ゆらぎ」をどう支えるのかについて、看護学生が「限界を超えないような配慮」と「現実の厳しさと自己の限界を知ることへの支援」の重要性を指摘している。精神看護学実習では、例えば統合失調症を持つ患者を受け持った場合であれば、患者の症状である妄想や関心の低下などにより看護学生はコミュニケーションに困難を覚え、多くの「ゆらぎ」を体験していることが示唆されている¹⁴⁾。自己のアイデンティティと職業的アイデンティティの確立途上にある看護学生が、精神疾患を持つ患者と接することで「限界を超えないよう」に、「『ゆらぎ』と立ち直りの連続」の中で「現実の厳しさと自己の限界を知る」ために、体験している「ゆらぎ」の大きさがどの程度の規模（以下レベルとする）であるのかを知ることが、非常に重要である。また、臨地実習指導者や教員にとっても、看護学生が「限界を超えないよう」に「『ゆらぎ』と立ち直りの連続」の中で「現実の厳しさと自己の限界を知ることへの支援」を行う上で、看護学生の「ゆらぎ」のレベルを知ることが非常に重要である。したがって、本研究では、精神看護学実習において、看護学生が体験した「ゆらぎ」のレベルとその評価基準を提示することを目的とする。精神看護学実習において、看護学生が体験した「ゆらぎ」のレベルとその評価基準は、看護学生自身が「自己の限界を知る」ために、体験した「ゆらぎ」を振り返る際の資

料として、意義があると考えられる。また、臨地実習指導者や教員が看護学生に対して指導をする上での判断指標になると考えられる。なお、本研究において、「ゆらぎ」の定義は、「混乱、危機状態を意味する側面をもち、成長を導く契機であり、判断基準や判断、感情が揺れ動く状態」とした。

II. 研究方法

1. 対象者

精神看護学実習を終了した看護大学生に研究協力依頼を文書と口頭にて行った。そして、後日、研究に参加することに口頭と文書により同意した看護学生9名を対象者とした。

2. データ収集方法

- 1) プライバシーの確保できる部屋において、研究者と対象者の一対一による面接を1回行った。
- 2) 面接時間は約1時間とし、対象者が精神看護学実習において体験した「ゆらぎ」のエピソードをすべて話してもらった。
- 3) エピソードごとにその「ゆらぎ」のレベルを、1～10の段階で自由に区分し、例えば5段階と区分した中のレベルⅡのように、何段階と区分した中のレベル幾つであるのか評定してもらった。
- 4) 2人目以降の対象者には、1～10段階の範囲の評定のほかに、1人目の対象者が評定した範囲の段階（例えば5段階）でも評定してもらった。
- 5) 面接は、同意を得てからICレコーダーを用いて録音した。
- 6) 各エピソードの内容については、特に、その時の感情や行動について詳しく聴いた。
- 7) 各対象者が評定した「ゆらぎ」のレベルについて、各レベルを何により判断したか、その基準を話してもらった。

3. データ収集期間：平成18年11月上旬～平成19年6月上旬

4. データ分析方法

ICレコーダーに録音した面接内容について、対象者ごとに逐語録を作成して、次の分析を行った。

1) 「ゆらぎ」のレベルに関する評価基準の分析

- ①各対象者が評定した「ゆらぎ」のレベルについて、その評価基準をレベルごとにまとめた。
- ②まとめられた各レベルの評価基準をおおよそ1文のコードで抽出し、分類した。
- ③各レベルの評価基準の中から意味の類似したコードを

集め、それらのコードを用いて各レベルの評価基準の内容を文章化した。

2) 分析における信頼性と妥当性の確保

- ①質的研究経験のある共同研究者とのディスカッションにより分析内容および結果の確認を行った。
- ②分析結果を対象者に提示し、意見や違和感のある場合は、その内容がそれまでのデータや分析との矛盾が起きないかなど研究者間で検討し結果に反映させた。

5. 倫理的配慮

実習終了後に、研究の概要と以下の1)～5)の倫理的配慮を文書と口頭により説明し研究協力依頼を行い、後日、自発的に研究者を訪問し文書と口頭で研究に同意した者を本研究の対象者とした。

- 1) 対象者になることで予想される利益(質的研究や倫理的配慮、本テーマについて理解を深めることができる)と不利益(人権等が侵害されるのではという不安)について、説明し、不利益については、以下の説明によりできる限り解消されるよう確認を行った。
- 2) 研究協力は自由意志であり、途中で中止でき、そのことで不利益を受けない。その場合、得られたデータは使用しない。
- 3) 実習終了時に成績判定は終了しており、研究に協力するか否かで、成績やその他の評価に影響することはない。
- 4) 対象者が特定されないよう配慮し、守秘義務を遵守する。
- 5) 対象者は研究に関して納得がいくまで質問でき、研究者はできる限り結果のフィードバックを行う。

III. 研究結果

1. 対象者の属性およびインタビュー結果

精神看護学実習終了後の看護大学生9名が研究参加に同意した。年齢は、20歳2名、21歳7名で、全員女性で

表1 面接時間と各エピソードの評定

| ID | 面接時間 | エピソード数(自己評定) |
|----|------|--------------|
| A | 45分 | 3(Ⅱ、Ⅱ、Ⅲ) |
| B | 41分 | 3(Ⅳ、Ⅳ、Ⅰ) |
| C | 53分 | 3(Ⅰ、Ⅰ、Ⅲ) |
| D | 37分 | 2(Ⅰ、Ⅳ) |
| E | 30分 | 3(Ⅲ、Ⅱ、Ⅰ) |
| F | 36分 | 2(Ⅳ、Ⅱ) |
| G | 70分 | 5(Ⅱ、Ⅱ、Ⅰ、Ⅰ、Ⅱ) |
| H | 55分 | 2(Ⅱ、Ⅳ) |
| I | 29分 | 2(Ⅱ、Ⅰ) |

あった。

面接回数は全員1回で、面接時間は平均44分(最長70分、最短29分)、対象者が話した「ゆらぎ」エピソード数は、2つのエピソードと3つのエピソードが各4名、5つのエピソードが1名であった。1人目の対象者は、「ゆらぎ」無しを含めた5段階で自らのエピソードを評定した。その内「ゆらぎ」無しのレベルを除いたレベルⅠ～Ⅳに合わせた評定と各対象者の1～10段階の範囲における評定を比較検討した結果、レベルⅠ～Ⅳの4段階を採用した。対象者およびエピソード数とその評定は表1に示した。

2. 分析結果

1) 精神看護学実習における看護学生の「ゆらぎ」のレベルに関する評価基準

対象者が話した「ゆらぎ」のレベルに関する評価基準を分析した結果、「ゆらぎ」の各レベルの基準は以下の通りにまとめられた。そのレベルの基準に該当する面接内容を本文と区別するため斜体で抜粋した。なお、精神看護学実習における看護学生の「ゆらぎ」のレベルに関する評価基準の分析過程を表2～表5に示した。

- (1) レベルⅠ：わずかな疑問やネガティブな感情の反応で一瞬、対処に困るが、その影響力はわずかで余裕があり、外に現れない程度の反応で、自分自身で対処でき、自分から人に話すことでも対処できるレベル。
 - C: レベルⅠとかやったら、笑える範囲っていうか、友達に言って、すっきりじゃないけど、OKみたいな。
 - D: レベルⅠは軽くショックぐらいで、そのなんか、まだ、ショックとか動揺していることを外に出さずにいれる感じ。
 - G: シャベってて「はっ」と思うことがあるじゃないですか。何か言われて、「あっ」みたいな。で、どうしてもぱっと一瞬思う感情がありつつ、でもどっかでは冷静に「あー、これは病気やから何々なんやなあ」みたいに思うんですけど、その「あ、」という気持は結局「どうしたらいいのかわかんない」みたいな。
- (2) レベルⅡ：どういうことなのかと考え、ネガティブな感情の反応で対処に困り、その反応が外にも現れるが短時間であり、まだ余裕や見通しもあり、自分から人に話すなどにより、頭の中で状況を整理でき、その状況にも身を置くことができるレベル。
 - F: 2番(レベルⅡ)はこれからまあ、ちょっとどうしようかと思ったりするぐらいやけど、まあこれから次第かなあみたいな前向きな感じで、(中略)悲しい、でも大丈夫、希望があるみたいな感じ。
 - H: そばにいてっていうことは空間を共有するってい

う感じやけど「どうしたらいいんやろう」っていう感じで逃げたいような気持ちもありつつ、でも一緒にいたいという気持ちもありつつっていう感じですかね。
 I: 質問しても、「うん、うん」とかばかりで、それ以上話が広がらないっていうか、こっちが話をしないとっていう感じだったんで、ほんまにずっと「どうしよう」って思っていました。ちょっと時計をさりげなく何回も見たりとか、たぶんそういうのが出てたような気がします。なんか周りをうーんとかやって見てたり、そうですねえみたいな気まずい感じがたぶん出てたと思います。

(3) レベルⅢ：ネガティブな感情による反応が制御で

きなくなりそうになり、顔を赤らめるなど外からわかる反応が現れる。わずかに見通しがあり、余裕も少し残っているが、自分だけでは対処不可能で、そのことを信頼できる人に話さずにはいられず、聴いてもらうことでその後対処することができるレベル。
 E: 自分の思った患者さん像と本物が違ったときに、勝手にショックを受けてるってことが、自己中(自己中心的)かなみたいな。「来んといて」っていう言葉自体にもショックを受けるし、そんなこと言う人やとは、想像していなかったっていう、その現実と想像の違いにも「あ、そんな人やったんや」みたいななんのショックなんかな。顔こわばって、なんと

表2 ゆらぎレベルⅠの評定基準抽出過程

| ID | 基準 | 基準抽象化 | 基準抽象化の並べ替え | 内容 | レベル |
|---|---|---|--|--|------|
| 学生A | 緊張 固くなるっていう感じ | 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い | 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い | | |
| 学生B | 何か引っかかる感じ 一瞬止まったみたいな感じ 「なんやこれは？」みたいな感じ 「ん？ん？」 | 通り過ぎてしまいそうな疑問(今まで対処してきた方法では理解できない物事との遭遇) | 通り過ぎてしまいそうな疑問(今まで対処してきた方法では理解できない物事との遭遇) | | |
| 学生C | 笑える範囲 友達に言っすっきりじゃないけどOKみたいな | 自分自身に対する影響はほんのわずかで余裕がある 人に話すことでも解消される | 通り過ぎてしまいそうな疑問 通り過ぎてしまいそうな疑問 | | |
| 学生D | 人に言わなくても押さえられる 軽くショックぐらい ショックとか動揺していることを外に出さずにいれる感じ | 自分自身でも対処できる ネガティブな感情によるほんのわずかの影響(感情) 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い | 自分自身に対する影響はほんのわずかで余裕がある 自分自身に対する影響はほんのわずかで余裕がある | | |
| 学生E | | | 自分自身でも対処できる | | |
| 学生F | ちょっとゆらいだぐらい | ネガティブな感情によるほんのわずかの影響(感情) | | わずかな疑問やネガティブな感情の反応で一瞬、対処に困るが、その影響力はわずかで余裕があり、外に現れない程度の反応で、自分自身で対処でき、自分から人に話すことでも対処できるレベル | レベルⅠ |
| | いつもどおり | 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い | 自分自身でも対処できる | | |
| | ひきづることはなく | 自分自身に対する影響はほんのわずかで余裕がある | 自分自身でも対処できる | | |
| | ちょっと気にかかっているぐらい | 通り過ぎてしまいそうな疑問(今まで対処してきた方法では理解できない物事との遭遇) | 人に話すことでも解消される | | |
| | 何もあまり変わらず | 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い | ネガティブな感情によるほんのわずかな影響(感情) | | |
| | すっごく軽くて | ネガティブな感情によるほんのわずかの影響(感情) | ネガティブな感情によるほんのわずかな影響(感情) | | |
| | ちょっといやなあとか思ったぐらい | 通り過ぎてしまいそうな疑問(今まで対処してきた方法では理解できない物事との遭遇) | ネガティブな感情によるほんのわずかな影響(感情) | | |
| | ちょっと気にかかるぐらい | | | | |
| 日々見てくれやったら、別に声かけもいらん 自分で解決もできそうなぐらい サポートは必要ない | 自分自身でも対処できる | ネガティブな感情によるほんのわずかな影響(感情) | | | |
| 学生G | 日々細々したこと、別に、言ったらおかしですけど、悩む必要もないぐらいの いろんなふうと思うけど、別にそれが大きな影響を及ぼさない 日常生活的な範囲で思うこと 悩むけど、ああどうしようって思いながらもう10秒以内で解決みたいな感じ 自分ですって解決できるような感じ | ネガティブな感情によるほんのわずかな影響(感情) ネガティブな感情によるほんのわずかな影響(時間) 自分自身でも対処できる | ネガティブな感情によるほんのわずかな影響(時間) 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い | | |
| | あらわれたとしても問題じゃない 自分にとっても他者にとっても負担にならないような変化 | 感情の反応は外に現れない程度で問題は無い | | | |
| | こっちは戸惑う 「どうしたらいいんやろう」 「何を話したらいいんやろう」 | 対処に困る | | | |
| | 学生I | | | | |

なくよそよそしくというか、その場から去ろうという準備を始めるから、早くなるというか、切り上げるモードに入るみたいなの。

G: 3 (レベルⅢ) ぐらいやったら1日2日ぐらい微んでそんなイメージがあるんですけども。(中略) 3段階(レベルⅢ)では、自分一人でもどうにもできないにしても、周りの力を借りればなんとかなるって感じですかね。

H: 3 (レベルⅢ) はむずかしい。3と4の境目が、ショックはそこそこあったとしても見通しは、ちょっとはあるみたいなの。

(4) レベルⅣ：ネガティブな激しい感情体験のため、感情や行動の制御や状況把握が難しくなる。対処不能状態で見通しもなくなり、その状況から離れる。危機的狀態に陥ることもある。また、余裕もなくなり、人の話がきけなくなったり、自分の置かれた状況を話すことができなくなったりする。話すだけでなく感情を表出することなどで対処できるようになるが、良くも悪くも周囲に与える影響は大きく、他者が話を聴くことも難しいレベル。

A: …私は泣けてきますけど。どうしていいかわからへんというか、どうしようもないっていうか、わけ

表3 ゆらぎレベルⅡの評価基準抽出過程

| ID | 基準 | 基準抽象化 | 基準抽象化の並べ替え | 内容 | レベル |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|--|------|
| 学生A | 短期間でちょっとした | ネガティブな感情による小さな影響(時間) | ネガティブな感情による小さな影響(時間) | どういことなのかと考え、ネガティブな感情の反応で対処に困り、その反応が外にも現れるが短時間であり、まだ余裕や見通しもあり、自分から人に話すなどにより、頭の中で状況を整理でき、その状況にも身を置くことができるレベル | レベルⅡ |
| | 自分で解決できる | 自分で対処できる | 自分で対処できる | | |
| | 自分で解決すべきゆらぎ | 自分で対処できる | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| 学生B | こういうのなんかなっていう引っかかってきたものがちよつとまとまってきた | どういことなのかと考える | どういことなのかと考える | | |
| | 友達が「マジでえ」みたいなの、驚いてくれたら、「うん」終わる | 自分から話すことで対処できる | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| 学生C | もうちよつと、出る感じ | 感情の反応は外に少し現れる程度 | 感情の反応は外に少し現れる程度 | | |
| | 自分で話すことで色々まとまってい | 自分から話すことで整理できる | 自分から話すことで整理できる | | |
| 学生D | 自分で話すことで色々まとまってい | 自分から話すことで整理できる | 自分から話すことで整理できる | | |
| 学生E | これから自分次第やなあ | 自分で対処できる | 自分で対処できる | | |
| 学生F | それほど重く感じてなく | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| | ちよつとどうしようかと思ったりするぐらい | 対処に困る | 感情の反応は外に少し現れる程度 | | |
| | まあこれからしたいかなあみたいな前向きな感じ | 対処に困るが見通しがある | 感情の反応は外に少し現れる程度 | | |
| | 悲しい、でも大丈夫、希望があるみたいな感じ | 対処に困るが見通しがある | 感情の反応は外に少し現れる程度 | | |
| | みんなの力を借りたら全然立ち直れる | 人に支えてもらうことで対処できる | 対処に困る | | |
| | 「どうしよう」って人にこっからも訊く | 人に支えてもらうことで対処できる | 対処に困る | | |
| | あつちからも訊いてくれはったら説明できる | 状況を説明できる | 対処に困る | | |
| | 受け答えはできる | 状況を説明できる | 対処に困る | | |
| | 悲しいけど、人に支えてもらえたら大丈夫なぐらい | 人に支えてもらうことで対処できる | 対処に困る | | |
| | どうしたらいいんやろう | 対処に困る | 対処に困る | | |
| 学生G | 相談にのってもらったり「どう」って声かけてもらったら解決できる | 人に支えてもらうことで対処できる | 対処に困るが見通しがある | | |
| | 自分の中で着々と整理できてた | 自分で整理できる | 見通しがある | | |
| | 一日の生活にそのゆらいだ気持ちが入ってくる | 自分で整理できる | 見通しがある | | |
| | ふとした瞬間に思い出すぐらいにまで自分に影響があるゆらぎ | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| | 家に帰ってから料理作ってる時にひゅっと思ひ出す | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| | 一瞬動きが止まる | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| | 全くあらわれないことはない | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| | 何か自分が「あつ」ってあらわれてしまったって思うぐらい | 感情の反応は外に少し現れる程度 | 感情の反応は外に少し現れる程度 | | |
| | たぶん相手とか周りには気取れないぐらい | 感情の反応は外に少し現れる程度 | 感情の反応は外に少し現れる程度 | | |
| | 解決策が見えてる | 見通しがある | 見通しがある | | |
| 学生H | どうしたらいいかっていう感じやった | 対処に困る | どういことなのかと考える | | |
| | 一瞬、普通考えるっていう感じ | 対処に困る | どういことなのかと考える | | |
| | どう接したらいいのかわからない | 対処に困る | 自分から話すことで対処できる | | |
| | できることをやっていくしかないっていうのは最初から思ってた | 見通しがある | 自分から話すことで整理できる | | |
| | まだどうにかしようとかがんばれるプラスな気持ちがちよつとある | まだ余裕がある | 人に支えてもらうことで対処できる | | |
| | でも、どうしていいかわからないみたい | 対処に困る | 人に支えてもらうことで対処できる | | |
| | ちっさいじわじわとしたショックはある | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| | おっきいボンというショックではない | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | ネガティブな感情による小さな影響(感情) | | |
| 一緒にいれるっていう感じ | その場にいることができる | その場にいることができる | | | |
| わからないなりに何とかなしようと思つて一緒に居ることをして | その場にいることができる | その場にいることができる | | | |
| 学生I | 不安が大きくなった | ネガティブな感情 | ネガティブな感情 | | |

わからへんようになって、涙が出てくるっていうのが最高なんかな私にとっては、はい。

B: 自分の中で、涙が止まらへんかったっていうところとか、感情の興奮がもう外に出て行くのを止めらへんかったっていうところが、どうしても止められへんかったし。自分もすごい寂しいような感じになって、自分に何ができるんやろうっていうのを思って、その寂しさをずっともってて。(中略) 変な夢を見て、朝の4時ぐらいで、たぶん新聞配達の人足音やったんですけど、その足音が、自分の部屋に入っ

てきたように思えて、すごい怖い感じがあって、その統合失調症の患者さんに、人の世界にはいるっていう感じなのかな、その患者さんの生活とか世界とかを知っていけば知っていくほど、今まで見えていなかった自分の生活とか人生とか、そういうところにも気づかんうちに入ってる。

E: そういうタイプの「ゆらぎ」(レベルIV)では、まずその場から逃げます。逃げて、「どうしよう」自分で考えてみて、で、たぶんその場に行けへんくなります。患者さんのとこに行けへんくなる。

表4 ゆらぎレベルIIIの評定基準抽出過程

| ID | 基準 | 基準抽象化 | 基準抽象化の並べ替え | 内容 | レベル |
|---|--|---|---|---|--------|
| 学生A | | | ネガティブな感情 | | |
| 学生B | | | ネガティブな感情 | | |
| 学生C | 嫌 愚痴って、愚痴って 慣れたら大丈夫そう | ネガティブな感情 人に話さずにはられない ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する | ネガティブな感情 ネガティブな感情 | | |
| 学生D | 泣きそうになる レベルIVより感情が早く出てくる 顔がめっちゃ熱くなる 顔が赤くなったり | 感情の反応が制御できなくなりそうになる 感情の反応が早く現れる 外からもわかる感情の反応が現れる | 感情の反応が制御できなくなりそうになる 感情の反応が早く現れる 感情の反応が早く現れる | | |
| 学生E | | | ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する | | |
| 学生F | ちょっと後ろ向き | | ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する | | |
| | 悲しい | ネガティブな感情 | ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する | | |
| | つらいなあ | | ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する | | |
| | さ迷って | 見通しがない | 見通しはあったとしても、ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する | ネガティブな感情による反応が制御できなくなりそうになり、その反応も顔を赤らめるなど外からわかる反応が現れる。わずかに見通しがあり、余裕も少し残っているが、自分だけでは対処不可能で、そのことを信頼できる人に話さずには | レベルIII |
| | でも頼りになる人の助言とかもらったら2にいける | 信頼できる人の支えにより対処できる | 見通しがない | わずかに見通しはある | |
| 信頼してる人とかが、聴いてくれはるといい | 信頼できる人の支えにより対処できる | | わずかに見通しはある | | |
| 落ち込んでる | ネガティブな感情 | | わずかに見通しはある | | |
| 記録とかで「よくできています」とか「この調子です」とか書いてもらえると2の段階に進める | 信頼できる人の支えにより対処できる | | 少し余裕が残っている | | |
| 学生G | 「もうちょっと考えた方がいいかなあ」とか書いてあると4まで行ってしまいそう | 信頼できる人の支えにより対処できる | 人に話さずにはられない | | |
| 学生H | 1日2日ぐらい悩んでそんなイメージがある 「他の人には言わずにはられない」 自分じゃ持ちきれない 気持的には、そのことをずっと引きずってしまう 違う話をしているとときもぼつと思いついて別なふうにとらえてしまったりしてそう 3段階までは話を聞ける 自分一人でどうにもできないにしても、周りの力を借りればなんとかなる 自分で処理できなくなったりする まだ簡単な迷路並みで第三者から見ると「あの辺出口ちやうかな」みたいなのがわかる 自分の中で整理がつけられる(同じ学生Gが人に話さずにはられないといっているので「自分で話すこと」というニュアンスが含まれている) 解決策があったとしても、自分の中ではやっぱりそういうふうには割り切れない ずっとうーんってなってしまう | ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する 人に話さずにはられない 人に話さずにはられない ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する 自分だけでは対処不可能 少し余裕が残っている 自分だけでは対処不可能 自分だけでは対処不可能 自分だけでは対処不可能 ある程度の期間をネガティブな感情のまま経過する | 人に話さずにはられない 信頼できる人の支えにより対処できる 信頼できる人の支えにより対処できる 信頼できる人の支えにより対処できる 自分だけでは対処不可能 自分だけでは対処不可能 自分だけでは対処不可能 自分だけでは対処不可能 ゆらぎ後の感情変化 | | |
| 学生I | ショックはそこそこあったとしても見通しはちょっとはある 要素的には気持も行動も全部変わったんじゃなくて、感情だけ、変わった | わずかに見通しはある ゆらぎ後の感情の変化 | | | |

F: あーほんまにあかんかったんやっていうふうに感じて泣いたし、あと、なんかもう、記録とかしなあかんのに、レポートとかいっばいたまってるのに、

その患者さんが変わってたらどうしようとか、次の日行って、悪化してはったらどうしようとか、そんなことばかり考えてて、レポートに手がつけれず、

表5 ゆらぎレベルIVの評価基準抽出過程

| ID | 基準 | 基準抽象化 | 基準抽象化の並べ替え | 内容 | レベル |
|------------------------|---|----------------------|-------------------|---|-------|
| 学生A | 泣けてきます | 感情が制御できなくなり行動に現れる | ネガティブな激しい感情 | ネガティブな激しい感情体験のため、感情や行動の制御や状況把握が難しくなる。対処不能状態で見通しもなくなり、その状況から離れる。危機的状態に陥ることもある。また、余裕もなくなり、人の話もきけなくなったり、自分の置かれた状況を話すことができなかったりする。話すだけでなく感情を表出することなどで対処できるようになるが、良くも悪くも周囲に与える影響は大きく他者が話を聴くことも難しいレベル | レベルIV |
| | どうしていいかわからへん | 対処不能状態で見通しもない | ネガティブな激しい感情 | | |
| | どうしようもない | | | | |
| | どうしようもない | 考えがまとまらなくなる | ネガティブな激しい感情 | | |
| わけわからへんようになって涙が出てくる | | | | | |
| 学生B | 涙が止まらへんかった | 感情が制御できなくなり行動に現れる | ネガティブな激しい感情 | | |
| | 感情の興奮がもう外に出て行くのを止めらへん | | ネガティブな感情 | | |
| | どうしても止められへん | | 感情の落差が大きい | | |
| 学生C | 死ぬほど嫌 | ネガティブな激しい感情 | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | |
| | 割り切れん | 考えがまとまらなくなる | | | |
| | 泣く | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | | |
| | 感情が押さえれなくなってトラウマになりそう | | | | |
| | しばらくは愚痴ってそう | その後も大きな影響を与える(ネガティブ) | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | |
| | ひきずりそう | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | | |
| 思い出すのも嫌 | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | | | |
| 学生D | 口に出さな | 状況を話すことができない | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | |
| | 学校で泣きました | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | | |
| | なんで動揺してたのかもわからなかった | 考えがまとまらず状況把握ができない | | | |
| | 動揺が大きすぎてよく考えないとわからなくて | | | | |
| 学生E | あとから、感情が出てきて、泣いてしまった | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | |
| | 私何しよう | 考えがまとまらず状況把握ができない | | | |
| | 何しに来たんやろう | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | | |
| | 接点があかめないとどっからいつらしいんやろう | 対処不能状態で見通しもない | | | |
| | ショックを受ける | ネガティブな激しい感情 | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | |
| | 自分の能力のなさに気づいて現実と想像の違いにも「あ、そんな人やったんや」みたいななんのショックなんかな | | | | |
| 学生F | まずその場から逃げます | その状況にいられなくなる | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | |
| | 「どうしよう」自分で考えてその場に行けへんくなります | 考えがまとまらなくなる | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | |
| | 頭がこわばる | その状況にいられなくなる | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | |
| | しゃべれへん | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 考えがまとまらなくなる | | |
| | しゃべれへん | 状況を話すことができない | 考えがまとまらなくなる | | |
| | そわそわしてしまったり | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 考えがまとまらなくなる | | |
| | 目標が定まらん | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 考えがまとまらなくなる | | |
| | 患者さんもちやんと見れへん | | | | |
| | しゃべっても周りにあるものに目を向かせてみたり | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 考えがまとまらず状況把握ができない | | |
| | 学生F | ほんまに困った | 対処不能状態で見通しもない | 感情が制御できなくなり行動に現れる | |
| どん底に突き落とされたみたい | | ネガティブな激しい感情 | | | |
| すごい大きな体験みたいな感じ | | 状況が話すことができない | | | |
| 今までの実習で一番下みたいな感じ | | | | | |
| なぐらいついどん底 | | 危機的な状況 | 状況が話すことができない | | |
| 立ち直れるかどうか心配やうたぐらいついどん底 | | | | | |
| 落ち込んでる | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 状況を話すことができない | | |
| どうにもならへん | | 対処不能状態で見通しもない | 状況を話すことができない | | |
| 誰にも救えへんぐらい | | 危機的な状況 | 話すことができない | | |
| 泣く | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 行動もまとまらなくなる | | |
| 何も手につかない | | 行動もまとまらなくなる | 行動もまとまらなくなる | | |
| 言葉が少ない | | 話すことができない | 余裕がなくなる | | |
| 暗い | | ネガティブな感情 | 人の話が聞けなくなる | | |
| しゃべりかけてもしゃべってくれへんぐらい | | 状況を話すことができない | | | |
| 無視することが多い | 人の話が聞けなくなる | | | | |
| 耳に入っていない | | | | | |
| 聞くこともあまりできない | 人の話が聞けなくなる | 危機的な状況 | | | |
| 時間はばかりそです。話すまでに | 状況を話すことができない | 危機的な状況 | | | |
| 最期は泣いてすっきりするとよさそうです | 泣くことによる感情表出 | | | | |
| 学生F | 自分がおかしくなるぐらい | 危機的な状況 | 危機的な状況 | | |
| | 自分の気持がそればかりになって、一日中居ても立ってもいられないみたい | 行動もまとまらなくなる | 対処不能状態で見通しもない | | |
| | 「あんなふう」に言われて「みたいなことをずっとずっと考えて | 考えがまとまらなくなる | | | |
| | 人に言わずにはおれず | 感情が制御できなくなり行動に現れる | | | |
| | だんだん周囲に与える影響が大きくなっていくような感じ | 周囲に与える影響が大きくなる | 対処不能状態で見通しもない | | |
| 確実に顔にててしまってる | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 対処不能状態で見通しもない | | | |

| | | | |
|------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| 学生G | 席はずしてしまふ | その状況にいらなくなる | 対処不能状態で見通しもない |
| | 冷静に話が聞けなくなってしまったり | 人の話が聞けなくなる | 対処不能状態で見通しもない |
| | 「ああどうしよう」とかって思っ | 対処不能状態で見通しもない | 対処不能状態で見通しもない |
| | 話を聴くほうもどう聴いたらいいやろうなあっていうふうになる | 話を聴く側も難しい | 対処不能状態で見通しもない |
| | 迷路に迷い込んでしまったかのような感じ | 対処不能状態で見通しもない | その状況にいらなくなる |
| | 聴くほうが大変になると思います | 話を聴く側も難しい | その状況にいらなくなる |
| | もうどうしていいかわからへん | 対処不能状態で見通しもない | その状況にいらなくなる |
| | 聴いてるこっちも迷路に巻き込まれたように、どうしていいかわからないような感じ | 話を聴く側も難しい | その状況にいらなくなる |
| | 悩んでるからこそ言わないっていう意味ではこっちがどうしたらいいのかみたくないこともある | 周囲に与える影響が大きくなる | その状況にいらなくなる |
| | 学生H | 全く正反対なものが一気にあった | 感情の落差が大きい |
| 感情画やったら泣く | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 話を聴く側も難しい |
| 誰が見ても激しく落ち込む | | 余裕がなくなる | 話を聴く側も難しい |
| いっぱいいっぱいになってた | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 話を聴く側も難しい |
| 話してたら泣けてくる | | ネガティブな激しい感情 | 周囲に与える影響が大きくなる |
| 泣くっていう感情っていうか、悲しいとかちょっと離れてみる | | その状況にいらなくなる | 周囲に与える影響が大きくなる |
| 固まる | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | 泣くことによる感情表出 |
| 患者さんのところに行くのをためらう | | その状況にいらなくなる | |
| 私の場合マックスになると泣く | | 感情が制御できなくなり行動に現れる | その後にも大きな影響を与える(ネガティブ) |
| 食事介助を替わってもらった | | | |
| ちょっと距離を置こうかなっていうか、離れてみる | その状況にいらなくなる | | |
| 学生I | 自分も変わったし、患者さんへの見方も変わった | | |
| | 結構色々変わった | その後にも大きな影響を与える(ポジティブ) | その後にも大きな影響を与える(ポジティブ) |
| | 変化の大きさ、割合みたいな基準 | | |
| | 変わることが多い | | |

もう何をしたらいいのかわからへんようになって、もう、もうぐちゃぐちゃっと。

IV. 考 察

E. H. Erikson¹⁶⁾は、「青年の心を最も強く動揺させるのは、職業的アイデンティティに安住することができないという無力感である」と述べている。看護学生は、専門職になることを前提とした教育を受けており、職業的アイデンティティに入学当初から向き合っていると言える。特に、臨地実習が始まると、自己のケアの限界に気づく機会に遭遇することで、職業的アイデンティティが未確立であることや学生なりに確立していた職業的アイデンティティを修正する必要性に直面せざるを得ない状況となり、「ゆらぎ」を体験していると考えられる。また、精神看護学実習では、精神疾患を持つ患者との対応に困難を覚える¹⁴⁾¹⁵⁾ことで、さらに職業的なアイデンティティが影響を受け、「ゆらぎ」を体験する機会も「ゆらぎ」のレベルも増加することが考えられる。職業的アイデンティティは、社会の中での自己を位置づけるものであり、自己のアイデンティティ形成において重要であることが指摘されている¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。そして、職業的アイデンティティが影響を受けることにより、自己のアイデンティティも影響を受けることで、さらに「ゆらぎ」を体験する機会も「ゆらぎ」のレベルも増加していることが考えられる。本研究結果では、精神看護学実習において看護学生が体験した「ゆらぎ」のレベルとその評定

基準が提示され、看護学生の体験した「ゆらぎ」のレベルがどの程度か、推察する可能性が示唆された。以下では、看護学生や臨地実習指導、教員が「ゆらぎ」のレベルに応じた対応について考察を行った。

レベルⅠは、自分自身で対処できるということで、放置しておくことも可能であるが、宮本¹⁾は、「気がかり」が、「体験された看護場面について十分な見極めがついていない」ことで起こることをあげ、思い出したくないと放っておくのではなく、正面から取り上げることをすすめている。そして、「気がかり」としてとらえられた「ゆらぎ」の立て直しを、プロセスレコードを用いた看護場面の再構成で具体的に提示している。したがって、放置できる程度であるレベルⅠを看護学生と臨地実習指導者や教員双方が、看護場面の十分な見極めにつなげ成長の契機としていくためには、レベルⅠとはどういうものかという共通認識や成長につなげていこうという共通認識が重要である。レベルⅠは、早急に対処が必要であるというわけではなく、時間をかけて、プロセスレコードを用いて再構成し、振り返るのも効果的であると考えられる。プロセスレコードは、揺れ動く感情を振り返り客観視する上で、「ゆらぎ」の全レベルにおいて、最適な方法の一つであると考えられる。また、自分で対処できるレベルではあるが、教員や臨地実習指導者にその体験を話すことにより、さらに学びが明確になると考えられる。

レベルⅡも、自分自身で対処できるレベルⅠ同様、「自分から人に話すなどにより、頭の中で状況を整理で

きる」レベルであるため、実習グループメンバーの誰かに話すことで解決可能な範囲であり、学生や臨地実習指導者、教員にとって、成長の機会として取り上げるのが難しいレベルであるのかもしれない。セルフケアや実習グループメンバー間で解決できることは非常に重要なことである。しかし、そこで終わりにせず、レベルⅠと同様に、看護学生と臨地実習指導者、教員がレベルⅡからの学びをより確固なものにしていこうという共通認識を持つことが重要であると考えられる。方法としては、看護学生はカンファレンスを用いて実習グループ全体で共有したり、教員や臨地実習指導者に話しプロセスレコードなどの実習記録に書いたりすることが考えられる。また、教員や臨地実習指導者は日ごろから実習の状況を看護学生の立場に立って聴くことにより、レベルⅠと同様に、レベルⅡからの学びをより確固なものにしていくことができると考えられる。

レベルⅢは、学生には聴いてもらいたいというニーズがあり、臨地実習指導者や教員にはその状況以外にもあらわれた看護学生の「ゆらぎ」の反応をとらえることができるため、レベルは大きいものであるが、看護学生のゆらいだ経験を共有しやすいと考えられる。臨地実習指導者や教員が話を傾聴することで、看護学生は話しながらゆらいだ感情を表出し、高ぶった感情を落ち着けることができると考えられる。そして、感情を表出することにより自らの思考を整理することで、「ゆらぎ」の状況を客観視することができるようになると考えられる。

レベルⅣは、「状況話すことも難しいので話を聴く側にもその技術が要求される」状態であり、考えがまとまらなくなるなど思考にも影響が出ていると考えられる。定義にもあるとおり、「ゆらぎ」には、「混乱、危機状態を意味する側面」があり、レベルⅣでは、「側面」ではなく、夢を見たり、考えがまとまらなくなったりするなど潜在意識や思考過程などに一時的に少なからず影響が出ていると考えられる。したがって、レベルⅣでは、混乱や危機状態にかなり近いが、混乱や危機状態にまさに陥っている状態であると考えられる。このような状態では、臨地実習指導者や教員は、必要に応じて付き添うなどして状況やタイミングをみることなどにより、看護学生が落ち着いて状況に関する話ができるようになるなど、まずは、「ゆらぎ」が治まるようにその看護学生にかかわる必要があると考えられる。実習グループメンバーもそれぞれの受け持ち患者の状況があるため、臨地実習指導者や教員はグループダイナミクスにも注意を払い、他のグループメンバーが「ゆらぎ」を体験した看護学生の状況を把握できていない時にはグループメンバーへの助言が必要であるかもしれない。「ゆらぎ」を体験した看護学生に対しては、実習に関する指導よりも、落ち着いて状況についての話ができるようになるなど、混乱や危

機的な状態を脱することを優先する必要がある。看護学生が「ゆらぎ」に関する状況について話ができるようになれば、レベルⅢ同様、臨地実習指導者や教員が話を傾聴することで、看護学生は話しながらゆらいだ感情を表出し、自らの思考を整理することで、ゆらいだ状況を客観視することができるようになると考えられる。

「ゆらぎ」を体験する前の看護学生の状態により、また、本人にとって複数の意味が体験した「ゆらぎ」に含まれている場合や、短時間で「ゆらぎ」を引き起こしたできごとが解決されたり、そのできごとについての知識をもっていたりする場合などにより、「ゆらぎ」のレベルが変化することが考えられる。したがって、学生の体験を聴く場合、臨地実習指導者や教員は、本研究結果を看護学生の体験のラベリングに使用するのではなく、あくまでも看護学生の体験に注目する必要がある。また、本研究の結果は、体験した「ゆらぎ」を研究者に話すことができる対象者からのデータであり、体験を話すことがストレスになる学生や防衛機制が強い学生、ゆらいだ体験を否定的にとらえている学生に対して、本研究結果を参考にする際には十分な注意が必要であると考えられる。本研究は、2週間1人の患者を受け持ったたちの精神看護学実習を行った9名の看護学生が体験した「ゆらぎ」に関する面接を分析したものであるという限界がある。

V. 結 語

精神看護学実習において、看護学生が体験した「ゆらぎ」のレベルとその評価基準を明らかにすることを目的に、研究参加に同意した精神看護学実習終了後の看護大学生9名に、1回1時間の面接を行い、その逐語録を質的に分析した。看護学生が体験した「ゆらぎ」のエピソードに関する分析を行った結果、精神看護学実習における看護学生の「ゆらぎ」のレベルがⅠ～Ⅳで示され、それぞれのレベルの評価基準が抽出された。看護学生に影響が少ないと考えられるレベルⅠおよびレベルⅡでは、看護学生と臨地実習指導者、教員がレベルⅠおよびレベルⅡからの学びをより確固なものにしていこうという共通認識を持つことが重要であると考えられる。また、レベルⅢおよびレベルⅣでは、「ゆらぎ」を体験した看護学生の感情の表出や思考の整理が促されるため、臨地実習指導者や教員の聴く姿勢の重要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快く参加協力していただいた皆様に心より感謝致します。

なお、本研究は、平成17年度滋賀県立大学人間看護学

部奨励研究費を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) 坪郷實：新しい社会運動と緑の党—福祉国家のゆらぎの中で—，九州大学出版会，1-25，1989
- 2) 加藤節：2 国民国家のゆらぎと政治学，ゆらぎのなかの社会科学，岩波書店，59-83，1993
- 3) 平木典子：家族のゆらぎと現代の青年たち，日本家族心理学会編，現代家族のゆらぎを越えて 家族心理学年報8，金子書房，3-12，1990
- 4) 安藤延男：現代家族のゆらぎを越えて—学際的アプローチに期待するもの—，日本家族心理学会編，現代家族のゆらぎを越えて 家族心理学年報8，13-18，1990
- 5) 牛島定信：現代家族のゆらぎと克服，日本家族心理学会編，現代家族のゆらぎを越えて 家族心理学年報8，31-47，1990
- 6) 細井啓子：母親になることへのゆらぎ，日本家族心理学会編，現代家族のゆらぎを越えて 家族心理学年報8，151-167，1990
- 7) 宮本真巳：感性を磨く技法1 看護場面の再構成，日本看護協会出版，16-25，1995
- 8) 尾崎新：「ゆらぐ」ことのできる力，誠信書房，19，2001
- 9) 中村美鈴，鈴木英子，福山清蔵：看護師の「ゆらぐ」場面とそのプロセスに関する研究，自治医科大学看護学部紀要1巻，17-27，2003
- 10) 栗山洋子，森恵美：助産師が自己価値の「ゆらぎ」から解き放たれていく過程について，千葉看護学会誌，9（1），42-48，2003
- 11) 宮本真巳：感性を磨く技法2 「異和感」と援助者アイデンティティ，日本看護協会出版，58-66，1995
- 12) 宮本真巳，日下和代：学生のゆらぎをどうささえるか；援助方法としてのプロセスレコーダー自己一致からエンパワメントへ，精神看護出版，64-74，2003
- 13) 日下和代，宮本真巳：看護場面の再構成による臨床指導—学生のゆらぎをどうささえるか，精神科看護，28（8），66-71，2001
- 14) 熊谷圭子，谷口優子，西川敬子，片岡三佳，牧野耕次：精神看護学実習における看護学生の“ゆらぎ”体験への影響因子日本看護学会論文集 看護教育，36号，2005
- 15) 牧野耕次，片岡三佳，熊谷圭子，谷口優子，餅田敬司，甘佐京子：精神看護学実習において看護学生が体験する「ゆらぎ」に関する実態調査，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌7号，63-69，2003
- 16) Erikson, E. H. : Identity: Youth and Crisis, W. W. Norton & Company, Inc. New York, 1968 / 岩瀬庸理訳：アイデンティティ：青年と危機，172，金沢文庫，1982
- 17) 山本多喜司，シーモア・ワップナー：人生移行の発達心理学，北大路書房，205-207，1992
- 18) 福井康之：青年期の対人恐怖，金剛出版，15-17，2007

(Summary)

Levels of Instability Experienced by Nursing Students in Psychiatric Nursing Care Practicum and Their Evaluation Criteria

Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa, Yukihiro Matsumoto

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background Up to now, instability of identity has been noted in nursing students, and it is indicated that uncertainty in a developing identity leads to agitation. Nursing students experience the difficulty of communication during psychiatric nursing care practicum, and it is suggested that they experience much instability, but no index for evaluating the scale (level) of the instability experienced has been demonstrated.

Objective This research aims to present the levels of instability experienced by nursing students in psychiatric nursing care practicum, and criteria for their evaluation.

Methods Using nine undergraduate nursing students who had completed their psychiatric nursing care practicum as subjects, we conducted semi-structured interviews and asked them about episodes of instability experienced during psychiatric nursing care practicum and the levels of instability, how each level was judged and the criteria. The content was analyzed qualitatively and inductively to extract evaluation criteria.

Results The following 4 levels were extracted from the results of analysis. Level I: momentary difficulty in coping in reaction to a slight doubt or negative feeling, but the effect is slight, with latitude; a reaction of a degree that is not expressed elsewhere and can be handled by oneself or by talking to someone. Level II: difficulty in coping in reaction to a sense of confusion or negative feeling; the reaction is expressed

elsewhere for a short time, but there is still latitude and perspective, and one can mentally resolve the situation or place oneself in the situation, for example by talking to someone. Level III: reaction to negative feeling that threatens loss of control, with the reaction outwardly expressed such as a reddened face. There is still a little perspective as well as latitude, but it can not be handled alone and must be discussed with someone who is trusted, after which the problem can be handled. Level IV: control of emotion or behavior and understanding of the situation become difficult due to an intense negative emotional experience. Perspective is lost as the situation cannot be dealt with, and one disengages from it. It may also cause a sense of crisis. There is no latitude, one becomes unable to listen to others, and cannot discuss the situation. Although this can be dealt with by expressing feelings in more than just words, the effects all around are significant, for better or worse, and it is difficult for others to listen to.

Conclusion For levels I and II, it is important that a greater shared awareness of what is learned at these levels take hold among nursing students, clinical training leaders and faculty. For levels III and IV, it is important for practicum instructors and faculty to listen in order to promote the expression of feelings and adjust the thinking of nursing students who have experienced instability is suggested.

Key Words psychiatric nursing care practicum, nursing students, instability

Articles

Analysis of the reversion to the neurovirulent genotype in attenuated polio vaccine viruses passaged in cultivation cells derived from the human alimentary tract



Hitoshi Horie^{1†}, Akira Yamada^{2†}

Department of Microbiology, ¹School of Pharmaceutical Sciences, Ohu University

²School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background It is known that the attenuated polio vaccine viruses derived from oral poliovirus vaccine undergo neurovirulent reversion during repeated replication in the human alimentary tract, and some paralytic cases caused by the revertants have been reported. Furthermore, the revertants are excreted with the feces into the environment, and the viruses have caused new epidemics of poliomyelitis in the world. It is an obstacle for the achievement of polio eradication program.

Objective In this study, to elucidate the reversion mechanism of polio vaccine virus to the neurovirulent genotype in the human alimentary tract, an accumulation of the reversion of the vaccine viruses passaged in cultivation cells which were derived from the human alimentary tract was analyzed.

Methods Polio vaccine viruses were passaged three times in Caco-2 cells derived from human colon carcinoma. The reversion of the passaged viruses was analyzed by the MAPREC method designated to estimate the ratio of revertants in a virus population.

Results The accumulation of reversion in the vaccine viruses increased rapidly with viruses passaged at a temperature of 37° C compared with those at 34° C. However, it was hardly observed in viruses passaged in HEP-2 cells which were derived from human laryngeal carcinoma at a temperature of 37° C.

Conclusion A large difference was observed in the frequency of reversion between Caco-2 and HEP-2 cells though both cells were derived from human carcinoma. It is important to elucidate the cellular factors which take part in the reversion frequency of the virus genome. Such research is expected to lead to the elucidation of the reversion mechanism and to the development of a controlling expedient for the neurovirulent reversion of the polio vaccine virus.

Key words poliovirus, oral poliovirus vaccine, vaccine-derived poliovirus, polio eradication program, neurovirulent reversion

Introduction

Paralytic poliomyelitis was a common disease in Japan during the 1950s, as in many other countries. Following the introduction of the two-dose

administration of the oral poliovirus vaccine (OPV), which was imported from Canada and the Soviet Union, to children in 1961-1963, the number of patients decreased markedly, while 1,000 to 5,000 paralytic cases of poliomyelitis were reported annually before the introduction of OPV (Takatsu et al.; 1973, Shimojo et al.;1984). A two-dose administration of domestic OPV to infants at intervals longer than 6 weeks has been performed routinely since 1964. A wild poliovirus was isolated from one

Received September 26, 2007 Accepted January 30, 2008

Correspondence : Hitoshi Horie

Department of Microbiology, School of Pharmaceutical Sciences,
Ohu University, 31-1 Misumado, Tomitamachi, Koriyama, Fukushima 963-8611 Japan

e-mail : h-horie@pha.ohu-u.ac.jp

patient with poliomyelitis in 1980, and from two patients with non-acute flaccid paralysis in 1984 and 1993, but since then no wild poliovirus has been isolated from patients with poliomyelitis in Japan (Infectious Agents Surveillance Center; 1997).

The global polio eradication program has progressed by the initiative of the World Health Organization (WHO) (World Health Organization; 2003). OPV has been used as a major tool for the eradication program. The result of the program is remarkable, since at present in July, 2007, epidemics caused by wild poliovirus are reported only in Africa and the southern area in Asia (Global Polio Eradication Initiative; 2007). Although OPV confers a dramatic efficacy on the prevention of poliomyelitis, some paralytic cases (vaccine-associated paralytic poliomyelitis cases: VAPP) have been reported to have occurred in vaccinees or in individuals who have been in contact with vaccinees (World Health Organization Consultative Group; 1982, Nkowane et al.; 1987). It is considered that paralytic cases are caused by vaccine viruses which undergo neurovirulent reversion during repeated replication in the human alimentary tract. Moreover, as long as OPV is in use, the revertants (vaccine-derived poliovirus: VDPV) continue to be excreted with the feces into the environment, and there is a possibility that VDPV may cause a new epidemic of poliomyelitis. Actually, epidemics of poliomyelitis caused by VDPV have been reported in Egypt, Hispaniola (Dominican Republic and Haiti), the Philippines, Madagascar, China, Indonesia and Cambodia, as shown in Fig.1 (Centers for Diseases Control and Prevention; 2006).

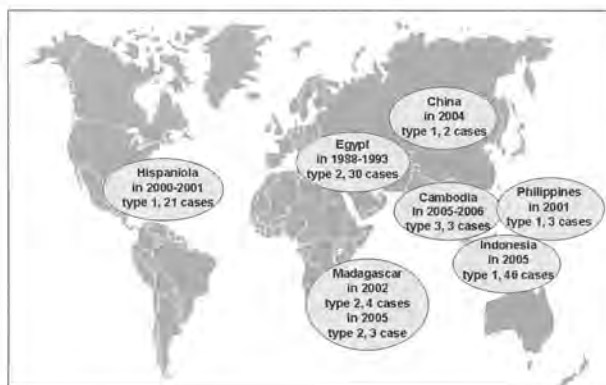


Fig. 1. Epidemics caused by VDPVs in the world between 1988 and 2006.

The poliovirus has a single-stranded RNA genome, which is known to be highly mutable during replication (Holland et al.; 1982, Ward et al.; 1988). It was demonstrated that neurovirulence increases when the following changes take place in the base positions of the vaccine viruses: in the case of the type 1 virus, position 480 in the 5' non-coding region changes from G to A (Kawamura et al.; 1989, Horie et al.; 1994); position 525, which is base paired with position 480 in a stem and loop structure, changes from U to C (Muzychenko et al.; 1991); for type 2, position 481 changes from A to G (Pollard et al.; 1989, Macadam et al.; 1991); and for type 3, position 472 changes from U to C (Evans et al.; 1985, Westrop et al.; 1989). Furthermore, Chumakov et al. (1991, 1992) developed a method designated "mutant analysis by PCR and restriction enzyme cleavage (MAPREC)" to estimate the ratio of revertants in a virus population. The results of MAPREC analysis were correlated with neurovirulence in monkeys (Rezapkin et al.; 1994, Taffs et al.; 1995, Chumakov et al.; 1999). MAPREC is useful for monitoring the reversion of the polio vaccine virus genome.

In this study, to elucidate the reversion mechanism of polio vaccine viruses to the neurovirulent genotype in the human alimentary tract, an accumulation of the reversion of the vaccine viruses passaged in cultivation cells derived from the human alimentary tract was analyzed by using the MAPREC method.

Methods

1) Cultivation of cells and viruses

Caco-2 cells (RCB0988) derived from human colon carcinoma were obtained from Riken Cell Bank, Tsukuba, Japan. The cells were propagated in Minimum Essential Medium (MEM, Invitrogen Gibco, Grand Island, NY) containing 20% fetal bovine serum at a temperature of 37°C. HEp-2 cells derived from human laryngeal carcinoma were propagated in MEM containing 10% fetal bovine serum at a temperature of 37°C.

Poliovirus Sabin type 1 and 3 attenuated vaccine strains were used in this study. The viruses were serially passaged three times in confluent cultures of the Caco-2 or HEp-2 cells in a cell culture flask

(cultivation area; 25 cm², Nalge Nunc International). The viruses were infected with a concentration of approximately 10^{1.5}~10² CCID₅₀/cell, incubated at a temperature of 37°C or 34°C. After all cells caused virus-specific cytopathic effects (CPE), the viruses were harvested (frozen at -30°C).

2) MAPREC

Base changes for the type 1 Sabin vaccine virus with a virulent base A at position 480 (480-A reversion) and base C at position 525 (525-C reversion), and for the type 3 Sabin virus with a virulent base C at position 472 (472-C reversion) were examined by the MAPREC method. MAPREC was performed according to the method of Chumakov et al. (1991, 1994) and Rezapkin et al. (1994). The procedure of MAPREC for the type 3 virus is summarized in Fig.2. Briefly, poliovirus RNA was extracted from a virus suspension using buffer-saturated phenol (Invitrogen, Carlsbad, CA) after adding sodium dodecyl sulfate (SDS) to a final concentration of 1%. The extract was treated with isopropanol and ethanol to effect precipitation. The RNA precipitate was resuspended with a buffer containing a hexadeoxynucleotide random primer (Invitrogen) and M-MLV reverse transcriptase (Invitrogen) and incubated for 1 h at 37°C to achieve synthesis of cDNA. PCR amplification using sense and antisense primers labeled with ³²P as shown in Table 1 and Taq DNA polymerase (Takara Taq™ Hot Start

Version; Takara, Tokyo) was conducted to create recognition sites for restriction enzyme *Alu* I (for 480-A in the type 1 virus), *ScrF* I (for 525-C in the type 1 virus) and *Mbo* I (for 472-C in the type 3 virus). After treatment of the amplified DNA product with the restriction enzyme, the digested material was separated by polyacrylamide gel

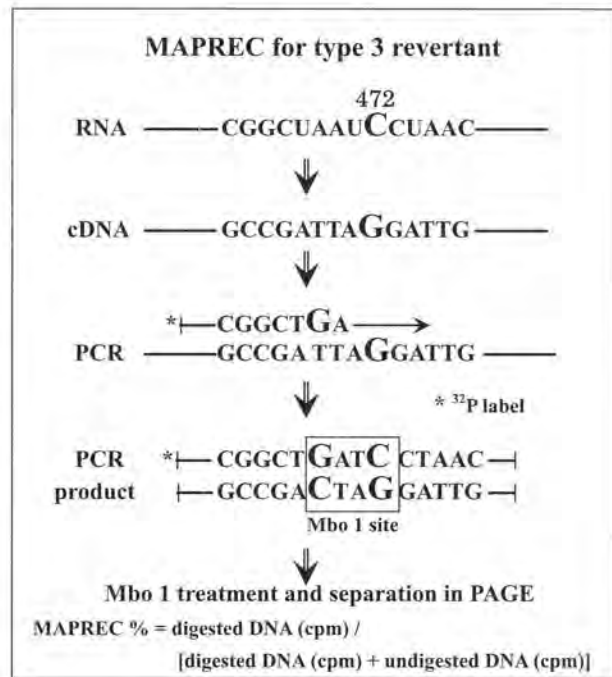


Fig. 2. MAPREC procedure for detection of 472-C reversion in type 3 vaccine viruses.

Table 1 PCR primers and restriction enzymes used to quantify mutations by MAPREC

| Nucleotide | Primer name | Primer sequence | Restriction enzyme | Mutation type |
|---------------|-------------|---|--------------------|---------------|
| Type 1 | | | | |
| 480 | pS-1/453 | (421) AGCCTATTGG GCTACATAAG AATCCTCCGG CCC (453) | <i>Alu</i> I | 480-A |
| | pA-1/482 | (513) CGACAGGCCA ATCACTGGTT TGTGACCACC AG (482) | | |
| 525 | pS-1/516 | (485) GTGGTCACAA ACCAGTGATT GGCCTGTCGT AA (516) | <i>ScrF</i> I | 525-C |
| | pA-1/527 | (560) AACACGGACA CCCAAAGTAG TCGGTTCCGC TCCG (527) | | |
| Type 3 | | | | |
| 472 | pS-3/471 | (440) TGAGAGTCCT CCGGCCCTG AATGCGGCTG AT (471) | <i>Mbo</i> I | 472-C |
| | pA-3/502 | (532) ACGGACTTGC GCGTTACGAC AGGCTGGCTGC (502) | | |

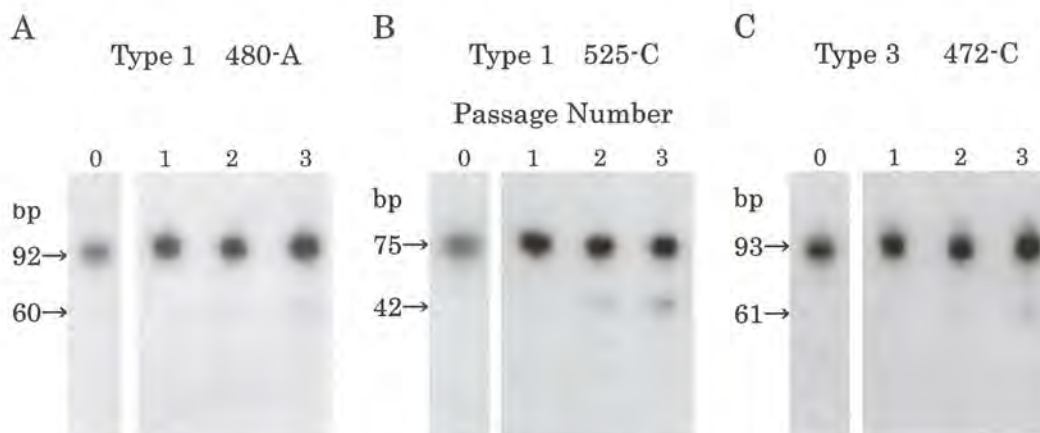


Fig. 3. Autoradiography of a polyacrylamide gel containing *Alu* 1 (A), *ScrF* 1 (B) and *Mbo* 1 (C) -digested PCR products of the type 1 and 3 viruses passaged in Caco-2 cells at the temperature of 37°C. PCR products (92, 75 and 93bp) and restriction enzyme-digested PCR products (60, 42 and 61bp) are shown by arrows.

electrophoresis. The MAPREC percentages of 480-A, 525-C and 472-C were calculated by measuring the radioactivity in counts per minute (CPM) of digested and undigested DNA bands with *Alu* 1, *ScrF* 1 or *Mbo* 1, using the equation: digested DNA (CPM)/ [digested DNA (CPM) + undigested DNA (CPM)].

Results

1) Electrophoresis patterns of passaged viruses on MAPREC

The Sabin vaccine viruses were passaged in Caco-2 cells with a virus concentration of approximately $10^{1.5} \sim 10^2$ TCID₅₀/cell at a temperature of 37°C. The proportions of type 1 passaged viruses containing A at position 480 (480-A reversion), C at position 525 (525-C reversion), and type 3 passaged viruses containing C at position 472 (472-C reversion) were analyzed by MAPREC. The electrophoresis patterns of type 1 and 3 passaged viruses by MAPREC are shown in Fig. 3. After amplification of cDNA by PCR with synthetic primers modified to create the restriction enzyme *Alu* 1 or *ScrF* 1 recognition site in the specific region containing nucleotide position 480 or 525 in type 1 passaged viruses, the proportions of 480-A reversion and 525-C reversion were estimated by the *Alu* 1 or *ScrF* 1 digestion of PCR products (92 and 75 base pairs, respectively) and separation in a polyacrylamide gel (Fig.3A,B). The

restriction enzyme-digested DNA band appears intensively when the revertants on 480-A or 525-C are contained abundantly in the passaged viruses. Although the *Alu* 1-digested DNA band (60 base pairs) hardly appeared in passaged viruses (Fig.3A), the *ScrF* 1-digested DNA band (42 base pairs) appeared intensively in viruses passaged the second time and third time (Fig.3B). It was demonstrated that the revertants on 525-C are contained abundantly in the passaged viruses. Also the proportion of 472-C reversion was estimated by the *Mbo* 1 digestion of PCR products (93 base pairs) in type 3 passaged viruses (Fig. 3C). The *Mbo* 1-digested DNA band (61 base pairs) appeared in viruses passaged the second time and third time.

2) Accumulation of revertants in vaccine viruses passaged in Caco-2 cells

Accumulations of 480-A and 525-C reversions in type 1 and 472-C reversion in type 3 vaccine viruses during passaging in Caco-2 or HEp-2 cells were analyzed by the MAPREC method (Fig.4). Percentages of reversions (%480-A, %525-C and %472-C) were calculated by measuring the radioactivity of digested and undigested DNA bands with *Alu* 1, *ScrF* 1 or *Mbo* 1, as described in the Methods section. The accumulation of reversion in type 1 vaccine viruses increased rapidly with passaging in Caco-2 cells at the temperature of 37°C (Fig.4A). However, the accumulation was hardly observed at

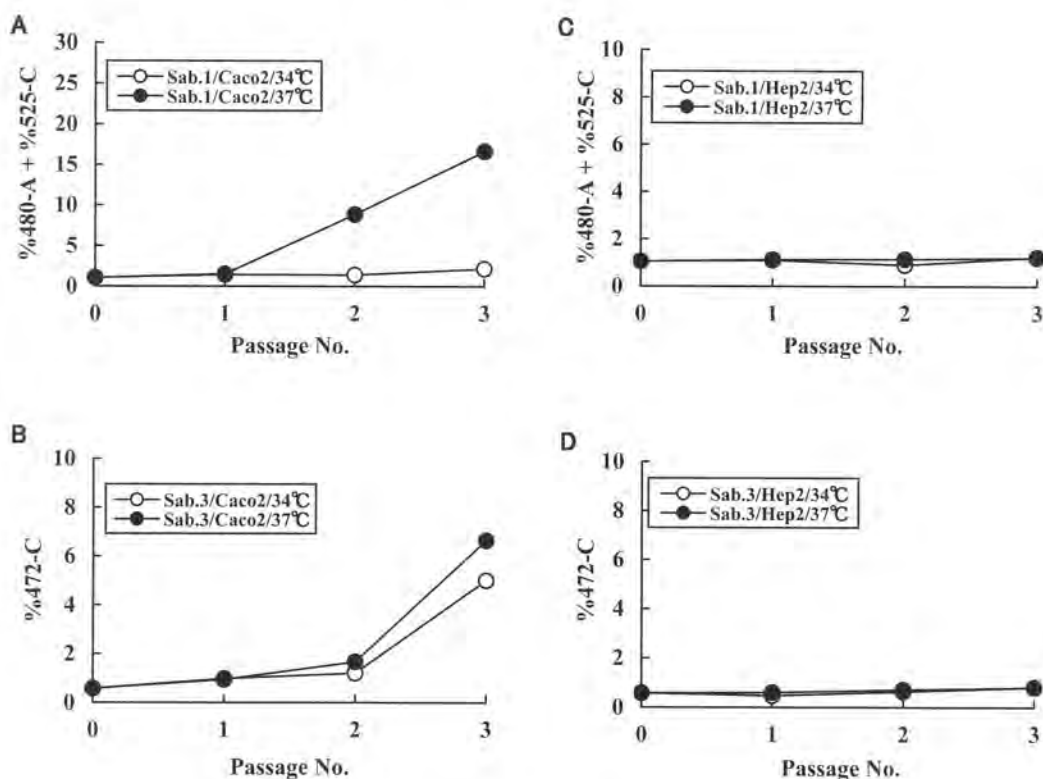


Fig. 4. Accumulations of 480-A and 525-C reversions (%480-A + %525-C) in type 1 (A and C) and 472-C reversions (%472-C) in type 3 (B and D) vaccine viruses during passaging in Caco-2 cells (A and B) or HEp-2 cells (C and D) at the temperature of 34°C (solid circles) or 37°C (open circles).

the temperature of 34°C. On the contrary, the accumulation of 472-C reversion in type 3 vaccine viruses increased with passaging in Caco-2 cells at both temperatures (37°C and 34°C) (Fig.4B). Rezapkin et al. (1994) and Chumakov et al. (1999) demonstrated that a stipulated cut-off percentage of the type 1 (%480-A + %525-C) or type 3 (%472-C) vaccine virus for passing or failing the monkey neurovirulence test was approximately 5% and 1%, respectively. The percentages of reversions of the type 1 and 3 vaccine viruses passaged in Caco-2 cells easily exceeded the stipulated cut-off, particularly, at the cultivation temperature of 37°C.

Furthermore, accumulation of reversion in vaccine viruses during passaging in HEp-2 cells was analyzed by MAPREC. The accumulation of reversion in type 1 and 3 vaccine viruses was hardly observed at either cultivation temperature (37°C and 34°C) (Fig.4C,D). A large difference was

demonstrated in the accumulation of reversion between Caco-2 and HEp-2 cells.

Discussion

In the three serotypes of polio vaccine viruses, it has been reported that VAPP is caused frequently by the type 3 virus (Nkowane et al.; 1987) and epidemics of poliomyelitis by VDPV have occurred frequently due to the type 1 virus (see Fig.1). Therefore, analysis of the accumulation of reversion of type 1 and 3 polio vaccine viruses was performed in this study. Polio vaccine viruses cause the rapid reversion to the neurovirulent genotype on the virus genome during repeated replication in the human alimentary tract, and the revertants (virulent VDPV) continue to be excreted with the feces into the environment. The problem of VDPV is an obstacle for the achievement of the polio eradication

program. Fortunately, poliomyelitis cases caused by VDPV have not been reported in Japan. However, virulent VDPVs have been easily isolated from river and sewage water in Japan (Yoshida et al.; 2000, 2002, Horie et al.; 2002). It is considered that the reason why an epidemic caused by VDPV has not occurred in Japan is due to high vaccine coverage of more than 80%. Actually, the efficacy of Japan's vaccination policy against virulent VDPV has been confirmed (Iwai et al.; 2006, 2008). The epidemics caused by VDPV will be prevented as long as sufficient herd immunity is maintained. In other words, an outbreak of poliomyelitis caused by VDPV will occur if the viruses infect individuals who have insufficient antibody titers, or when the vaccination coverage decreases. Actually, most epidemics of poliomyelitis caused by VDPV occur in regions where the vaccine coverage decreased (Centers for Diseases Control and Prevention; 2006).

In this study, accumulation of the reversion of polio vaccine viruses to the neurovirulent genotype was analyzed by the MAPREC method. MAPREC was established by Chumakov et al. (1991, 1992); a non-RI method was later developed by Horie et al. (1998) to estimate the ratio of revertants in a virus population. MAPREC can be used as an effective method for a quality control test for OPV production and the characterization of cultured polio vaccine viruses on cells. Actually, MAPREC has been described in WHO requirements for OPV production as one of the quality control tests (World Health Organization; 2002). It has been reported that the ratio of nucleotide change in the bases at position 480 and 525 (MAPREC percentage of 480-A and 525-C) for the type 1 poliovirus correlates with neurovirulence in monkeys (Rezapkin et al.; 1994). Also, the type 3 poliovirus provides sound evidence that a single nucleotide change in the base at position 472 (MAPREC percentage of 472-C) in the genome correlates directly with neurovirulence (Chumakov et al.; 1999). These bases are contained in the region designated "internal ribosomal entry site (IRES)", and the stability of this region has a considerable influence on the translation efficiency of the virus-specific protein and neurovirulence (Pilipenko et al.; 1989, Skinner et al.; 1989). In the case of the type 1 vaccine virus, position 525, which is base paired with position 480 in a stem and loop

structure of the F-domain in the IRES region, becomes an unstable base pair (480-G-525-U) which may alter a stable pair, virulent bases 480-A (480-A-525-U) or 525-C (480-G-525-C), during multiplication in the human alimentary tract. The stable base pairs are more effective in promoting translation initiation of virus-specific protein as compared with the unstable base pair (Muzychenko et al.; 1991).

It has been reported that the accumulation of reversion of polio vaccine viruses to the neurovirulent genotype on cultured cells occurs easily at a virus cultivation temperature of 37°C (Chumakov et al.; 1994, Rezapkin et al.; 1994, Taffs et al.; 1995, Horie et al.; 1999). In this study, a similar tendency was observed in Caco-2 cells. However, accumulation of reversion was hardly observed in HEp-2 cells even at the cultivation temperature of 37°C. It is extremely interesting that a difference was shown in the frequency of the reversion according to cell type even though both cells derive from human carcinoma. If the cellular factors which take part in the reversion of the vaccine virus genome are elucidated, it is expected to lead to the development of a controlling expedient for the reversion of the vaccine virus.

In the near future, the eradication of the wild poliovirus will be achieved globally as a result of the polio eradication program. However, VDPV exists in the environment as long as OPV is used. It is extremely important to analyze the properties of VDPV to evaluate the risk of outbreak after OPV administration is stopped in the final phase of the eradication program. Although it is considered that the introduction of an inactivated poliovirus vaccine (IPV) which does not have the VDPV problem is necessary, it is extremely difficult to supply IPV to all developing countries considering the manufacturing capacity and the cost. Research on the development of a controlling expedient for the reversion of the vaccine virus will be important for the achievement of the polio eradication program in the future.

Conclusion

In this study, a large difference was observed in the frequency of neurovirulent reversion of polio

vaccine viruses between Caco-2 and HEP-2 cells even though both cells were derived from human carcinoma. In the future, to elucidate the cellular factors which take part in the reversion frequency of the vaccine virus genome is extremely important, because such research is expected to lead to the elucidation of the reversion mechanism and to the development of a controlling expedient for the neurovirulent reversion of the polio vaccine virus. Research on the development of a controlling expedient for the reversion will contribute to the achievement of the global polio eradication program by WHO.

Acknowledgement

This work was supported in part by the research fund of Japan Kampo Medicine Manufacturers Association.

References

- Centers for Diseases Control and Prevention. Update on vaccine-derived polioviruses. *MMWR*, 55(40), 1093-1097, 2006.
- Chumakov KM, Powers LB, Noonan KE et al. Correlation between amount of virus with altered nucleotide sequence and the monkey test for acceptability of oral poliovirus vaccine. *Proc Natl Acad Sci USA*, 88, 199-203, 1991.
- Chumakov KM, Norwood LP, Parker ML et al. RNA sequence variants in live poliovirus vaccine and their relation to neurovirulence. *J Virol*, 66, 966-970, 1992.
- Chumakov KM, Dragunsky EM, Norwood LP et al. Consistent selection of mutations in the 5'-untranslated region of oral poliovirus vaccine upon passaging in vitro. *J Med Virol*, 42, 79-85, 1994.
- Chumakov KM. Molecular consistency monitoring of oral poliovirus vaccine and other live viral vaccines. *Dev Biol Stand*, 100, 67-74, 1999.
- Evans DMA, Dunn G, Minor PD et al. Increased neurovirulence associated with a single nucleotide change in a non-coding region of the Sabin type 3 poliovaccine genome. *Nature*, 314, 548-550, 1985.
- Global Polio Eradication Initiative; <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>
- Holland J, Spindler K, Horodyski F et al. Rapid evolution of RNA genomes. *Science*, 215, 1577-1585, 1982.
- Horie H, Koike S, Kurata T et al. Transgenic mice carrying the human poliovirus receptor: new animal model for study of poliovirus neurovirulence. *J Virol*, 68, 681-688, 1994.
- Horie H, Tano Y, Doi Y et al. Estimation of the neurovirulence of poliovirus by non-radioisotope molecular analysis to quantify genomic changes. *Biologicals*, 26, 289-297, 1998.
- Horie H, Sato-Miyazawa M, Ota Y et al. Detection of mutants in polio vaccine viruses using pooled antipoliovirus monoclonal antibodies. *Biologicals*, 27, 217-226, 1999.
- Horie H, Yoshida H, Matsuura K et al. Neurovirulence of type 1 polioviruses isolated from sewage in Japan. *Appl Environ Microbiol*, 68, 138-142, 2002.
- Infectious Agents Surveillance Center. Poliomyelitis, Japan, 1962-1995. *Infect Agents Surveillance Rep*, 18, 1-2, 1997.
- Iwai M, Nakayama T, Matsuura K et al. Assessment of efficacy of a live oral poliovirus vaccine for virulent Sabin-like poliovirus 1 strains in Japan. *Acta virologica*, 50, 139-143, 2006.
- Iwai M, Takizawa T, Nakayama T et al. Evaluation of a two-dose administration of live oral poliovirus vaccine for wild and virulent vaccine-derived poliovirus type 1, 2, 3 strains in Japan. *Scan J Infect Dis*, 40, 247-253, 2008.
- Kawamura N, Kohara M, Abe S et al. Determinants in the 5' non coding region of poliovirus Sabin 1 RNA that influence the attenuation phenotype. *J Virol*, 63, 1302-1309, 1989.
- Macadam AJ, Pollard SR, Ferguson G et al. The 5' noncoding region of the type 2 poliovirus vaccine strain contains determinants of attenuation and temperature sensitivity. *Virology*, 181, 451-458, 1991.
- Muzychenko AR, Lipskaya GY, Maslova AV et al. Coupled mutation in the 5'-untranslated region of the Sabin poliovirus strains during in

- vivo passages: structural and functional implications. *Virus Research*, 21, 111-122, 1991.
- Nkowane BM, Wassilak SGF, Orenstein WA et al. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis, United States: 1973 through 1984. *JAMA*, 257, 1335-1340, 1987.
- Pilipenko EV, Blinov VM, Romanova LI, et al. Conserved structural domains in the 5'-untranslated region of Picornaviral genomes: an analysis of the segment controlling translation and neurovirulence. *Virology*, 168, 201-209, 1989.
- Pollard SR, Dunn G, Cammack N et al. Nucleotide sequence of a neurovirulent variant of the Type 2 oral poliovirus vaccine. *J Virol*, 63, 4949-4951, 1989.
- Rezapkin GV, Chumakov KM, Lu Z et al. Microevolution of Sabin 1 strain in vitro and genetic stability of oral poliovirus vaccine. *Virology*, 202, 370-378, 1994.
- Shimojo H. Poliomyelitis Control in Japan. *Rev Infect Dis*, 6 (Supple 2), 427-430, 1984.
- Skinner MA, Racaniello VR, Dunn G et al. New model for the secondary structure of the 5' non-coding RNA of poliovirus is supported by biochemical and genetic data that also show that RNA secondary structure is important for neurovirulence. *J Mol Biol*, 207, 379-392, 1989.
- Taffs RE, Chumakov KM, Rezapkin GV et al. Genetic stability and mutant selection in Sabin 2 strain of oral poliovirus vaccine grown under different cell culture conditions. *Virology*, 209, 366-373, 1995.
- Takatsu T, Tagaya I, Hirayama M. Poliomyelitis in Japan during the period 1962-68 after the introduction of mass vaccination with Sabin vaccine. *Bull WHO*, 49, 129-137, 1973.
- Ward CD, Stockes MAM, Flanagan JB. Direct measurement of the poliovirus RNA polymerase error frequency in vitro. *J Virol*, 62, 558-562, 1988.
- Westrop GD, Wareham KA, Davis DM et al. Genetic basis of attenuation of the Sabin type 3 oral poliovirus vaccine. *J Virol*, 63, 1338-1344, 1989.
- World Health Organization Consultative Group. The relation between acute persisting spinal paralysis and poliomyelitis vaccine: results of ten-year enquiry. *Bull WHO*, 60, 231-242, 1982.
- World Health Organization. Recommendations for the production and control of poliomyelitis vaccine (oral). WHO Technical Report Series, No.904, 31-93, 2002.
- World Health Organization. Global polio eradication initiative strategic plan 2004-2008. World Health Organization, Geneva, 2003.
- Yoshida H, Horie H, Matsuura K et al. Characterization of polioviruses isolated from sewage and river water in Japan. *Lancet*, 356, 1461-1463, 2000.
- Yoshida H, Horie H, Matsuura K et al. Prevalence of vaccine-derived polioviruses in the environment. *J Gen Virol*, 83, 1107-1111, 2002.

(Summary)

ヒト消化管由来細胞におけるポリオワクチンウイルスの毒力復帰変異の解析

堀江 均¹⁾、山田 明²⁾

¹⁾ 奥羽大学薬学部微生物学分野

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

背景 経口生ポリオワクチンとして使用されている弱毒ポリオワクチンウイルスは、ヒトの消化管において毒力復帰変異を起こし易いことが知られており、そのウイルスが原因と考えられるポリオ（急性灰白髄炎）の発症例も報告されている。更に、その変異ウイルスは、糞便とともに環境中に排泄されることで、世界中でポリオの新たな流行を引き起こしており、ポリオ根絶計画達成の妨げとなっている。

目的 本稿では、ヒト消化管におけるポリオワクチンウイルスの毒力復帰変異機構を明らかにすることを目的として、ワクチンウイルスをヒトの消化管由来培養細胞を用いて継代培養し、継代によってどの程度変異ウイルスが出現（蓄積）するか解析を行った。

方法 ヒトの大腸ガン由来細胞を用いて37℃あるいは34℃でポリオワクチンウイルスを3代継代培養し、その培養ウイルス液中の毒力復帰変異ウイルスの混入割合（変異ウイルスの蓄積）について、遺伝子レベルでウイルスの神経毒力の強さを測定することができるMAPRECと

呼ばれる方法で解析した。

結果 継代による毒力復帰変異ウイルスの蓄積は、37℃で培養した方が34℃で培養したときと比べて明らかに高かった。しかしこの変異ウイルスの蓄積は、ヒトの喉頭ガン由来細胞であるHEp-2細胞においてはほとんど観察されなかった。

結論 本研究より、細胞の種類や培養温度により毒力復帰変異ウイルスの出現頻度（蓄積の程度）に大きな違いが見られた。今後は、どのような細胞側因子がこの違いに関与しているかを解明することが重要である。そしてそのような研究は、ワクチンウイルスの毒力復帰変異機構の解明と、その抑制手段の開発に結びつくことが期待される。

キーワード ポリオウイルス、経口生ポリオワクチン、ワクチン由来ポリオウイルス、ポリオ根絶計画、毒力復帰変異

研究ノート

『未来看護塾』の活動および「人と関わる体験」が看護学生へもたらす効果



伊丹 君和¹⁾、鈴木 絵夢²⁾、高見 紀江³⁾、豊田久美子³⁾、
久留島美紀子¹⁾、本田可奈子¹⁾、江藤美和子¹⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾聖隷三方原病院

³⁾兵庫医科大学病院

背景 未来の看護を担う看護学生が他者との交流やさまざまな体験を重ねることは、生活援助の必要性に気づく「感性」を育てることにつながると考えている。

そこで筆者らは、人々との交流やボランティア活動を通して「未来の看護のあり方」を志向する、看護学生主体の活動グループ『未来看護塾』を始動した。

目的 『未来看護塾』の活動の一端を振り返るとともに、ボランティア活動の体験が看護学生にどのような効果をもたらすのかについて、ボランティア活動の体験をもつ看護学生に実施した調査をもとに検討する。また、ボランティア活動に関わらず「人と関わる体験」は「他者意識」や看護職としての「職業意識」に影響を与えるのかについても検証する。

方法 1. ボランティア体験をもつ看護学生への調査

対象は本研究の趣旨に同意の得られた看護学生17名である。自由記述式質問調査として、ボランティア活動による学びなどについて質的に分析した。

2. 看護学生に対する大学入学後の「人と関わる体験」に関する意識調査

対象は看護学生186名とした。調査は、無記名式の自記式質問紙とし、大学入学後の人と関わる体験の有無、内的他者意識、看護職としての職業意識についてなどの調査内容とした。なお、回答は5段階評定とし、各関連を χ^2 検定にて分析した。

結果 1. 『未来看護塾』などのボランティア活動は、さまざまな「人と関わる」体験を重ねることとなり、参加している看護学生の「感性」を豊かにし、「コミュニケーション技術」の獲得や「自らの成長」へとつながる学びとなっている。

2. 看護学生における『内的他者意識』の合計点は、 $26.6 \pm 5.3 / 35$ 点と高値であった。また、大学入学後にボランティア活動を行っている者は33%であり、このような『人と関わる体験』を多く行っている者は、職業意識も高い傾向にあることが認められた ($p < 0.1$)。

3. 『未来看護塾』の活動は、「人と看護」の両方に関わる体験となり、学年の枠を超えて学生間でのミーティング、企画、実施、評価する体制の中で、「看護力」を向上させる。

結論 ボランティア活動は、「人と関わる」体験となり、参加学生の「感性」や「コミュニケーション力」を豊かにすることを明らかにした。その中でも看護学生が行う『未来看護塾』の活動は、「看護力」を向上させるという教育的効果が得られることも示唆された。また、ボランティア活動に関わらず、「人と関わる体験」は看護職としての職業意識に影響を与える。本研究によって、看護学生における『未来看護塾』の活動および「人と関わる体験」を支援することの重要性を再認識した。

キーワード 人と関わる体験、教育効果、看護学生、ボランティア

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：伊丹 君和

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail: k-itami@nurse.usp.ac.jp

I. はじめに

近年、若者の生活体験や対人関係の乏しさが問題視されているが、看護学生の生活体験や対人関係に関する研究は少ない¹⁾⁻⁴⁾。また、現在の看護教育カリキュラムにおいては、看護の対象となるその人の生活を知り、さまざまな人々との関係作りを学ぶ体験ができる科目は限られている。そのような中、生活者の視点でその人のニーズを把握し、援助の必要性に気づく「感性」をいかに育てるかは、これからの未来の看護を担う看護学生には特に重要であると考えられる。

一方、筆者らは、他者に対する意識や「関心」を向ける「他者意識」⁵⁾が高い看護学生は、入学前に「サークル活動」や「ボランティア活動」などの体験が多いことを明らかにしている⁶⁾。また、より社会的な対人関係を体験することが、社会的スキルの向上に有効であり、社会的スキルと自己効力感の関連が高いということも示されている⁷⁾。このほか、看護学生のボランティア活動の参加は、人々や地域への理解を深めること、自らの職業への意欲を高めることが報告されている⁷⁾。

そこで、人々との交流やボランティア活動を通して、人が人として生きていくその生き方を支える「未来の看護のあり方」を志向するという『未来看護塾』を、平成16年に始動した。この活動は、大学や看護教員の支援を受けながらも主体は活動の趣旨に賛同した有志看護学生である。現在では活動の目標も、1) さまざまな体験を通して、自らの「感性」や「人間性」を豊かに育み「看護力」の向上を目指す、2) 【定期的なボランティア活動】を通して、人々の健康へのニーズを充たす環境づくりを考える、3) 【生き活き健康支援活動】を通して、地域の人々の健康レベルや発達段階に応じた活動の機会を提供し健康増進のきっかけを作る、4) 地域の人々や看護職の人々との交流を深めることで地域に根ざした活動を行っていく、という4つに集約されている。

今回は、そのような『未来看護塾』の活動の一端を振り返るとともに、ボランティア活動の体験が看護学生にどのような効果をもたらすのかについて、ボランティア活動の体験をもつ看護学生に実施した調査をもとに検討する。また、ボランティア活動に関わらず「人と関わる体験」は「他者意識」や看護職としての「職業意識」に影響を与えるのかについても検証する。

II. 対象および方法

1. 『未来看護塾』の活動概要

未来看護塾は、2年生の執行部を中心として、1年生から4年生まで約80名の看護学生が所属し、以下のような活動を主に実施している。

1) 地域で生活する人々および医療に携わる人々との交流【定期的なボランティア活動】

- ① A市立病院の小児病棟における入院患児との「遊び」や看護援助を通しての交流（平日の夕方）
- ② A市立病院の緩和ケア病棟における入院患者および家族との交流、ティーサービス、レクリエーションの実施（月に1回程度）
- ③ 特定非営利活動法人NPO団体における高齢者や親子との交流（平日および土曜日、時間は活動内容によって異なる）（図1参照）

2) 未来看護塾企画の地域で生活する人々への【生き活き健康支援活動】

- ① 入院患者を対象として…A市立病院小児病棟でのクリスマス会の企画実施（図2）
- ② 親子を対象として…地域の子どもフェスティバルやキッズフェスティバルなどへの参加、大学祭での“こども広場”の企画実施



図1. NPO団体と連携しての親子活動



図2. 小児病棟でのクリスマス会の企画実施

- ③ 高齢者を対象として…地域長寿会での健康支援活動の企画実施(図3)
 - ④ 障害児を対象として……NPO団体企画のピクニックに参加など、子どもとの交流
- 3) 地域市民および医療に携わる人々との「未来の看護



図3. 地域長寿会での健康支援活動の企画実施

のあり方」についてのミーティング

- ① A市立病院の看護職や地域のボランティアスタッフと教員および学生を交えてミーティングの実施(年に数回)
- ② 未来看護塾の学生間でのミーティングの実施(月に数回)

なお、学生間のミーティングを通して、実施学生の記録や感想をもとにした各活動の評価を行うとともに、対象者への安全・安楽を確保したものであるかの検討を中心に、各活動の企画案作成とその準備など、1年生から4年生までが支え協力しあいながら企画実施および評価する体制をとっている。

2. 対象と方法

1) ボランティア活動の体験をもつ看護学生へのボランティア活動の実際に関する調査

本調査の対象は、大学入学以降、『未来看護塾』などのボランティア活動を行ってきたS県内の4年制大学看護系学部在籍する2年生から4年生までの看護学生17名であり、調査時期は2006年9月～11月である。

調査内容は、1. ボランティア活動の体験による学び、2. ボランティア活動が看護学生に与えたもの、3. ボランティア活動を促進させるための支援策についてであり、方法は自由記述質問紙による調査とした。

分析は質的研究とした。その方法としては、記述内容をひとつの記録単位とし、その単位に関する意味的特性

を推論した後、文脈上同義的とみなせるものを集めて文脈的表象を付した。その後、類縁性を有する説明概念はカテゴリとしてまとめ、分析の際には研究者が意味論的な妥当性を熟考しながら記録単位を分類するとともにカテゴリ名を抽出した。

2) 看護学生に対する大学入学後の「人と関わる体験」に関する意識調査

対象は、本研究の趣旨に同意の得られたS県内の4年制大学看護系学部在籍する1年生から4年生までの学生186名とした。調査時期は2006年9月～11月である。調査は、無記名式の自記式質問紙とし、調査内容は、1. 属性(学年、志望動機、志望職種等)の把握、2. 大学入学後の「人と関わる体験」(佐藤ら¹⁾、野崎ら²⁾、伊丹ら³⁾の研究を参考に調査項目を作成)、また、先行研究をもとに、3. 内的他者意識(辻⁴⁾による他者意識尺度の中の「人の考えを絶えず読み取ろうとしている」等の『内的他者意識』(表1参照)7項目を用いた)、4. 看護職としての職業意識(波多野ら⁵⁾の尺度をもとに作成(表2参照))とした。

表1 内的他者意識尺度(1993 辻による)

1. 他者のちょっとした表情の変化でも見逃さない
2. 他者の態度や表情を気をつけて見るようにしている
3. 人の考えを絶えず読み取ろうとしている
4. 人の言動には絶えず注意を払っている
5. 人のちょっとした気分の変化でも敏感に感じてしまう
6. 人の気持ちを理解するように心がけている
7. 他者の心の動きをいつも分析している

表2 看護職へのアイデンティティ尺度

1. 将来、看護職の仕事長く続けたい
2. 看護の仕事は私に適している
3. もう一度職業を選べるとしたらまた看護の仕事を選ぶ
4. 高校生に「看護職になりたいが」と相談されたら勧める
5. 看護の仕事に誇りを持っている
6. もっと看護についての勉強がしたい
7. 看護の道を選んだことに満足している
8. 看護職として仕事することに自信がある
9. もっと看護の技術をみがきたい
10. 私の子供が看護職になりたいと言ったら勧める
11. 私の仕事は私の能力を生かせる
12. 看護に生きがいを感じている

なお、「人と関わる体験」、内的他者意識、職業意識についての回答方法は5段階評定とし、各平均点をもとに高得点者と低得点者に分類した。

分析は、学年比較については等分散を確認後、t検定を行った。このほか、1) 属性と内的他者意識・職業意識との関連、2) 入学後の「人と関わる体験」と内的他者意識・職業意識との関連、3) ボランティア活動の実施状況とボランティア活動に対するイメージ、職業意識との関連を中心に、SPSS 12.0 for Windowsを用いて、各高得点者との χ^2 検定を行った。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として、参加者の自由意志による参加、拒否する権利、不利益の回避、プライバシーの保護や安全性等を保証するよう努めた。倫理的配慮事項は依頼書に記し、口頭、依頼書をもって参加者に研究の趣旨と内容および参加依頼について説明し、同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. ボランティア活動の体験をもつ看護学生へのボランティア活動の実際に関する調査結果

回答は、実際に大学入学以降、『未来看護塾』などのボランティア活動の体験がある、または現在も行っている看護学生17名(2年生8名、3年生4名、4年生5名)から得た。

1) ボランティア活動の体験による学び

まず、「楽しい、うれしい」と感じたボランティア活動の体験による学びとしては、表3に示すように、さまざまな人々と関わることにより、人々の思いや考え方を知り『人々を理解すること』を学び、障害者との関わりや人と人との関わりの大切さを感じることで『人と関わるということ』を学びとして捉えていた。

また、関わりの中で対象者との心が通じたと感じられる瞬間や人々の喜びや笑顔をみることができたときにそれが自分の喜びとなり『感性が豊かになる』、人々と一緒に過ごし楽しむことで『人と関わることの楽しみ』についても学びとして感じていることが明らかとなった。

一方、実際に、病院や施設でさまざまな人と関わる中で、その人にあったコミュニケーションの方法を考えることによるコミュニケーション能力の向上、これからの看護に役立つという思いや知識が深まったといった学びの深まり、人のために役にたちたいという思いが強くなったなどといった『自らの成長』や、ボランティア活動に参加することで、ボランティア活動による対象者への効果や、ボランティア活動に対する意欲の向上、ボランティア活動に対するイメージの変化、ボランティア活動の方

法について考えるといった『ボランティア活動に対する考え方』も学びとして捉えていた。

また、「つらい、困難であった」と感じるボランティア活動による学びにおいても“楽しい、うれしい”と感じたボランティア活動による学びと同じような『感性が豊かになる』などの学びを得ていた(表4)。「つらい、困難」と感じた体験をしても、その関わりの中で自分自身の課題を見つけ、失敗だけに目を向けてはいけないうといった思いがこれからの意欲へとつながり、『自らの成長』となっていることが明らかとなった。また関わりを通して自分の考え方への変化や、人と関わる姿勢を改めて考えたといった『さまざまな物事に対する考え方の変化』も学びとして得ていた。

2) ボランティア活動が看護学生に与えたもの

ボランティア活動が看護学生に与えた影響を分類した結果、表5に示すように、ボランティア活動を通してさまざまな人と出会い、関わるという『さまざまな人との出会いやふれあい』そのものが、学生自身に意味のあるものであった。ボランティア活動によって、人と関わり、さまざまな体験をすることは、自己の勝手なイメージや偏見を意識できたというような自分自身について『考える機会』や、体験から看護を『考える機会』や、他の分野への興味・関心を抱くことともなり、『新たな視点、視野を拡大』していた。

また、対象者に喜んでもらえる自分もうれしいというように『相手の喜びは自分の喜び』となり、体験を通して、教科書だけでは学べない体験や自信につながっていた。そして、それらの体験はより深く学びたい、いろいろなことに挑戦してみたいという学生の意欲を引き出す『自己成長』の場ともなっていた。

一方、このようなボランティア活動に参加することは、『ボランティア活動に対するイメージを変える機会』ともなっていた。

3) ボランティア活動を促進させるための支援策

今後、ボランティア活動を促進させるための支援策としては、表6に示すように『具体的なボランティア活動を知らせる』、『ボランティア活動を体験してもらう』、『ボランティア体制の整備』という3つのカテゴリーに分類することができた。

『具体的なボランティア活動を知らせる』では、ボランティア体験を実際に共有する機会をつくり、具体的にどのような活動を行っているかということや「実際に見てもらおう」ことや、「ボランティア活動に対する興味をもってもらう」ことが必要であるという回答が得られた。また、『ボランティア活動を体験してもらう』では、ボランティア活動に参加するきっかけを提供し、参加して

表3. 楽しい、うれしいと感じたボランティア活動による学び

| カテゴリ(大分類) | サブカテゴリ(小分類) | 文脈的表象 |
|--------------------|--|--|
| 人々を理解すること | 人々の考え、思い、特徴を知る | 対象者の感性が、すごく優れているということがわかった |
| | | 自分がまず楽しむことで子どもたちが集まってきてくれる |
| | | 体を動かして遊ぶことは、子どもたちは本当に好きであると感じた |
| 人と関わるということ | 学生という立場で関わることの特権 | 看護学生として、きょうだいや施設のスタッフといった立場とはまた別の立場・視点でかかわれた |
| | 人と人との関わり大切さ | 自分たちからも“ありがとう”とイベントに参加してもらったことに対する感謝を言うことが大切である “ありがとう”の言葉を交わす大切さを知った |
| | 障害者への自然な関わり | 障害をもっている、いろいろな子がいること、健常といわれる子どもたちとも変わらないことがわかった |
| 感性が豊かになる | 自分の喜び | 活動を通して、心が通じた方への思える瞬間があった |
| | | 子どもたちの楽しんでいる姿、喜んでる姿をみてうれしかった |
| | | “ありがとう”また来てや”と言ってもらい、うれしかった |
| 充実感 | 1人ではできないことをみんなで協力して成し遂げる喜び 充実感を得られる | |
| 人と関わることの楽しみ | 楽しむ | 最初は不安もあったが、とても楽しむことができた 子どもたちと一緒に過ごす時間を自分が楽しむこと |
| | 一緒に楽しむ | コミュニケーションを通して、一緒に楽しむことが大切だと感じた 短い時間のかかわりでも、仲良くなれることがわかった |
| | 出会い | 子どもたちとの出合いを大切にしたいと思った |
| | コミュニケーションの方法 | 自分から心を開いていけば、相手に伝わって相手も心を開いてくれるということがわかった 自分のペースでかかわるのではなく、相手に合わせたかかわり方で関係が変わる どんな障害があっても、きちんとその子を認めて、一人ひとりにきちんと向き合うことが大切 言葉が伝わらなくても、笑顔やジェスチャーで十分伝わること 子どもの素直な一生懸命な気持ちに応えるように、笑顔でかかわっていくことの大切さを学んだ |
| 自らの成長 | コミュニケーションをはかるということ | 何回かかかわるという積極的なかかわりが必要だと思った 自然体で、同じ目線に立って一緒に同じものをみたり、体験することが大切である |
| | 学びの深まり | 自分の看護活動に活かすことができると思う 地域に生活している高齢者とふれあい、身近に感じることができた。 |
| | 人のために役に立ちたい | ボランティア活動をすることによって、自分でも誰かの役に立つことができる |
| | ボランティア活動に対する考え方 | ボランティアに参加するまでは、知識や技術というものが大切だと思っていた 対象者から、ありがとう(感謝の言葉)を言ってもらえることがボランティアの目標でもあると学んだ |
| ボランティア活動による対象者への効果 | ボランティア活動に対する意欲の向上 | これからもがんばろうという気持ちをもたらした |
| | ボランティア活動による対象者への効果 | 高齢者の楽しいときの笑顔や一生懸命な姿をボランティア活動を通して引き出せるということがわかった 高齢者と若者が交流できる機会をもっと増やしていくことが互いによい刺激になる |

表4. つらい、困難と感じたボランティア活動による学び

| カテゴリ(大分類) | サブカテゴリ(小分類) | 文脈的表象 |
|-------------------|-----------------|--|
| 人々を理解すること | 実感として新たな発見 | 子どもたちは、一人ひとり違った興味を持っている |
| | | 障害によって、伝達手段が自分たちとは違っているのではないかと考えることができた |
| 人と関わるということ | そのときの対応についての気づき | 子どもたちがふざけたときにはきちんと注意することが大切 |
| | | 子どもたちに、順番待ちなどきちんと説明したら、守ってくれたので、目を見て、対等に話すことが大切 |
| | コミュニケーション技術 | たくさんの子どもたちと遊ぶときには、全体に目を配ることが大切である |
| 感性が豊かになる | 笑顔を見る喜び | 笑顔を見ることができた 笑顔を見ていて、自分もうれしくなった |
| | 新たな出会いの喜び | 戸惑いがあったが、多くの人に出会うことができた |
| さまざまな物事に対する考え方の変化 | 考えの転換 | 時間をかけて、その人と接することで、少しずつでも、その人のことがわかるようになればいいと思えるようになった |
| | | 人にかかわるときの姿勢について考えた |
| 自らの成長 | 自分自身の課題の発見 | 自分自身の課題を見つけられた |
| | これからへの意欲 | これからちゃんと血圧測定できるように練習をしようと思った |
| | | 失敗だけに目を向けてはいけなと思った |
| 新しい視野 | 新しい視野 | 一つ一つの行動には必ず意味があるとわかった |
| | | 人に会ったとき、最初の第1印象によって、その後の関係とか雰囲気が大きく変わることを感じた |
| | | あなたと関わりたいという姿勢、気持ちが足りなかったら、かかわれないと感じた |
| ボランティア活動に対する考え方 | 体制の整備 | ボランティア先との連携体制を整備を十分にしておくことが必要だと考えた |
| | ボランティア活動を行う姿勢 | ただ単に、「ボランティアに来ました」というのではなく、ボランティアの目的や内容をしっかり考えてから行くことが大切 ボランティア活動は行くことよりも何かすることに意味があると感じた |

表5. ボランティア活動が看護学生に与えたもの

| カテゴリ(大分類) | サブカテゴリ(小分類) | 文脈的表象 |
|------------------------|---------------------------|--|
| さまざまな人との出会いや関わり | さまざまな人との関わり | 普段自分の生活の中ではかかわれないさまざまな人たちとかかわれる |
| | | 人とかかわることが楽しくなり、人を好きになれた |
| | さまざまな人がいることを知ることができた | |
| 考える機会 | 多くの人と出会うこと・関わることの大切さ | 人と出会うことにも多くの意味がある 人とかかわる機会が増えてよかった |
| | 看護を考える機会 | 自分の目指すべき看護観を考えることができた ボランティアを通して、地域の高齢者とかかわることで、地域の高齢者の生活を予測しやすくなった |
| 新たな視点、視野を拡大 | 自分自身について生き方や人生、価値観について考える | 自分がもっていた勝手なイメージや、偏見を意識できた ボランティア活動を通して自分自身について、生き方、人生について考えるようになった |
| | 新たな活動へのきっかけ | 実際に、ほかのボランティア活動や海外に行ってみたりした |
| | 新たな興味、関心 | ほかの分野への興味・関心を抱くことができた |
| 相手の喜びは自分の喜び | 看護学生という立場ならではの新たな気づき | 看護の対象としてではなく、地域に生活している同じ人として、接することができた 地域での生活者としての視点を持つことができた ボランティアの私服の効果は大きい 今まで気づけなかったことや、違った視点からの考え方を得ることができ ボランティアという立場だからこそ、職員や実習生では発見しにくいこと、気づくことができた |
| | 自分の喜び | 喜んでもらえる、自分もうれしい 子どもの笑顔を見ることで、幸せな気持ちになった |
| | 自分の楽しみ | 子どもたちとかかわることで、自分自身も楽しむことができた |
| 自己成長 | 自分の変化 | 人とコミュニケーションをとるといふことの緊張感や抵抗が減った 積極的になった 自分自身の自信につながった |
| | | たくさんの人に出会うことで、新しい人と出会ったときにも自然に接することができるようになった |
| | | スタッフから注意点やポイントを言ってもらえる 教科書だけでは学べない多くの経験をできる 個別性の援助の重要性といったものを学んだ 人間関係を築く難しさや大切さを知った 子どもたちが変わっていくのを見ることができた |
| | 実感としての学び | 病院での実習では、対象者の家での生活を見ることが困難であったが、ボランティア活動では、地域での生活を見ることができた ボランティアをする立場、ボランティアする学生を集めてまとめる立場を体験したことで、リーダーシップの取り方を学んだ |
| | | 自己課題の発見 |
| | コミュニケーション能力の向上 | ボランティアを行って、コミュニケーションスキルが身についた 人とどのように接していいかが、ボランティアの経験を重ねることで、感覚としてわかるようになってきた |
| | 意欲の向上 | 学んだことを次のボランティアで活かす いろいろなことに挑戦してみようという気持ちになった 次も参加したいという気持ちになった より深く学ぼうとする意欲も出てきた |
| ボランティア活動に対するイメージを変える機会 | ボランティア活動のおもしろさ・大切さの発見 | ボランティアのおもしろさ、大切さを感じた |
| | ボランティアは自己犠牲するものではない | 無理しなくても、楽しむことが大切だとおもった |

表 6. ボランティア活動を促進させるための支援策

| カテゴリ(大分類) | サブカテゴリ(小分類) | 文脈的表象 |
|---------------------|---------------------|---|
| 具体的なボランティア活動を知らせる | ボランティア活動の実際を見てもらう | ボランティアをやっている人の楽しんでいる姿をみてもらうこと |
| | | ボランティア活動の場を見学 |
| | | ボランティア活動を行っている人の話を聞く |
| | | どのようなボランティアがあるのかを、もっと広く知ってもらう、知らせる |
| | | ボランティア活動によって得られる喜びや学びを具体的に伝える |
| | | ボランティア経験、体験を直接聞く機会の提供 |
| | | 具体的に、どんな風に行っているのかを示す |
| | | 何をしているかわかれば参加しやすい |
| | | ボランティアを特別なことではなく、もっと身近に感じてもらえるように、ボランティアをしている姿をみてもらう。 |
| | | ボランティアの活動を伝える |
| | | ボランティアの場を広く宣伝する。 |
| | | 自分の地域など身近な場でのボランティアの情報がすぐ手に入るようにする。 |
| | 興味・意欲をもってもらう | 興味をもってもらう |
| | | 学生のやる気を引き出す(主体性) 自分たちで企画する |
| ボランティア活動を体験してもらう | きっかけ | 行くきっかけがない |
| | | きっかけをつくる |
| | 参加してみる | 気軽に関心のある分野から参加してみる |
| | 一緒に参加できる人がいること | 複数で参加する |
| | | 身近な人を誘う |
| | | 一人で参加するのは不安である 参加しやすい雰囲気 |
| | 誰にでもできるということを感じてもらう | 自分たちが行いたいことから始める |
| | | 誰にでもできるというように感じてもらう よくわからない状態では、自分にできるか心配 |
| ボランティア体制の整備 | ボランティアの内容を調整する | 学生の興味のあるボランティア内容を調整する |
| | | 内容の多様化 |
| | | いろいろな分野のボランティアがあればいい 身近で気軽に参加できるボランティアがあること |
| | ボランティア受け入れ先との連携強化 | 学生とボランティア先の連携強化 |
| | | ボランティア趣旨をボランティア受け入れ先に理解してもらう |
| | | ボランティア先からの要望も取り入れる |
| ボランティア活動は強制するものではない | 自己犠牲ではないこと | 無理をしなくてもいいよ、という心の支え |
| | やりたい人がやればいい | ボランティアは希望者が参加すればよい |
| | | 多くの学生が参加する必要はない |
| | | 自分のやりたいことがある人がやればいい |

もらうことが必要であるといった回答が得られた。実際にボランティア活動に参加するきっかけがないため、一人で参加するのは不安であるとの回答もみられた。

そして、学生とボランティア受け入れ先の連携を強化し、学生が興味のあるさまざまな分野の「ボランティア活動の内容を調整」していくことが必要である。

また、ボランティア活動は希望者が参加すればよい、多くの学生が参加する必要はないといった『ボランティア活動は強制するものではない』という回答も得られた。

2. 看護学生に対する大学入学後の「人と関わる体験」に関する意識調査結果

回答は、1年生61名、2年生47名、3年生41名、4年生37名の看護学生計186名から得られた（回収率77.2%）。

1) 属性と内的他者意識・職業意識との関連

『内的他者意識』の全体の合計点は、図4に示すとおり、 $26.6 \pm 5.3 / 35$ 点であった。また、職業意識の全体の合計点は、 $42.9 \pm 7.4 / 60$ 点であった。学年別の職業意識合計点は、看護学部に入學して間もない1年生が 44.3 ± 6.1 点と最も高く、2年生で 43.3 ± 8.4 点、3年生で 40.6 ± 8.1 点と最も低くなり、4年生で 42.9 ± 6.8 点と再び高くなるという結果が得られた。

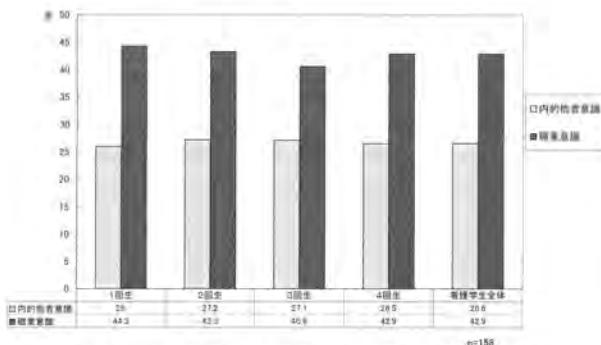


図4. 他者意識・職業意識合計得点の比較

2) 入学後の「人と関わる体験」と内的他者意識・職業意識との関連

大学入学後にサークル活動や部活動を行っている者は全体の62%であり、アルバイトを行っている者は全体の83%と最も多く、ボランティア活動を行っている者は33%であった。サークル活動、部活動、アルバイト、ボランティア活動のいずれかを行っている者を「人との関わり」がある者とした場合、人と関わる体験のある者は全体の94%であった（図5）。

また、このような『人と関わる体験』のある者は、図6に示すとおり、職業意識高得点者の割合が58.8%であ

り、「人と関わる体験」のない者の高得点者の割合である22.2%と比較して高い傾向にあることが認められた（ $p < 0.1$ ）。しかし、人と関わる体験と内的他者意識との明らかな関連は認められなかった。

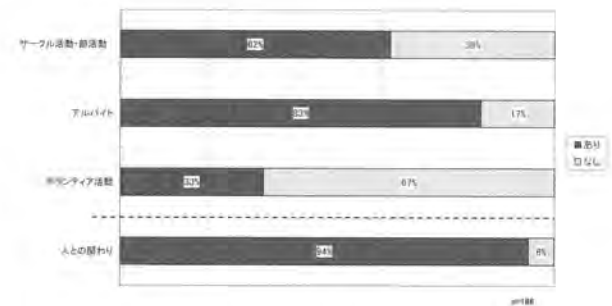


図5. 大学入学後の人と関わる体験

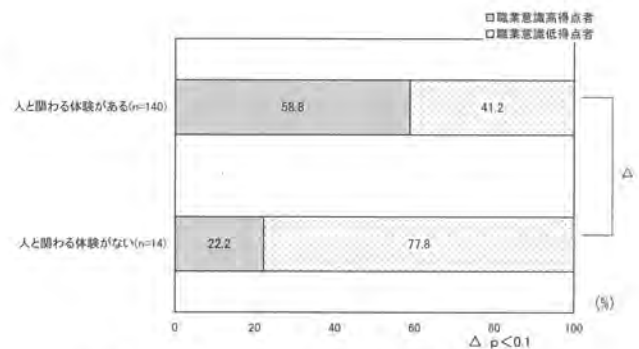


図6. 人と関わる体験と職業意識との関連

IV. 考察

1. 『未来看護塾』などのボランティア活動が看護学生にもたらす効果

実際にボランティア活動を行っている者の多くは、ボランティア活動に対して“楽しい”というイメージを持っていた。これは、対象者から喜ばれた体験や一緒に楽しむ体験をした結果であると考えられる。しかし、ボランティア活動を体験した者でも“楽しい”というイメージをもっていない者もいる。これは、ボランティア活動を通して人と関わる中で、うまく人と関わるができなかったり、できない技術があったり、失敗という体験が生じるからであると考えられる。

このように、ボランティア活動を行うことは、“楽しい、うれしい”体験ばかりでなく、“つらい、困難”とも感じる。しかし、それらの体験から新たに、「対応についての気づき」「コミュニケーション技術」「自分自身の課題の発見」「新たな出会いの喜び」「考えの転換」

「新しい視野」など、さまざまな学びを得ていることが明らかとなった。野崎ら¹⁾は、人と関わることに積極的になる経験と、自信をなくす経験を両方体験している学生は社会的スキルが高い傾向にあると報告している。

対象者に喜んでもらえた体験は自分自身の存在感を実感でき、自尊感情にもつながる。三瓶ら²⁾は、ボランティアに参加する学生は、ボランティア参加中の子どもとの関係の良否とは関係なく、参加後の子どもも理解は深まったと述べているように、ボランティア活動を体験することは、学生自身の「感性」を高めていると考える。これらのことから、「人と関わることの楽しみ」を学んだということは、関わりの中で対象者を知り、理解した結果であると考えられた。

また、ボランティア活動を体験した看護学生は、『自己成長』を自ら感じ、看護職への意欲を深めていると考える。榎本ら³⁾も、ボランティア活動と自己教育力との関連性は認められないが、ボランティア経験のある看護学生は、「自信を持って、自ら学習できる」と述べている。

ボランティア活動を促進させていくためには、看護学生にボランティア活動を行うための姿勢にかかわる意欲や興味を引き出ししていくことが大切であると考え。そのために、まずボランティア活動に対する興味をもってもらうような働きが必要である。

また、ボランティア活動の実際を知ってもらうために、ボランティア活動の場を実際に見てもらい、ボランティア体験者とボランティア未体験者でボランティア体験を共有する機会をつくることも必要と考える。増田ら⁴⁾も、学生のボランティア活動への意識を高めるには、ボランティア体験で学んだことを共有する場が必要と述べている。

今回の調査の中で、ボランティア活動に興味はあってもなかなか参加できない学生や、一人で参加するのは不安と感じている学生がいることが認められた。そのような学生のために、ボランティア活動を直接促し、ボランティア活動の参加へのきっかけづくりも必要と考える。実際にボランティア活動への参加意識は、ボランティア活動を一度でも体験したことのある者は、未経験者よりもその後の参加意向が高いことが指摘されている¹²⁾。したがって、ボランティア活動未経験者にボランティア活動を促していくことは、次への参加意欲につながると考える。また、より多くの学生が参加できるよう、「ボランティア受け入れ先との連携強化」し、「ボランティア活動の内容を調整する」といった『ボランティア体制の整備』も必要である。

ボランティア活動はあくまでも自発的な活動であり、強制するものではない。しかし実習以外の場で、ボランティア活動を通して人と関わることは、「感性」を高め、

看護職を目指す者としての資質を培うことができる貴重な場といえる。

2. 「人と関わる体験」が看護学生に与える影響

看護職としての職業意識では、1年生が最も高く、3年生で最も低くなり、4年生で再び高くなるという結果であった。これは看護短大の学生を対象とした波多野ら¹⁾の調査と同様の結果であり、看護実習という体験が大きく影響していると考え。看護実習は、受持ち患者やその家族をはじめ、多くの医療スタッフと関わり合いながら将来看護職となる自分を磨き成長していく体験といえる。このような看護実習体験は、看護学生における「人と関わる体験」の集大成ともいえる。

一方、今回の調査によって、看護学生の多くがサークル活動や部活動、アルバイト、ボランティア活動を体験して人と関わりながら生活していることが明らかとなった。このように、「人と関わる体験」のある者は、看護職としての職業意識高得点者の割合が58.8%であり、「人と関わる体験」のない者の高得点者の割合である22.2%と比較して高い傾向にあることが認められた ($p < 0.1$)。

看護の対象は全人的に統合された人間であり、障害や疾病だけに注目するのではなく、その人がより健康に生活できるよう支援することが看護の役割と考える。看護職がその役割を果たしていくためには、まず、対象者との十分なコミュニケーションをはかり、信頼関係を築くことが必要である。このことは、専門的な看護を提供するうえでも大切であるが、「人と関わる」うえでの基本ともいえる。今後ますます看護職の判断力や責任能力の向上、さらに豊かな人間性や人権を尊重する意識の涵養、コミュニケーション能力の向上が求められている¹⁴⁾中、「人と関わる体験」をより一層重ねることが看護の専門職となるうえで重要であり、看護学生が学習者として今後も成長を続けていくうえでも欠かすことができないものとする。そして、このような「人と関わる体験」によってコミュニケーション能力を向上させることは、豊かな人間性を創り出すとともに看護職を目指すものとしての資質を培うことにもつながる。このことは、今回の調査で「人と関わる体験」のある者は、看護職としての職業意識が高い傾向にあったことから伺える。

このほか、看護学生が他者の気持ちや感情などの内面情報を敏感にキャッチし理解しようとする意識や関心、いわゆる「他者意識」の合計点は、今回の調査結果では26.6±5.3/35点であり、辻⁵⁾による一般学生を対象とした平均値の22.6~22.7点と比較して高い値であることが明らかとなった。このことから、将来看護職をめざす看護学生は、一般学生に比べて他者への内面への意識や関心が高いことを再確認した。

「人と関わる」ことによって、自分と他者との関係性が培われる。他者の気持ちや自らの中に感じ、自らその人の気持ちを感じとることができる人が看護職には求められる。しかし、今回の調査結果では「人と関わる体験」と内的他者意識との明らかな関連は認められなかった。今後も引き続き調査を続け、関係性を確認していきたい。

3. 『未来看護塾』の活動に対する今後への期待

現在の看護教育カリキュラムにおいては、看護の対象となるその人の生活を知り、さまざまな人々との関係作りを学ぶ体験ができる科目は限られている。そのような中、生活者の視点でその人のニーズを把握し、援助の必要性に気づく「感性」をいかに育てるかは、これからの未来の看護を担う看護学生には特に重要であると考えられる。そのような中で生まれた『未来看護塾』の活動は、着実に看護学生および地域の中へと浸透しつつある。

今回の調査によって、『未来看護塾』などのボランティア活動は参加した看護学生の「感性」を高め、「コミュニケーション力」を向上させ、看護の基本を自らの体験の中で学べるという教育的な効果が見出された。『未来看護塾』の活動は、「人と関わる体験」のひとつともいえる。しかし、他の「人と関わる体験」としてあげたサークル活動、部活動、アルバイトなどとは異なり、人と看護の両方に関わる体験ともいえる。特に、『未来看護塾』では同学部の1年生から4年生までの看護学生がチームとなり、常に上級生との看護ボランティア活動を共にしている。そのような活動の中で、参加学生は教科書だけでは学べない技を無意識のうちに獲得し、看護力を向上させることにもつなげている。このことは、他のボランティア活動では得られない学びであるとも考えている。

また、『未来看護塾』では地域の高齢者を対象として、健康支援活動の企画と実施も定期的に行っている。今回の調査におけるボランティア活動による学びの中で、「世代の違う者が交流できる機会をもっと増やしていくことが互いにより刺激になる」という意見もみられた。朝長ら¹¹⁾は、ボランティアによる支援を受けた患者への効果を指摘しており、病院ボランティア導入は患者満足のために有効であるとも述べている。このように、ボランティア活動は、看護学生にだけに効果をもたらすだけでなく、対象者にもよい効果となり、相互作用となっているとも考えられる。まさしく、『未来看護塾』における健康支援活動は、世代や健康状態などさまざまな人々との交流を通して、互いに刺激し成長し合える活動の場といえる。

以上のように、『未来看護塾』の活動は地域に根ざしたものであり、自らの「感性」や「人間性」を豊かに育み「看護力」の向上を培うと考える。このような活動は、地域に在住する人々の健康な生活を支える活動の一助と

もなっており、今後益々地域貢献へとつなげていくことも期待される。一人でも多くの看護学生が『未来看護塾』の活動に参加できるよう、具体的に支援環境を整えていくことが必要である。

V. 結 語

今回は、『未来看護塾』の活動の一端を振り返るとともに、ボランティア活動の体験が看護学生にもたらす効果を明らかにした。また、ボランティア活動に関わらず「人と関わる体験」は看護職としての「職業意識」に影響を与えることも示唆された。

今後は、看護学生が「人と関わる体験」をより多く持つよう授業や実習の中で工夫し組み入れていきたい。また、『未来看護塾』の活動によって、1人でも多くの看護学生が「感性」や「人間性」を磨き、「看護力」の向上へとつながるよう支えていきたい。

謝 辞

本研究や活動にあたり、多大なるご協力とご支援をいただいております各関係機関の皆様には深く感謝申し上げます。また、本調査にご協力いただきました地域の皆様、看護学生の皆様に感謝申し上げます。

なお、『未来看護塾』の活動は、平成16年発足当初より文部科学省現代GP採択「スチューデントファーム『近江楽座』」の活動のひとつとして支援を受けている。

参考文献

- 1) 佐藤真澄, 松田日登美, 柿原加世子: 看護短大生における生活体験および生活習慣の変化—「基礎看護技術」の及ぼす影響—, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 第13号, 1-10, 2002.
- 2) 野崎智恵子, 布佐真理子, 他: 1年間の経過からみた看護大学生の社会的スキルと自己効力感, 生活体験の関連, 東北大学医療短期大学部紀要, 11(2), 237-243, 2002.
- 3) 野々村典子, 猪又克子: 看護技術と学生の生活技術との関連, 一手指の動き—, 北里大学看護学部学術雑誌, 1(1), 11-18, 1992.
- 4) 氏家幸子, 阿曾洋子: 学生の入学時の生活関連動作と看護技術実習の実態, 第14回日本看護学会集録—看護教育—, 281-284, 1983.
- 5) 戸田弘二編: 3. 対人態度, 共感性・他者意識 (辻平治郎, 心理測定尺度集Ⅱ (堀 洋道監修), 131-135, サイエンス社, 2001.
- 6) 伊丹君和, 他: 看護学生における生活体験・対人関係の実態と他者意識との関連, 第36回日本看護学会

- 論文集(看護教育), 209-211, 2005.
- 7) 香春知永, 他:ヘルスポランティア活動をしている看護学生の学習ニーズと学習支援のあり方, 聖路加看護学会誌, 9(1), 11-18, 2005.
 - 8) 波多野梗子, 他:看護婦の熟達化と職業的同一性, 日本看護科学誌, 11(3), 130-132, 1991.
 - 9) 三瓶まり, 他:ボランティア体験が学生にもたらす教育効果(I), 鳥取大学医療技術短期大学部紀要, 32号, 9-15, 2000.
 - 10) 榎本朋子, 他:ボランティア活動と自己教育力との関連について, 日本看護研究学会雑誌27(3), 74, 2004.
 - 11) 増田信代, 他:看護学生のボランティア体験実習に対する意識-2年課程の学生の実習ご調査より-, 日本看護学会誌, 14(1), 45-50, 2004.
 - 12) 経済企画庁編:国民生活白書-ボランティアが深める好縁-, 23, 2000.
 - 13) 看護行政研究会監修:看護六法, 新日本法規, 1122-1123, 2006.
 - 14) 朝長純子, 他:長崎大学医学部附属病院における患者のニーズとボランティア導入効果-アンケート調査からの評価-, 第31回日本看護学会論文集(看護管理), 132-135, 2000.
 - 15) 渡辺晴美, 山田皓子, 沼沢さとみ:高齢者にとっての外食・調理食の意義, 山形県公衆衛生学会第31回公演集, 61-62, 2005.
 - 16) 成瀬かおる, 他:病院・施設ボランティア活動を継続する看護学生の体験の構造, 第35回日本看護学会論文集(看護教育), 83-85, 2005.
 - 17) 佐藤真澄, 他:看護短大生における生活体験および生活習慣の変化-「基礎看護技術」の及ぼす影響-, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 13, 1-10, 2002.

Effects of the Activities of the “Mirai-Kango-Juku” (A volunteer group composed of nursing students at The University of Shiga Prefecture), and the Experiences of Relationship with others on the Nursing Students

Kimiwa Itami¹⁾, Emu Suzuki²⁾, Kie Takami³⁾, Kumiko Toyoda¹⁾,
Mikiko Kurushima¹⁾, Kanako Honda¹⁾, Miwako Etou¹⁾

¹⁾ School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾ Seirei Mikatahara General Hospital

³⁾ The Hospital of Hyogo College of Medicine

Key Words experiences of relationship with others , educational effects, the nursing students, volunteer

研究ノート

大学と地域が連携した臨床看護研究の サポート育成に対する試み —臨床看護研究サポートのスキルアップ研修の評価—



横井 和美¹⁾、西川みゆき¹⁾、松本 行弘¹⁾、米田 照美¹⁾、本田可奈子¹⁾、
堀井とよみ¹⁾、古川 洋子¹⁾、豊田久美子¹⁾、石田 英實¹⁾、藤井 淑子²⁾

¹⁾滋賀県立大学 人間看護学部 地域交流看護実践研究センター

²⁾滋賀県看護協会

研究の意義 看護実践の場において看護の質の向上にもつながり欠かせないものとなっている臨床看護研究のサポートには、タイムリーな看護研究サポートが求められ、看護研究サポートを施設内で行なえ対応できるシステムづくりが行われつつある。

研究目的 本研究では、大学と地域の看護職能団体である看護協会との共同事業として行われている臨床看護研究サポートの研修についての評価を行い、今後、地域での看護研究サポートの方向性と発展への示唆を得ることを目的とする。

研究方法 臨床看護研究サポートの研修受講者66名を対象とした。研修評価は、研修終了時のアンケート調査と研修終了時に提出されたグループワーク記録の内容分析から検討した。

結果 研修評価は、理解度、興味度、応用度、教材・資料の適正について、5段階で回答を求めたところ、いずれの項目も割合が肯定的な評価を示していた。また、項目の年度別、項目間の点数変化は認められず、いずれの年度も内容評価に高得点を維持した研修であった。また、今後、施設内で研究サポートを行う自己課題と対策についての内容分析からは、「研究意欲を支える」「研究環境を整える」「研究サポーターとして心がける態度」「研究サポート方法への示唆」「研究過程を伝える」「自己の研究能力を磨く」という内容が示されていた。

結論 臨床現場で研究指導の立場にある人を対象にした看護研究サポートの研修は、受講生の研修満足も高く、臨床でタイムリーな研究助言を提供できる身近な支援者を育成できるものとなった。また、受講生は身近な研究サポーターとして研究支援体制の整備とともに、心理的なサポートの必要性を研修の体験を通して見出していた。

キーワード 臨床看護研究、サポートシステム、教育評価、地域連携

I. はじめに

看護研究は患者へより質の高いケアを提供すること、スタッフの問題解決能力を養うことを目的として看護実践の場で多く取り組まれている¹⁾²⁾。以前より、病院施設や地域保健施設など様々なところで看護研究がなされ、看護研究の推進・支援は、施設独自で看護研究支援体制を構築したり大学などの外部研究者を交えた取り組みであったりしている。特に、各都道府県に看護系の大学が

設置されて以降は大学教員や大学院生が関わった看護研究活動が増し病院施設内での看護研究支援体制も大学と連携して行われるようになってきた¹⁾³⁾。本地域でも、以前より看護職の職能団体である滋賀県看護協会が地域の大学教員と連携を取り「初心者のための看護研究の進め方」や「看護研究計画書の書き方」など、看護研究の支援の研修を毎年行っている。また、大学教員が個別に施設内看護研究の講評に招かれるなど看護研究支援に関わっている。しかし、未だに多くの施設や病棟、チームで看護研究が行われているにも関わらず、看護研究を実践していく中で様々な問題を抱えている。

本大学は、開かれた大学として県民の知的欲求に応える生涯学習の機会の提供や地域環境の保全、学術文化の振興、産業の発展など、滋賀県の持続的発展の原動力と

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：横井 和美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：yokoi@nurse.usp.ac.jp

して大きく寄与することを使命としており地域連携を重視した機能を有していることから、「地域交流看護実践研究センター」が平成16年に人間看護学部の付属施設として開設された。開設前年度に県内の医療施設を対象として行われた本学部を求めることのアンケート調査では、「文献検索・文献取り寄せに対する支援」「職場内研修会での支援」「タイムリーな助言」「共同研究」などが看護研究支援に必要な項目として挙げられていた。看護研究は非常に多くの看護職が経験しているにも関わらず、研究に対する抵抗感を持っている人が8割を占めていた。研究を行う際に、進め方がわからない、テーマが絞れない、文献検索ができない、その環境とサポートが未整備な現状であると推測された¹³⁾。そこで、本センターは看護研究サポート機能と看護研修機能を有し、県内の保健医療機関や福祉施設等と県立大学との交流・連携を深め、地域に開かれた教育・研究を進めことに寄与している。看護研究サポートとしては、個別の研究相談に対応できる研究相談を随時行い、文献検索システムの利用、看護研究学習会、共同研究と研究発表会を開催している。

また、看護研究学習会は、平成17年度から地域の職能団体である滋賀県看護協会との共同事業として「臨床看護研究サポートのスキルアップ」研修を行なっている。今日まで大学教員と、個別あるいは施設単位で行なわれていた臨床看護研究のサポートを、よりタイムリーに系統立てた支援ができるようにと看護協会の看護研究研修と組み合わせを行なうこととなった。この研修は、臨床看護研究の進行上の問題や戸惑いを随時大学に訪問し相談したり、年2～3回施設を訪れる大学教員から研究相談や講評を受けたりする連携ではなく、臨床施設で早期対応が必要な看護研究サポートを施設内で行なえ対応できるシステムづくりを目指すものである。

本研究では、大学と地域の看護職能団体である看護協会との共同事業として行われている臨床看護研究サポートの研修についての評価を行い、今後、地域での看護研究サポートの方向性と発展への示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象者：2005年～2007年に滋賀県看護協会と共同開催している「臨床看護研究サポートのスキルアップ研修」を受講した66名である。

2. 方法

研修評価は、研修終了時に無記名で記載されたアンケート内容と、研修会最終日のまとめ発表終了後に研修評価として情報提供に協力の得られたグループ発表の記録から行った。

アンケートの内容は、看護協会との共催であることから看護協会でも用いられている研修評価を用い、独自の項目を追加して作成した。項目は研修の理解度（よくわかった）、興味度（おもしろかった）、活用度（今後に活かせる）、教材・資料の適正（わかりやすい）の4項目で、「そうである；5点」「どちらかというところである；4点」「どちらともいえない；3点」「どちらかというところでない；2点」「そうでない；1点」の5段階で回答を求めた。また、研修日数、課題演習量や研修費の負担に対する意見も求めた。

さらに、研修の目的に対する評価としては、研修最終日に行われるグループワーク課題「研究サポートする立場別に今後の課題と対策」で話し合われ発表された内容から研修目的の達成内容を見出した。グループワークの記録から、研究サポートの対策内容や行動を示す文章をコード化し内容分析を行いカテゴリー化した。

3. 研修の概要

研修会は「臨床看護研究サポートのスキルアップ」と称し、地域交流看護実践研究センター専門委員と看護協会教育委員の担当者が共同で企画した。研修目的は、①個人あるいはグループで行った既存看護研究の研究プロセスを再評価し、個人の看護研究実践力の向上をめざす、②看護研究過程の自己評価から研究サポートの視点をも身につけることとした。また、参加条件は研究を指導する立場にある者とし所属長の推薦を得た者とした。研修全日数は、平成17年度は5日間、平成18年度と平成19年度は6日間を1週間に1日の間隔で行った。研修内容は表1に示したように、研修日毎に演習と講義を組み合わせ、個人またはグループの課題が次回研修日までに到達できるように時間配分を行った。研修開催場所は、初日と終了日は看護協会研修センターとし、2日目から5日目の4日間は大学で行った¹³⁾¹⁴⁾。

表1. 「臨床看護研究サポートのスキルアップ」研修のプログラム

| 開催日数 | 研修日の目標 | 開催場所 | 内容 | |
|------|--|------|----|-------|
| | | | 午前 | 午後 |
| 1日目 | 臨床看護研究の意義と看護研究をクリティクする意義の理解を深める | 看護協会 | 講義 | 講義・演習 |
| 2日目 | 既存研究の研究過程の評価(研究目的から研究方法まで)と、文献検索の方法、文献の読み方、文献の利用方法を再学習する | 大学 | 講義 | 講義・演習 |
| 3日目 | 研究計画書の再作成による既存研究の見直しを行なう | 大学 | 演習 | 講義 |
| 4日目 | 各研究方法のデータ収集、整理の方法と分析方法の理解を深める | 大学 | 講義 | 講義・演習 |
| 5日目 | 既存研究の研究過程の評価(結果、考察)と、抄録、論文のまとめ方、プレゼンテーションの方法を再学習する | 大学 | 講義 | 演習 |
| 6日目 | 既存研究のクリティクから研究サポートの方法を見出す | 看護協会 | 演習 | 演習 |

4. 倫理的配慮

研修評価の趣旨を文章にて説明し回答は無記名とし、研修終了後にアンケート箱にて個人が特定されない状態で回収を行なった。また、グループワークの記録においては、グループ発表の終了後に研修評価として個人が特定されない無記名でのグループ討議内容の情報提供を口頭で求め、研修評価協力が得られたグループの記録のみを分析した。

Ⅲ. 結果

1. 研修受講者の属性

「臨床看護研究サポートのスキルアップ」研修の公募は、大学のホームページと協会会員に配布される看護協会年間教育計画書で行ない、申込窓口は看護協会研修センターとした。研修目的に対する受講者の参加条件には、臨床看護研究をサポートする人材育成であることに対しては所属長の推薦を受けること、既存研究の見直しを行うことに対しては施設内または施設外で発表した研究論文を添付することとした。その結果、17年度は30名定員に対し30名の受講者があった。18年度からは定員を20名に縮小して公募した結果17名と19名であり、3年間で合計66名の受講者を得ることとなった。受講者の属性を表2に示した。受講者を選出した施設数は延べ46施設で実質24施設であり、滋賀県の病院協会に登録している病院61施設の中の約40%病院から応募があった。17年度は300床以上の施設が大半を占めていたが、18年度からは100～200床までの施設も数箇所あり参加施設の拡大がみられた。

受講者の平均年齢は36.9歳であり30歳代と40歳代とで86%を占めていた。また、職位も主任クラスが48%であり、リーダー業務や施設内教育担当をしている中堅スタッフは47%であった。

また、研修参加に対する受講料（滋賀県看護協会が定める費用）や交通費などの負担は、全額公費で賄っている者が58%と半数以上であった。一方、全額自己負担で受講している者は28%いた。

表2. 受講者の属性

| 年度 | 受講者数 | 施設数 | 平均年齢 mean±S.D. (歳) | 受講者の年代 | | | | 受講者の職位 | | | 研修費負担状況 | | |
|------|------|---------|--------------------------|---------|----------|----------|---------|---------|----------|----------|----------|---------|----------|
| | | | | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 師長 | 主任 | スタッフ | 全額公費 | 一部公費 | 自己負担 |
| 17年度 | 30 | 16 | 37.8 ± 5.7 | 1 | 18 | 10 | 1 | 2 | 17 | 11 | 15 | 4 | 9 |
| 18年度 | 17 | 12 | 35.4 ± 6.2 | 3 | 9 | 5 | 0 | 0 | 7 | 10 | 9 | 2 | 6 |
| 19年度 | 19 | 18 | 36.7 ± 6.6 | 4 | 6 | 9 | 0 | 1 | 8 | 10 | 13 | 3 | 3 |
| | 66 | 46 (24) | 36.9 ± 6.0 | 8 (12%) | 33 (12%) | 24 (12%) | 1 (12%) | 3 (12%) | 32 (12%) | 31 (12%) | 37 (12%) | 9 (12%) | 18 (12%) |

()は実質数 []は%

2. 研修アンケートからの評価

看護協会との共同研修であることから、滋賀県看護協会が独自で定めている研修評価項目を用いて研修の評価を行った。3年間で受講した66名の内65名からアンケートの回収が得られた。研究評価の項目別一理解度（よくわかった）、興味度（おもしろかった）、応用度（今後に活かせる）、教材・資料の適正（わかりやすい）一に評価の程度の比率を図1に示した。「そうである」「どちらかというところである」という肯定的な評価を示した者が、理解度では92.3%、興味度では93.8%、応用度では94.7%、教材・資料の適正では86.2%といずれの項目も高い満足を示していた。また、各評価項目の年度別変化

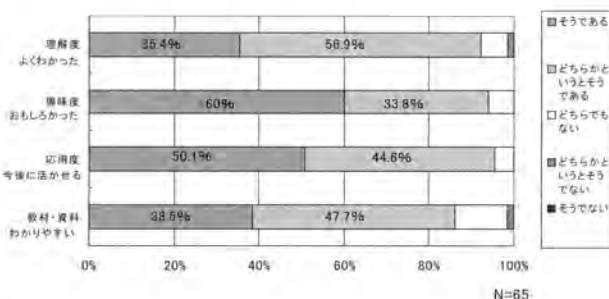


図1. 研修評価内容別の程度の比率

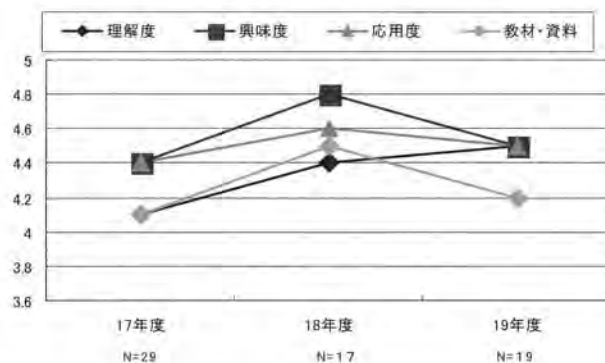


図2. 研修評価項目別平均点の年度変化

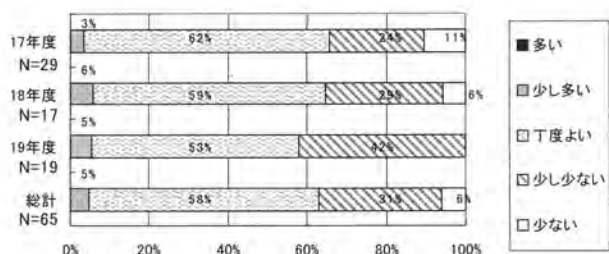


図3. 研修日程の満足

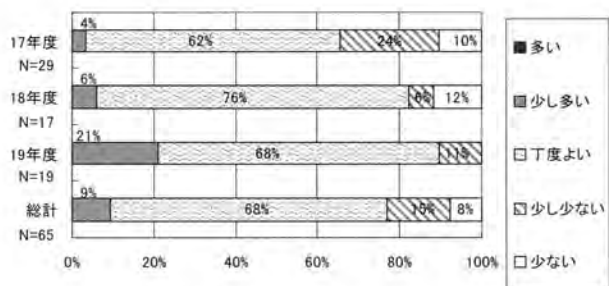


図4. 演習量の満足

を図2に示した。研修の理解度は4.1~4.5点、興味度は4.4~4.8点、応用度は4.4~4.6点、教材・資料の適正は4.1~4.5点の範疇であり、同項目の年度別変化や項目間の点数差は認められなかったが、いずれの年度も各項目は平均が4点以上と肯定的評価であった。

今回の研修独自の質問として研修日数と演習量に対する意見を追加して求め図3と図4に示した。研修日数は、初年度の評価により研修日数を一日増し18年度と19年度は6日間で行った。研修日数に対する意見で「少し少ない」「少ない」と答えた者は、研修日が1日多い18年度と19年度でも30~40%いたが、「丁度よい」と答えていた者は約6割いた。また、研修での演習量に対しては、70%以上の者が「丁度よい」と答えていた。

3. 看護研究サポートに対するグループワークからの課題と対策

研修最終日の課題である「研究サポートする立場別の今後の課題と対策」について、グループワークを行い、各グループで見出された内容を研究サポートの立場別に内容分析を行った。研究サポートの立場は3つに大別した。施設全体の教育委員として研究をサポートする者を「施設内サポート」、病棟でスタッフの研究をサポートする者を「病棟内サポート」、病棟あるいは研究スタッフとしてチーム員として研究をサポートする者を「チーム内サポート」とし、受講者が看護研究に対して研修前や研修後に関わる位置づけでグループを選択し、同じ立場

の者同士で話し合いを行った。

同じ立場の者同士4~5名を1グループとし形成されたグループ数は、17年度の「施設内サポート」は2グループ、「病棟内サポート」は2グループ、「チーム内サポート」では1グループであった。18年度の「施設内サポート」は3グループ、「チーム内サポート」は1グループ、19年度の「施設内サポート」は3グループ、「病棟内サポート」は1グループであり、年度によって形成されるグループの種別数は異なっていた。しかし、「施設内サポート」のグループはいずれの年度も複数形成されていた。3年間で合計13グループが形成され「今後の課題と対策」について話し合いがなされ、グループで共有された内容が発表された。そのうち、11グループから討議内容を記した記録物の情報提供を得た。

提供された記録から、対策内容や行動を示す文章をコード化し内容分析したものを表3に示した。院内サポート

表3. 研究サポートの立場別サポート内容

| | サブカテゴリー | カテゴリー |
|-----------------|-------------------|------------------|
| 施設内サポート | 研究者の成長を評価する | 研究意欲を支える |
| | 研究に対するスタッフの意識を変える | |
| | 研究の楽しさを伝える | |
| | 研究者に自信を持たせる | |
| | やらされ研究にしない | |
| | やる気を大切に | 研究環境を整える |
| | グループメンバーの調整と機能把握 | |
| | 研究サポートのマニュアル化 | |
| | 研究の土台作り | |
| | 深い研究ができるような形作り | |
| | 文献検索の環境作り | 研究サポーターとして心がける態度 |
| | 圧力的でない関わり | |
| | 客観的な立場で指導する | |
| | 研究者(グループ)への働きかける | |
| | 研究者に合わせたサポート | |
| 研究者の能力を引き出す指導 | 研究サポート方法への示唆 | |
| 研究者を守る | | |
| 失敗から学んでもらう | | |
| 全体を見通したサポート | | |
| タイムリーな助言 | | |
| 適切な研究発表 | 研究の過程を伝える | |
| 発表後の研究を振り返る | | |
| 必要な部分を修正する | | |
| 地域交流看護実践センターの活用 | | |
| 院内に研修の学びを伝達する | | |
| 研究計画書 | 自己の研究能力を磨く | |
| 研究のプロセスを指導する | | |
| 文献検索・検討 | | |
| ワークシートの活用 | | |
| スーパーバイズを受ける | | |
| 統計を学ぶ | 研究過程を伝える | |
| 研究プロセスの指導 | | |
| 研究プロセスの調整 | | |
| 文献検索・検討 | | |
| 研究計画書の検討 | | |
| 研究テーマの決め方 | 研究サポーターとして心がける態度 | |
| 心理的なサポート | | |
| 研究環境づくり | 研究環境を整える | |
| チーム内サポート | ワークシートの活用 | 研究過程を伝える |
| | 用語の定義の確認 | |
| | 研究計画書の確認作業 | |
| | テーマの決め方と共有 | |
| | 研究過程の伝達 | |
| | 文献の活用と必要性の普及 | 研究サポーターとして心がける態度 |
| | 研究サポーターの役割 | |
| 研究チームづくり | | |

からは64コードで30のサブカテゴリーが抽出できた。病棟内サポートでは17コードで7サブカテゴリー、チーム内サポートでは10コードで8サブカテゴリーが抽出できた。さらに、45のサブカテゴリーから、「研究意欲を支える」「研究環境を整える」「研究サポーターとして心がける態度」「研究サポート方法への示唆」「研究過程を伝える」「自己の研究能力を磨く」の6つのカテゴリーを抽出することができた。コード数の多かった施設内サポートは6つのカテゴリーが存在したが、コード数の少ない病棟内サポートでは「研究過程を伝える」「研究サポーターとして心がける態度」「研究環境を整える」の3カテゴリーであった。チーム内サポートでは「研究過程を伝える」「研究サポーターとして心がける態度」の2カテゴリーであった。

IV. 考察

1. 看護研究サポート研修の企画評価

臨床看護研究を促進するためには、大学と職能団体が独自に支援していくのではなく、共同して支援を行うことで支援体制の強化が図れると考え、施設で看護研究を指導する看護職の育成を目指した研修を平成17年度より実施することとなった。

研究指導者には、①正しい研究の道筋について指導できる。②間違っていることに気づき修正できるという2つの能力が必要¹⁾とされていることから、看護研究支援に対する共同研修の目的を、①個人あるいはグループで行った既存看護研究の研究プロセスを再評価し、個人の看護研究実践力の向上をめざす。②看護研究過程の自己評価から研究サポートの視点を身につけることとした。研修の主たる内容は、自己の既存研究を研究過程に沿ってクリティックし研究計画書を再作成し、研究過程上での間違いや不足の点を明確化することであった。この方法は、今まで多くの大学が臨床看護研究を支援してきた方法—研究テーマに対しての研究計画書の作成や研究展開に対して大学教員が指導するもの—ではなく、研究の進め方に対して講義を受け研究過程を再学習できると同時に、自らの研究を自己評価することで研究過程での過不足を発見する力を培えるものと考え。既存研究の振り返りは、進行している研究の評価よりも客観視でき、過不足の具体的な内容とその結果に至った理由についても見出せる機会となる。

しかし、自己の研究の振り返りは、ともすれば落ち込み意欲を低下させる危険性を秘めている。そこで、研修の参加条件を、研究を指導する立場にある者とし所属長の推薦を得ることとし、受講に対する役割意識を高め肯定的なモチベーションから研修受講ができるように設定した。その結果、研修の数値的な評価を求めた理解度や興味度、応用度、教材・資料の適正では、80~90%の肯

定的評価点が得られ、この研修は肯定的に受け止められたと考える。また、研究サポートのあり方を考える研修終了時でのグループワークの中で、「研究の楽しさを伝える」「失敗から学んでもらう」などと自己の研究をクリティックした結果に対して肯定的な意見を述べていた。このことは、受講者が6日間の時間をかけて、研究過程に沿って細かにゆっくりと自己の既存研究を見直すことができたからと考える。この6日間の中で、受講者は同じ目的を持った者に対して、自らが既存研究の内容の説明を何度も行ったり、質問を受けて答えたりして、自己の研究の不備や不足、改善に向けた視点を自らが気づけていた。また、自己の気づきをグループワークの中で表現仲間から同意が得られたり改善の示唆が得られたりすることで、否定的な自己評価の面が緩和されていたのではないかと考える。

このようなことから、自己の既存研究を研究過程に沿ってクリティックし研究計画書を再作成した研修は、自らが研究過程の間違いや不足に気づき修正でき、正しい研究の道筋について理解を深めることができていたと考えられる。もう一つの研修目的である“看護研究過程の自己評価から研究サポートの視点を身につける”ことに対しては、研修最終日の課題である「研究サポートする立場別の今後の課題と対策」のグループワークで見出された内容から考察し次に述べる。

2. 研究サポートへの道

臨床現場で行われている看護研究を支援する立場を3つに大別し、それぞれの立場で支援するための課題や対策が見出された。受講者の多くは、研究サポートとして施設内サポートの立場を選択していた。これは、研修参加条件の一つに施設内での看護研究を全体的に支援する立場の者として施設長の推薦を得ることを示したためと考える。立場別に抽出されたカテゴリーは合計6つにカテゴリー化された。最も多くコード抽出があった施設内サポートの立場の者は、「研究意欲を支える」「研究環境を整える」「研究サポーターとして心がける態度」「研究サポート方法への示唆」「研究過程を伝える」「自己の研究能力を磨く」の6つすべて方向性を見出していた。しかし、病棟内で病棟スタッフの研究や病棟での研究をサポートする立場の者は、「研究過程を伝える」「研究サポーターとして心がける態度」「研究環境を整える」の3つの方向性であり、研究チームの一員として研究をサポートする者は、「研究過程を伝える」「研究サポーターとして心がける態度」の2つの方向性を見出していた。本研究の対象者となった受講者からの研究サポートへの視点のカテゴリーは、サポートの立場が異なっても同じカテゴリー名が抽出され支援の方向を示すものとなる。しかし、同じカテゴリー名である「研究サポーターとして心

がける態度」は、表2に示されるように立場によってサブカテゴリー名が異なっており、臨床看護研究を行う者たちに関わる仕事上の距離で関わり方に対する配慮が異なるものと考ええる。

本研修は、臨床看護研究のサポートを、よりタイムリーに系統立てた支援ができるように施設内での研究サポート力の向上を図るものである。今回、研究過程の再学習と既存研究の自己評価の学びから受講者は、臨床看護研究のサポートとして6つの視点を見出した。本研究で抽出された6つのカテゴリーは、数間¹⁾が看護管理の視点から臨床看護研究の支援に向けた環境づくりのポイントとして挙げた項目「研究の位置づけの明確化」「指導・連携体制の整備」「実施時間の配慮」「経費面での配慮」「物理的環境の整備」「倫理的配慮の徹底」と異なりを示した。本研究の対象者が施設内の看護研究をサポートする立場の者ではあるが主任および中堅スタッフであることから、見出された研究サポートの視点は看護管理の視点からの支援体制ポイントとは異なっていたと考える。

施設内の看護研究をサポートする立場と言っても管理者でない主任および中堅スタッフの立場で行えるサポートの視点は、「研究環境を整える」「研究サポート方法への示唆」「研究過程を伝える」など臨床看護研究者に対して働きかける環境づくりや研究過程の支援と、「研究意欲を支える」「研究サポーターとして心がける態度」「自己の研究能力を磨く」などは研究サポーター自身の関わり方や自己研鑽の必要性を提示したものであった。研究環境づくりにおいては、数間¹⁾が示すような具体的な方法の支援体制の整備が必要である。しかし、臨床看護研究が「させられ研究」²⁾にならないためにも研究者自身を支援する人的環境が必要であると考ええる。自らの研究を評価する中で培われた研究に対する様々な思いを基に、臨床の看護研究者が支援されることは臨床看護研究への負担を少なくし、実施に対するタイムリーな心強い支援となろう。

臨床における看護研究の支援は、組織としての環境づくりと研究当事者への関わり方の両面から整えていくことが望ましい。今後、研修受講者が看護研究サポートとして、継続的に活躍できるよう大学と地域が連携する研修を通して検討していきたい。

V. おわりに

臨床看護研究を促進するには、その牽引役である支援者の存在がキーとなるといわれている中、臨床現場で研究指導の立場にある人を対象に看護研究の研修を行ない身近な支援者を育成したことは、大学教員などが向ういて研究指導を行なうよりも臨床でタイムリーな助言を提供できる支援となる。さらに、研修の高い満足は、看護

研究を進めたり指導したりする上で肯定的な働きかけになると考える。

研修受講者達は、臨床看護研究のサポートについて、看護研究過程を伝えたり研究計画書の作成を助言したり、研究の動機付けになるような環境作りや研究者の心理的なサポートに対して自らができることを検討し、自己の態度のもち方や関わり方を具体的に見出していた。

看護の質の向上とは言え多忙な日々の中で看護研究を行なうことは容易ではない。そんな状況にある研究者に対して身近にいる臨床の研究サポーターは研究支援体制の整備とともに、心理的なサポートの必要性を研修の体験を通して見出していた。この意味においても、臨床看護研究のサポーターを育成する研修は有意義であったと考える。今後、受講者が研修後、臨床現場で具体的にどんなサポートを行なえたのか追跡調査を行なう中で研修の意義と方法の検討を行っていききたい。

この研究は、滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センターと滋賀県看護協会との共同研究であり、滋賀県看護協会研究助成を受けて行われた研究の一部である。

VI. 謝 辞

本研究をまとめるに当たりご協力いただきました研修受講者の皆様、研修運営にご協力いただきました滋賀県立大学人間看護学部教員の皆様、滋賀県看護協会常任委員教育委員の皆様に深謝申し上げます。

VII. 文 献

- 1) Nancy E. Donaldson, RN, DNSc 下枝恵子、麻原きよみ監修・編集：現場の問題を解決するための研究と支援、Quality Nursing Vol.10 No.4、p31-39、2004.
- 2) 鶴木万千子、武富敦子、田崎昭子、他：看護研究による日常業務の問題意識向上“させられる”研究への個別サポート、看護実践の科学 (11)、p24-29、2001.
- 3) 岩村龍子、グレッグ美鈴、大川真智子、他：看護大学における岐阜県内看護職への研究支援システムの構築、岐阜県立看護大学紀要 第4巻1号 p185-190、2004.
- 4) 数間恵子：概観—臨床研究支援のための環境づくり、看護Vol.55 No.12、p40-43、2003.
- 5) 金井Pak雅子：臨床看護研究促進に必要な視座・サポート、看護Vol.55 No.12、p44-47、2003.
- 6) 秦菅：教員・院生のかかわりによる研究的視点の育成、看護Vol.55 No.12、p48-50、2003.

- 7) 操華子：臨床看護研究の道しるべ、看護Vol. 57 No. 6、p87-92、2005.
- 8) 井上暢子、大塚倍恵、菰田陽子、他：師長・副師長の指導力強化を視野に入れた看護研究支援体制、看護展望Vol. 28 No. 12、p60-65、2003.
- 9) 澄川美智、奥村潤子：中堅看護師のキャリアアップに焦点を当てた看護研究支援の実際、看護展望Vol. 28 No. 10、p58-63、2003.
- 10) 鈴木悦子、上原正子、大島悦子、他：委員会と外部講師との連携による看護研究推進の実際、看護展望Vol. 28 No. 8、p68-74、2003.
- 11) 杉山茂子：研究的・科学的・理論的な看護の実践に向けた看護研究支援体制、看護展望Vol. 28 No. 13、p58-62、2003.
- 12) 滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター編集：滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センターの開設に向けたアンケート調査報告書、2004.
- 13) 滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター編集：滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター活動報告書 第1巻、2005.
- 14) 滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター編集：滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター活動報告書 第2巻、2006.
- 15) 祖父江育子：初心者への研究指導の仕方、看護管理Vol. 8 No. 1、p950-957、1998.

An Attempt to Cultivate Support for Clinical Nursing Research
Performed in Collaboration between a University and the Community
-Evaluation of Training for Improving Skills in Supporting Clinical Nursing Research-

Kazumi Yokoi¹⁾, Miyuki Nishikawa¹⁾, Yukihiro Matumoto¹⁾, Terumi Yoneda¹⁾,
Kanao Honda¹⁾, Toyomi Horii¹⁾, Yoko Furukawa¹⁾, Kumiko Toyoda¹⁾,
Hidemi Ishida¹⁾, Toshiko Fujii²⁾

¹⁾Human Nursing Research Center for Unification Nursing Practice school of Human
Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾Shiga Nursing Association, Inc.

研究ノート

日本における産み育て支援システムの構築



古川 洋子
滋賀県立大学 人間看護学部

背景 戦後の核家族化を契機に家庭や地域での子育てが大きく変容し、子育てや子育て支援に様々な問題が生じている。深刻化する一方の少子化や、増加の一途をたどる児童虐待をみると、既存の子育て支援方策は有効といえない状況にある。これまでの子育て支援策は出産後の子育てに重点をおいているため、十分な効果を見ないのが現状であり、新たな視点からの支援策が求められている。

目的・方法 ここでは子育てを妊娠時から始まる妊娠期、出産、産後の子育てを産み育てという一連の営みであると捉え、先行研究の分析から新たな子育て支援システムの構築基盤を考察する。

結果・考察 地域社会や家族が変容した現状や、高齢者介護保険の効果などを踏まえると、産み育てる母親の支援は家庭内では限界があり、家族を越えた支援ネットワークの構築が必要であり、それを可能にするには助産師やドゥーラなどの存在が重要とされる。

結論 産み育て支援には、母親の生活環境全般を視野に入れて、家庭内外の支援者を包含した、妊娠期から出産後の育児まで含んだ総合的、かつ連続的な対応、すなわち「生活モデル」の導入が必要である。

キーワード 産み育て支援、助産師、ドゥーラ、生活モデル

I. 緒言

近年、妊娠・出産・育児期にある女性たちは新たな疑問や問題に直面し、苦悩している。「母性神話」、すなわち、どの女性も、生まれながらにして育児の適性を有し、その時期がくると自然にできるものだとすることは、実子を虐待する親の存在などから、近年否定されつつある¹⁾。しかし、わが国においては依然として、母親の育児は本能的であり、一義的に母親がそれを担い、どの親もそれが可能であるという考え方がまだ生きている。

次世代を担う子どもの出産や育成を母親だけに委ねるのではなく、父親が母親の健康を気遣い、継続的に守り、協力して育児に携わることが重要であり、それが夫婦の絆を強めし、安定した家庭生活の維持につながり、ひいては日本社会の活力にもつながる。しかし、現状を見ると妊娠、出産、そして育児期の支援体制が分断されており、切れ目ないサポートは存在していない。現状の子

育て支援は、大概が出産後の育児支援が中心である。最近の育児不安や乳幼児虐待数の増加をみると、従来の子育て支援では限界があるようだ。

昨今の少子化の危機感から、日本政府は相次ぐ子育て支援策を打ち出してきた。子育ての社会化を進めることで、子育てに対する負担感の軽減を図ろうとしてきた。しかし、この支援の大半は出産後からスタートし、産み育てる女性の心に沿ったものとはいえず、妊娠期から抱き続ける不安の解消には結びついていない。子育て支援の中心は少子化対策が背景にあり、地域の活性化や労働力確保などをめざすもので、少子化に伴う子育て力の低下を問題視し、その改善を図ろうとしている。

しかし、現実には子育てを認めあう環境、相談が容易にできる支援者などに欠き、孤独な育児環境の中で不安を増殖させていることが示唆されている²⁾。

この論文では、上のような観点から日本型産み育て支援システムの構築を論じ、産み育てをおこなう女性たちへの支援のあり方を、日本の現状を視野に入れつつ検討し、システム構築に向けた課題を提起したい。

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：古川 洋子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：furukawa@nurse.usp.ac.jp

II. 家族という育成環境の現状

高度経済成長前の日本では、家庭や地域に出産や育児の場が溢れていた。幼いときから家庭生活や地域社会の中で育児を見聞き、その基盤を自然に学ぶ環境があった。そうした環境が変容し始めたのは、戦後の家族規模の縮小化を契機とする。平均世帯人員数でみると、1953年には約5.0人であったものが、1961年には約3.9人、2005年には約2.6人と減少し続け、『厚生労働白書（平成18年版）』によると、「単独世帯数及び核家族世帯数は増加傾向にある一方、三世帯世帯は1983年以降減少傾向にある」としている⁹¹。このことは、「家族規模の縮小」と表現され、母親が全面的に育児責任を負う時代になったのである⁹²。こうして現代の女性たちは、自分自身の出産ではじめて子育てを経験する時代となった。

1960年代に入り、出産が日常生活から切り離された施設内出産へと移行したことも育児環境を変えた。出産場所の推移をみると、1950年には自宅で9割以上が生まれていた。それが、1960年では5割となり、それ以降自宅出産と施設出産が逆転し、2000年には99.8%が施設内で出産をおこなうようになってきている⁹³。こうして現代の日本においては、母親となる瞬間を迎える場所が病院という家庭外の施設となり、日常生活とはかけ離れた環境で新たな家族を受け入れなければならなくなった。

最近の女性たちは、出産する病産院をどのように選ぶのであろうか。手段として「ロコミ」が半数以上を占め、「近い」、「腕がいい」、「親切」が選択する基準となっている。また、時期的には妊娠3～4月で出産場所を決める女性が多く、6割が妊娠の初回診察でかかった病産院で出産している⁹⁴。それらは、自宅から近い施設を選択している⁹⁵。このように女性たちの産み育てのスタートは、最初の妊婦健康診査から出産後の入院に至るまで、近所の病産院である。2006年に筆者らがおこなった調査をみても、出産場所の選択理由の半数以上が「自宅から近い」を挙げている⁹⁶。しかしながら、自宅近くの医療機関を選択した母親達も地域住民との人間関係では希薄であり、退院後の家庭も核家族化しており、子育ての支援者を欠くことが多い。こうした環境は母親を社会的に孤立した状態に置くことになる。

政府は少子化政策課題として、仕事と家庭の両立支援と働き方の見直しをおこなっているが、育児参加状況を改善する方策はまだ見出されていない。労働状況をみても、日本に特有な出産・育児期の離職風習、その間の就職率低下という女性のM字型就労形態はまだ継続している中で⁹⁷、男性はどの世代においても長時間労働が持続しており、育児がもたら女性に委ねられているわが国の就労状況は改善されていない。また、平日の夫の帰宅時間をみると、スウェーデンでは午後6時までが70%以

上を占めるに対し、日本では午後8時以降でも60%以上が帰宅していないのである⁹⁸。日本社会における夫や父親の育児参加は、まだまだ低調である。日本の家事・育児行動割合をみても、共稼ぎ夫婦では約7割、専業主婦においては約9割が、家庭内の家事・育児を全て妻が担っている現状がある⁹⁹。さらに、2001年の「社会生活基本調査」によれば、家事に費やす時間は、男性が31分、女性が3時間34分となっており、その負担は女性に集中していることがいえる¹⁰⁰。夫の長時間労働の結果、在家庭時間も限られ、手助けが必要なときに夫が不在となり、母親の孤立は解消されていない。

母親の意識調査では¹⁰¹、母親が「子育てのことで心配なことがしばしばあった」と訴え、「子どもとの関わり方の迷い」や「育児の自信の無さ」が育児不安やイライラ感、負担感の原因となっていることが分かる。核家族化した中で自分自身が出産し、子育てをするまで乳幼児を知らないことや、小さい子どもと関わる体験の不足など、育児経験不足がストレスの原因となり、母親自身の「承認欲求」や「自己実現欲求」も満たされていないことも報告されている。すなわち、育児を努力している自分をほめて欲しい、自分にも実現したいことがあると考えている母親が増えている。さらに、夫婦関係の希薄さも母親のストレスを増大させている。子育てについて話し合わない夫婦や子育てが母親任せになっている夫婦では、母親の不安や混乱からストレスがより高くなっているのではなかろうか。こうした母親のストレスは、育児経験の不足にも原因があり、子育てを一人でしなければならぬなどの要因が複雑に絡み合って生じると考えられ、その感情を共有できる家族内の支援者不在も問題である。

支援の担い手としては、実母がサポートするケースが多いが¹⁰²、家族以外の人間が育児にかかわることが少ないとされ¹⁰³、家庭内の自助努力で維持されている傾向にある。安心して子育てができる環境条件として、親との同居、夫の理解などがあげられ、家族支援が整っている環境にいる女性のみが安心して子育てをおこなえる¹⁰⁴。しかし、そのような家庭は稀であり、核家族化により、多くの場合家庭内支援者を欠き、女性の実母が支援者になるという保証もない。里帰り分娩をみても、分娩期をはさんで産前から産後にかけて短期間実家へ滞在する程度である¹⁰⁵。出産年齢が上昇している中、親が元気である場合は問題ないが、わが子の育児と老親の介護が同時に起こるサンドイッチ状態の女性もいる¹⁰⁶。

このように家族機能の低下を受けて、身体的かつ精神的な錯綜が多い産み育て期をより健康に過ごすためには、家族・親族以外の支援ネットワークの構築が急務といえる。

Ⅲ. 家族外の支援ネットワーク構築の重要性

女性たちの産み育て支援を行う職種が助産師である。助産師がみた今日の施設出産に対する評では、「多くの妊産婦が理想の快適な妊娠・出産を実現できているか」という問いに対して、90.2%が「思わない」と答え、理由としては人手不足や多忙などを挙げている。改善方法としては、「妊娠・出産・産褥のケアの改善」を挙げ、施設のスタッフの人数と質の改善、施設の設備と環境の整備、十分なコミュニケーションなどをあげている¹⁹⁾。出産場所が家庭から施設への変化に伴って、助産師たちも地域から施設へと移動している。出生数は減少したものの、医療現場の助産師は法的人数では処理し切れない業務量がある²⁰⁾。今日では、高度化する日本の医療状況への対応とともに、終日終夜にわたり母親に寄り添うことはなかなか難しい。

助産師就業者数の推移をみると、2004年現在で25,000人余りであり、ここ25年ほど助産師数は、ほとんど増加していない⁴¹⁾。そのような現状の中、施設ではより良い助産ケアの提供を目指し、本来の助産師の働きを見直すとして、「助産師外来」や「院内助産院」制度を導入する施設がでてきた。妊婦健診から出産、産褥へと継続した助産ケアを提供できるメリットがある²¹⁾。しかしながら、このシステムを継続するためには、今以上の豊富な人材が必要なことも指摘され、加えて産科医と同様に助産師の集約化、重点化への対応も求められている²¹⁾。しかしながら、早急に助産師が増員されることは難しく、増員されてもこの問題の早急な解決には至らない。すなわち、医療技術は日々進歩し、今後さらに高度な周産期ケアが助産師にも要求されるからである。

上のように、妊娠・出産期の家族外支援者として、助産師に依存するだけでは産み育て不安の解消には結びつかず、他の支援者を確保する必要がある。それがギリシア語で「他の女性を援助する女性」の意味をもつドゥーラと称される出産支援者である²¹⁾。『ザ・ドゥーラ・ブック』では、「経験豊富な分娩の付添い人で、産婦とそのパートナーに対し、お産の全過程と、出産後の一定の期間を通じて情緒的かつ身体的な支援を行う人」と定義され、お産の付き添い人や母親の助手といった表現もある²¹⁾。

クラウスとケネルらの研究では、ドゥーラを支援的同伴者とし²²⁾、彼女らに伴われたお産では、①分娩所要時間の短縮、②経膈自然分娩の増加、③鎮痛剤や硬膜外麻酔の使用の減少、④オキシトシン使用の減少、⑤帝王切開率の低下という医学的な効果があった²¹⁾。

現代の北米で活躍中のドゥーラたちは、出産前から出産後を通して、母親に対して身体的および精神的な支援を継続的に起こす存在として認知されている²¹⁾。しか

しながら北米のドゥーラの場合、国家資格や免許制度や活動を規定する法律はなく、助産師などの医療従事者とは異なり、医療処置は一切行えない。医療保険は適用されないため、通常の分娩料金に加え、自己負担が求められることから、個人の雇用や、病院の中での勤務、そして地域で自主運営をするドゥーラなど、利用者のニーズに沿って選択できるのである²⁰⁾。

上のほかに支援への参考例として、日本の高齢者への介護支援システムがある。これは介護保険導入とともに確立し、医療施設の中でも医師と看護師のネットワークだけではなく、福祉従事者をはじめとした新たな支援者やシステムの誕生により支えられている²⁰⁾。このことを参考にすると、産み育て支援者として医師や助産師といった医療従事者以外のネットワークの検討が考えられる。産み育て期にある女性と、継続的に関わっていく支援者の存在は重要であり、わが国の女性の産み育て環境を考えた上で、新たな産み育て支援システム構築に示唆を与える。

Ⅳ. 産み育て期の切れ目ない支援システムの重要性

日本の医療システムは、細かく細分化されている。つまり、妊娠期は産婦人科外来、出産期には産科病棟、小児科、帝王切開になれば手術室や麻酔科が関わる。出産後になると母親は産科、子どもは小児科となり、各段階で医療の専門性が十分発揮できるようになっている。これにより、周産期の母子の生命を救ううえでのメリットは大きいですが、その反面、生命誕生の営みの連続性は寸断されてしまう。さらには、母親は産科、子どもは小児科と母子が分離されて医療を受ける。

妊娠期からの早めの対策に重点を置いた医療システムは少なく、子育て支援・虐待予防などに対して、孤立した縦割り支援しか行われていない。早期からの対策として、利用者である母子の立場にたって、妊娠・出産・育児を連続して扱い、母子一体関係を支援するために、医療モデルから生活モデルアプローチへの変革の必要性が指摘されている³¹⁾。虐待予防の観点から、母子間の愛着形成の基礎として、母親が心のゆとりをもってわが子と関われるように、妊娠期や胎児、そして出産期の女性に身近で寄り添える人の存在は重要となる³²⁾。産み育てる女性を生活者として捉え、女性の人生を通してケアしながら、ともに支え合い成長し合う支援者が求められる。健康な妊娠や出産を考えるなら、医療モデルを他の関係性の中から相対化し、生活モデルに立てば、人と環境が交互に影響を与えるのであり、母子が育児環境に適應できる能力を高める支援が必要なのではないか。

妊娠期からの継続した支援の実例として、妊娠期から

出産後3か月までの電話相談を24時間対応し、継続的な母子支援として取り組んでいるところもある。電話の受け手には、その母子を知る人間が対応しており⁴⁵⁾、専門機関としての医療機関における、関係性と継続性を重視した取り組みであるといえる。

行政や専門医療機関が主導する援助者主体のシステムは効率性や運営上重要であるが、それに加えて利用者主体の、専門家によらない継続した支援システムも考える必要がある。そして、母子を取り巻く様々な環境、すなわち、家庭、地域社会、職場のあり方に目を向けることが、産み育てをしている女性の支援につながるだろう。

V. 日本型産み育て支援システムの構築にむけた課題

上に論じた諸点を踏まえ、日本型の産み育て支援システムの構築に目を向けたい。日本の産み育て支援者として、助産師がドゥーラ支援のすべてを担うのではなく、助産師以外の人材を組み入れた日本型ドゥーラシステムの構築を提案したい。関係性と継続性を重視した母親支援を行うために、支援者の確保が急務ではなからうか。「お産を正常に保つこと」は助産師の第一目的であり、助産師が女性をケアし、産み育て期の女性の一義的支援者として確保した上で、産み育て女性に寄り添い、女性の話に耳を傾け、励ましていく支援者を確保し、同性としての安心感を抱かせる出産・育児の経験がある女性がその役割を担えるのではないだろうか。

第一に、その人材の確保と養成が課題である。産み育て経験をした女性は数多く存在する。しかし、女性の産み育て同伴者としての役割を果たすには様々な能力が求められる。まず、産み育て期にある女性は、体内のホルモン動態が大きく変わるときでもあり、感情が大きく影響される。その激変期に寄り添う(付き添い)者は、高い感情のコントロール能力が求められる。繊細な期間にある産み育て期の女性の中に、心安らかに世話をしてもらっているという心理状態を作り出す必要があるからだ。その上で、助産師との良い関係性を構築しなければならない。さらには、産み育て女性と家庭内の支援者の人間関係の調整も必要とならう。

次に、既存の子育て支援施策の中から、人材の確保を検討する必要があるだろう。たとえば、地域に根ざしているファミリーサポートセンターやNPO団体の活用である。ファミリーサポートセンターの担い手は、一定の講習を受けていることやNPO団体においても所属が明確であることが母親の安心にもつながるであろう。

上の人材を確保して、産み育て期を通して継続した関係性を保障できる支援者を得ることも、産み育て支援システムの構築上重要な課題であるといえる。

VI. 結語

上の文脈から導き出せる結論としては、人間が人間を産み育てるという重要な時期に、女性が持つ力を最大限に発揮できるよう、妊娠期から継続的に支援する体制の必要性を指摘できる。母親に身近な存在で、母親の生活に密着した支援者による産み育て支援システムの構築こそ最重要であろう。

どのような場所で、どのような人達に囲まれて産み育てることが当事者である母親にとって最も良いかを考慮しなければならない。溢れる情報や、周りの声に左右されずに、信頼できるスタッフや何でも話せる、母親に寄り添った支援者が必要であると、当事者の切実な声を聞くたびに考えさせられる。次の論文では、産み育てた経験がある女性のインタビュー調査を分析し、その内容を明らかにしていきたい。

出産に始まる支援ではなく、妊娠期から継続した人間関係の上に成り立った生活モデルに基づいた支援であることが重要である。「産み育てという日常的なもの」に即して、生活モデルを重視した支援の方向を転換するのである。言い換えれば、今求められていることは、産み育ての女性を支え、励まし、育てることを通じて、支援する女性らがエンパワメントされる体制作りであると考え、生活モデルに立脚した、全人的な支援に取り組むことが日本型支援システム構築に求められる。

最後に、以前出産に立ち合わせていただいた女性の言葉を記したい。「出産は一時的な出来事であるが、子育てはその時から長く続くもので、スタートから見守る人がおり、支えられる場所があれば本当にありがたいと思う」と語っていた。

文献

- 1) 大日向雅美：母性神話とのたたかい， p.114-121， 草土文化， 2002.
- 2) 大日向雅美：「子育て支援が親をだめにする」なんていわせない， p.56-78， 岩波書店， 2005.
- 3) 厚生労働省監修：厚生労働白書， 平成18年度版， ぎょうせい， p.23， 2006.
- 4) 大井方子：バブル崩壊前後の出産・子育て世代間差異， 女性たちの平成不況， p.117-151， 日本経済新聞社， 2004.
- 5) 財団法人母子衛生研究会：出生の場所別、出生数及び割合， 母子保健の主なる統計， p.47， 2005.
- 6) 河合 蘭：お産選びマニュアル， p.110-118， 農山漁村文化協会， 2000.

- 7) 大井方子：バブル崩壊前後の出産・子育て世代間差異，女性たちの平成不況，p.117-151，日本経済新聞社，2004.
- 8) 金森京子、古川洋子、高山恵美子、伊藤尚美：滋賀県における妊娠・分娩・産褥の看護援助に関する研究報告書，2006.
- 9) 財団法人母子衛生研究会：母子保健の主なる統計「年齢階級別女子労働人口比率の推移（昭和45年～平成17年）」p.145，2005.
- 10) 内閣府編集：平成17年度版少子化社会白書「平日の帰宅時間」，p.80，2006.
- 11) 厚生労働省編集：平成19年版労働経済白書「世帯の就業構造別家事・育児分担状況」，p.142，2006.
- 12) 前掲書3)p.25
- 13) 原田正文：子育ての変貌と次世代育成支援，p.210-226，名古屋大学出版会，2006.
- 14) 岡山久代・高橋真理：妊娠期における初妊婦と実母の関係性の発達の変化，母性衛生Vol.47.No.2，p.455-463，2006.
- 15) 橋本美由紀・江守陽子：医療人類学的アプローチによる伝統的子育て支援ネットワークと近代の子育て支援ネットワークの比較研究，母性衛生，Vol.47.No.1，p.125-133，2006.
- 16) 前掲書8)p.148
- 17) 定月みゆき・森 恵美・大平光子・大月恵理子：第2章妊娠期における看護，母性看護学各論，p.131-132，医学書院，2007.
- 18) 山田昌弘：少子社会日本「家族の理想と現実」，p.49-54，岩波書店，2007.
- 19) 中村好一ほか：快適な心身・出産を支援する基盤整備に関する研究，厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業，助産師調査報告書，2004.
- 20) 滋賀県健康福祉部：助産師適正配置に関する検討会報告書，2005.
- 21) 前掲書11)p.125
- 22) 御手洗幸子、龍 真弓：助産師外来の実際，助産雑誌，Vol.61.No.12，p.1020-1025，医学書院，2007.
- 23) 角田 肇：産科医からみた今後の周産期医療，助産雑誌，Vol.61.No.12，p.1026-1031，医学書院，2007.
- 24) ラファエル，D.：現代に生きるドゥーラ-クライアント関係，原美奈子訳，Vol.46，No.8，p.43-47，助産師雑誌，医学書院，1992.
- 25) クラウス，M.H./ケネル，J.H./クラウス，P.H.：ザ・ドゥーラ・ブック，竹内 徹・永島すみえ訳，p.3-15，MCメディカ出版，2006.
- 26) クラウス，M.H./ケネル，M.H.：クラウス・ケネル親と子のきずな，竹内 徹、柏木哲夫、横尾京子訳，p.31-53，医学書院，1985.
- 27) クラウス，M.H./ケネル，M.H./クラウス，P.H.：マザリング・ザ・マザー，竹内徹監訳，メディカ出版，p.37-59，1996.
- 28) 竹内 徹：ドゥーラの働き，ベリネイタルケア，Vol.26.No.5，p.1，メディカ出版，2007.
- 29) 岸 利江子：ドゥーラサポートについて考える，助産雑誌，Vol.61，No.2，p.148-153，医学書院，2007.
- 30) 事典刊行委員会編集：社会保障・社会福祉の仕事とにない手をめぐる現状，社会保障・社会福祉大事典，p.604-608，旬報社，2004.
- 31) 櫃本真幸：ヘルスプロモーションに基づいた妊娠出産期における児童虐待予防対策，周産期医学，Vol.36，No.8，p.947-950，東京医学社，2006.
- 32) 奥山真紀子：虐待予防における分娩期間の役割，周産期医学，Vol.36.No.8，p.951-955，東京医学社，2006.
- 33) 小谷信行：「ハローベビー・カード」による24時間母子支援，周産期医学，Vol.36.No.8，p.975-978，東京医学社，2006.

Constructing the Japanese Support System for Women in Birthing and Child-rearing Stages

Yoko Furukawa

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Key Words support system for women in birthing and child-rearing stages, midwife ,doula, life-model

研究ノート

実習指導者講習会が指導者の役割 遂行に及ぼした影響



米田 照美¹⁾、前川 直美¹⁾、沖野 良枝¹⁾、寺田美和子¹⁾、金森 京子¹⁾

泉 朋子²⁾、藤井 淑子²⁾

¹⁾滋賀県立大学 人間看護学部

²⁾滋賀県看護協会

背景 看護教育の中で臨床実習は、学内での講義および演習で学んだ知識・技術を統合させる場として重要な位置にある。そこでは、直接、学生とかかわり、臨床の看護について教育・指導を行う実習指導者（以下、指導者と述べる）の存在・影響力は大きい。よって、教育・指導能力の高い指導者の育成は看護教育において重要な課題でもある。A県看護協会では、厚生労働省の通達を参考に昭和58年より、県の委託を受けて実習指導者講習会（以後、講習会と述べる）を開催してきた。講習会修了後、受講者が講習会での学びを学生指導にどのように活用していたのか、効果的な実習指導は行われていたのか、または、活用上の障害や改善すべき課題は何か、今後のカリキュラムを含めた講習会のあり方を振り返り、見直す必要があると考えられた。先行研究においては、講習会修了後の受講者の意識変化や指導状況の実態、受講内容の評価などがあり、それらの研究報告からは講習会後の実習指導に対する意識変化が実際の指導に反映されることは難しく、受講者（指導者）が実習指導に自信が持てないまま指導を行っている現状が示唆された。そこで、今回、A県講習会修了者を対象に、受講後、実習指導を行う中でどのような心理的状況にあったのか質的手法を活用し調査研究を行うこととした。

目的 講習会後の受講者が実習指導者の役割を遂行する上での状況や心理的状態を明らかにし、受講後の効果や影響を検討する。

方法 平成5年度～平成17年度のA県実習指導者講習会修了者（495名）のうち面接の協力依頼に同意の得られた4名に面接調査を実施した。その内容から逐語録を作成し、質的に分析を行った。

結果及び考察 逐語録から作成したデータを意味単位ごとに一文あるいは文節ごとにコード化し、類似点・相違点について比較し、カテゴリー化を行った結果、研究内容コード数は441となり、38のサブカテゴリーから9のカテゴリーが抽出された。分析結果からストーリー・ラインの作成、カテゴリー間の関連を図式化した。

結論 1) 受講者は講習会の学びにより、教育対象の理解に関心を持ち、実際の実習の場で学生と関ることでより実感をもって理解を深めていた。2) 受講者は、指導に対する迷い、指導者として力量不足など葛藤や困難を持ちながら指導を行っていた。3) 指導者は、自己の指導に対する自己評価から自己研鑽の必要性を感じていた。4) 受講者は、葛藤や困難を抱えて実習指導を行っていたが、先輩指導者や上司などのサポートを得て、実習指導を継続していた。

キーワード 実習指導者講習会、臨床実習、実習指導者

I. 緒言

看護教育の中で臨床実習は、学内での講義および演習で学んだ知識・技術を統合させる場として重要な位置に

ある。そこでは、直接、学生とかかわり、臨床の看護について教育・指導を行う実習指導者（以下、指導者と述べる）の存在・影響力は大きい。よって、教育・指導能力の高い指導者の育成は看護教育において重要な課題でもある。A県看護協会では、厚生労働省の通達を参考に昭和58年より、県の委託を受けて実習指導者講習会（以後、講習会と述べる）を開催してきた。講習会の目的は、看護教育における実習の意義および指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるように必要な知識、

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：米田 照美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : yoneda@nurse.usp.ac.jp

技術を取得させることである¹⁾。講習会の受講者の大半は修了後、各職場で実習指導を担当している。講習会修了後、受講者が講習会での学びを学生指導にどのように活用していたのか、効果的な実習指導は行われていたのか、または、活用上の障害や改善すべき課題は何か、今後のカリキュラムを含めた講習会のあり方を振り返り、見直す必要があると考えられた。

これまでに講習会についての受講者の意識変化や指導状況の実態、受講内容の評価などについていくつかの先行研究がある。受講後の意識変化という視点では、指導者は看護モデルとしての役割を果たすという意識を持っていたこと²⁾、学生理解や関心が深まっていること^{3)~5)}、指導者としての役割意識や自己啓発・自己研鑽の向上など実習指導に対する関心や意識が高くなる傾向が示唆されている⁶⁾。他方、指導に対しては不安や自信を持っていない状態で指導している現状も報告^{7)~9)}されている。受講者の講習会の評価については、教育心理や教育方法などの教育学基礎科目の評価が高く、実習評価、看護論、看護教育課程など看護系の科目の評価は低い傾向があること¹⁰⁾、実習指導の具体的な方法については、コミュニケーションなどは理解が高く、看護過程や技術指導などは理解が低い傾向¹¹⁾があること、また、教育学の概念は理解できても方法論に結び付けにくいという傾向¹²⁾があると言われている。受講者の指導能力や資質という側面からは、指導者が学生時代に実習でうけた指導の体験¹³⁾や経験年数の違い¹⁴⁾により、学生の受け止めや指導内容に差があるといわれている。実習指導上の困難という視点では、指導者が病棟業務兼任であることやスタッフの関心不足や関係性の難しさ、自己の指導能力不足、困難な学生の存在などがあがっており、それらが指導者の意欲減退を招いているという報告^{15)~17)}がみられた。

以上の先行研究から、受講者は講習会后、実習指導に対する意識変化はあるものの、実際の指導に反映しているとは言い難く、実習指導に自信を持っていないまま行っているのが現状^{18)~20)}であるということが示唆された。また、これらの研究報告は、質問紙調査によるものがほとんどであり、質的研究による報告は少なかった。よって、今回、A県講習会終了後を対象に、受講後、実習指導者の役割を遂行する上での状況や指導にあたってどのような心理的状态にあったのか、質的手法を活用し調査研究を行うこととした。講習会修了後の受講者の実習指導による心理的状态の影響を理解することは、講習会の効果を知る上で有用であり、また、今後の講習会の内容やあり方を検討していく上でも意義があるものと考えられる。

II. 研究目的

講習会後の受講者が実習指導者の役割を遂行する上で

の状況や心理的状态を明らかにし、受講後の効果や影響を検討することを目的とする。ここで述べる心理的状态とは、実習指導に対する意識、関心、葛藤、意見、意欲等のことである。

III. 実習指導者講習会の概要

1. 都道府県保健婦助産婦看護婦実習指導者講習会（実習指導者講習会）について

「平成6年10月31日、旧厚生省健康政策局から各都道府県知事宛に看護婦2年制課程への通信制導入に伴い、看護教育における実習指導者の需要の増加が見込まれるということをかながみ、今般、表記講習会を実施する都道府県に対し国庫補助することとし、別紙「都道府県保健婦助産婦看護婦指導者講習会実施要綱」についての通知があった¹⁾。その目的としては、「保健婦養成所、助産婦養成所、看護婦養成所若しくは准看護婦養成所の実習施設で実習指導者の任にある者又は将来これからの施設の実習指導者となる予定の者に対して、看護教育における実習の意義および実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるよう、また、看護婦2年制課程への通信制の導入に伴い、通信制の特性および学生の特徴を理解し、教育的配慮ができるように必要な知識・技術を修得させることを目的と¹⁾する」とある。

2. 講義科目

講習会の講義科目は、教育および看護に関する科目、実習指導に関する科目、看護教育制度に関する科目など合計240時間からなる¹⁾。厚生労働省の通達を参考に看護教育における実習の意義および実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるように必要な知識、技術を取得させる実習指導者育成のための講習会のカリキュラムが構成され、開催されている。参考までにA県における実習指導者講習会（平成17年度）の講義科目内容を表1に示す。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成的面接調査、質的記述的研究を用いた。質的研究は、人間中心で全体論的な見方をする。また、人間の経験についての理解を深めることができる研究方法である。今回の研究目的は、指導者の実習指導に関する経験やその経験から生じてくる意識、葛藤などの心理的状态を明らかにすることが目的であるため、この方法が適していると考えた。

2. 調査対象

A県内の病院、施設42箇所にて在職する平成5年度から

表 1. A 県実習指導者講習会 講習科目・時間数 (平成17年度)

| 区分 | 科目 | 授業科目 | 時間数 | 目標および内容 |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--|--|
| 教育および看護に関する項目 | 教育原理 6 | 教育原理 | 6 | 教育の意義や基本的な概念について学ぶ。 (1) 教育の意義と目的、(2) 教育活動の特性、(3) その他 |
| | 教育心理 24 | 青年心理 | 12 | 人間の発達と教育過程における心理的な特徴について、青年期を中心として理解する。(1) 発達心理、(2) 青年心理、(3) 学習過程における心理、(4) その他 |
| | | カウンセリング | 6 | カウンセリングの理論と方法について学ぶ。 |
| | | 創造性開発 | 6 | 人間の創造性とその開発について学ぶ。 |
| | 教育方法 27 | 教育方法 | 15 | 教育の基本的な方法や技術について理解を深める。 (1) 授業の形態、(2) 授業の方法、(3) 教育方法と教材の活用、(4) その他 |
| | | 集団指導 | 12 | 集団指導の意義と実際について理解する。 (1) グループダイナミクス理論、(2) 集団指導の方法、(3) 討議の方法、(4) その他 |
| | 教育評価 6 | 教育評価 | 6 | 教育評価の意義と方法について理解する。(1) 教育評価の目的と特質、(2) 教育評価の方法と基準、(3) その他 |
| | 看護論 15 | 看護論 (看護の概念) | 12 | 看護の考え方を多角的に学び、看護についての視野を広げる。 (1) 看護の概念、(2) 看護の機能と役割、(3) 看護の動向、(4) 看護を取り巻く領域における現状と課題を理解する。 |
| | | 看護の動向 (保健医療福祉の動向) | 3 | |
| | 看護教育課程 13.5 | 3年課程 | 3 | 看護師等の教育課程についてその概要、看護過程の展開を学び、実習指導につなげる。 (1) 看護教育課程 (指定規則・指導要領・手引き等)、(2) 教育計画とその内容、(3) 実習指導計画、(4) 看護過程 (事例を含む)、(5) その他 |
| 保健師・助産師課程 | | 3 | | |
| 2年課程・准看護課程 | | 1.5 | | |
| 看護過程 | | 6 | | |
| 実習指導に関する科目 | 実習指導の原理 15 | 実習指導の原理 (実習指導の意義・実習指導の実際) | 9 | 実習指導の基本と実習指導者のあり方等について理解する。 (1) 実習の意義、(2) 実習指導者の役割、(3) その他 |
| | | 実習指導の役割 | 6 | |
| | 実習指導の評価 6 | 実習指導の評価 | 6 | 実習指導における評価や意義や方法を理解する。 (1) 実習評価の意義、(2) 実習評価の方法、(3) その他 |
| | 実習指導の実際 90 | 基礎看護学実習・技術 | 6 | 実習指導の展開について理解を深め、演習等を通してその実際を学ぶ。 (1) 看護基礎教育における看護技術教育 (2) 各看護実習の目標と展開と評価 (3) 実習指導案の作成 (課程別、学年別、授業別) (4) その他 |
| | | 成人看護学実習 | 6 | |
| | | 精神看護学実習 | 3 | |
| | | 老年看護学実習 | 3 | |
| 小児看護学実習 | | 3 | | |
| 母性看護学実習 | | 3 | | |
| 在宅看護学実習 研究討議・演習 (実習指導案作成) | 66 | | | |
| その他 | 看護師 2年課程通信教育制度の教育課程 | 1.5 | 看護師 2年課程通信教育制度の教育課程の概要を理解する。 | |
| | 看護研究 | 9 | 看護における研究の意義や方法を理解する。 (1) 研究の意義、(2) 研究の方法、(3) 論文の書き方、(4) その他 | |
| | 看護管理 | 3 | 看護管理(者)の役割と立場を理解する。 | |
| | 特別講演「看護教育における自己評価指針」 | 6 | 看護教育における評価の方法について学ぶ。 | |
| | 特別講演「身につけよう医療安全」 | 6 | 医療事故防止におけるリスク感性を向上させるための実際の知識を身につける。 | |
| | 継続研修会「効果的な実習指導を目指して」～プロセスレコードを活用する～ | 6 | 学生が対象をどのように捉えているのかをプロセスレコードから検証する方法を学び、効果的な実習指導が展開できる。 | |
| | 講習会の成果を現場にいかす | 6 | 講習会の成果を実習指導に活かす方向性を学ぶ。 | |
| | オリエンテーション・反省会・開講式・閉講式 | 9 | | |
| 合計 | | 240 | | |

17年度講習会修了者495名のうち面接の協力依頼に同意の得られた4名である。

3. 調査方法

1) 対象者のサンプリング

今回の対象者は、保健師・助産師・看護師としての臨床経験年数5年以上であり、A県看護協会が開催する平成5年～平成17年度講習会修了者で現在、臨床で看護師として勤務している人で、受講修了後に病院にて行われている看護の臨地実習、基礎看護実習、各専門分野の看護実習いずれかを1年以上の実習指導の経験をしている者を対象とした。平成5年度から17年度講習会修了者495名に対して、施設管理者の同意を得た後、書面にて同意が得られた方を対象とした。

2) 面接ガイドの作成

本調査においては、指導者が講習会参加から講習会修了後、臨床で指導者として看護学生を指導・教育の経験から生じてくる実習指導に対する関心、意識、葛藤・見解を心理的状況とする。よって、面接ガイドの内容は、講習会受講者の講習内容に対する関心、意見、見解、受講中の心理、実習指導に対する心理的状態（関心、意識、葛藤）、臨床現場に対する見解等である。これらは、先行研究^{1)~10)}を参考に共同研究者と共に作成した。

3) 面接の実施

面接時間は1人60分とし、対象者の希望する場所と日時に行うように配慮した。面接内容は本人の承諾・同意を得た上で録音を行った。

4. 調査期間

平成19年3月～5月

5. 分析方法

分析に際しては、ウヴェ・フリックの提示する方法に依拠し¹¹⁾、質的に分析を行った。分析手順は以下の通りである。

- 1) 面接調査時の録音をもとに逐語録データを作成する。
- 2) オープン・コード化：データは意味の単位ごとに一文あるいは文節ごとに分類し、それぞれに概念（コード）を付ける。
- 3) 軸足コード化：オープン・コード化において作られたコードやそれに関連するコードから、研究設問に最も関連したカテゴリーを選択する。これらのコードに属する多くのデータを探して、これらのコードの根拠とし、軸足カテゴリー（本文では、サブカテゴリーとする）を作成する。
- 4) 選択的コード化：更に抽象度の高いレベルで軸足コード化を繰り返し、中核となるカテゴリー（本文では、カテゴリーとする）を練り上げる。

- 5) 「ストーリー・ライン（話の筋）」の作成：この段階の目的は、中心的な現象を「事例」として捉えて、「ストーリー」あるいは「事例に関する記述的な概要」を作る。ストーリーが語る中心的な現象に対して重要な複数の概念（本文では、カテゴリー）を関連付ける。
- 6) 分析の最終段階は、理論をより詳細に形成し、データに照らし確認しなければならないが、今回は現時点での対象者が面接対象者4名であり、「理論的飽和」に達しているとはいえないと考えたため、理論の形成までには至っていない。

7) 信頼性と妥当性

コード化の分析の段階、ストーリー・ライン作成においては、共同研究者4名と妥当性の検討を行った。

6. 倫理的配慮

臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省、平成16年改訂）に添って、平成5年度から17年度講習会修了者に対して、施設管理者による承諾を得た後、看護部を通して講習修了者に面接依頼文を配布し、面接調査の協力を募り、郵送による返信を得た。応募した人に対して調査の目的、内容、自由意思による参加、同意後の撤回の自由、個人情報の保護、データの処理、活用について文書による説明を行い、調査に協力の同意書が得られた人を対象とした。また、面接内容は本人の同意を得た上で録音を行った。

V. 研究結果

1. 対象者の属性：性別；男性2名、女性2名、年齢；34～47歳、平均38.5 (SD±5.8) 歳、臨床経験年数；11～23年、平均15.5 (SD±5.4) 年、指導者経験年数；1～10年、平均5.3 (SD±3.8) 年。現時点では、結果的に面接調査への協力者が4名で属性に幅があるが、その中で共通性を見出すために分析を行うことにした。

2. 面接時間：28～47分平均36分

3. カテゴリー・サブカテゴリーの内容

分析の結果、コード数は441となり、カテゴリー化を行い、38のサブカテゴリーから9のカテゴリーが抽出された。抽出された38のサブカテゴリー、9のカテゴリーは以下のような内容である（表2参照）。

1) カテゴリー「講習会への期待」には以下の2つのサブカテゴリーが含まれる。

- (1) 参加動機：このサブカテゴリーのなかでは、「上司の勧め」、「学生が病棟に来ることになったから」、「キャリアにつながる」など、参加者が講習会を受講するにあたり、ある程度の関心・興味をもって望

表 2. カテゴリー一覧表

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|----------------|--|
| 講習会への期待 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 参加動機 ・ 講習会の学びに対する思い |
| 教育・指導方法を学ぶ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 学生への個別的な関わり方を知る ・ 教育評価の重要性を知る ・ グループワークを学ぶ ・ 現代の看護の動向を知る ・ 指導および看護実践に役立つ知識を得る |
| 教育対象を理解する | <ul style="list-style-type: none"> ・ 現代の若者の特徴を知る ・ 学生を理解する |
| 実習指導者の役割を遂行する | <ul style="list-style-type: none"> ・ 学生の安全を確保する ・ 学校との連携 ・ 効果的な指導方法を実施する ・ 実習環境を調整する ・ スタッフとの調整 ・ 実習指導案を活用する |
| 実習指導者の存在意義の再確認 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習でしか学べないこと ・ 実習指導者としての使命 |
| 葛藤 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 学生への厳しい見方 ・ 病棟の体制的な制約 ・ 実習期間の制約 ・ 自己の指導方法に対する迷い ・ 実習指導者としてのあり方に悩む ・ 実習指導者としての力量不足 |
| 困難感 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 意欲や反応のない学生 ・ 学生への言葉がけが難しい ・ 実習評価が難しい ・ 実習指導がイメージできない ・ 指導内容がうまく伝わらない ・ スタッフの厳しい見方 ・ 慣れない勤務形態 ・ 予測できなかった出来事 ・ 患者選択の苦勞 |
| 自己の指導の振り返り | <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己の指導の反省 ・ 自己の指導の評価が見えない ・ 自己研鑽の必要性 ・ 達成感 |
| 実習指導者を支える人的環境 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 相談できる人の存在 ・ 協力的なスタッフの存在 |

んでいることが述べられていた。

- (2) 講習会の学びに対する思い：講習会に対して「楽しい」「おもしろかった」「充実していた」「自分の知識が広がっていくという風な感覚」「わかりやすい」など、新たな学びに対する満足感が述べられていた。
- 2) カテゴリー「教育・指導方法を学ぶ」には、以下の5つのサブカテゴリーが含まれる。
 - (1) 学生への個別的な関り方を知る：「こういう風に導いたらいいという一瞬芸をお見せして下さった」「モチベーションが下がった指導者の働きかけ、言葉はどのようなものか」など、講習会で学生の指導や関わり方について学んだことを述べていた。
 - (2) 教育評価の重要性を知る：実習評価について、「評価が大事」「形成的評価がおもしろい」「評価の部分はよく覚えています、今でも難しい」などが述べられていた。
 - (3) グループワークで学ぶ：講習会で行ってたグループワークについて「グループは良かった」「グループ討議が半分くらいあったんですけど、わりといい先生で勉強になる」など小集団学習による学習方法に対する学びに対し肯定的な感想が述べられていた。
 - (4) 現代の看護の動向を知る：「今の医療の流れみたいなのを結構いろいろな講習会で教えてもらえた」「今の医療の流れの中で自分のいる位置が確認できて、気持ちにしまりが出る」など、現代医療の流れについて学べたことが述べられていた。
 - (5) 指導および看護実践に役立つ知識を得る：「技術は段階的に伝える」「現場でつかえる実際の指導の言葉がけ」「看護理論は役立つ」「学生観、指導観、患者観、3つの方向で見えていくと見やすい、今でも使わせてもらっています」「カリキュラムを知らないといけない」「教育方法や評価の仕方」「基本的な教育に関する知識も大事だ」など、実際に指導を行う上で基盤となる知識の重要性や有用性について述べられていた。
- 3) カテゴリー「教育対象を理解する」には、以下の2つのサブカテゴリーが含まれる。
 - (1) 現代の若者の特徴を知る：「現代の若者の風潮・傾向」「学生の気持ち、不安な気持ちを汲み取り、理解するのに役立つ」「今の若者は好きなこととか楽しいことを見つけたら、そっちの方へ走り出すという話」など、青年心理などの科目を通して、教育対象となる現代の若者の特徴や心理を学んだことが述べられていた。
 - (2) 学生を理解する：「今、こういう段階の学生、だいたい、こういう風な気質状況なんだって考えて」「学生がかわいく見える」「学生は理論を習ってくる」

「文字にすると大差はない」など、実際の学生と接し、学生への見方が変化したことや現代の若者の特徴を実感をもって理解を深めていることが述べられていた。

- 4) カテゴリー「実習指導者の役割を遂行する」には、以下の6つのサブカテゴリーが含まれる。
 - (1) 学生の安全を確保する：「安全面（スタッフに働きかける）」「安全のことを伝える」など、学生が実習を進める上での安全の確保に配慮していることが述べられていた。
 - (2) 学校との連携：「学校側との連携」「先生と一緒に評価するが、先生は見切れないところもある実践の場での意見を取り入れている」「先生と一緒に」など、実習指導を学校の教員と連携を取りながら行っていたことが述べられていた。
 - (3) 効果的な指導方法を実施する：「たくさん情報があることを学生に言えたのは、指導者講習会の成果」「その場ですぐに指導することは効果がある」「少し後押ししただけで学生は変化する」「情報をいかに大事に扱うか」「色々な学生、どこを打ったら太鼓はなるのか」「学生さんにあしる、こうしろといわない」「学生さんに答えてもらうように、こちらはすぐに答えをださない」など、学生への効果的な指導の具体例が述べられていた。
 - (4) 実習環境を調整する：「学生の居場所を確保する」「病棟全体で実習を受け入れるっていう環境は心がけている」など、学生への実習環境への調整が述べられていた。
 - (5) スタッフとの調整：「学生指導の中身はスタッフには見えにくい、スタッフに伝達する」「実習生のための時間的な融通」「スタッフとの共用になるものは多い」「担当ナースの報告は忙しい合間を縫って時間を作ってもらわないといけない」「快く思っていないスタッフにどういふうに協力していただけるかこちらが後押ししていくか、学生との橋渡しをうまくしていくとか」「よくわからないままスタッフが指導にあたってしまふ、そのへん、ちょっと、密にしていた方がいいかな」など、実習が円滑に進むようにスタッフへの連絡・伝達を行っていたことが述べられていた。
 - (6) 実習指導案を活用する：「もう即実践で使えました」「毎回、実習要綱が改正されるので、それに合わせて毎回（指導案）更新していく作業が必要」など、講習会で作成した指導案を実際の実習に活用していたことが述べられていた。
- 5) カテゴリー「実習指導者の存在意義の再認識」には、以下の2つのサブカテゴリーが含まれる。
 - (1) 実習でしか学べないこと：「現場で一番大切な学

生に実際5感を使って、看護って言うのはこういうものなんだと体感させていく指導」「リアルな臨床ならではの現象・独特な出来事とか実際にその場で学生に感じ取ってもらえるような実習がしたい」「教科書的なことではなく」「現場でしか学べないことがたくさんある」「実際の患者さんに接してみないと学べないことってほんとに多い」「患者自身の状況とかリアルなところを見てもらえたらいい」「患者さんを見て学ぶことの意味っていうのが非常に大きい」など、実習でしか学べないこと、伝えたいことなど指導者（受講者）の願いが述べられていた。

(2) 実習指導者としての使命：「学校の先生以上に現場で実際の看護を指導するものの責任は非常に大きい」「現場においては患者さんがいらっしゃるので、患者さんのことをよく知ったものが指導に当たる」「実習で感じてもらう、伝えていくことが大きなテーマ」「実習目標を達成させたい」など、自分たちにしか果たせない役割責任が述べられていた。

6) カテゴリー「葛藤」には、以下の6つのサブカテゴリーが含まれる。

(1) 学生への厳しい見方：「卒業すれば一人前看護師とみられる」「この実習さえ乗り切れればいい」「授業の単位としてきている、患者さんに失礼」「頭を下げて（患者さんに）頼みにいっているのに」など、指導者（受講者）自身の学生に対する厳しい見方が述べられていた。

(2) 病棟の体制的な制約：「学生さんが来られると忙しいところに輪をかけて時間がとられる」「病棟の忙しさに左右される」「指導者とスタッフ業務の兼任」「専任だから学生だけっていうわけにはいかない」「日勤で学生をみないといけないので、夜勤がかたよる」など、病棟の体制上の理由で、思うような指導体制が取れないことが述べられていた。

(3) 実習期間の制約：「せめてもう1～2週間なんとなかならないか」「3週間で自分たちになにができるのか」など、実習期間が短く、時間的な制約があることが述べられていた。

(4) 自己の指導方法に対する迷い：「これでいいのかなって最初はとまどいが多い」「慣れてくると慣れてきたで、こういう風な指導方法でいいのかと」「常に学校の先生にこんなんでいいですかね、と」など、自己の指導に対する迷いが述べられていた。

(5) 実習指導者としてのあり方に悩む：「たえず悩んでいる」「知識的に新しいことは入ってこない、経験からの知識でものを言ってしまう」「私の看護観が大きく伝わってしまう」など、指導者としてのあり方についての悩みが述べられていた。

(6) 実習指導者としての力量不足：「2ヶ月（講習会）の講義だけで伝え切れるのか」「講習会だけでは自分が成長していない」「クリアできない学生さんはそれこそ自分の力量不足」「困った学生さんへの指導、自分の指導が偏ってるんじゃないか」「もっと違う指導者が関われば、この子はちがう伸び方をしたんじゃないか」など、指導者としての能力や適性について未熟であるという思いが述べられていた。

7) カテゴリー「困難感」には、以下の9つのサブカテゴリーが含まれる。

(1) 意欲や反応のない学生：「問題のある学生、意欲がもうひとつ感じ取れない学生さんをみるとジレンマ」「看護師になる意欲のない子がいる」「反応がない学生、聞くんやけど反応がない」など、意欲のない学生や無反応の学生の存在について述べられていた。

(2) 学生への言葉がけが難しい：「学生をやる気にさせるにはどういう風な言葉をかけたらいいのか」「学生の意欲がわく言葉がけを、講習会での学びを紐解く」「実際褒めようとしたらなかなか」「どういう風な言葉がけがよかったのかな、自分の中ではなかなか出てこない」など、学生という言葉がけの難しさについて述べられていた。

(3) 実習評価が難しい：「評価表がつかかった」「評価が一番困る」「評価の勉強は役立つが、実際には悩む」など、実習評価についての困難が述べられていた。

(4) 実習指導がイメージできない：「実習指導者のモデルが講義では得られず悩んだ」「どういう風な接し方で学生を導いたらいいのか」「なかなかピンとこない」「どういう風な展開をしていったらいいのか」「働いていた病棟に実習生がこなかったので実習指導者を身近にみていない」「一看護師としての業務経験しかなかった」など、実習指導者としての役割モデルの不在から、指導のイメージ化が困難であったことが述べられていた。

(5) 指導内容がうまく伝わらない：「困った学生さんにどういう風に指導を行えば、到達することが出来るのか悩む」「自分の指導している内容がうまく伝わらずに、学生がそこから進めない」「何度いってもわからへん、でも、続けなあかん」など、指導がうまくいかない場合でも実習指導を続けることの困難が述べられていた。

(6) スタッフの厳しい見方：「学生が優先的にケアを行うことで普段どおりに動けない」「神経を使う場面もありました（スタッフに）」「何回生ときかれる、あれでいいのと言われる」「将来一緒に働く人としてみている」「あの程度でいいの、といわれる」

など、スタッフからの厳しい批判に対する言葉が述べられていた。

- (7) 慣れない勤務形態：「日勤が続くのは慣れていないのできつかった」「夜勤が続くことに慣れていない」など、実習により勤務形態が変わることの身体的なつらさが述べられていた。
- (8) 予測できなかった出来事：「インシデント、医療過誤が起こったとき、どうしたらいいのか」「(学生への評価に) 両親が怒鳴り込んでくる」「学生が患者さんに叩かれた」「学生が倒れた」など、予測しない出来事が述べられていた。
- (9) 患者選択の苦勞：「患者の選定に困る」「それが一番、ちょっと大変」「いつも同じ人になる」「今回は勘弁してくれという人もいる」「毎回困る」など、患者選定の困難な状況が述べられていた。
- 8) カテゴリー「自己の指導の振り返り」には、以下の3つのサブカテゴリーが含まれる。
- (1) 自己の指導の反省：「関わり方がもう一つ足らなかったのか、後で振り返ったりする」「あんなことしてあげたらよかった」「自分の下準備や根回しが全然不十分」「いっぱいいっぱいになっていた」「いろいろなんかもっといってあげたらよかった」「無我夢中であまりそれに関してどうこう感じる暇がなかった」「展開がはやく、なかなか学生さんがついて来れない部分もある」など、自己の指導に対する反省や振り返りが述べられていた。
- (2) 自己の指導の評価が見えない：「その後、どういう風に伸びていったんだろうってことがなかなか分からない」「指導が果たしてどういう風に学生に響いているのかなってという評価がなかなか見えなかったり」など、自己の指導評価が分からないことについて述べられていた。
- (3) 自己研鑽の必要性：「もっともっと自分が勉強せなあかん」「スムーズによりよい実習にしてもらえよう努力をしていくべきところは、たくさんある」「経験からいうのはよくない気がする」「いまどきの学生さんが習っていることが分かるなら、大学の講義とかも出たい」「経験を積み重ねていって自分自身が見えることがあるかもしれない」など、実習指導を契機に自己の課題を明らかにし、自己研鑽の必要性を実感していた。
- (4) 達成感：「分かっていなかった学生さんが、自分たちが働きかけることで分かってくれた時はすごくやりがいを感じた」「(ケーススタディ) 一生懸命指導したことがまとめてみると、やった！みたいな達成感があった」「学生との関わりが楽しい」など、実習指導により、得られた満足感や達成感が述べられていた。

9) カテゴリー「実習指導者を支える人的環境」には、以下の2つのサブカテゴリーが含まれる。

- (1) 相談できる人の存在：「困ったら、すぐに周りにいる先輩に任せようという気持ちでいる」「数人、指導者がいるので色々聞きながらやっている」「主任さんがおられた、相談できた」など、指導者を支えてくれる人々の存在を述べていた。
- (2) 協力的なスタッフの存在：「すごくいいスタッフに恵まれている」「みんな指導するのは上手(スタッフ)」「いろいろな人の助け」「一緒に(スタッフ)考えながら」など、スタッフの協力的な体制で実習がスムーズにできることを述べていた。

4. ストーリー・ライン(話の筋)

今回は対象者が4名であり、現段階での分析結果から導き出せるストーリー・ラインの作成までを行った。

「講習会後の受講者の実習指導や心理的状態の概要(ストーリー・ライン)」

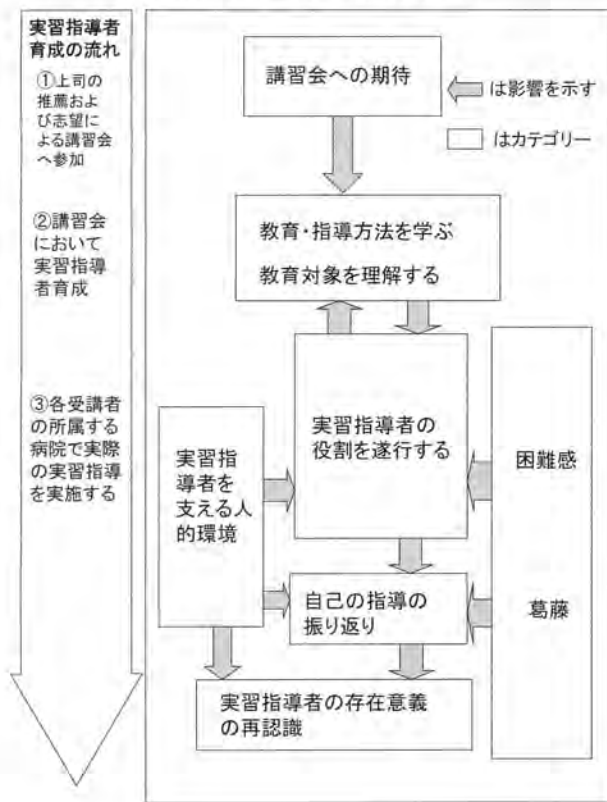
受講者は実習指導に対して興味・関心・期待をもって講習会へ参加しており「講習会への期待」をもっていった。講習会では指導者の能力として基盤となる「指導・教育方法を学ぶ」ことにより、指導者としての役割を理解することになる。また、受講者は講習会や実際の実習指導を通して「教育対象について理解する」ことで、現代の若者の特徴を踏まえた上で学生指導に関わっていた。実際に受講者が「実習指導者の役割を遂行する」ときは、学生への効果的な指導や実習環境の調整、実習指導案の活用等、講習会での学びを活かしながら指導者としての役割を主体的に行っていた。そして、実習指導後には、指導者としての使命や自己の指導の反省による自己研鑽の必要性を実感する等「自己の指導を振り返り」や「実習指導者の存在意義の再認識」を深めていた。他方、意欲・反応のない学生、指導内容が学生に伝わらない、自己の指導への迷い、スタッフの厳しい見方、慣れない勤務形態や病棟体制上の制約等から指導者の役割を遂行する上で多くの「葛藤」や「困難感」を抱えていた。しかしながら、先輩指導者や上司に相談する等「実習指導者を支える人的環境」により、受講者はサポートされて、葛藤や困難を乗り越えていたと考えられる。

VI. 考察

1. カテゴリー間の関連について(図1参照)

図1は今回の分析で抽出したカテゴリー間の関連を図式化したものである。指導者講習会は図1. カテゴリー間の関連図の左側の大きな矢印に示した流れのように、①上司からの推薦や自らの志望によって、講習会への参加を決意し、②講習会へ参加し、実習指導者に必要な知識

図1 カテゴリー間の関連図



と技術を学び、③講習会修了後は各受講者の所属する病院施設で実習指導者としての役割を遂行していく過程を辿ることとなる。

図1は、講習会参加・修了後の受講者が実習指導を行うという過程を経験し、その中でどのような心理的狀態にあったのか、カテゴリー間の影響を矢印で示したものである。それぞれのカテゴリー間の影響について説明を行っていきたい。「講習会への期待」から「教育・指導方法を学ぶ」や「教育対象を理解する」への矢印は、講習会での期待が高いほど、講習会を意欲的に学ぶという影響を示している。次に、「教育・指導方法を学ぶ」や「教育対象を理解する」から「実習指導者の役割を遂行する」の矢印は、受講者が所属する病院施設で実習を行う際、講習会での学びを活かしながら指導を行えるという影響を示している。また、上向きの矢印は、指導という実際の経験から、実感を通して講習会で得た知識や技術が理解されるという影響を示している。「実習指導者の役割を遂行する」や「葛藤」「困難感」から「自己の指導の振り返り」への矢印は、指導者が実習指導のあとで自己の指導を評価する行為に影響を示している。また、「自己の指導の振り返り」から「実習指導者の存在意義の再認識」へ下向きに出ている矢印は、自己反省から新

に受講者が実習指導者の使命感を高めるという影響を示している。「葛藤」「困難感」から「実習指導者の役割を遂行する」への矢印は、指導者(受講者)が指導者として役割を遂行する上で、障害になるという影響を示す。「葛藤」「困難感」から「自己の指導の振り返り」は、そのような「葛藤」「困難感」も指導者の能力を育成する上では必要な経験であるということも示している。そして、「実習指導者を支える人的環境」から「実習指導者の役割を遂行する」への矢印は、指導者である受講者が葛藤や困難感を抱えて実習指導を行っているとき、継続して指導者の役割を果たす上での支えとなっていることを示しており、また、「自己の振り返り」や「実習指導者の存在意義を再確認」へ向かう矢印は、上司・先輩指導者の支えや助言から自己の指導の反省や実習指導者の存在意義を確認できるという影響を示している。

2. 講習会後の受講者の実習指導への影響について

看護管理職が講習会に部下を参加させる理由として、指導者の育成以外に、スタッフへの育成・指導、昇進・昇格、卒後教育の一環などの理由が多いという報告がある¹⁴⁾。受講者の講習会への参加動機として「上司の勧め」、「学生が病棟に来ることになったから」、「キャリアにつながる」などが述べられており、受講者が講習会へ関心・興味を持って望んでいたことが伺えた。前向きな動機から講習会へ望むことは、指導者の役割を意欲的に学ぶ契機になると考えられる。

人間は社会において役割を持っている。個人が社会的な役割を学習することは、その社会の成員として一定の役割を遂行するための能力や資質、価値基準を獲得するために必要であるといわれている¹⁵⁾。受講者は、スタッフナースという役割から新たに「指導者」という役割が与えられる。受講者は指導者の役割を果たすための一定の教育・指導能力を得る必要がある。その意味で講習会への参加は、指導者としての役割遂行に必要な能力や資質、価値基準を獲得する段階であるとも言われている¹⁶⁾。「こういうふうに通いたらいいという一瞬芸をお見せくださった」「形成的評価がおもしろい」「評価の部分はよく覚えている」「グループ討議が勉強になる」「技術は段階的に伝える」「現場で使える実際の指導の言葉がけ」「看護理論は役立つ」「学生観、指導観、患者観、3つの方向で見ていく」という受講者の言葉からは、教育方法や指導方法、教育評価の方法など教育・指導するための知識や技術を習得していたことがうかがえた。

また、講習会で受講者は、教育対象を理解するために青年心理、カウンセリング、看護教育課程などの科目の講義を受けている。そのことについて、カテゴリーの「教育対象を理解する」のなかで、「現代の若者の風潮・傾向」「学生の気持ち、不安な気持ちを汲み取り、理解

するのに役立っている」「今の若者は好きなこととか楽しいことを見つけたら、そっちの方へ走り出すという話」などと述べられていた。このことから、受講者は教育対象を理解することが指導する上で重要性であるという認識を高めていたと考えられる。そして、「今、こういう段階の学生、だいたい、こういう風な気質状況なんだって考えて」「学生がかわいく見える」「学生は理論を習ってくる」「(記録)文字にすると大差はない」などの言葉からは、実習で学生とかかわることで、より実感を持って学生への理解(教育対象への理解)を深めていたことが考えられる。現代の若者である学生を理解して学生の思いを知った上で指導を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ことがいくつか報告されている^{14)~17)}。

受講者が指導を行う際は、身近な先輩指導者や過去に学生のときに出会った指導者役割モデルを思い浮かべながら実習指導にあたっていたものと考えられる。役割理論役割取得という概念がある^{18)~20)}。役割習得とは、相互作用過程を通し他者の役割を真似て想像しながら獲得していくことである^{18)~20)}。しかしながら他方では、「実習指導者のモデルが講義では得られず悩んだ」「どういう風な接し方で学生を導いたらいいのか」「なかなかピンとこない」「どういう風な展開をしていったらいいのか」「学生の来ない病棟で実習指導者をみていなかった。」「一看護師としての業務経験しかなかった」などの言葉に代表されるように、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、講習会での学びを紐解きながら、「これでいいのか」という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ものと予測できる。

3. 講習会修了後の受講者の心理的状態について

講習会終了後、指導者としての役割を遂行するがその役割は受講者の感情とは無関係に期待される行動を伴うことがあると言われている²¹⁾。森下は、人が役割義務を遂行する際に生じる困難やストレスを役割緊張¹⁹⁾と述べている。看護職においても、役割の変化による役割緊張は起こりうる。藤野によると、ローテーションによる役割変化により、看護者にさまざま役割葛藤や役割緊張が生じていることを報告している²²⁾。指導者の役割も、一スタッフから昇格という意味と新たな「指導者」という役割が付加されるため、一つの役割変化と捉えることができる。それまでの役割とは異なる働きが求められるため、受講者にとって多かれ少なかれ、緊張、葛藤は生じるものと考えられる。

カテゴリ「困難感」では、「学生をやる気にさせるにはどういう風な言葉をかけたらいいのか」「評価表が

つらかった」「評価が一番困る」「困った学生さんにどういう風に指導を行えば、到達することが出来るのか悩む」「学生が優先的にケアを行うことで普段どおりに動けない」「(スタッフが学生を)将来一緒に働く人としてみている」「あの程度でいいの、といわれる」など、スタッフの学生に対する厳しい見方や「日勤が続くのは慣れていないのできつかった」「夜勤が続くことに慣れていない」など、実習指導を行う中で辛い、難しい、きついななどのマイナスの感情を持っていたことが述べられていた。これらの言葉からは、受講者が実習指導で感じるストレス、困難感の対象が学生のみに限らず、病棟のスタッフ(看護師など)、上司、教員など対象は複数であることが窺えた。役割は、オーディエンス(受け手/顧客)により、変化するといわれており²⁴⁾、実習指導の場面は、指導者、学生、スタッフ、医師、上司、患者、教員、コメディカルなど集団の中で展開されている^{24)~25)}。指導者は、それら複数のオーディエンスとの関係性のなかで、役割を変化させるという極めて複雑で煩雑な調整を迅速に行わなくてはならない。複数のオーディエンスの役割期待を解釈し、役割間での調整を行い、すべてのオーディエンスたちの役割期待に沿うことは厳しいと考えられる。よって、受講者の言葉からもその役割が極めて困難な経験として心に残っているものと考えられる。しかしながら、成功体験だけでなく、指導者としての力量を培うためには、このような経験を積み重ねることも有用かもしれない。

役割理論のなかに役割形成という概念がある¹⁹⁾²¹⁾。役割形成とは、「行為者が他者の役割期待を解釈し、再構成する過程を意味する」ものである¹⁹⁾²¹⁾。カテゴリ「実習指導者の役割を遂行する」のなかの「毎回、実習要綱が改正されるので、それに合わせて毎回(指導案)更新していく作業が必要」「先生と一緒に」「学生指導の中身はスタッフに見えにくい、スタッフに伝達する」「実習生のための時間的な融通」などの言葉から、受講者は教員、スタッフなどの自分に対する役割期待を解釈し、その期待にそうよう行動することで、徐々に指導者の役割を形成していたものと考えられる。

次にカテゴリの「葛藤」について述べる。先行研究からも指導者は多くの葛藤や困難を抱えていると報告されており⁴⁾¹¹⁾、今回の受講者にも同様に悩みや葛藤をかかえながら指導を行っているという傾向が見られた。また、葛藤は役割期待にきちんとこたえようとすればするほど、その葛藤は大きい傾向があるといわれている¹⁸⁾。受講者は「実習指導者とスタッフ業務の兼任」「専任だから学生だけというわけにはいかない」という指導者としての役割と一スタッフナースとしての役割を同時に果たさなければならないという葛藤を抱えていた。また、「これでいいのかなって最初はとまどいが大きい」「慣れ

てくると慣れてきたで、こういう風な指導方法でいいのかと」「経験からの知識でものをいってしまう」「私の看護観が大きく伝わってしまう」「自分の指導が偏っているんじゃないか」「もっと違う指導者が関われば、この子はちがう伸び方をしたんじゃないか」など自己の指導者として能力に対して自信の欠如、迷いや不安を抱えながら指導していることが窺えた。

指導者の葛藤や困難感、他者の役割期待に応えられないために引き起こされる¹⁸⁾が、逆に受講者自身のもつ他者への役割期待のズレも要因の一つと考えられる。たとえば、カテゴリーの中でも語られているような「無反応な学生」「何度言ってもわからない学生」「意欲のない学生」などは、受講者の期待する行動や反応を学生が表出しないために、受講者の持っている（あるいは、一般的な）学生としての役割期待に合致せず、生じてくる困難感であると考えられる。しかし、指導者はそのような場合にも実習目標を到達しなければならないという教員や上司、同僚からの役割期待に拘束され、実習指導を途中で投げ出すことが許されない。指導を続けるが、「問題のある学生、意欲がもうひとつ感じ取れない学生さんをみるとジレンマ」「反応がない学生、聞くんやけど反応がない」「何回言ってもわからない。でも続けなあかん。」などの言葉に代表されるように受講者はさらなる困難感や葛藤に陥る。本来、社会生活とは、お互いのもつ役割期待の相補性により、役割期待を先取りしながら成り立つものと言われている¹⁹⁾²⁰⁾。実習は、教育の場であり、教えるもの（指導者）と教えられるもの（学生）という師弟関係が成立しているという前提で両者のコミュニケーションを通して相互作用し合うことではじめて教育・指導が成り立つ。しかしながら、この状況では、コミュニケーション自体も成り立っていないため、指導者と学生という関係も脆弱であり、実習そのものが成立せず、危機的な状況であるといえる。しかし、どのような学生でも学生が存在する以上、実習目標を達成させるために関らなくてはならないという周囲の期待を裏切ることができず、そのことが受講者に過度の緊張を引き起こしているものと考えられる。この場合、実習指導を行う上で、必ずしもミードの言う重要他者^{18)~20)}または、役割モデル²¹⁾の存在が有用とは限らない。それは、役割のもつ外圧的で拘束的な性格ゆえに、指導者としての役割が果たせない場合、自分自身がモデルからほど遠い存在であることを感じて、受講者に否がなくとも、受講者自身が指導者としての力量不足に悩んだり、指導に自信を無くしたり、うまくいかない苛立ちを感じたり、落ち込んだり、様々な感情や思いを抱かせる要因の一つとなる可能性があるからである。それは、「クリアできない学生さんは、それこそ自分の力量不足」「困った学生さんの指導、自分の指導が偏っているんじゃないか」「もっと

ちがう指導者がかかわれば、この子はちがった伸び方をしたんじゃないか」などの言葉からも伺える。他者の役割期待を自分なりに解釈して、自己の行為を選択的に方向付けることは、成熟した行為者になるための重要な条件である¹⁸⁾。しかしながら、受講者が自分の力量では学生、教員、同僚などから役割期待に添えない場合に、自己の無力さを感じたり、責任を感じたり、自己に原因を求め追い詰めることは、指導者の意欲ややる気を減少させる。そのような辛い経験も指導者としての力量を養う糧になるというプラスに受けとめる視点をもっておくことが大切であると考えられる。そして、このような心理的な状態に陥った指導者を指導者講習会修了以降も、継続してフォローし支えていく必要があると考えられる。

4. 指導者（受講者）への心理的なサポート

カテゴリーの「実習指導者の役割を遂行する」の中で語られているように、実習指導者の役割はスタッフとの調整や学校との連携、実習指導案の活用、学生の安全の確保、実習環境の調整など、多種多様な複雑な機能である。受講者は、指導者として順応し、いずれは適応することを周囲から期待され、求められる。しかしながら、その期待に忠実であるがゆえにストレスを感じたりする場合も多い。受講者は葛藤に苦しむとき、カテゴリーの「実習指導者を支える人的環境」の中で述べられているように、「困ったら、すぐに周りにいる先輩に任せようという気持ちでいる」「数人、実習指導者がいるので色々聞きながらやっている」「主任さんがおられた、相談できた」など、病棟・病院内での上司・先輩指導者などに相談するなどして対処し、心理的にも支えられていることが明らかとなった。指導者として継続して役割を果たす上でも周囲のサポートや支えは不可欠であると考えられる。

カテゴリー「自己の指導を振り返る」では、「分かっていたいなかった学生さんが、自分たちが動きかけることで分かってくれた時はすごくやりがいを感じた」「一生懸命指導したことがまとめてあると、やった！みたいな達成感があった」という発言が聞かれた。指導した成果が現われていたり、伝えたいことが理解されるなど指導者としての成功体験からやりがいを感じていることが読み取れる。そのような経験は指導者の心理的な支えや新たな活力となり、指導者としての自信につながっているものと考えられる。

カテゴリー「実習指導者としての存在意義」では、「学校の先生以上に現場で実際の看護を指導するものの責任は非常に大きい」「現場で一番大切な学生に実際五感を使って、看護って言うのはこういうものなんだと体感させていく」「患者さんを見て学ぶことの意味っていうのが非常に大きい」「学校の先生以上に現場で実際の

看護を指導するものの責任は非常に大きい」「現場においては患者さんがいらっしゃるの、患者さんのことをよく知ったものが指導に当たる」「実習で感じてもらう、伝えていくことが大きなテーマ」など、指導者としての使命感を持つようになることがわかった。また、「もっともっと自分が勉強せなあかん」「スムーズによりよい実習にしてもらえるよう努力をしていくべきところは、たくさんある」「経験からいうのはよくない気がする」「いまだきの学生さんが習っていることが分かるなら、大学の講義とかも出たい」など、指導のあり方を自己反省し、自己研鑽の必要性を実感していた。そこには、「実習指導者としてこうあらねば成らない、こうすべきだった」という風に受講者が自己内省している姿が伺えた。自己反省とは自問することであり、それは自己が内なる他者である「問う自己」の存在により行われるものである²⁷⁾²⁸⁾。そのような自己反省は、役割に対する欲求充足を推進する行為²⁹⁾であるといわれている。

フロムによると人間というものは、社会的条件に適應するうちに自分がしなければならないことを、したいと欲するようになる特性を発達させると述べている¹⁰⁾。講習会参加前には、上司の推薦や必要に迫られて指導者役割を引き受けていた受講者も、実際に指導者を行うなかでその役割に適應し、指導者として向上したいという欲求を持つようになり、「自分がしなければならない」という使命感を明確にし、指導者へのコミットメントを強化させていったように感じられる。指導者としての育成は、受講者が講習会修了時に完結されるものではなく、その後の実習指導の経験の過程で、周囲にサポートされながら多くの葛藤や困難を盛り越えながら適應し、その能力を培うことができると考える。

VII. 結語および課題

今回の調査研究から以下のことが明らかとなった。

- 1) 受講者は講習会の学びにより、教育対象の理解に関心を持ち、実際の実習の場で学生と関ることにより実感をもって理解を深めていた。
- 2) 受講者は、指導に対する迷い、指導者として力量不足など葛藤や困難を持ちながら指導を行っていた。
- 3) 指導者は、自己の指導に対する自己評価から自己研鑽の必要性を感じていた。
- 4) 受講者は、葛藤や困難を抱えて実習指導を行っていたが、先輩指導者や上司などのサポートを得て実習指導を継続していた。

なお、本研究は、滋賀県ナースセンター事業の受託および滋賀県立大学人間看護部地域交流看護実践研究センター共同研究助成に基づき滋賀県看護協会および滋賀県

立大学人間看護部の共同研究として行った。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く調査にご協力くださいました滋賀県実習指導者講習会受講修了者の皆様および対象病院、施設の看護部長様、管理者の皆様へ深く感謝いたします。

文 献

- 1) 厚生労働省(旧厚生省健康政策局),「都道府県保健婦助産婦看護婦実習指導者講習会の開催について」第一編 基本法令及び通知 第二章基本通知, pp 930-934, 1993.
- 2) 小山敦代他, 実習指導者の指導状況の実態に関する検討—実習指導者講習会受講1年後の受講者を対象として—, 福井県立大学看護短期大学部論集 Vol. 7, pp97-106, 1998.
- 3) 田原幸子他, 「保健婦・士」「助産婦」「看護婦・看護師」実習指導者講習会受講者の動向と講習会の効果, 東海大学健康科学部紀要, Vol6, pp87-93, 2001.
- 4) 佐々木綾子他, 実習指導者講習会の効果に関する検討—意識変化, 受講内容の評価および現場での問題点の分析—, 福井県立大学看護短期大学部論集 Vol. 7, pp139-152, 1998.
- 5) 宮崎伊久子他, 実習指導場面の振り返りを中心とした自主的学習からの学び—学生への働きかけを判断する視点と動機—, 第35回日本看護学会誌(看護教育), pp256-258, 2004.
- 6) 滝澤紀子他, 実習指導者講習会受講生の目標達成度の評価およびカリキュラムの検討, 東海大学健康科学部紀要, Vol6, pp65-70, 2000.
- 7) 山田豊子他, 臨地実習指導における看護師の役割意識調査について—看護師の受けた看護基礎教育に関する認識から—, 京都市立看護短期大学紀要, Vol. 30, pp105-110.
- 8) 伊藤良子他, 臨地実習指導における看護師の役割意識調査について(第2報)—若年者群間と非若年者群間の役割意識調査と実行度の比較—, 京都市立看護短期大学紀要, Vol. 30, pp111-120.
- 9) 田中千裕他, 臨地実習指導者の育成—指導者を支える環境づくりを考える—, 第35回日本看護学会誌(看護教育), pp259-261, 2004.
- 10) 嶋屋順子他, 臨床実習指導に対する看護師の問題意識および役割認識—臨床実習研修受講および指導担当経験の有無によるちがい—, 第35回日本看護学会

- 誌（看護教育），pp329-331，2003.
- 11) ウヴェ・フリック著，小田博志他訳，質的研究入門—人間の科学のための方法論—，pp219-244，春秋社，2002.
 - 12) 城丸瑞恵他，看護管理者が臨床実習指導者講習会にスタッフを参加させる理由と期待，看護科学の实践，Vol. 7，pp59-63，2001.
 - 13) 白倉幸男編，第7章 現代社会における人間形成—社会化論の展開—，現代の社会システム 第2版，pp120-137，学術図書出版社，1994.
 - 14) 秋山 智他，学生の経験からみた臨床指導者の様相，看護教育，Vol. 46，No. 2，110-115，2005.
 - 15) 秋元典子他，学生への動機づけを促進する臨地実習指導の方法，Quality Nursing，Vol. 10，No. 8，63-74，2004.
 - 16) 舟島なをみ，第一章 看護教育学研究の体系，看護教育学研究 第2版，18-22，医学書院，2002.
 - 17) 杉森みどり他，看護教育学 第4版，医学書院，256-295，1998.
 - 18) 森下伸也，第1部 社会学の理論 第2章 相互作用論の世界，社会学にわかる事典 第8刷，pp60-77，日本実業出版，2002.
 - 19) 西原和久，第8章 G・H・ミード理論の基本視軸 発生社会学への系譜，自己と社会—現象学 of 社会学理論と<発生社会学>—，pp20-38，新泉社，2003.
 - 20) 伊藤勇他編著，相互行為論の端緒—ミードの社会学—，相互行為の社会学心理学 ニューセンチュリー社会学心理学5，pp47-66，北樹出版，2002.
 - 21) 丸山哲央監修，新版 新しい世紀の社会学中辞典，pp353-355，ミネルヴァ書房，2005.
 - 22) 濱嶋 朗他編集，社会学小辞典 新版増補版第1版，有斐閣，pp598-601，2005.
 - 23) 藤野みつ子他，ローテーションがエキスパートナースに及ぼす影響，日本看護研究学会雑誌，Vol25 No3，pp228，2002.
 - 24) ゴッフマン著，佐藤武・折橋徹彦訳，役割距離，ゴッフマン社会学2 出合い—相互行為の社会学—，pp84-171，1985.
 - 25) ゴッフマン著，佐藤武・折橋徹彦訳，解説 ゴッフマンとその自己論，ゴッフマン社会学2 出合い—相互行為の社会学—，pp199-231，誠信書房，1985.
 - 26) ゴッフマン著，石黒毅訳，第1章 さまざまなパフォーマンス，ゴッフマン社会学2 行為と演技，誠信書房，pp19-89，1985.
 - 27) 西原和久，第2章 他者との間の系譜 問い問い直す，自己と社会—現象学 of 社会学理論と<発生社会学>—，pp39-54，新泉社，2003.
 - 28) 西原和久，第1章 自己への問いの系譜 現象学的社会学の視線，自己と社会—現象学 of 社会学理論と<発生社会学>—，pp20-38，新泉社，2003.
 - 29) 日本社会学会編集委員会編，現代社会学入門 第2版第32刷発行，pp7-29，有斐閣，1996.

Effects of the Training Course for Nursing Instructor in clinical Practice on the Role Performance of it's Participator

Terumi Yoneda¹⁾, Naomi Maegawa¹⁾, Yoshie Okino¹⁾, Miwako Terada¹⁾, Kyoko Kanamori¹⁾,
Tomoko Hinode²⁾, Toshiko Fujii²⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾Shiga Japan Nursing Association

Key Words Training Course for Nursing Instructors , Clinical Practice, Nursing Instructor

活動と資料

第1回助産フォーラムからみえてきたこと —フリースタイル出産をテーマに—



古川 洋子¹⁾、嶋澤 恭子¹⁾、岩谷 澄香¹⁾
高橋 里亥²⁾、正木紀代子¹⁾、山田 奈央³⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾白鳳女子短期大学

³⁾前滋賀県立大学人間看護学部

キーワード 助産学、フリースタイル、出産、フォーラム 技術演習

I. はじめに

最近の出産事情をみると、人の命に直接関わることから倫理性や安全性、安楽性が強調されている中、相次ぐ産科病棟の閉鎖、産科医の減少が叫ばれ、産み場所を求め歩く妊婦を「お産難民」と称されるようになってきた。日本における女性たちの出産場所は、1960年代を境に家庭分娩から施設分娩へと移行していった。施設内出産が99%以上を占めるようになった現代であるが、そのなかで女性たちはいろんな出産のあり方を考えるようになった。もはや、「産ませてもらう」などの成り行き任せのお産は少なくなっているのではなからうか。最近では、アクティブバースをはじめ、フリースタイル出産など“お産多様化時代”を迎えたといっても過言ではない。今や女性は出産を選択できる幸福を感じ、同様に迷いや混乱も生じている現状がある。女性には、自分自身に子どもを産む方法を見つける能力が備わっているといわれている。その能力を引き出すために助産師は、女性に共感し寄り添い、ケアの質を上げていくことが要求されている。今回、より良い助産ケアを目指し、滋賀県立大学人間看護学部助産師選択課程の第1期生が卒業を迎えることを記念し、滋賀県立大学人間看護学部第1回助産フォーラムを開催した。

II. 助産師フォーラムの目的

より質の高い助産師教育の向上を目指し、助産に関する知識や技術を共有することを目的に滋賀県立大学人間看護学部第1回助産フォーラムを開催した。今回のフォーラムは、地域の助産師の参加のもと、アクティブバースの実践を演習に取り入れた演習を通して、アクティブバース、フリースタイル出産の技術演習をおこなった。第1回助産フォーラムの開催について報告する。

II. フォーラムの内容 (表1参照)

1. 日時・講師・参加者

平成19年3月21日、本学成育看護学実習室 (E4-101教室) にて第1回助産フォーラムを開催した。講師は、日本赤十字社医療センター分娩室助産師長の中根直子先生とアシスタント講師4名の計5名でおこなわれた。参加者は、滋賀県内の助産師や学生の84名の参加があった。

2. 講義内容

(1) 講義 (表1参照)

表1) フォーラムの目的と実施内容

テーマは「フリースタイル出産の現実化メモ」と題し、出産時のケアに焦点を当て、講師からの講義とした。分娩介助以前のケアについて、自由な体位で出産にいたるためには、遠慮なく自由に振舞うことのできる環境作りが基礎であること、そのときの助産師のあり方として、オープンマインドであること、人間の五感に関わる全ての環境を整えること、多角的な情報収集で正確にアセス

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先: 古川 洋子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

e-mail: furukawa@nurse.usp.ac.jp

| | |
|----------|---|
| フォーラムの目的 | 教育現場と地域や臨床で働く助産師が交流し、助産についての新しい知識や技術を共有する |
| テーマ | 「もっと自由な出産を ～フリースタイル分娩～」 |
| 今回の目標 | フリースタイル分娩の理解と実際について、 出産の実技演習を通しての学びを深め、実践 活用への方向付けができる |
| 講師 | 中根直子先生 日本赤十字社医療センター助 産師長 アシスタント講師（助産師）4名 |
| 参加者 | 助産師・助産学生84名 |
| 日時 | 平成19年3月21日（水・春分の日） 13:30～16:00 |
| 場所 | 滋賀県立大学人間看護学部 看護棟 E4-101 |
| 講義内容 | 講義：フリースタイル出産について （約1時間） 分娩介助以前のケア、分娩介助の周辺、分 娩に関するEBM 臨床でよく出会う問題、フリースタイルに 関するVTR （側臥位分娩、膝手位分娩、Parto cocoras） 演習：フリースタイル出産の介助技術に関す るデモンストレーション 5グループに分かれて実技演習 （約1時間30分） |
| 広報 | 大学のホームページへの掲載、施設への広報 紙の配布 |

メントすることについて考える教材を得た。主な内容は、「フリースタイル出産とは」から始まり、分娩体位の歴史の変遷やEBMと分娩体位、分娩体位からみる娩出力方向の講義であった。日ごろの業務についてもう一度EBMにそって検討し変えていくこと、助産技術に関しては細かい技術からなれること、例えば産婦が自由に楽な体位を取っていても診察ができるようになることを示された。さらには、産婦のニーズに敏感になることについて講義を受けた。産婦のニーズに関しては、話に十分耳を傾け、バースプランやレビューをとおして、産婦とともに出産を考えることの重要性を再認識する内容であった。さらには、出産のとき「声を出すと力が逃げる」、といわれがちだが、本当に力が出ないのか？という問いには、実際にアスリート達の例から説明を受け、臨床でよく出会う問題として、身近な問題に対してどのように解決していくのかについてのヒントを得ることができた（表1参照）。

（2）演習

後半の演習では、まずは複数の講師によるフリースタイル出産のデモンストレーションを受け、その後5つのグループに分かれ、技術演習をおこなった。各グループ講師の指導の下、実際に分娩介助模型を使用し、児の出生をどのように手助けし、母親の姿勢をどのように安楽に保ちながら分娩介助をおこなっていくのかなどの実技を演習した（写真1、写真2参照）。

Ⅲ. アンケート調査

1. アンケート内容

①フォーラムをどこで知ったか、②フォーラムへの参加動機、③講師に対する興味、④フォーラムの内容、⑤講師への興味、⑥フォーラムの時間配分、⑦フォーラムの感想について調査した。アンケートは、自記式記入用紙とし、回収箱にて回収をおこなった。

2. 調査方法

1) 倫理的配慮

フォーラムの参加者に、アンケート調査をおこなった。調査に関しては、フォーラム開始前に受講に関するアンケート調査を依頼した。依頼は、口頭でおこなった。調査結果に関しては、倫理的配慮として個人は特定されることなく、データとして取り扱うこと、なんら不利益を被ることはないこと、アンケートの記載は強制ではないことを口頭にて説明をおこなった。さらに、結果については今後の検討資料にさせていただくこと、学内外の報告をさせていただくことの説明をおこなった。会場には、メディア取材の依頼もあり、そのことに関する説明と同意、学内者による撮影もおこなうことについての説明と同意を得た。報告書に添付する写真については、口頭にて再度関係者に掲載のお願いと説明をおこない同意を得た。

2) アンケート用紙は、フォーラムのレジュメと一緒に手渡し、無記名自記式法でおこない、回収は、フォーラム内設置の回収ボックスにておこなった。

3. 結果

助産師71名、助産学生13名、合計84名の参加者があった。アンケートの回収は46であり、回収率55%であった。フォーラムは大学からのお知らせや知人助産師からの連絡で41名が知ったと回答し、参加動機は42名が「テーマに関心があった」とし、14名が「講師に関心があった」としている（図1、図2）。フォーラムの講師には45名が「興味を持った」とし、内容は45名が「よかった」と回答していた。フォーラムの時間配分に関しては、27名が「ちょうど良い」、17名が「短い」、2名が「長い」と回答していた。

また、受講後の自由記載感想は、「フォーラムの方法や内容に関する感想」（表3）と「フォーラムの再帰性に関する感想」（表4）に分類できた。「フォーラムの方法や内容に関する感想」では、テーマ、講師、方法、実技、ビデオ、苦情の項目に分けられた。中でも、実技に関する項目の記載が多くを占めた。講師に手を添えていただきながら教わったこと、演習があってわかりやすかったことなどが示されていた。「フォーラムの再帰性に関

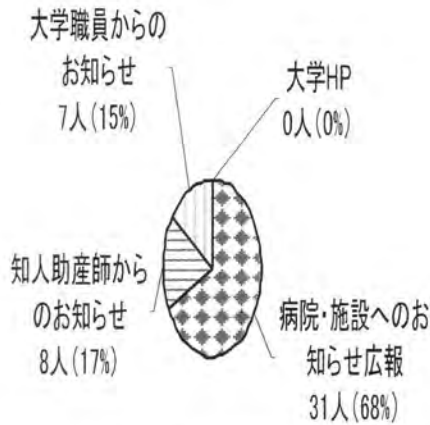


図1 フォーラムをどこで知ったか (n=46)

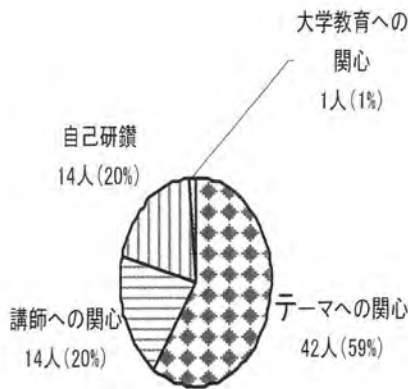


図2 フォーラムへの参加動機(理由) (複数回答 n=71)



写真1 演習風景1

(許可を得て掲載しているものである)



写真2 演習風景2

(許可を得て掲載しているものである)
(2007.3.22 朝日新聞朝刊掲載)

表2) フォーラムの方法や内容に関する感想

| 感想項目 | 感想内容 |
|-----------|--|
| テーマ | 助産業務の大切な場面、経験の有無にかかわらず常に関心の高い内容である |
| | 雑誌などでしかフリースタイルを学ぶことができなかったので実際に実施することができて良かった |
| 講師 | 現代に注目を浴びる内容である |
| | 学生時代から尊敬していた中根先生に教えて頂きとても嬉しかった |
| | 以前、中根先生が出演されているビデオを見たときから大ファンで、直接お話を聞いて嬉しかった 久々に中根先生の話を聞いて元気になった とても身近に感じられた |
| 方法 | 参加型のフォーラムですごく勉強になった |
| | 参加型で良かった |
| フォーラム内容方法 | 詳しく手取り足取り教えて頂きよかった |
| | 手を添えながら実技を教えて頂いたこと |
| | 分娩介助模型による練習がとてもわかりやすかった |
| | 分娩介助模型による練習がよかった |
| | 演習があってわかりやすかった |
| | 実践的でとても学びが多く有意義な研修だった |
| | 実技ができたこと |
| | 演習に時間がとれていた |
| | 全員でできるくらいの時間があれば良かった |
| | 演習時間がゆとりもてた |
| 実技 | 実技も手技を見て頂きながら指導して頂いてとても勉強になった |
| | 見ていたら簡単そうだけど、実際にやってみるとトレーニングを積まないといけないことがわかった |
| ビデオ | 四つんばい介助 |
| | 出産シーンのビデオが印象的 |
| 苦情 | ビデオを通して分娩が自然なものであることがわかった |
| | 資料のコピーで写真が見えなかった |

する感想」では、現在自分の置かれている状況にどう活かしていくのかという「現場(自己)へ活かす」項目と、現状を振り返りどう考えていくのかという「現場(自分)再考」項目に分類できた。今後職場で生かしていくことへの参考や学びをどのように深めていくのかという具体が示される内容が多かった。自分への再考では、出産の主役の再確認や対象との関係性の見直しなどの内容が示されていた。

表3) フォーラムの再帰性に関する感想

| | |
|--|---|
| 再帰性 | うちの病院でも前置分娩やフリースタイル取り入れたらいいのでとても参考になった |
| | 実践できず話かせられなかった |
| | 実践に取り入れてほしい内容であった |
| | 息ながら自分のできる範囲で始めてみようと思った |
| | お母さん、赤ちゃんそしてご家族がお産楽しかったと思ってもらえるようなケアをしたい |
| | 「前に産産に落ちること」を再度感じた。自然に産まないことの大切さを再認識する |
| | かなり参考になりました。どんな産前でも対応できるように準備をしたいと思います |
| | アクティブパースを病院のスタッフと共有し、今後アクティブパースをしていきたい |
| | これからアクティブパースを行うものとして考えるところがあつた。今後に活かしたい |
| | ハイリスクも多い病院なのにフリースタイルをされている。私たちもできると思いました。まずは今日の資料をみんなで見ながら勉強会から始めます |
| フォーラムの再帰性 | 学生の指導人だことを思い出した。今日の学びを大学病院でも取り入れることができるよう少しずつできていきたいと思います |
| | フリースタイルの助産技術は難しいけど学んでいきたい |
| | 産婦との関係で行えないのですが、分娩に至るまでの経過もとても大事だと再認識した |
| | いきみの方法、今まで大きく息を吸って息をもらっていたので衝撃的だった |
| | 産婦保護をしっかりと分けてあげられる。今まで色々手を加えていたと思った |
| | なかなか施設ではできないことではありますが今日の経験で学んだことを活かしていきたい |
| | 病院で取れなかったものを思い出させて頂きました |
| | 産前でも病院でもフリースタイル出産が広がれば、産婦さんたちにとってどんなにかいいでしょう |
| | 出産の主役は「母と子」であるということを大切にしていきたい |
| | 出産の主体性をさらに確信しました。 |
| ごく自然に順おればよいと思った | |
| フリースタイルを取り入れることで産婦さんと近づける気がした | |
| 産婦をコーチングしない | |
| 熱い助産師たちがいること | |
| 産婦さんが自力でお産できるようにフォローするのが助産師の役割というのが重んじられました。 | |
| お陰になりますこと | |
| 先生が介助は簡単と書かれていたこと | |
| 何も手をかけなくても安全に生まれるという事 | |

4. 考察

今回、参加者の約60%がテーマに関心を示し、ほぼ全員が講師に興味を持っていた。このことから、フォーラムへの参加者が予想以上に多く、テーマの関心度は高かったことが伺え、参加助産師の興味関心は満たされていたと考える。参加者の自由記載の感想内容から、演習効果が高かったフォーラムであったということがわかる。「フォーラムの方法や内容に関する感想」では、実技に関する感想が多く、模型を使用し実践的な演習がおこなえたことで学びに繋がったことが考えられる。実習室を利用し、教材を使用し、実際に援助技術について臨床助産師たちと会話をしながら技術の向上が目指せることは大きな意味があると考えられる。地域や臨床の助産師たちに実際に大学での学習教材を示す機会は少ないが、教材を示すことで学習内容の予測は付き、イメージできるのではなかろうか。

「フォーラムの再帰性に関する感想」では、フォーラムの受講内容を臨床現場や自分自身へ活かすことの内容と現場や自分の再考する内容があげられた。現場や自分に生かそうとする内容は、スタッフとの共有や実践への導入を視野に入れ、今後の実践変革へとつながるものと

してとらえられた。現場や自分の再考では、業務の振り返りや再認識への刺激となっていたことが伺える。社会情勢から見て分娩取扱いを休止している病院が増える中、新たな助産師の活動方法を模索する契機にもなっていると考える。

県内ではまだまだ供給の少ないフリースタイル出産についてのフォーラムをおこなったことは、受講者の感想から、目標は達成できたと考える。助産師の中には、フリースタイルに関する助産技術を提供したいと考えている声をよく耳にするが、実践には移せていない現実がある。しかし、どの助産師も、どうあれば産みの女性たちとうまく寄り添い、安全安楽で満足度の高い出産体験となるのであろうかと考え続けている結果ではなかろうか。最近、パースプランの立案やその評価であるパースレビューの重要性がいわれている。女性とともに、そのときをどう過ごしていくのか、女性が自ら選択したフリースタイル出産への助産技術の提供への需要も高まっていくであろう。

日本のお産が揺れ動き、医療や出産に対する考え方が変わりつつある中、助産師も「女性にとって何が一番いいのか」と探し求めていると考える。女性にとってより良いケアのあり方を様々な助産師がセッションし合い、その姿を学生が見聞きすることは大きな刺激となろう。日頃多忙な中業務をこなしている助産師にとっても、実技演習をとおして「見ていたら簡単そうだったけれど、実際やってみるとトレーニングを積まないといけないことがわかった」、さらには、「実践的で学びが大きいフォーラムだった」の表現から助産師としての意識の啓発などが深まったのではなかろうか。「参加型のフォーラムがよかった」、「実践者を身近に感じられた」、「臨床の実践に取り入れていくことを考えたい内容であった」など、自らが技術演習をおこない、そのうえ実践者を目前に身近なところでアドバイスを受けながら研修が進んだこと、さらには、今後の業務改善へと進んだフォーラムであったことが理解できる。ひとつのテーマから、技術演習の中で現状を省み、助産師同士お互いを刺激することの意義は大きく、フォーラムの再帰性が評価できるといえる。

IV. 結語

当初、50名の参加を予定していたところ、90名近くの申し込みがあった。直に、実践者としての手本を見ることで助産に関する知識・技術の伝達及び共有をすることから、今後の臨床活動へ活かすことや自分自身の再考になったと考える。これから卒業をし、社会で助産師として羽ばたこうとしている学生にとっては、教育の現場と地域や臨床で活動する助産師との連携をしていくことは、

今後の関係性のあり方に大きく影響するのではなかろうか。それぞれの立場で助産師を取り巻く課題に対して、交流を深めながらともに協働していくことで、助産の質の向上につながることを実感した。今後も地域と交流しながら、教育に反映できる方法の一つとして、大学の魅力を伝えながら、質向上をめざし継続していく予定である。

文 献

1. 中根直子：これからの出産準備教室，ペリネイタルケア，夏季増刊号，メディカル出版，2005.
2. 中根直子：産婦に優しい分娩体位① テクニックの解説とテクニックを離れて思うこと，助産雑誌vol. 60, no. 1, 20-29, 医学書院，2006.
3. 中根直子：Perinatal Care Note 分娩介助 周産期手帳②，メディカ出版，2007.

As Hold the 1st Midwifery Forum –With Free-Style Birth as the Theme–

Yoko Furukawa¹⁾, Kyoko Shimazawa¹⁾, Sumika Iwatani¹⁾
Satoi Takahashi²⁾, Kiyoko Masaki³⁾, Nao Yamada³⁾

¹⁾ School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾ Hakuho Women's College

³⁾ Former School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Key Words Midwifery, Free-style, Childbirth, Forum, Technical practice

活動と資料

『教員・学生交流型出席カード』を 活用した学習支援の試み



伊丹君和、久留島美紀子
滋賀県立大学 人間看護学部

キーワード 教員・学生交流型出席カード、学習支援

I. はじめに

近年、教育を取り巻く環境が日々変化する中、大学教員においても教育・研究能力を研鑽し向上することが求められており、各大学においてさまざまな取り組みが行われている。鹿児島大学では双方向授業のための学習連絡シートを使用し、学生の理解度や学習の進捗状況を把握するとともに複数教員での授業の場合に教員間の連携に役立てられている¹⁾。また、鳥取大学農学部においては毎回小試験を実施することにより授業内容の理解度や説明不足の把握ができ、学習効果の向上が認められている²⁾。三重大学教育学部においても、毎授業の終了直前に授業に関する意見や感想を求める受講カードを導入し、学生との交流や授業改善に役立てている³⁾。

そのような中、滋賀県立大学においても平成19年度より授業の双方向性を高めることによる教育効果の向上を図るためレスポンスペーパー方式が試行された。著者も平成18年度10月から、担当している1年生の生活行動看護論演習において、学生の理解度の把握や授業改善などを目的として「教員・学生交流型出席カード」を考案し導入している。今回はそのカードを用いた学習支援の試みについて述べる。

II. 対象および方法

1. 「教員・学生交流型出席カード」の概要

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理
連絡先：伊丹 君和
滋賀県立大学人間看護学部
住 所：彦根市八坂町2500
e-mail：k-itami@nurse.usp.ac.jp

導入した授業である生活行動看護論演習は、1年生前期から2年生前期の1年間を通じて行われており、看護の基礎を学ぶ上で土台となるものの一つともいえる。本演習では、卒業前に実施される看護師の国家試験も見据えて、重要となる知識をいかに確実に身につけることができるか、学生自らが技術を創造し習得していくための学習環境をいかに整えることができるか、学生の学習意欲をいかに高めることができるかなど、常に教育面で模索しながら試行錯誤を続けている。図1は、本演習での1場面である。



図1. 生活行動看護論演習1での1場面

「教員・学生交流型出席カード」の形式と記入にあたっては、可能な限り授業時間を有効に使うことができるよう必要最小限の内容に厳選し、用紙の大きさもA5版と最小にした。記入は各演習終了5分前に用紙を配布して3分間で実施することとし、記入後に回収した。なお、

用紙は記名式とした。また、返却後に学生が振り返って何度もみることができるようA5判のファイルを演習1回目に配布し、1年間継続してファイリングできるようにした。

内容は、三重大学教育学部織田らの「大福帳」を用いた授業実践報告も参考として、1) 前回の演習後からの自己学習・練習時間とその理由、2) 小テスト(前回の演習単元における過去の国家試験問題3問程度、〇×式)、3) 演習の理解度評定と感想、4) 何でもご意見箱、とした(図2参照)。

<生活行動看護論演習I 出席カード
2006.10.27 ()日 氏名()>

1) 前回の演習後、自己学習・練習を行いましたか?
1) 行った 2) やり行った *1)2)の人の学習時間()分・練習時間()分
3) あまり行っていない 4) 行っていない
*3)4)の人: 織田()

2) 「大福帳(バカコリス)」に関する過去の国家試験問題より出題します。〇か×かで、
1) 持ち上げる物体までの距離は短い方がよい ()
2) 重心線は支持基底面内を通過する方が安定する ()
3) 重い物を持ち上げる時は、膝を曲げて大きな筋群を利用する ()

3) 本日の「保任変換」の演習について
1) 理解できた 2) やや理解できた 3) あまり理解できなかった 4) 理解できなかった
*印象に残ったことや感想など

4) その他、何でもご意見箱:

図2. 「教員・学生交流型出席カード」の1例

なお、翌週の演習時には、教員が小テストを採点し、学生の記載内容に対してコメントを記入し返却することとした。このことによって、教員と学生との双方向の交流が紙面を通して可能となる。このほか、小テストに対して解説とともに解答し、必要時前回の授業内容に対する補足説明やアドバイスを全員に実施することとした。

2. 対象と方法

「教員・学生交流型出席カード」を用いた学習支援の試みに対する学生の反応を把握するため、平成18年度後期の生活行動看護論演習I(180分*14回)を受講した1年生61名を対象として、最終の演習終了後に「教員・学生交流型出席カード」についての質問紙調査を実施した。分析は4段階評定および自由記載の質的分析とした。

3. 倫理的配慮

質問紙調査の目的を伝えた後、参加の自由および匿名性の保持、個人評価に不利益がないことを口頭と書面で説明し、同意と協力を得た。

III. 研究結果

「教員・学生交流型出席カード」についての質問紙調査を実施した結果、60名の学生から協力を得た(回収率98.4%)。

「出席カードは演習する上で役立ったか」について4段階評定した結果、役立った、やや役立ったと回答した者が54名(94.7%)であった(図3)。「出席カードの中の小テストは学習意欲の向上に役立ったか」では、58名(96.7%)が役立った、やや役立ったと回答しており、「自己学習・練習時間の記入は学習意欲の向上に役立ったか」についても、54名(90.0%)が同様に役立った、やや役立ったと回答していた(図4、図5)。

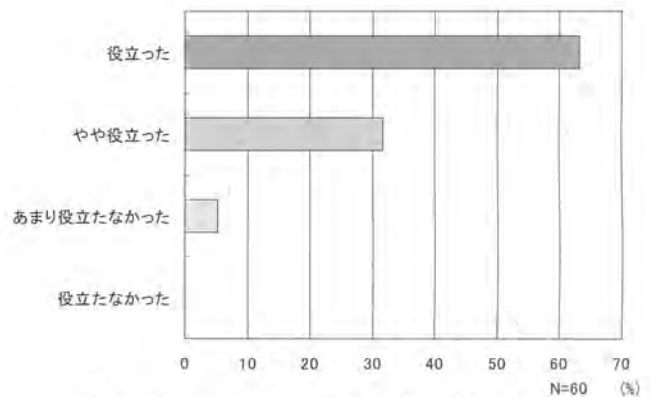


図3. 出席カードは演習する上で役立ったか

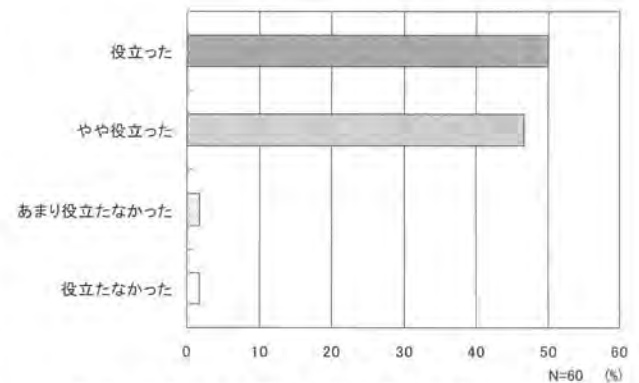


図4. 小テストは学習意欲の向上に役立ったか

また、通常授業期間での演習時間外の自己練習平均時間数は1人当たり14.0時間であり、出席カード導入前の昨年度の13.8時間と比較して高い傾向にあることが認められた。

一方、自由記載では、教員のコメントによって「嬉しい、がんばろうという気持ちにつながった」という『意

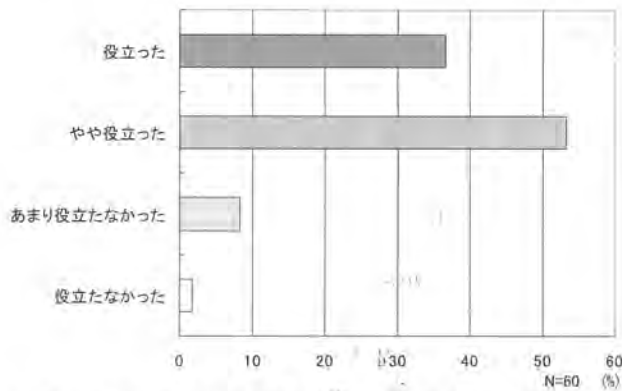


図5. 自己学習・練習時間の記入は学習意欲の向上に役立ったか

『意欲の向上』を記した者が多くみられた。その他、「教員との対話やつながりが持てた」という『教員との関係向上』、「適切なアドバイス」による『演習内容の理解促進』、「質問や演習への要望に対して翌週には演習に反映してもらえた」という『演習内容充実効果』など5カテゴリーおよび8サブカテゴリーが抽出された(表1)。

表1. 「教員・学生交流型出席カード」導入により学生が感じたこと

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|---------------|---------------------------|
| I 意欲の向上 | 教員のコメントによりやる気のアップ |
| | 教員と学生との双方向の交流による嬉しさと次への意欲 |
| II 教員との関係向上 | 教員とのつながりの向上 |
| III 演習内容の理解促進 | 教員からのアドバイスによる理解促進 |
| | 学生からの意見による演習内容環境の改善 |
| IV 演習内容の充実効果 | 学生の疑問点への教員のアドバイス |
| | 教員のアドバイスによる「考える機会」の増加 |
| V 考える機会 | 課題の振り返りが可能 |

『意欲の向上』では、「毎回毎回先生がコメントしてくださるので、先生の授業に対する熱意がとても伝わってきて、私もがんばろうと思えました」「きちんとコメントしてくれていて、「こうしたらいいんだ」などと納得させられたり、やる気もできました」「コメントによって励まされたりほめられたりするのが嬉しくて、「次回も頑張ろう」という気になった」などの記載がみられていた。

また、『教員との関係向上』では、「先生とのつながりが持てた感じで、すごく良かったと思います」や「自分のコメントに対しての返事が励みとなったり、先生とのつながりが持てた気がして、毎回楽しみでした」などがみられており、『演習内容の理解促進』『演習内容充実効果』では、「アドバイスが次に生かせるものだった」「自分が疑問に思ったことや不明な点について答えてくれて、さらにもっとこうしたらいいみたいだな次につながることが書かれていた」や「意見もすぐに聞き入れ改善

してもらえたのがとても驚きだった」などの意見がみられていた。

そのほか、『考える機会』では、「先生のコメントを読んで自分の書いたコメントをもう一度見直して、考え直したりできた」や「先生のアドバイスをもとに、考える機会が増えたとし、やる気も起きました」などの記載がみられた。

なお、今回の調査では、学生のネガティブな反応はほとんどみられなかったが、1名の学生から「紙の上でのやりとりでは、自分の感想も先生のコメントも伝わりきっていない時があります」という意見が得られた。

IV. 考察

今回考案した「教員・学生交流型出席カード」は、1) 前回の演習後からの自己学習・練習時間とその理由、2) 小テスト(前回の演習単元における過去の国家試験問題3問程度、○×式)、3) 演習の理解度評定と感想、4) 何でもご意見箱、と記載内容は豊富であるが、紙面をA5版に抑え、記入時間も授業終了前の3分間と設定して導入した。このような「教員・学生交流型出席カード」に対して、94.7%の学生が「演習する上で役に立った」と回答しており、学習支援への試みとして導入したカードに対する学生の評価は高いことが認められた。

また、小テストも毎回数問盛り込むこととしたが、同様な試みを行った鳥取大学においても授業内容の理解度や説明不足の把握ができ学習効果の向上が認められた²¹⁾とあるように、今回、小テストも加えたことに対して、96.7%の学生が「出席カードの中の小テストは学習意欲の向上に役に立った」と評価していた。このような小テストや自己学習時間の記入は学習意欲の向上につながり、自己練習時間数の延長からも示されたように学生の自己学習支援にもつながったと考える。

一方、自由記載においても、教員のコメントによって嬉しい、がんばろうという気持ちにつながったという『意欲の向上』を記した者が多くみられ、教員との対話やつながりが持てたという『教員との関係向上』、適切なアドバイスによる『演習内容の理解促進』、質問や演習への要望に対して翌週には演習に反映してもらえたという『演習内容充実効果』など5カテゴリーが抽出された。三重大学における『大福帳効果』¹¹⁾にもみられているように、教員から学生へ細やかなコメントが確実に毎週返却されるという方法は、学生への信頼を高め学習意欲の向上に貢献できる。

V. 結 語

今回、人間看護学部1年生の生活行動看護論演習において、学生の理解度の把握や学習支援を目的として「教員・学生交流型出席カード」を考案し導入する試みを行った。そのことに対する学生の評価は高く、学生の意欲向上と自己学習支援にもつながったことを、質問紙調査および自己練習時間数などから確認することができた。

今後も引き続き、授業改善および学生の学習意欲の向上と自己学習支援に向けて、常にフィードバックを重ねながら努めていきたい。

参考文献・資料等

- 1) 鹿児島大学HP『平成18年度文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム（特色GP）」鹿児島の中に世界をみる教養科目群の構築』<http://kss.kuas.kagoshima-u.ac.jp/kyomu/18tokusyoku.pdf>
- 2) 鳥取大学HP『平成15年度文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム（特色GP）」アウエアネスを持った学生づくり教育』<http://www.tottori-u.ac.jp>
- 3) 織田揮準：大福帳による授業改善の試み、三重大学教育学部研究紀要第42巻、p165-174、1991.

A Trial of the Learning Support that Utilized the Response Cards between Teacher and Students

Kimiwa Itami, Mikiko Kurushima

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Key Words response cards between teacher and students, learning support.

活動と資料

地域看護論演習におけるロールプレイの評価 —家庭訪問場面の会話分析から—



岡本 里香、西田 厚子、玉水 里美
滋賀県立大学 人間看護学部

キーワード ロールプレイ、会話分析、家庭訪問、地域看護学、看護教育

I. はじめに

保健師が行う家庭訪問は、対象者のホームグラウンドで展開される看護である。初回訪問において信頼関係を築きながら援助計画に必要な情報収集し、家庭の条件に合わせた具体的な援助を行うことで、援助効果も上がりやすい。そのためには、対象者に訪問を受け入れてもらえるよう、対象者が主（ホスト）、保健師が客という関係になり、生活の営みに身を置くことが必要となる¹⁾。しかし、家庭訪問におけるコミュニケーション技術については、対象に何をどのようなタイミング、順序で伝えていくかについては検討されてきたが、その伝え方については関係性の構築に対して相手の会話のペースに合わせ²⁾という曖昧で、原則的な表現にとどまっている。

これまでに家庭訪問の技術学習を深めるために、ロールプレイは効果的な教授方法の一つとして取り入れられてきた³⁾。しかし、その評価方法には、評価尺度による量的評価や学生のレポート、自由記述から学びを抽出する内容分析が用いられており⁴⁾⁵⁾⁶⁾、ロールプレイでの学生の会話内容に着目したものはみあたらない。

生活の場を活動の拠点とする保健師は、対象の生活の中に入り、日常の会話から情報を得ることが必要であり、また、対象者—保健師間で展開される会話の秩序を明らかにすることは信頼関係を築くための第一歩ともなるため、保健師教育の中で会話分析の手法⁷⁾を学ぶことは有効と考える。保健医療福祉分野においても、医師と看護

職の「指示出し」「指示受け」場面⁸⁾、医師—患者間コミュニケーション⁹⁾、などの研究で用いられており、医療従事者の教育方法として注目され始めている。発話の状況を具体化、客観化することができる会話分析の手法をロールプレイの評価ツールとして活用することで、従来の会話内容を中心とした分析方法よりも、学生のコミュニケーションスキルの実態がリアルに把握でき、学生への指導内容にも具体性を持たせることが期待できる。

今回は、会話分析の手法を用いて、家庭訪問のロールプレイ場面の会話分析を行うことにより、地域看護論演習におけるロールプレイの評価について検討した。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究では、社会学者であるH・サックスやE・シェグロフらによって提唱された「会話分析 (Conversation Analysis)」の手法¹⁰⁾を用いて、ロールプレイの評価を行うために、家庭訪問のロールプレイ場面を再構成し、会話内容の分析を行った。

会話分析の手法は、1960年代、人びとの日常生活の対人関係における意思疎通の基盤が、どのように組み立てられ、意味づけ、理解されているのかについての経験的なエスノメソドロジー (ethnomethodology) 研究をもとに確立された。この手法は、会話のような「人と言葉を交わす」実践の研究方法であり、録音したデータを文字に転記 (トランスクリプト transcript) して利用する。トランスクリプトは、画像データや音声データを表記記号によって文字化したものであり、視線や声の変化などもわかるように表記されている。

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：岡本 里香

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail: rokamoto@nurse.usp.ac.jp

2. 対象

対象は、A大学人間看護学部3年次開講の地域看護論演習において、2007年5月17日の家庭訪問場面のロールプレイに参加し、本研究の趣旨に同意の得られた学生3名、教員1名である。全員女性で、学生3名のうち1名が社会人経験者である。

A大学の家庭訪問演習の構成を図1に示す。家庭訪問演習は、地域看護論演習(2単位)の中に位置づけられており、7回分の演習時間を設定している。

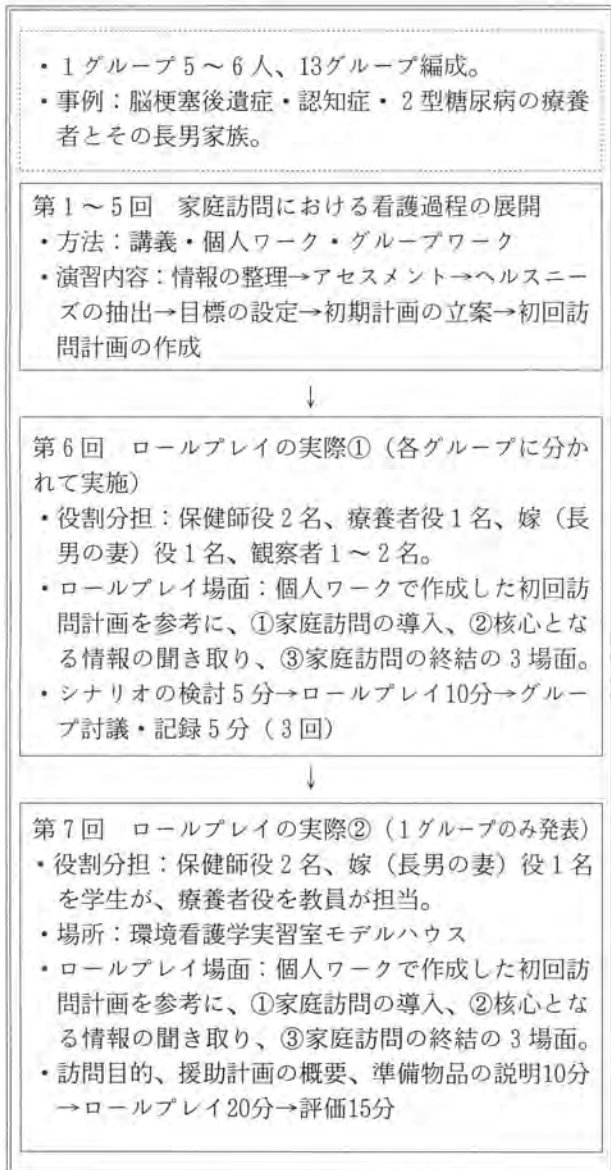


図1 家庭訪問演習の構成

家庭訪問のロールプレイは訪問場面のイメージ化を図る目的で、演習の6・7回目を実施した。家庭訪問の場面として、保健師2名が療養者宅を訪れ、療養者と嫁(長男の妻)に対し、約1時間の面接を実施する。ロールプレイには、個人ワークで作成した初回訪問援助計画を参考に、①家庭訪問の導入、②核心となる情報の聞き取り、③家庭訪問の終結の3場面を設定した。

各グループに分かれてロールプレイを実施した後、選択したグループの中から保健師役2名、嫁(長男の妻)役1名を決定し、療養者役は教員にして、再度ロールプレイを行った。ロールプレイは、実習室内のモデルハウスを使用して実演してもらい、その様子をその他の学生と教員で観察した。

3. データ収集

実施したロールプレイの内容は、対象に承諾を得た後、ビデオテープに録画・録音した。

今回は、②「核心となる情報の聞き取り」の中から、療養者およびその家族が、保健師からの申し出を承諾していくまでの連続した会話内容を取り上げた。その録画時間は、57秒間であった。

4. 分析方法

データ分析には、会話分析の手法を用いた。会話分析では、トランスクリプトに用いる表記記号が提示されており¹⁰⁾、今回、分析に用いた表記記号は以下のとおりである。

- (.) ごく短い間合いを示す。
- () その数字の秒数だけ沈黙のあることを示す。
- : : 直後の音が延ばされていることを示す
- ・ 直前部分が下降調の抑揚であることを示す。
- 、 直前部分が継続を示す抑揚であると見なせることを示す。
- = 途切れなくことばがつながっていることを示す。
- // 参加者たちのことばの重なりが始まる箇所を示す。
- ? 語尾の音が上がっていることを示す。
- 文字 下線部分が強調されていることを示す。
- 文字○ 記号で囲まれた部分が弱められていることを示す。

会話分析には、主要な分析概念として、「呼びかけ-応答シークエンス」「隣接対」「会話の順番取りシステム」「成員のカテゴリー化装置」の4つがあり、これらの概念がトランスクリプトを分析していく際の鍵となる¹²⁾。今回は、「隣接対」「会話の順番取りシステム」の2つを

用いて分析を行った。「隣接対」とは、会話のなかでなされる行為の結びつきの最も基礎的な単位、二つの行為の連鎖であり、「質問-応答」、「呼びかけ-応答」、「挨拶-挨拶」、「申し出-承諾/拒否」のように、第一パート-第二パートと順序づけられる二つの発話の対からなるものをいう。会話の「順番取りシステム」とは、会話を組織するうえで現実に会話者が用いている装置であり、会話は、「順番構成成分」と「順番配分成分」から成り、話し手の交代（順番の移行）には、一定の優先規則が存在している。

分析に際しては、妥当性を高めるために共同研究者間で結果を検討した。

5. 倫理的配慮

対象にはビデオテープそのものは公開しないこと、学会発表や論文において、トランスクリプトを公開することがあること、公開するトランスクリプトにおいては、会話者の名前や、会話者個人の特定につながる可能性のある情報は、すべて仮名にするか伏せることを口頭で説明し、同意を得た。

III. 結果

1. 会話内容の分析結果

療養者およびその家族が、保健師からの申し出を承諾していくまでのプロセスを、「核心となる情報の聞き取りの開始」、「発話のオーバーラップ」、「話題の転換」、「嫁が申し出を受け入れていく場面」の4段階に分けて、表1、表2、表3、表4に記す。

1) 核心となる情報の聞き取りの開始 (表1)

ここでは、発言の順番は、学生A→嫁、学生A→会場全体、学生A→嫁の順で交代しているが、行為の連鎖としては、01-02が「質問-質問」、03-04、05-06が「呼びかけ-応答」の隣接対の組み合わせになっている。

最初のAの質問に対して、嫁には秩序を持った返答が期待されていたが、嫁は応答せず強い口調で「トイレを見るの?」と質問を返している。しかし、学生Aは、その嫁の質問には答えず、自分が準備していた説明を続けており、「質問-応答」の隣接対にみだれが生じている。学生は嫁の間をおかない、期待に反した相手の質問に動揺し言葉につまるが、その反応が会場にいた学生たちの笑いを誘い、結果的にはこの笑いが会話修復のきっかけとなっている。

表1 「核心となる情報の聞き取り」の開始

| | |
|--------|-----------------------------|
| 01学生A | : 一回みせていただいても よろしい//ですか? |
| 02嫁 | : → // トイレを見るの? = |
| 03学生A | : あっ、あの、手すり: : : : : ; が、 |
| 04会場全体 | : あははは: : : |
| 05学生A | : その便器の中とかは見ないんですけど、 |
| 06嫁 | : // あははは: : : |
| 07学生B | : // あははは: : : |

2) 発話のオーバーラップ (表2)

第2段階では、学生Aは、呼びかけの終了を待たずして嫁から応答が返ると、間をおかず次々と新たな条件づけで発話しており、「呼びかけ-応答」の隣接対と発話のオーバーラップ¹⁰⁾が繰り返されている。発話は一貫して学生が主導権を握ったかたちで進んでおり、嫁の「う: : : : ん」という応答に対して学生からは「どうして?」などの切り返しがないため、一見、「呼びかけ-応答」の隣接対の繰り返しにより発話は秩序を持つように見えるが、内容的には発展がみられない。

表2 発話のオーバーラップ

| | |
|-------|---|
| 08学生A | : → ちょっとまわり (.) どんな感じになっては るかな: : : : : □ と思って□、 ただ転倒されたら// : : : ; |
| 09嫁 | : // う: : : : ん = |
| 10学生A | : やっぱり体もまた痛めはるやろし: : : ; = |
| 11嫁 | : う: : : : ん = |
| 12学生A | : もしその予防ができるん// やったら: : : ; |
| 13嫁 | : // う: : : : ん = |
| 14学生A | : その段差とかをなくしたり: : : ; = |
| 15嫁 | : あ: : : : = |
| 16学生A | : 転倒// その予防するための、 |
| 17嫁 | : // う: : : : ん = |

3) 話題の転換 (表3)

第3段階では、学生Aから学生Bに話し手の交代が起こることによって、話題が転換していく。学生Aは、18で嫁に呼びかけるかたちで、次の話し手を選択している。しかし、嫁はこの呼びかけには消極的で「ちょっと汚い: : : ;」という応答をした後、トピックスもそれ以上は続かず、次の話し手も選択していない。すると、20で学生Bが、嫁の「ちょっと汚い: : : ;」という発話に応じるかたちで自己選択し、しばらく続いていた学生A-嫁の発言の順番が、学生B-嫁に移行していく。このように学生Bの相手の状況を保証した話題の切り替えしにより、

今まで「う：：：ん」としか反応しなかった嫁が「そうですか？」と初めて自分の気持ちを表出する。

表3 話題の転換

| | |
|---------|----------------------------------|
| 18学生A: | 柵とかいっぱいありますんで：：：、＝ |
| 19嫁: | う：：：ん、いや：：：でも、ちょっと汚い○：：：：：ね：：：：： |
| 20学生B:→ | あっ、全然、あの：：：大丈夫ですので、はい、うん。 |
| 21嫁: | ○そうですか？ |

4) 嫁が申し出を受け入れていく場面(表4)

ここでは、発言の順番は、学生B→嫁、学生B→嫁の順で交代しているが、行為の連鎖としては、「呼びかけ-応答」の隣接対を3回繰り返した後、「呼びかけ-応答」の連鎖が、29の「えっ、そうなんですか：？」という嫁の質問により、29-30で「質問-応答」の隣接対に変化している。この入れ替わりにより会話の主導権が学生Bから嫁に移っている。

さらに、転倒の危険性などネガティブな面を強調していた学生Aに対し、学生Bは、トイレを観察することによる快適な生活環境の見直し、サービス利用などポジティブな面を主張しながら話題を展開していく。このような話題の転換も嫁の気づきを促す要因となり、39で学生Bの申し出に嫁が承諾することで連鎖が終わっている。

表4 嫁が申し出を受け入れていく場面

| | |
|--------|----------------------------------|
| 22学生B: | おうちの状況を//ね、＝ |
| 23嫁: | //あ：：： |
| 24学生B: | あの、みさせてもらう//ことで、＝ |
| 25嫁: | //う：：：ん |
| 26学生B: | あの、これからあのおうちをもっと住みやすくしたりとか、＝ |
| 27嫁: | ＝う：：：ん |
| 28学生B: | あの、そういうサービスとかもあの、ありますので、＝ |
| 29嫁: | →えっ、そうなんですか：？ |
| 30学生B: | え：え、そういう//のも、＝ |
| 31嫁: | //えっ。改造とかお金出していただけとかそういう感じ//ですか？ |
| 32学生B: | //あっ、そうですね。あっ、は：：い、＝ |
| 33嫁: | ふ：：：ん |
| 34学生B: | あの、そういうあの、サービスもありますし、＝ |
| 35嫁: | ＝うん。 |
| 36学生B: | あの、そういうのを使っていただく、 |

| | |
|--------|--------------------------------|
| 37嫁: | うんうん。 |
| 38学生B: | 上でのあの、こちらで参考にさせていただきたいと思いますので： |
| 39嫁: | そうなんですか、ほれやったら、 |

2. 会話分析を用いた結果(表1～表4)

今回、ロールプレイ場面の会話分析を行うことにより、学生が発言した内容のみでなく、会話分析表の中に、発言の進むスピード、順番取り、隣接対の組み合わせ、割り込み、オーバーラップなど、発言の特性を明示し、表現することができた。

これらの記号化により、学生のあせり、とまどい、言葉を選ぶ様子、探りを入れる様子など、発話中の細かなニュアンスも会話分析表に表われており、教員は学生のコミュニケーションの実態をリアルに受け止めることができた。

IV. 考察

1. 学生のコミュニケーションの特徴

家庭訪問の初学者である学生は、訪問場面で相手から期待した応答が得られなかったり、言葉につまったり、沈黙になると、相手の反応を無視したまま、新しい条件づけで発話を投げかけ、「呼びかけ-応答」「質問-応答」の隣接対を繰り返す傾向がみられる。一度このようなパターンにはまると、後は同じパターンをかぶせていく傾向があり、「なにが？」「どうして？」のような質問や間をとるなど、会話の切り返しができずにいることから、会話内容に発展性がみられにくい状況が作り出されている。

今回、会話は、「呼びかけ-応答」「質問-応答」の繰り返しにより秩序が保たれ、曖昧な雰囲気を持ちながらも続いていること、学生の発話内容やそのタイミングなどについて、とまどいや繰り返しがなく会話の不成立感を認識せずに終了していると考えられる。学生の多くはこのようなパターンの繰り返しにとまどう表情をし、そのとまどいを言葉として表出する状況になりやすいが、このような状況を打破するためには、録画したロールプレイ場면을会話分析の手法を用いて教員-学生間で客観的に分析し、その結果を学生にフィードバックしていくことが必要である。

学生は、相手との会話に行き詰った時、上手くもう一人の学生の力を借りて会話の順番取りを変え、会話の流れを修復している。また、繰り返される「呼びかけ-応答」「質問-応答」の隣接対を相手の質問をきっかけに「質問-質問」の隣接対に移行させることで、コミュニケーションの主導権を嫁に移譲することにも成功してい

る。初対面の対象者からの情報収集は、相手の状況がわからないため探りながら会話を進めることになるが、このように、2人ペアになって、上手く会話の順番取りや隣接対を変更させていくことで、対象にも情報収集の目的が伝わり、対象を主体とした会話を成立させていると考える。

今回は、このような会話の順番取りが意識的に行われたのか確認されていないが、このような会話分析の手法を保健師学生が修得し、分析結果を意識化していくことは、初回家庭訪問での正確で適切な情報収集につながる第一歩である。

2. 評価ツールとしての会話分析の有効性

会話分析の手法を用いることにより、学生が発言した内容のみでなく、発話の進むスピード、順番取り、隣接対の組み合わせ、割り込み、オーバーラップなど、発話の特性に加え、学生のあせり、とまどい、探りを入れる様子など、発話中の細かなニュアンスが表示できることから会話の成立、不成立感が即座に学生の中に理解されやすくなり、学生の陥りやすいコミュニケーションの傾向などについて学びを深めることができる。

また、従来の学生のレポート、自由記述から発話内容を振り返る方法に比べ、学生の持つコミュニケーションスキルの実態をよりリアルに受け止めることができることから、学生-教員間の共通のツールとして会話分析を活用することで、学生への指導内容にも具体性を持たせることができ、家庭訪問場面でのコミュニケーションスキル到達度の評価方法としても有効であると考えられる。

V. 結 語

教育活動におけるコミュニケーション場面の評価については、これまでは発話の内容をふりかえることを中心とした方法であった。それに発話の特性や細かなニュアンスを加えて把握することができる会話分析の手法は、コミュニケーション場面を表在的、客観的に再現することが出来ること、振り返りが具体的に出来ることで有効であることがわかった。

今後は、ロールプレイ場面を会話分析の手法を用いて

分析し、その結果を学生にフィードバック・振り返り指導することにより、家庭訪問の評価ツールとして会話分析の手法を活用した教材化の方法を検討していきたい。

文 献

- 1) 村嶋幸代, 宮本ふみ, 田村須賀子, 上野昌江他: 最新保健学講座3 地域看護支援技術, メヂカルフレンド社, 2004.
- 2) 宮崎美紗子, 北山三津子, 春山早苗, 田村須賀子: 最新地域看護学総論, 日本看護協会出版会, 2006.
- 3) 雄西智恵美: 看護学教育研究の動向と今後の課題, 看護教育, 48(3), p.190-p.197, 2007.
- 4) 今村桃子, 弥永和美, 堤千代, 吉田貴美代他: 家庭訪問の学習を深めるための授業方法-自己評価からの分析-, 聖マリア学院紀要, 第21巻, p.79-p.84, 2006.
- 5) 吉田由美: 授業「行政で働く保健師の行う家庭訪問」の評価-授業方法を中心として-, 順天堂医療短期大学紀要, 第15巻, p.45-p.54, 2004.
- 6) 錦織正子: 保健婦の行う家庭訪問の学習を深める教育方法-母子事例への初回訪問場面のロールプレイ観察を通して-, 日本地域看護学会誌, 1(1), p.68-p.74, 1999.
- 7) 島田智織, 小松美穂子, 服部麻生子: 病院組織におけるコーディネーションの実際-指示出し・指示受けの会話分析から-, 茨城県立医療大学紀要, 第11巻, p.1~p.11, 2006.
- 8) 綾木雅彦, 谷口重雄, 関口郷子, 松屋櫻子他: 眼科外来診察のビデオ記録と会話分析, 眼科, 61(3), p.367-p.371, 2007.
- 9) 好井裕明: 会話分析への招待, 世界思想社, 1999.
- 10) 前田泰樹, 水川善文, 岡田光弘: エスノメソドロジー, 新曜社, 2007.
- 11) 串田秀也: 相互行為秩序と会話分析, 世界思想社, 2006.
- 12) 好井裕明: 批判的エスノメソドロジーの語り-差別の日常を読み解く-, 新曜社, 1999.

Evaluation of Role Playing in Community Health Nursing Seminar -Conversation Analysis at Home Health Visit-

Rika Okamoto, Atsuko Nishida, Satomi Tamamizu

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Key Words role playing, conversation analysis, home health visit, community health nursing, nursing education,

活動と資料

LANを活用した教材提示による学習支援



久留島美紀子, 伊丹 君和
滋賀県立大学 人間看護学部

キーワード LAN 教材 学習支援

I. 緒言

我々は、学生の看護技術を「創造」する力を育てるために、ビデオカメラを用いた演習を試みてきた。その結果、学生の演習に対する興味を高めたり、援助を創造する力を育成するなどの効果が得られていたことを報告した¹⁾。しかし、演習という限られた時間内に看護技術の根拠を理解し、対象者の安全・安楽を考慮したレベルにまで到達することは難しいため、学生個々の自己練習が不可欠である。

そこで、演習時の講義内容の理解を促し、さらに効果的な自己練習を支援するために、演習室内でLANを活用して教材提示を行なうことを試みたところ、学習支援方法としての有効性と今後の学習支援策についての示唆を得た。LANの活用は、学生にとっては、教材を必要な時に、必要な部分だけ、何度でも見ることができるとの利点があり、教員には、CD-ROMなどの媒体やコピーが必要なく、更新が容易であるなどの利点があると考えた。

今回は、このLANを活用した教材提示による学習支援の試みについて報告する。

II. 研究方法

1. 対象：大学看護学部1年生61名
2. 方法：①演習室内の環境整備：演習室内の12台のベッドごとに設置しているノートパソコンと教卓上のパソコ

ン(1台)をLANで繋ぎ、共有領域を設定し、教卓上のパソコンに保存した資料、映像等(以下教材とする)をベッド横のノートパソコンで閲覧できるよう整備した。②手順：教員が演習中にスクリーン上に映すパワーポイントで作成した教材を共有領域に保存する。学生に、演習時、および自己練習時にベッドサイドのパソコンから共有領域の中の教材を閲覧できること、使用の手順を説明し活用を促した。③評価：すべての授業時間終了後にLANを使った教材の使いやすさ、活用状況および、有効性について4段階のリッカートスケールによる質問紙調査を行い、結果はExcel(2003)を用いて統計的処理を行った。また、よかった点、今後に期待する点については自由記述により回答を求めた。自由記述の分析は、記述内容をコード化し、内容の類似性によりカテゴリー化した。④倫理的配慮：質問紙調査の目的、調査への参加は自由意志によること、および匿名性の保持、成績には関係ないことなどを書面で伝え、同意と協力を求めた。

III. 研究結果

60名の学生から協力を得た。

1. LANを活用した教材の使いやすさ：「使いやすい」と回答した者は、16名(26.7%)、「やや使いやすい」は31名(51.7%)で、全体の78.4%に達し「やや使いにくい」11名(18.3%)と「使いにくい」2名(3.3%)を上回っていた(図1)。

2. 教材の活用状況：演習時に「活用した」は9名(15.0%)、「やや活用した」は最も多く26名(43.3%)であった。「あまり活用しなかった」は22名(36.7%)、「活用しなかった」は1名(1.7%)であった(図2)。さらに、「活用した」、「やや活用した」と回答した35名

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：久留島美紀子

滋賀県立大学人間看護学部

住所：彦根市八坂町2500

e-mail: kurushima@nurse.nsp.ac.jp

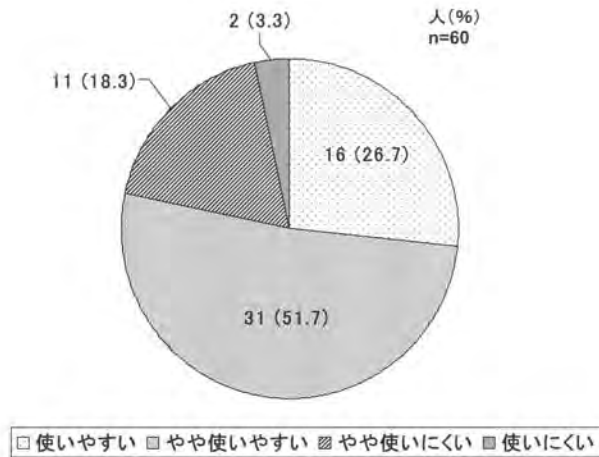


図1. LANを活用した教材の使いやすさ

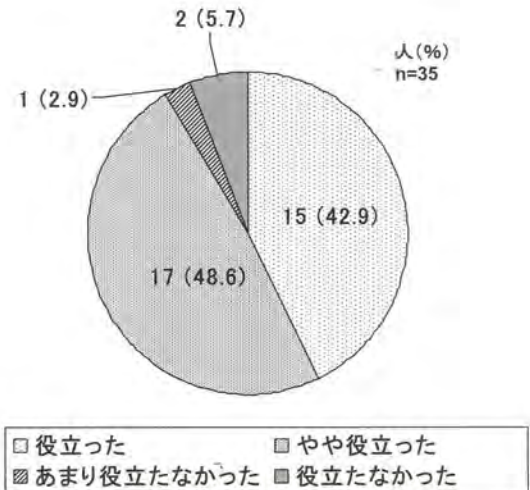


図3. 演習時の教材の有効性

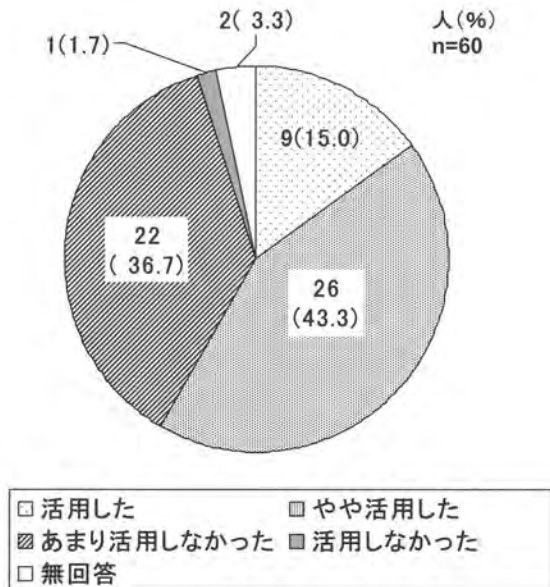


図2. 演習時の活用状況

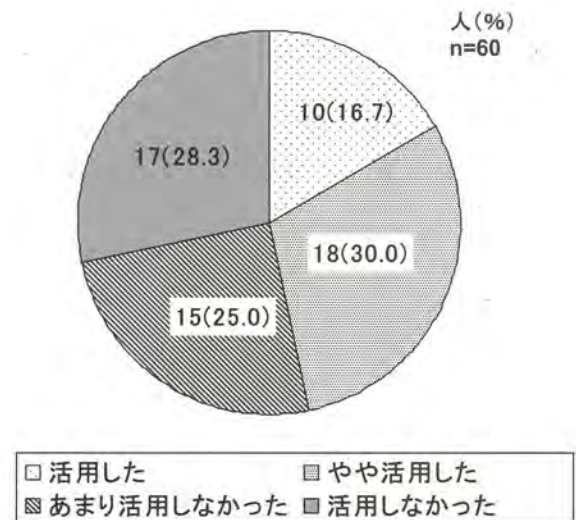


図4. 自己練習時の活用状況

(58.3%)に教材の有効性を質問したところ、「役立った」が15名(42.9%)、「やや役立った」は17名(48.6%)となり「役立った」と「やや役立った」で全体の91.5%を占め、「あまり役立たなかった」と「役立たなかった」は少数であった(図3)。また、自己練習時に教材を「活用した」は10名(16.7%)、「やや活用した」は18名(30.0%)であり、「あまり活用しなかった」が15名(25.0%)、「活用しなかった」は17名(28.3%)で、「あまり活用しなかった」、「活用しなかった」者が51.3%と半数以上となった(図4)。自己練習時に「活用した」、「やや活用した」と回答した学生28名にも、教材の自己

練習時の有効性について質問したところ、「役立った」の回答が17名(60.7%)、「やや役立った」が6名(21.4%)、「あまり役立たなかった」が5名(17.9%)となった(図5)。

教材の使いやすさについて、「使いやすい」、「やや使いやすい」と回答した者を「使いやすい」群(47名)、「やや使いにくい」、「使いにくい」と回答した者を「使いにくい」群(13名)とした場合の活用状況をみた。その結果、演習時の「使いやすい」群は、「活用した」が9名(19.1%)、「やや活用した」が24名(51.1%)で、「あまり活用しなかった」13名(27.7%)を上回っていたが、「使いにくい」群では、「あまり活用しなかった」

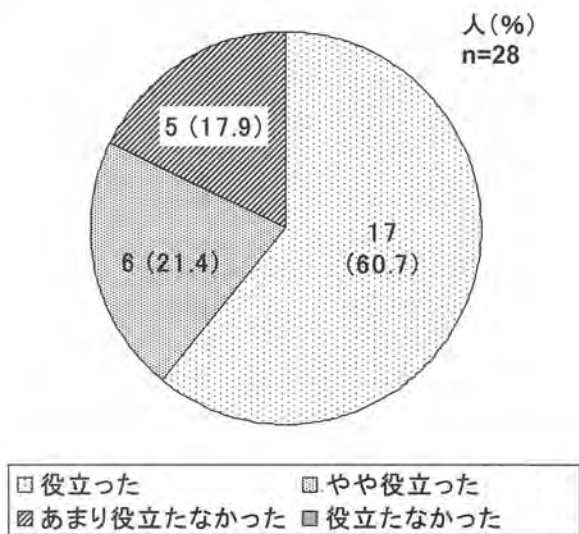


図5. 自己練習時の教材の有効性

が9名(69.2%)と最も多かった(図6)。また、自己練習時には、「使いやすい」群の「活用した」が10名(21.3%)、「やや活用した」14名(29.8%)で、「あまり活用しなかった」12名(25.5%)、「活用しなかった」11名(23.4%)であった。一方、「使いにくい」群は、「活用しなかった」が6名(46.2%)で最も多く、次いで「やや活用した」4名(30.8%)、「あまり活用しなかった」3名(23.1%)となり、「活用した」と回答した者はいなかった(図7)。

3. LANを使った教材提示の「よかった点」、「今後に期待する点」についての自由記述：記述内容はコード化し、内容の類似性によりカテゴリー化した(表1)。そ

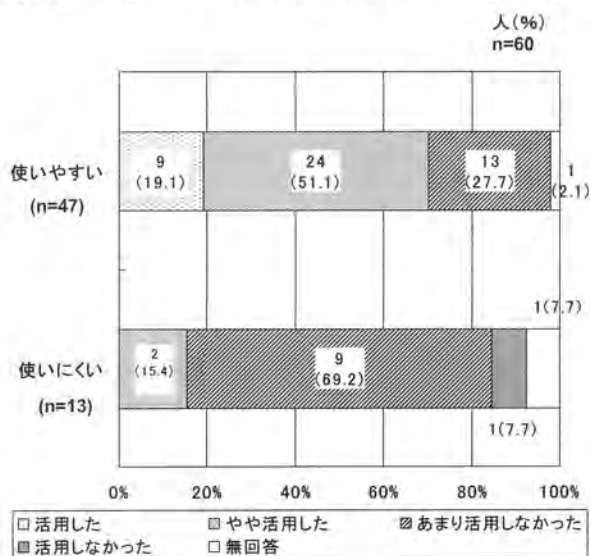


図6. 使いやすさ別にみた演習時の活用状況

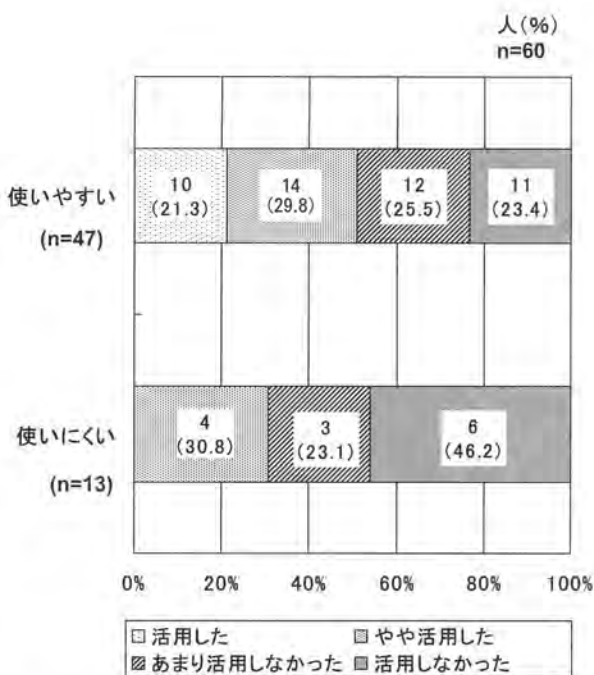


図7. 使いやすさ別にみた自己練習時の活用状況

の結果、「よかった点」の記述からは『自己学習の助けとなる』、『理解が促される』、『スクリーンの見えにくさが補える』の3カテゴリーが抽出された。『自己学習の助けとなる』に含まれる記述は最も多く、「何回でも見たい知りたい動作を、その都度見ることができる」「分からないところを再度映像で確認できた」「自己練習時に迷ったとき、動作映像を確認することができるのが良かった」「自分が見たいと思ったときにすぐ見られる」「授業(演習)の中だけでは、十分に把握できなかった

表1. LANを活用した教材提示についての記述(抜粋)

| カテゴリー | 記述内容 |
|-----------------|---|
| 教材のよかった点 | 何回でも見たい知りたい動作を、その都度見ることができる。 |
| | わからないところを再度映像で確認できた。 |
| | 自己学習の助けとなる |
| | 何回でも繰り返し見ることが出来る。 |
| 理解が促される | 自己練習時に迷ったとき、動作映像を確認することができるのが良かった。 |
| | 時間があいてしまっても方法がわからなくなった時に便利でした。 |
| | 文章ではわかりにくい所が、映像があることでわかるようになる。 |
| | 動画だと、1枚の終で説明されるより動きのつながりがわかりやすかった。 |
| スクリーンが見えにくさが補える | ポイントがわかりやすかった。 |
| | 前のスクリーンに映し出された内容を自分たちの手元で見直すことができた。 |
| | スクリーンが見えにくいときに、パソコンでじっくり眺めてよかった。 |
| | 細かい部分はよく見えなかったので、改善してほしい。 |
| 教材(動画)の質の向上 | 画像の質、音々、分かりにくい部分もあった。 |
| | 映像を鮮明にするといいと思う。 |
| | 映像がぶれないようにしてほしい。 |
| | 動画をやっていることのちよつとした説明やポイントを音声で入れてほしい。 |
| 自宅等での活用 | 映像を各自でCD-ROMなどにコピーできるようにすれば、自宅でレポート作成時に見られるようになる。 |
| | この練習を家のパソコンでみて、学習したい。 |
| パソコン操作を簡単にしたい | パソコンの使い方が自分自身あまり分かっていなかったので、説明書きなどがあつたらより使いやすいたいと思いました。 |
| | パソコンの使い方が分からないことがあつた。 |

細かな部分を確認することができた」などであった。『理解が促される』には、「文章だけでは分かりにくいところが、映像があることで分かるようになる」「動画だと、1枚の絵で説明されるより動きのつながりが分かりやすかった」「ポイントが分かりやすかった」など、学習内容の理解が促された記述が含まれた。また、『スクリーンの見えにくさが補える』には、「前のスクリーンに映し出された内容を自分たちの手元で見直すことができた」「スクリーンが見えづらいときに、パソコンでじっくり読めてよかった」など、スクリーンから離れた席の教材の見えにくさを補えたことを示す記述で構成された。「今後に期待する点」の自由記述からは、『教材（動画）の質向上』、『自宅等での活用』、『パソコン操作を簡単にしたい』の3カテゴリーが抽出された。最も多かった記述は『教材（動画）の質向上』に関する記述で、「細かな部分はよく見えなかったので、改善してほしい」「映像の質。所々、分かりにくい部分もあった」「映像を鮮明にするとよいと思う」「映像がぶれないようにしてほしい」などが含まれた。『自宅等演習室以外での活用』は「映像を各自でCD-ROMなどにコピーできるようにすれば、自宅でレポート作成時に見られるようになる」「映像を家のパソコンで見て学習したい」などから構成された。最後に『パソコン操作を簡単にしたい』には、「パソコンの使い方を分かっていたので、説明書があったら使いやすいと思う」などが含まれた。

IV. 考察

結果より、教材の使いやすさについて「使いやすい」「やや使いやすい」と回答した者が47名（78.4%）であったことから、LANを使った教材提示について肯定的に受け止めた学生が多かったと考えられる。その理由として、第1回目の演習時に、使用方法について説明を実施したこと、パソコンを立ち上げ、デスクトップにある教員の氏名がついたフォルダをクリックすれば、必要な教材に辿りつくことが出来るよう操作を簡単にする工夫をしたことが影響したと考えられる。また、「使いにくい」群と比較して、「使いやすい」群の方が演習時、自己練習時に教材を活用している傾向がみられたことから、使用に対する抵抗感が少ないことが、活用を促進する要因になっていると思われる。また、「今後に期待する点」の自由記述には、『パソコン操作を簡単にしたい』という要望が含まれていた。このことから、学生のパソコン操作に関するレディネスを考慮し、説明書作成の他、使用方法に関する説明を繰り返し行い、操作に対する抵抗感を軽減し、活用を促す必要があると思われる。

教材の活用状況に関しては、演習時には「活用した」「やや活用した」者が35名（58.3%）と、半数を超えて

いたが、自己練習時には28名（46.7%）に留まった。学生には、自己練習時にも、教材を使えることを繰り返し伝えたが、自己練習時の活用には十分に繋がらなかった。我々は、LANによる教材提示のシステムを学生に対する学習支援の一環として位置づけている。今後、自己練習時の活用率が低い原因を明らかにする必要があると思われる。

自己練習時の活用状況には課題が残ったが、演習時、自己練習時のいずれも、教材を活用した者の大半が、教材は「役立った」「やや役だった」と回答していた。自作のビデオを作製し、そのビデオが学習に役立ったかを調査した先行研究²⁾においても、本研究と同様にビデオが「役立った」という回答が多かったことが示されている。さらに、「よかった点」の自由記述にも「文章だけでは分かりにくい所が、映像があることでわかるようになる」「動画だと、1枚の絵で説明されるより動きのつながりが分かりやすかった」など『理解が促される』ことが示されていた。このことから、改めて、ビデオを含む視覚教材が、学生の学習に有効であることが示唆された。

コンピュータによる学習支援の利点は、学生が自分で好きなときに好きな場所で学習できることである³⁾。本調査の結果「よかった点」に関する自由記述には、見たいところを、見たい時に、繰り返し何度でもみられることに関する記述が多くみられ、コンピュータによる学習支援の利点を生かすことができていると思われる。しかし、「今後に期待する点」に関する自由記述には、演習室以外での教材使用の希望がみられた。現在は、演習室内のパソコンをLANで繋いで教材を提示しているが、今後はWebを利用して、学生が好きな時に、好きな場所で学習できる環境を整える必要性が示唆された。また、『スクリーンの見えにくさが補える』ことが「よかった点」に含まれていた点については、演習室の構造が縦長であり、後方の席からはスクリーンが見えにくいという問題を、LANを使った教材提示により、手元のパソコン画面でスクリーンと同じ画面を見られることで改善できた点とパソコンで再確認したい細かい部分は、繰り返しいつでも見ることが出来る点による影響であると思われる。

さらに、「今後に期待する点」として、教材の動画の画質向上を求める記述が多数みられた。今回の教材に使用した動画は、我々が家庭用のビデオカメラを用いて、演習室において撮影したものである。そのため、照明設備等も無く、画質には限界があった。今後、高画質の画像を提供するための機材整備の必要性が示唆された。

V. 結 論

今回、看護技術に関する学習の支援策の1つとして、演習室のパソコンをLANで繋いでの教材提示による学習支援を試みた。その結果、LANを活用した教材の使いやすさについて肯定的な反応がみられた。また、教材の使いやすさに関する認識は活用状況に影響すると推察された。

さらに自由記述からは、「よかった点」として、『自己学習の助けとなる』、『理解が促される』、『スクリーンの見えにくさが補える』の3カテゴリーが抽出され、教材が学生の学習を支援したと考えられた。一方、「今後期待する点」として、『教材（動画）の質向上』、『自宅等での活用』、『パソコン操作を簡単にしたい』が抽出され、今後の改善点について示唆を得た。

引用文献

- 1) 伊丹君和, 本田可奈子, 久留島美紀子, 豊田久美子: ビデオカメラシステムを用いた生活行動看護論演習の試み, 日本看護学教育学会第16回学術集会口演集, 160. 2006.
- 2) 小林知春, 佐藤晶, 坂田五月, 石塚淳子, 米倉摩弥, 野村志保子: 基礎看護技術の自己学習支援システム(第1報), 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 11, 145~153. 2003.
- 3) 石塚淳子, 小林知春, 坂田五月, 佐藤晶, 米倉摩弥, 野村志保子: 基礎看護技術の自己学習支援システム(第2報), 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 11, 155~167. 2003.

Supportive Educational Method by LAN for Presenting Teaching Materials

Mikiko Kurushima, Kimiwa Itami

The University of Shiga Prefecture School of Human Nursing

Key Words LAN, teaching materials, supporting the students' learning

書評と紹介



翻訳 医療における患者の選択に関する倫理的エビデンス

(Health Expectations, 4, 87-91, Blackwell Science Ltd., 2001.)

著者：マイケルパーカー

Michael Parker氏は、オックスフォード大学地域保健学部教授である

翻訳：内貴 弓子¹⁾、沖野 良枝²⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護研究科

²⁾滋賀県立大学人間看護学部

キーワード 倫理、エビデンス、患者の選択、討議

翻訳の背景と論文の概要

近年、情報科学を始め、物理学、工学、生物学など広範な分野における科学技術の急速な発展に伴い、人の生命や生活、価値観や社会的在り方に大きな影響や脅威をおよぼす様々な現象が発生している。その結果、一般の人々の社会事象への関心や意識は高まり、専門職者の自覚や説明・責任が厳しく求められるようになってきた。医療分野においても、医療技術の進歩や拡大は著しく、治療結果や患者の回復におよぼす効果には目を見張るものがある反面、それらに伴うリスクや過誤も多い。こうした状況に対応していくためには、医療を受ける患者の主体性と意思決定を基にした医療の在り方と、医療者の倫理的判断、行動のための能力の向上が不可欠となってきた。

こうした動向を背景に、近年、看護教育においても倫理教育の重要性が指摘され、正規の科目としてカリキュラムに組み込まれるようになってきた。本学部においても、既に「看護と倫理」が科目編成されており、本年設置された研究科には、「看護倫理」が開講され本共同訳者が担当することになった。看護倫理学自体の歴史も浅

く、理論的な確立が十分なされていない事情もあり、研究科の授業では、倫理的課題を研究するために、生命倫理学体系から歴史と発展、倫理原則、人権論などを理解し考察できることを重視した。

そこで、現在、本邦には倫理原則を詳細に考察した研究や報告は乏しいため、海外の適切な文献を参考にする事とし、本論文を選び倫理原則の意味やエビデンスについて検討、考察していった。本論文は、数年前、私が、英国のマンチェスター大学看護学部で短期研修を行った際、患者の意思決定に関する研究者より紹介されたものである。原著者は、現存、オックスフォード大学公衆衛生、プライマリーケア学部に所属する生命倫理学教授であり、バイオエシックスディレクターである。医療倫理の中心は患者の選択、意思決定の原則にあるとされるが、その原則をエビデンスに基づいた患者の選択として理論的に考察すると言った主題と展開に関心を持ったのである。

本論文では、患者の自律を個人主義の一部として捉え、個人主義に批判的な立場の見解を考慮しつつ、個人主義の望ましいあり方としての選択や白律行動、また、患者中心の医療における患者の選択との関連や意味が論述されている。著者は、個人主義の規範的主張およびその系譜である共同体主義の立場から、社会的な価値と「個人主義」の影響、社会の一員としての個人と「共同体主義」の影響、社会的状況における患者の選択に関して考察を進めている。エビデンスに基づいた患者の選択の考え

2007年9月26日受付、2008年1月30日受理

連絡先：沖野 良枝

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail: y-okino@nurse.usp.ac.jp

方について、患者の選択は個人主義の一局面として尊重されねばならないが、単に個人の利己的な利益のみを求めるものではなく、他人や公共社会での討議された議論と合意、多様な人、立場、意見の寛容を通じた共同体の価値をも尊重する調和的行為であるべきと主張している。

翻訳作業は、哲学や倫理学、社会学理論を基にした抽象的論述が多く、意味の解釈に頭を抱えることばかりで困難を極めたが、受講生と共に熟考しながら様々な臨床での事象も含めた討議を重ね、意義のある授業を進めることが出来たと振り返っている。

なお、論文の翻訳については、著者Michael Parker教授および出版元編集者であるVikki Entwistle教授から承諾を得ている。

(授業担当および共同訳者：沖野良枝)

抄 録

本論文では、患者中心の医療のいわゆる‘個人主義’に対する批判を考慮しつつ、‘エビデンスに基づいた患者の選択’の概念の倫理的な意味を分析する。私は、患者中心の医療を批判する人たちによって使われている意味での個人主義は、患者の選択を重視する必然的な結果ではないこと、また、その個人主義が、個人の選択を促進することに関係しているのは、“共同体主義”の価値とは矛盾しないということを主張する。

実際、私はヘルスケアにおける意思決定のためのどの様な倫理的なアプローチであろうと、患者の選択という個人の道徳的な状態と、その選択の社会的状況における道徳的な重要性のどちらも真剣に受け止めていくことができなければならないことを主張する。私は、自律原理の尊重を確実にする最良の方法は、個人の尊重、公共的な討議、寛容さといった社会的相互作用を促進することであると提起する。また、このことは、より幅広い多くの人々の関心を患者の意思決定に向けさせる最良の方法でもある。

序 論

Tony Hopeは、王立基金に対する報告書の中で、‘エビデンスに基づいた患者の選択’の概念は、現代医療に同時に二つの重要な動きをもたらしたと主張している¹。その一つは、エビデンスに基づいた医療であり、それは、医療実践に‘パラダイム・シフト’をもたらしたと述べている²。臨床的介入が、例えば、医師や伝統的権威といった理由よりはむしろ、その有効性に対するエビデンスの存在によって判断されるという考えに基づいた方法である。‘患者中心の医療’もまた、伝統的な医療行為とヘルスケア専門家の権威を過度に重視すること

に対する批判的な考えから生まれてきたものである。患者中心の医療を擁護する人たちは、患者が過度のパターナリズムから身を守る一番の方法は、臨床ケアに関する意思決定において、患者の中心的役割を重視することによって獲得できると論じている。エビデンスに基づいた医療のように、患者中心の医療もまた臨床実践において‘コペルニクス的革命’といった根本的な転換を印したと述べられてきたのである³。

まとめると、Tony Hopeは、当然の類似性を持つこれら二つの考えは、健康の専門職と患者との関係を考える際に、重要な転換を刻んだことを示唆している。良く考えてみると、エビデンスに基づいた患者の選択は、患者の力を高め患者中心のヘルスケアをますます効果的に発展させる可能性を持っていると言える⁴。

本論文で、私は‘エビデンスに基づいた患者の選択’という概念を検討し、効果的なエビデンスに基づいた患者中心のヘルスケアは、‘討議する’状況の中でのみ可能性があることを主張している。また、そのような関係は倫理的な要素を含まねばならないことも提起するものである。

社会的な価値と‘個人主義’の影響

患者中心の医療は、医療倫理において患者の自律を重視することと関係している。この関係は、過度に個人主義的であるために、いくつかの方向から批判にさらされてきた⁵。これは、先進国とりわけアメリカ合衆国の現代的生活様式である‘個人主義’に対する広範な批判の一部でもある⁶。私は、次のことを主張したい。個人主義について批判することも個人の選択を過度に重要視することも、何種類もの個人選択の意味、解釈をそれぞれ認めることもできる一方で、この批判は、患者中心の医療の考えを支持する人たちが、一貫した患者中心の視点をもっと幅広く適用することによって避けることができるのである。

個人主義に反対する主張は、二つの形をとる傾向にある。最初のタイプは、個人の合理的で自律的な選択を、個人の良い生の明確な姿であり、倫理的な医師・患者の出会いのゴールであると認めることは、人々にそれは単なる個人の患者役割に過ぎないとの見方を植えつけてしまふに違いないと主張する⁷。その役割はまた、患者たちの興味や欲望、価値が他人のものから切り離されることでもあり、患者自らが示すことによってしか他人は近づくことが出来ないような存在としての役割でもある。これまでも主張されていることであるが、個人の選択を優先することは、人間は皆、本質的に‘社会に埋め込まれている’という現実を明白にするものである。この点も既に議論されていることだが、私たちの社会的な理

め込みは、単なる偶然の事実では無く、私たちのアイデンティティを構成する要素でもある⁸。それは、重要なことであり、私たちに自分らしさを育み、価値、欲望、関心を含む私たち自身を作り上げるものである。従って単に個人としてののみ人を捉え、個人の選択を優先することは、実は、患者に権限を与えるのではなくむしろ、新しい方法で彼らを傷つけ、疲弊させることになるのである。こうした論争は、個人主義は人間的であることが出来るとする偽りのモデルであると主張する‘認識論’と、それは人間的であり続けることを価値あることと尊重せず、実際それを侵し、傷つけ、それ故に非倫理的であると主張する‘義務論’の両方にある。

二つ目のタイプは、‘良い生’を概念化した姿としての個人の合理的選択を過度に重視することは、個人と共同体の両方を害する結果になると主張するタイプである⁹。一般的な社会感覚では、この議論に属する人たちは、個人の権利と選択についての妄想が増大するにつれて、伝統や社会構造、家族が崩壊することを確信しているようにみえる。彼らは、この妄想が権利と義務の間の相互依存の視点を失わせると論じている¹⁰。ここで求められていることは、権利と義務の間に‘健康的なバランス’を回復することである。こうした医療状況の中で、医療倫理学者たちの何人かは、患者の選択を重視することは、ヘルスケアの専門家と患者の両者を、家族と伝統を持続させるといふ価値を踏みつける方向に導くものであると主張している。

家族とヘルスケアシステムという二つのケアシステムはお互いに、徐々に誤った道を辿っている。家族は、高度先端技術の奇跡を使って、中年の危機から死に至るまでの全てを治療して欲しいと期待し、ヘルスケアシステムに法外な要求をする。一方、医療は、未だ試みたことの無い生殖技術による体外受精を、1回1万ドルで不妊夫婦に誘い掛けたり、妊婦が耐えることを期待され、ある種の犠牲を伴う新しい胎児外科技術の費用を値上げするなど、家族に不当な要求をする。

問題は深刻であり、そのうち驚くべき量に達するかもしれない。それは既に相互不信や疑惑の風土を作り上げてきた。その中で、医師たちは医療過誤で訴えられる恐怖のために防衛的な医療をしようとしている。一方で、家族は高い離婚率や不十分な社会サービスによって既に苦しんでいるし、家で子供や病人の世話をしている少数の女性は、過労により精神的な変調の兆候を見せている¹¹。

社会の一員としての個人と‘共同主義’の影響

これら二つのタイプのそれぞれの論拠は、過度な個人主義の何が誤りなのかをしっかりと捉え、私たちが生活し、活動している世界の社会的な局面を深刻に受け止めるよう私たちに気付かせる。にもかかわらず、患者中心の医療自体に対する批判と同じ様に病弱と言える。これには二つの理由がある。

第1に、個人としての我々の選択が、個人主義的であり、利己的でさえあるのは確かなことであり、必ずしも具体例を示すまでも無いことである。しかし、このことは、取るに足らない点ではない。現代の人たちが行う選択の多くが過剰に権利と関係付けられ、ケアと責任の様な重要な社会的価値を無視する傾向にあるのは、実際事実かもしれない。しかし、少なくとも私が、家族を非常に大切にし、病気の身内と高齢の隣人たちの世話をするために、自分の時間とエネルギーの大部分を費やすことは十分可能なことである。私は、個人として私の腎臓を必要とする人のために提供することを選択するかもしれない。また、開発途上国の仕事を援助するために、自分の給料のかなりの額を提供するかもしれない。このような選択は、必ずしも個人主義的であるとされる個人の選択を重視した結果とはいえない。

第2に、責任、義務、伝統、家族、地域といった個人の自律性以上に社会的価値を優先することは、重大な脅威とリスク無しには有り得ない点である。自由は、私たちにどのような道徳的理論、道徳的社会であっても時には、共同体、権力、伝統に逆らって、個人の権利を認める可能性がなければならぬことを気付かせるのである¹²。社会的価値の優先性に基づいた倫理、医療へのどの様なアプローチであっても、なぜ個人の道徳的な立場が家族、共同体等に対する関心に反してまで認められ、支持されるべきなのか正しく説明することは困難であることがわかるであろう。その事はまた、社会の片隅で生きる人たちやホームレス、精神病患者、難民のような十分に社会参加できない人々に対しても同じ様に、殆んど説明することはできないであろう。

社会的状況における患者の選択

このような考察は、個々の状況を考慮に入れない患者中心主義の否定が、一つの選択肢ではないことを意味している。ヘルスケア実践のどのような倫理的アプローチでも、患者個人の道徳的な状況を認識できなければならない。実際、この認識はそうした実践の中核でなければならない。どのように合理的に説明された良い医療の目標であっても、患者と家族のウェルビーイングと彼らが選択した方法で彼らの人生を生き延びる能力を高めること

との関係を含んでいなければならない。これは、意思決定において中心的役割を果たすのは、患者自身だからである。それでもなお、個人の選択という限定された意味での患者中心を攻撃する人々は、厳しく受け取られねばならない。これには三つの一般的な理由がある。

第1に、患者の選択を過度に重視する考えに反対する議論は、私たちに孤立し社会から切り離されて選択をすることが、個人の自律にとって極めて不十分であると気付かせる。真に自律的であることは、人にその選択の社会的状況を真剣に受け止めることを要求するのである。例えあるとしても人の人生では極めて稀ではあるが、他人から孤立し、自分だけで決定できることはあるだろう。私たちの選択が他人に依存せず、他人との議論から利益を得ることができないと感じる時があるかもしれないが、これは、実際には非常に稀な場合である。私たちは、社会という世界で生活しているが、この世界では、私たちの道徳的観念と私たちに開かれている多くの可能性の理解は、しばしば他人と共に居る世界での契約によってのみ実行できるに過ぎない。

二つ目に、私は個人の選択が道徳的であることは可能であると議論してきたが、一方で、もしそのような選択の道徳的な意味が社会から切り離されるなら、この事は殆んどありそうにもないことになる。もちろん、或る人が一人で、正当で道徳的な選択に達する事は可能ではある。しかし、個人としての患者の選択を余りに重視し過ぎると、特にこのような選択が現実一人で行われる場合、私たちが他人への関心や広範な公共の関心のどちらか一方を見過ぐすと云った危険を犯すことになる。間主観的な討議と決定は、道徳的な真実へ近づくために最も信頼できる手続きである。というのも、思考のやり取りと他人の前で自分の判断をしたいというニードは、人の知識を拡げ、判断の欠陥を明らかにするばかりではなく、関係する誰に対しても偏り無く関心に向け、注目したいというニードを満足させる。しかし、この間主観主義的討議は、これが集団的方法よりも遥かに信頼に欠けることも認めざるをえないが、個人としての振り返りを通して、人が倫理的な問題解決の知識に接近するという可能性を排除しているのである。なぜなら、他人に対する関心を素直に、偏り無く表すのは難しいからである¹⁴。このような誤りは、もちろん利己的な方向へ進むばかりではない。高齢の女性は、‘治療の苦しみ’を望まないために、予約していた治療の権利を拒否する。これは、反対の方向に誤りを犯している個人の選択例であるかもしれない。

三つ目に、上記と関連して、私たちは他人との契約、教授、学習、選択を提供され、それを他人に提供することを通して自律性を獲得している。これは、一生の過程である。私たちの自律性は、道徳的な事柄について他人

と討議していく中で、契約によって高められる。これは、単に私たちがこのような契約によって社会に影響を及ぼすことが出来るからではなく、また単にこのような議論が私たちの選択を道徳的にするからでもないと推測される。それは上記に加え、他人と議論し、誰かの選択に合理的理由を与え、正当化しようとする過程は、人間の道徳的な経験が発達する基盤であるからである¹⁵。他人との公共的判断による契約は、自律の必要不可欠な条件なのである。

結 論

ヘルスケアにおける意思決定のためのどのような倫理的アプローチであっても、男性或いは女性の選択といった個人の道徳的な状況と共に、社会的状況のどちらも真剣に受けとめることができないからではない。既に私はこれらの要求を満足させる最良の方法は、討議と公共的判断のプロセスを促進することであると主張してきた。討議が重要であることの根拠は、それが個人の自律の発展と促進において中心的な役割を果たしているからである。私は多くの点で、個人と社会の間の対立は見せかけのものであると論じてきた。なぜなら、自律原理の尊重を保証する最良の方法が、個人の尊重、討議、寛容な社会的プロセスを促進することであるということ、自明のことであるから。

そのようなプロセスは、より幅広い形をとることが予測できる。すなわち、患者・医師間の相談から意思決定における家族メンバーの関わり、恐らく同意のための協議や広く関係する事項を決定するための良く計画された世論調査¹⁶までである。しかし、あらゆる場合に、そのプロセスは倫理原則の基本によって導かれなければならない。それはまた、広い意味で個人の自律を発展させ表現させるために、実践は継承され、共同体における創造や継続へと導かれることになる。

私は、本論文をTony Hopeの主張を引用することからはじめた。その主張は、エビデンスに基づいた患者の選択は、ヘルスケア専門家と患者間の関係を考える点で重要な転換を記したが、その転換は患者の力を高める可能性を持ち、ますます、効果的になる患者中心のヘルスケアの発展を促進するというものである。私は、患者の選択の重視に反対する議論のいくつかを探ってきた。そのような議論は最後には退けられるべきことを論じた一方でまた、自律原則の尊重を主張するとき、私たちが正確に何を目指してしているのかという疑問を熟慮することで得られるものは多いことも述べた。私はエビデンスに基づいた患者の選択は、実際、ヘルスケア実践における‘コペルニクス的革命’の可能性を提供することも主張した。もし医師と患者の出会いが実際に、エビデンス

に基づくと同時に患者の選択指向であるなら、そのような出会いは、討議的、公共的判断の中で議論しながら探求されていかねばならない。それはまた、広義の意味で、個人の自律性の発展とその表現された情況に合意し更なる創造の方向に向けられなければならない。

引用文献

- Hope T. *Evidence-Based Patient Choice*. London: The King's Fund, 1997.
- Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 1992; 268:2420-2425.
- Battista R. Practice guidelines for preventative care: the Canadian experience. *British Journal of General Practice*, 1993; 43:301-304.
- Hope T. *Evidence-Based Patient Choice*. London: The King's Fund, 1997: p. 1.
- Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. 2nd edn. Washington DC: George-town University Press, 1995.
- Bell D. *Communitarianism and its Critics*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Sandel M. *Liberalism and the Limits of Justice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- Sandel M. *Liberalism and the Limits of Justice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982: p. 179.
- Etzioni A. *The Spirit of Community*. London: Fontana, 1993.
- Gross ML. Autonomy and Paternalism in the Communitarian Society. *Hastings Center Report*, 1999; 29 (4): 13-20.
- Lindemann-Nelson H, Lindemann-Nelson J. *The Patient in the Family*. London: Routledge, 1995.
- Frazer E, Lacey N. The Politics of Community. *A Feminist Critique of the Liberal-Communitarian Debate*. Hemel Hemstead: Prentice Hall (Europe), 1993.
- Gross ML. *Ethics and Activism: the Theory and Practice of Political Morality*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 238-242.
- Nino C. *The Constitution of Deliberative Democracy*. New Haven: Yale University Press, 1996.
- Parcer M. *The Growth of Understanding*. Aldershot: Ashgate, 1995.
- Fishkin JS. *The Voice of the People*. Newhaven: Yale University Press, 1995: 161-181.

用語の説明

個人主義

個人主義とは、①個人と社会の関係や社会の存在性格についての〈存在論的主張〉、②社会現象・構造の分析・記述は、成員諸個人の選択行動のそれに還元されるという〈方法的主張〉、③個人の生き方や価値の選択の仕方についての〈規範的主張〉という、密接に関連するが相対的には独立の、複数の主張の複合体である。本論文が意味する個人主義は、主として③規範的主張の概念に依拠していると考えられるため、ここでは、その説明に限る。規範的主張としての個人主義は、何を持って良き生とするかの決定を個人に委ねよ、という個人の自律・自己決定を主張する。しかし、社会が近代化し、個人の自律的な価値選択の多元性の承認が社会システムの再生産の条件になると、普遍的価値の主張は「不寛容」と紙一重となる。その結果、公共財だけでなく教育・医療・行政・司法・治安の全てにわたり必要なサービスはお金で購入する社会システムこそが個人の価値選択を尊重すると主張する個人至上主義と、それぞれの価値選択の適否を語り合い合意し得る共同性において、個人は自己決定の主体たり得るとする価値の共有の不可欠性を主張する共同体主義に二極分化する傾向がある。

共同体主義

1980年代以降、主として英米圏に現れた共同体が個人の生に対して持つ構成的な価値を強調する政治・倫理思想の立場。この潮流が現れ、受け入れられた背景として、特に現代アメリカの社会的、文化的荒廃への危機感がある。主な主張として、①人々のアイデンティティは特定の社会的、文化的、歴史的、言語的文脈を持つ共同体で形成され、人は常に特定の文脈に位置づけられているとする自己の概念、②共同体は、成員に共有される善の観念、共同体への愛着、相互の友愛などが人々を繋ぐべき紐帯であり、倫理的、政治的徳も共同体の中でのみ涵養され発揮され得るなど、成員の善き生を可能とする構成的価値、目的としての価値を持つとする共同体の理解等がまとめられる。

認識論

西洋における認識論は、知識、認識等「知ること」「知っていること」に関する哲学的考察仕方の総体であり、存在、実在など「あるところのもの」に関する研究

の総体である存在論や「すること」に関する行為論等と共に、哲学研究の基本形態をなす。また、事実的認識のみでなく、認識の方法、範囲、エビデンス、限界等の反省的認識についてのメタ理論も含む。歴史的には、古代ギリシャ哲学から、中世、近代と継承、発展を重ね、今日では、認知科学や脳・神経科学、情報理論、コミュニケーション理論等、周辺科学の成果を取り入れた新たな視点に基づいた見直しが進んでいる。

義務論

人の行為は、何によって正しい行為とされるのか。義務論では、ある行為の正しさを決めるのは、結果ではなく（あるいは結果に加えて）、重視されるのは行為自体の正しさであり、もたらされる利益や害は問題にされない。人間の行為に内在的な価値を見出すが、その行為が善を生み出すか否かは、倫理性と関係がなく、行為の倫理性はその意図や動機によって判断されるとされる。

間主観主義

フッサールの用語。自然的世界も文化的世界も一個の主観の私有物ではなく、多くの主観の共有物である。この事態を間主観的現象といい、そこにおいて統一的な客観的世界が成立する。のちにマルセルはこの概念の実存論的に深め、主体は共同主体性（intersubjectivity）に根づいてのみ成立しようとした。

文 献

- ・ドローレス・ドゥー、ジョーン・マッカーシ（坂川雅子訳）：看護倫理3、411-429、みすず書房、2007.
- ・哲学—思想事典、岩波書店、1998.
- ・トム・L. ピーチャム/ジェイムズ・F. チルドレス（永安幸正/立木教夫訳）：生命医学倫理、41-42、成文堂、1997.

おわりに

この論文より、医療における患者の選択は自由なものであり、個人の自律の発展と個人尊重をなされなければならない、ということが明らかになった。そしてエビデンスに基づいた患者の選択は、患者自身の力を高め、患

者が中心であるヘルスケアを発展させていくと述べられている。歴史的にみても医師—患者関係はパターナリズム的であり、患者中心の倫理的な選択をもって大きな転換をもたらしたと主張している。

患者は医療のスペシャリストではない。よって医療者は専門家として治療方針を理解してもらうことは前提条件である。患者は医療を受ける環境、背景によって選択が大きく変わること、それを医療者側は忘れてはならないのである。例えば、患者の子供が受験を控えているとすると、治療の先延ばしを望むかもしれない。その時に医療者側が患者の病状のみを考慮し、無理強いすることは出来ない。しかしながら患者の主張のみを尊重することによって身体上に影響があってはならないのである。患者は医療方針を決定する上で、様々なことを考慮し、検討する。それは、自身だけではなく、家族、環境、そして社会的なものに及ぶ。医療者側は、医療のスペシャリストとして説明し適切なアドバイスをすることは、患者中心という観点からはずれることではないのである。また、社会的影響により、人の考えは大きく左右される。この論文においても、患者の選択における倫理的な問題は、患者の意思と社会の相互作用を尊重するところにあると考えられている。

この論文はイギリスのものであり、社会背景が日本とは大きく異なる。日本には日本独自の伝統と文化が存在する。私たちは、日本人としての倫理的な対応を考えていかなければならないと考える。私自身の臨床経験において、私は、患者の考えは地域性に大きく関与されているということが多く感じられることがあった。私は、この論文から学んだことを活かし、その地域、そしてその人のまつわる環境を理解し、倫理的である患者の選択意を促せるよう努力していきたい。

（滋賀県立大学人間看護学部人間看護研究科1回生：内貴弓子）

謝 辞

最後になりましたが、翻訳投稿を快諾していただいたMichael Parker教授、Vikki Entwistle教授に深く感謝いたします。

The Ethics of Evidence-based Patient Choice (Health Expectations, 4, 87-91, Blackwell Science Ltd., 2001.)

Author : Michael Parker Ph.D.

Professor of Bioethics and Director

The Ethox Centre, Department of Public Health and Primary Care,
University of Oxford, Gibson Building/Block 21, Radcliffe Infirmary
Woodstock Road, Oxford OX26 HE, U.K.

Translator : Yumiko Naiki¹⁾, Yoshie Okino²⁾

¹⁾Graduate School, School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Key Words ethics, evidence, patient choice, deliberation

(平成18年5月17日改正)

人間看護学研究投稿規定

1. 趣旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

2. 発行

原則として毎年度1回発行する。

3. 投稿者の資格

原則として、滋賀県立大学人間看護学部の教員等が、第一著者あるいは共著者であること。ただし、人間看護学研究編集委員会（以下「編集委員会」という）から依頼された原稿に関してはこの限りではない。また、滋賀県下の関係者については、編集委員会の判断により投稿を認める場合がある。

4. 原稿の種類

(1) 原稿の種類は、下記の通りとする。

原著論文：独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、論文としての形式が整っているもの。

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

研究ノート：内容的に原著論文の域に達していないが、研究結果の意義が大きく、発表の価値があるもの。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

フォーラム：人間看護に関わる海外事情、関連学術集会の報告、および掲載論文に対する意見など。

書評と紹介：内外の人間看護学研究に関する図書、論文および研究動向について批評、紹介をおこなうもの。

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種別は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2) 原稿は刷り上がり（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、原稿中にもその旨が明記されていること。

7. 投稿手続

(1) 原稿を3部（うち2部は複写でも可）を編集委員会に提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文をワード形式で、図表をワード・エクセル形式で保存したパソコン記憶媒体（FD、CDなど）を添付する。

(3) 提出場所

持ち込みの場合：編集委員会

郵送の場合：封筒の表に「人間看護学研究原稿」と朱書きし、下記に書留郵送する。

〒522-8533 彦根市八坂町2500

滋賀県立大学人間看護学部
人間看護学研究編集委員会

8. 原稿の受付

上記7の投稿手続を経た原稿が、編集委員会に到着した日を受付日とする。なお、受付した原稿等はオリジナルを除いて理由の如何を問わず返却をしない。

9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2) 査読結果により原稿の修正を求めることがあるが、修正を求められた原稿著者は、編集委員会の指定した期日までに内容修正を行い再投稿すること。指定された期日以降に再投稿された場合は、原則として新規受付の取り扱いをする。

10. 著者校正

査読を経て、編集委員会に受理された最終原稿については、著者校正を1回行う。但し、校正時の加筆は原則として認めない。

11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

12. 著作権

原稿内容についての第一義的責任と権利は著者に帰属するが、原稿の編集・出版および電子情報化など2次的使用に関する権利は、編集委員会が著者から委託されたものとする。

なお、著者が電子情報化を希望しない場合は、投稿時に編集委員会に文書で申し出ることとする。

13. 掲載料・別刷

掲載料は無料とする。但し、特殊な図表等で特別な経費を要した場合には著者負担とする場合がある。別刷は希望者のみとし、費用は著者負担とする。

原稿執筆要領

1. 原稿構成

- (1) 投稿原稿の構成は原則として以下の通りとする。
抄録：研究の「背景」「目的」「方法」「結果」「結論」にわけて、見出しをつけて記載すること。
(1,000字以内)
キーワード：6個以内
Ⅰ. 緒言：研究の背景・目的
Ⅱ. 研究方法：研究、調査、実験、解析に関する手法の記述および資料・材料の集め方
Ⅲ. 研究結果：研究等の結果・成績
Ⅳ. 考察：結果の考察・評価
Ⅴ. 結語：結論
文献：文献の記載は、2.(9)に従う。
- (2) 表紙上段には、表題（英文併記）、著者氏名（ローマ字氏名併記）、所属機関名（英文併記）、キーワード（英単語併記）、希望する原稿種別を記載する。
- (3) 表紙下段には、本文・図表・写真の枚数、および連絡先（氏名・所属機関名・住所・電話およびファックス番号・E-mailのアドレス）を記載する。
- (4) 原著論文には、英語抄録をつけること。その他の原稿の場合は、英文抄録を省略することができる。
- (5) 英文抄録（Abstract）は、Background・Objective・Method・Results・Conclusions・Key Wordsの構成とし、500語程度とするが、1ページを英文抄録にあてるため、その範囲を超えなければ500語以上を認める。
- (6) 英文原稿の場合は、英文抄録と同様の要領で和文抄録をつけること。

2. 執筆要領

- (1) 原稿は、パーソナルコンピュータで作成する。
- (2) 原稿はA4版横書きで、1頁1200字（40字×30行）になるように作成する。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、当用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字体の原綴で記載する。
- (5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位（kg、mg、mm、ml、kcal、℃など）を用いる。
- (6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関しては、初出時に簡単な説明を加える。

- (7) 図・表および写真は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめ、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。
- (8) 文献は、本文の引用箇所の肩に¹⁾ ²⁾ のように半角上付き番号で示し、本文の最後に引用した番号順に整理して記載する。雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌ではINDEX MEDICUS、INTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。
- (9) 文献の記載方法
雑誌の場合：著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行所、発行年の順に記載する。
単行書の場合：著者名、書名、版、引用頁、発行所、発行年の順に記載する。
単行書（分担執筆）の場合：著者名、分担章標題名、編集名、書名、版、頁、発行所、発行年の順に記載する。
訳書の場合：原著者、書名、発行所、発行地、発行年、訳者名、書名、頁、発行所、発行年の順に記載する。

論文

- 米国ハワイ州における「成人患者の利益・権利を守る
アドボカシー」に関する看護師の意識
—日本とハワイの看護師の意識の比較を試みて—
竹村節子 1

- 喫煙妊婦の初乳中ニコチン濃度に関する検討
金森京子、高橋里亥、藤田きみゑ 17

- 精神看護学実習において看護学生が体験した
ゆらぎのレベルとその評定基準
牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、松本行弘 27

- Analysis of the reversion to the neurovirulent genotype in
attenuated polio vaccine viruses passaged in cultivation
cells derived from the human alimentary tract
Hitoshi Horie, Akira Yamada 39

研究ノート

- 『未来看護塾』の活動および「人と関わる体験」が
看護学生へもたらす効果
伊丹君和、鈴木絵夢、高見紀江、豊田久美子、
久留島美紀子、本田可奈子、江藤美和子 49

- 大学と地域が連携した臨床看護研究の
サポート育成に対する試み
—臨床看護研究サポートのスキルアップ研修の評価—
横井和美、西川みゆき、松本行弘、米田照美、
本田可奈子、堀井とよみ、古川洋子、豊田久美子、
石田英實、藤井淑子 63

- 日本における産み育て支援システムの構築
古川洋子 71

- 実習指導者講習会が指導者の役割遂行に及ぼした影響
米田照美、前川直美、沖野良枝、寺田美和子、金森京子、
梶朋子、藤井淑子 77

活動と資料

- 第1回助産師フォーラムからみえてきたこと
—フリースタイル出産をテーマに—
古川洋子、嶋澤恭子、岩谷澄香、高橋里亥、正木紀代子、
山田奈央 91

- 『教員・学生交流型出席カード』を活用した
学習支援の試み
伊丹君和、久留島美紀子 97

- 地域看護論演習におけるロールプレイの評価
—家庭訪問場面の会話分析から—
岡本里香、西田厚子、玉水里美 103

- LANを活用した教材提示による学習支援
久留島美紀子、伊丹君和 109

書評と紹介

- 翻訳 医療における患者の選択に関する
倫理的エビデンス
著者：マイケル・パーカー 訳者：内貴弓子、沖野良枝 115

Articles

- Awareness among nurses in Hawaii toward advocacy
for benefits and rights of adult patients
—A comparison of nurses' awareness between Japan
and Hawaii—
Setsuko Takemura 1

- Examination about nicotine density in the colostrum of
the smoking pregnant woman
Kyoko Kanamori, Sato Takahashi, Kimie Fujita 17

- Levels of Instability Experienced by Nursing Students in
Psychiatric Nursing Care Practicum and Their Evaluation
Criteria
Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa,
Yukihiko Matsumoto 27

- Analysis of the reversion to the neurovirulent genotype in
attenuated polio vaccine viruses passaged in
cultivation cells derived from the human alimentary tract
Hitoshi Horie, Akira Yamada 39

Notes

- Effects of the Activities of the "Mirai-Kango-Juku" (A
volunteer group composed of nursing students at The
University of Shiga Prefecture), and the Experiences of
Relationship with others on the Nursing Students
Kimiwa Itami, Emu Suzuki, Kie Takami, Kumiko Toyoda,
Mikiko Kurushima, Kanako Honda, Miwako Etou 49

- An Attempt to Cultivate Support for Clinical Nursing
Research Performed in Collaboration between a
University and the Community
—Evaluation of Training for Improving Skills in Supporting
Clinical Nursing Research—
Kazumi Yokoi, Miyuki Nishikawa, Yukihiko Matsumoto,
Terumi Yoneda, Kanako Honda, Toyomi Horii,
Yoko Furukawa, Kumiko Toyoda, Hidemi Ishida,
Toshiko Fujii 63

- Constructing the Japanese Support System for Women
in Birthing and Child-rearing Stages
Yoko Furukawa 71

- Effects of the Training Course for Nursing Instructor in
Clinical Practice on the Role Performance of it's
Participant.
Terumi Yoneda, Naomi Maegawa, Yoshie Okino,
Miwako Terada, Kyoko Kanamori,
Tomoko Hinode, Toshiko Fujii 77

Reports & Materials

- As Hold the 1st Midwifery Forum
—With Free-Style Birth as the Theme—
Yoko Furukawa, Kyoko Shimazawa, Sumika Iwatani,
Sato Takahashi, Kiyoko Masaki, Nao Yamada 91

- A Trial of the Learning Support that Utilized the
Response Cards between Teacher and Students
Kimiwa Itami, Mikiko Kurushima 97

- Evaluation of Role Playing in Community Health Nursing
Seminar
—Conversation Analysis at Home Health Visit—
Rika Okamoto, Atsuko Nishida, Satomi Tamamizu 103

- Supportive Educational Method by LAN for Presenting
Teaching Materials
Mikiko Kurushima, Kimiwa Itami 109

Book Review

- The ethics of evidence-based patient choice
Author: Michael Parker
Translator: Yumiko Naiki, Yoshie Okino 115